

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

SAĞLIK POLİTİKALARI 2

Editör: Dr. Hasan Güler

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK SİSTEMLERİ VE POLİTİKALARI
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
POLİTİKA SERİSİ 2



SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

SAĞLIK POLİTİKALARI 2

Editör: Dr. Hasan Güler

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK SİSTEMLERİ VE POLİTİKALARI
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
POLİTİKA SERİSİ 2



Yayın Adı

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE
Sağlık Politikaları 2

Editör

Dr. Hasan Güler

Yayıncı

İstanbul Medipol Üniversitesi

Yönetim Adresi

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacık Kuzey Kampüs
Kavacık Mah. Ekinciler Cad.
No19 34810 Beykoz/İSTANBUL

Yayın Koordinatörü

Açelya Özsevim Çelenk

Mizanpaj

Sertan Vural - Medicomia

Kapak

Levent Karabağlı - Medicomia

Basım Tarihi

2020

ISBN

978-605-4797-30-1

Baskı

Mavi Ofset

Ziya Gökalp Mah. Süleyman Demirel Bulvarı, İş Modern İş Merkezi, B Blok,
Kat: 1 No: B23 İkitelli / Başakşehir / İstanbul
Tel: 0212 549 25 30

Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisinde yayımlanan makalelerin derlenmesi ve yeni makalelerin eklenmesi ile hazırlanmış, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Sistemleri ve Politikaları Uygulama ve Araştırma Merkezi (SASPAM) tarafından yayımlanmıştır.

İçindekiler

<i>Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon:</i> <i>Kavramlar ve Tarihsel Gelişim</i>	9
PROF. DR. A. F. AL-ASSAF, PROF. DR. SEVAL AKGÜN	
<i>Türkiye'nin Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Sürecinde Dönüm Noktaları</i>	25
DR. HASAN GÜLER	
<i>Türkiye Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Standartlarının Gelişimi</i>	39
DR. ABDULLAH ÖZTÜRK, DR. HASAN GÜLER, UZ. DR. DİLEK TARHAN, SAĞ. UZ. ŞERİFE ENGELOĞLU	
<i>Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri</i>	53
DR. HÜSEYİN DEMİREL, KADER YALÇIN, İBRAHİM KAYGILI	
<i>Türkiye'nin Ulusal Sağlık Akreditasyon Çalışmaları</i>	65
PROF. DR. MUSTAFA BERKTAŞ	
<i>Sağlık Hizmetlerinde Kalite Uygulamaları Nasıl Olmalı?</i>	73
PROF. DR. SEVAL AKGÜN	
<i>Kalite Sistemi Kurma Sürecinde Kritik Noktalar</i>	91
PROF. DR. MUSTAFA TAŞDEMİR	
<i>Acil Kliniklerde Kalite Yönetimi</i>	97
DOÇ. DR. MÜCAHİT AVCİL	
<i>Klinik Laboratuvar Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği</i>	109
PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ	
<i>Türkiye Sağlık Sisteminde Ruhsatlandırma ve Kalite</i>	119
DR. HASAN GÜLER, DR. BAYRAM DEMİR	
<i>Sağlık Kalitenin Eksik Basamağı</i>	135
DR. HÜSEYİN KÜÇÜKALİ, PROF. DR. MUSTAFA TAŞDEMİR	
<i>Tıbbi Cihazların Kalibrasyonu</i>	143
DR. RAMAZAN ÖZYURT	
<i>Sağlık Yapılarında Kalite Kavramı</i>	149
DR. ÖĞR. ÜYESİ AYSUN FERRAH GÜNER	

<i>Hastalar ve “Hasta Mekânlar”</i>	<i>157</i>
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN	
<i>HIMMS-EMRAM Modeli.....</i>	<i>165</i>
DR. ÖĞR. ÜYESİ İLKER KÖSE	
<i>Türkiye’de Tıbbi Atık Yönetiminin Gelişimine Genel Bir Bakış.....</i>	<i>175</i>
DOÇ. DR. GÜLFER BEKTAŞ, PROF. DR. ARZU İRBAN, DOÇ. DR. SERAP USLU, GÜLHAN ÜSTÜN, DR. ÖĞR. ÜYESİ HAYAT YALIN	
<i>Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlarda Risk Yönetimi.....</i>	<i>185</i>
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK	

Önsöz

Kalite; doğru zamanda, doğru kişilerle doğru işin yapılması olarak tanımlanmaktadır. Sağlık alanında kalite kavramı ise diğer hizmet sektörlerinden farklı olarak öncelikle hasta bağlamında hastaya zarar vermemek kaydıyla hasta yararına olabilecek en uygun tedavinin, en uygun zamanda ve en uygun araçlarla yapılması ile hastaların sağlıklarını geri kazandırmak olarak nitelendirilebilir. Kalite, geniş bir kavram olup sağlık alanında başta hasta ve çalışan güvenliği olmak üzere verilen hizmetin etkinliği ve verimliliği, kullanılan cihaz ve malzemelerin güvenli kurulumu ve kullanımı, insan kaynaklarının doğru planlanması gibi organizasyonel birçok unsuru içinde barındırmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedence, ruha ve sosyal yönden tam iyilik halidir.” ifadesi aslında sağlık alanında verilen hizmetlerin bu tanıma karşılayacak şekilde planlanması ve sunulması gerektiğini de bir yönüyle vurgulamaktadır. 20. yüzyılda endüstri ve diğer sektörlerde önemli addedilen kalite kavramı gelişmiş ülkeler ölçeğinde 40 yıla yakın bir süredir sağlık kurumlarının da gündeminde kendine yer bulmuştur. Son 20 yılda ise Türkiye’deki sağlık sektörünün ana çalışma alanlarından biri olmuştur. Sağlık sektöründeki kalite çalışmaları, bütün paydaşları içine alacak şekilde yaygınlaşıp kabul görmüştür. Öte yandan, sektörel rekabetin ana unsurlarından biri haline gelen kalite çalışmaları, sağlık otoritesinin rehberliğiyle birlikte süreklilik kazanmıştır.

Türkiye Eğitim Sağlık Bilim ve Araştırma Vakfı (TESA) tarafından yayımlanan Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi’nin dosya konuları esas alınarak seçilen makaleler, yazarları tarafından güncelleştirilerek politika kitapçığı haline getirilmiştir. “Sağlık Hizmetlerinde Kalite”, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Sistemleri ve Politikaları Uygulama ve Araştırma Merkezi (SASPAM) tarafından yayımlanan “Sağlık Politikaları” serisinin ikinci kitabıdır. Bu kitap, sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyonu esas alan 17 yazıdan müteşekkildir.

Bu kitapta murat edildiği üzere, sağlık hizmetlerinde kalite hususu küresel ve ulusal ölçekte ele alınmış olup sektörün tüm paydaşları ve okurların ilgisine sunulmuştur.

Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon: Kavramlar ve Tarihsel Gelişim

PROF. DR. A.F. AL-ASSAF*

PROF. DR. SEVAL AKGÜN**

*Oklahoma Sağlık Bilimleri Merkezi

**Başkent Üniversitesi

Günümüzde sağlık arenasında sağlık hizmeti kullanıcıları ya da medya tarafından farklı tartışmalar gündeme getirilmektedir. İster sağlık hizmeti sunan ister hizmet kullanıcısı ya da hizmeti sağlayan kurum olsun, hepsinin ortak amacı sağlık çıktılarının doğru bir biçimde ölçülmesi, raporlanması dolayısıyla kanıta dayalı bu çabalarla hizmetin iyileştirilmesidir. Bu alanda yıllardır Dünya Sağlık Örgütü kalite değerlendirme, performans iyileştirme ve çıktı değerlendirmeleri ile ilgili sayısız aktiviteler yerine getirirken son yıllarda pek çok ülke ve kuruluşlarda bu çabalara ortak olmakta ve sağlık hizmetlerinde kaliteyi objektif olarak değerlendirmeye uğraşmaktadırlar. Bu bağlamda karşımıza tüm bunları gerçekleştirmede anahtar oluşumların sertifikasyon, ruhsatlandırma ve akreditasyon olduğu gerçeği çıkmaktadır.

Bu yüzden biz, sağlık hizmetlerinde kalite yaklaşımını, kavramları, tarihçesini ve sağlık kuruluşlarında uygulanan sertifikasyon, ruhsatlandırma ve akreditasyon çalışmalarını tartışacağız. Sertifikasyon ve ruhsatlandırmanın genel tanımlamalarını yapacak, sağlık hizmetlerinde akreditasyon ve bazı akreditasyon modellerini detaylarıyla tartışacak ve bu üç mekanizmanın karşılaştırmasını gerçekleştireceğiz.

Günümüzün değişen dünya dinamiği içerisinde insanlar, düşünceler, sistemler ve kurumlar hızlı bir değişim süreci içerisine girmiş bulunmaktadır. Bu değişimin sonucunda da her alanda değişik gelişme, ilerleme ve kazanlar elde edilmiştir. Bütün bunların yönetim alanına yansımalarıyla da birçok yeni anlayışla beraber Sürekli Kalite İyileştirme (SKİ) felsefesi de ortaya çıkmış, sanayi ve hizmet sektöründe yaygın kullanım alanları bulmuştur. Bu gelişmelerin dışında tutulamayacak olan sağlık hizmetlerinde de yüksek

ve pahalı teknoloji kullanımı, kalifiye personel çalışması, hizmet alanların (müşteri) daha kaliteli ve yenilikçi bir hizmet beklentisi içinde olmaları ve rekabet ortamının oluşmasından dolayı sağlık hizmetlerinde de kalite odaklı modern bir yönetim anlayışının benimsenerek uygulanması bir zorunluluk haline gelmiştir.

Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihçesi

Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi ile ilgili çalışmalar oldukça eskilere dayanmaktadır. Paris Louvre Müzesi'nde bulunan Babil Kralı Hammurabi'ye ait metinde “Doktor, gözünde apse bulunan bir hastayı iyileştirirse 10 sikke, eğer hasta köleyse 2 sikke alır. Fakat apse açılırken neşterin körlüğünden hasta görme duyusunu kaybederse doktorun eli kesilir.” denilmesi tıbbi bakım konusundaki birtakım beklenti ve yaptırımların İ.Ö. 2000 yıllarına dayandığını belgelemektedir.

Sağlık hizmetleri alanında, ilk kez 1914 yılında Ernest Codman tarafından ABD’de hastaların memnuniyetine odaklı olmasa bile, hastanelerin standartlarını belirleyecek istatistiki çalışmalar yapılması, sağlıkta kalite ölçümüyle ilgili ilk uygulama olarak kabul edilmektedir. Başlangıçta sonuçların ne olduğuna yönelik bu tür çalışmalar ile bir anlamda kalite kontrolü olarak tanımlayabileceğimiz girişimler, sağlık harcamalarındaki hızlı artışın da etkisiyle bundan sonra uygulanacak hizmetlere altyapı oluşturmuştur.

1965 ile 1990 yılları arasında, sağlıkta yüksek teknolojinin yaygın kullanımına paralel olarak, ulusal gelir artışının çok üzerindeki oranlarda artan sağlık harcamaları ile ilgili maliyeti kontrol etmeyi amaçlayan birtakım organizasyonların, özellikle ABD’de, hızla ortaya çıktığı görülmektedir. Müşteri odaklı olmayan ve genel anlamda kalite güvencesi yaklaşımına dayalı düzenlemeler yapan bu organizasyonlar, hekimler tarafından gösterilen direnç nedeniyle, yeterli düzeyde bir başarı sağlayamamışlardır. Deming, Crosby, Juran gibi araştırmacılar tarafından tanımlanan ve daha önceki yıllarda sanayi kuruluşlarında başarıyla uygulanmış olan Toplam Kalite Yönetimi felsefesinin sağlık sektörüne adapte edilmesini amaçlayan proje çalışmaları başlatılmıştır. 1987 yılında, Harvard Üniversitesi öncülüğünde yürütülen National Demonstration Project ve daha küçük ölçekli diğer benzer projelerde elde edilen başarılar, SKI’nin sağlık hizmetlerinde yaygın olarak kullanılmasını sağlamıştır.

Özellikle 1990’lı yıllarda sağlıkta toplam kalite yönetimine dönük uygulamalar, sağlıkta yüksek teknolojinin yaygın kullanımına paralel olarak, ulusal gelir artışının çok üzerindeki oranlarda artan sağlık harcamaları ile ilgili maliyeti kontrol etmeyi amaçlayan birtakım organizasyonların öncelikle Amerika

Birleşik Devletleri'nde ortaya çıkmasını daha sonra bunun diğer ülkelerde yayılımı sağlamıştır. Bilimsel tıbbın gelişmesi, mesleki örgütlenmelerin ve meslek standartlarının geliştirilmesi, toplumun bilinçlenmesi, sağlık hizmetlerinin artması ve yasal düzenlemeler, sağlık kurumlarını kalite boyutu ile daha yakından ilgilenmeye yöneltmiştir. Sağlık hizmetlerinde kalite çalışmaları üç aşamalı olarak Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1: Sağlık hizmetlerinde kalite-tarihsel yaklaşımlar

Kurallar	Bilimsel Yaklaşım	Yönetim Bilimi Odaklı
Hammurabi (2100 B.C) 3. yüzyıl B.C)	Hipokrat	Endüstriyel Devrim (1800)
Kanunlar	Kontrollü klinik araştırmalar (1840'lar)	Taylor'un bilimsel yönetim modeli (1900)
Devlet kurulları	Nightingale (19. yüzyılın ikinci yarısı) Osler (19-20. yüzyıl) Codman	Shewhart (1920'ler)
Kurallar yaklaşımının bilimsel yaklaşımı etkileme dönemi	Morbidite/mortalite Kliniko-patolojik konferanslar	4 sigma-Amerika endüstri sektörü 1940'lar
Hastanelerin Akreditasyonu üzerine Ortak Komisyon- JCAH: (1951-1980'ler)	Avedis Donobedian (1970)	Deming, Juran, Japonya çalışmaları (1930'lar-1980'ler) 6 sigmaya ulaşım
JCA-Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu üzerine Ortak Komisyon (1980'ler ve sonrası)	Çıktılar, Hastalık Yönetimi (1980-1990'lar)	Toplam kalite (1980'ler- 1990'lar) (Baldrige-ISO 9000)
JCAHO/PRO/NCQA (1990 ve sonrası)		Öğrenen organizasyonlar-insan faktörü (1990'lar)
Raporlama kartları HEDIS/oryx/etc.		Komplex oluşumlar teorisi- 2000'ler-

Kaynak: Martin D. Merry, MD, & Michael G. Crago, PhD, The Past, Present and Future of Health Care Quality, "Urgent need for innovative, external review processes to protect patients", September-October 2001, The Physician Executive (7)

Sağlıkta Sürekli Kalite İyileştirme (SKİ)

Sağlık hizmetinin kendine özgü özellikleri ise şunlardır:

- Hizmet doğrudan doğruya insandan insanadır.
- Müşteri ile hizmeti veren arasında doğrudan bir ilişki vardır.
- Hizmetin zamanında yapılması esastır.
- Hizmet kusursuz ve mükemmel olmalıdır
- Hizmette verimliliği ve başarıyı ölçmek çok zordur.
- Hizmeti gerçekleştirirken dış etkenler nedeniyle sosyal problemler fazladır.

Sağlıkta SKİ, Ana Unsurları ve Dayandığı Temel İlkeler ve Akreditasyon

SKİ'nin ana unsurları her endüstri, sektör, sağlık, eğitim kuruluşu ya da uygulandığı ortamın özelliklerine bağlı olarak farklılıklar göstermekle beraber, bütün uygulamalarda ortak birtakım unsurların bulunduğu söylenebilir. Hepimizin bildiği gibi SKİ uygulamalarının temel bileşenleri;

- Hedef ve stratejilerin açık ve somut olarak ortaya konması
- Bireysel ve kurumsal performans standartlarının tanımlanması
- Sürekli performans ölçümü ve geri besleme mekanizmalarının kurulmasıdır.

Öncelikle sağlık hizmetlerinde kalite kavramında etkili olan ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon gibi bazı kavramları daha detaylı değerlendirelim.

Sertifikasyon ve Ruhsatlandırma

Konunun dışındaki bir kişinin sertifikasyon, ruhsatlandırma ve akreditasyon terimleri ve mekanizmaları hakkında kafasının karışması çok doğaldır. Genel olarak, sertifikasyon, ruhsatlandırma ve akreditasyonun her üçü de değerlendirme ve aynı zamanda organizasyonları (ve kişileri) kalite için ödüllendirme ve inceleme yöntemidir. Bununla birlikte akreditasyon bir sağlık kuruluşunun ağır bir dizi performans standardını izlemesini ve eksternal değerlendirmeye ek olarak kendisini ayrıntılı bir öz değerlendirme sürecine konu etmesini gerektiren tek yöntemdir. Hem ruhsatlandırma hem de sertifikasyon aynı değerlendirme prensiplerine sahiptir. Bir organizasyon, değerlendirme kuruluşuna yeteneğini göstermek ve değerlendirici kuruluşun koymuş olduğu standartları karşılamış olduğunu kanıtlamak zorundadır. Bu nedenle bu üçü arasındaki fark değerlendirme işleminin şiddetine ve incelemenin organizasyonun tüm yönlerinin kapsamlı olarak olaya katılıp katılmadığına bağlı olarak değişmektedir. Akreditasyon söz konusu olduğunda süreç ve standartların daha zor ve doğası gereği daha kapsamlı olduğu bilinen bir gerçektir.

Bu nedenle sertifikasyon, bir tesis, ürün ya da profesyonelin minimum standartlara erişme derecesinin saptandığı süreç olarak tanımlanabilir. Örneğin bir organizasyon özel bir topluma hizmet sunan ya da e-egitim kurumu olarak sertifikaya olabilir. Benzer şekilde, bir birey de belirli bir sınavı geçerek sertifikaya olabilmektedir. Bir birey için sertifikasyon, denetçi, sayman ya da eğitmen olarak sertifikaya olmak anlamında da olabilir. Bu nedenle, sertifikasyon özel bir amaca yönelik gerçekleştirilir ve ileriye yönelik izlemenin olduğu bir ortamda, özgül bir etkinlik sırasında sertifikaya edilen varlık/olay ile karşılaşması için yapılır. Sertifikasyon belirli bir varlığın/olayın rolleri ve sorumluluklarının üzerine bir “ekleni”dir. Örneğin bir spor hekimliği merkezi olarak sertifikaya olmuş olan bir organizasyonu tercih ederse ek sertifikasyon ya da ruhsatlandırma gereği olmadığı sürece, hâlâ başka alanlarda da hizmet sunmak olanağına sahiptir.

Ruhsatlandırma akreditasyondan çok sertifikasyona benzemektedir. Yine tüm varlık/olaylarda, bireylerde, organizasyonlarda ve gruplarda hedeflenmektedir. Bu nedenle ruhsatlandırma benzer biçimde, bir yapının, organizasyonun ya da profesyonelin minimum gerekliliklere ulaşma ölçüsünün incelenmesi sürecidir şeklinde tanımlanabilir. Ruhsatlandırma ileriye yönelik bir işlemdir. Ruhsatlandırılmış varlık/olayın belirli bir etkinlik ile karşılaşmasında yetkinlik konusunda bir ayrıcalık verilmiştir. Bununla birlikte sertifikasyonun tersine, ruhsat olmadan bir varlık/olay lisansın gerekli olduğu etkinliği uygulamaktan men edilmiştir. Bu nedenle ruhsatlandırma genellikle bir mesleğin uygulanmasının ya da yararlanıcıya veya alıcıya potansiyel bir riski olan eylemin kontrolü için devreye konmuş ve hükümet tarafından himaye edilen bir etkinliktir. Örneğin bir organizasyon ruh sağlığı merkezi olarak ruhsatlandırılmış ise başka bir etkinliğe izin veren diğer bir ruhsatı yoksa yalnızca ruh sağlığı merkezi olarak etkinlik gösterebilecektir ve ruhsatlandırma zaman ile sınırlanmıştır ve genellikle yıllık olarak yenilenebilir özelliktedir. Toplumda yalnızca aidatlarının ödenmesi ve iyi durumda olmayı gerektirmektedir. Bununla birlikte ruhsatlandırma olası ihlaller açısından sıkıca izlenmektedir. Kurum tarafından bir ihlal oluştuğunda ruhsat iptal edilebilir ya da askıya alınabilir ve yalnızca aynı yönetsel ajans tarafından iade edilebilir (genellikle bu emsallerinden oluşmaktadır). Yine de bir ruhsatlandırma, bunsuz bir kurumun lisansın zorunlu olduğu özgül bir etkinliği yapamayacağı şekilde isteğe bağlı olabilir. Geçerli bir ruhsatı olmayan bir hekimin hasta görememesi de belirgin bir örneği oluşturmaktadır. Bu nedenle teknik olarak söyleyecek olursak, yetkilenmiş hekimler mesleklerini uygulamaya kalkışmadıkları sürece ruhsat almaya zorunlu değildir.

Akreditasyon Nedir?

Akreditasyon birincil olarak bireylerden, bölümlerden ya da ünitelerden çok organizasyonlar için uygulanmaktadır. Akreditasyon, kendisi aracılığıyla eksternal akredite edici bir yapının bir sağlık organizasyonunu oluşturan anahtar sistemlerin ve proseslerin kalitesini değerlendiren zorlu ve kapsamlı bir inceleme işlemidir. Akreditasyon aynı zamanda sağlık organizasyonlarının koruyucu hizmetler ve müşteri memnuniyeti gibi önemli alanlarda verdiği bakım ve hizmetlerin bir değerlendirmesini de içermektedir. Akreditasyon, sağlık kuruluşları hakkında standardize, objektif bilgi gereksinimi sonucunda geliştirilmiştir. Hemen hemen tüm akreditasyon programları isteğe bağlıdır. Kuruluşlar değişik nedenlerle akreditasyon aramaktadırlar. Ancak çoğunluk pazar paylarını artırmak, müşteri memnuniyeti kazanmak ve profesyonel saygınlık edinmek için bunu yapmaktadırlar. Ancak her durumda akreditasyon isteğe bağlıdır.

Uluslararası Sağlıkta Kalite Derneği (1998) akreditasyonu şöyle tanımlamaktadır: “... Sağlık kuruluşlarınca, önceden saptanmış standartlara göre kesin olarak kendi performans düzeylerini değerlendirmek için kullanılan bir öz değerlendirme ve eksternal emsal değerlendirme sürecidir. Kalite standartları ve eksternal emsal değerlendirme süreci ulusal düzeyde tanınmış, otonom, bağımsız akreditasyon ajansları tarafından toplum için sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmek vaadiyle yönetilir.”

Kanada Sağlık Hizmetleri Akreditasyon Konsülü [*The Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA)] akreditasyonu, sağlık hizmetleri organizasyonlarının performans düzeylerini tam olarak saptamak üzere kullanabilecekleri az sayıdaki ve en etkili ölçekten biri olarak tanımlamaktadır. Sağlık sistemini sürekli olarak iyileştirmeye yönelik yollar üzerine odaklanmış olan bir emsal değerlendirme ve öz değerlendirme sürecidir. Her sağlık organizasyonunun performansı akredite edici organizasyonun sağlık sisteminde kilit rol oynayan birim ve bağlantılı karar vericilerle iş birliğinde koymuş olduğu bir dizi ulusal standart karşısında değerlendirilmektedir.

Uluslararası alanda hizmet veren pek çok akreditasyon kuruluşu bulunmaktadır. Bunlardan bazıları birincil olarak özel kâr amacı gütmeyen ve ulusal hükümetlerinin ve o sistemdeki sağlık bakımı anahtar oyuncularının desteğini almış organizasyonlarken bazıları da belirli ülkelerin sponsorluğundadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde dört adet ana akreditasyon ajansı bulunmaktadır. Bunlardan her biri bağımsız olup, özel bir yönde eğilimleri bulunmaktadır.

Örneğin Amerika Birleşik Devletleri’nde ayaktan tanı ve tedavi hizmeti veren kuruluşlar, Ambulatuvar Sağlık Bakımı Derneği [*Association for Ambulatory Health Care* (AAAHC)] ya da Kullanımın Gözden Geçirilmesi Akreditas-

yon Komisyonu [*Utilization Review Accrediting Commission (URAC)*] ya da şimdilerde Sağlık Organizasyonları Akreditasyonu Ortak Komisyonu [*Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)*] tarafından akredite edilirken hastaneler JCAHO tarafından akredite edilir. Yönlendirilmiş bakım organizasyonları Kalite Güvencesi Ulusal Komitesi [*National Committee on Quality Assurance (NCQA)*] gibi organizasyonlar ya da diğer üç ajans olan JCAHO, AAAHC veya URAC'tan biri tarafından akredite edilir.

Uluslararası alanda akreditasyon, temel olarak bir hükümet ajansı tarafından gerçekleştirilmekte ya da Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu Kanada Konseyi [*Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA)*] veya onun Avustralya, Endonezya, Avusturya, Arjantin'deki karşılıkları gibi yarı resmi bir ajans tarafından gerçekleştirilmektedir. Bununla birlikte her durumda bu akreditasyon kuruluşları hem uzmanlardan hem de özel sektör ve akademiler gibi sağlık sistemindeki diğer sektörleri temsil eden bağımsız ajanslardan oluşan bir kurul tarafından yönetilmektedir.

AAAHC (1999)'a göre, akreditasyon sertifikası değerlendirme işleminin en görünen sonucudur. Bununla birlikte akreditasyonun en önemli değeri sağlık organizasyonunun programa katılımı devam ettiği sürece kazandığı sürekli olan öz değerlendirme ve emsal değerlendirmede yatmaktadır. Akredite olmak isteyen kuruluşların öncelikle tüm hizmetleri ve etkinliklerini içeren bir öz (*internal*) değerlendirme yapması gerekmektedir. Arzu edilen akreditasyonu gerçekleştiren organizasyonlardan elde edilen standartlar ile bu öz değerlendirmenin yapılmasıdır. Kuruluş, bu değerlendirmenin sonuçlarına göre kendisini akredite edecek kurumu eksternal değerlendirmeyi yapmak üzere davet edebilir.

Elbette her akreditasyon kurumunun farklı bir akreditasyon sistemi ve farklı akreditasyon kararları vardır. Örneğin JCAHO'un yedi akreditasyon düzeyi bulunmaktadır. Bunlar:

- Takdirle ya da mükemmellikle akredite edilmiştir
- Gelişime dair önerilerle akredite edilmiştir
- Gelişime dair öneriler olmadan akredite edilmiştir (akredite)
- Geçici akreditasyon söz konusudur
- Şartlı akreditasyon söz konusudur
- Başlangıç olarak akredite edilmeyen
- Temyizde karşıt karar söz konusudur

Diğer taraftan NCQA'nın (1999) yönlendirilmiş bakım organizasyonları için şu beş düzeyi bulunmaktadır:

- Mükemmel
- Övgüye değer
- Akredite
- Geçici
- Reddedildi

Akreditasyona Tarihsel Bakış Açıları ve Akımlar

Akreditasyon Amerika Birleşik Devletleri'nde, profesyoneller için bir sağlık organizasyonunda belirli bir kalite düzeyi belirlemek üzere bir dizi standarda uygunluğu garantileyebilecek bir mekanizma olarak ortaya çıkmıştır. 1900'lerin başında Abraham Flexner adındaki saygın bir hekimin yayınladığı bir rapor sayesinde, Amerika Birleşik Devletleri yönetiminin dikkatine tıp eğitiminde yeni bir kalite anlayışı getirilmiştir. Bu rapora göre Amerika Birleşik Devletleri'nde o zamanki tıp okulları uymak zorunda oldukları herhangi bir gerçek kılavuz ya da özgül standart olmadan çalışmaktaydılar. Bu nedenle, tıp eğitiminin standartları “çok iyi”den “ancak yeterli” denebilecek düzeyde kabul edilenler gibi ileri derecede değişkendi. Yaklaşık aynı zamanlarda Amerikan Cerrahlar Okulu'nu (*American College of Surgeons*) temsil eden bir grup cerrah ameliyathaneler için minimum standartlar listesi hazırlamıştı. Amaç, bu grup tarafından kabul edilebilir bir ameliyathane olarak “sertifiye” olabilmek için hastane ameliyathanelerini bu standartlarla uyumlu hale getirebilmektir. Bu program hastane standardizasyon programı olarak tanınmıştı. Program o zamanlar değişik hastanelerin ameliyathaneleri arasında var olan geniş varyasyonlara karşı reaktif bir önlem olarak geliştirilmişti. Amacı, elbette ki, bu varyasyonları minimize etmek ve bu ameliyathanelerde cerrahi uygulanabilmesi için belirli bir kalite düzeyi sağlamaktı. Bu program, Amerika Birleşik Devletleri hastanelerinde günümüzde bulunan akreditasyon sisteminin bir ön belirleyicisi olarak kabul edilmektedir.

Halen de standardizasyon çabalarının önderi olan Amerikan Cerrahlar Okulu'nun bu inisiyatifini takiben, aynı organizasyon 1951 yılında Hastane Akreditasyonu Birleşik Komisyonu'nu [*Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH)] oluşturmak üzere diğer bazı profesyonel organizasyonlarla da bir araya gelmiştir. JCAH 1952 yılında hastane akreditasyonu için ilk standartlarını yayınlamıştır ve hızla Amerika Birleşik Devletleri hastanelerinde (ve Kanada'da) kalitenin bir damgası haline gelmiştir. Elbette standartlardan oluşan bu liste yıllar boyunca dikkate değer biçimde büyümüştür ve günümüzde hastaneler için akreditasyon el kitabı 300'den fazla sayfada yüzlerce standarttan oluşmaktadır.

Akreditasyon standartları yalnızca nicel olarak değil, aynı zamanda odaklandıkları temalar, uygulamaları ve nitelikleri açısından da çok çeşitlidir. İlk oluşturulduklarında bu standartlar birincil olarak “yapısal” standartlardı. Yani ya bir hastanenin fiziksel yapısıyla ya da onun insan kaynaklarıyla ilgiliydi. Daha sonraki dönemlerde süreç (proses) yönelimli standartlar da el kitabına konmuş ve sonraları “çıktı” yönelimli olanlar da eklenmiştir. Güncel liste, yapısal olanlardan daha çok süreç standartlarını içermektedir ve yıllar içerisinde hasta hakları ve sorumlulukları, liderlik ve etik gibi alanlar eklenerek birbirinden farklı “departmanlardan” uzaklaşarak işlevlere doğru yönelmektedir. Yani yıllar içerisinde akreditasyonun odağı değişmiştir. Bu süreçte öncelikle hastaneler akredite olmuşlardır. Ancak şimdi ayaktan tanı ve tedavi veren kuruluşlar, bakım kuruluşları, bakım evleri, rehabilitasyon kuruluşları, ruh sağlığı kuruluşları ve evde bakım organizasyonları ve bunlar kadar yönlendirilmiş bakım organizasyonları da akreditasyon bakımından incelenmektedir. Akreditasyondaki diğer bir değişiklik de artık yalnızca birleşik komisyonun akreditasyon etkinliklerinden sorumlu olmaması ve aynı amaçla sadece ABD’de değil diğer ülkelerde de başka ajansların da oluşmuş olmasıdır.

1987 yılının sonlarına doğru birleşik komisyon adını değiştirerek Sağlık Organizasyonları Akreditasyonu Ortak Komisyonu [*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO)] adını almıştır. Hizmetleri diğer sağlık organizasyonlarını da kapsayacak şekilde belirgin olarak genişlemiş olduğundan bu isim değişikliğinin güncel katılımı yansıtmak üzere yapıldığı açıklanmıştır. Yine, ABD hükümeti tarafından uygulanan dolaylı baskı ve müşteri talepleri nedeniyle akreditasyon kriterleri yalnızca bir dizi standarda uygunluğu vurgulamak dışında aynı zamanda sürekli performans iyileştirme mekanizmalarını da içermeye başlamıştır (9-12). Böylece bir sağlık organizasyonu yapısal ve süreçlerle ilgili akreditasyon standartlarını karşılamış olsa da aynı zamanda gelişiminin sürekli çabasına dair ispatlanmış bir seyir ve deneyimi göstermek zorundadır. Bundan başka, yönlendirilmiş bakım hizmetlerinin ilk akreditasyon organizasyonu olan Kalite Güvencesi Ulusal Komitesi [*National Committee on Quality Assurance* (NCQA)] gibi bazı akreditasyon organizasyonları Amerika Birleşik Devletleri’nde ve olasılıkla dünyada da gelişimler konusunda denetimlerindeki bileşenleri “daireyi tamamlamaya” zorunlu kılmaktadır. Bu organizasyonlar, akredite olabilmek için bazı hasta çıktılarındaki iyileştirmeler konusundaki yeteneklerini ve deneyimlerini ve sık izlem ve yeniden ölçüm yoluyla bu çıktıları sürekli iyileştirmekte ve korumakta olduklarını göstermek zorundadırlar. Akreditasyon şimdi gördüğümüz gibi bu nedenle sadece bir kalite güvence etkinliği değil, aynı zamanda bir kalite iyileştirme çabasıdır.

Gittikçe daha fazla organizasyon ve ülke akreditasyonla ilgilenmeye başlamıştır. Uluslararası Sağlık Bakımında Kalite Derneği [*The International Society of Quality in Health Care*] bir grup uluslararası temsilci tarafından kurulmuş bir organizasyondur. Bu grup 1996 yılından beri yılda en az bir kez toplanarak uluslararası akreditasyon için bir sistem oluşturmaya çalışmaktadırlar. Bu grup aynı zamanda Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Birleşik Krallıklar ve Avustralya'dan akreditasyon kurumları dahil olmak üzere dünya çapındaki majör bazı sağlık organizasyonlarının da dikkatini çekmiştir. Benzer şekilde DSÖ, mevcut altı DSÖ bölgesindeki çeşitli ülkelerin akreditasyon konusunda ilgilerini artırmaya başlamıştır. 1998 yılında DSÖ'nün Güneydoğu Asya bölgesi Endonezya'da, bölge ülkelerinden temsilcilerin katılımıyla, akreditasyon konusunda uluslararası bir toplantı düzenlemiştir. Doğu Akdeniz bölgesi benzer bir etkinliği 1999 yılında Kıbrıs'ın Limasol kentinde düzenlemiştir. Yine bu bölgedeki hemen her ülke bu toplantıya temsilcilerini göndermiştir. Üye ülkeler için bu toplantının çıktıları, ülkelere akreditasyonu tanıtmaya yönelik etkinlikler düzenlemek konusunda bir dizi öneriyi içermiştir. Doğu Akdeniz DSÖ bölge ofisi, akreditasyona ilgi gösteren ve kendi sağlık sistemlerinde böyle bir programı uygulamak üzere bir sistem geliştirmeye çalışan bu ülkelerle birlikte çalışmaktadır.

Neden Akreditasyon?

Dört dekattan fazla bir zamandır akreditasyon, bir sağlık organizasyonunun sunduğu bakım hizmetlerinin kalitesi için alabileceği, toplum tarafından onaylanmanın en üst noktasıdır. Akreditasyon toplum tarafından onaylanmanın yanı sıra bir sağlık kurumuna niceliksel olduğu kadar elle tutulamayan da bazı yararlar sunmaktadır. Akreditasyon gerçekte bir kurumun stratejik yönetsel karar verme prosesini geliştirmektedir.

Akreditasyonun amaçları aşağıdaki kategorilerde özetlenebilmektedir:

- Müşterilerin talebi
- Performans ölçümü
- Standardizasyon ve değişken kontrolü
- Referans oluşturmak
- Raporlama kartları
- Kalite iyileştirme
- Pozitif rekabet
- Ödül ve Onaylanma
- Etkililik

Asıl olarak akreditasyon, müşteriye karşılaştırılabilir bilgi sağlamak amacı için bir kurumun kalite değerlendirme süreci olarak tanımlanabilir.

Akreditasyon standartları olabildiği kadar ölçülebilir geliştirilir. Bu standartlar değişik fonksiyonları takip eder ve sağlık bakım organizasyonunun performansını ve sahip olduklarını birimlendirir. Standartlar, bakım süreciyle ve sağlık bakımı süreci tarafından icra edilen hizmetlerin yapısı ile direkt ilişkili uzman grubu tarafından yıllık olarak geliştirilir ve güncellenir. Bundan dolayı bu standartlar, sunmayı iddia ettiği hizmetler ve bakımın farklı açılarından sağlık bakımı organizasyonunun performansını ölçmek için geliştirilmiştir. Bu standartlara uyum, böyle bir organizasyonun performansının bir akreditasyon kurumu tarafından ölçüldüğünü gösterir. Şüphesiz uyum, akreditasyon kuruluşundan onay mührünün alınması sağlık bakımı organizasyonu için tatmin edici olabilir ve bu yolla akreditasyon kuruluşu özellikle yapı ve süreç alanlarında, değerlendirdiği kuruluşun performansını ölçtüğünü gösterebilir.

Akreditasyonun temel aktivitelerinden biri sağlık bakımı sunan kurumun karşılaması gereken standartları karşılamasını sağlamaktır. Bu standartlar genellikle özenli bir şekilde uzmanlar tarafından geliştirilmiş standartlardır. Bu standartlar sayesinde akreditasyon ajansı, sağlık bakımı sunan kurumun kalitesini ölçebilir. Bundan dolayı bu standartlar daha sonrasında, kurumun performansını ölçen ve akreditasyonu başaran mihenk taşı olacaklardır. Değerlendirme sürecinde objektifliği sağladığından dolayı standardizasyon önemlidir. Bu olay çıktıların kontrol edilmesi ve performansın karşılaştırılması için de bir mekanizmadır. Belirli standartların sağlanması, sağlık bakım organizasyonunun “akredite olabilirliğini” mümkün kılar ve şu anki performansı ile istenilen arasındaki varyasyonları azaltır. Standardizasyon, beklentileri kontrol ederek, çıktıları tahmin ederek ve etkili bütçeyi kolaylaştırarak maliyetin kontrol edilmesinde de faydalıdır.

Kalite geliştirme döngüsüne göre akreditasyon, döngünün her basamağına, kalite gelişimi dahil, uyarlanır. Akreditasyon süreci değerlendirmeyi vurgular fakat bu tarz değerlendirmelerin çıktısına dayalı gelişmeyi de cesaretlendirir. Organizasyonların geliştirme projelerine de başlamayı destekler. Yeni akreditasyon standartlarının çoğu, gelişim fırsatlarını tanımlayan kapasitelerini göstermek, ilerleme ve gelişim süreçlerini başlatmak için sağlık bakımı sunan kuruluşlara çağrı yapmaktadır. Akreditasyon ajansları, tanımlama işleminden şu anki ilerlemelerin ve sonrasında onların devamlılığını sağlayan uygulamalar ve gelişim fırsatlarının seçim analizine kadar, “döngüyü kapatmada” deneyimini gösteren organizasyonlara pozitif cevap vermektedir. Bundan dolayı akreditasyon, sağlık bakımı sunan kuruluşların sürekli iyileştirme çabalarını desteklemekte ve bu organizasyonlara daha yüksek seviyede sorumluluk getirmektedir.

Akreditasyon sağlık bakımı organizasyonları arasında karşılaştırma mekanizması sağlamaktadır. Özellikle “övgüye değer” veya “mükemmel” durumda olan akreditasyonu başarmış organizasyonlar, pozitif imaja sahip olacaktır ve ona dayanarak o üstünlüğü hizmetlerini pazarlama için kullanacaktır. Akreditasyon bundan dolayı pozitif pazarlama aracı ve sağlık bakımı organizasyonları arasında pozitif değer artıran yarış aracı olarak kullanılabilir. Akreditasyonun başarısıyla örnek olan kaliteye dayalı yarış, ücretsiz yarışın bir formudur ve bu form pozitif bir yarışır. Akreditasyonun bu tipi, her birinin performansındaki zayıflığı veya saldırı karakterini bulmaya çalışan yerdeki politik adaylar arasında ve adaylarla sergilenen yarış tipinin tersinedir. Diğer bir taraftan pozitif bir yarış, kıyaslama (*benchmarking*) ve sizin yarışçılarınınızın pozitif özelliklerini tanımlamayı, organizasyonunuzdaki bu sıfatların seviyesi daha iyi olsa bile başarmanızı cesaretlendirir. Mükemmeliyet için sürekli araştırma süreci ve kendi sistemindeki mükemmeliyeti taklit etmek için mekanizmadır. Akreditasyon bu süreci hızlandırır ve cesaretlendirir.

Daha önceden belirtildiği gibi akreditasyonu almak, organizasyonun kendisinin onay mührünü almaktır. Bu onay sertifikası genellikle kıymetli bir bildirimdir ve onu destekleyen güçlü bir pazarlamadır. Hem organizasyon hem de çalışanları için ödüllendirici ve yararlıdır. Akreditasyon, organizasyonun başarılı olması için yoğun çalışmış olguların ödüllendirilmesi için de bir mekanizma olarak kullanılabilir. Kalitenin ispatı ve organizasyonlar arası emsal onayının da yöntemidir.

Kalitenin birçok boyutu vardır. Bu boyutlardan iki tanesi organizasyonun amaçlarını zamanında ve maliyet-yararlı şekilde kazanma becerisiyle ilişkilidir. Bundan dolayı bir organizasyonun kaynaklarını en uygun yolla kullanma becerisi, kalitenin önemli boyutlarından biridir. Benzer şekilde bir organizasyonun amaçlarına ve hedeflerine zamanında ulaşabilme becerisini gösterebilmesi etkili bir organizasyonu oluşturur ve bundan dolayı kalitenin sürekli iyileşme boyutunu karşılar. Akreditasyon kaliteye benzer bir şeydir. Akreditasyon organizasyonun etkili olmasını ve kaynaklarını en etkili şekilde kullanmasını ister. Sağlık bakım organizasyonunun akreditasyonu başarabilmesi için etkililiğini ve görevleri, amaçları ve hedefleri ile ilgili projeleri tamamlamadaki etkinliğini göstermesi gereklidir. Etkinlik ve etkililik uygulanmalı ve organizasyonun akreditasyonu alabilmesi için belgelendirilmiş şekilde ispatlanmalıdır.

Faydalar

JCAHO (1999), NCQA (1999 ve AAAHC (1999)’e göre akreditasyonun bazı faydaları

- Toplumun güvenliğini artırır.
- Halk için yapılan işlemlerin çıktılarının değerlendirilmesini yani bir tür “karne” olmayı sağlar.
- Organizasyonun performansının değerlendirmesinde tarafsızlık sunar.
- Organizasyonun kalite geliştirme çabalarını hızlandırır.
- Profesyonel eleman alımına yardım eder.
- Elemanların eğitiminde araç olarak kullanılabilir.
- Belirli hükümet sertifikasyon gerekliliklerini karşılamak için kullanılabilir.
- Sigorta ödemelerini kolaylaştırır.
- Lisans gerekliliklerini sıklıkla yerine getirir.
- Sigorta prim yükümlülerini uygun bir tarzda etkileyebilir.
- Bakım yönetimi sözleşme kararlarını uygun bir şekilde etkiler.
- Sunulan hizmetlerin ve bakımın gelişmesi için yeni yollar bulur.
- Organizasyonun etkinliğini artırır ve maliyetlerini azaltır.
- Çalışmaları motive eder, övücü ve sadakati artırır.
- Halkla ilişkileri ve pazarlama çabalarını kuvvetlendirir.
- Kaliteli profesyonel eleman adaylarını bulur ve tutar.
- Diğer hizmet sunucu gruplarla ve sağlık bakımı organizasyonlarıyla ittifaklar geliştirir.

Sonuç ve Öneriler

Değişen müşteri beklentileri ile hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve performans ölçümleri her zaman birbirini tetikleyen, doğru ölçümlerle, doğru işlerin yapılması yolunda sürekli kalite iyileştirme çalışmaları içinde önemli bir yer tutmaktadır. Hastaneler ve diğer hizmet işletmeleri, rekabette ayakta kalabilmek için rakiplerle arasında fark yaratacak şekilde kurumsal performanslarını iyileştirme yönünde çaba sarf etmelidirler.

Bu bağlamda akreditasyon 40 yıldan fazla bir süredir sağlık hizmeti sunan kurumların izlenmesinde önemli bir rol oynamıştır. Akreditasyonun başarısının nedenini gönüllülük ilkesine dayanması, öz değerlendirme olarak tanımladığımız kendi kendini değerlendirme ile tarafsız emsal değerlendirme sürecine sahip olması olarak tanımlayabiliriz. Ayrıca başarısının bir diğer nedeni de akreditasyonu yüksek kalitede sürekli bakım hedefini ortak yansıtmayı temin eden kolektif ve iş birlikçi şekilde çalışan profesyonel grup çoğunluğunun sürekli olarak katılımına ve desteğine borçludur.

Bu süreç, sürekli gelişimi ve kalitenin enstitüleşmesini temin eden potansiyele sahiptir. Belirli özendirici olaylarla kalite aktiviteleri devamının değeri artmaktadır ve akreditasyon bu tarz özendirici şeylere örnektir. Performans ölçümü ve sorumluluk devrinde, akreditasyon gibi standartlara uyumu cesa-retlendiren mekanizmalar kesinlikle dönemin ihtiyacı olanlardır. Dünyadaki ülkelerin artan ve ciddi bir şekilde bu tarz aktivitelere ilgi duyması şaşılabilecek bir şey değildir.

Kaynaklar

- 1) Donobedian, A., *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Mick: Health Administration Press, Ann Arbor, (1980).
- 2) Dale, B., Plunkett, J.J., *Managing Quality*, Philip Allan Co., New York, (1990).
- 3) Donobedian, A., "The quality of care, how can it be assessed?" *JAMA*, 260(12) (1988).
- 4) Akgün S., Haksever A., Akyel S., Güray Ş., Erdal R. "Applying Quality Management to Healthcare Quality for Business Transformation-Challenges of Sustainable Excellence in the 21st Century". Editor-in-Chief J. S. Ahluwalia, *Institute of Directors, India*, Sayfa 550-558, Ocak 1999
- 5) Akgün S., Haksever A. Haberal C. Tokalak İ. Erdal R. Haberal M., "Strategies and Obstacles in Quality Management: The Experience of a Hospital Network in Turkey", *Global Engagement in Creating Financially Viable Healthcare Systems Proceedings*, pp: 195-203
- 6) Akgün S, *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme ve Başkent Üniversitesi Örneği*, Türk Standartları Enstitüsü Standart Dergisi, 2005
- 7) Martin D. Merry, MD, & Michael G. Crago, PhD, *The Past, Present and Future of Health Care Quality, Urgent need for innovative, external review processes to protect patients*, September•October 2001, *The PhysicianExecutive*.
- 8) Blumenthal, D., *Applying Industrial Quality Management Science to Physicians' Clinical Decisions, Improving Clinical Practice, Total Quality management and the Physician*, Jossey-Bass Inc., New York, (1995).
- 9) A.F.Al-Assaf, Akgün S, *Sağlık Hizmetlerinde Sertifikasyon, Ruhsatlandırma ve Akreditasyon*, Hospital Life, Hastane forumu, Mart-Nisan 2006
- 10) *Licensing and Certification of Health Facilities and Referral Agencies*, Register 90, No 14-19; 90, pp=759838
- 11) A.F. Al-Assaf, Akgün S, *Hasta Güvenliği ve hasta güvenliği indikatörleri*, Hospital Life, Hastane forumu, Ocak-Şubat 2007
- 12) JCAHO (1999). <http://www.jcaho.org> (Erişim Tarihi: 22.02.2007)
- 13) NCQA (2003). *The National Committee on Quality Assurance*, Washington DC. <http://www.ncqa.org> (Erişim Tarihi:11.02.2007)
- 14) CCHSA (2003) *Canadian Council on Health Services Accreditation*, Ottawa.Ontorio, canada.<http://www.cchsa.ca> (Erişim Tarihi:15.02.2007)
- 15) AAHC (2003). *The Accreditation Association for Ambulatory Health Care*, Washington, DC. <http://www.aaahc.org> (Erişim Tarihi: 13.02.2007)
- 16) *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook*, CAMH Update 4, (November 2005)
- 17) CMS (2003). *The Centres for Medicare and Medicaid Managed Care*, Rockville, Maryland. <http://hcf.gov> (Erişim Tarihi: 10.02.2007)

- 18) URAC (2003). *American Accreditation Healthcare Commission, Washington. DC.*
<http://www.urac.org> (Erişim Tarihi: 10.02.2007)
- 19) ISQua (2003). *International Society for Quality in Healthcare, Victoria, Australia.*
<http://www.isqua.org.au> (Erişim Tarihi: 15.02.2007)

Türkiye'nin Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Sürecinde Dönüm Noktaları

DR. HASAN GÜLER*

*Uluslararası Hasta Güvenliği ve Sağlık Finansmanı Araştırmaları Merkezi (UHGSfam)

Genel anlamda ve süreç olarak kalitenin geliştirilmesi, temelde bir kurumun ana hedefi olup “Kurum liderliğinin desteğiyle hizmet alanlar için kaliteli bir hizmetin verilmesidir.” ifadesiyle açıklanabilir. Sağlık hizmetlerinde kalite ise “Bir sağlık kurumunda, hekim, sağlık bakım sistemi ve hasta dahil bütün paydaşların katkısıyla çalışanların bilgi ve becerilerinin de artırılarak hastanın sağlığının iyileştirilmesi” olarak tanımlanabilir. Sağlık sektöründeki genel yaklaşım, kalitenin, daha iyi sağlık sonuçları için maliyet etkili ve hasta güvenliğini artırıcı bir yaklaşım olmasıdır. Sağlık sisteminde kalitenin iyileştirilmesine dair yaklaşımlar neredeyse sağlık hizmetlerinin organize bir biçimde verilmeye başlanmasından beri var olmasına karşın sistematik olarak 1980’lerden sonra vücut bulmaya başlamıştır. Öte yandan, kalite konusundaki bilimsel yaklaşımların başlangıç tarihi 1910’lar olarak ifade edilebilir.

1980’li yıllar, küreselleşme dahil dünyanın birçok açıdan değişim ve dönüşüm geçirdiği yıllar olmuştur. Sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesi için yerel ölçekte çalışmalar birçok yerde boy göstermiştir. Bu yerel çalışmaların başladığı ve uluslararası arenada örnek oluşturan ülkelerin başında ABD, Kanada ve Avustralya olmak üzere Japonya, İngiltere ve Fransa gibi ülkeleri sayabiliriz. Bunun yanı sıra bu alanda ülkelere yol gösterici ve bu hususlarda bir çerçeve ortaya koymak suretiyle rehberlik görevinde bulunan Dünya Sağlık Örgütünü (DSÖ) de ifade etmemiz gerekmektedir. Ayrıca ISQua’nın (*International Society for Quality in Health Care*) da sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme hususunda uluslararası bir aktör olarak yer aldığını görüyoruz.

Ülkemizde ise kalite çalışmalarının sağlık kurumlarının ajandasında yer almaya 1990’lardan sonra başlamasına rağmen sistematik anlamda 2000’lerin başında sağlıkta ulusal kamu otoritesi olan Sağlık Bakanlığınca kalite çalışmalarına hız verilmeye başlanmış ve 2000’lerin ortasında profesyonel ürünler ve yaklaşımlar sağlık sektöründe görünür hale gelmiştir.

Türkiye’de 2003 Öncesi Dönem

Türkiye sağlık sisteminin 2003 öncesi dönemde sağlık ve sigortacılık alanında; sağlık hizmeti sunan kurumların mülkiyeti ve yönetimi (Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastaneleri, Çalışma ve Güvenlik Bakanlığına bağlı SSK hastaneleri, Milli Eğitim Bakanlığına bağlı hastaneler, PTT Genel Müdürlüğüne bağlı hastaneler ve Belediyelere bağlı sağlık kurumları gibi) ile sağlık sigortacılığı alanında hizmet veren kurumların (Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK) yönetimi ve kapsadığı vatandaş kitlesi açısından çok parçalı bir yapıya sahip olduğunu görmekteyiz. Bu dönemde çok parçalı bir sağlık sistemi ve sigortacılık yapısının olmasının getirdiği handikaplar ve başta sağlığa erişim olmak üzere benzeri birçok sorunun kaliteli sağlık hizmeti sunma/sağlama anlayışını ötelediği ve bu alanda sistematik bir çalışmayı zorlaştırdığı ve kapsayıcı, uygulanabilir bir politika metnine dönüşmesini sağlayacak şartların oluşmadığını göstermektedir. Bundan dolayı ülkede bu alandaki bilgi birikimi ve farkındalığın temel düzeye yakın olduğunu ancak yeterli olmadığını söyleyebiliriz. Ayrıca kalite alanında TSE (ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi) ile TÜRKAK (ISO 15189 ve ISO 17025) gibi ulusal kurumların ve Türkiye Kalite Derneği (KALDER- EFQM mükemmellik modeli) gibi sivil kuruluşların bir dizi faaliyet yürüttüğünü görmekteyiz.

Sağlık sisteminin bütününe baktığımızda ise tıbbi laboratuvar akreditasyonunda kullanılan ISO 15189 dışındaki kalite güvence sistemlerinin ve modellerin sağlık hizmetlerine spesifik olmaması yapılan çalışmaların etkisini çok sınırlı hale getirmiştir. Kalite çalışmalarının sistematik anlamda birkaç özel hastane tarafından uygulanmaya gayret edildiği ve bu gayretten hareketle uluslararası akreditasyon faaliyetleri kapsamında ülkemizde JCI’nın özel hastanelerde sınırlı sayıda (2 özel hastane) akreditasyon faaliyeti gerçekleştirdiği ve sınırlı sayıda özel hastanenin akredite edildiğini görmekteyiz. Buna ilaveten, bazı sağlık kurumlarının ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi ve EFQM mükemmellik modeli gibi sistemleri kullanarak kalite iyileştirme faaliyeti yapmaya gayret ettiklerini söyleyebiliriz. Ayrıca, SSK hastaneleri tarafından ISO 9001-2000 kalite yönetim sistemi çerçevesinde ISO belgelerinin alındığı ve ilan edildiği görülmekte ancak belgelendirmenin kaliteli sağlık hizmeti sunumuna ne kadar katkı sağladığı veya sorunların çözümü amacına matuf olan bu faaliyetin sorunları ne ölçüde çözdüğü tartışmalı bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Türkiye’de 2003 ve Sonrası Dönem

Günümüzde de gerek sağlık hizmeti gerekse tüm hizmet sektöründe öngörülebilirlik hizmet sunumunun vazgeçilmezidir. Öngörülebilirliği sağlamanın

temel araçlarından biri de kalite ve akreditasyon faaliyetleridir. Bu faaliyetlere ilişkin DSÖ rehberliği ve uluslararası uygulama örnekleri irdelendiğinde kaliteli sağlık hizmeti sunumunu sağlama adına benzer araçlar kullanıldığını ancak ülkelerin kendi ihtiyaç ve önceliklerine göre farklı yol ve yöntemler izlediklerini müşahade etmekteyiz.

Bu perspektiften hareketle “Hastalık yoktur, hasta vardır.” veciz sözüyle vücut bulan bu gerçeklik anlayışıyla Türkiye Sağlık Sisteminin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, özelde ise sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon alanında iyileştirme faaliyeti için evrensel uygulamalar ile paralel ancak ülke öncelikleri gözetilerek hazırlanan ve 2003 yılında kamuoyu ile paylaşılan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın (SDP) kalite ve akreditasyon alanında bir milat olduğunu ifade edebiliriz. Bundan dolayı SDP’yi genel hatlarıyla incelediğimizde; Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılı aralık ayında bu program ilan edilirken “Gelecek geçmiş üzerine bina edilir.” düşüncesiyle aşağıdaki hususlar gözetilerek hazırlandığı ifade edilmektedir:

- Tamamen yeni bir görüş ortaya koymaktan ziyade uygar dünyanın uygulama ve arayışları ile Bakanlık olarak geçmişten alınan yararlı mirasın birlikte değerlendirilmesini sağlamak
- 2003 yılına kadar defalarca reform iddiası ile ortaya konan birçok çalışmanın uygulama alanı bulamamış olması da dikkate alınarak kamuoyunun güvenini de sağlayacak şekilde mevcut gidişatı tamamen sonlandırma yerine özlenen değişimi gerçekleştirmek
- Mevcut yapıyı tahrip etmeden planlanan hedefe doğru dönüştürülmesini hedefleyen, kararlı geniş katılımı tüm tarafların sahiplenebileceği ve aktif rol alacağı bir yol izlemek

Ayrıca, dönüşüm Programının, sektörü bütün boyutları ile kavramak üzere şekillendirilmiş toplam 8 bileşenden (Tablo 1) oluştuğu ve her bileşenin bir diğeri ile ilişkilendirilmesi suretiyle, programın bütünlüğü içinde uygun olabilecek çözümleri içerdiğine yer verilmektedir.

Tablo 1: Sağlıkta Dönüşüm Programı bileşenleri

1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı
2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası
3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi
3.1 Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği
3.2 Etkili, Kademeli Sevk Zinciri
3.3 İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri
4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü
5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları
6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon
7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma
7.1 Ulusal İlaç Kurumu
7.2 Tıbbi Cihaz Kurumu
8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim; Sağlık Bilgi Sistemi

2003 yılına kadar ülkenin şimdiye dek gündeminde yeterince yer almamış ve ihmal edilmiş bir konu olan sağlıkta kalite konusu Dönüşüm Programının “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon” bileşeni ile ele alınmaya başlanmıştır. Bu bileşenin içeriğinde aşağıdaki hususlara vurgu yapılmaktadır:

- Sağlık sektöründe hizmetin kabul edilebilirliği ve standardını esas alan ve hizmet sunum süreci ile elde edilen çıktıların değerlendirildiği bir mekanizmanın kurulması
- Kalitenin izlenmesi/düzenlenmesi ve kurumların akreditasyonu
- “Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu”nun kurulması ve kurumun özerk bir yapıda, sektörün ilgili taraflarının yönetiminde söz sahibi olduğu, gelişmiş ülkelerdeki örneklere benzer şekilde faaliyete geçmesi
- Kavram kargaşası içinde bulunan ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularının gözden geçirilmesi
- Kurumun, sağlık sonuçlarını ölçmek için sistemler geliştirmesi ve bu sonuç ölçümelerini sağlık hizmet sunucularına performans göstergeleri olarak sunması
- Sağlık hizmet sunucularının performanslarını içeren veri tabanları oluşturulması ve iyi uygulamaların tanımlanması ile uygulanabilir performans göstergelerinin belirlenmesi

2003 yılı itibarıyla kalite ve akreditasyon konusunu politika yapıcılarının sahiplenmesi ve politika metinlerinde yer vermesi önemli bir aşama olarak karışımıza çıkmaktadır. Bu güçlü irade sayesinde ülkemizde bu konuda yapılan çalışmaların tarihsel seyri içerisinde önemli dönüm noktalarını da dikkate

olarak makro planda 2003-2019 yılları arasındaki gelişmeleri üç dönemde irdeleyebiliriz.

1. Dönem (2003-2011)

Bu dönemde dönüşüm programının bileşenlerinin tek tek hayata geçirilerek sağlık sisteminin iyileştirilmesine yönelik birçok düzenleme gerçekleştirilmiştir. Özellikle kamu sağlık hizmet sunumunda sağlık kurumlarının Sağlık Bakanlığına bağlanarak tek çatıda toplanması ile sigorta kurumlarının da SGK çatısı altında birleşmesi önemli bir düzenleme olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunların diğer düzenlemeler ile birlikte kalite ve akreditasyon faaliyetlerinin gelişmesine katkı sunma anlamında önemli dönemeçler olduğunu söyleyebiliriz.

Dönüşüm programı ile başlayan süreçte, ilk yıllarda hem ülke de hem Sağlık Bakanlığı bünyesinde yeterli bilgi birikimi, tecrübe ve bu alana ait yararlanılacak rehber niteliğinde kaynakların bulunmayışının zorlu bir süreci beraberinde getirdiği ifade edilebilir. Bu gerçeklerden hareketle Sağlık Bakanlığı mevcut durum tespiti ile birlikte çalışmalara başlamış ve ilk etapta Tedavi hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesindeki kalite şubesi aktif hale getirilmiş ve Proje Yönetimi ve Destek Birimi bünyesinde de kalite koordinatörlüğü kurulmuştur.

Kalite koordinatörlüğünce Bakanlık bünyesinde bu alana yönelik çalışmalar başlatılmış ve devamında da bir dizi toplantı ve çalıştaylar düzenlenmiştir. Bakanlıkça kurulan akreditasyon yönlendirme komitesi ve çalışma grupları tarafından akreditasyon yol haritası ve kurumsal yapılanma hususlarında arama konferansları düzenlenerek raporlar hazırlanmıştır. Hazırlanan raporların uygulamaya yansımaları da tam olarak gerçekleştirilememiştir. Eş zamanlı olarak da 2004 yılında JCI ile iş birliği anlaşması imzalanarak ortak çalışmalara başlanmış ve JCI Hastane Seti Türkçeye çevrilerek devlet hastanelerine dağıtılmıştır. JCI hastane setinin hastanelerde kullanımı çokta istenen sonucu vermemiş ve uygulama alanı bulamamıştır. Ancak 2003 yılında hayata geçirilen performansa dayalı ek ödeme sistemine 2005 yılında dahil edilen kurumsal performans uygulaması ile kalite kavramı somut olarak sistemde yer almıştır. Kurumsal performans uygulamasında kalite adına hem kalite şubesinin hem kalite koordinatörlüğünün yapmış olduğu kalite düzenlemelerine yer verilmiştir. Özellikle sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması amacıyla kurumsal performans uygulamasına dahil edilen kalite düzenlemelerinden en kritik olanı 100 kriterden oluşan kalite kriterleri olup bu kriterler daha önce çevirisi kalite koordinatörlüğünce yapılan JCI Hastane seti baz alınarak hazırlanmıştır.

2007 yılında Bakanlık bünyesinde Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığının kurulması ile birlikte kalite çalışmaları daha da kurumsal bir yapıya kavuşmuş ve bu alanda Bakanlık merkezinde bir süre kalite şubesi

ile kalite koordinatörlüğünce çalışmalar koordineli bir şekilde yürütülmüş ve sonrasında daire başkanlığı tek yetkili ve sorumlu birim olarak görevine devam etmiştir. Ve tüm çalışmaların tek bir çatı altında yürütülmesi sağlanmıştır. Bu tek çatı uygulaması çalışmaların daha da kurumsallaşmasını hızlandırmıştır. Özellikle Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine (PDEÖS) kalitenin bir parametre olarak eklenmesi ve PDEÖS'nin “maddi çarpan etkisi” kalite çalışmalarının gelişimine ciddi bir katkı sağlamıştır.

Başlangıçta zorlu bir dönem yaşanmasına rağmen sonrasında Bakanlık faaliyetlerindeki güven ve istikrar sayesinde Bakanlığın bu konuda ana belirleyici olmaya başladığı ve bu dönemde ana hatlarıyla aşağıdaki çalışmaları gerçekleştirdiği görülmektedir.

1. Performansa dayalı ek ödeme sistemi (PDEÖS) uygulaması başlatılmıştır.
2. PDEÖS'nin tamamlayıcısı olan “kurumsal performans” uygulaması sisteme dahil edilmiştir.
3. Kalite çalışmalarının tek çatı altında ve daire düzeyinde temsili ile birlikte faaliyetlerde senkronizasyon ve karar alma sürecinde eş güdüm sağlanmıştır.
4. Kaliteye yönelik Bakanlığa bağlı sağlık kurumlarını kapsayan yönergeler yayınlanmıştır.
5. www.kalite.saglik.gov.tr web adresi kurulmuştur.
6. Hastaneler başta olmak üzere 112 acil hizmetler ve ağız diş sağlığı merkezlerine yönelik kalite standartları geliştirilmiştir.
7. Sırasıyla öz/çapraz/merkezi düzeyde sağlıkta kalite değerlendirmeleri yapılmaya başlanmıştır.
8. Nitelikli insan kaynağı oluşturulmasına yönelik eğitimler ve toplantılar yapılmıştır.
9. Kalite çalışmalarının tüm sağlık sektörünü kapsamı sağlanmıştır.
10. Performans ve kalite alanına has hakemli dergi çıkarılmıştır.
11. Tüm faaliyetlerin yer aldığı arşiv niteliğinde almanak çıkarılmıştır.
12. Standart setleri baz alınarak yardımcı doküman niteliğinde uygulamaya yönelik rehberler yayınlanmıştır.
13. Uluslararası performans ve kalite kongreleri düzenlenmeye başlanmıştır.
14. Hasta ve çalışan güvenliği sempozyumları gerçekleştirilmeye başlanmıştır.
15. Taşrada kurumsal yapılanma (İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü ve Kalite Yönetim Direktörlüğü) gerçekleştirilmiştir.
16. Yöneticilerin ek ödemesini doğrudan etkileyen ve kalite standartlarının da yer aldığı yönetici performans uygulaması hayata geçirilmiştir.

17. Yönetici dışındaki sağlık çalışanlarının ek ödemesini etkileyen ve kalitenin bir parametre olarak yer aldığı birim performans düzenlemesi yapılmıştır.

18. Klinik göstergelerin geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmıştır.

19. Sosyal Güvenlik Kurumunun özel hastanelerin hastalardan alacağı ilave ücretlerin belirlenmesi amacıyla yayınladığı “Özel Hastaneler ile Vakıf Üniversite Hastanelerinin Puanlandırılması ve İlave Ücret Alınması Hakkında Yönerge”de hastane puanının hesaplanmasında kalite standartları %25 ağırlığa sahip olmuştur.

20. Kalite çalışmalarının saha değerlendirilmesinde kullanılmak üzere elektronik tabanlı raporlama ve izleme sistemleri geliştirilmiştir.

2. Dönem (2011-2015)

663 sayılı KHK ile Bakanlığın yeniden yapılandırılması ile iş ve işlemlerin yeniden düzenlenmesi suretiyle daha önce bir tek çatı altında bir tek daire başkanlığınca yürütülen performans ve kalite çalışmaları 4 farklı genel müdürlük/kurum çatısı altında ve 5 farklı birim tarafından yönetilmeye başlanmıştır. Kurulan yeni birimlerle birlikte bu dönemin öne çıkan önemli ana başlıklarına aşağıda yer verilmiştir.

1. Birbirini tamamlayan ve destekleyen performans ve kalite çalışmaları birbirinden ayrılmıştır.

2. Performans ve kalite alanında birbirinden ayrı aşağıdaki birimler kurulmuştur.

- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünde Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (1. aktör)

- Türkiye Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünde Verimlilik ve Kalite Daire Başkanlığı (2. aktör)

- Türkiye Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünde Ek Ödeme Daire Başkanlığı (3. aktör)

- Türkiye Halk Sağlığı Kurumunda ek ödeme uygulamasına yönelik birim (4. aktör)

- Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğünde ek ödeme uygulamasına yönelik birim (5. aktör)

3. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığında kalite ve akreditasyon alanıyla sınırlı faaliyetler sürdürülmeye devam edilmiştir. Birinci dönemdeki faaliyetlere ilaveten aşağıdaki faaliyetler de gerçekleştirilmiştir.

- Akreditörlerin akreditörü olan ISQua'ya kurumsal üyelik sonrası akreditasyon alanında kullanılmak üzere hastane, tıbbi laboratuvar, ADMS ve diyaliz hizmetlerine yönelik olmak üzere 4 alanda Sağlıkta Akreditasyon Standartları

(SAS) ile SAS Değerlendirici Eğitim Programı geliştirilerek ISQua tarafından akredite edilmiştir. Akreditasyon faaliyetlerine yönelik olarak ihtiyaç duyulan yönetmelik ve yönerge tasarımları da hazırlanmıştır.

- SAS akreditasyon belgelendirme faaliyeti, Ticaret Bakanlığı tarafından teşvik kapsamına alınarak belgelendirme giderlerinin %50'sinin Ticaret Bakanlığı tarafından karşılanması sağlanmıştır.

4. Bakanlıkça, hastalıkların izlenmesi ve değerlendirilmesine yönelik program (Türkiye Klinik Kalite Programı) hayata geçirilmiş ve akabinde Klinik Kalite Daire Başkanlığı kurulmuştur (6. aktör).

5. Klinik kalite alanında ilk etapta belirlenen 5 sağlık olgusuna yönelik gösterge ve rehberler hazırlanmıştır.

6. Kurumsal performans uygulamasının (kalite çalışmaları dahil) performansa dayalı ek ödeme sistemindeki etkisi ortadan kaldırılmıştır.

7. Yönetici performans mevzuatı yürürlükten kaldırılmıştır.

8. Birim performans mevzuatı yürürlükten kaldırılmıştır.

9. Kaliteye yönelik sadece kamuyu kapsayan yönergeler süreç içerisinde tüm sağlık sektörünü kapsayacak şekilde yönetmeliklere dönüştürülmüştür.

10. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK) tarafından verimlilik adıyla kalite standartları ile büyük ölçüde benzer olan verimlilik kriterleri yayınlanmıştır.

11. TKHK tarafından sağlıkta kalite değerlendirmelerine benzer bir şekilde verimlilik yerinde değerlendirmeleri başlatılmıştır.

12. Her kurum/genel müdürlük tarafından kalite alanında birbirinden bağımsız ayrı insan kaynakları havuzu oluşturulmuştur.

13. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde farklı daire başkanlıkları tarafından gerçekleştirilen hizmete esas denetim faaliyetinde içerik olarak kalite standartları ile benzerlik arz eden denetim kriterleri oluşturulmuştur (7. aktör).

14. Sosyal Güvenlik Kurumunun, özel hastanelerin hastalardan alacağı ilave ücretlerin belirlenmesi amacıyla yayınladığı puanlandırma yönergesi yürürlükten kaldırılarak kalite puanlarının geri ödeme sistematigi içindeki etkisi de ortadan kaldırılmıştır.

15. Denetim Hizmetleri Başkanlığı tarafından performans denetimi adı altında yapılan denetimlerde kullanılan mevzuat içeriği, kalite standartlarının bir benzeri olarak ulusal mevzuat içerisinde yer almıştır (8. aktör).

16. Sosyal Güvenlik Kurumunca 12 göstergeden oluşan “Turkuaz Sağlık Bakımı Kalite Standardı” seti hazırlanmış ancak uygulamaya geçirilememiştir.

17. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) kurulmuştur.

3. Dönem (2015-2019)

Bu dönemin en kritik gelişmesi ise 2014 yılında kurulan Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesinde Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TUSKA) kurulması ve 2015 yılında aktif olarak sisteme dahil olmasıdır (9. aktör).

1. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığınca akredite edilen 4 alandaki SAS Akreditasyon setleri ve uygulama yönelik hazırlanan taslak yönetmelik ve yönergeler TUSKA'ya devredilmiştir.

2. TUSKA tarafından denetçi havuzu oluşturulmuş ve Akreditasyon faaliyetlerine başlanmıştır.

3. 2017 yılında teşkilat kanununda yapılan yeni düzenleme ile Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü görev alanına yönetici performans ölçümü eklenmesi ile birlikte sistemde bu alanda yeni bir aktöre daha yer verilmiştir (10. aktör).

4. Klinik Kalite Daire Başkanlığı kapatılarak tüm iş ve işlemler Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığına devredilmiştir.

5. Klinik kalite alanında 6 sağlık olgusu daha belirlenerek toplamda izlenen ve değerlendirilen sağlık olgusu 11'e çıkarılmıştır.

6. TUSKA tarafından 5 hastane akredite edilmiştir.

7. Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü "Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Yönergesi" ile yönetici performans ölçümünde kalite puanı ile klinik kalite veri girişi durumu puanlamada kullanılmaya başlanmıştır.

8. Uluslararası sağlık turizmi alanında Sağlık Bakanlığınca uluslararası sağlık turizmi yetki belgesi verilebilmesi için "Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik" kapsamında yayınlanan yetkinlik kriterlerinden biri de Sağlık Kalite Standartları esas alınarak yapılan en son kalite değerlendirmesinden kurumların asgari 85 puan alması şartının getirilmesidir.

9. Türkiye Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü tarafından "Sözleşmeli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge"de yapılan değişiklikle sağlık kuruluşları yöneticilerinin ek ödeme hesaplamasında kullanılan sağlık tesisi katsayına kalite puanının %40'ı oranında etki etmesi hükmü getirilmiştir.

10. "Mükemmeliyet Merkezlerinin" kurulmasına ilişkin genelge yayınlanmış ve bu genelgede merkezlerin temel özelliklerine ilişkin olarak 3.1.2 maddesinde "Kaliteli sağlık hizmet sunumu: Merkez, sürekli kalite iyileştirme ilkelerine uygun biçimde hizmet sunmalı ve uluslararası kabul gören bir kuruluş tarafından akredite edilmelidir." ifadesine yer verilmiştir.

11. Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması Genelgesi kapsamın-

da üçüncü basamak hastane olarak tescil edilen hastanelerin tescil şartlarını taşıyabilmeleri için Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarının İzleme ve Değerlendirme Kriterleri yayınlanmıştır. Kalite ve akreditasyona ilişkin olarak aşağıdaki 2 kritere de yer verilmiştir:

a) Hastane, TÜSEB veya Bakanlıkça onaylanmış uluslararası akreditasyon kuruluşlarından hastane akreditasyonuna sahip olmalıdır.

b) Hastane, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmet Kalite Standartları değerlendirilmesinde 90 ve üzerinde puana sahip olmalıdır.

12. SKS baz alınarak hazırlanan Sağlık Hizmetlerinde Kalite dersinin sağlık ilişkili ön lisans ve lisans programlarının müfredatlarında yer almasına yönelik YÖK tarafından tavsiye kararı alınarak tüm üniversite rektörlüklerine gönderilmiştir.

13. Klinik kalite çalışmalarının etkisinin artırılması, sahiplenilmesi ve yönetimi amacıyla Ulusal Klinik Kalite Konseyi kurulmuştur.

14. Mevcut Sağlıkta Kalite Standartları setlerinin yeni versiyonları yayınlanmış ve ihtiyaç duyulan sağlık hizmet alanlarına yönelik (diyaliz ve evde sağlık hizmetleri gibi) yeni Sağlıkta Kalite Standartları ile uygulama rehberleri hazırlanmıştır.

15. JCI'nın (*Joint Commision International*) ülkemizde akredite ettiği sağlık kurumu sayısı 2002'de iki iken 17 yıl sonra 2019'da bu sayı 43'e ulaşmıştır.

16. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı çalışmalarını devam ettirmiştir.

17. Türkiye Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, verimlilik yerinde değerlendirme faaliyetlerini sürdürmüştür. Ayrıca, verimlilik kriterlerinde revizyonlara devam edilmiştir.

18. Kamu sağlık sektöründeki diğer 7 aktör de çalışmalarını aynen devam ettirmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, ulusal mevzuata tabi tüm kamu ve özel sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığının çizdiği rota doğrultusunda kalite çalışmalarını kurumsal hizmetin bir parçası haline getirmiştir. Bugün itibarıyla ülkemizde kalite ve akreditasyon alanına yönelik işlerin yönetimi ve gelişimi adına özellikle kurumsal yapılar bağlamında inişli çıkışlı bir dönem olmasına rağmen 16 yıllık dönemin çıktıları ve ortaya konan ürünleri açısından ciddi mesafeler kat edildiği görülmektedir.

Güçlü mevzuat altyapısı ile birlikte gerek standart geliştirme gerek saha

değerlendirmesi gerekse rehberlik faaliyetleri ve destekleyici etkinlikler gibi aktivitelerle tabana yayılan bir kalite anlayışı istikrarlı bir şekilde sürdürülmüş ancak zaman zaman bu çalışmaların sağlık sistemini etkileme düzeyini sağlayan enstrümanların pasivize edilmesi, sistemi olumsuz etkilese de netice itibarıyla olumlu bir etki/gidişat oluşturduğu müşahade edilmektedir. Oluşan olumlu etkinin maksimize edilmesinde geri ödeme kuruluşlarının katkısı yadsınmaz. Bu bağlamda, ülkemizde özel sağlık sigortalarının kaliteli sağlık hizmeti alma yaklaşımları bazal düzeyde olup sistemi etkileyecek bir merhaleye ulaşmamıştır. Ayrıca, kapsadığı vatandaş kitlesi ve oluşturacağı etki açısından kamu adına tek geri ödeme kurumu olan SGK'nın sigortacılık anlayışında kalite iyileştirme faaliyetinin istenen düzeyde yer almadığı da gözlenmektedir.

Bunun yanı sıra kalite çalışmalarını kamu sağlık sektörünün daha çok sahıplenmesine yönelik tekraren getirilen yeni düzenlemeler süreç içerisinde etkisini göstermekle birlikte özel sağlık sektörüne yönelik teşvik edici mekanizmaların yeterli düzeyde hayata geçirilemediği de görülmektedir.

Türkiye Sağlık Sisteminde Sağlık Bakanlığının dominant rolü ve yapılan çalışmalardan dolayı diğer belgelendirme faaliyetlerinin (ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi, EFQM mükemmellik modeli, ISO 15189 ve ISO 17025 gibi) sağlık sistemi içerisinde etkisi bugün itibarıyla çok sınırlı kalmıştır. Ayrıca JCI akreditasyonunun rağbet görme durumu da süreç içerisinde yatay bir seyir izlemiş ve akredite kurum sayısı 35-45 bandında kalmıştır. Ancak üçüncü basamak hastane olarak tescillenmiş hastanelerin basamaklandırıldıkları grupta devam edebilmeleri için belirlenen izleme ve değerlendirme kriterlerinden biri olan "Hastane, TÜSEB veya Bakanlıkça onaylanmış uluslararası akreditasyon kuruluşlarından hastane akreditasyonuna sahip olmalıdır." ifadesi ile Mükemmeliyet Merkezlerinin temel özelliklerine ilişkin olarak 3.1.2 maddesindeki "Merkez, sürekli kalite iyileştirme ilkelerine uygun biçimde hizmet sunmalı ve uluslararası kabul gören bir kuruluş tarafından akredite edilmelidir." ifadesi ilk defa resmi belgelerde JCI gibi uluslararası akreditasyon kuruluşlarının Türkiye Sağlık Sistemi içerisinde kabul görmesini sağlamıştır. Bir diğer deyişle, sağlık kurumlarının akreditasyon faaliyeti 3. basamak hastaneler ve mükemmeliyet merkezlerinde gönüllü olmaktan ziyade bir zorunluluk halini almıştır. Bu düzenlemelerin yansımalarının önümüzdeki süreçte uluslararası aktörler açısından olumlu bir sonuç almak için iyi bir temel teşkil ettiği söylenebilir. Öte yandan, akreditasyon konusundaki sayıca çeşitli aktörlerin varlığı rekabet olgusunu ortaya çıkaracaktır. Sağlık kurumlarının tercihi ve akreditasyon kurumlarının özellikleri açısından olaya bakıldığında rekabetin sonuçlarının ne olacağı hakkında kestirimde bulunmak güçlük arz etmektedir. Ancak han-

gi akreditör kuruluşun tercih edileceğini etkileyecek olan akreditör kuruluşun yetkinliği, kabul edilebilirliği, sağlık kurumlarına maliyeti gibi faktörlerin yanı sıra bu konuda yapılacak teşviklerin yönü olacaktır.

Ayrıca Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi sağlık sistemi ve sigortacılık alanındaki yönetim ve kurumsal yapılanmadaki parçalı yapının bir benzerinin bugün için Bakanlık bünyesinde kalite ve akreditasyon alanında ortaya çıktığı ve bu parçalı yapının iyi yönetilmemesi ve senkronize olmaması durumunda meydana gelebilecek işleyiş tabanlı komplikasyonlar mevcut hizmetleri ve geleceğe yönelik düzenlemelerin etki ve hızını olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir.

Kalite ve Akreditasyon çalışmalarının istikrarlı, sürekli ve teşvik edici bir zeminde ilerlemesi kalite düzeyi ve sistem gelişimi için büyük önem arz etmektedir. Bunu sağlama adına aşağıda yer verilen makro önerilerin dikkate alınmasında fayda bulunmaktadır.

Öneriler

1. Sağlık Bakanlığı, 2003 yılında ilan edilen sağlıkta dönüşüm programında olduğu gibi günümüz öncelik ve ihtiyaçlarına gözeterek dönüşüm programı gibi bir politika metnini oluşturmali ve ilan etmelidir.
2. Sağlık Bakanlığı, gerek kendi uygulamalarında (Örneğin global bütçe dağıtımı) gerekse diğer kurumlarla koordineli bir şekilde (Örneğin SGK) sağlık sektörünü hareketlendirecek şekilde yeterli teşvik mekanizmalarını (finansal ve diğer) hayata geçirmelidir.
3. Sağlık Bakanlığı, kalite ve akreditasyon kavramsal çerçevesi içerisinde farklı ad altında birbirine benzer faaliyet yürüten birimlerin/dairelerin sayısının azaltılmasını sağlamalı veya mükerrerlik oluşturan hususları ortadan kaldırmalıdır.
4. Sosyal Güvenlik Kurumu, geri ödemede kaliteli sağlık hizmet sunumunu dikkate almalı ve özellikle hasta güvenliği esaslı sağlık finansmanı modeli üzerinde çalışmalar yapmalıdır.
5. Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırma, denetim, kalite ve akreditasyon çalışmaları gözden geçirilmeli ve birinin diğerine olumsuz etkileri ortadan kaldırılmalı veya azaltılması yönünde çalışmalar yapılmalıdır.
6. Sağlık Bakanlığınca, tanı ve tedavi rehberlerinin kullanımı ve izlenmesine yönelik çalışmaların etkinliği artırılmalıdır.
7. Sağlık Bakanlığınca, klinik kalitenin ölçülmesi ve iyileştirilmesine yönelik sistem, kamu, özel ve üniversite sağlık kuruluşlarını kapsayacak şekilde geliştirilmelidir.

8. Sağlık Bakanlığınca, üniversite hastaneleri ile eğitim araştırma hastanelerine yönelik asistan eğitimini içine alan akademik alana yönelik kalite standartları geliştirilmelidir.

9. Sağlık Bakanlığı tarafından, branş bazlı kalite ölçümüne yönelik çalışmalar başlatılmalıdır.

10. Sağlık Bakanlığınca uygulanması ve izlenmesi zorunlu olarak kurgulanan sağlıkta kalite sistemi ile gönüllülük esasına dayalı olarak yürütülen akreditasyon sistemlerinin bir bütünün parçaları olduğu unutulmamalı ve bu iki sistemin birbirini destekleyici şekilde işletilmesi sağlanmalıdır.

11. Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmetinin geliştirilmesi ve kalitenin artırılması noktasında birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik daha kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.

Kaynaklar

- 1) Aydın, S. (2008-2009). Sağlık Sisteminde Kalite ve Güvenlik Stratejileri SD dergi, 9. Sayı
- 2) Demir, M. ve Güler, H. (2008-2009). SGK, Hastanelerin Hizmet Kalitesine Göre Ödeme Yapmalı mı, SD Dergisi, 9. sayı
- 3) Denetim Hizmetleri Başkanlığı Performans Eğitimi, <http://denetim.saglik.gov.tr/TR,31766/performans-egitimi.html> (Erişim Tarihi: 13.08.2018)
- 4) <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/?c=Turkey&pg=1>(Erişim Tarihi: 13.09.2019)
- 5) <https://www.kalite.saglik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 13.09.2019)
- 6) <https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tuska/tuskadan-akredite-kuruluslar>(Erişim Tarihi: 13.09.2019)
- 7) Güler, H. ve Demir B. (2018) Sağlık Hizmetlerinde Ruhsatlandırmadan Kaliteye, SD Dergi,47.sayı
- 8) Güler, H. ve Tarhan, D. (2011) Ayrılmaz İki Kavram Olarak Performans ve Kalite SD dergi, 19.sayı
- 9) İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge
- 10) Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği
- 11) Mükemmeliyet Merkezleri Hakkında Genelge (2019/08)
- 12) Özel Hastaneler ile Vakıf Üniversite Hastanelerinin Puanlandırılması ve İlave Ücret Alınması Hakkında Yönerge
- 13) Öztürk, A. ve Kapan, S.H. (2011) Sağlıkta Kalite Uygulamalarının Performansa Yansımaları, SD dergi, 19. sayı
- 14) Sağlık Bakanlığı Yayınları (2018) Verimlilik Yerinde Değerlendirme Rehberi-Hastane
- 15) Sağlıkta Akreditasyon Standartları-Hastane (2015). T.C Sağlık Bakanlığı, Basım Sayısı:1, Sayfa Sayısı 274, ISBN:978-975-590- 479-5, Türkçe, (Yayın No: 1514597)
- 16) Sağlık Bakanlığı Yayınları Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003
- 17) Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkında Yönerge
- 18) Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması Genelgesi

- 19) *Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri (2012) T.C Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara 1. Basım – 2012 ISBN: 978-975-590-418-4*
- 20) *Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik*
- 21) *Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane (2015). T.C Sağlık Bakanlığı, Basım sayısı:1, Sayfa Sayısı 461, ISBN:978-975-590-558-7, Türkçe (Bilimsel Kitap), (Yayın No: 1521213)*
- 22) *Sağlık Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları (2009) T.C Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Ankara*
- 23) *Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi*
- 24) *Sağlıkta Performans Yönetimi: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (2007). T.C Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara.*
- 25) *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Birimler, www.kalite.saglik.gov.tr (Erişim Tarihi: 13.08.2018)*
- 26) *Sağlıkta Yönetici ve Birim Performansı T.C Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara 1. Basım – Şubat 2012 ISBN: 978-975-590-415-3*
- 27) *Sözleşmeli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge*
- 28) *Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Yönergesi*
- 29) *Ticaret Bakanlığı “Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Karar” 2015/8*
- 30) *Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinin Verimliliğinin Yerinde Değerlendirilmesi Hakkında Yönerge*
- 31) *TÜSKA Birimler www.tuseb.gov.tr/tuska (Erişim Tarihi: 17.08.2018)*
- 32) *Ulusal Klinik Kalite Konseyi Kurulması Makam Onayı (22.07.2019)*
- 33) *Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin*
- 34) *Sağlığı Hakkında Yönetmelik (13 Temmuz 2017)*
- 35) *663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*
- 36) *6569 Sayılı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun*

Türkiye Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Standartlarının Gelişimi

DR. ABDULLAH ÖZTÜRK*

DR. HASAN GÜLER**

UZ. DR. DİLEK TARHAN***

SAĞ. UZ. ŞERİFE ENGELOĞLU***

*Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

**Uluslararası Hasta Güvenliği ve Sağlık Finansmanı Araştırmaları Merkezi (UHGSfam)

***Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Ülkelerin sağlık sistemlerinin en önemli ve belirleyici unsuru olan sağlık hizmetinin doğru şekilde tasarlanması, yeterli düzeyde ve kaliteli bir şekilde sunulması sürekli gündemde olan ve üzerinde ehemmiyetle durulan bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Genel olarak 20. yüzyılın ortalarından itibaren özellikle ABD, Kanada ve Avustralya gibi gelişmiş ülkelerde kaliteli sağlık hizmetini sağlama adına birtakım yönergeler, prensipler ve ilkelerin gerek devlet otoriteleri gerek meslek örgütleri gerekse sivil organizasyonlar tarafından belirlenerek ilan edildiği görülmektedir. Bu faaliyetlerin yıllar içerisinde kurumsallaşması neticesinde hem etki düzeyleri hem de etki alanlarının genişlediği ve diğer ülkelere kaynaklık ettiğini müşahade etmekteyiz. Sağlıkta kalite ve akreditasyon alanında ABD, Kanada, Avustralya, İngiltere, Fransa ve Almanya gibi ülkelerde gerek sivil gerek kamu adına bu alanda kurumsallaşmış yapıların ülke politikalarına göre gönüllü veya zorunlu bir sistem olarak faaliyet gösterdikleri görülmektedir. Ülkelerde kaliteli sağlık hizmeti sunumunu sağlama adına sağlık kurumlarına yönlendirme, rehberlik ve denetim faaliyeti yürüten kalite ve akreditasyon alanında hizmet veren kuruluşların üç ana yapıdan oluştuğu görülmektedir. Bu ana yapılardan birincisi kurumsal yapı, ikincisi standart setleri ve üçüncüsü değerlendirici niteliğidir. Nitekim uluslararası bir kuruluş olan ve akreditörlerin akreditörü olan ISQua (*International Society for Quality in Health Care*) da akreditasyon kuruluşlarının kurumsal yapısı, standart setleri ve değerlendirici eğitim programı olmak üzere üç alanda akreditasyon yapmaktadır. Ayrıca sağlık otoritelerinin ve kanun koyucuların kaliteli sağlık hizmeti sunumunu

sahiplenecek politikalar geliştirmesi ve gerekli mevzuat altyapısını hazırlaması, sağlık sektörünün sahiplenmesi ve çalışma hayatına yansıtması açısından kritik öneme sahip başat bir durumdur.

Ülkemizde de özellikle sağlık hizmetlerinde kalite konusunun sistematik bir şekilde ve politik metinlerde yer alması hususu 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gündeme alınmıştır. Sağlık otoritesinin öncelikli çalışma alanlarından biri olarak ilan ettiği kaliteli sağlık hizmet sunumunu sağlama iradesi ülkemizde bu çalışmaların sonuç alıcı bir hüviyete bürünmesindeki en önemli ve kritik aşama olarak karşımıza çıkmaktadır. 2003 yılından itibaren kalite ve akreditasyon alanında hazırlık faaliyeti sonrası hem kurumsallaşma hem insan kaynağının yetiştirilmesi hem de standart setlerinin geliştirilmesi noktasında çalışmaların yürütüldüğü görülmektedir.

Bu yazıda da standart geliştirme süreci ile standartların içerik ve çerçevesi irdelenecektir. Bilindiği üzere kaliteli sağlık hizmetinden bahsedebilmek için yapılan hizmetlerin, belirlenen ilke, prensip ve standartlar esas alınarak ölçülmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Özellikle standartlar ölçme ve değerlendirme noktasında en önemli araçlardan biridir. Belirlenen standartların gerçek anlamda başarıyı diğer bir deyişle kaliteli sağlık hizmet sunumunu sağlayacak ve tespit edecek bir içerik ve sistematığe sahip olması gerekmektedir. Bu bağlamda standartların ölçülebilir, anlaşılabilir, değerlendirilebilir, uygulanabilir ve istenen amaca ulaşmayı sağlayıcı olmasına vurgu yapabiliriz. Bu özelliklere sahip standartlar ve/veya standart setleri tüm paydaşlar ve taraflar için ortak bir zeminde buluşmayı ve ortak bir dil kullanmayı sağlayacaktır. Bundan dolaydır ki, sağlık hizmetleri özelinde ifade edecek olursak standartlar başarı değerlendirmesinin olmazsa olmazıdır. Aslında sağlık hizmetlerinde kalite kavramının hayata geçirilmesi çalışmalarının merkezinde yer almaktadır, bir bakıma bu işin anayasasıdır denilebilir.

Ülkemizde de Tablo 1 ve 2’de görüldüğü üzere, Sağlık Bakanlığınca kalite alanında geliştirilen standartların süreç içerisinde bir kartopu gibi edinilen tecrübe ve bilgi birikimiyle daha sistematik ve kapsayıcı bir hüviyete büründüğü görülmektedir. Son 16 yılda sağlık sektöründe önemli ilerlemeler kat edilmiş olup, özelde de standart geliştirme hususunda hem algoritmalar hem de sistematik bakış açısı ortaya konmuştur.

Tablo 1: Sağlıkta kalite standartları gelişim süreci ve ilişkili unsurlar

Yıl	Standart Setleri	Değerlendirme Metodu	Dayanak	Sorumlu Birim	Kapsam
2005	Kurum Kalite Kriterleri, Versiyon 1 (100 kriter)	Öz değerlendirme	17.03.2005 tarihli ve 1831 sayılı "Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi"	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı	Sağlık Bakanlığına Bağlı İkinci ve Üçüncü Basamak Yataklı Tedavi Kurumları
2006	Kurum Kalite Kriterleri, Versiyon 1.1. (100 kriter)	İl performans kalite koordinatörlükleri ile yerinde değerlendirme	05.12.2006 tarih ve 9414 sayılı "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi"	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı	Sağlık Bakanlığına Bağlı İkinci ve Üçüncü Basamak Yataklı Tedavi Kurumları
2007	Hastane Altyapı ve Süreç Değerlendirme Ölçütleri, Versiyon 2 (150 standart)	Çapraz değerlendirme ile yerinde değerlendirme	23.03.2007 tarih ve 13 sayılı "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi Hakkında Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge"	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı	Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşları
2008	Hizmet Kalite Standartları, Versiyon 3-Kamu (354 standart)	Çapraz değerlendirme ile yerinde değerlendirme	02.07.2008 tarih ve 2542 sayılı "Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi"	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı	Sağlık Bakanlığına bağlı olmak üzere birinci basamak sağlık kuruluşları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını ve diğer sağlık hizmeti sunan kurumları
2009	Hizmet Kalite Standartları- Versiyon 3-Özel (388 standart)	Çapraz değerlendirme ile yerinde değerlendirme	13.11.2009 tarih ve 14.867.439 sayılı "Özel Hastaneler ile Vakıf Üniversite Hastanelerinin Puanlandırılması Hakkında Yönerge"	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı	Özel ve vakıf üniversite hastaneleri

Yıl	Standart Setleri	Değerlendirme Metodu	Dayanak	Sorumlu Birim	Kapsam
2009	112 Hizmet Kalite Standartları Rehberi- Versiyon 1 (35 standart)	Çapraz değerlendirme ile yerinde değerlendirme	02.07.2008 tarih ve 2542 sayılı "Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi"	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı	Sağlık Bakanlığına bağlı olmak üzere birinci basamak sağlık kuruluşları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını ve diğer sağlık hizmeti sunan kurumları
2009	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri Hizmet Kalite Standartları Rehberi- Versiyon 1 (51 standart)	Çapraz değerlendirme ile yerinde değerlendirme	02.07.2008 tarih ve 2542 sayılı "Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi"	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı	Sağlık Bakanlığına bağlı olmak üzere birinci basamak sağlık kuruluşları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını ve diğer sağlık hizmeti sunan kurumları
2011	Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları, Versiyon 4. (621 standart)	Merkezi değerlendirme kapsamında yerinde değerlendirme	01.03.2011 tarih ve 9489 sayılı "Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi"	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı	Kamu, özel ve üniversite hastaneleri
2011	112 Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları, Versiyon 2 (58 standart)	Merkezi değerlendirme kapsamında yerinde değerlendirme	01.03.2011 tarih ve 9489 sayılı "Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi"	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı	Sağlık Bakanlığına bağlı olmak üzere birinci basamak sağlık kuruluşları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını ve diğer sağlık hizmeti sunan kurumları
2011	ADSM Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları, Versiyon 2 (165 standart)	Merkezi değerlendirme kapsamında yerinde değerlendirme	01.03.2011 tarih ve 9489 sayılı "Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi"	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı	Sağlık Bakanlığına bağlı olmak üzere birinci basamak sağlık kuruluşları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını ve diğer sağlık hizmeti sunan kurumları
2015	SKS Hastane- (Versiyon 5) Seti (557 standart)	Merkezi değerlendirme kapsamında yerinde değerlendirme	27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı "Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik"	Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı	Tehsis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti ile koruyucu sağlık hizmeti sunan kamu, üniversite ve özel tüm hastaneler

Yıl	Standart Setleri	Değerlendirme Metodu	Dayanak	Sorumlu Birim	Kapsam
2016	SKS Diyaliz Seti, Versiyon 1 (196 standart)	Merkezi değerlendirme kapsamında yerinde değerlendirme	27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı "Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik"	Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı	Kamuda müstakil hizmet sunan diyaliz üniteleri ile özel diyaliz merkezleri
2017	SKS Evde Sağlık Seti, Versiyon 1 (120 standart)	Merkezi değerlendirme kapsamında yerinde değerlendirme	27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı "Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik"	Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı	Kamuda hizmet sunan Evde Sağlık Koordinasyon Merkezleri ve Evde Sağlık Birimleri
2017	SKS ADSH Seti, Versiyon 3 (288 standart)	Merkezi değerlendirme kapsamında yerinde değerlendirme	27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı "Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik"	Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı	Kamu, özel ve üniversite statüsünde yer alan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ile Ağız ve Diş Sağlığı Hastaneleri
2018	SKS 112 Seti, Versiyon 3 (163 standart)	Merkezi değerlendirme kapsamında yerinde değerlendirme	27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı "Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik"	Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı	112 Acil Sağlık Hizmeti sunan il ambulans servisi başhekimlikleri ve bağlı birimleri
Destekleyici Kitap ve Rehberler SKS İlaç Yönetimi Rehberi SKS Doküman Yönetimi Rehberi SKS Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi SKS Gösterge Yönetimi Rehberi Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarları (Kalite Yönetimi Rehberi) SKS Anket Uygulama Rehberi SKS Güvenli Doğum Süreci Uygulama Rehberi Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi Performans-Kalite ve Hasta Güvenliği Ajansı Kongre Bilimsel Yayınları					
Destekleyici Etkinlikler SKS Okulu Sertifikalı Sağlıkta Kalite Değerlendiricisi Eğitimleri İl Sağlık Müdürlüğü Eğitimleri Hasta ve Çalışan Güvenliği Sempozyumları Bilgilendirme Toplantıları Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongreleri					

Tablo 2: Sağlıkta akreditasyon standartları gelişim süreci ve ilişkili unsurlar

Akred- tasyon Yılı	Reakre- ditasyon Yılı	Standart Setleri	Değerlendirme Metodu	Dayanak	Standart Hazırlama Sorumlu Birimi	Standart Setleri Yürütücü Birimi	Kapsam
2014	Aralık 2017	SAS Hastane	Öz değerlen- dirme, Yerinde denetim	663 sayılı KHK	SHGM, Sağlıkta Kalite ve Akreditas- yon Dairesi Başkanlığı	TÜSEB, Tür- kiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Ak- reditasyon Enstitüsü	Kamu, özel ve üniver- siteye bağlı tüm ikinci ve üçüncü basa- mak sağlık kuruluşları
2014	Kasım 2018	SAS ADSH	Öz değerlen- dirme, Yerinde denetim	663 sayılı KHK	SHGM, Sağlıkta Kalite ve Akreditas- yon Dairesi Başkanlığı	TÜSEB, Tür- kiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Ak- reditasyon Enstitüsü	Kamu, özel ve üniver- siteye bağlı tüm ağız ve diş sağlığı merkez ve hastaneleri
2015	Nisan 2019	SAS Diyaliz	Öz değerlen- dirme, Yerinde denetim	663 sayılı KHK	SHGM, Sağlıkta Kalite ve Akreditas- yon Dairesi Başkanlığı	TÜSEB, Tür- kiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Ak- reditasyon Enstitüsü	Tüm kamu, özel ve üniversite statüsünde hizmet veren özerk hemodiyaliz merkezleri
2015	Reakre- ditasyon kararı bekle- niyor (2019)	SAS Labora- tuvar	Öz değerlen- dirme, Yerinde denetim	663 sayılı KHK	SHGM, Sağlıkta Kalite ve Akreditas- yon Dairesi Başkanlığı	TÜSEB, Tür- kiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Ak- reditasyon Enstitüsü	Tüm kamu, özel, üniversite statüsünde hizmet veren özerk labo- ratuvarlara ve hastane bünyesinde laboratuvar hizmeti veren birimler

Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)

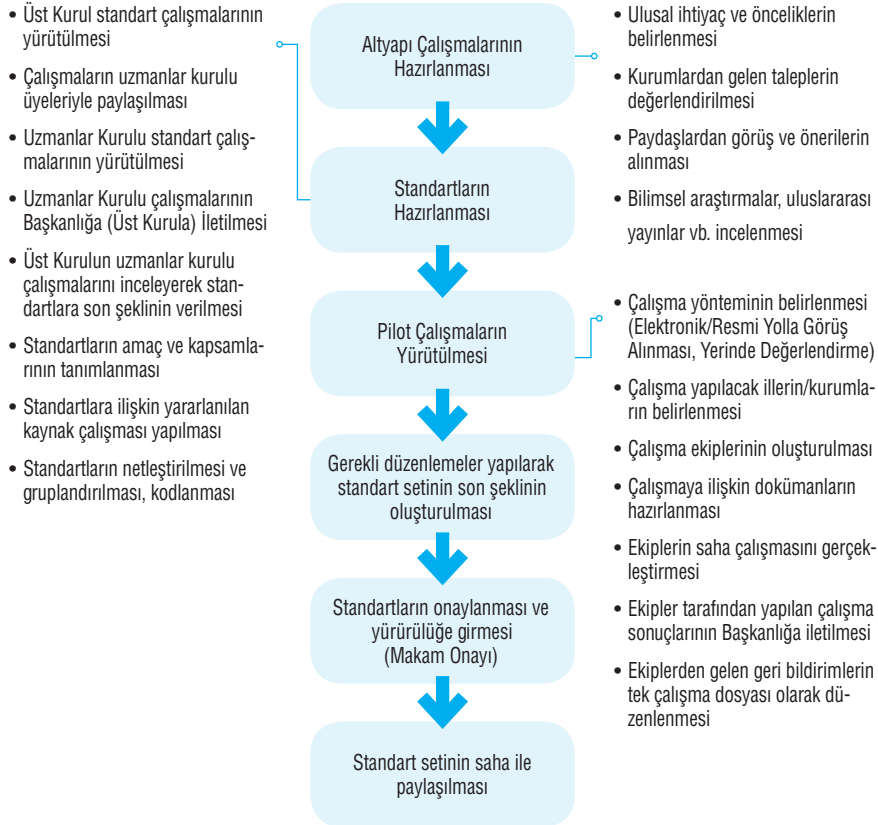
Sağlıkta Kalite Standartları sağlık hizmeti alanlarına yönelik geliştirilmiş farklı setlerden oluşmaktadır. Sağlık kurumlarının hasta ve çalışan güvenliği temelinde kaliteli sağlık hizmeti sunumu için önemli bir araç olan standartların doğru, zamanında ve multidisipliner bir şekilde kullanılması durumunda kaliteli sağlık hizmetine ulaşmak mümkün olmaktadır. Bundan dolayıdır ki, belli teşviklerle bu araçları sağlık kurumlarının sahiplenmesi ve çalışma alanlarına yansıtması sağlanmaktadır. Kalite çalışmalarının anayasası olan bu standartların sağlam temelli bir altyapıya ve bilimsel bir zemine sahip olması

gerekmektedir. Aşağıda yer alan dört ana başlıkta standartların bilimsel temeller üzerine ve sağlam bir altyapıya sahip olduğu gerçeği ortaya çıkmaktadır.

1. Standart Geliştirme Algoritması

Sağlıkta Kalite Standartları sistematik bir yaklaşımla Dünya Sağlık Örgütü hedefleri, uluslararası gelişmeler, ülke sağlık sistemi ihtiyaç ve öncelikleri esas alınarak hazırlanmaktadır.

Standart geliştirme algoritması (Şekil 1) çerçevesinde; uluslararası standart hazırlama prensipleri gözetilerek uluslararası kabul edilebilirliği sağlayacak şekilde geliştirilen standartlar, amaca hizmet etmesinin yanı sıra anlaşılabilirliği, uygulanabilirliği, ölçülebilirliği ve değerlendirilebilirliği yönünden de sorgulanmaktadır.



Şekil 1: Standart geliştirme algoritması

2. Standartların Hedefleri

SKS setlerinde yer alan standartlar Tablo 3'te yer alan 10 hedef dikkate alınarak hazırlanmıştır. Ayrıca bu standart setleri 10 hedefin gerçekleştirilmesi için sağlık kurumlarına önemli bir rehberlik içeriği sunmaktadır. Bu 10 hedeften özellikle hasta güvenliği ile sağlıklı çalışma yaşamı (çalışan güvenliği) en fazla ağırlığa sahip olan ve ana eksenini oluşturan hedeflerdir. Hasta Güvenliği gerek DSÖ gerekse uluslararası kalite geliştirme kuruluşları tarafından önemle üzerinde durulan bir konudur ve bu kuruluşlarca hasta güvenliğinin sağlanması yönünde ciddi çalışmalar yapılmaktadır. Örnek olarak, Tablo 4'te 9 hedeften oluşan DSÖ Hasta Güvenliği çözümlerine yer verilmektedir. Standart setlerinin Hasta güvenliği hedefi ise 12 alt makro hedeften oluşmaktadır (Tablo 5).

Tablo 3: SKS hedefleri

Hedef 1	Hasta Güvenliği
Hedef 2	Sağlıklı Çalışma Yaşamı
Hedef 3	Hasta Odaklılık
Hedef 4	Süreklilik
Hedef 5	Zamanlılık
Hedef 6	Uygunluk
Hedef 7	Verimlilik
Hedef 8	Hakkaniyet
Hedef 9	Etkililik
Hedef 10	Etkinlik

Tablo 4: DSÖ hasta güvenliği hedefleri

Hedef 1	Doğru Taraf Doğru İşlem
Hedef 2	El Hijyeni
Hedef 3	Okunuşu ve Yazılışı Benzer İlaçların Güvenliği
Hedef 4	Sağlıkta İletişim (Hand Over)
Hedef 5	Konsantre Elektrolitlerin Kontrolü
Hedef 6	Hasta Kimliğinin Doğrulanması
Hedef 7	İlaç Güvenliği
Hedef 8	İnvaziv Katater ve Tüplerin Güvenliği
Hedef 9	Tek Kullanımlık Enjektörlerin Kullanımı

Tablo 5: SKS hasta güvenliği hedefleri

Hedef 1	İlaç Güvenliği
Hedef 2	Güvenli Cerrahi
Hedef 3	Hastaların Güvenli Transferi
Hedef 4	Enfeksiyonların Önlenmesi
Hedef 5	Hasta Düşmelerinin Önlenmesi
Hedef 6	Hastaların Doğru Tanımlanması
Hedef 7	Transfüzyon Güvenliği
Hedef 8	Radyasyon Güvenliği
Hedef 9	Güvenilir Laboratuvar
Hedef 10	Cihaz Güvenliği
Hedef 11	Risk Değerlendirmesi
Hedef 12	Güvenlik Raporlama Sistemi

3. Standart Setlerinin Yapısı ve Sistematığı

Standartlar işleyişi tümüyle kapsayıcı, izlenebilir bir yapıda, sistematik ve stratejik bir puanlandırma bakış açısını içinde barındırmaktadır. Aşağıdaki maddelerde bu hususlar yer almaktadır.

a) Boyutlandırma: Belirlenen sağlık hizmeti alanlarına yönelik olarak yapısal, süreç bazlı ve sonuç odaklı bir şekilde hazırlanan standartlar tanımlanan boyutlar içinde ilgili bölümlerde yer almaktadır. Boyutlandırma ve bölümler arasında gerekli ilişkilendirme yapılarak standartların sağlık hizmetinin tüm alanlarını kapsamaları sağlanmaktadır.

b) Standartların Kodlanması: Standartların izlenebilirliğini sağlama ve kimlik oluşturma adına her bir standart yer aldığı boyut ve bölüm dikkate alınarak harf ve sayılardan oluşan bir sistematığa göre kodlanmaktadır.

c) Standartların Puanlandırılması ve Kategorizasyonu: Standartların her biri yer aldığı kategoriye göre 10'luk puanlama sistemine göre hasta ve çalışan güvenliği esas alınarak önem derecesine göre 10 ve 50 puan aralığında puanlandırılmaktadır. Puanlamada 5 kategori bulunmaktadır.

4. Değerlendirme Sistematığı

Standartların sağlık kurumlarında uygulanma düzeyinin belirlenmesi amacıyla oluşturulan değerlendirme sistematığı, kararların daha doğru ve gerçekçi bir şekilde ortaya konmasını sağlamakta ve tüm tarafların ortak bir zeminde buluşmasına ön ayak olmaktadır.

Standartların karşılanma veya uygulanma durumunu belirlemek amacıyla iki aşamalı bir yol izlenmektedir. Birinci aşama sağlık kurumunda kanıt toplama teknikleri ile kanıt toplanması, ikinci aşama ise elde edilen kanıtların bir sistematik dahilinde ortaya konan karar verme algoritması ile sonuçlandırılmasıdır. Her iki konu aşağıda kısaca özetlenmiştir.

a) Kanıtların Toplanması

Standardın değerlendirilmesi sırasında elde edilen her türlü bilgi (tıbbi kayıt, doküman, gözlem, görüşme, görsel vb.) olarak tanımlanabilen kanıtlar, yargıların oluşmasında rasyonel bir temel sağlamaktadır. Kanıtlar yazılı, görsel veya sözel biçimde bulunabilmektedir. Kanıt toplama teknikleri, ön inceleme, doküman inceleme, nitel görüşmeler, kayıt inceleme ve gözlem gibi başlıklar altında ele alınmaktadır. Kanıt toplama tekniklerinin eş zamanlı olarak uygulanmasını sağlayan üç boyutlu izlem metodu (Hasta bazlı, alan bazlı ve süreç bazlı) da kanıt toplama eyleminin daha etkin ve verimli şekilde gerçekleştirilmesine olanak tanımaktadır.

b) Karar Verme Algoritması

Standartlara ilişkin bir uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda, bu uygunsuzluk “Karşılama Düzeyi Kriterleri” çerçevesinde ele alınmaktadır. Tespit edilen uygunsuzluğun ne kadar sıklıkta gerçekleştiği ne kadar alanı etkilediği ve güvenlik açısından ne kadar tehdit oluşturduğu analiz edilmektedir. Yapılan analiz sonucunda belli sayısal önermeler kullanılarak standartların karşılandığı, kısmen karşılandığı veya karşılanmadığı yönünde bir karar verilmektedir (Tablo 6, 7, 8). Karşılanması durumunda tam puan, kısmen karşılanması durumunda standart puanın yarısı ve karşılanmaması durumunda “0” puan olarak puanlandırılmaktadır.

Tablo 6: Karşılama düzeyi kriterleri

Karşılama Düzeyi Kriteri	Tanım
Sıklık Düzeyi	Değerlendirilen örneklem bağlamında incelendiğinde standarda ilişkin uygunsuzluğun örneklem içindeki sıklığıdır.
Etki Alanı	Standarda ilişkin tespit edilen uygunsuzlukların, bireysel ya da kısıtlı bir alanda mı sınırlı olduğu yoksa kurumsal ve sistemsel düzeyde mi etkili olduğunun belirlenmesini ifade eder.
Güvenlik Boyutu	Standarda ilişkin tespit edilen uygunsuzlukların hasta ve çalışan güvenliği ile ilişkisini ifade etmektedir.

Tablo 7: Karşılama düzeyi kriterlerinin kullanımı ve sayısal değerleri

Uygunsuzluk	Sıklık Düzeyi	Elde Edilen Sayısal Değer
Nadir ise (Seçilen örnekleme %10'un altında)	Nadir	2
Az sıklıkta ise (Seçilen örnekleme %10-40 arasında ise)	Az sıklıkta	1
Çok sık ise (Seçilen örnekleme %40 ve üzerinde ise)	Çok sık	0

Tablo 8: Karşılanma düzeyi kriterlerinden elde edilen sayısal değerlerin kullanımı (Tüm kriterler kullanıldığında)

Kriterlerden Elde Edilen Toplam Sayısal Değer	Standartın Karşılanma Düzeyi
0	Karşılanmıyor (KM)
1	Karşılanmıyor (KM)
2*	Karşılanmıyor (KM)/Kısmen Karşılanıyor (KK)
3*	Karşılanmıyor (KM)/Kısmen Karşılanıyor (KK)
4*	Karşılanıyor (K)/Kısmen Karşılanıyor (KK)
5	Karşılanıyor (K)
6	Karşılanıyor (K)
*Standartın özelliğine göre, karşılanma düzeyine değerlendirici kanaati doğrultusunda karar verilir.	

SKS ve Göstergeler

Standart seti içerisinde bölüm bazlı ve klinik (sağlık olgusu) bazlı göstergeler yer almaktadır. Bu göstergeler standart özelliğine sahip olup genel olarak bir pay ve bir paydadadan oluşan bir formülasyona sahiptir. Bölüm bazlı ve sağlık olgusu bazlı başarı eğilimini izlemeyi amaçlayan ve standart setinde ayrı bir öneme sahip olan göstergeler özellikle ölçme ve değerlendirme faaliyetinde kritik ipuçları vermekte ve tüm tarafların aynı zeminde buluşmasını ve doğru bir tartışma yürüterek doğru kararlar almasını sağlamaktadır.

Ayrıca göstergelerin doğru analizi açısından belli konularda standart setleri içerisinde bilimsel temelli, sağlık kurumlarının uygulamalarına pozitif bir katkı sağlamak ve izlenebilirliği sürekli kılma adına sınıflandırma sistemi geliştirilmiştir. Bu sınıflandırma sistemi belirlenen sağlık hizmeti alanlarında (Güvenli cerrahi, ilaç güvenliği ve laboratuvar güvenliği gibi) hataların belli bir sınıflandırmaya tabi tutularak kodlanmasını ve bu hataların retrospektif ve prospektif olarak kurum içi, kurumlar arası ve ülkeler arası kıyaslamayı ve izlenebilirliği güvence altına almaktadır. Hata Sınıflandırma Sistemi (HSS) olarak adlandırılan bu sistem gösterge alanını destekleyici bir mahiyet içermekte olup kayıtların ve sonuçların doğru ele alınmasına da katkı sağlamaktadır.

Yeni Standart Setleri ve Güncelleme Çalışmaları

SKS setleri “Standart Geliştirme Algoritması” doğrultusunda asgari dört yılda bir güncellenmektedir. Bu kapsamda, 2019 yılı içinde SKS Hastane Seti’nin altıncı sürümüne yönelik çalışmalar devam etmektedir. Bu çalışma kapsamında sete yeni bölümler eklenmiş olup ayrıca mevcut bölümler üzerinde uluslararası gelişmeler ve güncel uygulamalar dikkate alınarak bazı düzenlemeler gerçekleştirilmektedir. Sete yeni eklenecek bölümler; Kemoterapi Hizmetleri, Organ ve Doku Nakli Hizmetleri, Rehabilitasyon Hizmetleri, Palyatif Bakım Kliniği, Kurumsal Verimlilik, Kimyasal Biyolojik Radyolojik ve Nükleer (KBRN) Tehlikelerin Yönetimi ile Klinik Kalite Standartlarıdır. Bu set üzerindeki yenilikler, hastanelere rehberlik etme, hastanelerin gelişimine katkı sağlama bakımından önemli avantajlar sağlayacaktır. Set güncelleme çalışması ile birlikte uygulayıcılara ve değerlendiricilere rehberlik etmek üzere mevcut rehberlere ilaveten risk yönetimi ve tesis güvenliğine yönelik rehberler geliştirilmiş olup gösterge yönetimi rehberi de güncellenmiştir.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, Ayaktan Teşhis ve Tedavi Merkezleri, Aile Sağlığı Merkezlerine yönelik sağlıkta kalite standart setlerine ilişkin çalışmalar 2020 yılının ilk yarısında tamamlanması öngörülmektedir.

Ayrıca SKS gibi aynı prensip, kural ve algoritmalar doğrultusunda Daire Başkanlığınca hazırlanmakta olan ve akreditasyon faaliyetinde kullanılan Sağlıkta Akreditasyon Standart (SAS) setlerinin reakreditasyon süreci de ISQua ilkeleri gereğince dört yılda bir gerçekleştirilmektedir. Bu kapsamda hastane, ADSH, diyaliz ve laboratuvar setlerinin tamamı birer kez reakredite edilmiştir. Ayaktan Teşhis ve Tedavi Merkezlerine yönelik akreditasyon standart setinin taslağı hazırlanmış olup, 2020 yılı içerisinde akreditasyon sürecinin tamamlanması planlanmaktadır.

Sonuç

Sağlık Bakanlığı bünyesinde “Nitelikli Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon” hedefiyle başlatılan kalite çalışmalarının ana merkezinde yer alan standartlar sürekli geliştirilerek zaman içerisinde yaşayan ve kendini yenileyen bir canlı organizma hüviyeti kazanmıştır. Standart setleri sağlık yöneticileri için sorumlu olduğu sağlık kurumunu yönetme anlamında kullanabileceği iyi ve güvenilir bir araçtır diyebiliriz. Görüldüğü üzere standartlar gerek hazırlanması gerek hedef yelpazesi gerekse yapı ve sistematığı ile bu alandaki tüm çalışmaların bilimsel bir temele dayandığını ve belirlenen amaçlar doğrultusunda hareket edildiğini göstermektedir. Bu aracı iyi kullanan ve belirlenen kurallara riayet eden sağlık kurumları, kaliteli sağlık hizmeti sunumunda her

zaman birkaç adım önde oldukları gibi hem hukuki hem vicdani hem de insani olarak önemli bir adım atmış olmaktadır. Ülkemizde kalite kültürünü yerleştirme adına standartların önemi ve uygulanması hayati öneme sahiptir. Bundan dolayı SKS ihtiyaç duyulan her sağlık hizmeti alanına yönelik geliştirilme ve devam edilecek ve ülkemizde tüm sağlık kurumlarının bu alanda sistematik ve nitelikli çalışmalar yapması için gereken rehberlik görevi sürdürülecektir.

Kaynaklar

- 1) <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,52460/guncel-standartlar.html> (Erişim Tarihi:01/09/2019).
- 2) <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,6009/kurumsal.html> (Erişim Tarihi:01/09/2019).
- 3) <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,8785/turkiye-saglikta-kalite-sistemi.html> (Erişim Tarihi:01/09/2019).
- 4) <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,8789/saglikta-akreditasyon.html> (Erişim Tarihi:01/09/2019).
- 5) <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,9213/saglik-kalite-degerlendirmeleri.html> (Erişim Tarihi:01/09/2019).
- 6) <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,7292/rehberler.html> (Erişim Tarihi:01/09/2019).
- 7) <http://www.klinikkalite.saglik.gov.tr/> (Erişim Tarihi:01/09/2019).
- 8) *Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane (2015). T.C Sağlık Bakanlığı, Basım sayısı:1, Sayfa Sayısı 461, ISBN:978-975-590-558-7, Türkçe (Bilimsel Kitap), (Yayın No: 1521213).*
- 9) *Sağlıkta Akreditasyon Standartları-Hastane (2015). T.C Sağlık Bakanlığı, Basım Sayısı:1, Sayfa Sayısı 274, ISBN:978-975-590- 479-5, Türkçe, (Yayın No: 1514597).*
- 10) *Sağlık Bakanlığı Yayınları Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003.*
- 11) *Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkında Yönerge.*
- 12) *Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri (2012) T.C Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara 1. Basım – 2012 ISBN: 978-975-590-418-4.*
- 13) *Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik.*
- 14) *Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane (2015). T.C Sağlık Bakanlığı, Basım sayısı:1, Sayfa Sayısı 461, ISBN:978-975-590-558-7, Türkçe (Bilimsel Kitap), (Yayın No: 1521213).*
- 15) *Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları (2009) T.C Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Ankara.*
- 16) *Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi.*

Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri

DR. HÜSEYİN DEMİREL*

KADER YALÇIN**

İBRAHİM KAYGILI***

*Bursa İl Sağlık Müdürlüğü

**Bursa Çekirge Devlet Hastanesi

***Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji E.A.H

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi aşamalarında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) önemli bir yer tutmaktadır. Geçtiğimiz son 16 yıla damgasını vuran bu Program, sağlığın tüm alanlarında önemli iyileştirmeler sağlamıştır. “Sağlıkta kalite” kavramı da SDP ile kurumlarımıza sirayet etmiş, öncesinde kamu hastaneleriyle başlayan süreç, nihayetinde tüm kurumlarımızı kapsar hale gelmiştir.

Sağlıkta Kalite Standartlarına (SKS) yönelik çalışmaların temeli ve yol göstericisi Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın 8 ilkesinden “nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon” ilkesi olmuştur.

Bu ilkenin ışığında, Bakanlıkta kurumsal yapının kurulmasıyla kalitenin artırılması ve uygulama alanlarına tatbik edilmesi yönünde yoğun çalışmalar başlatılmıştır. Bu çalışmalarda temel ve çekirdek yapıyı kalite standartları oluşturmuştur.

Sağlıkta Kalite Standartlarının Gelişim Süreci

Sağlıkta Kalite Standartlarının gelişim sürecini 5 döneme ayırabiliriz.

Başlangıç Dönemi: 2003 yılında başlayan bu dönemde belirlenen yol haritasının temel ilke ve değerleri belirlenmiş ve teorik altyapı oluşturulmuştur.

Birinci Dönem: Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılında ilk defa 100 kriterden oluşan bir soru seti yayınlanmıştır.

İkinci Dönem: 2017 yılında soru seti hem muhteva hem de sayısal olarak geliştirilerek 150 standarttan oluşan bir set halini almıştır.

Üçüncü Dönem: 2008 yılında 354 standarttan oluşan Kamu hastanelerine yönelik kalite standartları ile 2009 yılında 388 standartlık özel hastanelere

yönelik olarak yayınlanan setler bu dönemin kritik aşamalarıdır.

Dördüncü Dönem: 2011 yılında Standart sayısı 621'e çıkarılmış olup; Kamu, Özel ve Üniversite ayırımı yapılmaksızın tüm hastanelere yönelik olarak "Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane" seti oluşturulmuştur. Böylelikle bugüne kadar farklı kulvarlarda hareket etmiş olan hastanelerimizin herhangi bir ayırım yapmaksızın aynı standartlara uyması istenilerek bir ilk gerçekleştirilmiştir. Bu dönemde standartlarda; birbirleriyle ilişkilendirilmesi ve kuruluşun tüm bölümlerini kapsamaması amacıyla boyutlandırma yapısı geliştirilmiştir. Standartların izlenebilirliği ve sağlık kuruluşları arasında karşılaştırmaların yapılabilmesi amacıyla kodlama sistemi oluşturulmuştur.

Beşinci Dönem: 2015 yılında yapılan revizyon ile de hastane setinin standart yapısı, içeriği ve kapsamı daha da geliştirilerek 557 standarttan oluşan bir set halini almıştır. Ayrıca bu süreçte Ağız-Diş Sağlığı Merkezlerine/Hastanelerine, Evde Sağlık ve Diyaliz Üniteleri ile 112'lere yönelik setler de oluşturulmuştur.

Sağlıkta Kalite Standartlarının Yapısı ve Hedefleri

SKS yapısal olarak Şekil 1'de görüldüğü üzere Kurumsal Hizmetler, Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler, Sağlık Hizmetleri, Destek Hizmetleri ve Gösterge Yönetimi boyutu olmak üzere 5 boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar; hastanelerde sunulan hizmetler, yönetim faaliyetleri ve hizmet sürecinde yer alan kişiler temel alınarak hastanenin tüm bölümlerini barındırır şekilde belirlenmiştir.

Kurumsal Hizmetler Boyutu: Hastanede, tüm çalışanların yer aldığı bir kalite yönetim altyapısı oluşturularak, hizmet sunumunun kalitesine ilişkin faaliyetlerin sistemli bir şekilde yürütülmesini sağlamak üzere hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur.

Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu: Hastaların temel haklarını, güvenliğini ve memnuniyetini, çalışanların ise sağlıklı bir çalışma hayatı içinde olmalarını sağlamak, sunulan hizmetleri hasta ve çalışan bakış açısından değerlendirmek amacıyla hazırlanmış standartları içeren bölümlerden oluşan boyuttur.

Sağlık Hizmetleri Boyutu: Hastanede verilen tüm tıbbi hizmet süreçlerinin SKS-hastane hedefleri kapsamında verilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartlar barındıran bölümlerden oluşan boyuttur.

Destek Hizmetleri Boyutu: Tıbbi hizmet süreçlerinin güvenliğini ve sürekliliğini sağlamaya yönelik gerekli altyapıyı oluşturmak amacıyla hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur.

Gösterge Yönetimi Boyutu: Belirlenen süreçlere yönelik performansı izleyip değerlendirmek sureti ile kalitenin sürekli iyileşmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur.



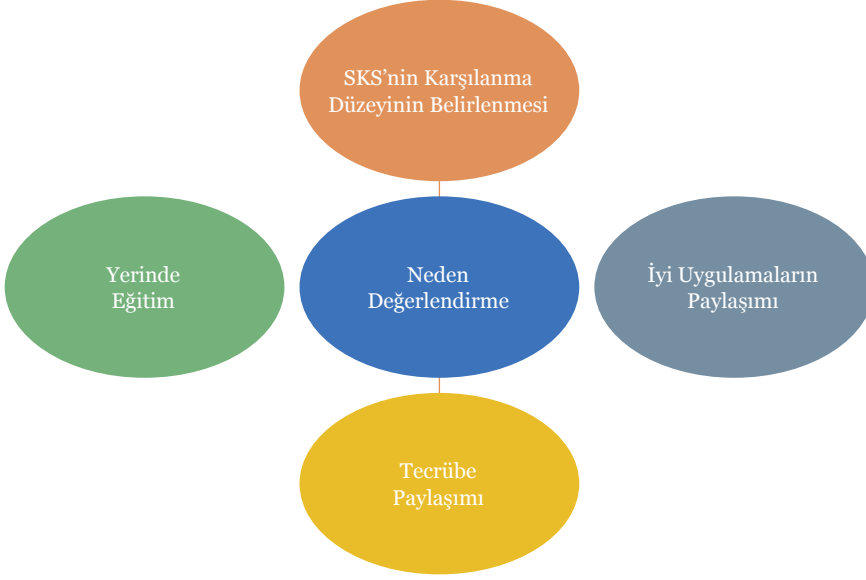
Şekil 1: SKS boyutları

Sağlıkta Kalite Standartları sunulan hizmetin ve bu hizmet sonucunda elde edilen çıktıların kalitesinin geliştirilmesini ve sürekli iyileştirilmesini esas almaktadır.

Sağlıkta Kalite Değerlendirmesi

Sağlıkta Kalite değerlendirmesi, sağlık kurumlarının Sağlıkta Kalite Standartları'nı karşılama düzeylerinin belirlendiği, süreç içerisindeki gelişimlerine ilişkin geri bildirimin sağlandığı, alanında uzman, Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen sertifikalı eğitim programını başarı ile tamamlayan değerlendiriciler tarafından gerçekleştirilen yerinde gözlem ve inceleme faaliyetine verilen isimdir.

Değerlendirme kavramı, Sağlık Bakanlığı kalite çalışmalarına özgü olarak kullanılan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu kavram, bahsi geçen faaliyetin; kurumdaki eksiklikleri tespit edip cezalandırmayı öngören bir denetim mantığı içinde değil, eksiklikleri tespit edip iyileştirme sağlamak yoluyla sürecin gelişimini hedefleyen bir bakış açısı ile gerçekleştirildiğini ifade etmektedir. Şekil 2'de değerlendirmenin ana amaçlarına yer verilmiştir.



Şekil 2: Değerlendirmelerin amacı

Yerinde yapılan kalite değerlendirmeleri mevcut durumun tespiti yanında, kurumlarımız ve sağlık çalışanlarımız için çok önemli bir eğitim aracıdır. Aynı zamanda tecrübe ve iyi uygulamaların paylaşıldığı değerlendirmelerde, sağlıkta kalite standartlarının ülkemizin her yerinde aynı bakış açısıyla uygulanmasına ve tüm kurumların kalite seviyesinin artırılmasına büyük katkılar sağlamaktadır. Sağlık hizmeti sunumu, hasta ve çalışan güvenliği kültürünün oluşturulması, geliştirilmesi, hasta ve çalışan memnuniyetinin artırılması, kalitenin geliştirilmesi, etkinlik ve verimliliğin sağlanması için oluşturulan ulusal kriterlerle sağlık kurumlarının gözden geçirilmesidir.

Değerlendirmelerde,

- Hastalar ve çalışanlar memnun ve güvende mi?
- Sağlık hizmeti standarda uygun mu?
- Kalite kurumsal kültür haline gelmiş mi?
- Hizmet etkin ve verimli mi? sorularına cevap aranmaktadır.

Sağlıkta Kalite Değerlendiricisi: Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı tarafından belirlenmiş özelliklere sahip, Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Standartları çerçevesinde düzenlenen SKS Değerlendiricisi Sertifikalı Eğitim Programı teorik ve uygulama eğitimini tamamlamış ve akabinde teorik ve uygulama sınavlarında başarılı olarak sertifika almaya

hak kazanmış, belirli sayı ve nitelikte değerlendirmede bulunmuş, çalışmaları Başkanlık, gidilen kurum ve ekip üyeleri tarafından değerlendirilen, konusundaki uzman kişidir. Sağlık Bakanlığı Değerlendirici kapasitesi mesleki sınıflamaya göre 12 profesör doktor, 8 doçent doktor, 12 öğretim üyesi doktor, 119 uzman doktor, 104 pratisyen doktor, 3 uzman diş hekimi, 33 diş hekimi, 6 eczacı, 340 ebe-hemşire-sağlık memuru, 56 diğer sağlık personelinde oluşmaktadır. 2019 yılı itibarıyla toplam değerlendirici ve değerlendirici aday sayısı 694'tür.

Değerlendirici bağımsızdır. Bulunduğu konumu ne olursa olsun “değerlendirici” kimliğiyle kurumda bulunduğunu bilir. Kurum bilgilerinin gizliliğine saygılıdır, iletişime açık, karşılıklı bilgi alışverişi yapabilen kişidir. Önyargısız, fayda sağlayıcı olarak değerlendirme yapar, her zaman yapıcı bir tavır içindedir ve etrafında bulunan kişilerin de farklı davranış sergilemelerine engel olması gereken kişidir.

Değerlendirmelerin etkinliğini sağlamak için standart kapsamında, objektif delillere dayalı, kurum için katma değer yaratacak şekilde, adil, açık ve anlaşılır bir şekilde yapılması son derece önemlidir.

SKS Değerlendirme Yolculuğu

Daire Başkanlığınca sistemin daha da geliştirilmesi, iller arası iyi uygulamaların ve deneyimlerin paylaşılması amacıyla 2007 yılında, farklı illerden değerlendirici ekipler oluşturulmuş ve İl Performans ve Kalite Koordinatörlükleri tarafından yapılan değerlendirmelere ilaveten bu ekipler başka bir ilin merkez hastanelerinde değerlendirmeler yapmıştır. Bu uygulama ile kalite çalışmalarına yeni bir boyut kazandırılmıştır. Söz konusu değerlendirmeler 2007 yılında “çapraz değerlendirme” adı altında 7 ilde uygulanmış ve 2010 yılına kadar Türkiye'nin farklı illerinde yapılmaya devam etmiştir. SKS Merkezi Değerlendirme ilk olarak 2010 yılında gerçekleştirilmiştir. Bu yolculuğun gelişimi Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: SKS değerlendirme yolculuğu

	Öz Değerlendirme	İl Sağlık Müdürlüğü Değerlendirilmesi	Çapraz Değerlendirme	Merkezi Değerlendirme	Merkezi Değerlendirme
Yıllar	2007	2008-2009	2008-2009	2010	2017
Değerlendiren	Hastaneler kendilerini	İl Sağlık Müdürlükleri	Daire Başkanlığı	Daire Başkanlığı	Daire Başkanlığı
Değerlendirme Gün Sayısı	2-3	2-3	2-3	1-2	1-3
Değerlendirilen Bölümler	Tüm bölümler	Tüm bölümler	Tüm bölümler	Randomize seçilen bölümler	Randomize seçilen bölümler
Değerlendirme Sayısı	Yılda 4	Yılda 3	Yılda 2	Yılda 2	Yılda 1

2017 yılı Sağlıkta Kalite Değerlendirmelerinin özeti Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2: Sağlıkta kalite değerlendirmeleri özeti

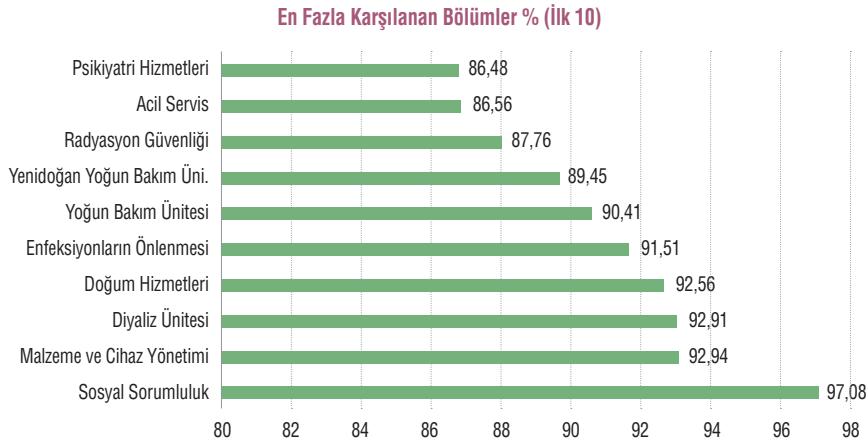
Parametrenin Adı	Sayısı
Değerlendirme Yapılan İl	81
Değerlendirme İş Günü	139
Değerlendirmeye Katılan Değerlendirici	331
Değerlendirilen Kamu Hastanesi	325
Değerlendirilen Özel Hastane	487
Değerlendirilen ADSM/ADSH	61
Toplam Değerlendirilen Kurum	1145

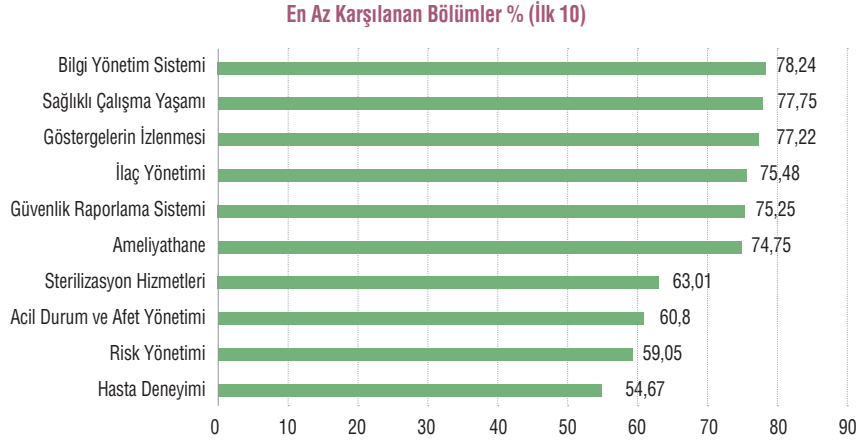
Sağlıkta kalite değerlendirmelerinin yıllara göre puan ortalamaları Tablo 3’te özetlenmiştir.

Tablo 3: Yıllara göre kalite puan ortalamaları

Sağlıkta Kalite Değerlendirme Sonuçlarına Göre Türkiye Kalite Puanı Ortalamaları						
Kurumlar	2012 Yılı Ortalama Puanı 1. Dönem/2. Dönem		2013 Yılı Ortalama Puanı	2014 Yılı Ortalama Puanı	2016 Yılı Ortalama Puanı	2017 Yılı Ortalama Puanı
Kamu Hastaneleri	86	88	87	90	86,54	85,63
Özel Hastaneler	74		80	80	81,97	84,09
Üniversite Hastaneleri	---		69	75	76,44	83,59
Yıl Ortalama Puanları	81		82	82	84,17	84,86

2017 yılı sağlıkta kalite değerlendirmelerine göre en fazla ve en az karşılanan 10 bölüm ile en çok ve en az karşılanan 20 standart ise aşağıdaki tablolarda (Tablo 4, 5 ve 6) yer almaktadır. Önümüzdeki dönem değerlendirme içeriğine bu tabloların ışık tutacağı ve hedefe yönelik gelişime açık bir değerlendirme süreci geçireceği aşikardır. En az karşılanan bölüm ve standartlara daha fazla ihtimam gösterileceği düşünülmektedir.

Tablo 4: En fazla karşılanan bölümler

Tablo 5: En az karşılanan bölümler**Tablo 6:** En az karşılanan standartlar

Tablo 7: En fazla karşılanan standartlar

Sonuç

Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri sağlık kurumlarında yönetimden çalışanlara kadar her sağlık çalışanı için yerinde eğitim sürecine dönüşmüştür. Bu bağlamda, son dönem gerçekleştirilen değerlendirme sürecinde kurum yöneticileri, kalite yönetim direktörleri ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla her değerlendirme döneminde yaklaşık 15 bin sağlık çalışanı, oluşan eğitim ağı sayesinde bilgi ve tecrübelerini paylaşma ve artırma fırsatına sahip olmuştur. Bu çok önemli bir kazanımdır.

Bunun yanında SKS ve Değerlendirme Süreci;

- Kurumların verdiği hizmete göre fiziki yapısını standardize etmektedir.
- Sözleşmeli personele ek ödeme hesaplanmasında, sözleşmeli yönetici performans ölçümünde, sağlık hizmeti sunucularının basamaklandırılmasında kullanılmaktadır.
- Sağlık kuruluşlarının sağlık turizmi yetkilendirme belgesi alabilmesi için asgari bir seviye oluşturmaktadır (en az 85 kalite puanı).
- Sağlık hizmetinin içine doğrudan nüfuz etmekte, kurullar ve komiteler kurmaktadır. Bu kurul ve komitelere, verilen hizmeti nasıl takip edeceği konu-

sunda rehberlik etmektedir.

- Çalışanın, hasta ve hasta yakınının güvenliğini doğrudan etkileyecek etkenlere tesir etmektedir.
- Sağlık idarecisi ve çalışanına işini belli standartlara göre yapmış olmanın rahatlığını ve iç huzurunu yaşatmaktadır.
- İdareciye hukuki neticeler doğurabilecek sorumluluklar yüklemekte, değişim baskısı oluşturmaktadır.
- Değerlendiricinin gittiği kuruma katkı sağlaması, bilgi ve tecrübelerini paylaşması yanında kendini de geliştirmesine katkıda bulunmaktadır.
- Kurumsal hafızayı şekillendirmektedir.
- Gidilen kurumdaki iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılmasına önayak olmaktadır.
- Kurumların değerlendirme süreci ve standartların geliştirilmesine/yenilenmesine yönelik taleplerinin aktarımına katkı sağlamaktadır.
- Değerlendirme anketleri vesilesiyle, ekip koordinatörü, değerlendirici, değerlendirici adaylarının performansını izleme imkânı yakalanmıştır.
- Değerlendirme anketlerinin, kalite değerlendirmelerine ilişkin olumlu-olumsuz görüş alınmasına katkısı olmuştur.
- Ülke genelinde sunulan sağlık hizmeti kalitesinin artırılmasını sağlamaktadır.
- Sağlık politika yapıcılarının geliştirilmesi veya revize edilmesi gereken alanlara yönelik karar destek mekanizması sunmaktadır.

Kaynaklar

- 1) 1. HKS Okulu Ders Notları, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2. Baskı, 2011, Ankara,
- 2) Güvenli Cerrahi, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2011, Ankara,
- 3) Hastane Hizmet Kalite Standartları, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara, 2011
- 4) Robert, J. Robert; Hsiao, William, Berman, Peter; Reich, R. Michael. Sağlık Reformunun Doğru Yapılması, RSHMB Hyfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2010
- 5) Sağlık Sistemi Yaklaşımı ile Kalite ve Güvenlik Stratejileri Geliştirme Kılavuzu, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2008, Ankara,
- 6) Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2012, Ankara,
- 7) SKS Işığında Sağlıkta Kalite 1. Cilt, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Kasım 2012, Ankara.
- 8) SKS Işığında Sağlıkta Kalite 2. Cilt, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Kasım 2012, Ankara.

- 9) *SKS Işığında Sağlıkta Kalite 3. Cilt, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Kasım 2012, Ankara.*
- 10) *SKS ve İlaç Güvenliği, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara, 2012*
- 11) *Tulunay, F. Cankat; Maltan, Simten; Değer, Çetin; Aras, Emre, Sağlık Bakımı Maliyeti, Kalitesi ve Çıktıları, 2008, Ankara*
- 12) *2017 Yılı Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri Sonuç Raporu, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ekim 2018, Ankara.*
- 13) *Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Kasım 2015, Ankara.*

Türkiye'nin Ulusal Sağlık Akreditasyon Çalışmaları

PROF. DR. MUSTAFA BERKTAŞ*

*İzmir Bakırçay Üniversitesi

Ülkemizde son yıllarda sağlık alanında birçok önemli gelişme yaşanmaktadır. Yaşanan bu önemli gelişmelerden biri de Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığının (TÜSEB), kurulmasıdır. TÜSEB, Sağlık Bilimi ve Teknolojisi alanında bilgi üreterek, ülkemize ve insanlığa hizmet etmek amacıyla 2015 yılında kurulmuştur. TÜSEB, sağlık bilim ve teknolojileri alanında ülke ihtiyaçları doğrultusunda kurulmuş araştırma enstitülerine, gerektiğinde yenilerini ekleyerek, sağlık araştırmaları sahasında yapılanmasını tamamlayacak ve iş birliği ağını kuracaktır. Bu amaçla kurulan Enstitüler şunlardır:

- Türkiye Kanser Enstitüsü
- Türkiye Biyoteknoloji Enstitüsü
- Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü
- Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü
- Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Enstitüsü
- Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü
- Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü

Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA), 2015 yılında faaliyetlerine başlayan TÜSEB bünyesinde, sağlık hizmetlerinde akreditasyon faaliyetlerini yürütmek amacıyla aynı yıl içerisinde kurulmuştur. Enstitü, görev alanları kapsamında hem ülkemizde faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarının kalitesini sürekli iyileştirmeye hem de uluslararası düzeyde sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesine katkı sağlamaya yönelik kalite ve akreditasyon çalışmalarını yürütmektedir.

TÜSKA'nın ana faaliyet konuları; Bakanlığa bağlı kuruluşlar, yükseköğretim kurumları ve özel kesim ile iş birliği içerisinde sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kurallarının belirlenmesi için T.C. Sağlık Bakanlığına bilimsel

katkı sağlamak, ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık kuruluşlarını akredite etmek, uluslararası ve bölgesel akreditasyon birlikleri ve örgütleri ile diğer ülkelerin akreditasyon kuruluşlarıyla karşılıklı tanıma anlaşmaları yapmak olarak sıralanmaktadır.

Ulusal ve uluslararası alanda sağlıkta kalitenin güvencesi lider kuruluş olmak vizyonu ile yapılanmasını tamamlayan TÜSKA, sağlık hizmetlerinde kalite standartlarını sürekli yükseltecek akreditasyon programları ve kalite iyileştirme sistemleri geliştirecek ve uygulayacak; bilimsel çalışmalar ile araştırma projelerini hayata geçirecek ve destekleyecektir. Bünyesinde yer alan bilim kurulları ile bu amaçların gerçekleştirilmesine yönelik olarak yapılandırılmıştır. Bu bilim kurulları; Akreditasyon Yürütme Kurulu, İtiraz ve Şikâyetleri Değerlendirme Kurulu, Ulusal Akreditasyon Bilim Kurulu, Uluslararası Akreditasyon Bilim Kurulu ve Kalite Bilim Kurulu olarak sıralanmaktadır. Dünya’da kalite ve akreditasyon faaliyetlerinin çatı kuruluşu olan ISQua’ya (*The International Society for Quality in Healthcare*) üye olan TÜSKA, “Sağlığın konu olduğu her yerdeyiz...” sloganıyla sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon alanında Türkiye’nin uluslararası markası olmayı hedeflemektedir. TÜSKA ulusal akreditasyon faaliyetlerini uluslararası alanlara da taşıma hedefine yönelik olarak iş birlikleri ve ikili görüşmelerini planlamaktadır. Bu kapsamda, geçtiğimiz yıl ISQua’nın 33’üncüsünü Tokyo’da gerçekleştirdiği konferans ve genel kurula katılarak ülkemizi temsil eden Enstitümüz, bu yıl da Londra’da gerçekleştirilecek etkinlikte yer alarak Türkiye’de gerçekleştirdiğimiz faaliyetlerin uluslararası arenada da tanınması ve farklı ülkeler ile iş birliklerinin geliştirilmesine yönelik bağlantıların oluşturulmasını planlamaktadır. Uluslararası Akreditasyon Bilim Kurulu, uluslararası alanda bölgesel ve ikili iş birliklerinin oluşturulmasına yönelik stratejilerini belirlemiştir. Bu kapsamda KKTC ve Azerbaycan’ın yanı sıra Afrika ülkeleri öncelikli ülkeler arasındadır. KKTC ile ikili görüşmelere başlanmıştır.

Akreditasyon Programları

TÜSKA, akreditasyon programlarının ortaya konulmasına yönelik olarak çeşitli akreditasyon programlarını hazırlayarak geliştirmekte; bu programlara başvuruların alınması, değerlendirilmesi ve yürütülmesi faaliyetlerini gerçekleştirmektedir. Program altyapısının oluşturulması sürecinde TÜSKA uzmanları tarafından uluslararası alandaki örnekler incelenmiş, üç farklı hastanede (devlet, üniversite, özel) pilot çalışma yürütülmüş ve Türkiye için en uygun akreditasyon programı kurgulanmıştır. TÜSKA tarafından hayata geçirilen ilk akreditasyon programı olan Hastane Akreditasyon Programı’nda Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti kullanılmakta ve Denetçi Eğitim Prog-

ramını başarıyla tamamlayan denetçiler tarafından akreditasyon denetimleri gerçekleştirilmektedir.

Hastane Akreditasyon Programı'na başvurmak isteyen hastanelerin ilk başta TÜSKAnet Akreditasyon Yönetim Sistemi üzerinden kurumsal üye olmaları gerekmektedir. TÜSKAnet'e üye olan hastaneler, bu sistem aracılığı ile Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına, Hastane Akreditasyon Program Rehberi ve Hastane Akreditasyon Standartları Uygulama Rehberi'ne ulaşabilmektedir. Kurumlar aynı zamanda sistem üzerinden Öz Değerlendirme Simülasyonunu kullanarak mevcut durumlarını analiz edebilmekte ve akreditasyona daha bilinçli hazırlanabilmektedirler. Akreditasyon başvuruları da TÜSKAnet üzerinden gerçekleştirilmektedir. Akreditasyona başvuran kurumlar, tüm akreditasyon süreçlerini yine sistem üzerinden takip edebilmekte, iletişim modülü üzerinden de soru, görüş ve önerilerini iletebilmektedirler. Hastanelerin başvuruda bulunmak için bazı kriterleri karşılamaları gerekmektedir. Bu kriterler; hastanenin Türkiye'de bulunması, gerekli yetki ve izin belgelerine (ruhsata) sahip olması, kesintisiz (yılda 365 gün, haftada 7 gün, günde 24 saat) hizmet sunmasıdır. Hastanenin denetim istediği tarihten en az altı ay önce başvuru formunu doldurması beklenmektedir. Başvurusu kabul edilen hastanelerden bir ay içinde bir öz değerlendirme istenilmekte, öz değerlendirmede standartların en az %85 oranında karşılanması durumunda hastane için denetim planlanmaktadır. Denetim sonucunda, standartları %100 oranında karşılayan hastaneler akredite edilmektedir.

Standartları %85-%99 oranında karşılayan hastanelerden, "Kısmen Karşılanıyor" ve "Karşılanmıyor" şeklinde rapor edilen standartlar için 45 gün içinde Eylem Planı istenilmektedir. TÜSKA tarafından incelenen eylem planının onaylanması ile en geç altı ay içinde yeniden denetim gerçekleştirilmektedir. Akredite edilen hastaneler, belgenin geçerli olduğu üç yıl süresince her yıl ara denetimden geçmektedirler. TÜSKA, Hastane Akreditasyon Programını takiben ADASM, diyaliz ve laboratuvarlar için de akreditasyon programlarına başlayacaktır. Orta-uzun vadede birinci basamak, ambulans ve hasta transferi hizmetleri, branş bazlı, evde bakım hizmetleri, uzun dönemli bakım hizmetleri, özellikli bakım hizmetleri gibi sağlıkta birçok alanda akreditasyon hizmetlerine devam edilmesi planlanmaktadır.

Akreditasyon Standartları

TÜSKA, sağlık hizmetleri alanında uygulayacağı akreditasyon programlarına yönelik olarak, dört farklı akreditasyon standart seti kullanmaktadır. Bunlar; Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) Hastane, SAS Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADASM), SAS Diyaliz ve SAS Laboratuvar Setleridir. TÜSKA

Akreditasyon Standart setleri ISQua tarafından akredite edilmiştir. Türkiye’de sağlıkta akreditasyon standartlarının hazırlanması, 2012 yılında, Sağlık Bakanlığı ile ISQua arasında kurulan resmi iş birliği süreci ile başlamış, standartlar 2012-2015 yılları arasında Bakanlıkça yürütülen çalışmalar sonucunda hazırlanmıştır. 2015 yılında ise TÜSKA’nın kurulması ile birlikte akreditasyon faaliyetleri kapsamında her türlü bilgi ve doküman ile yürütülen tüm iş ve işlemler Sağlık Bakanlığınca TÜSKA’ya devredilmiştir.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları, ulusal ihtiyaç ve öncelikler, ulusal-uluslararası standartlar/çalışmalar, Dünya Sağlık Örgütü hedefleri ve ISQua ilkeleri baz alınarak hazırlanmış ve aralarında akademisyenler, sağlık yöneticileri, denetçiler ve uygulayıcıların bulunduğu alanında uzman çok sayıda profesyonelin katılımıyla; anlaşılabilirlik, uygulanabilirlik, *ölçülebilirlik* gibi parametreler açısından test çalışmaları yapıldıktan sonra kullanıma sunulmuştur. Standartlar, hasta güvenliği, kalite iyileştirme, hasta ve hizmet kullanıcı odaklılığı, kurumsal planlama ve performans gibi temel ilkelerden hareketle, hastanelerde “minimum risk, maksimum güvenlik ve optimum kalite”nin sağlanmasını amaçlamakta, “etkililik, etkinlik, verimlilik, sağlıklı çalışma yaşamı, hasta güvenliği, hakkaniyet, hasta odaklılık, uygunluk, zamanlılık, süreklilik” olarak belirlenen 10 temel hedefe ulaşılmasını garanti etmektedir.

Sağlıkta Akreditasyon Standart Setleri, uluslararası gelişmeleri dikkate alan, ülkemizdeki sağlıkta kalite altyapısı ile uyumlu, sağlık kuruluşundaki tüm hizmet alanlarını kapsayan, amaçsal yorumlamaya uygun, hizmet süreçlerine ve çıktılarına odaklı, inovasyonu teşvik edici, uygulanabilirliği öne çıkaran, kullanımı kolay, kapsayıcı standartlar içermektedir. TÜSKA ulusal akreditasyon programları kapsamında ilerleyen süreçte branş bazlı akreditasyon (Yoğun bakım, acil servis, kardiyoloji, KVC), sağlık personeli akreditasyonu, sağlıklı iş yerleri, okullar, alışveriş merkezleri vb. alanlarda akreditasyon standartlarının hazırlanmasına yönelik çalışmalar planlanmaktadır.

Akreditasyon Denetimleri

Akreditasyon programlarına yön verecek bir diğer önemli konu, denetimler ve denetçi kapasitesidir. Bu alanda; ülkemizde mevcut kalite/performans/verimlilik değerlendirme ve/veya denetim faaliyetlerinin süreç bazlı analizi ve yurt dışında benzer sistemlerin incelenmesi üzerine odaklanılmış, ilgili kişi ve kuruluşlarla değerlendirmeler ile *çalıştay* toplantıları düzenlenmiştir. Yapılan bu çalışmalar sonucunda TÜSKA’nın vizyon ve misyonuna uygun, ihtiyaçları ve eksiklikleri karşılayan, esnek, dinamik, anlaşılabilir ve uygulanabilir bir yöntem geliştirilmiştir.

Denetim Yöntemi

Yöntem, kanıt toplama ve kanıtlar üzerinden karar verme üzerine odaklanmaktadır. Yöntemde öncelikle denetçinin standartla ilgili hangi kanıtlara, ne kadar miktarda ve nasıl ulaşacağına yönelik kanıt toplama teknik, ilke ve kriterleri belirlenmiştir. Bu üç konu denetçinin kanıt toplamaya ilişkin yaklaşımını içermektedir. Denetim Yöntemi çeşitli ilkeler, kriterler ve tekniklerden oluşmaktadır.

- İlkeler; kanıtların standartla ilgili olarak önemlilik, yeterlilik ve uygunluk ilkelerine göre toplanması,

- Kriterler; kanıtların uygulama ve kapsam, izlenebilirlik ve devamlılık ile liderlik ve çalışanların katılımı kriterlerini dikkate alarak toplanması,

- Teknikler; kanıtların doküman inceleme, iz sürme (*trail*), gözlem, görüşme ve bunların alt teknikleri ile toplanma yöntemlerini içermektedir.

Değerlendirme ölçütü ve standardın karşılanma düzeyi kararları “karşılıyor”, “kısmen karşılanıyor” ve “karşılanmıyor” kararlarından biridir. Denetçi topladığı kanıtlarla ilgili uygunsuzluk tespit etmediyse doğrudan “karşılıyor” kararı verebilmektedir. Ancak bir uygunsuzluk tespit etmiş ise denetçi bu uygunsuzluğu “Uygunsuzluk Tanımlama Kriterleri” ile uygunsuzluğun Risk Boyutu, Etki Alanı ve Sıklık Düzeyini içeren “Denetim Matrisi” aracılığıyla değerlendirmektedir. Sonraki aşama ise standardın karşılanma düzeyi kararıdır. Her bir standart değişik sayılarda değerlendirme ölçütü içermektedir. Eğer herhangi bir değerlendirme ölçütü “karşılanmıyor” ise standardın da karşılanma düzeyi kararı “karşılanmıyor” olarak verilir. Diğer durumlarda ise Karşılanıyor ve Kısmen Karşılanıyor olan değerlendirme ölçütü sayısı aritmetiğine bakılır.

Her bir standardın karşılanma düzeyi kararı verildikten sonra tüm standart setinin karşılanma düzeyi belirlenerek uygulanan akreditasyon programı kapsamında süreç ilerlemektedir.

Denetçi Eğitimleri

TÜSKA tarafından uygulanan denetçi eğitim programı ISQua tarafından akredite edilmiştir. Gerçekleştirilen eğitimler; Temel Eğitim Programı ve Kapasite Geliştirme Eğitim Programı olarak düzenlenmiştir. Program sonucunda ülkemize hekim, hemşire, mühendis, eczacı, yönetici, çeşitli sağlık branşları alt kategorilerinden olmak üzere akademisyenler, yöneticiler, denetçi/değerlendirici ve sağlık çalışanlarından ana kategorilerinden toplam 69 denetçi yetiştirilmiştir. Denetçilerin yetiştirilmesine rehberlik etmek üzere ilgili akademisyenler ve saha profesyonellerinin katılımıyla TÜSKA tarafından bir *çalıştay*

düzenlenmiş ve sonucunda denetçilere yönelik “Hastane Akreditasyon Denetim Rehberi” oluşturulmuştur. TÜSKA akreditasyon programları kapsamında gerçekleştirilecek denetçi eğitimleri ile denetçi kapasitesi nicelik ve nitelik olarak geliştirmeye devam etmektedir. Yakın dönemde, TÜSKA’nın önümüzdeki süreçte gerçekleştireceği farklı akreditasyon programları ile uluslararası akreditasyon programlarına yönelik denetçi eğitim programları uygulanacaktır.

Akreditasyon Teşvikleri

Sağlık hizmetleri alanındaki akreditasyon çalışmaları Ekonomi Bakanlığı tarafından desteklenmektedir. 2 Haziran 2015 tarihli ve 29374 sayılı Resmî Gazete’de iki karar yayımlanmıştır. Bu kararlardan 2015/8 sayılı “Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Karar” kapsamında Belgelendirme Destekleri içerisinde Desteklenen Belge ve Sertifikalar Listesi’nde (EK-7B) yer alan “Sağlık Turizmi Sektörü” başlığında “Sağlık Bakanlığı-Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) Belgesi” yer almaktadır. Mezkur Resmi Gazete’de yayımlanan 2015/9 sayılı “Döviz Kazandırıcı Hizmet Sektörleri Markalaşma Destekleri Hakkında Karar” kapsamında “Desteklenecek Faaliyetler” başlıklı üçüncü bölümün “II-Hizmet Sektörü Marka Destek Programı Kapsamına Alınan Yararlanıcıların Desteklenmesi” kısmı 11. maddesi 1. fıkra (d) bendi “Çevre, kalite ve insan sağlığına yönelik teknik mevzuata uyum sağlanabilmesi ve yurt dışı birim açılışı ve işletilmesinin *teminen gerçekleştirilen; kalite, hijyen, çevre belgeleri, ilgili ruhsat ve izinler ile bir ülke pazarına girişte zorunlu olarak aranan veya pazara girişte avantaj sağlayan belge/ sertifikalara ilişkin eğitim, danışmanlık dahil her türlü belgelendirme giderleri, %50 oranında ve belge başına en fazla 50 bin ABD dolar ile desteklenir.*” hükmünü içermektedir. Ayrıca akredite olan hastaneler Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yapılan kalite değerlendirmelerinden akreditasyon süresince muaf tutulacaktır.

Kalite İyileştirme Çalışmaları

Sağlık hizmetlerinde kaliteyi sağlama, sürekli iyileştirme ve güvence altında tutma sistemli çalışmalar sonucunda elde edilebilecek bir kazanımdır. Ülkemiz açısından her ne kadar sağlık hizmet kalitesinde iyileştirmeler son yıllarda artarak gerçekleşse de bu iyileştirmelerin hastaneler açısından bir sistem dâhilinde planlı olarak yapıldığını söylemek oldukça zordur. Sağlık tesislerinde iyileştirmeler yaparak vaktinde ve kaliteli sağlık hizmetine erişimin artırılmasına katkıda bulunmak amacıyla kalite iyileştirme projeleri üretmek, var olan projeleri desteklemek ve iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak, ulusal ve uluslararası iş birlikleri geliştirmek TÜSKA’nın hedefleri arasında yer

almaktadır. Örneğin bu kapsamda, 2016-2017 eğitim ve öğretim yılı içerisinde ODTÜ Endüstri mühendisliği öğrencilerinden bir grup Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisinde bir yıl süreli kalite iyileştirme çalışmaları yapmış ve sonuçlar hastane yönetimi ile paylaşılarak kazanımların somutlaştırılması sağlanmıştır.

Sağlık hizmetleri sunum sürecinin çok büyük bir kısmını oluşturan hastaneler için kalite kültürü özelinde kalite yönetim sistemleri açısından neredeyiz, nerede olmayı arzuluyoruz, mevcut durum ile arzulanan durum arasındaki fark nedir, bu fark nasıl kapatılabilir sorularına cevap bulmaya yönelik olarak tüm sektör temsilcileri ile Hastane Kalite Yönetim Sistemleri (Mevcut Durum Analizi) Çalıştayı TÜSKA tarafından düzenlenmiştir. Akreditasyonun da bir kalite iyileştirme çalışması olduğu dikkate alındığında, akredite olan hastanelere yönelik destek ve teşviklere tarafımızca özel önem atfedilmekte ve bu kurumlar ile yapılacak çalışmalar önemsenmektedir.

Bilimsel Araştırmalar ve Projeler

TÜSEB'in 6569 Sayılı Kanun ile tanımlanmış görevleri arasında “Ar-Ge yapmak, Ar-Ge'lere mali ya da bilimsel destek sağlamak, bunları koordine etmek, teşvik etmek, izlemek, bu amaçla program ve projeler geliştirmek” görevleri bulunmaktadır. Bu kapsamda TÜSEB'in sağlık alanında teknoloji geliştirme, teşhis ve tedaviye yönelik teknik ve yöntemlerin üretimi gibi konularda kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından geliştirilecek projeleri destekleme misyonu vardır. Enstitünün kuruluş ve yapılanma faaliyetlerini izleyen süreçte bilimsel çalışmaları desteklemek ve projelere mali destek verilmesi amacıyla Kalkınma Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı ile görüşmeler gerçekleştirilmiş ve 2018 yılından itibaren proje destekleri verilebilmesi için gerekli başvuru ve işlemler yapılmıştır. TÜSKA, projelere fon sağlamak amacıyla 2018 yılı bütçesinden 15 milyon TL ayırmayı planlamaktadır. Desteklenecek projelerin “akreditasyona başvuru yapan hastanelerin sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme ihtiyaçlarına yönelik projeler” ve “sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme faaliyetlerine yönelik projeler” ana başlıklarında yer alması hedeflenmektedir.

Enstitümüz ayrıca bilimsel çalışmaları destekleme ve araştırmaları teşvik etme amacıyla “Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi” adıyla bir süreli yayın hazırlamıştır. Türkçe veya İngilizce dillerinde yazılmış, sağlık alanında kalite ve akreditasyon konularında çalışmalar kabul edilmektedir. Enstitümüzün hem ulusal hem de uluslararası alanda bilimsel çalışmalara yön veren bir kuruluş olması, çalışmalar sonucunda elde edilen bulgular değerlendirilerek sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinde Kalite Uygulamaları Nasıl Olmalı?

PROF. DR. SEVAL AKGÜN*

*Başkent Üniversitesi

Bu yazı, bir üniversite hastanesi ve ona bağlı hastaneler ile araştırma ve uygulama merkezlerinin kalite yolculuğunu okuyucularla paylaşmayı amaçlamaktadır. 1993 yılında kurulan Başkent Üniversitesi bugün Ankara'da yer alan merkez kampüs ve hastane ile ülkenin değişik bölgelerine yayılmış 10 farklı hastane, araştırma ve uygulama merkezleri ile hizmetlerini sürdürmektedir. Başkent Üniversitesi Hastaneler ağıının misyonu en üst düzeyde hasta bakımını sunmanın yanı sıra Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesinin araştırma ve eğitim programlarına destek olmaktır. Bu amaçlara ulaşabilmek için sürekli kalite iyileştirme çalışmaları üniversitenin kurulduğu ilk günden itibaren uygulanmaya başlanmıştır.

Sürekli kalite iyileştirme çalışmalarında amaç; zincirdeki tüm hastanelerin sunduğu hizmetlerin kalitesini değerlendiren ve sistemde yer alan tüm süreçleri detaylı bir şekilde tanımlayan, şeffaf ve ölçülebilir bir sistem kurulmasıdır. Özel amaçlar ise kuruluşlarda hasta ve çalışan güvenliği ve memnuniyetinin sağlanması, enformasyon bilgi yönetimi, tıbbi proseslerin ve klinik dokümantasyonun iyileştirilmesidir.

Yazıda tartışmalar sağlık hizmetlerinde kalite yaklaşımlarına ve uygulamalarına Başkent Üniversitesi Hastaneleri, Araştırma ve Uygulama Merkezleri üzerinden örneklerle gerçekleştirilecektir. Tüm bu planlamalar, performans ölçüm yöntemleri sonucu olarak sunulan hizmetlere taleplerde ciddi artışlar saptandığı görülmektedir. Örneğin Ankara Hastanesinde 1998-2006 yılları arasında poliklinikte tedavi gören hastalar arasında %85,7'lik, yatan hasta sayılarında da %38'lik bir artış saptanmış ve bu artış yeni hastaneler açılmasında önemli bir rol oynamıştır.

Yüzyılımız, tüm dünyada her alanda olduğu gibi bilim, teknik ve sağlıkta da baş döndürücü bir gelişme ve değişimin yaşandığı bir yüzyıldır. Ülkeler de bu hızla gelişen ve değişen dünyada daha iyi bir yer edinebilmek için büyük bir yarış içindedir.

Özellikle 1990'lı yıllarda sağlıkta toplam kalite yönetimine dönük uygulamalar, sağlıkta yüksek teknolojinin yaygın kullanımına paralel olarak, ulusal gelir artışının çok üzerindeki oranlarda artan sağlık harcamaları ile ilgili maliyeti kontrol etmeyi amaçlayan birtakım organizasyonların öncelikle Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya çıkmasını daha sonra bunun diğer ülkelerde yayılımını sağlamıştır. Bilimsel tıbbın gelişmesi, mesleki örgütlenmelerin ve meslek standartlarının geliştirilmesi, toplumun bilinçlenmesi, sağlık hizmetlerinin artması ve yasal düzenlemeler, sağlık kurumlarını kalite boyutu ile daha yakından ilgilenmeye yöneltmiştir.

SKİ'nin Sağlık Kurumlarında Uygulanabilirliği

Sürekli Kalite İyileştirme (SKİ), uzun yıllar Japon kültürünün bir ürünü ve sanayi işletmelerinin mekanik organizasyon tasarımlarından kaynaklanan sorunlarını çözen bir araç olarak algılanmıştır. SKİ'nin temel amacı, müşterinin kalite ihtiyacını belirleyip, buna göre hatasız üretim yaparak müşteriye memnun etmek; kaliteyi geliştirmek için organizasyonda görevli herkesin sürekli olarak çaba göstermesini sağlamaktır. Bu tip bir ekip çalışması, sorunların nedeninin daha kaynağında belirlenip ortadan kaldırılmasını sağlayacağı için ekonomik anlamda verimli ve hızlı çözümler bulma şansı artacaktır. Böylece hem sistemin elemanları hem de sistemden yararlananlar tatmin olabilecektir.

Sanayi işletmeleri için geliştirilen SKİ, sağlık kurumları bir sistem olarak algılanıp tanımlanabildiği takdirde uygulama olanağı bulunabilecektir. Sağlık kurumlarının hem bir hizmet kurumu hem de çoğunluğunun kamu kuruluşu olması, yaklaşımın bir felsefe olarak uygulanmasını sağlayacak bilgi birikimi ve yönelişin gerçekleştirilememesi, pratik ölçüm ve bilgi transferindeki güçlükler gibi nedenler SKİ'ye geçişte gecikmeler ortaya çıkarmıştır. SKİ'nin sağlık kurumlarında uygulanmasına geçişin en önemli aşaması iyileştirmenin bir ihtiyaç olarak hissedilmesi ve başka alanlardaki bilgi birikimini sağlık konusuna transfer etmeyi sağlayacak girişimi başlatmaktır. Örneğin sağlık kurumlarının yönetim süreçlerinde istisnalarla yönetim veya önemli noktaların denetimi, çağdaş bir yönetim ilkesi olarak uygulanabilir. Ancak, SKİ ilkelerinin sağlık kurumlarının asıl süreçleri olan tıbbi bakım faaliyetinde de uygulanması gerekir.

Bir diğer örnek, verilerle karar verme ve istatistiksel araçlardan yönetim sürecinde yararlanmadır. Bu ilkenin aslında sağlık hizmeti sunumu sürecinde tanı ve tedavi sürecinin değerlendirilmesinde ve başarısının ölçülmesinde ve geri besleme bilgisi sağlayacak şekilde iyileştirici önlemlerin alınmasında mutlaka kullanılması gerekmektedir. Ölçümlerin doğru yapılmadığı ve standartların

ortaya konmadığı ortamlarda SKİ'den söz etmek mümkün değildir. SKİ'nin sadece mal üreten kuruluşlarda kullanılabileceği, hizmet kurumlarında hizmetin somut olmaması nedeniyle ölçüm sorunları yaşanacağı ileri sürülmektedir. Özellikle de sağlık kurumlarının sunduğu hizmetlerin tam olarak ölçülemediği konusunda yanlış bir inanış söz konusudur. Ancak, bu düşünce makro değerlendirmeler için geçerli olurken iyileştirme yapma ve geliştirme süreçlerinin düzenlenmesi mikro düzeyde söz konusudur. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde SKİ'nin en önemli katkılarından biri, sadece çıktıyı değerlendirmeyen, aksine sürecin her aşamasını gözden geçiren bir anlayış olacaktır.

Grup odaklı faaliyetler, sağlık hizmetlerinde özellikle yaygın olarak uygulamada olan komiteler ve takımlar SKİ'nin fikir geliştirme ve kararları benimsetme açısından en önemli iyileştirme araçlarıdır. Bu nedenle yönetici, doktor, destek sağlık hizmeti sunan tüm personel bir araya getirilerek kalite çemberlerinin kurulması, tarafların diğerinin bakış açısını ve sorunlarını daha iyi anlamasını sağlayacak duyarlık eğitimleri sağlık kurumlarında sürekli iyileştirme için yapılabilecek bazı uygulamalardır. Böylece çalışanların güçlendirilmesini sağlayacak yetki devri ve takım öğrenmesi gibi yapısal düzenlemeler mümkün olacaktır. Yukarıdaki açıklamalar ışığında SKİ sağlık kurumlarında uygulanabilir bir felsefe olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sürekli Kalite İyileştirme (SKİ), maliyet/fayda/etkinlik bazında hareket ederek önceden belirlenmiş amaç ve hedefler doğrultusunda yürütülmekte olan sağlık hizmetlerinde, sorunları bulup çözmeyi içeren bir sistem, daha doğrusu bir felsefedir. SKİ'ye, Dr. W.E. Deming tarafından tanımlanmış olan yeni bir yönetim anlayışının kuruluşta yerleşmeye başlaması ile adım atılabilir: "İnsanlar bir sistem içinde çalışırlar, bu sistem içinde yöneticinin görevi, tüm çalışanların katılım ve yardımı ile sistemi sürekli iyileştirmektir."

Toplam Kalite Yönetimi (TKY)'nin Ana Unsurları ve Dayandığı Temel İlkeler

SKİ'nin ana unsurları her endüstri, sektör, kuruluş ya da uygulandığı ortamın özelliklerine bağlı olarak farklılıklar göstermekle beraber, bütün uygulamalarda ortak birtakım unsurların bulunduğu söylenebilir. SKİ uygulamalarının temel bileşenleri;

- Hedef ve stratejilerin açık ve somut olarak ortaya konması,
- Bireysel ve kurumsal performans standartlarının tanımlanması,
- Sürekli performans ölçümü ve geri besleme mekanizmalarının kurulmasıdır.

Bu unsurlar Başkent Üniversitesi örneği üzerinden şöyle özetlenebilir: Baş-

kent Üniversitesinde SKİ'ye dönük çalışmalar kuruluşun üniversite olarak hizmete başladığı 1993 yıllarına dek uzanmaktadır. Çalışmalar eğitim, özellikle de personelin o yıllar için çok daha yeni bir kavram olan TKY'nin tanımı ve felsefesi üzerine bilgilendirilmelerine yoğunlaşmış, bu konu ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmetleri veren bir Toplam Kalite Yönetimi Merkezi üniversite bünyesinde açılmıştır. Eğitimler sırasında öncelikle TKY'nin temelini oluşturan ölçme ve değerlendirmeyi gerçekleştirebilmek için istatistiki kalite kontrol ağırlıklı, personele veri toplamanın önemi vurgulanarak, hastanenin temel fonksiyonlarının yanı sıra, kendi birimlerinde sundukları hizmete yönelik veri toplamaları ve bunları kullanılır hale getirmeleri konusunda yoğun eğitimler uygulanmıştır. Bu eğitimler sürekli ve her bir personelin hizmet içi eğitimlerinin Başkent Üniversitesi Hastanesinde göreve başladıkları tarihten itibaren izlenen kurumumuzda gerektiğinde birim amirlerinin personeldeki eğitim ihtiyacını belirlemesi, gerektiğinde ise personelden gelen talep üzerine tazeleme eğitimleri sürekli olarak uygulanmaya devam etmektedir. Her bir eğitim ayrıntılı değerlendirilir, eğitim etkinlikleri ölçülür gerektiğinde eğitimler tekrarlanır.

Başkent Üniversitesi Hastanesinde katılımcı ve paylaşımcı yönetici-liderler gerektiren bir uygulamalı felsefe, bir yönetim şekli daha da ötesi bir yaşam biçimi olan Sürekli Kalite İyileştirme çalışmaları başlangıcında üst yönetimin desteği doğrultusunda bir vizyon belirlenmiş, her ay gerçekleştirilen toplantılarda bilimsel yöntemlerle gerçekleştirilen mevcut durum analizleri doğrultusunda stratejik planlamalar kurum ve departmanlar bazında yapılmakta, belirlenen hedeflere ulaşım durumları tartışılmaktadır. Aynı zamanda detaylı bir şekilde analiz edilen veriler ışığında yeni hedefler belirlenerek bu doğrultuda hizmetlerin sürekli iyileştirilmesi sağlanmaktadır. Başkent Üniversite Hastanesi ve bağlı sağlık kuruluşlarının uzun yıllara dayanan kalite yolculuğunda öncelikle Başkent Üniversitesinde çalışanların ortak katılımını sağlamak amacıyla yapılan eğitim çalışmalarında katılımcılara kalite ile ilgili terminoloji ve SKİ modellerini başarıyla ve tam anlamıyla uygulayabilmek için gerekli olan ana unsurlar tartışılmakta ve bu doğrultuda uygulamalar gerçekleştirilmektedir. Bu anahtar görevi gören unsurlar özetlendiğinde;

Hasta Odaklı Kurumsal Kültür: Süreçte ilk ve en önemli aşama olarak değerlendirilmektedir. Müşteri gereksinimlerinin veri olarak toplanıp analiz edilmesi, hizmetin iyileştirilmesinde kullanılması, sürekli iyileştirmeyi çalışan boyutunda, insanı temel kaynak olarak da ele alarak, eğitim, hizmet içinde yetiştirme, uygulamalar, ekip çalışmaları ve sadece çalışanların performanslarıyla ortaya koydukları sonuçlar nedeniyle değil, gelişme sürecinde katkılarını nedeniyle de ödüllendiren bir sistem olarak görülmelidir. Çalışanların

ödüllendirilmesi ve onurlandırılması yani iç müşteri memnuniyeti dış müşteri memnuniyetiyle bağlantılı hale getirilmelidir. Aynı zamanda sağlık kuruluşlarının bire bir ilişki içerisinde bulundukları kuruluşlarda müşteri olarak kabul edilmelidir.

Başkent Üniversitesinde bu başlık altında bazı uygulamalar örnek-lendirilecek olursa randevu sistemi ile çalışan sağlık kuruluşlarımızda randevular elektronik ortamda verilmekte ve izlenmekte, hasta ve yakınlarının her türlü talep ve istekleri zamanında karşılanmaktadır. Türkiye'nin değişik bölgelerinde bulunan sağlık kuruluşlarımız arasında bilgi paylaşımını ve etkin izleme ve değerlendirmeyi sağlamak amacıyla kurulan güçlü otomasyon sistemimiz ile kuruluşlarımızda tanı ve tedavisi gerçekleşen hastaların tüm kayıtları muhafaza edilmekte, hastalar ile ilgili her türlü veriye nerede olursa olsun kolaylıkla ve zamanında ulaşılmaktadır.

Sağlık kurumlarında üstün bir hizmet ortamının sağlanması ve devam ettirilmesinde, hastaların faydalandıkları hizmete ilişkin değerlendirmelerinin belirlenmesi ve tatmin düzeylerinin ölçülmesi de algılanan kalitenin değerlendirilmesi açısından kurumsal performans değerlendirme çalışmaları içerisinde önemli bir araç olarak kabul edilmektedir. Kuruluşların kendi yapılarına ilişkin kurumsal değerleri ile kuruma dışarıdan bakanların düşüncelerinin çoğu kere farklı olduğu bilinen bir gerçektir. Dolayısıyla hasta memnuniyet araştırmaları sonuçları kurumlara bir ayna görevi yaparak, kendilerini her konuda değerlendirme olanağı sağlamaktadır.

Başkent Üniversitesi Hastanesi değişik birimlerine başvuran hastaların sunulan tüm hizmetlerden %100 memnun olmaları ilkesi ile Sürekli Kalite İyileştirme çalışmaları çerçevesinde, hizmet kalitesinin önemli bir göstergesi kabul edilen hasta memnuniyetini ölçmek, hasta beklenti, öneri ve geri bildirimlerini ortaya çıkarmak amacıyla sistematik, periyodik araştırmalar gerçekleştirmektedir. Bu çalışmaların amacı hastaların hastane hizmetleriyle ilgili görüş ve değerlendirmelerinin belirlenmesi yolu ile hastane hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkileyen yönlerin tespit edilmesi, bu sayede sağlık yöneticilerine kalitenin sürekli iyileştirilmesinde yol gösterilmesidir. Bu ilkeler doğrultusunda Başkent Üniversitesi Hastanesinde geliştirilen “Performans İyileştirme Programı” çerçevesinde değişik profesyonellerden oluşan “Müşteri Memnuniyet Araştırma” grubu önderliğinde yatan hasta ve değişik poliklinik birimlerinde ayrı ayrı olmak üzere periyodik olarak hasta ve çalışan memnuniyeti araştırmaları gerçekleştirilmekte ve sonuçlar değişik toplantılarda üst yönetim, bölüm ve birim sorumlularından oluşan yöneticiler ile paylaşılmaktadır.

Başkent Üniversitesi Hastanelerinde ayaktan ve yatarak tedavi hizmeti al-

mış veya almakta olan hasta grupları üzerinde uygulanan bu çalışmaların veri toplanma aşamasında verilerin hastane ile direkt bağlantısı olmayan bir grup tarafından toplanmasına özen gösterilmektedir. Değerlendirmeler 5'lik Likert skalası üzerinden yapılmaktadır. Skalalı soruların yanı sıra, açık uçlu sorular da anketlerin sonunda kullanılmaktadır. Başkent Üniversitesi Hastanesi ve bağlı sağlık kuruluşlarında tespit edilen kriterler doğrultusunda 4 grupta hazırlanan anketler hastalarımıza direkt olarak uygulanmaktadır. Bu gruplar

- Ayaktan hasta (poliklinik) anketleri
- Yatan hasta anketleri
- Taburcu olduktan sonra on beş gün içinde gerçekleştirilen anketler
- Niteliksel veri toplama yöntemiyle gerçekleştirilen memnuniyet çalışmaları

Dış müşteri memnuniyet araştırmalarında yukarıda bazı örnekleri sunulan niceliksel veri toplama yöntemiyle yapılan müşteri memnuniyeti çalışmalarına ek olarak, hizmeti alanların daha detaylı olarak memnuniyet düzeylerini değerlendirmeye yönelik olarak fokus grup görüşmeleri yapılmaktadır.

- Hasta şikâyetleri
- Çalışan memnuniyeti, genel başarı ve tükenmişlik sendromu anketleri

Toplam Kalite Yönetimi çerçevesinde müşteri kavramı iç ve dış müşteri olarak ele alınmaktadır. Dış müşterilere sunulan hizmetin kalitesi iç müşterilere sunulan hizmet kalitesi ile doğru orantılıdır. Bu zincirin halkaları ile birbirini tamamlar. Zincirin halkalarından birinde kopukluk olduğunda dış müşteriye verilen hizmetin kalitesinde de aksama olur. Dolayısıyla dış müşteri memnuniyetinin yanı sıra iç müşteri memnuniyetini de ölçmek gereklidir. Bu yolla, dış müşteri anketleriyle tespit edilen sorunların gerçek nedenlerinin tespiti de mümkün olur. İşte bu noktadan hareketle dış müşteri memnuniyet araştırmalarının yanı sıra Başkent Üniversitesi sağlık kuruluşlarında iç müşteri memnuniyet çalışmaları da gerçekleştirilerek endirekt yöntemlerle hastaya sunulan hizmetin kalitesi ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi söz konusudur.

Sürekli İyileştirme: Sürekli iyileştirme bir kuruluşun varlığını ve rekabet üstünlüğünü sürdürebilmesinin temel koşullarından biridir. SKİ sürecinde daha iyi hedefleyen bir düşünce tarzı oluşturulmalıdır. Süreç boyutunda, sürekli iyileştirme, sistemin korunmasını, düzeltici faaliyetlerle hizmetin iyileştirilmesini, önleyici faaliyetlerle, beklenenin ötesinde çalışmaları ifade etmektedir.

Zaman boyutunda sürekli iyileştirme, rekabet ortamında değişim ve geliş-

meleri yakalayabilme, yeniliklere hızla adapte olabilme, hizmetlerde çeşitlilik, maliyetleri de düşürerek gelişmenin artması ve faaliyetlerin daha kısa sürede yapılmasını hedeflemektedir. Teknoloji boyutunda sürekli iyileştirmeden anlaşılması gereken sadece en ileri teknolojiye yatırım yapmaktan çok, maliyetleri düşürme, var olan teknolojileri birbirine dönüştürebilme, daha yalın ve basit uygulamalarla iyileştirmeyi gerçekleştirmek olmalıdır. Tüm bu bileşenler Başkent Üniversitesi sistemlerinde dikkatlice izlenip değerlendirilmektedir.

Süreç Odaklılık ve Süreçlerin İyileştirilmesi

Süreç Yaklaşımı: Süreçlerin sistematik bir şekilde tanımlanması ve yönetimi ile süreçlerin birbirleriyle etkileşimlerinin belirlenmesi Süreç Yaklaşımı olarak isimlendirilir. Süreç yaklaşımından kast edilen; sadece bir dizi faaliyet ile sonuca ulaşmak değil, faaliyetlerle kaynakları birleştirmek için müşteri zihniyetini oluşturmak süreçlerin birbirleri ile etkileşimlerini görmektir.

Süreç Yaklaşımının Faydaları:

- Müşteri şartları, yasal şartlar ve kuruluşun kendisinin ortaya koyduğu şartların ulaşılmasını ve yerine getirilmesini sağlamak,
- Süreçlerin katma değer açısından değerlendirilmesi ve öncelikli olanların belirlenmesini sağlamak,
- Süreçlerin izlenmesi ve ölçülmesine ait verilerin değerlendirilerek, performans ve etkinliğe ait sonuçların elde edilmesini sağlamak,
- Objektif ölçümlere dayandırılarak süreçlerin sürekli iyileştirilmesini sağlamak,
- Karar almada kolaylık. Karar mekanizmaları hizmet iyileştirmede, pazar payı ve gelişimini artırmada, fayda sağlayacak yatırımlarla ilgili karar vermede daha rahat hareket eder.
- İletişim kolaylığı (müşteri ve kuruluş için). Süreçler arası iletişim kopukluklarının nedenlerinin -bürokrasi, veri, bilgi akışındaki yetersizlik, üst yönetimin yaklaşımı vb.- belirlenmesi ve ortadan kaldırılmasını sağlar.

Sağlık sektöründe süreç yaklaşımı idari ve destek süreçlerde uygulanacağı gibi tıbbi süreçlerin tanımlanmasında ve yaygın olarak kullanılmasında olasıdır. Tıbbi süreçlerde önerilen bir diğer yaklaşım bakım haritalarıdır (*clinical pathways*).

Bakım haritaları klinik süreçlerin kalitesini geliştirmek ve sağaltım amacıyla yapılan girişimlerin etkinliğini denetlemek amacıyla uygulanan araçlardır. Bakım haritaları, belli bir tanı konmuş olan veya belli bir semptomla gelen

her hasta için gereken minimal bakım standartlarının bir grup multidisipliner klinik eksper tarafından ortaklaşa olarak tarif edilmesidir. Bir bakım haritası kanıta dayalı tıp uygulaması temeline göre ve multidisipliner takım anlayışı içinde hazırlanır ve sonuçlara (çıktıya) dayalı bakım ve tedavi yönetimi (*Outcomes Management*) yapmaya olanak sağlar. Bir hastaya emeği geçecek olan tüm tıbbi personel sağlık hizmetinin her aşamasında elde edilmesi istenen çıktıları veya sonuçları belirler ve bu çıktıları elde etmek için hangi ara önlemlerin alınması, hangi tetkiklerin yapılması, hangi tedavinin uygulanması, nelerin monitörize edilmesi gerektiğini önceden planlar. Örneğin açık kalp ameliyatı yapılması planlanan hastalara ameliyattan önce hangi laboratuvar tetkiklerinin yapılacağı, hangi tanı yöntemlerinin uygulanacağı bu takım tarafından belirlenir. Bunlar yapılırken en yararlı, en etkin ve en hesaplı istem, plan ve davranışlar seçilir. Eldeki kaynakların neler olduğu, söz konusu hastalığın tanı ve tedavisinde hangi kaynakların kullanılacağı, tanı ve tedaviye yönelik girişimlerin zamanlaması ve bütün bu hizmetin sonunda hastanın hangi sonuçla hastaneden taburcu edileceği konusunda, takımı oluşturan üyelerin arasında tam bir mutabakat sağlanmış olmalıdır. Hastaya yapılması planlanan işlemler, kâğıt üzerinde bir tabloda, hastanın hizmet alacağı her mekân ve bu mekânda geçireceği sürenin belirtildiği bir zaman çizgisi üzerinde grafiğe dökülür. Bakım haritaları hastaların gereksinimlerine göre değişiklik yapmaya da olanak sağlar. Belli bir hastalığın sonunda sonuçların, çıktıların ne olması gerektiğini ve bu sonuçları elde etmek için neler yapılması gerektiğini şematize eder. İzlenen tıbbi süreçler belli aralıklarla elden geçirilir, planlanan süreçlere uymayan olgularda ve olaylarda görülen değişkenlik (varyans) kaydedilir. Bu sistem kendi başına diğer kalite geliştirme yöntemlerinden ayrı olarak düşünülemez. Bakım haritaları her hastanenin vizyon ve misyonuna, fiziki koşullarına ve insan gücü kaynaklarına uygun olarak geliştirilmelidir. Kısaca bakım haritalarının faydalarını şu şekilde sıralayabiliriz:

1. Maliyetlerin düşürülmesi
2. Servisler arası kopukluğun azaltılması
3. Hasta ve yakınlarının memnuniyetinin artırılması
4. Hasta bakımında devamlı kalite geliştirilmesi
5. Disiplinler arası iş birliğinin artırılması
6. Hastane çalışanlarının bilgi düzeyinin artırılması
7. Eğitim hastanelerinde öğrenci eğitimi için bir araç olması
8. Bazı durumlarda hastanede kalış süresinin kısaltılması
9. Hasta ve yakınlarının hastalıkla ilgili bilgilerinin artması

10. Her kademede yapılan işlerden kimin sorumlu olacağının belirlenmesi
11. Haritada belirlendiği şekilde ilerleme kaydetmeyen hastanın zamanında fark edilip müdahale edilmesi
12. Tıbbi dokümantasyonun otomasyonunun sağlanması
13. İnsan gücü planlaması yapılması

Sağlıkta süreç odaklılıkta kullanılan önemli araçlardan bir diğeri de klinik rehberlerin kullanımıdır. Klinik rehberler, hekimlerin hasta tanı ve tedavisiyle ilgili uygulamalarında karar vermeyi kolaylaştıracak stratejilerdir. Belli bir klinik problemin çözülmesi ve tanıya varılması amacıyla sistematik olarak geliştirilmiş tavsiye kararlarıdır. Algoritma formatında hazırlanmış medikal karar verme destek sistemleridir. Bakım haritaları kalite ve maliyet-etkinlik üzerinde, klinik rehberler ise sağlık bakımının uygunluğu üzerinde odaklanılır. Bakım haritaları multidisiplinerdir, klinik rehberler medikal esaslardır. Bakım haritaları kuruluşa özgün, klinik kılavuzlar ulusal, hatta uluslararası standartlardır. Bakım haritaları dokümantasyon amacıyla kullanılabilir, klinik rehberlerin bu konuda bir etkinliği yoktur.

Bakım haritaları ve klinik rehberler etkileşim içinde kullanıldığında yani biri diğerinden yararlanabildiğinde, sağlık bakımının “en mükemmel algoritmaları” yaratılmış olur. Bunlar katı, değişmez kurallar olarak algılanmamalıdır. Bu araçların kullanılmasıyla klinik uygulamalar standardize edilerek sağlık bakımının kalitesi artırılır. Klinik uygulamalardaki değişkenlik ve “kalitesizlik” azaltılarak maliyetler aşağıya çekilir. En “iyi klinik uygulama” ve bakım standartları tanımlanarak risk azaltılır veya kontrol altında tutulur.

Başkent Üniversitesi Hastanesi ve bağlı sağlık kuruluşları tüm tıbbi süreçleri, hemodiyaliz, yoğun bakımlar, kan bankaları, laboratuvar ve görüntüleme birimleri dahil olmak üzere diğer idari ve destek süreçlerde dahil sürekli izlenmekte ve gerektiğinde iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir. Sadece Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesinde tüm süreçler ana dört süreç ve 300’e yakın alt süreçlerle izlenip denetlenmektedir. Süreçler arası etkileşimler tanımlanmış, belirli periyotlarla klinik ve destek süreçleri iyileştirmeye yönelik kalite çemberleri yapılmakta, gerektiğinde hasta bazında işlemler gerçekleştirilmektedir. Ayrıca pek çok anabilim dalı uygulamalarında uluslararası alanda geliştirilmiş olan klinik rehberleri ve özellikle hasta yatış sürecinin uzun olduğu temel hastalık gruplarına yönelik bakım haritalarını etkin bir şekilde kullanmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinde Kurumsal Performans Değerlendirme: Kalite konusunda hangi yaklaşım kullanılırsa kullanılsın, mutlaka somut ve objektif ölçüm ve değerlendirme yöntemleri kullanılmak zorundadır. Performans

değerlendirilmesi noktasında, sağlık sektöründe en önemli güçlük, personelin performans standartlarının objektif olarak belirlenememesidir. Bu konuda bütün dünya ülkelerinde yoğun çalışmalar yapılmasına karşın sıkıntı devam etmektedir. Çok güvenilir ve objektif bir yöntemin varlığından söz etmek olası değildir. Performansı değerlendirmenin en uygun yolu olarak kullanıcı memnuniyetini saptamak olarak gösterilmektedir. Burada en kritik tartışma noktası kullanıcının süreç memnuniyetinin mi yoksa sonuç memnuniyetinin mi baz alınacağıdır. Ancak son zamanlarda üzerinde çok durulan, “algılanan sağlık” kavramı ile birlikte geliştirilen parametre ve formüller yanlışlığı en aza indirirken hemen her toplumda ve yaş grubunda hizmetin kalitesini ölçmek için kullanılabilecek bilgiler sağlayabilmektedir.

Performans değerlendirilmesinde özellikle bazı işlem basamaklarının yerine getirilmesi etkin, planlı bir sistemin oluşturulmasında önemli bir rol oynar. Bu basamaklar sıralandığında;

1. Takım oluşturulması
2. Fonksiyon ve süreçlerin belirlenmesi
3. Öncelikli süreçlerin saptanması
4. Müşteri beklenti ve ihtiyaçlarının tanımlanması
5. Veri kaynaklarının belirlenmesi
6. İndikatörlerin saptanması
7. Verilerin ölçülmesi ve değerlendirilmesi
8. Beklenen sonuçların ortaya konulması
9. Sonuçların gözden geçirilmesi ve süreç iyileştirme çalışmalarının başlatılması
10. Yeni amaç ve hedeflerin oluşturulması vb. gibi bir sıralama yapmak olasıdır.

Bu basamaklar arasında kuşkusuz en önemlilerinden biri performans değerlendirme alanları ve yöntemlerin tespiti ile performans alanlarına göre ayrıntılı veri toplanmasıdır. Ayrıca toplanan veriler doğrultusunda geliştirilen indikatörler en önemli değerlendirme yöntemlerinden biridir. Bu amaçla “Başkent Üniversitesi Performans Değerlendirme Programı”nın planlama aşamasında, kalite indikatörü ve süreç yönetimi kavramlarının tüm birim sorumluları tarafından tartışılarak özümzenmesini sağlamak amacıyla pek çok toplantılar gerçekleştirilmiş, eğitim programları ile ekip üyelerinin programa katkı ve katılımları sağlanmıştır. Hastanelerin mevcut otomasyon ağı ile elde edilecek bilgilerin yanı sıra birim sorumlularının kendi birimlerinde sunulan hizmetle-

rin kalitesini ortaya çıkarmaya yönelik olarak izlemek istedikleri indikatörler, her birim sorumlusu ile yoğun çalışmalar sonrası ortaya çıkartılmıştır. Tüm sorumluların katıldıkları periyodik toplantı ve sunumlar ile uygulamanın tanıtılması ve desteklenmesi sağlanmıştır. Programda yer alan indikatör ile ilgili veri toplama ve analiz çalışmalarına yönelik olarak aylık formlar geliştirilmiş, bu çalışmaları içeren prosedür ve talimatlar yazılmıştır.

Başkent Üniversitesi Hastaneleri ve bağlı sağlık kuruluşlarında yukarıda kısaca özetlenen ISO 9001; 2000 Kalite Yönetim Sistemi çerçevesinde süreç odaklılık yaklaşımı ile tüm tıbbi ve destek süreçler tanımlanmış olup her bir sürecin performansı belirlenmiş performans kriterleri ile ölçülmektedir. Ayrıca JCI uygulamaları kapsamında performans iyileştirme çalışmaları çerçevesinde seçilmiş kurumsal tıbbi, idari ve bölümlere ait indikatörlerle birlikte 500’den fazla ölçülebilir element ve gösterge yardımıyla kurumsal boyutta performans değerlendirmeleri her bir kuruluşunda ayrı ayrı ayrıntılı bir şekilde yapılmaktadır.

Bilindiği üzere Amerika Birleşik Devletleri’nde sağlık kuruluşlarının akreditasyonunu yapan bağımsız kuruluş “Sağlık Hizmetleri Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (JCI)” sağlıkta standartların ve akreditasyonun önemli bir parçası olarak sağlık kuruluşlarının performanslarını ölçmeye ve iyileştirmeye yardımcı olmak amacıyla ulusal bazda bir sistem uygulamaya koymuştur. Sistemde klinik süreçlere ve sonuçlara odaklı 1200’e yakın ölçülebilir element bulunmaktadır. Bu göstergelerin yanı sıra sağlık kuruluşlarının kendi performans ve kalitelerini ölçmek için geliştirdikleri gösterge sistemleri önemli yararlar sağlamaktadır. JCI’nin her tıbbi alan için belirlediği Alfa ve Beta İndikatörleri; örneğin Kardiyovasküler, Onkoloji, Travma ve Obstetrik Beta Testi İndikatörleri ile Enfeksiyon Kontrol Alfa Testi İndikatörleri olarak sıralamak mümkündür. Süreç performans ölçüm sisteminin en iyi örneklerinden biri olan JCI’nin belirlediği performans alanı içinde tıbbi konulara verdiği ağırlıkla birçok tıbbi disiplin için ayrı ayrı performans göstergeleri ve gösterge setleri yer almaktadır. JCI yaptığı denetimlerde, bu göstergelerin ve iyileştirme faaliyetlerinin sonuçlarını incelemektedir. JCI’nin sürekli kalite iyileştirmeye olan bakış açısı 3 temel veri grubuna dayanmaktadır:

Sayısal Göstergeler: Anahtar süreçler ve bakımın önemli yönleri ile ilgilendirir. Bir bölümün geçmiş dönemdeki performans trendini veya değişimleri tanımlayarak iyileştirme faaliyetlerine odaklanmasına olanak tanır. İşlem türleri, sayıları ve kalış süreleri gibi.

Klinik Göstergeler: Klinik performans hakkında bilgi verirler. Anahtar süreç ya da olay üzerine odaklanabilir, kurum geneli, çapraz fonksiyonlu, bö-

l me ya da bir tek birime yönelik olabilirler. İlaç hataları, ölüm ve enfeksiyon oranları gibi.

Odaklanmış Gözden Geçirme Faaliyetlerine Ait Göstergeler: Kalite iyileştirmeye odaklı vaka inceleme faaliyetlerinin ötesindedir. Bu aşamada tavsiye edilen yöntem, klinik yollar (*clinical pathways*) yöntemidir. Bir hastalığın tedavisi konusunda izlenmesi, JCI'da yer alan süreç performansı ile ilgili göstergeler; hastaların değerlendirilmesi, hasta bakımı, bakımın sürekli liği, organizasyon performansının iyileştirilmesi, bakım çevresinin yönetimi, enfeksiyon kontrolü ve hemşirelik olarak sıralanabilir.

Ayrıca hasta güvenliğini ölçmeye yarayan göstergeler de diğer performans göstergelerinde olduğu gibi bakımla ilgili sonuç veya süreç değerlendirmesi için kullanılabilir. Bir sonuç göstergesi, yerine getirilen bir süreç sonunda ne olduğunu veya olmadığını örneğin bir kişiye verilen bakım sürecinin sonunda kişinin durumunda beklenen sonucun ortaya çıkıp ıkımmasını değerlendirir. Bir süreç göstergesi ise bir kişinin bakımı ile doğrudan ilgili örneğin hastanın/ hizmet alanının değerlendirilmesi gibi sayılabilir. Bu gibi göstergelerin en önemli yararı, hasta bakım sonuçları ile yakından ilişkili olan yani uygun olarak yerine getirildiği zaman spesifik bir bakım sonucunda iyileşmeye yol açacak süreçleri değerlendirmesidir. Örneğin akut miyokard enfarktüsü ile acil servise gelen bir hastaya ilk 24 saatte aspirin uygulanma düzeyi gibi.

Kaliforniya, San Francisco ve Stanford  niversitesindeki Kanıtı Dayalı Uygulama Merkezi, Kaliforniya Davis  niversitesi iş birliği ile Sağlık Bakımı Araştırmaları ve Kalite Ajansı'nın (AHRQ) onayıyla, yönetim verilerinden oluşturulan kanıtı dayalı sistemle ilişkili ve potansiyel hasta güvenliği göstergeleri geliştirilmiş ve gözden geçirilmiştir. "Hasta Güvenliği Göstergeleri (HGI)" kavramı, sağlık bakımı sistemine maruz kalmaktan dolayı hastaların yaşadıkları veya yaşayacakları potansiyel problemleri görüntüleyen  limleri tanımlamaktadır ve sistemin düzeylerinde değişiklikler yapmak yoluyla önlemeyi sağlamaktadır. Bundan dolayı HGI, sistem veya süreç değişikliklerinden kaynaklanan "potansiyel korunabilir hatalar"ı azaltmaya yönelik ileri analizler için "görüntüleme aracı" veya "başlangıç noktası"dır.

Başkent  niversitesine bağlı tüm hastanelerde yukarıda kısaca özetlenen tüm politika, prosedür, form ve performans değerlendirme sistemleri ve adı geçen indikatörlere yönelik ayrıntılı veriler toplanmakta, gerekli analizler uygulanmakta ve sonuçlar her kurum için ayrı olmak üzere intranet ortamında tüm çalışanlarla paylaşılmakta ve kurumlar arası kıyaslama (*benchmarking*) gerçekleştirilmektedir.

Eğitim: SKİ'nin en çok vurguladığı uygulama ilkelerinden biri, insan kaynaklarının sürekli olarak geliştirilmesidir. Kuruluşun kaliteye yönelik vizyonunun en açık biçimde anlaşılmasını, takım çalışmasının gerektirdiği bilgi ve yeteneklerin kazandırılmasını ve müşterilerle etkin bir biçimde ilişki kurulmasını gerektiren bilgi, tutum ve davranışların kazandırılması amacıyla çalışanların sürekli olarak eğitilmeleri ve geliştirilmeleri gerekmektedir. İç içe geçmiş ve eş zamanlı sürekli kalite iyileştirme boyutlarını daha detaylı olarak ele aldığımızda; çalışan boyutunda SKİ çalışmalarında en etkin yöntem hiç kuşkusuz eğitim faaliyetleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bilgi düzeyinde ele aldığımızda sağlık sektörü çalışanları uzun bir eğitim dönemi sonrasında uzmanlık kazanmış kişilerden oluşmaktadır. İdari anlamda ise tıbbi personele, destek hizmetler sağlayan personelin verilen hizmet konusunda da yaptığı işin etkisini ve önemini bilmesi gerekmektedir. Mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim veren bir kurum olan Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesinin müfredatlarında kalite ve hasta güvenliği kavramları ve programları önemli bir yer oluşturmaktadır. Hasta açısından bakıldığında ise hastanın eğitimi JCI standartları içerisinde de önemli bir başlık olup kuruluşlarımızda bu amaçla yoğun programlar sürdürülmektedir.

Liderlik: Bu, SKİ uygulamalarında üst düzey yöneticiler için vazgeçilmez bir unsurdur. Bir kurum içinde, toplam kalite felsefesinin oturması, üst yönetim desteği, çalışanların tümünün etkin katılımı ve toplam kalite prensiplerinin uygulanmasıyla olasıdır. Kurum kültürünü oluştururken yaşanan güçlükler, bu güçlüklerin aşılması için yapılan çalışmalar, uygulanan strateji gerçekten uzun ve yorucu bir çalışmayı gerektirir. Hangi sektörde olursa olsun SKİ ile ilgili uygulamalar gerek kurumların iç yapısında gerekse dışarıdan algılanan kalitesinde farklı görüşleri de beraberinde getirdiğinden, gerçek anlamda değişim yaşanması için birtakım şartların yerine getirilmesi beklenmelidir. Bu bağlamda üst yönetim desteği; hiçbir çalışma, kurumsal anlamda değişim, üst yönetim katılım ve desteği olmadan gerçekleştirilemez. Üst yönetimin inanmadığı ve desteklemediği bir yönetim anlayışının gerçekleştirilmesi boşa bir çabadan öteye gidemez. Unutmamak gerekir ki sistemin başarısızlığında en önemli hususu ileri görüşlü lider kadrosunun olmayışıdır. Bunun anlamı şudur:

- Liderler ileri görüşlü yaklaşımlarla, SKİ felsefesini yerleştirmeye çalışmaktadırlar.
- SKİ uygulamasına geçebilmek için tüm çalışanlar yetkili ve sorumlu tutulmalıdır.
- Liderler SKİ uygulamasındaki ilerlemeleri görebilmeli ve belirleyebilmelidir.

Liderler, SKİ felsefesine uygun davranarak çalışanlara örnek olmalıdır. SKİ’de liderlerin vizyon sahibi olmaları ve başkalarına bu vizyonu aşılayabilmeleri, iyi dinleyici olmaları, takımlarla uyum içinde çalışabilmeleri ve onları yönlendirebilmeleri, kalitenin ve müşteri ilişkilerinin önemini bilen ve sürekli iyileştirme çabalarını gereği gibi yönlendirebilen bir kişiliğe sahip olmaları ön-görülmektedir. Deming, kalitenin 14 temel ilkesinin ilki olan; “Ürün ve hizmetin gelişimi için amaçlarda süreklilik yaratma” maddesini, yönetimin en önemli konusu olarak belirlemiştir. Ayrıca, Deming, kalite konusunun başkalarına havale edilmeyip yönetici tarafından yürütülmesi konusunda da ısrarlıdır.

Takım Çalışması: Katılımcılığın amacı bireysel çalışmalar değil; takım çalışmaları için uygun ortamı sağlayarak yüksek düzeyde başarı elde etmektir. Takım çalışmalarıyla sorunlara farklı açılardan bakma ve daha etkili çözümler geliştirme olanağı yaratılır. Sağlık hizmeti tam bir ekip çalışmasını gerektiren bir hizmettir. Takımların amaçları hizmet kalitesini artırmak, bilgi ve deneyimlerini paylaşmak ve üretken bir ortam oluşturmaktır. Bir sağlık kurumunda, amaçlara ilişkin bir görüş birliği yoksa, uyumlu yönetsel politikalar bulunmuyorsa, iletişimsizlik söz konusuysa, çalışanların yönetime katılmaları özendirilmiyorsa, hizmetler hasta merkezli olarak tasarlanmıyorsa, mesleki geliştirme programları, eğitim-öğretimin sağlanması oldukça güçtür.

Sistem ile Bütünleşme: Bir yönetim stratejisi olarak SKİ’nin başarıya ulaşabilmesi için kurumun kültürüne şekil veren yönetim sisteminin SKİ felsefesi ile aynı çizgide olması sağlanmalıdır. Kurumun altyapısını oluşturan konularda SKİ için ayrı bir sistem kurmak yerine SKİ mevcut sisteme entegre edilmelidir. SKİ stratejisi, kuruluşların toplam kaliteye ilişkin amaçlarına bağlı olarak geliştirilebilir. Sağlıkta SKİ’yi başarıyla ve tam anlamıyla uygulayabilmek için anahtar görevi gören unsurlar özetlendiğinde; doktorların SKİ çalışmalarına olan dirençlerinin aşılabilmesi için bu direncin nedenlerinin iyi analiz edilmesi gerekmektedir. Her yenilikte olduğu gibi SKİ uygulamasının da bazı dirençlerle karşılaşılması doğaldır. Bu engelleri aşabilmek için öncülük misyonunu yapabilecek doktorlara gereksinim vardır.

Yukarıda sözü edilen adımlar, birbirinin içinde gelişen ve sürekliliği olan basamaklar olarak değerlendirilmelidir. Sadece temel olarak bu şartların yerine getirilmesi ve sürdürülmesinin yanında, pek çok faktör de uygulamalar sırasında ortaya çıkar. Sürekli kalite iyileştirmeden söz ederken çalışan süreç, zaman ve teknolojiye, yavaş fakat aynı zamanda hızlı bir gelişme sağlamayı ve maliyetlerde de düşmeyi ifade eden bir kavramdan söz etmekteyiz. Bu durumda, müşteri memnuniyetinin artırılması hedef alınarak rekabetin eklenmesi kendiliğinden ortaya çıkmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Değişen müşteri beklentileri ile hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve performans ölçümleri, her zaman birbirini tetikleyen, doğru ölçümlerle, doğru işlerin yapılması yolunda sürekli kalite iyileştirme çalışmaları içinde önemli bir yer tutmaktadır. Hastaneler ve diğer hizmet işletmeleri, rekabette ayakta kalabilmek için rakiplerle arasında fark yaratacak şekilde kurumsal performanslarını iyileştirme yönünde çaba sarf etmelidirler. Kurumsal performans yönetim yaklaşımlarının üzerinde önemle durduğu nokta, doğru, güvenilir ve yeterli performans göstergelerinin belirlenmesidir. Bu aşamadan sonra sistem, ölçüm süreci ile devam etmekte ve ölçüm sonuçları, sürekli iyileştirme sürecinin temel girdisini sağlamaktadır. Ülkemizde faaliyet gösteren hastaneler, özel veya kamu ayrımı yapmaksızın kurumsal performans ölçüm sistemlerini kurmalı, “gösterge” bazında performans trendlerini izlemelidir.

Başkent Üniversitesi Hastanesinde katılımcı ve paylaşımcı yönetici-liderler gerektiren bir uygulamalı felsefe, bir yönetim şekli, daha da ötesi bir yaşam biçimi olan sürekli kalite iyileştirme çalışmaları başlangıcında üst yönetimin desteği doğrultusunda bir vizyon belirlenmiş ve hastane üst yönetim ve birim sorumlularının yer aldığı toplantılarda bilimsel yöntemlerle gerçekleştirilen mevcut durum analizleri doğrultusunda stratejik planlamalar kurum ve departmanlar bazında yapılmakta, belirlenen hedeflere ulaşım durumları tartışılmaktadır. Aynı zamanda detaylı bir şekilde analiz edilen veriler ışığında yeni hedefler belirlenerek bu doğrultuda hizmetlerin sürekli iyileştirilmesi sağlanmaktadır. Başkent Üniversitesi Hastanesinde izleme ve değerlendirmeler sonucu uygunsuzluklar anında saptanabilmekte, düzeltici ve önleyici faaliyetler gerçekleştirilerek, müşterilerine (iç ve dış müşteri) sıfır hata ile bir hizmet sunulmaya çalışılmaktadır.

Kaynaklar

- 1) A.F.Al-Assaf, Seval Akgün, *Sağlık Hizmetlerinde Sertifikasyon, Ruhsatlandırma ve Akreditasyon, Hospital Life, Hastane Forumu, Mart-Nisan 2006.*
- 2) Berwick MD, Godfrey BA., Roessner J., “Curing Health Care”, *Applying Quality Management to Health Care*, pp; 18-29, Jossey-Bass Inc., Publishers San Francisco, California 94104,1990.
- 3) Berwick MD, Godfrey BA. Roessner J.,”Curing Health Care”, *Symptoms of Stress in the Health Care System*, pp; 1-7, Jossey-Bass Inc., Publishers San Francisco, California 94104,1990.
- 4) Berwick MD, Godfrey BA., Roesksner J, “Curing Health Care”, *The Diagnostic Journey*, pp 75-89, Jossey-Bass Inc., Publishers San Francisco, California 94104, 1990.
- 5) Donobedian, A. *The Quality of care, How Can It Be Assesses? JAMA, Sep 23/30, Vol 260, No:12, 1988; 1743-1748.*
- 6) Juran JM, *Juran on Planning For Quality, Free Press, New York, 1988.*

- 7) Akgün Seval., Güray S, Erdal R. *Total Quality Management in Practice at Baskent University Ankara Hospital Quality for Business Transformation-Challenges of Sustainable Excellence in the 21st Century* Editor-in-Chief J.S.Ahluwalia, Institute of Directors, India, pp;394-400, January 1999.
- 8) Akgün Seval., Haksever A., Akyel S., Güray S., Erdal R. *Applying Quality Management to Healthcare Quality for Business Transformation-Challenges of Sustainable Excellence in the 21st Century*, Editor-in-Chief J.S.Ahluwalia, Institute of Directors, India, pp; 550-558, January 1999.
- 9) Akgün Seval., Turan M., Erdal R., *Preparing Başkent University Ankara Hospital for the 21st Century. Quality for Business Transformation-Challenges of Sustainable Excellence in the 21st Century*, Editor-in-Chief J.S.Ahluwalia, Institute of Directors, India, pp 561-565, January 1999.
- 10) Akgün Seval., Müderrisoğlu H., Özdemir N., Erdal R. *Challenges of Sustainable Excellence in 21st Century in Health Care: CLINICAL PATHWAYS, Quality for Business Transformation-Challenges of Sustainable Excellence in the 21st Century*, Editor-in-Chief J.S.Ahluwalia, Institute of Directors, India, pp558-561, January 1999
- 11) Blumenthal, D., *Applying Industrial Quality Management Science to Physicians' Clinical Decisions, Improving Clinical Practice, Total Quality management and the Physician*, Jossey-Bass Inc., New York, (1995).
- 12) Akgün S., Kısa A., Kılıç A., Günsoy G." Başkent Üniversitesi Hastanesinde Yataklı Tedavi Hizmeti Almış Hastaların Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi" *Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları*, Editör; Çoruh M., syf: 43-47, 1999, Ankara.
- 13) Akgün S., Haksever A. Haberal C.Tokalak İ. Erdal R. Haberal M., "Strategies and Obstacles in Quality Management: The Experience of a Hospital Network in Turkey", *Global Engagement in Creating Financially Viable Healthcare Systems Proceedings*, pp: 195-203.
- 14) Haksever H., Akgün S., Akyel S., Düzçeker Ö., Haberal M. "The Voice of the patients: The Starting Point "Eliminating Health Disparities, 128th APHA Annual Meeting and Exposition November 12-16, 2000, Boston ;Massachusetts.
- 15) Donobedian, A., *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Mick: Health Administration Press, Ann Arbor, (1980).
- 16) Tezcaner, T., Özer, I., Erdoğan, İ., Zorlutuna, Y., Kıymir, B., "Kurumsal Kalite İndikatör Sistemi Oluşturulmasında Süreç Yönetimi Yaklaşımı" *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü*, Editör Mithat Çoruh, Haberal Vakfı, Ankara, (1996).
- 17) TS-EN-ISO 9000 Kalite Yönetimi Eğitim Kitabı, Doküman No: KTE/0198, Başlı No: 3, syf:4
- 18) JCAHO (2003). <http://www.jcaho.org> (Erişim Tarihi: 12.12.2006)
- 19) *Evolution of Performance Measurement at the Joint Commission 1986-2010*, <http://www.jcaho.org/pms/reference+materials/visioning+document.htm> (Erişim Tarihi: 29.12.2005)
- 20) Pakdil, F., *Hizmet işletmelerinde performans iyileştirme ve hastaneler için bir model önerisi*, Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2002, Bursa
- 21) Kueng, P., "Process Performance Measurement System: A Tool to Support Process-Based Organizations" *Total Quality Management*, Jan 2000, 68 (2000).
- 22) *Inpatient Quality Indicators, AHRQ Quality Indicators, U.S. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality*, 2001
- 23) *Joint Commission 2006 National Patient Safety Goals, Implementation Expectations*

24) WORLD HEALTH ORGANIZATION, FIFTY-FIFTH WORLD HEALTH ASSEMBLY
A55/13, Provisional Agenda Item 13.9 23 March 2002, Quality of Care: Patient Safety.

Kalite Sistemi Kurma Sürecinde Kritik Noktalar

PROF. DR. MUSTAFA TAŞDEMİR*

*İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Kalite sistemi kurmak, daha doğrusu kalite belgesi almak, günümüzde diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de adeta bir moda haline almıştır. Kalite belgesi almak çoğu kuruluştaki sistem kurmak ve kurumsallaştırmaktan çok reklam ve prestij aracı olarak görülmektedir. Oysa sistem kurmak kolay bir iş değildir ve aday kuruluş bunu başarabilmek için ciddi ve yoğun bir çalışmayı göze almalıdır. Kalite sistemi kurma kararını takiben aşağıdaki ana aşamalar kısmen birbiri içine geçmiş olarak yaşanır:

- Sistem tasarımı
- Temel eğitimler
- Doküman geliştirme
- Uygulama
- Kuruluş içi tetkik
- Doküman revizyonu
- Ön denetim (isteğe bağlı)
- Belgelendirme denetimi

Bu süreçte çoğu kez yanlışlıkların ve hayal kırıklıklarının yaşandığı kritik bazı noktalar vardır:

Kalite Yöneticisi Atanması

Kalite yöneticisinin seçilmesi çoğu zaman doğru yolda yanlış yapılan ilk iş olmaktadır. Bu seçim işleminde dikkat edilmesi gereken bazı noktalar ve kalite yöneticisinde olması gereken birtakım vasıflar vardır:

- Kalite yöneticisi teknokrat olmalıdır. Kalite yöneticisinin olabildiğince tecrübeli, en azından bu tür teknik projeleri uygulayabilecek yeterlikte olması önemlidir.
- Kalite yöneticisi bürokrat olmalıdır. Kalite yöneticisi kayıt ve dokümantas-

yondan hoşlanmasa da en azından nefret de etmemelidir.

- Kalite yöneticisi diplomat olmalıdır. İnsanları ikna edebilmeli; kırmadan, gücendirmeden iş yaptırabilmelidir.

- Kalite yöneticisi gerektiğinde “asker” olmalıdır. Bazen ikna yolu çalışmayabilir gerek üstlere gerekse astlara karşı tavır koyabilmek gerekir.

- Kalite işi “on parmakta on birinci marifet” olmamalıdır. Küçük ve orta ölçekli çoğu kuruluşta yeni projelerin yüklendiği, fedakâr, gayretli, çalışkan ve sorun çıkarmayan birkaç kişi bulunmaktadır. Kalite projesi böyle kişilere -maliyeti düşük tutmak da gözetilerek- verilebilmektedir. Bu tür bir görevlendirme projenin başarılı olma şansını azaltacaktır.

- Kalite yöneticisinin asli işi “kalite” olmalıdır. Küçük ölçekli kuruluşlarda bir kişiye birden çok birimin sorumluluğu yüklenebilir. Kalite yöneticisine de başka görevler verilebilir; ancak kalite işi birincil, diğer görevler ikincil olmalıdır.

- Kalite yöneticisi “sektörden” olmalıdır. Kalite yöneticisinin sağlıkla ilgili alanlardan birinde öğrenim görmüş olması çok önemlidir; sektörde iş deneyimi de tercih sebebi olmalıdır.

- Kalite yöneticisi “genç” olmalıdır. Genç kelimesi ile kastedilen dinamik, gayretli, öğrenmeye istekli ve üretken olmaktır. Yaşı ilerlemiş bazı insanlar bu vasıfları taşıyabilmekte iken; yaşı genç bazıları da bu vasıflardan azade olabilmektedir. Yaşı genç olan ve aynı zamanda bu vasıfları da haiz olan kişiler bu görev için daha uygun olacaktır.

- Kalite yöneticisi kalıcı olmalıdır. Kalite projelerinin en önemli başarısızlık sebeplerinden birisi proje tamamlanmadan kalite yöneticisinin değiştirilmesidir. Üst yönetim kalite yöneticisinin en azından belgelendirme sonrasına kadar görevde kalması için tedbir almalıdır.

Danışmanlık Hizmeti Alınması

Kuruluş içinde kalite sistemi kurma konusunda tecrübeli kişi(ler) varsa dışarıdan danışmanlık hizmeti satın alınmayabilir. Ancak tecrübe olmamasına rağmen danışmanlık hizmeti almayanlar olabildiği gibi bunun tersi de görülebilmektedir. Yani içeride tecrübeli çalışanlar olduğu halde danışmanlık alınmaktadır. Danışman kullanmanın çeşitli faydalarından söz edilebilir:

- Profesyonel, önyargısız değerlendirme
- Personelin iş yükünü artırmama
- Standartların anlaşılmasını kolaylaştırma
- Farklı tecrübelerin aktarılması

- Deneme-yanılmaları azaltma
- Zamanı iyi değerlendirme
- Etkililik

Elbette bu faydalar herhangi bir danışmandan değil, işi iyi bilen tecrübeli danışmandan sağlanabilir. Ancak iyi danışman bulmak -hele de sağlık sektörü için- o kadar kolay değildir.

Danışmanlık sektörü tam bir başıboşluk içindedir. Danışman olabilmek için herhangi bir kalifikasyon şartı yoktur. İsteyen herkes kendini danışman olarak ilan edebilmekte, şirket kurarak veya şirket kurmadan ikinci iş olarak veya asli iş olarak kayıt dışı danışmanlık yapabilmektedir. Bu şartlarda kuralsız bir rekabet kaçınılmaz olmaktadır. Aynı iş için verilen teklif bedelleri arasında uçurum boyutunda farklılıklar görülebilmektedir. Bu durumda doğru kişi veya kuruluşu bulmak kolay olmayacaktır. Bu süreç birçok tuzaklarla doludur:

Akademik Kariyer: Akademik unvan danışmanlık işinin iyi yapılacağına garanti etmez. İş bilen aynı zamanda akademik unvana da sahipse bu bir avantaj oluşturabilir.

Fiyat: Teklif bedelinin çok düşük veya yüksek olması da yanıltıcı olabilmektedir. Birincisi yetkinliği, ikincisi ise fiyat cazibesini düşündürebilir. Akademik kariyer ve fiyat birlikte daha yanıltıcı olabilir.

Referanslar: Referansların çoğu zaman etik dışı kullanıldığına şahit olunmaktadır. Aynı referansları farklı firmaların veya kişilerin referans listelerinde görmek mümkündür.

Danışmanın Eski Pozisyonu: Danışman geçmişte üst düzey yöneticilik veya yönetim danışmanlığı yapmış olabilir, bu da etkileyici şekilde takdim edilebilir. Önemli olan sağlık kuruluşunda kalite yöneticisi veya kalite danışmanı olarak sistem kurma sürecinde yer alıp almadığıdır.

Danışmanlık Kuruluşunun Büyüklüğü: Bazen belirli semtlerde adres gösteren, güçlü ve büyük görünen firmalar etkileyici olabilmektedir. Bunların bir kısmı verdiği hizmetler arasında kalite danışmanlığını da saymakla birlikte bu konuda uzmanlaşmış ve güçlü değildir.

Çalışma tarzına göre danışmanları iki gruba ayırmak mümkündür: Birincisi, “her işi bizzat yapmaya çalışan” ve ikincisi, “rehberlik eden, gözden geçiren, öneren, düzelten.” Tercih ikinciden yana kullanılmalıdır. Birinci grup danışmanlar gerek orta gerekse üst düzey yöneticiler için daha cazip olabilmektedir. İş yükünün önemli bir kısmını omuzlaması bazen danışmanın en önemli vasfını ve tercih edilme sebebinin oluşturabilir. Ancak bu tip danışmanlar kasıtlı

veya kasıtsız olarak müşterilerini kendilerine daima muhtaç durumda tutarlar.

Danışman Seçiminde Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar

- Danışmanlık şirketi sizi etkilemiş olabilir ama önemli olan size danışmanlık hizmeti verecek kişidir. Danışmanı, mutlaka sürecin başında tanımak gerekir. Personeli işe alma sürecinde olduğu gibi danışmanın eğitim, bilgi ve deneyim durumunu titizlikle gözden geçirmek gerekir.

- Referanslar gözden geçirilmelidir. Danışman adayının daha önce yaptığı işlerin söz konusu işe benzer olup olmadığı araştırılmalıdır. Daha önce yaptığı birkaç iş karşılaştırılmalı, hepsinin bir örnek veya her birinin kuruluşu özel olup olmadığı tetkik edilmelidir. Daha önce hizmet verdiği kuruluşlar ziyaret edilip yapılan iş değerlendirilebilir. En azından ilgili kişilerden telefonla bilgi alınabilir. Değerlendirme yaparken sonuca (belgeye) bakılmamalıdır. Kuruluşta ne tür iyileşmeler olduğuna odaklanılmalıdır.

- Danışmanın anlamlı ve doğru gelmeyen açıklamalarına/önerilerine karşı çıkmak gerekir. “Standart böyle diyor” denilen hususlar irdelenmelidir.

- Danışmanın “yakında” olması da önemlidir. Danışmanın adresi olabildiğince yakın mesafede olmalıdır. Kalite sistemi kurma süreci uzun, yorucu, çileli bir süreçtir ve danışmanın sık ve/veya uzun süreli gelmesi gerekebilmektedir.

- Danışmanın sözlerine dikkat etmekle dahi hata ihtimalini bir derece azaltmak mümkün olabilir:

- Kendini uzman olarak sunanlara
- Sonuçların ne kadar iyi olacağı ve bu sonuçlara hangi sürelerde erişilebileceğine dair sözler verenlere
- Kendisini kuruluşunuzla özdeşleştirenlere
- Belgeyi alana kadar para istemeyenlere şüpheyle yaklaşılmalıdır.

Diğer Önemli Noktalar

Organizasyon Yapısının Değiştirilmesi: Kalite sistemi kurma kararı alan işletmelerin büyük çoğunluğunda reorganizasyon çalışmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Ne var ki bu çalışma büyük boyutlu olduğunda çok zaman alabilmekte ve birçok çalışanı tedirgin edebilmektedir. İstisnalar olabilmekle birlikte genel olarak büyük çaplı reorganizasyon çalışmalarına girişmemekte yarar vardır.

Maliyet Tahmini: Bu da sıklıkla yanlış yapılmaktadır. Bazı maliyet unsurları başlangıçta göz ardı edilebilmektedir. Kalite yöneticisinin maaşından yenden belgelendirme denetimine kadar, tıbbi cihaz kalibrasyonu da dahil olmak

üzere çok sayıda maliyet kalemi vardır. Tahminin gerçekçi olmadığı fark edilmesi bazen projenin yarıda bırakılmasına sebep olabilmektedir.

Zamanlama: Sistem kurma süreci çoğu danışmanın önerdiği ve çoğu yöneticinin de arzu ettiği için daha uzun zaman gerektirmektedir. Süreyi belirleyen en önemli faktörler, alınan danışmanlık desteğinin yoğunluğu ve yönetimin projeyi sahiplenme ve izleme hususundaki kararlılığı ve hassasiyetidir.

Diğer Projelerle Entegrasyon: Bazı kuruluşlar kalite sistemi kurmada (ISO 9000, ISO 14000 vb.) birden çok standardı esas almaktadır. Bu durumda standartların entegrasyonu büyük önem taşır. Bunun dışında yeni inşaat, yazılım, yeni birimlerin ihdası, tanıtım ve halkla ilişkiler gibi çeşitli projeler ile kalite projesinin entegrasyonunda da güçlükler yaşanabilmektedir. Bu da en azından sürecin uzamasına sebep olabilmektedir.

Doktorların Katılımı: Bunu sağlamak çok önemlidir ve önemli olduğu kadar da zordur. Tıbbi hizmetlerin temel unsuru olan doktorların katılımını sağlamak diğer meslek gruplarının katılımını da büyük ölçüde etkilemektedir. Genel katılım için sürecin başında bazı anahtar kişilerin çalışmalarına destek vermesinin sağlanması etkili bir yol olabilir.

İyi Uygulama Örneklerini İnceleme: İyi uygulama örneği olan birkaç sağlık kuruluşunu ziyaret etmek çok yararlı olacaktır. Sektör dışından örneklerden, özellikle de fabrikalardan öğrenilecek çok şeyler vardır.

Kalite Yönetim Sistemi ile Yazılım İlişkisi: Bunu iyi kavramak gerekir. Öyle ki ekibinde bilişim uzmanı olmayan bir danışmandan uzak durmak isabetli olacaktır.

Periyodik Raporlama: Danışmandan periyodik (genellikle aylık) raporlama istenmelidir ve bu raporlar kalite yöneticisinin raporlarıyla karşılaştırılmalıdır.

Yakın İlişki: Kalite danışmanı ile kurulan ilişki mali müşavirle veya mesela iş yaptırılan inşaat ustasıyla kurulan ilişkiden daha zayıf olmamalıdır.

Süre: Hazırlık sürecini ISO 9000 vb. sistemler için 1 yıl, akreditasyon içinse 2 yıl olarak planlamak uygun olacaktır. Bazı kuruluşlarda süre biraz kısa olabilir ama asla birkaç ay olamaz.

Kuruluşun Yeri: Danışmanlık hizmeti almada taşradaki sağlık kuruluşlarının işi daha zordur. Bunlar için büyük şehirlerden, daha seyrek gelen ama nispeten uzun süre kalan (Örneğin ayda bir kez gelip birkaç gün kalan), internet üzerinden destek verebilen bir danışman bulmak tavsiye edilebilir.

Sözleşme: Ayrıntılı sözleşme imzalanmalı, özellikle danışmanın yükümlülükleri net olarak ifade edilmelidir. Danışman iyi çalışsa da özellikle ödemede sorunlar yaşanabilmektedir. Sözleşmeye sadık kalınmalıdır.

Ödeme Planı: Ödeme planını danışmanın fiili çalışma süresine endekslemek eşit taksitli plandan daha etkili olabilir. Yani saat ücretini belirleyip, her ziyarette danışmanın geliş gidiş saatlerini karşılıklı onayla kaydederek fiili çalışma süresinin ücretini aylık olarak ödemek iş verimini artırıcı bir etki yapabilir.

Danışmanın Belgelendirme Denetimine Katılması: Gerek yöneticiler gerekse çalışanlar denetim sırasında danışmanın desteğine bazen hayati önem atfedebilmektedir. Ancak bu gerek çalışanların katılım ve sahiplenmesini zayıflatabilmesi gerekse tetkikçilerde kalite sisteminin yeterince oturmadığı düşüncesini doğurabilmesi bakımından yarar yerine zarar verici olabilmektedir.

Belgelendirme Kuruluşu: Akreditasyon kuruluşu olarak seçenekler günümüzde çok azdır. ISO standartları içinse çok sayıda belgelendirme kuruluşu arasında seçim yapmak zor olabilmektedir. Seçimde genel olarak aşağıdaki kriterler esas alınmalıdır:

- Sektörde ve dünyada tanınmışlık
- Ülkede/bölgede temsilcisinin olması ve yerli denetçilerinin bulunması (maliyet ve iletişim açısından avantajlı)
- Denetim programının esnekliği
- Üç yıllık hizmetin bedeli (yalnız belgelendirme denetiminin değil)
- Uygun akreditasyon

Yukarıda sayılan her bir noktanın pek çok ayrıntısı bulunmaktadır. Bu ayrıntılara olabildiğince vâkıf olmak başarı şansını artıracaktır. Bu süreçte yanlışlık yapmamak için varsa kuruluş içinden yoksa kuruluş dışından bilgi ve deneyim devşirilmesinde yarar olacaktır.

Acil Kliniklerde Kalite Yönetimi

DOÇ. DR. MÜCAHİT AVCİL*

*Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Acil tıp sistemi, 1960'lı yıllarda, gerekli ve hızlı bakımı alamaması ile kurulabilecek pek çok vakanın kaybedildiğinin fark edilmesi üzerine, özel ve bağımsız bir uzmanlık alanı olarak ilk kez Amerika Birleşik Devletleri'nde kurulmuştur. Bu dönemde Amerika, Vietnam ile savaş halinde iken yerel basınında çıkan haberlerde "Vietnam'da yaralanan bir askerin New York'ta vurulan bir sivilden daha çok yaşama şansı olduğu" söylemleri büyük ses getirmiştir. Bu dönemde acil servisler uzman hekim nöbetleri ile idare edilmekte, alet, imkân ve ekipman açısından çok kötü bir durumdadır. Bu süreçlerden sonra acil servislerde hasta bakımı özel bir branş ve uzmanlık dalı haline gelmiştir. Bu model aşağıda da vurgulandığı üzere Anglo-Amerikan modeli olarak bilinmektedir.

Ana görevi kritik hastalara bakmak, semptomların altında yatan tehlikeli senaryoları sezmek, ölümcül durumları hızla tedavi ederek ilgili branş tarafından tedavisinin yapılmasını sağlamak, tehlikeli olmayan durumları ise mümkün olan rahatlama sağlandıktan sonra güvenli bir şekilde eksterne edebilmektir. Acil tıp üzerine dünyada uygulanan iki ana sistem vardır. Bunlar Anglo-Amerikan ve Franko-German modelleridir. Anglo-Amerikan modelde hastane öncesi hizmetlerde paramedikler görev almakta olup hastayı hızla stabilizeyip teşekküllü bir hastaneye transport etmektedirler. Acillerde ise acil tıp uzmanları çalışmaktadır. Franko-German modelde ise hastane öncesi hizmetlerde doktorlar çalışmakta olup ambulanslar çok daha donanımlı ve cerrahi havayolu gibi daha komplike işler bile olay yerinde tamamlandıktan sonra hasta transport edilmektedir. Her iki sisteminde artı ve eksileri olmakla birlikte dünya çapında genel kabul görmüş sistem Anglo-Amerikan sistemi olmuştur. Bu sistem başta Amerika Birleşik Devletlerin de uygulanmakta olup pek çok ülkede Amerika'daki uygulama şeklini örnek almaya çalışmaktadır. Franko-German model ise Avrupa ülkelerinde kabul görmektedir. Bu modeli uygulayan ülkelerden biri de Almanya'dır. Aciller genel olarak cerrahi ve dahili acil diye ayrılmaktadır. Örneğin ortopedi branşında eğitim alacak bir doktor, bir yıl

boyunca beyin cerrahi, genel cerrahi gibi diğer branşlarda da çalışmakta ve bu bölümlerin ameliyatlarını da yapmaktadır. Böylelikle acile gelen bir çoklu travma hastasını, kafa travma hastasını veya karın ağrısıyla başvurmuş bir hastayı da değerlendirebilmektedir. Bu modelde acil, kendi başına bir klinik olmamakta, hekimler acili sahiplenememekte ve yeterince spesifik bir eğitim alamamaktadır. Anglo-Amerikan modelde ise işi sadece acilde çalışmak olan “acil tıp uzmanları” yetiştirilmektedir. Eğitim sürecinde her hastalık ve semptomla ilgili algoritmalar, olası tehlikeleri tanıma becerisi ve hayati girişimleri yapma yetki ve öğrenimi kazanmaktadırlar. Diğer taraftan, diğer branşlar acildeki bir hastayı daha az ve zor sahiplenmekte ve acil çalışanları hayat boyu acillerde çalıştıkları için yıpranma ve usanma durumları daha sık gözlenmektedir.

Hangi sistem olursa olsun acil servislerin bazı handikapları ve zorlukları mevcuttur. Öncelikle hastaların değerlendirilmesi ve karar verilmesi için sınırlı zaman ve kaynak mevcuttur. Bu koşullarda semptomların anlaşılması, uygun ön tanıların konulması, uygun tetkiklerin en kısa sürede gerçekleştirilmesi, tehlikeli tanıların taranarak ekarte edilmesi, sonuçların hayati tehlike içeren bir tanıya yönlendirmesi durumunda ise gerekli ilk müdahalenin yapılması ve ileri girişim için ameliyathane ya da girişimsel ünitelere gönderilmesi veya hastanın ilgili branşa yatırılması gerekmektedir. Diğer ana problem acillerin kalabalık oluşu ve kapasitesinin üzerinde hasta sayıları ile uğraşılmasıdır. Bunun yanı sıra acile gelebilecek hastalık türü neredeyse tüm tıp hastalıkları kadardır. Bir göz travması, göğüs ağrısı, idrar yapamama, doğum eylemi ve apandisit gibi vakaların aynı anda başvuru yapması söz konusu olabilmektedir.

Bundan dolayı bu denli çeşitli durum ve olasılıklara, kısıtlı kaynaklarla kaotik bir ortamda bakmak pek çok tehlikeyi ve hatayı beraberinde getirmektedir. Kalite sağlık kurumları için su ve ekmek kadar önemli bir zorunluluktur. Tüm bu nedenlerden dolayı kalitenin temel prensip ve kurallarının eksiksiz bir şekilde işlenmesi gereken birimlerin başında Acil Klinikleri gelmektedir.

Acil Kliniklerde Kalite Bileşenleri

Acil klinikleri kendi içinde minyatür bir hastane gibi çalışmaktadır. Aynı anda hem hayati tehlikesi olan hastalara hem kronik hastalara hem de genellikle palyatif tedavi verilen boğaz ağrısı, grip gibi yeşil alan hasta grubuna bakım sağlanmaktadır. Pek çok cihaz ve ekipman, gözlem ve yoğun bakım üniteleri, izolasyon ve dekontaminasyon ünitesi, laboratuvar ve görüntüleme üniteleri içeren bir yapı olup onlarca sağlık çalışanını bünyesinde barındırmaktadır. Ayrıca biyolojik, fiziksel ve psikolojik gibi riskler de mevcuttur. Acil işleyişi, hastanenin genel işleyişi, yönetsel kararlar ve diğer tıp branşlarının yaklaşım-

ları ile yakından ilişkilidir. Acil kliniklerinde kalite ile ilgili bir değerlendirme yapılırken genel/organizasyonel işleyiş, çalışan sağlığı ve güvenliği ile çalışan yetkinliği ve niteliği, hasta güvenliği, cihaz ve araçlara ait standartlar, bilişim sistemleri ve mimari standartlar (uzun ve teknik bir konu olduğu için bu yazıda yer verilmemiştir) bir bütün olarak incelenmeli ve irdelenmelidir.

1. Organizasyonel İşleyiş

Tüm dünyada “düzgün, basit ve çalışan” bir organizasyon kurmak, kurumların ana uğraş alanlarından biridir çünkü sorunları azaltmak ve başarıya ulaşmak buna bağlıdır. Örneğin çoklu travmalı bir hasta, acile geldiğinde ekibin hazır olması, hatasız ve hızlı çalışması tamamen kurumun kalite anlayışı ve uğraşı ile ilgilidir. Hastayı sedyeye alacak personelin eğitiminden konsültasyon süreçlerinin nasıl işleyeceğine, kan bankasında kanın nasıl temin ve teslim edileceğinden, hekimin ve hemşirenin bilmesi gereken tıbbi algoritmalara kadar hemen her süreç belirlenmiş, çalışır ve kontrol edilmiş olmalıdır. Buraya kadar yazılanlardan anlaşılacağı üzere uygulanacak kuralların yazılı hale getirilmesi ve çalışanlara dağıtılması “kalite” kavramını karşılaması ve tesis etmesi için yeterli olmamaktadır. Kalite bunun çok daha ötesinde bir süreçtir. Evrensel kalite kuralları alınmalı, kurum süreçleri incelenerek ve mevcut eksiklikler üzerine çalışarak ana hatlar belirlenmeli, gerekli eğitim süreçleri başlatılmalı, sistem kurulduktan sonra uygulama tekrar tekrar test edilmeli, bu durum bir davranış değişikliğine, yeni ve etkili bir kültür haline gelene dek çalışmalar devam etmelidir. Ölçümler ve değerlendirmelerle istenilen standart elde edildikten sonra da kurulmuş olan sistem, zamanın gerekliliklerine ve değişimlere göre yeniden evrilmelidir.

Acil kliniğinde organizasyonel işleyişin kaliteli hale getirilmesinin sınırları geniştir. Fakat aşağıdaki unsurları içermelidir;

- Kurumda-acilde ast-üst ve birimler arasında sağlıklı bir iletişim tesis edilmelidir.
- Yeni projeler ve fikirler kolaylıkla hayata geçirilebilmelidir.
- Çalışanlar, ödüllendirilme, yükseltme ve takdir edilmenin “çalışma” ile ilişilebildiğine inanmalıdır.
- Çalışanlar yönetime güven duyabilmelidir.
- Çalışanlar, yönetim tarafından alınan bir kararın merkezinde kurum, çalışan ve hasta çıkarları olduğunu düşünmelidir.
- Bilmediği ya da kendini geliştirmek istediği konularda kurum ve yöneticiler tarafından destekleneceğini bilmelidir.

- Çalışanlar birbirine güvenebilmeli ve yardımlaşabilmelidir.
- Yönetim ve çalışanlar arasında bir saygı bağı ve düzeyi olmalıdır.
- Çalışanların (doktor, paramedik, hemşire, destek personeli vs.) öğrenim faaliyetlerinin planlanması, yürütülmesi ve bu süreçlerin ölçme değerlendirilmesi düzenli yapılmalıdır.
- Çeşitli klinik ve işleyiş konularında kurumun-acilin ortak hareket etmesini sağlayan algoritmalar, kurallar ve bilgilendirmeler hazırlanmalıdır.
- İlaç ve cihaz temin süreçleri takip edilmeli ve aksaklıklar hızla giderilmelidir.
- Acilde bulunan cihazların çalışır halde olabilmeleri için temin, tamir, bakım ve kalibrasyon süreçlerinin incelenmesi ve düzeltilmesi hususundaki sistemler iyi işlemelidir.
- Konsültasyon süreçlerinin düzgün işlemesi için acil çalışanları ile diğer branş çalışanları arasında toplantılar, vaka sunumları vb. iş birliği çalışmaları yapılmalıdır.
- Hasta tetkik (Radyoloji tetkik alanı ne kadar uzakta, kritik hastanın tetkik süreçleri ölçülüyor mu, acilden uzak tetkik alanlarında gerekli müdahale ekipmanları var mı?) ve yatış süreçleri (Çoklu yaralanmalı bir olgu yatış kararı nasıl ve ne sürede veriliyor?) muntazam işliyor mu? Bu ve benzeri durumlar için düzenlemeler ve düzeltmeler olmalıdır.
- Sevk süreçlerinin (Hastanın acil kliniğinden diğer alanlara ya da dış merkeze) nasıl işlediği belirlenmiş ve denetleniyor olmalıdır.
- Yukarıdaki tüm maddeler uygun şekilde kayıt altına alınıyor, inceleniyor ve analiz ediliyor olmalıdır.

2. Çalışan Sağlığı ve Güvenliği ile Çalışan Yetkinliği ve Niteliği

Acil sağlık hizmeti insan eliyle yürüyen bir süreçler bütünüdür. Burada ana unsurlardan biri acil çalışanlarının hizmet verirken kişisel bilgi ve yetenek açısından belirli bir standartta olması büyük önem arz etmektedir. Çalışanların niteliği, yetkinliği ve yeterliliği iki ana maddede incelenebilmektedir. Hizmeti veren çalışanların acil kliniğinde görevlendirilirken belirli yeterlilik standartlarını karşılayabilmesi gerekmektedir. Karakter özellikleri olarak uzlaşmacı, hümanist, kriz çözme becerisi iyi, stres yönetimi yeterli ve takım çalışmasına uygun olmalıdır. Bu hususlar psikososyal testler veya yarı yapılandırılmış görüşmelerle acile başlamadan önce ve belirli aralıklarla değerlendirilmelidir. Ayrıca bir seçme ve değerlendirme yapılabilmesi adına “acilin çalışmak için önerilen bir yer olması” da gerekmektedir. Ancak mevcut sistemimizde acil-

de çalışmaya özenmek bir tarafa genelde personel için bir sürgün yeri olarak görülmektedir. Diğer kliniklerde yeterli olmayan veya kendisinden memnun olunmayan personel genelde acile verilmektedir. Bu gerçeklikten dolayı personel kaynaklı gecikmeler, tıbbi işlemlerin aksaması, hasta sağlık çalışanı arasındaki iletişim sorunları olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer bir ölçülmesi gereken husus çalışanların mesleki bilgi ve yetenekleridir. Acil çalışanları belirli bir düzeyin üstünde acilde çalışmaya hak kazanmalı, acilde çalışırken belirli aralıklar ile eğitim almalı ve düzenli aralıklar ile eğitim düzeyi ölçümleri yapılmalıdır.

Bununla birlikte, çalışanların psikososyal sağlık durumları takip edilmelidir. Shanafelt ve arkadaşları acildeki “wellness” kavramını “wellness çalışma ortamında distres olmamasından öte bir şeydir, kişisel ve profesyonel yaşamda fırsatlara açık olmayı, gelişimi ve başarıya ulaşmayı barındırmalıdır” şeklinde ifade ederler. *American College of Emergency Physicians* (ACEP) 2016’da çok boyutlu bir wellness modeli öne sürmüştür. Wellness, sadece sağlık ya da ruhsal durumu kastetmez, çalışanlar, mesleki, duygusal, fiziksel, finansal, ruhsal, sosyal ve entelektüel olarak “iyi” olmalıdırlar. Bilindiği üzere, “burn-out” sendromu tüm sağlık çalışanlarında görülebilen bir tablo olmasına rağmen en sık acil çalışanlarında gözlenmektedir. Burn-out sendromu iyi tanımlanmış bir sendromdur ve acil, anestezi gibi riskli bölümlerdeki çalışanlarda rutin araştırılmalıdır. Çalışanların “wellness” düzeyinin ölçümü ve takibi için pek çok skala geliştirilmiştir. Bunlardan biri “Physician wellness inventory” (PWI) dir. Bu skala ile çalışanların mesleklerinde ne kadar mutlu, tatmin ve hoşnut oldukları ölçülmektedir. Test toplam iki dakikada tamamlanmakta ve webden ücretsiz olarak elde edilebilmektedir. Bu tip ölçütlere diğer bir örnek *Epworth Sleepiness Scale*’dir (ESS). Halsizlik-bitkinlik (*fatigue*) uzun süredir yaşam kalitesinin önemli bileşenlerinden biri olmuştur. ESS gün boyu uyku durumunu değerlendirmede en yaygın kullanılan ölçeklerden biridir. Uyku problemleri ve eşlik eden halsizlik, tıp çalışanları için medikal hatalar, trafik kazaları, akademik başarıda düşme, burn-out gibi durumlar ile ilişkilidir. Bu ölçek ve skalalar sağlık çalışanını kolay ve objektif bir şekilde takip edebilmeyi ve gerektiğinde önlem alabilmeyi sağlamak için yararlı araçlardır.

Çalışan sağlığı ve güvenliği açısından diğer çok önemli bir husus, hizmet sunanlara sağlanan fiziki, maddi ve sosyal imkânların yeterli olup olmadığıdır. Pek çok acil servis, acil mimarisine uygun olmayıp genellikle hastanelerin bodrum katları veya belirli bir koridoru acile dönüştürülerek oluşturulmuştur. Yine acil çalışanları için dinlenme alanları, sosyal imkânlar, hizmet odaları, tıbbi alanlar açısından sunulan imkânlar çoğu zaman yetersiz ve çağ dışı kal-

maktadır. Bunların yanında, meslekte yükselme veya kariyer imkânlarında kolaylıklar tanınması ve kurum içi küçük ölçekli pozitif ayrımcılığın uygulanması örneğin yemek sırasında acil çalışanlarının sıra beklemeden yemek alabilmesi ve kart ile geçiş kapılarında acil çalışanının kartının pek çok kapıyı açması küçük ama acil çalışanına kendini farklı hissettiren ayrıcalıklar olarak karşımıza çıkmaktadır. Nitekim Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisindeki Sağlık Personeli ile yapılan görüşmeler esnasında tespit edilen bu iki örneğin olumlu yansımaları olduğu ve bu küçük ayrıcalıkların, kişilerin kendilerine acil servislerdeki zor ortamda çalışmayı kabullenmede bir tutamak olduğu vurgulanmıştır. Ülke çapında da birtakım küçük ayrıcalıklar verilebilir. Bunlara örnek olarak bazı Avrupa ülkelerinde acil çalışanlarına trafikte ve park alanlarında sınırları iyi çizilmiş bazı haklar verildiği bilinmektedir.

Çalışan Sağlığı ve Güvenliği için kurumun tesis etmesi gerekli unsurlar;

- Öncelikle acil kliniğinde çalışma özendirilmelidir.
- Acilde çalışacak personelin mizaç özellikleri ölçülmeli ve değerlendirilmelidir.
- Acilde çalışacak personelin mesleki bilgi, becerisi ölçülmeli ve değerlendirilmelidir.
- Acilde çalışan personel, düzenli aralıklarla psikososyal açıdan değerlendirilmelidir.
- Acilde çalışan personelin çalışma ve dinlenme ortamı incelenmeli ve fiziki ortamın asgari standartları taşınması sağlanmalıdır.
- Kurumda acil çalışanlarını destekleyecek uygulamalar olmalıdır.
- Çalışanların nöbet esnasındaki yorgunluk ölçümleri yapılmalı, bu yorgunluğun azaltılması için (Örneğin ergonomik olmayan gürültülü bir çalışma ortamı) kök neden analizleri yapılmalıdır.

Acil hizmetleri insan üzerinden yürüyen bir hizmettir. Yeterince iyi olmayan bir kumaştan şahane bir ceket çıkarılması mümkün değildir. Acilde iyi personel istihdamı sağlandıktan sonra da bu personel için gerekli takip süreçleri tesis edilmeli, çalışanlara yeterli destek sağlanmalıdır.

3. Cihaz ve Bilişim Sistemleri

Acil klinikleri tabiri caiz ise “spor araba” gibi çalışırlar. Çok hızlı ivmelenmeli ve gerektiğinde aynı şekilde durabilmelidir. Bunu sağlayacak motor parçalarının en kalitelisi ve en güçlüsü araçta mevcut olmalıdır. Spor arabasının bir parçasının yerine, düşük maliyetli bir “B” segmenti arabada kullanılan bir parça takamazsınız. Acil kliniğindeki cihaz ve ekipmanlar acilin hızlı ve ypraticı ortamına uygun, sürekli çalışır ve iyi durumda olmalıdır. Hastanenin hemen her

katında ve biriminde defibrilatör ve EKG cihazı mevcuttur. Bununla birlikte pek azı acildeki kadar yoğun kullanılır. Fakat genel olarak kurumlarımızda gerek acile cihaz alınırken gerekse bu cihazların yedek parçası (EKG kablosu veya defibrilatör bataryası gibi) alınırken iyi ve sağlam ürünler temin edilmez. Bir başka örnek ise acil servisteki hasta taşıma sedyeleridir. Çoğu zaman kalitesi düşük sedyeler kullanılır. Bunun sonucunda, hastalar acil sedyesine alnamaz veya sedyeden düşürülür. Personelin pek çoğu mekanik bel problemlerinden mustariptir. Sedyelerin akışı ve hareketleri rahat olmadığı için personel erken yorulur ve gecenin ilerleyen saatlerinde verdiğiniz talimatları yerine getirmekte isteksiz davranırlar. Sedyeler sık sık bozulduğu için acilde sedye eksilir ve kuruma ek maliyetler getirir. Acil kliniklerinde kalite hizmet sunabilmek için bu cihazların ve gereçlerin en yüksek kalitede olması gerekir.

Diğer bir unsur bilişim sistemidir. Bilişim sistemi, hızlı ve pratik olmalıdır. Triyaj için yeterli özelliklere haiz olmalıdır. Acil hekimini uyuracak şekilde dizayn edilmiş olmalıdır. Örneğin bir hastanın potasyum değerinin yüksek olduğu çoğu hastane bilgi sisteminde servis hastaları için yeterli uyarıyı sağlarken acil hekiminin ekranında bir uyarı çıkmamaktadır. Başka bir örnek, acil servise başvuran durumu kritik bir hasta giriş yaptığında sistem HIV taşıyıcısı olduğunu bildiren bir alarm vermemektedir. Cansiparane hastayı kurtarmaya odaklanmış çalışanlar, daha çok önlem alabilecekken (Örneğin normal eldiven yerine çift bariyerli eldiven giyebilecekken) bu biyolojik riske maruz kalmaktadır. Bu nedenle, kritik bir hastada zaman kaybetmemek için hastanın dış merkezlerde ve kurum içinde yapılmış testlere ait bilgilerine ulaşım sağlanabilmelidir.

Cihaz ve bilişim kalitesi için kurumun tesis etmesi gerekli unsurlar;

- Acilde tüm cihaz ve araçların yeni, çalışır ve işlevsel olması sağlanmalıdır.
- Bir arıza durumunda tamir süreçleri incelenmeli ve kayıp zamanlar minimize edilmelidir.
- Cihaz kalibrasyon sistemlerinin iyi çalışması temin edilmelidir.
- Hastane bilgi sistemlerinin acile has modülleri olmalıdır.
- Hastane bilgi sistemleri basit olmalıdır ve acil hekimini tehlikelere karşı uyarabilmelidir.

4. Hasta Güvenliği

Kalite, güvenlik kavramı ile iç içe ve güvenlik gereksinimleri sonucu doğmuş bir kavramdır. Acil kliniklerini güvenli hale getirmek zor fakat mecburi bir uğraştır. Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması bir süreç, ekip veya teknoloji yanında liderlik, takım çalışması ve davranış değişikliği sağlayacak uygulamalar ile tesis edilebilir. Örneğin takım eğitimi (*Team training*) disiplinlerarası

yuvarlak masa toplantıları veya yönetici turları ve bir dizi müdahaleyi içeren ünite tabanlı stratejiler, güvenlik kültürünü teşvik etmek açısından etkili yöntemlerdir. Takım eğitimi; iletişim, iş birliği ve liderlik gibi takım çalışması süreçlerini optimize etmek için bir dizi yapısal yöntemi ifade eder. Yönetici turlarında, yöneticiler veya üst düzey liderler, hasta güvenliğine yönelik mevcut veya potansiyel tehditleri gözlemlemek ve tartışmak ve aynı zamanda bu tür tehditleri ele almada ön safta olan personelini desteklemek amacıyla hasta bakım alanlarını ziyaret eder.

Hasta güvenliğini tehlikeye atan durumlar iki başlık altında toplanabilir;

- Hastanın durumuna fayda sağlayacak, tehdidi azaltacak aksiyonun alınmaması
- Hastanın durumuna fayda sağlayacak, tehdidi azaltacak aksiyonun geç alınması

Güvenli bir ortamın acilde inşa edilmesi zor bir süreçtir. Sistem en zayıf halka kadar güçlüdür. Pek çok zayıf halka vardır ve duruma göre zayıf halkalar değişebilir. Diğer taraftan bu durum, diğer klinikler ile son derece ilişkilidir. Çok iyi çalışan bir acil servisiniz olabilir ve ağır bir travma hastasını hayata döndürebilirsiniz. Fakat hastayı bilgisayarlı tomografiye indirdiğinizde çok zaman kaybediyorsanız veya tomografi alanındaki bir cihaz çalışmıyorsa (oksijen sistemi, kontrast enjeksiyon cihazı) bu hastanızın hayatını kaybetmesine neden olabilmektedir.

Hasta güvenliği ortamını değerlendirmek üzere değişik anket ve ölçekler (*Hospital survey on patient safety culture, safety attitudes questionnaire, patient safety climate in healthcare organizations, hospital safety climate scale*) mevcuttur. Bu ölçekler “Yönetim bizim güvenli bir birim olmamız için bizi yönlendirir” veya “Ben hasta olsam bu klinikte tedavi olurum” gibi ifadeler içerirler ve “Kuvvetle katılıyorum, kuvvetle katılmıyorum, kararsızım” gibi seçenekler kullanarak bir puanlama oluştururlar.

Acilde hasta güvenliği açısından bulunması ve takip edilmesi gereken hususlar;

- Hasta kabulüne dair tüm süreçler belirlenmiş olmalıdır.
- Konsültasyon, devir, sevk, yatış süreçleri belirlenmiş olmalıdır.
- Acil çalışanları, belirli bir mesleki ve davranışsal yeterliliğe sahip olmalıdır.
- Acil çalışanlarına gerekli dinlenme alanı ve zamanı sağlanmalıdır.
- Takım eğitimi, disiplinler arası toplantılar, yönetici turları vb. stratejiler kullanılıyor olmalıdır.

- Meydana gelen medikal hatalar tespit edilmeli ve kök neden analizi yapılmalıdır.
- Hasta güvenliği açısından evrensel kurallar (Taraf işaretlemesi, el hijyeni, ilaç güvenliği vb.) kurumda uygulanıyor olmalıdır.

Acil Kliniklerde Ölçme ve Değerlendirme

Kaliteli sağlık hizmeti sunumunun tesis edilebilmesinin yegâne unsuru kalite bileşenlerinin takibi ve ölçülmesidir. Bu denli önemli olmasına rağmen, başarılması da bir o kadar zordur. Bu iş için öncelikle hedefler, daha doğru bir anlatımla evrensel, ülke ve kurum standartları belirlenmelidir. Bu son derece önemli ve çaba gerektiren bir konudur. Belirli standartların olması, kuruma çalışmaları için yol gösterirken, takip ve değerlendirmede de mihenk taşı olmaktadır. Standartlar üzerinden var/yok şeklinde ya da değişik puanlama sistemleri ile ölçümler yapılabilir. Diğer bir takip ve ölçüm unsuru da anketler ve ölçeklerdir. Hemen tüm düzeylerde değerlendirme yapmak için anketler kullanılabilir. Hasta memnuniyet anketleri, konsültasyon süreçlerinin nasıl işlediğine dair anketler, çalışanların kurum aidiyetini ve psikososyal düzeyini ölçmek için anketler kullanılabilir. Uluslararası kabul görmüş, geçerlik güvenirliği yapılmış ölçekler (*Safety Climate Survey*), ulusal ölçekler (Sağlık Bakanlığı hasta memnuniyeti anketi, çalışan memnuniyet anketi) veya kurum bazında oluşturulmuş anketler kullanılabilir. Burada dikkat edilecek husus, anket hazırlama prensiplerine dikkatle uyulması gerekliliğidir. Kötü hazırlanmış bir anket doğru bilgiler sağlamadığı gibi katılımcıların ankete uyumunu azaltır. Diğer bir yöntem, göstergeler dediğimiz rakam bazlı hesaplamalardır. Bunlar hastane bilgi sistemlerinden ve dosyalardan elde edilmiş çetelemelerden toplanan verilerin, oran/orantı, ortalama vb. gibi basit formüller ile anlamlı çıktılarına dönüştürme işidir. Öncelikle verilerin ve toplama yönteminin doğruluğundan emin olunmalıdır. Gerekğinde daha özet daha net sonuçlar elde etmek için tablo ve grafikler ile ifade edilebilir. Acile tekrar başvuru oranları veya delici kesici alet yaralanma oranları bunlara örnek olarak verilebilir. Bunların dışında kurum gerek duyduğu pek çok konuda ölçme yapabilir. Örneğin ağır travma vakalarının ilk muayenelerinin ne kadar sürdüğü, kan ürünleri temininin ne kadar hızlı yapılabildiği, uzman tabiplerin konsültasyona gelme sürelerini, tomografiye transfer ve çekim sürelerini ölçebilir. Diğer bir değerlendirme unsuru karşılıklı görüşme ve mülakatlardır. Bunun için yarı yapılandırılmış formlar kullanılabilir. Yarı yapılandırılmış formlar değerlendiriciye genel bir çerçeve çizerken, değerlendirilen kişiyi daha serbest bırakır, özgürce ifade edebilmesine yardımcı olur. Bunların yanında dosya incelemesi de gereklidir. Pek çok bilgi ve kanaate bu yolla kolayca ulaşılabilir. Örneğin herhangi bir acil servisin

hasta güvenliği kültürü bu dosyalardan incelenebilir; İlaç order kuralları düzgün uygulanmış mı? onam alımı süreçleri nasıl? konsültasyon kültürü nasıl? Soruları hasta güvenliği kültürünün düzeyini ortaya koymada anlamlı sorular olarak değerlendirilebilir.

Ayrıca acil kliniklerinin kalite düzeyini kritik hastalık modelleri üzerinden süreç ve sonuç bazlı incelemek hem etkili bir yöntemdir hem de acil servislerin temel kuruluş amacına uygundur. Bilindiği üzere acil kliniklere çok kritik hasta grupları (inme, Mİ, Menenjit, trafik kazası gibi) gelmektedir. Bundan dolayı bu kritik hasta gruplarına sunulan hizmetlerin yeterliliği hususunda acil klinikleri belirledikleri göstergeler üzerinden gerekli ölçme ve değerlendirmeyi yapabilmelidirler. Örneğin serebrovasküler hastalıkların (SVO) aşağıdaki algoritma üzerinden izlenebilirliğinin sağlanması acil işleyişi ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu açısından içinde önemli ipuçları barındırmaktadır. Bu algoritma/eylem planı örneği üzerinden acil servis hasta portföyüne göre belirlenen diğer kritik hasta grupları içinde benzer algoritmaların/eylem planlarının hayat geçirilmesi sistemin bütüncül bir bakış açısıyla ele alınmasını sağlayacaktır.

Acile sık gelen ve yüksek mortalite ve morbiditeye sahip serebrovasküler hastalıklar (SVO) ile ilgili süreçler tıbbi olarak çeşitli kurallar ve zamanında başarılması gereken hedefler içerir. SVO eylem planı;

- Acil triajda vakanın SVO olduğu anlaşılmalı, öncelik verilmelidir.
- HBYS programında bu hastalık için özelleşmiş bir modül olmalı, bu modül triaj ekibinin SVO kartı açması ile başlamalı, zaman uyarılarında bulunmalı, “inme ekibine” mesaj ya da başka bir yöntem ile uyarı vermelidir.
- HBYS programı bu hastalık durumunda acil hekimini uyarmalıdır.
- İlk değerlendirme ve hastaya trombolitik verilme zamanının aşılıp aşılmadığına dair (ve diğer kontrendikasyonların) tespit yapılmalıdır.
- Hasta acil servise girdikten sonra 20 dakika içinde (Kılavuzlara göre değişebilir) kan şekere bakılıp, bilgisayarlı beyin tomografisine alınmalıdır.
- Tomografi “inme ekibi” tarafından zaman kaybedilmeden incelenmeli ve tedavi kararı verilmelidir.
- Tüm bu basamaklardaki eylemlerin gecikmemesi ve atlanmaması için acil ekibi bu senaryoyu eğitim saatlerinde belirli aralıklarla çalışıyor olmalıdır.
- Benzer şekilde “inme ekibi” belirli aralıklarla toplanmalı, aksamaları tespit etmeli ve vakaları analiz etmelidir.
- Hastane yönetimi bu hastalığın tanı tedavisinde kayıplar olmaması için gerekli önlemleri almaya yatkın olmalı, acil hizmet içi ve branşlar arası toplantıları özendirmeli, olanak sağlamalı ve kontrol etmelidir.

Yukarıda özetlenen birbirine bağlı grift/karmaşık süreçler takip edildiğinde, acil kliniği pek çok açıdan incelenmiş olur. Tıbbi algoritmaların varlığı, bunların tüm ekipçe bilinirliği, eğitim ve öğretim faaliyetlerinin düzenliliği, HBYS sistemin uygunluğu, triaj faaliyetlerinin ne derece iyi çalıştığı, konsültasyon kültürü, ekip çalışması, yönetsel görevler, makine ve cihazların bakım süreçleri, dosya ve arşiv durumu, hasta güvenliği gibi kalitenin göstergelerinden olan çok önemli alt başlıklar doğru bir şekilde değerlendirilmiş olur.

SVO'nun yanı sıra daha pek çok hastalık için benzer süreçler oluşturulabilir. Klinik süreçlerin oluşturulması, klinikte hekime ve personele bağlı olmaksızın standart bir yaklaşım oluşmasını sağlar. Kişiye bağlı değişiklikleri ve hataları önler, çalışanlar için şartlanmış bir öğrenme sağlar. Ek olarak, tanımlanmış bu süreç basamakları kullanılarak, süreçleri daha iyi anlamamızı ve takip etmemizi sağlayacak katsayılar ve oranlar (indikatörler) türetilir. Tablo 1'de SVO ile ilgili oluşturulabilecek klinik süreçler ve indikatörler belirtilmiştir.

Tablo 1: SVO ile ilgili İndikatörler

İndikatörler	Hesaplama yöntemi
Hastaların triajda bekleme süreleri ortalamaları ve diğer hastalıklara göre oranı	SVO'lu Hastaların bekleme süreleri toplamı/ toplam SVO'lu hasta sayısı Benzer şekilde hesaplanmış diğer klinik süreçler ile grafikler ile karşılaştırılması
Hastaların hekim ile karşılaşma zamanı ortalaması	Triaj sonrası hekim ile buluşma süreleri toplamı/ hasta sayısı
Kapı tomografi süresi ortalaması	Giriş ile tomografi çekimi arasında süreler toplamı/ Hasta sayısı
İnme ekibi toplanma süresi ortalamaları	Konsultan hekim raporları süreleri toplamı/ vaka sayısı
Trombolitik zamanını geçirmiş hasta oranları	Trombolitik zamanını geçirmiş hasta sayısı/toplam SVO'lu hasta sayısı
Trombolitik zamanını yakalamış fakat trombolitik tedavi almamış hasta oranları	Trombolitik zamanında gelen fakat tedavi alamamış hasta sayısı/ Trombolitik zamanında gelen hasta sayısı
Tedaviye bağlı komplikasyon oranları	Trombolitik tedavi sonrası komplikasyon gelişen hasta sayısı/ Trombolitik tedavi alan hasta sayısı
Kapı iğne zamanı ortalamaları	Trombolitik tedavi başlama süresi toplamı/trombolitik tedavi alan hasta sayısı
Trombolitik alan ve almayan hastaların yoğun bakımda kalma süreleri oranları	Trombolitik tedavi alan hastaların yoğun bakım yatış süreleri/trombolitik tedavi almayan hastaların yoğun bakım yatış zamanı

Süreç bazlı izlemler, acil kliniğine çok yönlü bakmamızı sağlamanın yanında dinamik ve fonksiyonel bir ölçme imkânı da sağlamaktadır. Bir acil kliniğinin mimari ölçüleri çok iyi olabilir, resusitasyon odasında bulundurması gereken tüm ekipman mevcut olabilir, dosyaları ve kalite çalışmaları çerçevesinde talep

edilen belgeler tam olabilir. Fakat bu veriler, “hastalar için yapılması gereken eylemleri içeriyor mu?” ve “bu eylemler zamanında gerçekleştiriliyor mu?” gibi asıl bilinmesi gereken iki temel soruyu ölçmede yetersiz kalacaktır. Kendiniz ya da yakınınız hasta olarak bir acil servise geldiğinde asıl bilmek istediğiniz de tam olarak budur.

Sonuç

Acil klinikleri sınırlı imkân ve süre ile hayati tehlikelerin tespit ve elimine edildiği birimlerdir. Çalışanlar ve hastalar için çeşitli riskler içermektedir. Temel amaç, klinik algoritmaların doğru ve gecikmeden uygulandığı, hasta ve çalışan için güvenli/huzurlu, cihaz ve sistemlerin iyi çalıştığı, risklerin tespit edildiği ve azaltıldığı İyi işleyen bir acil servis oluşturmaktır. Bu uğraş, çok yönlü bir çalışma ve takip ile mümkündür. Ve sağlık hizmet sunumunun vitrini mahiyetinde görülen acil kliniklerinin kaliteli bir hizmet sunumu için öncelikle yukarıda bahsedilen kalite bileşenlerinin her birinin birbiriyle ilişkilendirilmesi suretiyle bütüncül bir bakış açısı ortaya konması temel şart olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun yanı sıra ülke sağlık politikasının bu konuya verdiği önem, sağlık yöneticilerinin sahiplenmesi ve desteği kritik öneme sahiptir. Diğer bir husus acil kliniklerinin amaca hizmet eden ve gerçek anlamda başarıyı ölçen süreç ve sonuç bazlı göstergeler üzerinden bilgi sistemlerini de kullanmak suretiyle online monitörize edilmesidir. Online monitörizasyon yönetsel ve klinik kararlara katkı sağlayacağı gibi kaliteli sağlık hizmet sunumunun sürdürülebilir kılınmasını da güvence altına alacaktır.

Kaynaklar

- 1) Bernard K, Hasegawa K, Sullivan A, Camargo C. A Profile of Indian Health Service Emergency Departments. *Ann Emerg Med.* 2017;69(6):705-710.e4. doi: 10.1016/j.annemergmed.2016.11.031.
- 2) Timmermann A, Russo SG, Hollmann MW. Aramedic Versus Emergency Physician Emergency Medical Service: Role of the Anaesthesiologist and the European Versus the Anglo-American Concept. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2008;21(2):222-7. doi: 10.1097/ACO.0b013e3282f5f4f7.
- 3) Lall MD, Gaeta TJ, Chung AS, Chinai SA, Garg M, Hussain A et al. Assessment of Physician Well-being, Part Two: Beyond Burnout. *West J Emerg Med.* 2019;20(2):291-304. Doi: 10.5811/westjem.2019.1.39666.
- 4) Arrieta A, Suárez G, Hakim G. Assessment of Patient Safety Culture in Private and Public Hospitals In Peru *Int J Qual Health Care.* 2018;30(3):186-191. Doi: 10.1093/intqhc/mzx165.
- 5) MacKinnon RJ, Pukk-Härenstam K, Von Thiele Schwarz U, Kennedy C, Stenfors T. Defining and Measuring Quality in Acute Paediatric Trauma Stabilisation: A Phenomenographic Study. *Adv Simul (Lond).* 2019;4:4. doi: 10.1186/s41077-019-0091-z

Klinik Laboratuvar Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği

PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ*

*Sakarya Üniversitesi

Kalite kavramı insanların ve sistemlerin “mükemmele ulaşma isteğinden” ortaya çıkmıştır. Farklı tanımlar bulunmakla beraber, kalite; belirlenen şartlar altında ve belirlenen bir zaman süresi içinde istenilen fonksiyonları yerine getirebilme kabiliyeti olarak tanımlanabilir. Burada amaç, kullanıcı kimsenin veya tüketicinin istek ve gereksinimlerinin doğru karşılanması olmaktadır. Kalite objektif kriterlerle ölçülebildiği oranda standardize edilebilmektedir. Standartlar, kalite kontrolü, belgelendirme ve metroloji çalışmalarının düzenlenmesinin kaliteyi artırma yönünde etkili araçlar oldukları ortaya çıkmaktadır. Kalite hareketinin tarihi 13. yüzyıla kadar dayanır. Gerek Avrupa gerekse Osmanlı'daki zanaatkârın lonca teşkilatları, standartları da kontrol etmiştir. Daha sonralarda 19. yüzyılda sanayileşmeyle birtakım çalışma kuralları gündeme gelmiştir. ABD'de kalite, II. Dünya Savaşı'nda silah üretimindeki standartlarla ilgili olarak ortaya çıkmıştır. Toplam kalite kavramı ise ürün kalitesinden çok üretimin her basamağının kalitesi ile ilgilenmiştir. 1970'lerden sonra Toplam Kalite Yönetimi, üretim ve sanayi dışı hizmet sektörlerine de intikal etmiştir. Sağlık hizmetlerinde kalite “doğru kişiye, doğru zamanda, doğru şekilde yapılan girişimler sonucunda alınabilecek en iyi sonuca ulaşmak” olarak tanımlanabilir. 1994 yılında yayınlanan ISO 8402 Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sözlüğü'nde kalite; “Belirlenmiş veya ima edilmiş gereksinimleri karşılama kabiliyetine sahip bir unsurun taşıdığı özelliklerin bütünüdür.” olarak yerini almıştır. Kalite kavramı için laboratuvar uygulamaları açısından en anlamlı ifadeyi “Doğru alınmış bir örnekte, doğru ölçüm yapılarak, uygun zamanda ve doğru şekilde değerlendirilerek saptanmış kan şekeri sonucu, kaliteli bir ürün veya hizmettir.” cümlesinde de bulmaktayız. Sağlık hizmetlerinin herhangi bir aşamasında hizmet kalitesini belirlemek için sorulan üç temel soru vardır;

- Hangi altyapı imkânları kullanıldı?
- Hangi işlemler uygulandı?
- Hasta için elde edilen sonuç ne oldu?

Altyapı; fiziksel, insan ve finansal kaynakların tümünü kapsamaktadır. Kullanılan sistemler insan yaşamı için çok kritik, telafisi mümkün olmayan bir zaman diliminde arızalanabilir. Cihaz ve ekipmanların bakım ve onarım sisteminin güvenilir olması çok önemlidir. İşlemler ve süreçlerinin sonucu, hastayı olumlu ya da olumsuz yönde etkileyecektir. Günümüzde laboratuvar hizmetlerinde kalite kontrol, vazgeçilmezlerdendir. Son yıllarda kullanılan “kalite kontrol programları” doğruluk parametresini metot bağımlı hedef değerleri dikkate alarak yürütmektedir. Bu sistemde sonuçların doğruluğu göreceli olup karşılaştırma ancak aynı analitik yöntemi kullanan laboratuvarlar arasında yapılabilmektedir. Klinik laboratuvar camiasında iç ve dış kalite kontrol program uygulamalarının başlangıcı 30-40 yıl öncesine dayanmaktadır. Kaliteye yönelik çalışmalar aynı zamanda maliyetlerin azaltılmasını da amaçlamakta, “Topluma kaliteli laboratuvar hizmetini daha uygun maliyetlerle sunabilmek” kavramı ana düşünceyi oluşturmaktadır. Klinik laboratuvarlarda akreditasyon ve kalite sistem uygulamalarının hayata geçirilmesi için üç ana neden vardır:

1. Laboratuvara Yarar: Akreditasyon sistemi laboratuvarda daha iyi bir yapı ve organizasyon modeli oluşturulmasını sağlar. Çalışanların eğitim ve gelişimlerini iyileştirir.

2. Sağlık Sistemine Yarar: Çalışma prosedürlerinin standardizasyonunu sağlayarak laboratuvarlar arası kıyaslanabilir sonuçlar alınmasını sağlar. Daha az hata ile daha doğru klinik kararlar alınmasını sağlar. Maliyetlerin optimize olmasına katkıda bulunur.

3. Hastalara Yarar: Laboratuvar ve sağlık sistemi yararına olan tüm sonuçlar dolaylı olarak hasta adına sağlanmış yararlardır. Laboratuvar hizmetlerinde proses aşaması; hastadan örnek alınması, kayıt, transport, sisteme giriş, analiz, sonuçların doğrulanması ve rapor edilmesi süreçlerinin tümünü kapsamaktadır. Bu hizmetlerin kusursuz sürdürülebilmesi için altyapının uygun ve yeterli olması şarttır. Hasta sağlığı ile ilgili çıktılar ise hastaya yapılan tıbbi uygulamalar nedeniyle hastanın önceki durumu ile uygulamalar yapıldıktan sonraki durumu arasındaki farktır. Laboratuvardan istenen testler de hekim doğru test talebinde bulunacak, laboratuvar uygun koşullarda bu testler için hastadan gerekli örnekleri alacak ve güvenilir kalitede analizini yapacaktır. Tüm bu çabaların neticesinde rapor edilen sonuçlar, hastanın tanı ve tedavisine katkıda bulunmuş ise kaliteli bir hizmet yapılmış demektir. Laboratuvar hizmetlerinin güvenilirliği bir kalite sisteminin oluşturulması ve ulusal, ulus-

lararası kalite kontrol programlarındaki performans değerlendirmesi ile sağlanır. Cihazların düzenli bakım ve kalibrasyon kontrollerinin yapılması, kullanılan malzemenin kalitesi, çalışan personelin sürekli eğitimi, iç ve dış kalite kontrol sistemleri ile analiz performansının denetlenmesi, bilimsel gelişme ve yeniliklerin izlenmesi gibi unsurların bir araya gelmesi kalite sisteminin temelini oluşturur. Laboratuvarlar Sertifikasyon veya Akreditasyon yoluyla kalite sistemlerinin belgelendirilmesini sağlamış olurlar. Bazı ülkelerde yasal zorunluluk olarak sürdürülen dış kalite kontrol çalışmalarına, ülkemizde bazı laboratuvarlar gönüllülük esası ile katılarak kendi analitik performanslarını değerlendirmektedirler. Ancak klinik laboratuvarların sorumlulukları sadece kaliteli analitik sonuçlar elde etmekle sınırlı değildir, pre ve post analitik aşamalarda da mükemmel sonuçların alınması sağlanmalıdır. Sektörel gelişim adına dış kalite kontrol programları ile yetinilmeyip onu da kapsayacak şekilde dış kalite güvence sistemleri geliştirilmeye başlanmıştır. Laboratuvar hizmetlerinde akreditasyon ve sertifikasyon Uluslararası Standartlar Kuruluşu (ISO) tanımlarına göre;

Akreditasyon: Yetkili bir kurum tarafından bir kuruluş veya kişinin spesifik uygulamaları yapabilme konusunda yetkin olduğunun tanınmasına yönelik prosedürlerdir.

Sertifikasyon: Yetkili, üçüncü parti kuruluşlar tarafından sağlanan ve herhangi bir ürün, proses veya hizmetin spesifik gereksinimlerinin karşıladığının yazılı olarak belgelemesidir.

Akreditasyon sistemlerinin temelinde üç ana unsur yer almaktadır. Birincisi Akreditasyon Board'udur. Söz konusu yapı devlet ve özel sektör temsilcilerinden oluşur, tarafsız ve objektif kararlar alınabilmesi son derece önemlidir. İkinci ana unsur, standartlar ve bunlarla ilintili dokümanlardır. Üçüncüsü ise akredite olacak kurumlarda uygulamanın standartlara uygunluğunu saptayacak seçilmiş ve eğitilmiş denetçi kurum ve kişilerdir. Akreditasyon kavramının temelini oluşturan üç ana unsurun kapsam ve nitelikleri, çeşitli ülkelere ve bu ülkelerde yaşanan süreçlere göre çok fazla değişkenlik göstermektedir. Yasal kısıtlamaların artması, tüketici hakları konusundaki farklılıklar, özel sağlık sigorta kurumlarının sağlık sistemleri üzerinde etkinlik kazanması, dünyanın çeşitli yerlerindeki uygulamaların birbirlerinden farklı ve kısmen de karmaşık olmasına neden olmaktadır. Laboratuvar Akreditasyonu konusunda ilk bağımsız çalışma, 1961 yılında ABD'de *College of American Pathologist* (CAP) tarafından başlatılmıştır. Temel amaç gönüllü katılım esasına dayanılarak eğitim ve hizmet standartlarına uyum sağlanması, laboratuvar hizmetlerinde kalitenin artırılması amacını taşımaktaydı. Test metotları, reaktifler, kontrol serum-

ları, cihazlar, ekipmanlar, hastadan alınan örneklere uygulanan işlemler, analiz prosedürleri, sonuçların rapor edilmesi, iç ve dış kalite kontrol programları, personel iş güvenliği, yönetim becerileri gibi konular değerlendirmeye alınan kriterlerdi. Günümüzde, CAP tarafından akredite edilen laboratuvarların çoğunluğu Amerika'da olmak üzere dünya çapında 6 bin kurumu kapsamaktadır. CAP akreditasyonu aşağıdaki yedi noktaya dayanmaktadır:

1. Laboratuvar hizmetlerinin kalitesinin bütünsel olarak iyileştirilmesi ve hatalardan kaçınılmaya özen gösterilmesi amacıyla bir laboratuvar yönetim ve kalite teknikleri programı kurulması
2. Hatalardan kaçınılmaya özen gösterilmesi ve bunun geliştirilmesi
3. Güvenlik ve sağlık yönetiminde mükemmellik
4. Laboratuvar hizmetleri performansının, personel ve yeterlilik yönetimi tarafından ihtiyatla ele alınması
5. Hasta bakım kalitesinin hekimlerle yakın temasa geçilerek iyileştirilmesi
6. Kriterin uygulanmasıyla işletim giderlerinin ve personel giderlerinin azaltılması
7. Laboratuvarla ilgili hataların azaltılması

Akredite Olmuş Bir Laboratuvarın Avantajları

1. Laboratuvar akreditasyonu, teknik yeterliliğin güvenilir bir göstergesi olarak yurt içinde ve dışında yüksek saygınlığı ifade eder. Akreditasyon belgesiyle laboratuvarın yeterliliği resmi olarak tanınır. Müşterilere (hasta, doktor, hemşire) güvenilir tetkik sunar. Kalibrasyon hizmetlerini belirleme ve seçmede bir rahatlık sağlar.
2. Yapılan denetimlerin kesin sonuçlara bağlanması sayesinde tekrar edilmesi gereken işlemler ve maliyetler azalır.
3. İnsan sağlığı ve yaşanan çevreye olumlu katkıda bulunulur.
4. Kamu ihalelerinde satın alınan ürünlerin kalitesinin ve teknik şartname- lere uygunluğunun kesin tespiti yapılabilir.

Akreditasyona hazırlık aşamasında, öncelikle laboratuvarın akredite olmak istediği deney ve analiz kapsamaları belirlenmelidir. Belgelendirilmiş bir kalite yönetim sistemi kurulmalı ve işletilmelidir. Analizleri yapacak eğitimli, uzman personel bulundurulmalı, görev ve sorumlulukları belirlenmelidir. Malzeme, cihaz ve çevre şartlarına uygunluğu sağlanmalıdır. Analiz yöntemlerinin geçerliliği sağlanmalıdır. Örneklerin kabulü, taşınması ve saklanması için sistem oluşturmalıdır. Verilen raporlar detaylı ve net ifadeler içermelidir. Ancak hepsinden önemlisi kurulan sistemin devamlılığı sağlanmalıdır. Ulusal ve Ulusla-

rarası standartlar Klinik laboratuvarların uygulayabilecekleri iki temel standart sisteminden söz edilebilir. ISO ve EN Kalite Sistem Standartları. Bu iki temel sisteme ek olarak CAP (CAP UK; <http://www.cpa-uk.co.uk>), CLSI (eski adı ile NCCLS) standartları, GLP, CL 88 gibi birçok yasa, belge ve standartlar mevcuttur. Birçok ulusal, yerel ve bölgesel yönetmelikleri de bunlara ekleyebiliriz. 2000 yılında yayımlanan, ISO Guide 25 ve EN 45001 harmonizasyonu ile hazırlanan ISO/EC 17025 standardı arzu edilen çözümü tam anlamıyla sağlamadığından daha sonra ISO 15189 gündeme gelmiştir.

ISO 15189 standardının amacı; tıbbi laboratuvarlarda güvenliğin, hastaların ve tedaviden doğrudan sorumlu olan klinik personelin ihtiyaç duyduğu doğruluk ve kalitenin sağlanmasıdır. ISO 17025'e göre en önemli farklılığı ise teknik yeterlilik koşullarına ek olarak, hastaya en fazla tıbbi faydayı sağlayacak koşulları da yerine getirmesidir. ISO 17025, laboratuvar uygulamalarının teknik yeterliliği konusunda etkin olmasına karşın, özellikle tıbbi laboratuvarlarda hasta güvenliğini doğrudan ilgilendiren bazı alanlarda tanımsız kaldığı ve bu standardın klinik laboratuvarlar için geliştirilmesi gerektiği fark edilmiş ve bu konuda yapılan uzun bir hazırlık süreci sonunda ISO 15189 standardı uygulamaya geçmiştir.

Klinik Laboratuvarlar ve Hasta Güvenliği

İnsanların sağlık hizmeti aldığı kurumlara güvenmesi tedavide oldukça önemlidir. Hasta güvenliği kavramı, sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği zararları önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamını anlatır. Hasta güvenliğinde amaç; hasta ve yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak etkileyecek olumlu bir ortam yaratarak güvenliği sağlamak, süreçlerdeki basit hataların hastaya zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engelleyecek tasarımlar yapmak, hataların hastaya ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemleri almaktır. Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen faktörler arasında, bilgilendirme eksikliği, bilgi/kayıt giriş hataları, laboratuvar ve tanı hataları, bulguların atlanması ve tetkiklerin eksik irdelenmesi sonucu teşhiste oluşan hatalar, tedavi ve ilaç yanlışlıkları, hastane enfeksiyonları, koordinasyon eksikliği, hastanın yeterli beslenememesi, yatak başı bakımda vital bulgulardaki değişikliklerin atlanması / *Checklist*, hastanın taburcu olması sırasında yeterli bilgilendirilmemesi sayılabilir.

Son yıllarda ABD'de yayınlanan raporlarda, bu ülkede her yıl en az 100 bin kişinin tıbbi hatalar nedeniyle öldüğü gösterilmiştir. Bu rakama diagnostik test hataları, yanlış test istekleri, testlerin yanlış yorumlanması gibi doğrudan kli-

nik laboratuvarla ilgili hatalar da dahildir. Klinikte, hekimlerin verdiği önemli tıbbi kararların en az yüzde 60-70'inin tanısal testlere dayandığı düşünülürse hasta güvenliği açısından laboratuvarların önemi daha da iyi anlaşılabacaktır.

Teknoloji, tıbbi hataları bazen de kolaylaştırabilmektedir. Bunun için tıbbi hataların çok iyi yönetilmesi gerekir. Bir medikal teknoloji uzmanının öğrenmesi gereken iki temel kelime “kesinlik” ve “doğruluk” olmalıdır. Bu iki kelime, klinik laboratuvarlarda farklı anlam taşımalarına rağmen genelde eş anlamlı olarak kullanılırlar. “Kesinlik” bir yanlışlık veya hatadan bağımsızlığı, bir doğruya ya da standarda uymayı ifade eder. “Doğruluk” ise yapılan bir işlemin veya gerçekleştirilen bir ölçümün saflığının derecesidir. Laboratuvar süreçlerinde “hasta güvenliği” perspektifi ile gözden geçirilebilecek çeşitli ayrıntılar ISO 15189 standartlarında bulunmaktadır. Klinik karar verme ve hasta yönetim süreçlerinin laboratuvar sonuçlarına bu düzeydeki bağımlılığı, daha yüksek laboratuvar kalite standartlarının geliştirilmesini sağlamıştır. Hasta güvenliği kavramının ortaya çıkması ile ISO 15189 standardının ilk uygulanmaya başladığı dönem aynı yıllara rast gelmektedir. Hasta güvenliği kavramı ve önemi, ISO 15189 standardına da yansımış ve teknik yeterlilik kavramı yanında tıbbi yeterlilik kavramını da içeren akreditasyon standardı ortaya çıkmıştır. ISO 15189'in ISO 17025'ten temel farkı da “sürekli iyileştirme” kavramının bağımsız bir gereklilik başlığı olarak eklenmiş olmasıdır. Standardın en önemli özelliklerinden biri de kalite yönetim sisteminin geliştirilmesi, uygulanması veya etkinliğinin artırılması konusunda bir süreç yaklaşımına sahip olmasıdır. Yapılan çalışmalar, laboratuvarlarla ilgili hataların ancak yüzde 7-13'ünün analitik hatalar olduğunu, aslında en büyük ve en önemli hata grubunu pre-analitik süreçlerdeki hataların oluşturduğunu (yüzde 46-68,2), bu grubu post analitik hataların (yüzde 18,5-47,0) takip ettiğini göstermektedir. Yükselen “hasta güvenliğini sağlama” kaygısı analitik süreçlerin dışındaki süreç alanlarını da daha fazla denetleme zorunluluğunu laboratuvara vermektedir. Bu yaklaşım ISO 15189 standardının temel felsefesi olup, temel paradigmanın, teknik kalite kontrolünden hasta merkezli toplam kalite modeline dönüşümünü ifade eder. Analitik süreçlerle ilgili olarak genellikle sayısal performans hedefleri belirlenebilir. Öte yandan, pre-analitik süreçte veriyi sayısallaştırabilmek ve bir performans hedefi ile takip edebilmek zordur. Bu durum, kurumdan kuruma farklılık gösterebildiği gibi pre-analitik süreçlerin çok da ayrıştırılmamış olmasından kaynaklanmaktadır. Bu durumda, geleneksel olarak ölçüm yapılmayan alanlarda ölçülebilir, performans kriterleri yaratmak ve bu süreçleri takip etmek zorunlu bir “hasta güvenliği” kriteri haline gelmektedir. Bu alanlarda yapılacak iyileştirmelerin toplam kaliteye, hastanın tanı ve tedavisine katkısı çok daha fazla olacaktır.

Tablo 1: Testlerin Güvenli Yolculuğu

Prepreanalitik	Test istemi
Preanalitik	Hastanın numune alımına yönlendirilmesi Barkotlama Numune kabı alımı ve numune alımı ile ilgili kuralların anlatılması Numune Alımı Numunenin transferi Hasta tarafından numunenin teslimi Numunenin numune kabul biriminde kabulü veya reddi Hastanın sonucu ile ilgili yönlendirilmesi Numunenin çalışma bankosuna transferi Numunenin laboratuvarında kontrolü ve kaydı
Analitik	Kültür ekimi Uygun tüpe aktarım Santrifüj Lam lamel arası inceleme-Karar-Kayıt Kültürün inkübasyonu Değerlendirme-Karar-Kayıt İdentifikasyon işlemleri Antibiyotik Duyarlılık Testi İnkübasyon Değerlendirme-Karar-Kayıt
Postanalitik	Sonucun onaylanması Sonucun raporlanması Bildirimi zorunlu mikroorganizma tespiti durumunda ulusal raporlamanın yapılması
Post postanalitik	Sonucun yorumlanması ile ilgili hekime gerekli bilgi ve desteğin sağlanması

Tıbbi Laboratuvarlarda Kalite Göstergeleri ve Hasta Güvenliği

Kalite göstergeleri (*Quality Indicators-QI*), kullanıcıların tanımlanmış bir kritere kıyasla tüm operasyonel süreçlerin kalitesini ölçmelerini sağlayan temel araçlardır. Kalite göstergelerinin verileri zaman içinde hataları tanımlamak, kusurları düzeltmek, monitörize etmek ve etkili müdahaleler yaparak performansı ve hasta güvenliğini sürekli geliştirmek için sürekli toplanmalıdır. Kalite göstergeleri bir organizasyonun, kullanıcıların ihtiyaç ve gereksinimlerini ne kadar iyi karşıladığını ve tüm operasyonel sürecin kalitesini ölçebilir. Taiwan'daki 3800 yataklı tıp merkezinde 2005-2014 yılları arasında bilgisayar bazlı barkodlu hasta tanıma sistemi kurulması ve otomatik örnek etiketleme ve elektronik tanımlama sisteminin kombine edilmesiyle hastaların örnek tanımlama hatalarının %97 azaldığı ortaya konmuştur.

Sağlık bakımı kavramı oldukça kompleks oluşuyla karakterizedir. Sağlık personelinin üstün gayretlerine rağmen bazen bir şeyler ters gidebilir ve hastalara istemeden zarar verebilirler. Tıbbi bir hata geleneksel olarak amaçlanmamış bir eylemin gerçekleştirilmesi, planlanan bir eylemin amaçlanan şekil-

de tamamlanamaması ya da başarısızlığın şansa bağlanamayacak şekilde bir amacın gerçekleştirmek için yanlış bir planın kullanılması olarak tanımlanır. Bu bağlamda hasta güvenliği “sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının ortadan kaldırılması veya azaltılması” olarak tanımlanabilir. Hasta güvenliğini iyileştirmek için klinik uygulama rehberleri, kritik yol haritaları, klinik karar verme destek sistemleri, davranış değişikliğini sağlayacak eğitim programları, yasal önlemler ve tabii ki akreditasyon uygulanması gereken politikalardır.

Mikrobiyoloji laboratuvarında hatalar, diğer laboratuvarlarda olduğu gibi, Pre-analitik, Analitik ve Post-analitik fazlarında olmaktadır. Denetimler de bu safhaların her birinde ayrı ayrı olmalıdır. Mikrobiyoloji laboratuvar hizmetlerinde ilk adım olan analiz öncesi devrede örneklerin alımı, taşınması ve saklanma/depolanması oldukça önemlidir. Laboratuvar hatalarının yüzde 70’e yakını bu safhada olmaktadır. İkinci adım, analiz/test/izolasyon/üretim aşamasıdır. Tüm otomatik, yarı-otomatik ve manuel adımlarda güvence özelliği, duyarlılık ve moleküler-belirleme testleri gerekmektedir. Üçüncü veya post-analitik performansın güvenilirliğinin belirlendiği sonuçların rapora geçirildiği evredir. Mikrobiyolojik örneklerin yanlış alınıp/etiketlenmesinden yanlış antibiyogram sonucuna kadar her aşamasında hata söz konusu olabilmektedir. Sonuçta tedavide gecikme veya başarısız tedavi ile epidemiyolojik olarak da dirençli suşların artarak salgınlar oluşturmaya sebep olunmaktadır. Pozitif veya negatif hatalı bir sonuç, söz konusu bir akut hastalık veya malign bir durum varsa hastanın morbiditesini veya mortalitesini etkileyebilmektedir. Mikrobiyoloji laboratuvarında verilen hizmetler gereği bakteriyolojik, mikolojik, serolojik, paraziter ve moleküler testlerde hatalar oluşabilmektedir. Bunların her birinde hata kaynağı pre-analitik, analitik ve post-analitik olabilir. Bakteriyolojide temel hata kaynakları; örnek alımı ve transportu, besiyerine ekimi ve inkübasyon ısısı ve süresi, oksijen ya da CO₂ oranları, inkübatörün kalibrasyonunun yapılmamış olması, identifikasyon yanlışlıkları (Kalibre olmayan testler), serotiplendirme ve antibiyogram hataları (yanlış antibiyogram diski veya stabil/kalibre olmayan ürünlerle antibiyogram) ve raporlama hatalarıdır (özellikle epidemiyolojik dirençli suşlarda bazı antibiyotikler invitro duyarlı bile olsalar invivo dirençli kabul edilirler; bunlarda zon çapı ne olursa olsun dirençli verilmelidir). Ayrıca bakteri tanımlama ve antibiyogramın bütün aşamalarında flora üyesi olan ya da çevreden alınan mikroorganizmalar ile kontaminasyon kaçınılması gereken çok temel bir mikrobiyoloji laboratuvarı hata kaynağıdır. Serolojik çalışmalarda; en sık hata pre-analitik safhada olmaktadır. Bunlar; hasta bilgisinin toplanması, örnek alımı ve kimliklendirmesi, etiketlemesi, transportu, saklanma/depolanma ve test için ayrıştırma/santrifüj

aşamalarında olabilmektedir. Mikolojik örneklerde hata kaynakları kabaca bakteriyolojidekilere benzemektedir. Parazitolojik testlerde hata kaynakları ise daha çok örnek alımı, saklanması ve transportu yanı sıra analizi esnasında da olabilmektedir. Dışkıdaki lökositlerin amip trofozoitlerine benzetilmesi sık karşılaşılan yalancı pozitiflik gerekçesidir. Moleküler tanı laboratuvarında ise en çok hata; pre-analitik unsurlar yanı sıra kontaminasyon ve titiz çalışmamadan kaynaklanmaktadır. Akreditasyon ile sağlık kuruluşlarında bütün çalışanların katılımı yoluyla hasta güvenliği ve hakları odaklı, sürekli gelişim anlayışının organizasyon kültürü haline getirildiği bir yapı öngörülmektedir. “Hatalara” ve “kaynaklarına” sistem yaklaşımı ile odaklanılır. Akreditasyon bu amaçla kullanabileceğimiz mekanizmaları bize sunar. Bakım ve klinik süreçlerle ilgili olarak tanımlanan gereklilikler, süreç performanslarının veya klinik çıktıların izlenmesi ile bütünleştirilir. Gelecekte akreditasyon standartları bugünden daha fazla hasta güvenliği ve hakları odaklı olacaktır. Hasta güvenliği ve haklarının oluşturulacak politika ve uygulamalarda daima göz önünde bulundurulması ve öneminin her fırsatta dile getirilmesi yararlı olacaktır. Bu çerçevede mikrobiyoloji laboratuvarlarının da akreditasyon süreçlerine hazırlanması ve eğitim/denetimlerden geçerek akredite olması kaçınılmazdır.

Kaynaklar

- 1) Wagar EA, Yuan S. *The laboratory and patient safety. Clin Lab Med.* 2007 Dec;27(4):909-30.
- 2) Howanitz PJ. *Errors in Laboratory Medicine: Practical Lessons to Improve Patient Safety. Arch Pathol Lab Med.* 2005 Oct;129(10):1252-61.
- 3) Wagar EA, Tamashiro L, Yasin B, Hilborne L, Bruckner DA. *Patient Safety in the Clinical Laboratory: A Longitudinal Analysis of Specimen Identification Errors. Arch Pathol Lab Med.* 2006; 130(11): 1662-8.
- 4) Güzel Ö. *Klinik Laboratuvarlarda Kalite Sistemi ve Akreditasyon. Klinik Lab Derg.* 2002; Cilt 1; Sayı 1, 6-9.
- 5) Nowinski CV, Mullner RM. *Patient Safety: Solutions in Managed Care Organizations? Qual Manag Health Care.* 2006 Jul-Sep;15(3):130-6.
- 6) Boone DJ. *How Can We Make Laboratory Testing Safer? Clin Chem Lab Med.* 2007;45(6):708-11. Review.
- 7) Grzybicki DM, Turcsanyi B, Becich MJ, Gupta D, Gilbertson JR, Raab SS. *Database Construction for Improving Patient Safety by Examining Pathology Errors. Am J Clin Pathol.* 2005 Oct;124(4):500-9.
- 8) Valenstein PN, Sirota RL. *Identification Errors in Pathology and Laboratory Medicine. Clin Lab Med.* 2004 Dec;24(4):979-96.
- 9) Hollensead SC, Lockwood WB, Elin RJ. *Errors in Pathology and Laboratory Medicine: Consequences and Prevention. J Surg Oncol.* 2004 Dec 1;88(3):161-81.
- 10) Bender NL. *Action to Improve Patient Safety: “Safety” Prone Health Care Systems. Am- bul Outreach.* 2000 Spring:6-13.
- 11) Güç D. *İyi Laboratuvar Uygulamaları. Klinik Laboratuvar Dergisi, Cilt 1, Sayı 1, Ocak-Şubat-Mart 2002.*

- 12) Plebani M, Ceriotti F, Messeri G, Ottomano C, Pansini N, Bonini P. Laboratory Network of Excellence: Enhancing Patient Safety and Service Effectiveness. *Clin Chem Lab Med.* 2006;44(2):150-60.
- 13) Stankovic AK. The Laboratory is A Key Partner in Assuring Patient Safety. *Clin Lab Med.* 2004 Dec;24(4):1023-35. Review.
- 14) Plebani M. Errors in Laboratory Medicine and Patient Safety: The Road Ahead. *Clin Chem Lab Med.* 2007;45(6):700-7.
- 15) Küçükaksu C. Klinik Laboratuvarların Akreditasyonu. *SBdiyalog; Eylül 2005 :46*
- 16) Plebani M. Errors in Clinical Laboratories or Errors in Laboratory Medicine? *Clin Chem Lab Med.* 2006;44(6):750-9. Review.
- 17) Elston DM. Opportunities to Improve Quality in Laboratory Medicine. *Clin Lab Med.* 2008 Jun;28(2):173-7, v. Review.
- 18) Noble MA. Does External Evaluation of Laboratories Improve Patient Safety? *Clin Chem Lab Med.* 2007;45(6):753-5. Review.
- 19) Laposata M, Dighe A. "Pre-pre" and "Post-post" Analytical Error: High-incidence Patient Safety Hazards Involving the Clinical Laboratory. *Clin Chem Lab Med.* 2007;45(6):712-9. Review.
- 20) Stankovic AK, Romeo P. The role of in Vitro Diagnostic Companies in Reducing Laboratory Error. *Clin Chem Lab Med.* 2007;45(6):781-8.
- 21) Wreghitt T, Trull A. Accuracy of Electronically Transmitted Pathology Laboratory Reports. *Lancet.* 2003 Mar 22; 361(9362): 1060.
- 22) Emerk K. Kalite Nedir? Klinik Laboratuvarlarda Kalite. *Klinik Biyokimya Uzmanları Derneği, İzmir.*
- 23) Unsal İ. Laboratuvar Kalite Yönetimi ve ISO 15189. *Klinik Laboratuvarlarda Kalite. Klinik Biyokimya Uzmanları Derneği, İzmir.*
- 24) Lippi G, Guidi GC, Plebani M. One Hundred Years of Laboratory Testing and Patient Safety. *Clin Chem Lab Med.* 2007;45(6):797-8.
- 25) Tutuncu, O., Kucukusta, D. & Yagci, K., (2007). Patient Safety Culture and A Measurement Instrument within the Context of Total Quality Management. *Dokuz Eylul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,9 (1).
- 26) Tutuncu, O. & Kucukusta, D., (2006). Patient Safety Culture and Accreditation: An Evaluation of Medical Laboratories within the Context of Total Quality Management. *Dokuz Eylul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8 (4). Aralık-Ocak-Şubat 2008-2009 tarihli SD Dergi 9. sayıdan alınmıştır.4 Mart 2009
- 27) Plebani M, Sciacovelli L, Aita A, Chiozza ML. Harmonization of Pre-analytical Quality Indicators. *Biochem Med (Zagreb).* 2014;24(1):105-13.
- 28) ISO 15189:2012. Medical Laboratories-Requirements for Quality and Competence. Geneva, Switzerland: International Organization for Standardization, 2012.
- 29) Ning HC, Lin CN, Chiu DT, et al. Reduction in Hospital-Wide Clinical Laboratory Specimen Identification Errors following Process Interventions: A 10-Year Retrospective Observational Study. *PLoS One.* 2016 Aug 5;11(8): e0160821.
- 30) Quality Laboratory Practice and its Role in Patient Safety. <https://www.ascp.org/content/docs/default-source/policy-statements/ascp-pdf-pp-quality-lab-practice.pdf?sfvrsn=2> (Erişim Tarihi: 10 Şubat 2019)

Türkiye Sağlık Sisteminde Ruhsatlandırma ve Kalite

DR. HASAN GÜLER*

DR. BAYRAM DEMİR*

*Uluslararası Hasta Güvenliği ve Sağlık Finansmanı Araştırmaları Merkezi (UHGSfam)

Son 30 yıl hayatın her alanında teknolojik anlamda çok önemli yeniliklere şahit olduğumuz bir dönemi göstermektedir. Özellikle medikal teknolojilerde ve uygulamalarında meydana gelen hızlı gelişmeler, sağlık hizmetlerinin fiziksel ve fonksiyonel yapılanmasındaki değişimler ve sağlık kurumlarının yapısal ve yönetsel tasarımlarına yönelik farklı uygulamalar, sağlık otoritelerinin bunları bir potada eritip kaliteli sağlık hizmet sunumuna evrilmesi için yönlendirmesini kaçınılmaz kılmaktadır.

Bu değişimlerin yanı sıra gerek 2000'li yıllardan sonra sağlık sektöründeki aktör sayısının artması gerekse düzenleyici ve denetleyici kurumların sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşlarına yönelik yasal şartlarının kompleks bir yapıya ulaşması; en nihayetinde tıbbi bakıma ihtiyaç duyan hastaların daha kaliteli sağlık hizmeti alma isteği daha sistematik çalışmayı ve ruhsatlandırma, denetim ve kalite gibi enstrümanların daha doğru kullanımını karşımıza çıkarmaktadır.

Daha çarpıcı değişimler ise günümüz sosyal hayatında yaşanmaktadır; Evimize veya işyerimize aldığımız her malzemenin ya da yararlandığımız her hizmeti neredeyse hiç sorgusuz bir şekilde kullanmaya alıştığımız bir sosyal düzende yaşamaktayız. Bu kolaylığın temelinde, hemen hemen dünyanın her yerinde uygulana gelen tüketiciler için piyasaya sunulan her ürünün, devletlerin kurumlarınca ruhsatlandırılması veya devletlerin yetkili kıldığı aracı kurumlar/onaylanmış kurumlar eliyle denetimden geçirilerek ruhsatlandırılması bulunmaktadır. Öte yandan, ruhsatlandırma sadece tüketime matuf ürünlerle sınırlı kalmayıp hizmet alanında da uygulanmaktadır. Ayrıca, tüketim ürünleri ve hizmet sektörünün tüm alanlarında daha büyük pay sahibi olabilmek adına piyasadaki aktörlerin bir araya gelerek oluşturduğu ulusal veya uluslararası ölçekte teşekkül ettirilen denetleyici veya akredite edici kurumlardan onay almış ürün veya hizmet sunumu da onlarca yıldır kendisine önemli bir yer tutmuştur.

Bununla birlikte, sağlık sektöründe de benzer bir süreç söz konusu olup halen devam etmektedir. Ancak, sağlık sektöründe devletten veyahut da yetkilendirildiği organlardan onay almadan yasal çerçevede bir hizmetin üretilmesi söz konusu olmamaktadır. Hizmetin verileceği mekânsal planlama safhasından başlamak üzere planlama, denetim ve ruhsatlandırma süreçleri kurumun hizmet vermeyi sonlandırma aşamasına kadar devam etmektedir.

Sağlık hizmetlerinde ruhsatlandırma bazal düzeyde yürütülen ve de hizmetin devamı için olmazsa olmaz bir aşamadır. Ancak ülkemizde ve dünyada kalite ve akreditasyon faaliyetleri çoğunlukla, ilk etapta sağlık kurumunun kendisine diğerlerinden farklı bir hüviyet kazandırma ihtiyacından ortaya çıkmaktadır. Bu ihtiyacın doğru yönetilmesi ve yönlendirilmesi noktasında sağlık politika yapımcılarına büyük görevler düşmektedir. Politika yapımcılar sağlık sisteminin başarısı ve gelişimi için ruhsatlandırma, denetim ve kalite üçlüsünü bir arada ve birbirini tamamlayan bileşenler olarak ele almalı ve sistemi bu yönde dizayn etmelidir.

Ülkemizdeki ruhsatlandırma, denetim ve kalite konularına ilişkin kanuni düzenlemeler ve yapılan temel mevzuatlar incelendiğinde öncelikle ana dayanak olarak karşımıza “3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”nun çıktığını ve bu kanunda da genel düzenlemelere yer verildiğini görüyoruz.

2003 yılında ilan edilen Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın (SDP) 8 ana bileşeninden “Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı” ve “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon” bileşenleri ile de bu konular somutlaştırılmış olup buna yönelik çalışmalar belirli bir düzeyde yapılmaya başlanmıştır.

2011 yılında yürürlüğe giren “663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”nin 8. maddesinde yer alan aşağıdaki fıkralar ile de ruhsatlandırma, kalite ve akreditasyon işlemleri kanuni olarak daha net hale getirilmiş ve mevzuat olarak daha da güçlendirilmiştir. Kanunda bu konular 8. maddede şöyle düzenlenmiştir;

“a) Her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini planlamak, teknik düzenleme yapmak, standartları belirlemek ve bu hizmetler ile sunucularını sınıflandırmak, bununla ilgili iş ve işlemleri yaptırmak.

b) Organ ve doku nakli, kan ve kan ürünleri, diyaliz, üremeye yardımcı tedavi, evde sağlık, yanık, yoğun bakım gibi özellikli planlama gerektiren sağlık hizmetlerini planlamak ve bu hizmetleri sunan kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonu sağlamak.

c) Kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait sağlık kurum ve

kuruluşlarına izin vermek ve ruhsatlandırmak, bu izin ve ruhsatları gerektiğinde süreli veya süresiz iptal etmek.

ç) Sağlık hizmetlerinin ücret tarifelerini belirlemek veya tasdik etmek.

e) Sağlık kurum ve kuruluşlarının mevzuata, Bakanlık politika ve düzenlemelerine uyumunu denetlemek, gerekli yaptırımları uygulamak.

1) Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kuralları belirlemek ve uygulamasını sağlamak.”

Ayrıca, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 25. maddenin 3. fıkrasında Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin tıbbi ve mali kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde Bakanlıkça belirlenecek usul ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulmak suretiyle (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılması öngörülmektedir.

2014 yılında yürürlüğe giren “6569 Sayılı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”un aşağıda yer alan 4. maddesinin f fıkrası ile de sağlık kurumlarının akreditasyonuna ilişkin daha özel bir düzenleme yapılmıştır.

“f) Bakanlık bağlı kuruluşları, yükseköğretim kurumları ve özel kesim ile iş birliği içerisinde sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kurallarının belirlenmesinde Bakanlığa bilimsel katkı sağlamak, sağlık hizmetlerinin akreditasyonu hariç olmak üzere 27/10/1999 tarihli ve 4457 sayılı Türk Akreditasyon Kurumu Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun hükümleri saklı kalmak kaydıyla ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık kuruluşlarını akredite etmek, uluslararası ve bölgesel akreditasyon birlikleri ve örgütleri ile diğer ülkelerin akreditasyon kuruluşlarıyla karşılıklı tanıma anlaşmaları yapmak.”

Şimdiye kadar yapılan kanuni düzenlemeler ile kalite ve akreditasyon faaliyetleri açısından güçlü bir kanuni altyapının oluşturulduğu ifade edilebilir. Bu çalışmada, sağlık hizmet sunumunun başarısını doğrudan etkileyen ve ülke sağlık sistemlerinde hizmet süreçlerinin iyileştirilmesinde ve gelişiminde kritik bir öneme sahip olan ruhsat, denetim ve kalite konularının günümüzde Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve ilgili paydaşlar tarafından hayata geçirilirken ve de ikincil mevzuatlar oluşturulurken kapsayıcılık, içerik, uygulama şekli ve birbiriyle olan ilişkisi; etkileşiminin makro düzeyde incelenmesi ve mevcut durum tespitiyle birlikte politika yapımcılar için geleceğe yönelik bakış açısı oluşturulması hedeflenmektedir.

Ruhsatlandırma ve Ruhsatlandırma İlişkili Denetimler

Sağlık kurumlarının hizmet verebilmesi için sağlık otoritesi tarafından izin verme anlamına gelen ruhsatlandırma hususu, Türkiye’de esas olarak özel sağlık kurumlarında (özel hastaneler, tıp ve dal merkezleri, tıp bebek merkezleri, özel poliklinikler, özel laboratuvarlar, özel diyaliz merkezleri vb.) başlatılmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın taşra teşkilatı olan İl Sağlık Müdürlükleri tarafından düzenli olarak ruhsata ve hizmete esas denetimler adı altında yapılan denetimler ile de ruhsatın geçerliliğine yönelik kontrollerin devam ettirilmektedir.

Türkiye’de kamu sağlık kurumlarında (Aile hekimliği, Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ve üniversite hastaneleri) ise ruhsatlandırmaya ilişkin bir mevzuatın olmadığı ama her ne kadar ruhsatlandırma adı altında olmasa bile zımni olarak genel kurallar ve ilgili diğer mevzuatlar ışığında kontrol ve hizmetin bulunduğu ifade edilebilir.

663 sayılı KHK’nın amir hükmü gereğince 2012 yılından itibaren, Sağlık Bakanlığı tarafından kamu sağlık tesislerine faaliyetlerini yürütebilmeleri için geçici ruhsat belgesi düzenlenmektedir. Bu belge, Sağlık Bakanı tarafından onaylı genel bir yazı çerçevesinde verilmekte olup sağlık kurumları herhangi bir denetime tabi tutulmamakta ve söz konusu ikincil mevzuat düzenlemesi olan yazı içeriğinde herhangi bir kriter ve kurallar manzumesi bulunmamaktadır. Ancak 20 Eylül 2019 tarihinde Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği yayınlanmış olup kamu sağlık tesisleri yılda 1 kez belirlenen kriterlere göre ruhsat denetimine tabi tutulacaktır. Ruhsatlandırma kapsamında ki denetim ilişkili mevzuatlar incelendiğinde ise ruhsata esas denetim, hizmete esas denetim, seviyelendirme ve tescil denetimi olmak üzere üç farklı denetim türünün olduğu görülmektedir.

Ruhsata esas denetim ve hizmete esas denetim sağlık kurumunun özelliğine göre 1 veya 2 yılda bir olmak üzere İl Sağlık Müdürlükleri tarafından sadece özel sağlık kurumlarına yönelik gerçekleştirilmektedir. Seviyelendirme ve tescil denetimi ise özellikli sağlık hizmetlerine (Yoğun bakım, acil servis gibi) yönelik olarak İl Sağlık Müdürlüğü tarafından kamu ve özel olmak üzere tüm sağlık kurumlarında düzenli aralıklarla yapılmaktadır.

Kalite ve Akreditasyon

2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilen Sağlıkta Dönüşüm Programının 8 ana bileşeninden biri olan ve kaliteli sağlık hizmetini hedefleyen “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon” başlıklı bileşene ilişkin çalışmalar ilk yıllarda daha çok atölye çalışması şeklinde gerçekleşmiş olup kurumsal ve sistematik bir hüviyete 2005 yılında kavuşmuştur.

2004 yılında Türkiye genelinde uygulanmaya başlanan “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin” önemli bir parçası olan sağlık hizmetlerinde kalite çalışmaları irdelendiğinde ise bu çalışmaların üç ana eksen üzerine oturtulduğu ve birinci eksenin Bakanlık merkezinde kurumsal bir yapı ve bunun devamı niteliğinde olacak şekilde il yönetimi ve sağlık kurumu düzeyinde bir yapılanma, ikinci eksen ülkenin ihtiyaçlarına göre hazırlandığı belirtilen bilimsel uygulamalarla destekli kalite standartlarının ortaya konması, üçüncü eksen ise hazırlanan standartlar esas alınarak belli periyotlarda sağlık kurumlarının Sağlık Bakanlığı tarafından eğitim verilmiş “Değerlendiriciler” vasıtasıyla yerinde incelenmesi ve standart uygulamasının denetimidir.

Üç ana eksenin zaman içerisinde geliştirildiği ve bunlardan biri olan kurumsal yapılanmanın 2007 yılında Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında kalite ve performans konusuna münhasır kurulan Daire Başkanlığı ile birlikte sahada çalışan tüm personeli kapsayacak şekilde bir yapının kurulduğu görülmektedir. Ayrıca, bu süreçte kalite standartlarının geliştirilmesi devam etmiş olup “Kalite Standartları” setleriyle de sağlık kurumları için bir değerlendirme aracı ortaya konduğu anlaşılmaktadır. Diğer bir husus da Bakanlık tarafından sağlık kurumlarında kalite standartlarının uygulanma durumunu yerinde incelemek ve değerlendirmelerin profesyonel bir şekilde yapılması amacıyla gerçekleştirilen eğitim ve değerlendirme faaliyetleri sonucu insan gücü kapasitesi oluşturularak çok sayıda kişiye “değerlendirici” eğitimi verilmesidir.

Kalite çalışmalarının temel yapıtaşı niteliğinde olan kalite standartları; öncelikle kamu hastanelerine yönelik olarak 2005 yılında 100 kriter, 2007 yılında 150 standart, 2008 yılında 354 standart, 2009 yılında özel hastaneler için 388 standart, 2011 yılında kamu ve özel hastaneleri kapsayacak şekilde 621 standart ve 2015 yılında ise 557 (1100 değerlendirme ölçütü) standarttan oluşan Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane (versiyon-5) seti yayınlanmıştır. Bunun yanı sıra, süreç içerisinde farklı alanlara yönelik olmak üzere (ağız ve diş sağlığı, diyaliz, evde sağlık hizmetleri ve 112 acil sağlık hizmetleri gibi) standart setleri geliştirildiği görülmektedir. Yıllar itibarıyla hem sayılar hem de standartların içeriği ve kapsamı mahiyetinde önemli oranda değişim yaşanmıştır.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2012 yılında hayata geçirilen Türkiye Klinik Kalite Programı ile de ülke öncelikleri, sağlık sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkileri ve hastalık yükü gibi hususlar dikkate alınarak belirlenen sağlık olgularının/hastalıklarının süreç ve sonuç odaklı göstergeler ile izlenmesine yönelik bir dizi çalışma başlatılmıştır. İlk etapta “Diabetes Mellitus, Gebelik ve Doğum Süreci, Diz Protezi, Kalça Protezi ve İnme” sağlık olgularına yönelik çalışmalar başlatılmış ve süreç içerisinde “Koroner Kalp Hastalığı, Kolorektal

Kanser, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Katarakt, Prostat Kanseri ve Diş İmplantı” gibi sağlık olguları da programa eklenmiştir. Bu programda yer alan sağlık olgusu sayısının zaman içinde yaklaşık 20-25 civarında olması öngörülmektedir. Böylelikle her bir sağlık olgusunun belirlenen göstergeler üzerinden kurumsal, bölgesel ve ulusal düzeyde analizi yapılarak iyileştirilmesi gereken alanların tespit edilmesi ve iyileştirme yapmak suretiyle kalitenin artırılması hedeflenmektedir.

Kalite değerlendirmelerinin genel itibarıyla uygulama amaç ve ilkeleri ise aşağıda yer verildiği gibidir: Birincisi, kalite standartları esas alınarak yapılan değerlendirmeler, kurumdaki eksiklikleri tespit edip cezalandırmayı öngören bir denetim mantığı içinde değil, eksiklikleri tespit edip hizmetlerde iyileştirme sağlamak yoluyla sürecin gelişimini hedefleyen bir bakış açısı ile gerçekleştirilmektedir. İkincisi, Sağlık Bakanlığınca, yerinde yapılan kalite değerlendirmeleri mevcut durumun tespiti yanında, sağlık kurumları ve sağlık çalışanları için çok önemli bir eğitim aracı olarak görülmektedir.

Kısa Tarihsel Gelişim

2005 yılında Sağlık Bakanlığınca sağlık kurumlarında “kurumsal performans uygulaması” çerçevesinde, yöneticilerde ve çalışanlarda kaliteli hizmet sunumu farkındalığı oluşturma ve sağlık kurumlarında hizmet süreçlerinin belirlenerek belgelendirilmesini amaçlayan 100 adet kalite kriteri mevzuat olarak yayınlanmış olup dört ayda bir (yılıda üç kez), hastanelerden öz değerlendirme (kurumun bizzatı kendisi tarafından yapılan) şeklinde kriterlere uyum ve kriterleri yerine getirme durumunu ölçmesi beklenmiştir.

2005 yılından sonra sağlık kurumlarının değerlendirilmesi İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde yer alan “performans ve kalite koordinatörlüklerince” yapılmaya başlanmış ve 2007 yılında da sistemin daha da geliştirilmesi, iller arası iyi uygulamaların ve deneyimlerin paylaşılması amacıyla, İl Performans ve Kalite Koordinatörlükleri tarafından yapılan değerlendirmelere ilaveten, “Çapraz Değerlendirme” adıyla farklı illerden değerlendirici ekipler oluşturularak başka bir ilin merkez hastanelerinde değerlendirmeler yapılmıştır.

Türkiye’deki tüm sağlık kurumlarının kalite değerlendirmeleri kapsamına alınması ise 2009 yılında Sosyal Güvenlik Kurumunun özel hastaneleri, hastalardan alacağı ilave ücretlerin belirlenmesi amacıyla yayınladığı puanlandırma yönergesinde kullanılan puanlandırma parametrelerine Sağlık Bakanlığınca hazırlanan “Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları”na uyum düzeyine bağlaması, zorunlu olarak özel hastanelerin de Sağlık Bakanlığının kalite değerlendirme süreçlerine dâhil edilmesini sağlamıştır. Bu çerçevede 2010 yı-

lının ilk yarısından itibaren özel hastaneler de Sağlık Bakanlığınca “Merkezi Değerlendirme” kapsamında değerlendirilmeye başlanmıştır.

2010 yılında “Merkezi Değerlendirme” adıyla Sağlık Bakanlığı değerlendirme ekiplerinin belirlenen kurallar ve takvim çerçevesinde, tüm ülke genelinde belirlenen sağlık kurumlarında değerlendirme gerçekleştirmeye başlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde devam eden çalışmalarla eş zamanlı olarak Bakanlık teşkilatı tarafından elektronik tabanlı sistemler geliştirilmiş ve bugün itibarıyla de kalite değerlendirmelerine ilişkin tüm iş ve işlemler web tabanlı işleyen “Kurumsal Kalite Sistemi” üzerinden elektronik ortamda yürütülmeye başlanmıştır. Yapılan bu çalışmaları destekleyici ve uygulayıcılara yol gösterici mahiyette ihtiyaç duyulan alanlarda rehberler/kılavuzlar yayınlanmış ve çok sayıda eğitim (kongre, sempozyum gibi) gerçekleştirilerek kurumsallaşma anlamında önemli adımlar atılmıştır.

Zaman içinde değişen Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı çalışmaların farklı birimler altında yürütülmesi sonucunu doğurmuştur. Kalite çalışmaları ve akreditasyon standartlarının hazırlanması bugün itibarıyla Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından yürütülmektedir.

Sağlık Bakanlığınca 2003 yılında ilk kez Türkiye sağlık gündeminde açıkça ifade edilerek yer bulan sağlıkta akreditasyon çalışması, uzun bir yolculuk sonrası elde edilen tecrübelerle birlikte kalite çalışmalarının uluslararası bir kimliğe kavuşmasının gerekliliğinden yola çıkılarak 2012 Mayıs ayında, akreditörlerin akreditörü ISQua (*International Society for Quality in Healthcare*) ile yapılan çalışmalar 20 Mart 2013 tarihinde resmi bir hüviyete kavuşmuştur.

Sağlık Bakanlığı Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı tarafından 2013-2015 yılları arasında akreditasyon alanında kullanılmak üzere hastane, tıbbi laboratuvar, ADŞM ve diyaliz hizmetlerine yönelik olmak üzere 4 alanda Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) ile SAS Değerlendirici Eğitim Programı geliştirilmiş ve ISQua tarafından akredite edilmiştir. Bu süre zarfında akreditasyon sisteminin işleyişine yönelik ihtiyaç duyulan ilgili kılavuz ve yönetmelikler hazırlanmıştır. Bu dönemde Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığının (TÜSEB) kurulmuştur. TÜSEB bünyesinde Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) kurulduktan sonra kalite ve akreditasyon çalışmaları birbirinden ayrılmış ve akreditasyon çalışmaları anılan enstitü tarafından yürütülmeye devam etmiştir.

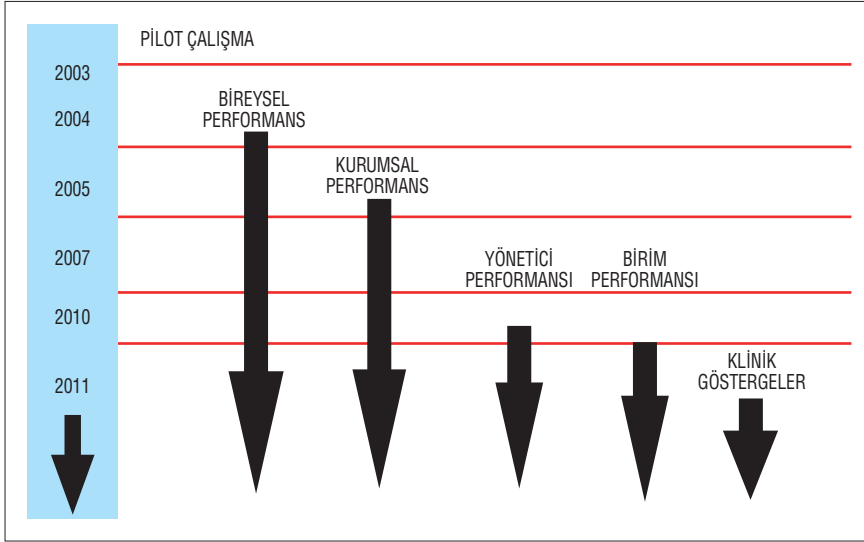
Verimlilik Çalışmaları

Çağdaş işletmecilik uygulamaları içinde “verimlilik” kavramı bir nüve olarak yer almaktadır. Özerk ve kendine yeten kamu sağlık kurumlarının da verimlilik değerlendirmesine tabi tutulması kaçınılmaz bir süreç olarak görülmelidir. Sağlık Bakanlığı, bu doğrultuda ilkesel olarak doğru adımların yasal altyapısını oluşturmuştur. Uygulamalar ise verimlilik konusunun farklı bir yorumunu gündeme taşımıştır. 663 sayılı KHK’nin 34. Maddesi (Kamu Hastane Birliklerine ait hastanelerin gruplandırılması ve denetimi) kapsamında kamu hastanelerinin “Tıbbî ve malî kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri” çerçevesinde gruplandırılması ve performans ölçümüne yönelik olarak Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunca belirlenen periyotlarda “Yerinde Değerlendirme” adıyla başlatılan verimlilik yerinde değerlendirmeleri, illerde Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekterliklerinin kaldırılması ve teşkilat kanununda yapılan değişikliklere rağmen ilgili hükümler korunmuş ve çalışmalar devam etmiştir. Verimlilik yerinde değerlendirmeleri, içerik olarak kalite değerlendirmelerine ve kullanılan kriterler de kalite standartlarına genel olarak benzeşmektedir. Böyle bir uygulamanın isimlendirmesinin doğru olduğu ancak içerik ve uygulama açısından kalite değerlendirmelerinin benzeri olması nedeniyle kendisinden beklenen “verimlilik” açısından tartışmaya açık olduğu düşünülmektedir.

Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin İşleyişinde Teşvik Mekanizmaları

Sağlık Bakanlığı, kalite çalışmalarının Bakanlığa bağlı kamu sağlık kurumlarında hayata geçirilmesi ve kurum paydaşlarınca benimsenmesi ve sahiplenilmesine yönelik olarak bir dizi uygulama başlatmış ve teşvik mekanizmaları oluşturmuştur.

Bu bağlamda, tarihsel olarak Sağlıkta Dönüşüm Programının hayata geçirilmesinde bir katalizör görevi gören Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖS) 2013 yılında pilot olarak başlamış ve 2014 yılından itibaren Sağlık Bakanlığına Bağlı Tüm Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında uygulanmaya başlanmıştır. Bu sisteme 2005 yılında “Sağlık Bakanlığına Bağlı Yataklı Tedavi Kurumlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” dahil edilmiş ve yönerge kapsamında hesaplanan kurumsal performans katsayısı ile sağlık personeline dağıtılacak ek ödeme oranının belirlenmesinde ayrıca bir teşvik mekanizması kurulmuştur.

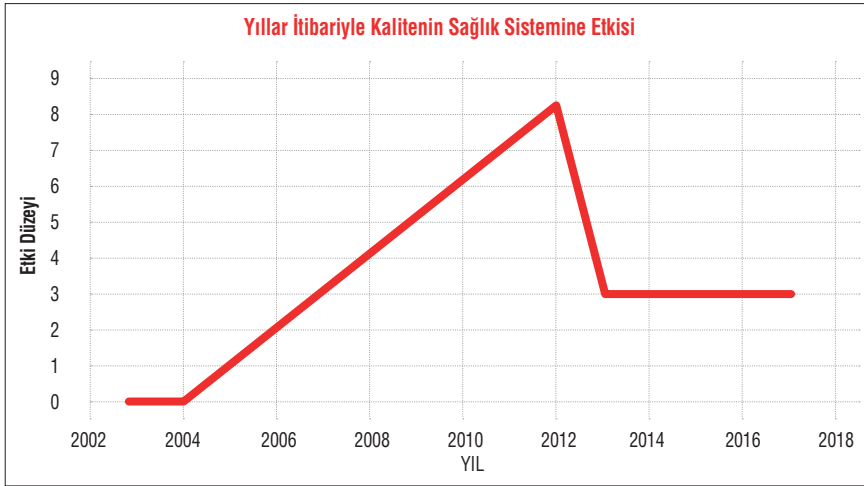


Grafik 1: Türkiye’de performans ve kalitenin tarihsel gelişimi (2003-2011)

Bir diğer önemli gelişme ise Türkiye’deki en büyük geri ödeme kuruluşunun sisteme paydaş olarak eklenmesiyle yaşanmıştır. SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) ile sözleşme imzalamış olan özel hastaneler ile vakıf üniversite hastanelerini kapsayan ve bu hastanelerin hastalardan alabilecekleri İlave Ücret oranlarının belirlenmesini öngören “Özel Hastaneler İle Vakıf Üniversite Hastanelerinin Puanlandırılması ve İlave Ücret Alınması Hakkında Yönerge” Sosyal Güvenlik Kurumunca 2010 yılında yayınlanmış ve kapsamda olan hastanelerin ilave ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan hastane puanının hesaplanmasında kalite standartlarının payının %25 olması Sağlık Bakanlığınca yapılan kalite çalışmalarının sağlık kurumlarında uygulanması için önemli bir adım sayılmaktadır.

Başlangıcından bugüne kadar kalite çalışmalarının Sağlık Bakanlığınca birincil veya ikincil mevzuatlarla desteklendiği ve kalite uygulamalarının başarısı ve etkisinin artırılmasına yönelik olarak, hemen hemen tüm sağlık hizmet sunucularını kapsayan çalışmaların başlatıldığı anlaşılmaktadır. Sistemin etkililiğinin değerlendirilmesi ve zaman içinde etkililik düzeyinin ne yönde seyrettiğine dair sistematik çalışmaların bulunmamaktadır; teknik olarak sistem etkililiğinin sadece sağlık hizmet çıktılarına yönelik olarak yapılabilmesi nedeniyle uzman görüşü olarak bir etkililik değerlendirilmesinin yapılması gerekmektedir. Aşağıda bu yönde oluşturulmuş görüşler ve grafiğe yer verilmiştir. Uzman görüşü olarak, çeşitli parametrelere belirli bir puan/katsayı verilerek kalite çalışmalarının etkinlik analizi yapılmıştır. Bu etkinlik analizi, görüşme-

lerle ve teknik detaylarla oluşturularak grafik haline getirilmiştir. Bu itibarla, kalite çalışmalarının ülkenin tedavi edici sağlık sistemine etkisi anlaşılmaya çalışılmıştır. Böylelikle, kalite çalışmalarının etkililik seyri görsel olarak anlatılmak istenmiştir. Şöyle ki, süreç içerisinde sisteme klinik göstergeler eklenmek suretiyle kalite çalışmalarının sistem içinde etki ve niteliğinin artırılması hedeflenmekte iken 2012’de yönetici performansının, 2013’te kurumsal performans uygulamasının, 2013’te kısmi 2016’da ise tümüyle birim performansının ve 2013 tarihinde de ilave ücret oranının belirlenmesinde kullanılan yönergenin kaldırılması ile birlikte sistemin teşvik mekanizmaları ve etki gücünün olumsuz etkilendiği hatta hali hazırda ihtiyaç, öncelik ve beklentilerin geçmiş yıllara nazaran değiştiğini düşünüldüğünde mevcut uygulamaların etkisinin gerilediğini veya yatay bir seyir izlediğini söylemek mümkün hale gelmiştir. Ancak 2018 ve 2019 yılları itibarıyla kalite puanlarının kamuda sağlık yöneticilerinin hem ek ödemesinde hem performans ölçümünde kullanılmaya başlanması, sağlık sektörünün tümünde sağlık turizmi hizmetini verebilmek ve 3. basamak tedavi edici sağlık kurumu hüviyetini koruyabilmek için kalite puanının etkili hale getirilmesi Grafik 2’de ortaya çıkan yatay eksenin yukarıya doğru ivmelenmesi durumunu ortaya çıkarabilecektir. Ancak bu yönde değerlendirme yapılabilmesi ise önümüzdeki yıllarda uygulamaların ne şekilde yürütüleceğine bağlıdır.



Grafik 2: Yıllar itibarıyla kalitenin sağlık sistemine etkisi

2013 yılı itibarıyla Sağlık Bakanlığı tarafından teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti ile koruyucu sağlık hizmeti sunan kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsayan “Sağlıkta kalitenin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi-

ne dair yönetmelik” yayınlanmış ve geliştirilen kalite standartları çerçevesinde her yıl düzenli olarak kalite değerlendirmeleri yapılmakta ve sağlık kurumlarının kalite puanları belirlenmektedir. Bu yönetmelik doğrultusunda belirlenen kalite puanlarının Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumlarında, personele yapılan ek ödemeye etkisinin olmadığı ve sağlık kurumlarının SGK’dan alacağı ödemeleri de etkilemediğini görmekteyiz. Ayrıca, bu yönetmelik standartların yerine getirilmemesi halinde kurumlara yaptırım (idari tasarruflar hariç olmak üzere) öngören türden hükümler de içermemektedir. Yönetmelikte sadece sağlık kurumlarının kalite puanlarının ilan edilebileceği yönünde hüküm bulunmaktadır. Ancak kalite puanlarının kamuya ilanı ihtiyari bir hüküm olduğundan bugüne kadar ilan edilmemiştir.

Tespitler ve Sonuç

Sonuç olarak, bir sağlık sisteminin etkili ve verimli bir şekilde ülke sağlık çıktılarını iyileştirmesinin birçok bileşeni ve buna etki eden çok sayıda faktörü bulunmaktadır. Ancak bu çalışma, ruhsatlandırma, kalite ve akreditasyon uygulamaları ile sınırlı bulunduğundan sağlık sisteminin bu alanda sağlıklı işleyişi açısından önemli olacağı düşünülen bir dizi tespit ve öneriye maddeler halinde aşağıda yer verilmektedir.

1. Nitelikli ve etkili sağlık hizmeti sunumunda Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Kurumunun kalite çalışmalarındaki rehberliğinin büyük öneme sahip olduğu ve başarı için bu alanda insan gücü kapasitesinin artırılması, kalite alanında kuralların belirlenmesi, standartların geliştirilmesi, değerlendirmelerin yapılması yanı sıra performans ve geri ödeme ile ilişkilendirilmesi bir bütünlük arz etmektedir.

2. Sağlık Bakanlığı bünyesinde son on yılda kurumsallaşan kalite faaliyetleri neticesinde nitelikli ve etkili sağlık hizmeti sunumuna yönelik önemli adımlar atıldığını ve kalite kültürünün tüm sektöre yaygınlaştırılmasında önemli aşamalar kaydedilmiştir.

3. Sağlık sistemlerinde, sağlık hizmet süreçlerinin yönetiminde ruhsatlandırma, denetim, kalite ve akreditasyon çalışmalarının/mevzuatlarının birbirini tamamlayan içerik ve kapsamının doğru kurgulanması durumunda olumlu ve başarılı sonuçlar doğuracağı düşünülmektedir.

4. Türkiye sağlık sisteminde kalite ve akreditasyon alanlarında kanuni alt-yapıların yeterli ve kapsayıcı olduğu görülmektedir. Ancak icracı birimlerin uygulama noktasında birbirleriyle olan senkronizasyonunun tam sağlanamamasından dolayı uygulamalar ve mevzuatlarda tekrarların ve negatif etkilerin meydana geldiği; ayrıca, aynı konudaki mevzuat fazlalığının sağlık kurumla-

rını mevzuata uyum ve etkililiği konusunda duyarsızlaştırdığı düşünülmektedir. Bunun sonucunda, sağlık kurumları ikincil mevzuatlarla yerine getirilmesi beklenen yükümlülükleri yasak savma kabilinden yapmaya başlamakta ve böylece mevzuatlardan beklenen etkililik gerçekleşmemektedir.

5. Sağlık kurumlarının işleyişindeki en önemli sorunların başında görev yetki ve sorumlulukların geçişkenliği ve kimileyin de belirsizliği gelmektedir. Merkezi düzeyde yaşanan belirsizlikler ise ayrıca sorunlar oluşturabilmektedir. Bu çerçevede, Sağlık Bakanlığı organizasyonel yapısının taşra teşkilatı açısından hiç tereddüde mahal bırakılmayacak şekilde tanımlanması gerekmektedir. Kurum görevleri açısından; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yaptığı çalışmalar tüm sağlık sektörünü kapsamakta ve genel olarak da zorunluluk içermektedir. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü sadece Bakanlığa bağlı 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarına yönelik faaliyet göstermekte, TUSKA ise gerek Bakanlığa bağlı sağlık kurumları ve gerekse diğer sağlık kurumları için zorunluluk içermeyen gönüllü bir hizmet alanında ve sınırlı sayıda sağlık kurumunu akredite edecek bir çalışma yürütmektedir. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün diğer birimlere nazaran çatı bir bürokratik örgütlenme olduğu ve dolayısıyla, TÜSEB alt organizasyonu olan TUSKA'nın ve de Bakanlık Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nün bu çatıyı destekleyici ve çizdiği sınırlarda mükerrerlik oluşturmayacak bir yapılanma ve hareket tarzı belirlemesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Ancak adı geçen bürokratik kurumların Bakanlıkla ilişkili olması uygulayıcılar nezdinde karışıklığa sebep olabilmekte ve normların uygulanmasında hiyerarşik karmaşaya düşebilmektedirler. Ayrıca, tekrara düşülen mevzuatlar ve uygulamalar bağlı sağlık kurumlarına, aynı konuda çok sayıda uyarın olmasından ötürü bir duyarsızlaşma/bıkkınlık yaşatabilmektedir.

6. Ruhsatlandırma ve ilişkili denetimler, norm birliğini sağlayacak şekilde sağlık sektörünün tümünü kapsama ve hizmete özel bazı nüansları da içinde barındırabilecek bir sistematığe sahip olmalıdır.

7. Ruhsata esas denetimde kullanılan form ve içeriklerinin daha anlaşılır ve belli bir sistematığe oturtulması ve sağlık kurumlarının denetim aralıklarının daha uzun tutulması gerekmektedir. Ayrıca, kalite çalışmaları, hizmete esas denetim ve bu denetimde kullanılan kriterleri de içerisinde bulundurduğundan kamu kaynaklarının doğru kullanımı; tekrarların kaldırılması ve de norm birliği sağlamak adına "hizmete esas denetim" ya yürürlükten kaldırılmalı veya ihtiyaçlar doğrultusunda revize edilip mükerrerlik oluşturmayacak şekilde tekrar kurgulanmalıdır.

8. Kalite değerlendirmeleri, verimlilik çalışmaları ve diğer denetimlerde

benzer standartların Sağlık Bakanlığı'nın farklı birimlerince ayrı ayrı istenildiği bilinen bir uygulamadır. Bu nedenle, verimlilik ve kalite çalışmalarında kurumlarca uygulanması beklenen veya karşılanması beklenen standartlardan sonuç olarak benzer işleri öngörenlerinin azaltılması veya kaldırılması doğru bir yaklaşım olacaktır. Böylece standartların kendisinden beklenen verimlilik de sağlanmış olabilecektir. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne sağlık kurumları üzerinde uygulama ve iş açısından tekrarlar oluşturan uygulamalarda tasarrufa gitmelidir.

9. Kamuda verimlilik ve etkinlik ilkesi gereğince, Sağlık Bakanlığı ilgili birimi olan Türkiye Sağlıkta Akreditasyon Enstitüsü'nün kuruluş kanunu uyarınca akreditasyona ilişkin çalışma yürütmesi ve Bakanlığın icracı birimlerinin mevcut uygulamalarını tekrarlayan çalışmalarda bulunmaması için mevzuat dili yeniden ele alınmalı veyahut da ikincil mevzuatlarda düzenleme yapılmalıdır. Aynı zamanda, Türkiye'de 10 yılı aşkın zamandır yürütülen kalite ve akreditasyon çalışmalarında önemli bir kültürel ve teknik birikimin olduğu dikkate alındığında yasal imkâna sahip kurumlarca mevcut birikimin sonuçlarının yurt dışına taşınması için çalışma yürütülmesi temel hedef olarak belirlenmelidir.

10. Sağlık Bakanlığı Kalite çalışmalarının kurumlara hizmet açısından ortaya koyduğu katma değeri artırmak adına; geçmiş tecrübeleri gözeterak sistemin başarısı ve sahiplenilmesi için teşvik mekanizmalarının sisteme dahil edilmesi ve SGK'nın özellikle sağlık finansmanında (Özellikle pozitif performans açısından) kalite çalışmalarını kullanacak argümanlar geliştirmesi hasta ve çalışan güvenliğine olumlu etkiye bulunacak ve de başarılı kurumları da teşvik edecektir. Bu nedenle Sosyal Güvenlik Kurumunun etkili bir hasta güvenliği için hasta güvenliği esaslı sağlık finansmanı modelini kalite çalışmalarını da içerecek şekilde genişletmelidir.

11. Ruhsatlandırma, denetim ve kalite süreçlerinin tümü ilgili birimler tarafından bir program çerçevesinde ilgili taraflara ilan edilerek yürütülmeli ve takip edilmelidir.

12. Uygulamalarda istikrar ve kurumların gelecek beklentisinde öngörülebilirliği sağlamak adına, mevcut denetim, ruhsatlandırma ve kalite çalışmalarının klasik denetleme anlayışının yerine daha nitel ve teknolojik araçlar kullanılarak yapılması düşünülmelidir.

Kaynaklar

- 1) *Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik*
- 2) 01/11/2013 tarih ve 36089 sayılı Kamu Sağlık Tesislerinin Geçici Ruhsatlandırması Hk., Sağlık Bakanlığı Makam Onayı
- 3) <https://kalite.saglik.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 29.05.2018)

- 4) *İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge*
- 5) *Özel Hastaneler ile Vakıf Üniversite Hastanelerinin Puanlandırılması ve İlave Ücret Alınması Hakkında Yönerge*
- 6) *Özel Hastaneler Yönetmeliği*
- 7) *Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının İl Sağlık Müdürlüklerince Denetimine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge*
- 8) *Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği*
- 9) *Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Karne Değerlendirmesi Hakkında Yönerge*
- 10) *Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği Koç. O, Sağlık Sisteminde Ödeme Mekanizmaları, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi-Sayı 42*
- 11) *Sağlıkta Akreditasyon Standartları-Hastane (2015). T.C. Sağlık Bakanlığı, Basım Sayısı:1, Sayfa Sayısı 274, ISBN:978-975-590- 479-5, Türkçe, (Yayın No: 1514597)*
- 12) *Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri (2012) T.C Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara 1. Basım – 2012 ISBN: 978-975-590-418-4*
- 13) *Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik*
- 14) *Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane (2015). T.C. Sağlık Bakanlığı, Basım sayısı:1, Sayfa Sayısı 461, ISBN:978-975-590-558-7, Türkçe (Bilimsel Kitap), (Yayın No: 1521213)*
- 15) *Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Hizmeti Sunucularından Sağlık Hizmeti Satın Alım Sözleşmesi (2018)*
- 16) *Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden*
- 17) *Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi*
- 18) *Sağlıkta Dönüşüm Programı Kitapçığı, 2003 Sağlık Bakanlığı Yayınları*
- 19) *Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması Genelgesi*
- 20) *Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları (2009) T.C Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Ankara*
- 21) *Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi*
- 22) *Sözleşmeli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge*
- 23) *Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Yönergesi*
- 24) *Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik*
- 25) *Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinin Verimliliğinin Yerinde Değerlendirilmesi Hakkında Yönerge*
- 26) *Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik (13 Temmuz 2017 tarihli Resmî Gazete)*
- 27) *663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*
- 28) *3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu*
- 29) *6569 Sayılı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun*

Sağlıkta Kalitenin Eksik Basamağı

DR. HÜSEYİN KÜÇÜKALİ*

PROF. DR. MUSTAFA TAŞDEMİR**

*İstanbul Medipol Üniversitesi

**İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Sağlıkta kalitenin geçmişi farklı kaynaklarda milattan önceye kadar dayanırsa da Sanayi Devrimi sonrasındaki uygulamalara bakacak olursak ilk göze çarpan gelişme 1850'lerde İngiltere'de "Medical Care Act" tarafından doktorların eğitim ve tescil standartlarının yayınlanmasıdır. Çok sayıda kurum ismi ve kısaltmanın geçtiği sağlıkta kalite tarihine bir göz atalım.

Dünyada Sağlıkta Kalitenin Gelişimi

1917'de *American College of Surgeons* tarafından hastane standardizasyon programı başlatılmıştır. 1951'de birkaç kuruluşun (*American College of Surgeons, American College of Physicians, American Hospital Association, American Medical Association* ve *Canadian Medical Association*) ortaklığı ile *The Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH) kurulmasıyla ilk defa hastaneler için gönüllü akreditasyon uygulaması başlamıştır.

1960'larda:

- Amerika'da sosyal güvenlik yasasında yapılan düzenleme ile *Medicare* ve *Medicaid* kapsamında hastaneler belirli akreditasyon şartlarına bağlanmıştır.
- Kanada *Joint Commission*'dan çekilerek kendi ulusal akreditasyon sistemini oluşturmuştur.

1970'lerde:

- ABD'de *Professional Standard Review Organizations* (PSROs) kanunu ile devlet destekli kuruluşlar tarafından *Medicare, Medicaid* ve Anne-Çocuk Sağlığı Programı kapsamındaki hastalara verilen hizmetin kalitesinin takibi yapılmaya başlanmıştır. *The Joint Commission*, bir performans değerlendirme prosedürü ortaya koyarak denetim zorunluluğu getirmiştir.

- *The Joint Commission* bünyesinde Ayakta Bakım Akreditasyon Konseyi kurularak ayakta bakım hizmeti veren kuruluşlar da akredite edilmeye başlamıştır.

- Avustralya ulusal akreditasyon sistemini kurmuştur.

1980'lerde:

- *The International Society for Quality in Health Care - ISQua* İsveç'te düzenlenen ilk konferans sonrasında kurulmuş ve dünyanın çeşitli ülkelerinde büyük konferanslar düzenlemeye başlamıştır.

- *Joint Commission*, misyonunu genişleterek hastane dışı sağlık kuruluşlarını da kapsamına almış ve ismini *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) olarak değiştirmiş, ulusal veri tabanı oluşturmaya başlamıştır.

- Sağlık Ekonomisi İdaresi tarafından hastane mortalite istatistikleri yayınlanmıştır.

- John Hartford Vakfı ve *Harvard Community Health Plan* sponsorluğunda endüstrideki Toplam Kalite Yönetiminin sağlığa uygulanabilirliği araştırılmıştır.

- Sağlık Politika ve Araştırmaları Kurumu / *The Agency for Healthcare Policy and Research* (AHRP) tarafından farklı tedavilerin hasta çıktılarına etkisi değerlendirilerek klinik rehberler hazırlanması için bir program başlatılmıştır.

- Pensilvanya ve New York eyaletleri hastane ve doktor bazında performans verilerini yayınlamıştır. Diğer eyaletler ise hasta bakımı verilerini toplamak üzere komisyonlar oluşturmuştur.

- İngiltere'de küçük devlet hastanelerini denetlemek üzere Bristol Üniversitesinde hastane akreditasyon programı başlatılmış ve genel hastaneleri değerlendirmek için *King's Fund Organizational Audit* kurulmuştur.

- Yeni Zelanda ulusal akreditasyon sistemini kurmuştur.

1990'larda:

- Dünya Sağlık Örgütü tarafından bölgesel kalite geliştirme toplantıları düzenlenmiştir. Ayrıca sağlıkta kalite üzerine yayınlar yapılmıştır. Bunlardan biri olan "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Değerlendirmesi ve Güvenesi" başlıklı kitap 1990 tarihlidir.

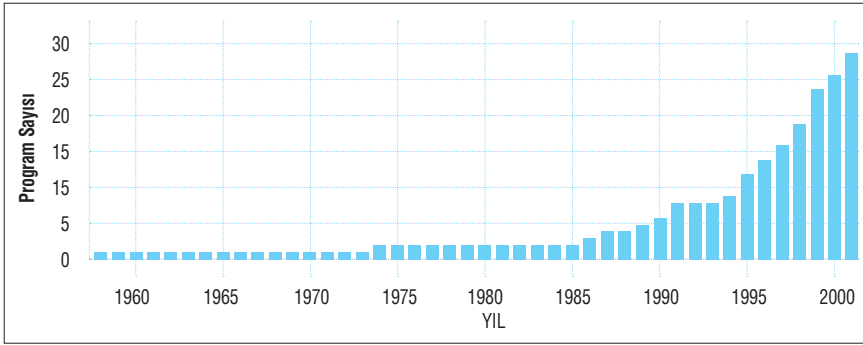
- *World Organization of Family Doctors* (WONCA) Europe tarafından Avrupa Aile Hekimliğinde Kalite ve Güvenlik Topluluğu (EQuIP) kurulmuştur.

- Sırasıyla İngiltere, Amerika, Güney Afrika, Finlandiya, Endonezya, Kore, Arjantin, İspanya, Çek, Japonya, Brezilya, Polonya, İsviçre, Fransa, Malezya, Hol-

landa, Tayland ve Zambiya ulusal akreditasyon programları yürürlüğe girmiştir.

- *Joint Commission* tarafından kurumlara göre performans raporları kamuoyuyla paylaşılmıştır. *Joint Commission International* kurularak uluslararası müşterilere danışmanlık ve akreditasyon hizmeti verilmeye başlamıştır.

2003 yılında dünyada 29 ülkede 33 akreditasyon programı mevcuttur. 1958-2001 yılları arasında akreditasyon programlarının sayısında yıllar içinde görülen artış eğilimi (Şekil 1) günümüzde de ivmesini koruyarak devam etmektedir. Gerek devlet destekli gerek bağımsız birçok akreditör kuruluş ortaya çıkmış ve sağlıkta kalite üzerine iş birlikleri ve şemsiye kuruluşlar oluşturulmuş durumdadır.



Şekil 1: Yürürlüğe giren program sayısı

Kaynak: Quality and accreditation in health care services: A global review.

2018 yılına gelindiğinde akreditörlerin akreditörü olarak bilinen ISQua sosyal hizmetler alanına da genişletmiş olduğu bu üçüncül dış değerlendiricilik hizmetini “*The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (IEEA)*” isminde ayrı bir kuruluş üzerinden devam ettirmeye karar vermiştir. 2019 yılı itibarıyla sadece IEEA tarafından akredite edilmiş 56 program (35 ülkede) bulunmaktadır.

Türkiye’de Sağlıkta Kalitenin Gelişimi

- Türkiye’de sağlıkta kalite çalışmalarının 1990’larda başladığı söylenebilir. 1994 yılından itibaren Başkent Üniversitesi Toplam Kalite Yönetimi Merkezinde sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi üzerine çalışmalar ve yayınlar yapılmıştır. Yine Ankara’da özel sektörden Bayındır Hastanesinin 1997 yılında TS-EN ISO 9001 belgesi alması bir örneklik teşkil etmiştir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından Sosyal Sigortalar Kurumunun sağlık tesislerinde toplam kalite yönetimine yönelik Ocak 2000’de başlatılan çalışmalar neti-

cesinde, SSK Hastaneleri birer ikişer ISO 9000 kalite belgesi almıştır.

- Günümüzde de devam etmekte olan ve devlet öncülüğünde yürütülen sağlıkta kalite çalışmalarının temelleri ise 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın altıncı bileşeni olan "nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon"a dayandırılmaktadır.

- İlk olarak 2005 yılında sağlık hizmet standartlarını belirleme çalışmaları başlamıştır. "Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi" çerçevesinde 100 standart oluşturulmuştur.

- 2006 yılı sonunda standartların yapısında kısmi değişiklikler yapılmış ve hastaneler İl Performans ve Kalite Koordinatörlükleri tarafından değerlendirilmeye başlamıştır.

- 2007'de standartlar revize edilerek sayısı 150'ye çıkarılmış ve önem derecelerine göre tekrar puanlandırılmıştır.

- 2008'deki revizyonda hasta ve çalışan güvenliği vurgulanarak kamu hastanelerine yönelik 354 standarttan oluşan bir set hazırlanmıştır.

- 2009 yılında özel hastanelere yönelik 388 standarttan oluşan ayrı bir set hazırlanmıştır.

- 2011 yılının başında "Sağlıkta Kalite Standartları" kamu, özel ve üniversite hastanelerini kapsayan 621 standarttan oluşan bir tek set haline getirilmiştir. 24 hastanede pilot çalışması yapılarak uygulamaya geçilmiştir.

- 2012'ye gelindiğinde ise kalite çalışmalarının uluslararası bir kimliğe kavuşması gerekli görülmüştür. Bu bağlamda ISQua ile görüşmeler yapılmış ve "ISQua International Principles for Healthcare Standards" incelenerek Türkiye'nin kalite ihtiyaçlarına uygun ulusal bir sağlıkta akreditasyon sisteminin oluşturulmasına karar verilmiştir.

2013 yılında imzalanan protokol ile ISQua - Uluslararası Akreditasyon Programı başlatılmıştır. Bu programın ana hatlarıyla üç sacayağı vardır:

1. Akreditasyon Standartları
2. Değerlendirici Eğitim Programı
3. Değerlendirici Kurum

Program kapsamında her biri için yapılan ayrı çalışmalar sonucunda;

- Ocak 2014'te Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) - Hastane Seti,
- Ekim 2014'te SAS Değerlendirici Eğitim Programı,
- Aralık 2014'te SAS ADSM Seti (Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri Seti),
- Nisan 2015'te SAS Diyaliz Seti,

- Kasım 2015'te SAS Laboratuvar Seti,
- Aralık 2017'de SAS Hastane Seti'nin ikinci versiyonu,
- Kasım 2018'de SAS ADSH Seti'nin ikinci versiyonu ve Denetçi Eğitim Programı'nın üçüncü versiyonu, ISQua tarafından akredite edilmiştir.

Bu süreçlerin yanı sıra 2015 yılında Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesinde Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) kurulmuştur. Standart Setleri ve Değerlendirici Eğitimlerinden sonra akreditör kurum olarak Enstitünün de ISQua tarafından akredite edilmesi ile Uluslararası Akreditasyon Programı'nın (IAP) üç ayağı da tamamlanmış olacaktır.

Görüldüğü üzere yaklaşık olarak birer yıllık periyotlarla sağlıkta kalite adına önemli kilometre taşlarına ulaşılmıştır. Bu zaman zarfında Bakanlıkta, kamu, özel ve vakıf hastanelerinde bir kalite kültürünün oluştuğunu söylemek mümkündür. Hatta elde edilen tecrübe ile Sağlık Bakanlığı'nın Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına tüm bakımevlerine yönelik standartların geliştirilmesi noktasında danışmanlık hizmeti verdiği görülmektedir.

Eksik Bir Şey Var...

Yukarıda dünyanın ve Türkiye'nin sağlıkta kalite macerasında atılan adımlar ana hatlarıyla sıralanmıştır. Görüleceği üzere kalite çalışmaları genel itibarıyla hastane eksenli olarak başlamış ve bazen o eksenle sınırlı kalmıştır. Hastane standartları belirli bir seviyeye geldikten sonra ağız ve diş sağlığı merkezleri, diyaliz merkezleri ve laboratuvarlar gibi diğer kuruluşlarda kalite çalışmalarına sıra gelebilmektedir. Fakat bu hikâyede geri planda kalan, üzerinde diğerleri kadar ciddi adımlar atılmamış bir basamak var: Birinci basamak sağlık hizmetleri. Sağlık hizmetleri piramidinin temelinde yer alan bu basamağın, kalite merdiveninin atlanmış basamağı olduğunu söyleyebiliriz.

Kalite alanında önde gelen uluslararası kuruluşlardan *Joint Commission* birkaç sivil toplum kuruluşunun iş birliği ile 1951 yılında kurulmuş olsa da nüvesi yaklaşık yüz yıl önce teşekkül etmiştir, ama birinci basamağa ancak kırk yıl önce sıra gelmiştir. Bu kuruluş, önce "*The Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH)*" ismi ile hastane eksenli kurulmuştur. Hastane dışı diğer hizmetler sonradan dahil edilmiş ve zaman içinde ismi de değişmiştir. 2013 tarihli "*National Healthcare Disparities and Quality Report*"ta, ABD'de hastane hizmetlerinde kalite hedeflerine hızla ulaşmakta olduğu fakat birinci basamak olarak kabul edebileceğimiz ayakta bakım, diyabet, anne-çocuk sağlığı gibi alanların nispeten zayıf olduğu ifade edilmiştir. Lakin JCAH 1951'de kurulduğunda, 1978'de yapılacak olan ve "Herkes İçin Sağlık" sloganıyla temel sağlık hizmetlerini küresel ölçekte ön plana çıkartacak Alma-Ata (Almatı) Deklarasyonu'na

20 yıldan fazla zaman vardır. Bu durum birinci basamakta kalitenin gündeme alınmasının gecikmesini nispeten anlaşılabilir hale getirmektedir.

Bizde ise kalite üzerine sistematik çalışmalar 2003 yılında başladığında dünyada birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyona yönelik bir birikim bulunmaktaydı. 2005-2011 yılları arasında aile hekimliği modeli sağlık sisteminin temeli olarak tüm ülkede yaygınlaşmıştır. Fakat 2003'ten 2019'a kadarki sürece baktığımızda birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik kapsamlı bir kalite çalışmasına rastlanmamaktadır.

Yine de birinci basamağa yönelik uygulanan, kalite yönetimi kapsamında değerlendirilebilecek birtakım uygulamalar söz konusudur. Aile Sağlığı Merkezlerinin gruplandırılması, denetimleri, performansa dayalı ek ödeme ke-sintisi, ilaç ve reçete takibi, tetkik kotaları, çalışma saatleri, elektronik sağlık kayıtları, atık yönetimi, şikâyet yönetimi gibi... Fakat bunlar dar kapsamlı, gönüllü değil zorunlu, teşvik edici değil cezalandırıcı niteliktedir. En önemli eksiklik birinci basamak hizmetlere yönelik standartlar, göstergeler ve kalite kültürünün yeterince geliştirilmemiş olmasıdır.

Bununla birlikte birinci basamak hizmetlerinin, yapısı gereği, kalite yönetimi uygulamaları açısından kendine has zorlukları barındırdığını da ifade etmek gerekir. Hizmet sunulan birimlerin sayıca çok, yapıcı küçük olmaları; dağınık konumlanmaları, denetimin ve enformasyon akışının zor olması, kalite yönetimiyle ilgilenecek alt birimler kurulamaması gibi...

Sonuçlar ve Temenniler

Sağlıkta kalite yönetiminde ülkemiz hatırı sayılır bir yol kat etmiştir. Fakat birinci basamak sağlık hizmetlerinde kaliteye henüz hak ettiği önem verilmemiştir. Birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerine yapılacak yatırım, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlere yapılandan daha maliyet-etkili olacaktır. Başka ülkelerin adımlarını aynı sırayla takip etmek zorunda değiliz. Aksine, mevcut birikimden ders almalı ve ilk seferde yapmaya çalışmalıyız.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon konusunda bilimsel çalışmalar artmalı ve teşvik edilmelidir. Konunun tüm paydaşlarında ortak bilinç oluşturulmalıdır. Oluşacak bilincin hareket alanı bulabilmesi için insanların bir araya gelmesi ve örgütlenmesi, konuyla ilgilenecek resmi ve sivil kuruluşlarının kurulması da önemlidir.

Kendisine büyük misyonlar yüklenen Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü birinci basamağa özgü bir birim oluşturmalı ve öncelikli olarak bu konuyu ele almalıdır. Bilimsel veriler ışığında birinci basamağa özel yeni kalite göstergeleri tespit edilmelidir. Standart setleri geliştirilerek

birinci basamak sağlık hizmetlerinde akreditasyon geciktirilmeden uygulanmaya başlamalıdır. Ulusal ihtiyaçlarımızı karşılayabilecek şekilde işin yöntem-bilimini üretmeyi, sonrasında da bu konudaki müktesebatımızı etki alanımızdaki coğrafyalara yaymayı hedeflemeliyiz.

Kaynaklar

- 1) Agency for Healthcare Research and Quality. (2013). 2013 National Healthcare Disparities and Quality Report. <http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhqr13/highlights.html> (Erişim Tarihi: 30 Nisan 2015)
- 2) Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. (2013).
- 3) Graham, N. O. (1995). *Quality in Health Care: Theory, Application and Evolution*. Gaitersburg, Mar: Aspen.
- 4) ISQua - The International Accreditation Programme (IAP). ISQua External Evaluation Association. <https://ieea.ch/accreditation.html> (Erişim Tarihi: 18.02.2019)
- 5) Kuş, H. (2000). Sağlık Sektöründe Akreditasyon ve ISO Standartları. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, Cilt: 4, Sayı:2, 3-6.
- 6) Roemer, M.I., Montoya-Aguilar, C. (1988). *Quality Assessment and Assurance in Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization.
- 7) Sağlıkta Akreditasyon Standartları. (2014). Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/2014/sas_tr.pdf (Erişim Tarihi: 30.04.2015)
- 8) Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2014). "Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü" kuruldu. <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=51&newsCat=3&newsID=1178> (Erişim Tarihi: 30.04.2015)
- 9) Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2014). Sağlıkta Akreditasyonda Önemli Adım. <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=46&newsCat=1&newsID=1082&newsPage=4> (Erişim Tarihi: 30.04.2015)
- 10) Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2014). SAS - ADSM Seti ISQua Tarafından Akredite Edildi. <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=46&newsCat=1&newsID=1189> (Erişim Tarihi: 30.04.2015)
- 11) Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2014). SAS Değerlendirici Eğitim Programı ISQua Tarafından Akredite Edildi! <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=46&newsCat=1&newsID=1158&newsPage=2> (Erişim Tarihi: 30.04.2015)
- 12) The Joint Commission: Over A Century of Quality and Safety. (2014). The Joint Commission. http://www.jointcommission.org/assets/1/6/TJC_history_timeline_2014.pdf (Erişim Tarihi: 30.04.2015)
- 13) Türkiye'de Aile Hekimliği. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html (Erişim Tarihi: 30.04.2015)
- 14) Ünal, D., Güler, H., Öztürk, A., Beylik, U., Önder, Ö., Tarhan, D (Editörler). (2014). *V. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı*. Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- 15) Ünal, D., Güler, H., Öztürk, A., Tarhan, D., Beylik, U., Önder, Ö., ve diğerleri (Editörler). (2015). *V. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Konuşma Metinleri Kitabı*. Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- 16) World Health Organization. (2003). *Quality and Accreditation in Health Care Services: A Global Review*. http://www.who.int/hrh/documents/en/quality_accreditation.pdf (Erişim Tarihi: 10.05.2015)

Tıbbi Cihazların Kalibrasyonu

DR. RAMAZAN ÖZYURT*

*İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi

Sağlık kuruluşlarında kullanılan tıbbi cihazlar, ilgili kliniklerde çalışan hekimlerin kullanım amaç ve ihtiyaçlarına göre teknik şartnameler hazırlanarak, satın alma birimleri tarafından belirli satın alma yöntemleri ile alınmaktadır. Birçok sağlık kuruluşunda yeni alınan cihazlar doğru çalıştığı kabul edilerek kullanılmaktadır. Hâlbuki bu cihazların birçoğu farklı ülkelerde, farklı iklim koşullarında üretilmektedir. Ayrıca cihazların sevkiyatı için deniz, kara ve hava yolu kullanılmaktadır. Doğru olarak çalıştığını kabul ettiğimiz bu cihazlar havayolu ile gelirken yaklaşık 70 °C'ye varan sıcaklığa veya kara yolu ile gelirken sarsıntılara maruz kalabilmektedir. Bu olumsuz koşullara maruz kalan tıbbi cihazların, gerçek ölçüm değerlerinden ne kadar sapma yaptığı mutlaka ölçümlenmelidir. Yeni alınan tüm tıbbi cihazlar yeniliğinden daha ziyade kurulum yerindeki ölçümlerinin doğruluğu mutlaka yapılmalıdır. Tıbbi cihazlarla ilgili resmi otoriteler tarafından kabul görmüş bazı terimleri açıklayarak konumuza devam edelim:

Hangi Cihazlar Tıbbi Cihazdır?

Tıbbi Cihaz: İnsanda kullanıldıklarında asli fonksiyonunu, farmakolojik, kimyasal, immünolojik veya metabolik etkiler ile sağlamayan fakat fonksiyonunu yerine getirirken bu etkiler tarafından desteklenebilen ve insan üzerinde bir hastalığın, yaralanmanın, sakatlığın tanısı, tedavisi, izlenmesi ve kontrol altında tutulması, hafifletilmesi veya mağduriyetin giderilmesi, anatomik veya fizyolojik bir işlevin araştırılması, değiştirilmesi veya yerine başka bir şey konulması, doğum kontrolü veya sadece ilaç uygulamak amacıyla üretilmiş, tek başına veya birlikte kullanılabilen, amaçlanan işlevini yerine getirebilmesi için gerekiyorsa bilgisayar yazılımı ile de kullanılan ve cansız hayvanların dokularından da elde edilen ürünler dahil olmak üzere, her türlü araç, alet, cihaz, aksesuar veya diğer malzemelere tıbbi cihaz denir.

Tıbbi Cihaz Aksesuar: Kendi başına cihaz sayılmayan fakat cihaz ile birlikte kullanılmak amacıyla üretilen parça veya parçalardır.

İsmarlama Üretilen Tıbbi Cihaz: Toplu üretime tabi olan ve uygulayıcı hekimin isteklerine göre uyarlanan cihazlar hariç olmak üzere, uzman hekimin reçetesine istinaden, belirli bir hastada kullanılmak amacıyla üretilen parçayı veya parçaları veya uzman hekimin sorumluluğunda belirli bir hastada kullanılmak üzere sipariş edilen cihazları ifade eder.

Klinik Araştırma Amaçlı Tıbbi Cihazlar: Alanında uzman hekim veya klinik araştırma yapmaya yetkili kişi tarafından yeterli klinik ortamda insan üzerinde yapılacak klinik araştırmalarda kullanılmak üzere tasarlanan cihaz veya cihazlardır.

İn Vitro Tıbbi Tanı Cihazı: Genel laboratuvar kullanımına yönelik cihazlar, özellikleri bakımından üreticileri tarafından bilhassa in vitro inceleme amaçlı kullanılmıyorlar ise in vitro tıbbi tanı cihazı değildir. Üreticinin sadece, fizyolojik veya patolojik durum veya kalıtsal anomalilerle ilgili bilgi edinmek veya güvenlik seviyesini ve muhtemel kullanıcılara uygunluğunu tespit etmek veya tedavi edici tedbirleri izlemek için tek başına veya birlikte kullanılmasına bakılmaksızın, insan vücudundan alınan kan ve doku bağışlarını da içeren numunelerin incelenmesinde in vitro kullanmayı amaçladığı, ayrıca (reaktif), ayıracı ürünü, kalibratör, kontrol materyali, kit, araç, gereç, ekipman veya sistem olan bütün tıbbi cihazları ve vakumlu özelliğe sahip olsun veya olmasın, üreticileri tarafından özellikle, in vitro tıbbi tanı incelemesi için insan vücudundan alınan örneklerin konulması ve muhafaza edilmesi amacıyla kullanılan numune kapları tıbbi cihaz kapsamındadır (1).

Ölçme: Bilinmeyen bir büyüklüğün değerini öğrenmek için bu büyüklüğü bilinen bir büyüklük (standart) ile karşılaştırma ve bir değer belirleme işlemidir.

Kalibrasyon: Kalibrasyon, bir ölçü aleti veya ölçme sisteminin gösterdiği veya bir ölçüt/ölçeğin ifade ettiği değerlerle ölçülen bilinen değerleri arasındaki ilişkiyi belli koşullar altında oluşturan işlemler dizisidir.

Ayar: Sapma değeri veya hatası belli olan cihazın ölçü aletleri vasıtasıyla kontrollü bir şekilde cihazın prosedüründeki ayarlara getirilmesidir.

İzlenebilirlik: Yapılan her bir ölçümün sonuçlarını, ulusal standartlara veya ulusallığı kabul edilmiş ölçüm sistemlerine kesintisiz karşılaştırmalar ile bağlanabilme yeteneğidir.

Tıbbi Cihazlarda Kalibrasyon

Acaba hekimlerimiz hastalarına doğru ölçmeyen tıbbi cihazlarla tetkikler yaparak teşhis veya tedavi yapmak isterler mi? Hatırlanacağı üzere eski terminolojide kalibrasyon denilince aklımıza bir cihazın bir yerine tornavida vasıta-

sıyla ayarlanması anlaşılmaktaydı. Kalibrasyonun kontrolü ve kalibrasyonun ayarı olarak algılanmaktaydı. Günümüzde ise kalibrasyon ve ayar artık yerine oturmaya başlamıştır. Günümüzde doğruluğu bilinen sertifikalı bir ölçüm cihazı ile ölçülen tıbbi cihazın değerlerinin karşılaştırılmasıdır.

Bütün ölçümler 7 temel birimlere göre yapılmaktadır. (2)

1. Uzunluk (Metre/m)
2. Kütle (Kilogram/kg)
3. Zaman Saniye/s)
4. Akım (Amper/A)
5. Sıcaklık (Kelvin/K)
6. Işık şiddeti (Candela/C)
7. Madde miktarı (Mol/mol)

Tıbbi cihazların kalibrasyonları daha üst düzey olan izlenebilirliği olan kalibratörler ile yapılmaktadır. Sağlık kuruluşlarında kullanılan ve yeni alınan tıbbi cihazlar mutlaka konusunda Türk Akreditasyon Kurumundan (TÜRKAK) akredite firmalara kalibrasyonlarını yaptırmalıdır. Radyoloji cihazları için ISO IEC 17020 belgesi, diğer cihazlarda ise TS/EN ISO 17025 deney ve kalibrasyon laboratuvarlarının yeterliliği aranmalıdır. Bu belgeye sahip olan firma kalite sistemini çalıştırdıklarını, teknik olarak yeterli olduklarını ve geçerli teknik sonuçları üretebildiklerini göstermekte deney ve kalibrasyon laboratuvarlarının yerine getirmesi gereken bütün şartları içerdiğini göstermektedir. Fakat hastanelerde bu kalite belgesi arandığında bazen yanlışlıklara düşüldüğü de görülmektedir. Teknik şartnameler oluşturulurken standartlar iyi belirlenmelidir. Yukarıda açıklanan 7 büyüklükten birinden akredite olmuş kuruluşlar ancak kendi temel birimini yapabileceği göz önünde bulundurularak satın almalar yapılmalıdır. Konusunda uzman olmayan kişi ve kuruluşlara bu kalibrasyonlar yaptırılma ihtimali de ortaya çıkmaktadır.

Tıbbi Cihazlarda Kalibrasyon Hangi Cihazlarla Yapılır?

Mevcut tıbbi cihazdan çözünürlüğü daha yüksek bir analizör veya kalibratör ile bu sağlanmaktadır. Örnek olarak: Defibrilatör için defibrilatör, ameliyat tavan lambaları için lüxmetre, küvözler için küvöz analizörü, elektro koterler için elektrokoter analizörü, EKG için hasta simülatörü, diyaliz makineleri için diyalizmetre, elektrikle çalışan tüm tıbbi cihazlar için elektriksel güvenlik analizörü, santirüfüj için takometre gibi birçok analizörler ile tıbbi cihazlar ölçümlenebilmektedir. Bu analizörler mevcut tıbbi cihazlarda en az 10 kat daha ileri çözünürlükte cihazlar olmalıdır. Radyoloji departmanlarında bulunan cihazlar

ise X-ray test ünitesi, USG fantom, iyon odası, hasta simüle eden fantom, KVP ölçer, grid hizalama fantomu, kolimatör test aleti, diklik test aleti, odak nokta boyutu test aleti, dose ölçer, mamografik fantom, Cd rad analizör fantom vd. olarak sayılabilmektedir.

Yoğun Bakımlarda Bulunan Tıbbi Cihazlar (Reanimasyon ve Koroner): Yoğun bakım ventilatörleri, portable ventilatörler, EKG monitörleri, kan basıncı monitörleri, non invaziv kan basıncı monitörleri, invaziv kapnograflar ve medikal gaz monitörleri, pulse oksimetreler, ısı monitörleri, transcutaneous oksijen ve karbondioksit monitörleri, defibrillatörler, AED (otomatik eksternal defibrilatörler), infüzyon pompaları, EKG'ler, aspiratörler, hepafiltre sistemleri, medikal gaz ve vakum sistemleri, motorlu hasta karyoları, elektrik prizleri vd.

Ameliyathanelerde Bulunan Tıbbi Cihazlar: Yukarıdaki cihazlara ek olarak anestezi cihazları, koterler, kalp akciğer makineleri, intra-aortic balon pompaları, laparoskopik ensuflatörler vd.

Pediyatri ve Kadın Doğum Servislerinde Bulunan Tıbbi Cihazlar: Yukarıda sayılan bazı tıbbi cihazlara ek olarak Fetal monitörler, küvözler, fototerapi üniteleri, neonatal ventilatörler, pediatrik ventilatörler vd.

Radyoloji Ünitelerinde Bulunan Tıbbi Cihazlar: Direkt grafi (Konvansiyonel radyografi), mamografi, portable röntgen, radyografi-floroskopi görüntüleme sistemleri, C-kollu seyyar röntgen sistemi, anjiyo sistemleri, bilgisayarlı radyografi (CR), dijital radyografi (DR), dental radyografi, griskala ultrasonografi, doppler ultrasonografi cihazları vd. Canlı yapısının maruz kaldığı radyasyon dozuna en büyük katkı radyolojik uygulamalardan gelmektedir. Özellikle girişimsel radyolojide alınan dozlar göz ardı edilemeyecek seviyelere ulaşmıştır. Radyasyon güvenliği ve insan yapısını iyonize radyasyonun zararlı etkilerine karşı koruma, standartlar ile disiplin edilmiştir.

Tıbbi Cihazlarda Kalibrasyonları Kimler Yapar?

Kliniklerdeki cihazlar için TS/EN ISO 17025 ve radyoloji ünitelerinde ISO IEC 17020 belgesine sahip firmalar tercih edilmelidir. Bu firmalarda işi yapan personel, tıbbi cihaz okullarından mezun olmuş (Örneğin biyomedikal teknikeri, biyomedikal mühendisleri vb.), konusunda resmi standartların eğitimini almış yetkin kişiler olmalıdır. ISO IEC17020 akredite olan kuruluşlarda bu işlemleri standart gereği Med. fizik uzmanı tarafından yapılmalıdır. Özellikle kalibrasyonu yapacak kişilerin hem tıbbi cihazları tanımaları hem de analizör kullanımına hâkim olmalıdırlar.

Tıbbi Cihazlarda Kalibrasyon Hangi Sıklıkla Yapılmalıdır?

Kalibrasyon sadece belirlenen periyotlarda yapılmamalıdır. Cihaz hiç kullanılmamışsa, yeni alınmışsa, arızalanmış veya darbe görmüşse, kullanma talimatlarına uygun kullanılmamışsa, cihazda fonksiyon arızaları meydana gelmişse, belirlenen periyotlarda bakım yapılmamışsa, cihaza müdahale edilmişse ve cihazın sonuçlarından şüphe duyuluyorsa cihaz derhal akredite kuruluş kalibrasyon yaptırılmalıdır. Bunların haricinde cihaz, üreticinin önerileri göz önüne alınarak yılda en az 1 kez kalibre edilmelidir. Bu kalibrasyonu belirleyen diğer faktörler cihazın ölçme belirsizliğine, stabilitesine, kullanım amacına ve kullanım sıklığına, sapma sınırlarına, deneyimlere ve standart normlara göre kalibrasyonun sıklığı belirlenir. Ayrıca X-ray cihazları için belirlediğimiz kalite kontrol testlerinin belirli zaman (3ay, 6ay, en fazla 1yıl) aralıklarında düzenli olarak yapılması, hasta ve çalışan personel açısından büyük önem taşımaktadır.

Dokümantasyonlar

Yapılan tüm kalibrasyonlar, TS/EN ISO 17025 standardında yer alan şartlara göre tarafsızca belgelenmelidir. Sertifikanın konusu, başlığı, ölçüm ekipmanının tanımı, kalibrasyon/doğrulama aralığı, her bir kalibrasyonun/doğrulama işleminin tarihi ve tekrar tarihi, sonuçları, kullanılan kalibrasyon/doğrulamanın prosedür ve talimatları, ölçüm ekipmanının tolerans değerleri, kalibrasyonda kullanılan standartlar (izlenebilirlik ve doğruluk açısından önemlidir), ortam koşulları ile ilgili bilgi, sınırlamalar, kalibrasyonu yapan kişi ve kuruluş, kayıtların doğruluğunu onaylayan kişi mutlaka bulunmalıdır.

Dokümantasyon Ne İşe Yarar?

Tıbbi cihazın ölçümlerini gösterdiğinden, tıbbi cihazın doğru çalışıp çalışmadığını tolerans sınırlar içinde bulunup bulunmadığını, cihazda ne kadar sapma olduğunu anlamamıza yarar. Cihazın setifikaları mutlaka cihazın başında bulunmalıdır. Teşhis ve tedavide kullanılan cihaz hakkında sağlık görevlisi bu sertifikaya bakarak hasta üzerinde uygulayacağı tetkik, teşhis ve tedavisine yön verebilmelidir.

Sonuç

- Sağlıkta kullanılan tıbbi cihazlarda üreticisinin belirlediği periyotlara göre en az yılda 1 kez olmak üzere kalibrasyonlar yapılmalıdır.
- Hatalı veya kusurlu cihazlar test ve kalibrasyonlarla belirlenmelidir.
- Her onarım sonrası mutlaka test ve kalibrasyonları yapılmalıdır.

- Bu kalibrasyonlar konusunda akredite olmuş kuruluşlara yaptırılmalıdır.
- Kalibrasyon sertifikaları sağlık kuruluşlarına bir nüshası verilmelidir.
- Sağlık kuruluşları sertifikaların kontrollü kopyasını mutlaka ilgili kliniklere vermeli ve cihazın yakınında ulaşılabilir bir yerde bulunmalıdır.
- Kalibrasyon sonrasında akredite kurum sağlık kuruluşunda mutlaka işlemin sonuçları hakkında cihaz kullanıcılarına eğitim vermelidir.
- Kliniklerde çalışan sağlıkçılar mutlaka bu cihazların sonuçlarına göre teşhis ve tedavilerine yön vermelidir.

Kaynaklar

- 1) *Resmî Gazete Tıbbi Cihaz Yönetmeliği, 7 Haz 2011 2011 tarih ve 27957 sayılı ve 9.1.2007 tarihli ve 26398 gazete.*
- 2) *TUBİTAK UME Ulusal Metroloji Enstitüsü http://www.ume.tubitak.gov.tr/menu_si_birimler.php?f=6000 (Erişim Tarihi: 30.03.2012).*

Sağlık Yapılarında Kalite Kavramı

DR. ÖĞR. ÜYESİ AYSUN FERRAH GÜNER*

*İstanbul Medipol Üniversitesi

Dünya Sağlık Örgütüncü; “Bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hali” olarak tanımlanan sağlık kavramı, insana özgü gereksinimlerden etkilenen karmaşık bir olgudur (1). Sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesini sağlayan ve amacı hastalara iyi hizmet vermek, hızlı tanı koymak, en kısa zamanda iyileştirmek, hasta, hasta yakınları ve sağlık personeline huzurlu ve rahat bir ortam sağlamak, maliyetleri azaltmak olan sağlık ocağı (aile sağlığı merkezi), hastane, rehabilitasyon merkezi gibi sağlık yapılarının tasarımı ve yapımı; söz konusu insan hayatı olması nedeniyle çok daha fazla önem taşımakta ve özel bir organizasyon gerektirmektedir (2).

Sağlık yapılarının mimari tasarımında ve kalite anlayışında zaman içinde değişiklikler olmuş, önceleri mimari kalite, yapı güvenliği ve işlevsel etkinlikle aynı anlamda anılıyorken sonraları bu değerlere estetik ve kültürel değerler, fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlar eklenmiştir. Sağlık yapılarının sağlıklı yaşam merkezleri haline dönüştüğü günümüzde bu yapıların iyileştirici bir çevre sağlamak üzere tasarlanması zorunlu hale gelmiştir.

Bu yazıda “iyileştiren mimari” açısından sağlık yapılarında kalite kavramı ve bileşenleri değerlendirilecektir.

Kaliteli Sağlık Yapısı

Mimari bir ürün olan sağlık yapısının kalitesi; kullanıcının yani hasta, hasta yakınları ve sağlık personelinin beklentilerini karşılayabilme kapasitesidir. Sağlık yapılarının kalitesinden söz ederken yapı güvenliğinin yanı sıra yapıya ait tüm özelliklerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Kaliteli bir sağlık yapısı şunları içermelidir (Şekil 1):

Tasarım Kalitesi: Sağlık yapılarında fonksiyonel açıdan işleyen; ölçülebilir, mekânsal biçimleri, konumu ve yönlendirilmesiyle kullanıcının mekânsal, fizyolojik, ergonomik, estetik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini karşılayan tasarımın yapılmasıdır.

Yapım Kalitesi: Tasarımın uygun teknoloji, malzeme vb. uygulama kalitesidir.

Çevresel Kalitenin Sağlanması: Sağlık yapılarının iç hava kalitesi, ısıtma, havalandırma, aydınlatma açısından uygun mekânsal niteliklere sahip, güvenli, herkes için erişimin kolaylaştırıldığı şekilde tasarlanıp yapılmasıdır.

Yönetmelik ve Standartlara Uyum: Tasarım, yapım, çevresel kalitenin sağlanması, işletme ve hasta bakım kalitesi ile ilgili yürürlükteki bütün yönetmelik ve standartlara uygunluktur.

Yönetim Kalitesi: Sağlık yapılarında verilen sağlık hizmetinin aksama-
dan yürütülmesi, işletmenin yönetim şekli, uygulanan politikalar, süreçler, organizasyon yapısı ve sağlık personelinin kalitesine bağlıdır.

Hasta Bakım Kalitesi: Hasta bakımı için planlanan süreçlerin ve uygulamanın kalitesi, sağlık personelinin mesleki bilgisi, teknolojik olanaklar, hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Sağlık yapılarının fiziksel özellikleri de yönetim ve hasta bakım kalitesini etkilemektedir.



Şekil 1: Kaliteli Sağlık Yapısı

Kaliteli sağlık yapısı her bir süreci için ortaya konan özelliklerin sağlandığı ve çeşitli kayıtlarla bunların belgelenebildiği yapılara verilecek bir nitelik olmalıdır (3). Tüm dünyada sağlık alanında gerçekleşen bilim ve teknoloji-
deki ilerlemeler sonucu tetkik, teşhis ve tedavi yöntemleri ile bu yöntemlerde

kullanılan tıbbi uygulamalar ve cihazlar sürekli gelişmektedir (4). Sağlık yapılarının bu teknolojik gelişmelerin kullanılmasına izin verecek şekilde çağdaş sağlık hizmetinin sunulduğu, hasta, hasta yakınları ve sağlık personelinin gereksinimlerinin tam olarak karşılayan, fonksiyonel açıdan işleyen, ölçüleri, mekânsal biçimleri, konumu ve yönlendirilmesiyle, iç hava kalitesi, ısıtma, havalandırma, aydınlatma açısından uygun mekânsal niteliklere sahip, güvenli, engelli ve yaşlı kullanıcılar dahil herkes için erişimin kolaylaştırıldığı şekilde tasarlanıp yapımı gerekmektedir. Bu kapsamda sağlık yapılarında hasta merkezli tasarımın yani hastaya ve zihinsel, bedensel, ruhsal vb. tüm gereksinimlerine öncelik veren tasarım yaklaşımının benimsenmesi çok önemlidir.

Hasta Merkezli Tasarım

İngiltere’de Ulusal Sağlık Servisi (NHS)’ye göre, sağlık yapıları, hasta ve hasta yakınlarına yüksek kalitede hizmet sunabilmek için planlanmış ve tasarlanmış olmalıdır. Örneğin hasta ve yakınları endişeli olabilir, bu noktada mekân tasarımı hastayı yatıştırmaya ve rahatlatmaya yardımcı olmalıdır. Hasta merkezli tasarımın özellikleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir (5);

- İşlevsel olmalıdır. Sağlık yapısı, mekânsal organizasyon ve dolaşım bakımından kullanışlı ve verimli olmalıdır. Tasarım, uygun mekân standartlarını yansıtmalı, karşılanmasına ihtiyaç duyulan bütün teknik standartları, malzeme, donatı, görsel, işitsel, termal ve kokusal konfor koşullarını içermelidir.



Resim 1: Sheffield Çocuk Hastanesi, Londra (6)

Ulaşılabilir olmalıdır. Sağlık yapısı ve çevresi, herkes için ulaşılabilir olmalıdır. Yaya ve engelli ulaşımının düşünülmüş ve çözülmüş olması, ambulans, toplu taşıma araçları, servis ve yangın araçları, park alanları için çözümler üretilmiş olması ulaşılabilirlik için temel şartlardır.

Yön, yol bulmaya yardımcı olmalıdır. Plan şemasının okunabilir olması, işaretlerin açıkça görülebilmesi ve işaretleme sisteminin hiyerarşik olması, girişe yakın bir bilgi danışma bankosunun bulunması yön bulma konusunda başlıca gerekliliklerdir.

Sosyal destek sağlamalıdır. Sağlık yapısı, sosyal amaçlı kullanıma olanak vermelidir. Dini mekânlar gibi hastalara destek sağlayacak alanlar ile hasta ve hasta yakınlarına (çocuk bakım olanağı dâhil) rahat oturma ve görüşme olanağı sağlayan mekânlar tasarlanmış olmalıdır.



Resim 2: Chelsea Çocuk Hastanesi, Londra (7)

Yetki vermelidir. Sağlık yapısında hastanın karar vermesine yardımcı olacak tasarım özellikleri olmalıdır. Hastalıklar üzerine araştırmalar yapmak için kütüphane gibi veya hasta ve hasta yakınlarının sağlık personeli ile iletişim kurmasına imkân veren mekânlar bulunmalıdır.

Mahremiyet ve özerklik sağlamalıdır. Hasta odalarında gereken mahremiyeti sağlamalıdır. Mekân kişiselleştirilebilmeli, aydınlatma ve sıcaklık gerektiğinde hasta tarafından kontrol edilebilmeli, hastaların bireysel olarak kullanabilecekleri televizyon, müzik gibi seçenekler bulunmalıdır. Çocuk hastalar için ayrıca seçenekler sunulmalıdır.

Estetik olmalıdır. Estetik olarak iç ve dış mekânlarda iyileştirici bir çevre yaratacak tasarım oluşturulmalıdır. İyileşme sürecini hızlandırmak için mekânlarda ferahlık etkisi uyandıran renk, doku, ışık, manzara ve sanat eserleri, donatılar bulunmalı, müzik uygun mekânlarda doğru şekilde kullanılmalıdır. Doğal manzara özellikle tercih edilmelidir. Bunun mümkün olmadığı durumlarda ise doğanın, şelaleler, akvaryumlar, bitkiler şeklinde iç mekânlara taşınmış olması hasta merkezli tasarımın önemli özelliklerindendir.



Resim 3: Wuzhen Medikal Park, Şanghay (8)

Güvenli olmalıdır. Hasta, hasta yakınları ve sağlık personeli için güvenli bir fiziksel ortam sağlanmalıdır. Sağlık yapısı içindeki olası enfeksiyon, emniyet, hırsızlık, gasp olayları, yangın, doğal afetler, felaketler ve kriz senaryoları düşünülerek gereken önlemler alınmış olmalıdır.

Sağlık yapılarının hasta ve hastalık üzerindeki etkileri göz önüne alındığında, bu yapıların iyileştirme sürecini hızlandırıp hastaları hem fiziksel hem de ruhsal yönden destekleyecek ortamlar haline gelmelerinin öneminin çok büyük olduğu anlaşılmaktadır. Yapılan çalışmalar; mekân tasarımının insan sağlığına psikolojik olarak endişe, kızgınlık, depresyon, fizyolojik olarak yüksek kan basıncı, bağışıklık sisteminin zayıflaması ve uykusuzluk gibi etkileri olduğunu göstermektedir. Örneğin yoğun bakım ünitelerinde hastaların sert ve tek tip olan floresan ışığına, monitörlerin sesine, beyaz veya yeşil duvarlara maruz kalmaları; uyku bozukluğu, halüsinasyonlar ve bazı durumlarda hafif psikozdan oluşan yoğun bakım ünitesi sendromuna (ICU) yol açmaktadır (5).

Hasta odalarının mimari mekân kalitesinin irdelenmesi amacıyla yapılan bir alan çalışmasında Gaziantep'te özellikle fiziki şartların daha iyi olduğu düşünülen, akreditasyon hazırlıkları yapan özel iki hastane seçilmiş ve bir anket ile kullanıcı memnuniyeti değerlendirilmiştir. Çalışma kapsamında, mimari mekân kalitesi açısından sorunların bulunduğu tespit edilmiş ve hasta odalarında kullanıcı memnuniyeti açısından dikkat edilmesi gereken tasarım ölçütleri işlev, estetik ve güvenlik olarak belirlenmiştir. Ayrıca mahremiyet, huzur ve sessizlik, yardım gerektiği durumlarda izleniyor olduğu hissi, temizlik, güvenlik, gerektiğinde diğer hastalardan ayrı olma, uygun olduğu hallerde diğer hastaların arkadaşlığı, hasta odasının dışındaki dolaşmayı teşvik edecek unsurlar, banyo ve duşa erişim, doğru ve yeterli aydınlatma, yatak ve televizyon kumandalarına, telefona, hemşire çağrı işaretine kolay erişim, kişisel eşyalar için yeterli ve erişilebilir bir alan, ziyaretçiler için konaklama alanı, dışarıyı görebilme ve estetik, hoş giden ortam, hasta odalarında bakım kalitesi ve iyileşmeyi etkileyen faktörler olarak ortaya konulmuştur (9).

Kanıtı Dayalı Tasarım

Günümüzde özellikle ABD’de sağlık yapılarında EDAC adında bir kuruluş tarafından da sertifikalandırılan “kanıt dayalı tasarım” yaklaşımı gündemdedir. ABD’de yapılan çalışmalarda, hasta odaları bütün hastaların yattıkları yerden dışarıdaki yeşil manzarayı görebilecekleri şekilde tasarlandığında, hastaların daha çabuk taburcu olduğu, daha az ağrı kesiciye ihtiyaç duydukları veya sağlık yapılarında sanat eserlerinin kullanılmasının tansiyon ve nabızı düşürdüğü kanıtlanmıştır.



Resim 4: Maggie Kanser Tedavi Merkezi, Manchester (10)

T.C. Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanan ve sağlık yapılarında hizmet kalitesini artırmayı amaçlayan Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzunda yeni yapılacak olan, yenilenen, tadilat veya ek yapılacak olan sağlık yapılarının projelendirilmesi, tasarımı, yapımı, bakımı ve onarımı için asgari standartlar ortaya konmuştur (4). 2010 yılında hazırlanan bu kılavuzda örneğin fiziksel çevre koşulları, havalandırma, aydınlatma, yeterli yeşil alan kullanımı vb. için bazı standartlar belirtilmiştir.

Fiziksel çevre koşulları açısından yerleşim ve binanın organizasyonunun, doğal manzara ve diğer doğal arazi özelliklerine uygun olması, doğal ışığın kul-

lanımı ve sürekliliği durumu ile aydınlatma ve doğal manzaranın fiziksel çevrenin tasarımında göz önüne alınması, hem hastalar hem de sağlık personeli için doğal ışığa erişimin önemi ve tüm alanların mümkün olduğu kadar gün ışığı alması gerektiği örneğin koridorların sonundaki pencereler, binanın yoğun geçişli yerlerdeki derin alanlara doğru olan ışıklıklar ve kapı üstü pencerelerinin doğal ışık kaynağı olarak kullanılabilmesi veya mekânın gereksinimlerine bağlı olarak yapay ışıklandırma kullanım durumları da ifade edilmiştir.

Sağlık yapıları içinde yeterli yeşil alan kullanımı konusunda belediyelerin kanun ve yönetmeliklerine uyulması ve sağlık yapılarının planlama aşamasında yeterli yeşil alan ayrılmasının ilgili belediye tarafından yazılı olarak belgelenmesi gerektiği, bina personelinin, hasta ve yakınlarının erişebilecekleri, kontrol edilebilir, sağlık yapısı ve hastalar için özel olarak tasarlanmış iyileştirici ve canlandırıcı bahçeler ve dış mekânın tasarımının önemi belirtilmiştir.

Kılavuzda ayrıca hizmet alanları ile ilgili özellikler ve standartlar (hasta odaları vb.), bina ulaşım alanları (merdiven, rampa, asansör vb.), engellilere yönelik tasarım standartları, giriş, otopark, gizlilik, güvenlik, atık işleme, mekanik standartlar vb. belirlenmiştir (4).

Sağlık kurumlarının kalitesini yükseltmek ve “iyileştiren mimari” kapsamında sağlık yapılarının iyileştirme sürecine olumlu etkisini sağlamak, hasta merkezli tasarımın yani hastaya ve zihinsel, bedensel, ruhsal vb. tüm gereksinimlerine öncelik veren tasarım yaklaşımının uygulanması ve kanıta dayalı tasarımın yani çevrenin hasta üzerinde kanıtlanmış etkilerini dikkate alarak bu standartların yeniden ve sürekli düzenlenmesi ile mümkün olacaktır.

Kaynaklar

- 1) WHO (Dünya Sağlık Örgütü) (1946). *Dünya Sağlık Örgütü Resmi Kayıtları, International Health Conference, New York, No:2, s:100.*
- 2) Sağlık Yapılarında Ergonomi metni <http://www.slideshare.net/Intdes/salik-yapilarinda-ergonomi> (Erişim Tarihi: 25.12.2015).
- 3) Akdoğan, R., Hacıhasanoğlu, O. (2006). *Kaliteli Bina Elde Edilmesine İlişkin Yönetmelik Yaklaşım Önerisi, itüdergisi/a Mimarlık, Planlama, Tasarım Cilt 5, Sayı 1, s:71.*
- 4) T.C. Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı (2010). *Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu, Sağlık Bakanlığı Yayın Numarası:800, s:1-5.*
- 5) Ergenoğlu, A. S., Aytuğ, A. (2007). *Sağlık Kurumlarında Değişen Paradigmalar ve İyileştiren Hastane Kavramının Mimari Tasarım Açısından İrdelenmesi, YTÜ Mim. Fak. E-Dergisi, Cilt 2, Sayı 1 s:50-57.*
- 6) Sheffield Çocuk Hastanesi, <https://www.designweek.co.uk/issues/30-january-5-february-2017/morag-myerscough-transforms-rooms-sheffield-childrens-hospital/> (Erişim Tarihi: 21.02.2019).
- 7) Chelsea Çocuk Hastanesi, <https://thomasmatthews.com/project/hospital-wayfinding/> (Erişim Tarihi: 21.02.2019).

- 8) *Wuzhen Medikal Park*, <https://www.architonic.com/en/project/gerkan-marg-partner-wuzhen-medical-park/5104838> (Erişim Tarihi: 21.02.2019).
- 9) *Ergenoğlu, A. S., Tanrıtanır, A. (2013). Genel Hastanelerde Kullanıcı Memnuniyeti açısından Hasta Odalarında Mimari Mekân Kalitesinin İrdelenmesi: Gaziantep İlinde Bir Alan alışması*, *Megaron* 8(2), s:61-63.
- 10) *Maggie Kanser Tedavi Merkezi*, <https://www.architonic.com/en/project/foster-partners-maggie-s-centre-manchester/5104810> (Erişim Tarihi: 21.02.2019).

Hastalar ve “Hasta Mekânlar”

PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN*

*İstanbul Medipol Üniversitesi

Mekânı ilk bakışta, içinde eylemlerimizi sürdürdüğümüz boşluktan ibaret olarak görebiliriz. İnsanın kavramakta zorlandığı evrensel boşluktan kendini ayırarak algılayabildiği ve kendini içine ait olarak gördüğü sınırlı bir hacimdir bir bakıma. Mekân sınırlı olmakla birlikte, bu sınırlar fiziksel olduğu kadar net olmayan ve algılarımızla şekillenen bir hattı da ifade edebilir. Mekân bu yönüyle hacimden ayrılmaktadır. Kısacası mekân farklı duyularımızla algılabilen, algılarımızla anlam kazanan bir kavramı ifade etmektedir. Algılarımız bedenimizde olup bitenleri anlamamızı sağladığı kadar çevremizde, dış dünyamızda olup bitenleri kavramamızı da sağlar. Algılama düzeyimiz bireyler arasında çok değişken olduğu kadar aynı bireyin farklı zaman ve sağlık durumuna bağlı olarak da farklılıklar göstermektedir. Bu da içinde hayatımızı sürdürdüğümüz sabit hacimleri oldukça değişken mekânlar olarak telakki etmemize yol açmaktadır.

İnsan kendine özel olan algılarıyla bedenine ve içinde bulunduğu mekâna yine kendine özel sınırlar çizmektedir. Bu sınırlamanın mimarın projesinde işaretlediği fiziksel bir mekân sınırlamasından ibaret olmadığı aşikârdır (1). İnsanın aynı zamanda sosyal bir varlık olduğu malumdur. İçinde yaşanan hacmin kullanıcı ile olan etkileşimidir esas mekânı oluşturan. Memnuniyeti artıracak bir mekân oluşturulmasında; mekânı tasarlayanlar, mekânı kullananlar ve mekân arasında güçlü bir dil birliğinin sağlanması gereklidir. Yani mekânın tasarımcısı, tasarımına hayat verirken o mekânın kullanıcılarına ulaşabilmeli, onun ihtiyaçlarına karşılık verebilmelidir (2). Bu mekân bir sağlık kuruluşu ise mekân üzerinde söz sahibi olanlar, buradan yararlanacak olan hastaları ve hasta yakınlarının kederini, acılarını, sevinçlerini paylaşabilmeli; kültürünün, geleneklerinin farkında olmalı; inançlarına saygı gösterebilmelidir. Genel bir ifadeyle, bir mekânı şekillendiren anlam yüklü mekânsal öğeler; toplumun kültürü, gelenekleri, beklentileri ve anıları doğrultusunda şekillenmelidir. Sağlık kuruluşlarında ise kullanıcının sağlıklı normal bir birey değil, duyguları kırılğan bir hasta olduğu unutulmamalıdır.

Hastane ortamını anlamak için ıstırap çeken bir hastanın bakış açısıyla ortamı görebilmek gerekiyor. Bu çok kolay olmasa da kullanıcı olan hastanın içinde bulunduğu mekânın yani hastanenin ve nihayet o mekânı tasarlayıp kuranların ortak dili kullanmalarından başka bir yol görünmüyor. Askeri Tıp Kongresinde hastaya yaklaşımımızı eleştirirken Osman Hayran Hoca'dan duymuştum ilk kez. "Hastaneler, başvuran insanların hasta damgası vurularak kapatıldığı mekânlardır!" diyordu (3).

Gündelik hayatını sürdüren normal sağlıklı bir insan olduğunuzu hayal edin. Ani başlayan baş ağrısı ile muayene olmak üzere bir hastane polikliniğine başvuruyorsunuz. Genellikle kalabalık insanların beklediği dar bir koridora açılan penceresiz küçük bir odaya alınıp ilgili doktor tarafından muayene edilirsiniz. Güler yüz gösterme, yeterince vakit ayırma, size değer verilmesi gibi konulara hiç girmiyorum. İstenilen tetkik için laboratuvar, kan alma odası, buralardaki beklemeler konusunda her şeyin olağan olduğunu varsayalım. Nihayet bir karar veriliyor. Artık normal sağlıklı bir birey değil, "hastasınız!" Hasta olarak damgalanmışsınız ve mahkûm edilerek koğuşa yatırılmanıza karar verilmiştir.

Merdiven ya da asansörle çıktığınız katta sizi uzun fakat dar koridorlar, keskin ve hoş olmayan kokular, mermer ve paslanmaz çelik gibi malzemelerin hâkimiyetindeki soğuk bir çevre karşılar. Önünden geçtiğiniz kapılarda ne anlama geldiğini bilmediğiniz yazılı levhalar, duvar boyunca sıralı sedyeler ve garip aletler yolunuzu gözler. Bu ilginç yolculuğa adınızın yatak numarasıyla tescil edildiği bir mekânda ara verirsiniz.

Hasta mahremiyetini gözetken tek kişilik hasta odaları yaygınlaşmaktaysa da hala geleneksel koğuş kültürü varlığını sürdürmektedir. Eğer okulu yatılı okuma gibi bir hayat tecrübeniz yoksa yatak odasını başkalarıyla paylaşmak zorunda bırakılmanızın ne kadar garip olduğunu hissedersiniz. Özgürce giyinme şansınızın bile olmadığı, pijamanızı giyerken soyunma dolabının kapağını siper edinmeye çalıştığınız, akciğerden çıkan havayı ve bağırsak gazlarını ortaklaşa solumak zorunda olduğunuz, kapıyı her isteyenin açıp kapattığı, arada dolaşanların terlik seslerinin harmonisi ve sık sık açıp kapatılan aydınlanma efektleriyle zenginleşen bir mekândır koğuş. Sağınızda, solunuzda ya da karşınızda horlayan, inleyen, bağırarak insanlarla paylaşılan bir mekân. Genelde her yatak başına bir nöbetçi dikilmektedir. Refakatçi adı verilen bu nöbetçiler, genellikle hasta yakınlarından seçilmekte ve yatak aralarındaki sandalyelere oturmalarına müsaade edilmektedir. Böylece koğuş nüfusu ikiye katlanmakta, ortam ile hava, su ve enerji kaynakları iki kat nüfusla paylaşılmaktadır. Bu ortamda mahremiyet kavramı anlamsızlaşmaktadır artık. Oda, gürültü, hava, hijyen, tuvalet, yemek, dedikodular ve dertler, hemen her şey ortaktır.

İçinde bulunduğunuz mekânın fiziksel sınırları kadar, algılarınızla oluşturduğunuz sosyal sınırlar da vardır şüphesiz. Koşušta bu sosyal sınırlar o kadar muallaktır ki, birbirleriyle kesişmek yerine adeta kaynaşmaktadırlar. Böyle bir ortamda “kişisel alan” kavramına yer olmadığını görürsünüz. Hâlbuki günlük hayatınızda kişisel alanınız yani ihlal edilmesine tahammül edemediğiniz, davranışlarınızla tepkiler vermenize neden olan, gözle görünmeyen ama varlığı tartışılmayan sınırlarınız yani mahremiyetinizdir o (1).

Bu koşuşlarda geceler istirahat zamanı değil, dertlerin sorunların alevlenme zamanıdır. Bir türlü geçmek bilmez. Öksürük ve aksırık sesleri ile baş başa kalmak bile gecenin sükûneti olarak kabul edilebilir. Saat başlarında içeri birileri girip ışıkları yakar. Tedavi seansı gelip rutin dağıtılan ilaçlar, ağrısı nedeniyle inleyenleri, bulantıyla öğrenleri ve kusanları susturmak için yapılan iğneler, ateş ölçmeler, tansiyon ölçmelerle geçen, arada hemşirenin otoriter uyarılarıyla sessizleşen, susulan ve uyutulan değil ama fırsat bulunursa sızılan bir andır geceler.

Size gösterilen yatağa sığındığınızda farklı kişilerin birtakım sorularına muhatap olursunuz. Hastalığınızla ilgili, yediğiniz içtiğiniz, soyunuz sopunuzla ilgili birtakım sorular sorulur. Bu sorulara verdiğiniz cevaplara bakarak birtakım kâğıtlara notlar alınır. Bu arada soruların “size” değil, adeta sizin dışınızda olan herhangi bir “hastaya” sorulduğunu ve sizin verdiğiniz cevaplar yerine o hastanın, soranın yönlendirdiği ve istediği cevapları verdiğini görürsünüz. Kısacası artık siz de hastane nesnelerinden bir nesne olarak var olmaya başlamışsınızdır. Kendi benliğinizi, duygularınızı, düşüncelerinizi gittikçe daralan bir mekâna sıkıştırır ve kendi dünyanızı hastane dışına terk etmek durumunda kalırsınız. Hemşirenin kolunuza sardığı manşon, koltuk altına verdiği derece, damarınıza soktuğu iğne, tüplere aldığı kan teferruatıdır artık.

Eğer yeterince fark edebilecek gücünüz varsa hastanenin diğer nesneleriyle yani komşu yatakların sakinleriyle iletişime geçmek istersiniz. Çoğunun koluna iğneyle sokulmuş bir hortum takılıdır ve bu hortumun üst ucuna asılı bir şişeden ne olduğunu bilmediğiniz birtakım sıvılar ve kimyasal maddeler akmaktadır. Nedense bazılarının kolu bir bez parçasıyla karyolanın kenarına bağlanmıştır. Sağ yanınızda yatanın burnunda ucunun bir torbaya bağlı olduğu anlaşılan bir hortum sokuludur. Karşınızda soluk alıp vermede zorlandığı görülen ihtiyarın ise ağız ve burunu üstelik bir de plastik bir maskeyle kapatılmıştır. Onun yanındakinin yatağının kenarında içi yarıya kadar sarı bir mayıyla dolu bir torba asılıdır. Torbadan çıkan hortum yorganla çarşafın arasından hastanın bacaklarına doğru gitmektedir. Yatak başlarında duvarda fokurdayan şişeler görürsünüz. Soldaki yatağın ayak ucunda ise üzerinde irin gibi bir mayı

içeren büyük iki cam şişe olan motorlu bir alet vardır.

Artık bu ortamda, “Pencere var mı, pencereden güneş içeri giriyor mu, dışarıda manzara nasıldır?” gibi soruları zihninize getirebilmek için zamana ihtiyacınız vardır. Pencereden dışarı baktıkça yeşil bir bahçeyi, bakımlı ağaçları, şırıldayan havuzu ve havuzdan su içen kuşları seyredebilmek, sadece hayal gücünüze kalmıştır.

Sabahları vizit saati dedikleri bir telaş anı vardır; “hasta mahkûmlar”ın sayımı ve teftişi gibi bir şey. Sus işareti yapan hemşire resminin altında duran hemşirenin “Siviller dışarı!” diye bağırmasıyla yatak başı nöbetçileri dışarı çıkarılır; bütün mahkûmların yatağına geçmesi komutu verilir. Demek ki bu mekânda sadece nöbet bekleyen refakatçiler sivildir. Hastaların mahkûm, geri kalan beyaz ve mavi üniformalı görev yapanların ise zaten rütbeliler olduğu biliniyor. Bu vizit başlamadan önce hastane çalışanlarının yoğun bir mesaisi olur. Oda temizliği, çöplerin dökülmesi, sabah kahvaltısının dağıtılması gibi işler gün ağarmadan tamamlanır. Ardından bütün hastaların tansiyon, nabız ve ateşleri ölçülür, asistan ve hemşirelerin her gün birbirine benzeyen soruları cevaplanır ve bunlara göre notlar tutulur. Nihayet koğu vizite hazır hale gelmiştir.

Beyaz üniformalı, kadınlı erkekli bir grubun yatakları tek tek dolaştığı, tefiş ettiği ve hesap sorduğu bir manzaradır vizit. Grubun başında genellikle üst rütbeli biri vardır. Sorularından, ona verilen cevaplardan, diğerlerinin telaşla notlarını karıştırıp bir şeyler söylemesinden anlarsınız bunu. Bazen de yüksek sesle fırça atması rütbesini ele verir. Anlamadığınız bir dil konuşurlar aralarında. Aşına olduğunuz birçok rakam ve az sayıda kelimeden sizinle ilgili bir konudan bahsettiklerini fark edersiniz, fakat bu konuşmalarda hiç adınız geçmez. Bazı sabahlar birkaç cümlelik ayaküstü konuşmalarla yanınızdan geçtikleri olur. Bazen de komutanın sizinle ilgili bazı uygulamalar, hatta bazı işkenceler yapılması talimatını verdiği şahit olursunuz. Bu işkence yönteminin uzun uzun anlatıldığı da olur.

Hangi tür görüşme olursa olsun, bu esnada gruptan nadiren yüzünüze bakınlar olur. Herkes verilen bilgilere ve yapılacak işkencelere odaklanmıştır. Siz üniformaların yüzlerindeki mimiklerden durumun iyi mi yoksa kötü mü olduğunu anlamaya çalışır, umutla yeis arasında gider gelirsiniz. Kimse size ne istediğinizi, nasıl bir davranış beklediğinizi, yapılan uygulamaları hoş karşılayıp karşılamadığınızı sormaz. Belki sonradan kendi benliğinizi bulduğunuzda itiraz etmeyesiniz, hakkınızı aramayasınız diye içinde yazılanları anlamadığınız birtakım kâğıtlara imza attırırlar. Yanınızdaki konuşmaları bile anlamadığınızınza göre, kâğıtlarda yazılanları anlamamız zaten imkânsızdır. Bir kez mahkûm

olmuşsunuz, kaderinize boyun eğer ve önünüze ne uzatılırsa imzayı basarsınız.

Hastane mahkûmları için bu teftişler çok önemlidir. Bütün hastaların teftişi bitince kısa bir sessizliğin ardından koşuşturmalar başlar. Verilen talimatlar doğrultusunda vücudunuza iğneler sokulur, kanlar alınır. Vücudun başka deliklerine hortumlar salınır. Damarınızdan yeni ilaçlar zerk edilir. Yemeğinizin tadı giderilir. Asistan ya da hemşire tarafından hasta başı nöbetçilerine yeni talimatlar verilir, ellerine tutuşturulan talimatnamelerle ilaç ve malzeme bulmak üzere hastane dışına yollanır.

Bu teftişler, bazı mahkûmlar için çilenin son buluşunu müjdelemektedir. Artık salıverilme vaktinin geldiği kararı buralarda verilir. Beratını alan mahkûmun koğu arkadaşlarından ayrılışı hep hüznülüdür. Geride bıraktığı mahkûmların bükülen dudakları karşısında özgürlük sevincini tatmak zor olmakta ve üzüntü ile sevincin kucaklaştığı buruk bir his yaşanmaktadır. Bir istisna var ki, mutlak özgürlüğü seçen mahkûmlar, üniformaların talimatlarına değil kaderin talimatına uymakta ve koğu arkadaşlarına veda bile etmeden ayrılmaktadır. Bu tür ayrılışı seçenler, koşuşturma, damarlarına ilaçlar verme, göğsünü yumruklama, boğazına balonlu hortum takma ve hatta elektrik verme dâhil tam bir işkence seansıya vazgeçirilmeye çalışılsa da genellikle başarılamamaktadır. Bu özgürlük yolcuları, bir sedye üzerine alınıp üstü çarşafı örtilerek koğuştan çıkarılırken onlara hüznle bakan, veda eden, ardından dua eden arkadaşlarından haberdar bile olmazlar. Kim bilir belki de görüyorlar, duyuyorlar, haberdardırılar da biz bilmeyiz.

Bu teftişlerde sizin için de bazı özel talimatlar verilir. Bir bakarsınız dosyanızı kolunun altına sıkıştırmış bir gardiyan sizi alıp götürmek üzere başınıza dikilir. Bazen hasta başı nöbetçisinin de size eşlik etmesine izin verilir. Ya da refakat etme görevi ona tebliğ edilir. Birlikte bindiğiniz asansörle binanın en alt bodrum katına inersiniz. Dar ve loş koridorlardan yürürken duvar kenarlarındaki oturaklara büzülmüş sıra bekleyen insanlar görürsünüz. Şanslı olduğunuzdan bütün bu yolu yürüyerek geçmişsinizdir. Yürüyemeyecek kadar düşkün olan ya da yaralı olanların sedyeler üzerinde yatırılarak veya tekerlekli sandalyelerle buralara getirildiğine şahit olursunuz.

Size de bir köşeye ilişip beklemek düşer. Bu esnada sizin gibi bekleyen insanlarla dakikalar içinde ahbap olmak işten bile değildir. Kimi film için kimisi de aletli muayene için beklemektedir. MR'ında tümör çıktığını anlatanlarla, tomografide bir şey göremediklerinden bahsedenlerle, dağarcığına anjiyo, ultrason, biyopsi gibi tecrübeler ekleyenlerle burada tanışsınız. İnsanların kısa zamanda yaşayarak ne kadar çok şey öğrendiği geçer aklınızdan. Bu arada yaşadığı acı tecrübeyi sizinle paylaşıp deşarj olmak isteyenler de az değildir. Sağ

yanınızdaki ihtiyar, nasıl kan işediğini, gelir gelmez kamışından sokulan demir boruyla nasıl bir ıstıraba duçar olduğunu hemen anlatır. Gözünüzde vahşi bir işkence sahnesi canlanmaktadır.

Bu esnada koridora açılan bir kapıdan dışarı sızan garip seslere kulak verir ve kapının üzerindeki, sizin için bir anlam ifade etmeyen yazıyı hecelelemeye çalışırsınız: en-dos-ko-pi. Bu kapıdan içeriye baktığınızda yarı sarhoş bir halde, işkence altında kıvranan, öğüren, inleyen insanları görürsünüz. Bunlardan birinin boğazından aşağı yılan gibi bir şey sokulmaktadır. Diğer taraftakini ise asla görmemiş olmayı istersiniz. “Zavallı, başına gelecekleri bilseydi, bu yılının boğazından aşağıya sokulmasına çoktan razı olurdu” diye geçer içinizden. Canilere ilişir gözünüz; tanınmamak için olsa gerek, hemen hepsinin yüzleri maskeleye örtülüdür.

Henüz muhatap olmadığınız ameliyathane personelinin de böyle yüzlerinin maskeli olduğu söylenmektedir. Söylendiğine göre insanlar masalara yatırılıyor, oraları buraları neşterle yarılıyor, içlerindeki dertler dışarı çıkarılıyor. Bu kesme biçme esnasında hastaları bayılttıkları biliniyor. O yüzden gidenler o acı sahneleri hatırlamıyormuş. Ancak ameliyat öncesi çıplak olarak soğukta bekletilenler, sonrasında kendine gelirken tokatlananlar, kan revan içinde yatağına terk edilenler, hep hastalar arasında anlatılmaktadır. En çok korkulan ise vücudunun her deliğine bir hortum sokulmuş olarak yatağına terk edilen biçarelerin ilk gece çektikleri acıların.

Röntgen servisinden adınızın çağırıldığını duyar ve oraya yönelirsiniz. Ana koridordan biraz genişçe, içinde birkaç kişinin bilgisayarlarda çalıştığı bir odaya alırlar sizi. Çalışanlar adeta sizin gelişinizden habersiz gibidirler. Önlerinde camdan bir duvar vardır. Bu cam duvarın öte tarafında, beyaz rengin hâkim olduğu daha büyük bir oda dikkatinizi çeker. Sizi karşılayan görevli, otoriter bir tavırla, “üstündekileri çıkar!” diye komut verir. Perdeyle ayrılmış bir köşede bir yandan talimatı yerine getirmeye çalışırken, diğer yandan şaşkınlık içinde baktığınızı görünce, üstünüzü örtebileceğiniz, temizliği konusunda emin olamadığınız, biraz da eskimiş, önlük benzeri bir giysiyi işaret eder. Ardından ikinci uyarı gelir: “Yüzük, saat gibi metal bir şey kalmasın!” Acziyetten sinmiş bir halde talimatlara harfiyen uyarınız. Bu garip ortamda size hitap eden görevli aynı zamanda rehberiniz gibidir, onun koruyuculuğuna sığınır, komutlarına teslim olursunuz. Rehberiniz sizi cam duvarın ardında dikkatinizi çeken beyaz odaya alır. İçeri girer girmez soğuk bir havayla karşılaşsınız. Üzerinize devrilecek gibi duran, yuvarlak, oda gibi beyaz renkli, dev bir makinanın başındasınız. Bu büyük makina başucuna gelecek şekilde kızaklı dar bir yatağı sizi yatırır. Rehberiniz, içinde “panik, korkma, alarm” gibi kelimelerin geçtiği bazı şeyler

söylerse de, şaşkınlık içinde ne söylediğini tam olarak anlamazsınız. Sonra sizi korkularınızla baş başa bırakırlar.

Önce hafif bir motor sesiyle birlikte üzerinde yattığınız sedyenin kımıldadığını fark edersiniz. Başucunuzdaki dev makınaya doğru hareket eder ve daracak bir borunun içine doğru yol alırsınız. Adeta sürgülü bir tabutun içine hapsedilmişçesine ürperir, yumruğunuzu sıkar ve nefesinizi tutarsınız. Soluk alıp verişlerinizin ve kalp atışlarınızın bu kadar sesli olduğu başka bir an yaşamamışsınızdır. Bu sesler size, tabut içinde de olsanız hala yaşamaya devam ettiğiniz uyarısını yapmaktadır. Çok geçmeden nefesinizi de, kalbinizi de unutturacak gürültüler başlar. Bundan sonrası korku ve panikten ibarettir. Makinaya yatarken rehberinizin söylediği cümlelerde geçen bazı kelimeleri şimdi hatırlarsınız. Zamanın izafiliğini yaşayarak anlamak bu olsa gerektir. Saniyelerin dakikalarla, dakikaların saatlerle, saatlerin günlerle örtüştüğü bir karmaşadır burada yaşanan zaman.

Şükürler olsun ki, bu yazıda geçen başta “siz” olmak üzere bütün karakterler hayal mahsulüdür. Sözü edilen mekân da bir kurgudan ibaret olup gerçek dışıdır. Ancak yazıdaki mekân ve karakterlerin ilham kaynağının tarihimiz olduğunu yadsıyamayız. Gerçek hikâyelerin de olduğunu görmemezlikten gelemeyiz. Eşinin hastalığı nedeniyle yaklaşık 2 yıl süren hastane günlüklerini kitaplaştıran Doğan Pazarcıklı, “Eşim ölmek için çok direndi. Bana öyle geliyor ki, bu koşullarda ölmek için değil de ölmek için direnseydi biraz daha fazla yaşardı” diyor (4).

Yukarıda dramatize etmeye çalıştığım mekânlar günümüzde gittikçe yok olmaktadır. Buna rağmen, bir bütün olarak ele alındığında sistemimiz, hastaları barındıran “hastahaneler” olmaktan uzaklaşıp, tarihimizdeki ifadeyle hastaları iyileştiren “şifahaneler” haline dönüşmeyi başarmış değildir. Mekânları sadece hacimle, fiziki donanım ile değiştirmek yeterli olmuyor; insani davranışlarla mekânı daha etkili bir şekilde değiştirebiliriz. Hastaların tıbbi anlamdaki ihtiyaçlarının yanında insani ihtiyaçlarının da olduğu göz ardı edilmemelidir. Yoksa yine isyana muhatap oluruz: “Olay buysa ben hastaneye hasta sıfatıyla değil, insan sıfatıyla yatmak isterim. Bu mümkün görünmüyorsa ne doktorları ne kızımı ne dostlarımı sıkıntıya sokar, inşallah hemen ölürüm” (4).

Görüldüğü gibi hastayı tıbbi obje olarak görüp onu tıbbi anlamda iyileştirme çabaları, onun insan kimliğine nüfuz etmeye yeterli olmuyor. Hastanın hastalığı kadar, onu kendisi yapan algılarına da odaklanmak gerekiyor. Algıyı ise sadece insanın duyuşal sisteminden kaynaklanan tek düze fizyolojik bir olgu gibi görmemeliyiz. Duyularımız aracılığıyla çevreden gelen verileri; geçmişten gelen tecrübelerimiz, inançlarımız, yaşadığımız sosyal ve kültürel olaylarla yo-

rumladığımız zihinsel bir süreçten geçirerek kavramsallaştırıyoruz. Dolayısıyla insanı nasıl anatomi ve fizyoloji ile tam olarak açıklayamıyor ve bütüncül bir bakış açısına ihtiyaç duyuyorsak, algıyı yönetmek için de böyle bütüncül bir yaklaşıma ihtiyaç vardır. Sadece fiziki mekânı değiştirmenin algı yönetimi için yeterli olmayacağı açıktır.

Herhalde işe daha temelden, tıp eğitiminden başlamamız gerekiyor. Bütün tıp mesleklerinde insani bilimleri öğretmek, teknik bilgiden daha fazla önem taşıyor. Faik Çelik'in ifadesiyle, "Tıp müfredatına hangi model uygulanırsa uygulansın mutlaka tıp tarihi, tıp etiği ve deontolojisi, sağlık politikaları ve ekonomisi, tıp hukuku, tıp ve sanat, tıp ve felsefe, tıp ve edebiyat, tıbbi ve genel iletişim, tıbbi inovasyon ve tıbbi bilişim dersleri konulmalıdır. İnsan sevgisinin müfredatın kalbinde yer aldığı, endüstriyel ve oportünist tıptan uzak, pratik uygulamaların yoğun olduğu bir müfredat; bir sanat olan hekimliğin olmazsa olmazıdır." (5)

Hastalarla birlikte hasta mekânları da iyileştirmek için insan sağlığına insan oldukları için hizmet edebilen insanlar topluluğunun oluşturduğu bir sağlık ordusu yetiştirmek zorundayız.

Kaynaklar

- 1) Berberoğlu Ö: *Algı, Sınır, Kişisel Alan Kavramları ve Hastane Tasarımı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 2010.*
- 2) Güç B: *Kompleks Bir Yapıda Mekânın Algısal Kaliteye Etkisi: SDÜ Hastanesi Örneği. SDÜ International Journal of Technologic Sciences. 5(2):145-155, 2013.*
- 3) Hayran O: *Sözlü bildiri, Türk Silahlı Kuvvetleri XVI. Askeri Tıp Kongresi, 30 Nisan-02 Mayıs, İstanbul, 2009.*
- 4) Pazarcıklı D: *Bir Hasta Sahibinin Hastane Günlüğü. Alt Kitap, 2001.*
- 5) Çelik F: *Tıp Eğitimine Farklı Bir Bakış. SD 11, 2009.*

HIMSS-EMRAM Modeli

DR. ÖĞR. ÜYESİ İLKER KÖSE*

*İstanbul Medipol Üniversitesi

Elektronik Sağlık Kaydı ve Sağlık Hizmet Kalitesi

Sağlıkta kalite çalışmalarında elektronik kayıtlar son derece önemli bir yere sahiptir. Ancak yaygın kanaatin aksine elektronik sağlık kayıtları (ESK) tek başına sağlık kalitesine doğrudan bir etkiye sahip değildir. Örneğin 2003-2004 yılları arasında ABD’de yapılan bir araştırmada 17 kalite ve performans göstergesine göre yapılan karşılaştırmada, ESK kullanan ve kullanmayan kurumlar arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir (1). 2010 yılında yapılan başka bir araştırmada da (2) araştırmacılar daha önce yapılmış çalışmalarla tutarlı olarak, kendilerinin de ESK ile sağlık hizmet kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulamadıklarını ifade etmişlerdir.

ESK kullanımının zamanla daha faydalı hale gelebileceğini değerlendirerek 2009 yılında yapılan başka bir çalışma ise ortalama 4,8 yıldır. ESK kullanan hekimler üzerinde bir çalışma yapılmıştır. 6 farklı klinikte ve 18 kalite göstergesi üzerinden yapılan bu araştırmada da ESK’nın sağlık hizmet kalitesine olumlu bir etkisi tespit edilememiştir (3).

ESK kullanımının klinik tedavi süreçlerine olumlu etkisi de araştırılmıştır, ancak örneğin 2012 yılında birinci basamakta yapılan bir araştırmada, ESK’nın diyabet tedavisi alan hastalara verilen sağlık hizmetinde de kayda değer bir kalite değişimi oluşturmadığı tespit edilmiştir (4). 2015 yılında yapılan başka bir çalışma ise ESK’nın süreçleri doğru yürütme konusunda iyileşme sağladığı ve hasta memnuniyetini artırdığı ancak verimliliğe ciddi bir katkısının olmadığı rapor edilmiştir (5). Aynı çalışma, 2010-2011 yıllarında elde ettiği sonuçların, 2008-2009 yılında elde edilenlere göre gelişme sağladığını, dolayısıyla ESK’nın faydalarının zaman içerisinde ortaya çıkma olasılığının var olduğunu ifade etmiştir.

Hekimlerin ESK kullanmaya başladığında değişime gösterdikleri direnç de son derece önemlidir. 2016 yılında, oldukça yeni yapılan bir çalışmada hekimlerin ESK sisteminin değişmesi sonrasında yeni sisteme adapte olurken performanslarının %11 civarında düştüğü tespit edilmiştir (6). Yani bir yandan

ESK'nın tek başına ciddi bir faydası tespit edilememişken hastanelerin ESK'ya geçiş yapması veya sahip oldukları ESK sistemlerini değiştirmesi de ek bir maliyet getirmektedir.

Elektronik Sağlık Kaydının Anlamlı Kullanımı

Buraya kadar bahsedilen çalışmalar ESK'nın sanki anlamsız, faydasız bir yapı olduğunu ortaya koyuyor gibi görünse de durum tam olarak öyle değildir. Zira bu araştırmalarda ele alınan ESK, sağlık kaydının kâğıt ortam yerine elektronik ortamda saklanması ibaret olan en temel kayıt yapısıdır. Hâlbuki ESK'ya sahip olan bir hastane, ESK üzerine çok sayıda fonksiyon yükleyebilmekte ve onu daha yararlı hale getirebilmektedir. Literatürde ESK'nın anlamlı kullanımı (*meaningful usage*) olarak adlandırılan bu fonksiyonların bazıları aşağıda yer almaktadır.

Klinik Karar Destek Sistemi

ESK'nın anlamlı kullanım fonksiyonlarının başında klinik karar destek sistemleri (KKDS) gelmektedir. KKDS'lerin sağlık hizmet kalitesini ve hasta güvenliğini artırdığına dair çok eski tarihlerden itibaren sayısız çalışma mevcuttur. Öyle ki, henüz internetin ticari kullanıma açılmadığı 1994 yılında yapılan bir çalışmada, KKDS'lerin ilaç doz ayarlamasında, teşhis koymada, önleyici tedavi hatırlatmalarında faydalarının görülmeye başlandığı rapor edilmiştir (7). Daha sonraki yıllarda yapılan çalışmalar da sağlık yöneticilerine gözlemlenen faydaları nedeniyle KKDS'lerin kullanımını artırmaları yönünde tavsiyelerde bulunmaktadır (8).

Elektronik İstem

ESK'nın diğer bir anlamlı kullanımı ise elektronik istemdir (*electronic order*). Elektronik istem fonksiyonu sadece bir istemin elektronik olarak yapılmasını sağlamaktan ibaret değildir. Elektronik istem, mükerrer istem kontrolü, tanımlanmış bazı kurallara göre istemin hastaya zarar verip vermediğinin belirlenmesi (ilaçlarda doz aşımı, gebe bir hasta için röntgen istenmesi, kontrast madde alerjisi olan hasta için BT istenmesi vb. gibi durumlar) ve hatta hastanın durumuna göre uygun istemlerin neler olabileceğinin doktora hatırlatılması (istem kümesi önerisi vb.) gibi fonksiyonlara sahiptir. Bu yönüyle elektronik istem ile KKDS'lerin iç içe çalıştığını söyleyebiliriz. 2003 yılında yapılan iki çalışma, elektronik istem fonksiyonunun özellikle reçete hatalarında önemli azalmalar sağladığını ortaya koymuş (9), (10); aynı yılda yapılan başka bir çalışmada elektronik istemin, gereğinden fazla, gereğinden az veya hatalı istem verme gibi durumları azalttığını ortaya koymuştur (11).

Dolayısıyla ESK'nın önemli bir fonksiyonu olan elektronik istem, sağlık hizmet kalitesi ve hasta güvenliği için oldukça yararlı bir fonksiyondur.

Bu arada ilginçtir ki, sağlık bilgi sistemi kullanan doktorlar, kullandıkları programlardaki fonksiyonların ayırdına varmamakta veya belki bununla çok ilgilenmeyip verdikleri hizmetin bütünlüğüne odaklanmaktadırlar. 2010 yılında yapılan bir araştırma, doktorların ESK ile elektronik istemi birbirinden farklı fonksiyonlar olarak algılamadıklarını ve kendi kişisel performanslarını ve hizmet kalitelerini artırma ya da azaltma noktasında her ikisinin aynı etkiyi oluşturduğunu düşündüklerini ortaya koymuştur (12).

Kapalı Döngü İlaç Uygulaması

ESK üzerine inşa edilebilen ve sağlık hizmet kalitesi ve hasta güvenliğini artıran diğer bir önemli fonksiyon da Kapalı Döngü İlaç Uygulamasıdır (KDİU). Hastanede yatışlı tedavi gören hastalar için uygulanan bu fonksiyonun temel adımları şunlardır:

1. Doktor, reçetesini elektronik olarak hazırlar,
2. Eczacı, reçetenin içeriğini inceleyip onaylar,
3. Eczacı, reçetede bulunan tüm ilaçları ayrı birim dozlar halinde paketler, paketleri barkod, RFID vb. teknolojilerden yararlanarak kontrol ederek servise gönderir,
4. Hemşireler, birim doz halindeki ilaçları, teknoloji yardımıyla 5 doğru kuralını (doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru zaman, doğru uygulama yolu) uygulayarak verir.

KDİU'nun hastanelerde hasta güvenliğine çok önemli bir katkısı olsa da hemşirelerin ilaç uygulama sürelerini bir miktar artırması da söz konusudur (13).

Tıbbi Görüntü Arşivi

ESK'nın diğer bir anlamlı kullanımı ise tıbbi görüntülerin dijital olarak arşivlenmesi ve erişimlerinin kolaylaştırılmasıdır. DICOM standardına göre saklanan ve transfer edilen tıbbi görüntüler, PACS adı verilen dijital arşiv sistemlerinde toplanmakta ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS) tarafından ihtiyaç duyuldukça doktorlarla paylaşılmaktadır. Bilgisayarlaşmanın yeni başladığı 1990'da yapılan bir çalışmada bile, tıbbi görüntülerin dijital ortama aktarılmasının, mükerrer görüntülemelerin önüne geçtiği ve hatta yatış sürelerinin düşmesine önemli katkılar sağladığı tespit edilmiştir (14).

Sonuç olarak hastanelerde kullanılan HBYS'lerin ESK dışında idari ve mali pek çok faydalı işlevi olduğunu göz ardı edemeyiz. Ancak eğer HBYS'ler ESK'nın yukarıda sayılan anlamlı kullanım fonksiyonlarına sahip değilse ve/veya bu fonksiyonlar hastane personeli tarafından yeteri kadar kullanılmıyorsa

HBYS'lerden hasta güvenliği ve sağlık hizmet kalitesi adına yeteri kadar istifade edemiyoruz demektir.

ESK'nın Anlamlı Kullanımını Nasıl Ölçeriz?

Dünyada HBYS olmayan hastane neredeyse kalmadı. Dolayısıyla hemen hepsinde bir ölçüde ESK olduğunu varsayabiliriz. Bu HBYS'lerin hastanelerin idari ve mali ihtiyaçlarını karşılayan modüllere de sahip olduğunu düşünebiliriz. Ancak hastanelerdeki ESK'nın sağlık hizmet kalitesi ve hasta güvenliği için ne düzeyde katkı sağladığını nasıl ölçebiliriz?

Literatürde, ESK'nın sağlık hizmet kalitesi için ne düzeyde kullanıldığını ölçen çalışmalar yer almaktadır. Örneğin 2009 yılında ABD'deki 2.952 hastaneye anket uygulanarak yapılan kapsamlı bir çalışma bu maksatla bir ölçüm yapmıştır (15). Bu tür çalışmalar, ele aldıkları örneklem hakkında bir fikir verseler de aynı yöntemle başka ülkelerdeki hastaneler de ölçülmedikçe bir kıyaslama (*benchmarking*) mümkün olmamaktadır. Tam bu noktada HIMSS Derneğinin yaptığı çalışmalar önemli bir boşluğu doldurmaktadır.

Bilgi ve Teknolojiyi Kullanarak Sağlığı Geliştirme: HIMSS

Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS) adlı dernek, 1961 yılına ABD'de kurulmuş kâr amacı gütmeyen bir sivil toplum kuruluştur. Vizyonunu, "Teknoloji ve bilginin daha iyi kullanımını sağlayarak sağlığı iyileştirmek" olarak belirleyen HIMSS, geliştirdiği anket modelleri ile bilgi ve teknolojinin hasta güvenliğinin ve sağlık hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik kullanım seviyelerini ölçmektedir. HIMSS analitik birimi tarafından düzenli olarak geliştirilen bu modeller şunlardır:

1. EMRAM: Yatışlı tedavi kurumlarında ESK'nın benimsenme düzeyini ölçen anket modeli.

2. O-EMRAM: Ayakta tedavi merkezlerinde ESK'nın benimsenme düzeyini ölçen anket modeli.

3. CCMM: Hastanın farklı yerlerde (ev, hastane, ambulans vb.) aldığı sağlık hizmetinin sürekliliğinde bilgi ve teknolojinin kullanım düzeyini ölçen model.

4. AMAM: Kişiselleştirilmiş tıp yaklaşımlarının kullanım düzeyini ve hastanenin analitik kapasitesini ölçen anket modeli.

5. Value Score: Finansal, operasyonel ve klinik karar destek sistemlerinin kullanım düzeyini ve etkinliğini ölçen anket modeli.

6. DIAM: Tüm tıbbi görüntülerin ESK ile etkin kullanım düzeyini ölçen anket modeli.

7. INFRAM: Veri güvenliği, sistem yönetimi, vb. teknik altyapı gelişmişliğini ölçen anket modeli.

Hastaneler, bu anketler sayesinde ESK'nın etkin ve anlamlı kullanım seviyelerini farklı perspektiflerden ölçebilmekte ve daha iyi bir düzeye erişmek için atacakları adımlara da karar verebilmektedirler.

Tüm anketler, hastaneleri 0 ile 7 arasında derecelendirmektedir. Seviyesi 6 ve 7 çıkan hastaneler isterlerse HIMSS değerlendiricileri tarafından yerinde ziyaret edilerek sertifikalandırılmaktadırlar. Bu sertifikalar 3 yıl geçerli olmakta ve yeniden valide olmayan hastanelerin sertifikaları geçerliliğini yitirmektedir.

HIMSS EMRAM

EMRAM'a göre ESK'nın var olmadığı bir hastanenin seviyesi sıfırdır. Ancak ESK'nın varlığı da hastaneyi tek başına yüksek bir seviyeye çıkarmamaktadır. Daha önce açıklandığı üzere, sağlık hizmet kalitesi ve hasta güvenliği için faydaları ispatlanmış olan ESK fonksiyonlarının hastanede var olması ve çalışanlar tarafından benimsenmiş olması gereklidir.

2018 yılı başından itibaren güncellenen kriterler çerçevesinde EMRAM'ın seviyelerine göre kriterleri şunlardır:

Seviye 1:

- Radyoloji Bilgi Sistemi mevcuttur.
- Laboratuvar Bilgi Sistemi mevcuttur.
- Eczane Bilgi Sistemi mevcuttur.
- DICOM uyumlu PACS mevcuttur.
- DICOM olmayan görüntüler de hasta dosyasında saklanır.

Seviye 2:

- ESK mevcuttur ve yardımcı sistemlerden (radyoloji, laboratuvar, vb.) beslenir.
- ESK, tıbbi terminoloji konusunda standart bir yapıyı (sözlük, vb.) kullanır.
- Tutarsızlık vb. temel kontrolleri yapabilen karar destek sistemi vardır (Seviye 1 KDS).
- Sağlık verilerinin birimler arası transferi mümkündür.
- Kullanıcılar, ESK ve diğer sistemlere ayrı ayrı giriş yapmak zorunda kalmaz. Bir tek oturum (*single sign on*) ile tüm sistemlere erişim sağlayabilirler.
- Bu tek oturum öyle uygulanmalı ki, kullanıcı giriş yapacağı sistemleri ayrı

ayrı seçmek zorunda da kalmazlar.

- Veri merkezi güvenliği ve kullanıcı güvenlik eğitimleri düzenlenir.
- Güvenlik politikası vardır.
- Anti-virüs, kötü amaçlı yazılım ve güvenlik duvarı programı kullanılmaktadır.

Seviye 3:

- Hekimler elektronik istem (*order*) yapabilir
- Vital bulgular, hemşirelik görevleri, hemşirelik notları, bakım planı, taburcu planı, yatan hasta ilaç uygulama kaydı gibi hemşirelik dokümanları en azından bir yatışlı serviste mevcuttur.
- Yatan hastalara uygulanan ilaçlar ESK'ya kaydedilir.
- KKDS kullanımdadır (Örneğin ilaç-ilaç, ilaç-besin, vb. etkileşimler konusunda uyarılar verilmektedir).
- Medikal görüntülere, radyoloji departmanı dışından da PACS üzerinden erişim sağlanmaktadır.
- Hemşirelik dokümanlarının en az %50'si elektronik ortamdadır.
- Acil servisteki hemşirelik dokümanları elektronik olarak tutulmaktadır.
- HBYS'de rol tabanlı yetkilendirme vardır.
- Hastanede saldırı tespit sistemi vardır.

Seviye 4:

- Klinik kılavuz ve kanıta dayalı tıbbi yaklaşımları esas alan seviye 2 klinik karar destek sistemleri (uyarı ve öneriler) ile desteklenmiş elektronik order giriş fonksiyonu (CPOE) kullanılmaktadır.
- CPOE acil serviste de uygulanır.
- Tüm hekim orderlarının en az %50'si elektronik ortamdadır.
- Hemşireler ve yardımcı sağlık personeli tarafından kullanılan klinik dokümanların en az %90'ı elektronik ortamdadır.
- Hekimler hastaya ait verilere, laboratuvar sonuçlarına ve ilaç uygulamalarına erişebilir.

Seviye 5:

- Doktor dokümanlarında yapısal (serbest metin olmayan, parametrik, vb.) veriler vardır veya doğal dil işleme (NLP) yöntemleri ile uyarı ve klinik yönlendirmeler yapılabilir.

- Tüm hekim dokümanlarının en az %50'si elektronik ortamdadır.
- Acil servisteki doktor dokümanları online olarak saklanır.
- Hastanede saldırı önleme sistemi vardır.
- Mobil cihazların güvenliği sağlanmıştır.

Seviye 6:

- Hekimler tarafından tüm ilaç orderları elektronik olarak verilmektedir.
- Eczacılar ilaç orderlarını ilaç veri tabanından destek alarak onaylamaktadır.
- Hemşireler tarafından ilacın uygulanması sırasında 5 doğru kuralı bar-kod/karekod ile desteklenerek onaylanmaktadır.
- Kan transfüzyonu sırasında ilaçlarda olduğu gibi 5 doğru kuralı uygulanmaktadır.
- Yeni doğan yoğun bakım ünitesinde, sağlanmış ve saklanmış olan anne sütü için ilaçlarda olduğu gibi 5 doğru kuralı uygulanmaktadır.
- Laboratuvar tetkikleri için barkod/karekod ile kontrol numune toplama noktalarında yapılır.
- KDİU, hastanenin en az %50'sinde uygulanır.
- KDİU, acil serviste de uygulanır (kısmen de olsa).
- Veri ve ağ güvenliği konusunda yapılan risk analizleri yönetime sunulmaktadır.

Seviye 7:

- Sağlık bakımı sırasında (mevzuat aksini gerektirmedikçe) hiçbir şekilde kâğıt form kullanılmamaktadır.
- Sağlık hizmet kalitesi, hasta güvenliği ve sağlık bakımının verimliliği için veriden bilgi elde etmeye dair kayda değer analitik çalışmalar mevcuttur.
- Klinik veriler, gerektiğinde diğer sağlık kurumları ile standartlara uygun olarak paylaşılabilmektedir.
- Hizmet sürekliliği açısından hastanedeki tüm servislerde hastaya ait özet veriler görüntülenebilmektedir.
- Anestezi bilgi sistemi kullanılmaktadır.
- İnfüzyon pompaları için de elektronik order uygulanmaktadır.
- Güvenlik ve mahremiyet için uygulanmakta olan bir politika olmalıdır.

Türkiye'deki HIMSS Çalışmaları

2003 yılında neredeyse hiçbir kamu hastanesinde HBYS mevcut değilken 2010 yılına kadar büyük mesafe kat edilmiş ve hastanelerde HBYS kullanım düzeyi %100'e ulaşmıştır. Ancak HBYS'lerin mevcudiyetinin hasta güvenliği ve sağlık hizmet kalitesi için de etkin şekilde kullanıldığı anlamına gelmediğini idrak eden Bakanlık, 2013-17 Stratejik Planına "Bakanlığa ve kuruluşlarına bağlı tesislerde dijital hastane kavramını oluşturmak ve yaygınlaştırmak" şeklinde bir hedef eklemiştir. Bu hedefin ne kadar yerine getirilebildiğini ölçmek amacıyla da HIMSS'in dijital hastane ölçüm modeli olan EMRAM'ı kullanmaya karar vermiştir.

Bu doğrultuda, birincisi 2013 yılında, ikincisi ise 2019 yılında imzalanan iki ayrı protokol ile Sağlık Bakanlığı ile HIMSS arasındaki iş birliği devam etmektedir. Yürütülen çalışmalar neticesinde Türkiye, ABD'den sonra en fazla Seviye 6 hastaneye sahip olan ülke konumuna yükselmiştir.

Kaynaklar

- 1) J. A. Linder, J. Ma, D. W. Bates, B. Middleton, and R. S. Stafford, "Electronic Health Record Use and the Quality of Ambulatory Care in the United States," *Arch. Intern. Med.*, vol. 167, no. 13, p. 1400, Jul. 2007.
- 2) E. G. Poon et al., "Relationship Between Use of Electronic Health Record Features and Health Care Quality: Results of a Statewide Survey," *Med. Care*, vol. 48, no. 3, pp. 203–209, 2010.
- 3) L. Zhou et al., "The Relationship between Electronic Health Record Use and Quality of Care Over Time," *J. Am. Med. Informatics Assoc.*, vol. 16, no. 4, pp. 457–464, 2009.
- 4) J. C. Crosson, P. A. Ohman-Strickland, D. J. Cohen, E. C. Clark, and B. F. Crabtree, "Typical Electronic Health Record Use in Primary Care Practices and the Quality of Diabetes Care," *Healthc. Financ. Manag. Assoc.*, vol. 64, no. 2, pp. 54–59, 2010.
- 5) J. Adler-Milstein, J. Everson, and S.-Y. D. Lee, "EHR Adoption and Hospital Performance: Time-Related Effects," *Health Serv. Res.*, vol. 50, no. 6, pp. 1751–1771, Dec. 2015.
- 6) C. D. Meyerhoefer et al., "The Consequences of Electronic Health Record Adoption for Physician Productivity and Birth Outcomes," *ILR Rev.*, vol. 69, no. 4, pp. 860–889, Aug. 2016.
- 7) M. E. Johnston, K. B. Langton, R. B. Haynes, and A. Mathieu, "Effects of Computer-based Clinical Decision Support Systems on Clinician Performance and Patient Outcome: A Critical Appraisal of Research," *Ann. Intern. Med.*, vol. 120, no. 2, p. 135, Jan. 1994.
- 8) K. Kawamoto, C. a Houlihan, E. A. Balas, and D. F. Lobach, "Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success," *BMJ*, vol. 330, no. March, p. 765, 2005.
- 9) R. Kaushal, K. G. Shojania, and D. W. Bates, "Effects of Computerized Physician Order Entry and Clinical Decision Support Systems on Medication Safety: A Systematic Review," *Arch. Intern. Med.*, vol. 163, no. 12, pp. 1409–1416, 2003.
- 10) W. J. King, N. Paice, J. Rangrej, G. J. Forestell, and R. Swartz, "The Effect of Computerized Physician Order Entry on Medication Errors and Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients," *Pediatrics*, vol. 112, no. 3, pp. 506–509, 2003.
- 11) G. J. Kuperman and R. F. Gibson, "Computer Physician Order Entry: Benefits, Costs,

- and Issues," *Ann. of Internal Med.*, vol. 139, pp. 31–39, 2003.
- 12) R. J. Holden, "Physicians' Beliefs About Using EMR and CPOE: In Pursuit of a Contextualized Understanding of Health IT Use Behavior," *Int. J. Med. Inform.*, vol. 79, no. 2, pp. 71–80, Feb. 2010.
 - 13) B. Dean Franklin, P. Donyai, A. Jacklin, N. Barber, and P. B. D Franklin, "The Impact of a Closed-loop Electronic Prescribing and Administration System on Prescribing Errors, Administration Errors and Staff Time: A Before-and-after study," *Qual Saf Heal. Care*, vol. 16, pp. 279–284, 2007.
 - 14) W. H. Straub and D. Gur, "The Hidden Costs of Delayed Access to Diagnostic Imaging Information: Impact on PACS Implementation," *Am. J. Roentgenol.*, vol. 155, no. 3, pp. 613–616, 1990.
 - 15) A. K. Jha et al., "Use of Electronic Health Records in US Hospitals," *The new Engl. J. of Med.*, vol. 360, pp. 1628–1638, 2009.

Türkiye’de Tıbbi Atık Yönetiminin Gelişimine Genel Bir Bakış

DOÇ. DR. GÜLFER BEKTAŞ*

PROF. DR. ARZU İRBAN**

DOÇ. DR. SERAP USLU***

GÜLHAN ÜSTÜN****

DR. ÖĞR. ÜYESİ HAYAT YALIN*****

*Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi

**Sağlık Bilimleri Üniversitesi

***Medeniyet Üniversitesi

****S.B. Eyüp Devlet Hastanesi-Emekli

*****Bahçeşehir Üniversitesi

Toplumların refah düzeylerini yükseltebilmek için gerçekleştirdikleri ekonomik faaliyetler hızlı ve kontrolsüz sanayileşmeye, göç ve kentsel nüfus artışına yol açmıştır. Bireylerin aktivite ve yaşam tarzlarındaki değişim, tüketim şekillerine de yansımış; büyük hacimde farklı tipte atıkların ortaya çıkması ekosistemin doğal özümleme kapasitesini aşarak çevre kirliliği ve doğada bozulmalara yol açmış, insanların ve diğer canlıların yaşamlarını olduğu gibi doğal kaynaklar içinde ciddi bir tehdit unsuru olmuştur (1, 2).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tıbbi atıkları zararlı ve zararsız olarak ikiye ayırmıştır. Evsel atıklar ile benzer, risk taşımayan yani genel olarak tanımlanabilen tıbbi atıkları zararsız sınıfına sokarken evsel atıklar ile benzemeyen, risk taşıyan tıbbi atıkları da zararlı sınıfına sokmaktadır. Tıbbi atıkların zararlı kısmı kendi arasında basınçlı kaplar, enfekte, patolojik, kesici delici alet, genotoksik, kimyasal, yüksek ağır metal içeriğine sahip, farmasötik ve radyoaktif atıklar olarak bölümlere ayrılmıştır (3)

Hastanelerden, patoloji laboratuvarlarından ve diğer sağlık kuruluşlarından çıkan tıbbi atıkların, sanayi atıklarına kıyasla daha tehlikeli ve çeşitli olduğu günümüzde bilinen bir gerçektir; bunlar evsel katı atıkların dışında havada, suda ve toprakta kalıcı özellik gösteren ve ekolojik dengeyi bozan atıklardır. Bu

nedenle hastane tıbbi atıklarının yönetim süreci önemini hala korumaktadır. Bu atıklar, tehlikeli ve zararlı atık sınıfına girmekte ve bu tür atıkların üretim, taşıma, depolama ve bertarafına ilişkin özel önlemler alınması gerekmektedir. Diğer bütün kuruluşlarda olduğu gibi sağlık kuruluşlarında da her geçen gün atık miktarı verdikleri hizmet ölçüsünde hızla artmaktadır. Ancak bu artışın neden olabileceği tehlike riskinin ortadan kaldırılması için gerekli önlemlere ve uygulamalara da aynı hızda devam edilmelidir (4).

Ülkemizde tıbbi atıklar konusunda 1983'te başlayan ilk resmi düzenlemeler sevenleri tarafından tıbbi atıklara olan ilgisi ve duyarlılığı nedeniyle "Çöpçü Profesör" olarak adlandırılan Prof. Dr. Kriton Curi'nin bu alandaki üstün gayretleriyle şekillenmeye başlamıştır. Türkiye'de bir kamu hastanesinde hasta başına düşen tıbbi atık miktarının saptanmasına yönelik ilk çalışmadan günümüze 27 yıllık süreçte hastane tıbbi atık yönetimindeki değişimin gözler önüne serilmesi, devam eden eksikliklerin saptanabilmesi ve gelişen teknolojinin bu alanda nasıl uygulandığını göstermek amacı ile bir devlet hastanesi özelinde durum analizi yapılmıştır.

Yirmi yedi yıllık dönemde aynı kamu hastanesindeki tıbbi atık yönetimi temel alınarak; tıbbi atık yönetimi ve miktarındaki değişiminin karşılaştırılması için veriler 3 dönemde; 1991 (Grup A, Başlangıç), 2011 (Grup B, 20.yıl) ve 2018 (Grup C, 27.yıl) verileri incelenmiştir:

Tablo 1: Tıbbi atıkların ayrıştırma yöntemleri ve tıbbi atık miktarları

	Hasta Sayısı		Atıkların Dağılımı (kg/ay)					
	Yatarak (aylık ort.)	Ayaktan (aylık ort.)	Tıbbi	Evsel	Kâğıt	Kesici alet ve uç kutusu	Cam ve şişe	Toplam Atık Miktarı
Grup A (1991)	3870	645	7638				440	8078
Grup B (2011)	5118	853	1667	4257	245	79	500	6750
Group C (2018)	8200	25720	9576	10598	490	158	920	21742

Aynı kamu hastanesine ait veriler değerlendirildiğinde özellikle son 7 yılda poliklinik hasta girişinde (30×) belirgin artış olduğu görülmüş, daha ziyade yatan hastalara girişim yapılması nedeniyle hasta başına düşen tıbbi atık miktarının relatif olarak azaldığı görünmüştür. Buna karşın, son 7 yılda yatan hasta sayısında 1,6× artış olurken tıbbi atık miktarında 3,2× artış saptanmıştır. Bu da tıbbi atık yönetimine ne kadar çok önem verilmesinin gerektiğine dikkati çekmektedir.

Hastane Tıbbi Atık Yönetimi Uygulamalarının Değişimi

Başlangıç dönemi olan 1991 yılındaki hastane içi tıbbi atık yönetimi irdelendiğinde; tıbbi atıkların normal evsel atıklarla birlikte toplanması ve çöplerin içinde tehlikeli hastane atıklarının varlığından dolayı çok ciddi yaralanmalar ve ölümler meydana geldiği görülmüştür. Kesici-delici atıklar kullanım sonrası kırılıp, bükülüp ve kırmızı poşete öyle atılmakta ya da gerektiğinde delinmeyeceği öngörülen başka bir ambalaja konmaktaydı. Kullanılan plastik enjektörler çöpe atılmakta ve buralardan çevreye dağılmaktaydı. Oluşan atıkların sağlık kurumu içerisinde toplanması, taşınması, depo edilmesi ve bu atıklara belediye tarafından uygulanan bertaraf işlemleri tamamen evsel atıklara uygulanan yöntemlerle ve uygulamaları ile aynıydı. Tıbbi atıklar için hastane dışında özel tertibatlı (soğutmalı ve giriş çıkışı özel yapılmış) tıbbi atık deposu bulunmaktaydı. Özel eğitilmiş bir ekip mevcut değildi ve bu görevli personeller için herhangi bir özel korunma yöntemi de uygulanmamaktaydı. Bazı sağlık kuruluşlarında kişisel gayretlerle, tıbbi atıkların kaynağında ayrıştırılmasına ve toplanmasına rağmen bir sonraki basamak olan, atıkların belediye yetkililerince toplanması ve sonrasında bertaraf edilmesinde bir yasal uygulama, kontrol ve denetim olmaması nedeniyle bu atıkların evsel atıklarla birlikte şehir çöplüğüne atılması ile sonuçlanmaktaydı. Hastane atıkları “çöplük” denilen alanlara gelişigüzel bir şekilde dökülüp kendi hallerine bırakıldığı (Resim 1, 2, 3, 4), hatta bazı kentlerimizde ise denize atıldığı görülmekteydi.



Resim 1: Çöplükte enjektörler



Resim 2: Çevreye atılmış tıbbi atıklar



Resim 3: Gelişigüzel atılmış tıbbi atıklar



Resim 4: Çöplük alanlarında tıbbi atıklar

Ayrıca uygun kriterler göz önünde bulundurulmadan rastgele yığılan çöplerden kontrolsüz bir şekilde yayılan tozlar, sızıntı suları ve gazları çevreyi tehlikeli ölçülerde kirletmekte ve doğal çevreyi olumsuz etkilemekteydi (6). Hastane genelinde ve patoloji laboratuvarlarında ortaya çıkan kimyasal atıklar gelişmiş kanalizasyon sistemine dökülmekteydi. Özellikle yerleşim merkezlerinde yer alan ve içinde sağlığı ciddi şekilde bozulmuş her türlü insanın toplu olarak bulunduğu hastanelerden çıkan çok sayıda ve miktarda tıbbi atıkların bertaraf edilmeden bu çöplüklere atılması önemli bir çevre sorununa neden olurken tedavi gören hastalardan kaynaklanan bu tıbbi atıklar yeni kişilerin de enfekte olması, hastalanması, salgınlara ve hatta ölümlere sebep olabilmekteydi.

Aynı kamu hastanesinde 20 yıl sonra gelinen noktada, enfeksiyöz ve patolojik atıklar sızdırmaz poşetlerde biriktirilirken kesici-delici atıklar ayrı olarak, özel, delinmez plastik kutularda toplanmaktadır. Geri kazanılabilir nitelikteki atıklardan kâğıt, karton ve cam ayrı olarak toplanmaya başlamıştır. Hem çevre kirliliği azalmakta hem de bu atıkların hammadde olarak kullanılması ile ekonomiye katkı sağlanmaktadır. Hastane içerisinde sadece tıbbi atıkların toplanması, taşınması, depolanması ve gerekli malzemelerin servislerde teminiyle görevli üç kişilik bir ekip ve onların eğitimi, kontrol ve denetiminden sorumlu bir tıbbi atık koordinatörü bulunmaktadır. Görevli kişilerden oluşan bu ekip için özel korunma yöntemi olarak kıyafet, eldiven, bone, maske ve çizme kullanılmaktadır. Hastane içerisinde kırmızı renkli poşetlerde biriktirilen ve toplanan tıbbi atıklar hastane dışında özel tertibatlı tıbbi atık deposunda bekletilmektedir.



Resim 5: Tıbbi atık sorumlu personelinin kullandığı kıyafet ve ekipmanları

2011 yönetmeliğinde “Ünite İçi Atık Yönetim Planı” geliştirilme zorunluluğu eklenmiştir. Atıklar toplanırken evsel atıkların siyah poşete, cam atıkların mavi poşete konulması zorunlu tutulmakta; cam ve serum şişeleri ise cam mal-

zemeye özel konteynerlerde biriktirilmektedir. Sıvı tıbbi atıklar için “uygun emici maddeler” ile yoğunlaştırma, kesici-delici atıklar için “özel sert plastikten yapılmış sarı atık kutuları” kullanılmaktadır. Atıkları ünite içinde taşımada konteynerler tanımlanarak; tıbbi atıklar için turuncu renk araba ve üzerinde “uluslararası biyotehlike” amblemi ve “Dikkat! Tıbbi Atık” ibaresinin bulunma zorunluluğu getirilmiştir. Ünite içi tıbbi atıkları taşıma zamanı ve güzergâhı ile ilgili “yoğunluktan uzak olacak şekilde belirlenir” ifadesi konulmuştur. Ciddi kontrol, denetim ve cezalar uygulandığı görülmektedir. Özellikle 20. yıldan itibaren atık yönetimi uygulamalarında olumlu yönde gelişmeler olduğu saptanmıştır.

Ünite İçi Atık Yönetim Planı

Sağlık hizmetlerinde kullanılan sarf malzemeleri, ilaçlar ve kimyasal maddelerin miktarı ve son kullanma tarihleri takip edilmektedir. İlk giren, ilk çıkar depolama sistemi kullanılarak tehlikeli atık oluşumu azaltılmakta, radyoloji biriminde oluşan röntgen banyo suları ve atık röntgen filmleri toplanarak anlaşma yapılan firma tarafından geri kazanılmakta veya bertaraf edilmektedir. Tekrar edilen film sayısını azaltmaya yönelik çalışmalar yapılmakta ve dijital ortamda film çekimi uygulamaları planlanmaktadır. Dezenfekte edilerek kullanılması gereken aletlere sterilizasyon işlemi uygulanarak dezenfektan kullanımı azaltılmaktadır. Kullanılmış piller “Taşınabilir Pil Üreticileri ve İthalatçıları (TAP) Derneği” tarafından sağlanan kutularda biriktirildikten sonra anlaşmalı bürolara teslim edilmektedir.

Tıbbi Atıkların Taşınması

Taşıma görevlilerine atık taşıma eğitimleri verilmektedir. Atıkları taşıma işlemi için kullanılan tekerlekli, kapaklı, plastik malzemeden yapılmış olmalı yükleme-boşaltma esnasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarları olmayan, yüklenmesi, boşaltılması, temizlenmesi, dezenfeksiyonu kolay, sadece bu iş için ayrılmış, turuncu renkli, üzerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ve “Dikkat! Tıbbi Atık” ibaresi bulunan araçlar ile toplanmaktadır. Taşıma araçları gün bitiminde %10'luk çamaşır suyu ile temizlenmektedir. Nakil sırasında çöp torbaları sıkıştırılmadan taşınmasına özen gösterilmektedir.

Geçici Depolama Sistemleri

a) Evsel atık geçici atık deposunun yeri ve özellikleri: Depo, atık taşıma araçlarının rahatlıkla ulaşabileceği ve yaşanabileceği yere inşa edilmiştir. Hastaneye bağlı polikliniklerde, depolama amacıyla konteynırlar kullanılmaktadır.

b) Tıbbi atık geçici atık deposunun yeri ve özellikleri: Depo, atık taşıma araçlarının rahatlıkla ulaşabileceği ve yaşayabileceği yerde inşa edilmiştir. Kapılar turuncu renge boyalı, üzerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ve “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi yazmaktadır. Kapıları dışa doğru açılmaktadır. En az iki günlük atığı alabilir büyüklüktedir. Deponun tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz, mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi kolay fayans ile kaplıdır. Haşerelerin girmesini önlemek için gerekli önlemler alınmıştır. Havalandırma klima ile sağlanmaktadır ve sıcaklık takibi yapılmaktadır.

Tıbbi atıkların toplanması ve taşınmasından sorumlu personel, İstanbul Çevre Yönetimi Sanayi ve Ticaret A.Ş. (İSTAÇ)’ın düzenlediği “Tıbbi Atıkların Toplanması, Taşınması ve Ayrıştırılması Eğitimi” sınavını geçerek katılım belgesi almıştır. Yönetmelik doğrultusunda çalışma sırasında kullanılacak özel kıyafetleri olan tıbbi atık personelinin görevi, tıbbi atıkları kaynaklarından toplamak, güvenli bir şekilde tıbbi atık deposuna taşımak, tıbbi atık taşıma araçlarının ve tıbbi atık deposunun temizliğini yapmaktır.

Kayıt Tutma ve Raporlama

Oluşan tıbbi atık miktarı “Tıbbi Atık Takip Formu”na kaydedilerek takip edilmekte ve yıl sonu itibarıyla valiliğe gönderilmektedir. Tıbbi atıklar ile ilgili raporlama ile ilgili personel mevcuttur.

2017’de çıkan yönetmelikte ise en dikkat çekici husus “kirleten öder” prensibi ile atık üreticilerinin oluşturacakları atıkların bertaraf harcamalarını kendilerinin karşılamasıdır. Dolayısıyla atıkların minimize edilmesi ve ciddi bir atık yönetim planının uygulanması aşamaları, atık üreticileri tarafından daha fazla bir hassasiyet gösterilmesi gereken önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır (5).

Tartışma

Kalkınmanın temel unsuru sayılan insan ve onun ürünü olan endüstriyelleşme göz ardı edilemeyeceğine göre, insan sağlığını etkileyebilecek biyolojik, fiziksel ve sosyal çevrenin sağlıklı hale getirilmesi, üzerinde durulması gereken önemli bir husustur. Hatta, günümüzde gelişmiş ülkelerde olduğu gibi modern yaşamın etkileri ile gelişmekte olan ülkeler de bile hava kirliliği, su-toprak kirlenmesi ve özellikle hastanelerden kaynaklanan katı atıklar, özellikle tıbbi ve enfekte atıklar, halen toplumun sağlığını yakından ilgilendiren olumsuz çevre faktörleri olmaya devam etmektedir.

Sağlıklı yaşamak her insanın temel ihtiyacıdır ve insanların sağlıklı yaşamlarında hastanelerin rolü giderek artmaktadır. Hastaneler, sağlık hizmetlerinin tümünü topluma sunmak üzere düzenlenmiş ve bu amaca ulaşması

için birbirine bağımlı çeşitli teknik ve tıbbi, birçok karmaşık işlemlerin ortaya konulduğu kurumlar olmuşlardır (6). Toplumda nüfus artışı, kentleşme, sanayileşme, sosyal güvenlik kapsamının genişletilmesi gibi çeşitli etmenlerle birlikte, kişilerde bilinç düzeyi yükseldikçe hastanelerin kişilerin sağlıklı yaşamalarındaki rolünün daha da artacağı kuşkusuzdur. Çünkü en gelişmiş tıbbi teknolojiden ve laboratuvar olanaklarından yararlanarak tedavi olmak, düzenli hemşirelik bakımı almak ancak hastanelerde mümkün olmaktadır. Ayrıca hastanelere olan talebin artması, aynı zamanda, artan iş gücü kayıplarını da ifade etmektedir çünkü hastaneye başvuran her kişi ortalama 1,5-2 gününü hastanede geçirmektedir (7).

İçinde sağlıklı ciddi şekilde bozulmuş her türlü insanın toplu olarak bulunduğu hastanelerin başlıca görevi, hastalıklara teşhis koymak, uygun tedavi protokollerini belirleyerek hastaları iyileştirerek tekrar eski sağlıklarına kavuşturulmasıdır yerleşim merkezlerinde hizmet veren bu hastaneler özellikle çok çeşit ve miktarda tıbbi ve kimyasal atıkların ortaya çıkmasına neden olarak hem çalışanlar hem hastalar hem de çevre için büyük risk oluşturmaktadır (8).

Ülkemizde tıbbi atık sorununun önlenmesi amacıyla 11.08.1983 tarih ve 2872 sayılı “Çevre Kanunu” gereğince hazırlanan ve Çevre Bakanlığı tarafından yayımlanan Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği (TAKY) 20.05.1993 tarih ve 21586 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiş, 22.07.2005 tarih 25883 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği’nin 56. maddesi ile yürürlükten kaldırılmıştır. 22.07.2005 tarihinde yayımlanan TAKY ise 26.03.2010 tarih ve 27533 sayılı 03.12.2011 tarih 28131 sayılıyla revize edilmiş ve en son olarak da 25.01.2017 tarih 29959 sayılı Resmî Gazete ile tekrar revize edilmiştir. Yönetmeliğin amacı, tıbbi atıkların üretiminden bertarafına kadar; çevreye ve insan sağlığına zarar verecek şekilde doğrudan veya dolaylı bir biçimde alıcı ortama verilmesinin önlenmesi, çevreye ve insan sağlığına zarar vermeden kaynağından ayrı olarak toplanması, ünite içinde taşınması, geçici depolanması, taşınması ve bertaraf edilmesine yönelik prensip, politika ve programlar ile hukuki, idari ve teknik esasların belirlenerek uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemektir (5, 6, 10). Dünya’da tıbbi atıklar; yakma, sterilizasyon, mikrodalga ısınlama, kimyasal dezenfeksiyon, enkapsülasyon, inertizasyon, termal arıtım prosesi ve düzenli depolama yöntemiyle bertaraf edilmektedirken Türkiye’de TAKY’nin 33. maddesine göre günde 10 tondan fazla tıbbi atığı olan iller yakma yöntemini uygulayabilmekte, 10 tondan az tıbbi atığı olan iller ise sterilizasyon yöntemini kullanarak tıbbi atıklarını bertaraf edebilmektedirler (9).

Üstelik herhangi bir sanayi kuruluşundaki yanlış yönetsel kararlar en fazla

üretim düşüklüğü ya da parasal zarar ile sonuçlanırken hastane yönetimindeki yanlış kararlar, insan hayatının kalitesinde düşme, toplumun sağlık düzeyinde bozulma ile sonuçlanmaktadır. Yani diğer sektörlerden farklı olarak sağlık sektöründeki kötü yönetimin bedeli insan hayatı ile ödenmektedir (10, 11, 12).

Sonuç

Tıbbi ve kimyasal atıkların tehlikeli özellik göstermelerinden dolayı çevre ve halk sağlığına zarar vermeyecek şekilde meydana geldikleri kaynakta toplanması, geçici olarak depo edilmesi veya kaynağında dönüştürülmesi ve buralardan alınarak nihai bertarafının sağlanmasının gerekliliği bugün bilinen ve uygulanan bir gerçektir. Buna rağmen hala bazı sağlık kuruluşlarında tıbbi atık yönetimi uygulamalarındaki aksaklıkların denetimlerde görülmesi bu konudaki eğitim ihtiyacının devam ettiğini ve konunun gündemde kalarak toplum ve sağlık çalışanlarının bu konuya duyarlılıklarının artırılması ve devamlılığının sağlanması gerekliliğinin bir göstergesidir. Unutulmamalıdır ki; mevzuata uygun yapılan tıbbi ve kimyasal atık yönetimi, ortaya çıkacak problemlerin önlenmesinde etkin bir çözüm sağlamaktadır. Doğru bir uygulama ile tıbbi atık yönetiminin başarıyla uygulanması o kadar da zor ve pahalı bir süreç değildir. Çevre politikalarıyla diğer ekonomik ve toplumsal politikalar arasında tutarlılık ve eşgüdüm sağlanmalı, politikaları belirlemekten ve yürütmekten sorumlu olanların, kamuoyuyla da sürekli bilgi alışverişinde bulunmaları gerekmektedir.

Kaynaklar

- 1) Gören S, Esen M. Tıbbi Atık Yakma Küllerinde Ağır Metal Giderimi. *Ekoloji* 2010; 19: 51-8.
- 2) Henry JG, Heinke GW. *Environmental Science and Engineering 2nd Ed.* New Jersey: Prentice Hall Inc. 1996.
- 3) World Health Organization (2014). *Safe Management of Wastes From Health-care Activities*, Dünya Sağlık Örgütü, http://www.searo.who.int/srilanka/documents/safe_management_of_wastes_from_healthcare_activities.pdf. Second edition (Erişim Tarihi: 25.02.2019)
- 4) Bayır C. Ülkemizde Tıbbi Atık Yönetimi, Bertaraf Edilmesi ve Mevcut Durumun İncelenmesi. T.C. Muğla Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Muğla, 2011.
- 5) Güllük E. Tıbbi Atıkların Toplanması, Bertarafı ve Depolanması ile Buharın Bakteriler Üzerine Etkilerinin İncelenmesi; Afyonkarahisar Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Isparta, 2013.
- 6) İnceoğlu G. Hastane Katı Atıklarının Yarattığı Çevre Sorunlarının Yönetimsel ve Örgütsel Çözüm Yolları ve Hasta Başına Çıkan Atıkların Cins ve Miktarlarının Tespiti ile İlgili Bir Araştırma. İ.Ü. İşletme Fak. Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bölümü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 1991.
- 7) Sürücü G. Katı Atık Tanımı, Toplanması ve Uzaklaştırılması Kurs Notları, Boğaziçi Üniversitesi, Katı Atık Kirlenmesi Araştırma ve Denetimi Türk Milli Komitesi.
- 8) Bektaş G. Sağlık İnsangücü Planlaması. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Yayın No:3. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002.

- 9) Akcan A. Samsun'da Tıbbi Atık Yönetiminin İncelenmesi ve Maliyet Bileşenleri. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. Samsun, 2012.
- 10) Akkaya SE. Samsun İli Tıbbi Atık Yönetimi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Samsun, 2015.
- 11) Bridgman RF, Roemer MI. Hospital Legislation and Hospital Systems. Geneva, Public Health Papers, 1973;50: 9-12.
- 12) Hayran O. Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi. In: Sağlık Hizmetleri El Kitabı. Hayran O, Sur H (Eds.) İstanbul: Çevik Matbaası, 1998. ss.142-145.

Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlarda Risk Yönetimi

PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK*

*İstanbul Medipol Üniversitesi

Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon (SHİE), sağlık kurumlarında sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen enfeksiyonlardır. Başka bir ifadeyle SHİE; hastaneye veya sağlık hizmeti birimine (hemodiyaliz merkezleri, aile sağlığı merkezleri, ayaktan tanı tedavi merkezleri/poliklinikler, uzun süreli bakım evleri vd.) başvuru sırasında bulunmayan, hastaneye yatışının (veya başvurunun) üçüncü günü ve sonrasında enfeksiyon tanı ölçütlerinin tamamının ilk olarak birlikte tespit edilmesiyle tanısı konulan, bir enfeksiyon etkenine veya toksinlerine bağlı olarak ortaya çıkan lokal veya sistemik bir durumdur.

Daha önceden hastanede gelişen enfeksiyonlar, nozokomiyal enfeksiyon olarak adlandırılmaktaydı. Günümüzde bu terim hastane dışı tüm sağlık hizmeti veren birimleri kapsayacak şekilde SHİE olarak genişletilmiştir.

SHİE, başta imkânları kısıtlı, gelişmekte olan ülkeler olmak üzere tüm dünyanın önemli bir sorunudur. ABD’de hastaneye yatan hastaların yaklaşık %5’inde SHİE gelişmektedir (1,7 milyon hasta/yıl). ABD’de SHİE gelişen hastaların 100 bin kadarı ölmektedir. Bu nedenle ABD, SHİE vd. hasta güvenliği ilişkili sorunları önlemek, ölümleri azaltmak amacıyla “100 Bin Hayat Kurtarma Kampanyası”nı uygulamaya devam etmektedir.

ABD’de SHİE’in maliyeti doğrudan 7-10, dolaylı 35 milyar dolara ulaşmakta ve yatan hasta maliyetinin %9,4 kadarını oluşturmaktadır. Avrupa CDC (ECDC)’ye göre, Avrupa Birliği’nde yılda 4,5 milyon sağlık hizmetine bağlı enfeksiyon görülmektedir (prevalans %7,1). SHİE’lar, Avrupa’da her yıl doğrudan 37 bin, dolaylı olarak 110 bin kişinin ölümüne neden olmaktadır. SHİE’lar için yapılan sağlık harcamaları yaklaşık 7 milyar Euro/yıl olarak hesaplanmaktadır. ECDC, SHİE’ların gerçek görülme sıklıklarının daha fazla olduğunu vurgulamaktadır.

Ülkemizde 2005 yılında yayımlanan “yataklı tedavi kurumları enfeksiyon kontrol yönetmeliği” sonrasında ülkeyi temsil edebilecek veriler elde edilmeye

başlamıştır. Bu tarih itibarıyla özellikle enfeksiyon kontrol hemşiresi eğitimlerine ağırlık verilmiş, enfeksiyon kontrol hekimliği eğitimleri de yapılmış olup ilgili faaliyetler devam etmektedir. Bu kapsamda, her hastanede hastane enfeksiyon komiteleri ve ilişkili alt komiteler kurulmuş, hastanelerin sürveyans verileri Sağlık Bakanlığı tarafından düzenli takip edilmeye başlanmıştır. Bu süreçte yeni doğan, pediatrik ve erişkin yoğun bakımlarla ilgili değişik düzenlemeler eş zamanlı olarak yapılmıştır.

Geri bildirim ve denetimler yeterli olmasa da SHİE konusunda ülkemizde de önemli gelişmeler yaşanmaktadır. Konuyla ilgili sorunlar Bakanlık düzeyinde kurulan birimde ve Enfeksiyon Önleme ve Kontrol Danışma Kurulu ile entegre bir anlayışla ele alınmaya başlamıştır.

Ülkemizde veriler, Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Sürveyans Ağı (USHİESA) [daha önce “Ulusal Hastane Enfeksiyonlar Sürveyans Ağı” (UHESA)] ile web ortamında toplanmaktadır. Mevcut durumda yoğun bakımlarda invaziv araç ilişkili enfeksiyonlar ve ilgili kurum için sorun olan cerrahi alan enfeksiyonlarının (prosedür spesifik) sürveyansı yapılmaktadır. Çoklu ilaca direnç sorunu yaşanan ve sık saptanan etkenler de takip edilmektedir.

Sürveyans verilerinin değerlendirilmesinde 2017’den itibaren yeni birer epidemiyolojik ölçüt olan standardize enfeksiyon oranı (SIR) ve kümülatif atfedilebilir fark (CAD) kullanıma girmiş, verilerin analizinde standardizasyon artışı sağlanmıştır.

Henüz, ülkemizde tüm hastane enfeksiyonlarının toplam yıllık sayısı, enfeksiyon hızı ve ilişkili ölüm sayısı belli değildir. Bununla birlikte mevcut USHİESA verilerine göre gerek invaziv araç ilişkili enfeksiyonlar gerekse cerrahi alan enfeksiyonları açısından ABD NHSN verilerine göre çok daha fazla (enfeksiyonlara göre değişmek üzere 1-4 kat) enfeksiyona sahip olduğumuz görülmektedir. Ayrıca, hastane enfeksiyonlarına neden olan değişik mikroorganizmalar (metisiline dirençli *S.aureus*, vankomisine dirençli enterokok, genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz yapan enterik bakteriler, karbapenem dirençli enterik bakteriler, karbapenem dirençli *P.aeruginosa*, karbapenem dirençli *Acinetobacter* spp,) çok yüksek direnç oranlarına sahiptir. Son yıllarda karbapenem dirençli enterik bakteriler, kolistin dirençli enterik ve nonfermentatif çomaklar, hatta panrezistan gram negatifler değişik sağlık kuruluşlarında önemli sorun oluşturmaktadır.

SHİE’lar, hastanede kalış süresinde uzama, morbiditede artma, yaşam kalitesinde bozulma, mortalitede artma, iş gücü ve üretkenlik kaybı, maliyette artma ve hukuki sorunlara (kurumlar/idare, sağlık çalışanları için) neden olmaktadır.

Bütün bu nedenlerle, SHİE'lar hasta güvenliğinin önemli bileşenlerinden biridir. Hasta güvenliğinde olduğu gibi, sağlık hizmetleri personeli ve tedarikçi taşeronlar enfeksiyon sorunlarının farkında olduğunda ve bunları önlemek için özel adımlar attığında (bütünleşik demet önlemleri vd), sağlık hizmeti kaynaklı enfeksiyon oranları yüzde 70'den daha fazla azaltılabilir.

Risk ve Risk Yönetimi

Burada önce risk ve risk yönetimi konusunda genel bilgiler özetlenecek ardından SHİE'larla konunun ilişkisi ele alınacaktır.

Risk, belirsizliğin hedefler üzerindeki etkisidir; daha geniş bir çerçevede ifade edersek kayıp, hasar/zarar tehlikesi ihtimali olup geniş çerçevede gelecekte ortaya çıkabilecek durumların, olayların veya iç ve dış etkenlerin idarelerin amaç ve hedeflerinin gerçekleşmesini etkileme ihtimalidir. Riskin hedefler üzerindeki etkisi, pozitif, negatif yönde beklenenden sapma şeklinde olabilir ve risk, genellikle olaylar, durumdaki değişimler veya sonuçlar tarafından belirlenir. Risklerin, kısa, orta ve uzun vadeli etkileri olabilir. Bu riskler sırasıyla operasyonlarla, taktik ve stratejilerle ilişkili olabilir.

Risk yönetimi, idarenin/kurumun belirlenmiş hedeflerine ulaşabilmesi için her tür (toplam risk, belirlenmiş risk, belirlenmemiş risk, kabul edilebilir risk, kabul edilmeyen risk vd.) ve her seviyedeki risklerini belirli bir yöntemle sistematik olarak tespit etmesi, değerlendirmesi, risklerin etkilerini azaltmak için önlemler alması ve bu sürecin etkin işlenmesini sağlayacak şekilde izlemesidir.

Kurumlar süreçlerinde ve faaliyetlerinde yerleşmiş olan risk seviyesini anlamak zorundadırlar. Önemli risklerin, belirlenerek önceliklendirilmesi ve en zayıf kritik kontrollerin tanımlanması kurumlar için önemlidir.

Risk Yönetimi Niçin Gereklidir?

- Risk yönetimi, işlerin istenilen sonuçlara/hedeflere ulaşmasını sağlar.
- Bütünleyici ve tamamlayıcı çerçevede iyi yönetişimi destekler.
- Hesap verebilirlik, şeffaflık ve sorumlulukları güçlendirir.
- Kaynak ve çalışmaların öncelikli alanlara odaklanmasını sağlar.
- Akla uygun ve bilgiye dayanan risk almaya imkân verir.
- Risk gerçekleşmeden önce (proaktif) hazır olmayı sağlar.
- Yasal ve düzenleyici şartlara uyuma yardımcı olur.
- Ürün ve hizmet kalitesinde sürekliliği temin edip müşteri güven ve memnuniyetini artırır.

Risk Yönetimi Süreci

Risk yönetimi süreci; yönetim politikaları, prosedürleri ve uygulamalarının iletişim, danışma, kapsam oluşturma, riskin belirlenmesi, analizi, değerlendirilmesi, ele alınması, izlenmesi ve gözden geçirilmesi faaliyetlerine sistematik bir şekilde tatbik edilmesidir. Ülkemizde henüz süreç yönetimi anlayışı kamu veya özel tüm kurumlarca benimsenmemiştir. Risk yönetimi sürecinde öncelikle, risk yönetimi ilkelerinin iyi anlaşılması gerekir. Süreçte yapılacaklar Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1: Risk yönetim ilkeleri ve risk yönetim sürecinde yapılması gerekenler

1. Risk tanımlanması/belirlenmesi/tespiti (<i>recognition</i>):	Risklerin, önceden tanımlanmış yöntemlerle belirlenmesi, gruplandırılması sürecidir. Risk nedir ve kim/kimler risk kapsamındadır soruları cevaplanır?
2. Riskin sıralanması ya da değerlemesi:	Risklerin etki ve olasılık değerlerine göre ölçülmesi, puanlanması ve öncelik sırasına konmasıdır (kritik süreçler vd.) (<i>Ranking</i>)
3. Risklerin analiz edilmesi:	Riskin doğasını anlama ve risk seviyesini belirleme sürecidir. Risk nasıl oluşur (kaynaklar), risk olasılığı nedir ve sonuçları nelerdir? Sonuçları ve olasılıkları etkileyen faktörler nelerdir? Bu kapsamda risk analizi matrisi kullanılabilir.
4. Risk değerlendirilmesi:	Risk azaltılabilir veya ortadan kaldırılabiliyor mu? Kim yapacak, nasıl ve ne zaman izlenecek? (Reaksiyon planı yapılır).
5. Riskten kaçınma:	Eğer bir risk ortadan kaldırılamazsa yönetilmesi gerekir.
6. Risk için gerekenlerin yapılması:	6a. Belirgin risklere cevap verme (<i>Responding</i>) 6b. Tolere etme (<i>Tolerate</i>) 6c. Müdahale etme (aksiyon; <i>Treat</i>) 6d. Transfer etme (<i>Transfer</i>) 6e. Sonlandırma (<i>Terminate</i>) 6f. Kontrollere (Önleyici, tespit edici, yönlendirici, düzeltici) kaynak ayrılması (<i>Resourcing</i>) 6g. Risk performansının sorumlulara raporlanıp takip edilmesi (<i>Reporting</i>) 6h. Risk yönetim çerçevesinin gözden geçirilmesi (Sürecin etki veya olasılıkları değişen ve yeni ortaya çıkan riskler ile verilen cevapların etkinliğinin düzenli gözden geçirilmesi; <i>Reviewing</i>)

Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlarda Risk

SHİE bağlamında risk, sağlık tesisi içindeki faaliyetlerden kaynaklanan, hasta veya sağlık çalışanlarının enfeksiyona yakalanma veya bulaşma riskinin olasılığı olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmeti ile ilgili riskleri belirlemek ve analiz etmek, başarılı enfeksiyon önleme ve kontrolünün ayrılmaz bir parçasıdır. Sağlık hizmeti alanında önemli bir süreç olan SHİE’nun birçok alt ve detay

süreci mevcut olup ilgili süreçler sürekli iyileştirme çalışmasına muhtaçtır. Günümüzde süreç yönetiminin en önemli öğelerinden biri risklerin belirlenmesi ve süreçte risk yönetiminin sağlanmasıdır.

Farklı sağlık ortamlarında farklı tür risk ve risk seviyeleri mevcuttur. Yerel politika ve prosedürlerin geliştirilmesinde, her sağlık kuruluşu kendi risk değerlendirmesini yapmalıdır. Risk değerlendirmesi, SHİE’da potansiyel veya mevcut tehlikelerin ayrıntılı bir incelemesidir. Risk değerlendirmesinde, tehlikeler tanımlanır, bu tehlikeyle ilişkili risk(ler) değerlendirilir, risk ihtimali (Yaygın, nadir; izleme ve denetim sonuçları, gözetim, şikâyetler vb. ile saptanır), risk faktörleri, derecesi (şiddetli, hafif), risklerin nerede/nerelerde yüksek olduğu, risk analizinin nasıl yapılacağı, riskleri önleme/kontrol sürecinde hangi faaliyetlere öncelik verileceği belirlenir.

Bu kapsamda; hastalara, personele ve/veya ziyaretçilere zarar verebilecek faktörler (politikalar, çevre, uygulamalar, süreçler) tanımlanır. Olayın ne kadar muhtemel olduğu ve tehlikenin ne kadar ciddi olduğu değerlendirilir. Ardından, zararı önlemek veya kontrol altına almak için hangi adımların atılacağına karar verilir. Ayrıca ilgili durumlarda disipline/birimlere özgü rehberliğe de değinilmelidir.

Enfeksiyon önleme ve kontrolde risk değerlendirmesi yapmanın kilit adımları aşağıdaki basamaklar halinde uygulanabilir.

1. Sorun, tehlike veya tehdit tanımlanır: Örneğin sağlık personeli arasında yüksek oranda iğne yaralanması.

2. Problem değerlendirilir: Problemin boyutunu ve içeriğini belirlemek için değerlendirme yapılır. Örneğin hangi personelin etkilendiği, yaralanmaların ne zaman, nerede ve nasıl gerçekleştiği tespit edilir; ilgili örnekte iğne batması oranı hakkında bilgi edinilir.

3. Enfeksiyon riskleri tanımlanır (yapılandırılmış bir yaklaşım kullanılır): Örneğin iğne batması için tüm risk noktaları tanımlanır; koopere olmayan hastalardan kan alırken personel yorgun olduğunda (görüşme sonrası); kaza sırasında koruyucu gözlük yokluğu vb.

4. Enfeksiyon olasılığı ve enfeksiyon sonuçları değerlendirilir: Örneğin sağlık kuruluşunda iğne batması sık rastlanan bir durumsa ve hasta popülasyonunda HIV ve hepatit B prevalansı yüksekse sonuçlar ciddi olacaktır.

5. Riski yönetmek için öncelikli müdahaleler belirlenir ve uygulanır: Örneğin kurumda öncelikli müdahaleler, tüm personelin kesici/delici yaralanmalar konusunda eğitimi, tüm odalara kesici/delici atık kapları yerleştirmek.

6. Riskin sürekli takip edilmesi ve müdahalelerin başarısının değerlendirilmesi: Örneğin müdahalelerden önce, sırasında ve sonrasında tüm kesici/delici yaralanmaların kayıtlarının tutulması, müdahalelerin ne kadar iyi uygulandığının izlenmesi, politikaların iyileştirilmesi ve personelin periyodik olarak tekrarlı eğitilmesi.

Enfeksiyon Önleme ve Kontrol Uygulamasında Risk Değerlendirmesi Ne Zaman Yapılmalıdır?

Risk değerlendirmesi şu durumlarda yapılmalıdır:

1. Yeni bir enfeksiyon önleme ve kontrol süreci veya alt süreci gerektiren iş/hizmet belirlendiğinde (özellikle standart önlemler, bulaşma temelli önlemler (izolasyon önlemleri), enfeksiyon sürveyansı, temizlik, çamaşır ve atık yönetimi, yeniden kullanılabilir aletlerin yeniden sterilize edilmesi ve yenileme projeleri sürecinde)
2. Yeni bir klinik ekipman veya enstrüman kullanılmaya başlandığında
3. Yeni bir prosedür veya tanı testi uygulanmaya başladığında
4. Enfeksiyon önleme ve kontrol uygulamasında, politikada veya ilgili bir konuda bir sorun tespit edildiğinde
5. En azından yıllık olarak bir kez sağlık kuruluşunun enfeksiyon önleme ve kontrol programının önceliklerini yeniden değerlendirilmesi yapıldığında.

Enfeksiyon Önleme ve Kontrol Uygulamasında Risk Değerlendirmesini Kim Yapmalıdır?

İdeal olarak bu kapsamdaki risk değerlendirmesi, deneyimli bir enfeksiyon önleme ve kontrol uygulayıcısı/profesyoneli tarafından en iyi şekilde gerçekleştirilir. Girdiler, ilgili klinik alandaki personelden toplanmalıdır (Örneğin kesici/delici yaralanmaları için zararlar ve ilgili sağlık personeli).

Enfeksiyon önleme ve kontrol görevlisi/görevlileri, araştırılmakta olan tehlikenin konumuna ve türüne bağlı olarak klinisyenler, laboratuvar personeli veya veri yöneticilerinin yardımına ihtiyaç duyabilir.

Enfeksiyon Önleme ve Kontrol Uygulamasında Risk Nasıl Kategorize Edilir?

Risk, herhangi bir tehlikenin sonuçlarının ciddiyetine bağlı olarak yüksek, orta veya düşük risk olarak sınıflandırılabilir. Örneğin bir kan örneği alırken eldiven giyilmemesi, bir sağlık çalışanı için düşük bir enfeksiyon riski oluşturmaktadır. Hastanın santral venöz kateterini el hijyenini sağlamaksızın kullanmak orta riskte olabilir. Yeterli el antisepsisi yapmadan bir klinisyenin aseptik bir

prosedür uygulaması (örneğin cerrahi) yüksek bir enfeksiyon riski oluşturur. Bir sağlık tesisinde risk yönetimi birçok seviyedeki yaklaşımla uygulanır:

1. Kurum/tesis genelinde uygulama; örneğin kurumsal bir risk yönetimi politikası, personel eğitimi, sonuçların izlenmesi ve izleme ve raporlama yoluyla etkin risk yönetimi için destek sağlamak

2. Alt birim/bölüm (departman) düzeyinde uygulama; örneğin risk yönetim politikalarını alt birimlere kadar genişletmek ve böylece risklerin her durumda göz önünde bulundurulmasını sağlamak

3. Bireysel düzeyde uygulama; örneğin belirli bir prosedürün uygulanmadığındaki riskleri göz önünde bulundurarak ve klinik karar vermenin bir parçası olarak prosedürün gerekliliğini sorgulayan, eğitim oturumlarına katılma [Örneğin el hijyeni veya solunum sistemi uygunluğu testi (*respiratur fit testing*)].

Sağlık hizmetleri günlük fonksiyonlarına göre büyük farklılıklar gösterdiğinden, risk yönetimine yönelik tüm yaklaşımlara uygun bir tek boyut sağlamak mümkün değildir.

Bir tek ortamda bile (örneğin birinci basamak bakımı), gittikçe artan karmaşık bakım, çeşitli niteliklere ve eğitime sahip bir dizi sağlık uzmanı tarafından verilmektedir. Tüm sağlık tesisleri, riskleri kendi bağlamlarında belirleyebilmeli ve uygun hareket tarzını seçebilmelidir. Bu nedenle tesislerin birimlerinde/alt birimlerinde enfeksiyon önleme risk değerlendirmelerini düzenli olarak yapmaları ve tüm personelin bu riskleri yönetme konusundaki sorumluluklarını anlamalarını sağlamak gerekir.

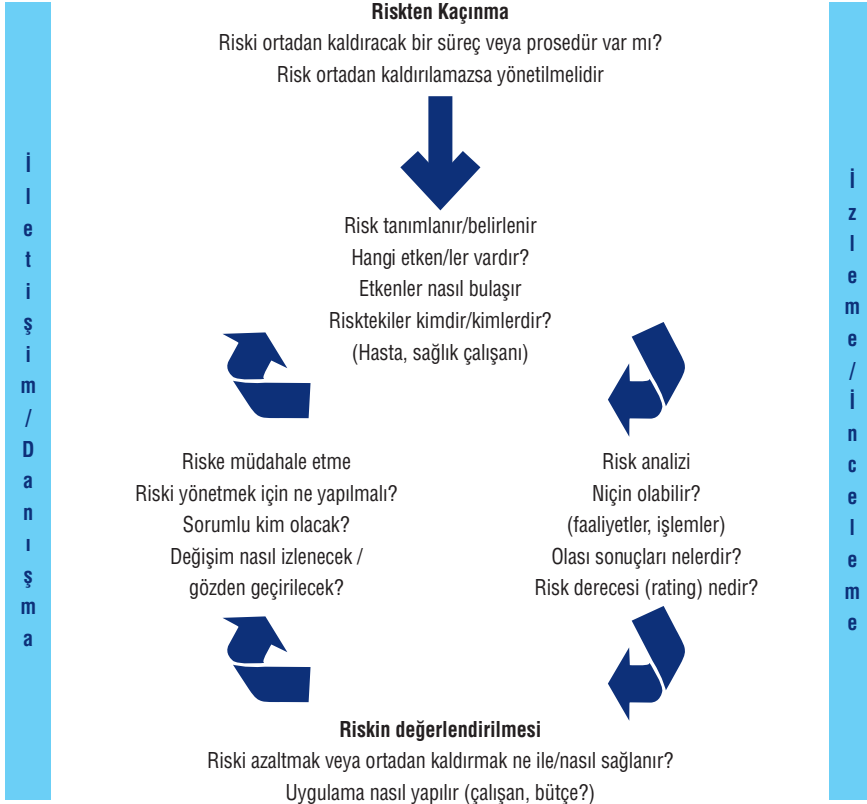
Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlarda Risk Yönetimi Süreci

SHİE'nin önleme ve kontrolünde risk yönetimi, sağlık hizmetlerinde tehlikeleri tanımlamak, değerlendirmek, önlemek veya azaltmak için yapılandırılmış bir yöntemdir. Risk yönetimi, risklerin önceliklendirilmesine yardımcı olur ve kalite yönetim programının önemli bir parçasıdır. Risk yönetimi, sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlardan kaynaklanan zararları önleme ve azaltmanın temelidir. Sağlık kuruluşunun/tesisinin tüm seviyelerinde risk yönetimi yaklaşımını benimsemek gereklidir. Bu görev, tesis yönetiminin tam desteğinin yanı sıra yönetim, sağlık çalışanları ve destek personeli arasında iş birliğini de gerektirir. SHİE'da enfeksiyon önleme ve kontrol bağlamında risk yönetimi süreci aşağıda Şekil 1'de özetlenmiştir.

SHİE risk yönetimi sürecinde; öncelikle risk tanımlanıp kimin riskte olduğu belirlenir. Hastalar (Bazı hastalar diğerlerinden daha fazla. Örneğin yaşlılar, cerrahi hastalar, yeni doğanlar, invaziv kalıcı cihaz uygulanmış hastalar). Riskin tanımlanması ve analizi için standart araç(lar) kullanılmalıdır. Hangi bula-

şıcı ajanlar etken olabilir? İlgili etken(lerin) bulaşma yolları nelerdir? Bulaşma olasılığı ne kadardır? Sonuçları nelerdir? Bulaşmayı önlemek için neler yapılabilir, gereğinde kontrol nasıl sağlanabilir/uygulanabilir gibi sorular SHİE risk yönetim sürecinde önemlidir

Başarılı bir risk yönetimi için etkin bir iç kontrol yapısı ve objektif ve yeterli iç denetim fonksiyonu, bir dizi strateji ve analiz sonuçlarının değerlendirilmesi, yönetim düzenlemeleri (net ve yaptırım gücü olan politika ve prosedürler), bağımsız ve etkin dış denetim, bildirimlerin şeffaflığı, etkin bir iletişim sistemi, hesap verebilirliği ve ölçülebilirliği sağlayacak sistemler ile birlikte süreçlerin/ faaliyetlerin gözden geçirilmesi, sonuçta gerekli eylem planları ile düzeltici önleyici faaliyetlerin uygulanıp sürecin iyileştirilmesiyle risklerin azaltılması veya ortadan kaldırılması gereklidir.



Şekil 1: SHİE'da risk yönetimi süreci

Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlarda Risk Yönetimi Gerçekleştirmenin Amacı Nedir?

Aşağıdakiler dahil sağlık hizmetlerinde risk yönetimi uygulamasının birçok nedeni vardır:

1. Klinik uygulamaları iyileştirmek/geliştirmek
2. Hastaların, sağlık çalışanlarının ve ziyaretçilerin güvenliğini artırmak
3. Sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların oranlarını azaltmak

SHİE Önleme ve Kontrolde Başarılı Risk Yönetimi için Hangi Unsurlar Gereklidir?

Aşağıdaki kilit unsurlar başarılı risk yönetimi projeleri oluşturmaya yardımcı olacaktır:

1. Aktif bir enfeksiyon önleme ve kontrol komitesi: Risk değerlendirmesine ve enfeksiyon önlemlerinin uygulanmasına yardımcı olur.

2. Sağlam politikalar ve prosedürler: İyi kurumsal enfeksiyon önleme ve kontrol uygulamaları için temel oluşturur.

3. Etkili sağlık liderliği: Taahhüt, klinik rol modelleri ve risk yönetimi müdahalelerini uygulamak için kaynakların teminini sağlar.

4. Klinisyenin sahiplenmesi/yetkilendirilmesi: Personelin risk yönetimi süreçlerini desteklemesini ve hesap verebilir olmasını sağlar.

5. Hizmet içi eğitim: Herhangi bir risk yönetimi müdahalesinin temel taşıdır. Süreçle ilgili herkesin (hasta, refakatçi, sağlık çalışanı, tedarikçi vd.) gerekli eğitimi alması temin edilir.

SHİE Riskini Azaltmak için Hangi Enfeksiyon Önleme ve Kontrol Programları Mevcuttur?

Sağlık hizmetlerinde enfeksiyon bulaş riskini azaltmak için tasarlanmış çeşitli enfeksiyon önleme ve kontrol programları ve müdahaleleri vardır:

1. Standart önlemler: Enfeksiyon riski bilinen veya bilinmeyen tüm durumlarda standart önlemler alınmalıdır.

2. Bulaşmaya dayalı önlemler (izolasyon önlemleri): Standart önlemlere ek olarak uygulanan temas, damlacık ve hava yolu izolasyon önlemleridir. Belirlenmiş kurallar özellikle riske eğilim oluşturan durumlarda özenle uyulmalıdır. Pek çok patojenin birden fazla bulaşma yoluna sahip olduğu unutulmamalıdır. Örneğin suçiçeği izolasyonu için hem hava yolu hem de temas izolasyon önlemleri alınmalıdır.

3. Prosedüre dayalı önlemler: Yapılan uygulamaya göre (santral ve-

nöz kateter (SVK), ventilatör, üriner kateter) değişik önlemler alınır. Örneğin SVK takılmasında sağlık çalışanı el hijyeni, uygun cilt antisepsisi, uygun kişisel koruyucu ekipman giymeli, maksimum bariyer önlemleri uygulanmalı, steril aletler kullanılmalı ve tüm prosedür aseptik olarak yapılmalıdır.

Standart önlem ve izolasyon tedbirlerinde kişisel koruyucu donanım (KKD) ek olarak kullanılır. Bunlar, sağlık çalışanlarını patojenlere maruz kalmaktan korumak için tasarlanmış malzemelerdir (eldiven, önlük, yüz örtüleri, koruyucu gözlük vd.). KKD çoğu klinik prosedür ve aseptik görev için gereklidir. KKD evsel atık yönetimi ve steril hizmetler bölümü personeli için de gereklidir. KKD'ler tek başına iyi enfeksiyon önleme ve koruma tedbirlerinin yerini alamaz. KKD için kaliteli malzemeler temin edilmeli ve tüm klinik alanlarda kolayca bulunabilmeli ve kolay ulaşılabilmelidir. Süreçte lateks alerjisi gibi durumlar için de tedbir alınmalıdır.

4. Enjeksiyon güvenliği ve yeniden kullanım önleme programları: Düşük gelirli ülkelerde yapılan enjeksiyonların %70'e kadar güvensiz olduğu tahmin edilmektedir.

Yeniden kullanılabilir hatta tekrar kullanılamaması gereken tek kullanımlı steril malzemelerin tekrar kullanımı özellikle düşük gelirli pek çok ülkede önemli bir sorundur. Kesici/delici alet yaralanmalarını önlemek için değişik güvenli malzemeler üretilmiştir: Geri çekilebilir iğneler, geri çekilebilir neşter, korumalı iğneler, güvenli kateter vd.

5. Enfeksiyon önlem paketleri (demetler, bütünleşik önlemler, “bundle”): Bir bakım paketi, cihaz ve prosedürle ilişkili sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyonu önlemek için kullanılan, birbiriyle ilişkili en iyi uygulamalar grubudur. Bir bakım paketinin her elemanı için güçlü bir etki kanıtı vardır. Her demet elemanı ayrı ayrı bakımı iyileştirebilir, ancak tüm elemanlar birlikte uygulandığında, enfeksiyon oranlarında büyük ölçüde daha büyük düşüşler elde edilir. Önlem paketleri sayesinde damar içi kateter enfeksiyonları gibi önemli SHİE çok azaltılmış hatta sıfır hedefini yakalayıp uzun süre devam ettiren merkezler olmuştur. Demet önlemleri iyi uyumlu bir ekibin ve entegrasyonu sağlayan ekip liderinin varlığını gerektirir. Paketin bir ögesine uyumsuzluk, paketin tümüne uyumsuzluk anlamına gelir. Günümüzde en yaygın kullanılan demet önlemleri invaziv cihaz ilişkili enfeksiyonlar ile cerrahi alan enfeksiyon önlem paketleridir. Bu paketlerin uygulanması genel hasta sonuçlarını iyileştirebilir ve maliyetten tasarruf sağlayabilir.

Sonuçlar

Ülkemizde henüz süreç yönetimi anlayışı tüm kurumlarca benimsenmemiştir. Ancak kalite yönetim sistemlerinin giderek yaygınlaştığı ve “Hastane Hizmet Kalite Standartları”nın düzenli takibe başlandığı gerçeği dikkate alındığında sağlık hizmeti sunan hastane ve diğer kurumlar süreçlerini de belirleyip yönetmelidir. SHİE’lar sağlık hizmetlerinde önemli süreçlerden biridir. SHİE hastalarla ilişkili özellikler, sağlık hizmeti sunulan birim veya alt birimle ilgili hususlar dahil olmak üzere değişik faktörlerden etkilenir.

SHİE’nın önlenmesi ve kontrolü süreçlerinde değişik riskler mevcuttur; bu risklerden bazıları (kritik riskler) daha önemlidir. Risk süreci yönetim ilkeleri SHİE’lara da uyarlanabilir. SHİE önlenmesi ve kontrolü için her sağlık kuruluşunda bir enfeksiyon önleme ve kontrol komitesi kurulmalıdır. İlgili komite çoklu bir ekip anlayışıyla (multidisipliner) sürveyanstan, antimikrobiyal yönetime, tüm inşaat ve tadilat çalışmalarını denetlenme ve takibine kadar geniş bir çerçevede görev yapar.

Her yıl meydana gelen çok sayıdaki SHİE sayısını azaltmak ve hasta güvenliğini artırmak amacıyla, bir sağlık tesisinde çalışan tüm personel, tesisin her köşesinde risk yönetimi yöntemlerini izlemelidir. SHİE konusunda belirlenmiş politikalar, hazırlanmış prosedürler risk yönetimi yaklaşımını kullanmalıdır. Enfeksiyon önleme ve kontrol faaliyetlerinin düzenli olarak gözden geçirilmesi, izlenmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesinin sağlanıp yapılanların kanıtları gösterilmelidir.

Bu kapsamda olmak üzere risk yönetimi için her sağlık kurumu, potansiyel tehlikeleri tanımlamak ve analiz etmek üzere Enfeksiyon Önleme Kontrol Komitesine ve hastane/sağlık kurumu yönetimine uygun önerilerde bulunmaktan sorumlu bir alt komisyon kurabilir.

Risk yönetim sürecinde, riski öngören ve bunun için gerekli önlemleri alan bir anlayışla (proaktif) çalışılması önemlidir. Her şeyden önce günümüzdeki paradigmaya uygun olarak SHİE öngörülemez bir komplikasyon olarak düşünülmemeli, ancak potansiyel olarak önlenemez bir “*advers olay*” olarak değerlendirilmelidir.

Özetle, enfeksiyon önleme ve kontrol süreçleri risk yönetim süreci çerçevesinde ele alınır, gerekli kaynaklar etkin şekilde kullanılır, iyi bir yönetim anlayışı ile SHİE azaltılarak/önlenerek hem sağlık çalışanı hem de hastalar için güvenli bir ortam sağlanır, hasta memnuniyeti artar, SHİE morbidite ve mortalitesi azalır.

Kaynaklar

- 1) Alp E, Cookson B, Erdem H, Rello J; Survey Group. Infection Control Bundles in Intensive Care: an International Cross-sectional Survey in Low and Middle-income Countries. *J Hosp Infect.* 2019;101(3):248-256.
- 2) Blot K, Bergs J, Vogelaers D, Blot S, Vandijck D. Prevention of Central Line-associated Bloodstream Infections Through Quality Improvement Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Infect Dis.* 2014;59(1):96-105.
- 3) Australian Guidelines for the Prevention and Control of Infection in Healthcare (2010) <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/australian-guidelines-prevention-and-control-infection-healthcare-2010> (Erişim Tarihi: 7.10.2019)
- 4) Dramowski A, Woods D, Mehtar S. Bettercare Learning Programmes, Infection Prevention and Control, Risk management in IPC. <https://bettercare.co.za/learn/infection-prevention-and-control/text/03.html#3-risk-management-in-ipc> (Erişim Tarihi: 3.10.2019)
- 5) EHS Today. Risk Management: Keeping Diseases Out of Healthcare Facilities. <https://www.ehstoday.com/health/risk-management-keeping-diseases-out-healthcare-facilities> (Erişim Tarihi: 11.10.2019)
- 6) Improta G, Cesarelli M, Montuori P, Santillo LC, Triassi M. Reducing the Risk of Healthcare-associated Infections Through Lean Six Sigma: The Case of the Medicine Areas at the Federico II University Hospital in Naples (Italy). *J Eval Clin Pract.* 2018 ;24(2):338-346.
- 7) Marwick C, Davey P. Care Bundles: The Holy Grail of Infectious Risk Management in Hospital? *Current Opinion in Infectious Diseases.* 2009;22(4):364-369.
- 8) Özer MA. 21. Yüzyılda Yönetim ve Yöneticiler, Nobel Yayıncılık, 2. Baskı, 2011: 331-359.7
- 9) Öztürk R. Hastane Enfeksiyonlarında Risk Yönetimi, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi (SD Dergisi), 2007;3:48-51
- 10) Öztürk R Sağlık Hizmetiyle İlişkili Enfeksiyonlar: Değişen "Paradigmalar" ve Yeni Hedefler, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi (SD Dergisi), 2014;31: 64-65.
- 11) The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP), Infection Prevention and Control Standards for General Practices and Other Office-based and Community-based Practices, 5th Edition, 2014:129-134 <https://www.racgp.org.au/download/Documents/Standards/infection-prevention-control-standards.pdf> (Erişim Tarihi: 14.10.2019)
- 12) Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıkları Dairesi Başkanlığı. TÜRKİYE'DE Yoğun Bakım Ünitelerinde İnvasiv Araç İlişkili Enfeksiyonlarda Standardize Enfeksiyon Oranı Ve Kümülatif Atfedilebilir Fark Özet Raporu 2016 <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/75149,turkiyede-yogun-bakim-unitelerinde-invasiv-arac-iliskili-enfeksiyonlarda-standardize-enfeksiyon-orani-ve-kumulatif-atfedilebilir-fark-ozet-raporu.pdf?o> (Erişim Tarihi: 29.09.2019)
- 13) Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıkları Dairesi Başkanlığı. Editörler: Alp Meşe E, Altun D, Aydın A, Hekimoğlu CH, Hazırlayanlar: Hekimoğlu CH, Batır E, Yıldırım Gözel E. Yoğun Bakım Ünitelerinde İnvasiv Araç İlişkili Enfeksiyonlarda Standardize Enfeksiyon Oranı ve Kümülatif Atfedilebilir Fark Özet Raporu 2018
- 14) Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıkları Dairesi Başkanlığı. Editörler: Alp Meşe E, Altun D, Aydın A, Süzüik Yıldız S, Hekimoğlu CH, Hazırlayanlar: Hekimoğlu CH, Batır E, Yıldırım Gözel E. Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Ağı (USHİESA) Etken Dağılımı ve Antibiyotik Direnç Raporu 2018 https://www.saglikaktuel.com/d/file/etken_dagilimi_ve_antibiyotik_direnc_ozet_

raporu_2018.pdf (Erişim Tarihi: 26.09.2019)

- 15) Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı, Editör: İlter H, Hasarlayanlar: Hekimoğlu CH, Batır E Cerrahi Alan Enfeksiyonu Sürveyansı ve INFLINE. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Bulasici-hastaliklar-db/hastaliklar/SHIE/Klavuzlar/CERRAHI_ALAN_ENFEKSIYONU_SURVEYANSI_ve_INFLINE.pdf (Erişim Tarihi: 18.09.2019)
- 16) Wasserman S, Messina A. *Guide To Infection Control In The Healthcare Setting: Bundles in Infection Prevention and Safety*, International Society for Infectious Diseases, 2018, https://www.isid.org/wp-content/uploads/2019/06/ISID_GUIDE_BUNDLES_IN_INFECTION_PREVENTION_SAFETY.pdf (Erişim Tarihi: 13.10.2019)
- 17) Zaha DC, Kiss R, Hegedüs C, et al. *Recent Advances in Investigation, Prevention, and Management of Healthcare-Associated Infections (HAIs): Resistant Multidrug Strain Colonization and Its Risk Factors in an Intensive Care Unit of a University Hospital*. *Biomed Res Int*. 2019; 2019:2510875.

