

Sağlık hizmet kalite standartlarının “öz değerlendirilmesi”: Üniversite hastanesi bakış açısı

Prof. Dr. Gökhan Aygün



1967 yılında Zonguldak'ta doğdu. İlk ve orta öğrenimini Amasra/Bartın'da tamamladı. İÜ İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra (1990) Klinik mikrobiyoloji ve enfeksiyon hastalıkları uzmanlığını tamamladı. 2005'de doçent, 2011'de profesör oldu. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji AD öğretim üyesi olan Aygün, aynı zamanda Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nde de aktif olarak görev almaktadır. Temmuz 2010'dan beri İÜ Hastaneleri Kalite Direktörü görevini de yürüten Dr. Aygün, evlidir bir kız çocuğu babasıdır.

Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen Hizmet Kalite Standartları (HKS);⁽¹⁾ bir süredir Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve özel hastanelerde uygulanan, özellikle 2011 yılından itibaren Çalışan ve Hasta Güvenliği Yönetmeliği⁽²⁾ esas alınarak üniversite hastanelerinde de uygulanması istenen sağlık hizmetinde kaliteyi tanımlayan bir sistem olarak gündemdedir. Bu sistem özellikle performans sistemi ile ilişkilendirilerek uygulanmış ve nispeten hızlı bir kullanım alanı bulmuştur. HKS, son yıllarda sağlık alanında yapılan uygulamalar arasında oldukça nitelikli görünümü ile başarılı olabilecek, sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi arttıracak özgün bir sistem olarak göze çarpmaktadır. HKS ülkemizde sağlık sistemine önemli katkılar sağlayabilecek çok önemli bir adım konumundadır. Fakat HKS, temel olarak tartışmaya açıktır, geliştirilir, eleştirilere kulak verilirse kalıcı ve faydalı bir çalışma olabilecektir. Aksi takdirde bürokratik bir sürece dönüşebilme riski de taşımaktadır. Bu yazının temel amacı bu önemli çalışmayı kötülemek değil bilakis bu sistemi geliştirmek için bir seçenek oluşturmaktır. Açıkça belirtmelidir ki şimdiye kadar “Eleştirileri dikkate alıyoruz”, “İşbirliği içinde geliştireceğiz” söylemleri gerçeği

yansıtmamaktadır. HKS konusunda temel sorun, “sağlık hizmetinde kalite” kavramının yorumunda yatmaktadır. Bu sorun, yeterince tartışılmadığında ve bu çalışma adeta kurumlara “dikte edilerek” sunulduğunda uzun vadede kalite kavramını tehdit edebilecek öğeler taşımaktadır. Eleştirileri duymamak ya da özellikle göz ardı etmek öncelikle kalite kavramına ve sonrasında HKS çalışmasına zarar verecektir.

Bu özgün (!) standartların bazıları bizzat hastalarla ilgili işlemleri içermektedir. Hastalara uygulanacak işlemler, hastaya yaklaşım çalışmalarının “bilimsel temel”e dayanması gereklidir. Ayrıca HKS tanıtılırken özgün ve bilimsel olduğu vurgulanmaktadır. Bu durumda örneğin; düşme riski değerlendirilmesi konusunda özgün olarak geliştirilen Harizmi ve İtaki Düşme Riski Ölçeklerinin tüm hastanelerde uygulanması önerilmektedir. Bu konuda yaklaşım Harizmi ölçeği için, Sağlık Bakanlığı'nca şu şekilde açıklanmıştır: “Bakanlıktan yapılan açıklamada, bu kapsamda oluşturulan komisyonca çocuk hastaların özellik arz ettiği, çocuk hastalar için kullanılacak ayrı bir risk değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi gerektiğine karar verildiği kaydedildi. Komisyonun, bu konuda literatür araştırmasıyla birlikte

farklı ölçekleri gözden geçirdiği ve elde edilen bilgiler ışığında saha çalışması da yaparak çocuk hastalarda kullanılacak anlaşılır ve uygulanması kolay bir düşme riski ölçeği geliştirdiği...⁽³⁾ Bir kurum, hem de idari bir kurum, hastalarla ilgili uygulamalarda kendi yarattığı bir uygulamayı, kendi denetimindeki merkezlerde deneyip kendisi uygun olduğu sonucuna varıyorsa bu bilgiyi bilimsel tartışma ortamına sunmuyorsa (yayın) hatta bu verinin başkalarının da doğrulanmasını (ya da yanlışlanmasını) beklemiyorsa, bu asla “bilimsel” bir yaklaşım olamaz. Burada bir önemli noktaya değinmek de faydalı olabilir. Sağlık Bakanlığı'nın “özgün” bilimsel ölçeklerini kullanarak değerlendirilen bir hasta, hastanede düştüğünde “yeterince iyi değerlendirilemediği, bilimsel olarak dayanağı olmayan uygulamalar sonucu düştüğü” iddia edilirse bu ölçekleri kullanıyor olmak hukuksal olarak yeterli olacak mıdır? Çünkü bize verilen temel mesaj “evrensel tıp kurallarını” uygulamakla yükümlü olduğumuzdur. Böylesine önemli bir temel uygulamada bilimsel temeli eksik uygulamaların Sağlık Bakanlığı tarafından önerilmesi bir sorun oluşturabilecektir.

Ayrıca, HKS uygulamalarının temel amacı “memnuniyet” olarak belirlenmiştir. Güven-

lik, verimlilik gibi kavramları da kapsamaya çalışsa da vurgulanan ve sistemin özünde net olarak belirlenen “memnuniyet” temelli olmasıdır. Her ne kadar hedefin hasta ve çalışan memnuniyeti olduğu söylene de özellikle çalışanların genel görüşü ve yaşanan gerçek bu uygulamaların “hasta memnuniyeti” temeline oturmasıdır. Sağlıkta kalite kavramını hasta memnuniyeti temeline oturtmak kesinlikle doğru olamaz ve çoğu kere sağlık kavramının “gerçek kalite” anlayışına zararlı bile olabilir. Sağlıkta “gerçek kalite” anlayışı, kişinin sağlığına hatta toplum sağlığına yapılan olumlu katkı ile ölçülebilir. Çünkü hasta memnuniyeti sağlamanın çok sayıda yolu olabilir. En kolayına kısaca popülizm diyebilirsiniz ve bu sistem ile memnuniyet sağlayabilirsiniz.

Çok sık yaşanan ve çok basit bir örnekle açıklamaya çalışacak olursak; poliklinikte viral, ateşli enfeksiyon tanısı alan bir çocuk hastaya 10-15 dakika ayırın anne-babasına sorunları, olasılıkları anlatan, ısrarla antibiyotik vermeyen bir hekim sağlık alanında hem hasta hem toplum için kaliteli davranmış fakat buna karşın kısaca bilgi veren ve her ihtimale karşı bir antibiyotiği yazan hekim ise daha fazla memnuniyet yaratabilir. Bu konuda ülkemizden de yapılan birçok çalışma gereksiz antibiyotik yazılmasının çok sık olduğunu ve hasta, hasta yakınlarının beklentisi hatta ısrarının bunda etkili olduğunu göstermektedir.^(4,5) HKS ikinci yaklaşımı desteklemektedir. Bunun yaratacağı sorunlar ne yazık ki sağlıkta gerçek kaliteyi düşürmektedir.

Önemli bir çelişki ise HKS ile performansın ilişkilendirilmesidir. İlk başta bu sistemin hızla kabul görmesi yönünden faydalı gibi görünse de kalite kavramını sadece sayı ile performansı belirleyen bir sistemle ilişkilendirmek gerçekten kocaman bir “paradigma” yaratmaktadır. Artan poliklinik sayısı, gün içinde yapılan tetkik, ameliyat sayısının artması sağlık hizmetindeki gerçek kaliteyi nasıl etkiler? Çok bilinen bir örnek vermek gerekirse; poliklinikte doktorun 100. hastasına gerçekten kaliteli bir hizmet verebilmesi beklenebilir mi? Uzmanlık derneği çalışmaları, anketler dışında performans sisteminin sağlık hizmetlerine olumsuz etkisi olduğunu düşündüren çalışmalar da bulunmaktadır.⁽⁶⁾ Bu sistemi eleştirmeyen hatta destekleyen bir HKS yaklaşımı, temel bir sorun olarak algılanabilir. Bu konuda HKS sisteminin yansıttığı bakış açısı “indikatör yönetimi” bölümünde görülmektedir.⁽¹⁾ “Ameliyat masası kullanım oranları” ve “Hekim başına düşen poliklinik odası oranı” izlenmekte fakat kalite kavramına katkısı iyi bilinen “hasta muayenesi için ayrılan süre” izlenmemektedir. Aynı şekilde yaşamsal öneme sahip uygulamalar olan; “sepsis tanısında tedavi başlama süresi”⁽⁷⁾ gibi

gerçek kalite yaklaşımları indikatör olarak tanımlanmamıştır. Bence daha önemlisi bu uygulamaların gerçek kalite kavramına verebileceği zarardır. Çünkü gerçek kalite kavramı insanların sistemi sahiplenmesi, katılımı, içselleştirmesi ve davranış değişikliği yaşaması temeline dayanacak iken böyle tartışmaya açılmayan, adeta dayatılan bir HKS kavramı ilerisi için büyük bir risk taşımaktadır. Örneğin önümüzdeki yıllarda hastane yönetimleri, finansmanları, personel geri ödemeleri başka bir sisteme oturtulursa HKS sadece bürokratik bir görev olarak kalıp amacından tamamen sapabilecektir.

HKS eğitimi ve toplantılarının neredeyse tümünde söylenen bir söz var: “Bu öyle bir elbisedir ki tüm herkese aynen uyması mümkün değildir” ya da “Her hastane kendi özgün dinamiği ile çözümler yaratmalıdır”. Ne kadar doğru söz! Fakat HKS danışma sistemine sorulan sorulara verilen yanıtlar ve bu konuda Sağlık Bakanlığı’nın adeta “dayatarak” ortaya koyduğu yaklaşım; “herkese, her kuruma HKS yeterlidir, başka sistemlerle uğraşmak zaman ve emek kaybıdır” şeklinde ortaya çıkmaktadır.⁽⁸⁾ HKS sisteminin sağlıkta kalite adı altında üniversite hastaneleri için önerilmesi daha da doğrusu dayatılmasının doğru olmadığı görüşümdedir. İstanbul Üniversitesi hastaneleri olarak bir yılı aşkın bir süredir TSE danışmanlığında tüm üniversite hastanelerine örnek olabilecek ülkemize özgü bir sistem yaratabilmek için çalışıyoruz. Aynı zamanda HKS ile ilgili tüm çalışmaları yakından izliyoruz. Bu süreç sonunda HKS ile üniversite hastanelerini değerlendirmenin bir çok sorunu beraberinde getirebileceğini ve daha da önemlisi İÜH kalite çalışmalarını olumsuz etkileyebileceğini düşünüyorum. HKS bakış açısında yukarıda bahsedilen temel sorunlar yanında üniversite için çok temel ve özel sorunları da belirtmekte fayda olacaktır:

- Öncelikle HKS için öngörülen değerlendirme ve puanlama sistemi üniversite hastaneleri için uygun değildir. Çünkü üniversite hastanelerinde sistem anabilim dalı sistemi ile işlemektedir. Bazı anabilim dalı kurguları ise her şeyi ile bir hastane altyapısına sahip bulunmaktadır. HKS tüm kuruma tek bir puan sistemi işletmekte ve tek bir anabilim dalı yetersiz olduğunda tüm kurum sıfır puan almaktadır. Hâlbuki üniversite hastanelerinde anabilim dalı bazında bir sistem geliştirmek ve özendirici bir değerlendirme sistemi kurmak gerekmektedir. Ne yazık ki HKS bu bakış açısını karşılamamaktadır.

- Sağlık Bakanlığı’nın tüm sağlık hizmeti sunan kurumları denetlemesi elbette ki olmalıdır. Fakat kalite kavramı gibi uygulayıcıların sahiplenmesi, katılımı

ve içselleştirmesi gereken bir konuda kendi doğrularını dayatması ve “kalite budur, siz de buna uymalısınız!” tavrı kalite çalışmalarına zarar verici olacaktır.

- Üniversite hastanelerinde sağlık hizmeti sunumu süreci karmaşık bu süreçtir. Ne yazık ki HKS bu karmaşıklığı hiçbir şekilde kapsayamamaktadır. Hep unutulmuş şey üniversite hastanelerinin birinci önceliğinin eğitim-öğretim ve bilimsel araştırma olduğudur. Çok daha basit bir şekilde ifade etmek gerekirse bir uzmanın poliklinikte asistan ve öğrenciler ile hastayı muayene etmesi süreci sağlık hizmeti sunumu ya da eğitim süreci midir? Öncelikle amaç ne olmalıdır, asistan-öğrenci eğitimi hasta memnuniyetinin gerisine atılabilir mi? Bu çok temel fakat bir türlü kavranamayan gerçek nedeniyle HKS üniversite hastaneleri için gerekli bakışı sağlayamamaktadır.

Tüm bu gerekçelerle HKS yönünden üniversite hastanelerinin tamamıyla hali hazırda HKS bakış açısı ile değerlendirilmesi yeterli ve doğru bir yaklaşım olmayacaktır. Ayrıca HKS konusunda dayatılacak, üniversite hastaneleri için özgün bakış açıları geliştiremeyecek bir sistem ile denetim sorunlara, çelişkilere neden olacaktır. Yapılması gereken; Sağlık Bakanlığı deneyimlerinden faydalanan, eğitim, araştırma konularını göz ardı etmeyen hatta ilk sıraya yerleştiren, mutlaka bilimsel temelleri olan üniversite hastanelerine özgü bir HKS tanımlanmasının ve katılımı, içselleştirmeyi, çalışanların her koşulda benimsemesini sağlayacak bir sistemle uygulamaya koymak olmalıdır.

Kaynaklar

1) Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Hastane Hizmet Kalite Standartları. 2011

2) Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Yönelik Yönetmelik. RG. 06.04.2011/ 27897.

3) Medimagazin 03.10.2011.

4) Öztürk İ, Avcı İY, Coşkun Ö, Gül HC, Eyigün CP. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Görev Yapan Hekimlerin Sık Görülen Toplum Kaynaklı Enfeksiyonlardaki Antibiyotik Seçimleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Dergisi. 2008;13: 255-60.

5) Akici A, Kalaça S, Uğurlu MU, Oktay S. Prescribing habits of general practitioners in the treatment of childhood respiratory-tract infections. Eur J Clin Pharmacol. 2004 60:211-6.

6) Tengilimoğlu A, Pay U, Kısa A. The Inefficiency of Performance Based Physician Payment Scheme in Turkey. Fifth International Conference on Health Care Systems October 13-15, 2008.

7) Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. Crit Care Med. 2008;36:296-327.

8) www.kalitesaglik.gov.tr. Üniversite hastanelerine yönelik düzenlenen HKS eğitiminde sorulan sorular ve cevaplar. (Erişim tarihi: 20.04.2012)