



## IV. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi

# KONUŞMA METİNLERİ



Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı



## IV. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi

# KONUŞMA METİNLERİ

### **Baş Editörler**

Prof. Dr. İrfan ŞENCAN

Dr. Hasan GÜLER

Dr. Abdullah ÖZTÜRK

### **Editörler**

Müh. Umut BEYLİK

Uzm. Özlem ÖNDER

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Av. Süleyman H. KAPAN

Ankara – 2013

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

## IV. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi

### **Konuşma Metinleri Kitabı**

1. Basım – 2013

**ISBN: 978-975-590-463-4**

**Bakanlık Yayın No: 911**

© Yazarlar – Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼

Bu kitabın her t¼rl¼ yayın hakkı T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼'ne aittir. Genel M¼d¼rl¼ę¼'nun yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı toplam bir sayfayı geçmeyecek alıntılar hariç olmak üzere, hiçbir Şekilde kitabın t¼m¼ veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz. Yazarların bu kitap içinde yer alan konuşma metinlerini başka kitap ve/veya dergilerde m¼nferiden yayımlama hakları saklıdır.

#### **Kapak ve Sayfa Tasarım**

Zeynep ASLAN - m.zeynepaslan@gmail.com

#### **Baskı**

Pozitif Matbaa

amlıca Mahallesi Anadolu Bulvarı 145. Sk. No:10/16

Yenimahalle / ANKARA

Tel: 0312 397 00 31 • Faks: 0312 397 86 12

www.pozitifmatbaa.com - e-posta: pozitif@pozitifmatbaa.com

#### **İletişim**

T. C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Mahmut Esat Bozkurt Caddesi No: 19 Kat: 1 Kolej / Ankara

Tel: 0312 458 50 02 - 03

e-posta: kalitekongre@gmail.com

web: www.kalite.saglik.gov.tr

**Kongre Başkanı ve Danışma Kurulu**

Kongre Başkanı  
Prof. Dr. Nihat TOSUN  
Sağlık Bakanlığı Müsteşarı

Kongre Başkan Yardımcısı  
Prof. Dr. İrfan ŞENCAN  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

**Onur Kurulu**

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR  
Prof. Dr. Sabahattin AYDIN  
Prof. Dr. Adnan ÇİNAL  
Dr. Mehmet DEMİR

TBMM Sağlık Komisyonu Başkanı  
İstanbul Medipol Ün. Rektörü  
ABD Sağlık Ataşesi  
Acıbadem Sağlık Grubu

**Danışma Kurulu**

Doç. Dr. Turan BUZGAN  
Uzm. Dr. İsmail DEMİRTAŞ  
Yrd. Doç. Dr. Hakkı YEŞİLYURT  
Ömer Faruk KOÇAK  
Dr. Ekrem ATBAKAN  
Dr. Yasin ERKOÇ  
Prof. Dr. Ali COŞKUN  
Prof. Dr. Uğur DİLMEN  
Uzm. dr. İbrahim ŞENTÜRK  
Memet ATASEVER  
Muhammed GEDİK  
Dr. Hakkı ÖZTÜRK  
Dr. Öner GÜNER  
Mine TUNCEL  
Serdar TAFLAN  
Adem KESKİN  
Uzm. Dr. Hasan ÇAĞIL  
Yrd. Doç. Dr. Mustafa AKSOY  
Dr. Saim KERMAN  
Osman GÜZELGÖZ

Müsteşar Yardımcısı  
Müsteşar Yardımcısı  
Müsteşar Yardımcısı  
Müsteşar Yardımcısı  
Müsteşar Yardımcısı  
Müsteşar Yardımcısı  
Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü  
Sağlık Araştırmaları Genel Müdürü  
Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürü  
Strateji Geliştirme Başkanı  
Denetim Hizmetleri Başkanı  
Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürü  
Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Gen. Müd.  
Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürü  
Sağlık Yatırımları Genel Müdürü  
1. Hukuk Müşaviri  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başk.  
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanı  
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Başk.  
Bakan Müşaviri

<b>KONGRE YÜRÜTME KURULU</b>	
Dr. Hasan GÜLER	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Dr. Muhammed ÖRNEK	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Uzm. Dr. Orhan KOÇ	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Dr. Abdullah ÖZTÜRK	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Av. Süleyman Hafız KAPAN	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Uzm. Dr. Dilek TARHAN	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Özlem ÖNDER	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Umut BEYLİK	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Erol YALÇIN	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
İbrahim DOLUKÜP	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Dr. İbrahim Halil KAYRAL	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Elif KESEN	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Dr. Hüseyin ÖZBAY	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Bayram DEMİR	Batman İli Kamu Hastane Birliği Genel Sekreterliği
Nurcan AZARKAN	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Çağlayan SARIOĞLAN	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Ecz. Ercan KOCA	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Öznur ÖZDEN	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Muammer AKSU	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Emine YILDIZ	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

## KONGRE BİLİM KURULU

Prof. Dr. Adnan ÇİNAL	Prof. Dr. Niek KLAZINGA
Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU	Prof. Dr. Nihat ERDOĞMUŞ
Prof. Dr. Ahmet Nezh KÖK	Prof. Dr. Nilay ÇABUK KAYA
Prof. Dr. Arzu TOPELİ İSKİT	Prof. Dr. Nurettin PARILTI
Prof. Dr. Aytül KASAPOĞLU	Prof. Dr. Oya BAYINDIR
Prof. Dr. Bayram ŞAHİN	Prof. Dr. Öner ODABAŞ
Prof. Dr. Bilâl ERYILMAZ	Prof. Dr. Ömür ÖZMEN
Prof. Dr. Bilçin TAK	Prof. Dr. Özkan TÛTÛNCÛ
Prof. Dr. Cesim DEMİR	Prof. Dr. Pedro J. SATURNO
Prof. Dr. Coşkun Can AKTAN	Prof. Dr. Ramazan ŞEKEROĞLU
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU	Prof. Dr. Recep ÖZTÛRK
Prof. Dr. Fahri OVALI	Prof. Dr. Robert MCNUTT
Prof. Dr. Fikriye URAS	Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
Prof. Dr. Gönül DİNÇ HORASAN	Prof. Dr. Suat TURGUT
Prof. Dr. Hacer ÖZGEN	Prof. Dr. Tansu ARASIL
Prof. Dr. Hakan HAKERİ	Prof. Dr. Tefvik ÖZLÛ
Prof. Dr. Hasan Hüseyin ÇEVİK	Prof. Dr. Turan ASLAN
Prof. Dr. Haydar SUR	Prof. Dr. Yeşim ÖZARDA
Prof. Dr. İsmail BAKAN	Prof. Dr. Yusuf ÇELİK
Prof. Dr. İsmet ŞAHİN	Prof. Dr. Yüksel ALTUNTAŞ
Prof. Dr. Jülide YILDIRIM ÖCAL	Doç. Dr. Demet ÜNALAN
Prof. Dr. Kamil Ufuk BİLGİN	Doç. Dr. Didem ÜNSAL AKTAŞ
Prof. Dr. M. Kemal ERBİL	Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ
Prof. Dr. M. Şerif ŞİMŞEK	Doç. Dr. Fatma PAKDİL
Prof. Dr. Mahmood ADİL	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Prof. Dr. Mahmut BAYIK	Doç. Dr. İsmail AĞIRBAŞ
Prof. Dr. Mehmet Mithat ÜNER	Doç. Dr. Musa ÖZATA
Prof. Dr. Mehtap TATAR	Doç. Dr. Muhammet Güzel KURTOĞLU
Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI	Doç. Dr. Ömer R. ÖNDER
Prof. Dr. Metin DOĞAN	Doç. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU
Prof. Dr. Musa EKEN	Doç. Dr. Yasemin AKBULUT
Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ	Doç. Dr. Yıldız AYANOĞLU
Prof. Dr. Mustafa ERTEK	Dr. Ann-Lisse GUISETT
Prof. Dr. Mustafa PAÇ	Dr. Basia KURTUBA
Prof. Dr. Nalan AKDOĞAN	Dr. Mehmet DEMİR
Prof. Dr. Nazmi ZENGİN	Dr. Sarbani SCHAKRABORTY
Prof. Dr. Nermin ÖZGÛLBAŞ	

## IV. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi

(01 - 03 Mayıs 2013 / Ankara)

Bildiri Başvuruları	
Özet / Tam Metin Bildiriler	Bildiri Sayısı
Gönderilen Özet Metin Bildiri	251
Uygun Görülen Özet Metin Bildiri Sayısı	211
Gönderilen Tam Metin Bildiri Başvuru Sayısı	162
<b>Uygun Görülen Tam Metin Bildiri Sayısı (Kongrede sunulacak)</b>	<b>124</b>
Sözel Bildiri Tam Metin Sayısı	95
Poster Bildiri Tam Metin Sayısı	29

### 3. ULUSAL SAĞLIKTA KALİTE VE GÜVENLİK ÖDÜLLERİ ÖDÜL BAŞVURULARI

SKS En İyi Uygulama Ödülü Başvuru Sayısı	26
SKS Araştırma ve Bilimsel Yayın Ödülü Başvuru Sayısı	24

# ÖNSÖZ

2009 yılında “Çalışanların Teşviki ve Güvenliği”, 2010 yılında “Hastanelerin Teşviki ve Güvenliği”, 2011 yılında “Klinik Kalite ve Güvenlik” ana temalarıyla Bakanlığımız tarafından gerçekleştirilen “Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi”nin dördüncüsü “**Minimum Risk, Optimum Kalite, Maksimum Güvenlik**” ana temasıyla 01-03 Mayıs 2013 tarihleri arasında Ankara’da düzenlenecektir.

Daha önceki Kongrelerimizde olduğu gibi yoğun katılımın ve paylaşımın beklendiği, İlgili tüm paydaşların davet edildiği Kongrede; yurtiçi ve yurt dışından akademisyenler ve sağlık yöneticileri ile kamu ve özel sektör uygulayıcılarının karşılıklı olarak birikim, deneyim ve görüşlerini paylaşabilecekleri bir ortam oluşturulması amaçlanmıştır.

“Minimum Risk, Optimum Kalite, Maksimum Güvenlik” ana temasıyla düzenlenen kongrede; sağlıkta akreditasyon, risk yönetimi, sağlıklı çalışma yaşamı, ölçüm kültürü ve izlenebilirlik, verimlilik ölçümü ve performans, teşhis ve tedavide hasta güvenliği, klinik kalite, iletişim yönetimi, tesis güvenliği, güvenlik raporlama, hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyeti konuları teoriden pratiğe yer alacak olup, böylelikle sağlık hizmetlerinde performans, kalite ve hasta/çalışan güvenliği uygulamalarının etki alanının yaygınlaştırılması hedeflenmektedir.

Kongre kapsamında 95 adet Sözel Bildiri ve 29 adet Poster Bildiri yukarıda bahsedilen konularda kamu – özel - üniversite sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan akademisyenler, sağlık yöneticileri ve çalışanları tarafından sunulacaktır. 17 ana başlık altında toplanan bildirimler tüm paydaşların ve katılımcıların paylaşımına sunulacak, yapılan sağlıkta kalite, hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının ve araştırmalarının hizmet sunumunda hem yol göstermesi hem de etkili uygulamalar için zemin oluşturması açısından büyük önem arz ettiği düşünülmektedir.

Bununla birlikte Kongre kapsamında yürütülen ve sağlıkta kalite, hasta ve çalışan güvenliği konularında ülkemizdeki farkındalığı artırarak iyi uygulamaları teşvik etmek ve örnek göstermek amacıyla düzenlenen ve 50 adet başvurunun olduğu 3.Ulusal Sağlıkta Kalite ve Güvenlik Ödülleri, yüzlerce Hemşire/Ebe çalışanımızın yarıştığı SKS Bilgi Yarışmasını kazananlar ve yine yüzlerce fikrin yarıştığı Sağlıkta Kalite Fikirleri Yarışmasını kazananlar Ödül Töreninde ilan edilecektir.

Kongreye katkılarından dolayı Sağlık Bakanlığı’na, Danışma ve Bilim Kurulu üyelerine, panelistlere, bildiri sahiplerine ve tüm katılımcılara teşekkür ederiz.

**Kongre Yürütme Kurulu**





# İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ ..... VII

## Açılış Konuşmaları

Dr. Hasan GÜLER .....	3
Prof. Dr. İrfan ŞENCAN .....	4
Dr. Maria Cristina PROFİLİ .....	5
Prof. Dr. Nihat TOSUN .....	7
Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR .....	9
Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU .....	12

## Sağlıkta Akreditasyon

*Mrs. Jan Mackheret HİLL / ISQUA*

Sağlıkta Akreditasyon: ISQUA Vİzyonu ..... 19

*Mr. Thomas Le Leduc / HAS*

Akreditasyon Sistemi ve Hasta Odaklılık: Fransa Deneyimi ..... 23

*Dr. Abdullah ÖZTÜRK*

Sağlıkta Akreditasyon Sistemi: Türkiye ..... 28

## Sağlıkta Güvenliğin Sigortası: Risk Yönetimi

*Prof. Dr. Bilçin TAK*

Hasta Güvenliğinde Risk Yönetimi ..... 37

*Doç. Dr. Mustafa İLHAN*

Çalışan Güvenliğinde Risk Yönetimi ..... 45

*Prof. Dr. Nermin OLGUN*

Operasyonel Risk Yönetimi Örneği: Kemoterapi ..... 53

## Sağlık Kurumlarında Sağlıklı Çalışma Yaşamı

*Uzm. Dr. Kazım SARICI*

Çalışma Yaşamını Etkileyen Faktörler..... 61

*Yrd. Doç. Dr. Aşina GÜLERARSLAN*

Çalışan Katılımı ve İşbirliği Kültürü ..... 68

*Doç. Dr. Çiğdem AYDEMİR*

Çalışma Yaşamında Psikolojik Sağlık..... 74

## Kalitede Sürekli Gelişim için Ölçüm Kültürü ve İzlenebilirlik

*Dr. Bünyamin ÖZAYDIN*

Etkili ve Kaliteli Ölçüm Kültürü Oluşturmada Veri Toplama ve Veri Kalitesinin Önemi: Amerika'dan Örnekler ..... 79

*Doç. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU*

İndikatör Yönetiminde Teknoloji Altyapıları ..... 85

*Uzm. Dr. Dilek TARHAN*

Sağlıkta Ölçüm Kültürü için İndikatör Yönetim Modeli ..... 91

## Yönetimin Bam Teli: Acil Hizmetler

*Yrd. Doç. Dr. Mücahit AVCİL*

Acil Servislerin Yapılanması ve İşleyişi ..... 101

*Dr. Ali Süha BİNGÖL*

Acil Hizmet Başarısının Yönetime Yansımaları ..... 109

*Uzm. Dr. Mücahit KAPÇI*

Acil Servis Sorunları ile Başa Çıkma Stratejileri ..... 116

*Prof. Dr. Erol ÖZMEN*

Acil Servislerde Hasta ve Çalışan Psikolojisi ..... 124

## Sağlık Sektörü Paydaşlarının Kalite Deneyimleri

*Uzm. Dr. Gökhan DARILMAZ*

Hastanelerin Yeni Yönetim Stratejilerinde SKS Fonksiyonu ..... 133

*Uzm. Dr. Bahri TEKER*

Özel Sektörde Kalitenin Gelişim Süreci ve Deneyimler ..... 140

*Uzm. Nuri ŞAŞMAZ*

Üniversite Hastanelerinde SKS'nin Önemi, Başarılar ve Zorluklar ..... 146

*Uzm. Dr. Hüseyin Seyhan FİDAN*

Kamu Hastane Birliği Yönetiminde Sağlıkta Kalite Anlayışı ..... 151

## Verimlilik Ölçümü ve Ek Ödeme Sistemi

*Uzm. Dr. Merve AKIN*

Yöneticilerde Verimlilik Değerlendirmesi ..... 159

*Metin MEMİŞ*

STK Perspektifinden Performansa Bakış ..... 166

## Teşhiste Hasta Güvenliği

*Doç. Dr. İsmail SARI*

Klinisyen Hekimlerin Teşhis Güvenliğindeki Rolü ..... 175

*Doç. Dr. Gülsen YILMAZ*

Klinik Laboratuvarın Teşhis Güvenliğine Etkisi ..... 181

*Prof. Dr. Teyfik ÖZLÜ*

Teşhis Güvenliğinde İletişimin Önemi ..... 186

## Klinik Kalite

*Prof. Dr. Mahmood ADİL*

Klinik Kalite ve İngiltere Uygulaması ..... 195

*Dr. Hüseyin ÖZBAY*

Türkiye Klinik Kalite Süreci..... 199

*Doç. Dr. Adem ÖZKARA*

Klinik Kalite: Diyabet Örneği..... 204

### **Sağlıkta Kalite Yolculuğu**

*Av. Süleyman H. KAPAN*

Geçmişten Geleceğe Sağlıkta Kalite..... 213

*Bayram DEMİR*

Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri ve Deneyimler..... 219

*Dr. Seyit KARACA*

Özel Sektör Gözüyle Kalite Değerlendirmeleri..... 225

### **Sağlıkta Kalite için Ortak Dil Arayışı**

*Dr. Mehmet EROĞUL*

Renkli Kodlar ve Tanımlayıcı Semboller..... 233

*Uzm. Dr. Kemal OKTAY*

Güvenli Cerrahi Türkiye Uygulaması..... 240

*Uzm. Mehmet SALUVAN*

Doküman Yönetim Sistemi ve Kazanımlar ..... 247

# Açılış Konuşmaları

■ **Dr. Hasan GÜLER**

*Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı / Kongre Yürütme Kurulu Başkanı*

■ **Prof. Dr. İrfan ŞENCAN**

*Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü / Kongre Başkan Yardımcısı*

■ **Dr. Maria Cristina PROFİLİ**

*Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Temsilcisi*

■ **Prof. Dr. Nihat TOSUN**

*Sağlık Bakanlığı Müsteşarı / Kongre Başkanı*

■ **Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR**

*TBMM Sağlık Aile Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı*

■ **Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU**

*T.C. Sağlık Bakanı*



## Dr. Hasan GÜLER

### *Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı / Kongre Yürütme Kurulu Başkanı*

Sayın Bakanım, Komisyon Başkanım, Sayın Bakan Yardımcım, Sayın Müsteşarım, Sayın Rektörüm ve değerli katılımcılar; hepiniz hoş geldiniz.

Bu zamana kadar gerçekleştirilen kongrelerimiz hep ilgiyle takip edildi. Bu çerçevede birinci kongrede çalışanların teşviki ve güvenliği, ikinci kongrede hastanelerin teşviki ve güvenliği, üçüncü kongrede klinik kalite ve güvenlik ana temalarıyla yoğun bir katılımı gerçekleştiren kongrelerimizin dördüncüsünü de “*minimum risk, optimum kalite, maksimum güvenlik*” ana temasıyla düzenliyoruz. Böylesine önemli bir organizasyonda tekrar biraraya gelmekten dolayı büyük bir mutluluk duyduğumuzu ifade etmek isterim.

Ülkemizde kalite çalışmaları sağlıkta kalite standartlarının uygulanmasıyla birlikte, birkaç kurul ve kişinin ilgi alanı olmaktan çıkıp, sağlık çalışanlarının ortak çalışma alanı ve ortak değeri haline gelmiştir. Diğer bir deyişle tabana yayılmıştır. Kalite alanında coğrafyamızın en ücra köşesine kadar kalite tohumları atılmış ve her yerde yeşermeye başlamıştır.

Kongreye ilişkin genel istatistiklere baktığımızda, kongremizde Edirne’den Hakkarî’ye, İzmir’den Diyarbakır’a, Antalya’dan Trabzon’a tüm ülke sathından 81 ilden ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nden olmak üzere kamu, özel ve üniversiteden her kademe ve meslekten birinci basamaktan 400 kişi, kamu ikinci ve üçüncü basamaktan yaklaşık 800 kişi, üniversitelerimizden 150 kişi ve özel sektörden 350 kişi olmak üzere şu an yaklaşık 1700 kişi kongremize iştirak etmektedir.

Minimum risk, optimum kalite, maksimum güvenlik ana teması ekseninde kongre konuları her alanda ve sektörün ihtiyacı gözetilerek belirlenmiştir. Bu kapsamda üç gün boyunca üç farklı salonda 28 oturumda gerçekleştirilecek sunumlarda, toplamda 132 farklı konu ele alınacaktır. 95 sözel bildiri sahibi sahada yaptıkları araştırma ve uygulamaları pratiğe yansıtacak şekilde paylaşacaklardır. Bunun yanı sıra alanında söz sahibi 37 davetli konuşmacı tarafından sağlıkta kalite ve performans kavramları pek çok açıdan ele alınacaktır.

Katılımcı profili ve ele alınan konular itibarıyla, bugün burada kalite alanında büyük bir sinerji yakaladığımızı söyleyebiliriz. Bakanlığımız bu sinerjiyi artırma adına kaliteli sağlık hizmeti sunulması noktasında sektörün tüm paydaşlarına, kamu, özel ve üniversite ayrımı yapmadan rehberlik görevini büyük bir ciddiyetle yapmaya devam edecektir.

Bu duygu ve düşüncelerle şimdiden kongrenin başarılı ve verimli geçmesini diler, teşrifleriyle kongreyi onurlandıran Sayın Bakanımıza ve siz kıymetli misafirlerimize teşekkür eder, saygılarımı sunarım.



## Prof. Dr. İrfan ŞENCAN

### *Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü / Kongre Başkan Yardımcısı*

Sayın Bakanım, Sayın Komisyon Başkanım, Sayın Müsteşarım, Sayın Bakan Yardımcım, sağlığın çok değerli üst düzey yöneticileri, kıymetli meslektaşlarım; hepiniz tekrar hoş geldiniz demek istiyorum.

Bugün dördüncüsünü düzenlediğimiz “*Minimum Risk, Optimum Kalite, Maksimum Güvenlik*” temalı 4. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresine hepinizin katkılarından dolayı, teşekkürlerinden dolayı, onurlandırdığınız için çok çok teşekkür ederiz.

2003 yılından bugüne kadar sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilen yapısal değişiklikler sayesinde, sağlık hizmetlerinde erişimle ilgili yaşanan zorluklar artık tarihte kalmıştır diyebiliyoruz. Bu süreçte tabii ki yapılan her bir iş ayrı ayrı çok değerli. Artık geldiğimiz süreçte, yapısal sorunları çözme noktasında büyük mesafeler kat etmiş olan ülkemiz, yükselen trendin sağlıkta kalite, hasta güvenliği ve çalışan güvenliğiyle, akreditasyon olması gerektiğini düşünüyor ve biz de çalışmalarımızı bu yönde ağırlık vererek sürdürüyoruz.

Dört yıldır düzenlenen uluslararası sağlıkta performans ve kalite kongresiyle, tüm paydaşlarımıza yeni bir vizyon kazandırmayı ve sürekli gelişmeyi sağlamaya çalışıyoruz. Bakanlık olarak bundan sonraki süreçte de akreditasyon, klinik kalite, hasta güvenliği konularına daha çok ağırlık vereceğimizin bilinmesini arzu ederiz. Yaptığımız bu kongreler, çalışmalarımıza yöneltilen kaliteyle ilgili endişelere de en iyi cevap olduğunu düşünüyoruz.

Diğer yandan ISQUA ile gerçekleştirdiğimiz akreditasyon çalışmaları, teşhiste hasta güvenliği, klinik kalite, risk yönetimi, sağlık kurumlarında sağlıklı çalışma yaşamı, acil hizmetler, ölçüm kültürü ve izlenebilirlik, verimlilik ve ek ödeme sistemi gibi konular hem kongremizin en çok işlenen konuları, hem de bundan sonraki süreçte Bakanlığımızın daha yakından takip edeceği ana konulardan bazıları olacaktır.

Bakanlığımızdaki yeni yapılanmayla beraber, bu konuları takip etmek ve geliştirmek üzere Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü artık esas olarak kaliteyle ilgili parametreleri, hasta güvenliğiyle ilgili parametreleri, hasta bakım hizmetleriyle ilgili konuları gözetken, kamu, üniversite, özel ayrımı olmaksızın tüm sağlık hizmet sunucularında aynı uygulamalara aynı noktadan bakan, hepsine eşit mesafede duran ortak bir yapıya kavuşmuştur.

Bugün yapılacak tebliğler, tartışmalar, yine çok değerli konuşmacıların görüşleriyle katılımcılarımıza büyük fayda sağlayacağına ve dolayısıyla bu kongrenin verimli olacağına tüm kalbimle inanıyor, hepinize saygılarımı sunuyorum.

## Dr. Maria Cristina PROFİLİ

### *Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Temsilcisi*

Günaydın. Sayın Bakan, değerli meslektaşlarım, uluslararası uzmanlar, sağlık çalışanları, sağlık yöneticileri ve Türkiye'nin dört bir yanından gelen değerli arkadaşlar, akademisyenler ve medya mensupları; Dünya Sağlık Örgütü adına güvenli yüksek kaliteli klinik bakım hizmetleri sunma amacını güden bu kongrede bulunmaktan büyük bir memnuniyet duyuyorum.

Dünya Sağlık Örgütü açısından hasta bakımında kaliteye ulaşmak, yeni bir girişimdir. 2000 yıllarından itibaren hasta güvenliği ve hastalara sağlanan klinik bakımın kalite düzeyinin artırılması, sağlık sisteminin performansının güçlendirilmesi konusunda Dünya Sağlık Örgütü çeşitli kararlar almıştır ve bizim dünyadaki sağlık sistemimizin temel noktalarından bir tanesidir.

Dünya Sağlık Örgütü, önümüzdeki ay DSÖ Genel Merkezi Cenevre'de bu konuya ilişkin bir rapor da yayınlayacaktır. Birleşmiş Milletler kararına ilişkin Dünya Sağlık Örgütü 2004 yılından itibaren, 2009 yılında Dünya Sağlık Örgütü Hasta Güvenliği programını başlatmıştır. Dünya Sağlık Örgütü bu konuda, dünya çapındaki hasta güvenliğiyle ilgili problemlere ilişkin çalışmalara katılmaktadır.

Burada Dünya Sağlık Örgütünün başlattığı en büyük kampanyalardan bir tanesi, bu hasta güvenliği kampanyasıdır. Bu sağlık toplumuyla birlikte çalışarak, dünyanın dört bir yanında ilgili kuruluşları da dahil ederek sürdürülebilir bir el hijyeni gelişimini sağlama konusunda çalışmalar yapılmıştır. Türkiye'de burada "*hayatı kurtarın, elinizi temizleyin*" kampanyasına birçok tesis katılmıştır. Bu kampanyaya 160 ülkede 150 binden fazla sağlık çalışanı iştirak etmiştir.

Bunun yanında güvenli cerrahi konusunda da çalışmalarımız olmuştur. Bu projenin başlangıcından beri Türkiye önemli ülkelerden biri olarak yer almıştır ve Türkiye'nin dört bir yanına bu kampanyayla ilgili cerrahi kontrol belgesi, hem mortalite, hem morbiditede azalmalara sebep olmuştur ve dünya çapında 1500 hastane tarafından uygulanır hale gelmiştir. Aralarında Türk hastaneleri de vardır. Burada hem hasta, hem de tüketici olarak hasta için hasta güvenliği ağını kurmuştur. Bu ağ hastalar ve hasta yakınları tarafından yürütülen bir ağıdır. Bu ağ aracılığıyla 200'den fazla aktif hasta kampanyası yürütülmektedir.

Burada hastaların kendisinin katkısı olmadan, hasta güvenliği geliştirilemez. Türkiye bu işin şampiyonlarından, bu işin en başta mücadele eden ülkelerinden bir tanesidir. Türkiye gibi başka ülkelerin de katılımını bekliyoruz. Burada Avrupa ve Afrika'da bizim yaptığımız çalışmalar da olumlu sonuçlar gerçekleştirmiştir. Türkiye'deki hastaneler ve dünya hastanelerinin işbirliğiyle Türkiye'nin, özellikle düşük gelirli ülkelerdeki sağlık sorunlarıyla mücadelede Türkiye bizim çalışmalarımıza destek vermektedir.

Hasta güvenliği, sadece avantajlı bir durum olmakla kalmamakta, bizim açımızdan çok önemli bir fırsat olarak ortaya çıkmaktadır. Böylesi kongrelerin düzenlenmesi de, özellikle kalitenin artırılması ve insan davranışının değiştirilerek daha iyi sonuçlara ulaşması için elzemdir. Sağlık hizmetlerinin verilmesi, her zaman finansman açısından sıkıntılı bir durum olmuştur. Asla çok yüksek kaynaklarla çalışan bir sektör değiliz. Bu nedenle bu tarz kongreler insan davranışına odaklandığı için, klinik bakım hizmetlerinin kalitesini arttırmakta doğrudan etkisi olan ve ortak aklın müdahalesiyle sektörümüzü ve sektörümüzün bütün alanlarında her yerde iyi sonuçlar getirecek çözümler üretilmesi esastır.

Kaliteli sağlık bakım hizmetleri sağlanması açısından en iyi uygulama, birbirimizden öğrenmektir. Gözümüz hastada ve hasta güvenliğinde olmalıdır. Burada bizim amacımız, zarar vermek değildir. Önce zarar vermeyerek başlarız. Bu toplantıya çok inanıyorum ve büyük bir başarı kazanacağına güvenim tamdır.

Teşekkür ediyorum.

## Prof. Dr. Nihat TOSUN

### *Sağlık Bakanlığı Müsteşarı / Kongre Başkanı*

Sayın Bakanım, Sayın Sağlık Çalışma Aile ve Sosyal İşler Komisyon Başkanım, Sayın Bakan Yardımcım, Sayın Rektörüm, Sayın Cristina Profili, değerli sağlık profesyonelleri arkadaşlarım ve basın mensuplarımız; aslında buraya çıkarken kongrenin ismiyle çok mütenasip olmayan merdivenlerden çıktık. Bundan sonraki süreçte bu otel merdivenleri düzenlesin ve bütün konuşmacılar, buraya çıkacak olan arkadaşlar da azami ihtimam göstereyin, merdivenlere güvenmesinler. İnşallah düşmezsiniz, ben ortopedistim yardıma hazırım. Ancak yine hem siz düşmeyin, hem burada hazır olayım.

Değerli arkadaşlar, son 10 yılımızın, sağlık dönüşünün 10 yılını bitirmek üzereyken, bu dönüşümün başarısında en önemli etkenlerden bir tanesi diye düşündüğümüz performans sisteminin, aslında kontrol ve güvenlik mekanizmasının, emniyet sibonunun olduğu kalite birimiyle ilgili konuları tartışmak üzere burada toplanmış bulunuyoruz.

Benzer kongreleri bildiğiniz gibi, genelde sivil kuruluşlarla yaparız, onlar yapıyorlar, ama bu konu çok önemli bir konu. Çünkü son 10 yılda ülkemizdeki sağlık hizmetleri bütün istatistiksel açıdan katlarla, üç kat, beş kat arttı. Bu artışın, bu hizmet artışının hem hastalar açısından, hem sağlık çalışanları açısından ve çıktıları açısından istenilen verimlilikte, istenilen ekonomide ve hedeflenen kaliteli sağlık hizmetinin bununla yakalanabilmesi, devam ettirilmesi için önemli bir mekanizma lazımdı. Çok çalışacağız, ama çok çalışırken de hasta güvenliğini ihmal etmeyeceğiz, verimliliği sağlayacağız. Sağlık çalışanlarına hem güvenli, hem de olumlu çalışabilecekleri bir ortam sağlayacağız.

En çok eleştirilen hususlarımızdan birisi olan performans sisteminin komplikasyonlarıyla ilgili hususta, aslında bu komplikasyonların olmaması için çalışan ve bu konuda kontrol mekanizmasında çalışan, siz burada 1700 kişi varsınız. Tabii Bakanlık olarak bu konunun öneminin farkında olduğumuz için, sizlerin de bu konulardaki eğitiminizin daha ileri gitmesi, daha çok paylaşmamız. Birçok konuda belki bu toplantılardan sonra biz yeniden düzenlemeler yapmamız gereken sonuçlar çıkması açısından da, Sayın Bakanımız başta olmak üzere, bütün bakanlık üst düzeyi burada ve performansımızın kalitemizden ödün vermememizi, taviz vermememizi sağlamak üzere böyle önemli bir çalışmanın dördüncüsünü yapacağız.

Bu toplantı süresince sizlerin katılımları, bilgi olarak fikir olarak, konuşmacılarla aktif görüşmelere, diyaloglara girerek, yine sonuçta eğer aksayan yönlerimiz veya açık bırakılmış yönlerimiz varsa, onları değerlendirerek, yine bize yol göstereceğimiz çok önemli bir çıktı olacak.

Bakanlığımızın bu birimi şimdiye kadar birçok eser yayınladı ve Türkiye bu anlamdaki sağlıktaki kalitenin, klinik kalitenin, standartlarla ilgili çok önemli bir

noktaya taşındı. Sadece ülkemiz için değil, dünyadaki önemli yerlere geldi. Dünyadaki önemli konuşmacılar, önemli bilim adamları da bize hep katkı verdiler, yine buradalar, katkı verecekler.

Bütün bu düşüncelerimi, bu anlamda kongrenin özeti olarak da tekrar etmiş oldum. Bu toplantımızın çıktıları açısından, yine bizim hedefimizde olan hastalarımıza verilecek sağlık hizmetinin en verimli, hem çalışanlar, hem hastalar için en az riskli ve güvenli, en üst düzeydeki güvenli bir şekilde sağlanması açısından çok katkı sağlayacağını umuyor, hepinizi saygıyla selamlıyorum.

## Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR

### *TBMM Sağlık Aile Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı*

Sayın Bakanım, değerli konuklar; hepinizi saygıyla selamlıyorum. Öncelikle kongremizin hayırlı olmasını diliyorum.

Ben Sayın Müsteşara katılmıyorum, kaliteye ulaşmak her zaman zordur. O yüzden kaliteye ulaşan bir ekiple beraber olmaktan çok büyük bir mutluluk duyduğumu, Türkiye'nin dört bir yanından buraya teşrif eden değerli sağlık çalışanlarıyla bir arada olmaktan duyduğum memnuniyeti ifade ederek sözlerime başlamak istiyorum.

Bugün 1 Mayıs, emek ve dayanışma günü. Öncelikle bütün emekçilerin bu kutlu gününü gönülden kutluyorum.

Aslında burada, bu salonda herkes emekçi; hepimizin işçi olması gerekmiyor, ama hepimiz emek sarf ediyoruz ve sarf ettiğimiz emekler aslında bizim oturduğumuz sandalyelere, bulunduğumuz kürsülere bizi taşıyor. O yüzden 1 Mayıs hepimizin bayramı. Ama şunu ifade etmem lazım: Bu kongreye gelirken birazcık televizyondan, radyodan da takip ettim. Taksim'de şu anda inşaat halinde olan Taksim'de kutlamayla ilgili küçük de olsa birtakım olayların olduğunu da büyük bir üzüntüyle öğrendim. Umuyorum bu güzel gün, emek ve dayanışma gününün sonunda hem sağlık çalışanlarına, hem güvenlik güçlerine çok fazla iş düşmeden biten bir gün olsun. Bunu gönülden diliyorum.

Tabii burada emek ve dayanışma günüyle ilgili bir konuyu da, bir hakkı da teslim etmek adına bunu da ifade etmem lazım. 2010 yılıydı zannediyorum, emek ve dayanışma günü olarak kutlanması ve bu günün tatil ilan edilmesiyle ilgili kanun teklifini Sağlık Bakan Yardımcımız Sayın Ağâh Kafkas vermişti. Bizler de Sayın Bakanımız ve ben milletvekili olarak da o kanuna büyük bir içtenlikle destek vermiştik. O yüzden ben Sayın Kafkas'ı kutluyorum. Bir eski sendikacı olarak ayrıca onun bugününü kutluyorum.

Değerli konuklar, bu kongrenin dördüncüsünü yapıyoruz, uluslararası performans ve kalite kongresi. Ben kaliteli ve güzel işlerin bilim, akıl ve vicdan eşliğinde belirlenmiş bir yoldan sürekli gidip gelmek olarak görürüm. O yüzden bu kongrenin gerçekten başarılı bir kongre olduğuna ben de bizzat şahidim. Hem gerek katılımcılar, gerek sözlü ve poster sunumlarıyla beraber, bu kongrenin hakikaten kaliteyi öne çıkaran ve her geçen gün kalitesini arttıran bir kongre olduğunun şahidiyim.

Bunu geçen yılki kongrede ifade etmiştim, ama bir kez daha Sayın Bakanımızın da ve değerli konuklarımızın nezaretinde ifade etmek istiyorum. 2002'de sağlık müsteşarı olduğum zaman, sağlık daha çok gazetelerin ya birinci sayfasındaki skandal haberlerle veyahut da üçüncü sayfaya düşmüş olumsuz haberlerle gün-

deme gelirdi. Ama hamdolsun bugün bu kadar büyüklükte iki tane kitap yapılacak kadar kalite çalışmalarının kongrelerde sunulduğu bir noktaya geldi.

Bu yüzden burada buna katkı sağlayan herkesi gönülden kutluyorum. Ama en büyük katkı isimsiz kahramanlarındır. İsimli kahramanlar olmasaydı, mutlaka biz bu noktayı yakalayamazdık. Umuyorum ve Cenabı Allahtan diliyorum ki, bu kaliteyi biz her geçen gün birazcık daha ileriye götürürüz. Çünkü sağlık olmazsa olmaz dediğimiz, asla göz ardı edilemeyecek bir alan. Ama sağlık sadece sağlık ve sağlıkçılardan ibaret de değil. Belki geçmiş yıllarda sağlığın bütün yükü, sadece sağlıkçıların omuzları üzerindeydi, ama bugün baktığımız zaman ekonomiyle, kalkınmayla, istihdamla, yatırım ortamıyla, yurtiçi ve yurtdışı birtakım kompleks ilişkilerle, örgütlü örgütsüz pek çok temsilcilerle bir arada değerlendirilmesi gereken bir alan. Dolayısıyla bu kadar kompleks alanda başarıyı yakalamak ve ondan sonra başarıyı sürdürmek son derece zor. Ama burada iki tane kelimenin çok önemli olduğunu düşünüyorum. Bir tanesi yabancı menşeli optimum kelimesi; bir tanesi de, eski menşeli mütemmim kelimesi; mütemmim bir şeyi, bir başka şeyle tamamlayan anlamında. Sağlık bir ekip işi, ama sadece insanlardan oluşan bir ekip de değil. Sağlıkta fiziki yapı, donanım ve insan gücü ve bunun uygun bir şekilde kompozisyonu sağlanırsa ancak kalite dediğiniz şey ortaya çıkıyor. Bu kalite, işte bu bütün unsurların birbirinin tamamlayıcısı konumunda olursa sağlayabildiğiniz ve sürdürülebildiğiniz bir alan şeklinde karşınıza çıkıyor.

İşte burada optimumu da elinizdeki kaynakları en etkin, en verimli ve en ekonomik şekilde kullanmak anlamında da düşünüyorum. O yüzden kongrenin ana teması, gerçekten son derece önemli. Ama ben kaliteyi birazcık şeye de benzetiyorum; futbol maçlarında iyi bir hakeme de benzetiyorum. İyi hakem maç esnasında hiç görünmez, kararları tartışılmaz. Maçtan sonra da en çok konuşulan o değildir, ama daha sonra bu maçı değerlendirirken o iyi hakemin varlığının anlaşıldığı çoğu zaman vakidir. Kalite de böyle. Yani fedakâr sağlık çalışanlarımız, elindeki kısıtlı veya uygun imkânları en uygun şekilde kullanırken, belki onu fark edemeyebilir. Belki o hizmeti alan da fark edemeyebilir. Ama o hizmeti alanlar ve hizmeti verenler daha sonra memnuniyet araştırmalarıyla sonuçları ortaya çıkarırlar.

Bugün geldiğimiz nokta itibariyle, vatandaşın memnuniyetinin gerçekten çok üst düzeyde olduğunu biliyoruz. Ama sağlık çalışanlarının memnuniyetinin ona çok fazla paralel gitmediğini de biliyoruz, ama ikisi ayna anda, aynı oranları yakalar mı? Bilim adamları aynı oranı yakalayamayacağını da ifade ediyor, ama aradaki açının da çok fazla olmaması gerektiğini de düşünüyorum. Belki o açıyla ilgili Değerli Bakanımız birçok açıklama yaptı. Yine bu güzide topluluğa da belki de bilmiyorum, kendi kanaatidir, onunla ilgili de bir açıklama yapmak ister mi? Ama Sayın Bakanımızın önceki açıklamalarından veya konuşlarından veya konuşlarımızdan biliyorum ki, sağlık çalışanlarımızın memnuniyet seviyesini üst düzeye çıkarmak için olağanüstü bir gayret sarf ediyor. Ona bir sağlık çalışanı olarak da teşekkür ediyorum.

Fakat kaliteyi bozan birtakım unsurlar var, bunu da ifade etmeden geçemeyeceğim. Şu çıktığımız, aslında Müsteşar Beyin gayet uygun bir şekilde ifade ettiği, merdivenlerden daha fazla hayatı zorlaştıran birtakım unsurların olduğunu da açık yüreklilikle ifade etmek durumundayım. Onların en başında şiddet geliyor. Her gün birkaç tane farklı noktalarda ve gerçekten bazen yürek yakıcı nitelikte ve acımasız bir şekilde şiddete sağlık çalışanının maruz kaldığını görüyoruz.

Dün bir eve gidip, orada çektiği elektrokardiyograf sonucunda herhangi bir hadise, herhangi bir olumsuzluk, yani hastaneye götürülmesiyle olumsuzluk olduğunu ifade ettikten sonra sağlık çalışanımızın saldırıya uğraması, gerçekten son derece vahim. Gerçekten kabul edilemez bir tablo.

İşte şiddetle ilgili de, esasında sadece bu salondaki sağlık çalışanlarının problemi olmadığını da toplumun kabul etmesi, benimsemesi gerekiyor. Medyanın en başta bu konuyla ilgili son derece duyarlı olması gerekiyor. Dizi yapımcılarının, sinema yapımcılarının kendi senaryolarında şiddeti özendirilen senaryolar yerine, şiddeti tellin edici, şiddeti azaltıcı nitelikte birtakım ifadeleri, görüntüleri, artık o dizilerin, sinema sahnelerinin içlerine koyması gerekiyor. Öte yandan bize düşen başka bir görev var. Yani yasama organına düşen bir başka görev var ki, o da onunla ilgili de sağlıkta şiddet araştırma komisyonunda da net olarak ifade ettik. Öncelikle sağlık çalışanlarına yönelik hadiselerin cezai müeyyidelerinin artırılması, ama ondan daha önemlisi, sağlık çalışanına yönelik herhangi bir şiddet hadisesi söz konusu olmuşsa, onların ertelenmemesi; çünkü ertelenmesi yeni şiddet olaylarına çanak tutucu bir nitelik de zaman zaman taşıyabilmektedir. O yüzden sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti mutlaka bizim toplum olarak, yasama, yürütme ve diğer erkler olarak topyekûn mücadeleyle ortadan kaldırmamız lazım. Ortadan kaldırmamız lazım ki, o arkadaşlarımızın vermekle yükümlü olduğu sağlık hizmetleri engellenmesin. O sebeple burada güvenlikle ilgili de ifade var; minimum risk, optimum kalite ve maksimum güvenlik. O güvenlikte de bizim kaliteyi, toplam kaliteyi yakalamak için mutlaka adım atmamız gereken hususlar var.

Ben bu kadar güzide, değerli ve Türkiye'nin her yöresinden gelmiş topluluğu bulmuşken, sağlıkta şiddet araştırma komisyon başkanlığı yapmış bir kişi olarak da, raporumuzu Sayın Bakanımıza takdim edeceğimiz inşallah basılınca. Daha önce bilgilendirdik. İnşallah Sayın Bakanımızdan bir sağlık çalışanı olarak, en önemli özelliğimiz olan sağlık çalışanı olarak şiddet hadiselerine karşı etkin yaptırımları aynı şekilde beraberce yapmayı diliyorum.

Ben sağlıkta kalite kongresinin hayırlara vesile olması temennisiyle hepinizi saygıyla, muhabbetle selamlıyorum.



## Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU

### *T.C. Sağlık Bakanı*

Zaten sahne yüksek, bir de kürsüde yükseltirsek, size tepeden bakmış gibi olmalıyım diye, ayaklarımızın altındaki yüksekliği bir kaldıralım dedik.

Değerli Türkiye Büyük Millet Meclisi Sağlık Aile Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonunun çok değerli Başkanı arkadaşım, çok değerli meslektaşlarım, değerli çalışanlar; bugün böyle güzel ve anlamlı bir konu, uluslararası sağlıkta performans ve kalite konulu bir kongrede sizlerle olmaktan mutluluk duyduğumu ifade ediyorum. Hepinize saygılar sunuyorum.

Tabii birden konuşmaya girerken bocaladım, çünkü aynı konseptin insanlarıyız herhalde. Necdet Bey Değerli Komisyon Başkanımız, ben hangi konuyu konuşacaksam, onların hepsini konuştu. Şimdi dolayısıyla ben öncelikle insana hizmetin en kutsalını veren, neredeyse bir anne-baba düzeyindeki zaman zaman ötesine bile geçen, ağrısını, sancısını, derdini, sıkıntısını, mahremini paylaşan ve onlara çözüm üreten sağlık emekçilerinin bu 1 Mayıs emek gününü kutluyorum. Tüm emekçilerin de emek gününü kutluyorum.

Evet, gerçekten belki de dünyanın en kutsal, belkisini de mutlaka kaldırma ihtiyacını duyuyorum, ama yine de o belkiyi istisnai olarak koyuyorum. Hakikaten bu mesleğin kutsallığı, bu mesleğin anlamlılığı, bu mesleğin değerini bir başka mesleğe yükleyebilmek, herhalde çok mümkün değil. Gecesi, gündüzü, bayramı, tatili, herhangi bir anı, bir bakarsınız uçakta yolculuk yapıyorsunuz bir anons içinde hekim var mı, doktor var mı? Yani herhalde bunun ötesinde pilot var mı diye gerekirse çok daha anlamlı olabilir, ama hekim her zaman her yerde çok anlamlı ve çok değerli. Bu anlamda 1 Mayıs'ın bu emek gününün tüm sağlık çalışanlarına kutlu olmasını diliyorum ve tebrik ediyorum.

Tabii gönlümüz böyle bir kalite gününde, bütün bayramlarımızın, bütün kutlamalarımızın da kalitesinin artmasını açıkçası arzu ediyorum. Eylemin de bir kalitesi, kutlamanın da bir kalitesi ve bunu daha medenice, daha çağdaş, daha gönülden dolu dolu yapabilmeyi de inşallah ülke olarak başarabiliriz. Bunu da gönülden arzu ediyorum. Çünkü bu ülkeye, bu millete, geldiği bu seviyelerde, dünya çapında yakaladığı bu başarı çizgisinde anlamsız çatışmalar, anlamsız ayrışmalar, anlamsız sürtüşmeler, kimseye faydası olmayan, ama bedel ödeten veya saygınlığı yıpratıcı konulardan da en kısa zamanda kurtulabilmeyi veya bu anlamda da kalite standardımızı yükseltebilmeyi temenni ediyorum.

Tabii bugün bir başka konu Bakanlığımızı ilgilendiren; 3 Mayıs 1920'de bu kongre tarihleri anlamında söylüyorum, 3 no.lu kanunla Sağlık Bakanlığımız ilk defa kuruluş tarihi, 3 Mayıs 1920 ve ilk Sağlık Bakanımız Dr. Adnan Adıvar. Dolayısıyla kuruluşumuzun da neredeyse dönüm yıldönümü veya kuruluş yıldönümü olması anlamıyla, bugün bu konuyu da sizlerle paylaşmayı anlamlı ve değerli buldum.

Tabii şimdi sağlıkta kalite, az önce söylediğim gibi, insanın insana hizmeti, insanın insanın sorunlarını çözmekteki mahareti. Bundan yüz yıl öncesine göre veya elli yıl öncesine göre veya benim hekim olduğum otuz yıl, 82-80'li yıllara göre hekimin artık bilimsel gelişmeler, tıpta teknolojik gelişmeler dolayısıyla, her geçen gün baş döndürücü yenilikler dolayısıyla, tabii ki bir taraftan insana hizmetin en yüksek standartta kalitede sunumu var. Bir taraftan hızla gelişen bilimsel verileri değerlendirip, onu insanımızla buluşturmak var. Buluşturmada da kaliteyi merkeze almak gibi bir sorumluluğumuz var.

Bu anlamda insanlığın, belki insanımızın da en çok yaşadığı sıkıntıların başında, belki de iki temel değeri de burada sağlık dışı da olsa vurgulamamız gerekir. Bunlardan bir tanesi, insanın standardı; yani medeni insan, insanın standardındaki kaliteyi yükseltmeyi başaramaz isek, bu bizi farklı farklı sıkıntılara veya kalitedeki arzu ettiğimiz verimliliği yakalamamaya, yakalamaktaki zorlamaya götürür. O da insanın yaşam felsefesi, insanın hayata sağlıklı bakması, hayatı yaşamak mı, hayatı anlamlı yaşamak mı gibi bir bakış açısını herhalde en çok belki sivil toplum örgütleri, belki sosyal politika oluşturucuları, belki Sağlık Bakanlığı bu konuyu daha çok vurgulaması gerekir. Çünkü hayatı yaşamakla, hayatı anlamlı yaşamak arasındaki bakış açısını doğru bir zemine koymaz isek ve hayatı yaşamanın bir vizyonunu insanlığa ve popüler bir anlayışa hakim kılarsak, o zaman bizim kalite standardını tutturmakta zorluklarımız artar.

Burada söylemek istediğim nedir? Hayatı anlamlı yaşamada iki tane temel kelime çok önemlidir. Bu iki temel kelimeyi merkeze güçlü aldığımız zaman, işlerimizin, hele hele sağlıktaki kalitenin veya geneldeki standardı, kaliteyi yakalamamız kolaylaşacaktır. Bu iki kelimenin bir tanesi ilim ve irfandır, diğeri de hak ve adalettir. İnsan yaşam felsefesine, mesleği ne olursa olsun, hangi dünya görüşünün mensubu olursa olsun, hangi yaşam felsefesini benimserse benimsesin, şayet biz insana ve bireye ilim ve irfan, hak ve adalet merkezli bir dünya görüşü, bir hayat felsefesini, onun yaşam felsefesinin merkezine koyabilirsek; işte o zaman bizim standart yükseltmeyi bütün alanlarda başarabilmemiz kolaylaşacaktır. Ama bu anlamda hak ve adaleti yalnız kendi haklarımız anlamında, yalnız özgürlükler anlamında kendimizi merkeze alarak, diğer birinin veya diğer grubun hak ve hukukundan öncelikli olarak bir merkeze alırsak, o zaman sıkıntılarımız büyük.

Belki de bugün dünyanın çatıştığı veya sıkıntı duyduğu, problem olarak yaşadığı konuların temelinde, yine sağlıkta bizim yaşadığımız sorunların temelinde, hak merkezli bir yaşam felsefemizin, hak merkezli bir dünya görüşümüzün, hayat felsefemizin kendi merkezimizde olmamasının da sıkıntılarını yaşıyor olabiliriz. Topluma baktığımızda veya hizmet alanlara baktığımızda, talep edenlere baktığımızda; yalnız kendi penceresinden bakıyor, hizmet sunanlara baktığımızda o da önce kendi merkezli bakıyor olması, mutlaka, ama mutlaka çatışmayı ve sıkıntıyı getirir. Biz zaman zaman kendimizi karşı tarafa koyabilmeyi, hastaysak hekimin yerine geçebilmeyi, hastaysak hemşirenin yerine geçebilmeyi, 24 saati,

geceyi gündüzü, pazarı, yani onun da sorunları olabileceğini düşünebilme veya bir hekimsek, bir hemşireysek bir eşimiz, bir kızımız, bir kendimiz, bir annemiz rahatsız olduğunda, kendimiz nasıl bir psikolojide oluruzu da düşünebilirsek. Hak merkezli ve ilim merkezli, bilim merkezli duruşu yalnız bir tarafa değil, bütün taraflara düzgün verebilme anlayışını merkeze koyabilirsek, inanıyorum ki kalite sorunumuzu çözmekte çok daha işimiz kolaylaşacak.

Tabii ki şiddet konusunu da çözmemiz daha da kolaylaşacak, ama bugün şimdi sağlıkta şiddeti konuştuğumuzda, baktığımızda şiddet ülkede veya dünyada yalnız sağlıkta mı? Stadyumlarda, spor sahalarında, ailede, çocuğa şiddet, eşe şiddet, trafikte şiddet, stadyumda spor alanlarında şiddet. Şimdi şiddetin bu kadar yaygın olduğu veya şiddetin bu kadar kolaylaştığı hadisede, biz sağlıkta şiddetin muhatabı olmayacağız, olmamalıyız eyvallah. Olmayacağız diyorsak, toplumun her tarafında bu varsa ve biz böyle bir toplum merkezli bir yapının hizmetkârlarıysak, o zaman hadiseyi çok daha geniş boyutlu düşünmemiz gerekir. O geniş boyutu kaçırırsak, yani insanımızı, nesillerimizi, bireylerimizi ilim irfan, hak ve adalet; yani sağlıklı bir insanın yürüyüşü. Bu merdivenler zorluklu da olsa, sağlıklı bir yürüyüşümüz varsa ve sağlıklı bir duruşumuz varsa, bu merdivenleri çıkabiliriz, ama yürüyüşümüz sağlıksızsa, yani sağ ayağımızda bir sorun varsa, bu merdivenler düzgün de olsa o sağ ayağımızdaki sorunun varlığını bu salonun tamamı fark eder. Dolayısıyla bizim sağlıklı bir yürüyüş için, sağ ayağımızın da sağlıklı, sol ayağımızın da sağlıklı olabilmesi lazım. Yani sağlıkta hizmet talep edenlerle, hizmet sunanlar arasındaki dengeyi asla bozmamamız lazım.

Bu denge her iki tarafın hak ve hukukunu koruyan, hiçbir tarafa da bir diğer tarafın hak ve hukukuna müdahale etme hakkını tanımayan. Varsa herkes kendi haklarını yasal zeminde arayabilmeli, ama hiçbir taraf kendi hakkının karşılığını diğer tarafa bir müdahale şeklinde verememeli, böyle bir hakkı da asla olamaz. Bir hizmet alıcının, bir hemşireye, bir veznedeki elemana, bir hekime yüksek sesle bile konuşma hakkı yoktur ve asla buna toleranslı davranamayız.

Nasıl bir hekimin veya bir hemşirenin, gecenin bu saatinde niye geldin deme hakkı yoksa hastaya. Gecenin o saatinde gelme hakkı veya ambulansı çağırma hakkı vardır, ama o ambulansın gelmesi, o ambulans ekibine insani değerlerin ötesinde en ufak bir negatiflik hakkı asla olamaz ve bu tavrı da biz asla olağan ve normal karşılayamayız. Ama burada az önce komisyon başkanımızın dediği gibi, cezaların iki misli arttırılması veya şu kadar arttırılmasından ziyade, cezaların caydırıcılığı, müeyyidelerin caydırıcılığı çok daha önemlidir.

Bu anlamda şiddet uygulandı veya şiddete maruz kaldı veya hakarete uğradı. Bu anlamda o andan itibaren bunu yapan en kısa zamanda müeyyidesini görebiliyor ise, altı ay sonra bir sene sonra davalar hükme dönüştükten sonra alacağı cezadan çok daha önemli, o anda maruz kalanın korunmasıyla, mağdur edenin mağduriyetini o anda çok hızlı bir şekilde başarabilmeli. Bu anlamda dün Adalet Bakanımızla bir çalışma üzerinde görüştüm. Yani o anda yanlış yapanın emniyette

gözetim altında tutulacaksa, emniyette 24 saat üç gün, neyse süreler. Bir defa o anda gözetim altında tutulmalı. Elini kolunu sallayarak evine gidememeli, elini kolunu sallayarak, tamam birazcık da şeyi varsa, hırsı geçmediyse, mahalledeki ekibini de toplayarak tekrar oraya gelememeli. Dolayısıyla caydırıcılığı cezaların çokluğundan daha önemli bulduğumu da burada ifade etmek isterim. Dolayısıyla hiçbir sağlık çalışanımıza, hiçbir sağlık kuruluşundaki olumsuzluğa tavrımız “*Ya zaten haklı mı acaba?*” sorusunu bile gündeme getirmeden, o haklarını arayacaksa Bakanlığımız da onunla hak arama anlamında sınırsız hak arama yollarını açmıştır. Hukukta da her türlü hak arama alanı zaten açıktır. Ama hakkımı ben ararım, hakkımın gereğini de müeyyidesini de ben uygulamaya asla müsaademiz ve asla toleransımız olmayacak, olmamalıdır. Tabii sağlıkta, sağlık hizmeti sunucularının memnuniyeti, sağlık hizmeti alanların memnuniyeti kadar önemlidir. Az önce dediğim gibi, sağ ve sol ayak biz hizmet sunanlarla, 75 milyon hizmet alanlar arasındaki dengeyi, bir vücudun sağ ve sol ayakları gibi görüyoruz. Biz onlara hizmet etmek için varız, hizmetimizin standardını, kalitesini her gün yükseltmek derdimiz var ve bütün bu kongreleri, konferansları bunun için yapıyoruz. 75 milyon sağlık hizmeti almındaki haklarının çok daha ileride olduğunu, onlardan önce biz söylüyoruz ve biz istiyoruz. O standardı yükseltebilmek için başta Başbakanımız, hükümetimiz her türlü imkânı bu alanda kullanıyoruz ve değerlendiriyoruz. Ama bu hizmeti sunanların, bu hizmeti verenlerin hak ve hukukunun da o hizmeti alanların hak ve hukukunun önüne geçmesi gibi bir yanlışlığa da veya bir eksikliğe de asla rıza gösteremeyiz.

Biz büyüyeceksek, biz geliştireceksek, biz sağlıkta kaliteyi arttıracaksak, hep birlikte bu anlamda başarılı olacağız. Dolayısıyla 450 bin sağlık çalışanımızın da memnuniyeti en az 75 milyon insanımızın memnuniyeti kadar bizim için önemlidir, anlamlıdır ve değerlidir. Tabii sağlıkta kalitenin diğer bir ayağı da, mutlaka yaptığımız işlerin standardını yükseltmek, bilimsel değerlerle kendimizi devamlı analize ve çekilmeye açık tutmak. Zaman zaman biz de kendimizi analiz etmekte bazen kapalı kutular olmak gibi bir yanlışlığı veya ben hekimim, neyin hesabını vereceğim veya bu uygulamayı en iyi ben yapıyorum, neyin analizini yapacağım, bu uygulamayı belki bir saat önce bir başka yerde çok daha standardı yüksek yapılabilir formasyonlar geliştirdi. Dolayısıyla biz en iyi eğitimi almış hekim camiası, en iyi eğitimi almış tıp camiası kendine özgüveni güçlü olan, dünya gelişmelerine kendini açan ve dünya gelişmeleriyle kendisini devamlı terazileyebilen bir vizyonu da mutlaka güçlü bir şekilde yakalayabilmeliyiz ki, yine toplumun gözündeki kendi vicdanımızdaki saygınlığımız her geçen gün güçlensin ve artsın.

Bunu güçlendirebilmek ve arttırabilmek için kendi vizyonumuzun da geniş ve açık olması gerekirken, diğer taraftan üniversitelerimizin de vizyonunun güçlü olması gerekir. Üniversitelerimiz bir eğitim kurumudur ve özellikle tıp fakültelerimiz, tıp eğitiminin standardını ve kalitesini yükseltmek, araştırma ve dünyayla iddialı olabilmek, bilimsel gelişmelerde benim önceliğim bilimsel olarak güçlü olabilmek diyebilmeli ve bizim gerek hekimlerimiz, gerekse üniversite hocaları-

mız asla para peşinde koşuyor, bunlar ne kadar çok paracı, bunlar para için şunu yapıyorlar cümlesinin de Türkiye'deki hekimlerimizin böyle bir kaniya, böyle bir algının muhatabı olmasına da asla rıza gösteremeyiz. Hekimlerimiz de asla böyle bir muhataplığı hak ettiklerine inanmıyorum. Dolayısıyla Türkiye bugün dünyayla yarışır bir tıp hizmeti sunumuna, dünyayla yarışır bir sağlık hizmeti sunumunu yakaladıysa, hekimlerimizin ve sağlık sunucularımızın kalitesiyle, fedakârlığıyla yakalamıştır. Dolayısıyla onların yanlış algılanmasına da asla bizler müsaade etmeyeceğiz ve asla müsaade de etmemeliyiz. İnşallah bütün bunlarda, bu süreçlerde, sağlık hizmeti sunumunun kalitesini arttırmada, klinik çalışmalarındaki kalitenin standardının yükseltilmesinde, yine birileri bizleri zorlayan değil, tam aksine bu standardı yükseltmeyi biz istiyoruz, biz arıyoruz, daha iyisini yapabilecek olan da biziz diyebilmeliyiz. Bunu diyebildiğimiz sürece de, inanıyorum ki Türkiye geçtiğimiz 10 yıldaki imajında, gelecek 10 yılda ilave katlamalarla bu anlamdaki saygınlığını da, dünya konumundaki yerini de çok daha güçlü hale taşıyacaktır.

Ben bu duygu ve düşüncelerle, bu kongrede emeği geçen tüm arkadaşlarıma, yurtiçi ve yurtdışından gelen siz çok değerli meslektaşlarıma teşekkür ediyor, bu kongrenin başarılı geçmesini temenni ediyor, hepinize saygılar sunuyorum.

# Sağlıkta Akreditasyon

- **Oturum Başkanı - Prof. Dr. İrfan ŞENCAN**

*Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü*

- **Mrs. Jan Mackheret HİLL / ISQUA**

*ISQUA Akreditasyon Yöneticisi*

Sağlıkta Akreditasyon: ISQUA Vizyonu

- **Mr. Thomas Le Leduc / HAS**

*Fransa Yüksek Sağlık Kurumu*

Akreditasyon Sistemi ve Hasta Odaklılık: Fransa Deneyimi

- **Dr. Abdullah ÖZTÜRK**

*Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanı*

Sağlıkta Akreditasyon Sistemi: Türkiye



## Sağlıkta Akreditasyon: ISQUA Vizyonu

**Mrs. Jan Mackheret HILL / ISQUA**

*ISQUA Akreditasyon Yöneticisi*

Hepinize günaydın, ben ISQUA'da akreditasyon müdürüyüm. ISQUA'yı bilmeyenlerle ilgili, sağlık hizmetlerinde kaliteyi amaçlayan ve akreditasyon amaçlı bir örgütüz. Merkezimiz İrlanda Dublin'de, çok küçük bir kurumuz. 6 daimi personelimiz, 3 yarı zamanlı personelimiz var. Akreditasyon ekibimiz 4 bireyden oluşuyor. Bunlardan bir tanesi akreditasyon müdür yardımcısı, ben ve iki yardımcımdan oluşuyoruz, akreditasyon yönetiminden sorumlu idari personeliz.

1984 yılında kurumumuz kurulmuştur. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırmak isteyen girişimciler tarafından kurulmuştur. Daha sonra 1985 yılında dergimizin yayınlanması başlamıştır ki, dergimiz hâlâ yayınlanmaya devam etmektedir. Daha sonra akreditasyon konseyi oluşturulmuştur. Dünyanın çeşitli yerlerinden akreditasyon kuruluşları ile ilgili işbirliğimizi geliştirmek üzerine kurulan komitemiz, 2005 yılında kurulmuştur. 2013 yılında ise, dünyada alınan bütün akreditasyon kararlarını ve akreditasyon kurumlarını denetleyen yapı olarak ortaya çıktı.

Sadece akreditasyon yapmıyoruz. Online olarak yayınlanan, internet üzerinden yayınlanan bir dergimiz var. Yıllık bir konferans düzenliyoruz. Son faaliyet olarak da düşük gelir düzeyine sahip, gelişmekte olan ülkeler için kalite artırma toplantıları düzenliyoruz. İlk toplantımızı Gana'da düzenledik, bu Şubat ayında. Bir başka programımız ise, burs sağladığımız bir eğitim programı. Dünyanın herhangi bir yerinden, isteyen sağlık personelinin katılacağı web üzerinden düzenlenen eğitim programlarımız da var.

Dünya Sağlık Örgütüyle bir mutabakat zaptı çerçevesinde faaliyetlerimizi yürütmekteyiz. Bizim misyonumuz dünya çapında sağlık bakım hizmetlerindeki kalitenin ve standartların geliştirilmesi, bu yeni standartlar yönünde teşvik edilmesi ve kalite ihtiyaçlarının giderilmesi konusunda sağlık sektörüne destek olunması.

Baktığımız zaman, neden kaliteyi geliştirmemiz gerekiyor? Bir kere her 10 yetişkinden biri hastane enfeksiyonuna maruz kalıyor. Her 10 hastadan biri yanlış ilaca maruz kalıyor ve bütün bu sebepler nedeniyle sağlık hizmetlerindeki olumsuzluklar nedeniyle, insan hayatları kaybediliyor.

Dünya Sağlık Örgütünün rakamlarına göre, 1,4 milyon insan her yıl hastane enfeksiyonuna maruz kalıyor. 1,3 milyon insan güvenli olmayan enjeksiyonlar nedeniyle hayatını kaybediyor ve bunların büyük bir çoğunluğu da gelişmekte olan ve fakir ülkelerde. Özellikle bu olaylar, bu olumsuz olaylar sağlık hizmetlerinin ayrıca fonlarının da etkisiz kullanılmasına sebep oluyor. Bütün bu istatistiklere web sitemizden ulaşabilirsiniz.



Bir sistem akışını gösteren bir çizim görüyorsunuz ekranda. Hastanelerde ve sağlık kurumlarında sürekli buna benzer bir yapı görürsünüz. Herkes der ki, bir mucizeye ihtiyacımız var. Hayır, sağlık sektöründe mucizeye ihtiyacımız yok. Sadece bir araca ihtiyacımız var. Kalite ve akreditasyon da bu araçtır. Akreditasyon bir süreçtir, akreditasyon bir olay değildir. Yaparsınız bitmez. Sadece akreditasyon ziyareti veya araştırması sırasında bitmez. Akreditasyon, sizin her günkü yaşamınızın bir parçasıdır.

Akreditasyon programının uygulanması, sizin kalite yolculuğunuz boyunca devam edecek bir süreçtir. Akreditasyon yolculuğunun, akreditasyon macerasının çok önemli bir noktasıdır. Akreditasyon bir öz değerlendirmedir ve sağlık uzmanlarının, dışarıdan gelen sağlı uzmanlarının, sizin sağlık hizmetlerinizi değerlendirir. Özellikle sağlık kurumları açısından kendi kalite ve performans düzeylerini belirlemek ve bunları hâlihazırda uluslararası olarak kabul edilen standarda bu hizmetlerin uygunluğunu denetlemek için kullanılacak bir araçtır. Standartların olması elzemdir, standartlar faydalıdır, ölçülebilir ve sağlık hizmetlerini geliştirir ve kanıta dayalıdır.

Birleşik Krallıkta, yani İngiltere’de bizim hastanelerde meydana gelen birtakım olayları takip etmişsinizdir. Bu hastane enfeksiyonları nedeniyle meydana gelen ölümlerdi bunlar. Bu konuda çok yönlü bir tahkikat gerçekleştirdik ve bir rapor yayınlandı. Bu Fransız raporu denilen belge online olarak bulunmakta ve gerçekten ilginç bir okumadır. Bu raporda ulaşılan sonuçlardan bir tanesi de şu: Teftiş uyumluluğu kontrol etmek için gereklidir. Özellikle hastane müfettişleri kadrosu kurulmalıdır ve bu konuda özellikle işbirliği içerisinde, diğer kurumlarla işbirliği içerisinde bu teftişler yapılmalı ve akreditasyon yöntemi kullanılmalıdır sonucuna ulaşmıştır bu raporunda.

Akreditasyon konusunda çok fazla araştırma var. Kanada’da yayınlanan bir makaleye göre, akreditasyon uluslararası olarak kabul gören bir değerlendirme sistemidir ve bir sağlık kuruluşlarının verimliliğini, kalitesini ve performansını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Akreditasyon kanıta dayalı standartlara, verilen hizmetlerin uygunluğunu denetler. Özellikle artan bir şekilde hasta güvenliği ve çalışan güvenliğinin temin edildiği bir ortamda yapılmasını gerekli kılar akreditasyon.

Akreditasyon kuruluşlarına baktığımız zaman, uzun süredir aslında bilinen bir şey, ama geçtiğimiz 10 veya 20 yıl içerisinde akreditasyon kavramı çok daha büyüdü. Bu biraz eski bir grafik, 1951 yılından 2009 yılına kadar olan akreditasyon kurumlarının düzeyindeki artışı görüyoruz. Buradaki akreditasyon kurumlarının bir kısmı hükümet kuruluşları, bir kısmı karma kuruluşlar, bir kısmı da bağımsız kuruluşlar.

Peki, neden bir akreditasyon talebi var ve akreditasyona neden artan bir ilgi var? Akreditasyon aslında hükümetlerin talep etmeye başladığı, özellikle hastaların, sağlık hizmetlerine finansman sağlayan kuruluşların talep etmeye başladığı bir kavramdır. Özellikle akreditasyon kuruluşlarının düzgün bir biçimde çalışmasını

talep etmektedir. Bunun yanında sigorta şirketleri de, özellikle müşterilerinin akredite hastanelere gitmelerini tercih etmektedir. Sigorta kuruluşlarının bu tercihinin arkasında yatan, müşterilerinin aldığı hizmetin güvenli ve kalite olduğunu temin etmek ihtiyacıdır.

Hepimiz akreditasyonun faydalarının olduğunu bilincindeyiz, ama hâlâ akreditasyonun faydalarını ortaya koyan bilimsel araştırmaların sayısı maalesef yeterli düzeyde değildir. Bu konuda daha fazla araştırma yapılmalıdır, ama sağlık hizmetleri sektöründe çok fazla değişken olduğu için ve çok fazla alan olduğu için, her ülkenin kendisiyle ilgili araştırmalar yapması gereken bir alandır.

Akreditasyon hakkında Kanada bir literatür taraması yayınlamıştır. Bu akreditasyon Kanada web sitesinden indirilebilir, belge olarak ulaşılabilir. 2012 yılında yayımlandı. Burada 30 faydası listelenmiştir akreditasyonun. Bu faydalar arasında operasyonel verimliliğin artırılması, iletişimin geliştirilmesi, kaliteye olan taahhüdün ifade edilmesi, kalite ve güvenlik kültürünün tesis edilmesi yönünde faydalar vardır, ama aşağıdaki alanlarda daha fazla araştırmaya ihtiyacımız var. Özellikle akreditasyonun durumu ve sağlık hizmetlerinin müşterilerinin elde ettiği sonuçlar arasında bir karşılaştırmaya yönelik bilimsel çalışma çok fazla yoktur.

Bu sağlık sektörü akreditasyon araştırmasından alınmıştır. Avustralya'da Yeni Güney Galler bölgesinde yapılmış bir araştırmadır. Dünyanın çeşitli yerlerinde akreditasyon önemli bir unsur olarak görülmektedir diye yazmışlardır. Araştırmalar akreditasyon ile ilgili profesyonel gelişimi ve sağlık kurumlarındaki değişimi teşvik ettiği ifade edilmiştir. Akredite olan kuruluşlarda çalışanlar, kendi şahsi mesleki gelişimlerinin de iyi bir biçimde arttığını ifade etmişlerdir. Eğer daha maliyet etkin olmak istiyorsanız, akreditasyon aracılığıyla tasarruf da edebileceksiniz. Bunun yanında, performans ve performansla ilgili alınacak kalite tedbirlerinin de gelişmektedir.

Bunun yanında akreditasyon hastanenin bulunduğu toplum içerisinde, hastanenin güvenilirliğini de arttıracaktır. Sürekli bir sağlık bakım hizmetlerinde ters giden şeylerden, kötü olaylardan maalesef bahsetmek durumunda kalıyoruz, ama sağlık sektörü olarak, sağlık çalışanları olarak iyi yaptığımız işleri duyurmakta biraz yetersiziz. İşte akreditasyon bizim iyi yaptığımız işleri de kamuoyuna duyurmamız açısından çok önemli bir araçtır.

Bunun yanında birtakım klinik faydaları da vardır akreditasyonun. Bu JCI bildiğiniz gibi Amerika Birleşik Devletleri merkezli bir akreditasyon kuruluşudur. Bir JCI ortak akreditasyon komitesi, özellikle Avrupa grubunda kan ve kemik iliği transferinde akredite hastanelerin, akredite olmayan hastanelere göre çok daha iyi performans gösterdiğini kanıtlamıştır. Bu da akredite olan hastanelerin klinik açıdan da daha iyi performansı olduğu ortaya konulmuştur.

Şimdi sizlere ISQUA akreditasyonundan bahsediyorum. Biz akreditasyon kurumlarını akredite ederiz. Bizim akreditasyon programımız üç bölümden oluşur.

Bunlardan bir tanesi standart; yani kurumun bu alanda mevcut olan standartlarla uyumlu hizmet verip vermediğini de denetleriz. Bunun yanında bu standartlara yönelik denetlemeleri yapan kuruluş çalışanlarına eğitim veririz.

Birçok akreditasyon kurumu, kendi kurumlarının ve klinik uygulamaların dōnemsel teftişlerini yapar. Biz de akredite ettiğimiz kuruluşları dōngüsel olarak değerlendiririz. Her şey bu eğitim programından geçen eğitimci aracılığıyla düzenlenir. Bunlar bizim üç belgemiz vardır, üç farklı program için. Bu akredite olmak isteyen her kuruluş, önce standartlar açısından akredite edilir. İkincisi ise, bu kurumun standartlar açısından iyi bir biçimde, uyumlu bir biçimde çalıştığını kanıtlamalıdır. Bir de öncelikle standartlar ilk olarak değerlendirilen akreditasyon alanıdır. Şu anda standart ve standart prensiplerimizi yeniden gözden geçiriyoruz ve bu yakın bir zamanda bununla ilgili yeni bir kılavuzumuz da yayınlanacaktır standartlar konusunda.

Bizim faaliyetlerimiz ISQUA içerisinde daha önce gösterdiğim akreditasyon kuruluşlarının sayısının artmasıyla, bizim de sayımız artmaktadır. Daha fazla talep görmekteyiz ve programlarımıza daha fazla kurum katılmak istiyor. 2014 yılında halihazırda çok fazla tarih, zaten çok fazla kurum tarafından bizden randevu alınmıştır. Bunlar yeni kurumların ortaya çıkması ve kendi standartlarının ve kurumlarının değerlendirilmesini ve akredite edilmesini isteyen yeni kurumların ortaya çıkmasıdır.

Tarihi olarak baktığımızda, temel akreditasyon kuruluşları Avustralya, Kanada, Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere ve Fransa'dan olan kuruluşlardır, ama şimdi biz bütün dünya çapında Güney Amerika, Brezilya, Kolombiya gibi, Ortadoğu'da Dubai'den tutun da Suudi Arabistan, daha sonra daha doğuya gittiğimizde Tayvan, Tayland ve Avustralya ve Yeni Zelanda'ya kadar uzanan bir yapımız var. Burada Türkiye'nin ismini de görüyorsunuz. Türkiye'nin de bu listede bulunması bizi ziyadesiyle memnun etmektedir. Bu yıl 11 kurumsal araştırma yaptık. Japonya, Tayland ve Ürdün gibi ülkeleri ziyaret ettik.

Burada sizin düzenlediğiniz gibi, biz de yıllık konferanslar düzenliyoruz. Bu konferans Ekim ayında Edinburgh'da gerçekleştirilecek. Yaklaşık 2000 katılımcının iştirak ettiği bir toplantıdır. ISQUA'nın bütün unsurlarını bir araya getirir. Sadece akreditasyon programlarını değil, diğer özellikle sağlık hizmetlerinde kaliteyi geliştirmeye ilgili çok değişik konulara değinilir. Yarım gün akreditasyona ayrılır bu kongrede. Özellikle yeni oluşan akreditasyon kurumlarının, diğer kurumların tecrübelerinden faydalanması sağlanır. Bu konferans daha çok fikirleri paylaşmak, karşılıklı fikir teatisi, deneyim alışverişi gerçekleştirmek amacıyla.

Hepinize nazik davetiniz ve dikkatiniz için çok teşekkür ediyorum. Bu kadar önemli bir toplantıda ve kongrede sizlere hitap etmek, gerçekten bizim için büyük bir ayrıcalık, sizlere çok teşekkür ediyorum.

## Akreditasyon Sistemi ve Hasta Odaklılık: Fransa Deneyimi

**Mr. Thomas Le Leduc / HAS**

*Fransa Yüksek Sağlık Kurumu*

Hepinize günaydın. Bugün sizlerle burada bulunmak, benim için büyük bir zevk. Türkiye'ye tekrar gelmekten büyük mutluluk duyuyorum. Fransız akreditasyon sistemi ve akreditasyon deneyimini sizlere sunmak istiyorum. Maalesef İngilizcem çok kötü, çok ağır bir Fransız aksanım var.

Ben Fransa'da siyaset bilimi ve hastane yönetimi alanlarında eğitim gördüm. Ulusal halk sağlığı okulunda hastane yönetimi konusunda eğitim gördüm. Fransız kamu sektöründe çeşitli görevlerde bulundum. Bunlardan bir tanesi bölgesel hastane yönetimlerinde eğitmenlik yapmak, daha sonra Paris yakınlarında bir hastane grubuyla birlikte çalıştım. Bu üç hastane, yaklaşık 400 Milyon Euro'luk bir bütçeye ve 5000 çalışana sahip bir hastaneler zinciri.

Daha sonra üç alanda çalışıyoruz. Sağlık teknolojisi değerlendirme, ilaçlar, kalite gelişimi ve kamuoyunu, halkı bilgilendirme, hastaları bilgilendirme. Sağlık yüksek kurumu bir kamu kuruluşudur. Dokuz yıl önce Fransa'da kurulmuştur. Bu kurumun danışma konseyi üyeleri altı yıllığına Fransa Cumhuriyeti Cumhurbaşkanı tarafından seçilir ve parlamentonun iki kanadının başkanları tarafından da buraya atamalar yapılır.

Toplamda sekiz üyesi vardır danışma konseyinin. Bunun amacı, özellikle sektörel etkinin ve diğer etkilerin sağlık sektörünün bağımsızlığını tehlikeye atmasını engellemektir. İcra kurulu üyeleri, özellikle sağlık sektöründe ve ilaç sektörünün çıkar çatışmalarının, sağlık sektörünü kötü etkilemesini önlemeyi amaçlamaktadır. Daha önce ifade edildiği gibi, dünyada çeşitli akreditasyon kuruluşları vardır. Fransa'da iki tanedir bu kuruluşlar. Bunlar kanun ile kurulmuştur. Bunlar mesleki kuruluşlar tarafından tesis edilmemiştir. Özellikle mali kriz bağlamında 1996 yılındaki ekonomik kriz nedeniyle sağlık sektörünün ihtiyacı bulunan etkililiği ve verimliliği sağlamak üzere kurulmuştur. Sağlık Yüksek Kurulunun görevleri arasında akreditasyon da vardır. Bir sonraki slâyтта bu konuya değineceğim.

Benim birimimde, özellikle görev almakta olduğum birimde yasal zorunluluklar bir yana, asıl amacımız bizim çeşitli indikatörleri göz önünde bulundurarak, iyi uygulamaların üretilmesi, yaygınlaştırılması ve uygulanması yönünde bazı çalışmalar yapıyoruz. Tabii geçmişe bakarak bazı kılavuzlar hazırlıyoruz ve yapılan çalışmaların gelişimini sağlayabilmek için bunlardan faydalanıyoruz.

Öncelikle yaptığımız çalışmaların çerçevesine bakmak istiyorum. Daha önce söylediğim gibi bu program kanun hükmünde kararnameyle yürürlüğe girmiş 1996 yılında ve benim kariyerimin başlangıcında, 25 sene önce bu tip çalışmalar çok

yaygın değildi. Daha çok hastalarla, doktorlarla, hasta yakınlarıyla olan ilişkiler herhangi bir şekilde doğru anlamda düzenlenmemiştir. Fakat bazı akil insanların sürece katılımıyla beraber, vizyonda bazı gelişmeler yapılmıştır.

Bu bizim kanunumuz ve kanunun gördüğümüz gibi sadece bir fıkrası var. Bu kanunun içerisinde, asıl amacın ne olduğunu gösteriyor. Bu özellikle kalitenin bağımsız bir şekilde değerlendirilmesi, sağlık alanında verilecek olan hizmetlerin, sağlık kuruluşlarının uygun gördüğü yerde bazı departmanların değiştirilmesi, bazı departmanların daha iyi hale getirilebilmesi için kurulmuş olan bir programdır.

Burada amacımızı görebiliyorsunuz. Amacımız; sağlık hizmeti veren organizasyonların, kurum ve kuruluşların sürekli bir gelişim sağlayabilmeleri ve hastaların güvenliğini sağlayıp, daha kaliteli hizmet verebilmeleri için yürürlüğe girmiş olan bir programdır. Tabii bu süreç içerisinde çeşitli kereler bu kurum ve kuruluşlara gidilip, burada çeşitli teftişler yapılması öngörülmektedir.

İkinci alana baktığımızda ise, bizim yapmış olduğumuz 12 senelik değerlendirmelerin sonucunu görebiliyorsunuz. Buradaki grafikte, başlangıçta gerçekten çok düşük bir akreditasyon oranı olduğunu görüyorsunuz. Fakat 1999 yılından sonra bunun hızlı bir şekilde artmış olduğunu görebiliyorsunuz. Tabii her zaman hastanelerdeki şüpheli yaklaşımlar, buradaki gelişmelerin önünü açmış. Aynı zamanda deneysel olarak uygulanan bazı uygulamaların da işe yaradığını ve akreditasyonun hastanelerin daha iyi bir hizmet verebilmeleri için gerekli olduğu görülmüştür. Yaklaşık olarak 600 tane teftiş yapılmıştır ve önümüzdeki yıllarda da bu teftişlerin sayıları artacaktır.

Fransız akreditasyon sistemi, gerçekten çok ağır bir programdır. Şu anda yaklaşık olarak 2600 tane sağlık kurum ve kuruluşu bulunmaktadır. Buradaki yapıya baktığımızda, bunların büyük bir çoğunluğunun akreditasyon programına dahil olduklarını görüyoruz ve yaklaşık olarak en büyük kurumlarımızın 3000 tane yatağı bulunmaktadır. Biz ikinci aşamaya geçtiğimizde, yaklaşık olarak 17 bin tane karar alınmış ve bunlarla ilgili olarak uygulamalar söz konusu olmuştur. Bu da gerçekten programın ne kadar ağır bir program olduğunu gözler önüne sermektedir.

Bu slâyta baktığımızda, hem stratejiyi görebiliyorsunuz, hem de alınan sonuçları görebiliyorsunuz. Bu akreditasyon programı vasıtasıyla, özellikle güvenlik konularında, hastanelerdeki hasta güvenliği konusunda, hastaneleri daha iyiye doğru itmek için kullanılmaktadır. Tabii öncelikle hastanelerin buna yanaşmayan personeli ikna etmesi gerekmektedir. Değişim personelden başlamaktadır. Tabii bu dönüşümün sağlanabilmesi için ana kitle, ana hedef kitle hastane çalışanları, kurum ve kuruluşları çalışanları olarak göze çarpmaktadır.

Tabii bazı şeyler de herhangi bir şekilde müzakere edilmemektedir. Tabii her hastanenin özellikle hasta güvenliğiyle ilgili kendi bazı stratejileri bulunmaktadır. Asıl önemli olan şey, riskin en aza indirgenmesidir. Tabii bunu yaparken de

sadece hastaların önceliklerinin belirlenmesi ve yaklaşık olarak da verilmiş olan önceliklere baktığımızda, alınan bütün kararların yüzde 47'sini oluşturmaktadır.

Şimdi özellikle sayısal bölümü tamamlayabilmemiz için, yıllık olarak 600 ilâ 700 viziye gerçekleştirilmektedir, teftiş gerçekleştirilmektedir. Yaklaşık olarak 40 ilâ 60 karar alınmaktadır haftalık. 1200 sağlık kuruluşu ziyaret edilmiştir ve 650 tane müfettiş bulunmaktadır. Aynı zamanda bütün bu kurum ve kuruluşlar içerisinde iç kontrol mekanizmaları da bulunmaktadır.

Tabii laboratuvarlarda ve hastanelerde özellikle çeşitli çıkar çatışmalarının önüne geçilebilmesi için, özellikle bu alanlarda çalışacak kişilerin, değerlendirme yapacak kişilerin çok dikkatli seçilmesi, en azından tecrübeli olan kişilerini, yaklaşık olarak bu 12 yılın sonundaki tecrübemize dayanarak söylüyorum bunu. 8200 tane kendi kendine değerlendirme gerçekleştirmiş ve 8200 tane rapor ortaya çıkmıştır.

Şimdi kalite yaklaşımına baktığımızda, yeni organizasyonlar, yeni kurum ve kuruluşlar gerçekten ortaya çıkmaya başlamıştır ve bütün kurum ve kuruluşların profesyonel yardıma ihtiyacı bulunmaktadır kalite anlamında. Tabii 12 yıllık tecrübe bizim için çok büyük bir adım olmuştur. Çünkü Fransız akreditasyon sistemine baktığımızda, doğası gereği özellikle değişimi desteklemek ve bu konu üzerinde çalışabilecek olan takımları dikkatli seçmek üzerine yoğunlaşmış bulunmaktayız.

Biz son 5 sene içerisinde iki kez olmak üzere, insanların beklentilerini ve aldıkları hizmetin kalitesini değerlendirdik. Bizim son aldığımız sonuçlar şunu göstermiştir. Takımlar halinde çalışmak ve bürokratik bazı engelleri kaldırmak, gerçekten hastaların beklentilerini arttırmış ve verilen hizmetlerin kalitesinde de olumlu bir etkide bulunmuştur.

Şimdi raporumuza atıfta bulunmak istiyorum. Bizim akreditasyon raporumuz web sitemizde bulunmaktadır. Bütün Fransız vatandaşları web sitemizdeki bu raporu okuyabilirler rahatlıkla. Çünkü bu şeffaflık bir stratejinin ürünüdür. Şeffaflık olduğu zaman, bizim üstüne inşa ettiğimiz felsefenin bütün yönlerinin anlaşılması açısından da halka yardımcı olacaktır.

Şimdi akreditasyon kılavuzuna baktığımızda, akreditasyon kılavuzumuz, özellikle bizim sistemimiz içerisinde her bir standardın üç tane farklı boyutu bulunmaktadır. Hastane yönetimi, birinci bölümde, bizim bu kılavuzumuzun birinci bölümünde, daha çok hastane yönetimine dair olarak stratejiler, geliştirilecek olan yöntemler ve uygulamalarla ilgili bir bölüm bulunmaktadır.

Tabii burada basitçe hazırlanmış olan bir kılavuz olduğu için ve 2010 kılavuzu. Bu akreditasyon programının ne kadar ağır bir program olduğunu biliyoruz. Fakat bunun açık ve seçik bir şekilde yazılması ve anlatılması gerekmektedir. Şimdi üç aşamalı bir yaklaşımdan bahsedebiliriz her standart için. Öncelikle planlama ki, buradaki sağlık hizmeti veren kuruluşlarla ilgili çeşitli politik kararlar bulunmakta, uygulama ve değerlendirme.

Biz de, bizim kendi kılavuzlarımızı olabildiğince basite indirgemeye çalışıyoruz. Çünkü burada çeşitli öncelikler bulunmaktadır. Bu önceliklerin yerine getirilebilmesi için hazırlanmış olan bu kılavuz bünyesinde, biz önceliklendirilmiş standartlar bulunmaktadır. Önceliklendirilmiş standartlar ki, mutabakat sonucunda oluşturulmuş olan standartlardır. Bütün paydaşlar bir araya gelmiş, profesyoneller, hastalar, bakanlık hepsi bir araya gelmiş. Bu bütün paydaşların işbirliği içerisinde ve katılımıyla beraber bunun hazırlanması ve taahhütlerini belirtmeleri başarının anahtarlarından bir tanesi olarak gözümüze çarpmaktadır.

Şimdi zorunlu önceliklendirilmiş standartlara baktığımızda, her zaman hasta güvenliği önde gelmektedir. Şimdi tabii ki riskin yönetilmesi, meydana gelebilecek olan kötü olayların engellenmesi, riskin yayılımının kontrol altına alınması, sistem yönetimi, hastaların şikâyetlerinin ve çeşitli iddialarının yönetilmesi gibi bazı alanlar bulunmaktadır.

Tabii bizler hastanelerdeki kalitenin sürdürülebilir olmasını sağlayabilmek için çeşitli hedefler koymaktayız. Tabii bununla ilgili olarak kanıtla dayalı hareket etmek zorundayız. Aynı zamanda çeşitli zayıf alanlarda, yani bu sağlık kuruluşlarının zayıf alanlarına yönelik olarak çalışmaların yapılması ve bu alandaki standartlar oluşturulduktan sonra uygulamanın, bu indikatörlerin uygulamasının akreditasyon bünyesinde yapılması, değerlendirilmesi gerekmektedir.

Tabii burada gördüğümüz üzere, bu slâyтта indikatörler, kılavuzda yayınlanan indikatörler bulunmaktadır, göstergeler bulunmaktadır. Bu bilgi sistemlerinin yönetimi, kurumun yönetimi, riskin yayılmasının kontrolü, antibiyotiklerin mantık çerçevesinde kullanılması, ağrı yönetimi, hastanın tıbbi kayıtlarının tutulmasının yönetimi, çeşitli beslenmeye dayalı bozukluklarla ilgili yapılan çalışmalar bunlardan bazıları olarak gözümüze çarpmaktadır.

Şimdi biz akreditasyon programımızı her bir hastaneye adapte etmeye çalışıyoruz. Özellikle daha iyi bir gözden geçirme yapılabilmesi için ve önceliklendirilmiş standartların nasıl uygulandığını görebilmek için, bunların adaptasyonu gerekmektedir. Aynı zamanda profesyonel bazı uygulamaların yerinde görülmesi, aralıklarla bunlarla ilgili teftişler yapılması gerekmektedir. Kimi zaman rasgele seçilmiş kriterler ve standartlar üzerine bazı teftişler yapıyoruz. Her zaman bundan kurum ve kuruluşların da haberi olmuyor.

Tabii bizim özellikle bu alanda yaptığımız çalışmalar, özellikle kamudan gelen yüksek beklentilerle biçimlendirilmiştir. Tabii biz sürekli olarak bu akreditasyon süreçlerinin daha sürdürülebilir olmasına çalışıyoruz. Tabii her zaman zorlukları ve riskleri göz önüne bulundurup, onlara odaklanmaya çalışıyoruz. Akreditasyon özellikle bu hastanelerde, kurum ve kuruluşlardaki iş yükünün azaltılması anlamında çok faydalı olduğu görülmüştür.

Yine gerçek zamanlı hasta bakım süreçlerinin değerlendirilmesi ve bütün bu kurum ve kuruluşların kazanımlarının da gözden geçirilmesi anlamında çok önemli



olarak gözümüze çarpmaktadır. Şimdi özellikle akreditasyonla ilgili olarak, akreditasyonun güçlü yönlerinden faydalanılarak, risklerin azaltılması yönünde bütün takımlarla beraber bir araya gelip, aynı zamanda yüksek idarede bulunan insanların bilgilendirilmesi ve çeşitli karar mekanizmalarının etkin bir şekilde uygulanabilmesi için, akreditasyonun gerekliliği bir kez daha gözler önüne serilmektedir.

Tabii bütün bu süreçler söz konusu olduğunda ki, Yeni Zelanda'da da, İngiltere'de de buna benzer bazı uygulamalar yapılmaktadır. Bu bir araçtır. Özellikle eylem planlarının gerçek hayata geçirilebilmesi için akreditasyonun önemini altının çizilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda hasta odaklı hareket edilmesi gerekmektedir. Kamuda verilen sağlık hizmetlerinin daha güçlü bir hale getirilebilmesi ve kaliteli bir hale getirilebilmesi için uygun bir programdır.

Yine bütün bu sağlık kuruluşlarının, hizmet veren, sağlık alanında hizmet veren kuruluşların kazanımlarının da ifşa edilmesi gerekmektedir. Takım çalışmasının muhakkak sürekli olarak teşvik edilmesi gerekmektedir.

Şimdi tabii bu yapılan teftişlerin nasıl geliştirilebileceğine yönelik olarak, öncelikle o sağlık kurum ya da kuruluşundaki risklerin öncelikle belirlenmesi gerekmektedir. Daha sonra bu teftiş metodolojisiyle ilgili öncelikle hastalar, sistemler ve süreçlerin değerlendirilmesine yönelik olarak bazı indikatörlere bakılması gerekmektedir. En sonunda da operasyonel özet raporu hazırlanmalıdır.

Hasta takip metoduna bakacak olursak, öncelikle teftişin ne üzerine yapıldığına bağlı olarak, hasta ve hastalıklar seçilebilir. Tabii burada risk profiline bakarak, o sağlık kuruluşunun risk profiline bakarak da bunu seçebilirsiniz. Aynı zamanda hasta takip değerlendirilmesi, hastaların tıbbi kayıtlarının incelenmesi sonucunda da ortaya çıkabilir. Hastalarla görüşmeler yapılabilir.

Son olarak, özellikle yüksek performanslı takım odağı ismini verdiğimiz bir işlevsel yanımız var. Bunlardan bir tanesi, özellikle hastanelerde meydana gelen ya da sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda meydana gelen kötü olayların yüzde 70'inin sebebi, insan kaynaklı ya da organizasyonel bazlı olaylar sonucunda meydana gelmektedir.

Bütün takım üyelerinin muhakkak kaliteye yaklaşımının geliştirilmiş olması gerekmektedir. Mortalite ve morbilite oranlarının düzgün bir şekilde gözden geçirilebilmesi için, takım üyelerinin bu konu üzerinde de çalışmış olması gerekmektedir. Tabii bu yaklaşım, özellikle hasta odaklı yaklaşım adını verebileceğimiz yaklaşımdır. Tabii hedeflerimiz arasında bu işe kendini adanmış profesyonellerin çalışması, fizibilite çalışmalarının yapılması, teftiş sonucunda ortaya çıkan sonuçların doğru bir şekilde analiz edilmesi gerekmektedir.

Şimdi elde edilen çıktılara baktığımızda ise, tabii yönetimin özellikle doğru bir şekilde değerlendirilmesi, organizasyonların iyi bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Gerçekten işi geliştirebilecek olan insanlar, işi yapan insanlardır düsturuyla yola çıkıyoruz.



## Sağlıkta Akreditasyon Sistemi: Türkiye

**Dr. Abdullah ÖZTÜRK**

*Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanı*

Sayın Başkan, değerli katılımcılar; hepinizi saygıyla selamlıyorum. Bugün akreditasyon oturumunda dünyada geçerli olan, en geçerli olan akreditörlerin akreditasyonunu yapan ISQUA'nın çok kıymetli temsilcisi Sayın Mrs. Jan Mackheret Hill hanımefendiyi dinledik. Sonra Fransa örneğini Sayın Thomas beyefendiden dinledik. Biz henüz akredite olmadık, ama uluslararası akreditasyon program listesinde Türkiye'nin adını görmekten de büyük gurur duyduğumuzu ifade etmek istiyorum.

Bizim ISQUA'nın yapısıyla çok ciddi benzerliklerimiz olduğunu gördük Sayın Mackheret'in sunumundan. Biz 9 kişiyiz dedi. Ciddi bir benzerlik var, biz de hemen hemen 9 kişiyiz, ama şunu iftiharla ifade etmem lazım. Bizim arkamızda 450 bin sağlık çalışanı ve halkımız var. Şimdiden hepinize minnetlerimi sunuyorum Bakanlığım adına.

Bu çalışmalara başlarken, tabii ki 9 kişiyle çalışmaları yürütmek mümkün değildi. Sağlık Bakanlığı bu alanda kendi iradesini ortaya koydu, bize de bu alanda yürütmek, gereğini yerine getirmek kaldı. Sizlere bugün Türkiye'de yapmış olduğumuz akreditasyon altyapısına temel teşkil edecek olan çalışmaları kısaca hatırlatacağım ve sonuç kısmıyla bitireceğim inşallah.

Tanımlar çok güzel anlatıldı, ben tekrar uzun uzadıya tanımlara zaten girmedim. Akreditasyonu ben tekrar hatırlatmak istiyorum. İl sağlık kuruluşunun önceden belirlenmiş uluslararası kabul görmüş kalite standartlarına uyumluluğunun, yetkilendirilmiş bir kalite kuruluşu tarafından ve eğitimli değerlendiriciler marifetiyle değerlendirildiği bir programdır. Zaten program olduğuna da bir vurgu yapıldı, bu bir süreçtir.

Akreditasyon uygulayıcıların tek tek kabiliyet ve performanslarından ziyade, kurumsal kabiliyet ve performanslarını esas aldığını görüyoruz. Yine ruhsatlandırma sürecinden farklı olarak akreditasyonun, kamu güvenliğini temin etmeyi amaçlayan asgari standartlara uyumundan ziyade, devamlı gelişim stratejileri ve en uygun kalite standartlarının sağlanmasına odaklandığını görüyoruz.

Bugün biz akreditasyon sürecinde Türkiye olarak, Türkiye Sağlık Bakanlığı olarak bu noktaya nasıl geldik? Bir defa bu noktaya gelişimizde ortaya konulan iradenin güçlülüğünün çok önemli bir payı vardır. Hepinizin takdir edeceği gibi birtakım tabular vardı bu alanda, halen de devam ediyor. Ancak bugünkü çok önemli iki sunumdan sonra bu tabuların da artık çok fazla direnç göstermemesi gerektiğini düşünüyoruz.

Nedeni de şudur: Akreditasyon programlarının mutlaka ve mutlaka bağımsız olması gerektiği birtakım sivil kuruluşlar tarafından örgütlenmesi gerektiğini söyleniyordu. Biz de ömür billâh devlet olarak, Sağlık Bakanlığı olarak birilerinin akreditasyon sistemini ülkemize kazandırmasını bekleyecektik. Ama çok şükür ki, 2003 yılında sağlıkta dönüşüm programının altıncı bileşeninde, nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon hususu yer aldı ve 2003 yılı itibariyle bu çalışmalar başladı.

Geldiğimiz nokta itibariyle, Sayın Jan Mackheret'in sunumunda, özellikle bir grafik vardı, 2009 yılına kadar süren, ama özellikle son 10 yılı esas alan bir grafik. Orada şunu gördük: Son 10 yılda geliştirilen akreditasyon programlarının üçte birinin devletler tarafından, hükümetler tarafından geliştirildiğini, diğer üçte birinin yarı devlet, yarı özel bir statüde olduğunu ve üçte birinin de tamamen sivil kuruluşlar tarafından gerçekleştirildiğini o grafikte gördük. Yani şu anda diğer bazı vurgularda da şunlar ifade edildi. Biz tabii bunlara çok önem veriyoruz, ülkemizde bu hizmetleri yapabilmek ve ayakta durabilmek için. Özellikle son 10 yılda devletlerin bu işe olan ilgisinin artarak devam ettiği vurgusuydu. Bu çok önemli bir vurguydu.

Tabii bunun akreditasyon sistemi kurulduktan sonra, nasıl işletileceği hususuna biz hiç girmiyoruz. Önemli olan bizim ülkemize bir akreditasyon sisteminin kazandırılmasıydı. Tabii akreditasyon için gerekli olan üç temel yapı vardır. Bunlardan bir tanesi kalite standartları, diğeri kalite değerlendiricileri ve bir diğeri de, üçüncüsü de kurumsal yapıdır. Bu üç yapının akreditasyon sisteminin kurulabilmesi için bir arada bulunması ve akredite edilmesi gerekiyor.

Biz bu alanlardaki yetkinliğimiz nedir, kapasitemiz nedir? Kısaca onlardan bahsedeceğim. Sağlıkta kalite standartları, bilindiği gibi 2003 yılında sağlıkta dönüşüm programıyla başlayan süreçte gelişmeye başladı, ama 2005 yılına kadar standart geliştirilemedi. 2005 yılında 100 kriterden oluşan bir kriterler seti yayınlandı ve hepimizin de hatırlayacağı gibi, özellikle o tarihlerde sağlık kurumlarında çalışanlar çok iyi hatırlayacaklar, öz değerlendirmelerde bulundular 2007 yılına kadar.

2007 yılında 150 kriterden oluşan bir set daha yayınlandı Sağlık Bakanlığı tarafından ve 2008 yılına kadar da bu kriterler üzerinden değerlendirmeler yapıldı. Yalnız bir farkla; 2007-2008 yılları arasında yapılan bu değerlendirmelerde, Sağlık Bakanlığı aktif rol aldı, artık merkezden değerlendirici ekiplerin oluşturulması noktasında ya da iller arası çapraz değerlendirmelerin oluşturulması anlamında aktif rol aldı.

Bir sonraki dönemde, 2008 yılında 358 standarttan oluşan, sadece kamu hastanelerine yönelik olarak geliştirilmiş olan ve 358 standarttan oluşan bir set yayınlandı. Bu setin yayınlanması, ilk defa bu set kalite standartları anlamında bir milat

olarak kabul ettiğimiz bir settir. Çünkü standartların özelliklerini, standart özelliği taşıyan set olma açısından ilk olma özelliğini taşıyordu. Hemen akabinde 2009 yılında özel hastanelerin değerlendirilmesine yönelik bir standart seti hazırladı, o da 388 standart içeriyordu.

Sonra gördük ki, böyle biz farklı kurumlar için farklı setler geliştirmeye devam etmemizin çok uygun olmayacağı, sağlık hizmetlerindeki standardizasyonun sağlanması açısından da doğru olmadığı kanaatine vardık ve biz kamu, özel, üniversite, tüm sağlık hizmeti veren hastaneler için ortak bir set oluşturma kararı verdik ve yaklaşık iki yıl devam eden bu çalışmalarımız sonucunda, 2011 yılında 621 standarttan oluşan hastane kalite standartları setini yayınladık. O günden bu yana bu set üzerinden değerlendirmelerimiz devam ediyor.

Standartlarımızın hazırlanmasında çok ciddi emekler var. Tabii biz o zaman ISQUA'ya ben tekrar teşekkür etmek istiyorum. Bizimle o kadar paylaşımcı bir yaklaşımları oldu ki, biz bundan ziyadesiyle memnun olduk, kendilerine tekrar teşekkür etmek istiyorum. Birkaç yazışma sonrasında, mail üzerinden yazışma sonrasında bizimle işbirliği yapma konusunda son derece paylaşımcı oldular. Dolayısıyla biz onların yaptıkları, bizimle paylaştıkları dokümanlardan fevkalade istifade ettik.

Bizim bu standartları geliştirirken, onlarla böyle bir paylaşım söz konusu değildi. Biz dünyada ne kadar bilgi birikimi varsa, onu orada bulup, mutlaka standartların geliştirilmesi aşamasında değerlendirmeye çalıştık. Bu alanda Bakanlıkta oluşmuş olan deneyimlerin tamamını değerlendirdik. Uluslararası yayınlar ve uygulamalar teker teker gözden geçirildi, uzman görüşlerine büyük önem verildi. Uygulayıcıların geri bildirimleri bizim için bulunmaz fırsatlardı. Bunlar standart geliştirme süreçlerine yansıtıldı.

Değerlendirici geri bildirimleri yine bizim için çok önemli hazinelerdi. Bizzat Sağlık Bakanlığının standartların geliştirilmesi, uygulanması noktasında birlikte çalıştığı, çeşitli eğitimlerde birlikte olduğu değerlendiricilerin geri bildirimlerine büyük önem verdi. Bunu aranızdaki pek çoğunuz da takdir edeceksiniz, kabul edeceksiniz.

Yine bütün bu çalışmalar sonucunda taslağımız hazırlanmış oldu. Bu taslaklar üzerinden, örneğin son geliştirmiş olduğumuz standart setin pilot çalışması 28 hastaneden oluşuyordu. 28 hastanenin bir kısmı üniversite hastanesi, bir kısmı eğitim araştırma hastanesi, bir kısmı ikinci basamak devlet hastanesi ve bir kısmı da özel hastaneydi. Dolayısıyla çok ciddi deneyimler oldu.

Özellikle pilot çalışmalar esnasında ziyaret edilen bölümlerin bölüm başkanları, yöneticilerle çok ciddi tartışmalar, çok ciddi müzakereler yaşandı ve bu müzakereler sonucunda standartların uygulanabilirliği ve faydası konusunda çok önemli

bilgilere ulaştık. Daha sonra standartlarımız yayınlandı. Şimdi gördüğümüz gibi ISQUA'nın akreditasyon aday listesinde, enternasyonal accreditation programda Türkiye'nin adı var ve bütün bu çalışmalar sonucunda umuyorum ki çok kısa sürede ulusal akreditasyon programımız gerçekleştirilmiş olacaktır.

Standartlarının yapısına baktığımız zaman, üç temel yapının olduğunu görüyoruz. Bunlardan bir tanesi boyutlandırma, diğeri kodlama ve bir diğeri de puanlandırma sistematığıdır. Bunlar bize temel yapısı nedeniyle ne kazandırıyor diye bakacak olursak; dört dikey boyut bulunduğunu görüyoruz. Bunlardan birincisi, kurumsal hizmet yönetimi boyutu, bir diğeri sağlık hizmetleri yönetimi, destek hizmetleri yönetimi ve indikatör yönetimi olarak yer alıyor. Beşinci boyut ise, yatay boyutta yer alıyor ve tüm dikey boyutları kapsıyor. Bu da hasta ve çalışan güvenliği boyutudur. Kodlama ve puanlandırma sistematığını anlatırken, orada daha iyi görme imkânınız olacak.

Burada standartların yine orijinal şekliyle kodlama, puanlandırma, boyutlandırma sistematığını görüyoruz. Örneğin 01 ile dikey boyutu burada kastettiğimizi ifade ediyoruz. Bu boyutta kurumsal hizmet yönetiminin yer aldığını görüyoruz. Yine kurumsal hizmet yönetimi boyutunda 8 bölüm, 122 standart bulunduğunu görüyoruz. Bu 122 standardın 15 tanesi hasta güvenliğiyle doğrudan ilişkili, 5 tanesi çalışan güvenliğiyle ilişkili, 6 tanesi hem hasta, hem de çalışan güvenliğiyle ilişkili olduğunu görüyoruz.

Yine sağlık hizmetleri yönetimi boyutuna, dikey boyutuna bakacak olursak, kapsamlı bir boyut olduğunu görüyoruz. 455 standart yer alıyor. 87 tanesi hasta güvenliğiyle ilgili, 22 tanesi çalışan güvenliğiyle ilgili, 7 tanesi de hasta ve çalışan güvenliğiyle ortak olarak ilgili olan standartlardır. Bu akreditasyon programı çerçevesinde bunları neden anlatıyoruz? Çünkü birazdan ISQUA'nın kriterleri doğrultusunda bir değerlendirme yapacağız. Onlarla örtüşmesi açısından ve bizim işimizi kolaylaştırması açısından önem arz ettiği için vurgulamak istedim. Diğer destek hizmetleri ve indikatör yönetimi diye iki bölüm daha yine aynı sistematik içerisinde yer alıyor.

Kodlama sistematığına baktığımız zaman, özellikle şunu ifade etmek lazım. Kodlama sistematığının bir tekniği vardır, ama bize ne kazandırıyor kodlama sistematığı. Bir defa kodlama sistematığı bize standartların izlenebilirliğini sağlıyor. Karşılaştırma, kıyaslama yapma fırsatı veriyor. Bu bizim için aranmaz bulunmaz bir fırsattır. Bunun için biz bunu önemsiyoruz. Puanlandırma sistematığı de bir ölçüm ortaya koymak, bir sonuç ortaya koymak, yapılan değerlendirmelerin sonucunu ortaya koymak, bir fikir vermesi açısından yine puanlandırmanın önemli olduğunu görüyoruz.

Puanlandırma sistemi de her standardın puanı eşit olmayıp, 5 puan ile 20 puan arasında değişen aralıkta yer almaktadır. Burada kurumların, bazı kurumların karşılaştırmasını aldık. Bize bu kurumların karşılaştırılmasını sağlayan, yine bu kodlama puanlandırma ve boyutlandırma sistematığı sayesinde olduğunu ifade etmek istiyorum. Yine birimler arası karşılaştırma yapabilmek için ve kodlama ve puanlandırma sistematığının önem arz ettiğini vurgulamak istiyorum.

Bütün bu özellikle taşıyan standart setlerimizi görüyorsunuz. Bir de doku tiplendirme laboratuvarlarına yönelik set var, bu resimde yer almayan. Geliştirilmek üzere şu anda üzerinde çalıştığımız dört set daha bulunuyor. Aile sağlığı merkezlerine yönelik, halk sağlığı laboratuvarlarına yönelik, diyaliz ünitelerine merkezlerine yönelik ve klinik laboratuvarlarına yönelik olarak standart setleri geliştirme çalışmalarımız devam ediyor.

Tabii bizi üç ana yapıdan bahsettik. Dedik ki, bir akreditasyon sisteminin kurulabilmesi için, öncelikle standartların bulunması gerekiyor ve onların akredite edilmesi gerekiyor. İkincisinin ise, değerlendiricilerin bulunması gerekiyor, değerlendiricilerin olması gerekiyor ve onların eğitim programlarının akredite edilmesi gerekiyor. Bunu biz söylemiyoruz. Sayın Mackheret kendi sunularında bunu beyan ettiler. Biz değerlendirici kapasitesi noktasında neredeyiz, altyapımız hazır mı, aday listesindeyiz, ama bu akreditasyon sürecinden başarılı çıkabilir miyiz? sorusunun cevabını ararken, buna bir miktar burada cevap vermeye çalışacağım.

Bir defa değerlendirici kapasitesinin geliştirilmesinde, değerlendirme faaliyetlerimizin önemli bir unsur olduğunu söylemek istiyorum. Çünkü biz teorik eğitimlerin ve uygulama eğitimlerinin yanında, özellikle bu değerlendirme faaliyetlerinin içerisinde çok sayıda değerlendirici yetiştirmeye imkân sağladık ve o yüzden değerlendirmeleri biz çok önemsiyoruz.

2007 yılında ilk değerlendirici ekipleri oluşturarak başlamış olduğumuz, 15 kurumda başlamış olduğumuz faaliyetleri bugün 2012 yılı itibarıyla 1591 kurumu değerlendirerek bitirdik. Bu sayının daha da artacağını söyleyebilirim. Çünkü hasta ve çalışan güvenliği kapsamında üniversite hastanelerine yapılan değerlendirmeler bu sayıların içerisinde yer almamaktadır.

Değerlendirici kapasitesine bakacak olursak; yine 2007 yılında 24 değerlendiriciyle başlamış olduğumuz çalışmalarda, bugün 379 değerlendirici kapasitesine ulaştığımızı görüyoruz. Tabii şu andan sonra ne yapmamız gerekiyor? Yetiştirmiş olduğumuz ve bugüne kadar değerlendirmelerimizde görevlendirmiş olduğumuz değerlendiricilerimizin, artık ISQUA'nın ilkeleri çerçevesinde değerlendirici, akredite olmuş değerlendirici eğitim programının uygulanması, bu müfredattan geçmesi ve bundan sonra tekrar bu değerlendirmelere başlamasını öngörüyoruz.

Üçüncü yapı olarak bahsedilen kurumsal yapıydı, üç temel yapı; standartlar, değerlendiriciler ve kurumsal yapı. Şu anda biz Sağlık Bakanlığı olarak, yani devlet olarak ifade ediliyor. Devletin bir akreditasyon sistemi olarak kabul edersek şu anki yapısı itibarıyla; biz şu anda tabii ki bir organizasyon yapımız var. Her ne kadar 9-19 çok önemli değil, 399 da olabilir, ama şu anda Sağlık Bakanlığında böyle bir yapı var ve kanunla belirlenmiş görevleri var, kalite ve akreditasyon kurallarını belirlemek ve uygulamasını sağlamak.

Bizim Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğümüze baktığımız zaman bir organizasyon yapısı karşımıza çıkıyor. Özellikle 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname bizim işimizi de kolaylaştırdı. Biz bu kararname hükümleri doğrultusunda görev tanımlarını yeniden yazarken, organizasyon yapısını da, kurumsal yapıyı da yeniden oluşturmuştuk. Burada akreditasyona yönelik olanlara özellikle vurgu yaptım. Akreditasyon birimi var kurumumuzun içerisinde, kalite standartları geliştirme birimi var ve kalite değerlendirmeleri birimi var. Tabii ki diğer birimler de en az bunlar kadar önemli olduğunu ifade etmek isterim. Çünkü bunlar tek başlarına bu hizmeti yürütmesi mümkün değil.

Gelelim bütün bu üç yapıyı tamamladıktan sonra biz kendimize güvendik. Dedik ki, çok mu oluyoruz? Herkes bu listede var. Bizim pek çok alanda örnek olduğumuz ülkelerde bu akreditasyon sistemine kavuşmuşlar. Biz acaba çok mu oluyoruz, biz akreditasyon sistemini ülkemize kazandırsak fazla mı olur? diye düşündük. Biz kesinlikle bunu ülkemizin hak ettiğini, fazlasıyla hak ettiğini düşündük ve bu çalışmalara başladık.

ISQUA akreditörlerin akreditasyonunu yapıyor. Listede gördüğümüz tüm kurumların ki, pek çoğumuz sohbetler arasında adını çokça zikrederler. Bunların tamamı ISQUA tarafından akredite edilmiştir. Biz de ISQUA'ya başvurduk, emsal bir akreditasyon yapısına kavuşmak için ve bunu daha ileriye götüreceğimiz, daha da ileri bir boyuta ulaştıracağımız ve çok daha meşhur bir sistem olacağına inancımız tamdır ve bu alandaki çalışmalarımız da, motivasyonumuz da sınırsızdır onu söyleyeyim. Sayenizde, yani sağlık çalışanlarının, özellikle bizim ekibe destek veren il kalite koordinatörlükleri, kalite birimleri ve kalite değerlendiricileri olarak sahada çalışan çok kıymetli çalışanlarımız olarak onlardan çok güç alıyoruz.

ISQUA ile işbirliğinde resmi tarih 20 Mart 2013'dür. Ancak biz yazışmalarımıza, web üzerinden yazışmalarımıza 2012 yılının Mayıs ayında başladık, Haziran ayında işbirliği talebimizi ilettik. Tabii bize çok hızlı dönüş yaptıkları için kendilerine yine teşekkür ediyorum. Referans materyalin gönderilmesi yine bir başka görüşmeyle birlikte Haziran 2012 yılında sağlanmış oldu.

Standartların akreditasyonu için, ISQUA'nın altı temel ilkesi vardır. Biz bu kalite iyileştirme, hasta hizmet kullanıcılarına odaklanma, kurumsal planlama ve per-

formans, güvenlik, standartların geliştirilmesi ve standartların ölçülmesi ki, bu standartların uygulanması, kodlama puanlandırma ve boyutlandırmanın ne kadar önemli olduğunu şimdi bir kez daha anlıyoruz. Aklın yolu bir diyoruz, ama tabii ki eksikliklerimiz var ve bunun için olanca gücümüzle çalışıyoruz.

İlk çalışmamızı başlattık, bir eylem planı yaptık. ISQUA ilkeleri çerçevesinde bir eylem planı bu. Öncelikle uluslararası diğer uygulamaların değerlendirilmesi ve incelenmesi kapsamında genel olarak biz kalite standartlarımızı gözden geçirdik ve sonra diye az önce ifade etmiş olduğum dört ana kriter doğrultusunda standartlarımızın tamamını gözden geçirdik. Hangi alanlarda açıklıklarımız var, hangi alanlarda yetersiz ve geliştirilmeye ihtiyacı var? Bütün bu gap analizlerini yaptık ve akabinde ISQUA'nın bize göndermiş olduğu bir takvim vardı, 22 Temmuz'da bu teknik raporu bize gönderin diye ifade etmişlerdi. Biz bu raporu 24 Nisan tarihi itibarıyla tamamlayıp, tercümeyle gönderdik.

Yalnız dün Sayın Mackheret'le çok önemli bir toplantı gerçekleştirdik, tüm birimizde çalışan arkadaşların da katılımıyla yaptığımız bir toplantıydı. Bize ön fikirler verdi. Biz yapmış olduğumuz ön taslak teknik raporun geliştirilmesi noktasında bir miktar daha çalışacağız gibi gözüküyor. Ama bizden 22 Temmuz'da istenilen raporu çok müthiş bir performansla 24 Nisan'da tamamlamak gurur verici bir şey diye düşünüyorum.

Eylem planı çerçevesinde yine baktığımız zaman, paydaş görüşlerinin alınmasıyla ilgili yapmış olduğumuz teknik çalışmalar var. Bir web tabanlı sistem oluşturduk ve tüm kullanıcılara açıldı. Bu sistem üzerinden geri bildirimler aldık. Öz değerlendirme için gerekli formlar hazırlandı ve iki çalıştay yaptık Nisan ayı içerisinde. Birisi 4 Nisan'da, diğeri de 7 ve 8 Nisan tarihlerinde. Az önce de ifade ettiğim gibi raporu tamamlayarak tercümeyle gönderdik.

Şimdi bizim hedefimiz nedir? Bizim hedefimiz ISQUA'nın hedefidir. ISQUA'nın ulusal akreditasyon sistemi için öngördüğü bir yapı var. Standartların akreditasyonu, değerlendirici eğitim programının akreditasyonu ve kurumsal yapının akreditasyonudur. Biz standartların akreditasyonunu, bize gönderilen programda da hepimiz gördünüz, 2013 yılı takvimi içerisinde tamamlamayı planlıyoruz. 2014 yılı içerisinde değerlendirici eğitim programının akreditasyonu inşallah gerçekleşecek ve nihai olarak 2015 yılında da kurumsal yapının akreditasyonu gerçekleşecek.

Bütün bu çalışmaların başarıya ulaşacağını, sizin desteklerinizle başarıya ulaşacağını düşünüyorum ve Türkiye sağlıkta akreditasyon sisteminin 2015 yılında tamamlanacağını umuyorum.

Bu temenniyle, sizlerin de duasını talep ederek, hepinize teşekkür ediyor, saygılarımı sunuyorum.

# Sağlıkta Güvenliğin Sigortası: Risk Yönetimi

- **Oturum Başkanı - Prof. Dr. Sabahattin AYDIN**

*Medipol Üniversitesi Rektörü*

- **Prof. Dr. Bilçin TAK**

*Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi*

Hasta Güvenliğinde Risk Yönetimi

- **Doç. Dr. Mustafa İLHAN**

*Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Çalışan Güvenliğinde Risk Yönetimi

- **Prof. Dr. Nermin OLGUN**

*Acıbadem Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı*

Operasyonel Risk Yönetimi Örneği: Kemoterapi





## Hasta Güvenliğinde Risk Yönetimi

**Prof. Dr. Bilçin TAK**

*Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi*

Sayın Hocam, Bakanlığımızın değerli üst düzey yöneticileri, artık neredeyse tanış, aile, akraba olduğumuz, dördüncünü yaptığımız kongrede değerli katılımcılar, değerli dostlar; bana bugün verilen konu hasta güvenliğinde risk yönetimi. Tabii şüphesiz hoca olmak hasebiyle çok tanımlar filan anlatmak isterim, ama bilirim ki bu tür kongrelerde aslında beklenti konunun uygulama bilgisiyle pekiştirilmesi. İzinizle ağırlıklı olarak hastanede yaşadığımız olayları, literatür bilgisiyle eşleştirerek sizlerle paylaşmak isterim.

Şimdi tabii kongrenin ilk oturumu olması sebebiyle, riskle ilgili birkaç küçük tanım yapmak, vurgulamak zorundayım, sonrasında örneklerimizle devam edeceğiz.

Sağlık sektöründe risk konusunun konuşulduğu, tabii tıp alanında demem daha doğru olur, 1980'lerde malpraktis meselesiyle aslında çıkıyor ortaya. Daha sonra batı dünyasının da hep hasta güvenliğinde de anlattığım üzere, ayağının suya erdiği dönem aslında çok eski değil. 2000 yılında Amerika'da ve yine aynı yıl İngiltere'de İngiliz Sağlık Bakanlığı hafızası olan örgütler olmak üzere iki tane rapor yayınlıyorlar. Buradan görüyoruz ki biz, çok ciddi bir tehdit altında hastalarımız. Yani hasta güvenliği ete kemiğe, sayılara bürünüyor ve ajandamıza geliyor. Dolayısıyla bugün hasta güvenliğini risk yönetimiyle birleştirerek, klinik risk yönetimi bağlamında sizlerle konuşacağız. Diğer detaylara çok fazla girmeyeceğim.

Şimdi tanımda mutabık olmak isterim ki, üzerinde birlikte kafa yorabilelim diye izinizle. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımını tercih ettim. Diyor ki, tehlike zarar verme, tahrip etme potansiyeli olan unsur. Peki, tehlikeyle risk ilişkisi ne? İşte bu tehlikelerin istenmeyen sonuçlar, kayıplar, hastanın ölümü, yaralanması, geç taburculuğu gibi istenmeyen sonuçları ortaya çıkarma olasılığı olarak düşünülüyor ve teknik hesaplamalarda, ben bunun hastanede geçerli olmadığını düşünüyorum. Endüstri mühendisi dostlarım beni hoş görünsünler, neden olduğunu da şimdi göstereceğim.

Biz aslında gerçekleşme olasılığıyla yaratabileceği etkiyi çarparak, riskleri sınıflandırıyor. Mantığımız şu: Çok risk varsa, öncelikle hangisini ele alalım diye. Peki, riski yönetmek ne demek? Bir kere her şeyden önce bu tür hasta güvenliğini ihlal eden olayları tespit etmek, eğer risklerini azaltmak, gerçekleşme ihtimalini azaltmak ve eğer gerçekleşmişse en az bedelle *-bu lafi seviyorum-* en kısa sürede ve en az bedelle ortadan kaldırmak.

İngiliz Sağlık Bakanlığı ise, bizi dikkatimizi bir şeye daha çekiyor. Risk yönetimi dediğiniz şey, sadece ve sadece gerçekleşmiş olanlar değildir, bir de ramak kala

dediğimiz, neredeyse olacaktı dediğimiz unsurları da kayda almak ve yönetmek zorundasınız diyor. Riskleri belirlemek, analiz etmek, değerlendirmek, ortadan kaldırmak, genel çerçevesi böyle.

Dünya Sağlık Örgütü yine tam bu oturumun temasıyla eşleşen bir vurguyu yapıyor. Diyor ki; risk yönetimini güvenlik yönetiminden ayırırsanız çok anlamlı olmaz. İkisini bir araya alın ve güvenlikle risk yönetimini tanımlayın diyor. Riskleri önleyin, gerçekleşirse, en kısa sürede çözün, onu konuşmamın ilerleyen zamanlarında ödünç alarak en kısa zamanda iyileşmek, çabuk iyileşmek olarak kullanacağım izninizle. Son olarak da arkadaşlar, tekrarlamaması için önlem almak bizim meselemiz.

Şimdi riskten tıbbi hataya, oradan hasta güvenliğine nasıl gidiyoruz? Örnek, riskimiz ne, yüksek konsantrasyonlu potasyumun hasta bakım alanlarında bulundurulması. Yaratabileceği hata nedir? Hastaneye başvuran hastaya yanlışlıkla potasyum uygulanması. Sonuç daha tehlikeli, çünkü hasta eğer ex olursa, acaba ilaç uygulama hatasından dolayı mı, yoksa kendi genel durumundan dolayı ex olduğu bilinemeyeceğinden dolayı çok önemli bir risk göz ardı edilir. Lütfen ajandalarımıza not edelim; yüksek konsantrasyonlu ilaçların hasta bakım alanlarında bulundurulduğu bir hastanede risk çok yüksektir her zaman.

Örneklendirmek mümkün, çeşitli örnekler var. El hijyeni konusunda duyarsızlık, bu konuda şüphesiz çok iyi çalışmaları var Bakanlığımızın. Bu riskin beraberinde getireceği nedir? Enfeksiyon oranlarının yükselmesi ve hastane enfeksiyonlarının artması, çok sayıda örnek var. Bunlar paylaşılabiliyor diye çokça üzerinde durmayacağım.

Peki, riski nasıl yöneteceğiz? Biraz onun bütününe bakalım. Bu bizim aslında kalite iyileştirme terminolojisinden aşına olduğumuz şeylerden biri. Ne yapıyoruz? Planla, uygula, kontrol et, önlem al. Yani riskleri tespit et, analiz et, ortadan kaldırmak için tedbir al, kayıtlarını düzenle ve sonuçlarını izle. Genel süreç olarak akış bu şekilde gerçekleşiyor.

Şimdi pek çok işte SKS akademide risk yönetimi konusunu ben anlatmıştım birkaç kez. Orada arkadaşlar soruyorlar, işte FMEA hata türleri analizi gibi analizler var. Bu yöntemlerle riski yönetelim hastanelerde diye. Şimdi çok basit bir mantık kurmak gerekirse, eğer dikey ekseninde riskin yaratacağı eksi, felaketten önemsiz etkiye kadar, gerçekleşme olasılığı çok düşükten çok yüksekse, bu bizim hastanelerde alışık olduğumuz ya da hastanede gerçekten risklerin, gerçek risklerin tespiti ve iyileştirilmesinde bazen bizi yanıltabilir görüşümdüm.

Örneğin, hastanenizde ilaç uygulama hatası gerçekleşmesi halinde etkisi nedir bunun? Çok yüksektir. Gerçekleşme riski nedir, olasılığı nedir? Şimdi retrospektif olamayız, biz kaydettik mi şimdiye kadar kaç kez ilaç uygulama hatası yaptığınızı

mızı? Kaydetmedik ve değerlendirmede şöyle bakıyor ekip. O halde diyor bizim hastanemizde bunun gerçekleşme olasılığı çok düşük. Hal bu ki sayın katılımcılar, eğer sizin hastanemizde elektronik order verme sistemi yoksa eğer hasta order verme sistemi içinde alerji bilgisi ve beslenme açısından değerlendirmesi dikkate alınmıyorsa, eğer hekimin düzenlediği order, bir eczacının onayından geçmiyorsa doz açısından ilaçla etkileşimi açısından, eğer barkot sistemi yoksa, eğer siz hasta bazı ilaç hazırlamıyorsanız, eğer ilacı kliniğe kabul ederken hemşire tarafından kontrol yapılmıyorsa, hasta adına ayrı bir dolapta durulmuyorsa, klinikte her seferinde hasta kimliği en az iki belirteçle doğrulanarak ilaç uygulanmıyorsa, sizin hastanenin kayıtları ne gösteriyorsa gösterebilirsin, sizin ilaç uygulama riskiniz çok yüksektir. Mutabık mıyız buraya kadarki noktada?

Dolayısıyla lütfen matematiksel modeller, pozitif bilime hepimiz inanıyoruz yararlı, ama bu bizim hastanemizde olmaz diye düşük puan vererek, bu konuları ajandadan çıkarmamak gerektiği noktasındayım. Hasta güvenliği sempozyumlarında hep soruyordum, sizin hastanede böyle şeyler oluyor mu diye. Hep di-yordum ki bizim hastanede oluyor herhalde, bizim hastanelerde olmuyor bizim hastanede mi oluyor? Kayıt meselesi malum bizim açımızdan hassas.

Hastaneler güvenli yerler mi? Hastaneler güvenli yerler değil. Akademik tespit, nükleer enerji santrali kadar karmaşık yerler. Peki, ne oluyor orada? Acaba tehlikeler, onca kurduğumuz güvenli bariyerlerini geçerek, hastayı ölümlerle, sakatlanmayla, yaralanmayla sonuçlanabilecek etkilere yol açabiliyor mu?

Şimdi efendim İsviçre peyniri modeli diyor, hata psikolojisi profesörü James Reason. Her sistem kendi güvenlik bariyerlerini oluşturuyor, ama bunu resmederseniz hiçbir delik, hiçbir boşluk, hiçbir kaçak yok, ama realitede bu vardır. Eğer sizin sisteminizde, hemen iki örnek üstünde kafa yoralım hep beraber. İlaç uygulama sistemi, order verme sisteminizde eğer dozu, veriliş sıklığı, veriliş yolu ve veriliş hızı gibi birtakım notlar ordera girmeksizin order verilebiliyorsa, sizin hastanemizde hatalı ilaç uygulamak için birinci bariyerde deliller var demektir.

İsviçre peyniri diyor Reason, aslında cennet vatanımda bizim bildiğimiz bu formatta başka peynirler var, ama hoca öyle tanımladığı için ondan böyle kullanıyoruz. Birinci bariyeri geçer, ikincisi nereye gelir? İlaç hazırlama sistemine. Eğer o sistem içerisinde bir eczacı tarafından order doğrulanarak hazırlanma onayı verilmiyorsa, bu hata bu bariyeri de geçer. Üçüncüsü kliniğe gelir ve aslında son güvendiğiniz nokta hemşirenin kimlik doğrulaması yaparak, hastanın dosyasıyla karşılaştırarak ilacı uygulayacaktır. Eğer kıdemsiz bir hemşire veya çok kıdemli, ama ben zaten hastayı biliyorum, niye her seferinde doğruluyorum soru işaretiyle bir başka değerli hemşire arkadaşımız doğrulamadan uygulamayı yaparsa, o tehlike dönüşüyor, hasta güvenliğini tehdit eden olaya.

Bu konuyla ilgili bir tane daha örnek göstermek isterim izninizle. Yangın güvenlik sistemi; şimdi şöyle bir öykü, şöyle bir kurmaca yapalım hep beraber. Bir gün çatıdaki yağmur sularının kliniklere akıyor olmasından dolayı taşeron firmadan hizmet almaya karar verebiliriz. Bir gün taşeron firmadan bir-iki eleman lodos bir havada, tutuşabilir plastik malzeme kaplı bir çatıya elinde kaynak makinesiyle çıkabilir. Çıkabilir mi? Bizim koyduğumuz güvenlik bariyerlerine göre çıkamaz. Bizim bir prosedürümüz var, bu bakım onarım sistemlerinin nasıl yürüyeceğiyle ilgili.

Bu prosedür ne diyor? Diyor ki, oryantasyon eğitiminden geçmemiş eleman hastaneye giremez; iki, yanında yangın tüpü bulunmadan çatıya çıkamaz; üç, hastane yönetimi bir refakatçi, yanına bir teknik eleman vererek onun çatıya çıkmasına izin verir; dört ve en önemlisi, çatı kilitlidir, anahtarı da bilinebilir bir sistemde hastane yönetimindedir. Ne demek istiyorum? Gece ya süpervizördedir, ya nöbetçi uzman hekimdedir.

Şimdi gelin hep beraber o elemanla beraber hastane içinde yürüyelim, umuyoruz ki elinde yangın tüpü var, yok. İlerleyiniz, ta nereye kadar? Çatıya ulaştı, kapının kilidini tuttu. Açar mı dersiniz? Açar, maalesef açar. Kenedy’i vuracak suikastçı artık çatıya ulaşmıştır, meydanı görebilecek bir çatıya ulaşmıştır. İçeriye girer ve sadece işini yapar, kaynak makinesini çalıştırır.

Değerli hastane yöneticileri lütfen ara verildiğinde hastanenize telefon ederek, çatı kilitli mi? Kilitliyse anahtarı nerede diye emin olunuz. Biz güya bu sistemi çok iyi kurgulamıştık. Hastanedir burası, enfeksiyon riskine yol açma, hastaya zarar verme diye oryantasyon eğitimleri dahi planlamıştık, ama bir gün birşey çıkar, her şeyi bozar. Çatısından alevler çıkan bir hastane var. Böyle kalsa, bir de sonrası var. Hazır bulunmuşluğumuz var mı ki bizim bu olaya? Tatbikat yaptık mı hiç, sedyeler nerede? Biliyor musunuz nerede hasta tahliye sedyeleri? Acili bir odada olabilir. Anahtarı nerede? Taşıyıcı biliyor mu, nasıl taşıyacak bunu, nereye taşıyacak? Rampa. İndiği yer neresi, çayır çimen mi? Ambulans gelebilir mi? Bunların her biri risk yönetimi içerisinde kafa yormamız gereken meseleler halinde karşımıza çıkıyor.

Şimdi efendim bu sistem nasıl oluyor da, o çok güvendiğimiz bariyerleri delerek geçebiliyor. Yine bize James Reason iki tür hata türünü tanımlıyor. Birincisi, diyor aktif hatalar. Kim bunlar? Çernobil’de gidip reaktörün güvenlik sistemini kapatan eleman. Niyet kötü değil, sadece bir cihazı test etmek istiyor. Bizim hastane örneklerinden hep veriyorum. Eve giderken hep tüpü kapatıyoruz, mesaim bitti ben de eve giderken ameliyathaneyi besleyen tıbbi gaz vanasını kapatayım diyen eleman. O da bunu kapatıyor, güvenliğini arıyor aslında hastanenin, niyet kötü değil. Dolayısıyla aktif hatalar bizzat sahada olan, hastayla yüz yüze iletişim halinde olan kişilerden kaynaklanıyor. Hemen alta yazmıştım, kimlik doğrulamadan

ilaç uygulayan her sağlık çalışanı gibi, taraf işaretlemesi yapılmadan ameliyata başlayan her cerrah gibi; sizleri tenzih ederek.

Aktif hatalarla ilgili etkisi hemen çıkar ve doğrudan çıkar iken, bizi daha fazla ilgilendiren bir konu var. Bu gizli hatalar, sistemde gömülü olan hatalar. Bunlar bizim prosedürlerimiz, bizim sistemlerimiz, bizim iyiye, hayra vesile olsun diye koyduğumuz kurallar ya da unuttuklarımız, kuralı bırakmışlarımız. İşte bu nedenle zaman içerisinde hastanedeki gizli hatalar, aktif hatalarla birleşiyor ve sistemde hiç öngörülme sınırları meydana geliyor.

Madem böyle konuşuyoruz, hani pazartesi günü ne yapacağız? Hep konuşuyoruz ya her kongrede. Neler yapacağız? Bir, yönetsel bir yapılanmayla riski yönetmek gerekiyor. Bunun için risk yönetimi üst yönetimin işidir. Hiç kimse bundan kendini uzakta tutamaz. Sadece tepe yönetimi riski yönetemez, üzüm salkımı gibi bir örgütlenmeyle tüm kliniklerde risk yönetimiyle ilgili bir yapı oluşturulmalıdır, ama bu işi takip edecek bir kişiye de ihtiyaç var. Hastanelerinize lütfen bir risk yöneticisi atayınız.

Risk yönetimiyle ilişkili çok sayıda komite var, slâyтта görüyoruz. Kalite standartlarımızda da zaten bu komiteler tanımlı. Bunları da entegre etmek lazım ve en önemlisi hekimler, bu konu üzerinde belki ayrıca bir gün bir kongrede konuşmak isterim. Hastanelerde, sağlık örgütlerinde hekimlerin önderliğinin ne kadar önemli ve etkili olduğuna dair. İki, dokümantasyon sistemiyle oyunun kurallarını koymak.

Ne yapacağız? Bir kere kalite standartları içerisinde, bu bir jenerik kavram. Bize bakanlık bunu veriyor, bizim bunu ne yapmamız lazım? Kendi sistemimiz içerisinde detaylandırarak uygulanabilir bir kimliğe büründürmemiz lazım. Bunun üzerinde kullandığımız prosedürler, kurallar, iş görme usullerini, risk gözlüğüyle bir kez daha gözden geçirmek durumundayız.

Örneğin, hastaların yanında getirdiği ilaçların yönetimi meselesi. Bu hasta ilaç getirdi. Kim alacak, nerede saklanacak, nasıl order edilecek, order edilmeden verilebilecek mi? Hayır. Peki, bu ilaçların uygulanması nasıl gerçekleşecek? Kendi mi alacak, hemşire mi verecek? Bunların her birinin somut bir şekilde riske açık, o her bir peynir dilimini kapatacak şekilde düzenlenmesi lazım.

Yüksek riskli alanları belirlemek zorundayız. Hastanelerimizde yüksek riskli hastalarımız var. Komadaki hastalar, acil hastalar, savunma sistemi baskılanmış hastalar gibi. Bir de yüksek riskli hizmetlerimiz var. Kemoterapi hizmetleri, kan trans fizyonu, anestezi, sedasyon gibi hizmetlerimiz var. Bu hizmet alanlarına ve bu hasta gruplarına projeksiyonları yakınız. Hastanelerde öncelikle bu hastalarda ve bu hizmet alanlarında riske açık alanları dikkatle inceleyiniz. Hele hele ayaktan hastalara kan transfüze edilen, kemoterapi uygulanan alanlarda, projeksiyonlarınızı

birkaç kat daha yakınız. Çünkü hastaların güvenliği çok daha büyük risklere açık olarak gerçekleşiyor.

Hasta kabul sistemimizi, hastanedeki işleyişi ve tesis yönetimi ve güvenliği: Lütfen tesiste dolaşınız. Bizim kuruluşumuzda rektörümüzden, diğer hocalarımız dahil olmak üzere sahada tesis denetimi yapan bir yapıya sahibiz uzun zamandır. Lütfen tesisi denetleyiniz, tesiste riske açık alanları tespit ediniz. Raporlama sistemi kurmak: Şu anda malum bir raporlama sistemimiz var, güvenlik raporlama sistemi. O sistem içinde risk yönetimini de entegre etmekte fayda var. Ümit ediyorum zaman içerisinde bu raporlama sistemleriyle ilgili ben geçen yıl konuşmuştum. O nedenle çok detayına girmeyeceğim, ama raporlamadan gidebilecek çok fazla mesafemiz yok diye vurgulamak isterim.

Beklenmeyeni yönetmektir aslında riski yönetmek diyor. Bakın ne oluyor? Beraber bir düşünelim. Beklenmeyeni yönetmek dediğiniz üç şekilde oluyor: Bir, olması gereken şey olmuyor. Elinizi attınız defibrilatör çalışmıyor, jeneratör devreye girer zannediyorsunuz devreye girmiyor risk.

Yine, hiç umulmayan ve hayal edilmeyen, bunu 11 Eylül’le anlatıyorlar ya. Oksijen tüpüyle hastanın MR’a gireceğini düşünebilir misiniz, hayal edebilir misiniz? Her şeyi düşünmüştük değil mi? İç çamaşırının kopçasına kadar, MR olanların, hasta kabul ederken. Düşünmediğimiz, kıdemsiz bir personelin MR tüpüyle, hatırlar mısınız şunu söylemişti “*hocam muhteşem bir ses çıktı*” demişti. Çok önemli bir şey, hastanın zarar görmemiş olması.

Şimdi bir kelime var, ben bunu idrak etmek diye kullanmak istiyorum. Aslında risk yönetimi dediğimiz şey, çarpmalar, bölmeler, çıkarmalar, prosedürler değil; aslında riski akılla ve hissiyatla yönetmek meselesi. İdrak etmek demek; bir, sizin hastanedeki riskleri, hataları *-tam kelimesini öyle tercih ettim-* meşgale edinmenizdir. Hastanede tüm çalışanlar hataları meşgale edilmelidir. İki, biz zaten bunu biliyoruz, bu zaten bizim bildiğimiz bir durum diyerek göz ardı etmemek demektir. Her tür hatayı ciddiye almak gerekir. Üç, sürece duyarlı olmak, tıbbi kayıtlarınızı lütfen denetliyorsanız geri dönüp baktığımızda, her bir hekimin düştüğü kaydın ne kadar sürece duyarsız olduğuna dair o kötü örnekler, olumsuz örnekleri görme şansınız olacaktır; özellikle kıdemsiz arkadaşlarda.

Bizde bütün posta pasta stabil cümlesi vardır. Bizde bütün hastalar post up dönemde stabildik. Halbuki hastanın dosyasına baktığımızda, ameliyathaneye gidip gelmiştir, yoğun bakıma, yakın takip ünitesine gidip gelmiştir, kan transfüze edilmiştir, girişim yapılmıştır, ama progreste posta pasta stabil adlı altın bir cümle yazmaktadır.

Bir başkası esnek olmak, çabuk iyileşmek, hata meydana geldiğinde çabucak toparlanabilmek, sonucusu ise uzmanlığa değer vermek. Hastanede defalarca

şirketlerin arama-kurtarma ekiplerindeki mavi yakalı genç elemanlar ne dediyse, elimize verdikleri senaryolarla çalıştık. Çünkü işi onlar biliyor. İdrak etmek ne demek? Ayırtına varmak demek. Hastanede ben hangi rolü üstleniyorum, nasıl bir etkileşim içindeyim? Mesela yine literatürden bir örnek, hemşire bakım çizelgesi hastanın kendisi değildir bakım ve takip çizelgesi, o bir teknik boyut, ama onun arkasında aslında insan var. Dikkat yüksek olacak mutlaka. Mesela Amerika’da en başarılı itfaiyecilerin fantezi gücü, düş gücü çok geniş kişilerden oluştuğu söyleniyor. Hayal kurabilmek lazım, neyin olabileceğini tahayyül etmeye çalışmak lazım.

Son olarak, acaba kurallarla riski yönetebilir miyiz? Rasmusse’nin geliştirdiği bir tipoloji. Kural koyarsınız, kuralı kişi göz ardı eder, yanlış uygulama yapar. Kuralı yanlış koyarsınız, kişi kuralı ihlal ederek doğru uygulama yapar. Kural yoktur, kişi doğaçlama yapar, hastanın hayatı kurtulur. Kural yanlıştır, ihlali hayat kurtarır. Maddeleri buraya yazmıştım, zamanım yok. Gününbirlik hastaları girişim sabahı hekim tarafından değerlendirilir dediğinizde, bunun değerlendirilmez olduğunu hepimizi biliyoruz değil mi? Buradayız hep beraber. İki, cerrahi ekipten bir kişi taraf işaretlemesini yapar, günlük iş pratiğinde kalem kimin cebindeyse onun tarafından yapıldığından eminiz değil mi? Kimin cebinde kalemler, hemşirelerin cebinde.

Değerli başhemşireler, eğer sizde duruyorsa kalemler, siz dağıtıyorsanız, bilesiniz ki bu yanlış bir kuraldır. Kuralı biliyoruz, bakanlığımızın da zaten yönetmelik olarak yayınladı. Ameliyatı yapacak, girişimi yapacak ekip, cerrah işaretler. Ekip dersiniz, bunun tabii niye böyle yazıldığını, hastanenin arka planlarını bilen herkes biliyor. Hoca ameliyathanede, hasta aşağıda klinikte, yukarıya gönderilirken sabah değerlendirmeye vakit yok gibi, birbirini takip eden sıkıntılar.

Bir başkası, acil hastalara anestezi konsültasyonu istenmez, cerrah girişim kararı verirse ameliyathanede değerlendirir, meali değerlendirilmez; uluslararası hasta güvenliği hedeflerine aykırı bir durum. Sonuncusu, ben mesela bunun nasıl çözüldüğünü hiç bilmiyorum, merak ediyorum. Poliklinikte hasta eğer ayaktan başvurdu. İzolasyon gerektiren bir hastalığı olduğuna karar verdiğinizde ne yapıyorsunuz? Kurallar, prosedürler, deniyor ki izolasyon tedbiri uygulanır. Nereye alıyorsunuz, polikliniklerde var mı böyle bir oda ya da ayaktan hasta bakım alanlarında? Yok değil mi? Yani hep beraberiz, bu işlerliği olan bir şey değil.

Son olarak, kural yok, hemşire idrak ediyor, uygulamayı düzeltiyor. Şimdi çoğu posta pasta ameliyathaneden hasta kontrollü iner. Ama hastanın orderında da ağrı yönetimine ilişkin ve genellikle kontrole tabii. Niye? İlaç yönetimi açısından çünkü bizi çok korkutan, klinikte varlığı, imhasına kadar başımızı çok ağrıtan ilaç türü olduğu için. Bu ilaç orderda yazıldığı için eczaneden kliniğe gelir. Hemşire bu ilacı uygulamaz, hekim de zaten bilir, hemşire bunu takdir eder ve değerlendirir.



Mesele şudur: Lüzumu halinde kullanılmak üzere ilaç order edilmiştir ve aslında bunu hemşire idrak ederek, sağduyu kullanarak. Yoksa hemşirelik kayıtlarına baktığınızda neyi görürsünüz? Hekim order ettiği halde, hemşire ilacı uygulamamıştır değil mi? Yani hukuken bakıldığında öyle görülür. Ama bu bir idrak meselesidir. Bu inisiyatifi kullanır, ama size bu konuda bir şey daha söylemek isterim ki, bu tür ilaçların kliniklere çıkışı ve eczaneye dönüşü, hasta güvenliği açısından en büyük risklerden biri olmaktadır. Hemen eczaneden düzeltici ve önleyici faaliyet talebi gelir. Denir ki, X kliniği, genel cerrahi kliniğinde lüzumu halinde ilaç istenmekte ve bu ilaçların iadesi iş yüküne, miadı geçmiş ilaçların eczaneye dönmesine sebep olmaktadır der.

Sistemin sorumlusu en tepedeki yöneticisi dekanıdır, genel cerrahi anabilim dalı öğretim üyesidir, ama eczacı bunu hiçbir çekinme ve rahatsızlık duymaksızın raporlamıştır. Bu raporlamayı da büyük bir rahatlıkla, aklımıza zerre kadar ihtimal gelmeksizin dekanımızın önüne sunabilmişizdir. Bu bir kurumsallaşma, yani bunu raporlarken ben bunu bildireyim mi, bildirmeyeyim mi meselesi değil. Mesele hastanenin derdiyle dertlenmek, onun problemine değer atfetmek.

Bunlarla ilgili çok sayıda örnek vermek mümkün, süre tabii çok kısıtlı. Sürece duyarlı olmak: Bakımız hasta başında bir ekip, sürekli gözleri nerede? Hastanın tıbbi kayıtları ellerinde, bilekliğinde, ilaçlar, tetkik sonuçları, saat, monitörizasyon cihazındaki bütün hep gözleri hastaya güvenli bir biçimde bakım verebilmek için tehlikeleri idrak ederek çalışıyorlar.

Çabuk iyileşmek, felaketten sonra hızla toparlanabilmek, o esnekliği tekrar hemen hızla eski haline getirebilmek. Bunun için hazır bulunmuş olmamız lazım, antrenmanlı olmamız lazım. Daha önce bu planlarımızı test etmiş, tahliyeler yapmış olmamız ve o anda kimin ne yapacağını çok iyi biliyor olmamız lazım.

Son slâydı bu. Diyor ki Karl, hikâye anlatanlara göre hikâye anlatmaya değer veren kuruluşlar daha güvenlidirler. Çünkü onlar deneme-yanılmalarla öğrenmeye çalışmazlar. Başkalarının tecrübelerinden dinledikçe, risk, tehlike kulaklarında ete kemiğe bürünür, somutlaşır ve olası hataların farkına varırlar. Hatalarla karşılaştıklarında da şaşırılmazlar ve daha kolay baş edebilirler.

Ben de öyle yapmaya çalıştım. Bildiğim, yaşadığım, gözlediğim hikâyeleri, gerçek hikâyeleri paylaşarak hep beraber idrak edelim istedim. Bir, hastaneler güvenli yerler değildir; iki, hastaneler risklerin çok yüksek olduğu kuruluşların başında gelmektedirler; üç, hastanelerdeki bu riskleri tespit edecek, analiz edecek, ortadan kaldıracak olanlar da bizleriz ve bunun dışında da yapabileceğimiz başka bir mucizevî teknolojik çözüm söz konusu değil.

İlginiz ve sabrınız için teşekkür ederim.

## Çalışan Güvenliğinde Risk Yönetimi

**Doç. Dr. Mustafa İLHAN**

*Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Öncelikle herkese iyi öğleden sonralar diliyorum. Sayın Başkanım sizin şahsınızda başta Sayın Müsteşarımız olmak üzere, kongre düzenleme kuruluna ve emeği geçen herkese saygılarımı ve teşekkürlerimi iletiyorum.

Ben bugün sizlere çalışan güvenliğinde risk yönetiminden bahsederek devam edeceğim. Hepiniz sağlıktan da biliyorsunuz, ama önce kendimizin sağlığını düşünmek gerekiyor galiba biraz. Benim sunumum biraz bu odakta olacak. Acaba bizim sağlığımız nasıl, kendi sağlığımızın risklerini nasıl yönetebiliriz sağlık çalışanı olarak? Bunun üzerinden devam edeceğim.

Sağlık biliyorsunuz yalnızca sakatlık ve hastalık olmaması değil, beden, ruhen ve sosyal yönlerden de tam bir iyilik haliydi; sağlık sorunları ise, giderek değişmekte. 20. yüzyılın başında biz bu konuşmayı yapıyor olsaydık, hekimlerin ya da diğer sağlık çalışanlarının yapması gereken tek şey, aslında hastaları tedavi etmek olacaktı. Hastaların da bulaşıcı hastalıklardan, yetersiz su, gıda, konut koşullarından, hatta vakitsiz erken ölümlerden dolayı kırk yıldan fazla yaşayamayacakları için, günümüz sağlık sorunları olan, artık bu yüzyılda, 21. yüzyıldan itibaren konuşmak zorunda olduğumuz bebeklerdeki doğumsal bozukluklar, çocuk ve genç erişkinlerde kazalar ki, bunların bir bölümü de zaten iş kazası. Orta yaşta kronik hastalıklar ve meslek hastalıkları ki, bunların da yine büyük bir çoğunluğu çalışma ortamından kaynaklanıyor ve kanserleri konuşuyor durumdayız.

Elbette tabii dünya değişiyor, hastalıklar da değişiyor. Günümüzde artık yalnızca hasta olmamak değil, sağlığı korumak, onun da ötesinde sağlığı geliştirmek. Sağlık Bakanlığımız, Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Çalışma Örgütü gibi kuruluşların politikaları arasında yer alıyor.

Peki, iş sağlığı ya da çalışan sağlığı kavramı neyle ilgileniyor? 1951'de yapılan tanıma göre, tüm mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal, sosyallik hallerinin korunması, geliştirilmesi, en üst düzeyde sürdürülmesi. İşin insanın, insanın kendi güvenliğini sağlanması iş sağlığı ve çalışan sağlığının temel amacı. Bunun amacı da, mevcut durumu koruma, esenlendirme ve rehabilitasyon olarak tanımlanmakta.

Çalışan sağlığı korumada ise, birincil koruma bizim için her şey. Aslında risk değerlendirmesinin tam da olduğu yer. En başta ikame, yani zararlı olan bir prosesin ya da mevcut durumun zararsız olanla ya da daha az zararlı olanla değiştirilmesi, işe giriş muayenesi, işe uygunluğun değerlendirilmesi, proaktif yaklaşım, önleyici yaklaşım, olaylar olmadan önce müdahale etmek ve risk değerlendirmesi. İkinci

koruma ise, erken tanı ve tedavi, periyodik muayene. Üçüncü koruma olarak ise, işyerinde iş ya da yer değişimi, iş göremezlik verilmesi ya da reaktif yaklaşım olarak değerlendirilebilir.

Elbette risk değerlendirmesi ya da risk yönetimi üç aşamada da yer almakla birlikte, bizim için en önemlisi riskleri baştan yok etmektir. Çünkü çalışanların sağlıklarıyla işleri arasında iki yönlü bir ilişki var. Toplumda bir atasözümüz var; işleyen demir ışıldar. Aslında çok doğru bir söz, çalışanlar daha sağlıklı olurlar elbette. Ancak kişinin çalışabilmesi için de, sağlık durumunun belli bir düzeyde olması gerekiyor. Yani aslında bu atasözümüzün tersi de doğru. Yani biz ışıldayacak demirleri işletiyoruz.

Peki, neydi işle ilgili sağlık sorunları dediğimizde; en başta meslek hastalıkları, sonra iş kazaları ve işle ilgili hastalıklarımız geliyor. İşle ilgili hastalıklar literatüre yeni yeni giriyor. Bizim ulusal mevzuatımızda da yok, bir süre sonra girecek. Fakat işle ilgili sağlık sorunlarına baktığımızda, tüm meslek hastası, iş kazası, işle ilgili sağlık sorunlarını düşündüğümüzde, bunlar sadece sıradan çözülebilir sorunlar değil aslında. En başta toplum sağlığı sorunu bunlar, tıbbi boyutu var. Sağlık sigortacılığının yükünü arttırıyorlar, ekonomik ve hukuki boyutları var. Çalışma yaşamında kişiyi olumsuz etkiliyorlar, bu nedenle de sosyal boyutları var.

Peki, bunları engelleyebilir miyiz? Bugünkü Uluslararası Çalışma Örgütü bilgilerimize göre ve Dünya Sağlık Örgütü bilgilerimize göre, meslek hastalıklarının yüzde 100, iş kazalarının yüzde 98, işle ilgili hastalık dediğimiz, esas nedeni işyerinde olmadığı gibi, işyeri dışında da olabileceği, aynı zamanda da çalışma koşullarının hastanın ortaya çıkışını arttırabileceği hastalıklar. Örneğin, hipertansiyon, uzun süre ayakta durmaya bağlı bel ağrısı gibi işle ilgili hastalıkları ise, en az yüzde 50 azaltabiliriz.

Peki, tüm bunları nasıl azaltabiliriz? Önce aslında mevcut durumu iyi tespit ederek azaltabiliriz ve bunun çözümü de, sağlık kurumlarındaki risk etkenlerini iyi bilmek gerekiyor sağlık çalışanları yönünden. En başta fiziki ergonomik risk etmenleri var sağlık kurumlarında. Bunların başında gürültü, vibrasyon, sıcak-soğuk koşullar, kazalar, kesiler, batmalar, radyasyon, ayakta durma, ağırlık kaldırma gibi pek çok risk etmeni karşımıza çıkıyor. Keza kimyasallar, solventler, anestezipler, kanser ilaçları, antibiyotikler gibi pek çok etmen. Biyolojik etmenlerin zaten hemen tamamı, hatta alası diyebiliriz ve psikososyal etmenler çok fazla miktarda karşımıza çıkıyor.

Sağlık koşullarımız iyileştikçe, ülkemizde gözlediğimiz gibi belli bir zaman diliminden bu yana, yaklaşık 10 yıldır sağlık hizmetlerinde oldukça iyi bir yerdeyiz aslında ve giderek bu nedenle de psikososyal etmenlerimiz daha çok devreye çıkabiliyor. Çünkü diğer etmenler kontrol ediliyor. Bütün gelişmiş ülkelerde de

değerli arkadaşlar, sağlık koşullarında, sağlık ortamında bu tip sistemler ortaya çıkmaktadır.

Bakın gidiniz, Kuzey Avrupa'da da, Almanya'da da aynen sistem böyledir. Artık hastanede kimyasallara bağlı zehirlenme patlama görülmemektedir. Bunlar da nedir? Çalışma koşullarının doğasından kaynaklanan vardiyalı çalışma, gece çalışma, uzun süreli çalışma, stres, iş yükü, şiddet ve tükenmişlik gibi bazı risk etmenleri görülebiliyor. Tabii hastanelerimiz geniş kapsamlı hizmet sunuyorlar ve karmaşık üretim sistemine sahipler. Çok farklı meslek gruplarında eğitim, araştırmalar sürüyor ve sürekli altyapı çalışmaları var. Herhalde inşaatı olmayan bir hastane yoktur diye düşünüyorum. Ben üç yıl bizim hastanenin yöneticiliğini yaptım, inşaat olmadığı gün yoktu diyebilirim açıkçası ve birime özel risk etmenleri var, genel risk etmenlerinin yanında. Ameliyathane ya da kemoterapi ünitesi gibi.

Aslında hastaneyi bir işyeri gibi düşünmemiz gerekiyor. Zaten bizim mevzuatımıza göre de, 4857'ye göre İş Yasamıza göre hastaneler ağır ve tehlikeli işlerin yapıldığı işyeri. Değerli arkadaşlar, hastanelerimizde asfalt işçisiyle aynı risk grubunda olduğumuzu söyleyebiliriz. Son mevzuatımıza göre, 6331 sayılı İş Yasasına göre ise, hastaneler çok tehlikeli işyeri grubunda sınıflandırıyor. Bizim o zaman hastanede iş sağlığı uygulama ilkelerini gerçekleştirmemiz, tüm çalışanları, hekim, hemşire, teknisyen, hastabakıcı, sekreter, temizlik, güvenlik elemanı olarak düşünerek, sağlığı korumamız, geliştirmemiz, iş kazaları ve meslek hastalıklarından korumamız gerekiyor.

Tabii genel risklerin yanında birime özel riskler de söz konusu olabiliyor. Örneğin, ameliyathane ya da yoğun bakım ünitesini ele aldığımızda, anestezi gazları bizim için çok ciddi bir risktir. Tabii ki risk değerlendirmesi yapmamız, iş sağlığı ilkeleri doğrultusunda girişimde bulunmamız gerekiyor. Aksi halde iş kazaları ve meslek hastalığı meydana gelebilir.

İş kazası deyince, mevzuata göre de zaten taranabiliyor bunlar biliyorsunuz. Gazlara akut maruziyette hipotansiyon, şok ya da ölüm karşımıza çıkabileceği gibi, esas önemli olan, esas risk yönetimi sistemiyle müdahale etmemiz gereken kısım meslek hastalıklarını önlemektir. Gazlara süregelen maruziyetle, psikomotor etkiler, kromozom kırıkları, istemsiz düşüklükler, antioksidan direnç sistemi bozukluk gibi pek çok olumsuz koşul karşımıza çıkabiliyor. Üstelik tütün kullanmak da riski artırıyor. Aslında en çok da önem verdiğimiz politikaların başında geldiği gibi.

Ne yapmalıyız peki? İkame yerine koyma en başta tercih etmemiz gereken şey. Yapabiliyorsak daha lokal anesteziyi tercih edebiliriz imkân varsa. Ama bunu yapamıyorsak ortamı iyi kontrol etmemiz gerekiyor. Lokal ve genel havalandırmayı iyi yapmamız, kapalı sistem çalışmamız, kişisel koruyucularımız elbette çok önemli, ama biliyorsunuz son seçenektir kişilerin etkilenmesini engellemede ve tütün kullanmamak gerekiyor.

Peki, tüm bunları acaba, bu örnek olguları bir risk yönetimi sistemi içinde değerlendirebilir miyiz diye düşündüğümüzde; karşımıza mevzuatta da yer aldığı gibi iş sağlığı güvenliği yönetim sistemleri geliyor. Türkiye’de çok yeni sistemlerin uygulanması; dünyada en yaygın sistem de Ohsas 18001. Türkiye’de Türk Standartları Enstitüsü bir standart üretti bunu çevirerek ve adını TSE 18001 standardı olarak koydu. Ancak bu standart zorunlu değil, isteyenler uyuyorlar, isteyenler uymuyorlar. Bütün ülkemizde uygulama sistemi böyle.

Bu slâydımızda ise, İSG yönetim sistemi, iş sağlığı güvenliği yönetim sistemine genel bakış karşımıza çıkıyor. Kurumumuzun aslında bir iş sağlığı güvenliği politikası olması gerekiyor ki, mutlaka var. Zaten çalışan güvenlik komitelerimiz var. Buna göre planlama yapmamız, uygulama ve işletmeyi gerçekleştirmemiz, kontrol ve düzeltici faaliyetler yapmamız, yönetim gözden geçirmesiyle sürekli iyileştirme bazında çalışmamız gerekiyor.

Bu sisteme baktığımızda, kurumumuzun politikasının tüm sağlık ve güvenlik hedeflerini ortaya koyması gerekiyor, uygun planlamalar yapması gerekiyor; tehlike tanımlaması, risk değerlendirmesi ve risk kontrolü süreçlerinde ve bunları uygulamaya işletmeye sokması. Performans ölçümü gibi kontrol ve düzeltici faaliyetlerle değerlendirmesi ve yönetim gözden geçirmesi gerekiyor.

Bildiğiniz gibi hiçbir yönetim sisteminde, zaten yönetimin görev almadığı bir durum asla söz konusu olamıyor. İş sağlığı güvenliği yönetim sisteminin de iki temel ögesi vardır değerli katılımcılar. Birincisi, risk yönetimi; ikincisi ise, sürekli iyileştirme. Risk yönetimi; risklerin tanımlanması, değerlendirilmesi, önlem alınması ve proaktif yaklaşım içerirken; sürekli iyileştirme ise, riskleri belli kabul edilebilir düzeyde tutma gayretidir aslında. Mevcut durumla yetinme, riskleri sürekli azaltma gayretindeki düzenli çalışmalardır. Risk yönetimi sürekli yapılması gereken bir şeydir. Bir kez yapıp, tamam yaptım bitti rafa koyacağım şeklinde bir yaklaşım değildir.

Peki, proaktif yaklaşım ne acaba diye biraz daha işi irdelemeye çalıştığımızda; riskler gerçekleşmeden önlem almak, inisiyatif almak anlamına geliyor aslında. Sisteme çözüm üretmek gerekiyor, risklerin farkındalığını arttırmak gerekiyor. Eğer riskler tekrarlamıyorsa, çoğu zaman farkındalığımız düşmektedir. Aynı zamanda riskler tehlikelerin boyutları çok düşükse, yine farkındalığımız azalmaktadır. Yine riskin kontrol altına alınması, riskin azaltılması ve mümkünse yok edilmesini sağlamamız gerekiyor.

Proaktiflik aslında ramak kalılardan, olan maddi hasarlı kazalardan ders çıkarmak anlamına geliyor. 1996’da Board’un yaptığı bir çalışma var. 600 ramak kala olay, 30 maddi hasarlı kazayla atlatılabiliyor, 10 minör kaza, küçük kaza, sadece ilk yardım meydana gelirken, bir majör kaza meydana gelebiliyor. Ölüm, sakatlık, kayıp işgünü, tedavi gibi ve bir işgünü kaybı 7 milyon 500 bin gün kayıp olarak

değerlendiriliyor, bir sürekli iş göremezlik ya da çalışanın yaşamını yitirmesi söz konusu olduğu zaman.

Peki, risk yönetimi değerlendirmesi nasıl çalışıyor bu sistemde? Risk yönetimi aslında yönetsel anlamda bir işyerindeki risklerin kontrolü, azaltılması ve mümkünse ortadan kaldırılması için yapılacak faaliyetlerin sistemi bir şekilde yürütülmesini amaçlıyor. Risk yönetimi, risklerin belirlenmesi, analizi, giderilmesi, izlenmesi ve iletişimle ilgili yönetim politikalarını, prosesleri ve uygulamaları içeriyor. Yönetsel görev ve faaliyetlere vurgu vardır risk yönetiminde. Risk yönetimi çerçevesinde yapılacak en önemli ve geniş kapsamlı çalışma risk değerlendirmesi.

Peki, bu nasıl yapılacak? Risk yönetim sürecinde hangi alanda çalışırsa çalışalım, ama özellikle çalışanların söz konusu olduğu birimlerde önce iş tehlikesinin belirlenmesiyle başlıyor. Şurada herhangi bir maddenin ağız açık olarak bulunması tehlikeken, eğer ben burada ateş yakıyorsam bunu aslında risk olarak değerlendirebiliyoruz. Tehlikeyi belirledikten sonra, riskleri analiz etmemiz gerekiyor, riskleri derecelendirmemiz gerekiyor. Çeşitli puanlamalar yapmamız gerekiyor. Çünkü nesnel kriterleri ortaya koyabilirsek ancak mücadele edebiliriz.

Daha sonra buna yönelik kontrol önlemlerini belirlememiz, kontrol önlemlerini yerine getirmemiz ve özlem ve gözden geçirmeyle sürekli bunları yenilememiz gerekiyor. Çünkü her an yeni bir tehlike olabiliyor. Mevzuata göre zaten 6331 sayılı İş Sağlığı Güvenliği Yasasına göre de en geç hiçbir değişiklik olmasa dahi beş yılda bir risk değerlendirmesi yapılması gerekiyor. Tabii tüm bu süreçlerde de iletişim ve danışmayla birlikte yol almamız gerekiyor. Tek başına değil, bir ekip hizmeti içinde sağlık hizmetini sunmamız gerekiyor.

Kabaca baktığımızda, çok pratik bir yöntemle risk değerlendirmesinin beş aşaması şu yuvarlak döngüde özetlenebilir değerli katılımcılar. Önce tehlikeyi belirleyeceğiz, sonra tehlikeleri değerlendireceğiz, sonra riskler derecelendireceğiz; ite aslında üzerine en çok tartışılan konu da risklerin derecelendirilmesi. Acaba nasıl değerlendirme yapmamız gerekiyor?

Sonra kontrol önlemlerini uygulayacağız ve denetim izleme ve gözden geçirmeyle tekrar çalışmamıza devam edeceğiz. Evet, risk derecelendirmede çok çok farklı matris yöntemler var. Bu birinci örneğimiz, şiddet ve olasılık üzerinden çalışıyor aslında risk. Risk olasılıkla şiddetin çarpımı gibi; tıpkı dama taşı gibi düşünebilirsiniz değerli katılımcılar. Eğer şiddet çok ciddiye ya da olasılık yaklaşık kesin ya da mümkünse, bunu biz üç biçimde çok yüksek olarak değerlendirebiliyoruz. Eğer ortalar varsa yüksek, hafif varsa önemli kayda değer gibi değerlendirebilirsiniz, bu bir yöntem.

Ancak bunu biraz daha nesnelleştirmeye çalışsak aslında. Aynı renk grubunu eşit risk düzeyinde değerlendirip ayırım yapmayabiliriz. Yani herhangi bir olayın

şiddeti ya da olasılığı orta ve üzerinde ise, bizim için riski yüksek olarak değerlendirebiliriz. Aslında biraz daha koruyucu bir yaklaşımdır, ama önerdiğimiz bir yaklaşımdır. Eğer herhangi bir olayın şiddeti hafif, olasılığı da düşükse orta olarak değerlendirebiliriz. Çok hafifse düşük olarak değerlendirebiliriz, ama tabii olasılıklarla çalışmak çok zordur değerli katılımcılar. Olasılıklar çünkü nesnel kriterler değil. Çok düşük dediğimiz zaman yılda bir ya da daha nadir alabiliriz genel olarak öneriler. Düşükse, ayda bir ya da daha nadir, ortada haftada bir ya da daha nadir, yüksekte günde bir ya da daha nadir, yani haftaya kadar gibi düşünülebilir. Çok yüksek değilse, iş yapıldığı sürece. Sürekli eğer o risk söz konusuysa, örneğin iğne batması doğrudan çok yüksek olarak değerlendirilebilir.

Tabii şiddet düzeylerini de iyi değerlendirmek gerekiyor. Şiddet düzeylerinde çok hafif dediğimizde, iş saati kaybı yok, ilk yardım gerekli olarak değerlendirilebiliyor. Hafifse, işgünü kaybı yok, yine ilk yardım gerekiyor. Orta ve hafif yaralanma, tedavi gerekiyor. Ciddi de ölüm ciddi yaralanma söz konusu. Sürekli iş göremezlik, meslek hastalığı karşımıza çıkmış olabiliyor. Çok ciddi de ise, birden çok ölüm olması büyük kaza meydana gelmesi olarak değerlendirilebiliyor şiddet düzeyleri.

Evet, risk derecelendirmesinde aslında en kullanışlı olan 5x5 matriksinin puanlanmış biçimidir. Bir şeyi nesnel hale getirerek, ölçülebilir hale getirerek, üzerinde çok daha fazla derecelendirme yapabiliriz değerli katılımcılar.

Burada birinci risk düzeyi ayrımını kırmızılıarı yüksek düzeyde, sarıları orta düzeyde, mavileri düşük düzeyde değerlendirebiliriz. Önce ilk yapmamız gerekenleri düşündüğümüzde. Daha sonra ikinci düzel ayrımına gidebiliriz. Burada ise yapmamız gereken şey, aynı birinci düzey içinde olduğu gibi puanlara göre öncelik vermem. İlk mücadele etmem gereken 25 puanlı yerlerken, sonra 20 puanlı yerler, sonra 16 puanlı yerler, sonra 15 puanlı yerler olarak düşünebilirim. Daha sonra sarılara gelirim ve bunların üzerinden müdahale ederim.

Ayrıca burada bir sonraki aşamada, yani riskleri tekrar değerlendirip izlediğimde, yaptığım müdahaleleri eğer kontrol edeceksem, aynı zamanda buradaki puanlardaki değişimi de aynı ölçüyü kullanacağım için, izleme ve değerlendirme ve kriter geliştirme şansımız yüksektir. Yaptığım işlemin ne derece etkin olduğunu bu anlamayı kullanarak çok daha kolaylıkla ölçebilirim değerli katılımcılar.

Peki, ne yapacağım? Ben bunu ölçtüm, yaptım, stratejik karar vermem gerekiyor işyerinde. Yöneticiyiz hepimiz hastanede, burada gördüğümüz pek çok değerli katılımcımız. Yüksek düzeyse eğer bir risk işyerinde, kabul edilemez olarak düşünmemiz gerekiyor ve hemen çalışma yapmamız gerekiyor; çünkü acil bir durumdur yüksek risk.



Orta düzeyde ise, dikkate değer risk olması gerekiyor. Bu risklere mümkün olduğu kadar çabuk müdahale etmek gerekiyor. Düşük düzeydeyse kabul edilebilir risk yine bu, ancak acil önlem gerektirmeyebiliyor, tehlikeyi izlemeye devam etmek gerekiyor. Zaten herhangi bir sağlık kuruluşunu, hatta yataklı tedavi kurumlarını düşündüğümüzde, riskin olmadığı bir yer söz konusu değil. Dikkat ederseniz sıfır puan alan hemen hemen hiç yerimiz yok.

Tabii risk yönetimi bazında sürekli iyileştirme yapmamız gerekiyor. Risk değerlendirme uygulaması yaptıktan sonra, iyileştirme planlamamız gerekiyor. Probleminizi saptamamız, çözüm üretmemiz, riski nasıl azaltacağımızı planlamamız, iyileştirme planını küçük ölçekle uygulamamız. Eğer küçük ölçekle baş olabiliyorsak, örneğin iğne batması programını küçük bir serviste deneyebilirsiniz. Enfeksiyon servisleri bunun için iyi bir yerdir aslında ya da kan almada. Kontrol etmemiz, iyileştirme planının işe yarayıp yaramadığını analiz etmemiz. İşe yaradıysa, daha büyük ölçekte uygulamamız, yaramadıysa da bundan dersler çıkarıp, tekrar planlamamız gerekiyor.

Planlamada ne yapmak gerekir diye baktığımızda ise, kurum bazında çalışan güvenliği açısından amacı belirlememiz gerekiyor. Neyi başarmak istiyoruz, nerede olmalıyız, ne zaman olmalıyız? Çalışan güvenliği konusunda bir amacımız, bir hedefimiz olmalı. Zaten pek çok belgenizde de; politika belgesinde, kalite belgenizde zaten bunlar kurumlarımızda yer alıyor. Mevcut durumumuzu iyi analiz etmeli, hedeflerimizi belirlemeli, kayıtlarımızı analiz etmeli, tehlikeleri belirlemeli ve risk değerlendirme tekniklerini belirledikten sonra detaylı bir plan hazırlayıp, iç talimatlar çıkarmamız yeterlidir.

Uygulamaya baktığımızda ise, artık belirlediğimiz riskleri değerlendirmemiz, kabul edilebilir olup olmadığına karar vermemiz, kontrol önlemlerini seçmemiz ve uygulamamız, her bölümde ilgili kişileri bilgilendirmemiz ve eğitime katılmalarını sağlamamız, faaliyet planlarını izlememiz ve gerçekleştirmemiz ve uygulama sonuçlarını çok yakından takip etmemiz gerekiyor.

Kurum bazında kontrol edeceğimiz önlemler ise, ölçüm ve analiz yöntemleri olarak, hedef ya da hedeflere ulaşıp ulaşılmadığını ölçmemiz. İç talimatlar ve yönergeleri buna göre yeniden gözden geçirmemiz, olası sapmaları tespit etmemiz ve kaydetmemiz ve ilgili kişileri bilgilendirmemizle devam ediyor. Tabii ama bunların en önemli ögesi mutlaka izlemektir. Zaten izlemeden, başka bir göstere geliştirmeden başarılı olmamız mümkün değil. Kalıcı bir denetleme sistemi kurumlarımızda kurmamız, etkili önlemleri standart hale getirmemiz, proses olarak tanımlamamız, buna göre de gerekli eğitim ve yönlendirmeleri yapmamız en doğru yaklaşımdır.

Tabii tüm bu anlattıklarımızı aslında şu büyük şekilde risk yönetimi sürekli iyileştirmede aslında ifade edebiliriz. Sonuçta başlayacağımız yer, yönetim süreci.



O yüzden burada olan tüm yöneticilerimizi konu çok ilgilendiriyor. İşi belirlemek gerekiyor. Etkilenecek kişileri, ilgili bölüm ve kuruluşları saptamamız gerekiyor. Sistemi tanımlamamız gerekiyor. Bilgi toplamamız, sistemin üzerinde nasıl çalışacağımızı değerlendirmemiz, tehlikeleri belirlememiz, kişileri ve paydaşların ihtiyaçlarını saptamamız ve demin gösterdiğim yöntemler olduğu gibi, pek çok yöntem de var. Bunlar çok pratik uygulama yöntemleri. Nicel ya da nitel risk analizi yapmamız ve sonuçta riskin kabul edilebilir olup olmadığına karar vermemiz gerekiyor.

Eğer risk kabul edilebilirse, var olan sürece devam etmemiz, ama sürekli kontrollerle devam etmemiz gerekiyor. Eğer riski kabul edemiyorsak, risk kontrolüyle devam etmemiz gerekiyor ve sürekli iyileştirme döngüsü içerisinde, sürekli bilgi toplamayla, ilgili kişi ve paydaşların mutlaka katılımıyla ilerlememiz gerekiyor. Tabii ki sürekli iyileştirme uygulamalarının kurum performansına etkilerine baktığımızda da; performansı zaman içinde arttırdığını göreceğiz.

Bu konuyla ilgili birkaç tane mevzuat var, ben sadece ismen değinerek gideceğim, süreye de uymak bazında, Sayın Başkanımın uyarısını dikkate alarak. Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin usul ve esasları hakkındaki yönetmeliğe göre, zaten genel iş sağlığı güvenliği kuralları, iş kazaları, meslek hastalıkları gibi risklerin belirlenmesi, korunma prensiplerinin uygulanması gibi konularda işverenler yükümlü. Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına dair yönetmeliğimiz var, yenisi de çıktı. Burada da zaten hasta ve çalışanlar için risklerin belirlenmesi, risklerin giderilmesiyle ilgili bir yaklaşımımız var.

En son 2012 tarihinde çıkan, daha çok yeni olan İş Sağlığı Güvenliği Yasamızda ise, işverenin genel yükümlüne baktığımızda, ilk yükümlülüğü mesleki risklerin önlenmesi, işyerinde alınan işyeri sağlığı güvenliği tedbirlerine uyulup uyulmadığının izlenmesi, bunun denetlenmesi, uygunsuzlukların giderilmesi, risk değerlendirmesi yapılması ve yaptırması.

Televizyonda dahi çok şahit oluyorsunuzdur. Apartmanlarda bile risk değerlendirilmesi yapılması gerekiyor diye. Tabii biraz şehir efsanesi, ama mutlaka her birim için risk değerlendirmesi yapmak ve buna göre önlem almak gerekiyor. Son sözümü de şöyle bağlayayım: Aslında sağlık kurumları sağlık çalışanlarıyla beraber var kuşkusuz. Nitelikli sağlık hizmeti sunmak istiyorsak, temel ilkimiz de nitelikli sağlık çalışanları açısından. Bunun olmazsa olmaz koşulu da güvenli bir çalışma ortamı ve sağlıklı bir kurumsal yapı. Bu gerekçeyle baktığımızda; nitelikli sağlık çalışanları aslında, nitelikli sağlık kurumlarını da ortaya çıkartıyor ve bu da çalışanların sağlıklı ve güvenli ortamlarda ancak hizmet sunmalarıyla olanaklı olduğu kanaatindeyim.

Ben çok teşekkür ediyorum, hepimize saygılar sunuyorum.

## Operasyonel Risk Yönetimi Örneği: Kemoterapi

**Prof. Dr. Nermin OLGUN**

*Acıbadem Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı*

Teşekkür ederim Sayın Başkan. Değerli katılımcılar, Sağlık Bakanlığı temsilcileri; ben iç hastalıkları hemşireliğinde öğretim üyesiyim, yani bir klinisyenim aslında. Kalite kongresine de ilk defa katılıyorum, bu kemoterapi uygulaması sürecini aktarmak üzere.

Yalnız benim kemoterapilerle hassas bir noktam tabii ki, mesleğe ilk yeni başladığım dönemlerde başladı. Yani kliniğim halen devam ediyor, öğrencilerimle ve mezuniyet sonrası eğitimlerimle birlikte. 87’de Sağlık Bakanlığı Hacettepe Üniversitesiyle işbirliği halinde büyük bir onkoloji kursuna katılmıştım. Bir hafta yoğun bir kurstu bu. O zamanlarda yoğun bir aşaması yabancı konuşmacılar vardı. Hollanda’dan, işte İsviçre’den gelenler ve spontane tercüme yapıyor.

O zamanlar çok büyük bir şekilde güvenlik önlemlerinden bahsedilirken, aslında biz bunların hiçbirini bilmiyorduk. Eldiven kullanılmasından bihaberiz, kabinlerin kullanılması yine burada duyduğumuz zaman biz tabii çok şaşırmıştık. Hatta yanımda oturan o anda Çapa Çocuk Lösemi Servisinde çalışan Nuray Hemşire, Nuray abla dediğim; ya bunlar ne diyor diye bana şaşkınlıkla sordu. Yani ben 15 yıldır bu uygulamayı yapıyorum, aktif kemoterapi yapıyorum ve hiçbir zararını görmedim.

İnanın arkadaşlarım, çok kısa bir süre sonra, üç dört yıl bile geçmeden tekrar ben onunla karşılaştığımda gördüğüme inanamadım, şaşırmıştım. Aynı bizim kemoterapili hastalara uyguladığımız bakım sorunları. İşte ciddi mide bulantıları, saç dökülmesi, ciddi kanama bozuklukları ve aplezi durumunu ben bu hemşire arkadaşımızda çok yakından tanık oldum ve gerçekten bana söylediği de şu; şu gavurların bildiği bir şeyler varmış dedi ve o andan bu yana bütün mesleki hayatımda kemoterapi uygulamaları benim için önemli bir eğitim yöntemi oldu. Dediğim gibi, çok güvenlik önlemleri konusunda hassasiyetle durulmasına inanıyorum.

Burada kısaca ben size kanser kemoterapi uygulamasında güvenlik önlemi alma gerekçeleri, maruziyet yolları, standartları ve uygulamadan bir-iki örnekle sunumu tamamlayacağım.

Evet, bildiğimiz gibi kanser dünyada olduğu gibi, ülkemizde de en önemli sağlık sorunlarından biri. Sıklığı arttığı için de, kemoterapi uygulamaları özellikle çoklu kemoterapiler son derece artmış bir durumda. Bu kemoterapinin uygulandığı alanlarla ilgili de yine bir standart yok, yetersiz hastanelerde olduğu gibi, özel polikliniklerde, evlerde. Çoğunlukla benim hemşire arkadaşlarımdan da evlerde

kemoterapiye gidenler zaman zaman olabiliyor. Dediğim gibi, güvenlik önlemleri konusunda halen sıkıntılar yaşanabiliyor.

Alma gerekçeleri bildiğimiz gibi literatür de bunu destekliyor, örnekleri çok var ki, kanserojenik etkisinden, teratojenik etkisinden, üreme toksitesinden, özellikle düşük dozlarla organ toksitesinden, genetoksikten dolayı bu grup ilaç tehlikeli ilaç olarak biliniyor ve biz onlara antineoplastik ilaçlar ya da sitotoksik ilaçlar diyoruz.

Yine yeterli güvenlik önlemi almayan onkoloji hemşirelerinin bakılmış ki çalışmalarında, idrarındaki bileşiklerde artış, üç günlük dinlenme sonrasında azalma. Yani klinik ortamdan biraz uzaklaştıkları zaman bu oran azalıyor. Yine lenfositlerde kromozonel yapı bozuklukları, kardeş kromotif değişikliği, tek sarmak kırıkları, mikro çekirdek sıklığında artış gibi gerçekten genetik yapıyı daha etkileyen bir sürü çalışma var bu konuda.

Özellikle hemşireler tabii ki bu alanda hastalardan daha çok bile bulunabiliyorlar. Yani hasta tedavisini olur çıkar gider, ama hemşire neredeyse 24 saat boyunca bu uygulamanın yapıldığı alanlarda olduğu için, çalışmaların çoğu hemşirelere ait ve gerçekten bundan ciddi şekilde zarar görebiliyorlar. Mesela gebelik önemli bir dönem, ilk üç ayda güvenlik önlemi almayan hemşirelerde sakat doğum ve düşük sıklığında artış görünüyor. Dediğim gibi bizim burada rastladığımız baş ağrısı, baş dönmesi, saç dökülmesi, kontak dermatit, karın ağrısı, alerjik reaksiyonlar, ölümler, ektopik gebelikler, menstürasyon bozuklukları, infertilite, düşük tehlikesi, düşük doğum ağırlığı ya da spermatogenezde bozukluk gibi şikâyetler, tıpkı bizim kemoterapi alan hastalarımızda gördüğümüz gibi, sağlık personelinde çok sıklıkla karşılaşılabiliyoruz.

Peki, güvenlik önlemi alan hemşireler iki yıllık takiplerinde bakılmış ki, genotoksit patoloji saptanmamış onlarda. Ülkemizde güvenlik kabini kullanma oranı, değişik araştırmalarda baktığımız zaman yüzde 4 ilâ 3'le 14,2 arasında. Kırmızılar bizim çalışma sonuçlarımızdan. Hazırlık aşamasında yüzde 56 oranlarında çıktı. Kişisel önlemler yüzde 5,4 ilâ 11,6 oranında değişirken, bizim çalışmamız biraz daha yakın bir tarihteki olduğu için, kişisel önlemlerde en fazla eldiven kullanımına rastladık. Özellikle ilaç hazırlama sırasında yüzde 77'yken, uygulamada yüzde 56. Önlük giyme oranı daha düşük, gözlük kullanma oranı daha düşük ve maske de yine daha düşük oranda belirledik. Özel bir kemoterapi hazırlama odası yüzde 39,5 iken, yine bizim çalışmamızda yüzde 57 hazırlama sırasında, uygulaması sırasında bu yüzde 13'lere düşüyor.

Peki, güvenlik önlemi alma gerekçelerinde uluslararası bazı standartları biz de rehber alıyoruz. Sağlık bakım ortamında zararlı ilaçlarla çalışmak ya da yakın

çevresinde olmak, ciltte döküntü, infertilite, düşük doğum defektleri, lösemi ya da diğer kanserlerin oluşma potansiyeline neden olur diye uyarısı var.

Bizim ülkemize baktığımız zaman; özellikle benim de üyesi olduğum Onkoloji Hemşireler Derneğinin antineoplastik ilaçların güvenli kullanım sistemleri rehberi 2003 yılında oluşturulup, 2009'da güncellendi. Şimdi gelecek güncellenme tarihi 2014 yılında. Yine Sağlık Bakanlığının bu konuda 2005 yılında yaptığı ilaçlarla güvenli çalışma rehberi var. Biz kliniklerimizde bu rehberleri alarak, kendi klinik prosedürlerimizi oluşturmaya çalışıyoruz.

Yine nasıl maruz kalıyoruz biz? İlaçların depolanması sırasında, hazırlanması, taşınması, uygulanması, atıkların yok edilmesi sırasında, her aşamada sağlık personeli olarak bu maruziyette kalabiliyoruz. İlaç içeren ampülü kırma şeklinde, toz halindeki ilacı sulandırma, ilacı enjektöre çekme, enjektörden havayı çıkarma, serum torbasına setin takılması, yani her bütün süreçlerde maruziyet söz konusu.

Yine dediğim gibi, ta ki işlem sonlanana kadar ilaç bittikten sonra da yine atıkların yok edilmesine kadar her aşamada maruziyet var. Gerek inhalasyon yoluyla, gerek sindirim sistemi yoluyla, cilde temas yoluyla ki, dediğim gibi eldiven kullanılmayan dönemde bu çok daha sık olabiliyordu ve kazayla yaralanmalarda ne yazık ki maruziyet var.

Peki, güvenlik önlemleri ve standartlarında ne diyoruz? Maruziyeti en aza indirmek için mutlaka bir program oluşturulmalı. Ta ki fabrikadan eczaneye, ilaç hazırlamadan yok edilme sürecine kadar güncellemelerin olması gerekiyor. İlaç hazırlama merkezi mazuriyeti en aza indirecek şekilde düzenlenmesi gerekiyor. Bunların merkezi bir birim, ortamın hazırlanması bu konuda, güvenlik kabinlerinin oluşturulması, kapalı transfer sistemi gibi sistemlerin korunması gerekiyor.

Dün yine klinikteki arkadaşlarımla konuştuğumda öğrendim ki, kapalı sistem, transfer sisteminin kurulmasında yine halen çok büyük sıkıntılar var. Özellikle kemoterapi sayısı belirli bir aşamaya ulaşmadığı sürece, bu kapalı transfer sistemleri çok pahalı olduğu için firmalar tarafından desteklenmediği yönünde bir bildirim ilettiler bana.

Yine antineoplastik ilaçların sınıf 2B veya sınıf 3 biyoloji güvenlik kabinlerinde hazırlanması önerilen bir yöntemdi. Dediğim gibi 87'de ben bunu ilk defa yabancı konuşmacılardan duymuştum. Bizim ülkemizde sonraki yıllarda oluşturuldu. Güvenlik kabinleri konulacağı belli olmadı. Bazen çok bilindik, isimlerini vermeyeceğim şu anda, ama hemşirelerin giyimli odasına bile konulan kemoterapi hazırlama güvenlik kabinlerine ben rastladım kliniklerimde. Tabii ki çok önemli bunlar. Değişik kabinlerin özellikleri var, literatürde bunların hepsine ulaşabilirsiniz. İşte kabindeki havanın yüzde 30'unu geriye dönüşlü olanlar ya da tama-

mını dışarı atanlar şeklinde değişik özelliklerini görebiliyoruz biyolojik güvenlik kabinlerinin.

Yine özellikle bu ilaçların hazırlanması sırasında kişisel koruyucu önlemler içinde eldivenin özelliği çok önemli olmalı ki, 04, 06 milimetre kalınlıkta çift eldiven giyilmeden veya çıkarılmadan önce eller yıkanıp, düzenli olarak da 30 dakika arayla değiştirilmeli. Pudrasız eldiven, ama yine klinikte görüştüğüm arkadaşlarım, işte biz bu eldivenlerin özelliğini bulamadığımız zaman, normal ince eldivenleri iki tane üst üste giyiyoruz. Ne kadar koruyuculuğu tabii ki tartışılır.

Önü geçirgen olmayan ve kapalı uzun kollu gömlek, hemen hemen çok standart ayaktan kemoterapi yapılan üniteler hariç, ben büyük şehir İstanbul'da bile buna çok fazla rastlayamadım. Yine üç saatte bir dökülme, yırtılma durumunda derhal değiştirilip, tıbbi atık kutusuna atılan bir önlük olması gerekiyor.

Maske kullanımı önemli tabii ki; maske kullanımı da yine çok sınırlıydı. Gözlük kullanımı önemli, yine kişisel önlemler arasında. Bir diğeri, hazırlayan personelin mazuriyet riskini en aza indirecek, ortadan kaldıracak şekilde kendi hazırlığını tamamlamalı, sonra ilacı hazırlamalı. Dediğim gibi genellikle zamanla da yarıştıkları için, biraz ben kendi meslektaşlarıma da kızıyorum tabii. Hep zamanla yetişme telaşından, bu hazırlık aşamalarını ne yazık ki çok hızlı ya da itinasız geçebiliyorlar.

Evet, yine bunlar için de söylenen standartlar da; standartlara uygun olarak ve gerçekten emek vererek ve standartları izleyerek yapılması gereken uygulamalar var. Dediğim gibi açık sistemler, havalandırıcı sistemler ve kapalı sistemler var. Maruziyet açısından kapalı sistemlerin en güvenli olduğu literatürde söyleniyor.

Dökülme seti önemli, bütün kemoterapi uygulama alanlarında dökülme setinin oluşturulması gerekiyor ki, bunun için de uyarı işareti, kemoterapi eldiveni, ayrı temizlik eldiveni, gömleği, özel galoşu, fırçası, atık torbası ve temizlik deterjanı gibi setin oluşturulması gerekiyor ve onun uygun şekilde temizlenip, kaydının tutulması. Özellikle bulaş durumunda ne yapılacağı, işte su ve sabunla yıkanması, işte göze temas durumunda yine su ya da serum fizyolojikle yıkanması konusunda, dediğim gibi standartlar var.

Yine bir standart, uygulayan kişi ve hasta açısından ilaçla teması en aza indirecek şekilde, yine yapılan eğitilmiş personel. O yüzden sadece lisans eğitimlerimizde değil, mezuniyet sonrası eğitimlerde de, şu anda ülkemizde en çok eğitimleri yapılan alan dediğim gibi kemoterapi hemşireliği alanları, ama uygulamada ne yazık ki bunu çok fazla da değişik koşullar nedeniyle göremeyebiliyoruz.

Yine ilaçların takibinde dediğim gibi bu standartlarda hazırlanması, uygulanması sonrasında kullanılan malzeme maruziyetini en aza indirecek şekilde. Özellikle atık toplama birimlerinin oluşturulması, eğitilmiş personel tarafından yapılması.

Eldiven, gömlek giyilmesi bu konuda ve uyarıcı etiketler. Özellikle atıkların da sızdırmaz, nem geçirmez, dirençli, kapaklı, hacimli ve üzerinde de uluslararası klinik atıklar amblemi olan kutularda atılması gerekiyor ve özellikle bunların kısa sürede atılması çok çok önemli.

Yine depolanması taşınması sırasında olan standartlarımız var. Aynı bir bölümde, hava basıncının diğer alanlara göre negatif olduğu ve ön bir odasının bulunduğu yerlerde depolanması ve mutlaka eğitilmiş personel olması, üzerinde uyarıcı işaretler bulunması konusunda ve atıklarda da yine aynı güvenlik önlemlerinin sürdürülmesi konusunda. En sonlarından bir tanesi de, tabii ki maruziyet için düzenli tıbbi izlem yapılması konusunda.

Bu konuda da arkadaşlarımıza sorduğumuzda, ne yazık ki tam bir fizik muayene ya da kontrollerin de büyük aksaklıklar olduğu. Zaman zaman işte haftada üç kez uygulayanla, sürekli uygulayanlar arasında farklılıklar olduğunu gözlemlemiştik. Dediğim gibi, bu sağlık kontrolleri konusunda da aksamalar vardı. Oysa temel standartlardan bir tanesi de bu. En önemli standartlardan bir tanesi 11. standart yine; pratik ve teorik eğitimlerin periyodik olarak tekrarlanması. Özellikle kemoterapinin zararlı etkileri, uygulanması, hazırlık aşaması, hasta eğitimi ve hasta ailesi eğitiminin buralarda yer alması gerekiyor.

Benim bir örneğime burada yer vermek istedim, sizlerle paylaşmak istiyorum. Bir üniversite hastanesinde akreditasyon kapsamı çerçevesinde, ayaktan ve yatan hastalar için kemoterapi uygulama alanları ve koşulları belirlenmiş. Benim gerçekten uygulanabilirse beğendiğim bir model. Arkadaşlar bunu devam ettirmeye çalışıyorlar. Bu standartların üzerinde oluşan, başlangıç aşamasından itibaren, kemoterapiye karar verme, yazılı onam alma, işte belirli formları takip etme net bir şekilde, tedavi hasta dosyasına kaydettikten sonra. Yani tekrar tekrar izlemler açısından önemli. Ayaktan hastalara mutlaka bileklik takma, bu bileklikleri işaretleme. Normal hastalar için beyaz, işte alerjik hastalar için kırmızı. Aynı serviste aynı isimde olan hastalar için lacivert, diğer hastalar için, bulaş riski olanlar için sarı, alerji ve bulaş riski olan hastalar için de hem beyaz üzerine kırmızı ve sarı etiketler kullanılması gibi etiketlenmenin özellikle uygulama alanını kolaylaştırdığı yönünde akreditasyon kriterlerinde yer verilmiş.

Yine hastanın tetkik sonuçlarını değerlendirme, sorun yoksa elektronik ortamda merkezi kemoterapi hazırlama ünitesine gönderilir. Sözlü order asla kabul edilmez. Bu gerçekten yıllar içinde hemşirelik orderında oluşturulan bir sistem. Eskiden telefon orderı ya da sözlü orderı birçok kere meslektaşlarım uyguluyorlardı. Yine ayaktan hastalarda, özellikle kemoterapi uygulamadaki sorumlu hemşireye mutlaka teslim etme, arkadan teslim formunu doldurma. İlaçların tüm merkezi kemoterapatik ilaç hazırlama ünitesinde hazırlama, negatif basınçlı biyolojik güvenli kabin sistemiyle hazırlama.

Örneklerini gönderdi bana, örneklerinden de; özellikle hazırlama ünitesinde görev yapan personelin ilgili alanda eğitim almış ve yetkinliğe sahip olan kişiler. İlaç yönetimi ve kullanımı takım tarafından belirli aralıklarla da denetlenmesinin yapılması gerekiyor.

Evet, yatan hastalarda kemoterapi ilaçları, yine merkezi kemoteropatik ilaç hazırlama ünitesinde temin ediliyor. Diğer ilaçlar order doğrultusunda hastane eczanesinden alınıyor. Yine ilaç hazırlama, sulandırma ve saklama el kitabı dikkate alınarak hazırlanıyor. Yine sistemden hazırlanan ilaca ait iki etiket çıkartılıyor. Hem ilaç taşımada ve paket üzerinde yer alacak. Onları da koymuştum, ama çıkarmışım şu anda.

İlaçları hazırlayan ve onaylayan olmak üzere iki ayrı eczacı tarafından order edilen ilaçla karşılaştırılarak, kontrol edilir ve paket üzerindeki etiket imzalanarak onaylanır. Daha sonrasında imza karşılığı teslim edilir ve gönderilen ilaçlara ait formların bir kopyası da merkezde saklanır. Dediğim gibi, eğitimde mutlaka kemoterapi uygulama sertifikası alınma zorunluluğu var. Sertifikanın eğitiminde paylaştık. Kanser tedavisi ve kemoterapiye bağlı etkiler konusunda uygulamalar var.

Uygulamanın sonlandırılmasında da, yine sırayla hekim kontrolünde, bir sonraki uygulama için randevu verilerek ve yapılan tüm uygulamalarda hasta mahremiyetine dikkat edilerek.

Sonuç olarak değerlendirmiş arkadaşlarım bunu. Antineoplastik ilaç hazırlama ve uygulamalarında özellikle hasta güvenliği açısından ortaya çıkabilecek tıbbi hatalar en aza indirilmiş ve neyi, neden ve nasıl yaptığımı daha iyi kavramış durumdalar. Özellikle sağlık çalışanlarının maruz kalacağı riskleri en aza indirdikleri için, bunda güvenli olarak devam ediyorlar uygulamalarına.

Bir uygulamadan da kısaca bahsedeceğim. Robotik kemoterapi hazırlama sistemine de bir örnek. O da İstanbul'da devlet hastanesi ve üniversite hastanesinde uygulanan bir yöntem. Genelde eczacının sorumluluğunda, ama geçen hafta sorduğumda, eczacı işten görevden ayrılmış. Peki, kimin sorumluluğunda dediğimde, şu anda sorumlusu yoktu, bir üniversite hastanesinin biriminin. Oysa bakıldığında otomasyon sistemleriyle hasta güvenliğinin artırılmasında, personel için güvenli çalışma ortamında, hemşire başına düşen iş yükünün azaltılmasında, enfeksiyon ve kontaminasyon risklerinin asgariye indirilmesinde geleneksel yöntemlere göre ilaç hatalarının engellenmesi, birim-doza ilaç yönetimiyle, efektif ilaç ve solüsyon kullanımının standardizasyonun sağlanması ve ilaçların hastaya uygulamaya hazır halde hazırlanması nedeniyle, bu uygulamanın yararlı olacağını savunuyoruz.

Teşekkür ediyorum beni dinlediğiniz için.

# Sağlık Kurumlarında Sağlıklı alışma Yaşamı

## ■ Oturum Başkanı - Prof. Dr. Nazmi ZENGİN

*Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakóltesi*

## ■ Uzm. Dr. Kazım SARICI

*Eskişehir Devlet Hastanesi*

Çalışma Yaşamını Etkileyen Faktörler

## ■ Yrd. Doç. Dr. Aşina GÜLERARSLAN

*Selçuk Üniversitesi*

alışan Katılımı ve İşbirliği Kólürü

## ■ Doç. Dr. ığdem AYDEMİR

*Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Çalışma Yaşamında Psikolojik Sağlık





## Çalışma Yaşamını Etkileyen Faktörler

**Uzm. Dr. Kazım SARICI**

*Eskişehir Devlet Hastanesi*

Sayın Başkan, çok değerli katılımcılar; hepinizi saygıyla selamlıyorum. Konuşmama başlamadan önce, öğleden önceki oturumda malum olduğu üzere ödülleri dağıtıldı. Bu platformda kendi arkadaşlarımız da dört tane ödülü birden alarak, iyi bir başarı elde ettiler. Geçen sene de bu başarıyı elde etmişlerdi benzer. Sürekliliklerinden dolayı onları tebrik ediyorum. Bunu çalışma yaşamını etkileyen bir faktör anlamında söylemek ihtiyacı hissettiğimi belirtmem lazım. Gururlanmasınlar, nazar değmesin diye de birinci olmadılar. Olsun, seneye olur inşallah diyorum.

Başlıktan da anlaşılacağı üzere, oldukça geniş bir konu, belki tek başına bir sempozyumun konusu olabilecek bir konu. Ben elden geldiğince toparlamaya çalışacağım konuyu ve özetlemeye çalışacağım. Bu kongrenin doğası gereği konu tabii ki sağlık olacak, ama sağlık Sayın Başkanımızın da ifade ettiği gibi artık kendi hastanelerimizi de iftiharla söylemek gerekiyor, birçok çalışma alanını birden içeriyor. Dolayısıyla da bu başlığı kaldırabilecek bir sektör olduğu kanaatindeyim.

Bir taraftan da benim çalışma hayatımda da çok prensip olarak kabul ettiğim şeylerden bir tanesi, sosyolog İtalyan Pareto'nun 20'ye 80 kuralı var. Bu anlamda da ben diyebilirim ki, burada söyleyeceğimiz şeyler az da söylesek, problemlerin yüzde 80'ini söylemiş oluruz diye düşünüyorum. Az gayret etsek, bizi etkileyen çoğu problemin yüzde 80'ini çözmüşüz diye veya çözebiliriz diye düşünmekteyim.

Bu bana göre bir deyim, okunabiliyor mu bilmiyorum. Yani iş neticeleri itibarıyla bana göre toplumsal bir ahitleşme, yani çalışma hayatı toplumsal bir ahitleşme olarak ben kabul ediyorum. Çünkü eğer biz hekimlik diplomasını kullanıyorsak, şayet biz hemşirelik diplomasını kullanıyorsak, demek istiyoruz ki ben senin üzerinde bir kısım hukuka sahibim. Buna karşılık da bir kısım sana karşı sorumluluklarım var demektir. Dolayısıyla meseleye bakarken, çalışma hayatına bakarken toplumsal bir ahitleşmeyi de baştan kabul ettiğimizi ifade etmemiz gerektiğini düşünüyorum.

Çalışma hayatını etkileyen birçok faktör var ve bunlar birçok tanım altında toplanmış. Açıkçası epey bir makale karıştırdım, epey bir yayına baktım, işi toparlamaya çalıştım açıkçası, ama hepsi farklı farklı şeyler söylemekle beraber, ortak bir çerçevede buluşmaya çalıştıklarını gördüm. Nihayetinde çalışma hayatını etkileyen faktörler topu birden dört tane kazanca veya sonuca götürdü beni. Bunlar karşılık-

lıdır yani, girişimlidir. Geriye dönük de çalışabilir. Yani çalışma hayatını etkileyen faktörler neticesinde iş doyumunu, yaşam doyumunu ve manevi kazançlar olmak üzere bir kısım sonuçlarla neticeleniyor, ama geriye doğru da bu çalışabilir.

Çalışma hayatını etkileyen faktörler, yalnız çalışma hayatını değil, tüm yaşantımızı etkileyen faktörlerle ayrılmaz biçimde iç içe. Yani ailevi yaşantımızı etkileyen faktörlerin çalışma yaşantımızı etkileyemeyeceğini söyleyemeyiz. Arkadaşlık çevremizin çalışma yaşantımızı etkileyemeyeceğini söyleyemeyeceğimiz gibi.

Bu minvalde bir kavram ortaya çıkıyor, çalışma yaşamı kalitesi şeklinde. Literatürde hocalarımız, yazarlarımız bu şekilde tanımlamışlar. Ülkelere göre de, bir kısım ülkelerin siyasi bakışlarına göre, bir kısım tanımlamalar da olmuş. Bir kısmı çalışma yaşam kalitesini, işin insalcılaştırılması demişler. Bir kısmı ülkelerin, genel kabul edilmiş şeklinde söylüyorum bunu. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi demişler. Doğu bloğu da o zaman için işçinin korunması şeklinde bunu tanımlamış. Çalışma yaşamı kalitesini en nihayetinde demişler ki, örgüt üyelerinin kendileri, kendi ifade etmeleri gerekir. Çünkü herkese göre değişik kabuller var, farklılıklar var. Dolayısıyla sonuçta çalışma yaşamı kalitesi, sizin anladığınız şeydir diyebiliriz.

Bununla ilgili, yani çalışma yaşamı kalitesini etkileyen faktörlerle ilgili yine literatürde çok fazla tanımlama var, ama bir uzlaşma yok. Dolayısıyla da buradaki yönetici çalışan arkadaşlarımız, bunlar hususunda kendileri de bir kısım fikir sahibidirler diye düşünüyorum. Bunu mutlaka kabul etmemiz gerekiyor ki, bir kurumun başarısında ve ilerlemesinde en önemli unsur yeterli, yani biz buna vasıflı diyoruz ve yetişmiş çalışanlar. Yani yetişmiş ve vasıflı çalışanların, işte sabahtan görüldüğü gibi dört tane ödülü birden alabildiğini biz görüyoruz. Seneye daha çok gayretle, daha da çok şeyler yapabilirler.

Eğer iş yaşam kalitesini artırıcı programlar, bir taraftan hem yaşam kalitesiyle, diğer taraftan da işletmenin mali tarafıyla da ilgili kavramlar ve verimliliğin artırılmasına ve maliyetin düşürülmesinde de önemli bir faktör olarak kabul görüyor. Tabii biz sağlık sektöründeyiz, sağlık sektörünün de kendine ait bir kısım, her ne kadar genel kabulleri içerse de bir kısım özellikleri de var. Yani neler onlar? Mesela kişiye özgü bir sektör. Acil gerektiğinde, gerektiğinde ertelenemez hizmetleri içeriyor. Hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlı bir yapısı var. Hizmetlerimiz kişiden kişiye değişiyor. Yani bizim hastalık yok hasta var şeklinde tanımladığımız şekliyle ve sonuçta objektif olarak bir iyilik sağlarsanız bile, en nihayetinde bir insanı da memnun etmek zorunda kalıyorsunuz. Yani tıbbi başarımızı yapmış olsanız bile, kişiyi yine de memnun edemeyebilirsiniz. Dolayısıyla sağlık sektörü bu haliyle ciddi de bir potansiyel çatışma riski içeriyor.

Benim çalışma hayatımı etkileyen faktörler dediğim zaman, epey karıştırdıktan sonra böyle bir sıralamayı kendime göre uygun gördüm. Bunu daha değişik kalsifikasyonlarda, değişik ön kabullerle yapabilirsiniz, ama ben adaletle başladım açıkçası, peşine güvenliği, iş güvencesini ve gelirden sürekliliği ilave ettim, yani nimetin devamını. Ücreti koydum, çünkü çok tartışılan bir mevzu. Bir kısmı evet, çok belirleyicidir diyor, bir kısmı az belirleyicidir diyor yazarların. Bize göre şu andaki yöneticilerin ciddi bir sıkıntısı olmaktan olan mevzuat ve yönetim kaynaklı belirsizlikler, yönetici liderlik profilleri, çalışma ortamının kalitesi, çalışan sağlığını etkileyen Hocamın bahsettiği faktörler ki, ayrı bir konuşma konusudur, çok üzerine girmeyeceğim. Sempozyumlarımızda çok derinlemesine çalışılıyor. İş stresi, yine çalışma saatleri ve düzeni. Kişilik özellikleri ki, çok belirleyici; yaş, cinsiyet, arkadaşlık, sosyal yaşam, aile ve evlilik hayatı, inançlar ve din, eğitim ve bilgi düzeyi. Yani ikisi birbiriyle bağlantılı-ilişkili şeyler. Motivasyon, iletişim becerisi, tanınma, değer görme, takdir, saygı ve sevgi görme şeklinde ben bunu tasnifledim. Siz altına başka şeyler de ilave edebilirsiniz. Muhakkak hepsi doğrudur diye düşünüyorum.

Benim adaletle ilgili söyleyeceğim şeyler bunlardır. Yani adaletiniz yoksa çok güzel şeyler yapabilirsiniz, çok iyi şeyler yapabilirsiniz, ama yaptığınız işlerin bir gün mutlaka değerini yitireceğini bilmeniz lazım. Yani işleri eğer idareciyle adaletli yapmıyorsak, dağıtımını adaletle yapmıyorsak, yaptığımız işlerin bir gün mutlaka gerisin geri döndüğüne belki kendi gözlerimizle şahit olacağız.

Diğer bir başlık güvenlik, çok önemli olanları vurgulayacağım sadece, diğerlerinin hepsine gözünüz korkmasın, bahsetmeyeceğim. Güvenlik deyince ben üç başlıkta topladım. Bunlardan birisi, hasta ve çalışan güvenliği; zaten bizim bu kongremizin önemli konularından bir tanesi, ara ara sempozyumlarımızla da biz bunları destekliyoruz, Bakanlığımız destekliyor.

Neden hasta ve çalışan güvenliği? Çünkü çalışan güvenliğini hasta güvenliğinden ayırt edemezsiniz, ayıramazsınız. Yani siz şayet sterilizasyonunuzu iyi yapmayarak, hasta güvenliğini tehlikeye atıyorsanız, aslında kendinizi de tehlikeye atmışsınız demektir. Yani eğer su deponuzu kirli tutmuşsanız, hasta güvenliğini tehdit ediyorsanız, kendi güvenliğinizi de tehdit ediyorsunuz demektir. Çünkü hastanın güvenliğini sağlamak sizin, en başta söylediğim hukuki kabulünüzdür. Yani ben bir idareciysem, bu hastaya karşı sorumluluklarım var veya bunları peşinen kabul ediyorum demektir ki, bunun neticesi sizin hukukla yüzleşmenizdir; dolayısıyla ikisini beraber düşünmek lazım.

Allahtan ki yani son 4-5 yıldır çok ciddi bir gayretle beraber, bizim kafamız şimdilik hastane yöneticileri oldukça rahat. Çünkü sağlıkta kalite standartları var ve bu anlamda çok, ama çok büyük eksikliği kapattığı gibi, bir kısım hukuki neticeleri de örtüyor. Sizler de örneklerini yaşamışsınız, biz de yaşıyoruz. Yani bir hasta

düşüyor, hukuk sizin bu hastanın düşmesine karşı yaptığımız, aldığımız tedbirlere bakıyor. Almışsanız sizi yargılamıyor, yargılıyorsa da beraat ettiriyor şeklinde bunu tanımlayabiliriz.

Çalışan can güvenliği; popülaritesi olan bir mevzu. Yani şöyle söyleyeyim; biz günde 6 ya da 7 bin civarında poliklinik yapan bir hastaneyiz. Ne kadar günde tehdit alıyor? Yani bir çalışan günde, çok ciddi, yani hayatını etkileyecek tehditler almıyor, ama toplumun algıları değişti. Yani annesini yakan kız çocukları var. Yani eşini sokak ortasında bıçaklayan kocalar var. Yani böyle bir toplumda, günümüzün çocuğu olarak işe daha realiteyi gözeterek bakmamız gerektiğini düşünüyorum.

Gaziantep'teki menfur saldırıdan sonra, biz toplumu şöyle bir yokladık ve inanım belki doktor polikliniğe geç geldiği için ve hatta içerideki bir hastayı biraz uzun süre muayenehanede, poliklinikte tuttuğu için öldürülmeyi hak eden doktorlar olduğunu gördük. Yani şöyle diyor hasta; yani bu adamlar gerçekten de öldürülmeyi hak ediyor, yani bunu pervasızca söylüyor.

Daha yakında yaşadığımız bir şey; bizim arkadaşlarımız, kalite ekibi benden habersiz bir afiş hazırlamış ve her yere asmışlar. Bizim hastanemizde bir hemşireye hakaret ettiği için ceza alan bir sanık veya hasta yakını. İşte 9000 lira para cezasına çarptırıldı şeklinde. Tam yanında bir hasta var, doktoru şikâyet edecek, bize geliyor ve tabiri şu: *“O afişi görmeseydim o doktora saldıracaktım”*, şimdi dolayısıyla biz değişen bu konjonktürde, değişen toplum yapısında, yani bu kadar iç içe girmiş devletler ve kültürler yapısı içinde, suçun da çok kolaylıkla işlenebildiğini bilmemiz gerekir ve cezai tedbirleri ona göre almamız gerekir.

İstihdam ve gelir güvenliği: Bunu, genellikle hepimiz memuruz, özel sektörde çalışanlar var, onlar için çok önemli olduğu gibi, bu başlığı ben işçilerimiz için koydum. Yani yöneticilerin bu hususta hassas olması gerekiyor. İşçileri taşeronların kölesi haline getirmemesi, taşeronların malzemesi-malı haline getirmesine izin vermemesi gerekiyor. Bu hususta gerekli tedbirleri alması gerekiyor. Ben ne yapabilirim dememek lazım, kesinlikle yapacağımız çok şey olduğunu ben de, siz de biliyorsunuz arkadaşlar.

Ücret ve ücret dağılımı bizim elimizde olan var, olmayan var. Araştırmalarda çalışma yaşamı kalitesinde ücretin önemli olduğunu söylenmiş. Cinsiyetlere göre değişmekle beraber, ücret önemli bir faktör. Bizi ilgilendiren tarafı ne? Ücretin dağılımı. Yani biz devlet hastaneleri olarak, devletin hastaneleri olarak öyle söyleyeyim, ek ödeme dağıtıyoruz. Yani bu hususta mutlaka muhataplarımızı ikna edecek şekilde, yani yaptım oldu şeklinde değil, mutlaka muhataplarımızı ikna edecek şekilde bir dağılımı gözetmemiz gerekiyor.

Çalışma ortamı: Slâyttan da anlaşılacağına göre, hayatımızı biz işyerinde geçiriyoruz. Hem günümüzün en aktif zamanlarını ve hayatımızın en aktif dinamik

yaşlarını biz çalışma ortamında geçiriyoruz ki, dolayısıyla bu ortama bizim kıymet vermemiz gerekiyor. Mekânların uyumluluğu, mekânların güzelliği eğer arttırılırsa, çalışanların da memnuniyeti oldukça artıyor. Yani bu hususta yapılmış deneyler var, araştırmalar var. İnsanlar iyiyi ve güzeli mutlaka kolluyorlar. Fakat hani şu korelasyon yok, yani mekân güzelleşti işe ait doyum, işe ait tatmin artıyor şeklinde temel bir yaklaşım yok. Artabilir de, artmayabilir de, ama eğer biz mekânlarımızı güzelleştirirsek, çalışanlarımız da bundan memnun olacaklar inanın.

Eğer kötü bir kafeteryanız varsa, çalışan oraya çocuğunu getirmiyor. Kötü bir kafeteryanız varsa, çalışan oraya annesini babasını getirmiyor. Bu gözlemlediğimiz, şahit olduğumuz bir şey. Eğer orayı güzelleştirmişseniz, bakın diyor burası benim hastanem, beraber yemek yiyelim, hatta beni tanıştırmaktan memnun oluyor. Dolayısıyla bu onlar için çok şey ifade ediyor. Çünkü kendi benlik saygılarıyla bunu özdeş hale getiriyor arkadaşlarımız.

Çok önemli bir kavram, çalışma saati ve mesai düzeni: Yani bizim sağlık sektörü olarak vardiyalardan kurtulmamızın mümkün olmadığını biliyoruz, ama biz yöneticiler vardiyaları düzenli bir şekilde, dikkatle tasarlamalıyız, arkadaşlarımızı en az yıpratarak, yani buradan çıkarmamız lazım. Bu hususta araştırmalar gösteriyor ki, sabit vardiyalarda çalışanlar daha mutlular, daha huzurlular, aile yaşamları daha iyi, iş memnuniyetleri daha iyi.

Herhalde en özellikli sınıf asistan hekim arkadaşlarımız, uzman hekim arkadaşların hepsi asistanlık yaptılar, çok zorlu bir süreç. Eğer eşiniz de asistansa, gerçekten çocuk yapmak için oldukça düşünmeniz gerekir. Yani benim bir arkadaşım beyin cerrahı, asistan arkadaşım nörolog, birinin 15, birinin 16 nöbeti var. Çocuk yapıyorsanız çocuk ortalıkta kalıyor. Bunlar çok önemli problemler, göz ardı, kulak ardı etmememiz gerekir diye düşünüyorum.

İşin diğer tarafları var. Yani eğer çalışma düzeniniz iyi değilse, yani çok ileri hatalar da oluşabiliyor ki, araştırmalar bunu şöyle gösteriyor. Sekizinci saatten sonra belirgin olarak riskler artıyor ve hatalar yine vardiyanın ikinci yarısında belirgin olarak artıyor. 12 saatten fazla uzun süren vardiya sistemlerinde yine belirgin olarak çalışan hatalarının ve yaralanmalarının arttığını biz görüyoruz.

Yaş ve cinsiyet de çalışma hayatını etkileyen önemli bir faktör. Açıkçası yaş büyük olanlar çalışma hayatına daha çok adapte oluyorlar. Belki beklentilerinin azlığıyla veya belki de olgunluk ve tecrübeyle alakalı olarak düşünülebilir, ama bu daha çok gençlerin tatminsizliğini beklentilere bağlamış çalışmalar. Kadınların iş doyumunun erkeklerden daha fazla olduğunu da söyleyen araştırmalar var.

Yönetici etkisi ve iş organizasyonu çok önemli. Ben bir yönetici olduğum için söylüyorum, burada yönetici arkadaşlar var, ama herkes yerine göre bir yöneti-

cidir ve yönetici ve lideri oluşturmak zorundasınız ki, insanlara bir kısım kapılar açabilesiniz, ümitler aşılayabilesiniz. Bizler hizmet alan organizasyonları yapıyoruz. Eğer bir kişi çalışmak istiyorsa, bu mutlaka onun için gerekli alanları hazırlamak lazım mutlaka. Yani kapisleri bir tarafa atıp, tabiri caizse bütün anahtarları taşıyan gardiyanlar gibi, yani her şeyi kendi üstümüzde taşımamız gerekiyor, her şeye karışmamamız gerekiyor.

Çalışanlar için en anlamlı üç şey yöneticiler açısından ne diye sormuşlar. Hemşirelerle yapılmış bir araştırma bu. Şu üç davranışı söylemiş: Ücretinde artış sağlama, bana ait özel şeylerde geri dönüş, geri bildirim yapma ve yazılı teşekkür bir idareciden çalışanın en çok beklediği şey olarak göz önünde. Yine hemşirelere ait bir çalışmada deniyor ki; biz çok çalışıyoruz, çok iyi şeyler yapıyoruz, ama kimse bizi fark etmiyor, yani fark edilmeyen eleman konumundayız.

Eğitim ve bilgi düzeyi yine burada aynı şekilde önemli bir faktör, çok önemli bir argüman. Ekip oluşturmada da çok önemli bir argüman, mutlaka kullanmamız gerekiyor. Arkadaşlık ve sosyal yaşam da aynı şekilde insanların çoğu mutlu arkadaşlarla bir arada çalışmaktan memnunlar, ancak bu iş tembelliğine yol açan şeyler.

İş aile dengesinden az-çok bahsetmiştim. Burada söylemem gereken şey şu: Özellikle kadın çalışanların çocuklarını rahatlıkla görebilecekleri büyük mekânlardaki, hocamın şeyinde 2000'den fazla çalıştığını söylüyor, benim 2500 civarında personel var. Bunların çocukları için özel alanlar, özel kreşler oluşturmamız gerekiyor. Aynı şekilde ekip çalışması, liderlik pozisyonu da önemli bir kriter.

Çok önemli şey belirsizlik, önemli bir başlık; hedef ve gelecek belirsizliği bizim idarecilerimizi bir frene, bir gaza bastıran, frene basmaktan balata yaktıran idareciler var. Ne olacak bu hastaneler, yıkılacak mı yapılacak mı, yapalım mı, kaliteyi arttıralım mı dedikimiz. İş tanımı belirsizliği var ki, çalışma hayatının oldukça etkiliyor. Bir insanın işini mutlaka tam haliyle tanımlamanız lazım. Yoksa gerekli verimi alamıyorsunuz ve otorite yönetim yönlendirme eksikliği de bunlardan bir tanesi.

Evet, çok önemsedğim bir konu, yetiştirmek için biraz acele etmek verimsizleştiriyor beni de. Kusura bakmayınız, ama bunları söylemeden geçemeyeceğim.

İnanç ve din: Araştırmalar göstermişler, dinle yaşam doyumu arasında yüksek düzeyde ilişki bulunmuş. Netice itibarıyla din, belki daha sonradan alınacak bir kavram gibi olmakla beraber, aslında dünyadaki yaşantıyı da çok fazla etkileyen bir unsur. İş yaşamını etkileyen inanç kavramları, belki bir kısmınız ilk defa duyuyorsunuz. Bizim ihlas dediğimiz şey, işi samimiyetle yapma. Her işi samimiyetle görme. İhsan denilen şey arz etme duygusu. Yani bir işi arz ediyor şekilde yapma. Yani bu dinamizmi içinizde yaşama. İtikan dediğimiz şey, arızasız ve mükemmel

bir şekilde bir işi yapma, isar duygusu denilen şey *-bunlar yöneticiler için çok önemli-* başkalarını kendine tercih etme, yani yaşatmak için yaşama ideali denilen şey ve gayeyi hayal. Yani realize edilmiş yüksek idealler sahibi olma. Bunlar bir idarecede, yöneticide yoksa bana göre açıkçası çok büyük bir eksikli var demektir.

Kişisel özellikler de, en önemli unsurlar arasında gösteriliyor çalışma hayatını etkileyen faktörler arasında. Çünkü insanlar farklı farklı önceliklere sahip. Ben belki psikiyatrinin konusu olduğu için belki çok fazla söylemek istemiyorum, ama benlik algısı önemli. Yani çünkü insanlar benliklerini çok önceliyorlar ve maalesef başka kavramların yerine de onu oturtuyorlar. Benlik bizim literatürümüzde manayı harfiyle tanımlanır. Yani kendin değil, kendinden başka bir şeyi tanımlamak için verilmiş şeydir. Matematik gibi, ayna gibi yani; yani zıddı olarak bilinmeyen yaratıcıyı, kişinin kendi isteğiyle kıyaslaması için verilmiş bir şeydir, ama biz onu bir çatışma unsuru haline getiriyoruz ve maalesef sonuçları iyi olmuyor.

İş stresi üzerinde çok fazla durmayacağım, sağlık için iç içe bir şey. Son söz olarak şunu söylüyorum, birkaç slâyıtını atladım, isteyene açıklamayla beraber verebilirim. Çalışma hayatımızı etkileyen etkinliği çok, çok sayıda problemin büyük çoğunluğunu biz az bir gayretle çözebileceğimizi düşünüyorum. Bu bilimsel bir şey, yani afakî bir şey konuşmuyorum. Yani bütün çalışmalarımızda bunu yapabiliriz. Bakınız, şikâyetlerin yüzde 80'i aynıdır, şikâyetlerin yüzde 80'i aynı personelden gelir. Bakınız, hastanenizde, işletmenizde bu hep böyle 20'ye 80 kuralı çoğu alanda işler ve bunu iyi değerlendirmemiz gerektiğini düşünüyorum.

Hepinize dinlediğiniz için saygılar sunuyorum, teşekkür ediyorum.



## Çalışan Katılımı ve İşbirliği Kültürü

**Yrd. Doç. Dr. Aşina GÜLERARSLAN**

*Selçuk Üniversitesi*

Merhaba, hepimizi saygıyla selamlıyorum. Buraya gelirken işin doğrusu çok başka bir branşın temsilcisi olarak ne söyleyeceğim konusunda ciddi tereddütler yaşadım. Çünkü sağlık sektörünü hasta ve hasta yakını olmanın dışında çok da aşına biri değilim. Yani kullandığınız terminolojiye oldukça uzak biriyim, ama hizmetlerinizi çok uzun zamandır, gerek kendim, gerek ailem, gerek çevrem nedeniyle çok uzun zamandır kullanan biriyim. Dolayısıyla hizmetleriniz hakkında söz söyleme hakkına sahip biriyim.

Bu bağlamda bana çalışan katılımı ve işbirliği kültürüyle ilgili bir konu verdiklerinde, bunu her şeyden önce bu alanın bir kullanıcısı, bir müşterisi olarak, bir de marka ve pazarlama iletişimini üzerinde çalışmış biri olarak ele almaya karar verdim. Çok yorulduğunuzu biliyorum, onun için sunumum son derece rafine bir sunum. Mümkün olduğu kadar teorik anlatımın dışında bir şeyleri paylaşmaya niyetlendim. Bakalım kahramanlarımızı ne maceralar bekliyor?

İlk maceramız başladı bile. Şimdi burada bir filmimiz var, ama Hocam bunları süreden saymıyorsunuz değil mi? Olabilir, böyle sıkıntılar yaşanıyor böyle organizasyonlarda. Özellikle de hani iletişim bilimci olarak bu tip organizasyonlarda nasıl streslerin yaşandığını, orada bekleyen insanların bir an önce sıra bana gelsin, şu olaylar bitsin stresini yaşadıklarının son derece farkındayım. Empati yapmaya çalışıyorum.

Ben dilerseniz olaya biraz teknik aksaklıklar tamir edilene kadar başka bir şey anlatarak başlayayım. İnsan davranışıyla ilgili bir şeyleri konuşurken, özellikle de eğer bu teknik tanımlamalardan bahsediyorsak uzun uzun. Kalite gibi, işbirliği gibi, kültür gibi, dayanışma gibi, doyum gibi şeylerden bahsediyorsak, insan dediğimiz varlığın aslında nasıl bir gerçek olduğunu inkâr etmeden bu gerçeklerle, bu tanımlarla barışmamız gerekiyor.

Ben Konya'dan geldim, dolayısıyla Konya denilince akla gelen en önemli isim Hazreti Mevlana'yı anmadan geçemeyeceğim. Hazreti Mevlana bana göre çok önemli bir davranış bilimcidir. Çünkü aslında güzel söz söylemenin ötesinde, insan davranışıyla ilgili bize çok önemli ipuçları veriyor. Ben nasip değilmiş, şimdi hemen filmi izleterek başlamak istiyordum, ama Mevlana'nın öyküsüyle başlayayım, öyle nasip oldu demek ki.

Bize çok önemli bir hikâye anlatır. Fabllardan oluşur mesnevi. Zamanın birinde bir mahallenin bir tüccarı var ve bu tüccarın şahane bir dudu kuşu var. Dudu kuşu dedikleri de, yani Mesnevide dudu kuşu olarak geçiyor, ama zannedersen za-

manımızın papağanı, muhabbet kuşu gibi bir şey. Anlayacağımız üzere konuşan bir kuş. Üstelik de tüccarla oldukça –*turnak içinde kullanıyorum*- kanka bir kuş. Bunlar alışveriş yapan insanlarla gayet güzel muhabbetler içerisinde ve iki iyi arkadaş, iki iyi yoldaş, iki iyi dostlar.

Günün birinde tüccar akşam üzeri dükkanı kuşa emanet edip, kapıyı çekip gittikten sonra, dükkanın içinde bekçilik yapan kuş birden bir fareyle karşılaşır. Paniklediği anda kanatlarını açıyor, orada bulunan bütün yağ şişeleri, dükkanın içerisinde işte bulgur, mercimek, ne varsa bunların tamamının üstüne dökülüyor ve yağ şişeleri kırılıyor. Ertesi sabah tüccar dükkâna geldiğinde yağ şişelerini kırılmış vaziyette buluyor ve başlıyor bu yoldaşının kafasına bir sopayla vurmaya. O kadar çok vuruyor ki, sonunda bizim dudu kuşu –*aman kimse üstüne alınmasın*- kel oluyor. Üstelik de dili lal oluyor, yani konuşamamaya başlıyor.

Tabii bunu gören tüccar oldukça üzgün, ne diller döktüyse dudu kuşunu buna ikna edemiyor, konuşmaya ikna edemiyor. Çünkü dudu kuşu artık çok darıldı, küstü, kırıldı, hiçbir şekilde konuşmaya niyetli değil. Neyse, aradan günler geçiyor tüccarımız dudu kuşunu dükkanın önüne güneşlenmeye bırakıyor, kafesinin içinden çıkmıyor zaten hayvancık. Günlerden bir gün oradan geçmekte olan bir cellaki dervişle karşılaşır dudu kuşu. Cellaki dervişleri de yüzlerinde ve vücutlarında inançları gereği hiçbir tüy bırakmayan insanlar. Ne kışlarda tüy var, ne başta tüy var, hiçbir tüy yok. Birdenbire dudu kuşu kafasını çeviriyor ve diyor ki; hey diyor, kel diyor, sen neden kellere karıştın? Yoksa benim gibi yağ şişelerini mi devirdin.

Hazreti Mevlana, bize aslında burada şunu anlatır: Der ki, dudu kuşu kelliğini, daha doğrusu dudu kuşu cellaki dervişinin kelliğini kendi kelliğinden zannetti. Zannetti, zanlarla insanları mekanik tepki vermeye hazır, duygusu olmayan varlıklar olarak düşündüğümüz zanlarla hareket ettiğimiz sürece, dudu kuşunun düştüğü duruma düşme ihtimalimiz her zaman var.

Sanırım şu anda teknik hazırlıklar bitti umuyorum. Neyse bu benim kaderim galiba. Neyse özetle; aslında film Honda'ya ait bir reklâm filmi. Hazır reklâmcıyım ya, sizinle işbirliği kültürünü bir reklâm üzerinden konuşalım istedim, ama arkadaşlar buna pek müsaade etmiyorlar.

Evet, şimdi bu filmi size niye izlettim. Honda'nın temsilcisi filan değilim. Ama bir kurumda işbirliği kültürünü aslında bir otomobil üzerinden anlatılabilecek en güzel örnek olduğu için koydum. Çünkü bir kurumla işbirliği dediğiniz şey, vidaları da ilgilendirir, ön farları da ilgilendirir, arka bagajı da ilgilendirir, lastikleri ve silecekleri de ilgilendirir. İşbirliği dediğiniz şeyi sadece yönetimle ve üst kademeyle değerlendirme şansınız olamaz. Daha doğrusu bu gerçekçi değildir.

Biz kurumun üç başarı anahtarından bahsediyoruz. Zaten sürekli kalite konuşuluyor, böyle uzun uzun size kaliteyle ilgili detaylı ve teorik bilgiler vermeyeceğim,

ama kurumun üç başarı alanından bahsettiğimizde, verimlilik, kalite ve ilişkiler dediğimiz şeylerin ortak bir bileşenidir aslında işbirliği dediğimiz şey ve ben bu işbirliği kültürünü kurumdaşlık dediğimiz şeyle tanımlıyorum. Kurumdaşlık, tıpkı vatandaşlık gibi bir kavram, tıpkı arkadaşlık gibi bir kavram. Çünkü zaten kurumdaşıktan beklenen şey, iyi vatandaş, yani iyi kurum vatandaşı olmak, aynı zamanda iyi kurum arkadaşı olmak. Bunlar böyle son derece teorik, bizim derslerde de öğrencilerimize şu şöyle olmalı, bu böyle diye anlattığımız konular. Ama bizim özellikle üstünde durmamız gereken şey şu ki, insan dediğimiz faktör için içine girdiği zaman, iş teorisinin de üstüne geçmeli, ötesine geçmeli.

Peki, şimdi ben bir pazarlama iletişimci olarak, kurumları ya da kurum çalışanlarını hangi gözle görüyorum ya da sizleri ya da kendimi nasıl tanımlıyorum. Yani ürün kim, müşteri kim, bunlar neler? Biz pazarlamacılar, ürün dediğimiz, marka dediğimiz olguyu, yani elinizde tuttuğunuz cep telefonunu, önünüzde içtiğiniz suyu, taktığımız kravatı, kullandığımız gözlüğü, aklınıza ne gelirse, bunun tamamını soyut ve somut bileşenleriyle beraber değerlendiriyoruz. Yani bir ürünün somut bileşeni dediğimiz şeyin içinde, o ürünün tasarımı, o ürünün kokusu, o ürünün rengi, o ürünün modifikasyonları, aklınıza ne gelirse, teknik detayların hepsi giriyor.

Ürünün soyut özelliklerinin içine ise, karşı tarafın ne algıladığıyla ilgili şeyler giriyor. Yani o ürünün imajı, o ürünün prestiji, o ürünün stili gibi elle tutulmayan, gözle görülmeyen, ama sizin diğer telefondan daha fazla para vermenize neden olan şeyler, algılarımız. Bizim işimiz, aslına bakarsınız kalitede de, çünkü kalitenin de bir algı olduğunu düşünüyorum. Buna itirazlar elbette gelebilir. Bunların tamamının yönetilebilir şeyler olduğu konusu.

Değerli sağlık çalışanları, hiçbirinizin hangi statülerde sağlık hizmetlerinde çalıştığımızı ayrı ayrı bilmiyorum, ama müşteriniz olarak tek bildiğim bir şey var; ürün sizsiniz. Ürün sizsiniz, bizim satın aldığımız ürün sizsiniz. Revlon kozmetik diye bir marka, aynen şöyle bir şeyden bahseder: Biz fabrikalarda krem üretiriz, ama umut satarız. Kadınlar için bu öyle değil midir? Yani aslına bakarsanız bize pazarlanan şey, bir ürünün çok ötesinde bir şeydir. Bize bir duygu pazarlanır. Sağlık hizmetleriyle de aslında faydalandığımız şey salt iğne yaptırmak, enjeksiyon, serum taktırmak, ameliyat olmak gibi şeyler değildir. Biz sizden aynı zamanda duygu da satın alırız ve sizi bizimle beraber yönettiğiniz duygular doğrultusunda değerlendiririz.

Müşteri nerede peki? Sadece müşteri ben miyim? Yani sağlık hizmetlerini kullanan kişiler mi? Yine biz yine pazarlama iletişimciler, ukala ukala diyoruz ki, biz müşteri kavramını salt dışarıda aramıyoruz. Diyoruz ki, halkla ilişkiler, pazarlama iletişimi dediğimiz kavram, bizzat kurumun içinde başlar. Yani sizin esas müşteriniz, bizim ötemizde birbirinizsiniz. Hemşireler, hastabakıcılar, temizlik personeli,

hekimler, aklıma daha fazla detay gelmiyor, çok fazla bilmiyorum terminolojiyi, ama tamamı birbirinin müşterisi.

Peki, o zaman müşteri memnuniyeti ve kalite anlayışı dediğimiz şey nasıl oturacak burada? Eğer birbirinizin müşterisiyseniz. Kalitenin bana göre çok net bir tanımı var. Müşteri memnuniyettir kalite. Müşterinin memnuniyettir. O halde sağlık çalışanları arasında bir işbirliği ve kalite anlayışından bahsedeceksek, önce iç müşteri memnuniyeti kavramı üstünde konuşmamız gerekecek.

Evet, çalışanların hem somut, hem soyut beklentilerinin karşılanmasıyla ilgili bir şeyden bahsediyoruz. İşbirliği kültüründen bahsederken, kurumdaşıktan bahsederken ve hatta kaliteden bahsederken ve çalışanı da bir müşteri gibi görmekle ilgili bir şeyden bahsediyoruz. Aslında bugün size anlatmak istediğim şey, insanların yaka kartlarının arkasındaki gerçeklerle yüzleşebilme şansımızın olması gerektiği. Çünkü kalite dediğimiz kavramı oturtmak için önce bu gerçeklerle yüzleşme kapasitenizin olması gerekiyor.

Kalite dediğiniz kavram, özellikle birçok kurum için itibar kavramıyla çok ilişkili kavramlar, ama itibarın oluşma aşamalarını yine nasıl değerlendiriyoruz? İlişki, algı ve duygu yönetimi, buna paralel işbirliği, işbirliğinin getirdiği memnuniyet ve memnuniyetin getirdiği itibar. Dikkat ederseniz bunu iç müşteri ya da dış müşteri kavramıyla ikisini birbirinden ayırarak ifade etmedim. Çünkü bu ortaya koyduğumuz model, hem sizin çalışanlarınızın memnuniyeti ve bu kuruma itibarı, hem de sizin kurumunuzun dış müşteriye yönelik itibar yönetiminin gerekli aşamalarını ifade ediyor.

Aristo'nun "Retorik" diye bir kitabı vardır. Bu Retorik kitabında Aristo bize üç temel şeyden bahseder. Der ki; ikna edici iletişimde yönetilebilir üç alan var. Bunlardan bir tanesi etos, logos ve patos. Birçoğunuz duymuşsunuzdur. Şimdi burada etos ve logos kavramları, ağırlıklı olarak süreçle ilgili kavramlardır, ama Aristo'nun özellikle üstünde durduğu şey ki, benden sonraki konuşmacı hocamın da üstünde duracağı şey diye tahmin ediyorum konusu itibarıyla, duygular.

Değerli katılımcılar, duygular yönetilebilir şeylerdir. Biz pazarlama iletişimcileri olarak, tamamen duyguları yöneterek pazarlama alanları buluruz ve kurumlar da aslına bakarsanız gerek çalışanlarıyla, gerek müşterileriyle duygu yönetimi konusunda ihtisaslaşmalıdır. Peki, duyguları yönetirken ne yapacağız? Duyguları yönetmenin, ilişkileri yönetmenin, algıları yönetmenin bana göre birtakım kriterlerini çıkardım. Bunlardan ilki paylaşım, nelerin paylaşımı?

Bir kere çalışanlarınızla da, müşterilerinizle de bilginin paylaşımı, başarıların paylaşımı, sorumlulukların paylaşımı, vaatler. Hedeflerin paylaşımı: Hedefler bize kalite deyince aklıma çok özür dileyerek, Armağan Kırımlı Hocanın çok hoş bir anekdotu vardır, bunun söylemeden geçemeyeceğim. 90'lı yıllardan itibaren

Türkiye’de kalite anlayışıyla ilgili çalışmalar başladığında, Armağan Hoca böyle söylüyor. Diyor ki; bu işten en kârlı çıkan camcılar ve çerçevéciler oldu. Çünkü bütün kurumlar kalite vizyonumuz, kalite misyonumuz, hedeflerimiz vesaire gibi şeyleri duvarlarına doldurdular. Evet, gerçekten camcılar bu işten kârlı çıktı. Çünkü çalışanların aslında o hedeflerden, vizyondan, misyondan acaba burada ne yazıyor? Biz gerçekten bu vizyon ve misyonları paylaşıyor muyuzdan haberi yoktu. Yönetim söyledi ya, kesin doğrudur vardı.

Oysa değerli arkadaşlar, artık kaliteyi yavaş yavaş içine sindirmiş olması gereken bir toplum olmamız sebebiyle, bizim hedeflerimiz konusunda da, çalışanlarımızın paylaşım düzeyini arttırmamız lazım. Sizinle aynı hedefleri temizlik işçiniz paylaşmıyorsa ya da sizin hedefleriniz başka yerde, onunki başka yerdeyse, gerçekten çerçevéci kazanıyor demektir.

Gereksinim ve doyumlar: Değerli katılımcılar, insanoğlunun en temel davranış gerekçesi gereksinimdir. Her eylemin arkasında bir gereksinim vardır ve yaptığımız bütün davranışlar bu gereksinimi doyumaya yöneliktir. Burada konuşma yapmam bile muhtemelen bir gereksinimi doyuruyor, egolarımı filan tatmin ediyorum sanırım. Ama davranışların, insan davranışının arkasındaki gereksinimi ve onun nasıl doyurulacağı konusundaki fikre sahip değilsek, insanları yönetme şansınız yok. Daha doğrusu insanlara liderlik etme şansınız yok.

Değerler, değerlerin paylaşımı ve en önemlisi, duyguların paylaşımı ki, bu en zor yaptığımız şey. Evet, liderlik dediğimiz şey, aslına bakarsanız söylemler ve eylemler, artı tutarlılıkla ilgili bir şeyleri içeriyor. Çünkü işbirliği dediğimiz şeyi, aslına bakarsanız iyi liderler gerçekleştiriyor. Bu kimyaya maya çalan aslında iyi liderler. Dolayısıyla eylemler ve söylemler arasındaki tutarlılık noktasını iyi ölçmemiz lazım.

Güven, en temel problemimiz diyebilirim. Türk Dil Kurumu sözlüğü aynen şöyle tanımlamış güveni: “*Korku, çekinme ve kuşku duymadan inanma ve bağlanma*” bu çok kritik bir cümledir; korku duymadan bağlanma. Bir kuruma korku duymadan bağlanma, işini korku duymadan yapma, güvenli bağlanma. Bizim Bahçeşehir Üniversitesinden bir Hocamız Yılmaz Asar her sene bir şey tekrarlıyor, Türkiye Değerler Haftası diye bir şey yapıyor, bir araştırma yapıyor ve yurtdışı ayağı da olan bir araştırma. Ne yazık ki Türkiye dünyada kişiler arası güvenin en düşük olduğu ülke. Bu bize çok önemli sinyaller veriyor aslında. Yani biz kaliteyi yönetme konusunda, personeli yönetme konusunda, algıları yönetme konusunda hangi noktada gol yiyoruz aslında çok net ortaya koyan bir araştırma sonucu. Güven konusunda gol yiyoruz. 1990 yılından beri güvensizlik algımızda hiçbir değişiklik yok. Hâlâ sadece 10 kişiden biri birine güvenebilirim diye bir şey söylüyor.

Peki, güven ne demek ve güven dediğimiz kavram aslında neleri içerir. Güven dediğimiz kavram, her şeyden önce anlaşılacak, anlaşılabilir hissiyle ilgili bir şey. Çünkü anlaşıldığını düşündüğünüz yerlerde kendinizi güvende hissedersiniz. Tüm çalışanlarda, tüm insanlarda, tüm hastalarda, tüm müşterilerde böyle; eşiniz de böyle, çocuğunuz da böyle.

Dinlenmek: Dinlendiğimiz düşündüğümüz yerde daha çok anlatırız değil mi? “*Dinleyenin anlayışdır konuştuğunuz*” diye çok güzel bir sözcük vardır. İyi insan dinlenmediğini düşündüğü şeyleri, daha doğrusu o mecraya söyleme gerekliliği duymaz; dinlenmek önemli bir kavram.

Hislerin aktarılması: Etki-tepki modeline dayalı bir iletişim sistemi ancak kitaplarımızda yazıyor bizim. Çünkü insan mekanik bir varlık değil. Söylediğin her şey şu anda başka filtrelerle maruz kalarak, başka şekillerde işleniyor. Bu kadar kolay değil insanlara mesajları verip, doğrudan tepkilerini almak. Dolayısıyla eğer kalite, kurum kültürü, kurumdaşlık gibi fosforlu kavramlardan bahsedeceksek, önce insanların konularla ilgili, herhangi bir olguyla ilgili hislerinin aktarılmasına müsaade etmemiz lazım. Bunlarla ilgili alanları açmaya çalışmamız lazım ve tabii ki güven noktasında en önemli kriter sahiçilik.

Değerli katılımcılar, sahiç bir sözü, sahiç bir vaadi, sahiç bir ürünü, sahiç bir hizmeti ve sahiç bir insanı sahtesinden bir çocuk bile ayırır. Dolayısıyla sahiçilik kavramının özellikle kalite kültürü ve kurumdaşlık içinde çok kıymetli bir yeri olduğunu düşünüyorum.

Evet, işbirliğiyle ilişki biçimlerimiz nelerin sorusunun da yanıtlanması lazım. Çünkü insan duygularıyla var olan bir varlık ve çoğu zaman bu duygular akli devreden çıkartabiliyor. Eğer ben kendimi yönetebiliyorsam, bu demektir ki benim içimde yönetilebilir alanlar var. Nedir o alanlar? Duygularım var, aklım var, ruhum var, bir sürü yönetilebilir alan var demek ki. İlişkilerde duygu duygu ilişkisi dediğimiz şey, aslına bakarsanız ilişkinin sistemini bozan bir şey. Çünkü değerli katılımcılar, duygular geçici, ama duyguların etkileri geçici mi değil mi? Ondan çok emin değilim.

Evet, son olarak toparlıyorum, insanlara işbirliği yapmak için bir gerekçe vermeniz lazım. Tıpkı bir ürünü satın almaktaki gerekçeyi sunmak gibidir bu. Bu ürünün neden satın alacağımın gerekçesi, çalışma hayatında işbirliği yapmanın gerekçesiyle eşdeğerdir. İnsanlara sizinle, yönetiminizle, organizasyonunuzla, ekibinizle, neyle uğraşıyorsanız, işbirliği yapmak için gerekçeler vermeniz lazım ve aynı zamanda bu işbirliği yapacağınız alanları da açmanız lazım.

Teknik sorunlardan dolayı tekrar özür diliyorum, konuşmam burada sona erdi. Hepinize saygılar.

## Çalışma Yaşamında Psikolojik Sağlık

**Doç. Dr. Çiğdem AYDEMİR**

*Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Hepinizi saygıyla selamlıyorum. Benden önceki iki arkadaşım daha idealinden bahsetti, ben de olan ve sonuçlardan hızlıca söz etmeye çalışacağım.

Psikolojik sağlık denildiğinde, daha çok psikiyatrist olduğum için, sağlıklılık değil de, sağlıksızlık kısmıyla tabii ister istemez ilgileniyoruz. Benim sunacağım konuların ana başlıkları da stres ve tükenmişlik. Eğer vaktim daha fazla olsaydı, size çalışan güvenliği ve hizmet alıcı kişinin hizmet vereni yıldırması, mobbing diye bahsettiğimiz konulardan da bahsedebilecektim, ama yarım saatim olduğu için, yarım saatten kısa bir süre, stres ve tükenmişlikten bahsedeceğim.

Hepimizin, hemen hemen hepimizin yaşamında stres vardır; büyük olsun küçük olsun. Kişilere sorulduğunda bunun tanımını almak zordur, herkes kendi deneyiminden yola çıkarak, kendi bilgileriyle bir açıklama getirir. Genel cevaplar, baskı, dibe vuruyormuş duygusu, öfke, kaygı, sinirlilik, içinin kıpır kıpır olması, gerilim, negatif uyarılma, rahat olamama, çökkünlük, yük altında olma hissi, mutsuzluk, nedensiz yorgunluk diye tanımlanıyor.

Stres genel olarak yeni bir uyum sürecidir. Organizmanın var olan, kişinin uyum durumu bozulmuş ve bu yeni duruma uyum yapma durumuna stres diyoruz; krizin küçüğü, tükenmişliğin öncesi. Stres durumundaki en önemli etken belirsizlik, genel duruma bir belirsizlik hali ve sonuç olarak bu kişinin, streste ki kişinin stres altında olaya karşı sonucu da önem taşıyor ve bu kişiden beklentiler var. Akut, fizyolojik ve kronik etkileri var. Akut etkileri; kan basıncımız artar, kalbimizin atım hızı artar, kısa süreli anksiyetemiz artar, mide-bağırsak hareketleri artar, bazal metabolizma oranı artar.

Kronik etkiler; hipertansiyon, koroner kalp hastalıkları, inme, anksiyete bozuklukları, baş ağrısı ve sistem hastalıkları ortaya çıkabilir. Duygusal belirtileri var; heyecan hali, duygusal dalgalanmalar, kendine güvensizlik ve kaygı durumu, kâbuslar, keyifsizlik, sinirsel gülme hali, depresyon, ağlama nöbetleri, yaşamda o an için keyif almada azalma, tahammülsüzlük ve bedensel belirtilerle uğraşma hali.

Zihinsel belirtilerini hepimiz bir şekilde tanıyorsunuz. Can sıkıntısı, unutkanlık, plan yapmada zorluk, uyuşma, olumsuz iç konuşma, konsantrasyonda zorluk, organizasyon sorunları, üretkenlikte azalma, zihinsel çarpıtmalar, kafa karışıklığı ve zihinde yavaşlama, zaman yönetiminde zorluk ve öncelikleri belirlemede zorluk.

Davranışsal tepkiler var. Konuşma bozuklukları, ilgi ve hobilerde azalma, alkol ve yatıştırıcı madde kullanımında artma, sorumluluktan kaçınma, suçlama ve suçlanma, kaçma, kaçınma ve saldırgan davranışlarda artma.

Neden stres yaşıyoruz diye sorarsak; pek çok faktörlü bir konu bu. Sosyal dokunun karmaşıklığı önemli, moral değerlerine ilişkin çatışmalar, rol beklentilerine



ilişkin çatışmalar, zayıf ve etkisiz iletişim, teknolojiadaki hızlı gelişmeler, iş hayatındaki eğitim ve uygulama arasındaki boşluklar, yetersiz iş güvencesi ve sağlık güvencesi, ekonomik zorluklar ve etkisiz yönetim sistemi.

Kişinin dışarıdan algıladığı tehdit edici olaylar veya içten gelenler stresi ortaya çıkarma potansiyeli taşıyan taleplere stresör diyoruz. Kronik stresörler, ısrarlı yaşam zorlukları olabilir, rollere ilişkin zorluklar, kronik zorluklar, toplumsal temelli zorluklar ve günlük yaşama ait zorluklar olabilir.

Kayıp ya da zarar görme ya da bir zarar görme tehdidi olabilmesi gibi, kişinin bunu varsayması da, bir zarar göreceğini varsayması da bir streştir. Kitleli stres kaynaklarını ülkemiz maalesef zaman zaman yaşad. Beklenmeyen salgın hastalıklar, depresyon, sel, yangın ve birçok kişiyi içeren travmatik yaşantılar. Günlük zorlanmalar hepimizin altında kaldığımız zorlanmalar. Bedenle ilgili şikâyetler, aile üyelerinin sağlık durumları, temel ihtiyaçların ücretlerindeki artışlar, evin geçiminin sağlanması, yapılacak işlerin çokluğu, eşyaların kaybedilmesi, aranması, evde ya da iş yaşamına ait gerekli işlerin sürdürülmesi, vergiler, faturalar ve bunun gibi zorluklar. Bazen kişinin olmasını beklediği bir şeyin olmaması da belirgin bir stres kaynağı olabilir, bir terfi gibi.

Stres kavramının gelişimini zihnimizde dört basamakta açıklıyoruz. Önce tehdit var algısı oluyor, sonra bu durumun ayrıntıları anlaşılıyor, ihtiyaçların anlaşılması ve yeniden değerlendirmeyle uyum sürecine geçiyor. Stres çalışma hayatının kaçınılmaz bir parçası. Doktorlar, diğer sağlık çalışanları için de öyle. Bununla ilgili baş etme programları mevcut. Üç aşamada gerçekleşiyor; önleme, baş etme ve tedavi. Bu tür programların daha çok önleme amaçlı kullanıldığında daha etkili olduğunu düşünüyoruz. Stresörün algılandığı aşama, birincil önleme, diğer bütün hastalıklar gibi önleme çalışmasının yapılması planlanmalıdır.

Birincil önlemede yaşam biçimi çok önemli; düzenli beslenme, egzersiz. Bunun yanında etkili iletişimi, etkin zaman yönetimi ve etkin problem çözümü gerekiyor. İkinci önleme müdahale, krize müdahalenin küçüğü diye anlatmıştım. Artık stres nedeniyle negatif sonuçlar yaşanmakta. Amaç kişinin bu stresi nasıl yöneteceğini öğrenmesi ve buna ilişkin yetersiz olan becerilerini geliştirmesi. İkincil önlemede, öfkeyle baş etme, gevşeme, kaygıyla baş etme yanında, sosyal desteklerin artırılması ve zihinsel düzenleme teknikleri. Üçüncü önleme tedavi ki, bu esas psikiyatri kliniklerine başvuru grup, ortaya çıkan hastalıkların tedavisi. Psikiyatryle birlikte diğer bölümlere de tabii.

Burada önemli olan düşünce, duygu ve davranışın birbiriyle ilişkisini kavramak; her tür önleme davranışında. Asıl önemli olan da tedavide stresin kendisi değil, strese ait algılarımız. Özellikle zihinsel önleme teknikleri önemli. Düşünce hatalarının düzeltilmesi, yıkıcı düşüncelerin yapıcılarla yer değiştirilmesi, olayların kontrol edilemeyen boyutu değil, kontrol edilebilen boyutu üzerine odaklaşmak, durumla ilgili önlem almaya önem vermek, dış denetim odaklılığı da iç denetim odaklılığına dönüştürmek.



Burada yapılan düşünce hatalarına örnek vermek istiyorum. Ya hep ya hiç, yani bu işi mükemmel yapamazsam hiç yapamamış sayılırım. Aşırı genelleme, ben zaten hep başarısızım, bu benim şansım, kuşlar bile benim arabamı kirletir. Zihinsel filtre; yüz sorununun yedisine cevap vermekte zorlandım, böyle giderse başarısızım. Olumluyu değersizleştirme; sınavdan yüz aldım, ama ne önemi var, zaten kolaydı. Sonuca atlama, zihin okuma olabilir, ileriye görme olabilir. Abartma; duygusal yorumlar, başarılı olmalıyım gibi meli-malı konuşma, etiketleme ve kişiselleştirme düşünce hatalarına örnek.

Diğer bir kısaca tükenmişlikten bahsedeceğim; tükenmişlik sendromu. Esas sanayide kullanılan, bulanık bir terimin tıp alanına da aktarılmasıyla oluşmuş. İş yaşamında aşırı iş yüküne bağlı olarak, insanların içine düştükleri durum. Kronik stres etkenlerine karşı verilen derinleştirilmiş bir yanıt. Özellikle hizmet sektöründe, yani bizim sektörümüzde. Fiziksel, duygusal ve zihinsel bir tükenme durumu, stresten de daha uzun, kronik, karmaşık bir süreç. Nedenleri arasında hiyerarşik, merkeziyetçi, bürokratik yönetim anlayışı, değerlendirme sistemindeki düzensizlikler, ödüllendirme sisteminin nesnel olmayışı, rol karmaşası ve rol belirsizliği, kararlara katılmama, otonominin olmayışı. İş yaşamının fiziksel özellikleri; denetimin düzensizliği, meslektaş desteğinin eksikliği, örgütsel işleyişteki kusurlar, işin yüksek performans gerektirmesi.

Bizim işimize ait olarak hızlı hasta değişimi ve hasta sorunları. Hizmet verilen kişilerden yeterli geri bildirim alamama. Bunun yanında meslek, yaş, cinsiyet, medeni durumla ilgili faktörler, çalışma süresi, çalışma koşulları, iş yükü, iş gerilimi ve ilerleme fırsatlarının olmayışı. Yavaş ve sinsi başlar, önce fiziksel yorgunluk ve bitkinlik olur, ardından duygusal yorgunluk, işle ilgili kişilerden soğuma, uzaklaşma ve en son zihinsel yorgunluk. Kişinin kendi bilgi, beceri ve iş yapma kapasitesinden emin olmaması.

Psikosomatik rahatsızlıklar olur, artan hayal kırıklığı, kötümserlik, kadercilik, işteki motivasyonun, bağlılığın, çabanın azalması, hizmet verilen kişiye karşı verilen ilgide azalma, kızgınlık, alaycılık, yaratıcılığın kaybı, değişime direnç, işten ayrılma, ev-aile yaşamında sorunlar, uykusuzluk, alkol ve sakinleştirici ilaç kullanımında artış, iş performansında düşüş, gittikçe artan hatalar, başarısızlığı rasyonelize etme eğilimi, işe sık sık geç gelme, izin alma.

Kimlerde olur? Hepiniz kendinizden bir şeyler bulacaksınız. Çoğunlukla bir amaca ulaşmak için çabalamış idealistler, daha fazlasını yapmaya çalışanlar. Bunlar sınırlılıklarını hiçbir zaman itiraf etmezler. Büyük beklentileri amaçlamışlardır, daha aزیyla yetinmeyi reddeden kişiler. Kendilerini çok uzun zaman zorlayan kişiler bu nedenle tükenirler.

Ne yapmalılar? Bireyin kendi gücü, yönetsel değişiklikler, meslek içi koruyucu uygulamalar, tatil olanakları ve fiziksel etkinlikler.

Teşekkürler.

# Kalitede Sürekli Gelişim için Ölçüm Kültürü ve İzlenebilirlik

## ■ Oturum Başkanı - Dr. Mehmet DEMİR

*Acibadem Sağlık Grubu*

## ■ Dr. Bünyamin ÖZAYDIN

*ABD Alabama Üniversitesi*

Etkili ve Kaliteli Ölçüm Kültürü Oluşturmada Veri Toplama ve Veri Kalitesinin Önemi: Amerika'dan Örnekler

## ■ Doç. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU

*İstanbul K.H.B. Genel Sekreterliği*

İndikatör Yönetiminde Teknoloji Altyapıları

## ■ Uzm. Dr. Dilek TARHAN

*Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*

Sağlıkta Ölçüm Kültürü için İndikatör Yönetim Modeli



## Etkili ve Kaliteli Ölçüm Kültürü Oluşturmada Veri Toplama ve Veri Kalitesinin Önemi: Amerika'dan Örnekler

**Dr. Bünyamin ÖZAYDIN**

*ABD Alabama Üniversitesi*

Herkese merhaba. Başlamadan önce bu kongrenin organizasyonunda emeği geçen herkese teşekkürlerimi sunmak istiyorum. Çünkü sunumlardan ben sağlıkta kalite konusunda ve performans konusunda Türkiye'deki durumu görmem açısından, buradaki durumu anlayabilmem açısından çok faydalandım. Ümit ediyorum ki, ben de bu iyiliğe mukabele edebilirim ve Amerika'daki durumla ilgili, tüm Amerika'daki ya da genel durumla olmasa bile, en azından çalıştığım kurumdaki durumla alakalı sizlere kısa da olsa bazı bilgiler verebilirim, bazı örnekler verebilirim diye ümit ediyorum.

Etkili ve kaliteli ölçüm için veri toplamanın nasıl olacağı ve bu toplanan verilerin kalitesi üzerinde duracağız. Burada önemli olan kısım, ölçümün etkili olabilmesi. Yani biraz önce Mehmet Hocamın da bahsettiği gibi, evet ölçüm yaparsınız, ama bunun sonucunda ortaya çıkan sonucun gerçekten bir zafer havası estirebilmesi, bu etkinlikte olabilmesi önemli. Buna etki eden etkenlerden bir tanesi de, bir sürü etki oldu, kusura bakmayın Amerika'da çok uzun süre kalınca, Türkçeyle alakalı bazı sorunlarınız oluyor. Bu konuda affınıza sığmıyorum şimdiden.

Bu konuda etki unsurlardan bir tanesi de, ölçüme başlarken elinizde olan ana done veri. Bu veriyi nasıl topladığınız, topladığınız zaman bu veriyi değerlendirdiniz mi ya da bu verinin kalitesi nasıldı, verilerinizde eksiklik var mıydı? Bunlar sizin ölçümlerinizi ve bu ölçümlerin sonucunda vereceğiniz kararları etkileyecektir.

Amerika'da bu konu üzerinde çok aktif bir şekilde durulduğunu söyleyebilirim. Herhangi bir tıp eğitimim olmamasına rağmen, bir üniversite hastanesinde anestezi bölümünde kalite ve hasta güvenliğini artırma komitesine üye olarak beni bulunduruyorlar. Benim geçmişim bilgisayar mühendisliği, veri analizi, daha öncesinde fizik. Yani herhangi bir tıp formasyonum olmamasına rağmen beni bu konuda istihdam ediyorlar; bu da onların bu konuya verdikleri önemi göstermesi açısından ilginç bir nokta.

Şimdi günümüzde sağlık sektöründe ölçüm yapabilmek için, tabii ki her yerde olduğu gibi dijital veri kaynaklarına ihtiyaç var. Neden dijital ya da elektronik veri kaynaklarına ihtiyaç var? Çünkü artık kimse gidip de arşive hasta kayıtlarına bakıp da, oradan hasta kayıtlarından, yani kâğıtların içerisinden bir araştırma yapmak için, yani bu kadar sabırlı değil, kimse bu kadar sabırlı değil. Önümüzde

bilgisayarlar varken, bu kadar teknoloji gelişmişken artık kimse bunu yapmıyor. O yüzden dijital veri önemli.

Dijital kaynaklara örnek olarak neler var? Elektronik ortam var. Elektronik ortamlarda tutulmaya başlanan hasta kayıtları, ilk aklımıza gelen dijital kaynak. Eskiden kâğıtlarda tutuyorduk, şimdi bilgisayarlarda tutuyoruz. Teşhise yardımcı olması için dizayn edilen, dijital veri üreten tıbbi cihazlar. Bunlar diğer bir kaynağımız. Yerine göre iş akışını düzenleyen veya kolaylaştıran veya iş akışını otomatize eden bilgisayar sistemleri. Bunların bize sunduğu dijital kaynaklar. Yani nedir? Bir ameliyathanenin çalışma takvimi, gün içinde kim hangi ameliyathanede, hangi ameliyatı yapıyor? Bunları organize eden yazılımlar, sistemler. Bunun haricinde sağlık ürünleri ve hizmetlerinin faturalandırılmasına yardım eden sistemler. Bunların hepsi bizler için dijital veri kaynağı.

Yeri gelmişken belirtmekte fayda var. Aslında bugün üzerinde durduğumuz konular, sadece sağlık sektörünün değil, daha birçok sektörün üzerinde durduğu konular. Çünkü verilerin dijitalleşmesi, veri depolama ünitelerinin kapasitelerinin müthiş bir şekilde, çok hızlı bir şekilde artması, oradaki elektronik veri miktarını artmasına neden oldu. Ancak bu veri miktarının çok hızlı bir şekilde artmasına rağmen, bu verilerin anlaşılması ve manalandırılması aynı oranda ilerlemeli.

Yani biraz önce Mehmet Hocam bahsetti, Mars'taki Rover bize bir sürü data yolluyor. Sadece o mu? Başka gezegenlere gönderilen uzay araçları, uzayın derinliklerine gönderilen teleskoplar, birçok, birçok veri kaynağımız var artık. Veri depolama kapasitemiz genişlediği için, bunların hepsini depolamaya başladık; sağlıkta da aynı şekilde. Ancak bu kadar depoladığımız veriyle ne yapıyoruz? Sadece depolayıp bekletiyoruz şimdilik. Bunları manalandırmak, bunlara ölçümler ortaya çıkarmak, bu ölçümlerin sonucunda bazı karar değişikliklerine gitmek ve bunun sonucunda da performansı ve kaliteyi yükseltmek günümüzde asıl amaç olmaya başladı.

Şimdi bu amaç daha yeni yeni başladı. Asıl amacımız dijitalleşmeye giderken asıl amaç neydi? Özellikle yine biz kendi sağlık sektörümüze geri dönersek; hasta bilgilerinin kâğıt yerine bilgisayarda tutulmaya başlaması, bunun daha kolay olması, klinikte hasta bilgisine daha hızlı ulaşımı. Bu amaçlarla biz verilerin elektronikleşmesine, dijitalleşmesine gitmeye başladık. İş akışını hızlandırmaya çalışmak, dijital cihazlardan gelen verileri daha verimli olarak kullanabilmek; yani bizim kendi yazılımımız da bu verileri otomatik alabiliyorsa; uzun vadede maliyetin daha düşük olması, yani kâğıtta verileri tutmaktansa bilgisayarda tutmak. Sonuç itibarıyla baktığımız zaman bu araçların hepsi veri depolamaya yönelik amaçlar.

Ancak günümüzde amaçlarımızda biraz farklılıklar oluşuyor, oluşması da gerekiyor. Çünkü artık depolama kısmını geride bıraktık, o problem eski bir problem. Artık bu verileri verimli bir şekilde nasıl kullanırız? Önemli olan o.

Bir de önümüze çıkan yeni amaçlar, işte bugün burada yapmaya çalıştığımız üzere kalite ve performans ölçülmesi ve bunun raporlandırılması. Eğer amacımız buna göre olursa, geliştireceğimiz sistemler de buna göre olacaktır. Biraz sonra bazı örneklere geçtiğimiz zaman göreceğiz ki, veri depolama amacıyla ürettiğimiz sistemler, bugün bizi yavaşlatıyor, ileri gitmemizi engelliyor. Eğer yenileyemiyorsak bu sistemleri.

Yeni amaçları ortaya koyduğumuz zaman, sonuç itibarıyla yazılım mühendisleri, mühendis bir dizayn yapıyorlar. Mühendis dizayn yapacakken ne yapıyor? Geliyor müşterisine soruyor, bu benim diyaznını yapacağım yazılımla sen ne yapacaksın, ne yapmak istiyorsun, amacın ne? Dinledikten sonra ona uygun bir çözüm üretiyor. Şimdi amaçta bir değişiklik olmadıkça, yazılımda da bir değişiklik, üretilen sistemde de, üretilen çözümde de bir değişiklik olmayacak.

O yüzden bu amaçlar değişirken, yeni amaçlarımız; işte performans ölçümü ve raporlandırılması, yeni tedavi ve ilaçların bulunması amacıyla yapılan çalışmalara araştırmalara temel olan verilerin kolayca sorgulanabilmesi. Yine bazı örneklerde göreceğiz, eski sistemlerde veri sorgulaması çok zor. Çünkü asıl amaç depolamamış. Gelir ve maliyette verimliliğin artırılması amacıyla verilerin sorgulanması, yine sorgulama hususu. Yani kısaca, depolama işini hallettik, depolanmış verilerin herhangi bir amaç için kolayca sorgulanabilir hale getirilmesi, sistemlerimizi değiştirmemiz yönü bu yön.

Giriş kısmından sonra, etkili ve kaliteli ölçüm kültürü oluşturmak için bazı temel esasları inceleyelim. Daha sonra bunların her biriyle alakalı, her biriyle alakalı olmasa bile, birçoğuyla alakalı bazı benim kendi çalıştığım kurumdan örnekler arz edeyim.

Verinin girişini sağlayan yazılım sistemleri üzerinde tüm oyuncuların katkı sağlaması, ne demek bu? Bütün oyuncular derken, sağlık sektöründe kimlerle muhatap oluyoruz? Sizler daha doğrusu kimlerle muhatap oluyorsunuz? Bir yöneticiler var; iki, asıl unsur doktorlar ve hemşireler var; üç, işin finansal yönünü halleden insanlar var; dört, hasta var, hasta ve hasta yakını. Bu unsurların hepsinin yazılım geliştirilmesinde, sistem geliştirilmesinde, yani sağlık sektörünün problemleri için çözüm üretilmesinde katkıları bulunması gerekiyor.

Eğer katkıda bulunmazsa, bu üretilen çözümün bir ayağı topal oluyor, bir yerde aksama olmaya başlıyor. O yüzden bu işin içinde olan herkesin çözüme katkı sunması, çözüm oluşturulurken fikrini beyan etmesi. Henüz sisteme giriş aşamasında veri bütünlüğü ve kalitesinin doğrulanması. Veri kalitesi, az evvel de-

dik çözüme etki edecek, karar mekanizmasına etki edecek. Öyleyse ta veri ilk giriş anından itibaren verinin doğrulanması. Verinin doğrulanması ne demek? Eğer siz mesela bir hastayla alakalı veriyi düşünelim, ne olabilir? Hastanın ateşi olabilir. Hastanın ateşiyle alakalı bilgisayara veri gireceğiniz zaman, kullanıcının –*atıyorum*- 95 santigrat derece girmesine izin verirseniz, sizin güvenli bir veri kaynağınız olmayacak, en sonunda yapacağınız ölçümlerde. Daha veri girişinde demek ki, kullanıcı bir hata yapacak ve 95 santigrat derece bir ateş girecekse bir hastayı, sistemin uyarı verip, bunu engellemesi gerekiyor.

Veri tabanı yapılırken sorgulamayı kolaylaştıracak şekilde olması, dizayn edilmesi. Bununla ilgili örnek üzerinde duracağız zaten. Yazılım sistemleri geliştirilirken, esnek ve genişlemeye ve gelişmeye olanak sağlayacak şekilde dizayn edilmesi gerekiyor. Eğer öyle dizayn edilmezse, başlangıçtaki amaçlara sadece yönelik olarak dizayn edilirse, belli bir yerden sonra tıkanma oluyor ve de ilerlemeye engel olmaya başlıyor.

Diğer bir unsur, veri analizi sonrası, şimdiye kadarki unsurlar daha çok veri toplanması sırasındaydı. Bundan sonraki bu dört maddede daha çok veri analizi ve daha sonra o analiz sonucunda yapılacaklar alakalı. Veri analizi sonrası oluşum sonuçlarının bireyselleştirilmesi, bireyler arası ve grup karşılaştırmalarının yapılması. Bunun etkisinin çok büyük olduğunu gördük biz kendi yaptığımız bazı çalışmalarda. Daha sonra grafik örneğini de vereceğim.

Başka bir unsur, veri girişi sırasında analiz ve bildirim önemi; daha veriler girilmeye başlandığı sırada, bu veriler medikal cihazdan gelen veriler olabilir ya da kullanıcıların girdiği veriler olabilir. Bunlar girildiği anda bile, performansla alakalı, kaliteyle alakalı, sistemin hemen analiz yapıp bir yerlerde bu analizlerin raporlanması, grafiklere dökülmesi, çok büyük kalite ve performans artışlarına sebep oluyor.

Sistemlerin entegre edilebilirliği veya birbirleriyle veri transfer kabiliyetlerinin artırılması. Bunun için de, kurum içi bileşimcilerin istihdam edilmesinin önemi. Yani bir ünite de yeri geliyor beş, altı, yedi farklı sistem kullanılabilir. Hemşirelerin hasta bilgilerini girdikleri bir sistem olabiliyor, finansal verilerin toplandığı sistem ayrı olabiliyor, hasta yakını için gösterilecek sistem farklı bir sistem olmuş olabiliyor. Hemşirelerin geliş-gidiş saatlerini hesaplayan, onların nöbet saatlerini hesaplayan sistem ayrı olabiliyor vesaire vesaire. Bunların hepsinin ayrı olması, aynı bilgiyi her bir sisteme tekrar tekrar girmeye neden oluyor. Aynı zamanda veri analizi yapacağınız zaman da, bunları bir kaynaktan değil, birçok kaynaktan toplayıp, sonra birleştirip, ondan sonra analiz etmeniz gerekiyor.

Bu sorunu biz kendi içerimizde, yani kendimizin bulduğu yöntem şuydu: Çünkü çoğu zaman bu sistemlerin satın alınmasında küçük departmanların değil de, bü-

yük hastane yönetiminin söz sahibi olduğunu görüyoruz. Küçük departmanlar ancak ne yapabiliyorlar? Kendi içerlerinde bileşimcileri istihdam ederek, bu sistemlerin entegre edilmesini, kendi amaçları doğrultusunda veri analizi yapılmasını sağlayabiliyorlar.

Şu anda olmamasına rağmen, bir sonraki adımda veri formatların standardize edilmesiyle, ortak veri kullanımının başlaması; yani hastanedeki departmanlar ve hastaneler arası ya da ülke çapında verilerin ortak kullanılabilmesi. Hakkâri birisi bir veri girdiği zaman bilgisayara bir hastayla alakalı, o hastanın transfer olacağı İstanbul'daki bir hastane o veriyi o anda görebilmesi, onunla alakalı işlemler yapabilmesi. İstanbul'daki hastanenin de yine o hastaneyle alakalı veri görebilmesi gibi.

Şimdi bazı örnekler üzerinden gidelim isterseniz. Veri girişiyle alakalı bir örnek; bu bizim hastanede kullanılan sistemlerden bir tanesi; Amerika'da çok yaygın olarak kullanılan bir sistem aslında. İsmi vermek belki burada doğru olmayacak. Sistemlerin hiçbirinin ismini vermek belki burada doğru olmayacak, iyi ya da kötü yorum yapacağımız için. Böyle bir dizaynda gördüğümüz şey, birçok menü, birçok mausla gidip bir yere kliklemek, ondan sonra bir şey girmek. Bu tür bir ara yüz, biz mühendislerin hoşuna giden, sevdiği, alıştığı olduğu bir ara yüz. Ama ortaya çıktı ki, siz doktorlar bunu hiç sevmiyorsunuz. Yani oraya gideyim bunu gireyim, buraya gideyim bunu gireyim. Biz programlarken böyle şeyler kullandığımız için, mühendislerin tek başlarına izole olarak dizayn ettikleri sistemlerde de ortaya çıkan sonuç bu oluyor ve doktorlar bundan nefret ediyor.

Başka bir örnek; bu da ikinci bir sistem, bu da doktorların aktif olarak işin içine girdiği daha dizayn aşamasında bir sistem. Bu mesela anesteziyecilerin kullandığı ameliyat sırasında bir sistem; gördüğümüz gibi büyük butonlar. Bunlar dokunmatik ekran kullanıyorlar zaten, hiç Mouse ile filan uğraşmadan. Ekran dokunarak kolayca veri girebileceği, o veriyi kolayca değiştirebileceği. Yani az evvelki bizim mühendis kafasıyla dizayn ettiğiniz şeyle çok alakalı bir şey değil. İşte bu yüzden sizin kullanacağınız sistemlerde, işin içerisinde daha çözüm aşamasında, daha dizayn edilirken sistemler, sizin işin içinde bulunmanız çok önemli.

Veri tabanı yapısından bahsettik. Veri tabanı yapısının önemi, veri analizi yapılacağı zaman kolayca verinin sorgulanabilir olması lazım. Şimdi bir-iki örnek görüyorsunuz. İki türlü veri tabanı yapısı olabiliyor. Bir tanesinde, solda gördüğünüz gibi, işte tarihler bu tabloda, numaralar, rakamsal veriler bir tabloda. Ondan sonra tekst veriler bir tabloda, bu şekilde toparlanıyor. Bunun sorgulanması çok zor, indekslerle birbirine gitmek. Sağ tarafta gördüğünüz örnekte ise, her bir şey isimlendirilmiş, her tabloda hangi konseptin verisi tutuluyorsa, o konseptin ismiyle anılıyor. Bu da sorgulamayı çok kolaylaştırıyor.



Burada da bizim kendi içerimizde geliştirdiğimiz bir sistemi görüyorsunuz. Bu sistemde az evvel söylediğim benim entegrasyon meselesini halletmeye çalıştık, kendi departmanımızda kullandığımız beş-altı farklı sistemin her birinde, her kullanıcının bir kullanıcı adı ve şifresi var. Ondan sonra orada farklı şeyleri var. Bunlarda farklı farklı veriler tutuluyor. Bunları belli bir, tek bir taban üzerinde, tek bir temel üzerinde entegre ederek, insanlara bildirimini kolaylaştırdık, raporlaştırmayı kolaylaştırdık ve de mesela bu sisteme girdiği zaman bizim doktorumuzdan bir tanesi, geliyor üst tarafta o gün yapacağı ameliyatları görüyor, kaçırdığı bazı imzalar var, bazı hasta raporlarında, onları imzalaması gerekenleri görüyor. Uyumluluk kriterlerinde kendi yaptığı hatalar varsa, onunla ilgili raporu görüyor. O gün departmanda olan dersler, neler var onları görüyor. Yani verinin bireyselleştirilmesi ve verinin bireye hitap etmesi, o bireyle ilgili verilerin tek bir ekranda toplanabilmesi.

Bunun yanında karşılaştırmalı raporlar, az evvel söylediğim uyum meselesiyle alakalı. Bir doktorun kendi ameliyatlarında, burada mesela gösterilen antibiyotik verilmesiyle her hastaya, işte bıçak dokunmasından bir saat öncesi içerisinde antibiyotik verilmesi ameliyathanelerde. Bunlara her bir doktorun uyumluluğunun raporlandırılmasıyla alakalı veriler.

Şimdi bu doktor geldiği zaman, kendi durumunu görebiliyor. Kendi durumunu departmanla karşılaştırabiliyor, kendi durumunu departmandaki diğer doktorlarla karşılaştırabiliyor.

Peki, bu performans bildirimlerinin sonuca etkisi ne oldu? Gerçekten müthiş bir etkisi oldu. Biz bunu bildirmeye başladıktan sonra doktorlara, gördüğümüz gibi yüzde 70'lerde olan uyumluluk, yüzde 90 küsurlara çıkmaya başladı. Anında bildirim ekstra bir katkı da sağladı. Kurum sistemlerine entegrasyonu ile alakalı bir örnek vardı burada da. Bu da ekstra bir örnek; kalitenin artırılmasında belki akıllarınızda kalması açısından güzel bir örnek olabilir, bir sistem geliştirdik; uzmanlığa çalışan doktorların kendi kendilerini değerlendirmesi. Bu anestezi için mesela. Sistem gidip o uzman doktorun geçtiğimiz üç ayda yaptığı ameliyatlar içerisinden beş tanesini çıkarıp kendisine gösteriyor ve de o uzman doktor gidiyor, o beş ameliyatta kendi kendini değerlendiriyor. Bir farklı versiyonu da, diğer arkadaşlarının kendisini değerlendirmesi şeklinde.

Zamanınız için çok teşekkür ederim hepinize. Hepinize faydalı bir kongre olmasını dilerim. Çok teşekkürler.

## İndikatör Yönetiminde Teknoloji Altyapıları

**Doç. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU**

*İstanbul K.H.B. Genel Sekreterliği*

Teşekkür ederim. Önce başta Hasan Bey olmak üzere, kongre başkanım, müsteşarıma çok teşekkür ediyorum, böyle bir imkânı bana verdiği için. Esasında ben 10 sene başhekimlik yaptım. Başhekimliğimin ilk yıllarında PTT Hastanesiydi hastanem. Şöyle bir şey edindim; 2003 yılının başında başhekim olduğum zaman, ilk Sayın Haydar Hocam ve Ömer Hayyam Hocam Marmara Üniversitesindeydi. PTT Hastanesi maalesef çok fonksiyonel bir hastane değildi ve çok büyük bir zarar, artı yok olma durumundaydı.

Dedim ki o zamanlar ne yapalım? İşte SWOT analizi yapalım, onlarla beraber. O zaman kalite Türkiye’de çok ismi yoktu. Hani kalite çalışması yapalım, burada bir sistem kuralım. O zamanki bazı üst yöneticilerimize bunu ifade edip de söylediğim zaman, yok öyle bir şey siz batıyorsunuz, yani ne alakası var, şimdi biz kaliteyle uğraşamayız demişlerdi; 2003 yılından bahsediyorum.

Sonra dedim ki olmaz, bu kalite şu anda bize fazla. Hani arz talep meselesi, elektrik olmadan televizyonu ne yapacaksınız gibi. Biz de otomasyona, yazılıma döndük ki, hastanemizde nasıl bu zararı azaltırız, bilgi işlem vasıtasıyla ancak azaltabiliriz diye düşündük ve o zamanlar işte otomasyona daha çok önem vermeye *-kendi açımından bahsediyorum-* başladık. Ta ki 2007 senesine kadar bu böyle devam etti. Gerçekten de şu andaki oturma da mesela bilgi işlem altyapısı gibi, teknolojik altyapıyla ilgili bir konu anlatacağım, ama 2007’den sonra da sağ olsun TSE bize kalite eğitimi verdi ve ben yönetici olarak kalite direktörlüğüne, kalite birimine her türlü desteği elimden geldiğince vermeye çalıştım.

Kalitenin başarılı olduğunu da, daha doğrusu olmaya başladığını da bu toplantıda görüyorum; bu kadar katılım, bu kadar heyecanın olduğu bir toplantı. Ben belki biraz tembellek ettim herhalde, ilk defa kalite ve performans kongresine katılıyorum. Bu konuda da gerçekten müthiş bir ortam var. Bu ortam için de, sizlerin bu başarısı için de bir kere çok gurur duydum. İnşallah Türkiye’nin geleceği de sizlerin, kalitecilerin elinde olduğunu görüyorum.

Şöyle bir şeyle başlayacağım; evet, önce şunu söyleyeyim. Böyle bir vizyonu, böyle bir hayali gerçekleştiren bütün ekibe, bakanlık da dahil herkese bir sağlık yöneticisi olarak teşekkür etmem lazım. Aynı zamanda sağlık hizmeti alan bir hasta olarak da teşekkür etmemiz lazım. Ama bu iş bitmemiş durumda, onu da bilin diye söylüyorum. Biz yeni başladık, en azından bu vizyonu, bu düşünceyi biz Türkiye’ye ve sizlerin sayesinde bundan sonraki bütün nesillere ileticeğimize eminim.

Şimdi bu kadar çalışmanın neticesinde, şu anda ne elde edilmiş? Türkiye'nin kendisine özgü bir sağlık standartları seti elde edilmiş durumda. Bu kendisine özgü dört dikey, bir yatay olmak üzere ki, bu yatay da çok önemlidir. Hasta ve çalışan güvenliği eksenidir bu. Ben şu anda yalnızca dikey boyutlardan bir tanesini, indikatör yönetimindeki sağlık, bilişim veya teknolojik altyapısını anlatacağım.

Bu zorunlu olan 19 tane biliyorsunuz, bunları anlatmama gerek yok, ama en azından konunun girişi olarak anlatayım. 19 tane indikatörden 3'ü bildirimine bağlı, 16'sı da kayıtlardan alınan datalara bağlı. Biz nasıl belirlenmiş bu indikatörler veyahut kalite standartları? Zaten bunu biliyorsunuz. Bu ülkenin gerçek ihtiyacı da göz önünde bulundurularak tespit edilmiş kalite standartları ve indikatörleridir. Hastanelerde 19 haricinde, istendiği gibi kendisinin tespit edeceği indikatörler veya alt indikatörler inisiyatifi verilmiştir.

Neler yapılmış? Bunu hepimiz biliyorsunuz, ama ben hani biraz daha kaliteden uzak kişi olarak gözlemlerimden bahsedeyim. Bir kere altyapılar yapılmış, dokümanlar yapılmış. Sizler gibi, bu salon gibi, belki de sizlerin iki katı kadar insanlar eğitilmiş ve kültür oluşturulmaya başlanmış. En önemli şey bu ve en sonunda da kurumlarda da artık doktorlar dahi ki, doktorlar biliyorsunuz bu konuda çok dirençlidir bilgi almaya. Onlar dahi kalite kültürüne artık inanmaya başlamıştır.

En sonunda da kalite yönetiminde teknolojik altyapıların kurulması dedik. Burada bir soru işareti var. Ben sizlere sormak istiyorum. Kaliteciler olarak, şu andaki hastane işletim sistemlerimiz dört dörtlük, tam biz istediğimizi alıyoruz, anında online olarak alıyoruz diyen kaç kişi var? Ellerini kaldırsınlar. Peki, ben istediğimi alamıyorum, çok da uğraşıyorum, uğraşıyorum sonra alabiliyorum, ama biraz şüpheli alıyorum diyen kaç kişi var? Ellerini kaldırsın. Başkanım esasında benim sunumum bitti ya. Yani hiç kimse bilgiyi alamazken, herkes alamazken, aldığını söyleyen bir kişi yoksa demek ki bizim altyapımız pek böyle istediğimiz gibi değil şu anda.

Evet, şimdi onları tartışalım. Şimdi ben konu olarak bunu anlatacağım biliyorsunuz, ama standartlardan ayrılma şansım olduğunu, bir katalogu anlatırken standartları anlatmama diye bir şey söz konusu olamaz, çünkü bunun bir parçası. Nasıl bir parçası? İndikatör nedir? Bunları biliyorsunuz, ama ben tekrar ediyorum. Esasen sözlük anlamı gösterge. Bunu çok güzel kitaplar, çok güzel bilgi datası oluşturan, bir kere Akreditasyon Daire Başkanlığına teşekkür etmek istiyorum. Bu verilerin büyük kısmını onların web sitesinden ve kitaplarından aldım. Ben de esasında bu ara çok iyi çalıştım dersimi, onu söyleyeyim.

Bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirildikten sonra iyileşme faaliyetlerini oluşturmak için olan bir araç diye tanımlanıyor. Nedir bunlar? İşte ölçüm kültürünü geliştirmeye çalışıyoruz, analitik düşünmeyi ön plana çıkartmaya

çalışıyoruz. Neden, niçin, nasıl? İyileştirmeyi ve geliştirmeyi, sonuçta da hizmet sunumunun kalitesini. Hizmet sunumu deyince, esasen bu kaliteye işte sigmalar hep teknoloji üretim merkezlerinden çıkmıştır, hizmet sektöründen çoğunlukla çıkmamıştır. Sonra hizmet sektörlerine bu aktarılmıştır, ama bu esasında şunu bilin: Bizim hedefimiz ne kalite yapmaktır, ne bilgisayar yapmaktır. Bizim amacımız doğru, iyi, zamanında ve kimin yapacağı belli olacak şekilde tedavi etmektir. Biz tedavi etmek için bunların hepsini yapıyoruz. İyi ve doğru, zamanında ve kimin tarafından verileceği bilinen tedaviyi yapmak için bunları yapıyoruz. Bir kere bunu atlamayın. Hele o birliklerden sonra biraz daha sanki ekonomik sorunlardan, hayır bizim amacımız tedavi etmek.

Gördüğünüz gibi 10 burada var, toplam 8210 puanın 325 puanı indikatör yönetiminin uhdesinde, 19 tane zorunlu olan indikatör var. Bunları çoğunuz biliyorsunuz, ama ben yine de tekrarlıyorum. İşte ne yapılacak indikatör yönetiminde? İndikatör kartları oluşturulacak, kaynakları belirlenecek, formüller oluşturulacak, nedenler oluşturulacak, sorumlusu oluşturulacak ve kartları da bunlar olacak. Bu biraz kötü çıkmış, ama ben burada esas neyi ölçeceğimizi, kimin tarafından ölçeceğimizi. İşte gördüğünüz gibi, bu bizim esasında anayasamız demektir; şu anda kalitecilerin herhalde en önemli çıktısı şu anda Türkiye’de bu. İşte bunun en sonunda, 189. sayfası, şu anda kalite indikatörlerini ve alt indikatörlerini tartışacağız.

Gördüğünüz gibi bunların alt indikatörleri, bunlar zorunlu indikatörler. Bakanlığın ve Türkiye’deki sağlık ihtiyacının öngördüğü indikatörler, takip indikatörleri.

Şimdi teknolojik altyapıya geleceğim. Teknolojik altyapıda ne unsur var? Üç tane unsur var. Bunlardan bir tanesi, eğitilmiş insan ve yetişmiş insan gücü; ikincisi, donanım altyapısı; üçüncüsü, yazılım.

Eğitilmiş insan konusu, zaten tartışmamıza gerek yok bunu. Bu salonda eğitilmiş insanların artık Türkiye’de olduğunu ve yeterli eğitimi sağladığımız aşikâr. İkincisi de, ben yine örnek eskiden vereceğim. Server dediği zaman insanlar 2003 yılında o nedir, kimdir o, yeni mi geldi Türkiye’ye diye, tanıştı bizi dedikleri bir yönetim yapısından, şu anı tartışıyoruz. İstedığımız zaman, istediğimiz uç terminalerden ana makinelere kadar her şeyi temin edebiliyoruz. 10 sene geldiğimiz nokta budur. Bu hayal edilemezdi.

Yani bazı şeyleri çabuk unutuyoruz. 10 sene evvel bizim hastanelerimizin yüzde 5’i bile elektronik kayıt tutamıyordu, hasta kaydından bahsediyoruz. Bıraktım hasta takibini veya online demin Hocamızın dediği gibi, ateş takibini evdeki vesaireydi. Biz hastanın kaydını bile 10 sene evvel hastanelerimizin yüzde 5’inde alamıyorduk. Gerçekten altyapıda şu anda bizim isteğimizde, sorunsuz istediğimiz şekilde alabiliriz, ama bizim ne sorunumuz var? Yazılım.

Peki, yazılımla ilgili neler yapıldı, neler yapılmakta? Onları da anlatayım kısaca. Kurumlarda hastane işletim sistemlerimiz evet var, ama neye göre var? Faturaya ve Medula'ya göre var daha çok. Dokümantasyon yazılımlarımız, kalitecilerde var evet. Kâğıtlar olacağına, bir kısmını biz halen elektronik ortamda tutuyoruz. İşte yenileme durumunda, elektronik ortamda yenileyebiliyoruz vesaire, bir kısım hastanemiz de o da.

Merkezde ise, bakanlık iki sistemde kaliteye yazılım üretmiş durumda. Bunlardan bir tanesi sağlıkta indikatör yönetim sistemi, diğeri de kalite yönetim bilgi sistemi. Şimdi SİYÖS dediğimiz kalite yönetim indikatör yönetim sisteminde web tabanlı bir yazılım yapıldı ve bazı hastaneler *-ki, 19 tanesi sanıyorum, benim slâyıtında var-* pilot bir çalışma uygulandı. Burada ne yapılıyor? Hastanelerde toplanan verileri, indikatör takip verilerini kalite direktörlüğü bu sisteme manuel olarak elle giriyor, ama hangi indikatörleri? 19 indikatörden sadece 7'sini giriyor. Bu 7 indikatörle girdiği şeyi de nasıl girdiğini ben size kısaca anlatacağım müsaade ederseniz. İnşallah vakti, Mehmet Hocam zamanında kullanırız.

İşte kesici alet, bunu hepiniz biliyorsunuzdur. Bunu da göstermek istiyorum. Bunları tek tek giriyor arkadaşlarımız, böyle formlar oluşturuluyor. Delici aletleri de zaten çoğunlukla bildirim konusunda sıkıntılar var, onları anlatacağım ve bunları sonra istatistik yapıyorlar, oranlıyorlar elle *-çoğu hastane için söylüyorum-* bunları giriyorlar. Esasen en büyük sıkıntıyı kim yaşıyor? Bizim gibi yöneticiler yaşıyor.

Ben çok merak ediyorum, bir daha soracağım. İçinizdeki yöneticilere, bizim kalitede elemanımız eksik değil, tam diyen bir kişi var mı? Peki, tam tersini söyleyeyim; biz kalitede çok azız, bu kadar iş yükünü biz kaldıramıyoruz, sayın başhekimim lütfen bize bir eleman daha verin diyen var mı? Burada sorun da anlaşılmiş. Bu kadar iş yapılıyor, gerçekten de müthiş işler yapıyorsunuz. Yani iğneyle kuyu kazıyorsunuz.

Peki, sonuç ne oluyor? Bunları giriyorsunuz. Bunları ayrıntılı anlatabilirim, örnek de vereceğim; bunları hepimizin düzeltmesi lazım. Mesela düşme endeksi diyoruz, iki tane endeks kullanıyoruz ve endekslerden bir tanesi yüksek risk, normalde İngilizcesinde, bir tanesi orta risk, bir tanesi düşük risk, bir tanesi risksiz diyor. Biz ne yapıyoruz bu formlarda veya bildirimlerde? Düşme riski var mı yok mu? Bu kadar. Bütün hastaları ölçüyoruz, bütün hastalar içinde düşme risk oranı ne kadardır onu bilmiyoruz. Mesela bunları bilmemiz lazım. Onun için bu konuda bizim hepimizin yeniden bu konuya önem vermemiz gerekiyor.

Bu da girdiğiniz ekran. Şimdi ilk sonuçların raporu yayınlandı. Bu konuda gerçekten çok özverili çalışmalar var. Ben size bir örnek vereceğim. Bakın, bir eleştiri algılamayın lütfen. Çünkü bu emekler, bu mantığın oluşturulmasıdır bu. Bu tabii ki hatasız olmayacak veya kötü. Bunları görelim diye zaten yapılmış şeyler, ama

size bir şey soracağım. 2012 senesinde hiç yaralanmış doktor yok mu bu ülkede, 19 hastanede? Ne bistüriyle yaralanmış, ne koterle yaralanmış, ne enjektörle yaralanmış hiçbir doktorumuz yok arkadaşlar. Bu sizin kabahatiniz değil, bizim de kabahatimiz. Kalitecilerin hiç değil, bunu bilin. Bu kalitecilerin olayı değil arkadaşlar. Bu nedir? Ben size onu da söyleyeceğim.

Bir de kalite memnuniyet anketleri. Valla ben kalitecilere hayran kalıyorum, neden diyeceksiniz. Bunları biliyorsunuz hepiniz. Peki, bu personel memnuniyetlerini girerken mesleği, görev tanımı farklı olan, işte dahiliye uzmanı var, hariciye uzmanı var tanımları farklı. Demek ki ne olmalı? Bizim ÇKYS'yle de adapte olmamız lazım, standart bir terminoloji kullanmamız lazım.

Şimdi yeni yapılanma çıktı, mesleğimiz nedir? Bunu hepiniz dolduruyorsunuz. Mesleğim ne diyen var? Sizler iyi biliyorsunuz bunları büyük ihtimalle anlatıyorsunuzdur. Demek bunları standardize edeceğiz.

Ne diyor bakanlık, daha doğrusu Kalite Daire Başkanlığı? Elde edilen veriler doğru değilse, yapılacak olan analiz ve değerlendirme hatalı olmakla birlikte, yanlış kararların alınmasına yol açabilir bir; iki, indikatör yönetiminde hastane bilgi yönetim sisteminden azami derecede faydalanılması gerekir. Demin o el kaldırımanızda gördük. Üç, sonuçların ilgili sağlık çalışanıyla paylaşılması gerekir; dört, indikatör yönetimi sadece veri toplamak değildir. Bakın, sadece veri toplamak değildir. İnsanların farkındalığını ve öngörülerimizi de yapmamız lazım, bu indikatör topladığımız verilerle. Veri kalitesi doğruysa, ortaya çıkan sonuçlar gerçek anlamda hedefin neresinde olduğunu göstermesi için çok önemlidir.

Neymiş veri kalitesini etkileyen unsurlar? Onlara da bakalım, madem veri kalitesini tartışıyoruz biraz. O da şu: Personelin uyumu, verilerin formülü, bunların hepsi bir şekilde bizler tarafından halledilmiş durumda, ama şu esas standart terminoloji ve bilgi sistemlerinin uyumu ve varlığı maalesef sorunlu olmaya devam ediyor.

Şimdi merkez teşkilatında kesinlikle acil bir kalite yönetim yazılımına ihtiyaç vardır. Bu yazılım kalite indikatörlerini, memnuniyet sistemini değil, bütün halinde kaliteyi yönetecek bir sistem olmalı. Aynı zamanda ulusal veri sözlüğümüze, gerektiği zaman ÇKYS'ye, sağlık nete, Medula'ya adapte olacak ve aynı dile konuşacak tanımlar. Çünkü bilgisayar sistemi şöyle bir şey değildir. İşte kalçasında yaralama var bir taraf yazarken, diğeri de uyluğunda yaralanma var diye yazarsa, bunların ikisi aynı şey ya, ben birleştireyim diyecek bir bilgisayar yok. Onun için onların aynı söylenmesi lazım ve aynı terminoloji kullanılması lazım. ÇKYS'de bir aynı terminoloji kullanılması lazım. Bunların hepsinin bir araya gelmesi lazım.

Başka bir şey daha söyleyeceğim, bu biraz ileride olacak, ama terminoloji ve sistem bakanlık yapılanması uygun olmalı bu yazılımı, ama benim kişisel kanaatim

bu, bunu yanlış anlamayın. Bence bakanlığın veya teşkilâtların kalite standartlarına göre yapılanması gerek. Evet, bundan sonra böyle olmalı.

Şimdi taşra teşkilâtına geleceğiz. Taşra teşkilâtında neler var, neler yapmalıyız? Aynı şekilde, kalite sistem yazılımlarına ihtiyacımız var. Bizim mantığımız bu saatte, 2010'lardan sonra artık nasıl fatura basarım, nasıl çok hasta bakarımdan çok, nasıl bu hastayı iyi ve standart tedaviye ulaştırırım, nasıl hasta güvenliğini sağlarım, nasıl çalışan güvenliğini sağlarım, nasıl yalını sağlarım olmalı?

Bunun öncülülerinin sizler olduğunu düşünüyorum. Onun için bizim yazılımcılardan bahsediyorum, bütün yazılım firmalarına şunu söylüyorum ve sizlere de: Artık biz nasıl faturayı basarıyla beraber, nasıl bu yazılımları kalite standartlarına uygun hale getiririz veya kalite yazılımları nasıl oluştururuz bakmamız gerektiğini düşünüyorum.

Daha doğrusu esasında, bizim kendimizin bu eksikliğini görerek çalışma yaptığımız, eğer buradan bağlanabilirsem bir kalite yönetim yazılımımız var. Bir süre denedik, ama bundan sonra geliştirme bana ait değil. Çünkü ben tıbbi hizmetler başkanı olarak hastanelerin birebir içine girmiyorum, ama hastanelerde geliştirilmesi gerek. Şöyle bir şey söyleyeyim; cihaz, demirbaş, personel hepsinin haberi olacak, onlarla haberleşecek bir yazılı geliştirmemiz gerekiyor. Biz bir yazılım geliştirdik, ama bu yazılım daha başlangıç aşamasında. Şu anda buna inşallah girebilirim online olarak.

Bu yazılım, cihaz mesela ameliyathanede bir koter doktorun elini yaraladı. Belki hep o koter yaralıyor biliyor musunuz? Bilmiyorsunuz. Bunun ÇHYS'de, MKYS'den demirbaşının da o yazılımda bilinmesi lazım. Onu oradan online girmesi lazım kişinin. Baktı ki o cihaz devamlı yaralıyor, demek ki bu cihazda sorun var, doktorlarda değil, anlatabiliyor muyum? Biz bunları düşünmemiz lazım. Onun için hepsi olması lazım.

İki dakika Mehmet Hocam vaktinizi alırsam, şuradan birkaç kısmı göstereyim eğer açılırsa, internetimiz biraz yavaş. Gördüğümüz gibi hem doküman sistemi olacak, hem memnuniyet takip sistemi, hem tıbbi cihaz yönetim sistemi olmalı, düzenleyici önleyici faaliyet olmalı. Çünkü eğer siz hatalarınızı geri bildirim olarak alıp da, bunları takip ve düzeltmezseniz, kalitenin bir anlamı kalmaz veya hasta güvenliğinin bir anlamı kalmaz.

Evet, sonuçta benim söylediğim şu: Günümüzde kalite standartlarında teknolojik altyapının, özellikle de yazılımın güçlendirilmesi bundan sonraki hedeflerimizin en öncesi olması gerek. Çünkü artık bizlerde, benim çocuklarım bile tatilde bilgisayarla oynuyor gördüğümüz gibi. Onun için de biz bu bilişim teknolojilerini kalitenin içinde daha çok yer aldirtmalıyız ve bunu iş yükü, veri güvenliği anlamında da sağlamamız için bu şart diye düşünüyorum, hepimize saygılar sunuyorum.



## Sağlıkta Ölçüm Kültürü için İndikatör Yönetim Modeli

**Uzm. Dr. Dilek TARHAN**

*Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*

Sayın Başkan, kıymetli misafirler, hepimizi saygıyla selamlayarak başlıyorum konuşmama.

Ölçüm kültürü ifadesini bundan yıllar önce Sayın Oturum Başkanımız Dr. Mehmet Demir Beyden duymuştum ilk defa, ölçüm kültürü ifadesini ve bu konuya dikkatimizi çekmişti. O günden bugüne de ölçüm kültürünün ne anlama geldiğiyle ilgili kafamızda her geçen gün daha net bir yer ediniyor ve o günden bugüne gerçekten bu konuyla ilgili farkındalığımız, bilgi ve tecrübemiz de arttı diyebilirim.

Tabii ölçüm aslında sadece sağlıkta değil, her türlü pozitif bilimin, her hizmet alanının sorunu bugün. Herkesin derdi diyebiliriz. O nedenle gerçekten ölçüm kültürü bakış açısını ülkemiz olarak tüm alanlarda geliştirmemiz gerektiği kanaatindeyim.

Neden ölçmek bir kültür işidir, neden böyle bir kültür diye ifade ediyoruz? Aslında her ne iş yaparsanız yapın, bugün bulunduğunuz noktayı, bu noktaya nereden geldiğinizi ve nereye varmak istediğinizi ya da hangi noktaya yol aldığınızı, nereye doğru yol aldığınızı görebilmek için ölçmek zorundasınız. Bu nedenle aslında somut verilere dayanarak konuşma işidir de diyebiliriz ölçüm kültürü için.

Ölçmeye ve verilere dayanarak konuşmaya duyulan ihtiyacın gelişmesi, akabinde de bunun sürekli bir davranış biçimi haline dönüştürülmesi ve bir profesyonel sürecin parçası halinde gelmesi gerekir aslında, ölçüm kültürünü oluşturmak noktasında yapmamız gereken ilk şey. Tabii kalitenin de en temel unsuru ölçüm kültürü, ama sadece birtakım kalite standartlarının ve kurallarının istemesi sebebiyle değil, ifade ettiğim gibi gerçekten profesyonel bir yönetim sürecinin bir parçası olarak görmek ve o şekilde bunun bir unsuru olarak hareket etmek, o şekilde kabul etmek gerekiyor bu meseleyi.

Şimdi ölçme ve sonuçları değerlendirme kavramını biraz daha somut ifadelerle açmaya çalışacağım. Bunu gözden geçirecek olursak; ölçme ve değerlendirme bize hangi noktalarda fayda sağlıyor? Öncelikle kendimizi, kurumumuzu izlememize, daha sağlıklı düzgün doğru planlar yapmamıza yarıyor. Kendimizi başkalarıyla, kurumumuzu başkalarıyla kıyaslama imkânı sağlıyor. Doğru politikalar belirlememizi sağlıyor ve hesap verebilir olmamızı sağlıyor. Tabii bütün bunlar da, yaptığımız işin niteliğini arttırmamızı, kalitemizi geliştirmemizi sağlıyor ve dolayısıyla da bizi başarıya götürüyor.



Aslında başarı bir anlamda ölçüm kültürünün sonucudur diyebiliriz. Biz ölçerek başarı düzeyimizi belirliyor ve başarıya bir değer atfediyoruz bu şekilde. İstedığımız hedeflere ulaşmamıza yol açıyor.

Şimdi bu slâyтта da başarıyı hangi düzeylerde kategorize edebiliriz ya da hangi kademelerde değerlendirebiliriz? Onunla ilgili birkaç hususa değinmek istiyorum. Başarı yerine ölçüm de diyebilirdik burada, ama başarı dediğimizde hangi düzeylerde başarıyı değerlendiriyoruz? Öncelikle bireysel olarak başarıdan bahsedebiliriz. Sağlıkla ilişkilendirecek olursak, doktorların, hemşirelerin, sağlık çalışanlarının yaptığı işin sonuçlarıyla ilgili başarılarından bahsedebiliyoruz. Bugün artık geldiğimiz noktada doktorların uyguladıkları tedavilerin sonuçlarının başarısından tutun, klinik kanıta dayalı uygulamalar yapıp yapmadıklarına dair verilere dayanarak başarılarını ölçebiliyoruz.

Aynı şekilde bölüm bazında, klinik, servis, yoğun bakım ünitesi, acil servis ve saire, bölüm bazında başarıyı değerlendirmemiz mümkün oluyor. Belki burada, belki değil mutlaka süreç başarısını da eklememiz gerekirdi. Burada eksik olan bir nokta bence, şimdi dikkatimi çekiyor. Süreç bazında başarıdan da bahsedebiliriz. Herhangi bir tedavi süreci, tanı süreci, sağlıkla ilgili olarak kurumlarımızda yaşadığımız.

Yine yönetim performansı, yönetici performansından bahsediyoruz, kurumsal performanstan bahsediyoruz. Bunlar belki çoğu noktalarda çakışmakla birlikte, farklı olarak da ele alınabiliyor. Bunların başarısını ölçebiliyoruz. Bölgesel düzeyde, ulusal düzeyde, sağlık hizmetlerinde başarıdan bahsedebiliyoruz, ölçümler yapabiliyoruz; özellikle toplum sağlığı alanında. Bunu dünyayla paylaşıyoruz, dünya da bunu yine bizimle paylaşıyor, evrensel düzeyde dünyada sağlık hizmetinde gelinen noktayla ilgili çeşitli başarıları ölçebiliyoruz.

Neden bu kademelerden bahsettim? Aslında sunumumun devamında bahsedeceğim, sağlıkta indikatör yönetim sistemi modelinin son hedeflerinden, yani ilerideki hedeflerinden yola çıkarak bunları söylüyorum. Çünkü sağlıkta indikatör yönetimi sistemi modelinin asıl amacı; işte tüm bu kademelerde başarıyı değerlendirmek, tüm bu kademelere de katkı sağlamak başarının değerlendirilmesi noktasında. Çünkü şu anki haliyle, belki daha dar kapsamlı, daha kurumsal bazda ya da bölüm bazında kalmış gibi görünse de, asıl hedefi bu noktada. Bundan sonraki konuşmaları da bu yönde bakmanızı arzu ediyorum.

Şimdi bu modelin asıl kaynağından biraz bahsetmek lazım. Kemal Hocamla çok hoş bir tevafuk oldu gerçekten, pek çok noktada sunumlarımız çakışıyor ya da birbirini tamamlıyor. O anlamda ben gerçekten memnun oldum. Hatta bazı noktalarda bana cevap hakkı da doğru, arada onları da ifade etmek isterim. Sağlıkta kalite standartları dediğim gibi, aslında bu indikatör yönetim sistemi modelinin,

bugün bahsedeceğimiz modelin ana kaynağı. Şimdi SKS’de ölçme ve değerlendirme aslında SKS’nin zaten temeli. SKS kendisi bir ölçme ve değerlendirme ve iyileştirme aracı.

Bununla ilişkili olarak net olarak ortaya konan SKS’de ifadeler neler? Şöyle kısaca onlara bakmak istiyorum. Bildiğiniz gibi öz değerlendirmeler var SKS’nin içinde. Öz değerlendirmeler kendi başına bir ölçüm aracıdır. Görüş ve öneriler, hastaların, hasta yakınlarının, çalışanların görüş ve önerileri, yine bir geri bildirim ve ölçüm aracıdır kurumlar için, memnuniyet ölçümleri yine aynı şekilde. Dış değerlendirmeler, Bakanlık tarafından yapılan dış değerlendirmeler, il koordinatörlükleri tarafından yapılan değerlendirmelerde, kalite ölçüm ve değerlendirme ve iyileştirme araçlarıdır. İndikatörler öyle, detaylı olarak bahsedeceğiz. Bunun dışında tabii rutin yapılan gözlemler, hastanede çeşitli alanlarda yapılan tatbikatlar vesaire, bütün bunlara yönelik yapılan düzeltici-önleyici faaliyetler, hepsini bu kategoride ele almak mümkün.

Tabii kalite ölçme ve iyileştirmede en önemli araç indikatörler. İndikatör kapsamında değerlendirdiğimiz araçlar. İndikatörün tanımından Kemal Hocamda bahsetti. Bizim veri kaynağımız aynı olduğu için, tanımlarımız da o nedenle aynı. İndikatör bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesiyle, o konuda iyileştirme faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan bir araçtır diye ifade ediyoruz. Gerçekten indikatörlerin önemi ve farkı sayısallaştırılması ve somut hale getirilebilmesinden kaynaklanıyor. Verileri mümkün olduğunca somut halde değerlendirmemiz gerekiyor.

SKS’de indikatörler çeşitli alanlarda var, ama özellikle indikatör yönetimi boyutunda 19 indikatörümüz var bildiğiniz gibi. Diğer bölümlerde de çeşitli bölüm ve kurum hedefleri, enfeksiyon surveyansı, el hijyenine uyum oranı gibi çeşitli bölümlerin içinde yedirilmiş indikatör vasfında standartlar da mevcut.

SKS indikatör yönetiminden bazı örnekler, o 19 indikatörden bazı örnekler burada görüyorsunuz. Şimdi bu indikatörlerden yola çıkarak, bunlardan 7 tanesi, 6 tanesi indikatör yönetimi sistemi boyutunda olmak üzere, 1 tanesi de standartlardan olmak üzere 7 tane indikatörle ilgili olarak başlattığımız web tabanlı bir veri toplama ve analiz aracı oluşturduk bildiğiniz gibi; sağlıkta indikatör yönetim sistemi. Sağlıkta indikatör yönetim sisteminin linkini görüyorsunuz, buradan ulaşmanız mümkün.

Sistemin işleyişiyle ilgili kısaca bahsedeceğim, ama asıl burada bugün konuşmak istediğim, sistemin geleceğiyle ilgili hedefler. Bugün burada belki sistemi çok yakından bilmeyenler varsa kısaca yaptığımız çalışmalardan da bahsedeceğim, ama çalışma şekli sistemin, biraz Kemal Hocam da değinmişti, kurumlar düzenli

aralıklarla yılda dört dönemde belirlenen verileri, belirlenen metotlarla toplayarak ki, bu metotları biz belirledik, standardize hale getirdik web sistemine giriyorlar.

Sonuçlar başkanlık tarafından her dönem analiz ediliyor ve her dönem kurumların indikatör sorumlularıyla toplantılar, çalıştaylar yaparak sonuçları tartışıyoruz. Gerçekten bu tartışmalardan da biraz bahsedeceğim, çok fayda görüyoruz sistemin geliştirilmesi açısından.

Şimdi indikatörler gördüğümüz gibi, ilk etapta bu indikatörlerle başladık ve kurumlardan bunlara yönelik veri topluyoruz. 19 kurumumuz da burada görülüyor. Kamu ikinci ve üçüncü basamak hastaneler, özel hastaneler ve üniversite hastanelerinden oluşuyor. SİYÖS'ün bilgi güvenliği politikasından mutlaka bahsetmek gerekiyor. Çünkü bu işin temelinde kurumların sağladıkları hasta bazlı veya kurum bazlı bilgilerin mutlaka güvende olduğunu ifade etmemiz, bunun garantisini de bizim daire başkanlığı olarak vermemiz gerekiyor. Bununla ilgili politikamız da çok net.

Bakanlıkça kurumlara özgü kodlar belirledik. Bu kodlar üzerinden bütün analizleri yapıyoruz. Kurumlarla da bu şekilde paylaşıyoruz ve kurumlardan da bilgi güvenliğini konusunda son derece dikkatle olmalarını ve hastaların bilgilerine de bu araştırma amacıyla ya da bu çalışma amacıyla ulaşacak kişilerin yetkilerinin çok net olarak tanınması gerektiğini söylüyoruz. Bu şekilde çalışmalarımızı kurguladık.

Sistem bize neler sağlıyor? En azından kısa vadede, şu aşamada neler sağlıyor? Kurumların kendi sonuçlarını diğer kurumlarla karşılaştırması, kıyaslaması imkânını sağlıyor. Özellikle yaptığımız toplantılarda, çalıştaylarda iyi uygulamaların paylaşılması noktasında çok fayda sağlıyor. Herhangi bir indikatörle ilgili yaptıkları düzeltici önleyici faaliyetleri ya da veri toplamada edindikleri deneyimi kurumlar birbirleriyle paylaşarak, birbirlerine katkı sağlıyorlar.

Birlikte öğrenmekten büyük bir keyif duyuyoruz hep birlikte ve bu yönde yarar sağlıyoruz. Bakanlık tarafından tabii biraz uzun vadeli bir hedef, ama bu bakanlık tarafından genel resmin görülmesi açısından çok önemli ve gerekli iyileştirmeleri ulusal düzeyde de belirleme şansını elde ediyoruz böyle bir sistemi kullanarak.

Kurumlardan hastane tanıtım kartıyla, yani web sistemi üzerindeki bu form ile kurumlara ilişkin birtakım detaylı bilgileri de aldık. Ayrıca örnek olmak üzere, her bir indikatörle ilgili bir form var. İndikatörle ilgili, indikatörün analiziyle ilgili elde etmemiz gereken verileri de burada belirledik. Kurumlar burayı doldurarak sisteme giriş yapıyorlar.

Çalıştaydan bahsetmiştim, ikinci çalıştayı Mart ayında yapmıştık. Burada kurumlar dediğim gibi, bilgi ve deneyimlerini paylaştılar ve gerçekten çok güzel so-

nuçlar ortaya çıktı. Her indikatörle ilgili sunumlar yapıldı ve üzerinde tartışmalar yapıldı, veriler tartışıldı, düzeltici-önleyici faaliyetler tartışıldı.

Şöyle bir genel olarak sonuçlara bakacak olursak detaylarına girmeden; indikatörlerle ilgili olarak katılım oranları oldukça iyiydi, yüzde 95'in üzerinde bir başarı elde ettik indikatör verilerini toplamakta. Ama gördüğümüz gibi bazı indikatörlerde verinin toplanmasının zorluğundan kaynaklanan bir veri toplamada eksiklik, azalma görüyorsunuz. Bununla ilgili düzeltici-önleyici faaliyetler de biz bakanlık olarak ve kurumlar olarak planlıyoruz ve bu alanlardaki veri toplama noktasında da gelişme sağlayacağız inşallah.

Burada görüyorsunuz, en yüksek veri toplama oranına sahip indikatör kesici-delici alet yaralanmaları. Bu konuyla ilgili kültür gerçekten uzun süredir bu konu gündemimizde olduğu için, kurumlarımızın gündeminde olduğu için gelişmiş gibi görünüyor, bildirim oranları da yüksek. Bu nedenle veri toplama oranımız da yüksek, ama sitolojik patolojik tanı uyum oranında, bu noktada veri toplama noktasında sıkıntılar yaşıyoruz. Onun için şöyle kısaca onunla ilgili verilere değinmek istiyorum.

Gördüğümüz gibi üçüncü dönemdeyiz veri toplama ve analiz aşamasında ve üçüncü dönemde oldukça bir ilerleme görüyoruz; uyum oranları ve hedef değerlere ilişkin. Veriler toplandıkça, sonuçlar değerlendirildikçe, buna ilişkin iyileştirme faaliyetlerinin yapıldığı ve düzeltici-önleyici faaliyetlerle durumun iyileştiğini görmek mümkün. Sitolojik patolojik tanı uyum oranında en uyumsuzluk görünen doku tiroit bezi olarak görülüyor. Bu da ilginç bir bilgi ve bir temsiliyet söz konusu olduğunu düşünürsek, tüm kurumlarımızda da bu şekilde olduğunu öngörmemiz mümkün.

Belirlenen hedef değerlere ulaşım oranını görüyorsunuz. Bu noktada analizleri yapıyoruz. Hedef değerleri belirleme noktasında kurumlarımızın zaman zaman sıkıntılar yaşadığını görüyoruz. Bununla ilgili çalışmalar yapıyoruz. Bir de yoğun bakım bası ülseri oranını örnek olarak vermek istedim. Daha klinik bazda hasta bakım odaklı bir indikatör olduğu için. Bu da ilgi çekici olabilir diye. Ortalama hedef değerler ve uyum oranlarıyla ilgili olarak gördüğümüz gibi bası ülseri oranında oldukça ilerleme kaydetti kurumlar, ilk dönemden bugüne kadar. Gerek hastaların ölçekle değerlendirilmesi, skorlanması, gerekse bası ülserine yönelik alınan önlemler noktasında ciddi bir bilgi paylaşımı oldu ve kurumlar da bunları uyguladılar. Bası ülserinin en sık geliştiği anatomik bölge, literatürle eşdeğer olarak, literatüre benzer şekilde burada da sakrumda ortaya çıktı. Kullanılan ölçek türlerini böyle değerlendirdik, yine hedeflere ulaşım değerleri.

Şimdi yeni indikatörlerden bahsetmek istiyorum kısaca. Bu aslında dünyada uygulanan pek çok indikatör var. Özellikle klinik alanda uygulanan, klinik tedavi-

lerin başarısı ya da kanıta dayalı uygulamaların yapılıp yapılmadığıyla ilgili dünyada pek çok uygulama var. İndikatörler takip ediliyor. Bu sadece bir örnek, henüz üzerinde hemfikir olduğumuz bir liste de değil, ama sadece fikir vermesi amacıyla koydum. Bundan sonraki süreçte indikatörlerin zenginleştirilmesi kesinlikle esas indikatör yönetim sistemi modeli içinde, SİYÖS içinde.

Bunun devamına geçmeden önce, Kemal Hocam şeyden bahsetmişti; kesici-delici alet yaralanmalarında bir grafik gösterdi rehberden. En son yapılan 2012 dönemiyle ilgili yayınlanan rapordan. Aslında zamanımız olsa, belki orayı açıp tekrar gösterebilirdik, ama üzerinden şöyle bir bilgi vermek ihtiyacı hissettim. Oradaki değerleri, biz verileri alırken kesici-delici alet yaralanmalarında en sık yaralanmanın meydana geldiği meslek grubu olarak alıyoruz veriyi. Yani sayısal olarak almıyoruz, kurumlardan şunu istiyoruz: Sizin kurumunuzda en sık hangi meslek grubu kesici-delici alet yaralanmasına maruz kalıyor? Bu bilgiyi bize veriyorlar. O nedenle orada doktor görünmüyor. Aslında o kurumlarda hiç doktorun bildirim yapmadığı anlamına gelmiyor o veri. Sadece o kurumlardan biz veriyi o şekilde istediğimiz için, kurumların çok büyük bir kısmında hemşireler görünüyor kesici-delici alet yaralanmasına maruz kalan meslek grubu olarak.

Şimdi SİYÖS'le ilgili olarak orta vadeli ve uzun vadeli hedefler nelerdir? Bunlarla sunumumu kapatmak istiyorum, konuşmamı bitirmek istiyorum. Aslında orta vadeli değil de, kısa veya orta vadeli diye ifade etmek de mümkün. Gerçekten SİYÖS'le ilgili olarak bahsettiğim gibi, başlangıçta da söylediğim gibi, aslında SİYÖS şu anda dar kapsamlı gibi görünse de, ileride bununla ilgili kalite yönetim sisteminin çok önemli bir parçası, bir unsuru olacak şekilde geliştirmeyi planlıyoruz. Tabii ki tüm kurumların sürece dahil edilmesi gerekiyor; bu sağlıkta indikatör yönetim sistemi modeli içinde.

Farklı yapıdaki kurumlara yönelik indikatör setleri geliştireceğiz, farklı kliniklere yönelik indikatör setleri geliştireceğiz, farklı süreçlere yönelik belki indikatör setleri geliştireceğiz; mümkün olduğunca manüel veri girişinin azaltılması esas. Sayın Başkanımızın da söylediği gibi, mümkün olduğunca iş yükünü azaltacak şekilde, hem kalite çalışanlarına, hem de klinisyenlere manuel veri girişini mümkün olduğunca azaltacak şekilde kurgulamamız gerekiyor.

Mutlaka ve mutlaka farklı bilgi sistemlerinden veri elde etmek gerekiyor. Kemal Hocamın da bahsettiği gibi, işte ÇKYS'den, Medula'dan, sağlık netten, öncelikle TİG'den, aslında TİG bu iş için gerçekten çok uygun bir bilgi sistemi. Bunlardan veri elde eden, ama kalitenin ölçülmesine yönelik veri elde eden bir veri havuzu oluşturmak aslında amacımız ve bunların analizine olanak tanıyan, mümkün olduğunca çok noktadan elektronik bilgiyi toplayıp, gereken noktalarda manuel ya da farklı bilgileri de elde eden bir veri havuzu. Bu veri havuzundan analizler elde

etmeye uygun bir sistem kurgulamak amacındayız. Sağlıkta indikatör yönetim sisteminin asıl hedefi bu.

Kurumların bilgi paylaşımını sağlama noktasında gerçekten çok önemsiyoruz ve buna ilişkin çalıştaylar, tüm kurumları sürece dahil ettikten sonra belki sadece buna yönelik kongreler düzenlenebilir, sadece buna yönelik oturumlar düzenlenebilir. Bu konudaki bilgi paylaşımının çok faydalarını gördük çünkü çalışmalarımızda.

Burada esas noktalardan birisi de, tabii sistem bu kadar geliştikten sonra ve tüm kurumlar sürece dahil edildikten sonra, veriyi elde edeceğiz, gelen verilerin doğruluğu bizim için önemli hale gelecek. Bilginin valide edilmesine yönelik bir yapının da oluşturulması gerekecek.

Bu nasıl olacak? Randomize yapılan değerlendirmelerle olabilir ve kurumlara gidilip kurumlarda yerinde yapılan doğrulama değerlendirmeleriyle olabilir. Mutlaka buna ilişkin, gelen verinin doğruluğuna ilişkin validasyon yapısını da ortaya koyması gerekiyor.

Aslında uzun vadeli hedeflerden cümlelerin arasında bahsettim, ama özellikle elektronik bilgi sisteminden maksimum faydalanmak durumundayız. Gerçekten konuşmacılarımız da bu konuda detaylı bilgiler sundular. Elektronik bilgi sistemi bizim için esastır ve bütün sistemi onun üzerinden kurgulamak durumundayız ve kurumlarımızda da bu sistemlerin en üst düzeyde geliştirilmesini sağlamak durumundayız.

Kaliteli hizmet sunumu için fayda sağlayacak etkin bir indikatör yönetim sistemi modeli ortaya koymak, tabii ki temel hedefimiz bu son noktada. Son olarak da şunu söylemek istiyorum: Bütün Avrupa ülkelerinde hemen hemen uygulanıyor, dünyada uygulanıyor. Süreç içinde biz de artık standardize edilmiş metodolojiler yoluyla veri toplayarak, sonuçlarımızı ortaya koyarak kamuoyuyla paylaşabilir hale gelebiliriz ilerleyen süreçte. Ama tabii bunun için gerçekten tüm kurumların aynı metodolojilerle, aynı standardize yöntemlerle, aynı elektronik bilgi sistemi altyapılarını kullanarak verileri elde etmesi ve sonuçlarını ortaya koyması, bu şekilde de kamuoyuyla paylaşabilmesi lazım. O zaman işte kamuoyu önünde kıyaslamalar yapmak, rekabet ortamını daha da geliştirmek mümkün olacak; sonuçta hepimizin hedefi, gerçekten kaliteli başarılı sağlık hizmeti sunumuna ulaşmak.

Beni dinlediğiniz için çok teşekkür ediyorum, iyi günler diliyorum.



# Yönetimin Bam Teli: Acil Hizmetler

## ■ Oturum Başkanı - Dr. Abdullah ÖZTÜRK

*Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanı*

## ■ Yrd. Doç. Dr. Mücahit AVCİL

*Adnan Menderes Üniversitesi*

Acil Servislerin Yapılanması ve İşleyişi

## ■ Dr. Ali Süha BİNGÖL

*Çukurova Dr. Aşkım Tüfekçi Devlet Hastanesi*

Acil Hizmet Başarısının Yönetime Yansımaları

## ■ Uzm. Dr. Mücahit KAPÇI

*Isparta Devlet Hastanesi*

Acil Servis Sorunları ile Başa Çıkma Stratejileri

## ■ Prof. Dr. Erol ÖZMEN

*Celal Bayar Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

Acil Servislerde Hasta ve Çalışan Psikolojisi





## Acil Servislerin Yapılanması ve İşleyişi

**Yrd. Doç. Dr. Mücahit AVCİL**

*Adnan Menderes Üniversitesi*

Herkese merhabalar. Ben Adnan Menderes Üniversitesi Aydın'da, acilden Yrd. Doç. Dr. Mücahit Avcil. Konumuz acil yapılanması ve işleyişi. Ben hem üniversitede, hem eğitim araştırmalarda, hem de devlet hastanesinde çalışmış bir acil tıp uzmanıyım. Kendi perspektifimden konuyu anlamaya çalışacağım.

Planımız bu şekilde, önce kısaca acil nereden geliyor, ne zaman başladı, insanlar acile ne zaman ihtiyaç duydu? Ondan bahsedeceğim. Daha sonra acil tıp sisteminde iki ana model var aslında dünyada, çok kısa bundan bahsedeceğiz. Daha sonrasında acil servis, acil kliniği nedir? Bu ana modellere binaen bunlardan bahsedeceğim. Türkiye'deki acil servisleri anlatacağım, dünyadan birkaç tane örnek vereceğim. Daha sonra Türkiye'ye uymayan işleyişler, Türkiye'deki yanlış acil kültürüne örnekler ve en sonunda size hayallerimi anlatacağım.

Acille ilgili ilk veriler 1911 yılında bir genel cerrah kendisine bir yer açmış, yanına bir hemşire bulmuş. demiş ki, ben böyle kritik acil olan hastalara bakacağım, ilk orada veri var benim bulabildiğim. Acil tıbbın asıl başladığı tarihler 1960 yılları. Bu tarihten itibaren insanlar, bir uyanış başlamış. demiş ki, bir eksik var tıp sisteminde. Vietnam Savaşı ile de acil tıp doğmuş. Amerika'da şöyle bir olay olmuş. Vietnam'daki bir askere, Amerika'daki sokaklarda ölen birisinden çok daha hızlı müdahale edildiğini, onun yaşama şansının çok daha yüksek olduğunu beyan eden bir deklarasyon çıkmış. Bu deklarasyondan sonra da acil sistematiki kurulmaya başlanmış.

Türkiye'de işte hızır acil ve acil servisler şeklinde başladı. 1993 senesinde Dokuz Eylül Üniversitesinde ilk acil tıp uzmanlığı programı başladı. 1997 senesinde de ilk uzmanları vermeyi başladık.

Şimdi iki tane ana model var. Bunlar Anglo-Amerikan modeli ve Franco-Germen modeli. Aslında hepsini de biliyorsunuz. 1990'lı yıllarda, biz işte biraz Anglo-sakson modeline geçmeye başladık. Eskiden daha çok cerrahi dahili aciller şeklindeydik. Yani Franco-Germen modelindeydik, daha sonra Amerikan modelini örnek aldık.

Tabii acil tıp sistemi skandallarla dolu bir sistem; bunda uzmanlaşmazsanız, skandallar devam eder. Benim şöyle bir tahminimi var. 20 yıl öncesindeki hasta bakım kalitemizi, şu an yapmaya kalksak, davadan, medyadan, medyadaki olaylardan geçilemez diye düşünüyorum. Tabii ki o zamanın şartları içinde bu doktor arkadaşlarımız, sağlık çalışanlarımız en iyi hizmeti veriyorlardı kendi çaplarında.

Şimdi Anglosaksonlar diyor ki, hastayı ambulansla gidin kapın acile getirin. Franco-Germen modeli de diyor ki, orada önce bir müdahalesini yapalım, ambulanslarımızı neredeyse hastane gibi dizayn edelim. Orada olabildiğince çok müdahale yapalım, ondan sonra hastaneye öyle taşıyalım. Yine Anglosakson modelinde acil uzmanlara acil kliniği modeli var. Franco-Germen modelinde de dahili ve cerrahi birimler modeli var.

Amerika Birleşik Devletlerinde 100 milyon insan yıllık acil servislere başvuruyor. Amerikanın nüfusu 250 milyon civarında. 5 bin tane acil servisi var, 25 bin tane acil doktorları var, her sene de 800 acil uzmanı mezun ediyorlar. Şimdi bizim bu modellere bakarak, Türkiye'deki modele uyarladığımızda, bir acil servis var, bir de acil klinikleri var. Acil servislere hastanenin ortak kullanım alanıdır. Kendi hastası, karar ve işlem yetkisi yoktur. Tam olarak bir branş değildir. Baktığında 24 saat çalışırlar, personel mutsuzdur, yönetimdeki değerleri biraz daha düşüktür şeklinde özetlenebilir.

Acil kliniği, ise bir branştır bizim gözümüzde. Karar ve işlem yetkisi vardır. Bakar ve inceler tedavi eder. Bazen tedavi edip, kendisi taburcu eder. Seçkin ve güçlü bir personel buralarda bulunmasını istiyoruz. Yani buralardaki bazı acil kliniklerindeki personel biraz daha onur duyabilir. Ben hani sürgün yerinde değilim, ben onurlu bir yerde çalışıyorum gibi bir hisse kapılabilir. Yönetimler de bir miktar daha acil kliniği olmuş bir acil servisi daha benimsemek zorunda kalıyorlar.

Bizim bazı özelliklerimiz var. Bunlar çok geniş yelpazede bir hasta grubuna bakıyoruz. Yani bir gün kadın doğum hastası gelir, yarım saat sonra kalp krizi gelir, ondan sonra bir cerrahi müdahale yapmak zorunda kalırsınız, ondan sonra işte toksikoloji hastası gelir, bayılma gelir, neredeyse bütün tıp bizim konumuz. Stres düzeyi çok yoğun bir kliniğiz. Yani çok az klinikte bizim kadar stres vardır; hem hemşireler, hem doktorlar, hem bütün personel için çok yoğun bir stres altındayız.

Şurada bahsedilen burnout sendromu neredeyse bize özgü bir hastalık. Yani bütün doktorlar, bütün sağlık çalışanlarının burnoutta girme hakkı ve yetkisi var tabii, ama daha çok acil doktorlarında gözüküyor. Birde ana problemimiz riski yüksek hastalarda, kaotik bir ortamda ve çok kısa sürede tanık olmak zorundayız.

Türkiye'deki acil servislere baktığımızda, ikinci basamak devlet hastanelerinin acil servisi var. Hasta yükünün neredeyse tamamına yakını bu gruplar çekiyor; yani ikinci basamak devlet hastanesi acilleri çekiyor, Türkiye'deki tüm acil hastalarını. İkinci olarak, üniversite hastaneleri var, daha sonra eğitim araştırma hastaneleri var ve bir de özel hastaneler ve dal hastaneleri var.

İkinci basamak devlet hastaneleri, hizmet kalite standartlarıyla birlikte belli bir standarda ulaştı. Gerçekten hastaneleri denetlemeye değerlendirmeye gittiğimizde, bakıyoruz ki benzer şeyler var hastanelerde, benzer işleyişler var. Kalite

seviyesi de gerçekten yükseldi son yıllarda. Giriş, bekleme, polis, güvenlik ne-redeyse bütün acillerde karşılaştığımız yapılar. Daha sonrasında birkaç yataklı poliklinik odası var, birçok acil serviste. Tabii ki binin üzerinde acil servis var Türkiye’de. Her birinde değişik bir acil yapılanması gözükabilir, ama genel olarak bu şekilde.

Muhakkak bir küçük müdahale odası oluyor. Bunu da çoğu hastanede sağlık memurları işletiyorlar, onlar bakıyorlar orada. Gözlem ve müşahede odaları oluyor. Bunların görünümü birçok yerde çok çok iyi değil, çok nezih ortamlar gözüküyor. Dolayısıyla hastalar burada yatmak istemiyorlar, servise çekilmek istiyorlar. Pratisyenler bakıyor ağırlıklı olarak, ama acil tıp uzmanları da artık yavaş yavaş atanmaya başladı. Birçok hastanede acil tıp uzmanı da var. Bunların yetmediği durumlarda da diğer uzman doktorlar acil servise inerek hasta bakıyorlar.

Bunlar dönüşümlü bir sistemle hasta bakıyor. Yani pratisyen doktor arkadaşım iki saat hastaya bakıyor, ondan sonra dinlenme odasına geçiyor, gözlemdeki hastalarıyla ilgileniyor. Bu sırada diğer ekip gelip iki saat çalışıyor. Bu şekilde bir dönüşümle çalışıyor çoğu hastane. Tabii öğrenim faaliyetleri çok az doğal olarak.

Burası benim acil servisimden bir görüntü, Kütahya’da. Görüntü çok net değil. Burası girişimiz, burada biraz sonra resimde göreceksiniz üç odalı bir polikliniğimiz var. Bu tarafta 10 yataklı müşahede alanımız. Şurada da sütur attığımız bir oda var.

Burası bizim bütün hastaların yüzde 80’ine baktığımız oda. Burada doktor deski, filmleri görebildiğimiz bir bilgisayar, üç tane desk var. Hastayı buraya alıyoruz, muayenesini bitiriyoruz, sonra hemşire arkadaşım enjeksiyonu yapıyor. Genel olarak senaryo bu şekilde gerçekleşiyor. Hastaların çoğu enjeksiyon ya da benzeri bir girişimle acilden daha tatmin ayrılıyorlar. Bundan dolayı hastaların ekserisine bu yataklarda hızlıca bir intramüsküler enjeksiyon yapılıyor.

Burası da karşı tarafta gösterdiğim 12 yataklı müşahede alanı. Burası bizim için sıkıntılı bir yer. Buraya yatırdığımız hasta burada memnun olmaz. Yataklar dolar, personel memnun olmaz. Yatırmaya kalksanız yatramazsınız, siz memnun olmazsınız.

Üniversitelerin acil servislerine geldiğimizde; üniversitelerin acil servisleri HKS’den biraz uzak, hizmet kalite standartlarından uzak. Kendi sistemlerini kurmuşlar, kendileri birtakım kalite kriterleri koymuşlar. Giriş yine aynı, bekleme, polis, triyaj, üniversite hastanelerinde de mevcut. Bir farkı var, arena sisteminde çalışmak istiyor üniversite hastaneleri. Biraz sonra fotoğrafını göreceksiniz. Geniş bir alan, sedyeler dizili etrafında, ortada bir desk. O desk bütün sedyeleri görebilecek şekilde dizayn edilmiş. Hemşireler ve doktorlar o deskte otururlar, sonra hastanın yanına gidip gelirler; böyle bir sistem arena sistemi.

Bunlara ek olarak, işte üniversitenin büyüklüğüne ve çapına göre ayrı ek modüller ekleniyor. KBD odası gibi, psikiyatri görüşme odası gibi, kadın doğum odası gibi ya da seminer salonu gibi, ama ana yapı arena sistemi. Tabii travma alanı oluyor muhakkak. Bazı hastanelerde de göğüs ağrısı odaları oluyor. Yoğun bakımlar ya da yoğun bakım gibi çalışan monitörlü üniversite hastanelerinin olmazsa olmazı; çünkü üniversite hastanelerinde yapıdan dolayı, hasta yatırmak bir miktar zor. O hastayı, kötü hastayı evine de gönderemeyeceğiniz için, muhakkak monitörlü gözleminize alıyorsunuz. Birçok üniversitenin, büyük üniversitenin monitörlü gözleminde 100 gün, 80 gün yatan hastalar oluyor. Bunları engelleyemiyorsunuz ne yazık ki.

Üniversite hastanelerinde asistanlar çalışıyor, çeviren, iş yükünü yapan kişiler asistanlar. Asistanlar shift usulü çalışırlar ekserisinde. Yani 8 saat çalışır, o gider hastaları devreder, 16 saat gece ekibi gelir. Çok ağır hasta durumuna bakılıyor üniversitelerde. Yani yeşil hasta grubu çok az, fakat aynı performans puanı alınıyor şu an için bildiğim kadarıyla. Bu bir arena sistemi; işte sedyeler dizilmiş, onları gören burada bir desk var, deskten sedyeleri, hastaları görebiliyorsunuz.

Bir de eğitim araştırma hastaneleri var. Eğitim araştırma hastaneleri biraz daha karmaşık sistemler. Ana özellikleri çok feci hasta bakıyorlar. Yani 1500-2000-1000'in üzerinde hasta bakıyorlar. Asistan, pratisyen, orada artık hastane ne bulduysa çalıştırıyor orada. Diğer birimler ve personelleri çalıştırıyor. Asistanlar da zaten orada çoğu zaman, en azından ilk başladığında pratisyen modundaydı, şimdi biraz daha toparlandı. Çok az hoca var, eğitim vermeleri için bu asistanları. Yoğunluğa uyum sağlamış bir yapı var. Yani tomografiler, yatışlar, her şey çok hızlı, tabii bu kadar hastaya bakmak için.

Dal hastaneleri, spesifik hasta grubuna bakıyorlar. Çok hafif hasta grubuna bakıyorlar; bir tür gece çalışan sağlık ocakları gibi. Ağır hastaları anında sevk ediyorlar.

Şimdi bunlardan bir örnek vereceğim, Almanya gezimizden. Acilleri dahili, cerrahi acil olmak üzere ikiye ayırıyor. Yani Franco-Germen modeli. Asistanlar 6 aylık rotasyonlar şeklinde acil servise çeviriyorlar. Yani acilin kendi asistanı, kendi acil tıp uzmanı yok o ülkelerde. Tıp fakültesi eğitimleri 6 sene, üstüne 2 artı 4 sene uzmanlık yapıyorlar. Bu iki sene ortak branşta oluşuyor. Bir cerrah iki sene boyunca hem ortopedi ameliyatı yapıyor, hem batıl ameliyatı yapıyor, hem beyin ameliyatı yapıyor. Daha sonrasında acile giriyor. Yani bir beyin cerrahı ortopedi hastasına dolayısıyla bakabiliyor onların sisteminde. Diğer açıdan da aile hekimliği Almanya'da uygulanıyor.

Burası Almanya'da gezdiğimiz hastanenin, çalıştığımız hastanenin bekleme salonu. Normalde bu kadar boş olmuyor, ful dolu oluyor ve burada insanlar sürekli kitap okuyorlar. Oradan giriş yaptıkları koridor burası. Şurası bir aynı bizim devlet

hastanelerindeki gibi bir oturma poliklinik, burası da resüsitasyon odaları ve odanın içeriden görüntüsü. Böyle bir masaları var, bilgisayarları var. Hastalar geliyor doktorun yanına, doktor burada ayaküstü görüyor ve işte pansuman yapılacaktır pansuman yapıyor, ilaç yazacaktır ilaç yazıyor. Burası pansuman alanları, burası cerrahi alanları; yani bizdekine benzer aslında bir yapılanma var.

Bu da bir başka hastaneyi ziyaretimizden bir görüntü. Bu resüsitasyon odasının bir görüntüsü. Resüsitasyon odasında tomografileri var. Burası bir travma merkeziydi. Travma merkezinin resüsitasyon odasına tomografiyi koymuşlar. 112 ya da ambulansları hastayı getirdiklerinde sedyeye almıyorlar, direkt tomografi masasının üstüne alıyorlar. Oradaki uygulama bu şekildeydi.

Bir de Tanzania'dan ayrılmış Zanzibar isimli bir ülkeden birkaç görüntüyü getireceğim size. Burası onların hastanesi, bu hastalar poliklinik sırası bekliyorlar. Burası İspanyollar zamanından, 40-50 yıl öncesinden kalmış bir hastane. Garip bir mimarisi var. Burası çocuk servisi, çocuk yatakları bu şekilde; bizim hani 1950'lerin yatakları neredeyse.

Burası acil servisleri; acil servisleriyle ilgili çok az problemleri var. Çünkü acil servisleri yok. Acil servisleri saat akşam 16.00'ya kadar çalışıyor, o da bir oda şeklinde. Ondan sonra kapısını kilitleyip gidiyorlar acil servisin. Bir ara düşünmedim değil, yani burada acil uzmanı olmak ne kadar güzel olurdu diye, çok rahat. Gece nöbeti filan yok. Şu monitörleri, tek bir monitörleri vardı, üç yataklı acil odalarında, o da buydu.

Dünyanın çeşitli yerlerinde, herkes ülkesine göre acil servislerini dizayn etmiş durumda. Bizim ülkemizden bahsettik, iki tane Almanya ve Tanzania örneği verdik. Benim acil servis sistematüğinde kafama yatmayan bir-iki tane durum var. Slâyтта görüyorsunuz. Türkiye'ye sanki uymuyormuş gibi geliyor bana, bunu sizinle paylaşmak için koydum. Triyaj sistemini tam olarak oturtamadık. Yani bizim Amerika'da gördüğümüz triyaj sistemi Türkiye'de olmuyor.

Ben bunun olmamasındaki ana nedenin hasta grubumuzun çok yoğun olması. Yani acil servislere başvuran hastaların yüzde 80'i yeşil, hangi birini bekleteceksiniz? Triyaj bir seçme ayıklama demek. Ağır hastayı önce alın demek. Birinci sorun bu. İkinci sorun; halk buna alışık değil. Yani siz bazı hastaları beklenmeye kalktığımızda o sizinle kavga ediyor "*kardeşim daha ne kadar bekleyeceğim*" diyor. Böyle bir kültürümüz de yok.

Diğer bir benim aklıma yatmayan şey, acil gözlem yatırma olayları. Acilde bir gözlem olmalı mıdır? Yoksa gerçekten olup, daha mı teşkilâtli olmalıdır. Acile gözlem yetkisi genel konsültan hekimin midir, yoksa acilde çalışanların mıdır? Acilde çalışanlarınsa onlar, 8 saat sonra bırakıp gidecekler, sonraki doktor o hastayı takip etmek isteyecek midir?

Diğer bir Türkiye’de oturmayan bir sistem; epikriz ve dosya yazma sistemi. Saatte yüzlerce hastanın girdiği bir yerde dosya doldurmanıza imkân yok, ama acil tip uzmanlarının bir de adli yönü var. Adli yönde kendinizi savunmak ya da adli sisteme yardımcı olmak için muhakkak dosya tutmamız gerekiyor. Yaptığımız işlemleri, ne düşündüğümüzü dosyalara yazmamız gerekiyor. Fakat şu anki sistemimizde bunu yapmanız mümkün değil, bu hasta trafiği içinde.

Diğer bir Türkiye’ye oturmamış yöntem de, batıda olup bizde olmayan multidisipliner yaklaşım. Bir travma hastasına dört doktor, beş doktor birlikte bakmaya kalktığınızda, iş bazen çığırından çıkabiliyor. Böyle bir çalışmaya biz millet olarak, Türkiyeli olarak uygun değiliz sanırım. Bu da ondan kaynaklanıyor diye düşünüyorum.

Türkiye’de diğer bir sorun acil işleyişi üzerine, yanlış bir kültür var Türkiye’de. Hem hastalarımızda var bu kültür, hem de doktorlarımızda var. Örneğin, Kütahya’da bir tuhafiyeciye girdiğimde şöyle bir şey duymuştum “*acile gidem de bir iğne yaptırım*” diyor, biraz kırgınlık hissediyor. Yani acil servis bunun için değil, sizin iğne yaptırmanız, ilaç yazdırmanız için inşa edilmiş yerler değil, ama bizde böyle bir kültür var halkta.

Bazen işlemlerimizi hızlıca halletmek için gidiyoruz. Yani işte poliklinikten tomografiyi bir haftaya, üç güne sıra alıyorsanız, acilden hemen çekilebiliyor işte, bunu halletmek için gidiyorsunuz. Hastanenin imkânları arttıkça bu tip işlemler poliklinikten hızlı halledilmeye başladıkça, bu konudaki bizim işlevimiz düşüyor.

İlaç yazdırmak isteyenler ya da mesai sonrası, mesaide gelemeyip de bize gelenler var. Bunların sayısının da git gide azaldığını düşünüyorum kendi adıma, ama hâlâ birçok hastamız var böyle. Bir de doktorların yanlış kültürleri var ya da sağlık çalışanlarının yanlış kültürleri var. O da hasta şutlama ve hasta kaktırma kültürü diyorum ben, amiyane tabirimi mazur görün. İşlemleri acilde tamamlanmak diye bir kültür var doktorlarda. Yani şimdi servisine yatacak, orada tomografi isteyecek, tomografi üç gün sonraya randevu verilecek. Onun yerine diyor ki, ben acilde tomografimi çektireyim, ondan sonra servisine alayım ya da acilde işte ortopedistler de görsün, yoksa bana şimdi yarın konsültasyona gelmez bunlar. Böyle bir kültür var. Bir de tüm hastanede acil çalışanları dışındaki her bireyde, acilin hastanenin arka bahçesi olduğuna dair bir yanlış kültür var. Yani acil servislere çok değer verilmiyor, orada işte iş yaptırılır gözüyle bakılıyor vesaire.

Hasta şutlama kültürüne bir örnek vereyim. Bir dahiliye doktorum vardı, bir yıl boyunca ona hasta yatırmayı başaramadık. Hasta biraz ağırsa yoğun bakım yatışı uygundur der notuna gider, hafifse acilde gözleme alır, kesinlikle diğer doktorlara bir konsültasyon açılır ve ağabey sen buna şimdi niye konsültasyon açıyorsun, bak bununla ilgili hastanın bir şeyi yok dediğimde de, biz yardım gördük onlar da

görsünler. Tabii çok idareci arkadaşlarımız da var, birçok iyi arkadaşlarımız da. Hepsi böyle değil, sadece kültüre örnek olsun diye koydum bunu. Onun dışında birlikte çalışmaktan çok büyük haz aldığımız doktor arkadaşlarımız da var tabii ki.

Evet, bir acil doktorunun ya da genel olarak doktor arkadaşlarımızın, sağlık çalışanlarının dünyasının başına yıkıldığı bir an vardır. O da hastasının acil servisten taburcu ettikten sonra ex haberini almaktır. Böyle bir şeyin açıklaması yok. Yani ben iyi baktım, her şeyi yaptım değil, adam ölmüş. Yani artık bunu açıklayamazsınız, ne adli mercilere açıklarsınız, ne hasta yakınına açıklarsınız. Herkes sizi hastayı atlamışsınız, her şeyi yapsanız bile hastayı atlamışsınız gözüyle bakar.

İşte bu durum bizi bazı yönelimlere sokuyor; dünyada da böyle bu aslında. Yönelimlerden en başka geleni, biz biraz gözlem tıbbına yöneliyoruz. Yani diğer doktorların acil doktorlardan biraz daha rahat olmasının nedeni şu: Hastayı servise yatırıyor, servise yatırdıktan sonra diyor ki hastaya orada bir şey olsa bile, gözümün önünde oluyor ya da hasta yakınına bir açıklamada bulunuyor. Ben seni öyle taburcu etmedim, ben seni yatırdım, yatarken durumu kötüleşti, hasta öldü diyebiliyor, ama acil doktorları için böyle bir şans yok. Biz iki saat içinde hastanın işini bitirmek zorundayız ya da yarım saat içinde hastanın işini bitirmek zorundayız. Bitirdim, yanlış bir karar verdim evine gönderdim ya da tahliller yakalamadı rahatsızlığı, o gün de ölüyor hastalar.

Bu yüzden biraz daha gözlem tıbbına yöneldik. Yani daha da yöneleceğiz aslında. Hastaya baktık biraz şüphede mi kaldık? Gözleme almak istiyoruz, kendimizi garantiye almak için. Aslında bizim acillerde hastaları ısrarla konsültan hekimlere yatırtmak istememizin, kons açmamızın, çok tahlil yapmamızın altında da bu duygu yatıyor. Hastayı evine gönderirsem başıma bir iş gelir diyorum, o yüzden ben üç-dört tane kliniğe kons açayım da rahatlayayım diyorum.

Bazen de bu hasta yatırma çabalarımızdan sıkılıyoruz ve yoğun bakım açıyoruz. Birçok acil servis, özellikle üniversite hastanelerinde kendilerine ait, kendi işlettikleri bir yoğun bakım açmaya başladı. Bunların sayısı Türkiye’de her geçen gün artıyor.

Gelecekte ne olacak? Belki yataklı servislerimiz olacak. Bunun için de pediatri örneği verilebilir. Pediatristler acil serviste gördükleri hastanın, baktı içine sinmiyor, kendi servisi vardır servisine yatırır, ama biz başkasının servisine yatırırız, erişkin acil doktorları başkasının servisine yatırmak için uğraşır. Belki bizim de kendimize ait servislerimiz olacak.

Bundan dolayı belki de uç boşluğu açan kendimizden çıkmış cerrahlarımız olacak. Bu da aslında bizim yan dal uzmanlığı istiyor olduğumuz anlamına gelir. Bazı konularda yan dal uzmanlıkları istiyoruz. Bunlardan bir tanesi de acil cerrahisi olabilir.



Daha çok acil girişi mi yapmalıyız? Örneğin, Koroner anjiyoları biz yapmalıyız. Ölümcül müdahaleleri acil serviste yapmıyor muyuz? Koronerleri de biz açmalıyız ya da endoskopi bronkoskopi uygulayabilmeliyiz acil servislerde. Verimliliği üretebilmemiz için kendi başımıza bir hastane olmamız gerekiyor. Psikososyal açıdan bazı değişimler gerekiyor ve kesinlikle yeşil, sarı, kırmızı hasta gruplarının dengelenmesi gerekiyor. Yani şu anda hastaneler yüzde 80 yeşil bakıyor, yüzde 20 diğerine bakıyor, bunun dengelenmesi gerekiyor.

Bunu sağlayabilmek için de nöbetçi aile hekimleri belki de olması gerekiyor. Yani boğazı ağrıyan hastanın akşam gidebileceği bir doktor olması gerekiyor, ama bunlar acil servisler olmaması gerekiyor. Acil servisleri de zaten herhalde bizim politikamız da bu, zaman içinde acil tıp uzmanlarına bırakılacak, acil tıp uzmanlarına bırakılabilir.

Acil servisler hastanenin en nezih birimleri olacak belki bir gün. Bütün personel burada çalışmak için torpil yaptıracak, en yüksek ücreti ve performansı alacak. Yüksek yetkilere ve yaptırımlara sahip olacak. Yani örneğin, bir hekim bir işlemi yapmak için bazen acil servis uygun görür mü filan diye soracak. Hani biz onlara soruyoruz ya bir işlem yaparken. Acil çalışanlarının yıpranma payı olacak, burnouta giriyoruz filan, bizi daha erken emekli etsinler. Şurası bir kesin; rahatsızlandığınızda nasıl ki iyi bir kardiyolog arıyorsunuz, nasıl ki iyi bir cerrah arıyorsunuz ameliyat olmak için, araştırıyorsunuz kim iyi yapar bu ameliyatı? Günün birinde iyi bir acil doktoru arayacaksınız. Çünkü sevdiğinizin, sevdiğinizin ve kendi hayatlarınız her geçen gün daha kıymetleniyor. Dolayısıyla da bizim hata payımız her geçen gün daha da azalıyor.

Teşekkür ediyorum.

## Acil Hizmet Başarısının Yönetime Yansımaları

**Dr. Ali Süha BİNGÖL**

*Çukurova Dr. Aşkın Tüfekçi Devlet Hastanesi*

Sayın Başkanım, değerli kalite dostları; hepimize Adana'dan sıcak sevgilerimizi getirdik. Gelirken yanımıza Adana'da Türkiye'nin bir ilki gerçekleştirildi. Portakal Çiçeği Karnavalı yapıldı. Ne getirelim dedik, portakal getirme çok zorluydu. En azından kokularını getirelim dedik. Şu anda arkadaşlar odayı portakal çiçeği kokularıyla doldurmaya çalışıyorlar. Keyfini çıkarın diyorum ve bundan sonraki Nisan ayında hepimizi Adana'nın kalitesini daha da arttırmaya Adana'ya bekliyorum.

Şimdi şu anki bam delinin belki en kazık konusu bana düştü gibi geliyor bana, ama inşallah öyle değildir. Ben sizlere kısaca Çukurova Dr. Aşkın Tüfekçi Devlet Hastanesinde acil servisin bir fotoğrafını çektim. O fotoğrafa beraber bakacağız. Korkmayın, sadece güzel yanlarını değil, her yönünü çektim acilin. Beraber bakacağız, ne yapmışız, ne etmişiz diye.

Hastanemizle ilgili kısa bir bilgi vermek istiyorum. 73 yılında 225 yatakla bölge SSK hastanesi olarak planlanmış, şu an 750 yatakla Adana merkezde 200 hekimin, 434 hemşirenin, 1886 personelle hizmet veren Türkiye'nin en büyük devlet hastanelerinden biri durumundayız. Toplam 784 metrekarelik bir alanda acilimiz hizmet veriyor. Burada 10 tane muayene kabini var, 28 tane müşahede yatağımız var. Günlük ortalama 1100 hastaya hizmet vermeye çalışıyoruz. Veriyoruz çok iddialı bir laf, vermeye çalışıyoruz.

Üç tane acil tıp uzmanımız var, aklımızı yitirdik onlar gelince, çok sevindik. Mücahit Hocam da altını çizdi. 12 tane pratisyen hekimimiz var, 37 tane hemşire ATT sağlık memuru görev yapıyor. Hastanemizde kadın hastalıkları, çocuk ve kardiyo-loji bölümleri yok. Ortopedi, genel cerrahi, dahiliye, göğüs hastalıkları 7-24 branş nöbeti tutmakta. Çocuk cerrahisi, nöroloji, beyin cerrahisi, göğüs cerrahisi, üroloji, göz, KBB ASKOM kararları gereği dönüşümlü branş nöbeti tutmaktadırlar.

Fiziki yapısını, Adana'yı bilenler için, görmeniz için koydum bu slâydı. Sarı-lacivert olan ayaktan hasta girişimiz, kırmızı-siyah olanda ambulans girişi hastanemizin. 1973 yılında planlandığında bir servismiş, üç sene sonra buranın yemekhane olmasına karar vermiş yönetim. Son 20 yıldır da aynı bölüm çeşitli küçük tadilatlarla acil servis olarak kullanılıyor.

Yedi yıldır bu hastanede yönetici olarak çalışıyorum. Birkaç kez acili planladık, son yaptığımız planlamada neler yaptık? Kısaca ondan bahsetmek istiyorum. Bir acil kongresine gittik başhekimimizle beraber. Acil servis mimarisi için bir Belçikalı mimar arkadaştan görüşlerini aldık. Biz acil servisi metraj anlamında büyüt-

meler planlıyorduk. O bizi uyardı, dedi ki metraj olarak büyümek doğru cevap değil, doğrusu acili öyle planlayacaksınız ki mektup zarfı gibi olacak. İstedığınız zaman kağıdı büyüteceksiniz, istediğiniz zaman küçülteceksiniz. Bunun faydalarını daha sonra anlayacaksınız dedi. Hakikaten şu an acil servisimiz öyle.

Gece saat 24.00'den sonra metraj olarak küçülüyoruz, yedek bir gözlem odamız var. Çünkü acil servislerde felaketler olabiliyor. Bölge itibariyle Suriye'de olan gelişmeler bizi çok etkileyebiliyor. Mimariyle beraber ergonomiyi ele aldık. Hasta olarak gelen sağlık personellerine sorduk, nedir acilde sizi rahatsız eden şeyler? İşte uzun yürüme yolları, yani stratejik yerlerin daha el altında olmasını sağlama yönünde ergonomiyi düşündük, bu şekilde planladık.

Acil servis mimarisini üç planlı bir yapım aşamasında düşündük. İki aşaması gerçekleştirildi. Üçüncü aşamasını gerçekleştirmek genel sekreterliğe nasip oldu. İnşallah önümüzdeki günlerde 380 metre karelik hangar tipi, Hocamın da az evvel belirttiği gibi, sadece triyaj kısmının yapıldığı veya hastaların ilk değerlendirildiği büyük bir muayene alanı kazandıracamız; az evvelki gösterdiğim slaytta ambulans girişi olarak kullanılan bölgeye. Mimari olarak planladığımız eksiklerin giderilmesi yönünde son aşamayı da gerçekleştirmiş olacağız.

Acil servisin işleyişiyle ilgili planlama kısmında, acil servisin güvenlik görevlilerini sabitleştirdik. Kuruma aidiyet duygusu olsun dedik. Çünkü biliyorsunuz, işte şiddet vazgeçilmez ve muhakkak düşünülmesi gereken bir toplumsal olay. Sadece sağlık alanında düşünmüyoruz bunu. Veri hazırlama elemanlarını özenle seçtik, yetiştirdik, eğittik. Bunları acile koyduk; çünkü beraber doktorla aynı dili, sağlık çalışanıyla aynı dili konuşması gerekiyor buradaki elemanların.

Eskiden acil sürgün yeri idi, Mücahit Hocam da söyledi. Mükafat yeri haline getirmeye çalıştık. Arkadaşları motive ettik, onore ettik gerektiğinde. Üç tane veri hazırlama elemanlarını saat 17.00'de getirip, sabaha kadar acil servis fatura evraklarını düzenlemesi için hazırladık. Bunlar canavar gibi faturacılar oldu. Kusura bakmasın o hastaneden kimse var mı bilmiyorum, ama Balçalı Hastanesi faturacılarımızdan birini bizden çaldı, çok iyi fatura kesiyorlar diye, ama yerine ikame ettik, yedeklerimiz vardı.

Bu üç eleman acil servisin tüm faturalarını kapattığı gibi, adli vakaların eksik evraklarını, trafik kazaların eksik evraklarını, gerektiğinde adliye ve kolluk kuvvetlerinin yanlarına giderek almak suretiyle eksik evrak bırakmamaya çalışıyoruz. Eczane acil içinde değildi, çok önemli olduğunu düşünüyoruz kayıp ve kaçaklar açısından da. Derhal acil eczane içine alındı.

Yedi uzmanlık dalında acil içinde hekim odaları planladık ve yerleştirdik. Hekimlerin bu odada kalması ve buna bağlı hastaya çok kısa sürede müdahale etmelerini sağlayacak şekilde yedi odaları hazır. Bu odalarda hekimleri tutmak için her türlü

promosyonu yapıyoruz. İstedikleri anda, istedikleri yere çıkış veriyoruz internetten, yedikleri önünde yemedikleri arkasında bir sistem kurduk, ama çok işimize yaradı, biraz sonra anlatacağım.

Yoğun bakım ve yatak dağılımlarını servistekileri, acil servisin ihtiyaçlarına göre tekrar gözden geçirdik. Bazı veriler olmazsa, gördüklerinizle çok farklı kararlar verebiliyorsunuz. Son dört yıl içinde yoğun bakım sayısı 28'den 86'ya çıktı hastanede. Mücahit Hocamın bu konuda bir eleştirisi vardı, ona da katılıyorum, ama yoğun bakımdaki hastalarımız eskiden gazete almaya karşı bakkala gidiyorlardı. Şimdi gerçek yoğun bakım haline geldi. Gerçekten iyi hizmet verildiğine inanıyorum.

Doktor odaları acil servis içine girince, konsültasyon süre ortalaması 86 dakikalardan, şu anda revize ettik hedefimizi 30 dakikaya çektik. Hakikaten çok yüz güldürücü sürelerde hastalara müdahaleleri gerçekleştirir hali aldı, en azından uzman seviyesinde.

Faks, bu yoğunlukta çalışan bir hastane için olmazsa olmaz diye düşünüyorum. Eğer bu konuda eksikliği olan hastane varsa, bu konuyu öncelikleri arasına almasını öneriyorum. Tetkik kısıtlamaları yaptık acil serviste. İşte gidip de bir iğne yaptırırım, kolesterolümü ölçtüreyim vesaire diyen kişilerin acil servise müracaatlarını engellemek için, tetkik sıklıklarını ne zaman isteyebileceklerini, hiç yapılmayacak tetkikleri belirledik. Bu şekilde bilgi işlemimizi tekrar yapılandırdık.

Planlama yapmak yetmiyor, kaliteciler çakmak çakmak bakıyor, bu süreçleri hepsi çok iyi biliyor tabii. Kontroller yapmak gerekiyor. Ne yapıyoruz burada? Tıbbi verileri izliyoruz. Birkaç örnekte nasıl izlediğimizi anlatacağım. Çalışan toplantıları yapıyoruz. Çok önemli, aidiyet duygusu, sorun çözme kapasitelerini artırıyoruz arkadaşların. SABİM, BİMER ve anketler, ayrıca dilek ve şikâyet kutularından çıkan önerileri dikkate alıyoruz bu toplantılarda. Hasta ve çalışan hakları müracaatları çok önemli acil servisler için. Hasta hakları komisyon başkanım, acil müracaatlara çok büyük önem gösteriyorum ve yerinde çözmek için çok önemli olduğuna inanıyorum. Kalitecilerle beraber kendi çalışanları var, öz değerlendirmeler yapıyorlar. Çok güzel geri dönüşler alıyoruz.

Tıbbi verileri ne yapıyoruz? Bunu örnek olarak koydum. Bakın acil servisimize saatlik başvurular. Rasgele seçilmiş iki haftadır bu. Ortalama 900 ilâ 1752 hasta arası değişen müracaat var. Şuraya dikkatinizi çekmek istiyorum. Her saat 100'ün üstünde başvuru olmuş. 10 muayene kabini olan bir acil servis burası ve bunu işte karşılamaya çalışmışız.

Başka bir veri göstermek istiyorum. Performans verilerine bakıyoruz doktorların her ay. İşte kaç puan almış, kaç hasta gelmiş vesaire. Rastgele acil uzmanlarıyla beraber diyoruz ki, bu ay şu tıbbi verilere bakalım. Bakıyoruz, bakın rasgele seçil-

miş, iki yönlü akciğer grafisinin bu kadar yüksek oranda istenmesi mümkün mü? Tamamen bilgi işlemcilerin bu konuya eğilmemesiyle alakalıydı düzelttik.

Bakın, yeşil hasta oranları dramatik. Konsültasyon istem sayılarında çok farklılıklar var. Asla şunu yapmıyoruz: Hekim olarak bunu yapamazsın demiyoruz. Bir farkındalık yaratmak istiyoruz. Resmi beraber bakıyoruz acildeki arkadaşlar, hekimlerle, diğerleriyle. Diyoruz ki, arkadaş bak bu kadar çok damar yolu *-bakın şu oran onu gösteriyor-* açılan bir acil servisi çevirmek çok zor. Gerçekten ihtiyaç var mı? Bunu tekrar değerlendirelim diyoruz. İnanın hemen bir sonraki ayda çok büyük değişimler gözleniyor. Bunları acil uzmanlarımız yönlendiriyor, biz yönetim olarak sadece farkındalıkların artmasını istiyoruz, arkada bir yönetim gücünü hissetmelerini istiyoruz.

Yöneticilerin tabii en çok sevdiği konulardan biri de para. Burada, tabii maliyet muhasebesi konusu sağlık tesislerinde henüz gerektiği kadar önemle üzerinde durulmadığı kanaatindeyim. Yaptığımız çalışma 2011 Ocak, Şubat, Mart, 2012 aynı dönem ve 2013 aynı dönemde acil serviste harcanan her 100 liranın, 2011 yılında 208 lira olarak, 2012 yılında 232 lira olarak, 2013 yılında 358 lira olarak geri döndüğünü göstermiş.

Ne farkı var? Bakın doktor sayısı aynı, ekipman aynı, hiçbir değişiklik yok. Sadece veriler önümüze konulmuş ve daha dikkatli bakılmış. Projeksiyon yapılmış, ne yapıyoruz, ne ediyoruz? Burada inanın gelir oranını bu kadar arttıracak hiçbir farklı bir enstrüman olmadı. Sadece faturalandırma kabiliyetimizi arttırdık. Bu bile acil serviste çok önemli hale geldi. Bu slâyttaki gelirin gideri karşılama oranını, aramızda özel hastaneden gelenler var. Bunların da ayrıca değerlendirip, bu acil servis hizmetlerini kamunun yükümlülüğü ve üzerindeki baskı olarak görmelerinin farklı bir anlayışa geçmelerini temenni ediyorum. Onlara da büyük faydası olacaktır diye ayrıca düşünüyorum.

Çok dikkatli olmamız gereken şeyler var. Bunlar bu işin anayasası diye görüyorum. Acilde görev yapan çalışanların seçimi ve düzenli eğitimleri; eğitim şart, işte Cem Yılmaz her gün diyor, hakikaten çok önemli. Aynı dili konuşabilmek için önemli, aynı hedefe yürümek için önemli, birbirimizi anlamak için çok önemli. Bu eğitimler sadece hastanede yapılmış eğitimler değil, bir de kaliteci arkadaşlardan rica ediyorum. Eğitimlere katılın, bakın o eğitimleri kim veriyor, nasıl veriyor? Yani öyle eğitimler görüyoruz ki, sıkıcı, aynı ses tonu. Benim şöyle bir avantajım var. Doktora öğrencisiyim işletme fakültesinde. Hocalarımızı çok sık hastaneme getirebiliyorum. Onların verdiği eğitimler öyle lezzet bırakıyor ki, bir sonraki hastane eğitimlerine katılımlar çok yüksek oluyor. İsmen bu hoca tekrar gelsin, bize şunu bir daha anlatsın diyorlar. Hakikaten bu konuda eğitim verecek kişilerin seçimi de önemli. Çalışanlar arasında aynı dili konuşmak için çok önemli olduğunu düşünüyorum.

Motivasyon; para kısa vadede güzel bir motivasyon aracı, ama sürdürülebilir mi? Bilimsel veriler sürdürülebilir olmadığını göstermiş. Dolayısıyla biz başka motivatör kaynaklar bulmamız lazım. Ben kendi adıma yönetimin acil servisi ilgiyle izleyip, sorunlarına çözüm bulmasının güzel bir motivasyon aracı olduğunu görüyorum. Gece gündüz telefonumuz açık, aradıklarında her türlü sorunu çözebilecek arkalarında biri olduğunu, yönetimin bunu hakikaten ilgiyle ilgilendiğini bilmeleri gerçekten motivasyon diye düşünüyorum.

Teknoloji kullanımı acilde çok önemli. Burada öyle bir hassas denge var ki arkadaşlar, bu dengeyi kaçırmamak gerekiyor. En son yaptığımız yapım projesiyle beraber SİSOFT'u kullanıyoruz. En az sizin kullandığımız programlar kötü, merak etmeyin. Onlardan şöyle bir talebimiz oldu. Bakın şu fotoğrafta görebiliyor musunuz? Acil serviste bilgi işlemciler oturur, doktor gözlem kağıtlarına işlemleri yapar, gelir bunları gir kardeşim. Bir kısmını girer, o yoğunluktan giremez vesaire, arkasını toplayan faturacılar girer yakalarsa, eczanede toparlanırsın vesaire. Şimdi yeni sistemimiz inşallah yazılım aşaması geçti, test aşamasını da yaptık; bu test aşamasının görüntüleri. Bilgi işlemcileri kaldırdık, doktorların sırtına yapıştırdık. Beraber geziyorlar, gezecekler inşallah acil serviste. İşte tablet uygulamalarını kullanmayı düşünüyoruz.

Doktorun ağzından çıkana o an kaydedecek, şikâyetini yazacak vesaire. Otomasyon firması duysa çok sevinirdi, hakikaten çok güzel, çok kolay ulaşılabilen menüler, hareketli ekranlar, işte sık tanılar, ilaç isimleri vesaireyi çok kolay organize ettiler. Bilgi işlem öyle derya-deniz bir şey ki, sahibine göre kişniyor at gibi. Ne isterseniz onu yapabilecek donanımdalar, yeter ki istemeyi bilin, dillerinden anlayın.

Yalnız teknoloji kullanımı konusunda kamera sisteminin acil servis için çok önemli olduğunu inanıyorum. Şimdiye kadar Cumhuriyet savcılığının ilgilendiği olaylarda görüntü veremediğimiz hiçbir şey olmadı. Yöneticilerimiz evden kame-rayla acili izliyorlar. Acili izleme sebepleri, işpiyon, sen çalışmadın, hayt huyttan çok destek, bir sıkıntı varsa yeterli elemanları oraya yönlendirmek için ve bunu hissediyorlar. Kamera sayılarının acil serviste çok önemli olduğuna inanıyorum. Planlamada da özellikle üzerinde durulması gerektiğine inanıyorum.

Teknoloji konusunda bu söylediklerimin tam tersini de söyleyeceğim, lütfen bunu da ihmal etmeyin. Acil serviste teknolojik kullanmak çok zor, sürdürülebilir mi? Buna çok dikkat etmek gerekiyor. Çünkü elektrik, ağ bağlantısı, makinenin kendisi, su baskını, elektrik, yangın, acil servisteki teknolojiyi tamamen ortadan kaldırılabiliyor. Lütfen arkadaşlar bunlarla ilgili, en azından provalar yapılması gerekiyor. Acil servis kağıtsız, yazısız, çizisiz yönetilebilecek tatbikatları yapmış olmamız gerekiyor. Bunları unutmamak gerekiyor. Burada hatırlatma gereğini duydum.

Şiddet sadece acil servisin, hastanenin problemi değil, toplumsal bir sıkıntı. Bu konuyu benden çok daha iyi işleyen arkadaşlarımız oldu, buna girmek istemiyorum. Fakat acil servise has bir güvenlik eleman grubunun acil serviste istihdam edilmesi, çok ciddi faydalarını gördük. Acil servise subay kılıcıyla gelen yaşlı teyzeler biliyorum. Hep şunu konuşuyorduk aramızda: Hangi etken teyzeyi subay kılıcıyla gezmeye itiyor? Yani o teyze acil servise geliyorum diye subay kılıcını takmamış, günlük standart aksesuarı. Yani insanlar böyle kendilerini güvende hissediyorlar. Biz bunlarla mücadele edecek donanımlara sahip olmamız gerekiyor, farkındalığımızı yaratmamız gerekiyor, önceden bunlarla ilgili tedbir almamız gerekiyor.

Buraya gelmeden evvel Mersin Çağ Üniversitesinde sağlık hukuku konusunda bir sempozyum vardı. Orada birtakım bizi çok endişelendiren hukukçu görüşleri oldu. Hakan Hakeri Hocayı tanırınız, birçoğunuz duymuşsunuzdur. Tıbbi hataların 1/3'ünün organizasyon hatalarından kaynaklandığını, artık hukukçuların davaları doktordan çok idareler aleyhine açmaya başladığını ve bunlarla ilgili kazanılmış, içtihat olma yolunda ilerleyen davalar olduğundan bahsetti. Bu da yöneticilerin bu konuyu çok iyi düşünmesi gerektiğini, onam formlarının ne kadar önemli olduğunu, onam formu nedeniyle alınmış birkaç dava kararı gösterdi. Ben kalite koordinatörü olarak titredim, çok ciddi onları tekrar gözden geçirmemize ihtiyaç olduğuna inanıyorum. Bir hukukçu gözüyle onların tekrar değerlendirilmesi gerektiğine inanıyorum.

Şimdi hepimiz belki merak ediyorsunuz, hani başarı? Arkadaşlar, başarıyı birkaç basamakta topladım. 112 başhekimliğiyle her hafta dövüşüyorum. Diyorum ki, kardeşim ilde bir sürü hastane var, eğitim araştırma hastanesi var, neden biz 112 tarafından diğer hastanelere göre 200 fazla acil bize geliyor? Ağabey ambulansa aldığımızda biz o hastaneye gitmek istiyoruz diyor. Bunu bir başarı olarak değerlendiriyorum.

Çalışanlar artık acil servisten çıkmak istemiyoruz, sadece parasal kaygılar değil bu tabii ki. Yani daha fazla almıyor olması değil. Huzurunuzda acil servis tabiplerinin 0,8 olan çarpanının 1,2 olarak düzenlenmesine emeği geçen herkese teşekkürlerimi sunuyorum. Acil servisimde 13 tane pratisyen hekim çalışıyor, 5 tanesi 25 yıla 17 yıldır acil serviste çalışıyor. Acil servis sorumlu hekimim 19 yıldır acil servis sorumlu hekimi. Bunu orada tutmanın gerçek bir başarı olduğuna inanıyorum. Çünkü üzerimizden depremler geçti, aile hekimliği geçti, genel sekreterlik geçti. Bu adamları motive ve acil servis içinde tutmak gerçekten başarı diyorum.

Anketlerde gördüğüm şeyler memnuniyet oranındaki yükseklik, bir başarıdır diyorum acil servis için. Bir personeli acil servisten seni servise alıyorum dediği zaman, yüzünde gördüğüm o kızgınlık, belki öfke bir başarıdır diyorum yönetim



açısından. Bunları ben bam telinde başarı olarak değerlendiriyorum. Asıl başarının burada yattığına inanıyorum.

Kusura bakmayın, bir tuvaletçi resmi koyarak sunumumu bitirmek zorunda kalmak istemezdim belki, ama bu bizi çok iyi anlatıyor diyorum. Belki kalitecileri de çok iyi anlattığına inanıyorum. Sağlık çalışanlarının hepsinin bulunduğu ortamda böyle mutlu, motive olması dilekelerinizle hepinizden huzurunuzdan ayrılıyorum.

Son bir söz daha söylüyorum; kalitecilerde umut, enerji, sevgi var, hepsi fikir dolu. Sahadaki bu gücün herkes tarafından iyi kullanılsa, çok mutlu günlerin bizi beklediğine inanıyorum.

Teşekkür ediyorum beni dinlediğiniz için.



## Acil Servis Sorunları ile Başa Çıkma Stratejileri

**Uzm. Dr. Mücahit KAPÇI**

*Isparta Devlet Hastanesi*

Sayın Başkanım, kıymetli davetliler; hepiniz hoş geldiniz. İsmim Mücahit, Isparta Devlet Hastanesinde acil tıp uzmanı olarak görev yapmaktayım. Belki de sorunların içinden, merkezinden biri olarak sizinle bazı şeyler paylaşacağım.

Konuşmama başlamadan önce, Sayın Mücahit Avcı'nın hayaline âmin demek istiyorum, güzel bir hayali vardı, hâlâ var. Yalnız benim çizeceğim fotoğraf, yine Dr. Ali Bey'in fotoğrafından biraz daha farklı olacak.

Öncelikle konuşmama başlamadan önce, meslek hayatının bir döneminde acilde çalışmış kaç kişi var, bir görebilir miyim? Maşallah çok güzel! Peki, şu anda halen acilde çalışan kaç kişi var? İnanmıyorum, gerçekten inanmıyorum. Yani o kadar kişi el kaldırdı, belki salonun tamamına yakını, çok az kişi kalmış. Eminim anlatacağım sorunlar nedeniyledir belki.

Şimdi konumu hazırlamadan önce, kafamdan şöyle bir şey geçirmiştim. Acil servisin sorunlarını alt başlıklar halinde sınıflayıp, her bir soruna kısaca değinmek şeklinde planlamıştım. İşte acil servisin hasta profiline ayrı, acil servis çalışanlarına ayrı sorgular. İşte acil servislerin fiziksel yapısıyla ilgili ayrı sorunlar ve işte yönetim kaynaklı, politika kaynaklı sorunlar şeklinde yapacaktım. Fakat bundan vazgeçtim. Çünkü her bir başlık ve bunların içindeki sunacağımız çözüm önerisi, sadece acil servis sorunlarına ayrılmış bir kongrenin ancak oturum başlıkları olabilir. O yüzden bu sunumdan vazgeçtim ve kendimin belirlediği üç ana sorun, belki temel sorun üzerinde durmaya karar verdim.

Malumunuz kongremizin ana teması minimum risk, optimum kalite, maksimum güvenli. Maalesef acil servislerde gördüğünüz gibi, biz maksimum risk ve minimum güvenli çalışıyoruz ve böyle bir ortamda optimum kaliteden bahsetmek de zor olsa gerek.

Kısaca acil servislerin geçmişinden bahsedip, hızlıca sorunlara gireceğim. Hızır acil anlayışında, üniversitelerimizde kurulan acil tıp anabilim dallarıyla beraber, günümüzdeki modern acil anlayışına geçildi. Üç gün önce 20. yaş gününü kutladılar Dokuz Eylül'de acil tıp anabilim dallarının kurulmasının. Fakat acil servislerdeki bu değişim her kurumda aynı olmadı malumunuz. Devlet hastanelerinde, özellikle bu ana bilim dallarından mezun olan acil uzmanlarının mecburi hizmet adı altında veya değil, devlet hastanelerinde çalışmaya başlamasıyla, ancak devlet hastanelerinde acil servislerin varlığı hissedilmeye başlandı.

Acil servis deyince de, tek tip acil servis anlaşılması gerekiyor. Özellikle ikinci basamak devlet hastaneleri *-acil servisleri kırmızıyla belirttiğim nedenini de anlatacağım-* eğitim araştırma hastaneleri ve tıp fakülteleri acil servisleri, belki de özel hastaneler, dal hastanelerin acil servislerinin her biri farklı yapılanma içerisinde ve kendilerine ait farklı sorunları var bunların. Ama bizim şu anda acil servis dediğimiz zaman, hangi acil servisten bahsettiğimi anlatmak için söylüyorum. 2011 yılında tüm hastane başvurularının içinde, Sağlık Bakanlığı hastanelere başvuru oranı yüzde 88, muazzam bir rakam; devlet hastanelerine başvuru oranları. Bu 2011 yılı sağlık istatistiklerinden alınmış bir veri. Dolayısıyla bu acil servislerin sorunlarından bahsedeceğiz.

Acil servis sorunlarıyla ilgili, yine bu sunuyu hazırlarken bakmaya çalıştığım bilimsel çalışma var mı yok mu diye, neredeyse yok denecek kadar az. Yapılan çalışmalar da eğitim araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerindeki işte uzmanlık tezleri ya da işte bilimsel makaleler şeklinde çok az ve bunlar da özelleşmiş bazı konularla ilgili. Ancak bildiğiniz üzere medyamızda, basılı veya görsel sık sık acil servis sorunları, hatta bunların çözüm önerileriyle ilgili yazılar mevcut.

Sayılar, devlet hastaneleri acil servislerinde, acil tıp uzmanlarının sayısı giderek artıyor. Belki de bundan dolayı bazı sorunlar artık daha kolay dile getirilmeye başlandı. Çünkü üniversite disiplininden çok farklı yetişiyoruz. Yani beş yıl boyunca, benim uzmanlık aldığım dönemde beş yıldır acil uzmanlığı, şu anda dörde indi. Çok farklı bir disiplinle acil eğitimi alıyoruz, fakat çalışmak zorunda olduğumuz yerler bambaşka yerler. Bu zaten başlı başına bir sorun, ama üzerinde çok durmayacağım bunun. Bu geçilebilecek, aşılabilecek bir sorun. Dolayısıyla acil uzmanlarının sahada görev yapmaya başlamasıyla beraber, devlet hastanelerinden de ciddi bilimsel çalışmalar çıkmaya başladı. Çünkü gelişmenin temelinde bu bilim yatıyor.

Gelelim birinci sorunumuza. Bence asıl sorunumuz ve ben bunu bu sunuyu hazırlarken fark ettim aslında. Ben 10 yıldır acil çalışıyorum, özel hastane, üniversite hastanesi ve devlet hastanesi ayaklarının hepsinde bulundum ve iyi ki özel hastanede başlamışım. Eğer özel hastanede başlamasaydım, şu anda acil uzmanı olmazdım.

Biz 10 yıl boyunca karşılaştığımız sorunlarla ilgili, hem meslektaşlarımızla, hem hastane yöneticileriyle sık sık bu konuları konuştuk. Tartıştık, nasıl çözebiliriz konuştuk, ama meğerse biz havanda su dövmüşüz arkadaşlar. Bunu nasıl anladık ya da en azından bunu destekleyecek birkaç slâytle bahsedeceğim, ama kimse kırılmasın ya da yanlış anlaşılmasın. Hani niyetim tarafsız bir şekilde sorunları ortaya koymak, asıl sorunumuzdan bahsedeceğim şimdi.

2003’de bildiğiniz üzere sağlıkta dönüşüm programı-projesi başladı ve bundan beş yıl sonra da bu ilerleme raporu şeklinde, Türkiye’de sağlık dönüşüm programı ilerleme raporu sunuldu 2008 yılında. Yani dönüşümden beş yıl sonra. Haliyle bakmak istedim, yani beş yılda acil servislerle ilgili neler yazılmış? Acil servislerin sorunlarından bahsedeceğiz, Sağlık Bakanlığı nezdinde acil servisler nasıl gözüküyor? Buna baktım. Hemen “*acil sağlık hizmetlerinde sıçrama*” başlığı var. Hepsini okumayacağım: “*Sağlığa giden yolda ilk durak 112 sağlık istasyonları*” gerçekten hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çok güzel gelişmeler yaşandı. 112’nin iyileştirilmesi olsun, hasta bakımı olsun, taşınması olsun.

Bunun arkasından ne beklersiniz doğal olarak? Hemen acil servisler. Çünkü 112 ekibi hastayı alınca nereye götürüyor? Acil servise getiriyor değil mi? Bir baktım UMKE. UMKE’de de çok güzel işler yaptık, ama arada bir yer eksik, B ve C arasında acil servisleri yok. Herhalde karıştırılmış olabilir, sıralama değişmiş olabilir diye raporun tamamını inceledim, ama acil servislerle ilgili hiçbir veri yok. Raporu göre sadece sıçramışız, hastayı bıraktığımız yere de gözlerimizi kapatmışız. Ben bunu böyle algılıyorum.

Daha sonra yine rapora bakarken şunu gördüm: 2002 yılında birinci basamaktan hastanelere sevk oranı yüzde 20’lerdeyken, 2007 yılında yüzde 2,4. Bu 2011 yılında yüzde 1’in de altında. Yukarıdaki yorum benim daha çok dikkatimi çekti. “*Sağlık ocaklarının altyapısını ve insan kaynaklarını güçlendirerek, hastanelere sevk oranını yüzde 90 azalttık*” yazıyor.

Burada şunu anladım; demek ki oradan farklı gözüküyor aynı rakamlar, benim bulunduğum yerden farklı gözüküyor. Bana göre bunun yorumu, birinci basamak hizmetlerinin iyileştirilmesinden değil, tam tersine hastaların istediği zaman, istediği şekilde ikinci basamak hastanelerine başvurabilmesinden kaynaklanıyor. Şimdi bunu böyle yorumlarsanız, işin rengi değişir. O yüzden asıl sorunumuz bu bence.

Sağlık istatistikleri yıllığına baktım 2011, daha hâlâ şeyden bahsediyor kusura bakmayın. Güzel bir yıllık, yani sağlık adına bulabileceğiniz her istatistik olması gerekiyor. Tomografi sayıları var, ultrason sayıları var, hastane yatak sayıları var, organ nakillerinin birebir sayısı var, ama gel görelim acil servislerle ilgili bir tane istatistik yok içinde. Yani bu da bence bir sorun. Yani acil servislere 10 yıl boyunca, yani şu güne gelene kadar gözlerimizi kapatmışız. Yani biz değil, ilgililer -bana göre bu benim yorumum- gözlerini kapatmışlar.

O yüzden bence asıl sorunun çözümü şu olabilir: Sağlığı düzenleyen merci olan Sağlık Bakanlığının acil servis sorunlarına artık gereken önemi vermesi gerektiği. Ben aslında ümidimi de kaybetmedim. Dördüncüsü düzenlenen bu kongrede sadece acil servis sorunlarına ait bir oturumun açılması bile bir başlangıç. Bence bunun devamı gelecek, belki de önümüzdeki yıl sadece acil sorunlarıyla ilgili bir kongre düzenlenecek. Bu da benim hayalim olsun.

Gelelim ikinci sorunumuza, umarım ilk sorunumda ne demek istediğimi daha iyi anlatabilmişimdir. Diğer önemli sorunumuza geçmeden önce bazı bilgiler vermek istiyorum. Çünkü sorunun temelinde buradaki değişiklikler yatıyor. Sağlıkta dönüşüm projesiyle beraber alınan kararların acil servise yansımalarından sadece ana başlıklar halinde bahsetmek istiyorum.

2004’de Sağlık Bakanlığı ve SSK hastaneleri ortak kullanıma açıldı. Bunun acil servise yansması, artan hasta sayıları şeklinde. 2011 yılında yaklaşık 90 milyon hasta acil servislerde bakılmış. Bu rakamın bir diğer ifadesi şu: Türkiye nüfusunu bir buçuk kere acil servislerde muayene etmişiz. Ben devlet hastanesinde başlıyalı bir buçuk yıl oldu, başladığımın altıncı ayında tüm Isparta halkını bir yerden tanıyor gibi gelmeye başladı bana. Bu şaka değil, gerçekten.

Yine 2004’de Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa dayalı ek ödeme sistemine başlandı. 2005’de aile hekimliği sistemine geçiş nedeniyle de acil servislerden pratisyen hekim arkadaşlar çekilmeye başladı. Az önceki muhtemelen sebepler o olabilir. Ama bu son iki yılda artık anormal bir seviyeye çıktı ve alarm vermeye başladı. Yine kendi hastanemden son iki ay içinde dört tane pratisyen hekim arkadaş aile hekimliğine geçti, iki tanesi de bir hafta önce konuştuk müracaat ettiler aile hekimliğine geçmek için. Fakat yeni bir düzenleme çıkmış, bunu da ayriyeten tartışabiliriz, muvafakat vermeyeceklerine dair. Sorunun yönetsel çözümü belki de. Kabul etmiyorum kesinlikle, yine konuşacağız bunları.

2009 yılında ilk kez acil servislerin önemi Sağlık Bakanlığınca herhalde hissedilmeye başlandı. Acil servis hizmetlerinin sunumu hakkında bir tebliğ yayınlandı, ama bu tebliğ daha çok şekilde ilgili. Yani bizim asıl sorunlarımızla ilgili değil. 2010 yılında da tüm illerde aile hekimliğine geçiliyor. Bütün bu değişikliklerin acil serviste kesinlikle birebir hissedilen yansımaları var. Şimdi bunu rakamlarla ifade etmek istiyorum, ikinci sorunumuzdan bahsediyorum.

Özetleyecek olursak, hasta yoğunluğundan bahsedeceğim zaten de. Şuradakiler milyon kişi arkadaşlar milyon kişi. Sağlık Bakanlığı o sarı fabrika bacaları gibi olan çıkıntılar Sağlık Bakanlığı hastanelerine tüm başvurular Türkiye genelinde. 2011 yılının istatistiklerinden alındığı için, 254 milyon. Yani Türkiye nüfusunun üç-dört katı kadar hasta gelmiş.

Peki, acilde bakılan hastaların oranı? Az önce dediğim gibi, 2011 Sağlık İstatistikleri Yıllığından alamadım o veriyi, yok çünkü orada. Sağlık Bakanlığına mail atarak alabildim buradaki bilgileri. Çünkü dediğim gibi, acil servislerin oranlarıyla ilgili hiçbir veri yok.

2012 yılında 80 milyon hasta Sağlık Bakanlığı hastanelerinde bakılmış. Tüm başvurular 250 milyondur, 80 milyon. Yani üçte bir hastayı acil servislerde bakmışız; bu muazzam bir rakam. Ben bunu duyduğum zaman çok oldum. Yalnız üniversite

ve özel hastanelerde oran biraz farklı; bir acil servis hastasına beş, tüm hastane başvurularının içinde 1/6. Devlet hastanelerinde bir hasta acil serviste, iki hasta polikliniklere gitmiş.

Peki, bakalım aynı hasta yoğunluğuna aynı personelle mi cevap vermişiz, aynı oranda mı cevap vermişiz? Hasta oranları 1/2 iken, acil hekimleri, acil servis doktorları, bu pratisyen olsun uzman olsun fark etmez 1/10 oranında. Yani üzerimizde muazzam bir yük var. Şu anda belki bende burnout semptomları olabilir yani.

Zincir en zayıf halkası kadar güçlüdür arkadaşlar. Sağlık sistemine göz atacak olursak. Bence sağlıkta dönüşümün, bizim acil servisler boyutundan özeti; hedeflenen aile hekimliği, sevk zinciri uygulaması gerçekleşemedi, bunu hepimiz biliyoruz, ama onun üzerine kurulmuştu. Dolayısıyla hastalar direkt Sağlık Bakanlığı hastanelerine ve dolayısıyla acil servislere yönlendiler. Acil servislerin dolmasının tek sebebi bu da değil. Az önce de değinildi, bizim nöbetler esnasında fark ettiğimiz bazı konuşmalar, sözlerle. İşte mesaim yeni bitti, eşim akşam eve yeni geldi ancak gelebildim, mesaimi bırakamadım, mesaiden izin alamadım ya da geçerken uğradım diyenler de var. Daha komikleri de var da almadım, burada uzar gider bu. Çünkü akşam gidebileceği başka bir yer yok. Ülkemizde 7 gün 24 saat hizmet veren bir bankamatikler var, bir de acil servisler var. Bankamatikler de bazen para da bulunmuyor.

Acil servislere bakılan hastaların yüzde 80'i acil olmayan hastalar. Hastalar acil servise geldiklerinin farkında değiller. Onlar hizmet almaya geliyorlar. Sağlık hizmeti almaya geldiklerini zannediyorlar, ama acil yazısının altından geçince, gerçekten bu da ayrı bir fenomen durum, sendrom olabilir. Kalp atışları hızlanıyor, gözbebekleri büyüyor. Bunun bir örneğini vermek istiyorum. Adam normal enjeksiyonunu yaptırmak için geliyor. Doktor bir hafta önce yazmış, işte dokuzuncu ya da onuncu iğnesini yaptıracak. Tedavisi, yani hastalığının kendisindeki bulunan semptomlara da geçmiş, ama acilde yaptıracak akşam. Dışarıda gürültü kopuyor. Ne? Enjeksiyon hastası problem çıkarttı hocam dediler. Ne problemi çıkarttı dedim. Burası acil servis değil mi, bana niye bakılmıyor?

Şimdi acil yazısının altından geçince, basit bir enjeksiyon hastası bile kendini farklı bir dünyada görüyor, bunu da kabul etmek lazım. Yani bu hastalar acilde olmaması gerekiyor.

Acil serviste problem çıkaran hasta ve yakınlarının çoğu da bu grupta. Yani bir fıkra vardır bilirsiniz “*bak o adam ölmüş hiç sesi çıkıyor mu?*” diye. Yani problem çıkartan hasta grubu bunlar arkadaşlar. Yalnız şunu da kabul ediyorum: Acil servise gelen bu hastaların birçoğu da hizmet almak zorunda olan kişiler. Neden? Mesela bir öğretmen, bir polis memuru, mesaisini bırakacak kadar hasta değil, ama var, kırgınlığı başlamış, üst solunum enfeksiyonu başlamış. Akşam eve gel-

diğinde, yarın daha da kötüleşebilirim, ben bir şeyler yazdırayım, ilaç yazdırayım da hani yarın daha kötü olmayayım, mesaimden kalmayayım diye düşünebilir. Nereye gidecek akşam? Var mı birinci basamak hizmet alabileceği? Acil servise gelecek. Kızımıyorum, kızmaktan vazgeçtim.

Benim istemediğim, bu sorunun çözümüyle ilgili uygulamalar var. Acile başvuran yoğun hasta sayısını azaltmak için akşam poliklinikleri açılıyor. Bu hastaların giriş ve çıkışları, medikal tedavileri de yine acil servisten yapılıyor ve bu daha çok kontrolsüzlük ve karışıklığa sebep oluyor. Bunun çok ciddi sıkıntıları var, ben bunu kabul etmiyorum.

Benim önerim, kendi adıma önerimi sunmak istiyorum bu soruyla ilgili. Acil serviste hangi sebeple olursa olsun, bakılan birinci basamak hastasının uygun bir şekilde. Bu hemen bir anda olmayabilir, uygun şekilde acil servislerden çekilmesi. Eğer amacımız halka hizmetse, akşam saatlerinde de birinci basamak hizmetleri devam etmeli. Çünkü akşam poliklinikte yine ikinci basamak hizmeti veriyorsunuz, orada uzmanı tutuyorsunuz. Birinci basamak, biz doktor sıkıntısı yüzünden sadece iki nöbetimizi tutamadık geçtiğimiz Temmuz ayında ve aile hekimlerinden bir nöbet tutmalarını istedik sadece, bir gün ya ve gelmediler, tutmadılar. Yani kendi arkalarındaki kimse kırılmasın, bu benim hissettiğim duygu. Bir nöbet için biz destek bulamadık.

Diğer bir önemli sorundan bahsedeceğim, zaten öbür sorun da anlaşılmıştır. Hasta sayıları malumunuz acil servislerde, az önce verdiğim oranlarda, ama acil hekimleri, biraz daha küçük puntuyla olsaydı daha küçük yazacaktım, yok denecek kadar az. Şu anda birçok yerde acil hekimi yok, yukarıdan dahiliye veya cerrahi veya diğer klinik uzmanları acilde nöbet tutuyor. Acil servis hekimleri şu anda yok denecek kadar az. Yine parmaklardan az önce anlaşılmıştı zaten.

Sağlıkta dönüşümün temeli aile hekimliği, birinci basamak hizmetleri oluşuyordu ve hekim ücretleri de bu düzenlemeler de buna göre yapıldı. Dolayısıyla acilden aile hekimliğine, bunu özellikle kaçış olarak yazdım. Ben olsam ben de kaçardım. Geçen sordum arkadaşına, beni de aile hekimi yaparlar mı dedim, maalesef hocam dediler, kaçış başladı.

Ben az önce Dr. Ali Beyin fotoğrafından farklı bir fotoğraf göstermek istiyorum. Yani acil servisin fotoğrafı demişti kendisi, gerçekten güzel de bir hastaneleri var, ama bizim acil servisteki son durumumuzu bir fotoğrafla anlat deselerdi, ben bununla anlatırdım.

Çok teşekkür ediyorum, umarım anlatabilmişimdir halimi. Bunu ister çalışan gözüyle bakın, ister acil servislerdeki hasta yüküyle bakın, ben bu yorumu size bırakıyorum, yanlış anlaşılmasın. Giden arkadaşlara bir önerim daha var, yani çözüm

önerisi. Kucaklarımızı açıp gitme diyebilir. Bunu gerçekten istediğim arkadaşlar da oldu, ama o yine de gidecek yanı.

Çözüm önerilerine geçeyim, sürem de azaldı, değerli vakitlerinizi almak istemiyorum. Cem Oktay Hocamıza, Akdeniz Acil Tıp Anabilim Dalında, onun bir yazısından aldım bunu: “*Acil servis sorunlarını sadece acil servis içinde aramak veya sadece buralarda yapılan düzenlemelerle sorunların çözüleceğini beklemek yanlış olur.*” Aynı dediğim gibi, Sağlık Bakanlığı nezdinde yapılması lazım, ciddi manada.

*“Sistemi bir bütün olarak ele almadıkça, gerçek nedenler bulunup düzeltilmedikçe de acil servis sorunlarını çözmek zor olacaktır.”*

Benim birkaç önerim daha vardı. Acil derneklerinin çözüme katkısının sağlanması gerekiyor, çok ciddi manada ve hatta acil derneklerin yapısı içinde, sadece Sağlık Bakanlığı hastanelerinin acilleriyle ilgili ayrı bir birim kurulması gerekiyor. Çünkü derneklerimizin başındakiler hep hocalarımız, üniversiteden, eğitim araştırma hastanelerinden. Acil servis sorunlarını da mezun ettikleri uzmanlardan aldıkları, duydukları kadar biliyorlar. Devlet hastaneleri acil servisleri gerçekten farklı bir yapı arkadaşlar. Birinci basamakla, ikinci basamak karışmış durumda; daha çok birinci basamak.

Bu sorunları uzun uzun anlatmayayım da, az önce de bahsettiğim acil çalışanların mesailerinin yeniden düzenlenmesi gerekiyor. Gerçekten çok farklı bir şartta çalışıyoruz. 24 saat, sabah 08.00’de nasıl bakıyorsanız hastaya, gece 04.00’de de aynı şekilde bakmanız isteniyor sizden. Normal sekizer saatlik vardiyalı usule geçtiğiniz zaman da biyolojik dengeniz kayboluyor. Yani 24 saat tutmak zorundasınız, bunu denedik biz çünkü. Hastalara aynı moralimizi, motivasyonumuzu, gücümüzü, performansımıza aynı şekilde her saat verebilmek için vardiya da geçtik olmadı. Bir gün gece geliyorsunuz, bir gün 12.00 sabah 08.00 arasında geliyorsunuz, yürümüyor. Mecburen 24 saat tutulacak. Ya hekim sayısı arttırılacak ya da mesai saatleri düşürülecek, başka türlü olmuyor. Normal diğer memurların çalışma saati gibi düzenlenirse acil servis çalışanları, sorunlar çıkıyor.

Acilde güvenlik sorunlarının düzeltilmesi gerekiyor. Kısaca birkaç başlıkla bir şeyden bahsetmek istiyorum. 9 Mart’ta, yani bu yıl içinde 9 Mart’ta sağlıkta şiddet çalıştay yapıldı ve Sağlık Bakanlığının bu hizmetle ilgili tüm kademelerinden temsilciler ve acil derneklerimizden bir tanesi de bu çalışmaya katıldı. Dedim ya acil derneklerinin sorunlara çözümünün kesinlikle katkısının sağlanması gerekiyor.

Bu çalıştay raporundan bazı başlıklara değineceğim; çok uzun bir rapor normalde kendisi. Şiddetin muhtemel nedenleri tanımlanmış burada. Acil servis işleyişinin hastanedeki diğer bütün bölümlerden farklı olduğunun anlaşılması gerekiyor. Benim de isteğim bu zaten. Burası çok çarpıcı, bekleme süresi ne kadar kısa olursa



olsun, kişilere yeterli gelmemesi. Acil serviste bekleme süresinin sıfır olmasının istenmesi. Gerçekten öyle.

Ben size şöyle, kendi yaşadığımdan örnek vereyim, başka bir şey anlatmaya gerek yok. Poliklinikte hasta bakıyorum, ben oradayım. Bir sürü de hasta var. Kapıdan girer girmez doktor nerede diye bağıyor hasta. Yani bir gel, bir derdini anlat. İlk sorduğu şey bu, doktor nerede? Buradayım, ne oldu diyorsunuz.

Hasta ve yakınıyla empati kuramama. Sağlık çalışanlarının da şiddete katkı yapıldığı burada vurgulanmış. Hangi durumlarda? Tabii birçok maddesi var, ben birkaç tanesini aldım. Hasta ve yakınıyla empati kuramama, konsültan hekimlerle birkaç sıkıntı var önemli değil. Sağlık politikaları da şiddete neden oluyor denmiş bu raporda; burası da çok önemli. Acil servis çalışmasının bayram ve tatilleri, geceleri de kapsamı, yeterli dinlenme ve deşarj zamanı olmaması, aile ve arkadaşlarla vakit geçirme, spor, seyahat gibi aktivitelere hiç zaman ya da para olmaması şeklinde raporda sunulmuş.

Kurumsal ve mekândan kaynaklanan sebepler; acil servislerin aşırı kalabalık, iş yükünün çok fazla, ancak personel sayısının yetersiz olduğu belirtilmiş. Yine raporda çözüm önerileri var. Nereden gelirse gelsin, şiddette sıfır toleransla mücadele. Zaten daha önceki oturumlarda da bahsedildi. Toplumda sağlık çalışanına olan güven ve saygınlığın tekrar kazandırılması gerektiği ifade edildi. En önemlisi de bu bence.

Acil servisler sürgün yeri olmamalı. Bu devlet hastanelerinde, dedim ya yeni yeni artık acil uzmanlarıyla tanışıldığında bu durumdan kurtarıldı. Evde bakım hizmetine acil servisten personel çekiliyor. Olmaması gerekir, acil servis az önce Sayın Mücahit Beyin de söylediği gibi klinik mi, servis mi? Doğumevinde bir doktor rapor alıyor üç aylık, acil servisten doktor çekiliyor. Biz burada havuz muyuz? Ben bunu konuştum, toplantı da yaptım. Acil servis bir havuz, bu gözle bakılıyor. Acil servis havuz değil. Acil servis hani hastanenin vitrinydi, kim vitrinini bu kadar kirletebilir?

Hukuksal düzenlemeler buna göre yapılmalı ve yıpranma payı verilmeli. Sunumu bu fotoğrafla kapatmamın özel bir sebebi var. Formula'yla ilgilenen, motor sporlarıyla ilgilenen varsa bilir, ben severim. Acil servisleri de bu Formula 1 arabasına benzetirim. Formula 1 arabasının bu piste çıkmasında çok ciddi bir ekip, arkasında müthiş bir güç yatar, ama siz tutar da bu arabayı şehir içinde kullanmaya kalkarsanız motorunu yakarsınız. Çünkü bu araba hız için üretilmiş. Motorunun soğuması için yüksek hıza ihtiyacı var. Acil servisler de sağlık sisteminde Formula 1 bana göre, ama siz tutar da birinci basamak hastasını acilde bakmak için zorlarsanız, bizim motorumuz yanar.

Teşekkür ediyorum.



## Acil Servislerde Hasta ve Çalışan Psikolojisi

**Prof. Dr. Erol ÖZMEN**

*Celal Bayar Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı*

Herkese merhaba, öncelikle kendimi biraz tanıtarak başlamak istiyorum. Celal Bayar Üniversitesi Psikiyatri Anabilim dalında öğretim üyesiyim. Aynı zamanda Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Sağlık Hizmetlerinde İletişim Anabilim dalında da görevliyim. Bu Sağlık Hizmetleri İletişim Anabilim dalı Türkiye’de bir ilk ve yeni yüksek lisans programı vermeye başladık, şu an tezli ve ileride de uzaktan vermeyi planlıyoruz. Diğer yandan meslektaşlarımıza yönelik yayımlanmış kitaplarımın yanında, halka yönelik yayımlanmış bazı kitaplarım da bulunuyor.

Şimdi ben bugün size acil sağlık hizmetlerinde hasta ve çalışan psikolojisiyle ilgili görüşlerimi paylaşmak istiyorum, ama az önceki alkışları duyduğum zaman şöyle bir zorluk içinde hissettim kendimi; bu kadar dolu bu kadar yüklü bir gruba karşıdakini anlatmak çok zor bir şey. Ben biraz onu yapmaya çalışacağım, başa-rabilecek miyim bilmiyorum. Sizlerle de ilgili bir şeyler söylemeye çalışacağım, ama gerçekten işimin çok zor olduğunu düşünüyorum.

Öncelikle vurgulamak istediğim konu şu: Acil sağlık hizmetlerinde hasta ve çalışan psikoloji dediğimiz zaman bir genelleme yapmanın mümkün olmadığı. Şundan dolayı; kuşkusuz herkesin kendine özgü kişilik yapısı var. Hastaların da, hekimlerin de. Dolayısıyla kişilik yapısı insanların tutum ve davranışlarını etkilediğinden dolayı, aynı durum acil hizmetlerinde de gözleneceği için, çok geniş bir konu. O nedenle bir genelleme yapmanın mümkün olmadığı bir konudan konuşacağımızı başlangıçta hatırlatmak istiyorum. O nedenle konunun tek boyutlu olarak ele alınması kuşkusuz mümkün değil.

Acil servis koşullarına baktığımız zaman, belki de siz benden *–belkisi fazla-* benden daha da iyi biliyorsunuz. Gerçekten çok zor koşullar içinde çalışıyorsunuz; dolayısıyla yoğun bir stres söz konusu. Fakat bu stres sadece çalışanlar için değil, hastalar için de geçerli. Dolayısıyla bu noktada kişi psikolojisi dediğimiz zaman, kişinin strese ne kadar dayanıklı olduğu çok önem taşıyor. Her türlü kişilik yapısı stres karşısında bocalayabilir. O nedenle acil serviste ister çalışan olarak bulunalım, ister hasta olarak bulunalım, stres altındayken hepimiz her zaman davrandığımızdan daha farklı davranabiliriz.

Hasta açısından baktığımız zaman, kuşkusuz hastalar çok büyük beklentilerle geliyorlar. İster gerçek acil nedeniyle olsun, ister gerçek acil nedeniyle olmasın. Bir kere gereksinimlerinin karşılanması beklentisi içindeler. İster enjeksiyon yaptır-maya gelsin, ister çok şiddetli enfarktüs geçiriyor olsun ve bilmediği bir ortamda; bilmediği bir konu da, sağlık çalışanlarının kendisine nasıl davranacağı. Bir yan-

dan da çok rahatsızlık veren yakınmaları var ve sağlığıyla ilgili de endişeleri var ve doğal olarak bütün bunlarla birlikte stres içinde. Bunların hepsinin dışında da, ihmal edilebileceği kaygılarını taşıyor. Gerçekten hastalar genel olarak ifade ettiğimiz zaman, bu psikoloji içinde acil servislere geliyorlar.

Hasta ve çalışan psikolojisini etkileyen etmenleri kuşkusuz çeşitli başlıklar altında ele almak mümkün. Bunlardan birincisi sağlık kurumundan kaynaklanan nedenler. Sağlık kurumu ne kadar nitelikli bir acil servise sahipse, orada psikoloji açısından baktığımız zaman; hasta da daha rahat eder, çalışanlar da rahat eder.

Bir diğer konu da kuşkusuz sağlık sistemi. Günümüzde sağlıkta dönüşümle beraber, sağlık hizmetlerinden yararlanma oranının giderek arttığını görüyoruz. Bu da gerçekten acil sağlık hizmetlerinde ciddi sorunlar yaratabilen bir durum.

Hastadan kaynaklanan nedenleri de yine çeşitli başlıklar altında ele almak mümkün. Bunlardan birincisi narsislik, incinme konusu. Öncelikle tabii belki bu narsislik gereksinimi nedir? Ondan kısaca söz etmekte fayda var. Her insanın hava solumak, su içmek gibi fizyolojik ihtiyacı varsa, narsislik anlamda psikolojik olarak da bazı ihtiyaçları var. Bunların da en temeli değer görme, kendisini değerli hissetme duygusu.

Ülkemize baktığımız zaman, narsislik gereksinimlerin gerçekten çok yaygın olduğunu görüyoruz. Nitekim sadece acil servis koşullarında değil, her ortamda, adam yerine konulma isteği, hakkının yeneceğini düşünme, hakkı olanı alamayacağını düşünme, önemsenmediğini düşünme, küçük düşürüldüğünü düşünme, başkalarına ayrıcalıklı davranıldığını düşünmeyi içeriyor narsistik incinme.

Şöyle bir baktığımız zaman, hastaların hepsi, herhangi bir zamanda doktora gittiğinde, buna acil servis de dahil, bu kaygılarla geliyor. Bunların da zaman zaman gerçek olduğunu gördüğü zaman, ciddi bir reaksiyon doğuruyor. Kuşkusuz bu çocukluk çağından itibaren yaşadığını düşünürseniz, biz karşı karşıya kaldığımız zaman, zaman zaman ki reaksiyonların neden çok aşırı olduğunu daha iyi anlayabiliyoruz.

Suçluluk duyguları kuşkusuz daha çok hasta yakınlarında gördüğümüz bir reaksiyon ve hasta yakınlarının bir kısmı, yaşadıkları suçluluk duyguları nedeniyle gerçekten çok olumsuz tutum ve davranışlar gösterebiliyorlar. Kuşkusuz hastanın içinde bulunduğu stres ve anksiyete de onun psikolojisini çok yakından etkiliyor.

Diğer bir önemli konu da, psikiyatrik rahatsızlıklar. Ne yazık ki psikiyatrik rahatsızlıklar, özellikle psikiyatr dışı hekimler tarafından yeterince bilinmiyor. Bu da kuşkusuz hastanın psikolojisini ve o hastanın kendisinde yaratacağı psikolojiyi, hekimin veya diğer sağlık çalışanlarının anlamasını engelliyor.

Örneğin, anksiyete bozukluğu olan bir hasta, hastalığı bize göre basit bir hastalık olsa bile, çok yoğun panik duygusu içinde olabilir. Onu yatıştırmak başlı başına başka hastalar beklerken, hekim açısından çok can sıkıcı olabilir. Fakat onun bir anksiyete bozukluğu yaşadığı biliniirse, bu noktada biraz daha farklı yaklaşmak mümkün olabilir.

Hastadan kaynaklanan diğer bir neden de kuşkusuz kişilik bozuklukları. Fakat bu noktada kişilik bozukluklarıyla, kişilik yapılarını da ayırmakta fayda var. Şöyle baktığımız zaman, bu Amerikan verisi, ama yüzde 10'a yakın civarında toplumda kişilik bozukluğu olan insan olduğunu görüyoruz. Çok ciddi bir oran, dolayısıyla kişilik bozukluğu olanların acil servise daha çok başvurduğunu düşünecek olursanız, acil serviste bu tür insanlarla daha da çok karşılaşılıyor.

Antisosyal ve borderline kişilik yapısına sahip olan insanların şiddet gösterme potansiyeli olduğunu düşünecek olursak, aslında toplumda 100 insandan ikisinin her an şiddete başvurabileceğini hep akılda tutmak gerekiyor. Kuşkusuz bu karşıdaki insanı anlamak açısından önemli bir konu, ama hekim açısından baktığımız zaman da, sağlık çalışanı açısından baktığımız zaman da şöyle bir durum var. Karşımızda böyle bir insan durduğu zaman, bizler neler hissediyoruz? O da çok önem taşıyor. Çünkü sadece karşıdaki insanı anlamak değil, onun bizde yarattığı duygular da çok önem taşıyor. Hasta-çalışan psikolojisi açısından karşılıklı bu etkileşimi her zaman akılda tutmakta yarar var.

Doktorun psikolojisini etkileyen veya sağlık çalışanın psikolojisini etkileyen faktörlere baktığımız zaman, kuşkusuz bunları, yine az önce dediğim gibi, benden de daha fazla bizzat yaşıyorsunuz. Ama burada özellikle hasta tasarımından söz etmek istiyorum.

Malum hepimizin hastalardan bazı beklentilerimiz var, bunu birazdan daha ayrıntılı söz edeceğim. Bir diğeri, tükenmişlik konusu; eğer hekim veya sağlık çalışanı, kendisini yavaş yavaş tükeniyor gibi hissediyorsa, bu konuda mutlaka önlem alınması gerekiyor. Çünkü olağan kişilik yapısına göre, olağan psikolojik özelliklerine göre çok farklı bir psikoloji yaşama potansiyeli vardır tükenmişlik içinde olan insanların. Bu kişi eğer uygun bir biçimde tükenmişliği düzeltilmezse, bu tükenmişlik hali yalnız geçici bir rahatsızlık gibi değil, kalıcı bir kişilik yapısı haline bile dönebilir.

O nedenle hem yöneticilerin, hem sağlık çalışanlarının bizzat kendilerinin bu tükenmişlik konusunda çok bilgili olması lazım ve önlem alması lazım. Fakat önlem alınırken de sık yapılan yanlışlardan birisi de, hastaya karşı duyarsızlaşma oluyor. Kuşkusuz bunu da aşmak gerekiyor. Mesleğimiz gereği duyarsız olmamız kuşkusuz mümkün değil.

Bir diğer önemli konu kişilik yapısı; örneğin, narsis kişilik yapısına sahip bir hekim, herhangi bir hastayla karşı karşıya kaldığı zaman, onun kendisine değer vermediği hissine kapılırsa, hastasına çok öfkelenir. Ama daha farklı bir kişilik yapısına sahip olan bir kişi, hasta kendisine değer vermemiş gibi davranırsa bile, o kadar öfkelenmez.

Buradan şunu vurgulama istiyorum: Acil sağlık hizmetlerinde hekimlerin, sağlık çalışanlarının karşındaki insanın kişilik yapılarını anlamaya çalıştığı gibi, kendi kişilik yapısını da bilmesi lazım. Hangi kişilik yapısı karşısında, kendi kişilik yapısıyla nasıl bir reaksiyon gösteriyor onu bilmesi lazım. Çünkü biraz dikkat ederseniz, bunu günlük hayatta hepimiz de yaşıyoruz. Bir çeşit yumuşak karın olarak adlandırdığımız bu konular aşılamazsa, gerçekten ciddi sorunlar ortaya çıkabiliyor.

Bir diğer konu da, toplumun affettiği statü; malum, toplum hekimi yakın zamana kadar belli bir yerde görüyordu. Aslında bu belli yerde yine görüyor. Biz psikolojik olarak şunu görüyoruz psikoloji biliminde; eğer belli bir yerde görme varsa, gizli olarak aynı zamanda burada da görme söz konusudur. Dolayısıyla bazı hastaların bizi yere-göğe sıdıramayan hastaların, kısa bir süre sonra yerin dibine batırmasının nedeni de bu. Aslında ilginç, ters gelen bir şey, ama insan psikolojisini bilen bir kişi olarak, biz bunu çok iyi biliyoruz. Burada görüyorsa, her an burada da görebilir. Bunun dengelenmesi gerekiyor. Bu dengelenmediği sürece, şiddet yaşama potansiyeli de her zaman daha da artıyor.

Bir diğer konu da yeterlilik konusu; hekim kendisini ne kadar yeterli hissediyorsa, tek başına yeterli olmak yetmiyor, yeterli hissetmek daha da önem taşıyor. Hekim kendisini ne kadar yeterli hissediyorsa, psikolojisi de o kadar rahat oluyor. Tabii ki sosyal ortam ve kurumsal ortam konusunda ayrıntılarıyla anlattığı için, burada geçiyorum.

Vurgulamak istediğim konulardan birisi de, hasta-hekim iletişiminde her iki taraf da birbirine karşı nötr değildir. Teorik olarak baktığımız zaman, hiç tanımadığımız bir hasta geliyor acile, ama ne biz ona karşı nötrüz, ne de o bize karşı nötr. Belli tasarımlarla bizim deyişimizle veya önyargılarla geliyoruz. Dolayısıyla hiç birbirimizi tanımasak bile, ya birbirimize yakın hissetmeye ya da ters hissetmeye potansiyelli olarak karşı karşıya geliyoruz. Nitekim bu bizim hasta ya da doktor tasarımı dediğimiz tasarımlar, geçmiş deneyimlerden, bireysel beklentilerden ve sosyal beklentilerden çok etkili.

Ülkemize baktığımız zaman şunu görüyoruz. Ülkemizde hastalar şefkat gösteren, her şeyi bilen, her şeye kadir bir hekim beklentisi içindeler. Ne kadar büyük bir beklenti değil mi? Bizden bunu karşılamanızı istiyorlar. Oysa biz ise, zorluk çıkarmayan, yakınmalarını kronolojik sıra içinde abartmadan, çarpıtmadan anlatan

hasta beklentisi içindeyiz. Dolayısıyla bu kadarı bile bu iki kesimi karşı karşıya geldiği zaman çatışma potansiyelinin olduğunu net olarak ortaya koyuyor.

Bu kitabı henüz okumadım, ama en kısa sürede okumayı düşünüyorum. Dolayısıyla hastanın doktorla ilgili tasarımı, sanki bir tanıyıymışçasına nitelikler taşıyorsa, hastanın kendisi için karnesini istemeye kadar bile varabiliyor. Bu tür hastalarla sizler de karşılaşıyorsunuzdur. Dolayısıyla bu hasta-hekim ilişkisinde, hastaların doktorla ilgili tasarımı, beklentilerinin çok yüksek olmasına da neden olabiliyor. Dolayısıyla yüksek beklenti karşılanmadığı zaman da, her an reaksiyon ortaya çıkabiliyor.

Bu noktada hasta-hekim iletişim modellerinden kısaca söz etmekte yarar var. Çünkü paternalistik bir model denilen model, ülkemizde en yaygın kullanılan model. Doktorun ön planda olduğu, hastanın geri planda kaldığı, hastanın neredeyse söz hakkının olmadığı bir model. Bu model hekimin hasta adına en iyi sağlık hizmetinin verileceğini vaat eder. Kuşkusuz acil hizmetlerinde istense de, istenmese de biraz bu yönde yürür, ama bu paternalistik model hasta-hekim ilişkisinde başta söylediğimi durumun ortaya çıkmasına neden olur. Hekim bazen burada görülür, bazen burada görülür. Her an çatışma potansiyeli ortaya çıkar.

Dolayısıyla zaman zaman çeşitli basın organlarında okuyoruz. Sanki paternalistik model hasta-hekim ilişkisini daha iyi yere getirir deniyor, ama biz şunu iddia ediyoruz: Paternalistik model giderek şiddet potansiyelini ve çatışma potansiyelini artırıyor. Çünkü artık hasta-hekim ilişkisi değişiyor. Artık hastalar kendilerini hekimlere biraz daha denk görmeye başlıyorlar. Artık hastalar hekimler hakkında, hastalıklar hakkında, sağlık hakkında daha çok bilgi edinmeye başlıyorlar. Bütün bunlar bir araya geldiği zaman, paternalistik modelden daha eşitlikçi bir modele doğru gitmek zorunda.

Aslında benim görüşüm; hasta-hekim ilişkilerinde yaşanan çatışmaların en önemli nedenlerinden birisi de bu. İster beğenelim, ister beğenmeyelim, sosyolojik veya sağlık sistemindeki değişiklikler nedeniyle, paternalistik hasta-hekim ilişkisinden, daha eşitlikçi bir ilişkiye doğru gidiyoruz ve biz hekimler buna hazır değiliz.

Buna nasıl hazır olacağız? Tabii ki zaman gerekecek, ama hastaların da buna hazır olması gerekiyor. Eşitlikçi ilişki, hastanın her istediğinin yerine getirileceği anlamına gelmiyor. Sınırları çizilmiş hizmet çerçevesinde, hekimden hizmet almasını gerektiriyor. Bu da sağlık okuryazarlığının artırılmasıyla mümkün olacak olan bir şey. Ama sağlık okuryazarlığının da, sağlıklı bir biçimde kazanılması gerekiyor. Yani hastaların sağlık sistemiyle ilgili uygun bilgiye sahip olması gerekiyor. Örneğin, ne zaman acil servise gideceği konusunda hastaların da bilgilendirilmesi gerekiyor.

Nitekim artık basına bile bu konunun yansıldığını görüyoruz. Bu konudan söz etmeyeceğim, ama hasta-çalışan psikolojisini etkileyen bir konu olarak hepimiz biliyorsunuz, hastalık tepkisi çok önemli. Fakat burada vurgulamak istediğim konu şu: Hasta ne kadar mülayim bir insan olursa olsun, ciddi bir hastalık yaşadığında öfke duygularına kapılabilir. Dolayısıyla öfkeli bir hastayla karşı karşıya kaldığınız zaman, onu illa bir kişilik bozukluğuymuş gibi ele almayın. Öfke son derece doğal bir duygudur. Öfkeli insan her zaman denetimini kaybedebilir. Doktor da öfkelenebilir, hasta ve hasta yakını da öfkelenebilir; bu son derece doğal bir konu. Önemli olan öfke duygusunu iyi yönetebilmektir. Karşıdaki öfkelendiği zaman, onun öfkesini iyi yönetebilmektir. Karşıdaki öfkelendiği zaman onun öfkesini arttırsak, iki taraflı olarak da kayıp söz konusu olur.

Gerçekten bilimsel olarak baktığımız zaman, istediği veya beklediği bir şey olmadığında, haksızlığa uğradığını düşündüğünde, birisinin kendisini önemsemediğini, küçük düşürdüğünü ya da adam yerine koymadığını düşündüğünde insanların öfkelenmesini görüyoruz. Az önce narsislik incinme dediğimiz durum. Gerçekten baktığımız zaman, hastaların çoğunun öfkelenme nedeni de bu, ama doğru, ama yanlış.

Öfke duygusunun işlevi, incinmiş öz değerlik duygusunu onarma çabasıdır. Hasta ve hasta yakını, aslında yanlış bir şekilde incinmiş olan öz değerlik duygusunu gidermeye çalışıyor, olan bu. Kuşkusuz öfkeyle baş etmeyle ilgili olarak, bizlerin de hastaların da önemli edinimler kazanmasında yarar bulunuyor.

Az önce söyledim, acile gelen her hasta ve hasta yakını kontrolsüz davranma potansiyeli taşır. Bu nedenle kontrolsüz davranan bir hasta veya hasta yakınıyla karşı karşıya kaldığımız zaman, sanki karşımızda patolojik bir insan varmışçasına yaklaşmamak gerekiyor. Bu psikoloji deneylerinde de tekrar tekrar kanıtlanan bir şey. Son derece sakin bir insan, uygun ortamlar oluştuğunda, her türlü saldırganlığı gösterebiliyor. Bilgi olarak bunu bilmekte yarar var. Çünkü saldırganlık gösteren, kontrolsüz davranan bir hastayla karşı karşıya kaldığımız zaman, hemen ona psikopat damgası yapıştirarak, biz de elimizden gelen her şeyi ona yapmaya çalışabiliyoruz, ama bunu unutmamak gerekiyor. Psikolojik deneylerde de tekrar tekrar görülüyor. Her türlü insan, uygun ortam oluştuğunda her türlü saldırganlığı gösterebiliyor.

Fakat bunu derken, bu karikatürü de koymadan edemedim. Gerçekten kötü insanlar da var. Burada önemli olan bu kötü insanlara karşı nasıl davranacağımızı da bilmemiz. Yoksa bir psikopatla karşı karşıya kaldığımız zaman, onunla ağız daşına girip, onunla kavga etmeye çalışmanın hiçbir yararı ve anlamı yok. Çünkü hiçbir zaman üste çıkmamız mümkün değildir.

Diğer bir önemli konu empati konusu. Gerçekten bu konuda Zaman Gazetesinde Nur Yakman'ın “*Kimse diğerinin halinden anlamıyor*” başlıklı bir yazısı var. Bu başlık her şeyi ifade ediyor. Gerçekten baktığımız zaman, ne doktor hastanın halinden anlıyor, ne de hasta doktorun halinden anlıyor. Sizlerin de başına gelmiştir, zaman zaman hasta olarak veya hasta yakını olarak doktorlara başvuruyoruz ve ne yazık ki biz de şikâyetçi oluyoruz. Çünkü dediğim empati yeterince gelişmiş değil; hem hastalara, hem hekimlerde.

Dokuz mu, altı mı? Nereden baktığınıza bağlı. Burada ülkemizde yaygın olan özelliklerden birisi de kutuplaşma. Birisi de çıkıp öbür taraftan baksa ya, bakmıyor. Kutuplaşma insanları bir tarafta tutuyor. Öbür tarafı anlamaya çalışmaya yönlendirmiyor. Gerçekten bu aslında nereden baktığınıza bağlı; hem altı, hem dokuz. Evet, nereden baktığınıza göre her şey çok değişiyor. Hekimlik yaparken hastaya farklı bakıyorum, hasta olarak hekime gittiğim zaman karşılaştıklarım bazen beni şaşırtıyor, sizleri de şaşırtmıştır.

Evet, baktığımız zaman. Padişah diyor ki; bak oğlum, bir gün bunların hepsi senin olacak diyor, ama empati kuramamış. Empati kurabilseydi, küçücük çocuğunun, aslında sadece köpeğe sahip olmanın daha önemli olacağını sezerdi. Buradan baktığımız zaman padişah kendisinin çok önemseydiği bir şeyi, herkesin önemseyeceğini zannediyor, ama gerçek öyle değil.

Burada tabii eğer çatışma uygun bir biçimde çözülmezse, her iki tarafın da zarar göreceğini vurgulamak için koydum. Bu karikatürde gördüğümüz gibi, bizim toplumumuzda ne zaman haksızlığa uğrayabilirim duygusu çok yaygın ve bu nedenle her an bu tür patlamalar ortaya çıkabiliyor. Ne yazık ki bazı hastalar acil olmadığı halde geldiği zaman bizler de bu tür reaksiyonlar gösterebiliyoruz.

Ne yazık ki kişilik yapısı nedeniyle bu karikatür başka şeyi anlatmak istiyor, ama bazen aşırı koruyucu tutum ve davranışlarımız hastaya yönelik olarak değişebiliyor. Beklentiler bazı kişilerde o kadar abartılı hal altı ki, hiç olmayacak şeyler bile istenebiliyor.

Bu karikatür, hani doktorun yaşayabileceği öfkeyi açıklamak açısından önem taşıyor. İlk ona gelselerdi, kendisi daha değerli olduğunu hissedecek olan, yani narsislik kişilik yapısına sahip olan bir doktorun hissedebileceği bir duygu. Bu da herhalde sık karşılaştığımız bir durum. Üzerinde dakikalarca konuşulabilir, ama sürem dolduğu için konuşmayacağım.

Özet olarak şunu söyleme istiyorum: Sağlık çalışanı, hasta ilişkisinde profesyonel olan taraf sağlık çalışanı olduğu için, ilişkiyi yönetme sorumluluğu sağlık çalışanındır.

Teşekkürler.

# Sağlık Sektörü Paydaşlarının Kalite Deneyimleri

## ■ Oturum Başkanı - Doç. Dr. Muhammed Güzel KURTOğLU

*Diyarbakır K.H.B. Genel Sekreteri*

## ■ Uzm. Dr. Gökhan DARILMAZ

*Konya Beyhekim Devlet Hastanesi*

Hastanelerin Yeni Yönetim Stratejilerinde SKS Fonksiyonu

## ■ Uzm. Dr. Bahri TEKER

*İstanbul Özel Nisa Hastanesi*

Özel Sektörde Kalitenin Gelişim Süreci ve Deneyimler

## ■ Uzm. Nuri şAşMAZ

*Pamukkale Üniversitesi*

Üniversite Hastanelerinde SKS'nin Önemi, Başarılar ve Zorluklar

## ■ Uzm. Dr. Hüseyin Seyhan FİDAN

*Eskişehir Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği*

Kamu Hastane Birliği Yönetiminde Sağlıkta Kalite Anlayışı





## Hastanelerin Yeni Yönetim Stratejilerinde SKS Fonksiyonu

**Uzm. Dr. Gökhan DARILMAZ**

*Konya Beyhekim Devlet Hastanesi*

Sayın Başkan, değerli katılımcılar; hepinizi en kalbi duygularla selamlıyorum. Kongremiz başarılı geçiyor, inşallah bu şekilde devam eder.

Sunuya başlamadan önce benim için önemli olan iki hususu söylemek istiyorum. Birincisi, bu kez dördüncüsünü gerçekleştirmiş olacağımız kalite performans toplantılarının, her geçen gün büyük bir ilgiyle, büyük bir alakayla izlendiğini hepimiz görüyoruz. Kendi hastanemden en az 30 arkadaşım, personelim gelmek istediği halde gelemediler. Sayın Başkana tabii ki çalışmaları nedeniyle çok teşekkür ediyoruz. Gerçekten bakanlık adına çok önemli bir işi yürütüyorlar ekibiyle birlikte, ama bu salonların artık yetmediğini, daha büyük yerlerin gerekli olduğunu ve Türkiye'nin Ankara ve Antalya'dan oluşmadığını. Mesela Konya'nın buna ev sahipliği yapabileceği. Daha önce konuştuk, Diyarbakır'ın buna ev sahipliği yapabileceği, belki başka illerin de bunu talep edeceğini söylemek istiyorum. Bu nedenle bundan sonraki toplantılardan birine biz de adayız.

İkincisi, aslında uzun süredir düşündüğüm ve gözlemlediğim bir şeyi paylaşmak istiyorum. Ben 20 yılımı doldurdum hekimlikte, idareci olarak da 14. yılımdayım. Çok ücra köşelerde de çalıştım ve çeşitli dönemlerde, yani 93 yılında mezun olduğum için çeşitli dönemlerde çalışırken, son dönem için şunu müşahade ettim. Başkanımızın çok kullandığı bir ifadeyi ben de kullanayım. Son dönemin belki en önemli farkı, bütün paydaşları gerçekten bu tür konularda düşünmeye, birlikte hareket etmeye, bütün yeteneklerini Türkiye için –*altını çizerek söylüyorum*– ülke için seferber etmeye imkân tanıyorlar.

Zira hiçbir sorun siyasal olsun, sosyal olsun, sağlık olsun hiçbir sorun paydaşların fikri alınmadan çözülemez. Bu nedenle bu toplantıları hepimiz çok önemsemeliyiz, buradan çıkan sonuçları hepimiz çok önemsemeliyiz. Gidip kendi arkadaşlarımızla bunları paylaşmalıyız ve gelecek toplantıya çok daha kuvvetli hep birlikte gelmeliyiz. Çünkü ülke bizim ülkemiz, hizmet hepimiz için farz.

Konuya gelince, tabii bana verilen konu hastane yöneticisi açısından değişimle birlikte kalite algısı. Biz bu konuya şöyle girmek istiyoruz. Kamu hastaneleri birliği teşkilâtı oluştuktan sonra, genel sekretere bağlı hizmet başkanı, mali hizmet başkanı ve idari hizmet başkanı, direkt bağlı olarak verimlilik ve hastane yöneticiliği. Yine hastane yöneticiliğine bağlı olarak da bildiğimiz idari-mali müdür, sağlık bakım hizmetleri, başhekim ve hasta otelciliği hizmet müdürü şeklinde dizayn edildi.

Aslında buraya bakıldığında, sanki genel sekreterlikle, hastane yöneticiliği direkt temas halinde gibi görünüyor, ama pratikte bu böyle olmuyor. Pratikte başkanlarla çalışılıyor. Tabii başkanlar da hastane yöneticiliğine bağlı diğer birimlerle direkt temas halinde olduğu için, zaman zaman hastane yöneticiliği baypas edilmiş oluyor.

Ne söylemek istiyorum? Örneğin mali hizmet başkanı, eğer idari ve mali işler müdürlüğünü çağırıyorsa toplantıya, bu toplantıdan hastane yöneticiliğine kalan mali müdürün kendisine aktardıklarıdır, filen toplantı değildir. Bu da ister istemez bir boşluk oluşturuyor.

Bu nedenle yeni bir kavram olan hastane yöneticiliğine kendi ekonomik hizmet kısmını harcamasını yapamadığı için, hadi şunu alın dediğinde, ben koşup peki hadi bunu birlikte yüklenelim dediğimde de, ben de ...06.55 diyebilir. O yüzden bu yöneticilik kavramı başhekimlikle birlikte yeniden belki düzenlenmeli ve gerçekten ayrımı daha iyi yapılmalıdır. Çünkü şu anda çok pratik gibi görünüyor.

Ama hastane yöneticileri Allaha şükür birçok kesim tarafından çok ciddi kontrol ediliyor. Bunlardan bir tanesi, tabii hasta ve yakınları tarafından SABİM-BİMER hasta hakları, bu şikâyetler hastane yöneticiliği tarafından takip ediliyor ve Sağlık Bakanlığı SKS'ye gönderiyor. Genel sekreterlikler başkanlar aracılığıyla kontrol ediyor ve kamu hastaneleri kurumu da yılda iki kez puanla -*Merve Hanım oradan dikkatle bakıyor*- gözlemlerle bizi değerlendiriyor.

Genel sekreter şikâyet istemiyor, idari hizmetler personel yok diyor, mali hizmetler para yok diyor, tıbbi hizmetler cihazım yok diyor, kalite eksik çok diyor. Bunun karşılığında tabii hastane yöneticiliği sırtmaktan başka bir şeyi kalmıyor.

Yeni sistemle birlikte altı kriter var. Bu kriterler içerisinde izlem kriterleri henüz pratik değil, ama diğerleri oluşturuldu, onları biliyoruz neler olduğunu. Bazıları direkt, bazıları da endirekt etki olarak kaliteyle alakalı. Tabii kriterler, tek tek okumak istemiyorum, ama bunlardan önemli bir kısmı, aynı zamanda kalitenin de içinde olan şeyler. Mali kriterler çok ilgili değilse de, sonuçta harcama yaptırmadan yapacaklar. İdari kriterler kısmen zaten içerisinde. Kendi zaten kalitenin bir değerlendirmesi var, eğitim.

663'ten önce hastanelerde bireysel performans ve kurumsal performans hastane yöneticilerini ve hasta çalışanlarını birlikte ilgilendiriyordu. Kurum sonrası, kurumsal performans yani karne genel sekreteri, hastane yöneticilerini veya diğer sözleşmeli personelleri ilgilendirirken, bireysel performans hastane çalışanlarını. Peki o zaman bu iki kesim arasında bağlantıyı nasıl kuracağız? Çünkü ben hastane çalışıyorsa, bana ne sözleşmeli çalışanlardan? Ben sözleşmeli çalışsam bana ne dağıtılan döner sermayeden?

Buraya baktığımızda da şunu görüyoruz ki, hastane yöneticilerinin karne puanlarının hesaplanmasında, pek çok faktör etkili dikkat edersek. Tıbbi, idari, mali, hasta çalışan güvenliği, eğitimi, izlemi hepsi bir arada, ama iş başhekimine, başhekim yardımcılara geldiğinde, bakan idari ve mali puanlar etkili değil ya da aşağı indiğimizde orada da tıbbi kriterler. Şimdi bir zorluk daha, sözleşmeliler arasında da fark var. Sadece ikisi arasında fark yok, sözleşmeliler arasında da fark var. Hadi hastane yöneticisi bunları bir kotada eritsin.

Peki, halen değişmeyen bir şey var. O da hastane çalışanlarının kurumsal performans katsayısı. İşte burası önemli, zaten belki de bizim bu konunun, özellikle dikkat çekmek istediğimiz ve sizlere söylemek istediğimiz nokta o. Evet, ikisini de potasında eriten, ister istemez SKS. Doğrudan etkisi ne kadar? 200 puansa bile, bizim tespit ettiğimiz dolaylı etkisi 1000 puan, toplamda 1200, ama biz bunun daha fazla olduğunu düşünüyoruz. Dolayısıyla şunu çok net söyleyebiliriz ki, bir hastane eğer kaliteden düşük puan almışsa, o hastanenin sözleşmeli idarecileri bir sonrakinde de aynı şeyi yaparlarsa, kamu hastaneleri kurumu onlara bir yazı mutlaka gönderecektir.

Bu arada bunlardan bağımsız olarak, kuramdan bağımsız olarak, sadece bireysel olarak etki edenler de var. Bunlara kritik verimlilik göstergeleri diyoruz. Bunlar tek başına sözleşmenin iptali için bile yeterli. Tıbbi kriterleri de görüyoruz. Bunların içerisinde gördüğümüz gibi kalitede olanlar var, idari kriterlerde olanlar var ve mali kriterlerde olanlar var.

Aslında tabloyla karşı karşıya getirdiğimizde, SKS’de kurumsal hizmet yönetimi, sağlık tesisinde verimlilikte idari kriterlere karşılık gelirken, sağlık hizmet yönetimi tıbbi kriterlere indikatör yönetimi, diğer izlem kriterlerine karşılık geliyor; zaten aslında birbiriyle direkt temas halinde. Bunun sonucunda puanı alanla, almayanın keyfi aynı olmayacaktır tabii.

Örnek bizim hastane, bu ilk 6 aylık, şuraya dikkat etmenizi istiyorum. Tıbbi kriterde A’dayız, 892 oldukça iyi bir puan, idari kriter de 906 puan, mali kriter de 588, Türkiye’nin neredeyse geneli belki böyle ve kalitede hasta-çalışan güvenliğinde 662, toplamda 756 ve B grubundayız.

Şimdi bir sonraki, yani Kasım-Aralık değerlendirmesini göreceğiz. 892, 906 ve 588 hepsi aşağı iniyor, 805’e, 901’e ve neredeyse 170-180 civarında mali kriterde de düşüş oluyor. Ama kalite ve hasta çalışan güvenliğindeki artışı bizi yine yerimizde tutuyor. Bu aslında yeni yönetim stratejisinde de, bir hastanenin neye çok dikkat ve önem vermesi gerektiğini gösteriyor. 902’e çıktığımızda gördüğümüz gibi başarı gruplarımız üç tane A ve bir E’yle aferin karne alıyoruz 735’le.

Peki, bu personel tarafından nasıl algılanıyor? Ben özellikle doktorlar için söylemek istiyorum. İnanın kalite personel için dosya anlaşılıyor. Bunu bir şekilde

aşmamız lazım. Yani taraf cerrahisi ve güvenli cerrahiyi bile anlatana kadar canımız çıkıyor, ama bir şekilde bunlar evrak doldurmak olarak algılanıyor. Bunun mutlaka aşılması lazım. Hangi metotla, nasıl yapılacak? Bu hep birlikte değerlendirilecek, ama çok fazla dosya var, bunu kabul etmek lazım.

Bu nedenle de doktorlar hasta mı bakayım, evrak mı doldurayım diye zaman zaman endişe ediyorlar. Tabii bu arada hastane yöneticisi de çok yerden bu noktada temas halinde. İster istemez evden gelen telefon en son telefon olarak dikkatle bakıyor.

Çözümler ne olabilir? Aslında belki sorunla birlikte bunu konuşmuş olacağız. Birincisi, bence en önemlisi kalite algısını tüm yaş grubuna yaymamız lazım. Şimdi bizde kalite algısı sadece hastanelerle olabilecek bir şey değil. Evet, Alo 182 Ahmet Beyi çağırıyoruz, kapıda da karşıyoruz, bu güzel. Ahmet Beyle çok da iyi ilgileniyoruz, ama kapının önünde bir trafik canavarıyla karşı karşıya kalıyor ve Ahmet Beyin sol gözü şişiyor. Ahmet Bey şikâyet ediyor, saat 08.00’de gelin diyor adliyeden, Ahmet Bey 15.00’de ancak girebiliyor, ama giden 7 saatini hiçbir şekilde, hiçbir yere şikâyet edemiyor. Herhangi bir hâkimin ya da savcının görevini geç yaptığı ya da beklettiği için ceza aldığını ya da bir yere şikâyet edildiğini duyanınız var mı?

Ben size kendimle ilgili bir örnek vereyim. 2008 yılında hasta muayene ederken bir sözlü hakarete maruz kaldım, usulsüz rapor almak isteyen –*açıkça söyleyeyim*- biri bunu yaptı. Üç tane şahit vardı olayla ilgili. Tam beş yıl sürdü mahkeme, başka hiçbir şey yok. Üç tane şahit, yani incelenecek kriminal bir inceleme yok, işte şuraya gidecek tetkik yok, tomografi çekilmeyecek, şu edilmeyecek, bu edilmeyecek, beş yıl sürdü. Hani sonuçta 8 milyar ceza ödedi, ama beş yıl sürdü. Bu kayıt algısını daha belki doğum sürecinde, ilkokulda, lisede, üniversitede, hayatın her yerinde.

Şimdi şunu özellikle hepimiz yaşamışızdır. Trafikte anlaşmayı bile kornayla yapıyoruz. Kısa sesli selamünaleyküm aleyküm selâm, uzun sesli söylemeyeyim. Bunların hepsi bir arada olacak ki, Alo 182’nin faydası olsun. Yoksusu şu anda Alo 182 hastaneler için yük, ben bunu açık açık söyleyeyim.

Evet, puan algısını fırsata çevirebiliriz. Kalite puandır, şudur-budur, ama birlikte hareket etmeyi sağladığı için, bunu fırsata çevirebiliriz. Bakanlık uygulamalarında şeffaflık ve değişkenlik; biz bunu çok net bir şekilde ifade ediyorum, zaman zaman sıkıntısını yaşıyoruz. Çünkü buradaki değişiklikler, örneğin performanstaki yüzde 70’in 80’e çekilmesi değişkenliği. Şimdi ne oldu da, ne değişti de ya da dışarıdan ne tür bir etki oldu da ortalamanın ancak yüzde 80’ine dönüşüyoruz.

Diyelim ki, hemşirelerin yeni eğitimle alakalı bir kural. Bunlar gerçekten periferde nasıl algılanıyor ya da nasıl zorluklar yaşıyor? Bunun mutlaka bakan-

lık tarafından da iyi izlenmesi lazım. Zira bu yüzde 80 değişikliği, çok net bir ifadeyle söyleyeyim hastanemiz için çok kötü olmuştur. Ben onu biliyorum ki, burada arkadaşlarla konuştum, birçok ilde de, birçok hastanede de bu tür şikâyetler var. Peki, bu neyi sağlıyor? Bu farklı bir şekilde protestoyu sağlıyor personel tarafından. Yani şikâyetini, bunu sağlayan Sağlık Bakanlığına yapmıyor. Bunun yansımaları hastane kurallarına, hastanenin aldığı kararlara, itiraz ya da bir şekilde direnç şeklinde yansıyor. Bu nedenle periferde bunları yansımaları, bakanlığın aldığı kararların yansımaları, en azından değişiklikler çok daha iyi irdelenmesi lazım.

Sağlık Bakanlığı, birlikler, hastaneler aynı dili konuşmak zorundadır, aynı kavramı aynı anlamlarla anlamak zorundadırlar. Birlikte hareket etmedikleri zaman, algı farklı farklı olduğu zaman, ister istemez çok farklı yollara, çok farklı sonuçlara gidebiliyoruz.

Biz Konya’da kamu hastaneleri birliği genel sekreterliği tıbbi hizmetleri başkanlığının kaliteyle ilgili çalışmalarında, gerçekten bu konuyla ilgili sorumlu olan Tıbbi Hizmet Başkanımız Dr. Mustafa Palaycı Beyin önderliğinde, bütün birimleri çağırarak, ortak bir sunu ve ortak bir algı oluşturmaya çalışıyoruz. Bu son derece verimli oluyor. Bunu muhtemelen diğer hastaneler de yapıyordur. Birlikte hareket edilirse, kaliteyle ilgili deneyimler bir arada paylaşılsa, beraber bir ortak soru çıkabilir ki, birbirimizle ilgili deneyimleri verimli hale getirir. Çünkü mesela Konya’da da var, muhtemelen diğer illerde de vardır, X hastane çok iyi bir puan alırken, aynı ilin başka bir hastanesi çok kötü bir puan alabiliyor, farklı uygulamalar olabiliyor. O yüzden birlikte hareket etmek, belki bu birliğin en önemli faydası olacaktır. Zira bu şekliyle her birimizin diğerinin hatasını telafi etme şansı olacaktır.

Peki, son tahlilde hastaneler gerçekten iyi bir hizmet verdiğinin kriteri ne olabilir ya da birliklerin? Evet, gerçekten kurumsal davranış modeli oluşturarak, biz şunu algılayabilmeliyiz ki; eğer duyduğunuz bir şeyin, sizin hastanenizle alakalı olduğunu ya da alakasız olduğunu düşünebiliyorsanız. Bir hadise gerçekleşmiş, bu benim hastanemde olmaz, böyle bir uygulama benim hastanemde yok diyebiliyorsanız, orada bir kurumsal davranış modeli oluşmuştur ve bu çok önemlidir. Eşit fırsat bütün personele, bu gerçekten eşit fırsatı mutlaka ve mutlaka vermeliyiz.

Kendini yenileyebilen, dolayısıyla kurumsal körlüğü ortadan kaldırmış bir anlayışımızın olması lazım. Evet, yanlış yazmadım, çalışan-hasta memnuniyeti dedik, hasta-çalışan memnuniyeti demedik. Niye demedik? Çünkü genel sekreterimiz Prof. Dr. Mehmet Bekerecioğlu’nun ifadesidir. Bunu bakanlık değiştirmelidir diyor. Bence doğru da söylüyor. Çünkü yüzü sirke satan birinin bal satma imkânı yoktur. Eğer yüzünüz sirke satıyorsa bal satamazsınız. Bu söz de ona aittir. Gerçekten çalışanı memnun olan hastane hastasını memnun edebilir. Eğer çalışanı memnun değilse, o hastanede hastalara iyi muamele yapılmaz. Ek ödeme her zaman

problemdir, bunu başarmış olan hastaneler gerçekten iyi bir hizmet veriyordur. Mutlaka hastanelerimizde sosyal faaliyetleri en üst düzeyde gerçekleştirmeliyiz.

Peki, SKS değerlendirmelerinin faydası? Birincisi bana çok faydası oluyor, hiç dolaşmadan hastaneyi kontrol edebiliyorum. Çünkü benim yerine onlar kontrol etmiş oluyor. Tam öyle değil, ben de kontrol ediyorum, ama gerçekten düzenli kontrolü sağlıyor. Personel arasında motivasyon sağlıyor. Hangi birim daha düzenli bir iş yapacak ve gerçekten puan alacak? Bunu sağlıyor. Toplantılar, özellikle farkındalığım ve diğer hastanelerle rekabeti.

Ben buradan açık yüreklilikle söylüyorum. Bir önceki kalite toplantısına Denizli damgasını vurmuştu, bu kez Eskişehir damgasını vurdu. İki ili de tebrik ediyorum. İnşallah bir sonrakinde biz vururuz.

Birlikte hareketi sağlıyor. Burada da gerçekten doğru işleri, doğru metotla yapmayı sağlıyor ve hasta ve çalışanlar için risk yönetimini sağlıyor. Bu slâyt benim için çok önemli. Şunun bilinmesi lazım: Hastanelerin para getirmeyen yükleri var ve bunlar hastane yönetimleri açısından, kalite açısından sıkıntılı süreçler doğuruyor. Bunlardan bir tanesi evde sağlıktır. Ayrı bir personel tayin edilmiyor, hastanedeki personel duruyor. Zaten sınırlı sayıda personel, evde sağlık hastaneler için bir yükür. Maalesef ki evde sağlığa, ayrıca aile hekimleriyle de zaman zaman sürdürmeleri sağlıyor, onu söyleyelim. Çünkü özellikle aile hekimleri ki, benim eşim de bir aile hekimidir onu söyleyeyim öncelikle. Aile hekimleri enjeksiyonların bile evde sağlık tarafından yapılacağını söylediği için, zaman zaman sıkıntılar bile yaşıyoruz.

MHRS özellikle kalabalık illerde. Yani ben mesela Urfa'da, Diyarbakır'da MHRS ne durumda, cidden çok merak ediyorum. Burada muhtemelen söyleyecektir, Başkan Diyarbakır'ın genel sekreteri. Çok zordur oralarda MHRS'yi gerçekleştirmek. Anne oteli, refakatçi oteli, hele son otelcilik hizmetleriyle birlikte, bilmiyorum çıkardınız mı? Gelen şeylerle hastanelere geri dönüşsüz inanılmaz yükler geliyor.

İlçe hastanelerin kompanse edilmesi. Yani Sayın İdari Başkanımın da burada olmasını isterdim açıkçası. Evet, sık sık bizden geçici görevler gittiği için, bu noktada biz de bir yük altına girmiş oluyoruz. Bakanlık uygulamalarının değişkenliği, biraz önce söyledim. Eğitimler; evet, eğitimler olmalı ve eğitimlere personeller gitmeli, ama bunların gittiği yerlerin boşluğu da hastaneler için ayrı bir yükür, bunu kabul etmeliyiz. Bir diğeri, çalışanla hasta memnuniyeti, personel açığı ve ek ödeme, bunlardan biraz önce bahsettim.

Bizim hastanemizden kısa örnek vermek istiyorum. Hastanemiz 3,5 yıllık bir hastane ve ilk haberimiz buydu. Şehirden biraz uzak "Bu hastanede hastalar değil, doktorlar sıra bekliyor." Gerçekten buradan 320 görünüyor, ama çok iyimser

bir rakam, 200 civarındaydı. Boş olunca, ya bir de fizik tedaviye gidelim, bir de dahiliyeye görünelim, bir de kulak burun boğaza görünelim dedikleri için, 320 görünüyor, aslında 200 civarındaydı.

Daha sonra tabii ekiple birlikte, hepimiz birlikte çalıştık ve gerçekten Türkiye’de çok önemli merkez haline geldik. Burada çok kişinin katkısı var, tek tek söylemeyim, ama personelimizin özellikle çok ciddi başarısı var.

Kreşimiz; biz aynı zamanda bir arada bunları gerçekleştirdik. Bakınız, eğer kalitenin artmasını istiyorsanız, hastanenizin bütün organlarını aynı anda düşüneceksiniz. Sadece mideyi, akciğeri, kalbi değil; böbrekleri, beyni hepsini bir arada düşüneceksiniz. Çünkü eğer hastanenizin personeli çocukları için sıkıntı yaşıyorsa ve siz ona bir çözüm üretemediyse, size bağlanması çok zordur.

Bizim kreşimiz Konya’da 200 kreş içerisinde, sosyal hizmetler başkanlığının ifadesiyle ilk 20’ye rahatlıkla girer. Bunu sadece kendi personelimizin çocukları için yaptık ve biz onların dedesi olarak zaman zaman ziyaretlerine gidiyoruz. Gerçekten de çok önemli bir başarıdır.

Kalite sempozyumuna bu kez biz de daha kuvvetli geldik ve sonuçta bu seneki puanımız 95, bu bir öncekiydi, bu da şimdiki. İki ödül aldık biz de, iki arkadaşımı da gerçekten canı gönülden tebrik ediyorum. Diyor ya, ne kadar kalabalık olursa olsun, yükünüz ne kadar ağır olursa olsun, eğer düzeniniz varsa, eğer gerçekten bir intizam oluşturmuşsanız, bir disiplin oluşturmuşsanız kaza olmaz.

Çok teşekkürler ederim.



## Özel Sektörde Kalitenin Gelişim Süreci ve Deneyimler

**Uzm. Dr. Bahri TEKER**

*İstanbul Özel Nisa Hastanesi*

Sayın Başkan, sevgili katılımcılar; ben de herkesi saygıyla sevgiyle selamlıyorum.

Bu benim katıldığım ilk kongre ve ilk defa katıldığım kongrede konuşmacı olarak katılıyorum. Bu benim için ayrı bir şeref. Kongre düzenleyicilerine teşekkürlerimi ve şükranlarımı arz ediyorum. Tabii hizmet kalite standartları ilk önce kamuda başladığı için ve kamu Türkiye’de en büyük sağlık hizmet sunucusu olduğu için, katılımcıların, konuşmacıların kamudan seçilmesi, çoğunluğunun onların olması son derece doğal. Ben de özel sektör adına mütevazı bir şekilde, küçük bir hastanenin, 50 yataklı bir hastanenin başhekimi olarak, kaliteden biz ne anlıyoruz, bize ne getirdi, nasıl geldi, biz kaliteyi nasıl tanıdık ve sonunda neler elde ettik? Kısaca anlatmaya çalışacağım.

Ben 1990 Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunuyum, aynı üniversitede ihtisas yaptım, enfeksiyon hastalıkları ihtisası yaptım. Daha sonra da özel sektörde yönetici olarak çalışmaya başladım. O yıllarda aslında 1990’lı yıllarda kaliteyle ilgili ilk çalışmalar Türkiye’de başladı. Sanıyorum zamanın Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Yaşar Okuyan zamanındaydı, SSK hastanelerinde ISO standartlarıyla ilgili birkaç düzenleme başladı. Birkaç hastane bununla ilgili belge aldı. Mesela benim bildiğim Samatya SSK Hastanesi o zamanki adıyla ISO belgesi almıştı idi. Daha sonradan askerliğimi yaptığım Diyarbakır Askeri Hastanesinde yine ISO belgesi almış bir hastaneydi. Yani 1990’lı yıllarda Türkiye’de kaliteyle ilgili birtakım şeyler konuşulmaya başlandı. Bunun en yaygın olanı ISO idi, ama ISO daha çok bir yönetim felsefesi, üretim sektörüne daha çok uygun, ama tıbbi süreçlerle ilgili herhangi bir düzenlemesi söz konusu değil. Dolayısıyla çok fazla yaygınlaşmadı.

99 senesiyle, JCI ilk defa uluslararası standartlarını yayınladı, JCI adı duyulmaya başlandı. Doğrusu ben JCI’nın adını Bakanlığımız vesilesiyle duydum. Çünkü Bakanlığımız JCI kitapçığını çevirdi ya da çevirmesine katkıda bulundu. Ben kitapçığı aldım okudum, hiçbir şey anlamadım. Aslında orada her şey belki çok güzel açıklanmıştı, detayları vardı, ama bizler kaliteye alışkın değildik. Arzuluyorduk, istiyorduk, kalite çalışmalarını yapmak istiyorduk. Yani biz de tıbbi hatalar olmasın, hastalarımız memnun kalsın, hasta güvenliği, çalışan güvenliği olsun istiyorduk, ama nereden başlayacağımızı, nasıl yapacağımızı bilmiyorduk.

Tabii bununla ilgili JCI 99’dan sonra Türkiye’ye ilk defa ne zaman geldi bilmiyorum. Belki 2002, belki 2003, birkaç sınırlı sayıda hastane aldı. Neden? Çünkü birçok hastane bu JCI’ın ya da bu kalite standartlarının farkında değil. Farkında

olanların önemli bir kısmı ulaşamıyor, iletişim kuramıyor. İletişim kuranların da çok az bir kısmı maliyetlerine katlanabiliyorum. Sanıyorum 150-200 bin dolar gibi maliyetler. Dolayısıyla JCI'ın da Türkiye'de birkaç özel hastane dışında yaygınlaşması o dönem için -2000'li yılların başlarından bahsediyorum- çok fazla olamadı. Bizim için de kalite başka bir bahara kaldı. Gerçekten kalite anlamında 2000'li yılların başlarını hatırlayın, 2005'lere kadarki dönemi hatırlayın, kalite anlamında gerçekten umutsuz bir dönem ve burada bir kurtarıcıya ihtiyaç var. Bütün dünya kurtarılmayı bekliyor. Bu kurtarıcı belki bir yabancı olabilir, ama bizim için çok uygun değil; çünkü yerli bir kurtarıcı lazım, yani bize bir yerli Süpermen lazım.

İşte bakanlığımız hizmet kalite standartlarını, ben hep özelde çalıştığım için, kamuda ihtisasım bittikten sonra hiç çalışmadım. Sanıyorum 2005 yılıydı, kamuda hizmet kalite standartları dönemi başladı. Hepimiz bu süreci, sizler bizlerden daha fazla yaşadınız. Hasta memnuniyetinde hızlı yükselme, tıbbi hatalarda hızlı azalma ve burada sayamayacağım, günlerdir konuştuğumuz, hepinizin aslında kendi güncelinizde yaşadığımız memnun edici gelişmeler oldu, ama özel hastanelerle ilgili herhangi bir düzenleme bu dönemde yok.

Biz sadece kamuda, özellikle işte performans dayanak teşkil etmek üzere veya kamudaki hasta ve çalışan güvenliğini, hasta memnuniyetini arttırmak üzere bu kalite standartlarının başladığını biliyoruz. Sanıyorum o zamanlar 100 sorudan oluşuyordu. Sonra sayılar giderek arttı, düzenlemeler oldu, yeni standartlar geldi.

Biz tabii özelde bunu izliyoruz, kamunun sağlık hizmeti kalitesinin yükseldiğini memnuniyetle izliyoruz, gurur duyuyoruz. Biz de henüz bir şey yok. Ne zaman başladı? 2009 senesinde, önce özel hastane kamu hizmet kalite standartlarıydı, sonra biliyorsunuz kam-özel ikisi birleştirildi, hizmet kalite standartları. Şu anki adıyla da sağlık kalite standartları olarak değişti.

İlk çıktığında tabii biz böyle coşkuyla, mutlulukla karşıladık desem herhalde yalan olur. Çünkü biz de bir stres başladı. 2005'de belki sizde başlayan stres, bilemiyorum o zamanlar aranızda değildim, özeldeydim. Neden? Zaten bakanlığın bir sürü denetlemesi var, yoğun bakımları denetler, enfeksiyon hızlarını denetler, acili denetler, sınıflandırır, bakanlığın bir sürü şubesi var. SGK gelir denetler, belediye gelir denetler, Kara Kuvvetleri Komutanlığı bu kadar denetim yapmıyordu. Hakikaten perişan durumdayız, bir de hizmet kalite standartları karşımıza çıktı. Hakikaten ne olacak halimiz?

Şimdi bizdeki kaygılar başka. Eksiklerimizi bakanlıktan nasıl gizleyeceğiz? Burada biz bizyiz, hani aramızda çok yabancı yok, rahat rahat konuşabiliyorum. Denetleyicileri nasıl atatacağız? Üstelik adamlar iyi yetişmiş, haberlerini de alıyoruz. Hastaneyi didik didik ediyorlarmış. Öyle bir-iki yalanla kurtaracak filan

olsak, üç gün kalıyorlar, çıkmıyorlar, gelen haberler böyle. Acaba çok bağırıyorlar mı? Eksiklerinizi yakalayınca.

Biz tabii vatandaş olarak özelde böyle yapıyoruz, ama sadece bakanlık olsa belki çok da dert etmeyeceğiz de, bir de SGK ödemeleri buna göre işte hastaneleri sınıflandıracağını, katkı paylarının, geri ödemelerin ona göre yapılacağını söyleyince, özel sektör için en önemli motivasyon unsuru, hepimizin için olduğu gibi para, başka çare yok, mecburen çalışacağız.

Siz ne yaptysanız, aslında biz de aynı şeyi yaptık. Kamunun özeli devleti olmaz, her şey aynı şeyi yaptı, ama benim en çok zorlandığım konu, 23 yıllık hekimim, 90 mezunuyum. 15 yıldır da, 16. senem oldu yöneticilik yapıyorum, başhekimlik yapıyorum özelde. En çok yönetimde zorlandığımız personel hekimler, hekimleri yönetmek gerçekten zordur. Ben de hekim olduğum için rahat konuşabilirim. Biz en azından bir dönem üstün ırk olduğumuza inanırdık. Tıbbi ilk kazandığım gün kendimi doktor Bahri diye tanıtmaya başlamıştım. İşte polise yakalanırsam, ben doktorum ameliyata yetiyeceğim diyordum.

Şimdi öyle mi? Şimdi tabii biraz bu şartlar değişti. Doktor musun diye soruyorlar, yok eskiden doktordum, ama artık değilim ağabey. Profilaktik olarak hekimliğimizi gizleme zorunda kalıyoruz.

Tabii kalite kongresi, ama açış konuşmalarından beri şiddet, kalite nasıl yan yana geliyor? Yani herhalde Türkiye’de olur. Biz bir taraftan kalitemizi arttırmaya çalışıyoruz, bir taraftan da şiddeti konuşuyoruz. Bizim standartlarımız aslında çok iyi belirlenmiş. Bence hasta yakınlarına da standartlar öğretilmeli. Yani kaliteli bir şekilde nasıl dayak yiyebiliriz, hangi hataya ne kadar dayak yemeliyiz, bu dayanın dozu ne olmalı? İlacın dozu var, dayanın da dozu olmalı. Sanırım hasta yakınlarının kalitesiyle ilgili de bir çalışmalar yapmak zorundayız.

Sözün kısası, ben hekimlerimizi bütün komitelerimize dahil ettim. En az bir, bazen iki veya üç tane hekim arkadaşım komitede bulundu, ama bütün komitelerimizde mutlaka hekim temsilcimiz var. Hemşirelerimiz var. Bizim hostes dediğimiz, işte hasta danışmanları, kayıt görevlilerinden görevlilerimiz var ve bunlarla birlikte bir ekip oluşturduk, yuvarlak masa toplantıları yaptık. Herkes eşit konumda, kimse ötekinin gerisinde değil, kimse kimseden üstün değil. Hepimiz kardeşiz, hepimiz aynı ideal için uğraşyoruz. Dolayısıyla sorunlarımız neler? Bu hizmet kalite standartlarını nasıl yerleştirebiliriz? Bakanlığın denetlemesini nasıl atlatabiliriz? İlk bu duygularımız hâlâ bunlar arkadaşlar.

Mutlaka bir hekim bulunuyor idi. Hekimlerin bulunması, aslında bizim bu standartları yerleştirmemizde çok yardımcı oldu. Aslında şunu da söylemem lazım: Hizmet kalite standartları hekimleri yönetmemizi de kolaylaştırdı. Çünkü hekimlere bir iş yaptırmak gerçekten sordur, ama bir şey yaptırmak istiyorsak. Örneğin,

maaşını kesmek istiyorsak, bak standartlar böyle diyor, hekime az para vereceksin diyor şeklinde biz hizmet kalite standartlarını, bazen de öcü olarak kullanmaya devam ediyoruz.

İşte iş planları oluşturuldu, sorumlular, dokümanlar vesaire bunlar yapıldı, yapıldı. İndikatörleri izlemeye başladık. Denetim, tabii bakanlık denetim sözcüğünü çok sevmiyor, değerlendirme onun adı. İşte biz öz değerlendirmemizi yapıyoruz. Hatta ilk 2009 senesinde bu değerlendirmeler yapıldığında, bakanlık denetlemeye gelmedi, bir öz değerlendirme yapıldı. Biz o öz değerlendirme sonuçlarımızı SGK'ya bildirdik, ona göre puanlandırıldık. Ama orada şöyle bir risk vardı. Bizim bildirdiğimiz değerlendirmeyi daha sonra bakanlık gelip denetleyecek, vakit azlığından dolayı. Denetlediğinde belli bir orandan daha fazla sapma varsa, işte oradan sıfır puan alıyordunuz. Dolayısıyla herkes gerçekçi değerlendirme yapmak durumunda kaldı.

Ben bu arada gelen, işte üç defa biz değerlendirildik, üç veya dört defa. Gelen tüm değerlendirmeci arkadaşlarımıza gerçekten huzurlarınızda teşekkür etmek istiyorum. Hakikaten bir denetleyici olarak davranmadılar. Daima dostça, şefkatli, yol gösterici olarak, bizi geliştirici olarak, âdeta bize ücretsiz danışmanlık verdiler. Hepsine ve daire başkanlarımıza teşekkür ediyorum.

Dosyalarımız düzeldi. Bu haberleri işte sıkça görüyorduk, hasta karışmaları. Çok şükür ben bunu yaşamadım, ama ramak kala bir hastamızda oldu, ama karışmadı. 2003 senesiydi sanıyorum, yaşlı bir hasta uteus ameliyatı histehektomi için ameliyathaneye alınıyor, ama aynı yaşta ve ona benzeyen başka bir hastayı göz hekimimiz alıp, ameliyathanede yakalıyor, katarakt hastası zannediyor, teyze sana fako yapacağız diyor. Kadıncağız evladım, anlamıyor tabii fako ne demek, ne ameliyatı olacağını, yaşlı teyze nereden bilsin. Apar topar götürürken kadıncağız bir şeyler söylüyor, ama doktor onun söylediklerini anlamıyor. Son anda hemşireler fark ediyorlar ve histerektomi hastasını fako ameliyatı, göz ameliyatı olmaktan kurtarıyorlar.

Bizde böyle bir karışma olmadı, ama çok vahim karışmalar da oldu. Yanlış bebeğin alındığını biliyorsunuz, yaşanmış örnekler var. Hatta çok tirajı komiktir, aslında trajiktir. Bir hasta İstanbul'da, sol ayağı sanıyorum kangren oluyor, amputasyon kararı veriyor hekimler ve ameliyatta yanlışlıkla sağ bacağını alıyorlar, sağlam bacağı alıyorlar yani. Sağlam bacağı alınca, iki ayağı birden olmasın, hasta hiç olmazsa tek ayağı olsun diye hekimler amputasyon kararından, sol ayağı ampute etmekten vazgeçiyorlar, hiç olmazsa tedavi edelim de düzelsin diyorlar. Tedavi ediyorlar ve hakikaten de düzeliyor.

Bu sefer hâkim kızıyor, madem hastanın ayağı düzelecekti, niye bu hastayı ameliyat ettiniz gibi, maalesef birtakım şeyler oldu. İşte sol diz yerine sağ dizine protez

yapıldı, menüsküs ameliyatları vesaire. Burada saymamıza şu kısa süre içinde çok da gerekli olmayan birçok uygulamalarımız var. Onlarla bunlardan aslında kurtulmuş olduk; işte akılcı ilaç kullanımı, yine bakanlığımızın teşvik ettiği. İnsülin ve hepatit aşları birbirine çok benzer. İşte bir bebeğe hepatit aşırı yerine, insülin yapıldı ve bundan dolayı bebeğin kaybedildiğini biliyoruz. İşte bunun için güvenli ilaç depolama sistemleri geliştirildi, hepimiz, her birimiz bunlara uyuyoruz.

Hasta düşmeleri, ilk hasta düşmesi, tabii bu 2009'da bakanlığımızın hizmet kalite standartlarının geleceğini duyunca, biz büyük bir hastanede eğitim almaya gidelim dedik, JCI'ın kullanıldığı bir hastaneydi. Onlar *-ismini söylemeyeceğim burada-* hasta düşmelerini kaydetmişler. İşte bu hasta düşmelerini vesaire standartları anlatıyorlar. Bir yılda beş tane hasta düşürmüşler. Kendi kendime dedim ki, yahu ne beceriksiz adamlar, bir de işte altın yıldızlı bilmem ne harflerle isimlerini yazıyorlar, bir senede yahut bir ayda unuttum şeyini, beş tane hasta düşürmüşler. Ben o zamanlar 12 yıllık başhekim yahut 13 yıllık başhekimim, iki tane hasta düşmesi oldu. Benim başhekimliğim boyunca sadece iki tane hasta düşmesi var. Kocaman hastane, ayda üç tane hastayı nasıl düşürür filan diye taaccüp etmiştim, şaşırılmışım.

Sonra biz standartları bakanlıkla birlikte uygulamaya başlayınca, meğerse benim hastanede onların iki katı fazla hasta düşüyormuş, farkına varmamışım. Çünkü olay bildirimini yok, indikatör de yok, hiçbir şey yok. Düşüyor, düştüğü yerden Allah düşürmesin deyip, kaldırılıyor.

İşte koter yanıkları oluyor. Ameliyatta hastanın bir tarafı koterle yanmış. Üç gün sonra belki hasta yakınları fark ediyor. Nasıl oldu bu? Ya siz ameliyat esnasında kahve içiyordunuz da, kahveyi üstüne dökmüşsünüz, yanmış şeklinde biraz abartarak söylüyorum. Yani hepimizin yaşadığı şeyler ve en ilginç de, sabahleyin burada iğne batmalarıyla ilgili, hani kimlerin eline iğne batıyor mu batmıyor mu? İndikatör yönetiminde böyle bir tartışma olmuştu. Şimdi bizim hastanemizde hekimlerin eline hiç iğne batmıyor. Gerçekten de batmıyor, ama ebelerin eline sürekli iğne batıyor. İşte bu düzenleyici-önleyici faaliyet kapsamında neden batıyor hemşirelerin eline iğne? Batmaması için ne yapabiliriz?

Epizyo dikimi yaparken, tamiri yaparken ebeler tutuyormuş elleriyle, şey de oraya uzanmıyormuş. Ne diyor ona cerrahlar? Ekartör de uzanmıyormuş, elleriyle tutuyormuş, hekimler de dikerken, tabii ebelerin elini hissetmediği için, hasta, ebe fark etmez, ikisini birden, ebe-hasta bir bütündür diyerek dikiyorlarmış.

Gerçekten çok moralim bozuldu, kızdım. Haber gönderdim, dedim ki hekimlere söyleyin kendileri tutsunlar, kendi ellerine iğneyi batırsınlar, bizim ebelerimize batırmasınlar. Gerçekten de öyle oldu. Hekimler sözümü tuttu, baktım bir sonraki olay bildirimini hekimler kendi ellerine batırmaya başlamışlar.

Evet, işte sağlam böbreği alındı, güvenli uygulamalar vesaire. Şimdi arkadaşlar neler oldu, yani özel sektörde ne değişti? Aslında kamuda ne değiştiyse, bizde de o değişti. Tıbbi hatalarda azalma oldu, hasta memnuniyetinde artış, ama üç gündür hep konuşup duruyoruz, hasta memnuniyetinde artışla orantılı olarak şiddette de bir artış var. Bunun herhalde dünyada bir örneği yok. Sabahleyin bir hocamız bunun psikolojik sebeplerini açıklamaya çalıştı, ama herhalde bununla ilgili daha çok açıklamaların yapılmasına ihtiyaç var.

Çalışanların yönetime katkı sağlaması gerçekten çok önemli. Birlikte karar alma, ekip çalışması, motivasyon, verimlilik artışı. Bence bir şey daha oldu. Keyfi davranışlar azaldı, kaptisler azaldı, keyfi uygulamalar ortadan kalktı ve gerçekten ben yönetici olarak hastanemi daha kolay yönetir oldum.

Özetleyecek olursak; aslında ülke olarak kalite standartlarının farkında olmadığımız dönemden, fark ettiğimiz, ama ulaşamadığımız dönemlerden geçtik. Sonra hizmet kalite standartlarının yaygınlaştığı dönemi ve giderek de yaygınlaştığı bu dönemi yaşıyoruz. Aslında hedefte ulusal standartlarımızın tüm dünya tarafından da referans verildiği dönemi hep birlikte görmek istiyoruz.

Son söz olarak, yani bugünkü adıyla sağlıkta kalite standartları ne geliştirdi, size ne faydası oldu? Tek cümleyle söyleyecek olursam; hayallerimi arttırdı arkadaşlar, hayal gücümü arttırdı. İnşallah ülkemizi ve bizleri ileride çok daha iyi günler bekliyor, buna eminim.

Hepinize saygılar sunuyorum.

## Üniversite Hastanelerinde SKS'nin Önemi, Başarılar ve Zorluklar

**Uzm. Nuri ŞAŞMAZ**

*Pamukkale Üniversitesi*

Sayın Başkanım, değerli katılımcılar; hepinizi sevgi ve saygıyla selamlıyorum. Öncelikle bize böyle bir sunu yapmayı sağladığınız için, başta Hasan Bey olmak üzere herkese teşekkür ediyoruz.

Bildiğiniz gibi üniversite hastanelerinin SKS'ye katılımı geç oldu. Şimdi bu geç olma aşamasından sonra, biz Pamukkale olarak neler yaptık? Bunları biz size bir aktarmaya çalışacağız.

Öncelikle kendimden bir bahsedecek olursam, daha iki yıl önce bakanlıkta şube müdürüydüm. İki yıl önce ben bu hastaneye geçtim ve bu geçmeyle beraber belli bir noktada da kalitede çalışmaya başladık. Hastanemizin yeni binası, ekranda gördüğünüz gibi, sahiden donanımlı olarak ve güvenlik açısından son derece modern bir yapıya sahip ve binasıyla her şeyiyle yöresine hizmet eden bir yapısı var. Hastanemizi tanımak amacıyla, öncelikle bir istatistiksel yapısına bakacak olursak, örneğin yatak sayımız yeni binaya geçmeyle beraber 346'dan 700, yoğun bakımları da sayarsak eğer 800'e yakın bir yatak kapasitemiz mevcut. Poliklinik hasta sayımız ise, 2011 ile 2012 yılına bakacak olursak, yüzde 67'lik bir artışımız var. Buna paralel olarak, yatan hastalarda da aynı şekilde belli bir artışımız var.

Akla şu gelebilir, bakım ameliyat sayısı da aynı şekilde artıyor; SKS'nin etkisi mi? Değil, SKS'nin etkisi var, ama aynı zamanda yatak sayımız ve diğer türlü artması, atıl kapasitenin ortadan kalkmasıyla beraber bu artışı yakalamış olduk. Diğer taraftan personel sayımızı gördüğünüzde, akademik personel sayımızda bir artışımız yok, ama poliklinik sayımız, yatan hasta sayımız, bunlarda artışımız var. Binanın kaliteli olması, hizmet kalitesindeki artış bunları beraberinde getirdi.

Aynı şekilde bütçesine baktığınızda, benim uzmanlık alanım hastane maliyet analizleri finansal dengeler. Mesela ilk gittiğimde buna bakmıştım. Bakın 2012 yılına bakacak olursanız, 111 milyon civarında bir giderim var, 120 milyon civarında da bir gelirimiz var ve şu anda üniversite hastaneleri içerisinde dengeli olan hastanelerden bir tanesi.

Şimdi hastanemizde biz ne yaptık? Bakın bizim hastane daha önceden de kalite çalışmaları mevcut idi. JCI çalışması vardı. Fakat JCI çalışması, tabii ki ileri noktalarda. Sağlık Bakanlığında bütün hastanelerde SKS var ve bizim emsal olan hastanelerde bir kıyaslama yapabilmemiz JCI ile mümkün değil. Ne yapmamız gerekiyor? Öncelikle aynı dili konuşmamız gerekiyor. Sağlık Bakanlığının hastaneleri veya emsal hastanelerle aynı dili konuşabilme için, aynı ortak dili kullandık.

Örneğin, kalite ve akreditasyon birimini, kalite yönetim birimi şekline getirdik, isimlerini değiştirdik. Birimler duruyor, ama isim terminolojide bir birlik sağladık. Diğer açıdan baktığımızda, örneğin JCI'da 14 tane komite var. Komitelere bakıyorsunuz, yazılı düzenlemeler yapılmış, her türlü tanımlar gerçekleştirilmiş, ama fiiliyatta uygulama çok zor; 14 tane komite. SKS'ye baktığımızda ise bunun, o zamanki HKS'ye göre dört komiteye indirdik; dört komiteyi kontrol etmek çok daha kolay.

Bir de şöyle bir dezavantajı vardı: 14 komite içerisinde aynı kişiler, zaten iş yoğunluğu hastanede çok fazla ve bunları komiteleri çalıştırmak mümkün değil. Dört komiteye inmesiyle beraber bizim işler hızlandı.

Bir de bildiğimiz gibi toplam kalitenin, toplamının manası ne? Topyekün hep beraber bu işi yapabilmek. Biz hastanede öncelikle bir ekip ruhu oluşturmamız gerekiyordu. Bununla da ilgili, bu resimde ekrana yansıyan resimde, bakın avukattan, cerrahattan, profesörden, hizmetlisine, hemşiresine kadar herkes bu ekibin başında. Bu bir ekip işi olması gerekiyordu, bunu oluşturduk.

Örneğin ben güvenlikten de sorumluyum, ama daha önceden şöyle bir şey var. Güvenlik müdürü varsa, alttaki elemanlara gerek yok. Biz öyle yapmadık, güvenlik müdürü varsa, aynı zamanda güvenlik şefi de var, güvenlik elemanı da var. Bu ruhu gerçekleştirmeye çalıştık.

Şimdi şöyle bir ilk oraya vardığımda, hastanenin gelirlerini incelediğim zaman şöyle bir şey karşımıza çıktı. Bütün gelirlerin dağılımları, esasında diğer hastaneler gibi, yüzde 18 civarında tıbbi malzeme gideri varsa, yüzde 30 civarında ek ödeme varsa, diğer ödemelere paralel. Ama bir yerde rakamların içerisinde, bir yerde bir gariplik vardı, o da tıbbi atıklar. Tıbbi atıklara baktığımızda, şöyle bir değerlendirme yaptığımızda; giderler bizim emsal hastanelerin iki katı. Ben 400 ödüyorsam, benim emsalem olan yer 200 ödüyor.

Peki, bunun sebebi ne, neden bu kadar ödüyoruz diyerek bir çalışma yaptık. Bu çalışma sonucunda devlet hastanesine gittiğimde, SKS kapsamında bu çalışmayı yapıyorlardı. Bunun aynı benzerini, bakın şurada şekilde gördüğümüz gibi, bir eğitim verdik kişilere. Örneğin, bir yere vardığımda şöyle bahsetmişlerdi. Örneğin, tek tek işte kontrol ediyoruz, inanın tıbbi atıkların içerisinde pizza kutuları ve diğer türlü kutular çıkıyor. Oradaki asistan ve diğerleriyle sohbet esnasında konuştuğumuzda kimse bize bunu söylemedi, ama şunları söyledim ben. Bakın, bu ödediğimiz rakam çünkü büyük bir rakam ve sizin dönerinizden kesilen rakam. Eğer biz daha az ödersek, size daha fazla ödeyeceğiz, kazan kazan politikası.

Şimdi bu eğitimler sonucunda, bakın şöyle bir gösterge çıktı. Bu 2012'nin rakamları ve üretim miktarı, tıpta atık üretim miktarında düşmeler oldu. Ödediğimiz paralarda da düşmeler oldu ve bunların yansımaları da biz diğer taraftaki, karşı taraftaki insanlarla paylaştık.



Diğer bir modelimiz ise, bir öneri sistemi getirdik. Öneri sistemi şu: İnternette yayınlıyoruz ve bu önerilere her ay biz başhekimin başkanlığında olmak üzere bir komitemiz var ve burada bunları değerlendiriyoruz. Ödülden kazananlara biz karşılıklı olarak bir, işte en basit ödül mekanizması olabilir, ama bunun karşılığında muhakkak kişileri ödüllendiriyoruz.

Bakın burada da buna katılan kişileri. Öncelikle en fazla kişiler hemşireler ve sekreterler. Çünkü hastalarla en çok karşılaşan bunlar ve çok da güzel öneriler geldi. Belli bir süre sonra insanlar önerilerinin kıymet gördüğünü gördüklerinde, daha fazla bu sisteme katılmaya başladılar.

Randevu sistemi, mesela en çok sıkıntı Denizli bölgesinde, kişiler sabahtan geldiklerinde, bununla ilgili bir cevap verecek yahut da sistemde sıraya geçecek olmamasıydı. Buna bir çözüm getirdik. Buna paralel bir halkla ilişkiler birimi oluşturup, derdini anlatabilecekleri bir kutular ve diğer türlü işlemler gerçekleştirdik.

Bunun dışında hastalara hizmet verilen departmanlar ve diğer türlü panoların çok darmadağın bir şekildeydi. SKS kapsamında ne gerekiyorsa, bununla ilgili biz de üniversite içerisinde düzenlemeler yaptık. Binamızın görünüşünü burada görüyorsunuz. Bununla ilgilide internet içerisinde bir çalışma yaptık.

Şimdi çalışan güvenliği komitesi bizim için de çok önemli. Yani bizim hastanemizde de ne yazık ki acil servis, diğer yerlerde bu sağlık çalışanlarına karşı ne yazık ki müdahaleler gerçekleşmekte. Bununla ilgili de komitelerimiz ve diğer türlü önlemleri aldık.

Hasta kimliği bizde çok sorun oldu. Bununla ilgili en büyük problemimiz şuydu. Merkezi yatış biriminde biz ilk önce bunları veriyorduk. Baktık ki böyle bir önüne geçemeyeceğiz, bunu da kat sekreterlerimiz var. Bizde hizmetli, daha doğrusu hizmet satın alma yöntemiyle çalışan sekreterlerimiz çok fazla. Bunlara birer yazıcı vererek, yerinde yaptık ve bu konuda da çok büyük ilerlemeler sağladık.

Hastaların beraberinde getirdiği ilaçlar. Bunlar hem mali açıdan, hem de yasal yükümlülük açısından çok büyük sorundu. Bina turlarımızda ve diğerlerinde bunu gördük ve bununla ilgili başhemşirelik, eczacılıklarla beraber yaptığımız çalışmalarda bunlarla ilgili yasal engelleri ve diğerleri ortadan kaldıracak çözümleri ürettik.

Şimdi biz bu 13 katlı binamız var demiştim. Üç tane de ayrı binalar var ve bunları en büyük güçlü olduğumuz taraf bana göre bina turlarımız. Bakın burada gördüğünüz gibi, bina turları yalnız birkaç kişi değil. Bu güvenlikten sorumlu, diğer türlü her bir birimden oluşan ekiplerle binanın tamamını geziyoruz. Örneğin, az önce bahsettiğim gibi güvenlik de bana bağlı, ama hastanenin içinde bu güvenlik turuyla, olmadık yerlerini görebiliyorsunuz. Daha önce gözünüze denk gelmeyen

yerleri de ki, bu bizim en güçlü taraflarımızdan bir tanesi güvenlik ve bina turlarıyla gerçekleşti.

Hijyen olayına çok dikkat ediyoruz. Örneğin, geçenlerde yeni doğandaki bir profesör hanım dedi ki; Nuri Bey, ben güvenli kameralarının lavaboları görmesini istiyorum. Sebebi nedir hocam dediğimizde, söylediği şey şuydu: Kendi personelin elini yıkayıp yıkamadığını, dezenfektan kullanıp kullanılmadığını takip etmek istiyorum. Hocam sizce sakıncası yoksa bizce sakıncası yok deyip, bu konuda da ona önem verdiğimizizi gösterdik. Uyum konusuna baktığımızda, yüzde 69 civarında el hijyenine uyumu biz yakaladık ve daha da arttırmayı planlıyoruz.

Şimdi organ bağışıyla ilgili de, şu ana kadar bildirdiğimiz dört tane önerimiz var ki, sonradan başladık biz. Bununla ilgili komiteyi kurduk, kişiyi atadık ve bununla ilgili çalışmalara da son bir hızla devam ediyoruz. Şimdi anketler, yani biz halkla ilişkilerde ve diğer tarafta ne deriz? Müşterinin beklentilerini almamız lazım; iç veya dış müşteri fark etmez. Bunun için anket çalışması var idi. Anket çalışması yalnız intranettendi. Bunun intranetten olması, açıkçası istediğimiz bir örneklemeye götürmedi bizi. Bunun yerine yüz yüze görüşmeleri sağlamak amacıyla kurduğumuz bir ekiple beraber bunu gerçekleştirdik ve rakam yaklaşık 1300 civarını yakaladık ve amacımız daha da ileriye götürmek.

Şimdi anketlerde SKS'nin anketlerini tamamen uyguluyoruz. Bunun dışında, SKS'nin metodolojisine uygun ayrıca kendimizin de uyguladığı anketler var; mesela bir onkolojide, radyolojide ve diğer taraflarda. Amacımız diğer beklentileri de karşılayabilmek. Hastanede bir broşür yoktu. Yani gelen bir hastanın neler yapacağı, nereye gideceğiyle ilgili herhangi bir broşür yoktu. Bu broşürle ilgili de çalışmaları gerçekleştirdik.

Şimdi gördüğünüz şekil, bizim bir yangın çıktığındaki önlemlerle ilgili. Bina tamamen otomatik olduğu için, yangın çıktığında asansörler aşağıya ve bu bina turunda kontrol ettiğimiz kapılar otomatik olarak kapatılıyor. Eğitimleri zaten gerekli olarak veriyoruz. Standımızı gezdiyseniz görmüşsünüzdür, güvenli cerrahiyle ilgili sahiden çok büyük aşamalar kat ettik, bütün işlemleri yaptık. Bu güçlü tarafımız, birazdan zayıf tarafımızı da göstereceğiz. Uygulamada biraz sıkıntılarımız var.

Bu diğer örneklemeler içinde bir işlem yaptık. Engelli kişiler ve diğerleriyle ilgili işlemleri gerçekleştirdik. Buradaki arkadaşlar, iletişim engelliler için kurduğumuz bir sistem. Risk analizinde çok başarılı olduğumuza inanıyorum. Çünkü halk sağlığı uzmanı doktor ve profesörlerle bu konuda çalışıyoruz. Burada beyaz kod ile ilgili görmüş olduğunuz bir eğitim tatbikatı. Acilimizde bununla ilgili gerekli olan tatbikatları yapıyoruz.

En son ISO belgesini aldığımızda, ISO'dan şu eleştiriyi aldık: Dediler ki, yoğun bakım ve diğer tarafta şarjdan bir cihazınız çıktığında, ne kadar sürede bu yetecek? Sahiden bunu biz de bilmiyorduk. Yani şarjdan çıktığımızda bizim için

şuydu: Bunun aküsü sağlamdır. Fakat bu eksikliğimizi gördük ve şöyle bir form geliştirdik. Elimizdeki cihazlar, bunların şarj sürelerini tespit edecek aşama nedir? Bununla ilgili de bizim tıbbi cihazlar bölümü çalışıyor. Esasen çok büyük eksiklikmiş, biz de bunu atlamışız esasında, ama bununla ilgili çalışmalarımız var.

Zorluklar, yani bu başarılarımızı, tabii bunun gibi daha bir sürü şey var, ama en büyük sorunumuz bürokrasi. Bürokrasiden dolayı sıkıntımız var. Nedir diyeceksiniz; öncelikle hastaneler bildiğiniz gibi matriks organizasyonlardır. Yani bir kişinin iki-üç tane amiri ve diğer türde olabilir. Bir diğeri de, bizim hastaneler eğitim araştırma, asistan dört sene sonra gidiyor; kültür, örgüt kültürünü oluşturmak sahiden çok zor, yani işleri sahiplenmesi çok zor. Bununla ilgili de çalışmalar yapıyoruz. Yani örgüt kültürünün artırılmasını nasıl yapabiliriz, iletişimi nasıl geliştirebiliriz? Bununla ilgili.

Bir diğeri de çift başlılık. Neden diyeceksiniz. Şimdi devlet hastanelerinde böyle bir şey yok, ama üniversiteye geldiğinizde bir de dekanlık var. Yani aynı şekilde matriks organizasyon burada da geçerli; çift başlılık en büyük zaafiyetlerimizden.

Az önce güvenli cerrahiden bahsettim. Kâğıt üstünde görsel olarak çok iyiyiz, fakat yaşamada sıkıntılarımız var. En büyük sıkıntı da şu: Form doldurma şeklinde olması. Basamak basamak belirliyorsunuz, ama yeterli asistan yok, yeterli cerrah yok. Bundan dolayı bir sıkıntımız var, en büyük sıkıntılardan biri. Bunu aşmak için de çalışmaları yapıyoruz. Sağlık Bakanlığı bir genelge gönderdi. Bu genelge kapsamında çalışmalara başladık, tehlikeli maddelerin ve malzemelerin depolanmasıyla ilgili çalışmaya devam ediyoruz.

Bir diğer sorun da, sizde de vardır muhakkak, eczaneye hastaneye çıkılan bir ilacın eczaneye geri dönmesinde. Bunu da HBYS sistemi, bizim çalıştığımız şirketimiz var, onunla beraber ortaklaşa çalışıp, bunu da adil bir şekilde, kullanılmayan bir hastaya SGK'ya fatura edilmemesi için elimizden gelen çalışmaları yapıyoruz.

Bir de transvizyonda bir sıkıntımız var bizim hastane olarak. Bu da iş yoğunluğundan kaynaklanıyor. Şu anda 20-25, ama istenilen süre 15 dakika. Biz bununla ilgili de çalışmaları yapıyoruz. En son bahsedeceğim indikatörlerle ilgili bir sıkıntımız var. Bununla ilgili de çalışmalarımız var ve bunda da inşallah olursa bir dahaki sunuda zaten ilerlemeleri size bahsedeceğim.

Biz güçlü bir aileyiz. Şu ekranda gördüğünüz ekiple beraber çalışıyoruz. Yönetimimiz, çalışanlarımız sahiden, ben iki yıl oldu geçeli, iyi bir ekibimiz var. İyi bir ekiple alt gruplar oluşturduk ve yönetim olarak da, rektörlük olsun, diğer türlü, her türlü desteği bize veriyorlar. Ben oldukça ilerlemiş durumda olduğumuza inanyorum, inşallah daha da ileriye gideceğiz.

Dinlediğiniz için teşekkür ediyorum. Saygılarımla.

## Kamu Hastane Birliği Yönetiminde Sağlıkta Kalite Anlayışı

**Uzm. Dr. Hüseyin Seyhan FİDAN**

*Eskişehir Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği*

Sayın Başkanım, değerli katılımcılar; öncelikle hepimizi sevgiyle, saygıyla selamlıyorum.

Kanuni Sultan Süleyman muazzam ülkesine bakar, üç kıta, yedi iklim, büyük bir devlet kurmuş. Der ki; ya acaba bu devlet çöker mi? O dönemin âlimlerine, vezirlerine yazıları gönderir sorar; bu devlet sorar mı? Yahya Efendi, Kanuni'nin süat kardeşi, o dönemin büyük alimlerinden, cevap gönderir. Neme lazım sultanım. Tabii cihan padişahı hiddetlenir, nasıl böyle bir densiz cevap verilir diye, çağrılır Yahya Efendi, neden böyle cevap verdin diye. Der ki; bir ülkede zulüm yayılır, haksızlıklar artar, Dicle'nin kıyısındaki kuzuyu kurtlar değil çobanlar kapar, bunu görenler de neme lazım der, lazım olanı yapmaz. İşte o zaman o devlet çöker.

İşte biz de genel sekreterlik olarak, genel sekreterliğin kalite anlayışı olarak neme lazımcılığı bırakmak ve lazım olanı yapmayı kalitenin esası olarak görüyoruz.

Değerli arkadaşlar, aslında biz genel sekreterlikler bir şaşkınlık içindeyiz. Bir anda biliyorsunuz büyük bir reform yaşandı. Yeni bir yönetim tarzı taşra teşkilâtıyla karşı karşıya kaldık. Genel sekreterler ve ekibi, yönetim kadrosu, hastane yöneticileri, başhekimler, uzman kadroları hepsi sözleşmeli oldular, yeni bir yönetim modeli. Eskisi gibi atanmış yöneticilikten, sözleşmeli yöneticiliğe geçmek, gerçekten hepimiz üzerinde belki bir şok dalgası oluşturdu. Yöneticilerin atanma şeklinde süreli oluşları, performansına göre değerlendiriliyor oluşları, karne performansına göre her an görevden alınabiliyor olmaları, ama çalışanların aynı şekilde bir performans kaygısı taşımamaları, elbette bizim şaşkınlığımızın temelini oluşturan nedenler.

Şimdi genel sekreterlikler tabii kendine bağlı hastanelerin her şeyiyle ilgilenmek zorundalar. Önceki yapıda tabii üst yönetici sağlık müdürlüklerimiz vardı, ama ita amirliği başta olmak üzere birçok sorumluluk başhekimlerin üzerindeydi. Ama şu durumda çok sayıda hastane, bir ilin, birçok ilçelerine yayılmış çok sayıdaki hastanenin hem idari, hem tıbbi, hem mali işlerini genel sekreterlik takip etmek zorundalar. Hem yetkililer, hem de sorumlular. Daha önceki teşkilât yapımızda böyle bir durum söz konusu değildi.

Peki, bu nasıl olacak? Genel sekreterlere 663 sayılı Kanun Hükmündeki Kararname'nin 31. maddesi bu görevleri vermiş. Öncelikle hastanelerin denetlenmesi, değerlendirilmesi, bir anlamda bir ölçme tekniği geliştirmelerini istiyor genel sekreterlerden. Aynı zamanda etkinliklerinin sağlanması, kaliteli hizmet vermelerinin sağlanması, verimliliklerinin sağlanması, hastaneler arası koordinasyon ve işbirliği, kurumlar arası sağlık müdürlüğü, halk sağlığı müdürlüğü, valilik, bakanlık ve diğer kurumlarla işbirliği ve koordinasyonun sağlanması ve hepsinden de önemlisi hasta ve çalışan memnuniyetinin ve güvenliğinin sağlanması. Bunlar kanun tarafından genel sekreterlere verilen görevler.

Şimdi değerli arkadaşlar, takdir edersiniz ki onlarca hastaneye gelen binlerce hasta var. Yüzlerce klinik var hastanelerde ve onlarca süreç var ve bu süreçlerin girdileri ve çıktıları var. Genel sekreterlerin bunları kontrol etmesi, ölçmesi, değerlendirmesi, analiz etmesi ve iyileştirici önlemler alması gerekiyor.

On binlerce, yüz binlerce tabii Türkiye genelinde düşünürsek milyonlarca hastamıza karşı birtakım görevlerimiz var. Elbette hastaneler, hizmet odaklı, insan odaklı, özelde de hasta odaklı kurumlar. Elbette insan odaklı olma durumu, sağlık teşkilâtları, sağlık kurumları için vazgeçilmez özellikler. Bir de şöyle de düşünebiliriz; yani bir insanın eline dokunsanız, burnunu kaşısanız kavga çıkabilir. Sizi itirebilir, ne yapıyorsun diyebilir, ama biz hekimler, sağlık çalışanları hastalarımıza dokunuyoruz, en mahrem yerlerine elimizi değdiriyoruz, kesiyoruz biçiyoruz, kalplerine elliyoruz, bağırsaklarını kesiyoruz, yani tüm bunları yapıyoruz. Bunları yaparken de elbette bu hastalarımıza karşı birtakım sorumluluklarımız var.

Onlar açısından düşünürsek, hastalarımız açısından düşünürsek gerçekten ürkütücü, korkutucu, yabancı bir ortamda olduklarını hemen anlarız. Hiç bilmediği ilaçları, grip grip şişeler içindeki sıvıları hastalarımızın damarlarından gönderiyoruz. Endoskopik müdahalelerle hiç olmadık şeyler yapıyoruz. Normalde dışarı bir ortamda olsa katliam çıkar. İşte bu ortamda hastalarımızın en temel haklarının, bu yabancı ortamda güvenlikleri olduğunu, bu müdahaleler yapılırken hem yeterince bilgilendirilmelerini, onaylarının alınmasını, aynı zamanda tüm bu iş ve işlemlerde de tehlikeden uzak olmalarını sağlamamızı beklediklerini düşünebiliriz. Bu en önemli haklarıdır hastalarımızın.

Diğer yandan, bir de çalışanlarımız var. Çalışanlarımız da, elbette çok yüksek bir risk ortamındalar. Hiçbir iş kuruluşunda, teşkilâtında bu kadar yüksek risk altında olan çalışanlar söz konusu değildir. Onlarca, yüzlerce hasta, birçok bulaşıcı has-

talığa sahip ve bunlarla muhatap olan sağlık çalışanları, görmedikleri, önleyemedikleri tehlikelerle karşı karşıyalar. İşte en son bu konuda kanamalı ateş vakalarını biliyorsunuz. Yani bile bile, bulaşıcı olduğunu bildiği halde sağlık çalışanlarımız bu tehlikeyle karşı karşıya kalmışlar ve birçok çalışmamızı, doktorumuzu, hemşiremizi bu sebeple kaybettik ve bilinenler.

Değerli arkadaşlar, o halde bu iki büyük kitleye, yani hizmet alan ve hizmet veren, hasta ve çalışanlara bu hizmetleri alırken ve bu hizmetleri verirken, biz genel sekreterlik olarak bir şeyler yapmalı ve riski azaltmalıyız. İşte bunun için anahtar kelimeler ölçme, değerlendirme ve iyileştirme. Yani bu üç tane anahtar kelimemiz var.

Elbette genel sekreterlikler için, konumuz bu olduğu için genel sekreterlikler diye diyorum. Ellerinde belli bir kriter, bir mihenk noktası, bir rehber olması gerekiyor. Şimdi çalışanların durumu nedir, hastaların durumu nedir? Bunlar güvenli hizmet verebilmekte midir, güvenli hizmet alabilmekte midir? Tüm bunların kayıt altına alınması ve anbean genel sekreterlikler tarafından izlenebilmesi lazım. İşte bizler kamu hastaneler birlikleri olarak, bununla ilgili şiddetle bir araca ihtiyaç duyuyoruz. Bize bu rehberliği yapacak, bize yol gösterecek bir araca ihtiyaç duyuyoruz.

Sonuçta öyle genel sekreterlikler var ki, 20'den fazla, 30'a yakın hastaneler ona bağlı. Birbirinden çok uzak ilçelerdeki hastaneler bağlı, çok merkezi yapılar ve takdir edersiniz ki bu kadar yapının içinde, arasında bir iletişim ağının kurulmuş olması, bir muhabere sisteminin, ciddi bir muhabere sisteminin kurulmuş olması gerekli. Aynı zamanda özelde hastane birimleri içinde de parça parça, birim birim, hekimler arası, hemşireler arası ve diğer birimler arası şiddetli bir, önemli bir muhabereye ve iletişime ihtiyaç duyulmaktadır.

Peki arkadaşlar, böyle bir iletişim ağı, bu network nasıl sağlanacak? Şimdi eskiden bir başhekim hastanesine bir şekilde hâkim olabilirdi. Ekibini kurar, iletişimini de sağlar, muhaberesini de sağlar, hasta ve çalışan güvenliği noktasında önemli atılımlar yapabiliyordu, ama şimdi kanun genel sekreterliğe tüm bunları yapma görevi vermiş. Genel sekreterlikler bunu nasıl sağlayacak? Bir hastanede bir hata yapıldı mı? Önce bu hatanın yapıp yapılmadığının haberini alması gerekiyor, ama suçluyu bulmak için değil tabii. Yani hiçbir genel sekreterlik suçlu peşinde koşamaz. Sistemin eksikliklerini tespit edebilmek için, hataların bir şekilde, uygun bir iletişim ağıyla genel sekreterliğe aktarılması gerekir ve bu şekilde sistemin

iyileştirilmesi, düzeltilmesi mümkün olabilir. O halde yapılması gereken süreçlerin tanzimidir.

Değerli arkadaşlar, süreçlerden kastımızın ne olduğunu hepiniz pekâlâ benden iyi bilmektesiniz. Yani hastanın hastane kapısından girdiğinden itibaren, hatta girmeden önce randevu ve diğer hastaneye ulaşma yöntemleri dahil, çıkıncaya kadar hizmetleri yerli yerinde, zamanında, ilk seferinde ve her seferinde doğru olarak alabilmesini sağlayan süreçler.

En bariz, doktorun önüne bir INV sonucu geldi. Hastasının antikoagülan tedavi alması gerekiyor, ama doktor INV sonucunun doğruluğundan emin değil. Şimdi kamu hastaneler birliği olarak onlarca hastaneyi yönetmeye çalışan genel sekreterlikler, bu INV değerinin doğru olduğunu, hastaya ulaştırılan değer, hastanın elindeki değer ve doktorun okuduğu değer doğru olduğunu veya o hastaya ait olduğunu, doğru ölçüldüğünü nasıl sağlayabilir?

Şimdi hayalinizde bir canlandırın. Bir laboratuvar testinin, hastadan yapılan istekten kanın alınmasına, laboratuvara ulaştırılmasına, kayıt altına alınmasına ve doğru bir şekilde cihazdan çıkmasına ve en nihayet hastanın eline ya da doktoruna sonucun en doğru bir şekilde ulaştırılmasının sağlanması süreci. Yani bütün bunlar, bütün hastanelerimizde genel sekreterlik tarafından nasıl sağlanabilir?

Yanlış anlaşılmasın, bu bir genel sekreter resmi değil. Bir şaşkın panda boyama kitabından alınmıştır, yanlış anlaşılmalara meydan verilmesin diye, söyleme ihtiyacı hissediyorum. Evet, gerçekten böyle bir durumdayız. Genel sekreterliklerde yapılacak çok iş var. Hakikaten eğer bir plan, program, bir rehber yoksa elinizde, o zaman bu işlerin altından kalkma şansınız da yok demektir.

Bir genel sekreter ya da bir genel sekreterlik şunu ister: Hastanelerin durumu nasıldır? Bunları bir ölçmek ister bir genel sekreter. Sonra nasıl olmalıdır? Nasıl olması gerekiyordu da, şimdi biz bu durumdayız? Onu da bilmek ister. Acaba bu iyileştirmelerde ne gibi adımlar atılmış? Atılan adımları da görmek ister. Aynı zamanda da nerede olduğunu, hedefe ulaşmak için daha hangi adımları atması gerektiğini de bilmek ister.

O halde bizim ihtiyaç duyduğumuz rehberin ne durumda olduğumuzu ölçen ve ne yapmamız gerektiği konusunda da önderlik eden bir rehber olması gerekir. İşte kalite standartları değerli arkadaşlar, bunu sağlayan bir araç olarak karşımızda durmaktadır.

Burada da görüldüğü gibi, hastane organizasyonlarında memnun etmemiz gereken dört ana unsur var; hastalar, çalışanlar, tedarikçiler ve devlet. Bunları memnun etmemiz gerekiyor. Bunun yanında, bize yardımcı olan aracımız SKS, o da karşısında duruyor. Klinik kalite, hasta güvenliği, çalışan güvenliği, memnuniyet, tesis güvenliği, hak ve sorumluluklar ve hizmet içi eğitim ana başlıklarıyla da bu memnuniyeti sağlamak için elimizde bir araç olarak duruyor.

Bu manada SKS bize diyor ki; üst yönetim kalite sürecine katılmalıdır. Hakikaten böyledir, ön teker nereye giderse, vasıta da oraya doğru gider. Zaten bu kötü bir şey de değil. Görüldüğü gibi bizim üst yönetim toplantılarımız oldukça zevkli geçiyor. Yani önemli problemlerin yemek sofrasında halledilebileceği düşünce-sinden hareketle, biz de her hafta üst yönetim toplantısı yapıyoruz ve burada kendimize de bakıyoruz doğrusu.

Bu toplantılarda mutlaka kararlarımız kayıt altına alınıyor, ilgili kişiler alınan kararlar, süre ve sonuçlar kayıt altına alınıyor ve takip ediyoruz. Mesela kanser hastalarının tüm muayene ve tetkiklerinde kanser hastalarına öncelik sağlanması ve konunun ilgili hastaneler tarafından değerlendirilmesi, onlara yazıyla tebliğ edilmesi kararı aldık ve bunu uyguladık; yani kanser hastalarının öncelikli olarak tedavi verilmesi, laboratuvar beklememesi, muayene olurken poliklinik beklememesi konusunda. Belki birçok hastanemiz de bunu yapmıştır. Bu bizim üst yönetim toplantımızda alınan bir karar, bu uygulandı. Diğer kararlar da bu şekilde yazarak, uygulamaya çalışıyoruz.

Yine SKS bize diyor ki, öz değerlendirmeler yapın. Tabii hastaneler elbette kendi öz değerlendirmelerini yapıyor, ama bunun genel sekreterliğe bakan yönü nedir. Biz de ilk günden itibaren genel sekreterlikçe bir öz değerlendirme ekibi kurduk ve buna tüm hastanelerden katılım sağladık. Zaman zaman genel sekreter de katılıyor bu öz değerlendirmelere ve bu şekilde hastanelerin değerlendirilmesi, güzel uygulamalarının paylaşılması ve iyileştirme çalışmaları yapılmasını sağlamaya çalışıyoruz ve öbür toplantının, öz değerlendirme toplantısının sonuç toplantısından bir resim.

Yine SKS kapsamında malumunuz hastanelerimizde komiteler var ve birtakım ekiplerimiz var. Özellikle bu komiteler birtakım kararlar alıyor. Zaten kendi hastanelerinin içinde bu kararları alıyorlardı. Biz de dedik ki, zaten bu kararlar alınıyor, bu kararların bir nüshası genel sekreterliklere gönderilsin. Bizim kalite ekibimiz de, genel sekreterlikte kurduğumuz kalite ekibimiz de bu komitelerin aldığı ka-



rarları kayıt altına alıp, takiplerini beraberce yapıyor. Yani hastaneye dönüp, sizin komiteniz bu kararı almıştı, sonucu ne oldu şeklinde bir diyalogumuz gerçekleşiyor. Yani bu şekilde bir takibimiz var.

Mesela psikiyatri servisinin bu hastanemizdeki komitemiz, psikiyatri servisinin cam ve kesici aletlerin kaldırılması, aynı zamanda emniyet butonu oluşturulması, güvenlik butonu oluşturulması şeklinde bir öneride bulunmuş. Biz bunu takip ettik, hakikaten de bu hastanemiz bunları gerçekleştirdi. Bu gibi bir sistem oluşturarak, genel sekreterler o şaşkın panda durumundan kurtulabilirler.

Yine birlik koordinatörlerimiz var, acil koordinatörü gibi, enfeksiyon kontrol koordinatörü gibi. Bundan da şöyle istifade ediyoruz: Şimdi bizim büyük hastanelerimizin bu tür komiteleri kurması ve kendi hastanelerinin içinde iyileştirici işlemler yapması çok zor değil. Büyük hastanelerin birbirinden iyi örnekler almasını sağlıyor bu komite. Yine ortak bir komite hastaneler arası. Diyelim A hastanemizdeki güzel bir uygulama, B hastanemize geçebiliyor bir şekilde. Örnek uygulamaların paylaşılması anlamında, ama asıl faydayı daha küçük hastanelerimiz için gördük. Çünkü genel sekreterlikler bütün hastanelerin seviyesini belli bir kalitenin üstüne çıkartmakla görevliler. Dolayısıyla çok çok iyi hastanemiz olabilir, ama bir ilçede, küçük bir ilçedeki bir hastanenin durumu kötüyse, o genel sekreterliğin başarısız olduğu anlamına gelir. Dolayısıyla bu koordinatörler, küçük hastanelere rehberlik ederek, o hastanelerde de önemli ilerlemeler sağlayabiliyorlar.

Sözlerime Cahit Sıtkı Tarancı'nın "*Memleket İsterim*" adlı şiirinden uyarladığımız "*Hastane İsterim*" şiirini sizlerle paylaşarak bitirmek istiyorum.

*"Hastane isterim, binası mamur, çalışanı mesrur, hastası misafir olsun.*

*Şifa kaynağının çeşmesi olsun.*

*Hastane isterim, ne başta dert, ne gönüldü hüzüün olsun,*

*Şiddete kavgaya bir nihayet olsun.*

*Hastane isterim, ne zengin fakir, ne senden farkı olsun,*

*Zor gününde herkesin evi gibi olsun.*

*Hastane isterim, yaşamak, sevmek gibi gönülden olsun.*

*Olursa bir şikâyet, ölümden olsun."*

Hepinizi saygıyla, sevgiyle selamlıyorum.

# Verimlilik Ölçümü ve Ek Ödeme Sistemi

## ■ Oturum Başkanı - Dr. Ş. Serdar MERCAN

*Ankara 2. Bölge Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreteri*

## ■ Uzm. Dr. Merve AKIN

*TKHK Verimlilik Daire Başkanı*

Yöneticilerde Verimlilik Değerlendirmesi

## ■ Metin MEMİŞ

*Sağlık-Sen Genel Başkanı*

STK Perspektifinden Performansa Bakış



## Yöneticilerde Verimlilik Değerlendirmesi

**Uzm. Dr. Merve AKIN**

*TKHK Verimlilik Daire Başkanı*

Değerli katılımcılar, hepimiz hoş geldiniz tekrar. Serdar Bey'in de dediği gibi günün son oturumunda yorgunsunuz biliyorum, kısa tutmaya çalışacağım. Ama tabii konunun önemine binaen şu an katılımcılar arasındaki merakı da biliyorum. O yüzden mümkün olduğunca ayrıntılı bir şekilde, ama kısaca bu verimlilik değerlendirmesini anlatmaya çalışacağım.

Öncelikle sunumum içerisinde kanun hükmünde kararnamenin getirdiklerinden kısaca bahsettikten sonra, verimlilik dairesinin nasıl oluştuğu, verimlilik yönergesi nasıl geliştirildi? Tabii bu gelişme aşamasında nelere başvurduk? Bunlardan biraz bahsettikten sonra değerlendirmeyi ve örnek karne üzerinden değerlendirme metodolojisini anlatmaya çalışacağım.

Bildiğiniz gibi 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameyle birlikte Sağlık Bakanlığı politika yapıcı bir üst birim olarak kurgulandı ve bağlı kuruluşlarla bu yönetimin daha da güçlenmesi sağlandı. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kuruldu ve çok özet bir şema halinde gösterdiğim şekilde teşkilat şeması oluşturuldu. Kamu Hastaneleri Kurumunun kurulmasının arkasından, 2 Kasım 2012'de tüm illerde kamu hastane birlikleri kuruldu ve bu birlikler içerisinde ikinci, üçüncü basamak sağlık kuruluşları yer aldı. Tüm kamu hastaneleri birlik bünyesinde yönetime geçilmiş oldu.

Kabaca kanun hükmünde kararnamenin öngördüğü kamu hastane birlikleri için öngördüğü teşkilât şeması da bu şekildeydi. Tıbbi hizmetler başkanlığı, idari hizmetler başkanlığı, mali hizmetler başkanlığı ve hastanelerde bir üst yönetici, hastane yöneticisine bağlı olarak çalışan başhekim, idari-mali işler müdürü, sağlık bakım hizmetleri müdürü şeklinde kurgulandı. Tabii daha sonra yapılan çalışmalarla buraya sağlık otelciliği müdürlüğü de eklendi birçok hastane için.

Şimdi 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 34. maddesiyle birlikte, sağlık tesisleri ve sağlık tesisi yöneticileri, birlik yöneticileri bir performans programı çerçevesinde değerlendirilmesi öngörüldü. Bu performans programı da, kanun hükmünde kararnamede çok net bir şekilde ortaya konuldu. Hatta sadece performans programı değil, bu performans programının sonucuna göre yöneticilerin nasıl değerlendirilmesi gerektiği, başarının-başarısızlığın nasıl oluşturulması gerektiği de kanun hükmünde kararnamede net bir şekilde ortaya konuldu.

34. maddeye göre sağlık tesisleri ve sağlık tesisini yöneten yöneticiler, birlik yöneticileriyle birlikte tıbbi, idari, mali, kalite, hasta çalışan güvenliği ve eğitim konu başlıklarında değerlendirilmeyi tabi tutulması gerekliliği ortaya konuldu. 13 Şubat

2012’de kamu hastaneleri kurumu kurulmamışken, Verimlilik Daire Başkanlığı çalışmalarına başladı. İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Başkan Yardımcılığının altında kurumun merkezin tam ortasında, dolayısıyla da taşranın değerlendirilmesi hususunda İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Başkan Yardımcılığının alt birimi olarak kurgulandı Verimlilik Daire Başkanlığı.

Kanun hükmünde kararname performans programı, performans başarısı, performans yönetimi diye geçirirken bu maddede, 34. maddede, biz neden Verimlilik Daire Başkanlığı ya da neden verimlilik dedik? Biraz bundan bahsetmek istiyorum. Aslında bizim amacımız Kamu Hastaneleri Kurumu olarak sağlık tesislerinde ve birliklerde doğru işleri doğru şekilde yapmak, yani etkin ve etkili işler üretmek. Literatüre baktığımızda, literatür çalışmalarında etkinlik ve etkililiğin çarpanının sonucunun performans olduğu görülüyordu. Evet, biz de tam aslında performans işini yapıyorduk. Ama Türkiye’de sağlık sisteminde performans algısı hem paraya yönelikti, ek ödemeye, sağlık çalışanına yapılan ek ödemeye yönelikti. Çok da iyi bir algı yoktu açıkçası. Bu nedenle de biz performans yerine verimlilik kelimesini kullanmayı düşündük.

Verimlilik aslında daha çok literatürde üretim yapan sektörlerde kullanılan bir tabirdir. Sağlıkla çok örtüşmeyebilir diye düşündük, ama sonra kanun hükmünde kararnameyi ayrıntılı bir şekilde incelediğimizde, kanun hükmünde kararnamede sağlık tesislerinin verimli bir şekilde yönetilmesini istediğini gördük. Dolayısıyla verimliliğin burada kullanılmasının çok da yanlış olmadığı kararına vararak, başkanlarımızla birlikte Verimlilik Daire Başkanlığı kurulmuş oldu.

Tabii verimlilik Türkiye için yeni bir yapıydı. O yüzden çok ciddi çalışmalar ve değerlendirmeler yapılması gerekiyordu. Öncelikle modeli geliştirmeye çalışıldı, verimlilik modeli. Tabii çalıştaylar düzenlendi bunun için, göstergeler belirlendi. Bu göstergelerin nasıl değerlendirileceğini gösteren gösterge kartları oluşturuldu. Birlik değerlendirme el kitabı ve eğitim el kitabını anlatan eğitim dokümanları oluşturuldu. Birlik gözlem ekipleri oluşturularak karneler oluşturuldu ve değerlendirmeler, verimlilik değerlendirmesinin altyapısı oluşturulmuş oldu.

Verimlilik modeli geliştirilirken, öncelikle geçmiş uygulamalara baktık. Türkiye’de son 10 yıl içerisinde neler yapıldı? Bundan sonra literatürü araştırdık ve Türkiye modelini geliştirmeye çalıştık. Geçmişteki performans uygulamasına baktığımızda, dediğim gibi performans ek ödeme olarak kullanılıyordu her zaman için ve ek ödeme 2004 yılında tüm hastanelerde uygulanmaya başlandı. Daha sonra 2005 yılında kurumsal performansla ilişkilendirildi ve süreç 2011’e kadar çeşitli eklemeler yapılarak ilerlemiş oldu.

Tabii bu slâyt biraz önceki oturumdan tanıdık gelecek. Mevcut durumda kanun hükmünde kararname öncesinde bireysel performans ve kurumsal performans

hem yöneticileri, hem çalışanları etkilerken, kanun hükmünde kararname de bu ayırım sağlanmaya çalışılmış, onu fark ettik. Bu yüzden de farklı bir yönetim sisteminin ortaya konulması gerektiğini düşündük.

Şimdi literatür araştırması yapıldığında, performans değerlendirmesi için birçok model ortaya konulmuş; çünkü özellikle sağlık sektöründe, sağlık tesisinin performansını ölçmek çok zor. Sonuçta bir kalem üretmiyoruz, bir kitap da basmıyoruz, hasta bakıyoruz ve şifa vermeye çalışıyoruz sağlık sisteminde ve bunun hata götürür yanı yok. Dolayısıyla aslında tam da bu noktada doğru işlerin, doğru şekilde yapılması konusunda performans uygulamasının, verimlilik uygulamasının Türkiye sektöründe, sağlık sektöründe gerçekten uygulanması gerektiğini, gerçek anlamda uygulanması gerektiğini ortaya koyduk.

Dediğim gibi, birçok paydaş temelli performans değerlendirmesinden tutun, performans piramidine kadar birçok değerlendirme metodu değerlendirildi. Dünya çapında uygulanan, Dünya Sağlık Örgütü'nün ve OECD'nin sağlık sistemi incelemelerinde kullandığı modelleri araştırdık. Hepsi aslında aynı temeldeydi. Hasta güvenliğini ve hasta memnuniyetini temel alıyor. Fakat bunların ötesinde balans skor kart denilen modelde, yani dengeli kurumsal karne denilen modelde, sağlık tesisinin sadece hasta ve çalışan boyutunda değil, ama aynı zamanda finansal boyutta da değerlendirmenin olduğunu gördük.

Geçmiş yıllarda verimlilik değerlendirmesi yapılırken, genelde hastanelerin risk analizleri yapılırken, verimlilikleri ölçülürken daha doğrusu, sadece mali verileri ortaya konuyordu. Ne kadar para harcamış, ne kadar maliyetli işler yapmış ve hastaneyi nasıl yönetmiş şeklinde. Fakat bunun sadece dikiz aynasına bakılarak araba kullanılmaya benzetildiğini gördük literatürde. Dolayısıyla sadece finansal veriyle verimlilik olmayacağını, bunun yanında kalitenin güvenliğin, eğitimin, hastanın ve çalışanın olduğu çok boyutlu bir performans programının olması gerektiğini gördük. Zaten bu gördüğümüz modeli de aslında kanun hükmünde kararname bize önceden işaret etmişti.

Tüm bunlar düşünülerek bir performans modeli, Türkiye için bir verimlilik modeli ortaya konuldu. Hizmet sunumunun olduğu yerlerde, tıbbi, idari, mali, hasta ve çalışan boyutlarının değerlendirildiği, ama aynı zamanda hastanenin kaynak kullanımını da gözeten ve Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen politika ve hedeflere uyumu da içeren bir Türkiye modelinin olması gerektiği düşünüldü.

Bu model üzerine tüm paydaşlarla birlikte yapılan, kurum içerisinde ve kurum dışından danışmanlarla birlikte yaptığımız çalıştaylarımızı düzenledik ve 5 Ekim 2012 tarihinde verimlilik yönergesi yayınlanmış oldu.

Verimlilik yönergesiyle Türkiye sağlık sektörüne bir kurumsal karne kavramı gelmiş oldu. Peki, bu kurumsal karne neydi? Her birliğe ve hastaneye verilen bir

karne. Aynı zamanda yine kanun hükmünde kararnamenin de söylediği gibi her yöneticiye de verilen bir karneyi öngörüyordu. Oluşturulan yönergede, bir yıl boyunca yapılan, daha doğrusu bir yıl arayla yapılan bir değerlendirmenin sonucu çok net göstermeyeceği, ancak aralarda yapılan gidişin nasıl olduğunu gösterecek ara değerlendirmelerle bunun desteklenmesi gerektiğini gördük. Dolayısıyla yıl ortasında verilen ara karneler ve yılsonunda verilen karnelerle, hem sağlık tesisleri ve birlikler, hem de yöneticiler değerlendirmeye tabi tutulmuş oldu.

Şimdi bu süreçte birliklerin kurulmasıyla birlikte, geçici karneleri 2012'nin ilk altı aylık verileriyle sağlık tesislerine ve birliklere ilk geçici karneleri verildi sözleşmeyle birlikte. Ocak ayında başlangıç karneleri verildi. Kasım ve Aralık 2012 tarihlerindeki verilerle oluşturuldu. Bunun nedeni, başlangıç karnesi tabii iki aylık bir süreçti. Genel sekreterlerimiz ve yöneticilerimiz yeni görev başladıkları için, bu süreçteki iki aylık verileri başlangıç karnelerine yansıttık.

2013'ün Temmuz ayında ilk ara karneler, yani ilk ara değerlendirme sonuçları verilecek hastanelere, sağlık tesislerine. Tabii burada önemli bir noktası; karnelerin anlamını arttırmak ve aslında biraz daha önemini arttırmak için oluşturulan bir metodolojiyle ek ödeme, yöneticilerin, sözleşmeli yöneticilerin ek ödemeleri üzerine etkilenmesini düşündük ve Temmuz'daki verilecek karne puanlarıyla da bu etkileşim ortaya konulacak. Ocak 2014 tarihinde de ilk karneleri yöneticilerin ve sağlık tesislerinin verilmiş olacak.

Kamu Hastaneleri Kurumu olarak verimlilik karneleri oluşturulurken, mevcut veri tabanlarına gönderilen verilerin kullanılmasına önem gösterdik. Çünkü biz biliyoruz ki sağlık tesislerimiz, bir veriyi birden çok alana göndermekten çok şikâyetçiler. Var olan bir veriyi, bir de biz başka bir alanda toplamak istemedik. Dolayısıyla mevcut verileri kullanarak karne oluşturmayı uygun gördük.

Tabii bu uygulamalar sırasında şunu da fark ettik aslında. Türkiye'de birçok harf kullanılıyor, hastaneleri tanımlamak için. Hepsi de A'dan E'ye ya da işte H'ye kadar sıralanmış harfler bunlar ve bunlar çok ciddi karışıklığa sebebiyet veriyor. Dolayısıyla biz karne uygulamasında bir farklı bir metodoloji uygulamak gerektiğine karar verdik. Ancak kanun hükmünde kararname orada bizi birazcık engelledi. Çünkü kanun hükmünde kararnamede başarı gruplarını yine A'dan E'ye kadar sınıflamıştı.

Bu rolleri herkes biliyor zaten, bunlar mevcut rollerimiz, hastanelere biçilen roller. Hizmet dilim endeksine göre oluşturulmuş hizmet sınıfları ortaya kondu karneyle birlikte. Hastaneler 25 sınıfta değerlendirilmeye başlandı. Bu değerlendirme yapılırken de, hastanelerin benzerlikleri göz önünde bulunduruldu. Hem mevcut kaynakları, hem de ürettikleri işlemlerin sayısı göz önünde bulundurularak, bu

sınıflama yapıldı. Bir de dediğim gibi başarısına göre oluşturulan grupları mevcut hastanelerin ve birliklerin.

İlk altı aylık verilerle ara karneler, bir yıllık verilerle de ve aynı zamanda gözlemsel değerlendirmelerle karneleri oluşturuluyor sağlık tesislerinin. Şimdi karneden çok kısaca bahsedeceğim, zaten biraz önce Sayın Dr. Gökhan Darılmaz da bu karne kriterlerini geçti. Ben üstünden şöyle kısaca geçmek istiyorum. Her bölüm 1000 puan üzerinden değerlendiriliyor. Gözlemsel değerlendirme kısmı metodoloji ve tüm sağlık tesislerimizin uyum sürecinin tamamlanması beklenene kadar muaf tutulacak diğerlerinden, tüm sağlık tesislerimiz değerlendirmeye tabi tutulacaklar.

Şimdi tıbbi göstergeler var. Tıbbi göstergeler değerlendirilirken, her birisi farklı bir metodolojiyle puanlandırılıyor. Kimisinde, biraz önce bahsettiğim 25 sınıf ortalamasına göre kıyaslanırken, ikincisinde bakanlık tarafından konulan hedefler, kimisinde de hem sınıf ortalaması, hem de gözlemsel değerlendirme sonucu elde edilen bilgiyle puanlandırma yapılıyor. Tabii bu puanlandırma tamamen nümerik veriler üzerinden, yani sayısal veriler üzerinden yapılıyor.

İdari kriterlerde de yine aynı şekilde hedef, gözlem ve ortalama aldığımız göstergeler mevcut. Mali kriterlerde, hasta maliyetleri haricindekilerin hepsi bakanlık tarafından belirlenen hedefler. Hasta maliyetlerinde ise, hastane rol ortalamaları, yani o bildiğimiz A1, A2, B, C, D rollerine göre alınan ortalamalarla kıyaslanarak puanlandırma yapılıyor.

Eğitimler üç başlık altında değerlendiriliyor. Genel eğitimler ve sertifikalı çalışanların durumunu sorgulayan gösterge, tüm hastaneler sorumlu iken, tıbbi eğitimler göstergelerinden sadece eğitim araştırma hastaneleri sorumlu oluyor. Kalite hasta-çalışan güvenliği kriterleri de, zaten bildiğimiz işte kalite standartları puanları, hasta-çalışan güvenliği puanları, memnuniyet oranları. Şimdi burada diğer tüm slâytlarda da aslında dikkatinizi çekmiştir, kırmızı olanlar var. Kırmızı olanlar kurumun kırmızıçizgileri. Kırmızıçizgilerin önemi farklı, biz bunlara kritik verimlilik göstergeleri diyoruz. Kritik verimlilik göstergeleri A başarı rolündeki bir hastanenin, kritik verimlilik göstergesinin varlığı, o hastane yöneticisinin veya genel sekreterinin ve yöneticilerinin sözleşmesinin sonlanmasına neden olabilecek önemde.

Kırmızı çizgiler, yani kritik verimlilik göstergeleri, sözleşme imzalandıktan sonra takip edilmeye başlandı ve gerekli önlemler, takipler yapılıyor. Bunlarla ilgili hastanelere geri bildirimler komisyonlarımız tarafından peyderpey yapılmakta.

Şimdi birlik karneleri oluşturulurken, hastanelerin karne puanlarının ortalaması alınması gerekiyor, bu da kanundan gelen bir madde. Aynı zamanda birlik hedeflerinin başarı puanının ortaya konulması gerekiyor. Çünkü sadece bir hastaneye değil, birliğe verilen bir hedef var ve bu şekilde karne puanı oluşuyor. Hastane



karne puanlarının ortalamasının yüzde 70'i, birlik hedeflerinin de yüzde 40'u olarak karne puanları oluşturuluyor.

Birlik hedefleri başarı puanında ise, belirlenen göstergeler bunlar. Personel dağılımının dengeli olmasını istiyor Kamu Hastaneleri Kurumu. Bir birlikteki hastaneler arasındaki personel dağılımı dengeli olmalı. Sezaryen oranı, il dışı, birlik dışı sevkler, birden çok birliği olan iller için birli dışı sevklerin takibinin yapılması gerekiyor. Özellikle sağlık hizmetlerine yatırım planlamasının birliğe verilen hedeflerle uyumlu olması ve sürelerine uygun bir şekilde değerlendiriliyor olması isteniyor.

Şimdi yönerge gereği, karnede oluşturulan puanlarla başarı grupları oluşturuluyor. Bu aralıklar da bu şekilde belirlendi. 800 ilâ 1000 arası A, 700-800 B, 600-700 C, 500-600 B ve 500'ün altında kalan birlik ve sağlık tesisleri E başarı grubunda değerlendiriliyor.

Örnek bir karneyi hızlıca anlatayım, bu şekilde her alandan aldıkları puanlarla puanı oluşuyor ve bu puandan C grubunda olduğu görülüyor. Karne puanları ortalaması alınırken, yine yönergede belirtilen hastanelerin rollerine göre oluşturulmuş ağırlık katsayılarına göre birlik içerisindeki hastanelerin karne puanı ortalamaları oluşturuluyor. Yanına birlik hedeflerinden aldığı puan da eklenerek, yüzde 70-30 prensibine göre birliğin karne puanı oluşturulmuş oluyor.

Şimdi kanun hükmünde kararname sadece sağlık tesislerinin değil, aynı zamanda sağlık tesisleri ve birliklerin yöneticilerinin de performanslarının değerlendirilmesini istiyor. Çünkü bu performans değerlendirmelerinin sonucu olarak da, aslında kurum başkanının performansı ortaya çıkacak. Kanunen bu şekilde olması gerekiyor. Dolayısıyla yöneticilerin başarıları da, aslında sağlık tesisinin başarısıdır anlayışıyla bu şekilde bir kurgu planlandı verimlilik değerlendirmesinde. Tabii bunların hiçbirisi ayet değil, değiştirilemez değil. Biz verimlilik yönergesi yayımlandığı günün ertesi günü sahaya görüş ve öneriler için bir forum açtık ve verimlilik yönergesinde değiştirilmesini istedikleri önerileri aldık ve bugünlerde de onun üzerinde çalışıyoruz ve aslında daha tam işe başlamadan, biz verimlilik yönergesini değiştireceğiz. Daha en iyisini bulmak için bunların yapılması gerektiğini düşünüyoruz.

Hastane yöneticisi hastane karne puanından başhekim, sağlık hizmetleri müdürü ve yardımcıları, tıbbi kalite hasta-çalışan güvenliği eğitim puanlarından, idari mali işler de, idari, mali, kalite, hasta-çalışan güvenliği ve eğitim puanlarından alıyor. Tabii burada tüm yöneticilerin kalite, hasta-çalışan güvenliği ve eğitim puanından tam etkilendiğine dikkatinizi çekmek istiyorum.

Birlikler boyutunda da yine aynı durumda. Tıbbi hizmetler başkanı tıbbi kriterlerin yüzde 80'inden, tabii bu hastanelerin ortalamalarının oluşturduğu tıbbi puan,

sadece bir hastanenin değil, ortalamalardan oluşan değerlerden etkileniyor. Mali hizmetler başkanında ise yüzde 70 mali kriterlerden, yüzde 30 diğer kriterlerin ortalamasından etkileniyor.

Tabii sözleşme sonlandırmalarına kadar kanun hükmünde kararnamede bahsedildiğini söylemiştim. Bir sağlık tesisinin veya birliğin bir değerlendirmede grubunun düşmesi durumunda veyahut D grubunda devralınan bir birliğin veya sağlık tesisinin üç değerlendirme üst üste grubunu yükseltememesi, E grubunda da iki değerlendirme üst üste grubunu yükseltememesi durumunda, sağlık tesisi ise hastane yöneticisi, birlikse genel sekreterin sözleşmesi sonlandırılıyor.

Bünyesindeki sağlık tesisinin iki değerlendirme üst üste grubunun düştüğünde veya E grubunda devralınan bir birliğin grubunu yükseltememesi durumunda genel sekreterin sözleşmesine son veriliyor. Aynı şeyler bireysel performans değerlendirmeleri yapılmaya başlandığında yöneticiler için de, her yönetici kademesindeki yönetici için de geçerli olacak yönerge gereği.

Kritik verimlilik göstergelerinde de bahsettiğim gibi, gösterge ihlalinde süre veriliyor. O sürenin sonunda tekrar değerlendirme yapılıyor. Halen ihlal devam ediyorsa, başarı grubuna bakılmaksızın genel sekreter veya hastane yöneticisinin sözleşmesine son veriliyor.

Komisyonlar var, birlik izleme komisyonu ve değerlendirme komisyonu. Bunlar aralıklı olarak toplanarak hastaneler ve birlikler için değerlendirme çalışmaları yapıyor ve gerektiğinde hedef realizasyonları yapacak bir komisyon grubu kurulmuş oldu.

Tabii aynı zamanda yerinde değerlendirmelerin yapılması gerekiyordu. Bunlardan da bahsettim az önce. Bunlar için metodolojiler belirlendi, gizlilik, doğruluk, tarafsızlık çerçevesinde, yıl içerisinde en az bir kez olmak üzere habersiz yapılan değerlendirmeler yapılacak. Habersizliğin ötesinde gizli gözlemler yapılacak, hastaneye gizli hastalar şeklinde gidilip, özellikle poliklinik ve acillerde değerlendirmeler yapılacak.

Hangi alanlarda? Her yerde değil, sadece hastanın birebir temas ettiğini öncelikli düşündüğümüz acil servis, poliklinik, servisler, ameliyathane, yoğun bakım, laboratuvar ve görüntüleme alanlarında bu değerlendirmeler. Altyapı, donanım, insan kaynakları ve eğitim, kalite, hasta-çalışan güvenliği ve veri doğrulama alanlarında genel değerlendirmeye tabi tutulacak.

Bahsettiğim kitaplar oluşturuldu. Bunlar birlik gözlem ekiplerine ve sağlık tesisi birlik yöneticilerine önümüzdeki hafta içerisinde ulaşmış olacak.

Sabrnız için teşekkür ediyorum.

## STK Perspektifinden Performansa Bakış

### Metin MEMİŞ

#### *Sağlık-Sen Genel Başkanı*

Çok değerli sağlık yöneticilerimiz, değerli sağlık çalışanlarımız; hepinizi şahsım ve Sağlık-Sen Genel Merkezim adına saygı ve muhabbetle selamlıyorum.

Dördüncü kalite ve performans kongresi içerisindeyiz. Bu dördüncü olmasına rağmen, hâlâ çalışanların kalitesi ve performansına ilişkin bir oturumun olmadığını görmek de açıkçası bizi üzüyor, ama bu en azından bu konuşmada sizlerin, o 400 bin sağlık çalışanının hissiyatını burada dile getirmek istiyorum.

Sağlıkta dönüşümde neler hedeflendi? Milletlinin sağlığa ulaşımı hedeflendi, sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altına alınması, akılcı ilaç, tıbbi teknolojilerin o cihazlarda teknolojik altyapı, kalite akreditasyon, ama maalesef bu hedefler içerisinde sağlık çalışanlarının kalitesi ve özlük hakları yer almadı.

Dünyada bugün yaşananlara baktığımız zaman, gerçekten sağlıkta belki dünyada eşine rastlanmayan bir başarı elde edildi. Türkiye’de 10 yıl önceki sağlığın durumuyla, bugünü bir araya getirdiğimizde, vatandaşa sunulan sağlık hizmeti açısından kalitenin nasıl arttığını aslında vatandaş memnuniyetinden görüyoruz. Yüzde 39’lardan, 76’lara çıkan bir memnuniyet var. Gerçekten hastaneler, sağlık kurumları vatandaşın ulaşımı noktasından bu işin önünün tamamen açıldı, ama bu süreçte çalışan memnuniyeti araştırmaları da çok fazla yapılmadı.

Sağlıkta 2002 yılı verilerine göre, bir yılda 185 milyon vatandaşımız sağlık hizmeti almak için sağlık kurum ve kuruluşlarına başvururken, 2011 sonu verileri, 2012 yılında yayınlanan verilere göre de 492 milyon. Bugün sanıyorum 600 milyona yakın vatandaşımız bir yılda sağlık hizmeti almak için sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuruyor.

Peki, sağlık personeli istihdamı ne derecede oldu? 2002 yılında 245 bin sağlık çalışanı var iken, bugün 381, 400 bine yakın sağlık personeliyle maalesef yüzde 55, yüzde 60’lık bir istihdamla, iş yükü tam beş kat artmış oldu.

Peki, dünyadaki sağlık personelinin almış olduğu ücretlere baktığımız zaman, örneklerine baktığımız zaman; Norveç’te bir hemşire 3075 Dolar, Almanya’da 2244 Dolar, diğer ülkeleri görüyorsunuz, ülkemizde de ek ödeme dahil 943 Dolar alıyor. Yine pratisyen hekim ücretlerine baktığımız zaman; Amerika’da 8189, İtal-

ya'da 3294, İngiltere'de 6045 Dolar, ama ülkemizde ek ödeme dahil 1870 Dolar ücret alıyor. Peki neye göre? Oradaki meslektaşlarından tam üç kat daha fazla çalışıyor, yarısı kadar bile ücret maalesef alamıyor.

Bu konuyla alakalı sağlığın dönüşümündeki 10. yılında bir araştırma gerçekleştirdik ve bu yapmış olduğumuz araştırmada; sağlık çalışanlarının tükenmişliğini sorduk. Bakın burada çok enteresan bir cevap var. Sağlık çalışanlarına fırsatınız olsaydı mesleğinizi değiştirir miydiniz diye sorduğumuzda, çalışanların 60,8'i evet, fırsatım olsaydı mesleğimi değiştirirdim diyor.

Yine Sağlık Bakanı olsaydınız, ilk icraatınız ne olurdu diye sorduğumuzda; çalışanların neredeyse yarısı, yüzde 45'lik bir oran, Sağlık Bakanı olsaydım ilk icraatım adaletsiz döner sermaye ve performans sistemini değiştirdim oluyor.

Yine yapmış olduğumuz tükenmişlik araştırmasında, sağlık çalışanlarının tükenmişlik puanları 23,96 puanla, toplumsal olaylarla karşı karşıya olan polislerle neredeyse aynı. Polislerin tükenmişliği 25,85 iken, sağlık çalışanları da 23,96 puanla ikinci puanda tükenmiş durumdadır. Dikkate alınması gereken bir konu olduğunu düşünüyoruz.

Elbette bu sağlıkta dönüşümle beraber, sağlık hizmetlerinde ve sağlık çalışanlarına ulaşılabilirlik kolaylaştı. Poliklinik, servis, yatış, ameliyat, tetkikler için bekleme süreleri düşürüldü. Finansal kaçaklar neredeyse tümüyle önlendi, hizmet ve sarf malzemenin kayıt ve dokümantasyonu sağlandı. Yani burada milletimiz ve ülkemiz kazandı, ama diyoruz ki sağlık çalışanlarını kaybetmeyin. Sağlık çalışanları da bundan sonraki süreçte kazansınlar.

Performansa bağlı ek ödeme sistemi nedir? Performansa bağlı ek ödeme sistemi, Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulanmakta olan bakanlıkça belirlediğimiz hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, çalışan personelin unvanı gereği çalışma süresi, hizmet katsayısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması gibi unsurlar esas alınarak, sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kalite ve verimlilik hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla görevli personele döner sermaye gelirlerinden yapılacak ek ödeminin oran, usul ve esaslarının belirlendiği bir sistemdir.

Peki, bu sistem yürüyor mu? Bu sistemde bir defa standart yok. Bu sistem dış etkenlere açık, demotive edici ve sürprizle dolu bir sistem. Aslında baktığımız

zaman kitaplarımızda yazan performans sistemi, gerçeğinde uygulanabilir bir performans sistemi bize göre değildir.

Peki, çalışanın yaptığı nasıl, neye göre değerlendirilir diye bir soru sorulduğunda; bize göre çalışan yaptığıyla değerlendirilmelidir. Mevcut sistem neye göre değerlendiriyor? Mevcut sistem bize dayatılan sistem, yapmadığından da sorumlu olduğu bir sistemi dayatıyor. Yani SUT fiyatlarından etkilenme, finansal değer katsayısından etkilenme, kalite katsayısından etkilenme, idarenin madde hatalarından etkilenme, teşhis ilişkili gruplandırmalardan etkileneneceği yeni yapıya göre gibi, çalışanların elinde olmayan bir değerlendirme sistemi var.

Sağlık kurumlarına baktığımız zaman, Sağlık Bakanlığının içerisindeki kurumlarda uygulamaya baktığımız zaman, maalesef performans ve döner sermaye sisteminin bütün kurumlarda neredeyse ayrı ayrı uygulandığını, yani daha doğrusu paramparça olduğunu görüyoruz.

Peki, puanlama sistemine temel eleştirilerimiz neler? Bunlara göz atalım. Sayısal çıktılara artık son verilmelidir. Yani ne kadar çok hasta, ne kadar çok iş, ne kadar çok tahlil bunlara bakmamamız lazım. İşin niceliğine bakmamız lazım, kalitesine bakmamız lazım.

Şimdi bizim sistemimiz neyi getiriyor? Ne kadar muayene o kadar para, ne kadar ameliyat o kadar para. Bu olduğu zaman maalesef nitelik değil, niceliğe bakılmış oluyor. Eğer performans uygulanacaksa, nitelik üzerine bir sistem kurgulanıp, sayıya göre değil, kaliteye göre bir performans sistemi getirilmeli.

Performans sistemi paylaşım ve adil olmalıdır. Sistemini melezliğine son verilmelidir. Katsayılar arttırılmalıdır, çalışanlar baskılanmamalıdır.

Şimdi birinci basamak sağlık kuruluşlarına baktığımız zaman, birinci basamak sağlık hizmetlerinde fiili uygulamalara ve ödenen ek ödeme miktarına bakıldığında, performansa dayalı ek ödeme yapılmadığı, yapılan ödemenin 375 sayılı Kanun Hükmünde Karamamede belirtilen aylık mahsuplaşma miktarında ya da ondan çok az fazla olduğu görülmekte. Yani performansa dayalı ödemenin sadece isimde kaldığını görüyoruz birinci basamakta.

Tüm olumsuzluklara rağmen sağlanan başarının, performans uygulamasında görülen bazı uygulamaların yeniden düzenlenmesi, performansın cezalandırma değil, ödüllendirilmesiyle daha da yukarılara taşınmasının mümkün olduğunu görüyoruz.

Buradan birkaç örnek verelim, birinci basamakla ilgili. Mesela ihbarlara müdahalenin sağlanması, performans değerlendirme kılavuzu kriterleri puanlarında 600 puan olarak belirlenmiş. Yani ihbarı aldıktan en az iki saat içinde müdahale edilen ihbar sayısı, doğal olarak atanan ihbar sayısı, çarpı tavan puan. Ardından ihbar denetimlerinde yüzde 20 ve altında bir oranda ihlal tespit edilmişse, sıfır puan olarak hesaplanıyor. Yani ihbarlarda çalışanın kendi kontrolü dışında, yüzde 20'nin altında ihlal olması durumunda, çalışanın performansı düşürülüyor.

Yine ihlal tespit edilen işletmelerin takibinin sağlanmasında, 600 performans puanı öngörülüyor. Ancak ihlal tespit edilen işletmelerin her birine takip eden 20 gün içinde üç veya daha fazla denetim yapılması halinde, takip eden ayın performans puanına 300 puan ilave edilir. Üç veya daha fazla sayıda yapılan, tekrar denetimlerin en az birinde ihlal tespit edilirse, 300 puan daha ilave edilir denilmektedir. Yani siz bir ihbar oldu gittiniz. O ihbarda bir eczane denetiminde, o eczanenin yaptığı yanlış uygulamayı önlediniz. Yaptığınız diğer üç ziyarette, diğer üç kontrolde eğer üçünden birinde bir ihmal görmezseniz, size 300 puan vermem. Yani üçünden birinde mutlaka ihbar göreceksiniz diyor. Böyle bir sistem olur mu? Yani siz, herhalde eczacıya aman kardeşim, bir kere daha ihmal edin de, biz 300 puan daha alalım gibi bir algı ortaya çıkıyor.

Şimdi sağlık kuruluşlarına tüm müracaatlar içerisinde aile hekimliği müracaatlarının arttırılmasına performans olarak 400 puan belirlenmiş. Ay içerisinde aile hekimliğine müracaat sayısı, ay içinde sağlık tesislerine yapılan toplam müracaat sayısı çarpı tavan puan. Ayrıca aile hekimliğine müracaat oranı yüzde 40'ın altında gerçekleşirse, sıfır puan olarak hesaplanıyor.

Peki, şimdi bizim mevcut sistemde sevk zincirimiz yok, yasal bir düzenleme yok ve siz vatandaşa hayır kardeşim hastaneye gitme, ben seni muayene edeceğim deme lüksünüz yok. O zaman yasal düzenlemeler yapılmadan, bu uygulamanın aile hekimlerine uygulanmasını haksız bir uygulama olarak görüyoruz.

Birinci basamak ek ödeme yönetmeliğine baktığımız zaman, komisyon üyeliklerinin aldıkları puanlar var. Bunun içerisinde de, ilçelerde bulunan birimlerde görev yapan personeli, halk sağlığı müdürlüğü il birim performans puan ortalamasının yüzde 15 ek puan verilmesi var. Altında da diyor ki; ancak o dönem yukarıda sayılanlardan birden fazlasında görev yapan personele, sadece bir defa puan verilir. Yani kusura bakmayın, komisyonlara girdiğinizde biz size puan vermeyiz deniliyor.

Kamu hastane birliklerine baktığımız zaman; özellik arz eden birimlere, kısmi süre hizmet veren personelle ilgili düzenlemeye yönelik yönetmelik kapsamından çıkartılmıştır. Bununla alakalı bizim açmış olduğumuz dava sonucunda, Danıştay kararına istinaden özellikle birimlere hizmet eden yerlere ek puan verilirken, bu Danıştay kararı göz ardı edilmiş ve bu yeni yönetmelikte maalesef çıkartılmıştır.

Yönetmelik ile inceleme heyeti, ihale ve satın alma komisyonuyla, muayene komisyonu dışındaki komisyonların ek puanları kaldırılmıştır. Bugün burada kaliteci arkadaşlarımız var. Kaliteci arkadaşların puanı var mı şu anda.

Bakın Hazine payı yüzde bir. Peki, Hazine payının kesintisini ne kadar yapıyorsunuz? Yüzde 15 değil mi? Yani hesaplama yapılırken, yüzde 15 kesinti yapıldıktan sonra, bütün giderler yapıldıktan sonra kalanın yüzde 50'si dağıtılıyor. Oysaki biz diyoruz ki, Hazine payı yüzde bir kesiliyor, o geri kalan yüzde 14'lük kesim mevcut gelire ilave edildiği takdirde, dağıtılacak döner sermaye oranı yüzde 7'lik bir artış sağlanmış olacak. Bunun da mutlaka yapılması ve yöneticilerimizin önünün rahatlatılması, çalışanların da üç kuruş daha fazla alması sağlanabilir.

Temelde neler değişmelidir? Ek ödeme, gelir vergisinden mutlaka muaf tutulmalıdır. Yatırım, onarım ve demirbaş giderleri genel bütçeden karşılanmalıdır. Etkin denetim mekanizması mutlaka kurulmalıdır. Değişik hastanelerdeki hekimlerin elde ettiği aynı puanlara karşılık, aynı tutarda ödeme yapılmalıdır.

Şimdi Ankara Numune Hastanesinde ortopedi uzmanı 30 bin puan yapıyor, hastanenin gelirleri çok iyi, 7000 lira ek ödeme alıyor, ama Haymana Devlet Hastanesindeki hekim, yine aynı 30 bin puanı yapıyor, emek sarf ediyor, hastanenin maddi durumu kötü diye 2000 lira alıyor. Bunun neresi adalet? Bunun mutlaka değiştirilmesi gerekir.

Sağlık çalışanlarına mutlaka yıpranma payı verilmelidir.

Eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastanelerinde bilimsel çalışmalara daha fazla puan verilip, bilimsel çalışmalara destek arttırılmalıdır. Oysaki yeni yapılan düzenlemeyle, Tamgün Yasasında yapılan düzenlemeyle maalesef yine ne kadar iş, o kadar para olayına gitti. Mesai dışında gel çalış, para kazan denildi. Oysaki biz diyoruz ki, kaliteli hekim yetiştirmek için, bu akademik çalışmalar, bilimsel çalışmalar mutlaka desteklenmeli.

Yapılacak düzenlemeler, çalışanları temsil eden sendika ve meslek odaları gibi sivil toplum kuruluşlarının da katılımı sağlanmalıdır. Yani döner sermaye yönet-

meliği içerisinde bizim mahkeme kararıyla koydurmuş olduğumuz bir hak gaspı, maalesef bizler tarafından, yetkili sendikalar davet edilmeden o hak ellerinden alınarak ortadan kaldırılıyor. Ben burada bu yönetmelikle alakalı değişiklik yapan birimimizdeki arkadaşlarımız varsa, hangi gerekçeyle bu değişiklikleri yaptıklarını buradan açıklamalarını istiyorum açıklaması.

Çalışanların mesleki bağlılık ve motivasyonlarını güçlendirecek, paranın yanında diğer teşvik mekanizmaları da kullanılmalıdır. Sağlık çalışanlarının tüm gelirleri emekliliğe yansıtılmalıdır.

Sağlıkta dönüşüm projesinde biz özellikle iki konunun mutlaka gözden geçirilmesini istiyoruz. Bunlardan birincisi, birinci basamak sağlık hizmeti ve aile hekimliği güçlendirilerek, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına müracaat filtrelenmeli, ama bunu yaparken de ikinci üçüncü basamak sağlık tesislerinin mali durumları göz ardı edilmemelidir. Yani 10 yıldır üzerinde ufak tefek değişiklik yapılan SUT fiyatları mutlaka günün şartlarına getirilmelidir.

Yine performansa dayalı ek ödeme sistemi daha köklü değişikliklerle, sil baştan gözden geçirilmelidir. Döner sermaye havuzu genişletilmelidir. Bakın, 2003 yılından bu yana döner sermayeden karşılanan giderlerin sayısı ve çeşitliliği o kadar arttı ki, havuz giderek daraldı ve daralmaya da devam ediyor. Mesela nöbet ücretleri, mesleki sorumluluk sigortası, 4-B’li personelin her türlü giderleri, dava ücretleri şu anda havuzdan karşılanıyor. O zaman ne yapılmalı? Havuz genişletilecek ve havuz genişletilmez ise eğer başka türlü alınacak önlemlerin hiçbirinin anlamı yok. Mutlaka burada genel bütçeye yapılacak bazı maliyetler olmalı ve döner sermaye havuzu genişletilmek kaydıyla, çalışanların cebinden alınan ücretler, çalışanların cebine fazlasıyla konulmalıdır.

Dağıtılabilir döner sermaye tutarını yükseltebilmek için acilen kalite katsayısı, burada çarpan olmaktan çıkartılmalı. Döner sermayeden karşılanan giderlerin bir kısmı genel bütçeden karşılanmalı ve döner sermayeden maaş alan 4-B’li ve 4-C’li çalışanlar genel bütçeye geçirilmelidir.

Tüm çalışanlar için gelirin en az yüzde 75’i sabit maaş olarak verilmeli, yüzde 25 performans olarak verilmelidir.

Hekim dışı sağlık çalışanları için tavan oranları mutlaka arttırılmalıdır.

Özellikli birimlerde çalışma, çalışılan hastanenin rolü gibi değişikliklerin dışında, herhangi parametrenin olmadığı yeni bir sistem kurulmalıdır. Türkiye genelinde



aynı branşta, aynı girişimsel işlem puanı olan tüm hekimlerin aynı döner sermayeyi almaları mutlaka sağlanmalıdır. Girişimsel işlem puanlarını daha objektif ve oluşturulabilir kriterlere göre sürekli güncellenebildiği yeni bir sistem kurulmalıdır.

Tabii sağlık çalışanları gerçekten bu 10 yıllık süre içerisinde, sayıları yetersiz olsa bile, bu ülkede milleti adına hizmet ediyor, ama artık birilerinin sağlık çalışanlarının sesini çok iyi duyması gerekiyor. Bakın, ben iki gün önce Balıkesir’de bir hastayı hastaneye yetiştirmek isterken kaza yapıp, 10 gün civarı yoğun bakımda kaldıktan sonra vefat eden Tuğba kardeşimizin cenazesine katıldım. Şu anda Sağlık-Sen olarak biz sağlıkta şiddete karşı vatandaşı duyarlı kılabilmek adına ve sağlık çalışanlarının bu hizmeti hangi şartlarda verdiğini ortaya koyabilmek adına bir film yaptık. 75 dakikalık bir film. Bunun aslında 4 dakikalık kısa bir burada fragmanı var. Eğer Başkanım müsaade ederseniz çalışanlar adına burada bu fragmanı göstermek istiyoruz.

Maksadımız burada bir mesaj vermek: Birincisi, milletimize sağlık çalışanları size bu hizmeti her şeye rağmen veriyor. Onun için sağlık çalışanlarına zulmetmeyelim, sağlık çalışanlarına şiddet uygulamayalım, mesleki saygınlığımıza dokunmayın. İkincisi, bakanlığa verdiğimiz mesaj; bu fedakârlıklarla her yerde oynuyorsunuz, o zaman sağlık çalışanlarının hak ettikleri ücretleri, özlük haklarını kendilerine verin diyoruz.

Eğer filmimiz hazırsa arkadaşlar, evet filmimiz şimdi gösterime giriyor. Ben beni dinlediğiniz için hepinize teşekkür ediyorum. Sağlık-Sen olarak sağlık çalışanlarının haklarının korunması noktasında her zaman yanınızda olduğumuzu ifade ediyor, hepinize saygılar sunuyorum.

# Teşhiste Hasta Güvenliği

- **Oturum Başkanı - Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ**

*KTÜ Farabi Hastanesi Başhekimisi*

- **Doç. Dr. İsmail SARI**

*Pamukkale Üniversitesi*

Klinisyen Hekimlerin Teşhis Güvenliğindeki Rolü

- **Doç. Dr. Gülşen YILMAZ**

*Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi*

Klinik Laboratuvarın Teşhis Güvenliğine Etkisi

- **Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ**

*KTÜ Farabi Hastanesi*

Teşhis Güvenliğinde İletişimin Önemi



## Klinisyen Hekimlerin Teşhis Güvenliğindeki Rolü

**Doç. Dr. İsmail SARI**

*Pamukkale Üniversitesi*

Sayın Başkan, değerli katılımcılar; konuşmama başlamadan önce başta Hasan Bey olmak üzere Bakanlığın güler yüzlü Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığına bu konuşmayı verdikleri için teşekkür ediyorum. Klinisyen gözüyle teşhis güvenliği anlatmaya çalışacağım.

Tabii biz klinisyenlerin en çok duyduğu kelimedir, önce zarar verme. 17 yaşında Aydın'dan ayrılıp, bu güzide şehre tıp fakültesine geldiğimde, genelde tıp fakültesi öğrencilerinin hocalarından duyduğu sözü, ben biraz daha garip bir şekilde duydum. Heyecanlıyız, tıp fakültesine girmişiz, ilk gün saat 07.30'da amfide yer kapmak için amfinin kapısını zorlamaya başladım. Kapı kilitli, arkadan tok bir ses geldi “*primum non nocere*” dedi, buyur dedim döndüm. Bir temizlik görevlisi, bunu dedi çok duyacaksın hayatında. Belki hoca olacaksın, sonra öğrencilerine anlatacaksın.

İkinci şey de dedi, bir şeyi zorluyorsan yanlış yapıyorsundur. Başka alternatif yolları dene, hata yapmanı engelle diye. Bu iki söz tıp fakültesi hayatımda ve daha sonraki akademisyenlik hayatımda bana yön verdi.

Tabii her ne kadar bazen bizi pasifleştirse de bu söz “*primum non nocere*” yani önce zarar verme felsefesiyle biz sağlık çalışanları hastalarımıza iyi niyetle 24 saatte amatör bir ruhla, onların iyiliği için hizmet vermeye çalışırız. Hepimiz kaliteli bir sağlık hizmeti vermek için uğraşırız, ama sonuçta insanoğlu beşerdir şaşar, hatasız da kul olmaz. Mutlaka ve mutlaka belli dönemlerde hatalar yaparız.

Teşhiste hasta güvenliği deyince, tabii bir literatür taraması yapma ihtiyacı duydum. Literatür taramalarına bakıldığında, teşhiste hasta güvenliğine ait aslında çok veri, direkt gözüküyor. Daha çok medikal tedaviye ait yanlışlar göze çarpıyor. Tabii bunun nedeni, genelde aynı medyada olduğu gibi, tıbbi literatürde de medikal tedaviye ait yanlışlar daha çok ses getiriyor.

Fakat yeni bir yayım var, 2013 22 Nisan'da henüz daha basılmadan online olarak gözükmüş. Amerika'da Baltimor'dan bir yayım. Yaklaşık 24-25 senelik bir deneyimlerini aktarmışlar. Aslında kendi serilerinde tıbbi hataların en çok teşhisten kaynaklandığını ve teşhisten kaynaklanan hataların da en çok ayaktan hasta görme bölümlerinde daha çok olduğunu. Bunun da nedeninin tabii ki hızlı karar verme mekanizmasına bağlı olduğunu söylemişler.

Yine yatan hastalar arasındaki teşhis güvenliğinin ise, daha az olmakla birlikte daha ölümcül hatalara yol açtığını bildirmişler. Tabii yine tıbbi hatalar, daha çok

tedavi üzerine basında yer almakla birlikte, yanlış teşhisle ilgili bazen sağlıkta şiddetin de önünü açan bu tür haberler karşımıza çıkabiliyor yanlış teşhisle ilgili.

Yine yayınlanan bir yayında, hekimlere ve topluma sormuşlar “*hiç medikal hatayla karşılaşmıştınız mı?*” diye. Hekimler kendilerine ya da yakınlarına uygulanan tedavilerin yaklaşık yüzde 35’inde, toplumsa kendilerine ya da yakınlarına uygulanan tedavilerin yüzde 42’sinde tıbbi hataya maruz kaldıklarını belirtmişler.

Uluslararası durum nasıl? Uluslararası duruma bakıldığında, çok gelişmiş ülkeler olarak tanımlanan ülkelerde dahi tıbbi hataların oldukça yüksek oranda yüzde 20’lerin üstünde ortaya çıktığını görmekteyiz. Yine Amerika’dan bir raporda; Amerika Birleşik Devletleri Hastanelerinde her gün en az 100 hastanın teşhis ve tedaviye ait tıbbi hatalar nedeniyle kaybedildiğini görmekteyiz.

Hastalıklardan ölüm nedenlerine bakıldığında, ilk başta klasik bilgidir kardiyoloji hastalıklar ve kanser at başı beraber yer alırlar. Ondan sonra serebral vasküler ve kronik obstrüktif akciğer hastalarını takip eden, oldukça azımsanmayacak oranda beşinci sırada tıbbi hataların ölüm nedeni olarak karşımıza çıktığını görüyoruz.

Tıbbi hata diyoruz, nedir tıbbi hata? Sağlık hizmetine bağlı hata olarak da adlandırılır. Hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında kasıtsız bir aksamanın neden olduğu, beklenilmeyen sonuçtur tıbbi hata. Peki, bunu önlemek için kalite programlarının bir parçası olarak karşımıza çıkan hasta güvenliği nedir? Hasta güvenliği de, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının yok edilmesi veya azaltılması şeklinde tanımlanabilir.

Yine sağlık çalışanlarına sorulmuş, hasta güvenliği önemli mi diye. Önemsiz diyen çok çok az, yüzde 1 civarında, yüzde 99 hem hekimler, hem de hemşire grubu hasta güvenliğinin çok önemli olduğunu belirtmişler. Niçin önemli? Hasta güvenliği kaliteyi iyileştirme programlarının bir parçasıdır ve daha iyi bir sağlık sistemi yapılandırılmasında herkese sağlık hizmeti sunumunun, maliyet yönetiminin, finansmanın ayarlanmasının ve yönetimin mümkün olduğu kadar bürokrasiden kurtarılmasının yanı sıra, tam merkezde sağlık hizmeti kalitesi ve hasta güvenliğinin iyileştirilmesi yer almaktadır. Bu yüzden hasta güvenliği önemlidir.

Tıbbi hataları literatürde baktığımızda, dört ana başlık altında topluyoruz. Bugün benim konum, tanıda hatalar, teşhiste hasta güvenliği. Fakat kısaca diğerlerinden de bahsetmek istiyorum. Teşhiste hataların yanında, tedavi hataları olabilir, cerrahi girişimle ilgili, işlem ya da tetkikin yanlış uygulanması, tedavinin verilmesinde hata yapılması, yol olarak verilmesinde hata yapılması, ilaç dozu veya verilme yönteminde hata yapılması, tedavinin uygulanmasında bir gecikme olması ve uygun olmayan yanlış tedavinin yapılması tedavi hataları arasında yer alıyor.

Koruyucu tedavi hataları diğer bir başlık. Burada da koruyucu tedavinin uygulanamaması veya uygulamada hata olması ya da tedavide yetersiz izlem olması; diğer hatalar da iletişim yetersizliğine bağlı hatalar, kullanılan ekipmanlarda yetersizlik ve eksikliğe bağlı olarak hatalar ve sistem yetersizliklerinden kaynaklanan hatalar olarak gruplandırılıyor.

Benim konum olan tanıda hasta güvenliğine bakacak olduğumuzda; öncelikle klinisyen tanı için ne yapar? Bunu bir düşünmek, irdeleme gerekiyor. Aslında biz klinisyenler tanı koyarken, duyu organlarımızı kullanıyoruz. Konuşuruz ve dinleriz. Çünkü konuşmak ve dinlemek tanıyı koymanın ilk başlangıcıdır ki, biz buna öykü ya da anamnez diyoruz. Kronolojik bir sırayla tanıya ulaşmak için, kafamızda bulmacanın parçalarını birleştirmek için belirli bir sıra takip ederiz. En başta hastanın adını sorarız, yaşını sorarız, evli olup olmadığını sorarız, çocuğu var mı onu sorarız, mesleğini sorarız, yaşadığı yeri sorarız. Bütün bunların amacı, bazı hastalıklar bazı yaş gruplarında, evli ya da bekâr olmasına göre, çocuğu olmasına göre, yaptığı mesleğe göre, yaşadığı mesleğe göre fazla gözükür. Bu yüzden tanıya gitmek için ilk kronolojik sıralamayla başlarız.

Daha sonra bunların derinleştirilmesinde ne zaman sorusunu sorarak, anamnez almaya başlarız. Dahiliye stajı yaparken öğrenciliğimde dördüncü sınıfta, dahiliyedeki hocalarım anamnezin en az beş ilâ altı sayfa olması gerektiğini, bundan az anamnez alınması durumunda anamnezin yırtılacağını bana söylemişlerdi. Birkaç anamnez yırttırdıktan sonra, güzel anamnez almayı hocalarımız sayesinde öğrendim.

Anamnezde hocalarımın söylediği bir şey vardı. Sadece ve sadece pozitifleri yazmayın. Bir hastanın nesi olduğu kadar, nesi olmadığı da önemlidir. O yüzden negatifleri de mutlaka anamnezde belirtin ki, geriye dönük herhangi bir hata yapmış olmayasınız derlerdi.

Daha sonra ikinci kısımda fizik muayene kısmıdır. Fizik muayene kısmı yine genel tababette dört bölümden oluşur. Biri inspeksiyondur, yani bakmaktır. Bir hasta içeriye girdiğinde, hani toplumda söylenir “*ne büyük doktor, içeri girdi hemen guatrımın olduğunu söyledi*” ama hasta zaten düşkündür, obezdir, zor konuşur. Bu hastanın mental retardasyonu yoksa hipotiroidik olduğunu zaten ilk bakışta anlarsınız.

İkinci kısım dokunma kısmıdır. Bu palpasyon ve perküsyonla mutlaka ve mutlaka hastanın fiziksel olarak muayenesidir. Bu kısım tabii atlanmaması gereken, sadece anamnezdeki bulguya göre direkt onu düşünüp muayene olarak atlanmaması gereken durumdur. Mutlaka ve mutlaka hastanın dokunulup, ağrıyan yeri varsa ağrıyan yerine dokunulup bakılması gerekmektedir.

Üçüncü kısım dinlemektir, oskültasyondur. Kalp, akciğer sesleri, bağırsak sesleri mutlaka dinlenmelidir. Dördüncüsü ise, yardım almaktır, yani laboratuardır. Mutlaka laboratuardan tanıya ulaşmak için yardım alınması gerekir. Bu üç öykü, fizik muayene ve laboratuvarın birleştirilerek sentez edilmesiyle de, hekim son düşüncelerini yapar ve tanıyı bulur, tanıyı koyar.

Peki, nerede hata yapar klinisyen? Klinisyen başta söylediğim gibi eski anamnez alır. Negatifleri almaz, hastayı iyi dinlemez, hastanın güvenilirliğini, bilgilerin güvenilirliğini iyi sentez edemez. Bu bir hata yeridir. Yanlış veya eksik muayene yapar. Yine bir hocamın söylediği gibi, anamnezde bazı şeyleri sormayı unutabiliriz biz klinisyenler. Bunun için dahili bilimlerde bir “*sistemlerin gözden geçirilmesi*” diye yaklaşık dört sayfalık bir form vardır. Oradan baka baka, tek tek işte öksürük var mı, balgam var mı, ne kadar zamandır var? Bunları rahatlıkla bakarak sorabilirsiniz. Fakat fizik muayenede bir şeyi atlarsanız, fizik muayeneyi yapmazsanız, eksik yaparsanız bu kanuni suçtur derdi. Hakikaten bu önemli, fizik muayeneleri de belli sıra gözeterek, tepeden tırnağı tüm fizik muayenenin atlanmaması için bakılması gerekiyor. Hastanın sadece şikâyetine yönelik muayene yapılması, bizi hataya sürükleyebilir.

Yine laboratuvar içinde benden sonraki konuşmacı arkadaşımız anlatacak; hatalı istem veya hatalı yorum. Bu durumda genelde klinisyenin birazcık afedersiniz kendini beğenmişliğinden kaynaklanır. Temel bilimlerden çok fazla yardım almayı klinisyenler sevmezler, ama belirli laboratuvar bilgileri için laboratuvarın deneyimine ihtiyaç gösterirler.

Mesela bir örnek vereyim. Bazı lösemi tiplerinde genetik belirteçler önemlidir. Bu genetik belirteçlerin hastalık seyrindeki yüzdesi önemlidir. Bu yüzden hücreleri çoğaltarak, bir kromozom anamnezini göstermeye çalışırsınız lösemi tiplerinde ve bu kromozom anamnezinin yüzdesine göre hastalığın şiddetini belirler ve tedavisini ayarlarsınız. Fakat lösemili hastada beyaz küre sayısı, savaşılan hücre sayısı çok yüksekse, bu hücrenin üretilmesi sırasında sizin verdiğiniz glikoz, laboratuvarın verdiği glikoz yeterli kalmaz, hücreler glikozsuz kalarak ölür ve hücreleri üretemezsiniz, bu sonucu veremezsiniz. O yüzden klinisyenin genetik kâğıdında beyaz küre sayısını mutlaka laboratuvara vermesi gerekir, iyi bir sonuç almak için. Ben bunu ne zaman öğrendim? Yaklaşık iki aylık negatif sonuç aldıktan sonra, laboratuvarla temas kurunca bu işi öğrendim. O yüzden laboratuvarla iletişim mutlaka şart.

Klinisyen tanıda niçin hata yapar? Literatüre bakıldığında çok fazla neden var. İnsan faktörüne bağlı yorgunluk, yetersiz eğitim, iletişim yetersizliği vesaire, kurumsal faktörler var işyeri yapısıyla ilgili, kurumun politikasıyla ilgili. Teknik faktörler var yetersiz otomasyon, yetersiz cihazlar, ama biz klinisyenlere göre tanıda hatanın en önemli nedeni, genelde klinisyenler en çok gördükleri şeyi ya da en

çok görülen şeyi ilk önce düşünürler. Nedense nadir şeyler ilk aklımıza gelmez, bu yüzden hata yaparız. Tıp fakültesinden mezun olan öğrenci ilk defa griple karşılaşmışsa, bu onun için çok zor bir tanıdır.

İsterseniz kısa bir örnek vereyim. 21 yaşında kadın hasta, halsizlikle geliyor hematoloji polikliniğine. Adet kanaması fazla, asistan soruyor hocam ne yapayım diye. Yahu diyorum halsizliği var, adet kanaması da fazla, sen hemen bir tam kanını iste, bu muhtemelen demir eksikliği çıkacak, çünkü kayıp odağı belli. Hemoglobini 8 çıkıyor, bizim ortalama eritrosit hacmi dediğimiz, eritrosit büyüklüklerini gösteren indeksi düşük çıkıyor, 70-80'in altında ve bulgularla baktığımızda demir eksikliği anemisi tanısını koyuyoruz. Hastanın ilk şikâyeti de halsizlikle beraber adet günlerinde aşırı bir artış olduğu için de, kaybı bununla niteleyip ne hastanın muayenesini yapıyoruz, ne başka şikâyetini dinliyoruz, ne de başka ek laboratuvar bulgusu istiyoruz.

Tabii bu bir önyargı, doğurganlık çağındaki bayanlarda çünkü en sık neden menstrual kayıptır. Demir eksikliği anemisinin etiyolojik faktörlerine baktığımızda, doğurganlık çağındaki bir kadın geldiyse, ilk düşüneceğiniz şey adetlerden kayıptır, bu bir önyargıdır. Eksik anamnez var, hastanın mide yakınmaları var çünkü. Biz konuşmasına fırsat vermeden adetlerim uzun deyince ona bağlayıp, demir eksikliği düşündük.

Eksik fizik muayene, hastayı muayene bile etmedik öyle bir öykü olunca. Hâlbuki hastanın karında sert bir kitlesi var. Eksik laboratuvar istedik. Bu kitleyi biz görmüş olsaydık, hastanın acaba herhangi bir gizli kanaması var mı diye gaitasına bakacaktık, belki batın ultrason yapacaktık midede bir duvar kalınlaşması var mı diye ve endoskopisini görmek isteyecektik.

Hasta üç ay sonra geliyor, bu sefer adetlerden kayıp ilk şikâyeti değil, ilk şikâyeti karın ağrısı ve kilo kaybı. Bu sefer tabii birazcık da korkup, hastaya dokunma ihtiyacı hissediyoruz ve batında 10 santimetre bir kitleye rastlıyoruz. Hastanın beraberinde derin anemisi ve sarılığı var. Belirtilere baktığımızda bu sarılığın karaciğer enzimlerinde artışa bağlı olduğunu görüyoruz. Tetkiklerini yaptığımızda, biraz önce istemediklerimizi yaptırdığımızda, gizli kanının pozitif olduğunu, batın ultrasonunda mide duvarında kalınlaşma olduğunu, endoskopiye yaptığımızda ise, antrumda kitle olduğunu ve biyopsinin de mide adeno kanseri olarak rapor edildiğini görüyoruz.

Tabii bu tür hatalı tanıların sonuçlarında da, hastanın mortalite ve morbiditesi artıyor. Buna bağlı yatış süresi uzayıp maliyetler artıyor. Hasta ve hasta yakınlarına verdiği rahatsızlık ve hasta ve hasta yakınlarının bize verdiği hukuksal rahatsızlık artıyor. Tabii klinisyen hatadan kaçınmak için ne yapmalı? En baştan itibaren, tıp fakültesine girdiği andan itibaren eğitimin kendisi için öncelikli konu olduğunu



bilmeli ve bu konuda kendisini eğitmeli, kendinin altında çalışanlar varsa çalışanlarını mutlaka eğitmeli. Hem hasta ve hasta yakınıyla, hem diğer bölümlerle multidisipliner bir çalışma içinde olmalı, hem de laboratuardan yardım istemesini bilmeli, gerektiğinde laboratuvarın sözünü de tutmalı ve yaptığı her şeyi hem hastasını, hem de kendisini korumak için mutlaka kayıt altına almalı.

Yönetimsel olarak neler yapılması gerekiyor? Tıbbi hatalar neden geliyor? Mutlaka bir kanıt toplama, bir araştırma fazıyla bunların belirlenmesi gerekir. Sistemdeki sorunlara cevap verecek stratejiler mutlaka geliştirilmeli ve hasta güvenliği kültürü geliştirilerek, korkmadan, çekinmeden hataların bildirilmesini de sağlamak gerekiyor.

Bunun için neler yapılabilir. Mutlaka artık günümüzde yavaş yavaş algoritmalara doğru, kanıta dayalı tıbbi doğru gidiyoruz. Bu yüzden klinik uygulama rehberleri, klinik tanı rehberleri önemli. Bunlar mutlaka çıkarılmalı. Kritik yol haritaları, klinik karar verme destek sistemleri, davranış değişikliğini sağlayacak eğitim programları, yasal önlemler, akreditasyon ve hizmet alıcıların zorlamalarıyla da hasta güvenliğinin iyileştirilmesine katkıda bulunmalıdır. Bunun için mutlaka ve mutlaka her aşamada eğitim klinisyenlerin önüne sürülmeli ve klinisyenlerin eğitimlere gönüllü bir şekilde katkıda bulunmaları sağlanmalı.

Özet olarak; tabii ki hepimiz insanız, hepimiz hata yapacağız, ama ön yargılarımızdan kurtularak, kişilere değil sisteme odaklanarak hizmet vermeliyiz. Kendimizi yenilemeli ve sistemi canlı tutmalıyız. Kişiler ve bölümler arası iletişime mutlaka odaklanmalıyız diyorum.

Tüm burada yer alan kalite yolculuğuna gönül vermiş kalite çalışanlarıyla beraber kendi ekibime teşekkür ederek konuşmamı bitiriyorum.

Sabrınız için teşekkür ederim.

## Klinik Laboratuvarın Teşhis Güvenliğine Etkisi

**Doç. Dr. Gülsen YILMAZ**

*Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi*

Sayın Başkan, değerli katılımcılar; hepimiz hoş geldiniz, herkese günaydın. Sayın Hocam teşhis güvenliğine klinisyen bakış açısıyla bir bakış getirdi, ben de klinik laboratuvarın bu konuya olan etkisini anlatmaya çalışacağım.

Hasta güvenliği konusu, aslında hep bilinen, ama biraz öneminin farkında olunmayan bir konu, 99 yılındaki Amerikan Tıp Cemiyeti Raporuyla gündeme gelmiş bir konu. Bu rapora göre önlenebilir tıbbi hata nedeniyle, yılda 44 bin ilâ 98 bin ölüm gerçekleşmekteydi; bu Amerika'daki sekizinci büyük ölüm nedeni. Trafik kazası, meme ca ve AIDS'e bağlı ölümlerden daha fazla. Ayrıca bu önlenebilir tıbbi hata nedeniyle hastanelerde ölen ölüm vakası sayısı, altı aydaki ölüm vakası uğruna onlarca film yaptıkları Vietnam savaşında ölen Amerikan askerleri sayısından daha fazla olduğu ortaya konulmuş bu raporla. Ayrıca maliyet açısından da bakıldığında, 3,5 Milyar Dolarlık bir maliyet getirmekte.

Bu rapor hasta güvenliği açısından bir bakış getiriyor, ama eksik olan noktaları var; yatan hastalara yönelik bir rapor. Ayrıca yapılan tedavinin sonucunda oluşan hataları ön planda tutmakta. Oysaki son yıllarda geniş katılımlı çalışmalar, hastaların ve hekimlerin teşhis hatalarına sıklıkla maruz kaldığını göstermekte. Son 10 yılda Amerika'da malpraktis davalarının, teşhis davalarında teşhis hataları birinci sırada yer almakta.

Ben bu teşhiste hasta güvenliğiyle ilgili İtalya'dan bir vaka örneği koydum, ama her an literatürden, her an karşımıza çıkabilecek bir hata. 39 yaşında kadın üç çocuk sahibi ve memede kitle şikâyetiyle doktora başvuruyor ve sevk ediliyor. Mamografi, ultrason ve ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılıyor hastaya ve bu biyopsi sonucunda benim geliyor sonucu ve hasta normalsin denilerek evine yollanıyor.

Ancak memede kitle şikâyeti devam ediyor ve yaklaşık bir yıl sonra tekrar başvuruyor ve bu sefer yapılan biyopside tanı CA ve hastaya kemoterapi ve mastektomi uygulanıyor. Hastanın şikâyeti üzerine ilk ince iğne aspirasyon biyopsisinde tekrar inceleme yapılıyor ve sonucun aslında ilk ince iğne aspirasyon biyopsisinde de malign hücrelerin olduğu görülüyor ve yanlış negatif bir sonuç ortaya çıkıyor.

Bu bir bilimsel hata mıdır, yoksa sistem düzgün oturtulsaydı, düzgün oluşturulsaydı önlenebilir miydi? Bununla ilgili çalışmalar var ve swiss cheese model dedikleri, yani İsviçre peynir modeli, gravyer peynir modeli dedikleri bir model ön planda tutuyorlar. Buna göre hasta güvenliği birden çok disiplini, birden çok basamak içeren ve birden çok sistemi ilgilendiren bir tanımlı olarak kabul ediliyor. Her zaman için bir risk söz konusu, ama bu negatif bir yan etki oluşmadan önlene-

nebileceği düşünülüyor ve bunun için sistemde basamaklar arttırılırsa ve buradaki açıklar, sistemdeki açıklar azaltılırsa, bu risklerin hataya dönüşmeden önlenileceği öngörülüyor.

Burada biz basamak sayısını arttırıyoruz, olan açıkları azaltıyoruz ve sistemdeki latant hata denilen, her zaman gizli saklı olabilecek hata olasılıkları, potansiyel hata olarak kalıyor ve aktif hataya dönüşmeden engelleniyor.

Tekrar vakamıza dönelim, tekrar bu bakış açısıyla bakmaya çalışalım. Hata deyince, hemen acaba bu patolog arkadaşın tecrübesi yetersiz mi, tecrübesiz mi diye düşünülür, ilk akla gelen soru bu; ancak tecrübesi oldukça yeterli bir arkadaş. Ayrıca öncesi tanıları inceleniyor, başka bir hiçbir hatalı sonucu yok, tek hatalı raporu. Bu önlenilebilir miydi? Bu sonuç hastaya negatif bir şekilde yansımadan önce önlenilebilir miydi diye düşünülüyor ve sonuçta klinik bulgular ile birlikte multidisipliner yaklaşım gerçekleştirilseydi, hastaya zarar vermezdi sonucuna varılıyor.

Tekrar teşhis güvenliği konusuna dönersek, üç ana konpenanttan oluşuyor teşhis güvenliği. Süreç hatası, teşhis hatası ve hastaya olumsuz etkisi, yan etkisi. Burada ven diagramı şeklinde gösterdim ben. Her zaman hastaya olumsuz bir şekilde yansımayabiliyor bu hatalar. Örneğin, üçü de birlikte bulunabiliyor, üç ana kısım da birlikte oluşabiliyor. Örneğin, patolojide sonucu karışmış ve sonuçta yanlış kanser tanısı almış bir hasta, bir de üstüne üstlük kanser ameliyatı olmuşsa, bu A bölgesinde yer alıyor ve her üç durumdan da zararlı çıkıyor hasta.

Eğer hasta süreç hatası var, ancak negatif bir şekilde yansımayabiliyor, bu da B bölgesinde yer alıyor. Mesela örnek verirsek, idrar kültürü üretilenmiş, aslında pozitif olmasına rağmen, bir süreç hatası olarak. Ancak bu durumla ilgili hastada henüz bir bulgu veya yan etki yok. Hastada süreç hatası olmamasına rağmen de negatif sonuçla sonuçlanabilir teşhis hataları. Örneğin, akut emaydın ölüm gerçekleşmiş olabilir. Ancak göğüs ağrısı veya ilişkili semptomlar olmadığı için, hastadan bir sürece ilişkin bir hata yok.

D bölgesine denk gelen hasta türlerinde ise, teşhis sürecinde hata var, oluşan bir negatif sonucu var, ama bir teşhis hatası yok. Bunu örnekte, yanlış hastaya yapılan kolonoskopiden ölüm, fakat yanlış tanı yok.

Peki, teşhis güvenliğinde klinik laboratuvar nerede? Klinik laboratuvar tam ortada. İngiltere’de bir spagetti kavşak deniyor bu kavşaklara. Bunu şu nedenle koydum: Bu kavşaklarda eğer biliyorsanız, yönünüzü nereye gideceğinizi biliyorsanız çok kolay istediğiniz yere hemen çabucak trafiğe takılmadan ulaşabiliyorsunuz. Ancak bilemezseniz, bu sefer içinde kördüğüm olabiliyorsunuz. Tanı ve tedaviyle ilgili tıbbi kararlarda, laboratuvarın etkisi artık son yayınlarda yüzde 60-70'lere çıktığı ortaya konmuştur.

Laboratuvar tıbbı, hasta güvenliği konusunda öncüdür. Rapor 2000’li yıllarda, 99 yılında oluşturuldu demiştik. Ancak güvenilir sonuçlara dikkat çekiş ilk 1946’da. Teknolojiyle eşzamanlı ve retrospektif analiz mümkün çünkü tıbbi laboratuvarlarda ve kalitenin iyileştirilmesi, hasta güvenliğinde de iyileşme sağlıyor.

Ancak bugünlere kolay gelinmedi. Literatürde dört ana evreye ayrılıyor klinik laboratuvar ve hata gelişimi. 47’li yıllardan 90’lı yıllara kadar ilk çağ, sadece analitik hatalara odaklanıyor. 1990’larda orta çağ klinik laboratuvar içindeki hatalar olarak adlandırılıyor, 2000’de modern çağ laboratuvar tıbbındaki hatalar ve artık günümüzde diagnostik tıpta, yani teşhise dayalı tıpta laboratuvar hataları olarak adlandırılıyor.

İlk çağda, yani ilk evrede laboratuvar hatası yalnızca analiz sırasında oluşan hatalar olarak kabul ediliyor. Bu durum aşılması kolay bir durum; çünkü sadece laboratuvarı ilgilendiriyor ve otomasyon, yani manüel işlemler azalıyor, kişisel farklılıklar ortadan kalkıyor ve çok iyi bir gelişim sağlandı. Bu literatüre bakarak da kolaylıkla görebiliriz. 1947’li yıllarda milyon test sayısı başına oluşan hata 162 binlerdeyken, son yıllarda 90’lı yılların sonlarında 3 binlere, 4 binlere, 6 binlere kadar düşmüştür.

Ancak şu fark ediliyor: Hata kaynağı sadece analiz sırasında hatalar değil, analiz öncesindeki işlemler de, sonrasındaki işlemler nedeniyle de hata oluşabiliyor. Bu süreç hastanın hazırlanmasından, örnek alınımından başlayıp, örnek transportuyla devam edip, örnek kabulü ve hazırlanmasıyla sonuçlanan analiz öncesi, yani pre-analitik dönem ve ölçümden sonra kayıtların saklanması ve de raporlama ile devam eden sonlanan post analitik dönem olarak üç evreye ayrılıyor. Görülüyor ki, aslında pre ve post analitik dönemlerin hata duyarlılığı, analitik dönemden, yani analiz yapılan dönemden çok daha fazla.

Modern çağa gelince bu sınırlar biraz daha genişliyor. Artık pre-pre analitik ve post-post analitik denilen süreçler söz konusu. Nedir bu pre-pre ve post-post? Artık test sayısı böyle bir yaklaşıma neden oluyor. Çünkü artık hangi test doğru, doğru hastadan hangi doğru test hangisi? Böyle bir yaklaşım söz konusu ve buradaki hatalar, pre-pre analitik hatalar olarak adlandırılıyor. Ayrıca sadece doğru testi istemek yetmiyor, doğru testi doğru olarak da yorumlamak gerekiyor. Bu durumda da post-post analitik evre devreye giriyor. Görülüyor ki, artık günümüzde kum saati şeklinde hatalar, en az hatanın yapıldığı oran analitik hatalar. Bu pre ve post analitik evreler izliyor, yüksek frekanslı hata sayısı ve daha sonra da pre-pre ve post-post hataya en duyarlı alanlar.

Artık günümüzdeki yaklaşım ise şöyle; toplam test süreci hastada başlar, hastada biter. Yani hastaya siz istediğiniz testi, doğru hastadan doğru testi istemezseniz,

doğru olarak yorumlamazsanız ve bu hastaya doğru olarak yansımazsa, oluşan sürecin hiçbir anlamı yok. Elimizdeki veriler birer çöpe dönüşebiliyor.

Bizim klinik laboratuarda amacımız, artık bu çalışmalardan ve bu günümüze gelmiş çalışmalardan sonra, doğru hastadan doğru örnekte doğru testi kullanarak, doğru zamanda doğru tekrarlanabilir güvenilir sonuçlar elde etmek. Artık iso teknik raporuna göre de böyle. Laboratuvar döngüsündeki herhangi bir parçadaki hata, laboratuvar hatası olarak tanımlanıyor. Bu testi istemekten başlıyor, raporlama, yorumlama ve bu sonuca göre hareket etmeye kadar uzuyor.

Peki, bizim bir laboratuvar hatamız var, nasıl yaklaşacağız? Önce sınıflandırma-mamız lazım. Biz üç ana şekilde sınıflandırıyoruz bunu. Laboratuvar içindeki hatalar, laboratuvar dışındaki hatalar, laboratuvar klinik ara yüzündeki hatalar olmak üzere. Laboratuvar içindeki oluşan hatalara uygundur örnek kabulünü, interferansı, kalite kontrol yetersizliğini ve uzun analiz zamanını verebiliriz. Dışında oluşan hatalara ise, yatan hastanın yanlış kimliklendirilmesi, örnek alımında hata ve örnek transportunda hata gibi. Laboratuvar ve klinik ara yüzündeki hatalar olarak ise, literatürde uygunsuz test istemi, test yorumu ve test kullanımı yer almakta.

Bir hatamız var, peki buna çözüm üretmek için ne yapmamız lazım? Önce bir kimliklendirmemiz lazım hatamızı. Öncelikle fazını belirlememiz lazım. Hangi aşamada meydana geliyor preanalitik mi, analitik mi, postanalitik mi? Yerini belli etmemiz lazım. Laboratuvar içinde mi, dışında mı, yoksa laboratuvar klinik ara yüzünde mi? Tipini belirlememiz lazım. Aktif bir hata mı, bilgi işleme ilgili bir hata mı? Önlenabilirliğini ortaya koymamız lazım. Önlenbilir hata mı, yoksa önlenemeyecek bir hata mı? Hasta bakımını, artık günümüzdeki yaklaşım olarak geçiyor, hasta bakımına etkisi olarak geçiyor. Tanı ve tedavi üzerine etkisi olup olmadığı ortaya konmak zorunda.

Peki, bir hatamız var, hata kaynağına nasıl bir yaklaşım getireceğiz? Dört ana basamak var bunun için. Hata kaynağını öncelikle bulacağız, analiz edeceğiz, daha sonra bunu çözümlmek için planlayacağız ve kontrol altına alacağız. Bunun için buraya çok basit bizden bir örnek koydum, çok basit bir örnek. Prenatal tarama formu, anamnez formu. Burada klinisyen arkadaşlar bu formu dolduruyor, ultrasonunu yapıyor, kanını bize gönderiyor ve bizdeki kabuldeki arkadaşlar kabul ediyor ve sonra üçüncü basama olarak da bir hafta bekletilen örnekler, toplanmış örnekler çalışılıyor.

Şöyle bir hata oluşuyordu bu örneklerde. Bu form iki ana konpenanttan oluşuyor. İkili ve üçlü test aynı anda yer alıyor bu formda. Kişisel bilgiler ve ultrason bilgileri. Ultrason bilgileri yalnız karışık yer alıyordu. Şöyle daha yakından bakarsak, yani ense kalınlığı, tepe kuyruk sokumu uzunluğu gibi. Bunlar klinisyen arkadaşlar ikili test veya üçlü test istemine göre buradaki uygun olan ultrason

bilgilerini dolduruyordu. Daha sonra dolduktan sonra hastayla birlikte örnekleri kabul ederken, kabuldeki arkadaşlar bunları kontrol ederek alıyordu ve biz bir hafta beklendikten sonra bunları çalışıyorduk. Ancak görüyordu ki buna rağmen, bu çoklu basamağa rağmen çalışıldığında uygunsuz test görülebiliyordu. Yani ikili test istenmesine rağmen, üçlü test ultrason bilgileri doldurulmuş veya tam tersi bir durum ortaya çıkabiliyordu.

Biz bunu nasıl çözebiliriz diye düşündük, formu daha basitleştirdik. Çünkü klinikteki arkadaşlar yoğun. Bizim personelimiz de atlayabiliyordu. Bunun için en az hata oluşabilecek duruma getirmeye çalıştık. Ayırdık ultrason bilgileri formda; ikili test ultrason bilgileri ve üçlü test ultrason bulguları diye. Klinikteki arkadaşlar, kadın doğumcu arkadaşlar ikili testi işaretliyorlarsa, ikili test ultrason bilgilerini dolduruyorlardı, bizim arkadaşlar da bu bilgilerin doğruluğunu çek atarak, teyit edip alıyorlardı. Biz bunun sonucunda gördük ki, hatamız sıfırlandı.

Riskli bir görev yapıyoruz, hepimiz risk içindeyiz hastalar personel olarak, ama önemli olan bunu güzel bir şekilde yönetebilmek, iyi bir şekilde yönetebilmek. Önemli olan sistemde var olan riskleri en aza indirebilmek ve hataya dönüşümünü engelleyebilmek ve görülmüş ki, aslında tıbbi hataların yüzde 50'si laboratuvar hatalarının da yüzde 50'yle yüzde 73'ü önlenabilir hatalar. Ancak bunun için bir ekip çalışması ve *-Sayın Hocam anlatacak-* kaliteli bir iletişim gerekli, hastanın merkezde olduğu bir ekip çalışması gerekli.

Teşhise giden yolda bütün sağlık çalışanları olarak kördüğüm olmamak temenniyle son veriyorum. İlginiz ve sabrınız için teşekkür ediyorum.

## Teşhis Güvenliğinde İletişimin Önemi

**Prof. Dr. Tefvik ÖZLÜ**

*KTÜ Farabi Hastanesi*

Evet, hekim olarak hangi alanda çalışırsak çalışalım, hepimizin yaptığı ortak bir iş var. Hastalarla, hasta yakınlarıyla iletişim kurmak. Sürekli iletişim halindeyiz. Hekimlik böyle bir meslek, hemşirelik, hekimlik, sağlık personeli olmak, merkezde insan var, devamlı insanla iç içesiniz.

İletişim ne? Aslında her gün yaptığımız bir şeyi tanımlamak çok da kolay değil. Aslında iletişimi çok kısa tanımlamak gerekirse, kendimizi meramımızı doğru ifade edebilmek, yani anlaşılacak. Bir de karşımızdakini, maksadını doğru anlayabilmek, yani anlamak. Anlaşılacak ve anlamak üzerine kurulu bir kavram iletişim, ama çok güçlü bir kavram. Eğer iletişimi yönetmeyi biliyorsanız birçok sorunu engelleyebiliyorsunuz ya da başlamış bir sorunun büyümesini de önleyebiliyorsunuz. Hastayla sağlık çalışanı arasındaki iletişimde, bu iletişimi doğru yönlendirme sorumluluğu daha çok takdir edersiniz ki bize düşüyor. Çünkü bu konuda eğitilmiş olan, profesyonel olan biziz. Dolayısıyla hangi alanda çalışırsak çalışalım. Mesela ben göğüs hastalıkları uzmanıyım, arkadaşım hematoloji uzmanı, bir başkası kardiyoloji uzmanı, bir başkası enfeksiyon hastalıkları uzmanı, bir başkası iç hastalıkları uzmanı, ama bütün hekimlerin, hemşirelerin aslında önce iletişim hastalıkları uzmanı olması gerekiyor. Bu konuda uzmanlaşmamız gerekiyor.

Gerçekten sözün yadsınamaz bir gücü var. Yunus Emre çok güzel ifade ediyor. Diyor ki: “Söz ola kese savaşı, söz ola kestire başı, söz ola avlu aşı, yağıyla bal ede bir söz.” Sözün gücünden yararlanmamız gerekiyor. Eğer sözü doğru kullanabiliyorsak, hakikaten çok büyük bir gücü kullanıyorsunuzdur ve başarılı oluyorsunuz.

Tabii ne söylediğimiz kadar, nasıl söylediğimiz de çok önemli iletişimde. Hani meşhur bir hikâye var hepimiz biliyorsunuzdur, ama yine affınıza sığınarak anlatacağım. Kralın biri bir rüya görmüş. Rüyasını tabir ettirmek için etrafına demiş ki, bana tez bir rüya tabircisi bulun. Tamam demişler, derhal o ülkede bilinen, tanınan en iyi tabirciyi getirmişler. Kral rüyasını anlatmış, tabirci dinlemiş. Sonra demiş ki, kralım çok kötü, maalesef çok kötü. Demiş ki, eşinizi kaybedeceksiniz. Ardından çocuklarınız birer birer ölecek, sonra anneniz de ölecek, babanız da ölecek, kardeşleriniz de ölecek sırayla, en sonra siz de öleceksiniz demiş. Ardı ardına kötü haberler sizi bekliyor.

Tabi kral hiç mutlu olmamış bu tabirden. Krallar mutlu olmayınca ne yaparlar? Biliyorsunuz tez bunun kafasını alın demiş, bana başka bir tabirci bulun getirin. Hakikaten hemen gitmişler bir başka tabirci getirmişler. Kral rüyasını ona da anlatmış. Bu sefer o kişi gültümsemiş, müjdeler olsun sayın kralım demiş, çok güzel

bir rüya görmüşsüz demiş. Kral hayranlıkla bakıyor ne diyecek diye. Demiş ki, ailenizin en uzun ömürlüsü siz olacaksınız kralım demiş.

Aslında ikisi de aynı şeyi söylemişler, ama söylemekten söylemeye fark var. İşte hastayla konuşma, hasta yakınlarıyla konuşma sırasında biz de neyi nasıl söylüyoruz acaba? Bu önemli iletişimde.

Tabii bugünkü konu daha çok teşhis sürecinde, teşhis güvenliğinde iletişim bize ne sağlıyor ve bu konuda yaşanan sorunlar neler? Ben önce sorunlardan başlamak istiyorum izninizle. İletişim çok kolay bir konu değil. Öyle olsaydı, zaten bu konuşmaya da gerek kalmazdı. Çünkü hepimiz her gün iletişim kuruyoruz. Çocuklarımızla, eşlerimizle, arkadaşlarımızla, toplumda, alışveriş ederken, yolda yürürken, her an iletişim halindeyiz. Ama yine de iletişim konusunu konuşmaya, dinlemeye ihtiyaç hissediyoruz. Çünkü çok kolay bir konu değil.

İletişimde zorluklar var, işin doğası gereği. Mesela burada bir fotoğraf görüyoruz. Çok güzel bir fotoğraf, bakınca benim içim ısınıyor, içim sevgi doluyor. Diyorum ki, keşke ben de şu sırada o yatakta olsaydım, o kedinin yanında uzansaydım, ona dokunsaydım, onun mırımlarını işitseydim, o patisiyle benim yüzüme dokunsaydı, diliyle beni yalaysaydı, çok güzel bir duygu hissediyorum. Benim gibi düşünmeyenler var mı arkadaşlar salonda? Bir görebilir miyim parmakları? Kediden haz etmeyenler, tiksinenler, korkanlar, var değil mi? Var, var, işte gördüğünüz gibi.

Şimdi bakın, hepimiz aynı resmi görüyoruz, hepimiz bunun kedi olduğunda hemfikiriz, ama hepimiz aynı algıya sahip değiliz. Hepimizin kedisi farklı, hepimizin farklı deneyimleri var. Şimdi ben bu salonda bulunan herkesi kendim gibi kabul ederek konuşsam, salonun yarısını zaten kaybediyorum baştan. Çünkü herkes benim gibi bakmıyor resme, benim gördüğüm resmi görmüyorsunuz. Sizin gördüğünüz resimle, benim gördüğüm resim farklı. İşte hasta ve hasta yakınlarıyla sağlık çalışanlarının ve hekimin gördüğü resimler farklı. Aynı yere bakıyoruz, aynı hastalığı konuşuyoruz, aynı şeyleri söylüyoruz, ama farklı algılarımız var.

Hastalar daha çok semptomlara odaklanıyorlar. Hasta için sorun o semptom, onun bir an önce kalkmasını istiyor ve kaygılar var hastayı daha çok dize getiren. Ne olacak, kanser mi, ölecek miyim, yaşayacak mıyım, ne kadar sürecek? Kaygı ve semptom üzerine kurgulanmıştır hastanın bakış açısı, ama hekim daha çok tanı ve tedaviye odaklanıyor. Adını koyacak, tahliller yapacak, biyopsiler alacak, MR'lar çektirecek, konsültasyonlar yapacak. Bu arada hastanın ağrıları devam ediyor, bu arada hastanın kaygıları devam ediyor, onu görmüyoruz. Farklı şeyler görüyoruz. İşte iletişim maalesef bu noktada tikanabiliyor.

Tabii çok önemli sorunlardan bir tanesi, hastayla bizim aramızdaki bilgi asimetrisi. Yani biz bu konuda en çok bilgili olan, en yetkin kişiyiz, en yüksek derecede eğitim almış kişiyiz, ama hasta bu konuda son derece yetersiz bir bilgiye sahip. Biz konuşurken, teşhis sürecinde hasta bize bilgi verirken sabırsız, zaman baskısı altındayız. Hastadan istiyoruz ki, söylenmesi gerekeni söylesin, söylenme-



mesi gerekeni de söylemesin, fazladan uzatmasın, zamanımızı almasın filan. Ama önemli şeyleri de söylesin, ama nasıl olacak? Hasta bir kere ne önemli, ne kadar önemli? Bunu bilemiyor. Neyi ne kadar söylemeli, nasıl söylemeli, nasıl ifade etmeli? Bunu da çok iyi bilemiyor ve hasta bizim sorularımızı anlamada bile güçlük çekiyor. Hem eğitim seviyesi itibarıyla, hem de heyecan itibarıyla. O andaki korku, panik, telaş nedeniyle sizi anlayamıyor bile. Adını soruyorsunuz, ona bile cevap vermekte güçlük çekiyor ve hastanedeki hizmet prosedürlerini bilemiyor.

İşte randevu alacak, bekleyecek vesaire, birtakım süreçler var. Hekimin o zaman baskını, iş yoğunluğunu göremiyor. Onu sadece kendisi için orada oturduğunu varsayıyor. Yani Allah o hekimi onun için yaratmış, orada bomboş bekliyor ki, o hasta gelsin onun derdine derman olsun, öyle zannediyor. Keşke öyle olsa, ama öyle değil ve hekimden büyük beklentiler var. Yani hekim hastayı isterse iyi eder, isterse iyileştirir, böyle bir gücü var hekimin, böyle zannediyor. Onun için hasta iyileşmediği zaman hekimi suçluyor. Diyor ki, hekim yanlış tanı koydu, yanlış tedavi verdi, gereğini yapmadı. Benim babam niye öldü, annem niye öldü? Hekim işte kabahatli!

Oysa hekim ne yaparsa yapsın, bazı hastalıkların ölümle sonuçlanmak gibi bir âdeti var biliyorsunuz. Hani kelin ilacı olsa başına sürmüş. Hekimin ölüme karşı bir çaresi olsa, hekim kendisi ölmeyecek, ama hekim de hasta oluyor, hekim de ölüyor, ama hastalar bunu bilmiyor maalesef. Psikolojik durum hasta açısından son derece dezavantajlı iletişim açısından. Her hasta kendi sorununu büyük görüyor, kendi hastalığını en önemli hastalık olarak görüyor ve korkuya kapılıyor, panik halinde ve telaşlı. Bizim gördüğümüz gibi görmüyor. Bizim açımızdan basit bir olgu işte, ama onun açısından çok önemli bir hastalık ve kendine odaklanıyor.

Kendisinin her şeyi hak ettiğini düşünüyor. O işte sıra beklememeli, o işte efendim gecikmemeli, o işte şöyle olmamalı, hep kendine odaklanıyor. Başka hastalar var sırada bekleyen, başka hastalar var ondan daha ağır durumda olan. Onları düşünmüyor, onları hesaba katamıyor. Sabırsız, tahammülsüz, çabuk öfkelenabiliyor ve depresyon, anksiyete, çaresizlik duyguları çok hâkim hastalarda. Tabii bunlar iletişim sürecini bloke eden çok önemli engeller.

Bir de patofizyolojik durumlar var. Anemisi var, halsiz, bitkin, çarpıntısı var, nefes darlığı var, aritmisi var, hipotansiyonu var, hipertansiyonu var. Zorunlu birtakım prosedürleri var. Fiziksel engeller, zihinsel engeller var. Bunlar gerçekten iletişimi bozan, iletişimi zorlaştıran faktörler.

Peki, yetersiz kötü bir iletişim neyle sonuçlanıyor, teşhis sürecinde nelere yol açabiliyor? Eğer iyi bir iletişim kuramıyorsak hastayla, hasta yakınlarıyla, iş yükümüz artıyor. Neden? Çünkü anlatılmadığı zaman, anlaşılmadığı zaman, kişi anlaşılmadığını düşündüğü zaman uzuyor konuşmalar. Zaman kaybediyoruz ve gereksiz tetkikler istenmeye başlıyor. Hastayı doğru sorgulamadığınız zaman prepre analitik hata yapıyorsunuz.

Bir de şunu isteyim ne olur ne olmaz, bir de bir MR isteyeyim ne olur ne olmaz. Bu sefer maliyet artıyor ve tekrar başvurular ortaya çıkıyor. Hasta mutsuz oluyor ve bir başka polikliniğe, bir başka hastaneye, bir başka hekime tekrar başvuruyor ve tabii tedavi başarısızlığı sonuçta ortaya çıkıyor.

Bundan daha kötü şeyler de olabilir. Her gün medyada yansıyor şiddet olayları filan. Niye? Çünkü anlaşılmamak kötü bir duygu; yani anlaşılmadığınızı düşündüğünüz zaman mutsuz oluyorsunuz, gerginleşiyorsunuz, sesinizi yükseltmeye başlıyorsunuz, tartışmalar oluyor, gerginlikler oluyor ve buna bağlı olarak psikolojik sorunlar yaşıyorsunuz. Öfkeli bir kişiliğiniz oluyor vesaire vesaire. Bunun daha ötesinde, şiddet maruziyeti olabiliyor, sağlık çalışanları için diyorum.

Hukuki davalar, şikâyetler olabiliyor. Gidip savunma veriyorsunuz vesaire, kullarlarda hakkınızda görüşmeler oluyor ve hasta memnuniyetsizliği oluyor, hasta kaybı olabiliyor. Performans etkileyen bu bir sonuç olarak karşımıza çıkabiliyor.

Bundan daha önemlisi, tıbbi hatalar olabiliyor. Çünkü doğru teşhis koyabilmek için, doğru bilgi almamız gerekiyor. Doğru bilgiyi en güzel hastadan almak durumundayız. Hiçbir hasta kadar, hiçbir kimse hastalığı bize doğru tarif edemez, yaşadığını daha iyi aktaramaz. Oysa eğer iyi iletişim kuramıyorsanız, birtakım semptomları atlayabiliyorsunuz, bazı bulguları atlayabiliyorsunuz. Hastanın risklerini göremeyebiliyorsunuz. Bazı riskleri var, onları sorgulamadığınız zaman, efendim yanlış bir müdahaleye, yanlış bir işleme neden olabiliyorsunuz.

Mesela oran antikoagülan kullanan bir hastaya, bir cerrahi müdahale yapıyorsunuz, biyopsi yapıyorsunuz ve durmayan bir kanama ortaya çıkabiliyor. Oysa sorsaydınız anamnezde, herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz sürekli diye. Evet, ben kumadin alıyordum diyebilir hasta, bunu söyleyebilecekti, ama sormadık. Sormayınca atlayabiliyoruz. Yanlış teşhislere yol açabiliyor, eksik yanlış, fazla tedavilere yol açabiliyor iletişim eksikliği ve komplikasyonların gözden kaçmasına neden oluyor. Hasta endoskopi sonrası, ameliyat sonrası veya bir müdahale sonrası, bir tedavi sonrası serviste, klinikte bize bazı şeyler söylüyor. Doktor bey şuramda bir ağrı var diyor. Biz çok önemsemeyebiliyoruz. Onu bir işte simülasyon gibi, işte hasta nazlanıyor, hastanede yattı, psikolojisi bozuldu filan deyip geçebiliyoruz. Oysa gerçekten orada bir sorun var, bir hematoma oluşmuş, onu göremeyebiliyoruz.

Hastayı ikna etmekte zorlanıyoruz. Çünkü iletişim iyi olmayınca güven azalıyor. Güven azalınca hasta gerekli olan tedaviye ikna olmakta zorlanıyor ve tabii hekimler ve sağlık çalışanları ve hastaneler hakkında kamu davaları açılıyor, ceza davaları açılıyor, tazminat davaları açılıyor. Bakın, görülmüş ki tıbbi hatalar her zaman davayla sonuçlanmıyor. Yani hekimin yanlış teşhis koyması, yanlış tedavi yapması, hastanın bundan zarar görmesi, hatta ölmesi, hekimin mahkemeye çıkması için yeterli değil. İletişim çok önemli burada. İletişim konusundaki hatalar maalesef bu konuda daha çok dava açılmasına yol açabiliyor.

Peki, iyi bir iletişim bize ne sağlar? İyi bir iletişim öncelikle bize iyi bir hekim olmamızı sağlar, bize mutluluk sağlar. İşinizi iyi yapıyorsanız, yaptığınız işten haz duyarsınız, keyif alırsınız; yani bu çok önemli bir şey.

Tabii iyi bir hekim, hastasından iyi öykü alabilir, iyi bir iletişimle. Neden? Çünkü hasta kendi hastalığını bilmez, ama aslında konuşurken hastalığını bize söyler satır aralarında. İyi öykü alabilirseniz, hastalığı aşağı yukarı tahmin edersiniz. Ön tanı diyoruz buna, ihtimali teşhis diye geçerdi eskiden anamnez formlarında, şimdi ön tanılar diyoruz.

Ön tanı neye göre? Hastanın ifadesine göre. İyi bir hekim aslında hastasından iyi öykü alabilen bir hekimdir. İyi öykü alamadığınız zaman, bunun yerini başka türlü doldurmazsınız. İyi öykü alabilmek de sadece iletişimle ilişkilidir. İletişimle bu süreci yönetebilirsiniz; zaten öykü demek konuşmak ve dinlemek demek. Sayın Hocamın da biraz önce söylediği gibi. Eğer iyi öykü alamıyorsanız, nereye varacağımızı bilemezsiniz, kördüğüm olur diğer konuşmacımızın söylediği gibi.

Okyanusta gidiyorsunuz büyük bir gemide. Pusulanız yoksa ne tarafa gideceğinizi bilemezsiniz. Gidersiniz, gidersiniz, ama bir yere ulaşamazsınız. Sonunda yiyeceğiniz, içeceğiniz tükenir ve ölürsünüz. Hastanın anamnezi aslında pusula gibidir. Bize nereye yöneleceğimizi gösterir. Hastalığın nerede yerleşmiş olabileceğini, ne olabileceğini gösterir, ipuçları verir. Yani biz bir kapalı kutu olan organizmada sorunun nerede olduğunu ve hangi hastalıkların söz konusu olabileceğini, hangi dokuda, hangi organda sorun olduğunu hastadan alacağımız bilgilerle karar verebiliriz. O zaman doğru teşhis için doğru tetkikleri isteyebiliriz. Yoksa hangi tahlili isteyeceğimizi, hangi laboratuvar tetkiki kullanacağımızı bile bilemeyebiliriz.

Aslında iletişim sadece teşhis için gerekli değildir, tedavinin de bir parçasıdır. Birçok hasta aslında sadece hekimiyle iyi bir iletişim kurduğunda bile kaygılarından, korkularından kurtulur. Hekime güven duyma ve bu sürecin doğru yönetilmesi açısından tedavinin de bir parçasıdır.

Tabii ki biz hekim olarak hastalarımızı, hasta yakınlarımızın bize güvenmesini isteriz, ama güven iyi bir iletişim sonucu ortaya çıkan bir duygudur. Güven, hani bana güvenin demekle güven sağlayamazsınız. Bu bir süreçtir, uzun süreli bir süreçtir ve hastayla konuşmalarınızda, hastayı doğru algılamanızla ilişkilidir ve eğer hasta bize güvenirse ne olur? Hasta bize güvenirse bizim tedavimize uyum gösterir. Tedaviye, girişime uyum gösterir. Endoskopi sırasında hasta daha rahat olur, daha relaks olur. Size güven duyduğu için kendini bırakır. Tedavinizi, ameliyatınızı kabul eder. Süreci daha kolay yönetebilirsiniz ve tabii ki daha başarılı olursunuz. Tedavinizde, girişiminizde, ameliyatınızda daha başarılı olursunuz, daha iyi bir hekim olursunuz.

Tabii iyi bir iletişim bize saygınlık ve itibar getirir. Çünkü iletişim sonrasında hasta mutlu olur. Anlaşılacak çok güzel bir duygudur. Herkes anlaşılmayı ister ve anlaşıl-

lan kişi kendini anlayan kişiye sevgi duyar, saygı duyar ve bu bizim de istediğimiz bir şeydir, kendimizi iyi hissettirir. Bu meslekten, yaptığımız işten daha iyi keyif almamızı, haz duymamızı sağlar. Yani sonuçta iyi bir iletişim, sadece hastaları memnun etmekle kalmaz, bizi de memnun eder, bizi de mutlu eder.

Evet, son olarak iyi bir iletişim teşhis sürecinde neler yapılabilir? Bununla ilgili bir-iki tavsiyeyi sizlerle paylaşmak istiyorum, ondan sonra da bitireceğim. Hiç unutmamamız gereken husus; hepimiz, bütün sağlık çalışanları, hekimler, hemşireler, laborantlar, teknisyenler, sağlık yöneticileri, güvenlik görevlileri, tıbbi sekreterler, bütün hastaneler, bütün Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, hepimiz, bizler hasta için varız, hastalarımız için varız, hasta olduğu için varız. Bizi gerekli kılan, bizi önemli kılan, bizi değerli kılan hastadır. Hasta olmasaydı, hastalık olmasaydı kimse bize beş para değer vermezdi, bizim anlamımız kalmazdı, varlığımızın bir önemi kalmazdı. Bizi biz kılan, bizi değerli kılan, bizi anlamlı kılan hastadır. Hastaya yardımcı olduğumuz ölçüde, onun sorununu çözdüğümüz ölçüde, onun yüzünü güldürdüğümüz ölçüde biz değerliyiz, biz önemliyiz; bunu unutmamamız gerekiyor.

Tabii iletişimde basamakları atlamamak gerekiyor. İletişimde çok önemli basamaklar var. Hasta bize bir işlem için başvurdu. Nedir? Mesela muayene olacak, teşhis sürecinden bahsediyoruz. Endoskopi yapacağız, bronkoskopi yapacağız vesaire, biyopsi yapacağız, kemik iliği biyopsisi yapacağız. Ne olursa olsun, en son bakın işlem dediğimiz nokta orası, işlem. Ama oraya gelmeden yapmamız gereken şeyler var.

Hasta karşımıza geldiğinde önce onunla bir göz teması kurmalıyız, sonra ona gülümsemeliyiz, sonra ona selam vermeliyiz. Merhaba, hoş geldiniz, geçmiş olsun, lütfen otursanıza demeliyiz. Ne oldu, hayır ola, neyiniz var demeliyiz. Onu bir rahatlatmalıyız, bir oturmalı, dinlenmeli, psikolojik olarak kendini rahat hissetmeli ve tanışmalıyız. Hasta bizi tanımalı, kendisine bu müdahaleyi yapacak olan hekim kimdir? Bunu bilmeli. Biz de onu tanımalıyız bir insan olarak, sıradan bir varlık gibi, bir eşya gibi *“gel buraya, geç şuraya, otur koltuğa, git bu tahlili ver”* dememeliyiz. Kimmiş, ne iş yapıyormuş, sosyal statüsü neymiş, eğitim düzeyi neymiş? Onu bir insan olarak değer vermeliyiz ve çok zoru sormadan onu dinlemeliyiz. Birakalım içini boşaltsın, bırakalım bize söylemek istediklerini söylesin. Sonra sorular soralım, sonra da işleme geçelim. İşte başarılı bir iletişimin genel basamakları bunlar.

Poliklinik düzeyde teşhis sürecinde tavsiye edilen iletişim davranışlarını da aktarmak istiyorum. Hekimle veya bir başka sağlık çalışanıyla ilk karşılaşma çok önemlidir. Hasta ve hasta yakınlarının bir kişi hakkında, bir hekim hakkında olumlu ya da olumsuz sonradan değişmeyecek bir kanaat hâsıl etmeleri için geçen süre çok azdır. Saniyelerle sınırlıdır. Çok zamanımız yok, çok şansımız yok. Hasta bakar bakmaz bizimle ilgili bir karar veriyor. Ya diyor ki, ah işte tamam aradığım

hekim buydu diyor, size güveniyor veya git Allah'ını seversen, bundan da hekim mi olur dedi mi işiniz bitti. Dilinizle kuş tutsanız, artık size güvenmiyor.

Onun için ilk karşılaşma önemlidir. Onunla göz teması kurun, ona gülümseyin, selamlayın, elini sıkın, dokunun ona, yer gösterin, ona yakın durun. Kendinizi tanıttin, onu tanıyın, yanındaki kişiyi de tanıyın. Adıyla seslenin, ona kendini ifade etmesi için zaman tanıyın, onu dinleyin, arada onaylayın. Sadece dinlemekle kalmayın, anlıyorum, o gece hiç uyutmadı sizi, evet anlıyorum ayağınızdan dolayı yürüyemez hale geldiniz, evet bu nefes darlığı sizi çok yoruyor anlıyorum. Onu dinlediğinizi, önem verdiğinizi hissettirin. Nazik ve sevecen davranın. O sırada sadece hastanızla uğraşın. Cep telefonunuzda mesaj okumayın, bilgisayarda e-postalarınızı kontrol etmeyin.

Kısa bir süre de olsa, tıp dışı bir konuda onunla konuşun; çok önemli bir şey. Sadece hastalığa odaklanmayın, sadece sorgu hâkimi gibi neyin var, kaç yaşındasın, ne iş yapıyorsun, işte şu ilacı mı kullanıyorsun, ne ameliyatı olsun? Böyle bir sorgulamayla gitmeyin. Arada deyin ki, nereden geliyorsun? Ben sorarım bazen işte, Trabzon'da. İşte Artvin'den geldim. Ya çok uzaktan gelmişsin, nasıl yollarda kar var mı diyorum. Diyor ki, hocam bu sene kar-kış olmadı. Ya bizde de olmadı neden sence? Hava mı ısındı, küresel ısınma mı ne diyorsun filan diyorum. Ya hocam arada oluyor böyle, küresel ısınma filan değil, arada bazen böyle olur filan diyor. Böyle kısaca, bir-iki dakika da olsa tıp dışı bir konuda onunla konuşmak, ona güven duyduğunuzu, değer verdiğinizi, onu bir insan olarak gördüğünüzü hissettirir ve o da size karşı saygı duyar. Ama empati yapın, onu anlamaya çalışın, duygularını anlamaya çalışın.

Bunlar benim sözlerim değil, bunlar iletişim sürecinde bize, bana da tavsiye edilen öneriler. Bunları sizlerle paylaştım. Tabii işin sırrı sevgi; eğer insanı seviyorsanız bunları yapabilirsiniz, yapabiliriz. Çünkü sevginin evrensel bir dili var ve hayvanlar o dili anlıyorlar. Ben kediyi sevdiğim için, yolda kediler gelir bana sürtünür miyavlarlar filan, ben onları okşarım, ama köpeklerden biraz korkuyorum. Bir-iki defa beni dişlediler. Şimdi köpekler gördüğü yerde bana hırlıyorlar filan, korkuyorum bir şey yapacaklar diye. Hayvanlar bile sevgiyi, hatta çiçekler bile hissediyor. Çiçeği severseniz büyüyor, sevmezseniz bir türlü gelişmiyor büyümüyor. İnsanlar sevgiyi hisseder. Cahil olabilir, okumamış olabilir, ama sizin gözünüzden, ses tonunuzdan, beden dilinizden ona karşı ne hissettiğinizi algılayabilirler. Ama insanları sevmek için önce kendimizi sevmemiz gerekiyor.

Kendi içimizde barışık değilsek, içimizde bencillik varsa, kıskançlı varsa, içinizde kibir varsa, başkalarına tepeden bakıyorsak vesaire. Böyle kötü duygular bizim içimizi sarmalamışsa başkalarını sevemeyiz.

Hepinizi saygıyla selamlıyorum.

# Klinik Kalite

- **Oturum Başkanı - Prof. Dr. Nurullah ZENGİN**

*Ankara Numune E.A.H. Hastane Yöneticisi*

- **Prof. Dr. Mahmood ADİL**

*İngiltere Sağlık Bakanlığı / Bakanlık Danışmanı*

Klinik Kalite ve İngiltere Uygulaması

- **Dr. Hüseyin ÖZBAY**

*Sağlık Bakanlığı Klinik Kalite Daire Başkanı*

Türkiye Klinik Kalite Süreci

- **Doç. Dr. Adem ÖZKARA**

*Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Klinik Kalite: Diyabet Örneği



## Klinik Kalite ve İngiltere Uygulaması

**Prof. Dr. Mahmood ADİL**

*İngiltere Sağlık Bakanlığı / Bakanlık Danışmanı*

İyi sabahlar, burada olmak çok güzel ve bu önemli konferansta konuşmaktan çok mutluyum. İlk gün de buradaydım ve bu konferans için ne kadar sıkı bir çalışma yürütüldüğünü gördüm. İngiltere’deki klinik kalite sistemi ve Türkiye’ye de yardımcı olabilecek bazı yıllar geçtikçe öğrendiğimiz dersler hakkında konuşacağım. Kısaca İngiltere’ nin NHS, National Health Service (Ulusal Sağlık Hizmeti) hakkında konuşmak istiyorum. Burası İngiltere, eminim bu haritayı daha önce görmüşsünüzdür. Popülasyon 50 milyondur, 248 hastane vardır, bunlar devlet hastaneleridir ve 11.000 pratisyen ameliyathanesi ya da temel bakım merkezi vardır. NHS Kurulumu 1948’ e dayanır. Bu NHS için çalışan 1.4 milyon kişiyi kapsamaktadır. Bütçe 100.5 milyar pounddur. Bu bütçenin %60’ ı çalışan maaşlarına, %20’si klinik hizmetlere, ilaçlar, yataklar ve ameliyatlar gibi, ve %20’ si klinik olmayan çalışmalara ayrılmıştır. Herhangi bir ülke için daha iyi bir kalite adına iki şeye ihtiyacınız vardır. Birincisi, kalite değerlendirmesi için bir tanı, ikincisi de kaliteyi iyileştirmek için bir çözüm. Bu dünyadaki tüm ülkeler için uygulanabilir. İngiltere’ de klinik kalitesi için 4 faaliyet alanı için 4 maddemiz var. İlki tanımlama, ikincisi öncelik belirleme, üçüncüsü geliştirme ve dördüncüsü işleme sokmaktır. Klinik kalitesi hakkında konuşayım. Kalite konusu bizim için çok önemlidir. Klinik kalitesi ve hizmet kalitesi arasındaki ayrımı yapabilmelisiniz. Hizmet kalitesi hasta yemekleri, yataklar, binalar ve diğer öncelikli kriterleri kapsar. Ancak klinik kalitesi hastanın klinik sonuçlarını iyileştirebilir. Klinik kalitesini tanımlamak demek hatırlanması gereken 4 şey demektir. İlk önce tabii ki klinik kalite, ikinci olarak net bir şekilde nerelerde klinik kaliteyi geliştirmek istediğiniz, klinik kalite için standartlar belirleme ve klinik kalite için göstergeler. İngiltere’ de biz klinik kaliteyi böyle tanımlıyoruz. Biz NHS’ de sunduğumuz hizmetlerin güvenli olmasını bekliyoruz, böylece bir hastaneye başvurduğunuzda bir zarar görmezsiniz. Örneğin enfeksiyonlar, hastalıklar ve benzeri diğer şeyler. İkincisi ise NHS hastanelerinde gördüğümüz tedavi etkili olmalıdır, ki bu da delile dayalı tedaviyi işaret eder. Üçüncüsü, bir hasta olarak, bir müşteri olarak deneyimleriniz pozitif olmalıdır ve işte bu üç şey İngiltere’ de bize klinik kaliteyi tanımlamamızı sağlayan şeylerdir. Bunlar öncelikli alanlardır, daha birçoğu vardır ancak bunlar klinik kalite adına üzerine durduğumuz anahtar alanlardır. Diyabet, astım gibi kronik hastalıklar, güvenlik, mikrop ve enfeksiyonlar, tabii daha fazlası var ama sadece birkaç örneğini veriyorum. Bir enstitümüz var adını duymuşsunuzdur National Institute for Clinical Excellence (Ulusal Klinik Mükemmellik Enstitüsü). Onlar bizim öncelik olarak gördüğümüz tüm durumların standartlarını ve göstergelerini belirlerler. Evet bunlar standartlar ve göstergelere örnekler. Bir kere standart ve



göstergeleri belirledik mi daha önce de söylediğim gibi bunları öncelik sırasına koymalısınız. Göstergelerle başlıyoruz, bu gösterge verilerini topluyoruz, bunları analiz ediyoruz, raporlar üretiyoruz. Birkaç örnek vereyim; National Care and Information Center (Ulusal Bakım ve Bilgi Merkezi) tüm hastanelerden, kamu tedavi merkezlerinden bütün bilgileri toplar ve 3 fonksiyonu vardır. Tabii ki verileri toplarlar, ulusal bir bellek geliştirirler, daha sonra veri analizi yaparlar ve sağlık hizmetindeki herkese uygun bir hale getirirler ve böylece herkes bu bilgilere ulaşabilir. Yani 3 fonksiyonları böyledir. Size bir diyabet örneği verebilirim. Bu İngiltere haritası; ilk harita 20 yıl önceki diyabet seviyesini gösteriyor, ikinci harita 10 yıl önceki diyabet seviyesini gösteriyor ve üçüncü harita önümüzdeki 10 yıllık süreçte diyabet seviyesini gösteriyor, bu 2025 oluyor. Bu verileri gösterebiliyoruz çünkü diyabet verilerini topluyoruz, göstergelerimiz, standartlarımız, bilgi sistemimiz var ve bu şekilde veri topluyoruz ve halkla paylaşmak için bu haritaları üretiyoruz. Bu veri slaytı gösteriyor ki diyabet göstergelerimiz çok fazla. Bu şekilde veri analizi yapıyoruz ve bunları diyabet tedavisi yapan her bir doktora veriyoruz. Yani her doktor klinik sonuç ve kalitesini bilebiliyor. Bu harita İngiltere'deki klinik kalite varyasyonlarını belirtiyor ve diyabet göstergemiz var ve biz buna amputasyon diyoruz. Biliyorsunuzdur ki eğer diyabeti kontrol altına almazsanız hasta komplikasyonlar yaşayacaktır ve bunlardan biri de uzuv kesilmesine neden olabilir. Eğer amputasyon varsa da bu zayıf bir klinik kalite olduğunu gösterir. İngiltere'nin bazı bölgelerinde amputasyon oranı daha fazladır ve bazı bölgelerde de sayı daha azdır. Ve bu veri standardize edilmiştir. Bu da demektir ki bazı bölgeler klinik kalitesi konusunda iyi bir iş çıkarmıştır ama başka bölgelerde doktorlar, hastaneler çok iyi işler yapamamışlardır. Eğer bu varyasyonu gösterme şansınız varsa bu demektir ki klinik kalitesini düzeltme şansına sahibiz. Burada klinik kalitesinin başka bir örneği var. Bunlar hastanelerden topladığımız hastaların düşüş verileri. 2 yıl önce İngiltere'de bir hastaneden topladığımız veriye göre bir yıl içinde yaklaşık 285.000 hasta hastanelerde düşmüştür. Hastanelerdeki bu düşmeler yüzünden 1400 yaralanma ve 83 hasta ölümü olmuştur. Yani düşük kalite yüzünden, bazı hastalar hastanelerde düşüyor ve zarar görüyor. İlk slaytımı hatırlarsanız, kısaca klinik kalite güvenlik, etkili olma ve hasta memnuniyeti demektir. Eğer herhangi bir hastanede daha fazla düşme varsa bu o hastanenin düşük kalitede hizmet verdiğini gösterir. Ve bu da tüm hastanelerden topladığımız tüm zarar görme verileri. Yani düşmeler, enfeksiyonlar, embolizm üzerine veri toplamak için iyi bir sistemimiz var. Hastanelerde gördüğümüz zararlar ne olursa olsun verileri topluyoruz ve son birkaç aydır verilerin yükseldiğini görebilirsiniz. Bu kalitenin düşüyor olduğu anlamına değil; insanların, hastaların daha iyi algılayarak veri toplayabildikleri anlamına gelir. Yani bir kalite sistemi belirlediğinizde göreceksiniz ki göstergeler daha az olacaktır çünkü daha önce hiç gösterge toplanmamıştır. Yani İngiltere'de de böyle oldu; zarar görenler üzerine verileri topladı.

maya başladığımızda, yükseliyordu fakat şimdi düşüyor. İlk söylediğim şey tanımlama yapmanız gerektiği idi, ikincisi öncelik belirleme, üçüncüsü ise düzeltme yapmanız gerektiği idi. Ve bizim geliştirme sistemimiz böyledir. Biz klinik kaliteyi yükseltebilecek medikal devler geliştirmeye çalışıyoruz ve eğitimleri 3 kısımdan oluşuyor. İlk olarak klinik geliştirme kabiliyetleri olmalı, ikincisi süreci ve sistemsel düşünceyi anlamaları gerekiyor, hastanenin ve sistemin nasıl çalıştığını, ve üçüncüsü ise kişisel gelişimleri yani çok iyi organize ve iletişimde iyi olmaları gerekiyor çünkü eğer klinik bir liderseniz ve konu klinik kalite ise çok iyi iletişim kurabilmeniz önemlidir. İşte bu üçü genç yaşlı tüm doktorlarımıza eğitirken üzerinde durduğumuz şeyler. Ayrıca NHS Improving Quality (Kalite Geliştirme) adlı bir ulusal organizasyonumuz var. Onlar da hastanelerin kalitelerini yükseltmelerine yarayacak araçlar geliştiriyorlar. Ne zaman doktorlar olarak işe başlasak klinisyen olarak başlıyoruz, sonra yönetici oluyoruz, İngiltere’ den bahsediyorum, sonra idareci oluyoruz ancak bu yolda ilerlerken kabiliyetlerinizi geliştirmeyi unutmamanız gerekiyor ve biz de buna Medical Career Development (Medikal Kariyer Geliştirme) diyoruz . Yani tüm doktorların bu adımları takip etmesi gerekiyor. Yani doktorların mezun olurken sürekli eğitim almaları gerekiyor. Birincisi tanımlama, ikincisi öncelik belirleme, üçüncüsü geliştirme ve dördüncüsü işleme koyma. İngiltere’ de işleme koyma adımını nasıl gerçekleştiriyoruz? Care Quality Commission (Bakım Kalitesi Komisyonu) isimli bir ulusal örgütümüz var. Onların görevi klinik kalite ve hizmet kalitesini işleme koymak. İşlerini 3 şekilde hallediyorlar. Yerel ve genel denetim, yerel ve genel soruşturma, yerel ve genel faaliyette bulunuyorlar ancak biz sağlık profesyonellerini de düzene koyuyoruz. En iyi kabiliyetlere sahip olduklarından emin oluyoruz, eğer öyle değilse onları düzeltmeliyiz demektir. Genel Medikal Kurul’umuz var ve eğer Türkiye’ den İngiltere’ ye gidip çalışmak isterseniz bu kurula başvurmanız gerekiyor. Kaydınızı yaptırdığımızda bu kurul tarafından düzenlemeleriniz yapılıyor. Ve düzenleme yaparken yaptığımız üçüncü şey eğer iyi bir kalite sağlıyorsa bireylere ödüller vermek ve bazen bu ödül maaşlarını iki katına çıkarmak ancak ülkede böyle bir ödülü alabilecek doktorların sayısı çok az. Organizasyonlara da ödüller veriyoruz böylece klinik kalitelerini iyileştirmek için motivasyon sağlamış oluyoruz. Başka bir sistemimiz daha var. Her hastaneden yıllık raporlarını yayınlamalarını istiyoruz. Finansal hesabınızı, ne kadar para verdiğinizi, ne kadar harcadığınızı yayınladığınız gibi yıllık kalite raporlarınızı da web sitenize yayınlamalısınız diyoruz. Böylece halk kalite seviyesini görebiliyor. Yani internete girip de Londra, Manchester, Liverpool’ daki hastanelerin kalite hesaplarını da görebiliyorsunuz. O hastanede kaç hastanın düştüğünü, kaç hastanın etkili tedaviler gördüğünü size söylüyor. Daha önce bahsettiğim tüm göstergeleri bu yıllık hesaplarda bulabiliyorsunuz. Burada gösterge panelinde kırmızıyla işaretlenmiş göstergeler dikkat edilmesi gereken ve geliştirilmesi gereken göstergeleri belirtiyor. İngiltere’ de klinik kaliteden bahsediyoruz.

yorken şunu söyleyeyim İngiltere’deki klinik kalite her hastanede yüksek seviyelerde değildir. Bazı hastanelerin klinik kaliteleri oldukça düşüktür. Eğer geçen ay gazeteleri okuduysanız bu hastanede 12.000 hastanın düşük klinik kalite yüzünden öldüğünü görmüşsünüzdür. Bu konuda çok üzgünüz ve utanç duyuyoruz, Sağlık Bakanlığımız çok üzgün ve yaptığımız derin araştırmalar sayesinde özellikle bu hastane konusunda birçok ders aldık ki başka hastaneler aynı hataları yapmasın. Yani İngiltere’de klinik kalite varyasyonlar gösterir. Yani özetle bunlar anahtar dersler. Tanımlamalı, göstergeleri belirlemeli, öncelik belirlemeli, veri toplamak ve doğrulamak için kullanacağınız ulusal bir görüntüleme sisteminiz olmalı, ve bu bilgileri topladığınızda harekete geçmelisiniz, yani geliştirme yapmalısınız, ve işleme koymalısınız. Şimdi “Peki tüm bunları yaparsam faydaları neler olacaktır?” diye sorabilirsiniz. İnsanları motive etmelisiniz ve motivasyon için klinik kalite faydalarını açıklamak önemlidir. Hastalara, profesyonellere, hastanelere ve devlete sağlayacağı faydalar. Size söyleyebileceğim bir fayda, eğer klinik kalitesini iyileştirirseniz bedeli düşecektir ve bu tüm dünyada kanıtlanmıştır ki kaliteyi iyileştirmek etkinliği iyileştirmektir. Etkinliği geliştirdiğinizde daha fazla paranız olur hastalarınıza yatırım yapabilir ve daha fazla hasta iyileştirebilirsiniz. Bu da doktorlar için daha az iş yükü demektir. Eğer klinik kaliteyi yükseltirseniz bu avantajları kazanırsınız. Bugün 12 Mayıs ve eminim hepiniz 12 Mayıs gününün anlam ve önemini biliyorsunuzdur, bu Türkiye Sağlık Bakanlığı’nın kuruluş tarihidir ve 93 yıl sonra bugün, bence hepiniz Türkiye’de klinik kaliteyi yükselteceğinize dair bir söz bir teminat vermelisiniz. Şunu söylemek istiyorum ki İngiltere’de yürüttüğümüz tüm çalışmalarını şimdi Türkiye’ye transfer etmek istiyoruz ve Türkiye Klinik Kalite Programı başladı. Tabii ki Türkiye’de çok iyi klinik kaliteye sahip hastaneler var ancak onları iyiden mükemmele taşımamız. Sağlık Bakanlığı oldukça sıkı çalışıyor. Öncelik olarak seçilen 6 durum var bunlar; diyabet, diz replasmanı, gebelik, kriz, kalça antroplastisi, koroner kalp hastalığı. Bu başlıklarda kalitenin yükseltilmeye başlanması gerekiyor ama en önemlisi sizler bunun bir parçası olmazsanız bakanlığın kaliteyi yükseltmesi çok zor olacaktır çünkü hastanelerinizde sizler sorumlusunuz. Yani sizin bu klinik kaliteyi iyileştirme yolculuğunda bir parça olmanız çok önemli. Teşekkürler.

## Türkiye Klinik Kalite Süreci

**Dr. Hüseyin ÖZBAY**

*Sağlık Bakanlığı Klinik Kalite Daire Başkanı*

Sayın Başkan, tüm katılımcılar; hepimize hoş geldiniz diyorum ben de, bu kongrenin üçüncü gününde. Ben unutmuştum, aslında açışta Bakan bey bahsetmişti, 3 Mayıs'ın Sağlık Bakanlığının kuruluş günü olduğunu. Mahmut Adil Bey bize hatırlattı, sağ olsunlar. Bu gün de hepimize kutlu olsun diyorum.

Mahmut Bey aslında benim söyleyeceklerimi başlangıçta özetlediler kısaca, bana çok fazla söz hakkı bırakmadılar gibi duruyor. Sunumuma başlıyorum müsaadenizle.

Amaç slâydıyla başlıyoruz. Mahmut Adil'in üzerinde çokça durduğu konu, önce tanımla, sonra ölç, ondan sonra da geliştir ve uygulama, yani düzenlemeleri yap ifadesi var klinik kalitede. Bu amaçla biz de Türkiye'de, Türkiye klinik kalite programı başlattık. Bu programımızın amacı, Türkiye'de klinik kalitenin izlenmesi öncelikli olarak, değerlendirmesine yönelik mevcut durum tespitinin yapılması ve klinik kalite ölçme-değerlendirme sisteminin geliştirilmesi.

Tabii öncelikli olarak tanımlayıp ölçmemiz planlandı, daha sonra belki ikinci, üçüncü aşamalarda geliştirme kısmı olacak programımızda. Programımız takvim olarak 2012 Şubat ayında başladı. Üç ay süreyle ileriki slâytlarda çok daha detaylı anlatacağım, bir değerlendirme Sağlık Bakanlığı açısından, danışmanımızın görevine başlamasından sonra değerlendirmeler yapıldı. Daha sonra pilot hastaneler ve sağlık kuruluşları üzerinde çalışmalara devam edildi bu süreç zarfında, Ocak 2013'e kadar. Son aşamada da verilerin toplanması ve bunların değerlendirilip, raporlanması aşamasındayız. Bugünkü geldiğimiz aşama burada.

Bu kapsamda danışmanımız Adil Beyin Türkiye'ye gelip bir hafta bizlerle tüm Bakanlıkta yaptığı çalışmalar var; altı tane, bu şimdikiyle beraber. Bununla birlikte çeşitli telekonferanslar ve çalışma gruplarıyla toplantılarımız oldu. Bu kapsamda neler yaptık bu süre zarfında, 14 aylık süre zarfında?

İlk olarak Mahmut Adil'in ilk geldiğinde, Şubat ayında 2012'de Sağlık Bakanlığının organizasyonel yapısı üzerinde çalışmalar yapıldı. Bu çalışmalarda özellikle bu konunun, hani tabii bizim yoğunlukla üzerinde çalıştığımız konu, sağlık bilgi sistemleri; yani verilerin toplanması ve değerlendirilmesi, raporlanması bir sonraki aşamada da. Bakanlığın organizasyonel yapısı, sağlık bilgi yönetim sistemlerinin değerlendirilmesi ve tabii ki en önemli paydaşlarımız olan sizlerin de bulunduğunuz birinci, ikinci, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarımızın da örnekler görüldü. Hani sahada hizmetler nasıl veriliyor, sahadaki organizasyon Türk sağlık sisteminde nasıl? Bununla ilgili çalışmalar yapıldı.

Türkiye’de daha önce, tabii bugüne kadar daha öncesinde performans kalite daire, şimdiki ismiyle Kalite Akreditasyon Dairesi, bu kongrenin de sahibi olan daire, Türkiye’de sağlıkta kaliteyle ilgili birçok çalışmada öncülük yaptı, birçok çalışma geliştirdi. Bununla ilgili de danışmanımızın ve hepimizin tekrar bir gözden geçirip, bilgilendirilmesi sağlandı ve Türkiye’deki kalite terminolojisi üzerinde çalışıldı bu kapsamda.

Mevcut durumun tespitine yönelik bir de swot analizi yapıldı. Hani Türk sağlık sisteminin zayıf yönleri, güçlü yönleri, fırsatları, tehditleri neler? Bunlar gözden geçirildi. Ayrıca tabii bu çalışma kapsamında Türkiye klinik kalite programında paydaşlarımız kimler olacak? Bunlar tespit edildi. Bu çalışmaların tabii hepsi paralel olarak yürüdü aşağı yukarı. Yani en önemli paydaşlarımız bakanlık içinden, Kamu Hastaneleri Kurumu, Halk Sağlığı Kurumu, bunun yanında Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Tabii ki bizim de Kalite Akreditasyon Dairesinin de içinde bulunduğu Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yeni yapıda konunun en önemli paydaşları.

Bunun yanında dış paydaşlar olarak kamu hastanelerimiz, Sağlık Bakanlığı hastaneleri, birinci basamak sağlık kuruluşları aile sağlığı merkezleri, üniversiteler, özel hastaneler gibi tüm sağlıkla ilgili çalışan yapılar paydaşlarımız olarak tespit edildi. Bir sonraki aşamada ise, ön değerlendirme, durumun gözden geçirilmesinden sonra pilot çalışmaya karar verildi. Bu pilot çalışma kapsamında öncelikli olarak tüm dünyada da bilinen, değerlendirilen sağlık sorunları üzerinde çalışılmasına karar verildi. Bunlar diyabet, gebelik süreci ve doğum, diş protezi replasmanı olarak ilk etapta karar verildi.

Daha sonra Ocak 2013 tarihinde bu bakanlık üst yönetiminin de isteğiyle sayıyı arttıralım, hani birçok hastalıkta bu işi yapalım düşüncesiyle, bir üç sağlık durumu daha eklendi; koroner kalp hastalığı, inme ve kalça protezi olarak. Bunlar seçilirken, mesela diyabet kronik bir olgunun takibi açısından önemli. Ciddi bir sağlık sorunu toplum için. Kronik hastalık örneği olarak ele alındı. Gebelik süreci ve doğum, yani bir takip süreci olan bir olgu, onun sonucunda da akut bir faaliyetle sonuçlanan, bir doğum olayıyla sonuçlanan bir olgu olarak ele alındı. Ülkemiz için önemli olduğu düşünüldü tabii ki. Ayrıca diş protezi replasmanı da akut cerrahi müdahale, bir ameliyat, bir cerrahi müdahale olarak tercih edildi.

Bu konular belirlenirken kısaca bahsettim zaten, sorunların topluma bireye etkisi, ülkemizdeki hastalık yükü, ölçülebilirliği düşünerek bunlar belirlendi. Bu altı sağlık sorununun kapsamında, aslında başta bahsetmedim, ama yani bu çalışmaya başlanırken bir bakan danışmanımızla birlikte tüm bakanlık iç birimlerinden bahsettiğim paydaşlarımızdan, genel müdürlüklerden, kamu hastane, halk sağlığı kurumundan bir çalışma grubu oluşturuldu, 18-20 kişi kadar çalışma grubu oluşturuldu. Bu çalışma grubuyla birlikte danışmanımız bu ön çalışmaları yürüttüler.

Daha sonra da işte seçilen bu üç grupta, her bir çalışma grubundan ikişer-üçer arkadaşımızın da yer aldığı, tabii ki konunun uzmanlarının, işte diyabet için endokrinologların, diş protezi için ortopedistlerin, hocalarımızın, uzmanların içinde yer aldığı alt gruplar oluşturuldu. Bu gruplarla indikatörler, standartlar belirlendi.

Bu alt çalışma grubunda indikatörlerin, standartların belirlenmesinde göz önünde bulundurulana, işte klinik kalitenin tanımına yönelik çalışmalar, tüm dünyada bu konuyu, klinik kaliteyi ölçmeye yönelik yöntemlerin araştırılıp, onlara uygunluğun sağlanması. Şu anda ne kadar ölçebiliyoruz, Sağlık Net sistemimizde bir miktar veri toplanıyor zaten. Hani bu verilerin bize ne kadar katkısı olabilir? Çok fazla eklememiz çıkarmamız gerekebilir mi diye tartışıldı ve Türkiye’de bizim için gelecekte daha önemli olacak konular, başlıklar nelerdir? Neleri daha dikkatlice ölçmemiz gerektiği konularını düşünerek indikatörler standartlar belirlendi.

Bunun dışında, yani başta da Mahmood Adil Beyin üzerinde çok durduğu tanımla ifadesi. Yani klinik kalitenin Türkiye’de algısı nasıldır diye bir anket çalışması yapıldı başlangıçta. 3177 sağlık çalışanı, 1766 hasta ve hasta yakınıyla görüşülerek, tabii ki klinik kalitenin tanımı, Türkiye’de kalitenin algısı, sağlıkta kalite algısı, klinik kalitenin algısı konuları sağlık çalışanlarıyla yapılan anket üzerinden değerlendirilerek tanımlara karar verildi.

Yani o çalışmadan sonuç da; kalite en iyi sağlık sonuçlarına ulaşma amacıyla, ihtiyacı olan herkese, çalışan güvenliği, memnuniyetinden ödün vermeden yeterli kaynaklara sahip tesislerde, iyi eğitilmiş uzmanlar tarafından doğru uygulamalarla, doğru zamanda eşit hizmetin sağlanması olarak tanımlandı; bu kalite tanımı. Kalite, biz üzerinde özellikle vurguluyoruz, klinik kalite ve hizmet kalitesinin farkı; klinik kalitede kanıta dayalı tıp uygulamaları ile doğru teşhis-tedavinin sağlanması, hataların önlenmesi, bakım sürecinin iyileştirilmesi, hasta ve çalışanların memnuniyetinin artırılması ve en iyi sağlık sorununa ulaşılmasıdır diye klinik kalitenin tanımı böylece oluşturuldu.

Ayrıca hizmet kalitesinin tanımı var. Bunu da baştan aşağı sizlere okumayayım. Zaten birçoğumuzun, salonda olanların genel olarak hizmet kalitesinin tanımını çok iyi bildiği hepimizce aşikâr.

Daha sonra pilot uygulamaya geçildi, kalitenin tanımı yapıldıktan sonra. Hangi hastalıklarla ilgili çalışacağımız da belirlendikten sonra pilot uygulamaya başlandı. Pilot uygulamada da, yani Türkiye’den hangi hastalıklarla o belirlendi. Daha sonra da hangi sağlık tesislerinde bu çalışmaları yapacağımızın seçimi yapıldı. Daha sonra pilot çalışma başlatıldı. Bu kapsamda tabii ilgili pilot sağlık kuruluşları bilgilendirildi, kendilerine bu konu bir miktar bilgilendirme yapıldıktan sonra başlanacağı söylendi. Onlarla birlikte pilot çalışmalar yapıldı. Bugün geldiğimiz aşamada da, bu pilot çalışmanın sonuçlarına göre, gelen sonuçlara göre oluşan raporlar üzerinden gözden geçirmeler, yeniden değerlendirmeler yapılmakta.

Pilot olarak her bölgeden bir il seçildi. Ayrıca sadece üniversite hastanesi, Os-mangazi Üniversitesi Hastanesi olarak Eskişehir pilot il olarak seçildi. Bu illerden toplam 24 tane hastane, 9'u Sağlık Bakanlığı hastanesi, 8 tanesi özel hastane, 7 tane de üniversite hastanesi seçildi. Ayrıca her bir ilden, her bölgedeki 7 ilden, Eskişehir hariç üçer adet aile sağlığı merkezi, birinci basamak sağlık tesisi pilot çalışmaya katılacak sağlık tesisi olarak belirlendi.

Standartlar, indikatörler belirlendikten sonra, aslında o tablo üzerinde ben özetledim. İşte ilgili pilot kuruluşlarla iletişime geçildi, sağlık sistemleri süreciyle ilgili çalışmalar yapıp, onların her bir hastanesinin kullandığı HBYS'leri, hastane bilgi sistemi, aile sağlığı bilgi sistemi gözden geçirildi. Uygunluğu, Sağlık Net'e veri gönderip gönderemeyeceği konusunda çalışmalar yapıldı. Daha sonra da diyabet, diş protezi ve gebelikle ilgili çalışmalar, Sağlık Net'e veriler gelmeye başladı. Bu veri girişleri başladı, daha sonra raporlama aşamasına geçildi.

Evet, bu tabloda sağlık bilgi sistemi akış şemamız görülmüyor. Birinci aşama, tabii ki sizlerin de bir kısmının içinde bulunduğu sağlık tesisleri. Yani hekimlerin, sağlık sekreterlerinin, yazıcıların, artık bazen hemşireler, bazen sağlık memurları, bazen tıbbi sekreterler bu işi üstleniyor hekimlerle birlikte. Sağlık verilerinin hastane bilgi yönetim sistemlerine, aile sağlığı bilgi yönetim sistemlerine doğru bir şekilde, uygun bir şekilde girilmesi birinci aşama.

İkinci aşamada, bu verilerin uygun şartlarda, bu sağlık bilgi sistemlerimiz bunu sağlıyor. Yani uygun şekilde hastanelerden, sağlık kuruluşlarından verilerin merkeze, Sağlık Net'e gelmesi sağlanmalı. Daha sonra karar destek sistemimizi oluşturduk. Karar destek sisteminde bunların raporlanması aşamasındayız şu anda. Henüz raporlama aşamasındayız, ama sağlık kuruluşlarına geri bildirim aşaması, daha raporlarımızın hani kalitesinin, etkinliğinin test edilmesi aşamasındayız. Ondan sonra da sağlık tesislerine geri dönüşüm sağlayacağız inşallah.

Bu çerçevede yaptığımız diğer birkaç işimiz var. Daire Başkanlığı kurduk. Başta bahsettiğim gibi, bir bakan danışmanı ile birlikte bir çalışma grubu bu işi yürütüyordu. Daha sonra biraz daha kurumsallaşma açısından bir daire başkanlığı, Klinik Kalite Daire Başkanlığı oluşturuldu, mevzuata eklendi ve yine aynı çalışma grubumuz bu çalışmaya devam ediyor daire başkanlığımızla birlikte, arkadaşlarla. Yani tüm paydaşlarımızla, bakanlık içi paydaşlarımızla ve dış paydaşlarımızla birlikte gruplar çalışmalarına devam ediyor.

Bu arada işte klinik kaliteyi nasıl daha çok tanıtabiliriz diye bir iletişim stratejisi oluşturduk. Daire başkanlığının görev ve hedefleri belirlendi. Ayrıca bu verilerin toplanması aşamasında, bu belki de bizim bu çalışmanın ikinci büyük aşaması. Biz pilot kurumlar için 8 ilden ikişer kişi belirleyerek yerinde, hastanelerde verilerin revalidasyonu, gidip orada verilerin hani doğru olarak girilip girilmediğini, merkeze Sağlık Net sistemine gelen verilerin yerel verilerle, hastane bilgi yönetim sistemleriyle uyuşup uyuşmadığını, ne kadar örtüştüğüne dair bir revalidasyon, yeniden değerlendirme sistemi pilotlar için yaptık.



Bunun yanında tüm Türkiye için de, Türkiye klinik kalite revalidasyon sistemi geliştirilmesi çalışması, belki bu tarihten sonra ciddi bir şekilde üzerinde durmamız gereken konu.

İleride neler yapmayı planlıyoruz? Aslında bu ilk maddenin oluşturulması aşağı yukarı tamamlanma aşamasında. Dr. Adil Bey size bir İngiltere'den örnek gösterdi, ama siz de takdir edersiniz ki İngiltere bu işe 2003 yılında başlamış, 10 yıl kadar bir süreci var. Hani sistemin geliştirilmesi, raporlanması, işte raporların görseelliği, oluşturulması, hepsi beraber; bizim ise, daha bu işe başlamamız bir yıl oldu. İnşallah biz de 10 yıl sonra daha iyi noktalarda olmayı planlıyoruz.

Yani gösterge panelimiz, genel bir rapor oluşturma aşamamız var. Mart 2013'ten itibaren uygulama ülke genelinde izlenmeye değerlendirilmeye başlandı. Yani pilot çalışmalar aslında devam ederken, sağlık bilgi sistemlerimiz biz tüm Türkiye'ye hâkimiz, bunu tüm Türkiye üzerinde yapmaya başlayabiliriz dediler. Biz de tüm Türkiye'den verileri toplayıp, raporlama aşamasına şu anda zaten hâlihazırda geçmiş durumdayız.

Bahsettiğim gibi, Türkiye klinik kalite revalidasyon sisteminin kurulması planlanan faaliyetlerimiz arasında. İlgili ulusal ve uluslararası bilimsel etkinliklere, bunun gibi kongrelerde sunumlar yaparak, Türkiye klinik kalite programını tanıtmaya amacımız var. Diğer bunun haricinde de, tabii üst yönetimden biraz daha ciddi baskılar var. Mahmut Adil Bey bu gediğinde de birkaç gün önce Bakan Beyle, Müsteşar Beyle görüştüler, onların isteği sayıları arttıralım, 6'da kalmayalım, 10-25-20-30-40'lara varduralım bu hastalıkları, tıbbi olguları diye istiyorlar. Yani tüm Türkiye'yi tüm hastalıklarda izleyip, değerlendirip, gözlemleyebilelim diye düşünüyorlar.

Bu program sağlık politikalarının gelişmesinde tüm programlar, tüm yapılan işler izlenip değerlendirilmeli. Klinik kalite programı da, klinik kaliteyle ilgili izleme-değerlendirmeyi sağlayacak. Kalite ölçme değerlendirme sisteminin ortaya konulması, bundan sonra da sistemin kendi içinde geliştirilmesinin sağlanması. Klinik kalite için geliştirilen tanımın, tüm sağlık çalışanlarında, tüm bakanlık personelinin de benimsenmesinin sağlanması. Belirlenen sağlık sorunu çerçevesinde kalite göstergelerinin geliştirilmesine yönelik metodolojinin, işte çalışma gruplarımız, çalıştığımız uzman hocalarımızla birlikte bu işleri yapıyoruz. Danışmanımızın da deneyimlerinden faydalanarak Türkiye'de bu konuyu, klinik kaliteyi geliştirip uygulayabilecek bir uzman yapısı, bir kurumsal hafıza oluşturma çabamız var.

Programın devamında, özellikle toplum sağlığı politikası öncelikle dikkate alınarak, farklı klinik branşların bundan da bahsettim aslında, yeni yeni tıbbi olguların, hastalıkların, cerrahi olguların eklenmesini planlıyoruz.

Benim söyleyeceklerim bu kadar. Beni ilgiyle izlediğiniz için hepinizi çok teşekkür ediyorum.



## Klinik Kalite: Diyabet Örneği

**Doç. Dr. Adem ÖZKARA**

*Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Sayın Oturum Başkanım, Sayın hastane yöneticisi misafirimiz Sayın Prof. Mahmood Adil Bey Bakanlık Danışmanımız, Sağlık Bakanlığının değerli temsilcileri, bürokratları ve özellikle sahada çalışan sevgili sağlık profesyoneli arkadaşlarım; hepinizi saygıyla selamlıyorum ve hepinize başarılı bir kongre diliyorum.

Ben öncelikle bugünkü sunumda, diyabet kalite indikatörlerinin belirlenme sürecinden ve bu indikatörlerin kısaca içeriğinden, ama ağırlıklı olarak da önceki sunumda Mahmut Adil Beyin bahsetmiş olduğu eylemle ilgili, yani kalite geliştirme stratejilerinden bahsetmek istiyorum. Belki ülkemiz için diyabet örneğinde yeni açılımlar bize sunabileceği düşüncesiyle.

Neden diyabet seçilmişti bu kalite geliştirme, kalite indikatörleri belirleme konusunda? Zira ülkemizin bulaşıcı olmayan hastalıklardan, asrın epidemisi olarak da tanımlanan diabetis mellitus, en son turda iki çalışmada ülke prevalansının yüzde 13,7'ye çıktığı hepimizin bildiğini tahmin ediyorum. Bozulmuş glikoz toleransı, yani gizli şekerle birlikte bu rakam ülkemizde en az 20 milyon insanı ilgilendiriyor.

Evet, tekrar diyabet neden gerekli, diyabet indikatörlerinin geliştirilmesi ve bu konuda bir şeyler yapmak, eylem planı oluşturmak diye baktığımız zaman; diyabet hastalarının yaşam süreleri ortalama olarak diğer insanlardan 5-10 yıl daha kısa. Komplikasyon oranları çok yüksek, ulusal düzeyde kesin veriler yok lokal çalışmalar dışında. Bu çalışmalardan elde edilen tahmini yıllık 40 bin civarında ayak yarası civarında.

Ben dün Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesinde dahiliyecilerle arkadaşlarla ortak çalışma yaparken, ilk kez diyabete bağlı bir el amputasyonu da gördüm sayın konuklarımız, çok ilginç ve serviste yatan diyabet hastalarının en düşük hemoglobin A1C değerleri yüzde 10, yüzde 12 civarlarındaydı. Genelde Türkiye'de diyabete bağlı 5,5 milyon civarında böbrek hastası, 60 ilâ 100 bin civarında hemodiyaliz hastası ve her bir diyaliz hastasının ülke ekonomisine getirdiği mali külfeti düşünecek olursanız, on binlerce dolar ve Euro. Bu konunun ne kadar önemli olduğu, aşikârane anlaşılır.

En son yapılan 2010 çalışmada, ülkemizde ortalama hemoglobin A1C değerinin yüzde 8,4 olduğu tespit edildi. Yalnız hemoglobin A1C'nin çok farklı yöntemlerle ölçülüyor, kesin bir standardizasyonu henüz yapılmamış ülkemizde. Yaşam kaliteleri gerçekten çok kötü, farkındalık düzeyleri çok düşük ve diyabetin yönetiminde sağlık hizmetlerinin organizasyonu yetersiz ve özellikle obezite, hipertan-

siyon, hiperlipidemi koroner arter hastalığında olduğu gibi, sağlıksız beslenme, sedanter yaşam tarzı gibi risk faktörleri maalesef ülkemizde de çok yaygın.

Peki, işin personel ayağına baktığımız zaman, önemli bir sağlık sorununda ne kadar hemşire var bununla baş etmek için yola çıkmış, ne kadar doktorumuz var, kaç endokrinimiz var? Dünyadaki bu konudaki yerimiz nedir diye baktığımız zaman, en son 2012 değerleri sanıyorum 126.029 genel bütün sektörlerde çalışan doktor sayımız. 360 endokrin hastalıkları uzmanımız var ülke genelinde, 154 bin hemşire-ebemiz var.

Ben rakamlara sizi boğmak istemiyorum, ancak bir fikir edinmek babıyla iki ülkenin rakamlarıyla karşılaştırmak istiyorum. Bir tanesi Avrupa'dan, Almanya'nın 2009 doktor sayısı 421 bin, 3,5 katımız fazlaydı. Brezilya'nın doktor sayısı 329 bin, 186 milyon Brezilya'nın nüfusu, 2,5 kat bizden fazla ve 1 milyon 250 bin hemşiresi var, ebesi var. Dört yıl önceki rakam bu. Buna karşı sayıca gerçekten çok az, ama çok özveriyle çalışan bir sağlıklı ekibimiz var ülkemizde. O nedenle o ekibin temsilcileri olarak, böyle kutsal bir hizmeti verdiğiniz için sizleri kutluyorum. Gerçekten bizim önümüzde kat etmemiz gereken çok önemli, çok büyük bir yol var, ama çok az bir sayıda ekiple, çok önemli bir hizmet verdiğimizizi düşünüyoruz.

Konumuza gelecek olursak, diyabetik kalite indikatörlerinden hemoglobin A1C'nin bir puan düşürülmesi ne sağlıyor bize? Enfarktüste diyabete bağlı ölümlerde, mikro vasküler komplikasyonlarda? Bu slâyтта gördüğünüz gibi, yüzde 21, yüzde 37, yüzde 14'lere varan düşmeler sağlıyor. Yani bir hastamızın hemoglobin A1C'nin yüzde 1 puanı aşağıya çekmemiz, çok ciddi oranlarda bu kişilerin hayatta kalmasını, yaşam kalitelerinin düzeltilmesini sağlıyor.

Az önceki sunumda Hüseyin Bey detaylı olarak bahsettiği için, diyabet klinik kalite programından bahsetmeyeceğim, indikatörler belirlendi. Yeni indikatör alanları saptandı, bilgiler girmeye başlandı, toplanmaya başlandı, analizler gerçekleştiriliyor ve 16 bölgede de çok sevindirici bir haber, verilerin tam doğru ve güvenilir olmasını kontrol etmek amaçlı kişilere eğitim verildi; çok çok önemli bu veri kalitesi, veri kirliliğini önlemek adına.

Veriler raporlanmaya başlayacak ve web siteleri oluştu. Ben ağırlıklı olarak yeni kalite geliştirme stratejilerinden, yani Mahmood Adil Beyin sunumunda bahsetmiş olduğu eylem, verileri topladık ne yapacağız? Onlardan bahsetmek istiyorum. Bizim çalışma grubumuzun üyelerini görüyoruz.

Öncelikle hemoglobin A1C indikatörlerden az önce bahsettiğimiz gibi, LDL kolesterol, nefropati, nefropati diyabetik komplikasyonlardan kronik böbrek hastalığı, göz muayenesi, ekstremitte amputasyonları, hasta eğitimi, hastane yatış oranları, vücut kitle indeksinin obezitenin takibi, tansiyon düzeyi diyabet hasta-

larda, optimal tansiyon takip edilen hastaların oranları, sigara kullanımı ve ayak muayenesi başlıca indikatörlerimizdi.

Bunların alt gruplarına baktığımız zaman, bizim hedeflediğimiz standart hedefimiz, ülkemizdeki bütün diyabet hastalarının en az, yani yüzde 95'inin üzerinde hemoglobın A1C'lerinin bakılmış olması hedefleniyor. Özellikle burada tekrar öncelikli hemoglobın A1C'nin standardizasyonunun sağlanmış olmasını ikinci kez vurguladıktan sonra, diğer indikatörlerden bahsedeceğim.

Hemoglobın A1C'si yüzde 9'un üzerinde olan toplam diyabet hastalarının maksimum değeri yüzde 10'un üzerine çıkmayacak ve 7 ilâ 9 arasında olanlar yüzde 20, LDL kolesterole bakılmış olan diyabet hastalarının, toplam diyabet hastaları içerisinde oranı yüzde 90 ve LTDL'nin 100'ün altında, 100 miligram bölü desilitre altında olanların oranı yüzde 50'leri bulması hedefleniyor, GFR'nin 60'ın altında olması ve bunların sınıflandırılması nefropatilerin. Yani kaç tane kronik böbrek hastalığı var, onların belirlenmesi. Yüzde 95 diyabet hastasının mutlaka göz dibi muayenesinin yapılmış olması, gözler dilate edilerek diyabetik retinopati gelişip gelişmediğini. Kaç kişinin amputasyona uğradığını ve amputasyon düzeyleri hangi düzeyde ampute olduğu belirlenmeli ve bütün diyabet hastalarının mutlaka diyabet açısından eğitimlerinin sağlanması gerekiyor.

Komplikasyonsuz bir yıl içerisinde kaç diyabet hastası hastaneye yatmış. Akut komplikasyonlara bağlı veya kronik komplikasyonlara bağlı kaç diyabet hastası ülke genelinde diyabet nedeniyle hastaneye yatırılmış? Biz ne kadar malum bu hastalarımızda hastane yatış gerekliliğini azaltırsak, komplikasyonları azaltırsak, o ölçüde başarılı bir şekilde diyabet hastalarımızı takip ediyoruz anlamına geliyor. Vücut kitle indekslerinin kontrolü, tansiyonlarının ölçülmesi ve 130'a 80 milimetre civarının altında, en azından yüzde 50 hastanın, diyabet hastasının ulaşılması hedefleniyor. Sigara kullanılmasıyla ilgili hastaların desteklenmesi, sorgulanması ve ayak muayenesi, özellikle diyabetik ayak gelişimini önleme açısından her ofis vizitinde veya muayenede sorgulanması gerekiyor.

Biz bu diyabet kalite indikatörlerini, dünyada kullanılan yaygın, özellikle OECD diyabet sağlık kalite ölçütleri, kalite standartları, Almanya diyabet programının ulusal entegre sağlık hizmet sunumunun bir parçası olan diyabet yönetimiyle ilgili tespit ettikleri ve özellikle de Amerika'nın tanımladığı ve belirlediği standartları değerlendirip, kendi ülke koşullarımıza göre bunları adapte etmeye çalıştık.

Diyabet kalite gelişiminde önemli olarak bahsediliyor. Çok özür diliyorum sizden İngilizce tanımlamaları kullanmak durumunda olduğum için. Bu terminoloji karşılanmamış kalite açığı olarak sanıyorum tercüme edilebilir. Çünkü ben literatürde Türkçe karşılığını bulamadım. Nedir bu karşılanmamış kalite açığı? Mevcut olan değerlerle, hedeflenmiş diyabet indikatör standart değerleri arasındaki şu

fark. Bu taraftaki iki sütundaki değerler, diyabet kalite indikatörlerinin Ağustos 2012’den itibaren toplanmaya başlandığı ulusal veri sisteminden, Sağlık Net’ten, AHBS’den, hastane bilgi sistemlerinden toplanmaya başlanıldığı ilk veriler.

Tabii bu veri toplama, veri kirliliği, veri kalitesinde başlangıçta ciddi problemler yaşandığı için, içeriğine girmek istemiyorum, ama anlatmak istediğim şey; mevcut olan sağlık bakım süreçlerinde en güncel ve en etkin bilgiler ışığında, teorik olarak ulaşılabilecek ile pratikte elde ettiğimiz sonuçlar arasındaki fark; yani bu kalite açığı. Bunlar diyabette, az önce bahsetmiş olduğum parametreler.

Peki, biz bu kalite açığını en önemli soru olduğunu düşünüyorum, nasıl kapacağız? Birtakım açılımlar sağlaması adına.

Evet, sözü burada Mevlana Celalettin Rumi çok kıymetli düşünürümüz, din âlimimiz, medarı iftiharımız 13. yüzyılda şöyle bir söz söylemiş: *“Dün ve beraber gitti cancağızım, ne kadar söz varsa düne ait şimdi yeni şeyler söylemek lazım”* demiş. Ne söyleyelim bu konuda, yeni neler var? Diye baktığımız zaman; kanıta bağlı tıp bağlamında 2012 yılında yayınlanan *“katile geliştirme stratejilerinin diyabet yönetimi üzerine etkinliği”* adı altında bir sistemik değerlemede meta analizi bize sanyorum bize bir açılım ve bir yol gösterecek diye düşünüyorum.

Bu meta analizde 123 bin hasta değerlendirilmiş ve dünya genelinde 140’dan fazla randomize kontrollü çalışmadan elde edilen veriler. Kalite geliştirme stratejilerinin uygulanmasıyla, hemogloblin A1C, tam bizim de kafa yordığımız, odaklandığımız parametreler. LDL kolesterol, diastolik sistolik kan basıncı, aspirin kullanımı, antihipertansif ilaç kullanımı, retinopati taraması, böbrek taraması, ayak taraması sonuçlarında istatistiksel anlamlı ölçüde düzenlemeler saptandığını özet olarak bu çalışmadan çıkan sonuç, saptanmış. Bu çalışmada kalite yola çıkış sorusu, kalite geliştirme, kalite geliştirme stratejileri, diyabetik hasta bakımı üzerinde etkinliği var mı? Bilinmiyordu. Bu parametreler değerlendirildi ve sonuçta ciddi düzeltilmeler olduğu saptandı.

Bu bağlamda bizim hedef kitlemiz sağlık sistemleri, sağlı hizmet sunucuları ve hastalar. Kalite geliştirme, yani eylem planının uygulanacağı üç ana grup. Yine burada birkaç tane içeriğini anlatmam gereken, açıklamam gereken İngilizce terminoloji var. Birincisi, şu açıdan çok önemli buluyorum: Bu terminoloji, kalite indikatörlerinde düzeltme açısından en etkin bulunan kanıta dayalı tıp bağlamında vaka yönetimi takım değişimi olarak tercüme edilebilir veya diyabet takibinde esnek takım yönetimi ve kolaylaştırılmış veri transferi. Yine bizim için yeni olduğunu düşündüğüm kendi kendine bakımın özendirilmesi. Hastalara yönelik çok önemli bir kalite geliştirme stratejisi.

Özellikle 2011 yılında aile hekimliği disiplininin temel stratejilerinden, çekirdek yeterliliklerinden hastaların kendi kendine yönetiminin geliştirilmesi olarak ta-

nımlandı. Diğerleri, elektronik hasta kayıtları, sürekli kalite geliştirme, değerlendirme geri bildirim, klinisyen doktor uyarı sistemleri, doktora eğitimi, mali teşvikler, pozitif performans, hasta eğitimi, hasta uyarı sistemleri olarak bu stratejilerden bahsedilebilir.

Pek, burada kastedilen, bir-iki cümleyle bahsedecek olursak, vaka yönetimi diye tanımlanan strateji ne ihtiva ediyor? İşin aslında temelinde multidisipliner bir ekip tarafından takip edilmesi, sürekli aynı doktor, aynı hemşire, aynı kişi tarafından değil de, o vakanın aktif, dinamik bir sağlık ekibi tarafından takip edilmesi. Sevklerin organizasyonu, test sonuçlarının tedavinin takibi, bunların koordine edilmesi bir ekip tarafından ve burada bizde olmayan bir klinik eczacı, klinisyen eczacı, bu yardımcı sağlık personelleri tarafından hizmetlerin koordinasyonu, izlenmesi, desteklenmesi olarak amaçlanıyor. Özellikle yüksek riskli diyabetli hastaların uzman bakımlarının koordine edilmesi, proaktif takipleri. Hastaların beslenme, medikasyon ihtiyaçlarının düzenlenmesi vesaire.

Kolaylaştırılmış veri transferinde pratik uygulamada daha iyi anlaşılması anlamında, e-sağlık, elektronik tıp uygulamaları öncelikle gündeme geliyor. Buradan ne anlıyoruz? Hastanın vital fonksiyonlarını kendi ölçüp, bulunduğu yaşadığı ortamda evde. Bu kan glikoz düzeyi, kan basıncı, oksijen konsantrasyonu, obez hastalarda aldığı kalori değerleri. Bunların e-iletişim araçlarıyla sağlık merkezine, sağlık profesyoneline, deneyimli bir hemşireye veya doktora iletilip, patolojik değerlerin tespit edilip hastaya geri dönüştürülmesi ve bunlarla ilgili uzaktan kronik hastalıkların takibi anlaşılabilir.

Esnek takım yönetiminden bahsettim. Burada önemli olan hasta, sağlık profesyonelleri arasında, hasta-doktor arasında yoğun bir iletişimin sağlanması, esnek takım yönetimi, sürekli aynı kişinin takip etmemesi. Multidisipliner ekiplerin görev yapması; hem doktor bağlamında, hemşire, klinik eczacı, beslenme ve diyetisyen açısından da sürekli olarak ekibin dinamik bir şekilde oluşturulması. Yeni üyeler katılması, rutin ziyaretlerin sürekli aynı doktor değil de, değişik ekip üyeleri tarafından yapılması. Mesleki rollerin geliştirilmesi, çok ilginç bir fenomen tanımlanıyor. Hemşire veya klinik eczacı burada hastaları monitörize edebiliyor, ilaç rejimlerine ayarlama babında müdahale edilebiliyor, aktif görev alabiliyor.

Bunlardan bir tanesi varsa, biz burada yani takım değişiminden bahsediyoruz. Bu değerlendirme; geri bildirim, hizmet performans sonuçlarının, doktor eğitimi, doktor uyarı sistemleri, hasta eğitimi, öz bakım özendirilmesi, hasta uyarı sistemleri.

Evet, şimdi 60 çalışmada, hasta öz yeterliliğinin, öz bakımının güçlendirilmesi, ekip değişimi, vaka yönetimi, hasta eğitimi gördüğümüz gibi 10 etkili, en etkili hemoglobin A1C düzeylerin düşüşünü sağlamış. LDL düşüşünü de yine aynı şekilde hastanın kendi kendine yeterliliği diye tanımlanan ve bilgi transferinin, veri

transferinin hızlandırılması sağlamış. Bu tablolarda sistolik kan basıncı üzerine, diastolik kan basıncı üzerine, bu kalite geliştirme stratejilerinin ne kadar başarılı olduğu bu meta analizdeki sonuçlardan gözüküyor.

Bunlar iki grubu oluşturuyor: Bir, kontrol grubu, bir de müdahale grubu. Gördüğümüz gibi, çok ilginç bir sonuç. Finansal destek, pozitif performansın bu çalışmalarda çok da kaliteyi arttırmadığı ortaya çıkmış. Farklı ülkelerde uygulanan diyabet ortak bakım planları, ben bunlara girmeyeceğim, bunların her biri farklı bir seminer konusu. Bu İngiltere’de uygulanan ortak bakım planı. Bu Kanada’da uygulanan bir diyabet programı. Yine Kanada ve bu Almanların uygulamış olduğu kalite çemberi, kronik hastalıklar yönetiminde kalite çemberi.

Burada Almanlar mortalitede çok önemli düşüşler saptamışlar, buradaki grafikte görüyoruz ve ilk kez tespit edilen diyabet komplikasyonlarında ciddi düşüşler ve de genel sağlık giderlerinde multidisipliner entegre sağlık hizmeti sunumunda takip edilen diyabet hastalarının, rutin takip edilen hasta grubuna göre ciddi olarak maliyet etkin olduğu bulunmuş. Komplikasyonlarda tansiyonda düşüşler olduğunu, diyabetik ayakta düşüş olduğunu, nefropatide ve kalp krizinde düşüş olduğunu 3,5 yıl içerisinde gözlemişler.

Artı çok önemli bir olay ulusumuzun fiziksel aktivite durumu; Almanlar 8 ile 6 yıl içerisinde insanların araçlarından indirerek, toplu taşıma araçlarından indirerek bisiklete bindirmişler veya yürütmüşler işleriyle, okullarıyla evleri arasında. Bu Amerika’da bu konuda yapılmış olan bir çalışmada; gördüğümüz gibi işle okul arasında ve ev arasında yürüyerek ve bisikletle gidilen eyaletlerde, şu şehirlerde diyabet prevalansının çok düşük olduğunu, araçlarıyla gidilen, yürümenin az olduğu eyaletlerde ve şehirlerde de diyabet prevalansının çok yüksek olduğunu tespit etmişler. Çok çok önemseyeceğim bir konu, ulusal bir strateji, bütün paydaşların katıldığı, iki yılda bir, dört yılda bir yenilenen, insanların fiziksel aktivitelerinin artırılmasına yönelik bakanlıkların, STK’ların katıldığı ulusal eylem planları oluşturulmuş.

Bu tele tıp uygulamasının bir örneği, kendi hastası, kendi kan şekerini veyahut da kan basıncını ölçüyor. Doktora iletiliyor bilgisayar üzerinden, internet web üzerinden. Doktor gerekirse bu hastayı yatırıyor hastaneye, gerekirse önerilerde bulunuyor veya tedavisinde değişikliklerde bulunuyor. Çok ilginç, aynı doğum kontrol yöntemlerinde uygulanan morplant gibi yeni geliştirilmiş bir sistem. 12 milimetre genişliğinde bir glukometre veya beş tane alternatif parametreyi ölçüyor. Cilt altına implante ediliyor ve bluetoothla uzaktan hastanın kan şekerini, kolesterolünü ve diğer parametrelerini doktoruna iletebiliyor.

Dünyada hızlı bir şekilde tele tıpla takip edilen kronik hastalık oranları; bu 1 milyon 800 bin hastanın 2017 yılına kadar tele tıp yöntemiyle hastaneye yatmadan

evinden, uzaktan yönetileceğini, idare edileceğini göstermiş. Hızlı bir şekilde artıyor, bunların oranı da diyabet hastalarının oranı bu hastaların içerisinde çok önemli. Diğer KOAH, kalp yetmezliği, hipertansiyon ve mental hastalıkların dışında.

Biz Türkiye’de ne yaptık? Mahmood Adil Beyle yapmış olduğumuz ilk toplantıda sormuştu. Bir diyabet hastasının klinik kalitesi nedir diye sormuştu. Diyabet hastası olan Ayşe teyzem, Türkiye’nin sağlık sistemi içerisinde bir yıl içerisinde, bu labirent içerisinde onlarca defa aile hekimine, farklı branş hekimlerine, polikliniklere gidiyor, hastanelere yatırılıyor. Hemşire, eczacı, kaplıca, fizyoterapist, diyetisyen görüyor. Âdeta kapı kapı dolaşüyor bu sağlık sistemi içerisinde, belirlenmiş net bir yolağımız yoktu.

Bu durumumuzun çok kötü olduğunu gösteren ulusal aktivite oranımız Türkiye’de halkın yüzde 25’e yakın fiziksel aktif, Avrupa ortalaması yüzde 32’lerde. Az önce bahsetmiş olduğumuz sonuçlara geçiyorum.

“*Bilmek yetmez uygulamalıyız, istemek yetmez yapmalıyız*” demiş 17. yüzyılda Johann Wolfgang Von Goethe. Bunun için Sağlık Bakanlığımız 2009 yılında Türkiye diyabet önleme ve kontrol programı DİAPTÜRK adı altında bir eylem programı oluşturdu. Diyabetin önlendiği, yurdun tümünde etkin diyabet yönetiminin sağlandığı, diyabet yaşam kalitesi yüksek bir Türkiye amaçlıyordu bu.

Bizim görev aldığımız diyabetik bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi, hızlıca hedeflerini geçiyorum. Daha önceki bahsetmiş olduğum, aynı yani bizde olan belirlenen hedefler, az önceki uluslararası kayıtlarda bahsedilmiş olan hedeflerle biz de aynı şeyleri hedeflemiştir.

Ne yaptık? Takip ve sevk kriterleri oluşturduk diyabet hastaları için. Diyabet hasta takibinde aile hekimliğinin yeri belirlendi. Ne zaman, hangi dönemlerde, ne kadar süreyle ikincil, üçüncü basamağa bunların sevk edileceği ve klinik diyabet için klinik yollar belirlendi. Ankara huzurevlerinde diyabet prevelansıya bir çalışma yaptık, yüzde 26 civarında, toplumun çok üzerinde olduğunu. Şu anda toplu yaşanan alanlardan cezaevlerinde bir diyabet kalite ve prevelans çalışması yapıyoruz. Hacca giden 120 bin civarındaki Türk hacımın diyabet hastalarının hacda takibiyle ilgili önerileri içeren bir kılavuz hazırlandı ve doktorların bu hastaları nasıl takip edeceğiyle ilgili bir kılavuz hazırlandı. Bir de Türkiye’de sahada gerçekten diyabet yaşam kalitesinin ölçülmesine yönelik bir saha çalışması planlandı.

Benim en önemli olarak burada bahsedeceğim, halkın eğitimi açısından TRT’nin bir sağlık kanalı oluşturması, halkın fiziksel aktivitesini arttırmak amacıyla bütün paydaşların katılacağı ulusal stratejilerin belirlenmesi, kronik hastalıklar için mutlaka bir ulusal eylem planı entegre sistemi bizim ülkemizde de geliştirilmesini temenni ediyorum.

Sabrınız için teşekkür ediyorum.

# Sağlıkta Kalite Yolculuğu

## ■ Oturum Başkanı - Prof. Dr. Adnan ÇİNAL

*ABD Türkiye Sağlık Ataşesi*

## ■ Av. Süleyman H. KAPAN

*Sağlık Bakanlığı Mevzuat İşleri Daire Başkanı*

Geçmişten Geleceğe Sağlıkta Kalite

## ■ Bayram DEMİR

*Batman Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği*

Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri ve Deneyimler

## ■ Dr. Seyit KARACA

*TOBB Türkiye Sağlık Kurumları Meclis Başkanı*

Özel Sektör Gözüyle Kalite Değerlendirmeleri





## Geçmişten Geleceğe Sağlıkta Kalite

**Av. Süleyman H. KAPAN**

*Sağlık Bakanlığı Mevzuat İşleri Daire Başkanı*

İyi öğleden sonraları sayın katılımcılar, hepinize şahsım adına hoş geldiniz diyor, saygılarımı sunarak konuşmama başlamak istiyorum.

Tabii kalite uygulamalarının başladığı 2005 yılından bu yana 8 yılı geride bırakmış bulunuyoruz. Bu sunumda sizlerle birlikte sürecin başlangıcından, geçmişten bugüne kadar ülkemizdeki kalite çalışmalarının tarihsel gelişimine hep birlikte bir göz atacağız.

Sunum planına bakacak olursak, öncelikle ülkemizdeki reform çalışmaları, sağlıkta kalitenin resmi, sağlıkta dönüşüm programı, sağlıkta kalitenin gelişimi ve gelecekte kalite sonucuyla birlikte sunumumu bağlayacağız.

Ülkemizde aslında 1990'lı yıllarda başlayan sağlık reformu çalışmalarının olduğunu görüyoruz. Aslında bu konu başlıklarına baktığımızda hepimize tanıdık gelecek belki bugün itibarıyla, ama o zaman için bunlar ülkemiz adına reform sayılabilecek çalışmaları veya en azından düşünce bazında reform sayılabilecek konulardı.

Bunlardan birincisi, tüm sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması ve genel sağlık sigortasının kurulması. Yine birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği yapısıyla yeniden yapılandırılması, hastanelerin özerk işletmeler haline dönüştürülmesi ve Sağlık Bakanlığının planlayıcı, denetleyici, kural koyucu rolüne uygun olarak bir yapılanmaya, merkez teşkilatında bir yapılanmaya gidilmesini öngören reform çalışmaları kurgulanmıştı.

Ancak tabii o yıllarda bu konu başlıkları altında çok önemli teorik çalışmalar yapılmış olmakla beraber, bu çalışmalar maalesef pratiğe yansıyamamış, teorik çalışmalar düzeyinde kalmıştır.

2003 yılının başına geldiğimizde, aslında ülkemizdeki sağlıktaki kalitenin resmine şöyle bir bakacak olursak. Ülkemizde sağlık sisteminin ihtiyaçlarına cevap verebilecek bir kurumsal yapılanma ve anlayış ülkemizde maalesef bulunmamaktaydı. Yine kalite alanındaki çalışmalar, hem sağlık sisteminin gerekliliklerine, hem de sağlık yapımıza uygun olmadığı gibi, hem de sistematik bir yapıya sahip değildi. Bu çalışmalar daha ziyade kurumlarda birtakım kalite gönüllüsü olarak adlandırabileceğimiz birkaç kişiden öteye geçmeyen kişisel çabalardan ibaretti.

Yine çok az sayıda hastanemizin gündeminde kalite çalışmaları vardı, birçok hastanemiz için kalite çalışması, kalite kavramı maalesef gündemlerinde yer almamaktaydı. Bunun yanında bu bireysel çabalarla yürütülen kalite çalışmalarının da herhangi bir standardı maalesef yine yoktu. Diğer taraftan bu bireysel yapılan çalışmalarda da hiçbir şekilde bilgi paylaşımı bulunmamaktaydı.

Diğer taraftan kaliteli hizmet sunumu, hem kurumlarımızın, hem de hastaların öncelikleri arasında yer almamaktaydı. Hastaların önceliği hekime ulaşmak, kurumlarımızın önceliği ise sadece hizmeti sürdürmek; Yani hastaları muayene edip göndermek, başka da bir maalesef anlayış yoktu.

Diğer taraftan yine yöneticiler ve çalışanlar, hastanelerdeki hizmet süreçleri ve uygulamalar konusunda yeterli bilgiye sahip değillerdi. Yine en önemli eksikliklerden bir tanesi de, ülkemizdeki tüm sağlık sistemine rehberlik yapacak kurumsal bir yapılanma maalesef bulunmamaktaydı. Yine buna bağlı olarak da Bakanlık bünyesinde de kurumsal bir yapılanma, sağlıktaki kalitenin artırılmasına yönelik, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik bir kurumsal teşkilatlanma yapısı da yer almıyordu.

Tabii bu tespitler yapıldıktan sonra, daha sonra 2003 yılında sağlıkta dönüşüm programı kurgulanmış ve bu programın amaçlarına baktığımızda; en önemli ilkelerinden bir tanesi, insan merkezli. Hem hasta, hem çalışanların işlemlerini kolaylaştırmak, hem hastaların iyi bir hizmet almasını sağlamak, hem de çalışanların güvenli ortamlarda hizmet sunmasını sağlamak amacıyla insan merkezli bir yapıya büründürülmüştür. Yine dikkat çeken bir özellik de, sürekli kalite gelişimini öngören bir amacı bulunmaktaydı. Diğer özelliklerini de sunumda görüyorsunuz.

Tabii sağlıkta dönüşüm programının da ana ilkeleri vardı sekiz tane. Bunlardan aslında iki tanesi bizim açımızdan dikkat çekici. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı; yani hizmetlerin standartlarını belirleyen, kural koyan, uygulamaların çerçevesini belirleyen ve bunları denetleyen, bu standartların uygulanma düzeyini denetleyen bir Sağlık Bakanlığı yapısı ve pratiği amaçlanıyordu.

Yine sağlıkta dönüşümün altıncı maddesine baktığımızda “*nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon*” başlığını görüyoruz. Bizim tabii bu sunumumuzdaki konu, nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için katle ve akreditasyon. Tabii bu kalite yolculuğuna giderken, bakanlık 2005 yılından itibaren ilk defa sağlık hizmetlerini kapsayan, sağlık hizmetlerine özel ve tüm süreçleri kapsayan bir standart belirleme sürecine girmiştir.

2005 yılına kadar hiçbir şekilde kurumlarımızda sağlık hizmetlerine yönelik standartlar maalesef yoktu. 2005 yılında 100 standartla başlayan standartlar, daha sonra 2007 yılında 150 standarda, 2008 yılında 354 standarda, 2009 yılında özel hastaneler için olan sette 388 standarda ve 2011 yılında son standartlarımız ise 621 standarda çıkarak, yıllar itibariyle hem sayısal manada, hem standartların içeriği ve kapsamı mahiyetinde önemli oranda değişime ve gelişime uğramıştır.

2005 yılına baktığımızda, bakanlığın sağlık hizmetlerine yönelik standart belirleme sürecine başladığını ve Sağlık Bakanlığı için bir milat olduğunu, sağlık kurumları için bir milat olduğunu söyleyebiliriz. İlk standartlar 100 sorudan oluşan bir soru setiyle beraber belirlenmiş ve 2005 yılının ikinci yarısından itibaren, Temmuz’dan itibaren kurumlarımızda uygulamaya konulmuştur.

Tabii 2005 yılında, biraz önce de bahsettim, resim çok parlak değildi. Kurumlarımızda kaliteli hizmet anlayışı maalesef yoktu. O yüzden bu standartlar aslında ilk etapta yöneticilerde ve çalışanlarda kaliteli hizmet sunumu farkındalığı oluşturmayı amaçlıyordu. Yine kurumlarda süreçlerin ve kurumlarımızdaki uygulamaların dokümente edilmesi, hem de süreçlerin belirlenmesi amacını taşıyordu.

Yine diğer taraftan bu standartların önemli bir işlevi, her hekime bir oda oluşturulması amacını taşıyordu. Diğer taraftan bu standartlar tabii ki ilk sağlık kurumlarının gündemine ilk defa girdiği için, kurumlarımızın bu soruları sorgulayarak kendi kendine puan vermesi şeklinde bir yapılanma vardı. Bunun da amacı, kurumlarımızı bu sürece alıştırmak ve kurumlarımızın benimseme sürecinde, sürecin kolayca ilerlemesini sağlamaktı. Yoksa bugünkü olduğu gibi dışarıdan bir değerlendirme sistemiyle süreç başlamış olsaydı, herhalde ölü doğum olurdu diye düşünüyorum.

Diğer taraftan tabii bu standartların da kurumlarımız açısından önemli bir işlevi oldu. Kurumlarımız bu standartlarla birlikte, hem süreçlerini, hem uygulamalarını sorgulamaya başlamış, daha da önemlisi artık hastalara nasıl daha iyi bir sağlık hizmeti sunabilirim? Çalışanlarıma nasıl güvenli bir hizmet ortamı tesis edebilirim düşüncesinin yavaş yavaş yerleşmeye başladığı dönem başlangıcı olarak dile getirebiliriz.

Yine standartların puanlama mantığının başladığını görüyoruz. Diğer taraftan kurum altyapı kriterleri belirlendi 2005 yılında. Özellikle 2005 yılında kurumlarımızda bilgi işlem ve otomasyon altyapısı bulunmadığı için, bu standartlarla birlikte bilgi işlem altyapısının da kurulması amaçlandı. Diğer önemli bir amacı, hekim seçme uygulamasının başlamasında önemli etkenlerden bir tanesidir. Bu standartlarla birlikte hekim seçme uygulamasının da önü açılmıştır.

2005 yılına kadar baktığımızda, aslında çok önemli bir tespit var. Hastanelerimizde bulunan birimlerin ve uygulamaların aslında çok da mevzuata uygun olarak yapılanmadığını ve işlemediğini görüyoruz. Bu standartlar aslında ekseni kaymış olan kurumlarımızın yeniden kaliteli sağlık hizmet sunumu eksenine oturması için bir rehber, bir pusula görevi görmüştür. Bu standartlarla birlikte yeniden kurumlarımızın mevzuata uygun olarak yapılandırılması, özellikle birimlerin hem mevzuata, hem de tıbbi gerekliliklere uygun olarak yapılandırılması amaçlanmıştır.

Yine aslında tıbbi ve destek birimler bazında standart, 100 soruyla da olsa aslında birim bazında standartların ve uygulamaların belirlenmeye başladığını görüyoruz. Tabii bu 2005 yılındaki standartlarla birlikte ameliyathane, yoğun bakım, acil servis, laboratuvar, radyoloji ve hasta odaları gibi, aslında sağlık hizmet sunumunun en kritik noktaları olan noktalardaki birimlerin mevzuata uygun olarak yapılandırılmaya çalışıldığını görüyoruz.

2005 yılındaki sağlıkta kalite uygulamasına baktığımızda dört parametresi olduğunu görüyoruz. Burada standartların yer aldığı parametre kurum kalite kriterleri ve buradaki parametreler, yani kurum kalite kriterleri yüzde 25 ağırlığa sahip ol-

duğunu görüyoruz. Bu yansıda gördüğünüz slâyтта 2005 yılındaki ilk belirlenen 100 standarttan bir bölümünü örnek olarak koydum. Standartın kendisi ve altında kısa bir açıklamasını görüyoruz. İlk standartlarımız bunlardı.

Yine kurum altyapı kriterlerini görüyoruz. Bu da aslında birimlerin, biraz önce de bahsettiğim gibi birimlerin mevzuata uygun olarak yeniden yapılandırılmasını amaçladığını görüyoruz. Poliklinik odalarının ne şekilde dizayn edileceği, yoğun bakımların ve ameliyathanenin ne şekilde yapısal olarak dizayn edilmesi gerektiğini ortaya koyan standartlar.

Daha sonra bu uygulama 2006 yılında bir revizyona uğruyor. Burada dikkat çekici, aslında standartlarda bazı sorularda kısmi değişiklikler olmasına rağmen, yine 100 soruyla devam eden bir standart seti devam ediyor. Ancak burada kurum altyapı değerlendirme dediğimiz, biraz önce bahsettiğim birimlerin ameliyathane, poliklinik gibi birimlerin il performans kalite tarafından değerlendirilmesi sürecine geçildiğini görüyoruz. Aslında yavaş yavaş dış gözle kurumlarımıza bakma sürecine doğru geçiş süreci olduğunu görüyoruz.

2007 yılına geldiğimizde, sistem üçüncü revizyonuna uğruyor ve yeni standartlar yayımlanıyor. Burada yine bir adım daha uygulamanın ileriye doğru gittiğini görüyoruz. Kurum altyapı ve süreç değerlendirme kriterlerinin artık biraz önce bahsettiğimiz o kurum kalite kriterlerinin, hastanenin kendi kendine değerlendirilmesi uygulamasına son verilerek, il performans kalite koordinatörlükleri ve bakanlık değerlendiricileri eliyle değerlendirilme sürecine geçildiğini görüyoruz.

2007 yılında belirlenen standartların özelliğine bakacak olursak, birim bazlı standart ve uygulamaların belirlenme sürecinin olduğunu görüyoruz. Yine bir önceki uygulamadaki kurum kalite kriterleriyle, kurum altyapı değerlendirme kriterlerinin tek bir parametre olarak birleştirildiğini görüyoruz. Standart sayısının 100'den 150'ye yükseltildiğini görüyoruz ve o 150 standardın uygulama rehberlerinin hazırlanmış olduğunu söyleyebiliriz.

Burada diğer uygulamadan farklı olarak standartların önemine göre farklı puanlandırıldığını görüyoruz. Yine standartların içeriğinin değiştirildiğini görüyoruz ve biraz önce de bahsettim, bir kez daha altını çizerek söylüyorum. 2007 yılında ilk kez hastanelerimiz dış bir göz tarafından değerlendirilmeye başlamıştır.

Bu slâyтта da 2007 yılındaki standartlarımızın bir örneğini görüyoruz. Bu standartların uygulanmasına ilişkin bir uygulama rehberi hazırlandı. Yine kurumlardaki, hastanelerimizdeki, kurumlardaki iyi uygulamaların paylaşılması amacıyla örnek uygulamalar rehberi oluşturuldu.

2008 yılına geldiğimizde, yeniden sistem bir revizyona uğrayarak, bir basamak daha üste çıkan bir sisteme dönüştü. Burada artık standartların hizmet kalite standartları adını aldığını görüyoruz ve yine değerlendirmeler il performans kalite koordinatörlüğü ve bakanlık değerlendiricileri tarafından değerlendirme sürecinin devam ettiğini görüyoruz.

2008 standartlarının özelliğine baktığımızda, bu standartların hasta ve çalışan güvenliği temasıyla hazırlandığını ve hasta ve çalışan güvenliği eksenine oturduğunu görüyoruz. Yine kurumlarımızdaki tüm süreçleri esas alan standartların belirlendiğini görüyoruz. Diğer taraftan uygulamaları sistematize eden, her standardın kendi içinde bir uygulama bütünü olarak gören ve standardın alt kriterlerinden birinin değerlendirilmediği takdirde, o uygulamayı yeterli görmeyen, yani sistematik bir yapıya dönüşen bir standartlar dizini görüyoruz.

Yine bu 2008 standartlarıyla beraber, daha önceki uygulamada büyük ölçüde karşılandığı veya karşılanma imkânı olmadığı düşünülen birtakım standartlar revize edilerek, yenileri geliştiriliyor ve 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan kapsamlı bir set haline geldiğini görüyoruz.

Diğer taraftan ağız dış sağlığı merkezleri için, ağız dişe özel spesifik standartların geliştirildiğini. Yine acil sağlık hizmetleri için 112'ye özel, 112 acil sağlık hizmetleri standartlarının geliştirildiğini görüyoruz ve alt tarafta da bu standartların kitaplaştırılmış resimlerini görüyoruz. Bu slâyımda da, 2008 standartlarının bir örneğini görüyoruz. Burada da yine standartlar alt parametreleriyle birlikte daha detaylı olarak uygulamayı çerçeveleyen bir uygulama bütünü olduğunu görüyoruz.

2009 yılına geldiğimizde, özel hastaneler için ayrı bir set hazırlanıyor ve bu sette de 388 standart ve 1450 alt değerlendirme ölçütünün olduğunu görüyoruz. 2011 yılına geldiğinde, tekrar sistem yeniden revize edilerek standartlarda yeni bir gelişim süreci başlıyor ve burada hizmet kalite standartlarının artık altı ayda bir uygulanmaya başladığını görüyoruz. Yine bu kalite uygulamasının yeni uygulamalarından biri de indikatör takibi olduğunu görüyoruz.

2011 yılında artık şu anki adıyla sağlıkta kalite standartlarının kamu, özel ve üniversiteyi kapsayan tek bir set haline geldiğini görüyoruz. Yine bu standartların birbiriyle ilişkilendirilmesi ve kurumun tüm bölümlerini kapsaması amacıyla boyutlandırma yapısının geliştirildiğini görüyoruz ve belirlenen standartların geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Diğer taraftan standartların hem izlenilebilirliği, hem de kurumlar arası karşılaştırmaları yapılabilmesi amacıyla kodlama sistemi geliştirilmiştir. Yine bu standartların daha iyi anlaşılabilmesi adına tanımlar dizini, bilgilendirme dizini oluşturulmuştur. Toplamda da 621 standarttan oluşan bir set haline gelmiştir. Şu an yeni standartlarımızın yapısını zaten hâlihazırda hepimiz biliyorsunuz. Örnek olarak buraya 2011 standartlarından da bir bölüm koydum. Burada da bu standartlara ilişkin hem birtakım uygulamaları detaylı olarak rehber şeklinde anlatan uygulama kitapçıklarını, hem de standartların kitaplaştırılmış hallerini görüyoruz.

Peki, bu standartların sağlık durumlarına veya ülkemizdeki sağlık hizmetlerine etkileri nedir diye bakarsak. Aslında ülkemizdeki Edirne'den Hakkari'ye, Diyarbakır'dan Trabzon'a tüm illerimizdeki tüm sağlık kurumlarımızdaki hizmetleri standardize ettiğini, uygulamaları hem tekleştirdiğini, hem de standardize ettiğini

görüyoruz. Yine standartlar sayesinde uygulamaların ve süreçlerin sistemli olarak uygulandığını görüyoruz.

Diğer taraftan bu standartlar yoluyla, aslında kurumlarımızın hem eski binalarda tadilatlar yapılması, hem de tıbbi cihaz donanım bağlamında modern cihazlar alarak, hem fiziki anlamda, hem cihaz anlamında kurumlarımızın daha modern, daha yenilikçi hale geldiğini görüyoruz ve her geçen gün de kurumlarımızın daha iyiye giden yolda da iyileştiklerini hep birlikte zaten müşahede ediyoruz.

Diğer taraftan, artık kurumlarımızda hasta ve çalışan güvenliği kültürünün yerleştiğini, ancak hasta ve çalışan güvenliğini daha iyiye götürme noktasında gayretlerin olduğunu görüyoruz. Zaten kongredeki 1700 kişi ve salonlardaki sunulan sözel bildirilere baktığımızda, aslında kurumlarımızdaki çalışan ve hasta güvenliği çabalarının da ne kadar önemli olduğunu, ne kadar artık gündemimizde olduğunu hep birlikte görüyoruz.

Yine standartların, aslında kurumların kendilerini geliştirmeye fırsat tanıdığını, kurumların kendilerini geliştirmeye imkân tanıdığını görüyoruz. Yine standartların kurumlardaki verimliliği, hasta merkezliliği ve etkililik hususlarını hedeflediğini görüyoruz. Diğer taraftan artık hem kurumlarımızda, hem tüm yöneticilerimizde ve çalışanlarımızda kaliteli sağlık hizmeti sunma sorumluluğunun ve bilincinin geliştiğini görüyoruz. Artık herhalde hiçbir kurumumuzda kaliteli hizmet sunma hedefi olmayan çalışan veya kurum olmadığını rahatlıkla söyleyebiliriz. Az ya da çok her kurumun kendine göre bir kaliteli hizmet sunma hedefi ve çalışmaları var. Bunlar da takdire şayandır. Her kurum kendi öz koşullarına göre, kendi uygulamalarına göre mutlaka daha iyiye gitme noktasında adım adım ilerliyor. Bu da ülkemiz adına sevindirici bir durum.

Diğer taraftan, artık kurumlarımızdaki tüm uygulamaların süreç ve sonuç bazlı değerlendirildiğini, kurumlarımızın artık tüm uygulamalarına bu eksende sorgulayarak, kendilerini daha iyiye götürme noktasında ilerlediklerini görüyoruz.

Diğer taraftan, artık bu çalışmaların ülkemiz genelinde tüm sağlık çalışanlarının gündeminde olduğunu artık hepimiz biliyoruz. Süreçleri ve hizmetleri standardize ederek, artık vatandaşların hangi kuruma giderse gitsin, hangi uygulamalarla ve hangi hizmetlerle karşılaşacaklarını bildikleri dönemi yaşıyoruz.

Gelecekte de artık sağlık sisteminin daha ileriye giderek, akreditasyon sürecine gideceğini düşünüyoruz. Birincisi, kalite sistemi artık kaçınılmaz, tüm sektörü kapsayan, hizmet kalite standartlarının artık tüm kurumlarda uygulandığı süreç kaçınılmaz. Ancak diğer taraftan akreditasyonun gönüllülük esasına dayalı olarak ülkemizde bir sistem halinde kurgulanacağını ve ülkemizde akreditasyon sisteminin yakın zamanda artık bu gelişmelerin sonucu olarak, uzak bir tarih olmadığını düşünüyorum.

Sunumum burada sona erdi, çok teşekkür ediyorum.

## Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri ve Deneyimler

### Bayram DEMİR

#### *Batman Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği*

Sayın Başkanım, Sayın Genel Müdürüm, değerli misafirler; hepinizi saygıyla selamlıyorum, hoş geldiniz.

Ben sunumumda sizlere “sağlıkta kalite değerlendirmeleri ve deneyimleri” başlıklı bir sunum yapacağım. Tabii bu sunumda bugüne değin sağlık sektöründe, gerek dünyada, gerekse Türkiye’de ve Sağlık Bakanlığı özelinde kalite değerlendirmelerinin, kalite sertiveninin fikri ve tarihsel arka planı hakkında malumat vermeye çalışacağım.

Sunum planı; sunumun amacı kalite değerlendirmeleri ve deneyimlerin anlaşılması için tarihsel ve günsel analizin yapılması. Kalite olgusuna nereden geldiği noktasında, bir de bildiğimiz tarih sürecinde insanoğlunun sürekli bir biçimde kullanacağı, mübadele edebileceği veya pazarlayacağı ürünü veyahut da hizmeti iyileştirmek ya da bir adım öteye taşıyabilmek için sürekli bir uğraş içinde olduğunu görmekteyiz; bu süreç tabii olarak gelişen bir şey. Aslında buradan çıkan sonuç da, yani sürekli kullanılan bir kavram, sürekli iyileştirme. Yani kalitenin temel kavramlarından olan sürekli iyileştirme kavramının da yeni olmadığını anlayabiliyoruz.

Zira sağlık hizmeti veren her kişi veya kuruluş da, verdiği hizmeti iyileştirmek için arayış içinde olmaktadır ve olacaktır. Çünkü sağlık kapsamında hastaya verdiğimiz her hizmetin toplumsal algısı, niceliksel boyutundan farklı bir şekilde çarpan etkili oluşturmaktadır. Hizmeti sadece bir hastaya veriyorsunuz, ama o hastanın hizmet hakkında çevreye verdiği geri bildirimler çarpan etkisi oluşturmaktadır. Yani bir hastaya hizmet veriyorsunuz, ama 10 hastanın hastane hakkındaki veya sağlık kuruluşu hakkındaki veyahut da o hizmet hakkındaki geri bildirimlerine muhatap kalabilirsiniz. Bunu hasta hizmetini yönetmek olarak algılayabiliriz. Dolayısıyla tam o süreçte nitelikli hizmet sunumu için kılavuzlara ihtiyaçlar doğmaktadır.

Sağlık sektöründe hizmeti daha iyi hale getirme yaklaşımı, diğer alanlarda da olduğu gibi, kalite kavramıyla ete-kemiğe bürünmüştür. Ancak iyi hizmet ve kaliteli hizmet kavramlarının aynı olmadığını biliyoruz. Medipol Üniversitesi Rektörü Sayın Sabahattin Aydın Hocamızın da çoğu zaman verdiği bir örnek var. Belki hastanın ameliyat ederek veya tedavisini yaparak onun akut sorununu çözebilirsiniz. Ancak tevdi sürecinde yaşadığı sorunlar, gürültü olsun, davranış olsun veya benzer sıkıntılar, o hastanın tam bir salahiyetle, yani Dünya Sağlık Örgütünün öngördüğü hasta sağlıklı şekilde taburcu olabilecek mi? Bunun çoğu zaman olmadığını görüyoruz. Dolayısıyla bu kavramların aynı olmadığını belirtmek için iyi bir örnek. Yani hizmeti iyi sunuyor olabilirsiniz, bir makineye müdahale eder



gibi, işte böbreğini alırsınız, apandisitini alabilirsiniz, ama kalite kavramını karşılamayabilir bu hizmetiniz.

Dolayısıyla sağlıkta kalite deyince aklımıza standardize edilmiş, iyi bir sağlık hizmet sunumu belirlemelidir. Bu nedenle bu kelimeler birbirinden ayrılmaz olmalı; iyi ve kaliteli sağlık hizmeti. Yani bir diğerinin mütemmim cüzü diyebiliriz eski-lerin tabiriyle. Şimdi yani gerek sağlık sektöründe kullanabileceğimiz her kavram, şu daire içerisinde gösterdiğimiz her kavram ve dahası kalite kavramı içerisinde yer bulabilir. Bunların tamamı sağlık, doktor, hemşire, röntgen, elektrik, medikal gaz panoları hakikaten de sağlıkta kalite standartları içerisinde bunların her biri için standartlar yer almaktadır ve bu anlayış da sağlıkta kalite kavramının çok geniş olduğunu da anlayabiliyoruz.

Sağlıkta kalite kavramının bir tarihi seyrini vermek istiyorum. Dünya ölçeğindeki gelişmeler, Türkiye ölçeğindeki gelişmeler, bakanlık düzeyindeki gelişmeler ve SKS'nin doğuşuna kadar olan ki süreç.

Bildiğiniz anlamıyla sağlıkta kalite anlayışı 20. yüzyılın bize kazandırdığı bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım gerek sivil toplum kuruluşları eliyle ve gerekse de uluslararası kuruluşlar ve devlet kuruluşları eliyle başlamıştır bu çalışmalar. İlk profesyonel çalışmalar daha çok batı kaynaklıdır. Kalite çalışmaları 1990'lı yıllardan sonra bir şekilde ülkemiz gündemine girmiştir. O yıllardan itibaren sağlıkta kalite yönetimi ilk olarak ISO kavramlarıyla gündeme gelmiştir. 1987 yılında kalite güvence yönetim standartları yayınlanmış, 2000 yılında yapılan revizyon ile de sağlık yönetimi entegrasyonu amaçlanmıştır, ISO 9001 2000'de.

Ülkemizde kalite konusundaki yaklaşımlar da genel itibariyle ilk sıra endeksli görüldüğü için, kurumlar ISO belgesini almayı hedef belirlemiştir. Burada bir temel yanlış vardı. Yani neredeyse belgenin kendisinin hizmeti iyileştirmeye yeteceği zannına kapılmıştır. Birtakım haber örnekleri vermek istiyorum. Bu o dönemki yaygın basında yer bulmuş haber örnekleri. Biri “SSK hastaneleri ISO 9000'e hazırlanıyor” diğeri “ISO belgesi bile SSK'da hasta kuyruklarını sona erdiremedi. Şanlıurfa SSK Hastanesi ISO 9002'yi istiyor” ama o dönemki yöneticiler ISO yönetim belgesini almayı şeref meselesi haline getirdiklerini beyan ediyorlardı.

Aslında bunlar kötü değil. Çünkü bu haberlerden anlaşılacağı üzere, eski dönemde de olsa, hatta bir de son haberi okumayı unuttum. Hastanenin ismini vermeyeyim “... devlet hastanesi ISO 9001'i hak ediyor mu?” bu da hasta kuyruklarından ötürü yapılmış bir haberdir. Bu ülkemiz sağlık yöneticilerinin hizmetleri iyileştirmek için adım attıklarını ve bunu sürekli kılmak için bir arayışa girdiklerini, metodolojik bir araca ihtiyaç duyduklarını anlayabiliyoruz. Ama belli ki bir dönem ISO sihirli değnek olarak algılanmış bir marka imajı yaratmaya yönelik. Fakat bakanlığımızın yayınladığı standart seti dışında, ülkemizde üretilen bu tür bir metodolojik araç bugüne kadar yayınlanmamıştır.

Sağlıkta kalite değerlendirmelerinin Sağlık Bakanlığı ve diğer hastanelerdeki serüveninin ise sistematik olmayan çalışmalar. Yarı sistematik çalışmalar ve sistematik çalışmalar dönemi diye üçe ayırabiliriz. Sistematik olmayan çalışmaların özellikleri; sağlık kuruluşları ve özellikle kamu sağlık kuruluşları bir şekilde kendisi için soyut bir hedef olarak belirlenmiş kalite çalışmalarını sürdürmüştür. Burada takip eden bir yapı yok, düzenleyici ve denetleyici bir yapı yok, yol gösterici bir yapı yok. Sonuçlarının ne olacağı hakkında yeterince bilgilendirilmemiştir kurumlar. Takip eden yapılar boy vermiş, ama kılavuzluk edecek birikim tam değil. Standartların doğası ve yerine getirilmesinde alternatif yaklaşımlar ele alınmamıştır.

Yarı sistematik çalışmalarda da dediğimiz gibi bir birikim yok tam olarak. Kurumlar dünyadaki gelişmelerin etkisiyle, sonuçları sağlık sektörü için öngörülmemiş çalışmaları temel rota olarak ele almışlardır. Sürdürülebilir bir yapı-sistem kurulamamıştır. Bireysel gayretlerden beslenen bir organizasyon kültürü vücut bulmuştur.

Sistematik çalışmalar; yol gösterici ve hedef koyan, ayrıca riski üstlenen yapıların varlığı, kural koyucu bir kılavuzluk dönemi söz konusu. Kurumlar kendileri için belirlenmiş hedefleri yerine getirme eylemine aktif bir şekilde katılmıştır. Kılavuzlardan yararlanmışlardır, bireysel çabalar yerine kurumsal gerekliliklerden destek alınmıştır. Ayrıca kural koyucu ve takip eden bir sistem kurulmuştur.

2000'li yılların başında Sağlık Bakanlığında kalite çalışmalarını uygulamak üzere temel çalışmalar başlatılmıştır. Burada bir şeye vurgu yapmak istiyorum. Sistematik olmayan kavramı izah etmek istiyorum. Bunu esasen bir olumsuzluk olarak nitelendirmiyoruz, ama araç ve amaç uyumsuzluğu ekseninde ele almak daha doğru gibi gelecektir.

İlk dönem çalışmalarının amacı Sağlık Bakanlığında; kendisine bağlı yataklı tedavi kurumlarındaki hizmet sunumuyla ilgili vizyon, misyon ve ilkeleri belirlemek, toplam kalite yönetimi felsefesinin Sağlık Bakanlığı yataklı tedavi kurumlarına profesyonel bir yaklaşımla adaptasyonunu ve kurumsal değişimini sağlamaktır şeklinde ifade edilmiş amaçlar. Burada oldukça soyut ve takip edilebilir olmaktan uzak bir amaç belirlenmiş.

İlk mevzuat adı Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi. Amacı; Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumlarında sunulan bütün hizmetlerin ve faaliyetlerin toplam kalite yönetimi anlayışıyla, kalite, güven, yüksek verim, motivasyon, süreklilik, rekabet, ekip anlayışı ve kalite kültürü içinde yürütülmesine ilişkin usul ve esasları belirlemek olarak belirtilmiştir.

2001 yılında yürürlüğe girmiş, ama zorunlu kılınmasına rağmen, uygulanma düzeyi istenilen şekilde gerçekleşmemiştir. Hastaneler bu modelde iş görmeye alışık değillerdi. Alışık olmadıklarından, hayata geçmesi de ömrü gibi sıkıntılı

olmuş. Kurumların önüne somut yapılması gerekenler konulmadığı için, el yordamıyla iş görülmesi sistemin işleyişinde zorluklar oluşturmuştur.

Hatta 2003 yılında Dünya Sağlık Örgütü şöyle diyecekti. Buraya İngilizcesini aldım. Dünya Sağlık Örgütünün akreditasyon üzerine yazdığı kitapta, Türkiye'yle ilgili sadece bir paragraf var. O paragrafta da; 2000 yılında başlayan ve 2003 yılında sonuçlanan bir çalışmanın neticesinde ele alınan bu paragrafta, akreditasyon için bir kanun olmadığı, bu ruhsatlandırma için birtakım kanuni zorunlulukların bulunduğu vurgulanmış, başka da bir şey yok. Dolayısıyla bugünden geriye doğru baktığımızda, son 10 yılda oldukça önemli adımlar atılmış, herkese teşekkür etmek lazım.

Bir de en son bakanlığımızın teşkilat kanununda, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede, akreditasyonla ilgili hükümlere yer verilmiştir. Burada tabii 2003 yılındaki sağlıkta dönüşüm programına vurgu yapmakta yarar var. Benden önceki Süleyman Hafız Kapan Bey de vurgu yaptı. Temel ilkeleri arasında sürekli kalite gelişimi, bileşenleri arasında ise nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon hususları yer almaktadır. Buna göre ulusal kalite ve akreditasyon kurulması amaçlanmıştı. Fakat henüz gerçekleşmiş değil.

Bakanlıkta profesyonel bir süreci başlatacak ilk mevzuat 2005 yılında yayımlandı. Süleyman Bey de belirtti. Bu mevzuatın özelliği soyut olmayan ve kurumlara neyi niçin ve nasıl yapacağını vazetmesi nedeniyle, kalite mevzuatı açısından ayırt edici bir özelliğe sahiptir. Adı epey uzun; Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları, Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi.

Bu performansa dayalı ek ödeme sisteminin niceliksel boyutunun yanı sıra, niteliksel boyutunu ihmal etmemek için ortaya konan kalite yaklaşımı bu yönergeyle hayata geçmiştir. 100 soruluk bir kalite geliştirme kriterleri var. Bu da öz değerlendirme usulüyle yapılıyor. Bir de temel kriter formu kullanılmış. Bu da daha çok fiziki şartları değerlendiren bir bileşen olarak yer almıştı.

Burada tabii birçok paydaş var bu yönergenin hayata geçirilmesinde. İl sağlık müdürlüğü var, il idare kurulu var. Belki buradan hatırlayanlarınız olacaktır. Sağlık Bakanlığı kadrolarının taşra teşkilâtı da dahil bütün çalışanları sürece dahil edilmişti. Dolayısıyla 2005 yılını kalite çalışmaları açısından bir milat olarak kabul etmemiz mümkün.

Standartlar ve yasal mevzuat çeşitli aşamalardan geçerek bütün sektörü içine alacak şekilde geliştirildi. Önce kurumların niteliğine göre dizayn edilen standartlar, son halinde hepsini içerecek şekilde düzenlendi. Kamu-özel sektör ve üniversite hastanesi ayrımı ortadan kaldırıldı. Her geçen yıl daha da gelişerek, 2011 yılındaki son halini aldı.

Burada duracağını sanmıyorum. Zira ISQUA'yla yapılan anlaşma gereği yeni bir aşamaya daha girilmiş durumda. Hizmet kalite standartları ve sağlıkta kalite stan-

dartları dönemini de detaylıca incelemekte yarar var. HKS, SKS uygulamalarını diğerlerinden ayıran en önemli özellik kullandığı dildir. Buyurgan değil, toplayıcı, dahil edici bir dil. Kullandığı kavramlar açısından da manidardır. Kalite denetimi değil, kalite değerlendirme. Burada kurumu tabi olan değil, paydaş gören bir yaklaşım söz konusu. Tetkikçi veya denetçi değil, değerlendirici tabiri söz konusu. Kusur bulan, yani kusur bulan, tenkit eden değil, teşvik eden kişi olarak ele alınır. Değerlendirmeleri yapanlar sağlık teşkilâtının farklı kademelerindeki mensuplar.

Standartları uygulama noktasında ehil kişilerden seçilmiş değerlendiriciler. HKS okulu eğitiminden geçmiş kalite direktörleri. Formel eğitim ve usta-çırak eğitiminin yer aldığı değerlendirici eğitimleri. Değerlendirmeye konu olan kurumlar ve onları değerlendiren kişilerin eşit şartlara sahip olduğu bir süreç. İşte HKS, SKS döneminin temel taşları hep bu söz ettiğimiz ilkelere yattıyor.

SKS eylem safhasından söz etmek istiyorum. Gerçi Süleyman Bey de 2007-2008-2009 yıllarına değindi. Burada değerlendirmelerin merkezi, değerlendirmelerin özellikle başladığı 2010-2011 ve 2012 yılları önemli. Bugüne kadar 600 değerlendirici ve 100 ekip sorumlusu bu işlerde çalıştı. Bu yaklaşık rakamlar, üç aşağı beş yukarı olabilir. 2900 kamu hastanesi ve özel hastane değerlendirildi. Ayrıca çok sayıda eğitim verildi. Tüm bunlar kalite değerlendirme süreçleri açısından önemli faktörlerdir. Çünkü bir yılda iki kez dış değerlendiriciler eliyle değerlendirilmeye tabi tutulmak, hastanelerde etkili bir sinerji oluşturuyor. Böylece hastaneler müesses bir sistem kurmanın gerekliliğine ikna olarak adım atıyorlar. Değerlendiriciler olmasa da, kalite standartları hükümleri temel faaliyet alanları haline geliyor ki, biz bunları sahada kendi gözlerimizle birçok kez gördük.

Yapılan çalışmalar 6 yıl içerisinde profesyonel bir düzeye taşındı. Kurumsallaşma yolunda çok önemli adımlar atıldı. Standartların uygulanması sürecinde kendi terminolojisi oluşturuldu. Standartları değerlendiren kişiler için eğitim müfredatı oluşturuldu. Standartları uygulayan ve değerlendiren kişiler için periyodik eğitimler düzenlendi.

Sahanın yerinde eğitiminden de anlamamız gereken şu: Bakanlık SKS değerlendiricileri eliyle, yerinde yaptığı 2900 değerlendirmede kurumlarda, aynı zamanda bir eğitim faaliyeti yürütmüş oldu. Çünkü bakanlık ekip sorumlularına, değerlendirme başlamazdan önce vermiş olduğu sunumda, bu değerlendirmenin aynı zamanda bir eğitim olduğunun belirtilmesini istiyor. Dolayısıyla orada her standardın karşılanma düzeyi tespit edilirken, aynı zamanda muhataplara bir eğitim veriliyor. Çünkü siz değerlendirme süreci boyunca, gün içinde her serviste en az iki kişiyle muhatap oluyorsunuz, 20'den aşağı kişiyle muhataplığınız olmuyor. Yani 2900 kurumda, en az 20 kişiden oldukça yüksek bir rakama tekabül ediyor.

İyi uygulanan sağlık hizmetleri örneklerinin diğer kurumlara taşınmasında elçi oldukları değerlendiriciler. Hastane ziyaretleri sırasında, hastaneler mevcut standartlar

ile bakanlık tarafından neyin murat edildiğini bizzat öğrenme imkânı buldular. Hastaneler yanlış yaparak doğruyu bulma yerine, bilgiyle işe başladılar. Bunlar hep bakanlığın değerlendiriciler eliyle gerçekleştirmeye çalıştığı hususlar.

SKS'nin sahadaki sonuçları; kalite hastaneler için kara kutu olmaktan çıktı. Sürekli iyileşme-iyileştirme çalışmaları mutata hale geldi. Belgelendirme sonrası eski hale dönme sendromları yerini sürekli kontrole bıraktı. Sağlık çalışanları açısından dil birliği sağlanması yolunda önemli adımlar atılmasına vesile oldu. Kurumların cezalandırıcı denetim anlayışından, değerlendirme ve iyileştirme anlayışına geçişleri sağlandı.

SKS neden başarılı oldu sorusuna çok sayıda yanıt verebiliriz, onların bir kısmını buraya almaya çalıştım. Kurumların önüne hedefler konuldu. Anlaşılmaz, gerçekleştirilmesi imkânsız soyut hedefler değildi bunlar. Standart setiyle kurumların ve de çalışanların neyi takip etmesi gerektiği olanca açıklığıyla ifade edildi. Sürekli ve net bir kılavuzluk rolünü üstlenen bir bakanlık teşkilâtı var. Gerçek ihtiyaçları gözetilen bir anlayışla dizayn edilmiştir ve standart setinin fonksiyonunun ne olduğu anlaşılıyor.

Hasta ve çalışan güvenliği anlayışı öne çıkarıldı, ulusal mevzuatın uygulanmasını pekiştirdi. Çünkü enfeksiyon kontrolü, diyaliz yönetmeliği ve diğer hususlar da bu standart setinin bir parçası. İyi uygulamaların paylaşılması kurumsallaştırıldı. Kurumlar ve kişilerin rolleri iyi tanımlandı, değerlendiriciler marifetiyle sahada eğitimler düzenlendi.

Burada tabii karşımıza birtakım önemli sorunlar çıkıyor. Yani bizler değerlendiriciler olarak sahada dört-beş yıldır bütün kurumlarda yerinde değerlendirme yapıyoruz. Birçok arkadaşımız da öyle, 700'e yakın kişi. Bunların birçoğunun kafasında bu sorular vardır ve benim de var, buraya taşımak istedim. Değerlendiriciler için nasıl bir kariyer planlaması öngörülüyor veya böyle bir kariyer planlaması var mı? Akreditasyon safhasına geçildiğinde, değerlendiriciler için ücretlendirme politikası nasıl olacak? Değerlendirme süresince değerlendiriciler tarafından yapılan masrafların karşılanma imkânı var mı? Sayın Genel Müdürümüz de burada, sunum bitişinde kendisi de cevap vermek isterse biz de memnun oluruz.

Sonuç; HKS, SKS süreci kalite anlayışı açısından bir paradigma dönüşümü olarak düşünülmelidir. SKS seti için uluslararası camiada kabul edilebilir olma yolunda önemli adımlar atılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü partnerlerinden ISQUA'yla anlaşma yapılmış olup, standart seti inşallah akredite edilecek. Bizler de bu çalışmaların içerisinde yer alıyoruz, umutla ve merakla bekliyoruz.

Bir de en önemli şey; hakikaten artık hastanelerin kalite konusundaki gündemi SKS'yle birlikte gerçek mecrasına oturmuştur diye düşünüyorum.

Teşekkür ediyorum, saygılar.

## Özel Sektör Gözüyle Kalite Değerlendirmeleri

**Dr. Seyit KARACA**

*TOBB Türkiye Sağlık Kurumları Meclis Başkanı*

Sayın Başkan, Sayın Müsteşarım diyeceğim izninizle, ilk sizi tanıdığım unvanınızla, Sayın Genel Müdürüm, değerli katılımcılar, değerli misafirler; kongrenin son gününün, sondan bir önceki oturumunun son konuşmacısı olmak biraz zor. Sabırlar zorlanmaya başladı, bunun farkındayım. Ama çok benden önce konuşan iki kamu yöneticisi arkadaşım kadar, belki disiplinli bir konuşma olmayacak, ama sizinle bana ayrılan bu 20 dakikalık süre içerisinde uzun ince bir yol diye tanımladığım bu süreçte, biraz yolculuk yapacağız.

Değerli dostlar, bu uzun ince bir yolda belki sadece geçmemiz için bırakılan zorunlu alanlardan geçmek durumundayız, başka seçeneğimiz yok. Birtakım risklere açığız özel sektör olarak. Bu risklerden belki gelişme süreci itibariyle de çok haberdar değiliz. Belki bu riskler içerisinde o risklerden korunma adına tutunma yeteneklerimiz de belki her zaman bizi koruyamıyor da olabilecek.

Birkaç akademik veriden, değerli hocalarım Selçuk Üniversitesi öğretim üyeleri Muammer Zerenler ve Adem Öğüt Hocamızın yapmış olduğu bir çalışmadan, sağlık sektöründe algılanan hizmet kalitesi ve hastane tercih nedenleri araştırması Konya örneğinden birkaç notu dikkatlerini sunmak isterim.

Burada ağırlıklı olarak üzerinde çalışılan grup içerisinde özel hastaneler var, dört tane kamu hastanesi var, toplam 12 civarında hastaneden alınan örnekler. Memnuniyetle alakalı, hizmetin özellikle, hizmetten memnuniyetin birtakım boyutları listelenmiş. Bu boyutlar fiziksel özellikler, güvenilirlik, isteklilik, yeterlilik, nezaket, inanılabilirlik, güvenlik, ulaşılabilirlik, anlayış ve iletişim. Umarım arkadaki arkadaşlarımız okuyabiliyorlardır. Projeksiyonun ve ışıkların azizliği zaman zaman okumada sıkıntı oluşturuyor.

Fiziksel özellikler; hem hizmet verilen binanın kendi fiziksel özellikleri, hem hizmet verilen alet ve edevatın özellikleri, hem de hizmet sunan personelin fiziksel özellikleri, görünüşünden jest ve mimiğine kadar. Güvenilirlik; hizmeti ilk seferde doğru sunma yeteneği, hizmetli ilgili kayıtların doğru tam tutulması, hizmeti söz verilen zamanda yerine getirebilme.

İsteklilik; personelin hizmet sunumundaki istekliliği hızlı hizmet verme yardım konusundaki gönüllülük gibi çeşitli hususları içermekte. Yeterlilik; hizmetleri gerçekleştirmek için gerekli bilgi ve deneyime sahip olmak. Nezaket, anlayış, iletişim, Tevfik Özlü Hocamın son derece güzel bir sunumu vardı, bir önceki oturumda onu dinledik. Bu çalışma çerçevesinde toplam kalite modeline de bir vurgu ve atıf oluşturulmuş. Biraz önceki boyutlar sol sütun. Sözlü iletişim, kişisel

İhtiyaçlar; hem hizmeti sunanın, hem hizmeti alanın. Geçmiş deneyimler, dışsal iletişim, jest, mimik, giyiniş. Beklenen hizmetle algılanan hizmetin bileşkesiyle oluşan algılanan hizmet kalitesi.

Bu çerçevede birden beşe kadar puanlandırmalar istenmiş değerli dinleyici arkadaşlarım, değerli dinleyiciler. Bu çerçevede hastane ortamının gürültüsüz olması beşe yakın, genel temizlik, hasta odalarının aydınlatılması, iletişim olanakları, ziyaret saatleri, çarşafın temizliği. Gördüğümüz gibi genellikle fiziksel hususlara ilişkin daha yukarıda puanlar almış hastaneler.

Daha aşağıda ise, muayene olabilmek için beklenen süre, yemeklerin sıcaklığı, yemeklerin çeşitliliği, hastanenin ulaşımı, laboratuvar ve diğer tıbbi hizmetlerden kolayca yararlanma, kayıt işlemlerinin kolay hızlı gerçekleştirilmesi gibi kriterler nispeten daha düşük notlar almış. Bunlar elbette özellikle aşağıdaki hususlardan bir kısmı, hizmet verilen mekânların yetersizliğiyle açıklanabilir veya personel azlığıyla açıklanabilir diye düşünüyorum. Araştırmanın yorumunda da bunlar zikredilmiş.

Doktorlarla ilgili bu 374 deneyim kanaatlerime gelince; doktorların kontrollerinden, doktora duyulan güvenden, saygı, nezaket ve anlayışlarından, görüşme kolaylığından doktorlar neredeyse tama yakın, beşe çok yakın puanlar almışlar. Ancak aşağıda doktorların kontrolleri ve güven duymayla alakalı bir sorun yok, beşe yakın puan almış, ama dinlemek için ayırdığı zamanda sıkıntı var. Uygulanan tedavi-tetkik ilaçları ve hastalık hakkında bilgilendirmek için yine ayrılan zamanda sıkıntı var, bilgilendirmeye alakalı sıkıntılar var. Bu da yine bir önceki oturumda bir arkadaşımızın sorduğu gibi, bu kadar az hastaya ayrılan süreyle bunların hepsini nasıl yapacağız sorusuyla sanıyorum izah edilebilecek bir husus.

Hemşire ve diğer personellere ilişkin algıya yönelik sorgulamalarda; hemşirelerin ilaç dağıtım düzeni, temiz giyimli düzgün görünüşlü olması gibi hususlar ilginçtir beşe çok yaklaşmamış, 3,53 - 4'lerde puanlar var. Alt bölümlere daha az bölümlerine de gidildikçe de yine zamanla ilgili ve hizmetin yoğunluğuyla ilgili sanıyorum sıkıntılarının getirdiği bir memnuniyetsizlik var.

Genel olarak hastanede verilen sağlık hizmetleri hakkında kanaat 3,76, 5 üzerinden. İhtiyaç olduğunda hastaneyi tekrar tercih etme durumu daha yüksek 3,85, tavsiye etme durumu 4,07. Genel bir memnuniyetten söz etmek mümkün.

Bu uzun ince bir yolda fiziksel açıdan kaliteli hizmet binaları ve çalışma ortamları hazırladı özel sektör. Tabiri caizse 2003'ten sonra başlayan süreç önümüze bir kırmızı halı serdi özel sektör olarak ve bu kırmızı halıda yatırımlar yaparak, kaliteli binalar hazırlayarak ve çalışanlar için, hizmet alacaklar için kaliteli çalışma ortamları, hizmet alma ortamları hazırlayarak özel sektör, bu uzun ince bir yolda devam etti.



Süreçler açısından insan kaynağı açısından kaliteye değinmek gerekirse, nicelik anlamında sıkıntı had safhada; hem hekim, hem yardımcı personel, hemşire, diğer insan kaynağı açısından. Aynı zamanda son dönemde idari anlamda yetersizlikler söz konusu ve yola çıktığımızda, başlangıçta nitelik anlamında da elbette sıkıntılar mevcuttu işletmelerimizde. Bunun sebepleri az önce Süleyman ve değerli dostum Bayram Beyin sunumlarındaki Sağlık Bakanlığının kalite seyri sürecinden de anlaşılabilir.

Hizmet alanların, hastaların kalitesi açısından ben bir kötüye gidiş, sağlıkta şiddetin geldiği bu nokta açısından kötüye gidiş hissediyorum maalesef. Hizmet kullanım kültürü sorunları oluşmaya başladı. Bu yönde birtakım hem kamudan hizmet alan, hem özel sektörden hizmet alan hastalarımız açısından bir çalışma yapılması gerekir diye düşünüyorum.

Hizmet finansmanı açısından kaliteye gelirse, bu bizim en önemli sıkıntımız maalesef. Kamu finansmanı ve cepten ödemelerle finanse edilen finansal kaynağımız var değerli arkadaşlar. Kamu finansmanı ayağı 7-8 yıldır maalesef zaten düşük belirlenen, ölçünün yanlış yere konulduğu bir metrik tabloyla, şimdiki adıyla SUT ile yola çıkan özel sektör, son 7-8 yıldır fiyat iyileştirmelerinden mahrum bir şekilde bazı kalemlerde de geriye doğru revizyonla gidiyor.

Cepten ödemeler konusu da, kamunun yoğun baskısıyla, kamunun ödediğinin yüzde 30'u gibi bir uygulamayla başladı sınırlandırmalar. Daha sonra yüzde 30-90 aralığı belli puanlarla genişletildi, ama şu anda o bile bize yeter durumda değil.

Yolumuza devam ediyoruz, araçlarımız değişse de, farklı araçlarla devam etsek de, zaman zaman molalar versek de. Güzergâhımızda, yolumuzda birtakım sıkıntılar engeller ve nereye çıkacağımızı bilemediğimiz noktalar olsa da, güneş doğuyor mu yoksa batıyor mu bizim için? Birtakım belirsizlikleri yaşasak da, uzun ince bir yolda devam ediyoruz.

Hızla artan özel hastane sayısı, sahiplik ve yeri açısından çeşitlilik, metropol hastaneleri, metropollerde zincir hastaneler, tek sahipli büyük hastaneler, orta ve küçük ölçekli hastaneler. Büyük illerdeki büyük ölçekli, orta ve küçük ölçekli hastaneler. Küçük iller veya büyük ilçelerdeki hastaneler, orta ve küçük ölçekli olmak üzere. Bazen kış mevsimi yaşıyoruz, bazen yağmur ve beliren gökkuşağının altından geçme umuduyla yolumuza devam ediyoruz. İnşallah baharı görürüz diye ümit ediyoruz.

Sahipliklerin etkileri nedir? En önemli etki anlayış ve uygulama. Elbette büyük zincir hastanelerde kurumsallaşma bir zorunluluk. Her kurumda aslında zorunluluk, ama bunlarda olmazsa olmaz bir zorunluluk. Bu kurumsallaşmanın getirdiği kaliteye farklı bakış, süre odaklı düşünme ve organizasyonu buna göre kurgulama, uzun erimli düşünebilme. İnternette bir alıntı; bu çerçevede belki bazen biraz da



abartıya da kaçtığımız bile oluyor. CSI hepimizin bildiği gibi Amerika'da bir akreditasyon kuruluşu, ama Amerika'dan sonra ikinci daha fazla sayıda, ikinci sayıda akreditasyon belgesi verdiği ülke Türkiye. Bu aldığım yazıda 46 diyor, ama son veriler sanıyorum bazı hastanelerimizin bu belgeyi kaybetmesiyle neticelendiği için, 34'ler civarında.

Hastane dağılımında bölgesel anlamda ciddi bir dengesizlik var. İstanbul bölgesi, Ankara ve İzmir ağırlıklı olmak üzere yüzde 50'ye yakın hastaneler, özel hastaneler bu bölgelerde dağılmış durumda. Yine sayısal ivme yukarıya doğru bu şekilde görünüyor.

Bu tepeye çıkınca, sanıyorum tepeden sonrası rahattır diye ümitle yolumuza yine devam ediyoruz, ama ufka baktığımız zaman almamız gereken çok mesafe daha var, öyle görünüyor. Bazen kendimizi okyanusun ortasında kanoyla yolculuk eden bir yolcu gibi görüyoruz, küreği kaybolmuş.

Bu 10 yıllık süreçte yine kamunun yaklaşımları, hizmette finans açısından hastane sahipliğine göre yaklaşımlar, kamu-özel ayrımı maalesef zaman zaman hissediliyor. Neleri etkiliyor? Kurallar farklı çalışıyor. Eksikliklerde ceza olarak kapatılan hiçbir kamu hastanesi bugüne kadar olmadı, ama kapatılan özel hastaneler mevcut.

Uygun olmayan yerlerde hizmet alanları açılıyor kamu hastaneleri tarafından. Konya örneğini vermem gerekirse, semt polikliniği olarak son 4-5 yılda hastanelerimizin açtığı polikliniklere, ben özel hastane olarak poliklinik açmayı istesem, değerli dostum Mehmet Doğru Bey hayır buraya açamazsın yönetmelikler gereği der. Salonda şu anda o da beni dinliyor. Zaten planlama nedeniyle açamıyorum da, o da işin farklı bir boyutu.

Personel sıkıntıları, temini, başlayış ve ayrılışı: Başlayışa, ayrılışa ilişkin son dönemde bir başhekimden sizlere bir mektup sunacağım. Hizmet finans kalitesine ilişkin sıkıntılar, her şeyiyle şahıslar tarafından finanse edilen özel sağlık kuruluşları. Gelirin kamu ayağında maliyet esaslı olmayan ve 7 yıldır artmayan fiyatlar. Giderlerde buna rağmen düzenli artışlar.

Minimum risk, hastalar ve çalışanlar açısından bu kamu hastanelerimiz açısından da gelinen noktayı gerçekten takdir ediyorum. 2005 yılında ilk toplantısına katıldığım bu kalite çalışmalarının Konya'da, bugüne kadar geçirdiği seyri elbette takdir etmek mümkün değil. Emeği geçen başta Hasan Bey olmak üzere, önceki bakanımız Recep Bey, şimdiki tüm bakanlık personelimize, en üst düzeyinden, en alt düzeyine kadar teşekkür etmek gerekir.

Hastalar ve çalışanlar açısından bu kriterler-ölçüler kongrenin başından beri hep anlatılıyor aktarılıyor. Ben işletme sahipleri, özel sektör açısından sürdürülebilirlik bizim için en önemli risk şu anda. Burada işletmenin çalışanlarıyla beraber de-

vamını sağlama en büyük derdimiz. Yenileme yatırımları yapabilmeyi arzu ederiz elbette; kazandığımızdan bir kenara para koyabilirsek. Mümkünse planlamadan muaf olan bölümler için, en azından mümkünse büyüme yatırımları yapabilmek aslında bizim arzuladığımız hedefimiz.

Çalışanlara kaliteli çalışma ortamı hazırlamak, fiziksel ve sosyal açıdan. Kaliteli hizmet süreçleri hazırlamak, müracaat aşamasından, taburcu ve sonrasındaki takiplere kadar. Yeni trend çalışmaları. Birkaç özel hastanemiz personeli için bünyesinde fitness salonları hazırlamış, hoşuma gitti. Ama optimum kalitede amaca hizmet etmeyen farka ilişkin puanlama çalışması. Uygulanamayan, bana göre yanlış konulan kurallar nedeniyle şu anda sınıflama amacına hizmet etmiyor bana göre. Kalitenin hastadan alınacak farka endekslenmesi de çok doğru bir yaklaşım gibi gelmiyor. Kalite elbette ilgilenilmeli, kontrol edilmeli, sürekli denetlenmeli. Ancak bunun hastadan alınacak farka endekslenecek bir unsur olarak kullanılmasını doğru bulmuyorum.

Geldiğimiz noktada kalite, sanki karşılığını alamadığımız bir masraf kapısı haline döndü özel sektör açısından. İnşallah böyle bir bahara giden mevsimde, çiçek açmış tarlalar arasından, zaman zaman engin dağlardan giden yollardan geçtiğimiz dönemleri geride bırakırız, ama bir tedirginliğimiz de, son bölümde olduğu gibi kamu önümüze serdiği bu kırmızı halıyı zaman zaman silkeliyor. Bu silkelemeler birtakım fay hatları, kırılmalar oluşturuyor. Bu kırılmalar çerçevesinde de son dönemde özel sağlık kuruluşları açısından, özellikle tıp merkezlerini ele almak gerekirse ciddi zorunlu konsolidasyonlar, devirler, satmalar, hacizler başladı. Bu özellikle finans boyutu itibarıyla geldiğimiz nokta açısından bir sıkıntı. 15 Şubat 2008 yönetmeliği bu açıdan bir silkelemeydi. Yolda ne yapacağımı şaşırان birçok işletmecimiz oldu. Sosyal Güvenlik Kurumunun da 2008 yılından bu yana yapmış olduğu uygulamalar yine bu açıdan ciddi bir silkeleme diye düşünüyoruz.

Çalışanların, hastaların ve yakınlarının güvenliğinin yanı sıra, yatırımcıların da bu anlamda güvenliği bizim için önemli. Aslında sizlere bu slâytle, bu güzel lale resimleriyle veda etmek istiyordum, ama öncelikle şunu belirtiyim; bu lale resimleri kendi fotoğraf objektifimden. Sağ üstte gördüğünüz oğlum ve kızım. Konya'dan bir lale tarlası değerli dostlar, Konya'da bir müteşebbis, Konya Ovasında yaklaşık 100 dönümlük bir arazide lale ekiyor ve soğanlarını yetiştirip, Türkiye'nin her yerine ve dünyaya da ihraç ediyor. Şu anda lalelerin kırılma mevsimi olduğu için de, soğanın olgunlaşmasına giden yolda olduğu için, Konyalı veya dışarıdan gelen ziyaretçilerin çiçek toplamasına, soğanlara zarar vermek üzere müsaade ediyorlar.

Ben aslında toplantıya Konya Hastanemizin başhekimiyle birlikte katılmışım. Personel ayrılış-başlayışlarına ilişkin hususu zikrederken, bir başhekim mektubu sizlere okuyacağımı ifade ettim. Konya Hastanemizin başhekimi dün akşam üzeri hastanede gelişen bir personel ayrılış-başlayışı hadisesi nedeniyle biraz da sinirle-

nerek ayrılmış ve bu sabah bana attığı mailde, eğer bu maili katılımcılara okumazsan hakkımı helal etmem dediği için, notasına virgülüne dokunmadan okuyorum.

*“İlgililere duyurulmak üzere: Bizim çalıştığımız hastane bilindiği gibi özel hastane olması hasebiyle, planlama kapsamında tüm kadrolarımız dondurulmuştur. Bunlar içerisinde anestezi uzmanı, radyoloji gibi hastanenin tümünü ilgilendiren branşlar da dahildir. Bunlardan ikinci kadro istenmesine rağmen verilmemiştir. Ben bu hastanenin başhekimiyken, Sağlık Bakanlığının düzenlediği kalite kongresine katıldığım gün, yardımcım tarafından anestezi ekibinin tayinin Meram Araştırma Hastanesine çıktığı tarafıma duyurulmuştur.”*

Biraz kızgınlıkla yazıldığı için, kelime ve cümle düşüklükleri var, onlara bile dokunma dedi, peki dedim.

*“Bendeniz de devletime olan inancımdan dolayı, olabilir Özel Hastaneler Yönetmeliğinde bir ay ÇKYs sisteminden düşürmediğimiz sürece gidemez. Biz de o sırada bir hekim arkadaş buluruz edasıyla probleme yaklaşıp. Lakin hekim tayin istediğini daha önce hiç sistemimize ve bize duyuramaz iken, benim bugün tayinim çıktı, bugün ilişik kesip kamuya başlamam gerekir dayatmasında bulunmuştur. Normalde ben sistemden düşürmeden oraya başlamaması gerekmektedir. Lakin müdürlük ve/veya bakanlık nereye sorduysa önemli değil, noterden ihtarnameyle ayrılışını yap gel başlarsın sözlü bilgisi uyarısıyla, hekim benim sizinle işim bitti, beni bu ayrılış esnasında çok üzdünüz, ama gelip sizi idare edebilirim şeklinde keyif bağışlamayı da ihmal etmemiştir.*

*Bütün bunlar olurken apar topar kongreden ayrıldığım bugün itibariyle hastanedeyim. Şimdi soruyorum; 23 yıllık bir hekimim ve sınıf arkadaşı, ailece oturup kalktukları bir hekimim. Etik ve ahlaki kalitesizliğine mi yanayım, 1700 kişiyi bir otelde toplayıp kaliteden bahseden zihniyete mi yanayım, kamu hastaneler birliği sekreterliğinden arkadaşların söylediğine göre, anestezi hekimi ihtiyacı olmayan bir hastaneye kadro açan zihniyete mi yanayım, kadroyu açarken tayin ataması olduğu gün ilişik kesme şartını koyan zihniyete mi yanayım? Benim hastaneden izne ayrılan bir hekim, izin dönüşü SGK'ya dilekçe vermeden hasta bakamazken, ben ayrılışımı yapamazken, başlayışını yapan zihniyete mi yanayım? Acil vakam geldiğinde ameliyathanem kapalı mı demeliyim, buna mı yanayım? Kalite bu işin neresinde? Tüm ilgililere duyurulur.”*

Her türlü olumsuzluklara rağmen kaliteli günler dilerim.

# Sağlıkta Kalite için Ortak Dil Arayışı

## ■ Oturum Başkanı - Dr. Hasan GÜLER

*Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı*

## ■ Dr. Mehmet EROĞUL

*Eskişehir Devlet Hastanesi*

Renkli Kodlar ve Tanımlayıcı Semboller

## ■ Uzm. Dr. Kemal OKTAY

*İstanbul Üsküdar Devlet Hastanesi*

Güvenli Cerrahi Türkiye Uygulaması

## ■ Uzm. Mehmet SALUVAN

*Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri*

Doküman Yönetim Sistemi ve Kazanımlar



## Renkli Kodlar ve Tanımlayıcı Semboller

**Dr. Mehmet EROĞUL**

*Eskişehir Devlet Hastanesi*

Sayın Başkanım, kıymetli katılımcı arkadaşlarım; kongrenin son gününde, son sunumda bizleri sabırla dinlemek için beklediğiniz için öncelikle çok teşekkür ediyorum.

Hasan Bey'in söylediği gibi, ortak bir dili kullanma, ortak dil üzerine aynı şeyleri paylaşmak çok önemli. Ben de sizlere bugün ulusal renkli kodları ve tanımlayıcı figürlerle ilgili bir sunum yapacağım. Sunum planımda; sembol nedir, renkli kod nedir, niçin renkli kodları kullanıyoruz, renkli kodların faydaları nelerdir? Bu konuları anlatmaya çalışacağım.

Öncelikle ortak bir dil kullanmanın ne kadar önemli olduğunu Hazreti Mevlana'nın Mesnevi'sinde geçen bir ufak hikâyecikle paylaşmak istedim. Müsaadenizle biz hızlıca okuyacağım.

Sağır'ın hasta ziyareti: Bir gün anlayışlı, yol yordam, hal hatır bilen bir zat bir sağıra komşun hasta diye haber vermiş. Bunun üzerine sağır düşünmüş ve kendi kendine, bu sağır kulaklarla komşumun sözünü anlamam mümkün değil, fakat yine de gitmek lazım, gitmezsem olmaz diye düşünmüş. Kendi kendine de şöyle demiş: Hastayı ziyarete giderim, ona benim sevgili dostum nasılsın derim. Elbette ki o da iyiyim yahut hoşum, şükürler olsun diye cevap verecek. Ondan sonra ne çorbası yedin diye sorarım. O da mercimek çorbası diye cevap verecek. O zaman ben de afiyet olsun dedikten sonra, hekimlerden kim geliyor, seni kim tedavi ediyor diye sorarım. O da filan hekim deyince, o hekimin ayağı çok uğurludur, o çok usta bir tabiptir, o geldi mi işin yolunda demektir. Biz de onu denedik, neye elini sürerse, kimi tedavi ederse onun işi tamam olur demektir derim demiş.

Sağır kafasındaki soruları ve cevapları koyarak komşusunu ziyarete gitmiş ve selam vermiş. Nasılsın komşum diye sormuş. Komşusu inleyerek ölüyorum demiş. Sağır daha önce düşündüğü ve tasarladığı gibi çok şükür deyince, buna hastanın canı sıkılmış. Bu ne biçim komşu, galiba benim kötülüğümü düşünüyor diye düşünmüş. Tam bu sırada sağır devam etmiş, ne yedin diye sormuş. Hasta kızgınlıkla zehir demiş. Sağır stükünlele afiyet olsun demiş. Bunun üzerine hasta iyice sinirlenmiş fakat sesini çıkartmamış. Sağır devam etmiş, tedavi için hekimlerden kim geliyor? Artık dayanamayan hasta başımdan defol git be adam diyecek, gelen de Azrail geliyor diye bağırılmış. Bunun üzerine sağır, ha o mu? Onun ayağı çok uğurludur, artık üzüntüyü bırak sevin neşelen demiş. Artık hastanın üzüntüsünün sınırı yok, âdeta kahrolmuş. Sağır, komşulu hakkımı ödedim, hasta komşumun halini hatırı sordum diyerek sevinerek dışarı çıkmış. Hasta ise bu sırada bu adam

benim düşmanımymış, kötülüğümü istiyormuş, bugüne kadar anlayamamışım diye düşünmüş.

Burada iki kişinin karşılıklı iyi niyetlerle yapmış olduğu bir diyalog. Fakat iki taraf da birbirinin yanlış anlıyor. Hazreti Mevlana burada diyor ki; biz söylemek istediğimizi, karşıdakinin anlayacağı kadar söylemeliyiz. Biz söylediğimiz zaman, karşıdakinin anlama kapasitesini de düşünerek söylemeliyiz. Çünkü biz ne anlarsak anlatalım, neticede anlatılan şey karşıdakinin anlayabildiği kadar. Bununla bağlantılı renkli kodlar ve figürler bizim bu konuyla ilgili çok uygun bir konu.

Öncelikle sembol nedir? Onu tarif ederek başlayalım. Türk Dil Kurumu diyor ki sembol için; duyularla ifade edilemeyen bir şeyi belirten somut nesne veya işarettir; duyularla ifade edilemeyen. Sembol veya renk niçin kullanılır? Dikkat çekicidir, anlam ifade eder, akılda kalıcıdır, ortak uygulama için kolaylık sağlar, hasta mahremiyeti ve çalışan güvenliği açısından önemlidir.

Renkli kod nedir? Sağlık kurumlarında hasta ve çalışan güvenliği açısından, acil müdahale edilmesi gereken olaylara yönelik acil durum uyarı sistemidir. Niçin renkli kod kullanıyoruz sağlık sisteminde? Acil durumları yönetmek için çeşitli araçlara ihtiyaç duyulmuş ve bunlara yönelik birtakım uyarıcı sistemler geliştirilmiştir. Tüm dünyada bu amaçla en yaygın kullanıma sahip olan araçlardan birisi de renkli kodlardır. Uygulama bütün dünyada yapılmakta.

Kullanılan renkli kod uygulamasının faydaları nelerdir? Hastane çalışanlarını haberdar eder, risk durumunda doğru iletişime imkân verir, kısa ve net mesaj verir, doğru müdahale için zaman kazandırır, acil durumlara önceden hazırlıklı olmayı mümkün kılarak panik oluşmasını engeller, hasta ve çalışan güvenliği açısından uygulama ve dil birliği sağlar.

Renkli kodların ülkemizdeki gelişme süreci nasıl? 2008 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerimizde mavi kod uygulaması başlatıldı. Daha sonra 2009 yılında pembe kod uygulaması, 2011 yılı Temmuz ayında da beyaz kod ile bütün yataklı tedavi kurumlarında bu üç rengin uygulanması başlatılmış oldu. Bu renkli kod uygulamaları nerelerde kullanılmakta? Şu anda yataklı tedavi kurumlarında, kamu hastanelerinde, özel hastanelerde ve üniversite hastanelerinde kullanılmakta ve ortak bir dil olarak her yerde aynı anlama gelmekte.

Pekâlâ, sağlıkta kalite standartlarında renkli kodların yeri ne? 0147'de mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. Yine 014700'da pembe kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. Yine 0149 no.lu kod standardımızda da beyaz kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır diye standartlarımızda yazıyor. Bu kodlarımızın kendi içinde teker teker nerede kullanıldığını, hangi amaçla yapıldığını kısa kısa anlatmaya çalışacağım.

Önce beyaz kod: Hastane çalışanına yönelik şiddeti önlemeyi amaçlayan acil durum yönetim aracıdır. Kongrenin ilk gününden itibaren sağlık çalışanlarına yapılan şiddeti önemsedığımızı, Sağlık Bakanlığı olarak da önemsedığımızı, bizler de sağlık çalışanı olduğumuz için, bakanlığın bu uygulamaları yakından tanımayı öğrenmek için, bu 1111 no.lu kod uygulamaya konuldu.

Pekâlâ, bu 1111 kod nasıl çalışıyor? Onunla ilgili biraz sonra bilgi vereceğim. Bu 1111 bizim için çok önemli. Niye önemli? Bütün sağlık çalışanları tarafından mutlaka bilinmesini istiyoruz. Çalışanlardan herhangi birisi fiziki, sözlü ya da başka bir şekilde saldırıya maruz kaldığı zaman, belki saldıranın haberi olmadan bu sistemi çağırarak gerekli olan güvenlikçileri çağırma imkânına sahip. Bununla ilgili çalışanlara eğitim vermeliyiz. Her dönem altı ayda bir tatbikat yapmalıyız. Olaya maruz kalan çalışanlara gerekli destek sağlanmalı. Yine gerçekleşen olaylara ilişkin tutulan kayıtlar, analiz ve iyileştirme yapılması için kalite yönetim birimine teslim edilmeli.

Beyaz kod uygulaması arzu ettiğimiz bir uygulama değil, ama sık sık da karşılaştığımız zaman kullanmayı bilmemiz gereken bir uygulama. Şiddet riskiyle karşı karşıya kalan çalışanımız, beyaz kod çağırmasını veriyor telefonda 1111, olaya güvenlikçi olan arkadaşlarımız, güvenlik amiri müdahale ediyor. Olay çözüldükten sonra, olayla ilgili tutanak ve formlar tutuluyor. Daha sonra hastane bünyesinde bulunan çalışan güvenliği birim sorumlusu olan yönetici arkadaşımıza iletiliyor. Bundan sonra, aşağıda görüldüğü gibi ya beyaz kod il koordinatörlüğü hukuk birimine iletiliyor. Daha sonra bakanlık merkez beyaz kod birimine iletiliyor, ondan sonra olay adli birimlere, adli mercilere intikal ettiriliyor.

Bununla ilgili Sağlık Bakanlığı Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığımızın beyaz kod birimi var. Bizim yapmış olduğumuz bütün beyaz kod bildirimlerini değerlendiren, organize eden, yine aynı şekilde bakanlık nezdinde 113 no.lu telefonla gelen bütün ihbarları değerlendirip, neticelendiren Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığımızın beyaz kod biriminin görevleri burada yazılı. Ben arkadaşlar biliyorlar diye bunu okumadan geçeceği. Fakat 113 no.lu telefona gelen her bir ihbar, her bir bildirim, mutlaka sonuna kadar takip ediliyor ve bizim adımıza bakanlık nezdinde de adli takibatı yapılıyor. Her ne kadar müdürlükler bazında, kamu yönetim, kamu hastaneleri birliği bazında takip edilse de, hastane bazında takip edilse de, bir tek elden bakanlık nezdinde takip eden birimiz de burası.

İkinci kod uygulamamız mavi kod uygulaması. Tüm dünyada bütün yataklı kurumlarında ortak olarak kullanılan renk mavi kod rengi, 2222. Pekâlâ, mavi kod uygulamasını nerede kullanıyoruz? Acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyan hastalara, hasta yakınlarına ya da sağlık çalışanına herhangi bir şekilde acil tıbbi ihtiyaç olursa, tıbbi bir müdahale gerekirse 2222 no.lu telefonla veya uyarı sistemiyle



buraya haber veriyoruz ve en kısa zamanda bu kodla görevlendirilmiş olan ekip gelip müdahale ediyor.

Mavi kod uygulamasında burada sorumlular ve ekibimiz var. Gelen ekibimiz tam ekipman ve sorumlularla birlikte geliyor. Zaman ve mekân kendisine sistem üzerinden bildiriliyor. Geldikten sonra işlemi yapıyor, kayıt veya analiz için tutmuş olduğu tutanağı yine kalite bölümüne iletiyor. Mavi kod da bizim için çok önemli. Özellikle yatan hastaların acil durumla karşılaşması, özellikle mesai saati dışında hekimlerin belki hastanede bulunmadıkları durumda veya hastanenin ücre köşelerinde bulunan hasta için önemli bir kodumuz. Her çalışana mutlaka 2222 mavi kod eğitimi verilmeli. Her dönemde mutlaka tatbikat yapılmalı ve uygulamasının nasıl olduğunun da mutlaka katılımcıları gösterilmesi gerekiyor.

Mavi kod uygulamasında mutlaka SPR eğitimi, resüsitasyon eğitimi almış bir hekim, bir de sağlık çalışanı yer almalıdır. Bizim sahada gözlemlediğimiz şey biraz daha farklı algılanıyor. Bazen mavi kod çağrısı verdiğiniz zaman 7-8 arkadaşın birden geldiğini, 7-8 kişi geldiği zaman ancak ekibin tamamlandığını planlayan, bu şekilde düzeni yapan hastanelerimiz de var. Ama biz SPR eğitimi almış bir hekim arkadaş, bir de bu konuda saat çalışanı olmasının yeterli olduğunu düşünüyoruz. Genelde anestezi uzmanlarıyla, anestezi teknisyeni arkadaşlarımız bu konuda görevlendirilmiş.

Yine 24 saat çalışacağı için bu ekibimiz, mutlaka vardiya ekipleri oluşturulmalı. Fiziki alanı büyük olan kurumlarda birden fazla ekip olmalı. Malum bazı hastaneler üç-dört farklı birimlerden, binalardan meydana geliyor. Bir binadan diğer binaya geçiş belki zor olabilir diye, birden fazla mavi kod ekibi olabilir. Ekip üyeleri sık sık değişmemeli, bu da önemli. Yine müdahale yapıldıktan sonra kayıtlar tutulmalı.

Mavi kod uygulamasında acil müdahale setiyle dikkat çekilecek hususlar önemli. Acil müdahale seti veya çantasının mutlaka sorumlusu belirlenmiş olmalı. Çünkü bazı hastanelerde ihtiyaç olmuyor. Bir ay, iki ay, üç ay belki hasta, hasta yakını ya da sağlık çalışanına ihtiyaç olmadığı için çantanın nereye konulduğu, sorumlusunun kim olduğu unutulabiliyor. Bu açıdan mutlaka çanta sorumlusu belirlenmeli. Ekipmanlar eksiksiz ve içinde bulunan malzemelerin son mialarının takip edilmiş olması gerekiyor. Yine acil müdahale çantası kolay ulaşılabilir yerde ekip tarafından nerede olduğu bilinmeli.

Yine vaka yerine ulaşım ile ilgili dikkat edilmesi gereken hususlar; en geç vaka yerine üç dakikada ulaşılmalı. Bu bizim altın oranımız. Buna göre bir yapılanma yapmak lazım. Yine hastane içinde her noktaya ulaşılmalı. Bu hastaların veya hasta yakınlarının kafeteryada veya hastanenin alt tarafında bir rahatsızlık geçireceğini düşünerek, o şekilde planlama yapılmalı ve müdahale sonrasında çağrı

sonlandırma işlemi yapılmalı, bu da önemli. Mavi kod ekibi gidip müdahaleyi yaptıktan sonra kaç dakikada oraya geldiğinin daha sonra analizinin yapılması için, hangi sistemle başlatıldıysa çağrı, o sistemde mutlaka sonlandırılmalı.

Üçüncü kodumuz pembe kod. Hastanelerde, servislerde tedavi için bulunan bebek veya çocuk kaçırma girişimini veya kaçırma durumunun tespiti halinde uygulanan acil durum yönetim aracıdır. Hasta kendi özgün koşullar çerçevesinde çocuk kaçırma durumlarında bu sistemi kullanmakta. Tabii bütün hastaneler değil, özellikle çocuk hastaneleri, kadın doğum hastaneleri, kadın doğum kliniği ve pediatri kliniği olan hastanelerde uygulanmalı. Yine 3333 no.lu telefon veya uyarı sistemi devreye geçtikten sonra olay yerine en kısa zamanda güvenlik görevlisi, güvenlik amirleri gelmekte, olayla ilgili olan bebeği veya çocukla ilgili adli olayları başlatmaktadır.

Türkiye genelinde nasıl bir uygulama yapıyoruz? Sağlıkta ulusal renkli kodlarda yer alan her biri renkli kod için ayrı ve ortak bir numara belirlenmek suretiyle ulusal düzeyde uygulamada ortak bir dil oluşturuldu. Bu 2012 tarihinden önce her hastane kendi kullanmış olduğu farklı numaralar vardı telefon numaraları veya farklı farklı sistemler vardı. 1 Nisan 2012 tarihinden itibaren, eğer telefon üzerinden bu bahsetmiş olduğum üç renkli kod kullanılacaksa, devlet hastaneleri, özel hastaneler ve üniversite hastanelerinin tamamında 1111, 2222 ve 3333 no.lu telefonların kullanılması zorunluluğu getirildi ve SKS’de bunun mutlaka uygulanması getiriliyor.

Yine aynı şekilde niye beyaz kod 1111? Burada numaraların kodların baş harfleri dikkate alınarak verildiğini hatırlatmakta fayda var. Beyaz kod, mavi kod ve pembe kod uygulamalarını biz sahada çalışan arkadaşlar daha kolay hatırlasın diye, özellikle telefon konsüllerinin üzerine bir sticker halinde yapıştırdık. En azında acil durumda akla gelmezse, arkadaşlarımız oradan hatırlayabilirler diye. Burada telefon konsülü üzerinde hatırlattık. Yine hatırlatıcı çıkartmaları, stickerları uygun yerlere yapıştırdık.

Diğer konumuz da tanımlayıcı figürler. Tanımlayıcı figürler, herhangi bir şekilde izolasyon gereken hastaların yataklı servislerinde ya da izolasyon odalarında yatışları süresi içinde dışarıdan gelecek sağlık çalışanının uyararak kullanılan semboller. Bu semboller dört tane, hepsini teker teker hem sembolün simgesini, hem de niçin bu rengin seçildiğini ve hangi hastalıklarda uygulandığından kısaca bahsedeceğim.

Solunum izolasyonu gereken bir hasta, izolasyon odasına ya da hasta odasına alındığı halde, hastanın dış kısmına, hastanın yatmış olduğu odanın dış tarafına bir sarı yaprak belli bir büyüklükte asılıyor. Bunun amacı; tedavi için gelen hekim veya sağlık çalışanının, içeride yatan hastanın solunum izolasyonunda olduğunu

bilmesi. Pekâlâ, bu sembol figür niçin tercih edilmiş? Denilmiş ki, ağaçlar doğanın, yapraklar ise ağaçların akciğeridir. Solunum harfi baş harfi sarı, yaprağın da baş harfi çağrışım yapılmış ve bu S harfiyle başlayan sarı yaprak uygulaması. Bunlar hafızamızda kolay kalsın diye. Dört figürle insan karşılaşıncı ilk etapta hangi anlama geldiğini bilemeyebilir diye, bu şekilde bir izah yapılmış. Yani sarı yaprak, aklımıza solunum izolasyonu, solunumun baş harfi S olduğu için böyle izah etmiş.

Hangi durumlarda acaba bu sarı yaprağı biz izolasyon odasının dış kapısına asıyoruz? Hasta kızamıksa, varisella varsa, tüberküloz varsa, sars veya ateşi varsa, bu durumlarda biz kendi sağlık çalışanımızı korumak, gerekli önlemleri alması için daha kapıdan girmeden önce farkına varması için kullanmış olduğumuz bir figürümüz.

İkinci figürümüz damlacık izolasyonu. Burada da gördüğümüz gibi, ortası sarı, etrafında mavi yaprakları bulunan bir çiçek. Mavi çiçek diyoruz. Mavi çiçek de damlacık izolasyonu olan hastaların yatmış olduğu izolasyon odalarının dışına asılan bir figür. Hangi hastalıklarda bunu asıyoruz? Menenjit gibi, difteri, boğmaca gibi, kabakulak ve kızamıkçık virüsü gibi tanı almış bu hastalıklara yakalanmış olan hastaların izolasyon odasının dışına asıyoruz ki, içeri girecek olan hekim veya tedavi yapacak sağlık çalışanları dikkatli şekilde önlem alsın. Niye mavi çiçeği tercih etmişiz? Ortadaki nokta hastayı, etrafındaki yapraklar ise damlacıkları temsilen konulmuş. Ortadaki sarı bölgede hastanın özellikle korunması amaçlı ve hastaya karşı dikkat çekmek amaçlı yapılan bir sembol.

Üçüncü sembolümüz kırmızı yıldız, temas izolasyonunda kullanmış olduğumuz. Bunu da niye kırmızı yıldız olarak sembolize etmişiz, aklımızda kalması için söylüyoruz. Yıldızın beş köşesi elimizdeki beş parmağa tekabül ediyor. Kırmızı da ateşi aklımıza getiriyor. Diyoruz ki temas izolasyonu olan hastaya elimizle dokunmadan önce gerekli önlemleri alalım. Bu sağlık çalışanlarının daha kapıdan girerken eline en azından eldivenini alması, gerekli olmadıkça hastayla sıkı temas yapmaması gerektiğini bize hatırlatan figürlerden bir tanesi. Tabii bunlar kabaca hangi hastalıklar? Mesela enterik enfeksiyonlar, bebeklerin çocukluk çağındaki enfeksiyonları, rota virüsler gibi hastalıklar ve bunun tanısını almış olan hastalarımız.

Son figürümüz ise, düşme riski taşıyan hastalar için kullanmış olduğumuz bir figür; dört yapraklı yonca. Tabii birden fazla hastanın yatmış olduğu hastane odalarında, yataklı servislerde, eğer üç hasta yatıyor, bir tanesi sadece düşme riski taşıyorsa o zaman hasta karyolasına takmakta fayda var, ama tek kişilik odada kalıyorsa hastanın kalmış olduğu odanın dışına takmakta fayda var. Yine biz düşme riskini nasıl belirliyoruz? Hepimiz biliyoruz harizmi ölçeklerine göre değerlendiriyoruz, ona göre bunu takıyoruz.

Niye dört yapraklı yonca figürü kullanılmış dersek; biliyorsunuz malum yonca normalde üç yapraklı olur, dört yapraklı yonca şans sembolize eder. Biz hastalarımızın düşmesini şansa bırakmayalım, hastalarımızın düşmesini engellemek için gerekli önlemleri alalım diye dört yapraklı yonca kullanılmasını, sağlıkta kalite standartları yöneticilerimiz uygun görmüşler, ülkemizde böyle kullanılıyor.

Tabii bu tanımlayıcı figürlerin SKS'deki yeri nedir? Yine aynı şekilde klinikler bölümünde, düşme riski olan hastalar dört yapraklı yonca figürle tanımlanmalı ve bu tanımlayıcı hastane odasının giriş kapısında bulunmadır ifadesi var. Buna dayanak göstererek, gittiğimiz yerde düşme riski olan hastaların mutlaka kapılarında dört yapraklı yoncanın asılmasını istiyoruz.

Tanımlayıcı figürlerin SKS'deki yeri, enfeksiyonların kontrolünün önlenmesinde yine aynı şekilde solunum izolasyonu sarı yaprak, damlacık izolasyonu da mavi çiçek ve temas izolasyonunda kırmızı yıldızın kullanılması arzu ediliyor.

Çok hızlı uygulamada ne gibi sıkıntılar yaşayabiliriz dedim. Santraller bazen dört haneli olmuyor, üç haneli oluyor küçük hastanelerde. O zaman 1111 yerine 111, 222 ya da 333 şeklinde kullanılabilir dedik. Eğer hastane içinde yer değişikliği yapıyorsa ve telefon numaraları değiştiyse, mutlaka sisteme tanıtılması gerekiyor. Binayla ilgili tadilatlar, geçişler engelleniyorsa mavi kod ekibine mutlaka geçişlerinizde burayı dikkate alarak müdahale edin diye bilgi vermek gerekiyor.

Önerilerimiz neler? Renkli kod tatbikatları binaların özellikle ulaşılması güç olan bölgelerinde yapılmalı, gerçekten ulaşıp ulaşılmadığı test edilmeli. Çalışanlara numaralar hatırlatıcı görseller şeklinde kullanılabilir. Yeni baştan personele ve özellikle stajyerlere bu konuyla ilgili bilgi verilmeli.

Son söz olarak da *“Bir sır daha var çözdüklerinden başka, bir ışık daha var bu ışıklardan başka, hiçbir yaptığınla yetinme geç öteye, bir şey daha var bütün yaptıklarından başka”* diyen Ömer Hayyam'ın sözleriyle son veriyorum kalite yolculuğumuza.

## Güvenli Cerrahi Türkiye Uygulaması

**Uzm. Dr. Kemal OKTAY**

*İstanbul Üsküdar Devlet Hastanesi*

Sayın Başkan, değerli katılımcılar; hepinizi saygıyla selamlıyorum. Günün bu vaktinde, sabahdan beri dinliyorsunuz bütün oturumları ve üç günün yorgunluğu var. Bedensel olarak bir yorgunluk var, ama ben zihinsel olarak bir yorgunluk olduğunu ben görmüyorum. Aslında her dönem bu kongrelere bakıyorum ben, bizler için bir değerlendirme sürecinin bitişi mi, yoksa yeni bir değerlendirmenin başlangıcı için bir motivasyon mu? Her ikisi de, ama sürekli bizim kalite bilgimizi, görgümüzü arttıran bu kongrelere katıldığım için çok mutluluk duyuyorum.

Ben size Türkiye uygulamaları hakkında bahsedeceğim. Ancak günün son oturumu olduğu için slâytlarımda kısaltma yapacağım ve sizlere acaba bir fikra mı anlatsam dedim, sizleri canlı tutmak için, ama hızlı bir sunum yapacağım. Bunun herhalde daha büyük bir etki yaratacağımı düşünüyorum.

Ameliyathaneler teknolojik cihazların kullanıldığı, çeşitli cerrahi teknik yöntemlerin uygulandığı, ekip çalışmasının yapıldığı ve doğru kararların hızlandırılıp uygulamaya geçildiği önemli kritik alanlardır. Belki de kurumların en önemli alanları. Çünkü çalışanları çok değişken, işlemler çok değişken ve birbiriyle ilintili, başka prosedürlerle ilintili çok süreçleri var. Cerrahi bakım da zaten dünyanın her yerinde her zaman sağlık sisteminin önemli bir bileşeni olmuştur. Bu nedendir ki, cerrahide hasta güvenliği üzerinde daima durulmuş önemli bir konudur.

Tıbbi hatalar, günün ilk oturumunda bahsedildi. Sayın Sarı bahsetmişti, ben kısaca üzerinden geçeceğim. Tahmin ettiğimizden çok daha sık rastlanıyor bunlara, tıbbi hatalara. Uçak kazalarında milyonda birken ölüm riski, tıbbi hatalar nedeniyle zarar görme 300'de bir oranında. Bu sıklıkla tıbbi hatalar ölüm nedenleri içerisinde beşinci sırada yer almakta.

Tıbbi hataların yaklaşık yarısını cerrahi hatalar oluşturmakta. Bunların da yarısını önlenabilir cerrahi hatalar oluşturmakta ve tüm tıbbi hataların yüzde 25'i önlenabilir cerrahi hatalardır ve bizim iyileştirmeyi düşündüğümüz, hedefimizdeki hatalar bu önlenabilir cerrahi hatalar.

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, dünyada yılda 234 milyon cerrahi işlem yapılmakta ve bunların yüzde 3'ünde komplikasyon, binde 4'ünde de ölüm görülmektedir. Yanlış taraf cerrahisi hep konuşulan şey ve niye konuşuluyor bu kadar çok? Çünkü tıbbi hataların yüzde 16'sının yanlış taraf cerrahisinden kaynaklandığı saptanmıştır. 126 olgu analizinde ki, bunlar yanlış taraf, yanlış hasta ve yanlış cerrahi işlem uygulanmış hastalar. Bunların yüzde 76'sında yanlış taraf, yanlış hasta yüzde 13'ünde, yanlış cerrahi işlem de yüzde 11'inde gözlenmiştir.

Branş bazında da en sıklıkla ortopedi ameliyatlarında görülmüş. İkinci sıklıkta genel cerrahi ve beyin cerrahisi ameliyatlarında saptanmış.

Bu cerrahi hataların kök neden analizine bakıldığında, iletişim eksikliği en sıklıkla neden, ana neden yüzde 70 dolayında. Sabah yine Hocamız çok güzel anlattı bu iletişim eksikliğini. Bu iletişim eksikliği ekip içerisindeki bireyler arasındaki eksiklik kadar, iletişim eksikliği kadar, ekiple hasta arasındaki iletişim eksikliğini de kapsamakta. Bunun dışında diğer kök nedenler, hastanın yerinde işaretlememesinin eksikliği, ameliyat yerini doğrulama sürecinin eksikliği, yetersiz hasta değerlendirmesi, yetersiz hasta dosyası incelenmesi, okunaksız el yazısı ve kısaltma kullanımına bağlı problemler oluşurmaktadır.

Evet, hep bu kongrede de duyduk, tıp eğitimine başlarken hep duyduk. Önce hastaya zarar verme *primum non nocere*, bunu hep duyduk. Evet, cerrahide de bunu sağlamanın ilk adımı güvenli cerrahi oluşturmaktır. Yani tıbbi hatalar yapmamaktır. Bu amaçla Dünya Sağlık Örgütü 2008 yılında güvenli cerrahi hayat kurtarır projesi oluşturmuş ve dünyada 25 ülke ulusal düzeyde olmak üzere, 3 binin üzerinde kurum bu projeye katılmıştır. Amacı; önlenabilir cerrahi hataların önüne geçmektir.

Güvenli cerrahi hayat kurtarır projesinin amaçları, klinik ve poliklinik hedefleri sağlamak, cerrahi enfeksiyonları önlemek, anestezi güvenliğini kontrol etmek ve ekip iletişimi arttırmaktır. Güvenli cerrahinin 10 temel hedefi, bunları artık hepimiz biliyoruz. Dünyadaki güvenli cerrahi için ya da güvensiz cerrahideki olaylardan yola çıkılarak 10 temel hedef belirlenmiştir. Bunları tek tek ben geçmiyorum, ama şunu biliyoruz ki, güvenli cerrahi kontrol listesinin bütün parametreleri bu on temel hedefi kapsamakta, hiçbir şekilde boşluğu yoktur bunların.

Ben bir cerrahım, iyi bir ameliyat yapabilirim, ama bu benim hastam için gerçekten iyi bir cerrahi işlem midir? Belli değildir. Çünkü olayın bir de ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası bakım kısmı vardır. Eğer iyi bir hazırlık ve bakım olmazsa, ben istediğim kadar o cerrahi işlemi başarılı yapmaya çalışayım, hastama iyi bir işlem yapmamış olurum; bu çok önemli. Bu yüzdendir ki, güvenli cerrahi üç basamakta değerlendirilmesi gerekir. Ameliyathane öncesi, ameliyathane ve ameliyathane sonra ve bu üç basamaktan herhangi birisi eksik yapılırsa ya da birisi atlanırsa, güvenli cerrahi tehlikeye girer.

Bakanlığımız da, daire başkanlığımız da, bu Dünya Sağlık Örgütünün güvenli cerrahi kontrol listesini Türkiye'ye özgü olarak geliştirilerek, güvenli cerrahi kontrol listesi tr oluşturulmuştur. Hepimiz biliyoruz, Dünya Sağlık Örgütünün listesinde üç bölüm vardı; anestezi verilmeden önce, ameliyathane kesisinden önce, ameliyattan çıkmadan önce. İşte bizim kendi listemizde dördüncü bir bölüm var, klinikten ayrılmadan önceki bölüm. Diğer üç bölüm, ameliyathane içindeki işlem-

leri anlatıyor, bakanlığımızın koymuş olduğu dördüncü bölüm de, hasta ameliyathaneye gelmeden önceki süreçte, klinikte doldurulan bir işlemler silsilesi.

Sağlıkta kalite standartlarının 2,9,8 kodlu güvenli cerrahiye yönelik düzenlemeler yapılmalıdır standardında da, bunları zaten değerlendirmelerde kurumlarca değerlendiriyoruz ve yapılan çalışmalar ve istatistikler de, 2010 yılında bu standardın karşılanma düzeyi kurumlarda yüzde 40'mış ve bu o dönem için standartların karşılanma oranı en düşük oranmış. Orada tabii şöyle bir durum var. O dönemde bu uygulama yeniydi, tahmin ediyorum ki bunun kurumların tam bu eğitimi almaması, kısa dönemde işlevsel bu listeyi uygulamaya geçmeleri bu sonuca neden oldu tahmin ediyorum. 2011 yılında ise, bu oran yüzde 60'lara ulaştı.

Tabii Türkiye ortalaması yüzde 60, ama burada benim hep gördüğüm küçük hastanelerde sanki bu uygulama daha rahat olur gibi. Çünkü işlevselliği daha az, daha az hasta olabilir diye. Büyük kurumlarda daha az doldurulacağını düşünüyordum açıkçası ben, ama istatistiki veriler tam tersi. Büyük hastanelerde bu formun, bu listenin uygulanması çok daha fazla, yüzde 80'lere ulaşıyor, küçük hastanelerde ise bu oran yüzde 30'larda, yarı yarıya düşmüş durumda.

Tabii cerrahi güvenlik kontrol listesinin uygulaması neler kazandırdı? Komplasyonlarda yüzde 36 azalma, mortalitede de yüzde 46'lık bir azalma oluşturmuştur güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanılması. Bunlar çok ciddi rakamlardır. Yine aynı çalışmada, acaba ne kadar süre oluyor bu cerrahi güvenlik kontrol listesinin doldurulması? Çalışmalarda ortalama 2 ilâ 2,5 dakika arası, en uzun 4 dakika sürmüş, en kısası da 1 dakika civarında.

Bir de sağlık çalışanları üzerine bir anket düzenlenmiş, bu formu bu listeyi iyi anlıyorlar mı, bu listeyi uygulamak istiyorlar mı, bu liste için ne düşünüyorlar? Bir kere yüzde 80 gibi bir grup, bunun kullanımını kolay bulmuş ve tamamlanmasının uzun sürmediğini düşünüyor yüzde 80'lik bir grup. Bir de ameliyathane güvenliği arttırıldığı düşünülüyor. Listenin kullanımıyla ilgili iletişimin arttırıldığı düşünülüyor ve hataları engellediği düşünülüyor. Hep bunlar yüzde 80 gibi oranlarda. Asıl çarpıcı olan da, çalışanların kendim için uygulanmasını isterim düşüncesi yüzde 93'lerde. Yani çalışanlar bu listeye inanıyorlar, bu çok önemli.

Ben sizlere her bölümü ayrı ayrı anlatmayı düşünüyordum, ama bunları hepimiz biliyoruz zaten. Belli yerlerde parametrelerde vurgu yapmak istiyordum, ama bunu birazdan anlatacağım size, bunları geçiyorum izin verirseniz. Tek şunu söyleyebilirim: Cerrahi güvenlik kontrol listesinin bir ek listesi de diyebilirim, anestezi güvenlik kontrol listesi var. Bu liste olmadan biz cerrahi güvenlik kontrol listesini düşünemeyiz. O yüzden o da yine ülkemize mahsus, anestezi güvenlik kontrol listesi var. Bu liste iki ayrı bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümü risk faktörlerini içermekte, ikinci bölümü de ekipmanı içermekte.



Bu şöyle bir liste; hastaya ait risk faktörleri tanımlanıp, ameliyat sürecinde anesteziye bağlı ne gibi olumsuzluklar olabilir, bunların bir planlamasını yapıp, buna uygun şekilde ideal ekipmanı sağlamaya yönelik çok etkin bir liste ve bu listenin doldurulması, anestezi hekimi sorumludur bu listeden. Bu liste tamamlanmadan, biz bir güvenli cerrahi uygulayamayız kesinlikle.

Evet, bu liste kalabalık bir liste, 30 tane parametresi var. Hep kurumlarda karşılaştığımız doldurulması çok zor olduğunu düşünüyorum, ben de çalıştığım kurumda da bunun zorluklarını yaşıyoruz evet, ama eğer bu listeyi uygun şekilde doldurmazsak, pek çok hata oluşabilir. Günün birinde medyadaki haberlerden birisi bizler de olabiliriz pekâlâ. Çok görüyoruz, işte tümörlü böbrek yerine sağlam böbreği alındı, kist var diye ameliyat oldu gazlı bez çıktı, hastanın göğsünden alınan kitle ameliyathanede kayboldu, hasta kanser olup olmadığını öğrenemedi. Röntgenleri karışan kadına bel yerine, boyun ameliyatı yaptılar. Ameliyatta yanlış kan verildiği için ölen hasta, Sağlık Bakanlığında dava açıp tazminatı kazandı ve katarakt ameliyatına giren kadının rahmi alındı. Başhekim açıklama yaptı, hastamızın durumu evet çok üzücü bir durum, çaresizlik içerisinde böyle diyebiliyoruz.

Kontrol listesinin olmazsa olmazlarına vurgu yapmak istiyorum size. Bir kere kontrol listesinin her bölümü bir sorumlusu var ve bu sorumlu muhakkak adı soyadı ve imzası bulunmalıdır; bu olmazsa olmazı listemizin. İşaretleme yapılması lazım, bu da fonksiyonel olmazsa olmazı. Neden? Cerrahi güvenlik için işaretleme çok önemli ve bu liste doldurulmadan önceki süreçte yapılması gereken bir işle işaretleme. Ameliyathanenin şartlarında olmayan klinikte, serviste yapılması gereken ve hekim tarafından yapılması gereken bir işlem.

Bunun dışında, diğer bir olmazsa olmazımız; doğru hasta, doğru uygulama ve doğru taraf olduğunun mutlaka teyit edilmesi ve bunu hem ameliyathaneye girmeden önce, hem ameliyathanede, hem de ameliyathaneden çıktıktan sonra yapmamız gerekiyor. Diğer bir olmazsa olmazımızsa; listenin altında hep liste sorumluları var. Sadece bu arkadaşlarımıza imza attırmamız ya da bu kişilerin yapması yetersiz. Aslında listenin bir ekibi var. Bu ekipte liste sorumlusu, cerrah, anestezi ve ameliyat hemşiresi var. Eğer bu kişiler bu listenin uygulamasına katılmıyorsa, biz o listeyi gerçekten etkin dolduramayız.

Doğru işaretlemeden bahsetmek istiyorum size. Doğru işaretleme için, biraz önce söylediğim gibi, bir hekim tarafından, cerrah tarafından yapılması lazım bunun, hasta ameliyathaneye götürülmeden önce yapılması lazım. Alan hastaya doğrultulması da lazım. Evet, hastaya mesela sağ fitiği varsa sağ tarafınızda fitik var, bir elinizle gösterin lütfen, bu şekilde sorabiliriz, söyleyebiliriz hastaya. Daha önceden belirlenen açık ve anlaşılır bir terminolojiyle yapılması lazım. Çünkü süreçte diğer kişiler de neye bakmasını bilmeli; mesela en çok kullanılan hastanın ad ve soyadının baş harflerinin yazılması gibi.



İşlem yapılacak taraf işaretlenmelidir. Her iki tarafa işlem yapılacaksa, iki taraf da işaretlenmelidir. Kolaylıkla silinmeyecek bir şekilde yapılmalıdır. Bu amaçla zaten işte doku kalemleri var, değişik kalemler var. Batikon vesaire sürdürdüğümüzde de bunların çıkmaması gerekiyor. Mümkünse cerrahi yapılacak yere veya çok yakınına yapılmalı bu işaretleme. Bazı durumlarda işaretleme yapılmaz. Bunlar neler olabilir? Tek organ vakaları, müdahaleler sırasında, kateter ve enstrümanların takılması sırasında, cerrahi prosedürün tasarlandığı açık yara ve lezyonlarda, acil müdahalelerde ve prematüre bebeklerle ilgili müdahalelerde işaretleme yapılmaz.

Tek organ vakaları tartışılabilir. Ben kendi uygulamamı sizlerle paylaşmak istiyorum. Bir tiroit ameliyatında tiroit bölgesine işaretleme yapmasının hastaya hiçbir zararı yok, ama kurumlar kendi inisiyatiflerinde kendi gelişimlerinde yapabilirler, işaretleme yönünde değişiklikler yapabilirler.

Ben size bir soru sormak istiyorum. Kurumlarımızda cerrahi güvenlik kontrol listesini nasıl uyguluyorsunuz? İzin verirseniz ben bunun cevabını katıldığım merkezi değerlendirmelerdeki gözlemlerim üzerinden cevaplamak istiyorum sizlere. İlk bölümde, klinikten ayrılmadan önceki bölümde hastanın rızası kontrol edildi mi diye bir bölüm var. Çoğu yerde biz bunun evet olarak işaretini görüyoruz, ama bu kanıta dayalı bir şeydir tabii. Hastanın onam formuna baktığımızda hekimin imzası eksik, tarih ve saat eksiklerini görüyoruz. Evet, böyle bir eksikler varken, biz hastanın rızası kontrol edilir mi diye sorduğumuzda, evet diyebilir miyiz? Elbette ki diyemeyiz. Çünkü o form doldurulmamış.

Diğer bir parametremiz, 7. maddemiz; ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı? Genelde de bunda hep hayır işaretli oluyor, ama biz yapılması planlanan ameliyata bakıyoruz. Örneğin, bir bağırsak ameliyatı yapıyor, hastanın öncesinde bir lavman hazırlığı var. Hemşire bakımında da işaretli, hekim de bunu order etmiş ve bu işlem de yapılmış, ama listede hayır işareti var.

Diğer birisi, ameliyat için gerekli olacak özel malzeme imkânı, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi diyor. Genelde de bunu hayır görüyoruz. Tabii burada şu var: Kan veya kan ürünü gerekti, hazırlandı, hastaya bloke edildi mi? Bunu soruyoruz bir, bir de gerekemeyebilir de. İşte o zaman biz buraya gerekmez diye belirtmemiz lazım. Bu konuda yanlış algılar var kurumların bazısında. Buna özellikle vurgu yapmak istiyorum.

İkinci bölümde de, 10 no.lu standardın da, hastanın kendisinden kimlik bilgileri, ameliyatı, ameliyat bilgisi, hastanın ameliyatıyla ilgili rızası doğrulandı diye bir bölüm var. Burada önemli olan hastanın kendisinden bunu yapmamız lazım. Hastaya muhakkak sormamız lazım. Kendimiz kayıtlarına bakarak orayı çekmemeliyiz. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı diğer bir parametremiz. Genelde de gördüğümüz var, ama ameliyathane içerisine girmiş, anestezi indüksiyonuna

başlanmış bir hastaya baktığımızda, böyle bir işaretlemeyi görmediğimizde, bu peşinen yazılmış olduğunu görüyoruz. Hâlbuki bu sürecin hastanın klinikte yapılması gerekiyor. Buna tekrar vurgu yapmak istiyorum. Eğer biz işaretleme yapmazsak, cerrahi güvenlik uygulamamız aslında daha hiç başlamamıştır, baştan biz onu kaybetmişizdir. Muhakkak ki işaretlemeyi hekim tarafından doğru işaretleme yöntemlerini kullanarak işaretlemeyi yapmamız gerekiyor.

Diğer bir parametremiz; anestezi güvenlik kontrol listesi tamamlandı mı? Burada da evet diye görüyoruz, ama çok ender birkaç kurumda biz inceledik. Anestezi güvenlik kontrol listesi uygulamayan hastaneler olup, bu liste olmadan buraya evet diyebilen kurumlar da gördük. Ancak genelde anestezi doktorunun doldurmadığı, anestezistin doldurduğunu görüyoruz. Belki ekipmanları çek edebilir ilgili arkadaşımız, ama hastaya ait risk kriterlerini anestezi uzmanı sadece değerlendirebilir. Bu listede de imza eksikleri ve anestezi eksiklerini görmekteyiz.

Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu? Bu evet diye işaretlenmiş. Evet, pulse oksimetre olmadan hiçbir hastaya anestezi verilmez; zaten bu Dünya Sağlık Örgütü'nün koyduğu kurallardan birisi. Dikkat ederseniz Anestezi güvenlik kontrol listesinde ve bunda sadece evet işareti var. Neden? Bu olmak zorunda. Siz bunları tamamlamadan, diğer adıma geçemezsiniz kesinlikle. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı? Genelde de bunlar çok sorgulanmadan yok diye işaretleniyor, ama biz hastanın dosyasına baktığımızda, bir penisiline alerjisi ya da başka bir gıda veya başka bir besin alerjisini görebiliyoruz pekâlâ, çok kolaylıkla ölçebiliyoruz bunu. Buna da dikkat edilmesi gerekir.

Bir diğer konu ve olası hatada ölümcül sonuçlar doğurabilecek; hastada 500 mililitre ya da daha fazla kan kaybı riski var mı? Niye 500 mililitre? Çünkü böyle bir durumda hastanın hemodinamisi değişecektir, morbidite ve mortalitesini arttırabileceğiz. Genelde yok diye işaretleniyor, ama biz bakıyoruz ki, örneğin 78 yaşında *-atıyorum-* bir bayan hasta, protezi olacak. Hemoglobin değeri de ameliyata girmeden önce 10 düzeylerinde. Hekim de orderına yazmış dört ünite kan ve ameliyat sırasında vermesi planlanıyor. Biz bunu zaten dosyasında görürüz, ama ilgili liste sorumlusu buraya yok diye işaretlemiş. Aslında bir tedbir var, ama bizim güvenliğimizi kontrol etmek istediğimiz liste yanlış doldurulmuş oluyor ve iki farklı kayıt olduğu için de, bizleri pekâlâ ciddi bir şekilde yanıtlanabilir.

Diğer bir süreç de, ameliyat kesisinden önceki bölümde, kritik olaylar gözden geçirildi mi? Burada nelere bakmamız gerekiyor? Tahmini ameliyat süresini belirtmek lazım burada, neden? Çünkü anestezi ona göre mevcut ilaçlarını programlayacak, düzenleyecek. Beklenen kan kaybı var mı? Ona göre hemodinamisi düzenlenecek. Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar, olabilir pekâlâ. Bunlar buraya belirtilecek. Olası anestezi steli var mı? Bunlar keza belir-

tilecek ve hastanın pozisyonu. Bunların hep gerçekten anlamlı bir şekilde tek tek üzerinden geçilmesi gerekiyor.

Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı? Bu da sıkça gördüğümüz yanlışlardan birisi. Ameliyattan özellikle bir saat öncesinde başlayan bir süreçte, biz eğer cerrahi profilaksi yaparsak, bunlar saptanmış zaten. Cerrahi alan enfeksiyonlarının yarısını önleyebiliyoruz, ama hasta orderına bakıyoruz, orada doktor bir vermiş. En güzel örnek de bazı ameliyatlarda antibiyotik kullanımı yoktur, ama burada mesela uygulandı diye işaretlenmiş; bunları ölçmesi gerçekten çok kolay.

Kan şekeri kontrolü gerekli mi? Bu da keza aynı şekilde, hayır diye işaretleniyor, ama diyabetik bir hastada bunu yapmamız gerekiyor kesinlikle. Antikoagülan kullanımı yine o şekilde. Yani bunları hep eğer üstün körü işaretlersek, hasta kayıtlarıyla çelişeceğinden, yarın öbür gün bizlere hukuki anlamda da ciddi sorunlar oluşturabilir. Böyle bir durumda zaten bu formu, listeyi doldurmasak belki daha da iyi; çünkü bize bir şey kazandırmış olmuyor.

Ben bu şekilde bunları anlattıktan sonra sizlere tekrar bir kez daha kurumlarınızda, biz cerrahi güvenlik kontrol listesini etkin bir şekilde uyguluyor muyuz diye sormanızı istiyorum. Ama ben problemleri şöyle biliyorum. Çünkü size ekip olduğunuzu söylemişim ve bu ekibe anestezi hekimi ve cerrahın katılımları sınırlı oluyor. Bu problemleri de biliyorum, ama onları sürece katmadan bu uygulamayı iyi bir şekilde yönetmemiz söz konusu değil.

Ben cerrahi yanıklarla da ilgili bahsetmek istiyordum, ama cerrahi yanıklar özel bir konu. Tek vurgu yapmak istediğim; ameliyathanede koter gibi cihazlar cerrahi yanıklar oluşturabilir. Bu cihazların bakımları, kalibrasyonları ve uygulama metotları hastaya; çünkü cihaz uygun olabilir, ama uygulama kötü-yanlış olabilir. Hastamıza ciddi, olumsuz sonuçlar doğurabilir. Bu konuya dikkat edilmesi gerekir.

Sonuç olarak, sağlık çalışanları cerrahi hasta güvenliğini önemli bir konu olarak ele alır ve hastane yöneticileri gerekli önlemlerin alınması konusunda irade gösterirse, hem hastaların, hem sağlık çalışanlarının, hem de hastanenin zarar görmesinin önüne geçilmiş olur.

Bu karikatürde olduğu gibi, inşallah hiçbirimiz, öncelikle hastalarımız böyle bir duruma düşmez.

Ben sizlere teşekkür ediyorum.

## Doküman Yönetim Sistemi ve Kazanımlar

**Uzm. Mehmet SALUVAN**

*Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri*

Son gün, son oturum, hatta son sunum, diğer iki konuşmacı da bundan bahsettiler, ama biliyorum ki çok yorulduk. Dolayısıyla çok uzun anlatmayacağım. Doküman yönetim sistemi benim anlatacağım konu, ama bu konu aslında hani günlerce, pratik uygulamalarla pekiştirilerek anlatılabilecek bir konu. Dolayısıyla ben sadece hani felsefesinden, bu konudaki amaçlarımızdan bahsedeceğim.

Sunum planını şöyle şekillendirdim; çok kısa olarak doküman ve dokümantasyondan kastımız ne ve biz bu dokümanları neden kullanıyoruz, dokümantasyondaki amaç ne? SKS’de neden birtakım dokümanlar istiyoruz. SKS doküman iletim sisteminin amacı ne, neden böyle bir uygulama geliştirdik dokümanları disipline etme açısından ve doküman yönetim sistemiyle biz ülke olarak neler kazandık? Aslında bu da bizim amaçlarımızla bağdaşan bir şey.

Peki, çok kısa doküman ve dokümantasyon kavramlarına baktığımızda, dokümandan kastımız belge aslında. Bilgilerin yer aldığı belge. Dokümantasyon da, nihayetinde bu belgeleri oluşturma süreci. Peki, biz kurumlarda neden dokümana ihtiyaç duyuyoruz? Aslında sağlık kurumlarının işleyişiyle ilgili birtakım mevzuat var, ama sizler de biliyorsunuz ki mevzuatta her şey, bütün uygulamalar uzun uzadıya anlatılmaz, kısa tutulur.

Bunun dışında hazırlanan mevzuatlar bizim kurumlarımıza özgü mevzuatlar değil. Dolayısıyla bize özgü birtakım şeyler eğer oluşturmamız gerekiyorsa dokümanlara ihtiyaç duyuyoruz. Dolayısıyla SKS içerisinde de birçok yerde konularla ilgili doküman istendi.

Peki, neden istendi diye baktığımızda, en önemli unsur standardizasyon. Nihayetinde kalite hataları kaldıracı veya beklenmedik durumları kaldırabilecek bir yapıda değil. Zaten kalite dediğimiz şey nihayetinde koruma sıfır hata götürmeyi amaçlayan bir dizi düzenlemeler bütünü. Sağlıkta ise nihayetinde hiçbir şekilde hata kaldıramaz bir hizmet sunuyoruz; dolayısıyla dokümantasyondaki temel amaç; bir işin kurumda herkes tarafından aynı yapılabilmesini sağlamak. Bir doküman hazırlanırken, en önemli yapılacak konu biz bu işi bundan sonra yapacak kişilerin, burada belirttiğimiz şekilde yapmasını istiyoruz, bu standardı sağlamak üzere kurguluyoruz olmalıdır.

Diğer taraftan, nihayetinde eğer bir sürece yönelik doküman hazırlanacaksa, bu sürecin baştan aşağı gözden geçirilme şansı doğacak. Nasıl? Her bir süreç içerisinde hangi faaliyetler var, bu faaliyetler hangi sırada birbirini takip ediyor? Ben bunları bu sırada yapmak zorunda mıyım? Bu faaliyeti şu an uyguluyor olmak yerine, başka türlü yapacak olsam, hem bana zaman kazandırabilir, hem güvenliğimi

arttırabilir mi? gibi düşünceleri de beraberinde getirecek ve dolayısıyla biz dokümana hazırlarken aslında süreçlerimizi de iyileştirme fırsatı yakalamış olacağız.

Diğer taraftan, nihayetinde yaptığımız işler için birtakım kayıtlar tutmamız gerekiyor. Bunlar bizim hem performans açısından durumumuzu izleyebilmemizi sağlayacak, hem de hemen hemen bütün kurumlar, gerek Sağlık Bakanlığı hastaneleri, gerek özel hastaneler, gerekse üniversite hastaneleri bir değerlendirme sürecine tabi tutuyorlar. Bu değerlendirmelerde ilgili standartların karşılandığına ilişkin deliller, bizim oluşturacağımız kayıtlarda.

Diğer yandan, oluşturacağımız doküman bizler için çok önemli bir eğitim aracı haline geliyor. Kuruma yeni başlayan kişiler veya kuruma yeni başlamış olsa bile bazı konular bildiğiniz üzere çok sık tekrarı gerektiren konular. Dolayısıyla bunların kurumdaki bütün çalışanlarla paylaşılması açısından elimizde bir eğitim dokümanı oluşmuş oluyor dokümantasyon sürecinde.

Peki, oluşturduğumuz dokümanlara ilişkin neden bir yönetim sistemi geliştirmek zorunda kaldı ya da bu yola neden çıkıldı? Neden SKS doküman yönetim sistemi rehberi oluşturuldu? Bunu incelediğimizde; aslında çok basit bir gerek bizim bakanlıktaki arkadaşlar olarak değerlendirmelerimizde, gerekse değerlendiricilerimizden aldığımız geri bildirimlerde şunu gördük. Kurumlarda dokümanlar oluşturulmuş, ama bazı kurumlar gerçekten çok iyi doküman hazırlamışken, bazı kurumlar çok açık bir şekilde, belli ki bir yerlerden kopyala yapıştır yöntemiyle dokümanlarını oluşturmuşlar. Ne bir şablon var, ne bir dil birliği var, ne bir format var ve gerçekten çok kötü durumda, içinden çıkılmaz bir hal almış doküman yapısı var. Hatta esas belgenin orijinali, kalite koordinatörlüğünde, ama çok eski versiyonları uygulama alanlarında olabiliyor. Dolayısıyla bunun bir şekilde düzenlenmesi gerekiyordu.

Diğer taraftan, bazı kurumlarımız gerçekten doküman yapısını oluşturmuş ve bu işi biliyorken, bazı kurumlarımız ise kesinlikle doküman konusunda bir fikir sahibi değillerdi ve bunlara rehber niteliğinde bir bilgi paylaşımı yapılması gerekiyordu. Bizim SKS doküman yönetim sisteminde rehberi yayınlamamız, böyle bir düzenlemeye gitmemizin temel gerekçeleri bunlar.

Peki, bunları SKS doküman yönetim sistemi rehberini oluştururken neleri amaçladık? Dediğim gibi, amaçlarımız nihayetinde bugün elde ettiğimiz kazanımları da kapsıyor. İlk amacımız, bazı tanım ve kavramlarda birlik sağlamaktı. Eğer prosedürse, prosedür her yerde aynı şekilde anlaşılmalı, eğer plansa her yerde aynı şekilde anlaşılmalı, eğer rıza belgesiyle her yerde aynı şekilde anlaşılmalı ve o şekilde kullanılmalı. Sebebi şu; çünkü farklı yerlerde, farklı isimlerde aslında aynı içeriğe sahip doküman var. Yani biri, bir kurum aynı dokümana A demişken, diğeri B demiş. Dolayısıyla bunları tanımlayalım ve herkes aynı isimden aynı şeyi anlansın istedik.

İkinci amacımız, doküman türlerinin netleştirilmesiydi. Çok farklı doküman türlerinin kullanıldığını gördük. Temel diyebileceğimiz dokümanları belirleyelim, ama bu işte de biraz esneklik bırakalım –*birazdan değineceğim*- istedik. Amacımız dokümanların isimlerinin, türlerinin de netleştirilmesiydi. Şu sorular çok geliyordu, işte hangi dokümanları hazırlamalıyız? Bunun için de bir sistematik geliştirdik, onu da birazdan anlatacağım.

Dokümanların nasıl oluşturulması gerektiğine ilişkin de çok soru vardı. Tamam hazırlayayım, ama hazırlarken prosedürü nasıl hazırlamalıyım, planı nasıl hazırlamalıyım, talimatı nasıl hazırlamalıyım? Biz amaçlarımız arasında buna da yer verdik ve rehberi oluştururken de bu dokümanların nasıl oluşturulması gerektiğine ilişkin temel bilgiler verdik.

Çok farklı formatlarda kurumlar dokümanlarını hazırlamışlardı. Şundan bahsetmiyorum: A hastanesi farklı bir formatta, B hastanesi farklı bir formatta değil, olabilir, böyle bir farklılık söz konusu oluyor. Ama aynı hastane çok çok farklı formatlarda doküman sunuyordu bizlere, değerlendirecilere. Dolayısıyla çok karmaşık bir yapısı vardı, görüntü olarak da çok işin doğrusu çirkin gözükün doküman yapısı vardı. Dolayısıyla en azından formata ilişkin de kuralları belirleyelim istedik rehberde.

Diğer taraftan, dokümanların izlenebilirliğini sağlamak üzere birtakım kodlar kullanılıyor. Bunun için de çok farklı yöntemler kullanmış kurumlarımız. Herkes kendi kodlama sistematüğını kendileri geliştirmiş. Nihayetinde yaptığımız bütün uygulamalarda şunu istedik. Bir çalışanımız A hastanesinden, B hastanesine gittiği zaman çok farklı şeylerle karşılaşmasın, her şeyi yeniden öğrenmek zorunda kalmamasın. Bunun için standart bir doküman kodlama yöntemi belirleyelim ve bu amaçla da bir doküman standart kodlama sistemi geliştirdik.

Diğer taraftan dokümanın duyurulmasında bilgi sistemlerinin kullanılmasını istedik. Gaye şuydu; inanılmaz bir kağıt kirliliği ve israfı söz konusu. O yüzden mümkün olduğunca kurumlarımız bilgi sistemlerini kullansınlar, dokümanları bilgi sistemleri üzerinden paylaşsınlar ve daha da önemlisi nihayetinde asıl olan dokümanın oluşturulması değil, ilgili kişilerin bu dokümanla ilgili bilgi edinmesi. Dolayısıyla burada doküman paylaşımında birtakım kurallar getirdik ve istedik ki doküman hazırlandıktan sonra mutlaka eğitimler yapsınlar.

Bir diğer önemli konu, nihayetinde elimizde doküman bütün oluşuyor. Gerek yaptığımız işleri anlatan dokümanlar, gerekse kayıt niteliğindeki dokümanlar. Bunların mutlaka muhafaza edilmesi gerekiyor. Nasıl muhafaza edilmesi gerektiğine ilişkin bilgiler vermiş olduk rehberde de.

Bu dokümanları belirli zamanlarda güncellememiz gerekiyordu. Dolayısıyla güncellediğimiz zaman da bir standart sisteme sahip olmamız lazım. Buna ilişkin de birtakım kurallar getirilmiş oldu. Diğer bir önemli konu, bu da çok önemsenen bir

konu; hazırlanan dokümanların kurumla paylaşılmasıyla ilgili farklı bir yol izlenmiş idi geçmişte. Kalite anlamında hazırlanan bütün dokümanlar çeşitli şekillerde, işte duvarlara asılarak, panoların üzerine asılarak paylaşılmaya çalışılmıştı ya da onun dışında kurumun hazırlamadığı dokümanlar, poster gibi, mesela duyurular gibi. Bunlar da çok dağınık bir şekilde kullanılıyordu ve inanılmaz bir görüntü kirliliğine sebebiyet veriyordu. Doküman yönetim sistemi rehberinde bu konu da ele alındı ve birtakım kurallar belirlendi.

Bu arada Sayın Başkan beni tanıtırken Hacettepe Üniversitesi diye tanıttı, ama ben hep yaptık gibi konuşuyorum, bu konuya da açıklık getirmek lazım. Hacettepe Üniversitesi adına konuşmuyorum tabii ki, Sağlık Bakanlığı adına konuşuyorum. Çünkü çok kısa bir süre önce, bence kısa bir süre, bir sene kadar önce Sağlık Bakanlığında Sayın Başkanla beraber çalışma fırsatı buldum çok uzun bir süre. Dolayısıyla bu uygulama orada çalıştığım süre zarfında geliştirilmiş bir uygulamadır. Konuşurken Sağlık Bakanlığı adına konuşuyor olmam ondan.

Bütün bu amaçlarda genel gayemiz şuydu: Yönetilebilir bir doküman yapısı ortaya koyalım. Gerçekten, tekrar revize etmek istediğimiz zaman bu kolay olsun, dağıtımını kolay sağlayabilelim, herkes aynı şekilde anlasın vesaire, ama temel hedefimiz bu karman çorman duruma gelmiş doküman yapısını netleştirmektir.

Şimdi de neler kazandırdı diye baktığımızda, burada uygulamalara kısa kısa değinerek geçeceğim. Dediğim gibi biz neyi amaçladıysak ona ilişkin bilgileri rehberde paylaşmış olduk. Sunuyu çok uzatmak istemiyorum, çok kısa bir süre içerisinde tamamlamayı düşünüyorum, ama biliyorum ki konuyla ilgili çok sorular var. Çünkü hani bilen tanıyan ve sorularını yöneltmek isteyen kişiler, bana farklı farklı sorular yönelttiler. Şu konuda herkes rahat olsun. Hani nihayetinde oturum sonrası uçağı olan arkadaşlar var, çok uzamamız gerekiyor, ama ben buradayım. Doküman yönetim sistemine ilişkin bütün soruları yanıtlamadan gitmeyeceğime söz veriyorum. Dolayısıyla bu kısımları biraz daha hızlı geçmek istiyorum.

Dediğim gibi, bir tanım ve kavramları netleştirmiş olduk. Bunlar rehberimizde var. Doküman türlerini netleştirdik, çok farklı doküman türleri vardı, ama biz sekiz temel doküman türü belirledik. Ama kurumları bu konuda esnek bırakmayı da ihmal etmedik. Dedik ki, eğer görev yetki sorumluluğu kullanmak istiyorsa, kurum bunu yardımcı doküman ismiyle takip edebilir.

Diğer taraftan, kazanımlarımız arasında hazırlanacak dokümana nasıl karar verilmesi gerektiği de netleştirilmiş oldu. Bunun için bir yol belirlemiş olduk. Dedik ki, SKS'yi önünüze alın, beraber kimlerse bu işin tarafları, standartları okusunlar, hangi standart neye ihtiyaç duyduğunuzu gösteriyor zaten. Bu yolu izleyerek, hangi dokümanları oluşturması gerektiğine karar versinler.

Bir doküman formatı oluşturduk. Bu konu çok net anlaşılmamış. Ben hani arada gelen sorulardan dolayı şunu net olarak görebiliyorum. Biz formatta hangi bil-



gilerin olması gerektiğini yazdık. Hangi bilgiler olacak? Dokümanlarda olacak, işte logo olacak, revizyon numarası, revizyon tarihi, sayfa numarası, sayfa sayısı ve hazırlayan, kontrol eden, onaylayan bilgileri. Formattan kastımız bu, ama rehberde de aynen şu ifade var: Bunların herhangi birini istediğiniz bir yere koyabilirsiniz. Mesela kodunu ben burada yakışıklı bulmuyorum, şuradan daha iyi takip edebilirim diyebilirsiniz ya da onu tamamen kenara yerleştirebilirsiniz. Bir kapak sayfası oluşturur, dokümanın adını ortaya yazarsınız ve bu sağ tarafta da kalabilir, sol tarafta da kalabilir. Takdir sizin, gözünüze nasıl hoş geliyorsa öyle yerleştirin.

Hazırlayan, kontrol eden, onaylayan bilgilerini sayfanın arkasına da yerleştirebilirsiniz. Önemli olan benim için bu bilgilerin olması. Bu formatın kurum için, kurumun kullandığı bütün dokümanlarda yerleştirilmesi. Hasta alanın adını yazabilir misiniz? Yazabilirsiniz, bir engel yok. Yani bunlar olması gerekenler, ama bunun dışında ben hastanenin adını da kullanmak istiyorum, elbette iyi kullanabilirsiniz, hiçbir sakıncası yok.

Dolayısıyla dediğim gibi, hani biz kaliteciler biraz ayrıntı odaklı çalışıyoruz. Nihayetinde kalite ayrıntıda gizlidir, ama hani burada bizim kastımız tamamen formatta hangi bilgilerin olması gerektiğini kişilerle paylaşmaktı. Hangisini nereye koyacağımız, nasıl yerleştireceğiniz tamamen kendi inisiyatifiniz.

Bir doküman kodlama sistemi geliştirdik. Doküman kodlama sisteminde bölüm bazlı kodlama, SKS bölüm bazlı kodlama diye isimlendirdik bunu. Buradaki amacımız da, bir dokümanın kurumda takibini kolaylaştırmak. Alıp baktığınız zaman ismi tanımasanız bile, işte koduna baktığınızda hangi sürece ilişkin, işte o sürece ilişkin kaçınıcı doküman? Bunları görebilmenizi sağlamaktı. Dolayısıyla bu anlamda da ortak bir dil oluşturmuş olacağız. Hangi kurumda çalışıyor olursanız olun, bir başka kuruma geçtiğinizde aynı dil kullanılıyor olacak.

Bunun üzerinde çok durmayacağım, sadece şu konu belki önemli. SKS'de bulunmayan bir bölüm. Nihayetinde bölüm bazlı bir doküman kodlama sistemi geliştirildi. Eğer bölüm yoksa nasıl yapacağım? O da çok net olarak aslında rehberimizde yer alıyordu. Eğer SKS'de biz sizin doküman yazmak istediğiniz bölüme yer vermediysek, o zaman bizim kullandığımız sistem gibi, önce benim için üç harfli bir kısaltma kullanın ve onun da dokümanlardaki diğer bölümlerdeki dokümanları kodlar gibi kodlayın. Bu da tamamen hani kurumun kendi uygulaması olabilir.

Dokümanların duyurulmasına ilişkin birtakım kurallara yer verdik. Şunu istedik dediğim gibi, baştaki konuşmada anlattığım üzere; bilgisayar üzerinden mümkün olduğu kadar paylaşalım, kağıt israf etmeyelim. Mümkün olduğu kadar kontrolümüz dışındaki kopyaları engelleyelim ve her hazırlanan doküman mutlaka ilgili taraflara eğitim yoluyla verilmiş olsun.



Nasıl muhafaza edelim? Nihayetinde onu muhafaza etmek bizim için önemli. Hem o işi yaptığımızı ilişkin kayıtları gösterme açısından, hem de eğer bir değişiklik yapacaksak en güncelini bulundurma açısından. Peki, nedir bizim muhafaza etmememiz gereken dokümanlar? Dediğim gibi orijinal dokümanlar bir prosedür hazırlandı, bir talimat hazırlandı, biz o orijinal belge üzerinde bazı imzalar istiyoruz. İşte hazırlayan bilgileri istiyoruz, onaylayan bilgileri, kontrol eden bilgileri istiyoruz. Çünkü işin usulüne uygun olup olmadığını, uygun olarak yapılıp yapılmadığını gösteren en önemli araç onlar bizim için. Dolayısıyla onları muhafaza etmemiz lazım. Diğer taraftan birtakım kayıtlar tutmamız gerekiyor, o işi gerçekten yaptığımızı ilişkin kayıtlar bunlar. Bunları da çok uygun koşullarda raflamalı ve okunabilir kalması açısından gerekli tedbirleri almamız gerekiyor.

Diğer taraftan, dokümanların revizyonunda nelere dikkat etmemiz gerektiğine ilişkin kurallar belirlenmiş oldu rehberle. Bunları uzun uzun paylaşmayacağım, ama temel hedef şu: Bir dokümanı revize ettiğiniz anda, hani bunun durumunu takip edebilmek. Revizyonda neler değiştirdik vesaire, bunu takip edebilmek açısından kaç defa revize ettim, bunu görebilmek açısından bir listemizin olmasını, o listede bütün dokümanlarınızın yer almasını ve güncelleme tarihlerini de o liste üzerinde görebilmeyi hedefledik.

Diğer taraftan, doküman aslına ilişkin düzenlemelerimiz vardı. Burada da dediğim gibi, dokümanlar paylaşılırken çok karmaşık bir görüntüye sebebiyet vermemek gerekiyor. Bunun için eğer doküman paylaşacaksak mutlaka alanlarımız belirlenmesi, hangi dokümanların asılıp, hangilerinin asılmayacağına karar verilmesi ve ne kadar süre kalacak, bunu kim onaylayacak? Bu tür kuralların belirlenmesi gerektiğine vurgu yaptık.

Eğer paylaşacaksak bunu görselliğe uygun estetik panolarda paylaşılmasını istedik. Görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde düzenlenmesini istedik ve şunu ifade ettik özellikle. Çünkü yine yanlış bir algı söz konusuydu. SKS kapsamında hazırlanan dokümanların asılmasını istemediğimizi belirttik.

Benim anlatacaklarım bu kadar. Dediğim gibi çok uzun bir konu biliyorum, ama hani kongrenin özüne de aykırı olmayacak şekilde çok fazla da uzatmadan, nihayetinde son oturum, sizleri de sıkmadan bitirmek istedim.

Sadece ben de bir şey söylemek istiyorum. İlk üç kongrenin mutfağında vardım. Bu işin ne kadar meşakkatli olduğunu gerçekten çok iyi biliyorum. Dördüncü kongrede de arkadaşlar çok yoğun emek sarf etmişler. Ben sizin huzurlarınızda ve sizlerin adına bu işte emeği olan herkese gönülden teşekkür etmek istiyorum.

Saygılar sunuyorum.



TC. Sağlık Bakanlığı

### İletişim

Mahmut Esat Bozkurt Cad. Umut Sok.

No: 19 Kat: 1 Kolej / Ankara

e-posta: kalitekongre@gmail.com

web: [www.kalite.saglik.gov.tr](http://www.kalite.saglik.gov.tr)

ISBN: 978-975-590-463-4

Bakanlık Yayın No: 911