

III. ULUSLARARASI SAĞLIKTA
PERFORMANS VE KALİTE KONGRESİ

**KONUŞMA METİNLERİ
KİTABI**

“Klinik Kalite ve Güvenlik”



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

**III.ULUSLARARASI SAĞLIKTA
PERFORMANS VE KALİTE
KONGRESİ**

KONUŞMA METİNLERİ KİTABI

Editörler

Umut BEYLİK

Özlem ÖNDER

Dr. Hasan GÜLER

Dr. Abdullah ÖZTÜRK

Ankara – 2012



III.ULUSLARARASI SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE
KONGRESİ

KONUŞMA METİNLERİ KİTABI

Editörler

Umut BEYLİK - Özlem ÖNDER
Dr. Hasan GÜLER - Dr. Abdullah ÖZTÜRK

1. Basım – Şubat 2012

ISBN: 978-975-590-414-6

Bakanlık Yayın No: 875

© Yazarlar – Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Bu kitabın her türlü yayın hakkı T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne aittir. Genel Müdürlüğün yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı toplam bir sayfayı geçmeyecek alıntılar hariç olmak üzere, hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz. Yazarların bu kitap içinde yer alan bildirilerini başka kitap ve/veya dergilerde münferiden yayınlama hakları saklıdır.

Kapak ve Sayfa Tasarım

Zeynep ASLAN - m.zeynepaslan@gmail.com

Baskı

Pozitif Matbaa

Çamlıca 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

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Mahmut Esat Bozkurt Cad. Umut Sok. No: 19 Kat: 1

Kolej / Ankara

E-posta: performansyonetimi@saglik.gov.tr

Web: www.performans.saglik.gov.tr

KONGRE BAŞKANI VE DANIŞMA KURULU

KONGRE ONURSAL BAŞKANI	
Prof. Dr. Nihat TOSUN	Müsteşar
KONGRE BAŞKANI	
Prof. Dr. Adnan ÇİNAL	ABD Türkiye Sağlık Ataşesi
KONGRE BAŞKAN YARDIMCISI	
Prof. Dr. İrfan ŞENCAN	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü
KONGRE ONUR KURULU	
Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR	Adana Milletvekili
Prof. Dr. Sabahattin AYDIN	İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörü
Yrd. Doç. Dr. İsmail DEMİRTAŞ	TAPDK Üyesi
Abdülkadir ATALIK	Danıştay Üyesi
DANIŞMA KURULU	
Doç. Dr. Turan BUZGAN	Müsteşar Yardımcısı
Yrd. Doç. Dr. Hakkı YEŞİLYURT	Müsteşar Yardımcısı
Ömer Faruk KOÇAK	Müsteşar Yardımcısı
Dr. Ekrem ATBAKAN	Müsteşar Yardımcısı
Dr. Yasin ERKOÇ	Müsteşar Yardımcısı
Dr. Mehmet DEMİR	Bakan Müşaviri
Osman GÜZELGÖZ	Basın Müşaviri
Memet ATASEVER	Strateji Geliştirme Başkanı
Kamuran ÖZDEN	Dış İlişkiler Dairesi Başkanı

BİLİM KURULU	
1. Prof. Dr. Adnan ÇİNAL	40. Prof. Dr. Ramazan ŞEKEROĞLU
2. Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU	41. Prof. Dr. Recep ÖZTÜRK
3. Prof. Dr. Alper CİHAN	42. Prof. Dr. Robert MCNUTT
4. Prof. Dr. Arzu TOPELİ İSKİT	43. Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
5. Prof. Dr. Aytil KASAPOĞLU	44. Prof. Dr. Suat TURGUT
6. Prof. Dr. Bilâl ERYILMAZ	45. Prof. Dr. Şahin KAVUNCUBAŞI
7. Prof. Dr. Bilçin TAK	46. Prof. Dr. Tansu ARASIL
8. Prof. Dr. Cesim DEMİR	47. Prof. Dr. Tengiz ÜÇOK
9. Prof. Dr. Coşkun Can AKTAN	48. Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ
10. Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU	49. Prof. Dr. Yeşim ÖZARDA
11. Prof. Dr. Fahri OVALI	50. Prof. Dr. Yusuf ÇELİK
12. Prof. Dr. Fikriye URAS	51. Prof. Dr. Yüksel ALTUNTAŞ
13. Prof. Dr. Francois CHAMPAGNE	52. Doç. Dr. Arslan TOPAKKAYA
14. Prof. Dr. Gönül DİNÇ HORASAN	53. Doç. Dr. Asım BALCI
15. Prof. Dr. Hakan HAKERİ	54. Doç. Dr. Bayram ŞAHİN
16. Prof. Dr. Hasan Hüseyin ÇEVİK	55. Doç. Dr. Didem ÜNSAL AKTAŞ
17. Prof. Dr. Haydar SUR	56. Doç. Dr. Erdal SARGUTAN
18. Prof. Dr. İsmail BAKAN	57. Doç. Dr. Fatma PAKDİL
19. Prof. Dr. İsmet ŞAHİN	58. Doç. Dr. Hacer ÖZGEN
20. Prof. Dr. Jülide YILDIRIM ÖCAL	59. Doç. Dr. Hamza ATEŞ
21. Prof. Dr. Kamil Ufuk BİLGİN	60. Doç. Dr. İbrahim ÜNSAL
22. Prof. Dr. M. Kemal ERBİL	61. Doç. Dr. İsmail AĞIRBAŞ
23. Prof. Dr. M. Şerif ŞİMŞEK	62. Doç. Dr. Mustafa ERTEK
24. Prof. Dr. Mahmut BAYIK	63. Doç. Dr. Nermin ÖZGÜLBAŞ
25. Prof. Dr. Mehmet Mithat ÜNER	64. Doç. Dr. Öner ODABAŞ
26. Prof. Dr. Mehtap TATAR	65. Doç. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU
27. Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI	66. Doç. Dr. Turan ASLAN
28. Prof. Dr. Metin DOĞAN	67. Doç. Dr. Yaman ZORLUTUNA
29. Prof. Dr. Musa EKEN	68. Doç. Dr. Yıldız AYANOĞLU
30. Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ	69. Yrd. Doç. Hanefi ÖZBEK
31. Prof. Dr. Mustafa PAÇ	70. Yrd. Doç. Dr. Musa ÖZATA
32. Prof. Dr. Nazmi ZENGİN	71. Dr. Ann-Lisse GUISET
33. Prof. Dr. Niek KLAZINGA	72. Dr. Basia KURTUBA
34. Prof. Dr. Nihat ERDOĞMUŞ	73. Dr. Enis BARIŞ
35. Prof. Dr. Nilay ÇABUK KAYA	74. Dr. Kalipso CHALKIDOU
36. Prof. Dr. Oya BAYINDIR	75. Dr. Mehmet DEMİR
37. Prof. Dr. Ömür ÖZMEN	76. Dr. Nata MENABDE
38. Prof. Dr. Özkan TÜTÜNCÜ	77. Dr. Sarbani SCHAKRABORTY
39. Prof. Dr. Pedro J. SATURNO	78. Rekha MENON

YÜRÜTME KURULU	
Dr. Hasan GÜLER	Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı
Dr. Abdullah ÖZTÜRK	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanı
Süleyman Hafız KAPAN	Hukuk Müşaviri
Uz. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ	Dış İlişkiler Dairesi Başkan Yardımcısı
Özlem ÖNDER	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Umut BEYLİK	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Dt. İsmail SERDAROĞLU	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Uz. Dr. Dilek TARHAN	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Melahat ELMAS GAZİ	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Mik. Uz. Serap SÜZÜK	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Gülsemin TUYGAR	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Uz. Dr. Ferzane MERCAN	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Günnur ERTONG	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Uz. Dr. Merve AKIN	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Ersan DEMİRCİ	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Uz. Dr. Hüseyin FİDAN	Eskişehir İl Sağlık Müdürü

III. ULUSLARARASI SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE KONGRESİ

(24 – 26 Kasım 2011 / Ankara)

BİLDİRİ BAŞVURULARI

Özet Metin Bildiri Başvuru Sayısı	217
Uygun Görülen Özet Metin Bildiri Sayısı	161
Tam Metin Bildiri Başvuru Sayısı	113
Uygun Görülen Tam Metin Bildiri Sayısı	95
Sözel Bildiri Tam Metin Sayısı	58
Poster Bildiri Tam Metin Sayısı	37

2. ULUSAL SAĞLIKTA KALİTE VE GÜVENLİK ÖDÜLLERİ

ÖDÜL BAŞVURULARI

HKS En İyi Uygulama Ödülü Başvuru Sayısı	35
HKS Araştırma ve Bilimsel Yayın Ödülü Başvuru Sayısı	25

ÖNSÖZ

Sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi artırma, hasta ve çalışan güvenliğini sağlama adına sağlık profesyonelleri ile sağlık çalışanlarının bir araya geldiği önemli ortamlardan biride kongrelerdir. Bakanlığımızda, bu etkileşim ortamlarını oluşturmak ve güncel veriler ışığında bilgi paylaşımını sağlamak amacıyla 2009 yılından beri uluslararası statüde, sağlık alanında ve performans/kalite ekseninde olmak üzere sağlık çalışanı, yönetici ve akademisyenlerin katılımıyla kongreler düzenlenmektedir.

Bu kongre geleneğinin devamı niteliğinde olan “Klinik Kalite ve Güvenlik” ana temalı ”III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi” 24-26 Kasım 2011 tarihleri arasında Ankara ilinde gerçekleştirilecektir.

İlk iki Kongremizde olduğu gibi yoğun katılımın ve paylaşımın beklendiği ilgili 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.

“Klinik Kalite ve Güvenlik” ana temasıyla düzenlenen kongrede; teşhis ve tedavide hasta güvenliği, kalitede yeni dönem ve hastane hizmet kalite standartları, Performans’ta yeni kavram ve uygulamalar, HKS uygulamaları, kalitede yeni uygulamalar, tıbbi hataların bildirimi ve güvenlik raporlama sistemi, teoriden pratiğe en iyi uygulamalar, enfeksiyon kontrolü ve önlenmesinde sterilizasyon süreci, indikatör yönetiminden ölçüm kültürüne doğru ve çalışan güvenliği konuları yer alacak olup, böylelikle sağlık hizmetlerinde performans, kalite ve hasta/çalışan güvenliği uygulamalarının etki alanının yaygınlaştırılması hedeflenmektedir.

Kongre kapsamında sunulan Sözel ve Poster Bildirilere ek olarak bu kitabımızda Sağlıkta Ulusal Kalite Sistemi, Hastanelerde HKS, Klinik Kalite, Teşhis ve Tedavide Hasta Güvenliği, TİG, Enfeksiyon Kontrolü ve Önlenmesinde Sterilizasyon Süreci, Güvenlik Raporlama Sistemi, Çalışan Güvenliği, Performansta Yeni Kavram ve Uygulamalar İndikatör Yönetimi, Güvenli Cerrahi, Düşme Ölçekleri ve benzeri pek çok konu incelemeye alınmış ve tüm paydaşların paylaşımına sunulmuştur.

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
-------------	-----

AÇILIŞ KONUŞMALARI

Dr. Hasan GÜLER	3
Prof. Dr. İrfan ŞENCAN.....	4
Prof. Dr. Adnan ÇİNAL	5
Prof. Dr. Nihat TOSUN	7
Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR.....	11

TEŞEKKÜR KONUŞMASI

Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ.....	17
--------------------------------	----

SAĞLIKTA ULUSAL KALİTE SİSTEMİ: TÜRKİYE

Dr. Abdullah ÖZTÜRK

Sağlıkta Ulusal Kalite Sistemi: Türkiye.....	21
--	----

KALİTEDE YENİ BİR DÖNEM: HASTANE HİZMET KALİTE STANDARTLARI

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

HKS'nin Sağlık Sektörüne Kazandırdıkları, Önemi ve Uluslararası İhracı	33
--	----

Dr. Mehmet DEMİR

Yöneticilerin Başarısında HKS'nin Etkisi	48
--	----

KLİNİK KALİTE: TEŞHİS VE TEDAVİDE HASTA GÜVENLİĞİ

Uzm. Dr. Ferzane MERCAN

Laboratuvar Güvenliğinden Teşhis ve Tedavi Güvenliğine	57
--	----

Prof. Dr. Fahri OVALI

Teşhis ve Tedavide Hasta Güvenliği 62

Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI

Hasta Güvenliğinde Temel Sorunlar ve Gelecek 68

SAĞLIK SİSTEMİNİN SAĞLIKLI YÖNETİMİNDE YENİ BİR ARAÇ: TİG

Dr. Ümit BAŞARA

TİG, Türkiye Uygulama Modeli, Sonuçlar ve 2012 Hastane
Ödemelerinde Yeni Yaklaşımlar 77

İbrahim DOLUKÜP

TİG, HBS Entegrasyonu ve TİG Bilişim Altyapısı 82

Dr. Mehmet DEMİR

Kim Korkar TİG'den! 85

ENFEKSİYON KONTROLÜ VE ÖNLENMESİNDE STERİLİZASYON SÜRECİ

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Sterilizasyon Ünitelerinde Hasta Güvenliği 93

Dt. Selma KÜÇÜKKEBAPÇI

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Sterilizasyon Süreci 99

Ayşegül TUNÇ USTA

Hastanelerde Sterilizasyon ve İzlenebilirlik 105

TIBBİ HATALARIN BİLDİRİMİNDE YENİ BİR SÜREÇ: GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ

Mik. Uzm. Serap SÜZÜK

GRSTR: Bildirim Raporlarından Çözüm Önerilerine 115

Prof. Dr. Bilçin TAK

Dünyada Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri ve Uygulamaya Yansımaları 123

Prof. Dr. Hakan HAKERİ

Güvenlik Raporlama Sisteminde Olay Bildirimlerinin Hukuki Yansımaları.....	134
---	-----

ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

Sosyolog Dr. Günnur ERTONG

Çalışan Güvenliğinde Sistem Kurma ve İzlenebilirlik Sağlama.....	141
--	-----

Mahmut KAÇAR

Sağlık Çalışanlarının Güvenliğini Sağlamak; Sorunlar ve Çözüm Önerileri.....	149
---	-----

Uzm. Dr. Ramazan CANURAL

Uzman Güvenliğinde Pratik Uygulamalar.....	159
--	-----

Prof. Dr. Nazmi ZENGİN

Sağlık Çalışanları Perspektifinden HKS ve Kazanımlar.....	165
---	-----

PERFORMANSTA YENİ KAVRAM VE UYGULAMALAR

Dr. Ferhat ZENGÜL

İşlevsel Performans ile Sonuca Odaklı Performans Ölçümlerinin Karşılaştırılması	173
--	-----

Melahat ELMAS GAZİ

Kalitede Birim Bazında Sorumluluk: Birim Performans ve Kaliteye Etkileri	180
---	-----

Av. Süleyman Hafız KAPAN

Kurumsal Performanstan Yönetici Performansına Adım Adım.....	188
--	-----

Uzm. Dr. Kazım SARICI

Teoriden Pratiğe Birim ve Yönetici Performansı ve Etkileri	196
--	-----

Metin MEMİŞ

Performans Sistemine Sendikal Bakış	203
---	-----

ÖLÇÜM KÜLTÜRÜNE DOĞRU: İNDİKATÖR YÖNETİMİ

Dr. Hasan GÜLER

Hizmet Kalite Standartlarında İndikatör Takibi ve Önemi 211

Prof. Dr. Haydar SUR

İndikatör Sonuçları Nasıl Yorumlanmalı?..... 221

Prof. Dr. Rosa SUNOL

Avrupa Hastanelerinde Klinik İndikatör Ölçümü ve Yorumlanması
Deneyimi..... 231

Dr. Mahmood ADIL

Hasta Düşmelerinin Klinik İndikatör Yönetimindeki Yeri:
'Stepwise' Rehberi 238

KALİTEDE YENİ UYGULAMALAR

Doç. Dr. Yusuf Alper KILIÇ

Skorlama Sistemlerinden Mortalite Oranlarına 249

Uz. Dr. Merve AKIN

Güvenli Cerrahi Uygulaması: Türkiye Örneği..... 257

Uzm. Banu TURASAN

HKS Doküman Yönetim Sistemi 262

Uzm. Demet KAVAK

İtaki'den Harizmi'ye Düşmelerin Önlenmesi 268

AÇILIŞ KONUŞMALARI

■ Dr. Hasan GÜLER

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı

■ Prof. Dr. İrfan ŞENCAN

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü

■ Prof. Dr. Adnan ÇİNAL

Kongre Başkanı

■ Prof. Dr. Nihat TOSUN

T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşarı

■ Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR

TBMM AK Parti Adana Milletvekili

Dr. Hasan GÜLER

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı

Sayın Milletvekillerim,

Sayın Müsteşarım,

Bakanlığımızın Değerli Üst Yönetimi,

Değerli Katılımcılar,

III. Kongremize hepiniz hoş geldiniz.

Ülkemizde sağlıkta kalite adına yapılan çalışmalardan biri de hiç kuşkusuz bugün üçüncüsünü düzenlediğimiz Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi'dir. Düzenlediğimiz her üç kongrede de katılımcı sayısının 1.500'lerin üzerinde olması, bilimsel program içeriği, katılımcı profili, sahada oluşturduğu heyecan ve yoğun katılım talebinden dolayı ülkemizdeki kongre anlayışında yeni bir çılgır açmıştır diyebiliriz.

Kongre kapsamında düzenlenen II. Ulusal Sağlıkta Kalite ve Güvenlik Ödülleri bu yıl da ilgi uyandırmayı başardı ve bu zorlu yarışmada beş uygulama ve üç bilimsel çalışma ödül almaya hak kazandı. Ayrıca hemşirelere yönelik bilgi yarışması da büyük bir katılımı gerçekleştirilmiş olup, sağlık çalışanları arasında tatlı bir rekabet oluşturmuştur.

Uluslararası gelişmeler, Bakanlık öncelikleri, Bakanlık tecrübesi ve sağlık çalışanlarının da katkı vererek büyük bir emek ve özveri ile hazırlanan hizmet kalite standartları bu kongrenin de ana konusu haline gelmiştir. Hizmet kalite standartları ve yapılan eğitim çalışmalarının geldiği nokta itibarıyla 2011 yılını kalitede yeni dönem ilan ederek çalışmalarımızı sistematik hale getirdik. Bu yeni dönemde sağlık sektörünün tüm paydaşlarını içine alan hatta uluslararası arenada etkin ve önemli bir araç haline gelecek olan, hastane hizmet kalite standartlarının etkinliğini artırma adına eğitim faaliyetlerimiz yoğun bir şekilde devam edecektir. Ayrıca şu müjdeyi de vermek istiyorum; yakın bir zamanda da hizmet kalite standartları uzaktan eğitim programını başlatıyoruz.

"Klinik Kalite ve Güvenlik" ana temasıyla düzenlenen bu kongremize ilişkin birkaç istatistikî bilgi vermek gerekirse bu kongremizde 26 oturumda 42 ana

konusmacı yer alacak, 57 sözel ve 37 poster bildiri sunulacaktır. Ben bu kongrenin hazırlanmasında emeği geçen Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'ndaki çalışma arkadaşlarıma, Ayder Turizm Firması'na, Bilim Kurulu'na, Yürütme Kurulu'na, bize her türlü desteği veren Bakanlığımızın üst düzey yöneticilerine, bugün bizi yalnız bırakmayan sayın milletvekillerimize ve bizi burada her üç kongrede heyecanlandıran ve onurlandıran siz katılımcılara teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Prof. Dr. İrfan ŞENCAN

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü

Sayın Vekillerim,

Sayın Müsteşarım,

Sayın Rektörüm,

Değerli Üst Düzey Yönetici Arkadaşlarım,

Meslektaşlarım,

Hepiniz hoş geldiniz. Bugün üçüncüsünü düzenlediğimiz Klinik Kalite ve Güvenlik ana temalı III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongremize tekrar hoş geldiniz diyerek sözüme başlamak istiyorum.

2003 yılından bugüne kadar sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilen yapısal değişiklikler ve iyileştirmeler artık sağlık hizmetlerinde erişimle ilgili yaşanan zorlukları tarihe gömmüştür. Bugün artık demir parmaklıkların önünde ilaç bekleme sahneleri tarihteki yerini bizim de hafızalarımızda bir tarihi sahne olarak yerini almıştır. Ancak bu süreç gerçekten bizim hafızalarımızda tarihte yerini alırken bu yaşanan, yapılan her işin çok çok ayrı değerleri var. Bugün artık geldiğimiz süreç son 25 yılın gelişen Avrupa'sında da yaşanana benzer şekilde sağlıkta kalite ve hasta güvenliği konusudur. Yapısal sorunları çözme noktasında büyük mesafeler kat etmiş olan ülkemiz yükselen trendin sağlıkta kalite ve akreditasyon olması gerektiğini düşünüyor ve çalışmalarımıza bu yönde ağırlık veriyoruz. Son üç yıldır her yıl düzenlenen Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi'yle de bu yöndeki gelişmeyi sağlamaya çalışıyoruz. Bakanlık olarak da bundan sonraki süreçte de klinik kalite ve hasta

güvenliği konularına daha çok ağırlık vereceğimizin bilinmesini isterim. Yine yaptığımız bu kongreler çalışmalarımızın yönelimi, işte bu toplantılar, biraz önce Sayın Genel Müdür Yardımcımız bahsetti, paralel toplantılar, oturumlar, bizim çalışmalarımıza yöneltilen kaliteyle ilgili endişelere de en iyi cevaplardan birisidir herhalde. Kamu özel ve üniversite hastanelerinin değerli temsilcileri ve yabancı katılımcılarla 1.500’ün üzerinde katılımcı olduğunu bildirmiştik. Teşhis ve tedavide hasta güvenliği, kalitede yeni dönem ve hastane hizmet kalite standartları, performansta yeni kavram ve uygulamalar, hastane kalite standardı uygulamaları, tıbbi hataların bildirimi ve güvenlik raporları, raporlama sistemleri, enfeksiyon kontrolü ve önlenmesindeki sterilizasyon süreci, ölçüm kültürü ve indikatör yönetimi, çalışan güvenliği gibi konular hem kongremizin en çok işlenen konuları hem de bundan sonraki süreçte Bakanlığımızın takip edeceği ana konulardan bazıları olacaktır. Malumunuz Bakanlığımızdaki yeni yapılanmayla beraber artık bunları takip etmek üzere oluşturulan Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün de işletmeci olmaktan çıkıp esas olarak kaliteyle ilgili parametreleri, hasta güvenliğiyle, hasta hizmetleri ile ilgili parametreleri gözetken hem kamu hem üniversite hem de özelde aynı uygulamalara aynı noktadan bakıp hepsine eşit mesafede duran bir yapıya kavuşmuş oldu.

Ben, bugün yapılacak sunum ve tebliğlerin çok değerli konuşmacıların görüşlerinin katılımcılarımıza çok büyük fayda sağlayacağına, dolayısıyla bu kongrenin verimli olacağına tüm kalbimle inanıyor ve verimli geçmesi dileğiyle hepinize saygılarımı sunuyorum.

Prof. Dr. Adnan ÇİNAL

Kongre Başkanı

Sayın Vekillerim,

Değerli Müsteşarım,

Kıymetli Rektörüm,

Değerli Müsteşar Yardımcılarım,

Kıymetli Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık İşleri Genel Müdürüm,

Değerli Sağlık Bakanlığı Bürokratları,

Ve Sağlıkın Değerli Mensupları,

III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi'ne hoşgeldiniz.

Ben konuşmama başlamadan önce bir izlenimimi sizinle paylaşmak istiyorum. Bir süredir gelişmiş bir Batı ülkesinde bulunuyorum, üç ay kadar bir süredir. Burada dikkatimi çeken bir husus oldu. İnsanlar iki şeyden çok fazla korkuyorlar bu bahsettiğim ülkede. Birincisi polis, polisle karşılaşmak, polisin kendilerine muamele yapması; ikinci büyük korku da belki ondan daha fazla, sağlık hizmetlerine başvuru yapmak, doktorla karşılaşmak, hastaneye gitmek! Bu korkunun en temel nedeni de ortaya çıkacak maliyetler. Çünkü bu ülkede sağlık hizmetleri tahmin edemeyeceğiniz kadar pahalı. Yine farklı ülkelerden gelen insanlarla bulduğumuz bir toplantıda bu husus gündeme gelmişti ve Türkiye'de durum nasıl diye sordular. Ben de hepinizin bildiği şeylerden bahsettim. Yani işte hekime başvurmak ücretsiz, ücretsiz denebilecek tabii oraya göre, işte uçak ambulanslarımız var, helikopter ambulanslarımız var, her türlü sağlık hizmeti karşılanıyor ve ücretsiz denebilecek şekilde, ilaçlar da keza bu şekilde hatta ve hatta eğer ki sağlık sorununuz Türkiye içinde çözülemeyecek nitelik arz ediyorsa devletimiz dünyanın neresinde ve maliyeti ne olursa olsun sizi bu ülkeye gönderiyor ve burada sağlık hizmeti almanızı sağlıyor. Bunun bütün parasını da devlet karşılıyor. Örnek olarak da bizim şu anda bir hastamız var ilgili ülkede ve 2,2 milyon dolar civarında bir ödeme yaptık ve halen de masrafları devam ediyor. Bu açıklama karşısında muhataplarım, “Ya siz tam anlatamıyorsunuz ya da biz yanlış anlıyoruz, böyle bir şeyin olması mümkün değil.” dediler ve inanmadılar açıkçası, böyle bir şeyin olacağına, böyle bir devlet olması mümkün değil diyerek beni cevapladılar. Dolayısıyla sağlık hizmetlerimizi, sağlığımızı bu noktaya getiren ve bunda katkısı olan herkese içten teşekkürlerimi sunuyorum. Çünkü geline noktanın nasıl bir yer olduğunu anlamak için bir başka yerde bulunmak kıyaslama açısından çok daha faydalı, çok daha objektif bir bakış açısı sağlıyor. Dolayısıyla ben bu izahları yaparak ve sağlık sistemimizi bu noktaya getiren sizlere ve katkısı olan herkese teşekkürlerimi sunarak konuşmama başlıyorum.

Yine hepimizin bildiği gibi gelişen dünyada sağlık hizmetinin daha geliştirilmesi, daha ekonomik şekilde daha etkin hasta ve çalışan güvenliğini tehlikeye

atmadan sağlık hizmetinin sunulması şu anda dünyanın da gündeminde olan ortak odaklı bir nokta. Bu hedeflere ulaşmada da kalite ve performans önemli araçlardan birisi. Ülkemizde yaklaşık 7-8 yıldır bu alanda ciddi çalışmalar yapılıyor ve önemli noktalara da geldi. Bunlardan birisi de malum olduğu üzere bu kongremiz, 1.500'ün üzerinde insan ülkemizin değişik yerlerinden bu toplantıya katılmışlardır, katılıyorlar. Bu da ülkemizin bu alanda en açık bir işareti!

Yine bütün bu yapılan çalışmalarda en önemli unsur insan. İnsan unsuru olmadan herhangi bir mesafe almamız mümkün değil. Dolayısıyla da insan dediğimiz zaman bu kalite ve performans çalışmalarının eğitilmesi ve insanlarımızda bir kültür haline gelmesi esas, ancak bu şekilde istediğimiz hedeflere ulaşmamız mümkün olacak.

Sözlerimi, sağlık sistemimizin her geçen gün daha iyi noktaya ulaşacağını ve bunun sürdürülebilirliğine olan inancımı dile getirerek bitirirken, hepinize bilgiyle dolu, başarılı bir kongre diliyorum. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN

T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşarı

Sayın Milletvekillерim,

Sayın Rektörüm,

Sayın Christina,

Çok Değerli Katılımcılar,

Sizinle Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın dinamo konularından birisinin III. kongresinde buluşmaktan çok memnun oluyorum. Daha önceki toplantıları Antalya'da olmuştu. Antalya bizim iki günümüze mal oluyor, iki gün de bizim için ciddi bir bedel çünkü yıllık izinlerimiz iki gün zaten! Burada olması, ayrıca sizinle buluşmaktan da mutlu olduk.

Başlangıç cümlemdе de söylediğim gibi son 9 yıldır devam etmekte olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başarıya ulaşmasında en önemli unsurlardan birisi de baştan beri kurulmuş olan, devamlı gelişen ve biraz sonra da bahse-deceğim gelişmesini şu anda yavaşlatmamış, önünde yeni bir ufuk açılan, bir

kalite ve performans biriminin çalışmaları son derece önemli yer tutmuştur. Performansın iki aşaması var bildiğiniz gibi ama her halükarda çalışanların özlüğü ile ilgili ilintilendiği için çok daha iyi sonuç veriyor. Bir aşaması işletmecilikle ilgili performans bir de bireysel performans. Çalışanın memnuniyeti iki şekilde oluyor; bir tanesi mutlaka insanın günlük hayatını rahat sürdürebilecek bir ekonomik girdiye sahip olması, ikincisi de bir iş yaptığını, bir iş ürettiğini ve bu işin diğer unsurlarla birlikte esas hedef olan hastaya hizmete yansıdığının görülmesi. Öbür tarafta da kalite var; bazen yanında, bazen karşısında. Öyle bir icraatın devam ettirilmesinin vazgeçilmez bir şartı var, bu işin belli standartlara bağlı olması, belli kalitede olması gerekiyor. Kaliteden bahsederken de sadece bir fiziki anlamdaki kaliteden bahsetmiyoruz. İnsanların ulaşabilirlik sürecinde en rahat, en konforlu bir şekilde ulaşması, aynı şekilde bu hizmetleri alırken ne olduğunu, kendisinin haklarının ne olduğunu, kendisine ne yapılacağını ve sonuçta da nelerle karşılaşabileceğini de iyi bilerek bunun sonuçları itibariyle de kendisine nasıl katkı sağlayacağını veyahut da nasıl sorunlar önüne çıkacağını bilerek, daha doğrusu önünü görerek bir işleme tabi olacak. Bu işte en fazla bizden istemesi gereken bildiğiniz gibi bizim şu anda müşterisi olduğumuz Sosyal Güvenlik Kurumu. Yani benim hastalarım, benim adamlarıma iyi bakın diyor, biz bütün bunları onlar için yapıyoruz. Bunun iki çıktısı oluyor bizlere; maddi çıktılardan kısaca bahsetmiştim. Manevi çıktıları ise birincisi, bizim kendi iç dünyamızdaki tatmin olma, manevi olarak tatmin olma, yaptığımızın hayırların karşılığını değişik teşekkür şekilleriyle almak. Bir tanesi de bunun sonuçlarında olumlu bir şey çıktığında politikacılar politik getiri. Biz bu sistemle bunların hepsini görüyoruz, gördüklerimizi anlatıyoruz, gördüklerimi anlatmaya çalışıyorum. Şu anda iyi bir taraftayız, sonuçları anlatıyoruz. Yani henüz hayal kurmuyoruz, bunlar gerçekler. İlk ana planlamada bu gerçekleri görerek, böyle bir planlamayı yapanların kabiliyetini de doğrusu alkışlamak lazım.

Şimdi, bu sistemin, bu birimin önünde yeni bir şey daha açılıyor. Ülkemiz için dönüşüm yeni bir devamlı devrimler getiriyor. Şimdi bir devrim daha geliyor, bir hastane birlikleri geliyor. Hastane birliklerini iki yıldan daha uzun süredir biz konuşuyoruz, bir taslak hazırlamıştık. Bu taslağımız Meclis'e gitmişti, Meclis'te Plan Bütçe Komisyonu'nda ve Alt Komisyon'da, Sağlık Komisyonu'nda çok uzun irdelenerek oradaki yöneticiler, işletmeciler, sağlık yönetici-

leriyle uzun çalışmalardan sonra bir şekil almıştı. Bu yılki 663 sayılı Kanun Hükmündeki Kararname ile bu hastane birlikleri modelini aşağı yukarı bir değişiklik yapmadan şu anda yürürlüğe sokuyoruz ve yakında ikincil mevzuatını hazırlayınca bu sistemde, hastanecilik farklı bir boyutuyla işlemeye başlayacak. Aslında esas hastane içinde yapılacak şeyler değişmeyecek, yani yine hasta girince ona doktor bakacak, yine gidince müracaat edince sizin kayıtlarınız olacak ama burada muhatap olduğunuz kitle itibarıyla işin yönetiminde bulunan sizler için yönetim modeli değişmiş olacak. Ve bütün hastanelerin bağlı olduğu bir Kamu Hastaneler Kurumu oluşacak. Bu nasıl bir yeni sayfa açıyor önümüze? Muhakkak ki, Kalite ve Performans Dairesi sadece hastanelere hizmet etmiyor artık, sağlık hizmeti verilen bütün alanlara hizmet ediyor. Ancak regülasyon düzenleme görevi nedeniyle de hastane birliklerinin yönetiminde, şeklinde şimdi Performans Dairesi bir çalışmaya başladı, biz hafta sonu yine bir toplantı yapmıştık arkadaşlarla, hastane birliklerinde bu bize ne değişiklikler getiriyor, sistemimiz nasıl etkilenecek, nasıl düzenlemeler yapalım bir? İki, bildiğiniz gibi bu hastane birliklerinde hastaneleri seviyelendiriyoruz. A, B, C, D diye. Bunun seviyelendirilmesi için belli kriterler lazım, bu kalite kriterleri. Tabii kaliteden bahsederken her zaman sağlıktaki kalitenin yanında hasta güvenliği birinci derecede önemli, yani kalitenin içerisindeki puan, nasıl bu direkt ehliyet sınavında 30 puan, direksiyondur. Bu işin de, yani kalitenin de en önemli tarafı hasta güvenliğidir, en yüksek puan oradan gelir. Burada eğer eksiklik varsa hemen onu düzeltereğiz zaten. Hastanın güvenliğini sağlayamadığımız hiçbir hususta kaliteden bahsedemeyiz. Otelcilik sadece hastaya vereceğimiz hizmetin konforuna katkı da sağlayan bir unsur. Şimdi küçük çocuğa en sevdiği şeyi ne zaman verirler? Hasta olduğu zaman verirler ama ona rağmen o çocuk onu pek yemez. Yani otelciliğimizi abartırken de bu konuya şey yapmamız lazım, yani hasta çok muzdarip ise, yani yattığı yataktaki detaylar, konfor refakatçinin işine yarar ama hastanın çok fazla işine yaramaz. Onun bir Basel Standardı'nı sağlayalım yeter.

Şimdi, bu Daire işte bu seviyelendirme, bu derecelendirmeye ilgili daha önce çalışılmış kurallar var, hemen bir daha gözden geçireceğiz. Çünkü artık burada çok önemli bir husus daha oldu; daha önce bireysel performansla ilgili düzenlemelerle kendi çalışmalarımız vardı ve bireysel olarak adaleti en ideal sağlamaya çalıştığımız bir sürü çarpanlar, bölenler şeyler yaptık ama şimdi ku-

rumların da kendi pozisyonlarının hakkaniyetli bir şekilde hem dağıtımı, hem değerlendirmesi ve bunun karşılığında alacağı maddi manevi girdileri için de çok önemli bu. Bu şu anda bu Dairenin önemini gördüğümüz gibi farklı bir anlamda bir daha arttırmış oluyor. Sonra bu standartlara, bu kriterlere bağlı olarak da denetim ekipleri o seviyelendirmeleri yapmış olacak. Tabii Türkiye’deki bu Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın en önemli unsuru, en önemli dinamosu olarak görülen performans sistemi sadece Türkiye’de değil, Türkiye’nin dışında da özellikle diyalogumuz olan ülkelerde ve komşu ülkelerde de önemli dikkati çekmiş ve o arkadaşlarımıza, o dostlarımız da bu konuda bizimle diyalog içine girmişler. Ve bundan sonra da bu konuda dünyada da artık böyle bireysel performans, kurumsal performans uygulanabilmiş, kamuda da uygulanabilirliğin göstergelerinden dolayı o ülkelerle olan diyalogumuz daha da artacak. O zaman bu birimin o yönüyle birlikte çalışması daha da güçlenecek.

Özellikle bireysel performans için bir şey daha söylemek istiyorum; bireysel performans çalışmamızda özellikle biraz önce söyledik, biraz daha karmaşık ve yoğun bir kurallar manzumesi var, kurallarımız var, çok fazla rakamlarımız var. Niye çok fazla rakamımız var? En ideali bulmaya çalışıyoruz, en fazla adaleti sağlamaya çalışıyoruz. Yani insanlar arasında, kurumlar arasında, yaptıkları işleri en ideal şekilde karşılıklılandırmak istiyoruz onun için var. Ama sanırım bunu artık sizlerin de çok zor anlamaya başladığı, ben zaten çok zorlanıyorum, bu sistemi herhalde biraz daha özetleme zamanı var. Çünkü artık bu işi biliyoruz, eğer biliyorsak özetini yapabileceğiz. Yapamıyorsak bilmeye ilgili problemimiz var ama biz bildiğimize inanıyoruz ve bunu daha özetlememiz gerekiyor, daha anlaşılır ve kabul edebileceğimiz bir sapmalar içerisinde kalan bir seviyede tutmamız gerekiyor. Sanırım bu dönemde de bu toplantıda bugün ve yarın yapılacak gerek ana salon gerek uydu salonlardaki toplantılardaki tartışılacak bu hususlar, gördüğümüz gibi önümüzde bitmemiş, yeni açılan sayfalar var, yeni ufuklar var. Bu ufuklarda çok katkı sağlayacak çıktılar elde edeceğiz. Bu nedenle de katkılarınız sadece bu toplantı için değil, sonuçları itibariyle Bakanlığımız için de son derece önemli ve bu katkılarınızı da mutlaka olumlu anlamda bekliyoruz. Eleştirisiz katkı zor olur, usulüne uygun olarak, çalışanların motivasyonunu bozmadan, o işlerle emek sarf edenlerin emeklerini göz ardı etmeden pozitif katkılarınızı bekliyoruz. Özellikle sahada bulunan uygulayıcıların uygulamalarının doğruluğunu da burada test

etmiş olacaklar ve doğru uygulayanlar da yine bahsettiğim usuller çerçevesinde mutlaka katkı sağlamalılar. Bu katkılar, konuyu en az biliyor, en uzak biliyor, katkı sağlayamaz gibi bir düşüncelerde değiliz, öyle olmayız zaten, hepiniz biliyorsunuz çünkü bu süreci hep beraber yaşıyoruz. Bu nedenle, bu düşüncelerle mutlaka gerekli katkılarınızı da bekliyoruz. Bu çıktılarını biraz önce bahsettiğim bu performans ve kalite biriminin, hasta güvenliği biriminin yeni dönemdeki yeni Teşkilat Yasamızın bize açtığı yeni sistematikte yapacağımız, daha başarılı olmak amacıyla yaptığımız bu düzenlemenin sonuçlarına yansiyacak şekilde düzenlemeler yapacağız. Oraya katkı sağlayacak şekilde mutlaka sizin de bu konudaki görüşleriniz son derece önemli.

Bütün bunlar bu kongrenin, bir toplantının bizim için gerçekten büyük bir kongrenin ötesinde büyük bir workshop olduğunu, büyük bir çalıştay olduğunu farkındayız. Sizlerin de bu düşüncelerle, bu hem öğrenecekleriniz hem katkılarınızı sağlayacağınızı inanıyorum. Bütün bu hususta birinci günden itibaren Sayın Bakanın seçimlerden aylar önce başlatmış olduğumuz çalışmalara, başlatılan çalışmalara katkı sağlayan herkese, bugünlere gelene ve sahadaki siz akıncılarına kadar bu seviyeye gelmekte katkısı olan herkese sonsuz şükranlarımı ve teşekkürlerimi sunuyorum. Bu kongrenin de başarılı ve bizim önümüzü açacak aydınlık bilgilerle bize geri dönüşü temennisiyle hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR

TBMM AK Parti Adana Milletvekili

Saygıdeğer Milletvekillerim,

Sağlık Bakanlığının Çok Değerli Müsteşarı,

Sağlık Bakanlığının üst Düzey Bürokratları,

Dünya Sağlık Örgütü'nün Türkiye Temsilcisi,

Saygıdeğer Rektör,

Çalışma Bakanlığının Saygıdeğer GSS Genel Müdürü,

Çok Değerli ve Fedakar Sağlık Çalışanları,

Hepinizi saygıyla, muhabbetle selamlıyorum. Sizlerle bizi bir araya getirdiği için de Kongre Düzenleme Kuruluna hasetsen teşekkürlerimi ifade ediyorum.

Buraya gelirken kaliteyle ilgili neler söylenmiştir diye düşündüm, aslında baktığınız zaman kaliteyle ilgili çok şey söyleniyor. Hatta sadece kalite üzerine söylenmiş sözlerden oluşan kitaplar var. Ama bir özgün bir tarif yapmamız gerekiyor, özgün ama kısa bir tarif yapmamız gerekiyor. Ve ben kaliteyi şöyle tarif ediyorum; kalite bütündür. Yani herhangi bir işte öngördüğünüz kalite kriterlerine ulaşabilmek için A'dan Z'ye bütün zincirlerin mükemmel bir şekilde çalışmasını sağlamanız lazım. Futboldan bir örnek verecek olursak; takımınızın dünya çapında bir golcüsü ama kova diye nitelendirdiğiniz bir kalecisi varsa çok gol atarsınız ama çok da gol yersiniz. Heyecan verirsiniz ama takımınız çok kaliteli olmaz. Sağlıkla ilgili bu örneğimizi çeşitlendirmemiz gerekirse dünya çapında bir kardiyovasküler bir cerrahınız var, olmayacak ameliyatlar yapıyor, mükemmel bir şekilde ameliyatını bitiriyor ama siz hastanenizde veya kurumunuzda post-operatif bakımı iyi yapacak ekibi oluşturamıyorsanız sekiz saat çok zor bir ameliyattan sonra minicik kusur sonucunda enfeksiyonla hastanızı kaybedebilirsiniz. İşte kalite belki de hiç kimsenin göz ardı edemeyeceği ama çoğu kez gözden kaçabilecek problemlere de ağırlık vermektir. Bu bir tercih! Siz tercihinizi kaliteden yana koyduğunuz zaman ortaya çok güzel şeyler çıkıyor.

Ben şu kongrenin hem oturumlarına baktım, hem katılımcılarına bakıyorum, sadece üst düzey katılımcılar değil A'dan Z'ye sağlık ordusunun bütün elemanlarına baktığınız zaman aslında bu tercihin doğru bir noktaya geldiğini görüyorum, büyük bir mutluluk duyuyorum. Geçmişte beş yıl bu Bakanlığın Müsteşarlığını yapmış bir kişi olarak ifade ediyorum ki, Sağlık Bakanlığının tercihlerinin gerçekten ulaştığı nokta itibariyle fevkalade başarılı olduğunu görüyorum. Tercih, şöyle tuğla çapında bir kalite kitabı oluşturabilecek işler kitabı yapmışsanız işte tercihinizin sonucuna ulaşmışsınızdır demektir. Ya böyle bir kitap yapacaksınız, daha doğrusu böyle kitaplara girecek işler yapacaksınız veyahut da gazetelerin bazen manşetten, bazen iç sayfalarda “Sağlıkta skandal!”, “Sağlıkta rezalet!”, “Olmaz böyle bir şey!” şeklinde haberlerle karşı karşıya kalacaksınız. Ama çok şükür şu anda geldiğimiz nokta hakikaten fevkalade bir nokta.

Dün akşam Plan ve Bütçe Komisyonunda Sağlık Bakanlığımızın bütçesi vardı. Ben de o Komisyonun bir üyesi olarak orada da ifade etmiştim, geldiğiniz noktayı üç tane önemli kriterle ortaya koyabilirsiniz. Zaten dünyada sağlık bu üç kriterle ortaya konuyor. Bir tanesi, sağlıktaki göstergeleriniz. Bir tanesi, vatandaşın finansal riske karşı ne kadar korunduğu ve üçüncüsü de, vatandaşın memnuniyeti. Peki, bunlara baktığınız zaman hangi tabloyu görüyoruz? Sağlık göstergelerinde bebek ölüm hızı Sayın Akdağ görevi aldığı zaman 0.0285’larda idi, bugün 0.0091 civarında. Bu bildiğim kadarıyla Dünya Sağlık Örgütü tarafından da teyit edilmiş bir rakam. Vatandaşın finansal risklerden korunmasıyla ilgili cepten yapılan harcamalar var. Bütün sağlık kriterlerinde, göstergelerinde bu öne çıkartılır. Ve buna baktığınız zaman da şu anda rakam olarak tam net olarak hatırlayamasam da % 30’un üzerinde rakamlardan % 10 küsurlarda şu anda cepten harcamalar. Yani 2,5–3 kat vatandaş daha az cebinden para harcıyor. Vatandaşın cebinden çıkar sağlık için verdiği rakam o kadar azalmış. Biraz önce zaten Sayın Adnan Çinal kardeşim de yaşadığı ülkedeki örnekten hareketle bunu ifade etti. Yani insanlar Türkiye’de devletin vatandaşı için sağlık adına üstlendiği riski gerçekten inanılmaz buluyorlar. Bu devletimizin aslında sosyal adalet anlayışıyla da ne kadar güzel bir şekilde yönetildiğini ifade ediyor.

Bir başka husus, vatandaşın memnuniyeti! Buna baktığınız zamanda; 2003’te % 39 iken memnuniyet, bugün itibarıyla % 73 civarında. Kaldı ki dün akşam Sayın Bakan da ifade etti, kalan % 27’nin de sadece % 11’i gayrimemnun. Yani 100 kişiden 11 kişi, “ben sağlık hizmetlerinden memnun değilim” diyor, % 73’ü de gerçekten sağlıktan memnuniyetini ifade ediyor. Bu tabii sadece Sayın Bakanın veya Sayın Müsteşarın, üst düzey çalışanların çalışmasıyla olmaz. Ben bunu kendi adıma rahatlıkla söyleyebiliyorum, sınıf arkadaşım olan şu anda Bakanlığımızın en üst düzey bürokrati olan Sayın Tosun adına da söylüyorum, bu sadece Bakan Bey veya Müsteşar Bey veya diğer Müsteşar Yardımcısı veya Genel Müdürlerin çalışmasıyla olmaz. Hani zincir demiştik ya, hani kaliteden bahsetmiştik, takımdan, efendim sağlıktan verdiğimiz örneklerle. Bu en ücra köşedeki sağlık temsilcisinin de yaptığı veya yapacağı veya yapamadığı işlerle ilgili bir husustur. Dolayısıyla geldiğimiz noktada ve sağlık adına ne kadar güzel şeyler ifade ediyorsak ben bunda benim kadar, Sayın Tosun kadar, Sayın Aydın kadar ve diğer arkadaşlar kadar burada isim-

lerini sayamadığım, gördüğüm zaman belki siluet olarak tanıdığım ama ismini hatırlayamadığım arkadaşlarımın da en az o kadar rolünün olduğunu görüyorum. Ama bu aslında bize şöyle bir sorumluluk da veriyor, bu kadar kalabalığı görmüşken bu ifadeyi de rahatlıkla söylemem lazım. Sağlık her alanda hakikaten yüz akımız. Türkiye'nin gerek yurtiçinde gerek yurtdışında British Medical Journal'dan tutunuz da Obama'nın "Nasıl başardınız?" sorusuna kadar hakikaten hayranlıkla ifade edildiği bir alan. Ama bu alan bize çok ciddi bir sorumluluk da yüklüyor. Artık bir beyaz bir kağıt konumundayız, beyaz bir kağıdın üzerindeki küçücük bir siyah nokta çok daha belli olur. O yüzden küçücük hatalarımızın geçmişte sayfaların dip köşelerinde yayınlanırken bugün manşetlere çıkartılabileceğini hiçbir zaman unutmamak gerekiyor. Yani kalite bütündür ama kalite devamlı bir şeydir de. Yani siz, ben artık istediğim ideal kaliteye ulaştım, o halde benim yapmama gereken şeyler bitti deme şansına sahip değilsiniz. Başından sonuna kadar hep aynı dikkatle ve aynı hep aynı şefkatle götürmek durumundasınız, götürmek durumundayız. O yüzden kaliteyi bulunduğu çitanın altına düşürmemek bizim için bir görevdir, bizim için bir sorumluluktur. Bu sorumluluğa sahip arkadaşlarımızın burada hepsinin aynı sorumluluğa sahip olduğunu biliyorum. O yüzden bu ifademi aynı zamanda kendime de bir uyarı olarak, bir sağlık çalışanı olarak değişmeyecek özelliğimizin bir sağlık çalışanı olacağını unutmayarak da ifade ediyorum.

İnşallah bu kongre sağlıkta eriştiğimiz kaliteyi daha ileri noktalara taşımaya vesile olur, inşallah buradan edindiğimiz güzel bilgileri kendi ilgi alanımızdaki sağlıkla ilgili kişilere, kurumlara, efendim sisteme güzel bir şekilde aktarmak nasip olur. Ben kongrenin başarılı olmasını temenni ediyor, Kongre Düzenleme Kuruluna teşekkür ediyor, hepinizi saygıyla, sevgiyle selamlıyorum.

TEŞEKKÜR KONUŞMASI

■ Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ

Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekim

Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ***Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi***

Sayın Milletvekilleri,

Sayın Müsteşarım,

Değerli Bakanlığımızın Üst Düzey Bürokratları,

Saygıdeğer Katılımcılar,

Öncelikle hepinizi saygıyla selamlıyorum. Ben Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesinde başhekim olarak bir yıldır görev yapmaktayım. Bildiğiniz üzere ülkemizin bu bölgesi yaklaşık bir aydır ciddi bir sıkıntı yaşadı. Bundan sonra böyle sıkıntıların yaşanmamasını diliyorum Yüce Allah'tan. Onun yanında bu kongreyle de ilişkili olarak gerçekten bir yıllık bu sürecin sonunda sınavdan başarıyla çıkan böyle bir kurumun başında olmaktan dolayı hem onur ve gurur duyuyorum, hem şükrediyorum, hem de bu kongrenin katılımcıları arasında bulunan Bakanlığımızın değerli bürokratlarına da huzurlarınızda teşekkürü bir borç biliyorum.

Bir yıllık bir sürecin sonunda açtığımız bu bölge hastanemiz gerçekten 10. ayında ülkemiz adına ciddi bir sınavdan geçti ve bu sınavı da başarıyla verdi. Bu vesileyle sizlere çok vaktinizi almadan bir iki hususu anlatmak istedim. İki tane peş peşe büyük deprem yaşadık bildiğiniz üzere ama bu iki depremden de bu kongrenin konusu olan performans ve kalitenin özellikle güvenlik kısmının ne kadar önemli olduğunu anlamış olduk. Geçen hafta bir kongrede klinik mikrobiyoloji laboratuvar tasarımıyla ilgili bir sunu yapmıştım. Orada da bu yaşadığımız sıkıntı nedeniyle konuşmamı şöyle bitirdim; ne kadar kaliteli ve fonksiyonel laboratuvarlar kurarsak kuralım bu işin ilk aşaması, il ayağı kesinlikle her türlü şartta, doğal afetler dahil ayakta durabilen, fonksiyon verebilen sağlam binalar olmalı diye bitirmiştim. Gerçekten bizim yaptığımız bu süreçte yaklaşık 10 yıllık verilen sağlık hizmetlerinde geldiğimiz noktanın verilen sınavla ortaya çıkan sonucu da şu ki, biz gerçekten ülkemizde hep birlikte yeni bir çığır açtık ve iyi şeylere imza attık. Nitekim şu anda Van'da hizmet veren sağlık kuruluşlarının hep beraber benim ilahi afiliasyon olarak nitelendirdiğim bir şekilde bizim binamızda hizmet vermesi de bunun

en güzel göstergesi. Biz, sadece kaliteli, fonksiyonel, güzel hizmet veren, estetik binalar ve kuruluşlar değil aynı zamanda sağlam, her türlü şartta ayakta kalabilen, hizmete devam eden kuruluşlar oluşturduk. Bunun hem onur ve gururunu yaşıyorum, hem de dediğim gibi bize bu imkanı verebilen ülkenin o hassas noktasında bu kurumları oluşturma ve sıkıntılı anlarda da hizmeti sunabilme imkanı veren kurumlar oluşturduğu için siz sayın büyüklerimize de teşekkürlerimi arz ediyorum.

Ancak sözlerimi bitirmeden basında birçok şey yayınlanıyor. Ben ne bir siyasetçiyim, ne de bununla ilgili bir beklentisi olan kişiyim ama ülkesini seven biri olarak ve Van'a da 18 yıl hizmet veren bir kardeşiniz olarak şunu çok rahat söyleyebilirim ki, orada hizmet verilme esnasındaki yapılar bugüne kadar ne kadar kaliteli yapıldığı ortada ama bu iktidarın yaptığı hizmetler de ortada. Dolayısıyla sadece sağlam binalar değil, o ikinci yaşadığımız ve gerçekten birinci depreme göre 10 kat daha fazla hasar veren ikinci depremde yaklaşık 129 hastamız yatıyordu, 30'a yakın da yoğun bakımda hastamız vardı. Sadece kendinizi değil hastalarınızı da düşünmek zorunda olan bir sorumlu olarak o yaşadığımız depremden ikinci ve daha fazla tahribat yapan depremden sonra akşam 23.00'de başladığımız skorskylerle başladığımız operasyon sabah 08.00'de hem 140 hastanın hem de yoğun bakım hastasının ambulanslarla, skorskylerle, helikopterlerle, gece sadece onlar uçuş yapabiliyorlardı, hava aydınlandıktan sonra da uçak ambulanslar ve ambulans helikopterlerle yapılan bu operasyon sabah 08.00 - 09.00 sularında tamamlanmıştı ve hizmetin devamında ihtiyaç duyulan hassas kritik yaklaşık 150 hastamız diğer illere, Erzurum, Ankara, Diyarbakır ve İstanbul gibi diğer illere nakledilmişti. Bu gerçekten ülkemizin büyüklüğünün ve ekibin başarısının önemli ve güzel bir göstergesidir. Dolayısıyla sadece göstergede düzelmeler değil, sınavlarda da iyi sınav vermenin mutluluğunu ve onurunu yaşıyorum. Bu imkanı sunduğu için Bakanlığımız bütün ekibine teşekkürlerimi, şükranlarımı ve sizlere de saygılarımı arz ediyorum. Teşekkürler.

SAĞLIKTA ULUSAL KALİTE SİSTEMİ: TÜRKİYE

■ Oturum Başkanı - Prof. Dr. Mustafa PAÇ

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimisi

■ Dr. Abdullah ÖZTÜRK

SB Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanı

Sağlıkta Ulusal Kalite Sistemi: Türkiye

SAĞLIKTA ULUSAL KALİTE SİSTEMİ: TÜRKİYE

Dr. Abdullah ÖZTÜRK

SB Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanı

Sayın Amerika Birleşik Devletleri Türkiye Sağlık Ataşem, Sayın Rektörüm, Bakanlığımızın Değerli Üst Düzey Yöneticileri, Değerli Katılımcılar, hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Kongremizin ilk oturumunda Sağlıkta Ulusal Kalite Sistemi: Türkiye’yi sizlerle tartışacağız beraber. Sunum akışına baktığımız zaman dünyada akreditasyon süreci nasıl gelişmiş bu konuda bir miktar bilgi sunacağım. Arkasından Türkiye’de sağlıkta kalite adına 2003–2011 yılları arasında neler yaptık bir miktar onlardan bahsedeceğim. Hemen arkasından bugün itibariyle 2011 sonrası projeksiyonun ne olması tasarlandığı hususunda bir miktar görüş paylaşımında bulunacağım.

Tarihin biraz tozlu sayfalarına gidecek olursak, tabii bu kadar geçmiş bir tarihten başladığımız için bu sunum bitmeyebilir şeklinde bir algı oluşabilir, merak etmeyin 25 dakika gibi kısa bir sürede inşallah bitirmeye çalışacağım. Tabii kalite deyince aslında insanlık tarihi kadar eski olduğunu söyleyebiliriz. İlk insandan bugüne kadar insanlığın her zaman daha kalitelisini arama uğruna elinden gelen gayreti sarf ettiğini hatta çağların değişiminde kalite arayışının büyük bir katkısının olduğunu söyleyebiliriz. Yazılı kayıtlara baktığımız zaman ilk kayıtları Babil Krallığının hükümdarı Hammurabi Kanunlarında görüyoruz. Hammurabi Kanunlarında bir usta yapmış olduğu evin kalitesizliği nedeniyle çökmesi üzerine eğer evde oturanlardan birileri ölürse ustasına ölüm cezası verilirdi. Daha yakın tarihimize bakacak olursak Ahilik teşkilatı sanata büyük önem veren bizim kendi öz teşkilatlarımızdan bir tanesi idi. Ahilik teşkilatında da yine kaliteye büyük önem verildiğini görüyoruz. Teşkilatta özellikle ustaların, sanatkarların yapmış olduğu eserlerin kalitesi ölçülerek kalitesiz mal üreten esnafların işyerlerine kapatma cezası verilirdi. Daha da farklı bir boyutta bir cezalandırma sistemi uygulayarak teşhir cezası uygulanırdı. Özellikle kalitesiz mallar malı üreten esnafın dükkanı önünde, işyeri önünde teşhir edilirdi. Tabii kalitesiz malın teşhir edilmesi bir esnaf için, bir sanatkar için en büyük, en ağır cezalardan biri olduğu muhakkaktır. Şeklin sağ

tarafında gördüğünüz gibi “Pabuçlar dama asılmış,” bu deyim de bizim ahi-lik teşkilatından geliyor. O dönemde kalitesiz mal üreten esnafların pabuçları dama asılır ve teşhir edilirdi. Böylece halk kalitesiz mal üreten esnafı ceza-landırırdı. Biz onu “Pabucu dama atma” olarak biliyoruz ama işin aslı pabucu dama asma şeklindedir.

Dünyada akreditasyon tarihine kısaca göz atacak olursak, kalitenin tarihçesinin ilk insandan başladığını söylüyoruz ama akreditasyon konusu biraz daha fark-lı gibi gözüküyor. Çünkü akreditasyonla bir takım standartların hazırlanması gerekiyor ve kurumların bu standartlara uygunluğu aranıyor, o açıdan farklılık arz ediyor. Dünya tarihine baktığımız zaman bu açıdan 1913–1917 tarihlerini başlangıç tarihleri olarak görebiliriz, profesyonel anlamda 1951 ve 1958 tarih-lerinde Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada olmak üzere ön plana çıktıkla-rını görüyoruz. Bu tarihsel sürecin 1977’lere, 1980’lere kadar süregeldiğini ve fazla bir aktivasyon olmadığını görüyoruz. Ancak 1980 yılından sonra İngilte-re’nin de sürece dahil olmasıyla birlikte hızlı bir gelişim sürecinin başladığını görüyoruz. Akreditasyonun tanımına bakacak olursak; az önce de ifade ettiğim gibi sağlık kurumlarının özellikle sağlıklı akreditasyon anlamında, önceden belirlenmiş olan standartlara uygunluğunun değerlendirildiği ve onaylandığı bir değerlendirme süreci olduğunu görüyoruz. Burada iki noktaya, iki husu-sa dikkatinizi çekmek istiyorum. Bunlardan bir tanesi standartlara uygunluk, yani standartlardır. Bir diğeri de değerlendirmedir. Değerlendirme dediğimiz zaman mutlaka değerlendirmeyi yapacak olan değerlendiricileri gündeme taşı-mış oluyoruz. Yani iki önemli husus vardır; birisi değerlendirme yapılacak olan hizmet kalite standartlarıdır, bir diğeri de bu hizmet kalite standartları üzerin-den değerlendirme yapacak olan değerlendirici kapasitesidir. Sunumumuzun ilerleyen bölümlerinde bu iki husus üzerinde ağırlıklı duracağım için burada vurgu yapmak istedim.

Dünyada akreditasyon programı uygulayan ülkelere baktığımız zaman bugün Asya’dan Avrupa’ya, Avustralya’dan Afrika’ya kadar pek çok ülkede, 40’ın üzerindeki ülkede akreditasyon programlarının uygulandığını görüyoruz. Hal böyle iken Türkiye’de akreditasyon sisteminin hali hazırda altyapısının ol-masına rağmen uygulanmaması bizi üzüyor, üzüntüye sevk ediyor. En kısa sürede ülkemizde de bir akreditasyon programının kurumsal anlamda, pro-fesyonel anlamda uygulanmaya başlayacağını ümit ediyoruz. Akreditasyon

programlarının gelişimine baktığımız zaman 1996 yılına kadar çok sınırlı sayıda grafikte görülen dört adet akreditasyon programının geliştirildiğini ve bu geliştirilen akreditasyon programlarının da devletten bağımsız kuruluşlar tarafından gerçekleştirildiğini görüyoruz. Ancak 1996 yılından sonra, 1997 yılında ve sonrasında hızlı bir akreditasyon programı geliştirme noktasında hızlı bir ivmenin görüldüğünü, ortaya çıktığını görüyoruz. Ve burada gördüğümüz bir başka tablo daha var, akreditasyon programlarının 1997 yılından sonra, özellikle devlet tarafından geliştirilmesi hususunda çok büyük bir ivme kazandığını görüyoruz. Bu da artık akreditasyonun bir fantezi olmaktan çıktığını ve devletlerin üstlenmek zorunda olduğu bir politika haline geldiğini görüyoruz.

Dünyadaki durumu bu şekilde kısaca özetledikten sonra ülkemizdeki çalışmalar nasıl başladı ve ne duruma geldi ona da bir göz atacak olursak mutlaka şunu açık yüreklilikle ifade edebiliriz; ülkemizdeki çalışmalar profesyonel anlamda Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte başlamıştır. 2003 yılında ilan edilen Sağlıkta Dönüşüm Programı altıncı bileşeninde nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon gibi çok önemli bir husus yer aldı. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon sistemini kurmak mutlaka kurumsal bir yapı gerektiriyordu. Bu açıdan süreci takiben Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığımız bu hizmetleri gerçekleştirmek adına kurulmuş ve görevine başlamıştır. Tabii burada merkez teşkilatının dışında ayrıca taşra teşkilatlarının da mutlaka oluşturulması ve kalitenin sağlık kurumlarının en ücra köşelerine kadar, sağlık kurumlarından hizmet alan tüm hastaların hizmet aldığı birimlere kadar ulaşması gerekiyordu. Bu açıdan yapılanma yatay bir yapılanma şeklinde olmuştur. Sağlık kurumları içerisinde ve her bölümde bölüm-kalite sorumluları belirlenmiştir. Kurum içerisinde kalite yönetim birimi oluşturulmuştur, kalite yönetim direktörü tespit edilmiştir. İllerde, İl Kalite Koordinatörlüğü 2007 yılında Performans ve Kalite Yönergesiyle Birlikte İl Performans ve Kalite Koordinatörlükleri kurularak denetleyici ve destekleyici bir hüviyete kavuşmuştur. Tabii sunumun kurgusuna baktığımız zaman biz öncelikle bir kurumsal yapıdan bahsettik kalite ve akreditasyon noktasında hedefe ulaşabilmek açısından önemli olan iki husustan. Birisi dedik ki, akreditasyon için gerekli olan en önemli unsurlardan bir tanesi hizmet kalite standartları oluşturulmasıdır. İkinci husus ise değerlendircilerdir demiştik. Şimdi, şu anda hizmet kalite standartları üzerinde

yaptığımız çalışmalar ve bugün itibariyle geldiğimiz nokta konusunda bilgi aktarmaya çalışacağım.

İlk hizmet kalite standartları setimiz 100 hizmet kalite standardından oluşuyordu, 100 standartlık bir set 2005 yılında yürürlüğe girmiştir, kullanıma başlanmıştır kurumlarımızda. Tabii o dönemde değerlendirici kapasitesi oluşmadığı için Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında, hastanelerimizdeki görevlendirmiş olduğumuz kalite yönetim direktörleri o zamanki adıyla performans ve kalite temsilcisiydi ve kalite yönetim birimleri marifetiyle iki yıl boyunca bu hizmet gerçekleştirilmişti. Daha sonra 2007 yılında İl Performans ve Kalite Koordinatörlükleri kurulduktan sonra bu görevi ilk performans ve kalite koordinatörlükleri yüklenmiştir. Tabii o zaman hizmet kalite standartları setimizin standart sayısı da 150'ye çıkmıştı. İki yıllık bir süreden sonra 2009 yılına geldiğimiz zaman bu geçen dört yıllık süre içerisinde gelişen değerlendirici kapasitemizin de göz önüne alınması neticesinde artık organizasyonlar Bakanlık merkezinden Daire Başkanlığımız aracılığıyla yapılmaya başlandı. Ve bugün geldiğimiz nokta itibariyle 2011 yılı Mart ayında yayınlamış olduğumuz yeni hizmet kalite standartları kamu, özel ve üniversite hastanelerinin tümünü tek çatı altında toplayan, tümünü kapsayan hizmet kalite standartlarımız yine merkez teşkilatımız tarafından yapılan değerlendirme organizasyonları ile değerlendirilmektedir. Hizmet kalite standartları setlerimize ve diğer yayınlarımıza Daire Başkanlığımızın www.performans.saglik.gov.tr adresinden ulaşmak mümkündür.

Hizmet kalite standartlarımızın hazırlanması aşamasında hangi prensipler göz önünde bulundurulmuş, hangi hassasiyetler göz önüne alınmış diye bakarsak Bakanlık hedef ve stratejilerini önceleyen bir bakış açısıyla hazırlandığını söyleyebiliriz. Bunun yanında uluslararası uygulamalar didik didik incelendi ve oradan elde edilen kazanımlar hizmet kalite standartlarımıza yansıtıldı. Sahanın görüşleri ve önerilerine çok önem verdik. Yine bunun yanında kamu ve özel hastane değerlendirmelerinden gerek değerlendiricilerimiz gerekse Bakanlık merkez teşkilatında Daire Başkanlığımızda hizmet kalite standartlarının geliştirilmesi noktasında çalışan değerli çalışma arkadaşlarımızın buradan elde etmiş oldukları deneyimleri de yansıtmak suretiyle çok önemli dünya çapında, bilimsel, herkes tarafından kabul görmüş hizmet kalite standartlarımız ortaya çıktı. Bunun yanında, bunun akabinde yapmış olduğumuz bir çalışma

daha var ki bu nihai çalışma olarak karşımıza çıkıyor. En son pilot uygulama çalışmalarını da yaptıktan sonra biz artık hizmet kalite standartlarını yayınlıyoruz. Yani güvenilirlikle geçerlilik çalışmasının yapıldığı son çalışmadan sonra artık hizmet kalite standartlarımızı yayınlıyoruz. Tabii bu özellikle pilot çalışmalar yapılırken, pilot değerlendirmeler yapılırken gidip sadece kurumlardaki uygunluğunu görmüyoruz. Biz kurum yöneticileri, klinik şefleri, profesörler, doçentler, uzmanlar veya bunların dışında bunların bulunmadığı birimlerde çalışan, o birimin sorumluluğunu üstlenmiş olan yetkililerle birebir görüşüyoruz. Hizmet kalite standartlarımızın görüştüğümüz kişiyle hastanemizin tamamında veya ilgili bölümde uygulanması sonucunda neler kazanacağını dahi tartıştıktan sonra; evet, bu standart faydalıdır, bu standart uygulanmalıdır görüşünü alıyoruz ve ondan sonra yayınlıyoruz. Şimdi baktığımız zaman böyle çok kıymetli bir değere sahip olduğumuzu görüyoruz.

Sistematik yapısına bakacak olursak; hizmet kalite standartlarının üç önemli sistem üzerine inşa edildiğini görüyoruz. Bunlardan bir tanesi puanlandırma sistemi, bir diğeri boyutlandırma sistemi, bir üçüncüsü ise kodlama sistemidir. Puanlandırma sistemi beş ve beşin katları üzerine tasarlanmış bir sistem. Örneğin, yazılı düzenlemelerle ilgili bir standart karşımıza çıktığı zaman biz buna 5 puan öngördük. Örneğin, hasta güvenliği ile ilgili bir standart karşımıza çıktığı zaman buna da 20 puan öngördük. Bu hizmet kalite standartlarına bilimsel bir yaklaşım getirdi. İkinci husus olan boyutlandırma sistemine gelince, dört dikey boyutun olduğunu görüyoruz hizmet kalite standartlarında. Buradan da, şekilden de göreceğiniz gibi hizmet yönetimi bir boyut, sağlık hizmetleri yönetimi, destek hizmetleri yönetimi, indikatör yönetimi diye beş dikey boyutumuz mevcut. Bir de bunları çepeçevre kuşatan yatay bir boyutumuz var ki, o da Sayın Müsteşarımızın da üzerine basa basa vurgu yaptığı hatta standartların içerisindeki oranının yüksekliğinden de bahsetmiş olduğu hasta ve çalışan güvenliği standartlarımızdır. Kodlama sistemine geldiğimiz zaman ki üçüncü kodlama sistemi demiştik, bu dikey boyutların her birine bir kod numarası verdik. Örneğin kurumsal hizmet yönetimine 01 dedik, sağlık hizmetleri yönetimine 02 dedik, destek hizmetlerine 03, indikatör yönetimine 04 dedik. Peki, hasta ve çalışan güvenliğine ne dedik? Orada bir boyut olmadığı için beşinci sütunda evet bizim dokümanlarımızda, bizim setimizde böyle yer alıyor, orada hasta güvenliğiyle ilgili olan standarda H dedik, çalışan

güvenliğiyle ilgili olan standartlara Ç dedik, her ikisini birden ilgilendiren standartlara da G harfi ile kodlandırdık. Peki, bu bize ne kazandırdı? Bu bize standartların izlenebilirliğini kazandırdı. Biz artık izlediğimiz hangi alanla ilgili araştırma yapmak istiyorsak o alanla ilgili bize veri sağlıyor bu bilimsel yaklaşım. Kapsama baktığımız zaman sağlık hizmetleri yönetiminin ön plana çıktığını görüyoruz, ancak dört boyutu birden kuşatan hasta ve çalışan güvenliğiyle ilgili standartların boyutu burada yer almadığından onu biz kendimiz biliyoruz, % 67 oranında bir kapsama sahip. Dolayısıyla hizmet kalite standartlarında öne çıkan bir unsur varsa onun da açık ve net bir şekilde hasta ve çalışan güvenliği olduğunu söyleyebiliriz.

Konu başlıklarına bakacak olursak, yine bu konu başlıklarından da anlaşılacağı üzere hasta ve çalışan güvenliğinin ön plana çıktığını, doğru kimliklendirme, düşmelerin önlenmesi, ilaç güvenliği, cerrahi güvenlik, tıbbi cihaz güvenliği, laboratuvar güvenliği. Genel anlamda baktığımız zaman yine hasta ve çalışan güvenliği konularının ön planda olduğunu görüyoruz. Burada hizmet kalite standartlarının bir alanına indikatör yönetimine bir miktar vurgu yapmak istedik, ön plana çıkartmak istedik. Bunun nedeni de şu; bazen şöyle söyleniyor bizim kurumlarımızda, hemen hemen tüm kurumlarımızın burada temsilcisi var biliyorum. Şöyle bir yaklaşım oluyor; efendim bizim bazı eski bina olması hasebiyle bazı standartları yerine getiremiyoruz. Buradan birkaç örnekle yola çıkarak şöyle bir algı oluşuyor, hizmet kalite standartlarını detaylı incelemeyen kesimler tarafından böyle bir algıya sahip olunuyor. Deniliyor ki, sizin altyapıyla ilgili çok sayıda standardınız var herhalde, bunu gerçekleştirmedikleri zaman çok düşük puanlar alabiliyorlar. O zaman bunlara acaba müdahale mi etmek gerekir? Bizim sağlık hizmetleriyle ilgili, özellikle sağlık hizmetleriyle ilgili bölümü 8000 puanın içerisinde, yaklaşık 8500 puan içerisinde 6000 puanlık bir oran işgal ettiğini gördük. Dolayısıyla biz altyapıyla, fiziki yapıyla ilgili çok fazla uğraşmak istemiyoruz. Özellikle indikatör yönetimini de bu yüzden ön plana çıkarttık. Bundan sonraki süreçte bizim özellikle çalışma alanlarımızdan bir tanesi ve en önce geleni klinik kalite olmak zorunda. Biz artık verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini ölçer duruma gelmek istiyoruz. Bunun tüm dünyada zor bir konu olduğunu biliyoruz. Ama bugün bizim önümüzde olan ilkeler var, en kısa sürede bizim bunları yakalamamız ve bölgemizde model bir ülke olmamız gerekiyor. Ülkemizin bölgemizdeki rolü icabı kalite anlamında da aynı atılımı yapmamız gerekiyor.

Sonuç olarak, üretmiş olduğumuz hizmet kalite standartları adını koyduğumuz bu ürüne bakacak olursak bu ürünün sağlık çalışanlarının ortak ürünü olduğunu söyleyebiliriz, ulusal sağlık hedeflerine uygun olduğunu söyleyebiliriz, ülke şartlarına uygun olduğunu söyleyebiliriz. Yine bilimsel, gerçekçi, uygulanabilir ve ölçülebilir olduğunu söyleyebiliriz ve değişen şartlara adapte edilebilir, revizyona uygun bir model olduğunu açıkça söyleyebiliriz.

Tabii akreditasyonun önemli ayağı olan hizmet kalite standartlarının ülkemizdeki gelişim sürecinden bahsettikten sonra bu standartları kullanacak olan, uygulayacak olan değerlendiricilere sözü getirmek gerekiyor. Peki, biz bu değerlendirici kapasitesini nasıl oluşturduk? Tabii ki eğitim birinci seçenek olarak karşımıza çıkıyor ve biz de eğitime büyük önem verdik. Eğitici eğitimleri yaptık, değerlendirici eğitimleri tabii öncelikle. Bu değerlendirici eğitimlerinde ben şunu ifade etmek istiyorum, değerlendirici eğitimlerimizin de niteliği aslında yüksektir. Biz değerlendirici eğitimlerimizi yaparken teorik eğitim mutlaka olması gerekiyor. İkincisi, uygulama eğitimi mutlaka yaptık artı yapmış olduğumuz pilot çalışmalar ve akabinde süreç içerisinde yapmış olduğumuz değerlendirmeler içerisinde bizim değerlendiricilerimiz aslında hamdı, pişti ve yandı Mevlana'nın deyiimiyle. Dolayısıyla biz değerlendirici kapasitesi olarak çok iyi bir noktaya geldik. Bunun dışında genel anlamda yapmış olduğumuz faaliyetler HKS okulları, Hizmet Kalite Standartları okulları, sempozyumlar, kongreler, bilgilendirme toplantıları ve yayınlarımızı eğitimlere destek veren araçlar olarak görüyoruz. Ve bunların çok yararlı olduğunu siz değerli sağlık çalışanları açısından çok titizlikle izlendiğini, okunduğunu, altının çizildiğini ve bilimsel çalışmalar yapıldığını da biliyoruz.

Değerlendirme sürecine gelirsek şayet ki standartlarımızı oluşturduk, değerlendirici kapasitemizi de oluşturduk, artık değerlendirmeye başlayalım. Değerlendirme süresine gelirsek, bir miktar bahsettim, ilk etapta bir öz değerlendirme dediğimiz hastanelerdeki yetişmiş kapasitenin görevlendirilmiş olan performans ve kalite temsilcilerinin ve kalite birimlerinin öncülüğünde bir değerlendirme süreci başlattık. Bu süreç, iki yıl sürdü ve yılda üç kez yapılıyordu. 2007 yılına geldiğimizde İl Müdürlükleri demin de bahsetmiştim, bu şekilde de iki yıl devam eden bir süreç oldu ve yine değerlendirme sayısı yılda üç kez, yani dört ayda bir değerlendirme yapılıyordu. Ve akabinde merkezi değerlendirme-

ler 2009 yılı itibariyle başladı ve şu an itibariyle yılda iki kez değerlendirme yapıyoruz. Bütün bu eğitim çalışmaları sonucunda değerlendirme, pilot çalışmalar, yayınlar sonucunda geldiğimiz çok önemli bir nokta var aslında, 350 değerlendirici kapasitesine sahibiz ve bugüne kadar yapmış olduğumuz hastane değerlendirmesi sayısı 7000'in üzerindedir. Şimdi böyle bir kapasiteyi acaba biz nasıl kullanmalıyız bundan sonra? Bundan sonraki süreç biliyorsunuz bir takım yapısal değişiklikleri de gündeme getirdi. Baktığımız zaman sağlıkta ulusal kalite sistemi standartları bugüne kadar gerçekleştirmişiz, değerlendirici kapasitesini de oluşturmuşuz. Kurumsal yapının kurgusu acaba nasıl olmalıdır? Bu hususta biraz kafa yormamız gerekiyor. Aslında 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile nasıl ki Sağlıkta Dönüşüm Programındaki nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyonu gerçekleştirmek üzere bir Daire Başkanlığı kurulmuşsa bugün de Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde, Sağlık Müdürlüğüne verilmiş olan bir görev var. 02 Kasım'da yayınlanan hepimizin bildiği gibi Kanun Hükmünde Kararnamedeki Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne atfedilen bir görev var: Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon. 2003'teki model, bir takım revizyonlar, bir takım kurgulardan sonra yeniden yapılandırılarak bir kurumsal yapı meydana getirilebilir ve sağlıkta ulusal kalite sistemi kurulabilir, neden olmasın diyoruz.

Kurumsal yapıyı inceleyecek olursak, özellikle yeni kurumsal yapılanmadan sonra güncelleyecek olursak bizim şöyle bir kurgumuz var, tabii bu bir model kurgudur, daha farklı bir kurgu ortaya çıkabilir, daha farklı tasarlanabilir ama bizim bugüne kadarki tecrübelerimizden aklımıza böyle bir kurgu geldi. Tabii Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı neden olmasın? Kurul ve komiteler bir tarafta, kalite değerlendirme birimi, kalite standartları geliştirme birimi, akreditasyon birimi, uluslararası kalite işbirliği birimi ki biz buna çok önem veriyoruz. Bölgesinde model olan bir ülkenin mutlaka sağlık alanında da, kalite ve akreditasyon alanında da model olması gerekmez mi düşüncesiyle yola çıkarak uluslararası kalite işbirliği biriminin de burada yer alması gerektiğini tasarladık ve kalite eğitimleri birimi vazgeçilmez olan birimlerimizden birisi olabilir diyoruz.

Sistem nasıl olmalı diye bakacak olursak; aslında dünyada örnekleri var, bazı ülkeler akreditasyon sistemlerini zorunlu olarak uyguluyorlar. Neden

zorunlu olarak uyguluyorlar? Bir grafik üzerinde yorum yapmıştık, dedik ki, bu bir zamanlar bir fantazi olarak ortaya çıkmıştı, belki ona fantazi denmez ama. Bir takım sivil kuruluşların, meslek örgütlerinin faaliyetleri olarak ortaya çıkmıştı, fakat günümüzde geldiğimiz nokta itibarıyla artık devletin sorumluluğundaki bir faaliyet alanı olarak gözüktüyor ve devletler artık bu hizmeti yerine getirmekle sorumludur. Bu grafik bize onu gösterdi. Biz sağlık hizmetlerinin kalitesini ihmal edebilir miyiz? Hasta güvenliğini ihmal edebilir miyiz? Bunu ihmal etmemiz mümkün değil. Bunu şansa bırakabilir miyiz? Sayın Bakanımızın ifade ettiği gibi; Hakkari Devlet Hastanesi'ndeki laboratuvarından çıkan bir tetkik sonucuyla Tekirdağ'dakinin sonucu, Ankara'dakinin sonucu, İstanbul'dakinin sonucu farklı olursa bunu kabul edebilir miyiz? Bu keyfi bir uygulama olabilir mi? Olmaması gerekir! O halde biz, bunun zorunlu olması üzerinde duruyoruz, zorunlu olması gerektiğini düşünüyoruz. Bizim şu anda uyguladığımız bir sistem daha var, puanlandırma sistemi. Puanlandırma sistemi olmalı diyoruz çünkü puanlandırma bizim işimizi çok kolaylaştırıyor. Belli bir düzeyin üzerinde puan alan kurumlara geri ödeme yapılabilir, belli bir puanın altında puan alan kurumların da faaliyetleri durdurulabilir. Olması gerekir aslında! Yani bizim kalite çitamızın olması lazım. Hizmet veriyorsa ne olursa olsun kabulümüzdür şeklindeki bir algı bizim algımız olmaması gerekir diye düşünüyoruz. Geri ödeme ile ilişkilendirilmeli diye düşünüyoruz. Neden geri ödeme ile ilişkilendirilmeli? Hepimiz sağlık sektöründe çalışıyoruz, içimizde hekim olanlar var. Ben cerrahiden bir örnek vermek istiyorum: diyelim ki 40 yaşında bir ingunial hernisi olan, fıtığı olan bir hasta A hastanesinde ameliyat olsun. Yine aynı yaşta, aynı sağlık kalite düzeyinde bir hasta B hastanesinde ameliyat olsun. A hastanesinde ameliyat olan hasta ikinci günü, post of ikinci gününde taburcu olur, birinci gününde de taburcu edenler var artık sistem buna doğru kayıyor, taburcu olur. Örnek veriyorum, ben maliyetini şu anda bilmiyorum, diyelim ki 400 liraya mal olmuştur. Sosyal Güvenlik Kurumu bu hastaneye bu hasta için 400 lira öder ama B hastanesinde yatan hasta diyelim ki enfeksiyon komplikasyonu gelişti, hastanede 20 gün yattı, çeşitli antibiyotikler kullanıldı, çeşitli tıbbi malzemeler kullanıldı ve örneğin 4.000 liraya mal oldu. Biz bu hastaneyi ne yapıyoruz? Ceza mı veriyoruz, ödül mü veriyoruz? 4.000 lira veriyoruz! Yani o açıdan değerlendirildiği zaman mutlaka Sosyal Güvenlik Kurumu ve geri ödeme ile ilişkilendirilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Son söz olarak, fazla uzatmadım, zamanında bitiriyorum. Sağlıkta Ulusal Kalite Sistemi: Türkiye neden olmasın diyoruz ve aynı zamanda daha önce de bahsettiğim gibi Sağlıkta Ulusal Kalite Sistemi: Türkiye’yi önümüzdeki günlerde bekliyoruz, çok önemli hizmetler bekliyoruz ve bölgesinde model bir ülke olan Türkiye’nin model bir sağlık sistemi ve model bir kalite uygulamasının ortaya çıkmasını hep beraber kendimiz de gayret ediyoruz ve bekliyoruz. Tabii bir uydu fotoğrafı koymuştum ama bunu hazırladığım zaman Mustafa Hoca’nın depremden çok fazla bahsedeceğini bilmiyordum. Kalite fantazi değildir diyorum, kalite hayatımızı karartmasın diyorum. Çok sevdiğim Van’ımızın bugün başına gelenler, sektör farklı ama konu aynı kaliteye gelip dayanıyor.

Hepinizi en derin saygılarımla selamlıyorum.

KALİTEDE YENİ BİR DÖNEM: HASTANE HİZMET KALİTE STANDARTLARI

■ Oturum Başkanı - Prof. Dr. Suat TURGUT

İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekim

■ Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörü

HKS'nin Sağlık Sektörüne Kazandırdıkları, Önemi ve Uluslararası İhracı

■ Dr. Mehmet DEMİR

Özel Kütahya Kent Hastanesi Direktörü

Yöneticilerin Başarısında HKS'nin Etkisi

HKS’NİN SAĞLIK SEKTÖRÜNE KAZANDIRDIKLARI, ÖNEMİ VE ULUSLARARASI İHRACI

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörü

Sayın Başkanım, değerli katılımcı arkadaşlar, sektörümüzün emekçileri hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Aslında Abdullah Bey’in sunumundan sonra çok yakın olan benim sunumum ya da konuşmam iç içe geçecek gibi görünüyor. Öyle olmasın diye izninizle konuşmayı tasarladığım konuyu biraz kaydırarak size hitap etmek istiyorum.

Hizmet kalite standartlarının sektöre katkısını anlatıp, bugünkü tabloyu size anlatmam da tereciye tere satmak gibi olacak. Çünkü siz bizzat bugünkü durumu yaratanlar, bugünkü durumu oluşturan kadro burada. Dolayısıyla herkes içinde bulunduğu durumu benden dinleyecek değil ama bir flashback yaparak muhtemelen çoğunuzun unuttuğu ama hala izleri birçok alanda devam eden serüvenlerimizden bahsedersen nereye geldiğimizi anlama açısından daha yardımcı olur diye düşünüyorum. Bir de yine Abdullah Bey’e sorulan soruların bir kısmının daha açığa kavuşması için isterseniz ben de yine birkaç cümle ile gelişimden biraz bahsedeyim.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kitapçığı 2003 yılında yayınlandığında sekiz bileşeni vardı ve bunlardan biri de Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon başlığını taşıyordu. Her bileşenle ilgili Bakanlık içinde çalışma grupları oluşturulup faaliyete başlanmıştı ve kalite ve akreditasyon için çalışmaya başlandığında öncelikle nasıl bir yol haritası çizelim diye Antalya’da bir otelde toplantı yapılmıştı. Bütün kurumlarımıza çağrı yapılmış olmasına rağmen kamu hastanelerinden bir iki kişi istisna tutarsam hiç katılan olmamıştı. Zira kamu hastanelerimizin gündeminde böyle bir kavram yoktu. İddialı söylüyorum, birkaç kişiyi istisna tutarak dedim, zira özellikle bu davetler olmasına rağmen ya da Bakanlık bu davetler konusunda yeterince aktif olmamış olabilir ama bu da aynı sorunun bir şekilde merkez teşkilatında da var olduğunu gösteriyor. Az sayıda katılımcı arkadaşlarla yapılan tartışma sonucunda sağlıkta kalite ve akreditasyon için bir çalışma grubu oluşturulmasına ve bu grubun çalışmaları sonucunda bir öneri paketi hazırlanmasına karar verildi. Bu çalışma grubu-

na, biraz önce bir arkadaşımızın bir sorusu vardı, TÜRKAK'tan da temsilci katıldı, özel hastaneler de akreditasyon sürecine girmiş ya da uluslararası kuruluşlarla akredite olmuş hastane temsilcileri de katıldı. Bakanlığımızın yetkili arkadaşlarından da katılanlar oldu ve yaklaşık bir yıla yakın bu çalışma grubu periyodik toplantılarla bir öneri paketi hazırladı. Öneri paketinin özeti şuydu; isteğe bağlı olarak, uluslararası ağırlıklı olarak Türkiye'de CSI idi akreditasyonda aktif olan, onun dışındaki bu alanda gönüllü olarak gayret eden özel hastanelerin dışında Türkiye'de sağlıkta akreditasyon konusunda birikim yoktur. Dolayısıyla önce böyle bir birikim oluşturulmasında liderliğe ihtiyaç vardır. Dolayısıyla her ne kadar akreditasyon daha çok bağımsız kuruluşlar eliyle yapılması gereken bir uygulama olsa da böyle bir liderlik ihtiyacı olduğu için Sağlık Bakanlığının bu işe liderlik yapması gerekiyor diye bir karar çıktı. TÜRKAK'ın kendi akreditasyonunda laboratuvar akreditasyonu vardır, diğerlerini daha çok akredite eden kuruluşları akredite eder. Dolayısıyla TÜRKAK'ın sağlıkta akreditasyon yapacak laboratuvarları istisna edersek kuruluşların çıkması gerekiyor ki TÜRKAK bunlarla muhatap olabilsin. Bu açıdan Sağlık Bakanlığı'nın bu danışma kurullarının çalışması sonucunda böyle bir görev üstlenmesi gerektiği kararına varılmış oldu. İlk defa Sağlık Bakanlığında Kalite Kontrolörlüğü kuruldu. Aslında kadrosu belli olmayan ama hani bu konudaki araştırmaları bir araya getirip Bakanlık yönetimine çalışan bir gayretler yumağıydı bu. Daha sonra yeni birkaç yerde stratejide tedavide değişen Kalite Geliştirme ve Performans Dairesi kuruldu. Süreç bu şekilde devam etti. Ama gerçekten bugün tartıştığımız konular hatta biraz önce Abdullah Bey'in sunumunun biraz daha anlattıklarının arka planını da biraz bilen kişi olarak düşündüğümde gerçekten o çok eski olmayan 2003 yılı, yani 7-8 yıl öncesine gittiğimizdeki durduğumuz pozisyonla şimdi durduğumuz pozisyon arasında dağlar kadar fark olduğunu gerçekten görmüş olduk. Bu önemli bir gelişmedir.

Bu süreç içerisinde böyle bir kapasite nasıl geliştirilmeye çalışıldı? İlk adım olarak daha çok özel sağlık kuruluşlarında aktif olduğunu Türkiye'de söylediğim CSI ile ilişki kuruldu ve bir ortak protokol imzalandı, beraber çalışılmaya başlandı. Ancak süreçte Bakanlığın bir akreditasyon kurumu gibi yapılanmaya zorlandığını ve CSI'in da muhatap olarak buraya almak istediğini görünce aslında bu sadece bilgi ve deneyimden yararlanma şekline dönüştürülüp, bir süre sonra da kendi ulusal kapasitemizle yola devam etme gibi bir anlayış ha-

kim oldu. Bu süreçte fert olarak ben dahil CSI ile çok yoğun görüşmelerimiz oldu. Kısa bir anekdotumu anlatayım izninizle; medikal departmanının başkanı Türkiye'ye gelmişti, bir hastane odasında oturup uzun uzun tartıştık. O zaman benim şöyle bir iddiam vardı; akreditasyon bir çitayı aşmak demektir. Yani koyduğunuz standartları denetim sonucunda başarmış ve akredite olmuş bir kurumdan söz ediyoruz. Yani siyah olan kurumu beyaz ilan etmektir. Halbuki bizim gri tonlara ihtiyacımız var, mutlaka ara formları bu süreçte bizim kabullenmemiz gerekir. Aksi takdirde o çitayı aşma umudu olmayan kurumlar böyle bir yarışa girmez diye iddia etmişim. Ve bizim Kurumsal Performans Yönergemizin de ana mantığında bu felsefe vardı. CSI bizden Kurumsal Performans Yönetmeliğimizin o bölümünün o zaman İngilizceye tercümesini istedi ve onlar da bu düşüncüyü bir şekilde akreditasyon dışı faaliyetler ya da akreditasyon paralelinde sürekli iyileştirmeye yönelik faaliyetler olarak kullanmayı düşünmüşler idi. Yani uluslararası tecrübeden bu anlamda ciddi olarak yararlanma süreci geçti. Hastane standartlarıyla ilgili Dünya Sağlık Örgütünün bu anlamda yayınlanmış kaynakları var. Bu kaynakları bizzat getirdiğimde bir arkadaşım, başımıza bu kitapla iş açtınız gibi bir esprili uyarıda bulunmuştu.

Sonuçta, evet, burada ciddi bir bilgi birikimi gelişimi var. Taşrada birçok kalite sorumlusu arkadaşım burada, onlar bu süreçte ciddi kapasite kazanmış durumdalar. Ama bu sürecin gelişiminde, arka planında gerçekten bu kadar farklı kurumlardan, kuruluşlardan ulusal ve uluslararası yararlanmak söz konusu.

2011 yılına geldiğimizde artık bunun bütün sağlık sektörünü kapsayacak şekilde yaygınlaştırılması sürecine girilmiş görünüyor. Nitekim Hasta ve Çalışan Güvenliği Yönetmeliğinin bunun hizmet kalite standartlarının bütün sağlık kuruluşlarında zorunlu hale getirildiği bir yapı söz konusu. Bu süreç de çok kolay değil, olmuyor. Devlet hastaneleri Bakanlığa bağlı olduğu için biraz emir komuta zinciri içinde bu işi yaptılar. İlk zamanlarda çok zorlandıklarını hatta birçok başhekimin telefonla arayarak isyan ettiğini çok iyi biliyorum. Olayı bir süreç iyileştirmesi değil, kendilerine yeni yayınlanmış bir görev, yeni verilmiş bir görevler zinciri olarak gördükleri için ama bu süreç bu anlayışla hızla değişti. Ta ki SGK ile ilişkilendirilip, bir fark alma kuralına bağlayınca özel hastanelerimiz o zaman kendilerini yurtdışı akreditasyon

kuruluşlarından çevirip ya da bir şekilde orada devam etseler bile Bakanlığın standartlarını da incelemeye ve kendilerini tabiri caizse o elbiseyi giymeye çalıştılar. Üniversitelerimiz bu süreçte maalesef hep olayın dışında kaldı. Bunun nedenlerine girmeyeceğim, konumuz bu değil. Ancak son gelişimle beraber, son düzenlemelerle beraber üniversitelerin de bu alana gireceği, bütün hastaneleri kapsayan hizmet kalite standartları belirlenmiş oldu.

Temel çatıdan Abdullah Bey bahsettiği için o alanlara girmeyeyim, tabii olay sadece hastaneler değil, malum yine Abdullah Bey'in bahsettiği hangi alanlarda setler var onları biliyorsunuz. Ancak bu süreçte tabii ki Türkiye'deki gelişimleri yakından takip eden daha çok komşu, küçük ve kardeş ülkelerin, Türkiye'den destek isteyen kardeş ülkelerin sadece kalite çalışmaları değil, sağlık sektöründeki değişimleri izlemek ve bir kısmını, özellikle kendi ülkelerine aktarma konusunda girişimleri oldu. Bunların en başında Makedonya geldi, Kıbrıs geldi. Buralara bu ülkelerden gelen heyetlerin ötesinde bizden istedikleri takımlarımız oralarda çalışmalar yaptılar. Örneğin Makedonya Sağlık Sistemini tamamen yerinde il il dolaşarak inceleyen bir ekibimiz oldu, bendeniz de bu ekibin üyesiydim. Ve süreç içinde bu ülkede, kendi ülkesinde bu atılımı yapmak isteyen gerek bürokrasideki görevli gerek sağlık yönetiminde rol almış ve siyasette rol almış kişiler Bakanlığımızla bu temaslarını devam ettirdiler. Ve bu tür çalışmalar Performans ve Kalite Geliştirme Dairemizi kendi içinde uluslararası alanda bu hizmetleri yayma ya da o desteği sağlama yönünde bir alt birim oluşturmaya itti. Gördüğümüz gibi bir yandan kendi gelişiminiz, bir yandan uluslararası aldığınız destek, bir yandan sizden istenen destek aslında kurumsal yapılanmayı kendisi yönetmiş oldu. Önceden çok da net planlanmış, tasarlanmış bir model olmamasına rağmen bu süreç kendi içinde böyle bir gelişmeyi sağladı.

Yine Abdullah Bey bahsetti, artık içinde bulunduğumuz günlerde yayınlanmış Kanun Hükmünde Kararname, aslında Bakanlıkta yapılan birçok faaliyetin çoğunun teşkilatlanmada altyapısı yokken, zorlama ile yapılan birçok faaliyetin kurumsal yapılanmasını öngördü. Belki 6-7 tane uzun yıllar üzerinde çalışılmış, her biri 20-30 sayfadan uzun olan Kanun'un özetlenerek bir Kanun Hükmünde Kararname altında sunulduğu bir yapıyı okuduğunuzda bu detayları fark etmeyebilirsiniz ama her birinin başlığının orada olduğunu ben size rahatlıkla söyleyebilirim. Örneğin Bakanlığın asli görevi içinde bu alanda bir

tanımlama yokken, hangi birimde bu tanımlamaların nerede olacağına, denetimlerin nasıl olacağına yönelik orada işaretler var. Yurtdışındaki ülkelerde Sağlık Bakanlığının misyonunun sadece uluslararası anlaşmalar ve dostluk ilişkileri kapsamında yürütülmeye çalışılırken Bakanlığın yurtdışında sadece destek sağlamak değil bizzat orada kurum açmak ya da sivil toplum kuruluşları dahil olmak üzere oralarda faaliyet veren kuruluşlara destek vermek adına sağlık personeli görevlendirmek, bunların ücretlerini döner sermayeden ödemek hatta zorunlu hizmetin böyle görevlerde dahi geçerli olması gibi bir yığın bugün ilk okuduğunuzda çok kişinin belki fark etmediği birçok düzenleme var bu Kanun Hükmünde Kararnamede. Bu açıdan hatta daha da örnek vereyim, Türkiye’de belli konuda sağlık sektöründeki gelişimi hızlandırmak, bilhassa Türkiye’nin ihtiyaç duyduğu stratejik alanlarda yatırım yaptırmak anlamındaki bu hastanecilik değil daha çok üretim; aşı üretimi, tıbbi malzeme üretimi gibi alanlarda bu tür yatırımları hızlandırmak ve Türkiye’de bunların üretimini temin etmek adına bugüne kadar inanın Türkiye Cumhuriyeti’ndeki bürokratik mantalite ile kabul etmekte zorlandığımız bir açılım dahi getiriyor. Bakanlığın doğrudan bu tür faaliyetlere teşvik etmesi hatta ortak olması hatta garantör olması şeklinde birçok açılımlar getiriyor. Bu açıdan bu satır araları iyi okunur ve ikincil mevzuat buralardaki mesajları alınarak hazırlanırsa inanın bugün bulunduğumuz durumun ötesine çok hızlı geçmemiz mümkün olacaktır diye düşünüyorum.

Bu detaylara fazla girmeden sizi biraz daha buraya nasıl, nereden geldiği noktasında biraz geriye götüreceğim. Ama oraya götürmeden önce hizmet kalite standartlarının geldiği noktada dikkat çekmek istediğim bir husus var; hizmet kalite standartları Sağlık Bakanlığının geliştirdiği kalite standartlarıdır. Ancak uluslararası kabul görebilen ulusal standartlar hüviyetini kazanması gerekiyor. Bu açıdan Türkiye’de bu amaçla kurulmuş, bu amaçla yasal altyapısı olan ulusal anlaşmalarda bu amaçla muhatap alınan TSE gibi kurumlarımızın artık bu konuda aktif rol alması, Bakanlıkla bir arada faaliyet göstermesi, bu hizmet kalite standartlarının TSE ile de bağlantılandırılması da gerekir diye düşünüyorum.

Şimdi arkadaşlar, içinde bulunduğumuz günde inanın hafızalarımız çok hızlı unutuyor. Ben bazı deneyimlerimizi ileride belki lazım olur düşüncesiyle bazı hastanelerden fotoğraflar çekmiştim ya da çeken arkadaşlarımdan toplamış-

tım. Keşke birkaç fotoğrafı burada size gösterseydim. O fotoğrafları gördüğünüzde hafızanız yenileniyor, bu fotoğraflar bir hastane yöneticisi gözüyle görüldüğünde bir yığın savunma mekanizması geliştirebilirisiniz. Ama sade bir vatandaş gözüyle o fotoğrafa baktığınızda bambaşka bir dünyaya gidebiliyorsunuz. Onun için hep çalışan ve hasta güvenliğinden bahsediyoruz, özellikle hasta gözüyle kuruluğu görebilme yetisi kazanmak lazım. Standartlarımızın kuralları ne olursa olsun bu görüşü kazanamadığımız müddetçe bazı standartlar adeta iyileştiren değil yeni bir iş üreten, yeni bir problem yaratan standart haline bile gelebilir. Bu açıdan hastanın bakış açısıyla olayı görebilmek gerçekten önemlidir diye açıkçası düşünüyorum. Şimdi, hatırlar mısınız yine 6-7 yıl öncesine gidin, birçok kategorize edilmiş kamu hastanelerimiz vardı; mesela polis hastanemiz vardı. Polis hastanemizin danışmasında bir bayan polis otururdu, belinde tabancası vardı. Allah aşkına danışmada oturan kişinin belinde tabancasının olmasını nasıl yorumlarsınız? Ya da yine hastaneye girdiğinizde yine polis üniforması taşıyan bir başka görevli elinde telsizle sizi karşılardı. Şimdi, siz hastasınız ve karşınıza bakın çok basit bir detaydan bahsediyorum size, böyle gördüğünüzde o hastanenin hangi kuruma ait olduğunun çok önemi yok. O hastanede çalışanların maaşının hangi yoldan aldığı ayrı bir teferruat ama bir şekilde o hastanedeki hizmet sunum mantığı o hastaneyi kuran iradenin mantığıyla örtüşüyor, örtüşmek zorunda kalıyor. Tabii bununla beraber PTT hastanesine gittiğinizde mutlaka Ulaştırma Bakanlığı'nın bir başka sembolünü görürdünüz, Devlet Demiryolları hastanesine gittiğinizde hatırlayın, Devlet Demiryolları hastaneleri çelik konstrüksiyonu ağırlıklı olan hastanelerdir. Hastanenin direk mimari yapısıyla bakın, kendimizi tren garına girmiş zannedersiniz. Burada kimseyi eleştirmiyorum, o pozisyonda ben de olsam belki hastaneyi öyle kurgulardım. Onun için bakış açısının çok önemli olduğunu söylüyorum arkadaşlar. Bakın, hastane hastanedir değil mi? Ama öyle değil! Bu hastaneyi niçin yaptığınızın sorusuna cevap vermesi lazım mimarının da. Şimdi, Osman Hayran Hoca'dan duymuştum ilk kez, "Hastaneler, hasta damgası yemiş insanların mahkum edildiği yerlerdir." diyor. Yani eğer ısırap çeken bir hastanın gözüyle olaya bakarsanız, bir yeriniz ağrıyor, henüz damga yememişsiniz, gidip muayene oluyorsunuz tetkik yapılıyor ve tak damgayı vuruyorlar, "siz hastasınız!" ve bundan sonra hastaneye yatma süreci başlıyor. Değineceğim, bu yatma süreçleri nasıldır, onlar nasıl gider ayrı me-

sele. Ama bir koğuşa yatırılıyorsunuz! Keşke bu koğuştan tek kişilik F tipi koğuştan olsa. Kendi evinizde hiçbir misafirinizi kendi yatak odanızda ağırlamıyorsunuz, sizinle beraber yatması için izin vermiyorsunuz ama sizi başkasının yatak odasına, başkasının yanına yatırıyorlar. Olaya bu açıdan o hastanın, ömründe hiçbir zaman kendi yatak odasına gelen misafirini yine de kendisi de yatarken ağırlamayan bir insanı böyle bir koğuştan yatmaya zorluyorsunuz ama siz yönetim süreçleri içinde bunu çok doğal karşılıyorsunuz, alışmışsınız, bu böyledir zannediyorsunuz. İşte hizmet kalite standartları sektöründe ne gibi işler yaptığınız sorusunun cevabını ben aramayacağım, yani bunu bizzat hepimiz yaşıyoruz ama nereden bakınca nasıldık sorusunu kafanızda oluşturabilirsem bu sorunun cevabını kendiniz vermiş olacaksınız. Vizite yapılıyor, beyaz üniforma giymiş bir takım odanıza giriyor, girerken bir hiyerarşik sıra ile giriyorlar, belli ki başlarında komutanları var. Alt rütbeli biri 32 numaranın bilgisini veriyor. Yani siz sadece bir hasta değil, bir numarasınız. Sizin isminiz yok! Artık o kurumda sadece hasta olarak damgalanmadınız, kaç numaralı hasta olduğunuz da belirlendi ve öyle bilgi veriliyor. Ve başınıza gelip bu viziteyi yapan ekip aralarında sizin bilmediğiniz bir dil konuşuyor, şifreli bir dil konuşuyor. Sizin hakkınızda ahkamlar kesiyor, iyi şeyler mi söylüyor, kötü şeyler mi söylüyor, öleceğiniz mi söyleniyor, yoksa bunu alın aşağı götürün biraz işkence mi yapın deniyor belli değil! Farkında değilsiniz siz yapılan konuşmaların, çünkü siz birey olarak, hasta olarak size yapılacak tedaviyi anlamak, onun hakkında sizin de söz sahibi olmak hatta süreçlerine katılmak gibi bir hakkınız düşünülüyor. Yani buradan dikkat ederseniz kalite standartlarına atıfta bulunmaya gayret ediyorum. Daha sonra bu beyaz üniformalı insanların komutanının verdiği talimat sonucunda genellikle hanım olan alt rütbeli bir görevli oranıza buranıza aletler sokuyor, iğneler sokuyor, kanlarınızı alıyor, vücut sıvılarınızı topluyor hatta bazen başkaları gelip vücudunuzun bazı deliklerine hortumlar sokuyorlar. Ve bu numuneleri aldılar, ne yapılacağını bilmiyorsunuz refakatçiniz çağrılıyor. Siz tek başınıza orada hizmet alamazsınız, mutlaka birine verilecek bunlar, sonra tarif edilecek filan yere götür diye. Arada çalışan bir yığın maaşsız gönüllü çalışanlar var hastanede. Bunların görev tanımları yok ama bu görev tanımlı olmayan bu hasta yakınları, bu hasta sahipleri geçici görevli tam sorumlu, ücretsiz! Niye böyle? Siz orada yattığınız müddetçe çalışmak zorunda. Ama tam sorumlu; kanınızı o getirecek, idrar

kabınızı o getirecek, yemeğinizi o yedirecek, ilacınız yok o bulacak, ameliyat-haneye girdiniz dikiş malzemeniz yok sokağa gidecek eczane eczane dolaşacak o bulacak. Kan lazım, rehinelere getirecek kan alabilmek için, onları o yapacak. Yani bakın aklınıza gelecek her türlü sorumluluk onlarda. Dolayısıyla bir de böyle bir kitle oluşturduk ve aslında bu hasta yakınları, şöyle söyleyeyim; hasta olmak hastanede bu tabloda hiç özenecek bir şey değil. İnanın hasta yakını olmak hiç mi hiç özenecek bir şey değil. Hasta olmak yine avantajlı bir şey, bir yatak buluyorsunuz, koğuştaki bir yatak bulmuşsunuz. Refakatçi ne yapacak? Sandalyede oturacak ya da kapının dışına! Ama refakatçiler hastanede ikiye ayrılıyor, kıdemli refakatçiler kıdemsiz refakatçiler. Kıdemli refakatçiler öğreniyorlar, sağda solda sedye, muayene masası filan buluyorlar, oralarda yatıp uyumayı öğreniyorlar ya da taburcu olmuş hastaların yataklarına hasta rolü yaparak girip yatabiliyorlar, onlar biraz öğrenince böyle bazı yollar geliştiriyorlar. İşte bu refakatçiler hasta değiller ama adım adım hastanede hasta olan insanlar. Yine söylüyorum; bugün hala bütün bu gayretlerimize rağmen, Bakanlığın, sağlık sektörünün bütün bu özverili çalışmalarına rağmen bugün hala bu tablolarımız var inanın, tamamen yok edemedik bunları. Bu yüzden bu kıdemli hasta refakatçilerine ‘hastane uzmanı’ deniyor. Hastanenin girdisini, çıktısını, nerede ne var, nerede laboratuvar var, nerede röntgen var, sıra nasıl bypass edilir, bazı hizmetler nasıl hızlı yapılır gibi bütün yolları öğrendikleri için bunlar hastane uzmanı aynı zamanda, böylece yeni bir meslek geliştirmişiz. Yemekler geliyor, yemek dağıtılıyor, dikkatinizi çekirim televizyondaydı, vejetaryenin bir ötesine ne deniyor? Vegan olan bir mahkum açlık grevinde! Niye? Kendi inandığı alanda yemek verilmediği için açlık grevi yapıyor. Allah’ınızı severseniz bu tatsız tuzsuz yemeği bana vermeyin diye açlık grevi yapan hasta gördünüz mü? O hakları bile yok! Yani mahkumların yaptığı hak bile yok orada. Ne hikmetse hastanelerde yemekler hep tatsız tuzsuz verilir. Yemek aslında pişerken kötü değildir ama o dağıtacak personel illa kepçeyi sokup şöyle bir karıştırır, o sebzeler, etler hepsi birbirine karışır, bütünlüğü bozulur bir bulamaç halini alır, öyle verilir hastaya. Yine çoğu zaman o sıcak ateşte pişmiş yemek ne hikmetse illa soğutulur da verilir. Yine bakın hasta gözüyle olaylara bakıyorum. Lütfen, bunları eğer bir hastanede yattığınızda hala yaşayabilme ihtimaliniz var, onun için dikkatinizi çekerek söylüyorum. Sonra size bu talimatlar neticesinde sizi alırlar genellikle, hatta genellik-

le değil mutlaka bodrumlara kurulmuş olan, karanlık dehlizlerden geçirilip bir röntgen makinesine götürürler. Soyun derler size, mutlaka bir emirdir bu, asla rica değildir. Soyunduğunuz zaman üzerinizden çıkarttığınız pijamanızı asacak askı hemen hemen hiç bulamazsınız. İyi niyetlilerse serum askısı getirirler, oraya asarsınız ya da refakatçimiz yine hazırdır kapıda, eline alıp tutmak zorundadır onları. Dedik ya her işten sorumlu! Hastane koridorunda genellikle güzel bir hemşire hanımın resmi asılıdır, “Sus” işaretli. Bu talimat bereket versin çok ıstırap çeken hastalara işlemez, onun için suçlu değildir bağırabilirler hastalar çok ıstırap çekiyorlarsa ama refakatçiler asla! Doktor ve hemşirelere de işlemez, mesela sabahleyin asistan erkenden hocası gelmeden önce sabah vizitesi yapacaktır, mutlaka ahşap sabo giyiyordur tak tak diye yürüyerek gelir odanıza, uyuyan hastaların hepsi uyanır. Bazen hemşireler de, genellikle onlar daha kauçuk giyerler ama bazen onlar da böyle ses yapan sabo giyerler. Yani susmaksa susuyor ama ses sabodan çıkıyor ama sadece o kadar değil! Mesela refakatçi saatinde hemşire hanım refakatçilerin refakat saatinin bittiğini mutlaka bağırarak söyler bütün koridora. Hastanenin anonsları da genellikle bu sus işaretine hiç uymazlar. Yani onu tasarlayan mühendisler de bu sesin bulunduğu yerde duyulmasını düşünmeyip koridorun ucuna kocaman bir hoparlör asarak bunu çözmeye çalışırlar. İlginç bir şey daha söyleyeyim, bunu bizzat bir anıdan söylüyorum. Bir üniversite hastanemizde vizite esnasında hemşire hanım şöyle bağırıyor; “Siviller dışarı!” Yani burası aynı zamanda bir askeri kışla; hastalar sivil değil, doktorlar, hemşireler sivil değil ama refakatçiler sivil. Ve bu siviller dışarı tabiri yine bağırarak söyleniyor. O sus işaretine yine uyulmuyor. Neyse aslında ben bu senaryoyu uzun uzun size uzatabilirim, kısa keseyim izninizle burada. Ama işte hizmet kalite standartlarından bahsederken lütfen hastanenize bu gözle tekrar bakın, bu standart böyle bir bakış açısından ne getiriyor ya da bugüne kadar bize ne kazandırdı bu anlamla bakın.

Biraz da sistemle ilgili bir iki şey söyleyeyim. Bunların da belki SGK Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürümüz keşke burada olsaydı, onu daha çok ilgilendiren konular olacaktı bunlar. Örneğin bir özel hastanedeki ortopedi mütehassısı bir bacağı ampute etme hakkına sahip midir endikasyon varsa? Sahiptir. Ya da bir üroloji mütehassısı bir böbreği almaya, nefrektomi yapmaya yetkili midir? Bunun için birine danışması gerekir mi? Gerekmez. Ampute

eder bacağı, sonra o bacağı protez takılması lazım, bir doktorun görüşü yetmez, heyet raporu lazım. Yani insanın bacağı kesip atmak için bir doktora inanıyor sistem ama onun yerine mekanik yapılmış bir protezi koymak için bir doktora inanmıyor. Hatta daha da garibini söyleyeyim; özel hastanedeki doktor ampute etme yetkisine sahiptir, heyet raporundaki beş tane doktorun memur olması gerekir. Zira devlet daha yüksektir, devletin memurları da böyledir, dolayısıyla onlar imtiyazlı kişilerdir. Anayasa Mahkemesi bile biliyorsunuz Sosyal Güvenlik Kanunu'nda iptal maddelerinde böyle bir yorum, yani bu kadar açık değil ama örtülü olarak buna benzer bir yorumla memurları tasnif etmiştir. Bu örnekler çok fazladır arkadaşlar, tüp bebeği her türlü hastanede yaptırabilirsiniz, tüp bebek yapma kararını devlet hastanesinden rapor çıkarsa yaptırabilirsiniz. Peki, heyet nasıl işler? İçinizde heyet raporlarında 5 ya da 6 tane doktorun mutlaka hastayı gördüğü bir heyet raporu hatırlıyor musunuz? Normalde o hangi hastalıksa o doktor bir yazı yazar, heyet memuru vardır, aslında raporu o verir, diğer doktorlara imza attırılır, çoğu zaman hastayı tanımazlar onlar. Peki, bu kadar işi niye yapıyoruz o zaman biz? Meşhur bir fıkra var, biraz argo olduğu için anlatamayacağım ama 'sonuçta bu oldu, biz niye bunları yedik' diye bir fıkra var biliyorsunuz, aslında yaptığımız insanın böyle bir şey. Bu alanlarda bizim şu anda hizmetlerimizi bayağı gözden geçirmemiz gerekiyor, henüz süreç tamamlanmamış gibi gözüküyor dikkat ederseniz. Bir örnek daha vereyim arkadaşlar; kolon kanseri teşhisi koyarsanız, kollektomi yaparsanız, kolostomi yaparsınız. Yani doktor olmayan arkadaşlar için özetleyeyim, insanın anüsünü karnına bağlarsınız oradan alırsınız pisliği, sonra oraya bir naylon torba almak lazım, kolostomi torbası diyoruz. Onun için o doktorun imzası yetmez, heyet raporu çıkartmanız lazım. Beş tane doktor naylon torba bağlanması için karar vermesi lazım. Yani yaptığınız işlemle ondan sonraki işlemin arasındaki mesafeye bakın. Eğer bu ikinci görüş dedikleri kuralı koysaydık, kolostomi kararı için ikinci bir doktorun, üçüncü bir doktorun kararını öngörseydik herhalde çok daha akıllıca bir iş yapmış olurduk. Ondan sonraki o naylon torbayı biraz küçümsemek için söylüyorum, kolostomi torbasını almak için bu kararı koymamız hiç de kabul edilebilir bir şey değil. Çok şükür çoğu kayboldu, özellikle 2009 mu, 2010 Ocak ayından sonra SUT'daki değişikliklerle kayboldu, üniversite hastanelerinde hala kısmen var. Hasta yakınları durmadan ömürlerinde en çok yük taşımayı marketten evlerine, ecza-

nelerden hastanelere yaparlardı. Ameliyat olacak hastaya bir reçete döşenirdi, günde üç litre serum verilir, ortalama üç gün post off, ameliyathanede yaklaşık bir set dört, preop hazırlık gerekiyorsa beş, üç kere beş 15, 15 litre, 15 kilo serum taşırlardı dışardan, bırakın diğer malzemeleri! Çünkü ameliyat reçetesi diye bir kavram vardı, bu reçete her ameliyat olacak hastaya, işin kötüsü ne hikmetse doktorlar ameliyat olacağı günün bir önceki gece yazarlar bunu bir de! Dolayısıyla hasta yakını elindeki bu reçete eczane eczane tamamlamaya çalışır, sadece serum değil içinde daha bir yığın malzeme vardır onun. Eczane eczane dolaşır, o yoksa bu var mı? Bunun için de hastanelerimizde ikinci sektör oluşturmuştuk; bulunmayan malzemeleri bulundurma şubeleri! Genellikle hasta bakıcılar olur bunlar, dolaplarına sotelerler ya da artanları değerlendirmek, bu ülke ekonomisi zarara uğramasın diye değerlendirmek üzere toplayıp eczanelere iade ederler. Bundan daha iyi hasta memnuniyetini arttırıcı modeller de oluşturulmuştu, ben bizzat şahit olduğum örneği söyleyeyim. Reçete yazılıyor, genellikle bu reçeteler 1 numaralı reçete, 2 numaralı reçete, 3 numaralı reçete yazılır çünkü o kadar çok malzeme yazılır ki ameliyatta lazım olan malzemeler bir reçeteye sığmaz, hasta yakınına verirsiniz tam çıkarsınız, kapıda sessiz bir adam! Hastabakıcı, hastanede görevli ya da gönüllü görevli, “bunu ben size temin edebilirim” der, alır ve çok güzel hizmet yapar, alır getirir. Sizden mi, eczaneden mi komisyon alır orasını karıştırmayın! Bir de böyle bir sektör oluşturmuştuk. İşsizlik oranımız % 12’lerden % 9’lara düştü, belki istihdama katkısı sağlamıştır bu tür uygulamaların bilmiyorum!

Yine hatırlayın arkadaşlar, doktor reçete yazar, dediğim gibi kolunuzu bacağınızı kesmeye yetkili bir insan, böbreğinizi, ciğerinizi almaya yetkili bir insan, ilaçları yazdı, o ilaca birinin paraf atıp mühür vurması lazım. Kim? Başhekim. Nerede yazar? Hiçbir yerde! Başhekim, günde 2000–3000 poliklinik yapılan bir hastanede 2000–3000 tane imza mı atacak? Atamayacağına göre başhekim yetkisinde biri lazım, yani başhekim yardımcısı. Arkadaşlar Haseki Hastanesinde 15 tane pratisyen başhekim yardımcısı mühür memuruydu. Tam 15 tane bu işi yapan başhekim yardımcısı vardı çünkü çok yoğun bir hastane, hastane içinde kan kuyruğu, laboratuvar kuyruğu, tuvalet kuyruğu, yemek kuyruğu, ilaç kuyruğu gibi bir yığın kuyruktan sonra bir de mühür kuyruğuna sokmak için başhekim ideal bir çözüm bulmuştu. O kadar eğittiğiniz, 6 yıl okuttuğunuz ya da uzmansa 10 yıl okuttuğunuz, toplumda seçerek aldığınız insanları

mühür memuru haline getiren bir yapı içindesiniz. Peki, bu mührü basarken o mührü basan kişi, mühür memuru o ilaçların ne ilacı olduğuna bakar mı? O doktorun o hastanede, Ankara Numune Hastanesinde asistan dahil 1000 doktor var, 1000 doktorun imzalarını ayırabilir mi? Mümkün değil! Peki, bu işlem niye yapılır? O reçeteyi yazan doktor, reçeteyi ve doktoru tanımadan imza atan başhekim yardımcısından daha mı az güvenilir? O başhekim yardımcısının bacağıınızı kesme yetkisi yok ama öbür doktorun var. Bakın bunlar kaldırılmaya çalışıldığı zaman burada o arkadaşlarımızdan Bayram var, hatırlayacaktır Ok Meydanı Hastanesinde onkoloji hastalarının niye ilaçlarının eczanelerde verilmmediği konusunda hasta refakatçisi olarak, yani burada anlattığım o meşhur görevi üstlenip eczanelerden ilaç almaya gitmişti sistem niye böyle tıkanıyor diye dağılan ekiplerden biriydi. Eczanelere Emekli Sandığı genelge yayınlamıştı, mührsüz reçetelere ödeme yapmam diye. Sağlık Bakanlığı, “mühre gerek yok” genelgesini yayınladığı için hemen Emekli Sandığı bürokraside kesinti olmaz, devlette devamlılık esastır diyerek boşluğu doldurmuş ve hemen “eczanelere mührsüz reçete ödenmeyecektir” diye yayınlamıştı. Yani bu standartları koymak ya da bazı kuralları değiştirmek zannettiğiniz kadar da kolay değil. Bunların arkasında çok mücadeleler veriliyor arkadaşlar. Bazen, niye böyle yapılmıyor demek çok kolay oluyor, bizim görüşümüz alındı ama hiç uygulanmadı demek çok kolay oluyor. Taviz vere vere bazı şeyleri yapmak zorunda oluyorsunuz, sonuçta idealizminiz gidiyor, olsun bu kadar da yaptım ya diye kendiniz mutlu olmanın yollarını arıyorsunuz. Hocam 40 dakika diye ben rahat konuşuyorum, hızlı mı keseyim? Peki.

Peki, o zaman ben “bu eczanede yoktur” kaşelerinden hatırlatmak için size söylüyorum, yatan hasta ilacının eczanede yoktur, mevcudumuz bulunmamaktadır kaşelerinden bunları hızlı hızlı geçiyorum. Hastanelere yatış ve çıkış maceralarından, özellikle hasta yatışlarının dolambaçlı yollarından bahsetmeye gerek sadece başlığı söyleyerek geçiyorum. Yatışlarda karşı sokaktaki fotokopiden bahsetmeden bir şeyden bahsedeyim. Hasta yönlendirme levhaları. Bugün hala çalışan Türkiye’nin en köklü, en eski üniversitesinin, en büyük tıp fakültelerinden biri olan bir tıp fakültesinin cerrahi bölümünün, cerrahi binasının cerrahi bölüm başkanının odasını arıyorum. Kendisi davet etmiş, yanına gidiyorum. Ben de yabancı olmadığım bir bina olduğu için ezbere binayı nere-

deyse biliyorum. Kapısından girdim, üç kez merdivenden inip çıktım hem de her seferinde sorarak odasını. Sonuçta buldum. Dedim ki, “hocam, ben doktorum, rastgele bir doktor değilim, bu hastane mimarilerine kafa yormuşum, hastanedeki süreçlere kafa yormuşum, dolayısıyla hani birazcık daha bilen biriyim bu anlamda. İkincisi ben asistanlığım dahil buraya çok geldim gittim ve siz de bu binanın en üst amirisiniz, sizin odanızı aradım. Üç kere merdivenden inip çıktım” dedim. “Eğer içerde bin tane adam varsa en az benim kadar yanlış yola gidiyorlarsa üç bin tane adam var sizin burada” dedim. Hele, ben bu kadar biliyorum, onlar üç değil de beş kere bu merdivenlerden inip çıkıyorlarsa sizin bin kişiniz beş bin kişiye çıktı. Niye bu hastanede performans artmıyor, niye bu kadar kıyasladığında hasta bakılıyor sorusunun cevabı daha burada yatıyor. Bu hastane çok kalabalık! Bu hastaneye hasta girecek yer bulamıyor sebebi de bu. Ve bu hastanede hala yönlendirme levhası yok. Onun için hizmet kalite standartlarında basit gibi görülen bir kural inanın sizin bütün sisteminizi kökten etkilemeye muktedir bazen. Bakın bu da bir anıdan, yani yaşanmış bir olay. Yaşlı kadın oğluna hastanedeki izlenimini söylüyor, kendine ziyarete gelen oğluna, “oğlum, bir Arap doktor var ya, o en iyisi” diyor. Arap doktor dediği Türkçe’yi az bilen Afrika’dan gelmiş bizde bir asistan, zor konuşuyor Türkçe’yi. Niye en iyisi diyor biliyor musunuz? Anlamadığı için teyzeyi dinlemeye çalışıyor! Diğer doktorlar her şeyi hemen anladığı için dinlemiyorlar ve teyze diyor ki, en iyisi bu Arap doktor diyor, yani bu zenci doktor diyor. Çok şükür ki hastanelerimizde sayısı sınırlı da olsa beyaz zenci doktorlarımız da var. Yani olayın iyi tarafı o!

Hocam bitiriyorum ama sonuçla ilgili biraz da mesaj vermek adına izninizle birkaç dakika bir iki ifade söyleyeyim. Kendisi emekli valilerimizden olan bir hasta yakını, ismini de size söylemek istiyorum, Doğan Pazarcıklı, hanımı kanser olup iki yıl hastanelerde ameliyat, kemoterapi gibi birçok hastanede dolaştıktan sonra vefat ediyor ve vali olduğu halde daha çok normal bir hasta yakını olarak davranıyor. Hatıralarını yazmış, tavsiye ederim internette bulabilirsiniz. Diyor ki, “Eğer bu böyle gidecekse ve buysa hastane ben hastaneye hasta sıfatıyla değil, insan sıfatıyla yatmak istiyorum, beni öyle görmeleri gerekir. Eğer bu mümkün olmayacaksa, bu mümkün görünmüyorsa ne doktorları, ne kızımı, ne dostlarımı sıkıntıya sokmak istemiyorum, inşallah ölürüm hastaneye yatmadan!” diyor. Eşi için de çok güzel bir söz söylüyor, “Eşim

ölmek için bu hastanelerde çok direndi, bana öyle geliyor ki, bu koşullarda ölmek için değil de ölmek için direnseydi daha uzun yaşardı.” Şimdi, evet belki ıstıraplı bir insanın biraz daha abartılı, duygularının yoğun olduğu bir bakış açısı bu ama unutmayın hastalarınızın hepsi ıstıraplı, hepsi anormal insan, sadece insan olarak değil anormal insan olarak yatıyorlar. Bu anormalliği lütfen olumlu anlamda söylüyorum, daha fazla özen isteyen, daha kırılgan, olumlu olan birçok şeyi daha çok negatif görmeye yatkın insan. Onun için çok doğal davranışımızın ötesinde gayret göstermemiz gerekiyor. Kurallarımızı, düzenlemelerimizi, süreçlerimizi buna göre yapmamız gerekiyor. Yoksa biz sağlık hizmetimizi aldığımız nosyonla özellikle modern tıp paradigmadaki şartlandırılmışlıkla yapmıyor değiliz. İnanın ihmal edilebilir sayıları bir tarafa bırakırsanız bu konuda sağlık personeli hekimiyle, hemşiresiyle diğer sağlık personeliyle neredeyse suçlayacağınız insan yoktur. Ama işte kırılan kolu alçıya alma, ameliyat etme, tekleyen kalbi bir şekilde ameliyat etme, bypass yapma, ne bileyim eğer bağışlayan biri varsa böbreği alıp hasta böbreğe takma, hastalara şu ilacı verme bu ilacı verme, arkadaşlar bunların hepsi mekanik işler! Bunların hepsi tanımlanmış mekanik işler. Hastayı bir nesne gibi gören, bir işlediğiniz, üzerine çalıştığınız bir malzeme gibi gören bir mesleğin teknik işleri. Yani bir ağaç oyan oymacı da ağaca öyle yaklaşır, bir oto tamircisi de olaya böyle yaklaşabilir. Öyleyse onlar hata yapıyor kızılmıyor da biz hata yapıyoruz kızılıyor, bize farklı davranılıyor gibi bir mazeretimiz yok. Onların hata yapma hakları var, cezası varsa her neyse ama bizim yok! Bunu kabullenmek zorundayız ya da hatayı minimize edebilmek için ne gerekiyorsa onu yapmak zorundayız. İşte bu yüzden insan sağlığına insan oldukları için hizmet edebilen insanlar topluluğunun oluşturduğu bir ordu olmak zorundayız. Bence hizmet kalite standartlarının da bu bakış açısıyla lütfen bir kurallar manzumesi olarak görmeyin, o zaman yine mekanik bir iş yapmış olursunuz. Hizmet kalite standartlarının sayısı arttırıldı, yeni bir set yayınlandı, bir başhekim arkadaşım beni arıyor, “Hocam, bu kadar standart olur mu, sabahtan beri toplantı yapıyoruz standartları daha okuyup bitirmedik.” Bakın olayı madde sayıları, iş yükü gibi görülüyor. Bu yine mekanik bir bakış tarzı. 300 değil 3.000 de olabilir, 3.000 değil 3.000.000 da olabilir hala o bahsettiğim maksimal kusursuzluğu yakalayamamışsak. Bu açıdan özellikle hastanelerinde, kuruluşlarında bu hizmet kalite standardının yerleşmesine

emek veren kalite sorumlusu arkadaşlarım, hastanelerde yönetici olan değerli arkadaşlarım, boş verin hizmet kalite standartları teferruattan ibaret, önemli olan bu ruhla bütün maddeleri elinize alın. İnanın zaman zaman arayacaksınız Performans Dairesini, diyeceksiniz ki bu yetersiz, şöyle bir kural da olmalıydı, zira bu hizmetin daha iyi verilmesi için bu da gerekiyor diyeceksiniz. İşte o zaman biz hizmet kalite standartlarının amacına ulaştığını fark ederiz. Ben onun için olayı bir akreditasyondur, belgelenmeydi, puan almaydı olarak görmemeye çalışıyorum, olaya bu açıdan bakmaya çalışıyorum. Ama denetimler yapıldığında başhekim arkadaşım bizim puanımızı düşük tuttular, bunlar bize önyargıyla yaklaştılar diyebiliyor. Olabilir ama bu da teferruat. Bir başka başhekim şikayet ediyor, açıyor Bakanlığa, nasıl olur diyor, benden rütbesi çok az memur kişi gelip benim gibi üniversiteden sonra doçent olmuş, profesör olmuş birini denetleyebiliyor diyor. Olabilir, bu da bir teferruat. Yani bunlar süreç içinde tartışılabilir ya da eyvah, denetçiler gelecek, tuvaletlerde tuvalet kağıdı eksikse tamamlayın, sabunları yerlerine koyun, servisleri temizleyin, camları sildirin! Hastane müdürü yanıma geldi, beyaz önlük giymiş, yakasında kimlik kartı ilk defa görüyorum hastane müdürünü. Hayrola müdür bey, ne var dedim. “Hocam, denetçiler hastanede!” dedi. Arkadaşlar, o zaman bu hizmet kalite standardı bir işe yaramıyor eğer böyle yaklaşıyorsak. Bu yüzden işte check list’ler tamam mı değil mi, o yerinde mi değil mi, öyle bir davranış şekli oluşturmali ki check list’e ihtiyaç duyulmamalı. Bir check list’teki sizin tik atmak, bir tane eksik bırakacağınız yer eksik olduğunda bütün herkes onu fark etmeli eksik olduğunu. Huzursuz olmalılar, rahatsızlık duymalı. O zaman hizmet kalite standartlarının amacı yerine ulaşmış olur. Bu açıdan, Başkanım hep yan gözle baktığı için daha fazla devam etmeyeyim, sık sık hastalarım olduğunda Hocama gönderiyorum, sonra hastalarım kötü muamele falan yapabilir, korkarım! Espri tabii. Evet, bu açıdan bir bakış açısı sunabiliyorsam siz de eğer bu konuşmanın sonunda evet, biz bu olaya biraz daha farklı açıdan bakalım, bir; kendimizi hastamızın yerine koyalım, iki, bunların tek tek madde sayımı, rakamı şunu bunu bırakıp biz bunun ruhuyla davranalım mesajını verebiliyorsam ne mutlu bana.

Hepinize sabrınız için teşekkür ediyor, saygılar sunuyorum arkadaşlar.

YÖNETİCİLERİN BAŞARISINDA HKS’NİN ETKİSİ

Dr. Mehmet DEMİR

Özel Kütahya Kent Hastanesi Direktörü

Kıymetli Hocalarım, kıymetli katılımcılar hepinizi saygı ve sevgiyle selamlıyorum. Tabii, Sabahattin Hoca’nın renkli sunumundan sonra biraz konuşmak zor! Tabii, şimdi, Hoca’nın konuşmasından şöyle bir mesaj aldım ben, biraz da aslında kendi adıma da nefis muhasebesi yaptım. Çünkü dedim ki, bahsettiği yıllarda aslında hekimlik yaptım, yöneticilik yapmadım ama hekim olarak çalıştım, acaba bunlarda benim ne kadar payım var diye. Çünkü gerçekten o tablo şu anda hepimizi rahatsız ediyor, yani o tabloyu burada kabul edebilecek hiçbir sağlık profesyoneli yok. O zaman da şöyle düşündüm, şöyle bir endişeye kapıldım; acaba 10 yıl sonra bu kürsülerden neler söylenecek? Çünkü 10 yıl sonra da mutlaka bugünlerle alakalı bir takım şeyler söylenecektir. O zaman dedim, hepimize çok iş düşüyor, en azından 10 yıl sonra kötü anılmamak için, yani daha az hatalı işler yapmak için bugün sanırım bu salondaki herkese büyük görev düşüyor. O zaman biraz daha hızlı çalışmak gerekiyor, biraz daha metotlu çalışmak gerekiyor veya biraz daha bilimsel çalışmak gerekiyor ki yarın eleştirilere cevap verelim. İnanın bugün belki 10 yıl sonra kabul edemeyeceğimiz, içimize sindiremeyeceğimiz birçok uygulamalar olabilir. Belki bu toplantıların da işte amacı bir an önce ülke olarak, belki en ideali yakalayamayız ama işte yarın bu sözleri iştmemek için şimdiden çok çalışmamız gerektiğini gösteriyor.

Şimdi, Bakanlığın tabii bu performans ve kalite kongreleri gerçekten bu alanda önemli hizmete vesile oldu. Bu üçüncüsü yapılıyor, performans ve kalite çatısı altında işte Bakanlığın yaptığı işlerle paralel alt başlıklarla süregeliyor. Birincisi biliyorsunuz özellikle ilk yıllarda 2004–2005 yıllarında yoğun olarak bireysel performansa konsantre olduğumuz yıllarda çalışanların teşviki ve güvenlik temasıyla bir kongre olmuştu. Bir yıl sonra kurumsal performans, uygulamaların hayata daha fazla geçmesiyle hastanelerin teşviki ve güvenlik temasıyla olmuştu, işte bu yıl da artık biraz daha bireysel ve kurumsal performansın oturmasıyla beraber biraz daha odaklaşıyoruz, daha spesifik konulara odaklaşıyoruz. İşte klinik kaliteden ve güvenlikten bahsediyoruz. Belki

bundan sonraki kongre için de bir adım daha öte gidebiliriz, mesela bir öneri olarak belki burada zikredebiliriz, biraz daha bunların sonuçlarının ölçüldüğü, indikatör yönetiminin tartışıldığı bir kongre olabilir. Buradan arkadaşlarımıza da öneride bulunmuş oluyoruz.

Şimdi, tabii kalite ve güvenlik gerçekten çok önemli iki kavram. Şimdi, sağlık hizmetlerinin iki tane fay hattı var der isek, bu fay hattından bir tanesi kalite diğeri de güvenlik. Bunlar bir de birbirini tetikleyen fay hatları, bunların kırılmasına çok müsaade etmemek lazım, çok tedbir almak lazım. Çünkü bu iki fay hattı kırıldığı zaman çok da kırıldığını fark etmiyorsunuz, verdiğiniz zararların çok da farkına varamıyorsunuz. Bunları eğer iyi takip etmez iseniz o zaman oradaki hasarı tam da göremiyorsunuz ve bununla beraber yaşıyorsunuz. O açıdan sağlık hizmeti dediğiniz zaman bu iki fay hattına son derece dikkat etmemiz gerekiyor.

Şimdi, kongrenin zamanlaması da gerçekten son derece isabetli olmuş hem konu başlığıyla alakalı hem konuşacağım konuyla alakalı. Çünkü Bakanlığın, sabah Müsteşarımız da ifade etti, yani aslında reform diye ifade etti, hem Teşkilat Kanunu hem de kamu hastane birlikleri işte beraber uygulanmaya geçecek. Bu yönetim anlamında sağlıkta bir reform niteliğindedir ve bu çerçevede de yöneticilerin sorumlulukları bir kat daha fazla ortaya çıkmış oluyor.

Şimdi, tabii, artık başarıyla bazı kavramlar birlikte anılmaya başlandı. Yani biz eğer sağlık yöneticisinin başarısından bahsediyorsak işte sağlık hizmetinin kalitesinden, standardından ve güvenliğinden de bahsetmeye başladık. Tabii biz buradaki toplantımızda biraz daha hastane hizmetlerine konsantre oluyoruz, yani hastane hizmetlerindeki hastane yöneticilerinin başarısı hastane hizmetlerindeki standartlar, kalite ve güvenlik odak noktamız. Tabii yöneticiler açısından baktığımız zaman sağlık sektörü artık bundan sonraki, önümüzdeki yıllar için yönetici açısından üç ana yer çıkıyor. Bunlardan bir tanesi bu kamu hastane birlikleri, diğeri özel sektöre ait hastaneler, üçüncüsü de son anda vazgeçilen ve belki bir müddet daha hayatını sürdürecektir olan üniversite hastaneleri ile ilgili bölümler yöneticiler için bir çalışma alanı ifade edebiliriz.

Şimdi kamu hastane birlikleri açısından baktığımız zaman yöneticilerin durumuna, Kanun Hükmünde Kararnamede iki maddeye dikkatinizi çekmek istiyorum. Bunlardan birincisi diyor ki, Bakanlığın merkez ve taşra teşkilatındaki

her kademedeki yönetici bir takım unsurlara göre üstlerine karşı sorumlu olacak. Bunlardan bir tanesi işte bugün toplantımızın konusu olan hizmet kalite standartları, yani bundan sonraki süreçte işte Bakan hariç onun altındaki bütün yöneticilerin ve kamu hastane birliklerindeki bütün yöneticilerin üste karşı sorumlu olacağı önemli bir kriter ortaya çıkıyor; bu da hizmet kalite standartları. Diğeri de, bu birliklerin gruplandırılmasında, bu gruplandırmanın nasıl yapılacağı ve nasıl değerlendirileceği, ölçüleceğiyle ilgili kriterlerden bahsediyor. Ortada kriterlerde de kaliteden, hasta ve çalışan güvenliğinden bahsediliyor. Bu kriterlerin bundan sonra o kamu hastane birliğinin hangi gruba geçeceğini, yöneticilerin başarılı veya başarısızlıklarının bu faktöre göre ölçüleceğini ifade ediyor. Şimdi özel hastaneler açısından da hizmet kalite standartları önemli bir değerlendirme aracı. İşte iki yıldır Sosyal Güvenlik Kurumu özel hastanelerin hastalardan alacakları ilave ücretin belirlenmesi için bir grup kriter kullanıyor. O kriterlerden bir tanesi de hizmet kalite standardı. Bu hizmet kalite standardından alacakları puana göre de hastaneler finansman açısından gerçekten çok önemli bir hakkı elde ediyorlar veya edemiyorlar. Üniversite hastanelerine gelince, ona maalesef soru işareti koymamız gerekiyor. Ben üniversite hastanelerinin yani pozitif bir ayrımcılık yapıldığını düşünüyorum. Yani üniversite hastaneleri bu şeylerle pek uğraşmıyor, uğraşmak da istemiyorlar. Bugün hani bunun eleştirisine veya bunu tartışmak bu zeminde uygun değil ama bunu da tespit etmemizde fayda var. Şu anda bugün Bakanlığın bu hizmet kalite standartlarını değerlendiren değerlendiriciler Türkiye'deki bütün hastanelere giriyorlar, şu anda sadece üniversite hastanelerine girmiyorlar.

Şimdi, toplantıyla alakalı literatürden iki cümle bahsedeceğim ve ülkemizdeki zorluklara işaret etmek istiyorum. Genellikle Amerika merkezli literatürlerdeki hususa dikkat çekiyorlar. Bunlardan bir tanesi sağlık hizmeti sunarken hastalara önlenmesi mümkün zararlar veren ciddi ve yaygın hatalar yapılmakta deniyor. İkincisi de, sağlıkta güvenlik ve kalite sorunları iyi niyet, bilgi, çaba ve sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak eksikliğinden değil, daha çok hizmetin organize ediliş tarzındaki temel yetersizliklerden kaynaklanmaktadır diyor. Biz tabii ülkemizin pratiğine geldiğimiz zaman tabii bizde bazı işlerin yapılması kaynak eksikliğinden olabilir, maalesef hani bu bizim şahsi fikrimiz de olabilir. Yetersiz ve cesaretsiz bir finansman sistemimiz var, kötü bir ödeme modelimiz var bugün için ve belki de eksik bir eğitim sistemimiz var. Biz bu

uluslararası literatürdeki bu kaliteyle ilgili kısıtlara bunları da ilave etmemiz gerekiyor. Tabii, şimdi, aslında temel ilkeleri ortaya koyduğunuz zaman dünyada uygulanan hangi model olursa olsun, işte uyguladığımız hizmet kalite standartları modeli olsun hepsinin beslendiği aslında hastanelerin temel görevi olan bir takım ilkeler var. Bunlar altı temel ilkedен bahsedebiliriz, bunlar biraz daha arttırılabilir veya azaltılabilir ama bunlar gerçekten hizmet kalite standartlarını veya uluslararası akreditasyon modellerini besleyen temel unsurlar. İşte güvenlik, etkililik, hasta merkezlilik, zamanlı yapılması her işin, yeterlilik, hakkaniyet başlıkları altında sayabiliriz. Burada şunu ifade etmek istiyorum; sonuçta ülkeler birbirinin tecrübesinden istifade edebilirler, hizmet kalite standartları bir yerlerden esinlenebilir fakat hastane ortamları, hastanecilikteki temel ilkeler o sizin standart yönteminizi, metodolojinizi değiştirir, kaynak aynıdır.

Tabii, şimdi, sağlık hizmetinin kalitesi için birçok araç kullanılabilir. Bugün için artık şunu söyleyebiliriz; özellikle Bakanlığın Teşkilat Kanunu, Kamu Hastane Birlikleri çok güçlü bir merkezi yapıyı tanımlıyor. Bu merkezi yapı içinde bugün geldiğimiz noktada artık ülkemizin hizmet kalite, hastanecilikteki kaliteli hizmet için kullandığı aracın hizmet kalite standartları olduğunu gösteriyor. Bu standartlar tabii ki 6 yıllık bir periyot boyunca hazmede hazmede geliştirildiği için ülkemizdeki sağlık politikaları da uyumlu ve bu nedenle de artık biz burada bir nokta kayabiliriz kalite yönteminin tercihi noktasında. Şimdi hizmet kalite standartlarına baktığımız zaman aslında sizler bunu son derece yaşayan meslektaşlarımızınsınız, gerçi tabii kullanıcı dostu bir araç bu sistem. Paylaşımıcı, anlaşılabilir, kolay öğreniliyor, bencil değil. Bunları şunun için söyledim; tabii kalite çalışmalarına baktığımız zaman kalite çalışmalarında ucu yok, yani yüzlerce yöntem var, yüzlerce uluslararası tecrübe var, ülkemizde bir takım uygulama örnekleri var. Ben, şahsen baktığım zaman HKS sürecinin gerçekten çok paylaşımıcı, anlaşılabilir ve tamamen kullanıcı dostu olduğunu görüyorum. Diğer sistemlere baktığım zaman biraz orada bencillik var, paylaşımcılık yok. Yani çok az insan tarafından bu işler yapılabilir intiba uyanmış vaziyette. Biraz önce Abdullah Bey sayılarla örnek verdi, binlerce değerlendirme, binlerce değerlendirici, biz görüyoruz ki Türkiye’de uygulanan hizmet kalite standartları gerçekten çok geniş bir alana yayılmış ve herkes tarafından paylaşılan, desteklenen sürekli geliştiren bir araç haline

gelmiş. O açıdan diğer kalite yönetim sistemlerinden hizmet kalite standartlarının bu önemli bir avantajı olduğunun altını çizmek istiyorum.

Şimdi, biz tabii, sağlık hizmetlerine baktığımız zaman yani niteliği gereği veya geleneksel olarak biraz hekim merkezli yürüdüğünü görüyoruz hizmetlerin. Şimdi aslında burada bir risk var, işte bu riski dağıtan unsurlardan bir tanesi hizmet kalite standartları. Neden? Çünkü hizmet kalite standartları hastanedeki bütün hizmete katkı verenlerin ortak bir platformda buluşmasını sağlıyor. Yani bir yönetici için hekim merkezli olan bir hizmetin riski dağıtılmış oluyor. Aslında o 650 standarda baktığımız zaman orada aslında hep vurguladığımız ama belki de sadece sözde kalan ekip çalışmasını destekleyen bir standart olduğunu ifade edebiliriz. Bu mutlaka bundan sonraki yönetim görevi alacak insanlar için hastanede bu işbirliğini sağlayamaya yönelik önemli bir araç olduğunu ifade etmek istiyorum.

Şimdi, tabii, şu anda yöneticileri, gerçekten yönetim çok zor iş, çünkü iki pres arasında yönetici. Birisi, maddi ve idari zorluklar, diğeri hem vatandaşın, hem kamunun, hem diğer üst yöneticilerin o hastaneden, o yöneticiden performans ve kalite beklentisi. Özel sektörde bu pres biraz daha fazla, kamu sektöründe de bu pres var. İşte yöneticilerin bu presten kurtulması için aslında HKS iyi bir araç. Çünkü sizin hem mali ve idari zorluklarınızla sizden beklenen performans gerçekleştirmeniz için o presten kurtulmanız için, nefes almanız için iyi bir araç olduğunu ifade etmemiz gerekiyor.

Şu soruyu sorabiliriz, yani bir sağlık yöneticisi için HKS nedir? Ben bunun iki tane net cevabı olduğunu düşünüyorum. Bunlardan bir tanesi, başarıyı ölçen bir araç, ikincisi de başarı için gereken bir rehber, iyi bir rehber, her yönetim kademesindeki kişi için iyi bir rehber olduğunu ifade edebiliriz. Peki, HKS yeterli bir araç mı bunları sağlamak için? Aslında içeriğine baktığımız zaman gerçekten HKS bir hastanedeki tüm işleri kapsıyor, tüm işleri önemine göre puanlandırıyor ve bu şekilde yeterli bir araç haline gelmiş oluyor. Peki, HKS nasıl geliştirilmeli, nasıl düzeltilmeli? Şu anda yukarıdan aşağı doğru yapılıyor, bu aşağıdan yukarı doğru da yapılabilir. Biraz önce ifade ettim ya, HKS çok paylaşımcı, yani bütün dokümanlar ortada, sizlerin tecrübeleri ortada. Sabah işte bir takım törenler yaptık, ödüller verildi, onların yüz katı çalışmalar ortada. Şimdi belki böyle inisiyatif almak lazım, bu Kamu Has-

tane Birliklerinin de verdiği yetki gücüyle bunun aşağıdan yukarıdan doğru olmasını zorlamak lazım. Mutlaka bu sisteme yönelik bir takım da eleştiriler de olabilir. Bu eleştirileri en güzel düzeltme yöntemi bunun geliştirilmesi aşamasında tabii ki Bakanlık sorumluluk, bir ünite olarak yukarıdan aşağıya bu düzenlemeyi yapacak ama bu işi uygulayanlar da işte bunu aşağıdan yukarıya doğru düzeltmesi için, geliştirmesi için mutlaka katkı vermesi gerekiyor. Şurada yani kalite gerçekten uzun bir yol, burada sabırlı olmak lazım ama sözlerimin başında ifade ettiğim gibi ileride iyi anılmak istiyorsak bugün bu standartları iyi oturtmamız lazım, bunları yerine getirmemiz gerekiyor. Bir de kalite çalışmalarında tabii, ben HKS'nin önemini vurgulamak için şunu ifade etmek istiyorum; şimdi aslında HKS'yi ben şöyle görüyorum bu sistemde, Sabahattin Hocam konuşmasında şöyle ifade etti; bunun mutlaka JCI ile irtibatlandırıp, uluslararası bir kriter haline getirilmesi lazım. İşte bu gönüllü müdür, gönülsüz müdür akreditasyon, bu alan karmaşık bir alan. Ben HKS'yi şöyle görüyorum bu kalite çalışmalarında, çünkü başından beri gerçekten burada çok karmaşıklıklar oldu, HKS biraz IV. Murat'ın balyozu gibi bu alana inmiş bir balyoz, insiyatif almış, kuralı koymuş ve yapılması gerekeni ifade ediyor, böyle düşünebiliriz. Tabii, burada şimdi sağlık sistemindeki geldiğimiz nokta, kanunun pratiğini görmedik henüz ama kanun maddelerini okuduğumuz zaman, Kamu Hastane Birliklerini okuduğumuz zaman Türkiye'de şöyle bir gerçeğe karşılaşıyoruz: Türkiye'de sağlıkta kamusal otoritenin güçlendiğini görüyoruz. Sağlıkta güçlenen kamusal otorite mutlaka kaliteyle ilgili kuralları da kendi koymak isteyecektir çünkü süreç böyle geliyor, kanunu bu şekilde okumamız gerektiğini düşünüyorum.

Peki, çok teşekkür ederim dinlediğiniz için.



KLİNİK KALİTE: TEŞHİS VE TEDAVİDE HASTA GÜVENLİĞİ



■ Oturum Başkanı - Prof. Dr. Tefvık ÖZLÜ

KTÜ Farabi Hastanesi Başhekimi

■ Uzm. Dr. Ferzane MERCAN

*T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Daire Başkanlığı
Laboratuvar Güvenliğinden Teşhis ve Tedavi Güvenliğine*

■ Prof. Dr. Fahri OVALI

*İstanbul Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi
Başhekimi*

Teşhis ve Tedavide Hasta Güvenliği

■ Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI

Anadolu Sağlık Merkezi Direktörü

Hasta Güvenliğinde Temel Sorunlar ve Gelecek

LABORATUVAR GÜVENLİĞİNDEN TEŞHİS VE TEDAVİ GÜVENLİĞİNE

Uzm. Dr. Ferzane MERCAN

T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Daire Başkanlığı

Sayın Başkan, Sayın Genel Müdürüm, değerli katılımcılar hepinizi saygıyla selamlıyorum. Sizlere laboratuvar güvenliğinin teşhis, tedavi güvenliğine olan katkısından bahsetmek istiyorum. Sunumumda öncelikle laboratuvar verilerinin teşhis ve tedavideki rolünün ne olduğunu, sonra gündemde olması gereken ve yepyeni bir kavram olan laboratuvar konsültasyonunun önemi ve en son laboratuvar güvenliğinin teşhis ve tedavideki rolünden bahsetmek istiyorum.

Biliyorsunuz hastanemize başvuran hastalara uygulanan birçok işlem vardır ve bu işlemlerin çoğu laboratuvar verilerine dayanmaktadır. Örneğin: Tanı koymak, tedavi için plan hazırlamak, tedaviyi takip etmek veya hastalıkları önlemek için veya hastalıkları önlemeye yönelik tarama yapmak, hepsi laboratuvar verilerine dayanmaktadır. Konuyu daha net algılamak için gelin şöyle bir senaryo yazalım: Bir üniversite veya eğitim araştırma hastanesinin tüm laboratuvarlarını, tüm laboratuvar disiplinlerini; biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji, immünoloji, hematoloji, hepsini bir hafta süreyle kapatalım. Göreceksiniz ki bir hafta içinde, bu kurumda veya bu hastanede sistem durma noktasına gelecektir. Öte yandan literatür taramaları göstermiştir ki verilen tıbbi kararların yüzde 70’inden fazlası da laboratuvar verilerine dayanmaktadır. Peki, sağlıkta bu kadar önemli olan laboratuvarlarda hasta güvenliğini sağlamak için bir laboratuvar uzmanının rolü ne zaman başlar, ne zaman biter?

Daha düne kadar biz laboratuvar uzmanları şöyle düşünüyorduk: Bizim görevimiz, numune laboratuvara teslim edildiği an başlıyor, sonuç çıktığı an bitiyor. Ama bugün için gördük ki, kalite çalışmalarla beraber öğrendik ki, hasta güvenliğini sağlamak için bizim görevimiz numune alındığı an başlıyor ve sonuç doktora ulaştığı an bitecektir. Ama artık, yarın için bu bile yetmeyecek. Yarın için, artık bir laboratuvar uzmanının görevi klinisyenin “Hangi testleri istemeliyim?” sorusunu sorduğu an başlayacak ve sonuçlar hasta yararına kullanıldığı an bitecektir. Çünkü biz şuna inanıyoruz: Biz laboratuvar uzmanlarının görevi sadece bir takım rakam ve işaretler oluşturmak değildir.

Laboratuvar sonuçlarımızı biz aslında iki gruba ayırabiliriz: Kolay yorumlanan sonuçlar, zor yorumlanan sonuçlar. Örneğin bir hastada, şeker hastası olan birisinin, kanda glikoz düzeyinin 400 mg. çıkması çok kolay yorumlanan bir sonuçtur ama asıl konsültasyon gerektiği zaman zor yorumlardadır. O da sınır-daki sonuçlar. Klinikle uyumsuz olan sonuçlar veya kendi içerisinde uyumsuz olan sonuçlarda, işte o zamandır ki bizim mutlaka laboratuvar konsültasyonuna ihtiyacımız olacaktır. Peki neden? Çünkü biliyoruz, bir laboratuvar sonucunu etkileyen üç önemli faktör vardır: Patolojik, biyolojik ve analitik. Bir klinisyen, kolay yorumlar için veya zor yorumlar için patolojik nedenlerini çok iyi bilebiliyor. Ama asıl zor yorumlarda, orada biyolojik ve analitik faktörler rol oynamakta. Bir klinisyen tüm biyolojik ve analitik faktörleri bilmesine imkan yok. İşte o zamandır ki laboratuvar konsültasyonu söz konusudur. Biz laboratuvarcılar, artık test seçiminde ve sonuçların yorumlanmasında çok daha aktif rol oynamamız gerekiyor. Eğer bunu yapabilirsek hem hasta için hem de hastane için çok çok önemli üç işlem gerçekleşmiş olacaktır. Birincisi, tıbbi bakımın kalitesinin artmasına neden olacağız. İkincisi ise tıbbi hataların azalmasına neden olacağız. Çünkü artık sonuçların yanlış yorumlanmasını veya yanlış tanı koyulmasını engellemiş olacağız. Üçüncü önemli faktör ise, sağlık harcamalarının azalmasına neden olacağız. Artık boşu boşuna istenen tekrar tekrarlar azalacaktır, tanı ve kalış süreleri de azalacaktır. Aslında bizden bir klinisyen neden tetkik istiyor? Bunun birçok nedeni olabilir. Örnek verelim: Koyduğu ön tanının teyidi veya reddi için laboratuvar tetkiki istiyor. Aslında o zaman bizden konsültasyon istiyor. Benim koyduğum ön tanının doğruluğunu veya reddini bana yorumla diyor. Bu konsültasyonunu biz üç şekilde yapabiliriz. Şu an yaptığımız resmi olmayan konsültasyonlar var. İşte telefonla bize soru soruluyor veya yemekhanede, koridorda gördükleri zaman klinisyenlerimiz, işte böyle bir sonuç çıktı ama benim kliniğime uygun değil, ne düşünüyorsun diye, bizim resmi olmayan, veya kayıt altında olmayan konsültasyonlarımız var. Diğer bir konsültasyon biçimi ise akıllı laboratuvar enformasyon sistemleri var. Bu ne demek? Örneğin, bir laboratuvar sonucunda kalsiyum ve total protein yüksek çıkarsa otomatik olarak size acaba Multiple myeloma mı vardır diye soru işareti gelecektir ve otomatikman olarak sizlere protein elektroforezini önerecektir. Bu akıllı laboratuvar enformasyon sistemidir. Bunun dışında da internet aracılığıyla tabi ki konsültasyon yapmak

mümkün olacaktır. Dolayısıyla laboratuvar güvenliği demek aslında hasta güvenliği demektir. Laboratuvar güvenliği, aslında hasta güvenliğine ilişkisini, etkisini görmek istersek, laboratuvar güvenliğinin tanımının içerisinde iki ayrı tanım var. Hem güvenli bir laboratuvar var hem de güvenilir bir laboratuvar var. Eğer benim sunumum laboratuvar güvenliğinin hasta ve çalışan güvenliği üzerinde olsaydı benim şu an size her iki tanımı anlatmam gerekirdi. Ama şu an sadece teşhis ve tedavi güvenliğinden bahsedeceğim için size güvenilir bir laboratuvarın nasıl olacağını anlatmam gerekiyor. Güvenilir bir laboratuvarın çok basit bir kuralı var: Üç D kuralı: Doğru hastaya, doğru zamanda, doğru sonuç vermek. Buna karışık da üç Y vardır: Yanlış hastaya, yanlış zamanda yanlış sonuç. Şu an o kadar teknoloji ilerlemiş ki üç tane Y'yi bir laboratuvar-da bulmak veya bir kurumda karşılamak çok zor. Asıl laboratuvarın güvenini sarsan şey iki D artı bir Y'dir. Veya hasta güvenliğinde sarsan nedenlerdir. Örnek verelim: Doğru hastaya, doğru sonuç yanlış zamanda gidiyor. Örneğin, acil testlerin sonucunun geç gitmesi veya panik değerlerinin bildirilmemesi gibi. Bunlar hasta güvenliğini sarsan nedenlerdir. Peki biz acaba laboratuvar güvenliğini çok mu abartıyoruz? Örnek verelim: Bir A laboratuvarı düşünelim, yılda üç milyon test rapor ediyor ise bunun hepsi değil sadece yüzde 1'nde hata varsa yılda 30 bin hatalı test raporu demektir. Bunun da sadece yüzde 5 veya 6'sı yanlış tedaviye yol açıyor ise yılda 1.800 adet laboratuvar kaynaklı yanlış tedavi, bu da günde 5 hastadan fazla demektir ve bunun da bedelini maalesef hastalar çok ağır ödemekte. İşte yanlışlıkla AİDS sonucunu pozitif veren gencin intihar etmesi veya yanlışlıkla Talasemi riski yok denen annenin doğum yapması gibi. Peki, güvenilir bir laboratuvar olması çok önemli. Gelin hep beraber güvenilir bir laboratuvar için sistem nasıl kurulur tartışalım. Bir senaryo yazalım. Eğer elimizde tüm imkanlar var ise nasıl bir güvenilir laboratuvar kurarız? Ne yaparız? En kaliteli kit veya cihazı alırız. Sonra ne yaparız? En deneyimli laboratuvar uzmanı ve teknisyeni alırız. Bu ikisi bir araya gelince ne olur? Tüm bakımlar, iç kalite kontroller, dış kalite kontroller hepsi yapılmakta. O zaman o cihazımızda çıkan sonuçların hepsi, ölçtüğü değer doğru olacaktır. Doğru mu? Doğru. Çünkü ben kalibrasyon, iç kalite kontrol, dış kalite kontrol hepsini yapmışım. Dolayısıyla o cihazda ölçtüğüm tüm değerler gerçekten de doğru olacaktır. Bu, test güvenliğini sağlamış ve hasta verdiğimiz sonuç doğru olacak anlamında mıdır? Kesinlikle hayır! Çünkü biz

biliyoruz, eğer güvenilir bir laboratuvarı bahsetmek istiyorsak, laboratuvarı asla bir birim olarak değil, bir süreç olarak görmemiz gerekiyor. Bunun için de pre-analitik, analitik, post-analitik süreçlerin hepsini ayrı ayrı mutlaka kontrol altında tutmamız gerekiyor. Zaten yapılan istatistik çalışmalar göstermiştir ki laboratuvar ile ilgili olan hataların yüzde 65'i pre-analitik sürece bağlı. Genelde kongrelerde verdiğim çok basit bir şey var, örnek var, ama kalıcı olduğu için tekrar söyleyeceğim. Laboratuvarımda hasta kan glikoz düzeyi 40 mg. çıktı. Sonucumdan yüzde yüz eminim. Çünkü bütün kalibrasyon, iç kalite, dış kalite kontrollerim doğru. Yukarı servise çıktım, hastaya baktım, hasta bir genç, kesinlikle hipoglisemisi yok. Klinisyenle konuşuyorum, kesinlikle öyle bir beklenti içinde olmadığını söyledi. Ama ben de sonucumdan yüzde yüz eminim. Araştırdık, baktık, bu hastadan sabah 7'de kan alınmış. Numune taşıyıcı nasıl olsa laboratuvar saat 12'ye kadar kanları teslim alıyor diye numuneyi saat 12'de bize teslim etmiş. Biliyorsunuz bir kan santrifüj edilmeden bekletilirse saat başı 10 mg. glikoz düzeyi düşecektir. Sonra ölçtüğümüz zaman bu hastada, kanda glikoz düzeyi 75 mg. çıktı. Dolayısıyla beklemekle ilgili olarak benim ölçtüğüm değer doğrudur ama hastaya verdiğim sonuç yanlış oldu. Neden? Çünkü benim görevim, eğer sadece numune laboratuvara teslim edildiği an başlar, sonuç çıktığı an biter diye düşünürsem asla güvenilir bir laboratuvar olmayacağım.

Sistemi kurduk, güvenilir bir laboratuvar olduk, peki bunun devamı nasıl kuracağız? Sistemin devamlılığı için öncelikle laboratuvarla ilgili olan tüm kesimlere; doktor, hemşire, yardımcı personel, teknisyen hatta otomasyon elemanlarımıza laboratuvar güvenliği veya hasta güvenliği ile bağlantısı konusunda eğitim vermemiz gerekiyor ve mutlaka hepsinden de geri bildirim almamız gerekiyor. Risk analizi yapacağız. Bütün pre-analitik, analitik, post-analitik süreçlerimizle ilgili. Sonra bunlara bağlı olarak hedef koyacağız. Mutlaka hasta güvenliği ihlalleri ile ilgili, geri bildirimleriyle ilgili bir sistemimizin olması gerekiyor. Bunlarla ilgili de üst yönetimle, başhekimle ve kalite koordinatörleriyle temas halinde olmamız gerekiyor. Biz laboratuvar uzmanlarının görevi bunlarla da bitmiyor. Çünkü biliyoruz bir hastanede laboratuvar dışında olan cihazlar var ve bunlar hep sahipsiz cihazlardır. Point of care testing cihazları, glikometreler ve kan gaz cihazları; hasta güvenliğini en çok etkileyen faktörlerden bir tanesi. Çünkü ameliyathanedeki kişi diyor ki,



bu kan gaz cihazı beni ilgilendirmiyor, ben laboratuvar uzmanı değilim. Laboratuvar uzmanı diyor ki, bu cihaz bende değil, bu benim kontrolüm altında değil. İşte, eğer sistemdeki açık halkaları yakalamazsak kesinlikle güvenilir bir laboratuvardan bahsetmek mümkün değil. Biz Sağlık Bakanlığı olarak da tüm laboratuvar alt disiplinleri için, biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji, doku tipleme laboratuvarı için ayrı ayrı hizmet kalite standartlarını yayınlayarak ve bu hizmet kalite standartlarının yaptırımlarını Yönetmeliklere dahil ederek laboratuvar güvenliği için çok büyük bir adım atmış bulunuyoruz.

Beni dinlediğiniz için hepinize çok teşekkür ediyorum.

TEŞHİS VE TEDAVİDE HASTA GÜVENLİĞİ

Prof. Dr. Fahri OVALI

*İstanbul Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi
Başhekim*

Ben de başta Sayın Adnan Bey ve Hasan Bey olmak üzere, beni davet ettikleri için bu Kongre'ye, organizasyon komisyonuna çok teşekkür ediyorum. Tanı ve tedavide hasta güvenliği dediğimiz zaman aslında hasta güvenliğinin hemen hemen her alanını kapsıyor, hepsine ufak ufak değineceğim. Belki bildiğiniz şeylerin bir yerde tekrarı olacak bazı konular ama hep beraber gözden geçirmemizde fayda var.

Şimdi bu işlerle çok yakından ilgilenen Gevende'nin bir sözü var: Tıbbın çok düzenli, sistematik bir bilgi kümesi olduğu düşünülür ama aslında öyle değildir. Tıp bilimi henüz olgunlaşmamış bir bilimdir. Bilgilerimiz sürekli değişmektedir ve bildiklerimizin çoğunun kaynağı belirsiz ve biz de işin ilginç hata yaparız ve zaman da bu arada akıp geçiyor. Dolayısıyla hatalarımızdan öğrenmemiz gerekiyor. Peki, hata yaparız da bu hatalar acaba yeni bir şey mi? Aslında çok yeni değil. Sabah da değinildi daha Hammurabi Kanunlarından beri tıbbi hatalara ilişkin bazı kaynaklar var, bazı bilgiler var. Daha sonra çok yakından bildiğimiz Florence Nightingale'in hastane enfeksiyonlarıyla ilgili dikkat çektiği hususlar var ve daha sonra yeni Türk Ceza Kanunu'nda, artık yeni de değil, epey zaman oldu, tıbbi hatalarla ilgili oldukça detaylı maddeler var. Peki, bizim tarihimizde acaba durum nasıl? Aslında çok da farklı değil. Gerçekten Osmanlılarda Sağlık eserine baktığımız zaman burada da tıbbi hatalar ve bu hataların önlenmesine ilişkin ciddi kaynaklar görebiliyoruz. Burada dikkat ederseniz bir bayan cerrahı bahsediyor, bir bayan cerraha muayene olan bir hastadan bahsediyor ve hastanın ona verdiği tıbbi onamdan ve hata olursa mirasçılarının sorumlu tutulmaması gerektiğine dair bir takım beyanlardan bahsediyor. Bu da gerçekten bizim tarihimizde de bunlara ilişkin ciddi gayret gösterildiğinin bir kanıtı.

Şimdi sağlık kuruluşuna herhangi bir şekilde kapısından içeri giren bir kişinin herhangi bir şekilde zarar görme ihtimali aslına bakarsak oldukça yüksek. Yani 300'de 1. Bu neye tekabül ediyor? Hemen hemen dağcılıkla eşdeğer,

yani sağlık kuruluşunun içine giren insan aslında sanki her gün Everest'i çıkıyor gibi bir durum söz konusu. Bungee jumping yaparsanız da bununla hata veya zarar görme olasılığınız yüzde 1, yani bunların takdirini size bırakıyorum. Peki, acaba hatalar giderek artıyor mu? Gerçekten bir artış olduğu sık sık söyleniyor. Bunun tabii çok çeşitli nedeni var. Geçmişte yapmadığımız işleri daha sık ve yüksek riskli işleri yapmaya başlıyoruz. Maliyetler arttığı için üzerimizde baskı var. İnsanlar sağlık hizmetlerine daha kolay ulaştığı için bunlarla ilgili şikayetleri daha çok artıyor. Medyanın önemli bir davranış şekli var ve tabii artan davalar karşısında hekimler kendilerini biraz daha defansif tarafa çekiyorlar ve bazı işleri yapmamaya eğilim gösteriyorlar. Ama tabii bu da sonuçta tıbbi bir hataya yol açabiliyor. Bu da başımızı ciddi şekilde ağrıtıyor. Esas konu başlığımıza dönecek olursak, tıbbi hataları bir kaç başlık altında değerlendirmek mümkün. Bunlardan bir tanesi, tanı hataları bir tanesi tedavi hataları ve bir tanesi de profilaksi hataları. Şimdi tanı hataları dediğimiz zaman hangi aşamalarda acaba hata yapabiliriz? Tanıya götüren bütün süreçlerde hata yapmamız mümkün. Yani bu ne olabilir? Hastanın muayenesi eksik yapılabilir, biraz evvel bahsedildi, uygun ve gerekli tetkikleri yapmama, istememe veya tetkikleri hatalı yorumlama olabilir ve tüm bunların sonucunda da tanının yanlış konması tabii ki tanı hatasını oluşturuyor. Tedavi hataları da oldukça uzun. Tedavinin gecikmesi, yapılmaması, uygun bir şekilde yapılmaması veya da uygunsuz şekilde yapılması veya tedavi sırasında hataların yapılması. Bunlar ilaçlarla ilgili olabilir, ekipmanlarla ilgili olabilir, yetersiz takip ve bakımla ilgili olabilir, ilaç reaksiyonları olabilir ve bugünkü konumuz değil ama profilaksi ve diğer hatalar başlığı altında da bir takım tıbbi hatalardan bahsetmek mümkün.

Şimdi, tanı hataları dediğimiz zaman, demin de söylediğim gibi tanı süreci aslında tabii anamnez, fizik muayene ve laboratuvarından oluşuyor. Yani biraz tabii, böyle bir slayt aslında tıp fakültesi 3. döneminde propedötik dersine girişte gösterilir genellikle ama ben bugün bir kez daha üstünden geçeyim dedim. Tabii bunların her aşamasında, gerek anamnez aşamasında gerek muayene aşamasında gerekse laboratuvar aşamasında hata yapma olasılığımız var. Peki, bu tanı süreci için, özellikle poliklinikleri göz önüne alırsak, günümüz koşullarında bazı polikliniklerde hasta başına ayrılan süre ne kadar acaba? Yaklaşık 7 dakika. Yani siz bu süre içinde hastanın anamnezini alacaksınız, fi-

zik muayenesini yapacaksınız, laboratuvar bulgularını isteyeceksiniz, yorumlayacaksınız ki, doğru şekilde yapasınız, hata yapmayasınız. Evet, tüm bunları bu 7 dakika içinde bitirmeniz gerekiyor. Bunun yorumunu size bırakıyorum.

Tedaviye geldiğimiz zaman, medikal anlamda ilaç tedavileri, operasyon, değişik ameliyatlar yapılabilir, değişik radyoterapiler, kemoterapiler, tıbbi bakım yapılabilir ve hepsinden önemlisi, tedavi süreçleriyle ilgili olarak hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi söz konusudur. Açılan malpraktis davalarının yaklaşık yüzde 70'inin ana konusu hasta sahiplerinin yeteri kadar bilgilendirilmemesi veya eksik bilgilendirilmesiyle ilgilidir. Yani hasta sahibini yeteri kadar bilgilendirmediğiniz için hasta kendisine bir tıbbi hata yapıldığını düşünerekten sizi dava etmektedir. Aslında yapılan işlemle ilgili ciddi bir hata olmamasına rağmen. Tedavi sürecinin özel bir alt grubu olarak, ben biraz kendim de pediatrist olduğum için buna değinmek istedim. Pediatrik hastalardaki hatalar birazcık daha farklı bir süreç izleyebilir. Çünkü çocukların gelişimsel ve fiziksel özellikleri daha farklı olabilir. Demografik özellikler daha farklı olabilir. Çocuklar anne ve babalarıyla beraber geldikleri için anne ve babalara karşı yapılan tutum ve davranışlar da tıbbi hatalar kapsamına girer. Örneğin pediatrik hataların sıklığına baktığımız zaman, 15 yaşına kadar ki olan çocuklardaki 1.000 taburculuk işleminde yaklaşık 13 tane hata yapıldığı teslim edilmiş. Veya orderlarda yine, çocuklara yapılan, verilen orderlarda yüzde 6'ya yakın hata olduğu gösterilmiş.

Aslında çoğu hata geliyorum diyor. Niye? En fazla ilaç hataları var, ilaç hataları da alerji bilgileriyle ilgili. Uygun olmayan veya atlanan dozlar, ilaç hatalarının önemli bir bölümünü teşkil ediyor. Uygun olmayan veriliş yolları, duplikasyonlar, etkileşimlerin tam olarak algılanamaması, nitekim sabahleyin ödül alan çalışmalardan bir tanesi bu hatayı azaltmaya yönelikti, hatırlarsanız. Yanlış ilaç seçimi, yanlış tedavi süresi, yanlış formülasyon, yanlış aralık. Bazen ilaçların tamamen verilmemesi veya etkileşimlerin, besin etkileşimlerinin gözden kaçırılması ve okunmayan ilaç orderları da tıbbi hatalar kapsamında değerlendirilmesi gereken hatalar.

Tıbbi hataları biz, bir kaç sınıf altında toparlayabiliyoruz. Bunlar A, B, C, D diye gidiyor. Bazen hata olabilir ama zarar olmayabilir. Veya oluşan zarar hastaya ulaşmayabilir. Ulaşsa da hastada ciddi bir etki yapmayabilir veya tam

tersi etki yapabilir. Veya hastayı uzun süre sakat bırakacak bir etki yapabilir ve tabii ki en kötüsü, en istenmeyeni hataya bağlı olarak hastanın kaybedilmesi. Bu kategorilere göre tıbbi hataları sınıflandırıyoruz.

Peki, hataların nedenleri neler? Yalnızca, “İnsanız hata yaparsınız.” diye düşüneceğimiz nedenlerden kaynaklanan hatalar olabildiği gibi, bugünkü konumuz hasta güvenliğinin umursanmamasına bağlı olarak gelişen hatalar olabilir veya kaliteli sunum/hizmet vermek isteyen, hasta güvenliğinin ne olduğunu ve hastalara nasıl güvenli hizmet verileceğini bilen ama buna rağmen yine de hata yapmakta ısrar eden kişilerin yaptığı hatalar olabilir. Tabii bir de alt yapıdan kaynaklanan hatalar söz konusu. Bunlar nelerle ilişkili olabilir? Sağlık personelinin sayısının az olması veya yardımcı sağlık personelinin sayısının az olması, uygulamaların uygunsuz şekilde yapılması ve tabii ki mesleki beceriksizlik ve acemiliğe bağlı olarak hatalar yapılabilir. Bunların sonucunda tabii ki ortaya çıkan güvenlik zaafı bizim başımızı ağrıtabilir. Peki, ama esas neden ne? Esas kök neden ne diye baktığımız zaman bir takım başka faktörlerin başka kafamızın arkasından geçen düşüncelerin bu hatalara yol açabildiğini görebiliyoruz. Örneğin kalitenin önünde bütçeleme düşüncelerinin olması. Yani aynı işi yapacak daha ucuz daha kaliteli olmayan ekipmanların olmayan kullanılması, daha kalifiye olmayan personelin istihdam edilmesi gibi. Yani kötü kalitenin maliyetinin gerçekten anlaşılamaması veya her ne olursa olsun bazı programların uygulanmasını birinci sıraya yerleşerek kalitenin ikinci sıraya atılması. Çok istemediğimiz olaylar; politik düşüncelerin veya politik baskıların kalitenin önüne geçmesi. Bilgi araştırma ve eğitimin öneminin tam olarak anlaşılamaması. Yani kaliteli sunum için gereken bilgileri üreten kişilerin görüşlerine yeteri kadar değer verilmemesi. Bu neyi getiriyor? Bu kibiri getiriyor. Yani ben falanca kişi olarak veya falanca kurumun yöneticisi olarak ben her şeyi bilirim. Benim herhangi bir kimseden herhangi bir görüş almama ihtiyacım yok. Benim dediğim gibi her şey olacak dediğimiz anda, konsültasyona değer vermediğimiz anda hata yapma ihtimalimiz artıyor.

Bunun yanında, özellikle son zamanlarda gündeme gelen doktorların performans odaklı çalışması ve bu kapsamda hasta sayısının baz olarak alınması, onun yanında kaliteli hizmete yeteri kadar önem verilmemesi, ödüllendirilmemesi ve bu konuyla ilgili yasal dayanakların henüz oluşmamış olması tabii ki hata yaptıran diğer nedenler arasında yer alabiliyor.

Peki, bu kadar kötü bir tablo çizdikten sonra acaba nasıl azaltabiliriz hataları? Hasta güvenliğini birincil sıraya koyan, kaliteyi birinci sıraya koyan kurum yöneticilerinin oluşturulması lazım ki zaten bugünkü toplantıyı düzenleyen Daire Başkanlığı da bunun en güzel örneği. Hastaları eğitmek lazım, yalnızca doktorları değil hastaları da eğitmek lazım. Hastane personeli de eğitmek lazım ve sistemden kaynaklanan hataları eğitmemiz gerekiyor. Bunun için mutlaka bir ekip çalışması gerekiyor ama ekipte herkesin çalışması gerekiyor. Bazı kişilerin çalışıp bazı kişilerin çalışmaması kabul edilebilir bir davranış şekli değil. Herkes birbirine karşı açık ve dürüst olmalı. Hastanın özelliklerine karşı değişikliklere ayak uydurabilmeli ve koordineli bir şekilde çalışma. Unutmayalım ki ekipte yer alan herkes, en baştaki kişiden alttaki görev yapan kişiye kadar herkes vazgeçilmezdir.

Neler yapılabilir başka? Biraz belki detay olacak ama hastalara yeterli zaman ayırarak tanı sürecinin tamamlanmasını sağlamaya çalışmak lazım. Tanı ve Tedavi Standartları Rehberi oluşturarak herkesin bunlara uymasını sağlamak gerekiyor. Hekimin gerekli bilgiye kolay ve çabuk ulaşmasını sağlamak; günümüzde artık elektronik ortamda bunlar mümkün ama yine de özellikle hastane şartlarında, poliklinik şartlarında bunları kolaylaştırıcı çözümler üretmek gerekiyor. Yazılı ve sözel iletişim stratejilerini tüm hekimlerimize tüm sağlık personeline mutlaka öğretmemiz ve uygulatmamız gerekiyor ki daha önce de bahsetmiştim, davaların büyük bir kısmı zaten iletişim eksikliğinden kaynaklanan davalardı. Tedavileri bilgisayar destekli programlar aracılığıyla düzenlemek. İlaç verilmesini, eczane sistemlerini buna göre düzenlemek. İlaç karışımlarını bilgisayarlı ortamda yapmak, hasta başında yapmak yerine. Bazı özel protokoller hazırlamak hep bu bağlamda ele alınması gereken konular. Kalibrasyon önlemlerine uymak, enfeksiyon kontrol önlemlerine uymak, gerekli destek sağlık personeli, eczacı gibi, hemşireler gibi, bunların yeterli sayıda ve yeterli kalifikasyonda olmasını sağlamak. Ve çok önemli bir şey; yapılan hatalardan ders almak bağlamında hata yapılan kişileri cezalandırmak değil tam tersi onları eğitmek ve cezanın ön planda olmadığı, hataları düzeltici bir kültür oluşturmak, bu bir kültür meselesi sonuçta. Tıp eğitiminin düzeyini yükseltmek de bu bağlamda önemli.

Yasalar, tıbbi hataların ödenmesi için gerekli yöntemleri ve zarar kanıtlandığı zaman ödenmesi gereken miktarları belirlemelidir. Şu anda belirli bir ölçü



yok. Özellikle yeni TCK'den sonra bazı hakimlerin çok abartılı rakamlar, abartılı tazminatlara karar verdiğini görüyoruz. Bu konuda bir sınırlandırma olmaması da gerçekten biz sağlık çalışanları açısından büyük bir risk teşkil ediyor. Son olarak diyorum ki, aslında tanı ve tedavideki hasta güvenliği aslında hasta güvenliğinin temelidir. Beni dinlediğiniz için çok teşekkür ediyorum.

HASTA GÜVENLİĞİNDE TEMEL SORUNLAR VE GELECEK

Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI

Anadolu Sağlık Merkezi Direktörü

Sayın Başkan teşekkür ederim. Değerli arkadaşlarım, kürsünün arkasına saklanmak istemiyorum ama fiziksel koşullar onu gerektiriyor galiba. Biraz kendimi hasta güvenliği dinozoru olarak gördüğüm için izin verin bazı konuları azıcık daha odaklanıp bir takım önerilerde bulunma hakkımı da kullanayım diye düşünüyorum.

Türkiye’de sanırım ilkti, Hasta Güvenlik Kurulu ve Bildirim Sistemini kuralı 10 yıl geçti. 10 yıldır bunları konuşuyoruz. 10 yıl önce kendi kendimize konuşuyorduk şimdi konuyla ilgili, konudan anlayan bu kadar çok insanla birlikte konuşuyoruz. Müthiş bir yol aldık. Bundan inanılmaz derecede mutluyum. Fakat sanırım ikinci 10 yılda biraz bakış açımızı değiştirmemiz lazım, paradigmamızı değiştirmemiz lazım. Bugüne kadar yaptıklarımız güzel, çok değerli bundan sonra bir katman daha üzerine koymamız daha uygun olur diye düşünüyorum.

Paradigma ne? Düşüncemizi, düşünce, yöntem ve uygulamalarımızda farklı bir bakış açısı için içine koymamız gerekiyor. Şimdi şu paradigmayı anlatmak için, yüzyıl önce aşağı yukarı çizilmiş bir şekil, bir taraftan bakarsanız ördek görüyorsunuz, öbür taraftan bakarsanız tavşan görüyorsunuz. Şimdi biz biraz öbür taraftan bakmaya çalışalım, Sabahattin Bey görmedi, geri gideyim. İçinizde cerrah olanlar ya da cerrahiyle ilgili olanlar bu tablolara alıştıktır. Şimdi bunun üstündeki şu “Beklenen” sözcüğüne biraz odaklanalım. Bu değişik sınıflardaki ameliyatlardan sonra “Beklenen” enfeksiyon oranları. Yahu biz bunları niye bekliyoruz? Şu, 1960’larda geliştirilmiş tablodur bunlar. Bugüne kadar hala bunlar konuşuluyor. Fakat bu oranları beklemiyor olmamız lazım. Bizim yaptığımız işte neden enfeksiyon olsun? Peki, hastanede hastalarımız maalesef düşüyor. Beklenen oranlar, 1.000 yatak gün için 2,9 ila 13 arası. O sınır arasında kalıyorsanız iyi yaptığınızı düşünüyorsunuz. Niye? Normlara uygun davranıyorsunuz. Yahu hasta niye düşsün? Düşürmeye hakkımız var mı? Şimdi biraz değişik bakalım. Buradaki hedeflerimizin böyle, beklentilerimizin, normlarımızın, kendimizi kıyasladığımız rakamlarımızın böyle olmaması

gerektiğini düşünüyorum. O nedenle bir Dilbert’e gideyim. Dilbert der ki, hiç bir zaman kötü haberleri sunmayın der. Kötü haberleri sunduğunuzda dinleyiciler sizden nefret eder. Onun için haber kötü de olsa onu iyileştirin. Dilbert de bir sunum yapıyor, konu şu: Ürünümüz müşterileri öldürüyor şeklinde bir sunum yapıyor. Onun uygun olmadığını düşündüğü için başlığını şöyle değiştiriyor: Mutsuz müşterilerin sayısında azalma. Şimdi biz mutsuz müşteri sayısında azaltmayı değil de başka bir şey yapmamız lazım. Şu söylem bana ait değil, bu konunun uzmanları, üstatları, öncülerinden olan Berving Lepin 1999’da British Medical Journal’daki yazılarının Türkçeleştirilmiş hali, izin verin okuyayım: “Bizim havayollarının New York – İstanbul seferine hoş geldiniz. Uçuş yüksekliğimiz 10.500 metre, uçuş süremiz 9 saat 15 dakika olacaktır. Varış noktanıza ciddi bir yaralanma olmadan sizi ulaştırma şansımızın % 97 olduğunu bildirmekten mutluyum. Bu uçuş sırasında yaralanmaya neden olabilecek veya olmayacak ciddi hata yapma şansımız sadece yüzde 6,7’dir. Ben ve ekibim adına bizim havayollarını seçtiğiniz için teşekkür eder iyi uçuşlar dilerim.” Siz olsaydınız uçar mıydınız? Peki, siz ne hakla yolcularınızı her gün, siz dediğim ben dahil, uçuruyoruz? Bunu değiştirmemiz lazım. Bunlara hakkımız yok. Yani siz de bunun farkındasınız. Yani bir şekilde bizim ürünümüz müşteriye öldürüyor. Hem de küçümsenmeyecek oranda öldürüyor. Şu, yine bu hastaneden, belki de kurban olmuş, zarar görmüş hekim arkadaştan özür dileyerek, hep kullandığım bir sözcük var burada. Diyor ki, yanlış taraf cerrahisi, sağ diz ameliyat edilecekken sol diz ameliyat edilmiş, orada konuşurken diyor ki, ameliyat sırasında basiretimiz bağlanmış diyor. Şimdi, evet, yani bu şöyle bir iş mi? Hani basiret bağlanınca deyince ne aklınıza geliyor? Bu dilimizdeki iyi kalıplardan biridir. İşte çaydanlığı şeyin üzerinde unuttum yandı, anahtarı kapının üzerinde unuttum... Olur mu? Oluyor, insan beyni böyle çalışabiliyor. Bunlar kişisel olarak o basiret bağlanmasına neden olmayacak süreçler haline getirilmesi lazım. Bütün mekanizmalarımızı, bildiğiniz gibi, bu hale getirmemiz lazım. Neden? Biz hala sağlık hizmeti sunucu olarak dünyadaki en riskli, en tehlikeli, insanlar açısından, sektörün uygulayıcısıyız. Burada olmak istemiyorum ben. Ben öbür tarafta olmak istiyorum, yani demiryolları tarafında, sivil havacılık tarafında olmak istiyorum. Diğer taraftan biz, hepimiz, hastaların iyiliği için yapıyoruz, iyi niyetle yapıyoruz, kaliteli sağlık hizmeti sunuyoruz ama işte bir şeyler oluyor. Yine, bu topluluk,

bu söyleyeceğimi iyi anlayacağımı düşünüyorum, biraz sigma tarafına bakarsanız altıncı sigmada kuşkusuz hiç yokuz biraz böyle dört beş sigmalara biraz anestezi gidiyor ama onun dışındaki genel uygulamalarımız hata oranları açısından iki, üç, dört sigma arasında, çoğunlukla üç sigma arasında. Bunu nasıl öbür tarafa taşıyacağız? Yani iyi niyetle bir şeyler yapıyoruz ama istemediğimiz halde, istemediğimiz sonuçlar çıkıyor. O zaman bunları istediğimiz sonuçlar haline getirmemiz lazım. Beklentilerimiz yüzde 3, 5'ler arasında olmaması lazım. Onun için bakış açımızı değiştirmemiz gerekiyor. Biraz önce Fahri Bey'de söyledi, bu tip tablolarda lütfen en altta artık biz olmayalım sağlık hizmeti sunucusu olarak. Bu doğal olmaması gerekiyor. Neden? Biraz önce söyledi, dağcılıkla bungee jumping arasında olalım. Neden yılda yüz binlerce insanın sakat kalmasına, ölümüne biz neden olalım. Şu tabloyu, rakamlara bakarsanız, ilginç buldum. Bu eski bir çalışmadır, 2002 Journal Of Medicine Amerika, hekim ve sağlık personeline ve sağlık personeli dışındaki insanlara sorulmuş, kendilerinin ya da ailelerinden birisinin bir tıbbi hata ile karşılaşmış olma oranı nedir diye. Hekimler için % 35, diğer, sağlık personeli olmayanlar için % 42, evet ben ya da ailemde birisi tıbbi hata ile karşılaştı cevabı alınmış. Biz bu çalışmayı Türkiye için yaptık, farklı bir oran çıktı. Bizde yalnız hekim değil, hekim ve sağlık personeline bunu yaptık, % 69 dedi bizim arkadaşlarımız. Halka da sorduk, az da değil bu sayı, telefon anketedir, bu işi bilen bir şirketin aracılık yaptığı bir telefon anketi, % 10. geri gidiyorum Amerika'da halk % 42, sağlık tarafı % 35. Bizde sağlıkçılar 69, halk 10. Açıklaması çok kolay değil ama birileri ya farkında değil ya da biz abartıyoruz. Yorum size kalmış!

Öneri: Bir takım asla olmaması gerekenleri biz de tanımlayalım, Batı dünyasının artık yaptığı gibi ve bunları bir şeylerle ilişkilendirelim. Bu aşamaya geldik. Bu geri ödemeye ilişkilendirilebilir, başka türlü süreçlerle ilişkilendirilebilir ama şunlar artık bizde olmasın diyebilecek ikinci 10 yıla girdik diye düşünüyorum. Bazen şöyle bir hesap yapıyorum cerrah olarak, bir komplikasyon yaptığım zaman, daha çok para kazanıyorum. Niye? Sistem öyle kurgulanmış. Yani bir anastomoz sızdırması olup da hastayı bir daha ameliyat ettiğim zaman iki tane ameliyat yapmış oluyorum. Bunu bir düşünür müsünüz? Benim suçum değil, evet ben isteyerek bunu yapmıyorum ama bir taraftan da maddi olarak ödüllendirilmiş oluyorum. Bir şeyleri ayıklayıp, bunlar bizde artık olmayacak deyip ayrı bir kategoriye sokup başka türlü yaklaşmamız la-

zım. Bu benim keşfettiğim bir yöntem değildir, dünyada çalışan bir sistemdir. Hepinizin bildiği gibi tıbbi hatalar bir sistem sorunu. İnsanların kötülükleri, bilgisizlikleri değil, çok büyük oranda yanlış kurgulanmış ya da eksik kurgulanmış sistemler nedeniyle eksik çalışıyor, hata yapıyor. Dolayısıyla sistem çözümleriyle yaklaşmak gerekiyor. Bunun içerisinde eğitim var, bilgilendirme var, kılavuzlar, kontrol listeleri, check listler var, bunların raporlanması, gözlenmesi, geri bildirim çok önemli ve deneyimin paylaşılması, değişimin yayılması ve yeniden analiz edilmesi döngüleri var. Somut bir örnek göstereceğim size, kendi hastanemdeki Batı'daki skip benzeri doğru profilaktik antibiyotik kullanım eğrisidir bu. Çok ayrıntısına girmeyeyim ama üç parametresi vardır: Doğru antibiyotik ameliyattan kısa bir süre önce başlanması ve 24 saat içinde kesilmesi ve üç parametrenin de birlikte uygulanması. Başladığımız noktada % 51-52'lerde başladık, bir iki ay içinde 90'lara çıkardık halen % 99'la gidiyoruz. Her ay, hastane bazında. Bu çok zor bir iş gerçekten ama çok kolay yapmak, yani bir taraftan da yapmak istediğinizde ya da teknik olarak yapmayı becerdiğinizde. Nasıl? Herkese bir eğitim, kurumsal kurallar ve kılavuzlar, tekrar bir eğitim, kontrol, gözlem, check list, sonra hem toplu hem de bireysel geri bildirim. Benim hastanemdeki her cerrah şöyle bir mektup alıyor her ay: Hastanenin durumu nedir? Kendi durumu nedir? Hiç aksamıyor artık. Teknik kuralları kullanmamız lazım, check listleri kullanmamız lazım. Hem de çok banal böyle, basit, günlük hayatın içerisine indirmemiz lazım. Çünkü varyasyon, akılda tutulacak işler olarak olduğu zaman olmuyor. İşte sivil havacılık örnekleri, yüzlerce defa duydunuz. Kontrol listelerini her basamağımıza koymamız gerekiyor. Şunu yaşadık: Sağlık Bakanlığı'nın öncülüğüyle Türkiye'de de yaşadık ve bunun somut, bilimsel analizi var. Bu ameliyat dönemi kontrol listeleri hem enfeksiyonu, yani hiç beklemezsiniz, enfeksiyon oranı, yeniden ameliyathaneye dönüş, ölüm ve herhangi bir komplikasyon oranlarında belirgin iyileşme, döngüyü doğru kullanmakla ilgili.

Temel Araç: Yine 10 küsur yıldır biliyoruz ki, geri bildirimle ilgili bir süreç var hasta güvenliğinde. Çünkü bir takım temel evrensel doğrular var. Evet, potasyum riskini biliyoruz, insülin riskini biliyoruz, nasıl saklayacağımızı, nasıl kullanacağımızı, etiketleyeceğimizi biliyoruz ama yine kuruma ait bilgilere ihtiyaç var. Bu bir. İki, tıp değişiyor. Mutlaka yeni süreçler işin içine giriyor ve bunlar konusunda bilgilenmemiz ve onun hata oranlarını gözlemlememiz

lazım. 1940’lardan beri şu oranlar hemen hemen hiç değişmedi biliyorsunuz: Üç yüz aynı bant üzerinde, üç yüz yaralanmasız kazadan 29 küçük yaralanma, bir tane de büyük yaralanma ya da ölüm ölüyor. Halen aynı mekanizma çalışıyor ama bilgimiz ters. O ölümü hepimiz biliyoruz, majör yaralanmayı hepimiz biliyoruz ama ufak tefek şeyleri, “neredeyse hatalar”, “yahu az daha bir şey olacaktı”lara mutlaka ulaşmamız lazım. Peki, bunu nasıl yapacağız? Bunu kolaylaştırmamız gerekiyor. İlk başta bunu böyle, zarflar, mektuplarla yapıyorduk, şimdi intranette bir küçük buton var. Bunun mutlaka yapılması lazım. Sağlık Bakanlığı bunu bir şekilde entegre edip, belki de yapıyorlardır, yapmak üzerelerdir. İtranete bastığında kişi kendi adının ilk harflerini koyduğunda oraya ne çıkacak, kendi adı çıkacak. Hastanın ilk harflerini yazdığında ya da dosya numarasını yazdığında hasta ve klinik bilgileri oraya gelecek, sorunu seçecek ve soruna yönelik cevaplar verecek. Bildirimi kolaylaştırmamız, anonimimize değil ama cezasız halde mutlaka yaygın kullanmamız lazım, daha çok.

Bir şey daha var mutlaka yapmamız gereken, bir öneri de buradan. Ulusal bilgiyi, bölgesel, ulusal ve uluslararası bilgiyi paylaşmamız gerekiyor. Somut örnek: Yıllar öncesi, metotreksat riskini 1993–2002 arasındaki 10 yılda hemen hemen her bölge, her ülke, her hastane kendisi keşfetti, kendi çözümlerini buldu. İnsanlar öldükçe keşfetti. Halen buradayız büyük oranda. Kendi kendimize ayrıntıları keşfediyoruz. Bunu yıllar önce başlatan Danimarka’dır. Ulusal hasta güvenliği bildirim sisteminin, o ortak bilgidен herkesin yararlanmasını sağlamamız lazım. Sivil havacılık burada da önümüzde, bunun hepsini okumayalım, orijinal sözler ama şunu diyor: Bir Boeing 757’de hasarlı bir kablo saptanırsa, bu hasarlı kabloda rutin bir aşınma değilse, beklenmedik bir hasarsa, kısa bir süre içerisinde bütün dünyadaki bu uçağı uçuran şirketler bundan haberdar olur ve aynı kabloyu kontrol edebilirler. Biz, işte bir taraftan diyoruz dağcılık kadar riskliyiz, bilmem bungee jumping yapıyoruz, bunları yapıyor muyuz? Niye yapamıyoruz? Ülke içerisinde yapıyor muyuz? Henüz yapmıyoruz, yapmalıyız. Çünkü ürünlerimiz, çıkan sonuçlar, neyi tasarladıysak onunla ilgilidir. Biz tasarımıma ona göre yapmak zorundayız. Şu anda işimiz kolay. Niye kolay? Çünkü yine sigma tarafına gideyim, üç sigma, dört sigma hata dünyasında bir sonraki hata önceki hataların benzeridir ya da komponentlerinden, aynısından oluşmaktadır ya da tekrardır. Bunu atlatır, beş, altı sigma dünyasına ulaşırsak sağlıkta, o zaman her hata da “de novo” hata olacak,

başlı başına bir hata olacak, “nereden çıktı bu” denecek. Çok seyrek olacak ama çıktığında da ön habercisi olmayacak. Ama bugün şuradayız, gerideyiz, düzeltmemiz o anlamda çok kolay çünkü raporlama sistemlerimiz, analiz sistemlerimiz ve verilerle bir sonraki hatayı önleyebilecek kolaylıklara sahibiz. Sonucu kanıtlanmış sistemleri uygulamamız lazım. Kültürle ilgili, bildirim sistemleriyle, ekip akıl almaz önemli. Çalışma sürelerinin çokluğunun hataya neden olduğunu aslında 50’lerden biliyoruz ama tıbbi hatalarla ilgili çok güzel veriler var. Bir de insan bu bilgisayarların yaptığı gibi multitasking yapmıyor onu da artık biliyoruz. Bir şey odaklanan, kritik bir ilacı hazırlayan, karıştıran hemşire ya da eczacının telefonlarla, “bir dakika şuna da bir baksana” şeklinde konsantrasyonunun bölünmemesi lazım. Bu kültüre de erişmemiz gerekiyor. Bilinen işte check listler, SBAR konuşma teknikleri, kök-neden analizleri ve hızlı yanıt takımı gibi şeyleri yapmamız lazım.

Son olarak da, zamanım varsa, iki dakikada şuna değineyim: Lütfen hızlı yanıt takımları kurun hastanenizde. Çok önemli ve çok anlamlı olduğunu düşünüyorum. “rapid. Responce”, biz ona “hayat” dedik bizim hastanemizde. Çünkü hastanedeki sorunların çoğunun öncesini kestirebiliyoruz. Bu konuda çok çalışma var. Yani bir kardiyak arestten önce hastanın neler geçirdiğini görebiliyorsunuz aşağı yukarı. Bu büyük olayların önünü, önde gelişen dönemini yakalarsanız ve önlem alırsanız, hastaların kardiyak arest durumuna, ölmelerine, yoğun bakım ünitelerine transferlerinin önlerine geçebilecek bir araç koyabiliyorsunuz. Bunun için değişik kriterler var, değişik sistemlerin kullandığı. Yine bu benim keşfim değil, tahmin edeceğiniz gibi. Uygulanan bir şey, veri de var. Kendi hastanemiz ya da Bakanlık bunu tarif edebilir. Kalp hızının ekstremlerin dışına çıkması, solunum hızının ekstremlerin dışına çıkması, hastanın tansiyonunun belirlenen limitlerin dışına çıkması, hipoksisinin olması, ani, beklenmedik bilinç değişiminin olması, idrarının beklenmedik bir şekilde azalması, nöbet geçirmesi, nitrogliserine cevap vermeyen göğüs ağrısının olması ya da genel olarak hemşire başta olmak üzere sağlık personelinin, “yahu burada bir şey var, bu iyi değil” demesi, bir düğmeye basmasını ya da belirlenmiş bir telefon numarasını çevirmesi sonucunu doğurması lazım. Bunu yaptığınız zaman, böyle bir düzen kurduğunuz zaman oraya gelecek bir multi disiplinler ekip, resusitasyon ekibi değil, onun hafifi diye düşünün, gelip hastayı değerlendirip, önlem aldığı anda o hastanede o ortamda bu ekip-

lerin çalıştığı sistemlerde ölüm oranı azalıyor, yoğun bakıma gidiş azalıyor resusitasyon yapma oranları azalıyor. Somut bir kaç örnek: Bu sistemin devreye sokulmasından sonra mavi kod verilme oranı % 23 azalmış. Ya da yoğun bakım dışında yine kodlar % 44 azalmış. Bu gibi teknikleri sistematik olarak kullanıp, bilgiyi daha geniş ve sürekli paylaşp hatasız, gerçekten hatasız bir ortama geçmek için çaba göstermek zorundayız.

Teşekkür ederim.

SAĞLIK SİSTEMİNİN SAĞLIKLI YÖNETİMİNDE YENİ BİR ARAÇ: TİG

■ Oturum Başkanı - Prof. Dr. Adnan ÇİNAL

Türkiye ABD Sağlık Ataşesi

■ Dr. Ümit BAŞARA

*SB Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı TİG Şube
Müdürü*

TİG, Türkiye Uygulama Modeli, Sonuçlar ve 2012 Hastane Ödemelerinde
Yeni Yaklaşımlar

■ İbrahim DOLUKÜP

Konya Üniversitesi Bilgi İşlem Daire Başkanı

TİG, HBS Entegrasyonu ve TİG Bilişim Altyapısı

■ Dr. Mehmet DEMİR

Özel Kütahya Kent Hastanesi Direktörü

Kim Korkar TİG'den!

TİG, TÜRKİYE UYGULAMA MODELİ, SONUÇLAR VE 2012 HASTANE ÖDEMELERİNDE YENİ YAKLAŞIMLAR

Dr. Ümit BAŞARA

*SB Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı TİG Şube
Müdürü*

Sayın Başkanım, çok teşekkürler. Değerli Rektörüm, değerli sağlık yöneticilerimiz ve katılımcılar, hepinizi saygıyla selamlıyorum. Hoş geldiniz. Önümüzdeki 15 dakika kadar süre içerisinde elimden geldiğince, kendimi tutarak sistem hakkında bilgi vermeye çalışacağım. Genellikle yaptığımız sunumlarda sistemin teknik kısmını anlatmaya alışık olduğumuzdan, biraz daha yukarıdan bakalım şeklinde konu içeriği olan bir sunum yapacağım. TİG'in hastane tarafındaki değişkenleri, merkezdeki, yani bizim Bakanlık içerisindeki değişkenleri anlatmaya çalışacağım. Hastane tarafına bakınca temel ihtiyaçları, öncelikle bir klinik kodlamacı, yeni bir meslek dalı diyelim buna, bir klinik kodlamacı kavramına ihtiyaç var. Bunun üzerinde, bunları süpervize edecek bir sorumlu yönetici, daha ziyade biz bunların hekim olmasını, işte başhekim yardımcısı olmasını veya müdür, müdür yardımcısı olmasını tercih ediyoruz ve bu kişilerin de TİG konusunda belirli bir noktaya kadar bilgilerinin olmasını istiyoruz. Hastanede başka neye ihtiyaç var? Bu klinik kodlama sürecinin işlenmesi gerekiyor. En önemli done de, klinik kodlamacının yetkili ve yetkin olmasının yanında bu verinin, yani klinik verinin, hasta verisinin, taburcu verisinin belirli sistematik içerisinde klinik kodlamacıların önüne gelmesi. Yani bu dosya üzerinde hard copy olarak da olabilir, benim hastanem çok modern dersiniz hastane yönetim bilgi sistemi üzerinden tamamen elektronik olarak gelebilir. Ama bir şekilde bunun, bizim istediğimiz tür bir veriye dönüşmesi, yani klinik kodlamaya dönüşmesi gerekmekte. Bunun yanında teknik gereklilikler, yani klinik kodlamacının konforu; yani elinin altında bir vademecum olması, bir internet erişiminin olması, telefon, çağrı merkezine ulaşımı, bize ulaşımı, internete ulaşımı gerekli. Örneğin bizim bir Facebookta sayfamız var, 2000'e yakın da klinik kodlamacı üye. Sürekli birbirleriyle iletişim halindeler. En azından Facebook'a erişimi olan bir internetinin olması gerekiyor. Tabii, çok seviyoruz güvenlik duvarları kullanmayı ama bunun ötesinde bu insanların oraya erişimini sağlamak lazım. TİG verisinin bir yükünü azaltıcı yön-

tem de XML verisinin kullanılması, bu çok, biraz daha bilgisayar terimi. Yani hastane yönetim bilgi sistemi ile bizim kullandığımız ara yüzün bir miktar haberleşmesi. İbrahim arkadaşımız, altyapıyı yapan kişi olarak bunu daha iyi izah edecektir size. Başka ne lazım? Yani TİG için yatan hasta verisi geliyor ama hastanelerimiz birçok ülkede olmadığı şekilde çok fazla poliklinik verisi de üretiyor. Yani bu poliklinik verisinin de, TİG’i de eğer bir ödeme yöntemi olarak kullanacaksak, merkeze ulaştırılması gerekiyor. Bunu da SUT Ek 10 detayında istediğimiz veya topladığımız bir web arayüzümüz var. Buralara frekansları, bu klinik kodlayıcıların girmesi gerekiyor. Ne lazım? Yeterli sayıda klinik kodlamacı lazım, bu klinik kodlayıcıların da akredite olmuş bir kurumdan, akredite olmuş bir eğitim programını almış olması gerekiyor. Yani ben klinik kodlamacıyım, öğrendim bunu demememiz gerekiyor çünkü işin başındayız. Bu tür konularda daha hassas davranmamız gerekiyor. Herkesin klinik veriyi aynı şekilde yorumladığını düşünmemiz gerekiyor. Bu nedenle, bu noktada biz de üstümüze düşen hassasiyeti gösteriyoruz. Veri girişlerinde ICD 10, Uluslararası Hastalık Sınıflaması 10. versiyonu, hepimiz tanıdığımız. Ama bir de bunun bizim TİG veri altyapısını oluşturan, DRG veri altyapısını oluşturan AM versiyonunu kullanıyoruz. Haliyle biraz modifiye olmuş, Dünya Sağlık Örgütü kurallarını kullanıyoruz. Bunları da eğitimlerimizde aktarmaya çalışıyoruz, bu klinik kodlayıcılara.

Bir veri giriş programımız var, claint orient, yani son kullanıcının önünde bulunan ve sunucularımızla haberleşen. Genel yapısı bu şekilde. Bu şekilde deyiş geçmek biraz yavan oluyor ama hastanın demografik verisinin, yukarıda görebilirsiniz, genel demografik verisi, yatış teknik verisi ve altta da klinik verisi bulunuyor, kaydet dediğimiz zaman bu hastane adına bu hasta için bir DRG oluşturuluyor ve kayda alınıyor. Yani bir TİG oluşturuluyor ve kayda alınıyor. Tekrar bu hastayı düzeltebiliyorsanız dönem içinde, yine bu programın dahilinde, hastayla ilgili yatış tarihi girerek, hasta numarası girerek çağırıp o veriyi, tekrar düzeltme imkanımız da mevcut. Klinik kodlama eğitiminde bu programı öğretiyoruz. Zaten çok komplike bir program değildir. Bunun yanında, biraz önce bahsettiğimiz ICD 10 AM kurallarını aktarıyoruz. Bir yazılımımız daha var, e-kitap diye adlandırdığımız, bu da doğru koda ulaşmamızı sağlayan bir arayüz, görseli bu şekilde. Her ne kadar bunun içinde düzeltme yapmak bizim için çok zor olsa da elimizden geldiğince versiyonlarını çıkarıp internet üstün-

den yine klinik kodlamacılarla paylaşıyoruz. Bunun güzelliği, sizin her zaman doğru düşündüğünüz ve elinizde liste olarak bulundurduğunuz kodların aslında o hasta için uygun olmadığını, buradan doğru kodlara ulaşabildiğinizi gösteren bir yapısı var. Yani bunu kullanarak kodlama yapılması zorunlu.

Bu arada TİG veri giriş programı, sadece bir veri giriyorsunuz ve onu taşıyan bir program değil, kendi içerisinde de editleri, kuralları var. Yani bunlar klinik kurallar, teknik kurallar. Teknik kurallara hiç girmeyeceğim; işte hastanın yatış tarihi, taburcu tarihinden sonra olamaz gibi, o tarz denetimleri yapar. Ama bir de klinik kurallar var, bunlarda gelişme, geliştirmeye açık ama bir Avustralya'dan hazır da aldık, modifiye de ediyoruz kendimizce. İşte kabul edilemez ana tanılar. Burada mesela, İngilizce olarak da sıralansa, bu yandakiler kabul edilemeyecek ana tanılar. Bunlar hiç bir zaman ana tanı olamıyor. Eğer siz bunu bir şekilde ana tanı olarak seçmiş iseniz, program size geri bildirim olarak, “başka bir tanı seçin” uyarısını verecektir. Merkezde ne yapıyoruz? Merkezin bir donanım sağlama, yani bu veriyi göğüsleme rolü var. Sunucumuz şu anda 580 kadar hastaneden gelen veriyi çok güzel göğüslüyor, onlar için DRG üretiyor ve kayıt altına alıyor. Her ne kadar, çok profesyonelce yapılandırılmasa da en azından bir Medula gibi yüksek maliyetli bir sistem değil. Yani bu 100 bin dolarlar civarında bir sistem ile TİG verisini toplayabiliyorsunuz.

Yazılım gerekleri; biz haliyle bunların sağlayıcısı, temini, güncelleyicisi olarak merkezdeki rolümüz. Şu anda ICD 10 AM 5,1 versiyonunu kullanıyoruz. Avustralya'da şu anda 7. versiyonu var, her ne kadar mutlu değilseler de. Mutlu oldukları versiyonun 6. versiyon olduğunu biliyoruz. Onu da gözümüze kestirdik. Bir şekilde, bir süreç dahilinde 6. versiyona da geçmeyi planlıyoruz. Kodlama kalitesinin denetimi için belirli yazılımlar var. Avustralya'da yine hali hazırda üretilmiş yazılımlar var, Performance Indicators for Coding Quality PICQ diye geçer. Çok komplike bir yazılım değil, onu biz kendi ihtiyaçlarımıza göre yapılandırıp, üretmeyi düşünüyoruz. Çünkü hastane sayısı arttıkça kodlama kalitesini manuel denetleme yapmamız mümkün olmuyor. Hatta şu anda bile mümkün değil. 10 kişilik bir ekibimiz var klinik kodlamaya hakim, bir hastanenin tam incelenmesi 3 gün sürüyor. Şimdi TİG kullanım alanlarına baktığınızda temel üç tane alanı var, bir etkinlik gözetimi; yani hastanelerimiz ne kadar etkin? Ne kadar verimli? Yine etkinliğin aslında bir alt başlığı diyebiliriz, kıyaslama yapabilme. Bu hastane bazında da kıyaslama yapabilirsiniz,

departmanlar bazında, başka hastanenin aynı departmanı ile de karşılaştırma yapma imkanı verir. Biz bu iki başlıkta, şu anda biraz zayıfız. Neden? Çünkü asıl şu anda en çok hedeflenen nokta üçüncü fonksiyonu, kaynak tahsisi ve finansman alanında adil dağılımı sağlama şeklinde bir fonksiyonu var. Etkinlik gözetimi alanı da, yani elimizde veri var, o kadar da yapılandırılmış bir veri, yani önden edit edilmiş, gerekli filtresi yapılmış bir veri. Bu klinik veriden istediğiniz analizi yaparsınız. Yani birçok epidemiyolojist arkadaşımız varsa burada, hocamız varsa, bu veri için de, yatan hasta verisi için de ben şahsen yüzmek isterim ama gücümüz yetmiyor, dediğim gibi insan kaynağı ihtiyacı gereğince. Sonra ilan edilecek veri ihtiyacı var. Kendimizce bir raporlama yapıyoruz aylık bazda, ilan ediyoruz ama hassas bir takım veriler var. her hastane için bunların paylaşımı mümkün mü? Paylaşsak mı şeklinde, bunlara da biraz karar vermek gerekiyor. Kıyaslamaya gelince, dediğim gibi o hassas noktalarda bu kıyası sağlayacak veriyi hangi noktaya kadar kullanalım? Diyelim insan gücünü yeterli düzeye getirdik, yine bu kıyaslama temelinde birçok analiz yapılabilir. Her hastanenin bir bağıl değeri kaç mal ettiğini görebiliriz. Yani kim maliyetli hasta üretiyor? Veya gereksiz maliyetlere çıkıyor bir şekilde analiz etme şansımız var. Şu anda üçüncü fonksiyonda, ben muktedir olduğumuzu düşünüyorum. Global bütçe elimizde olduğunda bunu TİG üzerinden dağıtıyoruz. Hatta uyguluyoruz, güvenlik aralıkları koyuyoruz ama uyguluyoruz. Ne yaptık? Çok eleştirilen “Avustralya bağıl değerlerini neden kullanıyorsunuz?” biz de değerlendirdik ve revize ettik bağıl değerleri. Bağıl değerlerin revizyonu sıkıntılı biraz, yani temel maliyetlendirme yaklaşımıyla tabii bu revizyonu yapmadık. Kısa sürede ihtiyacı görecektir bir bağıl değer revizyonu kurguladık. Temel aldığımız doneler de, işte Ek 9 Sağlık Uygulama Tebliği’nin, Ek 8’i. Bir TİG’e düşen hastaların, birçok hastanenin, 50 kadar hastaneden fatura rakamlarını aldık. Kendi hastalarımızla bu fatura değerlerini karşılaştırdıktan sonra ortalama fatura değerleri çıkarttık. Bu bağıl değerlerin o fatura değerlerini karşılayabilirliğini inceledik. Ona göre de bir takım eşleştirmeler de yeni bağıl değerler ürettik.

Şimdi burada, sancılı bir iş olduğunu söylemiştim, genel amaç, bu yeni bir sistem olduğu için veya şöyle söyleyeyim, bir Almanya gibi hareket edemeyeceğimiz için, özellikle kamu alanında, çünkü Almanya’da, 2000 yılbaşında bu işe geçildiğinde, batan hastane batsın şeklinde bir tavırla yapılmıştı ve ciddi

hastane batışları oldu, olmuş. Bizim öyle bir lüksümüz yok. İnsanların alışageldikleri ödenekleri almalarını bir müddet sağlayıp, sisteme aşamalı geçişi kurgulamak adına zaten bu bağıl değerler üzerinden yine alışageldikleri ödenekleri almalarını sağlamaya çalıştık. Ama bu katiyetle kesin bir çözüm değil, işin ruhuna da aykırı, bunu da kabul ediyoruz.

TİG temelinde her türlü veriyi değerlendirme yetkimiz var, kendi kurallarımızı belirleyebiliyoruz. Çünkü bazı ihtiyaçlar TİG'in üstüne çıkıyor, yenilikler geliyor, tıp da dinamik yapı, burada kendi kurallarımızı koyup o ihtiyaçları da görebiliyoruz.

Ayaktan hastalar, poliklinik vakaları, yine TİG'le bağdaştırmak adına, orada da ciddi bir çalışma yaptık. 2011 yılının ilk 5 ayında bir bağıl değer ortalama değerini bularak, mevcut sütun, Sağlık Uygulama Tebliği'nin Ek 10'unda bulunan tablodaki rakamları bağıl değere çevirdik. Bu bizim için çok önemliydi, çünkü Haziran ayına kadar, geçmiş dönem hak edişlerindeki yatan-ayaktan oranını göz önüne alarak yatan hasta global bütçesini belirliyorduk. Artık öyle bir yatan-ayaktan global bütçe ayırt etme ihtiyacı ortadan kalktı. Tek bir bağıl değer çıktısı oluşturuluyor hastane için. Bunun için de ayaktanların katkısı farklı, yatanların katkısı farklı da olsa.

Ekim ayı TİG hesaplaması için, tablo, yani şurada değerlere baktığımız zaman çok iç açıcı gibi gelmiyor ama aslında hakikaten birçok ülkenin geçiş sürecine göre iyi durumdayız. Yüzde yüz TİG üzerinden hesaplama yaptığımızda artı-eksi, yani SUT üzerinden ortaya çıkan hak edişine artı-eksi yüzde 5 güvenlik aralığı koyduğumuzda bu güvenlik aralığında kalan toplam 71 hastane var. Bunlardan 260 kadarı yüzde 5, artı yüzde 5'in üzerinde artıya çıkmış TİG sistemiyle 201 hastane de eksi yüzde 5'in altında yer almış. Şimdi bu biraz korkutucu gibi geliyor ama yeni bir sistem geldiğinde de bu tarz değişiklikleri artık kabul etmek gerekiyor. Çünkü bu da nede olsa dinamik bir yapı, geliştirilmeye de açık bir yapı ama bu sistemin asıl gerektirdiği hastane tarafındaki dinamizm. Daha maliyetli odaklı çalışma gereğidir. Ben teşekkür ediyorum sabrınız için.

TİG, HBS ENTEGRASYONU VE TİG BİLİŞİM ALTYAPISI

İbrahim DOLUKÜP

Konya Üniversitesi Bilgi İşlem Daire Başkanı

Teşekkür ederim Sayın Başkanım. Değerli Rektörüm, değerli katılımcılar hoş geldiniz. Benim sunumum çok teknik olması gerekiyor ama çok teknik anlatmayacağım, kısaca, hızlıca üzerinden geçeceğim. Bilişim altyapımız, sunumda donanım, yazılım, destek altyapımız, mimari süreç, TİG nasıl oluşuyor, bunlarla ilgili bilgi vereceğim kısaca.

Donanım altyapımız, sunucularımız Konya'da. Fiziksel sunucularımız var, güvenlik cihazlarımız, veri depolama ünitelerimiz var. Yazılım altyapımız olarak, sanallaştırma yazılımı kullanıyoruz. İşletim olarak Microsoft ürünleri kullanıyoruz. Veri tabanı yine Microsoft SQL, web servislerimiz var kendi oluşturduğumuz. Klinik veri programımız var, kendi yazdığımız program. Destek altyapımız olarak telefonla e-posta ile formla, Ümit Hocamın da bahsettiği gibi Facebooktan da destekler veriyoruz. Bu destek için merkez teşkilatında dört tane arkadaşımız var. Üç tane arkadaşımız da taşra teşkilatında.

Mimariden bahsedeyim ben kısaca. Sanal server kullanıyoruz dedik, fiziksel sonuç üzerine oluşturduğumuz sanal serverler üzerinde web servislerimiz çalışıyor, veri tabanı sunucumuz çalışıyor. Bunlar dataları veri depolama ünitelerine kaydediyoruz. Konya'dan bahsettim, sunucularımız Konya'da. Aynı replikasyonu Ankara'da tutuluyor.

Süreçten bahsedeyim kısaca; şimdi klinik kodlamacı internet üzerinden, o TİG veri programıyla girmiş olduğu klinik verileri internet üzerinden bizim sistemimize geliyor, web serverimize geliyor. Web serverimiz çeşitli işlemlerden geçirerek bir TİG oluşturuyor, oluşan TİG'de veritabanına kaydediliyor. Sonuç mesajı olarak da kullanıcıya, kodlamacıya geri gidiyor.

Nasıl oluşur TİG? Girdi olarak demografik veriler; işte yaşı, cinsiyeti, yatış tarihi, çıkış tarihi, klinik verileri, bunlar ICD 10 açık kodları. Bunlar gruper dediğimiz bir küçük bir programcık var, bu programa geliyor, bu gelen verilerin kombinasyonundan 667 adet TİG'den bir tanesini oluşturuyor, hangisine karşılık geliyorsa. Çıktı olarak da hem kullanıcıya döndürüyor hem de veri

tabanımıza kaydediyoruz. Girdi olarak 16.000 adet teşhis kodumuz var, ICD 10 kodumuz. 6.000 tane işlem kodumuz, 2.400 tane de morfoloji kodumuz var. Çıktı olarak da 667 adet TİG üretiliyor.

Rakamlarla TİG’e gelince; Ümit Hocam 580 hastaneden bahsettiği ama o resmi hastaneler. Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler. Bunun haricinde üniversite hastaneleri, özel hastanelerde deneme verileri gönderiyorlar. 3000’e yakın kullanıcımız var. Aylık 700 bin hasta kaydı yapıyoruz. Saniyede bu 8 hastaya düşüyor, tabii bu mesai saatlerinde alınan bir ölçü. Bu güne kadar 8 milyon hasta kaydedilmiş bizim sistemimize, 32 milyon teşhis ve işlem kodu kaydedilmiş ve bunlardan 667 tane TİG oluşmuş. Yani 667 TİG’in hepsi de ülkemizde oluşmuş durumda. HBS entegrasyonu, HBS yazılımları demografik bilgileri içeren bir takım dosyaları oluşturuyor. Bunu Excell dosyası gibi de düşünebilirsiniz. Hani çok teknik olmasın diye anlatıyorum. Bu dosyayı bizim programımız belli parametreler çerçevesinde tanıyor. O bilgilerini alıyor, dolayısıyla kodlamacıya bir kolaylık sağlıyor. Kodlamacı da hani yatış tarihi, çıkış tarihi, adı-soyadı, kimlik numarası, doğum tarihi gibi alanları tekrar girmek zorunda kalmıyor, otomasyondan almış oluyoruz. Diğer bilgileri elle giriyor. Dosyadan bakarak ya da epikrizlerden bakarak dolduruyor ICD10 kodlarını.

Yaptığımız küçük bir incelemede, bir otomasyon üzerinden yapılan kodlama ile yatış dosyası üzerinden yapılan kodlama arasında yüzde 13 bir bağıl farkı olduğunu gördük. Buna, biz şöyle istiyoruz, kodlamacıların otomasyondan değil de yatış dosyası üzerinden kodlamayı yapmaları. Çünkü her şey otomasyona işlenmiyor, bu da hastane için kurumlar için kayıplara neden oluyor.

Bu projede başarı hikayelerimiz de var. Kısaca ondan bahsedeyim; programımızı yazmaya geçen yıl temmuz ayında başladık. O dönemde eski bir program kullanılıyordu. Bu programın çok büyük bir teknik desteğe ihtiyacı var. Hatta Genel Müdürümüz Hasan Bey’de beni Konya Temsilcisi olarak, teknik destek olarak versin diye düşünüyordu. Ama her bölgede bir teknik destek elemanı olması gerekiyordu. Büyük bir desteğe ihtiyaç vardı. Artı, bazı hastaneler hiç veri gönderemiyorlardı, programın altyapısı eksikti. Biz bir ay içerisinde programı yazıp, test ettik, kullanılabilir hale geldik, hastanelerin kullanımına da sunduk. Yani çok ciddi bir teknik desteğe de gerek yok. Teknik olarak, çok

teknik destekleri ben kendim verdim, diğerlerini de Bakanlıktaki arkadaşlar hallediyorlar, bana gerek kalmadı.

İkinci bir başarı hikayemiz, geçen yıl Aralık ayı sonunda oldu. İkinci ay ödemesini yapıyorduk, 250 hastaneye ödeme yapıyorduk, 250 hastane, ay sonu gelmiş veri göndermeye çalışıyorlar, sunucularımız merkez’de, Sağlık Bakanlığı merkez sunucularında. Anlamını bilmediğimiz bir şekilde yavaşlık var. Hastanelerin her tarafından telefon geliyor, biz veri gönderemiyoruz, ay sonu geldi, kaybımız olacak diye. Bakan Müşavirimiz Mehmet Bey, Kütahya’dan beni taciz ediyor, Hasan Bey Ankara’dan beni taciz ediyor bu problemi çözün diye. Merkezi arıyoruz biz, Sağlık Bakanlığı bilgi işlemi, bizde problem yok, Telekom’dan kaynaklanıyor diyorlar. Telekom’a soruyoruz, bizde bir şey Sağlık Bakanlığı’ndan, ortada kaldık. Artık bir radikal karar almamız gerekiyordu, biz bu sunucuları Konya’ya taşımak, en rahat en güzel olacak diye, Cumartesi günü tüm altyapıyı oluşturduk, Pazar günü gece sistemi kapattık, yarım saat içerisinde buradaki verileri Konya’ya taşıdık, 3 Ocak’tan beri el-hamdülillah hiç bir sıkıntı yok, sistem saat gibi çalışıyor, sıkıntımız yok.

Teşekkür ederim, benim anlatacaklarım bu kadar.

KİM KORKAR TİG'DEN!

Dr. Mehmet DEMİR

Özel Kütahya Kent Hastanesi Direktörü

Teşekkür ederim Adnan Hocam. Aslında böyle başlık seçtik ama tabii aslında TİG'den kimse korkmuyor. Fakat geldiğimiz noktayı da ifade etmek istedim. Belki şu söylenebilir, bu Kalite Kongresi'nde bu TİG nereden çıktı? Veya bu Performans Geliştirme ve Kalite Dairesi yani TİG'le niye ilgileniyor? Aslında sabah bunun cevabını eski Müsteşarımız, Milletvekili-miz Necdet Hocam verdi. Kaliteye güzel bir tanım getirdi. Dedi ki kalite bütünlük. Şimdi bizde gerçekten kalitenin bütünlük olduğunu düşünüyoruz ve bu bütünlüğün içinde de TİG'in olduğunu düşünüyoruz. Bu bütünlüğü koruduğunuz zaman, o zaman siz sağlıkta toplam o hedeflerinize ulaşabiliyorsunuz. Onun için, tabii ben şu anda Bakanlıktan ayrılmış vaziyetteyim ama Temmuz ayına kadar son bir yıl gerçekten çok yoğun, Adnan Hocam Müsteşar Yardımcısıydı o zamanlar, hep beraber bu TİG'le ilgili çok çalışma yaptık. Bunun hayata geçmesi için epey uğraş verildi. Sadece burada Ümit Bey, İbrahim Bey değil, burada birçok arkadaşımız var bu konuda çalışan, Bakanlıkta, bunu hayata geçirmeye çalıştık.

Şimdi biz sağlık hizmetlerinde her hususu, en azından Sağlık Bakanlığı'nın görevi o, bu yeni Teşkilat Kanunu ile de aslında bu görev perçinlenmiş oluyor. Sonuçta aslında kendine uzak gibi görünen, ödemeyle ilgili konuları da mutlaka gündemine alması lazım. Çünkü ödeme, sağlık hizmetlerinin kalitesi, hastanın güvenliğiyle son derece ilişkili. Onun için ülkenin iyi bir ödeme modeline ihtiyacı olması gerekiyor.

Şimdi, aslında dilimiz çok güzel almış vaziyette. Hiç DRG demedim şu ana kadar, diğer arkadaşlar da DRG demediler. Yani hep TİG diyoruz, Teşhisle İlişkili Gruplar, artık biz bunu biraz ülkemize mal etmiş olduk. Tabii, TİG diye ifade ettiğimiz şey, arkasında devasa başka detayları da taşıyor. Yani TİG ile işte Sayın Bakanımız en son biz BBAG diyorduk, Branş Bazlı Ayaktan Gruplama, o dedi ki çok uygun değil, siz onu BİG yapın dedi, TİG-BİG sistemi olarak aslında yeni bir sistemin doğuşunu hep beraber izlemiş olacağız inşallah. İsmi de bu şekilde ortaya çıkmış oldu.

Şimdi TİG neden önemli? Yani bunun biz sağlık profesyonelleri olarak neden önem vermeliyiz? Bu şu anda belki yüzde 100 objektif, bilimsel veriler getiremeyebiliriz ama dünyadaki diğer ülkeleri incelediğimiz zaman görüyoruz ki, dünyada neredeyse yani Türkiye gibi, Orta Afrika'da kalan ülkeler hariç bir şekilde ya tamamen ülkedeki bütün hastanelerde veya hastane gruplarında bu ödeme modeline geçmişler. Artık bizim kullandığımız bu hizmet başı ödeme modeli veya global bütçe ödeme modellerini artık kullanmıyorlar. Onlar global bütçe kullanıyorsa da, global bütçeyle TİG'i ilişkilendiriyor, öyle kullanıyor veya tamamen TİG'e göre ödeme yapıyor. Şimdi sonuçta biz burada biraz geri kalmış vaziyeteyiz.

Şimdi mevcut duruma baktığımız zaman, aslında ülkede bu yeni bir hadise değil. Yani Sabahattin Hocam da burada, o çok iyi hatırlıyor, yani 5 yıl emek sarf edildi buna, Hacettepe Üniversitesi proje haline getirdi, bunu ülke için bir ödeme modeli haline getirmesi için. 2009 yılının sonunda bu proje bitti. Projede yüzlerce doküman, binlerce çalışma, bunlar hem Sağlık Bakanlığına, hem Sosyal Güvenlik Kurumuna hem de Maliye Bakanlığına teslim edildi ve orada kaldı. Sağlık Bakanlığı şu hareketi yaparak aslında bu sistemi bu güne getirmiş oldu: Şimdi o yıllarda global bütçe Bakanlar arası protokolle başlamıştı, sonradan kanun maddesi olarak geçti, global bütçe başlamıştı. Biz, acaba dedik, Bakanlığın bu global bütçesini bu TİG'e göre nasıl, dağıtabilir miyiz? Sonuçta Bakanlık, Medulaya, Sosyal Güvenlik Kurumuna veri gönderiyor, bir tahakkuk oluşturuyor ama aldığı ücret farklı. O ücret işte iki Bakanın yıl sonunda, öbür yıl için anlaştığı global çerçeve şeklinde oluyordu. Bu iyi bir fırsattır, bu TİG'in hayata geçmesi için de bu global bütçeyi, biz hastanelere TİG'e göre dağıtabiliriz felsefesiyle bu çalışma başladı. İşte Bakanlıkta ekip kuruldu ve klinik kodlamacılar eğitildi, işte İbrahim Bey'in biraz önce ifade ettiği, son derece ucuza ve kolay bir şekilde bilgi altyapısı kuruldu ve veri toplanmaya başlandı. Şimdi bugün geldiğimiz nokta itibarıyla, daha henüz tam sistem çalışmasa da Sağlık Bakanlığı global bütçesinin dağıtımında TİG bir araç olarak kullanılıyor, bu çok iyi bir nokta bu ülke açısından.

Şimdi tabii, sistem sadece Sağlık Bakanlığı'ndan oluşmuyor. Yani, işte hizmetin yüzde 30'unu sunan özel sektör var, üniversite hastaneleri var, bunların da bir şekilde bu sistemle entegre olması lazım. Şimdi birazdan onu da ifade edeceğim, burada da bir takım gelişmeler var. Tabii şu da denebilir; Medula var, saglik.net var, bir de TİG çıktı ortaya. Şimdi biz bunu da çok etüt ettik,

acaba şu anda, çünkü çok büyük paralar harcanmış vaziyette Medula Sistemine, saglik.net'te benzer şekilde. Fakat TİG'de şu avantajımız var, gerçekten TİG'in gereksinimleri, altyapı gereksinimleri o diğer sistemler kadar çok karmaşık değil. O zaman biz TİG'i ayrı bir sistem olarak hayata geçirelim, ama gün gelir, çünkü sonuçta üç sistem de aynı kaynaktan veri topladığı için, bu üç sistem entegre edilebilir, Türkiye'ye özgü daha güzel bir model ortaya konulabilir diye düşündük.

Şimdi TİG ile alakalı belki de şunu da ifade edebiliriz. Şimdi TİG hastanede bir mantıksal dönüşümü gerçekleştirecek. Yani işte bizim bir kalite anlayışımız vardı, bir performans anlayışımız var, bir de hastanede sağlık hizmetini sunar iken ödeme modelimizden kaynaklanan bir hekimlik, hemşirelik anlayışımız var. Aslında bu anlayış içimize sindiği için çok da fazla farkına varmıyoruz. Ödeme modeli bizim davranışlarımızı etkileyebiliyor. Tıp eğitimimizin başından işte çalışma hayatımızın sonuna kadar bunu kazanıyoruz. Diğer ülke tecrübelerine baktığımız zaman, işte bu teşhisle ilişkili gruplar, işte böyle bir ödeme modeli hastanelerde davranışları değiştiriyor. Bu değişikliklerin de sağlıkla alakalı anlamlı olduğu görülmüş ve bu sistem dünyada desteklenmiş. Bu sistem şu anda bizde tam bu davranışları değiştirmiş değil, şu anda tam olarak uygulamıyoruz. Ama yavaş yavaş bu konuda bir takım farkındalıkların oluştuğunu görüyoruz. Bu ilerleyen zaman içinde mutlaka hekim davranışları, sağlık hizmeti sunan bütün profesyonellerin davranışlarında bu ödeme modeliyle ilgili bir takım değişiklikler meydana gelmeye başlayacak.

Şimdi tabii burada, bugün aslında Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan da arkadaşlarımız çağırmıştık, fakat onların işleri çıktı, ayrıldılar herhalde, onlar olsa da bu cümleyi rahat söyleyecektim, tekrar söylemek istiyorum, şimdi aslında biz son yıllara baktığımız zaman, hizmeti sunan, hastanecilik yapan, sağlık profesyonellerinin ödemeye inisiyatifi biraz ellerinden kaçırdıklarını görüyoruz. Yani inisiyatif biraz bizden çıkmış gibi görünüyor. Biraz daha ödeyici kurumun inisiyatifi artmış gibi görünüyor. Aslında TİG'in literatürdeki karşılığına baktığımız zaman, burada daha çok ödeyici kuruma avantaj verdiği ifade edilse de ben bunun Türkiye gerçeğinde, eğer TİG uygulaması hayata geçer ise, bu inisiyatifte en azından, tamamen sağlık hizmeti sunucuları bu inisiyatifi almaz ama bir dengenin oturacağını düşünüyorum. Çünkü şu anda Sağlık Uygulama Tebliği olarak ifade ettiğimiz, oldukça devasa, 7-8 bin işlemin

tanımlandığı, çok karmaşık yapıyı yönetemiyoruz şu anda. Bunun yönetimi, inisiyatifi tamamen ödeyici kuruluştadır. Hastaneler açısından burada bir inisiyatif alma şu anda söz konusu değil. Bu TİG'e geçiş aslında dengeyi sağlayacak. Çünkü bu yapıda sağlıklı bir yapı değil. Çünkü sonuçta eğer bu SUT'taki bu yapı, çünkü onu artık değiştiremiyorsunuz. Yapı çok karmaşık ve deforme olmuş vaziyette, yani bir yerine dokunamıyorsunuz. Onun için 2008'den beri ellemiyorsunuz hiç, olduğu gibi duruyor, fiyat açısından veya bir takım başka radikal hususlar açısından. Bu açıdan da Türkiye'nin TİG'e geçişi en azından ödeyici kuruluşla, hizmeti sunan arasında tekrar bir inisiyatif paylaşımı için bir müzakere zemini açacağını düşünüyorum.

Şimdi biz, TİG'deki veriler çok anlaşılır veriler. Şu anda mutlaka web sayfasında, arkadaşlarımız her ay, bir önceki ayın detaylı TİG verilerini yayınlıyorlar. İşte o verilere baktığınız zaman tam bir derya, Ümit'in dediği gibi, yani bu denize girip insanın yüzesi geliyor. Çünkü gerçekten çok anlaşılabilir, yorumlanabilir. Bütün Türkiye'ye, sadece kamu hastanelerini farz ediyorum, bütün Türkiye'yi görebildiğiniz, bölgesel, hastane bazında, yaş-cinsiyet bazında birçok veri var. Bu veri, gerçekten sağlığın yönetimi açısından da çok kritik veri olduğunu düşünüyoruz. Çünkü TİG'i dünya sadece, arkadaşlarımız da ifade ettiler, ödemede kullanılmıyor, yani çok güzel hastane kıyaslamasında kullanabileceğiniz bir veri sonuçta. İkincisi, hastanelerin performansının hatta kalitesinin izlenmesi için iyi bir araç. Bu verileri detaylı inceleyecek olursak, çünkü orada hastane hastane, her hastanenin detaylı verileri veriliyor. Çok önemli sonuçlar çıkarılacağını düşünüyoruz. Çok güzel epidemolojik çalışmalar yapılabilir diye düşünüyorum.

Peki, şimdi TİG ile ilgili bundan sonra ne olur? Şimdi aslında böyle bir duraklama dönemindeyiz. Bu duraklama döneminin aşılması lazım, şimdi Bakanlık açısından da öyle. Çünkü artık makul süre geçti, yani yaklaşık işte 1 yılını dolduruyor. 1 yıldır hastanelerde klinik kodlamacılar harıl harıl çalışıyorlar, merkezde bu veriler analiz ediliyor ve işte yüzde artı-eksi 5 bir ödeme yapılıyor. Şimdi bundan sonra sistemin etkin hale gelebilmesi için bir Bakanlık açısından, Bakanlığın bu global bütçeyi dağıtımında artık TİG hastaneleri mağdur etse de bunun yüzdesinin arttırılması gerekiyor ki hastaneler bu konuda tedbir alsınlar. Bakanlık açısından bu aşamadayız. Şimdi sisteme özel sektör ve üniversitelerin de dahil olması lazım ki biz bütün Türkiye'yi görebilelim.

Onun için de aslında çok sevindirici bir gelişme oldu bu pazartesi günü; Sosyal Güvenlik Kurumu bu TİG’i gündemine aldı ve TİG ile alakalı bundan sonraki atacağı adımlar konusunda işte Sağlık Bakanlığı ve ilgili taraflarla bir toplantı yaptı ve özel sektörün ve üniversitelerin de önümüzdeki aylardan itibaren bu sisteme veri gönderebilmesi için gerekli yasal çalışmaları başlattı. Şimdi özel sektör açısından şöyle bir avantajımız var. Özel sektör Medulaya veri gönderiyor, onların hastane sınıflanmasında Medula verisi kullanılıyor, bir madde değiştirilecek, hastane sınıflanmasında Medula verisi yerine TİG verisi kullanılacak diyecek. Çok yumuşak bir geçiş çünkü ödemeye esas yapmayacak başlangıçta. Aynı şey üniversiteler için de gerçekleşebilir. Şöyle bir tablo ortaya çıkabilir 2012’nin ortasına doğru. Hem Sosyal Güvenlik Kurumu hem de Sağlık Bakanlığı bütün sektörün; özel, kamu, üniversite hastanelerinin TİG verilerini görecektir. Bu TİG verilerinin şöyle bir avantajı var, her TİG’in mutlaka bir takip numarası var bu Medula sistemindeki. Zaten o takip numarasının aynısı Medulada da var. İki sistemi birlikte takip etmek, kural koymak, kalibrasyon yapmak, katsayı belirlemek çok kolay hale gelecek en azından Sosyal Güvenlik Kurumu açısından.

Tabii ben şimdi konuşmamın başında dedim ki kim korkar TİG’den. Şimdi TİG’den şu kesim korkuyor olabilir, yani hastanede sadece giderine odaklanmış, gideri üzerine para alan yöneticiler TİG’in gelmesinden korkabilir. Çünkü TİG tamamen sizin klinik faaliyetinizle alakalı. Eğer klinik faaliyet yapıyor iseniz ödeme alıyorsunuz. Çünkü o klinik faaliyeti yaptığınız için gideriniz var. Gideriniz olduğu için o ücret ödenmiyor, burada ince bir ayrıntı var. O açıdan belki, çok da uzun sürdü aslında Bakanlığın bu politikası. Yani biraz gidere yönelik planlamalar, ödemeler yapılıyor. Artık bunun giderden çıkartılıp işte faaliyete, faaliyetin en iyi ölçüldüğü sistem de işte klinik faaliyetin ölçüldüğü sistem, o da TİG sistemi, buna geçmek gerekiyor. Belki burada bir direnç mekanizması olabilir. Bunun tersi de olabilir, sonuçta gidere göre para ödemek de bazen kolay oluyor. Hani bunu ödeyenler açısından da, ya bu nasılsa yürüyor bu sistemimiz, devam etsin olabilir.

Bir de şimdi TİG’de şöyle bir şey var, mesela TİG’in başladığından beri çok kıymetli veriler var şu anda Bakanlığın internet sitesinde. Ben mesela bakıyorum, Medula böyle veri vermiyor. Yani TİG kişisel veri hariç her türlü veriyi daha kolay vermek için uygun bir sistem. Şimdi bu veriyi, herkesle paylaşıl-

ması lazım ki ülkede yatırım yapacak, ilaç üretecek, malzeme üretecek kişiler hastalık yüklerini, bölgesel farklılıkları, tedavi gruplarını görebilsinler. Veya yatırımcılar veya hastaneleri idare eden genel sekreterler, yani bunlar bölgesini, yan bölgeyi, uzak bölgeyi, ne gibi faaliyetler olduğunu görebilsin. O açıdan, yani şu andaki sistem içindeki veri kaynakları biraz bu verileri vermekte biraz cimriler. Ama bu sistem başından beri, çünkü bu veri kolay iletilebilecek bir veri olduğu için bütün paydaşların buna ulaşması lazım. Aslında Bakanlıkların görevi de bu. Yani bu şeffaf veriyi ortaya koyacak ki herkes buna göre planlamasını, kararlarını verebilsin. O açıdan burada, bu veriyi vermek istemeyen mekanizmalar, kişisel veriyi kastetmiyorum, istatistiksel veriyi kastediyorum, belki burada biraz direnç gösterebilirler.

Bir de tabii şöyle bir tehlike var, şimdi Bakanlık artık global bütçeyi içine sindirmiş vaziyette. Global bütçenin bundan sonra sağlıklı sürmesi için, çünkü dünyada en amprik global bütçe uygulaması hacim ve kalite şartına bağlı olmayan global bütçe, yani şu anda uyguladığımız global bütçe. Bu global bütçenin mutlaka hacim, yani TİG ile ölçülen hacim, artı hizmet kalite standartlarıyla ölçülen kaliteyle irtibatlandırılıp buna göre bu bütçelerin tahsis edilmesi lazım, yoksa şu anda uyguladığımız bu metot hastaneleri geliştirici değil, dejenere edici hale gelebilir bir müddet sonra.

Peki, ben notlarıma baktım, sizlere aktarmak istediklerim bu kadar, çok teşekkür ediyorum.

ENFEKSİYON KONTROLÜ VE ÖNLENMESİNDE STERİLİZASYON SÜRECİ

■ Oturum Başkanı - Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ

Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi

■ Uzm. Dr. Dilek TARHAN

SB Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Koordinatörü

Sterilizasyon Ünitelerinde Hasta Güvenliği

■ Dt. Selma KÜÇÜKKEBAPÇI

Ankara 75.Yıl ADSM Başhekimi

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Sterilizasyon Süreci

■ Ayşegül TUNÇ USTA

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Hastanelerde Sterilizasyon ve İzlenebilirlik

STERİLİZASYON ÜNİTELERİNDE HASTA GÜVENLİĞİ

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

*SB Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Koordinatörü*

Sayın Başkan, değerli katılımcılar kongremizin ikinci gününe hoş geldiniz. Konuşmama dün Hürriyet Gazetesinde manşetlerde yer alan bir haberle başlamak istiyorum. İstanbul’da bir özel hastanede böbrek nakli operasyonu geçiren bir hastada operasyon öncesinde HIV antikoruna negatifken, operasyondan bir süre sonra HIV antikorunun pozitifleştiği tespit ediliyor, hasta kısa bir süre sonra kaybediliyor ve hastanın ailesi bir dava açma sürecinde şu anda. Ameliyatta bu enfeksiyonun alındığı düşünülerek dava açılıyor. Tabii burada hasta gerçekten ameliyat sırasında HIV enfeksiyonunu almış olabilir ya da daha öncesinde de alabilir. Sonuçta bir diyaliz hastası. HIV antikoruna ameliyat öncesinde henüz pozitifleşmemiş olabilir. Bu süreçte net olan şu; eğer hastaneye karşı bir dava geliyecekse mutlaka ilk incelenecek olan süreçlerin başında sterilizasyon ünitesi süreci geliyor. Çünkü burada sorgulanan ilk etapta ameliyathane koşulları ve ameliyathanedeki ekipmanın sterilize olup olmadığı.

Gerçekten sterilizasyon ünitesi hizmetleri diğer sağlık hizmeti sunumu süreçlerinde olduğu gibi, kendine özgü hasta güvenliği kuralları olan, kendine özgü kritik noktaları olan bir süreç. Bu kritik noktaların en önemli temel sorusu aslında hastaya kullandığımız malzeme gerçekten steril mi? Bu soruyu sormak çok önemli. Bu sorudan ve cevabından emin olmak çok önemli. Sterilizasyon neden bu kadar önemli, çünkü steril olmayan malzeme kullanımı söz konusu olduğunda sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar karşı karşıya kalabiliyoruz. Hem hasta hem kurumlar, hem sağlık personeli, mali, tıbbi ya da hukuki açıdan sorunlara maruz kalabiliyor.

Peki, sterilizasyon nedir? Steril malzemeden neyi anlıyoruz. Sterilizasyon; cansız maddeler üzerinde bulunan tüm mikroorganizmaları sporlar dahil yok edilmesi anlamına geliyor. Buradan şunu anlıyoruz; aslında sterilizasyon ölçülebilir ve izlenebilir bir süreçtir. Biz kaliteciler biliyorsunuz ölçmeyi ve izlemeyi seviyoruz. Ancak böyle süreçleri kontrol altında tutabiliyoruz ve iyileştirme yolunda ilerleyebiliyoruz.

Peki, sterilizasyon hizmetinde neyi ölçebiliyoruz? Buna bakacak olursak; bir kere her basamakta, yaptığımız her işlemin çıktılarını izlemeli ve değerlendirmeliyiz. Peki, bu basamaklar nelerdir? Bu basamaklar aslında, malzemenin kirli alandan alınıp sterilizasyon ünitesine taşınması aşaması ile başlıyor. Kirli alandan transferi temizleme, bakım aşaması daha sonra paketlenmesi, yüklenmesi sterilizasyon işleminin gerçekleşmesi, sonunda da steril malzemenin depolanması ve ilgili bölüme tekrar dağıtımı. Tüm bu süreçlerde çıktıların değerlendirilmesi sonucun etkinliğinin değerlendirilmesi ve tüm süreçlerde kayıtların tutulması bizim sistemi kontrol etmemizi sağlayan en önemli nokta.

Bu basamakları kontrol etmek için öncelikle bu işlemleri nasıl bir alanda gerçekleştireceğimizi belirlemek gerekiyor. Sterilizasyon ünitesi için ideal olarak belirlenmiş alan tanımlamaları şöyle; kirli alan, temiz alan, steril alan ve destek alanlar. Destek alanlar; dinlenme, soyunma alanları, personele ait alanlar olarak tanımlanabilir.

Kirli alan olarak ifade ettiğimiz alanda, kirli malzemenin kabulünü temizliğini dekontaminasyonunu gerçekleştiriyoruz. Bu aşamadan sonra malzeme temiz alana gidiyor, temiz alanda paketleniyor, sterilizasyon cihazına yükleniyor, sonrasında da sterilizasyon cihazından steril alanda teslim alınarak buradan depolama alanına geçiliyor ve malzeme ilgili kullanım alanına gönderilmek üzere teslim ediliyor.

Bu alanlarda yapılan işlemler üzerinden kategorize ederek basamakları biraz açmaya çalışalım. Öncelikle kirli malzemenin kabulü noktasında kayıt çok önemli. Malzeme listesinden sayımı yapılarak sterilizasyon ünitesine malzeme kabul edilmeli. Burada en önemli işlem basamağı temizlik ve dekontaminasyon. Temizlik ve dekontaminasyonun etkin olmaması neticesinde sterilizasyon işleminin sağlıklı sonuçlandığından bahsetmek mümkün olmayabilir çünkü özellikle makroskobik olarak kirli artığın malzemenin üzerinde kalması, hem malzemenin kısa sürede yıpranmasına yol açabiliyor, hem de malzeme üzerinde sterilizasyonun etkinliği azalıyor. Ama etkili temizlik ve dekontaminasyonla da mikroorganizmaların %95 %97'si ortadan kaldırılabiliyor. Bu işlem manuel olarak yapılabildiği gibi cihazlarla da yapılabiliyor. Burada bir yıkama cihazına örnek görüyorsunuz yükleme yapılıyor. Buradan temiz alana geçiyoruz, temiz alanda malzemenin başına neler gelecek? Malzeme sterili-

zasyon cihazına aktarılmak üzere paketlenecek, hazırlanacak. Burada sadece kritik birkaç husustan bahsetmek istiyorum. Aslında tüm bu süreçler çok detaylı incelenmesi gereken süreçler. Dikkat edilmesi gereken pek çok husus var, ama mümkün olduğunca özet bir şekilde aktarmaya çalışacağım. Sterilizasyon etkinliği için öncelikle cerrahi ve tekstil malzemelerinin ayrı alanlarda paketlenmesi gerekiyor. Paketleme öncesi mutlaka ve mutlaka malzemenin kurutulmuş olması gerekiyor. Paketlerin özelliklerine göre boyutları ve ağırlıkları ile ilgili birçok kural var. Bu kurallara uyulmalı ve her paket içinde kimyasal indikatör kullanılmalı. Kimyasal indikatörlerle ilgili konuşurken buna değineceğiz. Paketlemede önemli hususlardan birisi etiket, çünkü etikette bulunması gereken tanımlayıcı bilgilerden; malzemenin kimin tarafından steril edildiği, ait olduğu bölüm, hangi tarihte kim tarafından hazırlandığı ve son kullanma tarihinin ne olduğu gibi bilgilere ulaşılabilmelidir. Sterilizasyon aşamasına geldiğimizde; sterilizasyon için pek çok farklı yöntemin olduğunu görüyoruz. Buhar, kuru ısı, gaz sterilizasyonu, radyasyonla sterilizasyon olabiliyor veya sıvı kimyasallarla sterilizasyon kullanılan ana yöntemlerdir. Her cihaz ya da yöntem için farklı kurallar bulunmakla birlikte özellikle buhar otoklavı için dikkat edilmesi gereken birkaç kritik noktadan bahsetmek istiyorum. Tüm aşamalar önemli çünkü malzemeyi doğru yüklemesiniz sterilizasyonun koşulları ne kadar iyi olursa olsun çok sık yüklenmiş malzemede, her paketin içinde aynı etkinliği sağlamak, aynı buhar basıncını, sıcaklığı elde etmek mümkün olamayabiliyor. Malzeme, cihaz ile en az 5-10 cm mesafede olmalı, yük mümkün olduğunca aynı malzemedен oluşmalı ve bohçalar dikey pozisyonda yerleştirilmeli. Aslında bunun gibi pek çok farklı kural var, ancak burada sadece birkaçını telaffuz edebildik.

Sterilizasyonun kontrolü ve kanıtları; fiziksel ve mekanik kontrol, kimyasal kontrol ve biyolojik kontrol olarak özetlenebilir. Fiziksel mekanik kontrol açısından program döngüsünü kastediyoruz. Program döngüsünde basınç, gaz konsantrasyonu, sıcaklık dereceleri, nem parametreleri, zaman parametreleri izlenir. Bu kayıtların mutlaka her döngüde elde edilmesi ve kayıt altına alınması gerekiyor. Cihazın bakım ve kalibrasyonları da fiziksel ve mekanik kontrol içinde değerlendirilmektedir. Kimyasal kontrol yöntemlerinde uluslararası olarak tanımlanmış ve standardize edilmiş birden altıya kadar sınıflandırılmış kimyasal kontrol yöntemleri indikatörleri bulunur. Bunlardan sınıf 1;

işleme girmiş girmemiş malzemenin ayırt edilmesi için kullanılıyor. Maruziyet bandı ya da indikatörle etiketler bunun için kullanılıyor. Bu indikatörden sadece malzemenin sterilizasyon işlemi görüp görmediği anlayabiliyoruz ve malzemenin dışında olduğu içinde bunu ilk bakışta görmemiz mümkün oluyor. Buradaki indikatörlü etikette veya maruziyet bandında üzerindeki şeritlerde renk değişimi varsa sisteme girdiğini anlıyoruz.

Sınıf 2 indikatörlere örnek olarak Bowie-Dick testi verilebilir. Bowie-Dick testi vakumun etkinliğini doymuş buhar kalitesini gösterir ve her gün cihaz boşken sterilizasyon işlemine başlamadan önce uygulanması gerekir.

Sınıf 3 ve sınıf 4 indikatörler spesifik parametrelere yönelik olarak hazırlanmış indikatörlerdir. Sınıf 4 inikatörler, en az iki parametreyi değerlendirir, en az iki parametrenin gerçekleşip gerçekleşmediğini gösterir. Steril edilecek her bir paket içine en az sınıf dört kimyasal indikatör konulmalıdır.

Bir diğer kontrol mekanizması biyolojik indikatörler demiştik, biyolojik indikatörler aslında sterilizasyonun altın standart göstergesi diyebiliriz. Yani mikroorganizmanın öldüğünün göstergesi biyolojik indikatördür. Burada indikatör içinde bulunan sporlu bakterinin sterilizasyonun etkisi ile ölüp ölmediğini değerlendiriyoruz. Her otoklav için haftada en az bir kez biyolojik indikatörün kullanılması gerekiyor. İmplant bulunan her otoklav yükünde mutlaka biyolojik indikatörün yerleştirilmesi değerlendirilmesi gerekmektedir. Bunun dışında etilen oksit sterilizasyonu için her yükte, formaldehit sterilizasyonu için en az haftada bir kez, kuru ısı için haftada bir kez, hidrojen peroksit sterilizasyonda her gün ilk kullanımda ve bakım onarım kalibrasyon çalışması varlığında da, sonraki ilk çalıştırmada biyolojik indikatör kullanılması gerekiyor. Biyolojik indikatörün kullanım periyodu hastanelerin ya da kurumların sterilizasyon yükleri ile de ilgili olarak değişebilir. Ne kadar çok sterilizasyon yükünüz var ise yani ne kadar çok otoklavınızı çalıştırıyorsanız biyoloji indikatör kullanma sıklığınız da o kadar artmalıdır. Bunun kararı ünite sorumlusu tarafından verilir. Eğer biyolojik indikatörünüzde bir pozitiflik tespit ederseniz geriye dönük biyolojik indikatör kontrolüne kadar verilen tüm yükleri kontrol etmeniz gerekiyor. Test sonucu olumlu olan en son biyolojik indikatör kontrolüne kadar geriye dönük tüm bu yükleri tespit edeceksiniz. Eğer bu yüklerde steril edilen malzemelerden hastada kullanılmış olan varsa bu hastaları takip edeceksiniz,

kullanılmamışsa o yükü periferden, kliniklerden, ameliyathaneden ya da steril depodan geri toplayacaksınız. O nedenle biyolojik indikatörün kullanım sıklığını ünitenizin çalışma yoğunluğuna göre belirlemelisiniz.

Şimdi steril alanla ilgili olarak artık sterilizasyonu gerçekleştirdik, malzemeyi aldık depolamaya geçtik. Steril malzemeler mutlaka steril alanda muhafaza edilmeli, malzemenin üzerimde izlenirliği sağlamak üzere yapıldığı cihaz, sterilizasyon yapan çalışan için tanımlayıcı parametreler sterilizasyon tarihi ve raf ömrü mutlaka bulunmalı.

Bu aşamadan sonara malzeme kullanım alanına transfer ediliyor. Transferde yapılan bir hata sterilizasyonla ilgili bütün o emeği boşa çıkarabilir. O nedenle taşıyıcı personelin bu konuda eğitilmiş olması gerekiyor. Mutlaka eller önce yıkanmalı ve giysi değişikliği yapılmalı taşıma arabaları da mutlaka kapalı olarak aktarılmalı diğer kullanım alanına.

Kullanım noktası da önem verilmesi gereken aşamalardan biri olarak karşımızı çıkmakta. Hepimizin gözden kaçırdığı noktalardan biri diye düşünüyorum. Bu aşamaya kadar her şey sterilizasyon ünitesinin ve sorumlularının kontrolünde gözetiminde gibi görünüyor. Ama bu aşamadan sonra sorumluluk malzemeyi kullanan son noktadaki kişilere kalıyor. Bu kişiler malzemeyi açmadan önce mutlaka paketi kontrol etmeli, paketin sağlam olup olmadığı üzerindeki maruziyet bandının gerekli işlem sonrası renk değişikliğine uğrayıp uğramadığını değerlendirmeli, sterilizasyon seti, bohçası açıldıktan sonra da içindeki kimyasal indikatörün renk değişikliğine uğrayıp uğramadığını kontrol edilmeli. Bu noktada daha önceden biliyorsunuz, indikatörler hasta dosyasına yapıştırılsın diyorduk, ama indikatörlerin zaman içinde renk değiştirdiği görüldü. O nedenle bunun geçerli bir kanıt olamayacağı düşünülerek, burada herhangi bir yazılı kaydın geçerli olacağına karar verildi. Biliyorsunuz şimdi cerrahi güvenlik kontrol listelerini kullanıyoruz ameliyathanelerde, cerrahi güvenlik kontrol listesinde bir parametrede, sterilizasyonun tamamlanıp tamamlanmadığını soruyor, oradaki ekip indikatördeki renk değişikliğini gördükten sonra sterilizasyonun gerçekleştiğini onaylıyor ve listede bu durum işaretleniyor. Bu şekilde aslında sterilizasyonun son kanıtının gerçekleştiğini kayıt altına almış oluyoruz. Son aşamada kullanıcının bu konuda bilinçli olması indikatörü mutlaka ve mutlaka kontrol etmesi gerektiği, eğitimle çalışanlara bildirilmeli ve bu konuda yeterli uygulama sağlanmalı ve kayıt mutlaka alınmalı.

Son olarak sterilizasyon sürecindeki kritik noktaları gözden geçirmek istiyorum. Aslında tüm süreçler önemlidir elbette, ancak bunların içinde; alanların belirlenmesi, sorumluluların görev tanımlarının belirlenmesi, malzemenin her aşamada izlenebilirliğinin sağlanması çok önemli. Sterilizasyon kanıtlarının kayıtlarının tutulması, izlenebilirliğinin sağlanması, sürekli bu kanıtların değerlendirilmesi, sterilitenin son aşamaya kadar korunması ve çalışanların eğitimi en kritik noktalar olarak ifade edebileceğimiz alanlardır.

Sonuçta, sterilizasyonu bağımsız bir birim olarak değerlendirmek doğru değil. Sterilizasyon hizmetlerinde döngüsel bir süreç söz konusu. Burada sürekli tekrarlayan bir döngü var, bu süreci bir bütün olarak değerlendirmek ve ona göre izlemek gerekiyor ve hasta güvenliğinin sağlanması noktasında da süreci bütünüyle kontrol altında tutmak gerekiyor. Beni dinlediğiniz için teşekkür ediyorum.

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE STERİLİZASYON SÜRECİ

Dt. Selma KÜÇÜKKEBAPÇI

Ankara 75. Yıl ADSM Başhekim

İyi günler, Sayın Başkan, değerli katılımcılar, Dilek Tarhan hanımefendinin arkasından sunumum size belki yeterli gelmeyebilir. Değirmek istediğim tüm konuları aşağı yukarı sizlere anlattı. Benimki tekrar olacak. Ben 1980’lerden beri aktif olarak çalışan bir diş hekimiyim.

Bizler ağız ve diş sağlığı merkezlerinde amacımız tek ve belirgindir. Tedavi amacı ile merkezimize başvurmuş kişilere optimal sağlık hizmeti sunmak istiyoruz. Bu hizmeti sunarken de tüm hastaları potansiyel enfekte olarak kabul ediyoruz. Bunu niçin yapıyoruz? Bazı hastalarımızda farkındalık olmayabilir, bazıları da özellikle bu konuyu gizleyebilir. Deminde bahsettim 1980’lerde biz, kuru hava stabilizatörleri, kaynatmalı enjektörler, yeterli sayılamayacak kişisel koruyucu ekipmanlarla çalışıyorduk. 2000’li yıllarda merkezi sterilizasyon ünitemizi kurup basınçlı buhar otoklavları ile ve disposable enjektörlerle çalışmak ve kişisel koruyucu ekipmanları yeterince kullanmak ben ve diş hekimi olan meslektaşlarımı son derece mutlu etmektedir. Bu koruyucu önlemlere bu kadar önem vermemiz ülke ekonomisine de çok büyük katkı getirdiğini sanıyorum. Çünkü bir hastayı enfeksiyondan korumamız ülke ekonomisine çok büyük katkı getirecektir. Diş hekimliği çalışma ortamında, mikroorganizmalar, hastalara, hekim yardımcılara, teknisyenlere kolayca ulaşabilmektedir. Bu gruplar arasında edinilen enfeksiyona çapraz enfeksiyon denir bildiğiniz üzere. Çapraz enfeksiyon oluşum şekli, direk temas, damlacık veya resoller ve en direk temas şeklindedir. Çalıştığımız ortamda hepimizin malumudur, çok sayıda mikroorganizma vardır. Sitomegalovirüs, hepatit b virüsü, hepatit c virüsü, herpes simplex tip, 1, tip2 virüsleri, mikobakterium, tüberküloziz, HIV, bulaşabilir pirion hastalıklar. Bütün bu çeşitlilik bizlere enfeksiyon kontrolüne ne kadar önem vermemiz gerektiğini tekrar hatırlatmaktadır.

Enfeksiyon hastalığın oluşumu için temel faktörler, virülansı, direnci ve dozudur. Dozun kontrol altına alınması, enfeksiyon kontrolü olarak tanımlanır. Asıl olan sterilizasyondur. Uygun sterilizasyon tekniği, uygun kontrol yön-

temleri, steril edilebilecek malzeme seçimi ile enfeksiyonu oluşmadan önlemek, çok kolay ve ucuzdur. Diş hekimliğinde kullanılan aletler, enfeksiyon taşıma risklerine göre, kritik olan aletler, yarı kritik aletler ve kritik olmayan aletler şeklindedir. Kritik olan aletler; yumuşak dokuyu veya kemiği penetre eden aletler oldukları için yüksek oranda enfeksiyon taşıma riskine sahiptirler. Bunlar implant setleri, periodontal setler ve cerrahi el aletleridir. Yarı kritik aletlerde; yumuşak ve sert dokuların içine girmeyen, ancak onlara temas eden aletlerdir. Bunlarda ayna, amalgam furları, presel gibi. Eğer aletler ısıya dayanıklı ise mutlaka steril edilmeli değil ise yüksek seviyeli dezenfeksiyon işlemi uygulanmalıdır. Kritik olmayan aletlerde; sadece devamlılığı bozulmamış deri ile temas eden aletlerdir. Dezenfekte edilmeleri önerilir. Röntgen cihazı başlığı gibi yüzeyler su geçirmez bir örtü ile örtülmeli veya orta düşük düzeyde dezenfektanlarla dezenfekte edilmeli.

Diş hekimliğinde izlenen sterilizasyon sürecini şu sırada sunabilirim. Dekontaminasyon, ikincisi aletlerin sayılarak teslim edilmesi, termal dezenfeksiyon, kurulama, paketlenme, etiketleme, sterilizasyon kontrol ve dağıtım ve depolama. Dekontaminasyon, sterilizasyon ve dezenfeksiyon öncesinde, fiziksel ve kimyasal yöntemlerle bir yüzey veya malzemeden organik madde ve patojenleri uzaklaştırarak güvenli hale getirme işlemidir. Dekontaminasyon işlemi kliniklerde yüksek düzeyde dezenfektan kullanımı ile gerçekleşmektedir, merkezimizde en az 15 dakika ve 20 dakika süre ile dekontaminasyon cihazında aletleri bekletmekteyiz. Minimal efektif konsantrasyonun kontrolü de dezenfektana özel indikatör striplerle ajanın kullanım sıklığına uygun periyotlarda, enfeksiyon kontrol hemşiremiz tarafından, her kliniğe haftada en az 2 kez ve değişik saatlerde uygulanmaktadır. Dezenfeksiyonda cansız maddeler üzerinde bulunan patojen mikroorganizmaların yok edilmesidir. İdeal dezenfektanın olması gereken özellikler, doğal ph, suda çözünebilen ajan olmalı, etkisi spektrumları geniş olmalı, minimum yoğunlukta etkin olmalı, antimikrobiyal aktivite süresi yeterli olmalı, açık yara üzerine doğal direnci etkilememeli, organik madde varlığında aktivitesi kaybolmamalı, toksik olmamalı, kokusuz olmalı, raf ömrü uzun olmalı, ucuz ve kullanımı kolay olmalı. Merkezimizde dekontaminasyon dezenfektanı, sprey hızlı köpük form dezenfektanları, yer yüzeyi dezenfektanı ve el dezenfektanı kullanılmaktadır. Malzeme transferine geçtiğimizde kliniklerde kullanılan malzemeler, ünitlerin de de-

zenfeksiyonundan sonra, dekontaminasyon araçlarında bekletilen malzemelerimiz, dekontaminasyon kuvvetlerinde %15, 20 oranda 15–20 dakika bekletilen malzemeler transfer elemanları ile özel konteynerlerde merkezi sterilizasyon ünitelerine gönderilir. İçinde kontamine bulunan kuvvetler transfer için konteynirlara yerleştirilir ve görevleri, deminde tekrar ettiğim gibi görevli personelle sterilizasyon ünitesine gönderilir. Merkezi sterilizasyon ünitesinde malzemelerimiz sterilizasyon personeli tarafından sayılarak teslim alınır. Kayıtlarımız otomasyon sistemi ile elektronik ortamda yapılmaktadır. Böylece istediğimiz veriye daha kısa zamanda ulaşabiliyor ve verileri güvenli olarak saklayabiliyoruz. Malzemeler yıkama makinesinde ki sepetlerin içerisinde birbirine engellemeyecek şekilde yerleştirilir, otomatik yıkama makineleri termal dezenfeksiyon gerçekleştirilir. Otomatik yıkayıcılar yani yıkayıcı dezenfektörler kapsamlı ve yüksek seviyeli bir yıkama dezenfeksiyon gerçekleştirmelidir. Islak alanlar bırakmadan homojen kurutmalıdır, yıkadığı kuruttuğu malzemeyi yıpratmamalıdır, yıkama solisyonunu, suyu, zamanı, enerjiyi ekonomik kullanmalıdır. Gördüğümüz gibi bulaşık makinelerimiz, otomatik yıkayıcılarımızda soğuk su ile ön yıkama yaparlar, termal dezenfeksiyon uygulamalar, son durulama, iki kez duruladıktan sonra kurulamaya geçerler. Otomatik yıkayıcılarımız yani bulaşık makinelerimiz 93 dereceye kadar ısıları yükselir, 10 dakika süre ile yüksek seviyeli termal dezenfeksiyon uygulamalar yıkama döngüsünü 1 saatte tamamlar ve kendi kendine dezenfekte ederler. Bakıma ihtiyacı olan malzemelerimizde ultrasonik yıkama cihazında bakıma alınır. Bu cihazlara yıkama makinelerinde temizlenemeyen siman artıklı siman camları ve spatülleri koymaktayız. Eğer bunlar organik eklenti ise ultrasonik cihazda 10 dakika, 40 derecede yıkıyoruz. Fosforik asit maddeli olan malzemeler ise 60 derecede, 10 dakika tutuluyor. Ultrasonik temizleyicilerin avantajlarını şöyle sıralayabilirim; keskin alet yaralanmaları azalır, elle yıkama esnasında ortaya çıka bilecek materyalin etrafa sıçraması engellenir, elle temizlemeden çok daha etkin bir temizlik sağlanır, sıcaklık ve zaman kontrolü sağlanır. Bundan sonrada kurulama, paketleme ve kontrol işlemlerine geçiriyoruz, termal dezenfeksiyonu sağlanan malzemeler tek tek kontrol edilir ve paketlenir. Sterilizasyon Dilek Hanım’ında bahsettiği gibi sporlar dahil tüm canlı mikroorganizmaların öldürülmesi mikrobiyolojik üreme riskinin ortadan kaldıracak şekilde yok edilmesi işlemidir. Doğrulamada sterilizasyon işlemleri öncesi ve

sonrasında çeşitli test yöntemleri ile sterilizasyonun değerlendirilmesidir. Biz her poşette kimyasal indikatör kullanıyoruz. Her paketin üzerinde içeriği, hangi cihazda steril edildiği, uygulayıcı personelin kim olduğu, sterilin geçerlilik süresi, hangi kliniğe ait olduğunun yazılı olduğu barkot yapıştırılarak sterilizatöre gönderilir. Sterilizasyonun, hazırlanmış paketlerin, sterilizasyonu hazırlanmış paketlerin fiziki kontrolü yapıldıktan sonra otoklava konur. Alet yıkama ve otoklavin bulunduğu bölümler ayrı odalar da olmalıdır ki biz böyle uyguluyoruz. Basınçlı buhar otoklavları 134 derece de 3,5 dakika da basınçlı buhar altında işlem yapar ve toplam süre 1 saattir. Avantajları; sporlar dahil tüm mikroorganizmalara etkilidir, çevreyle uyumludur, toksik özelliği yoktur. Dezavantajları da; basınca, ısıya ve neme duyarlı malzemeler için uygun değildir. Doğrulukları kontrol edilen edilmiş sterilizatörler de sterilizasyon işlemi gerçekleştirilmektedir. Sterilizatöre yüklerimizi yerleştirirken ağır olanları alt kısma ve birbirlerini engellemeyecek şekilde, poşetler birbirlerine bakacak şekilde ve basınçlı buharın geçişini engellemeyecek şekilde yerleştirmekteyiz. Steril olduğu kanıtlanan malzemeler kliniklerin temiz konteynırlarına sayılarak yerleştirilir; ilgili kliniğe gönderilmek üzere transfer elemanına teslim edilir. Otomatik temizleyiciler DAK cihazlarından da bahsetmek istiyorum. Tüm dış hekimlerinin en büyük sıkıntısı döner başlıklı el aletlerinin sterilizasyonudur. Biz bunun için her kliniğimize birer tane olmak üzere DAK cihazı aldık. Ve DAK cihazları bir anda 6 tane pixel, aeratör, anguldurva ve mikro motoru sterilize edebilmektedir. DAK cihazlarımızı gördüğünüz gibi üzerlerin de her türlü doğrulama test, kontrol mekanizmalarını yapacak şekilde üretilmiştir. Biz her yükte kimyasal indikatör, haftada bir kez de biyolojik indikatörle DAK cihazını kontrol etmekteyiz, doğrulamasını yapmaktayız. DAK ile sterilizasyonda da DAK cihazı 134 derece de 3 dakika da basınçlı buhar altın da sterilizasyon işlemini gerçekleştirir. Yıkama, kurutma, yağlama dahil tüm döngüsü toplam 13 dakikadır. Merkezimiz de 14 adet DAK cihazı vardır. Söylediğim gibi kimyasal ve biyolojik indikatörlerle kontrolü yapılan malzemeler güvenle kullanıma sunulmaktadır. Sterilizasyon kontrol yöntemleri, birincisi cihaz kontrol, ikincisi yük kontrol, yani biyolojik kontrol, kimyasal kontrol, paket kontrol ve kayıt tutmadır. Cihaz kontrol bovidik testi cihaz boşken her sabah gerçekleştirilen testtir. Bu testle doymuş buharın performansı cihaz içinde havanın var olup olmadığı ve buharın cihazın her noktasına etki edip

etmediği kontrol edilir ve belgelenir. Karşıda gördüğünüz gibi printer çıktıları kayıt dosyasına işlenip bu dosyada saklanır. İkincisi yük kontroldür, buda biyolojik indikatörle yapılır, her sabah ilk yüke uygulanır, implant malzemesi steril edilecekse test tekrarlanır. İşlem anında biyolojik ölümün gerçekleşip gerçekleşmediğini belgeler. Biyolojik indikatör yük ile birlikte işleme tabi tutulur. İşlem sonrası uygun sıcaklıkta inküba edilir. İnkübasyon süresi sonucunda malzemenin kullanıp kullanılmayacağına karar verilir. Görüldüğü gibi inkübatörümüz 3 saatte sonuç vermektedir. Floransan ışıma yöntemi ile sonuçlandırılır. *Bacillus termofilus* stereo termofilus üremesini kontrol etmektedir. Görsel ve işitsel uyarı ile üreme olduğunda bize haber verir. Övünerek söylüyorum ki bugüne kadar inkübatörümüzde hiç üreme olmamıştır. Kimyasal kontrolümüzde sterilizasyon işlemi sırasında fiziksel şartları kontrol etmek amacı ile ısıya hassas kimyasal maddelerdir. Kimyasal indikatörlerin kullanım amacı da yanlış ambalajlama, sterilizatörün yanlış yüklenmesi veya sterilizatör arızalarından kaynaklanabilecek olası sterilizasyon hatalarının belirlenmesidir. Deminde bahsettim her pakete kimyasal indikatör koyuyoruz, 2012’de de ekonomik durumumuz müsait olduğu takdirde bunları yapmayı arzuluyoruz. Dördüncüsü de paket kontrolüdür, kimyasal indikatör konmuş paketlerin bütününe dikkat edilir. Nemli ve ıslak paketler sterilizasyon işlemine tekrar tabi tutulur. Yapısında indikatör bulunan paketlerin renk değişimi kontrol edilir. Kayıt kontrolde tüm basamaklara istenildiğinde geri dönülmesini sağlar, dokümantasyon araçları, kayıt kartları etiketleri, indikatör defterleri, her otoklav döngüsünün kayıtları kullanılabilir.

Sterilizasyonun uygun olmadığı haller, indikatörlerin renk değiştirmemesi, sterilizatörün bozulduğunun işlem sonrası tespit edilmesi, paketin bütünlüğünün bozulması, paketin açılması ve ellenmesi, sterilizasyon miadının dolması, paketlerin ıslanması, paketlerin sterilizasyondan nemli çıkması.

Merkezi sterilizasyon ünitesinde cihazlarımızın bakımları görevli personel tarafından kullanım ve bakım talimatlarına göre uygulanır. Cihazların periyodik bakımları ve arıza durumunda tamirleri yetkili servis tarafından yapılır. Periyodik bakımlar teknik servis sorumlusu tarafından kontrol edilir ve cihazın sicil kartına işlenir. Otoklav arızasının tamirini takiben tekrar biyolojik indikatör kullanılır ve bovidik testleri yapılır.

Temizlik ekibi ve sterilizasyon elemanlarının denetimi kontrolü ve eğitimi personelin iş giysileri temiz ve ütülü olmalıdır. Sterilizasyon ünitesinde alet yıkama bölümünde çalışan güvenliği açısından bone, maske, su geçirmez önlük ve eldiven kullanımları takip edilmelidir. Personelin kişisel koruyucu ekipmanlarını işlem sonrası çıkarıp çıkarmadığı denetlenmelidir. Temizlik ve dezenfeksiyon personelleri günlük olarak yapılan vizitelerle sözlü ve görsel olarak değerlendirilir, var olan hatalar giderilmeye çalışılır.

Eğitimlerimiz; tüm personel yıllık hazırlanan eğitim programını takiben enfeksiyon kontrolü ekibi, enfeksiyon hemşiresi ve eğitim hemşiresi tarafından hazırlanan eğitimlere tabii tutulurlar. Eğitimler bilimsel çalışmalar ışığında bu konular güncellenerek toplantı salonlarında kayıt altına alınarak sunulur. Bir mum diğer bir mumu tutuşturmakla ışıktan hiç bir şey kaybetmez. Beni dinlediğiniz için teşekkür ederim. Umarım zamanımı aşmadım.

HASTANELERDE STERİLİZASYON VE İZLENEBİLİRLİK

Ayşegül TUNÇ USTA

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Değerli katılımcılar öncelikle hepimiz için verimli bir toplantı olmasını temenni ediyorum.

Benim konum hastanelerde sterilizasyon ve izlenebilirlik, sterilizasyon teknik bir konu fakat ben bunun teknik kısmına çok girmeyeceğim, benden önceki konuşmacılar bu konuya yeterince değindiler. Ben daha çok kendi deneyimlerimden bahsedeceğim.

Sağlık hizmetleri yüksek riskli süreçlerden oluşur diyoruz, o halde bu risklerin doğru yönetilmesi gerekli, bunun içinde kalite yönetim sistemine ihtiyacımız var. Kalite yönetim sisteminin amacı ne? Hizmet üretim süreçlerindeki rastlantısal faktörleri minimize etmek ve hatta ortadan kaldırmaktır. O halde sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olan sterilizasyon hizmetleri rastlantısal hatalara bırakılamaz. Peki, ne yapmalıyız? Ne yapmalıyıza geçmeden önce çok kısaca sterilizasyon sürecindeki işlem basamaklarını başlıklar halinde tekrarlamak istiyorum ben.

Sterilizasyon sürecindeki işlem basamakları kirli teslim alma ile başlar, temizlik ve dezenfeksiyon, denetleme ve paketlenme, etiketlenme, sterilizasyon, depolama ve dağıtım aşamalarından oluşur.

Sterilizasyon sürecindeki tüm bu basamakların kontrol edilerek kayıtlarının tutulması, bu hizmetlerdeki kalitenin artarak hataların en aza indirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Hizmetin iyileştirilmesi ve geliştirilmesinde kurumların en önemli kaynağı elbette ki insandır. Bu nedenle kurumdaki veya birimdeki her çalışanın bir sürecin geliştirilmesi için kendine ve başkalarına bazı soruları sorabilir ve bu sorulara cevap alabilir olması gereklidir. Bu sorulara biz 5 N 1 K kuralı diyoruz. Ne, niçin, nerede, ne zaman, nasıl ve kim tarafından sorularına cevap verebilmeliyiz.

Sterilizasyonun kontrolünü nasıl yapıyoruz? Kısaca yine değineceğim. Benden önceki konuşmacılar yine bu konuya detaylı bir şekilde değinmişlerdi. Genel olarak sterilizasyonun kontrolünü 3 şekilde yapabiliyoruz. Fiziksel ve mekanik kontrol, kimyasal kontrol, biyolojik kontrol.

Fiziksel ve mekanik kontrolde kast edilen; cihazların printer çıktılarıdır veya-
hut da cihazların kalibrasyonları kast edilmektedir. Kimyasal kontrolde kast
edilen; renk dönüşümüyle gösterge veren kimyasal indikatörlerdir. Biyolojik
kontrol ise; canlı mikroorganizmaları içeren test tüpleriyle yapılan kontrolleri
kapsamaktadır. Biz asıl sterilizasyonun yani sterilizasyon sürecinin bir basa-
mağı olan sterilizasyonun monitörizasyonu 5 basamak da gerçekleştiriyoruz.
1. Basamağımız cihaz kontrolü. Cihaz kontrolünü bovidik testi ile yapıyoruz
veya artık bunların elektronik olanları var elektronik olan testlerle yapabili-
yoruz. Yük kontrolü 2. Basamağımızı oluşturuyor. Yük kontrolünü biyolojik
indikatörlerle gerçekleştiriyoruz. Maruziyet kontrolü ise paketimizin işleme
tabii olup olmadığını gösteren bir kontrol. Otoklav bantları veya üzerinde iş-
lem indikatörü olan etiketlerle yapılabilen. Paket içi kontrolünü ise klas
4-5 veya 6 sınıfı kimyasal indikatörlerle yapmaktayız. Fakat bütün bu basa-
makların en önemlisi 4 basamağı da gerçekleştiriyor olsanız bile en önemlisi
aslında yaptığımız bu testlerin kaydını tutmak.

Sterilizasyon ünitesinde ki işlem basamaklarının kaydını biz çeşitli formlar
aracılığıyla veyahut da birazdan size bahsedeceğim son zamanlarda ortaya
çıkan yeni yazılım programları ile yapabilmekteyiz. Ben Ankara Hastanesinde
hemşire olarak çalışıyorum. Hastanemizin kapasitesinden kısaca bahsetmek
istiyorum. Yatak sayımız 622, ameliyat masası 27, 8 yoğun bakımımız, di-
yaliz ünitemiz, yanık ünitemiz, endoskopi üniteleri mevcut. Halen daha açıl-
makta olan KVC ünitemiz gündemde. Günlük ameliyat sayımız ise irili ufaklı
düşündüğümüz zaman 100 ile 130 arasında değişmekte. Bütün bu bilgileri
verdikten sonra deneyimlerimize geçmek istiyorum. 2007 Mart ayı bizim için
milat oldu gerçekten. Çünkü biz, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Sterili-
zasyon ünitesi olarak 2007 Mart ayına kadar sterilizasyon sürecinde yer alan
işlem basamaklarından sadece son 2 tanesini gerçekleştirmekteydik. Halen
daha periferdeki pek çok hastane belki de bu şekilde çalışmakta. Neydi bu son
2 basamak? Sterilizasyon, depolama ve dağıtım. Bundan önceki basamaklar
birimlerin kendileri tarafından gerçekleştirilmekteydi.

2007 Mart ayı bizim için milat oldu. Çünkü ameliyathane binamızın açılma-
sıyla sterilizasyon ünitesi de fiziki olarak yeni mekanına taşındı. Ve biz artık
tamamen yenilenme sürecine girmiş olduk. Burada taşınma olayından sonra
teknik ve donanım olarak artık bir eksikimiz yoktu. Varsa ufak tefek eksikle-

rimizi de giderdik ve artık dedik ki bir işletim, işleyiş sistemine ihtiyacımız var. Bununla ilgili olarak da bir işleyiş sistemi belirledik ve buna bağlı olarak da her işlem basamağında kayıtları tutmak için çeşitli formlar geliştirdik. Burada görmüş olduğunuz formlar bunlardan sadece birkaçı. Her basamak için bu formları geliştirmiştik. Bunlardan önemli olduğunu düşündüğüm için bir kaçını buraya koydum. Bu gördüğümüz otoklav dokümantasyon formu. Burada cihaz kontrolünü yaptığımız elektronik test sistemi kullanıyoruz biz. Bu testin sonucunu çeklediğimiz bir alan var. Çıktısını arkaya iliştiriyoruz, biyolojik kontrolünü yaptığımıza dair bir alan var bunun etiketini buraya yapıştırıp üreme olup olmadığını buraya çekliyoruz. Maruziyet kontrolü ve miadın göstergesi olan eskiden tabanca etiketleri kullanılıyorduk, etiketleri yapıştıracağımız alan ve her yükte hangi malzemeleri sterile ettiysek bunların içeriklerini yazdığımız alan ve işlemi kim gerçekleştirdiyse kendisini kaydedeceği bölümden oluşan formlar dizayn ettik. Benzer formlar etilen oksit cihazı için de mevcuttu yıkama dezenfektör içinde mevcuttu yıkama aşaması için. Burada yalnız şöyle bir şeye dikkatinizi çekmek istiyorum, manuel kayıtlar da birazdan yine bahsedeceğim her zaman bir kopukluk ya da eksiklik olduğunu fark ettik. Şimdi okunabiliyor mu bilmiyorum ama ortopedi amputasyon seti yazılacağına ortopedi anfitasyon seti yazılmış yine Kattown seti yazılacağına Kattoo diye yazılmış. Yanlış yazılmış bu da bilgi hatalarına neden olmakta.

Biz evet teknik donanımımızı tamamladık. Bir işleyiş sistemi belirledik kendimize ama hala bir yerlerde eksik olduğunu fark ettik. Neydi bu eksikler? Sterilizasyon işlem basamakların da bir kopukluk olduğunu fark ettik. Nasıl fark ettik bunu? Bir çalışma yapmak istemiştik ve bu çalışma için geriye dönük verilerimizi taramamız gerekti. Bu verileri taradığımız zaman bir malzemenin aslında sterilizasyon ünitesine girdiğini fakat sanki yıkanmamış gibi direkt paketlenme ya da sterilizasyon aşamasına atladığını gördük. Yani yıkamada görünmüyordu bu malzeme veya tam tersi malzeme hiç girmemiş görünüyor fakat bir bakıyorsunuz sterilizasyon aşamasında üniteye girmemiş bir malzeme görünüyordu. Yani manuel kayıtlar da insan faktörü ile birlikte bazı hataların yapıldığını gördük ve bunun olması geriye dönük sağlıklı bilgi edinmemizde sıkıntı yaratıyordu. Herhangi bir çalışma yapıldığında ya da herhangi bir şekilde yine daha önceki konuşmacıların bahsettiği gibi sorgulanma söz konusu olduğunda bizim gösterebileceğimiz güvenli verilerimiz, güvenli bilgilerimiz

yok diye düşündük. Başka neler eksikti? Halen daha yanlış sterilizasyon yöntemi kullanımları gördük ve miat takiplerinde sıkıntı olduğunu fark ettik, peki çözüm neydi? Yine tekrar ediyoruz burada teknik donanımınız ne kadar yeterli olursa olsun iyi bir sisteminizin olması gerekli, iyi bir sisteminizin olması da yeterli değil, önemli olan sistem içinde yapılan her işlemin kayıtlarının doğru ve güvenilir bir şekilde tutulması gerekli. Bu şekilde çalışanlarda kendilerine her anlamda güvende hissedeceklerdir diyoruz. O halde düşündük ve bütün bu eksikleri giderebilecek hatta beklide daha fazlasını yapabilecek bir yazılım programı niye kullanmıyoruz diye düşündük ve 2009 yılından beri artık bir yazılım programı kullanıyoruz. Şimdi bunun üzerinde bir takım, nasıl kullandığımızı anlatacağım sizlere, şimdi bu yazılım programı personel tanımlamaları, makine tanımlamaları, set ve malzeme tanımlamaları, bölüm tanımlamaları gibi tanımlamalar üzerine kurulu bir sistem. Ana ekrandan da göreceğiniz gibi sterilizasyon sürecine ait tüm basamaklar teslim alma, yıkama, denetleme, kontrol ve etiketleme bir arada, sterilizasyon ve teslim etme aşamalarını görmekteyiz. Şimdi bu aşamaları tek tek inceleyeceğiz, bazılarını çok hızlı geçeceğim çünkü zaten ekranlar ve çalışma mantığı prensibi aynı.

Teslim alma ve organizasyon nasıl çalışıyor? Şimdi şurada bir akıllı barkot tanımlayıcı kısmı var, ne demiştik sistem tanımlamalar üzerine kuruluydu, bütün personeller hastanede çalışan tüm personel tüm malzemeler ve sterilizasyon ünitesindeki tüm makineler sistemde tanımlı. Biz buraya bunların barkodunu barkot okuyucu ile okuttuğumuz anda tanımlı oldukları yerlere otomatik olarak gidiyor. İşte teslim alan kim ise yerine gidiyor teslim alma yerine, teslim eden kim ise o yerine gidiyor. Setlerin üzerine de bu barkot numaralarını özel bir şekilde yaptırdık. Ve onu da hızlı işlem gerçekleştirelim diye üzerlerine yapıştırdık onu da okuttuğumuzda ilgili set buraya gidebilmekte, bu sistemde şuan biz henüz uygulamıyoruz ama başka ileriye dönük uygulayabiliriz diye hasta adı ve protokol numarası kısmı yerleştirdik. Çünkü o setin hangi hastaya kullanıldığını kayıt altına almak istiyoruz. Kirli set bize geldiğinde getiren hemşire arkadaş hastanın adı ve protokolünü verdiği zaman bir önceki çevrim ile ilişkilendirilerek bunun kaydını tutabilmekte, isterseniz malzemelerin video kayıtları veya fotoğraflarını alabilirsiniz. Malzemeyi teslim eden kişiye teslim barkodu verebilirsiniz. Şurada da teslim alınan malzemeleri en son alınanları sıra ile görüyorsunuz ve teslim al butonuna bastığınızda tüm malzeme-

ler yıkama bölümüne geçmekte, yıkama ekranı da yine demiştik tanımlamalar üzerine çalışan bir ekranı var.

Burada da yıkayıcı makinelerimiz tanımlanmış durumda 4 tane yıkama dezenfektörü, 2 tane ultrasonik yıkama cihazı, 1 tane birde manuel yıkamalar için bir bölüm açtık, işlemi uygulayan kişinin kendi girmesi için bir alan mevcut, malzemeler şu ekrana geliyor buradan makineyi seçerek kendisini okutarak malzemeleri makine içerisine atıp programı seçiyor ve çalıştır butonuna basarak çalıştırıyor. Şimdi burada sistem şu bilgilerden herhangi birine eksik girdiğiniz zaman sizi uyarıyor. İşlemi yapan kişiyi girmediniz lütfen girin diye ve bu şekilde hiçbir basamakta eksik kalmamış oluyor.

Kontrol etiketleme; yine benzer şekilde çalışıyor. İşlemi yapan kişi için bir yerimiz var kim hangi malzemeyi paketliyorsa kendine okutuyor, malzemeyi seçiyor, paketleme yöntemini seçiyor, miat verileceği için eğer bu bir set ve içeriğinde herhangi bir eksik varsa buraya işte şu kodlu malzeme eksik diye not düşebiliyor yoksa da eksik malzeme yok diyor veya tam yazıyor ve etiket yazdır butonuna basarak, isterse bu ekrandan da seçebiliyor işlem daha hızlı bir şekilde gerçekleşsin diye ama asıl makine seçme yani sterilizasyon cihazını seçme işlemi sterilizasyon ekranının da otoklav görevlisi tarafından yapılan bir işlem, normalde onun için makine seçmedim çekli olarak geliyor bu ekranda.

Burada bir etiket göstermek istiyorum, malzemelerin üzerine yapıştırdığımız bir etiket bu. Buradaki bilgiler çok önemli hastanenin adı, son kullanma tarihi biraz daha büyük puntolu, üretim tarihide mevcut yine de personel kodu sterilizatör numarası, ilgili bölüm, malzemenin adı ve bizim için çok önemli birazdan vereceğim başımızdan geçen bir olayı anlatacağım, çok önemli olan şu takip numarası, barkot numarası, yer almakta. Bohça ve yeşil bizim kendi ürettiğimiz ürünler için kullandığımız bir bölüm her sterilizasyon ünitesinde olmaya bilir daha çok tekstil ürünleri ve tek kullanımlık malzemeler yani spanç, findık tampon vs.. gibi paketlemeleri yaptığımız ve depoladığımız depo için kurmuştuk bunu, yine malzemeleri kim yaptı ise ilgili kişi giriyor kaç tane yaptı ise onu giriyor ve kaydediyor. Bunlarla kritik stok seviyeleri var ve şu kırmızı ya da yeşil olması burada kritik stok seviyesinin altına düştüğünü gösteren bir gösterge.

Sterilizasyon aşaması; yine benzer şekilde cihazlar tanımlanmış, kişi belir-

lenmiş, malzemeyi seçip makineyi seçip çalıştır butonuna bastırarak işlemi gerçekleştiriyor. Burada en başta söylemiştim, hâlâ eksiklerimiz vardı, yanlış sterilizasyon yöntemi uygulamalarımız vardı demiştim, şimdi sistemde tanımlamalar doğru yapıldığı sürece bu hataları önleyebiliyorsunuz. Burada bir uyarı ekranı geliyor, bakın gaz hortumu etilen oksitle steril edilecek diye tanımlanmış baştan, burada da görüyoruz ve ben bunu buhar makinesini seçip buhara atmak istediğimde gaz hortumunun basınçlı buharlı steril edilemezsiniz diye uyarı geliyor ve böylece ben yanlış sterilizasyon uygulamalarında önlemiş oluyorum. Aynı şey buharla tanımlanmış malzeme içinde gerekli buharla tanımlanmış malzemeyi etilen oksit yöntemi ile steril edemezsiniz diye uyarı geliyor. Teslim etme ekranımızda teslim alma ile aynı barkot numaralarının okutulacağı bir yer var teslim alan, teslim eden bilgileri yer alıyor. Şu mavi kısım steril depomuzu gösteriyor. Bu tarafta yeşil olan kısımda teslim ettiğimiz malzemeleri gösteriyor. Şurada bir sterilizasyona geri gönder butonu görüyorsunuz bir sonra ileri aldığımızda miatla ilgili sıkıntılarımız var demiştim ben her gün steril depoya girip her malzemeye dokunarak miat kontrolü yapmak istemiyorum, yanlış bir uygulamada çünkü her dokunduğumda o malzemeyi kontamine etme riskim artıyor. Bu nedenle bu sistem bize çok yardımcı oluyor. Şuan şu steril depoda kırmızıyla görmüş olduğunuz malzemelerin miadının dolmuş olduğunu anlıyorum ve sterilizasyona geri gönder butonuyla bu malzemeleri tekrar işlem başlangıcına gönderebiliyorum.

Sorgulama ekranımız var. Bunu birazdan örnekle anlatacağım. Evet sorgulandık nasıl sorgulandık? 24.10 da ameliyat olmuş bir hastada bir enfeksiyon gelişmişti. Ortopedide protez ameliyatı olmuş bir hastaydı bu, az önce Dilek Hanım da bahsetmişti, cerrahi güvenlik formlarımız mevcut. Ayrıca bizim cerrahi set ve malzeme sterilizasyonu takip formumuz yapılmıştı. Odukça eskiydi artık burada kimyasal indikatörleri de görüyoruz, artık kimyasal indikatörleri koymuyoruz renk dönüşümü 6 ay sonra değişebilir diye. Bu hasta için bizim için önemli olan barkot numaraları demiştim. Belki küçük kalıyor okuyamıyoruz ama hasta dosyasında bu numaralar yer alıyor. Şimdi hastayla ilgili problem bize bildirildiğinde şunu söyledik; dedik ki hasta dosyasını açın ve lütfen cerrahi set ve malzeme takip formundaki etiket numaralarını bize verin dedik. Bu etiket numaralarını aldıktan sonra sorgulama ekranının da bunları ilgili bölümlere yerleştirdik, yazdık daha doğrusu ve

bu ürünle ilgili bunun protez seti olduğu işte ortopedi ameliyathanesinde kullanıldığı, teslim eden, teslim alan bilgileri şu çubuk üzerinde görülüyor. Daha detaylı bilgi getir dediğimizde, seçili ürün detayları dediğimiz de ürünün her aşaması, teslim almadan, yıkama, paketlenme, sterilizasyon ve teslim etme aşamalarının tümünde ne zaman? Nerede? Nasıl? Kim tarafından işlem yapıldıklarının hepsinin kaydına hızlı bir şekilde ulaşabildik. Burada sterilizasyon basamağındaki diğer kontrol parametrelerinin de onlara kanıtlamamız ve göstermemiz gerekiyordu. 21.10'da 4 numaralı sterilizasyon cihazın da bovidik testi görüyorsunuz 21.10, 4 numaralı sterilizatör, bovidik testi, evet atıldı olumlu mu? Olumlu, hava kaçak testi yapıldı mı? Yapıldı test sonucu olumlu mu? Olumlu aynı tarihte aynı sterilizatör biyolojik indikatör evet birinci saykılta atılmış olumlu diye gösterdik ve bir yerde kendimizi aklamış olduk. Hasta dosyasında yer alan tüm malzemeler için bunu yapmamız mümkündü ben vakit sınırlı olduğu için hepsini tekrar tekrar göstermeyeceğim size yine aynı yere barkot numarasını yazarak ürün detayları dediğinizde tüm detaylara ulaşabiliyorsunuz.

Burada bizim sorgulanma şeklimizle nelere bakabileceğimizi gösterdim aynı zamanda farklı şekilde bazı sorunlarla karşılaşabiliriz gün içerisinde o zamanda yine başka ürün detaylarına da bakabiliriz. Örneğin ameliyathaneden herhangi bir setin kirli kalması ile ilgili bir problem geldi geri dönüşü oldu üniteye o zaman diyoruz ki hani bu malzeme kirli kalmış ama bununla birlikte yıkananlarda da problem olabilir belki diye o malzeme ile aynı yıkama makinesinde yıkanan malzemelere ulaşabiliyoruz, onlarda risk grubuna girebilir diye ve geri toplamamızı sağlıyor.

Aynı şekilde problemlili olan malzeme ile aynı sterilizatöre girmiş malzemeleri de bu butondan tıklayarak hızlı bir şekilde bulabiliyoruz ve eğer olumsuz bir durum var ise malzemeleri geri toplatabiliyoruz, dağıtıldı ise veya (olabilir) kullanıldı ise ilgili klinik doktoruna bilgi verip, bu malzemede şöyle şöyle bir sorun olmuştu hastanıza profilaktik tedavilerinizi verebilirsiniz diye bilgi veriyoruz. Bunlarda benim kıymetlilerim, herkesin bir kıymetlisi var, hepimiz değerliyiz ve kendimize değer verilmesini hak ediyoruz diye düşünüyorum teşekkür ederim.

TIBBİ HATALARIN BİLDİRİMİNDE YENİ BİR SÜREÇ: GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ

■ Oturum Başkanı - Adem KESKİN

SB 1. Hukuk Müşaviri

■ Mik. Uzm. Serap SÜZÜK

SB Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

GRSTR: Bildirim Raporlarından Çözüm Önerilerine

■ Prof. Dr. Bilçin TAK

Uludağ Üniversitesi İİBF Öğretim Üyesi

Dünyada Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri ve Uygulamaya Yansımaları

■ Prof. Dr. Hakan HAKERİ

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dekanı

Güvenlik Raporlama Sisteminde Olay Bildirimlerinin Hukuki Yansımaları

GRSTR: BİLDİRİM RAPORLARINDAN ÇÖZÜM ÖNERİLERİNE

Mik. Uzm. Serap SÜZÜK

SB Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Çok teşekkür ederim, öncelikle çok büyük bir emek harcanarak hazırlandı bu kongre, gecemizi gündüzümüze kattık ama çok mutluyuz gerçekten sizler buradasınız, bu salonları böyle dolu dolu görmek o kadar güzel ki, o kadar keyifli ki, iyi ki o emeğimizi harcamışız sizler için çok mutluyuz tekrar hoş geldiniz diyorum. Şimdi konuşmamda güvenlik raporlama sistemini anlatacağım süre bana yirmi dakika, yirmi dakikalık bir konuşmam var gerçekten de bu konuyu yirmi dakikada aktaracağım ama oturum başkanımın da izin aldım yirmi dört dakikalık bir konuşma hazırladım, ya da başka şeylerde söylemek istiyorum ve yirmi dört ayar bir konuşma yapacağım inşallah sizlere. Hakan Bey de izin verdi bana dedi ki benim dört dakikamı kullanabilirsiniz, yirmi dört dakika sizlerleym.

Şimdi bugün şunu belirtmek istiyorum bugün 25 Kasım, eminim bugünün ne olduğunu biliyorsunuzdur ama bunu hatırlatmak istiyorum çünkü günümüzde çok fazla karşılaşmaya başladık, 25 Kasım Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Günü, biz kadınlar sizlerin nesiyiz biliyor musunuz? Canınız, kardeşiniz, karınız, eşiniz, sevgiliniz, yoldaşınız, şiddet hiç yakışıyor mu? Ama şunu da belirtmek istiyorum, burada hiçbir şekilde erkeklere ilenmek de istemiyorum çünkü şiddet, şiddet uygulayan kişinin gücünü maalesef göstermiyor, güçsüzlüğünü gösteriyor, şiddetin gücü maalesef şiddeti uygulayanın gerçekten güçsüzlüğünü yansıtıyor ama şunu da belirtmek istiyorum ki bazen öyle durumlarla karşılaşıyoruz ki kadının kadına ettiğini de hiçbir kimse etmiyor. Lütfen, lütfen biz kadınlar sevgiyle kenetlendikten sonra olmayacak hiçbir şey yok. Biliyorum dünya çok yaşanılabilir bir yer, çok güzel bir yer, biz kadınlar ne kadar vıdı vıdı etsek de kadınlarla daha güzel bir yer diyerek sunumuma başlıyorum.

Güvenlik raporlama sisteminin öncelikle ne olduğundan bahsedeceğim sizlere. Neden böyle bir sisteme ihtiyaç duyuldu, hangi konuları içeriyor? Özellikleri neler? Nasıl çalışıyor bu sistem? Çıktıları neler? Ve en önemlisi bizim sağlık sistemimizde güvenlik raporlama sistemi TR neler getirecek? Ben bunlardan bahsetmeye çalışacağım. Öncelikle nedir diye başlayacağım dünden

beri dinliyorsunuz aslında birçok bizim konuşmalarımızda oturumlarımıza katıldığınız zaman aslında hizmet kalite standartlarının ölçüsünü zaten biliyorsunuz, hizmet kalite standartları bildiğiniz gibi ülkeye özgü olan bir sağlık standart sistemi yani bizim kendi ülkemizin öncelikleri benimsenerek hazırlanmış bir sağlık standartları seti ve uygulanabilirliği çok yüksek ama tabii ki bizim ulusal sistemimizin evrensel boyutu da hiç aksamamış, evrensel boyutu hep taşınmış bizim kendi bu sistemimize ve gerçekten çok keyifli, dün Mehmet Bey çok güzel tarif etti bencil olmayan, uygulayıcı tarafı olan bir standart seti. Bu standart sistemi dün Daire Başkanımız Abdullah Öztürk de bahsetti bir boyutlandırma şekli var, dört tane dikey boyutları var. Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmet Yönetimi, Destek Hizmet Yönetimi ve İndikatör Yönetimi. Ama önemli olan bu dört dikey boyutun merkezine yerleşmiş olan hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması, bizim standartları hazırlarken de en büyük amacımız bu hasta ve çalışan güvenliğinin merkezine koymuş olmamız olmuştur. Benim anlatacağım konu bu standart setinin neresinde yer alıyor? Kurumsal hizmet yönetimi dikey boyutunun yönetim hizmetleri bölümünün 19 nolu standardında yer alıyor, sadece tek bir standart ama tek bir standart deyip geçmemek lazım çünkü hizmet kalite standartlarının aslında bir kilit noktasını oluşturuyor ve kodunda daha önceki konuşmalardan mutlaka hatırlıyorsunuz kodunda “G” harfi var, bu “G” harfi bu standardın hasta ve çalışan güvenliğini birlikte barındıran bir standart olduğunu aynı zamanda hasta ve çalışan güvenliğini sağlandığına dair yönetmelik kapsamında da yer aldığını gösteren bir standart. Nedir bu? Bu sistem ne yapar? Hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden olayları iki gündür dinliyorsunuz çünkü işte tam bir kaosu içinde yaşıyoruz aslında hastane ortamında tehdit eden ve edebilecek tüm olaylara karşı güvenlik sistemi aslında, beyin fırtınasının estiği bir sistem. Bizim ulusal olarak oluşturduğumuz güvenlik raporlama sistemi en güvenli kısmı bence bu, beyin fırtınası esiyor çünkü herkesin konuşma hakkı var bu sistemde, kurumun birlikte öğrenim gördüğü bir eğitim sistemi ve güvenlik kültürünü geliştiren bir sistem, böyle baktığımız zaman genel adıyla güvenlik raporlama sistemi bir bildirim sistemidir. Neden TR? Biz hep diyoruz, biz hiçbir şeyi sadece kaynak olarak aldık ama her şeyi kendimiz yaptık, her şey Türkiye’nin ve böyle güzel. Nasıl ki hizmet kalite standartları ulusal, güvenlik raporlama sistemi de ulusal bir raporlama sistemi. Neden böyle bir sisteme ih-

tiyaç duyduk? Bu benim en çok sevdiğim slaytlarımdan birisi, çünkü hastane ortamını en çok anlatan slayt olduğunu düşünüyorum ben bunun, bildiğiniz bir kaosun içinde yaşıyoruz, her yerde bir düğüm olması söz konusu ve her yerde de bir düğüm zaten var hastanede. Biz diyoruz ki hep hizmet kalite standartları bu düğümü çözecek. Yolları bu kadar çok açacak. Peki, güvenlik raporlama sistemi bunun neresinde? Bu düğümün tekrar oluşmamasını sağlıyor güvenlik raporlama sistemi işte bu yüzden o kadar çok hastanelerimiz için önemli ve gerekli. Hiçbir araştırma yapmamıştım ama dünkü sunumlarda dinledim, dediler ki bungee jumping yapmak işte dağcılık yapmak bilmem ne falan, filan, bir sürü şey saydılar dediler ki hastanede çalışmak daha riskli, Allah aşkınıza, şöyle bir ortamda ne riski var? Manzara muhteşem, burada tek bir risk var, keyifli bir iş yapıyorsunuz, yüksektesiniz belki burada kullandığınız sadece malzeme sizin için risk faktörü olabilir, hastanede öyle mi? Hastanenin manzarası bu kadar güzel mi? Hiç öyle güzel manzaralarda çalışmıyoruz. Hiç böyle güzel bir ortamla biz karşı karşıya değiliz, üstüne üstlük uğraştığımız faktör insan. İnsanı memnun etmek o kadar çok zor ki. Bunu bizden daha iyi bilen olabilir mi? Maalesef yok, insanı memnun etmek çok zor ve biz bu insanı hem de sağlık noktasında memnun etmeye çalışıyoruz, bu şimdi bunlarla bizi kıyaslaması bana gerçekten çok tuhaf geliyor. Bize bunlarla değil, başka şeylerle gelmeleri gerekiyor ama bizim karşımızda elimizde o kadar güçlü hizmet kalite standardımız ve güvenlik raporlama sistemimiz var ki ve biz zorluklara rahatlıkla göğüs gerebiliriz, ben şuna benzetiyorum hasta güvenliğini ve çalışan güvenliğini, biz aslında hastanede yağmur altındayız ama güvenlik raporlama sistemi bizi koruyan şemsiyelerimiz, hasta ve çalışan güvenliğini sağlayan, gerçekten bir sistem, bir şemsiye sistemi, çünkü hastanelerde o kadar çok risk faktörü ile yüz yüzeyiz ki bizi bu şemsiye rahatlıkla kurtarabiliyor. Hangi konuları içeriyor? Biz hizmet kalite standartlarında çok asgari konuları belirledik dedik ki iki tane bölüm var. Bir hasta güvenliği ile ilgili bölümler bir de çalışan güvenliği ile ilgili bölümler, hasta güvenliği ile ilgili olan bölümleri, ilaç güvenliği, cerrahi güvenlik, transfüzyon güvenliği ve hastaların düşmesi olarak sınıflandırdık, bunun yanına da çalışan güvenliği ile ilgili olarak da kesici delici alet yaralanması, kan ve vücut sıvılarının sıçraması şeklinde iki ayrı konu belirledik. Ama kim tutar sizi, hizmet kalite standartları hep der ki ben temelim der, sen üstüne ne yapabiliyorsan yapabi-

lirsin, siz eğer hastanenizde laboratuvarla ilgili çok ciddi bir sorunuz varsa bu sistemin içerisine laboratuvarı da ekleyebilirsiniz. Sizin hastanenizin en büyük sorunu enfeksiyonsa, siz bu bildirim sisteminin içerisine enfeksiyonu da ekleyebilirsiniz. Ama biz diyoruz ki asgari bu konularda sisteminizi kurun ama üstüne ilave etmek istediğiniz her şeyi ilave edebilirsiniz.

Dünyadaki tüm bildirim sistemlerine baktığınız da ortak noktası şudur, sistem bazlıdır, kişi bazlı değildir. Çünkü neden? Hastaneye geliyoruz, hastanenin manzarasını ben demin size çizdim, biz sağlık sisteminde de çalışanlar, işte sabahleyin işe geldiğinizde sevgilimizden bir günaydın mesajı gelmemiş olabilir, çocuğunuz sabahleyin kahvaltısını yapmamış olabilir, kreşte acıktı mı acıkmadı mı, diye düşünüyor olabilirsiniz. Otobüs gelmemiştir, zaten siniriniz tepenize çıkmıştır bir de sorumlu hemşireniz size bağırması olabilir, olabilir, olabilir. Bunlar o kadar çok uzayabilir ki şimdi herkesin çok ciddi bir sorunu var, her gün hastaneye gelirken ya da hastane ortamında gelişen ama biz hastalarımıza güvenli hizmet vermek zorundayız bu nedenle güvenlik raporlama sistemi der ki sistem üzerinde çalışmamız gerekiyor, sisteminiz doğru çalışıyorsa isterseniz o mesaj gelmesin, isterseniz çocuğunuzun karnı acıkmış olsun o sistem zaten doğru çalışacaktır. Sistem gönüllülük esasına dayanıyor, zorunlu olduğu nokta şu; hastane çalışanları, hastane yöneticileri bu sistemi kurmak zorunda ama çalışanlar gönüllü olarak bildirim yapacaklar, anonim, anonimlik sistem bazlı ve gönüllülük olmasıyla kaynaklanıyor, çünkü hiç isim bildirmiyorsunuz, ne hastanın ismini bildiriyorsunuz ne de o hatayı yapan kişinin adından soyadından, çalıştığı birimden hiç bahsedilmiyor. Bu nedenle anonim, gizlilik en kural şart, güvenlik raporlama sisteminde çünkü ortada bir hata var yapılmış bir hata var ve bunun gizli tutulması en önemli kısmı ve buradaki olan yöneticiler var biliyorum onu da söylüyorum bu sistem asla çalışanlarınızı cezalandırma yöntemine gitmeyecek olan bir sistemdir. Siz çalışanlarınızı hata yaptı diye cezalandırmamalısınız, cezalandırma yöntemini seçiyorsanız önce kendinizi cezalandırmanız gerekiyor, daha sonra çalışanlarınızı cezalandırmanız gerekiyor ama sistem cezanın olmaması yönünde kurulmuş bir sistem. Nasıl çalışıyor? Aslında sistemin çalışması çok kolay, hataların bildirimi, hataların bildirimi o kadar kolay ki niye bildirmeyelim? Biz sağlık çalışanları olarak niye hatalarımızı bildirmeyelim? Çünkü bu hataların zaten bir daha olmaması için değil mi amacımız? Biz bildirmek

istiyoruz ama bunu eminim Hakan Bey daha açık ve net anlatacak bizlere, bildirdikten sonra ne olacağı konusundaki kafamızdaki soru işaretleri bizim bildirmede engel oluyor. Türk Ceza Kanunu’nun bazı maddeleri var, bize bu bildirimleri yapmaya engel olabiliyor. Ama bunlar mutlaka aşılacaktır çünkü daire başkanlarının bu yönde çalışmaları da var. biz bunları mutlaka aşacağız ama tek nokta bildirim yaptıktan sonra benim başıma ne gelir, korkusuyla hatalarımızı bildirmiyoruz, bir sürecimiz var sürecin içerisinde bir olay oluyor bunun hata olduğunu varsayalım ve bu hata bildirimini yapıyor, kalite yönetim birimine bildirimini yapıyor. Sonra kalite yönetim direktörü ve birimde çalışanlar bu bildirimini değerlendiriyor ve bunu ilgili komitelere bu olayı sevk ediyor, olaylar analiz ediliyor, hata kaynakları belirleniyor bu noktada, nerede hata var, buna yönelik tüm önerileri geliştirilerek çözümler oluşturulup eğitim veriliyor. Çünkü bir uygulamada değişiklik yapmanız lazım, yaptığınız uygulamada hataya açık bir nokta var ve bunu gidermek içinde çalışanlara eğitim vermeniz gerekiyor ve eğitim verdiğiniz noktada bu olayın tekrar bir daha gündeme gelmesini engellemiş oluyorsunuz.

Size başımdan geçen küçük bir olayı anlatacağım; çalıştığım bir hastanede bir gün hemogram sonucunu onaylarken birden bire baktım 48.000 lökosit olan bir hastanın ertesi gün lökosit 7.000’e düşmüş. İlginç, keşke o kadar hızlı iyileşebilse, yoğun bakımda yatan hastalarımız, bir günde 48.000’den lökositleri 7.000’e düşse, keşke bu mucizeleri yaşasak ama böyle mucizeler yok, hayatta böyle mucizeler yok maalesef ve yoğun bakımı aradım çünkü kontrol ettik gelen kan hastanın kendi barkodunun olduğu bir kan gelmiş, dedik ki yoğun bakıma bir hata var herhalde, yoğun bakımın cevabı, çok normal laboratuvar da aransaydı biz de kabul etmezdik, bizde hata olmaz dedi, yoğun bakım. Var, 48.000 lökositli bir kan yerine 7.000 lökositli bir kan geldi, burada bir hata var belki bizde belki yoğun bakımda bilmiyoruz ama sistemde bir aksaklık var, gittik yoğun bakımcılarla birlikte konuştuk tartıştık ve rahat bulabildik “A” hastasının yani 48.000 lökositli olan bir hastanın yanına yatan “B” hastasının kanı ile karışmış, lökositler birbirlerini o kadar çok tutuyor ki, bu burada diyor ben “B” hastasına ait kanım diyor zaten size sonuçlar ve sonra yoğun bakımda çalışan arkadaşlarla hep beraber bir sistem geliştirdik. Eskiden şöyle çalışıyorlardı; kaç tane hasta var, yoğun bakımda yatan beş tane hasta var, bu beş tane hastadan örnekler alınıyor, barkodlar yapıştırılıyor tüplere, hastanın

başına gidip örnek alınıyordu. Biz dedik ki bunu böyle yapmayalım her hasta için barkod döktürelim, gidelim kanı alalım ve böylelikle hastanın kanları karışmasın. Şimdi kolay bir şey değil bir şeyi değiştirmek, alışkanlıkları değiştirmek ama yapmak isterseniz, bir şeyi doğru yapmak isterseniz kimse de sizi tutamıyor. Güvenlik raporlama sisteminin kümesi içerisinde kimler var, diye baktığımızda elbette ki yöneticiler var. Ama yöneticilere söylemek istediğim bir şey var. Yöneticiler, güvenlik raporlama sisteminin içerisinde sınırlarını iyi bilmeleri gerekiyor. Çünkü neden? Biz cezalandırmayı seviyoruz, o yüzden kendinizi frenleyebilmek için bu sistemin içerisinde olmanız gereken yerlerde olmanız gerekiyor. O yüzden olayın nasıl olduğu, o raporun nasıl yazıldığıyla ilgili bilgi sahibi olmanıza gerek yok. Size nerede gerek var? Size şu noktada gerek var, çalışanlarınız için bildirim güvenli bir ortam yaratmalısınız, ben sizi cezalandırmıyorum vermesi gerekiyor yöneticilerin, ben sizi cezalandırmayacağım çünkü biz burada sistem düzeltmek için uğraşıyoruz, bunun için çaba harcıyoruz, bunu söylemesi gerekiyor. Ve yönetici nerede devreye girecek? Bazen çözüm önerisi oluşturduğunuzda tamamen hastanenizde işleyen bir sistemi değiştirmek zorunda kalabilirsiniz elbette ki burada yöneticinin görüşünün alınması gerekiyor, yönetici bu noktada güvenlik raporlama sistemi içerisinde yer almalı. Kalite yönetim direktörleri bu sistemin içerisinde çok önemli bir göreve sahip, gizliliği, kalite yönetim direktörleri sağlayacak. Ağzınız sıkı olacak, bu rapor nereden geldi, bilerseniz de asla söylemeyeceksiniz. Hasta ve çalışan güvenliği komitelerinin işi daha da zor, çünkü çok iyi analiz edeceksiniz ve hızlı analiz edeceksiniz. Aman bu iş gelsin üç gün beklesin diyemezsiniz. Üç gün için otuz tane aynı hatayla karşı karşıya gelebilirsiniz. O yüzden hızlı davranacaksınız. Çalışanlar ne yapacaklar? Bildirim yapacaksınız. Bunlara neden bildirim yapmadığımızın nedenleri çok açık ve net biliniyor, bunlar üzerinde zaten çözülüyor, bunlar çözüldükten sonra bizler de rahatlıkla bildirim yapabileceğiz. Bu sistemin önemli iki tane kilit noktası var, formlar ve eğitimler. Ama bunlarında bir kilit noktası var, bunlarda takip. Sistemi sürekli takip edeceksiniz. Formlar neden önemli? Çünkü olayın bilgi kaynağını oluşturuyor formlar, sizin olay hakkındaki bilgiye sadece ulaşma noktanız doldurulmuş olan formlar. Formları lütfen daha önceki konuşmalarımızda da hep söyledim, kolay olsun, basit olsun, doldurulabilir olsun. Hazırladığınız formları lütfen sahaya inip siz kendiniz doldurmaktan rahatsız oluyor-

sunuz, doldururken sıkıntı yaşıyor musunuz? Bunlara mutlaka bakın. Bunların mutlaka kontrolünü yapın, karmaşık olmamalı, benim zaten bir sürü işim var, zaten bir de üstüne üstlük hatayı bildiriyorum, başka hata olmasın diye, benim bir sürü o formların içerisinde boğmayın. Ben bunu istiyorum bir çalışan olarak. Bildirim yapanların görüş ve önerileri mutlaka alınmalı diyoruz biz, güvenlik raporlama sisteminde çünkü en iyi çözümü size onlar getirecek, çünkü sistemin içinde olan insan onlar. Bu nedenle onların da görüşleri alınmalı ve tekrar belirtiyorum formlarda asla hastalara ait, çalışanlara ait kişisel bilgilerin yer almaması gerekiyor.

Eğitimler, eğitimleri iki aşamada anlatıyorum, ben diyorum ki güvenlik raporlama sistemini öncelikle çalışanlarınıza anlatmanız gerekiyor bu sistemin nasıl çalışacağını, çalışanlarınız bilmesi gerekiyor ki nasıl bildirim yapacağını bilmesi gerekiyor, bir ikincisi eğitim grubu ise yeni oluşturduğunuz o çözüm önerileri ile mutlaka eğitimler vermeniz gerekiyor, mutlaka o eğitimlerin payını çıkartılması gerekiyor çünkü onlar ciddi bir eğitim materyali. Bu güvenlik raporlama sistemi TR'nin çıktısı, demin de söylediğim gibi eğitim materyali, bunun dışında başka bir eğitim materyaline zaten sahip değilsiniz, o yüzden burada oluşturduğunuz o eğitim materyalleri sizin hastanenizin daha iyi bir şekilde yönetilmesini de sağlayacaktır. Daha iyi bir şekilde güven verilmesini de, hastaneye güven duyulmasını da sağlayacaktır. Ben yirmi dört dakika konuşacağım dedim ama hızlı anlattım herhalde bana öyle gibi geldi ama olsun vakitten kazanalım. Ne kazandıracak bu sistem size? Eğer çok iyi bir çalışan güvenlik raporlama sistemi kurmuş iseniz, hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmamasına dair bir olay yok, mutlaka tehdit eden olaylar olacak, mutlaka atlanan olaylar olacak ama mutlaka sistem o hatayı bir yerde yakalayacaktır. Güvenlik kültürünün gelişimini teşvik eder kurumlarınızda, bu en çok beklediğimiz, en çok umut ettiğimiz, hizmet kalite standartları kapsamında en çok umut ettiğimiz nokta ve çok güzel bir şey aslında yediden yetmişe hep öğreniyoruz böyle bir mantığımız var size kurumsal bir öğrenme süreci oluşturuyor. Hastanelerimizi de okul yerine sokuyor bundan daha güzel bir sistem olabilir mi? Hatalarınızı azaltıyor. Mortalite ve morbiditeyi azaltacak ben en çok bu özelliğini seviyorum, hem hastaların hem çalışanların yaşam kalitesini arttıracak, maliyet etkinliği sağlayacak ve elbette ki her bir kalite çalışması gibi de verimliliği sağlayacak. Sonuç olarak; kaliteli ve güvenli bir sağlık hizmeti

sunumu sağlayacak size, bu zaten eğer buna ulaştığınızda ister sizin gelen değerlendirecek puanınızı kaç vermiş ya da ne bileyim kaç tane belge asmış-sınız hastane koridorlarının hiçbir önemi yok, önemli olan güvenlik raporlama sisteminin iyi çalıştığı ve hizmet kalite standartlarının tamamının etkin bir şekilde uygulanabildiği bir sisteme sahip olmaktır.

Şimdi güvenlik raporlama sistemi ile ilgili söyleyeceklerim bu kadar. Ama söylemek istediğim çok ufak bir iki bir şey var, çok ufak, Sağlık Bakanlığın-dan ayrılıyorum. Çok sevdiğim görevimden gerçekten ayrılıyorum ama teşekkür etmek istediğim, yani huzurlarınızda bu kadar insanın içinde teşekkür hak ettiğini düşündüğüm bazı insanlar var ve onlara huzurlarınızda teşekkür etmek istiyorum. Öncelikle annem, babam ve ablam, ilk defa beni buraya dinlemeye geldiler, benim yanımdalar, hep dualarıyla yanımda olurlardı ama bugün en ön sırada benimle birlikteler çok mutluyum. Sağlık Bakanlığı'na adım atmam iki buçuk yıl önceydi, iki yıldır da Kalite Standartları Geliştirme Şube Müdürlüğü görevini yürütüyorum, öncelikle üst yönetimimde yer alan birlikte çalıştığım Adnan Çinal ve Mehmet Demir Beyefendiler çok teşekkür ediyorum, salonda yoklar ama eminim bu teşekkürüm onlara ulaşacaktır, insanlığından, kişiliğinden, çalışma şevkinden, yöneticiliğinden, daha sayayım mı? Ne sayayım bilmiyorum ama çok şey öğrendiğim Dr. Hasan Güler'e, Daire Başkanımız Dr. Abdullah Öztürk'e, Hukuk Müşavirimiz Süleyman Hafız Kapan'a, arkadaşım, meslektaşım, dostum ve beni Sağlık Bakanlığı'yla tanıştıran Dr. Dilek Tarhan'a, Kalite Standartları Geliştirme Şube Müdürlüğü'nde birlikte çalıştığım arkadaşlarım hepsinin ismini tek tek söylemek istiyorum, Günnur Ertong'a, Demet Kavak'a, Elif Kesen'e, Mehmet Saluvan'a, arkadaşım Banu Turasan'a ve oda arkadaşım Kemal Tekin'e, isimlerini sayamadığım Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Dairesi Başkanlığında çalışan tüm arkadaşlarıma, sahada her zaman çalışmaktan zevk aldığım, aralarında şu an içinde bir çoğu, değerlendirici arkadaşlarıma ve kongre katılımından dolayı sizlere teşekkür ediyorum ama bir şey daha söylemek istiyorum, en belirgin özelliğim benim gülümsememdir, sakın ola ki beni unutmayın ve hep gülümsememle hatırlayın, teşekkür ederim.

DÜNYADA TIBBİ HATA BİLDİRİM SİSTEMLERİ VE UYGULAMAYA YANSIMALARI

Prof. Dr. Bilçin TAK

Uludağ Üniversitesi İİBF Öğretim Üyesi

Teşekkür ederim Sayın Başkan. Efendim iyi günler, ben kaç dakika konuşacağımı bilmiyorum, Sayın Genel Müdürüm diyor ki yirmi dakika verince kırk dakika konuşuyorsunuz, kırk dakika verilince de bir saati geçiyorum, süreye uyacağım mutlaka Sayın Başkan ve Sayın benden sonraki konuşmacı değerli hocam, ders alışkanlığı herhalde kırk dakikanın altında meramımı anlatamıyorum. Efendim hepinize tekrar iyi günler. Hasta güvenliği meselesini biraz akademik bir dille; ama bir de yedi yıldır böyle bir sistemin tasarlanmasından, yönetilmesine kadar süreçte görev almış bir kişi olmak hasebi ile ve biraz da uygulama bilgisiyle destekleyerek deneyimlerimi paylaşmak istiyorum. Efendim yıl 2005'ti, 2005 yılında biz advers olay nasıl raporlanır ya da beklenmeyen olay nasıl raporlanır, diye bunun üzerine bir çalışma grubu ile birlikte ilk prosedürümüzü yayınladık, ilk formumuzu dizayn ettik ve ondan sonrada bütün kuruma bunu öğretti ki bizim taşeron firma üzerinden çalışan temizlik personelimiz bile en iyi nedense beklenmeyen olay prosedürümüzü öğrendi. Ne yaparsın? Vücut sıvısı ile temas ettiğimde, hemen önce işte çalışan sağlık polikliniğine başvururum, ardından form doldururum, hep form doldurmak vardı mutlaka bildirim yapılır, tedarikli firma personeli dahil olmak üzere. Şimdi efendim tıbbi hata meselesi tabii güvenlik ile ilgili bir kavram galiba bir de şunu not etmem lazım 2010 yılında yine Sağlık Bakanlığımız ilk kez bir dergi yayınlamak istediğinde naçizane makale çağrısı almıştım bu konunun da akademik temellerine bakmak biraz da o bazı güçlendirmek fırsatı oldu, bir makale de yazmış idim. Bu çalışmanın bir kısmı oradan alınmış olan bölümlerdir. Efendim şimdi güvenlik dediğimiz şey aslında çok arzu ettiğimiz bir şey, böyle aradan seçerek söyleyeceğim hiçbir şey olmama hali güvenlik. Şimdi aramızda bulunan Sayın Başhekimler, Sayın hekimler, Sayın Hemşireler, neyi varsayıyoruz? Hiçbir şey olmama halinin devam ettiğini düşünüyoruz değil mi bırakıp geldiğimiz hastanelerimizde. Yani zannediyoruz ve umuyoruz ki ve Tanrım inşallah öyledir hiçbir hemşiremiz, hiçbir ilacı hasta kimliğini doğrulamadan vermiyordur, doğru mudur acaba? Hiçbir cerrahımız

ameliyathane de güvenli cerrahi kontrol sistemini aktive etmeden, tamamlamadan, insizyon fazına geçmiyordur, mutlaka teknik destek birimlerinden de arkadaşlarımız vardır, umuyoruz ki nöbeti biten tıbbi gaz görevlilerinden biri evde hani evden çıkarken tüpü kapatıyoruz ya bizim hastanemizde oldu o da gaz vanasını kapatıp çıktı mesaisi bitti ya, eve gidiyor, tıbbi gaz vanasını kapatıp çıktı, bunların olmayacağını varsayıyoruz. Bu böyle hiçbir şey olmama hali bizim keyifli olduğumuz alan ama korkarım bunlar oluyor ve Sayın Serap Hanım'ın da vurguladığı gibi olaylar oluyor ama raporlamada sıkıntılarımız var, doğrudur ama raporlama bildirim sistemimiz de sıkıntılarımız var.

Şimdi hastaneler güvenli ortamlar mı? Biraz onu konuşalım, kabul etmemiz gerekir ki içinde yaşamış insanlar olarak aslında hastaneler hiç güvenli ortamlar değildir, neden değildir? Şöyle hemen en korktuğumuz çok basit her gün binlerce kez hastanelerde tezahür eden bir şeyi düşünelim. Hastanın klinikten çıkıp ameliyathaneye varıp, başına bir şey gelmeden ameliyat olup, oradan eğer ihtiyacı varsa yoğun bakıma ve sonra tekrar kliniğe dönüşündeki o mucizevi süreç içerisinde başına bir şey gelmemesi için ne kadar çok sistem aynı anda çalışıyor değil mi? El atıldığında tıbbi cihaz çalışıyor çünkü biyomedikal destek veriyor, cerrah işini biliyor, hemşire işini biliyor, anesteziist işini biliyor ya bir o kadar çok unsur hepsi bir arada ki ve bu sistemden sadece birini çekiniz, varsayınız ki kullanılacak olan cerrahi sette bir sterilite problemi oldu az önce ya da az önceki oturumda çok konuşulduğu için aklıma bu örnek geldi bu birden ne yapıyor? Filmlerde olduğu gibi fon müzik duruyor ve sessizliğe dönüyor değil mi bu kadar ciddi bir şey dönüşüyor. Yani bu kadar sistem girift, yine az önceki sunumda çok beğeniyorum Serap Hanım'ın sunumunda otoyol var ya Arap saçı gibi olmuş, o Arap saçı gibi olmuş komponentler birbirine dayalı duruyor hastanede, sistemde biri çekildiğinde işte tıbbi gaz vanasının kapanması gibi söyleyeyim mesai dışıydı, ameliyathane de sadece iki tane acil vaka vardı, eğer bütün odalar dolu olsaydı düşünmek bile imkansız son derece sıkıntılı sonuçlar doğabiliyordu. O halde bir noktada sizinle mutabık olmak istiyorum. Hastaneler güvenli ortamlar değildirler. Peki, hasta güvenliği ne demek? Hasta güvenliği; bir kere tedavi hataları olmayacak, sağlık hizmeti sunumundan kaynaklanacak yani hastalığın kendisinden kaynaklanmayacak, ölümle yaşamı tehdit eden bir hastalıkla, hastanın taburcu olmamasıyla sonuçlanabilecek vakalar, biraz daha detayına bakalım,

işte hatalar, normal prosedüre göre tedaviden sapmalar. Ben bu sapma meselesi üzerine ayrıca bir saat konuşabilirim. Çünkü bu konuda hastanede bir çok deneyimimiz var: Ne olacak hastayı yirmi yıldır tanıyoruz; ne olacak elimizde doğdu; ne olacak bileklik takmayıversek; ne olacak doğrulamayıversek; biz zaten biliyoruzlar üzerine kurulu bir takım sıkıntıların hastanemizde ne kadar zor aşıldığını da ayrı bir ortamda aslında uzun uzun anlatmak isterim.

Ekipman arızaları gibi hızlıca gördük zaten şimdi bir noktayı da not etmek lazım, hatayla kusur kavramını bu alanda hata psikolojisi alanının babası James T. Reason diyor ki; niyete bakacaksınız, eğer kişi o konuda bilgi sahibi ise ancak unutuyorsa, dikkati dağınıksa bir hata yaşıyorsa bakınız burada işte enfüzyon pompasının yanlış programlanması veya orada ilacın dozunun yanlış bildirilmesi, niyet doğru herhangi bir problem yok ise buna kusur diyor, diğer ise hata. Burada tabii hastanın genel durumuna uymayan bir prosedür tedavi planının oluşturulması, yanlış ilaç order edilmesi gibi. Buradan gelmeye çalıştığım konu şu; şimdi hasta güvenliği meselesi aslında insan ile ilgili bir konu. Yani sistem kendi kendine hasta güvenliğini tehdit edecek bir olaya sebep olmuyor. Peki, ne oluyor? Birkaç tane veri var, benim mesleki konumum iddia, mesnetsiz iddialarda bulunmama engel oluyor. Literatüre bakıyorum, bir takım sayılar söylüyor ama aslı şudur, son paragraftır diyor ki James T. Reason, kim sorusu yerine ne oldu da sistem ne yaptı devre dışı kaldı? Ne oldu da bu olay gerçekleştiğini sormak lazım.

Bakanlığımızın değerli yöneticileri, sayın sağlık çalışanları, hanımefendiler, beyefendiler, eğer raporlama sistemimiz olmaz ise o koskoca hastanede nerede ne olduğunun nasıl bilgisine sahip olabiliriz? Bu hataları nasıl bilebiliriz? Ve bunun hataya meydana gelen sebepleri nasıl analiz edip, nasıl düzeltebiliriz? O halde mahkum olduğumuz, ihtiyaç duyduğumuz bir sistem var, mutlaka bu olayların ama potansiyel ama fiili olayların raporlanmasını sağlamak zorundayız ki aynı vücut üzerinde fiziki muayeneyle nasıl anlamaya çalışıyorsak ya da görüntüsel tetkiklerle anlamaya çalışıyorsanız, ben hekim değilim, hastanenin de problemleri alanlarını, riskli alanlarını görebilmek gerekiyor, başka yöntemler biliyoruz çoğumuz tetkikçiyiz değil mi sahayı geziyoruz, geleyim hastaneye hemen yarım saatte bir sürü hata bulabilirim, sizde aynı şekilde birbirimizin hastanelerinde bulabiliriz ama bunlar görünen daha görünmesi kolay olanlardır önemli olan hasta güvenliğini tehdit eden olay-

ların bizzat bu olayların içinde olmuş kişiler tarafından bu raporlanmasıdır, en doğru bilgi budur. Ne yapıyoruz, şöyle kısaca bir bakalım potansiyel veya gerçek olayda bildirimlerini alıyoruz kayıt altına alıyoruz, biz de bir kamu kuruluşuyuz ama özel hastanelerde böyle çalışıyor şüphesiz, sınıflandırarak istatistiksel bir bilgiye dönüştürüyoruz diyoruz ki işte 2009 yılında 20 adet ilaç uygulama hata bildirimi gelmiştir diyoruz yani neyi görmeye çalışıyoruz problemin büyüklüğünü, bu sistem içerisinde verileri topluyoruz, düzeltici faaliyetleri planlıyoruz, ya da önleyici faaliyetleri ve bunun sonucunda da sistemi iyileştirmeye çalışıyoruz amacımız hep üzüm yemek, asla bağcı dövmekle işimiz yok. Dolayısıyla raporlama sistemlerinden aslında beklediğimiz çok önemli bir olay var yine hep beraberiz biz bizyiz kapılar kapalı, bir tanesi hep açık benim hep dikkatimi dağıtıyor ders alışkanlığı herhalde amfilerde hep kapıları kapattırdığımız için rica ederim lütfen arkadaşlardan da kapıların kapanması konusunu, şimdi hasta güvenliği diye bir mesele var ama münferit bir mesele değil mi, öyle algılıyoruz değil mi? Milyonda bir, doğru mudur? Mesela bir hemşire hanımın ilaç uygulama hatası kan transformasyon hatasına karşı karşıya kalma, bilgi sahibi olma ihtimali düşük müdür? Yüksek olabilir aslında. Şimdi ne yapıyor raporlama sistemi? Problemi ete kemiğe büründürüyor yani artık görünür hale geliyor. Bu bir münferit olay olmadığını görüyor ve bizde şunu yaratıyor, kendimiz içinde yer almasa bile şahit olmasak bile hele hele mesleğe yeni başlamış olan kişilerde bedelsiz ders diyor gene James T. Reason, bedelsiz bir ders veriyor diyor ki, bak eğer hasta kimliğini doğrulamazsan ilaç uygulama hatasına sebep olabilir deniyor, bileklik takmazsan acilden ameliyata gidecek hastayı taburcu edersin, taburcu olacak hastayı da ameliyathaneye gönderirsin, oluyor mu böyle şeyler sizler de? ben hep böyle sorarım, salon sessiz kalır, hep galiba bizim hastanede oluyor böyle şeyler, hemen tedbir almak gerekiyor, hemen düzenlemek gerekiyor. Sonuç olarak korkmayı unutmamak diye bir kültür, evet ne güzel ki ne şükür ki çok miktarda olayla karşılaşmıyoruz. Ama hep şöyle yaşamalıyız, bir önceki oturumda vurgulanmıştı, hasta değil mi tespit edilene kadar Dilek Hanım'ı arıyorum destekler diye Dilek Tarhan'ı göremiyorum, ne kabule diyoruz, enfeksiyon açısından riskli kabule diyoruz, biz de her şart altında korkmayı unutmamayı ilke edinmek lazım hep tersini hep olumsuz düşünmek lazım.

Peki, bir yol haritası ne yapacağız? Bir kere ne yapmayacağız? Veya neden umutlanarak beklemeyeceğiz? Bir; prosedür-talimat, yayınlatalım. İki; formu

yayınlayalım, anlatalım, diyelim ki bu durumda doldur gönder. Üç; birkaç kişiye seni bu işe memur ettik diyelim. Çoğumuz kamu kökenliyiz değil mi arkadaşlar, devlet memuruyuz hepimiz, dolayısıyla birkaç kişiyi de görevlendirirsek acaba bu sistem çözülür mü? Maalesef başarılı raporlama sistemini bu şekilde kurmak mümkün değil, keşke olsaydı. Ne yapacağız? Üç tane temel işlevimiz olacak, bir gerekli dokümantasyon altyapısı kuracağız ama önce mevcut olanlara eklemeler yapacağız, cerrahi bakım prosedürümüze güvenli cerrahi kontrol sistemine Uğur Hoca'nı görüyorum, ilaç uygulama, klinikte hasta bakım prosedürlerine hasta kimlik doldurmaları implant edeceğiz, hemşirelik hizmetlerine düşme riski değerlendirme ve takibini implant edeceğiz, önce bir kere bizim kurumumuzda bu iş böyle yapılır diye hasa güvenliği ile ilgili maddeleri o dokümanlara implant edeceğiz ve yeniden yayınlayacağız ve diyeceğiz ki ey hastanemiz çalışanları, oyunun kuralı değişmiştir, bundan sonra böyle olacak bir. İki, bu sistem nasıl işler bununla ilgili de bir prosedür, zaten Bakanlığımız gerek hizmet kalite standart, hastane hizmet kalite standartlarıyla gerekse tebliğ ile ne yapıyor? Gerekli düzenlemeleri yapıyor Amerika'yı yeniden keşfetmemizi gerektirecek bir durum yok ama bunu bizim günlük iş pratiğine yansıtabak bazı yeni dokümanları sisteme implant etmemiz lazım, ne yaptık? Teknik kısmı tamam, içimiz rahat mı? Maalesef değil, çünkü bir bilgi akış mekanizmasını kurabilmemiz lazım, onu bundan sonraki tek bir slaytta göstereceğim. Sonuncusu ve benim naçizane ısrarla üzerinde duracağım konu da doğru bir deconstructionla doğru bir yapı ile bu işi yönetmemiz lazım, şimdi dokümantasyon sistemini az önce özetledim hızlı geçeyim, kanal oluşturmak yine bakıyoruz literatüre de bu konuda otorite kabul edilen Dünya Sağlık Örgütü'nün önerilerine elektronik postayla, faksla yapılabilir diye ben bizdeki yöntemi söyleyeyim hardcopy, devletin kaydı hardcopy'dir. Devletin kaydı elbette e-devlet çalışmaları da var ama bir form dolduruluyor, bizde standart bir form bu, bu formu defalarca revize ettik çünkü bakıyoruz ki bu form zaman içerisinde bizim istediğimiz bilgiyi sağlayamıyor. Bu formun düzenlenmesi de bize fiziken ulaşıyor ama küçük bir nokta, önce şöyle düşünmüştük, tespit edildiğinde bu olay, kişi kendi amirine bunu onaylatsın oradan da bize kalite yönetim birimine gelsin, işlemiyor değerli arkadaşlar, hepimiz yöneticiyiz, istiyor muyuz kendi bölümümüzde sıkıntı çıksın, kol kırılrsa yen içinde kalsa olmaz mı? Filtrasyonluyor bizim hocalarımız, bir filtrasyona tabii

oluyor şimdi öyle değil, herhangi bir en kıdemsiz sağlık çalışanımızda o formu doğrudan rektörlükteki ofisimize ulaştırıyor arada hiçbir kademe böyle bir sistem içerisinde olayı süzmüyor, böylece onun mahremiyetini de koruyabiliyoruz biz. İkincisi bu form ulaştıktan sonra hızlıca olaya müdahil oluyoruz, telefon ediyoruz, ya da olayın niteliğine bağlı olarak bir psikiyatr hastası camının dışına çıktı ve atladı bunu telefonla uzaktan anlamana gerek yok, hemen üst yöneticilerden bir ekip belki bir not söylemem lazım rektörümüz IRKA onaylı baş tetkikçidir, dekanımız, başhekimimiz bizim bütün yöneticilerimiz zaten kalite yönetim sistem tetkik belgesine sahiptir ve 2005 yılından da sahayı denetlemektedirler yani bu mantaliteye sahiptirler, dolayısıyla bu ekip içerisinde hızlıca yerinde gidip değerlendirmeyi yapıyoruz yani şöyle söylemek mümkün düz kağıda hikaye değil hani var ya rapor altına almak gibi standart bir form bilemiyorum o kısmı kaçırmış olabilirim bakanlığımızın standart bir formu tüm hastanelerde kullanıma sunmasının karşılaştırılabilir veri açısından faydalı olacağına naçizane söylemek isterim, aynı dili konuşmalıyız, herkes aynı olayı, aynı şekilde kategorize etmek durumundadır. Dolayısıyla standart form artı görüşmem. Örgütsel yapı meselesi şimdi şu şeyi çok seviyoruz; üst yönetim sahip çıksın, evet çıksın bu çok önemli ama aynı zamanda bu sahip çıkmanın bir operasyonel boyutu da var. Yani tıpkı ameliyathane gibi, laboratuvar gibi kalite yönetim sisteminin de bir işleyiş, çalışma sistematigi var, bir iki opsiyonu daha söyleyeyim komite oluşturmak, üzüm salkımı örgütlenme, ne yapacağız, tepede bir hasta güvenliği komitemiz olacak ve bu komitenin altında bizdeki örgütlenme hep öyledir yönetim biriminden zihnimizdeki format öyledir, kliniklerde de ne olması lazım? Hasta güvenliğinden sorumlu birimler olması lazım. Olmazsa olmaz koşul mutlaka en tepedeki kişilerin bu sistemin başında olması lazım, hastane başhekimisi dışında bir yöneticinin biz de dekan dışında bir yöneticinin bu sisteme sahipliği maalesef bir takım kurum içi çalışma ve mahremiyetin aşınması problemlerine yol açabiliyor. Bunu uygulama deneyimi olarak söylüyorum, üzüm salkımı örgütlenme de olayların çözümlenebilmesi için ilgili kliniklerde, bizde ana bilim dallarında nasıl çözümleneceği ile ilgili hemen komite alart oluyor. Şimdi bizim düşüncemiz, bizim deneyimimizi söyleyeyim, niye böyle olduğunu söyleyeyim, çok özet bir tane vaka getirdim size çok basit kadın doğum kliniğinden aradılar dediler ki bir hastamız camı açtı atlamak istedi. Şimdi bu rapor bize geldi, bize en

az günde üç, dört tane bildiri gelir, her gün istisnasız, bu bildirim içerisinde evrak kaydı yaptık sonra bakın sahaya çıkıyoruz, bunları okumayacağım, o kadar çok şey hemen gidiyoruz, müdahil oluyoruz, bu pencere niye açıldı, biri mi açtı, bizde mekanizmalar sonradan yapılma yani inşaattan hastanenin kapalı değil pencerelerimiz, sizlerin de öyle mi bilmiyorum, bir mekanizma ile kontrollü açılır duruma getiriyoruz, tabii onu biraz aşağı çektiğinizde açılıyor, niye onu açıyor hasta yakını klimazisyon problemimiz var havalandırmak için açıyor, bunu engellemek açılmasını engelleyecek tedbirler almak, hemen ne yapıyoruz, tesisten sorumlu başhekim yardımcımız bir tesis turu düzenliyor, burada açıksa diğer kliniklerde de olabilir, hızlıca tespit ediliyor, eğitim, farkındalık, iyileştirme ve üst yönetimin kalite konseyine toplantılarına bunu getiriyoruz, gerekirse kaynak ihtiyacı varsa tahsis etsinler diye, bizim naçizane önerimiz en tepedeki kişi ile bunun yönetilmesidir ama operasyon olarak da bizim ofisimiz gibi üç dört kişilik bir ofis de bu işlerin proses edilmesidir. Bunlar kaydediliyor, özetleniyor, raporlanıyor, ciddi bir faaliyet yürütülüyor.

Kritik başarı faktörleri, bunlar artık son slaytlarımız, bir kere güvenlik iklimi esastır. Yani mutlaka ve mutlaka bu olayların raporlanması gerektiğine ilişkin utanma, saklama kültüründen vazgeçmek gerekiyor. Nasıl rol modeli siz sayın hekimler olmak üzere. Uygulama deneyimimiz, eğer bu raporlamaya dönüşmüyor, alışkanlığa dönüşmüyor diyorsanız gerçekten dönüşüyor, her şart altında bizim hastanemizde bildirimden hiç kimse kaçınmaz. Bakınız, birkaç küçük örnek; hasta düştü, ilaç geç geldi, onu yapamadık, hep bize bu bildirimler gelir bunların bir rutine dönmesi lazım, günlük iş hayatının bir parçası bir problem yaşandığında hemen ilaç geç geldi, ilaç yanlış geldi, ilaç başka hastaya uygulandı, olmaz değil mi böyle bir şey, olur, olur, ki bizde hasta bazlı ilaç hazırlama sistemleri var bu durumda mutlaka bunun form doldurularak sisteme girmesi gerekiyor, üst yönetimin sahiplenmesi önemli ama izninizle sayın klinik sorumlusu hemşirelerimize bir mesajım var, lütfen en kıdemsiz hemşirelerinizden başlayarak onları gözleyiniz, hastaya ilaç uygularken doğrulama yapıp yapmadıklarını eğer spesifik birimlerde spesifik işlemler yapılıyor ise yoğun bakımlar, kan spesifikasyon üniteleri gibi, kemoterapi uygulama üniteleri gibi bu alanlarda lütfen hasta güvenliğini önceleyerek çalışıyorlar mı, diye takipçisi olunuz ve rol modeli de bizzat siz olunuz.

Hekimlerin sisteme sahip çıkması çok sevdiğim laflar var. Diyor ki; bireyler

kendileri için önem taşıyan ötekilerle özdeşleşmeyi sever. Sayın hekimlerimiz siz bizlerin hastanedeki rol modellerisiniz. Gerçekten öylesiniz sizin önem verdiğiniz şeylere tüm sağlık çalışanları önem veriyor, sizin önem vermediğiniz şeylere öyle değil mi arkadaşlar, hiçbir destek alamıyorum, doğru mudur? Sizin önem vermediğiniz sizin, olsun dediğiniz şeylere hastanelerimizde maalesef önem verilmiyor, hekimlerin bu sistem içerisinde olmazsa olmaz bir rol model olarak yer alması lazım. Ödüllendirmeyi lütfen unutmayın! Stephen Covey diyor ki neyi ödüllendiriyorsanız, onu elde edersiniz. Eğer raporlayan personelinizi bizde ilaç uygulama hata bildiriminde bulunan hemşirelerimiz dekanlık seviyesinde mektupla teşekkür edilir ve kendilerine mutlaka, “Senin davranışını doğru buluyorum, ey diğer arkadaşlar bu davranış benim yönetim olarak istediğimdir” meselesini çok net bir biçimde söylemek gerekiyor. Yine burada hemşire arkadaşlara küçük not, keşke bizim başhemşiremiz olsa da teyit etse, hukuki sorunlarını -çok özür diliyorum Haluk Hocam- vurgulayacaktır ama bizim hastanemizde hiç kimse hakkında soruşturma açılmamıştır bugüne kadar ama küçük bir şey yapıyoruz tüm ısrar ve çabalara rağmen anonimiteyi bozmuyoruz. Şimdi der ki doğal olarak başhemşiremiz; hangi klinikte, hangi hemşirem bu olaya sebep olmuş? Bir kopyada bize gönderseniz de ben bilsem der, göndermeyiz. İdareciler çözecek olsaydı böyle bir sisteme gerek var mıydı? Cezalandırırdı, kızardı, bilemez, biz ona sadece şunu göndeririz Ocak 2011 ayı içerisinde kliniklerimizde altı tane hasta düşme vakası tespit edilmiştir, konuyu değerlendirerek, genellikle ne çıkıyor? Yeni göreve başlayan hemşirelerimizin oryantasyonunda sıkıntılarımız oluyor bir de biz de asistanlar var biliyorsunuz sistem içerisinde devasa bir ordu olarak onların oryantasyonlarında eksikliklerimiz oluyor. Bunu iyileştirin, bir faaliyet planı hazırlayın diye söylüyoruz, asla ve kata başhemşireliğe Ayşe, Fatma, Bilçin problem yaptı diye bir raporu göndermiyoruz, anonimiteyi korumak lazım. Onlarda kötü niyetli değiller ama olmaz, bir süre sonra hastane içerisinde kim yaptıya döner, bunu istemiyoruz ki biz, biz şunu bilmek istiyoruz; arabesk olacak ama biz nerede hata yaptık da hasta düştü bir ayda altı defa, altı değildir zaten kabul edelim raporlanan altıdır, çarpalım mı üçle beşle arkadaşlar, bilmiyorum.

Sorunlar; güvenilirlik ve geçerlilik problemi var, datalar burada dünyadan örnekler çünkü bana verilen konuşmada maalesef doğrulayan bilgiler yok. İki, karşılaştırma sorununuz var, bilmiyoruz bizdeki o yirmi ilaç uygulama hata

bildirimi iyi bir sayı mıdır, bilmiyoruz. Karşılaştırılabilir olması lazım, ulusal bazda bir database'in pet projesinde olduğu gibi bu konuda da Bakanlığımız tarafından kurulacağını düşünüyorum. Ortak dil ve sınıflandırma sorununuz var, aynı konuyu delici kesici aletle yaralanma, hasta vücut sıvısına bulaşmış aletle temas, hepsini önce bir havuza koyduk baktık içinden çıkamıyoruz, sonra ayırdık, çok detay oldu yönetemiyoruz, ne yapacağımızı bilemiyoruz. Bu konuda mutlaka Bakanlığın bir kategorizasyonu, Dünya Sağlık Örgütü bu konuda çalışıyor biliyorum ama dün baktım hala daha sonuçlanmış bir şey yok, tam bir terminoloji ve sınıflandırma sistemi yok. Uygulama örneği ile ilgili bir örnek Minnesota Eyaletinden; Sayın Genel Müdürüm Pensilvanya Eyaleti 2010 yılı hasta güvenliği raporunu yayınlamış, kıskanıyorum. Bugün üçte bir sunuş yapacağım, 2009 verilerini ancak onunla hareket ediyoruz, eyalet 2010 yılı sonu itibari ile hangi hasta güvenliği tehdit eden olay olmuş, bunu hastaneler nasıl iyileştirmiş ortak bir bilgi olarak eyalete yayıyor. Galiba bu konuda da mutlaka çalışıyordur, galiba yakın dönemde somut sonuçlarını alacağımız bir noktaya geleceğiz. Bilmek isteriz memlekete göre neredeyiz? Sonra dünyaya göre neredeyiz? Enfeksiyon da biz (Anlaşılmıyor) biliyoruz yani ne yapabiliyoruz? Hem ulusal hem uluslararası benchmarkımız var, burada da bilmek istiyoruz, dolayısıyla önemli bir nokta istediğimiz seviyede mi karşılaştırılabilir sorun nedeniyle iyi bir noktada değiliz daha kötü bir şey söyleyeyim Missouri Eyaleti, Utah da yapılan çalışma; maalesef istenen sonuçlar tüm çabalara rağmen istenen noktaya gelinmiyor. Öneriler, buradaki görevleri akademiden kaç kişi var üniversitelerden? Cezayı kendimize çıkarttım, değerli hocalarım hepinizin hoş görüşüne savunarak bir, felaket bir tabloyla karşı karşıyayız yüzleşsek de yüzleşmesek de hani böyle politikacılar amiyane tabirlerle diyor ya, “Bu akan kanı durdurun!” Değerli sağlık çalışanları, değerli yöneticiler, hasta güvenliği, göz ardı edebildiğimiz küçücük bir problem değil gerçekten çok büyük bir problem ve bu konuyu üniversite, akademiya görmezden geliyor. Bu konu üzerinde görmezden gelmiyorsa naçizane ulusal ve uluslar arası literatürüne hakim olduğumu iddia edebilirim, gösterebilirim, Bakanlıkta yayınlanan makaleme bakabilirsiniz yüzlerce kaynağı taradım ve inceledim. Hala bu konu üzerinde şu Roberts'ın şahane bir lafı var diyor ki, “Çok sayıda kişiyi öldürme kapasitesine sahip kuruluşlar var, bunlar nasıl yönetilmeliye kafa yoran yok.” Bu önemli bir konu bir de master ve doktora

tezleri, yapanları naçizane bir kenara koyarak söylüyorum, işte Nevera ve So-ra'nın anketi ile hasta güvenliği kültürünü artık ölçtürmeyin master ve doktora asistanlarınıza, artık onu zaten ne var ankete topla. Ben size yarım saatte ye-min ediyorum yapacağım, vereceğim, gönüllülükle yapacağım. Lütfen bunun teknik temellerine bakınız, bu nasıl işler? Bu tezler meselesi çok önemli, sonra hangi konularda tez verelim? Dünya Sağlık Örgütü, global öncelikler raporu yayınlamış lütfen bakınız diyor ki hasta güvenliğinde şu, şu, şu, şu konular-da bilgiye ihtiyacımız var, akademiyanın bunu üretmesi gerekir. Onun zaten temel işlevi budur izlemek, incelemek ve araştırmak ve uzak durmak, hasta-neyse konu; doktorlar ve hemşireler düşünsün olamaz, NASA'nın sistemini astronotlar mı kuruyor? Niye sistemin dışında kalınmaya devam ediliyor? Ve bir rapora bizimde ihtiyacımız var hep kıskanmışımdır hani var ya bu To Earn is Human Institute of Medicine yayınlamış o zaman herkesin ayağı suya erdi ya a, hasta güvenliği diye ne ciddi bir problemimiz varmış! Diye bizimde böyle bir raporumuz olmalı, Bakanlığımızın değerli yöneticileri lütfen akade-misyenleri alınız, uygulamacıları ve sivil toplum bu konunun taraftarı, taraf-tardan kastım, paydaşı olan sivil toplum kuruluşlarını lütfen alınız ve bizim memleketimizde neredeyiz? Ne kadar büyük bir problemle karşı karşıyayız? Sorusuna cevap arayınız, son söz vallahi son söze geldim.

Hasta güvenliği sorunu; bir insan sorunudur ama aynı zamanda bir insanlık so-runudur. İnsan sorunudur kabul edelim bizlerden kaynaklanıyor sistem içindeki rollerimizden. İnsanlık sorunudur acıtatıf olacak ama görmek, gördüğümü de anlatmak istiyorum. Ameliyathanedeki hasta ne kadar savunmasızdır bilirsiniz değil mi? Koca ameliyathanede bende güvenli cerrahi kontrol sistemi Uğur Ho-cam yapılıyor mu diye gözlemek üzere observerim. Hastaya soruyor, teyze neyin var? Ameliyat olacağım diyor. Ne ameliyatı olacan? Bilmem diyor. Kim yapacak diyor? Hocanın adını söylüyor. Hoca kendisi halbuki peki diyor, sen nasıl güvendin buraya yattın diyor, diyor ki hoca büyük adam o bilir. O kadar korunmasız, o kadar savunmasız. Nesine ameliyat olacağı ona dair bir fikri bile yok. O kadar bize emanet ki bu konuyu göz ardı etmek olmayıversin demek Uğur Hocam söyleyeceğim, izninizle, bizim hocaların söylediği gibi “aptal Amerikan cerrahları hastanın sağını solunu karıştırıyorsa formu onlar kullansın, ben evvel Allah unutmam” üzerine kurulu, unutmamaya hatırlamaya dayalı bir sisteme o kişinin savunmasızlığını nasıl emanet edebiliriz?



Son söz; bir yönetime ihtiyacımız var, bu hasta güvenliği meselesini doğru, bilimsel, açık, anlaşılabilir ama her şeyden önemli yönetilebilir, yani iyileştirilebilir, yeniden ortaya çıkmasını engelleyecek bir mekanizmaya tercüme etmek zorundayız ama gavurcadan Türkçeye ama çok güzel vurguluyor, Serap Hanım ve genelde Bakanlığın vurgu yaptığı nokta bize özgü yöntemlerle bu işin yolunu yöntemini bulmak zorundayız.

Sonsuz sabrınız ve başkanımın toleransı için teşekkür ederim.

GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİNDE OLAY BİLDİRİMLERİNİN HUKUKİ YANSIMALARI

Prof. Dr. Hakan HAKERİ

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dekanı

Teşekkür ediyorum Sayın Başkan, değerli hanımefendiler, beyefendiler hepinizi saygıyla selamlıyorum, bu güvenlik raporlama sistemi ben ilk defa 2006 yılında duydum, daha önce hiç duymamıştım, bizim Almanlar ile birlikte her sene düzenli yaptığımız, bu sene de sekizincisini Diyarbakır’da yaptığımız, bu sempozyumların üçüncüsünde Almanya’nın Ausburg kentinde bir Alman Hoca sunum yaptı, sunumda ilginç bir olay anlattı, Amerikan pilotu savaş uçağını kullanırken, geceleyin Atlas Okyanusu’nun üzerinde canı sıkılmış, otomatik pilotta gidiyor, hava karanlık, yapacak bir şey yok, uçağın sağıyla soluyla oynamaya başlamış, bir anda sistem kapanmış, bütün ışıklar gitmiş, fakat uçakta o sistemi açacak bir düğme varmış, düğme koltuğun yanındaymış fakat hatırlayamamış pilot sağ tarafta mı? Sol tarafta mıydı? Yalnız şöyle bir sıkıntısı var pilotun bir taraftaki düğme o sistemi açıyor, öbür taraftaki düğme koltuğu fırlatıyor. Şimdi dolayısıyla yanlış düğmeye basarsa Atlas Okyanusu’nun üzerinde hayatta kalabilir belki uçak düşecek kendisi paraşütle inecek belki ama ne yapabilir Atlas Okyanusu’nun üzerinde, suya düşecek ve sonradan rastgele çekiyor bir düğmeyi Allahtan sistemi açan bir düğme bunun üzerine bunu rapor etmesi lazım fakat rapor edecekse buna diyecek ki amirleri senin ne işin vardı? Niye oynuyorsun uçakla? O nedenle Amerikalılar bunu anonim rapor sistemini geliştirmişler yani biz bunu gizlice o kişi ismini belirtmeden rapor etsin de bu hoca Almanya’da ki sunumda bunu tıpta uygulanması gerekir diye anlatmıştı beş sene önce, ne kadar güzel bir düşünce diye düşünmüştüm ve çok hoşuma gitti benden bu sunum istendiğinde bunu meğerse Sağlık Bakanlığı yapıyormuş gerçekten gurur duydum, buradaki sunumlardan da bu sistemin az çok yerleştiğini gördüm, çok sevindim yalnız hukuki yönden bu biz hukuk hep durdururuz insanları yani tıpçıları özellikle zaman zaman tabii tıba yetişemiyoruz, zor oluyor tıba yetişmek de ama bu noktada şimdi size anlatacağım sunum bakımından da konular bakımından da tıba yetişmemiz konusunda sıkıntılarımız var gerçekten de acaba bu kadar rahat bildirebilir miyiz bildirimler bu kadar rahat yapılabilir mi? Sorumsuz-

luk olmaz mı? Serap Hanım söyledi, cezalandırma yok. Tamam, siz cezalandırmayabilirsiniz ama biz cezacılar (ben cezacıyım kötü bir tanım ama ceza avukatıyım doğrusu) biz o kadar rahat cezalandırmayız demiyoruz. Neden? Şimdi Türk Ceza Kanunu'nun iki tane hükmü var burada gündeme gelebilecek onlara bir bakalım, 85. Madde, taksirle bir insanın ölümüne sebebiyet verme, iki yıldan başlıyor cezası taksir demek hata sonucu, ihmal sonucu, dikkatsizlik, tedbirsizlik sonucu isteme yok, eğer birden fazla kişi söz konusuysa ölüm veya yaralama açısından o zaman 15 yıla kadar uzayabiliyor. Bir diğer hükmümüz 89. Madde; o da yaralama yani hasta ölmedi ama yapılan bir hata sonucunda zarar gördü, üç aydan başlıyor, birden fazla kişi yaralanmışsa altı aydan başlıyor burada önemli olan bir husus var oraya dikkatinizi çekmek isterim o da beşinci fıkrası diyor ki taksir yaralama suçunun soruşturulması ve kovuşturulması şikayete bağlıdır, yani kamusal organlar (savcılık), doğrudan herhangi bir şikayet olmaksızın soruşturamazlar, suçtan zarar görenin yani amirin, başhekimin vs. değil, suçtan zarar gören hastanın dolayısıyla sizin örneğinizde şikayeti gerekli. Bu ne açıdan önemli birazdan döneceğim oraya.

Şimdi ben istedim Bakanlıktan dedim nedir bu sistem bana biraz yardımcı olun ne anlatacağım ben? Onun için bana birkaç örnek olay gönderdiler. Mesela ilaç güvenliği falan dediler, işte ne var bunda, yanlış ilaç istenmesi, yanlış ilaç uygulanması, bunları ne için arttırıyorum burada gördüğünüz şeylerin hepsi ceza hukukunun alanına giriyor, yani yanlış ilaç istenmiş ve hasta bundan zarar görmüşse, yanlış ilaç uygulanmış hasta zarar görmüşse, yanlış yolla uygulandığı için hasta zarar görmüşse, yanlış kan ürününden dolayı depolanmadan dolayı bozulmuş, ondan dolayı hasta zarar görmüşse bunları hepiniz tek tek biliyorsunuz zaten benden iyi, yanlış organ alınmışsa, yanlış kişi üzerinde yapılmışsa, hasta düşmüş zarar görmüşse bunların hepsi ceza hukukunu ilgilendiriyor. Yani biraz evvel size bahsetmiş olduğum hasta bunlardan dolayı ölürse taksirle öldürme, yaralanırsa taksirle yaralama suçlarından dolayı bunu yapan personelin cezai sorumluluğu var tabii bir de disiplin zorunluluğu var. Şimdi öte yandan 279. Maddemiz var, Türk Ceza Kanunu'nun şöyle diyor; kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini görevi ile bağlantılı olarak öğreniyor. Bana hemen sunumdan önce bir arkadaş dedi ki, hocam dedi, sunumdan sonra sorular gelir ama ben baştan sorayım size bize işte kalite sistemlerinden raporlar geliyor, oradan görüyoruz hatalar

yapılmış biz bunu bildirecek miyiz? Siz herkes bu salonda kamu görevlisi değil mi? Ne diyor burada, kamu görevlisi, gecikme gösteren kamu görevlisi demek ki bu madde sizi ilgilendiriyor. Hepiniz bu maddenin kapsamına giriyorsunuz, peki bunları siz görevinizle bağlantılı olarak mı öğreniyorsunuz? Evet, değil mi size özel hayatınız doğrultusunda kimse gelip de size ya ben hastanın birinin ölümüne sebebiyet verdim demiyor, dolayısıyla görevinizle bağlantılı olarak öğreniyorsunuz, bunları o zaman yetkili makamlara bildirmelisiniz, hatta gecikmeyeceksiniz de bakın ne diyor gecikme gösteren de ya ben iki gün sonra bildirecektim tamam ben bildirmem demedim ama iki gün vaktim vardı. Hayır, derhal. Her ne kadar kanun bunu söylemiyorsa da gecikme olmayacak. Şimdi burada önemli olan husus şu kamu adına demesi, biraz evvel hatırlarsanız 85 ve 89. Maddeye bakarken eğer hasta ölmüşse bu resen kovuşturulur, yani hasta yakınlarının şikayeti aranmaz, dolayısıyla bunu sizin bildirme yükümlülüğünüz var, Sağlık Bakanlığı Performans Dairesi anonim bildirin, sizi şey yapmayacağız, mey yapmayacağız dese bile yine de bunu bildirme yükümlülüğünüz var ha birazdan ne ölçüde bildirebilirsiniz onu söyleyeceğim tabii ki. Bir de 280. Madde var, o sizi ilgilendirmiyor ben salonda kimler olduğunu bilmediğim için o maddeyi de aldım, bu özel sektördeki sağlık görevlilerini ilgilendiriyor onlar için daha kötü çünkü bakarsanız ki yanlış bir düzenleme, gerçekten kötü bir düzenleme olmuş, bu öbür madde ne ile başlıyordu? Kamu adına soruşturma, kovuşturmayı yani şikayete tabii suçlar bu kapsamda değil, şikayete tabii suçlar yani yaralanmışsa hasta ölmemişse, o zaman bildirme yükümlülüğünüz yok, sadece ölüm halinde siz kamu görevlisi olarak bildirme yükümlülüğünüz var ama özel sektördeki hem yaralama hem ölüm halinde bildirme yükümlülükleri var, yine yataklı kurumlar işletme yönetmeliği bazen bize yükleniyor tıpçılar işte siz hukukçular şöylesiniz, böylesiniz ama bakın sizin yönetmeliğiniz biz yapmadık büyük bir ihtimalle Sağlık Bakanlığı yapmıştır o da aynı şeyi söylüyor, bir suçun işlendiğine dair bir belirtiyle karşılaşılmaması halinde Türk Ceza Kanunu'nun ilgili maddesi gereği gecikmeksizin savcılığa veya kolluğa ben aslında o kadar kötü demiyorum ben diyorum ki baş hekimliğe haber vermeniz de yeterli olur ama yönetmeliğiniz direkt savcılık veya polisten bahsediyor. Şimdi yine bana Sağlık Bakanlığı'nın dairenizin yollamış olduğu metinde dört tane bölüm olmalı diyor bunların bizim açımızdan hukuki değerlendirmesini yaparsak ne

önemi var? Olayın konusu ve olayın anlatılması zorunlu olacakmış, diğerleri ise zorunlu değil, şu dördüncü bölüm sıkıntı yaratabilir, yani siz zorunlu değil gerçi ama o bölümün olması şart değil bildirimde ama bildirimde siz olayın olduğu tarihi saati ve bölümü bildiriyorsanız o zaman bu bildirimin ulaştığı kişilerin veya yöneticilerin diyeyim en azından bunu araştırarak, yükümlüler, bu tarihte nerede ne olmuş? Bu saatte o bölümde ne olmuş? Bunları araştırıp ve sorumlusunu tespit edip, savcılığa bildirmekle yükümlüdürler. Çünkü biraz evvel ki maddeler böyle söylüyor. O nedenle madem ki şu kısmı zorunlu değil o zaman genel olarak hani tedbir alınacak ya bunun amacı bu, tedbir alınacaksa o zaman genel bir bilgi işte ne bileyim cerrahi de mi yapıldı? Dahiliyede mi yapıldı? Ama ben onu bilemem tabii ki ne kadar spesifik edilmesi gerekir? Belirli olmaması için, onu sizin takdir etmeniz gerekiyor. Şimdi bizim mevzuatımız böyle maalesef yaralamada bildirme yükümlülüğü yok rahatsız ama hasta ölmüşse bildireceksiniz, yani anonim geldi hiçbir şekilde tespit etme imkanı yoksa sorumluluğunuz yok tabii bildirecek bir şeyiniz yok çünkü ama araştırmak zorundasınız ama az çok belirlenebiliyorsa o zaman belirlediğiniz kısmıyla savcılığa bildireceksiniz, savcılık bizzat faili bulabiliyorsa bulacak. Buna karşılık hasta hakları Avrupa statüsü var. Bu açıkça düzenlemiş fakat biz Avrupa Birliği metni olsa gerek bu belki Avrupa Birliği çerçevesinde Sağlık Bakanlığı'nın uyum çalışmaları çerçevesinde bizimde böyle bir hükmü kabul etmemiz gerekir ve iyi olur nedir bu? Amirlerine mevcut listeyi rapor eden sağlık personeli muhtemel ters durumlardan korunmalıdır, aslında bu sistemin özü de budur. Böyle bir hükme ihtiyacımız var ama böyle bir hükmümüz yok şuan içi yok o zaman ne yapmamız gerekir? En doğrusu bir kanun değişikliği bunu Avrupa Birliği'ni bahane ederek yapabilirsiniz, Türkiye'de başka türlü yürümüyor işler, taksirli suçlarda bildirim zorunluluğu bu özel sektör açısından kaldırılmalı veya tümü ile aslında kaldırılabilir yani en azından bir hükümle denilebilir ki taksirli bir suçla ilgili olarak bildirme hükümlülüğü kalksın denilebilir. Ama burada şuna dikkat etmemiz gerekir. Mesela geçenlerde bana bir başhekim sordu, hocam dedi bizim hastanemizde bir olay olmuş patolojiden çocukla ilgili bir rapor gelmiş, rapora göre bağırsaklarının alınması gerekiyor çocuğun bütün bağırsaklarımıymış neymiş altı aylıkmış veya kalın bağırsağı mı alınmış, sonuçta mide bir yere mi bağlanmış nereye bağlandıysa işte fakat sonradan anlaşılmış ki patoloji raporu hatalı, çocuğun

bağırsaklarında sıkıntı yok. Şimdi hocam bizim bunu bildirmemiz aileye gerekiyor mu? Aile durumun farkında değil. Burada çocuk ölmemiş, dolayısıyla hani taksirli bir suç duyduunuz bildirme yükümlülüğü yok ben dedim bildirmeniz gerekir bu bir hak meselesi sonuçta, hakkı geçti o ailenin size dolayısıyla bildirme yükümlülüğünüz var dedim yani şimdi bu bildirme yükümlülüğünü komple de kaldırdığımızda uygulamada da sıkıntılar yaşanabilir. O nedenle sadece bu sizin sisteminizle bağlantılı olarak anonim bildirmeler de bildiren kişilerin araştırılmasına yönelik belki bir hüküm konulabilir, bu yönetmelik de olsa olur mu? O tartışılmalı doğrusu aslında kanundur çünkü Türk Ceza Kanunu, Kanun düzeyinde bir düzenleme o nedenle siz aksine bir hüküm getiriyorsanız onu da kanun düzeyinde bir düzenleme yapmak da yarar var ama yine de sırf sizin sisteminiz ile bağlantılı bir yönetmelikte dahi hüküm olsa onları belki kesin garantisi yok ama hakimler göz önünde bulundurabilir diye düşünüyorum.

Son olarak Medimagazin takip ediyor musunuz bilmiyorum ben orada bu tıp hukuku ile ilgili yazılar yazıyorum ilgilenen arkadaşlar varsa www.medimagazin.com.tr adresinden o yazıları takip edebilirler, hepinize teşekkür ediyor, saygılar sunuyorum.

ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

■ Oturum Başkanı - Prof. Dr. İrfan ŞENCAN

SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü

■ Sosyolog Dr. Günnur ERTONG

SB Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Kalite Şube Müdürü

Çalışan Güvenliğinde Sistem Kurma ve İzlenebilirlik Sağlama

■ Mahmut KAÇAR

TBMM Ak Parti Şanlıurfa Milletvekili

Sağlık Çalışanlarının Güvenliğini Sağlamak; Sorunlar ve Çözüm Önerileri

■ Uzm. Dr. Ramazan CANURAL

Denizli Devlet Hastanesi Başhekim

Uzman Güvenliğinde Pratik Uygulamalar

■ Prof. Dr. Nazmi ZENGİN

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi

Sağlık Çalışanları Perspektifinden HKS ve Kazanımlar

ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNDE SİSTEM KURMA VE İZLENEBİLİRLİK SAĞLAMA

Sosyolog Dr. Günnur ERTONG

SB Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Kalite Şube Müdürü

Hoş geldiniz. Çalışan güvenliğinde sistem kurma ve izlenebilirlik sağlama, hakikaten çok soyut bir başlık, benim de çok soyut bulduğum bir başlık çünkü literatüre baktığımız zaman Dünya Sağlık Örgütü'nün çalışmalarında bile aslında sağlık çalışanının biyolojik, psikolojik ve sosyal iyi olma hali olarak tanımlanıyor. Bir başka parametresi sağlık çalışanının zarar görmemesi için gerekli önlemlerin alınması ya da kişinin işinde kişiye uygunluğu olarak tanımlanıyor, bütün bunlar oldukça soyut kavramlar ve çalışan güvenliği hepimizin zihninde birer imge yaratsa bile aslında zaman zaman da anlamakta güçlük çektiğimiz bir konu ben bugün burada neyi anlatacağım? Aslında çalışan güvenliği ile ilgili sistemdeki tüm parametrelerin ayaklarını yere bastıran hizmet kalite standartlarındaki çalışan güvenliği sisteminin nasıl kurulması gerektiği, aslında hizmet kalite standartlarının neler beklediğini sizlerle paylaşmaya çalışacağım.

Evet, öncelikle çalışan güvenliğinde sistem diyoruz bununla neyi kast ediyoruz? Ardından çalışma ortamlarımız neler? Buralarda nelerle karşılaşıyoruz? Biraz bunlardan bahsetmeye çalışacağım, ardından risk değerlendirme yine hizmet kalite standartlarında sıkça telaffuz edilen bir kavram, sağlık taramaları, çalışan memnuniyeti, tabii ki tüm bu sistemin kalbinde yer alan çalışan güvenliği komitesi. Sorumluluklar neler? Eğitim nasıl yapılmalı? Ve en sonda izlenebilirlik ile bitirmeye çalışacağım. Bu şekil, çok önemli bence çünkü biz bunu sıkça telaffuz ediyoruz, sıkça paylaşıyoruz sizlerle ama bence hayati önem taşıyor çünkü siz ancak hasta güvenliği ve çalışan güvenliğini bir arada düşündüğünüz zaman sağlık hizmetinde kaliteye ulaşabilirsiniz. Hasta güvenliği ve çalışan güvenliği tıpkı madalyonun iki yüzü gibidir, birbirinden ayrı düşünülemez o yüzden bu şekilde başlamak benim için önemliydi.

Peki, çalışan güvenliği sistemi nelerden etkileniyor, parametreleri neler? Elbette bizim çalışma ortamlarımızda kuruluyor, çalışan güvenliği sistemi, sağlık taramalarıyla bu sistem, sisteme bir takım katkılarda bulunmaya ça-

lıyoruz, çalışan güvenliği sistemini tesis etmeye çalışıyoruz, memnuniyet ölçümü yine bu sisteme bir geri bildirim mekanizması sağlıyor tabii ki bunu daha detaylı olarak anlatacağım sunumumun ilerleyen dakikalarında, çalışan güvenliği komitesi aslında bu sistemin kurulması ile ilgili tüm iş ve işlemleri tesis etmekle ilgili primer sorumlu ve tabii ki bunda sahaya tüm çalıştığımız kurumlara yayılmasını sağlamamızın yolu eğitimler.

Tabii ki burada sorumluluklardan bahsediyoruz, sorumluluğu hepimiz paylaşıyoruz aslında, herkesin sorumluluğu var ama bu sorumluluğu yerine getirmek için yapmamız gereken en önemli şey, risk değerlendirmesi yapmak ve buna ilişkin önlemleri almak.

Peki, çalışma ortamlarını etkileyen faktörler neler? Bu sadece bir örnek kategorizasyon, birazcık daha dediğim gibi çalışan güvenliği soyut bir kavram bunu da somutla nasıl düşünebiliriz aslında bunu ele almak için paylaşmak istedim sizlerle, tabii ki bizim çalışma ortamlarımız özellikle hastanelerde kimyasal faktörlerden etkileniyor, bunlar neler olabilir? Dezenfektanlar, antiseptikler başta olmak üzere anestezi maddeleri, lateks, civa gibi. Fiziksel faktörler deyince ne aklınıza geliyor? Işıklandırma, gürültü ya da iklimlendirme ile ilgili koşullar, enfeksiyöz faktörler de nerede karşılaşabiliyoruz? Tabii ki delici-kesici alet yaralanmalarında. Ergonomik faktörler; hasta bakımında, hasta kaldırma da yada tıbbi araç gereç taşıma sırasında ve psiko-sosyal faktörler de çalışanların maruz kaldığı fiziksel şiddet ya da stresli çalışma koşullarında bizim çalışma ortamımızı etkileyen faktörler olarak karşımıza çıkmakta.

Peki, hizmet kalite standartları tüm bu faktörlere karşı yapılacak risk değerlendirmesinde nasıl bir yapının bunu ele alması gerektiği soruluyor bize. Yöneticiler, tüm süreçlerde olduğu gibi aslında çalışan güvenliğinin tesis edilmesinde de liderlik çok önemli, tüm süreçleri yönetmekle hastanede ne olup bittiğinin farkında olmakla aslında sorumlu yönetici ve bu işin lokomotifini olmak zorunda. Tıpkı diğer tüm süreçlerde olduğu gibi...

Kalite yönetim direktörü neden var? Tabii ki onun da burada ki sorumluluğu; kayıtlar, iyileştirme ve eğitimleri düzenlemek. Ama burada bir parantez açmak isterim, ben hani bu şekilde ilişkilendirdim ama dediğim gibi amacım aslında soyut olan bu kavramı birazcık daha somutlamak, hizmet kalite standartlarının bunu nasıl ele aldığını birazcık daha açmak, ama şu anlaşılmamalı

tabii ki çalışan güvenliği komitesinin tüm paydaşları yapılacak tüm işleri, tüm görevleri birbirleri ile paylaşmakla da sorumlu.

Yine, çalışan güvenliği komitesinde bir hekimin yer alması gerekiyor. Neden? Çünkü sağlık taramaları çok önemli ve hastanelerde oluşturulacak sağlık taramaları programları için orada bir hekimin yer alması ve görüş bildirmesi yine bir diğer önemli konu. Enfeksiyon hemşiresinin de yer almasını istiyoruz bu komite de çünkü çalışan güvenliğini tehdit eden en önemli unsurların başında yaralanmalar ve bulaşma riskleri geliyor. Psikolog, psikiyatrist veya sosyal hizmet uzmanının da yer almasını istiyoruz çünkü bunu artık tartışıyoruz, ne mutlu ki konuşuyoruz, üzerini örtmüyoruz, biz biliyoruz ki sağlık çalışanlarımız şiddete maruz kalıyorlar ve bununla ilgili önlemler almak durumundayız bu yüzden de yine bu çalışan grubundan da desteğe ihtiyacımız var, çalışan güvenliği komitesinde.

Tabii onun dışında her zaman geri bildirim mekanizmaları çok önemli karşılıklı bilgi alışverişi o yüzden de çalışanların görüş ve önerileri ile ilgili konularda çalışan güvenlik komitesinin bu alandaki çalışmalarında yine bu gruptan destek alınabilir. Yine fiziksel destek ile ilgili konularda güvenlik amirinin orada olması, alınacak bir takım fiziksel önlemlerde onun görüşüne başvurulması da önemli. Tabii ki sonuçta bu temsili bir grup, çalışan güvenliği komitesi. O yüzden diğer meslek gruplarından da bir temsilcinin yer alması çalışan deneyimlerinin yine bu gruba aktarılması için önemli.

Evet, risk değerlendirme; en başından beri bahsettim, çalışan güvenliği sisteminin de kurulması için elimizdeki aslında en temel anahtardı, risk değerlendirmesi. Hangi riskler var? biz nelerle karşı karşıyayız? Ve bunlar için ne yapmak lazım? Aslında cevaplanması gereken sorular bunlar, amacımız ne? Çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması elbette ve onunla ilgili gerekli önlemleri alma hizmet kalite standartları HKS bizden ne istiyor? Risk değerlendirmesinin bölüm bazında yapılmasını istiyor. Bunu yaparken elbette ki hastane ile ilgili temel verilerin toplanması önemli ve kritik noktalarla ilgili düzenlemelerin yapılması da bir diğer önemli husus.

Hastane deneyimi, burada bir parça durmak istiyorum. Ülkemizdeki hastane sayısı ve hizmet verdiği dallar malumunuz. O kadar farklı deneyim var ki yaşanan. O yüzden her hastanenin kendi özgün deneyimini, kendi içinde

bulunduğu coğrafi koşulları, fiziksel yapısını, çalışan profilini, hizmet alanını, risk değerlendirmesine yansıtması çok önemli. O yüzden burada hastane deneyiminin önemini bir kez daha vurgulamak isterim.

Evet, dedik ki risk değerlendirmesi bölüm bazında olmalı. Peki, nasıl olacak bu? Nelerden faydalanacağız? HKS değerlendirmesi sonucu gerek yapılan dış değerlendirmeler olsun, gerekse öz değerlendirmeler olsun burada önemli, çünkü bundan sonrasında çizdiğiniz yol haritası için size ışık tutacak veriler bunlar.

Çalışanların iş değişim hızları; biliyoruz ki personel sirkülasyonu var. Bu personel sirkülasyonu maliyetleri neler? Bunları gözetiyor olmanız lazım. Geri bildirim mekanizması bunu defalarca söyleyebilirim, çünkü çok önemli, gerçekten çok önemli. Ancak yaşanan sorunlara çözümü bulacak kişinin gene o sorunun bir parçası olan kişi olduğunu düşünüyoruz. Çünkü bunu da teorik olarak söylemiyoruz yaşadığımız deneyimlerden saha gezilerimizden, değerlendiricilerimizi, sahadaki ekiplerimizin bize sunduğu geri bildirimlerden, kendi gözlemlerimizden biliyoruz. Çalışanlar yaşadıkları sorunları yine en iyi çözümleri kendileri buluyorlar. Bu yüzden de çok önemli, tabii bazı çalışan bunu açık söyleyebiliyor, kendisine sağlanan kanallarla bunu ifade edebiliyor ama tabii ki hepimizin yapıları çok farklı bazıları da önüne konmuş bir soru seti ile buna cevabını verebiliyor bu da çalışan memnuniyeti anket sonuçlarında görebileceğimiz bir konu. Çalışan güvenliği komitesinin gözlemleri elbette önemli, güvenlik raporlama sistemi sabahki oturumda bunu detaylı bir şekilde tartıştık zaten, çalışan güvenliği komitesinin izleyeceği yolda hakikaten çok önemli veri sağlayacak bir kanal.

Bölüm kalite sorumluları tabii ki bölüm bazındaki risk değerlendirmesinde en önemli, çünkü bizzat kendileri deneyimliyorlar ve görüyorlar, aynı zamanda birazcık da büyük resmi görme şansları var çünkü bölüm kalite sorumlusu oradaki tüm süreçten sorumlu kişiler.

Evet, burada birazcık çalışan memnuniyeti anketi ve çalışan güvenliği ilişkisini kurmak istiyorum aslında. Çalışan memnuniyeti anketimiz neler içeriyor? Birazcık onlara bakalım istedim hep birlikte. Biz aslında hizmet kalite standartlarıyla yöneticilere şunu söylüyoruz evet, işte siz komite kurun, bununla ilgili risk değerlendirmesi yapın, çalışanlarınızın güvenliğini tehdit eden

unsurlarla ilgili ama sonra bir de dönüp anketle az önce de söylediğim gibi çalışana soruyoruz. Bakalım, hani ne kadar ulaşıyor yerine, sizin yapmaya çalıştıklarınız, o yüzden görüşlerin alınması bir birleşeni çalışan memnuniyeti anketinin güven duygusu ve aidiyet olmazsa olmaz çünkü kişi her an gözü kapıdaysa her an çıkıp gitmek istiyorsa zaten güvenliğini ne kadar düşünebilir? Ne kadar güvenliği ile ilgili sorumlulukları yerine getirebilir?

Çözümlerin parçası olmak, birlikte çözüm bulmak, mekânsal konfor tabii ki önemli, çalışma ortamını etkileyen ergonomik faktörlerin başında geliyor, yönetime sorunları iletme imkanı, ne kadar acaba bu kanalları kullanabildiği.

Yine güvenlik, tabii ki fiziksel güvenlik de oldukça önemli bir diğer konu. Fiziksel saldırıya karşı önlem konusunda bilgilendirilmiş olma yine bizim memnuniyet anketinde kontrol ettiğimiz hastane yönetiminin geri bildirimini almasını istediğimiz konulardan bir diğeri.

Uygun bir bölümde çalışmak; kişinin aldığı eğitime kendi sahip olduğu niteliklere uygun bir bölümde çalışıp, çalışmadığını düşünmesi, tabii ki ödüllendirme, çünkü motivasyon kilit faktör, sizin gerçekleştirmek istediğiniz tüm politikalara ilişkin eğer çalışanlarınızı motive edemiyorsanız onu gerçekleştirmeniz mümkün değil.

Ve HKS konusunda da bir takım beklentileriniz var, sağlık çalışanlarınızdan. Elbette bununla ilgili de onları bilgilendirmek durumundasınız. Ve tabii ki her konuda eğitim burada da olduğu gibi.

Ve bu şekilde de çalışan güvenliği ile ilgili parametrelerin aslında memnuniyet anketi ile ne kadar yakından ilişkili olduğunu bir kez daha düşünmenizi istiyorum aslında. Biz güvenliği tesis edin diyoruz ama aslında ne kadar buna yatkın olduğunu da sağlık çalışanlarının, çalışan memnuniyeti anketleri ile öğrenmeye çalışıyoruz.

Evet, sağlık taramaları; hizmet kalite standartları bir program oluşturulmasını istiyor, bu program elbette bölüm bazında olmalı, çünkü bizim HKS'nin aslında tamamına yayılmış bir prensiptir bu yerel bir bilgiye ihtiyacımız var, o yüzden bölüm bazında. Hekim değerlendirmesi çok önemli ve bölüm bazında yapılırken hangi bölüme, hangi taramanın yapılması gerektiği de bir diğer önemli unsur.

Sorumluluk; evet, kişiler öncelikle çalışan güvenliğini tesis etmek için kendilerinden sorumlular elbette. Bu, bu çok kilit bir nokta... Bunu en net de

aslında kişisel koruyucu ekipman kullanımında görüyoruz, aşı programlarında görüyoruz, kişilerin kendilerinin takip etmesi çok önemli, dozimetre takipleri de yine aynı şekilde. Bunu sağlamanın da yolu motive etmekten geçiyor, eğitimden geçiyor ve burada yöneticilere çok büyük işler düşüyor hakikaten çalışanlarını bu konuda ikna etmek açısından.

Ve tabii sadece kendi sonuçları değil, kendisi ile yapılması gereken sağlık tarama programında yer alan parametreyle değil sadece bölüm bazında risk değerlendirmesi sonuçlarını da takip etmek zorunda sağlık çalışanı. Ben nasıl bir ortamda çalışıyorum? Benim çalıştığım ortamda hangi risk faktörlerim var gibi? Peki, biz bütün bunları yapıyoruz, belki bir masa etrafında yapıyoruz, kendi kendimize karar veriyoruz, bunu nasıl aktaracağız sağlık çalışanlarına? Tabii ki eğitim yoluyla, bu çok önemli, eğitimde yer verilmesi gereken konular tabii ki maruziyetler, izolasyon önlemleri ile ilgili işaretlemeler, çalışanların bu konuyla ilgili bilgi sahibi olması gerekiyor, olmaz olmazı, çalışan güvenliğine ilişkin tüm eğitimlerin, meslek grupları bazında verilmesi gerekiyor çünkü kurumlarımızda oldukça heterojen bir sağlık çalışanı profilimiz var, o yüzden farklı eğitim seviyesindeler, o yüzden onlara yönelik eğitim vermek oldukça kritik, tabii ki adaptasyon bir diğer önemli nokta yeni başlamış bir sağlık çalışanı kendinizden de pay biçebilirsiniz, meslek hayatınıza yeni başlamışsınız ya da kurumda ilk defa çalışacaksınız tanımanız gereken, öğrenmeniz gereken pek çok şey var, o yüzden uyum eğitimlerinin mümkün olduğu kadar sık tabii ki her gelen sağlık çalışanına yapmak çok mümkün değil ama olabildiğince sık hastanenin kendi özgün koşullarında yapılması ve çalışan güvenliği ile ilgili hususların aktarılması çok önemli.

Evet, burada beyaz kod, sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel şiddetin engellenmesine ilişkin bir kod ve hizmet kalite standartlarında yer alan daha öncesinde de yer alan mavi kod gibi, pembe kod gibi, beyaz kod da yeni bir uygulama ama şunu çok gururla ifade edeyim, çok kısa sürede sahip çıkılan bir uygulama, biz de çok destekliyoruz, burada kurgu; diğer renkli kodlarda olduğu gibi sorumlular belirleniyor, bir uyarı sistemi kuruluyor ve bununla ilgili kayıtlar kalite yönetim birimine aktarılıyor. Ama pek çok kanal gibi iletişim kanalı gibi bu şekilde de çalışanlara yönelik fiziksel şiddetin azalmasına dönük pek çok önlemin buradan çıkabileceği, bu kayıtların incelenerek çıkabileceğini düşünüyoruz.

Evet, sistemi kurduk, yerleştirdik, motivasyonda mevcut. Peki biz trendi nasıl takip edeceğiz, yöneticiler olarak ya da kalite yönetim direktörleri olarak. Bu çok önemli, kayıtlar çok hassas bu konuda, kayıtların tutulması, incelenmesi ama bunun kadar hassas bir diğer konuda bilgi güvenliğinin sağlanması. Çünkü burada çok ciddi mahrem bir bilgiden bahsediyoruz, sağlık çalışanı ile ilgili. Fakat burada bilgi güvenliğiniz sağlandığı sürece aynı zamanda görmek istediğimiz, olmasını istediğimiz şeyde en nihayetinde aslında tek tuşla kişinin tüm bilgilerine, çalışan güvenliğine has tüm bilgilerine ulaşabilmek. Örneğin; Gönur Ertong yazdığınızda hangi bölümde çalışıyor, o bölümle ilgili karar verilmiş sağlık bölümü taramasında yer alan tetkikler, muayeneler neler gibi aslında derli, toplu ama tabii ki bu kadar hızlı erişim aynı zamanda da çok kritik bir konuyu bilgi güvenliğini beraberinde getiriyor, tabii ki izlenebilirliğin bir diğer boyutu da uzman tarafından yapılacak değerlendirmeler, sizin yaptığınız sağlık taramalarının uzmanlar tarafından değerlendirilmesi ve bu konuda çalışanların bilgilendirilmesi çok önemli, karşılıklı bilgi akışı, geri bildirim mekanizması ve yine bir hastanenin belirleyeceği periyot, hangi periyotlarda bu uygulamaların yapılacağı da önemli ve tabii ki o periyotlarda çalışanların da bilgilendirilmesi çok önemli, karşılıklı bir bilgi akışı geri bildirim mekanizması ve yine tabii hastanenin belirleyeceği periyot, hangi periyotlarda bu uygulamaların yapılacağı da önemli ve tabii ki o periyotlardan çalışanların da bilgilendirilmesi.

Özetlemek gerekirse sistem nasıl çalışıyor? Şöyle bir toparlamak istiyorum. Risk değerlendirmesi; ilk başladığımız nokta, bununla ilgili sağlık taramalarının yapılması, bu risklere ilişkin hangi önlemlerin alınacağı konusunda sağlık taramalarının yapılması. Tabii ki bu sağlık taramalarının sonucunda ya da bu sağlık taramalarına ilişkin eğitimler verilmesi çalışana ve bu eğitimler sonucunda kişilerin burada en somut örneği olduğu için kişisel koruyucu ekipman kullanımının yaygınlaştırılması, bu yaygınlaşmanın nasıl gittiği konusunda izleme ve kayıtların alınması şeklinde ve tüm bu işlemlerinde kalbinde yatan çalışan güvenliği komitesi.

Sonuç olarak burada değinmek istediğim bir nokta daha var, çalışan güvenliğinin beslendiği iki kritik konu daha var, birincisi bu sabah tartışıldı diğeri de yarın sabah tartışılacak, indikatör yönetimi, indikatör yönetiminde de çalışan güvenliği ile ilgili birebir ilişkiler mevcut. İndikatör yönetimi sonuçlarının incelenmesi aslında bize birazcık makro anlamda görüş verirken, güvenlik

raporlama sistemi mikro anlamda olayları takip etmemizi, hangi vakaların geliştiğini görmemizi sağlıyor o yüzden gerçekten çok önemli iki veri kaynağı.

Her zaman bunu söylüyoruz çalışanların hak ve sorumlulukları bir arada düşünölmeli ancak bu şekilde çalışan güvenliğini sağlamak mümkün, tabii ki yönetimin hem üst yönetimin, hem kalite yönetim direktörlerinin teşvik edici durumu, sağlık çalışanlarına karşı bir diğer kritik konu ama olmazsa olmaz her zaman geri bildirimli açıklama. Çünkü sağlık çalışanları bu konuda bizlerin yılmadan usanmadan bilgilendirilmesi sonucunda ancak bu konuda belli bir bilinç seviyesine gelebileceklerdir diye düşünüyorum, çok teşekkür ediyorum.

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ GÜVENLİĞİNİ SAĞLAMAK; SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Mahmut KAÇAR

TBMM Ak Parti Şanlıurfa Milletvekili

Teşekkür ediyorum, Sayın Başkan, çok değerli meslektaşlarım hepinizi saygıyla selamlıyorum. Önce gecikmeden dolayı hepinizden özür diliyorum, bizim meclisin rutin çalışmaları salı, çarşamba ve perşembe günleri ama bugün muhalefet partisinin, Başbakan'ımızla ilgili bir gensoru önergesinden dolayı şu anda meclis 14.00 itibari ile açılışını yaptı. Biz de sunumumuzu yapıp, sizlerden tekrar müsaade isteyip, özür dileyip, ayrılmak zorunda kalacağız, tabii uzun yıllardır kürsüde sağlık çalışanları ile ilgili cümleyi kurarken ile milletvekili olarak kurduğunuz zaman arasındaki zorluğu ve dengeyi de inşallah bu ilk sunumda sağlamış olacağız. Ben tabii sağlık çalışanlarının güvenliğini sağlamak ve sorunların çözüm önerilerine girmeden önce genel anlamda iş sağlığı ardından çalışan sağlığı, çalışan sağlığı içerisinde sağlık çalışanları ve özelde de Türkiye'de yapılması gerekenler noktasında bir sunum yapmayı hedefledim.

İş sağlığı, Dünya Sağlık Örgütünün ve Uluslararası Çalışma Örgütünün bu konuyla ilgili farklı tanımlamaları var. Birbirine yakın tanımlamaları var, her ikisinde de iş sağlığını; çalışanların, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin en üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi şeklinde tanımlamakta.

İş sağlığı ve güvenliği hakkı; insanın en doğal ve temel haklarından biri ki Anayasa'mızın 17, 49 ve 60. Maddeleri bu hakları güvence altına almış. Bu anlamda kişilerin iş kazası ve mesleki risklerden uzak bir ortamda çalışmalarının sağlanması, sağlık durumlarının geliştirilmesi tüm çalışanların ruh ve vücut bütünlüğünün sağlanmasında iş sağlığı ve güvenliğinin son derece önemli bir yeri var. Az öncede başkanımızın ifade ettiği gibi, her şeyden önce hizmet bekleyen kesime sağlıklı bir şekilde hizmet verebilmek için her şeyden önce çalışanın sağlığının yerinde olması ve sağlıklı çalışma koşullarına sahip olması gerekiyor.

Dünyada iş sağlığı ve güvenliği konusuna genel anlamda baktığımızda; bu sorunun yalnız Türkiye'ye özgü bir sorun olmadığını, bütün çalışma hayatındaki

sorunların birbirine benzer sonuçlar doğurduğuna şahit oluyoruz. Dünyada Uluslararası Çalışma Örgütü verilerine göre, yaklaşık her yıl 337 milyondan fazla çalışan burada her ne kadar işçi tanımlaması varsa da Dünya Çalışma Örgütü'nün raporlarında genelde bütün çalışanları özel ve kamu farkı yapılmaksızın çalışan ve işçi olarak tanımlandığı için, böyle bir kelimeyle tanımlanmış, yaklaşık 337 milyondan fazla iş kazasına uğruyor ve bunların 160 milyon işçi, çalışan yaptığı iş nedeniyle hastalanıyor. Bunun içerisinde direk olarak fiziksel etkenleri sıralayabildiğiniz gibi, çalışma koşullarının uzun süre aynı ortamda çalışmanın getirmiş olduğu hastalıkları da bu işe eklemek mümkün.

Türkiye’de son dönemlerde çalışan güvenliği ile ilgili önemli bir farkındalık oluşmaya başladı ve bu anlamda da tabii farkındalığa paralel olarak da yasal düzenlemelerin yapılmasına yönelik şuanda Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesinde çok önemli, önemli çalışmalar yürütülmekte.

Türkiye’de mevcut olan bir İş Kanunumuz var ve İş Kanunu içerisinde de iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yönetmelik var. Şu andaki mevcut düzenlemeye baktığımız zaman iş sağlığı ve güvenliğine yönelik olarak Türkiye’nin kendine has özel bir kanun yönetmeliği yok. İş Kanunu içerisinde bir yönetmelikle iş sağlığı ve güvenliği adı altında bir tanımlama söz konusu. Şu anda yeni bir çalışma yürütülüyor bu 12 Haziran seçimlerinden sonra başlatılan bir çalışma ve bu çalışmayla birlikte Türkiye inşallah önümüzdeki günlerde meclise sevk edilecek bu yasa tasarısı ile birlikte iş sağlığı ve güvenliği ile birlikte kendine has özel bir kanuna sahip olmuş olacak. Bu kanunu Çalışma Bakanlığında yaparken aynı zamanda Sağlık, Aile ve Çalışma Komisyonu üyesiyiz, burada hükümetinde temel yaklaşımına uygun olarak ben yaptım, oldu, biti gibi bir yaklaşım yerine mutlaka ilgili sosyal taraflarla bir arada olmayı, onların görüş ve düşüncelerini almayı ve daha sağlıklı bir yasa yapmak noktasında hükümetin bir yaklaşımı, iradesi var. Şu anda son bir ay içerisinde gerek memur sendikalarıyla gerekse de işçi sendikaları ve ilgili sivil toplum örgütleri ile çok yoğun toplantılar ve görüşmeler yapılmakta, şu anda iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili kanun tasarısı son aşamaya geldi. Ümit ediyorum önümüzdeki günlerde Meclis’e sevk edilip inşallah bu yıl içerisinde veya önümüzdeki yılbaşlarında yasalaşmak suretiyle artık bundan itibaren çalışma hayatında, çalışanların sağlığı ve güvenliğinin yönetmelikler ve genelgelerden çıkarılıp, kendine has ayrı bir yasayla bu anlamda işin daha bir ciddi şekilde eğilinmesini sağlamış olacağız.

Yeni hazırlanan yasa tasarısı, yasa tasarısının amacıyla ilgili ben bir iki cümle sarf etmek istiyorum. Evet, bu yasada amaç; çalışanların sağlığının ve güvenliğinin sağlanması, şartların sürekli iyileştirilmesi, mesleki risklerin önlenmesi, risk ve kaza faktörlerinin ortadan kaldırılması ve bu hususta alınacak önleyici ve koruyucu tedbirler ile çalışan ve temsilcilerin eğitimi, bilgilendirilmesi, görüşlerinin alınması, katılımlarının sağlanması konusunda usul ve esasları belirlemektir.

Bu konuyla ilgili söyleyecek sözü olan bütün arkadaşlarımızın zannediyorum üzerinde durduğu hemen hemen bütün konuları, risklerin belirlenmesi, buna sebep olan faktörlerin kaldırılması, bu konuda gerek çalışanların, gerekse de çalışan temsilcilerin bu konuda eğitilmesi gibi bizim beklentilerimize cevap verecek olan bütün etkenlerin içerisinde yer alacağı bir yasa tasarısı.

Burada kapsamla ilgili özellikle ben dikkatinizi celbetmek istiyorum. Burada yasa kamu ve özel sektöre ait bütün işyerlerini yani gerek kamu çalışanlarını gerekse de özel sektörde çalışanların tümünü çalışma koşullarıyla ilgilendiren bir yasa.

Sağlık çalışanlarına geldiğimiz zaman; Dünya Sağlık Örgütü ve ILO'nun bununla ilgili tanımlamaları var. Her çalışanın olduğu gibi sağlık çalışanlarının da sağlıklı olma hakkı ve sağlıklı ve güvenli bir hastane ortamında çalışma hakkı bulunduğunu ve bunu sağlamanın yolunun hastanelerde sağlık çalışanlarına yönelik çalışan sağlığı ve güvenliği hizmetinin kurulması ve geliştirilmesi olduğunu bildirmiştir. Aslında 1970 yıllarından itibaren bir yol haritası belirlenmiş ama Türkiye maalesef temel mesellerine ayırdığı zamandan dolayı çalışan güvenliği ile ilgili bugüne kadar maalesef ciddi bir adım atmadığından dolayı 1970'den başlayan bir süreci şuanda biz Türkiye'de bu son 2002 yılındaki iptal değişikliği ile birlikte tamamlamaya çalışıyoruz.

Sağlık çalışanlarını bekleyen tehlikeye baktığımız zaman yaklaşık dünya genelinde 60 milyon sağlık çalışanın bulunduğu ve bunların yaklaşık 40 milyonunun da hastalara sağlık hizmetini direk olarak sunduğunu görmekteyiz. Binlerce sağlık çalışanı her gün sağlıklı çalışma ortamında sağlık ve güvenlikle ilgili değişik tehlikelere maruz kalmakta. Bununla ilgili Dünya Sağlık Örgütü'nün çalışması ve tespitleri var, bu tehlikeleri yedi grupta topluyor Dünya Sağlık Örgütü. Birincisi; biyolojik tehlikeler, kimyasal tehlikeler, fiziksel teh-

likeler, ergonomik tehlikeler, psiko-sosyal tehlikeler, yanıcı ve patlayıcı tehlikeler, elektriksel tehlikeler şeklinde bunları sıralamakta. Sağlık çalışanlarının direk çalışma sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklere baktığımız zaman ise birincisi tabii ki enfeksiyonlar. Biliyorsunuz ben konuşmamın sonunda sağlıkta şiddet konusuna geleceğim, herhangi bir sağlık kurumunda bir sağlık çalışanımız, şiddete maruz kaldığında ona yönelik olarak çok ciddi anlamda bir toplumsal bir tepki ortaya koyuyoruz ama enfeksiyon gibi, radyasyon, laboratuvar ortamındaki riskler gibi, bu tehditler zamanla toplumda bir alışkanlık haline gelip önemsenmemeye başlıyor, aslında bizim burada ödediğimiz bedeller, çok çok daha fazla ağır, bu anlamda enfeksiyonlar birinci sırayı teşkil ediyor, biliyorsunuz çalışma ortamı itibari ile gerek tüberküloz gerek Hepatit B, C gibi değişik hastalıklar, HIV, radyasyon, özellikle Türkiye’de radyasyona maruz kalan çalışma ortamı ile ilgili biliyorsunuz özellikle geçmiş yıllarda sağlıkta dönüşüm başlamadan önce ciddi anlamda fiziksel koşullarda problemlerimiz vardı, gerek fiziksel koşullarda istenen standartların oluşturulmaması gerekse de kullanılan ekipmanların ileri teknolojiyi yakalamamasından dolayı çok kötü koşullarda bir çalışma söz konusuydu. Türkiye’de bununla ilgili son yıllarda çok önemli gelişmeler olmasına rağmen hala istediğimiz noktada olmadığımızı düşünüyorum, özellikle çalışma saatlerinin süreleri son yapılan yasal değişiklikle biliyorsunuz çalışma süreleri uzatıldı, radyoloji ortamında çalışanlarla ilgili çalışma koşulları ile ilgili çok önemli mesafe alınmasına rağmen yine bununla ilgili almamız gereken çok önemli mesafeler var.

Laboratuvar kaynaklı riskler, travma ve fiziksel şiddet, kimyasal maddelere maruziyet, özellikle çamaşırhaneler, endoskopi üniteleri bildiğiniz gibi. Anestezi ortamı ayrı bir risk olarak önümüze çıkıyor, kanserojen maddelere maruziyet ayrı bir risk olarak önümüzde duruyor. Tıbbi atıklar, kesici ve delici alet yaralanmaları, alerjen maddeler, psiko-sosyal riskler, stres ki özellikle sağlık çalışanları çalışma koşulları itibari ile toplumun kesimin en hassas anlarında müdahale etme durumunda kalan çalışanlar ve çoğu zaman başkalarının hayatını ki, başkaları dediğimiz aslında bizim sonuçta birlikte yaşadığımız toplumumuzun fertleri, annelerimiz, babalarımız, aile fertlerimiz, hizmet etmekle yükümlü olduğumuz milletimiz, hayatlarını kurtarma adına çoğu zaman hayatını riske atan çalışanlar. Onun getirmiş olduğu bir çalışma şartlarının stresi, gürültü, ışıklandırma, risk kaynaklı risk unsurları, donanım, elektrik ve elek-

tronik cihazlar ve beslenme de sağlık çalışanlarının sağlığını ve güvenliğini tehdit eden önemli riskler olarak önümüzde durmakta.

Türkiye’de ki sağlık çalışanlarının güvenliği ilgili yasal mevzuata baktığınız zaman hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına dair biliyorsunuz bir yönetmelik yayımlandı. 06 Nisan 2001 tarihinde, bu Yönetmelikte tüm sağlık kurumlarında hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli hizmet sunumunun sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine bu risklerin giderilmesi ve uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine, hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli hizmet sunumunun sürdürülüp sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenliyor. Aslında Türkiye’de sağlıkta dönüşümle birlikte vatandaşımızın sağlık hizmetine çok daha kolay erişebildiği ve yapılan araştırmalarda da vatandaşın memnuniyet oranı son dokuz yılda kurumlar içerisinde memnuniyetinin en fazla arttığı alanın sağlık alanı olduğunu müşahade ediyoruz. Tabii burada sağlıkta dönüşüm, çalışanların gerçekten özverili çalışmaları, özverili derken bunu çok net söylüyorum, Türkiye’de 2002 ile 2010 yılları arasında sağlık kuruluşlarına müracaatlara baktığınız zaman yedi kat civarında bir artış var. Türkiye’de kişi başı sağlık kurumlarına müracaatta çok ciddi anlamda artış söz konusu, sağlık çalışanlarının sayısına baktığınız zaman bu aynı oranda bir artış söz konusu değil. Yaklaşık müracaatlarda yedi katlı artış ama toplam sağlık personeline baktığınız zaman belki ya iki kat civarında %80, %90 civarında bir artış ama düşünün siz aynı sağlık çalışanı ile yedi kat daha fazla hizmet üretiyorsunuz ve bu üretmiş olduğunuz hizmette çok ciddi anlamda bir memnuniyet oluşuyor ve bu memnuniyetinizin artışı tabandan tavan haline dönüşüyor. Yani 2002 yılı araştırmalarında Türkiye’de ki kurumların verimliliği ve memnuniyet araştırmasında sağlık hizmetleri çok gerilerdeyken siz sağlık çalışanları olarak çok ciddi bir fedakarlıkla, çok ciddi bir özveri ile bedel ödeyerek bu hizmetleri alıp Türkiye’de ki en iyi noktaya getirip, vatandaş memnuniyetini sağlıyorsunuz, e tabii burada hasta hakları uygulamaları ve benzeri gerçekten vatandaşımızın sağlık kuruluşlarından daha etkin bir şekilde faydalanmasına yönelik çok ciddi adımlar atıldı, 184 hattı ama maalesef bunun kullanımı ile ilgili sağlık çalışanlarını mağdur eden bir surum ortaya çıkmaya başladı işte hasta hakları belli bir süre sonra hastaların gerçekten daha iyi hizmet almala-

rına yönelik olarak Sağlık Bakanlığı'nın oluşturmuş olduğu bir mekanizma olmaktan, mekanizma olma yanın sağlık çalışanlarının üzerine bir baskı unsuru olmaya başladı, böyle bir sıkıntı da oluştu Türkiye'de halbuki hasta hakları hiçbir zaman çalışan haklarının muadili değildir, karşılığı değildir. Hasta hakları ve çalışan hakları birbirini tamamlayan unsurlardır. Yani siz hasta haklarıyla, çalışan haklarını birbirinden ayıramazsınız ama zannediyorum algıyla ilgili bir problem olduğunu düşünüyorum. Tabii bütün toplum kesimlerinde böyle bir şey var demek elbette ki ciddi bir haksızlık olur ama sağlık çalışanlarını rahatsız eden etken daha ziyade hasta haklarıyla çalışan haklarını birbirine karıştırmış gibi algılayan kesimlerden maalesef bir sorun oluştu. Buna yönelik bu yönetmeliğin yayınlanmasını ben son derece önemli buluyorum, bu yönetmeliğin yayınlanmasıyla birlikte özellikle çalışan güvenliği programlarının hazırlanması, çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması, çalışanların içinde engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması, çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması hususunda gerekli tedbirlerin alınması ve düzenlenmesi, yapılmasını hedefleyen bir yönetmelik.

Bir diğer konu; sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, Türkiye'de sağlık ortamında şiddet diğer çalışma ortamlarına göre maalesef çok ciddi anlamda oransal olarak daha fazla ve bunun içerisinde de en fazla malumunuz acil servislerde, vatandaşımızın belki hissiyat olarak en yoğun dönemlerde müracaat ettiği alanlar ama sağlık camiasının tümünün, herkesin emeği vardır. Herkesin emeği saygı değeridir ama acil serviste çalışan arkadaşlarımızın çok daha büyük fedakarlıkla çalıştığı da bir gerçek ama maalesef şiddet olgusuna biz en fazla oralarda şahit oluyoruz. Tabii bununla ilgili de mutlaka kurumsal bir mücadele gerekiyor daha önce benimde genel başkanlığını yaptığım Memur-Sen'e bağlı Sağlık-Sen'de Genel Başkanlığım döneminde biz bu konuyu ilk kez hükümetle toplu görüşme masasına taşıdık ve 2009 yılı Sağlık-Sen'in ilk yetkili olduğu yıl, bunu hükümetle yaptığımız toplu görüşmelerde çalışma ortamlarındaki şiddetin mutlaka araştırılmasıyla ilgili gereken çalışmaların yapılması diye hükümetle bir mutabakata vardık. Ardından Sağlık Bakanlığıyla idari kurul toplantıları ve bunun da mukabili geçen aylarda İstanbul'da Sağlık Bakanlığı, Sağlık-Sen ve Hayasa yani Hasta Yakınları Derneği'nin işbirliği ile Türkiye'de ilk kez sağlıkta şiddet konusu gerçekten kurumsal bir sahiplenme

ve ciddiyet içerisinde ilgili bütün kesimler tarafından masaya yatırılma imkanı oldu. Bir yandan politika uygulayıcı olarak Sağlık Bakanlığı, diğer taraftan çalışanların temsilcisi diğer taraftan da kesinlikle ayrı düşünölmeyecek olan hastalar ve hasta yakınları çünkü eğer biz çalışan güvenliğinin şiddet boyutu ile ilgili ciddi bir sonuç elde etmek istiyorsak bunun yalnız Sağlık Bakanlığı veya ilgili sendikaların temsilcileri ile değil mutlaka bu işin içinde hasta ve yakınlarını da bu çalışmanın içerisine dahil etmemiz gerekiyor, bu anlamda 24 Eylül’de yapılan organizasyon son derece önemli toplumsal farkındalığın oluşması anlamında son derece önemli, sağıkta şiddetle ilgili ben sebeplere sonuçlara çok girmeyeceğim bununla ilgili bu panel değişik vesilelerle belki paylaşıldı ama özet olarak sağıkta şiddetle mücadele noktasında toplumda farkındalık oluşturulmasına yönelik alınan çok önemli kararlar var bunlardan bir tanesi kısa metrajlı filmler. Biliyorsunuz dumansız hava sahası ile ilgili gerçekten Türkiye’de çok ciddi anlamda farkındalık oluşturuldu ve toplum tarafından da kabul gören çok önemli bir kampanya yürütöldü Sağlık Bakanlığı tarafından. Aynen bu şekilde sağık çalışanlarına şiddete yönelik, yani şiddete sıfır tolerans adı altında bu anlamda kısa metrajlı film hazırlığıyla ilgili bir çalışma var hükümetin, diğer siyasi iradenin de arkasında durduğu, desteklediğı bir çalışma. İnşallah burada bunların yayınlanması ile birlikte ciddi anlamda bir farkındalık oluşturulacak bu kısa metrajlı filmlerin bütün ulusal yayın organlarında, televizyon kuruluşlarında yayın saatlerinin en fazla izlendiğı zaman zarfı içerisinde yayınlanması gibi bir durum söz konusu, irade söz konusu. Bununla ilgili de Radyo Televizyon Üst Kurulu Yasası’nda planlanan bir değişiklikle Sağlık Bakanlığı’na ayrılan sürenin arttırılmasına yönelik bir çalışma var, bu da Sağlık Bakanlığı’nın sağıkta şiddet başta olmak üzere gerek çalışanların temel hakları gerekse de sağık politikalarıyla ilgili toplumda oluşma noktasında daha fazla bir süreyi kullanma, imkanı kullanmaya sahip olacaklar.

Bir diğer konu yine şiddete sıfır toleransla ilgili afişlerin bütün kurumlara asılması. Bunlarla ilgili daha öncede değişik dünya ölkelerinde kampanyalar düzenlenmiş, İngiltere’de şiddete sıfır tolerans adı altında çok başarılı uygulanan bir kampanya var, burada çalışanlara yönelik yapılan şiddetin karşılıksız kalmayacağına dair afişlerin yer aldığı, görselliğı de zenginleştirilerek afişler var, ona benze çalışmalar var. Bir diğer önemli çalışma ki mutlaka olması gereken

sağlık çalışanlarına yapılacak olan şiddetin kesinlikle karşılıksız bırakılmaması. Bunu bir yani karşılıklı intikam duygusu içinde falan bu cümleyi kurmuş değilim ama toplumun sağlığı adına, geleceği adına, gece gündüz demeden, 24 saat esaslı, çoğu zaman hayatını riske ederek çalışan, sağlık çalışanlarına yönelik yapılacak olan şiddetin mutlaka tabii ki hukuki ortam içerisinde hesabının sorulacağı ile ilgili bir yasal düzenlemenin yapılması ki bu konuda son yapılan Kanun Hükmünde Kararname de çok önemli bir düzenlemeye yer verildi. Bu düzenlemede biliyorsunuz 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin hukuki yardım, 54.Maddesi'nde Bakanlık ve bağlı kuruluşlarında sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerden dolayı personele karşı işlenen suçlar sebebi ile ceza hukuku kapsamında yürütülmekte olan işlemler ve davalarda personelin talebi üzerine Bakanlık ve bağlı kuruluşlarca hukuki yardım yapılır diye kesin hüküm içeren bir yasal değişiklik yapıldı. Ben bu yasal değişikliği son derece önemsiyorum. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamında karşılaştığı sorunlara yönelik olarak mensubiyeti olduğu sivil toplum örgütü ve sendikalar aracılığıyla bir hukuki destek sağlanıyor ama Sağlık Bakanlığı'nın da bu işe kendisi birinci derecede öncelik olarak görüp, hukuki desteği vermeyi öncelikler arasına alması ve bununla ilgili de yasal düzenleme yapması son derece önemli. Ben bu düzenlemede emeği geçen bütün arkadaşlarıma teşekkür ediyorum, bu son derece önemli, Sağlık Bakanlığı'nın kendi personeline sahip çıkması adına son derece önemli bir yasa.

Burada yapılması gerekenlerle ilgili az önce bahsettiğim, bu çalıştaylar sonrası alınan kararlar dışında toplumsal şiddeti destekleyen tüm unsurlarla topyekûn mücadele edilmesi çok önemli, yani toplumda bir farkındalık oluşturarak toplumun tüm kesimlerinin bu mücadele içine dahil edilmesi, sağlık çalışanlarının iletişim kabiliyetlerinin artırılmasının desteklenmesi ve şiddeti doğuracak gerginlikleri azaltmaya yönelik kişisel inisiyatifin geliştirilmesi, belki bu hasta, hasta yakınları ve çalışanların eğitimi ile ilgili çözülebilecek bir konu. Şiddet eğiliminin arttığı düşünülen sosyal risk faktörlerinin belirlenmesi ve bu konuda bir eylem planının oluşturulması, bu konuda İstanbul'da ki yapılan sempozyumda bir hocamızın çok güzel bir bu konuda önerisi oldu. Örneğin; bu sağlıkta şiddetin tarafı olan kişiler ile ilgili mutlaka bir veri tabanının oluşturulması ile ilgili bir önerisi oldu. Yani bir sağlık kuruluşunda, Türkiye'nin herhangi bir yerinde bir sağlık kuruluşunda sağlık çalışanlarına

karşı şiddet uygulayan biri ile ilgili bir veri tabanı oluşturulup, başka bir sağlık kuruluşuna gittiği zaman o kişi ile ilgili sağlık çalışanlarının muhatap olmadan önce muhatap olduğu kişinin sosyal durumu, psikolojik durumu ve daha önceki tabiri caizse yapmış olduğu hatalarla ilgili sağlık çalışanının bilgi sahibi olması. Yani diyelim ki daha önce şiddete meyilli gittiği her kurumda problem çıkaran bir kişi ile ilgili bir veri tabanı olmuş olsa başka bir kuruma gittiği zaman orada muhatap olduğu sağlık çalışanı arkadaşımızın onunla ilgili bir ön bilgiye sahip olması, onunla ilgili alacağı tedbirlerden zannediyorum çok daha kesin sonuca ulaştırabilecek bir sonucu çıkaracaktır.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının önlenmesi ve yönetilebilmesi için özel hukuki düzenleme; ki bu anlamda yapılan kanun hükmünde kararname son derece önemli. Sağlık çalışanlarının radyasyon, enfeksiyon, kimyasal ve fiziki risklerin yanı sıra, psikolojik baskı, sözlü ve fiili saldırı riskleri ile karşı karşıya olduğu hiçbir zaman unutulmamalı, hastanelerde çalışan güvenliği komitesi son derece önemli bu son dönemlerde yine uygulamaya konan bir konu, mutlaka bu komite çalışmalarının önemsenmesi son derece önemli. Bu komitenin özgür, bilimsel temelli, ve veriye dayalı bir vizyon ortaya koyması bu çalışmalarının başarıya ulaşması noktasında bize çok ciddi anlamda kolaylık sağlayacak.

Bunun yanında laboratuvar çalışmasından kaynaklanan tehlikeler ile ilgili risk ve zararların ortadan kaldırılması veya en aza indirilmesi için gereken altyapı ve personel durumu. Diğer çalışanlara göre enfeksiyonlara yakalanma açısından çok daha fazla riski olan sağlık çalışanlarına yönelik enfeksiyondan koruma ve kontrol önlemleri ile ilgili kurumun mutlaka kurumsal anlamda bir yaklaşımının olması, hastane sağlık ve güvenlik uygulamalarının geliştirilmesi, politikalarının düzenlenmesi ve her ortamda bununla ilgili farkındalığın oluşturulması, çalışan güvenliği ile ilgili Türkiye’yi istediğimiz noktaya taşıma açısından son derece önemli. Birinci aşamada yasal düzenlemeler ki şu anda Çalışma Bakanlığı bünyesinde son derece önemli bir çalışma var. Sağlık Bakanlığı’nın yapmış olduğu düzenleme ve bundan sonraki yapacağı çalışmalarda mutlaka ama mutlaka çalışanları da merkeze alması. Bugüne kadar ki insan merkezli çok güzel şeyler yapıldı ve gerçekten vatandaşın memnuniyeti hat safhaya ulaşıldı ama şu da bir gerçek ki sağlık çalışanlarının memnuniyet oranı arttırılmadan bu vatandaş memnuniyetinin de çok uzun vade de sürdürülebilir olması bazı riskler

taşıyor. Onun için bir taraftan vatandaşımızın temel hakkı olan sağlık hizmetine en iyi şekilde almasının mücadelesini verirken diğer taraftan da kesinlikle ve kesinlikle çalışanlarında hakları noktasında, güvenliği noktasında ve uygulanacak politikalarda da çalışanların merkeze alınması bu bağlamda son derece önemli, Sağlık Bakanlığımızın bu konuda çok değerli katkıları, çalışmaları var. Hükümetin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı başta olmak üzere ilgili bakanlık ve kurumların çalışan güvenliği ile ilgili ortaya koymuş olduğu çok ciddi bir yaklaşım ve irade var. İnşallah önümüzdeki dönemlerde bizde hem sağlık çalışanlarının hem de milletin bu temsilcisi olarak, bu komisyonun üyesi olarak bu çalışan güvenliğine yönelik olarak yapılacak bütün çalışmaların biran önce yasalaşması ve çalışanların beklentilerine cevap verecek şekilde gelmesi noktasında da elimizden geldiği kadar katkı vermeye devam edeceğiz.

Ben çok teşekkür ediyorum. Çok özür diliyorum hepinizden, az öncede ifade ettiğim gibi mecliste bir görüşme var, gen soru görüşmesi var, onun için çok acil bir şekilde tekrardan dönmem gerekiyor, tekrardan özür diliyor, hepinizi saygıyla selamlıyorum.

UZMAN GÜVENLİĞİNDE PRATİK UYGULAMALAR

Uzm. Dr. Ramazan CANURAL

Denizli Devlet Hastanesi Başhekim

Sayın Başkanım, değerli katılımcılar, hepinize saygılar sunuyorum. Bu kongreye beni davet eden Sayın Dr. Hasan Güler’e teşekkür ediyorum. Benim konum, çalışan güvenliğinde pratik uygulamalar, sürem 20 dakika. Tabii bu bir bilimsel çalışma değil, bir tez çalışması da değil. Bu nedenle sizi teorik konularla veya rakamlarla sıkmayacağım. Daha çok görsel ağırlığı olan bir çalışma.

Önce iki dakika bir nostalji turu herhalde iyi gelir, gün bayağı ilerledi saat, Denizli Devlet Hastanesi, sağıkta ulu bir çınar, kuruluş tarihi 1919. İlk hastanemizin görüntüsü bir kitap kapağıdır, o zaman ki hastanemizin siyah beyaz görüntüsü, merdivenleri ile meşhur bir bina. Ulu Önder Atatürk’ün hastanemizi ziyareti Şubat 1931, o zamanlar imdat otomobili bugünkü anlamla ambulans, hastanemizin önünde duruyor, gördüğünüz gibi, tarih 1933. Memleket hastanesinde bir tören sonrası çalışanlarımızın verdiği güzel bir poz ve 55 yılında hastanemiz isim değiştiriyor, devlet hastanesi adını alıyor. İlk binamız 1950 yılında merhum Başbakanımız Adnan Menderes tarafından temel atılıyor, 1972 yılında ancak açılabiliyor, hesap edin 22 yıl bir süre. Diğer binalarımızdan kısa görüntüler, idare binamız, AMATEM psikiyatri binamız, kalp merkezimiz, en yeni binamız 2006’da açıldı. Kadın doğum ve çocuk binamız, özel görünüm polikliniklerimiz ve psikiyatri polikliniklerimiz, hastanemiz 2011, 10 aylık rakamlarına göre 1 milyon 340 bin hastası, 57 bin hastası, 34 bin ameliyatı, 98 yoğun bakım yatağı, 720 yatağıyla, 243 hekimi ile ve 1850 çalışanı ile Türkiye’nin en büyük hizmet hastanesi.

Şimdi asıl konuma geliyorum, çalışan güvenliği nedir? Zaten Günnur Hanım bahsetti, çalışanların fiziki, ruhsal ve sosyal durumlarının en üst düzeye taşınması, sağlıklarına gelebilecek zararların en aza indirgenmesi için korunma yöntemlerinin alınması, kişinin işe, işin kişiye uygunluğu.

Bakanlığımızın tebliği var bu konuda, 15. Madde de diyor ki çalışanları tehlikelere karşı, risklere karşı korumak için alanlarınızı belirleyin, riskli alanları, riskli bölümlerde mevzuat doğrultusunda sağlık taramaları yapın, bunları bi-

liyorsunuz zaten sadece geçiyorum, iğne ucu yaralanmalarından bahsediyor, kemoterapi alanlarında ve benzer alanlarda önlemler alın, kan ve vücut sıvısına, damlama, sıçrama riskini ortadan kaldırması için, ekipmanlar kullanın, önlük, eldiven, yüz maskesi, gözlük gibi. Radyoterapi, radyasyon gibi alanlarda önlemler alın, değişik görüntüleme merkezlerinde, lateks alerjisine karşı temkinli olun ve çalışanların bulaşıcı riski için aşılarını yapın diyor tebliğde.

Burada dikkat edilirse değerli katılımcılar fiziksel önlemlerden bahsediliyor. Ancak ben sunumumda sadece fiziksel değil, ruhsal ve sosyal bir bakış açısıyla sunuma bakıyorum, neler yaptık? Önce hastanemizin bir risk haritasını çıkardık. Birimlerimizde ne tür riskler var? Bunları bir çan eğrisinde belirttik, bunun yöntemi epey uzun burada anlatamam tabii isteyenlere verebilirim. Hastanemizin değişik birimlerinde, riskle şöyle çıktı; %25 düşük risk ki bunlar eczane, görüntüleme, patoloji, morg ve benzeri alanlar. %50, orta ve yüksek alanlar; doğumhane, endoskopi, çamaşırhane, psikiyatri, poliklinikler, devam ediyor böyle. Ve %25’de çok yüksek riskli alanlar. Nereeler bunlar? Acil servis, ameliyathane, mikrobiyoloji laboratuvarı, yoğun bakım ve sterilizasyon. Bu grafiğin bir başka görünümü hali ve ne tür riskler vardı? On ayrı risk belirledik arkadaşlar. Enfeksiyon en başta olmak üzere, 200’e yakın puanı vardı, enfeksiyon ikinci sırada maalesef şiddet geliyor şiddet çok önemli. Özellikle büyük hastanelerde 160 civarında puanı var. Kesici delici yaralanmaları, tıbbi atık, radyasyon, intoksikasyon, doğal afet, düşme, gürültü ve elektrik çarpması gibi riskler belirledik.

Ve değerli katılımcılar en riskli alanımız, acil servis. Burada gerçekten çok önemli bir risk faktörü var. Günde 1000 ila 2000 arası hasta başvuruyor. Denizli’nin %40 sağlık hizmetini bizim hastane karşılıyor, doğal olarak acil servis de çok hareketli. Burada bir triaj yapmazsak düzgün olarak hakikaten kavgaya, dövüş eksik olmazdı. Triaja önem verdik, hastamız ilk başvurduğu anda triaj bölümüne gidiyor, ondan sonra yeşil hasta mı, sarı hasta mı belirleniyor, zaten kırmızılar direkt geçiyor biliyorsunuz, onlar triaja falan uğrayamazlar. Daha sonra sarı veya yeşil olan hastalarımız karşıdaki koltuklara geçiyorlar, bekliyorlar, yeşil hastalarımız yeşil koltuklarda bekliyor, sarı hastalarımız sarı koltuklarda bekliyor, ayrıca sarı hastaları ikiye böldük, ikiye ayırdık, travma sarı ve dahili sarı diye, hemen karşısında hastalarımız büyük bir panoda yeşil hasta ne kadar bekler en fazla iki saat bekler, bunların isimlerini yazdık, sarı

hasta en fazla 60 dakika bekler, isimlerinizi bekler, hasta ismi değil tabii, hastalıkların isimlerini yazıyoruz burada grup olarak zaten kırmızılar da yazdık buraya ama bunlar hiç beklemez diye belirttik, aşağıda bir ekran görüyorsunuz burada özel bir ekrandır, işte en altta bir alan var, 649 nolu yeşil hasta muayeneye geçiniz diye yanıp sönüyor bu ekran, yeşil hasta kalkıyor oradan ve alana geçiyor. Sarı hasta travma mı dahiliye mi onlarda aynı şekilde yanıp sönüyorlar aşağıda aktif olanın sırası gelince böyle bir uygulama yaptık ve bir hayli rahatladık arkadaşlar. Hakikaten orada hem çalışanlarımız hem de hastalarımız artık bir haksızlık olmadığını, sıralarının beklemesi gerektiğini bir çoğu artık düşünüyor.

Lateks eldivenler kullanıyoruz gene ameliyathanelerimizde. Sterilizasyon ünitemizi modern bir hale getirdik, çünkü yüksek riskli bir alan, modern cihazlar aldık, çalışan ve hasta güvenliği için kemoterapi merkezimizi, ayakta merkezimizi daha modern hale getiriyoruz, 2006'da bu kurulmuştu, biraz şimdi artık ihtiyaca cevap vermiyor alttaki gördüğümüz bir resim bir proje resmi şu anda inşaatı sürüyor. Bir ay sonra inşallah burada 35 kemoterapi koltuğu, modern bekleme alanları ve ilaç hazırlama kabini ile çok iyi bir merkezimiz olacak diye düşünüyorum. Şimdiye kadar yaptığımızın çok daha iyisini yapacağız.

Tabii servislerimizde atıkların geri dönüşümünü kurallarına göre yapıyoruz, tıbbi atık, cam şişe, kağıt atığı, ambalaj atığı, evsel atık bunları ayrı ayrı belirttik, resimlerini koyduk. Çalışanlarımız yanlış yere, yanlış bir atık atmasınlar diye ayrışım için bunları koyduk.

Çalışanlarımız bu şekilde usulüne uygun olarak, ekipmanları ile özel atık asansörü ile atıklarını ilgili alana ulaştırıyorlar, atık depomuz bir hayli kötüydü. Birkaç sene önce sahadaki modern atık deposunu yaptık. Bizim hastanemize ait bir uygulama mı bilmiyorum ama atık deposunun hemen yanına bir birim oluşturduk, inşaat yaptık, çalışanlarımız burada, giyiniyor, soyunuyor, duşunu alıyor, akşam evine gidiyor, yani hastanenin mikrobunu evine taşımasının istiyoruz.

Yine izolasyon önlemleri olan hastalarımız için özel, ex olduğu zaman özel yıkama yöntemlerimiz var, bunlara morg görevlisi yıkarken önlük, bone, maske, gözlük gibi, eldiven gibi ekipmanlarla yıkıyor, daha sonra gasilhane dezenfekte ediliyor.

Denizli maalesef 1. bölge bir deprem bölgesi ve Pamukkale Üniversitemizden hocalarımıza rica ettik ve hastanemizin dokuz ayrı binası için depremsellik incelemesi yaptırdık. Böyle büyük dokümanlar ortaya çıktı, 1952 model binamızı deprem takviyesi ile iyi bir hale getirdik, sağdaki haline getirdik, idare binamız, dışarıdan takviye edilirken içeride hizmet devam ediyor, Türkiye’de yeni bir yöntem olduğunu öğrendik. Bu şekilde bir takviyenin yine özel görünüm polikliniklerimiz de takviyeden geçti.

Hastanemiz de 2004 yılından beri yaklaşık olarak bu işlere 9 milyon Türk lirası para harcadık döner sermayeden, az bir kısmı da hayırseverlerden olmak üzere.

Bir örnek sadece çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniği eski hali solda, yeni hali sağda, hastanemizin hemen hemen bütün birimleri tadilattan geçti. Binalarımızın dört tanesine takviye gerekmiyordu, üçünü yaptırdık, ikisinden ise, zaten yeni hastane projesi ortaya çıktığı için vazgeçtik.

Yangın detektörlerimizi kurduk, dumana hassas. Sivil savunma uzmanımız çalışanlarımızı bilgilendiriyor. Yangın merdivenlerimizi bütün binalarda kurduk. Tatbikatlarımızı yapıyoruz, yılda en az iki defa bu tatbikatta sivil savunma müdürlüğünden ekipler, hastanemizden çalışanlarımız katıldı ve beşinci kattaki yoğun bakımdan teleferik yöntemi ile bir hastanın tahliyesini görüyorsunuz, sağda da yangın merdiveninden tahliye.

Çalışanlarımıza hastane afet planı eğitimleri veriyoruz, sağlık taramalarımızı arttırdık. Bunlar idarecilerimiz, önce kendimiz örnek olalım dedik, kanlarımızı verdik, yine aşı programlarımızı uyguluyoruz, bunların dökümünü yapıyoruz, hastanemizde yaklaşık 800 civarında şuanda sağlık taramasından geçti çalışanlarımız halen bu hızla sürüyor.

Kesici delici kutularımızı özel kaplarda biriktiriyoruz, diyaliz suyu arta kalan kaplarını delip içerisine atıyoruz, böylece bunu değerlendiriyoruz ve ilgili alana gönderiyoruz. Hastanemizin ciddi bir görüntüleme, alt yapısı var. Dijital röntgenlerimiz üç yıldan beri devrede, daha az radyasyon alıyor çalışanlarımız, film banyosu yapmıyoruz ve nükleer tıpta sintigrafi cihazları, beri tarafta iki tane tomografi ve diğer radyasyon yayan cihazlar için özel önlemlerimiz var bunlar burada hepsi atom enerjisinin önerdiğinin daha ötesinde önlemler.

Çevresel önlemlerde özel solisyonlar kullanıyoruz, çeşitli ölçüm cihazları,

çeşitli tedbirler, tehlike durum planları, personelin korunması için yüzlük dozimetreler, cep tipi dozimetreler, j tipi alan monitörleri ve yine radyoaktif atık arabaları, radyoaktif enjektör kutuları, kurşun gözlükler, önlükler, tiroit koruyucular, zırhlar, zırhlı paravanla, bu şekilde önlemlerimiz var.

Mikrobiyoloji laboratuvarımızda ekipmanlarla çalışıyor arkadaşlarımız, 120 güvenlik kameramız var her hastanede vardır zaten, 68 güvenlik görevlimiz canla başla çalışıyorlar. Ve beyaz kod, çalışanlarımızın sağlığı için, fiziksel saldırıya karşı beyaz kod sistemini ciddi olarak uyguluyoruz, bu afişi her tarafta astık, hastanemizin görünen yerlerine, üç dakikada olay yerine ulaşan bu arkadaşlarımız ve bilgilendirmelerimiz.

Hastanemizin önemli telefon görüşmelerini kayıt altına alıyoruz. İleride belki lazım olur adli olarak, polikliniklerde gene böyle acil servis ve yoğun bakımlar gibi alanları ya da hemşire deksi olan yerleri, bunlar fiziksel önlemler değerli katılımcılar ruhsal güvenlik neler yapıyoruz? Tükenmişlik sendromu ile mücadele, stresle mücadele, bir kere ek ödeme konusunda titizlik gösteriyoruz arkadaşlar çünkü çalışanların ruhsal güvenliği için ek ödeme, düzenli ödemesi gerekiyor bildiğiniz gibi. 2007'den itibaren üstteki bizim hastanemizin ortalaması kırmızı olan, alttaki Türkiye hastanelerinin ortalaması 5300'lerden şu anda 4300'lere düştük ama yine de Türkiye ortalamasının üstündeyiz ödeme olarak. Çünkü çalışanlarımız arttı ve hekimlerimiz muayenehanelerini kapattı bildiğiniz gibi yine bu görüntüde de 2007 yılında 15 milyon lira öderken 2011 yılında 29,5 milyon lira ödüyoruz brüt olarak yıllık ek ödeme.

Çevre kirliliğini, görüntü kirliliğini önlemek için peyzaj yaptık, çalışanlarımızın ruhsal ve motivasyonu için ve hastalarımız için. Bir doktora çalışması yapıldı hastanemizde 270 çalışanımız incelendi, konu tükenmişlik sendromu. Gerçekten çalışanlarımızda bu belirtiler görüldü ve buna karşı eğitimler yaptık, stresle mücadele eğitimleri. Hastanemizin hangi biriminde kaç kişi çalışması daha uygundur, diye bir bilimsel çalışmayla özel sektörden hizmet alımı yaptık, endüstri mühendisleri çalıştı, birimlerden işte ezilen olmasın ilgili birimde işte gereğinden fazla insan çalışmasın, eksik olmasın, düşüncemiz buydu. Eğitim faaliyetlerimizi arttırdık, son yılların moda kavramı biliyorsunuz, MOBBING, çalışanlara işyerinde psikolojik baskı, bunu idare yapabiliyor, çalışanlar kendi arasında yapabiliyor, bu konuda eğitimler verdik. Belirli

saatlerde merkezi müzik yayını yapıyoruz, bunlarda çalışanlarımızın, hastalarımızın ruhsal güvenliğine belki faydası olur diye sabahları 9'la 11 arası, öğleden sonraları 2 ile 4 arası hafif dozda enstrümantal, hafif dozda ve Türk Sanat Müziği ve Türk Halk Müziği yayınları yapıyoruz. Spor salonumuz, sergilerimiz, karikatür çalışmalarımız ve diğer kurslarımız sürüyor, mesai harici çalışanlarımız isterse spor salonunda spor yapabiliyorlar. Kütüphanemiz faaliyette, karikatürist arkadaşlarımız var, bu karikatür soldakini okuyorum, doktor oturmuş, hemen diyor ki hastasına bu reçeten diyor, ama şikayetimi daha söylemedim diyor hastamız veya hasta, doktor diyor ki şikayetlerini git diyor, başhekime anlat diyor. Böyle bir doktor örneği belki yoktur ama bu bir ironi tabii ki. Ve kreşimiz var, çalışanlarımızın çocukları ve kendilerinin ruhsal sağlığı açısından, sizi dinliyoruz toplantıları yapıyoruz, amacımız idarecilerle çalışanlar arasında yönetişimi sağlamak. Birimleri çağırıyoruz sırayla, Türk Sanat Müziği korolarımız, Halk müziği korolarımız konserler veriyorlar, otoparkımızı genişlettik ve yeniledik, mescidimiz genişledi, yenilendi. Modern yemekhanemiz, yemekhane girişine kalorileri yazmak lazım arkadaşlar, çünkü benim gibi pilavı çok seven birisi her gün pilav yer, 450 kalori alır. Biz de bunu önlemek için yazdık böyle çalışanlarımız dikkat etsin diye obeziteye karşı, sağda küçük bir ayrıntı bütün asansörlerde lütfen çalışanlarımız fiziksel aktivite adına merdivenleri kullanın diye uyarılarda bulunduk, başta ben olmak üzere idarecilerimiz ve bu kurala uyuyoruz, günde üç, beş kere katları inip, çıkıyoruz, yaya olarak. Gürültü ölçümleri yapıyoruz hastanemizde değişik alanlarda, inşaat sürekli olduğu için, şimdi gerçi biraz azaldı ama. Ve bir marşımız var. Evet, birinci kıta yeterli, teşekkür ederim.

SAĞLIK ÇALIŞANLARI PERSPEKTİFİNDEN HKS VE KAZANIMLAR

Prof. Dr. Nazmi ZENGİN

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi

Sayın Başkan, değerli katılımcılar hepinize merhaba diyorum. Başta milletinimizin vekili olmak üzere o kadar çok her şey konuşuldu ki bana herhalde söylenebilecek çok az şey kaldı ama ben gene de bir sağlık çalışanı olarak bir dönem Tabip Odası Başkanlığı yapmış halen Türk Tabipleri Birliği Büyük Kongre Delegesi olarak bir sağlık hakkı ve sağlık çalışanı hakkı aktivisti olarak sizlerle duygu, düşüncelerimi, ümitlerimi ve hayallerimi paylaşmak istiyorum.

Sağlık Bakanlığımızın kalite ve performans dairesi kurulduğunda çok yakından neredeyse her gün gelişmeleri internet ortamından izleyen bir kişiyim, çok heyecanlanmıştım. Bu konulara ilgi duyduğunu düşündüğüm bir arkadaşına ya böyle böyle bir daire kurulmuş, güzel şeyler olacak herhalde dediğim zaman bana bir türkü var sen biliyor musun, dedi. Türküden şu dizeyi okudu, “Buna yanık sevda derler, tez geç.” Evet, yani gerçekten de sağlık çalışanlarının birçoğu hiç alışkın olmadıkları böyle bir şeye, böyle yanık sevda türünde efendim bir şey zannetmişlerdi doğrusu ama baktık ki zaman içerisinde toplantılar yapılmaya, birer birer ortaya eserler efendim çıkmaya başladı.

Kaliteli hizmet biz sağlık çalışanı olmamız açısından efendim memnun hasta, verimli bir kurum sonuçta efendim bizimde memnun olduğumuz mesleki efendim doyum sağladığımız bir konu olacaktır tabii kaliteyi çok farklı yorumlayan meslektaşlarımız da var. Çok değer verdiğim bir tıp etiği ve deontoloji hocasının geçenlerde daha bir ay ya oldu ya olmadı bir yazısına rastladım. Sayıyor, şu, şu, şu, şu, efendim bunlar arasında kalite de var, iş dünyasının ticaret dünyasının kavramlarıdır, sağlık ortamına bunların sokulması, deyim yerindeyse bir ihanettir. Sağlıkta barışı, verimi, üretkenliği, her şeyi bozacaktır, diyor. Tabii buna katılmak mümkün değil. Türk Tabipleri Birliği İstanbul Tabip Odasında yaptığımız bir konuşma sırasında bu kalite konusuna değindim ve oturum başkanı da hakikaten Odanın yönetim kurulundandı. Tabii dedim şimdi siz bunu sevmeyeceksiniz ama benim burada kalitenin anlamı,

iş dünyasından, ticaret dünyasından bir şeyi getirdin burada söylüyorsunuz diyeceksiniz ama peki dedim yani Türk Tabipleri Birliği olarak biz, nitelikli hizmet dediğimiz zaman neyi anlıyoruz? Bunun, toplumun çok daha iyi anlayacağı biçimdeki ifadesi kalitedir arkadaşlar. Dolayısıyla Bakanlığımızın yaptığı bu kalite çalışmalarının hiçbir zaman bizim meslek örgütümüzün o nitelikli hizmet istediğinin dışında bir şey olmadığını ben şahsen düşünüyorum. Bunları birleştirmemiz lazım, kalite yükselirse ne olur? Biz sağlık çalışanlarına ne gibi yansımaları olur? Birazda bunlara değinmek istiyorum, evet bu hasta güvenliği meselesi, çalışan güvenliği meselesi, sabahtan veya birkaç gündür burada konuşuluyor, konuşulmaya devam edecek. Dergilerde bu şekilde yazılar yazdık, efendim toplantılar yaptık, yine Sağlık Bakanlığımızın düzenlediği kurslar oldu, bunlar çeşitli şekillerde gazetelere yansıdı, hatta, ta Muş'taki Günaydın Gazetesi bile ilgi duymuş, yani toplumda da bir ilgi var bu konuya. Efendim kongreler düzenledik, kitaplar yayınladık, bunların hepsi tabii ki çok güzel şeyler. Hasta güvenliği arttığı zaman inanıyorum ki ben, bizim hekimlere özellikle açılan malpraktis davaları azalacaktır. Maalesef bu bizim kanayan bir yaramızdır, birkaç dönem sağlık, yüksek sağlık şurasında da bulundum, inanın her vakada neredeyse içim ezildi. Çünkü bunların ardındaki en önemli neden, bu davaların açılmasının ardındaki en önemli neden hasta güvenliği konusundaki zafiyetlerimizdi. Hasta güvenliği konusundaki zafiyetler giderildiği zaman bütün bunların hallolacağını, bu davaların önemli ölçüde ben azalacağını düşünüyorum. Tabii ki efendim basının şeyleri var, bir takım olumsuz, böyle kışkırtıcı diyebileceğimiz tutumları var, bunlar olacaktır, onları ayrıca bu gibi toplantılarda görüşmemiz, tartışmamız gerekecektir ama dava açılrsa bile sağlık çalışanlarına ceza gelmeyecektir biz efendim gerekli tedbirleri aldığımız zaman bu davalardan herhangi bir zarar görmeden kurtulacağız.

Beni çok etkileyen bir dava dosyası vardı. Bunlardan bir tanesi şu şekildeydi; nöbet değişimi oluyor, bir çocuk kliniğinde göğüs hastası olan, solunum sıkıntısı olan bir çocuğa hemşire hanım geliyor, o solunum cihazına bakıyor, oraya bir sıvı koyması gerekiyor. Kusura bakmayın ben göz hekimi olduğum için çok yabancıyım konuya ama bu sıvıyı efendim bakıyor, bitmek üzere yenilemesi gerekiyor ve masanın üzerinde bir şişe var, şişenin içinde bir sıvı var, alıyor, o cihazın haznesine koyuyor. Çocuk bir müddet sonra kötüleşiyor, çocuk ölüyor, tabii yapılan araştırmada anlaşılıyor ki o masanın üzerinde ki

şişede su olması beklenen şişenin içinde formaldehit var arkadaşlar. İnanın yani o çocuğumuza mı yanayım? O meslektaşımıza mı yanayım? Ve buradaki vahim hataya ne gibi hatalarla güvenlik sorunlarıyla efendim karşı karşıya olduğumuza mı yanayım?

Bir başkası bizim Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kalp, damar cerrahisi ana bilim dalı kliniğinde gerçekleşti. Ağızdan şurup tarzında viagra verilmesi gereken genç bir hasta bir kalp damar problemi var, eziliyor ve bir enjektörün içine sulandırılarak hazır halde bırakılıyor. O sırada nöbet değişimi yaşanıyor, nöbet efendim değiştikten sonra gelen görevli, sağlık memuru görevinde olan aslında ATT olan arkadaşımız, şeyden, damardan enjekte ediliyor hastaya ve hasta tabii kaybediliyor.

Evet, bu konu tabii çok önemli bir konu, özellikle hekim arkadaşlarımıza yaptığımız her toplantıda, onlarla her buluşmamızda ne olur etmeyin, yapmayın, bu konulara ilgi duyun, sizler sağlık ekibinin liderisiniz, sizler bu konuları, idarecilere, hastane müdürlerine, efendim hemşire hanımlara bırakmayın. Tabii ki onların rolleri de var, ama ekip lideri olarak bu konulara ilgi duyun diyoruz ama maalesef bu tür eğitim faaliyetlerine hekim arkadaşlarımız çok az ilgi gösteriyorlar. Sabahleyin yapılan sunumlardan birisinde Bursa Devlet Hastanesi'nde yapılan eğitimler konusunda çok güzel bir sunum yaptı arkadaşımız, efendim sayıyor, sayıyor, sayıyor kocaman bir liste sağlık çalışanları listesi ama doktorlarımız bunlar içinde maalesef yok. Lütfen, doktor arkadaşlarımız sağlık konusundaki liderliklerini kaybetmek istemiyorlarsa efendim bu konulara ilgi duymaları gerekiyor.

Evet, bakın katarakt yerine rahmi alınan hastalarımız, yanlış ameliyat, yanlış taraf cerrahisi yapılan hastalarımız, efendim doktorlar aleyhinde davaların hâbire arttığına dair gazete haberleri.

Bir başka konu hasta memnuniyeti; hasta memnun oldukça tabii ki bizde memnun olacağız efendim, sağlık çalışanları iyi bir konuma gelecekler. Çeşitli anket çalışmaları yapılıyor, bunların bazılarını yine yapılan sunumlarda ben izledim. Burada bir konuya dikkat çekmek isterim. Sağlık çalışanlarının, özellikle de hekimlerin iki tane özelliğini ben hep vurgularım, yeniliklere son derece açıktırlar, yenilikleri hemen kapıp alırlar, yeni bir şeyler yapmak isterler, bir diğeri de bağımsızlıklarıdır, sürekli bağımsız olmak, bağımsız hareket etmek isterler.

Bir başkası da bürokrasiyi ve kırtasiyeyi sevmemeleridir, bu konuya çok, çok, çok ama çok dikkat etmemiz gerekiyor, burada önemli bölümü yönetim kademesinde olan arkadaşlarımız var. Tabii ki bu çalışmalarımızı yapacağız ama bu çalışmaları yaparken hiçbir zaman yeni efendim bürokratik işlemler, yeni kırtasiyecilikler üreterek yapmamamız, en aza indirerek sonuç almamız gerekiyor.

Evet, şiddet konusuna Sayın milletvekilimiz uzun uzun değindiler, bu maalesef benim resimde gördüğünüz gözü morarmış kişi, çok sevdiğim bir meslektaşım Konya'dan, aile hekimiydi kendisi böyle çok vahim bir saldırıya uğradı ve bundan sonrada aile hekimliğini bıraktı. Bu sorunun çözümünde de çok şeyler yapıldı, toplantılar yaptık, efendim kitaplar yayınladık, internet siteleri, hatta alo şiddet hattı diye hatlar kurduk, raporlar hazırladık, çalıştaylar yaptık, afişler hazırladık. Ama sonuç olarak ortamı, bunu üreten ortamı iyileştirme konusunda çok fazla şeyler bugüne kadar yapmadık yani sayın milletvekilimizi ben dinledim, tabii ki çok iyi filmler hazırlanacak, afişler hazırlanacak, ne güzel hastanelerimizde çeşitli yerlere bunlar asılacak. Bunlar güzel şeyler ama sorunu çözümüyor, sorunun çözümünde ben kalitenin artırılmasını görüyorum eğer bu hizmet kalite standartlarımızı biz içselleştirebilirsek sağlık çalışanları olarak inanıyorum ki şiddetin en önemli faktörünü ortadan kaldırmış olacağız, sadece tabii ki hekimler değil, hemşire hanımlarında çok güzel çalışmaları var bu konularda, sendikalarımız efendim çalışmalar yapıyorlar.

Bir başka konu ve tabii bu sempozyumun, bu oturumun önemli konularından biri, sağlık çalışanlarının sağlığı konusu. Buna da sağlık çalışanı örgütleri, sendikalar, Türk Tabipleri Birliği, eskiden beri önem verirdi. Efendim, kitaplar yazıldı, bu şekilde broşürler üretildi, dergilerde efendim çeşitli makaleler yayınladı, yine yayınlandı, kongreler yapıldı çok kısa bir süre önce birkaç gün önce yine Ankara'da bu sağlık çalışanlarının sağlığı kongresinin üçüncüsü yapıldı. Tabii bunlar çok iyi şeyler ama dikkat etmek gerekiyor. Ben meslek örgütüme bağlı, saygı duyan, onun iyi olması için gayret eden bir kimseyim ama bu işleri yaparken, yani gidip sağlık çalışanlarının konusu, sağlığı konusunda bir kongre düzenlerken panellerin birisinin sağlık sektöründe sermaye ve kar olması doğrusu efendim veya sağlık emekçilerinin sömürüsü konusu olması işi affedersiniz sulandırıyor. Aynı konuda Sağlık Bakanlığımızın da çok dikkatli olması gerekiyor, çok yoğunlaşmış bir şekilde konuya fıkse olarak, oraya odaklanarak düzenlemeler yapması gerekiyor. Onun içine başka bir

şeyi de katarsanız, efendim ya falan konu da bir eksiğimiz var bunu da kalite konusunda efendim şey yapalım ki tebliğde araya sokuşturalım, dersiniz kursa bakmayın başarı oranınız düşer. Çünkü sağlık çalışanının algısı bozulur ha der ki, efendim burada kalite deniliyor ama falan madde de ne var? Araya sokuşturulmuş, deyip bu şeyi efendim güzel ilkeleri benimsemekte şeyli davranabilirler, mesafeli davranabilirler.

Evet, bütün bir çalışmaların bir yönetmelikle mevzuat haline gelmesi çok yararlı olmuştur. Biz de tabii ki sivil toplum çalışmaları efendim eğitim çalışmaları etkilidir ama iş mevzuata bağlanana kadar, yani yaptırım olana kadar maalesef çok önemli gelişme sağlanamamaktadır.

Sayın vekilimiz sigara konusundaki çalışmalar değinmişti, evet yani o da hakikaten çok güzel çalışmalar ama 64 lira efendim, 74 lira ceza ortaya çıkmadan maalesef ne olmuştu? O çalışmalar sadece biraz çeşni olarak kalmıştı bizde işin yaptırımı olması gerekiyor ve gayet de güzel hizmet kalite standartları bu yönetmelikte yerini almış ve uygulamaya geçmiş vaziyette. Hasta memnuniyeti ile sağlık personeli memnuniyeti hep böyle birbiri ile tabii karşılaştırılıyor, gayet güzel bir şey, çalışma Sağlık Bakanlığımız zaman zaman bu tür araştırmaları da yaptırıyor. Hakikaten bu hizmet kalite standartları yerleştiği zaman, sağlık çalışanlarımızın iş doyumunun artacağına ben inanıyorum çünkü gerek hizmette, gerek yönetimde gerek iletişimde şey artacaktır, tatmin artacaktır, iş doyumunu yukarıya çıkacaktır. Buna paralel olarak da tükenmişlik ya da “burnout” dediğimiz sağlık çalışanları arasında çok çok çok rastlanan efendim bir olumsuzluk da ortadan kalkacaktır.

Sonuçta başarı artacaktır, başarı arttığı zaman da hasta memnun olacak, sağlık çalışanı memnun olacak ve kurumlarımız daha verimli hale gelecek, bunun sonucunda hepimizin özlemi olan sağlıklı toplum ortaya çıkacaktır, benim sunumum bu kadar, hepinize saygılar sunuyorum.

PERFORMANSTA YENİ KAVRAM VE UYGULAMALAR

■ Oturum Başkanı - Prof. Dr. Murat Rıza KARAŞEN

SGK Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü

■ Dr. Ferhat ZENGÜL

Alabama Üniversitesi - Birmingham

İşlevsel Performans ile Sonuca Odaklı Performans Ölçümlerinin Karşılaştırılması

■ Melahat ELMAS GAZİ

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Performans Koordinatörü

Kalitede Birim Bazında Sorumluluk: Birim Performans ve Kaliteye Etkileri

■ Av. Süleyman Hafız KAPAN

SB Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Hukuk Müşaviri

Kurumsal Performanstan Yönetici Performansına Adım Adım

■ Uzm. Dr. Kazım SARICI

Eskişehir Devlet Hastanesi Başhekimisi

Teoriden Pratiğe Birim ve Yönetici Performansı ve Etkileri

■ Metin MEMİŞ

Sağlık-Sen Genel Başkanı

Performans Sistemine Sendikalar Bakış

İŞLEVSEL PERFORMANS İLE SONUCA ODAKLI PERFORMANS ÖLÇÜMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Ferhat ZENGÜL

Alabama Üniversitesi / Birmingham

Teşekkür ederim Sayın Başkanım ve çok değerli konuklar. Gerçekten burada olmak çok heyecanlı ve çok duygulu, çok memnunum burada olmaktan ve bu katılımdan dolayı da çok heyecanlıyım, organizatörleri gerçekten tebrik ediyorum, yani Amerika’da 11 yıldır Amerika’dayım böyle büyük böyle güzel organizasyonu güzel yönetmek, bu kadar becermek, tebrik ediyorum, yani tek kelime ile harika.

Şimdi başlıktan sizin gözünüzü korkutmuyor dimi konuya bir girizgah noktasında şöyle bir şey söyleyeyim hepimizin başı sağ olsun. Diyeceksiniz ki ne oldu? Kim öldü filan kalite hani kalite yazıyor ya orada kalite nereye gitti kalite, kaliteyi performans yuttu, performansın içinde, şimdi dünya nereye gidiyor? Hani bizde çok güzel söz var “her kez gider Mersine bizimkisi gider tersine” acaba hani ben değerli hocalarımızı sabahtan beri dinliyorum o kadar güzel istifade ettim ki, hani ben siz dediniz ya “Amerika’yı yeniden keşfetmek” hocalarımızdan biri, ben Türkiye’yi yeniden keşfediyorum. Ve çok mutluyum yani çok çok çok güzel şeyler öğrendim ve çok istifade ettim. Şimdi Amerika da neler oluyor veya dünyada gidişat ne tarafa? Onu bir çünkü benim anlatacağım şeylerin bir kısmını yarın indikatörler olarak siz göreceksiniz zaten anlatılacak. Zaten bir kısmı da anlatıldı, o yüzden böyle çok akademik içine girip sizi burada boğmak istemiyorum. Amerika nereye gidiyor? Şimdi bak Amerikan devletinin bu CMS hükümetinin web sitesi, web sitesinde hastaneleri karşılaştırın diyor. Sen orda oturduğun Eyaletteki hastaneye giriyorsun veya zip kodunu işte giriyorsun, karşılaştırmasını yapıyorsun nasıl karşılaştırıyorsun, hastanelerin performanslarını karşılaştırıyorsun. Şimdi dedim kaliteyi performans yuttu ne demek o? Kalitesiz performans, performans olarak görülüyor. İyi bir performans değil, yani kalitesiz performans, performans değil. O mefhum artık çok eskilerde kalmış hani şimdi Türk halkı çok harika bir halk bunu ben uzaklardan gözlemliyorum sizi. Belki siz içindesiniz fark etmiyorsunuz teknoloji adaptasyonu anlamında gerçekten bir araştırma yapmak

isterim Türk halkı üzerinde bu kalbimden gelen böyle gerçi büyük isteklerden birisi çünkü ben buraya geldiğimde böyle gözlerim afallıyor yani açılıp kalıyor. Herkesin kullandığı özellikle cep telefonlarını gördüğüm de, kardeşim diyorum yani biz geri kalmışız Amerika da ne iş yani herkes Iphone, Samsung şu bu ve nasıl kullanıyorlar nasıl kullanılıyor, e bir cep telefonu fabrikası kurduk, kurdum ben işletmeci, ben işletme okudum. Bu arada hafifçe kendimden bahsedeyim üniversite Alabama at Birmingham’a 11 yıl önce gittim orda master yaptım, MBA yaptım, sonra orada hastanenin üniversite hastanesinin planlama departmanının da kapital proje ve tamamlama departmanında çalışıyorum. O hastanelerin inşaatının finansmanına bakıyorum, birde alman ekipmanların finansmanları ile ilgileniyorum bide ikinci bir görev verildi üniversiteden şimdi Türkiye ile olan üniversitenin ilişkileri üzerinde ikinci bir görevim var. O yüzden doktor ağabeylerimiz, ablalarımızda konuşurken dedim ki hani gelmek isterseniz observer olarak bizim üniversiteye baş gözü zerinde yeriniz var, gözlemci olarak Amerika’da her şey mükemmel değil ama dışarıdan gözlemci olarak alıp götürebileceğiniz gerçekten çok şeyler olduğuna inanıyorum çok faydası olabilir. O yüzden benimle bağlantıya geçerseniz memnun olurum yani onu da ifade edeyim. Şimdi tekrar konuma dönerken hastaneyi karşılaştırmak görüyorsunuz, bunu kim yapıyor internetten halk rahatlıkla gidip hastaneye bakıyor, hastanenin performansını karşılaştırıyor. Performansının içinde kalite de var. Kalite performansın bir parçası, performanstan ayrı bir şey değil, ha cep telefonu örneğini verdim fabrika kurduk, günde bin tane cep telefonu üretiyoruz günün sonunda 500 tanesi defolu çıkıyor. Bu nasıl bir performans? Bir büyük bir problem var o fabrika iflas eder. Yani kaç gün dayanır bilemiyorum, şimdi hastanede işletmeciliği de yani ögle bir fabrikadan çok farklı bir şey değil yani şimdi hasta tıbbi hatalardan falan bahsedildi tabii Amerika’da o uyanma şeyleri 2000 yılında hocalarımızın bahsettiği “To Earn is Human” yani insan hata yapar veya Türkçesiyle “Hatasız kul olmaz” diye çevrilebilir. Hepimiz hata yapabiliriz peki hatalar nasıl engellenir? Bizim ürünümüzde gerçekten hastaya verdiğimiz hizmet o hizmetlerin hatasız olması gerekiyor.

İkincisi physical compare diyor, gördüğünüz gibi sırf hastaneleri karşılaştırmıyorsunuz halk, vatandaş gidiyor birde doktorları karşılaştırıyor. Hangi doktor daha iyi? Şimdi ben bir kalp doktoruna gideceğim, kalp ameliyatı olmak

önemli bir şey yani öğle herkesin altına, işte her doktorun önüne yatmak istemezsin. Yani görmek istiyorsun hani şu doktor kaç tane ameliyat yapmış bin tane, bin tanesinden kaç tanesi ölmüş bunu görebiliyorsunuz burada hani beş tane yıldız, şimdi hepimiz bunu yapıyoruz bakın yani internetten bir şey alacağımız zaman gidip reytinglerine bakıyorsunuz, notlarına bakıyorsunuz kaç yıldız almış? Beş yıldız mı, dört yıldız mı, üç yıldız mı? Bunu yapıyoruz süreç oraya doğru gidiyor. Yöneliş o yönde ve bu durdurulamaz bu, bu geriye dönmeyecek bir süreç ve bunu Amerikan devleti yapıyor yani federal devlet bazında yapılan bir şey devlet bazında yapılan bir şey ve bunun gibi başka sitelerde var. Mesela bir örnek; 100 top hospital, yani 100 en kaliteli hastane sıralandırması bile yapılıyor hastanelerin şu anda Amerika’da ve bunu yapan özel bir kuruluş tabi verilere dayandırılarak yapıyor. Şimdi diyeceksiniz ki, ya bu Türkiye de olur mu olmaz mı? Mümkün değil! Bunun Türkiye de olmaması ve dua edin Sağlık Bakanlığı bunu yapsın. Niye dua edin diyorum, çünkü şimdi benim hanım ders almadan önce bizim Amerika’da öyle derslere kayıt oluyorsun, ders almadan önce bir web sitesi var gidip bakıyor, “ratemyprofessors.com” yani “profesörüne not ver.com” işte Türkiye’de açılacak bir web sitesi büyük ihtimalle, orada öğrenciler profesörüne not veriyorlar birde bilgiler yazıyorlar. İşte bu hoca gerçekten çok kazık, şöyledir, böyledir her neyse bir sürü bilgi var orada oku veya “amazon.com” veya Türkiye deki “alisveris.com” da bakıyorsunuz ki millet, halk alanlar, alışveriş yapanlar yıldız vermişler 5 yıldız 4 yıldız 3 yıldız 2 yıldız 1 yıldız. Amerika’da “freedom of speech” diyorlar ya “konuşma özgürlüğü” var. Türkiye’de de konuşma özgürlüğü vardır diye zannediyorum değil mi? Veya konuşma özgürlüğü noktasında bizde ilerliyoruz bireysel haklar hürriyetler noktasında eminim ki bizde doğru doğrultuda gidiyoruz. Kim engelleyebilir, bir Türk vatandaşının, bu ben bile olabilirim bir web sitesi açıp bilmiyorum hukuki şeylerini araştırmadım bunun da hani “doktoruma not ver” diye web sitesi açsam, yani her şehre şehirdeki doktorlar belli, yıldızları koyacaklar ve problem ne biliyor musunuz? Niye dedim Sağlık Bakanlığı bunu yapsın, dua edin Sağlık Bakanlığı bunu yapsın diye çünkü birazdan istatistik şeylere gireceğim. Şöyle bir hakikat var memnuniyetsizlik memnuniyetten on kat daha ifade edilir. Bu bir genel kanundur. Şimdi, halk böyle bir kontrolsüz ve objektif olmayan bir şey yaparsa şayet bu sefer memnuniyetsizlikler daha fazla ifade edilecek orada bundan emin olabilirsiniz.

niz. Ve istatistiksel olarak distorted denilen, yani SKEQ denilen aslında ilmi değeri olmayan şeyler ortaya çıkacak ama halk ona binaen kararını verecek bu bir süreç, bu engellenemez bir süreç olacak yani Türkiye’de olacak olmak zorunda, olur, mümkün değil olmaması çünkü dünyanın her yerinde oluyor. Neyse bu yüz üstün hastanenin bu şeyleri var bu indikatörlerden yapıyor tabii ben şimdi bu ana konuma geçiyorum burada örneklerini görüyorsunuz, bunları yanında zaten indikatörler olarak göreceksiniz ben Done Media’nın free work’ü üzerinden, ana çatı üzerinden söyleyeceğim bu meseleyi size kalite biraz ruhunu incittim biraz önce kalite öldü falan dedim ama aslında kalite reenkarnasyon geçirdi performansın içine girdi ve kalite çok canlı yani sizin performansınızı içinde kalite de olması gerekiyor kalitesiz bir hizmet verildiği zaman kalitesiz bir cerrahi yapıldığı zaman o performansın içinde olması gerekiyor ve ona göre hastaneler Amerika’da mesela devlet o yönde ilerliyor, hastaneyi ona göre vereceğim diyor yani sen bir hastane hastayı sakatlamışsın bunun cezası bile var yani sadece ödeme noktasında finansal noktada değil yani Amerika’da biliyorsunuz doktorların durumu da burada kine göre biraz daha zor çünkü kanunlar gerçekten daha fazla hastanın yanında, zor yani şimdi Done Media’nın bu çatısında yapılan işlemler, yapılan operasyonlar var ve sonuç var, yapı dediğimiz hani hastanenin binasından tut da hastanede kaç tane uzman doktor olduğu, kaç tane öbür türlü doktor olduğu, kaç tane hastanede yatak olduğu, hastanedeki ekipmanlar mesela mr, erişim var mı gibi şeyler yani bunlar yapının içine giriyorlar. İşlem yaptığınız uygulamalarla neler yapıyorsunuz ne tür işlemler yapıyorsunuz herkes biliyordur da sonuçta sonuç ne oldu sonunda? Sonuç buna örnekler şimdi burada yazdım bunları okumaya gerek yok şimdi işin ilginç tarafı bu çatıda hepsi sonuçla alakalı yani alakalı olmakta zorunda yani yapısal bir şey sonuçla alakalı olduğu zaman gerçekten ölçüm noktasında bir kıymet ifade ediyor. Veya işlem noktasında sonuçla alakalı ise bir kıymet ifade ediyor bizim açıımızdan yani ölçüm yapanlar açısından kıymet ifade ediyor yani ve yorumlanıyor. Gerçekten sizin açıımızdan da o zaman daha manalı oluyor çünkü onlar çok önemli meseleler, nedir bu önemli meseleler? “Five disease” bunu Türkçeye çeviremedim 5 neyle başlasak dedim de biraz sürçü lisan edersem beni affedin zorlandım yani açıkçası o yüzden böyle “five disease” olarak bıraktım ama ölüm, hastalık, rahatsızlık, sakatlanma ve memnuniyetsizlik şeklinde çevirdim onları. Şimdi diyeceksiniz

ki, işlem veya sonuç bunlardan hangisi daha kıymetli? Benim konum da o ya işlem veya sonuç ölçümleri, ölçüleri hangisi daha kıymetli aslında bu soru biraz yanlış çünkü ikisinin de kullanılacağı yerler var. Burada kullanılacağı yerleri yazdım oraya bakabilirsiniz ve biraz daha ilginç noktalara değinmek istiyorum o yüzden asıl önemli noktaya gelmek istiyorum. Şimdi bunların tabii, her iki ölçümünde zayıf noktaları var, yani yapılan işlemlerin ölçümünde zayıf noktası var, sonuç ölçümlerinde zayıf noktaları var. Şimdi işlem ölçümü biraz öncede söylediğim gibi sonuca bağlantısı nispetinde kıymetli, sonuca nasıl bağlantı ile basit bir alelade bağlantı değil. Kanıta dayalı bağlantı şimdi biz hep “Evidence Based Medicine“ yani kanıta dayalı hekimliktir, kanıta dayalı tıp değil mi? Kanıta dayanması lazım, bununda kanıta dayanması lazım kanıta dayanmıyorsa konsensüslerin dayanması lazım yani her sağlık camiasından olan doktorlar hemşireler, bugün çalışan uzmanlar diyorlar ki şu yapılan işlem şu sonucu etkiler bir konsensüs var, bu olur ama konsensüslerin çok uzun süre konsensüs olarak kalmaması lazım o konsensüs üzerinde araştırma yapması lazım bu herkes bilir illerden şeye Macar doktorun durumuna döner, yüz yıl önce söylemiş kadavrayı kestikten sonra doktor doğuma gittiği zaman elini yıkasa, şeyler düşer demiş hani, ölüm oranları çocukların, bebeklerin ölüm oranları düşer, o zaman herkes gülmüş, şimdi el yıkama değince doktorların çok ilgisini çekiyor dimi yani çok önemli çünkü ispat edilmiş, kanıtlanmış, yani en önemli meselelerden birisi el yıkama hani uygulanıyor mu? Uygulanmıyor mu? Tartışılır da, şimdi büyük sağlık sistemlerinde veya ülkelerin karşılaştırılmasında işlemler çok uygun değil. Çünkü işlemler küçük şeyler gibi gözüküyorlar da önemliler çok önemliler ama onlarla iki ülkeyi karşılaştıramazsın. İki ülkeyi nasıl karşılaştırırsın? Ölüm, yani mortality ölüm oranına bakarsın. Türkiye’deki ortalama yaşam şeyi ne kadar, Amerika’da ki ne kadar karşılaştırmak bakalım hadi! Orada karşılaştırmak kolay zaten sonuç ölçümleri o demek yani mortalite, morbidite bunlar hep veya sağlık statüsü health state, sağlık durumu. Şimdi sağlık durumuna gelirken biraz daha karşılaştırmalar var burada çok önemli bir şey söylemem lazım sonuç ölçümleri ile ilgili, mesela sağlık durumu bir sonuç ölçümü. Sonuç ölçümlerinde şöyle bir problem var; ben bir hastayım hastaneye geldim değil mi? Ben ne getirdim, kendim ile birlikte bütün genetiğimi anadan babadan ne aldıysam, beslenme faktörü ne yiyorum, ne içiyorum, yaşam stilim, yani nasıl yaşıyorum, stresim, ne tür,

streslere maruz kalıyorum? Bunun gibi listeyi şöyle yazsak herhalde bayağı bir çarşaf gibi liste olur. Bütün bu faktörlerin içinde sizin bana verdiğiniz hizmeti sadece o faktörlerden bir faktör sağlık durumunu etkileyen. Şimdi istatistikler analiz yaparken sizin verdiğiniz, ben sizin kalitenizi ölçeceksem mesela doktorlar arası istatistiksel analiz yaparken diyeceksiniz ki, benim kalitemi ölçerken bütün bunları, bütün bu riskleri göz önüne alman lazım. Çünkü o zaman iki hastaneyi karşılaştırıyorsun, bir tane hastaneye çok riskli hastalar geliyor, bir tane hastaneye daha az riskli hastalar geliyor. Risk adjustment yapmadan, risk düzenlemesi yapmadan iki hastaneyi karşılaştırdığın zaman gerçekten elmayla portakalı karşılaştırıyorsun ama risk adjustment yaptığınız zaman hastanın yaşı yani genetiği, eski işte hastalıkları bütün faktörleri düşünebileceğiniz bütün faktörleri göz önüne alacağınız zaman ona göre bir düzeltme yapıldığı zaman istatistiksel olarak ikisini karşılaştırabilirsin, karşılaştırılabilirlik düzeyine gelir, karşılaştırdık.

Şimdi burada çok şeyler var bunlarla canınızı sıkmak istemiyorum çünkü biraz daha geleceğe yönelik şeyler söylemek istiyorum ben ölçüm kalitesinde yani “legality reliability” geçerlilik ve güvenilirlik yanında. Şimdi geçerlilik şu; ben bir şeyi ölçüyorum ama gerçekten ölçmek istediğim şeyi mi ölçüyorum? Bu soruyu soracaksın yani bir şeyi ölçüyorum ama gerçekten istediğim şeyi, ölçmek istediğim şeyi mi ölçüyorum? Çünkü çok önemli... Ölçmek istediğin şeyi ölçmüyorsan sen zaten direk orada büyük bir problem var demektir zaten hani; adamın biri top atışı yapacakmış atmamış top, komutanı sormuş niye atmadı? Yüz tane sebebi var, say bakalım demiş, barut yok, gerisini söylemeye gerek yok demiş. Bu öyle bir şey, geçerlilik barut yoktu gibi bir sebep, o yoksa zaten ne yaptığı belli değil olayın, bir de güvenilirlik. Sen ölçüm yaptın, bir ölçü sistemi geliştirdin ölçme yönünde, senin ölçünü ben mesela öyle bir ölçü sistemi geliştirdim ki benim ölçümü başka bir araştırmacı kullandığı zaman aynı sonuçlara ulaşması lazım yani aynı şekilde ölçekbilmesi lazım daha doğrusu, aynı sonuçlar değil, aynı şekilde ölçekbilmesi lazım. Bu çok önemli ha bunun yanında en önemli faktör ne? Bu ikisinin yanında? Nedir sizce? Soru sordum ama o kadar büyük kalabalığa, verim kalitesi.

Yani ölçüm ne kadar iyi olsa, ne kadar kaliteli ölçüm de olsa, ne kadar geçerli bir ölçüm de olsa yani içine, makinenin içine attığın malzemeyi, malzeme iyi değilse sonuç kötü, sonuç iyi olmaz mümkün değil yani. Veri kalitesizse,

kalitesiz veri ise sonuç kötü çıkar. Şimdi, gelecekteki olasılıklara ben bunu sadece bir örnek vereceğim sizlere, verinin kalitesi yönünde bir örnek, şimdi hocalarım biraz önce bahsettiler çok önemli mesele, gerçekten Amerika'da büyük sorun ha bire check listler yapılıyor. İyi de bu check listleri doldurdunuz zaman, kontrol listeleri, şunu anlaşılır olması lazım ki kontrol listeleri miktarı arttıkça doktorun ve hemşirenin hastaya ayırdığı süre miktarı azalıyor. Yani doldur babam doldur, doldur babam doldur değil mi? Yani hani bir hastaya hizmet veriyorduk, bu işler nasıl olacak falan? Orada Türk milletinin en sevdiği şey devreye giriyor, en çok adapte olduğu şey, en kolay elde ettiği şey, teknoloji.

Bir örnek veriyorum, şimdi böyle ir kaç tane firma var Amerika'da. Dedik ki yani el yıkamak en önemli şey hastanelerde, bahsettik, bunu nasıl ölçüyorlar el yıkamayla, bunun birkaç tane örnekleri oldu hastane test veriyor, hemşirenin veya doktorun şurasında bir zaten tanıtım kartları oluyor değil mi? Tanıtım kartınız, tanıtım kartınız içinde bir sensor var, çip var, sen elini yıkadığın zaman sağlık görevlisi, doktor, hemşire her neyse elini yıkadığı zaman bu sensor onu algılıyor ve doğrudan veri database gidiyor, yani ben elimi yıkadım bir check liste koymaya gerek yok, veri doğrudan gidiyor, veri yükleme yerine. Yıkadın mı, yıkamadın mı belli. Ha sadece onunla kalmıyor hastanızın başına gittiğiniz zaman ne kadar süre gitmişse yeşil ışık yanıyor veya kırmızı ışık yanıyor diyor ki evet, hastaya dokunabilirsin veya dokunamazsın. Yeşil ışık varsa dokunabiliyorsun hastaya, yoksa gidip elini yıkaman gerekiyor, hatta bazıları böyle oynuyorlar yani. Gelecek adına çok büyük bir gelişme bizim check listlerimizde büyük bir ihtimalle azalacak ve verilerin kalitesi yükselecek ve emin olun. Hani bizim Sağlık Bakanlığımız ölçmese bile bakan bu ölçüm sürecinden kaçılmaz yani ölçülmekten kaçamayız, ölçmese bile halk ölçecek ve bizim, sizin gibi doktor, hemşire yani bilim adamları, bilim adamlarının ölçümden gurur duyması lazım. Çünkü o objektif olacak aslında ve objektif bir şeyi, objektif olmayana her zaman tercih etmek lazım ben çok teşekkür ediyorum saygılar sunuyorum.

KALİTEDE BİRİM BAZINDA SORUMLULUK: BİRİM PERFORMANS VE KALİTEYE ETKİLERİ

Melahat ELMAS GAZİ

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Performans Koordinatörü

Sayın katılımcılar hepiniz hoş geldiniz. Benim sunumum da kalitede birim bazında sorumluluk ana başlığı var ancak, performansa dayalı ek ödeme sisteminin birim performansa nasıl geldiği benim asıl değinmek istediğim konu.

Katılımcılarımızın çoğu kalite çalışanı olduğu için ve ağırlıklı olarak hizmet kalite standartları üzerinde çalıştıkları için hizmet kalite standartlarını ek ödemeye bugüne kadar nasıl ilişkilendirdik, geçmişte nasıldı? Bugün hangi noktaya geldik ve bundan sonraki süreçte hizmet kalite standartları ve ek ödemenin ne şekilde ilişkisinin devam edeceği ve bu ilişkinin nasıl şekilleneceği konusunda sizi biraz bilgilendirmek istiyorum.

Birim performans nedir? Sağlık Bakanlığı 2009 yılında ilk defa birim performans uygulamasına geçmiştir. Birim performans, aslına bakarsanız bireysel performansın kalitesini ölçmek demektir. Biraz önce Ferhat Bey'in söylediği gibi performans kalitesiz olmaz, kalitesiz performans, performans değildir, demişti. Sağlık Bakanlığı da aynı görüşte olduğu için bireysel performansın kalitesinin ölçümü amacıyla birim performans uygulamasına geçmiştir. Ve bu uygulamayı şu ana kadar gelinmiş olan üç aşamayla değerlendirmekte fayda var.

İlk olarak yürürlüğe konulan ve uygulanmaya başlanan birim performans biçimi, yöneticilerimiz için gelen birim performans hemen akabinde ağız ve diş sağlığı merkezleri için uygulanan birim performans ve ikinci basamak yani devlet hastaneleri hizmet hastanelerinde uygulanan birim performans olmak üzere üç aşamalı bir birim performans uygulamamız var.

Yöneticiler için uygulanmış olan birim performansa ben sunumumda değinmeyeceğim. Benim sunumumdan hemen sonra Sayın Süleyman Hafız Kapan sizi bu konuda aydınlatacak, ağız diş sağlığı merkezleri performansının ölçüm biçiminde hizmet kalite standartlarından daha farklı objeler var, bunlar burada

diş tabiplerinin ve uzman diş tabiplerinin yapmış olduğu işlemler ve bunların ortalamasıyla diğer personelin değerlendirilmesi biçiminde. Aslına bakarsanız burada birim performans da kaliteyi ölçerken neyi ölçmek istediğimiz sorusunun cevabı, ikinci basamak birim performansta. Biz burada ikinci basamak birim performansta hem hizmet kalite standartlarının etkilerini hem de burada uzman tabiplerin branşlarına göre sunduğu sağlık hizmetlerinin kalitesini farklı değerlendirmeler biçiminde ölçeceğiz.

İkinci basamak birim performansının uygulaması ile ilgili olarak sunumumda size anlatacağım bir ön çalışma, bir uygulama süreci, dahili ve cerrahi branşlarda nelerin ölçüldüğü, birim performansın nasıl hesaplandığı, akabinde birim performansın kaliteye etkisi ve farklı bir bakış açısıyla kalitenin birim performansa olan etkisinden bahsedeceğim.

Birim performans değerlendirmesi benim sunumum ikinci basamağı ilgilendirdiğinden, uzman tabipler için yapılan değerlendirme ve diğer personel için yapılan değerlendirme biçiminde sınıflandırmakta fayda var.

Uzman tabiplerin birim performansında bakanlıkça temel hedefimiz; yapılan ön çalışmaların sonucunda da gözlemlenen ve sahadan alınan verilerle yapılan değerlendirmeler neticesinde varılan sonuç, hastanelerin ameliyathane ve yatak kapasitelerinin istenildiği gibi kullanılmadığı ya da beklenen sonuçların henüz elde edilemediği. Uzman tabiplere birim performans getirilmesinin çıkış noktası budur ve bu çıkış noktasıyla birlikte devlet hastanelerinde çalışan uzman tabiplerden dahili branşlarda görev yapanlar için yatan hasta vizite oranlarını ölçmek, cerrahi branşlarda görev yapanlar için ise yapmış oldukları ameliyat oranlarını ölçmek, uzman tabiplerin birim performansı bu şekilde basamaklandırılmış. Diğer personelin birim performansı ise uzman tabipler gibi yapılacak bir değerlendirmenin dışında, hizmet kalite standartlarına katkıları ve bunların sorumluluğu ve farkındalığını değerlendirilecek biçimde kurgulanmıştır.

Yönergemiz Aralık 2010 yılında çıkmış, Mart ayında da tekrar bir revizyona uğramıştır, birim performansla ilgili yönergemizin, yönergemiz çıkmadan önce bir ön çalışma yapıldı tabii ki bu ön çalışmada ülke genelinden bölgeler arası farklılıklar da gözetilerek hekimlerin tam çalışma oranlarının en yüksek olduğu dönem verileri için 15 tane devlet hastanesi seçilmiştir. Hekimlerin

tam çalışma oranlarından kasıt yıllık izinlerin ve raporların az kullanıldığı, tam zamanlı çalışmanın yani 30, 31 gün aktif çalışmanın tam olduğu günler ve dönemler seçilmiştir, bunun için Mart ayı en doğru zamanlardan birisidir. Verileri incelenen yani hekim verileri alınan 15 hastanemiz gördüğünüz gibi, bunların içinde bir eğitim araştırma var ancak devlet hastanesi gibi hesapladığı için verilerine başvurduk. Ön çalışma da 20 ayrı branştan 874 tane uzman tabip verisi kullanılmıştır, bu uzman tabiplerden 395 tanesi dahili branş, 479 tanesi cerrahi branş hekimlerinden oluşmaktadır.

Puanı incelenen branşlar ve dağılım; yine gördüğünüz gibi burada dikkat edilmesi gereken önemli bir ayrıntı da şudur. Branşlarda dağılım ve inceleme yapılırken dahili branşlar için özellikle hasta yatışının mümkün olduğu branşlar seçilmiştir, cerrahi branşlarda da yine ameliyat oranı ölçülebilen branşlar seçilmiştir ve bu branşlarda yan dal değerlendirmeye alınmamıştır.

Ve bu incelemenin, ön çalışmanın hemen akabinde dahili branşlarda ve cerrahi branşlarda neyin ölçülmesi gerektiği yani bu branşların hizmet kalitesini ve performans puanlarına uygulanacak birim performansta neyin ölçülmesi gerektiği sonucu çalışmanın sonucunda varılmış olan netice, dahili branşların toplam puanının %5 ve üstünün yatan hasta vizite puanından oluşması gerektiği, cerrahi branşlarda ise toplam puanın %10'unun ve üstünün ameliyat oranından oluşması gerektiği sonucuna varılmıştır. Bu yönergenin ilk yayınlandığı dönemde bu oranlar biraz daha yüksekti, akabinde geri bildirimler ve saha çalışmaları neticesinde bu oranlar biraz daha düşürülmüş, mevcut duruma uyarlanmaya çalışılmıştır.

Dahili branşlar için katsayı aralıklarını gösteren tablomuz budur, eğer ki bir hekimin, dahili branş hekiminin, yatan hasta vizite oranı toplam puanının %5'ine eşit ve üzerinde ise birim performansı tam kabul edilir. Bu oran %5 – 3 arası ise 0,95, 3 – 1 arasıysa 0,90, 1'in altında ise yani hiç hasta yatırmamış ise hekim ya da çok az yatırmışsa 0,85'tir. Bu alt sınırdır. Burada dahili branşlar için kast edilen sadece poliklinik hizmeti ile performans ödemesi almasının önüne geçmek, hasta yatak, hastane yatak kapasitesini tam anlamıyla kullanması için bu kriter geliştirilmiştir.

Cerrahi branşlar için toplam puanının en az %10'u ve üzeri %10'a eşit ve üzeri, ameliyat yapması gerekir birim performansının 1 olması için yine bu aralık

10 ila 7, 7 ila 4 ve 4'ün altı biçiminde kurgulandı. 4'ün altında ameliyat yapan yine poliklinik hizmetleri ile diğer işlemlerle ameliyat yapan hekimde birim performans 0,85 alt sınırındadır.

Burada ameliyatlara da kısaca değinmekte fayda var. Yapılan ameliyatların A, B, C ve D grubu ameliyatlar olması gerekiyor, E grubu ameliyatlar ve girişimsel işlemler ameliyat oranının hesaplanmasına dahil edilmemiştir.

Bir örnek verecek olursak, genel cerrahi uzmanları bu konuda en genel örneği oluşturuyor sanırım. Bir aylık ek ödeme dönemi içinde A, B, C, D grubu ameliyat ve girişimden elde edilen puanları 8960 olan bir cerrah, toplam puanı da 35.504 ise, ameliyat puanlarının toplamının, toplam puana bölümü bize birim performans katsayısını verecektir. Dolayısıyla bu hekimde birim performans katsayısının % 25 olduğu görülmekte oran %10'un üzerinde olduğu için bu hekimin birim performansı tam kabul edilmektedir, yani bir.

Kadın doğum için sezaryen oranını düşürmek amacıyla farklı bir değerlendirme usulü kullanılmakta. Çünkü kadın doğumu diğer cerrahi branşlar gibi değerlendirmek doğru değil, sezaryen de bir ameliyattır. Hepinizin malumu sezaryenle mücadele için kalite de bazı parametreler vardı, performans da gene aynı şekilde sezaryen puanlarının düşürülmesi, normal doğuma özen-dirilmesi biçiminde politik bazı kararlar neticesinde puanlarla da değişiklik oldu, buna ek olarak birim performansta da sezaryen oranıyla mücadele için farklı bir değerlendirme kullanılmaktadır. Bu değerlendirmeden kısaca bahsetmek istiyorum; kadın doğum branşı öncelikle primer sezaryen hariç yapmış olduğu tüm cerrahi girişimleri A, B, C, D grubu girişimleri ameliyatların toplam puanı ve bunun oranı alınıyor. Akabinde primer sezaryen oranı alınıyor, ikisinin toplamı, ortalaması alınarak kadın doğum branşının birim performans katsayısı değerlendirilmekte. Burada, bir yere gelmek istiyorum. Kadın doğum branşında mükerrer sezaryenleri ameliyat puanına dahil etmedik, haliyle çünkü bunlar hekimin isteği dışında gelişen süreçler, uygulama da özellikle puanı hesaplanmayan hasta yatırmayan ya da ameliyat yapmayan tabipler ne olacak sorusu eminim şimdi akıllarınızda. Uygulamada vizite puanı hesaplanmayan dahili branş uzman tabipleri, yan dal uzman tabipleri, pratisyen tabipler, diş tabipleri ve tabip dışı personel, vizite ameliyat puanı bulunmadığı için çalıştığı birimin hizmet kalite standartları puanıyla değerlendirilmekte-

dir. Burada yan dal uzman tabiplerini istisnai olarak tuttuk, bunlarda da yatan hasta ve ameliyat puanı hesaplanabilmekte ancak yan dal branşı olduğu için daha ziyade eğitim araştırma hastanelerinde hizmet vermektedirler ve bunlardaki oranlar daha düşük olduğu için değerlendirmeye alınmamışlardır. Hizmet kalite standartlarıyla değerlendirilen tabipler bu şekilde görülmekte, dikkat ederseniz laboratuvar branşları bu tarafta, halk sağlığı, nükleer tıp, radyasyon onkolojisi, patoloji, anestezi, dermatoloji, enfeksiyon, bu branşlar yatan hasta oranı düşük ya da hiç hesaplanamayan branşlar, laboratuvarlar zaten böyle bir kapsama girmiyor, hizmet kalite standartları açısından değerlendirilmekte.

Burada bir ayrıntının daha altını çizmek istiyorum, ilk defa bu yönergede bu düzenleme ile tabiplerinde hizmet kalite standartlarına olan ilgisini, bir kere daha dikkatini bu konuya çektiğimizi göstermek istiyorum. Çünkü burada tabipler performans puanlarının hizmet kalite standartları doğrultusunda da ölçülebileceğini görmüş oldular, tabip dışı personelin hizmet kalite standartlarındaki çalışmaları tabiplerden çok daha fazlayken şimdi tabiplerinde hizmet kalite standartlarına olan ilgisi biraz eşitlendi gibi.

Diğer tabiplerden kastımız yine ameliyat ve vizite puanı olmayan tabipler, onların aralığı yine 1 ile 0,85 arası hizmet kalite standartları doğrultusunda. Burada bölüm puanı yani hekimin çalıştığı laboratuvarın puanı örneğin; laboratuvar 0,86'nın üzerinde ve eşit ise birim performansı tam kabul ediliyor, 86 ve 80 arası ise 95, 80 – 70 arasında ise 90, 70'in altındaysa 0,85.

Tabip dışı personelde bir farklılık var, aralıklar yine aynı ama birim performans katsayısı 0,90 - 1 ve ikisinin arasında. Birazdan ona da değineceğim sınırlar olarak, değerlendirilme yapılmayan birimler için ne olacak, burada hizmet kalite standartları çerçevesinde değerlendirme yapılmayan birimlerde çalışılan personelin birim performans katsayısı değerlendirilmesi yapılan birimlerin ortalaması alınarak belirlenir. Kurumsal performans yönergemiz biliyorsunuz değişti ve yeni durumda merkezi değerlendirmelerde değerlendirilmesi yapılan birimler diye tanımlanmış durumda, bu birimlerin dışında çalışıp hiç değerlendirme yapılmayan birim personeli bunların ortalamasından etkilenecek.

Birim performans nerede kullanılır? Asıl sorununuz bu. Öncelikle personelin net performans puanı belirlenir, bu hekim, hekim dışı tüm personel için geçer-

li. Ek ödemede en son çarpandır, birim performans. Brüt ek ödeme tutarıyla çarpılır ve personelin net ödeme tutarı belirlenir. Birim performansın fonksiyonu personelin alacağı net ödeme tutarının belirlenmesidir.

Birim performansta sınırlar; biraz önce değinmişim. Dahili ve cerrahi branşlar için 0,85 – 1 arasındır, diğer tabiplerde yine 0,85- 1 arasındır. Tabip dışı personel de 0,90 ila 1 arasındır. 0,85 alt sınırdır, 0,85 altında gerçekleşmesi gibi bir olanak yok en fazla 0,85 sayısından etkilenir, personelin ek ödemesidir.

İkinci basamak birim performans kimlere uygulanmaz? Yönetici birim performansı uygulanan personel ile yani yöneticilerimize ikinci basamak birim performansı uygulanmaz. Eğitim ve araştırma hastanelerinde farklı değerlendirme ölçekleri var henüz birim performans yöneticiler dışında eğitim ve araştırma hastanelerinde uygulanmış değil.

Ağız ve diş sağlığı merkezlerinin farklı bir değerlendirme biçimi var, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin birim performans düzenlemeleri farklı ve ikinci basamak olup da D ve E grubu olan devlet hastanelerinde de birim performans uygulanmamaktadır.

Birim performans için bir takım istisnalarımız var, ben hepsini sayamadım burada hem zamanınızı almak istemiyorum, hem de gerçekten çok kalabalık bir sunum olacak, yeni açılan kurumlar da bir yıl, önemlilerini vurgulamak istiyorum, birim performans uygulanmaz. Birleşen kurumlarda altı ay birim performans uygulanmaz, hem tabip hem tabip dışı personel için. Doğal afet, salgın, salgın hastalık, savaş, seferberlik, yangın ve benzeri hallerde Bakanlıkça uygun görülen sürede birim performans uygulanmaz. Ameliyathane veya servislerin bakım onarım tadilatı süresince cerrahi branşlar için özellikle birim performans uygulanmaz. Tabii bunlara istisna olarak geçici görevlendirmeler, yeni açılan kurumlar, naklen atamalar, açıktan atamalar gibi personelin henüz birim performans haberdar bile olmadığı birim performans ve kalite çalışmalarına katkıda bulunmadığı süreçte, personel birim performanstan sorumlu tutulamayacağı için bu süreçte de personele belli bir süre 6 ay ila 1 yıl, farklı düzenlemelerimiz var birim performans uygulanmamaktadır.

Yine burada da gördüğünüz gibi yeni açılan bir kurumda hasta yatış, ameliyat süreçleri henüz oturmamıştır, birleşen kurumlarda yine aynı şekilde ve olağanüstü hallerde ve tadilat vs. sebeplerle de birim performansın ölçülmesi fiilen

çok mümkün değildir, o yüzden bu süreçler istisna olarak tutulmuş, bunlar için ayrı hüküm getirilmiştir.

Birim performansın kalite ile ilişkisine de biraz değinmekte fayda var, çünkü birim performans ağırlık olarak hizmet kalite standartlarının yeterince iyi uygulanıp, uygulanmadığını da ölçen bir sistem. Birim performans öncesinde HKS, kurumsal kalite değerlendirilmesi için gerekliydi biliyorsunuz. Kurumsal kalite değerlendirilmesindeki yeri, personele dağıtılacak ek ödemenin toplam miktarını belirlemek idi ama şu durumda artık kalitede kurumsal başarı yani dağıtılabilecek tutarı belirlerken HKS'sin iyi tutulması, sadece kurumsal boyuttayken artık bu herkesi birebir sorun haline geldiği için kalitede bireysel başarıyı da artık gözetmek durumundayız. Çünkü hizmet kalite standartları artık personelin ne kadar iyi yerine getirilirse alacağı ek ödemenin o kadar iyi olacağı anlamına da gelir.

Birim performansın, kalite ilişkisinde yine ameliyat ve vizite puanı hesaplanan uzman tabipler dışındaki tabiplerin ve diğer personelin hizmet kalite standartlarına göre ek ödeme aldığını ve birim performansının buna göre değerlendirildiğini söylemekte fayda var.

Kurumsal sorumluluktan, bireysel sorumluluğa geçişe de değinmek istiyorum, bugüne kadar sunumum başında da söylemiştim, tabip dışı personel ile ağırlıklı olarak hizmet kalite standartları ve kalite çalışmalarının yürütüldüğünü bundan sonraki süreçte tabiplerinde bu sürece dahil olduğunu ve artık bireysel bazda hizmet kalite standartlarından sorumlu tutulacaklarını, özellikle dahili ve cerrahi branş değil ise HKS'den sorumlu ise bu hekimlerinde artık hizmet kalite standartlarını ne kadar iyi yerine getirdiği ile ilgileneceğini belirtmiştim.

Kalitenin birim performansı etkisi; belki farklı bir bakış açısı burada hizmet kalite standartları ya da hastanenin hizmet sunumunun kalitesi neleri arttırır? Beklenen seviyede hasta yatışını, beklenen seviyede ameliyat oranını, yatak kapasitesini, kullanımını arttırır. Biliyorsunuz muayene erişimler, her hekime bir poliklinik verilmesi, ameliyathanelerin, laboratuvarların ve hastanenin genelinin hizmette olan tüm birimlerinin kalitesi, hasta başvurularının yatışı, ameliyatları da olumlu yönde arttıracığından bu artışlar hekimlerin birim performansını da arttıracaktır çünkü bir hastanede iyi ameliyat yapılıyor ise ame-

liyathanesi düzgün ise, şartları steril ise, hastalar Büyükşehirlerdeki büyük hastanelere gitmeyi tercih etmeyecekler, bulundukları yer hastanesinde ameliyat olacaklardır. Yine aynı şekilde hasta yatışı için servislerdeki bakım kalitesi ve hizmet kalite standartları iyi uygulanmış bir hastanenin genelinin kalitesi düşünüldüğünde hasta yatışı ve tedavi etmek için tercih edilecek hastanelerde birim performans katsayısı da 1'e yaklaşık olacak ya da tam kabul edilecektir. Burada kalitenin hasta sevkinin hazırlanması ve randevu sürelerinin kısılması anlamında da bir katkısı olduğunu da gözden kaçırmamak da fayda var. Tüm bunları bir değerlendirdiğimizde kalitenin de aslında birim performansı olumlu ve olumsuz etkiler. Olumsuz etkileri; tabii ki farklı anlamda söylüyorum, her ikisini bir değerlendirdiğimizde kalite, birim performans için gerekli, birim performans bireysel performansın kalitesini de ölçtüğü için bundan sonraki süreçte personelin kaliteden etkilenişi, yani olumlu anlamda, performans anlamında etkilenişi eğitim araştırma hastanelerindeki olacak süreçle birlikte devam edecektir.

Beni dinlediğiniz için teşekkür ederim.

KURUMSAL PERFORMANSTAN YÖNETİCİ PERFORMANSINA ADIM ADIM

Av. Süleyman Hafız KAPAN

*SB Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Hukuk
Müşaviri*

Değerli misafirler öncelikle hoş geldiniz diyor, saygılarımı sunarak sunuma başlıyorum.

Aslında benim sizlere aktaracağım konu daha çok yöneticilerimizi ilgilendiren, spesifik bir konu, yönetici performansı.

Az önce diğer konuşmacımız Ferhat Bey de çok güzel ifade ettiler, artık ölçüm kaçınılmaz bir süreç, ölçümden kaçınılması mümkün değil, tabii bu ölçüm süreci artık yöneticilerimiz için de zorunlu zaten şu anki yöneticilerimiz de bu ölçüm sürecini yaşayarak, mütalaa etmekte.

Sunum planına bakacak olursak öncelikle neden yönetici performansına ihtiyaç duyduk? Ne için yönetici performansı ölçüyoruz? Daha sonra Sağlık Bakanlığında ki şu anda uygulamış olduğumuz mevcut yönetici performans uygulamasından kısaca bahsettikten sonra bildiğiniz üzere yeni 663 sayılı KHK ile getirilen, kamu hastane birliklerinde yönetici uygulaması neler ön görüyor? Genel hatlarıyla bu kamu hastane birliklerindeki yönetim modelinden bahsetmeye çalışacağım.

Hepimiz takdir ederiz ki, işletmenin olduğu bir ortamda, bütçenin olduğu bir ortamda bir hizmet sunumunun olduğu bir organizasyon, personel yönetiminin olduğu bir ortamda ölçümden kaçamayız. Yani bu işletmeciliğin temel kuralıdır tabii ki bir iş adamı olduğunu varsayarsak, bir işletmemiz olduğunda mutlaka işletmemizin başında bulunan yöneticilerimizin mutlaka ama mutlaka bir takım parametrelerle ölçeriz başarılı mı, başarısız mı? Bunların tabii ki birinci ölçüm aracımız, işletmecilik mantığı gereği, mali yönetim ölçüm süreci. İkincisi, kaliteli bir hizmet çıktı süreci, üçüncüsü de yöneticilerin muhtemel organizasyonu nasıl yürüttüğüne ilişkin ölçüm süreci ile yöneticileri de ölçmeye çalışırız.

Sağlık kurumlarımız açısından baktığımızda aslında yöneticilerimizin bir takım sorumlulukları var. Bunların başında kurumlarını en iyi şekilde yöneterek

kurumsal başarı elde etmek, yine bu kurumsal başarıyı elde ederken aynı zamanda da kurumlarımızda sürdürülebilir bir finansal yapıyı da sağlamak. Yine gelir gider dengesini sağlayarak borç yönetimini sürdürülebilir bir borç yapısı, sürdürülebilir bir borç yönetimi sağlamak. Bunun yanında persone-
lini teşvik etmek amacıyla personelin ek ödemelerini zamanında ödemek, diğer taraftan da mümkün olduğunca bu hizmet organizasyonu çerçevesinde verilen sağlık hizmetinin kalitesini artırmak yönünde çabalar sergilemek ve hasta ve çalışan güvenliği sağlamak. Ve yine bizlerin yönetici olarak kendi kendimize belirlediğimiz kurum bazında belirlediğimiz kurumsal hedefleri de yerine getirerek mümkün olduğunca daha iyi bir hizmet vermek yönünde sorumluluklarımız var.

Peki, Sağlık Bakanlığında yönetici performans nasıl başladı? Bildiğiniz üzere ilk uygulama Mart 2010 yılı başında başladı. Bu kapsamda kurumlarımızda yöneticilik yapan başhekim, başhekim yardımcısı, müdür, müdür yardımcısı ve başhemşire konumundaki personelimize, bu yönetici performansı sorgulamalarını başlattık. Tabii ilk uygulamamız başladığında daha çok aslında mali sorgulama içeren, mali yönetim sorgulaması içeren bir sorgulamayla, iki temel parametre ile başladı, birincisi kurumlarımızın sürdürülebilir mali yapılarını sağlamak üzere borçluluk oranı, ikincisi de borç ödeme süresine ilişkin bir parametre ile başladı, yani iki parametre ile başladı. Bunun yanında bir takım düzeltici faktörlerimiz vardı, hastanenin türü, görev, unvanı ve çalışma süresi. Tabii bu yönetici performansının ilk başlangıcı daha sonra süreç içerisinde revize edilerek ikinci versiyonuna geçildi. Ekim 2010 ayından itibaren de ikinci versiyonu uygulamaya başlandı tabii ikinci versiyon ile birlikte yönetici performansı uygulamasının kapsamı ve parametreleri gelişti. Biraz önce bahsettiğim iki ana parametreye bir takım ana parametreler de eklendi. Bunlar hizmet kalite standartları kurumlarımızdaki kaliteli hizmet sunum süreçlerini daha da ileriye götürmek noktasındaki bir noktayı içeren hizmet kalite standartları parametresi getirildi, yine personelimizin teşviki amacıyla ek ödemeyi zamanında dağıtma parametresi eklendi. Yine işletmecilik fonksiyonunun bir gereği olarak muayene kabul işlemlerine ilişkin bir parametre eklendi. En son olarak da performans hedefi olarak diğer bir ana parametremiz eklendi, düzeltme parametrelerini de bunun yanında eklemelerimiz oldu yine kurumların farklı coğrafi bölgelerde bulunmalarından kaynaklı bölge gelişmişlik katsayı-

ları getirildi bu coğrafi bölge gelişmişlik farklarını gidermek amacıyla. Yine binaları eski olan, yaşlı binalarda hizmet veren kurumlarımız için bir düzeltme faktörü getirildi, bunun yanında da büyük bütçelerle uğraşan, büyük gelirleri olan kurumlarımızı yönetmenin zorluğu düşünülerek, mali büyüklüğe göre de bir düzeltici parametre eklendi sisteme.

Ana faktörlerimiz var, hizmet kalite standartlarına baktığımızda aslında bunun hizmet kalitesine ilişkin bir süreç ölçümü olduğu, yöneticilerimizin kurumlarında ne derecede kaliteli hizmet sunduklarını ölçmeye yönelik bir parametre olduğunu görüyoruz, yine sürdürülebilir mali yapıya ilişkin parametrelerimiz var biraz önce de bahsettim borçluluk oranı ve borçluluk süresi. Yine, muayene kabul işlemleri katsayımız var bunun yanında da personelin teşviki amacıyla ek ödemeyi zamanında dağıtma katsayımız söz konusu.

Burada tabii belirlenen bir takım kıstaslarımız var bunların detaylarına çok girmeyeceğim, Bakanlık aslında temel olarak şunu belirledi; kurumlarımızın hangi oranda borçlanabileceği veya firmalara olan borçlarını hangi sürelerde ödemesi gerektiğini belirlemiş durumda, gene kurumlarımızın aldıkları hizmet kalite katsayısına göre de gene bir takım katsayı belirlemeleri yapılmış durumda.

Yine burada performans hedef katsayımız var, bu performans hedef katsayımızla Bakanlık tarafından kurumlarımıza özgü, kurumlarımız için diğer kurumlardan farklı bir hedef, farklı bir kriter belirlenmesi halinde o hedefin zamanında yerine getirilip, getirilmediğine dair bir ölçe aracımız. Bu aracın yerine getirilmesi halinde tam puan alınabiliyor, yerine getirilmemesi halinde de kurumlarımız olumsuz etkileniyorlar.

Düzeltilme faktörü katsayılarımızdan bahsedecektim, aslında bunların sadece bir tanesi dışında temel özelliklerine baktığımız takdirde birin üzerinde yani olumlu kurumlarımızda olumlu yansıyan bir katsayılandırma ile yapılandırılmış olması, kurumlarımızı olumlu biçimde etkileniyor çünkü hep birin üzerinde olduğu için olumlu bir katma değer sağlıyor kurumlarımız açısından.

Yine burada yaşına ilişkin belirlediğimiz bir takım katsayılar var. Yine mali büyüklüğe göre belli bir mali büyüklüğün üzerindeki kurumlarında artı değer olarak puanlandırılmış durumda, sadece çalışma süresinde biraz öncede bah-

settim, çalışma süresinde birden aşağıya doğru giden bir puanlama söz konusu. Bunun sebebi de şu; kurumdaki görev süresi artınca kurum başarı veya başarısızlığında o kurum yöneticilerinin sorumluluğunun ve payının yüksek olmasıdır.

Uygulamaya ilişkin bir takım hususlara değinecek olursak; aslında biz bu yönetici performansı uygulamamızı şu anda sadece yönetmelik uyarınca yönetici olarak ek ödeme ile hesaplanan personel için uyguluyoruz, yönetici olarak hesaplamaları yapılmayan personel için bu uygulamayı şu anda uygulamıyoruz.

Hizmete yeni açılan kurumlarımızdaki yöneticilerimiz için bir yıl süreyle yönetici performansı ölçünü yapmıyoruz. Yine birleştirilen kurumlarda altı ay süre ile yönetici performansı ölçümü yapmıyoruz. Yine kurumlarımızda ilk defa göreve başlayacak personelimiz için bir yıl süreyle, bir yıl için yönetici performansı ölçümü yapmıyoruz, diğer taraftan ana performans, ana faktörler biraz önce bahsettiğim ana parametrelerden eğer kurum tam puan alıyorsa bu durumda da tamamen yönetici performansından 1 olarak dikkate alınıyor.

Tabii, bu uyguladığımız yönetici performans ölçümünün de bir sonucu var, etkileri var. Şu anda mevcut yöneticilerimiz için mali yönden etkiler doğurmakta, kurum yöneticilerimizin ek ödemelerini en fazla % 30'a kadar değişen oranlarda azaltabilmekte, uygulamamız. Tabii bu uygulamada eğer personelin ek ödemesi, brüt ek ödeme tutarı, tavanı aşıyorsa; bu durumda da tavan ek ödeme tutarına bu uygulama çarpılmak sureti ile personelin ek ödemesinde fiili alacağa ek ödemede azaltışa gidiliyor.

Aslında yönetici performansına baktığımızda bunun hizmet kalite standartları yöntemi ile kurumlarımızdaki hizmet kaliteli hizmet verilme sürecini sorgulamak amacıyla yapılan değerlendirmeler sonucunda ortaya çıkan kurumsal performansa aslında işletmecilik boyutu ile ilgili olan mali performansın ölçülmesi sureti ile aslında bir nevi kurumlarımızın başarı veya başarısızlığını ölçerek katsayılandırıyoruz, bir puanlama sistemi getiriyoruz yöneticilerimiz için. Ve bu suretle de kurum yöneticilerimizin başarı veya başarısızlığını aslında ölçmüş oluyoruz.

Tabii, kurumsal performanstan kamu hastane birliklerinde yönetici performansına geçiş sürecine baktığımızda da aslında yine yönetici performansı öl-

çümünün ana ekseninin gene hizmet kalite standartları yöntemi ile kurumsal değerlendirme olduğunu bunun sonucunda da kamu hastane birliklerinde bir sonuçlandırmaya gidileceği ve buna göre de kurum yöneticilerimizin yönetici performansının belirleneceğini görüyoruz. Biraz sonraki slaytlarımda bunun detaylarına değineceğim. Aslında kamu hastane birliklerinden sonra mali etkilenmenin yanında tabii ki yöneticilerimiz için görevden alınma veya göreve devam noktasında da bir sonuç ortaya çıkacak. Tabii bu da artık yönetici personelimiz içinde doğal olarak prestij sorununu da gündeme getiriyor çünkü yöneticilerimizin yönetici performansı ölçümünden sonra görevden alınma durumunda bu ilgili personel bakımından da bir prestij kaybına yol açacağı da muhakkak.

Kamu hastane birliklerinde yönetici kapsamının genişlediğini görüyoruz. Mevcut yöneticilerimizle genel sekreter, hastane yöneticisi ve başkanlıkların eklendiğini, başkanların eklendiğini görüyoruz. Tabii yeni yönetim modelimiz aslında değişiyor artık bir defa atandım sürekli yöneticiyim modeli bitiyor maalesef. Bundan sonra yöneticilerimiz 2 ile 4 yıl arasında değişen sürelerde sözleşmeli olarak görev yapacaklar. Artık devlet memuriyeti ayrıcalığından artık maalesef yöneticilerimiz faydalanamayacaklar. Bundan sonra yöneticilik yapmak için mutlaka ölçümden artık yöneticilerimizin başarılı çıkmak zorundalar, başarılı çıkmadıkları takdirde sözleşmeleri fesih edilecek ve yöneticilik görevleri son bulacak. O yüzden yeni bir dönem yöneticilerimiz için artık yöneticilik daha çok profesyonellik taşımak zorunda yöneticilerimiz işlerine daha çok profesyonel bir şekilde ele almak detayları daha çok düşünmek durumundalar. Kamu hastane birliklerindeki yönetici performansına baktığımızda yöneticilerimiz için birincisi bireysel performans hedefleri belirleyeceğini görüyoruz. Bunun yanında bu birlikteki yöneticilerimiz için yöneticilerimizin yönettiği kurumlara yönelik kurumsal değerlendirme yapılacağı, o kurumların kurumsal performansının ölçüleceği görüyoruz ana hatlar olarak ama bir taraftan da bu kurumları birlikteki kurumlarımız için kurumsal değerlendirmenin iki başlık altında değerlendirileceğini görüyoruz. Birincisi; birliğin tamamı için bir kurumsal performans değerlendirmesi yapılacak, diyelim ki bir birlikte 5 tane hastane var, bu 5 hastanenin genel sonuçlarına yönelik bir ortak değerlendirme yapılacak ve birlikteki 5 hastanenin toplamı için bir ortak puanlandırma yapılarak bunlar için bir ortak yönetici performansı değeren-

dirmesi yapılacak. Yine bunun yanında her bir hastane bazında özellikle o hastaneyi yöneten başhekim ve müdürler için kendi hastanelerine yönelik kurumsal performans değerlendiresi hastane bazında değerlendirme yapılacağını görüyoruz. Yani bunu daha somut bir ifadeyle ifade edecek olursak şuanda her hastanemizin ayrı bir kurumsal değerlendirilmesinin yapıldığı gibi aslında yine hastane bazında her hastane birlik oluştursa dahi her hastane için ayrı bir kurumsal değerlendirme ve ölçüm yapılacağını da görüyoruz.

Peki, birliklerdeki yöneticilerin sorumluluğuna baktığımızda artık bu kamu hastane birliklerinde oluşturulan yeni yönetim modelinde genel sekreterin, hastane yöneticisinin ve başkanların öncelikle birlik için yapılan yani hastanelerin tamamı için yapılan genel değerlendirmeden, genel kurumsal değerlendirmeden sorumlu olduğunu görüyoruz. Bunun yanında, bu yöneticiler aynı zamanda her bir hastanenin bireysel ve kurumsal performansından da sorumlu olduğunu görüyoruz. Her hastane bireysel olarak da mutlaka bu süzgeçten bu kurumsal değerlendirme süzgecinden geçmek durumunda. Diğer taraftan başhekim, başhekim yardımcısı, müdür, müdür yardımcısı da kendi yönettikleri birey olarak yönettikleri kendi alt hastanelerine ilişkin kurumsal performanstan sorumlu olacaklar.

Tabii, buradaki temel noktaya baktığımızda aslında kurumun başarısı aynı zamanda yöneticinin başarısı tabii bu bir paradoks, aynı zamanda yöneticinin başarısı da kurumun başarısı. Burada iyi bir denge kurulması ve iyi bir birlik-telik kurulması gerekiyor kurumlarla.

Diğer taraftan aslında yöneticilerin birbirlerine daha bir halkanın zincirleri gibi bağlandığını görüyoruz, genel sekreterin başarısı aynı zamanda diğer başhekim ve müdürlerin başarısını teşkil edecektir. Tabii bunu tersinden okuduğumuz zaman ilgili hastane başhekim ve müdürlerinin başarısı da genel sekreterin başarısı olacak çünkü artık birlik yöneticileri birlikte gelip birlikte gidecek eğer başarısızlık olması durumunda bütün yönetimin sözleşmeleri fes edileceği için artık bütün yöneticilerimiz aynı gemide ve birlikte kürek çekmek durumundalar. Şimdiki yönetimde olduğu gibi bana ne başhekim düşünsün veya bana ne genel sekreter düşünsün diyebileceğimiz maalesef bir model kalmıyor. Bunun altını çizmek istiyorum. Yine burada kurumsal başarıda biraz öncede bahsettim sorumluluk tüm yöneticilerin tabi bireysel performans he-

defleri de getiriliyor. Artık kuruma özgü spesifik hedefler belirlenerek yöneticilerin bunları yerine getirip getirmediikleri noktasında da ölçümler yapılacak.

En önemlisi de bu başarısızlık halinde; genel sekreterin, başkanların, hastane yöneticisinin sözleşmeleri kendiliğinden sona eriyor. Bu değerlendirmeler neticesinde başarısız görülen yöneticilerin sözleşmeleri sona eriyor. Tabii diğer alttaki başhekim ve müdür, müdür yardımcısı ve başhekim yardımcısının görevleri de yeni yönetimin göreve başlaması ile birlikte görevleri sona eriyor.

Burada kurumsal değerlendirmenin nasıl yapacağına baktığımızda tıbbi, mali, kalite, hasta güvenliği, çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri, yeni kurumsal olarak yönetici performansının ölçümünde kriterler olarak karşımıza çıkıyor. Bunlar ya 6 aylık ya 1 yıllık periyotlar ile değerlendirilecek ve bunun sonucunda da kurumlarımız gruplandırılmış olacak. Tabi şuanda bakanlıkta bu birliklere özgü yönetim modelinin geliştirilmesi için çalışma yapılıyor tabi çok değişik fikirler tartışılıyor. Bu şuan için bir taslak ama bu uygulamanın geliştirilmesi ile birlikte şu da bir gerçek artık yöneticilerimizin görev ve sorumluluk alanındaki birçok işte yeni parametre olarak karşımıza çıkacak bunlarda mutlaka yöneticilerimiz bakımından ölçülecek bu da önemli bir husus olarak karşımıza çıkıyor.

Yine burada kurumsal değerlendirmenin nasıl yapılacağına ilişkin kanundaki düzenlenme bu şekilde. Değerlendirme sonuçlarına göre birliğin grup düşürülmesi, D grubunda devir alınması halinde üçüncü değerlendirilmede üst gruba çıkarılamaması, E grubunda devir alınması halinde ikinci değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması, yine bünyesindeki hastanelerden birinin art arda yapılan iki değerlendirmede grup düşürülmesi, E grubu hastane ile devir alınması halinde ikinci değerlendirmede bu hastanenin bir üst gruba çıkarılamaması yani hastane hem birlik bazında hem de birliğe bağlı hastaneler bazında da her hastane bazında da ayrı ayrı değerlendirmeye tabii tutulacak. Başarısızlık halinde de genel sekreterin görevine son veriliyor, biraz öncede bahsettim genel sekreterin görevinin son bulması ile birlikte yeni yönetim göreve başlamasından itibaren de diğer başhekim, başhekim yardımcısı, müdür ve müdür yardımcısının görevleri de son bulmuş oluyor. Tabii etkileri ne diye baktığımızda başarısızlık halinde tabii bunun mali etkileri var ek ödemedi etkilenecekler öncelikle tabii en önemli sonucu da yöneticilik görevine son verilecek.



Artık yeni yönetim modeline baktığımızda mutlaka yöneticilerimizin kaliteli hizmet sunma bilincini, maliyet kontrolünü, kurumsal bazda verimliliği, hem çıktı verimliliğini hem personel verimliliğini hem mali dengeyi sağlamayı, gelir gider dengesi, hem borç yönetimi hem de hizmet planlamasını ve personel planlamasını iyi yapılması gerektiğini hem de girdilerimizin ucuza mal edilmesi artık önem kazanıyor bunların detayları üzerinde yöneticilerin mutlaka kafa yorması ve profesyonel bir yönetim tarzına doğru yol almaları gerekiyor. Bununda mutlaka artık yöneticilerimiz arasında başarılı bir ekip çalışması ile olabileceğini görüyoruz ve altını çizmek istediğim son bir husus var artık yöneticilerimiz işletmecilik ve kaliteli hizmet anlayışını mutlaka entegre bir şekilde ele almaları bu iki anlayışı sentezleyerek hizmet sunmaları önem arz ediyor. Çok teşekkür ediyorum.

TEORİDEN PRATİĞE BİRİM VE YÖNETİCİ PERFORMANSI VE ETKİLERİ

Uzm. Dr. Kazım SARICI

Eskişehir Devlet Hastanesi Başhekimi

İyi akşamlar Sayın Başkan bu iletişimi kesen monitörü indirebilir miyim izin verirseniz, şöyle şimdi biz hastanelerimizde hastamızla aramızdan bunları kaldırdık buraya da bir HKS, şeyi lazım organizatör firmaya iki gündür konuşmacıların yüzlerini açıkçası çok net göremiyoruz. Ben Sayın Kapan'a teşekkür ediyorum çünkü sunumunda benim bahsedeceğim şeylerin birçoğundan bahsetti ve değişimi rahatlatı. Şimdi geriye iki kişi kaldık biz muhalif kanadı temsil ediyoruz, ben hastane idarecisi olarak bu kadar tehdit algılamasından sonra yani yöneticiler ne yapacaklar, ne edecekler, yönetici birim performansının serencamını anlatırken de gözümün önünden geçti eski yaşadığımız günler. Demek dedim her basamakta kaç kişinin canını yakmış arkadaşlar, doğrusu üzüldüm bu şekilde olmasından.

Şimdi konu açıkçası performans ve kalite kongresi konuşmacımızın dediği gibi performans kaliteyi yutmuş. Tam tersini ben düşünüyorum kalite performansı yutmuş durumda. Hafızamızı bir tazelersek bu performans nelere kadirdir çok iyi anlayacağız çünkü ilk performansı çıkaranlar veya bu işi organize eden arkadaşlar işin buralara gelebileceğini tahmin etmişler midir veya buraya kadar gelebileceğini tahmin ederek mi bunları kurguladılar. Doğrusu merak ediyorum şimdi gerçekten çok güzel bir noktaya geldi fakat ilk çıkış noktası performanstır, bu da hekimin sağlık çalışanının emeği üzerinde şekillenmiş bir çalışmadır. Dolayısı ile kongrede performansa ait kurgunun veya konuların çok az olması bu meselenin bütünüyle halledildiği anlamına gelmemeli. Bununla ilgili çalıştaylar, çalışmalar devam ettirilmelidir. Buradan da bunu Sayın Genel Müdürümüze ifade etmek isterim açıkçası. İki kişi kaldık dedim, çünkü benden sonraki konuşmacımız Sendika Başkanımız onun söyleyeceği şeyler daha renkli olacaktır diye düşünüyorum. Bakanlık adına yönetici birim performansı ile ilgili konuşma yapan arkadaşımız iki şeyi atladi bütün mevzuat boyunca, birincisi bu yönergenin amacı idi. Amacı ne? Amacı sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli sağlık hizmet sunumunun sağlan-

masıdır. Yani bunun amacı budur, yöneticilerin performansının çıkış amacı, ikincisi de çok eleştirmeyeceğim teknik tarafları da olabilir maalesef ki bunun kapsamının sadece ikinci basamak sağlık kurumları yöneticisini ilgilendiriyor olması. Dolayısı ile ayrıcalıklar bazındaki merkeze alınan sağlık yöneticilerinin performanslarının etkilenmemiş olmasını yazmasını doğrusu temenni ederdim ama yazmadı. Belki bir kırılma vardır. Şimdi ben bununla ilgili ne söyleyeyim diye açıkçası bu 02 Kasım miladından sonra çokta şey ifade eder mi diye de epey bir kafamı yokladım ve gerçekten performansına inandığım samimi gayretlerini gördüm başhekim arkadaşlarımı aradım “Ya arkadaşlar ne söyleyeyim? Yani bununla ilgili ne söylenir” bu arada tam bu sırada da tabii bizim miladımız yaşanmış oldu tabii miladın gerekçelerinden bahsederken Bakanlık adına bundan sonra başarılı olsunlar gibi hani kestirip atacağım bir özetlemedir bu, bizim yöneticilerimizin başarısız olduğunu söyleyemeyiz. Gerçekten de çok sıkıntılı bir dönemi başarı ile atlattımlardır. Hastaneler ve kurumlar tamamı ile mevzuatla yönetilmiyor, mevzuatlar yöneticinin önünü açmak içindir. Bizim arkadaşlarımız gerçekten özgür iradeleri ile ciddi emekleri ile çok iyi yerlere getirdiler kurumlarını, bunu göz ardı edemeyiz ve bu emeğin de ben harcanmayacağını düşünüyorum.

Diğer taraftan yönetici motivasyonunda yani salt değerlendirmenin maddi bir veya mali bir değerlendirmeden öteye geçmediğini de açıkçası burada gözlemliyorum. Benim kanaatim acizane budur.

Şimdi ilk çıkış noktasına geldiğimiz zaman gerçekten yönetici performansı birim performansı uygulanır iken veya uygulanacak iken bu amaç asıl amaç mıydı, yani asıl amacımız bu muydu veya merkezin asıl amacı düşüncesi bu mu olmuştu da böyle bir uygulamaya gidilmişti? Ben tam da öyle olmadığını düşünüyorum çünkü 2008 senesini yaşamıştım, ben o süreçleri başta hekim daha sonra başhekim muavini, epey bir sürece de başhekim olarak yaşadım. Ciddi bir denetimsizlik ve ciddi bir organizasyonluk vardı. Hastaneler gerçekten savurgandı, diğer taraftan dağıtılacak ek demenin direk fatura karşılığı bir para ile ödeniyor olması hastane idarecilerini savurganlığa itmmişti. Yani şöyle söyleyeyim; öyle hastaneler vardı ki gelirlerinin %70'ine yakını, bende böyle bir hastanede çalıştım bir miktarda idarecilik yaptım, %70'ini enstrüman kullanan cerrahilerin getirdiği getiriler oluşturuyordu ki bu oldukça tartışılacak bir şeydi. Daha sonra ne oldu tabii bunun kaçınılmaz bir sonucu olarak biz bu

firmalara oldukça fazla bir şekilde borçlandık, mahkemelere gittik kısım bu süreçler çok alevlendiği için adli işlemler oldu, bir kısım arkadaşlarımız mahpushaneler de yattılar velhasılkelam ki biz anladık ki yani bu kurgu yanlış.

Şimdi, benim kendi hastanem için söyleyeyim, oldukça büyük bir hastane aylık getirisinin %4'ünü sadece bu enstrüman yapan cerrahiler oluşturuyor. Yani sadece bu şeyler oluşturuyor, yöneticiler performansın ben açıkçası eleştirisel tarafını ve faydalı sonuçlarını ve gerçekten yönetici birim performansında asıl alınması gereken kriterler neler bunları tartışmak istiyorum sonuncu maddem içinde ayrıca bir çalıştay ben talep ediyorum. Bu kadar kestirip atmamamız gerekir diye düşünüyorum çünkü Türkiye modeli, Türkiye'deki sağlıklı başarı modeli birinci günde Sayın Adnan Çinal'ın anlattığı gibi salt maddi değerlendirilmelere dayanmıyor yani şu ifade etmek istiyorum ki ciddi fedakarlıklar, ciddi zamanı olmamasına rağmen kendinden ve ailesinden fedakarlık eden idareciler, bunu yadırgayamayız diye düşünüyorum ve ciddi vatan sevgisi duygularına dayanıyor ve bir diğer en önemli hususta şu, gerçekten Türkiye'de bir trend başladı ve biz bir değişim olması gerektiğine inandık, çok kötü şartlarda hekimlik yaptım ve de arzu ettim ki çocukken doktor olmayı arzu etmiştim çünkü bir doktorun kapısında 2 saat beklemiştim, yanmıştım dedim ben ilerde doktor olacağım 8 de hastaneye gideceğim, asistanken de başhekim olacağım dedim çünkü bu şekilde hastane idare edilmez diye düşündüm.

Şimdi, buradan hareketle bizim başka bir model daha belirlememiz gerekir, yani Türkiye'ye ait bir yönetici değerlendirme modeli belirlememiz gerekir. İki ayrı ya da bir ayrı tam hatırlamıyorum Sayın Bakanımız, başhekimlerle yaptığı toplantısında şöyle bir şey demişti; “Yani siz gerçekten samimi şekilde gayret ederseniz Allah da yardım eder.” Şimdi mevzuatın en başındaki kişinin anlayışı çok güzel ve doğru bir anlayıştır. O zaman bu bizim modelimizin temelidir. Başarı gerçekten bir gösterge mi, yani bu felsefelerimiz burada ayrışıyor biz gerçekten bu başarıya ulaşırken, sağlık sektörü bu başarıya ulaşırken Batılı argümanları çok sıkça kullandı. Özel hastane örneklerini araştırdık, yurtdışındaki örnekleri araştırdık, işte değerli arkadaşlarımız gibi buraya katkıda bulunan arkadaşlarımız oldu bu argümanları kullandık ama kendi ruhumuzla bu başarıyı yakaladık. Yani diye düşünüyorum kendi gayretimizle, kendi anlayışımızla bu gayreti yakaladık diye düşünüyorum işi çok fazla yani bu kadar şekilde maddeleştirsek yarın aynı şekilde karşımızda idareciler gö-

rürüz, şundaki idareciler böyle değil diye bu kadar çok hızlı gidilmemesi gerektiği taraftarıymı açıkçası.

Ben açıkçası bu birim performansı bize ne kazandırdı yönetici performansı ne kazandırdı veya kazandırmış olabilir? Yani amacına uygun bir kazanım sağladı mı? Yani çok sağladığını düşünmüyorum çünkü bunun çıkış noktası mali kaygılarda yani hastaneler batmasın ve zaten yönergenin ilk baş çıkışında onu görüyorsunuz. Boşluk olana ve boşluk süresi yani sizi değerlendirdiği kat sayı bu. Yani biz global bütçeyle yönetildiğimize göre bizim paramız yetiyor mu yetmiyor mu? Paramız yetmiyorsa zaten bir problem var. Paramız yetiyorsa şayet o zaman bunu dağıtanlarda bir problem var. Yani tartışmamız gereken bu. Hastanenin boşluk oranı veya boşluk süresi hastanenin giderleriyle doğrudan ilişkili bir şey ve bu gerçekten de harcama yetkilisinin yetkisinde olan bir şey. Bunu iyice tartmalı ve bize gerçekten bu şey yani bu süreç bunu tartmayı öğretti. Ben böyle düşünüyorum. Ama bu bütünüyle hastane birim yönetici birim performansı ile ilişkili bir şey değil. Bu bizim personelimiz üzerinde duyduğumuz sorumlulukla ilgili bir şey. Yani biz istiyoruz ki, ay sonu geldiğinde arkadaşlarımıza ek ödemeyi tam verelim. Yani verebildiğimiz her şeyin en tavanından verelim istiyoruz. Bu gayretimizi gösterdiğimiz için ve napalım giderlerimizi kısıalım yani bu iş böyle sonu ucu bucağı olmayan gelirlerimiz yok yani personelimizin kaygısıyla ve bu şartlar altında da iyi hizmet edelim. Bu kaygıyla bunları yaptık. Yoksa birçok yöneticiden merkeze birçok serzeniş gelirdi. Ben açıkçası bu konu bana verilene kadar yönetici birim performansımız nedir, diye hiç sormamıştım. Yani bununla ilgili bir kaybım var mı, diye hiç sormamıştım yani. Diğer arkadaşlarımı aradığım zaman baktım ki 1000 lira, 1500 lira yani bunlar az paralar değil. Yani kayıpları olan arkadaşlar ve bunları çok da önemsemediklerini de gördüm yani bunun önemi yok biz millete gerçekten hizmet etme duygu ve düşüncesindeyiz yani bu fırsat bize verildiği için bundan da memnunuz, diyorlardı ama bu şudur yani size hangi gözlükle bakıldığını gösteren simgesel bir şeydir. Yani bunu yeniden bir daha değerlendirmemiz gerektiğini düşünüyorum.

Temel nokta da kazanımınız ne? Hastane giderleri azalması yanın da çok ciddi bir kazancın olmadığını düşünüyorum. HKS'ye katkısı olabilir bu tartışılabilir ama bu bir bura da bir şey var yani bir trajedi var. Biz HKS'ye zaten ek ödememizin toplam hesabında zaten kullanıyoruz yani biz personelimize verece-

ğimiz ek ödemenin hesabında bu parametreyi zaten kullanıyoruz. Dolayısıyla böyle bir yönetici sorumlu işinde böyle bir kaygımız var ise şayet, biz bunun iyi olması için zaten gayret içindeyiz yani. Şimdi tekrar yönetici birim performansı değerlendirmesinde HKS'nin yani burada yer almasının tekrar incitici bir şekilde ki birçok hastane bunu tamamlayamıyor bu şekilde yer almasının bana göre çok anlamı yok diye düşünüyorum. Yani bunun hiç değilse yani bu mılattan sonraki süreç düzelene kadar bir şekilde gözden geçirilmesi gerektiğini düşünüyorum.

Eksik noktalarına felsefesi içinde az çok değinmeye çalıştım. Ancak eleştirilecek noktaları çok mali yapı üzerine bir performans koyarsanız o zaman bütün mali yapının kontrolünün sizde olmasını beklersiniz oysaki biz bir daha ki ay tahakkukumuza göre nasıl bir para geleceğini bile bilmiyoruz. 3 aylık ortalama bahsediliyor. Yani şöyle söyleyeyim ben, ayda 7.800.000 lira fatura yapan bir hastaneyim ve Türkiye'nin mali yapısı en iyi hastanelerinden belki de birincisi değilsem de ikincisiyim, devlet hastaneleri içerisinde ve Türkiye'nin en büyük hizmet hastanesiyim. 1000 yatağım var büyük devasa bir kurumum var. 7.800.000 lira fatura kesiyorum ve bana diyelim ki bu ay 1.800.000 lira gelebiliyor. Bir sonraki ay 2.300.000 lira gelebiliyor. Yani bir standart yok ki! Yani neye göre siz bu borçluluk oranını veyahut da bu kasayı belirleyeceksiniz. Şimdi bir defa bu bizim kontrolümüz dışında bir şeyse hesabının da çok sorulmaması gerektiğinin kanaatindeyim. Arkadaşlarımın da öyle düşündüğünü düşünüyorum açıkçası.

Diğer bir şeyse, nasıl oluyorsa yani performans bir doktora konusu oldu artık. Birçok formüller birçok rakamlar var sonuçta sayın müsteşarımızın birinci gün dediği gibi bunlar adil şekilde bu geliri dağıtmak için yapılıyor. Şimdi yönetici birim performansında da birçok rakamlar var yani en son karıştırıyorsunuz hokus pokus oluyor bakıyorsunuz bizim 1000 lira gitmiş cepten yani nasıl oluyor? Şimdi burada ki rakamların adalet duygusundan değil de yani bu kayba nasıl bir mazeret buluruz gibi bir duygudan kaynaklandığını düşünüyorum. Yani bak bir sürü şey var işte bundan 1000 liran gitti. Şimdi biraz en son değerlendirme biraz daha rahmani, yani sonuçta her gün biz yiyoruz içiyoruz yani ekmek, su gidince isyan ediyoruz. Şimdi siz baştan performans şudur; yönetici tavan katsayısını kaldırırırsınız, doktorun tavan katsayısını kaldırırırsınız, işte o zaman yöneticinin performansına bakarsınız ama siz şayet üstte bir

limit belirledikten sonra bundan sonra ki bütün performans kayıp, kayıp. Yani bir nokta bir olsa aynı performansı alırsınız ama aşağıya alırsanız cezalandırılırsınız. Şimdi bu temel, yani teoreği yanlış.

Diğer bir şey de bir çalıştay konusu olabilir bir inceleme konusu olabilir. Sağlık şu anda ki Türkiye yeni Türkiye sağlık sisteminin idarecilerin, yöneticilerin, motivasyon kalemleri, motivasyon alanları, yani bu arkadaşları ne motive ediyor? Bunun gözden geçirilmesini ben talep ediyorum, böyle bir araştırma yapılmasını talep ediyorum ve bu doğrultu da hareket edilmesi taraftarıyım. En önemli şey bana göre de. İkinci görev olarak yapan arkadaşlar yani tabipler. Şimdi bizler arkadaşlar tabibiz elimizde bileğimizde altın bileziğimiz var bu işi yapmazsak gider hekimliğimizi yaparız. Ancak büyük bir külfetin de altına yani kendimizi sokuyoruz çok ciddi idari riskler alıyoruz. Yani mahkemelerde yargılanıyoruz, hakkımızda idari soruşturmalar açılıyor, hatta yani burada yargılanan arkadaşlar var çok iyi niyetlerinden çok da emin olduğum arkadaşlar. En nihayetinde biz mesleğimizin genç insanlar olarak mesleğimizin doruğundayken yöneticiliğe başlıyoruz ve gerçekten de aynı anda ikisini yapmak oldukça zor. Yani mutlaka kendimizden fedakarlıkta bulunuyoruz ve bunun bir amortismanı yok yani yönetici performansın da kayıplarımızın bir amortismanı olmalı diye ben düşünüyorum. Yine yöneticilikten atıldıktan sonra veya çıktıktan sonra kuruma yeni başlamış hekim gibide algılanmıyorsunuz, olduğunuz yerden sıfırdan tekrardan başlamanız gerekiyor buda işin bir diğer eleştiri noktası kanaatimce.

En dramatiği de şudur, yani hekimsiniz ikinci görevde bu işi yapıyorsunuz gittiğiniz an bir şeyiniz yoktur. Yani he türlü diğer idareci gittiği an araştırmacı olur, müşavir olur ama siz hastanede yöneticiyseniz, hekimseniz bir şey olmazsınız hekimliğe devam edersiniz ki bu, bu da bir risk faktörü olarak işin içine konulmalı kanaatindeyim. İşin pratiği budur, işin pratiği yöneticinin mali kaybıdır açıkçası bu şeyin bu kadar yani böyle serzenişte de bulunmuyorum ama gözetilmesi gerektiği hususunu dikkati çekiyorum. Son olarak şunu söyleyeceğim, burada hastanedeki kendi arkadaşlarım da var, çok önemsedğim bu ödüller, bu işe karşı farkındalığı artırıyor. Yani 35 değil 135, 235 tane proje keşke gelseydi. Çünkü sağlık her şeyiyle bozulsa aklımızda bu HKS'nin kültürü kalacak. Ve biz bununla bir nüve olarak tekrar yıkıldığımız yerden tekrar başlayabiliriz. Hastanemizde yaptıkları çalışmalarla beraber bir birincilik

birde ikincilik ödülü alan değerli çalışma arkadaşlarımı ben tebrik ediyorum.
İnşallah daha iyi şeyler yapacaklarına inanıyorum.

Teşekkür ederim saygılar sunarım.

PERFORMANS SİSTEMİNE SENDİKAL BAKIŞ

Metin MEMİŞ

Sağlık-Sen Genel Başkanı

Sayın Başkan, değerli hazirun, ben hepinizi şahsım ve sendikam adına saygıyla ve sevgiyle selamlıyorum. Tabii bu programın en son konuşmacısı olarak sanıyorum Bakanlık özellikle koydu ki salonda kimse kalmasin, salonda çok fazla kimse kalmasin, burada kalite konuşulsun, performans konuşulsun ama çalışanların sorunları çok fazla dile gelmesin. Ben aslında oturum başlarken isterdim ki buradaki olan arkadaşlarımızın hepsi burada kalsınlar ve sendikamızın sorunlara, performansa, performans sistemine bakışını, öğreysinler. Ben beklediğiniz için sizlere teşekkür ediyorum. Biz tabii konu başlığı, performans sistemine sendikal bakış ama her sendikanın farklı bir bakışı var tabii ki bizimde Sağlık-Sen olarak farklı bir bakışımız var. Ben kendi bakışımızı sizlere burada ifade edeceğim.

Dün program başlarken Sayın Müsteşarımız konuşmasında, “Bu kongrede özellikle performans ve kalite yönetiminin olumlu tarafları konuşulsun, olumsuz tarafları konuşulursa arkadaşların şevki kırılır.” dedi. Bu bir telkindi aslında ama ben buna katılmıyorum bunun tam tersi bu sistemin olumsuz taraflarını konuşmak zorundayız. Olumlu tarafları zaten sahaya olumlu yansıyor, olumsuzluklarının burada konuşulup, olumsuzluklarına çözümü burada aramalıyız. Böyle bakmamız gerekiyordu.

Şimdi biliyorsunuz Türkiye de 12 Eylül yeni Anayasa’sı ile birlikte Türkiye’de askeri bir anayasa geldi ve yıllarca belki 2 yılda bir, 3 yılda bir siyasi partiler anayasa üzerinde değişiklik yaptılar. En son referandum yapıldı ve şu anda toplum diyor ki yeni bir anayasa diyor. İşte performans sistemi yeni anayasa olması gerektiği gibi yeniden bir sistemle artık başka isim olabilir, içeriği yapısı değiştirilebilir; artık derme çatma, toparlama gibi yamalı bohça sisteminden çıkarılmak kaydıyla çalışma barışını sağlayacak yeni bir sistemin geliştirilmesi gerekiyor. Tabii 2003 yılından 2011 yılına gelene kadar döner sermaye ödemeleri, nicelik ölçümü, bireysel performans, performans, kurumsal performans, kalite standartları, hasta güvenliği, yönetici performansı, teşhisle ilişkin gruplar, global bütçeye göre ödeme ve biraz öncede Süley-

man Bey'in bahsettiği asıl önümüzde bizi bekleyecek, bekleyen performans da olan genel sekreter kalır olmayan gider eklenecek bunun içersine ve bu da şu demek; yeni gelen genel sekreter elindeki bütün imkansızlıklarla, mevcut çalışanların bütün emeğini bütün gücünü kullanmak kaydıyla orada kalmak için çalışanların üstündeki iş yükü daha fazla artacak.

Bakanlık performans dayalı ek ödeme sisteminin gerekçelerini şöyle tanımlıyor; Bakanlık tarafından uygulanan performansa dayalı ödeme sistemi tüm sağlık çalışanlarını kapsamamakla birlikte sabit maaş üzerine verilen performans ücreti ile personel verimini artıran bir teşvik modeli olarak sunulmakta. Bakanlık performans sistemiyle sağlıkta dönüşüm programını daha iyiye doğru sürüklemeyi ve sorunların çözümünde de sistemi bir güç olarak kullanmayı amaçlamakta. Sadece iş hacmi ve nicelikte değil nitelikte de olumlu bir iyileşme söz konusu olduğu iddia edilmekte ancak nicelik ve niteliğe ilişkin aynı paralel ilerleme sağlanamadığı muhakkak. Yine performans sistemiyle önceki yıllara göre Sağlık Bakanlığı hastanelerin de hizmet kalitesinin arttığı iddia edilmektedir, evet artmıştır ancak Bakanlığın iş barışı, tıp etiği ve çalışan motivasyonuna ilişkin bir kalite kaygısı olduğunu çok fazla açıkçası göremiyoruz.

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin zararlarından bahsedecek olursak; koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az önemsenmesine neden olmaktadır. Gereksiz hasta talebi doğurmakta ve tetiklemektedir. Eğitim ve araştırma çalışmalarının göz ardı edilmesine neden olmaktadır. Çalışanlar arasında dayanışmayı ortadan kaldırarak, rekabete neden olmaktadır. Niteliği önemsizleştirmekte, niceliğin ön plana çıkmasına neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artıran kurumsal değerlerin ve nitelikli iş gücünün göz ardı edilmesine neden olmaktadır.

Performans uygulamalarının başladığı günden bugüne, yani sağlıkta dönüşümün başladığı günden bugüne sağlıkta dönüşümün mimarları olarak değerli çalışanlarımız 2003 yılında 74 milyon birinci basamakta muayene sayısı varken, ikinci basamakta 110 milyon, toplam 184 milyon bir yılda hasta muayene edilirken; 2010 yılında toplam 440 milyona çıkmış yani %250'lik bir hizmet sunumu gerçekleşmiştir. Yine hasta memnuniyetine baktığımız da 2003 yılında birinci basamakta %39,4' lük bir hasta memnuniyeti varken 2010 yılında %86'ya çıkmış. Hastanelerde %41'lik hasta memnuniyet oranı %66,5' e çık-

miştir. Tabii talep artmakta, iş yükü artmakta, hasta memnuniyeti artmakta ama sağlık personeli sayısı aynı oranda artmamaktadır. Baktığımız zaman uzman hekimden pratisyen, diş hekimi ve diğer sağlık personelleri 2002 yılında 177.780 iken 2010 yılı verilerine göre 249.262 artış oranı %40. %250’lik bir iş yükü ama bu oranda sağlık hizmeti, sağlık personeli alınması söz konusu olmamış ve %40’lık bir oranda kalmış. Tabii sistemin çelişkileri var biz sistemde öncelikle sabit ücretin arttırılmasını ve ek ödemenin performansın daha düşük tutulmasını talep ediyoruz buna göre baktığımızda birin dördü bir mühendis 1860 lira, sabit ücret garanti gelir alırken birin dördü bir polis memuru 1783, lisans mezunu en yüksek alan hemşire 1415 lira alıyor. Tabii ki bizim burada niyetimiz polisle, mühendisle kıyaslamak değil. Sağlık hizmetleri, bu hizmetlerinde belki üstünde ama şu anda kamuda çalışan kamu çalışanları arasında maalesef en düşük sabit ücreti, garanti geliri sağlık çalışanları alıyor.

Geçmiş yıllara kıyaslandığında kamu çalışanlarına yapılan iyileştirilmelerde sağlık çalışanlarının gerçekten çok geride kaldığı görülmekte. Diğer kurumlarda çalışanların maaş ve ek ödemeleri genel bütçeden karşılanmakta ancak Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda aynı durum söz konusu değildir. Döner sermaye giderine yüklenen kalemler çok fazla olmasına rağmen garanti gelir olarak verilen ek ödemelerde yine döner sermaye kaynaklarından verilmekte.

Performansa dayalı ek ödeme sisteminde Tahkim Yasası’yla hekimlerin performansına dayalı ek ödemesinde emekliye yansıtılması olumlu bir gelişme aslında. Ama diğer sağlık çalışanlarına baktığımız da maalesef aynı iyileştirilme diğer sağlık çalışanlarına yapılmadı biz bu anlam da Sağlık-Sen olarak garanti gelirin, sabit ödemenin en az %70 olmasını performansa dayalı ödemenin de %30 olması taraftarıyız.

Strateji Geliştirme Başkanlığının, gazetecilere gönderdiği ve kamuoyuna yansıyan kıyaslama tablosunda bir itiraf var; burada sabit ücret olarak verilen oran %44-%60 arasında deniliyor. Sadece pratisyen hekimlerde %60 oranında, diğerleri %50’yi hemen hemen geçememiş durumda.

2009 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve Başbakanlığa gönderilen tam gün yasasında döner sermaye tavan oranlarının %200’e özellikli birimlerde %250’ye çıkarılmasını talep edilmişti ancak maalesef Sayın Bakanlığımız bu konuda Maliye’ye yenik düştü ve çalışanların hakları müdafaa edilemedi.

Vatandaşların teşhis ve tedavi giderlerinin yıllık götürü bedel olarak belirlenmesi daha önceden tespit edilmesi mümkün olmayan sağlık talebine karşı sağlık arzını baskı altına almakta ve çıkmaza sokmaktadır. Bütçe disiplini ile sağlıkta tasarruf sağlanılmaya çalışılması son derece rahatsız edici bir yaklaşımdır. Devlette tüccarlık kabiliyetinin geliştiğini gördüğümüz bu durum sosyal devlet anlayışıyla bağdaşmamaktadır.

Bireysel performansa dayalı ödemeler puansal suistimallere sebep olmaktadır. Özellikle hekimler arasında kırgınlıklara ve iş barışının bozulmasına neden olmaktadır. Kamuoyunda daha fazla performans geliri elde etmek için gereksiz test ve tetkik istendiği endişelerine yer verilmemesi için etik kurullar ve kontrol mekanizması güçlendirilmelidir.

Yine sağlık hizmetlerinin ekip çalışması olduğu gerçeği göz önüne alındığında hekim dışı personelin motivasyonun sağlayacak bir sistemin uygulanması, sağlık hizmetlerinin kalitesini olumlu yönde etkileyecektir. Hekim dışı personelin mesleki saygınlığı göz ardı edilmemeli ve daha adil bir yapılanma sağlanmalıdır.

Özellik arz eden riskli birimlerin tanımı ve bu kapsama giren servisler masa başında belirlenmiştir. Biz bu servislerin daha doğrusu bunların servis olarak değil tüm hastane tüm sağlık çalışanlarının özellikli birimden ek ödeme almalarının önünün açılmasını talep ediyoruz. Yönetici mali birim performans uygulaması Bakanlığın görüşüne göre yöneticilerin gelir gider dengesini dikate almak, maliyet analizi yapmak ve gereksiz harcamalardan kaçınmaya zorlamaktır. Ancak söz konusu uygulama, yöneticileri yalnızca cezalandıran bir sistem olup ne yazık ki başarılı yöneticileri ödüllendirecek bir yapıya sahip değildir. Yine bu uygulama mevcut haliyle mali konularla ilgisi sorumluluğu bulunmayan yöneticileri de cezalandırır şekilde sorumlu tutmaya da tutması da büyük bir çelişkidir. Şimdi bir suçluyu yakalayamadı diye bir polisin ücret maaşından kesinti yapılıyor mu? Yine SBS sınavlarında bir okulda başarı yok diye o okulda ki öğretmenlerden kesinti yapılıyor mu? Yapılmıyor. Ama bu uygulama maalesef Bakanlığımızda tektir.

Tam gün yasasının çıkarıldığı hekimlerin tam gün esaslı çalışmaya başladığı göz önünde bulundurulursa bu amaçla uygulamaya konulan performansa bağlı ek ödeme sisteminde istenilen elde edilmiş denilebilir. Ancak önümüzde

birkaç yıl içinde ivedilikle yeni bir sistemin uygulanmaya konması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak performans sistemi miadını tamamlamıştır arkadaşlar.

Sayın Bakana sayın seçmen olarak gösteren sağlık politika belirleyicileri hastanelere ve sağlık kurumlarına yağdırdıkları genelteler ve yönetmeliklerle hasta memnuniyeti için müthiş bir çaba sarf etmekte. Ancak Sayın Bakan kendisini çok severiz, Sayın Genel müdürümü de kendisini severiz ancak Sayın Bakanın alınları öpülesi, elleri öpülesi dediği övgüyle bahsettiği, sağlık çalışanlarının memnuniyeti için çektiği çilenin fark edilmesi için, bizim dışımızda kimsenin bir şey söylemediği görülüyor.

Peki, neler yapılabilir? Oluşturulabilecek yeni sistem de bireysel performans- tan ziyade ekip ve kurum performansının esas alınması değerlendirilmelidir. Sistemin işleyişine ilişkin etkin denetim mekanizması kurulmalıdır. Türkiye genelinde veya illerde bir havuz oluşturularak döner sermaye primleri merkezden dağıtılmalı ve değişik hastanelerde hekimlerin elde ettiği aynı puanlara karşılık aynı tutarda ödeme yapılmalıdır. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve üniversite hastanelerinde bilimsel çalışmalara daha fazla puan verilip bilimsel çalışmalar desteklenmelidir. İzinli ve raporlu olunan dönemlerde ek ödemelerden kesinti yapılmamalıdır. Ek ödemelerin tamamı üzerinden emeklilik kesintisi yapılmalıdır. Döner sermaye ve maaşların vergi matrahları ayrı hesaplanmalıdır. Sağlık harcamaları karşılığında Sağlık Bakanlığına ayrılan bütçe verilen tüm hizmetleri karşılayacak şekilde arttırılmalıdır yani global bütçe ortadan kaldırılmalıdır. Performans sistemi cezalandırma değil ödüllendirme esasına dayandırılmalıdır. Yönetici birim performansı, yönetici mali birim performansı, kalite performansı ve birim performansı nedeni ile çalışanların ek ödemelerinden kesinti yapılmamalı, bu tür uygulamalar personele pozitif performans olarak yansıtılmalıdır. Çalışanların mesleki bağlılık ve motivasyonlarını güçlendirecek paranın yanında diğer teşvik mekanizmaları da kullanılmalıdır. Yapılacak düzenlemeler çalışanları temsil eden sendika ve meslek odaları gibi sivil toplum kuruluşlarının da katılımı sağlanmalıdır. Diğer kamu kurumlarında olduğu gibi aylık mahsuplaşmaya tabii olan denge tazminatı gelir vergisinden muaf tutulmalıdır. En önemli sorun burada, diğer kurumlarda ek ödeme alanlardan bir vergi kesilmiyor ancak döner sermaye üzerinden alındığı için bizim ek ödememiz maalesef kesinti yapılıyor. Maaş

ödemeleri döner sermayeden yapılan kadrolu ve sözleşmeli tüm personel genel bütçe kadrosuna geçirilerek maaş ödemeleri, genel bütçeden yapılmalıdır. Hazine payı, tüm döner sermaye sağlık kurumları için %1'e düşürülmelidir. Bununla alakalı bir çalışma sanıyorum var ama maalesef aylardan beri hala hazine payı %1'e düşürülemedi. Bu anlamda Sayın Genel Müdürümüzü de çalışmalarını biran önce bitirmesi için bekliyoruz.

Son olarak aile hekimliği uygulamaların da olduğu gibi, performans sisteminde olduğu gibi, sağlıkta yaşanan değişiklikler de ben yaptım oldu anlayışı devam etmektedir. Bu durumun son örneğini teşkilat yapısını değiştiren ve kamu hastane birliklerini ortaya çıkaran 663. Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede görüyoruz. Sağlık çalışanları sürekli baskılanıyor, sürekli küstürülüyor. Bakanlık yetkililerinin sağlık politikaların da ortak akıl ve sağlığın vizyonuna ilişkin heyecanları, sağlık çalışanlarının hak ettikleri değere kavuşturulmasından bağımsız olamaz diye düşünüyoruz.

Son olarak biliyorsunuz 6 Temmuz 2011 tarih ve 27896 Sayılı Resmi Gazete de yayınlanarak yürürlüğe giren döner sermaye yönetmelikteki değişiklikle hekimler için kadro unvan katsayılarında ki artış sonucu hekim dışı personelin aldığı döner sermaye azalmıştır. Özellikle Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde arkadaşlarımızın %30 oranında kayıpları vardır. Bu sorunun da, bu sorunun da biran önce çözülmesini istiyoruz. Elbette ki bu kalite performans kongreleri çok önemli, önemsiyoruz ancak bunu yaparken sağlıkta dönüşümün mimarları dediğimiz bizimde tanıtım filmimiz de sağlıkta dönüşümün mimarları diyoruz Antalya'daki toplantımıza şube başkanlarımız dediler ki; başkanım biz bunu değiştirmemiz lazım, sağlıkta dönüşümün mağdurları dememiz lazım. Biz, biz sağlıkta dönüşümün mimarı olan siz değerli sağlık çalışanı arkadaşlarımızın sağlıkta dönüşümün mağdurları olmaktan çıkartıp inşallah önümüzdeki süreçte çalışanların özlük haklarının ücretlerinin de kalitesini arttıracak, performansını arttıracak yeni bir yapılanmanın Sağlık Bakanlığı'yla yapacağımız çalışmalar da sağlanacağına inanıyor, hepinize saygılar sunuyorum.

ÖLÇÜM KÜLTÜRÜNE DOĞRU: İNDİKATÖR YÖNETİMİ

■ Oturum Başkanı - Prof. Dr. Mustafa PAÇ

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimisi

■ Dr. Hasan GÜLER

SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı

Hizmet Kalite Standartlarında İndikatör Takibi ve Önemi

■ Prof. Dr. Haydar SUR

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı

İndikatör Sonuçları Nasıl Yorumlanmalı?

■ Prof. Dr. Rosa SUNOL

Avedis Donabedian Araştırma Enstitüsü - Barcelona

Avrupa Hastanelerinde Klinik İndikatör Ölçümü ve Yorumlanması Deneyimi

■ Dr. Mahmood ADIL

İngiltere Sağlık Bakanlığı Danışmanı

Hasta Düşmelerinin Klinik İndikatör Yönetimindeki Yeri: 'Stepwise' Rehberi

HİZMET KALİTE STANDARTLARINDA İNDİKATÖR TAKİBİ VE ÖNEMİ

Dr. Hasan GÜLER

SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı

Sayın Başkan, Değerli Katılımcılar, hepinize günaydınlar diliyorum. Kongremizin 3. günü ve ilk oturumu ve ilk konuşmacısı olarak umarım sabahın bu mahmurluğunda sizleri sıkmadan keyif alacağınız bir sunumla sizleri zevklendiririm.

Tabii, aslında bu konu güncel bir konu, uluslararası anlamda bu alanda ciddi çalışmalar yapmış Konuşmacıları da davet ederek biraz daha indikatör yönetimi alanında bilgi birikimini arttırmak istedik ve bu oturumda da iki konuşmacımız yurtdışından.

Ben bugün sizlere İndikatör Yönetiminin Hizmet Kalite Standartlarındaki yerini anlatmaya çalışacağım. Sunum planımda İndikatör Yönetimine genel bir bakış, İndikatör Kartlarının önemi, İndikatörlerin yapısı, veri kalitesinin önemi ve sonuçlarına nasıl bakmamız gerektiğini anlatıp sonuç kısmıyla bitirmeye çalışacağım.

Değerli Arkadaşlar, bildiğiniz gibi Mart 2011 itibariyle yayınlamış olduğumuz Hizmet Kalite Standartlarında ölçüm kültürüne, bilhassa İndikatör Yönetimine büyük bir önem verdik ve dört dikey boyuttan birini de İndikatör Yönetimi olarak belirledik. Biz, bu konuya büyük bir önem veriyoruz ama şunu da itiraf etmemiz gerekir ki, biz bu alanda “emekleme” aşamasındayız, emekleme safhasındayız. Ama eminim ki, bu Kongrede gördüğümüz ilgi ve heyecan, bu ekip anlayışı bu emekleme safhamızın çok hızlı bir şekilde yürüme ve koşma safhasına ulaşacağını bize gösteriyor. Kısa bir zamanda bu alanda da ciddi çalışmalar yapacağımızdan hiçbir şüphemiz yok.

Evet, İndikatör Yönetimi; dört dikey boyuttan önemli bir boyut. Bu boyutta 19 tane kalite indikatörümüz mevcut. Peki, biz bu 19 indikatörü nasıl belirledik? Belirlerken, bir defa uluslararası uygulamaları gözden geçirdik, ulusal öncelikleri gözden geçirdik ve belirlenen indikatörlerin ölçülebilir olması önemli

bir husus ve bir de ölçtüğünüz hususun iyileştirmeye açık bir alanla ilgili olması gerekiyor. Bu 4 prensip üzerine biz, 19 indikatör belirledik.

Bu sayı önümüzdeki günlerde artacaktır, niteliksel anlamda da artacaktır, sayısal anlamda da artacaktır ama belirlerken bu prensipler dahilinde belirledik. Tabii, bu prensipler dahilinde belirlerken aldığımız temel bir nokta vardı; hasta güvenliğini burada dikkate aldık, çalışan güvenliğini dikkate aldık, verimlilik ve yönetim anlayışına dikkat ettik ve bu konu başlıkları üzerine de bina ettik aslında.

Tabii, kullanım alanı bizim indikatörlerde daha çok hizmetin kalitesini izleme, hizmetin verimliliğini izleme ve bir de yönetsel etkinlik izleme zeminine oturmuştur. İndikatörlerde bunları ölçmek ve görmek mümkündür. Ayrıca, ekstra bu indikatörlerimiz hesap verebilmeyi, planlama yapmayı ve karşılaştırma yapmayı da bize sağlamaktadır.

Tabii, İndikatör Kartı; bildiğiniz üzere her bir indikatörün bir kartı var yani bir kimliği var. Eğer bir nesneye, bir çalışmaya kimlik kazandırırsanız bu konuda hızlı ilerlemeniz mümkün. O yüzden biz, tüm indikatörlerimize bir kimlik kazandırdık. Bu kimlikte 9 parametre var, 9 parametre ile biz indikatörlerimizi tanıyoruz ama burada iki husus var, iki nokta var; birincisi, indikatörlerde ortak parametreler var, bunlara herkesin uyması zorunlu, neden zorunlu olduğunu da birazdan ifade edeceğim ama kuruma özgü parametreler de kurumun kendi özgün şartlarına göre kurması gereken bir husus. O yüzden indikatör kartı veya kimliği 9 parametreden oluşan ama 2 ana yapı üzerine oturmuş bir kart. Ortak parametrelerden ikisi örneğin, hesaplama yöntemi. “Hesaplama yöntemi”, önemli, hesaplama yönteminin ortak olması bize şunu kazandırır; bir, kurumlar arası kıyaslamalara olanak sağlar, en önemlisi de ulusal hedeflerin belirlenmesinde kilit bir rol oynar, o yüzden hesaplama yöntemi ortaktır, değiştirilemez. Diğer bir husus, “veri periyodu”, veri periyodu da çok anlamlı bir husustur, neden? Biz burada iki kural koyduk; bir, veri toplama periyodu, maksimum 1 ay olabilir, veri analiz periyodu ise maksimum 3 ay olabilir ama hastaneler, kendi uygulamalarına göre bunu kısa sürelerle indirgeyebilir. Ancak burada kritik bir nokta vardır, bu kritik nokta şudur; veri toplama periyodunuz da, veri analiz periyodunuz da eşit aralıklarda olmalı, eğer ayda bir veri topluyorsanız ayda bir toplama-

ya devam edeceksiniz, ayda bir analiz yapıyorsanız ayda bir analiz yapmalısınız ki, sonuçlarınızı doğru yorumlayabilesiniz. O açıdan veri toplama ve veri analiz periyotlarının eşit aralıklarda olmasında fayda vardır ve bunun böyle olmasını öneriyoruz.

Kuruma özgü parametreler; tabii ki, sunumumun başında da ifade ettim, emekleme aşamasındayız ama inşallah, kısa bir sürede bu aşamayı da geçmiş olacağız, kurumlarımız bu konuda fazla doneler ortaya koyacaklar. Kuruma özgü parametrelerden biri, “alt indikatörler”. Aslında biz alt indikatörleri şöyle tanımlıyoruz; İndikatör Yönetiminin hayat kaynağı yani bir deyişle tıbbi bir anlam yüklersek aslında “kılcal damarlar” diyoruz. Nasıl ki, kılcal damarlar, hayat kaynağımızsa alt indikatörler de İndikatör Yönetiminin hayat kaynağıdır.

Alt indikatörler, bizim daha detaylı analizler yapmamızı, sonucu daha sağlıklı yorumlamamızı, daha sağlıklı kararlar almamızı ve kıyaslamanın da etkin olmasını sağlar. O açıdan alt indikatörler önemlidir, biz, sizlere yol göstereyim, rehberlik etsin, fikir versin diye örnek alt indikatörler belirledik ama bu bir fikirdir, bir öneridir, siz, kurumunuza özgü bunu revize edebilirsiniz ve kurumunuza özgü yeni alt indikatörler belirleyebilirsiniz.

Hedef değer; nerede olduğumuzu bilmeden, mevcut durumumuzu tespit etmeden hedef koyamayız. O yüzden mevcut durumun tespiti çok önemlidir. Mevcut durumu tespit ederken ne yapmamız gerekiyor? Biz indikatörlerimizi iki ana yapıya ayırdık, yapısal anlamda; bir, bildirim tabi indikatörlerimiz vardır, iki, kayıtlara tabi indikatörlerimiz vardır. “Bildirim tabi indikatörlerle” baktığımız zaman iki kavram ön plana çıkıyor, birincisi, gerçekleşen olay sayısı, ikincisi, bildirilen olay sayısı yani bu iki kavramı dikkate aldığımız zaman ortaya ne çıkıyor? Bildirim oranı ortaya çıkıyor. Bildirim oranlarını bilirsek mevcut durumumuzu daha rahat analiz ederiz, hedef değerimizi daha sağlıklı ortaya koyarız. O yüzden biz diyoruz ki, bildirim düzeyini, bildirim oranını sağlıklı belirleyebilmemiz için eğitimin yanında bildirim düzeyi anketi yapmamız gerekiyor. Bununla ilgili bir örnek vereceğim, önümüzdeki süreçte de bununla ilgili size yol gösterici anketleri paylaşacağız ama burada yeni bir kavram diyoruz, “bildirim düzeyi anketi”, bu önemli bir kavram.

Diğer bir husus, “kayıtlara tabi indikatörler”; kayıtlara tabi indikatörlerde doğru ve yeterli kayıt bizim durumumuzu doğru ortaya koymamızı sağlar. Evet, mevcut durum analizi yaptıktan sonra, mevcut durumu tespit ettikten sonra literatür araştırmalarıyla da destekleyerek hedef değerimizi daha sağlıklı ortaya koyabiliriz, neredeydik, nerede olmalıyız, nasıl olmalıyız sorularına da cevap buluruz. Veri kaynaklarımız neler? İleriye dönük ve geriye dönük elektronik, yazılı kayıtlarımız ve bildirimlerimiz. Ben diğer slaytlarda bunun, bu kayıtların bilhassa veri kalitesinin neden önemli olduğunu da sizlerle paylaşacağım ama veri kaynaklarımız bunlar, bunların sağlıklı olmasını sağlamak zorundayız. Veriniz doğru değilse doğru sonuç elde edemezsiniz, hedef değeriniz de yanlış olur, elde ettiğiniz sonuçta yanlış olur, ortaya koyduğunuz çözümler de yanlış olur.

Peki, İndikatör Yönetiminde sorumlular kimler olmalı? Yine, kuruma özgü bir husus, siz, indikatörün tipine göre, hastanedeki işleyişe göre indikatör sorumlusunu, ilgili bölüm kalite sorumlusu olarak belirleyebilirsiniz, kalite yönetim birimi olarak belirleyebilirsiniz, ilgili komiteyi belirleyebilirsiniz, bu tamamen sizin işleyişinize göre karar vermeniz gereken bir husus.

Evet, indikatörlerin yapısından bahsetmiştim, indikatörlerin yapısını iki ana çerçevede ele alıyoruz; bildirim tabi indikatörler, kayıtlara tabi indikatörler. Bildirime tabi indikatör sayımız 3, kayıtlara tabi indikatör sayımız 16, örneğin, kesici, delici alet yaralanması bir bildirim tabi indikatördür, düşen hasta oranı bildirim tabi indikatördür. Diğer kalan tüm indikatörlerimiz de kayıtlara tabi indikatörlerdir, örneğin, yoğun bakım ünitesinde bası ülserleri oranları gibi. Ben bu yapı üzerinde iki örnek verip indikatörlere ve yapıya nasıl bakmamız gerektiği noktasında biraz soru işaretleri oluşturmak istiyorum zihinlerinizde. Evet, kesici, delici alet yaralanması bildirim tabi bir indikatördür, bunun ilgili sorumlusu örneğin, normal şartlarda çalışan güvenliği komitesidir diyoruz ama kurum bunu değiştirebilir, bir örnek olması açısından ortaya koydum. Şu ana kadar koymuş olduğum parametre yani indikatör kartındaki 9 parametre için örnekler üzerinden bazı fikirler ortaya koyacağım. Kesici, delici alet yaralanmasında aslında bizim bilmemiz gereken bazı kavramlar var, meslek bazında gerçekleşen olay sayısı, yani burada kritik olan ne? Gerçekleşen olay sayısı, bildirilen olay sayısı, bildirim oranı ve bildirim düzeyi anketi. Bildirim düzeyi anketi, sizin bildirim oranlarını-

zın daha sağlıklı ortaya çıkmasını sağlayacaktır ve ortaya koyacağınız hedef değer de daha sağlıklı olmasını sağlayacaktır. Yani burada bence kritik olan bildirim düzeyi anketidir, bunu ne kadar sağlıklı yaparsanız o kadar başarılı olursunuz. Örneğin bu bildirim düzeyi anketine bir örnek, bununla ilgili en sonunda başka açıklamalar yapacağım, bu bir örnek ama uygulanabilir, siz bunu geliştirebilirsiniz, bu sizin elinizde, sizin çalışmalarınızda, sizin için önemli bir done aslında.

Diğer bir örnek, bası yarası gelişme oranı; bu da kayıtlara tabi bir indikatörü-müz aslında, bunu normalde kimin takip etmesi gerekiyor? Ben olsam örneğin, bunu hasta güvenliği komitesinin takip etmesi gerektiğini ifade ederdim, sorumlu belli aslında. Sorumlu belli ama ne yapmamız lazım burada? Bu ortaya koymuş olduğum örnek, bir hastanemizde yapılan bir çalışma, bir hastanemiz bası yarası gelişme oranına ilişkin bir çalışma yapmak istemiş, bunu yapmak için de bir yol haritası çizmiş. Önce sorumluları belirlemiş, bir çalışmada sorumlu olmazsa olmaz, önce “sorumlu” olmalı, insanlar sorumluluk almalı. Sorumluları belirlemiş, bu sorumlular, öncelikle bu alanla ilgili bir literatür, bir araştırma ve tarama çalışması yapmış ve kayıtlar üzerinden ve geriye dönük mevcut durumu tespit etmiş. İlgili yoğun bakımdaki bası yarası gelişme oranı % 30 tespit edilmiş, bunu azaltmak için ise bir dizi kararlar almış, nedir bu kararlar? Bakım kurallarını belirlememiz gerekiyor, bakım malzemelerini temin etmemiz gerekiyor, ilgili çalışanlara eğitim vermemiz gerekiyor, yatan hastalarda bilhassa risk değerlendirmesi yapılması gerekiyor, bir de hastalara beslenme desteği verilmesi gerekiyor. Bu kararları aldıktan sonra, acaba bu kararlar hayata geçti mi, bu kararlar başarılı oldu mu? Bunu nasıl izleyeceğiz? Tabii, İndikatör Yönetimi ile izleyeceğiz. Bu çalışmaları sayısallaştırarak izleyeceğiz yani ilgili sorumlular bizim şu anki mevcut durumumuz % 30, biz % 4'lük bir hedef değer ortaya koyuyoruz diyor, bunu nasıl sağlayacağız? Bu alacağımız kararları hayata geçirerek. İndikatör Yönetiminde bu sayısal değeri ortaya koyarak uygulamalarınızı izleyebilirsiniz.

“Ben başarılıyım” diyebilirsiniz, bir başkası “başarısızsınız” diyebilir ama herkesin ortak bir noktada buluşması gereken kavram nedir? Yapılan çalışmanın sayısallaştırılması ve herkesin üzerinde mutabık kalacağı bir kavramla konuşması, aynı dili konuşması. İşte, İndikatör Yönetiminin, böyle bir katkısı da var.

Bu hastane örneğin, % 30'lardan % 0'lara düşürmüş, ortaya koymuş yaptığı çalışmayı, aslında almış olduğu kararlar başarılı, bu çok önemli, bunu görüyoruz ve herkes bu konuda hemfikir. Çünkü sayısal değer bunu ortaya koyuyor. Ama burada dikkatinizi çekmek istediğim bir konu var; örneğin, bilhassa bu kırmızı çerçeve içindeki iki sonuç, birbirine çok yakın, acaba bu üç aylık sürede bakım kalitesinde veya bu alınan kararda bir sıkıntı mı olmuş veya bir farklılık mı, bunu nasıl ortaya koyabiliriz? İşte, bunu ortaya koyabilmemiz için alt indikatörlere ihtiyacımız var, alt indikatörler burada devreye giriyor. Demiştik, kılcal damarlar, kılcal damarlarla daha sağlıklı sonuçlar ve analizler yapabilirsiniz. O zaman hangi alt indikatörlere bakmamız gerekiyor, nelere bakmamız gerekiyor? Saydım birkaç örnek, o zaman o dönemdeki bakım kalitesinde bir problem var mıydı, yok muydu sorusuna cevap bulabilmemiz için bilhassa o dönemdeki bası yarası sayısının ne olduğunu, yüksek riskli hasta sayısının ne olduğunu, ortalama kalış gün sayısının ne olduğunu, bası yaralarının evre ortalamalarının ne olduğuna bakmamız gerekiyor daha detaylı analiz yapabilmek için. O zaman o dönemdeki bakım kalitesinde problem olup olmadığını ortaya koyabiliriz. Gördüğünüz gibi her bir parametrenin bir anlamı var, duruma göre her parametre daha önem arz edecek bir duruma geliyor aslında. O açıdan İndikatör Yönetimine genel bir bakışla, bu farklı gözlemlerle bakmamız gerekiyor.

Veri kalitesinden bahsettik, sonuçlardan bahsettik; arkadaşlar, dün de ABD'den gelen misafirimiz Ferhat Bey, veri kalitesinin ne kadar önemli olduğunu ifade etmişti, ciddi veri kalitesini sağlamadığımız müddetçe yapacağımız her çalışmada sağlıklı karar almamız zorlaşır, o yüzden veri kalitesi önemlidir. Veri kalitesini sağlamamız için de sizlere birkaç ipucu vermek istiyorum ama siz bunu geliştirebilirsiniz, daha da arttırabilirsiniz, azaltabilirsiniz. Elektronik bilgi sistemlerinizin İndikatör Yönetimine uyumlu olması gerekiyor. İlgili personelin uyumu önemli. Bası yarası gelişme oranını izlerken yoğun bakım çalışanları eğer uyumlu değilse siz orada başarılı olamazsınız. O yüzden indikatörün ilgili olduğu personelin uyumu ve eğitilmesi çok önemli. Bölümler arası standardizasyon çok önemli. İki yoğun bakım arasındaki bası yarası gelişme oranını takip ediyorsanız bölümleri eğer hem işleyiş hem kayıt anlamında standardize etmemişseniz burada kıyaslama yapmanız ve yorum yapmanız

mümkün değil. O yüzden bölümler arası standardizasyon çok önemli. Her zaman dediğimiz gibi bildirim düzeyini dikkate almanız gerekiyor, kayıt düzeyini dikkate almanız gerekiyor.

Tabii, indikatör sonuçları bize neyi ifade eder? Salt bir sayısal ifade değildir aslında, almış olduğumuz kararların doğru olup olmadığını, başarılı olup olmadığını ortaya koyar. Yani şunu ifade eder; hedefin neresindeyiz? Neredeydik, nereye geldik? Neden buradayız? Hedefe ulaşmak için artı neleri yapmamız gerekiyor? Bilhassa İndikatör Yönetiminde sürdürülebilirliği nasıl sağlamalıyız? İndikatör Yönetimi bu sorulara cevap bulur. Salt bir sayısal ifade olarak bakmayın, o sayısal ifade herkesin aynı dili konuşmasına katkı sağlar.

Sonuç; aslında sonuç içerisinde birden fazla sonuç var, hepsini birkaç slaytta toplamaya çalıştım. Eğitim, önemli arkadaşlar, her zaman dediğimiz gibi. Teorik bilgidен pratik uygulamalara giden bir yelpazede siz hem ilgili sorumlulara hem de ilgili çalışanlara eğitim vermelisiniz. Eğitim formatları farklı olacağı gibi bazı noktalarda da kesişecektir. Burada biz birkaç örnek verdik ama dediğimiz gibi kesinlikle eğitimi göz ardı etmemeniz gerekiyor, en önemlisi de bu eğitimlerle “farkındalık” oluşturmamız gerekiyor. Farkındalık oluşturmada başarılı olamazsınız o yüzden eğitim önemlidir diyoruz.

İndikatör Yönetiminin başarısında kritik nokta nedir? İzlem sürekli olmalı, eğer izlemi sekteye uğratarsanız tüm çalışmalarınızı tekrar sıfırdan başlatmanız gerekiyor, o açıdan izlemelerinizi lütfen sürekli hale getirin, bu çok önemli. Bilhassa sorumlular, İndikatör Yönetiminde sabırlı olmalı, araştırmacı ruhlu olmalı, kuşkucu olmalı, maalesef öyle, kuşkucu olmak zorunda. Hangi konuyla ilgili sorumlu ise konuyu detaylı incelemelidir. İşleyişi de analiz etmelidir, işleyişi bilmeden sağlıklı karar alması, aldırması mümkün değildir. Bu kritik noktalara muhakkak dikkat etmemiz gerekiyor, hep birlikte.

Biz diyoruz ki, tabii ki, tıpta ana bir felsefe vardır, “hastalık yoktur, hasta vardır”, İndikatör Yönetiminde de her hastane özgündür diyoruz. Çünkü işin doğası bu, o yüzden biz diyoruz ki, her hastane özgün sorunlara özgün çözümler getirmelidir. Biz size burada bazı fikirler aktarıp, rehberlik görevimizi yerine getiriyoruz ama bunu ortaya koyacak olan sizlersiniz, özgün sorunları ve özgün çözümleri ortaya koyacak olan sizlersiniz. Tabii, oturumun başlığı

“Ölçüm Kültürü”, bildirim kültürü, kayıt kültürümüz geliştikçe ölçüm kültürümüz de gelişecektir. Ölçüm kültürünün temeli, bildirim kültürüdür, kayıt kültürüdür. Ölçüm kültürü bununla birlikte yerleştikçe İndikatör Yönetiminde de başarımızın artması muhakkaktır, İndikatör Yönetiminde daha başarılı oluruz. O yüzden ölçüm kültürüne önem vermemiz gerekiyor. İndikatör Yönetimiyle kazanımlarımız nelerdir? Aslında emekleme safhası dedik ya, bu emekleme aşamasında veri toplama metotlarını öğreneceğiz. Çok iyi yapan hastanelerimiz olabilir ama biz, ülke anlamında tüm kurumlarımız anlamında başarılı olmak istiyoruz, bu bizim asli görevimiz. İndikatör yönetimi veri toplama metodunun öğrenilmesine katkı sağlar, sonuçların nasıl yorumlanması gerektiği, nasıl analiz edilmesi gerektiğini ortaya koyar, ilgili alanda iyileştirme sağlar.

Metodu öğrendik, analiz ediyoruz, sonuçlar iyi olmuyor, iyileştirme sağlanmıyor, o önemli adımı atamıyoruz. O yüzden ilgili alanda iyileştirme sağlanması olmazsa olmazımız. Amacımız Ölçüm kültürünün geliştirilmesi. Arkadaşlar, ulusal hedeflerimizin bu alanlarda belirlenmesi çok önemli, o yüzden ortak parametreler önemli, ulusal hedefleri inşallah hep birlikte belirleyeceğiz. Yani ulusal hedefleri belirlemek çok anlamlı diye düşünüyorum, beni heyecanlandırıyor, eminim ki, sizleri de heyecanlandırıyor. Ulusal hedeflerin belirlenmesi ve ortak parametreler, formülasyonların doğru ve veri kalitesinin iyi olması doğrultusunda olmalıdır.

Şimdi emekleme safhası dedik, inşallah, biz bu emekleme safhasını hızlı geçeceğiz, sunumumun başında ifade ettiğim gibi. O açıdan biz, 4. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongremizi, 20–23 Şubat 2013 tarihinde, ana konularından biri, İndikatör Yönetimi olması kaydıyla düzenleyeceğiz Allah nasip ederse, bu çok önemli, İndikatör Yönetimine büyük önem veriyoruz. Önümüzdeki süreçte de 4. Kongremize ilişkin konu başlıkları neler olmalı noktasında da sahaya görüş ve önerilerini almak üzere bir bildirim yapacağız, bir duyuru yapacağız, bu seferki 4. Kongremizin konu başlıklarını hep birlikte belirleyeceğiz, bu konuda sizlerin aktif olmasını arzu ediyoruz.

Bir de yakın bir zamanda yapacağımız önemli bir çalışmayla, cidden ülkemizde teorik anlamda ve pratik anlamda büyük bir eksiklik hissedilen İndikatör

Yönetimine ilişkin çalışmayı sizlerin istifadesine sunacağız. Bu da Hizmet Kalite Standartları kapsamındaki İndikatör Yönetimi Rehberi olacak. Burada çok detay, çok işinize yarayacak bilgiler bulacaksınız, pratik uygulama zemininde geliştirilmiş, bilhassa pratik olarak sizlere katkı verecek, teorik olarak da besleyecek bir rehber olacak. Bunun da müjdesini burada sizlerle paylaşmak istiyorum.

Filozofun biri “çalışmak, hayat düşünmek, ışıktır” demiş, bu sözü çok beğenmiştim, ben de buna bir cümle ekledim, dedim ki, nasıl ki, çalışmak, hayat, düşünmek ışık ise “ölçmek de başarı ve heyecandır”! Aslında heyecan demek adrenalin demek, adrenalin olduğu müddetçe biz, hep birlikte daha güzel, daha başarılı çalışmalar yapacağımıza inanıyorum. Ben bu duygu ve düşüncelerle beni dinlediğiniz için çok teşekkür ediyorum, çok sağ olun, bu sabahın ilk sunumunda oturumu böyle kalabalık görmek insanı mutlu ediyor, insanı heyecanlandırıyor.

Tabii, hep çalışan güvenliği dedik, çalışan hakları ve sorumlulukları dedik, bu çok önemli, bunu önemsiyoruz, ne dedik? “Çalışan güvenliği olmadan hasta güvenliği olmaz, çalışanın motivasyonu olmadan hastanın motivasyonu olmaz”. Biz bu çalışmaları yaparken cidden Merkezde iyi bir ekip anlayışı ile yapıyoruz, ben Oturum Başkanı Sayın Hocamızdan 2 dakika bir müsaade isteyeceğim eğer uygun görürlerse, oturumdaki diğer Konuşmacılardan da izin istiyorum. Çalışanlar, önemli çünkü çalışanların motivasyonu olmadan hiçbir şey olmaz. Ben bu çalışmalarda emeği olan Daire Başkanlığındaki arkadaşlarımıza çok teşekkür ediyorum, cidden çok yoğun çalışıyorlar, çok emek sarf ediyorlar her anlamda. Teşhisle İlişkili Gruplar Şubesinde tutun da Performans Yönetimi Şubesine, Performans Yönetimi Şubesinde Kalite Geliştirme Şubesine, Analiz ve Verimlilik Şubesine, Eğitim Şubesine, Bilgi İşlem Şubesine, hepsi büyük bir ekip anlayışıyla cidden çok özverili bir şekilde, çok farklı bir anlayışla kendi gönüllerini bu çalışmalara katarak güzel çalışmalar yapıyorlar. Ben huzurlarınızda teşekkür ediyorum, Hocamızın da izniyle tüm çalışma arkadaşlarımı, hazır hepsi buradayken sahneye davet ediyorum, hepsini çok hızlı bir şekilde sahneye almak istiyorum, bir fotoğraf alıp sunumu bitirmek istiyorum izninizle, buyurun arkadaşlar. Hocam, çok teşekkür ediyorum bu izniniz için. Son bir söz söyleyip, izninizle bitiriyorum. Tabii ki,

Bakanlıktaki 6. yılımı bitirdim, 7. yılıma girdim, Bakanlıkta cidden, Bakanlığa gelmeme ve benim bu eğitime önemli bir katkısı olan Sayın Mehmet Demir Hocam da burada, çok teşekkür ediyorum huzurlarınızda çünkü Onun bize çok büyük bir rehberliği oldu, bundan sonra da olacağına inanıyorum. Çok teşekkür ediyorum, sağ olsunlar.

İNDİKATÖR SONUÇLARI NASIL YORUMLANMALI?

Prof. Dr. Haydar SUR

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı

Sayın Başkanım, sabahın bu saatinde salonu hınca hınç dolduran çok değerli, çok güzide dinleyiciler, hepinizin huzurunda ben de sizi saygıyla selamlıyorum. Böyle bir toplulukta konuşma yapmak bir şeref olduğu kadar bir de zevktir, bu zevki tatmama fırsat veren tüm yetkililere ayrıca teşekkür ediyorum. İnşallah, zamanımızı boşa vermeyen bir konuşmayı yapmış oluruz.

Şimdi efendim, ülkemizdeki “kalite yönetimi” macerasının başından bu yana içinde bir şekilde hasbelkader bulunmuş birisi olarak gelişmeleri büyük bir sevinçle izliyorum. Yönetimde kalite, performans kavramlarının çok ötesinde ince ayarlara geçilmesi elbette, başarının son halkalarını oluşturuyor. Bu noktaya kadar ulaşmış olanların ellerine, kollarına sağlık. Ülke olarak demek ki, aynı yöne yönlendirilip takımdaşılabildiğimiz zaman inanılmaz üretme potansiyelimiz oluyor. Önemli bir merhaleye geldik, kantitatif yönetim tekniklerinden niye yeterince yararlanmıyoruz her zaman hayıflanıyor idim, bu sabah duyduklarım beni bu açıdan yüreğime su serpen, ziyadesiyle ümitlendiren bir noktaya getirdi.

Ülkemizde gerçekten hastane işletmeciliği anlamında yönetimin kantitatif boyutunda biraz zayıf kaldığımızı kabul ederek işe başlamamız lazım. “Emekleme” lafını o açıdan son derece yerinde buluyorum. İnşallah, hızla ilerleme fırsatını buluruz.

Benden önceki konuşmacıları, dün ve ondan önceki gün dinlememiş olduğum için bu slaytla giriş yapmamı mazur görün. Ben bütün sunumlarıma, ilk slayda tanım koymaya çalışıyorum, tanımda birlik olmazsak birimizin kast ettiğini diğeri başka bir şey anlar ve ondan sonra gereksiz tartışmaların içine girmeye başlıyoruz, öyle bir şeye mahal vermemek için indikatör demekle neyi kast ettiğimizi de bir şekilde ortaya koyalım. İndikatör ile standart arasındaki farkı bile karıştıran çalışmacılar yahut da heveslileri görüyorum. Kavramları başında sağlam bir şekilde tanıma oturtursak ondan sonrası daha kolaylaşıyor.

İncelenmek istenen durum her neyse, buna ilişkin malumat, ben information kelimesi bilgi diye değil, malumat diye çeviriyorum çünkü bilgi lafını knowledge

için kullanmamız gerekiyor, ikisi arasında ilahi bir fark var, bu ikisini birbirinden ayırt edemezsek enformasyon ile knowledge’ı birbirine karıştırmış oluruz, “at izi, it izine” gider. Malumatı ben enformasyon anlamında kullanıyorum. İncelemek istediğimiz duruma ilişkin malumat sağlayan veya bunun bilinmez sonuçlarını öngörmemize yarayan verilerin tanımına “indikatör” denilebilir.

Bugün için bilimin bize sunduğu 5 çeşit indikatör vardır, insanlık daha yenilerini bulursa onlardan da yararlanırsınız ama. İndikatörler 5’e ayrılır arkadaşlar:

Doğrudan sayı veren indikatörler vardır, mesela, HIV taşıyıcı sayısı, belli bir hastalık durumunu ülke içinde izlemek için bir indikatördür. Hastalığın virüsünü taşıyan kişileri, tek tek sayarsınız gibi.

Oran veren indikatörler var. Oranlarda orantıdan ya da hızdan farkları şu; pay içinde yani bölmenin üst tarafında yer alan vakalar, gözlemler ya da her neyse ilgilendiğiniz durumlar aynı zamanda paydanın içinde de sayılırsa buna “oran” deniyor bildiğiniz gibi. Hız dediğimiz zaman, belli bir nüfusta, belli bir zaman dilimi içinde, belirli bir zaman dilimi içinde gözlenen olgular anlatılıyor. Biliyorsunuz, fizikte bir şeye hız diyebilmek için, lise fizik bilgilerimizden belli bir zaman içinde değiştirilen mesafe, yer değiştirme anlatılırdı bize. Yani payda da mutlaka zaman olması lazım bir indikatöre hız diyebilmeniz için. İngilizceden çevirirken bazı yazarlar, hız olmayan indikatörleri bilmem ne hızı diye Türkçeye çeviriyorlar, o karmaşa da bizi biraz yıpratıyor. Paydasında zaman faktörü ölçümleniyor ve burada yer alıyorsa matematiksel olarak, bu indikatöre “hız” diyebilirsiniz.

Bir de orantı var; mesela, basitçe söyleyelim, bu salondaki kadınların erkeklerle oranı deriz ya basitçe, aslında o kullandığımız şey orantıdır. A’ya kadınları, B’ye de erkekleri yazarsınız, A’yı B’ye bölersiniz, bu bir orantı olur. Payda yer alan gözlem sayıları, pay içinde yer alan gözlem sayıları, payda içinde yer almayacak, bunun orantı olabilmesi için.

Bir de 5.si, “indeks” diye daha karmaşık, birçok indikatörün bir araya getirilerek nihai bir çıktı vermesini kurgulayan, daha böyle mimarisi dolgun bir seçeneğimiz, o da “indeks” deniyor ona.

Bunların içinde benim en sevdiğim, “insani kalkınmışlık indeksi”. Biliyorsunuz, sağlıktan finans ya da mali durumdan adalet, sosyal adalet ve başka ne,

kadına yönelik şeyler, durumun iyileşmesi gibi 5, 6 değişik alandan belli bir indikatörleri bir araya getirir ve sonunda bir puantaja dönüştürür. Türkiye, 190 ülke arasında 85.sıralarda arkadaşlar, bir sene 85, bir sene 90 falan oluyor, % 50’lik medyan aralığında gidiyoruz. Mali kalkınmışlık düzeyimiz, insani kalkınmışlığımıza tam yansıtılamadı. Buna benzer böyle çok önemli yargılar elde edebilecek güce kavuşuyoruz indikatörlerle.

Şimdi sağlık hizmetlerde, şu da slaytlar arasında bulunsun, ben bu slaydı sizler için hazırladım isteyen kopyasını alıp götürebilir. Avedis Donabedian, 2002 yılında ölmeden birkaç ay önce yaptığı son röportajda “kendini gerçekleştirmiş bir insan olarak rahat bir şekilde ölüyorum”. Doktor olduğu için kanserinin seviyelerini falan çok iyi bilen birisi, Harvard’da İşletme Profesörü oluyor Pratisyen Hekimliği bırakıp, dahi insanlardan birisi, şöyle diyor “ilk defa sanayide süreçler var, girdiler var, çıktılar var, biz de bunları alıp kalitemizi ölçsek” dediğinde sağlık hizmetlerinde bunu diyen ilk kişidir, yıl 1966, 2002 yılında ölmeden önce bütün dünyaya bakıyor, neredeyse “sağlıkta kaliteyi konuşmayan bir tek sağlık kurulu kalmamış”, kendini gerçekleştirmek herhalde bu olsa gerektir. Donabedian’ın başlattığı bu hamleler, tanımları yavaş yavaş aşağıya doğru arttırırsanız nasıl geliyor ve yarınlarda nasıl gelişecek daha iyi izleyebiliyor insan. Biz de biraz önce Meslektaşım Hasan Bey’in şık bir şekilde ifade ettiği gibi indikatörlerimizi yöneteceğiz, gelişmelere her zaman uyarlayacağız ve böylelikle her zaman diri bir şekilde kendimiz hakkında bilen ve yöneten haline geçeceğiz.

Hizmet kalitesinin boyutlarına ilişkin bir özet tabloyu daha koydum, işinize yarar, sunumlarda kullanırsanız diye.

Gelelim şimdi bu kantitatif yönetim tekniklerinden biz nasıl yararlanacağız bu macerada? Ona ait de temel bilgiyi vereyim de Hocalık şanımız yerde kalmasın, bizden beklenen şeyleri de boşa çıkarmış olmayalım diye; grafik ve tablolarla bunu yaparız, bilmeden aslında tam sınıflamaya hakim olmadan da olsa birçok hastane bunu yapıyor zaten ama hangi durumda hangi cins grafiği ya da tabloyu seçecek, bu biraz daha uzmanlık istiyor, o konuda taksonomiye tam hakim olur da seçeneklerimizin hepsini masa üstüne koyabilirsek, işimize hangisi en çok yarar bunu seçmek daha kolaylaşır o zaman.

İstatistiksel analizler var, en basitinden “k2”den tutun, en ağır multilevel regresyon analizlerine kadar giden birçok yöntemi karşılaştırma maksatlı kullanabilirsiniz. İstatistiksel karşılaştırma testlerinin faydası şu olacak; sadece kaderin azizliği olarak meydana gelmiş fluktrasyonları, varyasyonları gerçek bir nedene bağlı meydana gelmiş değişimlerden ayırt etmeye yaracaktır, matematiksel kanıt vereceksiniz, “aman canım, o kadarı her ay gözlenir” deyip geçtiğiniz bazı farklılıklar aydan aya ya da periyottan periyoda belki size çok önemli değişimin kanıtını sunuyor olabilir. Yaptığınız bir iyileştirmenin sonucu olabilir, bütün bunları kanıtlamak için istatistiksel yöntemler çok işinize yarayacak.

Bunun bir gelişmiş bir versiyonu olan ve her istatistikçinin hakim olmadığı, istatistik içinde ayrı bir uzmanlık alanı olan “zaman serileri analizleri” en çok işinize yarayacaktır. İstatistikle, bio-istatistikle uğraşan bir meraklı grubu varsa, tavsiye ederim, şu gelişmelerde aranan adam olmak istiyorsanız, zaman serileri analizlerini öğrenin ve bunları yapan kişilerden biri olmaya bakın, her zaman birileri gelip “aman bana da” diyecektir önümüzdeki dönemlerde.

Grafikler için kalitede en sık kullandıklarımızı şöyle bir listeledim. Şekil olarak örnekler vereyim de uzun uzun üzerinde durmayalım diye biraz görsel hitap edelim istedik. Histogram, biliyorsunuz ki, çubuk grafikten farkı, birinin ortalamayla ya da ortanca ile ifade edilen değişkenlere yönelik olmasıdır, histogram öyledir. Kadın oranı, yok, memnun olanların oranı gibi % ile ifade ettiklerinizde de çubuk grafik kullanmalısınız.

Çubuk grafiklere de birkaç örnek göstereyim. Bunun kalite macerasında işimize pek bir yarayan, neredeyse kaliteye spesifik diyeceğim ölçüde, güzel olanı “kümülatif oranları” üst üste yığarak periyoda göre ya da incelediğimiz değişkenin kategorilerine göre %’lerin ne şekilde bir dağılım gösterdiğini, bu %’lerin üst üste gösterilmesiyle de, mesela, diyelim şurada Ocak, Şubat, Mart, Nisan, Mayıs, Haziran gibi yılın şeyleri olsun, şu X-eksenindeki, ilk dönemde çokmuşuz, diğerlerinden fazla, tamam ama yılın mesela, Eylül ayında durum ne olacak, onu da görmek için böyle bunları, kümülasyonları kiremitler gibi üst üste yığarak hem bunları parça parça hem de bunları birleşik halde bir çizgi grafik şeklinde, ikisini bir gösterdiği zaman periyoda tam tamına hakim olmaya başlıyorsunuz. Bu cins grafiklere, “Pareto Grafikleri” derler.

Bir de “Gantt Şemaları” var. Biliyorsunuz Gantt, 1930’lu yıllarda yaşamış bir İstatistik Hocası, köken olarak mühendislikten geliyor, bu kalite sistemlerine falan öncülük etmiş kişilerden birisi. Yönetim biliminde çok önemli Frederick Taylor’u izleyenlerden birisi olarak sayılır ama bilime büyük armağanı da Gantt Şemaları. Proje yönetiminde, projede yürüyecek ana faaliyet alanlarını böyle alt alta yazmanız, buraya zaman çizelgesi koymanız, hangi faaliyetin ne zaman başlayıp ne zaman biteceğini alt alta koyup, yılın hangi ayında mesele, hangi faaliyetlerle meşgul olman gerektiğini, hepsini bir arada, birbiriyle bağlantılı göstermesi ve bir o kadar da basit olması, bu karmaşık durumları basitçe bize göstermesi açısından proje yönetiminin vazgeçilmez bir aracıdır. Gantt Şemaları, tabii, kalite sistemleri bir proje yönetimi mantığıyla gittiği için iyi bir kalite yöneticisi Gantt şemasız olmaz, mutlaka bu şemalarınızı hazırlamanız gerekiyor.

Beklediğimiz ve kağıda döktüğünüz şeyler zamanında olmayınca bunun sorumluları da buraya yazılacağından “niçin olmadı kardeşim?” demek için çok güzel kanıtlarınız olacak, kimin çalışıp kimin çalışmadığı aynı gibi ortaya çıkar.

Balık kılçığına birkaç örnek gösterdim, spesifik bir sorunun kök-neden analizine ulaşmasını ve bunu görsel hale getirmesini bize kolayca sağlıyor. Biliyorsunuz, Deming, ortaya çıkmış bir sebebin, yani bir sonucun gerçek sebebini bulmanız için 5 kere “vay, niçin, niçin, niçin?” diye sormanız gerekiyor. Bir örnek vereyim; “akılcı ilaç” kullanmıyor Türkiye, son dönemlerin en üstüne yoğunlaşmamız gerektiği söylenen, hit gündem maddelerimizden biri, niçin akılcı ilaç kullanmıyor? İşte, halksız bilinçsiz, doktorlar firmaların baskısı altında, doktorlar teşhiste kendilerine güvenmeyince onu da yazıyor, onu da yazıyor, işte, halk doğrudan gidip eczaneden ilaç alıyor, tedaviyi yarıda bırakma kültürü var gibi falan, sayıyorsunuz. Peki, bunların üzerine tekrar niçin, niye gitmeniz gerekiyor? İkinci seviyenin içine geldik; halk, niçin tedaviyi yarıda bırakıyor? Sağlık okur-yazarlığı konusu geliyor. Halk işte, bilmem niye doğrudan eczaneye gidiyor, eczaneden kolayca alıyor, para ödemek istemiyor filan. Böyle beş mertebede “niçin, niçin” diye sorup bütün sebep adaylarını böyle bir ağaç gibi birbiriyle dallandırmaya başladığınızda gerçek “kök” nedeni anlamış oluyorsunuz. Yoksa görüntü gerçek nedenden çok farklı olabilir.

Şimdi arkadaşlar, sanıyorum ki, buradan sonrası size biraz yabancı olabilir, Run Charts dedikleri, Türkçe’de de başka bir karşılık bulamadığımız için son derece sevimsiz bir tercüme ile karşınızdayım. İngilizcesini söylemekten iyidir deyip “koşu grafikleri” zaten benden önce de kullanmışlar bu şekilde literatürde, koşu grafiği demek şu demek; aynı indikatörü ölçümleyip belli zaman dilimlerinde zamana karşı, bu, gün olabilir, ay olabilir her neyse 1.gün bunu ölçtünüz, 2.gün bunu, 3.bu, şurada medyan gibi ya da bir başka, ortalama gibi ya da olmak gereken düzey, kabul edilmiş düzey gibi belli bir çizgiyi buluyorsunuz, hangi ay hangi gün onun üstünde kaldın, hangi gün altında. Şimdi burada espri ne? Espri, eğer bir gün üstüne çıkıp bir gün altına düşüyorsan, senin çalışmaların çok iyi değil. “Koşu” demek, bir şeye koşu yapmışın demek en az 7 ölçüm arka arkaya çizginin aynı tarafında kalmışsın demektir, o bir “koşu” oluyor. Dolayısıyla bir ölçümde, bir kriterde 7 kere üst üste beklenen seviyenin üstüne çıkıyorsa bu kendi iyileştirmenin kanıtı, istatistiksel kanıtı oluyor. 2 ay iyisin, 1 ay düştüğün zaman sıfırladın, Hasan Bey biraz önce çok güzel bir şey söyledi, “sekteye uğrattığın anda işi sıfırlarsın”, bu da onun görüntüsüdür. Bir şeye “koşu” diyebilmeniz için ardışık, en az 7 kere ortada kabul ettiğiniz parametrenin ya da düzeyin aynı tarafından kalmak. Tabii, yüksekte kalın demiyorum, eğer bu bir enfeksiyon hızıysa, mortalite hızıysa falan altında kalmaya uğraşacaksınız. Başarıyı gösteren bir şeyse üstünde kalmaya uğraşacaksınız. Ha, bunun için de gözlem sayısı tabii, istatistiksel olarak gözlem sayısına göre ortalama olarak ben “7’yi” verdim ama bazı gözlem sayıları artarsa, eksilirse en az “5” defa, en az “3” defa gibi kaç gözlem sayına çizginin aynı tarafında kalman gereken miktarları veren bir de tablo ekledim size, işiniz kolaylaşsın diye.

Koşu grafiklerinden görüntüler gösteriyorum; bunu, özellikle bu salonun döndükten sonra kullanmaya başlamasını çok arzu ederim, siz kullandıkça arada bir de kulağımı çınlatırsanız bizim de Hoca olarak bahtıyarlığımız o kadardır.

Bakın, şurada bir koşu görülmektedir, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, burada 8’i almış bu grafiği çizen, belli bir shift yapmış. Bu koşu grafiklerinden ortaya çıkan durumları paternleri, örüntüleri değişik şekilde sınıflıyorlar, istatistikçiler. Bir tane shift yapma yani düşük kalırken birden yukarıya doğru sıçrama gösterme görüntüsünü görüyorsunuz. Şöyle bir görüntü; arka arkasına 8 defa çizginin aynı tarafında sonuç vermesi istatistiksel olarak anlamlı bulunur, bunun şans

eseri ortaya çıkma ihtimali % 5’den daha azdır, % 95 ihtimalle yapılan bir müdahalenin sonucunun kanıtı olarak bilim kabul eder bunu.

Devam ediyoruz, trend analizleri, dikkat ettiğiniz gibi burada çizginin aynı tarafında kaldı ama çıkışlar ve inişler gösterdi. Halbuki trendde sürekli 7 defa çıkış gösteriyor. O zamanda biz “yükseliş trendiyiz” deme hakkınız oluyor. Şurada öyle bir şey söyleyemezsiniz, trendiniz bozuluyor çünkü bazen düşüyor bazen yükseliyorsunuz.

Bir koşu yapmışsınız ama trendde değilsiniz, burada bir trenddesiniz, çıkış trendi, iniş trendini görüyorsunuz.

Burada da zikzak paterni ne shift yapabilmiş ne de trende girebilmiş durumları anlatan flüktasyonları, oynamayı görüyorsunuz.

Dördüncü bir yöntemimiz daha var; eğer kontrol limitlerinin dışına çıkılmışsa o zamanda bunu koşu grafiklerinin özel bir cinsi olan “kontrol grafikleriyle” bunu incelememiz gerekiyor. O da ayrı bir alem, ondan da birkaç tane örnek vereyim; bakın, bunlarla nelere muktedir olduğumuzu düşündükçe insan biran önce evine dönüp hemen çalışmaya başlayası geliyor. Bu yöntemleri kardeşiniz gibi sevin, size tavsiye diyorum arkadaşlar, çok mutlu eder insanı. Eğer durağan bir, şu gördüğünüz gibi neyi ölçüyorsanız onun bir regresyon doğrusunu çizmiş, burada bir scattergram görüyorsunuz, saçılım grafiği, X ile Y ile bağlantısında $Y = A + X$ gibi bir şey ile böyle bir doğrusal regresyon doğrusu alırsınız. Şimdi bunun tabii ki, belli bir şekilde öbür tarafa, belli bir şekilde bu tarafa doğru kaçışması doğal karşılanacaktır. Allah’ın emri gibi bunlarda asker gibi bu kırmızı çizginin üstüne dizilmesini beklemeyiz çünkü doğa demek varyasyon demektir, her zaman bir çeşitlenme olacaktır. İşte, bu varyasyonun nereye kadar makul, nereden sonra özel bir durum olduğunu tespit eden sınırlarını da onunla beraber götüreceksiniz. Buna % 95 güven aralığı bu amaca en çok hizmet eden kavramdır, güven aralıklarıyla çalışırsanız rahat edersiniz.

Bunun bir başka versiyonunu görüyorsunuz. Bazen de böyle bir regresyon doğrusu gibi, çıkış ya da iniş, eğim göstermeyen sabit bir durum üzerinde oynamadan kalmak isteyebilirsiniz ya da dersiniz ki, “buzdolabının +2 ile +8 arasında kalması aşıları bozmaz”, +4 olarak da şurayı çizmiş olduk. Şurayı +8’e, burayı da +2’ye getirirsiniz, ölçüm yaptığınızda ısı, 8’in dışına çıktığı

anda alarm vermeniz lazım “yandık”, “aşılar bozuldu”. İşte, kontrol chartı, varyasyonun altta ve üstte ne limitte makul karşılanacağını, makul olmayan sınıra geldiği anda da alarma olacağımızı gösteren özel, spesifik grafiklerdir.

Hastanede en çok nerede kullanırsınız bunu? Stok yönetiminde kullanırsınız değil mi? Kırmızı çizgiye geldi, “Allah, hemen satın alıma gireceğiz filan”, aşına olduğunuz konular zaten.

Bir de “zaman serilerinden” bahsedeyim Mustafa Hocam, sabırları taşırmadan ama böyle yeni bir bilgi sunmanın heyecanını hoşgörün arkadaşlar, yarar olduğunu düşünüyorum size. $Y = TCS$ ve I ’nın birbiriyle çarpımı diye bir şey veriyorlar. Zaman serilerini izlerken, zamana göre izlediğimiz ölçümsel değişkenin oynamalarını zaman serileri analizi ile yaparsınız ve nihai olarak sizin zaman içindeki değişim katsayınız mı diyelim artık, Y şeyiniz, burada şu dört parametrenin birbiriyle çarpımı. Dolayısıyla dördünü birden bir şekilde algılamamız lazım. Biraz önce Hasan Bey, “dalgayı” gayet güzel bir grafik slaytta verdi, dalga şiddeti ve dalganın uzunluğu, dalga boyu kavramlarına tam hakim olursanız trend analizini çok güzel bir şekilde, bilgiyi ele geçirebilirsiniz arkadaşlar.

Şimdi olabilecek durumlar; aşağısına yukarısına geçen konjonktürel dalgalanmalarla belli bir regresyon doğrusu şeklinde yukarıya çıkıyor trend ya da doğrusal bir iniş gösteriyor belli bir şey ile. Ben şu mavi çizgiyi çizmeseydim, şuradan ve buradan doğrusal bir iniş ve doğrusal çıkışı okuyamayan kişi orada, o verileri yönetmekte biraz zorlanır. O görüntünün arkasındaki trend doğrusunu yakalayabilmesi lazım, alışkın olması lazım gözün. Her zaman da bu kadar böyle kabak gibi, ayna gibi çıkmaz, bazen biraz daha karışık çıkar, işiniz o zaman zorlaşabilir.

Trendler, doğrusal olmak zorunda değil, ikinci dereceden denklemlerle yani $Y = A + X$ ile değil, $Y^2 = A + X^2 + B + X$ gibi filan ifadelerle sunmaya başlarsanız, artık orada bir parabol elde etmeye başlıyorsunuz matematik olarak. O zaman da paraboller dört şekil, parabile ilk çıkış, düzenli çıkış, parabile iniş ama bu konveks, bu da konkav şekli, dört tane. Demek ki, trend analizinde altı durumdan birisiyle karşılaşacaksınız. Ne ile karşılaştığınızı bilerseniz ona göre de yorumunuz çok kolaylaşacaktır.

“Mevsimsel dalgalanmalar” meselesine geelim; belli hamlelerle ama belli bir çizginin etrafında dönerek giden durumlarda ikinci hareketlenmeyi de mevsimsel dalgalanmaları okumak lazım.

Trend ve hareketli ortalama ilişkisinde de, şurada hareketli ortalamaı görüyorsunuz, mesela, şurada bir ortalama almış, şunun, bunun ve bunun üçünü toplamış, 3 bölmüş. Şurada bir tane daha almış, şunu, şunu, şunu toplamış, 3’e bölmüş. Hareketli ortalama şu mesela, son 3 ayda ölçüm yaptığım sonuçların ortalaması diyebilirsiniz. Böylelikle trendi de ortalamanın değerine katan daha dinamik ve daha doğruya yakın bir ölçüm yapmış oluyorsunuz. Hareketli ortalamalar işinize yarar.

Son slaytına geldim arkadaşlar, yorumlamada spesifik olarak bazı hatırlamalarla huzurunuzdan ayrılacağım. Belli bir düzeyde varyasyon, doğa kanunudur, iki defa aynı hareketi yapamazsınız, iki defa aynı başarıyı sağlayamazsınız, iki kez aynı şey olmaz dünyada! Ama bu varyasyonlar belli bir sınırdaki kaldığı sürece siz, kendinizi sabitlemiş sayılırsınız, ihmal edilir değişiklikler “aynılık” anlamına geliyor bizim ölümlerimizde.

Ölçümlemede bir yanılgı payı bulunur. Bu ölçme yönteminden, ölçülen madde ya da kişiden, ölçen madde ya da kişiden, cihazdan, ölçüm ortamından, o günkü hava koşullarından kaynaklanabilir.

Hatalı ölçmeler bile bizim işimize bir şekilde yarayabilir, yeter ki darasını düşerek hatalarının nerelerde, bizi ne kadar yanıltacağını darasını düşerek anlamak kabiliyetine ulaşmış olalım.

Büyük bir, bazen yanılgı oluyor, birbiriyle ilişkili durumlardan, mesela, A artınca B de artarsa, bunu arkadaşlar rapora şöyle yazıyorlar; “A, B’nin sonucudur” gibi, böyle bir şey sebep-sonuç ilişkisini kanıtlamak o kadar zor bir şeydir ki! Sebep-sonuç ilişkisi için birçok analizi beraber yapıp aralarında bir biyas olmayacak ve companding, karıştırıcı faktörler olmayacak, ölçüm hataları olmayacak filan ondan sonra sebebi aksedeceksiniz. Dolayısıyla pat diye hemen bu, bunun sebebidir demeden temkinli cümlelerle bu, bununla ilişkili bulunmuştur, A artarsa B de artmaktadır gibi daha bilim adamına yakışır temkinli ifadeleri size öneriyorum.

Birçok durumda ölçüm sonucu, öyle de böyle de manaya gelebilir, rakamlar her şey değildir. Mesela, bir kan tahlili isteyen klinisyen, kendi ön tanısını desteklemeyen tahlili birçok zaman göz ardı eder, klinik sense, klinik sezgisini tahlil sonucundan öne alabilir, bu doğru mudur yanlış mıdır, çok tartışılıyor ama klinik sezgiyi yok saymak da mümkün değildir. Laboratuvar bize her şeyi pat diye verecek kadar duyarlılığa hiçbir zaman ulaşamamıştır birçok zaman. Dolayısıyla bize öyle gelme durumlarına sık sık gireceğiz ölçümlemeye girince. Bize gelen öyle gelen bazen gerçekten, öyle olmayabilir, yanlışlabileceğimizi her zaman “b planı” olarak zihnimize tutmamız gerekir. Bazen olanı değil, olmayanı kanıtlayarak işinizi daha rahat yapabilirsiniz, bu da size bir seçenek olarak kalsın.

Sizlere bu bilgileri aktarmaya çalışırken şu kaynaklardan yararlandım. Zor bir işe girişiyoruz ama bu zorluğu kolayca üstesinden gelecek çok iyi bir kitlenin olduğuna inanmıştık, hep bugüne kadar öyle sonuçlar aldık ülkemizde, bundan sonra da bunu yapacağınızdan eminim.

Beni dinlediğiniz için saygılar sunuyorum.

AVRUPA HASTANELERİNDE KLİNİK İNDİKATÖR ÖLÇÜMÜ VE YORUMLANMASI DENEYİMİ

Prof. Dr. Rosa SUNOL

Avedis Donabedian Araştırma Enstitüsü – Barcelona

Sayın Başkan, Bakanlık temsilcileri, bayanlar ve baylar. Öncelikle burada bulunma fırsatını yakalamaktan duyduğum memnuniyeti ifade etmek isterim, beni buraya davet eden sayın Dr.Hasan Güler’e özellikle teşekkür etmek istiyorum ve ayrıca Türkiye’nin de içinde bulunduğu bizim koordinasyonluğunu yaptığımız Avrupa Birliği kaynak projesinin bir parçasını sunma fırsatını verdiğiniz için de teşekkür etmek istiyorum. Türkiye’den 30 hastane çalışmamızın bir parçası ve bu çalışmaya yaptıkları katkıdan dolayı Sağlık Bakanlığına, hastanelerdeki koordinatörlere ve tabii ki ülke koordinatörlerine müteşekkirdiğimizi ifade etmek istiyorum. Sizin de gördüğünüz gibi Avedis Donabedian Araştırma Enstitüsü Enstitüsü İspanya’daki kalite çalışmalarını desteklemek üzere 1989 yılında Barselona’da kurulmuştur ve ayrıca Barselona Otonom Üniversitesinin de bir parçasıyız. İspanya, Latin Amerika ve diğer ülkelerdeki kaliteye yardımcı olmakta ve desteklemekteyiz. Bu konuşmayı yapmak için davet edildiğim zaman dedim ki “evet çok güzel, göstergeleri geliştirirken nerede hata yaptığımızı anlatabilirim”. Çünkü bazen başarılarınızı anlatmaktansa nerede hata yaptığınızı anlatmak daha iyi olabilir ve ayrıca dinleyicilerin gizli tehlikeler hakkında düşünmeye başlamalarını ve bunlardan kaçınmalarını sağlayabilir. Sayın Güler’in sunumunu dinlerken, ölçütlere dikkat çektiğini gördüm, ölçütlerin olması çok önemli, çalışanlar için, bakanlık için ve yönetim için tedbirlerin olması çok önemli. Bu, bizim başlarken sahip olduğumuz duyguyla aynı. Edward Deming, hepimiz onu çok iyi tanıyoruz, “Biz Tanrıya güveniyoruz” şeklindeki önemli sözü söylemiştir. Siz iyi olduğunuzu söyleyebilirsiniz, ancak bunu kanıtlamanız gerek, böylece ilerlemeniz gereken aşama gösterge aşamasıdır. Göstergenin pek çok tanımı vardır, ancak benim benimsediğim tanıma göre gösterge, organizasyonun zaman içindeki performansını belirlemek için ölçütlerdir. Göstergeler izlemenin temelidir, bu zamana kadar hep sürekli ölçüm olduğunu söyledik. Bu ölçümler çok önemli, çünkü onlar sayesinde nerede olduğumuzu gösteren verilere ulaşabiliyoruz ve iyi gidiyoruz. Göstergeleri geliştirirken genellikle karşılaşılan kötü durumlar-

dan bir tanesi, hangi göstergeleri uygulamak istediğinizdir. Ancak sorun bu değildir. Sorun, ne ölçmek istediğinizdir. Ve ne ölçmek istediğiniz sorusuna cevap vermek istediğinizde, öncelikle performansınızın kilit alanlarını belirlemeniz gerekir. Hastalar için önemli olan nedir: saygı duyulması, etkili tedavi görmesi, çok fazla kaynak kullanılmaması, güvende olması. Öncelikli olarak, boyutlarınızı belirlemeniz gerekmektedir, daha sonra ne ölçmek istediğinize göre göstergelerinizi tasarlamaya çalışırsınız. Bu konu hakkında biraz daha konuşmak istiyorum.

Ve bir kez gösterge tasarımına başladığınızda, bir düzey, bir eşik, bir standart belirlemeniz gerekir, böylece elde etmek istediğimiz düzey bu deyip, veri toplamaya başlarsınız. Hataları ölçmeden önce standartları koymanız gerektiğini vurguladım ve siz bunu %10 daha az istediğinizi söylediniz, hayır öncelikle ulaşmak istediğiniz düzeyi belirleyeceksiniz ve sonra veri toplamaya başlayacaksınız. Bu standardı gerçekleştirip gerçekleştirmediğinizi anlamak için standartları karşılaştıracaksınız. Eğer başaramamışsanız, sebebini öğrenmek için balık kılçığı veya diğer sistemlere başvurabilirsiniz ve nerede olduğunuzu analiz etmeye çalışabilirsiniz. Bu teori, ancak açıklamak istiyorum. On yıl önceki Avrupa'ya gidelim ve ne olduğunu anlamaya çalışalım. En sonunda izleme için veri topladık, herkes mutluydu ve daha sonra göstergeler tüm alanlara yayıldı, sadece idari göstergelerde değil, klinik alanlardaki, hasta güvenliğindeki, profesyonel kültür, hasta katılımı, memnuniyet alanındaki göstergeler şeklinde bir gösterge patlaması söz konusuydu ve bu göstergeler genellikle en uygun tasarıma sahip değildi, çünkü neyi ölçmek istediğimizi çok da iyi yansıtmıyordu. Biz de hangi ölçümlere sahipsek onlara göre ölçümlere başladık ve herkes sezaryen bölümlerini ölçmeye başladı. Evet, bir jinekologsanız bu çok önemlidir, ancak sindirim alanında bir hemşireyseniz önemli değildir, ama bu kolaydır. Çünkü bu herkesin toplayabileceği bir şey, buradaki sorun buydu ve sonra bir başka sorun, bizim için hem avantaj hem de dezavantaj olan, herkes göstergelerden memnundu ve daha sonra müdürler ve ödeme yapanlar ve bakanlık kendi göstergelerini oluşturdu ve tabii ki herkesinki birbirinden farklıydı. Bu durumda hasta güvenliğini, bakımını ve vb. konuları ölçmeyi amaçlayacak şekilde göstergeleri saflaştırmamız gerekti, tüm türdeki göstergelerin bir karışımı vardı, mesela kanser hastalığını yenenlerle ve sindirim sistemi alanındaki hasta memnuniyeti konularında verilerimiz var; tabii

bu durumda “aman Allah’ım biz neyi ölçüyorduk” şeklinde bir durumla karşı karşıya kalıyoruz. Aynı kavramla ilgili ölçüm yapmanın birçok yolu var, öncelikle bir araya geliyoruz ve bunlar için ortak bir çerçeve, ortak bir ölçüm bulmaya çalışıyoruz. Ve sonra fark ettik ki sezaryen bölümlerini ölçmenin 12 farklı yolu var, inanabiliyor musunuz? Var ve yapabilirsiniz. Sezaryen bölümlerinin hepsini bir programa dahil edebilirsiniz, doğan bebek sayılarını ele alabilirsiniz, biliyorsunuz bazen ikizler olabiliyor, ayrıca ölü doğumlar olabiliyor, dolayısıyla aynı olması beklenen kolay göstergeler konusunda bile 12 ihtimal var. Aynı zamanda hastaneler, Bakanlık, bölgesel yetkililer, bazen sigorta şirketleri gibi farklı grup insanlara sunmaları gereken uzun bir gösterge listeleri var, bu göstergeler hastanelere ulaşıyor ve insanların bu verileri sağlaması bekleniyor. Son 10 yıldır buna minimum bir düzen getirmeye çalışıyoruz. İlk uygulamaya başladığımız şey bizim kavramsal çerçeve olarak adlandırdığımız uygulama. Bu proje kapsamındaki pek çok OECD ülkesinde bu kavramsal çerçeve mevcuttur ve bu kavramsal çerçeve Tıp Enstitüsünün bir çerçevesidir ve buna göre göstergelerin etkililiğini hasta güvenliği, hasta merkezi bakımı, zamanında bakım gibi alanlar açısından değerlendirebilirsiniz. Göstergelerde uygulayabileceğiniz 4 yaşam düzeyi vardır. Koruma göstergesi, akut bakım ilaç modası veya hastalık ile mücadelede kronik şartlar veya hayatın sonunu destekleme göstergeleri olabilir. Sonrasında göstergelerinizin nerede olduğunu anlamanız için şu sorular var: korumayı mı ölçüyoruz, hafifletici bakımı mı ölçüyoruz veya özel merkez bakımını mı ölçüyoruz. Bu, göstergelerinizi geliştirmek için kavramsal bir çerçeve oluşturmanız açısından çok faydalı olur. Eğer akut bir hastanedeyseniz akut bakım konusunda ikinci yaşamınızda olacaksınız ancak birincil sağlık bakımındaysanız, muhtemelen tüm hepsi konusunda bilgi sahibi olursunuz. Bu nedenle, bunu göstergeleri bloklara ayıracağınız zaman yapmanız daha iyi olur, biz göstergeleri makro göstergeler, ölçüm ve mikro olarak ayırdık.

Mikro gösterge nedir? Bu, sağlık sistemi ile ilgili bir göstergedir. Türkiye’de sigara içen kişilerin yüzdesi, göğüs kanserinden kurtulanların yüzdesi gibi. Bu gösterge bölgesel veya ülke düzeyinde ölçülmesi gereken bir göstergedir. Bölgesel veya hastane düzeyinde ölçülmesi gereken başka göstergeler de vardır, örn. temiz ameliyat enfeksiyonu veya tembel kanser hastası gibi göstergelerin bakanlık düzeyinde olması gerekmez. Temiz ameliyat enfeksiyonu tabii ki si-

zin hastanelerde ölçmeniz gereken bir şey, yani demek istiyorum ki bu konuyu unutabilirsiniz ancak eğer siz ortaksanız bu veri hastane düzeyinde tutulur ve eğer jinekologsanız sezaryen oranları veya hasta paylaşma kararları veya dairenizdeki uzmanlık alanınıza göre hangi verileri tutmak isterseniz tutarsınız. Bu nedenle, her bir göstergelyi akılda tutacak şekilde kendi üçgeni dahilinde tutarsanız daha iyi olur. Aksi takdirde, kağıtları hatırlamanız çok zor olur ve ne yaptığınızı anlamaya çalışmanız çok karmaşıktır. Bir diğer önemli şey, göstergeleri yapısal süreçlerden ve sonuçlardan ayırmak ve nedenleri anlamaktır, bu bağlamda şöyle bir ifadeyi de belirtmek isterim “sonuçları etkileyemeyen süreçleri ölçmenin anlamı yoktur, hasta sonuçlarını etkileyemeyen bir şeyler anlamsızdır”. Veya profesyonellerin belirli alanları dahilinde yaptıkları süreçleri etkileyemeyen sonuçları ölçmek anlamsızdır. Buna bir örnek vermem gerekirse, göğüs hastalıkları uzmanı olarak çalıştım, nöroloji doktoru olarak, benim alanımdaki tipik bir gösterge solum yolu hastalıklarındaki yeniden hastaneye yatıştır. Bu çok iyi bir gösterge gibi görünebilir, ancak hastanedeki göğüs hastalıkları doktorunun çalışmasını gösteren bir gösterge değildir, çünkü kronik solum yolu hastalıklarının gerçek ölçümü, eğer hasta ailesi ile yaşıyorsa, hastalığı anlamamış olmaları veya birincil sağlık hizmeti ise, antibiyotiğin zamanında verilmesi gibi durumlarla ilgilidir, dolayısıyla ölçtüğümüz şey ölçmek istediğimiz şeyden, ki bu durumda bu solum yolu hastalıkları ile ilgili olanda çalışan doktorun veya hemşirelerin kalitesidir, farklı olabilir. Bu konudaki bir diğer ilginç örnek ise, pek çok insanın sevdiği, şikayet oranıdır. Üzülerek belirtiyim ki bu bir kalite göstergesi değildir, çünkü farklı hastanelerdeki farklı şikayetleri karşılaştırırsanız hastanede şikayet etmenin ne kadar kolay olduğunu göreceksiniz. Eğer şikayet etmeyi zorlaştırırsanız, o zaman hastalar hiç şikayet etmez. Hastane müdürünün sekreterinin hastalara “şikayet etmeyin, çünkü onları kimse okumuyor” dediği bir hastane hatırlıyorum ve sonuçta o hastanede hiç şikayet yoktu. Dolayısıyla, şikayetler sadece sizin hastanedeki uygulamalarınızla ilgili ölçüm yapmak için yararlı olur, ya da bir yıla göre diğer yılki eğilimleri ancak hastaneler arası karşılaştırma mümkün olmaz. Bu önemli, çünkü biz göstergeleri nedensellik ilişkisi ile düşünerek kullanmak istiyoruz ve bu çok önemli bir konu. Bir diğer önemli konu ise, göstergelerin bir standart içinde geliştirmesidir, çünkü göstergelerin bir örnek oluşturması için aynı şekilde geliştirilmesi gerekmektedir. Ve tabii ki sizin bir önceki ko-

nuşmada tartıştığınız rastgele örnekleme, güven düzeyleri ve tüm bu rapor şemaları ile ilgili veri toplama yollarını geliştirme.

Muhtemelen biliyorsunuz ki, bir göstergeyi geliştirecek olan bazı tablolar var ve tablolar göstergenin ismini, nedenini, bu göstergenin neden sizin konunuzla ilgili olduğunu belirtmenizi vurguluyor. Hasta güvenliğini, hasta katılımını ölçen bir boyutu, göstergenin formülasyonunu ve terimlerin açıklamasını belirtmeniz gerekir, çok basit görünüyor ve bunu nasıl yapacaksınız, bu slaytı kullanacaksınız. Web sayfanıza koymak isterseniz, bu sunumu size bırakmaktan memnuniyet duyarım. Gösterge yapısının türüne, sürece ve sonuca, veri kaynağına ve doğrudan bir gözlem yapıp yapmayacağınıza, medikal şemalara koyup koymayacağınıza, beklenen sonuçların neler olduğuna, ulaşmak istediğiniz standartlara ve yorumlara karar vermeniz gerekiyor. Bu büyük oranda geçerliliği olan ve A düzeyi kanıt olan bir göstergedir, örneğin farklı tür göstergeler geliştirmenin kolay yolunu sağlayan tüm göstergeleri sistematize eden bir yoldur. Yapmak istediğimiz bir başka şey ise geçerliliği geliştirmek ve bu kadar gösterge içinden hangisinin iyi gösterge olduğuna karar vermektir. Ve burada projemizde kullandığımız tipik bir gösterge dizaynını görüyorsunuz. İlk sırada Danimarka Ulusal Sağlık Hizmetleri ve Ortak Komisyondan gelen gösterge var, bu nedenle pek çok alanda kullanılan bir göstergedir ve gösterge kalp krizi geçiren hastalarda Aspirin veya trombosit yaşlanma kullanılan ikincil yansıtılan tedavidir. Numeratör ve bölümleri tanımlar ve görev almanız gerektiğini böylece de her bir göstergenin kanıt düzeyini bilerseniz hastanın ilk hareketi anlamına gelen D düzeyi kanıt olduğunu göreceksiniz. Bunu koyup koymayacağınıza karar verebilirsiniz, ancak A düzeyi göstergelerin C düzeyi gösterge seviyesi içinde daha çok girdisi olduğunu biliyorsunuz. Bu seçime yardımcı olur ve göstergeleri sunan çok miktarda literatür vardır ve bu şekilde zaten var olan literatürü yeniden incelemeniz gerekmez.

Bizim yaptığımız ve önemli bir diğer konu ise, neden gösterge istediğimize bağlı olarak göstergelerin farklılığını anlamaya çalışmaktı. Profesyonellerin iç analizi için veya bunu bakanlığa göndermek için göstergeleri web sitesinde yayınlamak aynı şey değildir. Ve daha sonra sağladığımız bilginin iyi bir veri olup olmadığı konusunda ne kadar emin olacağınızı görmemiz gerekir. Bu noktada örneğin İngiltere’de ulusal sağlık hizmetinden farklı tesislerin bekleme zamanları var. Böylece, bu tür ihtimaller vardır ancak bunların aynı

göstergeler olmadığını fark edin. Ayrıca cerrah ile konuşacaksınız ve bunu kontrol etmek çok önemli. Hala farklı amaçlar için Avrupa hastanelerinde kullanılmak üzere binlerce göstergemiz var. Danimarka gösterge dizilerini merkezileştirmeye ve planlama için bunları kullanmaya çalışmaya henüz başladı. Hükümetler için göstergeleri paylaşan bir Avrupa örgütü var, ki bu sizin için ilginç olabilir. Tüm Avrupa, Avustralya ve Kanada’da ortak bir gösterge dizisi oluşturmak ve böylece de sayıyı azaltmak ve sadece geçerli göstergeleri seçmek için bir inisiyatif söz konusudur. Ayrıca Avrupa’da göstergelerin kamusal olarak mevcudiyeti konusundaki kriter de çok önemlidir, biz şu anda vatandaşların ödedikleri vergilerin kullanıldığı yerlerle ilgili bilgi alma hakları ile ilgili bir ilkemiz var. Bu durum İngiltere’de tamamen farklı ve her şeyin yayınlandığı İspanya’da bu hiç kolay değil. Bu nedenle hala sorunlarımız var, çünkü gösterge sonuçları konusunda ayarlama sorunlarımız var, veri toplama ve işleme göstergeleri konusunda sorunlarımız var. Sizin görev almanız ve kaç tane hasta düştüğü hakkında bilgi sahibi olmanız konusunda çok çaba söz konusu. Bu çözülmesi gereken bir inisiyatif ve projenin nedeni Türkiye ile birlikte göstergelerin verimliliği konusunda istenilen düzeye ulaşmanın çok da güç olmadığı iyi bakımla ilgili yaklaşık kalite ölümleri olup olmadığını anlamaya çalışmaktır. Proje hastanenin kalite geliştirme sistemleri ve yönetim sistemlerinin hasta sonuçları ile korelasyonu olup olmadığını anlamaya çalışmaktadır. Gelişmiş bir kalite sistemine veya hastalar için iyi sonuçlara sahip olma konusunda herhangi bir farklılık var mıdır? Ayrıca proje iyi sonuçlardaki iyi kalite sistemlerinin profesyonellerin davranışları ile ilgili olup olmadığını anlamaya da çalışır. Bu, projenin çok karmaşık yapısıdır. Açıklayacağım. Bu çalışma 4 klinik alanda yapılmaktadır bunlar: kemik kırıkları, felç ve kalp krizi hastalarıdır. Hastanelerin kalite sistemlerinin nasıl işlediğine dair veri toplama, aldıkları farklı bakımlar sonucunda bu hastaların sonuçlarının ne olduğu. Ülkeleri karşılaştırmaya çalışmıyoruz. Süreç içindeki kalite sistemlerinin değişim düzeylerini ve ilgili göstergelerdeki sonuçların düzeylerini karşılaştırmaya çalışıyoruz. Ayrıca projede var olan diğer bir çok ölçüm söz konusudur ve Türkiye’de de bu mevcuttur. Filtrelere dahil olan birçok ülke vardır bunlar: Polonya, Çek Cumhuriyeti, Almanya, Fransa, İngiltere, İspanya, Portekiz ve Türkiye. Çok sayıda veri toplamaya çalışıyoruz, 10.000’den fazla şema incelemeyi ve 10.000’den fazla hasta anketi incelemeyi bekliyoruz. 6.000’den fazla profesyonel anketi bekliyoruz ve 80’den fazla hastane zi-

yareti bekliyoruz. Bu oranlarla Türkiye'nin profesyoneller, müdürler ve diğer kalite koordinatörleri ile sağladığı fazla katkı için çok müteşekkirimiz. Burada kalp krizi açısından ölçtüğümüz gösterge az zamanda açılmış bir kapı. Hasta reçete ile antitrombosit ilacı alırsa, hasta beta engelleyici ilaç alırsa ve bu ACE inhibitörü ise ve hastane içindeki ölüm oranı. Felç için, ikincil tedavi ve teşhis vb. gibi diğer gösterge türleri geliştiriyoruz ve göstergelerin geliştirilme şekilleri, size daha önce gösterilenlerdi. Kanıtın düzeyinin ne olduğu ve incelediğiniz şemanın incelenmesini anlamak. Göstergeler hakkındaki tüm bilgi, bunları toplama şekilleri veya bu aşamada araştırmacılar için mevcut olup olmadıkları ancak birkaç ay içinde 8 ila 9 ay arasında bunlar Türkçe olarak web sitesinde olacaktırlar. Lütfen bunu kullanın, çünkü belki de gösterge geliştirmeniz gerekmez, zaten kemik kırıkları konusunda göstergelerimiz var ve bunlar sizin için yararlı olabilir. Bu bilgileri ülkenizdeki göstergeleri geliştirmek için kullanırsanız çok mutlu oluruz. Bu proje için, kalite sistemlerini ve gösterge sistemlerini geliştirmek için hastanelerde rehberlik alabilmeyi bekliyoruz. Ve ayrıca ödeme yapanlar ve bakanlıklar ve müdürler için diğer şeylerden daha iyi çalışanları anlamak konusunda destek bekliyoruz.

Özetlemek gerekirse, göstergeler kendi başlarına hedef değildir. Sadece veri toplamak için bir sistemdir, kontrol sistemi değildirler, sürekli değildirler ve zaman içinde değişirler. Sarı satırdaki göstergeler, kırmızı satırdakiler de burada ne olduğunu anlamanız için. Göstergeleri kullanmanın birçok avantajı vardır, çünkü özel ölçümleriniz var, erken alarm işaretleriniz var, mükemmellik alanlarında belirleyebilirsiniz, karşılaştırma yapabilirsiniz, böylece pek çok avantajınız olur. Ancak, ölçmeye çalıştığımız bazı sorunlar vardır. Göstergelerin kaliteyi ölçmek için olmadığını söyleyerek sonlandırmak istiyorum. Göstergeleri yorumlayan insanlar çok önemli, geçerli olup olmadıklarını, ölçmek istediklerinizle ilgili olup olmadığını yorumlarlar. Güvenilir olması da gerekir. Aynı çaba için aynı ölçüme sahip olması gerekir, bu gösterge ile neyi ölçmek istediğimizi gerçekten ölçüp ölçmeyeceğimizi düşünmeye başlarız. Pek çok gösterge, sunduğum gibi kanıt düzeylerinin karşılaştırması literatürde mevcuttur. Böylece geliştirebilirsiniz ancak çok zaman alır. İnsanlar mükemmel göstergelerde bile bilmek isterse, herkes için yararlı olabilir. Çok teşekkür ederim.

HASTA DÜŞMELERİNİN KLİNİK İNDİKATÖR YÖNETİMİNDEKİ YERİ: 'STEPWISE' REHBERİ

Dr. Mahmood ADIL

İngiltere Sağlık Bakanlığı Danışmanı

İyi sabahlar. Selamünaleyküm. Muhtemelen, Türklere Günaydın için söylenen kelimeyi az önce unuttum. Burada bulunmak gerçekten çok güzel bir duygu Bayanlar ve Baylar. Türk insanının sıcaklığı ve misafirperverliği eşsiz olduğundan, her zaman Türkiye'ye gelmekten zevk duydum. 2004 yılında, Sağlık Bakanlığı'nın Türk sağlık sistemini incelemek üzere beni davet etmesiyle Türkiye'yi ziyaret etmiştim. Ve geçen hafta sayın bakan, sağlık sistemini incelemek üzere bana tekrar bir davette bulundu ve ben de geldim. Son 7 yıl içinde tanık olduğum ilerleme eşsiz ve bu ilerlemeyi gerçekleştiren kişileri gördüğüm ve onlarla tanıştığım için çok mutluyum. Bu kişiler sizlersiniz. Ayrıca, bugün burada sizlerle birlikte olduğum için de çok mutluyum çünkü son 7 yıldır Türk sağlık sisteminin bu şekilde iyi ilerleme kaydetmesini sağlayan sizlersiniz. Ve şimdi şunu söylemek isterim ki, kalite bir hedef noktası değil bir yolculuktur ve benim uzmanlık sistemim bu yolculuğu nasıl en iyi şekilde gerçekleştirebileceğimizi gösteren bir dönüm noktası işlevi görebilir ve bu aşamada şunu da belirtmek isterim ki, diğer konuşmacılar, Dr. Hasan, Dr. Haydar ve Dr. Rosa kesinlikle farklı açılardan konuyu ele aldılar. Benim konuşmam ise 3 kilit noktayı kapsayacak. İlk olarak, ben her zaman performans geliştirme sistemi ve indikatörlerinin tamamı konusunda istekli ve kararlı oldum. İngiltere'de Sağlık Bakanlığı'ndaki rolüm de, tüm sağlık bakımı sistemini ve kalite geliştirme sistemini incelemek ve kalitenin geliştirilmesinin ve maliyetin azaltılmasının nasıl mümkün olabileceğini araştırmaktır. Bu aşamada size bir örnek vereceğim, tıpkı bu örnekte olduğu gibi, yatılı tedavi gören hastaların azaldığına ilişkin birçok örnek mevcut. Peki yatılı tedavi gören hasta sayılarının düşüşünü kalite ve sağlık bakımı sisteminin güvenliğini yansıtacak bir indikatör olarak kullanabilir miyiz ve bunu en iyi şekilde nasıl değerlendirebiliriz? Bu son aşama, daha önce bahsedildiği gibi, doğru şekilde değerlendirdiğinizde, söz konusu indikatörün son hedef olmadığı ile ilgilidir. Bu indikatör sadece elde etmeye çalıştığımız şeyin ne olduğunu göstermektedir. O halde, kaliteyi geliştirmek için bir yöntem bulmalıyız. Yatılı tedavi

gören hasta sayılarının daha da azalmasını sağlamak üzere geliştirdiğimiz Staff Wise Rehberi isimli bir yöntem mevcut. Bahsedeceğim üç konu bunlara ilişkin olacak.

Amerika’da performans geliştirme sisteminde çalıştım ve Avrupa’daki birçok sağlık bakımı sistemini inceledim ve elbette son 20 yıldır ulusal sağlık hizmetinde çalışıyorum ve nereye gittiysem, performans ve performans geliştirme sistemlerin 3 ortak ögesi olduğunu gördüm. Evet, detaya indiğimizde bazı farklılıklar olabilir fakat bu üçü sizin tanımlamanız gereken ögeler. Bu farklılıkları ölçmeli ve üzerine gitmelisiniz ki farklılık yaratabilesiniz. Eğer performans geliştirme sisteminde ele almamız gereken 3 öge buysa, bunları size tanımlamama izin verin. Bu, kaliteli bir uluslararası sağlık hizmeti tanımımız. Kaliteyi 3 bakış açısıyla ele alıyoruz. Bunlardan birincisi güvenlik, basit terimlerle ifade etmek gerekirse, hastaneye gelen hastanın hiçbir şekilde zarar görmemesi. İkincisi ise, doktor ve hemşirelerin tedavi verdiklerinde, bu tedavinin kanıt temelli olması ve amaçladığı sonuca ulaştırması gerektiği anlamındaki etkililik. Ve üçüncüsü ve en önemlisi ise, son 3-4 yıldır kalite sistemimize dahil ettiğimiz ve hastanın bir müşteri olarak görülmesi gerektiği ve doktor ve hemşirelerin sağlık bakımı sisteminde en iyi deneyime sahip olmaları anlamına gelen deneyimdir. Bu nedenle şikayetten ziyade hasta deneyimi iyi bir indikatör olabilir fakat şikayet hastanın iyi beslenemediğini veya personel tarafından sözlü olarak tedavi edilip edilmediğini yansıtır, o zaman bu durum deneyim olarak adlandırılır ve toplam kalite paketinin çok önemli bir parçasını oluşturur. Bu nedenle, kaliteyi tanımlama şeklimiz buysa, o halde iyi bir indikatör nedir. Detaya girmek istemiyorum. Daha önce Dr. Haydar, Dr. Rosa ve Dr. Hasan açık bir şekilde bu konudan bahsettiler. İndikatör, sistemin ne kadar iyi işlediğini gösteren bir özet aracıdır. İyi bir indikatörün 4 kriteri olduğu kanısındayım. Daha fazla da olabilir fakat burada sadece 4’ü var ve amaç çok açık olmalı, geçerli olmalı ve bazı kıyaslamalar yapmalı. Çünkü, İngiltere’de Sağlık Bakanlığı’nda çalışırken tüm sağlık sistemine baktığınızda, kullandığınız herhangi bir verinin, farklılıkları görebilmenizi sağlaması için, size farklı hastaneleri ve farklı klinikleri kıyaslayabileceğinizi gösteren bir güvene sahip olmalısınız. Eğer farklılıkları görebiliyorsanız, o zaman bir şeyler geliştirebilirsiniz. İlgili istatistiklerin de sağlam olması son fakat aynı derecede önemli bir husustur.

Size gerçek bir hikâye anlatayım. Bu hikâye 2009 yılı Temmuz ayında, hastanelerimizden birindeki Bayan Smith adındaki bir hastanın hikâyesi. Ayak bileğinde bir kırıkla hastaneye gelmişti. Tüm doktorlar ve hemşireler işlerini çok iyi yaptılar. Kırığı iyileşti ve 4 Temmuz'da hastaneden çıkışı yapılmak üzereydi. Çıkışı yapılmadan bir gün önce, tuvalete giderken düştü ve bakin ne oldu. Boynu ve kalça kemiği kırıldı. Bir kırıkla gelmişti ama eve iki kırıkla dönecekti. Yine doktorlar ve hemşireler çok çalıştılar ve boyun kırığını tedavi ettiler. Hastanın 18 Temmuz'da çıkışı yapıldı. Hasta 80 yaşındaydı ve 4 Temmuz'da hastaneden çıkacaktı fakat 18 Temmuz'da çıkış yapabildi. Hastanede sevdiklerinden uzakta fazladan 14 gün geçirdi, yaşam kalitesi tehlikeye düştü ve hastane hastayı tedavi edebilmek için fazladan 7.000 pound ödemek zorunda kaldı. O halde, Bayan Smith için kalite güvenliği, etkililik ve hasta deneyimi şeklindeki 3 hedefi hatırlarsak, hasta bütün kırıkları etkili bir şekilde iyileştirildiğinden etkili bir tedavi gördü. Hasta insana yakışır bir şekilde tedavi edildi ve saygı gördü, doğru yiyecek ve doğru ortam sayesinde, hasta deneyimi çok iyiydi fakat maalesef hastanemiz hastaya zarar verdi. Bu nedenle, diğer kalite standartlarına göre, tedavi iyi bir kalitede değildi. Maalesef tek hikâye bu değil. Bu hikâye her yıl USH hastanelerinde 285.000 kez tekrar ediyor. Bu sayı 2009 yılında USH hastanelerindeki düşüşlerin sayısını gösteren bir veri. Bu düşüşlerden kaynaklanan 1400 kırık vakası mevcut ve maalesef 83 kişi de öldü. Doğru bilgiyi ve veriyi kullanarak varılan sonuca göre, USH'deki 4000 yataklı bir hastanedeki 6 hastanın ortalama düşüş oranı 3 ila 12 arasında değişiklik gösteriyor ve kalite geliştirme sistemi içindeki sizler de biliyorsunuz ki, bir farklılık söz konusu ise, gelişme için imkân var demektir. O halde, 1000 yataklı bir hastanedeki düşme oranı birinde 3 iken, 1000 yataklı başka bir hastanedeki düşme oranı 12 ise, bu farklılık neden kaynaklanmaktadır. Niçin hastanelerin birinde bu oran 3 iken, diğerinde 12'dir? O halde, gelişme için imkân var demektir. 1000 yataklı bir hastanedeki düşme oranının 4 olduğu güvenlikle ilgili bir indikatörden bahsedelim. Benzer kriterleri aynı amaçlı geçerlilik, kıyaslanabilirlik ve istatistikî açıdan sağlamlık bakımından kullandığımızda, bu hastanenin neredeyse tüm kriterleri karşıladığı sonucuna varabiliriz. Çünkü yaşlı hastalar genç hastalara nazaran daha fazla düşmektedir ve eğer bir hastanenin hasta nüfusu, diğer bir deyişle hastaneye gelen hasta sayısı, daha çok yaşlı hastaları kapsıyorsa, o zaman bu indikatör ne tür bir hasta tedavi edildiğini de dikkate alması gereken bir indikatör anlamına geliyor.

O zaman soru şu, 4000 yataklı bir hastanede düşme indikatör ise, hastaya gelen zararı ölçmek için ölçülmesi gerekenler nelerdir? İngiltere’de yaptığımız gibi ölçülmesi gereken şeyleri ikiye böldük, böyle bir değerlendirmeyi hasta düşüşlerinden önce yapıyoruz ve diğer değerlendirmeleri ise hasta düşüşlerinden sonra gerçekleştiriyoruz. O halde değerlendirme öncesinde, düşüş kanıtı dayalıdır ve birçok ülkede risk değerlendirme araçları kullanılmaktadır. Hasta hastaneye kabul edildiğinde, hemşireler bir takım puanlama sistemleri yürütürler ve puana göre hastaya yüksek risk grubunda olduğu söylenir ve hemşireler, riski en aza indirmek için bir şeyler yapmaya çabalarlar. Ve maalesef hasta düşerse, hasta, ortam ve personel ile ilgili faktörleri anlamamız gerektiğine dair çok açık bir amacı olan bir sistemi uyguluyoruz. Böylelikle, ileride daha fazla düşüş yaşanmaması ve olanlardan ders almak için bu faktörleri kontrol edebiliriz. Bu noktaya açıklık getirmek gerekirse, ilk olarak değerlendirme öncesi düşüşe değinmek istiyorum. Konuyla ilgili çok yaygın olarak kullanılan 2 uluslararası araç bulunmaktadır. Bunlardan biri “Morse” (Mors) diğeri ise “ Stratify” (Katmanlaştırma) dır. Sanırım bir kısaltma söz konusu fakat bu terimler yaygın olarak kullanılmaktadır. Sistematik incelemelere baktığımızda, Morse ve ikinci araç olan Stratify ile ilgili son birkaç yıllık sistematik incelemeleri inceledik. İşte bunlar söz konusu araçlar fakat bu sadece bir resim. Bir puanlama tablosu var ve hemşirenin Morse ve Stratify’ın bulunduğu puanlama tablosunu doldurması gerekiyor. Kanıtlar bu araçların tahmin edilen düşüşlerden fazla veya bu düşüşlerin altında olduğunu göstermektedir. O halde bu araçlar etkilidir ve hemşirelikle ilgili klinik yargılar en az bu araçlar kadar iyidir. Bu, söz konusu araçları kullandığınızda, dikkatlice düşünmeniz gerektiğinin bir kanıtıdır. Peki, biz ne yaptık? Uygulamak için en az diğerleri kadar iyi olan oldukça iyi bir araç bulduk. Sadece 4 soru var, o halde bu araçları hastanelerimizin çoğunda artık uygulamıyoruz. Hemşire öncelikle bu 4 soruyu soruyor ve bu sorulardan birine “evet” yanıtını aldığında, hemşire özel bir müdahale bakım planı hazırlıyor. Böylelikle, bürokratik yazılar gerektiren işlemlerin birinci aşamasını çözümledik çünkü biliyoruz ki bu durum kanıtı dayalı değil. Eğer kanıtlar, söz konusu araçların risk bakımından iyi bir tahmin unsuru olmadığını gösteriyorsa, o halde bu araçlardan faydalanmamalıyız. Hastanelerimizin yaklaşık %20’si bu 4 soruyu soruyor ve bu dört soru bizim basit aracımız. Burada da düşüş müdahale planının basit

bir fotoğrafı görülmektedir. Hemşirenin bu planı çok hızlı bir şekilde doldurması gerekmektedir. Buradaki bölümler düşüş öncesi ve sonrası ne olduğunu gösterir. Yerel düzeydeki verileri ve ülke çapındaki verileri toplamak için bir sistemimiz var. Yerel düzeydeki verileri toplamadaki amaç, her düşüşün kritik bir olay olarak kaydedilebilmesidir. Dr.Hasan'ın belirttiği gibi, bu aşamada bazı yükümlülükler, 3 yükümlülük, söz konusudur. Çok fazla yükümlülüğe sahibiz ve kilit konulardan biri de her düşüşün bilgisayara kaydedilmesi gerektiğidir. Burada standart bir yöntem izleniyor. Çağrılar yönlendiriliyor ve analizler raporlanıyor. Tüm veriler ulusal düzeyde toplanıyor. “Ulusal raporlama ve öğrenme sistemi” isimli bir ulusal sisteme sahibiz ve bu sistem sadece düşüşlerle ilgili değil aynı zamanda da kritik olaylar olarak tanımladığımız çok sayıda diğer veriyi de topluyor. Bu zorunlu bir işlemdir. Konuyu hasta bakımından açıklamak gerekirse, hasta kabul edildiğinde, bir sonraki aşama riskin değerlendirilmesidir. Daha sonra, eğer hasta düşerse, kritik olay formu doldurulur. Yerel ekipler de aynı işlemi tekrarlar ve 2 ile 7 gün içinde rapor verirler. Raporun hazırlanması ve 2 ile 7 gün içinde faaliyete geçilmesi bir zorunluluktur. Böylelikle yerel hastanelerle ilgili veriler her ay ülke çapında toplanır. Her ay, söz konusu raporlar ulusal raporlama sistemine sunulur. Bu raporlar merkezi düzeyde analiz edilir ve bazı önemli dersler ve tavsiyelerle birlikte ülke çapında yayımlanır. Burada amacımız mevcut eğilimlerden bir şeyler öğrenmektedir. Örneğin, tuvaletlerde daha fazla hastanın düştüğünü öğrenmemiz halinde, USH hastanelerindeki tuvaletlerin niçin yüksek düzeyde risk barındırdığını da anlamamız gerekir.

Size verilerimizle ilgili bazı sonuçları göstermek istiyorum. Ulusal verileri, bir başka deyişle bir yıllık verileri, analiz ederek, düşen hastaların yaşlarını görebiliriz. Demek istediğim yeni bir şey ortaya atmıyoruz fakat düşen hastaların çoğu 7 yaş ve üstündeki hastalar. Bu, hizmetleri planlamak ve kaliteyi geliştirmek için verileri en iyi şekilde nasıl kullanabileceğimizi gösteren bir resim sunan iyi bir indikatör ve iyi bir veri toplama sistemidir. Ayrıca, hastanın günün hangi diliminde düştüğüne ilişkin verileri de inceledik. Varsayılan şu ki hastaların çoğu gece düşüyor. Fakat elimizdeki verilere baktığımızda, hastaların çoğu öğleden sonra saat 2 ile 4 arasında düşüyorlar. Bunun birçok nedeni olabilir. Fakat bu verilerin gücü ve iyi bir indikatör. Hizmetleri nasıl planlayacağımızı ve kaliteyi nasıl geliştireceğimizi bize gösterebilir. Bu

bir değerlendirmedir. Bu resimdeki grafiklerin hepsi bize bir hastaneyle ilgili bilgi verebilir. Grafiğe tüm hastaneleri yerleştirdik ve çizgi ne kadar kısaysa o hastanenin güvenlik standardı da o kadar iyidir. En küçük rakam olarak 2 veya 3 ‘ü görebilirsiniz. 1000 yataklı bir hastanedeki 2 ile 3 düşüş, en iyi hastaneyi göstermektedir. En kötüsü ise, 1000 yataklı bir hastane için düşüş sayısının 10 olduğu hastanedir. Burada birçok farklılık söz konusudur. Verileri analiz ederek, bir hastanenin iyi, kötü veya berbat bir şekilde faaliyet gösterdiğini değerlendirebiliriz. Burası da düşme yeridir. Beklenti hastanın tuvalette düşmesi şeklindeydi. Fakat verilere baktığımızda, hastaların yaklaşık % 27’si yataklarının yanına düşmektedir. O halde, bu veriler bize doğru verilerin toplanmasının doğru indikatörü geçerli kılacağını göstermektedir. Bu raporu yayımlayarak, işleri planlayabilir ve kaliteyi etkili bir şekilde geliştirebiliriz.

Biliyorsunuz ki hastalar oldukça sıklıkla düşüyorlar. Bu nedenle bu bizim müdahale kontrol listemiz. Listeyi “kırmızı takım” diye adlandırıyoruz. Bu bir kısaltım. Bunlar, hastanemizi daha güvenli hale getirmek için kontrol etmemiz gereken faktörleri içeriyor. Takım terimiyle kastedilen tuvalet becerisi, ortam değerlendirmesi ve ilaçlı tedavi. Tüm hemşireler bu listeden faydalıyorlar. Ben bu listeyi işlevsel buluyorum çünkü listeler hemşireler veya doktorlar tarafından kullanılıyor. Doktorlar tarafından kullanılması daha fazla stratejik öneme sahip. Yönetimdeki kişilerin bu araçlardan ve verilerden faydalanmaları için, farkındalıklarının artırılması ve bu konuda eğitim almaları gerekmektedir. En önemli husus veri bildirimini ve inceleme sistemidir. Veri bildirimini ve inceleme sistemimizi oluşturmamız gerekmektedir. Böylelikle, kırmızı takım kontrol listesini uygulayarak, hastanelerimizin çoğu düşüş oranlarını % 50 oranında azaltmışlardır. Bunun bir dünya rekoru olduğunu düşünüyorum çünkü eskiden en iyi çalışma, bu oranın %20 olduğunu göstermişti. En iyi müdahale araçlarını uygulayarak düşüş oranlarını en fazla %20 oranında azaltabilirler. Fakat şimdi, birkaç hastanede kırmızı takım kontrol listesi uygulanıyor ve bu hastaneler düşüş oranlarını % 50 oranında azalttılar. Ayrıca, kaliteyi arttırdığınızda bazen insanlar böylelikle birçok kaynağı koruyarak hastanelerin daha etkin olmalarını sağladığınızı anlamıyorlar.

Daha önce size düşen hastalardan birinin 14 gün hastanede kalmasının 7.000 pounda mal olduğunu anlatmıştım. Bu bir para kaybıydı. Eğer hasta düşmemiş olsaydı, 7.000 poundu başka bir hastanın tedavisinde kullanırdık. Bu

nedenle güvenliğin olurluk incelemesine önem veriyoruz ve bu akıllıca bir yaklaşım. Kaliteyi arttırmak ve maliyeti düşürmek istiyorsanız, uygulayabileceğiniz 5 aşama bulunmaktadır. Bu aşamalar sadece düşmelerle ilgili değil aynı zamanda da kardiyoloji alanında da uygulanabilir. Söz konusu aşamaları sisteminizdeki çok sayıda soruna çözüm getirmek üzere de uygulayabilirsiniz. Bu 5 aşamayı uyguladığınızda, sadece kaliteyi geliştirmeyecek aynı zamanda da maliyeti azaltacaksınız ve böylelikle kazancınız daha da fazla olacak. Bu nedenle, bu tabloda görülen geliştirmiş olduğumuz düşüş projesi, doktor ve hemşirelere kaç tane hastanın düştüğünü gösteren görsel bir yöntemdir. Sol taraftaki grafikte, farklı hastane odaları ve bu odalardaki hastaların nasıl düştükleri görülmektedir. Sağ taraftaki barometreye benzer grafiğe baktığınızda, hastanelerin geçen hafta ne kadar para kaydettikleri görülmektedir. Bu personel için bir motivasyondur. Tablolarında bu şekilleri gördüklerinde, düşüş oranı azalıp daha fazla para kazandıklarında veya düşüş oranı artıp para kaybettiklerinde motive olacaklardır. Sanırım bu tablo düşüşler ve zararları ile ilgili olarak geliştirdiğimiz tablo. Kendi hastanenizde de aynı şeyi uygulamak istiyorsanız, bu “stepwise” rehberini internetten indirebilirsiniz. Sanırım internet adresi burada. Google’a benim adımları veya “stepwise” yazarsanız, internetten bu rehberi bulabilirsiniz. Şimdiye kadar anlatmış olduklarım biraz daha detaylı bir şekilde bu rehberde yer alıyor. Böylelikle söz konusu adımları kendi hastanenizde de uygulayabilirsiniz çünkü benim Türkiye’ye gelme amacım sadece konuşmak değil aynı zamanda da bazı şeyleri daha iyi hale getirmenize yardımcı olmaktır. Burası da bence İngiltere ve Türkiye arasında bilgi paylaşmamız için iyi bir yol. Birlikte bir şeyler gerçekleştirebiliriz.

Özet olarak, daha önce bahsettiğim 3 aşamaya geri dönersek, kalite indikatörlerinizi, hangi seviyede kaliteye sahip olmaya çalıştığınızı ve kullanacağınız indikatörleri çok açık bir şekilde tanımlamamanız gerekmektedir. Benim danışmanlığımıdaki amaç, sizin bir temel oluşturmanıza ve farklılıkları anlamana yardımcı olmak. Çünkü ne kadar iyi bir sistem uygulasanız da, tam olarak sonuca ulaşamadığınızdan bu faydasız oluyor. Bu nedenle hem yerel düzeyde hem de ülke çapında en iyi veri toplama ve izleme yöntemini bulmanız kilit hedeftir. Ayrıca, sistemi hastanede çalışan kişilere uygulamanız gerekiyor. Bu nedenle söz konusu yöntemi yukarıdan aşağıya yaklaşım şeklinde adlandırıyoruz. Bu terimle anlatılmak istenen bazı ulusal standartlar belirlemeniz fakat

bu standartları uygulama yetkisini hastanede çalışan kişilere bırakmanız. Böylelikle kaliteyi geliştirecek en iyi yöntem ve en etkin veri toplama yöntemine ulaşabilirsiniz. Sanırım burada da veri toplama ve izleme yöntemini görüyorsunuz. Sistemi tanımladığımız için bir sorun olduğunu anlayabilirsiniz. Eğer bu aşamada vazgeçerseniz, bu bir araştırma ve araştırmanın sonucu hasta için faydalı olmayacak. Hastanıza yardımcı olmak için, müdahalede bulunarak harekete geçmeliyiz. Size daha önce kırmızı takım kontrol listesini göstermişim. Bu bir müdahale. Başka türlü müdahale yöntemleri de olabilir fakat asıl önemli olan iletişimdir. Bugün ve son iki gündür burada yaptığımız şey iletişimde bulunmaktı. Birbirinizle iletişimde bulundunuz ve en iyi örneklerin neler olduğunu belirlediniz. Bu nedenle bu tarz konferanslar oldukça önemli. İletişim aşamasını tamamlamanız için başka yöntemler de mevcut. İngiltere’de hastaneleri ziyaret ettiğimde doktorlarda tanık olduğum en üzücü olay, bana doktorların verileri Sağlık Bakanlığı’na ilettiklerini fakat daha sonra bu verilere ne olduğunu bilmediklerini söylemeleriydi. Bu nedenle bu boşluğu doldurmalısınız, size bilgi sağlayan kişilere geri dönüt sunmalısınız. Böylelikle onlar da motive olmalı ve kötü performans indikatörünü anlamalılar. Bu boşluk tamamlanmalı ve bu sadece iletişimle ilgili.

Son olarak söylemek istediğim, size beraberinizde götüreceğiniz 3 mesaj vermek istiyorum. İlk mesajım, bizi harekete geçiren şey insanların acı çekmesidir. Ben de sizin gibi insanların hayatlarını kurtarmak için tıp eğitimi aldım. Nerede olduğumuz, doktor, hemşire veya sağlık bakımında hizmet eden başka bir meslek sahibi olup olmamız önemli değil. Yaptığımız her şey insanın acı çekmesini ortadan kaldırmak için. Bu da kendimizi motive etmemiz gerektiği anlamına geliyor. İkinci mesajım ise, ...bilim ve indikatörlerle ilgili pratik bilgiye sahip olmalıyız. Çünkü bu ilerleme açısından oldukça önemli. Motivasyonunuz olmasına rağmen bu bilgiye ve bilime sahip değilseniz, bazı şeyleri en iyi şekilde geliştirmeniz mümkün olmayabilir. Üçüncü ve en önemli mesajım ise, bu sistemdeki yolculuğunuzu daha hızlı ve daha kolay hale getirecek bir ulusal kalite bildirimi değerlendirme sistemine sahip olmanız gerektiğidir. Size kalitenin bir hedef noktası değil bir yolculuk olduğunu söylemiştim. Dünyadaki hiçbir sağlık bakımı sistemi % 100 kalite sağladığını söyleyemez. Çünkü standartlar sürekli yükselmeye devam ediyor, o halde kalite de bir yolculuk. İyi bir yönetim sistemine sahipseniz bu yolculuk hem sizin hem de hastalarınız için daha hızlı ve kolay olabilir. Teşekkür ederim.

KALİTEDE YENİ UYGULAMALAR

■ Oturum Başkanı - Dr. Hasan GÜLER

SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı

■ Doç. Dr. Yusuf Alper KILIÇ

Hacettepe Üniversitesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

Skorlama Sistemlerinden Mortalite Oranlarına

■ Uz. Dr. Merve AKIN

SB Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı USPEM Sorumlusu

Güvenli Cerrahi Uygulaması: Türkiye Örneği

■ Uzm. Banu TURASAN

SB Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

HKS Doküman Yönetim Sistemi

■ Uzm. Demet KAVAK

SB Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

İtaki'den Harizmi'ye Düşmelerin Önlenmesi

SKORLAMA SİSTEMLERİNDEN MORTALİTE ORANLARINA

Doç. Dr. Yusuf Alper KILIÇ

Hacettepe Üniversitesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

Sayın Başkan, Muhterem Kongre Azası, ben “Kalite İyileştirmesine ve Performans Ölçümüne temel oluşturabilecek yönleriyle “Yoğun Bakım Skorlama Sistemlerini ve Yoğun Bakımda Mortalite Öngörüsünü” anlatacağım.

Bu oldukça kapsamlı, teknik bir konu, tabii şey de istemiyorum, Rixos, Rixos olalı böyle zulüm gördü diye düşünün de istemiyorum, o yüzden mümkün olduğunca kendi deneyimlerimize dayalı pratik yönlerini anlatmaya çalışacağım.

Biz, 1996’dan beri bu konu üzerinde çalışıyoruz. Önce bir hevesle kendi yoğun bakımımızda, yoğun bakımda hastalık skorlama şiddetlerini alelusul hesaplama şeklinde başlayan bu iş, zaman içerisinde Internet üzerinden çalışan uluslararası bir yoğun bakım bilgi sistemine dönüştü. Biz, 2004’de TÜBİTAK’a bir proje verdik, bunun bir ulusal yoğun bakım bilgi sistemi şeklinde geliştirilerek, bu çalışır durumdaki sistemin geliştirilerek yaygınlaştırılmasını bu proje önerisi. Fakat tabii, hikmetlerinde sual olunmaz, ulema, özgün değeri yaygın etkisi ve yapılabilirliği bakımından yetersiz bularak bu projeyi kabul etmedi. Çok üzüldük, çok ağladık ama devam ettik çalışmaya. Büyük bölümü Hacettepe’de ve Ankara Numune Eğitim-Araştırma Hastanesinde olmak üzere bu sistem üzerinden 26 tane çalışma yaptık. Sağlık Bakanlığının son dönemde bu konuyla ilgili bir çalışma içerisinde olduğunu biliyorduk, çok önemli bu çalışma. Kendilerini tebrik ediyorum böyle bir konuya el attıkları için. Türkiye için de çok önemli veriler elde edileceği ve yoğun bakımda hizmet kalitesinin ciddi şekilde iyileştirileceğine eminim bu çalışmaların sonunda.

Yoğun bakım, özelleşmiş sağlık personelinin ileri teknoloji kullanarak hasta tedavi ettiği bir alan, çok yüksek maliyetli. Özellikle bizim gibi kendi tıbbi teknolojisini, kendi ilacını üretmekten geri bırakılmış ülkeler için bu çok da ciddi bir problem. Olanaklar oldukça sınırlı ve tedavide gecikme ve aksaklıklar, organ yetmezliği ya da mortalite ile sonuçlanma ihtimali olan bir soruna neden oluyor.

Skorlama sistemleri, yoğun bakımda klinik çalışmalarda hastaların gruplanması yanında olanakların daha akılcı kullanılması, sürekli kalite iyileştirilmesi, performans ölçümü ve karşılaştırılması, maliyet ve etkinlik değerlendirilmesi, personel ve tıbbi cihaz planlaması ve hasta tedavisinin yönlendirilmesi gibi konularda da kullanılabilir. Genel olarak yoğun bakım skorlama sistemleri, hastalık şiddetini ve mortalite olasılığını belirleyenler, organ yetmezliğini belirleyenler ve iş yükünü, özellikle hemşirelik iş yükünü belirleyenler olarak sınıflanabilir. Bir kısmı yatışta hesaplanır, bir kısmı hastanın yatış sürecinde her gün hesaplanabilir. Geliştirilmeleri açısından da uzman görüşüne dayalı bir skorlama sistemi olabileceği gibi büyük bölümünde olduğu gibi lojistik regresyon analizi ile geliştirilir.

Biz ana veri tabanında, yaklaşık 20.000 hasta kadar hastayı içeren, genellikle de birden fazla merkezden toplanan verilerdir bunlar. Ana veri tabanında öngörülen parametreler lojistik regresyon analizi ile elenip mortalite ve hastalık şiddetiyle ilişkisi belirlenir, bunlara birer katsayı belirlenir istatistiksel olarak. Daha sonra ortaya çıkan sistem ve lojistik regresyon formülleri aynı gruptan fakat farklı hastaları içeren 5.000 ile 10.000 arasında bir kontrol veri tabanında bu sistemin geçerliliği kontrol edilir. Buna internal validasyon ya da “dahili doğrulama” denir.

Genel olarak günümüzde kullanılan yoğun bakımda skorlama sistemleri, Apache II’den başlayıp IV.’e kadar ilerleyen, SUBS 2, SUBS 3, EMP 2 ve EMP 3, yanında burada ası geçen diğer sistemler var fakat Apache II, 20 seneyi aşkın süre önce tanımlanmış olmasına rağmen yoğun bakımlarda en sık kullanılan hastalık şiddeti skorlama yöntemi. Bunun birkaç sebebi var diğer yeni sistemlerin kullanılmıyor olmasının; 2002 Joint Commission Olics shift yayınladı ve dedi ki, “hastalık şiddetiyle mortalite beklentisine dayalı düzenli performans bildirimi yapılması akreditasyon kriterlerindendir, bunu yapmayan hastaneleri ben akredite etmeyeceğim.” O dönemde zaten yazılım firmalarının hastanelere yönelik pazarlama stratejileri nedeniyle bu önemli bir pazar haline gelmişti ve normalde public domain olan, herkesin erişebildiği hastalık, katsayı puanları o aşamadan itibaren, Apache III’den itibaren para ile satılmaya başlandı. Gerek bu ticari yaklaşım gerekse giderek sistemlerin kullanımının kompleks hale geliyor olması Apache II, SUBS 2 ve EMP 2 dışındaki diğer sistemlerin, günümüzde gerek Amerika’da gerek Avrupa’da da kullanılmaktan uzak durulmasına sebep oldu.

Bizim için önemli bir problem; bu sistemler, bir, çok eski bir zaman diliminde geliştirilmiş sistemler şuanda kullanılan sistemler, o nedenle tedavi standartları değiştiği için günümüzde geçerliliği aynı olmayabilir, iki, Amerika’da geliştirilen bir sistemin Türkiye’de güvenilirliği yeterli olmayabilir. O nedenle başka bir ülkede eğer bu sistemleri kullanacaksak harici doğrulamaya, external validasyon çalışması yapmak zorundayız.

Pek çok sebebi var, ülke koordinatörlerinin çalışmada yanlı tutumları, kodlama, hesaplama zorlukları, ülkeler arasında yoğun bakıma yatış, çıkış kriterlerinin farklı olması, ara yoğun bakım, yoğun bakım sonrası bakım ünitelelerinin olup olmaması ya da yoğun bakımda tedavi standartlarının teknolojiye erişiminin farklı olması gibi sebeplerle harici doğrulama çalışması şart hale geliyor.

2001’de Proof Çalışması yayınlanıp da Drotrecogin Alpha’nın ki son derece pahalı tedavi yöntemi biliyorsunuz, SEPP sistem mortalite % 19 azalttığı gösterildikten sonra ki biz buna o zaman da inanmamıştık, sonradan da şüphelerimiz doğru çıktı. Dedik ki, mademki bu iş, FDA hastalık şiddeti ve organ yetmezliği varlığına bağlı olarak kullanılmasını öneriyor, Türkiye’de bu skorelama sistemlerinin valide edilmesi lazım. O nedenle 2004’te kendi yoğun bakımımızda 197 hastada prospektif bir çalışma yaptık ve ilk Türkiye’de yoğun bakımda yaygın kullanılan skorelama sistemlerinin dahili doğrulamasını yaptık. Daha sonra da spesifik hasta gruplarında, pankreatik, kronektar cerrahi ve perfürkestifunser gibi bu sistemlerin gene Türkiye’de dahili doğrulamasını yaptık, pardon harici doğrulamasını yaptık.

Harici doğrulama, iki temek üzerinde yapılması gerekiyor, bir tanesi “ayırt edicilik”, diğeri “uyumluluk.” Ayırt edicilik, mortalite ile sonuçlanan yatışların gerçekten sistem tarafından ayırt edilip edilemediğini belirliyor ve ROC Eğrisi altında kalan alan ile değerlendiriliyor. Kalibrasyonsa hastalık şiddeti ve mortalite beklentisi dilimlere ayrılıp, bu dilime göre hesaplanan mortalitenin gerçekçi olup olmadığını temel alıyor. Meşhur Goodness of Fit Testi ile PR2 değerleri temel alınarak değerlendiriliyor.

Bu örnekte görüldüğü gibi ilk % 10’luk dilimdeki hastalarda beklenen mortalite ile gerçek mortalite arasında belirgin bir fark yok fakat % 90’lık dilime geldiğiniz zaman beklenen mortalite % 97 fakat gerçek mortalite % 90. Bunun

kötü hastalarda yani % 90’lık dilimde uyumluluğu, kalibrasyonu yeterli değil bu sistemin anlamına geliyor.

Bizim çalışmamızda, Türkiye’deki bir cerrahi yoğun bakım ünitesi için değerlendirildiğinde, bütün skorların yeterli ayırt ediciliğe sahip olduğunu ve bütün gene kullanılan mortalite beklentisi değerlerinin de yeterli ayırt ediciliğe sahip olduğunu gördük. Bunların içerisinde MPM2, yatışta değerlendirilen Mortality Probability Model 2’nin en iyi sistem olduğu sonucuna vardık. Gerek ayırt edicilik açısından her ne kadar bunlar yeterliyse de uyumluluk açısından ciddi problemler olduğunu gördük.

Genel olarak yoğun bakımda skrolama sistemleri üzerinde çalışıyorsanız önemli bir problem; çok karmaşık, çapraz tablolar üzerinden skrolama yapılıyor olması. Özellikle bunu kağıt üzerinde bir yoğun bakım personelinin düzenli olarak yapmasını bekliyorsanız bu hataya çok açık bir sistem. Çünkü o kadar yoğunluğun içerisinde eğer iş yükünü biraz daha arttıracak bir şey eklerseniz, ona bir kolaylık sağlamadan, bunun daha kolay hesaplayabileceği bir yöntem bulmadan yaptığınız zaman genellikle yanlış sonuçlar ortaya çıkıyor. Apache ve SUBS sistemleri, bu açıdan ciddi sıkıntılı sistemler.

Önemli bir sıkıntı, “en kötü değer kavramı”. Çünkü bu tablolarda düşük değerlerle yüksek değerlerin hangisinin en kötü, en yüksek skora denk geldiğini bulmak zor. Genellikle değerlendirmelerde hep değer giriliyor oysa bizim yaklaşımımız gün içerisindeki minimum değerle, fizyolojik parametreye denk gelen minimum değerle maksimum değerın ikisini de ele alıp hangisinden daha yüksek puan alıyorsa onu eklemek şeklinde, doğru olan da bu. Fakat bu, her iki değeri de çapraz tablodan değerlendirmeye çalışmak uygulanabilirliğini de zorlaştırıyor. Apache II’nin bir diğer problemi, hastalık-tanı kategorileri. Yatıştaki hastalık şiddeti skorunu belirledikten sonra hastanın tanı kategorisine göre elde ettiği bir mortalite beklentisi hesaplıyorsunuz. Bu örnekteki hasta, bir travma hastası, bizim bir hastamız, “28” Apache II skoru ilk 24 saati içerisindeki skoru fakat bu hastaya tanı kategorilerinden eğer bu multiball travmaya sokarsanız mortalite beklentisi % 25 civarında çıkıyor, eğer solunum yetmezliği, bu yoğun bakımda flearchasti olan mekanik vantilatöre bağlanan ciddi kardiyak problemleri olan bir hasta. Respiratuar yetmezliği sokarsanız % 60 çıkıyor. Bizim çalışmamızda hastaların % 19’unda Apache II’de tanı kategorilerinin yanlış tanımlanması sonucu, % 40’a varan mortali-

te dalgalanmaları olduğunu gördük. O nedenle biz, Apache II'nin mortalite beklentisi açısından iyi bir sistem olmadığı düşüncesindeyiz. Zaten 20 sene önce tanımlanmış ve tanı kategorileri ki, 72 tane, son derece sınırlı, gerçekçi bir değerlendirme yapmak için uygun görülüyor. SUBS 2, bu açıdan daha uygun bir yöntem.

Bizim çalışmamızda Mortality Probability Model daha iyi çıktı, yaptığımız tüm çalışmalarda böyle çıkıyor. Bunun bir sebebi, Mortality Probability Modeli yatışta 24.saatte, 72.saatte birtakım nominal değerleri içeriyor yani siz hastanın Albiminin 2.72 olup olmadığına bakmak zorunda değilsiniz, yalnızca hastada koma ya da derin stopor var mı yok mu, 1 ya da 0, bunu check-boxa işaretlemeniz yeterli, kullanımı daha kolay olduğu için, hata yapma ihtimali daha düşük olduğu için büyük ihtimalle MPM 2'nin sonuçları daha iyi çıkıyor.

Bir diğer bulgu; organ yetmezliğinin esas belirleyici olduğu, en iyi performans gösteren mortalite öngörüsü sistemiyle karşılaştırıldığında lojistik organ disfonksiyon skoru, çok daha güvenilir bir yöntem olarak görünüyor. % 8 mortalite beklentisi olan ve ölen hastalarımız var, % 79 mortalite beklentisi olup yaşayan hastalarımız var yani bu da mortalitenin esas belirleyicisinin yatış sırasındaki hastanın genel durumu değil, yoğun bakım sürecinde yeni ortaya çıkan ya da kötüleşen organ yetmezlikleri ya da hastanın tedaviye yanıtındaki bireysel farklılıklar olduğunu gösteriyor. Nitekim, yoğun bakım, son derece dinamik bir ortam ve aslında yoğun bakım hastası, bir kompleks adaptif sistem, bu bizim 18 gün yoğun bakımda yatan ve ex olan bir hastamız. Organ yetmezliklerinin birbirleriyle zaman ilişkisi olduğu ve aslında organ yetmezliklerini düzeltene ya da tetikleyen durumun tedavi girişimleri olduğu görülüyor. Bakın, ne zaman ki, anastomoz kaçağı nedeniyle tekrar ameliyata almışsınız hastayı, hastanın bir anda organ yetmezlikleri tavana vurmuş. O nedenle biz organ yetmezliğini de sistem içerisinde değerlendiriyoruz, üç sistem var kullanılan; multipul organ disfunction score, soop skorları ve lojistik organ disfonksiyon skorları. Her birinin ayrı ayrı günlük değerlendirilmesi gerekiyor ideal olarak fakat bu çok iş yükünü, kodlayıcının iş yükünü arttıran bir şey, o nedenle rutinde uygulanması araştırma dışında çok kolay gibi görünmüyor.

Önemli bir skorlama sistemi yoğun bakımda, telepatik intervention scoring system, TİSS 28. Bu aslında hastalık şiddetini göstermek için uygulanan bir

sistem, tanımlanmış bir sistem, en eski yoğun bakım skorlama sistemi ama günümüzde hemşirelik iş yükünü belirlemede kullanılıyor. 28 parametreyi, günlük olarak girerek hemşire için hastanın yarattığı iş yükünü belirliyorsunuz. Bu, birtakım formüller yoluyla shift başına kaç hemşireye yoğun bakımınızda ihtiyaç duyduğunuzu belirlemek için bile kullanılabilecek bir yaklaşım. Biz bunun zaman oryente skorlama sistemiyle karşılaştırdık kendi yoğun bakımınızda ve son derece güvenilir, etkin bir yani iş örnekleme yaptık, güvenilir bir yöntem olduğu sonucuna vardık. Rutinde kullanıyoruz kendi yoğun bakımınızda ama tabii, kullansak da bu sistemin öngördüğü hemşire sayısına henüz ulaşabilmiş değiliz, ulaşmamız da pek mümkün görülüyor.

Standardize edilmiş mortalite oranı, skorlama sistemlerinin kalite ile ilişkilendirilmesinde son derece önemli. Kast edilen şey, gerçek mortalite ile beklenen mortalite arasındaki oran ve hemen her çalışmada bu konudaki kalite çalışmasında, klinik çalışmada standardize edilmiş mortalite oranından bahsediliyor. Fakat ben bu kadar senedir bu konuyla uğraşırım, hala anlayabilmiş değilim nasıl hesaplandığını, çok basit görünüyor, basit bir formülmüş gibi görünüyor ama hiçbir kitapta, hiçbir çalışmada beklenen mortalite sayısını belirlemek için gerekli eşik değerin nasıl belirlendiği anlatılmıyor. Bence herkes bunu bilmeden yapıyor, ben öyle algılıyorum fakat utandıklarından muhtemelen, hiç kimse “ben bunu anlayamadım, bu nasıl oluyor, bir söyleyin” diyemiyor. Biz de çok uğraştık, istatistikçilerle de tartıştık, bunun nasıl olduğunu çözemedik. İstatistikçilerin önerisi, Roc Eğrisinde % 50’lik ayırt edicilik olan noktayı eşik değer olarak belirlemekte ama bu çok ciddi bir yanlış tutuma neden oluyor. O yüzden bizim yaklaşımımız, eşik değer belirlemek yerine standardize edilmiş mortalite oranının “1’e” denk geldiği skoru ya da mortalite beklentisini temel alarak kalite çalışmalarını yürütmek şeklinde.

Kalite iyileştirmesine bir temel hazırlıyor dedim; 4 aylık bir süreçte standardize edilmiş mortalite oranınızın yüksek olduğunu bulduysanız yoğun bakımınızda bir sorun var demektir. Daha sonra belli bir süreçte, burada kalite ile uğraşan bunca insana “tereciye tere satmak” değil niyetim ama kendi bakış açımıyla anladığım kadarıyla anlatayım; bu süreçte, sorunun tespiti ve iyileştirme çalışmalarını yürütüp, enfeksiyon hızınız çok fazla olabilir, personeliniz mekanik ve vantirasyon konusunda yeterli deneyim ve bilgiye sahip olmayabilir, bu sorunu tespit edip iyileştirme çalışmasını yaptıktan sonra bir kesitsel

dönemde standardize edilmiş mortalite oranınızın iyileşip iyileşmediğine bakmanız gerekiyor.

Biz, 2004 ve 2007'deki değerlerimizi ben buraya getirdim. 4 aylık iki kesitsel döneme ait bu, bakıldığında 2007'de sanki biraz daha kötü hastaları yaşatabiliyoruz gibi gözüküyor, aslında yani mortalite beklentisi % 44 olan hastaları yaşıyoruz. Çok iyi bir değer gibi bu ama baktığımız zaman aslında çok da iki dönem arasında fark yok gibi. Yani birinde % 41, birinde % 44. Apache II skoru açısından her iki dönemde de yaşatabildiğimiz eşik değer 21. Bunun iki anlamı olabilir; ya biz mükemmeliz, yani o kadar mükemmeliz ki iyileştirecek hiçbir şey yok! Ya da biz gözümüzün önündeki problemleri göremeyecek kadar gözümüz kapalı, aslında çok ciddi problemler var ama biz bunu algılayamıyoruz. Yani söylemek istediğim şu; mortalite oranının ya da hastalık şiddetinin kabul edilebilir durumda olması yeterli değil, biliyorsunuz, kaliteyi iyileştirmesi aza kanaat etmeyen bir yaklaşımdır, sürekli kaliteli iyileştirmesi hedeflenmelidir. O nedenle belli bir şekilde bunun sürekliliğinin sağlanması lazım, önemli olan bu.

Mortalite beklentisi ya da hastalık şiddetleri, yalnızca kendi başına bir klinik performans göstergesi olarak kullanılmamalı, bir yandan kaynak kullanımına da hesaba katmak lazım. Aslında klinik performans indeksi ile kaynak kullanım indeksinin karşılaştırıldığı böyle bir tabloda yoğun bakımınızın hangi alanda yer aldığı önemli. Eğer yüksek bir klinik performansınız varsa bu iyi bir şey, düşük bir kaynak kullanımınız varsa yani kaynak kullanma indeksiniz pozitifte ve fazlaca pozitifteyse bu da çok taktir edilecek bir şey. Ama esas, ideal, hedeflenmesi gereken şey, hem klinik performans indeksinizin hem de kaynak kullanım indeksinizin optimum noktada olması.

Bir diğer önemli nokta, bu sistemlerin yol gösterici olabileceği nokta, personel istihdamı ve teçhizat ya da teknoloji kullanımı. Biz bizim “kuş gribi” pandemisi sırasında Dünya Sağlık Örgütü’nün “flue search matematik modelinde” yaptığımız bir çalışma. Bu matematik modelde acaba Ankara’da ya da İstanbul’da ya da İzmir’de bir uyduruktan kuş gribi olursa ki, gerçekten uyduruktan bir çiçek pandemisinden bahsetmiyoruz, yoğun bakım yataklarının sayısı ya da mekanik vantilatörlerin sayısı o şehir için yeterli olur mu diye araştırma yapmaya kalktık. Hiç kimse yani tahmin ediyorum şimdi bu veriler vardır, o

dönemde hiç kimse Ankara’da kaç tane yoğun bakım yatağı olduğunu, kaç tane mekanik vantilatör olduğunu bilmiyordu. Allah’tan Sağlık Bakanlığı, bir yeni çalışma başlatmıştı, çok net veriler olmakla beraber yol gösterici veriler verdiler bize, sağ olsunlar, bu verilere temel olarak böyle bir çalışma yaptık. Mutlaka, bu verilerin olması gerekir ve kaynakların da ihtiyaca göre yoğun bakımınızdaki ortalama mortalite oranı, teçhizat kullanımına yönelik veriler, hemşire iş yükü, hastalık şiddeti ve mortalite oranlarına göre belirlenmesi gerekiyor.

Benim anlatmak istediklerim bu kadar, herhalde sonrada tartışma bölümü olacak, teşekkür ederim.

GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMASI: TÜRKİYE ÖRNEĞİ

Uz. Dr. Merve AKIN

SB Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı USPEM Sorumlusu

Değerli Katılımcılar, hepiniz tekrar hoş geldiniz.

Bu Oturumun konusu HKS kapsamındaki uygulamalardır ve bu konulardan bir tanesi de herkesin, hepinizin çok yakından bildiği ve uygulamasının gerçekten önem arz ettiği bir konu olan “Güvenli Cerrahi”.

Güvenli Cerrahi konusu, kendi branşım olması hasebiyle de benim gerçekten çok önem verdiğim bir konu ve neden önem vermemiz gerektiğini, Türkiye’de bu konuda neler yapıldı ve daha öncesinde de dünyada bu konuda neler yapıldı konusunda sizlere çok kısaca bilgi vermek istiyorum.

Neden güvenli cerrahi sorusunun cevabına baktığımızda, bu cümle çok güzel açıklıyor aslında; bir hasta, hiç tanımadığı, belki ömründe hiç görmediği, bir daha da görmeyeceği kişilere kendini emanet ediyor ve onlara güveniyor, diyor ki “benim bu hastalığım var, bu hastalığımın şifası sizde, sizin ellerinizden bu şifayı ben alacağım” ve güveniyor. O zaman bizlerin, cerrahi ekip olarak bizlere düşen şey bu hastanın güvenini boşa çıkartmamak.

Şimdi Google’da yanlış ameliyat haberleri diye bir başlık koyduğumuzda karşımıza yaklaşık 953.000 tane sonuç çıkıyor, bu demek değil ki, 953.000 tane yanlış ameliyat gibi bir şey değil ama sonuçta 953.000 kere böyle bir haber niteliği taşıyan olay yaşanmış. Bunlardan kısaca, böyle çok dikkat çekenleri Türkiye’de ve yurtdışında olanlardan birkaç örnek vermek istiyorum. Örneğin, katarakt ameliyatı yerine rahmi alınan hasta mı diyelim, tümörlü böbreği dururken sağlam böbreği alınmış ve bundan dolayı metastazlığa bağlı olarak ölümü gerçekleşen hastalar var. Sol bacağında diyabetik yarası var, sol bacağının kesilmesi gerekiyor ama yanlışlıkla sağ bacağı kesiliyor hastanın. Hastalar yatak değiştirmiş, önce gitmesi gereken hasta sonra ameliyathaneye gitmiş, ameliyat olacakken beyin tümöründen işte tam kafatası açılırken son anda fark edilmiş, aa demişler bu hasta bu değil, değiştirelim! Tabii bunlar hiç kimsenin hoşuna gitmeyen durumlar, hiç kimsenin de umarım başına gelmez,

hiçbir hekim arkadaşımızın ya da sağlık çalışanımızın. Dünya Sağlık Örgütü de dünyada bu durumu fark etmiş ve kendisine hasta güvenliği konusunda bir ana başlık oluşturmuş. Hasta güvenliğini sağlamada da 10 tane etken belirlemiş kendisine ve güvenli cerrahi ne kadar önemli ki hasta güvenliğinde 10 tane etkenden bir tanesini sadece çalışılmak üzere belirlediği etkenlerden bir tanesini güvenli cerrahiye ayırmış. Ve şöyle bir konu ortaya koymuş, demiş ki, yılda yüz milyondan fazla hasta ameliyat oluyor ve bu çok büyük bir rakam, bizim bu konuda mutlaka çalışma yapmamız gerekiyor. Ve güvenli cerrahi konusunda tıbbi hatalar ve cerrahi güvenliği konusunda kendilerine bir organizasyon oluşturmuşlar. 2007 yılında Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır Projesini başlatıyor Dünya Sağlık Örgütü yayınladığı bir programla. Ve bu çalışma kapsamında aldığı verilerle, topladığı verilerle yılda evet gerçekten yüz milyonun üzerinde ama az bir rakam söylemişler daha öncesinde 234 milyon ameliyat yapılmış 2008’de. Bu da yaklaşık her 25 kişinin ömründe bir kez ameliyatla karşılaşacağını, bir cerrahi prosedürle karşılaşacağı anlamına geliyor. Ve önemli olan nokta, tamam 234 milyon ameliyat yapılabilir, çok büyük bir rakamdır ama gerçekten bunlar güvenli bir şekilde mi yapılıyor? Hayır. 7 milyonunda komplikasyon, 1 milyonunda da bu komplikasyonlara bağlı ölüm olduğunu görmüş, çok büyük bir rakamlar bunlar, korkutucu rakamlar. Ve gene aynı çalışma kapsamında bir şey daha ortaya koymuş ki Dünya Sağlık Örgütü, gelişmiş ülkelerde hastanelerde olan tıbbi hataların yarısı cerrahiden kaynaklanmakta. Bir problemle hastaneye gelen hastalarda tıbbi hatalar meydana geliyor ve bu hataların da yarısının çok küçük önlemlerle, belki önemsemeyeceğimiz önemsiz gelecek ya da bize ekstra hiçbir şey kaybettirmeyecek ufak önlemlerle yarısının da önlenileceğini söylüyor Dünya Sağlık Örgütü. Ve Dünya Sağlık Örgütünün sayfasında Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır Projesiyle eş zamanlı giden bir web uygulaması var. Burada çeşitli eğitim araçlarına, dokümanlarına, eğitici videolara ve bu proje kapsamında olan tüm kurumlara, ülkelere hepsine buradan ulaşabiliyor. Birkaç dilde, gördüğünüz gibi işte Arapça, Çince, Fransızca, Rusça çevirileri yapılmış şekilde bu dokümanlara ulaşılabilir. Dünya Sağlık Örgütü 2008 yılında başlattığı bu proje ile aslında bir pilot çalışma başlatmış. Bu pilot çalışmayı da 2009 yılında New England Journal off Medicine dergisinde yayınlamış. Yaptığı pilot çalışma kapsamında güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanılması ile güvenli

cerrahi uygulamasına bir adım aslında bu, bir ilk adım ama çok büyük bir adım. Bunun kullanılmasıyla ne olmuş buna bakmış Dünya Sağlık Örgütü. Önceden belirlediği ölüm oranlarına göre % 30'luk bir düşüş tespit etmiş. Yine aynı şekilde önceden belirlediği komplikasyon oranına göre de % 30'luk bir düşüş tespit etmiş. Şimdi, Güvenceler Kontrol Listesinin Uygulanma aşamasında sadece Türkiye’de değil aslında tüm ülkelerde çok büyük bir defansla karşılaşılmış ve bu defansın en büyük nedeni de; işte bizler çok yoğunuz, sürekli ameliyat yapıyoruz, her ameliyattan önce böyle bir listeyi uygulamak bizim için çok büyük bir vakit kaybı, biz bunu yapmak istemiyoruz şeklinde, en büyük defans, biz zaten hata yapmayıza gitmiş. Ama aynı çalışma ne kadar zaman aldığı konusunda da tabii ki verileri toplamış. 0,58 dakika ile 3,58 dakika arasında her üç bölümün de bittiğini, ortalamada 2,16 dakika sürdüğünü göstermişler. Şimdi, cerrahi geçmişli olan tüm sağlık çalışanlarımız bilir ki, en kısa süren bir cerrahi işlemde bile 2 dakikalık bir süre aslında çok uzun bir süre değil. Zaten çoğu zaman yapılmış olan şeyler bir hatırlatma babında yapıldığı için hani çok ciddi bir vakit kaybına sebep olan bir uygulama değil, Dünya Sağlık Örgütü bunu da ortaya koymuş. Çok dikkat çekici bir çalışma, yine British Medical Journal’da yayınlanmış, Hyness ve arkadaşları yapmış bu çalışmayı; Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini uygulayan tüm cerrahi ekipteki kişilere bir anket uygulamışlar. Bu ankette bazı sorular sormuşlar ve bu soruların ben buraya sadece “katılıyorum”, “kesinlikle katılıyorum” cevabını aldım. Sorulardan bir tanesi kullanılması kolay mı? % 80’i “evet” demiş, ameliyathanede güvenliği artırıyor demiş % 80’i. Tamamlaması uzun süre alıyor diyen % 19, kendim için uygulanmasını isterim diyen % 93, iletişimi artırıyor diye % 84, hataları engelliyor diyen %78. Benim burada dikkatinizi çekmek istediğim soru, “kendim için uygulanmasını isterim” in % 93,4 olması. Şimdi, bizler, bize güvenen hastalarımıza en iyiyi yapmak durumundayız ki hatasız bir şekilde ameliyatını olsun, tedavi olsun ve evine gitsin. Peki, biz aynı durumda olabiliriz, bizim bir yakınımız aynı durumda olabilir. Biz onlarda bir hata olmasını ister miyiz? Hayır, elbette ki istemeyiz. Onlar için, bizim için bu Güvenceler Kontrol Listesini kullanmamızı istiyorsak tabii ki tüm hastalar için de bunun kullanılmasını istemek durumundayız ve kullanılmasını yaygınlaştırmak durumundayız.

Şimdi, tüm bu dünya perspektifinden sonra Türkiye’de güvenceler konusunda neler yapıldı, biraz, çok kısaca ondan bahsetmek, bilgi vermek istiyorum. Ön-

celikle Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008'de yayınladığı ve 2009'da revize ettiği bu liste birebir Türkçe'ye çevrilerek hastanelerimizde uygulanması istendi 2009'dan itibaren. Fakat gördük ki, uygulama esnasında bazı aksamalar var, her hastanede uygulanmıyor ya da tam anlamıyla uygulanmıyor, sadece doldurması gereken bir form olarak görülüyor. O zaman bizim cerrahi güvenlik hakkında biraz daha çaba sarf etmemiz gerekiyordu ve daha iyi uygulamalar yapmamız gerekiyordu. Biz de Dünya Sağlık Örgütü'nden biraz kopya çektik ve web sitemizde Güvenli Cerrahi linki oluşturduk ve biz de burada eğitim dokümanlarımız, eğitim videolarımızı ve Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır Projesi'nden birkaç doküman oluşturduk ve paylaşım açtık. Ve bu web sitesinde Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberini sizlerle paylaştık. Sadece web uygulamasının yeterli olmadığına karar verdik daha sonra. Ve tüm cerrahlarımıza ulaştırılmak üzere, daha doğrusu tüm cerrahi ekipte yer alan sağlık çalışanlarımıza ulaştırılmak üzere Güvenli Cerrahi Kitapçıklarını oluşturduk ve tüm hastanelerimize bunları dağıttık. Şimdi, Dünya Sağlık Örgütünün geliştirdiği Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi üç aşamalı; anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve ameliyattan çıktıktan sonra. Şimdi biz şeyi fark ettik, dedik ki, cerrahi güvenlik sadece üç aşama değil, ameliyattan önce başlıyor, hasta ameliyathaneye gelmeden önce başlıyor ve ameliyattan çıktıktan sonra da devam ediyor. O zaman niçin buraları eklemeyelim biz bu Güvenli Cerrahi Kontrol Listesine dedik ve herkesin aslında tüm hastanelerimizde ameliyathaneye gitmeden hasta hazırlık aşamasında yapılan bir doldurulan bir formu buraya implante etmeye çalıştık ve dördüncü aşamasını oluşturduk Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin. Ve bir de, çok ufak bir ayrıntı ama bizler ameliyathanedeyken daha sonra servise giden hastanın ne olduğunu, sabah yaptığımız bir ameliyatın akşam ne olduğunu, akşama kadar o hastanın neler yaşadığını bilmeyebiliriz. Bunu servise iletmek amacıyla en son anestezi ekibinin önerisi, cerrahi ekibinin önerisini ekleyerek de ameliyathane ile servis arasındaki iletişimi sağlamaya çalıştık. Ve gördük ki güvenli cerrahi, cerrahi alan işaretlemesi, cerrahi mola ve cerrahi güvenlik listesinin uygulanmasıyla birlikte dönen bir çark. Ve bu çarkı kimler döndürüyor? Hastanın operasyonunu yapacak olan cerrah, serviste onun bakımını sağlayacak olan servis hemşiresi, ameliyathane hemşiresi, anestezi ekibi ve cerrahi güvenlik listesinin yapılmasını sağlayarak, uygulanmasını sağlayacak cerrah, ameliyat hemşiresi ve ameliyat

ekibinin bu dişli çarkı döndürdüğünü gördük. Bu dişlilerden bir tanesi olmadığında bu çark doğru işlemiyor.

Şimdi, nasıl uygulayalım kısmından çok kısaca bahsedeceğim. Dün Ferhat Bey dedi ki, Türkiye teknolojiyi çok seviyor, gerçekten çok şaşırdım bu kadar çok ellerinde iPhone, İ-pad olan kişileri görünce dedi. Gerçekten aslında uygulama aşamasında bir kolaylık sağlayabilir diye düşündüm ben de. İ-pad uygulaması mevcut güvenli cerrahi kontrol listesinin, tabii, Dünya Sağlık Örgütünün formatında, 1.aşaması, 2.aşaması ve 3.aşaması, sırayla bunlar hep uygulama şeyleri ve bunların hepsine tıkladığınızda uygulamalar sırayla değişiyor ve yapılmayan bir aşama olduğunda bir sonraki aşamaya geçmenize izin vermiyor. Yani örneğin, kan kaybını, “beklenen bir kan kaybı var mı?” sorusunu sormadınız, 3.aşamaya geçemiyorsunuz onu yaptıktan sonra, bu şekilde uygulama var. Neden Türkiye’nin de, böyle bir uygulaması olmasın, tüm cerrahi ekibinin uygulayabileceği şekilde.

Sabrınız için çok teşekkür ediyorum. Benim sunumum burada bitiyor ancak sizlere “güvenli cerrahi kontrol listesinin” uygulanması aşamasında yardımcı olabileceğini düşündüğümüz “güvenli cerrahi kontrol listesi nasıl uygulanır?” filmiyle baş başa bırakıyorum. Teşekkürler.

Bu görüntülerden sonra çok kısa bir not iletmek istiyorum tekrar size; şimdi bu görüntüler aslında Dünya Sağlık Örgütünün yayınladığı kontrol listesi doğrultusunda çekilmişti, burada tabii, Türkiye’de hazırlanan Türkiye Güven-celer Kontrol Listesi TR’nin bir yansıması değil, onu ifade etmek istedim. Bir de sadece ameliyat aşamasında geçen anestezi verilmeden önce, insizyondan önce ve sonrasındaki bölümleri içermekte, bunu bildirmek istedim. Teşekkür ederim.

HKS DOKÜMAN YÖNETİM SİSTEMİ

Uzm. Banu TURASAN

SB Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Değerli Katılımcılar, hepinize hoş geldiniz diyorum.

Bugünkü Oturumumuz Hizmet Kalite Standardındaki yeni uygulamalar ve Abdullah Bey sunumunda bahsetti Hizmet Kalite Standartlarının bugüne kadar aldığı yolu ve yeni revizyonumuzda Doküman Yönetim Sistemiyle ilgili yeni standartlar var. Bununla ilgili birçok soruda geliyor bizim HKS Danışma hattımıza, bu nedenle Doküman Yönetim Sistemiyle ilgili bir sunum hazırladık sizlere. Umuyorum kafanızdaki soru işaretlerini gidereceğini düşünüyorum.

İçerik; dokümantasyon, kurum için neden önemli? Dokümantasyon için nasıl bir yol izlemeliyiz? Ve bir doküman yönetim sistemini 7 adımda nasıl kurabiliriz? Bundan bahsedeceğim size.

Yine, hangi sorulara yanıt olacak bu sunum? Doküman yönetim sistemimiz yok, nasıl kurabiliriz? Kullandığımız bir doküman yönetim sistemimiz var, ne yapmamız gerekiyor?

Belgeler, kurumlar için hayati bir önem taşır, nasıl, değerlendirmelerde herhalde bunu daha çok yaşıyoruz, değerlendiricilerimiz gelip uygulamalarımızı sorduğunda bizden somut kanıtlar görmek istediğinde orada belgeler bizim için çok hayat kurtarıcı oluyor. Bu yüzden belgeler gerçekten çok önemli.

Ve diyorum ki, “dokümanı yöneten, hastaneyi de yönetir”. Düşünüyorum ki, herkes buna katılacak çünkü düzgün kurulmuş bir doküman yönetim sisteminiz varsa tüm süreçlere bir bir hakim olabiliyorsunuz. Bunun yanı sıra kurumda ortak bir dil oluşturmanıza yardımcı oluyor, uygulamalarınızın izlenebilirliğini sağlıyor, iletişim hatalarınızı önüyor, kurumun yönetim gücünü artırıyor.

Peki, dokümantasyon için nasıl bir yol izlemeliyiz? Buna geçmeden önce ben Hizmet Kalite Standartları nasıl bir kurgu ile yazıldığı üzerinden kısaca geçmek istiyorum. Çünkü Hizmet Kalite Standartlarının nasıl bir kurguyla yazıl-

dığını anladığımız taktirde doküman yönetim sistemimiz de aynı temel ilkeler üzerine oturacaktır. Biz, Hizmet Kalite Standartlarına gerçekten, çok emek verdik, çok heyecanla yaptık Genel Müdürümüzün de söylediği gibi. Özellikle de sahada uygulamaları gördükçe daha çok heyecanlanıyoruz, geri bildirimlerinizi aldıkça daha mutlu oluyoruz. Düşündük ki, sade ve anlaşılır bir dil, açık ve net bilgiler, kısa ve öz bir biçimde anlatılırsa hem çalışanları yormayacaktır hem de çalışanların katılımlarını çok yüksek oranda sağlayacaktır.

Peki, 7 adımda nasıl kurabiliriz bir doküman yönetim sistemini kurumumuza?

İlk adımımız, Hizmet Kalite Standartlar doküman yönetim sisteminizi nasıl oluşturacağınızı anlatan bir yazılı düzenleme istiyorum. Tüm kurumda bir doküman yönetim sistemi oluştururken bu dokümanların nasıl organize edileceği, hangi dokümanın kodunun nasıl olacağı, revizyonları, güncelliğinin sağlanması gibi konuların yazılı olması çok önemli, neden? Kurumdaki tüm çalışanların bunu bilmesi açısından çok önemli.

Peki, neler içermeli bu yazılı düzenleme? Yazılı düzenlemelerin biçimsel formatını anlatmalı, her bir dokümanı kimin hazırlayacağını anlatmalı, doküman güncelliğinin nasıl sağlanacağını, yine yazılı düzenlemelerin kontrolünü kimin yapacağını ve yazılı düzenlemeleri kimin onaylanacağını, nasıl yayınlanacağını ve revizyonunun nasıl yapılacağını ve revizyon yapıldığında çalışanlara nasıl bildirileceğini anlatmalıdır.

Yine, önemli bir husus var burada; doküman yönetim sisteminizi nasıl oluşturacağınızı anlatan yazılı düzenleme Kalite Yönetim Birimi tarafından hazırlanmasını istiyoruz. Yine, Kalite Yönetim Biriminin çalışanlara bu noktada eğitim vermesini istiyoruz. Her bölüm Hizmet Kalite Standartları kapsamında hazırlanması gereken yazılı düzenlemeleri belirleyip hazırlamalı ve bu yazılı düzenlemeler, uygulamaları mutlaka yansıtmalıdır.

Yine, bölüm çalışanları tarafından gerekli görüldüğünde farklı yazılı düzenlemeler de oluşturulabilir Hizmet Kalite Standartlarının dışında.

Şimdi ben sizinle bir anımı paylaşmak istiyorum; geçen haftalarda sahadaydım ve bir özel hastaneye gittim, biz, tabii ki, heyecanla bunları hazırladık, sahaya indiğimizde de bunlar acaba ne kadar uygulanıyor, çalışan arkadaşlarımız bunları ne kadar içselleştirmiş, bunu çok merak ediyoruz ve oradaki

uygulamaları görmek bizi gerçekten çok mutlu ediyor. Ve ben bir hastaneye gittim, hastanedeki, ismi belli olmasın diye logoyu tabi kaldırdım buradan ama hastanedeki arkadaşlar, Kalite Yönetim Direktörü bizi sabah karşıladığında üst yönetim, dediler ki “Ağustos ayında özel hastaneler için verdiğiniz eğitim, bizim için bir milat oldu, orada anlattıklarınızı biz güzelce not aldık ve kurumumuza döndük, tüm doküman yönetim sistemimizi sil baştan değiştirdik” ve ilginç bir doküman benim ilgimi çekti, bunu sizlerle paylaşmak istedim, uzaktan okunabiliyor mu bilmiyorum ama kırmızı ile boyadığım yerler, bu dokümanın, bu talimatın amacını anlatıyor, diyor ki, “hastanemizde yer alan yazılı düzenlemelerin Hastane Hizmet Kalite Standartları 2011’e uygun olarak formatının belirlenmesi” ve işte, doküman kodu, ilk yayın tarihi, revizyon tarihi, özellikle doküman kodunu da yine, bizim standartlarımızı baz almışlar, tabii ki, bunu sizinle paylaşıyorum yani bu, herkes böyle yapmalıdır değil, burada beni heyecanlandıran, beni etkileyen şey şu oldu; kurum, oturmuş bunun üzerinde kafa yormuş, nasıl yapabiliriz, Hizmet Kalite Standartlarındaki yazılı düzenlemeleri biz kurumumuza nasıl adapte edebiliriz, nasıl yaygınlaştırabiliriz diye. Her kurum tabii ki, 3 günden beri söylenen bir şey var, her kurum kendine özgü ve özgün çalışmaları olmalı diye ve kendilerince böyle bir karar almışlar. Bizim standart maddemizle ilgili bir talimat varsa başına mesela, “TL” koymuşlar ve burada altta da tanımlamışlar. Bunun dışında da 8.maddede demişler ki, “hazırlanacak evrakın HKS yerleşiminde dikey boyutu ve bölüm numarası dışında uygun standart numarası yok ise bunu da 99 rakamıyla kodlanarak devam edilir”. Bu şekilde bütün standartları, bütün yazılı düzenlemelerini hazırlamışlar, ben gerçekten çok etkilendim. Orada bunun için zaman harcamaları, bunları içselleştirmeleri ve bunu oturtmaya çalışmaları gerçekten çok keyifliydi.

Bizde yine web sitemizde yazılı düzenlemelerde istenilen uygulamaları, alttaki linkten de ulaşılabilir yeni sayfamıza girdiğinizde göreceksiniz, hangi konularda yazılı düzenlemeler hazırlanması gerektiğini biz orada anlattık. Burada görüyorsunuz yine, bunların mutlaka “olmazsa olmaz”, bu standartlarla ilgili biz yazılı düzenleme hazırlamanızı istiyoruz.

İkinci adım; dokümanlar mutlaka ilgili bölüm tarafından hazırlanmalı. Peki, bölüm hangi yazılı düzenlemeleri hazırlayacağını nereden bilecek? Bu da

önemli bir nokta; bölüm kalite sorumlusu, kalite yönetim birimi HKS kapsamında ilgili bölüm için hazırlanacak dokümanları tespit etmeli, daha sonra bölüm kalite sorumlusu ve çalışanlarla birlikte bir doküman oluşturulmalı. Hazırlanan doküman format bakımından kontrol edilmesi için ise kalite yönetim birimine yollanmalı.

Peki, nelere dikkat ediyoruz yine? Anlaşılır olmasına, öz bilgiler içermesine, açık ve net olmasına, pratik uygulamaları yansıtmaya, yine bu uygulamanın, kim ve kimler tarafından nerede, nasıl, niçin yapıldığı gibi soruların cevabını içermesini istiyoruz.

Üçüncü adım; kalite yönetim birimi tarafından hazırlanan dokümanların kontrolü ve biçimsel hazırlık. Peki, nasıl olmalı biçimsel hazırlık? Mutlaka dokümanın bir adı, bir kodu, yayın tarihi, revizyon tarihi, revizyon numarası olmalı ve bu sürecin tamamı yani biçimsel kısmın hazırlanması kalite yönetim birimi tarafından oluşturulması. Ben size örnek olması açısından iki tane doküman örneği koydum ama dediğim gibi yaratıcılık çok önemli, her kurum kendine özgü, tekrar vurgulamak istiyorum, sizler farklı formatlarda da oluşturabilirsiniz, ben örnek olması için bunları buraya koydum.

Ve dördüncü adım, kontrol ve onay adımı; bu adımda mutlaka kalite yönetim direktörünün, dokümanları kontrol etmesini gerek biçimsel gerek içerik açısından ve üst yönetimin de onaylamasını istiyoruz ve bu imzaları görmek istiyoruz.

Beşinci adım ise dokümanların yayınlanması adımı; yayın, elektronik ortamda olabilir, basılı kopya şeklinde olabilir ama çalışanlar mutlaka buna ulaşabilmeli. Biz sahaya çıktığımızda ilk değerlendirmeye başladığımızda önce yazılı dokümanlarla başlıyoruz, yazılı dokümanlara baktığımızda kurum hakkında gerçekten bize fikir veriyor ama en önemlisi bizim orada görmek istediğimiz şey şu; sahaya çıktığımızda gerçekten o hazırlanan dokümanlar çalışanlar tarafından biliniyor mu ve uygulanıyor mu? Yayınlanan dokümanlarla ilgili çalışanlara eğitimler verilmiş mi? Bunları mutlaka görmek istiyoruz.

Altıncı adım ise; dokümanların güncelliğinin sağlanması. Bu da çok önemli, az önce Merve Hanım mesela, güvenli cerrahi ile ilgili bir sunum yaptı, ne

oldu, güvenli cerrahi kontrol listesi TR hazırlandı ve bir revizyona gidildi değil mi? Biz sahada gördük ki, hala eski dokümanı kullanan arkadaşlarımız var. Muhtemelen orada dokümanın güncelliği ile ilgili bir sıkıntı olmuş, belki ilgili birim taklip etmedi, belki takip edildi ama sahaya aktarılmadı, bu noktada dokümanın güncelliğinin takip edilmesi gerçekten çok önemli. O yüzden biz her kongrede, her toplantıda ve her zaman vurguladığımız bir şey var; lütfen, web sitemizi her zaman kontrol edin, her gün kontrol edin çünkü gerçekten hızlı ilerliyoruz. Oradaki değişiklikleri takip edip, özellikle kalite yönetim biriminde çalışan arkadaşlar, belki sahada çalışan hemşire arkadaşlarımız her gün gelip kontrol edemeyebilir yoğunluğundan dolayı, burada büyük sorumluluk sizlere düşüyor. Bunları takip edip varsa değişen varsa yeni olan herhangi bir doküman, uygulama bunu mutlaka sahaya aktarmalıyız.

Peki, güncelleme nasıl yapılacak? İlgili bölüm sorumlusu tarafından yapılmalı mutlaka. Güncellenen doküman, kalite yönetim birimine iletilmeli yani süreç burada tekrar başa sarıyor sanki yeni bir doküman hazırlıyormuşuz gibi. Kontrol ve onay adımları tekrar yapılıyor. Farklı olarak dokümana revizyon numarası veriliyor ki, dokümanın bir revize edildiği anlaşılması açısından ve çalışanlar yine, değişiklik hakkında bilgilendiriliyor ve bu konuda mutlaka eğitim veriliyor.

Yine, bize çok soru gelen bir adım, dış kaynaklı dokümanların yönetimi; dış kaynaklı doküman, kurum tarafından oluşturulmayan ancak süreçlerinde kullandığı dokümanlardır, işte, örneğini hizmet kalite standartları, örneğin güvenli cerrahinin revize edilmesi, bunlar dış kaynaklı doküman ve bunlar takip edilmediği takdirde yine, uygulamalarımız maalesef, güncel olamıyor, mevzuatlar, cihaz kullanım kılavuzları gibi, mutlaka bunların da takip edilmesi gerekiyor.

Yine, her bölüm kendi kullandığı dış kaynaklı dokümanları mutlaka tespit etmeli ve kalite yönetim birimine bildirmeli. Dokümanların güncelliği her bölüm sorumlusu tarafından takip edilmeli ve değişiklik olduğunda yine, kalite yönetim birimine bildirilmeli. Dış kaynaklı dokümanların yayınlanmasını yine, kalite yönetim birimi yapmalı.



Sonuç olarak ben, in ve out olarak böldüm yani doküman yönetimiyle ilgili, paylaştırdım, dedim ki “in’ler neler olmalı out’lar neler olmalı”, biraz düşündüm. Diyoruz ki, kesinlikle sade olmalı, az sayıda, aktif kullanımda, çalışanın uygulayabildiği, uygulamaları anlatan, kullanımı kolay. İstemediklerimiz neler? Karmaşık dokümanlar, hantal, raf bekleyen, sadece kalite yönetim birimi tarafından bilinen, sadece teorik bilgiden oluşan kullanımı zor dokümanlar, bunları istemiyoruz.

Benim sunumum burada bitti, hepinize teşekkür ediyorum, iyi bir Kongre diliyorum herkese.

İTAKİ'DEN HARİZMİ'YE DÜŞMELERİN ÖNLENMESİ

Uzm. Demet KAVAK

SB Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Sayın Genel Müdürüm, Değerli Katılımcılar, hepinizi saygıyla selamlıyorum. Kongremizin son günü olmasına rağmen görüyorum ki, Kongremiz ilk günkü heyecanı ile devam ediyor. Bu bizi heyecanlandırıyor demek istiyorum, yeni çalışmalar yapmak için birlikte daha güzel işler başarmak için heyecanlandırıyor demek istiyorum.

Sizler bugün güzel Ankara'mızdan, güzel yuvalarınıza dönerken çantalarınızda ülkemiz için güzel kazanımlar elde etmiş olmanız noktasında bir nebze de olsa katkıda bulunmuşsak ne mutlu bize demek istiyorum ve konuşmama başlamak istiyorum.

Bir Önceki Oturumda “düşmelerin önlenmesi” konusunun indikatör boyutuyla ilgili Sayın Mahmood Adil Bey, oldukça zengin ve değerli bilgiler aktardılar bizlere, ben de burada, Oturumun bu bölümünde sizlere Hizmet Kalite Standartları kapsamında düşmelere ne kadar önem verdiğimizi ve bu noktada Daire Başkanlığı olarak, Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı olarak İtaki ve Harizmi Düşme Riski Ölçeklerinden bahsetmeye çalışacağım.

Sunum planımda öncelikle sizlere biraz düşmeler konusundan bahsetmek istiyorum, düşmeyi biz nasıl algılıyoruz, neden önemli, nerelerde karşımıza çıkıyor, nasıl önleyebiliriz, bu işten kimler sorumlu, biraz sonra bunlardan bahsedeceğim. Arkasından az önce de söylediğim gibi Başkanlık olarak geliştirmiş olduğumuz İtaki ve Harizmi Düşme Ölçeklerini anlatmaya çalışacağım, birlikte bu ölçekleri biraz inceleyeceğiz, nasıl puanlandırıyoruz, puanlandırma sonrasında ne gibi önlemler almamız gerekiyor ve ölçek kullanımı hakkında nelere dikkat etmemiz gerekiyor, biraz bunlardan bahsetmeye çalışacağım.

Şimdi ilk olarak “düşmeler” konusundan bahsetmek istiyorum; biz, Hizmet Kalite Standartları kapsamında düşmeyi nasıl algılıyoruz? Elbette biliyoruz, birçok düşme olayı yaşanıyor hayatımızın değişik alanlarında değişik şekillerde. Hizmet Kalite Standartlarında biz, hastane ortamında gelişen, ani, kontrol edilemeyen, istemsizce meydana gelen olayları kast ediyoruz ve bu olayları

önemsiyoruz ve mutlaka hasta güvenliği açısından önlenmesi gereken olaylar olarak nitelendiriyoruz. Hastanelerde bakıyoruz, düşme olayları neden yaşanıyor, buna bir bakalım; hasta değerlendirme eksikliğinden kaynaklanıyor olabilir, iletişim yetersizliğinden kaynaklanıyor olabilir bu düşme olayları, yine çevre güvenliğinin yetersizliğinden kaynaklanmış olabilir hastanede meydana gelen düşme olayları.

Peki, neden önemlidir? İlk Oturumda da Sayın Adil’in belirttiği gibi düşmelerin femur ve kalça kırıklarından mortaliteye kadar giden çok önemli sonuçları oluyor hastalar üzerinde. O yüzden biz, bu konuyu çok önemsiyoruz ve mutlaka önlenmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Nerelerde karşımıza çıkıyor hastanelerde düşme olayları diye bakacak olursak; kliniklerde, yoğun bakım ünitelerinde, ameliyathanelerde ve bunun gibi hastanenin aslında tüm alanlarında karşımıza çıkabiliyor düşme olayları.

Peki, dedik ki, önlenmelidir, mutlaka önlenmesi gereken bir olaydır düşmeler, bu işten kim sorumludur bir bakalım; aslında hastane yönetimi, kalite yönetim birimi, hasta güvenliği komitesi ve sağlık çalışanları olmak üzere tüm hastanede görev yapanlar aslında hepimizin sorumluluğunda düşmelerin önlenmesi konusu ama burada bu işin primer bir sorumlusu var, o da kim, hastaya bakım hizmeti veren hemşireler, bu işten primer bakımdan sorumlu.

Nasıl önleyebiliriz diye bakacak olursak düşmeleri? Bu konuda bize yön veren Hizmet Kalite Standartları uygulamalarımız var, neler? Bunlardan bir tanesi, öncelikle biz hastanelerimize diyoruz ki, “bu konuda mutlaka bir yazılı düzenleme hazırlayalım, düşmeleri nasıl önleyeceğimiz konusunda bir yazılı düzenlememiz mutlaka olsun”. İkinci yapılması gereken iş, risk düzeyini belirleyelim, hastalarımızın düşme konusundaki risk düzeyini mutlaka belirleyelim diyoruz ikinci olarak. Ardından belirlediğimiz risk düzeyine göre, hasta hangi düzeyde risk taşıyorsa düşme olayı açısından buna göre önlemler alalım diyoruz, bu doğrultu da mutlaka önlemler alalım diyoruz üçüncü olarak. Sonrasında mutlaka, olay bildirimi yapılsın diyoruz, düşme olayları mutlaka bildirilsin istiyoruz ve sonrasında da mutlaka düşme konusunda indikatör takibi yapılsın tüm hastanelerde ve bu yönde yapılan indikatör çalışmaları sonrasında iyileştirmeler yönünde çalışmalar başlatılsın diyoruz HKS uygulamaları kapsamında.

Ben sizlere burada, yapılan hani önlem alma noktasında yapılan uygulamaları genel olarak vermeye çalıştım, bu noktadan itibaren sizlere, risk düzeyi belirlenmesi noktasında geliştirmiş olduğumuz İtaki Düşme Riski Ölçeği ve Harizmi Düşme Riski Ölçeklerinden bahsetmeye çalışacağım ve bu ölçekler üzerinden nasıl bir risk değerlendirmesi yapacağız ve sonrasında neler yapmamız gerekiyor, neler yapabiliriz bu konuda biraz bunlardan bahsedeceğim.

Bakalım, biz bu ölçekleri nasıl geliştirdik Daire Başkanlığı olarak? Öncelikle bu konuyla ilgili bir komisyon oluşturduk, ölçek geliştirme üzerinde çalışmalar yapacak bir komisyon oluşturduk. Komisyon şu anda mevcut kullanılan ölçekleri inceledi öncelik olarak. Dünyada pek çok kullanılan ölçek var düşmelerin önlenmesi konusunda. Kurumlar kendilerine özgü düşme riski ölçekleri geliştirmiş olabilirler. Mevcut, kullanılan ölçekleri inceledi önce komisyon. Sonra konuyla ilgili düşmeler, literatürde nasıl algılanıyor, nasıl yorumlanıyor, bununla ilgili ne gibi çalışmalar var onu inceledi komisyon, üçüncü olarak. Ve mutlaka, şu anda zaten düşmelerin önlenmesi yönünde çalışmalar yürütülüyor tüm dünyada ve Türkiye’de tabii ki, bu yönde hani saha geri bildirimlerini almak konusunda da yer verdi komisyon. Ve sonrasında yetişkin hastalar için İtaki Düşme Riski Ölçeğini, çocuk hastalar için de, 0–16 yaş grubu çocuk hastaları için de Harizmi Düşme Riski Ölçeğini geliştirdi.

Şimdi öncelikle İtaki Düşme Riski Ölçeğinden bahsetmek istiyorum size; ekranda görüyorsunuz ölçeğimizi. Neden öncelikle İtaki dedik adına ondan bahsetmek istiyorum. İtaki, kimdir diye sormak gerekiyor bu noktada. İtaki, bir bilim adamının adı ve kendilerini görüyorsunuz, 17. Yüzyılda yaşamış, tıp alanında önemli katkıları olmuş, önemli çalışmaları olmuş ve ilk resimli anatomi atlasını hazırlamış ve kullanıma sunmuş bir Türk bilim adamı. Biz kendilerine değer atf etmek içi ölçeğimizin ismini vermek istedik, bu nedenle Ölçeğimizin adı İtaki Düşme Riski Ölçeğidir. Ölçeğimiz, birtakım risk faktörlerinden oluşuyor, yaş gibi, kronik hastalık durumu gibi, fiziksel engellilik durumu, çevresel risk faktörleri gibi. Majör ve minör risk faktörlerinden oluşuyor, iki grupta tanımladık bu risk faktörlerini, majör ve minör olmak üzere. Majör, 8 tane majör risk faktörü, 11 tane minör risk faktörü ve toplamda 19 tane risk faktöründen oluşuyor İtaki Düşme Risk Ölçeği, hastalar açısından hastane ortamında ve genel düşme açısından risk olabilecek faktörleri o şekilde tanımlamış olduk İtaki Düşme Risk Ölçeğinde.

Puanlandırmasını nasıl yapıyoruz bu İtaki Ölçeğimizde? Demıştim ki, majör ve minör olmak üzere iki gruba ayırdık risk faktörlerimizi. Burada majör risk faktörlerine “5” puan dedik, minör risk faktörlerini “1” puan olarak tanımladık ve daha sonrasında hastaya uygulanan ölçek sonrasında bu puanların toplamından oluşan bir risk puanı elde etmiş oluyor. Ve bu risk puanına göre de risk düzeyini “düşük riskli” ve “yüksek riskli” olmak üzere iki kategoriye ayırdık. Toplam puanı 5’in altında olanlar, düşük riskli olarak tanımlandı, toplam puanı 5 ve 5’in üstünde olanlar da yüksek riskli olarak tanımlandı İtaki Düşme Riski Ölçeğimizde.

Birazcık da Harizmi Düşme Riski Ölçeğinden bahsetmek istiyorum, yine o şeyi ekranda görüyorsunuz. Neden Harizmi dedik? Yine, burada Harizmi kimdir sorusunu sormamız gerekiyor, Harizmi, 9. Yüzyılda yaşamış, cebir alanında önemli katkılar, bilimsel çalışmalar yapmış ünlü bir Türk Bilim Adamı, yine, kendilerine değer atıf etmek üzere Harizmi Düşme Riski Ölçeğine ismini vermiş olduk. Harizmi Düşme Riski Ölçeğini, 0-16 yaş grubu çocuk hastaları için kullandığımızı az önce belirtmiştim. Harizmi Düşme Riski Ölçeğinde İtaki’den farklı olarak risk faktörlerini kategorize etmedik, majör, minör şeklinde, toplam 9 tane risk faktöründen oluştu yani birbirinden ayırt etmemiş olduk. Çocuk hastalarda düşme açısından riskli olabilecek faktörlerden en önemlisi olduğunu düşündüğümüz 9 tanesine yer vermeye çalıştık risk faktörleri olarak.

Bu risk faktörlerinin puanlamasında 5 ve 15 şeklinde puanlar vermeye çalıştık, örneğin, bir tanesi, düşme riski açısından özellikle hastalığı ya da durumu olmasını hastada 15 puan olarak ve ciddi düzeyde düşme riski oluşturabilecek bir durum olarak tanımlandığında 15 puan alacak ya da işte, hastaya bağlı, 3 ve üstünde bir ekipmanı kullanılıyorsa hastada 5 puan alsın dedik ve bunların toplamından oluşan bir risk puanı elde etmiş olacak çocuk hastalar. Puanlandırması bu şekilde.

Daha sonra bu puanlandırma sonrasında da risk düzeyi belirleyeceğiz yine, çocuk hastamız için. Burada risk düzeyi, İtaki’den farklı olarak sadece yüksek riskli almak istedik. Çocuk hastaların aslında az sonra dikkat edilmesi gereken hususlarda tekrar değineceğim, aslında tamamının düşme açısından riskli olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşündük ama burada toplam puanı 15 ve 15’in

üstünde olan hastalar için “yüksek risklidir” tanımlaması yapılması gerektiğini uygun gördük ve bu yönde önlemler alınması gerektiğini uygun gördük.

Peki, iki ölçeğimizde de risk düzeyini belirledik, bir toplam puan elde ettiler, hastalar düşük ya da yüksek riskli diye tanımlandılar, bu noktadan sonra ne yapmamız gerekiyor hastamız için? Neler yapalım? Bakalım, önce Hizmet Kalite Standartlarımıza göre uygun gidersek hastamızı “dört yapraklı yonca” figürü ile tanımlamalı ve bu tanımlayıcıyı hastanın odasının giriş kapısına asmamız gerekiyor, giriş kapısında bulundurmamız gerekiyor. Burada bir örneğini görüyorsunuz bu uygulamanın, hasta kapısında düşme riski dört yapraklı yonca figürünü görüyorsunuz. Burada da hasta odasında yatak başına asılmış bir örneğini görüyorsunuz dört yapraklı yonca figürünün.

İkinci olarak ne yapabiliriz? Burada risk düzeyine göre önlemler alınmalıdır diyoruz. Peki, ne gibi önlemler alalım, bunu nasıl belirleyeceğiz? Biz burada Başkanlık olarak çok standart önlemler almak yerine hastada hangi tip risk faktörü varsa var olan risk faktörlerine göre kurum tarafından belirlenmesi gerektiğini uygun gördük ve bu şekilde Hizmet Kalite Standartlarında da bu şekilde tanımladık. Yani var olan risk faktörlerine göre alınacak önlemlerin kurum tarafından belirlenmesi gerektiğini söylemek istiyorum burada.

Peki, İtaki ve Harizmi Düşme Riski Ölçeklerini ne zaman kullanalım? Yatan hastanın bölüme ilk kabulünde, ilk değerlendirme olarak kullanmamız gerekiyor. Post-operatif dönemde kullanmamız gerekiyor. Hastada bölüm değişikliği varsa bu durumda tekrarlamamız gerekiyor. Hasta düşmesi durumunda ölçekleri yeniden uygulamamız gerekiyor. Yine, risk faktörleri kapsamında hastada bir durum değişikliği söz konusuysa İtaki ve Harizmi Düşme Risk Ölçeklerini tekrar uygulamamız gerekiyor hastaya.

Peki, ölçek kullanımı hakkında önemli birkaç not, bunlardan bahsetmek istiyorum biraz da size, her iki Ölçek için de geçerli bu; Ölçeklerimizin içeriği değiştirilmemek kaydıyla üzerinde kurumlarımız şekilsel düzenleme yapabilirler.

Az önce de söylediğim gibi İtaki Düşme Risk Ölçeği, yalnızca yetişkin hastalarda Harizmi Düşme Risk Ölçeği ise yalnızca çocuk hastalarda kullanılacak.

Düşme olayları konusunda mutlaka kalite yönetim birimine bildirim yapılması gerektiğini söylemek istiyorum.

Ölçeklerimizin kullanımı gönüllüdür demek istiyorum. Bu noktada şu an itibariyle gönüllü olduğunu belirtmek istiyorum. Ölçeklerimiz üzerinde bilimsel anlamda dünya literatüründe de geçerlilik kazanması açısından şu anda Daire Başkanlığımızda bilimsel bir çalışma da başlatılmış durumda. Geçerlilik ve yürürlük çalışmasını da başlatmış durumdayız. Bu çalışmalar tamamlandıktan sonra ülkemizde kullanılan kullanımı zorunlu standart ölçekler noktasında da önümüzdeki dönemlerde ölçeklerimizi kullanacağız.

Yoğun bakım bölümlerinde yatmakta olan tüm çocuk hastalar için yüksek riskli kabul etmemiz gerekiyor tüm çocuk hastaları ve ancak dört yapraklı yonca sembolünü kullanmamamız gerekiyor yoğun bakım bölümünde yatan çocuklar için sadece. Tüm hastaları yüksek riskli olarak kabul edeceğiz, ona göre önlemler alacağız ancak dört yapraklı yonca figürünü kullanmayacağız yoğun bakım bölümleri için.

Bir de ölçeklerin kullanımı hakkında çalışanlara mutlaka eğitim verilmesi gerektiğini söylüyoruz. Eğitim neleri kapsamalı, onlara bakalım; ölçeğin kullanımı konusunda bir eğitim vermemiz gerekiyor çalışanlarımıza, risk faktörlerinin doğru değerlendirilmesi, risk faktörlerinde yer alan hasta bakım ekipmanları neler, bazen sağlık çalışanlarında algı yanılmalarına neden olabiliyor bu konularda da mutlaka bilgi verilmesi gerekir diye düşünüyoruz. Yine, düşme riski açısından riskli ilaçlar neler, bunları, çünkü riskli ilaçlar da düşmelere neden olabiliyorlar, bu ilaçlar konusunda mutlaka bilgi verilmelidir diye düşünüyoruz. Ve alınması gereken önlemler nelerdir, bu konularda eğitim yapılması gerekiyor.

Ölçeklere nasıl ulaşabilirim diye soracak olursanız; Daire Başkanlığımızın web sitesinden ulaşmanız mümkün.

Çok teşekkür ediyorum.

