



T.C.

UFUK ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI

TÜRKİYE'DE SAĞLIK KURUMLARINDA AKREDİTASYON

Burak MERMER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Özkan ÜNVER

Ankara, 2016

TÜRKİYE’DE SAĞLIK KURUMLARINDA AKREDİTASYON

Burak MERMER

**T.C.
UFUK ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ankara, 2016

KABUL VE ONAY

Burak Mermer tarafından hazırlanan “Türkiye’de Sağlık Kurumlarında Akreditasyon”
15.10.2016 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jüri
tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Bedriye SARAÇOĞLU (Başkan)



Prof. Dr. Özkan ÜNVER (Danışman)



Prof. Dr. Sadi GÜNDOĞDU (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.



[Unvanı, Adı ve Soyadı]

Enstitü Müdürü



BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim/Raporum sadece Ufuk Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun 4 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

15.06/2016

Burak MERMER

ÖZET

Son yıllarda hizmet sektöründe müşteri beklentilerini dikkate alan yöntemleri geliştiren kuruluşların, rakiplerine göre avantaj elde ettikleri açık olarak görülmektedir. Bu avantajı sağlamada en önemli yaklaşımlardan biri toplam kalite anlayışını kurum kültürüne yaymakla mümkün olmaktadır. Zamanla kurum kültürüne yayılmaya çalışılan kalite uygulamalarını standart hale getirmek için çeşitli standartlar, ödüller ve akreditasyon kriterleri geliştirilmiştir.

Bu proje ödevinin amacı; akreditasyon kavramı hakkında detaylı literatür bilgisi sunmak, akredite olmak isteyen bir sağlık kuruluşunun akreditasyon sürecinde hangi yolları izlemesi, neler yapılması gerektiğini ve hangi kriterlere göre akredite olacağını konusunda yol gösterici olmaktır.

Anahtar Kelimeler: *Akreditasyon, sağlık hizmetleri, kalite belgelendirme*

ABSTRACT

It is clearly observed that in the recent years the organizations in the services sector that develop techniques considering the customer expectations obtain an advantage compared to their competitors. One of the most important approaches in providing this advantage becomes possible by deploying the total quality insight into the organizational culture. In time, various standards, awards and accreditation criteria have been developed in order to standardize the quality applications that are attempted to be spread to the organizational culture.

The aim of this project work is to offer detailed information on the literature about the concept of accreditation, to guide a health organization that wishes to be accredited for the routes to be followed during the accreditation process and to show the guiding principles for the procedures to be carried out and also to guide them about the relevant accreditation criteria.

Key Words: *accreditation, health services, quality certification*

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

KABUL VE ONAY	ii
BİLDİRİM	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
GİRİŞ	1

BÖLÜM 1

1. SAĞLIK ORGANİZASYONLARINDA AKREDİTASYON	2
1.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE AKREDİTASYON	2
1.1.1. Akreditasyonun Tanımı	4
1.1.2. Akreditasyonun Gelişimi	6
1.1.3. Akreditasyonun Önemi ve Amacı.....	9
1.1.4. Akreditasyonun Faydaları.....	11
1.1.5. Akreditasyonun Özellikleri.....	14
1.1.6. Akreditasyonun İlkeleri	16
1.2. AKREDİTASYON PROSEDÜRÜ VE AKREDİTASYON STANDARTLARININ OLUŞTURULMASI.....	18
1.2.1. Akreditasyon Prosedürünün Başlatılması	18
1.2.2. Akreditasyon Standartlarının Oluşturulması	25
1.2.3. Akreditasyon Standartlarının Belirlenmesi.....	26
1.2.4. Akreditasyon Standartlarının Düzenlenmesi	29
1.2.5. Akreditasyon Standartlarının Derecelendirilmesi ve Sürekli Kalite Geliştirme.....	29
1.3. AKREDİTASYONUN ULUSLARARASI BOYUTU	30
1.3.1. Dünyadaki Laboratuvar Akreditasyonu ile İlgili Örgütler.....	32
1.3.1.1. Uluslararası Akreditasyon Forumu	33
1.3.1.2. Uluslararası Laboratuvar Akreditasyon Birliği	34

1.3.1.3. Avrupa Akreditasyon Birliği	35
1.3.1.4. Asya-Pasifik Akreditasyon Birliği	36
1.3.1.5. Pasifik Akreditasyon Birliği	37
1.3.1.6. Amerika Akreditasyon Birliği	37
1.4. TÜRK AKREDİTASYON KURUMUNUN YAPISI VE FAALİYETLERİ	38
1.4.1. Türk Akreditasyon Kurumuna İlişkin Bilgiler.....	38
1.4.1.1. Tarihçe.....	38
1.4.1.2. Kuruluş Amacı	38
1.4.2. Akreditasyon Sistemini Gerekli Kılan Gelişmeler	39
1.4.3. Türkiye’de Akreditasyon Yapılması Süreci.....	39
1.4.4. TÜRKAK’ın Faydaları	40
1.4.5. Kurumun Görev ve Yetkileri	41
1.4.6. Personel Durumu İstihdam Şekilleri.....	41
1.4.7. Türk Akreditasyon Kurumu Faaliyetleri.....	41
1.4.7.1. Akreditasyon	41
1.4.7.2. Denetçi Havuzu Oluşturma	43
1.4.7.3. Eğitim	43
1.4.7.4. Belge İnceleme	44
1.4.7.5. Akreditasyon Ücretleri	44

BÖLÜM 2

2. HASTANELERDE ULUSLARARASI AKREDİTASYON STANDARTLARI.....	47
2.1. HASTANELERDE ULUSLARARASI AKREDİTASYON STANDARTLARININ UYGULANMASI (JCI HASTANE AKREDİTASYONU).....	47
2.1.1. JCI (Uluslararası Birleşik Komisyon).....	47
2.1.2. Akreditasyon Araştırması İçin Genel Liyakat Koşulları	48
2.1.3. Bir Akreditasyon Araştırmasının Amacı	48
2.1.4. Akreditasyon Araştırmalarının Kapsamı	49

2.1.5. Akreditasyon Araştırmalarının Sonuçları	49
2.1.6. Akreditasyonun Verilmesi	49
2.1.7. Akreditasyonun Geçerliliği	50
2.1.8. Bilgi Kesinliği ve Doğruluğu	50
2.2. JCI HASTANELER İÇİN AKREDİTASYON STANDARTLARI	51
2.2.1. Hastanelerde JCI Akreditasyon Örgütü'nün Yönetmel Alanlara Ait Standartları	51
2.2.1.1. Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği	51
2.2.1.2. Yönetim, Liderlik ve Yönlendirme	53
2.2.1.3. Tesis Yönetimi ve Güvenliği	54
2.2.1.4. Çalışanların Niteliği ve Eğitimi	56
2.2.1.5. Enfeksiyon Kontrolü ve Korunma	58
2.2.1.6. Bilgi Yönetimi	59
2.2.2. Hastanelerde JCI Akreditasyon Örgütünün Hasta Odaklı Alanlara Ait Standartları	61
2.2.2.1. Hizmete Erişim ve Hizmet Güvenliği	62
2.2.2.2. Hasta ve Yakınlarının Eğitimi	63
2.2.2.3. Hasta Bakımı	64
2.2.2.4. Hasta ve Yakınlarının Hakları	65
2.2.2.5. Hastanın Değerlendirilmesi	67

BÖLÜM 3

3. SONUÇ	94
-----------------------	-----------

KAYNAKÇA	97
-----------------------	-----------

ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa No:

Çizelge 1. Ülkelerin Sağlık Alanında Faaliyet Gösteren Akreditasyon Programları ve Başlangıç Yılları.....	9
Çizelge 2. Türkiye’de Akredite Olmuş Sağlık Kuruluşları	69



ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No:

Şekil 1. JCI Akreditasyon Standartlarının Oluşumu	28
Şekil 2. Organizasyon Şeması	46



GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık hizmeti veren kurumlar tarafından verilen bakımın içeriği ile değil hizmetin sunumu ve yönetimi ile ilgilidir. Dünya ülkelerinde uzun zamandır sağlık alanında meydana gelen hızlı ilerlemeler ve değişim gelişmiş ülke hastanelerinin fiziksel ve fonksiyonel yapılanmasında önemli değişimlere de neden olmuştur. Kalite konusunda bilinçlenme giderek artmakta, hizmet satın alanlar daha iyi sağlık hizmetleri beklemektedirler.

Önceleri özel hastanelerde başlayan ve kısa bir zaman içinde kamu hastanelerinde de yaygınlaşan kaliteli hizmet sunum çabaları, sağlık hizmetleri kalitesinin tarafsız bir dış kuruluş tarafından belgelenmesi ihtiyacını doğurmuştur. Tarafsız bir dış kuruluş tarafından belgelenme ihtiyacı ilk kez (ABD)'de ortaya çıkmıştır. Ülkede hizmet sunan sağlık kuruluşlarına akreditasyon belgesi "Joint Commission Accreditation For Health Organization" (JCAHO) tarafından verilmeye başlanmıştır. Kâr amacı gütmeyen hizmet veren bu kuruluş sağlık hizmeti sunan profesyonellerinin oluşturduğu derneklerin işbirliği ile kurulmuştur. JCAHO kuruluşunun temel çalışma alanları "Hastanın tedavi ve bakım hizmetleri ile profesyonel yönetim fonksiyonlarıdır."

ABD' de sağlık hizmetlerinde başlayan bu hareket 1990 yılından itibaren dünya ülkelerinin de dikkatini çeken bir çalışma olmuştur. Joint Commission International (JCI), JCAHO'nun bir alt bölümüdür. JCI uluslararası arenada hastane akreditasyonu yapmak üzere kurulmuş bir kuruluştur. JCI'nin misyonu dünya çapında akreditasyon hizmetleri sağlayarak uluslararası arenada sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmek ve iyileştirmektir.

Ödevimizin I.bölümünde sağlık organizasyonlarında akreditasyon başlığı altında akreditasyonun tanımı, gelişimi, önemi, amacı, faydaları, akreditasyon prosedürünün başlatılması, oluşturulması, belirlenmesi ve standartların derecelendirilmesi hakkında bilgi verilmiş devamında da akreditasyonun uluslararası boyutu hakkında bilgilendirme yapılarak ülkemizdeki akreditasyon kurumu olan TÜRKAK hakkında bilgi verilmiştir. II. bölümde ise ülkemizdeki ve diğer ülkelerdeki sağlık kuruluşlarını akredite eden kuruluş olan JCI hakkında bilgi verilerek JCI'nin hastaneler için akreditasyon standartları hakkında bilgi verilmiştir.

BÖLÜM 1

1. SAĞLIK ORGANİZASYONLARINDA AKREDİTASYON

1.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE AKREDİTASYON

Bu bölümde ilk olarak sağlık organizasyonlarında akreditasyon süreci incelenecek, genel anlamıyla bu sürecin dünyada nasıl başladığı, gelişimi, önemi, akreditasyon standartlarının oluşturulması için görev alan birimlerin çalışma şekli, izlenen yöntemler ele alınacaktır. Devamında sağlık akreditasyonunun uluslararası boyutu incelenecek, laboratuvar akreditasyonu yapan kuruluşların dünyadaki örgütlenme biçimlerine, konu ile ilgili Türkiye'deki gelişmelere ve Türk Akreditasyon Kurumu ve çalışmalarına değinilecektir.

Yirminci yüzyılın son yıllarında, ülke hastanelerinin fiziksel ve fonksiyonel yapılanmasında önemli değişimler olmuştur. Hastalıkların teşhis ve tedavisinde olduğu kadar hastalıklardan korunmak için de geliştirilen tıbbi teknoloji, hastanelerde yataklı servislere kabul edilen hastaların yatış sürelerinde azalmaya, yatak devir hızlarında ise artışa neden olmuştur. Hastaların teşhis ve tedavi planlamaları servislerden polikliniklere kaymaktadır. Hasta tedavi bakım fonksiyonlarında meydana gelen bu değişim, hastane yapılanma tasarım ve fonksiyonlarını etkilemekte ve hastalara mümkün olan en kısa süre içerisinde kaliteli bir sağlık hizmeti sunulmasını gerektirmektedir (Çoruh, 1997: 3-5, alıntılayan Akyurt, 2007: 3). 1990'lı yılların ortalarında hasta ve bakım fonksiyonlarında meydana gelen bu değişim hareketleri 2000'li yılların başından itibaren büyük bir ivme kazanmıştır. Sağlık hizmetleri içinde hastanelerin her zaman özel bir yeri olmuştur. Çünkü bütün hizmet zinciri içinde en çok kaynak hastanelerde tüketilmektedir. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı bütçesindeki harcamaların yaklaşık %40'ı her zaman hastane hizmetlerine ayrılmaktadır. Bu durumda, hastanelerde, sağlık hizmetlerinde verimlilik, etkililik, hakkaniyet vb. gibi ilkeleri yerleştirme zorunluluğu vardır. Özellikle yatan hastalara ayrılan kaynaklar ve ileri laboratuvar tetkikleri hastane giderlerinin büyük boyutlara

ulaşmasında iki önemli etkindir. Bu sebeple gelişmiş ülkeler, hastanede kalış sürelerinin minimuma indirilmesine, ayaktan tedavi kliniklerinin (outpatient clinics) başarılı olmasına ve sayılarının çoğaltılmasına, gereksiz laboratuvar kullanımının önlenmesine büyük çaba göstermektedir (Sur, 2006: 1). Hekimin yakından kontrolüne veya hemşire bakımına gerek duymayan hastalar, hastanelere bitişik olarak inşa edilen otellerde bir süre kalarak yakından takip edilmektedir. Bu çalışmaların amacı hastaya verilen hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve sağlık harcamalarının azaltılmasıdır (Yerebakan, 2000: 46). Kaliteli mal veya kaliteli hizmet sunumu, bilinenin tam tersine daha ucuza mal olmaktadır. Ülkelerde üretilen tüm gelirler toplamına bakıldığında, sağlık giderlerine ayrılan harcamaların yüksek oranları bulması, birçok ülke hükümetlerini hastane masraflarını kontrol altına almaya ve sağlık sistemlerinde reform niteliğinde düzenlemeler yapmaya zorlamaktadır. Ülkemizdeki duruma bakıldığında, son beş yıl içerisinde, özel hastane sayısındaki hızlı artış, vatandaşların kendilerinin ve ailelerinin sağlıklarına giderek daha fazla önem vermeleri ve nitelikli sağlık hizmeti beklentilerini dikkate almaları konusunda yarar sağlamıştır. Dünya ülkelerindeki hastaların sağlık bakım ihtiyaçlarını tatmin edici bir düzeyde karşılamak amacıyla önceleri özel hastanelerde başlayan ve kısa bir zaman içinde kamu hastanelerinde de yaygınlaşma eğilimi gösteren kaliteli hizmet sunum çabaları. Sağlık hizmetleri kalitesinin tarafsız bir dış kuruluş tarafından belgelenmesi ihtiyacını doğurmuştur (Akyurt, 2007: 4). Sağlık sektöründeki ilk akreditasyon kurumu 1951 de ABD de American College of Surgeons, American College of Physicians, American Hospital Association, American Medical Association ve Canadian Medical Association'ın katılımıyla "Joint Commission on Accreditation of Hospitals" olarak kurulmuştur. 1987 yılında hastaneler dışında sağlık kuruluşları için de akreditasyon programı geliştirilince komisyonun ismi "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations" (JCAHO) olarak değiştirilmiştir (Kuş, 2006: 1). Kar amacı gütmeyen bu kuruluş devletten bağımsız fakat devlet ile işbirliği içerisindedir. Misyonu hastanelerde ve diğer sağlık kuruluşlarında, hizmet kalite standartlarının oluşturulması, izlenmesi ve denetlenmesi olarak revize edilen JCAHO'un sağladığı başarı, akreditasyon uygulamalarının ülke çapında yaygınlaşmasını sağlamıştır. Akreditasyonun amacı, sağlık kuruluşlarını belirli kriterler bazında tutmanın yanında, hastaya odaklı ve daha çok performans yönünden organizasyonu değerlendirmeye yöneliktir (Demirel Etöz,

2008: 54). Dünyadaki en büyük akreditör 1994 yılı içinde 4264 organizasyonu denetleyen JCAHO'dur. Komisyonun kalite değerlendirme yaklaşımı hastaya odaklı ve performans bazlıdır (İnceboz, 2009: 115). Sağlık hizmet kalitesinin tarafsız bir dış kuruluş tarafından belgelenmesi ihtiyacının arkasında çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bunlar küreselleşme neticesinde çok uluslu şirketlerin değişik ülkelerde bulunan çalışanlarına güvenli ve etkili sağlık hizmeti sunulması için gösterdikleri çaba ve hassasiyet, devletlerin toplum sağlığını iyileştirme isteği ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi yolundaki eğilimi, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık çalışanlarının mesleki anlamda kendilerini geliştirme ihtiyaçlarıdır. Tüm bu nedenler sağlık hizmet kalitesinin tarafsız bir dış kuruluş tarafından belgelenmesi ihtiyacını ortaya çıkarmıştır (Akyurt, 2007: 5).

1.1.1. Akreditasyonun Tanımı

Sanayi devrimi ile birlikte ürün ve üretici firmaların sayıları artmış, ürün veya hizmetin kullanıcıya veya müşteriye beğendirilmesini sağlamak amacıyla sürekli iyileştirme ihtiyacı ortaya çıkmış ve üretici firmalar arasında rekabet ortamı doğmuştur. Satışlardan daha büyük pay almak için ürüne yeni özellikler ekleme gayretlerini 1980'lerde müşterinin talep ve beklentilerini karşılamak izlemiştir. Üretim ve hizmet kalitesini arttırmak için geliştirilen kalite standartları uygulamaları ürün kalitesini kurum dışı bir kuruluşa onaylatmak ihtiyacını doğurmuş ve bunun bir neticesi olarak akreditasyon kurumları oluşmuştur. Akreditasyon kelimesinin kullanıldığı yerlere göre değişik anlamları vardır (Çoruh, 2000: 2).

Akreditasyonun tanımını vermeden önce, anlam karmaşasına yol açan iki kavram olan "ruhsatlandırma" ve "akreditasyon" terimlerini açıklamak gerekmektedir. Günümüzde, gerek ülkemizde gerekse dünyada sağlıkta akreditasyon işlemi, ruhsatlandırma kavramı ile aynı anılmakta veya karıştırılmaktadır (Rehber, 2002:15). Bu iki terim eş anlamlı olarak kullanılsa da, aslında farklı kavramları, farklı hedefleri, farklı kaynakları gerektirirler ve farklı tipteki kurumlar tarafından yürütülürler. Dünyada pek çok ülke, sağlık hizmeti tesisleri ve sağlık çalışanları için bir çeşit ruhsatlandırma sistemi kullanmaktadır, daha az sayıda ülke ise (yaklaşık 40) sağlık hizmetleri tesisleri için aynı zamanda akreditasyon sistemini de kullanmaktadır. Ruhsatlandırma işlemi,

tesisin güvenilir biçimde çalışması ve hastayı zarardan koruması için gerekli minimum standartları belirleyen bir grup standarttan oluşmaktadır. Sağlık tesislerine ilişkin ruhsatlandırma standartları, güvenli tıbbi bakım için gerekli ekipman tipi ve kalitesini, asgari personel seviyesi ve niteliklerini, fiziksel tesislerin hacmini ve özelliklerini belirlemektedir. Ruhsatlandırma gereksinimleri genelde “yapısal” veya “fiziksel” standart şeklindedir ve özellikle hasta güvenliğine ilişkin özellikli konularda uygulanmaktadır (Özdil, 2010: 46). Bu standartlar çoğunlukla;

- Oda büyüklüğü ile ilgili kriterleri,
- Ekipmanla ilgili ile ilgili kriterleri,
- Çevre ve hasta güvenliği ile ilgili kriterleri içermektedir (Akyurt, 2007: 6).

Yani ruhsatlandırma tesisin güvenli biçimde çalışması ve hasta ve çalışanları zarardan koruması için gerekli minimum kriterleri belirleyen bir grup standartla bir sağlık hizmeti tesisini yargılama sürecidir. Sağlık tesislerine ilişkin ruhsatlandırma standartları, güvenli tıbbi bakım, gerekli ekipman tipi ve kalitesini, asgari personel sayısını ve niceliklerini, fiziksel tesisin hacmini ve özelliklerini belirlemektedir. Her zaman devlet tarafından yerine getirilir ve zorunludur (Aydın, 2009: 9). Eğer sağlık tesisi, bu asgari standartlardan herhangi birini sağlamıyor ve güvenli hasta hizmeti vermiyor ise görev yapmasına izin verilmemelidir. Tesise eksikliğini gidermesi için genellikle 30-90 günlük bir süre verilir veya tesisten sunucu olarak sağlık hizmeti vermesini durdurması istenebilir. Hastane ruhsatlandırmasına yönelik temel kavramlar burada aktarıldıktan sonra yazımızın devamında tanımına da yer verilecektir (Akyurt, 2007: 6).

Akreditasyon, “kamu veya özel bir kurumun gönüllü olarak sağlık kurumlarına verdiği yapı, süreç ve çıktılarda sürekli olarak gelişimi gerektiren, belli standartları karşılayan tanınma ve kabul özelliği verilmesinin gönüllü süreci” olarak tanımlanmaktadır. Roa ve Rooney’e göre ise akreditasyon, “sağlık hizmeti sunan kurumun, hizmet kalitesini geliştirmek için tasarlanmış bir takım koşulları sağlayıp sağlamadığını belirlemek amacıyla o sağlık kurumunun değerlendirildiği bir süreçtir” (Özdil, 2010: 46). Başka bir tanımda ise akreditasyon, sağlık kuruluşundan ayrı ve müstakil, çoğunlukla resmi

kimliği olmayan bir birimin, sağlık kuruluşunun hizmetinin kalitesini iyileştirmek için tasarlanmış bir dizi gereksinimi karşılayıp karşılamadığının değerlendirdiği bir süreçtir (JCI: 2003). Aynı zamanda akreditasyon işlemi, hasta bakım kalitesini arttırmak için ihtiyaç duyulan bir dizi standartın sağlık kurumlarındaki uygulama yeterliğinin bağımsız ve kar amacı gütmeyen uluslararası bir kuruluş tarafından belgelendirilmesidir (Akyurt, 2007: 7). Etkin bir yönetim ve işletim modeli olarak başta Amerika Birleşik Devletleri olmak üzere bütün dünyada kabul görmekte olan akreditasyon standartları, genellikle optimum seviyede hasta bakım kalitesinin geliştirilmesi, güvenilir bir hasta bakım ortamı sağlanması, hasta ve hizmet verenlerin risklerinin azaltılması prensiplerini taşımakta, iyileştirme ve geliştirme çalışmalarının devamlılığını sağlamaktadır ve sağlık kurumunun kurum taahhüdü olduğunu göstermektedir. (Özdil, 2010: 47). Akreditasyon çoğunlukla gönüllüdür. Akreditasyon standartları genellikle en uygun ve ulaşılabilir olarak kabul edilir. Akreditasyon, bir kuruluş tarafından hasta bakımının kalitesini iyileştirmek, güvenli bir çevre sağlamak ve hastalar ve personele yönelik riskleri azaltmak için sürekli çalışmak üzere görünür bir taahhüdü temsil etmektedir. Akreditasyon, etkin bir kalite değerlendirme ve yönetim aracı olarak dünya çapında ilgi odağı olmuştur (JCI: 2003).

1.1.2. Akreditasyonun Gelişimi

Hastanelerde akreditasyon düşüncesinin ilk oluşumu 1917'de Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya atılmış olup, bu düşüncüyü ilk benimseyip üzerinde çalışan ülkeler arasında Kanada ve Avustralya bulunmaktadır (Akyurt, 2007: 7). Akreditasyon ilk olarak sağlık hizmeti sunumundaki artan standardizasyon ihtiyacını karşılamak üzere 1913 yılında Amerika'da başlamıştır. Temelde akreditasyon ihtiyacı hastanelerin memnuniyet kayıtlarını tutarak rekabet ortamı oluşturma arzularından kaynaklanmıştır. Bu ihtiyaç sonucunda Amerikan Cerrahlar Birliği 1917 yılında Hastane Standardizasyon Programını devreye sokmuştur. Bu adım akreditasyon sisteminin temelini oluşturması bakımından önemli olmuştur.

Başlangıçta sadece 5 tane olan bu standartlar, hastanelerdeki klinik süreci denetlemeyi amaçlamakta ve hastanelerin uygulamalarının denetçiler tarafından değerlendirilmesini içermektedir. Bu süreç sağlık hizmeti veren kurumları kayıtlarını yeterli ve düzenli

tutmaya sevk etmiştir (Özdil, 2010: 48).

Sağlık sektöründeki ilk akreditasyon kurumu 1951 yılında ABD’de American College of Surgeons, American College of Physicians, American Hospital Association, American Medical Association ve Canadian Medical Association’ın katılımıyla “Joint Commission on Accreditation of Hospitals” olarak kurulmuştur. Bu müessesenin faaliyetleri 1913’te kurulan American College of Surgeons tarafından 1917 yılında başlatılan hastane standardizasyonunun devamı olarak kabul edilmektedir. 1987 yılında hastaneler dışında sağlık kuruluşları için de akreditasyon programı geliştirilince komisyonun ismi “Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations” (JCAHO) olarak değiştirilmiştir (Aydın, 2009). 1959 yılında Kanada ve Avustralya, JCAHO’dan çekilme kararı almıştır. Kanada ve Avustralya “The Canadian Council on Health Facilities Accreditation” ve “Australian Council on Health Care Standards” adları ile kendi ulusal akreditasyon organizasyonlarını kurmuş ve standartlarını oluşturmuşlardır (Özdil, 2010: 50). Ulusal akreditasyon kuruluşları Avustralya’da 1973 ve Yeni Zelanda’da 1987 yılında kurulmuştur. İngiltere’de 1988 yılında Güneybatı Bölgesel Sağlık Otoritesi tarafından küçük devlet hastanelerini denetlemek üzere Bristol Üniversitesi’nde hastane akreditasyon programı başlatılmıştır. 1989 yılında da King’s Fund Organizational Audit genel hastaneleri değerlendirmek için kurulmuştur. Dünyadaki en büyük akreditör 1994 yılı içinde 4264 organizasyonu denetleyen JCAHO’dur (Yetkinlioğlu, 2009: 20).

1960’lı yıllarda akreditasyon uygulamaları yaygınlaşmış, bu dönemde yaşam güvenliği, tıbbi kadro ve kalite güvencesine odaklanan yaklaşımlar ağırlık kazanmıştır.

1970’li yıllarda, özel tanıların ve prosedürlerin zaman sınırlı denetimi kavramı geliştirilmiştir. Bununla birlikte akreditasyon denetimleri, üç yılda bir yenilenen, uzun zaman alan ve masraflı bir süreç haline almıştır.

1988’de yayınlanan “Organizasyon ve yönetim verimliliği prensipleri” adlı yönetmelik ile akreditasyon standartlarının Toplam Kalite Yönetimi felsefesine göre yeniden düzenlenmesi, Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarının sağlık sektöründe yaygınlaşmasını sağlamıştır.

1989'da hastaneler dışındaki sağlık kuruluşları için de akreditasyon programları geliştirilip daha geniş bir alana hizmet sunabilmek amacıyla kurumun adı 'Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu İçin Birleşik Komisyon (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizasyon (JCAHO)' olarak değiştirilmiştir (Karabulut, 2009: 114).

Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık alanında akreditasyon hizmetlerini sunan JCAHO yanında, kâr amacı gütmeyen, sağlık hizmetinde standartlar oluşturan, bunların gelişimine katkıda bulunan çeşitli kuruluşlar bulunmaktadır. Tüm bu kuruluşlar topluma sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini güvence altına almada rol oynamaktadırlar.

Yukarıda da bahsettiğimiz gibi 1999 yılına kadar JCAHO, ABD ve diğer ülke sağlık kuruluşlarını destekleyen bir kuruluş iken, yeni bir yapılanma sürecine girerek, Amerika dışındaki kuruluşları desteklemek üzere yeni bir örgüt olan Joint Commission International'ı (JCI) kurmuştur. Joint Commission International dünya genelinde sağlık kuruluşlarına akreditasyon hizmeti vermeye başlamıştır. Joint Commission International, JCAHO ile Quality Health Research (QHR) ortaklığı sonucu doğmuştur. JCAHO ile QHR, Amerika'da faaliyet gösteren kâr amacı gütmeyen organizasyonlardır. Amerika dışında bulunan diğer hastaneleri akredite etmeye yönelik oluşturulan JCI yeni yapılanma sürecini tamamlarken, dünya ülkelerinin sağlık kurumlarında da akreditasyona olan ilgi hızla artmıştır. Akreditasyon standartlarının özel veya genel sağlık bakım hizmeti veren bütün kuruluşlara hitap ediyor olması, etkili bir kalite değerlendirme ve yönetim aracı olarak son yıllarda dünya çapında önem kazanmasını sağlamıştır. 1951 yılında Amerika'da JCAHO ile başlayan akreditasyon hareketlerinden etkilenen ve ulusal akreditasyon programlarını JCAHO ve JCI akreditasyon örgütleri göre oluşturulan ülkeler, program isimleri ve başlangıç yılları Çizelge 1'de verilmektedir (Özdil, 2010: 51).

Çizelge 1. Ülkelerin Sağlık Alanında Faaliyet Gösteren Akreditasyon Programları ve Başlangıç Yılları

İlk yıl denetimi	Programlar	Program Adeti
1951	ABD (JCAHO)	1
1958	Kanada	1
1974	Avustralya (ACHS)	1
1979	ABD (AAAHC)	1
1986	Tayvan (TJCHA)	1
1987	Avustralya (QIC)	1
1989	Yeni Zelanda	1
1990	Birleşik Krallık (HAP)	1
1991	Birleşik Krallık (HQS), US (NCQA)	2
1994	Güney Afrika	1
1995	Finlandiya, Kore, Endonezya	3
1996	Arjantin, İspanya (FAD)	2
1997	Çek Cumhuriyeti, Japonya	2
1998	Avustralya (AGPAL), Brezilya (CBA), Joint Commission International, Polonya, İsviçre	5
1999*	Fransa, Malezya, Hollanda, Tayland, Zambiya	5
2000	Portekiz, İngiltere (CSBS), Filipinler	3
2001	Bulgaristan, Almanya, İtalya, İrlanda	4
Henüz İşlevsel Değil	Kolombiya, Slovakya, Moğolistan, Bosna	4
Toplam		38

Kaynak: Aydın, 2009: 13

1.1.3. Akreditasyonun Önemi ve Amacı

Sağlık kuruluşunun akreditasyon için geçirdiği süreç, sağlık kuruluşu olarak kendini geliştirmede de önemli bir araç olmaktadır. Akreditasyon işlemi bir sağlık kuruluşunun standartlar veya ölçümleri ile uyumunun, akreditasyona yetkili bir kuruluş tarafından incelenmeye alınması ve onaylanmasını içeren resmi bir süreçtir.

Akreditasyon işlemi profesyoneller tarafından dışarıdan yürütülen mesleki bir değerlendirme ve karne çalışması olarak da adlandırılmaktadır.

Akreditasyon işleminin amacı ile ilgili farklı ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadeler arasında, hükümetten bağımsız, sağlık kuruluşunun tedavi kalitesini korumak ve geliştirmek için oluşturulan ve standartlara uygunluğu belirlemek için sağlık kuruluşunun kontrollerden geçirilmesi/taranması işlemleri bulunmaktadır. Diğer bir ifade ise, akreditasyonun aynı zamanda bir işletmenin/organizasyonun çalışmalarının uluslar arası standartlara ne kadar uygun olduğunu gözden geçirme süreci şeklindedir.

Akreditasyon örgütü kuruluş amacı, sağlık örgütünün daha yüksek kaliteye ulaşması için, sağlık kuruluşlarına sunulan akreditasyon hizmetinin kalitesinin geliştirilip, bu sürecin her geçen gün daha da yükselmesi olarak açıklanmıştır (Akyurt, 2007: 15).

Tarafsız ve bağımsız bir dış kaynak tarafından hastanenin incelenmesi ve bu şekilde sağlık hizmetlerinde yüksek standartlara ulaşma ile birlikte organizasyonun ve bireylerin kalite iyileştirme konusu üzerine odaklanmaları sağlanmaktadır (Karabulut, 2009: 116).

Akreditasyon sertifikası, esasında, bir kalite işaretidir. Dünyada akreditasyon uygulamalarına bakıldığında ve süreç içerisinde *kalite göstergeleri* olarak değerlendirildiğinde, akreditasyon standartlarının amaçları arasında, hasta beklentilerini karşılamak, kuruluşun performansını değerlendirmek, hizmet kalitesini artırmak olduğu görülmektedir (Akyurt, 2007: 16).

- Sağlık hizmetleri kuruluşlarına yönelik standartları karşılamada optimal başarı hedefleri koyarak sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmek,
- Seçilmiş yapı, süreç ve sonuç standartlarını veya kriterlerini karşılayabilmek için sağlık hizmetleri kuruluşlarının karşılaştırmalı veri tabanını oluşturmak,
- Sağlık hizmetlerinin yönetim yapısını geliştirmek,
- Hizmetlerin artan verimliliği ve etkinliği üzerine odaklanarak sağlık hizmetleri maliyetini azaltmak,

- Sağlık kuruluşlarına, yöneticilerine ve sağlık çalışanlarına; sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme stratejileri ve “en iyi uygulamalar” konusunda eğitim ve danışmanlık sağlamak,
- Halkın, sağlık hizmetlerinin kalitesine olan güvenini sağlamak,
- Hastalar ve personelle ilgili olarak yaralanma ve enfeksiyonlara bağlı riskleri azaltmak diğer amaçlar arasındadır (Aydın, 2009: 14).

1.1.4. Akreditasyonun Faydaları

Akreditasyon hizmetini sunan örgüt ve bu hizmeti almaya niyetli ve gönüllü sağlık örgütlerinin yapmış olduğu çalışmalara yönelik incelenen literatürde, farklı ülkelerdeki farklı sağlık örgütlerinde (yani klinik uzmanlık alanı, ayakta tedavi hizmeti, birinci-ikinci-üçüncü basamak hastaneleri, eğitim hastaneleri...v.b.) algılanan yararlar açısından benzerlik olduğu gözlenmiştir. Akreditasyon işleminin faydaları ile ilgili yapılmış bilimsel çalışmalara bakıldığında, sağlık kurumu ve hasta açısından faydaları ayrı ayrı değerlendirilmiştir (Akyurt, 2007:22).

Akreditasyon işleminin *sağlık kurumu* açısından faydaları aşağıda gösterildiği gibidir. Bunlar:

- *Tam ekip çalışması ve ekip içi tutarlılık:* Profesyonel gruplar, uzmanlık birimleri, klinik ve destek hizmetleri, yöneticiler ve klinisyenler arasında daha fazla işbirliği,
- *Politikaların revizyonu:* Kurumun belirlemiş olduğu politikaların standardizasyonu ve geliştirilen klinik ve idari prosedürlerle ilgili iç görüşmeler,
- *Sürekli kalite gündeminin kuruma entegrasyonu:* Sağlık kuruluşunda çalışan farklı uzmanlık bilgi ve becerisine sahip personelin kalite faaliyetleri ile becerilerini bir araya getirmeye yönelik çalışmalar,
- *Standartların başarılması:* Akreditasyona uygun olmayan durumların belirlenmesi ve faaliyetlerin düzeltilmesi için öz-değerlendirme yapılması,

- *Dış ağ:* Diğer hastanelerdeki deneyimli personelle veya akreditasyon belgesini almış kurumlarla görüşerek akreditasyon denetimine hazırlanırken geçirilen zamanı öğrenmek ve yeni uygulamalarla kıyaslama yapabilmek,
- *Pazarlama, reklam:* Sağlık kuruluşunun toplumdaki imajını artırma ve alıcılarla personeli çekme fırsatı sağlamak olarak sıralanabilir.

Akreditasyon işleminin sağlık kurumu açısından faydaları yukarıda açıklandığı gibidir. Bu sürecin yani akreditasyonun işleminin *hasta açısından da* faydalarını incelemek gerekirse (Şen, 2010: 36);

- Hastalara yapılan tüm uygulamaların ve verilen ilaçların uygulayan hekim dışında, bir uzman hekim tarafından da kontrol edilebilmesi,
- Ailelerin ve hastaların bakım süreçlerine dahil edilebilmesi,
- Hastalara sunulan teşhis ve tedavi hizmetlerinin tıbbi literatürde tanımlanmış en yeni ve en ileri uygulamaları içerebilmesi,
- Hastaya, hekimini istediği zaman değiştirme hakkının verilebilmesi,
- Hastaya, hastalığıyla ilgili yapılan tüm girişimler ve girişim sonrası olası problemler hakkında önceden bilgi verilip, onay işleminin yapılabilmesi,
- Hastaya bilgi edinme hakkı, saygı görme hakkı, rıza alınması hakkı ve mahremiyet hakkı verilebilmesi,
- Hastayı uzman bir ekibin karşılaması (diploması olmayan bir hekim ya da hemşirenin müdahale etmesi imkansızdır),
- Hasta ve yakınlarının haklarına ve mahremiyetine saygı duyulması, korunabilmesi,
- Tedavilerinin her aşamasında bilgilendirilerek onamlarının/izinlerinin alınması,
- Şikayetlerini iletebilecekleri bir adresin olduğunu, bir sistemin işlediğini bilmeleri,
- Hastanın teşhis ve tedavisinde kullanılacak cihazların tümünün ilgili ve yetkili

makamlarca kontrolleri yapıp kayıt altına alınabilmeleri, şeklinde ifade edilebilir.

Sağlık hizmetlerini ve hizmetlerinin kalitesini geliştirecek mekanizmalara (akreditasyon, kalite ödülleri, ISO gibi) dünya çapında artan genel bir talep bulunmaktadır. Akreditasyon belgelerini almış sağlık kuruluşları (genel hastaneler, ayakta tedavi merkezleri gibi) halkın sık kullandığı sağlık bakım organizasyonlarının kalite ve bakım şartlarını arttırmışlardır (Gül, 2004).

Akreditasyon deneyimini yaşamış ve denetim sürecini başarı ile geçmiş olan sağlık kurumlarının deneyimleri ışığında, akreditasyonun bir bütün olarak o kuruluşa kazandırdığı faydaları aşağıda gösterildiği gibi özetlemek mümkündür.

- Sağlık bakım organizasyonlarının sunduğu hizmetleri artırması, bunun yanında da hasta bakımının geliştirilmesi için yeni yolların bulunmasını sağlamıştır.
- Hastane içi, bölümler arası, yatay ve yöneticilerle çalışanlar arasındaki dikey iletişim önemli oranda artmıştır.
- Tıbbi kaynakların kalitesi yükselmiştir. Önceden kullanılmayan veya atılan tıbbi kayıtlar, akreditasyon değerlendirmesinde kullanılacağından, çalışanların düzgün kayıt tutma alışkanlıkları gelişmiştir. Çalışanların, özellikle hekimlerin sağlık kuruluşlarına karşı olan tutumu değişmiştir. Önceden hastaneyi bir araç olarak gören çalışanlarda kuruma karşı bir sorumluluk duygusu oluşmuştur.
- Çalışanların mesleki konularda, kalite konusunda ve hastane yönetimi/işletmeciliği konusunda eğitimi gündeme gelmiştir.
- Başvuru ve eğitici etkisi sonucu hastaneler kendi kendilerini denetlemeye başlamışlardır.
- Tıbbi disiplin konularında ilerleme kaydedilmiştir. Hastane çalışanlarının performanslarını değerlendirmeye önem verilmiş ve karşılaşılan sorunlar konusunda tedbirler alınmıştır.

- Etkinliğin artırılıp maliyetlerin azaltılması sağlanmıştır.
- Kalite kavramı gelişmiş, hizmet kalitesini artırma yönünde çalışmalar ivme kazanmıştır.
- Daha iyi risk yönetim programlarının geliştirilmesi sağlanmıştır. Bunun sonucu;
 - Yüksek düzeyde güvenlik,
 - Personeli motive eden, onları onurlandıran, daha çok sorumluluk veren ve çalışanın organizasyona sadık kalmaları,
 - Bireysel ve kurumsal performansın objektif değerlendirilmesi sağlanmıştır (Uyanusta, 2006: 20).

1.1.5. Akreditasyonun Özellikleri

Üçüncü taraf değerlendirme tekniği olan akreditasyon, söz konusu kuruluşlarda güvenilirliğin sağlanması ve sürekliliği için önemli bir araçtır. Akreditasyon, girdiler ve fiziki altyapı üzerine odaklanmaktadır. Akreditasyonda, akredite eden kuruluş standartları oluşturmakta ve akredite edilecek olan kuruluşun bu standartları minimum düzeyde de olsa yerine getirdiğini onaylamaktadır. Akreditasyon sistemlerinin temelinde üç ana unsur yer almaktadır. Bu unsurlar;

- Akreditasyon kurulu; devlet ve özel sektör sağlık yöneticilerinden oluşan temsilciler grubudur.
- Standartlar dizisi ve bunlara bağlı olan dokümanların oluşturulmasıdır.
- Yapılan çalışmaların standartlarla uygunluğunu belirlemek üzere seçilmiş ve eğitilmiş denetçi kurum ve kişilerdir.

Akreditasyon olgusunun temel aldığı bu üç ana unsur, çeşitli ülkeler ve bu ülkelerin tarihsel süreçleri içerisinde değişen yasa ve yönetmeliklere göre çok değişkenlik göstermektedir. Yasal kısıtlamaların artması, tüketici hakları kavramının ortaya çıkması, özel sağlık sigorta kurumlarının sistem üzerindeki etkileri uygulamaların daha

farklı ve karmaşık olmasına neden olmaktadır (İnceboz, 2009: 41).

Etkili Bir Akreditasyon Sisteminde Olması Gereken Özellikler;

- Sistem, hizmet verilen kuruluşların isteklerine cevap verebilecek düzeyde esnek olmalıdır. Sistem, son teknoloji ve bilgiyi içinde bulundurmalı, gelişmeleri yakından takip etmelidir. Standartların sürekli iyileştirilmesi için uzman bir kadroyla çalışılmalıdır. Bu sürece değişik grupların katılımı da sağlanmalıdır.
- Sağlık kuruluşları ile sürekli bir iletişim ve işbirliği içerisinde olunmalı, etkin bir veri/bilgi akışı sağlanmalı ve geri dönüşümler yapılmalıdır.
- Sistematik araştırma ve değerlendirme prosedürü oluşturulmalıdır. İncelemelerin doğru şekilde yapılabilmesi için denetçiler, konularında uzman olmalı ve sürekli eğitimleri sağlanmalıdır.
- İstenilen sonuçlara ulaşmayı sağlayacak etkin bir sistem oluşturulmalıdır.
- Akreditasyon sürecinde açık bir prosedür izlenmeli, inceleme sürecinde topluma, hastalara, çalışanlara fikirlerini ifade edebilme fırsatı verilmeli, standartların geliştirilmesi katılımı ve açık şekilde yapılmalıdır.
- Sistem, kuruluşları teşvik ve motive edici unsurlar içermelidir.
- Sistem, pahalı ve bürokratik olmamalıdır (Yetkinlioğlu, 2009: 87).
- Devletten, hizmeti sunanlardan (örneğin hastaneler) ve hizmeti satın alanlardan (örneğin sigorta kuruluşları) bağımsızdırlar.
- Katılım isteğe bağlıdır. Bununla birlikte pratikte özendirici uygulamalar yoluyla doğrudan veya dolaylı olarak sağlık organizasyonları yönlendirilebilmektedir. “Politika sağlık hizmet akreditasyonundan ayrılamaz”.
- Akreditasyon yapan ekip genellikle bir doktor, bir hemşire ve bir yöneticiden oluşmaktadır. Ekip üyeleri gönüllü veya yarı zamanlı olarak çalışmaktadır. İstisna olarak JCAHO tam zamanlı elemanlar istihdam etmektedir.

- Koşullu akreditasyon 1 yıl ve tam akreditasyon 3 yıl sürelidir. Ayrıca Kanada'da yeniden ziyaret şartı ile 2 yıllık ve Avustralya'da mükemmel hastaneler için 5 yıllık tam akreditasyon mevcuttur.
- Akreditasyon programları genellikle hastaneler ile başlamakta, daha sonra diğer sağlık servisleri (poliklinikler, aile hekimleri ve bakım evleri gibi) için de programlar geliştirilmektedir.
- Sağlık kuruluşları akreditasyon durumlarını yayınlamak zorundadırlar.
- Akreditasyon kuruluşlarını genellikle sağlık kuruluşları ve tıp çalışanları oluşturur. Bunların yanında Amerika Birleşik Devletleri'nde JCAHO'nun halk arasından seçilmiş üyeleri, Avustralya ve Yeni Zelanda'daki komisyonlarda da sağlık bakanlığından üyeler mevcuttur.
- Bu kuruluşların ana gelir kaynağı akreditasyon servisi için alınan ücretlerdir. Ayrıca eğitim, yayınlar ve danışmalık aktivitelerinden de gelir elde ederler.
- Akreditasyon kuruluşları standartlarını yayınlar ve belli aralıklarla bu standartlarını günceller (İnceboz, 2009: 42).

1.1.6. Akreditasyonun İlkeleri

Akreditasyon işleminin esasında, hasta odaklılığı, kültürel uyumluluk, sürekli gelişme ve iyileştirme yatmaktadır. Akreditasyon ilkelerinin önceliğinde hasta ve hasta bakımına yönelik işlemler vardır. Akreditasyon aynı zamanda farklı disiplinleri bir araya getiren çalışmaların bir bütünüdür. Değerlendirme sürecinde sağlık kurumuna gelen hastaların ve hasta yakınlarının görüşleri, almış oldukları hizmetten tatmin seviyeleri gibi verilere başvurulur. Akredite edecek kurumun, sağlık kuruluşundan yerine getirmesini istediği ilkelerden bazıları, hasta bakım kalitesinin ve emniyetinin geliştirilmesi, emniyet tedbirlerinin alınması, uygulamaların iyileştirilmesi, değerlendirme sisteminin kurulması, sürekli kalite artırımı, kesintisiz bir ilerleme kaydedebilmek için kalite yönetim sisteminin oluşturulmasıdır.

Bu gelişim süreci sistematik yaklaşımı ve hataların en aza indirilme arayışlarını da

beraberinde getirmektedir. İşin özü, mevcut durumu sağlıklı ölçülerle ortaya koymak ve adım adım ilerleme reçetesi yazabilmektir (Yıldırım vd., 2004). Sağlık kuruluşu çalışanlarının (profesyonellerinin) sürece dahil edilmesi kalite gelişiminde kuruluş içerisinde alınacak kararlarla mümkün olabilmektedir. Bu sayede iyi uygulama örneklerinden yola çıkarak personelin eğitim alması sağlanır. İş tatmininin artması, değişimi kabul etme, uygun çözümleri benimseme açısından karar aşamasına herkesin katılması, akreditasyonun her bir safhasında ayrı kadroların kullanılmasını da gerektirmektedir.

Akreditasyon işlemini yapacak kurum aynı zamanda açıklama, bilgilendirme ve iletişimi sağlayacak olan merciidir. Akreditasyon ilkelerinden bazılarını; devam eden bir süreç olması, tarafsızlık ihtiyacı ve gelecekte olabilecekleri tahmin edebilmek olarak özetlemek mümkündür. Bu ilkeleri aşağıda olduğu gibi açıklamak mümkündür (Akyurt, 2007: 28);

- Devam eden bir süreç olması: Akreditasyon süreci sağlık örgütünü sürekli kalite arayışında olmaya itmeli, tavsiyeler vasıtasıyla bunu destekleyip pekiştirmelidir.
- Tarafsızlık ihtiyacı olması: Akreditasyon işlemi sağlık örgütünün kesin bir kıstas karşısındaki durumunu teşhis etmesini kolaylaştırmalıdır.
- Kesintisiz değerlendirme ve akreditasyon sürecinin geliştirilmesi: Değerlendirme ve sürekli kalite yükseltimi prensipleri esasında akreditasyon ilkeleriyle aynıdır.
- Gelecekteki gelişmeleri dikkate alması: Sağlık örgütünün faaliyet sahasına bakmaksızın (özel ve kamu) gelecekteki muhtemel gelişmelere karşı bir eylem planı oluşturabilmelidir.
- Kapsamının kademeli olarak genişletilmesi: Kalite-güvenlik sisteminin gerekliliği, mevcut standart ve kriterler yeni gelişmelere cevap vermek üzere değiştirilir/düzenlenir. Kalite gelişimini ortaya koyacak göstergeler tanımlanabilmelidir.
- Sahanın genişletilmesi: Akreditasyon standartları ve bu standartların kullanılabilmesi için geliştirilen kriterler aşama aşama klinik göstergelere indirgenmekte dolayısıyla

daha doğru bir değerlendirme yapılabilmektedir.

- Karar mekanizmasının değerlendirilmesi: Akreditasyon prosedürü, değerlendirilebilecek şekilde yeniden gözden geçirilip yapılandırılır, böylece karar mekanizmasının kendisinin ilerleme kaydettiği teminat altına alınır.
- Hasta bakımı ve güvenliğinin sağlanabilmesi: Bu amaçla yüksek standartlar oluşturulmuştur, akreditasyon standartları ülkelerin yasal, dini ve/veya kültürel faktörlerine göre değişiklik göstermektedir.

1.2. AKREDİTASYON PROSEDÜRÜ VE AKREDİTASYON STANDARTLARININ OLUŞTURULMASI

Akreditasyon, sağlık kuruluşunun yüksek kaliteye ulaşması ve o kuruluşun çalışma ortamını arzu edilebilir seviyeye çıkarma fırsatı verebilen bir yöntem olarak görülmektedir. Yani akreditasyon sağlık kuruluşunun kalitesinin geliştirilip bunun yükseltilmesidir. JCI örgütünün yasal temsilcileri akreditasyon sürecini “işlemi talep eden veya yaşamış sağlık kuruluşları sürekli gelişim içinde olmalarını sağlamak durumundadırlar “şeklinde ifade etmişlerdir (Karabulut, 2009: 50).

1.2.1. Akreditasyon Prosedürünün Başlatılması

Akreditasyon prosedürünün başlatılabilmesi için denetimi talep eden sağlık kuruluşu ve denetimi gerçekleştirecek akreditasyon örgütünün yapması gereken çeşitli işlemler bulunmaktadır. Bu bölümde denetim işlemini talep eden ve kabul eden JCI örgütünün denetim safhasından önce izlediği aşamalar aktarılacaktır.

Akreditasyon prosedürü sağlık kuruluşunun JCI örgütüne başvurusu ile başlamaktadır. Akreditasyon başvurusunun JCI örgütüne kabulünden sonra prosedürün yerine getirilmesinde izlenen aşamaları; prosedüre katılım, öz değerlendirme, akreditasyon kuruluşuna finansal katkının sağlanması, denetim için gerekli ekibin atanması, prosedürün sonuçlandırılması ve prosedür sonuçlarının iletilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Pasternac, 2005: 3).

Başvuru; Akreditasyon prosedürünün yerine getirilmesinde, akreditasyonu talep eden sağlık kuruluşunun ve akreditasyon örgütünün yerine getirmesi gereken bazı hususlar bulunmaktadır. Prosedürün yerinde getirilmesinde ilk olarak tetkik başvurusunun akreditasyon örgütüne (yazılı veya elektronik olarak) müracaatı gerekmektedir. Akreditasyon başvurusunu sağlık kuruluşunun yasal temsilcisi yapar. Sağlık kuruluşunun birden fazla hastanesi varsa denetim için bir zaman çizelgesi hazırlamak yine yasal temsilcinin görevidir. Başvuru prosedürünün sağlık kuruluşunca yerine getirilmesinden (başlatılması) sonra akreditasyon örgütü;

- Tetkikin uzunluğu ve tetkikçi sayısının belirlenmesi,
- Tetkik için kontrat yapılması ve ön hazırlık gündeminin hazırlanması yönünde çalışmalarını tamamlamaktadır.

Prosedürün başvuru safhasından sonra işlemin başlatılabilmesi için akreditasyon denetimini yerine getirecek bir ekip atanır. Prosedürü yerine getirmek üzere atanan ekip (JCI denetçileri), hastane personeli ile işbirliği içerisinde prosedürün aşamalarına yönelik karşılıklı görüş alışverişi içerisinde bulunurlar. Prosedürün yerine getirilmesine yönelik son şekli, ekip (JCI denetçileri) içerisinde görev alan “akreditasyon koordinatörü veya baş tetkikçi” tarafından verilir (Akyurt, 2007: 33).

Prosedüre Katılım; Sağlık kuruluşu tarafından akredite olmak için yapılan müracaat sonunda sağlık kuruluşundan ayrıntılı bir döküm hazırlanması istenmektedir. İstenen bu dökümde sağlık kuruluşunun kendisinin standartlar ışığında öz değerlendirme yapması istenmektedir. Sağlık kuruluşu yapacağı öz değerlendirmeyi bir rapor halinde hazırlar. Sağlık kuruluşu tarafından hazırlanan öz değerlendirme raporu akredite edecek kuruluşa posta veya elektronik yolla teslim edilebilmektedir. Öz değerlendirme bilgileri akreditasyon örgütünün sağlık kuruluşunu tanımasına yardımcı olmasının yanında, akreditasyon sürecinin yürütülmesine ilişkin kaba bir taslak yapılabilmesine de olanak sağlamaktadır.

Akreditasyon denetimini talep eden sağlık kuruluşunun prosedüre katılımda yani denetim öncesi hazırlığın doğru bir şekilde yapılabilmesi ve denetim sürecinin tam olarak yapılabilmesi için sağlık kuruluşu tarafından akreditasyon örgütüne kurum ile

ilgili bilginin doğru bir şekilde verilmesi, kurum ile ilgili bilginin güvenilirliği, bilgiye istendiği zaman ulaşılabilirliği ve sağlık kuruluşu yöneticilerinin şeffaflığı önem kazanmaktadır. Bu ifadeleri açıklamak gerekirse;

- Bilginin doğruluğu, sağlık kuruluşunun akreditasyon prosedür işlemini yerine getirilmesini kabul etmiş ise, sahip olduğu bütün bilgileri denetçilere istenildiğinde ortaya koymak zorundadır.
- Güvenilirlik, sağlık örgütünün akreditasyon denetimine girmeden önce yerine getirmesi gereken “öz değerlendirme” evresi olup, bu süreçte o kuruluştaki görev alan tüm sağlık profesyonellerini kapsamaktadır.
- Bilgi ve verilere ulaşılabilirlik; sağlık örgütü akredite eden kurumun temsilcilerinin bilgiye erişimlerini kolaylaştırmalıdır. Bu ilke özellikle akreditasyon araştırması sırasında gerekli olacaktır. Sağlık örgütü ve akredite eden kuruluş akreditasyon sürecini etkileyebilecek herhangi bir gelişme olduğunda birbirlerini bilgilendirmek üzere anlaşmaktadırlar. Eğer bu şeffaflık ilkesi yerine getirilmezse akredite eden kurum, süreci yarıda kesme hakkına sahiptir.

Öz değerlendirme; Akredite eden örgüt tarafından sağlık kuruluşuna gönderilen analitik belgeler ışığında sağlık örgütü kendisini öz değerlendirmeye tabii tutar, bu süreç akreditasyon prosedüründe önemli adımlardan bir tanesini teşkil etmektedir. Akredite olmak isteyen sağlık kuruluşu çalışanları, öz değerlendirmelerini akreditasyon standartları ışığında yaparlar. Bu safha esasında sağlık örgütünün bütün faaliyetlerini içermektedir. Sağlık kuruluşunun akreditasyon örgütüne sunacağı öz değerlendirme raporunda aşağıdaki konulara yer verilmektedir (Ertufan, 2004):

- Sağlık kuruluşunun yapılanması,
- Sağlık kuruluşunu ve faaliyetlerini tanıtan belgeler,
- Sağlık kuruluşunun fiziki konumu,
- Sağlık kuruluşunun yapısı,
- Faaliyetleri

- Sağlık kuruluşunca tedavi edilebilen hastalıkların oranı
- İnsan kaynaklarının finansal boyutu
- Sağlık kuruluşunun gelişim veya uyum planı,
 - İç ve dış müşteri beklentilerine cevap verebilme planları
 - Sağlık kuruluşunun ileriye dönük planları
 - Son 3 yıla ait kesin hesapları
- Sağlık kuruluşunun kayıt altına aldığı hasta bilgileri

Sağlık kurumu tarafından akreditasyon örgütüne yollanan öz değerlendirme raporuna sonuçlar ve izlenen yöntem eklenir. Akreditasyon örgütüncelncelenen bu rapor tekrar sağlık yöneticisine gönderilir.

Akreditasyon başvurusunun akreditasyon örgütüncelncelenmesinden sonra akredite olmak isteyen sağlık kuruluşu ile diyaloga girilir ve akreditasyon sözleşmesine gidilir.

Sözleşme, sırasıyla, sağlık kuruluşunun temsilcisine ve akredite eden örgütün yöneticisine imza için gönderilir.

- Sağlık örgütünün akredite eden kuruluşla finansal katkısının sağlanması;

Akredite olmak isteyen sağlık kuruluşunun akredite eden örgüte ödeme yapması gerekmektedir. Yapılacak ödemenin hesaplanmasında;

- Denetçilerinin akreditasyon denetimine hazırlanma masrafları,
- Denetimde görev alan personelin ve yöneticilerin maaşları,
- Akreditasyon denetçilerinde istenen eğitim hizmetinin masrafları,
- Denetçilerin seyahat masrafları,
- Denetçilerin asli işyerinde ödenecek miktar,

- Süreç esnasında baskısı yapılacak, dosyalanacak, dağıtılacak evrakın tutarı,
- Araştırmanın uzunluğu ve araştırmaya dahil edilen yerlerin veya hizmet ortamlarının sayısı dahil çeşitli faktörler,
- Akreditasyon değerlendirme masasının işlem masrafları esas alınır.

Finansal katkının belirlenmesinde denetimin süreceği gün sayısı, sağlık kuruluşunun büyüklüğü, sağlık kuruluşunun klinik faaliyetleri de önem kazanmaktadır. Talep edilecek tutarın belirlenmesinde, yapılan pilot çalışmalar ve geçmiş yıllarda elde edilen tecrübeler dikkate alınır.

Akredite olmak isteyen sağlık kuruluşunun yapacağı ödemeler ve ödeme süreleri yasal düzenlemelerle belirlenmiştir. Akreditasyon başvurusundan önce sağlık kuruluşuna iletilir (JCI, 2003: 7).

- Denetim için gerekli ekibin atanması;

Akreditasyon prosedürünün yerine getirilmesinde iki grup yer almaktadır.

Bunlar, akreditasyon değerlendirme masası ve akreditasyon denetçileridir.

Akreditasyon denetçileri; Akreditasyon örgütüne atanan denetçiler tarafsız olmak durumundadırlar, akreditasyon işlemi esnasında tarafsızlığın teminatıdırlar. Akreditasyon denetçileri sağlık sektörünün değişik meslek gruplarından, sağlık örgütlerinin işleyişi hakkında bilgi ve tecrübe sahibi olanlardan, kalite ve akreditasyon prensiplerine hâkim olanlardan ve akreditasyon örgütüne eğitime tabii olmuş kişilerden oluşur. Tüm denetçilerin iyi birer dinleyici, gözlemci olmaları ve analitik yaklaşım sergilemeleri gerekmektedir. Akreditasyon örgütü, akreditasyon araştırmacılarını kendi uzmanlık alanları dışındaki örgütlerde de çalıştırarak kazandıkları tecrübeyi JCI örgütüne aktarmalarını istemektedir. Akreditasyon denetçileri kendi içerisinde görev dağılımı yaparlar. Grup içerisindeki bu görev dağılımı daimi değildir. Grup içerisinde bir akreditasyon koordinatörü veya baş tetkikçi belirlerler. Grup içerisinde seçilen koordinatör, grubun liderliğini üstlenir. Kişilerarası iş bölümünü ve çalışma planını belirler.

Akreditasyon denetçilerinin çalışma şartları: Denetçiler zamanlarının üçte ikisini akreditasyona yönelik işlerde geçirebilirler. Akreditasyon denetçilerinin, akreditasyon belgesini almaya hak kazanan sağlık kuruluşunu daha sonraki dönemlerde akreditasyon standartlarına uyup uymadıklarını denetlemek gibi bir yükümlülükleri bulunmamaktadır. Sağlık kuruluşunun akreditasyon kontratını imzalamadan önce belirli bir denetçiyi istememe hakkı bulunmaktadır. Akreditasyon denetçisinin değiştirilmesi ile ilgili talep sağlık kuruluşunun yasal temsilcisi tarafından yerine getirilir. Akreditasyon denetçilerinin denetimi tarafsız ve standart bir yöntem ile yürütmeleri gerekmektedir (Pasternac, 2005: 6).

- Akreditasyon değerlendirme masasında görev alacak kişilerde aranan özellikler; Akreditasyon değerlendirme masasında 11 üye görev almaktadır. Bu üyelerin meslek grupları ve sayıları:

- Sağlık yönetiminde tecrübeli ve yeterli 3 üye,
- Tıbbi bakım hizmetlerinde yeterli 3 üye (en az bir tanesi hastane hijyeni konusunda uzman),
- Eczacılık ve para medikal bakımından tecrübeli ve yeterli 3 üye,
- Hasta bakım kalitesi, hasta emniyeti ve akreditasyon konularında tecrübeli ve yeterli 2 fizikçi

- Akreditasyon değerlendirme masasının görevleri; Denetçilerin vermiş oldukları raporu incelemek üzere oluşturulan akreditasyon değerlendirme masasına ulaştırılan dokümanları incelerler. Akreditasyon değerlendirme masasında görev alan kişiler denetçilerin denetim raporunu incelemenin yanında;

- Sağlık kuruluşu için oluşturulan akreditasyon prosedürünü incelemek,
- Akreditasyon örgütünün yürüttüğü prosedürler hakkında yıllık özetler çıkarmak,
- Akreditasyon işlemini karara bağlamak,

gibi görevleri de yerine getirmek zorundadırlar (Akyurt, 2007: 41).

Akreditasyon prosedürünün sonuçlandırılması; Akreditasyon denetçileri, yapmış oldukları inceleme ve ziyaret sonucu elde ettikleri tüm verileri akredite edecek örgüte yazılı bir rapor halinde verirler. Denetim ekibi tarafından verilen nihai rapor, akreditasyon değerlendirme masası tarafından incelemeye tabi tutulur. Nihai raporu incelemek üzere değerlendirme masası, 3 ayrı uzmanlık alanına sahip, 3 üyesini inceleme yapmak amacıyla görevlendirir. Bu 3 üye, devamlılığı sağlamak amacıyla denetim koordinatörüyle ayrıca görüşmeler yapıp (not: akreditasyon örgütünün idari personeli, 3 üye), denetim ekibinin raporlarının doğruluğunu inceler ve karar için akreditasyon değerlendirme masasına teslim eder. İncelemeden sonra gerekli görülürse sağlık kuruluşunun yeniden denetimi istenebilir (Pasternac, 2005).

Akreditasyon değerlendirme masası tarafından hazırlanan “akreditasyon raporu”, takip denetimi gerektiren haller ve akreditasyon karar süreci şeklinde hazırlanmaktadır.

Prosedür sonunda hazırlanan raporun diğer bir şekli de akreditasyon karar sürecidir. Karar süreci raporunda; akredite edilen veya akreditasyonun reddi şeklinde olmaktadır.

- (a) Akredite edilen;
 - Tüm temel standartlarla uyumlu kabul edilebilir,
 - Tüm temel olmayan standartlarla uyumlu kabul edilebilir ve
 - Eğer takip varsa tüm şartlar karşılanmalıdır.
- (b) Akreditasyonu reddedilen;
 - Herhangi bir veya üç şartın karşılanmaması
 - Daha önce başlatılan süreçten hastanenin geri çekilmesi,
 - JCI değerlendirme masası üyeleri bu nedenlerle akreditasyon kararını geri alır (Akyurt, 2007: 43).

Akreditasyon kararları araştırmanın gerçekleştirildiği anda kuruluşun ilgili standartların ve amaç ifadelerinin her birine uyum düzeyine dayanır. Her bir standarda “tamamen karşılanmış”, “kısmen karşılanmış” veya “karşılanmamış” olarak skorlar verilir.

Akreditasyon kararı, akreditasyon araştırmasının bulgularının bir özeti ve takip faaliyetlerinin sonuçları ile beraber akreditasyon talebinde bulunan kurumun yöneticisine, sağlık örgütüne ve sağlık kuruluşunun bağlı olduğu üst kuruluşa gönderilir. Sağlık kuruluşunun hazırlanan akreditasyon raporuna itiraz hakkı mevcuttur. Yapılan itiraz haklı bulunursa akreditasyon değerlendirme masası durumu yeniden değerlendirebilir (JCI, 2003).

Eğer, akreditasyon süresince sağlık kuruluşunun bünyesinde, mülkiyet veya servislerde herhangi bir değişiklik olursa bu durum akreditasyon örgütüne bildirilmek zorundadır. Bu durumda akreditasyon örgütü yeni bir teftiş karar vererek yeni bir akreditasyon kararı sunar.

1.2.2. Akreditasyon Standartlarının Oluşturulması

Tüm dünyada geçerliliği kabul edilmiş ve sağlık kuruluşları tarafından uygulanmakta olan JCI akreditasyon standartları, sağlık kuruluşlarında çalışan profesyonellerle yürütülen bir dizi inceleme ve tenkit çalışmaları neticesinde ortaya konulmuştur. Deneyimli hekimlerden, hemşirelerden, idarecilerden ve kamu politikası uzmanlarından oluşan 16 üyeli bu uluslar arası görev gücü, uluslar arası akreditasyon standartlarının gelişimini yönlendirmiştir. JCI standartlarının tasarlanmasında ve uygulanmasında, hasta bakım kalitesine, tesisin güvenliğine ve yönetim fonksiyonlarına odaklanma ihtiyacı duyulmaktadır. Ayrıca standartların oluşturulmasında, ‘tüm hastane ve servislere uygulanabilme özelliği taşıması, özel proselere değil, genel amaç ve prensiplere uygulanabilmesi ve anlamlı bir şekilde uygulanabilir, izlenebilir ve ölçülebilir olması esas alınmaktadır’ şeklinde ifadeler bulunmaktadır. Akreditasyon standartları oluşturulurken, sağlık örgütlerinin ihtiyaç duyduğu alanların belirlenmesinde, akademik literatürün tahlili ve diğer ülkelerdeki yansımaları da dikkate alınarak akreditasyon standartları yavaş yavaş şekillenmektedir. Şekillenen akreditasyon standartlarının mümkün olduğu kadar ölçülebilir, ulaşılabilir, tarafsız olması ve daha kesin unsurlar içermesine özen gösterilmelidir ifadesi bulunmaktadır.

Akreditasyon standartlarının oluşturulmasında göz önünde bulundurulması gereken hususlar aşağıda ifade edilmiştir;

- Kapsamlı olması, yani oluşturulan standartların kamu ve özel bütün sağlık bakım organizasyonlarının faaliyetlerini kapsamalıdır.
- Uygulanabilir olması, yani standartlar sağlık bakım organizasyonlarına uygulanabilecek şekilde formüle edilebilmelidir.
- Anlaşılabilir olması, yani bazı standartlara ve/veya ölçülebilir elementlerini kolaylaştırmak amacı ile açıklayıcı kutucuklar eklenmelidir.
- İhtiyaçları karşılayabilir olması, yani ülkelerin ve o dönemin/zamanın gereksinimlerini karşılayabiliyor olması gerekmektedir.

JCI standartları, sağlık kuruluşlarının gerçek anlamda ihtiyaç duyduğu sahaları belirlemek ve standartların bu sahalara tam olarak cevap verebilmesini sağlamak için JCI örgütü tarafından düzenli aralıklarla gözden geçirilmektedir. Standartların gözden geçirilip düzenlenmesine yönelik bu çalışmalar JCI resmi temsilcileri tarafından düzenli olarak yayınlanarak, kişi/kuruluşlar bu yönde bilgilendirilmektedir (Akyurt, 2007: 44).

1.2.3. Akreditasyon Standartlarının Belirlenmesi

Uluslararası Birleşik Komisyon (JCI) tarafından 1999 yılında akreditasyon standartlarının belirlenmesi ve standartların gözden geçirilmesine yönelik bir dizi çalışmalar başlatılmıştır. Uluslararası Birleşik Komisyon'un faaliyetlerine yer vermeden önce JCI örgütünün akreditasyon standartlarının (uluslararası standartların) sahip olması gereken özellikleri incelemek gerekmektedir. Bunlar;

- Uluslararası sağlık profesyonellerinin fikir birliği içerisinde olmaları,
- Dünya çapında bireylerin ve kuruluşlar tarafından internete dayalı gözden geçirme sistemine sahip olması,
- İhtiyaca göre farklı dünya bölgelerinde grupları dâhil edebilme becerisi,
- Araştırma sürecinin temsili ülkelerde test edilebilmesi,

- Uluslararası standartlar komitesi ve bir uluslararası akreditasyon komitesi tarafından nihai gözden geçirme ve onaylama yönünde bir sürece sahip olması şeklinde ifade edilmektedir.

Uluslararası Birleşik Komisyon aynı zamanda akreditasyon örgütünün uluslararası akreditasyon standartlarını belirleyen komisyonunun üyesidir.

Uluslararası Birleşik Komisyon'da iki komite görev almaktadır. Bu komiteler, uluslararası akreditasyon komitesi (üyelerle birlikte) ve standartlar komitesi (üyelerle birlikte) olarak bir oluşum içerisinde birlikte çalışmalarını sürdürmektedirler. Standartlar komitesi akreditasyon standartlarının belirlenmesi yönünde çalışmalarını yerine getirirken örgüt içerisinde bazı alt gruplar ile çalışmaktadır. Bunlar;

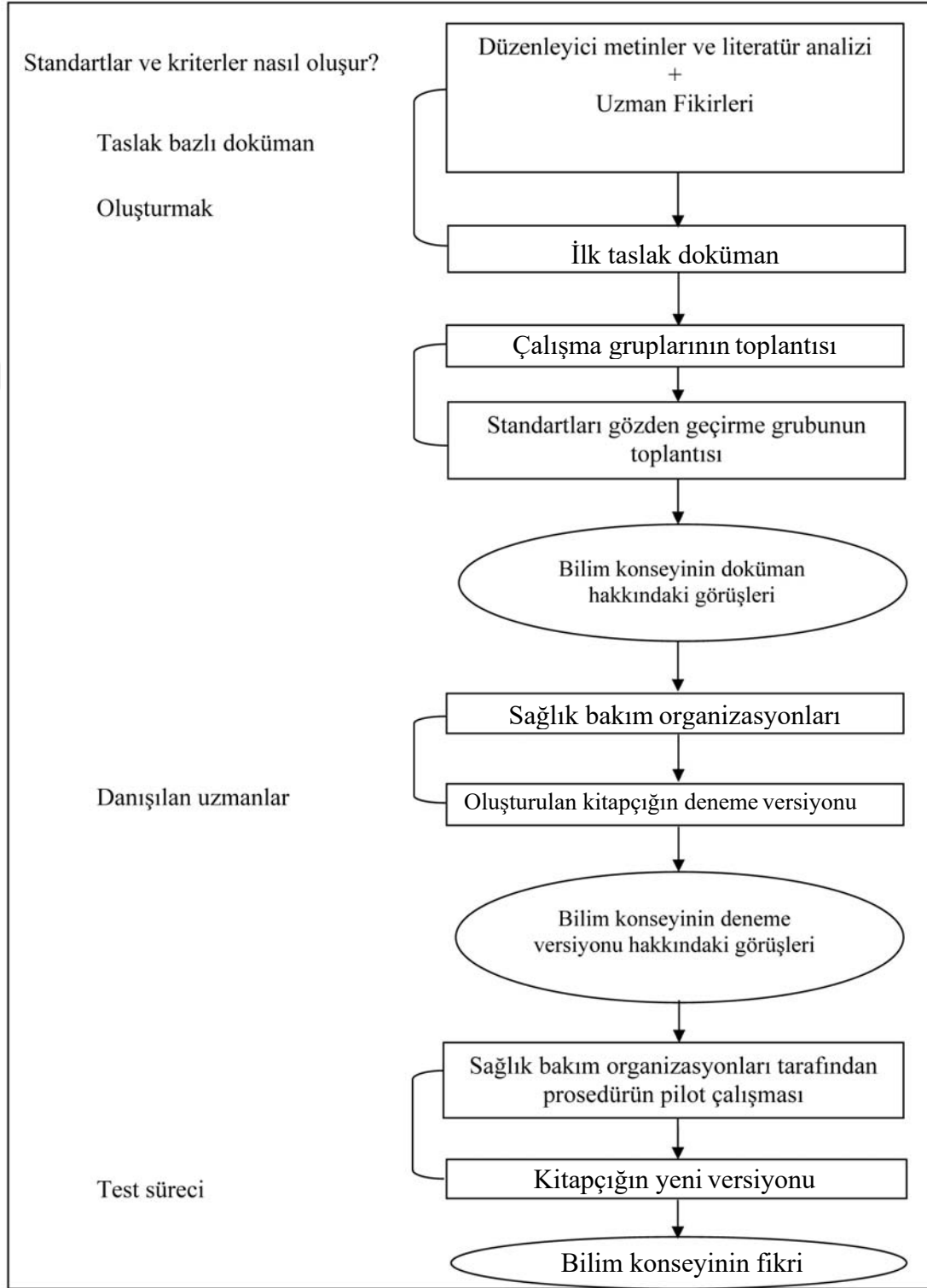
- Çalışma grubu,
- Standartları gözden geçirme grubu ve
- Bilim Konseyi'dir.

Çalışma grubu; JCI akreditasyon standartları ilk olarak çalışma grubunda ele alınır. Çalışma grubunun elemanları farklı alanlarda uzmanlık bilgisine sahip kişilerden oluşmaktadır. Akreditasyon standartlarını belirlemede görev alan çalışma grubunda idareciler, doktorlar, hemşireler ve hasta bakıcıları gibi farklı mesleklere sahip kişilerin yanında değişik coğrafi bölgelerde yaşayan kişilerin de olmasına özen gösterilir. Son yıllarda hasta temsilcileri de bu grubun içerisine dahil edilmiştir.

Standartları gözden geçirme grubu; Burada görev alan kişilerin ortak özelliği, sağlık organizasyonunda daha önce görev almış veya halen çalışan kişilerden oluşan bir yapı sergilemesidir.

Bilim konseyi; Bilim konseyi, akreditasyon standartlarını oluşturma ve şekillendirme sürecinde, çalışma grubunu, standartları gözden geçirme grubunu standartlara ilişkin tüm gelişmelerde yönlendirir ve danışmanlık yapar. Ayrıca bilim konseyi gözlem ve yorumlarıyla da akreditasyon standartlarının belirlenmesine büyük katkıda bulunur. Uluslararası akreditasyon standartlarının nasıl oluşturulduğu, oluşturulan taslak bazlı dokümanın oluşumunda görev alan çalışma gruplarının, bilim konseyinin yapmış

oldukları işler ve standartların oluşturulmasında kullanılan süreç, kaynaklardan edinilen bilgiler ışığında akış şeması olarak şekil 1.2’de gösterilmiştir.



Şekil 1. JCI Akreditasyon Standartlarının Oluşumu

Kaynak: Akyurt, 2007: 48.

1.2.4. Akreditasyon Standartlarının Düzenlenmesi

Akreditasyon standartları, sağlık kuruluşunun bulunduğu ülkeye has kültürel öğeler ve ülkelerin sahip olduğu yasal çerçeve değerlendirilerek ve/veya araştırılarak düzenlenir. Burada sağlık kuruluşunun bulunduğu ülke önem kazanmaktadır. Standartlar, esasında hastaya odaklanıp tüm sağlık kuruluşlarının ulaşması için “erişim” veya “iyi uygulama” standartları şeklinde düzenlenmişlerdir. Bütün sağlık kuruluşlarının geçmek zorunda olduğu “çekirdek” veya eşik standartlar, yönetim fonksiyonları çevresinde organize olmuşlardır (Karabulut, 2003:120).

Uluslararası akreditasyon standartları (JCI) ile Amerika’da bulunan hastaneleri denetlemek üzere geliştirilen standartlar (JCAHO) arasında farklı uygulamalar bulunmaktadır. JCAHO standartları Amerikan kanun ve yönetmelikleri ile doludur (JCI, 2003).

JCI akreditasyon standartları Portekiz, İtalyan, İspanyol, Alman, Çin, Çek, Türk ve Danimarka dillerine tercüme edilip kitap haline getirilmiştir.

1.2.5. Akreditasyon Standartlarının Derecelendirilmesi ve Sürekli Kalite Geliştirme

Akreditasyon örgütüne alınacak akreditasyon kararları, denetimin gerçekleştirildiği anda, sağlık kuruluşunun standartları işletebilmesi ve kuruluşun amaç ifadelerinin her birine uyum düzeyini gösterir. Sağlık kuruluşunun denetiminden sonra her bir standardın, “tamamen karşılanmış”, “kısmen karşılanmış” veya “karşılanmamış” olarak derecelendirilmesi yapılır. Akreditasyon standartlarının derecelendirilmesinde uyulması gereken diğer bir husus ise standartların kapsamlı olması şeklindedir. Akreditasyon örgütüne belirlenen standartların kamu ve özel bütün sağlık bakım organizasyonlarının faaliyetlerini içermesinin yanında, anlaşılabilir ve uygulanabilir olması gerekmektedir. Akreditasyon standartlarının derecelendirilmesinde ve standartların revizyonunda sürekli yenilenme ve kalite geliştirme ilkesi esas alınması yönünde görüşler bulunmaktadır.

Akreditasyon standartlarında sürekli kalite geliştirme ilkelerinin yerine getirilebilmesi için geçmişten bu güne kadar yapılmış çalışmaların bazıları aşağıda sıralanmıştır.

- Farklı 10 ülkeden katılan temsilcilerin akreditasyon standartlarının oluşumu için yapmış oldukları çalışmaların sonuçları,
- Dünyanın çeşitli bölgelerinden seçilmiş ve gruplandırılmış 6 odak grup (görev birliği konsensusu/komisyonu olarak da adlandırılır),
- Hasta ve aile hakları konusunda dünyanın çeşitli bölgelerinde düzenlenen paneller, sempozyumlar, kongreler,
- Hastanelerde enfeksiyon kontrolü konusunda yapılmış uzman incelemeleri,
- Hizmet yönetimi ve hastane güvenliği konusunda yapılmış panel ve toplantılar
- Akreditasyon standartlarının incelenmesi ve gözden geçirilmesi ile oluşturulan süreçlerin 5 ayrı ülkede test edilmesi,
- Uluslararası platformda hasta güvenliği ve hasta bakım kalitesini artırmaya yönelik eğitim, yayın, değerlendirme ve danışmanlık hizmeti sağlayan Joint Commission International (JCI), Ocak 1998'den itibaren, uluslararası hastane standartlarının yeniden oluşturulması için 30'un üzerinde ülke temsilcilerini bir araya getirmiştir. Mevcut Amerikan hastane akreditasyon standartlarını değerlendirmiş ve Ekim 1999'da JCI uluslararası akreditasyon standartlarını yayınlamıştır.(Akyurt, 2007: 51)

1.3. AKREDİTASYONUN ULUSLARARASI BOYUTU

Dünyada sağlık kuruluşlarını denetleyip akreditasyon belgelerini veren akreditasyon örgütü, merkezi ABD'de bulunan Joint Commission Accreditation For Health Organization (JCAHO) örgütüdür. Sağlık kuruluşu akreditasyonuna yönelik JCAHO'dan sonra Avustralya, Yeni Zelanda (1989), İngiltere ve İspanya'da hastane akreditasyonuna yönelik çalışmaların olduğu incelenen literatürde görülmüştür. JCAHO örgütü tarafından 1999 yılına kadar dünyanın çeşitli ülkelerinde yapılan akreditasyon

denetimleri, 1999 yılından itibaren JCAHO örgütünün alt kuruluşu olan JCI tarafından yapılmaya başlanmıştır.

Joint Commission International, Amerika sınırları dışında diğer dünya ülkelerindeki hastanelerin akreditasyonuna yönelik oluşturulan “The Joint Commission” akreditasyon modeli hastane denetleme sistemi olarak anglo-sakson ülkelerde ve diğer Avrupa ülkelerinde de hızla yayılmaktadır (Özdil, 2010: 50).

Batı Amerika ve Avrupa ülkelerinde sağlık alanında kaliteli bakım sunma ihtiyacı, beraberinde son yıllarda ürünlerin ve hizmetlerin ilgili standartlara ve teknik düzenlemelere uygunluğunu tespit etme çalışmaları, modern ekonomilerin birbirleri ile olan ilişkilerinde önem kazanan bir konu haline gelmiştir. Uluslararası standart kuruluşları, aynı ürünler için farklı standartlar ve teknik düzenlemelerin hazırlanmasını önleyici tedbirler ve politikalar geliştirmektedirler.

Üretim veya hizmetin minimum kalite standartlarını belirlemek ve belgelemek amacıyla birçok ülkede akreditasyon kuruluşları oluşturulmuştur. Değişik kuruluş yapılanmaları gösteren bu organizasyonlar endüstri, sağlık, finansman, ticaret ve hizmet sektörlerinde kaliteyi belgelendirmektedirler. Uluslararası boyutta sağlık örgütlerine ve üretim sektörüne yönelik kalite ve standart geliştirme çalışmalarından Avrupa ülkeleri de etkilenmiştir. Avrupa, Kuzey ve Güney Amerika ve Asya’da sağlık hizmetleri tesisleri için akreditasyon standartları aktif şekilde geliştirilmektedir. Ülkeler arası ürün ve hizmet donanımında standart geliştirme çabaları Avrupa Komisyonu’nun kurulmasını da beraberinde getirmiştir.

Sistemi işler hale getirmek için gereken ön şart, üye ülkeler arasında uygunluk değerlendirilmesi açısından güven duyulması ve değerlendirmeyi yapan ülkelerin veya örgütlerin düzeylerinin bir olmasıdır. Bu sistemde yer alan kuruluşların kalitesinin ve yeterliliğinin tespiti için açık ve uyumlaştırılmış kriterlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenle ortak hareket etme istemi ile dünyada çeşitli alanlarda akreditasyon örgütlerine gidilmiş bulunmaktadır (<http://www.turkak.org.tr/literat/mkl2.htm>).

1.3.1. Dünyadaki Laboratuvar Akreditasyonu ile İlgili Örgütler

Bu başlıkta sağlık alanında faaliyet gösteren kuruluşların (Laboratuvar, görüntüleme merkezi) sağlık hizmetini sunarken hizmette kullandıkları araç- gereçlerin kalibrasyonunun ve hizmet verilen binanın ruhsatlandırılmasında yasal yetkiye sahip ulusal ve uluslararası kuruluşlar anlatılacaktır. Bu kuruluşların kuruluş amaçlarını, görevlerini, dünyada nasıl örgütlendiklerini aktarıp devamında ise ülkemizde bu amaçla oluşturulmuş ulusal kuruluş hakkında bilgi verilecektir.

Öncelikle konu ile ilgili aydınlatıcı olması açısından ISO 15189 ve ISO 9001:2000 standartlarının neler olduğunu bilmekte fayda görülmektedir.

ISO 9001:2000 standartları, toplam kalite yönetiminin belgelenmesini sağlar. Ayrıca medikal laboratuvarların kalite ve yeterlilikleri için özel koşulları sağlayan ISO 15189, 2003 akreditasyonu için bir temel oluşturmaktadır (Yenice, 2006: 11).

ISO 15189 standardı, klinik laboratuvarlar için özel olarak geliştirilen ve uygulamaya giren bir akreditasyon standardıdır. Klinik laboratuvarların akreditasyonu, yüksek kaliteli hizmet sunma yeteneğinin, bağımsız ulusal ve/veya uluslararası bilinirlik ve saygınlığa sahip, bu konuda yeteneği onaylanmış kurumlardan gelen denetçiler tarafından incelenmesi ve onaylanmasıdır.

Uluslararası akreditasyon belgesi almak için yola çıkan sağlık örgütlerinin “JCI hasta odaklı” standartları arasında yer alan ve “hastaların değerlendirilmesi” ile ilgili geliştirmiş olduğu standardında, klinik laboratuvar ve radyoloji ünitelerinde verilen hizmetin önemine yer verilmiştir. Bu standartta “Hastane laboratuvar ve radyoloji hizmetini, kendi bünyesinde olmadığından dışarıdan satın alması durumunda, hizmetin alındığı merkezin ulusal ve/veya uluslararası bir kuruluş tarafından akredite edilmesi şartını getirmektedir.” şeklinde bir ibare bulunmaktadır (Akyurt, 2007: 55-56).

JCI denetimini yerine getirmiş veya denetime hazırlanmak üzere olan sağlık kuruluşları için, JCI’in hastane akreditasyonu için hazırlamış olduğu el kitabında “**Laboratuvar hizmetleri ve tanısal görüntü servisleri kurum tarafından sağlanan mal veya her an kullanıma hazır dış kaynaklarla gerekli bağlantılar yapılması gerekmektedir.**” ifadesi yer almaktadır. Akreditasyon sürecini talep eden sağlık kuruluşunun radyoloji

ve laboratuvar bölümü olmasa bile, kuruluş bu hizmeti dışarıdan aldığını ve hizmet aldığı merkezlerin uluslararası kuruluşlar tarafından kabul gördüğünü (akredite olduğunu) belgeleyebilirse ancak akredite olabilir. Bu hizmeti dışarıdan alması durumunda, hizmeti aldığı merkezin uluslararası bir örgüt tarafından akredite olduğunu gösteren belgelerin denetim esnasında akreditasyonu gerçekleştiren kuruluşa ibraz etmesi gerekmektedir (Özdil, 2010: 56).

Aynı zamanda;

- a) Katılımcı laboratuvar performanslarını değerlendirir,
- b) Metot performanslarını değerlendirir,
- c) Klinik diagnostik testleri kontrol eder ve
- d) Laboratuvar personeli için sürekli meslek içi desteğin verilmesini sağlar.

Oluşturulan örgütler arasında Uluslararası Laboratuvar Akreditasyon Birliği, Avrupa Akreditasyon Birliği, Asya-Pasifik Akreditasyon Birliği, Pasifik Akreditasyon Birliği, Amerika Akreditasyon Birlikleri yer almaktadır (Akyurt, 2007: 57).

1.3.1.1. Uluslararası Akreditasyon Forumu

Ulusal Akreditasyon Forumu (IAF), 1993 yılının Ocak ayında kurulan belgelendirme kuruluşları ve akreditasyon ile ilgilenen kuruluşların oluşturduğu dünya çapında bir organizasyondur. IAF örgütünün kuruluş amacı ve belirlemiş olduğu hedefler arasında, üyeler arasındaki ve onlar tarafından akredite edilen kuruluşlar arasındaki güveni sağlamak, International Standart Organization, International Electrotechnical Commission (ISO/IEC) dokümanlarının kullanımını ve gelişimini desteklemek, üye ülkeler arasındaki çok yönlü anlaşmaları esas alarak üyelerin programlarının eşitliğini sağlamak, bölgesel çok yönlü anlaşmaları teşvik etmek yer almaktadır (İktisadi Kalkınma Vakfı Yayını,2006: 19).

Ocak 1993'teki ilk kuruluş toplantısından bu yana IAF çalışma programını, üç tanesi resmi olmayan, her biri IAF temsilcilerinden oluşan çalışma gruplarının çabalarıyla

sürdürmektedir. Birinci grup, ISO/IEC kılavuzlarını ve benzeri dokümanları yorumlayan dokümanlar hazırlamaktadır. İkinci grup, çok farklı anlaşmaları (MLA) yapmak için gerekenleri ve prosedürleri hazırlamaktadır. Üçüncü grup ise birçok değişik konuyla ilgilenmiştir. Bunlar; çevre yönetim standartlarına organizasyonun adaptasyonu için gerekenlerin tedarik edilmesi, satıcının tedarik belgelerine güveni, sistem standartlarının ve spesifik uygulamalarının tasarımı ve program veriminin değerlendirilmesi için bir ölçüm şeklinin tasarlanmasıdır. Çalışma gruplarının çalışmaları ve sonuçları, hangi işlemin bittiğine ve yenilerinin başlangıçlarına karar verilen ara-yıl genel toplantılarında gözden geçirilir. IAF kendisini MLA grup sorumluluğunun artan taleplerine karşın yeniden nasıl yapılandırabileceği üzerinde çalışmaktadır (Türkak: <http://www.turkak.org.tr/literat/mkl11>).

Akreditasyon kuruluşları ve akreditasyon kuruluşlarının bölgesel grupları IAF'ye tam üye olabilirler. IAF genel komitesinden çıkan kararlara bağlı olarak belgelendirme/kayıt sisteminin kullanımına veya geliştirilmesinde rol oynayan diğer örgütler de aday üye olabilirler (İktisadi Kalkınma Vakfı Yayını, 2006: 19).

1.3.1.2. Uluslararası Laboratuvar Akreditasyon Birliği

Uluslararası Laboratuvar Akreditasyon Birliği (ILAC), dünyadaki laboratuvar ve muayene kuruluşlarının akreditasyonu ile ilgilenen kurumlar topluluğudur. Dolayısıyla ILAC uygunluk değerlendirmesi konusunda dünyadaki bütün organizasyonlarla bağlantı halindedir. Uluslararası Laboratuvar Akreditasyon Birliği'nin (ILAC) kuruluş amacı, katılımcı akreditasyon kurumlarının işletim prosedürlerin uyumlaştırmak, laboratuvar akreditasyonlarının kullanımını teşvik etmek, bilgi alışverişi için çeşitli yöntemler tasarlamak ve bu yöntemlerin kalıcılığını sağlamak, uluslararası standartların ve kılavuzların kullanımını geliştirmeye ve teşvik etmeye yardımcı olmak, bölgesel birliklerin oluşumunu desteklemek ve aralarında yapılan işlerin gereksizce kopyalanmasını engellemeye çalışmak, karşılıklı tanıma anlaşmalarının gelişmesini ve kabulünü teşvik etmek, ilgilenen bütün akreditasyon kuruluşlarının kendi sistemlerini geliştirmelerine yardımcı olmak ve benzer amaçlar içinde olan diğer ulusal, bölgesel ve uluslararası kuruluşlarla işbirliği yapmaktır. ILAC; uluslararası, bölgesel ve ulusal laboratuvarlar akreditasyon kuruluşları için üyelik olanağı sağlamaktadır (Türkak:

<http://www.turkak.org.tr/literat/mk11>).

1.3.1.3. Avrupa Akreditasyon Birliği

Avrupa Akreditasyon Birliğinin (EA) kuruluş amacı, üye ülkelerin uygunluk değerlendirmesinde gerekecek (laboratuvar yeterliliğini belirleyen/denetleyen) yeni kuralları oluşturmaktır. Avrupa Akreditasyon Birliği (EA), laboratuvar yeterliliğini belirleyen akreditasyon kuruluşları, belgelendirme kuruluşları ve muayene kuruluşları aralarında bir kalite güvence sistemine ihtiyaç duyulmasının ardından oluşturulmuştur. Avrupa Komisyonu ister zorunlu ister gönüllü olsun bu tip kuruluşlar arasında kalite teminatını sağlayacak bir sistem geliştirmek durumundadır. Avrupa Komisyonu, ulusal akreditasyon kuruluşlarını, birliklerini şekillendirmek, birbirlerinin faaliyetlerini görmek ve birbirlerinin sistemlerinin denkliğiyle ilgili anlaşmaları imzalamaları için gerekli koşulları sağlamak durumundadır (Akyurt, 2007: 58).

Avrupa Akreditasyon Birliği'nin (EA) kuruluşundan önce, 1970 yılından beri Avrupa'daki kalibrasyon laboratuvarlarının akreditasyonu için Batı Avrupa Kalibrasyon Birliği (WECC) faaliyet gösteriyordu. Bunun dışında Batı Avrupa Akreditasyon Laboratuvarlar Birliği (WELAC) ve Avrupa Belgelendirme Akreditasyon Kuruluşu (EAC) kurulmuş ve faaliyetlerini sürdürmekteydiler. Batı Avrupa Kalibrasyon Birliği (WECC) ve Batı Avrupa Akreditasyon Laboratuvar Birliği (WELAC) ayrı ayrı faaliyet göstermek yerine 1995 yılında birleşme kararı alarak, Avrupa Laboratuvar Akreditasyon Birliği (EAL) adında yeni bir yapı oluşturdular. Daha sonra, Avrupa Laboratuvar Akreditasyon Birliği (EAL) ve Avrupa Belgelendirme Akreditasyon Kuruluşu (EAC) Kasım 1997'de birleşerek Avrupa Akreditasyon Birliği'ni (EA) kurdular (Türkak:<http://www.turkak.org.tr/literat/mk11>).

Avrupa Akreditasyon Birliği'nin (EA) en önemli amacı, üye ülkeler arasında ve üye ülkelerin akreditasyon sistemleri arasında karşılıklı güveni kurmak ve güvenin kalıcılığını sağlamaktır. Bunu da birbirlerinin sistemlerini, belgelerini ve kendi akredite etmiş olduğu kuruluşların raporlarının eşitliğini kabul eden anlaşmalar yaparak gerçekleştirmektedirler (İktisadi Kalkınma Vakfı Yayını, 2006: 17).

Avrupa Akreditasyon Birliği (EA), paydaşlarla yakın işbirliği çalışmaya buyk önem vermektedir. Bu paydaşlar; uygunluk değerlendirme kuruluşları (laboratuvarlar, belgelendirme ve muayene kuruluşları), Avrupa Komisyonu ve Avrupa Serbest Ticaret Birliği (EFTA), yasa koyucular, sanayi ve tüketicilerdir. Tüm paydaşların çıkarları ve görüşleri, Avrupa Akreditasyon Birliği (EA) Danışman Kurulu'na ve Avrupa Akreditasyon Birliği (EA) komitelerine üyelik yoluyla temsil edilmektedir (merih.net: <http://www.merih.net/m1/whaskus02.htm>).

Avrupa Akreditasyon Birliği'nin (EA) test ve kalibrasyona yönelik çok taraflı anlaşmalarını şimdilik 16 ye, belgelendirme için olan anlaşmalarını ise, 15 ye ülke imzalamıştır. Avrupa Akreditasyon Birliği aynı zamanda karşılıklı global birleşmeye ulaşmak amacıyla dünyadaki akreditasyon kuruluşlarının bölgesel gruplaşmalarını bir araya getirmek için de çalışmalar yapmaktadır. Avrupa Akreditasyon Birliği'nin çok taraflı anlaşmalarını imzalayanlar, birçok ülkeden değerliş akreditasyon kuruluşlarıyla test ve kalibrasyon alanında da iki taraflı anlaşmalar imzalamışlardır. Bu ülkelerden bazıları Avustralya, Yeni Zelanda, Hong Kong ve Güney Afrika'dır (Türkak: <http://www.turkak.org.tr/literat/mk11.>).

1.3.1.4. Asya-Pasifik Akreditasyon Birliği

Asya-Pasifik bölgesindeki ulusal laboratuvar akreditasyon kuruluşlarının hızlı gelişimine ve bu kuruluşların bölgedeki işbirliğine olan anlamlı ilgisine cevap olarak Asya-Pasifik Akreditasyon Birliği (APLAC) Pasifik Akreditasyon Birliği (PAC) kurulmuştur. Resmi rgtlenme 1995 yılında, birlikte yer alan ülkeler arasında imzalanan karşılıklı anlayış muhtırasıyla başlamıştır. Asya Pasifik Akreditasyon Birliği'nin kurulması, girişimi esas olarak, bölgedeki laboratuvar akreditasyonunu dünyada en iyi düzeyde yapmak, diğer bölgesel kuruluşlarla işbirliğini kolaylaştırmak, birliğin sesini uluslararası arenada duyurmak ve herhangi bir ye ülke tarafından akredite edilen laboratuvarların kullanımının kabulünü sağlamak amacı ile oluşturulmuştur. Asya Pasifik Akreditasyon Birliği'nin resmi amaçları bölgedeki laboratuvarların teknik yeterliliğine olan güvenin oluşturulması ve böylece laboratuvar test verilerinin doğruluğuna her ye ülkenin inanmasını sağlamaktır. Ayrıca bölgedeki laboratuvar akreditasyon kuruluşları ağının oluşturulması için de kurulmuştur (İktisadi Kalkınma Vakfı Yayını, 2006: 18).

Üyelik, bölgedeki bütün akreditasyon kuruluşları ve konuya ilgi duyan diğer kuruluşlar APLAC'a üye olabilirler. APLAC'ın çalışma programı; 21.yy. başlarında APEC'in serbest ticaret hedefini karşılayacak şekilde laboratuvar akreditasyon kuruluşları ağının kurulmasını sağlamaya yönelik olarak hazırlanmıştır. APLAC, karşılıklı tanıma anlaşmaları için sağlam bir zemin oluşturmak için öncelikle bilgi alışverişi, eğitim, beceri testleri ile uluslararası ve bölgesel irtibat gibi konulara eğilmiştir (Türkak: <http://www.turkak.org.tr/literat/mk11>).

1.3.1.5. Pasifik Akreditasyon Birliği

Pasifik Akreditasyon Birliği (PAC), Asya-Pasifik bölgesindeki ülkelerin akreditasyon kuruluşları ve diğer ilgili kuruluşların bir araya gelmesiyle oluşmuştur. (İktisadi Kalkınma Vakfı Yayını, 2006:18). Kuruluş amacı belgelendirmeyi uluslararası düzeyde tutmak, yönetim sistemleri, ürünler, hizmetler, personel ve diğer uygunluk değerlendirilmesi programlarının kayıtlarını oluşturmaktır (Ceylan, 2009:36). Pasifik Akreditasyon Birliği'nin çalışma alanları, çok taraflı karşılıklı tanıma gruplarının gelişimini teşvik etmek ve bu grupların faaliyetlerini düzenli olarak izlemektedir. Böylece yönetim sistemleri, ürünler, hizmetler, personel ve benzeri uygunluk değerlendirmesi programının, akreditasyonun karşılıklı tanınmasına olanak sağlamaktadır. Ayrıca Pasifik Akreditasyon Birliği, bölgedeki akreditasyon kuruluşlarının gelişimini destekler ve teşvik eder. Böylece akreditasyon kurumunun olmadığı ülkelerde akreditasyon hizmeti için bir ön hazırlık yapılmış olmakta ve bölgede karşılıklı tanıma hedefine ulaşmak için yaptığı çalışmalara da destek vermektedir. Pasifik Akreditasyon Birliği'nin Asya, Avustralya ve Kuzey Amerika'da olmak üzere 17 üyesi bulunmaktadır (Türkak: <http://www.turkak.org.tr/literat/mk11>).

1.3.1.6. Amerika Akreditasyon Birliği

Amerika Akreditasyon Birliği (IAAC), Kuzey ve Güney Amerika ülkeleri veya ülke blokları arasında faaliyet gösteren uygunluk değerlendirme kuruluşları, akreditasyon kuruluşları, belgelendirme kuruluşları, muayene kuruluşları, deney ve kalibrasyon laboratuvarları ve diğer ilgili kuruluşlar tarafından kurulan bir birliktir. Akreditasyon

Birliği 1996 yılında 17 ülkeyi temsil eden 45 delegenin katılımıyla yapılan bir toplantıda kurulmuştur (İktisadi Kalkınma Vakfı Yayını, 2006:19). Kuruluş amacı olarak üye ülkeler arasında akreditasyon sistemlerinin ve programlarının eşitliğini sağlamak, akreditasyon kuruluşları tarafından verilen akreditasyonların uluslararası kabulünü uluslararası akreditasyon ağıyla ve diğer bölgesel akreditasyon üye kuruluşlarıyla işbirliği halinde çalışarak hızlandırmaktadır. Aynı zamanda uygunluk değerlendirmesinin, deney ve kalibrasyon sonuçlarının uluslararası arenada kabulünü sağlamaktır. Amerika Akreditasyon Birliği'nin (IAAC), Güney ve Kuzey Amerika ülkelerinden 10 tam, 5 aday üyesi vardır (Türkak: <http://www.turkak.org.tr/literat/mk11>).

1.4. TÜRK AKREDİTASYON KURUMUNUN YAPISI VE FAALİYETLERİ

1.4.1. Türk Akreditasyon Kurumuna İlişkin Bilgiler

1.4.1.1. Tarihçe

“Laboratuvar, belgelendirme ve muayene hizmetlerini yürütecek yurt içi ve yurt dışındaki kuruluşları akredite etmek, bu kuruluşların belirlenen ulusal ve uluslar arası standartlara göre faaliyetlerde bulunmasını ve bu suretle ürün/hizmet, sistem, personel ve laboratuvar belgelerinin ulusal ve uluslararası alanda kabulünü temin etmek amacıyla 04.11.1999 tarih ve 4457 sayılı yasayla Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK) kurulmuştur (Ceylan, 2009: 47).

1.4.1.2. Kuruluş Amacı

Ürünlerin belirlenmiş kalite ve güvenlik kriterlerine göre yeterliliğini tespit etmek için yapılan deney, muayene ve belgelendirme işlemleri “**uygunluk değerlendirmesi**” kavramı içinde yer almaktadır. Uygunluk değerlendirmesi hizmetleri veren laboratuvar, muayene ve belgelendirme kuruluşlarının nitelikli ve çalışmalarının (T.C. CUMHURBAŞKANLIğI Devlet Denetleme Kurulu, 2005/2) yeterliliği konusunda; ürünlerin standartlara uygun ve güvenli olduğunu göstermek amacıyla tanzim edilmiş

tek bir belge ile uluslararası pazarlarda kabul edilmesine, Dünya Ticaret Örgütü (WTO) ve bölgesel ekonomik bloklar tarafından özel bir önem verilmektedir (Türkak: <http://www.turkak.org.tr/literat/mkl1>).

TÜRKAK, uygunluk değerlendirmesi faaliyetlerinde bulunan kuruluşların ortak teknik prensip ve işleyiş usullerine göre çalışmalarını sağlamak, belirlenmiş uluslararası kriterler karşısında yeterliliği tespit edilenlerin verdiği belge ve raporların karşılıklı tanınabilirliğini temin etmek amacıyla, birçok ülke gibi uygunluk değerlendirmesi sahasını düzenleyen akreditasyon birimini oluşturmaktadır (Akyurt, 2007: 62).

1.4.2. Akreditasyon Sistemini Gerekli Kılan Gelişmeler

- ✓ Ulusal ürettiği mal ve hizmetlerinin uygunluğunu değerlendirme faaliyetleri,
- ✓ Mal ve hizmetlerin ve üretim işletmelerinin standartlara ve Teknik düzenlemelere uygunluğunu belgelendiren çalışmaların yaygınlaşması,
- ✓ Mal ve hizmetlerin teknik emniyet ve kalitesine dair piyasa beklentilerinin yükselmesi,
- ✓ “Ticarette Teknik Engeller”in kaldırılmasına dair Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) düzenlemeleri,
- ✓ Avrupa Birliği (AB) ile Türkiye arasında imzalanan Gümrük Birliği Anlaşması'nın 8. Maddesi,
- ✓ Ülkemizdeki; belgelendirme (sertifikasyon) çalışmaları ve laboratuvar faaliyetlerinin niteliklerinin yükseltilmesi ihtiyacıdır (Ceylan, 2009: 47- 48).

1.4.3. Türkiye’de Akreditasyon Yapılması Süreci

- ✓ 01 Temmuz 2000’den itibaren TÜRKAK örgütlenmesi çalışmaları başlamıştır.
- ✓ 30 Mayıs 2001 tarihi itibarıyla akreditasyon hizmetine ilişkin teknik şartlar ve düzenleyici kurallar tespit edilmiştir.

- ✓ 15 Haziran 2001’de internet ortamında iletişim amacıyla TÜRKAK web sitesi (www.turkak.org.tr) oluşturulmuştur. Aynı tarihte akreditasyon başvurularının kabulüne başlanılmıştır.
- ✓ Akreditasyon denetçilerinin ve sektör komitesinin belirlenmesi için Eylül 2001 tarihinde çalışmalara başlanılmıştır.
- ✓ 27-28 Kasım 2002 tarihinde Avrupa Akreditasyon Birliği’ne (EA) tam üye olunmuştur.
- ✓ 19 Aralık 2002 tarihinde Uluslararası Laboratuvar Akreditasyon Birliği’ne (ILAC) gözlemci üye olunmuştur (<http://www.turkak.org.tr>).

1.4.4. TÜRKAK’ın Faydaları

- ✓ Dünya Ticaret Örgütü’nün (DTÖ) düzenlemelerine uygun bir uygunluk değerlendirmesi altyapısı oluşturulması ile ülkemizdeki belgelendirme faaliyetlerinin saygınlığı ve güvenilirliğinin artması,
- ✓ Mal ve hizmetlerin kalitesi hakkında düzenlenen belgelerin, muayene ve deney raporlarının tüketicinin daha doğru ve yeterli bilgilendirilmesini sağlayan dokümanlar haline getirilmesi,
- ✓ AB’ye ihraç edilen malların kalitesi ve teknik emniyetine dair belgelerin yurt içinden alınabilmesi,
- ✓ Ülkemizdeki uygunluk değerlendirme kuruluşlarının, AB’ye ihraç etmek isteyen AB dışı civar ülkelerin üreticilerine, ihtiyaç duydukları belgelendirme hizmetlerini sağlamak suretiyle kazanç sağlaması,
- ✓ Rekabete açık ve şeffaf biçimde çalışan bir uygulama değerlendirme hizmetleri sektörünün oluşması ve bu sahada yatırım yapmanın cazip hale gelmesi

gibi pek çok fayda sağlamaktadır (Ceylan, 2009: 50).

1.4.5. Kurumun Görev ve Yetkileri

- a) Akreditasyon ile ilgili ölçüt ve önemleri belirlemek, bunları uygulamak ve gerektiğinde değiştirmek.
- b) Akredite etmek üzere başvuruda bulunan laboratuvar, ürün/hizmet, sistem, personel ve benzeri belgelendirme kuruluşlarının değerlendirilmesini yapmak ve akredite edilip edilmemesine karar vermek, akredite edilen kuruluşları izlemeye almak ve gerektiğinde geçici veya devamlı olarak akreditasyon kararını durdurmak.
- c) Akredite edilmiş kuruluşlarca düzenlenen işaret ve belgelerin kullanımını özendirici düzenlemeler yapmak.
- d) Uluslararası akreditasyon kuruluşlarıyla ilişkiler kurmak.
- e) Akreditasyon amacıyla başvuran kuruluşların başvuruları, değerlendirilmesi ve akredite edilmesi ile ilgili olarak elde edilmiş bilgilerin gizliliğini sağlamak.
- f) Görev alanına giren konularda eğitim ve araştırma çalışmaları yapmak (4457 Sayılı Resmi Gazete, 1999).

1.4.6. Personel Durumu İstihdam Şekilleri

Kurum personeli iş sözleşmesi ile çalışmakta, istekleri durumunda Emekli Sandığı ile ilişkilendirilmektedirler. Türk Akreditasyon Kurumu Personel Yönetmeliği'nin 6. maddesine göre Kuruma; sözleşmeli, geçici, kısmi zamanlı konumda personel alınabilmektedir (www.bsm.gov.tr/sunu/docs/akrdrtsyn_brs_hms_drn.ppt).

1.4.7. Türk Akreditasyon Kurumu Faaliyetleri

1.4.7.1. Akreditasyon

TÜRKAK, akreditasyon için belirlenmiş koşullara uygunluk sağladığı yapılan denetimlerde belirlenen ve akreditasyon sisteminin getirdiği diğer önlemleri alan

uygunluk değerlendirme kuruluşlarını akredite etmektedir.

Akredite edilen uygunluk değerlendirme kuruluşlarının akreditasyon süreci içinde uymaları gereken kurallar, ‘‘Uygunluk Değerlendirme Kuruluşlarının Akreditasyonu Hakkında Yönetmelik’’le, akredite edilmeleri için uymaları gereken kurallar, tebliğlerle düzenlenmiştir.

TÜRKAK’a akreditasyon için başvuracaklar kuruluşlar, ilgili tebliğlerde açıklanan koşulları taşımak, başvuru formuyla birlikte, tebliğde sayılan dokümanları da teslim etmek zorundadır (24541 Sayılı Resmi Gazete, 2010). Başvuran kuruluş ile TÜRKAK arasında, denetim ekibinin isimleri ve hesaplanan denetim ücreti konusunda anlaşma sağladıktan sonra akreditasyon süreci başlamaktadır. Başvuran kuruluş, akreditasyon denetimine hazır olup olmadığını görmek amacıyla, TÜRKAK’tan bir ön denetim isteyebilmekte, ön denetim sonrası akreditasyon denetimine devam edip etmeyeceğine karar vermektedir.

Akreditasyon denetimi, dokümanların incelenmesiyle başlamakta; sonuçlar kuruluşa, kalite yönetim sisteminde saptanan uygunsuzlukların listesini içeren bir rapor halinde iletilmektedir. Uygunsuzlukların düzeltilmesinden sonra, denetim ekibi; kuruluşun kalite yönetim sistemi, teknik kaynakları ve teknik yeterliliğinin inceleneceği denetim taslak planı yapar. Denetim, ilgili standartların bütün maddelerini içeren, inceleme formları aracılığıyla gerçekleştirilir. Denetim sonucunda denetim ekibi ve kuruluş yetkilileri arasında bir kapanış toplantısı yapılarak, saptanan uygunsuzluklar konusunda görüş birliği sağlanır.

İlgili kuruluş, denetim ekibi tarafından belirtilen uygunsuzlukları düzeltici planını TÜRKAK’a bildirir. Bu planın TÜRKAK tarafından onaylanmasını izleyen 4 ay içerisinde düzeltmelerin tamamlanması, denetimden sonraki 6 ay içerisinde de kuruluş ve TÜRKAK denetim ekibinin, gerçekleştirilen düzeltmelerin yeterliliği hakkında anlaşmaları gerekir.

Denetim raporunda belirtilen uygunsuzlukların giderilmesinden sonra TÜRKAK; akreditasyon verip vermeme kararı alır. Karar, akreditasyon kapsamını ve koşullarını tanımlar. Karar ekinde, TÜRKAK akreditasyon markasının orijinali ve akreditasyon

kapsamını belirten bir akreditasyon sertifikası verilir (Ceylan, 2009: 54).

1.4.7.2. Denetçi Havuzu Oluşturma

Ulusal akreditasyon sistemini yapılandırmak için, uzman kişilerden oluşan bir denetçi havuzu oluşturmak gereklidir. Bu amaçla duyurular ve seçme ölçütleri hazırlanmış, denetçi havuzuna katılmak isteyenler için gerekli koşullar yayımlanmıştır.

TÜRKAK tarafından başvuruları uygun görülen denetçi adayları, akreditasyon ölçütleri, sahadaki uygulamalar, denetim teknikleri ve akreditasyon sisteminin işleyiş koşulları konularında eğitimden geçirilmektedir.

TÜRKAK adına denetimleri gerçekleştiren baş denetçi, denetçi ve uzmanlar ile stajyer ve aday denetçilerin kayıtlarının bulunduğu bir veri tabanı oluşturulmuş ve “Denetçi/Teknik Uzman Havuzu” olarak adlandırılmıştır. 31.12.2004 itibarıyla TÜRKAK’a 70 yerli, 38 yabancı denetçi kayıtlıdır (T.C. CUMHURBAŞKANLIĞI Devlet Denetleme Kurulu, 2005).

TÜRKAK denetçi havuzunda yer almak isteyen kişiler web sayfasında yer alan (www.turkak.org.tr) “Denetçi/Teknik Uzman Başvuru Formu”nu doldurarak kuruma iletmektedir. Başvurular “Akreditasyon Faaliyetlerinde Yer Alacak Denetçi ve Teknik Uzmanların Nitelendirilme Kriterleri” gözönünde bulundurulmak suretiyle ilgili komisyonlarca değerlendirilmekte ve hakkında karar alınmaktadır. Alınan karar doğrultusunda gerekli eğitimlerden geçirilen adaylar havuza kaydolmaktadır.

1.4.7.3. Eğitim

Kurum, denetçi ve teknik adayları yanında, özel sektör kuruluşları ile kamu kurum ve kuruluşlarının personeline de eğitim vermektedir.

Kurum, verdiği akreditasyon hizmetleri yanında, akreditasyon standartları ile ilgili eğitimler düzenlemektedir. Eğitimler, hizmet içi eğitimler, denetçi eğitimleri, kurum dışına verilen eğitimler ve yurt dışına verilen eğitimler olmak üzere dört alanda düzenlenmektedir (Ceylan, 2009: 57).

1.4.7.4. Belge İnceleme

Belge inceleme işi ağırlıklı olarak Sistem Akreditasyon Başkanlığınca yürütülmektedir. Kamu İhale Yasası'nın 10. maddesinde, ihaleye katılacaklardan "ihale konusu için ihale dokümanında belirtilen standartlara uygunluğunu gösteren, uluslararası kurallara uygun şekilde akredite edilmiş kalite kontrol kuruluşları tarafından verilen sertifikalar"ın isteneceği kuralına yer verilmiştir. Bu çerçevede, Kuruma sunulan sertifikalar incelenerek, geçerlilikleri onaylanmaktadır. Söz konusu inceleme sadece yabancı akreditasyon kurumundan akredite olan kuruluşları içerir (T.C. CUMHURBAŞKANLIĞI Devlet Denetleme Kurulu, 2005).

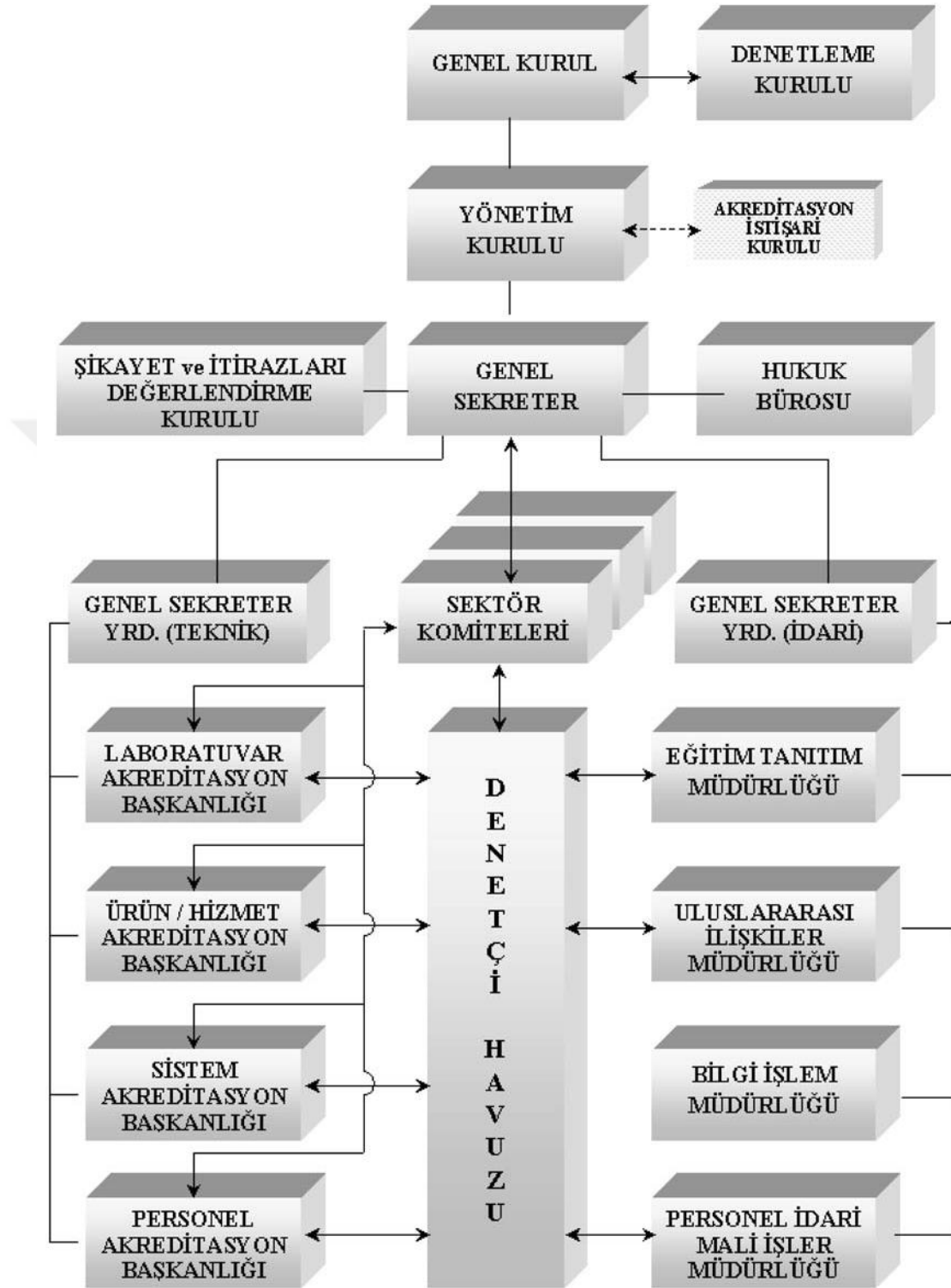
1.4.7.5. Akreditasyon Ücretleri

Akreditasyon başvurusunda bulunan bir kuruluşun karşılaşacağı toplam yükümlülükler şöyledir:

- Başvuru ve dosya kayıt ücreti: 150 Eurodur.
- Kapsam ücreti: Akredite edilmesi istenen konularla ilgili olarak alınan ücret olup birim başına 50 Eurodur.
- İdari hizmet bedeli: Belgelerin incelenmesi, programın belirlenmesi gibi işler için teknik sorumlunun harcadığı süre göz önünde bulundurularak hesaplanan ücret olup günlük 400 Eurodur.
- Akreditasyon denetim ücreti: Akreditasyon isteminde bulunan kuruluşta yapılan denetim ücreti olup denetçi başına günlük 800 Eurodur.
- Denetçi giderleri: Denetim ekibinin yeme-içme, konaklama ve yol giderleri için başvuruda bulunan kuruluşun ödediği ücrettir.
- Belge ücreti: Akredite olan kuruluşa verilen sertifikanın aslı ücretsiz olmakla birlikte kopyası için 30 Euro, yabancı dildeki kopyası için 50 Euro ücret alınmaktadır.

- Akreditasyon kullanım ücreti: Akredite edilen kuruluşun, akredite olduğu alan kapsamında elde ettiği yıllık brüt gelirinin %1'idir.
- Gözetim denetimi ücreti: Akredite edilmiş kuruluşlara her yıl yapılması gereken gözetim denetim ücreti olup denetçi başına günlük 800 Eurodur.
- Takip denetimi ücreti: Akreditasyon ve gözetim denetimleri sırasında belirlenen uygunsuzlukların giderilip giderilmediğini belirlemek amacıyla yapılan denetim için alınan ücret olup denetçi başına günlük 800 Eurodur.
- Ön denetim ücreti: Kuruluş ön denetim isterse bu iş için ödenen ücret olup denetçi başına günlük 800 Eurodur (T.C. CUMHURBAŞKANLIĞI Devlet Denetleme Kurulu, 2005).

Organizasyon



Şekil 2. Organizasyon Şeması

Kaynak: (<http://www.turkak.org.tr/org.htm>)

BÖLÜM 2

2. HASTANELERDE ULUSLARARASI AKREDİTASYON STANDARTLARI

2.1. HASTANELERDE ULUSLARARASI AKREDİTASYON STANDARTLARININ UYGULANMASI (JCI HASTANE AKREDİTASYONU)

2.1.1. JCI (Uluslararası Birleşik Komisyon)

JCI, JCAHO'nun bir alt kuruluşudur. JCI'nin misyonu, dünya çapında akreditasyon hizmetleri sağlayarak uluslararası toplumlarda sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirmek olarak açıklanmıştır.

Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (JCAHO) ve onun alt kuruluşları, kendini sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini iyileştirmek için adanmıştır. Bugün, Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık kuruluşlarının en büyük akreditörüdür. Gönüllü bir akreditasyon süreci aracılığıyla yaklaşık 20.000 sağlık hizmeti programını denetlemektedir.

Uluslararası Birleşik Komisyon (JCI) akreditasyonu, dünya çapında sağlık hizmetlerinde standartlara dayalı değerlendirme için giderek büyüyen talebe yanıt olarak tasarlanmış bir inisiyatiftir. Bu inisiyatifin amacı uluslararası topluma sağlık hizmet kuruluşlarının değerlendirilmesi için standartlara dayalı objektif bir süreci sunmaktır. Bu programın hedefi, uluslararası konsensüs standart ve göstergeleri uygulayarak sağlık hizmet kuruluşlarında sürekli, kalıcı bir iyileştirmenin uygulanmasıdır. Akreditasyon hizmetleri, yerel ihtiyaçlara uyarlanabilir uluslararası bir standart çerçevesine dayanır (Karabulut, 2009: 120).

2.1.2. Akreditasyon Araştırması İçin Genel Liyakat Koşulları

Herhangi bir sağlık kuruluşu aşağıdaki koşulları sağlıyorsa Uluslararası Birleşik Komisyon (JCI) akreditasyonu için başvuruda bulunabilir.

- Kurulu halen ülkede bir sağlık hizmeti yürütücüsü olarak faaliyettedir ve lisanslıdır (Eğer gerekiyorsa);
- Kuruluş, bakım ve hizmetlerin kalitesini iyileştirmek için sorumluluğu kabul etmektedir veya kabul etmeyi istemektedir;
- Kuruluş JCI standartlarında yer alan hizmetleri sunmaktadır.

2.1.3. Bir Akreditasyon Araştırmasının Amacı

Bir akreditasyon araştırması bir kuruluşun JCI standartlarına ve bunların amaç ifadelerine olan uygunluğunu değerlendirmektedir. Bu araştırma bir kuruluşun uygunluğunu aşağıdakilere göre değerlendirir;

- Personel ve hastalarla görüşmeler ve diğer sözel bilgiler,
- Araştırmacılar tarafından, hasta-hizmet süreçlerinin yerinde gözlenmesi,
- Politikalar, prosedürler ve kuruluş tarafından sunulan diğer belgeler
- Akreditasyon sürecinin bir parçası iken kendi kendine yapılan değerlendirmenin sonuçları.

Yerinde araştırma süreci ve sürekli kendini değerlendirme, kuruluşlara sonuçları tespit ederek düzeltmede ve bakım ve hizmetin kalitesini iyileştirmede yardımcı olur. Bunların yanı sıra araştırmalar kuruluşun kalite iyileştirme faaliyetlerine destek olarak eğitime de zaman ayırırlar (JCI, 2003).

2.1.4. Akreditasyon Araştırmalarının Kapsamı

JCI araştırmalarının kapsamı, başvuran kuruluşun standartlarla ilgili tüm fonksiyonlarını ve hastaya hizmet sunulan ortamların tamamını içerir. Araştırma için başvuran kuruluş tarafından sunulan hizmetlerin kapsamına bağlı olarak, uygulanabilir standartlar JCI tarafından seçilir.

Yerinde araştırma, bir kuruluşta hizmet sunumu ve/veya politika ve prosedürler hakkındaki kararları etkileyebilecek veya şekillendirebilecek özel kültürel ve/veya yasal faktörleri göz önüne alacaktır.

2.1.5. Akreditasyon Araştırmalarının Sonuçları

JCI'ın Akreditasyon Komitesi, araştırmanın bulgularına dayalı olarak akreditasyon kararlarını verir. Bir kuruluş aşağıdaki iki sonuçtan birisini alabilir:

Akredite Olma: Bir kuruluş tüm alanlarda çekirdek ve çekirdek olmayan JCI standartlarıyla kabul edilebilir uygunluk gösterdiğinde sonuçlanan bir akreditasyon kararıdır.

Akreditasyonun Reddi: Bir kuruluş, JCI standartları ile tutarlı olarak uyum içinde olmadığında, JCI diğer nedenlerle akreditasyonunu geri çektiğinde veya kuruluş gönüllü olarak akreditasyon sürecinden geri çekildiğinde sonuçlanan bir akreditasyon kararıdır.

JCI Akreditasyon Komitesi'nin kararı, kuruluş araştırma için başvuruda belirtilen baş idari yetkilisine iletilir (Karabulut, 2009: 121).

2.1.6. Akreditasyonun Verilmesi

Akreditasyonu kazanabilmek için, kuruluşlar tüm çekirdek ve çekirdek olmayan standartlarda kabul edilebilir uygunluk göstermelidirler ve bu standartlarda asgari bir sayısal skora ulaşmalıdırlar. Temel düzeyde standart uygunluğunun üzerinde, kuruluşun sayısal skoru genel standart erişim düzeyini gösterecektir.

Akredite olan kuruluşlar nihai bir akreditasyon raporu ve sonuç sertifikası alırlar. Rapor kurumun ulaştığı JCI standartlarıyla ilgili uyum düzeyini gösterir.

2.1.7. Akreditasyonun Geçerliliği

Bir akreditasyon kararı, JCI tarafından fes edilmediği sürece üç yıl geçerlidir. Akreditasyon kararı, JCI tarafından kuruluşun araştırmasını tamamladığı ilk günden itibaren veya eğer takip gerektiriyorsa, herhangi bir gerekli araştırmaların tamamlaması ile geriye dönük olarak yürürlüğe girer.

Kuruluşun üç yıllık akreditasyon döngüsünün sonunda, akreditasyon belgesinin yenilenebilmesi için kuruluş yeniden değerlendirilmelidir. Eğer akreditasyon süresi sırasında, kuruluş yapısında, mülkiyetinde veya hizmetlerinde bir değişiklik geçirirse, JCI'yı bilgilendirmek zorundadır. O zaman JCI kuruluşun yeniden araştırılması ve yeni bir akreditasyon kararının alınması gerekliliğini belirleyecektir. Eğer akreditasyon süresi sırasında, JCI kuruluşunun mevcut akreditasyon standartları ile önemli oranda uyumsuzluk içinde olduğu bilgisini alırsa, JCI kuruluşunun yeniden araştırılması ve yeni bir akreditasyon kararının alınması gerekliliğini belirleyecektir (JCI, 2003).

2.1.8. Bilgi Kesinliği ve Doğruluğu

Kuruluş akreditasyon sürecinin her anında kesin ve doğru bilgi sağlamalıdır. Eğer kuruluş akreditasyon ile ilgili bir bilgiyi kasıtlı olarak veya ihmal ederek çarpıtırsa, akreditasyon belgesi derhal sona erdirilir veya yeni başvuru durumunda kuruluş bir yıl süreyle yeniden değerlendirme için muvafık olmaz.

Çarpıtma, başvuran veya akredite kuruluş tarafından JCI'ya sunulan herhangi bir bilginin tamamen veya kısmen uydurulmasıdır. Bu durumda, yeniden yazılması, yeniden biçimlendirilmesi veya içeriğin atılması suretiyle belgelerin içeriğinin değiştirilmesini kapsar (Karabulut, 2009: 122).

2.2. JCI Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları

2.2.1. Hastanelerde JCI Akreditasyon Örgütü'nün Yönetsel Alanlara Ait Standartları

Bu bölümde, JCI hastane akreditasyonuna hazırlanan hastanelerde, hastanenin yönetsel alanlarda uygulamak zorunda olduğu ana standartlara yer verilecek olup bu standartların yerine getirilmesinde kalite konseyince değerlendirmeye alınacak öncelikli süreçler aktarılacaktır. JCI örgütünün, akreditasyon denetimine hazırlanacak hastaneler için hazırlamış olduğu “Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları” kitabında, yönetsel alanlara ait akreditasyon standartları arasında;

- Kalite iyileştirme ve hasta güvenliği,
- Yönetim, liderlik ve yönlendirme,
- Tesis yönetimi ve güvenliği,
- Çalışanların niteliği ve eğitimi,
- Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü,
- Bilgi yönetimi

başlıkları yer almaktadır (JCI, 2003).

2.2.1.1. Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği

JCI akreditasyon denetimine girecek olan hastanede kalite yönetimi ve iyileştirme çalışmalarının tam olarak devreye sokulabilmesi gerekmektedir. Bu amaçla ilgili hastanede yapılmış benzer çalışmalar incelenip, kurumun kendisine bir yön vermesi gerekmektedir. Konu ile ilgili yapılmış çalışmalar; medikal hataların, ilaç hatalarının, cerrahi hataların (yanlış taraf cerrahisi) önlenebilmesi ve hastaların, çalışanların ve ziyaretçilerin memnuniyeti ve güvenliğinin sağlanması şeklinde olduğu görülmektedir. Kliniklerde ortaya çıkabilecek, hastanın durumunu tehlikeye sokabilecek, beklenmeyen

olaylara karşı JCAHO örgütünün çalışmaları bulunmaktadır. Bu çalışmalara göre “Kliniklerde ortaya çıkabilecek, anlamlı olarak nitelendirilen beklenmedik olaylar, istenmeyen eğilimler ve değişimler meydana geldiğinde bu alanlardan elde edilen veriler dikkatli bir şekilde değerlendirmeye alınmalı ve yapılacak testlerden sonra gerekli düzenlemelere gidilmelidir” şeklindedir. Alınan tüm tedbirlere rağmen hatalar devam ediyorsa, kalite konseyi, süreci tekrar değerlendirmek zorundadır. Değerlendirmeler, hedeflenen alandan toplanan verilere göre yapılmalıdır. Hatalı süreç, tekrar aynı hatanın oluşmaması için test edilip, izlenmelidir.

JCI örgütünün, kalite yönetimi ve iyileştirme akreditasyon standardına yönelik kalite konseyince değerlendirilebilir (ölçülebilir) bileşenleri 5 maddede ifade edilmektedir:

- Hastanelerde güvenlik ve kalite için efektif bir liderliğin sağlanması,
- Anahtar klinik ve yönetsel süreçlerin ve çıktılarının gözlenmesi,
- Hazırlıkların planlanması, uygulanması ve devam ettirilmesi,
- Nöbetlerde yaşanan önemli olayların soruşturulması,
- Personel eğitimi boyunca kaliteli bir kültürün yaratılması olarak sıralanabilir (Akyurt, 2007: 106).

JCI örgütünün “kalite yönetimi hasta güvenliği” başlığı altında oluşturduğu, akredite olmak isteyen tüm hastanelerin karşılamak zorunda olduğu bu standartları; **“Kurumun yönetiminden ve yürütmeden sorumlu kişiler, kalite iyileştirme ve hasta güvenliği programının planlanmasına ve izlenmesine katılmalıdır.”** ve **“Kurum içerisinde yeterli deneyimi, bilgisi becerisi olan kişiler sistematik olarak veri toplayıp analiz etmelidir.”** şeklinde ifade edilmektedir (JCI, 2003: 98).

Hastane yönetiminden sorumlu kişiler, kalite iyileştirme ve hasta güvenliği ile ilgili çalışmaların planlanması ve uygulanması ile yakından ilgilenmek durumundadırlar. Programın başarılı olabilmesi için yeterli deneyim, bilgi sahibi kişilerin görev yapması gerekmektedir (Akyurt, 2007: 108).

2.2.1.2. Yönetim, Liderlik ve Yönlendirme

Mükemmel hasta bakımının sağlanması etkin liderliği gerektirir (JCI, 2003). Yönetici emir veren ve kontrol eden bir görevli değildir. Çalışanlarına liderlik edebilmelidir. Lider, vizyon ve hedefler oluşturur, çalışanlarını bu hedeflere ulaşması konusunda yönlendirir (Çarıkçı, 2010). Liderler kuruluş misyonunu belirlemeli bu misyonu yerine getirmek için ihtiyaç duyulan kaynakların mevcut olduğundan emin olmalıdırlar. Pek çok kuruluş için bu, yeni kaynaklar ilave etmek yerine, kıt olsalar bile mevcut kaynakları daha verimli kullanmak anlamına gelir. Ayrıca liderler, hasta bakımı ve klinik hizmetleri iyileştirmek için tasarlanmış olanlar dahil, kuruluşun tüm faaliyetlerini koordine ve entegre etmek için birlikte çalışmalıdırlar.

Etkili liderlik, kuruluştaki bireylerin çeşitli sorumluluklarının ve yetkilerinin ve bu bireylerin bir arada nasıl çalıştıklarının anlaşılmasıyla başlar. Bir kuruluşu yönetenler ve yön verenler, hem yetki hem de sorumluluk sahibidir. Tek tek ve toplu olarak, kanun ve düzenlemelere uyulmasından hizmet edilen hasta popülasyonuna kuruluşun sorumluluğunun karşılanmasından sorumludurlar (JCI, 2003:121).

JCI örgütünün “yönetim ve liderlik” standardı ile ilgili kalite konseyi tarafından ölçülebilir birleşenleri 5 ana başlıkta özetlenebilir;

- Yönetim yapısının ve sorumluluğunun aydınlatılması,
- Üst yöneticiler tarafından etkili bir muhasebe sisteminin sağlanması,
- Bütün organizasyon içinde liderliğin sağlanması,
- Departman ve servis bazında sorumlu liderliğin sağlanması,
- Tıbbi personel ve hemşirelerin alt yapısının sağlanması (Akyurt, 2007: 110).

JCI örgütünün “yönetim ve liderlik” ile ilgili aşağıda verilen standardını, akredite olmak isteyen tüm hastanelerin yerine getirmesi zorunludur. Bu standart;

“Üst yönetimin sorumlulukları ve zorlukları ile bunların nasıl yerine getirileceği, kanunlar, yönetmelikler, prosedürler ve benzer dokümanlarla tanımlanmalıdır.” şeklinde belirtilmektedir (JCI, 2003: 122).

Hastane yönetiminden sorumlu yöneticiler (liderler), kuruluşların misyon bildirgesini, politikalarını, plan ve bütçelerini onaylayan, bunların kanun, yönetmelik ve prosedürler çerçevesinde yürütülebilmesini takip etmekle yükümlü kişilerdir. Hastane yönetiminden sorumlu olan yöneticiler, kuruluşun diğer yöneticileri ve liderleri ile işbirliği yaparlar.

Etkili liderlik, kuruluşta algılanan engellerin, departman ve hizmetler arasındaki iletişim problemlerinin aşılmasına yardımcı olur ve kuruluş daha verimli ve etkili hale gelir. Hizmetler artan biçimde bütünleşir. Özellikle kuruluş çapında tüm kalite ve iyileştirme faaliyetlerinin entegrasyonu, iyileşmiş hasta çıktılarıyla sonuçlanır (Akyurt, 2007: 110).

2.2.1.3. Tesis Yönetimi ve Güvenliği

Sağlık kuruluşlarında iyileştirmeye açık alanlardan birisi de tesis yönetimi ve güvenliğidir. Akreditasyon standartlarının bir bölümünü oluşturan tesis yönetimi ve güvenlik kriterleri ile hastane yöneticileri, tehlike ve riskleri azaltmak ve kontrol altına almak için programlar yapılırlar (Şen, 2005: 47). Hastane yöneticileri, kurumlarına müracaat eden hasta, hasta yakınları, personel ve ziyaretçiler için güvenli, işlevsel ve etkili bir sağlık tesisi oluşturmak için çalışmalar yapmalıdır (JCI, 2003: 133). Özellikle yönetim aşağıdakiler için gayret göstermelidir:

- Tehlike ve riskleri azaltmak ve kontrol etmek,
- Kazaları ve yaralanmaları önlemek
- Güvenlik koşullarını muhafaza etmek,

Etkili bir yönetim; planlama, eğitim ve izlemeyi içerir.

- Liderler, sunulan klinik hizmetleri güvenli ve etkili bir şekilde desteklemek için gerekli alan, ekipman ve kaynakları planlarlar.

- Tüm çalışanlar tesiste risklerinin nasıl azaltılacağı ve risk oluşturan durumların nasıl izleneceği ve bildirileceği hakkında eğitilirler.
- Önemli sistemleri izlemek ve gerekli iyileştirmeleri belirlemek için performans kriterleri kullanılır (Ceylan, 2009: 130).

Emniyet: Binalar, zemin, ekipman ve bina sakinlerine zarar vermeyecek sistemlerin kurulması,

Güvenlik: Zarar ve kayba karşı bina sakinlerinin ve mallarının korunması,

Tehlikeli Malzemeler: Radyoaktif ve diğer malzemelerin kullanımı, taşınması ve depolanması, kontrol altında tutulması ve tehlikeli atıkların emniyetli şekilde atılması,

Acil Durumlar: Bulaşıcı hastalıklar, afetler ve acil durumlar için eylem planı oluşturulması ve etkinleştirilmesi,

Yangın Emniyeti: Bina sakinlerinin ve mallarının yangın ve dumana karşı korunması,

Tıbbi Ekipman: Tıbbi ekipmanın, risklerini azaltmak üzere seçilmesi, bakım yapılması ve kullanılması,

Destek Yöntemleri: Elektrik, su ve diğer destek sistemlerinin bakımı, işletme arızaları risklerinin en aza indirilmesi,

Eğitim: Tesisin, yangın emniyeti, güvenliği, tehlikeli malzemeler ve acil durum planlarında, tesis etkinliğinin ve güvenliğinin sürdürülmesinde alacakları görevler doğrultusunda tüm personelin eğitilmesidir (JCI, 2003:133).

Kanunlar, düzenlemeler ve yerel yetkililer tarafından yapılan denetlemeler büyük oranda bir tesisin nasıl tasarlandığını, kullanıldığını ve bakıldığını belirler. Büyüklüğü ve kaynaklarından bağımsız olarak tüm kuruluşlar, hastalarına, ailelerine, çalışanlarına ve ziyaretçilere sorumluluğunun bir parçası olarak bu koşullara uymak zorundadır.

Kuruluşlar, ilk olarak kanunlara ve düzenlemelere uymakla başlar. Zamanla, işgal ettikleri fiziksel tesisin ayrıntıları hakkında daha bilgili olurlar. İleriye dönük veriler toplamaya ve riskleri azaltmak ve hasta bakım ortamını iyileştirmek için stratejiler ortaya koymaya başlarlar (Akyurt, 2007: 112).

2.2.1.4. Çalışanların Niteliği ve Eğitimi

Bir sağlık kuruluşu misyonunu gerçekleştirmek ve hasta ihtiyaçlarını karşılamak için uygun bir çeşitlilikte becerikli, nitelikli kişilere gereksinim duyar. Kuruluşun klinik ve idari liderleri, departman ve servis yöneticilerinin önerilerine dayanarak ihtiyaç duyulan personelin sayısı ve tipini belirlemek üzere birlikte alışırlar (JCI, 2003: 145).

Hastanenin klinik yetkililerle donatılmış, sağlık hizmetinin kalitesinden tümüyle sorumlu, örgütlü bir hekim kadrosu bulunmalıdır. Hekimler, kendilerinin yönetimini ve üst yönetime karşı sorumluluklarını bir yönetmelikle tanımlarlar. Bunun yanında hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesinde de hemşirelik hizmet standartları belirlenmelidir ve yetkin biri tarafından yönetilmelidir. Hastanede medikal kadrolar ve diğer personel de görev almaktadır. Sağlık çalışanlarının yetkinliğini doğrulayan ve değerlendiren etkin bir süreç olmalıdır. Organizasyonun klinik ve idari yöneticileri, departman ve servis yöneticilerinden gelen tavsiyelere göre gereken çalışan sayısını ve türünü ayırt edebilmelidirler (Akyurt, 2007: 114).

Personelin işe alınması, değerlendirilmesi ve atanması en iyi şekilde koordineli, etkili ve tekdüze bir süreç aracılığıyla gerçekleştirilir. Başvuranların becerisi, bilgisi, eğitimi ve daha önceki iş deneyimlerinin belgelenmesi de esastır. Klinik bakım süreçlerinde yer aldıklarından ve doğrudan hastalarla çalıştıklarından dolayı tıp ve hemşirelik personelinin yetkinliklerini dikkatli bir şekilde gözden geçirmek özellikle önemlidir (JCI, 2003: 145).

Hastane yöneticileri, hastanelerine yönelik kadro ihtiyaçlarını planlamak için;

- Kurumun misyonunu,
- Kurum tarafından hizmet verilen hastaların karışımını ve ihtiyaçlarının

karşılanmasını ve ağırlığını,

- Kurum tarafından karşılanan hizmetleri,
- Hasta bakımında kullanılan teknolojiyi göz önünde bulundurmalıdırlar (Fruth, 2005:19).

Her üretim ve hizmet organizasyonunda olduğu gibi, hastanelerin de en büyük hazinesi, sağlık hizmetlerini sunan çalışanlarıdır. Onun kendi alanlarındaki bilgi ve becerilerini, bireysel ve kurumsal gelişme ihtiyaçlarını desteklemek hastane yararına.

JCI örgütünün “Çalışanların Niteliği ve Eğitimi” standardına yönelik kalite konseyince ölçülebilir bileşenler aşağıda sıralandığı gibidir;

- Herkesin sorumluluklarıyla ilgili oryante edilmesi ve eğitimi,
- Personelin niteliklerinin ve sayılarını planlanması,
- Medikal/diş hekimliğiyle ilgili belgelerin toplanması, sınıflandırılması ve kullanımı,
- Hemşirelik belgelerinin toplanması, sınıflandırılması ve kullanımı,
- Diğer personelin belgelerinin toplanması, sınıflandırılması ve kullanımı

şeklindedir (Akyurt,2007: 115).

JCI örgütünün “Çalışanların Niteliği ve Eğitimi” ile ilgili akredite olmak isteyen hastanelere getirdiği standardı; “**Hastanenin yöneticileri, tüm kadrolu elemanlar için istenilen eğitim, beceri, bilgi ve diğer ihtiyaçları tanımlamalıdır.**” şeklindedir.

Hastane yönetimi, kendi personelinin iş performansını artırmak için gerekli eğitim, beceri ve bilgi ihtiyaçlarını tanımlayarak, bunların karşılanması için çaba göstermelidir. JCI akreditasyon örgütünün hastaneler için akreditasyon standartları kitabında yer alan ÇNE.9 standardında; “**ÇNE.9 Tıbbi kadroların, kalite iyileştirme çalışmalarına, bireysel performans değerlendirmesine ve tüm tıbbi personelin performanslarının düzenli olarak yeniden değerlendirilmesinde katılımın sağlandığı etkin yöntem bulunmalıdır.**” olarak ifade edilmiştir. Bu bağlamda ve

ÇNE.9 standardında, kurumun performans yönetim sistemi olması ve hastane çalışanları performans değerlendirme sonuçlarının bireye ilişkin kararların algılanmasında temel oluşturması istenmektedir. Hastanede görev yapan her elemanın sorumlulukları, yürürlükteki iş tanımlarında belirtilmeli, kuruluş yöneticileri, iş alma, değerlendirme ve atamalarda, sahip olduğu personel kadrosunun bilgi ve becerisinin hasta ihtiyaçlarına uygunluğunu kontrol etmek için bir yöntem tanımlamalıdır (JCI, 2003: 146).

2.2.1.5. Enfeksiyon Kontrolü ve Korunma

JCI standartlarında enfeksiyon kontrolüne, yönetimle ilgili standartlar arasında yer verilmiş olup buna yönelik çalışmaların hastane yöneticilerinin en önemli işleri arasında olduğu vurgulanmıştır. Enfeksiyon kontrolü ile ilgili standartlar incelendiğinde, her hastaneden, kurum büyüklüğüne, coğrafi konumuna ve hasta popülasyonuna uygun bir enfeksiyon kontrol programının yürütülmesi istenmekte ve bu programın yazılı hale getirilmesinin öncelikli aranan şart olduğu görülmektedir (Şardan, 2005: 44).

Bir kuruluşun enfeksiyon sürveyans, önleme ve kontrol programının hedefi hastalar, çalışanlar, doktorlar, sözleşmeli çalışanlar, gönüllüler, öğrenciler ve ziyaretçiler arasında enfeksiyonları edinme ve bulaştırma risklerinin belirlenmesi ve azaltılmasıdır (JCI, 2003: 111).

JCI akreditasyon denetimine hazırlanacak hastanelerde gereken “Enfeksiyon Kontrol Programı”, o hastanede çalışan personel sayısı, kliniğe ait tüm aktivitelerin takibi, hizmet verilen hastaların klinik özellikleri, hastanenin yerleşim yerine bağlı ve hastaneden hastaneye farklılık gösteren hasta sayısını içermesi ifade edilmektedir. Gelişmiş ülke hastanelerinde hastane enfeksiyonu ile mücadeleye büyük önem verilmekte, kontrol altına alınması ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır (Türkak: <http://www.turkak.org.tr/literat/mk11.htm>). İyi bir enfeksiyon kontrol ve koruma programı; uygun talimatlara, yöntemlere, ekip eğitime ve hastane içindeki koordinasyona sahip görüşlere yer verebilmelidir.

JCI örgütünün “Enfeksiyon Kontrolü ve Korunma” ile ilgili standartlarına yönelik kalite konseyince belirlenen ölçülebilir bileşenleri aşağıda sıralandığı gibidir;

- Bütün organizasyon içinde hastalar, çalışanlar, doktorlar, gönüllüler, öğrenciler ve ziyaretçiler arasında enfeksiyon risklerinin anlaşılması,
- Enfeksiyon önleyici stratejilerin planlanması,
- Efektif liderlik, eğitim ve bilgi teknolojileri desteğinin sağlanması gerekmektedir (Fruth, 2005).

Enfeksiyon kontrol programının etkili olabilmesi için, personel işe başladığında bu konuda eğitilmeli ve eğitim daha sonraki safhalarda da devam ettirilmelidir. Eğitim programı mesleki personeli, klinik ve klinik-dışı destek personelinin ve hatta eğer uygunsa hasta ve hasta ailelerini de içerir.

JCI örgütünün “enfeksiyon kontrolü ve koruma” ile ilgili akredite olmak isteyen hastanelere getirdiği standardı; **“Hastane, hastalar ve sağlık çalışanlarında nasokomiyal enfeksiyon riskini azaltmak için koordineli bir enfeksiyon kontrol programı düzenlemeli ve uygulamalıdır.”** olarak ifade edilmiştir (JCI, 2003: 112).

Hastane yönetimi, bünyesinde, hasta ve hasta yakınlarıyla birlikte kendi çalışanlarını da enfeksiyona karşı korumak için gerekli tedbirleri alabilmelidir.

Kuruluş enfeksiyon kontrol komitesinin etkin çalışması enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesinde önemli bir etkidir. Kuruluş enfeksiyon kontrol komitesinin enfeksiyonu önlemeye yönelik bir program oluşturması gerekmektedir. Enfeksiyon önleme ve kontrol etme programının etkili olabilmesi için hem hasta bakımı hem de çalışan sağlığını kapsamalıdır. Program hastane için epidemiyolojik olarak önemli olan enfeksiyonları da ele alır.

2.2.1.6. Bilgi Yönetimi

Veri; olgu, imgeler, görüntüler ve sesler bütünü olarak; bilgi ise belirli bir görev ve amaç için biçim ve içeriğe uygun olan veri olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde bilgi ve verinin, tıbbi dokümanlarının karar alma sürecine katkı sağlaması amacıyla işlenmiş ve anlamlandırılmış halidir (Esatoğlu, 2005: 42). Bu tanıma göre hastanenin hasta ihtiyaç ve beklentileriyle ilgili olarak yapılan araştırma bilgileri,

benzer hizmet veren diğer hastanelerin performans durumları, hastane çalışanlarının ihtiyaç ve beklentileri, tedavi-bakım, idari, destek ve altyapı hizmetlerinin performans değerlendirme sonuçları ve hastanenin hasta profili hastanenin veri kaynaklarını oluşturmaktadır. Faaliyet sonucu üretilen önemli bilgilerin hastane bilgi sistemine zamanında eklenmesi ile ilgili kaynaklarının geliştirilmesinde süreklilik sağlamalıdır. Performans, iyileştirme, politika ve uygulama aşamaları hastane tepe yönetimi, politikanın öngördüğü hizmetin gereklerini, geliştirme planlarını ve kontrollerini içeren aşamaları, hedefleri, sorumlulukları belirlemelidir. Bilgi, güvenilir ve etkin bir kurum yönetimi için, hasta hizmetleri sırasında üretilmeli ve kullanılmalıdır. Bu bilgiye ihtiyacı olan kişileri veya grupları; bakım hizmeti sağlayıcılar, kurumun yöneticileri ve liderleri, kurum dışında bulunup kurumun işleyişi ve bakım hizmetleri ile ilgili veri veya bilgiye gereksinim duyanlar olarak tanımlamak mümkündür (Fruth, 2005).

Her veri kategorisine erişim, ihtiyaca bağlıdır ve iş tanımı ve unvan ile tanımlanmalıdır. Etkin bir erişim sisteminin oluşturulmasında;

- Kurumda, hastaya ait bilgiye/bilgilere kim ulaşabilir,
- Bireyin eriştiği bilgi,
- Kullanıcının bilgiyi gizli tutma yükümlülüğü ve
- Gizlilik ve güvenlik ihlal edildiği zaman uygulanacak yol konuları önem kazanmaktadır (Akyurt, 2007: 118).

Hasta bilgilerinde güvenliği sağlamanın bir yolu da hasta kayıtlarına kimin ulaşabileceğinin ve kimin hasta kayıtlarına giriş yapabileceğinin belirlenmesidir. Kurum bu bireyleri yetkili kılmak için bir politika geliştirmeli ve hasta kayıtlarına yapılan girişlerin içeriği ve formatını belirlemelidir. Eğer kurum gerekli görür ise giriş zamanı da kaydedilmelidir. JCI örgütünün hastanelerde “bilgi yönetimi” ile ilgili standardının kalite konseyince ölçülebilir bileşenleri aşağıda sıralandığı gibidir;

- İçsel ve dışsal bilgi ihtiyaçlarının açığa çıkarılması,
- Bütün bu ihtiyaçların karşılanması için planlama yapılması,

- Efektif bir hasta klinik kaydının yaratılması ve kullanılması,
- Kaliteyi kıyaslama (benchmarking) için verilerin ve bilgilerin birleştirilmesi ve karşılaştırılmasıdır (Pasternak, 2005: 48).

JCI örgütünün “hastanelerde bilginin kullanımı” konusunda akredite olmak isteyen hastanelere getirdiği standardı; “Kurum, klinik servislerde çalışanların, kurumu yönetenlerin ve kurumun dışından olup kurum hakkında veri ve bilgiye ihtiyacı olanların bilgi ihtiyaçlarını karşılayacak mekanizmaları planlayıp uygulamalıdır.” şeklinde ifade edilmiştir. Hastane yönetimi kuruluş içinden ve dışından talep edilebilecek bilgilerin sağlanabilmesi için gerekli planlamayı yapıp, uygulamaya aktarabilmelidir (JCI, 2003: 158).

2.2.2. Hastanelerde JCI Akreditasyon Örgütünün Hasta Odaklı Alanlara Ait Standartları

Hastanelerde JCI örgütünün getirdiği ve kitapçık olarak yayınladığı akreditasyon standartlarına bakıldığında, bu standartların iki başlık altında toplandığı görülmektedir. Bunlar hasta odaklı ve yönetsel standartlardır. Bu standartlar öz/çekirdek olarak alınır, ortak özellikleri hasta ve hasta yakınlarının haklarını korumaktır.

Hasta merkezli standartlar;

- Hizmete erişim ve hizmet sürekliliği,
- Hasta ve yakınlarının hakları,
- Hastaların değerlendirilmesi,
- Hastaların bakımı,
- Hasta ve yakınlarının eğitimi

başlıkları altında incelenmektedir (Akyurt, 2007: 121).

2.2.2.1. Hizmete Erişim ve Hizmet Güvenliği

Bir sağlık kuruluşu sağladığı hizmeti, bakımın sürekli bir bütünlüğünü sağlayan hizmetlerin, sağlık çalışanlarının ve hizmet basamaklarının oluşturduğu entegre bir sistemin parçası olarak ele almalıdır (JCI, 2003: 11).

Hastaneye müracaat eden ve tedavi hizmeti almayı beyan eden her bir hasta ve hasta yakınının eğitime (patient and family education) yönelik standartların yerine getirilmesinde, hasta/hasta yakınlarına mevcut durumdaki ihtiyaçlarına göre yapılacak işlem/ameliyat riskleri, yararları, komplikasyonları, alternatif tedavi ve yöntemleri hakkında bilgilendirerek, tüm bu süreci tamamladığına dair bilgilendirme onayının alınması gerekmektedir. Hastanın hastaneye kabul edilmesinden sonra, kendisinin ve yakınlarının bakım süreçlerine katılımını sağlamak, kuruluşun yapması gereken ilk işlemler arasında yer almaktadır. Bununla birlikte, hasta/hasta yakınlarına, bakım seçeneklerinin getireceği finansal maliyetin ayrıntıları ile anlatılması gerekmektedir. Hasta bakımına yönelik eğitim ihtiyaçlarının ortaya konularak, verilmesi gereken eğitimin hastanın anlayabileceği dilde ve formatta oluşturulması gerekmektedir (Akyurt, 2007: 122).

Amaç, hastanın sağlık ihtiyaçlarını mevcut hizmetlerle doğru olarak eleştirmek, kuruluştaki hastaya sağlanan hizmetleri koordine etmek ve daha sonra taburculuk ve takip için planlama yapmaktır. Sonuç, hasta sağlık çıktılarının iyileşmesi ve mevcut kaynakların daha etkili kullanımınıdır.

Hastanın hastaneye kabul öncesi, kabul sırasında, kalış süresinde, taburcu olmadan önce, taburcu olduktan sonra verilen bakım bir bütündür şeklinde ifade edilebilir.

JCI örgütünün “bakıma kabul ve bakım devamlılığı” ile ilgili akredite olmak isteyen hastaneye getirdiği standardı; **“Hastalar, tanımlanmış sağlık gereksinimleri ve hastanenin misyonu ve olanakları temel alınarak hastaneye kabul edilmelidir.”** şeklinde ifade edilmektedir (JCI, 2003: 12).

2.2.2.2. Hasta ve Yakınlarının Eğitimi

Hastaneye tedavi amacıyla müracaat eden hasta ve ailesinin eğitimi, kurum yetkililerince, hastaların tedavinin içinde yer almasını ve tedavi kararları konusunda yeterli bilgilendirilmesi sürecinin oluşturulması gerekmektedir. Sağlık organizasyonunda yer alan pek çok görevli, hasta ve yakınlarını eğitebilir. Hastanın eğitim süreci hastanın hemşiresi veya hekimiyle ilk karşılaştığı anda başlar. Diğer basamaklar ise rehabilitasyon veya beslenme terapisi ya da taburculuk, takip kararı gibi özel aşamalarda devreye girmektedir. Bundan hareketle pek çok görevli eğitim içinde yer alacağından personelin, hastanın neleri öğrenmeye ihtiyacı olduğu üzerinde odaklanması önemlidir. Bu yüzden eğitim, hasta ve ailesinin eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesiyle başlamaktadır (Akyurt, 2007: 127).

Bu değerlendirme sadece neyin öğrenilmesi gerektiğini değil, aynı zamanda öğrenmenin en iyi nasıl gerçekleşebileceğini belirler. Öğrenme, bir bireyin öğrenme tercihlerine, dini ve kültürel değerlerine ve okuma ve dil becerilerine uygun olduğunda ve bakım sürecinde uygun noktalarda meydana geldiğinde, en etkilidir.

Eğitime, hem bakım süreci sırasında ihtiyaç duyulan bilgi hem de hasta evine veya başka bir kuruluşa taburcu olduktan sonra ihtiyaç duyulan bilgi dahildir.

Bir kuruluşa en etkili eğitim, mevcut elektronik ve görsel formatlardan ve çeşitli uzaktan öğrenim ve diğer tekniklerden faydalanılır.

JCI örgütünün “hasta ve ailesinin eğitimi” ile ilgili akredite olmak isteyen hastanelere getirdiği standardı; **“Eğitim, hasta ve ailesini bakıma ve bakım kararlarına katılımını desteklemelidir.”** olarak ifade edilmiştir (JCI, 2003: 92).

Hastane yöneticileri kabul ettikleri hastaları ve ailelerini, bakım süreçleri ve kararları içinde yer alabilecek, bilgi ve becerilere sahip olacak şekilde eğitir. Her hastanın ihtiyaç duyacağı eğitimi almasını sağlamak üzere planlama yapmak durumundadır (Akyurt, 2007: 128).

2.2.2.3. Hasta Bakımı

Bir sağlık kuruluşunun ana amacı hasta bakımınıdır. Her hastanın benzersiz ihtiyaçlarına yanıt veren ve destekleyen bir ortamda en uygun bakımın sağlanması, yüksek düzeyde bir planlama ve koordinasyon gerektirir.

Belirli faaliyetler, hasta bakımı için temel niteliktedir. Bunlar:

- Her hastaya bakım planlanması ve sunulması,
- Bakımın sonuçlarını anlamak için hastanın izlenmesi,
- Gerektiğinde bakımda değişiklik yapılması,
- Bakımın tamamlanması ve
- Takibin planlanmasıdır.

Çok sayıda tıbbi, hemşirelik, eczacılık, rehabilitasyon ve diğer tipte sağlık çalışanları bu faaliyetleri gerçekleştirebilir. Her çalışan, hasta bakımında açık role sahiptir. Bu rol lisans, yetkinlik, sertifikasyon, kanun ve düzenleme, bir kişinin özel becerisi, bilgisi ve deneyimi ve kuruluşun politikaları veya meslek tarifleriyle belirlenir. Bazı bakım hizmetleri hasta, ailesi veya diğer eğitilmiş bakıcılar tarafından gerçekleştirilebilir.

Hastanın değerlendirilebilmesi standartları, hizmet sunumu için temeli tanımlar, ihtiyaçların değerlendirilmesine dayalı olarak her hasta için bir plan yapılmasını gerektirir. Bakım hizmetleri koruyucu, paliyatif, tedavi edici veya rehabilite edici olabilir ve anestezi, cerrahi, ilaçlar, destekleyici tedaviler veya bunların bir kombinasyonunu içerebilir (JCI, 2003: 63).

Optimal sonuçların elde edilmesinde bakım planı tek başına yeterli değildir. Hizmetin verilmesi uyumlu olmalı ve hastaya bakan tüm bireyler tarafından bütünleştirilmiş olmalıdır. Hasta bakımında değişik kişiler/gruplar görev almaktadır. Bakım hizmeti sunucuları olarak hastanede görevli çok sayıda profesyonelin yani hemşirelik, eczacılık, rehabilitasyon, beslenme uzmanlarının yanı sıra hastanın ailesi, arkadaşları ve

eğitilmiş bakıcılar görev almaktadır (Fruth, 2005).

JCI örgütünün hastanelerde “hastaların bakımı” ile ilgili geliştirdiği standardının kalite konseyince ölçülebilir bileşenleri aşağıda sıralandığı gibidir;

- Gönüllü olarak bütün hastalar için ayrı bakım planlaması,
- Güvenli anestezinin sağlanması,
- Güvenli cerrahi bakımın sağlanması,
- İlaçların güvenli bir şekilde kullanılması,
- Hastaların beslenme ihtiyaçlarının desteklenmesi,
- Verimli bir ağrı yönetimi sisteminin kurulması,
- Rahat ve huzurlu yaşam sonu bakımının sağlanması (Akyurt, 2007: 130).

JCI örgütünün “hastaların bakımı” ile ilgili akredite olmak isteyen hastanelere getirdiği standardı; **“Politika ve prosedürler ile kanun ve yönetmelikler tüm hastaların aynı tipte bakım almasını sağlamalıdır.”** şeklinde ifade edilmiştir.

Aynı sağlık sorunları ve bakım gereksinimleri ile başvuran hastalar, hastanenin tüm bölümlerinde aynı kalitede bakım alma hakkına sahiptirler (JCI, 2003: 63).

2.2.2.4. Hasta ve Yakınlarının Hakları

Her hasta kendi ihtiyaçları, güçlü yönleri, değerleri ve inançları ile eşsizdir. Sağlık kuruluşları hastalarla itimada dayanan ve açık bir iletişim kurmak ve her hastanın kültürel, psikososyal ve ruhsal değerlerini anlamak ve korumak için çalışırlar. Hasta sağlık çıktıları, hastalar ve uygun oldukça aileleri veya onların adına kararlar alan kişiler, kültürel beklentileri karşılayabilecek şekilde, bakım kararlarında ve süreçlerinde yer aldıkları zaman iyileşmektedirler (JCI, 2003: 25).

Hasta ve ailesinin hakları konusunda üzerinde en hassas durulan konulardan biri de hastanın kişisel değerleri ve inançlarına karşı dikkatli ve saygılı olunması gereğidir.

Kısaca hastane yönetimi tarafından dikkate alınması gereken bu alanlardan bazıları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Değerler ve inançlar,
- Dini ve manevi destek,
- Mahremiyet ve emniyet,
- Savunmasız hastalar ve taciz kurbanları,
- Gizlilik,
- Organ bağıışı,
- Araştırma,
- Şikayet süreci,
- Bilgilendirilmiş onam ve bakım karar süreci
- Etik konular.

Hastane yönetimi, teşhis ve/veya tedavi amacıyla hastaneye müracaat etmiş olan hastaların gizlilik, şikayet süreci gibi konularında itina göstermelidir (Fruth, 2005).

Hastalar hakları konusunda ve bunlara göre nasıl hareket edecekleri hakkında bilgilendirilirler. Çalışanlara, hastaların inanç ve değerlerini anlamak ve saygı duymak ve hastanın haysiyetini koruyan nazik ve hürmetkar bakımı sağlamak öğretilir.

Bu bölümde aşağıdaki süreçler ele alınmaktadır;

- Hasta haklarının belirlenmesi, korunması ve teşvik edilmesi,
- Hastaların hakları konusunda bilgilendirilmesi,
- Uygun olduğunda hastaların ailesinin hastanın bakımı hakkındaki kararlara dahil edilmesi,

- Bilgilendirilmiş onay alınması,
- Çalışanların hasta hakları konusunda eğitilmesi ve
- Kuruluşun etik çerçevesinin kurulması.

JCI örgütünün “hasta ve ailesinin haklarının” kullanımı konusunda akredite olmak isteyen hastanelere getirdiği standardı “**Kurum, hastanın bakımı süresince, hasta ve ailesinin haklarını destekleyen süreçleri sağlamak ile yükümlü olmalıdır.**” şeklinde tarif etmek mümkündür (JCI, 2003: 25).

Bir hastanenin yöneticileri, çalışanlarının, hastaya nasıl davrandığından birinci derece sorumludur. Bu nedenle yöneticiler, hasta ve yakınlarının haklarını ve kuruluşun sorumluluklarını yasalar ve mevzuatta belirlenmiş olduğu şekilde bilmek ve anlamak zorundadırlar (Akyurt, 2007: 133).

2.2.2.5. Hastanın Değerlendirilmesi

Hastanelerde, hastanın değerlendirilme işlemi, sürekli değişime uğrayan ve gelişen bir süreçtir. JCI örgütüncü akreditasyon denetimini talep edecek hastaneler için hazırlanmış olduğu standartlar kitabında yer alan ifadelerde, uygun bir hasta değerlendirme süreci aşağıdaki aşamaları kapsamaktadır;

- Hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal durumu, özgeçmişi ve hastalığı hakkında bilgi toplamak,
- Hastanın bilgileri ve sağlık gereksinimleri ile ilgili verileri analiz etmek,
- Hastanın ihtiyaçlarına yönelik bakım planı geliştirmektir (JCI, 2003: 41).

Hastanın, hastaneye ilk geldiğinden itibaren yaşı, cinsiyeti, alacağı sağlık ihtiyacı, istekleri ve tercihleri dikkate alınarak elde edilen bu bilgiler doğrultusunda ilk değerlendirmesinin yapılması gerekmektedir. Hastanın değerlendirilmesi hastanın hastaneye ilk kabulünden itibaren, başlangıç değerlendirmesi, yeniden değerlendirme ve laboratuvar değerlendirmeleri gibi süreçleri içerisine alır (Akyurt, 2007: 135).

Bir hasta, hastane dışında ve içinde birçok bölüm ve servislerde değerlendirmeden geçebilir. Hasta için oluşturulan ekibin değerlendirme bulgularını analiz etmek için birlikte çalışmaları gerekmektedir.

JCI örgütünün “hasta değerlendirmesi” konusunda akredite olmak isteyen hastanelere getirdiği standardı; **“Kurumun, tüm hastalara verilecek bakım için uygulanmakta olan ve onların ihtiyaçlarına göre hazırlanmış ve ölçüleri önceden belirlenmiş bir değerlendirme süreci olmalıdır.”** şeklinde ifade edilmektedir (JCI, 2003: 42).



Çizelge 2. Türkiye’de Akredite Olmuş Sağlık Kuruluşları

		SAĞLIK KURULUŞU ADI	PROGRAM ADI
1	1	Yeditepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	Ayakta
2	1	Acibadem Adana Hastanesi	Hastane
3	2	Acibadem Bakırköy Hastanesi	Hastane
4	3	Acibadem Kadıköy Hastanesi	Hastane
5	4	Acibadem Fulya Hastanesi	Hastane
6	5	Acibadem Kozyatağı Hastanesi	Hastane
7	6	Acibadem Maslak Hastanesi	Hastane
8	7	Amerikan Hastanesi	Hastane
9	8	Anadolu Sağlık Merkezi	Hastane
10	9	Ankara Güven Hastanesi	Hastane
11	10	Bayındır Hastanesi	Hastane
12	11	Bornova Şifa Hastanesi – Şifa Üniversitesi	Hastane
13	12	BSK Metropark Hastanesi	Hastane
14	13	Dünya Cöz Hastanesi	Hastane
15	14	Florence Nigthingale Gayrettepe Hastanesi	Hastane
16	15	Florence Nigthingale Kadıköy Hastanesi	Hastane
17	16	Florence Nigthingale Şişli Hastanesi	Hastane
18	17	Hacettepe Üniversitesi Yetişkin Hastanesi	Hastane
19	18	Hisar Intercontinental Hastanesi	Hastane
20	19	HRS Ankara Kadın Hastalıkları Doğum Hastanesi	Hastane
21	20	International Hospital	Hastane
22	21	İzmir Kent Hastanesi	Hastane
23	22	Konak Hastanesi – Kocaeli	Hastane
24	23	Medical Park Antalya Hastanesi	Hastane
25	24	Medical Park Bahçelievler Hastanesi	Hastane
26	25	Medical Park Cöztepe Hastanesi	Hastane
27	26	Medicana Ankara Hastanesi	Hastane
28	27	Medicana Bahçelievler Hastanesi	Hastane
29	28	Medicana Çamlıca Hastanesi	Hastane
30	29	Medicana İstanbul Hastanesi	Hastane
31	30	Memorial Antalya Hastanesi	Hastane
32	31	Memorial Ataşehir Hastanesi	Hastane
33	32	Memorial Şişli Hastanesi	Hastane
34	33	NP İstanbul Neuropsychiatry Hastanesi	Hastane
35	34	Ortopedi Hastanesi	Hastane
36	35	Pendik Bölge Hastanesi	Hastane
37	36	Sema Hastanesi – Fatih Hastanesi	Hastane
38	37	TOBB ETU Hastanesi	Hastane
39	38	Yeditepe Üniversitesi Hastanesi	Hastane
40	1	Ç.Ü. Tıp Fakültesi Laboratuvarı	Klinik Laboratuvar
41	2	Türk Kızılayı Ege Bölge Kan Merkezi	Klinik Laboratuvar
42	3	Türk Kızılayı Orta Anadolu Bölge Kan Merkezi	Klinik Laboratuvar
43	1	Medline	Tıbbi Nakil
		Toplam Akredite Sağlık Kuruluşu Sayısı	43
		Akredite Hastane Sayısı	38
		Akredite Klinik Lab. Sayısı	3
		Akredite Ayakta Tedavi Sayısı	1
		Akredite Tıbbi Nakil Sayısı	1

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

İstatistiksel analiz için SPSS.20 for Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için sayı ve yüzdeler, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum olarak sunuldu. Kategorik değişkenler için Ki-Kare koşulu sağlandığı durumda ikili ve çoklu grup karşılaştırmalarında Ki-Kare test istatistiği; Ki-Kare koşulu sağlanmadığı durumda ise ikili grup karşılaştırmalarında Fisher's Exact Test, çoklu grup karşılaştırmalarında ise Monte Carlo Simulasyonu kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p değerinin 0,05' ten küçük olması durumu olarak kabul edildi.

METOD

Bu araştırma Ankara'nın önde gelen özel bir hastanesinde yapıldı. 25 doktor, 50 sağlık personeli ve 100 hastaya sorular soruldu. Sorulara kendilerine en uygun olan yanıt vermeleri istendi. Verilen yanıtlar ile sonuçlar elde edildi. Katılımcıların tanımlayıcı analizleri aşağıdaki tabloda verilmiştir;

Tanımlayıcı Analiz

Cinsiyet

	Sayı	Yüzde
Erkek	109	62,3
Kadın	66	37,7
Toplam	175	100,0

Grup

	Sayı	Yüzde
Doktor	25	14,3
Hasta	100	57,1
Sağlık Personeli	50	28,6
Toplam	175	100,0

Çalışmaya katılanların 109'u (%62,3) erkek, 66'sı (%37,7) kadındı. Katılımcıların %57,1'i hasta, %28,6'sı sağlık personeli, %14,3'ü ise doktordu.

SORULAR

Soru 1: Akredite olmuş bir sağlık kuruluşunda hizmet vermek / almak, akredite olmamış bir hastaneden hizmet vermek / almak daha kaliteli ve güvenli olduğunu söyleyebilir misiniz?

	Sayı	Yüzde
Katılıyorum	132	75,4
Katılmıyorum	14	8,0
Kısmen Katılıyorum	29	16,6
Toplam	175	100,0

Soru 2: Hizmet aldığınız / verdiğiniz sağlık kuruluşunun akredite olup olmadığına dikkat eder misiniz?

	Sayı	Yüzde
Evet, ederim	136	77,7
Hayır, etmem	39	22,3
Toplam	175	100,0

Soru 3: Akreditasyon işlerinizi zorlaştırdı mı?

	Sayı	Yüzde
Fark olmadı	44	25,1
İş yükü arttı	28	16,0
Kolaylık sağladı	103	58,9
Toplam	175	100,0

Sorulara verilen tüm yanıtlar Tablo 1’ de özetlenmiştir;

Tablo 1

		n (%)
Cinsiyet	Erkek	109 (62,3)
	Kadın	66 (37,7)
Grup	Doktor	25 (14,3)
	Hasta	100 (57,1)
	Sağlık Personeli	50 (28,6)
Soru 1	Katılıyorum	132 (75,4)
	Kısmen Katılıyorum	29 (16,6)
	Katılmıyorum	14 (8)
Soru 2	Evet, ederim	136 (77,7)
	Hayır, etmem	39 (22,3)
Soru 3	Fark olmadı	44 (25,1)
	İş yükü arttı	28 (16)
	Kolaylık sağladı	103 (58,9)

SONUÇLAR

Katılımcı grupları arasında ‘hizmet aldığınız / verdiğiniz sağlık kuruluşunun akredite olup olmadığına dikkat eder misiniz’ sorusuna verilen yanıtlarda istatistiksel anlamlı fark saptandı. ‘Evet ederim’ şeklinde cevap verenlerin oranı doktorlarda istatistiksel anlamlı yüksekti ($p=0,047$). Katılımcı grupları arasında ‘akreditasyon işlerinizi zorlaştırdı mı’ sorusuna verilen yanıtlar arasında da istatistiksel anlamlı fark saptandı. Kolaylık sağladığını söyleyenlerin oranı hastalarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı ($p<0,001$) (Tablo 2).

Tablo 2

		Doktor	Hasta	Sağlık Personeli	p
Cinsiyet	Erkek	16 (64)	61 (61)	32 (64)	0,921
	Kadın	9 (36)	39 (39)	18 (36)	
Soru 1	Katılıyorum	23 (92)	70 (70)	39 (78)	0,101
	Kısmen Katılıyorum	2 (8)	18 (18)	9 (18)	
	Katılmıyorum	0 (0)	12 (12)	2 (4)	
Soru 2	Evet, ederim	22 (88)	71 (71)	43 (86)	0,047
	Hayır, etmem	3 (12)	29 (29)	7 (14)	
Soru 3	Fark olmadı	5 (20)	29 (29)	10 (20)	<0,001
	İş yükü arttı	3 (12)	0 (0)	25 (50)	
	Kolaylık sağladı	17 (68)	71 (71)	15 (30)	

Katılımcıların soru 1'e verdikleri yanıtlara göre soru 2'ye verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Hizmet aldığı sağlık kuruluşunun akredite olmasına dikkat edenlerde akredite olmuş bir sağlık kuruluşunda hizmet almanın veya vermenin daha kaliteli ve güvenli olduğunu düşünenlerin oranı yüksekti (Tablo 3).

Tablo 3. Soru 1 vs Soru 2

	Evet, ederim	Hayır, etmem	p
Katılıyorum	120 (88,2)	12 (30,8)	<0,001
Kısmen Katılıyorum	16 (11,8)	13 (33,3)	
Katılmıyorum	0 (0)	14 (35,9)	

Hastaların soru 1'e verdikleri yanıtlara göre soru 3'e verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Akreditasyonun işlerinde kolaylık sağladığını belirten hastalarda akredite olmuş bir sağlık kuruluşunda hizmet almanın veya vermenin daha kaliteli ve güvenli olduğunu düşünenlerin oranı yüksekti (Tablo 4).

Tablo 4. Soru 1 vs Soru 3

	Fark olmadı	İş yükü arttı	Kolaylık sağladı	p
Katılıyorum	21 (47,7)	20 (71,4)	91 (88,3)	<0,001
Kısmen Katılıyorum	11 (25)	7 (25)	11 (10,7)	
Katılmıyorum	12 (27,3)	1 (3,6)	1 (1)	

Hastaların soru 2'ye verdikleri yanıtlara göre soru 3'e verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı ($p < 0,001$). Akreditasyonun işlerinde kolaylık sağladığını belirten hastalarda akredite olmuş bir sağlık kuruluşunda hizmet almaya veya vermeye dikkat edenlerin oranı yüksekti (Tablo 5).

Tablo 5. Soru 2 vs Soru 3

	Fark olmadı	İş yükü arttı	Kolaylık sağladı	p
Evet, ederim	19 (43,2)	21 (75)	96 (93,2)	<0,001
Hayır, etmem	25 (56,8)	7 (25)	7 (6,8)	

Cinsiyete göre katılımcıların sorulara verdiği yanıtlar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (Tablo 6).

Tablo 6

		Erkek	Kadın	p
Soru 1	Katılıyorum	83 (76,1)	49 (74,2)	0,565
	Kısmen Katılıyorum	16 (14,7)	13 (19,7)	
	Katılmıyorum	10 (9,2)	4 (6,1)	
Soru 2	Evet, ederim	86 (78,9)	50 (75,8)	0,628
	Hayır, etmem	23 (21,1)	16 (24,2)	
Soru 3	Fark olmadı	25 (22,9)	19 (28,8)	0,619
	İş yükü arttı	19 (17,4)	9 (13,6)	
	Kolaylık sağladı	65 (59,6)	38 (57,6)	

Doktorlar

Doktorların sorulara verdiği yanıtların cinsiyete göre oranları tablo 7’de verildi. ‘Akredite olmuş bir sağlık kuruluşunda hizmet vermek / almak, akredite olmamış bir hastaneden hizmet vermek / almak daha kaliteli ve güvenli olduğunu söyleyebilir misiniz’ sorusuna erkeklerin %87,5’i, kadınların ise %100,0’ü katılıyorum cevabını verdi. ‘Hizmet aldığınız / verdiğiniz sağlık kuruluşunun akredite olup olmadığına dikkat eder misiniz’ sorusuna erkeklerin %81,3’ü, kadınların ise %100,0’ü evet cevabını verdi. ‘Akreditasyon işlerinizi zorlaştırdı mı’ sorusuna ise erkeklerin %62,5’i, kadınların ise %77,8’i kolaylık sağladığı yanıtını verdi (Tablo 7).

Tablo 7. Doktorların verdikleri yanıtların cinsiyetlere göre oranları

		Erkek	Kadın
Soru 1	Katılıyorum	14 (87,5)	9 (100)
	Kısmen Katılıyorum	2 (12,5)	0 (0)
Soru 2	Evet, ederim	13 (81,3)	9 (100)
	Hayır, etmem	3 (18,8)	0 (0)
Soru 3	Fark olmadı	3 (18,8)	2 (22,2)
	İş yükü arttı	3 (18,8)	0 (0)
	Kolaylık sağladı	10 (62,5)	7 (77,8)

Doktorların soru 1’e verdikleri yanıtlara göre soru 2’ye verdikleri yanıtların oranları tablo 8’de verildi.

Tablo 8

Soru 1 vs Soru 2	Evet, ederim	Hayır, etmem
Katılıyorum	21 (95,5)	2 (66,7)
Kısmen Katılıyorum	1 (4,5)	1 (33,3)

Doktorların soru 1’e verdikleri yanıtlara göre soru 3’e verdikleri yanıtların oranları tablo 9’da verildi.

Tablo 9

Soru 1 vs Soru 3	Fark olmadı	İş yükü arttı	Kolaylık sağladı
Katılıyorum	5 (100)	2 (66,7)	16 (94,1)
Kısmen Katılıyorum	0 (0)	1 (33,3)	1 (5,9)

Doktorların soru 2'ye verdikleri yanıtlara göre soru 3'e verdikleri yanıtların oranları tablo 10'da verildi.

Tablo 10

Soru 2 vs Soru 3	Fark olmadı	İş yükü arttı	Kolaylık sağladı
Evet, ederim	4 (80)	1 (33,3)	17 (100)
Hayır, etmem	1 (20)	2 (66,7)	0 (0)

Hastalar

Hastaların soru 1'e verdikleri yanıtlara göre soru 2'ye verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı ($p < 0,001$). Hizmet aldığı sağlık kuruluşunun akredite olmasına dikkat eden hastalarda akredite olmuş bir sağlık kuruluşunda hizmet almanın veya vermenin daha kaliteli ve güvenli olduğunu düşünenlerin oranı yüksekti (Tablo 11).

Tablo 11

Soru 1 vs Soru 2	Evet, ederim	Hayır, etmem	p
Katılıyorum	60 (84,5)	10 (34,5)	<0,001
Kısmen Katılıyorum	11 (15,5)	7 (24,1)	
Katılmıyorum	0 (0)	12 (41,4)	

Hastaların soru 1'e verdikleri yanıtlara göre soru 3'e verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı ($p < 0,001$). Akreditasyonun işlerinde kolaylık sağladığını belirten hastalarda akredite olmuş bir sağlık kuruluşunda hizmet almanın

veya vermenin daha kaliteli ve güvenli olduğunu düşünenlerin oranı yüksekti (Tablo 12).

Tablo 12

Soru 1 vs Soru 3	Fark olmadı	Kolaylık sağladı	p
Katılıyorum	7 (24,1)	63 (88,7)	<0,001
Kısmen Katılıyorum	10 (34,5)	8 (11,3)	
Katılmıyorum	12 (41,4)	0 (0)	

Hastaların soru 2'ye verdikleri yanıtlara göre soru 3'e verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı ($p < 0,001$). Akreditasyonun işlerinde kolaylık sağladığını belirten hastalarda akredite olmuş bir sağlık kuruluşunda hizmet almaya veya vermeye dikkat edenlerin oranı yüksekti (Tablo 13).

Tablo 13

Soru 2 vs Soru 3	Fark olmadı	Kolaylık sağladı	p
Evet, ederim	6 (20,7)	65 (91,5)	<0,001
Hayır, etmem	23 (79,3)	6 (8,5)	

Hastaların sorulara verdiği yanıtların cinsiyete göre oranları tablo 14'te verildi. 'Akredite olmuş bir sağlık kuruluşunda hizmet vermek / almak, akredite olmamış bir hastaneden hizmet vermek / almak daha kaliteli ve güvenli olduğunu söyleyebilir misiniz' sorusuna erkeklerin %73,8'i, kadınların ise %64,1'i katılıyorum cevabını verdi. 'Hizmet aldığınız / verdiğiniz sağlık kuruluşunun akredite olup olmadığına dikkat eder misiniz' sorusuna erkeklerin %75,4'ü, kadınların ise %64,1'i evet cevabını verdi. 'Akreditasyon işlerinizi zorlaştırdı mı' sorusuna ise erkeklerin %75,4'ü, kadınların ise %64,1'i kolaylık sağladı yanıtını verdi. Hastaların cinsiyete göre sorulara verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla $p=0,279$, $p=0,224$, $p=0,224$).

Tablo 14

		Erkek	Kadın	p
Soru 1	Katılıyorum	45 (73,8)	25 (64,1)	0,279
	Kısmen Katılıyorum	8 (13,1)	10 (25,6)	
	Katılmıyorum	8 (13,1)	4 (10,3)	
Soru 2	Evet, ederim	46 (75,4)	25 (64,1)	0,224
	Hayır, etmem	15 (24,6)	14 (35,9)	
Soru 3	Fark olmadı	15 (24,6)	14 (35,9)	0,224
	Kolaylık sağladı	46 (75,4)	25 (64,1)	

Sağlık Personelleri

Sağlık personellerinin soru 1'e verdikleri yanıtlara göre soru 2'ye verdikleri yanıtların oranları tablo 15'te verildi.

Tablo 15

Soru 1 vs Soru 2	Evet, ederim	Hayır, etmem
Katılıyorum	39 (90,7)	0 (0)
Kısmen Katılıyorum	4 (9,3)	5 (71,4)
Katılmıyorum	0 (0)	2 (28,6)

Sağlık personellerinin soru 1'e verdikleri yanıtlara göre soru 3'e verdikleri yanıtların oranları tablo 16'da verildi.

Tablo 16

Soru 1 vs Soru 3	Fark olmadı	İş yükü arttı	Kolaylık sağladı
Katılıyorum	9 (90)	18 (72)	12 (80)
Kısmen Katılıyorum	1 (10)	6 (24)	2 (13,3)
Katılmıyorum	0 (0)	1 (4)	1 (6,7)

Sağlık personellerinin soru 2'ye verdikleri yanıtlara göre soru 3'e verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p=0,504$) (Tablo 17).

Tablo 17

Soru 2 vs Soru 3	Fark olmadı	İş yükü arttı	Kolaylık sağladı	p
Evet, ederim	9 (90)	20 (80)	14 (93,3)	0,504
Hayır, etmem	1 (10)	5 (20)	1 (6,7)	

Sağlık personellerinin sorulara verdiği yanıtların cinsiyete göre oranları tablo 18’de verildi. ‘Akredite olmuş bir sağlık kuruluşunda hizmet vermek / almak, akredite olmamış bir hastaneden hizmet vermek / almak daha kaliteli ve güvenli olduğunu söyleyebilir misiniz’ sorusuna erkeklerin %75,0’ı, kadınların ise %83,3’ü katılıyorum cevabını verdi. ‘Hizmet aldığınız / verdiğiniz sağlık kuruluşunun akredite olup olmadığına dikkat eder misiniz’ sorusuna erkeklerin %84,4’ü, kadınların ise %88,9’u evet cevabını verdi. ‘Akreditasyon işlerinizi zorlaştırdı mı’ sorusuna ise erkeklerin %50,0’ı, kadınların ise %50,0’ı iş yükü arttı yanıtını verdi. Sağlık personellerinin cinsiyete göre soru 3’e verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0,878).

Tablo 18

		Erkek	Kadın	p
Soru 1	Katılıyorum	24 (75)	15 (83,3)	-*
	Kısmen Katılıyorum	6 (18,8)	3 (16,7)	
	Katılmıyorum	2 (6,3)	0 (0)	
Soru 2	Evet, ederim	27 (84,4)	16 (88,9)	-*
	Hayır, etmem	5 (15,6)	2 (11,1)	
Soru 3	Fark olmadı	7 (21,9)	3 (16,7)	0,878
	İş yükü arttı	16 (50)	9 (50)	
	Kolaylık sağladı	9 (28,1)	6 (33,3)	

*Katılımcı sayısı yeterli olmadığı için p değeri hesaplanamadı.

Karşılaştırma Analizleri**Cinsiyet vs Grup**

		Doktor	Hasta	Sağlık Personeli	Toplam
Erkek	Sayı	16	61	32	109
	Satır Yüzdesi	14,7	56,0	29,4	100,0
	Sütun Yüzdesi	64,0	61,0	64,0	62,3
Kadın	Sayı	9	39	18	66
	Satır Yüzdesi	13,6	59,1	27,3	100,0
	Sütun Yüzdesi	36,0	39,0	36,0	37,7
Toplam	Sayı	25	100	50	175
	Satır Yüzdesi	14,3	57,1	28,6	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0	100,0
Test		p			
Pearson Chi-Square		0,921			

Soru 1 vs Grup

		Doktor	Hasta	Sağlık Personeli	Toplam
Katılıyorum	Sayı	23	70	39	132
	Satır Yüzdesi	17,4	53,0	29,5	100,0
	Sütun Yüzdesi	92,0	70,0	78,0	75,4
Katılmıyorum	Sayı	0	12	2	14
	Satır Yüzdesi	,0	85,7	14,3	100,0
	Sütun Yüzdesi	,0	12,0	4,0	8,0
Kısmen Katılıyorum	Sayı	2	18	9	29
	Satır Yüzdesi	6,9	62,1	31,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	8,0	18,0	18,0	16,6
Toplam	Sayı	25	100	50	175
	Satır Yüzdesi	14,3	57,1	28,6	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0	100,0
Test		p			
Pearson Chi-Square (Monte Carlo)		0,101			

Soru 2 vs Grup

		Doktor	Hasta	Sağlık Personeli	Toplam
Evet, ederim	Sayı	22	71	43	136
	Satır Yüzdesi	16,2	52,2	31,6	100,0
	Sütun Yüzdesi	88,0	71,0	86,0	77,7
Hayır, etmem	Sayı	3	29	7	39
	Satır Yüzdesi	7,7	74,4	17,9	100,0
	Sütun Yüzdesi	12,0	29,0	14,0	22,3
Toplam	Sayı	25	100	50	175
	Satır Yüzdesi	14,3	57,1	28,6	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0	100,0

Test

p

Pearson Chi-Square

0,047

Soru 3 vs Grup

		Doktor	Hasta	Sağlık Personeli	Toplam
Fark olmadı	Sayı	5	29	10	44
	Satır Yüzdesi	11,4	65,9	22,7	100,0
	Sütun Yüzdesi	20,0	29,0	20,0	25,1
İş yükü arttı	Sayı	3	0	25	28
	Satır Yüzdesi	10,7	,0	89,3	100,0
	Sütun Yüzdesi	12,0	,0	50,0	16,0
Kolaylık sağladı	Sayı	17	71	15	103
	Satır Yüzdesi	16,5	68,9	14,6	100,0
	Sütun Yüzdesi	68,0	71,0	30,0	58,9
Toplam	Sayı	25	100	50	175
	Satır Yüzdesi	14,3	57,1	28,6	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0	100,0

Test

p

Pearson Chi-Square

<0,001

Soru 1 vs Soru 2

		Evet, ederim	Hayır, etmem	Toplam
Katılıyorum	Sayı	120	12	132
	Satır Yüzdesi	90,9	9,1	100,0
	Sütun Yüzdesi	88,2	30,8	75,4
Katılmıyorum	Sayı	0	14	14
	Satır Yüzdesi	,0	100,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	,0	35,9	8,0
Kısmen Katılıyorum	Sayı	16	13	29
	Satır Yüzdesi	55,2	44,8	100,0
	Sütun Yüzdesi	11,8	33,3	16,6
Toplam	Sayı	136	39	175
	Satır Yüzdesi	77,7	22,3	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0

Test	p
Pearson Chi-Square	<0,001

Soru 1 vs Soru 3

		Fark olmadı	İş yükü arttı	Kolaylık sağladı	Toplam
Katılıyorum	Sayı	21	20	91	132
	Satır Yüzdesi	15,9	15,2	68,9	100,0
	Sütun Yüzdesi	47,7	71,4	88,3	75,4
Katılmıyorum	Sayı	12	1	1	14
	Satır Yüzdesi	85,7	7,1	7,1	100,0
	Sütun Yüzdesi	27,3	3,6	1,0	8,0
Kısmen Katılıyorum	Sayı	11	7	11	29
	Satır Yüzdesi	37,9	24,1	37,9	100,0
	Sütun Yüzdesi	25,0	25,0	10,7	16,6
Toplam	Sayı	44	28	103	175
	Satır Yüzdesi	25,1	16,0	58,9	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0	100,0

Test	p
Pearson Chi-Square (Monte Carlo)	<0,001

Soru 2 vs Soru 3

		Fark olmadı	İş yükü arttı	Kolaylık sağladı	Toplam
Evet, ederim	Sayı	19	21	96	136
	Satır Yüzdesi	14,0	15,4	70,6	100,0
	Sütun Yüzdesi	43,2	75,0	93,2	77,7
Hayır, etmem	Sayı	25	7	7	39
	Satır Yüzdesi	64,1	17,9	17,9	100,0
	Sütun Yüzdesi	56,8	25,0	6,8	22,3
Toplam	Sayı	44	28	103	175
	Satır Yüzdesi	25,1	16,0	58,9	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0	100,0

Test	p
Pearson Chi-Square	<0,001

Soru 1 vs Cinsiyet

		Erkek	Kadın	Toplam
Katılıyorum	Sayı	83	49	132
	Satır Yüzdesi	62,9	37,1	100,0
	Sütun Yüzdesi	76,1	74,2	75,4
Katılmıyorum	Sayı	10	4	14
	Satır Yüzdesi	71,4	28,6	100,0
	Sütun Yüzdesi	9,2	6,1	8,0
Kısmen Katılıyorum	Sayı	16	13	29
	Satır Yüzdesi	55,2	44,8	100,0
	Sütun Yüzdesi	14,7	19,7	16,6
Toplam	Sayı	109	66	175
	Satır Yüzdesi	62,3	37,7	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0

Test	p
Pearson Chi-Square	0,565

Soru 2 vs Cinsiyet

		Erkek	Kadın	Toplam
Evet, ederim	Sayı	86	50	136
	Satır Yüzdesi	63,2	36,8	100,0
	Sütun Yüzdesi	78,9	75,8	77,7
Hayır, etmem	Sayı	23	16	39
	Satır Yüzdesi	59,0	41,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	21,1	24,2	22,3
Toplam	Sayı	109	66	175
	Satır Yüzdesi	62,3	37,7	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0

Test

p

Pearson Chi-Square

0,628

Soru 3 vs Cinsiyet

		Erkek	Kadın	Toplam
Fark olmadı	Sayı	25	19	44
	Satır Yüzdesi	56,8	43,2	100,0
	Sütun Yüzdesi	22,9	28,8	25,1
İş yükü arttı	Sayı	19	9	28
	Satır Yüzdesi	67,9	32,1	100,0
	Sütun Yüzdesi	17,4	13,6	16,0
Kolaylık sağladı	Sayı	65	38	103
	Satır Yüzdesi	63,1	36,9	100,0
	Sütun Yüzdesi	59,6	57,6	58,9
Toplam	Sayı	109	66	175
	Satır Yüzdesi	62,3	37,7	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0

Test

p

Pearson Chi-Square

0,619

Doktorlarda**Soru 1 vs Soru 2**

		Evet, ederim	Hayır, etmem	Toplam
Katılıyorum	Sayı	21	2	23
	Satır Yüzdesi	91,3	8,7	100,0
	Sütun Yüzdesi	95,5	66,7	92,0
Kısmen Katılıyorum	Sayı	1	1	2
	Satır Yüzdesi	50,0	50,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	4,5	33,3	8,0
Toplam	Sayı	22	3	25
	Satır Yüzdesi	88,0	12,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0

Test	p
Fisher's Exact Test	0,230

Soru 1 vs Soru 3

		Fark olmadı	İş yükü arttı	Kolaylık sağladı	Toplam
Katılıyorum	Sayı	5	2	16	23
	Satır Yüzdesi	21,7	8,7	69,6	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	66,7	94,1	92,0
Kısmen Katılıyorum	Sayı	0	1	1	2
	Satır Yüzdesi	,0	50,0	50,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	,0	33,3	5,9	8,0
Toplam	Sayı	5	3	17	25
	Satır Yüzdesi	20,0	12,0	68,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0	100,0

Soru 2 vs Soru 3

		Fark olmadı	İş yükü arttı	Kolaylık sağladı	Toplam
Evet, ederim	Sayı	4	1	17	22
	Satır Yüzdesi	18,2	4,5	77,3	100,0
	Sütun Yüzdesi	80,0	33,3	100,0	88,0
Hayır, etmem	Sayı	1	2	0	3
	Satır Yüzdesi	33,3	66,7	,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	20,0	66,7	,0	12,0
Toplam	Sayı	5	3	17	25
	Satır Yüzdesi	20,0	12,0	68,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0	100,0

Hastalarda**Soru 1 vs Soru 2**

		Evet, ederim	Hayır, etmem	Toplam
Katılıyorum	Sayı	60	10	70
	Satır Yüzdesi	85,7	14,3	100,0
	Sütun Yüzdesi	84,5	34,5	70,0
Katılmıyorum	Sayı	0	12	12
	Satır Yüzdesi	,0	100,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	,0	41,4	12,0
Kısmen Katılıyorum	Sayı	11	7	18
	Satır Yüzdesi	61,1	38,9	100,0
	Sütun Yüzdesi	15,5	24,1	18,0
Toplam	Sayı	71	29	100
	Satır Yüzdesi	71,0	29,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0

Test	p
Pearson Chi-Square	<0,001

Soru 1 vs Soru 3

		Fark olmadı	Kolaylık sağladı	Toplam
Katılıyorum	Sayı	7	63	70
	Satır Yüzdesi	10,0	90,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	24,1	88,7	70,0
Katılmıyorum	Sayı	12	0	12
	Satır Yüzdesi	100,0	,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	41,4	,0	12,0
Kısmen Katılıyorum	Sayı	10	8	18
	Satır Yüzdesi	55,6	44,4	100,0
	Sütun Yüzdesi	34,5	11,3	18,0
Toplam	Sayı	29	71	100
	Satır Yüzdesi	29,0	71,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0

Test	p
Pearson Chi-Square	<0,001

Soru 2 vs Soru 3

		Fark olmadı	Kolaylık sağladı	Toplam
Evet, ederim	Sayı	6	65	71
	Satır Yüzdesi	8,5	91,5	100,0
	Sütun Yüzdesi	20,7	91,5	71,0
Hayır, etmem	Sayı	23	6	29
	Satır Yüzdesi	79,3	20,7	100,0
	Sütun Yüzdesi	79,3	8,5	29,0
Toplam	Sayı	29	71	100
	Satır Yüzdesi	29,0	71,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0

Test	p
Pearson Chi-Square	<0,001

Sağlık Personellerinde

Soru 1 vs Soru 2

		Evet, ederim	Hayır, etmem	Toplam
Katılıyorum	Sayı	39	0	39
	Satır Yüzdesi	100,0	,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	90,7	,0	78,0
Katılmıyorum	Sayı	0	2	2
	Satır Yüzdesi	,0	100,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	,0	28,6	4,0
Kısmen Katılıyorum	Sayı	4	5	9
	Satır Yüzdesi	44,4	55,6	100,0
	Sütun Yüzdesi	9,3	71,4	18,0
Toplam	Sayı	43	7	50
	Satır Yüzdesi	86,0	14,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0

Soru 1 vs Soru 3

		Fark olmadı	İş yükü arttı	Kolaylık sağladı	Toplam
Katılıyorum	Sayı	9	18	12	39
	Satır Yüzdesi	23,1	46,2	30,8	100,0
	Sütun Yüzdesi	90,0	72,0	80,0	78,0
Katılmıyorum	Sayı	0	1	1	2
	Satır Yüzdesi	,0	50,0	50,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	,0	4,0	6,7	4,0
Kısmen Katılıyorum	Sayı	1	6	2	9
	Satır Yüzdesi	11,1	66,7	22,2	100,0
	Sütun Yüzdesi	10,0	24,0	13,3	18,0
Toplam	Sayı	10	25	15	50
	Satır Yüzdesi	20,0	50,0	30,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0	100,0

Soru 2 vs Soru 3

		Fark olmadı	İş yükü arttı	Kolaylık sağladı	Toplam
Evet, ederim	Sayı	9	20	14	43
	Satır Yüzdesi	20,9	46,5	32,6	100,0
	Sütun Yüzdesi	90,0	80,0	93,3	86,0
Hayır, etmem	Sayı	1	5	1	7
	Satır Yüzdesi	14,3	71,4	14,3	100,0
	Sütun Yüzdesi	10,0	20,0	6,7	14,0
Toplam	Sayı	10	25	15	50
	Satır Yüzdesi	20,0	50,0	30,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0	100,0

Test

p

Pearson Chi-Square (Monte Carlo)

0,504

Doktorlarda**Soru 1 vs Cinsiyet**

		Erkek	Kadın	Toplam
Katılıyorum	Sayı	14	9	23
	Satır Yüzdesi	60,9	39,1	100,0
	Sütun Yüzdesi	87,5	100,0	92,0
Kısmen Katılıyorum	Sayı	2	0	2
	Satır Yüzdesi	100,0	,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	12,5	,0	8,0
Toplam	Sayı	16	9	25
	Satır Yüzdesi	64,0	36,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0

Soru 2 vs Cinsiyet

		Erkek	Kadın	Toplam
Evet, ederim	Sayı	13	9	22
	Satır Yüzdesi	59,1	40,9	100,0
	Sütun Yüzdesi	81,3	100,0	88,0
Hayır, etmem	Sayı	3	0	3
	Satır Yüzdesi	100,0	,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	18,8	,0	12,0
Toplam	Sayı	16	9	25
	Satır Yüzdesi	64,0	36,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0

Soru 3 vs Cinsiyet

		Erkek	Kadın	Toplam
Fark olmadı	Sayı	3	2	5
	Satır Yüzdesi	60,0	40,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	18,8	22,2	20,0
İş yükü arttı	Sayı	3	0	3
	Satır Yüzdesi	100,0	,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	18,8	,0	12,0
Kolaylık sağladı	Sayı	10	7	17
	Satır Yüzdesi	58,8	41,2	100,0
	Sütun Yüzdesi	62,5	77,8	68,0
Toplam	Sayı	16	9	25
	Satır Yüzdesi	64,0	36,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0

Hastalarda**Soru 1 vs Cinsiyet**

		Erkek	Kadın	Toplam
Katılıyorum	Sayı	45	25	70
	Satır Yüzdesi	64,3	35,7	100,0
	Sütun Yüzdesi	73,8	64,1	70,0
Katılmıyorum	Sayı	8	4	12
	Satır Yüzdesi	66,7	33,3	100,0
	Sütun Yüzdesi	13,1	10,3	12,0
Kısmen Katılıyorum	Sayı	8	10	18
	Satır Yüzdesi	44,4	55,6	100,0
	Sütun Yüzdesi	13,1	25,6	18,0
Toplam	Sayı	61	39	100
	Satır Yüzdesi	61,0	39,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0

Test	p
Pearson Chi-Square	0,279

Soru 2 vs Cinsiyet

		Erkek	Kadın	Toplam
Evet, ederim	Sayı	46	25	71
	Satır Yüzdesi	64,8	35,2	100,0
	Sütun Yüzdesi	75,4	64,1	71,0
Hayır, etmem	Sayı	15	14	29
	Satır Yüzdesi	51,7	48,3	100,0
	Sütun Yüzdesi	24,6	35,9	29,0
Toplam	Sayı	61	39	100
	Satır Yüzdesi	61,0	39,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0

Test	p
Pearson Chi-Square	0,224

Soru 3 vs Cinsiyet

		Erkek	Kadın	Toplam
Fark olmadı	Sayı	15	14	29
	Satır Yüzdesi	51,7	48,3	100,0
	Sütun Yüzdesi	24,6	35,9	29,0
Kolaylık sağladı	Sayı	46	25	71
	Satır Yüzdesi	64,8	35,2	100,0
	Sütun Yüzdesi	75,4	64,1	71,0
Toplam	Sayı	61	39	100
	Satır Yüzdesi	61,0	39,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0

Test	P
Pearson Chi-Square	0,224

Sağlık Personellerinde**Soru 1 vs Cinsiyet**

		Erkek	Kadın	Toplam
Katılıyorum	Sayı	24	15	39
	Satır Yüzdesi	61,5	38,5	100,0
	Sütun Yüzdesi	75,0	83,3	78,0
Katılmıyorum	Sayı	2	0	2
	Satır Yüzdesi	100,0	,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	6,3	,0	4,0
Kısmen Katılıyorum	Sayı	6	3	9
	Satır Yüzdesi	66,7	33,3	100,0
	Sütun Yüzdesi	18,8	16,7	18,0
Toplam	Sayı	32	18	50
	Satır Yüzdesi	64,0	36,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0

Soru 2 vs Cinsiyet

		Erkek	Kadın	Toplam
Evet, ederim	Sayı	27	16	43
	Satır Yüzdesi	62,8	37,2	100,0
	Sütun Yüzdesi	84,4	88,9	86,0
Hayır, etmem	Sayı	5	2	7
	Satır Yüzdesi	71,4	28,6	100,0
	Sütun Yüzdesi	15,6	11,1	14,0
Toplam	Sayı	32	18	50
	Satır Yüzdesi	64,0	36,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0
Test		p		
Pearson Chi-Square		0,659		

Soru 3 vs Cinsiyet

		Erkek	Kadın	Toplam
Fark olmadı	Sayı	7	3	10
	Satır Yüzdesi	70,0	30,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	21,9	16,7	20,0
İş yükü arttı	Sayı	16	9	25
	Satır Yüzdesi	64,0	36,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	50,0	50,0	50,0
Kolaylık sağladı	Sayı	9	6	15
	Satır Yüzdesi	60,0	40,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	28,1	33,3	30,0
Toplam	Sayı	32	18	50
	Satır Yüzdesi	64,0	36,0	100,0
	Sütun Yüzdesi	100,0	100,0	100,0
Test		p		
Pearson Chi-Square		0,878		

BÖLÜM 3

3. SONUÇ

2000’li yıllara girerken küreselleşme sağlık üzerinde de etkisini göstermiştir. Değişen yasa tasarıları, sağlık kuruluşlarının çeşitliliğindeki artış, hastane başına düşen hasta sayısındaki azalma, sağlık turizmi ve dolayısıyla oluşan rekabet ortamındaki zenginlik zorunlu bir standartlaşmayı, kalite yönetim biçimini, uluslararası alanda kabul görmüş bir akreditasyonu da beraberinde getirmiştir.

Günümüzde akredite olmuş bir hastanede gerek çalışan olmak, gerekse hasta olarak sağlık hizmeti satın almak bir ayrıcalık olarak görülmektedir. Yaptığımız çalışmada hem doktorların, hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının hizmet aldıkları sağlık kuruluşunun akredite olup olmadığına dikkat ettikleri ve akredite olan bir kurumu daha kaliteli ve güvenli buldukları saptanmıştır. Bunun en önemli nedenlerinden biri akreditasyon standartlarına uyulmasının hem sağlık personeline hem de hastalara güvenli bir ortam oluşturmasıdır. Akreditasyon sürecini tamamlamış, belgesini almış bir hastanede çalışan olmak, akreditasyon sürecinin gereklerini yerine getirmek için de olsa sağlık çalışanlarını birçok meslek hastalıklarından korumaktadır. Bununla birlikte nazokomial enfeksiyonlardan korumak için gerekli önlemlerin alınması hastaları da hastane içi enfeksiyonlardan korumaktadır.

Akreditasyon sürecinden geçmiş bir sağlık kuruluşunun karşılaması gereken kriterlerden bir tanesi “Taraf Cerrahisi” denilen kavramdır. Bu kavramda hasta operasyona gitmeden önce sağlık çalışanı tarafından hastaya adı, soyadı, hangi hekim tarafından operasyon yapılacağı, hangi bölgesinden ameliyat olacağı konusunda sorgulama yapılarak, bilgileri hastaya doğrulatılmaktadır. Doğrulatma işlemi, hastanın yatmış olduğu cerrahi klinikte yapıldığı gibi, aynı işlem ameliyathanede anestezi öncesi de yapılmaktadır. Yapılan bu işlem hastanın yanlış taraftan ameliyat olma riskini ortadan kaldırdığı gibi sağlık çalışanını da hata yapmaktan korumaktadır. Ayrıca bugün görsel medyada izlediğimiz yanlış taraf cerrahisi hatalarından da akreditasyon çalışmaları hastaları ve sağlık çalışanlarını korumaktadır.

Akreditasyon sürecini tamamlayıp akreditasyon kriterlerini karşılamış bir hastanede bu akreditasyon kriterleri, hastanın yanlış tedavi ve bakım almasını önlemiş olduğu gibi dolaylı olarak sağlık çalışanını da korumaktadır. Bunu örnekleyecek olursak; akredite olmuş bir hastanenin hasta açısından karşılaması gereken birincil kriterlerden birisi, doğru hastaya, doğru zamanda, doğru dozda, doğru ilacı uygulamaktır. Klinikte sağlık çalışanı doğru ilacı doktor ile doğrulayıp hasta odasına gittiğinde hastaya oda yatak numarası ile değil adı soyadı ile hitap ederek doğru hasta olduğundan emin olduktan sonra tedavisini gerçekleştirmelidir. Görüldüğü gibi bu kriterde de bir önceki örnekte olduğu gibi hastayı yanlış tedavi almaktan koruduğu gibi sağlık çalışanının da yanlış uygulama yapmamasına yardımcı olmaktadır.

Her iki örneğimizde de görüldüğü üzere akreditasyon sürecini tamamlamış bir hastane, akreditasyon kriterlerini karşılayarak hem sağlık çalışanlarını hem de bu hastaneden sağlık hizmeti satın alan bireyleri korumaktadır. Akreditasyonun, akredite olmuş bir hastaneden hizmet alan hastalar ve hizmet sunan sağlık çalışanları açısından daha sayılamayacak kadar faydası bulunmaktadır. Bunlardan bazılarına değinecek olursak; akreditasyon sürecinde hastanın hastaneye başvurusu ile muayene olduğu sürenin belirli bir zaman süreci içinde olması gerektiği için bu koşulun karşılaması gereği, bu hastaneden hizmet satın almış bireyler uzun zaman muayene olmak için poliklinik de beklemeyeceklerdir. Ayrıca hekim seçme hakkı ile muayene için gittiği sağlık kuruluşunda istediği hekimi seçme hakkına sahip olduğu gibi bu hekiminden memnun olmadığı zaman değiştirme hakkına da sahiptir. Hastaların tedavi hizmetini alırken tedavisi hakkında bilgilendirilme hakkı olduğu gibi kendisine yapılacak her türlü girişimsel işlem hakkında da bilgi alma hakkına sahiptir. Bunun yanında eğer duyulmasını istemediği bir rahatsızlığı mevcut ise bunun saklanması yani mahremiyete saygı ve gizlilik hakkına sahiptir. Ayaktan ya da yatarak tedavi için başvurmuş olduğu kurumda çalışanlarla bir sıkıntı yaşadığı takdirde bunu dile getireceği bir merci olduğunu bilmektedir. Bu örnekleri daha da artırmak mümkündür. Biz burada sadece birkaçından bahsettik.

Akreditasyon sürecini tamamlamış, belgesini almış bir hastanede durum böyleyken; sağlık hizmeti satın almak istediğimizde böyle bir hastane mevcutsa diğer hastanelere göre normal şartlarda tercihimiz akreditasyon belgesini almış olan bir hastane

olacaktır.

Sonuç olarak ödevimizde, akreditasyon süreci ve bu sürecin bir sağlık kuruluşuna, kuruluşta çalışan tüm personele ve en önemlisi sağlık hizmeti satın alanlara ne gibi faydalar sağladığını görmekteyiz. Rekabetin vazgeçilmez olduğu günümüz koşullarında akreditasyon belgesi almış bir sağlık kuruluşunu rakiplerinden kıyaslanamayacak kadar önde olduğunu aşikârdır. Tüm sağlık yöneticilerinin akreditasyonun vazgeçilmez olduğunun bilincinde olup, imkanlar dahilinde, hizmet verdikleri sağlık kuruluşlarını akreditasyon sürecine dahil etmeleri gerekmektedir.

İnsanlarımızın gittikçe bilinçlendiği ve haklarının daha da farkına varmaya başladığı günümüzde, daha sağlıklı ve kaliteli bir hizmet tüm insanların hakkıdır. Bu yüzden tüm sağlık kuruluşlarımızın akreditasyon sürecinden geçeceği günler çok uzak görünmemektedir.

KAYNAKÇA

Kitaplar

II. Kalite Sempozyumu Bildiriler Kitabı, Bursa, MMO/E/2001/2006.

REHBER, E., **Yüksek Öğretimde Kalite Sorunu Akreditasyon ve Kalite Yönetimi**, Bursa, 2002.

Uluslararası Birleşik Komisyon Hataneler İçin Akreditasyon Standartları, JCI, 2003.

Makaleler

ESATOĞLU, E., "Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Yönetimi ve Akreditasyon Sistemi," **SB Diyalog Dergisi**, Eylül-2005, s. 42-43.

ŞARDAN, Y. Ç., "Sağlık Kuruluşlarında Akreditasyon ve Enfeksiyon Kontrolü," **SB Diyalog Dergisi**, Eylül-2005, s. 44-45.

ŞEN, F., "Akreditasyonda Tesis Yönetimi ve Güvenlik," **SB Diyalog Dergisi**, Eylül-2005, s. 47.

UYANUSTA, E., "Kalite Altyapısı Standardizasyon, Akreditasyon ve Uygunluk Değerlendirmesi," **İkdisadi Kalkınma Vakfı Yayınları**, No: 194, s. 19-20, Temmuz 2006.

YEREBAKAN, M., "Özel Hastaneler Araştırması Mevcut Durum ve Çözüm Önerleri," **İstanbul Ticaret Odası Yayınları**, s. 46, 2000.

3. Diğer

İnternet Kaynakları

Akreditasyon ve Uygunluk Değerlendirmesi Faliyetleri <<http://www.turkak.org.tr/literat/mk11.htm>>, (05.12.2010).

Akreditasyonun Uluslararası Boyutu, <<http://www.turkak.org.tr/literat/mk12.htm>>. (05.12.2010).

AYDIN, B., **Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi**, 12 Ocak 2009, <<http://www.almanhastanesi.com.tr/haberler/images/akr1.pdf>>, (15.11.2010).

JCI, **Türkiye’de Akredite Olmuş Sağlık Kuruluşları**, 20.02.2011, <<http://tr.jointcommissioninternational.org/entr/JCI-Accredited-Organizations/#Turkey>>, (20.01.2011).

KUŞ, H., **Sağlık Sektöründe Akreditasyon ve ISO Standartları**, 24.03.2006, <<http://www.merih.net/m1/whaskus02.htm>>, (10.10.2010).

SUR, H., **Hastanelerde Kaynak İsrafı: Nasıl Önüne Geçmeli?**, 30.11.2006, <<http://www.merih.net/m1/whaysur18.htm>>, (10.10.2010).

ŞEN, F., **Neden Akreditasyon**, Bursa İl Sağlık Müdürlüğü, Bursa, <www.bsm.gov.tr/sunu/docs/akrdtsyn_brs_hms_drn.ppt>, (15.11.2010).

TÜRKAK, <<http://www.turkak.org.tr/>>, (25.11.2010)

Türkiye Akreditasyon Kurumu, **Organizasyon Şeması**, <<http://www.turkak.org.tr/org.htm>>, (10.12.2010)

4. Tezler

AKYURT, N., **Hastanelerde Akreditasyon Standartları: İstanbul'daki Özel Hastanelerin Radyoloji Yöneticilerinin Standartları Ne Ölçüde Yerine**

Getirildiği Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bir Araştırma, Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2007.

CEYLAN, M., **Türkiye'de Kalite Akreditasyonu ve TÜRKAK**, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Muğla Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Muğla, 2009.

DEMİREL ETÖZ, S., **Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belgelendirme Sistemleri ve Akreditasyon**, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Isparta, 2008.

İNCEBOZ, T., **Sağlıkta Kalite Uygulamaları ve ISO 15189:2007 (Tıbbi Laboratuvarların Akreditasyonu) Akreditasyon Uygulamalarının Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması**, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2009.

KARABULUT, F., **Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Akreditasyon ISO/IEC 15189:2003 Uygulaması**, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Toplam Kalite Ana Bilim Dalı, İzmir, 2009.

ÖZDİL, N., **JCI Akreditasyonu Olan özel Hastanelerde Personel Temini Ve Uygulaması**, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Uluslararası Kalite Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul, 2010.

YETKİNLİOĞLU, Ö., **Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi**, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Yönetim Organizasyon Bilim Dalı, Konya, 2009.

5. Raporlar

T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu, **Türk Akreditasyon Kurumu'nun (TÜRKAK) 2002, 2003, 2004 Yılları Eylem ve İşlemlerinin Araştırılıp Denetlenmesine İlişkin Rapor**, Ankara, (2005/2).

6. Diğer

ÇORUH, M., “Kalite Güvence Sistemi Felsefesi: Hastane Hizmetlerinde Hangi Kalite Güvence Sistemi Seçilmeli?”, **III. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetim Sempozyumu**, Ankara, 28-29 Eylül 2000.

ERTUFAN, H., “Hastanelerde Akreditasyon Gerekliliklerinin Yönetim Süreçlerinde Uygulanması”, **II.Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi**, Pamukkale/Denizli, Mart 2004.

FRUTH, R., “Çalışanların Niteliği ve Eğitimi (ÇNE)”, Microsoft PowerPoint Sunumu, **JCI Yöneticilik Konferansı**, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 17-19 Kasım 2005.

FRUTH, R., “Enfeksiyon Önlenmesi ve Kontrolü (EÖK)”, Microsoft PowerPoint Sunumu, **JCI Yöneticilik Konferansı**, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 17-19 Kasım 2005.

FRUTH, R., “Hasta ve Yakınlarının Hakları (HYH)”, Microsoft PowerPoint Sunumu, **Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı JCI Yöneticilik Konferansı**, 17-19 Kasım 2005.

FRUTH, R., “Hastaların Bakımı (HB)”, Microsoft PowerPoint Sunumu, **JCI Yöneticilik Konferansı**, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 17-19 Kasım 2005.

GÜL, C., “Hastane Dışındaki Sağlık Kuruluşlarında Akreditasyon Uygulamaları”, **II.Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi**, Pamukkale/Denizli, Mart 2004.

GÜNGÖR, H. S., KÜÇÜKERENKÖY, F., YILDIRIM, Ö., “Hasta Güvenliği ve Beklenmedik Olaylar”, **II.Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi**, Pamukkale/Denizli, Mart 2004.

ÇARIKÇI, H. İ., **Liderlik**, Yönetim ve Organizasyon Ders Notları, Isparta, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Ana Bilim Dalı, Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, Aralık 2009.

PASTERNAK, D.P., **Akreditasyon İçin Başvuru**, Microsoft PowerPoint Sunumu, JCI Akreditasyon Tetkiki Süreci, Antalya, 17 Kasım 2005.

PASTERNAK, D.P., “Bilgi Yönetimi (BY)”, Microsoft PowerPoint Sunumu, **Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı JCI Yöneticilik Konferansı**, Antalya, 17-19 Kasım 2005.

Türk Akreditasyon Kurumu Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun, 27/10/1999 tarih ve 4457 sayılı Resmi Gazete.

Uygunluk Değerlendirme Kuruluşlarının Akreditasyonu Hakkında Yönetmelik, 02/10/2010 Tarih ve 24541 Sayılı Resmi Gazete.

YENİCE, S., **Kalite Tanımı ve Tarihçesi**, II. Kalite ve Akreditasyon Sempozyumu, Girne/KKTC, 2006.