

**T. C
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI
YÖNETİM ORGANİZASYON BİLİM DALI**

**SAĞLIK KURUMLARINDA
HASTA GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINDA
KALİTE VE AKREDİTASYON ÇALIŞMALARININ
ÖNEMİ: ANKARA İLİNDEKİ İKİ HASTANEDE
HASTA GÜVENLİĞİ ÇALIŞMALARININ
DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK
MUKAYESELİ BİR UYGULAMA**

ÖZGÜR YETGİNLIOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Adem ÖĞÜT

KONYA-2009



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



BİLİMSEL ETİK SAYFASI

Bu tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını bildiririm.

Özgür YETGİNLIOĞLU



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



YÜKSEK LİSANS TEZİ KABUL FORMU

	Adı Soyadı	ÖZGÜR YETGİNLİOĞLU		
	Numarası	064227011009		
	Ana Bilim / Bilim Dalı	İŞLETME / YÖNETİM ORGANİZASYON		
Öğrencinin	Programı	Tezli Yüksek Lisans <input checked="" type="checkbox"/>	Doktora <input type="checkbox"/>	
	Tezin Adı	Prof.Dr. Adem ÖĞÜT		
		Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara İlindeki İki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama		

Yukarıda adı geçen öğrenci tarafından hazırlanan “*Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara İlindeki İki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama*” başlıklı bu çalışma 16/11/2009 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği/oyçokluğu ile başarılı bulunarak, jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı Soyadı	Danışman ve Üyeler	İmza
Prof.Dr. Adem ÖĞÜT	Danışman	
Doç.Dr. Muammer ZERENLER	Jüri Üyesi	
Yrd.Doç.Dr. Aykut BEDÜK	Jüri Üyesi	

ÖNSÖZ

İnsanlık tarihi boyunca insanoğlunun üzerinde çalıştığı ve öncelikli olarak üzerinde durduğu konuların başında sağlık kavramı yer almaktadır. Sağlık kavramı tarihsel süreç içerisinde devletlerin vatandaşlarına sunmuş olduğu en önemli hizmetler arasında da yerini almıştır. Sağlık hizmetleri konusu devletlerin ilgili organları vasıtasıyla zaman içerisinde işlerlik kazanmış ve bu konuda ciddi harcama ve yatırımlar yapılmıştır. Sağlık hizmetleri konusuna bu kadar önem verilmesine rağmen hizmetin sunumu noktasında bir takım sıkıntılarda yaşanmaktadır. Özellikle son yıllarda adından sıkça bahsedilen ve sağlık hizmetlerinin sunumunda ciddi eleştirileri beraberinde getiren hasta güvenliği kavramı, sağlık hizmetlerinin sunumunda farklı bakış açılarını da beraberinde getirmiştir. Sağlık hizmetlerinde oldukça önemli bir konuma sahip olan insan faktörünün yapmış olduğu hataların artış göstermesi ve bu hizmetten faydalanan bireylerin ciddi zararlar görmesi, hasta güvenliği konusunu hükümetlerin gündemine taşımıştır. Başlatılan kalite ve akreditasyon çalışmaları ile sağlık hizmetleri sunumundaki hataların önlenmesi ve dolayısıyla hastaların daha sağlıklı ve daha güvenli şekilde sağlık hizmetlerinden faydalanması hedeflenmektedir.

Bu çalışmada hizmet kavramı ve sağlık hizmetleri ile ilgili temel kavramlar, Türkiye ve dünyadaki sağlık hizmetleri konusu irdelenmiş; hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kavramları detaylı olarak irdelenerek, sağlık hizmetleri sunumunda kalite ve akreditasyonun, hasta güvenliğinin sağlanması sürecindeki önemine dikkat çekilmeye çalışılmaktadır. Ayrıca, Ankara ilinde iki hastanede gerçekleştirilen saha çalışması ile de ilgili hastanelerde yürütülmekte olan hasta güvenliği çalışmaları mukayeseli olarak değerlendirilmiş ve konuya farklı bir bakış açısı kazandırılmaya çalışılmıştır. Bu kapsamda yürütülen çalışmanın bundan sonraki çalışmalara ışık tutmasını ve diğer araştırmacılara yararlı olmasını dilerim.

Çalışmam süresince değerli görüş ve desteğini esirgemeyen, tez danışmanım ve değerli hocam Sayın Prof. Dr. Adem ÖĞÜT'e; yüksek lisans eğitimimin başlaması sürecinde ve sonrasında güven ve desteğini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Recai ÇINAR'a, tezimin hazırlanmasında yardımlarını esirgemeyen Sağlık Bakanlığı Bakanlık Müşaviri ve Kalite Koordinatörü Sayın Bilge AYDIN'a, öğrenim hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen annem Şehri YETGİNLİOĞLU ve babam İhsan YETGİNLİOĞLU'na ve eşim Sultan Eda ÖREN YETGİNLİOĞLU'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

SAĞLIK KURUMLARINDA HASTA GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINDA KALİTE VE AKREDİTASYON ÇALIŞMALARININ ÖNEMİ: ANKARA İLİNDEKİ İKİ HASTANEDE HASTA GÜVENLİĞİ ÇALIŞMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK MUKAYESELİ BİR UYGULAMA

Sağlık hizmetlerinin sunumu sürecinde risk faktörünün yüksek olması ve son yıllarda sağlık hizmetleri sunumunda tıbbi hataların artış göstermesi, sağlık hizmetleri sunumundaki kalite ve standartların gözden geçirilmesini ve hasta güvenliğine yönelik ciddi çalışmalar yapılmasını zorunlu hale getirmiştir. Bireylere zarar verebilecek hataların önceden belirlenebilmesi ve önlenmesi için sağlık kurum ve çalışanlarına büyük sorumluluklar düşmektedir. Bu noktada sağlık kurumları bünyesinde yürütülecek olan kalite ve akreditasyon çalışmaları bireylerin daha sağlıklı ve daha güvenli şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlayabilecektir.

Bu çalışmada, hasta güvenliğinin sağlanması sürecinde kalite ve akreditasyon çalışmalarının önemi konusu incelenmiş; bu kapsamda hizmet kavramı ve sağlık hizmetleri ile ilgili temel kavramlar; Türkiye ve dünyadaki sağlık hizmetleri; hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kavramları da detaylı olarak irdelenmiştir. Son bölümde ise Ankara ilindeki iki hastanede yapılan araştırmada elde edilen veriler mukayeseli olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hizmet, Kalite, Sağlık Hizmetleri, Toplam Kalite Yönetimi, Akreditasyon, Hasta Güvenliği, Tıbbi Hata, Hasta Güvenliği

ABSTRACT

SIGNIFICANCE OF QUALITY AND ACCREDITATION STUDIES FOR PROVIDING PATIENT SAFETY IN HEALTH INSTITUTIONS: A COMPARATIVE PRACTICE FOR THE EVALUATION OF PATIENT SAFETY STUDIES IN TWO HOSPITALS IN ANKARA

High risk factor in the provision of health services and recently increased medical errors in the provision of health services have led to reviewing of quality and standards in offering health services and the performance of serious studies for patient safety. A great responsibility rests with health institutions and their personnel for the pre-detection and prevention of errors that may harm individuals. In this respect, quality and accreditation studies to be carried out within the body of health institutions shall enable individual to utilize the healthcare facilities in a more healthy and safe way.

In the present study, the significance of quality and accreditation studies in the process of ensuring the patient safety was pointed out; and in this regard, the concept of offering service and basic concepts in healthcare services; healthcare services in Turkey and in the world, patient safety, concepts of quality and accreditation in healthcare services were thoroughly examined. In the last part, the data obtained from the research carried out in two hospitals in Ankara are comparatively evaluated.

Key Words: Service, Quality, Healthcare Services, Total Quality Management, Accreditation, Patient Safety, Medical Error, Patient Safety

KISALTMALAR LİSTESİ

- bkz.** : **Bakınız**
- v.b.** : **ve benzerleri**
- v.d.** : **ve diğerleri**
- e.t.** : **erişim tarihi**
- JCI** : **Joint Commission International**
(Uluslararası Birleşik Komisyonu)
- EFQM:** **European Foundation for Quality Management**
(Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı)
- MBNQ:** **National Quality Award**
(Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü)
- DSÖ** : **Dünya Sağlık Örgütü**
- SB** : **Sağlık Bakanlığı**
- BM** : **Birleşmiş Milletler**
- GSMH:** **Gayri Safi Milli Hasılat**
- OECD** : **Organisation for Economic Co-operation and Development**
(Avrupa Ekonomik İşbirliği Örgütü)
- TKY** : **Toplam Kalite Yönetimi**
- TSE** : **Türk Standartları Enstitüsü**

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.1. Hizmetin Tarihsel Tanımları	5
Tablo 1.2. OECD Ülkeleri Kişi Başına Sağlık Harcamaları(\$), (1992-2002).....	33
Tablo 2.1. Olay-Ölüm/Karşılaşma Sayısı	37
Tablo 2.2. Her 100 Milyon Saat İçin Ölüm Riski Nedenleri.....	37
Tablo 2.3. TKY'nin Prensipleri ve Temel Kavramları.....	74
Tablo 2.4. Akreditasyon Programı Uygulayan Ülkeler	89
Tablo 2.5. Avrupa'da Akreditasyon Programları (2002).....	90
Tablo 2.6. Akreditasyon Programının Odağı, Avrupa 2002.....	90
Tablo 2.7. EFQM Mükemmellik Modeli Kriterleri.....	95
Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan Temel Ölçeklerin Güvenirlilik Tablosu.....	115
Tablo 3.2. Araştırmaya Katılanların Cinsiyetleri.....	117
Tablo 3.3. Araştırmaya Katılanların Yaşları.....	118
Tablo 3.4. Araştırmaya Katılanların Eğitim Düzeyleri.....	119
Tablo 3.5. Araştırmaya Katılanların Medeni Durumu.....	120
Tablo 3.6. Araştırmaya Katılanların Meslekleri	121
Tablo 3.7. Araştırmaya Katılanların En Son Çalıştıkları Birim	122
Tablo 3.8. Araştırmaya Katılanların Meslekteki Toplam Çalışma Süresi.....	124
Tablo 3.9. Araştırmaya Katılanların Şu an Çalıştıkları Hastanedeki Çalışma Süresi.....	125
Tablo 3.10. Araştırmaya Katılanların, Hastalarla Direkt Etkileşim veya Temas Halinde Olup Olmama Durumu.....	126
Tablo 3.11. Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi Yönetiminin, Kalite Geliştirme ve Hasta Güvenliği Programına İlişkin Tutumlarının Yüzdesel Dağılımları ve Aritmetik Ortalamaları	128
Tablo 3.12. Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi Yönetiminin, Kalite Geliştirme ve Hasta Güvenliği Programına İlişkin Tutumlarının Yüzdesel Dağılımları ve Aritmetik Ortalamaları	130
Tablo 3.13. Polatlı Duatepe Devlet Hastanesinde Hasta Güvenliğini Sağlamaya Yönelik Yapılan Çalışmaların Uygulanma Derecelerinin Yüzdesel Dağılımları ve Aritmetik Ortalamaları	132

Tablo 3.14. Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesinde Hasta Güvenliğini Sağlamaya Yönelik Yapılan Çalışmaların Uygulama Derecelerinin Yüzdesel Dağılımları ve Aritmetik Ortalamaları.....	135
Tablo 3.15. Polatlı Duatepe Devlet Hastanesindeki Katılımcıların, Hastanenin Genel Durumuna İlişkin Görüşlerinin Yüzdesel Dağılımları ve Aritmetik Ortalamaları.....	138
Tablo 3.16. Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesindeki Katılımcıların, Hastanenin Genel Durumuna İlişkin Görüşlerinin Yüzdesel Dağılımları ve Aritmetik Ortalamaları	139
Tablo 3.17. Hastane Yönetimlerinin Kalite Geliştirme ve Hasta Güvenliği Programına İlişkin Tutumlarının Karşılaştırılması.....	140
Tablo 3.18. Hasta Güvenliğini Sağlamaya Yönelik Yapılan Çalışmaların Uygulanma Derecelerinin Karşılaştırılması.....	141
Tablo 3.19. Tanımlayıcı İstatistikler, Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar ve Cronbach Alfa Değerleri.....	142

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1. Hizmetin Karakteristik Özellikleri	10
Şekil 1.2. Sağlık Hizmetleri Endüstrisi	18
Şekil 2.1. MBNQA Modeli.....	94

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1.1. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Muayene Olan ve Sevk Edilen Kişi Sayısı.....	26
Grafik 1.2. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Hastanelere Sevk Oranı	27
Grafik 1.3. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Kuruluşları	31
Grafik 1.4. Aktif Çalışan Hekimlerin Kurumlara Dağılımı	32
Grafik 1.5. Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de 100.000 Kişiye Düşen Hekim Sayıları	33
Grafik 3.1. Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlerinin Yüzde Oranları (%).....	117
Grafik 3.2. Araştırmaya Katılanların Yaşlarının Yüzde Oranları (%).....	118
Grafik 3.3. Araştırmaya Katılanların Eğitim Düzeylerinin Yüzde Oranları (%).....	119
Grafik 3.4. Araştırmaya Katılanların Medeni Durumlarının Yüzde Oranları (%) ...	120
Grafik 3.5. Araştırmaya Katılanların Mesleklerinin Yüzde Oranları (%)	122
Grafik 3.6. Araştırmaya Katılanların Meslekteki Toplam Çalışma Süresinin Yüzde Oranları (%).....	125
Grafik 3.7. Araştırmaya Katılanların Şu an Çalıştıkları Hastanedeki Çalışma Süresi Yüzde Oranları (%).....	126
Grafik 3.8. Araştırmaya Katılanların, Hastalarla Direkt Etkileşim veya Temas Halinde Olup Olmama Durumu Yüzde Oranları (%)	127

İÇİNDEKİLER

Bilimsel Etik Sayfası	ii
Tez Kabul Formu	iii
Önsöz / Teşekkür	iv
Özet	vi
Summary	vii
Kısaltmalar Sayfası	viii
Tablolar Listesi	ix
Şekiller Listesi	xi
Grafikler Listesi	xii
Giriş	1

BİRİNCİ BÖLÜM

HİZMET KAVRAMI, SAĞLIK HİZMETLERİ, TÜRKİYE VE DÜNYA'DA SAĞLIK HİZMETLERİNİN DURUMU

1.1. Hizmet Kavramı.....	3
1.2. Hizmet Sektörüne Genel Bir Bakış.....	5
1.3. Hizmetlerin Karakteristik Özellikleri	8
1.4. Hizmetin Sınıflandırılması.....	10
1.4.1.Pazarlama Amaçları Bakımından.....	11
1.4.2.Hizmetlerin Hedefleri Bakımından	11
1.4.3.Kâr Amaçlı Olup Olmamasına Göre.....	12
1.4.4.Üretim Teknolojisine Göre	12
1.4.5.Müşteri İle İlişki Derecesine Göre	12
1.4.6.Hizmet Sunanın Nitelikleri Açısından	13
1.5.Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri	13
1.5.1.Sağlık Hizmetlerinin İlkeleri.....	19
1.5.2.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	20
1.5.3.Sağlık Hizmetlerinin Dönemleri.....	22
1.5.4.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	23
1.5.4.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	23
1.5.4.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	25
1.5.4.3.Rehabilite Edici Hizmetler	27
1.5.4.4.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	28
1.6.Türkiye ve Dünya'da Sağlık Hizmetleri.....	28

İKİNCİ BÖLÜM
HASTA GÜVENLİĞİ
SAĞLIKTA KALİTE VE AKREDİTASYON

2.1.Hasta Güvenliği Kavramı	36
2.1.1.Hasta Güvenliği Hedefleri	41
2.1.2.Hasta Güvenliği Sorununa Yol Açan Faktörler	49
2.1.3.Hasta Güvenliğinde Bazı Ulusal ve Uluslar arası Organizasyonlar	49
2.1.4.Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği	51
2.1.5.Tıbbi Hatalar Nasıl Önlenebilir?	57
2.2.Kalite Kavramı.....	59
2.2.1. Kalitenin Özellikleri.....	62
2.2.2. Hizmet Kalitesi Kavramı	63
2.2.3. Hizmet Kalitesinin Bileşenleri	65
2.3.Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı.....	66
2.3.1.Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihsel Gelişimi.....	70
2.3.2. Toplam Kalite Yönetiminin (TKY) Tanımı ve Özellikleri.....	71
2.3.3. Toplam Kalite Yönetiminin Amaçları	73
2.3.4. TKY'nin Prensipleri ve Temel Kavramlar.....	74
2.3.5. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi	74
2.3.6. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamasının Sağlayacağı Yaralar	77
2.3.7. Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Geliştirilmesine Yönelik Çalışmaları.....	79
2.4.Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon.....	80
2.4.1.Akreditasyonun Temel Amaçları	84
2.4.2. Akreditasyonun Tarihsel Gelişimi	85
2.4.3. Akreditasyon Sistemlerinin Karakteristik Özellikleri	86
2.4.4. Dünyadaki Sağlık Akreditasyon Programları	87
2.4.5. Türkiye'de Sağlık Akreditasyon Çalışmaları.....	98
2.4.6. JCI Akreditasyon Standartları.....	102
2.4.7. Akreditasyon Standartları Hasta ve Yakınlarına/Çalışanlara/ Tedarikçilere/Paydaşlara Ne Sağlar?	105
2.4.8. Akreditasyon ve Hasta Güvenliği	107

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
ANKARA İLİNDEKİ İKİ HASTANEDE,
HASTA GÜVENLİĞİ ÇALIŞMALARININ
DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK MUKAYESELİ BİR
UYGULAMA

3.1. Araştırmanın Amacı ve Varsayımları	111
3.1.1. Araştırmanın Amacı	111
3.1.2. Araştırmanın Varsayımları	112
3.2. Araştırmanın Yöntemi	113
3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilen Kurumun Seçilmesi	113
3.2.2. Anket Formunun Hazırlanması	113
3.2.3. Veri Toplama Aracının Güvenirlik ve Geçerliliği	114
3.2.3.1. Veri Toplama Aracının Güvenirliliği	114
3.2.3.2. Veri Toplama Aracının Geçerliliği	116
3.2.4. Verilerin Kodlanması, Düzenlenmesi ve Analizi	116
3.2.5. Bulgular	116
3.2.5.1. Araştırmaya Katılanlara İlişkin Demografik Bilgiler	116
3.2.5.2. Hastane Yönetiminin Kalite Geliştirme ve Hasta Güvenliği Programına İlişkin Tutumlarının Yüzdesel Dağılımları ve Aritmetik Ortalamaları	127
3.2.5.3. Hasta Güvenliğini Sağlamaya Yönelik Yapılan Çalışmaların Uygulanma Derecelerinin Yüzdesel Dağılımları ve Aritmetik Ortalamaları	132
3.2.5.4. Farklılık Analizleri Sonuçları	140
3.2.5.5. Korelasyon Analizi Sonuçları	142
 SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	 143
KAYNAKÇA	146
EKLER	
Anket Formu	157
Özgeçmiş	161

GİRİŞ

Tıp öncelikle hastaların sağlığına odaklanan ve mümkün olduğunca kişileri hastalıklardan koruyan bir bilim dalıdır. “Öncelikle zarar vermeyiniz” tıbbın ilk öğretilerinden biridir. Tıp, yaklaşık 3000 yıldır bir bilim dalı olarak kabul edilmekte ve dünyada sağlık hizmetlerine çok büyük paralar harcanmaktadır. Örneğin; 1997 yılında sadece tıbbi cihazlara harcanan paranın 120 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. “İnsan” ise bu sistemleri kullanan ve hata yapma olasılığı olan, tüm sistemin kritik bir bileşenidir (Yıldırım, 2005: 34).

Son zamanlarda sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir faktör olan insanın yapmış olduğu hatalar nedeniyle sağlık hizmet sunumu, kalitesi ve hastaların güvenliği gibi konular ciddi şekilde irdelenmeye ve eleştirilmeye başlamıştır. Yaşanan bu süreçte sağlık hizmetlerinin gözden geçirilmesi, hastaların güvenliğinin sağlanması ve istenen kalite ölçütlerine ulaşabilmek amacıyla akreditasyon programları ülkelerin sağlık sektörleri açısından ilgi çekmeye ve hükümet programlarına girmeye başlamıştır. Ülkemizde de uluslararası arenada kabul gören akreditasyon standartlarının uygulanabilmesi amacıyla çalışmalar başlatılmıştır. Bu çerçevede araştırma konusunun, hasta güvenliğinin sağlanmasında kalite ve akreditasyon çalışmalarının önemini ortaya koyması açısından literatüre katkı sağlayacağı düşünölmektedir. Bu bağlamda çalışma 3 bölümden oluşmaktadır.

Araştırmanın birinci bölümünde hizmet kavramı ve sağlık hizmetleri ile ilgili temel kavramlar, Türkiye ve dünyadaki sağlık hizmetleri konusu irdelenmiştir.

Araştırmanın ikinci bölümünde hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kavramları detaylı olarak irdelenerek, sağlık hizmetleri sunumunda kalite ve akreditasyonun hasta güvenliğinin sağlanması sürecindeki önemine ve gerekliliğine dikkat çekilmiştir.

Üçüncü bölümde ise Ankara ilindeki iki hastanedeki hasta güvenliği çalışmalarını mukayeseli olarak değerlendirmek amacıyla yapılmış olan anket çalışmasının bulguları değerlendirilmiştir.

Çalışma hazırlanırken, öncelikle literatür taraması yöntemi kullanılarak çalışma konusuyla ilgili yayınlar değerlendirilmiştir. Bu bağlamda bilimsel kitaplar, süreli yayınlar ve internet dokümanları incelenmiştir. Değerlendirilen yayınlarla konuya ilişkin kavramsal bir çerçeve çizilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

HİZMET KAVRAMI, SAĞLIK HİZMETLERİ, TÜRKİYE VE DÜNYA'DA SAĞLIK HİZMETLERİNİN DURUMU

1.1. HİZMET KAVRAMI

İnsanla doğrudan ve dolaylı olarak ilgili her konuda hizmetten söz edilebilir. Dolayısıyla çok değişik türde ve nitelikte hizmetle karşılaşılır. Bütün bu hizmet türlerini kapsayacak bir tek tanım yapmak oldukça zordur. Bu nedenle bazı hizmet tanımlarını ele alarak hizmet kavramını inceleyeceğiz.

Amerikan Pazarlama Birliği (AMA), hizmeti; “pazara sunulan veya malların satışına bağlı olarak sağlanan faaliyet, fayda, doyumlar” şeklinde tanımlamaktadır (Dinçer, 1998: 433).

Hizmet, fiziksel olarak sahip olunamayan bir iş, hareket veya çabayı içeren soyut mamullerdir (Üner, 1994: 43).

Hizmet; tüketici ihtiyaçlarının tatmin edilmesi amacıyla meydana getirilen maddi niteliği olmayan ürün; zaman, yer, biçim ve psikolojik yararlar sağlayan ekonomik faaliyet; tüketicilerin mülkiyetle ilişkisi olmaksızın satın aldıkları faydalar olarak tanımlanabilmektedir (Kuriloff vd., 1993: 247).

Kotler ise hizmeti; “bir grubun diğerine sunabileceği, özellikle soyut ve herhangi bir şeyin mülkiyetini gerektirmeyen bir faaliyet veya yarar” şeklinde ifade etmektedir (Dinçer, 1998: 434).

Başka bir ifadeyle hizmet; “ayrı ayrı tanımlanabilen başka bir mal veya hizmetin satışına bağlı olmaksızın ve ihtiyaç giderici olarak sunulan soyut etkinliklerdir” (Stanton, 1984: 676).

Hizmet, kişi ve makinelerin, insanların ve araçların çabalarıyla yarattığı, müşterilere direkt fayda sağlayan fiziksel varlığı olmayan ürünlerdir (Üzerem, 1997: 11).

Daha kısa bir tanımlama ile hizmet, “pazara sunulan veya malların satışına bağılı olarak sağlanan faaliyet, fayda ya da doyumlardır” şeklinde tanımlanabilir (Dinçer, 2003: 457).

Hizmetler soyut oldukları için tüketiciler tarafından bir fayda veya tatmin olarak algılanırlar. Bu anlamda “hizmet, insan ve makineler tarafından insan gayretiyle üretilen ve tüketicilere doğrudan fayda sağlayan ve fiziksel olmayan ürünler” olarak tanımlanmaktadır (Karahana, 2000: 21).

Gerçekte insan ihtiyacını gideren ve fiziki olmayan her faaliyetin hizmet olarak nitelendirilmesi daha doğrudur. Çünkü bir başkasının ihtiyacını gidermek için yapılan bir faaliyette, o faaliyetin herhangi bir mamule bağılı olması veya olmaması, hizmetin niteliğini değıştirmemektedir. Ancak herhangi bir mamule bağılı olarak sunulan faaliyetin, hizmet olarak nitelendirilebilmesi için onun belirli bir fiyatının olması ve ayrıca satışa arz edilmesi gerekir. Aksi takdirde malı tamamlayan bir işlem olarak değıerlendirilir (Dinçer, 1998: 434).

Hizmet ister bireylerin, isterse makinelerin (teknolojik araçların) aracılığı ile gerçekleştirilsin, sonuçta fiziksel bir varlığı olmayan ve insanların (müşterilerin) gereksinimlerini karşılamaya yönelik eylemlerin tümüdür. Hizmet organizasyonları ise, eğitimden, sağlık ve iletişime, bankacılık, havayolu, sigortacılık ve turizme kadar geniş bir yelpazede yer almaktadır. (<http://www.guyad.org>, e.t. 20.09.2008).

Yukarıda yapılan tanımlardan da anlaşılacağı gibi, hizmet kavramının doğası gereğı soyut bir kavram oluşu, hizmetin tanımlanabilirlik derecesini oldukça zorlaştırmaktadır. Geçmişten günümüze değıın yapılan tanımlamaları Tablo 1.1. yardımı ile inceleyip, hizmet kavramına ilişkin tarihsel süreçte yapılan tanımları yakından görebiliriz.

Tablo-1.1: Hizmetin Tarihsel Tanımları

Fizyokratlar (-1750)	Tarımsal üretim dışındaki tüm faaliyetler
Adam Smith(1723-90)	Somut (dokunulabilir) sonuçlanmayan tüm faaliyetler
J.B.Say(1767-1832)	Ürünlere fayda ekleyen, tüm imalat dışı faaliyetler
Alfred Marshall(1842-7924)	Yaratıldığı anda varlık bulan mallar
Batı ülkeleri(1925-1960)	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan hizmetler
Çağdaş	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan bir faaliyet

Kaynak: Öztürk, 1998: 2.

Bugün artık hizmetler, güzellik salonlarında verilen hizmet etkinliklerinden, sigorta işletmelerinin sunduğu hizmetlere kadar çok geniş alana yayılmış, çok çeşitli heterojen etkinlikleri kapsamaktadır. Örneğin, hizmet; bir fikir, eğlence, bilgi, müşterinin görünüşünde bir değişme, sosyal bir yenilik, bulunabilirlik, yiyecek, güvenlik ya da benzeri şeyler olabilir. Bu bakımdan, hizmet olgusu oldukça karmaşık ve tanımlanması güç bir kavramdır.

Bazı araştırmacılar, genel kabul görmüş bir tanımın bulunmadığını, diğer bir kısım araştırmacılar da böyle bir tanımın geliştirilemeyeceğini belirtmektedirler. Hizmet işletmelerinin yönetimi konusunda bilgi birikimini engelleyen faktörlerden biri hizmetin iyi tanımlanmış kavram olmamasıdır. Fakat hizmet, çok genel olarak, "üretildiği yerde tüketilen bir iş veya eylem, bir performans, sosyal olay veya çaba olarak tanımlanabilir (Uyguç, 1998: 8).

1.2. HİZMET SEKTÖRÜNE GENEL BİR BAKIŞ

Hizmet sektörünün büyümesi post endüstriyel ekonominin en belirgin özelliklerinden biridir. Tarihsel sürece bakıldığında aşamalı olarak işgücünün tarımdan üretime ve ondan sonra da üretimden hizmet sektörüne doğru kaydığı görülmektedir. Özellikle son 20 yıldır hizmet sektörü ekonomik yapının en dinamik unsurlarından birini oluşturmaktadır (Akgemci, 2007: 348).

Hizmet sektörünün gelişmesi, ikinci dünya savaşından sonra hızlanmıştır. Bu hızlanmanın en önemli nedenlerinden birisi, endüstri sektöründe uygulanan yönetim ve işletmecilik tekniklerinin hizmet sektöründe de kullanılmaya başlamasıdır. Bugün modern toplumlarda hizmet sektörünün büyüklüğü bir ülkenin gelişmişlik derecesini ölçen kriterlerden biri olarak kabul edilmektedir (Karafakioğlu, 1998: 111).

Uzun dönemli analizler, işgücünün gelişmiş endüstri ülkelerinde tarımdan nasıl keskin bir biçimde hizmet sektörlerine geçtiğinin örnekleriyle doludur. 1900 yılından günümüze işgücünün sektör dağılımıyla ilgili yapılan incelemelerde, asrın başında Japonya'da tarım istihdamının %68, ABD' de %44, İngiltere'de %19 olduğu tespit edilmiştir. 1990'da aynı oranlar Japonya'da %7, ABD'de %3 ve İngiltere'de %2'dir. Bu değişme ile ilgili mukayese edilebilir oranlar Fransa, Almanya ve İtalya'da 1950 yılına aittir. Bu ülkelerde 2. Dünya Savaşı'ndan sonra ortalama %32 olan tarım sektörü istihdamı, 1990'larda %6'ya düşmüştür.

ABD'de imalat sanayi istihdamının 1920'lerde tarım istihdamı %30 seviyelerini korurken, %27 ile en yüksek noktasına çıktığı belirlenmiştir. İngiltere'de imalat sanayi istihdamı 1900'lerde %33 oranında bulunmaktadır ve bu oran 1960'lara kadar aynı seviyesini muhafaza etmiştir. Savaş sonrası dönemde bütün bu 6 ülkede imalat sanayi istihdamında dikkat çekici bir düşme gözlenmiştir. 1990 yılında İngiltere'de imalat sanayi istihdamı 1956 seviyesinin aşağı yukarı yarısına düşmüştür. Hatta, Almanya'da dünya standartlarına göre imalat sanayi istihdamı istisnai olarak çok yüksek seviyede olmasına rağmen, 1969 yılında %45 olan bu sektör istihdamı, 1990'da %30 oranına düşmüştür. Böylece hizmet sektörleri, sadece tarımdan ve imalat sanayinden bu sektöre transfer olanları değil, iş gücündeki net artışlara da istihdam imkanı sağlamıştır (<http://www.ekodialog.com>, e.t. 08.10.2008).

Gelişmiş ülkelere bakıldığında gayri safi milli hasıllarının büyük kısmının hizmet sektöründen üretildiği ve yıllar itibariyle bu payın arttığı görülmektedir. Genel olarak bir ülke ekonomisi geliştikçe ve endüstrileşme düzeyi arttıkça hizmetlerin önemi ve payı hızla artmakta, hatta bu artış endüstridekinden daha hızlı olmaktadır (Mucuk, 2001, 324). Gelişmiş ülkelerin ulusal gelirin %70 i

hizmet sektöründen sağlanmakta ve hizmet sektöründeki gelişmişlik öteki sektörleri geride bırakmaktadır (İslamoğlu, 1999: 27).

Günümüzde hizmet sektörünün önemi gün geçtikçe artmaktadır. Dolayısıyla en hızlı gelişen teknolojiler ve yenilikler de bu sektörde görülmektedir. Bu gelişmelerin göstergesi, özellikle gelişmiş ülkelerde klasik sanayi ve klasik imalatçılık anlayışından uzaklaşılması, bu klasik anlayışın yerini hizmet anlayışının alması ile bilim ekonomisi ve hizmet sektörüne verilen önemin artışı olmaktadır. Bu olgu 20. yüzyılın en belirgin değişikliklerinden biridir. Söz konusu çağdaş yaklaşımda gelecekte beklenen, işletmelerin faaliyetlerini özellikli ürünler ile bilgi ve hizmet alanlarında yoğunlaştıracağı yönündedir. Bu konudaki eğilimler, A.B.D. ve İskandinav ülkeleri gibi gelişmiş ülkelerin ekonomik faaliyetlerinin temel yapılarında bir değişiklik yaşadıklarını, değer yaratan sektörlerin oranlarının değiştiğini ve artık bu ülkelerin gayri safi milli hasıllarının yaklaşık üçte ikisinin tarım ve sanayii dışı faaliyetlerden geldiğini göstermektedir (İçöz vd., 1999: 27-40).

Türkiye’de hizmet ticaretine bakıldığında, 1980’li yıllardan sonra ticaretin serbestleştirilmesi yönündeki eğilimlerin de etkisiyle 1990’lı yıllara kadar %5.1’lik bir büyüme görülmüştür. 1990-1998 yılları arasında ise, yılda ortalama %5.4 oranında büyümüştür. Türkiye’nin hizmet ihracat gelirlerindeki en önemli kalemdir. Turizm gelirlerini uluslararası anlaşmaların %9’luk kısmına sahip olan inşaat ve müteahhitlik firmaları izlemektedir. Üçüncü önemli kalem ise taşımacılıktır. Türkiye’de hizmet sektörü uzun yıllardır en önemli sektör konumundadır (tarım, sanayi ve hizmet sektörleri ele alındığında). Hizmet sektörünün GSMH içinde aldığı pay 1963 yılında %46.3 iken, bu pay 1987 yılında %57.9’a ulaşmıştır. Bu tarihten itibaren bu pay %57-59 arasında sabitlenmiştir ve 2000 yılında %58.3 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye 1997 yılında 19.2 milyarlık hizmet ihracatı yaparken, 8.1 milyar dolarlık hizmet ithalatı gerçekleştirmiştir. Aynı yıl dünya hizmet ihracatında Türkiye’nin aldığı pay %1.5 iken ithalat oranı ise % 0.6’dır. Hizmet ihracatı diğer ülkelerde toplam ihracat içinde ortalama %19.3’lük bir paya sahipken Türkiye’de bu oran %28.4 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye’de

hizmet sektöründe müteahhitlik hizmetleri, bankacılık ve finans, taşımacılık, “back office”, turizm önemli yer tutmaktadır (İgeme’den Bakış, 2002: 39).

Avrupa Birliği Komisyonunun “Türkiye’nin Birliğe Üyeliğinin Yaratabileceği Etkilere İlişkin Etki Raporu”nun ekonomik boyut kısmında ülkemizdeki hizmet sektörünün gelişimiyle ilgili şöyle söz edilmektedir; “Türkiye’de hizmet sektörünün gelişimi GSYİH’nın önemli ölçüde artmasına neden olacaktır. İstihdamın ve katma değerinin hizmet sektörüne yönelişinin sürmesi ve bunun verimlilik artışına neden olması beklenmektedir. Tarım sektöründen hizmet sektörüne geçiş yalnızca Türkiye ekonomisinin yapısını AB ile uyumlu hale getirmekle kalmayacak aynı zamanda, özellikle hizmet sektöründe, Tek Pazara katılımdan doğan kimi etkiler de yaratacak ve kayda değer ilave ekonomik büyümeye de yol açacaktır.” (<http://www.belgenet.com>, e.t. 15.10.2008)

Ülkemizin kalkınmasına en önemli katkılardan birini de hizmet sektörünün sağladığı görülmektedir. Sektörün GSMH içindeki payı 2003 yılı için %68,2’dir. Dünyada sektörde yaşanan serbestleşmenin ülkemiz firmaları açısından da önemli fırsatlar yaratacağı düşünülmektedir (<http://www.igeme.org.tr>, e.t. 15.10.2008).

1.3. HİZMETLERİN KARAKTERİSTİK ÖZELLİKLERİ

Hizmetleri, fiziksel mallardan farklı kılan belirli ayırt edici nitelikleri mevcuttur. Fiziksel mallar, mülkiyetleri alınarak işlem görürler, alınıp, satılabilir, devredilebilir, depolanır ve farklı zamanlarda kullanılmak (tüketilmek) üzere saklanabilirler. Oysa, hizmetin bu tür özellikleri yoktur (<http://www.akademikbakis.org>, e.t. 20.10.2008).

İnsan gereksinimlerini karşılayan, ancak somut olmayan çeşitli araçlara hizmet adı verilir. Bir hizmetin ayırt edici özellikleri aşağıdaki gibi açıklanabilir (Dinçer, 1998: 435).

a) Hizmet Soyuttur (Soyutluk): Soyut kelimesi “fiziki boyutları olmayan ve beş duyu organıyla algılanamayan” anlamına gelmektedir. Bu yönüyle hizmetin en önemli özelliği soyut olmasıdır. Çünkü hizmet davranışlarla ortaya konulabilen bir faaliyettir ve fiziki bir boyutu yoktur. Bu özelliğine bağlı olarak hizmet:

i) Kilogram, metre, litre gibi miktar ifade eden herhangi bir ölçü birimiyle tanımlanamaz.

ii) Beş duyu organıyla algılanamaz.

iii) Bölünemez. Verilecek hizmet alıcısına nasıl tanımlandı ise, o şekilde sunulur ve üzerinde yapılacak değişiklik, hizmeti de değiştirir.

b) Hizmet, hizmeti üretenden ayırt edilemez (Ayrılmazlık): Mamuller önce üretilip sonra satılırken, hizmetler üretildiği anda tüketilir. Bu yüzden hizmet, üreticisinden ayrılmaz bir bütündür. Dolayısıyla hizmet;

i) Birbirinden farklı pazarlarda aynı anda pazarlanamaz.

ii) Aynı anda çeşitli hizmetler bir arada pazarlanamaz.

iii) Üretici ile tüketici arasında yakınlık ve yüz yüze ilişki gerekir.

iv) Depolanamaz ve stoklama problemleri olamaz.

c) Hizmetler standartlaştırılmaz (Değişkenlik veya Heterojenlik): Hizmet özü, kalitesi, kapasite ve kapsamı itibari ile değişkenlik gösterir. Bu değişkenlik zamandan zamana, alıcıdan alıcıya, üreticiden üreticiye, üretici ile tüketici arasındaki ilişkiye, içinde bulunulan duruma göre oluşabilir. Bu yüzden;

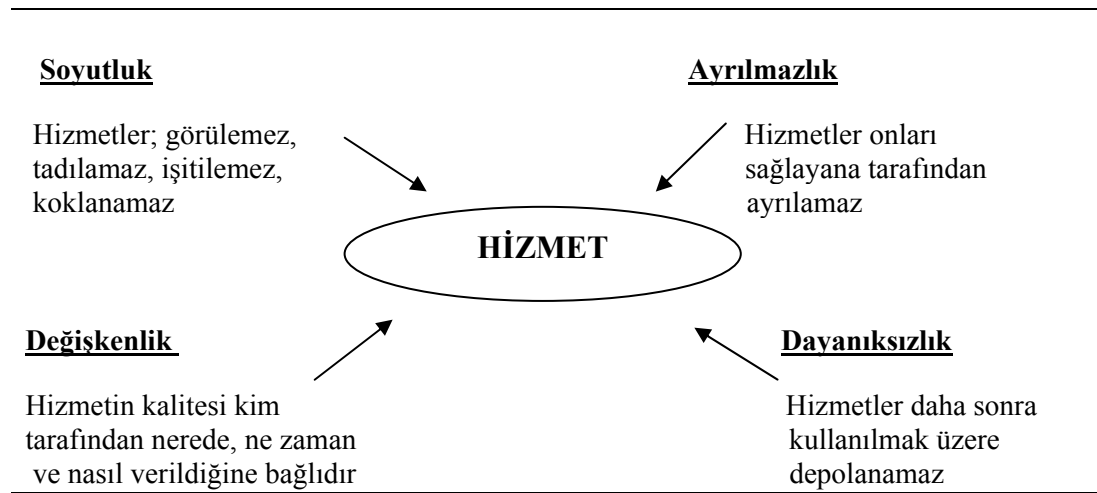
i) Hizmetin kalitesi önceden ve kesin olarak ölçülemez.

ii) Hizmetin niteliği, onu üreten insanın kabiliyeti ve kapasitesine bağlıdır.

iii) Sunulan hizmet miktarı ile talep edilen hizmet arasında denge kurmak her zaman işletmenin elinde değildir. Talebin artması durumunda, hizmet arzı yetersiz kalırken; fazla hizmet arzı talep olmadığı zaman ekonomik kayıplara sebep olur.

d) Dayanaksızlık: Hizmet alıcıya sunulduğunda hemen kullanılmazsa, depo edilemediği için boşa gider (Mucuk, 2001: 289). Mallar hizmetlerden ayrı olarak önce depolanır ve daha sonra satılabilirler. Hizmetler hazır olduklarında bekletilerek daha sonra satılamazlar. Örneğin; akşam için hazır olan otel odaları kullanılmadan bekletilerek daha sonraki bir tarihte kullanılamazlar. Bir uçağın koltukları uçuş sırasında dolu olmalıdır, depolanarak daha sonradan kullanılamazlar. Diş hekimi, hukukçu ve kuaför gibi hizmet sağlayıcılar randevu defterindeki boş zamanları yeniden kazanarak kullanamazlar (Hoffman vd., 1997: 36-37).

Şekil-1.1: Hizmetin Karakteristik Özellikleri



Kaynak: Akgemci, 2007: 358

1.4. HİZMETİN SINIFLANDIRILMASI

Hizmetlerin kapsam ve türlerinin farklı olması nedeni ile hizmetler farklı açılardan ele alınabilmekte ve farklı şekillerde sınıflandırılabilmektedir. Sınıflandırmalarda hizmeti kimin ürettiği (insan – makine), hizmet üretimi anında alıcının hazır bulunmasını gerektirip gerektirmediği, alıcının hizmeti ne amaçla aldığı (kişisel veya örgütsel), hizmetin bir mal ile birlikte ya da bir mala bağlı olmadan sunulmasına göre v.b. kriterler göz önünde bulundurulmaktadır (Dinçer, 1996: 287).

Hizmet pazarlamasına olan ilgi ve araştırmaların çoğu mevcut fiziksel mal ve hizmetlerin arasındaki farklılıklara odaklanmaktadır. Bu çabaların sonucunda hizmetleri düzenlemek için hizmetlerin ortak özelliklerine, farklı bakış açılarına ve kriterlere göre yapılan birçok sınıflandırma yapılmıştır. Bu sınıflandırmalar aşağıda başlıklar halinde irdelenmiştir (Akgemci, 2007: 355-356);

1.4.1. Pazarlama Amaçları Bakımından

a) Destekleyici Hizmetler: Malın ya da hizmetin pazarlamasını kolaylaştıran, esas mala rekabet üstünlüğü kazandırmak ve pazarı geliştirmek için malla birlikte sunulan, destekleyici hizmetlerdir. Hizmet bileşenleri üretim malları için artı bir değer katması ile anlamlı bir öneme sahiptir. Satılan mala ilişkin garantiler, malın montaj ve taşınma hizmetleri vb.

b) Doğrudan Hizmetler: Doğrudan hizmet olarak tüketiciler ya da diğer alıcılar tarafından satın alınıp kullanılan, herhangi bir fiziksel ürünle ilişkisi olmadan pazarlanabilen saf hizmetlerdir. Bankacılık, sigorta hizmetleri, bakım hizmetleri, ulaştırma, muhasebe hizmetleri, güvenlik, seyahat rezervasyonu gibi hizmetler.

1.4.2. Hizmetlerin Hedefleri Bakımından

a) Tüketici Hizmetleri: Tüketicilerin nihai hizmet taleplerini karşılayan, yaşam kalitesini arttırmak için bireylere sağlanan sosyal ve kişisel hizmetlerdir. Sağlık, avukatlık, kuaför, güzellik bakımı vb.

b) Endüstri Hizmetleri: Hizmet kullanıcısının yine bir işletme olduğu bu hizmetler, işletmenin faaliyetinde kullandığı ya da destek aldığı temel ya da yardımcı hizmetlerdir. Gerek imalat gerekse hizmet üreten bir çok işletme bu hizmetlere ihtiyaç duymaktadır. Muhasebe hizmetleri, bankacılık hizmetleri, temizlik hizmetleri bu gruba örnek olarak verilebilir.

1.4.3. Kâr Amaçlı Olup Olmamasına Göre

a) Kâr Amaçlı Sunulan Hizmetler: Bu grup hizmetler, hizmet sunumu sonrasında maliyetleri karşılayacak ve gelir sağlayacak belirli bir fiyat talep edilen hizmetlerdir.

b) Kâr Amaçlı Sunulmayan Hizmetler: Toplumsal yaşamı desteklemek ve geliştirmek, sosyal fayda sağlamak, dayanışma ve yardımlaşma gibi amaçlarla organize edilmiş hizmetlerdir. Sağlık hizmetleri (aile planlaması, koruyucu sağlık hizmetleri), eğitim hizmetleri, kültürel hizmetler (müze, hayvanat bahçesi), yardımlaşma dernekleri.

1.4.4. Üretim Teknolojisine Göre

a) İnsana Dayalı Hizmetler: Avukatlık, çocuk ve yaşlı bakımı, kapıcılık gibi hizmetin hizmeti sunanla ayrılmazlığının ve ilgi bağının yüksek olduğu hizmetler bu gruba girer.

b) Teknolojiye Dayalı Hizmetler: Hizmetin asıl “pazarlanan nesne”, mamullerin de onu destekleyici bir rol oynadığı hizmetler grubudur. Burada roller ilk gruptakinin tam tersine dönmüş bir durumu gösterir. Otomatik satış yapan meşrubat makinesi, oto yıkama makinesi, kuru temizleme, otobüs ve havayolu ile seyahat gibi bu tür hizmetlerde hizmetin yapılmasında kullanılan alet ve cihazlar çok önemlidir.

c) Ürüne Dayalı Hizmetler: Mamulle birlikte onun tamamlayıcısı, ürünün performansını arttırıcı nitelikte veya rekabet avantajı sağlayıcı ek unsurları olarak tüketiciye sunulan garantiler, bakım-tamir, yedek parça, montaj vb. hizmetlerdir.

1.4.5. Müşteri İle İlişki Derecesine Göre

a) Kuvvetli İlişki: Hizmetin sunumu sırasında hizmeti alan ile yakın ilişki gerektiren hizmetlerdir. Konaklama, sağlık hizmetleri ve hava yolu taşımacılığının örnek verilebileceği hizmetlerin sunumunda müşterilerin istek ve beklentileri çok daha fazla önemlidir.

b) Zayıf İlişki: Posta ve kargo hizmetleri, bakım ve tamirat hizmetleri bu gruba girmektedir. Hizmetin sunumu sırasında hizmeti alan ile devamlı ve yoğun ilişki söz konusu değildir.

1.4.6. Hizmet Sunanın Nitelikleri Açısından

a) Nitelikli/Profesyonel: Hizmeti sunanın hizmet ile ilgili eğitime ve yetkinlik düzeyine sahip olması gereken bu grup hizmetlerde, hizmetin kalitesi hizmet sunanın niteliğinden etkilenmektedir. Örnek olarak avukatlık, sağlık hizmetleri, muhasebe hizmetleri verilebilir.

b) Nitelikli/Profesyonel Olmayan: Bu grup hizmetlerde hizmeti sunanın eğitim düzeyi ve yetkinliği çok fazla belirleyici değildir. Ev hizmetleri, temizlik hizmetleri, toplu taşıma bu gruba girmektedir.

1.5. SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİ

Dünyanın bir çok ülkesinde sağlık hizmetleri, uzun yıllar sadece hastalıkların tedavisi şeklinde anlaşılmış, ancak giderek çeşitli hastalıklar mikroplarla mücadele, çevre sağlığı ve hijyen konusundaki gelişmeler ya da hastalıkların bulaşma süreci ve süresi konusundaki bilgilerin artması gibi nedenlerle sağlık hizmetlerinin farklı alanlarda yoğunlaştığı gözlenmiştir. Birey sağlığının toplum sağlığı ile sıkı ilişki içinde olduğu anlaşılacak geniş halk kitleleri tarafından tedavi hizmetlerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerine de daha fazla önem verilmeye başlanmıştır (Kurtulmuş, 1998: 83).

Sağlık ve sağlık hizmeti sunumu, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yaratılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir (Öğüt ve Zerenler, 501).

Bir ülkenin en değerli serveti olan insanın, iktisadi faaliyetlere verimli bir şekilde katılması için önce sağlık şartlarının iyileştirilmesi sonra eğitim seviyesinin yükseltilmesi gerekmektedir (Serin,1972: 64).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) anayasasında sağlık şöyle tanımlanmıştır: “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruha ve sosyal yönden tam iyilik halidir.” Bu tanımda bedence ve ruha iyilik hali sağlığın bilinen yönüdür. “Sosyal yönden tam iyilik hali” yeni ve açıklanması gereken bir kavramdır. Bu kavramı açıklayabilmek için sağlığın sadece kişisel bir olgu olmadığını, toplumsal yönünün de bulunduğunu belirtmek gerekir. Kişinin sosyal yönden tam iyilik halinde olmasının ön koşulu sosyal yaşantısının sağlıklı olmasıdır. Çalışma ve yaşam güvenliğinin sağlanmadığı, iş bulma olasılığının bulunmadığı, gelir dağılım dengesizliğinin yarattığı huzursuzluğun giderilemediği toplumlarda kişinin tam iyilik halinde olması olanaksızdır (<http://www.ttb.org.tr>, e.t. 25.10.2008).

1948 yılında kurulan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), BM’nin sağlık alanında faaliyet gösteren örgütüdür. 19-22 Temmuz 1946 yılında New York’da düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı’nda BM’ye üye 51 ülkenin temsilcileri ile FAO, ILO, UNESCO, OIHP, PAHO, Kızılhaç, Dünya İşçi Sendikaları Konfederasyonu ve Rockefeller Vakfı gözlemcileri DSÖ Anayasası’nı oluşturmuşlardır. Anayasa, 26 üye ülkenin onayının tamamlandığı 7 Nisan 1948’de yürürlüğe girmiştir. DSÖ Anayasası’nın temel ilkeler bölümünde DSÖ’nün amacı, tüm insanların mümkün olan en üst sağlık düzeyine ulaşmaları şeklinde ifade edilmiştir (Metin vd., 1997: 7-10).

Geleneksel anlayışta, sağlık kavramı, hastalığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Tanımın böyle yapılması hastalık kavramını ön plana çıkarmış, kişilerin/toplumların sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiştir. Hastalık kavramı ise tarihin çeşitli dönemlerinde ve farklı kültürlerde farklı algılanmıştır. Örneğin; yakın dönemlere kadar Türkiye’de ishal bir hastalık olarak kabul edilmemiştir. Aynı şekilde, Şark Çıbanı ve Trahom yaygın olduğu toplumlarda hastalık olarak algılanmamıştır. Bu konudaki genel gelişim; zamanın ilerlemesi ve kültür düzeyinin yükselmesine koşut olarak, hastalık kabul edilen durumların sayısının artması yönündedir. Hastalık kavramındaki bu göreceliliğe ve değişkenliğe karşın, tıp çevreleri hastalık kavramına bağlı olmayan bir sağlık tanımı yapamamış ve sağlığın tanımını hastalık kavramı ile tanımlamak zorunda kalmışlardır (Akdur, 2000: 5).

Sağlık, evrensel ve en temel insan hakları arasında, en öncelikli sırada kabul edilen bir haktır. Sağlık, topluluğun diğer canlılarını yakından ilgilendirdiği için, kişiye bırakılmayacak kadar önemli bir konudur. Hak ve yükümlülükler açısından bakıldığında da bir toplumsal müdahale alanı oluşturur (Fişek, A., 2001: 315).

Her insanın sağlık ve hastalığı açıklayış biçimi ve bedenindeki veya ruhsal durumundaki normal dışı belirtilere gösterdiği tepki farklıdır. Sağlığa verilen önem her toplumda hakim olan değerler ve bu değerlere dayanan devlet yaklaşımlarına göre farklılıklar göstermektedir. Sağlık politikalarının amaçları sağlık sisteminin yapısı, organizasyonu, finansmanı ve sağlık hizmetlerinin sunumu bu yaklaşımlara göre belirlenmektedir (Ökem, 1996: 72).

Sağlık, diğer mal ve hizmetlere birçok açıdan benzemez. Bu farklılıkların sağlık kurumlarının düzenlenmesinde, finansmanında ve organizasyonunda olumlu ve olumsuz anlamda tesiri vardır. Öncelikle, sağlık diğer mallardan farklı olarak kişiler arasında ticari mübadele aracı olarak kullanılamaz. Sağlık esas olarak ilahi bir vergidir, diğer mallar üreticiler tarafından üretilip halka satılırken, bireylerin sağlık statüleri satın aldıkları başka mal ve hizmetlerden de etkilenmekle birlikte, büyük oranda bireylerin kendilerinin ürettiği bir durumdur (Kurtulmuş, 1998: 20).

Günümüzde sağlık hizmetlerinin seviyesi, ülkelerin gelişmişliklerinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık 2006: 11).

Dünyanın bir çok ülkesinde sağlık hizmetleri, uzun yıllar sadece hastalıkların tedavisi şeklinde anlaşılmış, ancak giderek çeşitli hastalıklar mikroplarla mücadele, çevre sağlığı ve hijyen konusundaki gelişmeler ya da hastalıkların bulaşma süreci ve süresi konusundaki bilgilerin artması gibi nedenlerle sağlık hizmetlerinin farklı alanlarda yoğunlaştığı gözlenmiştir. Birey sağlığının toplum sağlığı ile sıkı ilişki içinde olduğu anlaşılacak geniş halk kitleleri tarafından tedavi hizmetlerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerine de daha fazla önem verilmeye başlanmıştır (Kurtulmuş, 1998: 83).

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri denir (Öztek, 2001: 295).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise sağlık hizmetlerini, “belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlama üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir” şeklinde tanımlamaktadır. Kısaca sağlık hizmetlerini, çeşitli sağlık kurum kuruluşlarında hastalıkların teşhis ve tedavisiyle insanların mevcut sağlıklarını korunması için değişik tip sağlık personeli tarafından yürütülen çabaların tümü olarak da tanımlayabilir (Akar vd., 2002: 190).

Sağlık hizmetleri için genel bir tanım vermek gerekir ise; "sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümüne” birden sağlık hizmetleri denir (Akdur, 2000: 5).

Sağlık hizmetleri, 12.01.1961 tarihli 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki yasada şu şekilde tanımlanmaktadır: “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir (Turan, 2004: 3).”

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi ve toplum ve bireyin sağlık düzeyini geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri, sağlık kurumları tarafından sunulmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 34).

Sağlık hizmetleri, bireye ve aileye doğrudan ve dolaylı sunulan hizmetlerin tümünü kapsar. Sağlık hizmetlerinin amacı;

1. Sağlık talebi oluşmasını sağlamak,
2. Toplumun sağlık standardını yükseltmek,

3. Kişilerin hasta olmaması için gerekli tedbirleri almak,
4. Hasta olanların en kısa sürede sağlıklarına kavuşmasını sağlamak,
5. Hasta ve sakat olanların iyileştikten sonra uyumlarını-adaptasyonlarını sağlamaktır (Sözen, 2002: 2).

Sağlık hizmetleri kişilerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu ya da özel şahısların vermiş olduğu hizmetler olarak daha açıklayıcı biçimde tanımlanabilir. Bu tanımın özellikleri şu şekilde özetlenebilir (Odabaşı, 2001: 25):

*Sağlık hizmetleri faaliyetleri “kişilerin sağlığının korunması” ve “teşhis, tedavi ve bakım” olmak üzere iki ana grupta toplanmaktadır.

* Sağlık hizmetleri kişisel olarak ya da kurumsal olarak sunulabilir. Gelişmiş ülkelerde üst düzeylerde kurumsallaşma söz konusu olduğundan, sağlık hizmetlerinin örgütler tarafından sunulması daha yaygındır. Özellikle, sunulan hizmetin bir ekip ile üretilmesi ve daha etkin sunulabilmesi kurumsal düşünmeyi ve uygulamayı zorunlu kılabilir.

* Sağlık hizmetleri hizmet kavramı için geliştirilmiş tüm özelliklere sahip olmakla beraber, bazı farklı özelliklere de sahiptir. Sağlık hizmetlerinin tanımı gereği bu sektördeki kuruluşları belirlemek ve sınıflandırmak oldukça zordur.

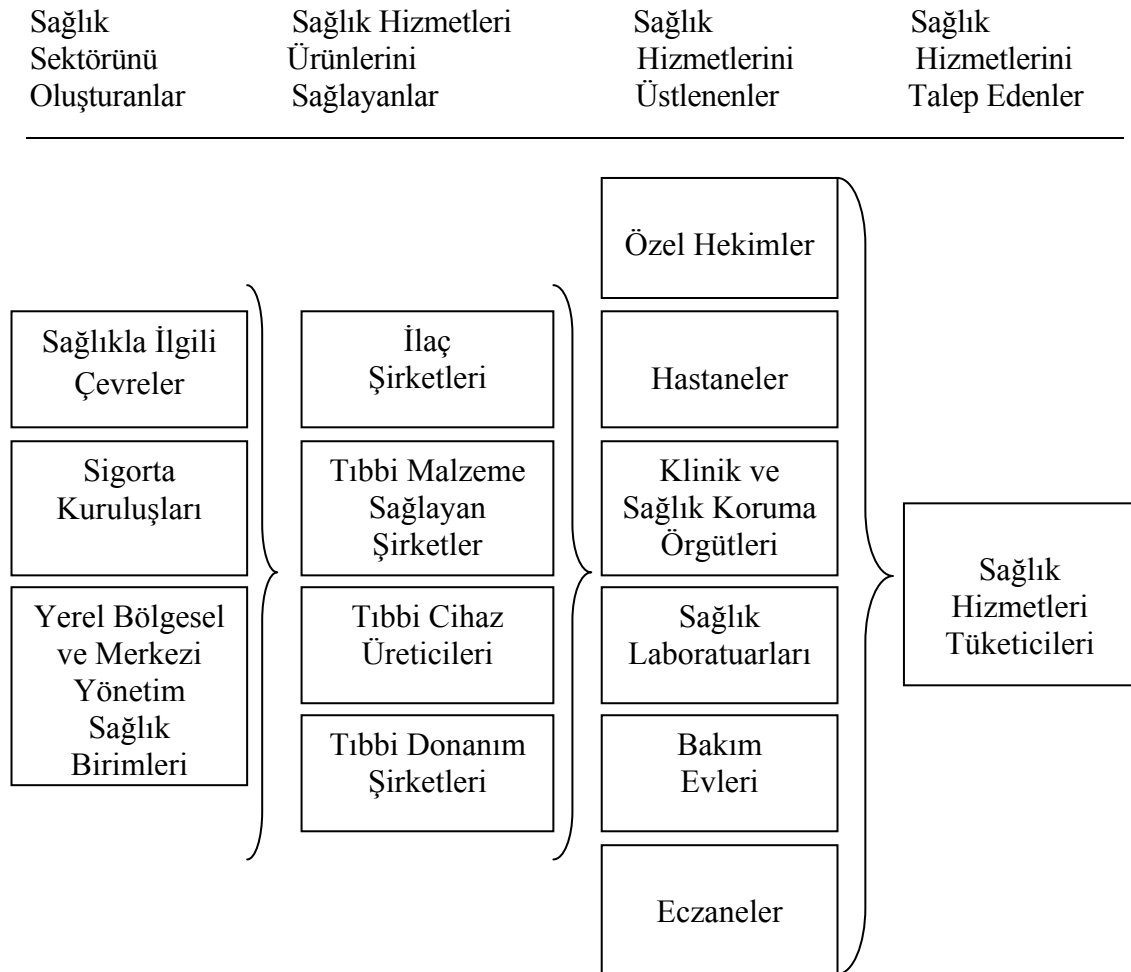
* Sağlık hizmetleri kamu ya da özel şahısların sunmuş oldukları hizmetlerdir. Değişim (mübadele) sürecinin kar amacı taşıması ya da taşınamaması önemli değildir. Önemli olan, hizmet aracılığıyla ihtiyaçların doyuma ulaştırılmasıdır ki, bu da sağlık hizmetlerinin ana amaçlarından biridir. Bu yönüyle sağlık hizmetleri sektöründe kar amaçlı ticari kuruluşlar olduğu kadar, kar amacı gütmeyen kuruluşlarda yer almaktadır.

Hastalar, en iyi hizmeti almayı hak ederler, bunu sağlamak da devletin görevidir. Sağlık hizmetlerinin kalitesi, sadece sağlık hizmetleri sağlayıcıları ve hastalar açısından değil, hükümetler açısından da önemli bir konudur. Kaliteli sağlık

hizmetleri, insanların daha sağlıklı ve daha mutlu olmalarına katkıda bulunacaktır. Sağlıklı ve mutlu insanlar ise, hükümetlerin hem seçimlerde oy alabilmelerine, hem de sağlık harcamalarını azaltabilmelerine imkân sağlayacaktır (Dursun vd., 2004: 2).

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi aşamasında, çarkın dönmesi için birden fazla faktörün birbiriyle koordineli hareket etmesi gerekmektedir. Şekil-1.2’de de görüldüğü gibi Sağlık Hizmetleri Endüstrisi bu süreci en iyi şekilde ifade etmektedir.

Şekil-1.2: Sağlık Hizmetleri Endüstrisi



Kaynak: Odabaşı, 2001: 26

1.5.1. Sağlık Hizmetlerinin İlkeleri

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde esas alınacak temel ilkeler şunlardır (SB, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, 2001: 3):

a) Nüfusa Göre Örgütlenme: Türkiye’de sağlık hizmetlerinin en temel ilkesi, nüfusa göre örgütlenmedir. Her sağlık biriminin hizmet götürmekle yükümlü olduğu coğrafi bir bölge belirlenir.

Köy, ilçe, il ve büyükşehirde kurulan sağlık ocaklarının hizmet götürmekle yükümlü olacakları nüfus, hizmeti sunmanın gücüğü ya da kolaylığı dikkate alınarak farklılık gösterir.

b) Entegre Sağlık Hizmeti: Bütün sağlık ve hizmet programlarının birlikte ve bir arada yürütülmesidir. Sağlık ocaklarında, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetleri bir arada yürütülür. Ayrıca, sıtma, frengi, lepra, trahom ve verem gibi farklı nüfus gruplarına götürülmekte olan her türlü sağlık hizmeti sağlık ocaklarında verilir (dar bölgede çok yönlü hizmet-yatay örgütlenme). Böylece, hizmeti alacak olan kişiler, alacakları hizmete göre farklı kuruluşlara değil, hangi nedenle olursa olsun, her türlü sağlık hizmeti için önce sağlık ocaklarına başvururlar.

c) Ekip Hizmeti: Ekip, bilgileri, becerileri, yetkileri ve sorumlulukları yönünden birbirlerini tamamlayarak, aynı amaç için bir arada çalışan farklı meslek üyelerinden oluşur. Sağlık hizmeti ekibi içindeki hiçbir meslek üyesi diğerinden daha önemli ya da daha az önemli değildir.

d) Sürekli Hizmet: Topluma, yaşadığı ve çalıştığı yerde kesintisiz hizmet sunulmasıdır. Sağlık hizmetlerinin doğuştan kazanılmış bir temel insanlık hakkı olduğu kuralından hareketle, ülke sınırları içinde yaşayan bütün yurttaşlara, her yerde ve her zaman verilmesi ilkesi benimsenmiştir. Sağlık hizmetleri, nerede yaşarlarsa yaşasınlar, kişilerin kolayca ulaşabilecekleri kadar yakınlarında ve ihtiyaç duydukları her zaman erişebilecekleri biçimde örgütlenmiştir. Bütün sağlık

ocaklarında ve yataklı sağlık kuruluşlarında günün her saatinde ihtiyacı olanlara hizmet verilmesi esastır.

e) Kademeli Hizmet: Birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşları arasındaki hizmet bölüşümü ve hasta sevk zincirini ifade eder. Hizmet alacak kişilerin önce birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmaları, sağlık personelinin uygun görmesi durumunda ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevki esastır. Kademeli hizmetin amacı; kişilere daha hızlı hizmet verilmesi, kişilerin en yakınlarındaki sağlık kuruluşundan rahatlıkla yararlanmaları, hastanelerin gereksiz hastane yükünden kurtarılmaları, gerçekten hastane hizmetine gerek duyan hastalara daha nitelikli hizmet verilebilmesi ve hizmet maliyetinin düşürülmesidir.

f) Katılımlı Hizmet: Halkın, sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanması süreçlerine katılmasıdır. Halkın sağlık hizmetlerine katılımı, özellikle “sağlık ocağı sağlık kurulları” ile sağlanır. Böylece, sağlık hizmetleri hizmeti alan kişilerce benimsenecek ve hizmetten yararlanma artacaktır. Bunun yanı sıra, halkın sağlık hizmetine para ya da mal bağışlayarak ya da hizmete insangücü desteği vererek katkıda bulunmaları da özendirilmiş olacaktır.

g) Kalite Yaklaşımı: Hizmetlerde işlem, ürün ve mekan kalitesini yükseltmeyi benimseyen yaklaşımdır. Bu yaklaşımla hizmet sunanların, alanların ve toplumun hoşnutluğunun sağlanması amaçlanır.

h) Risk Yaklaşımı: Toplumdaki herkese eşit hizmet götürülemediği durumlarda, sağlıklı olanların bu durumlarını olumsuzlaştırmamak koşuluyla, sağlığı tehlike altında bulunanların hizmetlerden göreceli olarak daha fazla yararlanmaları esastır. Böylece, herkes yeteri kadar, fakat sağlığı tehlike altında olanlar daha fazla hizmet almış olacaklardır.

1.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Etkili bir sağlık hizmeti; kolay kullanılabilirlik, kalite, süreklilik ve verimlilik özelliklerini taşımalıdır (Kavuncubaşı, 2000: 64).

a) Kolay Kullanılabilirlik: Kolay kullanılabilirlik hem hizmetten yararlananlar, hem de hizmet sunular açısından incelenebilir hizmetten yararlananlar (toplum) açısından kolay kullanılabilirlik. “bireylerinin ihtiyaç duyduğu yerde ve zamanda hizmetlere ulaşabilmesi ve ihtiyaç duyduğu tüm hizmetleri yeterli miktarda kullanabilmesi olarak tanımlanabilir”. Hizmeti sunanlar bakından kolay kullanılabilirlik, “hizmet sunan kişilerin (sağlık profesyonelleri), ihtiyaç duydukları ilaç, araç-gereç, hizmetler ve diğer sağlık profesyonellerine kolay ulaşabilmesi” anlamına gelir. Hizmetlerin kolay kullanılabilirliğini sağlamak için “Kişisel Kullanımı” kolaylaştırmak ve sağlık hizmetlerinde bütünlük, donanım olarak tüm ihtiyaçları karşılaması gerekmektedir.

b) Kalite: Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara, hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına gelir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması için mesleki yeterlilik, Kişisel kabul edebilirlik ve kalitenin uygunluğu önem taşımaktadır.

c) Süreklilik: Sağlık hizmetleri, yalnızca tedavi hizmetleri anlamına gelmemektedir. Sağlık düzeyini geliştirmek için birey ve toplumun sağlık durumlarının sürekli takip edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gereklidir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliği, sağlık hizmetlerinin entegre olmasıyla başarılabilir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak için aşağıda verilen konular önem taşımaktadır.

Sağlık Hizmetlerinde Sürekliliği kişiye odaklanmış bakım, eş gümlenici birimler(aile hekimleri), ve eş güdümlenmiş hizmetlerle sağlayarak kaliteli bir hizmet sunumuna yardımcı olur.

d) Verimlilik: Verimlilik, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların ussal kullanılması anlamına gelir. Verimlilik aracılığıyla, sağlık hizmetleri maliyetleri aşağıya çekilerek, bireylerin hizmetten yararlanma olanakları artırılır. Adil finansman, yeterli ücret politikası ve etkili yönetim sağlayarak kaynakları etkin kullanarak sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmayı artırarak kaliteli hizmete yardımcı olur.

1.5.3. Sağlık Hizmetlerinin Dönemleri

Sağlık hizmetleri konusu oldukça kapsamlı bir konudur. Ancak bir çıkış noktası bulunursa, konu belirli kriterlere göre incelenebilir. Bilimsel gelişimin sağlık hizmetlerine yansımalarıyla beraber sağlık hizmetleri dört dönemden geçmiştir (Akdur, 2000: 2).

a) Mistik Dönem: Her türlü sağlık işlemi, doğüstü güçlere tapınma, adak sunma, kötü ruhları kovma şeklindeki eylemlere dayanmıştır. İyilik ve kötülük halleri örneğin kıtlık olması veya birinin hastalanması durumu, toplumun tapılan güce yeterince kulluk edemediği, mistik güçleri kızdırdığı ve bundan ötürü cezalandırıldığı şeklinde algılanmıştır.

b) Polifarmasi Dönemi: Günlük yaşamdaki rastlantılar sonucu bitkileri gıdaların veya maddelerin birtakım sorunlara çare olduğu gözlenmiştir. Bu gözlemler uygulama ve denemelerle pekiştirilmiştir. Böylece bazı maddeler kullanılarak acı ve sıkıntıların giderilmesi veya hafiflemesi uygulamaları başlamıştır, ancak bu uygulamalarda ve hastalık ayırımı söz konusu olmamıştır. Yani, hastalığın belirtileri, türü, şiddeti, verdiği acı ne olursa olsun, aynı maddeler kullanılmıştır.

c) Etiyolojik Tedavi Anlayışı: Sağlık bilimindeki gelişmelerle beraber, birçok hastalığın etkeni veya oluş nedeni bulunmuştur. Aynı belirtileri gösteren hastaların birbirinden ayrı olgular olduğu anlaşılmıştır. Hastalıkların tedavisinde genel ağırlık hastalık etkeni veya hastalığı oluşturan nedeni gidermeye verilmiştir. 19. yüzyılın ikinci yarısından itibaren, bilimdeki gelişmeler büyük ivme kazanmış, tıp alanında ilerlemeler kaydedilerek, hemen her hastalığın nedeni ve tedavisini sağlayacak tıbbi girişimde bulunulmuştur. Böylece sağlık hizmetlerinde her hastalık için ayrı etken ve nedene (etiyojolojiye) yönelik tedavinin uygulandığı bir anlayış hâkim olmuştur.

d) Çağdaş Dönem: Belli bir hastalığa neden olan etkenin, bazı kişileri hastalandığı halde, bazılarını hastalandırmadığı görülmüştür. Kanser, kalp ve damar hastalıkları gibi bazı hastalıklarda sadece belli bir etkenin olmadığı çevredeki birçok faktöründe hastalığa neden olabileceği tespit edilmiştir. Yapılan ayrıntılı

çalışmalar sonucu hastalıkların oluşumunda, hastalık etkeninin yanında çevresel ve kişisel faktörlerin de rol alması epidemiyolojik üçlü olarak adlandırılmıştır.

1.5.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, birincil(koruyucu), ikincil(iyileştirici) ve üçüncül (rehabilitasyon edici) sağlık hizmetlerini kapsayan ve halkın sağlık ile ilgili istek ve gereksinimlerini karşılamak amacıyla ülke düzeyinde örgütlenmiş kurumlarca verilen hizmetlerdir (Uz, 1999: 105).

Sağlık hizmetleri;

- 1) Koruyucu Sağlık Hizmetleri,
- 2) Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri,
- 3) Rehabilitasyon Hizmetleri,
- 4) Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

olmak üzere dört ana bölümde incelenmekte ve tanımlanmaktadır.

1.5.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Gelecekteki muhtemel hastalık ve sakatlığın riskini, ciddiyetini ve süresini en aza indirecek veya engelleyecek, hastanın farkında olmadığı hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce teşhis edip tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlayan hastalık öncesi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (<http://ab.org.tr>, e.t. 26.10.2008)

Koruyucu sağlık hizmetleri; kişiye yönelik olarak, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, aile planlaması ve çevrenin olumlu hale getirilmesi çalışmalarını kapsamaktadır (SB., Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl, 1999-2002: 48).

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeler bu gruba girer. Üç düzeyde ele alınır (Hayran, 1997: 17).

a) Primer Koruma: Aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi durumda olmak için gereken önlemlerin alınması.

b) Sekonder Koruma: Sağlığın bozulma tehlikesi karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınması.

c) Tersiyer Koruma: Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni durumuna uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir. Bir anlamda rehabilite edici hizmetlerin alanına girmektedir.

Ülkemizde sözü geçen birçok hekim ve yönetici, koruyucu hekimlik hizmetini hâlâ Birinci Dünya Savaşından önce kabul edilen çerçevede anlarlar. Bunlara göre koruyucu hekimlik hizmetleri bulaşıcı hastalıklarla savaş için çevreyi olumlu duruma getirmek ve aşılama programları uygulamaktır. Zamanımızda koruyucu hizmetleri şu iki temel gruba ayırmak zorunluluğu vardır (<http://www.ttb.org.tr>, e.t. 01.11.2008).

a) Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri: İnsanın çevresinde bulunan ve sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fizik kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek veya kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirme çabalarının tümü olarak ele alınır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak yeteri kadar ve temiz su sağlanması, katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi, konut sağlığı, endüstri sağlığı, haşerelerle savaş, hava kirliliği ile savaş ve radyasyonla ve gürültü ile savaş sıralanabilir. Bu hizmet grup ve türlerinden de anlaşılacağı üzere çevreye yönelik koruyucu hizmetler, sağlık sektöründen çok diğer sektör ve meslek gruplarını ilgilendirmektedir. Sağlık sektörünün bu konuda ki temel görevi, danışmanlık, denetim ve yol göstericiliktir.

b) İnsana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri: Kişileri dolayısı ile toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise en erken dönemde tanı konularak, uygun tedavi ile hasarsız veya en az hasarla

iyileşmelerini sağlayan hizmetler bu grup altında toplanır. Başlıcaları, erken tanı ve tedavi, aşılama, ilaçla koruma, beslenmenin iyileştirilmesi ve sağlık eğitimidir. Hizmet tanım ve türlerinden anlaşılacağı üzere, bu grup hizmetler özellikle sağlık sektörü ve sağlık personeline yürütülmektedir (Akdur, 2000: 5-6).

1.5.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık ya da sakatlık durumunun ortaya çıkması durumunda verilen sağlık hizmetidir (Kurtulmuş, 1998: 90). Bu hizmetin amacı hastalığa yakalanmış kişileri sağlıklarına kavuşturmadır. Üç basamakta ele alınır.

a) Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Toplum içindeki bireylere ve ailelere bir bütün olarak ulaşabilen, toplumun sağlık sorunlarını çözebilen, sağlığı koruyan, hastalara evde ve ayakta sağlık hizmeti veren sistemdir (Eren vd.,1993: 23). Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara; Sağlık evi, Sağlık ocakları, Muayenehaneler, Verem savaş dispanserleri, Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri örnek verilebilir.

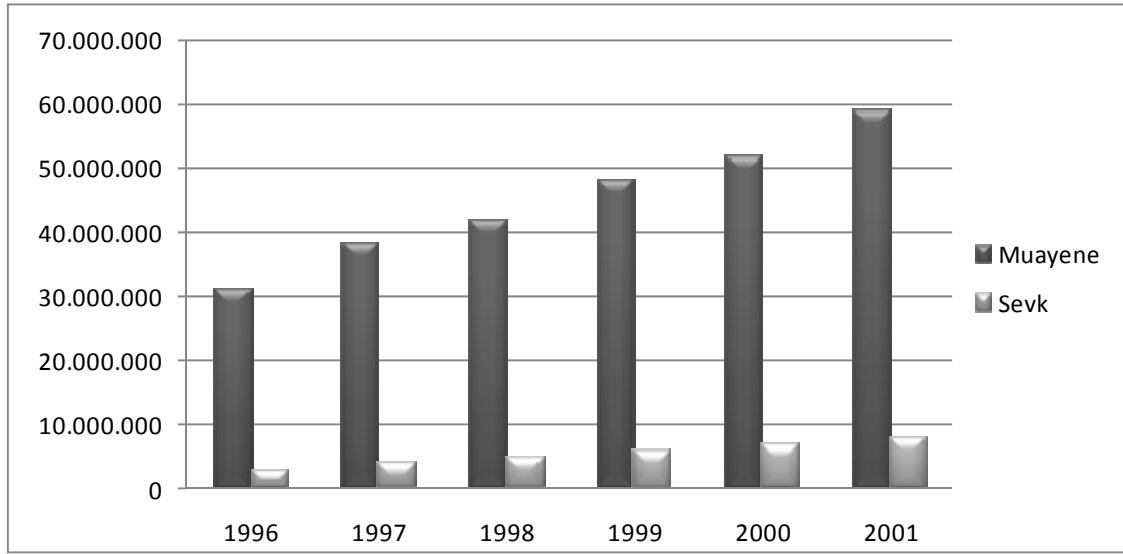
Birinci basamak çoğu kez “kapı tutma” işleviyle denk tutulur. Ancak, birinci basamak “kapı tutma” dan çok daha temel bir role sahiptir. Birinci basamak sağlık sistemindeki anahtar süreçtir. Burası ilk temasın sağlandığı yerdir; ön hattır; sürekli, kapsamlı ve eşgüdümlü hizmetlerin verildiği alandır. İlk temas, ihtiyaç duyulduğunda erişilirdir; süreklilik belirli bir hastalığın kısa süredeki varlığı süresince değil bir kişinin uzun dönemde sağlığı üzerinde odaklanır; kapsamlılık, belirli bir topluluk içinde görülüp birinci basamak düzeyinde ele alınabilecek yaygın sorunlarla ilgilidir; nihayet eşgüdüm ise hastanın gerek duyabileceği uzmanlık hizmetlerinin eşgüdümünde birinci basamağın oynadığı rolü ifade eder (Atun, 2004: 15).

Temel sağlık hizmetleri anlayışı içerisinde, topluma verilmekte olan sağlık hizmetleri arasında kişiye yönelik koruyucu hizmetlerin yanı sıra birinci basamak iyileştirici sağlık hizmetleri öncelik taşır. Ülkemizdeki çalışmalar, mevcut sağlık hizmetlerinin gelişmiş ülkelere kıyasla kullanımının az olduğunu göstermektedir.

Türkiye genelinde hekime başvuru sıklığı yıllık ortalama 2.4 olarak bulunmuş olup, bu oran kentte 3.1'e çıkarken, kırsal kesimde 1.6'ya kadar düşmektedir.

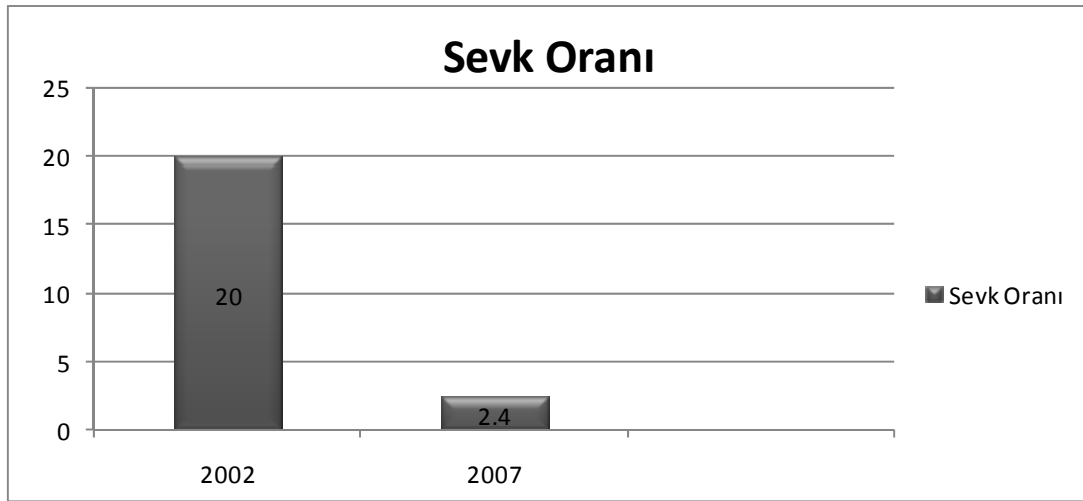
Birinci basamak sağlık kuruluşlarından muayene olan hasta sayısı 2001 yılında 58 milyonun üzerindedir.

Grafik-1.1: Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Muayene Olan ve Sevk Edilen Kişi Sayısı, 1997-2001



Kaynak: SB., Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl, 1999-2002: 47

Son yıllarda Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen sağlık ocaklarının alt yapısını ve insan kaynaklarını güçlendirme çalışmaları neticesinde sağlık ocaklarından hastanelere olan sevk oranı %90 oranında azaltılmış ve hastanelerin yükü aynı oranda hafifletilmiştir.

Grafik-1.2: Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Hastanelere Sevk Oranı

Kaynak: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, 2008: 43

a) İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği genel hastanelerdir. Ülkemizdeki tam teşekküllü devlet hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşlardır.

b) Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Bu hastaneler, en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezleridir. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları genellikle ya belli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenir ya da belli yaş gruplarına hizmet verir. Ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, çocuk hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşlardır (Öztürk, 2002:5).

1.5.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri; hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla verilen sağlık hizmetlerini kapsar. Rehabilitasyon hizmetleri, eşgüdümlü ve bütünlük gösteren tıbbi, sosyal, eğitsel ve

mesleki faaliyetler aracılığıyla, kaza ve hastalık sonucu sakatlanan kişilere olanaklı olduğunca yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır. (Kavuncubaşı, 2000: 45).

Bu hizmetler iki şekilde verilmektedir;

a) Tıbbi Rehabilitasyon: Sağlık sektörü ve çalışanları tarafından yürütülen hizmetlerdir. Hastalık veya kaza sonrasında güçsüzleşen organın, fizik tedavi gibi yöntemlerle yeniden güçlendirilmesi yada tamamen kaybedilen organ yerine protez takılmak suretiyle kişiye o organın işlevini kısmen kazandırma türünden hizmetlerdir (Akdur, 2000: 14).

b) Sosyal Rehabilitasyon: İş öğretme, iş bulma ve işe uyum sağlamadır (Fişek, 1989:7). Sosyal hizmetler kurum ve personeline yürütülen hizmetlerdir. Fiziki ya da psikolojik olarak hasarlı kişilerin yaşamlarını devam ettirebilmeleri için bir işe yerleşmeleri gerekir. Hiç çalışamayacak durumda olan kişilerin bir kurumda bakılması gerekmektedir. Bu ve benzeri türden hizmetlerin hepsine sosyal rehabilitasyon denir (Akdur, 2000: 14).

1.5.4.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı kişilerin, sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlık geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk, bireylere aittir (Kavuncubaşı, 2000: 46).

1.6. TÜRKİYE VE DÜNYADA SAĞLIK HİZMETLERİ

Ülkemizde insan sağlığını koruyacak ve geliştirecek çabaları, birçok ülkede olduğu gibi devlet göstermektedir. Anayasanın 56. Maddesi sağlık ile ilgili şu hükümleri gerektirmektedir.

“Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak işbirliğini geliştirmek amacıyla sağlık

kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir” (1982 Anayasası, Madde 56).

İnsanlık tarihi boyunca sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için çalışmalar yapılmış, bu çalışmalar zamanla geliştirilmiştir. Özellikle son yüzyılda bilim ve teknolojiadaki gelişmelere paralel olarak bu alanda çok mesafe kat edilmiştir. Ülkemizde de özellikle Cumhuriyet’in ilk yıllarından itibaren insanların koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanması için çeşitli girişimler yapılmıştır.

Uzun yıllar yapılan çalışmalar ve girişimlerden istenilen sonuç alınamamış, sağlık hizmetlerinde beklenen iyileşme sağlanamamıştır. 1960 yılından itibaren planlı döneme girildiğinde; sağlık hizmetlerine ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önemin verilerek hizmetin, nüfus çoğunluğunun bulunduğu kırsal bölgelere götürülmesi konusu ele alınarak, sağlık alanında yeni bir adım atılmıştır.

Toplumun her kesiminin sağlık hizmetlerinden eşit olarak ve yeterince faydalanması amacıyla, 224 Sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” 1961 yılında çıkarılmış ve sağlık hizmetlerinin en ücra köşesindeki vatandaşın ayağına kadar götürülmesini hedef alan yeni bir hizmet anlayışı ve uygulaması için “Sosyalleştirme Daire Başkanlığı” kurulmuştur (SB., Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Çalışma Yıllığı, 2006: 3).

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği 1960’lı yıllardan itibaren Türkiye’de tüm sağlık hizmetleri devletin görevi olarak kabul edilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine dayalı bir örgütlenme modeli benimsenerek, sağlık ocakları ve bunlara bağlı sağlık evleri ile herkesin sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlandırılması ilke kabul edilmiş, koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetlerinin birlikte yürütülmesi, kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi, halk ile bütünleşme, kamuda hekimlerin tam gün çalışması öngörülmüştür (SB., Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl, 1999-2002: 3).

Ülkemizde sağlık hizmetleri, Cumhuriyet’in kuruluşundan bu yana ülkenin öncelikli sağlık sorunları dikkate alınarak planlanmış ve yürütülmüş, 1950’li yılların sonunda ise bu toplumsal sağlık anlayışını yatay programlarla ve

topluma en yakın yerlerde hizmete dönüştürebilmek için çok önemli politikalar geliştirilmiştir. Ülkemizde bu politikalar doğrultusunda 1961 yılında sağlık hizmetleri sosyalleştirilmiştir. Dünya bu yaklaşımı yaklaşık 20 yıl sonra, 1978 yılında Alma-Ata Konferansı'nda benimsemiş ve tüm ülkeler sağlık politikalarını "Temel Sağlık Hizmetleri" yaklaşımıyla yeniden düzenlemek üzere taahhütte bulunmuşlardır(SB., PYDB., 2003 Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu).

Sağlık hizmetlerinin üretiminde devletin birinci derecede rol oynamasının nedenlerini şöyle sıralayabiliriz (Önertürk, 1984: 24) :

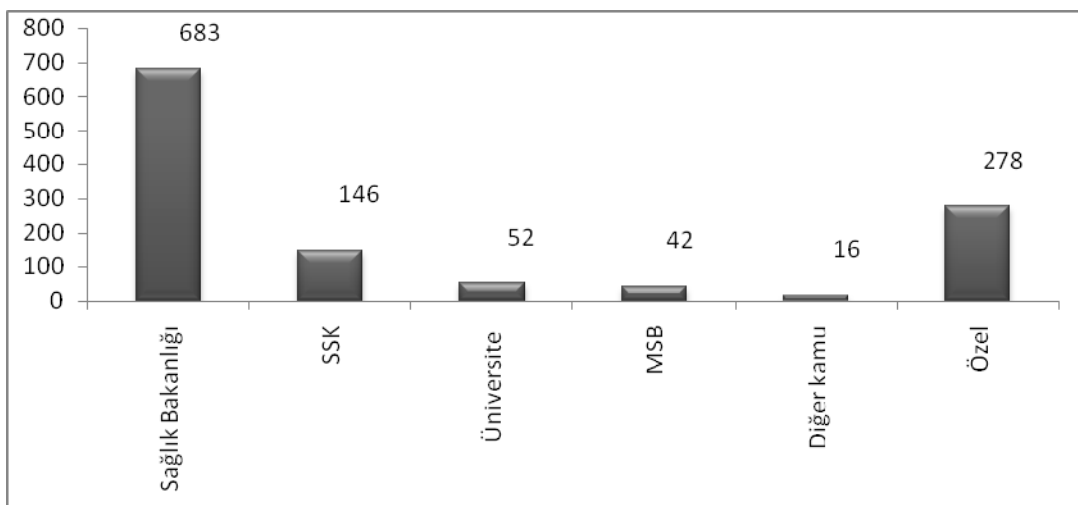
- Sağlık hizmetlerinin üretilmesi, iyileştirilmesi, kişiler açısından önemli olduğu kadar toplumun bütünü açısından da önemlidir.
- Sağlık hizmetleri talebinin belirlenmesi; insanların bilgisizliği, gelir dağılımındaki eşitsizlik, sağlık hizmetleri kalitesi, vb. nedenlerle oldukça zordur. Devlet sağlık hizmetleri talebini elindeki bilgilerle daha iyi tahmin edebilir.
- Sağlık hizmetlerinde özel kesim girişimleri, sağlık hizmetlerine olan talebi karşılamaya yeterli değildir.
- Özel kesimde firmalar karlılık oranına göre hareket ettikleri için sağlık yatırımları belli bölgelerde yoğunlaşabilir.
- Sağlık hizmetlerinde bölünemezlik söz konusudur. Birçok hastalık ülkede mücadeleyi gerektirmektedir.
- Piyasa büyüklüğü; hastane, dispanser, poliklinik, laboratuvar gibi sağlık hizmeti üreten birimlerin ekonomik olarak kurulup işletilmesini engellemektedir.

Türkiye'de sağlık hizmeti sunan birimler, birinci basamakta sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaş dispanserleri, kamu hastanesi poliklinikleri, SSK sağlık istasyonları ve dispanserleri, belediyeler, işyeri hekimleri, özel teşhis ve tedavi poliklinikleri, muayenehaneler ve farklı büyüklükte çok çeşitli diğer kamu dispanserleri ile vakıf poliklinikleridir.

Ülkemizde sağlık hizmetleri sektörü son yıllarda önemli değişikliklere maruz kalmaktadır. Bir yandan sayısı hızla artan özel sağlık kurumları nedeniyle rekabet yoğunlaşmakta; diğer yandan da, yapılan düzenlemeler sonucunda, hastaların gerek özel hastanelerden gerekse, kamuya ait diğer sağlık kurumlarından sağlık hizmetleri almalarının yolu açılmaktadır. Ayrıca, üniversite hastanelerinde olduğu gibi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarında da hizmet sağlayıcıların döner sermaye gelirlerinden yararlanabilmelerine imkân sağlanmaya başlanması da rekabete ayrı bir boyut getirmiştir. Böylesi bir ortamda, rekabetçi üstünlük yaratabilmek ve sürdürebilmek için, sağlık hizmetleri sağlayıcıları, konuya hizmet sağlayıcı bakış açısından yaklaşan ve sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasına önem veren geleneksel sağlık hizmetleri sunumu yaklaşımını hastaların tatminini dikkate alan müşteri (hasta) odaklılık ilkesiyle bütünleşik hale getirmeye zorlanmaktadır. Bunun bir sonucu olarak da, sağlık hizmeti sağlayıcıları için hizmet kalitesi ve hasta tatmini konuları kritik öneme sahip konular haline gelmektedir (Dursun vd., 2004: 1).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı çeşitli kamu kuruluşları ve özel kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır. Bu kuruluşlar Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, TC Emekli Sandığı, Bağ-kur, Üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı, Belediyeler, Kamu İktisadi Teşebbüsleri ve diğer bakanlıklar ile özel kişi ve kuruluşlardır.

Grafik-1.3: Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Kuruluşları



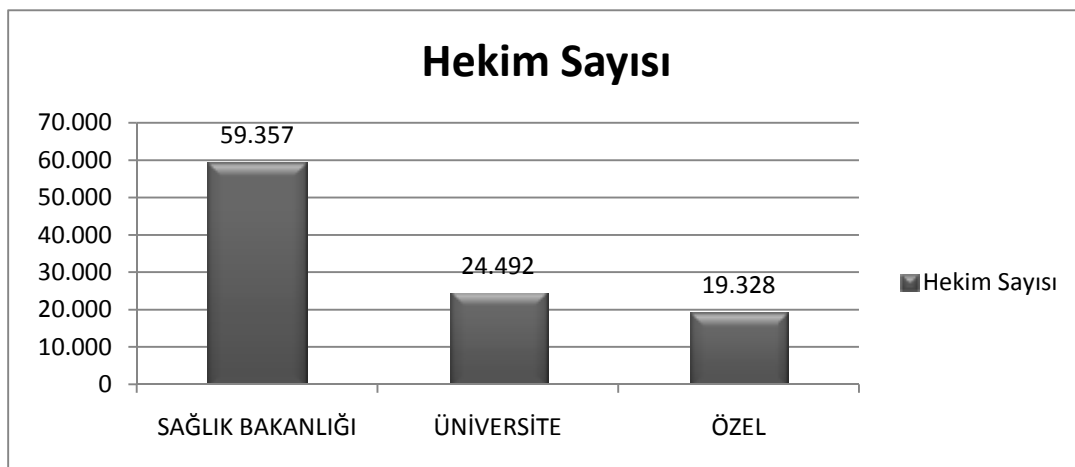
Kaynak: <http://www.sabem.saglik.gov.tr>, e.t. 19.10.2008

Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının neredeyse tamamı tedavi edici sağlık kurumlarına aktarılmaktadır. Dünyada 10 bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı, ABD’de 53, Almanya’da 87, Arjantin’de 48, Avusturya’da 107, Belçika’da 83, Brezilya’da 35, Danimarka’da 57, Fransa’da 93, İngiltere’de 63, Özbekistan’da, Yunanistan’da 51’dir. Dünya ortalaması 36 iken, ülkemizde 10 bin kişiye, 25.8 yatak düşmektedir (Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi, 2002: 16).

Türkiye’de sağlık kuruluşlarının 2002 yılına göre dağılımı şu şekildedir: Devlet Hastanesi sayısı 668, Sağlık Ocağı 5.936, Sağlık Evi 11.740, Semt Polikliniği 40, AÇS / AP Merkezi 299, Verem Savaş Dispanseri 272, Deri-Tenasül Hastanesi Dispanseri 12, Hava Limanı Sağ. Dnt. Merkezi 16, Hudut Sağlık Denetim Merkezi 16, Sahil Sağlık Denetim Merkezi 48, Sağlık Meslek Lisesi 280, R. Saydam Hıfz. Merkez Başkanlığı 1, Bölge Hıfzısıhha Enstitüsü 7, İl Halk Sağlığı Laboratuvarı 79, İlçe Halk Sağlığı Laboratuvarı 31, Sıtma Enstitüsü 2, Sıtma Kontrol Laboratuvarı 6, Sıtma Laboratuvarı 80, Sağlığı Koruma Yeri 2, Liman-Şehir Bakt. Mües. 2, Ana Donanım İkmal Böl. Müdürlüğü 1, Donatım Bölge Müdürlüğü 18, Donatım İl Müdürlüğü sayısı 5’tir (Hamzaoğlu vd., 2005: 73).

Ülkemizde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı kontrolünde yürütülmektedir. Bu kapsamda Mart 2008 itibariyle Türkiye’de 103.177 hekim aktif olarak çalışmaktadır. Bu hekimlerin kurumlara göre sayısal dağılımı Grafik-1.4’te gösterilmiştir.

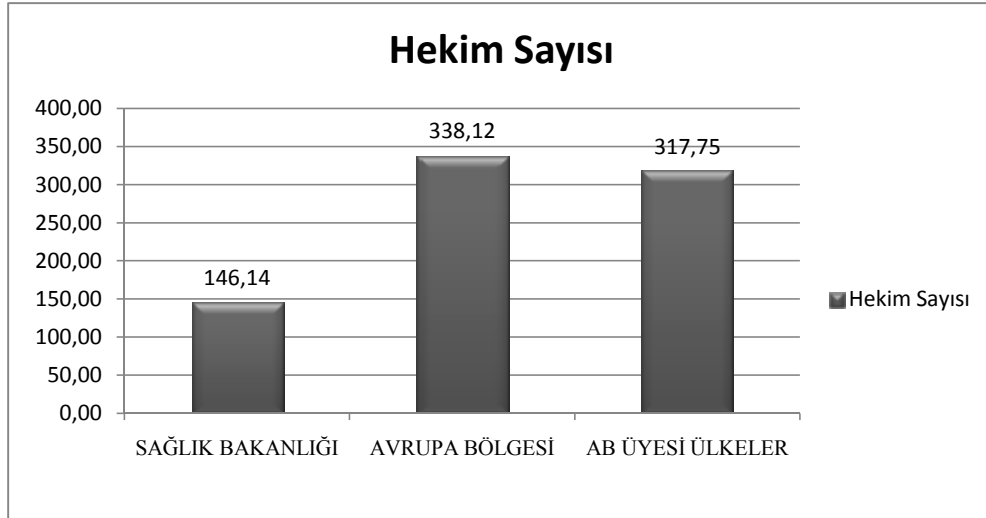
Grafik-1.4: Aktif Çalışan Hekimlerin Kurumlara Dağılımı



Kaynak: SB. Türkiye Sağlık İnsangücü Durum Raporu, 2008: 27

Avrupa ülkelerinde ve Türkiye’de 100.000 kişiye düşen hekim sayıları Grafik-1.5’te gösterilmiştir.

Grafik-1.5: Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de 100.000 Kişiyeye Düşen Hekim Sayıları



Kaynak: SB. Türkiye Sağlık İnsangücü Durum Raporu, 2008: 27

Türkiye’de ve AB üyesi ülkelerde 100.000 kişiye düşen hekim sayısı karşılaştırıldığında, bu sayının AB üyesi ülke ortalamasında 338, Türkiye’de ise 146 olduğu görülmektedir. Yani, Türkiye’deki 100.000 kişiye düşen uzman hekim sayısı AB üyesi ülkeler ortalamasının yarısından daha azdır.

Ülkelerin sağlık harcamalarını inceleyecek olursak, Tablo-1.2’de de görüldüğü gibi ülkemizdeki kişi başına sağlık harcamaları diğer OECD ülkelerine göre oldukça azdır.

Tablo-1.2: OECD Ülkeleri Kişi Başına Sağlık Harcamaları(\$), (1992-2002)

Ülkeler	1992	1994	1996	1998	2000	2002
A.B.D.	3.147	3.462	3.708	4.180	4.499	5.274
Almanya	2.496	2.581	3.036	2.488	2.768	2.817
Avustralya	1.468	1.574	1.873	1.980	2.213	2.699
Belçika	1.783	1.845	2.049	2.172	2.306	2.515

Çek Cum.	*	292	*	928	1.031	1.118
Danimarka	1.820	1.845	2.130	2.141	2.434	2.583
Finlandiya	1.964	1.521	1.806	1.502	1.698	1.943
Fransa	2.164	2.235	2.550	2.102	2.380	2.736
Hollanda	1.861	1.923	2.150	1.974	2.216	2.564
İngiltere	1.252	1.213	1.365	1.532	1.804	2.160
İrlanda	1.041	1.147	953	1.505	1.908	2.367
İspanya	1.069	900	1.134	1.202	1.547	1.640
İsveç	2.221	1.721	2.082	1.707	2.108	2.512
İsviçre	3.272	3.496	*	2.739	3.161	3.446
İtalya	1.827	1.486	1.597	1.830	2.028	2.166
İzlanda	2.170	1.891	2.053	2.358	2.642	2.802
Japonya	1.894	2.576	*	1.844	2.009	2.133
Kanada	2.035	1.829	1.796	2.391	2.534	2.931
Kore	273	394	*	720	899	982
Lüksemburg	2.121	2.350	*	2.372	2.785	3.066
Macaristan	*	295	*	*	838	1.078
Meksika	187	219	163	*	477	550
Norveç	2.429	2.270	2.848	2.467	2.769	3.409
Polonya	117	105	*	510	575	657
Portekiz	691	669	873	*	1.397	1.702
Yeni Zelanda	890	1.021	1.302	1.454	1.646	1.857
Yunanistan	425	514	693	1.207	1.349	1.814
Ortalama	1.630	1.546	1.828	1.891	2.010	2.276
TÜRKİYE	103	77	108	*	315	420

Kaynak: SB(2004),Sağlık İstatistikleri 2003: 73

DELOITTE Türkiye'nin, "Türkiye'de ve Dünyada Sağlık Ekonomisi 2008" raporuna göre Türkiye kişi başına 586 dolar ile OECD içinde sağlık harcamaları en düşük ülkeler arasında yer alıyor. 4.1 trilyon dolarlık sağlık harcamalarının yüzde 80'ini gerçekleştiren OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının yıllık büyümesi

milli gelirden daha hızlı oluyor. Türkiye'de, toplam sağlık harcamalarının milli gelire oranı, yüzde 7,6 olarak gerçekleşirken OECD ortalaması yüzde 9'a, Amerika'da ise yüzde 15,6'ya kadar çıkıyor. Kişi başı harcamada ise Türkiye OECD'nin beşte biri seviyesinde kalıyor.

Dünya Bankası'nın, Türkiye'nin sağlık harcamalarında yılda ortalama yüzde 15'lik artış öngördüğünü hatırlatan raporda sağlık ekonomisini hayata geçirerek kaynakları en etkin şekilde kullanmanın giderek daha önemli hale geldiği ifade ediliyor. Rapora göre Türkiye'de kişi başına düşen, yılda 586 dolar düzeyindeki sağlık harcaması, OECD ortalaması olan 2 bin 809 dolarının beşte biri civarında kalıyor. Türkiye'nin nüfusunun yaklaşık 72 milyon olduğu dikkate alındığında ülke olarak sağlık için yılda 42 milyar 192 milyon dolarlık harcama yapıldığı ortaya çıkıyor. Ancak toplamda küçümsenemeyecek bu rakam, kişi başına sağlık harcaması dikkate alındığında OECD ortalamasının altında kalıyor.

Tüm dünyada ortalama yaşam süresi uzarken, ilaca erişim giderek yaygınlaşıyor ve gelişmiş tedavi yöntemlerinin maliyetleri yükseliyor. Bütün bunlar, sağlık hizmetlerinin ve ilaç tedavilerinin yarattığı değer ölçümlenerek, kaynakların daha etkin kullanılmasını sağlayan sağlık ekonomisinin uygulanmasını zorunlu hale getiriyor. Gelişmiş ülkelerdeki ve Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin karşılaştırıldığı rapora göre Almanya, Fransa, İsviçre gibi ülkelerde sağlık harcamalarının milli gelire oranı ortalama yüzde 11 olurken bu Yunanistan'da ise, yüzde 10,1 olarak gerçekleşiyor. (<http://hurarsiv.hurriyet.com.tr>, e.t.11.11.2008)

Dünya sağlık örgütü 2005 raporunda Türkiye ile ilgili şu ifadeler yer verilmiştir: “Dünya Sağlık Örgütü'nün 2003 yılı tahminlerine göre, Türkiye'de doğan bir kişinin ortalama ömrü 70 yıldır. Kadınlar ortalama 73 yaşına kadar yaşarlarken, erkeklerde bu yaş 68'dir. 1990 yılına göre Türk insanının ortalama ömrü 4 yıl artmıştır” (<http://www.euro.who.int>, e.t. 11.11.2008).

Türk insanının ortalama ömrünün artış göstermesi hükümetlerin sağlık hizmetleri alanındaki çalışmalara daha fazla önem vermesini ve bu yönde yapılacak her türlü yatırımın destekçisi olmasını zorunlu hale getirmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

HASTA GÜVENLİĞİ SAĞLIKTA KALİTE VE AKREDİTASYON

2.1. HASTA GÜVENLİĞİ KAVRAMI

Hasta güvenliği sağlık hizmetlerinin temel ilkesidir. Hasta bakım sürecinin her aşaması sürecin kendi içerisinde bir güvensizlik içerir. Uygulamada, ürünlerde, prosedür veya sistemlerde meydana gelen problemler nedeniyle ters durumlar meydana gelebilir. Hasta güvenliği iyileştirmeleri, enfeksiyon denetimi, ilaçların güvenli kullanımı, ekipman güvenliği, güvenli klinik uygulamalar ve güvenli bakım ortamı ile birlikte performans geliştirme, çevresel güvenlik ve risk yönetimini de içeren karmaşık, sistem genelinde bir çaba gerektirir (<http://www.who.int>, e.t.20.04.2009)

Sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında, hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almaktadır. Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği olası zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır. Hasta güvenliğinde amaç; hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır. Burada temel hedef; hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (<http://www.das.org.tr>, e.t.18.02.2009).

Ölümlerle sonuçlanan olayların sebeplerini inceleyecek olursak, sağlık hizmetlerinin sebep olduğu ölüm oranının dikkat çekici boyutta olduğu sonucu karşımıza çıkmaktadır.

Tablo-2.1: Olay-Ölüm/Karşılaşma Sayısı

“Bungee jumping”	1/100
Dağcılık	1/300
Sağlık Hizmetleri	1/500
Araç Kullanma	1/20,000
Tarifeli Hava Yolları	1/8,000,000
Avrupa Tren Yolları	1/10,000,000

Kaynak: <http://www.sabem.saglik.gov.tr>, e.t.18.02.2009

Tablo incelendiğinde her 500 kişiden 1 kişinin, almış olduğu sağlık hizmetleri neticesinde hayatını kaybettiği gerçeği karşımıza çıkmaktadır. Bu oran, sunulan sağlık hizmetlerinin detaylı şekilde irdelenmesi açısından önem arz etmektedir.

Her 100 Milyon saat için ölüm riski nedenlerine bakacak olursak;

Tablo-2.2: Her 100 Milyon Saat İçin Ölüm Riski Nedenleri

Gebe Olmak	1
Tren İle Seyahat	5
Evde Çalışmak	8
Tarımda Çalışmak	10
Karayolu Yolculuğu	50
İnşaat İşçiliği	67
Uçak Yolculuğu	100
Hastanede Yatıyor Olmak	2000

Kaynak: <http://www.sabem.saglik.gov.tr>, e.t.18.02.2009

Her 100 milyon saat için ölüm riski nedenleri incelendiğinde, hastanede yatıyor olmanın oldukça önemli bir risk nedeni olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum hasta güvenliğinin ne derecede tehlike altında olduğunun ufak bir göstergesidir.

Hasta güvenliği denilince hastaya zarar verici her türlü etkilerden, tıbbi hatalardan ve hataları ortaya çıkarabilecek nedenlerden arındırılmış bir sağlık hizmeti akla gelmektedir. Hastaneler için kalite programları ve kurumsal kültürün en önemli

konularından biri de hasta güvenliğidir. Hasta güvenliği, hastanın kendini güvende hissetmesini ve güvende olması sağlamaktadır.

Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının eliminasyonu veya azaltılmasıdır (National Patient Safety Foundation, www.npsf.org, e.t.,18.02.2009).

Hasta güvenliği, insan hayatını doğrudan etkileyen olaylara ilişkindir. Endüstri işletmelerinin ve diğer hizmet işletmelerinin aksine sağlık sektöründe faaliyet gösteren kuruluşlar için hasta güvenliği süreçlerinin hayata geçirilmesi, maddi kazançların ötesinde sosyal faydalar yaratmaktadır (Tütüncü vd., 2006).

Hasta güvenliği; sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla; sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır (Hasta Güvenliği ve Hemşirelik, <http://www.ism.gov.tr>, e.t. 19.02.2009).

Hasta güvenliği, sağlık hizmeti veren kurumlarda hasta ve ailesinin güvenliğini olumsuz etkileyen faktörlerin engellenmesi ve ortadan kaldırılmasıdır. Hasta güvenliğini sağlama hastalara yardım ederken oluşabilecek zararlardan kaçınmak, kaza eseri yaralanmaların olmaması için önlem almak, işlem ve süreçler sırasında hata olasılığını azaltmak ve meydana gelişlerini durdurmaktadır (World Health Professions Alliance Fact Sheet, <http://www.whpa.org>, e.t.19.02.2009).

Hasta güvenliği, süreçlerdeki basit hataların, hasta ve sağlık çalışanlarına zarar verecek şekilde ortaya çıkmasını engelleyecek tasarımlar yapmaktır. Hataların hasta ve sağlık çalışanlarına ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemler almaktır (<http://www.hastaguvenligimiz.com>, e.t.19.02.2009).

Hasta güvenliğini işinin ve yönetim sisteminin önemli bir parçası haline getirememiş hastanelerde, tedbirsizlik, uygun olmayan cihaz ve malzemenin kullanımı, yanlış ilaç verilmesi, yanlış taraf ameliyatı ve benzeri hatalara

bağlı hasta yaralanmaları ve ölümleri olabilmektedir (<http://www.grupmesa.gen.tr>, e.t.19.02.2009).

Bugün gelinen noktada sağlık kurumları, nitelikli sağlık hizmeti verebilmeleri için 6 temel unsuru yerine getirmek zorundadırlar. Bu bağlamda sunulan sağlık hizmeti;

- Güvenli,
- Kanıta dayalı,
- Hasta odaklı,
- Zamanında ve ulaşılabilir,
- Verimli ve etkin,
- Hizmet bekleyenlere eşit dağılmış olmalıdır.

Görüldüğü gibi sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kişilere verilebilecek zararı önlemek amacıyla sağlık kurumlarının aldığı önlemlerin tamamı olarak tanımlayabileceğimiz hasta güvenliği, nitelikli sağlık hizmetlerinin birinci ve vazgeçilmez koşulunu oluşturmaktadır (<http://www.saglikyonetimikongresi.org>, e.t.19.02.2009).

Hasta hakları yönetmeliğinin 37. Maddesine göre; “Herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastaların ve ziyaretçi/refakatçi gibi yakınlarının can ve mal güvenliklerinin korunması ve sağlanması için gerekli tedbirleri almak zorundadırlar” (Resmi Gazete 1 Ağustos 1998 - Sayı: 23420).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), dünya çapında milyonlarca hastayı etkileyen sağlık hizmeti ile ilişkili zararların maliyetini azaltmak için “Dokuz hasta güvenliği çözümü” ileri sürmüştür. Hasta güvenliği çözümleri, hasta güvenliğine dikkati çekerek, hastaların maruz kaldığı riskleri azaltmak için en iyi çözümleri önermektedir. Ayrıca, dünyanın hasta güvenliği problemlerini çözmüş olan bölümünde uygulanan girişimlerin ulaşılabilir ve anlaşılabilir bir şekilde sunulmasını amaçlamaktadır (<http://www.medimagazin.com.tr>, e.t.19.02.2009).

- * Birbirine andıran ve isimleri birbirine benzeyen ilaçlar
- * Hasta tanımlanması
- * Hasta ziyaretlerinde iletişim kurulması
- * Doğru girişimin doğru vücut bölgesinde uygulanması
- * Konsantre elektrolit solüsyonlarının kontrolü
- * Bakım sırasındaki geçişlerde verilen ilaçların doğruluğundan emin olmak
- * Kateter ve tüp bağlantılarındaki hatalı bağlantıların önlenmesi
- * Enjeksiyon ekipmanlarının tek kullanımı
- * El hijyenine dikkat edilerek sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonların önlenmesi

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması için dünya çapında pek çok kuruluş çeşitli çalışmalar yapmaktadır. Çalışmaların sonuçlarından yola çıkarak, daha kaliteli ve daha güvenli sağlık hizmeti verebilmek için standartlar ve programlar geliştirmektedirler. Bu kuruluşlardan bir olan Uluslararası Birleşik Komisyonu (JCI) hastaneler için; hekim ve hemşirelere, hizmet sunumları sırasındaki riskleri azaltmaya temel oluşturacak akreditasyon standartları ortaya koymuştur. Bu standartlar kalite iyileştirme ve hasta güvenliğine yönelik; risk yönetimi ve kaynak yönetimi programlarını içine almaktadır (Göktaş, 2007: 3).

Küresel olarak hasta güvenliği hakkında atılan adımlar bir ivme kazanmaktadır. Sağlık hizmetleri alanında kamu politikası oluşturma sürecinde yetki sahibi olan kişi ve kurumlar, dünya genelinde hasta güvenliği başlığını bir öncelik olarak belirlemektedirler. İttifak'ın uluslar arası eylem sahasında gerçekleştirilen çalışmalar tempo kazanmaktadır.

Buna karşın, atılacak adımları daha ileriye taşıma noktasında konu, son derece zorlayıcı ve ivedilik arz eden özelliklere sahiptir. Yapılan tedavilerdeki hatalar coğrafyalarla sınırlı değildir. Yoksul ya da zengin olsun hiçbir ülke kendisinin, hasta güvenliği konusunda karşılaşılan tüm sorunları çözmüş bir sistem içerisinde sağlık hizmeti veriyor olduğu iddiasında bulunamaz (www.performans.saglik.gov.tr, e.t.19.02.2009).

2.1.1. Hasta Güvenliği Hedefleri

Ulusal bazda hasta güvenliğinin hedeflerine bakacak olursak (<http://www.hastaguvenligimiz.com>, e.t.,20.02.2009);

- Hasta kimlik bilgilerinin doğru olması
- Hasta bakımı sağlayanlar arasındaki iletişimin etkinliğinin geliştirilmesi
- Önemli ilaçlarının kullanım güvenliğinin sağlanması
- Yanlış taraf, yanlış hasta, yanlış cerrahi uygulamalarının olmaması veya azaltılması
- Infüzyon pompalarının kullanım güvenliğinin geliştirilmesi
- Klinik alarm sistemlerinin etkinliğinin geliştirilmesi
- Enfeksiyon risklerinin azaltılması
- İlaçların doğru ve tam olarak verilmesi
- Düşmelerden kaynaklanan hasta yaralanmalarının azaltılması hedefleri karşımıza çıkmaktadır.

Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri'nin amacı ise hasta güvenliğinde spesifik iyileştirmelerin artırılmasıdır. Hedefler sağlık bakımındaki problemleri alanları aydınlatır ve bu problemler için kanıt ve uzman temelli çözüm yolları tanımlar. İyi bir sistem tasarımının sağlık bakımının yüksek kaliteli ve güvenli ulaştırılmasında esas olduğunu kavramak yoluyla; hedefler mümkün olduğunca sistem boyutunda çözümlere odaklanmaktadır. Hedefler bir standart, niyet ifadesi ve ölçülebilir element içermek yoluyla diğer standartlarla aynı anlayışta yapılandırılır. Hedefler uygun, kısmen uygun ve uygun değil olarak diğer standartlarla aynı puanlandırma yöntemini kullanmaktadır. Akreditasyon Kararı Hükümleri ayrı bir karar hükmü olarak Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri ile uygunluğu da göz önünde bulundurmaktadır ((<http://www.hastaguvenligimiz.com>, e.t.20.02.2009).

JCI (Joint Commission International) Uluslararası Hastane Standartları kullanılarak akredite edilen bütün kurumlarda 1 Ocak 2008 tarihinden itibaren

uygulanması gereken Uluslararası Hasta Güvenliği hedeflerine bakacak olursak (<http://www.hastaguvenligimiz.com>, e.t.,21.02.2009);

- **Hedef 1** Hastanın Doğru Kimliklendirilmesi
- **Hedef 2** Etkili İletişimin Artırılması
- **Hedef 3** Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin İyileştirilmesi
- **Hedef 4** Doğru-Taraf, Doğru-Prosedür ve Doğru-Hasta Cerrahisi'nin Sağlanması
- **Hedef 5** Sağlık Bakımı İlintili Enfeksiyonların Azaltılması
- **Hedef 6** Düşmelerden Kaynaklanan Hastaların Zarar Görme Riskinin Azaltılması

Uluslararası Hasta Güvenliği hedeflerinin, gereksinimlerini, niyet ifadelerini ve ölçülebilir ifadelerini inceleyecek olursak;

Hedef 1

Hastanın Doğru Kimliklendirilmesi

Hedef 1'in Gereksinimleri

Kurum, hasta kimliklendirilmesinin iyileştirilmesi için bir yaklaşım geliştirmelidir.

Hedef 1'in Amacı

Yanlış-hasta hataları teşhis ve tedavinin bütün aşamalarında meydana gelmektedir. Hastalar sedate edilmiş, disoryante ya da tam olarak uyanık olmayabilir, hastane içinde yatağı, odası ya da yeri değişmiş olabilir, duyuları ile ilgili problemlere sahip olabilir ya da doğru kimliklendirmeye engel başka durumlar ortaya çıkabilir. Bu hedefin amacı iki ayaklıdır; birincisi; hizmeti ya da tedaviyi alan insanın doğru insan olduğunun güvenilir bir biçimde belirlenmesi, ikincisi; hizmetin ya da tedavinin doğru insana gittiğinin belirlenmesidir. Politika ve prosedürler özellikle ilaç, kan ya da kan ürünleri verilen; klinik test için kan yada diğer numuneler alınan; yada diğer tedaviler ve prosedürler uygulanan hastaların

kimliklendirme sürecinin iyileştirilmesinde kullanılır. Politika ve prosedürler doğum tarihi, kimlik numarası, doğum tarihi, barkodlu bir bileklik yada diğer yollardan en az iki tanesiyle hastanın kimliklendirilmesini gerektirmektedir. Hastanın oda numarası ya da yeri kimliklendirme için kullanılamaz. Politika ve prosedürler ayaktan bakım veya diğer ayaktan bakım hizmetleri, acil bölümü ya da ameliyathane gibi farklı alanlarda iki farklı kimliklendirme yolunun kullanılmasını ifade etmektedir. Komadaki hastaların kimliklendirilmesi hiçbir yol kullanılmaması yoluyla yapılabilir. Bütün kimliklendirme durumlarını ifade eden politika ve prosedürlerin geliştirilmesi için bir işbirliği süreci kullanılır.

Hedef 1'in Ölçülebilir Elementleri

1. Hasta kimliklendirmesinin doğruluğunu ifade eden politika ve prosedürler geliştirmek için bir işbirliği süreci kullanılır.
2. Politika ve prosedürler hasta oda numarası ve yeri içermeyen iki hasta kimliklendirme yolu gerektirmektedir.
3. Hastalar ilaç, kan ya da kan ürünleri verilmeden önce kimliklendirilir.
4. Hastalar klinik test için kan ya da diğer numuneleri vermeden önce kimliklendirilir.
5. Hastalar tedaviden ve prosedürlerden önce kimliklendirilir.

Hedef 2

Etkili İletişimin Artırılması

Hedef 2'nin Gereksinimi

Kurum bakım verenler arasındaki iletişimin artırılması için bir yaklaşım geliştirmelidir.

Hedef 2'nin Amacı

Etkili iletişim; doğru zamanlı, kesin, tam, belirsizlik taşımayan ve alıcı tarafından anlaşılan, hataları azaltan ve hasta bakımında iyileşmeyle sonuçlanan iletişimdir. İletişim elektronik, sözlü ya da yazılı olabilir. Hataya en çok duyarlı iletişim sözel olarak verilen ve yasalar izin veriyorsa telefonla bildirilen hasta

orderlarından kaynaklanmaktadır. Diğer bir hataya duyarlı iletişimse klinik laboratuvarın aranarak hastanın STAT sonuçlarının öğrenilmeye çalışılması gibi raporların dönüşü ile ilgili hatalardan kaynaklanmaktadır. Kurum sözel ve telefon orderları için şunları içerecek şekilde işbirliği yaparak bir politika ya da prosedür geliştirir: tam orderın ya da test sonuçlarının bilgiyi alan tarafından not edilmesi (ya da bilgisayara girme); alıcının orderı ya da test sonuçlarını yeniden okuması; ve yeniden okumanın ve ne yazıldığıının doğrulanması. Politika ya da prosedürler acil bölümünde ya da yoğun bakım ünitesinde ameliyat ya da acil durumlarda geri okuma sürecinin mümkün olmamasıyla ilgili izin verilebilir alternatifleri belirler.

Hedef 2'nin Ölçülebilir Elementleri

1. Sözel ve telefon orderlarının doğruluğunu ifade eden politika ve prosedürler geliştirilmesi için bir işbirliği süreci kullanılır.
2. Tam sözel ya da telefon orderları ya da test sonuçları order ya da test sonuçlarının alıcısı tarafından not edilir.
3. Tam sözel ya da telefon orderları ya da test sonuçları order ya da test sonuçlarının alıcısı tarafından yeniden okunur.
4. Order ya da test sonucu orderı ya da test sonucunu veren kişi tarafından doğrulanır.

Hedef 3

Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin İyileştirilmesi

Hedef 3'ün Gereksinimi

Kurum yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi için bir yaklaşım geliştirir.

Hedef 3'ün Amacı

İlaçlar hasta tedavi planının bir parçası olduğunda, hasta güvenliğini sağlanması için uygun yönetilmeleri kritik önemdedir. Sıklıkla ifade edilen ilaç güvenliği konusu yüksek yoğunluklu elektrolitlerin dikkatsiz kullanılmasıdır (örneğin potasyum klorid, potasyum fosfat, sodyum klorid ve magnezyum sülfat). Bu

hata çalışanın hasta bakım ünitesine doğru oryante edilmediğinde ya da acil vakalarda ortaya çıkar. Bu vakaları azaltmanın ya da ortadan kaldırmanın en etkili yolu yüksek yoğunluklu elektrolitlerin hasta bakım ünitesinden kaldırılmasıdır. Kurum yanlış uygulamanın yapılabileceği hasta bakım alanlarında bu elektrolitlerin bulunmamasıyla ilgili işbirliği içerisinde bir plan geliştirir. Politika ya da prosedürler acil servis, ameliyathane gibi hangi alanlarda elektrolitlere klinik olarak gereksinim duyulduğunu ortaya koyar ve yanlış uygulamaya engel olacak şekilde bu elektrolitlerin nasıl doğru etiketlenebileceğini ve depolanabileceğini belirler.

Hedef 3'ün Ölçülebilir Elementleri

1. Yüksek yoğunluklu elektrolitlerin yer, etiket ve depolama bilgilerini içeren politika ve prosedürlerin geliştirilmesi için bir işbirliği süreci kullanılır.
2. Klinik olarak gereksinim duyulmadıkça ya da politikalar tarafından izin verilen durumlar dışında yüksek yoğunluklu elektrolitler hasta bakım ünitelerinde bulunamaz.

Hedef 4

Doğru-Taraf, Doğru-Prosedür ve Doğru-Hasta Cerrahisi'nin Sağlanması

Hedef 4'ün Gereksinimi

Doğru-Taraf, doğru-prosedür ve doğru-hasta cerrahisi'nin sağlanması için kurum bir yaklaşım geliştirir.

Hedef 4'ün Amacı

Doğru-Taraf, doğru-prosedür ve doğru-hasta cerrahisi sağlık kurumlarında rahatsız edici bir sıklıkta ortaya çıkmaktadır. Bu hatalar cerrahi ekibin üyeleri arasındaki etkisiz ya da yetersiz iletişimden, taraf işaretlemeye hastanın katılmamasından ve yer doğrulama prosedürlerinin yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Ek olarak, yetersiz hasta değerlendirmesi, yetersiz tıbbi kayıt gözden geçirmesi, cerrahi ekip arasındaki yeterli iletişimi desteklemeyen bir kültür yapısı, okunaksız el yazısı problemleri ve kısaltmaların kullanılması bu duruma katkı sağlayan faktörlerdir. Kurumlar bu rahatsız edici problemlerin ortadan kaldırılması

için işbirliği içerisinde politika ve prosedürler geliştirmelidir. JCI Yanlış-Taraf, Yanlış-Prosedür, Yanlış-Hasta Cerrahisi'ni Önleme Evrensel Protokolü gibi kanıta dayalı uygulamalar kullanılır.

Evrensel protokolde bulunan temel süreçler şunlardır;

- Cerrahi tarafın işaretlenmesi
- Operasyon öncesi doğrulama süreci ve
- Prosedürün başlamasından hemen önce verilen mola

Cerrahi tarafın işaretlenmesi hastayı da içine alır ve net bir işaret yoluyla yapılır. İşaret kurum çapında tutarlı olmalı, prosedürü gerçekleştiren kişi tarafından yapılmalı, hastanın bilinci yerindeyken ve uyanıkken yapılmalı, eğer mümkünse hasta hazırlandıktan ve örtüldükten sonrada görünebilir olmalıdır. Cerrahi taraf; yana doğru olanlar, çoklu yapılar (parmaklar, ayak parmakları, lezyonlar) ya da çoklu düzeyler (omurilik) gibi bütün vakalarda işaretlenir.

Operasyon öncesi doğrulama sürecinin amacı;

- Doğru taraf, süreç ve hastanın doğrulanması
- İlgili bütün dökümanlar, resimler ve çalışmaların mevcut olduğunun, uygun etiketlendiğinin ve gösterildiğinin garanti edilmesi ve;
- Herhangi bir gerekli ekipman ya da implantın mevcut olduğunun doğrulanması

Mola cevaplanmamış soruların ya da herhangi bir karmaşıklığın çözülmesini sağlar. Mola prosedürün gerçekleştirileceği yerde prosedür başlamadan önce gerçekleştirilir ve bütün ameliyat ekibini içerir. Kurum checklist gibi süreçlerin nasıl kısaca dökümante edileceğine karar verir.

Hedef 4'ün Ölçülebilir Elementleri

1. Ameliyat sürecindekilerden çok uygulamalarla ilgili prosedürlerde dahil olmak üzere doğru-taraf, doğru prosedür ve doğru-hastayı garanti altına

almak için özgün süreçleri oluşturacak olan politika ve prosedürler bir işbirliği süreci kullanılarak geliştirilir.

2. Kurum cerrahi taraf belirlenmesi için kolaylıkla anlaşılabilir bir işaret kullanır ve işaretleme sürecine hastanın katılımını sağlar.
3. Kurum ihtiyaç duyulan bütün doküman ve ekipmanların bulunduğunu, doğru ve fonksiyonel olduğunu doğrulayan bir süreç kullanır.
4. Kurum cerrahi prosedür başlamadan önce checklist ve mola prosedürleri kullanır.

Hedef 5

Sağlık Bakımı İlintili Enfeksiyonların Azaltılması

Hedef 5'in Gereksinimi

Kurum sağlık bakımı ilintili enfeksiyonların azaltılması için bir yaklaşım geliştirir.

Hedef 5'in Amacı

Enfeksiyon kontrolü ve önleme çoğu sağlık uygulamalarının en zorlayıcı yanısıdır ve yükselen enfeksiyon oranları sağlık bakımı sunanlar ve hastalar için büyük bir endişe kaynağıdır. Enfeksiyonlar kateter bağlantılı enfeksiyonlar, kan akışı enfeksiyonları ve pnomoniye içeren birçok sağlık bakım uygulamasında yaygın olarak ortaya çıkmaktadır. Bunların ve diğer enfeksiyonların önlenmesinin merkezi el hijyeninin sağlanmasıdır. Uluslararası kabul edilebilir el hijyeni rehberleri DSÖ, ABD Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi ve diğer çeşitli ulusal ve uluslararası kurumlarda mevcuttur. Kurum yayınlanmış ve kabul edilmiş mevcut el hijyeni rehberlerinin benimsenmesi ve kurum içinde kullanılması için politika ve prosedürler geliştirilmesinde bir işbirliği sürecine sahiptir.

Hedef 5'in Ölçülebilir Elementleri

1. Sağlık bakımı ilintili enfeksiyonların azaltılmasına değinen politika ve prosedürlerin geliştirilmesi için bir işbirliği süreci kullanılır.

2. Kurum yayınlanmış ve kabul edilmiş mevcut el hijyeni rehberlerini benimsemiş ya da adapte etmiştir.
3. Kurum etkin bir el hijyeni programı uygular.

Hedef 6

Düşmelerden Kaynaklanan Hastaların Zarar Görme Riskinin Azaltılması

Hedef 6'nın Gereksinimi

Kurum düşmelerden kaynaklanan hastaların zarar görme riskinin azaltılması için bir yaklaşım geliştirir.

Hedef 6'nın Amacı

Düşmeler hastanede yatan hastaların yaralanmalarındaki önemli bir bölümü oluşturur. Hizmet verdiği nüfus, sağladığı hizmetler ve tesisleri bağlamında kurum hastaların düşme riskini hesaplamalı ve düşme riski önlemek için harekete geçmeli ve meydana gelecek bir düşme sonunda yaralanma riskini azaltmalıdır. Değerlendirme; düşme hikâyesini, ilaçların ve alkol durumunun gözden geçirilmesini, yürüyüş biçimi ve denge durumunu ve hasta tarafından kullanılan yürüteçleri içerebilir. Kurum uygun politika ve prosedürlere dayalı düşme riski azaltma programı oluşturmalıdır. Program uygulanmalıdır.

Hedef 6'nın Ölçülebilir Elementleri

1. Kurum içinde düşmelerden kaynaklanan hastaların zarar görme riskinin azaltılmasına değinen politika ve prosedürlerin geliştirilmesi için bir işbirliği süreci kullanılır.
2. Kurum hastaların düşme riski açısından başlangıç değerlendirmesi için bir süreç uygular ve durumunda, ilaçlarında vb. değişiklik olduğunda hastaları yeniden değerlendirir.
3. Risk altında olduğu değerlendirilenlerin kontrolü için tedbirler uygulanır.

Yukarıda anlatılanlardan da anlaşılacağı üzere Uluslararası Hasta Güvenliği hedefleri doğrultusunda etkili iletişimin artırılması, yüksek riskli ilaçların güvenliğinin

iyileştirilmesi, doğru-taraf, doğru-prosedür ve doğru-hasta cerrahisinin sağlanması, sağlık bakımı ile ilintili enfeksiyonların azaltılması ve son olarak düşmelerden kaynaklanan hastaların zarar görme riskinin azaltılması yolları ile sağlık hizmetlerinden yararlanan hastaların güvenliğinin maksimum düzeye çıkartılması ve hasta güvenliği için gerekli olan yapılanmanın inşa edilmesi hedeflenmektedir.

2.1.2. Hasta Güvenliği Sorununa Yol Açan Faktörler

Hasta güvenliği sorununa yol açan faktörlere bakacak olursak (Kahveci, 2. Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresi) ;

- Sağlık bakım sistemlerindeki hızlı değişimler
- İş seyrindeki hızlanma
- Teknoloji kullanımında artış
- Teknoloji karmaşıklığındaki artış
- Sağlık bakım sistemlerindeki hızlı değişimler
- İş seyrindeki hızlanma
- Teknoloji kullanımında artış
- Teknoloji karmaşıklığındaki artış

2.1.3. Hasta Güvenliğinde Bazı Ulusal ve Uluslar arası Organizasyonlar

Ulusal ve uluslararası arenada hasta güvenliği konusunda halkı bilinçlendirmek ve kamuoyu oluşturmak amacıyla faaliyette bulunan birçok organizasyon bulunmaktadır. Bu organizasyonları inceleyecek olursak;

a) Hasta Güvenliği Derneği: Tıbbi hatalar ve tıbbi hatalar sonucu meydana gelen çok sayıda yaralanma ve sakat kalma vb. konularında çalışmalar yapmak üzere Nisan 2006'da kuruldu. “Önce zarar verme” sloganıyla hayata geçirilen dernek hasta güvenliği konusunda Türkiye’de çalışan ilk ve tek organizasyon.

b) Kanıta Dayalı Tıp Derneği: Kanıta dayalı tıp uygulamalarına yönelik olarak yapılan çalışmaların belirli bir merkezde toplanması amacıyla kuruldu.

Dernek, sağlık alanında alınan kararların kanıta dayalı alınmasını, kanıt değeri düşük ve/veya güncelliğini yitirmiş, etkin olmayan ve maliyet etkin olmayan tıbbi yaklaşımlarla hasta güvenliğinin tehdit edilmesini ve gereksiz maliyetlerin engellenmesi ile ülke kaynaklarının korunmasını hedefliyor ve bu konuda çalışmalar yapan kişi ve kuruluşlara da destek veriyor.

c) Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği: Misyonu sağlık hizmeti, sağlıkta kalite ve hasta güvenliği konularında politika ve model geliştirmek, sağlık sektörüne yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti vermek ve toplumda bilincin geliştirilmesini sağlamak.

d) WAPS: 2004 yılında Dünya Sağlık Örgütü ve üye ülkeler hasta güvenliği konularına odaklanmak üzere “World Alliance for Patient Safety” birliğini kurdu. Birlik, hasta güvenliği gelişiminin sağlanması ve bütün Dünya Sağlık Örgütü üye ülkelerinde hasta güvenliği ilke ve uygulamaları için gerekli olan farkındalığı ve siyasi bağlılığı artırıcı çalışmalar yapıyor. Birlik, her yıl, hasta güvenliğinin dünya çapında gelişimini sağlamak üzere sistematik ve teknik konuları kapsayan birçok program açıyor.

e) JCI: Misyonu uluslararası düzeyde sağlık hizmetleri güvenliği ve kalitesini, eğitim ve danışmanlık hizmetleri ve uluslararası akreditasyon sağlayarak sürekli arttırmak olan Joint Commision ve ilgili organizasyonlar 75 yıldır sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenliğin arttırılması için çalışıyor.

f) GS1: GS1 standartları, sağlık sektörünün en büyük tehditleri arasında yer alan tıbbi hatalar ve sahtecilik problemlerinin çözülmesine yardımcı oluyor. 56 ülkede farmasötikal ürünlerin belirlenmesinde GS1 standartları kullanılıyor.

g) IHF: Birinci Uluslararası Hastaneler Kongresinin ardından 1929 yılında kurulan Uluslararası Hastaneler Federasyonu (IHF), 100’den fazla üye ülke tarafından desteklenen uluslararası sivil toplum örgütü. Dünya çapındaki hastane ve sağlık hizmeti organizasyonlarının birliği olan Uluslararası Hastaneler Federasyonu hastane ve sağlık organizasyonları arasında işbirliği ve iletişimin geliştirilmesi ve özellikle hasta güvenliğinin geliştirilmesi ve hizmet yetersizliği olan çevrelerde sağlık çalışmaların teşviki alanlarında çalışmalar yapıyor.

h) AVMA: Action Against Medical Accidents (Tıbbi Kazalara Karşı Hareket) Daha iyi hasta güvenliğinin teşvik edilmesi ve İngiltere’de meydana gelen

tıbbi kazalardan etkilenen kişilerin adli konularda desteklenmesi alanlarında hizmet veren bir yardım derneği. Nedeni her ne olursa olsun tıbbi kazalara maruz kalan kişilerin açıklama ve desteği ve gerekli olması halinde tazminatı hak ettiği görüşünden hareket ediyor. Tıbbi kazalara maruz kalmış kişilere ulusal yardım hattı ve tahriri sosyal yardımlaşma hizmetleri aracılığıyla ücretsiz bilgi, tavsiye ve destek veriyor.

i) p4ps: 2003 yılında kurulan ve CAPS -Consumers Advancing Patient Safety- ilke, değer ve doktrinleri çerçevesinde hizmet veren p4ps güvenli ve adil sağlık hizmetlerinin verilmesi için çalışmalar yapıyor. P4ps, hasta güvenliği konularının sağlık hizmetleri çalışanlarının eğitim müfredatına girmesi ve tüketici imkânlarının genişletilmesi amaçlarına da hizmet ediyor (<http://www.doktordergisi.com>, e.t.28.02.2009).

2.1.4. Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının önlenmesi veya azaltılması olarak tanımlanırken, sağlık hizmetine bağlı hata (tıbbi hata) ise hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında kasıtsız bir aksamanın neden olduğu beklenilmeyen sonuç olarak tanımlanmaktadır (<http://www.pfizer.com.tr>, e.t.21.02.2009).

Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar son yılların en fazla konuşulan konularından birisidir (Klinik Araştırmalar ve Hasta Güvenliği, <http://www.akademika.org>, e.t. 21.02.2009). Geçmişte olduğu gibi günümüzde de sağlık hizmetlerinde sıkça karşılaşılan sorunların başında tıbbi hatalar gelmektedir. Tıbbi hatalar nedeniyle her yıl yüzlerce insan ciddi sorunlar yaşamakta ve olumsuz şekilde etkilenmektedir. Tıbbi hata sayısındaki artan grafik, hasta güvenliğini tehdit eder boyuta gelmiştir.

Dünyadaki bütün sağlık bakım sistemleri yardım için kendilerine başvuran hastalara ara sıra istemeden zarar vermektedir (Lewis vd., 2005: 135-139).

“Hata”, istemeyerek veya bilmeyerek, kasıt olmadan yapılan kusur olarak tanımlanabilir. Pratikte hatalar, uygulama hatası (planlanmış bir işin amaçlandığı şekilde tamamlanmaması) ya da planlama hatası (bir hedefe ulaşmak için yanlış bir planın kullanılması) sonucu olarak karşımıza çıkar. Tıpta en sık görülen hatalar, ilaçlarla ilişkili olanlardır. Tıbbi hatalar zarar ve yaralanmalara neden olabilecekleri gibi, hastayı yalnız riske sokmakla sınırlı kalıp farkedilebilir ya da kötü bir sonuçla da sonlanmayabilirler (<http://www.tip2000.com>, e.t.21.02.2009).

Tıbbi hatalar, hastanelerde, polikliniklerde, doktor ofislerinde, eczanelerde, bakımevlerinde ve hastaların evlerinde ortaya çıkabilir. Tıp Enstitüsü’nün tıbbi hata tanımı şu şekildedir: Planlanan bir işin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması veya amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması ve uygulanması. Yine aynı kuruluşun yan etki (adverse event) tanımı ise şu şekildedir: Sağlık hizmetinin (medical management), altta yatan hastalığa veya hastanın içinde bulunduğu duruma bağlı olmaksızın yol açtığı hasar/zarar olarak tanımlanmaktadır (Klinik Araştırmalar ve Hasta Güvenliği, <http://www.akademika.org>, e.t. 21.02.2009).

Tıbbi uygulama hataları; Dünya Tabipler Birliği’nin 1992 yılındaki 44. genel kurulunda “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” olarak tanımlanmaktadır (Tıbbi Uygulama Hataları, <http://www.adlitip.org>, e.t.22.02.2009)

Tıbbi uygulama hatalarının günümüzdeki biçimiyle modern tıbbın gündemine girmesi için oldukça uzun zaman geçmiştir. ABD başta olmak üzere İngiltere ve Kanada gibi ülkelerde 1970’lerin sonlarından itibaren tıbbi uygulama hataları ve bunlara karşı yüksek tazminat cezaları gündeme gelmiştir. Hasta hakları ile ilgili ilk çalışmalarda aynı tarihlerde başlamıştır (Polat, 2005: 21).

Amerika Birleşik Devletleri’nde her yıl 44.000 ile 98.000 arasında hastanın tıbbi hatalar nedeniyle hastanelerde öldüğü tahmin edilmektedir. Düşük tahmin kullanıldığında bile, hastanelerde meydana gelen önlenebilir istenmeyen olaylar nedeniyle ölümler; motorlu taşıt kazaları, meme kanseri ya da AIDS nedeniyle ölümlerden daha fazladır. Avustralya, İsrail, Birleşik Krallık ve diğer yerlerde yapılan

araştırmalarda hasta bakım hizmetlerinde yapılan hata düzeylerinin ABD'den düşük olmadığını göstermektedir (Kaya vd., 2005: 258).

Tıbbi hataların boyutu ve yaygınlığı, basına yansıyan dramatik olgular ya da adli/resmi kurullarda seyrek olarak incelenen olayların dışında bilinmemektedir.

En iyi hastanelerde bile her 100 hastanın 6.7'sinde ciddi sonuçları olan ya da potansiyel ciddi sorunlara yol açabilecek ilaç hataları görülmektedir (Hasta Hakları, Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği Kavramı, <http://www.sabem.saglik.gov.tr>, e.t.21.02.2009).

Bir işin belirlenen şekilde yapılması "standart" olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi uygulama hatası, "hastanın yararlanmasına sebep olan, kabul edilmiş sağlık bakım ve beceri standartlarını sağlamada, bakım hizmeti sunan açısından, başarısızlık veya yanlış uygulama" olarak da tanımlanmaktadır. Bu durumda; tıbbi uygulama hatası, standartlardan sapma anlamına gelmektedir (Pakış, 2006: 4).

ABD'de hastaneye yatışların % 3.7'sinde yatış süresini uzatan ve/veya taburculuk sırasında bir ek soruna neden olan, sonuçta zarar veren bir tıbbi yan etki vardır. Bu yan etkilerin %58'i tıbbi bir hataya ikincildir (önlenebilir yan etki). Toplam olayların %13.6'sı ölümlle, %2.6'sı da kalıcı bir sakatlık ile sonuçlanmaktadır. En sık karşılaşılan sorunlar:

- İlaç komplikasyonları (%19)
- Yara enfeksiyonları (%14)
- Teknik komplikasyonlardır (%13)

Tıbbi hataların büyük bir kısmı kişisel hatalardan çok, sistemdeki hatalardan kaynaklanmaktadır. ABD'de hekimler ve toplumun sağlık hizmeti aldıkları sırada tıbbi hatalarla karşılaşp karşılaşmadıklarını araştıran bir çalışmada, tıbbi hata ile karşılaşma oranı hekimlerde %35, toplumda ise %42 olarak bulunmuştur.

"Tıbbi hatalar neden gelişiyor?" sorusunun cevabını verebilmek ve hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapabilmek için AHRQ eski Direktörü

JM Eisenberg'in belirttiği gibi öncelikli olarak sistemik bir yaklaşım içine girmek gerekir. Bu yaklaşım içinde kanıt toplama ve araştırma, sistemdeki sorunlara cevap verecek stratejilerin geliştirilmesi ve kurumda korkmadan, çekinmeden hataların bildirilebildiği bir hasta güvenliği kültürünün yaratılması yer almalıdır (Akalin, 2004: 12-13).

Hasta güvenliğinde iyileşme sağlanması için hastaların karşılaşılabilecekleri risklerin azaltılmasına yönelik dikkatli bir şekilde tasarlanmış programlara ihtiyaç vardır. Yan etkilerin önlenmesi, gerçekleşme halinde hızlı bir şekilde anlaşılması, hasta ve yapılan tedavi üzerindeki olumsuz etkilerinin hızlı bir şekilde giderilmesi ve gelecekteki hastaların başına gelmesi muhtemel sorunların en aza indirilmesi çalışmaları için tamamlayıcı eylemlere gereksinim bulunmaktadır. Bireysel düzeyde sağlık hizmeti sağlayıcıları ve sağlık çalışanları açısından, bunların ekipler düzeyinde, kurumsal olarak ve nihai olarak sağlık sisteminde bir bütün olarak değişime gereksinim vardır. Konusunda yetkin (kompetan, uzman), vicdan sahibi, dürüst ve yaptığı işlemler konusunda kendinden emin, sağlık hizmetlerinde en ön cephede kararlı olarak çalışan sağlık çalışanları ordusunun yetiştirilmesine ihtiyaç vardır. Bu, aslında en hayati konudur (www.performans.saglik.gov.tr, e.t.22.02.2009)

Tıbbi hataların nedenlerini sorguladığımızda bunların başında; ilaç yanlıları, hastane enfeksiyonları, ameliyat komplikasyonları, klinik hataları, düşmeler, tedavinin geciktirilmesi, transfüzyon hataları geldiği görülmektedir. Bunlar bizim ülkemizde de hemen hemen sıralama itibariyle böyledir. (<http://sbu.saglik.gov.tr>, e.t.23.02.2009).

Ülkemizde de bu konuda faaliyette bulunan Hasta Güvenliği Derneği Başkanı Mustafa Bulun'da tıbbi hataların yüzde 98'inin sistemden kaynaklandığını, öncelikle sistemin sorgulanması gerektiğini ve bu yönde çalışmalar yapılması gerektiğini söylemiştir. Kaliteli bir sağlık hizmeti verilebilmesi için başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının sayısının yeterli olması gerektiğini savunan Bulun, "günde ortalama 50 hasta muayene edebilecek olan bir hekimin 100 hasta görmesi fiziksel ve düşünsel yorgunluk yaratacağı, dikkati azaltacağı için hataya neden olabileceğini söylemiştir (<http://www.haberdem.com>, e.t.23.02.2009).

Tıbbi hatalar veya hasta güvenliği sağlık hizmetlerinde kalite programlarının önemli konularından birisidir. “Institute of Medicine” raporuna göre, Amerika Birleşik Devletleri’nde her yıl 98,000 kişinin tıbbi hatalar nedeni ile hayatını kaybettiği öne sürülmektedir. Hasta güvenliği kurumsal kültürün en önemli parçalarından biri olmalıdır. Bunu sağlayabilmek için sağlık kuruluşları yüksek riskli aktiviteleri belirlemeli, tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortam yaratmalı ve hasta güvenliği için yeterli kaynak ayırmalıdır (Akalin, 2004: 12).

Institute of Medicine”nin 1999 yılı raporunda, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde tıbbi hataların yıllık maliyetinin 17 milyar Amerikan doları olduğu, hastane yatışlarının %2’sinde istenmeyen (önlenebilir) ilaç hataları bulunduğu, bu hataların ortalama yatış süresini dört-altı gün uzattığı, bunun da hasta başına hastaneye 4700 Amerikan doları ek maliyet getirdiği belirtilmektedir. Yine ABD’de yapılan başka bir araştırmaya göre; farklı nedenlerle hastaneye yatan kişilerin %5’inde hastane enfeksiyonu geliştiği, yoğun bakım üniteleri (YBÜ)’nde ise bu oranın %14’e çıktığı ifade edilmektedir.

Enfeksiyon kontrolü, hasta güvenliği konuları arasında çok önemli bir yer tutmaktadır. Tüm dünyada %5-15 oranında görülmekte olan sağlık hizmetine bağlı enfeksiyonlar, tıbbi hatalar arasında kabul edilmektedir. Söz konusu enfeksiyonların üçte birinin önlenebilir olması konunun önemini daha da arttırmaktadır (Güven, 2007:411).

Araştırmalara göre; ABD hastanelerinde her gün 100 hasta tıbbi hatalar nedeniyle ölmektedir. Tıbbi hataların maliyetinin 37,6 milyar ile 50 milyar dolar arasında olabileceği tahmin edilmektedir. Önlenebilir hataların maliyeti ise 17–29 milyar dolar arasındadır. Bu hatalar, ekonomik zararın yanı sıra, yatış süresinde uzama, hasta ve hasta yakınlarına verdiği rahatsızlık ve hukuksal süreç gibi sorunları da beraberinde getirmektedir (<http://www.pfizer.com.tr>, e.t.23.02.2009).

Tıbbi hatalarda psikolojik sorunların tıbbi hata yapmaya ciddi şekilde sebebiyet verdiği yapılan araştırmalarda ortaya çıkmıştır. ABD’de üç çocuk

hastanesinde 123 pediatri asistanının katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada, depresyonda olan asistanların tıbbi hata yapma olasılığı, depresyonda olmayanlara göre 6 kat daha yüksek bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışma, depresyondaki doktorların daha fazla tıbbi hata yaptığını ortaya koydu. Araştırmacılar, asistanların yüzde 20'sinin depresyonda olduğunu ve yüzde 74'ünde tükenmişlik olduğunu saptamışlardır. Çalışma dönemi boyunca asistanlar toplam 45 tıbbi hata yaparken, depresyonda olan asistanlar, olmayanlara göre 6,2 kat daha fazla tıbbi hata yapmıştır. British Medical Journal'ın Şubat sayısında yayınlanan çalışmada, tükenmişlik ile daha fazla tıbbi hata yapma ihtimali arasında bir bağlantı saptanamamıştır. Elde edilen bulgular, doktorların ruh sağlığının hasta güvenliği üzerinde eskiden tahmin edilenden çok daha fazla etkili olabileceğini düşündürdü. Ayrıca asistanlardaki tükenmişlik oranlarının eski çalışmalara paralel olduğu ve eğitim yöntemlerinin asistanlara zarar verebilecek düzeyde strese neden olabileceğine dikkat çekildi. Araştırmacılar, topladıkları verilerin ABD'de asistanların çalışma saatlerinde kısıntıya gidilmeden önceki dönemde elde edildiğine dikkat çekti. Ayrıca, doktorların ruh sağlığını düzeltmeye ve çalışma koşullarını iyileştirmeye yönelik başka çalışmalar yapmanın önemini vurgulamıştır (<http://www.trforumuz.biz>, e.t.23.02.2009).

Yapılan başka bir araştırmaya göre ise Amerika'da her yıl 250.000 kişi hastanede yatarken 'tıp tepmesi'nden, bir diğer deyimle 'tıbbi hatalar' yüzünden ölmektedir. Yani şöyle diyebiliriz; Amerika'da her yıl 250.000 bin kişi hastaneye gitmese yaşayacakken, gittiği için ölmektedir. Buna göre toplam 250.000 hastanın;

12.000'i 'Gereksiz yere ameliyat edildiğinden ölüyor.'

7.000'i 'Hastanede yanlış ilaç verildiğinden ölüyor.'

31.000'i 'Hastanedeki diğer yanlışlardan ölüyor.'

80.000'i 'Hastanede kaptığı mikroptan (hastane enfeksiyonlarından) ölüyor'.

120.000'i ise 'Verilen ilaçların yan tesirleri yüzünden ölüyor.'

(<http://www.hastahaklari.org>, e.t.23.02.2009)

ABD'de, bazı ilerlemeler kaydedilse de, tıbbi hataların her yıl 100 bine yakın kişinin ölümüne neden olmaya devam ettiği bildirildi. Journal of the American

Medical Association'ın (JAMA) yaptığı araştırmaya göre, Amerikan Tıp Enstitüsü'nün 2000 yılında tıbbi hataların her yıl 98 bin kişinin ölümüne neden olduğunu açıklamasından bu yana bazı hastanelerde önlemler alınsa da ölenlerin sayısında azalma olmadı. Araştırmacılar, bu sorunun giderilememesinin, tedavi sisteminde karışıklıklar, doktorların hatalarını kabul etmemesi ve hataların neden olduğu masrafların ödenmesine ilişkin güvence sistemine bağlı olduğunu kaydettiler. Amerikan Tıp Enstitüsü'nün hastaneleri, hastanın güvenliğine yoğunlaşmaya teşvik ettiği, bu yaklaşımın bazı tedavi merkezlerinde hata ve ihmale bağlı ölüm ve hastalık oranlarını yüzde 93 oranında azalttığı belirtildi (<http://www.hastahaklari.org>, e.t.23.02.2009).

2.1.5. Tıbbi Hatalar Nasıl Önlenebilir?

Tıbbi hataların önlenmesine ilişkin olarak Selçuk CAN¹ ın bu konuyla ilgili görüşleri konunun aydınlatılması ve anlaşılması açısından önem arz etmektedir. Çalışmamızın bu aşamasında Can'ın konuyla ilgili yapmış olduğu açıklamalara yer verilecektir.

CAN'a göre; “Hiç bir sağlık mensubu hastasına yanlış teşhis koymak istemez. Hastasının iyiliği için yemin etmiş hekimler en üstün tıbbi bakımı vermek için gayret göstermektedirler. Ancak yanlış teşhis tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de görülen bir süreçtir. Türkiye'de düzenli istatistik tutulmadığı için yanlış teşhisin ülkemizde ne boyutta bir sorun olduğu konusunda kesin bir hüküme varmak imkânsızdır. Tıbbi hataları önlemek öncelikle hekimlerin üyesi oldukları sivil toplum kuruluşlarına düşer. Devlet ve Sağlık Bakanlığı hekimlerin başında nöbet tutarak tıbbi hata var mı, yok mu? diye sürekli bir şekilde denetim yapamaz. Hekimlerin üye olduğu meslek örgütleri ve uzmanlık dernekleri her branşta sık yapılan hataları belirlemeli, her yıl düzenledikleri kongrelerde bunları genç meslektaşlarımıza anlatmalı, hataları önlemek için tanı protokolleri oluşturmalıdırlar. Yanlış teşhis hekimin bilgi eksikliğinden kaynaklanmaktan çok, hasta ve hekim ilişkisinin iyi kurulamaması, hastanın hekime derdini tam olarak

¹ Amerikan Board Sertifikalı Doktorlar Derneği Başkanı (Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Uzmanı)

anlatamaması ile alakalıdır. Hekim kişinin rahatsızlığı ile ilgili branşın uzmanı değilse durum daha karmaşık bir hal almaktadır. Özellikle ameliyat öncesi dönemde teşhisin doğru olduğundan emin olunmalı başka hastalıkların varlığı araştırılmalıdır. Örneğin dalak ameliyatı olacak hastada kalp ve akciğer problemi olup olmadığı muhakkak tetkik edilmelidir. Bu yüzden doktor hastaya geniş bir açıdan bakmayı bilmelidir. Günümüzde birçok hasta kendi sağlık sorunu ile ilgili gelişmeleri internetten takip etmektedir. Hastalığınızla ilgili bir sorunuz olduğunda hekiminizi sorgulayabilmeli, sizi tatmin etmeyen durumları doktorunuzun daha fazla açıklamasını istemelisiniz. Hala daha tatmin olmuyorsanız bir second opinion (ikinci fikir) istemeye hakkınız bulunmaktadır.

Yanlış teşhisin tıbbi, hukuki ve insani olmak üzere üç yönü vardır. Tıbbi hata hekimin gerekli araştırmaları yapmadan ve vakanızı başka hekimlere danışmadan size yanlış teşhis koymuş olmasıdır. Olayın tıbbi yönü başka bir doktora gidip doğru teşhis ve doğru tedavinin uygulanması ile kolayca biter. Yanlış teşhisin hukuk olarak anlamlı olması için, yanlış teşhis konulan kişinin bundan zarar görmesi gerekir. Yanlış teşhis ardından yanlış tedaviyi gerektireceğinden, bu tedavinin yan etkileri kişinin sağlığını bozabilir. Diğer bir durumda yanlış teşhisin doğru teşhisi geciktirmesidir. Bu durum kanser vakalarında çok kritiktir. Kanser teşhisi yanlış teşhis nedeni ile gecikirse kişinin tedavisi geç başlayacağı için sonuç daha başarısız olur (<http://www.abcd.org.tr>, e.t.01.03.2009).

Yukarıda anlatılanlardan ve istatistikî verilerden de anlaşılacağı gibi tıbbi hatalar gerek hasta güvenliği gerekse ülke ekonomisi açısından ciddi zararlara sebep olmaktadır. Kuşkusuz en önemlisi, hata nedeniyle hastaların yaşadığı ek sorunlar, sakatlıklar, hatta ölümleridir. Bunlara ek olarak, artmış sağlık harcamaları ve üretim kaybı sayılabilir. Daha geniş çaplı bakıldığında, tıbbi hatalar, sistemin kalitesinin ya da kalitesizliğinin doğrudan bir göstergesi niteliğindedir (<http://www.tip2000.com>, e.t.01.03.2009).

Tıbbi hataların önlenmesi amacıyla yapılacak olan çalışmalar hasta güvenliği açısından da önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinde bu yönde yapılacak

çalışmalar gelecek nesillerin daha sağlıklı ve güvenilir sağlık hizmeti alabilmesi açısından fayda sağlayacaktır.

Tıbbi hataların sağlık hizmetlerindeki kaliteyi ve kalite göstergelerini de olumsuz olarak etkilediğini görmekteyiz. Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması yönünde yapılacak her türlü çalışma, gerek tıbbi hataların azaltılması gerekse hasta güvenliğinin sağlanması yönünde önemli bir adım olabilir. Ayrıca yaşanan hatalardan ders almak, öğrenmek ve buna dayanarak sistemi düzeltmeye çalışmakta fayda sağlayacaktır. Ülkemizde de bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmeye yönelik akreditasyon olarak ifade edilen çalışmalar yapılmaktadır. Çalışmamızın şimdi ki aşamasında, kalite ve akreditasyon konuları çalışmamıza ışık tutması açısından ayrıntılı olarak irdelenecektir.

2.2.KALİTE KAVRAMI

Son zamanlarda gündelik yaşantımızda sık sık kullandığımız “kalite” ve “kaliteli” kavramları pozitif bir anlamla yüklü olsa da her zaman için “en pahalı” olma özelliği taşımamaktadır. Kalite, en genel ifade ile istenen hedefe ya da gerçekleştirilmesi arzulanan amaçlara uygunluk derecesidir. Bu nokradan hareketle, amaçların göreliliği göz önünde tutulduğunda, tek ve standart bir kalite tanımına ulaşmak güçleşmektedir.

Kalite ile ilgili tanımlara baktığımızda; tanımın odak noktasının zamana göre farklılık gösterdiği görülmektedir. Önceleri “ürün kalitesi” odaklı kalite tanımları, zaman içerisinde “sistem kalitesi” odaklı hale gelmiştir. Günümüz bakış açısında kalite, ürünü ya da hizmeti kullanacak/faydalanan bireyin ihtiyacını karşılamaya yönelik amaçlara ulaşmak için uygulanan teknikler ve faaliyetler olarak görülmektedir (Muluk vd. 2000: 5).

Kalite kavramı farklı şekillerde tanımlanabilir. Bir tanıma göre, kalite, bir mal veya hizmetin belirli bir gerekliliği karşılayabilme özelliklerine sahip olmasıdır. Bir diğer tanıma göre, kalite, bir mal veya hizmetin tüketicilerin istek ve beklentilerine uygunluk göstermesi şeklinde ifade edilebilir. Bu anlamıyla kalite, “*kullanıma*

uygunluğu” ifade eder. Son olarak kalite, bir mal veya hizmetin önceden belirlenen standartlara uygunluk göstermesi şeklinde tanımlanabilir (Şimşek, 2002: 372).

Kalite, birkaç kelime ile tanımlanamayacak kadar güç bir kavramdır. En basit biçimiyle kalite, ihtiyaçlara uyum olarak tanımlanabilir. Organizasyonlar, gereksinimleri ve bunları karşılayacak özellikleri belirlemelidirler. Burada sorunun gereksinimleri ve hangi özelliklerdir. Bu yüzden ikinci bir tanımla kalite, kullanım için gerekli her türlü uygunluk olup, temelde müşterinin gereksinimlerinin tatminidir (<http://iibf.kocaeli.edu.tr>, e.t.01.03.2009).

Kalite her bireyin farklı algıladığı subjektif bir kavramdır. Geçmişte bireylerin hizmetlerden memnun olması ve beklediği hizmetlere kolay ulaşabilmesi hizmetlerin kaliteli olarak sunulduğunun başlıca göstergesi iken, günümüzde hizmetin kalitesinin değerlendirilmesinde başka öğelerden söz edilmektedir. ISO kalite sözcüğünde yer alan tanımda, kalite “bir mal ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamı” olarak ifade edilmiştir (Peşkircioğlu, 1994: 96).

Amerika Sağlık Örgütleri Akreditasyon Komitesi ise kaliteyi; “verilen bakımın istenen sonuçlarının alınmasını artırma ve olası istenmeyen sonuçlarını azaltma derecesi” olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz, 2001: 2).

TSE kaliteyi, “bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamı” olarak tanımlamaktadır (TSE, 1994: 3).

Kalite her geçen gün daha da aşına olduğumuz bir kavram oluyor. Ancak, toplumda kalite denince ilk akla gelen belli standartlara uyan, güzel, gelişmiş, gibi sıfatların ötesidir, “kalite”. Kalite, kısaca, beklentileri aşmak demektir. Bu tanımıyla da insanlığın, sürekli gelişmenin bir ifadesini içerir. Dinamik bir kavramdır. Çünkü, insanların beklentileri her karşılandığında yükselme eğilimi gösterir

Kalite kavramının tarihi çok eskilere dayanır. Hammurabi kanunlarından birisi şu ifadeyi kullanır: “Her kim bir bina inşa eder ve bu bina yıkılır da altında

insanlar ölürse, o kişinin de başı kesile!"; Fenikeliler ise yöneticilerine şu hakkı verirlermiş "İşini iyi yapmayan işçinin eli kesile!", Anadolu kültüründe önemli bir yer tutan Ahilik de ise kalitesiz iş yapanlara meslektaşları özdenetim uygulayarak "Pabucunu dama asarlarmış" Bu o dükkândan belli bir müddet için alışveriş yapılmayacağı anlamına gelirmiş (<http://www.arge.com.tr>, e.t.01.03.2009).

Günümüzde artık kalitenin üç elemanı vardır. Bunlar sırasıyla, müşteri, süreç ve çalışandır. Müşteri bütün bu ilişkilerin odağında bulunuyor ve bizden performans, güvenilirlik, uygun fiyat, zamanınca teslimat, hizmet, açık ve doğru alışveriş süreçleri bekliyor. Kalite yaptığımız işe bizim değil müşterinin perspektifinden bakmamızı gerektiriyor. Artık süreçlerimizde, dışarıdan içeriye doğru bakmalıyız (<http://www.ge.com>, e.t.01.03.2009).

Genel olarak, "ürün ya da hizmetin belirli ihtiyaçları karşılayarak tüketiciyi mutlu kılması" ile yakalandığı kabul edilen kalitenin gerek ülkemizde gerekse diğer ülkelerde günden güne önemi artmış ve bu kavram hem bireysel hem de toplumsal yaşamı içine almaya başlamıştır.

Gerek özel, gerekse kamu kurum ve kuruluşlarında bir takım metotlarla mal ve hizmetler üretilmektedir. İnsanlar, makineler çalışmaktadırlar. Tonlarca ve binlerce malzeme tüketilmektedir. Zaman ve enerji kullanılmaktadır. Herkes maaşını almakta ve geçimini sağlamaktadır. Görünüşte herkes memnundur. Fakat mal ve hizmet üretenlerle bunların müşterilerine sorulduğunda ise karşılıklı olarak herkesin her şeyden şikâyetçi oluşu görülmektedir (Gur, 2004: 40).

Kalite artık müşterilerin karar almalarını etkileyen en önemli faktörlerden biri haline gelmiş durumda, belki de en önemlisi. İçinde bulunduğumuz şu teknoloji çağında operasyonlar kadar, kalite de önem arz ediyor. Küresel bir pazarda rekabet edebilmek ve ayakta kalabilmek için hem şirketler hem de ülkeler, ürettikleri ürünlerde kalite ve fiyat standardını sağlamak zorundadırlar. Ürün ve hizmetteki standardizasyon ürünün müşteriyle iletişim kurmasını sağlayacak ve kolaylaştıracaktır. Örneğin konuştuğumuz dili düşünün; müştereken kullandığımız dildeki standardizasyon sayesinde anlaşabiliyoruz. Kelime ve deyimlerin

ortak(standart) anlamları var. Standart olmadığında, düşünce ve fikirleri anlamada müthiş zorluk çekeriz (Goetsch, 2002: 1).

2.2.1. Kalitenin Özellikleri

Kalitenin özellikleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir (TSE, 1997: 1);

- Kalite bir önlemdir. Sorunlar ortaya çıkmadan önce çözümlerini oluşturur. Ürün ve hizmetlerin yapısına, tasarım yoluyla üstünlük ve kusursuzluk arayışını katar.
- Kalite, müşterinin tatminidir. Ürün ve hizmetin ne kadar iyi olduğu konusunda son kararın verdiği memnunluktur.
- Kalite verimliliklidir. İşlerini yapabilmek için gerekli eğitimden geçen, ihtiyaç duyduğu araç-gereç ve talimatlarla desteklenen personelden elde edilir.
- Kalite esnekliktir. Talepleri karşılamak için değişmeyi göze almak ve bu konuda istekli olmaktır.
- Kalite etkili olmaktır. İşleri çabuk ve doğru olarak yapmaktır.
- Kalite; bir programa uymak, işleri zamanında yapmaktır.
- Kalite bir süreçtir, süregelen bir gelişmeyi kapsar.
- Kalite bir yatırımdır. Uzun dönemde bir işi ilk defada doğru olarak yapmak, hatayı sonradan düzeltmekten daha ucuzdur.
- Kalite, kusursuzluk arayışına sistemli bir yaklaşımdır.

Kalitenin belirtilen bu özelliklerine paralel olarak, Garvin(1984)'in kalite için sıraladığı boyutların verilmesi, kavramın netleştirilmesi açısından önemlidir (Muluk vd., 2000: 6-7).

- **Performans Boyutu:** Ürün ya da hizmette bulunması gereken birincil özelliklerdir.
- **Uygunluk Boyutu:** Spesifikasyonlara, standartlara uygunluktur.

- **Güvenilirlik Boyutu:** Ürünün kullanım ömrü içindeki performans özelliklerinin sürekliliğidir.
- **Dayanıklılık Boyutu:** Ürünün kullanılabilirlik özelliğidir.
- **Hizmet Görürlük Boyutu:** Ürüne ilişkin sorun ve şikayetlerin kolayca çözülebilirliğidir.
- **Estetik Boyutu:** Ürünün albenisi ve duylara seslenebilme yeteneğidir.
- **İtibar Boyutu:** Ürünün ya da diğer üretim konularının geçmiş performansıdır.
- **Diğer Unsurlar:** Ürünün çekiciliğini sağlayan ikincil karakteristiklerdir.

2.2.2. Hizmet Kalitesi Kavramı

Hizmetlerin soyut olması hizmet kalitesinin de soyut olmasını beraberinde getirmektedir. Bu yüzden hizmet kalitesi ile ilgili literatürde hizmet kalitesi kavramı yerine çoğunlukla “algılanan hizmet kalitesi” terimi kullanılmaktadır (Uyguç, 1998: 27).

Kalitede olduğu gibi hizmet kalitesi de çok boyutludur. Bu yüzden hizmet kalitesinin de kesin ve net bir tanımı yoktur. Ancak genel olarak hizmet kalitesi, gerçek ve algılanan hizmet kalitesi arasındaki farktır (<http://www.danismend.com>, e.t.03.03.2009).

Zeithaml algılanan hizmet kalitesini, “müşterinin, bir ürün ya da hizmetin üstünlüğü veya mükemmelliği ile ilgili genel bir yargısı olarak tanımlamaktadır. Ghobadian’a göre ise algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin hizmet kalitesine yönelik sezgilerdir ve müşterilerin tatmin derecesini büyük ölçüde belirlemektedir (Devebakan vd., 2003: 40).

Hizmet kalitesi hizmet, pazarlamasında üzerinde en fazla araştırma yapılan konulardan birisidir. Yapılan araştırmalar hizmet kalitesinin firmanın performansı, müşteri tatminiyle ve satın alma niyetiyle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Dursun vd., 2004: 2).

Christian Gronroos, hizmet kalitesinin iki tip için var olduğunu açıklamıştır. Teknik kalite, işlevsel (functional) kalite. Teknik kalite, müşterinin hizmetten ne elde ettiği iken, işlevsel kalite ise, hizmetin müşteriye nasıl ulaştırıldığı anlamına gelmektedir. Teknik kalitenin görülmesi işlevsel kaliteye göre daha kolaydır. Teknik kalite; kaliteyi güvence altına alacak sistemlerin, prosedürlerin ve tekniklerin uygulanmasıdır. İşlevsel kalitenin, yani müşteriye nasıl hizmet edildiğinin objektif olarak ölçülmesi, standartlaştırılması ve sistematikleştirilmesi daha zordur. İşlevsel kalite, müşterinin ön yargılarından, algılamalarından daha çok etkilenir. Yapılan araştırmalar, işlevsel kalitenin yüksek olması teknik kalitedeki performans düşüklüğünü telafi edebildiğini göstermektedir. Bir hizmetin teknik kalitesi uygun düzeyde, ancak işlevsel kalitesi yetersiz düzeyde ise, teknik performansın müşteriye tatmin etme düzeyinden bağımsız olarak genellikle tatminsizlik hâkim olmaktadır.

Jormo Lehtinen, hizmet kalitesini “süreç kalitesi” ve “çıkıtı kalitesi” olarak ele almıştır. Süreç kalitesi müşteri tarafından hizmetin elde edilişi esnasında değerlendirilen kalitedir. Çıkıtı kalitesi ise, hizmet yerine getirildikten sonra müşteri tarafından değerlendirilmesidir.

Lehtinen, hizmet kalitesi hakkındaki temel savları hizmet kalitesinin, hizmet örgütünün elemanları ve müşteri arasındaki etkileşiminden oluştuğudur. Lehtinen’in tanımladığı üç kalite boyutu, fiziksel kalite, şirket kalitesi ve etkileşimci kalitedir. Fiziksel kalite; hizmetin fiziksel yönünü içerir (ekipman ve binalar). Firma kalitesi, şirketin imajını ya da profilini içerir. Etkileşimci kalite ise; müşteriyle ilişkide bulunan personel ile müşterilerin ve müşterilerin de diğer müşterilerle ilişkilerinden oluşur (<http://www.geocities.com>, e.t.04.03.2009)

Yapılan tüketici ve müşteri tatmini araştırmalarında tüketicilerin bir ürünü veya bir hizmeti tercih etme nedenlerinin başında “kalite” gelmektedir. Ancak bu kaliteyi ortaya koyan bileşenlerin değerlendirilmemesi “kalite” olgusunun havada kalmasına neden olmaktadır. (<http://www.danismend.com>, e.t.04.03.2009). Bu nedenle çalışmamızın şimdi ki aşamasında hizmet kalitesinin bileşenleri irdelenecektir.

2.2.3. Hizmet Kalitesinin Bileşenleri

Ürün kalitesinden farklı olarak hizmet kalitesi daha karmaşık ve daha fazla bileşenden oluşan bir kavramdır.

Hizmet kalitesi 10 bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenler aşağıda verilmiştir (<http://www.danismend.com>, e.t.05.03.2009):

a) Güvenilirlik: Performans tutarlılığın içermektedir. Hizmetin güvenilir ve doğru biçimde, verilen sözler doğrultusunda yapılması anlamına gelmektedir.

b) Duyarlılık-Karşılık Vermek: Çalışanların, müşterilere anında hizmet vermek ve yardım etmeye istekli olmalarını ifade etmektedir. Hizmetin zamanında olmasını içerir.

c) Yeterlilik: Hizmet sunmak için gerek firmanın gerekse de çalışan personelin gerekli bilgi ve beceriye sahip olmaları anlamına gelmektedir.

d) Erişebilirlik: Yaklaşılabilir olma ve ilişki kurma kolaylığını içermektedir. Hizmete kolay ulaşmayı, bekleme zamanının kısa olmasını, faaliyet saatlerinin uygun olmasını ifade etmektedir.

e) Nezaket: Müşteriyle ilişkide bulunan personelin kibarlığı, saygınlığı, ve dostluğunu içerir.

f) İletişim: Müşterileri anlayabilecekleri dilde bilgilendirmek ve onların dinlemek anlamına gelir. Firma farklı müşteriler için dilini uydurabilmeli ve farklılaştırabilmelidir.

g) İtibar: Firmanın; inanılabilirliği, güvenilirliği, dürüstlüğü ve müşteri çıkarlarını kalben hissetmeyi içermektedir. Firmanın ismi, ünü, çalışanlarının kişisel özellikleri itibarı oluşturan unsurlardır.

h) Güvenlik: Şüphe, tehlike ve riskten uzak olma. Fiziksel ve finansal güvenlik ile mahremiyet güvenliği oluşturan unsurlardır.

i) Müşteriyi Bilmek ve Anlamak: Müşteriyi ve müşteriye ilişkin ihtiyaçları bilmek için çaba sarfetmeyi içerir.

j) Fiziksel Varlıklar: Hizmetin fiziksel yanının içermektedir. Fiziksel tesisler, personelin, görünüşü, hizmet sunmak için kullanılan araç ve ekipmanlar fiziksel unsurları oluşturmaktadır.

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE KAVRAMI

Sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma düşüncesi 1980’li yıllardan itibaren öne çıkmış ve tüm ülkeler sağlığa ayrılan kaynakları ne olursa olsun yeni arayışlara yönelmişlerdir. Sağlık hizmetlerindeki yeniden yapılanma anlayışı ve sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri sebebiyle, hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemini artırmaktadır (<http://www.web.firat.edu.tr> 05.03.2009).

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

Özellikle 1990 yıllarında sağlıkta toplam kalite yönetimine dönük uygulamalar, sağlıkta yüksek teknolojinin yaygın kullanımına paralel olarak, ulusal gelir artışının çok üzerindeki oranlarda artan sağlık harcamaları ile ilgili maliyeti kontrol etmeyi amaçlayan bir takım organizasyonların, öncelikle Amerika Birleşik Devletleri’nde ortaya çıkmasını daha sonra bunun diğer ülkelerde yayılımı gerçekleştirmiştir. Bilimsel tıbbın gelişmesi mesleki örgütlenmelerin ve meslek standartlarının geliştirilmesi, toplumun bilinçlenmesi, sağlık hizmetlerinin artması ve yasal düzenlemeler, sağlık kurumlarını verdikleri kalite boyutu ile daha yakından ilgilenmeye yöneltmiştir (Akgün, 2007: 50).

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı ile ilk çalışmaların 19. yy da başladığı varsayılabilir. Florans Nightingale, 19. yy da İngiltere’de hastane hizmetlerinin iyileştirilmesi ile ilgili çalışmalar yapmıştır (Kaya, 2005: 18).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224-5.1.1961), sağlık hizmetlerini, “insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi faaliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyonu)

için yapılan tıbbi faaliyetler” şeklinde tanımlamıştır (<http://www.ttb.org.tr>, e.t.06.03.2009).

Sağlık hizmeti kalitesinin tarihsel süreç içinde birçok tanımı yapılmış ve bu tanımlar, tanımı yapanın bakış açısı ve yaklaşımına göre farklı bir kavramı ele almıştır. Örneğin, sağlık hizmeti kalitesini yalnızca tıbbi faaliyetler açısından ele alan bir tanıma göre kalite; bir hastalık ya da durumun bir fonksiyonu olarak bireyin sağlık durumunda meydana gelebilecek bir gerilemeyi en azından durduracak ya da iyileşme sağlayacak bir biçimde belli faaliyetlerin yerine getirilmesidir (<http://web.firat.edu.tr>, e.t.06.03.2009)

Kalite, sağlık sektöründe farklı paydaşlar için farklı anlamlar içermektedir. Kaliteyi sisteme hakim kılmanın yolu, farklı paydaş beklentilerinin dikkate alınması ve izlenmesidir. Tedarikçilerin, hastaların ve doktorların farklı beklentileri arasında mutlaka denge kurulmalı ve hesap verebilir niteliklere sahip bir sistem tasarlanmalıdır (Mglynn, 1997: 7).

Sağlık hizmetlerinde kalite konusunun son yıllarda sıklıkla gündeme gelmesinin belirli sebepleri bulunmaktadır. Bunlar içinde öncelikli üç sebepten söz edilebilir. Sağlık hizmetlerinin bütün dünyada ağırlıkla kamu tarafından sunulan hizmetler olması nedeniyle devlet bu konuda etkileyici rol oynamaktadır. İkinci olarak, müşterilerin ve diğer paydaşların sağlıkta kalite konusunda talepleri söz konusu olmaktadır. Son olarak da hastane yönetimlerinin inisiyatifleri neticesinde artan bir ilgi gündeme gelmiştir. Devletin sistemde ağırlıklı olarak hizmet sunucusu biçiminde yer alması, kalite çalışmalarına ilgisini arttırmıştır. Başlangıçta birçok hükümet maliyetleri üstlenirken, bugün organizasyon, yönetim ve kalite ile ilgilenmekte ve birçok ülkede kalite iyileştirme konularında görev üstlenmektedir. Türkiye’de bu bağlamda kapsamlı olarak kamu yönetiminde yeniden yapılanma konusunda çalışmalar yapılmaktadır. Başbakanlık tarafından planlanan ve reform olarak öngörülen bu çalışmalarda akademik çevreler, sivil toplum kuruluşları, medya ve bireylerin katkılarıyla bir zihniyet dönüşümünün gerçekleşeceği öne sürülmektedir. Nicelik yerine kalitenin vurgulandığı bu dönüşümde, sanayi toplumuna göre kurgulanmış kurumsal yapıların tasfiye edilerek yerine; idare etme

anlayışından yönetime, bürokrasi merkezli yapıdan birey ve toplum merkezli yapıya geçilmesi, bu sayede yönetimde tek taraflı belirleme yerine katılımcılığın öne çıkarılması hedeflenmektedir. Bu çalışmalarda ayrıca gündelik sorunlarla boğuşmaktan stratejik yönetime, sonuç odaklılıktan süreç odaklılığa, aşırı ve hantal bürokrasiden etkililiğe ve kapalılık kültüründen saydamlığa geçileceği, bu sayede, hiyerarşik ve kurallara dayalı denetimin terk edilerek, performansın öne çıkarıldığı ve kamuoyuna dayalı çok aktörlü denetimin uygulanacağı öngörülmektedir. Çalışmalar ile yönetimin etkili ve demokratik kılınması, halka yaklaşması ve hizmet odaklı hale gelmesi amaçlanmaktadır. Bu kapsamda bir reform sürecine hazırlanan kamu hizmetleri, değişik alanlarda toplumun gereksinimlerini karşılamaktadır. Sağlık hizmetleri de, önemli kamu hizmet alanları arasında yer almaktadır. İdari otorite tarafından benimsenen yeniden yapılandırma çalışmalarında ihtiyaçlara uygunluk, yönetim, vatandaş odaklılık, stratejik yönetime geçiş, performansa dayalı değerlendirme, denetimde etkililik, etik kurallara ve insana güven esaslı bir anlayışın benimsenmesi sağlık hizmetleri açısından da büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimi için önemi dikkate alındığında, reform çalışmalarının bu alanda öncelikle uygulanması gerekli görülmektedir (<http://www.canaktan.org>, e.t. 07.03.2009).

Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin kalitesinin belirlenmesinde dikkate alınması gereken değişkenler çeşitli yazarlara göre farklılık göstermektedir. Ancak bununla birlikte, aşağıdaki temel özellikler kabul edilebilir (Kavuncubaşı, 2000: 284);

a) Etkenlik; bilimsel bilgiler çerçevesinde ve mevcut olanaklarla hastanın durumunda yapılabilecek en kısa süredeki en üst düzeydeki gelişmenin sağlanması.

b) Etkililik; Verilen hizmetlerin, ideal hizmete göre bireyin sağlık durumunda ya da hastalık seyrinde yaptığı değişiklik için gereksinim duyulan tüm kaynakların etkili kullanılması.

c) Verimlilik; etkili bir hizmetin en az maliyetle üretilmesi, böylece uygun olmayan tedavinin yapılmaması, bakımın gereksiz şekilde uzatılmaması.

d) Optimal olma; Fayda ve maliyetler arasında optimum bir dengenin sağlanmasının yanında, hastanın fiziksel ruhsal ve sosyal yönden de bu dengenin gözetilmesidir.

e) Kabul edilebilirlik; verilen hizmetin, hastaların ya da yakınlarının değerleri, istekleri ve beklentileriyle uyumlu olması,

f) Yasallık; verilen hizmetlerin toplum tarafından kabul edilmesi.

g) Eşitlik; tüm bireylere adil biçimde hizmet edilmesi, bireyler arasında ayrımcılık yapılmaması ve bireylerin elde ettiği faydanın eşit olması,

h) Süreklilik; Bakımda sürekliliğin sağlanması. Hastanın tıbbi kayıtlarının düzenli ve yeterli olması, böylece, hasta başka sağlık kuruluşuna gittiği zaman değerlendirilmesinin kolaylıkla yapılması,

i) Tam zamanında hizmet sunumu; Hizmetin tam zamanında sunulması, çeşitli nedenlerle geciktirilmemesi, erken teşhis ve tedavinin uygulanması,

j) Katılım; Hasta ile işbirliği yaparak, bakım sürecine bilinçli katılımının sağlanması,

k) Erişilebilirlik; Bireylerin hizmeti gereksinim duyduğunda alabilmesi. Hizmeti almasında uzaklık, bekleme süreleri gibi engeller var mı?

Yukarıda yazılı olan temel özellikler, sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin kalitesinin belirlenmesi açısından bir kriter niteliği taşımaktadır. Bu özellikleri olumlu yönde yerine getiren sağlık kurumlarında verilen sağlık hizmetlerinin kalite açısından belirli bir standardı yakalamış olabileceği fikri savunulabilir.

2.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihsel Gelişimi

Sağlık bakım kalitesine olan ilgi ve bu konuda öne sürülen görüşler, sağlık bakımının kendisi kadar eski bir tarihsel geçmişe sahiptir. Eski Mısır, Asur, Çin, Japonya ve Meksika'da sistematik tıp okulları ve iyi uygulama gelenekleri vardır. Yunan ve Roma dönemlerinde hekimler için yazılı mesleki davranış kurallarına rastlanmakta ve bunların bazıları (Hipokrat Yemini gibi) hizmet sağlayıcılar için bugün dahi referans olmayı sürdürmektedir. M.Ö. 1700 yılında Mezopotamya kralı Hammurabi, cerrahi yetersizlik için özel cezalar içeren bir yasayı yürürlüğe koymuştur. 16.yy da İspanyol Juan Duarte, zihinsel özürlüler için bakım standartları oluşturmuştur. 20.yy başlarında çok sayıda Amerikalı hekim sağlık bakımında kalitenin değerlendirilmesine ilişkin çalışmalar yapmıştır. 1915 yılında Amerikan Cerrahi Birliği (The American College of Surgeons) hastane standardizasyon programı geliştirmek üzere harekete geçmiş ve bu program akredite edilmek isteyen hastanelere kontrol edilmesi için kayıt sistemlerini birliğe sunmaları sorumluluğunu yüklemiştir. Bu gelişmenin ardından hastanelerin daha fazla hasta çekmek ve dolayısıyla karlarını arttırmak amacıyla bu tür oluşumlara yöneldikleri gözlenmiştir.

1952'de aynı birlik diğer bazı meslek birlikleri (Amerikan Cerrahlar Birliği-American College of Surgeons), Amerikan Hastaneler Birliği (American Hospitals Association), Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) ve Amerikan Hekimler Birliği (American College of Physicians) ile birleşerek Sağlık Kurumları Akreditasyonu Ortak Komisyonu'nu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations-JCAHO) oluşturmuşlardır. Artık ABD'de kamu fonlarından sağlık hizmeti alanların JCAHO tarafından kabul edilmiş kurumlara başvurmaları zorunludur. Ayrıca kamu fonlarından yararlanmayanları çekebilmek için de akreditasyon, sağlık kurumları için önemli bir rekabet ölçütü olmuştur. Benzer akreditasyon sistemleri Kanada, Yeni Zelanda ve Avusturalya'da da uygulanmaktadır (Öztürk, 1998: 51-52).

1980'lerin başında sağlık hizmetlerinde kalite güvencesine bir alternatif olarak Toplam Kalite Yönetimi (TKY) modeli gündeme gelmiştir. 1990'lı yıllarda

ise bir yandan TKY felsefesinin bu alana neler kazandırabileceği tartışmaları sürerken diğer yandan uygulamalar hızla yaygınlaşmıştır (Ersoy ve Özgen, 1995: 5).

2.3.2. Toplam Kalite Yönetiminin (TKY) Tanımı ve Özellikleri

Kalite kavramının çok boyutluluğu ve buna bağlı olarak kalite sağlama görevinin basit bir ayıklamanın ötesinde bir anlam kazanması, uluslararası rekabetin koşullarının zorlaşması ve tüketim hareketinin evrenselleşmesi ile birlikte kalitenin bütünsel bir anlayışla ele alınması gereğini doğurmuştur. Bu anlayış pazardaki müşterilerin sürekli olarak artan ve gelişen talep ve beklentilerine paralel bir şekilde kaliteli ürün ve süreçlerin geliştirilip tasarlanmasından başlayarak üretim ve üretim sonrası aşamalarda ekonomikliği, kalite ve müşteri tatminini en üst düzeyde sağlayabilecek bir kalite sağlama uygulamasını da gerekli kılmıştır. Globalleşme ve rekabet yönetim yaklaşımının değişmesinde en önemli etkiyi yapmıştır. 2. Dünya Savaşı sonrasında dünyadaki talep açığının Avrupa ve Japonya'nın yeniden sanayi ve ticaret yapılanması sonucu 1970'li yılların sonuna doğru yerini bir dengeye bırakması ve sonrasında arz fazlasının oluşmasıyla kaliteye ve onun sağlandığı sürece bütünsellik içinde bakma gereği 1980'li yılların başından itibaren 'toplam kalite' kavramının tüm dünyada yaygınlaşmasına neden olmuştur (İTÜ İşletme Mühendisleri Toplam Kalite Yönetimi Araştırma Komitesi, 1994: 11-12).

TKY, tedarikçisinden müşterisine, bütün organizasyonu kuşatan bir kalite vurgusuna değinir (Render ve Heizer, 1996: 95).

İnsana verilen önemi sistemin her adımında ve kalite adı altında vurgulayan TKY, iş yaşamını üretim ve sayısal değerler üzerine kurulu olmaktan uzaklaştırmış, insana yönelik faktörlerin üzerinde durulduğu yönetim tarzlarının bir sentezi olarak geliştirilmiş hali ile gündeme gelmiştir. En önemli özelliği ise, başarısının tüm personelin hatta müşterilerin çabalarına ve katkılarına bağlı olarak artmasıdır. TKY, birkaç kişinin ya da bir grubun desteği ile firmaya yarar sağlayacak bir yönetim sistemi değildir. TKY, herkesin gönüllü çabası ile gelişecek ve üretimde artışın yanı sıra sistemin içinde olan herkese katkı sağlayacaktır.

TKY, müşteri isteklerini ön plana alırken, kalite olgusu üzerinde özellikle durmakta, işletmenin müşterilerine kaliteli ve rakiplerine göre daha ucuz mal ve hizmet sunmayı öngörmektedir (Güney, 2001: 488).

TKY, yüksek kaliteli sonuçlar elde etmek için, sürekli gelişimi ve müşteri beklentilerini karşılamak için herkesin katılımını zorunlu kılan bir yaklaşımdır (Schermehorn, 2000: 23).

TKY, bir işletme ya da kurum içinde, üst yönetimden en alt kademedeki çalışanlara kadar herkesin iş süreçlerine katılımını temel almaktadır. TKY modeli ancak bütün unsurlarıyla benimsenip uygulandığı takdirde tutarlı, başarılı ve kalıcı olur. Bu unsurlar, yönetim anlayışı ve felsefesini, organizasyonu, yöntemleri, sistemleri, iş süreçlerini ve “müşteriye” yani insana değer vermeyi kapsar.

Bu itibarla, TKY’ nin temeli müşteri tatminini gerçekleştirmek için çalışanları yetkilendirme ve katılımını sağlamaktır. Bu amacı başarmak; müşteri ve müşteri ihtiyaçlarını belirlemeyi, bekleyişleri karşılamak için organizasyon planlarının nasıl ele alındığı konusunda açık bir fikre sahip olmayı ve organizasyondaki herkesin müşteri adına hareket etmek üzere yetkili olduğunu ve müşteri ihtiyaçlarını anladığına emin olmayı gerekli kılar (Hunt, 1993: 32).

Felsefe olarak çok güzel bir yaklaşım olan TKY uygulamalarının pratiğe dökülebilmesi bir takım faktörlere bağlıdır. Tepe yönetiminin liderliği, desteği ve konuya tam anlamıyla vakıf olması TKY’nin gerçekleştirilmesi çalışmalarının hemen hepsinde hayati önem taşıyan faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir örgütün TKY’de gerçekten başarılı olabilmesi için, her bir parçanın, her departmanın, her aktivitenin ve her kademedeki her çalışanın birlikte ve işin gerektirdiği şekilde çalışması gereklidir çünkü her bir birey ve her bir aktivite sırasıyla birbirini etkileyecektir (Slack, 2001: 678).

TKY, farklı yazar ve kültürel yönelimlerin bir araya getirdiği belli kavramlar, inançlar ve çalışma pratiklerinin bir paradigma bütünlüğü içinde ele alındığı genel bir felsefe ve fikirler seti olarak da tanımlanmaktadır. TKY’nin üzerinde anlaşılmiş tek bir formülasyonu olmamakla birlikte, bu paradigma belirli varsayımlara, kavramlara

ve inançlara dayanmaktadır. Bunlar şöyle sıralanabilir (Morgan ve Murgatroyd, 1994: 5-7);

- TKY, kullanıcı odaklıdır. Bir organizasyona dışarıdan zorla kabul ettirilemez. Organizasyon kültürü doğru işlerin ilk seferinde doğru olarak her zaman yapılmasına dayalıdır.
- TKY, kaliteyi sürekli geliştirmek için bir organizasyonun müşteri-tedarikçi ilişkilerinin sistemli yönetimine atıf yapar.
- TKY, asla sona ermeyen bir gelişme kültürü ve felsefesiyle müşterinin tatminini sağlar.

2.3.3. Toplam Kalite Yönetiminin Amaçları

TKY'nin amaçlarını şöyle özetleyebiliriz (Şimşek, 2002: 375):

- Kendi pazarlarının ihtiyaçlarına daha etkin ve sağlıklı bir biçimde yönelebilmek,
- Ürün ve hizmet kalitesinin de ötesinde bütün alanlarda en yüksek kalite performansına erişmek,
- Üretici olmayan faaliyetleri ve bozuk ürün oranını azaltmak için bütün süreçleri sürekli olarak incelemek,
- Rakipleri tam ve detaylı olarak anlamak suretiyle etkili bir rekabet stratejisi oluşturmak,
- Gerekli gelişmeleri saptamak ve performans kriterleri getirmek,
- Sorun çözümlemede bir ekip yaklaşımı belirlemek,
- Hiç sona ermeyen bir ürün geliştirme stratejisi kapsamında üretim süreçlerini devamlı olarak gözden geçirmek.

2.3.4. TKY'nin Prensipleri ve Temel Kavramlar

Kanji ve Asher'e göre, TKY'nin temelini 4 ana prensip etrafında kümelenen 8 anahtar kavram teşkil eder. Bunlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Gedikli, 2001: 23).

Tablo-2.3: TKY'nin Prensipleri ve Temel Kavramları

Prensipler	Temel Kavramlar
	Müşteri Tatmini
Müşteri Memnuniyeti	İç Müşteri Gerçektir
	Bütün İş Süreçlerden Oluşur
Olgu Bazlı Yönetim	Performans Ölçümü
	Takım Çalışması
İnsan Odaklı Yönetim	Kaliteyi Çalışanlar Üretir
	Süreçleri Sürekli Geliştirme
Sürekli Gelişme	Hatayı Önleme

Kaynak: Gedikli, 2001: 23

2.3.5. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi

Bir kuruluşun, kalite politikasının gereklerini yerine getirebilmesi için kalite yönetimi oluşturması zorunludur. Kalite yönetiminde bir firmanın kaliteyi geliştirmek amacıyla örgütlenmesinde, birbiri ile yakın ilişkili birçok faktör rol oynar; firmanın üretim alanı, büyüklüğü, genel yönetim anlayışı gibi. Dolayısıyla her firmanın örgütlenme biçiminde kendine özgü noktalar olacaktır. Buna karşın kalite anlayışının sistemleşebilmesi için, her örgütte aşağıdaki tipik anlayış olmalıdır (<http://www.odevsel.com>, e.t. 09.03.2009)

- Çok iyi tanımlanmış sorumluluk alanları
- Çok iyi tanımlanmış yetki sınırları

- Kalite sisteminden birinci derece sorumlu olanlara , kusurlu üretimin nedenlerine yönelmek ve bunları incelemekte bağımsız hareket edebilmelerine olanak sağlanması,
- Kalite sisteminden birinci derecede sorumlu olanlara, çözüm yolu önermek, bunları uygulamaya koymak ve izlemekte yetki tanınması.

Günümüzde bir hastanenin veya sağlık kuruluşunun rekabet avantajı sağlaması, iç ve dış müşterileri olarak adlandırdığımız hastaları, personeli, sigorta şirketleri v.b. kişi ve kuruluşlarla daha iyi ilişkiler kurabilmesi, rakiplerine göre bir adım daha öne çıkabilmesi için faaliyetlerine daha dikkat etmesi gerekecektir. Bu da hizmetlerinde kaliteyi ön plana çıkarması ile mümkün olacaktır. Bugün birçok işletmede toplam kalite yönetimi yaşamın bir parçası olmuştur. Toplam kalite yöntemi bir felsefe, bir yaşam biçimidir. Sağlık gibi, insan hayatının çok değerli olduğu ve hata payının mümkün olduğu kadar sığır yaklaşması gerektiği bir sektörde toplam kalite yönetimi ile ilgili çalışmalar tabii ki çok önem kazanmaktadır. Toplam kalite yönetimi felsefesini kuruluşunda benimsetmesi, sürekli iyileştirmeye önem vermesi varlığını sürdürebilmesi için de gerekli bir adımdır (Çatalca, 2003: 2).

Sağlık hizmetlerinin genel amacı, toplumun sağlık düzeyini yükseltmek, temel hedefi ise: sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığını, ulaşılabilirliğini, hakkaniyetini, etkililiğini, verimliliğini yükselterek, ihtiyacı olana kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamaktadır. Bu hedeflerin gerçekleşmesinde en önemli etken uygulama sonuçlarıyla başarısı kanıtlanmış bir yönetim anlayışı olan Toplam Kalite Yönetimi olacaktır (www.gençbilim.com, e.t.10.03.2009).

Toplam Kalite Yönetimi'nin son yıllarda sağlık sektöründe önemi giderek yaygınlaşmaktadır. Bu doğrultuda sağlık sektöründe hizmetin bir bütün olarak iyileştirilmesi temel amaç olmalıdır. Günümüzde sağlık sektöründeki mevcut kalite sistemi gözden geçirilerek bu yapının Toplam Kalite Yönetimi anlayışıyla bütünleştirilmesi gerekmektedir. Çünkü Toplam Kalite Yönetimi, bir kuruluşdaki faaliyetleri sürekli iyileştiren kurum çalışanlarının gönüllü katılımını sağlayan, hasta memnuniyetini esas alan, şikâyetleri en aza indiren çağdaş bir yönetim stratejisidir.

Bu stratejinin sağlık sektöründe başarıyla uygulanabilmesi için gerekli iyileştirme çalışmaları yapılması gerekmektedir (Ecer vd., 2002: 66-68).

Toplam kalite yönetimi yaklaşımına göre müşterilerin tatmin edilmesi, en önemli başarı kriteridir. Teknik anlamda kaliteli hizmet sunumunun zorunlu olduğunu ancak bunun müşterileri tatmin etmede yeterli olmayacağını varsaymaktadır. Yalnızca dış müşteri olarak adlandırılan ve sağlık kurumundan kişilerin tatmini üzerinde odaklaşmamakta, aynı zamanda iç müşteri olarak adlandırılan kurum personelinin de tatminini ön planda tutmaktadır (www.haksay.org, e.t.10.03.2009)

Avrupa'da European Foundation for Quality Management (EFQM), European Organization for Quality (EOQ) ve Amerika'da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations ve bununun uluslar arasında kullanılan Joint Commission International Accreditation gibi organizasyonların görevi hastalara kaliteli hizmet sağlamak için tasarlanan standartlara uyulup uyulmadığını değerlendiren kuruluşlardır. Sağlık hizmetleri sektöründe kalite ölçümü ve değerlendirmesinin Joint Commission International Accreditation (JCIA)'nın şemsiyesi dışında da mevcut olduğu görülmektedir (<http://www.nabizdergisi.org>, e.t.10.03.2009).

Avrupa Birliği'nde sağlık hizmetleri için dört ana dışsal kalite değerlendirme mekanizması kullanılmaktadır: akreditasyon, ISO 9000, EFQM ve visitatie (meslektaşların incelemesine dayalı bir model) (Schyye, 2000: 255-258).

ISO 9000 kalite güvence sisteminin gerekliliklerine uygun bir sistemin kurulması ile yönetimi, daha sistematik ve denetlenebilir tarzda iş görme olanağını tanır. Kuruma, dünyada en çok tanınan standarda sahip olması nedeniyle saygınlık kazandırır (www.haksay.org, e.t.10.03.2009).

ISO-9000 kalite güvence mantığı, bir organizasyonu oluşturan değişik birimlerin iş prosedürlerini önceden belirlenen kontrollü şartlar altında yürütmesi, izlemesi, çıkacak sorunları tanımlaması ve bu sorunları düzeltme ve iyileştirme faaliyetlerini içermektedir. Birim çalışanları, yürütülen fonksiyonların iyileştirilmesi

için belirli aralıklarla toplanarak sorunlara çözüm yolları aramakta ve öneriler üretmektedirler. ISO-9000 standartları üretim veya hizmet sunumu kalitesini elde etmek ve devamlılığını sağlamak amacıyla prensipler ve yaklaşım yolları içermekte, bir kurum veya kuruluşun özellik gösteren fonksiyonlarına odaklanmamaktadır (www.sabem.saglik.gov.tr,e.t.11.03.2009).

ISO 9000 sistemi tıbbi süreçleri tam olarak içermediğinden sağlık personeli özellikle doktorlar tarafından tam olarak benimsenememiştir. Bu bağlamda özellikle tıbbi hizmetlerde dünyada olduğu gibi ülkemizde de ‘ Akreditasyon standartları’ nın benimsenmesi gereği ortaya çıkmaktadır (Çetin, vd., 2001:).

Akreditasyon, ISO 9000 ve EFQM konularına ilerleyen bölümde detaylı olarak yer verilecektir.

2.3.6. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamasının Sağlayacağı Yararlar

Sağlık hizmetlerinde TKY uygulamasının sağlayacağı yararlar aşağıdaki gibi gösterilebilir (<http://www.nilgunsarp.com>, e.t.12.03.2009).

- Müşteri (hasta) ihtiyaçlarının dikkate alınmadığı anlayış, müşteri (hasta) istek ve beklentilerine önem verilen “müşteri (hasta) odaklı yönetim” anlayışına dönüşür.
- Yönetimdeki “kriz yönetimi” anlayışı, “sürekli gelişme (Kaizen)” ye dönüşür. Kaizen Japoncada Kai (değişim), Zen (daha iyi) kelimelerinin birleşimiyle Kaizen (daha iyi) olarak kalite literatürüne yerleşmiştir.
- Bir işten bir kişinin sorumlu tutulması yerine, “ekip çalışması”, “toplam kalite ve sinerjik yönetim”, “uzlaşmaya dayalı karar verme” yaklaşımları önem kazanır.
- Problemler ortaya çıktıktan sonra çözüm aranması yerine önceden tedbir alma, hataları kaynağında bulup önleyen sıfır hatalı üretim anlayışı geçerli olur.

- İş için asgari eğitim ve bilgiyle yetinilen personelin yerine eğitimin kurumsallaştığı ve sürekli eğitime önem verilen kurumlarda eğitimli personel istihdam edilir.

- İnsan kaynaklarının sürekli geliştirilmesine önem verilir.

- Sürekli teftiş ve kontrollerin yerini, toplam süreç kontrolü alır. Çalışan kendisini denetler.

- Sağlık yöneticileri, istek ve arzuları doğrultusunda karar vermek yerine, TKY tekniklerini ve araçlarını (benchmarking, beyin fırtınası gibi) kullanarak, verilere dayanarak karar verirler.

- Otorite, disiplin, emir ve talimatlara dayalı bir sistemden, ayrıca itaat beklentisi olan bir yönetim anlayışından, yönetici ve çalışanlarla işbirliği, destek ve yardım sağlayan liderlik anlayışına dönüşüm olur.

- Hiyerarşiden kaynaklanan biçimsel yetkiden çok profesyonel uzmanlığa önem verilir.

- Örgütlenme tarzında, dikey örgütlenmeden vazgeçilir, yatay örgütlenme uygulanır ve sorumluluklar çeşitli birimlerdeki ekipler arasında dağıtılır.

- Kamu yararı önceliğinin yerini, önce kalite alır.

- Kayırmacılığın hakim olduğu, kıdem ve sicil esasına dayalı yükselme anlayışı yerine, liyakat sisteminin geçerli olduğu, işe giriş ve yükselme kriterlerinin açık ve adil olduğu bir anlayış hakim olur.

- Açık ve belirli olmayan değerler ve ilkeler, açık ve tutarlı, vizyon, misyon ve değerler haline dönüşür. Kurum çalışanları, kurumun vizyonu , misyonu ve değerlerini paylaşır.

- Rutin programların yerini stratejik planlama alır.

- Eşit işe eşit ücret, pozisyon veya kıdeme göre belirlenen ücret politikaları yerine, kişinin özellikleri ve performansına dayalı ücret politikası uygulanır.
- Maaş ve fazla mesai ücreti dışında ödüllendirmenin olmadığı yönetim anlayışından, başarı ve yüksek performansın ödüllendirildiği bir anlayışa yönelinir.
- Katı istihdam politikasının yerini, esnek istihdam politikası alır.
- Emir ve talimatların geçerli olduğu, korku ve cezalandırmaya dayalı yönetim anlayışı, yerini yetki devretme, güven, karşılıklı işbirliğine dayalı yönetim anlayışına bırakır.
- Astlar üstlerinden talimat beklemek yerine, sorunların çözümünde inisiyatif almayı benimser ve üstleriyle işbirliği yapmaya özen gösterirler.

2.3.7. Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Geliştirilmesine Yönelik Çalışmaları

Kamu sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme ve standartlar üzerinden değerlendirme anlayışı, sistematik olarak 10 yıla yakın bir süredir takip edilmektedir. Son dört yıl içindeki uygulamalar, kurumların alışık olduğu kalite yönetim sistemlerinden farklı bir içeriğe sahiptir.

Sağlık kurum ve kuruluşlarımızda kalite geliştirme uygulamalarında, temel mevzuatımızı “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi” oluşturmaktadır. Bu mevzuatımız, benzerlerinde pek rastlanılmayacak ölçüde geniş ve özendirici unsurları içermektedir. Yönergede sağlık hizmetlerinin türüne ve içeriğine göre bir değerlendirme ve kalite artışını sağlayacak şekilde standartlar oluşturulmuştur. Bu standartlar, oldukça geniş bir yelpaze oluşturan sağlık hizmetlerini kapsayacak şekilde tasarlanmıştır. Bu standart setleri içinde hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri ile 112 Acil Hizmetlerinin her biri için ayrı ayrı hazırlanmış yüzlerce standardı içeren “Hizmet Kalite Standartları” seti bulunmaktadır. Ayrıca, hastaneler ile ağız ve diş sağlığı merkezleri için finansal ve verimlilik kriterleri; birinci basamak

sağlık hizmetleri için koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik aşılama, çevre, su, bulaşıcı hastalıklar gibi alanlarda verilen hizmetlere yönelik göstergeler, yönergenin parçalarıdır. Ayrıca hasta ve çalışan memnuniyet anketleri de yönergede mevcuttur.

Sağlık kurumlarımız dörder aylık periyotlarla, bu değerlendirmelere tabi tutulmaktadır. Değerlendirmeler her ilde kurulmuş olan İl Performans ve Kalite Koordinatörlüklerince yapıldığı gibi, Performans ve Kalite Geliştirme Başkanlığınca görevlendirilen “Değerlendiriciler” tarafından da gerçekleştirilebilmektedir. Alanında uzmanlaşmış kişilerden oluşan bu “değerlendirici” ekipler ile bugüne kadar 32 ilde 150’ye yakın hastanede çapraz değerlendirmeler yapılmış ve burada kaliteyle ilgili yapılan çalışmalar incelenmiştir. Bu illerde sadece Bakanlık sağlık kurumları değil, özel ve üniversite hastaneleri de değerlendirmeye alınmıştır (Şahin, 2009:17-18)

2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE AKREDİTASYON

Akreditasyonun kelime anlamı “denklidir”. Amacı, sağlık kuruluşlarının yüksek nitelikte hizmet vermesini sağlayacak standartlarla buluşturmak ve bunun sürekliliğini sağlamaktır. Bunun sonucunda hastane çalışanlarının ve hastaların memnuniyet düzeyinin yükseltilmesi de hedeflenmektedir (<http://www.dolunaydanismanlik.com.tr>, e.t.13.03.2009).

Akreditasyon; genellikle hükümet ya da hükümet dışı bir ajans tarafından belli standartları karşılayan, yapılar, işlemler ve sonuçlarda sürekli gelişme gerektiren sağlık bakım kurumlarına onay veren gönüllü bir süreçtir (<http://www.amerikanhastanesi.com.tr>, e.t.13.03.2009).

Akreditasyon: Sağlık kuruluşlarında bütün çalışanların katılımı ile “kalite”, “hasta güvenliği” ve “sürekli gelişim” anlayışının organizasyon kültürü haline getirildiği bir süreçtir (<http://www.izleme.saglik.gov.tr>, e.t.13.03.2009).

Akreditasyon, hizmet kalitesini korumak ve geliştirmek amacıyla belirli standartlara, sağlık kurumlarındaki uygulamaların ne derecede uygun olduğunun

bağımsız ve kar amacı gütmeyen bir kuruluş tarafından belgelenmesidir (Sur, 2005: 15).

Akreditasyon kısaca; bir ürünün ya da hizmetin, piyasanın talep ettiği şartlara, standartlara, yönetmeliklere uygunluğunu göstermek üzere o ürün veya hizmet için yapılan deney, analiz, muayene ve belgelendirme işlemlerini yapan kuruluşların (Uygunluk Değerlendirme Kuruluşları) resmi bir otorite tarafından uluslararası kriterlere göre denetlenerek teknik ve idari yeterliliklerinin onaylanması ve belli aralıklarla denetlenmesi işlemidir (<http://www.standartkalite.com>, e.t. 16.03.2009).

Akreditasyon hasta bakımının kalitesini artırmak için ihtiyaç duyulan standartların sağlık kuruluşları tarafından karşılanıp karşılanmadığının belirlenmesidir. Akreditasyon standartları, hasta bakımının kalitesinin ve sağlık kurumunun performansının geliştirilmesi (continuous improvement in the quality of patient care and the performance of the health care organizations), sağlık organizasyonunda güvenilir ortamın sağlanması, hastalar ve hizmet verenlerin risklerinin azaltılmasına yönelik yöntemleri içerir ve bunları geliştirir.

Cerrahi uygulamaların standardizasyonu ve tıbbi süreçlerin kontrolünü ve tüm ülkedeki sağlık kuruluşlarında aynı standartlarda sağlık hizmeti verilmesini sağlar, denetler ve ölçülebilir olmasını sağlar (<http://www.nabizdergisi.org>, et.17.03.2009).

Akreditasyon, klinik uygulamalarda doğru çevreyi inşa edebilir. Hastanenin güvenliği ve başarısı için bir izleme aracı olarak kullanılabilir. Akreditasyon sisteminin çıktısı, halkı ve hizmeti satın alanları hastanelerinin ya da yerel sağlık hizmetlerinin akreditasyon statüsü hakkında bilgilendirmek ve güvenlikle ilgili bütün olası önlemlerin alındığı konusunda güvence vermek için kullanılabilir. Akreditasyon statüsü, halka ve hizmeti satın alanlara bir hastanenin diğerleriyle karşılaştırıldığında ne kadar iyi çalıştığı konusunda karşılaştırmalı bilgi sağlayacak, seçime yardımcı olacak ya da sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için yerel baskı yapılmasını teşvik edecek şekilde sınıflandırılabilir (Scrivens ve Heidemann, 1995: 161-164).

Akreditasyonun amacı; hasta bakım süreçlerindeki ve sonuçlarındaki sürekli gelişimi uyarmak, halkın güvenini güçlendirmek, etkinliği arttırmak, maliyeti düşürmek, sağlık hizmetleri yönetimini geliştirmek, daha iyi uygulamalarla eğitim sağlamak, bir kalite ölçüm sistemi oluşturmak, kuruluşa kendi içinde, diğer kuruluşlarla ve sektörün en ileri gelen kuruluşlarıyla karşılaştırma yapma imkanı sağlamak ve hasta memnuniyetini arttırmak için bir sistem yerleştirmeye çalışılmaktadır. Akreditasyon, dıştan, objektif bir değerlendirme sağlamakta, kuruluştaki kalite kültürünü geliştirmekte canlandırmaktadır.

Amerikan Cerrahlar Birliği, hastanelerin akreditasyon yoluyla standardizasyonuna olan ihtiyacı “en iyi işi yapanları cesaretlendirmek ve daha aşağıdaki standartlara sahip olanları uyarmak” ihtiyacı olarak tanımlamıştır. Akreditasyon standartlarının çoğu günümüzde sağlık sektörünün rutinleridir, fakat zamanında devrimsel nitelikte olmuşlardır. Bu standartların sağlık kurumlarına adapte edilmesinin sağlanması ve halka sunulan sağlık hizmetinde kalite ve güvenliği geliştirmek, akreditasyonunun esas amacıdır.

Akreditasyon, kalite geliştirilmesi, tıbbi kayıtlar, enfeksiyon kontrol programları, hasta güvenliği, hasta ve aile hakları eğitimi, yangın güvenliği ve ağırlı idaresi gibi gün geçtikçe sayıları artan birçok konuyla ilgilenmekte, bu konudaki standartları sağlık kuruluşlarında yerleştirmeye ve geliştirmeye çalışmaktadır (Ergenoğlu, 2006: 80).

Sağlık üreten sistemlerde hasta haklarını ve beklentilerini doğru tanımlamak ve bu amaca yönelik bilgi-insan-yöntem-cihaz-malzeme-karar gereksinim ve akışlarının doğru tespit edildiği sistem tasarımları ile başlar. Hasta hak ve beklentilerinde en öncelikli konu doğru teşhis ve tedavidir. Teşhis ve tedavinin kontrol altında bulundurulması-yönetimi, tasarımı da kapsayan ISO standartlarının yanı sıra akreditasyonu gündeme getirmekte, akreditasyon ise sağlık kurumlarını işletim sistemlerinde doğru teşhis ve tedaviyi de ölçülebilir ve iyileştirilebilir bir dizi kriterle ele almamızı öngörmektedir Hastanelerin akreditasyonuna gittikçe artan bir ilgi vardır. Bunun çeşitli nedenleri vardır; sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi yönündeki çalışmalar, artan maliyetler, sağlık bakım harcamalarıyla elde edilen

değerlere ilişkin endişeleri, bakımın kalitesiyle ilgili konulardaki bilginin artan erişebilirliğidir (<http://web.firat.edu.tr>, e.t. 16.03.2009).

Günümüzde sağlık bakım hizmetlerinde en heyecan veren alanlardan biri hasta bakım kalitesinin değerlendirilmesidir. Akreditasyona olan bu ilginin arkasında çeşitli faktörler yer almaktadır. Dünyanın birçok yerinde sağlık çalışanlarının gelişme yolundaki istekleri, toplum sağlığını iyileştirme isteği, bir çok ülkede sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi yolundaki eğilim, sağlık hizmetlerinin maliyetinin giderek artmasına karşın çıktılar hakkında çekinceler bulunması, internet sayesinde ulaşılması kolaylaşan hizmet kalitesine ilişkin bilgiler ve çok uluslu şirketlerin çeşitli ülkelerde bulunan çalışanlarına güvenli ve etkili sağlık hizmeti sunulması için gösterdikleri hassasiyettir (<http://www.merih.net>, e.t.20.03.2009).

Akreditasyon bütün boyutları ile değerlendirildiğinde hizmet alıcılara en yüksek kalitede hizmet sağlamayı amaçlamaktadır. Amerikan Tabipler Birliği yüksek kaliteli hizmetin birkaç boyutundan bahsetmektedir. Bunlar (Kaya, 2005: 14);

- Hastanın psikolojik durumunda, fiziksel fonksiyonunda, ruhsal ve zihinsel performansında ve rahatlığında mümkün olan en kısa sürede optimal iyileştirmenin sağlanması
- Sağlık düzeyinin yükseltilmesine, hastalık ya da iş göremezliğin önlenmesine ve bu tür durumların erken teşhisi ve tedavisine önem vermelidir.
- Hizmetin başlamasında gereksiz gecikme, hizmette uygun olmayan kesilme, süreksizlik veya gereğinden fazla uzama olmaksızın zamanında sunulması
- Hizmet sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda, bilgilendirilmiş hastanın işbirliğini ve atılımını sağlamaya çalışmalıdır.
- Tıp biliminin kabul edilmiş prensiplerine uygun ve teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanımına dayanmalı

- Hastalığın yaratabileceği strese, anksiyete ve hastanın tümüyle iyiliğine karşı duyarlı olarak sunulmalı
- İstenen tedavi amacına ulaşmak için gereken teknoloji ve diğer sağlık bakım sistemi kaynaklarını verimli kullanmalı
- Hizmetin sürekliliğini ve aynı meslekten kişilerin değerlendirme yapabilmesini sağlamak için, hastanın tıbbi kayıtlarında yeterince belgelenmiş olmalı.

Dünya ile entegrasyon sürecinde hızlı adımlarla ilerleyen ve Avrupa Birliği yolundaki ülkemizin sağlık sektörü, son yıllarda uluslar arası platformda ilgileri üzerine çekmiş durumdadır. Önce İngiltere, takiben Hollanda derken 11 Eylül 2001'de ABD'de yaşanan terörist eylemleri takiben körfez ülkeleri, Türk Cumhuriyetleri sağlık hizmeti alabilmek için ülkemizle temaslar kurmaya başlamışlardır. Ne var ki, uluslararası standartları karşılama konusunda onaylanmış belgenin olmayışı ülkelerarası anlaşmalara gitmede bir takım sıkıntılar yaratmaktadır. Son 10 yıldan bu yana 50.000'den fazla Türk vatandaşı sağlık hizmeti almak için Amerika'ya gitmiştir. Çünkü biliniyor ki Amerika sağlık sistemi yönünden birçok avantaja sahip ve bütün bu hizmetleri veren hastaneler Joint Commision International Accreditation (JCI) tarafından denetimden geçirilip belgelendirilmiş (akreditasyon belgesi almış) hastanelerdir. Bu belgeleri alamayan hastanelerle sigorta şirketleri anlaşma yapmamaktadır (<http://www.nabizdergisi.org>, e.t.20.03.2009).

2.4.1. Akreditasyonun Temel Amaçları

Akreditasyonun temel amaçlarını sıralayacak olursak;

- Sağlık hizmetleri kuruluşlarına yönelik optimal başarı hedefleri koyarak sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmek,
- Sağlık hizmetlerinin yönetim yapısını geliştirmek,
- Sağlık hizmetleri kuruluşlarının karşılaştırmalı veri tabanını oluşturmak,

- Hizmetlerin artan verimliliği ve etkililiği üzerine odaklanarak sağlık hizmetleri maliyetlerini düzenlemek,
- Sağlık hizmetleri 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. (<http://www.izleme.saglik.gov.tr>, e.t.21.03.2009)

2.4.2. Akreditasyonun Tarihsel Gelişimi

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 Medikal Association’ın katılımıyla “Joint Commission on Accreditation of Hospitals” olarak kurulmuştur . Bu müessesenin faaliyetleri 1913’te kurulan American Colege Of Surgeons tarafından 1917 yılında başlatılan hastane standardizasyon programının 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 değiştirildi. 1959 yılında Canadian Medical Associaton JCAHO’dan çekildi ve Kanada’da ulusal akreditasyon organizasyonu oluşturuldu. Ulusal akreditasyon kuruluşları Avustralya’da 1973 ve Yeni Zelenda’da 1987 yılında kuruldu. İngiltere’de 1988 yılında Güneybatı Bölgesel Sağlık Otoritesi tarafından küçük devlet hastanelerini denetlemek üzere Bristol Üniversitesi’nde hastane akreditasyon programı başlatıldı. 1989 yılında da King’s Fund Organizational Audit genel hastaneleri değerlendirmek için kuruldu. Dünyadaki en büyük akreditör 1994 yılı içinde 4264 organizasyonu denetleyen JCAHO’dur (Kuş, 2000: 3-6).

Avustralya’da 1977 yılına kadar tam bir akreditasyon sistemi oluşturulmamış olsa da hastanelerin akreditasyonuna 1926 yılında başlanmıştır. Sonrasında akreditasyon ülke çapında yaygınlaşmış ve tıp örgütlerinden destek almıştır.

İngiltere’de Kraliyet Fonuna bağlı gönüllü bir kuruluş 1980 yılında Kanada Akreditasyon Standartları’nı bir kaç hastanede pilot olarak uygulamaya koymuştur. Standartların yararlı olduğu görüldükten sonra Ulusal Sağlık Hizmetleri’nce (NHS) deneyimler ışığında revize edilen standartlar kullanılmaya başlanmıştır. Kanada standartları zamanla NHS standartlarına dönüşmüş ve özellikle özel sektör tarafından kamu sektörü zincirinin kırılması amacıyla talep edilir hale gelmiştir. 1989 yılında Kraliyet Fonu Kalite Programı başlatılmıştır. 1990 yılında Kraliyet fonu tarafından kurulan King’s Fund Organizational Audit Kurulunun ismi 1998 yılında Health Quality Services olarak değiştirilmiş ve kurul 2000 yılında bağımsız bir yapıya kavuşmuştur. Kurul İngiltere’deki Akreditasyon Standartlarını düzenlemekte ve sürekli olarak standart geliştirmektedir. Aynı zamanda Uluslar arası standartlar yayınlamakta ve Uluslar arası Akreditasyon Sertifikasyonu sağlamaktadır.

Çek Cumhuriyeti, Almanya, Macaristan, Polonya, Portekiz, İspanya ve İsviçre kendi akreditasyon sistemlerini oluşturma ve tanıtmaya gereksinimi hissetmişlerdir. Günümüzde yaklaşık 40 ülkede akreditasyon programları uygulanmaktadır.

1997’ye kadar akreditasyon programları mesleki birlikler ve sivil toplum kuruluşlarının öncülüğünde başlatılırken, bu tarihten sonra akreditasyona hükümetler tarafından önemli ölçüde destek verilmiştir (Demirbaş vd., 2005: 17-18).

2.4.3. Akreditasyon Sistemlerinin Karakteristik Özellikleri

Akreditasyon ile lisans verme işlevi arasındaki farkın vurgulanması ve akreditasyon tartışmasının ivme kazandığı ülkemizde yol gösterici olması açısından akreditasyon sistemlerinin karakteristik özelliklerinin incelenmesi faydalı olacaktır. Bu özellikler şöyle sıralanabilir (<http://www.merih.net>, e.t.21.03.2009):

- 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 yayınlayarak duyurmak zorundadırlar.
- Akreditasyon kuruluşlarını genellikle sağlık kuruluşları ve tıp çalışanları oluşturur. Bunların yanında Amerika Birleşik Devletleri’nde JCAHO’nun halk arasından seçilmiş üyeleri, Avusturalya ve Yeni Zelanda’daki komisyonlarda da sağlık bakanlığından üyeler mevcuttur.
- Bu kuruluşların ana gelir kaynağı akreditasyon servisi için alınan ücretlerdir. Ayrıca eğitim, yayınlar ve danışmanlık aktivitelerinden de gelir elde ederler.
- Akreditasyon kuruluşları standartlarını yayınlar ve belli aralıklarla bu standartları güncelleştirir.

2.4.4. Dünyadaki Sağlık Akreditasyon Programları

Akreditasyon, "Bir kurumun, belgelendirme ve muayene kuruluşlarının ve laboratuvarların, üçüncü bir tarafça belirlenen ulusal ve/veya uluslararası kriterlere (standartlara) göre çalıştığının, bağımsız ve tarafsız bir kuruluş tarafından onaylanması ve düzenli aralıklarla denetlenmesidir"(http://www.sabem.saglik.gov.tr, e.t.23.03.2009).

Akreditasyon etkili bir kalite değerlendirmesi ve yönetim aracı olarak dünya çapında dikkat çekmiştir (Maxwell, 1984:288). Akreditasyon programları, hastanın

teşhisi ile yapılan tetkikler arasındaki tutarlılık, tedavi planları, ilaç kullanımı, beslenme şekli, tedavi süresince etkisi olan hasta ve ailesinin eğitimi, hasta hakları gibi pek çok konuyu kapsamaktadır (JCI, 2003: 5).

Akreditasyon bugün bir dünya akımı olmuştur. Üretim veya hizmetin minimum kalite standartlarını belirlemek ve belgelemek amacıyla, birçok ülkede ve farklı sektörlerde akreditasyon kuruluşları oluşturulmuştur. Amerika, Kanada ve Avustralya'nın akreditasyon sistemleri dünyada en eski akreditasyon sistemleridir. Avrupa'da; Almanya, Fransa, İrlanda ve İspanya'nın yeni akreditasyon sistemleri vardır. Japonya, Kore, Malezya ve Tayland'da hükümet eliyle yeni akreditasyon sistemleri oluşmuştur. WHO ve Dünya Bankası akreditasyon modelini tanımakta ve desteklemektedir. Halen Türkiye'de, Türk Standartları Enstitüsü (TSE), TS-EN-ISO 9000 kalite belgelerini sağlık kuruluşlarına vermektedir (Ergenoğlu, 2006: 82).

Günümüzde yaklaşık 40 ülkede sağlık akreditasyon programı uygulanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin organizasyon ve yönetim kalitesinin artırılması ve sürekli gelişiminin sağlanması konusunda, sağlık akreditasyon programlarına dünya çapında büyüyen bir ilgi ve talep vardır. 1990' dan beri başlatılan akreditasyon programlarının yarısından çoğunun Avrupa Birliği ülkelerinde bulunduğu görülmektedir (Aydın vd.,2005: 523).

Akreditasyon ABD, Avustralya, Kanada, İspanya ve İngiltere dahil az sayıda ülkede iyi yerleşmiştir. Fakat Tayvan, Latin Amerika bölgesi, Polonya, Rusya, Slovenya, İsveç, İsviçre, Hollanda, Almanya, Güney Afrika, Yeni Zelanda, Çek Cumhuriyeti, İsrail, Japonya ve diğer birçok ülkede de gelişmiş ya da gelişmektedir (<http://skid.org.tr>, e.t.25.03.2009)

Tablo-2.4: Akreditasyon Programı Uygulayan Ülkeler

İlk yıl denetimi	PROGRAMLAR	Program sayısı
1951	ABD (JCAHO)	1
1958	Kanada	1
1974	Avustralya (ACHS)	1
1979	ABD (AAAHC)	1
1986	Tayvan	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	2
1997	Çek Cumhuriyeti, Japonya	2
1998	Avustralya (AGPAL), Brezilya, JCI, Polonya, İsviçre	5
1999	Fransa, Malezya, Hollanda, Tayland, Zambiya	5
2000	Portekiz, İngiltere (CSBS), Filipinler	3
2001	Bulgaristan, Almanya, İtalya, İrlanda	4
Henüz işlevsel değil	Kolombiya, Slovakya Cumhuriyeti, Moğolistan, Bosna	4
Toplam		39

Kaynak: <http://www.izleme.saglik.gov.tr>, e.t.26.03.2009

Tablo-2.5: Avrupa'da Akreditasyon Programları(2002)

İşlevsel Durum	Program
Aktif program	Bulgaristan, Fransa, Almanya, İrlanda, İtalya (bölgesel), Hollanda, Polonya, Portekiz, İspanya, İsviçre (iki), Birleşik Krallık (üç)
Gelişimde	Bosna (RS, FBiH), Hırvatistan, Çek cumhuriyeti, Danimarka (iki), Finlandiya, Macaristan, Kırgızistan, Letonya, Litvanya, Malta, Slovakya
Herhangi bir ulusal program yok	Arnavutluk, Ermenistan, Avusturya, Belçika, Kıbrıs, Estonya, Kazakistan, Lüksemburg, İsveç, Türkiye, Yugoslavya

Kaynak: Shaw, 2003: 13

Akreditasyon programlarının uygulanması ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir. Örneğin bazı ülkeler sadece birincil bakıma odaklanırken diğer ülkeler tüm alanlara odaklanmaktadır. Bu durum akreditasyonun;

- İsteğe bağlı veya zorunlu olmasına
- Devlete bağlı kurumlarca verilip verilmediğine
- Optimal mi yoksa temel gereksinimlere mi odaklandığına
- Çıktılara mı yoksa sürece mi odaklandıklarına
- Cezalandırıcı mı yoksa geliştirici odaklı mı olduklarına
- Akreditasyon sonuçlarının kamuya açıklanması ya da gizliliğin korunması gibi çeşitli nedenlere bağlanabilir (Demirbaş, 2005:19).

Tablo-2.6: Akreditasyon programının odağı, Avrupa 2002

Odak	Programlar
Klinik uzmanlık	Birleşik Krallık (CSBS)
Tüm sektörler	Fransa, Letonya, Bosna FBiH, İtalya (Emiglio-Romana), İtalya (Marche), İngiltere (HQS)
Üçüncü basamak, eğitim hastaneleri	Almanya, İrlanda
İkinci ve üçüncü basamak hastaneleri	Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Malta, Hollanda, Polonya, Portekiz, İsviçre,

Birinci basamak ve hastane	Bosna (RS ve FBiH), Danimarka (KISS), Slovakya, İspanya (FAD/JCI), UK (HAP)
Sağlık ve sosyal hizmetler	Finlandiya, Çek Cumhuriyeti

Kaynak: Shaw, 2003: 25

A.B.D.'de sağlık kuruluşlarına akreditasyon belgesi veren en büyük akreditasyon sistemi, "Joint Commission Accreditation for Health Organization" (JCAHO)'dur. Bu komisyon gönüllüdür, kar amacı gütmeyen ve 2004 yılı itibariyle yaklaşık 20.000 sağlık bakımı kurumunu incelemiştir. Komisyonun kalite değerlendirme yaklaşımı gün geçtikçe daha fazla hasta odaklı ve performans bazlı hale gelmiştir (Ergenoğlu, 2006: 82).

JCAHO, 1951 yılında Amerika tıp, diş hekimliği, hastane derneklerinin bir araya gelerek kurdukları bir komisyondur. Bu komisyonda hemşirelik dernek ve kamu kuruluş temsilcileri de görev almaktadır. Kar amacı gütmeyen bu komisyon, akreditasyon belgesi almak için başvuruda bulunan sağlık kuruluşlarının değerlendirmelerini yaparak belgelendirmektedir (<http://www.sabem.saglik.gov.tr/>, e.t.25.03.2009).

Doğrudan sağlık hizmetlerini standardize etmek amacıyla kurulmuş olan en eski ve en klasik standardizasyon sistemi, Amerika Birleşik Devletleri'nde tanımlandığı 1917 yılından bu yana geliştirilerek kullanılmakta olan "The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations" (JCAHO) standartlarıdır. JCAHO önceleri yalnızca hastanelerde verilmekte olan tıbbi bakım ve tedavi hizmetlerinin standartlarını belirler ve denetleme süreci sonunda belgelendirirken (akredite ederken), sonradan bu hizmetlerini tüm yataklı ve ayakta hizmet veren sağlık kuruluşlarını ve hatta sağlık sigorta sistemlerini de kapsayacak şekilde genişletmiştir. Aynı kuruluş 1985 yılında sağlık standartlarının, Toplam Kalite Yönetimi anlayışı içinde uygulanması gerektiğine karar vermiş ve o zamana kadar Amerika Birleşik Devletleri'nde birbirinden bağımsız olarak gelişen sağlık standartları ile kalite hareketi bu noktada birleşmiştir. JCAHO standartları hastaya sunulan sağlık bakımı ile sağlık kuruluşunun yönetimini belirleyen standartlardır. Amacı bu hizmeti verenleri verdikleri hizmetin boyutları nedeniyle cezalandırmak

değil, sağlık kuruluşunun iç işleyişi ile çalışma ortamının kalitesini arttırarak çalışanlara ve idarecilere temel görevlerinin bilincini vermektir (<http://www.nabizdergisi.org>, e.t.26.03.2009).

JCAHO'nun yaptığı başarılı çalışmalar zaman içinde A.B.D dışında ki ülkeleri de etkilemiş bu nedenle standartların A.B.D dışında da yaygınlaştırılması amacıyla 1998 yılında Joint Commission International Accreditation (JCI) kurulmuştur (<http://www.kobigem.net>, e.t.26.03.2009). Uluslararası Birleşik Komisyon (Joint Commission International-JCI); Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO)'nun Amerika Birleşik Devletleri dışında akreditasyon hizmetleri sunmak için oluşturulan bir alt kuruluşu olarak faaliyet göstermektedir (<http://almanhastanesi.com.tr>, e.t.27.03.2009)

Joint Commission, 75 yıldır sağlıkta kalite ve güvenliği arttırmaya yönelik çalışmalar yapan, kar amacı gütmeyen bir organizasyondur. Amerika Birleşik Devletleri'nde bugüne kadar yaklaşık 20.000 kadar sağlık kuruluşu Joint Commission tarafından akredite edilmiştir. Joint Commission, bu rakamlarla A.B.D. ve dünyanın en eski ve en büyük sağlık akreditör kuruluşudur (<http://www.Polatlıdevlethastanesi.gov.tr>, e.t. 27.03.2009)

Amerika Birleşik Devletleri'nde, JCAHO ile karşılaştırılabilir diğer akreditasyon sistemleri; Joint Commission International (JCI), Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü ve ISO 9000'dir. Diğer ülkelerde karşılaştırma yapılabilecek sistemler ise; yine ISO 9000 ve Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı (EFQM)'dir.

JCI'nın uluslararası standartları, JCAHO standartlarındaki bütün konuları, ISO 9000'in kalite kontrol ve kalitede liderlik ölçütlerinin çoğunu, Avrupa (EFQM) ve Amerika (Baldrige) kalite ödülleriindeki ölçütleri içermektedir.

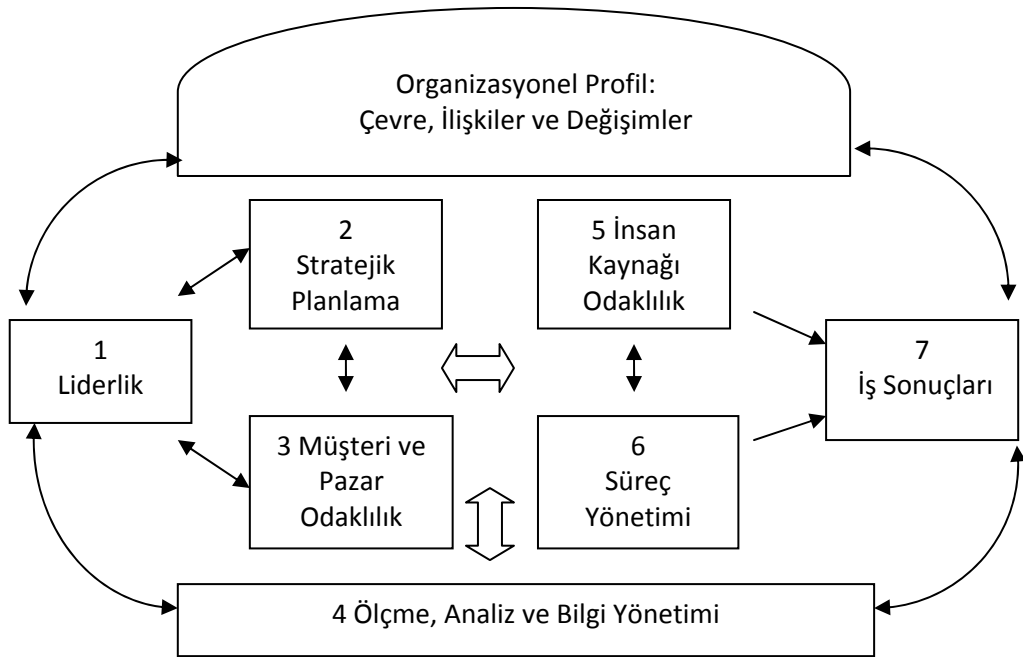
1987'de kurulan Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü ABD' de kalite yönetimi için verilen en yüksek onurlandırma şeklidir. Adını eski ticaret bakanından alan bu ödül kalite bilincini teşvik etmekte, kalite ile ilgili başarıları onurlandırmakta

ve başarılı kalite stratejilerini kamuya yaymaktadır (Ergenoğlu, 2006:82-83). Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü (MBNQA) sürekli yükselen rekabet ortamında ayakta kalmayı başarabilmek, kurum performansını ve kapabilitesini geliştirmek ve iyileştirmek ve müşterilerini memnun etmek amacıyla Ulusal Standartlar ve Teknoloji Enstitüsü (NIST) ve Amerikan Kalite Derneği (ASQ)'nin birlikte çalışması sonucu oluşturulmuştur. Bu model Kuzey Amerika'da faaliyet gösteren organizasyonlarda kullanılmaktadır. Amerika genelinde sayıları 3000'i bulan yerel kalite ödül modelleri, MBNQA'dan esinlenerek ortaya çıkmıştır. MBNQA günümüzde, işletmeler, eğitim ve sağlık kuruluşlarına yönelik olmak üzere 3 ayrı kategoride kullanılmaktadır. Ödül sürecine başvurular ancak Kuzey Amerika'da faaliyet gösteren firmaların başvurusuna açıktır. Modelin ve modeli baz alan ödülün amacı, kalite bilincini ve kalite mükemmelliği için gereklerin anlaşılmasını arttırmak, Amerikan şirketlerinin kalite başarılarını tanımak ve başarılı kalite stratejileri hakkındaki bilgileri paylaşmaktır (Nakhai, 1994: 33-37).

MBNQA kendi aralarında ilişkili 11 temel değer ve kavram üzerine inşa edilmiştir. Bunlar:

1. Vizyon sahibi liderlik,
2. Müşteri yönelimli mükemmellik,
3. Organizasyonel ve kişisel öğrenme,
4. Çalışanları ve iş ortaklarını değerlendirme,
5. Çeviklik,
6. Geleceğe odaklanma,
7. Yenilik yönetimi,
8. Gerçeklerle yönetim,
9. Toplumsal sorumluluk,
10. Sonuçlara odaklılık,
11. Değer yaratma ve sistem perspektifi görüşleridir.

Şekil-2.1. MBNQA Modeli:



Kaynak: <http://www.baskent.edu.tr>, e.t. 27.03.2009

Sağlık hizmeti için Baldrige kriterleri kategorileri şunlardır (JCI, 2003:172);

- Liderlik
- Stratejik Planlama
- Hastalara, Diğer Tüketicilere ve Pazarlara odaklanma
- Bilgi ve Analiz
- Personele Odaklanma
- Süreç Yönetimi ve Kurumsal Performans Sonuçları

Avrupa Kalite Yönetim Vakfı (European Foundation of Quality Management- EFQM) ise, 1988 yılında Avrupa'nın önde gelen 14 şirketi tarafından "Avrupa'da Sürdürülebilir Mükemmelliğin İtici Gücü Olma" misyonu ve "Avrupalı kuruluşların mükemmelliğe eriştikleri bir dünya" vizyonu ile kurulmuş, üyelik sistemine dayanan ve kar amacı gütmeyen bir kuruluştur (www.mevzuatdergisi.com,

e.t.28.03.2009). EFQM, Avrupa tabanlı kuruluşlarda iş mükemmelliği için “Toplam Kalite Yönetimi’nin kullanımına odaklanmaktadır (Ergenoğlu, 2006: 83).

EFQM kategorileri, Baldrige kriter kategorilerinin pek çoğuna benzer olup aşağıdaki gibidir (JCI, 2003: 170-172);

- Liderlik
- Politika ve Strateji
- Kişi Yönetimi
- Kaynaklar
- Süreçler
- Tüketici Tatmini
- Topluma Etkileri
- İş Dünyası Sonuçları

Tablo-2.7: EFQM Mükemmellik Modeli Kriterleri

NO	KRİTERLER
1	<p>Liderlik</p> <p>1a. Liderler misyon, vizyon, değerler ve etik kuralları belirler ve mükemmellik kültürü için rol model olurlar.</p> <p>1b. Liderler kişisel olarak organizasyon yönetim sisteminin geliştirilmesi, uygulanması ve sürekli iyileştirilmesi sürecinde yer alırlar.</p> <p>1c. Liderler müşteriler, ortaklar ve toplum temsilcileri ile ilişki içindedirler.</p> <p>1d. Liderler organizasyondaki kişileri motive eder, destekler ve başarılarını tanır.</p>
2	<p>Politika ve Strateji</p> <p>2a. Politika ve stratejiler paydaşların mevcut ve gelecekteki ihtiyaç ve beklentilerine odaklanırlar.</p> <p>2b. Politika ve stratejiler performans ölçümü, araştırma, öğrenme ve yaratıcılıkla ilgili faaliyetlerden gelen bilgilere dayanır.</p> <p>2c. Politika ve stratejiler geliştirilir, gözden geçirilir ve güncellenir.</p> <p>2d. Politika ve stratejiler anahtar süreçlere yayılır.</p> <p>2e. Politika ve stratejiler kuruma uygulanır ve bilgilendirilirler.</p>
3	<p>İnsan Kaynakları</p> <p>3a. İnsan kaynakları planlanır, yönetilir ve geliştirilir.</p> <p>3b. İşgücünün bilgi ve yeterlilikleri tanımlanır, geliştirilir ve desteklenir.</p> <p>3c. İnsan kaynakları yetkilendirilir.</p> <p>3d. İnsan kaynakları ve organizasyon arasında diyalog vardır.</p> <p>3e. İnsan kaynakları ödüllendirilir, tanınır ve önemsenir.</p>

4	İşbirlikleri ve Kaynaklar 4a. Dış ortaklıklar yönetilir. 4b. Finansman süreci yönetilir. 4c. Bina, ekipman ve malzemeler yönetilir. 4d. Teknoloji yönetilir. 4e. Bilgi yönetilir.
5	Süreçler 5a. Süreçler sistematik olarak tasarlanır ve yönetilir. 5b. Süreçler ihtiyaç olduğunda, müşteriler ve paydaşlar için artan değeri arttırmak ve tam memnuniyeti sağlamak için yaratıcılığı ve yeniliği kullanarak iyileştirilir. 5c. Ürünler ve hizmetler müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerine göre tasarlanır ve geliştirilir. 5d. Ürünler ve hizmetler geliştirilir, ulaştırılır ve sunulur. 5e. Müşteri ilişkileri yönetilir ve genişletilir.
6	Müşteri ile İlgili Sonuçları 6a. Algı ölçümleri 6b. Performans indikatörleri
7	İnsanla İlgili Sonuçlar 7a. Algı ölçümleri 7b. Performans indikatörleri
8	Toplumla İlgili Sonuçlar 8a. Algı ölçümleri 8b. Performans indikatörleri
9	Anahtar Performans Sonuçları 9a. Anahtar performans çıktıları 9b. Anahtar performans indikatörleri

Kaynak: European Quality Award Information for Applicants, 2002: 21-22

ISO International Organization for Standardization'un kısaltması yani uluslar arası standardizasyon örgütünün oluşturduğu bir kalite yönetim standardıdır. ISO 9000 Belgesi ise ilgili kuruluşun ürün veya hizmetlerinin uluslararası kabul görmüş bir yönetim sistemine uygun olarak sevk ve idare edilen bir yönetim anlayışının sonucunda ortaya konduğu ve dolayısı ile kuruluşun ürün ve hizmet kalitesinin sürekliliğinin sağlanabileceğinin bir güvencesini belirler. ISO 9001 ise etkin bir kalite yönetim sistemini tanımlayan bir standarttır. Kuruluş bu standardın şartlarını sağladığında ISO 9001 belgesini alabilir. Belge kuruluşun ürün ve hizmetlerinin uluslar arası kabul görmüş bir standarda uygun olarak üretildiğini gösterir. Standart, merkezi İsviçre'nin Cenevre kentinde yer alan ve 90'dan fazla ülkenin üye olduğu Uluslararası Standardizasyon Örgütü (International Organization of Standardization-IOS) tarafından geliştirilmiştir. Belgelendirme şirketlerini yetkilendirme yetkisi üye ülkelerin akreditasyon kurullarına verilmiştir. Türkiye'deki

akreditasyon yetkisi Türkiye Akreditasyon Kurumu'na (TÜRKAK) verilmiştir (<http://www.irisdanismanlik.com.tr>, e.t.29.03.2009).

ISO 9000'in amacı bağımsız mal veya hizmet sunucularının nitelendirilmesi veya kaydedilmesi için ortak bir taban sağlamaktır. Değerlendirmeler genellikle üçüncü bir tarafça yapılır; fakat ISO kuralları, ISO gereksinimlerini karşılamış olduğuna dair kendi kendine ilan etme imkânı da sağlamaktadır. Buna birinci taraf sertifikasyonu ismi verilir, fakat yükleniciler tarafından yaygın olarak kabul edilemez.

ISO gereksinimlerinde uygulamaya konulan çok sayıda kavram sağlık hizmetine uyarlanabilir olmasına rağmen, çok sayıda kavram da, özellikle sağlık hizmetinin klinik yönlerine kolaylıkla uyarlanamamaktadır. ISO gereksinimleri ağırlı olarak üretime odaklanmıştır ve sağlık hizmetlerinden farklı bir dil kullanmaktadır. Bu, sağlık hizmeti standartları ile karşılaştırılmasını bir miktar güçleştiren konulardan biridir. Üretimde, ürün çoğunlukla kolaylıkla tanımlanabilir veya anlaşılabilir bir maddedir. Bu, sağlık hizmetinde böyle değildir. ISO standartları, önceden belirlenmiş özellikleri karşılayan bir ürünü (veya hizmeti) tutarlı olarak üretmek üzere tasarlanmış belirli bir kalite yönetimi sürecine bağlı kalmak ve bu bağlılığın değerlendirilmesi üzerine odaklanmıştır (Uluslararası Birleşik Komisyon, 2003: 171).

ISO'nun klinik bakıma ve hizmet sunumuna vurgu eksikliği açıkça görülmektedir. Genel konuşmak gerekirse, hasta hiçbir zaman “uyan bir ürün olmayacaktır”. Öte yandan, kalite kontrol kalibrasyon ve ölçümlerinin en çok önem taşıdığı bir laboratuvar ortamında ISO standart setinin uyarlanabilirliğini anlamak kolaydır.

Ülkemizde ISO 9001 ve akreditasyon kavramları birbirine rakip iki kalite modeli olarak ele alınmaktadır. Ancak ülkemizde sağlık hizmetleri ile ilgili olarak TSE tarafından yayınlanmış oldukça az sayıdaki standart dışında, bir standart ve dolayısıyla da sağlık kuruluşlarını akredite edebilecek bir yetkili kurum bulunmamaktadır. Bu durumda akreditasyon kavramının ilk çıktığı kaynak olan

ABD JCI tarafından belirlenmiş standartların kullanılması ve dolayısı ile de bu kuruma akredite olma zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Bu durum ise bir yandan oldukça maliyetli diğer yandan da kısa vadede ulaşılması zor bir hedef olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tespitin temel nedeni ise, bu standartların çıkış noktası olan ABD’de 1900’lü yıllarda başlayan kaliteye yönelik sistematik çalışmaların ülkemizde ise henüz 10 yıl gibi kısa süreyi kapsamasıdır (<http://www.sabem.saglik.gov.tr>, e.t.29.03.2009).

2.4.5. Türkiye’de Sağlık Akreditasyon Çalışmaları

Son beş yıl içinde ülkemizde görülen özel hastane sayısındaki hızlı artış, vatandaşların kendilerinin ve ailelerinin sağlıklarına giderek daha fazla önem vermeleri ve nitelikli sağlık hizmeti beklentilerine bir reaksiyon olarak açıklanabilir. Hastaların sağlık bakımı 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 düzeyine gelmiştir (<http://www.sabem.saglik.gov.tr>, e.t.28.03.2009)

Türkiye’de sağlık hizmeti sunum kalitesini belgelemek amacıyla hastane yönetimleri, Türk Standartları Enstitüsü’ne TS-EN ISO 9000 belgesi almak için başvuruda bulunmaktadır. ISO 9000 serisinde yer alan standartlar ülkemizde sıklıkla kullanılmaktadır. Bu standartlar üretim ve hizmet sunumu faaliyetleri sırasında beklenmedik veya kabul edilemeyecek aksamalar ortaya çıktığı zaman düzeltici önlemlerin alınması ve kalite ile ilgili problemlerin en aza indirilmesi için önleyici ve düzenleyici önlemleri içermektedir.

Ülkemizin büyük illerinde başlayan sağlık hizmetlerinde kalite belgesi alma girişimleri sırasıyla özel hastaneler, Silahlı Kuvvetler, Üniversiteler ve diğer kamu kuruluşu hastanelerinde yaygınlaşmıştır (<http://www.sabem.saglik.gov.tr>, e.t.30.03.2009).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirme çalışmalarına artan bir ilgi vardır. Birçok sağlık kuruluşunda Toplam Kalite Yönetimi çalışmaları sürdürülmektedir. Sağlık Bakanlığı Toplam Kalite Yönetimi' nin kurum bünyelerine yerleştirilebilmesi için 30 Ekim 2001 tarihinde “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi” ni yürürlüğe koymuştur.

Sağlık Bakanlığı kurumlarında yürütülen bu çalışmalar kapsamında, söz konusu faaliyetlerin desteklenmesi amacıyla, Toplam Kalite Yönetiminin kurum bünyesine yerleştirilmesi sürecinde yapılacak olan harcamaların döner sermayeden karşılanması uygulaması getirilmiştir. Ayrıca, üst yönetimin Toplam Kalite Yönetimi konusunda bilgilendirilmesi amacıyla, Bakanlık tarafından bölgesel eğitim toplantıları başlatılmıştır (Kaya, 2003: 15).

Ülkemiz sağlık sektöründeki kaliteli sağlık hizmeti sunma arzusu ve girişimleri büyük bir mutluluk kaynağıdır. Kalite belgesi alma başvuruları, bu arzunun motivasyona dönüştüğünün bir kanıtıdır. TSE-ISO-9000 planlaması, sistem ve prosedür hazırlama ve uygulama faaliyetlerinden edindiğimiz kanı, hastanenin değişik birimlerinde görevli ara kademe yöneticilerin yürüttükleri işlerde sorun çözme becerilerini kazanmaları için oldukça uzun bir zamana ihtiyaç gösterdikleri doğrultusundadır (<http://www.sabem.saglik.gov.tr>, e.t.30.03.2009).

Ülkemizde sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılma sürecinde Sağlık Bakanlığı önderlik görevini yürütmektedir. Sağlık Bakanlığı, sağlık akreditasyon sistemin kurulmasına yönelik olarak birtakım faaliyetler gerçekleştirmiştir. Sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılması sürecinde Sağlık Bakanlığı iki temel sorumluluğu bulunmaktadır:

1. Sağlık sektöründeki paydaşların katılımını sağlayarak sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılması sürecine önderlik etmek,
2. Kamu ve özel sektör kuruluşlarının sağlık akreditasyon sürecine hazırlanmalarını sağlamak.

Sağlık Bakanlığı birinci sorumluluğu kapsamında; akreditasyon konusunda paydaşlar arasında görüş birliği oluşturmak amacıyla toplantılar düzenlemiştir. Sağlık sektörünün tüm temsilcilerinin de katılımıyla gerçekleştirilen toplantılar sonucunda Türkiye’de sağlık akreditasyon sisteminin kurulması konusunda tüm taraflar arasında mutabakat sağlanmıştır.

Akreditasyon sisteminin uluslararası deneyimler ışığında kurulması amacıyla Sağlık Bakanlığı ve “Joint Commission International (JCI)” arasında; sistemin yapılandırılması, standart geliştirme, kalite izleme ve ölçme sistemlerinin geliştirilmesi, veri tabanı oluşturulması konularını kapsayan bir iş birliği protokolü imzalanmıştır (Aydın, 2007: 10-11).

Sağlık Bakanlığı, 2004 yılından itibaren ulusal bir akreditasyon sisteminin kurulabilmesi için çalışmalara başlamış ve JCI’den konu hakkında bilgi almaya ve Türkiye’de JCI tarafından akredite edilmiş kurumların yöneticileriyle fikir alışverişine başlamıştır. Bu amaçla ilk olarak, 23 Ekim 2004 tarihinde, JCI CEO’su Karen Timmons ve Uluslararası Akreditasyon Direktörü Dr. Paul Van Ostanberg, JCI tarafından akredite edilmiş kurumların yöneticileri ve sağlık sektörü çalışanlarıyla, İstanbul’da, Sağlık Sektöründe Akreditasyon konulu bir seminer düzenlenmiştir.

Bakanlıkça, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesindeki ulusal görümler sırasında Türkiye’deki devlet hastanelerinin ve özel hastanelerin sunduğu hizmet kalitesini geliştirmek, en üst düzeye çıkarmak ve tüketici memnuniyet düzeyini arttırmak için bağımsız bir akreditasyon kurumunun kurulmasına karar verilmiştir. Akreditasyon Kurumunun ulusal, kar amacı gütmeyen ve bağımsız bir kurum olması ve bu kurumun hastane akreditasyon sistemini desteklemesi kararlaştırılmıştır (Ergenoğlu, 2006: 86).

Bu konudaki ikinci sorumluluğu kapsamında Sağlık Bakanlığı, hastanelerin akreditasyon sürecine hazırlanmalarını sağlamak amacını da taşıyan bir mevzuatı yürürlüğe koymuştur. “Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” içerisinde JCI’ dan hastane akreditasyon

standartlarından yararlanılarak hazırlanan Kalite Geliştirme ve Değerlendirme Kriterleri yer almaktadır. Bu yönerge ülkemiz hastanelerinin sağlık akreditasyon sistemine hazırlanmasını sağlayacaktır. Şu an Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastaneler, Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesinde tanımlanan kriterleri yerine getirmek ve kriterler doğrultusunda yapılanmak üzere çalışmalarını sürdürmektedir (Aydın, 2007: 11).

Sağlık Bakanlığı ve Dünya Bankası, Nisan 2004'te Uluslar arası Sağlık Hizmetleri Akreditasyon Danışmanı George Purves'e, Türkiye Cumhuriyeti Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kurumsal Değerlendirme Hastane Akreditasyon Sistemi başlıklı bir sonuç raporu hazırlatmıştır. Bu raporda özetle, akreditasyonun amaçlarından bahsedilmekte ve ülkemiz için düşünülen akreditasyon sistemi şu biçimde açıklanmaktadır; "Hastane akreditasyon sistemi; hasta odaklı olacak; hastalara yönelik sağlık hizmeti sunumunun kalitesine katkı sağlayacak; sağlık sisteminde sürekli kalite gelişimini teşvik edecek, net standartların sağlanması temelinde hastanelerin objektif, sistematik değerlendirilmesini sağlayacak; hastalar için sağlık hizmetleri çapında tutarlılık ve hakkaniyet yaratacaktır". Raporda ayrıca, ulusal Sağlık Tesisleri Akreditasyon Programlarının geliştirilmesi ve uygulanması için genellikle 3-5 yıl ve tam anlamıyla işleme geçmesi için ise 5-10 yıl gerektiğinden bahsedilmektedir (Ergenoğlu, 2006: 86).

Ülkemizde Joint Commision International tarafından akreditasyon almayı hak eden hastaneler; Acıbadem Sağlık Grubu, Alman Hastanesi, Anadolu Sağlık Merkezi, Bayındır Hastanesi, Florence Nightingale Hastanesi, Güven Hastanesi, Hisar Incontinental Hastanesi, Intercontinental Hospital, Kent Hastanesi, Memorial Hastanesi ve Mesa Hastanesidir (<http://www.haberler.com>, e.t.01.04.2009). Bu hastaneler, Türkiye'de sağlık hizmeti sunumunda kalite ve niteliğin artırılmasına yönelik olarak kurulan ve bu amaca yönelik uluslararası kabul görmüş akreditasyon kurumları tarafından akredite edilen hastaneleri bir araya getirmek, sağlık hizmeti sunumunda uluslararası standartlara uygun hizmet sunumunu teşvik etmek, sağlıkta kalite bilincini geliştirmek, üye hastanelerin haklarını korumak ve geliştirmek, bu amaçların yerine getirilmesine yönelik kamu ve özel kurumlar nezdinde girişimlerde

ve faaliyetlerde bulunmak amacıyla Akredite Hastaneler Derneği'ni kurmuşlardır (<http://www.hastanedergisi.com>, e.t.01.04.2009).

Sağlık Bakanlığı üst yönetimi, 2008 yılı Mart ayında JCI yöneticileriyle yaptığı görüşmelerde; ruhsatlandırma, standart geliştirme ve milli sağlık hizmetleri değerlendirme sistemi tasarlama konularını da içeren bir proje teklifinin hazırlanmasını istemiştir. Sağlık Bakanlığı'nın resmi heyeti, Amerika'nın Chicago kentine bir çalışma gezisi gerçekleştirmiştir. Heyet, "Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite ve Standartların Geliştirilmesi" konusunda işbirliği yapılan JCI ile teklifle ilgili görüşmelerde bulunmuştur. Bu çerçevede;

- Sağlık bakım kuruluşlarında ruhsatlandırma ölçütlerinin geliştirilmesi,
- Standartların harmanlanıp Türkiye'ye uyarlanması,
- Denetçilerin eğitilmesi, izleme değerlendirme yöntemlerinin belirlenmesi,
- Diğer ülke uygulamalarının da öğrenilmesi ve karşılaştırılması,
- Kurumsal kapasiteyi geliştirmeye yönelik çalıştaylar,
- Milli bir akreditasyon sistemi geliştirmeye dönük alt yapı çalışmaları,
- Türkiye'de iki kamu hastanesinde pilot çalışma,
- Ülkelerarası Sağlık Bakanlıklarının katılımıyla oluşacak hasta güvenliği kuruluna, Türkiye'nin de katılması konularında faaliyetler görüşülmüştür (Bağcı, 2009: 24).

2.4.6. JCI Akreditasyon Standartları

Uluslararası Birleşik Komisyon (JCI) akreditasyonu, dünya çapında sağlık hizmetlerinde standartlara dayalı değerlendirme için giderek büyüyen bir talebe yanıt olarak tasarlanmış yeni bir inisiyatiftir. Bu inisiyatifin amacı uluslar arası 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 iyileşmenin uyarılmasıdır. Akreditasyon hizmetleri, yerel ihtiyaçlara uyarlanabilir uluslararası bir standartlar çerçevesine dayalıdır.

Standartlar, deneyimli hekimlerden, hemşirelerden, idarecilerden ve kamu politikası uzmanlarından oluşan 16 üyeli bir uluslar arası görev gücü tarafından geliştirilmiş, uluslar arası akreditasyon standartlarının gelişimini yönlendirmiştir. Görev gücü dünyanın altı majör bölgesinden gelen üyelerden oluşmaktaydı: Güney Amerika ve Karayibler, Asya ve Pasifik ülkeleri, Orta Doğu, Orta ve Doğu Avrupa, Batı Avrupa ve Afrika.

Standartlar, tüm sağlık hizmeti kuruluşları için ortak olan önemli fonksiyonların çevresinde organize olmuştur. JCI uluslar arası görev gücü, uluslar arası kullanıcılar için ideal olarak standartların fonksiyonel bir organizasyonunu seçmiştir. Bu seçim geçtiğimiz 5 yıl içinde 30'dan fazla ülkede bu yaklaşımın kullanılması sırasındaki deneyimlere dayanmıştır. Bu yaklaşımın uygulanabilirliği dünya çapında akreditasyon araştırmalarında doğrulanmıştır.

Standartlar, hasta bakımının sağlanması ile ilgili olan fonksiyonlar ve güvenli, etkili ve iyi-yönetilmiş bir organizasyonun temini ile ilgili olanlar tarafından gruplandırılmıştır. Bu fonksiyonlar kuruluşun bütünü için geçerli olduğu gibi aynı zamanda kuruluş içindeki her bir departman, birim veya hizmet içinde geçerlidir. Araştırma süreci, bu düzeydeki standartlara uyum konusundaki bilgiyi toplar, fakat akreditasyon kararı kuruluşun tamamı boyunca bulunan uygunluğun genel düzeyine dayandırılır.

Bu standartlar, uluslar arası kamu alanında hasta hizmeti kalitesini iyileştirmede sağlık kuruluşlarının bireysel kullanımına ve kamu örgütleri tarafından kullanıma açıktır. Standartlarla ilgili bilgi ve deneyim, sürekli bir şekilde toplanacaktır. Eğer bir standart artık çağdaş sağlık hizmeti uygulamasını, ortak mevcut teknolojiyi, kalite yönetim uygulamalarını ve benzerlerini yansıtmıyorsa, gözden geçirilecek veya çıkarılacaktır. Halen standartların en azından her iki yılda bir gözden geçirileceği ve yayımlanacağı beklenmektedir.

Akreditasyon kazanabilmek için, kuruluşlar tüm çekirdek ve çekirdek olmayan standartlarda kabul edilebilir uygunluk göstermelidirler.

Bir akreditasyon kararı, JCI tarafından feshedilmedikçe üç yıl geçerlidir. Kuruluşun üç yıllık akreditasyon döngüsünün sonunda, akreditasyon belgesinin yenilenebilmesi için kuruluş yeniden değerlendirilmelidir. 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 (Uluslararası Birleşik Komisyon, 2003: 1-6).

JCI standartlarının en büyük özelliği sadece sağlık kurumları için uygulanabilir olmasıdır.

Standart 2 temel fonksiyona ayrılmaktadır.

a) Organizasyonel Odaklı Standartlar;

- Kalite yönetimi ve iyileştirme
- Yönetim, Liderlik ve İdare
- Tesis yönetimi ve güvenlik
- Çalışanların niteliği ve eğitimi
- Bilgi yönetimi
- Enfeksiyon kontrolü ve korunma

b) Hasta Odaklı Standartlar;

- Bakıma kabul ve bakımın devamlılığı
- Hasta ve ailesinin hakları
- Hasta değerlendirmesi
- Hasta bakımı
- Hasta ve ailesinin eğitimi

JCI standartları ayrıntıları ile yaklaşık 395 maddeden oluşmakta ve bu standart belgesini almak isteyen kuruluş yaklaşık 1015 soruyu rutin uygulamalarında göstermek zorundadır (<http://www.mesahastanesi.com.tr>, e.t.02.04.2009).

JCI akreditasyon standartlarının en önemli özellikleri:

- Maksimum uygulanabilir olması,
- Hasta odaklı olması,
- Farklı kùltürlere adapte edilebilir olması,
- Sürecin sürekli iyileştirilmesini sağlaması,
- Bakım kalitesini arttırmasıdır.

JCI akreditasyon belgelendirmesi sonucu kurum olarak sağlanan ve sağlanması hedeflenen faydaları şöyle sıralayabiliriz (Öcal, 2005: 31):

- Sürekli iyileştirmenin stimule edilmesi,
- Bakım kalitesinin yükseltilmesi,
- Tesis ve tıbbi cihaz yönetimi ile ilgili risklerin belirlenmesi ve en aza indirgenerek kontrol altına alınması,
- Süreçlerin objektif olarak ölçülmesi ve izlenmesi,
- Toplumsal güvenin arttırılması,
- Profesyonel kadroların devamlılığı,
- Ödeme sağlayan kuruluşlar tarafından tanınması,
- Sürekli eğitimi sağlaması,
- Hasta güvenliği ile ilgili konulara odaklanarak bu konuda beklentilerin üzerinde hizmet sunulması,
- Çalışan memnuniyetini arttırması,
- Organizasyonun kendi içerisinde değerlendirilmesini sağlaması,
- Yeni uygulamaların takip edilmesi,
- Benzer kuruluşlarla karşılaştırma yapılmasını sağlaması.

2.4.7. Akreditasyon Standartları Hasta ve Yakınlarına, Çalışanlara, Tedarikçilere, Paydaşlara Ne Sağlar?

Akreditasyon standartları hastalara sunulan tedavinin kalitesini geliştirmek ve güvenli tedavi ortamı sağlamak için işletmenin sorumluluk alması anlamına gelmektedir. Bu süreçte kararı verenler tarafsız ve bağımsız kalmak zorundadır ve bu bağımsız heyet, sağlık kuruluşunun önceden belirlenmiş ve

taahhüt edilmiş standartlara ne ölçüde bağlı kalındığını belirleyerek karar vermektedir (Sur, 2005: 15).

Akreditasyon, tek ve bağımsız, kar amacı gütmeyen, bakımın kalitesini arttırmak için ihtiyaç duyulan bir dizi standartların planlanmasının sağlık bakım kurumlarında karşılanıp karşılanmadığının belirlenmesidir. Akreditasyon süreci hasta ve yakınları, çalışanlar, tedarikçiler ve paydaşlar açısından da bir takım kazanımlar sağlamaktadır. Akreditasyon standartları bu süreçte;

- Hastalara sunulan teşhis ve tedavi hizmetlerinin tıbbi literatürde tanımlanmış en yeni ve en ileri uygulamaları içermesini,
- Hastalara yapılan tüm uygulamaların uygulayıcı dışında ‘yetkin’ uzmanlarca denetlenmesini,
- Tedavi amaçlı tüm girişimlerde hastaya zarar verebilecek etkileşimlerin denetlenmesi ve önlenmesini,
- Birden çok uzmanlık dalının aynı hastaya aynı anda müdahale edebilmesi için sistem oluşturmasını,
- Hastaya sunulan hizmetlerin tümü hakkında hasta ve ailesinin tam olarak bilgilendirilmesi ve onayının alınmasını,
- Hasta ve ailesinin hastane içinde bulunduğu süre içerisinde mal ve can emniyetinin tam olarak sağlanmasını,
- Hizmet sunan tüm kadroların ehliyet sahibi olduklarının resmi makamlarca onaylanmasını takiben yetkilendirilmesini,
- Hasta ve ailesinin sağlıkla ilgili tüm konularda eğitimine katkı sağlanmasını,
- Sağlık hizmeti sunan tüm kadroların sürekli mesleki eğitimlerinin yaptırılmasını,
- Sağlık hizmetinin sunumuna yönelik çevre kurum ve kuruluşlar ile resmi işbirlikleri oluşturulmasını,
- Afet ya da kriz anlarında en geniş kitlelere emniyetle hizmet sunabilecek önlemleri önceden almasını,

- Sağlık hizmetinde kullanılan tüm ekipman ve tıbbi malzemelerin kullanım için emin olduğunu resmen belgeleyerek sağlamasını sağlar (Çakmak, 2005: 25).

2.4.8. Akreditasyon ve Hasta Güvenliği

Joint Commission International Akreditasyonu; hasta güvenliği ve hasta bakım standartlarının mevcut kalitesini uluslararası alanda rekabet edebilir düzeye taşımayı hedefler. Akreditasyon standartlarının % 50'den fazlası hasta güvenliği ile ilgilidir ve bu standartlar, sistem yaklaşımı ile oluşturulmuş, önemli idari ve klinik fonksiyonları içeren hasta odaklı, organizasyonun yapısına, süreçlere ve çıktılarına yönelik optimal ve ölçülebilir gereklilikleri içerir. İşte bu gerekliliklerin büyük çoğunluğu hasta değerlendirme ve yeniden değerlendirme, hastanın bakımı, hasta kimliğinin tanımlanması ve doğrulanması, medikal gaz sistemlerinin kontrolü, çalışanlar arasında etkin iletişim, güvenli ve standart uygulamalara işaret eder. Aslında söz edilen, sağlık kuruluşlarında bütün çalışanların katılımı ile “kalite”, “hasta güvenliği” ve “sürekli gelişim” anlayışının organizasyon kültürü haline getirildiği bir yapıdır. Burada önemli olan “hatalara” ve “kaynaklarına” sistem yaklaşımı ile odaklanmaktır. Akreditasyon bu amaçla kullanabileceğimiz mekanizmaları bize sunar.

Sistemlerin hasta güvenliği odaklı olarak geliştirilmesi için, içinde bulunulan organizasyon kültürü, organizasyon yapısı, iletişim kanalları, yönetim anlayışının “hasta güvenliği” kavramı çerçevesinde oluşturulması ve çalıştırılması gerekmektedir. Bir başka deyişle; hasta güvenliği ile ilgili uygulamaları hayata geçirmek ve organizasyon kültürünün bir parçası haline getirmek ancak hasta güvenliğinin bir stratejik hedef olarak konulması ve sürekli eğitimlerle desteklenmesi ile mümkündür.

16-17 Ekim 2005 tarihinde Wiessbaden’da yapılan “JCI Executive Briefings” toplantısının gündem maddelerinden bir tanesi de “Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri”dir. Dolayısı ile Türkiye’de akredite olan hastanelerimiz içinde

akreditasyon sürecinin sürekliliğini sağlamak için bu hedeflerin yakın bir gelecekte yerine getirilmesi gerekecektir. Dolayısı ile akreditasyon standartları giderek daha fazla hasta güvenliği odaklı olacaktır (Yıldırım, 2005: 34-36).

Akreditasyon standartlarında yer alan standartlar, akreditasyon kapsamında kalite iyileştirme ve hasta güvenliğinin sağlanması için gereken temel standartlardır. Söz konusu standartlar, hekim ve hemşireye hastalarının gereksinimlerini belirlemede ve güvenli hizmet sunumlarında yardımcı olur. Yöneticiler, destek personel ve diğer çalışanlar verimliliği arttırmak ve fiziksel riskleri azaltmak için standartları günlük çalışmalarına uygulamalıdır (<http://www.das.org.tr>, e.t.03.04.2009)

Hasta güvenliğinde akreditasyon standartları şunlardır (Güven, 2007: 415-416);

1. Yöneticilerin ve liderlerin kalite iyileştirme ve hasta güvenlik programının planlanmasına ve izlenmesine katılmaları gerekir.
2. Kalite iyileştirme ve hasta güvenlik programı için yazılı bir plan olmalıdır.
3. Kalite iyileştirme prensiplerine göre yeni sistemler ve süreçler tasarlanmalıdır.
4. Kuruluşun liderleri, klinik ve idari yapılarını, süreçlerini ve çıktılarını izleyebilmek için indikatörler (göstergeler) belirlemelidir. Klinik izleme göstergeleri;
 - Hasta değerlendirmesini,
 - Cerrahi işlemlerin takibini,
 - Antibiyotiklerin ve diğer ilaçların kullanımını,
 - İlaç hatalarının izlenmesini ve değerlendirilmesini,
 - Anestezi alan hastaların kontrolünü,
 - Kan ve kan ürünleri kullanımının takibini,

- İnfeksiyon kontrolünü, sürveyansını ve rapor edilmesinin takibini içermelidir.

Buna karşılık, yönetsel izleme göstergeleri;

- Kanun ve mevzuatın gerektirdiği şekilde faaliyetlerin rapor edilmesini,
- Gerekli sarf malzemelerin ve zorunlu ilaçların teminini,
- Risk yönetiminin takibini,
- Hasta ve aile beklentilerini ve tatminini,
- Çalışanların beklentisini ve tatminini,
- Mal yönetimi,
- Hastaların, ailelerin ve çalışanların güvenliğini tehlikeye düşüren olayların kontrolü ve önlenmesini, içermelidir.

5. Uygun deneyimi, bilgisi ve becerileri olan kişiler, kuruluştaki verileri sistematik olarak toplamalı ve analiz etmelidir.
6. Veri analizinin sıklığı, çalışılan sürece uygun olmalı ve kuruluşun gereksinimlerini karşılamalıdır.
7. İyileştirme ve güvenlik faaliyetleri, kuruluş tarafından belirlenen öncelikli alanlar için yürütülmelidir.

Bu kapsamda;

- Görevlendirmeler yapılmalı ve destek sağlanmalı,
- Personel eğitilmeli,
- Uygun politika değişiklikleri yapılmalı ve gerekli kaynaklar sağlanmalı,
- İyileştirilecek değişiklikler planlanmalı ve test edilmeli,
- Başarılı değişiklikler uygulanmalı ve sürdürülmeli,
- Sürdürülebilir iyileştirmeler verilerle izlenmeli.

- Sistematik iyileştirmelere ilişkin veriler değerlendirilmeli ve söz konusu değerlendirmeler stratejik iyileştirme planları geliştirmede kullanılmalıdır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ANKARA İLİNDEKİ İKİ HASTANEDE, HASTA GÜVENLİĞİ ÇALIŞMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK MUKAYESELİ BİR UYGULAMA

Çalışmanın bu bölümünde Ankara ilinde faaliyette bulunan iki hastanenin, hasta güvenliği konusunda yapmış oldukları çalışmaları değerlendirmek amacıyla yapılan bir saha araştırmasının amaçları, varsayımları, yöntemi açıklandıktan sonra araştırmada elde edilen bulgular mukayeseli olarak değerlendirilecektir.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Varsayımları

Bu bölümde uygulamanın amacı, alt amaçları ve varsayımları hakkında bilgi verilecektir.

3.1.1. Araştırmanın Amacı

Sağlık hizmetleri sunumunun her aşamasında, hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almaktadır. Sağlık kurumları hasta güvenliğini sağlamak ve tıbbi hataları en aza indirebilmek amacıyla bir takım kalite ve akreditasyon programlarını bünyelerinde uygulamaktadırlar. Bu kapsamda uluslararası geçerliliği olan, dünya çapında birçok ülkede uygulanan ve ülkemizde de 2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından incelemeye alınan JCI (Joint Commission International) Uluslararası Hastane Standartları, hasta güvenliğinin sağlanması sürecinde önemli bir yere sahiptir. Ülkemizde de bir çok özel hastane, JCI standartları çerçevesinde akredite olmuş, bir çok devlet hastanesi de bu standartları kendisine kriter kabul edip, akredite olmaya çalışmaktadır. Joint Commission International Akreditasyonu; hasta güvenliği ve hasta bakım standartlarının mevcut kalitesini uluslararası alanda rekabet edebilir düzeye taşımayı hedeflemektedir. Akreditasyon standartlarının % 50'den fazlası hasta güvenliği ile ilgilidir.

Bu bağlamda bu çalışmada, kalite ve akreditasyon çalışmalarını başarılı bir şekilde yürüten, 2006 yılında K-Q TSE-ISO-EN-9001:2000 Kalite Belgesini almaya hak kazanarak da kalitesini belgelendirmiş olan ve JCI standartlarına ulaşmak için bünyesinde komisyonlar kuran Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi ile kalite ve akreditasyon konusunda uzun soluklu çalışmaları bulunmayan ve ilgili çalışmalara yeni başlayan Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi'ndeki hasta güvenliği uygulamaları mukayeseli olarak personelin görüşleri doğrultusunda incelenecektir. Bu çalışma neticesinde, hasta güvenliğinin sağlanmasında kalite ve akreditasyon çalışmalarının önemini ortaya çıkarmak amaçlanmaktadır.

Bu kapsamda araştırmanın alt amaçları şu şekilde belirtilebilir.

- Araştırmaya katılan hastane personelinin görevlerinin tespit edilmesi
- Araştırmaya katılan hastane personelinin eğitim durumunun tespit edilmesi
- Hastane yönetiminin hasta güvenliği çalışmalarına olan tutumunun belirlenmesi
- Hastane personelinin, hastanedeki kalite geliştirme ve hasta güvenliği programına ilişkin görüşlerinin tespit edilmesi
- Hastane personelinin, hasta güvenliğini sağlamaya yönelik yapılması gereken çalışmaların, hastanelerindeki uygulanma derecesine ilişkin görüşlerinin tespit edilmesi
- Hastane personelinin, hastanedeki kalite yönetim sistemi, hizmet kalitesi ve hasta güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamalara ilişkin genel görüşlerinin belirlenmesi

3.1.2. Araştırmanın Hipotezleri

Yukarıda belirtilen araştırma amaçları çerçevesinde araştırmayla ilgili geliştirilen hipotezleri şu şekilde belirtmek mümkündür.

- **Hipotez 1:** Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi ve Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi yönetimlerinin, kalite geliştirme ve hasta güvenliği programına yönelik *tutumları* arasında anlamlı farklılık vardır.

- **Hipotez 2:** Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi ve Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi arasında, hasta güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan çalışmaların *uygulanma derecesi* arasında anlamlı farklılık vardır.

- **Hipotez 3:** Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi ve Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesinde kalite geliştirme ve hasta güvenliği programına ilişkin hastane yönetiminin *tutumu* ile hasta güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan çalışmaların *uygulanma derecesi* arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.

3.2. Araştırmanın Yöntemi

Bu bölümde araştırmaya dâhil edilen hastanenin seçilmesi, anket formlarının hazırlanması, cevaplanan anketlerin kodlanması ve verilerin analiz edilmesinde kullanılan yöntemler hakkında bilgi verilecektir.

3.2.1. Araştırmaya Dâhil Edilen Kurumun Seçilmesi

Araştırma, kalite ve akreditasyon konusunda etkin çalışmaları olduğu tespit edilen Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi ve ilgili konularda çalışmalarına yeni başlayan Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi ile sınırlı tutulmuştur. Bu bağlamda araştırma Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi ve Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi'nde görev yapan doktor, yardımcı ve idari personel üzerinde gerçekleştirilmiştir.

3.2.2. Anket Formunun Hazırlanması

Araştırma amaçları doğrultusunda hazırlanan anket formundaki soruların belirlenmesinde T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan, "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin

Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” ve JCI (Joint Commission International) Uluslararası Hastane Standartları’ndan yararlanılmıştır.

Ankete son şeklini vermeden önce, taslak anket konunun uzmanı akademisyenlere ve Sağlık Bakanlığı’nda görev yapan konunun uzmanı personele sunulmuş anket üzerinde görüş bildirmeleri istenmiştir. Bu süreç sonunda anketin bazı soruları ve açıklamaları yeniden yazılarak ankete son şekli verilmiştir. Bu kapsamlı çalışmalar sonucunda son şekli verilen anket, toplam 4 sayfa ve 49 sorudan oluşmaktadır (bkz. Ek 1).

Soruların büyük bir bölümü ankete cevap verenlerin soruya uygun rakamı yazmalarını gerektiren "işaretlemeli soru"lardan oluşmaktadır. Ek 1'de görülen nihai anketi oluşturan soruları genel olarak iki grup altında toplamak mümkündür. Birinci grup sorular hastane personelini tanımaya yönelik demografik soru ve tanıtıcı bilgileri içeren sorulardır. İkinci grup sorular, doktorlara, idari ve yardımcı personele hasta güvenliği uygulamalarına yönelik sorulan sorulardan oluşmaktadır.

3.2.3. Veri Toplama Aracının Güvenirlik ve Geçerliliği

Araştırmada elde edilecek sonuçların doğruluğu, ölçümde kullanılan araçların özelliklerine bağlı olarak değişmektedir. Bu özellikler ölçüm aracının ölçmek istenilen özelliği tam ve doğru olarak ölçmesi (geçerlilik) ve ölçtüğü özelliği tutarlı olarak ölçmesi (güvenirlik)'dir. Bu bağlamda araştırma bulgularını değerlendirmeye geçmeden önce veri toplama aracının güvenilirliği ve geçerliliğinin incelenmesi gerekmektedir. Bu bölümde öncelikle anket formunda kullanılan ölçeklerin güvenilirlik ve geçerliliği ile ilgili bilgiler sunulacaktır.

3.2.3.1. Veri Toplama Aracının Güvenirliliği

Veri toplama aracının güvenilirliğinin değerlendirmesinde yeniden test metodu, eşdeğer ölçek metodu, ölçeği ikiye bölme metodu ve içsel tutarlılık metodu gibi yöntemler kullanılabilir. Diğer metotlar, iki farklı ölçüm aracının oluşturulması ya da aynı grup üzerinde iki bağımsız uygulamanın yapılması gibi

kısıtlara sahipken içsel tutarlılık metodu Cronbach alfa katsayısının hesaplanmasıyla değerlendirilmektedir (Ceyhan, 2007: 143).

Cronbach alfa katsayısı, güvenilirliğin test edilmesinde en çok yararlanılan metotlardan birisidir. Bu araştırmada da anket formunda yer alan ölçeklerin güvenilirliğinin değerlendirilmesinde Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. Tablo-3.1’de yer alan tablo araştırmada kullanılan temel ölçeklerin içsel güvenilirlik katsayılarını göstermektedir.

Tablo-3.1: Araştırmada Kullanılan Temel Ölçeklerin Güvenirlilik Tablosu

Konu	Ölçüm Aralığı	Madde sayısı	Cronbach Alpha
Hastane yönetiminin kalite ve hasta güvenliği programına ilişkin tutumuna ait hastane personelinin görüşleri	5’li ölçek (1-5 arası)	12	0,925
Hasta güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan çalışmaların, hastanedeki uygulanma derecesine ilişkin hastane personelinin görüşleri	5’li ölçek (1-5 arası)	25	0,963
Hastane çalışanlarının hastanenin genel durumuna ilişkin görüşleri	5’li ölçek (1-5 arası)	3	0,948

Cronbach alfa katsayısının düşük değeri (0'a yakın olması) değişkenlerin içsel olarak ilişkili olmadığını gösterir. Yeni geliştirilen ölçekler için kabul edilebilir Cronbach alfa katsayısı 0,50 iken, 0,70'den büyük olması içsel tutarlılığın yüksek olduğunu ifade etmektedir (Ceyhan, 2007: 143)

Tablo-3.1’de de görüleceği gibi araştırmada kullanılan ölçeklerin Cronbach Alpha değerler 0,925 ile 0,963 arasında değişmektedir. Bu bağlamda ölçeklerin güvenilir olduğu söylenebilir.

3.2.3.2. Veri Toplama Aracının Geçerliliği

Bu araştırmada kullanılan veri toplama aracının içerik geçerliliği çeşitli aşamalardan oluşmaktadır. İlk olarak anket formunda yer alacak soruların ve bu sorulara ait seçeneklerin belirlenmesinde kapsamlı bir literatür çalışmasın yurütulmuştur. Literatür incelemesi doğrultusunda her soru için, daha önce yapılan çalışmalarda kullanılan veya yeni geliştirilen ayrıntılı bir madde listesi hazırlanmıştır. Hazırlanan listeden anket formunda yer alacak olan sorular ve maddeleri oluşturularak konunun uzmanı olan akademisyenlerin gürüşleri alınmıştır. Uzmanlar tarafından yapılan inceleme sonucunda taslak anketle ilgili olarak getirilen öneriler çerçevesinde bazı sorular veya soru seçenekleri ankettten çıkarılmış, değiştirilmiş ya da yenileri eklenmiştir. Sonuç olarak, yapılan araştırma ve gürüşmeler ile araştırmada kullanılacak anketin içerik geçerliliği sağlanmıştır.

3.2.4. Verilerin Kodlanması, Düzenlenmesi ve Analizi

Araştırmaya katılanların cinsiyeti, eğitim düzeyi, yaşı, görevi, gibi kriterler dikkate alınarak, Ankara ilindeki iki hastanedeki hasta güvenliği çalışmaları 1 ile 5 arasında değişen Bir Likert Tipi Tutum Ölçeği göz önünde tutularak mukayeseli olarak değerlendirilecektir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular, SPSS 15.0 (Statistical Package For Social Sciences) paket programı kullanılarak yorumlanmıştır. SPSS; sosyal bilimlere ilişkin araştırma sonuçlarının analizinde yaygın bir şekilde kullanılmakta olup, kapsamlı istatistiksel analiz tekniklerini içermektedir.

Araştırmanın amacı doğrultusunda geliştirilen hipotezleri test etmek için farklılık analizlerinden T-testi, ilişki analizi olarak da korelasyon testi uygulanmıştır.

3.2.5. Bulgular

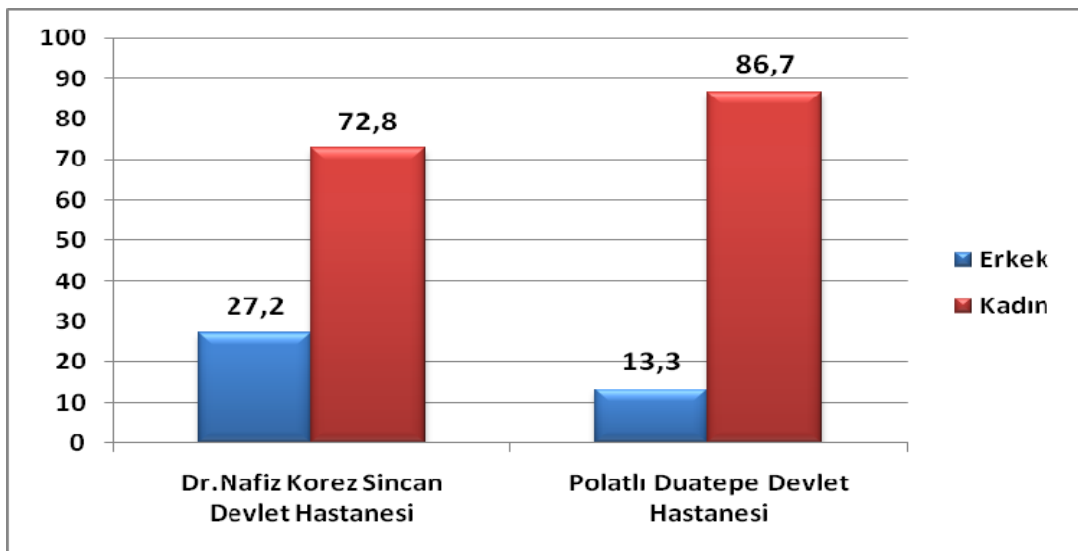
3.2.5.1. Araştırmaya Katılanlara İlişkin Demografik Bilgiler

Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine ilişkin bilgiler aşağıda Tablo-3.2’de gürüldüğu gibidir.

Tablo-3.2: Araştırmaya Katılanların Cinsiyetleri

	Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi		Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Erkek	58	27,2	22	13,3
Kadın	155	72,8	143	86,7
Toplam	213	100,0	165	100,0

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi çalışanlarının %27,2'si erkek ve %72,8'i kadındır. Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi çalışanlarına bakıldığında ise %13,3'ünün erkek, geriye kalan %86,7'sininde kadın olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan 378 kişi, uzman hekim, diş hekimi, pratisyen hekim, yardımcı sağlık personeli, eczacı olmak üzere hastane çalışanıdır. Araştırmaya katılan toplam erkek sayısı 80, toplam kadın sayısı ise 298'dir. Araştırmaya katılan kişilerden kadınların sayısının erkeklere oranla oldukça yüksek olduğu net bir şekilde Grafik 7'de görülmektedir.

Grafik-3.1: Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlerinin Yüzde Oranları

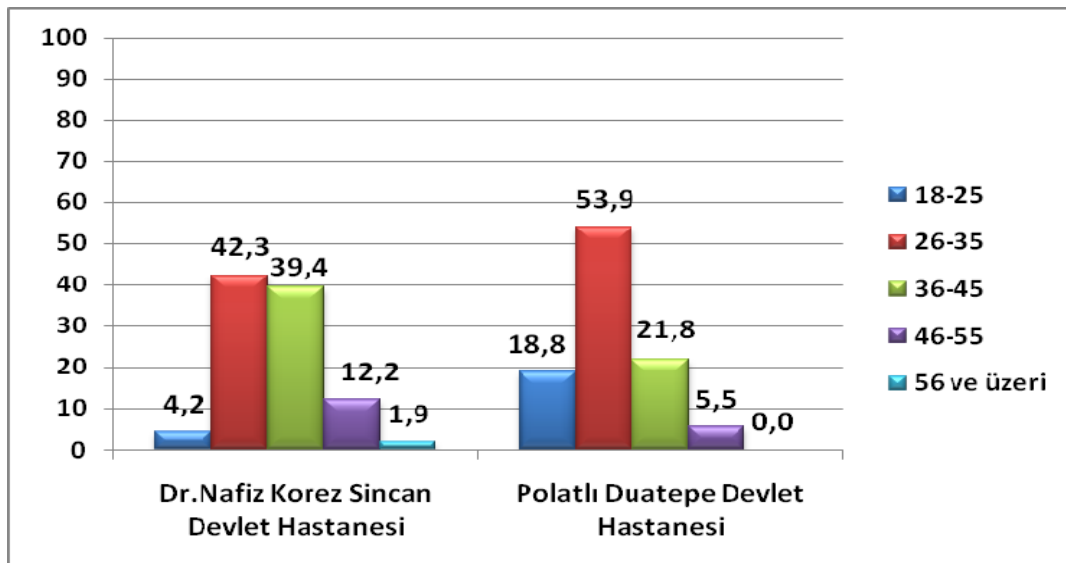
Araştırmaya katılanların yaşlarına ilişkin bilgiler aşağıda Tablo-3.3'de görüldüğü gibidir.

Tablo-3.3: Araştırmaya Katılanların Yaşları

	Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi		Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
18-25	9	4,2	31	18,8
26-35	90	42,3	89	53,9
36-45	84	39,4	36	21,8
46-55	26	12,2	9	5,5
56 ve üzeri	4	1,9	0	0
Toplam	213	100,0	165	100,0

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi çalışanlarının %4,2'si 18-25 yaş arasında; %42,3'ü 26-35 yaş arasında; %39,4'ü 36-45 yaş arasında; %12,2'si 46-55 yaş arasında ve %1,9'u 56 ve üzeri yaş grubundadır. Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi çalışanlarına bakıldığında ise %18,8'i 18-25 yaş arasında; %53,9'u 26-35 yaş arasında; %21,8'i 36-45 yaş arasında; %5,5'i 46-55 yaş arasındadır; 56 ve üzeri yaş grubunda ise katılımcı bulunmamaktadır.

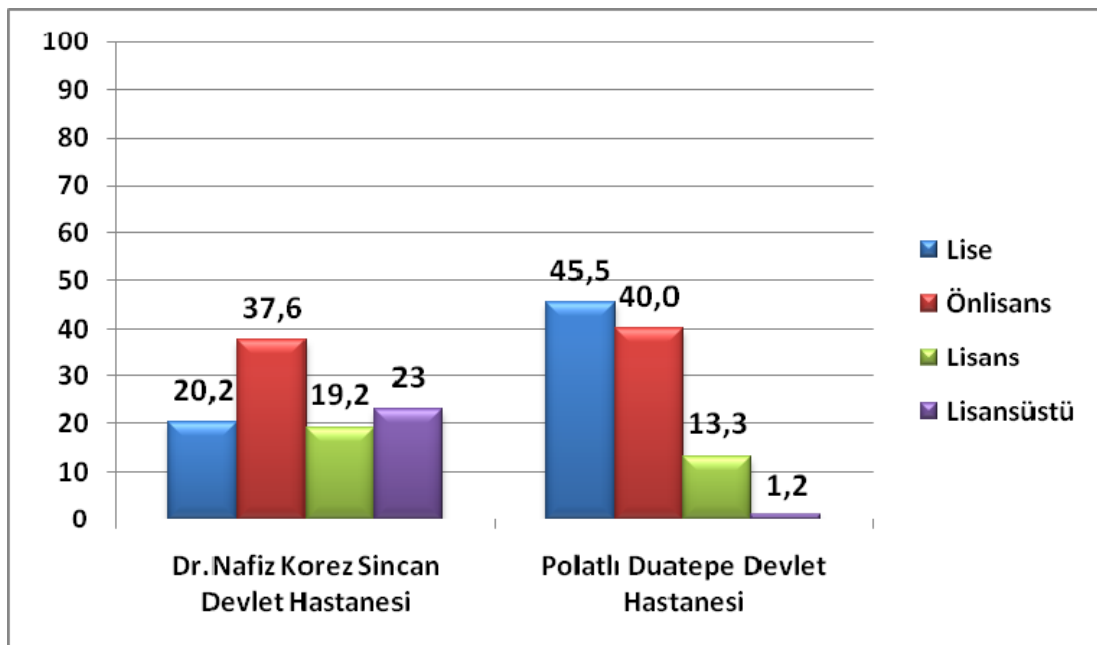
Grafik-3.2: Araştırmaya Katılanların Yaşlarının Yüzde Oranları



Tablo-3.4: Araştırmaya Katılanların Eğitim Düzeyleri

	Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi		Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Lise	43	20,2	75	45,5
Önlisans	80	37,6	66	40,0
Lisans	41	19,2	22	13,3
Lisansüstü	49	23,0	2	1,2
Toplam	213	100,0	165	100,0

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi çalışanlarının %20,2'si lise mezunu; %37,6'sı önlisans mezunu; %19,2'si lisans mezunu ve %23'ü lisansüstü mezundur. Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi çalışanlarının %45,5'i lise mezunu; %40'ı önlisans mezunu; %13,3'ü lisans mezunu ve %1,2'si lisansüstü mezundur.

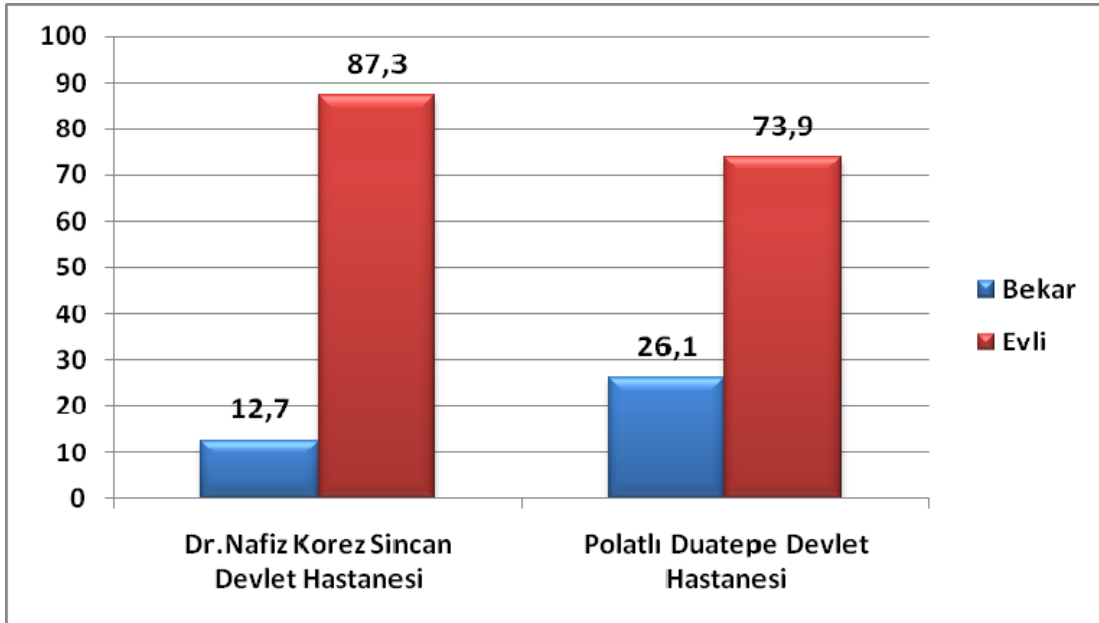
Grafik-3.3: Araştırmaya Katılanların Eğitim Düzeylerinin Yüzde Oranları

Araştırmaya katılanların medeni durumlarına ilişkin bilgiler aşağıda Tablo-3.5'de görüldüğü gibidir.

Tablo-3.5: Araştırmaya Katılanların Medeni Durumu

	Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi		Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bekâr	27	12,7	43	26,1
Evli	186	87,3	122	73,9
Toplam	213	100,0	165	100,0

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi çalışanlarının %87,3'ü evli ve %12,7'si bekârdır. Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi çalışanları incelendiğinde ise, %73,9'u evli, %26,1'i bekârdır. Araştırmaya katılan, toplam evli kişi sayısı 308 iken, toplam bekâr kişi sayısı 70'dir.

Grafik-3.4: Araştırmaya Katılanların Medeni Durumlarının Yüzde Oranları

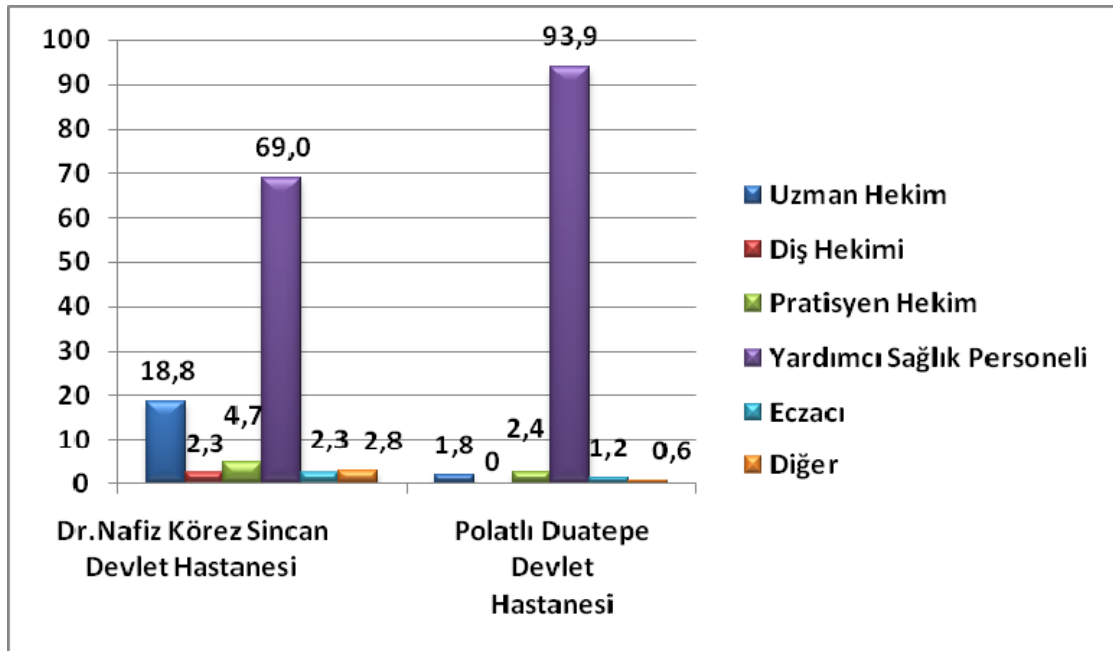
Araştırmaya katılanların mesleklerine ilişkin bilgiler aşağıda Tablo-3.6'da görüldüğü gibidir.

Tablo-3.6: Araştırmaya Katılanların Meslekleri

	Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi		Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Uzman Hekim	40	18,8	3	1,8
Diş Hekimi	5	2,3	0	0,0
Pratisyen Hekim	10	4,7	4	2,4
Yardımcı Sağlık Personeli	147	69,0	155	93,9
Eczacı	5	2,3	2	1,2
Diğer	6	2,8	1	0,6
Toplam	213	100,0	165	100,0

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi çalışanlarının %18,8'i uzman hekim; %2,3'ü diş hekimi; %4,7'si pratisyen hekim; %69'u yardımcı sağlık personeli(ebe, hemşire, sağlık memuru, sağlık teknisyeni); %2,3'ü eczacı ve %2,8'i diğer meslek gruplarındandır. Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi çalışanları incelendiğinde ise %1,8'i uzman hekim; %2,4'ü pratisyen hekim; %93,9'u yardımcı sağlık personeli(ebe, hemşire, sağlık memuru, sağlık teknisyeni); %1,2'si eczacı ve %0,6'sı diğer meslek gruplarındandır. Farklı meslek gruplarından oluşan araştırmada, yardımcı sağlık personeli(ebe, hemşire, sağlık memuru, sağlık teknisyeni) sayısının diğer meslek gruplarına oranla daha fazla olduğu görülmektedir.

Grafik-3.5: Araştırmaya Katılanların Mesleklerinin Yüzde Oranları



Tablo-3.7: Araştırmaya Katılanların En Son Çalıştıkları Birim

	Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi		Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Dahiliye	17	8,0	17	10,3
Cerrahi	14	6,6	10	6,1
Kadın Doğum	14	6,6	22	13,3
Çocuk Hastalıkları	10	4,7	17	10,3
Acil	15	7,0	28	17,0
Yoğun Bakım	12	5,6	7	4,2
Eczane	6	2,8	2	1,2
Laboratuvar	28	13,1	6	3,6
Radyoloji	13	6,1	4	2,4
Anestezi	8	3,8	0	0,0
Göğüs Hastalıkları Polikliniği	5	2,3	5	3,0
Kan Merkezi	5	2,3	6	3,6

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	7	3,3	7	4,2
Kulak Burun Boğaz (KBB)	9	4,2	4	2,4
Diş Polikliniği	10	4,7	5	3,0
Aile Hekimliği	2	0,9	2	1,2
Göz Polikliniği	0	0,0	2	1,2
Ortopedi	11	5,2	10	6,1
Üroloji	3	1,4	6	3,6
Nöroloji	2	0,9	5	3,0
Patoloji	3	1,4	0	0,0
Dermatoloji	3	1,4	0	0,0
Beslenme ve Diyet Bölümü	3	1,4	0	0,0
Psikiyatri	1	0,5	0	0,0
İdari Birim	2	0,9	0	0,0
Ameliyathane	7	3,3	0	0,0
Kardiyoloji	3	1,4	0	0,0
Toplam	213	100,0	165	100,0

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi çalışanlarının en son çalışmış oldukları birimleri inceleyecek olursak; %8'i dahiliye; %6,6'sı cerrahi, %6,6'sı kadın doğum; %4,7'si çocuk hastalıkları; %7'si acil; %5,6'sı yoğun bakım; %2,8'i eczane; %13,1'i laboratuvar; %6,1'i radyoloji; %3,8'i anestezi; %2,3'ü göğüs hastalıkları polikliniği; %2,3'ü kan merkezi; %3,3'ü fizik tedavi ve rehabilitasyon; %4,2'si kulak burun boğaz (KBB); %4,7'si diş polikliniği; %0,9'u aile hekimliği; %5,2'si ortopedi; %1,4'ü üroloji; %0,9'u nöroloji; %1,4'ü patoloji; %1,4'ü dermatoloji; %1,4'ü beslenme ve diyet bölümü; %0,5'i psikiyatri; %0,9'u idari birim; %3,3'ü ameliyathane ve %1,4'ü kardiyoloji biriminde görev yapmıştır. Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi çalışanlarının en son çalışmış oldukları birimleri inceleyecek olursak; %10,3'ü dahiliye; %6,1'i cerrahi, %13,3'ü kadın doğum; %10,3'ü çocuk hastalıkları; %17'si acil; %4,2'si yoğun bakım; %1,2'si eczane; %3,6'sı laboratuvar; %2,4'ü radyoloji;

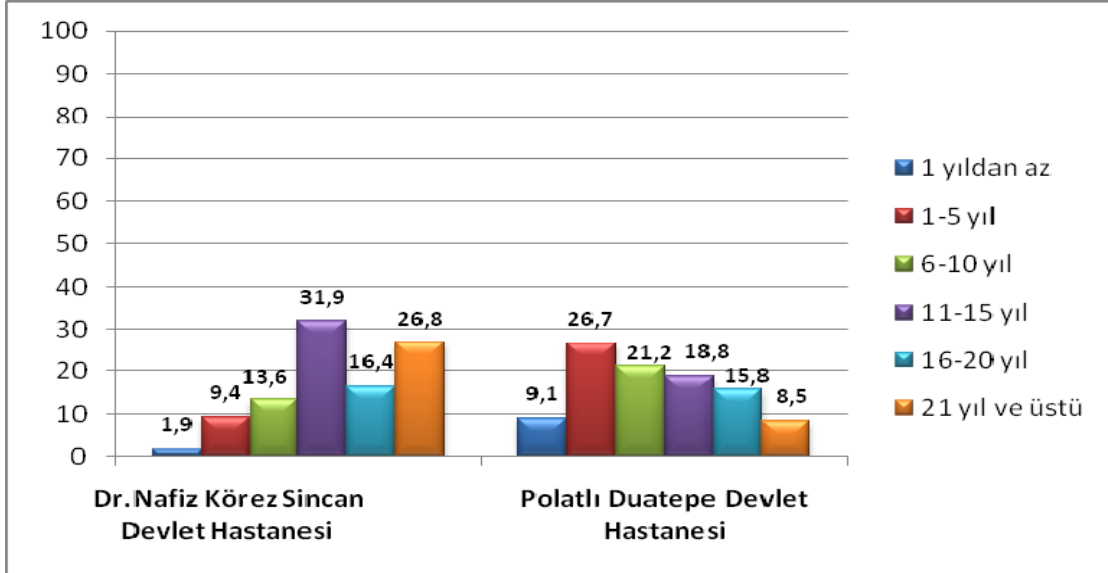
%3'ü göğüs hastalıkları polikliniği; %3,6'sı kan merkezi; %4,2'si fizik tedavi ve rehabilitasyon; %2,4'ü kulak burun boğaz (KBB); %3'ü diş polikliniği; %1,2'si aile hekimliği; %1,2'si göz polikliniği; %6,1'i ortopedi; %3,6'sı üroloji; %3'ü nöroloji biriminde görev yapmıştır.

Tablo-3.8: Araştırmaya Katılanların Meslekteki Toplam Çalışma Süresi

	Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi		Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
1 yıldan az	4	1,9	15	9,1
1-5 yıl	20	9,4	44	26,7
6-10 yıl	29	13,6	35	21,2
11-15 yıl	68	31,9	31	18,8
16-20 yıl	35	16,4	26	15,8
21 yıl ve üstü	57	26,8	14	8,5
Toplam	213	100,0	165	100,0

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi çalışanlarının %1,9'u 1 yıldan az; %9,4'ü 1-5 yıldır; %13,6'sı 6-10 yıldır; %31,9'u 11-15 yıldır; %16,4'ü 16-20 yıldır; %26,8'i ise 21 yıl ve daha fazla süredir mevcut mesleklerinde çalışmaktadır. Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi çalışanları incelendiğinde ise %9,1'i 1 yıldan az; %26,7'si 1-5 yıldır; %21,2'si 6-10 yıldır; %18,8'i 11-15 yıldır; %15,8'i 16-20 yıldır; %8,5'i ise 21 yıl ve daha fazla süredir buldukları meslekte çalışmaktadır.

Grafik-3.6: Araştırmaya Katılanların Meslekteki Toplam Çalışma Süresinin Yüzde Oranları



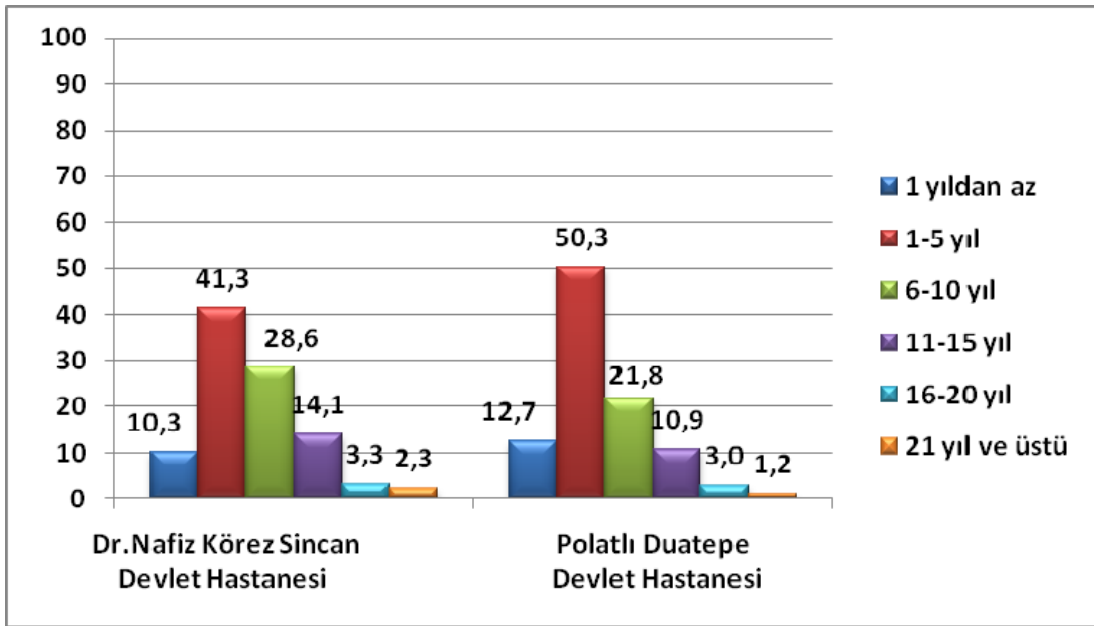
Tablo-3.9: Araştırmaya Katılanların Şu an Çalıştıkları Hastanedeki Çalışma Süresi

	Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi		Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
1 yıldan az	22	10,3	21	12,7
1-5 yıl	88	41,3	83	50,3
6-10 yıl	61	28,6	36	21,8
11-15 yıl	30	14,1	18	10,9
16-20 yıl	7	3,3	5	3,0
21 yıl ve üstü	5	2,3	2	1,2
Toplam	213	100,0	165	100,0

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi çalışanlarının %10,3'ü 1 yıldan az; %41,3'ü 1-5 yıldır; %28,6'sı 6-10 yıldır; %14,1'i 11-15 yıldır; %3,3'ü 16-20 yıldır; %2,3'ü ise 21 yıl ve daha fazla süredir şu an buldukları hastanede çalışmaktadır. Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi

çalışanları incelendiğinde ise %12,7'si 1 yıldan az; %50,3'ü 1-5 yıldır; %21,8'i 6-10 yıldır; %10,9'u 11-15 yıldır; %3'ü 16-20 yıldır; %1,2'si ise 21 yıl ve daha fazla süredir şu an buldukları hastanede çalışmaktadır.

Grafik-3.7: Araştırmaya Katılanların Şu an Çalıştıkları Hastanedeki Çalışma Süresi Yüzde Oranları (%)



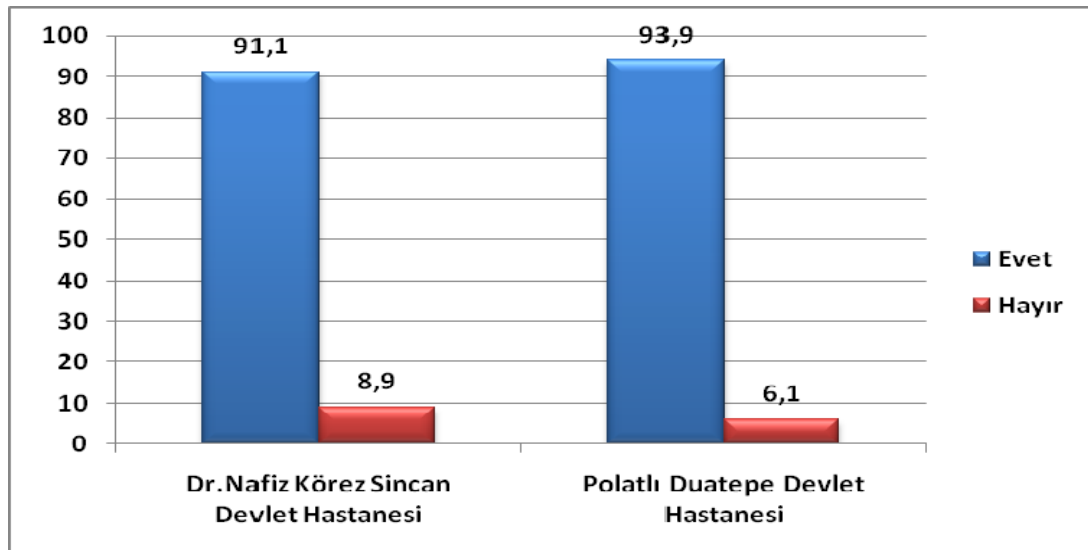
Tablo-3.10: Araştırmaya Katılanların, Hastalarla Direkt Etkileşim veya Temas Halinde Olup Olmama Durumu

	Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi		Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	194	91,1	155	93,9
Hayır	19	8,9	10	6,1
Toplam	213	100,0	165	100,0

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi çalışanlarının %91,1'i hastalarla direkt etkileşim veya temas halinde iken, %8,9'u hastalarla direkt etkileşim veya temas halinde olmadığını belirtmiştir. Polatlı

Duatepe Devlet Hastanesi çalışanları incelendiğinde ise %93,9'u hastalarla direkt etkileşim veya temas halinde iken, %6,1'i hastalarla direkt etkileşim veya temas halinde olmadığını belirtmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hastane personelinin büyük çoğunluğunun hastalar ile direkt etkileşim veya temas halinde olduğu net bir şekilde görülmektedir. Bu durum hasta güvenliği uygulamaları sürecinde, çalışanların hastanelerindeki hasta güvenliği çalışmalarını gözlemlemeleri, olumlu veya olumsuz açılardan değerlendirebilmeleri bakımından önem arz etmektedir.

Grafik-3.8: Araştırmaya Katılanların, Hastalarla Direkt Etkileşim veya Temas Halinde Olup Olmama Durumu Yüzde Oranları (%)



3.2.5.2. Hastane Yönetiminin Kalite Geliştirme ve Hasta Güvenliği Programına İlişkin Tutumlarının Yüzdesel Dağılımları ve Aritmetik Ortalamaları

Araştırmamızın bu aşamasında Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi ve Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi yönetimlerinin, kalite geliştirme ve hasta güvenliği programına ilişkin tutumları ayrıntılı olarak incelenecektir.

Tablo-3.11: Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi Yönetiminin, Kalite Geliştirme ve Hasta Güvenliği Programına İlişkin Tutumlarının Yüzdesele Dağılımları ve Aritmetik Ortalamaları

1=Kesinlikle katılmıyorum 2=Katılmıyorum 3=Kararsızım 4=Katılıyorum 5=Kesinlikle katılıyorum

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Aritmetik Ortalama	Aritmetik Ortalama Sıralaması
	Kişi Sayısı (165)						
	Yüzde (% 100,0)						
Hastanemizde, hastane yönetimi kalite geliştirme ve hasta güvenliği programının planlanmasına ve izlenmesine katılmakta ve destek vermektedir	1	6	6	92	60	4,24	1
	0,6	3,6	3,6	55,8	36,4		
Kalite geliştirme ve hasta güvenliği programına ilişkin bilgiler hastane yönetimi tarafından personele düzenli olarak iletilmektedir	1	4	8	100	52	4,20	2
	0,6	2,4	4,8	60,6	31,5		
Hastane yönetimi, hangi süreçlerin izlenmesi, hangi iyileştirme ve hasta güvenliği faaliyetlerinin yürütülmesi gerektiğinin önceliğini belirlemektedir	2	3	14	91	55	4,18	3
	1,2	1,8	8,5	55,2	33,3		
Hastane yönetimi ve klinisyenler, kalite geliştirme ve hasta güvenliği programının planlanmasında ve yürütülmesinde işbirliği yapmaktadır	1	9	9	93	53	4,14	4
	0,6	5,5	5,5	56,4	32,1		
Hastane yönetimi, kalite geliştirme ve hasta güvenliği programına teknolojik ve diğer destekleri sağlamaktadır	0	7	14	97	47	4,12	5
	0,00	4,2	8,5	58,8	28,5		
Kalite geliştirme ve hasta güvenliği programı koordineli olarak yürütülmektedir	2	2	20	94	47	4,10	6
	1,2	1,2	12,1	57,0	28,5		
Hastane yönetimi, personelin kalite geliştirme ve hasta güvenliği programına ilişkin eğitimlere katılmalarına izin vermektedir	2	5	22	86	50	4,08	7
	1,2	3,0	13,3	52,1	30,3		

Hastanemizde hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla aktif çalışmalar yapılmaktadır	0	6	17	107	35	4,04	8
	0,00	3,6	10,3	64,8	21,2		
Hasta güvenliğini etkileyebilecek hatalarla ilgili olarak bilgilendirme yapılmaktadır	0	4	19	112	30	4,02	9
	0,00	2,4	11,5	67,9	18,2		
Kalite geliştirme ve hasta güvenliği programındaki rolleri ile uyumlu olarak çalışanlara yeterli düzeyde eğitim programı uygulanmaktadır	3	4	14	117	27	3,98	10
	1,8	2,4	8,5	70,9	16,4		
Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirleri alınmaktadır	5	13	30	87	30	3,75	11
	3,0	7,9	18,2	52,7	18,2		
Hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek bir olay olduğunda, hastane personeli özgürce fikirlerini, yönetime iletebilmektedir	7	19	24	83	32	3,69	12
	4,2	11,5	14,5	50,3	19,4		

Tablo-3.11’de görüldüğü gibi Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi yönetiminin, “Kalite Geliştirme ve Hasta Güvenliği Programına İlişkin Tutumunun” aritmetik ortalamalarına bakıldığında birinci sırada: “Hastanemizde, hastane yönetimi kalite geliştirme ve hasta güvenliği programının planlanmasına ve izlenmesine katılmakta ve destek vermektedir”, en son sırada ise “Hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek bir olay olduğunda, hastane personeli özgürce fikirlerini, yönetime iletebilmektedir” önermelerinin yer aldığı tespit edilmiştir.

Tablo-3.12: Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi Yönetiminin, Kalite Geliştirme ve Hasta Güvenliği Programına İlişkin Tutumlarının Yüzdesele Dağılımları ve Aritmetik Ortalamaları

1=Kesinlikle katılmıyorum 2=Katılmıyorum 3=Kararsızım 4=Katılıyorum 5=Kesinlikle katılıyorum

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Aritmetik Ortalama	Aritmetik Ortalama Sıralaması
	Kişi Sayısı (213)						
	Yüzde (% 100,0)						
Hastanemizde, hastane yönetimi kalite geliştirme ve hasta güvenliği programının planlanmasına ve izlenmesine katılmakta ve destek vermektedir	11	28	29	122	23	3,55	1
	5,2	13,1	13,6	57,3	10,8		
Hastane yönetimi ve klinisyenler, kalite geliştirme ve hasta güvenliği programının planlanmasında ve yürütülmesinde işbirliği yapmaktadır	5	32	74	89	13	3,34	2
	2,3	15,0	34,7	41,8	6,1		
Kalite geliştirme ve hasta güvenliği programı koordineli olarak yürütülmektedir	8	27	88	76	14	3,29	3
	3,8	12,7	41,3	35,7	6,6		
Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirleri alınmaktadır	2	77	28	99	7	3,15	4
	0,9	36,2	13,1	46,5	3,3		
Hastane yönetimi, kalite geliştirme ve hasta güvenliği programına teknolojik ve diğer destekleri sağlamaktadır	4	87	22	93	7	3,06	5
	1,9	40,8	10,3	43,7	3,3		
Hastane yönetimi, hangi süreçlerin izlenmesi, hangi iyileştirme ve hasta güvenliği faaliyetlerinin yürütülmesi gerektiğinin önceliğini belirlemektedir	4	100	34	68	7	2,88	6
	1,9	46,9	16,0	31,9	3,3		
Hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek bir olay olduğunda, hastane personeli özgürce fikirlerini, yönetime iletebilmektedir	14	93	23	71	12	2,87	7
	6,6	43,7	10,8	33,3	5,6		

Hastanemizde hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla aktif çalışmalar yapılmaktadır	10	97	42	51	13	2,81	8
	4,7	45,5	19,7	23,9	6,1		
Hasta güvenliğini etkileyebilecek hatalarla ilgili olarak bilgilendirme yapılmaktadır	9	105	33	55	11	2,78	9
	4,2	49,3	15,5	25,8	5,2		
Hastane yönetimi, personelin kalite geliştirme ve hasta güvenliği programına ilişkin eğitimlere katılmalarına izin vermektedir	7	118	19	62	7	2,74	10
	3,3	55,4	8,9	29,1	3,3		
Kalite geliştirme ve hasta güvenliği programındaki rolleri ile uyumlu olarak çalışanlara yeterli düzeyde eğitim programı uygulanmaktadır	2	117	53	36	5	2,65	11
	0,9	54,9	24,9	16,9	2,3		
Kalite geliştirme ve hasta güvenliği programına ilişkin bilgiler hastane yönetimi tarafından personele düzenli olarak iletilmektedir	36	103	16	50	8	2,49	12
	16,9	48,4	7,5	23,5	3,8		

Tablo-3.12’de görüldüğü gibi Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi yönetiminin, “Kalite Geliştirme ve Hasta Güvenliği Programına İlişkin Tutumunun” aritmetik ortalamalarına bakıldığında birinci sırada: “Hastanemizde, hastane yönetimi kalite geliştirme ve hasta güvenliği programının planlanmasına ve izlenmesine katılmakta ve destek vermektedir”, en son sırada ise “Kalite geliştirme ve hasta güvenliği programına ilişkin bilgiler hastane yönetimi tarafından personele düzenli olarak iletilmektedir” önermelerinin yer aldığı tespit edilmiştir.

Her iki hastane yönetiminin kalite geliştirme ve hasta güvenliği programına ilişkin tutumunu mukayese edebilmek amacıyla yukarıda yapmış olduğumuz analize göre; Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi yönetiminin tutumuna ilişkin verilen cevapların aritmetik ortalamalarının 3,69 ile 4,24 arasında değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi yönetiminin tutumuna ilişkin verilen cevapların aritmetik ortalamalarının ise 2,49 ile 3,55 arasında değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Bu duruma göre Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi yönetiminin kalite geliştirme ve hasta güvenliği programına ilişkin

tutumunun, Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi yönetimine nazaran daha olumlu yönde olduğunu söyleyebiliriz.

3.2.5.3. Hasta Güvenliğini Sağlamaya Yönelik Yapılan Çalışmaların Uygulanma Derecelerinin Yüzdesel Dağılımları ve Aritmetik Ortalamaları

Araştırmamızın bu aşamasında Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi ve Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesindeki hasta güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan çalışmaların uygulanma dereceleri ayrıntılı olarak incelenecektir.

Tablo-3.13: Polatlı Duatepe Devlet Hastanesinde Hasta Güvenliğini Sağlamaya Yönelik Yapılan Çalışmaların Uygulanma Derecelerinin Yüzdesel Dağılımları ve Aritmetik Ortalamaları

1= Kesinlikle Uygulanmıyor 2=Uygulanmıyor 3=Kararsızım 4=Uygulanıyor 5=Kesinlikle Uygulanıyor

	Kesinlikle Uygulanmıyor	Uygulanmıyor	Kararsızım	Uygulanıyor	Kesinlikle uygulanıyor	Aritmetik Ortalama	Aritmetik Ortalama Sıralaması
	Kişi Sayısı (165)						
	Yüzde (% 100,0)						
Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması için “Mavi Kod Uygulaması” yapılır	1	0	0	47	117	4,69	1
	0,6	0,0	0,0	28,5	70,9		
Hastalara; ilaç, kan ya da kan ürünleri verilmeden önce kimlik doğrulama işlemi yapılır	1	0	5	69	90	4,50	2
	0,6	0,0	3,0	41,8	54,5		
Yeni doğan/bebek/çocuk kaçırılması veya kaybolması durumlarına karşı önlem almak ve bebek güvenliğini sağlamak amacıyla “pembe kod” uygulaması gerçekleştirilir	1	0	3	72	89	4,50	3
	0,6	0,0	1,8	43,6	53,9		
Hastalar cerrahi işlemlerden önce kimlik doğrulama işlemine tabi tutulur	1	0	12	63	89	4,45	4
	0,6	0,0	7,3	38,2	53,9		

Düşme riskinin yüksek olduğu bölgelere uyarıcı tabela, resim ile uyarı levhaları konularak hastaların bu bölgelerde daha dikkatli olmaları sağlanır	1	3	6	70	85	4,42	5
	0,6	1,8	3,6	42,4	51,5		
Yüksek riskli ilaçlar etiketlenerek belirlenir	1	0	8	76	80	4,42	6
	0,6	0,0	4,8	46,1	48,5		
Enfeksiyon risklerinin azaltılması için enfeksiyon kontrol ve önleme çalışmaları sistemli bir biçimde uygulanır	0	1	10	76	78	4,40	7
	0,0	0,6	6,1	46,1	47,3		
Sağlık hizmeti verenler arasında iletişim güvenliğinin sağlanması amacıyla; sözlü ve telefonla verilen talimatlar ile ilgili süreç oluşturularak uygulanır	1	0	8	80	76	4,39	8
	0,6	0,0	4,8	48,5	46,1		
Düşme vakaları rapor edilir	1	0	17	68	79	4,36	9
	0,6	0,0	10,3	41,2	47,9		
Düşme riski bulunan hastaların, düşmelerden kaynaklanan zarar görme riskinin azaltılmasına yönelik tedbirler uygulanır	1	2	10	81	71	4,33	10
	0,6	1,2	6,1	49,1	43,0		
Yüksek riskli ilaç kategorileri ve sınıfları tespit edilir	1	0	10	90	64	4,31	11
	0,6	0,0	6,1	54,5	38,8		
Bir hata gerçekleştiğinde, bu durum raporlanır ve hastane yönetimine sunulur	1	1	15	82	66	4,28	12
	0,6	0,6	9,1	49,7	40,0		
Yangın söndürme araçlarının her an kullanıma hazır olması sağlanır	2	2	8	89	64	4,28	13
	1,2	1,2	4,8	53,9	24,8		
Sözlü talimatı veren tabibin adı ve soyadı, talimatın alındığı tarih ve saat, "Sözlü ve Telefonla Doktor Talimatları Formuna" kaydedilir	1	2	21	69	72	4,27	14
	0,6	1,2	12,7	41,8	43,6		
Kan bankasından gelen kan ve kan ürünleri cross-match formu ve kimlik bilgileri iki sağlık personeli tarafından kontrol edilir	1	3	20	72	69	4,24	15
	0,6	1,8	12,1	43,6	41,8		
Ameliyathanedeki tüm cihaz ve ısı kaynaklarının periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanır ve ameliyat öncesi son teknik kontrolleri yapılır	1	0	21	80	63	4,24	16
	0,6	0,0	12,7	48,5	38,2		

Yüksek riskli ilaç uygulamalarında yan etki, advers etki ve toksisite takibi yapılır	1	0	21	85	58	4,21	17
	0,6	0,0	12,7	51,5	35,2		
Yüksek yoğunluklu elektrolitlerin hasta bakım ünitelerinde bulundurulmamasına ve güvenli şekilde muhafaza edilmesine dikkat edilir	1	0	24	79	61	4,20	18
	0,6	0,0	14,5	47,9	37,0		
Hastanede tedavi süreci başlayan hastanın daha önceden kullandığı ilaçlar ve bitkisel uygulamaları tespit etmek için bir bilgilendirme formu doldurulur	3	3	24	65	70	4,19	19
	1,8	1,8	14,5	39,4	42,4		
Afetlere hazırlık kapsamında, afet planının tatbikatları yılda en az bir kere yapılır	4	4	17	77	63	4,16	20
	2,4	2,4	10,3	46,7	38,2		
Cerrahi işlemlerde taraf işaretleme süreci uygulanır	1	0	27	81	56	4,16	21
	0,6	0,0	16,4	49,1	33,9		
“Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi” hazırlanarak personel bilgilendirilir	2	11	25	72	55	4,01	22
	1,2	6,7	15,2	43,6	33,3		
Yüksek riskli hastalar için ayrı bir bakım protokolü oluşturulur	0	3	38	86	38	3,96	23
	0,0	1,8	23,0	52,1	23,0		
Tüm personel yangın söndürme teknikleri ve söndürme cihazlarının kullanımı konusunda eğitilir	4	8	23	89	41	3,94	24
	2,4	4,8	13,9	53,9	24,8		
Yüksek riskli ve kronik hastalığı nedeniyle, sık sık hastaneye başvuran hastaların daha hızlı hizmet alması için düzenlemeler yapılır	2	8	32	90	33	3,87	25
	1,2	4,8	19,4	54,5	20,0		

Tablo-3.13’de görüldüğü gibi Polatlı Duatepe Devlet Hastanesinde Hasta Güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan çalışmaların *uygulanma* derecelerinin aritmetik ortalamalarına bakıldığında ilk sırada “Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması için “Mavi Kod Uygulaması” yapılır” önermesinin yer aldığı, son sırada ise “Yüksek riskli ve kronik hastalığı nedeniyle, sık sık hastaneye

başvuran hastaların daha hızlı hizmet alması için düzenlemeler yapılır” önermesinin yer aldığı görülmektedir.

Tablo-3.14: Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesinde Hasta Güvenliğini Sağlamaya Yönelik Yapılan Çalışmaların Uygulama Derecelerinin Yüzesel Dağılımları ve Aritmetik Ortalamaları

1= Kesinlikle Uygulanmıyor 2=Uygulanmıyor 3=Kararsızım 4=Uygulanıyor 5=Kesinlikle Uygulanıyor

	Kesinlikle Uygulanmıyor	Uygulanmıyor	Kararsızım	Uygulanıyor	Kesinlikle uygulanıyor	Aritmetik Ortalama	Aritmetik Ortalama Sıralaması
	Kişi Sayısı (213)						
	Yüzde (% 100,0)						
Hastalara; ilaç, kan ya da kan ürünleri verilmeden önce kimlik doğrulama işlemi yapılır	1	73	39	87	13	3,78	1
	0,5	34,3	18,3	40,8	6,1		
Hastalar cerrahi işlemlerden önce kimlik doğrulama işlemine tabi tutulur	7	11	38	143	14	3,69	2
	3,3	5,2	17,8	67,1	6,6		
Enfeksiyon risklerinin azaltılması için enfeksiyon kontrol ve önleme çalışmaları sistemli bir biçimde uygulanır	3	13	62	119	16	3,62	3
	1,4	6,1	29,1	55,9	7,5		
Ameliyathanedeki tüm cihaz ve ısı kaynaklarının periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanır ve ameliyat öncesi son teknik kontrolleri yapılır	4	18	55	117	19	3,61	4
	1,9	8,5	25,8	54,9	8,9		
Yüksek yoğunluklu elektrolitlerin hasta bakım ünitelerinde bulundurulmamasına ve güvenli şekilde muhafaza edilmesine dikkat edilir	1	8	88	103	13	3,56	5
	0,5	3,8	41,3	48,4	6,1		
Düşme vakaları rapor edilir	6	22	50	121	14	3,54	6
	2,8	10,3	23,5	56,8	6,6		

Yüksek riskli ilaç kategorileri ve sınıfları tespit edilir	3	16	81	93	20	3,52	7
	1,4	7,5	38,0	43,7	9,4		
Yüksek riskli ilaçlar etiketlenerek belirlenir	2	20	77	97	17	3,50	8
	0,9	9,4	36,2	45,5	8,0		
Cerrahi işlemlerde taraf işaretleme süreci uygulanır	2	17	94	82	18	3,46	9
	0,9	8,0	44,1	38,5	8,5		
Sağlık hizmeti verenler arasında iletişim güvenliğinin sağlanması amacıyla; sözlü ve telefonla verilen talimatlar ile ilgili süreç oluşturularak uygulanır	2	23	113	67	8	3,26	10
	0,9	10,8	53,1	31,5	3,8		
Düşme riski bulunan hastaların, düşmelerden kaynaklanan zarar görme riskinin azaltılmasına yönelik tedbirler uygulanır	4	33	92	78	6	3,23	11
	1,9	15,5	43,2	36,6	2,8		
Kan bankasından gelen kan ve kan ürünleri cross-match formu ve kimlik bilgileri iki sağlık personeli tarafından kontrol edilir	1	73	39	87	13	3,18	12
	0,5	34,3	18,3	40,8	6,1		
“Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi” hazırlanarak personel bilgilendirilir	9	38	85	72	9	3,16	13
	4,2	17,8	39,9	33,8	4,2		
Yangın söndürme araçlarının her an kullanıma hazır olması sağlanır	13	50	90	48	12	2,99	14
	6,1	23,5	42,3	22,5	5,6		
Yüksek riskli ilaç uygulamalarında yan etki, advers etki ve toksisite takibi yapılır	4	92	33	73	11	2,98	15
	1,9	43,2	15,5	34,3	5,2		
Düşme riskinin yüksek olduğu bölgelere uyarıcı tabela, resim ile uyarı levhaları konularak hastaların bu bölgelerde daha dikkatli olmaları sağlanır	10	88	31	76	8	2,92	16
	4,7	41,3	14,6	35,7	3,8		
Sözlü talimatı veren tabibin adı ve soyadı, talimatın alındığı tarih ve saat, “Sözlü ve Telefonla Doktor Talimatları Formuna” kaydedilir	16	66	59	65	7	2,91	17
	7,5	31,0	27,7	30,5	3,3		
Yüksek riskli hastalar için ayrı bir bakım protokolü oluşturulur	3	104	28	69	9	2,89	18
	1,4	48,8	13,1	32,4	4,2		

Bir hata gerçekleştiğinde, bu durum raporlanır ve hastane yönetimine sunulur	9	108	23	66	7	2,78	19
	4,2	50,7	10,8	31,0	3,3		
Yüksek riskli ve kronik hastalığı nedeniyle, sık sık hastaneye başvuran hastaların daha hızlı hizmet alması için düzenlemeler yapılır	10	87	71	37	8	2,75	20
	4,7	40,8	33,3	17,4	3,8		
Afetlere hazırlık kapsamında, afet planının tatbikatları yılda en az bir kere yapılır	18	82	74	28	11	2,68	21
	8,5	38,5	34,7	13,1	5,2		
Hastanede tedavi süreci başlayan hastanın daha önceden kullandığı ilaçlar ve bitkisel uygulamaları tespit etmek için bir bilgilendirme formu doldurulur	5	126	29	46	7	2,64	22
	2,3	59,2	13,6	21,6	3,3		
Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması için “Mavi Kod Uygulaması” yapılır	31	77	63	35	7	2,58	23
	14,6	36,2	29,6	16,4	3,3		
Tüm personel yangın söndürme teknikleri ve söndürme cihazlarının kullanımı konusunda eğitilir	54	50	80	20	9	2,44	24
	25,4	23,5	37,6	9,4	4,2		
Yeni doğan/bebek/çocuk kaçırılması veya kaybolması durumlarına karşı önlem almak ve bebek güvenliğini sağlamak amacıyla “pembe kod” uygulaması gerçekleştirilir	38	84	66	17	8	2,40	25
	17,8	39,4	31,0	8,0	3,8		

Tablo-3.14’de görüldüğü gibi Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesinde Hasta Güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan çalışmaların *uygulanma* derecelerinin aritmetik ortalamalarına bakıldığında ilk sırada “Hastalara; ilaç, kan ya da kan ürünleri verilmeden önce kimlik doğrulama işlemi yapılır” önermesinin yer aldığı, son sırada ise “Yeni doğan/bebek/çocuk kaçırılması veya kaybolması durumlarına karşı önlem almak ve bebek güvenliğini sağlamak amacıyla “pembe kod” uygulaması gerçekleştirilir” önermesinin yer aldığı görülmektedir.

Her iki hastanedeki, Hasta Güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan çalışmaların *uygulanma* derecelerini mukayese edebilmek amacıyla yukarıda yapmış olduğumuz analize göre; Polatlı Duatepe Devlet Hastanesindeki, hasta güvenliğini

sağlamaya yönelik yapılan çalışmaların uygulanma derecelerine ilişkin olarak verilen cevapların aritmetik ortalamalarının 4,69 ile 3,87 arasında değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesindeki hasta güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan çalışmaların uygulanma derecelerine ilişkin verilen cevapların aritmetik ortalamalarının ise 3,78 ile 2,40 arasında değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Bu duruma göre Polatlı Duatepe Devlet Hastanesindeki Hasta Güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan çalışmaların uygulanma derecelerinin, Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesindeki çalışmaların uygulanma derecelerine göre daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo-3.15: Polatlı Duatepe Devlet Hastanesindeki Katılımcıların, Hastanenin Genel Durumuna İlişkin Görüşlerinin Yüzselsel Dağılımları ve Aritmetik Ortalamaları

1= Çok Kötü 2=Kötü 3=Ne İyi Ne Kötü 4=İyi 5=Çok İyi

	Çok Kötü	Kötü	Ne İyi Ne Kötü	İyi	Çok İyi	Aritmetik Ortalama	Aritmetik Ortalama Sıralaması
	Kişi Sayısı (165)						
	Yüzde (% 100,0)						
Genel olarak, hastanemizin hasta güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamaları	0	1	5	74	85	4,47	1
	0,0	0,6	3,0	44,8	51,5		
Genel olarak, hastanemizin kalite yönetim sistemi	0	1	8	69	87	4,46	2
	0,0	0,6	4,8	41,8	52,7		
Genel olarak, hastanemizde sunulan hizmetin kalitesi	0	0	5	80	80	4,45	3
	0,0	0,0	3,0	48,5	48,5		

Tablo-3.15’de görüldüğü gibi Polatlı Duatepe Devlet Hastanesindeki katılımcıların hastanenin genel durumuna ilişkin vermiş oldukları cevapların aritmetik ortalamalarına bakıldığında, katılımcıların genel olarak hastanelerindeki

hasta güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan uygulamaları (4,47), hastanenin kalite yönetim sistemini (4,46) ve hastanede sunulan hizmetin kalitesini (4,45) yeterli düzeyde buldukları ve genel olarak “iyi” ve “çok iyi” seçenekleri arasında cevaplar verdikleri anlaşılmaktadır.

Tablo-3.16: Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesindeki Katılımcıların, Hastanenin Genel Durumuna İlişkin Görüşlerinin Yüzdesele Dağılımları ve Aritmetik Ortalamaları

1= Çok Kötü 2=Kötü 3=Ne İyi Ne Kötü 4=İyi 5=Çok İyi

	Çok Kötü	Kötü	Ne İyi Ne Kötü	İyi	Çok İyi	Aritmetik Ortalama	Aritmetik Ortalama Sıralaması
	Kişi Sayısı (165)						
	Yüzde (% 100,0)						
Genel olarak, hastanemizde sunulan hizmetin kalitesi	4	36	109	55	9	3,13	1
	1,9	16,9	51,2	25,8	4,2		
Genel olarak, hastanemizin kalite yönetim sistemi	14	23	115	56	5	3,07	2
	6,6	10,8	54,0	26,3	2,3		
Genel olarak, hastanemizin hasta güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamaları	6	75	100	26	6	2,77	3
	2,8	35,2	46,9	12,2	2,8		

Tablo-3.16’da görüldüğü gibi Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesindeki katılımcıların hastanenin genel durumuna ilişkin vermiş oldukları cevapların aritmetik ortalamalarına bakıldığında, katılımcıların genel olarak hastanelerinde sunulan hizmetin kalitesini (3,13), hastanenin kalite yönetim sistemini (3,07) ve hastanelerindeki hasta güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamaları (2,77) yeterli düzeyde görmedikleri ve genel olarak “ne iyi ne kötü” seçeneğine yakın cevaplar verdikleri anlaşılmaktadır.

3.2.5.4. Farklılık Analizleri Sonuçları

Yapılan T Testi sonucunda Polatlı Duatepe ve Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanelerinin tutum ve uygulamalarına ilişkin bulgular aşağıdaki tablolarda belirtilmiştir.

Tablo-3.17: Hastane Yönetimlerinin Kalite Geliştirme ve Hasta Güvenliği Programına İlişkin Tutumlarının Karşılaştırılması

Hastane	N	Ortalama	Standart Sapma	Serbestlik Derecesi	t	p
Dr.Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi	213	2,9679	,63682	376	-18.096	0,000
Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi	165	4,0429	,51786			

Yapılan T Testi sonucunda; Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi ve Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi yönetimlerinin, “**Kalite Geliştirme ve Hasta Güvenliği Programına İlişkin Tutumları**” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmıştır ($p=0,000$). Bu çerçevede **hipotez 1** (Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi ve Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi yönetimlerinin kalite geliştirme ve hasta güvenliği programına ilişkin *tutumları* arasında anlamlı farklılık vardır) kabul edilmiştir. Ortalamalara bakıldığında Polatlı Duatepe Devlet Hastanesinin (4,0429), Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesine göre (2,9679) daha olumlu bir tutuma sahip olduğu görülmektedir.

Polatlı Duatepe Devlet Hastanesinin, ISO 9001:2000 Kalite Belgesine sahip olmasının; JCI standartlarına uygun olarak uzun süredir yürütülmekte olan kalite ve akreditasyon çalışmalarının; kalite, akreditasyon ve hasta güvenliği konularında bünyesinde profesyonel anlamda komisyonlar kurmasının, hastane yönetimi ile personel arasında ilgili konularda sürekli iletişimin olmasının; Dr. Nafiz Körez

Sincan Devlet Hastanesinde ise kalite, akreditasyon ve hasta güvenliğine yönelik çalışmaların yeni sayılabilecek bir zaman diliminde başlamış olmasının, bu farklılığın oluşmasında etkili olduğundan söz edilebilir.

Tablo-3.18: Hasta Güvenliğini Sağlamaya Yönelik Yapılan Çalışmaların Uygulanma Derecelerinin Karşılaştırılması

Hastane	n	Ortalama	Standart Sapma	Serbestlik Derecesi	t	p
Dr.Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi	213	3,1223	,47338	376	-22,430	0,000
Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi	165	4,2710	,50914			

Yapılan T Testi sonucunda; Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi ve Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesinde **“Hasta Güvenliğini Sağlamaya Yönelik Yapılan Çalışmaların Uygulanma Dereceleri”** arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmıştır ($p=0,000$). Bu çerçevede **hipotez 2** (Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi ve Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi arasında, hasta güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan çalışmaların uygulanma derecesi arasında anlamlı farklılık vardır) kabul edilmiştir. Ortalamalara bakıldığında Polatlı Duatepe Devlet Hastanesindeki (4,2710) hasta güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan çalışmaların uygulanma derecesinin, Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesine göre (3,1223) daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bu farklılığın oluşmasında, Tablo-3.17’de de görüldüğü gibi Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi yönetiminin, Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi yönetimine kıyasla, kalite geliştirme ve hasta güvenliğinin sağlanması hususlarında daha olumlu bir tutuma sahip olmasının ve Polatlı Duatepe Devlet Hastanesinde uzun süredir

profesyonel olarak yürütülmeye çalışılan kalite, akreditasyon ve hasta güvenliği çalışmalarının etkili olduğu söylenebilir.

3.2.5.5. Korelasyon Analizi Sonuçları

Hastane Yönetimlerinin Kalite Geliştirme ve Hasta Güvenliği Programına İlişkin **Tutumları** ile Hasta Güvenliğini Sağlamaya Yönelik Yapılan Çalışmaların **Uygulanma Derecelerine** ilişkin ortalama, standart sapma, değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları ve Cronbach's Alpha değerleri Tablo-3.19'da verilmiştir.

Tablo-3.19: Tanımlayıcı İstatistikler, Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar ve Cronbach Alfa Değerleri

	Mean	Std. Deviation	1	2
1. Hastane Yönetimlerinin Kalite Geliştirme ve Hasta Güvenliği Programına İlişkin Tutumları	3,44	0,79	($\alpha=92,5$)	
2. Hasta Güvenliğini Sağlamaya Yönelik Yapılan Çalışmaların Uygulanma Dereceleri	3,63	0,75	0.753**	($\alpha=96,3$)

** Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır (2-tailed).

Pearson Korelasyon analizi sonucunda (Tablo-3.19); hastane yönetimlerinin “Kalite Geliştirme ve Hasta Güvenliği Programına İlişkin Tutumları” ile “Hasta Güvenliğini Sağlamaya Yönelik Yapılan Çalışmaların Uygulanma Dereceleri” arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde (Ural ve Kılıç, 2006: 248) anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,000$, $R=0,753$). Bu bağlamda; **hipotez 3** (Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi ve Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesinde kalite geliştirme ve hasta güvenliği programına ilişkin hastane yönetiminin tutumu ile hasta güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan çalışmaların uygulanma derecesi arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır) kabul edilmiştir. Yani hastane yönetimlerinin “Kalite Geliştirme ve Hasta Güvenliği Programına İlişkin Tutumları” olumlu yönde arttıkça, hastanelerindeki, “Hasta Güvenliğini Sağlamaya Yönelik Yapılan Çalışmaların Uygulanma Dereceleri” nin de artacağı ifade edilebilir.

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Bu tez çalışması çerçevesinde uygulanan örnek alan araştırmasına göre kalite ve akreditasyon çalışmalarını bünyesinde sistemli ve profesyonel bir şekilde uygulayan Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi ile bu çalışmalara yeni başlamış olan Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi'nde elde edilen bulgular şu şekilde özetlenebilir;

Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi yönetiminin, kalite geliştirme ve hasta güvenliği çalışmalarına yönelik olan *tutumunun*, kalite çalışmalarına yeni başlamış olan Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi yönetimine nazaran daha olumlu yönde olduğu tespit edilmiştir. Yapılan T Testinde de Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi ve Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi yönetimleri arasında kalite geliştirme ve hasta güvenliği programına ilişkin tutumları açısından anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Polatlı Duatepe Devlet Hastanesindeki Hasta Güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan çalışmaların uygulanma derecelerinin, Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesinde yapılan çalışmaların *uygulanma derecelerine* göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapmış olduğumuz T Testi neticesinde ise Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi ve Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi arasında, hasta güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan çalışmaların uygulanma derecesi arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmamız kapsamında iki farklı değişken arasındaki ilişkinin boyutu hakkında bilgi almak amacıyla yapmış olduğumuz korelasyon analizi sonucuna göre ise Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi ve Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesinde kalite geliştirme ve hasta güvenliği programına ilişkin hastane yönetiminin tutumu ile hasta güvenliğini sağlamaya yönelik yapılan çalışmaların uygulanma derecesi arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Bu durum hastane yönetimlerinin tutumunun, bu süreçte ne kadar önemli olduğunun kanıtlanması açısından önem arz etmektedir.

Küresel olarak hasta güvenliği hakkında atılan adımlar bir ivme kazanmaktadır. Sağlık hizmetleri alanında kamu politikası oluşturma sürecinde yetki sahibi olan kişi ve kurumlar, dünya genelinde hasta güvenliği başlığını bir öncelik olarak belirlemektedirler. İttifak'ın uluslar arası eylem sahasında gerçekleştirilen çalışmalar tempo kazanmaktadır.

Buna karşın, atılacak adımları daha ileriye taşıma noktasında konu, son derece zorlayıcı ve ivedilik arz eden özelliklere sahiptir. Yapılan tedavilerdeki hatalar coğrafyalarla sınırlı değildir. Yoksul ya da zengin olsun hiçbir ülke kendisinin, hasta güvenliği konusunda karşılaşılan tüm sorunları çözmüş bir sistem içerisinde sağlık hizmeti veriyor olduğu iddiasında bulunamaz (<http://www.performans.saglik.gov.tr>, e.t. 17.09.2009)

Eğitim düzeyinin ve etkileşimin artmasına paralel olarak, insanların sağlık konusundaki bilincinin de artış göstermesi, bireylerin kaliteli sağlık hizmeti alma yönündeki taleplerini artırmıştır. Son yıllarda dünyanın çeşitli ülkelerinde ve ülkemizde de hasta güvenliğini tehdit eden olayların artış göstermesi, sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği konusunun, hükümetlerin gündemine girmesine neden olmuştur. Bu doğrultuda, sağlık kurumlarında belirli standartların sağlanması; sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi; sağlık hizmetlerinin yönetim yapısının geliştirilmesi; halkın, sağlık hizmetlerinin kalitesine olan güvenini sağlamak ve hasta güvenliği konusunda iyileştirmeler yapmak amaçlarıyla sağlık kurumlarında kalite geliştirme ve akreditasyon çalışmaları yapılması oldukça önemli bir hal almıştır.

Sağlık sektöründe kalite geliştirme ve akreditasyon çalışmalarına olan ilginin artış göstermesi ve bu yönde yapılan çalışmaların yaygınlaşması, süreç iyileştirme, düzeltici-önleyici faaliyetler, olay bildirim ve raporlama sistemlerinin oluşumunu ve geliştirilmesini sağlamıştır. Yapılan çalışmalar, hasta ve sağlık çalışanları açısından tehdit unsuru oluşturan olayların tespit edilmesine ve hasta güvenliği konusundaki farkındalığın artmasına yardımcı olmuştur.

Devletin, vatandaşlarına sunmuş olduğu hizmetler arasında yer alan sağlık hizmetleri oldukça önemli bir konuma sahiptir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda

belirli kalite standartlarının sağlanması, çok iyi Şekilde tasarlanması ve planlanması gerekmektedir. Ayrıca sağlık hizmetinden yararlanacak olan bireylerin, oluşabilecek her türlü negatif durumdan asgari düzeyde korunmasını sağlamak amacıyla belirli kriterlere göre gerekli güvenliğin sağlanması oldukça önem arz etmektedir.

Sonuç olarak diyebiliriz ki, kalite ve akreditasyon çalışmalarına gereken önemin verilmesinin yanı sıra sistemli olarak profesyonel bir ekip tarafından, hastane yönetiminin olumlu tutumu ve desteği ile yürütülmesi hasta güvenliğinin sağlanması sürecinde oldukça önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon çalışmalarına sürekli olarak kazandırılması ve bir sağlık hizmet politikası olarak gerekli önemin verilmesi, hasta güvenliğinin sağlanması noktasında üzerinde hassasiyetle durulması gereken bir konudur.

KAYNAKÇA

- AKALIN**, Erdal, **Hasta Güvenliği Kùltürü: Nasıl Geliştirebiliriz?**, Ankem Dergisi, 2004
- AKAR**, Çetin, ÖZALP, Hüseyin, **Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**, Ankara, 2002
- AKDUR**, Recep, **“Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması**, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2000
- AKGEMCİ**, Tahir, **Stratejik Yönetim**, Gazi Kitabevi, Ankara, 2007
- AKGÜN**, Seval, **Sağlık Hizmetlerinde Kalite Uygulamaları Nasıl Olmalı?**, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kùltürü Dergisi, Sayı 4, 2007
- ATUN**, Rıfat, **Sağlık Hizmeti Sistemini Birinci Basamak Hizmetlere Odaklanacak Biçimde Yeniden Yapılandırmanın Avantajları ve Dezavantajları Nelerdir?**, DSÖ Avrupa Belgesi Evidence Network(HEN), Ocak, 2004
- ASLANTEKİN**, Filiz, vd., **Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstünağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği**
<http://web.firat.edu.tr/shmyo/edergi/ciltikisayialti/aslantekinveark6.pdf>,
 (03.03.2009)
- AYDIN**, Bilge, **Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi Yapılandırılıyor**, Ankara Üniversitesi Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi, Bildiriler Kitabı, Ankara, 2005
- AYDIN**, Bilge, **Sağlık Sektöründe Kalite Çalışmaları ve Akreditasyon**, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 2007
- BAĞCI**, Hasan, Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi, **Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyonun Geleceği**, C&B Basımevi, İstanbul, 2009

- ÇAKMAK**, Güler, **Akreditasyon Sağlık Kurumlarına Ne Sağlar?**, SB Diyalog Dergisi, Ankara, 2005
- ÇETİN**, Canan, AKIN, Besim, EROL, Vedat, **Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemi**, Beta Yayınları, İstanbul, 2001
- ÇEVİK**, Mustafa, **Kalite ve Akreditasyon**, http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/467_1akreditasyon.pdf , (23.03.2009)
- CEYHAN**, Ali, **Sağlık Kurumlarında İmaj Yönetimi Açısından Web Sayfası Tasarımlarının Kategorik Analizi ve Selçuk Üniversitesi Meran Tıp Fakültesi Uygulaması**, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 2007
- ÇORUH**, Mithat, **Hastane Kalite İyileştirmesini Sağlamak İçin JC-AMH ve ISO-9001 Kalite Sistemlerinin Entegrasyonu**, [http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/480_1%20\(4\).pdf](http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/480_1%20(4).pdf), (30.03.2009)
- ÇORUH**, Mithat, **Hastanelerde Kalite Belgesi Alma Girişimi ve Ötesi**, http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/525_12.pdf, (14.05.2008)
- DEMİRBAŞ**, Ali, BAL Ercan, BARSBAY Serkan, **Başlangıçtan Bugüne Akreditasyon**, SB Diyalog Dergisi, Eylül 2005
- DEVEBAKAN**, Nevzat, AKSARAYLI, Nevzat, **Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması**, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 5, Sayı 1, 2003
- DİNÇER**, Ömer; **Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası**, 5.Baskı, BETA Yayınevi, İstanbul, 2003

- DİNÇER**, Ömer; **Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası**, 5.Baskı, BETA Yayınevi, İstanbul 1998
- DURSUN**, Yunus Meral Çerçi; **“Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini Ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma”**, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı: 23, Temmuz-Aralık 2004
- ECER**, Ferhat, DEMİR Yavuz, USLU Sevilay, **“Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma”**, Standard Dergisi, Sayı: 490, Ekim 2002
- ER**, Salih, **Adisyon Kullanımına İlişkin Usul ve Esaslar**, http://www.guyad.org/makaleler/adisyon_kullanimi.htm, (20.09.2008)
- EREN**, Nevzat, **Sağlık Ocağı Yönetimi**, 6.Baskı, Palme Yayınları, Ankara, 1993
- ERGENOĞLU**, Aslı, **Sağlık Kurumlarının İyileştiren Hastane Anlayışı ve Akreditasyon Bağlamında Tasarımı ve Değerlendirilmesi**, Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul 2006
- ERSOY**, Kadri, **“Sağlık Bakımında, Hizmetlerinde Kalitenin Gelişimine Kısa Bir Bakış, Önce Kalite”**, Sağlık Bakanlığı, 1995
- European Quality Award Information for Applicants**, European Foundation for Quality Management, Brussels, 2002
- FİŞEK**, Gürhan, **Sosyal Barışıklığın Tutkalı: Sağlık**, Yeni Türkiye Dergisi, Sayı.39, Mayıs-Haziran, 2001
- FİŞEK**, Nusret, **Türk Halkının Sağlık Düzeyi Nasıl Yükseltilebilir?**, Türkiye Sosyal Ekonomik Siyasal Araştırma Vakfı, Ankara, 1989
- FİŞEK**, Nusret, **Sağlık Hizmetleri Ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları**, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html, (25.10.2008)

GEDİKLİ, Bülent, **Kamu Harcama Yönetiminde Kalite, Yolsuzlukla Mücadele İçin Bir Model Önerisi**, Yaklaşım Yayıncılık, Ocak, 2001

GOETSCH, David, **DAVIS**, Stanley B., **Understanding and Implementing ISO 9000:2000**, 2nd ed., Prentice Hall, New Jersey, 2002

GÖKTAŞ, Selma, **Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi**, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2007

GÖZLÜ, Sıtkı, **Kamu Hizmeti Veren Kuruluşlarda Toplam Kalite Yönetimi**, Kamu Yönetimi Disiplini Sempozyumu Bildirileri, TODAIE Yayınları, Ankara, 1995

GÜNEY, Salih, **Yönetim ve Organizasyon**, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2001

GÜVEN, Rabia, **Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı**, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 2007

HAMZAOĞLU, Onur, **ÖZCAN**, Umut, **Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006**, Türk Tabipler Birliği Yayınları, 1. Baskı, Ankara, 2005

HAYRAN, Osman, **Hastane Yöneticiliği**, Nobel Tıp Kitabevleri, 1997

HOFFMAN, Douglas and John E.G. Bateson, **Essentials of Service Marketing**, The Dryden, Press, USA, 1997

HUNT, Daniel, **Quality Management For Government**, ASQC Quality Press, Wisconsin, 1993

http://www.who.int/topics/patient_safety/en/ (20.04.2009)

<http://www.whpa.org/factptsafety.htm> (19.02.2009)

http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHTUR/life/20050131_3ç (11.11.2008)

- <http://www.ge.com/sixsigma/keyelements> (01.03.2009)
- http://www.geocities.com/ceteris_paribus_tr/ardic7.doc (04.03.2009)
- http://www.pfizer.com.tr/pfizer/tr/Basin_Bulten_Detay.aspx?id=112 (21.02.2009)
- <http://ab.org.tr/ab02/tammetin/57.doc> (26.10.2008)
- http://skid.org.tr/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=10&Itemid=85 (25.03.2009)
- <http://www.akademikbakis.org/pdfs/10/HizmetPazarlamasi.doc> (20.10.2008)
- <http://www.polatli.devlethastanesi.gov.tr/akreditasyon.html> (27.03.2009)
- <http://www.izleme.saglik.gov.tr/aa/ab1.ppt> (13.03.2009)
- http://www.belgenet.com/arsiv/ab/etki_2004-3.htm (15.10.2008)
- http://www.sabem.saglik.gov.tr/rapor_proje/goto.aspx?id=4786 (18.02.2009)
- <http://www.trforumuz.biz/depresyondaki-doktorlar-daha-fazla-hata-yapiyor-t94379.html?t=94379-100k> – (23.02.2009)
- <http://almanhastanesi.com.tr/haberler/jci.html> (27.03.2009)
- <http://sbu.saglik.gov.tr/extras/hastahaklari/elektronikkitap/sdemirelacilis.htm> (23.02.2009)
- <http://www.abcd.org.tr/yanlisteshis.htm> (01.03.2009)
- <http://www.akademika.org/iku-dergisi/pdf.php?id=142> (21.02.2009)
- http://www.amerikanhastanesi.com.tr/showcontent.aspx?content=files/htmls/skg_kalite.htm (13.03.2009)
- <http://www.arge.com.tr/Hizmetlerimiz/YonetimdeKalite/KaliteNedir/KaliteNedir.aspx> (01.03.2009)
- <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf> (07.03.2009)
- <http://www.danismend.com/konular/kaliteyon/URUN%20VE%20HIZMET%20KALITESININ%20BILESENLERI.htm> (03.03.2009)
- <http://www.das.org.tr/tr/dosya/kongre/kong2007/yazi/rabia.guven-das-2007-yazi.pdf> (18.02.2009)
- http://www.ekodialog.com/Hizmet_Ekonomisi/hizmet_ekonomisi_gelisimi.html (08.10.2008)
- http://www.grupmesa.gen.tr/mesa_yasam/detay.aspx?id=279&sayi=28&kategori (19.02.2009)
- <http://www.haberdem.com/haber/8320/Tibbi-hatalar-da-yuksekkarakam.html> (23.02.2009)

- <http://www.hastaguvenligimiz.com/hastaguveliginedir.htm> (19.02.2009)
- <http://www.hastahaklari.org/kotuyg-sig.htm> (23.02.2009)
- <http://www.igeme.org.tr/tur/pratik/hizmetson.pdf> (15.10.2008)
- http://www.ism.gov.tr/kongrevesempozyumlar/hastaguvenligi_02032007/ (19.02.2009)
- <http://www.kobigem.net/danismanlik/jci.asp> (26.03.2009)
- <http://www.medimagazin.com.tr/mm-who-hasta-guvenligi-cozumlerini-acikladi-h44792.html> (19.02.2009)
- <http://web.firat.edu.tr/shmyo/edergi/ciltikisayialti/aslantekinveark6.pdf> (16.03.2009)
- <http://www.merih.net/m1/whaskus02.htm> (20.03.2009)
- <http://www.nabizdergisi.org/kalite-nasil-saglanir/>(10.03.2009)
- <http://www.nilgunsarp.com> (12.03.2009)
- http://www.saglikyonetimikongresi.org/OnlineWebEditor/userfiles/SYK_Sunumlar/YZ-SKHG.pdf (19.02.2009)
- http://www.standartkalite.com/iso17025_akreditasyonu.htm (16.03.2009)
- http://www.tip2000.com/abone/konular/tibbi_hatalar.asp (21.02.2009)
- http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=78&Itemid=35 (01.11.2008)
- http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html (25.10.2008)
- http://www.gencbilim.com/odev/odev_tez/odev_tez.php?id=12257 - 69k (10.03.2009)
- <http://hurarsiv.hurriyet.com.tr/goster/haber.aspx?id=9719386&tarih=2008-08-22>, (11.11.2008)
- http://www.adlitip.org/yazilar/turkce/konular/tibbi_uygulama_hatalari/tibbi_uygulama_hatalari.htm - 57k - (22.02.2009)
- http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/hastaguvenlik/kuresel_hasta_guvenligi.doc (19.02.2009)
- <http://www.doktordergisi.com/45/haberdetay.asp?id=3> (28.02.2009)
- <http://iibf.kocaeli.edu.tr/ceko/ssk/kitap50/45.pdf> (01.03.2009)
- <http://web.firat.edu.tr/shmyo/edergi/ciltikisayialti/aslantekinveark6.pdf> (06.03.2009)
- <http://www.odevsel.com/bilim/1961/giris.html> (09.03.2009)
- <http://www.haksay.org/files/sedat08.doc> (10.03.2009)
- <http://www.merih.net/m1/whaskus02.htm> - 24k (20.03.2009)

<http://www.mevzuatdergisi.com/2005/03a/01.htm> - 100k (28.03.2009)

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/hastaguvencik/kuresel_hasta_guvenligi.doc (17.09.2009)

İSLAMOĞLU, Hamdi, **Pazarlama Yönetimi**, Beta Basım Yayım, İstanbul, 1999

İTÜ İşletme Mühendisleri Toplam Kalite Yönetimi Araştırma Komitesi,
Toplam Kalite Yönetiminde Türkiye Perspektifi, Uygulamalar, Sorunlar, Fırsatlar, Öneriler, İTÜ İşletme Fakültesi, İstanbul, 1994

JCI, “**Joint Commission International Accreditation Standarts For The Care Continuum**”,2003

KAHVECİ, Rabia, **Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi ve Hasta Güvenliğindeki Rolü**, 2. Hasta Güvenliği Kongresi

KARAFAKİOĞLU, Mehmet, **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, Yayın No:271, İstanbul, 1998

KARAHAN, Kasım, **Hizmet Pazarlaması** , Beta Yayınları, İstanbul, 2000

KAYA, Sıdıka, **GÜVEN** ,Gülay, **Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği: Dahiliye Servislerinde Bir Güvenlik Tutumları Araştırması, Sağlık ve Hastane Yönetimi 2.Ulusal Kongresi Bildiriler Kitabı**, Ankara, 2005

KAYA, Sıdıka, “**Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi: Çeşitli Ülkelerdeki Uygulamalara Genel Bir Bakış**”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7

KÖROĞLU, Ertuğrul, **Sağlık Mevzuatı**, 2. Baskı, Ankara, 1987

KURIOFF, A, Hemphill, JM ; Cloud, D. **Starting and Managing the Small Business**, Mc Graw-Hill Edition, Singapore, 1993

KURTULMUŞ, Sevgi; **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 1998

- KUŞ, Hasan, Sağlık Sektöründe Akreditasyon ve ISO Standartları**, Modern Hastane Yönetimi Dergisi Cilt: 4 Sayı:2, 2000
- LEWIS, R.Q ve Fletcher, M. Implementing a national strategy for patient safety: lessons from the National Health Service in England**, Quality and Safety in Health Care 2005
- MAXWELL, R.J. Quality Assessment in Health Care**, BMJ, VOL.288,1984
- METİN, Bekir, AYDIN, Sevim; Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye ile İlişkiler**, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.1997
- MORGAN, Colin, Murgatroyd, Stephen, Total Quality Management in the Public Sector**, Open University Press,Philadelphia, 1994
- MUCUK, İsmet, Pazarlama İlkeleri**, 13. Basım,Türkmen Kitabevi, İstanbul, 2001
- MULUK, Zehra, BURCU, Esra, DANACIOĞLU, Nazan, Türkiye’de Kalite Olgusunun Gelişimi**, Kalder Yayınları, No:30, Ankara, 2000
- NAKHAI, Behnam, Neves, S. Joao, The Deming, Baldrige, and European Quality Awards**, Quality Progress, Cilt: 27, Sayı: 4,1994
- National Patient Safety Foundation**, www.npsf.org, 25.01.2009
- OĞUZHAN, Türkan, EVCİ, Didem, vd., Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi**, Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi
- ÖCAL, İrem Ergun, JCI Standartları ve Uluslar arası Kalite**, SB Diyalog, Eylül 2005
- ODABAŞI, Yavuz, Sağlık Hizmetleri Pazarlama**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2001
- ÖĞÜT, Adem, ZERENLER, Muammer, Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği**

- ÖKEM, GZ., Sağlık hizmetlerinde hakkaniyet analizi: Toplum ve Hekim, 1996**
- ÖNERTÜRK, Pınar, Refah Devletlerinde Sağlık Hizmetleri, Maliye ve Gümrük Bakanlığı Yayın No:1984/262, Ankara, 1984**
- ÖZTEK, Zafer, Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri, Yeni Türkiye, Sayı:39, Mayıs –Haziran 2001**
- ÖZTÜRK, Sevgi, Hizmet Pazarlaması, Anadolu Üniversitesi, İstanbul, 1998**
- ÖZTÜRK, Murat, “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Değerlendirmesine Yönelik Pilot Bir Araştırma” İstanbul: İÜ İşletme Fakültesi Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetim Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2002**
- PAKDİL, Fatma, Deming, Malcolm Baldrige ve EFQM Kalite Modellerinin Karşılaştırmalı Analizi, Uludağ Üniversitesi <http://www.baskent.edu.tr/america/deming.doc> (27.03.2009)**
- PEŞKİRCİOĞLU, Nurettin, Toplam Kalite Yönetimi Sistemi, ISO 9000 Standartlar, Verimlilik Dergisi, 1994**
- POLAT, Oğuz, Tıbbi Uygulama Hataları, Seçkin Yayınları, Ankara, 2005**
- RENDER, Barry and HEIZER, Jay, Principles of Operations Management, 2nd ed., Prentice Hall, New Jersey, 1996**
- RESMİ GAZETE, Hasta Hakları Yönetmeliği, 1 Ağustos 1998 - Sayı: 23420**
- SAĞLIK BAKANLIĞI, Sağlık İstatistikleri 2003, Ankara, 2004**
- SAĞLIK BAKANLIĞI, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Çalışma Yıllığı 2006, Ankara, Aralık, 2007**
- SB. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, Ankara 2001**

- SCHERMEHORN**, JR John R.; **HUNT**, James G. and **OSBORN**, Richard, N., **Organizational Behavior**, John Wiley&Sons, Inc., New York, 2000
- SCRIVENS**, E. and Heidemann E., **International Journal of Health Planning and Management**, Guest Editorial, 1995
- SERİN**, Necdet, **Eğitim Ekonomisi**, Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Yayın No:25, Ankara, 1972
- SHAW**, C.,” **Akreditasyon Programları için Araç: Dış Değerlendirme ve Geliştirme Sistemlerinin Tasarımına ilişkin Konular**” Taslak 5, 24 Nisan 2003
- SLACK**, Nigel; **CHAMBERS**, Stuart and **JOHNSTON**, Robert, **Operations Management**, Prentice Hall, London, 2001
- SÖZEN**, Cemil, **Sağlık Hizmetlerinde ve Sağlık İşletmelerinde Yönetim**, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2002
- SUR**, Haydar, **Sağlık Yönetimi Gündeminin Yeni Gözdesi Akreditasyon**, SB Diyalog, Eylül 2005
- ŞAHİN**, Özlem, **Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi**, **Kalite Standartlarını Geliştirme Çalışmaları Sürdürülüyor**, C&B Basımevi, İstanbul, 2009
- ŞİMŞEK**, M. Şerif, **Yönetim ve Organizasyon**, 7. Baskı, Günay Ofset, Konya,2002
- TOKATLIOĞLU**, M., **Sağlıkta Kalite Yönetimi**, Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi”, 01-03 Haziran 2007 Yakın Doğu Üniversitesi Lefkoşa Kıbrıs,2007
- TSE**, **Kalite Notları**, Ankara, 1994
- TURAN**, Nurcan, **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2004

Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi; Yeni Bin Yılın Başında Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu 2, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, Mart 2002

TÜTÜNCÜ, Özkan, KÜÇÜKUSTA Deniz, Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi, DEU Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, C.8, Sayı 4, İzmir, 2006

TSE, TS-EN-ISO9000 Kalite Broşürü, 1997

Uluslararası Hemşirelik Konseyi, 2006 Uluslararası Hemşireler Günü Teması; “Sağlıklı İstihdam Hayat Kurtarır”, Bilgi Eylem Klavuzu, 2006

Uluslararası Birleşik Komisyon, Hastaneler için Akreditasyon Standartları, Ocak, 2003

URAL, Ayhan ve KILIC, İbrahim, Bilimsel Araştırma Süreci ve Spss İle Veri Analizi, Detay Yayıncılık, Ankara, 2006

UYGUÇ, Nermin, Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi, İzmir Dokuz Eylül Yayınları, İzmir

UZ, Hulki, Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi, Amme İdaresi Dergisi, TODAİE,1999 Sayı:1

ÜNER, Mithat, Pazarlama Dünyası, “Hizmet Pazarlamasında Pazarlama Karması Elemanları Değerlik Gösterir mi?”, Ocak-şubat 1994

ÜZEREM, Nevin, “Hizmet Kalitesinin Yönetimi”, Pazarlama Dünyası Dergisi, Sayı:63, Yıl:11, İstanbul, Mayıs-Haziran,1997

STANTON, Williamn, Fundamental of Marketing, McGraw-Hill Book Com., Toronto, 1984

EKLER**EK : ANKARA İLİNDEKİ İKİ HASTANEDE, HASTA GÜVENLİĞİ ÇALIŞMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK MUKAYESELİ BİR UYGULAMA ANKETİ**

Bu anket, “Ankara İlindeki İki Hastanede, Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama” isimli bilimsel bir çalışmaya veri tabanı oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. Bu araştırma, tamamıyla akademik nitelikli olup çalışmadan elde edilecek bilgiler bilimsel amaca yönelik olarak kullanılacak ve hiçbir biçimde başka kurum ve şahıslara verilmeyecektir. Çalışmaya yapacağınız katkıdan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

Prof.Dr. Adem ÖĞÜT
Selçuk Üniversitesi
İİBF İşletme Bölümü
Öğretim Üyesi

Özgür YETGİNLİOĞLU
Selçuk Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Yönetim ve Organizasyon
Yüksek Lisans Öğrencisi
Tel: 0506 5077753

DEMOGRAFİK DEĞERLENDİRMELER**1. Cinsiyetiniz.**

- (1) Erkek (2) Kadın

2. Yaşınız.

- (1)18-25 (2)26-35 (3) 36-45 (4) 46-55 (5) 56 ve üzeri

3. Eğitim Durumunuz.

- (1) Lise (2) Önlisans (3) Lisans (4) Lisansüstü

4. Medeni Durumunuz.

- (1) Bekâr (2) Evli

5. Mesleğiniz.

- (1) Uzman Hekim (2) Diş Hekimi (3) Pratisyen Hekim
(4) Yardımcı Sağlık Personeli (Ebe, Hemşire, Sağlık Memuru, Sağlık Teknisyeni)
(5) Eczacı (6) Diğer, lütfen yan tarafa belirtiniz:

6. Çalıştığınız Birim (En son çalıştığınız birimi belirtiniz).

- (1) Dahiliye (2) Cerrahi (3) Kadın Doğum (4) Çocuk Hastalıkları
(5) Acil (6) Yoğun Bakım (7) Eczane (8) Laboratuvar
(9) Radyoloji (10)Anestezi (11)Diğer.....

7. Meslekteki toplam çalışma süreniz.

- (1) 1 yıldan az (2) 1-5 yıl (3) 6-10 yıl
(4) 11-15 yıl (5) 16-20 yıl arası (6) 21 yıl ve üstü

8. Şu an çalıştığınız hastanedeki toplam çalışma süreniz.

- (1) 1 yıldan az (2) 1-5 yıl (3) 6-10 yıl
(4) 11-15 yıl (5) 16-20 yıl arası (6) 21 yıl ve üstü

9. Mesleğiniz gereği hastalarla direkt etkileşim veya temas halinde misiniz?

- (1) Evet (2) Hayır

Aşağıdaki İfadeleri, Hastane Yönetiminizin Kalite Geliştirme ve Hasta Güvenliği Programına İlişkin Tutumunu Gözönüne Alarak Değerlendiriniz.		Kesinlikle atılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	(İlgili kutucuğa (x) işareti koyarak belirtiniz)					
10	Hastanemizde, hastane yönetimi kalite geliştirme ve hasta güvenliği programının planlanmasına ve izlenmesine katılmakta ve destek vermektedir	①	②	③	④	⑤
11	Hastane yönetimi ve klinisyenler, kalite geliştirme ve hasta güvenliği programının planlanmasında ve yürütülmesinde işbirliği yapmaktadır	①	②	③	④	⑤
12	Hastane yönetimi, hangi süreçlerin izlenmesi, hangi iyileştirme ve hasta güvenliği faaliyetlerinin yürütülmesi gerektiğinin önceliğini belirlemektedir	①	②	③	④	⑤
13	Hastane yönetimi, kalite geliştirme ve hasta güvenliği programına teknolojik ve diğer destekleri sağlamaktadır	①	②	③	④	⑤
14	Kalite geliştirme ve hasta güvenliği programı koordineli olarak yürütülmektedir	①	②	③	④	⑤
15	Kalite geliştirme ve hasta güvenliği programına ilişkin bilgiler hastane yönetimi tarafından personele düzenli olarak iletilmektedir	①	②	③	④	⑤
16	Kalite geliştirme ve hasta güvenliği programındaki rolleri ile uyumlu olarak çalışanlara yeterli düzeyde eğitim programı uygulanmaktadır	①	②	③	④	⑤
17	Hastane yönetimi, personelin kalite geliştirme ve hasta güvenliği programına ilişkin eğitimlere katılmalarına izin vermektedir	①	②	③	④	⑤
18	Hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek bir olay olduğunda, hastane personeli özgürce fikirlerini, yönetime iletebilmektedir	①	②	③	④	⑤

19	Hasta güvenliğini etkileyebilecek hatalarla ilgili olarak bilgilendirme yapılmaktadır	①	②	③	④	⑤
20	Hastanemizde hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla aktif çalışmalar yapılmaktadır	①	②	③	④	⑤
21	Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirleri alınmaktadır	①	②	③	④	⑤

Aşağıdaki Hasta Güvenliğini Sağlamaya Yönelik Yapılan Çalışmaları, Hastanemizdeki Uygulanma Derecesine Göre Değerlendiriniz.		Kesinlikle Uygulanmıyor	Uygulanmıyor	Kararsızım	Uygulanıyor	Kesinlikle Uygulanıyor
22	Hastalar cerrahi işlemlerden önce kimlik doğrulama işlemine tabi tutulur	①	②	③	④	⑤
23	Hastalara; ilaç, kan ya da kan ürünleri verilmeden önce kimlik doğrulama işlemi yapılır	①	②	③	④	⑤
24	Kan bankasından gelen kan ve kan ürünleri cross-match formu ve kimlik bilgileri iki sağlık personeli tarafından kontrol edilir	①	②	③	④	⑤
25	Yüksek yoğunluklu elektrolitlerin hasta bakım ünitelerinde bulundurulmamasına ve güvenli şekilde muhafaza edilmesine dikkat edilir	①	②	③	④	⑤
26	Yüksek riskli ilaç kategorileri ve sınıfları tespit edilir	①	②	③	④	⑤
27	Yüksek riskli ilaç uygulamalarında yan etki, advers etki ve toksisite takibi yapılır	①	②	③	④	⑤
28	Yüksek riskli ilaçlar etiketlenerek belirlenir	①	②	③	④	⑤
29	Hastanede tedavi süreci başlayan hastanın daha önceden kullandığı ilaçlar ve bitkisel uygulamaları tespit etmek için bir bilgilendirme formu doldurulur	①	②	③	④	⑤
30	Yüksek riskli hastalar için ayrı bir bakım protokolü oluşturulur	①	②	③	④	⑤
31	Düşme riski bulunan hastaların, düşmelerden kaynaklanan zarar görme riskinin azaltılmasına yönelik tedbirler uygulanır	①	②	③	④	⑤
32	Düşme vakaları rapor edilir	①	②	③	④	⑤
33	Bir hata gerçekleştiğinde, bu durum raporlanır ve hastane yönetimine sunulur	①	②	③	④	⑤
34	Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması için "Mavi Kod Uygulaması" yapılır	①	②	③	④	⑤
35	Sağlık hizmeti verenler arasında iletişim güvenliğinin sağlanması amacıyla; sözlü ve telefonla verilen talimatlar ile ilgili süreç oluşturularak uygulanır	①	②	③	④	⑤

36	Sözlü talimatı veren tabibin adı ve soyadı, talimatın alındığı tarih ve saat, “Sözlü ve Telefonla Doktor Talimatları Formuna” kaydedilir	①	②	③	④	⑤
37	“Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi” hazırlanarak personel bilgilendirilir	①	②	③	④	⑤
38	Enfeksiyon risklerinin azaltılması için enfeksiyon kontrol ve önleme çalışmaları sistemli bir biçimde uygulanır	①	②	③	④	⑤
39	Düşme riskinin yüksek olduğu bölgelere uyarıcı tabela, resim ile uyarı levhaları konularak hastaların bu bölgelerde daha dikkatli olmaları sağlanır	①	②	③	④	⑤
40	Ameliyathanedeki tüm cihaz ve ısı kaynaklarının periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanır ve ameliyat öncesi son teknik kontrolleri yapılır	①	②	③	④	⑤
41	Cerrahi işlemlerde taraf işaretleme süreci uygulanır	①	②	③	④	⑤
42	Yüksek riskli ve kronik hastalığı nedeniyle, sık sık hastaneye başvuran hastaların daha hızlı hizmet alması için düzenlemeler yapılır	①	②	③	④	⑤
43	Yeni doğan/bebek/çocuk kaçırılması veya kaybolması durumlarına karşı önlem almak ve bebek güvenliğini sağlamak amacıyla “pembe kod” uygulaması gerçekleştirilir	①	②	③	④	⑤
44	Afetlere hazırlık kapsamında, afet planının tatbikatları yılda en az bir kere yapılır	①	②	③	④	⑤
45	Yangın söndürme araçlarının her an kullanıma hazır olması sağlanır	①	②	③	④	⑤
46	Tüm personel yangın söndürme teknikleri ve söndürme cihazlarının kullanımı konusunda eğitilir	①	②	③	④	⑤

Aşağıdaki İfadeleri Hastanenin Genel Durumunu Gözönünde Tutup, Katılım Derecenize Uygun Olarak Değerlendiriniz.		Çok Kötü	Kötü	Ne İyi Ne	İyi	Çok İyi
47	Genel olarak, hastanemizin kalite yönetim sistemi	①	②	③	④	⑤
48	Genel olarak, hastanemizde sunulan hizmetin kalitesi	①	②	③	④	⑤
49	Genel olarak, hastanemizin hasta güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamaları	①	②	③	④	⑤



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



Özgeçmiş

Adı Soyadı:	ÖZGÜR YETGİNLIOĞLU	İmza:	
Doğum Yeri:	ANKARA		
Doğum Tarihi:	24.01.1982		
Medeni Durumu:	EVLİ		

Öğrenim Durumu

Derece	Okulun Adı	Program	Yer	Yıl
İlköğretim	SÜLEYMAN UYAR İLKÖĞRETİM OKULU		ANKARA	1988-1995
Ortaöğretim	SÜLEYMAN UYAR İLKÖĞRETİM OKULU		ANKARA	1988-1995
Lise	SOKULLU MEHMET PAŞA LİSESİ	YABANCI DİL AĞIRLIKLI	ANKARA	1996-2000
Lisans	SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	KAMU YÖNETİMİ	KONYA	2001-2006
Yüksek Lisans	SELÇUK ÜNİVERSİTESİ	İŞLETME ANABİLİM DALI YÖNETİM ORGANİZASYON BİLİM DALI	KONYA	2006-2009

Becerileri:	Yönetim ve organizasyon
İlgi Alanları:	Eğitim, teknoloji, çevre, sivil toplum örgütleri, tiyatro, sinema, spor
İş Deneyimi:	<p>Danışman : Selçuk Üniversitesi Avrupa Birliği Araştırma ve Uygulama Merkezi(SABAUM) KONYA</p> <p>Proje Asistanı : Sağlık Bakanlığı Proje Uygulama Birimi ANKARA</p> <p>Finans Uzm.Yrd. : Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi ANKARA</p>
Aldığı Ödüller:	<p>TEMA Vakfı Teşekkür Belgesi</p> <p>Sokullu Mehmet Paşa Lisesi Onur Belgesi</p>
Hakkımda bilgi almak için önerebileceğim şahıslar:	<p>Prof. Dr. Adem ÖĞÜT (Selçuk Üniversitesi İ.İ.B.F. İşletme Bölümü)</p> <p>Doç.Dr. Önder KUTLU (Selçuk Üniversitesi İ.İ.B.F. Kamu Yönetimi Bölümü)</p>
Tel:	0533-3243836
Adres	<p>ATATÜRK SİTESİ 5. BLOK NO:12 OR-AN/ÇANKAYA</p> <p>ANKARA</p>