T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

V. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi

KONUŞMA METİNLERİ

T.C.
Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

V. ULUSLARARASI
SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE KONGRESİ

"KONUŞMA METİNLERİ"

Baş Editörler
Prof. Dr. Doğan ÜNAL
Dr. Hasan GÜLER
Dr. Abdullah ÖZTÜRK
Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Editörler
Dr. Umut BEYLİK
Uzm. Özlem ÖNDER
Dr. İbrahim Halil KAYRAL
Uzm. Nurcan AZARKAN
Ecz. Ercan KOCA
Uzm. Şükriye YÜKSEL BAĞIRSAKÇI
Uzm. Çağlayan SARIOĞLAN
Psk. Öznur ÖZEN
Gül HAKBİLEN
Ayşe AYKANAT

Ankara – Şubat 2015

V. ULUSLARARASI
SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE KONGRESİ
"KONUŞMA METİNLERİ"

Şubat 2015
ISBN: 978-975-590-463-4
Bakanlık Yayın No: 969

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

Kapak ve Sayfa Tasarım
AYDER ORGANİZASYON
Tel : 0 312 425 00 36 Faks : 0 312 425 00 46

Baskı
MİKİ MATBAACILIK SAN. TİC. LTD. ŞTİ.
Tel : 0 312 395 2128 Faks : 0 312 395 23 49
www.mikimatbaacilik.com

İletişim
T. C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
Mahmut Esat Bozkurt Caddesi No: 19 Kat: 1
Kolej / Ankara
E-posta: kalitekongre@gmail.com
Web: www.kalite.saglik.gov.tr

Kongre Başkanı
Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ *Sağlık Bakanlığı Müsteşarı*
Kongre Başkan Yardımcısı
Prof. Dr. Doğan ÜNAL *Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü*

Danışma Kurulu

• Prof. Dr. Sabahattin AYDIN	Medipol Üniversitesi Rektörü
• Prof. Dr. İrfan ŞENCAN	Müsteşar Yardımcısı
• Uz. Dr. Mehmet BAKAR	Müsteşar Yardımcısı
• Yrd. Doç. Dr. Hakkı YEŞİLYURT	Müsteşar Yardımcısı
• Hüseyin ÇELİK	Müsteşar Yardımcısı
• Dr. Şuayip BİRİNCİ	Müsteşar Yardımcısı
• Dr. Ekrem ATBAKAN	Müsteşar Yardımcısı
• Dr. Yasin ERKOÇ	Müsteşar Yardımcısı
• Dr. Mehmet DEMİR	Sağlık Politikaları Kurulu Üyesi
• Adem KESKİN	Sağlık Politikaları Kurulu Üyesi
• Prof. Dr. Seçil ÖZKAN	Halk Sağlığı Kurumu Başkanı
• Uzm. Dr. Zafer ÇUKUROVA	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanı
• Dr. Saim KERMAN	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Başkanı
• Muhammet GEDİK	Denetim Hizmetleri Başkanı
• Mehmet ATASEVER	Strateji Geliştirme Başkanı
• Doç. Dr. Osman ARIKAN NACAR	Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü
• Dr. Erkan ÇİÇEK	Yönetim Hizmetleri Genel Müdürü
• Yrd. Doç. Dr. Hacı Ömer TONTUŞ	Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürü
• Dr. Mahir ÜLGÜ	Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürü
• Dr. Mehmet Rifat KÖSE	Sağlık Araştırmaları Genel Müdürü
• Ahmet Burak YAŞAR	Sağlık Yatırımları Genel Müdürü
• Uzm. Dr. Hüsem HATİPOĞLU	Türkiye Hudut Ve Sahiller Sağlık Genel Müdürü
• Erol GÖKDÖL	1. Hukuk Müşaviri

Yürütme Kurulu	
• Dr. Hasan GÜLER	*Kongre Yürütme Kurulu Başkanı / Genel Müdür Yardımcısı*
• Dr. Abdullah ÖZTÜRK	*Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanı*
• Uzm. Dr. Dilek TARHAN	*Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*
• Uzm. Özlem ÖNDER	*Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanı*
• Dr. Umut BEYLİK	*Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*
• Av. Süleyman Hafız KAPAN	*Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü*
• İbrahim DOLUKÜP	*Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü*
• Ecz. Ercan KOCA	*Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*
• Dr. İbrahim Halil KAYRAL	*Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*
• Elif KESEN	*Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*
• Uzm. Demet KAVAK	*Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*
• Tıp. Tek. Erol YALÇIN	*Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*
• Dr. Bayram DEMİR	*Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*
• Muammer AKSU	*Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*
• Uzm. Nurcan AZARKAN	*Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*
• Uzm. Çağlayan SARIOĞLAN	*Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*
• Psk. Öznur ÖZEN	*Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*
• Emine BALCI	*Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*

Bilim Kurulu

- Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ
- Prof. Dr. Seval AKGÜN
- Prof. Dr. Turan ASLAN
- Prof. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU
- Prof. Dr. Hamza ATEŞ
- Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
- Prof. Dr. İhsan BAKIR
- Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ
- Prof. Dr. Kamil Ufuk BİLGİN
- Prof. Dr. Nilay ÇABUKKAYA
- Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI
- Prof. Dr. Yusuf ÇELİK
- Prof. Dr. Yeşim ÇETİNKAYA ŞARDAN
- Prof. Dr. Adnan ÇİNAL
- Prof. Dr. Nevra ELMAS
- Prof. Dr. Mustafa ERTEK
- Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU
- Prof. Dr. Meral GÜLTEKİN
- Prof. Dr. Bülent GÜMÜŞEL
- Prof. Dr. Hakan HAKERİ
- Prof. Dr. Ramazan KAHVECİ
- Prof. Dr. L. Özlem ATAY KAPUCU
- Prof. Dr. Emine ORHANER
- Prof. Dr. Fahri OVALI
- Prof. Dr. Yeşim ÖZARDA
- Prof. Dr. Hacer ÖZGEN NARCI
- Prof. Dr. Nermin ÖZGÜLBAŞ
- Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ
- Prof.Dr.Ömür ÖZMEN
- Prof. Dr. Recep ÖZTÜRK
- Prof. Dr. Onur ÖZVERİ
- Prof. Dr. Mustafa PAÇ
- Prof.Dr. Yıldız AYANOĞLU PEKCAN
- Prof. Dr. Arzu SAYINER
- Prof. Dr. Selami SÖZÜBİR
- Prof. Dr. Haydar SUR
- Prof. Dr. Bayram ŞAHİN
- Prof. Dr. M. Ramazan ŞEKEROĞLU
- Prof. Dr. Bilçin TAK MEYDAN
- Prof. Dr. Mehtap TATAR
- Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU
- Prof. Dr. Arzu TOPELİ İSKİT
- Prof. Dr. Suat TURGUT
- Prof.Dr.Özkan TÜTÜNCÜ
- Prof. Dr. Serhat ÜNAL
- Prof. Dr. Jülide YILDIRIM ÖCAL
- Prof. Dr. Nazmi ZENGİN
- Doç. Dr. Sinan AKBAYRAM
- Doç. Dr. Salim BİLİCİ
- Doç.Dr. Ayşegül ÇOPUR ÇİÇEK
- Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN
- Doç. Dr. Gül ERDEM
- Doç. Dr. Serpil ERDOĞAN
- Doç. Dr. Tamer C. İNAL
- Doç. Dr. Muhammet Güzel KURTOĞLU
- Doç. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
- Doç. Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU
- Doç. Dr. Fehmi NARTER
- Doç. Dr. Musa ÖZATA
- Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
- Doç. Dr. Haluk ÖZSARI
- Doç. Dr. Havva ÖZTÜRK
- Doç. Dr. Fatma PAKDİL
- Doç. Dr. İsmail SARI
- Doç. Dr. Mustafa TAŞDEMİR
- Doç. Dr. Demet ÜNALAN
- Doç. Dr. Türker YARDAN
- Doç. Dr. Gülsen YILMAZ
- Doç. Dr. Doğan YÜCEL
- Yrd.Doç.Dr. Kazım SARICI
- Dr. Mehmet DEMİR

ÖNSÖZ

Bakanlığımız tarafından 2009 yılından bu yana gerçekleştirilen **"Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongreleri"**nin beşincisi **20 – 22 Kasım 2014** tarihleri arasında yaklaşık 1.850 kişilik katılım ile Antalya'da düzenlenmiştir.

Kongre boyunca 3 salonda 35 Oturum ve 5 Konferans düzenlenmiş, 61 yerli ve yabancı davetli konuşmacının sunumlarının yanı sıra ayrıca 62'si Sözel ve 147'si Poster olmak üzere 209 adet Bildiri sunulmuştur. Kongre süresince 35 adet stantta kamu-özel ve üniversite sağlık kurum ve kuruluşlarının çalışmalarını tanıtma imkanı sağlanmıştır.

Kongre kapsamında yürütülen ve sağlıkta kalite, hasta ve çalışan güvenliği konularında ülkemizdeki farkındalığı artırarak iyi uygulamaları teşvik etmek ve örnek göstermek amacıyla düzenlenen ve toplam 179 adet başvurunun olduğu IV. Sağlıkta Kalite ve Güvenlik Ödülleri, yüzlerce Hemşire çalışanımızın yarıştığı SKS Bilgi Yarışmasını kazananlar ile En İyi Bildiri Ödülü Yarışmasını kazananlara ödülleri Sağlık Bakanlığı Müsteşarı ve Kongre Başkanı Sayın Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ tarafından takdim edilmiştir.

Ayrıca Düzenlenen Kongre Ödül Töreninde ISQua - Uluslararası Akreditasyon ve Düzenlemeler Başkanı Elaine O'Connor tarafından, Müsteşarımız Sayın Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ'e "Sağlıkta Akreditasyon Standartları" ve "Değerlendirici Eğitim Programı" ISQua-Akreditasyon Belgeleri takdim edilmiştir.

Bu kitapta Kongre kapsamında düzenlenen 16 Panel ve 4 Konferans'ta konuşma yapan yerli ve yabancı akademisyen, üst yönetici ve sağlık profesyonellerinden oluşan 61 davetli konuşmacının tebliğleri sizlerle paylaşılmıştır.

Bu kitabın hem daha iyi bir sağlık hizmeti sunumu için sahada görev yapanlara hem de yeni çalışmalara ışık tutması için araştırmacılara katkıda bulunmasını diler, kongreye katkılarından dolayı Sağlık Bakanlığı'na, Danışma ve Bilim Kurulu üyelerine, panelistlere, bildiri sahiplerine ve tüm katılımcılara teşekkür ederim.

Prof. Dr. Doğan ÜNAL

Kongre Başkan Yardımcısı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ VII

AÇILIŞ KONUŞMALAR

Dr. Hasan GÜLER.....2
Mehmet KONTAŞ.....4
Elaine O'CONNOR.....6
Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ.....8

KALİTE GELİŞİM SÜRECİNDE SAĞLIKTA KALİTE DEĞERLENDİRMELERİ

Sağlıkta Kalite Değerlendirmelerinin Kaliteye Etkisi
Uz. Nurcan AZARKAN 13
Değerlendirici Bakış Açısıyla Kurumlar: Gelişim, Tespit ve Öneriler
Uzm. Dr. Kemal OKTAY.....19
Sağlıkta Kalite Değerlendirmelerinde Özel Hastane Deneyimi
Çağlayan SARAL.....26
Üniversite Hastanelerinde Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri; Kazanımlar, Beklentiler
Prof. Dr. Selami SÖZÜBİR 31

GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMALARI

Hasta Bazlı İlaç Uygulamasında Yaklaşımlar
Doç. Dr. Mesut SANCAR 41
İlaç Etkileşim Kontrollerinde Bilgi Yönetim Sistemlerinin Rolü
Prof. Dr. Kutay DEMİRKAN.....48
Yüksek Riskli İlaçlarda Hasta Güvenliği
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK.....54
Akılcı İlaç Kullanımı ve Uygulamalar
Uzm. Ecz. Mesil AKSOY 60

İDEAL BİR SAĞLIK SİSTEMİ İÇİN ARAYIŞLAR

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN 69

TÜRKİYE'DE VE DÜNYA'DA SAĞLIK HİZMETLERİNDE AKREDİTASYON

Sağlık Hizmetlerinde Dış Değerlendirme Sistemleri ve Akreditasyon
Prof. Dr. Seval AKGÜN....88

ISQua ve Sağlıkta Kalite
Carlos Goes DE SOUZA....96

Sağlıkta Akreditasyonda Bir Ülke Deneyimi: Malezya
Doç. Dr. MA Kadar MARİKAR.... 102

Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Kalite Vizyonu
Dr. Abdullah ÖZTÜRK.... 108

KANITA DAYALI SAĞLIK HİZMET SUNUMU VE KALİTEYE YANSIMALARI

Klinik Hizmetlerde Kanıta Dayalı Yaklaşım
Prof. Dr. Turan ASLAN.... 119

Kanıta Dayalı Yaklaşım ve Hasta Güvenliği
Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI 125

Klinik Rehberler, Tanı ve Tedavi Algoritmaları
Prof. Dr. Bülent GÜMÜŞEL 132

KALİTE STANDARTLARI VE ÖLÇÜM KÜLTÜRÜ

SKS'de Yenilikler - Versiyon 5
Dr. Hasan GÜLER.... 141

Sağlık Hizmetlerinde Ölçüm Kültürü ve Kalite Göstergeleri
Uzm. Dr. Dilek TARHAN.... 148

Hatalardan Öğrenme ve Kalite Kültürü
Prof. Dr. Bilçin TAK MEYDAN.... 155

SAĞLIK HUKUKU AÇISINDAN SAĞLIK HİZMETLERİ

Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşım ve Komplikasyon Yönetimi
Yrd. Doç. Dr. Nezih VAROL.... 165

Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluk Koşulları
Doç. Dr. Fulya İlçin GÖNENÇ 172

Tıbbi Kayıtlar ve Sağlık Hukuku Açısından Önemi
PYdr. Doç. Dr. İpek Sevda SÖĞÜT 178

Tıbbi Uygulama Hatalarında Yargı Öncesi Çözüm Usülleri
Uzm. Dr. Aslıhan TEYİN.... 185

SAĞLIKTA KALİTE İÇİN KÜRESEL İŞBİRLİĞİ VE GELİŞİM

Ulusal Kalite Sistemleri ve Hasta Güvenliğine Etkileri
Uzm. Dr. Hasan KUŞ 193

Ülkelerin Sağlık Sistemi Yapılanmalarının Küresel Hasta Güvenliği Çözümlerine Etkileri
Prof. Dr. Richard ALDERSLADE 198

Hata Sınıflandırma Sistemleri
Ecz. Ercan KOCA 204

RADYOLOJİK İŞLEMLERDE HASTA GÜVENLİĞİ

Tanısal Radyolojide Hasta Güvenliği
Prof. Dr. Utku ŞENOL 209

Terapötik Radyolojide Hasta Güvenliği
Prof. Dr. L. Özlem ATAY KAPUCU 216

Hasta Güvenliği Açısından Görüntüleme Kalitesinin Değerlendirilmesi ve Önemi
Prof. Dr. Nevra ELMAS 220

Görüntüleme Laboratuvarlarında Kalite Yönetimi ve İyi Bir Laboratuvar Tasarımı
Prof. Dr. Nail BULAKBAŞI 226

ŞEHİR HASTANELERİNDE KALİTE YÖNETİMİ TASARIMI

Dr. Mehmet DEMİR 233

YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNDE HASTA BAKIM KALİTESİ VE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Yoğun Bakımda Elektronik İzlem Uygulaması ve Hasta Güvenliğine Katkıları
Emral CANAN 245

Yoğun Bakım Ünitelerinde Enfeksiyon Kontrolü
Prof. Dr. Murat DİZBAY 253

Yoğun Bakım Ünitelerinde Hastalık Şiddeti Skorlama Sistemleri
Prof. Dr. Arzu TOPELİ İSKİT 262

Yoğun Bakım Hastalarında Bası Yarasının İzlenmesi
Prof. Dr. Ramazan KAHVECİ 269

HASTA MAHREMİYETİ

Hastanın Sosyal Mahremiyeti
Doç. Dr. Havva ÖZTÜRK 279

Sağlık Hukukunda Kişisel Verilerin Mahremiyeti
Yrd. Doç. Dr. Murat Volkan DÜLGER 286

Bilgi Mahremiyetinde Hekim Sorumluluğu ve Sorunlar
Av. Pervin YILDIZ 291

Hekim-Hasta İlişkisinin Etik Boyutu
Prof. Dr. Arın NAMAL 296

KLİNİK LABORATUVARLARDA KALİTE YÖNETİMİ VE HEDEFLER

Laboratuvarlarda Süreç(Preanalitik-Analitik-Post Analitik) Kontrolü
Doç. Dr. Serpil ERDOĞAN..... 305

Laboratuvar İç ve Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Gereklilikler
Prof. Dr. Arzu SAYINER..... 310

Metot Validasyonu ve Verifikasyonu Nedir? Klinik Laboratuvarlar için Neden Önemlidir?
Doç. Dr. Tamer C. İNAL..... 317

Değerlendirici Gözüyle Klinik Laboratuvarlara Bütüncül Yaklaşım
Doç. Dr. Ayşegül ÇOPUR ÇİÇEK..... 324

METROLOJİ VE KALİBRASYONUN SAĞLIKTA KALİTEYE ETKİSİ

Metroloji ve Sağlıkta Kalite İlişkisi
Baki KARABÖCE..... 334

Tıbbi Cihaz Kalibrasyonlarında Güncel Durum, Sorunlar ve Çözüm Yolları
Prof. Dr. Müh. Osman EROĞUL..... 341

Tıbbi Cihaz Kalibrasyonları ve Ölçüm Belirsizliği
Prof. Dr. M. Şahin UĞUREL..... 348

Medikal Kalibrasyon Ölçümleri ve Kullanıcıların Beklentisi
Yrd. Doç. Dr. Mana SEZDİ..... 355

SAĞLIK HİZMETLERİNDE SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI

Çalışanlarda Kurumsal Bağlılık Ölçümü ve Geliştirilmesi
Prof. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU..... 365

İş Sağlığı ve Güvenliğinde Ulusal Politikalar
Sedat YENİDÜNYA..... 371

Sağlık Hizmetlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği: Bireysel ve Kurumsal Sorumluluklar
Prof.Dr.Ali Naci YILDIZ..... 377

Sağlıkta Sağlıklı Çalışma Yaşamı
Dr. İbrahim Halil KAYRAL..... 383

HASTA BAKIM HİZMETLERİNDE ÖZGÜN YAKLAŞIMLAR

Hemşirelik Hizmetlerinde Kaliteli Hasta Bakımında "Magnet Hastaneler"
Doç. Dr. Sergül DUYGULU..... 393

Hemşirelik Bakım Haritaları ve Kalite
Uzm. Hem. Gülay YEŞİLTEPE..... 401

Kanıta Dayalı Hasta Bakımı Uygulamaları
Elif AKBAL..... 407

Klinik Hasta Bakımına Farklı ve Modern Bir Yaklaşım: "Bütünleşik Bakım"
Uzm.Dr. Orhan KOÇ 412

DRG'DE PERFORMANS VE KALITE ÖLÇÜMÜ: MAKEDONYA DENEYİMİ

Maja Parnardzieva ZMEJKOVA 419

BİLGİ TEKNOLOJİLERİNİN YÖNETSEL BAŞARIDAKI YERİ

Doç. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU 431

SAĞLIK TURİZMİNDE MEVCUT DURUM, BEKLENTİLER VE HEDEFLER

Sağlık Turizminde Sağlık Bakanlığının Garantörlük Rolü
Hüseyin ÇELİK 441

Türkiye'de Sağlık Turizmi
Uzm. Taner PİRİ 447

Sağlık Turizminde Hedefler ve Teşvik Mekanizmaları
Uzm.Berrak BİLGEN BEŞERGİL 452

Sağlık Turizminde Başarıya Götüren İpuçları
Uzm.Dr. Bülent Koray GÖKER 457

TÜM YÖNLERİYLE SAĞLIK HİZMETLERİNDE RİSK YÖNETİMİ

Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi
Doç.Dr. Ayse P. GÜRSES 471

Hasta Güvenliğinin Risk Tespiti Vasıtası ile Geliştirilmesine Bir Sistem Yaklaşımı
Mecit Can Emre ŞİMŞEKLER 478

Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimine Pratik Yaklaşım
Dr. Bayram DEMİR 488

AÇILIŞ KONUŞMALARI

Dr. Hasan GÜLER
Kongre Yürütme Kurulu Başkanı
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı

Mehmet KONTAŞ
Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Temsilcisi

Elaine O'CONNOR
ISQua Uluslararası Akreditasyon ve Düzenlemeler Başkanı

Prof.Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Kongre Başkanı
T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşarı

AÇILIŞ KONUŞMALARI

Dr. Hasan GÜLER

Kongre Yürütme Kurulu Başkanı
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı

Saygıdeğer Katılımcılar, Değerli Hocalarım, Çok Kıymetli Sağlık Çalışanları,
Sağlık Bakanlığı olarak beşincisini düzenlediğimiz V. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresine hepiniz hoş geldiniz, onur verdiniz.

Kongrede etkili bir bilgi paylaşım ortamı olmayı hedefleyerek bir kez daha sizlerle birlikte olmanın büyük mutluluğunu yaşıyoruz. Bakanlığımızın bugün Meclis'te Bütçe görülmelerinin yapılacak olmasından dolayı Sağlık Bakanımız Sayın Doktor Mehmet Müezzinoğlu Kongremize bu gece teşrif edeceklerdir. Bu sebeple açılış töreni yerine düzenlenecek olan Kongre Özel Oturumu ve Ödül Töreni yarın gerçekleştirilecektir.

Kongremiz yerli ve yabancı, kamu, özel ve üniversite sağlık kurum ve kuruluşlarından akademisyen, her kademeden sağlık yöneticisi ve sağlık çalışanlarımızın yer aldığı yaklaşık 2.000 kişilik bir katılımla gerçekleşiyor. Kongre boyunca 3 salonda ve poster bildiri alanında hem bilimsel çalışmalar hem de sahada gerçekleştirilen uygulamalar tartışılacaktır. Yerli ve yabancı 60'a yakın davetli konuşmacı ile 16 Oturum ve 5 Konferans gerçekleştirilecek. Ayrıca akademisyenler ve uygulayıcılar tarafından 3 gün boyunca 19 Oturumda 62 Sözel ve Poster Alanında 147 Poster Bildiri sunumu yapılacaktır.

Yarın gerçekleştirilecek olan Özel Oturum ve Ödül Töreni, ülkemiz açısından iki önemli gurur noktasına sahip olacaktır. Birincisi; ulusal başarıların ortaya konulduğu ve bu yıl Dördüncüsü düzenlenen Sağlıkta Kalite ve Güvenlik Ödülleri, En İyi Bildiri Ödülü ve SKS Bilgi Yarışması Ödülü olacaktır. İkinci gurur noktamız ise ülkemizde ortaya konulan kalite ve akreditasyon çalışmalarının uluslararası platformlarda elde ettiği başarının ortaya konulması ve sağlıkta uluslararası akreditörlerin, akreditörü yani çatı kurum olan ISQua yetkililerince bu başarı belgelerinin Sayın Bakanımıza takdim edilecek olmasıdır.

Çalışmalarımızın kurumsallaşma sürecinde ulaştığı bir yeni gelişme hakkında da kısaca bilgi vermek isterim. Bildiğiniz gibi dün itibariyle Meclisten önemli bir kanun geçti; bu kanunla birlikte Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı kurulmuş oldu. Kanunlaşma sürecinin tamamlanmasıyla birlikte Bakanlığımız Kalite ve

Akreditasyon çalışmalarında dünya örneklerinde olduğu gibi enstitülerin işbirliği merkezi olarak tescilini resmileştirmiştir. Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü konuyla ilgili olarak Bakanlığımızın AR-GE laboratuarı olacaktır. Bu itibar ile sağlık hizmetleri alanında ortaya koyduğumuz hedeflere ulaşma yolunda uluslararası paylaşımların ortaya konulduğu, iyi uygulama örneklerinin paylaşıldığı ve karşılıklı bilgi paylaşımı ile sağlıkta kalitenin arttırılmasının amaçlandığı Kongremizin başarılı geçmesini temenni ediyor, bu vesile ile Yürütme Kurulundaki Değerli Arkadaşlarıma, Bilim Kurulunun Değerli Üyelerine, cidden çok sayıda bildiriyi değerlendirmek suretiyle büyük bir gayret gösterdiler, ayrıca Uygulama ve Araştırma Yarışma Ödülünde büyük gayret gösteren Jüri Üyelerine, Davetli Konuşmacılara, Oturum Başkanlarımıza ve Organizasyon Firmasına huzurlarınızda tek tek teşekkür ediyor, hepinize saygılarımı sunuyorum.

Mehmet KONTAŞ

Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Temsilcisi

Sayın Müsteşarlarım, saygıdeğer sağlık çalışanları, değerli katılımcılar, hepinizi Dünya Sağlık Örgütü ve şahsım adına saygıyla selamlarım. Öncelikle güvenilir ve kaliteli sağlık hizmetleri sunumu hedefine odaklanmış siz değerli katılımcıların yer aldığı bu konferansa davet edilmekten duyduğumuz memnuniyeti ifade etmek isterim, teşekkür ederiz. Konuşmamın hemen başında bu konferansın Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisinin Sağlık 2020 stratejisinin uygulanması konusunun gündemde olduğu bir dönemde gerçekleştirilmesinin ne denli yerinde olduğunu vurgulamak isterim. Zira söz konusu strateji temel amacında insanların sağlık ve esenliğinin arttırılması, sağlık alanında eşitsizliklerin ve hakkaniyetsizliklerin giderilmesi, halk sağlığının güçlendirilmesi, insan merkezli sağlık hizmetlerinin ve sağlık sistemlerinin evrensel, eşitlikçi, sürdürülebilir ve yüksek kalitede sunumunun sağlanmasını amaçlamaktadır. Önümüzdeki hafta Özbekistan'da Taşkent'te bir konferans başlayacak olup, Sağlık 2020'nin uygulanmasına dönük uygulamalar tartışılacaktır. Ülkemizden de bir heyetin bu konferansa katılması planlanmış olup, Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında Sağlık 2020 ile ortaya çıkan güzel örnekleri, uygulama örneklerini uluslararası camiayla paylaşması beklenmektedir.

Güvenilir ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişim, her insanın temel hakkıdır. Sağlık 2020 bu haktan herkesin yararlanabilmesi için hasta odaklı sağlık sistemlerinin güçlendirilmesini, sürdürülebilirliğinin sağlanmasını, amaca uygun ve kanıta dayalı olarak sunulmasını esas almaktadır. Bunun başarılması için de başta hastalıkların önlenmesi olmak üzere, entegre sağlık hizmet sunumu, bakım hizmetlerinin sürekliliği, hasta okur yazarlığının arttırılması ve katılımcılığı kilit öneme sahip faktörler olarak tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Asamblesi'nin 2002 yılında kabul etmiş olduğu bir resolution'da hasta güvenliğinin küresel önceliğinin altı çizilmiştir. Bunun gerçekleştirilmesi için klinik bakım kalitesinin arttırılmasının ve sağlık sisteminin performansının güçlendirilmesinin önemi vurgulanmıştır. O günden bugüne, DSÖ'nün önderliğini yaptığı Küresel Hasta Güvenliği Mücadele Programı bu kapsamda gerçekleştirilen önemli girişimlerden biri olmuştur ve Dünya Sağlık Örgütü'nün öncülük edip en hızlı büyüyen kampanyası haline gelmiştir. Her ne kadar ülkemizden sadece 27 sağlık kuruluşu bu çerçevede düzenlenen "Elinizi Yıkayın Hayat Kurtarın" kampanyası içinde yer almışsa da, söz konusu kampanya 164 ülkeden 15 binden fazla sağlık kuruluşunda uygulanmıştır. Dünya çapında yankı bulan hasta güvenliği ile ilgili bir başka kampanya ise "Güvenli Cerrahi" olmuştur. Bu kampanyada Türkiye'den sadece 1 gönüllü kuruluş yer almıştır. DSÖ Güvenli Cerrahi Checklist'inin kullanılmasına da vesile olan bu kampanya dünyada 1500 hastanede hastalık ve ölümlerin azaltılmasına önemli katkı sağlamıştır. Sözünü ettiğim kampanyaların

Türkiye'de pek taraftar bulamamasında kampanyaların yeterince tanıtılamaması veya tanıtımın çekici olmaması gibi nedenle rol oynamış olabilir. Ancak hala kurtarılabilir çok sayıda hayat olduğu ve fırsatlarında hala kullanılabileceği unutulmamalıdır.

Biz Dünya Sağlık Örgütü olarak bu konferansı ve benzer çalışmaları harekete geçmek için bir fırsat olarak görüyoruz ve destekliyoruz. Koruyucu ve önleyici önlemlerin standardizasyonunun ve kurumsallaşmasının bu konferansın gündeminde olması tabii ki sevindiricidir. Ancak hastaların ve tüketicilerin katılımı da günümüzde önemli yer tutmaktadır ve Sağlık 2020'nin prensiplerinden birini teşkil etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün öncülük ettiği Hasta Güvenliği İçin Hastalar Ağı bu anlamda küresel düzeyde bir başka girişimdir. Benzer şekilde, hasta güvenliği için Dünya Sağlık Örgütü'nün öncülüğünü yaptığı hastaneler arası işbirliği Avrupa ve Afrika'daki hastaneler arasında işbirliği bağlamında önemli başarılar sağlamıştır. Türkiye'nin uluslararası sağlık arenasına katkılarını dikkate alarak, bu modelden de faydalanabileceğini düşünmekteyiz.

Hasta güvenliğinin arttırılması ve hem gönüllü olarak daha az masraflı ve hem de daha kısa sürede uygulanabilecek önlemleri içerir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin arttırılması ve insan davranışlarının değiştirilmesi bu önlemlerden sadece ikisidir. Ek önlemler için birlikte çalışmamız Dünya Sağlık Örgütü olarak bu alandaki arzumuzdur. Sağlık alanında uluslararası işbirliğinin arttırılmasının hem sağlık sisteminin gelişmesine hem de hasta güvenliğine katkıda bulunacağı şüphesizdir. Türkiye zaten sağlık sektöründe önemli pek çok alanda uluslararası işbirliğine öncülük etmektedir. Sayın Bakanımızın da destekleriyle, Türkiye sağlık sektöründe gelişmekte olan ülkelere destek olan önemli donör ülkelerden biri haline gelmiştir. Türkiye dışında 52 ülkenin yer aldığı Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nde başta tütün kontrolü olmak üzere, bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele, sağlık sisteminin güçlendirilmesi, acil ve afetlere hazırlık ve cevap bu alanda sadece birkaç konu başlığıdır.

Sayın katılımcılar, ister zengin ister yoksul ülkede olsun, hastalar hastadır ve kaliteli ve güvenli bakım beklerler. Bu herkesin doğal hakkıdır. Ülkelerin bu anlamda kendi deneyimlerini diğer ülkelerle paylaşması, kaliteli ve güvenli bakım için fırsatları arttırır. Sağlık hizmetlerinin temel amacı, toplumun sağlığını korumak ve hastaya şifa vermek oldukça, buna herkesin katkıda bulunması gerekir, nitekim bu bir insanlık görevidir. Türkiye Cumhuriyeti Devleti bu görevi en kapsamlı şekilde yerine getiren az sayıdaki ülkeden biridir. Bugün ülkemize sığınmış, resmi rakamlara göre yaklaşık 1.6 milyona ulaşmış Suriyelilere sunulan ücretsiz sağlık hizmeti gerek niteliği ve gerekse kapsamı bakımından uluslararası camianın da takdirini toplamaktadır. Bu anlayışla, Sağlık Bakanlığımızın Dünya Sağlık Örgütü ile bugüne kadar yapmış oldukları örnek işbirliğini saygı ve takdirle karşılıyoruz, artarak devamını diliyoruz. Saygılar sunuyorum.

Elaine O'CONNOR

ISQua Uluslararası Akreditasyon ve Düzenlemeler Başkanı

Sayın Bakan, Hanımefendiler ve Beyefendiler günaydın. Adım Elaine O'connor, ben ISQua'nın Uluslararası Akreditasyon ve Düzenlemeler Başkanıyım. Bugün sizlerle burada bulunmak benim için çok büyük bir zevk. Sağlıkta Kalite Akreditasyonunu Sağlık Bakanlığına bugün vereceğiz. ISQua'nın Uluslararası Akreditasyon Programı ödülünü de sizlere sunacağız Versiyon 5 için ve Eğitim Programı için. Ben Sağlık Bakanlığına teşekkür etmek istiyorum ISQua'yı davetleri için, bu Kongreye katılımımıza vesile olduğunuz için ve gerçekten dün toplantıya katıldım, gerçekten bu Türkiye'de yapılan bütün çalışmaları duymak, dinlemek beni çok etkiledi. Gerçekten çok etkileyici çalışmalar yapıyorsunuz.

Bugün biraz ISQua'nın Uluslararası Akreditasyon Programından bahsederek söze başlayacağım. IEP olarak biliniyor bu, 1999 yılında başladı ve dün burada olanlar için bu tekrar niteliği olacak bunun için özür diliyorum ama tekrar dile getirmek istiyorum. ISQua akreditörlerin, akreditasyon kuruluşlarının akreditörü ve bu noktada akreditasyon programları ve kurumsal akreditasyonu akredite eden bir yapı. 1999 yılından bu yana 115 standart seti akredite ettik, 22 tane değerlendirici eğitim programı akredite ettik ve 58 tane organizasyonu tüm dünyada akredite ettik. Bu standartlar ISQua'nın standartları ile alakalı olarak belirleniyor. Geçtiğimiz yıl yayınlandı ISQua'nın Standartlar Kılavuzu. Aynı şekilde Değerlendirici Eğitim Programı 2009 yılında ISQua tarafından yayınlandı ve önümüzdeki yıl da revize edilmesi planlanmakta. Yine organizasyonların akreditasyonuyla alakalı rehberimiz, kılavuzumuz da 2013 yılında yayınlandı. Bu slaytta ISQua'nın birlikte çalışmış olduğu ülkeleri görüyorsunuz. Dünyanın dört bir yanında birçok ülke ile birlikte standartlar, değerlendirici eğitim programları ve kuruluşların akreditasyonuyla alakalı birlikte çalışıyoruz, sertifikasyonlar yapıyoruz. Netice itibariyle amacımız aynı uluslararası standartlar ve prensipleri uygulamak. Mesela Türkiye'de geliştirilen standartlar Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirildi ve bunlar ISQua'nın uluslararası ilkelerine uygun olup olmadıkları konusunda değerlendiriliyorlar. Aynı şekilde Amerika Birleşik Devletleri veya Avusturya'da geliştirilenler de bu şekilde.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığında Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Ofisi var ve 5. Versiyon 2013 yılında akreditasyon standartları olarak yayınlandı. Ve ISQua'ya akredite olması konusunda başvuru yapıldı. ISQua'nın 3. Uluslararası Sağlıkta Kalite Standartlarına göre değerlendirildi. Standartların nasıl geliştirildiğine baktık, standartların nasıl ölçüldüğüne baktık, kapasite ve verimlilik konusunda sağlık kuruluşlarını nasıl ölçtüklerine baktık ve hasta güvenliği, ziyaretçi güvenliği ve personel güvenliği konusunda katkılarını ölçtük. Süreç esasında

Bakanlığın ISQua prensipleri doğrultusunda bir öz değerlendirmesiyle başladı ve bir dokümantasyon yapıldı. Uluslararası Akreditasyon Programı İngilizce olarak yayınlanıyor. Dolayısıyla bu noktada Sağlık Bakanlığı bizim yapmış olduğumuz yayını Türkçeye çevirdi ve bu yılın ocak ayında çalışmalar başladı. Dün de öğrendiğimiz kadarıyla Değerlendirici Eğitim Programı geçtiğimiz ay ISQua'nın Akreditasyon Komitesi tarafından akredite edildi. Ve IAP ödülleriyle alakalı son kararı vermek üzere sunuldu. ISQua'nın ikinci Değerlendirici Eğitim Programı Kılavuzu doğrultusunda değerlendirildi. Değerlendirici eğitim programında değerlendiricilerin nasıl geliştirildiğine, nasıl hazırlandığına, eğitimin nasıl verildiğine, onlara nasıl bir eğitim programı verildiğine bunlara bakarak bir değerlendirme yapıldı. Yine söylediğim gibi Sağlık Bakanlığı bu bizim standartlarımıza göre bir öz değerlendirme yaptı iki tane ISQua'nın hakemi tarafından da daha sonra değerlendirme yapıldı. Bu noktada ben tebrik etmek istiyorum. Ne değerlendirici ekibi, ne de doğrulama ekibi tarafından tek bir hata bulunmadı ve şimdi akredite edilmiş durumda Eylül 2018'e kadar. Şu anda ağız ve diş sağlığı standartları da değerlendirilmeye devam ediyor, yakın bir zamanda ISQua'nın Akreditasyon Komitesine önümüzdeki ay muhtemelen bu sunulacak ve bu standartlarla ilgili tavsiyelerimizi duyacağız. Diyaliz merkezleri için de bir başvuru yapıldı, şu an süreç devam ediyor. Önümüzdeki yıl Eylül 2015'te Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Ofisi Sağlık Bakanlığında bir kurumsal değerlendirme yapacak ve ISQua'nın yayınlayacağı 4. Versiyon uyarınca kendi değerlendirmesini ve dış değerlendirmesini yapacak. Ve onun sonucunda da bir rapor hazırlanacak. Bu noktada Sağlık Bakanlığı Türkiye'de gerçekten çok önemli çalışmalar yapıyor ve sizlerin bu noktada hepimizin takdir edeceği çalışmalar ortaya çıkıyor. ISQua ve IAP ekibi adına ben Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesini kutlamak istiyorum ISQua'nın Uluslararası Akreditasyon Programı ödüllerini hak kazandıkları için Versiyon 5 ile Değerlendirici Eğitim Programıyla alakalı. Çok teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ

Kongre Başkanı

T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşarı

Değerli katılımcılar, kaliteye gönül veren kıymetli sağlık çalışanlarımız, hanımefendiler, beyefendiler, değerli basın mensupları. Öncelikle 5. Uluslararası Kalite Kongremizin ve bu çalışmaların sonuçlarının hayırlara vesile olması temennisiyle sözlerime başlamak istiyorum. Yine sözlerim başlamadan Sağlık Bakanımızın sizlere selamlarını iletiyorum, dün gece itibariyle sağlık bütçemiz ayrıca geçti, kendilerinin başka bir programı olması nedeniyle gelemedi, kendilerinin selamlarını iletiyorum.

Türkiye son 12 yılda gerçekten sağlık alanında, sağlık ordumuzla beraber çok ciddi gelişmeler göstermekte ve diğer ülkelere de bu noktada hızlı bir ivme kaydeden ülke olarak örnek olmaktadır. Sağlık çalışanlarımız bugün 528 bin kişiyle bunların 330 bin civarında hekim ve hemşire kadromuzla ülkenin dört bir yanında hizmet veriyoruz. Bu hizmeti verirken, kaliteli hizmet, doğru hizmet, güvenli hizmeti de bir kenarda tutmamız gerekiyor. Kalite akreditasyonunda yapılan son 10 yıldaki gelişmelerle artık ülkemizde bir kalite nosyonu oluştu. Hastanelerimizde bu kültür giderek yerleşti, bundan sonra da bu kültürün daha iyi hale getirilmesinde, hem çalışanlarımızın güvenliğini sağlamak, hem de bizden hizmet alan hastalarımıza güvenli hizmet vermek noktasında da artık üst mertebelere doğru giderek ilerleme durumundayız.

Bu amaçla bu hafta içerisinde Çarşamba günü yine Meclis'imizden geçen, Genel Kurul'dan geçen Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığını kurduk. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı ülkede stratejik anlamda sağlıkta hedefleri bilimsel olarak koordine eden bir enstitü olacaktır. Sağlık Bakanlığının koordinasyonunda. Bu enstitülerin başında Kanser Enstitüsü geliyor ve onun yanında da Kalite Akreditasyon Enstitüsü geliyor. Biyoteknoloji Enstitüsü, Anne – Çocuk – Ergen Enstitüsü, Halk Sağlığı Enstitüsü ve yine Alternatif Tıp Enstitüsü, buna benzer Türkiye'de stratejik bilim oluşturan, gelecekte ülkenin önemli sorunlarını bilimsel akademik olarak çözecek olan, arka planda güçlü bir bilimsel koordinasyonu olan enstitüler. Biz artık yaptığımız işi iyi yapmalıyız. Bu bakımdan Kalite Akreditasyon Enstitüsü, artık Sağlık Bakanlığımızdaki bu birimi TÜSEB'in içine taşıyacağız ve bu Kalite Akreditasyon Enstitüsü yaptığı yeniliklerle ve akademik anlamda yaptığı ilerlemelerle artık Türkiye'de sağlığın dıştan bir gözle denetimini yapacak. Bizim tecrübeli arkadaşlarımız orada denetçi olacaklar, orada görev alacaklar ve daha ziyade yine danışmanlık hizmetleriyle beraber ülkede bir kalite denetim ordusu oluşturulacak; hem özel sektörümüzü hem kamu hastanelerimizi bu açıdan değerlendireceğiz. Artık efendim şu hastanenin denetçisi oraya gitti az puan verdi,

bu buraya gitti çok puan verdi filan bunları tartışmayı ortadan kaldırıyoruz. Tabii ki ülkenin dışında yine komşu ülkelere de hizmet verebilecek pozisyona gelmesi gerekiyor, bunun da altyapısını kurarak Kalite Akreditasyon Enstitümüzün bütün faaliyetlerini uluslararası anlamda da gerçekleştirmesi hedefleniyor.

Tabii ki bunlar bir 10 yıl önce atılan bu küçük çaplı damlalar, şimdi giderek büyüyor ve biz artık kendi işimizi doğru planlayan, doğru yapan ve gerçekten de doğru sonuçlandıran bir duruma doğru gidiyoruz. Şimdi biz hastanelerimizi inceliyoruz, fiziki mekânlarda sorunlarımız var. Yeni şehir hastaneleriyle beraber Türkiye'deki hastanelerin hele hele eski, 50 yıl civarında olan hastanelerin, yaşları 50 yıl olanların hemen hemen hepsini yok ediyoruz, yenileri yapılıyor. Yeni şehir hastaneleri yapılıyor, yaklaşık 35 bin yatak ilave geliyor. Şimdi 17 tane şehir hastanesinin projeleri, sözleşmeleri imzalandı, temelleri atıldı, 3 yıl sonra bunlar bitiyor. İstanbul'a yaklaşık 5500 yataklı 2 tane merkez geliyor, İzmir'e, Ankara'ya 2 tane büyük merkez geliyor. Şimdi bunların da tabii yeniden dizaynında kalite önem arz ediyor; kliniklerin dizaynı, oradaki çalışma prosedürlerinin dizaynında daha şimdiden inşaat aşamasında biz bunları planlayacağız ve hastanelerimizi açtığımızda gerçekten çalışma anlamı açısından kalite akreditasyonunu öncesinden almış hastaneler getirmek istiyoruz. Türkiye'deki diğer hastanelerimizi de yeniliyoruz. Artık Türkiye'de çalışanlarımız yeni mekânlarda hizmet vermeye başlayacak. Fizik mekân sorunları çözüldükten sonra, artık içine girmemiz lazım. Şimdi biz gidiyorduk eskiden kalite denetimlerinde hastanelerimizin süreç yönetimlerini değerlendiriyoruz ama artık bir ileriye gitmemiz lazım, klinikleri akredite etmemiz lazım, Şişli Etfal Hastanesinin Ortopedi Kliniğinin akredite olması lazım. Yani Türkiye'deki hangi kliniklerimiz, merkezlerimiz akreditedir bunları ortaya koymamız gerekiyor. O bakımdan klinik süreç akreditasyonu bundan da bir basamak ilerisinde şahısları da akredite etmemiz lazım yani örneğin Eyüp Gümüş üroloji alanında akredite mi? Veyahut üroloji alanında veya üriner onkoloji alanında diyelim, hangi alanla ilgileniyorsa veya hemşire hanım, yoğun bakım hemşiresi, yoğun bakım hemşiresi olarak onu da akredite edeceğiz, belgesini vereceğiz. Bu akredite ettiğimiz çalışanlarımızın da özlük haklarını daha iyi hale getirmeye çalışacağız. Sonuçta işini iyi yapan, süreci iyi yönetmiş, örneğin doktorumuz, komplikasyonları az, mortalitesi az, morbiditesi az, işini iyi yapıyor, bilimsel özellikleri iyi, kongre takip etmiş, yayın yapmış, artık bunları izleyeceğiz ve bu doktorlarımızı da ön plana çıkaracağız. Yani biz binalar süreç yönetiminden giderek, hizmeti verene kadar, en uç noktaya kadar, en alttaki personelimize kadar akreditasyona tabi olacaktır. Böylelikle biz bütün alanlarımızda daha spesifik, daha kaliteli birimlerimizi ön plana çıkarıp bunları da ilan edeceğiz.

Şimdi uluslararası sağlık turizmi devreye giriyor Türkiye'de. Diğer ülkeler diyorlar ki bizim hastalarımızı tedavi eder misiniz? Almanya ile görüşme yapıyoruz, Almanya'da çok ciddi bir sağlık personelİ sıkıntısı var; nüfus yaşlanıyor, genç

nüfus çok az, kim bakacak? Diyorlar ki protez cerrahisinde, skolyoz cerrahisinde, kanser cerrahisinde, estetikte vs. bize destek olun veya yaşlı bakım. İşte burada biz ülkemizdeki bazı hastanelerimizde ve şehir hastanelerinde sağlık turizmi klinikleri oluşturacağız. Bunların da akredite olması lazım yani sağlık turizmi akreditasyonu da getiriyoruz. Şimdi bu akreditasyonun tabii birçok aşamaları da olacak. Sonuçta bu klinikler bu hizmetleri ekstradan verdiklerinde oradan elde ettikleri gelirleri de ekstra döner sermayeye ilaveten ekstra bir katkı, gelir elde etmiş olacaklar. O bakımdan bu yarışta iyi olanlar her zaman daha çok hasta alacaklar uluslararası ve kliniklerine ekstra o alınan gelirlerden döner sermaye hesaplarının dışında ekstra bir gelir daha o kliniklere vermiş olacağız. Bunların çalışmalarını yapıyoruz. Türkiye'nin bundan sonraki hedeflerinde sağlık turizmi de önemli bir yer tutuyor, bu çalışmaları da birlikte gerçekleştireceğiz. Şuraya gelmek istiyorum, biz bu süreçleri bazen ben başhekimliğim zamanında arkadaşlar ya bunlarla niye uğraşıyoruz, bizim bir sürü işimiz var, bize onu doldurtturuyorsunuz, bunu doldurtturuyorsunuz bir sürü kâğıt, bir sürü işlem. Hele ki işin sonuna baktığımızda, bir taraf cerrahisini işaretlemeyen bir personelimiz, sağ böbrek yerine sol böbreğin alındığını biz biliyoruz. Yani hasta örtülüyor, cerrah içeride kafeteryada oturuyor, geliyor örtülmüş bir hasta, tamamen pozisyon verilmiş, gidiyorsunuz böbreği alıyorsunuz. Sonuçta hastanın sağlam böbreğini alabilirsiniz. Bazı işler hasta güvenliği açısından o kadar önemli ki, tabii bunu yaşamadıkça da görmek zor, yaşamanız gerekiyor. o bakımdan bütün süreçlerimizi doğru hale getirip, kaliteye gönül verenleri daha da fazla arttırarak, bu kliniklerimizi öne çıkararak bu yarışı devam ettirmemiz lazım. Ve bu ilanlarımızı da Türkiye'ye ilan edeceğiz, bizim diyeceğiz Gaziantep'teki hastanemiz veyahut da Sivas'taki hastanemiz akreditedir, klinikleri de bunlardır, kişileri de bunlardır diyerek daha da bir üst makası biraz daha daraltarak daha üst seviyelere getirmeye çalışacağız.

Türkiye sağlıkta tabii ki bizim sağlık ordumuzla beraber bir yere gelecek, sizlerle beraber yapacağız. Tabii ki burada sağlık çalışanlarımızın özlük haklarını da iyileştirerek daha iyi noktalara gelmek istiyoruz. Şimdiye kadar hastalarımız bizden çok memnun ama sağlık çalışanlarımızın da inşallah özlük haklarını daha iyi hale getirme hususunda gayretlerimize devam ediyoruz, yıpranma payı bunlardan bir tanesi, çalışıyoruz. Yine döner sermayenin bir payının emekliliğe yansıtılmasına çalışıyoruz. Sonuçta tabii bir de ülkenin maliye boyutu var, onlarla da çarpışıyoruz, onu biliniz ama Türkiye'de sağlık personeli bu TÜSEB başta olmak üzere yapılan yeni çalışmalarla ayrıcalıklı bir yerde olduğunu mutlaka bilsin ve bundan sonraki süreçte Sayın Başbakanımız da bunu açıkladı Kalkınma Planında, sağlık ülkenin geleceğinde bir vizyondur, bu vizyonu da işte bu ordu gerçekleştirecek, yeni açılımlara inşallah birlikte ulaşırız. Ben Kongrenin sonuçlarının tekrar hayırlara vesile olması temennisiyle hepinize saygılarımı, sevgilerimi sunuyorum.

PANEL

KALİTE GELİŞİM SÜRECİNDE SAĞLIKTA KALİTE DEĞERLENDİRMELERİ

Oturum Başkanı - **Dr. Hasan GÜLER**
SHGM Genel Müdür Yardımcısı

2001 yılında Ege üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdi. Van ilinde sağlık ocağı tabipliği, diyaliz hekimliği ve başhekim yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2006 yılından itibaren Bakanlık Merkezinde performansa dayalı ek ödeme sistemi, sağlık finansmanı, geri ödeme politikaları, SUT ve sağlıkta kalite alanlarında çalışmaya başladı.

2007 yılında Strateji Geliştirme Başkanlığında Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanı oldu. 2009 yılında Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünde Genel Müdür Yardımcılığı görevine getirildi. 2012 yılında kurulan Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünde Genel Müdür Yardımcısı olarak görevine devam etti. Bakanlığın birçok stratejik çalışmasında yer alarak sağlık yönetimi başta olmak üzere performans, kalite-akreditasyon, TİG ve geri ödeme politikaları konularında makale yazımı başta olmak üzere kitap yazarlığı ve tebliğ sunarak bu alanların gelişimine katkıda bulundu.

Evli ve bir kız çocuk babasıdır.

Sağlıkta Kalite Değerlendirmelerinin Kaliteye Etkisi

Uz. Nurcan AZARKAN
SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

1995 Yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nu, 2003 yılında A.Ü. İktisat Fakültesi Kamu Yönetimini bitirmiştir. 2013 yılında Ahmet Yesevi Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği'nde Yüksek Lisansını tamamlamıştır.

Ankara ilinde Sağlık Bakanlığı bünyesinde bir hastanede Transfüzyon Merkezi sorumlu hemşiresi, Hizmet içi eğitim hemşiresi ve kalite yönetim birim sorumlusu olarak görev yapmış,aynı zamanda Merkezi Değerlendirmelere değerlendirici olarak katılmıştır.

2012 yılında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı'nda çalışmaya başlamıştır.Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Setlerinin geliştirilmesi, Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri ve Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının (SAS) oluşturulması konularında çeşitli çalışmalarda yer almış olup, kalite ve akreditasyon alanında yürütülen çeşitli eğitim çalışmalarında eğitimci olarak görevler üstlenmiştir.

Sağlıkta kalite alanında çeşitli yayınları bulunan AZARKAN, halen Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı'ndaki görevine devam etmektedir.

Değerlendirici Bakış Açısıyla Kurumlar: Gelişim, Tespit ve Öneriler

Uzm. Dr. Kemal OKTAY

İstanbul M.Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi

1968, İzmir doğumluyum. Evli ve bir çocukluyum. 1991 yılında Ege Ü.Tıp F. bitirdim. 1997 yılında Genel Cerrahi uzmanı oldum. Kastamonu,Kocaeli,İstanbul'daki kamu hastanelerinde Genel Cerrahi Uzmanı olarak görev yaptım.Mesleğimle ilgili çeşitli kurslara katıldım. 2005 yılında sağlıkta kalite çalışmalarına başladım.Kalite konularında eğitim aldım. 2007 yılında bakanlığımızın kalite sürecine dahil olarak,2oo'e yakın sks değerlendirmesine katıldım. Daire başkanlığı tarafından düzenlenmiş olan tüm SKS eğitimleri ile birlikte SAS çalışmalarına ve SAS değerlendirici eğitimlerine katıldım. Kongre ve sempozyumlarda güvenli cerrahi konusunda konuşmacı olarak katıldım. Halen İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Damar Cerrahisi EAH'de Kalite Yönetim Direktörü ve Genel Cerrahi Uzmanı olarak görev yapmaktayım.

Sağlıkta Kalite Değerlendirmelerinde Özel Hastane Deneyimi

Çağlayan SARAL

Acıbadem Sağlık Grubu

İstanbul Teknik Üniversitesi Endüstri Mühendisliği bölümünden mezun oldu. Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi'nde Standardizasyon ve Akreditasyon Sorumlusu, Anadolu Sağlık Merkezi'nde Performans Geliştirme Müdürü olarak görev yaptı. Halen Acıbadem Sağlık Grubu'nda Kalite Direktörü olarak çalışmaktadır.

Üniversite Hastanelerinde Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri; Kazanımlar, Beklentiler

Prof. Dr. Selami SÖZÜBİR

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

1989 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp fakültesinden mezun oldu. 1998 yılında Çocuk Cerrahisi ve 2012 yılında Çocuk Ürolojisi unvanını aldı. 2005 yılından itibaren Yeditepe Üniversitesi hastanesinde çalışmaktadır. 2006 yılından itibaren başladığı Kalite Geliştirme Direktörlüğünü halen sürdürmektedir. 2008 ile 2013 yılları arasında aynı hastanede başhekim yardımcılığı yapmıştır. Türkiye'nin tüm hastaneleri ile ilk kez uluslararası alanda akreditasyon belgesi alan üniversite hastanesinde bu projenin başında bulunmuştur. Sağlıkta kalite geliştirme konusuna ulusal ve uluslararası birçok kongreye konuşmacı, oturum başkanı olarak ve kurumunun bilimsel sunumları ile katkıda bulunmuştur.

KALİTE GELİŞİM SÜRECİNDE SAĞLIKTA KALİTE DEĞERLENDİRMELERİ

Dr. Hasan GÜLER

Oturum Başkanı

Değerli Katılımcılar, Yarışma Oturumu dolayısıyla bu Oturumumuz biraz sarktı, zamanı da etkin kullanma adına hemen Oturumu açıyorum.

Sağlıkta Kalite Değerlendirmelerinin Kaliteye Etkisi Oturumunda dört Konuşmacımız var. Oturumumuzda her bir Konuşmacımız 15 dakikalık bir konuşma gerçekleştirecekler ve birkaç soru ile de Oturumumuzu bitireceğiz.

Sağlıkta Kalite Değerlendirmelerinin Kaliteye Etkisi

Uzm. Nurcan AZARKAN

SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Sayın Yöneticilerim, Değerli Katılımcılar, hepinizi saygıyla selamlıyorum. Sözlerime başlamadan önce böyle bir platformda sizlerle bir arada bulunmanın büyük bir mutluluk olduğunu ifade etmek isterim. Kongremize hepiniz hoş geldiniz.

Ülkemizde "sağlıkta kalite çalışmaları" kapsamında sizlerin de bildiğiniz üzere Sağlıkta Kalite Standartlarına yönelik setlerimiz geliştirilmiştir. Tüm kurum ve kuruluşlarımızın kalite çalışmalarında standartlarımızı esas alarak bu çalışmaları devam ettirmelerini istemekteyiz. Tabii bir taraftan standart çalışmaları devam ederken diğer taraftan da kurumların geldikleri noktayı görmeleri, iyileştirmeye açık alanlarını belirlemeleri ve bu yönde de iyileştirme çalışmaları yapmaları elbette ki yürütmekte oldukları kalite çalışmalarında onları başarıya götürecek önemli bir faktör olacaktır.

Sağlıkta kalite değerlendirmeleri de ülkemiz genelindeki tüm sağlık kurum ve kuruluşlarındaki sağlıkta kalite standartlarının uygulanma düzeyini ortaya koymakta ve büyük resmi gözler önüne sermektedir. Böylelikle kurumlarımız adına da bir rehberlik yapılmaktadır. Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri Bakanlığımız kalite çalışmalarına özgü olarak kullanılan bir kavramdır ve bir tanım yapacak olursak; sağlık kurumlarında sağlıkta kalite standartları çerçevesinde konusunda uzman değerlendiriciler tarafından gerçekleştirilen yerinde gözlem ve inceleme faaliyeti olarak tanımlayabiliriz.

Tanım içerisinde değerlendirmelerin, değerlendiriciler eliyle gerçekleştiğini

ifade etmiştim, peki biz kime değerlendirici diyebiliriz? Bakanlık tarafından belirlenmiş olan değerlendirici niteliklerini taşıyan, değerlendirici eğitim programına katılmış ve bu programı başarı ile tamamlamış olan, Başkanlık ile bir hizmet sözleşmesi imzalamış ve sözleşme gereklerini yerine getiren, güncel kalite çalışmalarını takip eden, konusunda uzman, profesyonel kişileri "değerlendirici" olarak adlandırabiliriz.

Tabii ki, süreçte sadece değerlendiricilerimiz yer almıyor, süreci Başkanlık bünyesinde kurulmuş olan "Merkezi Değerlendirme Komisyonu" planlıyor ve de yürütüyor. Yine, illerimizde kalite çalışmalarının yürütülmesini takip eden, değerlendirme sürecinin sağlıklı ilerlemesini sahiplenen ve bu süreçte önemli rol oynayan İl Kalite Koordinatörlüklerimiz ve tabii ki kurumlarımız süreç içerisinde yer alan taraflardır.

Ben burada yeri gelmişken değerlendirmelerde büyük bir özveri ile çalışan değerlendiricilerimize, yine illerimizdeki çalışmalarda önemli bir performans gösteren İl Kalite Koordinatörlerimiz ve Koordinatörlük çalışanlarımıza Daire Başkanlığım adına teşekkürlerimizi iletmek istiyorum.

Gerçekleştirmiş olduğumuz kalite değerlendirmelerinde elbette, başarıyı hedefliyoruz ve bizler de yürütmekte olduğumuz tüm çalışmalarda daha iyi ne yapabiliriz diye sürekli düşünüyoruz ve bu yönde neler yapabileceğimizi araştırıyoruz. Bu noktada tabii ki, sizlerden alacağımız geri bildirimler çok büyük önem taşıyor.

Komisyon bünyesinde bildiğiniz gibi üç Başkanlık yetkilisi görev yapıyor ve bu arkadaşlarım; kendi illerindeki değerlendiriciler, İl Kalite Koordinatörlük çalışanları ve kurumlardaki kalite gönülleriyle sürekli iletişim halindeler. Ayrıca mutlaka geri bildirimleriniz not edilip Komisyona sunuluyor.

Ayrıca süreç içerisinde uygulamış olduğumuz anketler yine, sizlerle gerçekleştirdiğimiz toplantılar ve eğitim faaliyetlerimizdeki görüşmelerimiz de geri bildirim olarak mutlaka kaydedilmekte. Sizlerin tüm geri dönüşleriniz bizim için anlam taşıyıp, çalışmalarımızda bu yönde gelen geri bildirimler mutlaka gözden geçirilip ve değerlendirilmektedir.

Süreçte kullanmış olduğumuz dört adet anket var. Bunların bir kısmı değerlendirici ve değerlendirici adaylarımıza yönelik bir kısmı da değerlendirme sürecini değerlendirmemize yardım eden anketler. Süreçte görev alan ekip sorumluları, değerlendirmeye çıktıkları hafta, o haftanın sonunda daha doğrusu, ekiplerinde yer alan değerlendiriciler ve adaylara yönelik birer anket doldurarak Başkanlığa göndermekteler. Böylelikle biz, değerlendiricilerimizin ve değerlendirici adaylarımızın hem iletişim becerilerine hem de değerlendirme

becerilerine yönelik anketler vasıtasıyla geri bildirimler alabilmekteyiz. Ayrıca değerlendirme süreci tamamlandıktan sonra da yine, değerlendiricilerimizden bu kez tamamlamış olduğumuz değerlendirme sürecine ait geri bildirimler almak için kullandığımız bir anketimiz mevcut. Sağlık kurum ve kuruluşlarımızdan da yine süreci değerlendirmelerini istemekteyiz, hem gelen değerlendirme ekibine hem de sürece dair sorulardan oluşan bir anket bu. Kurumda değerlendirme gerçekleştikten sonra 3 gün içerisinde "kurumsal kalite sistemi" üzerinden ankete veri girişi yapılabiliyor. Kurumun Kalite Yönetim Direktörü ile birlikte iki tane birim sorumlusunun da bu anketi uygulamasını bekliyoruz.

Süreç içerisinde değerlendiriciler, değerlendirici adayları sağlık kurum ve kuruluşlarına yönelik kurallar belirlenmiş durumda, her dönem bu kurallar bir gözden geçiriliyor, ihtiyaç varsa revizyonlar yapılıyor. Bazen yapmış olduğumuz bu değişiklikler çok küçük olabiliyor, bir kelime, bir cümle, bazen bir paragraf düzeyinde değişiklik yapmış olabiliyoruz, o nedenle her dönem yayınlanmış olan kuralların mutlaka dikkatlice okunması ve süreç içerisinde de kurallara uygun olarak hareket edilmesi sizden bekliyoruz bunları.

Tabii kalite çalışmalarında "yaptığını ölç, ölçtüğünü iyileştir" yaklaşımı vardır ve ölçtüğümüz şeylerin de çıktılarının olması gerekir. Biz de Başkanlık olarak değerlendirme döneminin sonunda "yıllık değerlendirme raporu" hazırlıyoruz. Bu aslında bizim geçirmiş olduğumuz değerlendirme dönemimin çıktılarını ortaya koyuyor. Hem kalite puanlarına ait hem standartların karşılanma düzeylerine hem de değerlendirici performanslarına ilişkin istatiksel verilerimizi ortaya koyuyoruz. Bunları elbette ki, ilgili taraflar da gerekli platformlarda paylaşıyoruz ve onların kullanımına da sunuyoruz. Bizim için de bir sonraki süreci planlamamız ve daha iyi şeyler yapabilmemiz, daha az sorunla sorunsuz bir şekilde süreci yönetebilmemiz adına önemli veriler sağlıyor.

Tabii, burada sağlıkta kalite değerlendirmeleri sürecinin tamamını konuşma imkanımız maalesef ki yok ancak bildiğiniz üzere bizim Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri kitabımız var ve bu kitaba web sayfamızdan da çok kolay ulaşabiliyorsunuz. Öğrenmek istediğiniz, ilginizi çeken, aklınıza takılan tüm hususları da bu yayınımızdan bulabilirsiniz.

Başkanlık olarak Sağlıkta Kalite Değerlendirmelerini 06 Ağustos 2013 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanan Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilme ve Değerlendirilmesine dair Yönetmelik kapsamında yasal bir dayanağa bağlı kalarak değerlendirmelerimizi yapmaktayız. Bu Yönetmelik ile birlikte ülkemizde hizmet sunan tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında değerlendirme yapma görevi, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne verilmiştir.

Yine, Yönetmeliğimiz çerçevesinde şu an yılda bir kez yani bir dönem, kalite değerlendirmeleri gerçekleştirmekteyiz ancak önümüzdeki yıllar için değerlendirmelerin tüm yıla yayılmasını hedeflemekteyiz.

İçinde bulunduğumuz yıl itibariyle değerlendirmelerimize ait tablo böyle ama elbette ki, bunun bir geçmişi var; 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ilan edildikten sonra ilk kez 2005 yılında bildiğiniz üzere Kalite Standartları yayınlandı ve zaman içerisinde bu standartlar hem nitelik hem nicelik anlamında gelişim gösterdiler. Şu an itibariyle de dört tane setimiz bulunmaktadır.

Tabii ki, standartların gelişimi ile birlikte uygulamakta olduğumuz kalite değerlendirmelerinde de revizyona ihtiyaç duyulmuştur. 2005 yılında, standartlar ilk yayınlandığında hastanelerde "öz değerlendirme süreci" ile başlandı, İl Kalite Koordinatörlüklerinin değerlendirmeleri söz konusu oldu ve 2007'ye geldiğimizde iller arasında "çapraz değerlendirmeler" başlatıldı. 3 yıllık zaman dilimi içerisinde çapraz değerlendirmeler 81 ile yayıldı ve artık yeni bir şeyler yapmaya gerek olduğu fark edilerek Merkezi Değerlendirmelere başlandı. Başkanlığımız tarafından oluşturulan değerlendirme ekipleri vasıtasıyla değerlendirmelerimiz gerçekleşmektedir.

2015 yılı için yeni hedeflerimiz ve planlarımız var, bunları sizlerle paylaşmak isterim. SKS hastane setimizin 5. Versiyonuna yönelik çalışmalar yürütmekteyiz ve bu çalışmada oldukça yol aldık. Öğleden sonraki Oturumda Sayın Genel Müdürümüz bu konuyla ilgili bir sunum gerçekleştirecekler. İnşallah, 2015'te 5. Versiyonun kullanımıyla birlikte SKS Değerlendirme Sistematiğimizi de değiştireceğiz. Sistematiğimizi iyileştirmek, sonuçlarımızın güvenilirliğini arttırmak, değerlendiricilerimizin standardizasyonunu sağlamak amacıyla SKS Değerlendirme Sistematiğimizde yeni bir metot ortaya koyduk. Elbette, bu sürecin tüm taraflarının ortak dili kullanması bizim için önemli, çalışma kapsamında da hep bunu hedefleyerek çalışmamızda yol almaya gayret gösterdik.

Yeni sistematikte üç önemli adım olacak. İlk aşama kanıtların toplanması, ikinci aşama elde ettiğimiz kanıtların analizive son olarak standardın karşılanma düzeyinin tespit edilmesi. Kanıtların toplanması aşamasında sizlere şu an kullandığınız kayıt inceleme, gözlem yapma gibi tekniklerin yanı sıra bir "ön inceleme" yapılmasını planlamaktayız yani değerlendirme ekibi kuruma gitmeden önce kurum ile ilgili bir inceleme gerçekleştirecek ve bu bilgiler ışığında kuruma ulaşacaklar. Yine, değerlendirme günü değerlendirme yapılırken de hasta bazlı alan bazlı ve süreç bazlı olmak üzere üç boyutlu izlem yöntemini kullanılarak kanıtlar toplanılacaktır. Toplanan kanıtların analizi için altı tane kriter ortaya koyduk. Bunlar; uygulama, süreklilik, kapsam, etki alanı, izlenebilirlik, çalışanların katılımı. Bu kriterler çerçevesinde standartlar ele alınacak ve analiz edileceklerdir.

Standartlar ve değerlendirme ölçütleri şu anda olduğu gibi 5. Versiyonunda da yine beraber ele alınacak ve değerlendirileceklerdir.

Analize edilen standartların karşılanma düzeyinin tespiti için de sıklık düzeyi, etki alanı ve güvenlik boyutu olmak üzere üç tane kriter belirlendi ve bu kriterler çerçevesinde bir karara ulaşılacaktır. Genel Müdürümüz, tabii ki, sunumlarında bu konuyu da bizlere daha detaylı olarak anlatacaklardır.

Değerlendirmelerin en önemli aktörleri olan değerlendiricilerimiz; bizler de bu anlamda sağlıklı insan gücünün yetiştirilmesini önemsiyoruz ve bununla ilgili bir algoritma ortaya koyduk, bir kalite gönüllüsü değerlendirici olmak istedikten sonra nasıl bir süreç başlıyor, bu süreç nasıl işliyor adım adım bunları tanımladık ve kurallarını ortaya koyduk. Bu algoritmanın yer aldığı bir rehber hazırladık. Tabii, ilk etapta başvuru sonrası başvurusu kabul edilen kişiler, değerlendirici adayı oluyorlar ve bu yönde bir süreç geçiriyorlar. Değerlendirici adaylıklarından sonra da Başkanlığımızın belirlemiş olduğu nitelikleri sağlıyorlarsa yapılan mülakatta da başarılı olmak kaydıyla değerlendirici oluyorlar. Artık bundan sonra değerlendiricilik süreci başlıyor. Tabii ki değerlendiriciliğin süreci için belirlenmiş şartlar ve kurallar var. Bunlara uyum önem taşıyor, aksi takdirde bazı hususlarda değerlendiricilik vasfının askıya alınması veya iptal edilmesi söz konusu olabiliyor. Adaylarımız ve değerlendiricilerimiz için süreç içerisinde üç önemli husus dikkat çekiyor. Birincisi, "hizmet sözleşmesi"; hem aday olanlar hem de değerlendiriciye geçen kişilerin hizmet sözleşmesini imzalaması önemli, sözleşmede hukuka bağlılık, tarafsızlık ve objektiflik ilkelerinden bahsedilmektedir. Bu ilkeleri ve sözleşmenin diğer hükümlerine uygun davranışlar sergilenmesini beklemekteyiz. Yine eğitimleri önemsiyoruz, değerlendirici adayı olanlara öncelikle kalite yönetimi eğitimi veriliyor ve başarılı olanlar, aday olarak devam edebiliyor. Değerlendiriciliğe geçen kişilerde ise Başkanlık tarafından belirlenmiş eğitim programı uygulanıyor. Her eğitimin sonunda da sınavlar yapılmakta ve başarılı olunması beklenmektedir. Değerlendiricilerin katılım gün sayıları önemli ve bunlara uyum da gereklidir.

Değerlendiriciliğin devamı için gerekli hususlardan bir tanesi de, değerlendirici performans ölçümü; sağlıkta kalite değerlendirmelerine katılım, adaylarımız için bir dönem de 5 gün, değerlendiricilerimiz için ise 15 gün katılım bekliyoruz. Daha önce bahsetmiş olduğum anketlerden elde edilen iletişim ve değerlendirme beceri puanlarıyla Merkezi Değerlendirme Komisyonu tarafından verilen puan performans ölçümünde öne çıkmakta.

Akreditasyon çalışmaları kapsamında, 16 Ekim 2014 tarihinde "değerlendirici eğitim programımız" akredite edilmiştir. Bu bizim için gurur verici bir husus olmakla beraber kalite çalışmalarımızı da güçlendiren önemli bir unsurdur.

Sağlıkta kalite değerlendirmeleri bizler için yerinde bir eğitim, SKS'yi aynı şekilde anlama ve uygulamayı sağlayan ölçüm kültürünü, kalite yönetim sisteminin kurulmasını, elbette hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasını, yine ulusal sağlık hedeflerine ulaşmayı kolaylaştıran önemli bir faktördür.

Yapmış olduğumuz çalışmalardan sonra hedeflerimizden bahsettim ama üzerinden şöylece hızlıca geçmek isterim; yeni bir değerlendirme sistematiği ile yolumuza devam etmek istiyoruz. Nitelikli insan gücü yetiştirilmesi yönünde çalışmalarımıza devam etmeyi ve değerlendirmelerin tüm yıla yayılmasını hedefliyoruz.

Bu noktada şöyle bir soru yöneltmek isterim size ki hepinizin aklına gelen cevap aynı olacaktır; bir insanın yaşaması için, hayatına sağlıklı devam edebilmesi için iki hayati organa ihtiyacı vardır, birisi kalp, birisi beyin. Bu organlardan birinden birisi çalışmayacak olursa insan yaşamı sona erer. İşte, sağlıkta kalite çalışmalarının iki önemli hayati organı da sağlıkta kalite standartları ve sağlıkta kalite değerlendirmeleridir. Her ikisinin beraberliği de oldukça önemlidir ve bu birliktelik inşallah devam edecektir.

Tüm çalışmalarımızın sonunda kurumlarımız, çalışanlarımız, değerlendiricilerimiz, Bakanlığımız, elbette ki ülkemiz kazanacaktır diyorum. Teşekkür ediyorum, hepinize başarılı bir Kongre diliyorum.

Dr. Hasan GÜLER

Oturum Başkanı

Nurcan Hanım'a bu güzel sunumu için teşekkür ediyoruz.

Aslında Nurcan Hanım'ın sunumunda öne çıkan vurgu gördüğümüz kadarıyla şu oldu; artık Sağlıkta kalite değerlendirmelerinin her yönü ile sistematik bir algoritması oluşmuştur. Her yönü ile insan gücü kapasitesinin yetiştirilmesinden kurumların değerlendirme sürecine kadar tüm alanlara ilişkin tüm adımlar tek tek tespit edilmek suretiyle ilgili hususlar ortaya konmuştur. 2015 yılı itibariyle de daha bilimsel, daha ayakları yere basan ve yeni versiyon ile birlikte hayata geçecek olan değerlendirme sistematiğinin tüm kurumlar açısından, tüm değerlendiriciler açısından ve taraflar ve tüm paydaşlar açısından önemli bir kazanım ve ortak bir dil olacağını vurgulayabiliriz.

Evet, ikinci olarak konuşmalarını yapmak üzere hem Değerlendirici hem de İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalite Yönetim Direktörü Uzman Doktor Kemal Oktay'ı kürsüye davet ediyorum. Buyurun Kemal Bey.

Değerlendirici Bakış Açısıyla Kurumlar: Gelişim, Tespit ve Öneriler

Uzm. Dr. Kemal OKTAY
İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kalite Yönetim Direktörü

Sayın Başkan, Değerli Katılımcılar, öncelikle hepinizi selamlıyorum.

Sunumumun bütünlüğü açısından ben de değerlendirme sistematiği açısından bilgiler vermeyi düşünüyordum ama Sayın Azarkan, bu konuda yeterince bilgi verdi, zamanı verimli kullanmak adına bu slaytları izin verirseniz geçmek istiyorum.

Hepimizin bildiği gibi Sağlıkta Dönüşüm Programının bir birleşeni olan sağlıkta kalite, önce kamu hastanelerimizden başlayarak şu an tüm sağlık kurumlarımızı kapsar hale gelmiştir. Değerlendirme ve SKS değerlendirme kavramlarını Sayın Azarkan çok güzel bir şekilde izah etti, bu nedenle izninizle bu konuyu ben hızlıca geçmek istiyorum.Keza, değerlendirmenin etkinliği açısından yapılması gerekenler, bunları da geçmek istiyorum.Değerlendirici kimdir? Bu konuyla ilgili de bize bilgi verdi, bunları da geçiyorum.

Aslında fazla slaydım da kalmıyor sonuçta, herkes yemeğini yiyebilir.

Ben şöyle diyeyim; geçtiğimiz dönem bizler için, değerlendiriciler için özel bir dönemdi, şöyle ki; biz bu vasıta ile Türkiye'deki tüm sağlık kurumlarını değerlendirme şansını yakaladık ve ilk kez üniversite hastanelerini ziyaret ettik, ilk kez değerlendirilen özel hastanelerimiz vardı, ben bu iki hastane için birer örnek izlenimlerini paylaşmak istiyorum. Birincisi, üniversite hastaneleri, yaklaşık geçtiğimiz dönem 10'a yakın üniversite ziyaretimiz oldu ve şunu gözlemledim ki, üniversitelerde, özellikle açılış toplantılarında çok ciddi bir katılım vardı ve bölüm kalite sorumlularının katılması gerekirken tüm hastane bölüm sorumluları katılmıştı ve hoca düzeyinde, hekim düzeyinde bir katılım vardı. Bu bizleri son derece memnun etti ve değerlendirme sürecinde de bize hep değerlendirme, SKS hakkında sorular yönelttiler, bunlar bizi gerçekten çok sevindirdi. Üniversitedeki sağlık profesyonellerinin de olaya bakış açısını yansıtılıyordu.

Diğer bir izlenim ise özel hastanelerdi.Daha önceden değerlendirilmemiş bir özel hastanenin yöneticisi, açılış toplantısından başlayıp günün sonuna kadar bizlere eşlik edip sürekli sualler soruyordu. Biz gerçekten çok ilgili bulmuştuk kendisini ve günün sonunda kendisine soru sorma şansım oldu; "Sayın yöneticim, siz çok ilgilisiniz, gerçekten alışageldiğimiz bir şekil değil, niçin böyle?" dedim, bu yöneticinin verdiği cevap anlamlıydı. Bence; "Biz bir grup hastanenin bir

lokasyonunu temsil ediyoruz, üst yönetimimiz, buradaki puanlama, buradaki başarıya göre bizim lokasyonlarımızın başarısını belirleyecek" diye bir ifadesi oldu. Bu gerçekten, özel hastanelerin de konuya olan yaklaşımını izah etmektedir.

Evet, SKS'de hedeflerimiz hepimizin bildiği gibi hasta ve çalışan güvenliğini sağlanması, hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanması ve etkinliği ve etkinliğin sağlanması yönünde dört hedef grubumuz var. Bu hedef grubu doğrultusunda ben kurum değerlendirmelerimdeki gözlemlerimi sizlerle paylaşacağım. Öncelikli olarak bütüncül olarak kurumların gerçekleştirdiği konuların üzerinden geçeceğim, arkasından da yıllara rağmen bazı konularda gerçekten bir yol kat ediyoruz ama gerçekten, böyle bir depar şeklinde bir dönüşümüzün oluşmadığını gözlemledim ben, bunları sizlerle paylaşacağım.

Hepimizin bildiği gibi uluslararası hasta güvenliğinin kriterlerinden birisi olan doğru kimliklendirme hemen hemen bütün kurumlarımızda gerçekleştirilmektedir. Artık kimlik tanımlayıcıların takılıp, takılmamasını değil, üzerinde hangi logo olmasını, daha güncel hangi malzemelerin kullanılabileceği ile ilgili bir arayış içerisindeler. Benim gözlemim bu konu tüm kurumlarımızda karşılanmış durumdadır.

Diğer karşılanmış olan bir konu, tıbbı cihaz güvenliği olarak düşünüyorum. Her ne kadar cihazların şu an bakımlarında sıkıntılar olsa da, bakım konusu kurumlar tarafından farkındalık oluşmasa da yine de geçmişe göre tıbbı cihaz güvenliği konusunda çok ciddi adımlar atıldı ve Kamu Hastaneler Birliğinin şimdi yeni uygulamayla "klinik mühendislik hizmetleri birimlerinin" kurulmasıyla sanırım farklı bir ivme kazanacaktır süreç. Burada belki şunu söylememde fayda var; bazı denemelerde şunu yaşadık, cihazların üzerlerinde kalibrasyon etiketleri vardı ama sertifikalarına ulaşamadık, izleyemedik bunları. Aslında bu işin tam tersi olması lazım, sertifikaları olması lazım, biz sertifikada o kalibrasyonun izlenebilir olması lazım, o etiket sadece cihazın kalibre edildiğini gösteren bir etiket, maalesef, kurumlarımızda bu yönde bir farkındalık oluşturmak istiyorum. Sadece etiketin olması ya da firmalar "biz size şimdi etiketleri verelim, daha sonra bunların sertifikalarını veririz" şeklinde yaklaşımların doğru olmadığını düşünüyorum.

"Mavi kod" uygulaması da keza öyle; yıllar öncesinden hatırlıyorum da mavi kod ile ilgili kurumlarda hiçbir düzenleme yokken şimdi bakıyorum bu uygulamanın süreleri tartışılıyor, 3 dakikanın altına inilmiş, çok nadiren bazı kurumlarda bu süre aşımlarını görüyoruz ama mavi kod ile ilgili gerçekten tüm kurumlarımızda ciddi düzenlemeler var. Burada belki bazı kurumlarımızı şanssız olarak altyapı eksikleri nedeniyle ulusal kod sitemimiz olan 2222'yi kullanmakta zorlanmaktadırlar.

Diğer bir konu ise güvenlik raporlama sistemidir. Kurumlarımız bu sistemi

oluşturdular, gayet bu bazı kurumlarda işliyor yalnız bazı kurumlarda şöyle bir gözlemimiz var; güvenlik ve raporlama sistemi kurulduğu halde bildirimlerin çok az olduğu ya da olmadığı yönünde ve kurumun bize cevabı "bildirim olmadı ki" şeklinde. Aslında güvenlik raporlama sisteminde bildirim yoksa kurum olarak bir düşünmemiz lazım yani "gerçekten bu sistem kurgusunu doğru yaptık mı? Biz çalışanların eğitimlerini doğru verdik mi?" yönünde. Farkındalık olsun diye bunu bir dipnot olarak söylüyorum.

"Laboratuvar test güvenliği" de keza öyle; yıllardır laboratuvarlarımız zaten belli bir disiplin içerisinde yönetilmekte ancak burada da şuna vurgu yapabilirim; panik değer bildirimi ile ilgili süreçte, hepimiz biliyoruz, otomasyon sistemi üzerinde bir uyarı sistemi oluşmalıdır. Bu uyarı sisteminde klinisyenler tarafından da uyarı sisteminin oluşması lazım, biz laboratuvar özelinde bunu gerçekleştiriyoruz ama gerçekten, hekim ve hemşireye doğrudan ulaşacak yöntemlerimiz kurumlarımızın çoğunda mevcut değil.

"Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi" konusu da keza, başarılı olduğumuz bir konudur. Yıllardır enfeksiyon kontrol ekibi ve komiteler vasıtasıyla ilgili birimdeki arkadaşlar gerçekten ciddi hizmetler vermektedirler. Ancak burada da yine bir konuya vurgu yapmak istiyorum; her kurumun cerrahi profercy rehberi vardır. Ameliyat yapılan kurumlarda bu cerrahi profercy rehberi vardır ve bu cerrahi profercy rehberine göre kurumun cerrahi profercysi değerlendiriliyor hepimizce ve bununla ilintili olması lazım. Değerlendirmeler sırasında çok şeyler yaşıyoruz. Cerrahi profercy rehberinde tanımlanmamış olduğu halde farklı profercyleri uygulayan kurumlar var. Bunu niçin söylüyorum? Çünkü hepimiz biliyoruz ki; cerrahide olan enfeksiyonlarının yarısını önlemek istiyorsak cerrahi profercyi doğru uygulamamız lazım, buna özellikle vurgu yapmak istiyorum.

"Transfüzyon güvenliğinde" de yine, geçmişte hekim ordinolarına yazmakta zorlandığımız kan ve kan ürünleri artık özel istek formlarıyla tanımlanır hale gelmiştir. Her ne kadar istek formundaki alanlar tam olarak doldurulmasa da böyle bir alışkanlık gelişmiştir. Zaten transfüzyon takip sürecinde de, hiçbir şey demiyorum, hemşire arkadaşlarımız gayet güzel bir şekilde, sağlık çalışanları bu formları doldurmaktalar.

Önemli olan kronik problem haline geldiğini düşündüğüm konulara değinmek istiyorum. Bunların başında "güvenli cerrahi" gelmekte; her ne kadar geçmiş dönemde SKS standardını karşılama düzeyi %80'ler de olsa gerçek anlamda güvenli cerrahi kontrol listesinin ben doldurulmadığını düşünüyorum. Bunu çok rahat ölçebiliyorsunuz, neden? Hastanın mevcut kayıtlarıyla ameliyat öncesinde son time-outta bu geri gelen kontrol listesi formuna baktığınızda, bunları kıyasladığınızda kayıtlar arasında tutarsızlıklar oluşuyor ve bunun bir de

hukuki boyutu var. Allah muhafaza, hastada bir sorun geliştiğinde ve bu kayıtlar incelendiğinde özellikle de cerrahi kontrol listesi kayıtlarının hasta kayıtlarına göre uygunsuz olduğu durumlarda bunun gerçekten kurumu ve hekimi bağlayıcılığı var. O yüzden güvenli cerrahinin temel yapıtaşı olan cerrahi kontrol listesinin etkin bir şekilde doldurulması gerekiyor.

Bir de burada gözden kaçan konu olduğunu düşünüyorum; evet, cerrahi kontrol listesi doldurulsun diye eğitimler veriyoruz ama bir de gerçekten, bu liste dolduruluyor mu doldurulmuyor mu diye bir performans, bir ölçü koymamız lazım buna ki, süreci iyileştirelim.

Genelde cerrahi güvenlik kontrol listesinin problemi hekim ayağında var, maalesef hekim arkadaşlar, cerrahlar bu ekibe katılmıyorlar, sanki o listenin bir sorumlusu var, onun yapması gereken bir iş olarak algılıyorlar. Oysaki bu cerrahla, cerrahi ekibi, anestezi ekibiyle, ameliyat hemşiresi ile bir bütüncül olarak doldurulması gereken bir form.

Tabii güvenli cerrahi için uygun bir ameliyat ortamını hiç konuşmuyorum bile; bunun için de başta uygun havalandırma sisteminin olması gerekmekte, bu havalandırma sisteminin performansını ölçen birtakım testlerin yapılması gerekmekte, hepimiz görüyoruz, particular ölçümler yapıyoruz ama kurumların bu particular ölçümleri niçin yaptığı, oradaki sonuçların ne anlama geldiğini bilmesi gerekmekte.

Güvenli cerrahi dışında diğer önemli bir konumuz, "ilaç güvenliği" konusu. Evet, kurumlarda ilaç yönetimlerinde çok ciddi düzenlemeler var ama ilaç güvenliğinin hâlâ bir problem olarak durduğunu düşünüyorum. Çünkü hekim ordinolarında standartların uygun gördüğü şekilde ordinolar tam yazılmıyor. Evet, kurumlar farklı yöntemler tercih ediyorlar, seçiyorlar, bunun için farklı otomasyon sistemleri kurmuşlar. E-ordinolar oluşturulmakta ama yine hepimiz biliyoruz ki, e-ordinolar için e-imza şart, e-imza kullanma alışkanlığımız da maalesef yok. Otomasyondaki şifre üzerinden buna benzer ordinolar düzenlenmektedir.

Kurumun tanımladığı halde kısaltmalar da kullanmaktayız; hepimizin kullandığı ama kısaltma kullanılmaması gereken durumlar, semboller var, mesela "cc'yi" yaygın bir şekilde kullanmayalım diyoruz "0" ile karıştığı için ama çoğu kurumda çoğu hekim ve diğer sağlık profesyonelleri "cc'yi" kullanmaktadırlar. Bunun yerine "mililitre" kullanmalıyız zaten çoğu dokümanımızda bunu bu şekilde tanımlamışızdır.

Diğer bir konu ise radyasyon güvenliğidir. Radyasyon güvenliği yönünde çok önemli adımlar atıldı, evet, radyasyon yayan cihazların lisansları olsun, onların kalibrasyonları ve kalite kontrolleri olsun ki zaten bunlar gerçekleştirildi ama

daha hâlâ çalışanların güvenliği için dozimetrelerin takibinde sıkıntı yaşayan kurumlar var. Özellikle de kurum bir görüntüleme hizmeti alıyorsa, özellikle firma çalışanlarının bu dozimetre takibini yakından takip etmelerini öneririm. Genelde bu konuda eksikliklere rastlamaktayız.

Bir diğer önemli konu, "radyasyon koruyucularının kullanımı" ile ilgili. Evet, günümüzde radyoloji teknisyenleri bir camekanın ötesinde kumanda odasında korunaklı bir bölgede hizmet veriyorlar ama burada amaçlanan sadece çalışan değil aynı zamanda hastanın yanında gelen hasta yakınıdır. Bizim hasta yakınını da bu kurşun koruyucularla korumamız gerekmekte, bunu da güvenilir bir kurşun koruyucu ile yapmalıyız ki bunun için de kurşun koruyucuların kontrolden geçmesi gerekmektedir. Scooby veya X-Ray görüntülerini alıp koruyucunun bütünlüğü devam ediyor mu, hatalı yeri var mı diye tespit etmemiz lazım hatta bazen üzülerek söylüyorum, şunu da görüyoruz; kurşun önlük koruyucu bütünlüğünü yitirmiş, içinde parçalanmış ama daha halen uygulama sahasında gözükmekte. Tahmin ediyorum ki, gelecekte buna benzer örnekleri yaşamayacağız.

Diğer bir konu, "tesis güvenliği". Tesis güvenliği de çok geniş bir konu aslında ama ben burada iki şeye vurgu yapmak istiyorum; birincisi, "acil durum eylem planı", hepimizin acil durum eylem planı var ama bu acil durum eylem planında sorumlular hangi faaliyetlerden sorumlu olduklarını biliyorlar mı? Bunu özellikle söylemek istiyorum, bu birincisi. İkincisi; yangın ve duman güvenliği ile ilgili neler yapıyoruz? Hepimiz yangın ile ilgili tatbikatları düzenliyoruz. Genelde yapılan uygulama da itfaiyeci çağrılıyor ve bir hastanın pencereden tahliyesi, yangın tüpü ile söndürme gibi işlemler gerçekleştiriliyor; ama şimdi bir hemşire serviste hastalarına bakarken bir yangın alarmı yapıldığında yangın tüpü ile yangını söndürecek mi? Yani orada bir rolü var hemşirenin, aslında tatbikatlarda buna göre kurgumuzu yapmamız lazım. Çünkü bir yangın durumunda hepimizin, hekimin, hemşirenin, diğer elemanların herkesin birer görevi var, tatbikatlarımızı da kurgularımızı da buna göre yaparsak daha etkin olur. Tatbikattaki amacımız nedir? Başımıza bu iş gelirse işi doğru bir şekilde yapalım ama sırf bir tatbikat yapmış olmak için yapmayalım, bunları kağıtta çok rahatlıkla yapabiliyoruz, bu konuya da dikkat çekmek istiyorum.

"Bilgi güvenliği"; bilgi güvenliği de çok geniş bir tartışma konusu ama ben sadece şunu söyleyeceğim; kurumlarımızda otomasyon şifrelerini hekimler veri elemanına veriyor ise bilgi güvenliğinden ne kadar söz edebiliriz? Buna dikkat çekmek istiyorum. Birçok kurumda bu uygulama yapılmakta, yanlış ama öncelikle biz bunu çözmeliyiz.

"Düşmelerin önlenmesinde" gelinen nokta çok iyi, bütün kurumlar bir düşme

ölçeği kullanmaktadır. Ancak burada da uygulama hataları görmekteyiz.Örneğin; bir hasta ameliyat olmuş ve kullanılan narkotik ajanlar var, bakıyoruz ki hemşire hanım bunları listeye girmiş ama ameliyattan sonra ilacında hiçbir farklılık yok. Bir anda risk düzeyi 0'dan 5'e yükselmiştir gibi ya da hasta post-op'tur, ayağa kalkamıyordur ama orada "fiziksel engeli var mı?" satırında hemşire hanımlar "0" olarak değerlendirmişler. Bunlara çok dikkat etmemiz lazım, gerçekten amacımız hastanelerde düşmeyi engellemekse biz de bu formu amacına uygun şekilde etkin bir şekilde kullanmamız gerekiyor.

"Hastaların bilgilendirilmesi ve rızasının alınması"; evet, bu konuda çok yol kat ettik, gerçekten işleme özel onam formlarını kurumlar hazırladı, gerçekten çok detaylandırılmış bir şekilde, küçük müdahaleler dahil ama daha halen hekim imzalarının eksik olduğu, tarih ve saatin yazılmadığı onam formlarını da gözlemlemekteyiz.

"Risk analizi" de çok önemli; kurumlarda genelde standart bir risk analizi formatı var, bu yapılıyor, benim denetlemelerde risk analizinde gözlemlediğim, örneğin; sterilizasyon ünitesi olmayan bir yerde sterilizasyonu risk olarak almış ya da tam tersi de olabiliyor, sterilizasyona risk analizi yapılmamış. Özellikle de risklerden "gürültüye" vurgu yapmak istiyorum; kurumda aslında gürültü oluşturabilen kaynaklar, alanlar çok fazla, bunların gerçekten ölçülmesi lazım. Bir de evet, hepimiz değişik kaynakları bakıp, inceleyip kurumumuza adapte edebiliriz ama olduğu gibi almamalıyız, alırsakbunlar maalesef kurumumuza uygun olmuyor. "Kişisel koruyucu ekipman kullanımı" da kurumda bir risk olarak tespit edildiyse, kişisel koruyucu ekipman da taktir edersiniz ki, bir kulaklık, kulak tıkacı gibi koruyucu ekipmanlar kullanmak lazım ama kurumun bunu kullanmadığını ve planlamasında da olmadığını görüyoruz.

"Çalışanların sağlık taraması" da keza önemli bir konu ve bir de şu var; kurumlardaki riskler farklı farklı olacağından çalışanların sağlık taramaları da kurumlara göre farklılık arz edebilir. Fakat değişmeyen bir şey var ki o da, radyasyon yayan alanlardaki kişilerin sağlık taramasındaki standart. Türkiye'de mevzuat gereği ve özellikle burada kişilerin periferik yaymalarının yapılamadığını ve göz incelemelerinin de yapılamadığını gözlemlemekteyiz yine.

Hemen "engellileri" de söylemek istiyorum. Burada,engelliler ile ilgili çok düzenlememiz var, yaşlılara önceliğimiz var ama ben iki şeyde daha hâlâ cevabını bulamadım. Hepimizin hastanesinde rampalar var, bu rampaları hepimiz biliyoruz ki 8 derecelik bir eğimi olması lazım ama ben 30 dereceye varan eğimler biliyorum. Biz gerçekten engelliye kolaylık mı yapıyoruz yoksa engelsiz kişileri de engel mi oluşturuyoruz? Bu sorunun cevabını henüz veremedim. Diğer bir konu da "hissedebilir yüzeyler". Hissedebilir yüzeyleri kullanıyoruz ama hepimiz bu

hissedebilir yüzeyleri gerçekten amacına uygun bir şekilde mi gerçekleştiriyoruz? Ben şunu da gözlemledim, hissedilebilir bir yüzeyi takip ettiğimizde bir duvarla sonuçlanan, biten hissedilebilir yüzey uygulaması da gördüm. Gerçekten bunları bu kadar çok her tarafa, zemine yapıştırmamız mı gerekiyor? Bununla ilgili bir standart var mı diye biraz mevzuatı da araştırdım, maalesef bununla ilgili bir standart da yok ama sonuçtaamacımız eğer ki engelliye hizmetse bunu bir şekilde aklın yolu ile buluruz diye düşünüyorum. Hastanın bilgilendirilmesinin yapılması, bunları geçeceğim.

Evet, bir etkinliğin, etkililik ve etkinlik sağlamasından bahsetmiştim; eğer kurumlar, kaynakları verimli kullanırsa, planları iyi yaparsa ve elde edilen sonuçlarla planlar ile örtüşürse o zaman etkinlik ve etkilikten söz edebiliyoruz. Aksi takdirde getiremeyiz. Zaten sürecin devamlılığı için etkinlik ve etkilik önemlidir.

Sonuç olarak; kurumların kazanımları çok fazla ama bu değerlendirmelerde ki asıl kazanım, sağlık kurumlarında tüm çalışanlar için yerinde bir eğitim sürecine dönüşmesidir.Bu bağlamda değerlendirmelerde kurum yöneticileri, kalite yönetim direktörleri ve bölüm kalite sorumluları başta olmak üzere her dönem yaklaşık 25.000 kurum çalışanı oluşan eğitim ağı sayesinde bilgi ve tecrübelerini paylaşma fırsatına sahip olmaktadırlar. Biliyorsunuz, geçtiğimiz hafta başlayan bir değerlendirme sürecimiz var ve önümüzdeki haftalarda da devam edecek, burada biliyorum ki, kurumların kalite yönetim direktörleri ve değerlendirici arkadaşlarım var, ben hepsine bu dönemde değerlendirmelerde başarılar diliyorum.

Teşekkür ediyorum sabrınız için.

Dr. Hasan GÜLER
Oturum Başkanı

Kemal Bey'e bu güzel sunum için teşekkür ediyoruz.

Zamanı etkin kullanma adına hemen Üçüncü Konuşmacımız Acıbadem Sağlık Grubundan Çağlayan Saral Hanımefendi'yi kürsüye davet ediyorum. Buyurun Çağlayan Hanım.

Sağlıkta Kalite Değerlendirmelerinde Özel Hastane Deneyimi

Çağlayan SARAL
Acıbadem Sağlık Grubu

Değerli Katılımcılar, bugün burada sizlerle birlikte olmaktan çok mutlu olduğumu söyleyerek başlamak istiyorum.

7 slaytlık bir konuşma hazırladım ve şöyle planlamayı düşünüyorum, şöyle yapayım, sanırım daha kolay olacak, evet böyle çok daha rahat olacak.

Öncelikle kullanılan ülkemizde, sağlık sektöründe kullanılan kalite araçlarıyla başlamak istiyorum, daha sonra kendi Kurumumum bu araçları nasıl kullandığından ve biraz deneyimlerimizden bahsetmek istiyorum. Sonrasında da Panelimizin de asıl konusu olan SKS değerlendirmelerine ilişkin kendi sonuçlarımızı paylaşıp bu deneyimden çıkarttığımız güçlü yönleri ve hâlâ iyileştirme fırsatı gördüğümüz alanları sizinle paylaşmak istiyorum.

Çok kısaca bakarsak aslında ülkemizde kurumlar, kalite kavramlarıyla ilgilenmeye İSO sistemleriyle başladılar, 1990'lı yılların sonlarında, en çok bilinir olanı ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemiydi. Yönetim taahhüdünü konuşmaya, dokümantasyon ile ilgili bazı temel adımları atmaya başlamamız açısından bence de çok iyi bir başlangıçtı. Bazı sağlık kurumları çevre yönetim sistemlerini de bu sürece dahil etti. Entegre yönetim sistemi adı altında iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarını da içine bu sürece dâhil ettik, uzunca bir süre aslında bizi meşgul etti ve bu tüm kalite çalışmalarına temel oluşturdu.

2000'li yılların başlarında farklı bir alternatifi konuşmaya başladık, özellikle kurumların öz değerlendirme yaparak kendi kuvvetli yönlerini ve iyileştirmeye açık alanlarını, darboğazlarını görmelerine imkân sağlaması açısından "EFQM mükemmellik modeli" bir araç olarak ele alınmaya başlanıldı. Çok da pratik ve de stratejik bir araçtı. Belki bu stratejik planlama ve hedefler yönetimdeki zorluklar sebebiyle çok fazla sağlık kurumu tarafından tercih edilmedi.

2002'de aslında Türkiye'de biz ilk JCI Hastaneyi konuşmaya başladığımızda akreditasyon birazcık daha etkin bulunan bir kalite aracı olarak hayatımıza girmişti. Çünkü o dönemlerde biz bir süredir İSO sistemlerinin yeterli olmadığını, verimli olmadığını ve istenileni vermediğini söyledik. Uzlaşması da çok kolay bir hedef olmuştur, çok da klinikte kalmamış gibi değerlendirilmeye başlamıştı. JCI o anlamda çok daha prestijli, çok daha ulaşılamaz durumdaydı.

O gün öyleydi ama bugün baktığınızda bu durum tersine döndü; son 10 yılda akreditasyon biraz daha moda bir yapı oldu diyeyim, doğru kelime nedir

bilmiyorum ama şöyle bakabiliriz; bu yılın başında SKS'nin 5. Revizyonuna bakarken JSI'nın verdiği istatistikler dünyada 600 tane akredite kurumun olduğunu göstermekteydi. Beş bölgeye ayıralım, Türkiye Avrupa bölgesi içerisinde yer alıyor, Avrupa pazarı %19 ve Türkiye bunun %7,8'ini oluşturuyordu. Doğal olarak bu kadar gelir, bu kadar ulaşılabilir olunca biz artık akreditasyon anlamında çok ısrarcı olmamaya başladık galiba.

Bir de yanlış bir algı oldu; hani akredite olmak bütün hasta güvenliğinin çözümü ya da tıbbı hatalardan sebep hastalarınızın zarar görmemesini sağlayacak bir araç değil, galiba böyle yanlış bir algıyı da yarattık.

Ve sonuçta aslında belki de bu 2000'lerin başından, 2005'ten itibaren Sağlık Bakanlığının çok istikrarlı çalışmaları, hepimize daha ulaşılabilir, çok daha kabul edilebilir başka bir araç sundu. Bugüne kadar yaptıklarımızdan hiç uzak değildi, çok destekler bir şekilde ve artık SKS değerlendirmelerinden başlıyoruz.

Çok kısaca, benim de 2007'den beri içinde bulunduğum Acıbadem Sağlık Grubu kalite yolculuğunu göstermek istiyorum; biz bu araçların hepsini kullandık ve etkin bulmadığımızda da o araçlarla devam etmedik. Yola ilk çıktığımızda ISO sistemleri dar bir kapsamdaydı, sadece merkezi sterilizasyon üniteleri sertifikalandırılıyordu ama biz bütün süreçlerimizi tanımlamak, denetlemek, ölçmeye başlamak için bundan çok yararlandık. Arkasından EFQM ile küçük bir maceramız oldu. Biz çok hızlı ve dinamik bir grubuz, doğal olarak belki merkezi yapımızın, Genel Müdürlük fonksiyonumuzun yoğunluğu, hastaların matrix organizasyonu EFQM'u bizim için cazip kılamadı. Akreditasyon ile çok uzun zaman yola devam ettik, çok da faydalandık, öğrendik.Belirli noktalarda fayda-maliyet analizi yaptığınızda "değer mi bazı kaynak kullanımlarına?", belki çok fazla insan bilmiyor, biz akreditasyon ile belirli hastanelerimizde yola devam etmemeye karar verdik ve şu anda geçen seneden itibaren heyecanımız SKS ve beklemekte olduğumuz Ulusal Akreditasyon üzerine.

Bizim ilk gerçek tanışmamız, organize olarak 2012 ama orada sadece o günkü kapsamla 5 hastanemiz bu süreçten geçmişti. Onun için ben size biraz sonra 2 slayt göstereceğim, ilki biraz karışık ama sadece yapıyı biraz daha anlaşılır kılmak için onu koydum, sonraki biraz daha anlaşılabilir bir slayt. Onun için, bir sonraki için sabrınızı rica ediyorum.

14 hastanemiz, geçen sene işte, 2013 son döneminden 2014 Nisan'ına kadar olan dönemde bu SKS değerlendirmelerine dahil oldu.Bizim tabii ki, öncesinde bir öz değerlendirme çalışmamız vardı, birleştirilmiş, aşağı yukarı bizi neyin beklediğini biliyorduk. Bu değerlendirmeler tamamlandıktan sonra da raporlarımızı bir araya koyduk ve şöyle bir sonuç çıktı; okumak için lütfen uğraşmayın çünkü sol

tarafta gördüğünüz aslında standartlar, sağ tarafta gördüğünüz kısaltmalarda bizim hastaneleri temsil eden kısaltmalar. Aslında şunu düşündüm, "kısaltma koymak yanlış anlaşılır mı?" biz o kadar alışığız ki kısaltma kullanmaya ama bu aslında saklamak amaçlı değil. Şöyle bir şey yaptık; 13 hastanemiz 204 standarttan denetime girdi ve 1 hastanemizde merkezi patoloji laboratuvarı olduğu için 208 standarttan denetime girdi. Artı zorunlu standartları bir kenara koyuyorum şu anda.

Bunu çarpıp topladığınız zaman 2.860 gibi bir sayı var. Biz bütün raporları alt alta koyduğumuzda "hayır olarak puanlanan bütün standartları sıraladık, az önce gördüğünüz liste o idi, bir izninizle geri gelirsem, aslında ben bu Excell'e baktığımda ilk 5-6 satır standart, benim aslında 2014 yılı için ne ile uğraşmam gerektiğini bana söylüyor. Şöyle devam edersem; mesela, ilk başta sol tarafta ilk sırada gördüğünüz 12 hastanemde sistematik olarak "hayır" olarak puanlanan standardı görüyoruz. Şimdi burada şöyle bir şey var; 190 tane "hayır" demek kaba bir değerlendirme ile %93'lük bir başarı, 100 üzerinden 93 puan diye düşünebilirsiniz ve eminim burada bunun üzerinde ya da altında puan alan bir sürü meslektaşım var. Standartlar bölümlerde tekrar ediyor biliyorsunuz, biz bu tekrarları bir çıkarırsak ne olur diye baktık, o da sağ altta gördüğünüz 55 rakamını bize ulaştırdı yani benim aslında 55 kalem bir iş listem var şu anda elimde.

Şimdi değerlendirmelere bakarken bir iyi yanından bir kötü yanından bakmaya çalıştık. Evet, ilk gördüğünüz işte, 6 standart, belli ki, "ben bunu grup olarak beceremiyorum" olarak çıkarım yapılabilir ya da mevcut şartlarda ilk madde mesela, Kemal Bey'in de verdiği istem süreci. 4-5 yıldır elektronik istem kullanıyoruz ve bu istemler imzalanmıyor. Bu, benim için çok da aksiyon alıp alamayacağımı bilemediğim bilgi sistemleriyle ya da üst yönetim ile konuşmam gereken konulardan biri. Ama sol tarafta en altta gördüğünüz bir kutu var, 32 tane standart sadece 1'er hastanemde "hayır" olarak puanlandı. Elbette hastanelerin kabiliyeti ya da fiziksel şartları bazen söz konusu olabilir ama burada değinmek istediğim bir konu var, aslında biraz sonra kuvvetli ve zayıf yönlerde de biraz konuşabiliriz, "değerlendirici kalibrasyonunu" zaman zaman akla getirilebiliyor.

Biz de büyük bir grubuz ve her zaman bir araca ihtiyacımız var. 13.000 kişinin aslında kaliteye bakışını yönlendirmeye çalışıyoruz ve ben ve grubum SKS'nin gerçekten iyi bir eğitim ve yol gösterici olduğuna inanıyoruz. SKS'nin en kuvvetli bulduğum yanları; bir kere inanılmaz ulaşılabilir ve hepimizi bu ortamda bir araya toplayabiliyor, bunun çok kıymetli bir şey olduğunu düşünüyorum ve odamda her zaman hasta ve çalışan güvenliği var, bu da zaten temel hedef. Hangi aracı kullanıyor olursanız olun yani bizim de yapmaya çalıştığımız o idi, temelde yaratmaya çalıştığımız bir güvenlik kültürü vardı.

Şunu da çok keyifli buluyoruz; öncesinde özel hastaneler için ayrı bir standart vardı, daha sonra özel, kamu, üniversite ayırımını ortadan kaldırdık ve bu da bizi aslında ortak bir dile getirdi ve bu şekilde herkesin sahiplenme oranının arttığını düşünüyorum.

Yarışma konularından birisi de öyleydi, yedinci sunumdu galiba benim ilgimi çeken, hakikaten biz kaliteyi ölçme konusunda biraz zayıftık herhalde ülke olarak, hâlâ da bu konuda yapılacak çok şeyimiz olduğunu düşünüyorum, onun için ben SKS'nin içerisinde "İndikatör Bölümü" diye bir yönetimin olmasını çok önemsiyorum. Belki şu anda onların nasıl kullanıldığını biz çok fark etmiyoruz; ama ben de 14 hastanenin sonuçlarını yan yana koyup bakma lüksünü yaşayan bir çalışan olarak ne demek olduğunu biliyorum ve bunu da çok önemsiyorum. Bu standartta kalite göstergelerinin böyle bir yeri olmasını ve tabii ki ulusal bir akreditasyona gidecek olması beni de kişisel olarak çok memnun ediyor ve ben birçok kurumun da bunu heyecanla beklediğini düşünüyorum.

Daha önce bahsedildi, hakikaten ben de değerlendirici etkinliklerinde inanılmaz bir fark olduğunu düşünüyorum. Çünkü 2012'deki o 5 hastane deneyimimizde; tartıştığımız, çakıştığımız noktalar olmuştu ama bu sene yani 2013 değerlendirmelerinde her şeyi biraz daha farklı yaşamıştık.

Böyle bir ortamda, tüm yeni bildirimlere açık olarak görüşlerimizin alınması gerçekten takdir edilmesi gereken bir konudur. Aslında bu bir gösterge ama öncesinde de zaten biz Bakanlıkla birçok konuda görüşebiliriz.

Ve zor kısmına geliyorum; iyileştirme fırsatı gördüğümüz konular. Bunu nasıl söyleyeceğimi bilmiyorum onun için böyle hissettiğim gibi söylemek istiyorum. En büyük eleştiri bizim tarafımızdan, yöntemin tanımlanma şekli. Şunun faydalı olabileceğini kabul edebiliyoruz, öngörebiliyoruz; eğer yeni başlayan bir kurumsanız kalite çalışmalarına neyi, nasıl yapacağınızı bilemediğiniz konular olabilir ve bu noktada bir yol gösterici hakikaten faydalı olabilir; ama biraz daha bu işe zaman ayırmış kurumlar için bu, bazen bir geri adım atmayı gerektirebiliyor. Ek maliyet, ek eğitim ihtiyacı doğurabiliyor ve sonuçta aslında etkin mi? Onun için de 2. maddeye etkinliği koydum. Bazı şeyleri sadece standart gerekliliği olduğu için yapmak istemiyoruz.Bu konuda ben de güvenlik raporlama sistemini örnek vermek istiyorum. Aslında doğru, bu konuda kurumlar bildirim almakta sıkıntı yaşıyor olabilirler ama Acıbadem Sağlık Grubu 2002 yılında manuel olarak, bizdeki adı bildirim sistemidir, olay bildirimleri toplamaya başlamıştır. 2007'de bu bildirimler elektronik ortama taşınmış bir sistemdir, bugün bu sistem aracılığı ile hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili her türlü bildirimi yapabilirsiniz. Bildirimlere tüm çalışanların ulaşma yetkisi vardır. 2014 yılı 10. ayı itibariyle yani ilk 10 aylık dönemde bildirim sayımız 10.000'e yakındı. Bu gerçekten büyük bir

rakam ve biz bunun yılsonunda, 11.500 ya da 12.000'lere çıkmasını da bekliyoruz. Şimdi böyle olunca hani bu bir net ki, bu kurum bunu benimsedi, bu konuda çekinmiyor ama standart ne der mesela? Güvenli raporlama sistemi anonim olsun, isimsiz olsun. Ben mesela, böyle bir konuda geri adım atmak istemiyorum, bazı esneklikler olmalı ya da kurul yapısı, standartta da belirlenen, özellikle sağlık çalışanlarının multi-disipliner çalışma şeklini benimsemesi açısından hakikaten çok da beğeniyorum. Bu kurullarla da biz senelerdir çalışıyoruz yani 2007'de Acıbadem'e dâhil olduğumda hepsi vardı, hepsinin görev tanımları belliydi. Ama biz hepsinin böyle bir şeklini,biçimini, ismini, katılımcısını değiştirmek zorunda kaldık. Hani bu kadar çabaya gerek var mıydı? Bunlar biraz daha böyle esneyebilecek yerler olabilir Değerlendirici kalibrasyonunun aslında hem iyi hem de iyileştirilebilir alanlarının olduğunu söylüyorum; çünkü bu zor bir konu. Sadece bizim ülkemizde bu kadar yeni bir sistemken sorun değil, JCI çok daha deneyimli.Bugün web sayfalarında 700'e yakın akredite kurum var diyorlar ve onların ağırlıklı olarak işi bu olan, denetçi olarak görev yapan insanlardan oluşuyor. BizimAcıbadem grubu olarak 18 akreditasyon ve reakreditasyon deneyimimiz var, o kadar çok kalibre olmayan denetçiyle çalıştık ve hakikaten, o kadar çok sıkıntı yaşadık ki, bu konunun önemli olduğunun biz de farkındayız.

Son olarak iki şey söyleyeceğim, bunlar sürecin çok daha kolay akmasını sağlayabilir; bulgularda mutabakat sağlanabilir. Çünkü en azından benim Kurumum bu tip denetimleri çok ciddiye alıyor ve ben bütün kurumların da aynı özeni gösterdiğini, aynı önemi verdiğini tahmin ediyorum. Bir sürpriz ile karşılaşmak kimsenin hoşuna gitmiyor.

İkincisi ve sonuncusu da aslında belki, tabii ki denetimin nihai bir raporu, günün sonunda verilmeyebilir. Bu başka bir zaman planlaması gerektirecektir; ama belki bir kanaat belirtilebilir. Bu, böyle çok büyük bir heyecanla denetimler sonunda bekleniyor.

Bu benim son slaydımdı; Kurum olarak inancımız, bugün burada olmamız da bunun bir göstergesi, her şeyin çok daha iyi olacağına ve gelişeceğine inanıyoruz, hem Ulusal Akreditasyonu hem Ulusal Kalite Standartlarımızı bekliyoruz. Henüz hiçbir hastanemiz denetime girmedi ama SKS 2014 denetimlerini de bekliyoruz.

Çok teşekkür ederim.

Dr. Hasan GÜLER
Oturum Başkanı

Çağlayan Hanım'a bu güzel sunumu için teşekkür ediyoruz.

Evet, son Konuşmacımız Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden Profesör Doktor Selami Sözübir Hocamız, buyurun Değerli Hocam.

Üniversite Hastanelerinde Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri: Kazanımlar, Beklentiler

Prof. Dr. Selami SÖZÜBİR
Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çok teşekkür ederim.

Öncelikle bu saate kadar kalıp beklediğiniz, aç aç beni dinlediğiniz için tüm katılımcılara teşekkür ederim.

Şimdi bu konu bana verildiği zaman açıkçası şöyle bir baktım başlığa; Üniversite Hastanelerinde Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri; Kazanımlar, Beklentiler", süper dedim, en az 1 saat konuşurum, anlat anlat neler neler var. Sonra programa baktım, Allah, 4.konuşma, tam öğleden önce ve 15 dakika, onun için oldukça kısaltmaya çalıştım.

Şimdi "bunu size nasıl özetleyeyim, nasıl anlatayım" dedim, o zaman başlıktan gideyim yani başlıktaki birinci nokta, sağlıkta kalite; hepimiz biliyoruz kalitenin tanımını ama "sağlıkta kalite" dediğimiz zaman bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin istenilen sonuçlara ulaşma olasılığını arttırma ve profesyonel bilgi tutarlılığı, bilgi ile tutarlı olma derecesi diyoruz. Böyle mi gerçekten Türkiye'de durum? Çok kaliteli mi sağlığımız? Bence değil, hâlâ çok yol almamız lazım. Gazete kupürlerinde hâlâ oksijen tüpü yerine karbondioksit verilerek bir çocuk ölebiliyor, boş oksijen tüpleri olabiliyor ve bunun gibi birçok haber yer alıyor. Çok korkunç bir örnek, isimlerin karışması, hepiniz biliyorsunuzdur; Emine Hanım, bir tanesi sadece sistoskopi için giriyor, sistoskopi olacakken kadıncağızın rahmini alıp çıkarıyorlar, bunlar Türkiye'de yaşanmış olaylar.

Peki, o zaman biz kaliteliyiz dememiz için ne yapmamız lazım? Önce kaliteyi dünya çapında ve anlamlı olarak gerekiyor. Ben bu konuda Sevgili Çağlayan'a katılmıyorum; çünkü bence akreditasyon önemli ama ulusal akreditasyon, uluslararası değil yani uluslararası olması şart değil ama akreditasyon önemli. John Ruskin'nin "kalite, asla bir tesadüf değil, daimi akıllı bir gayretin

sonucudur" lafını çok seviyorum. Niye seviyorum biliyor musunuz? Çünkü bir, akıldan bahsediyor; iki, gayretten bahsediyor. Gerçekten siz kaliteyi sisteminizde, organizasyonunuzda ya da hastanenizde işletmek istiyorsanız bu ikisi beraber olmalıdır.

Şimdi ikinci başlık, üniversite hastaneleri, sağlıkta kalite; bakın, tanıma geri döndüğümüzde aslında işin içinde üniversitelerin ne kadar olması gerektiği tanımın içinde. Diyor ki, topluma sunuluyor ve profesyonel bilgi ile tutarlı olmalıdır. Bakıyoruz, sağ olsun Sağlık Bakanlığımız da SKS setini hazırlarken bunun varlığının farkında, üniversite hastanelerini de sistemin içine soktu, onları da değerlendirdi. Bu harika bir şey ve yeni gelen yasada da çok önemli bir şey var arkadaşlar; eski eğitim araştırma hastaneleri adı çok şükür kalkıyor, artık üniversite hastaneleri değişik bir tanım ve kavram olarak YÖK tarafından da tanımlanıyor.

Peki, bu üniversite hastaneleri bununla uğraşıyor mu? Evet, uğraşıyor; bakın, internete girin birçok üniversite hastanesinin yeri var ama temelde fark ne? Yönetim, işleyiş, eğitim ve bilimsel araştırmalar. Bu dört önemli başlıkta kalite yolculuğu farklı, işte, bu noktada kazanımlara geçtiğimiz zaman Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, bu dönemde neler kazandı? İki şey kazandı; toplam kalite yönetimli bir hastane, bir tıp fakültesi hastanesi uygulamaya başladı. Bizden önce bir hastane denemişti ama gerçekten, ilk kez Türkiye'de tüm sistemleriyle ve tüm hastaneleriyle girdiği ilk uluslararası akreditasyonu alan hastane, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesidir. Ondan sonra bir üniversitemizin hastanesi daha aldı ama devam ettirmedi, bıraktı, şimdi ise bazı özel hastanelerden dönen bazı hastanelerde bu akreditasyona devam ediyorlar.

Biz de Mayıs 2006 itibariyle bu kararı aldık ve Bakanlık tarafından yayınlanan merkez yönetmeliğimizle işe başladık. Bir Tıp Fakültemiz var, üç tane ana hastanemiz, bir göz hastanemiz, bir de polikliniğimiz var.

İlk yapılması gereken şey "kalite konseyi" ve "yönetim"kurulmasıydı. Şimdi bakın, bir devlet hastanesinde ya da tamamen özel olan bir hastanede yönetim çok kolay, başta bir CEO var, başhekim var ama üniversiteye gelince iş değişiyor.Şimdi bir kere özellikle de vakıf üniversitesindeyseniz yukarıda bir mütevelli heyeti var başınızda. Mütevelli heyetinin atadığı bir rektör var, devlet ile atanıyor ve bir de merkez yönetim kurulu var. Bir nereye gelmeliydik, hangi noktada üniversite hastanesinde yönetim en iyi olur, işte, biz uzun uzun düşünerek merkez yönetim kurulunun hemen altına girdik, her üç hastaneye birden bağlı, onların üstünde bir yer olarak kaliteyi yerleştirdik.

Üniversite hastanesinin,hep bir politika geliştirmesi gerekiyor, yine bir üniversite hastanesi için stratejiler çok farklı. Bunları biliyoruz ama elbette vizyon ve misyon çok önemli ve bakınız, ilk defa bir hastanede üniversite "sağlık kurumları topluluğu" olarak misyonumuzun içinde yer alan bir söz, bir kalite politikası belirledik. Bunun sonucunda oturup dedik ki "biz Yeditepe'yiz, yedi tane stratejik amaç belirleyelim ve her amaç için de gelin o amaçlara bir strateji, ölçüm indikatörleri ve hedefler koyalım". Gerçekten yaptık, yine dikkat, bir üniversite hastanesi, bu 2006 yılında oluyor. Koyduğu yedinci amaç; kaliteyi iyileştirme, hasta güvenliği ilkelerinin uygulandığı ilk üniversite hastanesi olmak ve buna bağımlı olan indikatörler vesaire. Tabii, sonra zaman içinde değiştik, artık o bizim başlangıcımız idi, SWOT analizlerine başladık, stratejik planları değiştirdik ama her zaman ve her zaman Yeditepe'nin yedinci amacında bu üniversite hastanesi ve kalite işbirliği söz konusuydu.

Bu arada komiteler kuruldu, komiteler kurulduktan sonra komiteler çalışmaya başladı. Bu komiteler içerisinde biz Üniversite hastanesiydik ve bir kalite işi ile uğraşıyorduk. İşin akademik kalitesiyle bunun hiçbir alakası yok, tamamen hasta güvenliği ve çalışan güvenliği açısındandı ama bir şeyler yapmalıydık Üniversite hastanesi olmak için; iki ekstra komite kurduk. Birisi Tıp ve Sağlık Eğitimi Komitesi, diğeri de Bilimsel Komite idi. Tıp ve Sağlık Eğitim Komitesinde başhekim, Sağlık Eğitim Fakültesi Dekanı, Hemşirelik Hizmetleri Direktörü, en önemlisi de bir "asistan temsilci" ve "öğrenci temsilcisi" vardı. Bu Komite neler yaptı? Bir kere önce "tıp eğitimi değerlendirme formu" diye her bir ana bilim dalı kendini değerlendirdi ve dedi ki, "ben burada bu eğitimi vermeye yeterliyim", o zaman dedik ki "buyurun, verin". "Ben burada bu eğitimi vermeye yeterli değilim", o zaman ortak verin, ben burada bu eğitimi vermeye hiç yeterli değilim, o zaman biz o eğitimi başka yerde yapacağız" ve bu şekilde hastane içerisinde bir düzen kuruldu. En önemlisi yani kalite açısından, akreditasyon açısından önemlisi, "yetkilendirmelerdi". Yani ilk denetimlerde biz öğrencilere "aman arkadaşlar, 2 gün gelmeyin, kaçın" diyorduk yani biz bilmiyoruz ki, bir tıp fakültesi hastanesi olarak daha önce hiç denetime girmemişiz, ne yapacağız, ne soracağız, hiçbir denetimde standart da yoktu o zaman bununla ilgili. Sonuçta zaman içerisinde geliştire, geliştire yetkilendirmeleri oluşturduk ve yetkilendirme sonucunda da herkes ne yapması gerektiğini gördü ve öğrendi.

Bilimsel Komite çok önemliydi. Çünkü bilimsel komite ilk baştan beri mevcuttur, niye önemliydi? Hastanede içinde yapılan şeyleri bir Etik Kurul dışında bir kurul daha görüyordu. Böylece bir çalışma yapılacaksa hastanede Bilim Komitenin onayı gerekiyordu. Bilimsel Komite neye onay veriyordu? "Kaç kişi çalışacak? Hemşire gücü kullanılacak mı? Bu işin maliyeti ne ve hasta güvenliği açısından

neler söz konusu? Aynı zamanda her çalışmadaki bilgilendirilmiş olan ve bunun dışında "e-klinik uygulama" ve "çıkar çatışması eğitimleri" de herkes tarafından alınıp post-desk olarak bize sunulması gerekiyordu.

Bunlar dışında süreçlerimiz ve dokümantasyon; burada bu işin başından beri ben varım ve tabii, biliyorum ki insanları çok zora sokmak, özellikle de hekimleri işin içine sokmak çok zor, hep akademisyenlerle çalışıyorum, ne yapalım dedik; tıbbı süreçleri oluştururken bir kere değişik bir şey yapalım, ana bilim dalları bazında yapalım. 37 ana bilim dalına 37 tıbbı süreç yaptık ve süreçlerin başına da ana bilim dalı başkanlarını koyduk. Ancak bu şekilde bir üniversite hastanesinin işlevini götürmeyi başarabildik.

Bunun dışında birçok prosedürler, özellikle insan kaynaklı araştırmalar ile ilgili prosedür, talimat, rapor her şey yapıldı.

Eğitimler yine çok önemli, hepimiz biliyoruz. Bu eğitimleri geçeceğim ama tabii, hekimlere yönelik eğitimler; şimdi burada yazıyor, biraz da komik onun için sizinle paylaşmak istiyorum. Yani hocalar, ben de o zaman Doçentim, Profesör değilim, hocaları eğitimlere çağıracaksınız, gelecekler. Herkes diyor ki, "duymadık, haberimiz yok" ondan sonra işte"e-maillerime bakamadım", doktor eğitimi yapacağım, en fazla 10 kişi, 5 kişi. Bir gün oturdum, başhekimden izin aldım, ben bir e-mail yazacağım dedim, e-mailin başlığı şu; "maaşlardaki değişiklikler", herkes okumuş, bir anda bütün doktorlar katıldılar toplantıya ve hâlâ konuşulur Yeditepe'deki bu espri!

Bu arada eğitimler içinde de tıp öğrencileri için oryantasyon eğitiminin olması çok önemli bir şey. Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, tıp öğrencilerine toplam kalite yönetimi hakkında iki şey veriyor; bir, 3.sınıftan itibaren 5 seçmeli dersimiz var Tıp Fakültesinde. Bunlardan biri "toplam kalite yönetimi" ve geçen sene bizim 70 ile 80 kişidir bir yıl boyunca mezunlarımız, 15 kişinin seçtiği ders oldu toplam kalite yönetimi, sınıf olarak iyi bir sayı; çünkü orada mesela, Tıp Hukuku gibi enteresan konularda var. Onun dışında da en önemlisi, Yeditepe Hastanesinde çalışmaya yani 4. 5. Ve 6.sınıfa girmeden önce her öğrenci oryantasyondan geçmeli ve oryantasyonu da dönem koordinatörleriyle birlikte yapıyoruz. Böylece de katılım çok önemli ve katılım % 100 olmak zorunda oluyor, bu da yine, çocuklar açısından çok önemli.

İndikatörlerin seçimi de aynı şekilde, hepimizin bildiği konular. Yeditepe olarak 65 indikatör tanımladık, 65 indikatörü her sene özel formatlarla takip ediyoruz. Ancak tıp ile ilgili olarak size söyleyeceklerim; bir, iki tane bu konuda indikatörümüz var, birisi; 4-5 ve 6.sınıflarda "staj programı ölçme ve değerlendirme matrixine uyum", ikincisi de "asistan karnelerine uyum." Bunlar

kalite tarafından takip edilen tıp eğitimi ile ilgili olan başlıklar. Bunun yanında "çalışan memnuniyet anketlerine" de şunları ekledik, bunları da takip ediyoruz; işte intörn doktorlar hastanemizde uygulanan hasta güvenlik ilkelerini biliyor ve uyguluyorlar mı? Aynı şekilde "asistan doktorlar biliyorlar mı?" ve "asistan doktorlar gerçekten yazıldığı gibi mi yetkilerini kullanıyorlar?". Bunları da sorgulamaya çalışıyoruz.

Diğer bir sorun üniversite hastaneleri açısından, açıkçası yer; hem büyük bir alandasınız hem de farklı farklı hastanede olabiliyorsunuz, mesela Yeditepe birbirinden uzak üç alanda, hepsinde eğitim veriliyor ve bu noktada da iki şey önemli oluyor; bir, koordinasyon, ikincisi de önceliklendirmedir. Biz bütün kalite ekipleri gibi iç denetimi, beklenmedik olayları, uygunsuzlukları, hasta-çalışan memnuniyetini ve indikatör takiplerini, Kalite Gelişme Direktörlüğünde topluyoruz ve bunları da Kalite Konseyine sunuyoruz.

Burada kazanımlar ve beklentiler dediğimiz zaman, son başlık "beklentiler." 2006 yılında Doğuş Üniversitesi'nin güzel bir çalışması var; "hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ilişkisinin hastane türlerine göre karşılaştırılması". Burada devlet, özel hastane ve üniversite hastanelerini 225 çalışma ile karşılaştırmışlar. Beklenti dediğimiz zaman çok kabul etmesek de sonuçta hastalarımız da bizim müşterilerimiz, müşterilerimiz dediğimiz zaman da onların memnuniyeti önemli. Bu bağlamda da özellikle üniversite hastanelerinde hekimlik hizmetlerinin düzeyinin kişisel ihtiyaçları karşılamak, tetkik hizmetlerini ve fiziksel görünüm düzeyinin hasta memnuniyeti açısından çok önemli olduğunu biliyoruz. Yani baktıkları dört parametrenin dördünde de hasta, üniversite hastanesine girdiği andan itibaren beklenti için beklemeye başlıyor.

Ne önerebiliriz? Her zaman dünyayı yeniden keşfetmek gerekmiyor, bu konuyla ilgili uluslararası belirli bir deneyime, tecrübeye sahip bir yer var, şu anda biliyoruz ki, SKS setinde hastanelerinin hepsi aynı. Zaman içinde bence Joint Commision International'ın yaptığı gibi SKS içinde de eğitim hastanelerine özel, ayrı standartlar olmalı. Tabii vakit çok sınırlı, dediğim gibi çok uzun konuşabilirim sizinle bu konuda yani öğrencilerin varlığı, hasta güvenliği, çalışan güvenliği açısından ama bunlar da bence eklenmeli. İşbirliği çok önemli; bugün olduğu gibi üniversitelerle Sağlık Bakanlığı bu konuda kesinlikle ciddi işbirliği içerisinde olmalı ve tabii ki de bence son slaydım, hepimizin ideali ve şu anda çalışmaların başladığını da biliyorum, büyük bir gurur ile söylüyorum; "ulusal akreditasyon sisteminin" kurulması gerekliliği. Hepinize çok teşekkür ederim ilginiz için ve sağ olun sabrınız için.

PANEL

GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMALARI

Oturum Başkanı - **Prof. Dr. Fikret Vehbi İZZETTİN**
Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Klinik Eczacılık Ana Bilim Dalı

1973 yılında Bağdat Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden mezun olup, aynı fakültede yüksek lisans tezini 1976'da tamamladı. 1983 yılında ABD Nebraska Medical Center'de klinik eczacılık doktorasını aldı. 1988'de doçent, 1994'te de professor oldu. Marmara Üniversitesinde Klinik Eczacılık yüksek lisans ve doktora programlarının açılmasına ve 1998 yılında Klinik Eczacılık Derneği'nin kurulmasına öncülük etti ve bugüne kadar dernek başkanlık görevini sürdürdü. 'Klinik Eczacılık ve Farmasötik Bakım' konulubirçokmeslekiçieğitimprogramındaeğitmenolarakyeraldı. Başlıca araştırma alanları olan farmasötik bakım, klinik eczacılık eğitimi ve hizmetleri, farmakoterapi, farmakokinetik, farmakoekonomi, ilaç toksisitesi, formülasyon konularında yurt içi ve yurt dışındaki bilimsel dergilerde yayımlanmış birçok çalışması ve çok sayıda bildirisi mevcuttur. Avrupa Klinik Eczacılık Derneği'nin Eğitim Komisyonu üyesi olan İzzettin, 2011 yılında ESCP Fellow ödülünü aldı. 1991 yılında göreve başladığı Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde halen Klinik Eczacılık Anabilim Dalı Başkanlığı görevini sürdürmektedir

Hasta Bazlı İlaç Uygulamasında Yaklaşımlar

Doç. Dr. Mesut SANCAR
Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Klinik Eczacılık Ana Bilim Dalı

1992 yılında İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden mezun oldu. 1993 yılında Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde başladığı Klinik Eczacılık Yüksek Lisans programını 1995 yılında, doktorasını da 2002 yılında tamamladı. 1998 yılında Creighton Üniversitesi Eczacılık Fakültesinin davetlisi olarak ABD'de 2 ay süreyle klinik eczacılık uygulamalarıyla ilgili rotasyonlara katıldı. 1998 yılında kurulan Klinik Eczacılık Derneği'nin kurucu üyeleri arasında yer aldı. 2003 yılından beri TEB Eczacılık Akademisi tarafından düzenlenen 'İyi Eczacılık Uygulamaları – Klinik Eczacılık ve Farmasötik Bakım' konulu meslek içi eğitim programlarının eğitici kadrosunda yer aldı. Farmakoekonomi, farmasötik bakım, hasta eğitimi ve izlemi, klinik eczacılık uygulamaları ile ilgili çok sayıda bildirisi ve yayınları bulunmaktadır. 2002 yılından beri Avrupa Klinik Eczacılık Derneği üyesidir. 1993–2002 yılları arasında araştırma görevlisi olarak çalışan Mesut Sancar, halen Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Klinik Eczacılık Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görevine devam etmekte ve Klinik Eczacılık Derneği yönetim kurulu üyeliğini sürdürmektedir. 2012 yılından itibaren dekan yardımcılığı görevine devam etmektedir.

İlaç Etkileşim Kontrollerinde Bilgi Yönetim Sistemlerinin Rolü

Prof. Dr. Kutay DEMİRKAN

Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Klinik Eczacılık Ana Bilim Dalı

1995 yılında Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'ni üçüncülükle bitirdi. 1996 yılında Klinik Eczacılık üzerine ihtisas yapmak için Amerika'ya Tennessee Üniversitesi'ne gitti. Pharm.D. programının ardından Tennessee Üniversitesi'nde "Genel Tıp" ve 2000'de "Yoğun Bakım ve Enfeksiyöz Hastalıklar" uzmanlıklarını tamamladı. Ocak 2001'de Türkiye'ye döndü. Hacettepe Erişkin Hastanesi Dahiliye ile Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesinde ve Nütrisyon Destek Ünitesinde Klinik Eczacılık faaliyetlerini sürdürmektedir. 2006'da "Hacettepe Üniversitesi Bilimde Teşvik Ödülü"nü ve 2007'de "Türk Eczacılar Birliği Genç Bilim Adamı Teşvik Ödülü"nü kazanmıştır. 2011 yılında Doçent olmuştur. 2012 yılında Hacettepe Hastaneleri Klinik Eczacılık Birimi başkanlığı, 2013'te Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekan Yardımcılığı ve Klinik Eczacılık Anabilim Dalı Başkanlığı görevine atanmıştır.

Yüksek Riskli İlaçlarda Hasta Güvenliği

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi

1965 yılında Sivas'ta doğdu. İlk ve orta öğrenimini Sivas, Almanya ve İzmir'de tamamladı. 1991 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1998 yılında Farmakoloji ve Toksikoloji Bilim Doktoru PhD ünvan ve yetkisini aldı ve Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı'na yardımcı doçent doktor olarak atandı. 2008 yılında Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdür Yardımcısı olarak görevlendirildi. 2011 yılında Tıp Farmakoloji alanında doçent unvanını aldı. 2012 yılında Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu Başkan Yardımcısı olarak görevlendirildi. Aynı yıl İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı'na öğretim üyesi olarak geçti.

Akılcı İlaç Kullanımı ve Uygulamalar

Uzm. Ecz. Mesil AKSOY

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

1982 yılında Bingöl doğumlu. 2005 yılında İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesinden mezun oldu.2005 ve 2006 tarihleri arasında Ankara'da serbest eczacılık, 2007 ile 2012 arasında Haymana Devlet Hastanesinde hastane eczacısı. 2012 yılından itibaren Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedavi Yönetimi Dairesinde görev almaktadır. 2014 Ocak ayından bu yana birim sorumluluğu görevini yüklenmektedir. Halen Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Fitoterapi dalında yüksek lisans eğitimine devam ediyor.

GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMALARI

Prof. Dr. Fikret Vehbi İZZETTİN

Oturum Başkanı

Günaydın arkadaşlar, oturumumuza hoş geldiniz. Konuşmacıarkadaşlarıma da hoşgeldin diyorum. Oturumumuzun başlığından bildiğiniz gibi, size güvenli ilaç kullanımı ile ilgili bilgi aktarmaya çalışacağız. Sözü, konuşmacı arkadaşlara vermeden önce bir kaç cümle söylemek istiyor,bazı konulara dikkatinizi çekmek istiyorum. Bu da konuşmacı arkadaşlarımın konuşmasını anlamaya yardımcı olacak ve belki tartışmaya da konu açacak. Lütfen birinci slaytıgösterebilir miyiz?

Evet, güvenli ilaç kullanımı dediğimiz zaman aklımıza rasyonel ilaç kullanımı geliyor. İkinci slayta geçebilir miyiz? Bildiğiniz gibi rasyonel ilaç kullanımı demek, Dünya Sağlık Örgütünün tarifine görebelirli bir tarifimiz var: doğru teşhis konulduktan sonra,doğru zamanda, doğru ilacı kullanmak, az maliyet, az yan etki.

İkinci slayda geçtiğimiz zaman, gördüğünüz gibi güvenli ilaç kullanımı ve akılcı ilaç kullanımı ilgili, yani bunu sadece doktor yapar, eczacı yapar filan değil. Bunun içinde toplum var, sağlık personelleri var, eczacı var, hemşire var… Buraya dikkatinizi çekeceğim Türkiye'de, biz biraz geç kalmışız. İkinci gruba bakarsanız orda eczacı arkadaşımız var. Eczacılığın rasyonel ilaç kullanımında, doğru kullanmamışız ve ya faydalanmamışız. Bu da bir sürü nedenden kaynaklanabilir. Eğitim olabilir, sistemden olabilir. Diğer slaydı alayım lütfen. Dikkatinizi klinik eczacılığa çekmek istiyorum. Bilmem kaç kişinin bu konuda bilgisi vardır, bu, Amerika'nın College of ClinicalPharmacy'nin tarifi. Direk eczacılık tarifi diyor ki:ilk, eczacı rasyonel ilaç kullanımının uygulayıcısıdır, bilgi ve becerisini güvenli ilaç kullanımının temini için kullanacaktır. Ama bizim ülkemizde bu noktada biz geç kalmışız diyeyim.

Bir başka terminolojiye dikkatinizi çekeyim. Yeni kavramlardan bir tanesi dünyada, özellikle Amerika'da farmasötikal bakım kavramı. Farmasötikal bakım kavramı, bakımın içinde yeni bir kavram, doksana atılmış bir fikir. Yani burada da odak hasta olmuş ve amaç, eczacıların sorumluluk alması, hastanın yaşam kalitesini yükseltmek ve ilaç kaynaklı problemleri çözmek. Bildiğiniz gibi 6. ve 7. Sırayı alan ölüm nedeni ilaç kaynaklı problemlerdir. Burada da bu hasta odaklı eczacıların çok önemli rolleri vardır.

Bir başka kavram yine dikkatinizi çekeyim, farmakoekonomi kavramı. Bu da seksenlerde ortaya atılmış. Burada da ilaç kaynaklarını doğru kullanmak demek bir ürünü diğer ürün yerine kullandığımız zaman ama kaliteden ödün vermeden sadece fiyatı düşürmenin bir anlamı yok. Bakıyorsun pahalı bir ilaç

ama ekonomiktir. Bununda yöntemleri, analizleri var ve her ülkenin kendi çalışmalarını yapması lazım. Dikkatinizi buraya çekeceğim. Bir başka konu, evet az önce dikkati çektim. Rasyonel ilaç kullanımının anahtarı diyeyim burada ama eczacıdan da beklenti, doğru iş yapması lazım. Bunlar hastayı takip etmek gibi, amaç koymak gibi doğru ilaç kaynak problemlerini tespit etmek gibi. Bu eczacılarında yetiştirilmesi lazım, eğitimlerini değiştirmemiz lazım. Belki de şimdiki düzeydeki bilgileriyle bir sürü iş yapabilirler rasyonel ilaç kullanımında. İlle deeczacı olacağım, bir iş yapmam anlamında değil ama bu tür eczacı yetiştirmemiş, rasyonel iş kullanımının anahtarını yetiştirmemizin önemli olduğunu düşünüyorum.

Buradan yola çıkarak şimdi arkadaşlarımı takdim etmek istiyorum. Birinci konuşmacımız Marmara Üniversitesinden,Mesut Sancar. Kısa özgeçmişinden biraz bilgi vereyim. 1992 yılında Eczacılık Fakültesi mezunu olmuş, 1993 yılında Marmara Üniversitesi Klinik Eczacılık alanındamaster programına başlamış ve1995yılında mezun olmuş. 2002 yılında klinik eczacılıkta doktorasını tamamlamış. 1998'de Amerika'da bulunmuş, gözlem yapmış. 2003 yılından beri Türk Eczacılar Birliğinde akademinin yaptığı, düzenlediği uygulamalı klinik eczacılıkFarmasötikal bakım konusunda eğitici olarak görev almış. Hocamız, Klinik Eczacılık Derneğinin kurucularındandır. Avrupa Klinik Eczacılık Derneği'nde aktif bir üyedir. Genel itibariyle hasta takibi, hasta bakımı, rasyonel ilaç kullanımı gibi konularda bir sürü ulusal ve uluslararası yayınları bulunmaktadır. Buyurun Dr. Mesut.

Hasta Bazlı İlaç Uygulamasında Yaklaşımlar

Doç. Dr. Mesut SANCAR
Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Klinik Eczacılık Ana Bilim Dalı

Teşekkürler Sayın Hocam, saygıdeğer katılımcılar öncelikle hepinizi saygıyla selamlıyorum.Bu fırsatı verdikleri için kongre düzenleme kuruluna, değerli kurum yöneticilerine huzurlarınızda teşekkür ederek başlamak istiyorum.

Hasta bazlı ilaç uygulamalarına genel bir bakış, süremiz çok kısıtlı, aslında bunların her biri tıp eczacılık fakültelerinde, hemşirelik sağlık bilimleri fakültelerinde birer ders olarak anlatılan, çoğumuzun da kılavuzlardan da takip ettiği konular. Ben kısa şekilde, özellikle atladığımız ya da atlamamız gereken yerleri hatırlatmaya çalışacağım. Aslında hasta bazı ilaç uygulaması dediğimizde böyle bir araştırma yaptığımızda karşımıza çıkan tanım; çeşitlikaynaklarda biraz farklı tanımlansa da hepimizin yakından bildiği akılcı ilaç kullanımını ifade ediyor. Yani doğru hastanın, doğru ilacı, doğru zamanda, doğru dozda, doğru veriliş yoluyla alması olarak tanımlanıyor.

Akılcı ilaç kullanımında buna bir de uygun maliyeti ekliyoruz.1985 yılında Dünya Sağlık Örgütünün tanımı hatırlarsanız, dolayısıyla akılcı ilaç kullanımını sağlayarak biz zaten hasta odaklı ilaç uygulamasını gerçekleştirmiş oluyoruz. Zaten olması gerekende budur. Peki, neden son yıllarda özellikle hasta bazlı ilaç uygulaması üzerinde neden bu kadar duruluyor? Temel nedene baktığımızda genellikle ilaç güvenliği ile ilgili sorunlar olduğunu görüyoruz.

Farklı çalışmalarda yine farklı rakamlar olmakla birlikte ortalama olarak ilaç hatalarının yüzde otuz civarında diyelim ya da üçte birinin uygulama esnasında oluştuğu bilinir. Yine bunlarında ne yazık ki yüzde sekseninin de hastanın yanlış tanımlanmasından kaynaklandığı ifade ediliyor.

Hastanın hastaneye yatışı esnasında günde en az bir ilaç hatasına bilinçli ya da bilinçsiz maruz kaldığı fark ediliyor. Bazen vermek zorundayız, hata olma olasılığı olsa da onu takiple düzeltmek gerekiyor. Bu ilaç hatalarının sonucunda da maalesef ki ölüm gibi dramatik sonuçların yaşandığını hepimiz biliyoruz. Peki, hasta bazlı ilaç uygulamalarınınaşamalarına bakacak olursak, bundan sonra bu şekilde ilerlemeye çalışacağım. Konuyu biraz daha somutlaştırabilmek için Amerikan farmakopesinegöre ilacın beş uygulama aşaması tanımlanmış, Dünya Sağlık Örgütü bunu üçe indirgemiş, 2009 yılında FIB kongresinde bir raporda bu ikisinin sentezi yapılmış ve reçeteyi yazmak, kopyasını almak reçetelendirmek olarak daha sonra ilacı hazırlamak ve dağıtmak buna genelde dispencing deniliyor. İlacı uygulamak ve izlemek bunu da birleştirip uygulama olarak üç

aşamada gerçekleştiğini görüyoruz.

Hasta bazlı ilaç uygulaması yaparken kurumlar ya da literatür ne gibi önerilerde bulunuyor, kılavuzlar bize ne söylüyor, onlara da hızlıca göz atacak olursak hepimizin bildiği az önce tanımda gördüğümüz beş temel kural bu bazı kaynaklarda yedi, bazı kaynaklarda ise sekiz ve son burada gördüğüm bir yayında dokuz temel kuraldan bahsediliyor. Az önce tanımlandığı için tekrar etmeyeceğim. Beş temel kurala ilave olarak izlem eklenmiş, dokümantasyon eklenmiş yani ilacı uyguladığınız zaman ne yapılıyorsa mutlaka dokümante edin diyor. Doğru aksiyon, buradaendikasyon onayı kastediliyor.Gerçekten hasta bu endikasyon için mi alıyor? Bu ister hastane ister serbest eczaneden ilacı alan hasta için geçerli bir uygulama bunların hepsi aslında, hastanın olduğu her yerde geçerli bu.Hastane yada eczanede farklı dozaj formları olabiliyor;bunların uygulanmasında birtakım hataların yaşanabilmesi olarak ayırmak da çok doğru değil belki.Doğru dozaj formu; buda aslında doğru ilaç tanımında da geçebilecek bir kavram ama aynı ilacın biliyorsunuz birden fazla formunun olduğunu biliyoruz, bunu da özellikle ekleme ihtiyacı duymuşlar.

İlk aşama reçeteleme aşaması, bununla ilgili ne tür öneriler getiriliyor?Literatüre baktığımızda Amerikan Sağlık Sistemi Eczacılar Birliği bu konuda kılavuzları olan, Amerika'daki etkin kuruluşlardan bir tanesi. 1993 yılında aslında çok genel, şu anda bizim bildiğimiz bazı önerileri sıralamış. Bunların bazılarını ben başlıklara aldım, sistemsel öneriler bütün sağlık sistemini ilgilendiren hastanede iyi bir sağlık iletişim ağının kurulması, iyi bir sistemin kurulması genel bildiğimiz öneriler. Mutlaka hekimin ilacı yazarken ya da isterken yazılı istemlerde bulunması -son yıllarda bunun üzerinde çok duruluyor- ve değişiklik olduğunda hemşirelerin bunun uygulandığından emin olması yine sistemsel önerilere farklı kuruluşların yaklaşımları…Hastanelerin akreditasyonundan sorumlu JointCommissionvar biliyorsunuz, bunun 2014 yılı kılavuzunda yine sağlık ekibi arasında iletişimin arttırılması üzerinde duruluyor. Bu az önce hocamızın da söylediği ekip çalışması dolayısıyla, başka bir kaynak yine benzer şekilde bu birlikteliğin önemine dikkat çekiyor.

Bir diğer yeni kavram, aslında yeni değil belki zaten hastanelerde yapıyor olduğumuz sistem ama bunun daha sistematik yapılması üzerinde duruluyor. İlaç uzlaşısı yada eski Türkçe ile ilaç mutabakatı. İngilizce "drugreconciliation" dedikleri, hastanın hastaneye yatışından itibaren ilk yirmi dört saat içinde daha önceden kullandığı ilaçlarla, hastanede başlanan ilaçların uzlaştırılması. Çünkü biz, kliniklerde öğrencilerimizle gittiğimizde de görüyoruz. Hasta evde kullandığı nihaleleri söylemiyor yada eksik bilgi alınmışsa nebulizer tedavi ile aynı ilacı almaya devam ederken doktor yada hemşireden habersiz kendi kendine nihaleleri kullanmaya devam ediyor.

Bunun gibi birçok örnekle karşılaşabiliyoruz.Aynı şey taburcu olan hasta için de geçerli, dolayısıyla ilaç uzlaşması üzerinde bizde anabilim dalımızla son birkaç yıldır benzer çalışmalar yaparak, burada sadece hekimin öykü alması, hemşirenin ilaçları kontrolü değil, eczacının da aktif rol alabileceğini göstermeye çalışıyoruz. Çünkü dünya literatüründe eczacının da burada rol aldığını gösteren yeterli sayıda çalışma var.

Reçeteleme aşamasında, hekimin tabiiki temel sorumlu olması nedeni ileilaç hatalarının üçte birinin buradan kaynaklandığı söyleniyor. Yanlış yazım, benzer ilaçlar, kısaltmalar…Bunların zatensistemsel olarak kılavuzlarda mutlaka dikkat edilmesi gerektiği üzerinde duruluyor.Bunun için hekimlere bazı öneriler sıralanmış: yine farklı kuruluşlar tarafından reçetelerde kısaltmaların kullanılmaması, dozların, virgülden öncesi sonrasının açık net yazılması gibi. 0,5 gr yerine örneğin 500mg ifadesinin kullanılması, mikrogram gibi kritik dozların kısaltması yapılmadan açıkça yazılması gibi standartla kaliteyi arttırmaya yönelik genel öneriler…Hasta bazlı ilaç uygulaması dediğimizde, hastanın genel özelliklerini bir bütün olarak değerlendirmeden ilaç yazılmaması gerektiğini hepimiz biliyoruz. Bunun için de hastanın kullandığı besin eklentileri, doktoruna söylemediği başka ilaçlar, diğer kronik durumları, en önemlisi yaşı, kilosu.Yaşlı hastalarda bazı ilaçlar yetişkinlerden farklı reaksiyon oluşturabiliyor. Mesela sülfonilüre, diyabette çok yaygın kullanılan bir ilaç grubu.Yaşlı hastalarda hipoglisemi riski daha fazladır.Benzer şekilde beta blokerler…Bunların hasta bazlı düşünülerek ve yaşı, kilosu dikkate alınılarak verilmesi öneriliyor.

Yine spesifik örnekler var.Örneğin, kadın hastalarda antibiyotik reçetelemeden önce hastanın oral kontraseptifkullanıp kullanmadığı öyküsünün alınması çok basit bir bilgi belki ama bizim farmakovijilans birimlerinde çalışan öğrencilerimize, antibiyotiklerle oral kontraseptiklerin bir aradakullanılmasına bağlı etkileşiminden kaynaklı, istenmeyen gebeliklerin oluştuğu bilgisi rapor ediliyor.Bir etkileşim sonuçta önlenebilir, ek bir haftalık korunmayla, başka bir koruma yöntemiyle bu etkileşimin önüne geçebiliyoruz.Bu belki spesifik bir örnek ama gebelik olabilir,laktasyon olabilir,böbrek,karaciğer fonksiyon bozukluğu olabilir…Bunları genel olarak hekimin reçete ederken düşünmesi gerekiyor. Eczacının hasta ilacı hazırlarken bunların kontrol edildiğinden emin olması gerekiyor. Hemşirenin uygularken yine bu bilgileri hasta tanımlama yöntemleri ile doğrulamasıda önemli. Benzer diğer öneriler üzerinde tek tek durmuyorum, bunları hızlı bir şekilde geçiyorum.

İkinci aşama ilacın hazırlanma, dağıtım aşaması…Özellikle burada kritik rol olan eczacıdan bahsediliyor, eczacıya düşen sorumluluklar tekrar hatırlatılıyor. Farklı kaynaklar tarafından eczacının reçetedeki hataları yakalayıp yüzde yetmişini önlediğine dair bilgilerimiz var.Bu da onun bilgisi ve dikkati dahilinde

olabilecek bir şey. Hasta eğitimi üzerinde duruluyor, hastanın ilaçlarını alırken veya taburcu olurken, o ilaçlar konusunda eğitilmesi…Belki bizim ülkemizdeki uygulamalarda, hastane eczacı uygulamalarında eksik kalan notlarımızdan birisi bu. Eczacı meslektaşlarımızın iş yükü nedeniyle hastalarla teması neredeyse yok denecek kadar az ama standartlar dünyanın ileri gelen ülkelerinde klinik eczacılığın yapıldığı merkezlerde eczacı hastayla daha fazla iletişim halinde. İşte bu doğrultuda ilacın hazırlanırken eczacının bilmesi gereken, bizim, fakültede onlara öğrettiğimiz temel stabilite koşulları ile ilgili saklanması, miadı, etiketlenmesi gibi standart öneriler sıralanmış ve tabii bunlara hasta bakımında özellikle hasta bazlı uygulamalarda, izlemde mutlaka rol alması gerektiği eklenmiş.

Hasta bazlı ilaç uygulamalarında eczacının ilacı hazırlaması,katlara göndermesiyle iş bitmiyor.Buna rağmen hataların devam ettiğini biliyoruz. Bunun için yıllar içerisinde otomatik dağıtım sistemleri düşünülmüş. Bunlarla ilaç hatalarının önemli ölçüde azaltılabildiği, iş yükünün azaltılabildiği ama maliyeti de artırdığı bir gerçek.Maliyet arttı derken bunların bizim ülke koşullarında hastanelere adaptasyonu çok kolay olmuyor, örnekleri var. Ama Amerika'da bir çalışma yapılmış, hastanelerinyüzde seksen dokuzunda pnömatik sistem, raylı sistem veya asansör sistemi dediğimiz manuel olmayan sistemlerle ilaçların katlara gittiğini biliyoruz.Ama yüzde on birinde sadece robotik sistem var. Yani bütün hastanelerde ilaçlar robotik sistemle hazırlanmıyor, yine orada eczacı eliyle hazırlıyor, etiketliyor ama katlara otomatik sistemle gönderiyor. Bunları yaparken de bilgisayar destekli programlardan barkod sistemlerinden yararlanıyor.Yüzde ellisinden fazlasında bunun olduğunu görüyoruz.

Evet, bunlara eminim aşinasınızdır. Türkiye'de Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin eczanesinde güzel işleyen, kurulmuş bir sistem var.Geçen sene Kamu Eczacılar Kongresinde sunumlarını görmüştük. Pyxis sistemi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görmüştük. Ve yine bazı özel veya kamu hastanelerimiz de bu robotik sistemler kullanılıyor ve bunların geneli literatürde faydasını gösteren çalışmalar. Tek tek üzerinde durmayacağım.İlaç dozunun veya ilaç hatasının yanlışlığının düzeltildiği yada manuel sisteme göre -klasik kat stok sistemine göre- azaldığı gösterilmiş.

Başka bir çalışma da benzer bir şekilde yine faydası bir derlemede on üç çalışmanın beşinde faydası gösterilmiş son iki noktaya dikkat çekeceğim, bu arada hemşirelerin ve klinik eczacıların da devrede olmasıyla bunların başarıya ulaştığını görüyoruz.

Son aşama ilacı uygulama aşaması, hasta bazı uygulamada belki de en kritik, en fazla hatanın yapıldığı alanlardan bir tanesi…Kabaca,yine ilaç hatalarının üçte birininburaya endeksli olduğu söyleniyor. Burada yine mutlaka hasta doğrulama

sistemleri üzerinde duruluyor. Hastanın klasik olarak kullandığımız dört beş doğrulama yönteminin en az iki tanesinin bir arada kullanılması öneriliyor. Zaten standartlar gereği bunun sağlanması da çok önemli, bu doğrulamayı yaparken hastanın oda numarasının bunlar arasında olmaması gerektiği söylenir. Mutlaka bileklikte kimlik bilgilerinin açık olması hastadan bunun sözel olarak teyit edilmesi, o endikasyon için bu ilacı aldığının bir kez daha sorgulanması ve dosya ister orderlarının bu bahsettiğim yöntemlerden ikisinin kullanılması hasta yoğun bakımdaysa belki biometrik yöntemlerle tanıma öneriliyor.

İlacın kullanımı ile ilgili hataların başındadoğru zamanlama yapılamaması gibi bir neden var.Burada da ilaçların mutlaka kritik olan bazılarının zamanında verilmesi…Neyi kastediyoruz burada? Bazı ilaçlar, alınması gereken zamandan en fazla yarım saatlik sapmalarla hastaya ulaşmak zorunda, bazılarında bu bir saat, bazılarında iki saatlik opsiyonlara çıkabiliyor. Bunu ISNP kuruluşu, yüksek riskli ilaçların tanımlandığı bir kuruluş, ikiye ayırmış, detaylı olarak orada tanımlanıyor. Özellikle günde dörtten fazla alınacak ilaçlar, yarım saatlik dilim içerisinde verilmesi gereken ilaçlar olarak tanımlanıyor.Ayrıca tabii kritik bazı hastalıklar için kullandığımız ilaçları da bu listeye dahil edebiliriz.

Vaktimi aşmak üzereyim hemen toparlamaya çalışacağım.Sepsis gibi immünosupresifilaçların günde dörtten azda olsa verilişlerinde bu kurala uymak zorundayız.Yani yarım saatlik süreyi geçmemesi öneriliyor ama günde bir defadan günde üç defaya kadar bir saatlik sapmalar olabiliyor.Eğer bu sıklıkla veriyorsak,gün aşırı veriyorsak yada ayda bir veriyorsak iki saatlik sapmalara izin verilebiliyor.

Güvenli uygulamada biraz önce söylediğim şeylere ilave olarak antikoagülantedavi alanlar özellikle dikkat çekiyor.Yine CSN, son 2014 kılavuzunda bu hastaların başlangıç koagülasyon zamanları ve INR takiplerinin mutlaka dikkatle izlenmesi, hasta bazlı düşünülmesi gerektiğinin üzerinde duruyor.

Warfarin çok eski bir ilacımız. Yeni alternatifleri var,Xa inhibitörleri gibi…Ama halen kullanmaya devam ettiğimiz, hem maliyeti açısından hem de alternatiflerinin henüz çok oturmamış olması nedeniyle bir süre daha kullanacağımız, gayet de uzun yıllar kullanacağımız bir ilaç. Şimdi burada çok ciddi sorunlar yaşandığını biliyoruz.Yine katlarda yapılan yada evlerde yapılan hatalardan bir tanesi, ilaçların hastanın kafasına göre yada bazen hekime, eczacıya danışmadan bölünmesi, kapsülün açılması…Bunlarda farmasotik formun yapısını bilerek uygulamaları yapmak zorundayız.Mutlaka eczacıdan,ilacın hazırlanışını, kinetik özelliklerini bilen biri olarak danışmanlık alınabilir.

Eczacılar için uygulamada bir takım öneriler var.Tekrarlamayacağım, benzer şeyler.Özellikle beslenmeninilacaetkilioldu̇ğunu biliyoruz, bunun üzerine dikkat

çekilmiş ayrıca.Güvenli ilaç uygulanması güvenli sürüş teknikleri gibi algılanmasın bu şekilde lütfen. Hemşirelere yönelik önerilerimiz var, öneri derken kılavuzların önerileri…Benzer şekilde ilacın zamanlaması, miat kontrolü, veriliş yolu…Bunlar çok kritik hataların yapılacağı aşamalar…Burada hemşirelere özel öneriler var. Hastaların mutlaka bu bakım sürecinin içinde yer alması, uygulamanın içinde yer alması, mutlaka her aşamasında hastanın bilgilendirilmesi gerektiği öneriliyor.

Son olarak bir örnekle toparlıyorum Hocam,özellikle hasta bazlı uygulama dediğimizde her hastalık için ayrı düşünülmesi gereken durum var. Yani karşımıza hipertansiyon hastası var ama böbreklerinde problem var. Karşınızda diyabet hastası var ama gebe kalmayı düşünüyor. Bipolar hastası ama başka bir ilaç kullanmak zorunda kalabiliyor,tiroid hastası. İşte bunların hepsinin değerlendirilmesinde mutlaka hastanın kişisel özelliklerini dikkate almak gerekiyor.

Örneğin, gebe bir hasta hipotiroid hastası,L-tiroksin normal dozunun yüzde otuz-otuz beşinden fazla miktarda verilmesi önerilir. Kleransıarttığı için işte bu hasta bazlı yaklaşım genel olarak baktığımızda en çok karşımıza çıkan problem.Böbrek hastaları burada, değişen albümin düzeyleri ilaçların proteinlere bağlanma oranlarını azaltabiliyor. Dolayısıyla serbest reaksiyonları artabiliyor. Atipik ilaçların; fenitoin gibi, warfarin gibi, sefalosporinler var, silisatlar var, örnekler çoğaltılabilir. Burada da yine hasta bazlı düşünmek zorundayız. Kreatininkleransınımutlaka hesaplamamız gerekiyor.Tahmini keratininkleransıbu formülü kullanarak, hastamızın yaşına bakarak…Özellikle kreatinin düzeyi eğer hafif de olsa yükselmişse tahminimizden daha yüksek tahmini kreatinkleransı ilekarşılaşabiliyoruz.Gerekirse doz ayarını hekiminin yapması, eczacının bu konuda aktif olarak yer aldığını gösteren çalışmalar var. Doz ayarı yaparken her ilaç için mutlaka doz ayarı gerekmiyor, böyle bir yanlış kanıda oluşmasın. Belli ilaçlar için hangi oranlarda yapılması gerektiğini görüyoruz.

Mesela bu olguda hastamız ilaçlarını kullanıyor.Cerrahi servisinde kolesistektomi ameliyatı için yatmış. Standart aldığı bir tedavi ama hastanın hipertansiyonu var, uzun yıllardır kreatin düzeyine bakılmamış. Orada bakıldığında iki mg/dLolarak çıkıyor tahmini kreatinkleransıhesaplandığında otuzun altında, bu ilaçların bir kısmında doz değişikliği gerektiğini biliyoruz. Neden?Çünkü hidroklorotiyazidburada etkili değil. Contramaldört çarpı bir,trimol iki çarpı bir verilmesi gerekiyor. Bakın basit bir hasta özelliğini kullanarak bu tedavi tamamıyla değişiyor. Gereksiz ilaç kullanımı, belki gereksiz yan etki bu şekilde önlenebiliyor. Bu cerrahi servisinden bir olgu, bunun gibi nice olguyla karşılaşabilirsiniz.

Türkiye'den örnekler var bunun için size yine kongremizin de düzenleyicisi

SağlıktaKalite Sistemlerinin 2012 yılındaki kılavuzunu okumanızı tavsiye ediyorum.Orada bu anlattıklarımın Türkiye örnekleri de yer alıyor. Bir kaç tanesini buraya aldım ama vaktinizi çok almamak için bunlara tek tek değinmeyeceğim. Ne tür hatalar yapıldığı ve öneriler sıralanmış.Bizimgözlemlerimiz kliniklerde yıllar içerisinde rastladığımız ya da eczanelerde rastladığımız çoğu sağlık personelinin belki yetersiz bilgilendirmesinden kaynaklanan ilaç kullanım hataları var. Göz damlaları, inhalerlerin kullandıktan sonra ağzın çalkalanmaması, insülin kalemlerinin eksik kullanılması veya saklanması, antibiyotik kullanımında intervalleredikkat edilmemesi…İnfüzyon hızının gereğinden fazla verilmesi ve diğer hatalar, en çok yine hastane de gördüğümüz antiasit veya mide florasını değiştiren diğer ilaçlarla birçok ilacın bir arada veriliyor olması.Bu basit ilaçlar olarak gördüğünüz ilaçları hastalar kendi kafalarına göre alıyor. Bu mutlaka yine bir hemşirenin, doktorun veya eczacının bilgisi dahilinde olmak zorunda.

"İlaç yönetimi sadece hekim veya eczacının sorumluluğunda değildir." diyor.Her disiplinden yöneticinin ve birinci basamak hizmet sağlayıcının da bu sistem içinde olması ve bunu sahiplenmesi gerekiyor ve ayrıca hastanın da dışlanmaması… Az önce söylediğim gibi tedavide daha aktif rol alması gerekiyor. Hasta bazlı yaklaşımı sunuma yıllar önce izlediğim reklam filmiyle, biraz gülümseyerek veda etmek istiyorum.

Dinlediğiniz için teşekkür ederim, sanırım soruları oturum sonunda alacağız tekrar görüşmek üzere.

Prof. Dr. Fikret Vehbi İZZETTİN

Oturum Başkanı

Mesut Bey'e teşekkür ediyoruz.

İkinci konuşmacımızı davet ediyorum. Konuşma, İlaç Etkileşim Kontrolündeki Bilgi Yönetim Sistemlerinin Rolü, Doç.Dr.Kutay Demirkan.Özgeçmişine baktığımda, 1995 yılında Hacettepe Üniversitesi mezunu,1996 yılında klinik eczacılık yüksek lisans yapmak üzere Tennessee Üniversitesi farm dili bilgisi almış. 2000 yılında Tennessee Üniversitesinden genel tıp, yoğun bakım ve enfeksiyon hastalıklarında uzmanlığını tamamlamış. 2001'de Türkiye'ye döndükten sonra Hacettepe Erişkin Hastanesi,dahiliye ile nöroloji yoğun bakım bölümünde, destek ünitesinde klinik eczacılık faaliyetlerini sürdürmekte. 2006'da Hacettepe Üniversitesi,Bilimde Teşvik Ödülü, 2007'de Türk EczacılarBirliği, Genel Bilim Adamı Teşvik Ödülü kazanmıştır.2011 yılında Doçent olmuş,2012 yılında Hacettepe Hastanesi, Klinik Eczacılık Birim Başkanlığı.2013'de Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekan Yardımcılığı ve Klinik Eczacılık Anabilim Dalı Başkanlığını sürdürmekte. Buyurun Hocam.

İlaç Etkileşim Kontrollerinde Bilgi Yönetim Sistemlerinin Rolü

Doç. Dr. Kutay DEMİRKAN

Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Klinik Eczacılık Ana Bilim Dalı

Kongrenin düzenlenmesinde emeği geçen herkese, katıldığınız için sizlere teşekkür ederek başlamak istiyorum. Ayrıca ben henüz doçentim ama beni profesör yaptıkları için de kongreye ayrıca teşekkür ederim şimdiden. Bende sunumumu birkaç parça başlık altında toplamaya çalıştım ama önce etkileşimlerin önemini vurgulamak istiyorum. Hastanelerdeki önlenebilir advers etkileri ki bunlar advers etkilerin yaklaşık yüzde yetmişini oluşturuyor… Bunların da yüzde üç ila beşi etkileşimlerden kaynaklanıyor. Dolayısıyla bu etkileşimlerin olması hastanede yatışın uzaması ve maliyetin artması gibi çeşitli sorunlara neden oluyor. Yine acil servise başvurmada, hastaneye yatış nedenleri arasında da etkileşimlerin ortaya çıkardığı sonuçlar karşımıza çıkabiliyor.

Amerika'da bazı ilaçlar sıfır etkileşime ulaştığından dolayı piyasadan çekildi ve bu etkileşimlerinde ölümcül sonuçları olabiliyor. Dolayısıyla birçok ilaç güvenli olmadığı için piyasadan çekilmek durumunda kaldı. Yine yurtdışında halka yapılan bir ankette ilaçlarınız konusunda en çok neden endişe ediyorsunuz gibi sorular sorulduğunda burada göreceğiniz gibi ikinci sırada,yaklaşık yüzde altmışlara varan bir oranlahastalar,ilaç etkileşimlerinden endişe ettiklerini belirtiyor.

Dolayısıyla önemli bir konu bizim için ve ilaç kullanım sayısı arttıkça da bu etkileşim bizim için risk oluyor. Bildiğiniz gibi ilaç kullanımı yatan hastalardavegeriatrik hastalarda daha fazla. İlaç kullanım sayısı, dediğimiz gibi sekizin üzerine çıktığında bir hastada ilaç etkileşimi görülme ihtimali yüzde yüzler civarında karşımıza çıkıyor. Dolayısıyla da hastanelerde yatan hastalarımızda bunun üzerinde ciddi bir şeklide durmamız gerekiyor.

Etkileşim dediğimizde, tanım olarak baktığımızda bir ilaçla birlikte kullanılan veya öncesinde, sonrasında alınan yani eş zamanlı olabilir olmayabilir de, başka bir ajanın -bu ajan ilaç da olabilir, besin de olabilir, alkol de olabilir bunların hepside olabilir,bitkisel bir ürün de olabiliyor.- bunlar tarafından ilacın etkisinin değişimi olarak tanımlanabiliyor. Dolayısıyla biz burada gördüğünüz gibi ilaçların ilaçlarla, besinlerle, hastalıklarla, bitkisel ürünlerle, alkolle bunların hepsinin etkileşimin den bahsedebiliyoruz.

Sonuç olarak baktığımızda etkileşim sonucu ilacın etkisi artabiliyor yada azalabiliyor. Kan düzeyi, vücuttan atılımı artabiliyor yada azalabiliyor ve bunun sonucunda hastalarda toksite, yan etkiler çıkabiliyor yada ilacımız etkisiz hale

gelebiliyor.Bizim ilacımızdan beklediğimiz etki ile gördüğümüz etki tamamen farklı bir şekilde karşımıza çıkabiliyor.

Bu konulara fazla girmeyeceğim ama etkileşim dediğimizde biz farmakokinetik ve farmakodinamik etkileşimlerden bahsediyoruz.Bir de geçimsizlik var, geçimsizlik etkileşimden farklı bir şey.Özellikle iki tane parenteralilacın bir arada verilmesi sonucu bir ilacın stabilitesi değişiyorsa yada kimyasal yapısında reaksiyonlar ortaya çıkıyorsa bu genelde geçimsizliği ifade ediyor. O yüzden de benim burada bahsedeceğim şeyler geçimsizlik değil ve kullanabileceğimiz bilgi kaynaklarının birçoğu etkileşim kaynakları bunlar, bize geçimsizliği göstermiyor. İki parenteralilacın bir arada kullanıp kullanılmadığını ifade etmiyor.O yüzden biz bu kontrolü yapıp bu ikisi arasında sorun yok demememiz lazım.

Dışarıda stant alanında Kepan Klinik Enteral ve ParenteralNütrisyon Derneğinin standı var.Özellikle parenteralveenteral beslenme gibi konularda bu durumlarla çok karşılaşıyoruz.O da bu programda yer almıyor.Onların düzenlediği eğitimlerle bu konularla ilgili eğitimlerde bilgilere ulaşabilirsiniz stantta da ziyaret edebilirsiniz.

Ben sunumumu şu başlıkta yapacağım. Bilgi kaynaklarıyla başlayacağım.Bilgi kaynakları dediğimizde literatür taramayla başlıyoruz ama literatür tarama bizim rutinde ilk başvurduğumuz değil biraz daha, eğer bir veri bulamazsak, verinin detayını öğrenmek istediğimizde başvurduğumuz konu. Bunu da zaten Pubmed dediğimiz web sitesinden yaygın bir şekilde yapabiliyoruz.

Kitaplara baktığımızda biz kitapları iki türlü kullanıyoruz. Basılı kitaplarımız var, basılı kitapları eskisi kadar çok yaygın kullanmıyoruz. Burada şunu görüyoruz mesela 1988yılına ait bir etkileşim kitabınıvademecumile kıyasladığımız da-vademecumdan çok daha kalın bir kitap- dolayısıyla elimizin altında bulundurulması, kullanımı açısından çok rahat olmayabiliyor.

Dijital kitaplarımız var, dijital kitaplar biraz daha iyi. Hem bilgisayara indirebiliyoruz hem cep telefonuna indirebiliyoruz, kullanabiliyoruz.Ama burada da birden fazlasını bir anda göstermiyor, tek tek bakılması lazım. Yeni çıkan bilgisayar veri tabanları bu işi bizim için hızlandırmış oluyor. Bütün bu programlar için etkileşim yazdım oraya, eritnomisindekarbonazepin etkileşimi, yani her bir kaynak buna nasıl bakıyor?Detayını okumayacağım ama çok basit bir şekilde baktığımızda kitapta bunun mekanizmasından, öneminden, bunu nasıl yöneteceğiz, etkileşimi ne yapmamız gerekiyor tek tek o gruptaki bütün ilaçları açıklayacak şekilde…Çok görülmüyor uzaktan farkındayım ama sadece genel bilgi olsun diye, çok detaylı bir şekilde size verebiliyor.

Bunun dışında interneti kullanabiliyoruz. İnterneti de biz iki şekilde kullanıyoruz, ücretsiz web siteleri var bizim yararlandığımız, bir de ücretli olanlar var.

Bunların avantajı dediğimiz gibi cep telefonunda interneti rahatlıkla taşıdığımız için bunlara ulaşabiliyorsunuz ve google girip druginteractions yazdığımızda, İngilizcesini, yaklaşık üç milyon civarında bir veri çıkıyor. Türkçe yazdığımızda ilaç etkileşmeleri diye iki yüz doksan bin civarında çıkıyor ve bu çıkanların bir kısmı rahatlıkla bizim etkileşim için kullanabileceğimiz kısımlar.Ama hepsi güvenilir mi derseniz, tek tek hepsine bakmadım ama yaygın kullandığımız güveni kazandığımız programlar arasında Medscape var.Bu ücretsiz bir program, Medscape'de etkileşimlere bakabiliyorsunuz ve baktığınızda da burada önemli etkileşim mi, değil mi bunu veriyor. Sonra etkileşim hakkında size kısa bir bilgi vermiş oluyor.

Dolayısıyla bunun önemi hakkında bilgi edinmiş oluyorsunuz. "Drugs.com" yine yaygın olarak kullanabileceğimiz güvenli bir web sitesi.Burada da baktığımızda iki türlü şeyle karşılaşıyoruz.Halkın kullanması için bir kısım var, etkileşimi kendisi değerlendirebiliyor.Ama siz sağlık profesyoneli iseniz bakabileceğiniz daha farklı bir boyutu ile size anlatan iki tane kısmı görebiliyorsunuz yani ikisi arasındaki fark, bir diğerinde sağlık personeline sunduğunda bu etkileşimi nasıl yöneteceğiz onu da açıklamış oluyor.Webmd diye program var, bunu da kullanabilirsiniz. Bunu da özet bir şekilde etkileşimin ciddi olduğunu, önemli olduğunu kısa bir bilgi açıklamasıyla size sunabiliyor.Tabii bu etkileşimleri iyi değerlendirmemiz lazım ve her hasta için detaylı olarak, tabii ki bunlara bakmak lazım yoksa hastalarımız bunlardan olumsuz etkilenebiliyor.

Ücretli internet verilerine baktığımızda aslında aptoide girdiğinizde bu bize lexicon.ge'yi veriyor onun üzerinden etkileşim veriyor. Biz Hacettepe olarak veri tabanımızda kütüphanemiz aldığı için biz oradan girdiğimizde ücret ödemiyoruz ama üniversitenin ödediği üyelik ücreti var.Bunun avantajı da bize daha çok detaylı veriyor, etkileşimleri ve bu referanslarla bize sunmuş oluyor.Bu da kullanımımızı biraz daha tabi kolaylaştırıyor.

Ücretli veri tabanları var.Türkçe olup birçoğumuzun da yaygın olarak bildiği RxMedia Pharmavar, buraya da girdiğimizde yüksek risk, orta risk, düşük risk diye sınıflandırıyor, dolayısıyla etkileşimin önemi bizim için dikkat edilmesi diğer bir husus.Bunu da orda görüyoruz, ama burada bir tane örnekte verdim, bazı etkileşim programları da bizim kafamızı karıştırıyor.Mesela iki tane antihipertansifi biz kombine tedavisi amaçlı kullandığımızda, burada bunu etkileşim olarak değerlendirilebiliyor.

Dolayısıyla programlara motamot uygulamak yerine, onu klinik olarak değerlendirmek de mutlaka önem taşıyor. Bir de mesela Drug Forcing Comparisondiye bir program var, buraya baktığımızda kullanımı çok rahat. Hiçbir şey okumasanız bile etkileşimin önemi birinci derece önemliymiş,etkileşim

hızlı gelişirmiş,major etkileşimmiş…Çok fazla yayın var,bunların hepsini görüyorsunuz. Mekanizması ne?Etki ne oluyor? Yönetimi nasıl yapılacak?Daha detaylı bilgiler…Bunların hepsini burada net olarak görebiliyorsunuz. Mesela burada deniliyor ki, yirmi dört saatte, birkaç gün içerisinde bu etkileşim ortaya çıkar deniliyor.

Bazen sürede bizim için önemli olmuş oluyor.Ama bunlar paralı, bu programı satın almak istediğinizde üç yüz, dört yüz dolar civarında bir para ödemeniz gerekiyor. Micromedex programı var, bu çok daha pahalı…On bin dolar üzerinde bir üyeliği var.Kullanıcı sayısına göre de değişiyor, buna da baktığımızda çok daha kapsamlı olarak bize bilgi veriyor yani biz bunu kullanıyoruz maliyetine karşın ama çok güvendiğimiz web sitesi.

Artık cep telefonların da yaygın olarak kullanabileceğiniz programlar var.Bunların da dediğim gibi bazılarını internette az önce söylediklerimizle kullanabiliyoruz, birde indirebileceğiniz ücretsiz programlar var.Bunların bazıları yine az önce bahsettiğim Medscape, onu indirdiğinizde kullanabiliyorsunuz.Doğrudan ona ulaşıyor. Micromedex'i indirebiliyorsunuz bunlar ücretli.Druginteractions programı var, ücretli gibi…Farklı farklı programlar karşımıza çıkıyor.

Bu sistemlerin rolünü de kısaca konuşacak olursak. Mesela birkaç tane bu konuda yapılmış çalışma var.Onlardan çok kısaca bahsetmeye çalışacağım. Mesela etkileşimleri derecelendirmişler x dediğimiz yani kontrendike,hemde engellenmesi gereken bir etkileşim.D dediğimiz major falan diye bakmışlar ama burada şunu yapıyorlar; hastanedeki hastalarını iki farklı programla tarıyorlar ve toplamda yedi yüz altmış dokuz tane etkileşim saptıyorlar.Bu yedi yüz altmış dokuz etkileşmenin,altı yüz seksen sekiz tanesinimicromedex hesaplanmış. Yüz taneye yakınetkileşmeyi micromedexgörmemiş.Lexicon.ge'ye baktığımızda, oda ayrı ücretli bir program, onda da dört yüz otuz beş tane saptanmış yani yedi yüz altmış dokuz taneden dört yüz otuz beş saptanmayan var ve bu ikisi de bizim çok güvendiğimiz programlar olmasına rağmen,bunlar arasında çelişkiyi de görüyorsunuz.

Yani Micromedex'inkontrendike dediği dört tane varken lexicon.gebir tane diyor veya major etkileşim dediğimiz yetmiş üç tane iken diğerinde yüz kırk sekiz tane diyor.Burada ciddi bir farklılık olduğunu görüyoruz.O yüzden de biz çok güveniyoruz ama farklılık olması yinede kafamızı karıştırmış oluyor.Burada yedi yüz altmış dokuz tane etkileşim söyledim ama yedi yüz altmış dokuz etkileşimi de az önce dediğim gibi iyi değerlendirmek lazım.

Mesela clenbuterol ile aspirin…Bu bazen kombine tedavi olarak kullanılıyor ama bu ne zaman bizim için önemli etkileşim olur? Hasta tek başına clenbuterolü kullanırken yani kendi başına gidip de başım ağrıdı böyle bir nedenle hekimin

reçete etmesi dışında gidip de aspirin alıyorsa o zaman bizim için etkileşim olarak ortaya çıkıyordur.Birlikte hekim tarafından reçete edilmesi isebilinçli bir şekilde…Bu artık kombine tedaviye girmiş oluyor.

O yüzden de bu programlar bunları da saptamış oluyor.Biz bu programa bakarak etkileşim var dediğimizde, alarm vermeye başladığımızda, bazen hata yapmış da oluyoruz. Mutlaka klinik olarak bunların değerlendirilmesi gerekiyor. Burada da gördüğünüz gibi bu basit etkileşimlerde bile programlar arasında farklılıklar meydana gelmiş. Şöyle bir şey yapmışlar bu saptanan etkileşimlere yani klinisyen hem fikir olmuş mu, müdahale edelim yaklaşımında veya eczacı, doktor hemfikir olmuş mu bunlara bakmışlar. Bunlarında kendi aralarında çeliştiği görülmüş, mesela hekimlerle eczacıların çeliştiği oranlarda var. Saptanan etkileşimlerin yüzde on yedisinde çelişki var, ikisi hemfikir olmamış.

Klinik değerlendirmenin mutlaka yapılması lazım ama bazen de farklı gözlerle de bunların değerlendirilmesi gerekiyor.Bu çalışmaya baktığımızda yine hekimlerin bu etkileşimlere katıldığı oranlara baktığımızda yüzde yirmilerde… Yani saptanan etkileşimler önem derecesine bakıldığında yüzde yirmisi buna katılmış ama yüzde yetmiş yedisine baktığımızda, daha doğrusu klinisyenler, hekimler demeyelim, bir tek yüzde yetmiş yedisine baktığımızda da klinisyenler diyor ki; bu etkileşim aslında programda dediği kadar önemli bir etkileşim değil.Bunu daha göz ardı edebileceğimiz bir etkileşim olarak görmüşler.O yüzden de yine vermeye çalıştığım mesaj şu:Etkileşim programları faydalı ama mutlaka değerlendirme yaparak bunu uygulamaya geçirmemiz gerekiyor.

Başka bir çalışmada yedi yüz seksen yedi tane etkileşim yakalanıyorhastalarda ama çok uzatmayacağım. Aşağı doğru inip baktığımızda bu yedi yüz seksen yedi etkileşimin sadece elli beş tanesi müdahale gerektirmiş. Diğerleri aslında müdahale gerektirmeyen kısımlar.Burada şunu düşünebiliriz.Hekimin zaten iş yoğunluğu fazla,hemşirelerin iş yoğunluğu çok fazla… Dolayısıyla eczacılar bu alana daha fazla vakit ayırabilir. İlaçlar konusunda yedi yüz seksen yedi tane etkileşimi tek tek hekim, işini bırakıp yapmak yerine bu alanda eczacılar aktif rol aldığında müdahale gerektirenleri tespit edip ondan sonra hekim, hemşireveya ilgili kişiyle iletişime geçebilirler.Yine bu çalışmalarda da etkileşimler arasında diüretikler ile natriüretiklerinetkileşmesi gibi durumlar da saptanıyor.

Klinik açısından bunlar çok önem taşımıyor olabilirler. Mekanizma olarak etkileşim, klinik olarak etkileşim olmayabiliyor. Son olarak bir çalışmadan daha bahsedelim.Bu da hastanelerdeki,Avusturalya'da yapılan bir çalışma. Hekim reçete yazdığında sistemden etkileşim programı uyarıyorhekimi, etkileşim vardır diye.D ile başlayanlar,dispensing dediği de hekim reçeteyi yazıyor,eczacı reçeteyi onaylarken uyarı veriyor. Dolayısıyla buradaki etkileşimleri gösteren çalışmalarla

bu referansları karşılaştırmışlar ve bunların duyarlılıklarına baktıklarında bu dokuz tane programın üçünde çok ciddi bir şekilde sapma olduğu saptanmış. Yani yüzde elli beş gibi bir sapma var, duyarlılığı farklı, yüzde elli beş gibi. Dolayısıyla da birçok program piyasaya çıkabiliyor, kullanılması istenilebiliyor ama bunların güvenirliliğini de bazen tartışmamız gerekebiliyor. Dolayısıyla da bu çalışmanın sonucunda bahsediliyor, bu programların önemli ölçüde yetersiz kalabildiği söyleniyor. Bu uyarıda bulunmuşlar, biz şunu söyleyebiliyoruz:Etkileşim saptandığında bilgi ve becerilerle bunların mutlaka değerlendirmek lazım. Bu bizim olmazsa olmazımız, bu konuda da eczacınıza danışırsanız eczacılarınız da size bu konuda detaylı bilgi vereceklerdir.

Ben ilginiz için teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Fikret Vehbi İZZETTİN

Oturum Başkanı

Kutay Bey'e teşekkür ediyoruz.

Şimdi üçüncü konuşmacı arkadaşımı davet ediyorum, Doç. Dr. Hanefi Özbek. Konu başlığı söyleyeyim; Yüksek Riskli İlaçlarda Hasta Güvenliği. Kısaca özgeçmişinden bahsetmek istiyorum: Hocamız 1965 yılında Sivas'ta doğdu, 1991 yılında Ege Üniversitesinden tıp doktoru olarak mezun oldu. 1998 yılında farmakoloji ve toksikoloji bilim dalında doktorasını yaptı.2008 yılında Sağlık Bakanlığı, İlaç ve Eczacılık Genel MüdürYardımcısı olarak görevlendirildi. 2011 yılında farmakoloji alanında Doçent unvanını aldı. 2012 yılında Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Başkan Yardımcısıolarak görevlendirildi. Aynı yıl İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalına öğretim üyesi olarak görevlendirildi.

Buyurun Hocam.

Yüksek Riskli İlaçlarda Hasta Güvenliği

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi

Sayın Başkan, kıymetli misafirler evvela bana bu fırsatı verdikleri için Bakanlığın ilgililerine teşekkür ediyorum. Hepinizi saygı ile selamlıyorum.

İlaç çok garip bir madde, buradan başlayalım. Şimdi diyeceksiniz, mesela bir BMW arabasının fabrikasını sizlere versek, sahibi olsanız ne yapmak istersiniz? Efendim, çok sayıda satalım çok para kazanalım, reklamını yapalım hatta mümkünse ağzı laf yapan, görünümü gayet hoş insanları kullanalım, satışı artırsınlar isteriz. Tabii, çünkü ticari bir ürün, ilaç da ticari bir ürün ama işte çok garip…Mesela ilacı sadece ve sadece hekim yazabilir. Yani BMW için böyle bir şart yok.İlacı sadece eczacı satabilir. Kişi altı sene okuyacak, hekim olacak, ilaç yazabiliyor, beş yıl okuyacak, eczacı olacak, ancak o kişi alıp ilacı saklayabiliyor ve satabiliyor.

Başkasının yapması kanunen yasak, böyle bir şey var. Bunun dışında ilaç yine öyle bir şey ki keşke insanlar hastalanmasa da hiç kullanmasak denilen bir şey. Bu da yetmiyor, aman reklam yapmayalım gereksiz kullanımı olmasın. Reklamı yasak, satışı asla istemiyoruz keşke satılmasa diyoruz. Yazmak için eğitim almak gerekiyor hem de çok zor bir eğitim.Satmak için ayrı bir şey, bu nasıl ticari bir ürün değil mi? İşte böyle garip bir ürün, o yüzden eczacı arkadaşlarımı çok iyi anlıyorum. Onlara buradan selamlarımı gönderiyorum.

İlacın bir özelliği daha var, sırf ilaç için dünya da FPI kurulmuş EMA dediğimiz Avrupa İlaç Ajansı kurulmuş. Türkiye'de TİTCK kurulmuş.Önceden genel müdürlük idi, sonradan kurum haline geldi. Dünya da bu trendde gidiyor. Dolayısıyla ilaç çok kıymetli bir ürün, niçin? Çünkü biz ilacı yerinde, gerektiği gibi yani akılcı olarak kullandığımızda tedavi ediyor. İnsanlara tedavisini sağlıyor, teşhiste yardımcı oluyor, profilaksi sağlıyor. Son derece kıymetli ve stratejik bir ürün…Şöyle de söyleyebiliriz; savaşa giren bir ülke, petrolü, silahı ve ilacı yok etse işi biraz zor…Bu kadar önemli bir ürün…Aynı zamanda en ufak hatayı affetmeyen bir ürün…Küçük bir hatanızda bulantı, kusma ile başlayıp ölüme kadar götüren bir spektrumda zarar verebilen bir ürün…Bu durumda ilaç çok kıymetli, onun için de zaten ülkemizde bunu koruma bile var.

İlaç madem böyle stratejik bir ürün, bununla ilgili ne yapmak gerekiyor? Bununla ilgili birçok kurum, konu vs. ortaya koymak gerekiyor. Mesela birincisi akılcı ilaç kullanımı, buradan başlayalım. Akılcı ilaç kullanımı Türkiye'de henüz yeni sayılır. Çünkü 2008 yılından 2009 yılına kadar bununla ilgili olarak Bakanlığımızda

ilgili bölümlerin sadece bir yan bölümü gibi yan bir uğraşı gibiydi.Kimse sahip çıkmıyordu. O dönemdeki Sayın Müsteşarımız Prof. Dr. Nihat Tosun Hocamız bana emrettiler, bende Genel Müdürlük bünyesinde ilk akılcı ilaç kurum şubesini kurdum. Bugün de Ali Alkan Hocamızın Başkanlığın da gayet güzel bir şekilde devam ediyoruz.

Yine farmakovijilans dediğimiz, ilaç advers etkilerinin takip edildiği bir bölüm var bizim şuan kurumumuzda. Aslında dünyada hemen hemen her ilaç kurumu farmakovijilansa büyük önem verir, hatta ilk sırada getirir. Türkiye'de maalesef yıllarca ruhsatlandırma ve fiyat önde gitmiştir. Yavaş yavaş bu trend değişiyor.İşte bu, şubemizde, şuan kurumumuzda var. Hatta şimdi sanıyorum Daire Başkanlığı halini aldı.

Görev aldığımızda yüz elli kadar farmakovijilansirtibatnoktamız vardı. Daha sonra Sayın Güler'in yardımıyla, bu standartlarla ilgili kitap hazırlıyordu,hocam dedi: "Var mı ekleyebileceğiniz bir şey?" Aman dedim, benim böyle sorunum var bu sayıyı hatırlamıyoruz. Çünkü Türkiye'de o zaman dokuz yüz gibi hastane var, sadece yüz elli hastanemiz de irtibatnoktası var. Ne yapacağız? Çok kolay dedi, ayrıca anlat bana, nedir dedi? Anlattım, anlaşılmıştır. Peki, ne yapıcağız? Hocam, dedi ben bunu kitaba yazıyorum. Üç beş cümle ile yazdılar, sonuç, eğer farmakovijilans ile ilgili bir bölümünüz yok ise hastanenizin puanı düşüyor. Bunun üzerine şuan bin yüzden fazla hastanede noktamız var. Çok şükür bunu halletmiş olduk. Bu sebeple de Sayın Güler'e buradan teşekkürlerimi arz ediyorum.

Yine ilaç klinik araştırması çok önemlidir, niçin? Çünkü daha güvenli, ucuz, etkin, farklı endikasyonlarda ilaç bulmak gerekiyor. Bu sayede ilaçların hem etkinliği artmış oluyor, hem de yan etkilerinden kurtulmuş olunuyor. Bununla ilgili de Bakanlığımız 2008 yılında, benimde önderliğimde bu konuya el attılar. Üç yıllık yoğun mücadele geçirdik, bunu arkadaşlar bilirler.

Sonuçta 2011 senesinde kılavuzlarımızla birlikte kanun ve yönetmelik çıkardık. Geçen hafta ben toplantıda şunu gördüm Avrupa Birliği 2016 senesinde bir mevzuatı yürürlüğe koymaya çalışıyor, böyle bir hazırlık içerisinde. Mevzuatı inceledik gördüğümüz şu; bizim şuan ki mevzuatımızın birebir kopyası terminolojisine varıncaya kadar.Uygulamayı düşünüyorlar, o hale geldiler. Dolayısıyla bu arada, bize burada yardımcı olan arkadaşlara teşekkür ediyorum.

Son olarak şunu belirteyim, bunların hepsi hasta güvenliği içindi.Birde ilaç güvenliği var. İlacın güvenli bir şekilde bize ulaşması, bunun için de takibi gerekiyor. Bu takip de ilaç takip sistemi dediğimiz kare kod, kare barkod sistemi, çok önemlidir.2012 senesinde bıraktığımda dünyada tekti, halen öyle sanıyorum biz onu bitirdiğimizde Amerika'daki ilgili kişi ile FPI başkanı ile görüşmüştük. Kendileri kılavuzlarını bize gönderdiler, çaktırmadan gülmüştük, çünkü çok

ilkel bir şekildeydi.Bunu da yine gerek ODTÜ'deki bazı arkadaşlarımıza ve Bakanlıktaki üç beş arkadaşımız ile hep birlikte ekip olarak başardık. Bu şubenin başında da uzun yıllar bulunmuştum.

Mademki ilaç bu kadar önemli, bu ilacın farklı bir şubesi olan yüksek riskli ilaçlarda önemlidir. İşte konumuz burada başlıyor. Hatalı kullanıldığında hasta üzerinde geri dönüşsüz olumsuz etki oluşturan ilaçlara yüksek riskli ilaç diyebiliriz. Bu nedenle de Sağlık Bakanlığımız yüksek riskli ilaç listesini yayınladı. 2009'da çıkmıştır, önemlidir.Listeye internetten ulaşabilirsiniz.Kısa kısa değineceğim.Bu ilaçlarımızı kategorik olarak şöyle sıralandırabiliriz; mesela adrenerjikagonistler, örneğin IV uygulanan epinefrin gibi antitrombotik ajanlar, örneğin IV uygulanan lidokaingibi, uzatmayacağım. Magnezyum sülfat gibi,oksitosin gibi, potasyum gibi ilaçlarımız kategorisini deyüksek riskli olarak adlandırabiliriz.

Bir de hasta güvenliği var, ilacın yanında sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu zararın eliminasyonu veya azaltılması. Neye bağlı efendim? Birçok şeye bağlı, sıralayalım:hastanın kimliğinin doğru tanımlanması, hasta transferlerinin kuralına uygun yapılması hatta hastanın yere düşmesinin vs. önlenmesi, ilaç güvenliğinin sağlanması vs. konuların hepsi hasta güvenliğine giriyor.Buda çok önemli…

Burada çok küçük terminolojik uyarıda bulunayım, hep ilaç güvenliği diye geçiyor, bu eksik bir terim…İlaç güvenliği şu anlama gelir. İlacın güneşten korunması diyebiliriz, nemden korunması, şartlarına uygun saklanması vs. ilacın güvenliğidir. Fakat hastaların ilacın zararlarından korunması da ilaç güvenceliğidir. Bu konuyu da özellikle arz etmek istiyorum. Bakanlığımız mevzuat hazırlarken özellikle bunlara dikkat ederse tanım daha doğru olacak. Biz şimdi ilaç güvenliğini toplu halde görelim. Beşeri tıbbi ürünlerin, müstahzarların yani ilacın üretiminden uygulama sonrası gözlemine kadar geçirdiği tüm süreçleri içeren, ilacın hastaya ve çalışanlara zarar vermesini önlemek amacıyla yapılan önleyici faaliyetler ile ilaç kullanımından dolayı meydana gelmiş olanlarla ilgili yapılan faaliyetlerin tamamını ifade eder. Müthiş bir tanım oldu.

İlaç güvenliği uygulamaları hem hastanın hayati tehlikesini önlemek için hem de çalışan güvenliğini için de zorunlu bir prosedürdür. Bir bilimsel araştırmadaki bulguları söylüyorum, ülkemize ait bir araştırma değil. Hastanelerdeki ilaç uygulamalarının yüzde 6,24'ü hatalı.Hastane,doktorlar,hemşireler,eczacılar var…Yüzde 6,24 öneriliyor rakam. Bunların da yüzde 30,8'i klinik yönden önemli sonuçlara sebep oluyor. Bugün biliyoruz ki ilaç kullanımına bağlı olarak gelişen advers, istenmeyen, ters reaksiyonların yüzde 27-50'si önlenebilir niteliktedir. Bunu da başka bir çalışmadan aldım. Çeşitli çalışmalarda rakamlar değişebilir ama yüzde elli rakamı çok önemli.

Yine bir çalışmada Muhammed ve Gabber şöyle diyor; ilaç hataları kurumsal ve çalışanların tamamının sorumluluğundadır. Efendim, sen doktorsun, sen sorumlusun, sen hemşiresin, böyle diyor herkes.Sorumlu profesyonel hemşire konusunda yetersizlik ve iş yükü bu konudaki en önemli faktördür. Bugün de biliyoruz ki hemşire sayımız çok yetersiz, artırmaya çalışıyoruz, bizde üniversite olarak elimizden geleni yapmaya çalışıyoruz. Bir bölüm açtık, fakültemiz var, orada hemşiremizi yetiştiriyoruz.

Peki, sorumlu kişiler kimler olabilir hekim, hemşire, eczacı ve eczacı kalfası ki Bakanlık bu konuya önem veriyor, artık eğitimi başladı ve yüksekokullarda ön lisans olarak bu eğitimler başladı. Hasta bakıcı yine aynı şekilde, ilaç deposu görevlisi,farmakovijilans sorumlusu…Bakın, artık bu da buraya eklendi.

İlaç güvenliği için ne yapabiliriz? İki şey söyleyebiliriz birincisi, ilaç listeleri hazırlanmalı. İkinci olarak ilaç uygulamasının doğru yapılmasıdır. Hangileri bunlar; acil pediatrik ilaçların listeleri hazırlanmalı ve ilgili yerlere asılmalı. Görünüşü benzer ilaçların listesi,yazılışı ve okunuşu benzer ilaçların listesi, psikotrop ilaçların listesi, narkotik ilaçlar listesi,ışıktan korunması gereken ilaçlar listesi ve yüksek riskli ilaçların listesi mutlaka hazırlanmalı ve ilgili yerlere asılmalı. Şöyle bir örnek verebiliriz, ağır medikasyon tıbbi uygulama hatalarının en sık göründüğü ilaçlar. Mesela insülin, morfin, heparin,furosemidgibi ilaçlar örnek verilebilir ve bu konuda hastane personelinin, ilgili kişilerin aslında eğitilmesi, uyarılması, bu uyarıların güncellenmesi yerinde olacaktır düşüncesindeyim.

Gelelim sekiz doğru ilkesine, diyelim ki hekimimiz gayet bilgili, tecrübeli ve hastasını muayene etti vs. teşhisi koydu teşhis yüzde yüz doğru, ilaçlar yüzde yüz doğru bu hastanın iyileşmesine yetmiyor, bu ilacın doğru kullanılması gerekiyor, buda çok önemli. Hatta bunun takibi gerekiyor.Bunlar nedir? Doğru hasta, ilaç, doz, zaman, yol, etki, ilaç formu ve doğru kayıt altına almak. Bunları sıralandırdığımız takdirde bu durumda yapmış olduğumuz teşhis artık doğru ilaç yazma olayı mutlu bir hitam ilesona erecektir.

İlaç hatalarını nasıl sıralandırabiliriz? Az önce verilen örneğin tersi yanlış hasta, ilaç, doz vs. ve en sonunda advers ilaç reaksiyonu, bir de burada yanlış uygulama, bir de burada yanlış depolama diye bir başlığımız var onu da açıklamaya değinelim. Hiçbir yorum yapmayacağım sadece şunu söyleyebilirim, Türkiye'deki ilaç depolarının aslında tekrar gözden geçirilmesi çok uygun olacaktır. Şuan benim bildiğim güzel bir örnek var Ankara'da ismini veremeyeceğim fakat önce oranın bir gezilmesi lazım. Ardından diğer depoların buna uygun hazırlanması lazım çünkü ilaç ülkemizde ilaç fabrikasından mükemmel çıkıyor, ilaç fabrikalarımız mükemmel, bunu ben bizzat kendi gözlerimle gördüm. Hatta Avrupa'da şahit oldum, İrlanda'ya denetim için gitmiştik, orada gördüklerimiz bizi bayağı bir

etkiledi. Çünkü ülkemizin çok aşağısındalar, abartmıyorum.Artı, oradaki yetkili kişi, oranın sahibi olan kişi şunu söylüyordu, biz her sene Türkiye'ye geliriz çünkü burada güneş yok, ölü denize gideriz. Dönüşte de İstanbul'a uğrarız eczaneye gireriz ilaçlarımızı alırız ve ülkemize döneriz.Çünkü sizin ilaçlarınız Avrupa'daki en kaliteli ilaçlar. Çok güzel, bundan onur ve gurur duyduk. İlaç çıktıktan sonra yani şöyle söyleyelim, fabrikadan çıktıktan sonra depoya giriyor o depoların hali çok önemli…Bu kadarını söylüyorum.

Yüksek riskli ilaçlar önemli o kadar, bunun yönetimi de önemli.Yüksek riskli ilaçlar mutlaka kırmızı etiketle işaretlenir. Bunu eczacımız gayet iyi bilir zaten. Yine dozajı farklı, ambalajı aynı bazı ürünler mesela atropin ve adrenalin gibi, bunların özellikle bu ilaçlar birimlere verirken kırmızı fosforlu kalemle yeniden işaretlenir. Maksat dozaj karışıklığı olmasın diye bir adrenalini bir doz verdiğinizde sorun yok ama iki doz verdiğinizde, üç doz verdiğinizde hasta elinizde kalabilir, kolay bir şey değil. Atropin de aynı şekilde. Bazenyüzlerce, gerekirse verilisin, ne bileyim tarım ilacı zehirlenmesinde,atıyorum yüz ampul de veririz, beş yüz ampul de veririz.Bu ayrı bir şey, özel bir durum ama diğer durumlarda hastaya çok büyük zarar verir.

Yine efendim, bu ilaçların farklı dozları birimlerde aynı yerde bulundurulmamalı, birbirine çok karışıyor. Kişiye yarım doz verilirken tam doz, ikinci bir doz verilebiliyor, buna dikkat etmek gerekiyor.Bir de önemli bir durum var.Bu gibi ilaçlarda lütfen hekimlerimiz sözelorder uygulamasını talimatla, sözle bunu yapmasın. En ufak bir yanlış anlamada, ilaç çok yüksek riskli, hastaya büyük zararlar verilebiliyor.

Yüksek riskli ilaçlarımız diğer ilaçlarımız gibi düşünülebilir ve dolayısıyla ilaç hatalarını önlemek için yapılacak her şey bunlarda uygulanabilir. Örneğin akılcı ilaç kullanma ilkeleri bilinmeli ve uygulanmalı.Bugün bununla ilgili bir şubemiz, daire başkanlığımız var. Arkadaşlarımız çalışıyorlar, bu konuda eğitim yapılıyor. Hatta bütün kongrelerde. Daha önce yazdığımız bir yönetmelik vardı: Tanıtım Yönetmeliği.Onu 2011'de yazıp çıkarmıştık, hatta sabahın ikisinde yayınlandı. Sabahın yedi sekizinde de tanıtımını yapmıştık tambur eşliğinde.İlk defa böyle, çünkü o yönetmelikte eğlenceyi de yasaklamıştık.Bizim son eğlencemiz bu olacak,tamburdan birkaç parça geçtim, ardından tanıtımı yapmıştık, çok değişik olmuştu.

İşte orada şunu dedik, tüm kongrelerde,sempozyumlarda mutlaka bir akılcı ilaç kullanımı ile ilgili oturum olması gerekiyor. Buna gerçekten tüm dernekler büyük bir istekte bulundular, halen bulunuyorlar. Hatta bunu gördükçe ben çok memnun oluyorum. Yine kırmızı reçete uygulaması önemli, bununla ilgili yasal yönetimi çok önemli…Pediatrik ilaç kullanımı önemli, çünkü sonuçta bir

sır vereyim,farmakolog olarak biz pediatrik ilaçların gerçek dozlarını bilmiyoruz birkaç ilaç hariç çünkü çocuklar üzerinde çalışma yapamıyoruz. O yüzden biz bazı formüllerle şu olabilir şeklinde inanıyoruz, inanarak veriyoruz.Dolayısıyla pediatrik ilaçların mutlaka iyi yönetilmesi gerekiyor.

Yine yatan hastalar için, hasta hastaneye yatıyor yanında bir sürü ilaç getiriyor. Bunların yönetimi, hastanın yatış süresince kullanacağı ilaçların yönetimi… Hasta taburcu oluyor, bunun takibi gerekiyor. Buna dikkat etmek gerekiyor. Uzatmayacağım fazla, efendim mesela hastanın hangi ilaçlara alerjisinin olduğunun bilinmesi çok önemli.Hekim çok sık olarak atlıyor bunu, hastaya sormuyor o acele ile, senin bir ilaca alerjin var mı? Çok basit bir soru, üç saniyelik bir şey.Genellikle unutuyoruz, sormak lazım.Hekim unutursa, hemşirenin sorması lazım, yoksa bir diğerininsormasıgerekiyor.

Farmakoloji bilgisi çok önemli, tabii biz eğitimde ne yapıyoruz? Çocukları formüllere boğuyoruz, onların canına okuyoruz sonra da hepsi farmakolojiden nefret ediyor. Ben farmakolojiye elli ile girip kıl payı geçmiştim. Allah nasip etti bakar mısınız hikmete farmakolog oldum. Neyse diyelim çünkü sevmemiştim, şimdi seviyorum.Önemli bir alan,farmakolojiden bıktırmadan, usanç getirmeden bunun eğitimini yapmanın yollarını aramalıyız.Sevdirerek, çünkü çok zevkli bir alan ve bunu da bir tek hekime değil, hekime, eczacıya, hasta bakıcıya, hemşireye, hatta eczacı kalfalarına vermemiz gerekiyor.

Yine sekiz doğru ilkesini saymıştık bilinmesi gerekiyor. Mümkünse şunu da yapmak lazım: Herhangi bir ilaçla ilgili bir hata ortaya çıktı, ne yapacağız? insanın eli ayağı karışabiliyor. Bununla ilgili aslında önceden bir plan program yaparsak, şurada bunu yapalım gibi, sanırım iyi olacaktır. Sonra efendim TÜFAM diye merkezimiz var. Kurum bünyesinde Türkiye farmakovijilans merkezi TÜFAM çok aktif bir şekilde çalışmakta, elemanları gayet kaliteli, iyi yetişmiş elemanlar, onlarla ilgili irtibatı hastanelerinizdeki farmakovijilans doktorları sağlamaktadır. Merak ettiğiniz taktirdegoogle giriyorsunuz, hatta istemediğiniz siteyi veriyor. Excel dosyası ile hastanenizde kim görevli hemen bulabiliyorsunuz.

Teşekkür ediyorum, saygılar.

Prof. Dr. Fikret Vehbi İZZETTİN
Oturum Başkanı

Hocamıza teşekkür ediyoruz.

Şimdi dördüncü konuşmacı arkadaşımı davet ediyorum. Uzm. Ecz. Mesil Aksoy, özgeçmişine baktığımda 1982 yılında Bingöl doğumlu. 2005 yılında İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesinden mezun oldu.2005 ve 2006 tarihleri arasında

Ankara'da serbest eczacılık, 2007 ile 2012 arasında Haymana Devlet Hastanesinde hastane eczacısı. 2012 yılından itibaren Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Akılcı İlaç kullanımı ve İlaç Tedavi Yönetimi Dairesinde görev almaktadır. 2014 Ocak ayından bu yana birim sorumluluğu görevini yüklenmektedir. Halen Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Fitoterapi dalında yüksek lisans eğitimine devam ediyor. Buyurun Hocam.

Akılcı İlaç Kullanımı ve Uygulamalar

Uzm. Ecz. Mesil AKSOY

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedavi Yönetimi Dairesi

Çok teşekkür ediyorum Sayın Başkan, bende uzun zamandır yüksek lisansımı bitiremedim ama bu, sanırım bir işaret oluyor.Umarım en kısa zamanda bende uzmanlığımı alacağım. Bende özellikle Sağlık Bakanlığımız Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün bu davetleri için çok teşekkür ediyorum.Sizlerle burada olma fırsatı sundukları için bize.

Kısaca ben akılcı ilaç kullanımı konusunda, hocalarım çok bahsettiler bu konulardan ama Dünya Sağlık Örgütünün bu konuda düzeltici faaliyetlerinden, ülkemizde yapılanmadan,sağlıktahizmet kalite standartlarında akılcı ilaç kullanımından, akılcı ilaç kullanımı söylenen planımızdan, reçete sistemi Gaziantep'te yürüttüğümüz bir pilot uygulama çalışmamız var,ondan- ATC/DDD metodolojisi, bu metodolojiyle dahil olduğumuz bir çalışmadan bahsederek sunumumu tamamlamayı planlıyorum.

Akılcı ilaç kullanımının tanımını hocalarım yaptı zaten, ben bir daha tekrar etmek istemiyorum. Dünya Sağlık Örgütünün tahminlerine göre ilaçların yüzde ellisinden fazlası uygun olmayan şekilde reçelendirilmekte, sağlanmakta ve satılmakta. Yine ilaçlarını alan hastaların yarısı da ilaçlarını doğru şekilde kullanamamakta. Olaya bu çerçeveden baktığımızda ilaç kullanımında ciddi sorunlar olduğunu söylememeniz yanlış olmayacaktır. Akılcı ilaç kullanımı multi-disipliner bir olay ve akılcı olmayan ilaç kullanımıda multi-faktöriyel bir sorun.Bu akılcı ilaç kullanımında sorumluluk sahibi taraflara baktığımızda tanıyı koyan ve tedaviyi düzenleyen hekim, ilacı sağlayan ve ilaç danışmanlığı hizmetini yürüten eczacı, ilacın uygulanması ve hasta eğitiminden sorumlu sağlık personelleri, ilacı kullanan hasta ve hasta yakını, ilacın üretiminden sorumlu ilaç sektörü ve meslek örgütleri, sivil toplum kuruluşları ve medyayı sorumluluk sahibi taraflar olarak sıralamamız mümkün.

Akılcı ilaç kullanımının tanımında yer alan maddelerden birinin veya bir kaçının karşılanmaması durumu akılcı olmayan ilaç kullanımı olarak tanımlanmakta. Akılcı olmayan ilaç kullanımı hastaların tedavi uyumunun azalmasına, ilaç etkileşimlerine, antibiyotiklere karşı direnç gelişmesine, hastalıkların uzamasına veya tekrarlanmasına,adversetkigörülme sıklığının artmasına ve tedavi maliyetlerinin artması gibi çeşitli sorunlara neden olmakta. Dünya Sağlık Örgütünün ülkelere akılcı ilaç kullanımını teşvik edilmesi amacıyla önerdiği on iki tane temel faaliyetten kısaca bahsetmek istiyorum.

İlaç politikalarını koordine edecek ve bunların etkilerini izleyecek kurum: Sağlık Bakanlığı bünyesinde Türkiye İlaç Tıbbi Cihaz Kurumu olarak bu görevi biz üstleniyoruz. Yine klinik tedavi ve tanımlama rehberlerinden yararlanma: SAGEM, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğünün yeni klinik tanı ve tedavi rehberleri kullanıma sunulacak. Yine temel ilaçlar listesini oluşturmak: Dünya Sağlık Örgütünün on yedinci ve on sekizinci temel ilaç listelerini kendi ilaç listelerini listemizle uyarladık.

Bölgelerde ve hastanelerde ilaç tedavi kurulları kurma:Yine mezuniyet öncesi müfredat programlarında probleme dayalı farmakoterapi eğitimi vermeyi sağlamak. Bazı tıp fakültelerimizde ve eczacılık fakültelerimizde bunların örneklerini görmekteyiz, temennimiz tüm sağlık personeli yetiştiren lisans programlarının müfredatına girmesi. Bununla ilgili ayrıca uzman hekimlerimizin uzmanlık eğitimleri sırasında asistan hekimlere yönelik akılcı ilaç kullanımı eğitim programı ile ilgili çalışmalarımız devam etmekte.Yine sürekli olarak hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi, kurumsal çerçevede izleme değerlendirme ve geri bildirim sistemlerinin geliştirilmesi, biraz daha reçete bilgi sistemi olarak daha da detaylandırmaya çalışacağım. İlaçlar konusunda bağımsız bilgi kaynakları kullanma:1 Ekim'den itibaren her ay hekimlerimize, sağlık profesyonellerimize yönelik akılcı ilaç kullanımı bülteni hazırladık ve hem web sitemizde yayınlıyoruz hem de hekimlerimize e-mail yolu ile bu bültenleri iletiyoruz. Yine Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü ile ortak, halkımıza yönelik akılcı ilaç kullanımı kampanyası çalışmamız var.

Diğer faaliyetlere bakarsak, etik olmayan mali girişimlerden sakınılması, uygun ve zorunlu düzenlemeleri hayata geçirme, biraz önce Hanefi Bey'de bahsetti, tanıtım ile ilgili kurallar oluşturuldu ve bu çerçevede bu alanı düzenlemeye çalıştık ve on ikinci temel faaliyetaslında bizim ülkemiz için çok geçerli değil. Tüm dünya ülkeleri için öneri babında olduğu için ülkemizde akılcı ilaç kullanılması yapılanmasına baktığımızda akılcı ilaç kullanımı ile ilgili aslında ülkemizdeki çalışmalar yirmi yıldan daha fazla uzun zamandır var.

Ekim 2010'da İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü bünyesinde Akılcı İlaç

Kullanımı Şubesi kurulmuş ve birönemli bir adım 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'de Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu bünyesinde Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetimi Dairesi kuruldu. Bu tarihten itibaren ülkemizde akılcı ilaç kullanımı çalışmalarının ivme kazandığını söylememiz mümkün. Her ilde, seksen bir ilimizde il temsilcilerimiz vardı, artık her ilde il koordinatörlüğü yapısına geçtik. İl sağlık müdürlüğünde, müdür yardımcısının koordinatörlüğünde, il sağlık müdürlüğünden, halk sağlığımüdürlüğünden ve genel sekreterliklerimizden en az bir teknik çalışanın katıldığı en az dört kişilik ekipler halinde illerde de faaliyetleri yürütmekteyiz.

Sağlık hizmetlerinde akılcı ilaç kullanımı bakacak olduğumuzda akılcı ilaç kullanımı bu standartlar içerisine de girmiş durumda. Akılcı ilaç kullanımının sağlanmasına yönelik düzenlemeler bulunmalıdır diyor bu kriterler içerisinde. Bir ekip oluşturulmalı önce ve bu ekip hastane politikasını ve faaliyetleri planlamalı ve uygulamalıdır. Hastalarda farkındalık oluşturma çalışmalarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

Bununla ilgili de 10 Ekim 2011 tarihinde bir kılavuz yayınlanmıştır. Bizim yürütmekte olduğumuz çalışmalarımız gerek daha öncesinden gelen gerekse önümüzdeki zaman için planladığımız çalışmaları bir ulusal eylem plan çerçevesinde topladık ve Ulusal Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı'nı 2013-2014 ve 2017'ye hazırladık. Amacımız da etki edilen taraflarda akılcı ilaç kullanımı yönünde davranış değişikliği oluşturmaktı. Akıllı ilaç kullanımındaki sorumluluk sahibi tarafları bu plan kapsamında ana başlıklar olarak kabul ettik. Hekim, eczacı, yardımcı sağlık personeli, halk ve ilaç sektörü altı ana başlığımızı oluşturuyor. Yirmi stratejik hedefimiz ve doksan dokuz faaliyetimiz planlandı. Her başlık için idari düzenlemeler planlamalar,tanıtım, eğitim, izleme, derleme çalışmalarında alt başlıklarında faaliyetler planlandı.Yine bu eylem planında da hastanelerde akılcı ilaç kullanımı eğitimlerinin sürdürülmesi önemli faaliyet alanlarından biri olarak yer alıyor.

Eylem planı çerçevesinde önceliklendirdiğimiz alanlarımızı görüyorsunuz, yansıdı. Antibiyotikler, psikiyatri ilaçları, geriatride kullanılan ilaçlar gibi,polifarmasi çok fazla geriatride biliyorsunuz. Solunum sistemi ilaçları ve hemofili öncelik alanlarımızdan. Bu eylem planındaki faaliyetleri hayata geçirirken, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tek başına değil gerek Sağlık Bakanlığına bağlı diğer kurum kuruluşlarla ve Bakanlık dışı diğer paydaşlarla işbirliği içerisinde bu faaliyetleri başarıya ulaştırmayı hedefledik.

İzleme, değerlendirme çalışmaları yürütüyoruz. Bununla ilgili kısa bilgi vermek isterim. Reçete Bilgi Sistemimiz var. Bu Reçete Bilgi Sistemi 2010 yılında Hıfzıssıhha Mektebi bünyesinde Reçete Değerlendirme Projesi adıyla başlatılmış

bir çalışma. Burada aile hekimlerinin reçete bilgileri alınıp değerlendiriliyor, analizler yapılıyor ve hekimlere kendileri ile ilgili bilgilendirme yapılıyor. 15 Ocak 2013 tarihinden itibaren de tüm sağlık kurumlarında elektronik reçete uygulamasına geçilmesiyle artık tüm hekim reçeteler için bu analizleri yapabilmekteyiz. Bu sistemde istatistiki hesaplamalar yapabiliyoruz. Hekim dağılımlarını görebiliyoruz, tanı dağılımlarını, ilaç dağılımlarını, ülke, bölge, il, ilçe dağılımlarını ve bunları belirli zaman aralıkları için yapıyoruz.Yine reçeteleri, bazen doktorları birbirleriyle kıyaslıyoruz. Yansıtan hekimler için yapabildiğimiz analizleri görüyoruz. Tek tek sıralamayacağım. Bazı sonuçları paylaşmak istiyorum sizlerle. 2011yılında aile hekimlerimiz tarafından yaklaşık yüz otuz milyon reçete oluşturulmuş.Bunun %34.94'ünde antibiyotik var. 2012 yılında da yüz on iki milyon üç reçete oluşturulmuş.Bunun %33.99'unda antibiyotik var. 2013 yılında sistemlerimize uzman hekimlerimize ait reçete verileri de dahil oldu. 2013 yılında aile hekimlerimiz tarafından oluşturulan yüz on altı milyon reçetenin %33.95'inde antibiyotik varken uzman hekimlerimiz tarafından oluşturulan altmış dört altı milyon reçetenin %38.65'inde antibiyotik olduğunu tespit etmiş durumdayız.

İl dağılımlarına bakabiliyoruz demiştim, 2011 yılında illeri sıraladığımızda antibiyotik bulunan reçete yüzdesi parametresine göre Türkiye ortalaması %34.94iken %57.58ile Gaziantep ilk sırada. İlk on sırayı görüyorsunuz bu yansıda, ilk on sırada yer alan illere baktığımızda Güneydoğu Anadolu bölgemizin illerinin yer aldığını söylememiz mümkün, son sırada Karadeniz bölgemizdeki illerimiz var,%21.14ile Artvin. 2012'de tablo 2011 ile benzer, ortalama %33.99iken, Gaziantep'te%55.49'luk bir oran var. Gaziantep birinci sırada.Yine %19.74oranla Artvin son sırada yer alıyor. 2013'de Türkiye ortalaması %33.95iken artık Gaziantep %52.05ile üçüncü sıraya geriledi.Birazdan orada yürütmüş olduğumuz pilot bölge çalışmasından bahsedeceğiz.Bunun etkisi olduğunu düşünüyoruz.

Bölgeler arasında reçeteleme yüzdesi nasıldır diye kıyasladığımızda, Türkiye ortalaması 2011'de %34.94 iken Güneydoğu Anadolu bölgesinde ki ortalama %52.63, onu Akdeniz ve Doğu Anadolu bölgesi takip ediyor.Yine Karadeniz bölgesi %27.91'lik bir ortalama ile en son sırada yer alan coğrafi bölgemizi temsil ediyor. 2012'de tablo benzer, yine Güneydoğu Anadolu bölgesi, Akdeniz bölgesi ve Doğu Anadolu bölgesi ortalamanın üstündeki bölgelerimiz. 2013'de tabloda minik bir değişiklik var. Artık Türkiye ortalamasının altına Doğu Anadolu bölgesi gerilemiş durumda, Gaziantep'te Türkiye verilerini incelediğimizde her üç reçeteden birinde, aile hekimlerimize ait reçetelerin birinde antibiyotik olduğunu söylememiz mümkün bunlara bakarak. Gaziantep'te her iki reçeteden birinde antibiyotik vardı. Acaba neden bu kadar yüksek oranda antibiyotik reçete

ediliyor? Orada problem mi var, acaba orada aksayan yönler nelerdir?Biz neler yapabiliriz?Kurum olarak hekimlerimizin elini nasıl güçlendirebiliriz?Nasıl destek olabiliriz diye Gaziantep'i pilot bölge olarak seçtik ve oraya bir dizi ziyaret gerçekleştirdik.

İlk reçete bilgileri verileri sistemi ile 25 Ekim ile 5 Temmuz 2013 de bir araya geldik. Onlara bugün size gösterdiğimiz tabloları gösterdik ve durumu izah ettik. Bu ziyaretin devamı niteliğinde 23ile 25 Eylül tarihleri arasında üç gün ayrı ayrı toplantılar gerçekleştirdik. İlk gün serbest eczacılar ile, ikinci gün aile hekimlerimiz ile, üçüncü gün hastanelerin enfeksiyon kontrol komitelerinde görev alan sağlık çalışanlarımızla bir araya geldik ve onlara da durumu izah ettik.

Sonra yine sayın hocalarımın desteği ile orada eczacılara yönelik bir eğitim planlandı.Geçtiğimiz Ağustos ayında da yine tüm hekimlerimize yönelik akılcı antibiyotik kullanımı eğitimi planlandı ve bunlar gerçekleştirildi. Acaba bu eğitimlerin toplantıda bir etkisi oldu mu diye biz geldikten sonra, toplantı dönüşü artık ay ay Gaziantep üzerinde yoğunlaşmaya başladık. Şimdi geldikten sonra yani ilk büyük toplantımızdan sonra Eylül ayındaki toplantıdan sonra, Ekim 2013 ayı verisini bir önceki yılın verisini kıyaslayarak devam ediyoruz. Her ay içinde aynı şeyi yapıyoruz 2012'nin ekim ayında 7.32'lik bir reçeteleme yüzdesi varken 2013 yılında %49.61'e gerilemiş.Aslında arada 7.71'lik bir fark var ama bunun yansıması hekimlerimizin antibiyotik reçetelemenin yüzdesinde incelendiğinde 13.45'lik bir düşüşü ifade ediyor bu rakam bize.Yine Kasım ayında 15.95, Aralık ayında yaklaşık yüzde on gibi farklar var ve yine her ay yüzde on yirmi arasında bir gerilemeninstabil olarak devam ettiğini söyleyebiliriz.

Buraya kadar verdiğim veriler hekimlerimizin reçete verileriydi. Dünya Sağlık Örgütü tarafından desteklenen başka bir metodoloji var: ATC/DDD metodolojisi. Buda kullanım verilerinin karşılaştırılmasına imkan sağlayan bir metodoloji… Anatomik terapötik kimyasal olarak açılan ATC sınıflama sisteminde ilaçlar etkili oldukları organ ve doku sistemlerine kimyasal, farmokolojik,terapötik özelliklerine göre farklı gruplara ayrılıyorlar ve tanımlanmış günlük doz DDD'si. ATC sınıflama sisteminde yer alan her ilacın ana endikasyonu için yetişkinlerde varsayıldı. Varsayılan günlük idame dozunu ifade ediyor.

Tüm hesaplamalar bin kişi başına düşen tanımlanmış günlük doz olarak hesaplanıyor. Yine yansıda en çok tüketilen antibiyotikten ilk on ili ve en az tüketilen son on ili görüyoruz. Türkiye ortalamasına baktığımızda bin kişinin başına düşen antibiyotik değerine baktığımız da 42.28 iken, Uşak birinci sırada ve yine Hakkari son sırada, yaklaşık 17.15 değerleri ile.Bu tabloya baktığımızda reçetelemeden daha farklı bir tablo çıkıyor karşımıza.Yine bunu geçmişe dönük, acaba bu tüketim oranları neydi diye IMS rakamları ile hesapladığımızda

2007'den itibaren şu trende baktığımızda 2007'de 35.08, 2011'e kadar bir yükseliş var 42.28, ondan sonra şuan sabitlemiş durumdayız. 2013 verileri de yaklaşık bu aralıklarda duruyor. Yani yükselen trendi durdurduğumuzu söyleyebiliriz çalışmalarımız ile. Peki, bir harita üzerinde tüketim değerlerini dört farklı gruba, dörde bölerek renklendirdiğimizde nasıl bir tablo çıkıyor karşımıza?En yüksek 55.19 ile Uşak ilimizde antibiyotik tüketimi var iken en az yine 17.15'lik tüketim ile Hakkari var. Mavi ile gördüklerimiz en düşük olan grubu temsil ediyor, kırmızı ile gördüklerimiz en yüksek tüketimin olduğu illerimizi gösteriyor haritada ve bizim bu metodolojiye dahil olduğumuz bir çalışma var. Dünya Sağlık Örgütü ve Belçika Antwerp Üniversitesinin koordinatörlüğünde yürüyen bizden başka, Türkiye'den başka on iki Avrupa Birliğine üye olmayan ve Avrupa bölgesinde bulunan ülkenin katılımıyla sağlandı ve her ülkeden bin kişi başına düşen tanımlanmış günlük doz antibiyotik tüketimi ile katıldı.

Bu çalışmada 2014 Mart ayında Lanset'de yayınlandı. Bu çalışmanın bazı sonuçlarını sizlerle hızlıca paylaşmak istiyorum ve son olarak bitireceğim hocam. Co-amoksilavgrubunda yüksek kullanımı Türkiye'de,sefalosporinlerde en yüksek kullanım Türkiye'de,sefuroksim grubunda en yüksek kullanım ülkemizde.Yine klaritomisinde en yüksek kullanım Türkiye'de,levofloksasin, moksifloksasin kış aylarında diğer kinolonlaragöre daha yüksek oranda tüketiliyor ki yedi kat, ilk 2011 verilerimizle katıldık. Türkiye birinci sırada listeye girdi, en son sırada Ermenistan var. Acaba projeye bağlı diğer yirmi dokuz Avrupa bölgesindeki üyeler ile kıyasladığımızda, durum nasıldır diye baktığımızda yine Türkiye birinci sırada iken Hollanda son sırada.

Bu tabloya bakarak aslında Türkiye'de yaşayan her birey Hollanda'da yaşayan her bireyin üç katı antibiyotik tüketiyor diyebiliriz. Antibiyotiklerin antibiyotik direnci gibi küresel bir sorunla ilişkili olduğunu düşünürsek vücut direncini de tehdit ettiğini düşünürsek, gerçekten bizim bu konuda bir şeyler yapmamız lazım ve hastanelerde özellikle Gaziantep'deyürütmüş olduğumuz çalışmayı paylaşmak istemememin en büyük nedeni.Orada bir eğitim toplantısı, bir farkındalık oluşturmaya çalıştık ve sonucunu aldık. Ben hastanelerde de benzer çalışmaların yapılarak iyi çalışmaların yer alacağını söyleyebilirim. Bir de Dünya Sağlık Örgütü tarafından yine hastanelerin antibiyotik tüketimini kıyaslamasını olanak sağlayan yatak başına düşen tanımlanmış doz hesaplarını yaptık hastanenin. Kurumlar ve yakın zamanda hastanelerimizin kullanımına sunacağız. Ben, bugün dur demezsek yarın çok geç olabilir diyorum. Beni dinlediğiniz için sabrınız için teşekkür ederim.

KONFERANS

İDEAL BİR SAĞLIK SİSTEMİ İÇİN ARAYIŞLAR

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörü

1959 yılında Bolu-Göynük'te doğdu. İlköğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulu'nda, ortaöğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. 1985-1987 yıllarında Milli Eğitim Bakanlığı Gümüşhane Sağlık Eğitim Merkezi'nde pratisyen hekim olarak görev yaptı. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimini tamamlayarak 1992 yılında üroloji uzmanı oldu. 1992-1994 yıllarında Sakarya'da Geyve Devlet Hastanesi'nde uzman doktor olarak çalıştı. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalına Yardımcı Doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. Başhekim Yardımcılığı, Ana Bilim Dalı Başkanlığı, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı ve Dekan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. Ayrıca 1998 yılında başladığı doktora çalışmalarını tamamlayarak 2003 yılında klinik mikrobiyoloji dalında bilim doktoru unvanı aldı. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü görevinde bulundu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Dr. Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

İDEAL BİR SAĞLIK SİSTEMİ İÇİN ARAYIŞLAR

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörü

Saygıdeğer Katılımcılar, Değerli Meslektaşlarım hepinizi saygıyla selamlıyorum. Öncelikle uzun yıllardır başarı ile hem Bakanlıktaki başarılı çalışmalarıyla hem de bu toplantılarla bunu sağlık sektöründeki ilgili arkadaşlarla paylaşma başarısıyla ilgili Dairemizde bütün çalışan arkadaşlarımı kutlamak istiyorum. Ve akabinde de Azeri tabiriyle benim gibi köhne bir bürokratı buraya konuşmaya çağırdıkları için de ayrıca teşekkür ediyorum.

Arkadaşlarım bana "İdeal Sağlık Sistemi" diye bir konu seçmişler, ben de aradım dedim ki, "Olmayan bir şeyi nasıl anlattıracaksınız bana? Bunu yapamam!" Onun üzerine adını biraz benim zorumla değiştirdiler. Baştan bu itirafı yaparak izninizle başlayayım. İdeal bir sağlık sistemi için arayışlar diyerek, kesin konuşmayarak olayı yuvarlamaya çalıştık.

Şimdi değerli arkadaşlar, onun için ideal sağlık sistemi arayışlarına girdiğimiz zaman da ben şunu öğrendim, ideal sağlık sisteminin ne olduğunu öğrenemedim önce onu itiraf edeyim ama ideal sağlık sisteminin ne olmadığını galiba öğrendim yani sonuçta bir yargıya vardım. Farklı kaynaklarda ideal sağlık sistemi adıyla bizzat bunun tanımlarda da rastladım, çok basit ve amiyane bir tabirle; daha az maliyetle daha yüksek kalitede sağlık hizmeti üretmek gibi ancak sözlüklerde karşılaşabileceğiniz gerçeklikle bağı tartışmalı tanımlar var. Ama daha güzel, galiba daha realist tanımı, hiç sağlık hizmeti üretmeyen bir sistemdir. Yani aslında bunun arka planında şu gizli; sağlık hizmeti üretme ihtiyacı duymayan bir sistemdir doğru okumaya başlarsak. Aslında hiç sağlık hizmeti üretmeye ihtiyaç duymayan bir sistem, insanın herhalde mutlak manada mutluluğu demektir. Bu da bu dünyevi kavramlarla mümkün değil, buna dini tabirle "cennet" diyorlar.

Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan insanlar varsa ve sağlık hizmetine erişimlerinde bir zorlukları varsa sistemin ideal olması söz konusu olamaz deniyor. Öyleyse bu açıdan baktığınızda da hâlâ bu hizmete muhtaç insanlar varsa ki dünyada her zaman var, zorluklar varsa en idealize edilmiş sistemlerde bile zorluklar yadsınamaz, dolayısıyla ideal bir sistemin de olmadığı ortada. Realitede hiçbir ülkede bunun olmadığıdır zaten. Aslında bu da yine literatürden gördüğüm bir tabir; ideal zaten gerçekte var olmayandır onun için de boşuna arıyorsun diye bu mesajı aldım oradan, düzensiz bir şekli hiç görmeyen bir kişiye tarif etmeye benzer diyor ideal tanımı. Dolayısıyla böyle bir yeteneğimiz olmadığına göre

ideali pek tanımlayamayacağım yani burada gerçekten de iftihar edebileceğim bir şekilde kalabalık dinleyici arkadaşlarımız ideal bir sağlık sistemi duyma adıyla geldilerse beyhude geldiler, sıkılmadan terk edebilirler saygıyla karşılarım. Ama ne olmadığını elimden geldiğince anlatmaya çalışacağım satırlar arasında.

Her yere sağlık hizmeti veren birimler açmak, kurumlar açmak, kâr amacı güden-gütmeyen yapılar kurmanın herhalde ideal bir sağlık sistemi olmadığını hepimiz biliyoruz. Ama buna rağmen biraz internette dolaştığınızda sistemlerinin ideal olduğunu iddia eden, bunun için makaleler yayınlayan gruplar, ülkeler yok değil. İsviçre'den böyle bir yazı buldum ama hemen akabinde Amerikan Sağlık Sistemi'yle ilgili de böyle bir kitap buldum. Yani bu kadar aşırı uçlarda sağlık sistemine rahatlıkla bakabiliyoruz. Aslında bu bana bir şey öğretti, nereden bakarsanız olay biraz farklı görünüyor. O kadar karmaşık bir yapı ki! Önce sizin durduğunuz yer, baktığınız yer bu yapıyı değerlendirmede size mutlak bir subjektivite veriyor, objektif olarak değerlendirme şansınız yok. Çünkü çok değişkenli bir sistemden söz ediyoruz. Malum sağlığın belirleyicileri çok fazla; her türlü eğitimden, sosyal yapıdan, istihdam, çalışmadan, fizik çevreden bunu tek tek saymaya gerek yok, genetik mirastan, ergonomiden, coğrafyadan bütün bunları ülkenizin konumundan, iklimden aklınıza gelebilecek her şeyi bu faktöre etki eden faktörler olarak görebilirsiniz. Dolayısıyla çok objektif bir ölçüm arayışına girersek bütün bu değişkenleri bir arada ölçebilen bir model bulmamız lazım, aksi takdirde ölçtüğümüz ya kurduğumuz organizasyondur, ya verdiğimiz klinik hizmetidir ama yine sağlık sisteminin bütünüyle yargılanmasından mahrumuzdur.

Şimdi nereden bakarsak farklı görünüyor demiştim, finans kaynağının başında duranlar sağlık sistemine baktıkları zaman ideal bir sağlık sistemini nasıl görürler? Aramızda SGK'dan arkadaşlarımız varsa onlara soralım. Ben özetleyeyim; sene sonuna açık vermeyen, elindeki parayı harcatmayan sağlık sistemini muhtemelen ideal olarak görürler. Eğer tüketici açısından yani bir de hasta açısından bakarsanız, kendinin mutlu edilmesi açısından bakar olaya. Bilgi eksikliğinden dolayı ne derece tedavi edildiği ya da ne derece hastalığının önlendiği açısından bakabilir mi? Evet, kültürel değişimle zamanla buna da bakan bir kesim vardır ama baktığı alan koca bir sağlık sisteminin aslında küçük bir noktasıdır. Peki, üretici açısından yani hizmeti üreten kesim açısından bakarsanız nasıl? Burada kamu ile özel biraz farklılaşabilir, kendi değer yargılarına göre ürettiği değerleri sorgularlar. Sanırım buradaki değer yargısı ile neyi kast ettiğimi anlıyorsunuzdur. Sağlık sektöründe eğitimle uğraşanlar, buraya eğitim yoluyla hizmet eden insanlar açısından bakarsak, sistemi nasıl geliştirebiliriz, nasıl daha kaliteli insan kaynağı ile daha iyi yere varabiliriz? Dolayısıyla elindeki insan kaynağı açısından

olaya bakarlar, eğitim yöntemleri açısından olaya bakarlar, sağlık çıktılarını çoğu zaman unutuverirler bazen. Çok iyi sağlık çıktılarında biz kötü eğitim veriyoruz deyip feveran da edebilirler. Bu açıdan farklı yerden baktığınız zaman sağlık sistemi farklı görünüyor. Bugün sadece içinde bulunduğumuz ülkede, Türkiye'de sağlık sistemimizi sorgulasak bulunduğumuz pozisyona göre eğer canımız acıdıysa çok kötü sistem olduğunu iddia edebiliriz ama yıllardır ulaşamadığımız hizmete eriştikse yani bizi en azından o gün mutlu ettiyse sistem iyi bir sistemden de bahsedebiliriz. Eğer hekimse günde üç hasta bakarken mutluyduk, 30 hasta bakınca mutsuz hale geldiysek kötü bir sistemden bahsedebiliriz. Ama üç hastanın kuyruğunda bekleyen hastaysak o zaman olaya tam tersi yaklaşırız. Tabii aslında, global olarak bakıldığında aslında bu sistemin toplumun yararına ne kadar işlediği yani toplum sağlığını nasıl etkilediği açısından bakmak lazım ama bu çok aza indirgenmiş birkaç parametreyle, birkaç ölçüm aracıyla değerlendirildiği zaman da gerçekten siz sağlık sistemini mi ölçüyorsunuz, onun performansını mı ölçüyorsunuz yoksa biraz önce sözünü ettiğim bir yığın faktörün toplamını kümülatif bir değer olarak mı ölçüyorsunuz onu da takdirlerinize bırakıyorum.

Şimdi tabii sağlık sistemini anlamak için, performansını anlamak için bir izleme-değerlendirme yapmak lazım. Bu kadar değişken bir tabloda mecburen gözümüzü belli odaklara çevireceğiz. En kolayı hatta en nihai elimizdeki kazanım olarak herhalde çıktılara bakmak lazım ki daha çok küresel anlamda ülkelerin sağlık sistemlerine ya da sağlık durumlarından söz ederken hep bu temel çıktılar üzerinde durulur. Arka planda kurumlar artı değer üretiyor mu, çalışanlar mutlu mu, hastalar bekliyor mu, beklemiyor mu. Bunlar hep sekonder, tersiyer faktörlerdir küresel anlamda bir ülkenin sağlık düzeyine baktığınızda. Dolayısıyla çıktıları finansal çıktılar olarak görebilirsiniz maliyetler açısından, sağlık hizmetinin maliyeti açısından, ülkenin sağlığa ayırdığı kaynaklar açısından. Hizmetlerden yararlanmayı mı ölçerek yani klinik çıktılar üzerinden yapabilirsiniz, daha çok insani kavramlarla olaya yaklaşıp insani çıktılar olarak hasta memnuniyeti başta olmak üzere bunları ölçebilirsiniz. Artık kalite, fiziksel erişim, sonuca erişim, çıktıya erişim gibi bir yığın detaylandırılan kavramlarla çıktıları ölçebilirsiniz ama bunlar bir sağlık sistemini idealize etmek için yeterli doneler olmadığı ortada. Bu çıktıların hiç biri sizin sisteminizin yapısıyla, örgütsel yapısıyla, kurgusuyla bir bilgi vermez. Çok küçük bir nüfusun hiç sağlık hizmeti verilmediği doğal şartlarda yaşadığı bir yerde hatta para biriminin bile icat edilmediği bir toplumda şöyle bir bakın yukarıdaki parametrelere neredeyse hepsini başarılı bulabilirsiniz. Bu açıdan bu çıktılar da sizin sisteminizin gerçek bir göstergesi değil.

Örgütsel özellikleri tek tek saymayacağım, bunları herkes bulunduğu pozisyona göre çok daha arttırabilir, çoğaltabilir. Ama insan kaynağından bu sistemlerde

yönetici pozisyonunda daha doğrusu yönetimde liderlik yapan aktörlere kadar bunun kamu politikaları başta olmak üzere altyapılar ödeme modellerinden veriye ulaşıma kadar bir yığın yapıyı bunun içinde değerlendirebilirsiniz. Fakat bu da yetmez! Yine sağlık sistemini monitorize etmek, izlemek, değerlendirmek için aslında bu sistemin bu örgütsel yapının içine kurgulandığı çevreyi de görmeniz lazım. Yani ülkenin nüfusunu, demografik yapısını, yaşlanma hızını, iklim şartlarını, hizmet sunum modellerini vesaire diğer pazar dinamikleri de dahil olmak üzere her şeyi bir arada değerlendirmek gerekir. En sonunda bölgesel kültür diyorum dolayısıyla kürenin Batı yakasındaki sağlık sistemini değerlendirirken elinizde done kültürel altyapı farklı. Doğu yakasındakini değerlendirirken de altyapı farklı bunu dahi gözetmek zorundasınız eğer çok detaylı bir analiz yapacaksanız.

Şimdi aslında bu kargaşa içinde sağlık sistemlerimizi biz yapılandırmıyoruz. Aslında sistemin içindeki bazı tiz sesler bizi yapılandırıyor daha doğrusu sistemi yapılandırıyor. Tiz sesten kastım nedir? Düşük olsa bile uzaktan duyulabilen seslerdir bunlar. Bu açıdan sağlık sistemlerini onun için en çok yönlendiren bu tiz sesler diye ifade ettiğim yapı akut olaylardır. Hele hele akut olayların, akut vakaların acil durumudur. Sorumluluk makamına gelenlerin önüne koydukları genellikle ilk ajanda budur. Şu anda Bakanlıkta görevli arkadaşlarımız şöyle bir düşünürlerse yeni Bakanımız göreve başladığında onlarla tartıştığı konunun muhtemelen ilk maddelerinden biri aciller konusudur. Ben 10 yıl öncesini hatırlıyorum yine aynı konu ilk gündem maddesiydi. Çünkü istemeseniz de sizin sisteminizi oluşturan aslında toplumun acil olarak algıladığı bir yapı var. Halbuki hasta olmamak, hiç sağlık hizmeti vermemek idealine kurgulanacak bir sağlık sisteminin herhalde amacı bu olmasa gerek. Bu yüzden sistemler, sağlık sistemleri akut hastalıkların yönettiği bir sistemlere dönüşmüş durumda günümüzde. Özellikle sağlık hizmetine ulaşmak bir insanlık hakkı olarak kabul edildikten sonra, aslında çok olumlu bir adım, bir anlamda sistemleri ana ruhundan uzaklaştıran bu hakkı verelim diye uğraşırken insanların gerçekten sağlıklı kalmasından bizleri uzaklaştıran bir modele doğru bizi itmiş durumda.

Peki, bu sistemin içinde paydaşlar nasıl? Sağlık hizmeti veren kesimde yani onun takım lideri olarak hekimi örnek alırsak bu taraf bilgi hamalı, diğer taraf ise talebinde pasif alıcı konumunda, bu da sistemi yapılandıran aslında yanlış alana götüren bir durum. Biraz önce acil duruma müdahalede acili yönetebilmek adına sistemler şekilleniyor demiştim. Aslında biraz daha gerçekçi olursak acil hastalıklar, daha doğrusu acil demeyelim akut hastalıklar bütünüyle yok olmadığı için aslında biz akut hastalıkları yani buna toplum düzeyinde bakın lütfen birey düzeyinde bakmayın, toplum düzeyinde süregelen akut hastalıkların

hecmelerini yönetmek üzere bir sistem tasarlamış oluyoruz ya da bütün dünyada buraya doğru sistemlerimiz zorlanmış oluyorlar. Biraz önce söyledim, idealize etmeye çalıştığımız sistemde sağlık hizmeti dahi vermemeyi hedefleyecek bir sistemde o zaman bizzat kurgulanmak üzere, yönelmek üzere sorumlu olduğu problemle kendi gitmek zorunda olduğu yol arasında ciddi bir ayrım var sistemlerin, bir diskordans var. Ama dünyada nüfuslar yaşlandıkça biz bu yolun yanlış olduğunu biliyoruz, fark ediyoruz. Çünkü dağ gibi bir yük geliyor yaşlılıkla üzerimize kronik hastalıklarla. Onun için de sadece Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlık 2020 hedeflerinde değil, sadece Birleşmiş Milletler'in bin yılın hedeflerinin revizyonunda değil birçok konuda kronik hastalıklar artık bulaşıcı hastalıklarla mücadelenin önüne geçmiş durumda. Politik olarak henüz böyleyiz ama sistemlerimizi dönüştürme açısından açıkçası henüz bu anlamda başarılı değiliz. Bu yüzden sadece biz değil bütün dünya sağlık sistemleri açısından ciddi bir krizin eşiğinde, kronik yapıları yönetememe krizinin eşiğinde. Muhtemelen geleceğe bakacak yani futurist olan sağlık politika yapıcılarının bu krizi önceden görüp ciddi olarak tedbir almaları lazım.

Şimdi buradan şunu anlıyoruz ki içinde bulunduğumuz sistemleri değiştirmemiz lazım. Nereye doğru değiştireceğiz? İhtiyaç alanları neler? Aslında yaptığımız polio örneğini bile düşünürseniz yani mutlak eradika ettiğimiz alanlarda bile gerçekte bunların kökünü kazımadığımız yani gerçekte aslında hastalığı tedavi etmediğimiz uzun süreçte bunu yönetim altına aldığımız anlaşılıyor. Dolayısıyla bilgi ve iletişim modellerimizi öncelikle bu mantık üzerine kurmamız lazım. Bunu bitirdik, tamam, hastanın apandisitini aldık, apandektomi yaptık, sorun bitti gözüyle bakmamak lazım. Yolda gelirken bir not okuyordum, bir yazı okuyordum dergide fiziki ağrı mı daha travmatizandır yoksa psikolojik olarak çekilen ağrı mı diye soruyordu yazıda. Apandektomi ameliyatıyla fiziki bazı semptomları yok edebilirsiniz ama daha ağır bir hasta olarak taburcu etmeniz mümkün. Bu açıdan bütün olarak ele alıp sistemlerin hayat boyu insanları gündemde tutması lazım. Biraz önce doktorların sistemde bilgi hamalı olduğundan bahsetmiştim halbuki artık bu iletişim çağında bilginin çok rahat paylaşıldığı ortamda artık bilginin hasta ile paylaşılması lazım. Hem hasta, hem doktor bilgi sahibi olmak zorunda, hatta bir adım öte gidelim hasta yakınları da bilgi sahibi olmak zorunda. Bu bizim için sistemin içinde bu güne kadar alışagelmiş aktörler olarak çok kolay bir şey değil. Bakın çok basit, ne güzel hastaya anlatırız değil; kültür farkı var, henüz terminoloji eksikliği var, ne hikmetse halkımızın anlamadığı bir dille bize mesleğimiz öğretilmiş vesaire! Daha bir yığın önümüzde aşmamız gereken, sistemi kurgulamak için aşmamız gereken problemlerimiz var. Bu konuda bazı araştırmalar da yapılmış, artık sistemi idealize ederseniz doktor ya da sağlık hizmet sunucusu görevi hastada gördüğü semptomları gidermeye yönelik değil

hastanın içinde bulunduğu ortamla iletişim kurmaya yönelik tasarlanması gerekiyor. Tabii bu mantıkla bakarsanız bugünkü anlamda hemşirelik eğitimi, tıp eğitimi gibi bütün paradigmalarımızı külliyen değiştirmemiz lazım. Hatta hatta iddia edebiliriz ki bu alanlar pür fen eğitimi değil sosyal eğitim olmak zorunda, sosyal branş olup olmadığını tartışmak zorundayız bu alanların eğitim açısından. Bakın bir çalışmadan söz ediyorum, kronik hastalığı olan başvuran hastalar randomize olarak iki gruba ayrılmış, bu grupların birine bir görevli tayin edilip telefonla sürekli aranarak durumunun ne olduğu, ihtiyacı olup olmadığı gibi bir sorusu varsa bilgilendirme şeklinde takip edilmiş. Sadece böyle bir davranış bile bu hastaların kontrole gelme yani ikinci defa muayene oranlarını %30 oranlarında düşürmüş, telefonla takip edilenlerin. Sağlık düzeyleri daha çok artmış kronik hastalık olarak. Demek ki sadece iletişim bile önemli oranda bu kitleyi tedavi etmeye yetti diyor ve sistem açısından, sistemin finansal paydaşları açısından, aktörleri açısından bakarsanız da sistemin maliyeti, hasta yatışları azalmaya başlamış. Dolayısıyla şu telefon başındaki bu iletişimi kurmak için attığımız adım eğer sistemin bütünü üzerindeki maliyeti açısından bakarsanız sürdürülebilirlik açısından, finansal açıdan hatta insani boyutlar, memnuniyet açısından bakarsanız ihtimal ki doktorun yaptığı işten daha büyük bir iştir. Burasını tahminen söylüyorum, araştırmaya muhtaç bir alan.

Yine bir başka çalışmadan örnek, kronik artriti olan hastalarda self management diyorlar kendisini bilgilendirerek kendi hayat düzeyini daha yüksek tutmasını sağlayan bilgilendirmeye yönelik bir yöntem. Dört yıllık takip edildiğinde bu hastalarda organik anlamda progosyon devam etmiş, %9 oranında fiziksel olarak engellilikleri artmış ama ağrıları %20 oranında azalmış, doktora gitme oranları da %40 oranında düşmüş. Yani hastalığı bir bütün olarak görürseniz organik bir süreç var ama onunla beraber giden sistemin ciddi olarak yük olarak karşısına çıkan, bugün işte Türkiye'de doktora başvuru sayısı şu kadar vesaire dediğimizde nereyi ihmal ettiğimiz ya da kaçırdığımızı bilmiyorum anlatabiliyor muyum, onları ciddi olarak aslında bu talepten uzaklaştırabilecek argümanları sistem kullanmadığı için, kullanamadığı için olduğu anlaşılıyor. Yine romatoid artritle ilgili bir çalışma, burada bu veriler çok somut olmadığı için buraya rakamlar aktarmadım yani ben verilerden çok tatmin olmadığım için ama varılan sonuç şu; hastanın sosyo-ekonomik düzeyi ve yani düşük sosyo-ekonomik düzeyde mortalite daha yüksek oluyor, eğer öğrenilmiş çaresizliği varsa yine mortalitesi yükseliyor. Yani hasta, bu hastalığından dolayı umutsuzluğa düşüyorsa, gittim doktor doktor dolaştım çaresi yok dediler diye inanmaya başlıyorsa, etrafındaki, çevresindeki insanlar onun hayat kalitesini yükseltecek tedbirler almak yerine, "vah vah, bu hastalığın hâlâ mı devam ediyor?" gibi bir telkinde bulunuyorlarsa mortalitelerin bile arttığına ilişkin veriler var. Dolayısıyla dikkat ederseniz olay

sadece sağlık çalışanlarının görevi ya da sorumluk alanında değil idealize ettiğimiz sistem, hasta yakınları en az sağlık çalışanları kadar da sorumluluk alanı içindeler.

Kalite konusu hep gündemimizde, bu kongrelerin ana gündem maddesi, Bakanlığımızın da zaten yıllardır üzerinde çalıştığı bir konu. Aslında bu kalite konusunda, kalitenin ödüllendirilmesinde hiçbir itiraz yok, hepimiz hemfikiriz. Ama ee tamam, hadi dendiğinde hiç de o kadar kolay değil! Modeller oluşturmuşuz, burada isimlerini anmayayım, bunun için akreditasyonlar yapmışız, standartlar geliştirmişiz ve bu standartlara göre ölçümler de yapmışız ama bunlar biraz önceki sağlık sistemi açısından değerlendirdiğinizde hep tek boyutlu ölçüm araçları. Bunlar gereksizdir, yanlıştır demiyorum, sakın böyle bir mesaj algılanmasın burada ama karmaşık ve dolambaçlı yapılar bunlar. Arkasından diyelim ki ölçmeyi başardık bunun, bu kalitenin ödüllendirilmesi ya da kalitesizliğin cezalandırılması nasıl yorumlarsanız yorumlayın bunun nasıl yapılacağı konusu çok ciddi tartışma konusu dünyada. Bunu örneklendirip uygulayan örnekler var, uygulayan ülkeler var ama bir kısmı hep geri adım da atmış durumda. Çünkü bu kadar karmaşık, bulanık ve dolambaçlı yolları olan bir modelde modelin içindeki aktörler her zaman dışındakilerden daha zeki ve daha bilgili. Klinik kalitede siz belli örnekleri seçerseniz hemen dolanmaya başlıyor sistem, ölçüm yapmadığınız alanlara kaçmaya başlıyor. Para ödeyerek bir şeyi denetlemeye kalkarsanız yani ödeme kapsamındakileri denetlemeye kalkarsanız tanımları değiştirip parası ödenmeyen hizmetlere dönüştürebiliyor hizmetlerini. O açıdan da hemen kitabi anlamda görüldüğü kadar kolay değil açıkçası bunları ölçmek.

Bu kalite konusuna değinmişken bir konuya dikkatinizi çekeyim. Sizce sağlıkta kalite diyelim, sağlıkta kaliteyi bize dayatan nedir? Ya da ilk defa bunu gündemimize getirip zorlayan, bütün bir sağlık sektörünü böyle devasa bir işle meşgul eden çok böyle insani, insancıl duygularımız mıdır sizce? Ya da bu soruyu biraz cevabını bulun diye şöyle sorayım; dünyada sigara ile mücadelede özellikle hukuki olarak sigaranın belli yerlerde içilmesine ceza verilmesi ya da paketlerin üzerinde "öldürür" ifadesinin yazılmasını sizce en çok teşvik eden sektör hangisidir? Sigara sektörüdür, üretim sektörüdür. Burada çok ciddi bir ironi vardır ve bize de sağlıkta kaliteyi dayatan aslında bizim sağlıktaki ideallerimiz değil daha çok mediko legal çevredir, bize ceza veren sistemlerdir. Özellikle bu kalite arayışlarının en çok geliştiği ülkelerde en fazla bunların yani kalitesizliğin cezalandırılabildiği ülkelerdir ya da bir şekilde hukuk sistemlerinde bu şekilde yorumlanabildiği ülkelerdir. Eğer salondan çıkarken var olan bir basamak ayağa takılıp insanların düşmesini sağlıyorsa, hasta güvenliği açısından bunu hastaneye uyarlayabilirsiniz, o basamağın orada var olduğu anons edilmedi diye düşenlerden

dolayı bu binayı yapanlar, bu toplantıyı organize edenler ceza alırsa hemen oraya bir standart geliştirilip önce salonda anons edilir, her çıkan da uyarılır. Dolayısıyla orada bir standart ve bir kalite süreci başlar ama bunun genellikle ana motivatörü biraz önce söylediğim o cezayı veren mekanizmadır. O yüzden de kaliteyle ilgili uğraşlar artık bunu kendimize bir ideal edinip, hobi edinip sağlıkta en çok uğraştığımız alan edinip bunu hevesle yapan arkadaşların şevkini kırmak istemem, bunlar önemlidir bu süreçte hangi nedenle olursa olsun. Eğer sonuçta daha kaliteli hizmet vermemizi sağlıyorsa bu önemlidir ya da sigara endüstrisinin arka plandaki güdülerine rağmen toplumun daha az sigara tüketmesini sağlıyorsa bu da önemlidir. Onun için atılan adımları, gayretleri küçümsemiyorum sakın yanlış anlaşılmasın ama sonuçta sağlık sisteminden bahsediyoruz, bu sistemlerin içine bunların girmesinin güdülerini analiz etmeye çalışıyorum. Durmadan sağlıkta sistemlerin değişmesiyle ilgili bazı parametrelerden bahsettim. Aslında sağlık reformları uzunca yıllar dünyada moda kavramdır çünkü herkes artık kalitede hemfikir olduğu kadar sağlık sistemlerindeki değişimlerde, reformlarda da hemfikiriz. Bir şeylerin değişmesi lazım, bir şeyler iyi gitmiyor farkındayız. Öyle ki artık bir reformistler, reformcular sektörü oluşturduk. Bu reform sürecinde yine esas objemiz olan halkı biraz ihmal ederek reformlar gitmeye başladı. Bunu sadece kendi örneklerinize bakmayın, ben küresel anlamda dünyadaki trendleri düşünerek bunları söylüyorum. Hani hemen buradan anlam çıkarıp şu belli bir olayla bunu ilişkilendirmeyin lütfen! Bu yüzden hani sağlık sisteminin varlık nedeni olan kitlenin sağlık sisteminden yararlanımı en önemli öncelik olmasına rağmen reform süreçlerinde bunlar çoğu zaman unutulabiliyor. Yani isterseniz bu dediğimi çok somut bir örnekle söyleyeyim, eğer bir ülkede sağlık harcamaları çok fazla arttı diye feveran edenler varsa, sürdürülebilirlik adına bu harcamaları kısalım daha sürdürülebilir sağlık sistemi yapalım diye atılan adımların çoğu şu grafikte gördüğü gibi reformlarla olur. Burada sağlıkta verimlilikten, israfın önlenmesinden bahsetmiyorum o olay ayrı bir konu. Ana hedefiniz, stratejik hedefiniz, sağlık harcamasını kısmak olduğu anda bu reformunuz kaçınılmaz olarak bu tabloda benzerine doğru gider. Ana amacınız toplumun sağlık hizmeti ile ilgili olur, stratejik hedefiniz oradan şaşmaz ancak bu hedefe uzun vadede ulaşabilmek için tasarruf ederek, israfı önleyerek ulaşmak gibi bir hedefiniz varsa bu çok ayrı bir şeydir.

Şimdi süreç içinde böyle uğraşırken genellikle nasıl ki tıpta branşlar arttıkça, ana dallar, yan dallar arttıkça insanı unutmaya başladık ve insanı sistemler manzumesi, sistemlerin bir araya gelerek oluşmuş bir organizma gibi görmeye başladık. Halbuki insan denen varlığı hayatta tutan sistemler onun alt birimleri, insan sistemlerden müteşekkil bir organizma değil. İki tanıma dikkatinizi çekmek istiyorum, temel bakış açısı, felsefesi çok farklı iki bakış açısıdır bunlar. O kadar

böldük ki başı ağrıyan kişi KBB'ciye giderse ilk yapacağı sinüs grafisi çekmektir, işitme testi yapmaktır. Eğer aynı kişi nörologa giderse korkarım kafa MR'ı çektirir. Aynı kişi dahiliyeciye giderse korkarım önce tansiyonuna bakar baş ağrısıyla ilgili başka yerler arar. Yani dikkat ederseniz tıptaki branşlaşma insanı semptomları üzerinden fragmante etti, böldü, parçaladı. Hele yan dallarla beraber bu tamamen parçalandı, en sonunda bu insanı toplayacak bir başka tıp branşı aramaya başladık yani tekrar bütüncül olarak insanı bir arada görebiliriz diye. Bu yüzden kendi tabirimle ben tıptaki bu aşırı branşlaşmayı "vücudun bölücü terör örgütleri" diye tanımlıyorum. Üniter bir devleti tekrar kurma gibi bir ihtiyaç var bölücü terör örgütlerinden kurtulup. Şimdi sağlık sisteminde de rol alırken uzmanlaştıkça benzer bir çelişki yaşıyoruz.

Şimdi, biraz önce vurguladım bulaşıcı olmayan hastalıklar NCD diye tabir edildiği için buraya uzun uzun Türkçeleştirmeye uğraşmadım. Bununla ilgili birimler var, seksiyonlar var, evet, dünyada artık bu çok önemli diyoruz, bununla ilgili daireler kurmaya başladık ama bu işle görevli bir ekip oluşturduk. Bunlar sistemi zorlamaya başladılar. Yine uzun yıllardır, 1947-1948 yıllarından beri yaygın olarak ülkelerin oluşturduğu bulaşıcı hastalıklarla ilgili mücadele ekipleri oluşturduk, onlar da sistemi bir taraftan zorluyorlar. Temel sağlık aslında yine 1948'den itibaren gündemimizde ama 1978'de Almatı Konferansıyla beraber terminolojik olarak sistemlerimize girdiği, biraz da ideolojik taraftar bulduğu dönem açısından baktığınızda sistemleri zorlayan, tanımını çok da iyi yapamadığımız ya sistemin neresine kadar temel sağlık diye bocaladığımız bir kavramla sistemi zorluyoruz ama dikkat edin ayrı bir ekiple zorluyoruz. Buna karşılık işte ikinci basamak sağlık hizmetleri, üçüncü basamak sağlık hizmetleri, bunun içinde özeli, kamusu, üniversitesi, belediyesi bir yığın sektörü de dahil ederek sistemde var olma mücadelesi bunlar veriyor, çoğu zaman da bunlar çatışıyor; senin alanın, benim alanım, sen bana zarar verdin, ben sana zarar verdim, kaynağı önce ben kullanmalıydım, sen kullanmalıydın gibi. Benzer şekilde koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri. Dikey programlarla yatay programları birbirine aslında ikisini beraber bir matriks gibi uygulamak çok yanlış olmamakla beraber öncelik hataları yaptığımız için mesela sağlık ocağı örgütlenmesi gibi yatay örgütlenmeye işte ana çocuk sağlığı gibi, verem savaş gibi, sıtma savaş gibi dikey örgütlenmelerle müdahale ettik. Bir yandan sağlık ocağı sistemini deforme ettik bu yolla, onların görev tanımlarını bozduk, örnek vererek söylüyorum burada anlaşılsın diye, diğer taraftan mesela ana çocuk sağlığını bütün bir hayat sağlığı sağlık ocağının sorumluluk alanındayken ana çocuk sağlığı ile bunu daraltıp onu da başka birimlerle yapmaya kalkıp esas entegre yapıyı dejenere etmeye başladık. Dolayısıyla bu gibi yapılar, bu sadece ülkemize has bir olay değil, bu sağlık sistemleri de diğer sistemler gibi hatta dünyadaki ideolojiler gibi bir

modadır arkadaşlar. Dünyada küresel olarak bir rüzgar gibi gelirler, bütün ülkeleri yalarlar geçerler. Dolayısıyla bu anlattığım mahsurlar bize has mahsurlar değil, dünyanın hemen hemen her yerinde benzer mahsurları görüyoruz oranları farklı olabilir. Ve ülkenin sağlık sisteminin gündemi bu güç odaklarıyla diyeyim, hepsi kendi alanında olumlu olan güç odaklarının mücadelesi ve baskısıyla deforme hale geldi. Peki, bu değişimi nereye doğru yapacağız? Entegre bir sistemi nasıl kuracağız? Daha bu sağlık politikalarındaki ikilemleri ortadan kaldırabilecek bir model bulmamız lazım bunu idealize edebilmek için. Yani bulaşıcı hastalıklarla gerekirse kronik hastalıkları bir arada ele alabilecek, birinci-ikinci-üçüncü basamakla temel sağlığı iç içe edip yeni bir kavramla, belki yeni tanımlarla bütüncül olarak ele alabilecek, buraya geldiğimde hemen yine bir örnek vereyim; temel sağlık hizmeti niye üçüncü basamakta olmasın aynı zamanda? Hep örnek veririm, akciğer kanserinden tedavi edilmiş ve yaşam süresi sınırlı olan bir hastayı taburcu eden bir üniversite profesörü sigarayı bırakması telkininde bulunursa acaba temel sağlık açısından da bir hizmet yapıyor mu, yapmıyor mu? Ama biz filan doktor pratisyen hekim, ebe, temel sağlık çalışanı hastanedeki öcüdür, o tedavi edici hekim gibi kategorize ederek biraz önce anlatmaya çalıştığım bu deforme yapıyı zorlamışız. Yeni kavramlarla belki temel sağlık, birinci basamak, ikinci basamak kavramlarını da artık fiziksel mekanlardan soyutlayarak, fonksiyonlarına bakarak hatta belki de fonksiyonlarına değil fonksiyonun çıktılarına bakarak, sonuçlarına bakarak yeniden tanımlama gibi bir ihtiyaç doğuyor karşımıza. Yine tedavi ile korumayı birbirinden ayırdığımızda nasıl bir model olur ki? O zaman korumaz korumaz tedavi edersiniz ya da tedavi etmez etmez korursunuz ve her zaman sorunlu bir toplumla karşılaşırsınız. Dolayısıyla şu anda sağlık sisteminde etkili olan özellikle branş açısından baktığınızda kalite ile uğraşanlar, halk sağlığı ile uğraşanlar, cerrahi ile uğraşanlar, genel tababetle uğraşanlar, aile hekimleri, genel hekimler, genel dahiliye ne derseniz, kronik hastalıklarla uğraşan fizyoterapistler, ergoterapistler, geriatristler hepsinin ortak bir amacı, ortak bir paydası oluşturulmalı ki bunun üzerinde insanların görev tanımları kurgulanmalı. Herkes kendine ayrılmış gettosunda sistemi zorlarsa o biraz önce benzetmeyi yaptığım bölücü terör örgütlerine benziyor, bunlar da sistemin bölücü terör örgütleri haline geliyorlar.

Şimdi sağlık sistemlerinde en etkileyici faktörler biliyorsunuz bunların finans modelleri. Dünyada bununla ilgili de bazı arayışlar var. Bu arayışları kısaca özetleyeceğim çünkü sistemlerin gerçekten bunlar motoru durumunda. Çoğunuzun bildiği şeyler, belki alışageldiğiniz kitabi kavramlardan biraz farklı anlatmaya çalışarak sıkıcılığından inşallah uzaklaştırırım sizi. Klasik sistemleri biraz daha farklı adlandırarak bunu size söyleyeceğim ki kaynağı da veriyorum burada yararlandığım kaynağı. Sosyal Destek Modeli: Bu aslında sosyal devlet

kavramından önceki sağlık sistemleri ama bugün içinde sosyal devleti kabul etmeyen alanlarda çok yaygın olarak kullanılır. Sosyal Sigorta Modeli: Hepimizin bildiği ve ülkemizde de bir dönem yaşadığımız sosyal güvenlik modeli. Bugün ikisinin arasında duruyoruz ülke olarak ve Özel Sigorta Modeli. Neredeyse bütün sağlık sistemlerinin finansmanını bu kategoride ele alabiliriz. Ancak bunlar sadece teorik onu size söyleyeyim. Hiçbir ülke mutlak anlamda bunların biriyle sağlık sistemini finanse etmiyor. Bu da niye? Bunların hepsinde yetersiz olmasından kaynaklanıyor. Mutlaka hibrit modeller oluşturulmaya çalışılıyor, hangisi sistemde baskınsa sağlık sistemimizi daha çok onunla tanımlamaya çalışıyoruz.

Birinci model diye sözünü ettiğim Sosyal Yardım Modeli aslında sosyal devlet olmadan önce ülkelerin çözümlerinden biridir, kendi tarihimizde de bunun örneklerini çok görebiliriz. Daha çok kamu kaynakları ya bağışlar yoluyla ve ağırlıklı kamu hizmetleriyle kırılgan olan, muhtaç olan, yoksul olan kesimlerin desteklenmesi şeklinde giden bir model bu. Aslında bu model dediğim gibi sosyal devlet anlayışı öncesi bütün devletlerde vakıf kültürünü bununla izah edebilirsiniz. Ama bugünün biraz uç liberal anlayışı içinde hâlâ geçerli bir modeldir bu. Eğer kişilerin sağlıklarını temin etmek, devletin görevleri arasında değilse o zaman bu tür modelle devletler toplumlarına hizmet etmeye çalışıyorlar yani anlayış oysa. Bu yüzden de kapitalizmin gelişmesiyle beraber sosyal kapitalizm anlayışları oluncaya kadar bu sistemler var olmaya devam ediyor. Bugün için bu sistem hâlâ var ülkelerde, bunun örneklerini şöyle baktığınızda görürsünüz. Toplumun eğer hizmete muhtaç, muhtemelen toplum sağlığını o kesime hizmet etmezseniz toplum göstergelerinin düşeceği varsayılan kesimlerini kategorize edip o kesimlere yöneltilen hizmetlerle götürülüyor. Bunu bir ülkenin sağlık sisteminin zayıf olup anne-çocuk sağlığına odaklanmasını da örnek verebilirsiniz, Amerika gibi işte 65 yaş üstü insanlar için ayrı bir sigorta modeli oluşturarak da yapabilirsiniz sonuçta temel mantık aynıdır.

Sosyal Sigorta Modeli biraz daha ilginç, biz bunu yaşadık ama böyle bir serüvenle mi yaşadık onu bilmiyorum. Aslında Sosyal Sigorta Modeli daha çok işçi sınıfı ile beraber, istihdam ile beraber ortaya çıkmış bir model, tamamen iş dünyası ile ilişkili. Biz Sosyal Sigortalar Kanunumuzu ve onun uygulamalarını şöyle düşünürsek; işçi sınıfının talepleri ile mi doğru yoksa dünyadaki modelleri görüp kopya mı ettik onu bilmiyorum, o yılları yaşamadığım için ama bunun ilk başlangıcında daha çok sanayi toplumlarında işçilerin bir kitlesel olarak ciddi sağlık riski ile karşı karşıya oldukları dönemlerde daha çok kendilerinin dayanışması şeklinde olan bir model. Daha sonra bu dayanışmaların aslında iş verimi açısından da önemli olduğu fark edilince işverenler buna katılmış, dolayısıyla işçi ve işveren dayanışması şeklinde primler iki taraftan alınarak

gelmiş. Sonra bunların özellikle istihdam ülkede çok yaygınlaştığı zaman yani tam bir sanayi toplumu olduğu zaman devlette bir şekilde bazı ülkelerde ya organizasyonda ya da direk katkıda bulunmaya başlamış. Ama tabii bu sadece sağlık hizmeti olarak düşünmeyin, bunu sosyal hizmet olarak da bu model gelişmeye devam etmiş. Bu da temel olarak aslında sanayileşme ve kapitalimizin aslında temel modellerinden bir tanesi. Kıta Avrupa'sında daha çok gelişmiş ki Alman Biscmark'ın tanımlamalarıyla biraz da formülize edilmiş bir model bu. Bugün hâlâ birçok ülkede çok yaygın bu, eğer sağlıkta geri ödeme havuzunu istihdama bağlarsanız otomatikman bu modeli kurmuş olursunuz, bilhassa kayıtlı istihdam yüksek olduğu ülkelerde bu model kendiliğinden evrilir. Nasıl evrilir? Eğer bir toplumda işsizlik oranı çok düşük, kayıtlı istihdam çok yüksekse teorik olarak düşünelim, işsizlik sıfır, yüzde yüz kayıtlı işçi çalışıyor. Bu model otomatikman sosyal sigorta sisteminden sosyal güvenlik sistemine dönüşür. O yüzden aslında sosyal güvenlik sistemi bir şekilde kamu finansmanının devreye girdiği, erişilebilirliği nereden sağlarsanız sağlayın büyük oranda ama modellerde kamu sağlık kuruluşları var, buradan sağlanarak oluşmuş modeller. Bu aslında diğer sistemin bir adım ötesinde, bunu Kıta Avrupa'sı değil Ada Avrupa'sında bildiğiniz Beveridge Raporu ile 1942'de formülüze edilip ilk örneği İngiltere'de uygulanmış yapı. Şimdi bugünün dünyası bu yapıları bir şekilde kendilerine uyarlayarak bir ara formüller bulmaya çalışıyor. İşte Avrupa'da istihdam, özellikle kayıt içi istihdam arttıkça biraz önce anlatmaya çalıştığım bu anlayış, sosyal sigorta anlayışı madem toplumun büyük çoğunluğunu kapsıyoruz öyleyse bunu yasalarla teminat altına alalım, zaten topladığımız kaynaklar sonuçta kamu kaynağı olarak kullanılıyorsa biz bunu doğrudanın yanına dolaylı ya da dolaylının yanına doğrudan vergiyi de katarak bunu bir sosyal güvenlik sistemine dönüştürelim gibi adımlar doğal olarak atılmış. Bugün Avrupa ülkelerinde İtalya, İspanya gibi ülkeler bu tür modeli reforme etmiş, sistemlerini yani sağlık reformunu bu tarafa doğru dönüştürmüş durumdalar. Bunlarda ana yönetici genellikle kamu otoritesidir çünkü artık tekelci bir yapıya doğru gidilmiştir. Bakın aslında liberal kapitalizmden tekelci kapitalizme geçiyoruz. Dolayısıyla daha çok devlet otoriteli kamu kontrolünde modellere doğru gitmişler. Bu modellerin, bir adım daha söyleyeceğim özel sigortaya geçerken, dışarıdan baktığınızda bir sürü teorisi vardır, sürdürülebilirlikle ilgili bir sürü argümanı vardır, hakkaniyetle, verimlilikle ilgili çok ciddi politik kavramları vardır ama kendi ülkelerindeki insanlara baktığınızda hepsinin acımasız eleştirileri de vardır. İngiliz Sağlık Sistemi'ni eleştiren yine İngiltere'den bir karikatür, Kanada için, Kanada Sağlık Sistemi de buna benzer. Yani sıra bekleyen biri öldüğü zaman bunu sevinme nedeni olarak kullanabilirsin çünkü sana bir kişi daha sıra yaklaştı gibi acımasız eleştirilere maruz kalabiliyor bu sistemler.

Özel sigorta modelini aslında aranızda özel sigortacılar vardır ama onlar daha çok işte finansal riskin paylaşımı olarak tanımlarlar. Aslında özel sigorta hizmet alanla sunucu arasında bir arabulucu gibi davranıyor. Bu arabulucuda kendi argümanlarını üreteceği artı değerlere göre iki taraftan hangisini kandırabilirse ona çalışıyor ya da bir şekilde iki tarafı ikna yöntemiyle çalışıyor. Biraz önce sözünü ettiğim aslında dayanışma temelli olan o daha çok eski model sağlığın temel insanlık hakkı kabul edilmediği dönemden miras aldığımız modeller devlet katkılarıyla, merkezi otorite katkılarıyla sosyal güvenlik sistemlerine evrilirken piyasa dinamikleriyle aracı girişimciler aracılığıyla onların dinamik davranışlarıyla rekabetçi sigorta modellerine evriliyor. Dolayısıyla günümüzdeki bu finansal modeller kendi içinde de bir dönüşüm içindeler. Okumama gerek yok bunların birçok örnekleri var. Sadece biraz önceki merkezi modelleri eleştirmek değil sigorta modellerini de eleştiren yine çok sayıda örnek görebilirsiniz. Şifa için dua beklerken tabii ki sigorta poliçesi kapsamı içinde dua beklemek zorunda kalabiliyor insanlar, biraz önce dediğim gibi bu arabulucuların kendi yeteneklerine göre tarafların nasıl ikna ya da kandırma yöntemi uygulamasıyla ilgili olduğunu söylemiştim. Şimdi ısrarla vurguluyorum; bu sistemlerin hiçbiri ideal değildir, ister finansal açıdan bakın ister diğer açıdan bakın. Her birinin içinde bulunanlar da bir mutsuzluk nedeni bulurlar. Birbirine çok benzeyen, çok komşu, birbirinin çok minnacık ölçekte küçük olmasına rağmen muhtemelen dünyada bu örnek hep kalsın, görsünler diye yaşatılmaya çalışılan bir Küba. Yan yana iki sistemin ikisinin de çok fazla mutsuzu vardır. Dikkat ederseniz bu biraz önce sistemler evriliyor demiştim, aslında evrildiği alanda da mutsuzluklar artıyor yani sanki bu reformlarla bu evriliyor dolayısıyla sistemler daha idealize oluyor gibi bir anlayışa da kapılmayalım lütfen, aslında evrildiği alandaki mutsuzlukları da görüyoruz.

Son zamanların moda kavramını da sizinle paylaşmak istiyorum sağlık sistemini anlamak için. Genel kapsayıcılık, Universal Healty Coverage, bu kavramı da biraz toplumsal olarak yanlış yorumladığımızı düşündüğüm için sistemi anlama adına onun da üzerinde durmak gerekir diye düşünüyorum. Bu grafik Dünya Sağlık Örgütü'nün birçok kaynağında geçen bir görüntüdür. Genel kapsayıcılıkla sağlık harcamalarını mecz eden, bir arada anlamaya çalışan bir grafik. Ben bunun genelini Türkçeleştirdim, daha anlaşılır hale getirmeye çalıştım. Şimdi böyle bir yapıyı ülkenizdeki bütün nüfusu teorik olarak kapsayan, bütün teminat paketinde olması gereken her şeyi teorik olarak kapsayan bir model olarak düşünün, idealize edin ve bunun toplam bir sağlık harcamasının olacağını varsayın. Bu bir sanal yapı, bilmiyoruz böyle bir rakam nedir gerçeği. Bunun içinde bir kamu sağlık harcaması yaptığınız bir alan var. Bugünün dünyada sağlık sistemlerinin performansı ölçülürken bu kamu sağlık harcamasının idealize edilen değil ama toplamda realize edilen harcamaya oranı önemli bir kriter olarak alınıyor. Türkiye de şu

anda OECD ülkeleri içinde oldukça başarılı olan ülkelerden biri eğer ölçütünüz buysa. Yani bu içerdeki küpün büyüklüğü ne kadar büyük olup olmaması sizin sistem başarınızla ilgili bugünkü telakkiler açısından bakıldığında. Şimdi bu küpü anlamaya çalışalım; yatay düzlemde nüfusun ne kadarını kapsadığını anlayalım. Derinlemesine hangi hizmetleri kapsadığını yani teminat paketi kapsamında hangi sağlık hizmetlerinin dahil olduğunu anlamaya çalışalım. Dikeyde ise bu hizmetlerin ödemelerinin yani o kişi adına kişinin cebinden çıkmadan önce ödemelerinin ya da küp dışında düşünürseniz cebinden çıkan ödemelerin ne kadarının karşılandığı açısından bakalım. Böyle bir modelde şu anda kırmızı ile gösterdiğim yer nüfusun kapsanmayan kısmını, ikinci gösterdiğim yer teminat paketine alınmayan ama sağlık hizmeti olarak vatandaşın talep ettiği kısmı, dikine olarak boşluğumuz ise katkı payı mı dersiniz, özel hastane farkı mı dersiniz aslında kapsamış olmasına rağmen ödenmeyen kısmı olduğunu varsayın. Şimdi biz eğer sağlık sisteminin başarı ölçütü kamu harcamasının buradaki oranı olarak düşünüyorsak demek ki birinci stratejik hedefimiz kamu harcamalarını arttırmak olmalı azaltmak olmamalı. İdeal harcamayı ölçüp azaltmaya uğraşabilirsiniz o ayrı bir konu. En başta finans sorunlarının olaya bakışını eleştirerek yaklaşmıştım, önce bu iki farkı iyi analiz edip neyi arttırmak, neyi azaltmak hedefini kurmamız açısından bunu iyi farkında olarak davranmak zorundayız. Dolayısıyla bizim şimdi görevimiz bu küpü büyütmek daha iyi bir sağlık sistemine gitmek için. Tamamen bu küpü o ideal sınırlara ulaştırırsak, böyle bir örnek yok dünyada işte ideal sağlık sistemini belki de kurmuş oluruz. Ama bu tamamen grafiklere dökülmüş biraz da böyle içi doldurulmamış kavramlarla olduğunu da fark ediyorum yani yüzlerinizden "ya sahi mi" falan der gibi bakıyor birçok arkadaş. Bunu biraz daha isterseniz farklı bir şekilde anlatmaya çalışayım. Bu özellikle biraz önceki gördüğüm, anlatmaya çalıştığım grafik daha çok finans üzerine kurguydu. Bu genel sağlık kapsamı, evrensel sağlık kapsayıcılığı kısmen tırnak içinde bazen genel sağlık sigortası diye de telaffuz ediliyor ama denen kavram şu anda dünyada sağlık sistemlerinin moda kavramı. Birçok uluslararası dergi bu alanda gönderdiğiniz yazıları daha kolay kabul ediyor. Çünkü bu moda kavramı yani sağlık sistemlerinin yeni tanımı için kullanılan bir kavram. Genel kapsayıcılık herkesin sigorta kapsamına alınması demek değil. Herkesin talep ettiği sağlık hizmetini tamamen bedava alması da değil. Yani hani içi çok boş olan ücretsiz sağlık hizmeti diye bir kavram var ya o kadar boş ki bir yerden geliyor bunun maliyeti, demek ki ücretsiz değil, sadece sizin adınıza başkası ödüyor. Bu açıdan genel kapsayıcılığın tanımında hem toplumun maksimal kapsanması, olabilecek en maksimal yani toplumun kapsamının maksimalize edilmesi, kişilerin kendi harcamalarının minimalize edilmesi sürdürülebilir şekilde, hiç kimsenin katastrofik sağlık harcamasından dolayı bir mağduriyete düşmeden hayatlarını

devam ettirebileceği, minimalize edilmesi. Ama daha derinlemesine inerseniz genel sağlık kapsamı toplumun sağlık çıktılarının da beklenen düzeyde olması yani bütün bu kurguladığınız sağlık sisteminin bir de sonuç vermesi. Bu üçüncü basamak, burada anlatmaya çalıştığım üçüncü basamak biraz işin ideal kısmı, henüz onu tam olarak en başta ölçülebilir olmadığını söylemiştim. Ama ideal bir sağlık sisteminden söz edeceksek bu sistemin, bu kapsamın aynı zamanda verimli olmasını da temin etmek zorundayız.

Şimdi buradaki sağlık sistemlerinde iki temel kavram çok önemli arkadaşlar; hakkaniyet ve verimlilik. Verimlilik sağlık harcamalarının düşmesi değil, sağlıkta kişi başı harcamanın az olması, ilaç tüketiminin azalması değil. Eşitlikten söz etmiyoruz özellikle hakkaniyetten söz ediyoruz. Şimdi ister finansal modeller açısından bakın ister diğer açılardan bakın bu iki kavramı tam olarak sağlayabilen sağlık sistemi yok. Herkesi kapsayan, herkese ücretsiz sağlık hizmeti deseniz de kapsama şansınız yok yani bu sloganları kullansanız da sonuç olarak bunları kapsama şansınız yok. Ama başka kavramlar da var çok hızlı geçeyim vakti taşmamak adına. Karşılanabilir olması lazım sağlık sisteminizin, mesela ben size örnek vereyim; Suriye'de ve Sudan'da sağlık hizmetleri herkesi kapsar ve ücretsizdir. Herhangi bir devlet yetkilisi ile konuşun kesinlikle kanunlarında da böyledir, sistem de böyledir. Ne kadar karşılanabilir bir sağlık sistemi var siz takdir edin bunları. Zamanında ve erişilebilir sağlık sisteminden bahsederken bu erişilebilirlik sadece fiziksel erişilebilirlik değil kalite açısından yani kaliteli hizmete erişilebilirlik çıktı açısından erişilebilirlik açısından düşünülmesi lazım. Sağlıkta koruyuculuk, bu Universal Healty Coverage'ın bir yaklaşımı da o. Yani kavram olarak kullanıldığı için söylüyorum, biraz önce anlatmaya çalıştım üç boyutlu koruyuculuğun ne olduğunu. Verimlilik, yüksek kalitedeki hizmetin düşük maliyetle verilmesidir, maliyetlerin düşürülmesi değildir. Özellikle son zamanlarda çok gündemimize taşıdığımız ve zannederim bu Kongrede çok üzerinde durulan hasta güvenliği konuları vesaire tek tek saymayayım bunları. Bu kavramlar açısından düşündüğünüzde sistemin hangi modeli uyguladığınızın biraz önce sistemlerde aranan özelliklerinden hangi gösterge ile iyileştiğine dair de elimizde somut objektif veri yok. Dolayısıyla şu sisteme dönersek daha iyi sonuç elde ederiz gibi bir teori doğru değil. Kendi toplumumuzda kendi imkanlarınıza, kendi kültürel altyapınıza hangisini kurabileceğinizi oturup iyi düşünmeniz lazım; ekonomik yapı, istihdam oranları her şey bunun içinde çok önemli faktör. Ve teorik olarak sağlık hizmetlerine evrensel ulaşımı yani Universal Healty Coverage'ı sağlasanız, insanların ister ücretsiz ister karşılanabilir oranda hizmet almasını sağlasanız bunlar yine otomatik olarak hakkaniyeti ve verimliliği sağlamış olmuyor. Hakkaniyet ve verimlilik derken burada iki tanımı yapayım çünkü burada hemen bitiriyorum bu kavramlarla. Hakkaniyet deyince,

gerekli tedavinin her ihtiyaç sahibine uygulanabilmesi, verimlilik deyince ise harcamaları kontrol altında tutarak arzu edilen çıktıların elde edilebilmesi. Yoksa sadece harcamaları kontrol altında tutmak verimlilik değil. Şimdi bu açıdan baktığınızda hatırlayın daha önce iki tezat sağlık sistemine örnek vermiştim, hangisi hakkaniyetli hangisi verimli bunların biraz önceki tanımlar açısından düşündüğünüzde. Böyle hakkaniyet ve verimliliği ararsak bu resimdeki gibi beklemeye devam edeceğiz. Onun için böyle ideal sağlık sistemi falan aramayın. İlla idealdir sağlık sistemim diye uğraşanlar da mutlaka bir yol buluyorlar, bunu okumadan sizin takdirlerinize bırakıyor, hepinize saygılar sunuyorum.

PANEL

TÜRKİYE'DE VE DÜNYA'DA SAĞLIK HİZMETLERİNDE AKREDİTASYON

Oturum Başkanı - **Prof. Dr. Sabahattin AYDIN**
Medipol Üniversitesi Rektörü

1959 yılında Bolu-Göynük'te doğdu. İlköğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulu'nda, ortaöğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. 1985-1987 yıllarında Milli Eğitim Bakanlığı Gümüşhane Sağlık Eğitim Merkezi'nde pratisyen hekim olarak görev yaptı. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimini tamamlayarak 1992 yılında üroloji uzmanı oldu. 1992-1994 yıllarında Sakarya'da Geyve Devlet Hastanesi'nde uzman doktor olarak çalıştı. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalına Yardımcı Doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. Başhekim Yardımcılığı, Ana Bilim Dalı Başkanlığı, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı ve Dekan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. Ayrıca 1998 yılında başladığı doktora çalışmalarını tamamlayarak 2003 yılında klinik mikrobiyoloji dalında bilim doktoru unvanı aldı. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü görevinde bulundu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Dr. Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

Sağlık Hizmetlerinde Dış Değerlendirme Sistemleri ve Akreditasyon

Prof. Dr. Seval AKGÜN
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tıp Doktoru ve Halk Sağlığı profesörü olan Dr. Seval Akgün aynı zamanda; Epidemiyoloji Beslenme, Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon uzmanıdır. Halen Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyesi, St. John İnternational Üniversitesin'de Misafir öğretim üyesi ve Başkent Üniversitesine bağlı tüm sağlık ve eğitim kuruluşları Kalite Koordinatörü olarak görev yapmaktadır. 30 yıldır, tıbbi hizmetlerde sürekli kalite iyileştirme, akreditasyon, hasta güvenliği ve toplam kalite yönetiminin değişik konularında Türkiye, Orta Doğu, Orta Asya Cumhuriyetleri, Hindistan ve Avrupa'da aktif olarak hizmet veren Dr. Akgün ayrıca uluslararası birçok projede proje yöneticisi ve/veya danışman olarak görev yapmaktadır. Avrupa komisyonu tarafından 2000 yılından beri çerçeve (FP5-FP7), halk sağlığı Marie Curie ve Horizon 2020 programları hakemliğini yürütmektedir. Uluslararası ve ulusal düzeyde 6 kitabı, 17 kitap bölümü,ve 250'den fazla İngilizce ve Türkçe yayını bulunmaktadır.

ISQua ve Sağlıkta Kalite

Carlos Goes DE SOUZA

Birleşik Krallık Akreditasyon Komitesi Kurul Üyesi

Carlos Sağlık Sistemleri Planlama ve Yönetimi alanında doktora yapmıştır. 1990 yılındaki Brezilya'daki akreditasyon süreçlerinin başlangından beri sağlıkta kalitenin geliştirilmesi konusunda çalışmalarını sürdürmektedir. Bu süreç dahilinde, Brezilya, ABD, Fransa ve İngiltere'de kalite yönetimi, kalite değerlendirmeleri ve akreditasyon süreçleri konularında eğitim almıştır. Son 25 yıldır, sağlık tesislerinde kalite yönetimi ile ilgili olarak klinik direktör veya hastane yöneticisi pozisyonlarında görev almıştır. 1990'dan beri Brezilya Sağlık Uygulama Tıp Derneği ve Brezilya Hastane Yönetim Akademisi, 2010'dan beri Portekiz Sağlıkta Kalite Derneği üyesi, kalite sistemleri baş denetçisi ve çeşitli basılı yayınların yazarı veya yardımcı yazarıdır. 2008'den beri CHKS'de Portekiz müşteriler için yöneticilik pozisyonunda çalışmaktadır. Ayrıca ISQua denetçisi, ISQua Akreditasyon Konseyi ve ISQua Uzmanları grubunun bir üyesidir.

Sağlıkta Akreditasyonda Bir Ülke Deneyimi: Malezya

Doç. Dr. MA Kadar MARİKAR

Malezya Sağlık için Kalite Derneği

Dr.Kadar Marikar 2008 yılından bu yana, Malezya Sağlık Tesisleri ve Hizmetleri için Akreditasyon Kurumu bünyesinde Malezya Sağlıkta Kalite Kurumu (MSQH) CEO'su olarak çalışmaktadır. Tıp doktorudur ve Hastane ve Sağlık Hizmetleri Yönetimi alanında üst öğrenimini tamamlamıştır. 1982 ve 2001 yılları arasında klinik hekimliğinden Bakanlık Kalite Standartları Birim Sorumlusu ve Tıbbi Direktörlüğüne kadar çeşitli görevlerde Malezya Sağlık Bakanlığı'na hizmet vermiştir. 1996'dan günümüze kadar doğrudan Malezya Hastane Akreditasyon Programının geliştirilmesi ve uygulanması çalışmalarında yer almıştır. 2001'den 2007'ye kadar Suudi Arabistan Krallığı Askeri Sağlık Hizmetleri'nde TQM Danışmanlığı yapmıştır. 2004 yılından beri Putra Malezya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Toplum Sağlığı Birimi'nde doçent olarak çalışmaktadır. ISQua Akreditasyonu, Federasyon Konseyi'nde 2002 yılı itibari ile Malezya'yı denetçi ve bir ISQua uzmanı olarak temsil etmektedir.

Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Kalite Vizyonu

Dr. Abdullah ÖZTÜRK

SHGM-Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanı

1989 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp fakültesinden mezun oldu. 1998 yılında Çocuk Cerrahisi ve 2012 yılında Çocuk Ürolojisi unvanını aldı. 2005 yılından itibaren Yeditepe Üniversitesi hastanesinde çalışmaktadır. 2006 yılından itibaren başladığı Kalite Geliştirme Direktörlüğünü halen sürdürmektedir. 2008 ile 2013 yılları arasında aynı hastanede başhekim yardımcılığı yapmıştır. Türkiye'nin tüm hastaneleri ile ilk kez uluslararası alanda akreditasyon belgesi alan üniversite hastanesinde bu projenin başında bulunmuştur. Sağlıkta kalite geliştirme konusuna ulusal ve uluslararası birçok kongreye konuşmacı, oturum başkanı olarak ve kurumunun bilimsel sunumları ile katkıda bulunmuştur.

TÜRKİYE'DE VE DÜNYA'DA SAĞLIK HİZMETLERİNDE AKREDİTASYON

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

Oturum Başkanı

Teşekkür ederim.

Tabii bugün öğleden sonraki oturumda biraz bize bakacaksınız kusura bakmayın, ama gerçekten birbirinden değerli konuşmacılarımız var bu panelde, onun için ben o hazdan sizi mahrum etmemek adına kendim konuşmayacağım. Nasıl olsa hakkımı biraz önce kullandım!

Diğer panelist arkadaşlarımızı buraya davet edeyim; Profesör Doktor Seval Akgün, Başkent Üniversitesinden, Hocam buyurun. Yine Profesör Carlos Goes de Souza. Doçent Kadar Marikar ve Doktor Abdullah Öztürk.

Buyurun, hoş geldiniz.

Şimdi bu oturumda "Sağlık Hizmetlerinde Dış Değerlendirme Sistemleri ve Akreditasyon" konusunda Seval Hocamızı, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesinden biliyorsunuz, sizler tanıdığınız için onu tanıtmayacağım fazla.

Profesör Carlos Goes aynı zamanda tıp doktoru, Birleşik Krallık Akreditasyon Kurulu üyesi. "ISQua ve Sağlıkta Kalite" konusunda bizimle görüşlerini paylaşacak.

Doçent Doktor Kadar Marikar Malezya Sağlık için Kalite Derneğinden burada. "Sağlıkta Akreditasyonda Ülke Örneklerinden" özellikle Malezya örneğinden bize bahsedecek.

Doktor Abdullah Öztürk Sağlık Bakanlığında Sağlık Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığından daha önceki çalışmalarından, kongrelerden tanırsınız. O da bize "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Kalite Vizyonundan" bahsedecek.

Öncelikle Seval Hocamızı dinliyoruz, Hocam buyurunuz.

Sağlık Hizmetlerinde Dış Değerlendirme Sistemleri Ve Akreditasyon

Prof. Dr. Seval AKGÜN

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi

Evet, herkese merhaba… Öncelikle ben de organizasyonu gerçekleştiren arkadaşları tebrik ediyorum, bu işler çok zor işlerdir. Ben eski bir bürokrat da değilim ama beni davet ettikleri için de teşekkür ediyorum. Biraz önce Sabahattin Bey'in söylediği şeyi takip edecek olursak kısaca neden davet edildiğimi anlatayım, kişisel bir tanıtımımı da yapayım.

Ben Başkent Üniversitesi Hastanelerinin Sağlık ve Eğitim Kuruluşlarının Koordinatörlüğünü yapıyorum, bunu yaklaşık 20 yıldır yapıyorum. Yaşım 25 olunca rahatlıkla yıllardan bahsedebilirim diye düşünüyorum. 20 yıldır aralıksız bu işi yapıyorum. Aynı zamanda gelişen sistemlerle birlikte bu networkün; iş sağlığı, iş güvenliği, çevre yönetimi, kalibrasyon gibi faaliyetlerinin de koordinasyonunu gene yıllardır sürdürüyorum.

Bana bugün verilen konu, Dış Değerlendirme Sistemleriyle ilgili. 2003 yılından beri Amerika'da önce Oklahoma Üniversitesinde misafir profesör idim, şimdi St. John's Üniversitesinde profesörüm. Onların Ortadoğu ve Orta Asya ülkeleri ağırlıklı olmak üzere hastanelerde kalite sistemleri daha çok. Aslında Halk Sağlığı Profesörüyüm ve biraz önce Sabahattin Bey'in anlattığı o ideal sistemleri 30 yıldan beri savunan ve öğrenen bir akademisyenim. Ama yıllardır da ikinci basamak ve üçüncü basamakta sağlık sistemlerini geliştirmeye, iyileştirmeye çaba sarf ediyorum. Dolayısıyla Amerika'daki bağlantılarımızla Suudi Arabistan ile herhalde en az 30-40 hastanenin ve bölgenin sistemini iyileştirdik. En son Kazakistan, Azerbaycan, Orta Asya ülkelerinde de daha önce Dünya Sağlık Örgütü adına çalıştığım yerlerde hastane sistemlerini iyileştirmek ve Uluslararası Birleşik Komisyon hepinizin de bildiği gibi Joint Comissions on Accreditation gibi sistemleri kurmakla görevliyim. Bunu yapmak için elimden geleni harcıyorum ama aynı zamanda sivil toplum kuruluşu olarak 2003 yılından beri biz de kongreler yapıyoruz, bazı yüzler tanıdık. Tabii sivil toplum kuruluşu olarak kendi olanaklarımız ölçüsünde yapıyoruz. Bir dahaki yıl 10-13 Mayıs'ta 10'uncusunu yapacağız.

Hocamın dediği gibi bizler bu işlere moda olmadan soyunan kişilerdeniz. 10 yıldır pek çok arkadaşa da bu sistemleri kalite akreditasyon gibi, hasta güvenliği çalışan güvenliği gibi sistemleri gündemimize taşıdığımızı düşünüyorum. Eğer bu süreyi iyi değerlendirebilirsem sürdürülebilir kalite ve hasta güvenliği ile ilgili

kısa bir konuşma yapacağım, akreditasyonu çok derinlemesine girmeyeceğim zaten üç gün boyunca herhalde çalışıyorsunuz, bunu sürekli gündeme getiriyor farklı arkadaşlar. Biraz dış değerlendirme sistemi dendiği için dış değerlendirme sisteminden biraz bahsedeceğim ve vaktim kalırsa, Sabahattin Bey bana olanak verirse dünyadan bazı örnekler vereceğim. Çünkü kendisinin zaman konusunda çok titiz olduğunu duydum.

Sürdürülebilir kalite ve hasta güvenliğini nasıl sağlayabiliriz? Hepsi bir dengede, biraz önce Sabahattin Bey de çok güzel anlattı yani hakikaten her şey birbiriyle denge içerisinde ama istediğimiz o çıktıya erişebilmek çok da kolay olmuyor. Bu dengeyi bazı kaygılar, işte ticari kaygılar gibi kaygılar bozabiliyor burada görüldüğü gibi. Peki, nasıl sağlayabiliriz özellikle sağlık hizmetlerinde ikinci basamakta klinik kaliteyi iyileştirmeyi nasıl sağlayabiliriz? Bunun pek çok alt başlığı var, hepiniz kalite bölümlerinde çalışıyorsunuz, akreditasyonla uğraşıyorsunuz ve ben o kadar seviniyorum ki dediğim gibi ben 30 yıldır bu işi yapıyorum, 30 yıl önce ben bu kavramları ilk getirdiğim zaman insanlar ne konuşuyorsun gibi bakıyorlardı. Bu kadar büyük gruplar toplanabiliyorsa ve ben küçük kendi çapımızda da olsa 10 tane kongre yapabiliyorsam, burada pek çok katılımcı oluyorsa bu bizi gururlandırıyor.

İşte tabii klinik kalite biz sağlıkçıların biraz daha gündeminde olmalı, ama bir bütünsel yaklaşım da çok önemli, diğer noktaları da tabii göz ardı etmiyoruz. Bunun için enfeksiyon kontrolüne, hasta bakımına, ilaç güvenliğinden sağlık çalışanlarının niteliğine, çalışan ve hasta eğitimlerinin önemine kadar biraz önce dinledik hasta ve yakınlarının tedavi süreçlerine katılımı hep bizim göz ardı ettiğimiz bir olgu. Tüm bunlar işte sürdürülebilir kaliteyi sağlamada önemli. Hasta güvenliğini sağlamada sürdürülebilir bir hasta güvenliğini sağlamada sorunlarımız neler? Hâlâ bizde o kadar dokümantasyon kirliliği var ki şimdi bir de sistemler konuyor, o geliyor bu gidiyor. Ben kendim uygulayıcıyım hani biraz önce de söyledim, 10 hastanenin ve ona bağlı bir yığın diyaliz merkezlerinin ya da diğer kuruluşların kalite sistemlerini yapıyoruz. İşte bir farklı sistemleri kullanmak güzel, pek çok da farklı sistemi kullanıyoruz bize katkı sağlıyor, katma değer sağlıyor. Moda için yapmadığın sürece ya da bir gösteriş için yapmadığın sürece bize çok katkısı oldu. Ama bu yetersiz yanlış ya da çok dublike dokümantasyon sorunu olabiliyor, ilaç uygulamaları olabiliyor, iletişim yetersizliği tüm bunlar buzdağının yukarısında görülen sürdürülebilir hasta güvenliğini engelleyen olgular. Ama biraz önce de duyduk işte o sağlık sistemleri genel, resme yukarıdan baktığımızda ticari kaygılar, hasta ve yakınlarımızın talepleri bu hasta güvenliğini sağlamamızı bazen bizi zora sokabiliyor. İşte bunun için süreç yönetimlerine odaklanıyoruz, değişik modeller kullanıyoruz birazdan bahsedeceğim bazı

modellerden, çalışan niteliklerini iyileştirmeye çalışıyoruz, eğitim o yüzden bakın böyle kongreler yapıyoruz, değişik eğitim programları yapıyoruz.

Sağlık yapılanmalarında biz biraz olaya tersten başlıyoruz ruhsatlandırma olmazsa olmaz koşuldur, biz daha ruhsatlandırmayı işte yok acil, yok yoğun bakım gibi belki gene biraz önceki konuşmadan esinlenerek ve Hoca eleştirince ben de biraz eleştirisel yaklaşım diyerek gidiyorum. Ruhsatlandırma yapacakken, akreditasyona başladık önce. Dolayısıyla fiziksel olanakları, fiziksel koşulları biraz sağlık hizmetlerindeki bu koyduğumuz akreditasyon standartlarıyla iyileştirmeye çalışıyoruz ama bunlar hasta güvenliğini sağlamada en önemli kurallar.

İşte değişik modeller uyguluyoruz böyle puko döngüleri gibi. Ama neye bakıyoruz? Kanıta dayalı olsun diyoruz, hasta odaklı olsun diyoruz, yıllar içerisinde hakikaten çok güzel gelişmeler yaptık. Mutlaka kendi kendimizi eleştireceğiz, çünkü amacımız en iyiye gitme ama eğer önceyle kıyaslarsak hepimiz sağlık profesyoneli, sahadan çalışan arkadaşlarız pek çoğunuzu ben birebir yakında tanıyorum. Önce ile kıyasladığımız zaman teknolojik ilerlemeler doğrultusunda da tabii pek çok iyilikler, yenilikler yapıyoruz. Hasta odaklı yaklaşım, bu getirdiğimiz standartlar, sistemler, hasta odaklılığı, bu terminolojiyi artık gündemimize taşıyan güzel girişimler. Dolayısıyla zamanında ulaşılabilir olmalı, biraz önce tartıştık; verimli, etkin olmalı, hakkaniyet önemli ama güvenli olmalı. İşte bunun için de bunları kitabi konuşmak çok kolay. Evet, ben akademisyenim ama akademisyenlikle elini taşın altına koyup bunları yapmak zor tabii çok da kolay değil.

Değişik modellerle acaba değişik araçlarla bunu yapabilir miyiz diye dünya hep bir arayış içerisinde olmuştur, yıllar içerisinde de pek çok farklı modeller uygulanmıştır. Buna bakacak olursak; 1980'lerden başlayayım, dedim ya 25 yaşındayım bugün de doğum günüm bu arada, 1980'li yıllarda işe başladığım için. Başladığımız zaman, çok teşekkür ediyorum, çok mersi, bizim zamanımızda, ben Hollanda'da doktora yaptım, vizitad sistemi vardı, klinik rehberler çok kapsamlı, güzel klinik rehberler vardı. Şeffaflık, standardizasyon bunlar artık gündemimize girmeye başlamıştı. Hani bizim gibi, hekimim ben, kendimizi de eleştirmemiz lazım, hekim odaklı, öyle biz her şeyi biliriz yaklaşımından biraz daha böyle standardizasyona biraz daha işte standardizasyon dediğimde hani hepimizin istediği şeffaflığa, hepimizin istediği takım çalışmasına geçmeye yönelik bir takım çabalar 1980'li yıllarda yavaş yavaş başlamıştı. 1990'lı yıllarda yurtdışından döndüğümde, kendi bulunduğum network'e 18-19 yıl önce kurduğumuz sistemler, sistematik yaklaşımı getirdi. O pek dağınık olan sistemleri bir araya getirmeye çalıştık. İşte ne varsa elimizde o an için işte izol sistemleri en azından bize sistematik yaklaşımları öğreten sistemlerdir. Maliyet-etkinlik bizim için hep vardı yani özel çalışan kuruluşların kendi olanakları çerçevesinde bazı şeyleri

yaratmaya çalışan kuruluşların en temel çıktılarından birisidir maliyet-etkinlik. Tabii bilemiyorum ne kadar özel hastanelerden ya da özel sektörden geliyor. Hesap verilebilirlik, yapılabildiği kadar. Aslında bu sistemlerin en temelinde olan şu yani bizim de çok ihtiyacımız var her açıdan, hesap verilebilirlik, kalite düzenlemeleri ve süreç odaklılık. Yani ben her türlü yöntemde, kullandığımız çok değişik modellerde süreç odaklarını çok önemsiyorum. Eğer her birimiz bu süreç odaklı etkin biçimde kullanabilirsek gerçekten çıktımızın biraz önce söylenen klinik çıktıların, ekonomik çıktıların sağlığı belirleyen diğer belirleyici iyileştirmelerde, hepsinde sağlayabileceğimize inanıyorum.

İşte bunların hepsi birleşti, öz değerlendirmeleri konuşmaya başladık. Bir ara işte performansa dayalı sistemler, performans sistemi bunlar çok bir gündemdeydi. Bunlar tabii maliyet-etkinlik açısından da ve çalışanları motive etmek açısından da olması gereken, eleştirel yönü olan farklı ama bir şekilde hem kaliteyi hem de verimliliği arttırmak için kullanılması gereken modeller ve akreditasyon. Çok bir gündemde akreditasyon, son 10 yılın en gündemde olan konularından birisi.

Hiç öyle uzun uzun tanımlamaya filan girmeyeyim ben, işte Uluslararası Sağlıkta Kalite Derneğinin belli standartları karşılayan tanım özelliği; özerk, bağımsız, tarafsız! Bunlar son derece önemli arkadaşlar yani akreditasyon dediğimiz zaman her ülkenin minimum standartları olur, her ülkenin komisyonları olur, kuruluşları olur. Bu ülkeler tabii ki yapmak zorunda, bir şekilde denetleme mekanizmasıdır bu. Standartlar doğrultusunda sağlık hizmeti sunan, alan her yeri denetleme en önemli görevlerinden birisidir erkin. Ama bizim burada konuştuğumuz akreditasyon, yapı ve süreçlerde sürekli gelişmeyi öngören, bağımsız, tarafsız, bir kuruluş tarafından belirli standartların varlığının gözden geçirilmesi, bir ekstern emsal değerlendirmedir. Yani aslında bir risk yönetimidir, risklerin yönetilmesi veya azaltılmasıdır. Biraz önce hep konuştuğumuz işte bu kongrenin ana konusu olan kaliteyi, hasta güvenliğini, sürekli gelişimi organizasyon kültürü haline getirildiği bir süreçtir akreditasyon.

Bunun yararları falan çok belli, evet, zararları da olabilir. Buna yönelik çok aşırı çalışma da yok aslında. Ben katılıyorum bir önceki konuşmacı arkadaşıma, bunları bizim gene kanıta dayalı yapmamız lazım, bir bakmamız lazım. Bazı çalışmalar hakikaten bu sistemle uzayabilir, yıllardır uygulayanların ekonomik ya da klinik çıktılarında iyileşmeler olduğunu gösteriyor, bazı çalışmalar olmadığını gösteriyor. Benim zamanım kısıtlı olduğu için onlardan bahsedemeyeceğim. Ama nasıl bir sistemle ve nasıl olmuş? En eski başlayan devlet söylendi; Amerika Birleşik Devletleri. Hem sistemi sistematik yaklaşımı getirme hem de maliyeti etkin kullanma açısından bir de bunun iyi bir şekilde marketingi yapabilme açısından onlar bu işi çok iyi biliyorlar. Ama ülke olarak Kanada'nınki daha eski

aslında. Ben Kanada sistemini de yakından biliyorum. Avustralya da gene en eski sistemlerden.

Daha sonra diğer ülkeler de kendilerine göre sistemler oluşturmuş kısaca bahsedeceğim. Uzakdoğu'da Malezya özellikle, arkadaşımız da var oradan, bu konuda çok başarılı. Japonya son derece başarılı, Tayland da hükümetin rolü ile önce başlayıp daha sonra bağımsız olan akreditasyon kuruluşları söz konusu.

İlki biraz önce de söylediğim gibi JCHAO, bu Amerikan sistemi 1950 yıllarında ortaya çıkmış ve 20 binden fazla sağlık hizmeti programını denetleyen bir kuruluş. Onlar da tekel olmasından memnun değil ve farklı açılımlar içerisinde farklı kuruluşlarda şu anda akreditasyon sistemi içerisinde aktör olarak ortaya çıkma durumunda. Onların fonksiyonları, hasta odaklı sağlık kuruluşu yönetimi, insan gücü odaklı standartlar var. Hastanelerin %90'ı JCHAO'ya akredite.

Ama son dönemde özellikle kırsal bölgedeki hastanelerde hastane sisteminden bahsedeyim. Tabii birinci basamağın akreditasyonu da var, tabii rehabilitasyon merkezi de var, tabii diyaliz merkezi de var, tabii onların işte evde bakımlarını yapan kuruluşların da var. Baktığımız zaman sigorta sistemlerinin getirdiği modellerin de neredeyse bu JCHAO yerine geçtiği düşünülerek özellikle kırsal bölgedeki küçük hastanelerin artık bir kısmı bu sistemi bırakmak durumunda. Hem ayrı bir insan gücü istediği için maliyet açısından ve iki farklı sistemi birbirine entegre etme açısından. İşte 1998 yılından itibaren de bu standartları uluslararası hastane standartları haline getirdi JCI. Daha fazla bundan bahsetmeyeyim çünkü ben dediğim gibi 50 hastaneye JCI sistemi kurulmasında bulundum. Diğer sistemler de oldukça yaygın Ortadoğu'da, ama JCI daha fazla Orta Asya'da. O yüzden belki de biliyorsunuz sık sık da yenileniyor, standartlar, hepimizin aldığı standartlar. Bizim kendi akreditasyon ya da işte sürekli kalite sistemimiz içerisindeki standartlar da bunlar, özü onlar. Yani Amerika'yı yeniden keşfetmenin anlamı yok, eğer işe yarıyorsa o standartları kullanmakta fayda var.

Birazdan diğer ülke örneklerini vereceğim, onlar da ya Amerikan sistemini ya Avusturya ya da Kanada sistemini bir şekilde öykünerek, onlardan bir takım standartlar alarak oluşturulmuş modeller. Dolayısıyla bu gelişimde de hakikaten standartlar çok önemli, paydaşları çok iyi bu işin içerisine katıyorlar, uzmanları çok iyi bu işin içerisine katıyorlar ve değişik bütünsel yaklaşımlar yani vertical bölümler bazında değil bütünsel bir yaklaşım var.

2014 yılında son versiyonları yayınlandı. İsterseniz şöyle kabaca sistemi, çoğunuz biliyorsunuz hali hazırda kullanıyorsunuzdur ama bütünsel bir yaklaşım bölüm bazında olmadığı için daha iyi oturuyor hani dedim ya 30 yıldır bu işi yapıyorum, 20 yıldır sadece sistemler üzerine çalışıyorum. Hangisi sonunda o

daha katma değer sağlıyor, katkı bırakıyor dersek bütünsel yaklaşım her zaman için kuruluşlara daha fazla katkıda bulunuyor. Hasta bakım odaklı, yönetim odaklı pek çok standart var, 300'den fazla standart var, 1.200 ölçülebilir eleman var ve bunların her biri hasta odaklı. Hasta değerlendirmesinden hasta bakımına, hasta ve yakınlarının haklarından bakıma ulaşım, bakımın sürekliliğine, ilaç kullanımına kadar farklı bir yığın bölümler var, chapter'ler var. Onların altında da şöyle bir biz anatomiyi severiz kısaca bir şey gösterecek olursam. Bu arada 2014'de tabii eğitim hastaneleri akademik personel de ayrılmış durumda daha kapsamlı yapıldı. Ben şu anda gene iki üniversite hastanesi ile birlikte çalışıyoruz. Hakikaten bunlar da akademik hayata da katkı getiriyor.

Anatomisini şöyle gözden geçirecek olursak biraz önce de söylediğim gibi standartlar var, bu standartların öngörüleri, gerekçeleri ve altında da ölçülebilir elemanları var her bir standardın bu şekilde; çok açık, net, ne istediği, bizden ne beklediği çok net. Aynı şekilde hasta güvenliği hedefleri de zaten uluslararası hasta güvenliği. Biliyorsunuz Dünya Sağlık Örgütünün de son derece üzerinde durduğu bir konu, bununla ilgili patient safety bölümü var, o bölümün de hemfikir olduğu hasta güvenliği hedefleri seçilmiş hedefler. Her yıl tabii ülkeler kendilerine göre bizim ülkemizde olduğu gibi kendilerine göre değişikliklerde bulunuyor ama genel olarak hasta güvenliği hedefleri, uluslararası hasta güvenliği hedeflerinde de aynı yapılanma var. Yani bir hedef bunun öngörüsü, gerekçesi ve altında da bunu nasıl yaptığını ispat etmesi gereken ölçülebilir elemanları var.

Biraz önce söyledim; bölümler var, bölümlerde de pek çok standartlar, pek çok alt başlıklar altında standartlar var. Mesela hasta bakımında beslenmeden ağrı yönetimine, bakımın sunulmasından yüksek riskli hastalıklara kadar ilaçla ilgili de aynı şekilde farklı enfeksiyon öyle, yönetişim öyle. Çalışanların nitelikleri ve eğitimi son derece önemli bir konu bu, tabii hep uluslararası alanda çalışıldığı için bireylerin yani sağlık çalışanlarının her birinde akreditasyonu ve sertifikasyonu da önemli. O yüzden her sağlık çalışanının sertifikasyonu birebir mutlaka gözden geçiriliyor. Dolayısıyla bu en sık kullanılan sistemlerden birisi ama çok farklı sistemler de var tabii.

İşte hepimizin kullandığı hizmet kalite standartları ya da üretim kalitesi standartları, hizmet kalite standartlarına dönüşümleri var. İşte Avrupa Komisyonunun kurulması da aslında Avrupa Komisyonunun çalışmalarının büyük bir çoğunluğu da ben aynı zamanda hakemlik de yapıyorum Avrupa Birliği projelerinde. Geçen hafta örneğin iki haftadır Brüksel'deydik ve çok güzel çalışmalar yürütülüyor bu konuyla ilgili. Biraz da bu dıştan baskı ile oldu belki 1970'li yıllardan beri hepiniz aşinasınız, kullandığınız ISO 15189'lardan 17025'e kadar bunlar da gene dış değerlendirme sistemleri olarak söylenebilir.

Dedik ki bazı öncüler var, Amerika'yı verdik, biraz Kanada'yı verelim. Kanada aslında en eski sistemlerden 1952 yılında bir komisyon oluşturmuş ve sadece hastaneler değil diğer merkezlerin de var. Çok da güzel bir sistem ama biraz daha çıktıları ya da hani biz hemen bir sonuca varmak isteriz ya işte o sonuçları biraz daha geniş görebileceğimiz sürekli iyileştirme odaklı güzel bir sistem. Toplam hastane yataklarının % 94'ü akredite.

Avustralya çok etkin son dönemlerde, onlar da 1974'den beri bu sektörde aslında çok güzel sistemleri var. Hem kaynakların etkin kullanımına, bakım hem kalitesine, klinik çıktılara odaklı. Aynı Amerikan sistemi gibi üç yıllık tam akreditasyon, bir yıllık kısmı akreditasyon şu anda da bayağı bir revizyondan geçirdiler. Galiba arkadaşım İngiltere sistemi ile ilgili bilgi verecek Doktor Carlos.

İngiltere çok farklı sistemleri bir arada kullanıyor, klinik kaliteye odaklı sistem daha ağırlıklı. Hollanda, ben aslında ilk orada öğrendim, CBO diye bir hükümete bağlı bir kalite kuruluşu idi. Hakikaten çok etkin çalıştı. Son dönemde yalnız bazı hastanelerine JCI'e yönelik bir dönüşleri var, özellikle büyük hastaneleri JCI alma aşamasında. Hatta 3-4 tanesi biraz daha dış değerlendirme, çünkü bunda amaç ben yaptım oldudan öte benchmarking'tir, kıyaslamadır. Nerede olduğunu dış-ekstern bir gözün seni iyi bir şekilde değerlendirmesi, özerk bir gözün değerlendirmesidir. Tabii onda da değerlendiricinin kalitesi son derece önemlidir. Değerlendiricinin kalifiye ve bu işe yatkın olması da son derece önemli. İşte bizim gibi çoğunlukla 25 yaşında olan 30 küsur yıldır sahada çalışan kişiler kapsamlı olarak bu işin içerisinde değerlendirme havuzunda bulunuyor pek çok sistemde.

Finlandiya, İskandinav ülkelerinde de oldukça güzel sistemler, hepsi birbirine benziyor. Fransız sistemi hakikaten çok etkin, geçenlerde Profesör Renee ile birlikteydik ISQua'da çalışıyor herhalde arkadaşın tanıdığı doktor. O Fransız sistemini, ilerlemelerini anlattı, hakikaten son dönemde çok yol aldı. Kalite ve hasta güvenliğini belirleme, hasta bakımında sürekli kaliteyi iyileştirme, hasta çalışan güvenliğini sağlama ve tüm sağlık profesyonellerini bu döngüye dâhil etme konusunda çok başarılı. Hemen hemen pek çok kuruluşu akredite ettiler, hepsi internet ortamında şeffaf bir biçimde yayınlanıyor. İtalya'dan Avustralya'dan ve Kanada'dan etkilenerek standartlarını yıllar önce oluşturdu, kanun haline getirdi. Çek Cumhuriyeti JCI'ın hemen hemen aynısıdır.

Çin aslında değişik, Çin'de de çok güzel hareketlenmeler var, belki Malezyalı arkadaşım ondan bahseder. Latin Amerika'da yıllardır hakikaten öncülüğünü yaptılar, PAHO ve Latin Amerika Hastaneler Federasyonu önderliğinde daha çok minimum standartlarla başladılar ama pek çok bakımı içine aldılar.

Hindistan da aslında başladı ama sistemi götüremediler. Ben biraz CBHAI'den

bahsedeyim çünkü bu sistemin kurulmasında benim katkım olmuştu, birlikte çalıştık Suudi Arabistan Garp ülkeleri için. Şu anda akredite olma çabasında CBHAI biraz da daha bizim sistemimize benzeyen bölüm bazında olup, daha sonra şimdi tümden değiştirip bütünselliğe geçtiler. Aynı şekilde hastane değerlendiricisinden, standart gelişimine kadar bir iki günlük ve bütün hastanelerini CBHAI akreditasyonu zorunlu hale getirdiler. Ve aynı şekilde JCI'a benzer bir değerlendirme yapıyorlar.

Evet, sorarsanız hani vakit olursa anlatırım daha kapsamlı. Sonuç olarak hesap verilebilirlik çok önemli, bu tür yapılanmaların hesap verilebilirliği hem bilime karşı, hem hastalara karşı hasta odaklılığın yaygınlaşmasını sağlamada önemli rol oynadığını rahatlıkla söyleyebilirim. Tabii ki değişim, tüm kaliteci sizler, mutlaka bu değişim yönetimini sahada birebir uyguluyorsunuz. Değişim gerektiriyor bu da biraz sıkıntılara neden olabiliyor.

Sonuç olarak sürdürülebilir kalite ve hasta güvenliğini, akreditasyonu yani bana o konuyu verdiğiniz için anlattım dış değerlendirme sistemlerini vermiş arkadaşlar bunu anlatır mısın Hocam diye. Yani bunlar bir araçtır, çok iyi kurgulanmış iyi araçlarla önemli olan biraz önceki konuşmada dinlediğimiz o güzel çıktıları, insani çıktıları elde edebilmek. Sadece ticari kaygılar göz önünde, onlar zaten sonradan otomatikman gelir. Hasta ve çalışan güvenliğini en üst düzeyde sağlayabilme onun için de tarafsız, güvenilir, hasta odaklı, gelişmeye açık bir sistemin olmasını arzuluyoruz.

Çok teşekkür ediyorum beni dinlediğiniz için zamanınızı aldım.

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
Oturum Başkanı

Hocam çok teşekkür ediyorum. Süremizi aştığımız için bireysel soruları şimdi almayalım, en sonundaki genel sorulardan alalım izniniz olursa.

İkinci konuşmacımız olarak Birleşik Krallık Akreditasyon Kurulu Üyesi olan Profesör Doktor Carlos Goes, ISQua ve Sağlıkta Kalite konusunu bize anlatacak. Seval Hocamın genel girişinden sonra, genel örneklerinden sonra daha çok özel örneklere geçiyoruz.

ISQUA ve Sağlıkta Kalite

Prof. Dr. Carlos Goes DE SOUZA
Birleşik Krallık Akreditasyon Komitesi Kurulu

Teşekkür ediyorum. Bu sunumu keşke Türkçe yapabilseydim ama Türkçede söyleyebildiğim tek şey "tamam" o da yeter mi bilmiyorum. Bu kötü İngilizcemle sunumu yapacağım ve bazen İngilizcemin alacağı halden ötürü affınıza sığınıyorum.

Ben esasında Brezilyalıyım, Paris'te yaşıyorum. Gerçekten güzel değil mi? Bir Britanya kuruluşu için çalışıyorum, ISQua için çalışıyorum ve Portekizli hastaneler için, müşterilerimiz için ve şimdi de Türkiye'deyim.

Ve şunu söyleyebilirim, bu Kongrede sizinle birlikte olmak benim için çok büyük bir mutluluk çünkü şimdi değişikliklerin zamanı, derin düşünmenin zamanı, deneyimlerimizi ve bilgilerimizi paylaşmanın ve tartışmanın zamanı.

Öncelikle ISQua Akreditasyon Konseyi adına Sayın Hasan Güler'e 5. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi için davetlerinden ötürü teşekkür etmek istiyorum. Başlamadan önce de şunu söylemek istiyorum, Antalya bu güne kadar gördüğüm en güzel yerlerden bir tanesi. Esas sebebi de zaten şudur muhtemelen, Lara benim kızımın ismi ve dolayısıyla da bu şehrin bir parçası benim kızımın ismini taşıyor ve kendimi evde hissediyorum, küçük kızımı da Brezilya'da şimdi çok özlüyorum. Ama harika bir yer, gerçekten çok güzle bir yer Antalya, bir kez daha beni davet ettiğiniz için teşekkür ediyorum.

Evet, sunumumun baş kısmında kaliteyle, değerlendirmeyle, feed backlerle ve değişimlerle alakalı bazı şeyler söyleyeceğim. Şarkıyı bilirsiniz zaten 1960'lardan, 1970'lerden kalan bir şarkıdır, Reflection of my life yani Hayatımın Yansımaları diye bir şarkı vardır. Ben bunu buraya yazmak istedim çünkü ne kadar fazla insana, ne kadar fazla kurumun artık kaliteyi yaşarken yaşam kalitesi sözüne atıfta bulunduğunu görmek çok mutlu ediyor beni. Çünkü kalite yaşanır. Kaliteyi yaşarken de kalite değerlendirmesinin esasında ne kadar gelişme kültürü içerisinde değerlendirildiğini de görüyorum. Kalite yaşanır diyoruz çünkü biz kaliteyi hayatımızın her anında hissediyoruz, deneyimliyoruz.

Sabah yataktan kalktığımızda, uyandığımızda çok da bilinçli olmadan ama bir şekilde hayata daha iyi şeyler yapabilme noktası ile giriş yapıyoruz. Ve daha sonra da aynanın karşısına geçiyoruz. Sizi temin ederim ki ayna da bir değerlendirmedir, kendi başına bir değerlendirmedir aynadaki yansıma. Uyandıktan sonra yaptığımız ilk şey kendi kendimizi değerlendirmektir. Aynaya bakıyoruz, aynaya

bakarak da kendimizi değerlendirip hemen bir eylem planı hazırlıyoruz ve kendimizi iyileştirme noktasına giriyoruz. Yani saçımı mı taramam lazım, traş mı olmam lazım, kim bilir belki saçımı yeni bir renge boyatmalıyım diyoruz. Bunların hepsi bir öz değerlendirmedir ve ikinci aşamaya gelindiğinde bu gerçekten çok önemli, biz dışarıdan bir araştırma yapıyoruz esasında evde eşimize, karımıza ve kocamıza nasıl görünüyorum diye soruyoruz. Ve bu noktada feed back almak istiyoruz ve bu gelecek olan feed back ile beraber elbette ki kendimizi değiştiririz veya değiştirmeyiz.

Mesela ben bir keresinde şöyle evde kendimi değerlendirdim ve giyim şeklimi değiştirmeye karar verdim ve sarı bir kravat taktım farklı olabilmek için. Sarı, yeni bir kravat! Sarı, yeni bir kravat ve pahalı bir kravat idi ne olduğunu anlıyorsunuz değil mi yani benim için çok fazla, ben bunu taktım kendi öz değerlendirmemi yaptım ve harika görünüyorum dedim. Daha sonra ikinci adımda ise eşime dış gözlemci olarak sordum ve gerçekten çok rahat bir şekilde, samimi bir şekilde kadınların genellikle yaptığı gibi bir feed back verdi ve şunu söyledi; oo hayatım, çok komik görünüyorsun!" dedi. Ben de niye ki dedim, neden böyle söylüyorsun dedim, gerçekten kötü bir feed back verdin bana. Yeni, sarı ve pahalı kravatımı beğenmedin, ben bu feed backı kabul etmiyorum dedim. Ve devam ettim, değiştirmedim kravatı ve dışarı çıktım iş yerime gittim. Çok iyi bir meslektaşım var onu gördüm, o bana döndü dedi ki, Carlos, bu nasıl bir kravat dedi. Gerçekten çok komik görünüyorsun dedi. İkinci sefer kötü bir feed back almış oldum. Peki, siz ne yapardınız ikinci feed backi olumsuz alsaydınız? Değiştirirdiniz değil mi? Dolayısıyla ben de değiştirme kararı aldım. Dolayısıyla değişmeye karar vermek sizin elinizde; sizin açık olmanızla alakalı, hayata bakışınızla alakalı, kaliteye bakışınızla alakalı. Dolayısıyla biz bunu sürekli yapıyoruz hayatımız içerisinde.

Akreditasyon dünyaya böyle bir yol getirdi ve sağlık hizmetleri veren kuruluşlar da bunu aldı. Çünkü sağlık hizmetleri veren kuruluşlar hayatın geri kalanından farklı değiller. Sağlık hizmetini değerlendirmek son 60 senenin belki en önemli unsurlarından biri haline geldi. Akreditasyon kuruluşları bu senaryo içerisinde ortaya çıktılar ve hastanelerin çok daha iyi bir şekilde sağlık hizmeti verecek noktaya gelmelerini sağlamaya çalıştılar.

İşte olay zaten budur, akreditasyon kuruluşları ayna vazifesi görür, ikinci ve üçüncü değerlendirmeyi yaparlar ve tavsiyelerde bulunurlar ve iyileştirilmesi gereken noktaları sizlere söylerler. ISQua gibi şemsiye örgütler de orada ikinci, üçüncü değerlendirmeyi yapmak için, ayna olmak için, feed back vermek için ve iyileşme noktalarımızın hangisi olacağını size söylemek için oradadırlar ve akreditasyon kuruluşlarına da daha iyi nasıl olunur onu öğretirler. Dolayısıyla bu yansıtma üzerinde düşünmeyi gerektiren bir konu.

Uluslararası Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kuruluşu ISQua. 1984 yılında kuruldu ve şu anda 5 kıta üzerinde ülkeden ülkeye birçok ülkede hizmet veriyor. Çok önemli bir de misyonu var; ilham vermek. Görevi, sağlık hizmetlerinin güvenlik ve kalitesi alanında tüm dünyada kuruluşlara ilham vermek, onları geliştirmek ve onlara sürekli destek vermek. ISQua'nın bazı faaliyetleri var ve akreditasyon bu faaliyetlerden bir tanesi ve belki de dünya çapında en fazla bilinen faaliyeti.

ISQua'nın uluslararası akreditasyon programı akreditörleri akredite ediyor. Bunu yaparken de üç tane kendine özgü program kullanıyor. ISQua bu noktada iyi gelişmiş olan organizasyonlara bakıyor ve onları değerlendirirken standartlarla bunları değerlendiriyor ve tabii ki de bu organizasyonların araştırmacılarını, denetçilerini nasıl eğittiğine de bakıyor. Vurada üç tane önemli program var; sağlık hizmetleri ve sosyal bakım standartları, dış değerlendirme organizasyonları ve denetçilerin, değerlendiricilerin nasıl eğitildiği.

ISQua'nın aynı zamanda uluslararası sağlıkta kalite dergisi var. Bunun önemli bir rolü var esasında çünkü bu sayede ISQua bazı önemli konulara değinebiliyor, sosyal bir tartışma ortaya çıkartabiliyor. Böylece akreditasyon konusunda önemli noktalara dikkat çekebiliyor. Bu derginin yanı sıra bülten de var. Üyelerimiz periyodik olarak yayınlanan bu bültenleri senede altı kere alıyorlar, onlara gönderiliyor bu ve bu noktada akreditasyon faaliyetlerine yer veriliyor ve bu yayınlar da esasında önemli bir bilinç oluşturma ve kültürü geliştirme yöntemi.

Aynı zamanda ISQua'nın sosyal programları da var eğitim alanında. Web üzerinden seminerler düzenliyor, yine değişim programları uyguluyor, küresel liderler konferansları geliştiriyor, forumlar ortaya koyuyor ve başka çalışmaları da var. ISQua'nın önemli bir grubu var; ISQua Experts, ISQua Uzmanlar Grubu. Bu uzmanlar grubu akreditasyon süreçlerinin daha iyi anlaşılması ve daha iyi hayata geçirilmesi konusunda çalışmalar yapıyor.

Bir başka iyi bilinen faaliyetimiz de ISQua içerisinde yıllık konferansımız. Her yıl ISQua tarafından düzenleniyor, bu yıl Rio'da düzenlendi benim memleketim, harika bir toplantı oldu. 2014 yani bu yıl, geçtiğimiz ekim ayında Rio'da ve önümüzdeki yıl lütfen notunuzu alın gündeminize, ajandanıza yazın, takviminize ekleyin Doha'da yapılacak Katar'da. 2015 yılında 4-7 Ekim tarihlerinde Doha'da gerçekleştirilecek ISQua'nın yıllık konferansı.

Elbette ki sizler de duymuşsunuzdur sabahtan bu yana. Birkaç dakika önce de tekrar söylemiştim, akreditasyon esasında çok önemli bir değerlendirme sürecidir ve kalitenin ve sağlık içerisindeki verimliliğin ve etkililiğin, etkinliğin değerlendirilmesi için kullanılır. Artık birçok politikanın da bir parçası haline geldi ve hükümet hedeflerinin de bir parçası haline geldi 70'i aşkın ülkede. Elbette

ki bazı faydaları da var bu sürecin, sizler bunları duymuşsunuzdur muhtemelen, bu sabah gösterilen birçok örnek vardı, Türkiye'den de örnekler paylaşıldı yarışma içerisinde. Size şunu söyleyebilirim gerçekten çok güzel örnekler bunlar dünyanın geri kalanı için. Bütün faydalar, bütün yararlar ortada. Akreditasyonun getirebileceği bütün faydalar ortada, biz de sunulan o bütün örnekleri, çalışmaları destekliyoruz, burada kalitenin iyileştirilmesi akreditasyonun getirdiği birinci fayda.

Sürekli geliştirme kültürü, esasında sağlık hizmetleri akreditasyon sürecinin içerisine yerleştirilmiş durumda. Akreditasyon standartları bir tarafta organizasyonlara cesaret veriyor, bu sayede organizasyonlarda sürekli bir iyileştirme çabası içerisinde en iyi uygulamalara ulaşıyor. Aynı zamanda insanların da prosedürler ve protokolleri geliştirme konusundaki adanmışlığını arttırıyor. Verilerin kaydedilmesini, toplanmasını ve kurum içerisinde bilginin de kullanılmasını daha iyi bir noktaya getiriyor. Aynı zamanda akreditasyonun bir başka faydası da iç ve dış değerlendirmeyi bir öğrenme aracı olarak karşımıza getirmesi. Yani attığımız her adımda esasında biz içerden ve dışarıdan bir değerlendirmeye maruz kalıyoruz. Ya kendimizi değerlendiriyoruz ya da dışarıdan bir değerlendirme alıyoruz. Hastane içerisindeki personele hastane içerisinde çalışan insanlara bir yansıma ortaya koyuyoruz. Daha iyi bir şekilde sağlık hizmetleri nasıl verilir onu düşünmelerini sağlıyoruz. Ve insanların uyum sağlamadıkları zaman, hata yaptıkları zaman hangi noktaya gideceklerini onlara gösteriyoruz ve bu sayede kurallara ve standartlara uymaları gerektiğini ortaya koyuyoruz.

Akreditasyon aynı şekilde bir fayda olarak insanların kanıta dayalı olarak değişim peşinde koşmalarına sağlıyor. Çünkü biz bir öğrenme kuruluşuyuz. Bu gerçekten çok önemli bir fayda, akreditasyonun getirdiği çok önemli bir fayda. Sizi temin ederim ki bu, şu anda zaten burada oluyor, ben bunu görüyorum kongre içerisinde. Kredibilite yani hesap verilebilirlik, organizasyonun kredibilitesi yani akreditasyon aldığınız zaman organizasyonunuz güvenilirlik kazanıyor ve toplumun ve hastanın bir şekilde inancı ve güveni artıyor ki ben bu kuruma gidersem buradan sağlık alacağım diye.

Ama mesele şu; benim hastanem ne kadar güvenli? Bu soruya mutlaka cevap vermemiz lazım ve kendi içimizde bütün standartları, değişimleri ona göre getirmemiz lazım. Aynı zamanda bunun ödülünü aldığınız zaman da standartlara ve sağlık hizmetleri güvenliğine daha fazla güven duymaya başlıyorsunuz. Neden? Çünkü toplumun güveni ve hastanın kendini güvende hissetmesi, esasında sağlık hizmetleri akreditasyonunu sağladığı bir ödüldür. Bu döngünün kapanma noktasıdır ve netice itibariyle bu döngünün sonucunda ulaşılması gereken yer

burasıdır, bu amaçlara ulaşmak için çalışıyoruz zaten.

Akreditasyonun bir başka önemli faydası ise, akreditasyon insanların tekamülüdür. Bu çok büyük bir değerdir çünkü siz standartları uyguladığınızda hastane içerisinde siz insanları angaje ederseniz, onları eğitirsiniz ve insanları eğitimle hareket etmeye odaklarsınız. Gelecek için de o insanlar sürdürülebilir bir şekilde bu hareketleri yapmaya devam ederler. Tekrar söylemek istiyorum, sabahki sunumlardan şu ana kadar tüm bunların burada gerçekleştiğini görüyorum, sizler bunları yapıyorsunuz ve sizin çalışmalarınızın bu doğrultuda gittiğini ben söyleyebilirim kendi naçiz gözlemim doğrultusunda.

Bir başka faydası ise kurumsal mali etkisidir. Bu süreç içerisinde organizasyona mali açıdan da bir etki ortaya koyuyor. Akreditasyon süreci daha iyi bir kurumsal yönetim için fırsat sağlar, daha iyi insanlar yetiştirir, daha iyi süreçler ortaya çıkar, ortamı daha iyi bir şekilde değiştirerek iyi hale getirir. Ben şuna inanıyorum ve birçok insan da buna inanıyor. Kanıta dayalı etkilerini idari süreçler üzerinde görebiliyoruz; mesela satın alma, israfın önlenmesi, diğer tüm operasyonel maliyetlerde olduğu gibi ama akreditasyon bize çok güzel bir ortam sağlar ve israfın önlenmesi kültürü ortaya çıkar ve herkes en iyi bir şekilde kaynakları nasıl kullanırım onun peşinde gider, onlar artık israf etmez.

Akreditasyonun sağladığı bir başka fayda da, risk yönetim kültürünü oturtur. Düşüncelerde değişiklik yapar. Çünkü yaptığım iş ne kadar güvenli diye insanlar düşünüyor ve yaptığınız işin ne kadar güvenli olduğu risk yönetimini ne kadar iyi yaptığınızın bir sonucu olarak cevaplanacak bir şey.

Elbette ki bizlerin düşünmesi lazım, akreditasyon kuruluşlarının akreditasyonu nasıl yapılır? Ve dolayısıyla da şu soruyu sormak lazım, burada 40 seneye, 50 seneye yayılmış bu yapı içerisinde bir farklılık görüyor muyuz? Burada ISQua tarafından akredite edilen birçok kuruluş var, ISQua bu senaryolarda çalışıyor ve şu konuda garantiyi verebiliyoruz.

Burada akreditasyon kuruluşlarını akredite eden kuruluşların da getirdiği faydalar esasında az önce saydıklarımın aynısı. Sürekli gelişim, olgunlaşma, öğrenme ve finansal etkiler gibi. Dolayısıyla ISQua akreditasyon süreci; hükümetlere, fon sağlayanlara, müşterilere ve kurumlara bir noktada bir güvence getiriyor. Bu güvence de performansın, standartların ve eğitim programlarının uluslararası alandaki en yüksek standartları karşıladığının garantisi.

Evet, şimdi de bitiriyorum. Esasında ama bunu söylemeden bitirmek istemiyorum. Burada gün ışığının ay ışığına dönüşü hayatımın yansıması, gözlerimi nasıl da dolduruyorlar. Sıkıntı çeken insanların selamları, hayatımın yansıması hepsi benim zihnimi dolduruyorlar. Eğer bilmiyorsanız bu gerçekten çok güzel bir

şarkının sözleri, 1960'lardan çok güzel bir şarkı ve beni eski evime götür diyor. Eski evimize gitmenin vakti geldi mi? Bence gelmedi daha, bence değil çünkü kaliteli yaşam döngüsü devam ediyor ve artık kaliteden geri dönemezsiniz, kalitenin geri dönüşü yok. Biz değişmek durumundayız ve inanmak durumundayız ve umuyorum ki Türkiye'de de bunun gibi kongreler sayesinde bu yansıma veya düşünme anlarıyla, düşünme çalışmalarıyla birlikte en iyisini inşa edeceksiniz ve en iyi hizmetin nasıl sunulacağının en iyi yolunu bulacaksınız.

Çok teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

Oturum Başkanı

Çok teşekkür ediyoruz Profesör Carlos. Soruları panelin sonunda alacağız çünkü siz 20 dakikanızın tamamını kullanmış oldunuz.

Evet, değerli katılımcılar üçüncü olarak Doçent Kadar Marikar bize Malezya deneyimini anlatacak.

Sağlıkta Akreditasyonda Bir Ülke Deneyimi: Malezya

Doç. Dr. Kadar MARİKAR
Malezya Sağlık İçin Kalite Derneği

Sayın moderatör, sayın katılımcılar beni Malezya'da edindiğimiz deneyimleri sizlerle paylaşmak adına buraya davet ettiğiniz için çok teşekkür ederek sözlerime başlamak istiyorum.

Buradaki küresel senaryomuza, akreditasyona baktığımız zaman, neden akreditasyon oluşturuldu? Ana sebebimiz; kalite etkinlik, yetkililik, sağlık hizmetleri organizasyonlarının, kurumların bu etkinliği ve etkililiği sağlayabilmeleri ve hasta güvenliğini odaklanabilmeleridir. Akreditasyon bizim kanıt odaklı standartlarımıza dayanmaktadır ve bu şekilde daha üst düzeyde sağlık kalitesine ulaşabilir, sağlık hizmetlerinin kalitesini en üst düzeye çıkartabilir ve sürekli olarak, devamlı olarak güvenli bir çevre ortamı da geliştirebiliriz. Aynı zamanda sağlık kurumlarına baktığımız zaman bunları da akreditasyon programları çerçevesinde farklı ülkelere yayabiliriz. Slâytta gördüğünüz gibi ulusal akreditasyon hizmetleri olan ülkeler kırmızı ile belirtilmiştir bu haritada. ISQua, daha önce de belirtildiği gibi, uluslararası bir akreditasyon kurumu. Akreditasyon, son yıllarda çok hızlı bir şekilde ilerlemeye başlıyor ve sağlık alanına çok ciddi bir katkı sağlıyor, yaklaşık 40 yıllık bir gelişimi var. Medyada yer alıyor ve medya sayesinde bu konuyla alakalı uygulamaya yönelik sağlık hizmetleriyle alakalı kaliteyi arttırıyor. Bu, gördüğünüz gibi döngüsü olan bir süreç ve kullandığımız metot bizim için çok önemli. Bu metot uluslararası kabul görmüş bir metot, bir yöntem; öz değerlendirme, akran görüşü, yapılan araştırmalar, ziyaretler, aynı zamanda araştırmacılarla yapılan görüşmeler, yönetimsel ve klinik süreçlerinin dokümantasyonu ve verinin dikkatli bir şekilde çalışılması bu kapsama dâhil edilebilir.

Akreditasyon programlarındaki kalite gelişimine baktığımız zaman, bir dizi gelişmeye ve zamana yayılmış durumda ve zaman içerisinde bu standartların kanıta dayalı olarak en iyi uygulamalara bağlı olarak artışa geçtiğini görüyoruz. Bu standartların gelişimi son yıllarda oldukça hızlandı ve yapılan, belirlenen bu standartların içeriklerinden dolayı da son dönemlerde uyguladığımız güncel akreditasyon uygulamaların en etkin uygulamalar olduğunu söyleyebiliyoruz. Daha önce de dediğimiz gibi burada kanıta dayalı programlar var ve akreditasyon programının kalitesinin arttırılması bizim için çok önemli.

Malezya'da biz neler yaptık? Eğer bilmiyorsanız Asya'nın Güney'inde yer alıyor

Malezya ve 28,3 milyon kişi yaşıyor ve ortalama yaşama süresi 71.9 yıl diyebiliriz, erkekler için 77 yaş. Kadınlar için aynı zamanda yıllık popülasyon, büyüme oranı 1.3/2011 verilerine göre ve toplam sağlık giderleri kişi başı milli gelire düşen sağlık giderlerini de ekranda görüyorsunuz. Malezya halkına baktığımız zaman, aslında bu akreditasyon programları kâr amacı gütmeyen programlardır, aynı zamanda sivil toplumun bir parçasıdır. 1997 yılında kurulmuştur ve yaklaşık 142 farklı akredite edilmiş hastane vardır. Bunlar zaman içerisinde çok daha profesyonel organlar, kurumlar haline gelmişlerdir. Bu bir değerlendirme organıdır, bir değerlendirme organı olarak görülebilir ve Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir.

Bu organizasyon, bu akreditasyon kurumu hem özel hem de devlet hastanelerini akredite etmektedir ve Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir, kontrol edilmektedir bu çalışmalar. Bu sadece hükümet tarafından fonlanmamaktadır, kendi geliri vardır. Eğitim programları hazırlamaktadır aynı zamanda araştırma programları, anket programları da düzenlemektedir ve bütün bu çalışmaları bu akreditasyon kurumu kendi bütçesi ile gerçekleştirmektedir, hükümet tarafından desteklenen, oluşturulan bir fon yoktur.

Geliştirilen bütün bu hizmetler sağlık bakım sektörüne yayılmaktadır, bütün hastanelere sağlanmaktadır. Hem daha önce de dediğim gibi hem özel sağlık kurumlarına hem de devlet hastanelerine hizmetler sağlanmaktadır. Ulusal tanınmışlığa bakarsak eğer 2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından tanınmıştır, aynı zamanda 2009 yılında Malezya Standartları Kurumu tarafından da tanınmıştır. Uluslararası tanınma durumuna bakarsak eğer ISQua sertifikasyon programı tarafından da 2012-2016 yılları arasında bir akreditasyon sağlanmıştır.

Görmüş olduğunuz gibi bu üç program da ISQua tarafından belirlenen tüm bu üç farklı akreditasyon programından onay almıştır. Şimdi kullandığımız çerçeveye bakarsak eğer; yapı oluşturmaya, bir süreç geliştirmeye ve sonuçlara ulaşmaya çalışıyoruz. Buradaki standartlarımızın boyutuna baktığımız zaman yapılar ve sürekli işler bizim için çok önemli, sonrasında da üçüncüye baktığımız zaman sonuçlar geliyor ve genel sonuçlar ve dördüncü ek aşama olarak da spesifik sonuçları ekleyebiliriz. Bunlar bizim kalite boyutlarımızın tanımlanması, kalite boyutlarının aşamalarıdır.

Standartlarımızın odak noktasına tekrar geri dönecek olursak; burada beş altı önemli nokta var bizim için, ek olarak organizasyon ve yönetime bakıyoruz. İnsan kaynakları yönetimi ve gelişimine bakıyoruz, politikaya ve prosedürlere bakıyoruz bizim etkinliklerimize ve ekipmanlarımıza bakıyoruz, tesislerimize bakıyoruz aynı zamanda kalite geliştirme aktivitelerine bakıyoruz ve ihtiyacımız olan nedir bunlara odaklanıyoruz.

Şimdi sertifikasyon yol haritamıza bakacak olursak ne söyleyebiliriz? Malezya'da bütün hastanelere lisans verilmiştir, bütün hastanelerin lisans alması gerekmektedir ve bu lisansı her iki yılda bir yenilemeleri gerekiyor ve minimumda yapmaları gereken şey özel veya devlet hastaneleri de dahil olmak üzere 1998 yılında kabul edilen çeşitli standartları ve düzenlemeleri bu konularla ilgili sertifikasyon alabilecek durumda olması lazım. Ancak kamu hastanelerinin normalde bir lisans almasına gerek yok ancak akreditasyon amaçlarımız göz önünde bulundurulduğunda onları özel hastanelerden ayırmadık ve hem özel hastanelerin hem de devlet hastanelerinin bir lisan alması gerektiğini söylüyoruz.

İkinci ön gereklilik ise, buradaki organizasyonel, kurumsal olarak erişilmesi gereken nokta, bir öz değerlendirmenin yapılması ve bu öz değerlendirme sayesinde bu hizmetlerde devamlı bir katkı, devamlı bir gelişme ve sürdürülebilirlik sağlamak olmalıdır. Buradaki akreditasyon organları, buradaki çalışmaları onaylamaktadır ve sertifikasyon programı bu standartlar dahilinde gerçekleştirilmektedir. Malezya'daki akreditasyona baktığımız zaman bu hâlâ gönüllülük esasına dayanıyor ancak kamu sektörü için burada 2006 yılında kabul edilmiş bir dizi anlaşma maddesi var. Bunun 4'üncü baskısına baktığımız zaman hastaneler için akreditasyon standartlarımız var. Uygulamanın Ocak 2013 yılından itibaren etkin olması lazım, aynı zamanda kurum ve standartlar akredite edilmiş olması lazım. Dolayısıyla buradaki felsefeyi, bizim akreditasyon programımızın felsefesini öğrenmek, bilmek çok önemlidir. Eğitimsel ve akran görüşlerinin alındığı etkin bir programdır. Akranların gözden geçirilmesi, akran görüşlerinin alınması ve onların gözden geçirilmesi bizim için çok önemli. Biz de bu hizmeti sağlayacak olan kişilere bu görüşleri, bu bilgileri aktarabiliyoruz ve kendi kalite kültürümüzü geliştirebiliyoruz. Böylece devamlı bir kalite gelişimi sağlayabiliyoruz ve hasta güvenliğini en üst düzeye çıkartabiliyoruz. Bu noktada daha fazla hayat kurtarıyoruz ve hasta güvenliğini, minimum ilaç kullanarak ve minimum tıbbi hata yaparak en üst düzeye taşıyabiliyoruz.

Peki, buradaki tanımlarımıza bakarsak eğer ISQua'nın yapmış olduğu bir tanım var, akreditasyon bir öz değerlendirmedir diyor. Peki, neden akreditasyona ihtiyacımız var? Akreditasyon sayesinde ulusal bir sistem oluşturmuş oluyoruz ve bu sistem içerisinde kendi hastalarımızı ulusal olarak koruyabilmiş oluyoruz ve bu sistem bize bir hastane çerçevesinde genel ve bütüncül bir yapı sunuyor. Sadece belirli bir birime odaklanmış bir sağlık hizmeti sonucunu geliştirmiyoruz, genel anlamda sağlık hizmetlerinin arttırılmasını ve kalitesinin arttırılmasına çalışıyoruz.

Dış kaynaklı hizmetlerimiz var, bireyler var, farklı departmanlar var ve kurumsal birimler var. Peki, buradaki hasta güvenliğini nasıl arttırabiliyoruz? Burada

çeşitli standartlarımız var ve bütün bu standartlar bütün hastaneler için geçerli ve Malezya'da bütün hastaneler ve sağlık hizmeti sağlayan kurumlar için bu standartlar geçerlidir. 24 tane standart var. Şunu bilmek çok önemli, bütün klinik hizmetler klinik hizmet standart 9'a göre değerlendirilmektedir. Bu jenerik bir standarttır klinik hizmetler için. Bütün klinik hizmetler, hizmet standartları numara 9'a göre değerlendirilmektedir.

Pediatri olabilir, buradaki bütün standart setleri birinci, ikinci ve üçünce basamak sağlık hizmetleri için geçerli olacaktır. Eğer bu hizmetleriniz yoksa bir sertifika almanız da mümkün olmuyor. Ancak bu hizmetlerin de bütün seviyeler için birinci, ikinci ve üçüncü aşama için de uygulanabiliyor olması lazım. Aynı zamanda buradaki hizmet sağlayıcılarının karmaşıklığına da bağlı olarak hizmet sağlayıcıları bunları kendi çalışma alanlarına göre de yorumlayabilirler. Dolayısıyla burada neyi aradığımızı bilmemiz lazım, buradaki hizmetlerin karmaşıklığını göz önünde bulundurmamız lazım ve elimizde var olan standart setini dikkate almamız lazım.

Standartların odak noktasına baktığımız zaman üç aşamalı bir yapı görmüştük ve dördüncü versiyona baktığımız zaman burada yeni bir standart seti görüyoruz. Performans arttırmaya da dayalı bir set ve bireysel hizmetlerin hepsi bu performans indikatörlerine hizmet edecek şekilde kendilerini geliştirmelidir. Dünya Sağlık Örgütü de bir dizi standart geliştirmiştir ve bu standartlar da Sağlık Bakanlığ'ının geliştirmiş olduğu standartlarla işbirliği içerisindedir. Bütün bu standartları dördüncü versiyonda görebilirsiniz.

Burada performans indikatörlerinin bir listesini de görüyorsunuz. Her bir bireysel hizmetin sağlaması gereken, uyması gereken performans indikatörleri burada tanımlanmış durumda. Bu performans indikatörlerinden kendi hedefinize göre bir indikatör seçebilirsiniz. Şu anda aslında bu performans indikatörlerini toplamaya çalışıyoruz. Önümüzdeki yıllarda aslında kendimiz için kesin bir hedef belirtip bu performans indikatörlerinden hangisine ne için uygulanabileceğini de tanımlayacağız.

Burada aynı zamanda bir dizi kalite analizleri de gerçekleştirilmektedir. Bütün bu performans indikatörleri dikkate alındığı zaman eğer burada negatif bir indikatörünüz varsa bu daha önceki pozitif indikatörleri dikkate alarak bu negatif indikatörlerin sebeplerini bulabilirsiniz ve bu sayede bu problemleri çözerek daha devamlı, daha düzenli ve sürekli bir performans gelişimi sağlayabilirsiniz.

Aynı zamanda sağlık hizmetleri tesislerini de sertifika programına dâhil ediyoruz. Onların fiziksel yapısına bakıyoruz, kurumun büyüklüğüne bakıyoruz, buradaki kurumun kategorisini dikkate alıyoruz. Buradaki bütün uygulamaların kanıta

dayalı bir uygulama olması gerekiyor. Aynı zamanda bu kurumlar tarafından yapılan çalışmaların sonuçlarına, çıktı ölçümlerine bakıyoruz ve bu veriler ışığında onlara sertifikasyon sağlıyoruz.

Malezya'daki hastaneleri ve sağlık hizmeti sağlayan diğer kurumları beş alanda değerlendirerek akreditasyon sağlıyoruz, onların uygulamalarına bakıyoruz, kanıta dayalı bilgilerine bakıyoruz, standartlarına bakıyoruz, değerlendirmelerine bakıyoruz ve eğer hepsi yerindeyse bir akreditasyon ödülü de söz konusu.

Buradaki ilk aşama uygulamamız araştırmacı takım tarafından yapılıyor ve bu akreditasyon ödülünün verilmesi için ilk aşama araştırmacı grubun yapmış olduğu araştırma. Sonrasındaki aşamalarda da farklı gruplar akreditasyon açısından farklı noktaları değerlendiriyorlar ve bütün bu noktalar olumlu olduğu durumda hastanelerin raporlamalarına bakılıyor. Bütün bu araştırma grubu, değerlendiriciler bunları değerlendirdikten sonra MSQH ilk olarak buradaki konsey kararı ile birlikte kurumun akreditasyona uygun olup olmadığına karar veriyor.

Buradaki sertifikasyon kararına baktığımız zaman; kalite gelişiminin bu servislerde, bu hizmetlerde sürdürülebilir ve devamlı olması bizim için çok önemli. Buradaki tam akreditasyonu dört yıl için veriyoruz ve eğer bu dört yıl içerisinde akreditasyonunuzu sürdürebilmekte başarısız olursanız size bir yıl daha akreditasyon veriyoruz ve araştırmalar gerçekleştiriyoruz, gözlemler yapıyoruz. Bunda da bir yılsonunda da başarılı olursanız eğer bir üç yıllık daha akreditasyon süresi veriyoruz.

Örneğin bazen bazı hastaneler denetime tabi tutuluyor ve bunlara akreditasyon verilmiyor. Burada öz değerlendirmeler de yapıyoruz ve bu öz değerlendirmeleri de dikkate alıyoruz ve gerekliliklerle öz değerlendirmelerin sonuçlarını karşılaştırıyoruz. Bu karşılaştırmanın sonucunda aslında akreditasyon sürecinin tamamını tanımlıyor ve hâlâ eksik olan bir şeyler varsa bir ek destek süreci de veriyoruz kendilerine. Buradaki sertifikasyonun sürdürülebilir olması için periyodik değerlendirmeler yapıyoruz; 12 ayda ve 36'ıncı ayda bir dizi periyodik değerlendirme yapıyoruz. Dolayısıyla hastaneler akreditasyon için, sertifikasyon denetimi için kendilerinin yapması gereken bütün her şeyi hazırlamaları gerekmektedir ve bu periyodik değerlendirme sürecinde de hangi birimlerin değerlendirileceği, denetime alınacağını onlara bildiriyoruz ve hastaneler bununla alakalı hazırlıklarını gerçekleştiriyorlar.

Zaman zaman izleme aktiviteleri de gerçekleştiriyoruz, negatif raporları, geriye dönen raporları inceliyoruz. Aynı zamanda kamudan gelen geri bildirimleri izliyoruz, onları dikkate alıyoruz. Eğer burada kanıta dayalı bir bilgi elde etmişsek,

eğer bu kanıta güveniyorsak onlara sertifikalarını veriyoruz. Aynı zamanda size güncellenmiş bir akreditasyon programına ilişkin bir grafiği de sunmak istiyorum, 1998-2013 yılları arasındaki hastanelerin akreditasyon sürecini görüyorsunuz. Büyük bir çoğunluğu özel hastanelerden oluşuyor, yine kamu hastaneleri de dahil. Bu, kamu hastaneleri için bu da özel hastaneler için grafik. Buradaki özel hastanelerin sayısı çok değil ancak hastanelerin, ülkedeki özel hastanelerin %70'i bu hizmetleri, bu akreditasyon onaylarını aldı. Aynı zamanda enfeksiyonla ilgili ulusal ortalama durumlarına baktığımız zaman yıllar içerisinde bu enfeksiyon durumlarında da düşüş olduğunu görüyoruz hastanelerin durumundaki bu iyileşmeden dolayı.

Malezya hastanelerindeki akreditasyon zorluklarına baktığımız zaman yönetişim, liderlik ve yönlendirme bizim için önemli noktalar. Bir dizi eğitim programları hazırlıyoruz medikal direktörler için hastane hizmet yönetiminde ve diğer başka eğitim programları hazırlıyoruz. Aynı zamanda planlama ve akreditasyon araştırmalarını hazırlanma açısından onları bir dizi eğitimler yapıyoruz. Akreditasyon alanında insan kaynaklarıyla alakalı karşılaştığımız bir dizi zorluk var. Bunlarla alakalı da çalışmalar gerçekleştiriyoruz. Kapasite geliştirme, uzman geliştirme çalışmaları yapıyoruz, tesisler ve ekipmanlarla alakalı çalışmalar yapıyoruz. Bütün kamu hastaneleri, örneğin kendi altyapılarını yeniden gözden geçirdiler. Hastanelerin tasarımlarına bakıyoruz, onlarla alakalı renovasyon çalışmaları gerçekleştiriyoruz ve uzun dönemli planlama açısından da sürdürülebilirliği sağlamaya çalışıyoruz bu tesis altyapılarında ve uygulamalarında.

Sonuç olarak akreditasyon aslında çok kapsamlı bir kavram ve kalite gelişimi ve hasta güvenliğinin sağlanması için de çok güçlü bir araç. Akreditasyon çok etkin bir şekilde kullanılmaktadır pek çok kültürde ve küresel toplumlarda en önemli konseptlerden, kavramlardan bir tanesi olmaya devam etmektedir.

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
Oturum Başkanı

Çok teşekkür ediyoruz. Tam 20 dakikada tamamladınız konuşmanızı.

Evet, bu örneklerden sonra şimdi selfie çekmeye sıra geldi. Ülkemize döneceğiz, Sağlık Bakanlığından Doktor Abdullah Öztürk bize Türkiye'deki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Vizyonundan bahsedecek.

Türkiye'deki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Vizyonu

Dr. Abdullah ÖZTÜRK

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanı

Sayın Başkan, sağlığın kıymetli yöneticileri ve çok kıymetli misafirler, hepinizi saygıyla selamlıyorum. Zamanı etkin kullanma adına hemen konuma geçmek istiyorum.

Bugün burada bu oturumlarda ilgimizi çeken temel husus, özellikle Sayın De Souza'nın sunumuna başlarken vermiş olduğu kravat örneği yani aslında biz neyiz ve dışarıdan nasıl algılanıyoruz? Benim sunumum da aslında Sağlık Bakanlığının nasıl algılandığı, reflection of my life diyor, aslında Sağlık Bakanlığının çalışmalarının yansımaları nasıl onu bir hatırlamak istiyoruz çünkü bu bizim için çok önemli. Ne yaptığımız değil dışarıdan nasıl algılandığı çok önemli.

Süreç olarak bir kesitsel dönem alacağım, Sağlıkta Dönüşüm Programıyla başlayacağız. 2005 yılında sağlıkta kalite standartlarının ilk versiyonunu ortaya çıkması, değerlendirmeler, 2012 yılına geldiğimizde sağlıkta akreditasyon ve 2014 dün itibariyle Meclis Genel Kurulunda kabul edilen TÜSEB ile bitireceğim. Yani geçmişten geleceğe sağlıkta kalite sürecine bir göz atacağız.

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla başlamak istiyorum. Sağlıkta kalite denildiğinde neden Sağlıkta Dönüşüm Programıyla başlıyor? Çünkü tarihte Sağlık Bakanlığının hizmet sürecine baktığımız zaman çeşitli yayınlar, resmi yazılar ortaya çıkmış ama uygulamaya geçmediği için, etkin bir uygulama olmadığı için ve bir de yaygın olmadığı için sağlıkta dönüşüm programıyla başlıyoruz. Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli özelliklerinden bir tanesi, sorunlar sarmalı ile boğuşurken Sağlık Bakanlığı vizyonunun, hizmetlerin yeniden planlanması sürecinde, sağlıkta kalite ve akreditasyonun bu önemli belgede yer alması.

Düşünün siz, sağlık hizmetlerine erişemiyorsunuz, ilaç alamıyorsunuz, kuyruklarda bekliyorsunuz, muayene olmak istiyorsunuz ama özel muayenehaneye gitmeden muayene olamıyorsunuz böyle bir süreçte siz sağlıkta kalite ve akreditasyonu çok önemli bir belgeye koyuyorsunuz. Bunun için ben Sağlıkta Dönüşüm Programını çok anlamlı buluyorum. 2005 yılına geldiğimizde sağlıkta kalite sisteminin yapı taşlarının artık yavaş yavaş oluşmaya başladığını görüyoruz.

İlk yapı taşı Sağlıkta Kalite Standartları, iki yıllık süreç içerisinde bir taslak standart seti oluşturuldu. O zamanlar tam olarak standart özelliği de taşımıyorlardı ama ilk olması nedeniyle çok kıymetliydi. Bu standart setleri zaman içerisinde gelişerek 2010 yılında bugün kullandığımız Sağlıkta Kalite Standartları niteliğinde

ölçülebilir ve iyileştirme özelliğine sahip olan standartlar haline geldi. Şimdi tabii aslında sağlıkta kalite standartlarının da bazı özelliklerinden bahsetmek lazım; bir defa sağlıkta kalite standartlarının en temel özelliği optimal kalite düzeyini hedeflemiş olmasıdır. Yani ulusal düzeyde standartlardır, optimal kalite düzeyini hedeflemektedir ve uygulaması mevzuatla zorunlu hale getirilmiştir.

Üç temel özelliğini sayıyoruz, sağlıkta akreditasyon standartlarının da bu anlamda aslında üç temel özelliği vardır. Optimal kalite düzeyi değil maksimum kalite düzeyini hedefliyor. Değerlendirme ya da uygulama zorunlu değil gönüllülük esasına tabidir ve en önemli özelliği de ulusal değil uluslararası özelliğe sahiptir. Şimdi Sağlık Bakanlığının elinde iki kıymetli sağlıkta kalite ve akreditasyon alanında değeri vardır. Akreditasyon belki yenidir, ama kalite standartları ile Sağlıkta Dönüşüm Programı içerisinde yaşanan bu gelişmeler, bu iyileştirmelere büyük katkısı olduğunu söylememiz gerekir.

Geliştirilen kalite standardı setlerine bakacak olursak zaten kullanıcısı olduğunuz için kendiniz yakinen tanıyorsunuz, bir defa Hastane Hizmet Kalite Standartları dediğimiz ya da Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti olarak hepinizin tanıdığı standartlar. İkincisi ağız-diş sağlığı merkezlerine yönelik olarak kullanılan standartlarımız. Bir diğeri acil sağlık hizmetlerine yönelik yayınlamış olduğumuz ve uygulama alanında olan standartlar ve nihai olarak da doku tiplendirme laboratuarlarına yönelik hazırladığımız standartlar. Bu standartların ben detaylarına girmeyeceğim çünkü bir sonraki oturumda kalite standartlarının özellikle de yeni versiyonu bağlamında bütün özellikleri sizlere takdim edilecek. Bunun yanında, hazırlanmakta olan kalite standardı setlerinden bahsetmek istiyorum. Diyaliz merkezlerine yönelik, aile sağlığı merkezlerine yönelik ve klinik laboratuarlara yönelik hizmet kalite standartları ya da Sağlıkta Kalite Standartları yeni ifadesi ile yakın bir süre içerisinde hizmete sunulacak.

Burada hizmet sunum alanlarının dışında farklı bir standart setimizin daha olduğunu görüyoruz, o da tıpta uzmanlık eğitimi standartları. Bu alandaki ihtiyaçların ortaya çıkması ve böyle bir standart setinin talep edilmesi üzerine biz özellikle uluslararası tıpta uzmanlık eğitimi standartlarının incelenmesi, çekirdek müfredatların incelenmesi, ulusal mevzuatların incelenmesi sonucunda ve pek çok da yayının incelenmesi sonucunda tıpta uzmanlık eğitimi standartları taslak setini hazırlamış bulunuyoruz diğer standart setlerini taslağını hazırlamış olduğumuz gibi.

Ulusal çapta kalite standartlarının geliştirilmesi ve uygulaması noktasında aslında dünyanın çok gerisinde olmadığımızı görüyoruz. Tabii standart setlerinin geliştirilmesi ile birlikte sağlıkta kalite alanında pek çok şeyi hallettiğimizi söylememiz çok da mümkün değil. Önemli olan geliştirilen sağlıkta katle

standartlarının uygulama noktasında uygulama etkinliğinin sağlanması, uygulamanın yaygınlaştırılması ve sürekliliğin sağlanmasıdır. Bu üç temel unsur sağlanmadan sağlıkta kalite standartlarının amaca ulaştığını, maksadının hasıl olduğunu söylemek çok da mümkün değil.

Şimdi bu amaca ulaşmak için bir defa kongreler düzenliyoruz, örneğin 5'incisini düzenlediğimiz bu Kongremizde 61 konuşmacı bilimsel sunumlarını bizimle paylaşacaklar. Bugün sabah itibariyle başladık. Yine sözel bildiri kapsamında 62 sözel bildiri sunulacak ve 147 poster bildirisi bu Kongre kapsamında sunulacak. Dolayısıyla baktığımız zaman kongrelerin çok önemli bir eğitim faaliyeti olduğunu ve önemli bir boşluğu doldurduğunu söyleyebiliriz. Uluslararası bilgi paylaşımı noktasında da beklentilerin ötesinde, beklentilerin üzerinde bir fayda sağladığını görüyoruz.

Bunun yanında yaptığımız faaliyetlerden bir diğeri de hasta-çalışan güvenliği sempozyumlarıdır. 2010 yılında başladık hasta-çalışan güvenliği sempozyumlarına. Bu yıl itibari ile 16'ıncısını gerçekleştirdik. Burada da önemli hedef kitlemiz doğrudan sağlık çalışanlarıdır. Kongrelerde olduğu gibi, kongrede örneğin sağlık çalışanları, sağlık yöneticileri, sağlıkla ilgisi olan tüm paydaşların bir arada olduğu ve bilgi paylaşımında bulunduğu bir ortam kongreler. Sempozyumlarımızda da özellikle sağlık çalışanları, her kesimden sağlık çalışanının hedef kitle olarak bulunduğu bir faaliyet. Burada önemli olan hasta ve çalışan güvenliği sempozyumlarının içeriğidir. Biz burada sağlık tesislerinde hasta ve çalışan açısından risk yönetimi, sağlıklı çalışma yaşamı çalışanlar açısından çok önemli. Örneğin ilaç güvenliği, laboratuar güvenliği, cerrahi güvenlik, hasta düşmeleri, radyasyon güvenliği gibi çok önemli konuları sağlık çalışanlarımızla paylaşmaktayız. Ortalama bin kişi katılıyor, örneğin Bolu gibi bir ilde geçen ay yapmış olduğumuz sempozyuma bin kişi katıldı.

16 Sempozyumda yaklaşık 15 bin katılımcıya ulaştık ve bilgilerimizi paylaştık. Bunun yanında SKS okulları düzenledik. SKS okullarının da özellikle kalite birimlerinde çalışanlar, bölüm kalite sorumluları, kurum yöneticileri, il performans ve kalite koordinatörleri başta olmak üzere yine sağlık çalışanlarına yönelik düzenliyoruz. Üç okul düzenledik ve üç okulda toplam ortalama 1.500 kişiye Sağlıkta Kalite Standartları alanında, yapacakları uygulamalar alanında bilgilendirme yaptık.

Ayrıca bu faaliyetlerin yanında pek çok yayınımız da mevcut. Bu yayınlarımıza kalitesaglik.gov.tr üzerinden erişilmesi mümkün, orada elektronik ortamda yayınlıyoruz. Bugüne kadar bu kongrede yayınladığımız yayınlar hariç 61 yayınımız olduğunu söyleyebilirim. Bunlar çok önemli eğitim kaynağı olarak kullanıcıların yararına sunulmuştur. İki tane de dergimiz var, birisi bilimsel hakemli dergi,

diğeri de performans kalite ve hasta güvenliği ajansı faaliyetlerimizin anlatıldığı bir dergi. Bunu da yılda iki kez çıkartıyoruz ve siz değerli sağlık çalışanlarına sunuyoruz.

Bunun dışında eğitim faaliyetleri çerçevesinde bugünkü sunumlarda da bahsedildi, sağlıkta kalite değerlendirmeleri, kalite sisteminin önemli bir parçası, kalite standartlarının uygulama alanıdır. Ama aynı zamanda da bir eğitim aracıdır. 25 bin gibi tahmini bir rakam söylendi, ben bunun daha yüksek olduğunu da düşünüyorum çünkü geçen yıl 1.500 kurum değerlendirdik, bu 1.500 kurumdan altı bölüm belirledik yani dokuz bin civarında bölüm değerlendirdik. Her bölümde siz üç beş kişi ile iletişim kursanız bu değerlendirme sürecinde bunun minimum 25 bin olduğu, yıllık yaklaşık ortalama 50 bin civarında olduğunu söylememiz mümkündür.

Şimdi bu yapılan çalışmalar sonucunda; sağlıkta kalite standartlarının teorik anlamda uluslararası düzeyi yakaladığını söyleyebiliriz. Değerlendirici kapasitesi noktasında kendi ülkemizde yeterli durumda olduğumuzu yine söyleyebiliriz. Yalnız etkinliğin sağlanması noktasında bir hususu iletmeden geçemeyeceğim. Örneğin sağlıkta dönüşüm programının başlaması ile birlikte ilk standartların yayınlandığı 2005 yılından 2013 yılına kadar sağlıkta kalite standartlarının ölçülmesi, kurumlardaki uygulama düzeyinin ölçülmesi ve bunun sonucunda elde edilen başarılar, hem kurumsal hem de bireysel performansın teşvik unsuru olarak kullanıldı. Ancak 2013 yılından sonra bu uygulama terk edildi. Biz sağlıkta kalite standartlarının, hasta ve çalışan güvenliği temeline dayanan bu standartların, bu uygulamadan vazgeçildiğinden dolayı etkinliğinin azaldığını düşünüyoruz bunu da katılımcıların ve yetkililerin dikkatine sunmak istiyorum.

Sağlıkta kalite ve akreditasyon noktasında bir başka dönüm noktası, kilometre taşı olarak 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameyi zikredebiliriz çünkü ilk defa bir kanun maddesinde sağlıkta kalite ve akreditasyon ifadesi geçiyor ve bu ifade ile birlikte Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne sağlıkta kalite ve akreditasyon kurallarını belirlemek ve uygulamasını sağlamak görevi veriliyor. Bu göreve dayanarak Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı kuruluyor ve 2012 yılında da akreditasyon faaliyetleri başlatılıyor. O açıdan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname Sağlık Bakanlığı için, Türk halkı için önemli bir Kararnamedir diye düşünüyorum.

Sağlıkta akreditasyona geldiğimizde, 2012 yılına kadar geçen süreç içerisinde tabii aslında çok tartışıldı akreditasyon, ama bizim önümüzde bir ciddi engel vardı. Bize hep şu söyleniyordu, sivil kuruluşların dışındaki kuruluşlar özellikle Sağlık Bakanlığı gibi taraflı olan bir kurumun akreditasyon gibi bir işle iştigal etmesi hiç normal değil deniliyordu. Biz de o zaman sivil kuruluşlar yapsın ülkemizde,

ülkemizde bir akreditasyon sistemi olsun diye bekledik fakat buna da cesaret eden olmadı. Biz de yaptığımız araştırmalar neticesinde aslında bunun tam da böyle olmadığını gördük. TÜSEB'in kurulmasıyla birlikte bugün bu konu gündemden de kalkmıştır. Geldiğimiz noktada akreditasyonda önemli bir mesafe kat edildi.

Akreditasyon aslında bizim aklımıza gelen bir husus değil. Küreselleşen dünyada ülkeler arası ilişkilerin artması, sağlık turizminin çok ileri bir boyuta gelmesi hatta bazı bölgelerde ülkeler arası sınırların kalkması, hastaların serbest dolaşımı kapsamında gidilen bölgelerde eşit düzeyde sağlık hizmeti alınmasının tek yolu bütün bu dolaşılan bölgelerde aynı standartlarla ölçülen bir sağlık sisteminin uygulanıyor olmasıdır. Bunun adı da akreditasyondur, o yüzden aslında akreditasyon bizim uygulamakta zorunlu olduğumuz, gerçekleştirmekte zorunlu olduğumuz bir hususdur ama biz biraz geç kalmışız, varsın olsun bugün bu noktada iyi bir durumda olduğumuz için en azından sevinebiliriz.

Akreditasyon faaliyetlerini 2012 yılında ISQua ile resmi olarak temas kurmamızla resmi olarak başlattık. Az önce de ifade ettiğim gibi önümüze çıkan bir tablo vardı, kara bir mizah vardı. Sağlık Bakanlığı bu işlerle iştigal etmesin deniliyordu. Ama Sayın Charles Shaw'ın bu çalışmasında özellikle 1994 yılında başlayan, 2010 yılına vardığımızda neredeyse %30-35'e varan yani 1/3'e varan akreditasyon kuruluşlarının devlet kuruluşu olarak gündeme geldiğini gördük ve bu bizi cesaretlendirdi. Bu geçen bir buçuk yıl zarfında biz de bu cesaretle büyük bir mesafe aldık.

Detaya bakacak olursak neden akreditasyon? Çünkü bir defa maksimum kalite düzeyini hedefliyoruz. Bizim sağlıkta kalite standartlarındaki optimum kalite düzeyi Hakkari'den Edirne'ye, Sinop'tan Antalya'ya ülkenin dört bir tarafında evet optimum bir kalite olmalıdır ve bunu zorunlu olarak temin etmeliyiz, halkımızı teminat altına almalı, onların sağlığını güvence altına almalıyız. Ama bir de bir teşvik unsuru olması gerekiyor. Maksimum kalite düzeyini hedefleyen standartlarımız olsun istedik, gönüllülük esası olsun istedik, sürekli değerlendirme olsun istedik yine lider kurumlar ortaya çıksın bir yarışma mantığı olsun istedik, dünyaya örnek olalım istedik çünkü uluslararası standartlarımız olsun istedik. Sağlık turizmini teşvik etsin istedik ve yine en önemlilerinden bir tanesi uluslararası geçerliliği olmasını istedik.

Bütün bunları istediğiniz zaman bunun adı zaten akreditasyondur, bunun çok daha fazla detayına girmeyeceğim zaten benden önceki konuşmacılar akreditasyonun ne olduğu konusunda çok güzel bilgiler paylaştılar. Şimdi aslında bu da paylaşıldı yani ISQua'nın akreditasyon programında ne var? Üç temel yapının akreditasyonu var; bunlardan birisi standartlar, diğeri değerlendirme eğitim programı ve bir diğeri de kurumsal akreditasyondur. Şimdi biz ülkemizde

yaptığımız çalışmalarla standartlarımızı, sağlıkta akreditasyon standartları hastane setini akredite ettik, bu akreditasyon süreci tamamlandı, belgesi geldi. İki tane setimiz diyaliz merkezlerine yönelik ve ağız diş sağlığı merkezlerimize yönelik setlerimiz akreditasyon için ISQua'ya gönderildi, bunlar da değerlendirme aşamasında.

Şimdi gördüğünüz gibi bu belge akreditasyon belgesi, Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının akredite edildiğine dair ISQua'dan aldığımız belge. Sayın O'Conner yarın Sayın Bakanımıza takdim edecekler. Bu da Değerlendirici Eğitim Programımızın belgesi, bu da takdim edilecek. Burada şunu görüyoruz, az önce Sayın Marikar bir harita gösterdi, orada ulusal akreditasyon sistemi olan ülkeler arasında Türkiye'yi de gördük, bundan mutlu olduk. Eğer ISQua'nın şu üstteki web adresine girerseniz orada listede iki yerde Türkiye'nin isminin olduğunu göreceksiniz; birisi akredite standartlara sahip olan ülkeler listesi, diğeri de değerlendirici eğitim programı. Akredite olan ülkeler listesinde Türkiye'yi görmek mümkün olacak.

Türkiye'de sağlıkta kalitenin geleceği dedik, aslında kalitenin geleceği akreditasyon ve bunun sürdürülebilirliğidir. Yani siz en uç noktadasınız, nereye varacaksınız? Bulunduğunuz düzeyi sürdürmek en önemli hedeflerden bir tanesidir ve geçen zaman içerisinde bulunduğunuz düzeyi geliştirmektir. Bundan sonra yapacağımız şey budur. Bu noktada kurumsal akreditasyon yani iki temel yapının akreditasyonundan sonra üçüncü yapının da ilave olmasıyla bu hedeflerin gerçekleşmesi daha da mümkün hale gelecek.

Bildiğiniz gibi dün Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Meclis Genel Kurulundan geçti, Cumhurbaşkanının onayından sonra kanunlaşmış olacak. Şimdi burada neler var onları bir gözden geçirmemiz lazım. Bir defa sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kurallarını belirlenmesinde Bakanlığa bilimsel katkı sağlamak temel görevlerin arasında yer alıyor. Zaten çok fazla görevi yok, çok fazla göreve de gerek yok. Sağlık Bakanlığına bilimsel katkı sağlamak yani Sağlık Bakanlığının bilimsel araştırma laboratuarı niteliği taşıması bunun için en önemli hususdur.

Şimdi onun tam karşısında 663 sayılı Kanun'la Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Başkanlığına verilen görev neydi? Sağlık kurum ve kuruluşlarına yönelik kalite standartlarını belirlemek idi. İşte Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığının yapacağı görev de Sağlık Bakanlığı bu çalışmaları yaparken Sağlık Bakanlığına bilimsel katkı vermek olacak. Yine uluslararası düzeyde kurum ve kuruluşları akredite etme görevi var, bu görevi Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı yürütecek ve uluslararası akreditasyon kuruluşları ile karşılıklı tanıma ve işbirliği anlaşmaları yapacak. Dolayısıyla aslında bizim çatımızda çatılmak üzere ve bu kalite yapılanması tamamlanmak üzere diyebiliriz.

Son söz olarak şunu söyleyebiliriz, aslında son söze geçmeden önce ben şunu söylemek istiyorum, Sayın De Souza'nın bir kravat hikayesiyle başladı. Sayın Başkan birkaç dakikam var mı?

Şimdi algı önemli, aslında bu bizim yaptığımız sunum bir algı sunumudur. Yani biz neyiz ama aynanın karşısına geçtiğimiz zaman kendimizi nasıl görüyoruz? Acaba doğru bir ayna karşısında mıyız? 1980'li Yıllarda tıp fakültesinde okurken hocamız bize algı bozuklukları ile ilgili bir hikâye anlattı. Hastanın bir tanesi psikiyatri hekimine gidiyor, diyor ki, ben dışarı çıkmaya korkuyorum, kendimi buğday tanesi zannediyorum, darı zannediyorum ve kuşların beni yiyeceğinden korkuyorum bana yardımcı olabilir misiniz? Tabii yardımcı olurum diyor, psikoterapi derken bir üç ay, arkasında bir üç ay daha altı ay geçiyor. Altı ay sonra hekim-hasta görüşmesi sonucunda ikna oluyor. Hastamı tedavi ettim diye gurur duyuyor, hastasını gönderiyor. Hasta dış kapıdan çıkarken kafasına takılan bir soruyu sormak üzere geri dönüyor. Doktor bey, kafama takıldı bir şey sorabilir miyim, kapının üzerinden konuşuyor. Ben diyor, şimdi kapıdan çıkarken aklıma geldi, ben darı olmadığımı biliyorum ama acaba dışarıdaki kuşlar da bunu biliyor mu? Doktor bey diyor ki, kapıyı içerden kapat ve gir. Tabii süreç yeniden başlıyor.

Bizim doğru bir algıya sahip olmamız lazım, bu aynaya bakma misalinde olduğu gibi biz kendimizi doğru tanıtmalıyız ki sizin bakışınız da böyle olsun. Aslında siz dışarıdaki kuşlar değilsiniz, siz bu örnekteki hastasınız benimle, bizimle beraber. Biz kendimizi nasıl hissediyoruz ve dışarıya nasıl lanse ediyoruz bu bizim için çok önemli. O yüzden bizim geldiğimiz nokta çok önemli, durduğumuz yeri iyi bilmemiz gerekiyor ve eksikliklerimizi tamamlayarak mükemmele doğru gitmemiz gerekiyor.

Son söz olarak kalite uygulamalarında başarılı kurumlar için ödüllendirmeyi öngören yapısal düzenlemeler yapmamız gerekiyor. Biliyorsunuz şu andaki mevzuatımız gerek teşvik gerekse ceza anlamında herhangi bir yaptırım içermiyor, en azından ödüllendirmeyi içeren bir yapısal yasal düzenlemeye ihtiyacımız var.

Türkiye'ye ait ancak uluslararası kabul görmüş değerlerimize hep birlikte sahip çıkmalıyız, bu yaptığımız çalışmaların uygulaması noktasında kurumlarımıza döndüğümüzde uluslararası alanda geçerli olan bu çalışmalara hayat vermek, onlara işlerlik kazandırmak durumundayız, anlam katmak zorundayız çünkü rafta durduğu zaman herhangi bir anlam ifade etmeyecek.

Sağlıkta kalite ve akreditasyona ilişkin uygulamalarımızı yurt çapında tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında en üst seviyeye çıkartmalıyız. Çünkü bu bir vizyon, Türkiye sağlıkta kalite akreditasyon vizyonu dedik, bizim vizyonumuz bu. Biz

evet, dünyayı takip etmek istiyoruz, sağlıkta kalite ve akreditasyonda dünyadaki gelişmeleri takip eden ancak dünyaca takip edilen, örnek alınan bir ülke olmak istiyoruz.

Ben de Hazreti Mevlana'nın sözüyle konuşmamı bitirmek istiyorum, çok sevdiğim bir söz. Hazreti Mevlana'nın her sözüne hayranlık duyarız ama bu sözünü de ben çok seviyorum, paylaşmak çok önemli. "Altın ne oluyor, can ne oluyor, inci-mercan da nedir bir sevgiye harcanmadıktan, bir sevgiliye feda edilmedikten sonra!" diyor. Sağlık Bakanlığı olarak incimiz, mercanımız, altınımız, gümüşümüz, çalıştığımız, çabaladığımız, elde ettiğimiz bu sağlıkta kalite ve akreditasyon standartlarıdır. Biz sağlık çalışanlarını, sağlık yöneticilerini çok seviyoruz, halkımızı çok seviyoruz. Bu en değerli varlığımız olan standartları halkın yararına kullanmak için size armağan ediyoruz. Saygılarımla.

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
Oturum Başkanı

Teşekkür ederiz Abdullah Bey. Oturumu kapatmadan eğer soru varsa çok kısa konuşarak, kendinizi önce tanıtarak sorarsanız memnun olurum. Mikrofonlar yok mu? Peki, başlayalım.

Çok teşekkür ederiz sabrınız için. Bu oturumu burada sonlandırıyoruz, daha sonrakilere de fazla sarkmaya fırsat vermeyelim. Teşekkür ederim.

PANEL

KANITA DAYALI SAĞLIK HİZMET SUNUMU VE KALİTEYE YANSIMALARI

Oturum Başkanı - **Prof. Dr. Mustafa PAÇ**
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticisi

21.04.1954 Ankara Doğumludur. 1977 Yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesini Bitirdi. Aynı Üniversiteden 1983 Yılında Göğüs, Kalp Ve Damar Cerrahisi Uzmanlığını Aldı. Atatürk Üniversitesi'nde 1983-1992 Yılları Arasında Yardımcı Doçent ve Doçent, 1992-1995 Yılları Arasında Profesör Olarak Görev Yaptı. 1992-1997 Yılları Arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Ve Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı, 1997-1998 Yılları Arasında Bakan Danışmanlığı, 2002-2003 Yıllarında Adnan Menderes Üniversitesi'nde Profesörlük, 2003-2012 Yılları Arasında Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde Kalp Damar Cerrahisi Klinik Şefliği Yaptı. Aynı Hastanede 2006-2012 Yılları Arası Başhekimlik, 2012-2014 Yılları Arası Hastane Yöneticiliği Yapmış Olup, Halen Yönetici Başhekim Olarak Görev Yapmaktadır. Evli ve 2 Çocuk Babasıdır.

Klinik Hizmetlerde Kanıta Dayalı Yaklaşım

Prof. Dr. Turan ASLAN
Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi

1955'te Balıkesir'de doğdu. 1980'de mezun olduğu İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi'ndekiEnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlık eğitimini 1984'te tamamladı. Vatani görevini 1985-1986 yıllarında Erzincan'da, takiben SBbünyesindeki devlet hizmeti yükümlülüğünü Kars ve Malatya'da tamamladı. 1993'te İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde"yardımcı doçent" kadrosuna atandı. 1995-2000 yılları arasında "postdoctoral fellow" statüsüyle ABD'de bulundu. Yurda 2001 yılında dönüşünde Zonguldak Karaelmas Üniversitesi,Tıp Fakültesi'nde göreve başladı. 2003-2005 arasında SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı'nı yürüttü. 2005-2010 döneminde Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde "klinik şefi" olarak görev yaptı. 2007-2010 arasında"başhekim"lik yaptığı Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin üniversiteleşme sürecini yönetti. Halen, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD başkanı olarak görev yapmaktadır.2004 yılından beri,Türk Kızılayı'nda Denetçiler Kurulu üyesi ve 14.04.2013 tarihinden itibaren başkanolarak görevini sürdürmektedir.Adli Tıp Kurumu 5. İhtisas Dairesi ve Genel Kurul üyeliği ile TÜBİTAK ULAKBİM TR (Tıp) Dizin Komitesi üyesidir. Evli ve 4 çocuk babasıdır.

Kanıta Dayalı Yaklaşım ve Hasta Güvenliği

Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI
Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi

Dr. Çakmakçı 1974 yılında Istanbul Erkek Lisesi'nden mezun olmuş,Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni1981 yılında bitirmiş ve 1986'da aynı fakülteden genel cerrahi uzmanlığını almıştır. 1996'da üniversite profesörlüğüne atanan Dr. Çakmakçı, 2004 yılında Marmara Üniversitesi'nde "Sağlık Kurumları Yöneticiliği" yüksek lisans programını bitirmiştir. Dr.Çakmakçı, 10 yıldan çokSurgicalInfectionSociety – Europe'un yönetim kurulu üyeliğini ve son olarak da başkanlığını yürütmüştür.Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği'nin (SKID) kurucu üyesive başkan yardımcısıdır.Cerrahi enfeksiyon derneğinin kurucu başkanıdır. Ayrıca, kuruluşunda rol aldığı Etik ve İtibar Derneği (TEID)'nin Ekim 2010'daki birinci olağan genel kurulunda ilk yönetim kurulu başkanı olarak seçilmiş, kural gereği 2013 yılında başkan yardımcısı ve yönetim kurulu üyesi görevine geçmiştir. Ana ilgi konuları arasında kanser cerrahisi, cerrahi enfeksiyonlaryanısıra tıp eğitimi, sağlık politikaları, sağlık yönetimi, iş ahlakı ve tıbbi etik, hasta güvenliği ve sağlıkta kalite çalışmaları bulunmaktadır.

Klinik Rehberler, Tanı ve Tedavi Algoritmaları

Prof. Dr. Bülent GÜMÜŞEL
Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi

7 Nisan 1967 yılında Ankara'da doğdu. 1984 yılında girdiği Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden 1988 yılında mezun oldu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Farmakoloji Programı'ndan 1992 yılında "Bilim Uzmanlığı" unvanını, 1997 yılında "Farmakoloji Doktoru" unvanını aldı. 1997 yılında Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde Yrd. Doç. Dr. olarak "Öğretim Üyeliğine" atandı. 2000 yılında Farmakoloji Doçenti unvanını aldı. 10. Ocak. 2007 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı'nda Profesör kadrosuna atandı. Prof. Gümüşel halen aynı fakültelerde "öğretim üyesi" olarak görev yapmaktadır. 2 Ocak 2012 tarihinden itibaren Hacettepe Üniversitesi Rektör Danışmanlığı görevine getirilmiştir. 8 Temmuz 2014 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekanlığı'na atanmış olup halen aynı Fakültede Dekan olarak görev yapmaktadır.

KANITA DAYALI SAĞLIK HİZMET SUNUMU VE KALİTEYE YANSIMALARI

Prof. Dr. Mustafa PAÇ

Oturum Başkanı

4. Panelimizi açıyorum. Kanıta Dayalı Sağlık Hizmeti Sunumu ve Kaliteye Yansımaları bu panelimizin ana konusu. Birinci konuşmacımız Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesinden Profesör Doktor Turan Aslan Bey.

Klinik Hizmetlerde Kanıta DayalıYaklaşım

Prof. Dr. Turan ASLAN

Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi

Sayın Başkanım, Değerli Meslektaşlarım, Hanımefendiler, Beyefendiler, bu beşincisi yapılmakta olan sağlıkta performansın ve kalitenin tartışıldığı ve gündeme alındığı sempozyumlar, kongreler zinciri şeklinde devam eden çalışmaları düzenleyen, emeği olan bütün arkadaşlarımıza çok teşekkür etmemiz lazım. Tıp açısından, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılması açısından. İlk başladığından beri katılıyorum, gerek dinleyici olarak gerek konuşmacı olarak ve güzel konular tartışılıyor tıbbın kalite yönünde kritize edilmesiyle ilgili.

Şimdi sağlık hizmetlerinde bilim bir geniş yelpazede oturmuş bir süreç. Yüzyıllar boyunca süren, kimi tartışmalı, kimi yumuşak tartışmalarla geçen bir sürecin günümüze taşınmış hali. Bunun kanıta dayalı olan bölümünü biz daha çok tartışmaya açıyoruz. Ondan önce ilim bir sanattı, evet. "Önce zarar verme" sloganıyla bizim eğitim hayatımızda kendini bulmuş olan bir sanat olarak değerlendirilen, hastalık yok, hasta vardır denilen ve hekimlik bir usta-çırak işidir. Özellikle cerrahi alanlarda söylenen, ana belirtgeçlerin ışığında, sanatla bilim karışımı bir mesleğe sahibiz. Usta-çırak işidir diyen arkadaşlarımız çoktur, bir zanaat işidir, bir sanattır, iki kere iki dört etmez diyen arkadaşlarımız çoktur. Bir stetoskop ve bunun altında ölçülmeye uğraşan birçok istatistiksel veri. Ama günümüzdeki uygulamaları açısından baktığımızda hepimiz birer kanıt bulmaya çalışıyoruz. Önce hasta polikliniğe geliyor, orada neyin var diye sorduktan sonra hiç mazisini, öz hikayesini, özgeçmişini sorgulamaksızın diyoruz ki biz sizden şu tahlilleri isteyelim, şu röntgeni de isteyelim. Bakalım bunlar gelsin ne olacak? Hastaya elimiz bile değmiyor. Klavyenin tuşlarına değiyor ama hastaya elimiz

değmiyor. Klavyeye ve ekrana bakıyoruz ama hastaya bakmış gibi oluyoruz. Tahliller geliyor, bakıyoruz, herhangi bir şeyin yokmuş, işte şu ağrı kesiciyi al bir hafta idare et, geçmezse yeniden gel şeklinde yaklaşımlarda bulunuyoruz. Ama bildiğimiz ve uzun yıllar deneyimsel olarak tartışılmış bir gerçek var ki anamnez %70'e yakın hastalıkta, durumda bizi kurtaran, bizi tanıya götüren bit uygulama. Bunun yanında fizik muayene %20, laboratuar uygulamaları ise %5 ile 10'luk bir kesimini teşkil ediyor hastaya yaklaşımımızın. Ve aynı zamanda şunu belirtmekte yarar var, laboratuar uygulamaları röntgeniyle ve patolojisiyle, mikrobiyolojisi, biyokimyasıyla daha çok koyduğumuz, düşündüğümüz tanıyı ha bu tanı yokmuş gibi nasıl davranabiliriz onu destekleyici bulgular olarak karşımıza çıkıyor günümüzde. Tabii bir kısım da %5-10 dedim laboratuar katkısını, bunun o %5'lik kısmının bir kısmı bazı hastalıklarda, hastalığın düzeyine göre, sağlık hizmetinin verildiği düzeye göre değişmek üzere hiç tanı da koyulamamış olabiliyor. Evet, kişisel klinik tecrübesi hekimin, diğer bulgular, laboratuar bulguları hastadan gelen anamnez, özgeçmiş, soy geçmiş bilgileri birleştiği zaman çok az bir alanda bizim tanımız gerçekleşiyor. Bu nedenle biz kanıt dediğimizde bilimsel çalışmalar sonucu elde edilen verilerdir diyoruz. Kanıt biraz hekimlik mesleğinin farklı bir yaklaşımı.

Bilimsel aktivitelerden elde dilen sonuçların pratikte uygulanabilir olması lazım. Realitede bu her zaman geçerli değil, çünkü kriterler yetersiz olabilir, gerçeği bulamamış olabilir, kanıtlara erişmede sorun olabilir ve hekimin bilgi ve ilgisi yetersiz olabilir, bilginin yayılmasında gecikme olabilir. Yani bir Amerika'da beş yıl önce uygulanmaya başlayan bir bilgi, kanıt, ülkemizde yeni uygulamaya başlamış olabilir. Hızla yenilenen bir süreçteyiz. Evet, günümüzde hızlı bir bilgi eskimesi ve bilgi yenilenmesi, bilgi yerine konması söz konusu. 20-30 yıl kadar önce o dönemde bir akut gastroenterital tablosunda suyun içilmemesi gerektiği üzerinde tezler yürütülürken bugün tam aksini söylemekteyiz. Bunun yanında 20 yıl kadar önce hepatit panelindeki birçok durum için herhangi bir tedavi söz konusu değildi tıp açısından baktığımızda, tanı koyarken de öyleydi. Ama günümüzde kür sağlayabildiğimiz durumlarla baş başayız. Bunların nedenleri, zamanı az hekim veya tıp uygulayıcısı olarak gördüğümüz tıp çalışanları, uzun bir zamanı bilgilerini güncellemekle geçirmek durumunda. Aksi takdirde beş yıl güncellenmeyen, yenilenmeyen bilgi tıp dışına götürmek durumunda bizleri. İlgililerin ilgisizliği, motivasyon kaybı, her şeyi performans gibi bir ölçekle ölçmeye çalışmak yani "bir dikiş attın bir puan gibi" tanımlar hekimliğin motivasyon eksilmesine neden oluyor ve yine hepimiz şikayet ediyoruz post graduate eğitim olanaklarından yoksunuz diye. İzin alıp bir yerde kursa gitseniz bir dert, izin almadan gitseniz yıllık hakkınızdan gidiyor. Böyle bir istismarın getirdiği çözüm önerileridir bunlar, istismar etmeyen insanların kaybıdır.

Araştırmalardan elde edilen en iyi kanıtlar, klinik deneyim ve hastaya ait tercihlerin bir araya getirilmesi sonucu oluşan ve hasta için en iyi tıbbi yaklaşımı bize sergileyen durumdur kanıta dayalı tıp uygulamaları. Burada kişinin ve laboratuar olanaklarının ve hekimin tecrübesine dayanarak elde edilen sonuçlar var. Batı literatüründe even less base medicine olarak algılıyoruz. Tabii bu kadar karmaşık tıbbın birçok sektör tarafından hizmetini aldığı bilgiler var, istatistiksel, biyo istatistiki olarak nitelendirdiğimiz tıbbi istatistik, tıbba hizmet ediyor. Elektroniğin, bilgi alışverişinin çok yoğun olduğu bir ortamda sanal bilgi alışverişi tıbba hizmet ediyor. Bunlar arasında şaşırmış kalmış, bilgi bombardımanı arasında şaşırmış kalmış bir yapıdayız. Başlangıçta kanıta dayalı hekimlik, yeni yetme neslin, deneyimli olan hekimlerin, bu işin duayenlerinin karşısına çıkarttıkları bir alt etme sanatı gibi algılanmış ve çok büyük direnç görmüştür. Yeni anlayışımızda bu direnç giderek kırılmış ve şu gerekçelerle uygulamaya girmiş; sürekli olarak yeni kanıtların bulunması yani kanıta dayalı tıbbı destekleyen kesim yeni kanıtlarla verilerini destekliyor. Yeni kanıt öğrendikçe hekimin hastaya yaklaşımında önemli değişiklikler söz konusu. Yani bir tıbbi onam alınması cerrahi müdahalede bir yenilik, günümüzde bu bilgilerin hastaya anlatılması, hastanın öğretilmesi, hastanın informe edilmesi bir yenilik. Bilgiye kısa zamanda ulaşmakta zorluk çekiyoruz klasik yöntemlerle gidersek. Bir, bu bilgiyi ulaşmada sıkıntımız olursa tükenmişlik gelişiyor, geleneksel eğitim programları bu nedenle bu ivmeye ayak uyduramamış durumda. Hekimleri güncel tuttuğunu kabul ediyoruz.

Evet, neler gelişiyor bu konuda, kanıta dayalı hareket eden meslek uygulayıcılarımızda? Önce soru sorabilirlik gerçekleşiyor, bir bilgiyi kanıt olarak bilebildikten sonra o konunun neden ve niçinini sorgulamak. Soruları yanıtlamak ve karar verebilmek. Bilgiyi anlamak ve iletişimini sağlamak yani bilgiyi başka meslektaşlarıyla, başka bilim adamlarıyla paylaşabilmek söz konusu ve bir de hani hastalar der, bizim anlayabileceğimiz gibi konuşun, kendi aramızda bir dil oluşuyor. Bu ne kadar bilirsek o kadar ortaklaşabileceğimiz bir şey. Tanı, prognozu belirleme ve en uygun tedaviyi seçmede bugün için artık hekimin en büyük dayanağı kanıta dayalı tıp. Evet, bu konuda PİPO metodu dediğimiz hastaya uygulamaya kontrol grubuna ve sonuçlarını içerisine alacak kısaltma tabirlerimiz söz konusu.

Kazanımlar neler olmuş bu konuda? Bir diyabetik ayak yarasına medikal yaklaşım sergileyecek olursak, örnek olarak; diyabetin regülasyonunun, yara bakımının, pansumanının ve sistematik olarak rasyonel antibiyotik kullanmanın hangi ölçüde rol aldığını bu kanıtlarla ortaya koyabiliyoruz. Kanıta dayalı tıbbın kaynakları binlerce diye ifade edebileceğimiz, Türkiye'de ULAKBİM'in kaydında

400-500'e yakın dergi takip altında olduğu söz konusudur. Uluslararası takipte olan birçok dergi var. 2011 yılında yapılan bir çalışma, 20 bin civarında bir tıbbi bağlantısı olan medical journal'un olduğunu bize gösteriyor. Index Medicus'ta da 20 milyonu aşan makale, yayın toplanmış durumda. İyi kanıt seçerken iyi dergiyi ve iyi yayını bulmak önemli. İyi dergiyi seçerken de hakemli, bağımsız ve impact faktörü yüksek olanını seçmek lazım. Kanıta dayalı tıp uygulamalarında literatür bilgilerinin çok önemli bir şekilde pozitif ivme kazandığını görmekteyiz. Evet, uygun arama filtreleri kullanılarak bu kadar 20 bin civarında yayın, süreli yayın var diyoruz, bunların arasından bilgiye ulaşmak cidden zor ama elektronik bu noktada bizim imdadımıza yetişiyor. Index Medicus, Sicience Citation Index ve diğerleri google akademik gibi diğerlerini de söyleyecek olursak herkesin kendi ihtiyacına göre yararlanacağı birçok tarama motorları, arama motorları var. Ve uygun arama ve filtreleri kullanabilmek de bu konuyu gündeminden çıkarmamak demektir. Özellikle klinik araştırmalar ve tasarımları, hasta sayısı gibi faktörler göz önünde bulundurularak belirli bir sıralama içerisine de sokabiliyoruz. Sıralamada çok merkezli, randomize kontrollü çalışmalar piramidin en üstünde yer alıyorlar. Bunlar tamamen bilimsel çalışmalarda, nereye daha çok önem vereceğimizi gösteren bir piramit göstergesidir. En üstte sistemik meta analiz çalışmalarının olduğunu, daha aşağılarda da keys report'ların ve diğer araştırmaların yer aldığını söyleyebiliriz. Cochrane Kütüphanesi hepinizin bildiği değişik sınıflamalarla bizim işimizi kolaylaştıran ve bütün erişilebildiği ülkelerden ulaşıldığı takdirde yeterli bilgi alınabilen bir veri kaynağıdır. 1993 yılından itibaren hizmetimize girmiş durumda.

Ve kanıta dayalı tıbbi uygulamalarda bir diğer yaklaşım guide line'ların hizmetimize sunuluyor olması arkadaşlar. Guide line'lar birçok yönden avantaja sahip olmasına rağmen bazı yenilenebilirlik açısından, bilginin tazeliği açısından, update edilmeleri uzun zaman aldığı takdirde eskiyebiliyorlar ve bizim ihtiyacımızı görmeyebiliyorlar ama bir de bulundukları ülkenin, yayınlandıkları ülkenin değerlerini daha çok ön plana alıyorlar. Mesela hiçbir zaman 1976 yılında ebola salgınının ilk başlangıcını gördüğümüz Afrika'da buna ait guide line'nın yayınlandığını bilmiyoruz değil mi? Yıllar geçti, uzun zaman geçti, büyük salgın meydana geldi, Batı ülkelerini etkiler noktaya geldi, hava trafiği, ulaşım trafiğinin çok kolay olabilmesi nedeniyle Batılı ülkeleri, diğer gelişmekte olan ülkeleri de etki altına alacak bir noktaya geldi. Şimdi bakıyoruz ilgili kuruluşlar ebolada tedavi yaklaşımları guide line'ı, ebolada preantif önleyici tedbirler neler olabilir. Bu yönde guide line'lar çıkarmakta. Evet, kılavuz kullanımında, bu içinde bulunduğumuz çağda, kanıta dayalı tıp uygulamaları açısından ciddi bir artış var. Her konunun hemen hemen bir guide line'ı söz konusu. Kanıtların değerlendirilmesi amacıyla kanıtlar ve bulgular beş kategoriye ayrılmış durumda. Bunlar da kendi aralarında

dört sınıfa ayrılmış durumda. Bunların içerisinde en geçerli olan 1A isminde adıyla adlandırdığımız grupta bulunan guide line'lar veya bulgular. Bunlar 1A, 3B gibi guide line'nın tercihine göre sınıflandırmalara sahip. Birinci derece, ikinci derece ve daha düşük düzeyde bulguları destekliyor. Zayıf bulgularla bir uygulamaya karar vermek bizim uygulamamızı zayıflatacak bir noktadadır. Bilgi kaynağı yıllar öncesi uzman görüşüydü. Ben hocama sordum, o böyle biliyor. 1980'li yıllarda bir antibiyotik kullanan bir arkadaşımla olayı tartışırken demişti ki, ben 100 milyon ünite kristalize penisilin veriyorum, ostomioyidi tedavi ediyorum. Bunun böbrek fonksiyonları, elektroid fonksiyonları ve elektroid dengesizlik ne olacak dediğimde; benim hocam öyle yapıyordu, ben de böyle yapıyorum hiçbir zararını görmedim vallahi demişti. Ama bugünkü şartlarda olsa bu vaka bir zarar gördüğünde hukuka dayanır, onun ucu da adli tıbba gelir ve kişiye bu işin faturası kesilir. Klinik beceriler yarı mistik görünüyordu yani bir hekim yaşadığı toplumda belirli doğa üstü özelliklere sahip, toplumun ortalamasından farklı meziyetlere sahip olarak görülüyordu. Giderek denetlenebilir ve yenilenebilir bilgilere sahip olmaktayız, bu kanıta dayalı tıbbın kazandırdıkları. Araştırma yapmak, deneysel çalışma yapmak marjinal bir işlemdi, bir klinisyenin gidip laboratuar köşelerinde zaman geçirmesi onun için bir kayıp gibi görünüyordu, şimdi ise klinik uygulamaları ışık tutucu olarak değerlendirilebilir noktadadır. Araştırma analizleri rastgeleydi, şimdi ise istatistiksel tıbbi bilgiler çerçevesinde yapılıyor. Hastalardan yeni kanıt elde etmek önemli değildi, kanıta dayalı tıp sayesinde uygun olan her durumda hastaların tıbbi çalışmalara, araştırmalara malzeme olması daha doğrusu aday olması kaçınılmaz hale geldi. Bilgi kaynaklarına, bunlar hakkındaki kritiklere bir uluslararası dergiyi göz önüne aldığımızda, tartışmalı bir konu gündeme geliyorsa eğer bir bakıyorsunuz bir dahaki yayınında editoryel ismi altında, editöre mektup adı altında o konunun kritik edildiğini, tartışıldığını, editörün buna cevap verdiğini, yazara bu işi sorduğunu dolayısıyla açık bir ortamda tartışmalarla olayın değerlendirildiğini görüyoruz.

Hekimler giderek ciddi bir bilişim ve iletişim içerisinde olmaya başladı. Yani coğrafi olarak uzak olan bir yöredeki kişinin danışmanlığına, konsültasyonuna başvurulduğunu görüyoruz. "İkinci görüş" ismi altında uygulamaları var bunun günümüzde, Amerika'da bu işi ticari noktaya getirmiş olan kulüp tarzında yapılanmalar var üniversitelerde. Yani konuyu bulgularıyla beraber veriyorsunuz, ülkemizde de var bu tür bilgiler, internet üzerinden, network üzerinden giden bilgiler yorumlanarak karar veriliyor; şu ameliyatın şöyle yapılmasını tavsiye ederiz gibi.

Tıbbi uygulamaların çoğunlukla yararlı olduğu kabul edilirdi eskiden, yani hekim sorgulanmazdı. Ama bugün için kanıta dayalı tıbbi uygulamalarla, hekimin de

zarar mı verdiği, yarar mı sağladığı tartışılabilir noktada. Yani bir aminoglikozit uygulaması yapan renal yetmezlik içerisindeki bir hastada aminoglikozitler, makrolidler uygulamakta olan bir kişi pekala sorgulanabilir, neden bunu veriyor olduğu konusunda. Hasta ile ast-üst ilişkileri vardı, şimdi arkadaş ilişkileri var. Neden? Çünkü hasta da artık bilgiye ulaşabiliyor, açık ortamda, internet ortamından, sanal ortamdan aldığı bilgilerle. Bilgili ve erişilmez olan hekimdi eskiden, ulaşmak çok zor noktadaydı ama şimdi randevu aldığımızda istediğimiz hekime ulaşabilmek hakkına sahibiz gibi geliyor, öyle inanıyoruz en azından. Bunlar tam gerçekleşemese de ülkemizde gerçekleşip kanıta dayalı tıbbi uygulamaların bir adım ötesinde bilgisayar tuşunun duruyor olduğunu bilmemiz ve bilişim teknolojilerinde eğitimli, hakim olan ve bilişim teknolojilerinin yanı sıra birikmiş olan bilgilerden de yararlanabilen bir hekimlik uygulaması yaptığımızda kanıta dayalı tıbbın yararlarını göreceğiz. Yoğun, doğruluğu tartışmalı bilgi bombardımanındaki hekimin bilmesi için de kendi alanındaki duayenlerin her zaman için deneyiminden de yararlanarak kanıta dayalı tıbbi uygulamaları hayata geçirmesi yararlıdır. Yoksa bilgiler, bulgular var ama neler yapacağımızı karar veremeyen bir farklı canlı gibi davranmak zorunda kalmak bizim için affedilmez, bizim için olmaması gereken bir durum.

Ben hepinize kanıta dayalı tıbbi uygulamalar yaparken herhangi bir faul duruma düşmemeyi, hasta karşısında mahcup olmamayı diliyorum ve iyi hekimlik uygulamaların kanıta dayalı tıpla desteklenmesine canı gönülden inanıyorum

Teşekkür ediyorum sabrınız için.

Prof. Dr. Mustafa PAÇ

Oturum Başkanı

Teşekkür ederiz Turan Hocama. Şimdi Sayın Profesör Doktor Metin Çakmakçı Hocamız "Kanıta Dayalı Yaklaşım ve Hasta Güvenliği" konusunda konuşacaklar. Buyurun efendim.

Kanıta Dayalı Yaklaşım ve Hasta Güvenliği

Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI

Anadolu Sağlık Merkezi

Özeti şu; hasta güvenliği ile kanıta dayalı tıp birlikte olmuyor! Sayın Başkanım, Sevgili Arkadaşlarım, teşekkür ederim nazik davetiniz için. Kanıta dayalı olmayan bir tespitle başlayayım, bu Sağlık Bakanlığının düzenlediği kalite ve hasta güvenliği kongrelerinin ilkinin bilimsel başkanıydım. O zamandan bu zamana 2004 ya da 2005 idi çok yol almışız; hem algılama ve konuştuğumuz konular. Sabahki projeler ve sunumları dinledikten sonra çok etkilendim, hem de Bakanlığın duruşundan, gerçekten çok yol almışız. Ülke açısından çok mutluluk verici…

Sağlık hizmeti sunarken birinci ilkemiz hâlâ Hipokrat'ın ilk ilkesi: Önce zarar verme! Ama burada mıyız şimdi biraz buna bakmak istiyorum. O nedenle önümüzdeki 5-10 dakika içerisinde çoğunu bildiğiniz şeylere ama benim cephemden değineceğimi hatırlatmak istiyorum ama ilk defa da burada duyacağınız başka şeyler ekleyeceğim arkasına. Bu söyleyeceklerimin hepsi de can sıkıcı ama… Yani sonunda çıkarken bana lütfen kızmayın.

Bir paradigma değişikliğine ihtiyacımız var. Bakın bu anne-baba Mart 2012'de İngiltere'de bir kalp ameliyatı olan 5 yaşındaki oğullarını kaybettiler. Sonraki gazete mülakatlarındaki yorumları aşağı yukarı şöyle; hemşireler çok meşguldü, alarmları duyan olmuyordu, oğlum o kadar susamıştı ki nemli mendilleri emiyordu, başka bir hastaneye götürmek istediğimizde bize kızdılar, sağlık personelinin deneyim ve bilgisi çok eksikti, biz sağlık durumunun iyiye gitmediğinin farkındaydık, o kadar çok fırsat kaçırıldı ki! Ama iyi niyetliydiler! Şimdi kalp cerrahisindeki ölüm oranlarına bakalım; beklenen ortalama post operatif mortalite %5'in üzerinde. Yani %5 var, 10 var, biraz hani volüm ilişkisi var bildiğiniz gibi, volüm yüksek yerlerde biraz daha düşük ama işte %5-10 mortalite oranları var. Bunlar bekleniyor. "Beklenenin" altını çizmek istiyorum. Neyi bekliyoruz? Bu çocuğun ameliyat olduğu hastaneninki de şu; beklenenin biraz üzerinde! Peki, başka bir Amerika'daki çocuk hastanesi diyor ki, bizim ölüm oranımız beklenenin altında ve bunu internet sitesine koyuyor. Şunlar değişik indekslere göre, kriterlere göre o yıllardaki yaptıkların ameliyatların beklenen mortaliteleri. Şu kırmızı çizgi de kendi hastanelerinin gerçek mortalite eğrisi yani beklenenin altında bir mortaliteyle hizmet veriyoruz diyorlar. Bu sizi ilgilendiriyor mu anne-baba olarak? Neyi bekliyorsunuz? Başka bir beklentiyi bir düşünelim şöyle, öyle günlük koşuşturmamız içinde bu kavramları atlıyor olabiliriz. Bakın, toplumdaki 65 yaşından büyük kişilerin 1/3'ü yılda bir kez düşüyor. 65 yaş üzerindekilerin en

sık yaralanma biçimi düşme. Düşmelerin %5-10'u majör kafa travması, kırık gibi ciddi bir yaralanmayla sonuçlanıyor. Bilinçli önleyici yaklaşımlarla bu %30-40 azaltılabiliyor. Bir de düşme olasılığını arttıran etmenleri iyi biliyoruz. Hastanede de yaşlılar düşüyor, çok da nadir değil. Beklenen hız araştırmaya göre değişiyor ama 1000 yatak/gün için 2,9-13 arasında veriler var. Bunların da %30'a varan oranı kırık, yumuşak doku travması gibi yaralanmalarla sonuçlanıyor. Fakat bir soruna neden oluyor, düşüyorlar, hastanede de düşüyorlar, e ne yapalım yani! Bir şekilde bakış açımızı değiştirmemiz lazım, paradigmamızı değiştirmemiz lazım. Paradigma; temel değerler dizisi, düşünme biçimi ve toplumsal kabuller. Başka bir paradigmaya geçmemiz lazım bu açıdan, bizlerin önce geçmesi lazım. Neyi bekliyoruz? Niye bekliyoruz bunları? Ne görüyorsunuz burada? Ne görüyorsanız onun tersine geçin. Ördek görüyorsanız ördek, tavşan görüyorsanız ördekten tavşana geçin. Lütfen bakış açınızı değiştirin!

Ameliyatlardan sonra beklediğimiz bir takım cerrahi alan enfeksiyon oranlarımız var. Bunların içerisinde kaldığımız zaman kendimizi normal sayıyoruz, normal demesek bile kabul edilebilir görüyoruz. Bu kabul edilebilir mi? Şöyle bir anonsla buraya gelmiş olsaydınız, bu çok eski 1999'da …'in makalesinde, hepiniz uçakla geldiniz buraya; "hanımefendiler, beyefendiler kaptan pilotunuz konuşuyor, bizim havayollarının şu sayılı uçuşu ile İstanbul-Antalya seferine hoş geldiniz. Uçuş yüksekliğimiz şu kadar, süremiz 60 dakika olacaktır. Varış noktanıza ciddi bir yaralanma olamadan sizi ulaştırma şansımızın %97 olduğunu bildirmekten mutluyum. Bu uçuş sırasında yaralanmaya neden olabilecek veya olmayacak ciddi hata yapma şansımız sadece %6,7'dir. Ben ve ekibim adına hoş geldiniz." Sizin, hepinizin bu anonsu hastaneye yatırdığınız her hastaya söylemeniz lazım çünkü biz bu oranlarla hizmet veriyoruz. Siz olsaydınız uçar mıydınız? Yürüyerek gelirdiniz muhtemelen Antalya'ya! Hastaneye niye yatıyorsunuz? Kızmayın! Mecbur muyuz bilmiyorum, işte mecbur değiliz demek istiyorum yani bir şekilde sunduğumuz hizmet hastalarımıza zarar veriyor ya da sunduğumuz hizmetin kendisi hastalarımızı öldürüyor. Şimdi şöyle bir haber vardı bir iki yıl önce, yanlış bacak ameliyatından sonra doktordan ilginç cevap; sağ menüsküs ameliyatı olacakken çıkıyorlar bakıyorlar ki aile sol tarafı sargılı çocuğun. Doktor da geliyor bakıyor; aa basiretimiz bağlanmış diyor. Şimdi basiretimiz neyse o onun bağlanmayacağı bir düzen içerisinde çalışıyor olmamız lazım. Bugün için her şeyi hastalarımızın iyiliği için iyi niyetle yapıyoruz, kaliteli sağlık hizmeti vermek için çok çalışıyoruz ama amalarımız var, amalarımız da çok. Bu liste bildiğiniz gibi çok uzatılabilir. İstemediğimiz sonuçlar ortaya çıkabiliyor.

Şimdi yine birkaç yıl geçti, 10 küsur yıl geçti bu makalenin yayınlanmasından bu yana, Amerika'da bir hekim ve sağlık personeli gruba, bir de halka soruyorlar. Diyorlar ki, sizin kendinizin ya da ailenizden birinizin tıbbi bir hata ile karşılaştınız

mı diye soruyorlar. Hekimler diyor ki, evet, %35 gördük, karşılaştık, bizden birisi yaşadı böyle bir şey. Halka sorduklarında %42 diyorlar. Biz bunu Türkiye'de replike ettik bir iki yıl önce, yayınlamadık ama böyle sağda solda anlatıyoruz. Sayılar da ciddi istatistik değeri olan hatta o Amerika'daki çalışmadan daha yüksek olan sayılar. Hekim ve sağlık personeline biz sorduk, siz kendiniz ya da ailenizden birisi tıbbi bir hata ile karşılaştı mı diye. Sağlık personelinin evet yanıtı %69, halkın %10. Şimdi bu iki rakamı yan yana koyalım ya da iki araştırma sonuçlarını yan yana koyalım; sağlık personeli Batı'da %35 evet diyor, bizde %69, halka sorduğumuzda Batı'da %42 diyor, bizde %10. Yoruma açık, nasıl yorumlarsanız ama burada bir şekilde bir toplumsal tutarsızlık ya da benzersizlik var. Böyle bir ortam içerisinde çalışıyoruz ve bu ortam değişebilir, bu rakamlar, bu tablolar değişebilir. Değişmeli! Tıbbi hatalar bir sistem sorunu kuşkusuz. Bu yine 10 yıldan eskidir ilk tespit, şu paragraf, çalışanların beceriksizliği sorunun %1'ini oluşturur geri kalan %99 durumda iyi bir iş yapmaya çalışan iyi insanların basit hatalar yapmaları nedeniyle sorunlar ortaya çıkıyor. Ben ilk başta abartı bulurdum, yıllar geçtikçe doğru buluyorum. Doğru buluyorum çünkü son efekt olarak bizlerin yaptığı hatalar aslında yanlış sistemlerin ürünü. Biz bağımsız çalışan değiliz sağlık sistemleri içerisinde ya da öyle olmamız lazım. O nedenle bu rakamlar doğru, sistemler suçlu ama sistemleri de yaratanlar biziz. Şimdi sistemler deyince bunu ilk defa görüyor, duyuyor olabilirsiniz, önümüzdeki dönemlerde biraz çalışmamız lazım bu kavramı. Sistemler ikiye ayrılıyor iş dünyasında, iş modelleri içerisinde, Türkçesi uymuyor. 40 civarında sözlük karıştırdım ben ve bir linguistik bilgileri olan arkadaşım, kompleksin karşılığı nedir, komplikate'in karşılığı nedir diye şunu uydurdum; kompleksin karşılığına karmaşık dedim, komplikate'in karşısına karışık dedim. Karışık sistemler stabil sistemler; üretim dünyasında, fabrikalarda çok karışık işler üretiyor olabilirler, komplike bir takım süreçleri olabilir ama stabildirler, çevre etkileşimleri ve çevre değişkenlerine kapalıdırlar, öngörülebilir, bilinebilirlerdirler, kontrol edilebilirler, büyük oranda da ilişkiler lineerdir. Sağlık sistemleri bu özelliklerin, bunların hiç birine uymuyor. Sağlık süreçleri, sağlık sistematiği sürekli değişen çevre etkileşimine açık, hiçbir zaman öngörülemez, tam olarak öngörülemez, düzen komponentleri arasındaki çoklu ilişkilerinden ve işbirliğinden doğar lineer değil, parçaların işleyişi bütün davranışı belirleyemez. Bunlar bilimsel veriler, sağlık sistemine uyguladığınızda bu çıkıyor. Öyle olduğunda da sistemin karmaşıklığını incelemek için ya da sorunlarınızı incelemek için parçalarına ayırıp inceleyemezsiniz. Komponentlerine ayırdığınız zaman sağlık süreçlerini işin içinden çıkamazsınız. Şimdi bu tablo aslında benim yıllardır yüksek sesle savunuculuğunu yaptığım sağlık kurumları nasıl yönetilmelidirin de temel bilimsel verisini ortaya koyuyor. Türkiye köşesinden döndü bu yaklaşımın, 1980'lerde, 1970'lerde Batı dünyasında moda olan, bilenler yok mu bu sağlık kuruluşlarını yönetsinler, profesyonel

işletmeciler, duvara çarptı. Bugün için Amerikalı iyi hastanelerin ya da Batı'daki iyi hastanelerin, iddialı hastanelerin başında bir sağlık çalışanı var. Çoğunlukla hekim, bazı yerlerde hemşire. Çünkü dışarıdan salt işletmeci gözüyle geldiğiniz zaman şu farkı yakalamanız, algılamanız ve yönetmeniz, düzeltmeniz mümkün değil.

Peynir dilimi, bizim derdimiz bu peynir dilimi. Çok ayrıntısına girmeyeceğim ama bu İsviçre peynir modelindeki o kadar güzel bir anoloji ki bu neyi düzelteceğimize yol gösteriyor; delikleri küçülteceğiz, dilimlerin yerini değiştireceğiz, gerektiğinde dilim sayısını arttıracağız, gerektiğinde dilim sayısını azaltacağız, onun bile hesabını yapmak mümkün. Nerede arttıracağız? Nerede azaltacağız? Ama bazen oluyor ki o risk hataya dönüşebiliyor. Bugün için bu İsviçre peynir dilimi için önerilen model şu, İsviçre peyniri değil de İsviçre peynir dağı çünkü o peynir diliminin önemli bir tarafı suyun altında gidiyor. Güzel, bu da hoş! Çok zaman kaybetmeyelim bununla ama bu ven diyagramına baktığınızda bütün hatalar yan etkiye ya da soruna neden olmuyor biliyorsunuz. Bunların da 1/3'üne önlenemez yan etki diye bakıyoruz. Bugünkü bilgimiz, teknolojimiz anaflaktik şok gibi sürprizlerle karşılaşacağımız çok açık ama odaklaşacağımız ve iyileştireceğimiz büyük bir kısım var burada.

Şimdi biraz konunun başlığına geleyim, bu kadar bir giriş konuşmasından sonra kanıta dayalı tıpla ne ilişkimiz var? Tıbbi karalar yani akademik tıptaki hekimlik mesleğindeki tıbbı kararlar biraz önce hocamızın gayet net anlattığı şekilde var olduğu sürece kanıdan, izlenimden, görgüden bilimsel verilere doğru dönüşmesi lazım. Bu kanıta dayalı tıp, tekrar etmeyeyim. Kuralları var, kanıların dereceleri var, kanıtların dereceleri var epey yıldır bunları biliyoruz. Yani hangi veri öbüründen daha değerli onların bir hiyerarşisi var ve bu böyle aşağıya doğru gidiyor. Hatta birazcık daha böyle aşağı doğru indirdiğinizde, benim birkaç hastalım serim var, orada hiç komplikasyonum olmadı, o vakayı ben de hatırlıyorum ya da benim hocam böyle yapardı ya da daha iyisi, en iyisi de bu zaten, ben hep böyle yaparım en iyi yolda bu. Şimdi bu kanıta dayalı tıp hiyerarşisi hasta güvenliğinde işe yaramıyor ya da kısmen işe yarıyor. Çünkü hasta güvenliği açısından doğru bulduğumuz, önemsediğimiz bir takım uygulamaların yeterli kanıtı yok. Yeterli kanıtı olmayacağı da açık. O zaman kanıta dayalı tıp açısından baktığınızda bazı uygulamalarımız mesnetsiz kalacak, dayanaksız kalacak, çok açık. Bugün için şöyle bir çalışma yapabilir misiniz? Çift kontrollü randomize taraf işareti çalışması. Bir grup menüsküs ameliyatına işaret koyalım, bir grup ameliyata işaret koymayalım onları karşılaştıralım filan. Yapmamız mümkün değil. Yani bir grup için bu anlamda bilimsel verimiz hiç olmayacak, orada iyi uygulamaları ve görgü, deneyim ağırlıklı gitmek zorunda kalacağız.

Buradan hareketle hasta güvenliğine klasik tıbbi akademik uygulamaların dışında

bir sistem yaklaşımı, sistem sorunu olarak bakma alışkanlığını edinmemiz lazım. Yani bu tam köşeli akademik tıp ile süreç uygulamalarının bir yerde kesişmesi var ama aynı yöntem, aynı mantıkla yaklaşmamız mümkün değil. Buradaki sorunları hem analiz etmek, hem çözmek için insan faktörleri metotlarıyla, psikolojiyle, mühendislik, bilişim, risk analizi, güvenlik teorisi gibi yaklaşımlarıyla bakmamız lazım ve üreteceğimiz ürünleri standardize edip, basitleştirip, protokollere bağlayıp, kontrol listeleri ekleyip ve tüm bu süreç içerisinde veri toplama analiz ve iyileştirmeyi hedefleyecek paket haline getirmemiz lazım. Ve şu üç konu hep gündemde olmalı; bu yaptığımız işler etkin olmalı yani neyin işe yaradığını tanımlamamız gerekiyor. Bu yaptıklarımızı uygun kullanmalıyız yani işe yarayan uygulamaları ihtiyacı olanlara ulaştırmalıyız ve bunu hatasız yapmamız lazım. Yani yaptığımız uygulamayı zamanında, doğru dozda, her seferinde atlamadan uyguladığımızdan da emin olmamız lazım. Bunlara böyle tam baktığınızda birkaç güzel örnek var, hem bilimsel kuralların olduğu, verinin olduğu mesela venöz tromboz ve enboli profilaksisi ve bunun kuralları gibi uygulamalarda bütün bu bakış açıları uyuyor ama biraz önce söylediğim gibi her şeye de uymuyor. Şunu da unutmayın, bir taraftan öyle diyorum ama insan gözlem ve yorumunu da abartmamamız lazım çünkü insan yorumunun olduğu her yerde hata olacak başka yolu yok bizim beynimiz böyle çalışıyor. Verilere göre iki uzmanı şu yukarıdaki işleri yaparken: radyoloji raporları, EKG yorumları, anjiyo grafi raporları, patoloji raporları, iki uzmanı yan yana koyduğunuzda %10-20 civarında sonuçlar çelişecektir. Tabii hangisi doğru bu sefer üçüncüyü bulmanız gerekecek. Ama bir şeyler yapmak gerekiyor. Şimdi ana basamak olarak kurum kültürünü çok konuşuyoruz, son 10 yıldır çok da vurguladık kurum kültürümüzü değiştirmemiz gerekir diye. Ben artık onu öyle konuşmuyorum, kurum kültürünü değiştiremeyebilirsiniz. Koç Holding'in kurum kültürü Vehbi Koç zamanında neyse bugün için de o, bundan sonraki kuşak da onu değiştiremeyecek istediği kadar uğraşsın. Böyle kabul ediliyor. Ama biz kurum kültürünü değiştirmek istiyoruz o zaman kurum kültürünü değil de davranışları değiştirmeye odaklanmak belki daha iyi. Kurum kültürünü bütün komponentleriyle belki değiştirmek şansınız olmama ihtimali yüksek birincisi bu. Davranışları değiştirelim. Düşük beklenti kültürü güzel bir tarif, düşük beklenti kültürünü yok etmemiz lazım. Şunu aklınıza lütfen koyun, yanlış olduğundan emin değilseniz doğru olduğunu varsayımı değil, bu yanlış, doğru olduğundan emin değilseniz yanlış olduğunu varsayın. Örnek için zamanımız var, bir hastayı taburcu etmek için servise geldiniz, klasik bu şeyle ilgili örnek o. Hemşire size diyor ki, anjiyoya gönderdik hastayı! Peki, o zaman herhalde işten çıkmadan önce bir anjiyo yapılsın demiştir hastaya deyip, dönüp gidiyorsunuz. Bu ilki; yanlış olduğundan emin değilseniz doğru olduğunu varsayın kültürü. Bu yanlış, böyle yapmayacağız. Nasıl davranacağız? Doğru olduğundan emin değilseniz yanlış

olduğunu varsayın. Servise gittiniz hastanızı taburcu etmek için, bakınıyorsunuz, hemşire diyor ki, anjiyoya gönderdik diyor. Hım, doğrudur değil aksine bunda bir hata var deyip peşine koşmanız lazım. Pek çok yerde bu uygulanabilir ve çok sık, o gözle bakın lütfen baktığınızda çok sık karşılaşacağınız bir davranış modeli olacaktır. Üçüncüsü de, suçlayıcı, hesap soran değil açık, paylaşımcı kültürü yerleştirebilmemiz lazım. Burada epey yol aldık önümüzde kaldı tek Türk Ceza Kanunu. Türk Ceza Kanunu'nun ilgili maddelerinin değiştirilmesi lazım. Değil mi? Çünkü şu anda hasta güvenliği sistemleri çalıştırıyorsunuz, hepiniz her gün sürekli suçlu oluyorsunuz. Bütün bunları da sıralı bir şekilde değil de döngülü bir şekilde yapmamız lazım ki iyileştirmenin gereğini yapalım, bununla zaman kaybetmeyelim. Uygulama farklılıklarını gidermemiz lazım, varyasyon yüksekse, bu kalitesizlik anlamına gelir. Bilimsel kanıtlara varsa uyalım, hatırlatma kontrol listelerini ve genel anlamda sistem kavramını oluşturalım çünkü bunlar olmadığı zaman kalitesizlik oluyor. Kontrol listelerine tekrar vurgulamak için buraya koydum. Artık çoğu yerde karşımıza çıkıyor ve bunların mutlak işe yaradığı da iyi gösterilmiş durumda. Örneğin, bu bizde de var olan Dünya Sağlık Örgütünün orijinal kontrol listesi uygulayarak enfeksiyonu, ameliyathaneye geri dönme oranı, ölüm oranı, herhangi bir komplikasyon gibi oranların böyle çok net azaltıldığı ortaya çıkmış durumda. Sistemler ne için tasarlandılarsa o ürünü verirler gerçekten, hatalı sistemler hatalı oranlar verirler, hatalı ürünler verirler. Şimdi biz hasta güvenliği açısından, six sigma gibi bir kavrama biraz aşinaysak, üç sigma civarındayız muhtemelen. Bazı uygulamalarımız iki, üç, anestezi dört. Bu bize bir rahatlık sağlıyor, niye rahatlık sağlıyor? Çünkü sistemi çok kolay düzeltme şansımız var. Hatalar birbirini tekrar ediyor çünkü. Biraz dörde geldiğimizde yeni hatalar daha önceki hataların bileşkelerinden ortaya çıktığını fark ediyoruz. Ama o parçaları bulduğumuzda yeni hatayı önlenebilir hale geleceğiz. Biz herhalde benim kuşağım da, sizin kuşağınız da altı sigma dönemini görmeyecek, tıbbi hatalar ve sağlıkta kalite konusunda. O kuşağın işi çok zor olacak, çünkü onlar bir hata gördüklerinde hepsi sürpriz bir hata olacak. Onun daha önceki geçmişten analiz ederek, hasta güvenlik uyarılarına bakarak nedenlerini bulamayacaklar.

Evet, somut kanıtlanmış önerileri tekrar edeyim: Hasta güvenliği kültürünü geliştirmek lazım, bildirim sistemini iyileştirmek, ekip çalışmasını, iletişimini iyileştirmek lazım, çalışma sürelerine bir gözle bakmak lazım. Düşünerek çalışması gerekenleri bölmemek lazım telefonlarla, mesajlarla. Bilinen teknikleri kontrol listeleri s bar, hızlı yanıt takımları gibi şeyleri iyileştirmemiz lazım. Belki önümüze şöyle bir hedef de koyabiliriz, asla olmaması gerekenleri tarif edebiliriz. Artık Türkiye'de önümüzdeki yıldan itibaren hiç yanlış taraf cerrahisi olmayacak, hastalarda ameliyatlardan sonra hiç artık bundan sonra yabancı cisim kalmayacak. Temiz ameliyatlardan sonra cerrahi alan enfeksiyonu olmayacak,

kan transfüzyonlarına bağlı ölüm ya da ciddi yan etki olmayacak. İlaç verilmesine bağlı hasta ölümü ya da ciddi yan etki olmayacak. Hipoglisemiye bağlı ölüm olmayacak. Ameliyatlardan sonra deri ventrobozu olmayacak. Bir bebek yanlış anne-babaya verilmeyecek gibi bir listeyi tanımlamamız ve bunun mutlak ve eksiksiz hayata geçmesi için bir yol almamız lazım. Bunu teklif ediyorum.

Son; biraz da kendimize bir bakalım. Çalışan güvenliği olmadan hasta güvenliği olmuyor. Bunun da iyi verisi var. Çalışan korunmadığı sürece, saygı duyulmadığı sürece, desteklenmediği sürece hata yapıyor ve biz maalesef ya da sağlık çalışanları, çalışanlar açısından güvenli bir ortam değil. Örnekleri size vermeme gerek yok ama Batı'da bile en riskli çalışma ortamı bu.

Teşekkür ederim dinlediğiniz için.

Prof. Dr. Mustafa PAÇ

Oturum Başkanı

Çok teşekkür ederiz Sayın Hocama, felsefi yönü çok ağır bir konuşmaydı.

Şimdi son konuşmacımız Profesör Doktor Bülent Gümüşel Bey. Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekanı. Klinik Rehberler Tanı ve Tedavi Algoritmaları, buyurun efendim.

Klinik Rehberler Tanı ve Tedavi Algoritmaları

Prof. Dr. Bülent GÜMÜŞEL

Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekanı

Teşekkür ediyorum. Değerli katılımcılar, öncelikle Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne teşekkürlerimi sunarak başlamak istiyorum. Benim uzmanlık alanım farmakoloji. Farmakologlar bu işte bol miktarda çalışmışlardır yıllardan beri, 10 küsur yıldır kanıta dayalı tıp rehberleriyle ilgili bir şeyler yapmaya çalışırlar. Hepinizin raflarında birinci basamak tanı tedavi rehberleri vardır. Zehirlenmelerdeki tanı tedavi rehberleriniz vardır ama hiç birimiz belki de açıp bir kere bile bakmamışızdır, o raflarımızda durur. Yine sivil toplum kuruluşlarına baktığınız zaman otururlar, kanıta dayalı tıp rehberlerini yazmaya çalışırlar ama uygulamaya geldiğimiz zaman sıkıntılar. Aslında son söyleyeceğim lafı ilk başta söyleyip toplantıyı kapatabilirim. Bizim eğitim sistemimizdeki en önemli eksikliklerden bir tanesi biz ekip çalışmasına inanmayangillerdeniz. Dolayısıyla da Sağlık Bakanlığı bir şeyler yapıp Sosyal Güvenlik Kurumu da onu hayata geçirmemek için direndiği takdirde bugünkü toplantıdan da çok fazla bir şey çıkmayacağını iddia edenlerdenim. Gene Sağlık Bakanlığı tarafından SAGEM bu sefer de Hacettepe Üniversitesini ziyaret etti Hocam dediler, Finlandiya Medical Society ile anlaşmamız var hepiniz biliyorsunuz, bunun adaptasyonu işine girişir misiniz? E yani farmakologlar dedik ya yani farmakologlar olunca da yine bir şekilde kendi ekibimizi, arkadaşlarımızı hekim arkadaşlarımızla birlikte bu yolu nasıl alabiliriz noktasına geldik. Umarım ve dilerim bu yolun sonunda, doğru bir yola çıkarız bu sefer, doğru bir yola çıkması için de biraz bu sefer tersten yolu alalım diye düşünüyoruz. Önce ön toplantıları yapalım, gerçek taraflarla masada bulaşalım, yol haritası çıkartalım ve ondan sonra bunu hayata geçirelim diye ve en son söyleyeceğim noktada da yine tekrardan baştan söylüyorum, eğer sağlık hizmetlerinde bir kaliteden bahsediyorsunuz yine sabahki konuşmalarda akılcı ilaç kullanımıyla ilgili çok güzel sunumları vardı Sağlık Bakanlığının, bunları yapmak istiyorsanız o zaman da bu dediğimiz kanıta dayalı tıp rehberlerini gerçek anlamda hayata geçirmediğiniz takdirde hiçbir şey yapamıyorsunuz. Söyleyeceğim cümle bugünkü konuşmanın tamamında bu. Bunları, anlatacaklarımın pek çoğunu hepiniz çok çok çok iyi biliyorsunuz, değerli hocalarım da anlattı ama hep yaptığımız şey oturuyoruz. Uzman görüşlerini hep hayatta daha ön planda tutarak yol alıyoruz. Ben demiyorum ki uzman görüşleri hiçbir şey değil, uzman görüşleri çok önemli ama uzman görüşleriyle birlikte bir konudaki tıbbi literatürün sistematik bir biçimde dökülmesi gerekiyor, sınıflandırılması gerekiyor. Buna bağlı olarak da bu kişisel görüşlerle birlikte bunların harmanlanarak kanıta dayalı

tıp rehberlerinin oluşturulması gerekiyor.

İki önemli durum var esasında burada, hepiniz yine çok yakından biliyorsunuz. Yaptığınız önerinin karşı tarafa açık olması gerekiyor, anlaşılır olması gerekiyor. Aynı zamanda da, öneri zemin oluşturulan kanıtla arasındaki ilişki anlaşılır nitelikte olması gerekiyor ki gerçekten bu saatte de kanıta dayalı olaylardan bahsediyorsunuz. Şimdi neden ihtiyaç duyuyorsunuz? Esasında konuşmamın ilk başında da size arz etmeye çalıştım, bir kere hekime gittiğiniz zaman hekimler arasındaki uygulamadaki benzerlikleri sağlıyorsunuz. Değerli Hocam çok iyi söyledi, basireti bağlandı kelimesinden yola çıkarak hekimler arasındaki uygulamadaki benzerlikleri oluşturmaya çalışıyorsunuz. İkincisi etkinliği kanıtlanmamış ya da etkisiz hatta zararlı uygulamalardan kaçınmak için bir şeyler yapmanız gerekiyor. Biraz önce de yine söyledim sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi gerekiyor ve gereksiz sağlık harcamalarının azaltılması gerekiyor. Dolayısıyla da değerli meslektaşlarım, kanıt düzeyi yüksek tedavi seçeneklerinin daha çok klinik uygulamaya girmesi ile bunun paralelinde mortalitenin, morbitenin azalmasını bekliyorsunuz. Dolayısıyla da başka bir çalışma konusu, siz bu literatürü değerlendirdiğiniz takdirde, özellikle belirli konularda bilgi ve kanıtlarınızda açıklıklarınız varsa oradaki açıklıklarınızı, bilgilerinizi, eksikliklerinizi tamamlamak için bunlara ihtiyaç duyuyorsunuz.

Peki, hazırlanmasında neler uygulanıyor? Üç tane yöntem var. Bir türlü biz, bu yöntemlerden bir tanesini seçelim de hadi yapalım noktasında pek ciddi bir anlamda yol alamadık. İsterseniz baştan itibaren bunları yapın, isterseniz tamamıyla tercüme edin yapın ya da adapte edin bunları. Yaptığınızın şeyin bir çıktısının olması gerekiyor. Eğer bizim gibi ülkelerde bunu yapacak olursak da rehberliğin adaptasyonuna ihtiyaç duyduğumuz çok açık. Yani bir yerlere gidip de anlaşırsanız o rehberleri gidip Türkiye'deki bizim şartlarımız altında, bizim nüfus ki yan taraftaki toplantıda da bu çok net anlatıldı, bunu kalkıp da buna ülkemize uygulama şartlarının mümkün olmadığını ortaya koymaktadır. Dolayısıyla da aldığınız rehberi bir şekilde kendi ülkenize adapte etmeniz gerekiyor. Dolayısıyla da buradaki avantajlarınız bir kere zaman bakımından, maddi manevi efor bakımından bir takım tasarruflarınızı sağlayabilirsiniz. Efendim, seçme, eleme ya da modifiye etme yöntemlerinizle birlikte kendi ülkenize bir takım adaptasyonları yapabilirsiniz ama yaptığınız adaptasyonu değerli meslektaşlarım mutlaka adaptasyon rehberleriyle ortaya çıkartılması gerekiyor. İşte belki de bizim ülkemizdeki olan rehberlerin bir şekilde veya aldığımız adaptasyon rehberlerinin bunları gerçekten deneyip denemediği veya test edip, bu testi geçip geçmediği de ortaya konulması gerekiyor. Ben biliyorum ki bizim çalışma grubumuzdaki arkadaşlarımız bunları bir şekilde Türkiye'deki adaptasyondaki bu yöntemleri uygulayarak bunları yapabilecek duruma geldiğini düşünüyorum.

Şimdi Türkiye'deki duruma baktığınız zaman Türkiye'de hakikaten çok şey olduğunu biliyoruz. Bakın gördüğünüz gibi yaklaşık olarak 959 tane Türkiye'de sağlık alanında faaliyet göstermekte olan sivil toplum kuruluşu var değerli meslektaşlarım. Bunlardan 376 tanesi bu sivil toplum kuruluşlarınca sunulmakta olan online ulaşılabilen rehberleri oluşturuyorlar. Bunların 327 tanesi Türkçe rehber, 49 tanesi İngilizce rehberden oluşuyor. Bunların 261 tanesi özgün rehber, diğerleri de yani 66 tanesi de çeviri rehberden oluşuyor. Yani baktığınız zaman ülkemizdeki rehberleri bir kere kalitesinde ve sayısında ciddi anlamda sınırlı olduğunu görüyorsunuz, diğer gelişmiş ülkelere baktığınız zaman. Peki, niye biz bu kadar yıldır biz bu işi bir türlü oturtup da yerine getiremediğimiz noktasına baktığınız zaman bunların sayısını sizler benden daha fazla arttırabilirsiniz ama bir kere öncelikle lokal veri eksikliğimiz çok açık. Verileri bir şekilde bunları bir yerlerde toplayıp doğru dürüst kullanabilecek bir noktayı yapamıyoruz. İki, insan gücü eksikliğimiz var. İnsan gücü eksikliğinde yine eğitimimizden ön gelirsek biz herhangi bir şekilde sistematik derlemeyi ne tıp eğitiminde, ne eczacılık eğitiminde, ne de sağlık ekonomisiyle ilgili kavramları, sağlık teknolojiyle ilgili değerlendirmeyi, kavramları pek bilmeden mezun oluyoruz. İlacı biliyoruz, hastalığı biliyoruz, teşhisi biliyoruz, bunların nasıl kullanılacağını biliyoruz ama bu kavramlara geldiğimiz zaman gerçekten pek bu konudaki eğitimli insanların sayısının da fazla olmadığını görüyoruz. Veri tabanlarına erişim güçlükleri var. Rehber geliştirme rehberlerinin gerçek anlamda eksiklikleri var yani uzlaşma noktası ile birlikte ortaya koyduğumuz sıkıntılar var. Genelde biraz önce konuşmamın başında da size söylediğim gibi uzlaşı raporlarının bulunması, bunların bir şekilde hayata geçirilmesi noktasında kanıta dayalı rehberlerden çok daha önem ortaya koyduğunu gösteriyor. Ve daha, daha önemlisi politik isteklilik konusunda ciddi anlamda sıkıntılarımız var. Gerçekten politikamız bunu istiyor mu, istemiyor mu noktasında. Ve biraz da kendimize Sağlık Bakanlığına, Sosyal Güvenlik Kurumuna iğneyi batırdığımız noktada Sağlık Bakanlığında ciddi anlamda bir koordinasyon eksikliğini ben daha hâlâ bu noktada görüyorum. Sosyal Güvenlik Kurumu ise çok net bir şekilde rehber oluşturma sürecindeki o platformda olup olmama, bunu uygulamaması konusunda ciddi bir adım atma noktasından uzak olduğunu görüyorum.

Şimdi gelelim, günümüzdeki durumu biraz özetleyelim. Beni mutlu eden bir takım yaklaşımlar var, en azından SABİM'in bu konuda özellikle birkaç yıl içerisinde attığı adımlar var. Bunları sivil toplum örgütleriyle, hekimlerle paylaşıp görüş alma noktası var. Bir kere politik iradenin ve ilgilinin bu konuda arttığını görüyoruz, bakın salona baktığınız zaman da hakikaten kanıta dayalı tıp rehberliğiyle ilgili bir oturumda bu kadar katılımcının olması bile beni gerçekten bu konularda umutlandırıyor. Üçüncü olarak, sağlık teknoloji alanına ilgi ve

desteğin giderek artması noktası var çünkü kullandığınız ilacın, kullandığınız teknolojinin gerçekten neye yaradığını, ne kadarlık bir teknolojiye bağlı olarak assesment yaptığını ortaya koymanız gereken çalışmaların gün geçtikçe arttığını görüyoruz. Sadece bu ilaç tarafında değil tıbbi malzeme, tıbbi cihaz tarafında da bu çalışmaların giderek arttığını görüyoruz. Ve bize geliyoruz yani üniversitelere geliyoruz, insan gücünün yakın geçmişe göre bu konuda daha arttırılmasıyla ilgili çalışmalarımız var. Hacettepe Üniversitesine baktığımız zaman mesela Cochrane Kütüphanesinin kullanımıyla ilgili veya sistematik derlemenin yapılmasıyla ilgili eğitim modülleri oluşturuyoruz, bunları diğer kurumlarla birlikte oluşturup bu yapıdaki insan sayısını arttırmaya çalışıyoruz. Yine sağlık teknoloji değerlendirmesiyle ilgili son derece övündüğümüz bir programı Hacettepe Üniversitesi olarak açtık, belki takip etmişsinizdir; Sağlık Ekonomisi Ve Finansmanı Tezsiz Yüksek Lisans Programını Türkiye'de ilk açan kurumlardan bir tanesi olduk. Bunu yaparken gittik Hacettepe Üniversitesi olarak beş tane yurtdışı üniversite ile Harvard'la, London School'la, Liverpool Üniversitesiyle, Washington Üniversitesi ve Macaristan Üniversitesiyle konsorsiyum kurduk ve konsorsiyum kurduktan sonra da bu konsorsiyumun etkisi ile sağlık ekonomisi ve finansmanı tezsiz yüksek lisans programı oluşturduk. Amacımız şu; eğer Sosyal Güvenlik Kurumunda veya Sağlık Bakanlığında çalışıyorsa bir kişi sağlık teknoloji değerlendirmenin nasıl yapılacağını ortaya koyması gerekiyor. Yoksa efendim bir uzman panelinden çıkan verilerle kardeşim ben bunu yaptım, gel bu ilacı geri öde, gel bu rehberleri oluşturalım dediğiniz zaman geldiğimiz noktaya geliyoruz. Yine mevcut rehberlere ilişkin tecrübenin varlığı son derece önemli. Yine bakarsanız önsözün arkasında pek çok değerli hocamızın ister birinci basamak tanı tedavi rehberlerinin ilk baskısına veya ikinci baskısında veya efendim zehir tanı tedavi rehberlerinde pek çok katkısının olabildiğini görüyorsunuz. Önemli olan olaylardan bir tanesi farkındalığın ortaya konulmuş olması ve sivil toplum kuruluşlarında katkı verme ilgi ve hevesinin olması. Ve daha da cesaretlendiren olaylardan bir tanesi değerli meslektaşlarım, Sağlık Bakanlığının işte biraz önce de size arz ettiğim gibi Finlandiya Medical Socity ile birlikte yapmış olduğu çalışma sonucunda Duadecim Anlaşmasıyla birlikte kanıta dayalı tıp rehberleri yani Duadecim'i Haziran 2012 yılında kendi web sitesi üzerinden önce İngilizcesini ortaya koyması daha sonra da 2013 yılından itibaren de, Türkçesini bir şekilde yayınlamak suretiyle özellikle sadece sivil toplum kuruluşlarımızdan değil hekimlerimizden, diğer paydaşlardan, bunlar ilaç sanayindeki arkadaşlarımız da dahil olmak üzere bunlarla ilgili kanıta dayalı tıp rehberleriyle ilgili görüşlerin alınması noktasına geldi. Bunlar bizleri sevindiriyor. Ama şimdi un, yağ, şeker olduğu yerde mutlaka bunun bizim ülkemize adaptasyonun olması gerektiğini düşünüyoruz.

Peki, ne yapmamız gerekiyor? Eğer büyük bir okyanusu bir anda yüzmeye çalışırsanız Türk gibi başlayıp ondan sonra bitiremiyorsanız. Dolayısıyla bir yerden başlamanız gerekiyor. Eğer ana hedefinizde aile hekimlerinin olduğunu düşünürseniz, bu takdirde önce önerilerimiz bizim kendi grubumuzdaki arkadaşlarımızla birlikte önerilerimiz, önce derneklerle, hekimlerle bir araya gelmemiz gerekiyor. İhtiyacı belirlememiz gerekiyor. Nerede kanıta dayalı tedavi rehberlerine ihtiyacımız var, tıp rehberliğine ihtiyacımız var? Peki, komorbit durumlarda örneğin diyabeti, hipertansiyonu olan veya diyabete efendim solunum sistemiyle ilgili hastalığı olanlarda ne yapılması gerektiğini ortaya koymamız gerekiyor. Üçüncü stepte önceliklendirme yapmamız gerekiyor. Yani seçilen hastalık için bir rehber çalışması ortaya koymanız gerekiyor ve üçüncü olarak da adaptasyon çalışmasına hep birlikte başlamamız gerekiyor kapalı kapılar ardında değil.

Sonuç ve önerilerime geldiğimiz zaman iki slaytla bunları size özetlemek istiyorum. Bir kere değerli meslektaşlarım, rehberlerin klinik uygulamaları ve sağlık politikasının nasıl etkilediği yönünde gerçekten ülkemizde yeterli kanıt ve tecrübenin olmadığını görüyoruz. Bu rehber adaptasyonu hususlarında yine aynı şekilde tecrübe ve uzmanlıktaki eksiklik gibi önemli güçlüklerimiz de var. Bunları biraz önce size söylediğim yöntemlerle birlikte üniversitelerle ve Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu ile mutlaka kapatmamız gerekiyor. Ancak bunları yaparken kamunun mutlaka rehber oluşturması sırasında özellikle uygulayıcı Sosyal Güvenlik Kurumunun masada bilfiil olması gerekiyor. Yani sadece Sağlık Bakanlığının, sadece üniversitelerin, akademik çevrenin, sadece sivil toplum kuruluşlarının yaptığı uygulama işte en sonunda Sağlık Uygulama Tebliği gibi bir hilkat garibesiyle karşımıza geliyor ki ondan sonra da hekimler ve eczacılar yandım Allah diye bu Sağlık Uygulama Tebliğinin arkasında dolaşmaya başlıyorlar. Amacımız ne? Amacımızı da ilk başta ortaya koymaya çalıştım; sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırmamız gerekiyor. Amacımız ne? İşte felsefelerimizden bir tanesi akılcı ilaç kullanımıyla ilgili durumları ortaya koymamız gerekiyor. Eğer değerli meslektaşlarım tabii ki bunlara işte Haluk Hocam da burada, biz de Hacettepe Üniversitesi buradayız, finansmanı da koymadığınız takdirde bunların hiçbir anlamı yok. Yani Sosyal Güvenlik Kurumunun özellikle başta üniversiteler olmak üzere girdiği sıkıntıların mutlak suretle görmesiyle birlikte ancak bunları yapabiliriz. Ama iyi bir niyetle eğer biz bu işi yapacaksak, yapmamız gereken bu portföyü tamamlayacaksak bu finansmanla birlikte sağlık hizmetlerindeki kalite akılcı ilaçla birlikte işte bu sivil toplum kuruluşlarıyla birlikte, hep birlikte yol almamız gerekiyor.

Sözlerime son verirken şunu sizlerle paylaşmak istiyorum. Bir dahaki haftaya 28-30 Kasım tarihinde Haliç Kongre Merkezinde Sağlık Bakanlığımız ve Sosyal

Güvenlik Kurumumuzla Uluslararası İlaç ve Eczacılık Kongresini düzenliyoruz. Kongre Başkanı benim, diğeri bir Rektör Hocamız Murat Tuncer Hocamız ve Sabahattin Hocamız Onursal Başkanları, Mahmut Tokaş Hocamız da Kongre Sekreteri. Amacımız şu; İstanbul'u uluslararası ilaç ve eczacılık merkezi, kongre merkezi haline getirmek, Bunu yapabileceğimizi düşünüyoruz. Eğer katılırsanız vaktiniz olursa bir dahaki hafta sonu ilaç kongre merkezinde olacağız. Teşekkür ediyorum sabrınız için, sağ olun var olun.

Prof. Dr. Mustafa PAÇ

Oturum Başkanı

Bülent Hocama da çok teşekkür ederiz. Aslında panelistlerimiz çok önemli konulara vurgu yaptılar. Ben birkaç şey söyleyerek başlayayım.

Bugün bir mesaj geldi, bir ülkenin Sağlık Bakanlığının adı; Sağlık ve Tıp Eğitimi Bakanlığıymış, ben de öğrendim. Biraz tabii yönetime sitemle bunu söylüyorum. Biz Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğümüzü kaldırdık, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne kattık. Yani sağlık eğitiminin işin ne kadar önemli bir başlangıcı olduğu ayan beyan açıkta.

Kanıta dayalı tıpta yaklaşımların toplam kalite mantığı içerisinde sürekli değişken olduğunu özellikle Turan Hocam vurguladılar. Endüstrinin yönlendirdiği bilim furyasını da bu arada ihmal etmemiz gerektiğini ben de vurgulamak istiyorum.

PANEL

KALİTE STANDARTLARI VE ÖLÇÜM KÜLTÜRÜ

Oturum Başkanı - **Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI**
Anadolu Sağlık Merkezi

Dr. Çakmakçı 1974 yılında İstanbul Erkek Lisesi'nden mezun olmuş,Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni1981 yılında bitirmiş ve 1986'da aynı fakülteden genel cerrahi uzmanlığını almıştır. 1996'da üniversite profesörlüğüne atanan Dr. Çakmakçı, 2004 yılında Marmara Üniversitesi'nde "Sağlık Kurumları Yöneticiliği" yüksek lisans programını bitirmiştir. Dr.Çakmakçı, 10 yıldan çokSurgicalInfectionSociety – Europe'un yönetim kurulu üyeliğini ve son olarak da başkanlığını yürütmüştür.Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği'nin (SKID) kurucu üyesive başkan yardımcısıdır.Cerrahi enfeksiyon derneğinin kurucu başkanıdır. Ayrıca, kuruluşunda rol aldığı Etik ve İtibar Derneği (TEID)'nin Ekim 2010'daki birinci olağan genel kurulunda ilk yönetim kurulu başkanı olarak seçilmiş, kural gereği 2013 yılında başkan yardımcısı ve yönetim kurulu üyesi görevine geçmiştir. Ana ilgi konuları arasında kanser cerrahisi, cerrahi enfeksiyonlaryanısıra tıp eğitimi, sağlık politikaları, sağlık yönetimi, iş ahlakı ve tıbbi etik, hasta güvenliği ve sağlıkta kalite çalışmaları bulunmaktadır.

SKS'de Yenilikler - Versiyon 5
Dr. Hasan GÜLER
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

2001 yılında Ege üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdi. Van ilinde sağlık ocağı tabipliği, diyaliz hekimliği ve başhekim yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2006 yılından itibaren Bakanlık Merkezinde performansa dayalı ek ödeme sistemi, sağlık finansmanı, geri ödeme politikaları, SUT ve sağlıkta kalite alanlarında çalışmaya başladı.

2007 yılında Strateji Geliştirme Başkanlığında Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanı oldu. 2009 yılında Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünde Genel Müdür Yardımcılığı görevine getirildi. 2012 yılında kurulan Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünde Genel Müdür Yardımcısı olarak görevine devam etti. Bakanlığın birçok stratejik çalışmasında yer alarak sağlık yönetimi başta olmak üzere performans, kalite-akreditasyon, TİG ve geri ödeme politikaları konularında makale yazımı başta olmak üzere kitap yazarlığı ve tebliğ sunarak bu alanların gelişimine katkıda bulundu.

Evli ve bir kız çocuk babasıdır.

Sağlık Hizmetlerinde Ölçüm Kültürü ve Kalite Göstergeleri

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

SHGM-Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdi. Meslek hayatına bir kamu kuruluşunda kurum hekimliği yaparak başlayan Tarhan, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji bölümünde Uzmanlık eğitimini tamamladı. Ankara Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesinde Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı olarak görev yaptı. 2008 yılında Bakanlık Merkez Teşkilatı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığında göreve başlayan Tarhan, halen Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığında uzman hekim olarak görevini yürütmektedir.

Hatalardan Öğrenme ve Kalite Kültürü

Prof. Dr. Bilçin TAK MEYDAN

Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

1962 yılında Bursa'da doğdu. Kalite Yönetimi üzerine doktora yaptı. 2003 yılında doçent, 2009 yılında profesör ünvanı aldı. 2004- 2007 yılları arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kalite ve Akreditasyon Projesi kapsamında Hastane Akreditasyon Standard Takımlarının çalışmalarını koordine etti. 2008-2011 yılları arasında Tıp Fakültesi Hastanesi Kalite ve Akreditasyon Koordinatörü olarak görev yaptı.Yönetim ve Organizasyon Teorisi, Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Stratejik Yönetim , Kalite Yönetimi, Sosyal Sorumluluk ve Etik, Farklılıkların Yönetimi alanında dersler vermektedir. Hasta Güvenliği, Güvenlik Raporlama Sistemleri ve Sağlık kuruluşlarında Risk Yönetimi konularında yayınları mevcuttur.

KALİTE STANDARTLARI VE ÖLÇÜM KÜLTÜRÜ

Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI

Oturum Başkanı

Hepiniz hoş geldiniz. 2 dakika ayak sürtelim, salona yoğun bir giriş var. Çok yorulduğunuzun farkındayım. Salondan ben en son çıkarken içerisi bayağı serindi üstelik şimdi de sıcak olmuş. Fakat iyi ki geldiniz muhtemelen günün en önemli oturumunu yapıyor olacağız. Bu önümüzdeki 1 saat, 1 saat 15 dakika içerisinde SKS'deki yeniliklere bakacağız, sağlık hizmetlerinde ölçüm kültürü ve kalite göstergelerini bir daha gözden geçireceğiz ve hatalardan öğrenme ve kalite kültürü ile bu günü tamamlayacağız. Gülçin Hanım siz de hoş geldiniz.

Peki, tekrar hoş geldiniz. Kapıları da kapattık, şimdi ben Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı Doktor Hasan Güler'i SKS'de yenilikler ve yeni Versiyon hakkında bize bilgi vermek üzere davet ediyorum.

SKS'de Yenilikler – Versiyon 5

Dr. Hasan GÜLER

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı

Evet, Değerli Katılımcılar, Sayın Başkan, hepinizi saygıyla selamlıyorum. Günün son oturumu, elimden geldiğince sunumu çok özet bir şekilde sizlere aktarmaya çalışacağım. Bildiğiniz üzere uzun bir süredir, 2003 yılından başlayan bir serüven var ve bu serüvende Bakanlık olarak birçok alanda standart geliştirdik ve bu alanda ciddi bir birikim oluştu. Aslında bu birikimle birlikte biz dış paydaşlara da gerekli danışmanlık hizmeti vermekteyiz. Bu bağlamda Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına standart geliştirme noktasında önemli katkılar yaptık ve şu an itibariyle Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tüm bakımevlerine yönelik ve diğer yan çalışma alanlarına yönelik bakım hizmetleri standartları geliştirdi, tamamen bizim çalışmaları esas aldılar. Eminim ki o alanda da önemli bir gelişim kaydedeceklerdir. Bu tespiti yaptıktan sonra neden Versiyon5 diyoruz? Versiyon 5'teki yenilikler neler? Bu yeniliklerde en çok öne çıkan hangi hususlar var ve ortak sözle sunumu tamamlayacağım.

Bilindiği üzere aslında kalite çalışmalarının Bakanlık düzeyinde sistematik olarak ele alınması Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte olan bir çalışma alanı. Bu bağlamda 2005 yılında geliştirmiş olduğumuz standart setini biz Versiyon 1 olarak

adlandırıyoruz. 2007 yılındaki standart setimize Versiyon 2, 2008 ve 2009'da ortaya koymuş olduğumuz kamuya yönelik ve özel sektöre yönelik standart setlerini de Versiyon 3 Kamu-Özel olarak ele aldık ve 2011 yılında geniş çaplı bir revizyon yaptık, kamu-özel-üniversiteyi bir çatı altında topladık ve 2011'de yapmış olduğumuz 621 standartlık hastane setimize de Versiyon 4 dedik. O yüzden biz 2015'te yapacağımız geniş çaplı ve tamamen yeni bir yüzle ortaya koyacağımız seti 5'inci Versiyon olarak adlandırdık. 2015 yılında SKS Hastane Versiyon 5'i hep birlikte görmüş olacağız. Peki, bu yeni Versiyonda neler var? Öncelikle bu peteğe baktığınız zaman yeni kavramlar görüyorsunuz, ilk defa duyduğunuz kavramlar standart çerçevesi içerisinde. Plus hastane kavramını, opsiyonel kavramını, çekirdek kavramını, kısmen karşılanıyor kavramını görüyorsunuz, etki alanı, sıklık düzeyi, güvenlik boyutu gibi kavramları da görüyorsunuz. Bu yeni sette bu kavramlarla 2015 yılında hep birlikte tanışacağız ve kısa bir sürede bu kavramlara aşina olacağımızı ve uyum sağlayacağımızı çok net bir şekilde ifade edebilirim çünkü bu kavramların tümü net bir şekilde tanımlandı ve realize edildi.

Bu yeni Versiyonda, Versiyon 5'te standartlar ortaya konulurken 10 hedef gözetilerek standartlar hazırlandı. Artık Versiyon 5 ile birlikte sağlıkta kalite standartlarının 10 hedef üzerine inşa edildiğini hep birlikte görüyoruz. Bu 10 hedefe özetle baktığımızda sağlıklı çalışma yaşamından tutun uygunluk, süreklilik, zamanlılık, hasta odaklılık, hakkaniyet, hasta güvenliği gibi birçok kavramı görebilirsiniz. O anlamda bu kavramların tümünün bir izdüşümünü standartlarda görmeniz mümkün. Versiyon 5 hazırlanırken cidden son 10 yıllık tüm tecrübeyi dikkate aldık ve son 10 yıllık tecrübeyi tamamen bu çalışmaya yansıttık. Ayrıca sağlıkta akreditasyon standartları geliştirirken orada ciddi bir bilgi birikimi oluştu ve o süreçte biz Seval Hocamızın anlattığı gibi tüm dünya örneklerini birebir inceledik, tüm kalite yapılarını birebir inceledik; Kanada, Avustralya, Japonya, Amerika, İtalya gibi ülkelerin tümünü inceledik, orada ciddi bir bilgi birikimi oluşturulmuştu. Bildiğiniz üzere yılda 1.500'e yakın saha değerlendirmesi yapıyoruz. Bu saha değerlendirmelerinin birebir geri bildirimini alıyoruz, analizlerini yapıyoruz. Buradan elde etmiş olduğumuz geri bildirimleri de dikkate aldık. Tabii ki yeni literatür taramaları yapmak suretiyle gözden kaçabilecek hususları tamamladık. Dünya Sağlık Örgütünün bu konuda yeni çalışmalarının olup olmadığını araştırmak suretiyle gözden kaçabilecek ilgili hususları oradan da standartlarımıza derc ettik. Bu çerçevede bir taslak hazırlandı. Hazırlanan bu standartları hem anlaşıla bilirlik, hem uygulanabilirlik, hem ölçüle bilirlik, hem de ilgili bölümün kapsama alanı anlamında değerlendirdik. Bu üç soruya, aslında dört soruya alanında uzman akademisyen, sağlık yöneticisi, saha uygulayıcısı ve değerlendiricisi olmak üzere 146 profesyonel hocamızın, uygulayıcımızın, değerlendiricimizin görüşünü aldık ve çok verimli bir çalışma

oldu. Bu çalışmayı tamamlamış bulunuyoruz şu an gelen çalışmaları taslak çalışmalarımıza yansıtmaya büyük bir hızla devam ediyoruz.

Evet, yeni şematik yapıda yine boyutlar ve bu boyutların altında bölümler var. Burada farklı bir şey var; her standardın altında ve her değerleme ölçütünün altında ihtiyaç duyulan hususlarla ilgili rehberlik yapmak amacıyla belirli chapterlar açtık. O açıdan belli konularda sizi yönlendirecek, size yol gösterecek rehberlikleri bulmanız mümkün. Buradaki yapıda en önemli yenilikten biri de rehberlik chapterının standartlarda yer alıyor olmasıdır.

Evet, standartlar bu Versiyon 5'te beş boyuttan oluşuyor; kurumsal hizmetler, hastane çalışan odaklı hizmetler, sağlık hizmetleri, destek hizmetleri ve kalite indikatörleri. Burada üzerinde özellikle durmam gereken boyutlardan biri de kalite indikatörleridir. Kalite indikatörleri boyutu çok daha farklı bir şekilde dizayn edildi, bu boyutta aynı zamanda hastalık yönetimine ilişkin indikatörleri de görmeniz mümkündür. İndikatör sayısında yeni bir dizaynla hem sayısal anlamda hem de niteliksel olarak bir artış söz konusudur. Ayrıca her bir indikatöre ilişkin olarak da muhakkak indikatör detaylı rehberliklerini göreceksiniz. Bu beş boyut altında 39 bölüm var, her bölümün anlaşılabilirlik, uygulanabilirlik, ölçülebilirlik bir de kapsama açısından ele alındığını az önce ifade etmiştim. X bölümünü ele alırken oradaki standartların dizaynının sıralamasında yapı, süreç, sonuç bazlı bir algoritma var. Bu algoritmayla birlikte bu standartların o bölümü yeterince kapsayıp kapsamadığını da değerlendirmek suretiyle standartların o bölüm bazında yeterliliğini de bir bakıma sağlamış oluyoruz, bu da önemli bir husus.

Kısaca bu beş boyut altındaki bölümlere bakarsak, gördüğünüz gibi aslında farklı bir sistematik var. Örneğin kurumsal hizmetler boyutunda kurumsal yapı, kalite yönetimi, doküman yönetimi, güvenlik raporlama sistemi, risk yönetimi, eğitim yönetimi, sosyal sorumluluk, acil durum ve afet yönetimi. Hastane çalışan odaklı hizmetlerde ise hasta deneyimi, hizmete erişim, yaşam sonu hizmetler, sağlıklı çalışma yaşamı. Sonuç itibariyle 39 bölüm ve beş boyuttan oluşan bir yeni set ile karşı karşıyayız. Standartlar optimal kuralları içeren, rehberlik kısımları ise uygulamalara yol gösterici mahiyette hazırlanmış dokümanlardır.

Örnek bir bölüme birlikte bakalım, ilaç yönetimi: Muhakkak her bölümün başında bir tanım var, ayrıca az önce SKS'nin 10 hedefinden bahsetmiştik. Bu bölümün hangi hedeflerle ilişkili olduğunu görüyorsunuz ayrıca bir kod yapısı ve standart var. Örneğin standardın altında ve bir açıklama veya örnek olarak değerlendirme ölçüsünün altında bu tür rehberlikleri göreceksiniz. Hazır gelmişken kodlama yapısının da değiştiğini burada net görüyorsunuz, ona da birazdan hep birlikte bakacağız.

Bu beş boyut ve 39 bölümhastanenin tüm hizmet sunum alanlarıyla ilişkili olarak hazırlandı ve hastaneyi kapsayıcı bir algoritmaya sahip, tekrarlı standart içermemekte, bu önemli bir husus, hiçbir bölümde tekrarlı standart bulunmamaktadır. Bunun da nedeni şu; yeni değerlendirme sistematiğimizde artık tekrarlı standartlara ihtiyaç yok. Kodlama yapısına baktığımızda burada boyut ve bölümlerde harf kullanıyoruz; boyutta tek harf, bölümlerde iki harf, standart ve değerleme ölçütlerinde ise sayı kullanıyoruz. Bir örnek vermem gerekirse, örneğin kurumsal hizmetler "k" kodu ile gösteriliyor, hasta ve çalışma odaklı hizmetler "h" harfi ile sağlık hizmetleri ise destek hizmetleriyle kalite indikatör "i" olarak ifade edilmektedir. Gördüğünüz gibi bölümler de iki harften oluşuyor; öne kurumsal yapı "k" ve "u" harflerinden oluşuyor. Evet, çekirdek standartların kategorizasyonlarına baktığımızda standartlar beş kategoriye ayrılmış durumda; birinci kategori çekirdek standartlar, ikinci kategori hasta ve çalışan güvenliğini dolaylı etkileyen standartlar, dördüncü kategori iyi uygulama örneğine ilişkin standardımız, beşinci kategori ise opsiyonel standartlardan oluşturmaktadır. Örneğin; opsiyonel standartlar gördüğünüz gibi puansız, gönüllü ama opsiyonel standartların yerine getirilmesi durumunda plus hastane olma durumu söz konusu. Gördüğünüz gibi standartlarımız beş kategoriye ayrılmış durumda ve puanlandırılan standartlar da 10'luk sisteme göre puanlandırılmış, yeni versiyonda 10'luk sistemi kullanıyoruz. Çekirdek standartlara kısaca bakacak olursak hastanede çalışan güvenliğinin sağlanması açısından doğrudan etkili ve uygulanması zorunlu, sunulan hizmet sunum süreçleri açısından kritik öneme sahip standartları içeriyor. Opsiyonel standartlara baktığımız zaman uygulanması zorunlu olmayan standartlar maksimal kalite düzeyinin sağlanmasına yardımcı, kalite puanı hesaplamasında kullanılmayan ancak plus hastane olabilme kriterlerinden biridir. İyi uygulama örneklerine baktığımız zaman her bölüm altında iyi uygulama örneklerini kayıt altına alan ve tespit eden bir standardımız var. Bu standart hazırlanırken ve karar verilirken ilgili uygulamanın hastanede aktif kullanılması, başarısı kanıtlanmış olması, kullanımı olumlu etki oluşturması, yenilikçi olması ve örnek teşkil edebilecek bir vasfa sahip olması gerekiyor. Sonuç itibariyle bu çalışma ile birlikte biz kurumlarımızın univatif yaklaşımını, kendini geliştirmesini teşvik ediyoruz.

Evet, standartların karşılama düzeyinin belirlenmesi biliyorsunuz bir önceki versiyonda "evet-hayır" kategorizasyonu vardı. Biz burada geliştirmiş olduğumuz değerlendirme sistematiği ile birlikte yeni bir sürece giriyoruz, bu kırmızı alanlar tamamen değerlendirme sistematiği ile ilgili kavramlar, ben onlara girmeyeceğim; kanıt toplama yöntemleri, kanıtlar, kanıt toplama teknikleri, değerlendirme kriterleri. Bunlar tamamen değerlendirme sistematiği ile ilgili ancak standartlarla ilgili olan kısım ise mavi ile ilgili olan kısımlar. Karar aşamasında üç kavramla

karar veriyoruz. Elde ettiğimiz kanıtları karara dönüştürürken sıklık düzeyi, etki alanı ve güvenlik boyutuyla karar veriyoruz. Bu saymış olduğum üç kavramın da tanımı var, algoritması var ona göre bu algoritmaya göre değerlendiriciler ve uygulayıcılar karar verecekler. Sonuçta, günün sonunda kararımızı üç şekilde verebiliriz; ya standart karşılanıyordur, ya kısmen karşılanıyordur ya da karşılanmıyordur. Sonuçta yeni dizaynda karşılanıyor, kısmen karşılanıyor ve karşılanmıyor kavramları ile hep birlikte tekrar tanışmış olacağız.

Burada örnek bir tablo verdim, az önce üç kavramdan bahsetmiştim; sıklık düzeyi, etki alanı, güvenlik boyutu. Eğer siz bir standartta bu üç kavramı ele alarak bir karar verecekseniz bu tabloyu kullanacaksınız, bunların hepsi hazırlandı, açıklamalar altında yazıldı. Örneğin sayısal değeri 0 ise karşılanmıyor. 1 ise yine karşılanmıyor. 2-3-4 ise karşılanmıyor da olabilir, kısmen de karşılanıyor olabilir. Orada değerlendiricinin ve uygulayıcının bir kılavuzu var ona göre karar verecek. Eğer 5 ve 6 puan almışlarsa karşılanıyor ve karşılanıyor kararını vermiş olacağız. Eğer iki kavramı kullanacak olursak diğer bir tabloyu kullanıyoruz, eğer tek bir kavramı kullanacaksak bu sıklık düzeyi etki alanı ve güvenlik boyutundan herhangi birini kullanacaksak bu özet tabloyu kullanıyoruz karar verirken.

Sonuçta karar verirken üç kavram üzerinden karar veriyoruz, karşılanıyor olması durumunda tam puan alır, kısmen karşılanıyor olması durumunda puanın yarısını alır. Eğer karşılanmıyor olması durumunda ise 0 puan alır. Sonuçta standartların karşılama düzeyinin belirlenmesi noktasında bir algoritmamız artık hazır. Biz bunları yaparken sonuçta iki sonuca ulaşıyoruz; hastanenin veya ilgili kurumun kalite puanı. Kalite puanı 0 ile 100 arasında değişir bu bir puanlama ve kategorizasyon ve bunun daha ötesi plus hastane ile karşı karşıya kalabiliriz. Bildiğiniz üzere şu andaki puanlama sistematiğimizde bir formül kullanıyoruz ancak bu yeni sistematikte biraz daha formülü değiştirdik. Ne demiştik? Çekirdek standartları zorunlu standartlardır. Artık hiçbir kurum şunu söyleyemeyecek; ya ben 95 puan alırım ama şu standardı yapmasam ne olacak diyemeyecek. Çünkü neden? Bu algoritmada bir tek çekirdek standardı yerine getirmemesi durumunda şu anki taslakta 5 puan otomatikman düşüyor. Eğer iki standart varsa 10 puan düşüyor. Örneğin dört standart varsa 90 da alsa otomatikman 70 puanın altına düşüyor. Böyle bir algoritması var, artık hastaneler tüm standartları özellikle çekirdek standartları yerine getirme noktasında bir gayret göstermeleri gerekiyor; çünkü çekirdek standartlar kalite puanını doğrudan etkiliyor. Plus hastaneden bahsetmiştim, plus hastane kriterlerine baktığımız zaman bir; çekirdek standartların tamamını yerine getirmiş olması gerekiyor. En az beş opsiyonel standardın uygulanmış olması gerekiyor. Kalite puanı 90 puan ve üzeri olması gerekiyor. Bir de değerlendirme ekibinin ortaya koymuş olduğu bizim standardize

etmiş olduğumuz raporlaması burada etkili oluyor. Sonuçta hastaneler için artı bir değer oluşturan, hastaneleri gelişim yönünde teşvik eden bir kavramsal çerçeveyi hep birlikte 2015'te göreceğiz. Bütün bu çalışmalarımıza destek olması amacıyla da biraz kitabi metinsel çerçeveden soru mantığına dönüştürülmüş, soru-cevap mantığı ile daha kullanılır bir rehber hazırlamak suretiyle yeni standartların sizlere ışık tutması anlamında daha akılcı ve daha nitelikli bir rehberle sizleri buluşturmuş olacağız. O yüzden sorularla SKS bu çalışmaların gelişimi için önem arz ediyor, kullanıcı dostu ve ilgili alanda uzman arkadaşlarımız bu konuda detaylı bir şekilde soru-cevaplarla sizi beslemiş olacaklar.

Sonuçta şunu söyleyebiliriz; Versiyon 5 yeni kavramlar getiriyor. Buradaki amaç kaliteyi daha da çok geliştirmek, sizleri teşvik etmek vebunu cidden kalite hastanenin tüm bölümlerine yansıtmaktır. O açıdan genel olarak baktığımız zaman plus hastane, etki düzeyi, güvenlik boyutu, etki alanı, sıklık düzeyi gibi kavramları göreceksiniz ve değerlendirme sistematiğindeki algoritmayla birlikte bu standartlar birleştiğinde aslında öğleden önceki oturumda arkadaşların geliştirilmesi gereken alanlar için yapmış olduğu vurguların bir cevabı niteliğinde bir çalışma olduğunu da söyleyebiliriz. Ortaya konan, geliştirilmesi gereken alanların bu Versiyon ile geliştiğini söyleyebiliriz. Sonuçta boyut, bölüm, rehberlik ve ortaya konan yeni kavramsal çerçeve ile birlikte bu yeni Versiyonun, yani Versiyon 5'in bilimsel, sistematik, teşvik edici, kullanıcı dostu olduğunu söyleyebiliriz. Optimize etmekle birlikte plus opsiyonel standartlarla birlikte maksimize eder kalite çalışmalarını ve sonuç itibariyle Versiyon 5 bizim koordinasyonumuzda ama sizlerin katkılarıyla, verdiğiniz geri bildirimlerle, akademisyenlerimizin vermiş olduğu katkılarla şekillenen bir Versiyondur. Umarım bu Versiyon kalite çalışmalarımızı yeni bir boyuta taşır ve bir sonraki kongrede daha farklı kavramları tartışmış oluruz. Eminim ki 2015 yılında bu kavramlara hızlı bir şekilde adaptasyon sağlayacağız ve daha keyifli bir çalışma ortamını hep birlikte görmüş olacağız. Ben bu vesile ile şimdiden Versiyon 5'in hayırlı olmasını diliyorum, emeği geçen tüm arkadaşlarımıza, tüm akademisyenlerimize, tüm saha uygulayıcılarımıza, değerlendiricilerimize huzurlarınızda teşekkür ediyor, hepinize saygılarımı sunuyorum.

Prof. Dr. Metin ÇAKÇAKCI

Oturum Başkanı

Sayın Genel Müdürüm, ben burada bulunma hakkımı ve fırsatımı kullanarak bir şey sormak istiyorum. Şimdi 5 boyut, 39 bölüm, aşağı yukarı 300 standart, beş kategori, çekirdek, opsiyonel vesaire derken kurallar değişiyor. Gittikçe daha ayrıntılı, daha düzenli diğer taraftan daha sofistike mükemmel bir modele doğru

gidiyorsunuz ama boyut da artıyor. Şimdi bütün bu yeni süreç tahmininize göre, varsayımlarınıza göre değerlendirilen bir de değerlendiren açısından ek ne gibi yükler getirecek?

Dr. Hasan GÜLER

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Hocam; yaptığımız çalışmada biz ek yük getirme noktasında işleri kolaylaştırdığımızı düşünüyoruz. Çünkü örneğin; tekrarlı standart içermiyor dedik bu net. Zaten ortaya koyacağımız değerlendirme sistematiği ile mesajları net vermiş olacağız. Aslında uygulayıcıların şu an itibariyle aklında olan soruların cevabı da bu sette var. Bir de sorularla SKS zaten büyük bir yönlendirici rehberlik görevi görecek. Aslında her ne kadar dört boyuttan beş boyuta çıksak bile algoritması biraz daha çerçevesi net çizilmiş ve karar vericilerin karar verirken daha doğru karar vermesini sağlayan aynı zamanda da raporlamasını çok daha kolay olan rehber olacak.

Sağlık Hizmetlerinde Ölçüm Kültürü ve Kalite Göstergeleri

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Koordinatörü

Teşekkür ediyorum Sayın Başkan, Değerli Katılımcılar hepinizi saygıyla selamlayarak başlamak istiyorum konuşmama. Bu konuşmada öncelikle biraz kavramlardan bahsederek başlamak istiyorum ardından sağlıkta ölçme ve değerlendirmeye dair bazı öne çıkan başlıkları ele almak istiyorum. Yine sağlıkta kalite standartları bugünün özel konusu, sağlıkta kalite standartlarında ölçüm kültürü yine Versiyon 5 özelinde neler yapacağız onlardan bahsedeceğiz. Bir takım kritik hususlar ölçme ve değerlendirme ile ilgili onlardan bahsederek devam edeceğiz.

Şimdi kavramlar diye başlamak istiyorum dedim, konunun başlığı itibariyle de en önemli öne çıkan kavram ölçme kültürü kavramı. Ölçme kültürü kavramı deyince neyi kast ediyoruz biraz onu irdelemek istiyorum. Burada öncelikle kültür kavramından ne anlıyoruz ona bakabiliriz. Kültürün bir takım tanımları yapılmış, burada gördüğünüz tanımda da diyor ki, bir toplumun bireyleri arasında paylaşılan, aktarılan ve davranışa yansıyarak davranış oluşturan düşünceler ile bu davranışların oluşturduğu çıktılar ve ürünlerden oluşan bir yaşam biçimidir. Dikkat ederseniz bir yaşam biçimdir diyor. Kısaca benim bu kavramdan, bu tanımdan anladığımaslında eğer bir toplumda bir düşünce, bir kültür haline, kültürün bir parçası haline gelmişse o topluluğun genelinde bir düşüncenin o düşüncenin davranışa dönüşmesi için herhangi bir ceza ya da teşvik unsuruna gerek olmaksızın o düşünce davranışa dönüştürülebilmektedir. Bugün oturumlarda yaptığım teşvik unsurlarını konuştuk, gerçekten bir davranışın ilk başlangıç noktasında, farkındalığın oluşturulması noktasında teşvik ve ceza unsurları bir kıvılcım etkisi gösterebilir; ama sonrasında eğer davranışı kültüre dönüştürebilirsek, ceza ve teşvik unsurlarına gerek kalmadan toplumun genelinde bu kültürü oluşturmamız ve davranışa dönüştürmemiz mümkün olabilir. Tabii toplumun genelinde diyoruz, bu aşamaya geldikten sonra bu davranışı göstermeyen bireyler de en azından o fikri benimsemiş olurlar, fikri kabul etme noktasında olurlar.

Şimdi bir diğer kavram da ölçme kültürü için ölçme tanımı. Şimdi ölçmeyle ilgili de şöyle deniyor; bireylerin, nesnelerin, sistemlerin belirli özelliklere sahip olup olmadığının ve sahipse de sahip oluş derecesinin belirlenmesi, bunlarla ilgili elde edilen sonuçların da sembollerle, özellikle de sayısal sembollerle ifade edilmesidir,deniyor ölçme için. Şimdi ölçme ve ölçme kültürü kavramını

birleştireceğiz ya, ölçme tek başına bir kültür oluşturmak için çok da yeterli gibi görünmüyor, bunun bir davranış değişikliğine yol açması lazım. Onun için ölçmeyi özellikle değerlendirmeyle birlikte ele almamız lazım, öncelikle değerlendirme kavramıyla. Değerlendirme ne demek? Bu da ölçüm sonuçlarını bir ölçütle kıyaslayarak ölçülen nitelik ya da konu hakkında bir karara varma sürecidir diye ifade ediyoruz değerlendirmeyi. Şimdi ölçme ve değerlendirme birlikte hareket ettiklerinde, birlikte olduklarında bizi bir yola götürüyor, bu yol nedir? Ölçme ve değerlendirme yaptığımızda özellikle incelediğimiz konuyu izleme şansını elde ediyoruz. Bu konuyla ilgili yapılan başka çalışmaları, başka faaliyetleri kendimizle kıyaslama imkânı buluyoruz. Çalıştığımız konu ile ilgili olarak planlama yapma, politika geliştirme imkânı buluyoruz, hesap verebilir bir duruma geliyoruz. Aynı zamanda bu konuyla ilgili mevcut durumumuzu tespit ederek iyileştirme faaliyetleri yapma imkânını buluyoruz. Sonuçta aslında ölçme, değerlendirme ve iyileştirme kavramları hep birlikte bizi bir noktaya götürüyor. Bunları olması gerektiği şekilde uygulayan, doğru bir şekilde uygulayan ve davranışa dönüştüren kurumlar, kişiler veya topluluklar da gerçekten bu bahsettiğimiz ölçüm kültürü istediğimiz noktada gelişmesi gereken ölçüm kültürünü oluşturmuş oluyorlar.

Şimdi hedefimiz tabii ölçüm kültürünü sağlık hizmetlerinde geliştirebilmek. Sağlık hizmetlerinde ölçüm kültürü bizim için en temel noktalardan biridir çünkü kalitenin olmazsa olmazı, kalite kültürü dediğimiz noktada en temel konulardan birisi ölçme ve değerlendirme faaliyetleridir. Çünkü ölçmediğimiz hiçbir faaliyeti iyileştiremediğimizi artık hepimiz biliyoruz. Hangi noktada olduğumuzu gösteren, nereye gitmemiz gerektiğini gösteren bir pusula gibi adeta bizim için. Sağlık hizmetlerinde ölçme ve değerlendirme faaliyetine ilişkin öncelikle genel bir bütüncül bakış açısı ortaya koymaya çalışacağım. Daha sonrasında biz kurumsal düzeyde sağlıkta kalite standartları düzeyinde neler yapıyoruz onlardan bahsetmeye çalışacağım.

Sağlık hizmetlerinde bu bütüncül bakış açısı önemli gerçekten, sağlık hizmeti çok boyutlu, çok faktörlü bir alan çünkü. Her alanda, her boyutta da izlemeye, değerlendirmeye, ölçmeye ihtiyacımız var. En üst noktadan başlayacak olursak küresel düzeyde biliyorsunuz ki sağlık hizmetlerini çeşitli ortamlarda ölçüyoruz, izliyoruz. Bu küresel anlamda pek çok kurum, kuruluş, platform var. Ülkelerden elde edilen verileri veya kendi değerlendirdikleri verileri paylaşıyorlar zaman zaman ve bunlarla ilgili gösterge sistemleri kuruyorlar. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü, OECD gibi kuruluşlar ülkelerden elde ettikleri sağlık hizmetleri göstergelerini periyodik olarak dünya ile paylaşıyorlar. Ülkeler de bunlara göre kendi politikalarını belirliyorlar. Yine ulusal düzeyde biliyorsunuz pek çok sağlık göstergesi Bakanlık tarafından veya diğer kuruluşlar tarafından zaman

zaman kamuoyu ile paylaşılıyor ve izleniyor ki böyle olmak zorunda çünkü sağlık politikaları bunların üzerine kurgulanıyor. Bu şekilde boyutlandırmak en periferde, en uç noktada bölüm, branş bazlı, hastalık bazlı, konu bazlı, bireysel düzeyde verilen sağlık hizmetinin kalitesini, niteliğini ölçen göstergeler geliştirmek ve bunları izlemek mümkün. Dikkat ederseniz aslında bu uç noktadaki göstergeleri izleyebildiğimiz, bunlarla ilgili çalışmalar yapabildiğimiz sürece buradan parçadan bütüne ulaşmamız mümkün olacak ve küresel düzeyde de sağlıklı iyi verile elde etmemiz mümkün olacak, bu bizi parçadan bütüne götürecek. Şimdi böyle düzeysel bir yaklaşımı sağlık hizmetine nasıl bir faydası var? Öncelikle bu şekilde yaklaşım elbette bizi dengeli ve bütüncül gelişim sürecine götürecek. Sağlık hizmetinde çok boyutlu bir yapıdan bahsettik, bütün bu boyutları birlikte ele alan resmin tamamını ve detaylarını aynı anda görmemizi sağlayan bir noktaya taşıyacak her noktada bu çalışmayı yapmak. Örneğin bir diyabet konusu işte kurum düzeyinde diyabetle ilgili çalışmalarınız ne boyutta, sağlık hizmeti verirken diyabetli hastalarımıza verdiğimiz sağlık hizmetinin kalitesi nedir noktasından başlayıp küresel olarak dünyada diyabetli hastalarla ilgili mevcut durum nedir, sağlık hizmetinin kalitesi nedir şeklinde analizlere kadar bizi götürüyor. Bu bizim vizyonumuzu genişleten bir bakış açısı, sağlıklı analizler yapabilme ve kanıta dayalı politika geliştirmemiz için de uygun bir bakış açısı. Bu nedenle sağlık sistemi yapılarımızı hep bu bakış açısıyla, ölçme değerlendirme istatistiklerimizi geliştirmek durumundayız.

Şimdi SKS özelinde ölçüm kültüründen bahsedeceğiz. SKS tabii özel olarak daha çok kurumsal düzeyde ölçme ve değerlendirmeye hedef alan bir yapıda. Şu anki mevcut SKS'de indikatör yönetimi boyutunda 19 tane gösterge yer alıyor. Diğer bölümlerde de çeşitli göstergeler var; bölüm ve kurum hedefleri gibi, enfeksiyon sürveyansın, el hijyeni uyum oranları gibi zaten SKS'nin kendisi de bir ölçme değerlendirme aracı. Yapılan öz değerlendirmeler, Bakanlık tarafından yapılan dış değerlendirmeler burada elde edilen SKS kalite puanları da hepsi kurum için bir kalite göstergesi olarak ele alınıyor. Şimdi burada gördüğünüz gibi 19 indikatörden bazı örnekler var. Önce SİYÖS'den bahsetmek durumundayım çünkü SİYÖS bugüne kadar SKS üzerindeki indikatörlerden hareketle yola çıktı. Biliyorsunuz Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi Bakanlığımız tarafından geliştirilen web tabanlı bir yazılım sistemi. Bir pilot çalışma ile öncelikle başladı, kurumlardan belirlenen indikatörler çerçevesinde veriler toplandı, bu veriler hep birlikte o kurumların temsilcileriyle birlikte yapılan toplantılarda ele alındı, birlikte iyi uygulamaları paylaştık, fikir alışverişinde bulunduk. Ölçme ve değerlendirmeden nasıl öğrenmemiz gerektiğiniz öğrendik, çok faydalı önemli bir çalışmaydı. Verilerin bizim tarafımızdan ulusal düzeye genelleyerek incelenmesi de önemli bir bakış açısıydı şimdi birkaç tane örneğinden bahsedeceğim.

İlerleyen süreçte böyle bir çalışmanın yurt genelinde yapılması planlanıyor. Örneğin SİYÖS ile ilgili verebileceğim birkaç örnekten biri bu; en düşük ve en yüksek katılım oranları hangi indikatörlerdeydi diye bakacak olursak en yüksek veri toplama; kesici, delici aletle yaralama oranlarına ilişkindi. En düşük veriyi de stolojik-patolojik tanı uyum oranlarında elde edebildik. Buradan görebileceğiniz gibi işte veri toplama konusunda biraz daha zorlandığımız indikatörleri izlemekte zorlanıyoruz gerçekten. Veri toplama kritik bir aşama işin yapılabilmesi açısından, bir tarafı da tabii çalışan güvenliğiyle ilişkin de bir husus hasta güvenliğini tehdit edebilecek bir olaydan daha riskli olarak görülüp bildirimde eksiklikler söz konusu olabiliyor. Böyle bir bakış açısı sağlayabilir. Onun dışında dönem bazında stolojik-patolojik tanı uyum oranı dağılımını görüyorsunuz burada. Her ne kadar veri toplama ile ilgili zorluk yaşadığımızı söylesek de bu veri toplama, indikatörü takip etme aşamasının sürece nasıl olumlu yansıdığını gösteren bir örnek. İşte birinci dönem ile dördüncü dönem arasında uyum oranlarında belirgin bir fark var. En sık uyumsuzluk görülen doku olarak tiroit bezi görülmüş örneğin. Buna yönelik faaliyetler, çalışmalar yaptılar kurumlar süreç içinde.

Şimdi SİYÖS'den de kısaca bahsettikten sonra SKS Versiyon 5'teki kalite göstergeleri nasıl olacağından bahsedeceğim, Sayın Genel Müdürüm de bahsetti biraz önce. Yeni Versiyon 5'te kalite göstergelerinin önemli bir alanını gösterdi. Bunu çeşitli aşamalarda kategorize ettik öncelikle onu söyleyebiliriz. İzleme zorunlu olanlar ve isteğe bağlı olanlar şeklinde ayırdık; çünkü çok sayıda indikatör var. Öncelikle kurumlar bu zorunlu olanlara başlayabilir, sonrasında isteğe bağlı olanlar da onlar için bir farkındalık oluşturabilir ve bu şekilde devam edebilirler. Ama bunun dışında kurumların kendileri de kendi öncelikleri, kendi ihtiyaç duydukları alanlara yönelik göstergeler belirleyerek izleyebilecekler. Bunun için şöyle bir örnek vermek mümkün, örneğin bir göz dal hastanesi mortalite oranlarını takip etmek yerine, göz cerrahisi sonrasında enfeksiyon oranlarını, revizyon cerrahisi oranlarını, yatış sürelerini vesaire gibi kendine çalıştığı profile, hasta profiline uygun şekilde indikatörler belirleyip onları izleyebilecek. Bunun dışında kategorizasyonda hastalık bazlı göstergeler var, yapı-süreç çıktı esaslı göstergeler, SKS bölümleri ve branşlarına özgü göstergeler var. Bazı örnekler vermek istiyorum, örneğin hastalık bazlı kalite göstergelerinde dünyada da oldukça sıklıkla takip edilen akut miyokard enfarktüsü ile ilgili göstergeler var. Vaka gelişinde aspirin verilmesi, hastaneye varış itibariyle 90 dakika içinde fibroyotik tedavi verilmesi, 30 gün içinde yeniden başvuru sayısı, MI vaka ölüm oranı gibi. Buna dikkat ederseniz ilk dört gösterge daha çok o tedavinin süreci ile ilgili yani bir klinik kılavuzda bulunması gereken, o vaka geldiğinde klinisyenin yapması gereken işlemleri süreci tarif ediyor. Son iki ise çıktı odaklı indikatörler, bu süreci takip ettikten sonra acaba hastaya nasıl bir hizmet verdik, sonucunda

nasıl bir klinik çıktı elde ettik bunları ölçüyor. Branş bazlı kalite göstergeleri için ortopediyi örnek olarak verebiliriz. Böyle bir bölüm var. Elektif birincil total kalça ve diz artroplastisi 30 gün içinde komplikasyon nedeniyle yeniden başvuru sayısı kalça kırığı mortalite oranı gibi örnekler var. Tek tek burada ifade etmeyeyim vaktinizi fazla almayalım. Onun dışında SKS bazında demiştim göstergeler var, enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi bunlara bir örnek. Zaten ulusal hastane enfeksiyonları sürveyans alanında da takip edilen göstergeler var biliyorsunuz. Yine onlarla paralel olarak bizim standartlarımızda da bunlar bu göstergeler yer alıyor. Bu şekilde göstergeler devam edecek.

Onun dışında başka bir bakış açısıyla yani ölçme ve değerlendirmeye başka bir bakış açısıyla SKS'nin değerlendirme kısmından bakmak istiyorum olaya. SKS değerlendirmeyle ilişkin de bizim bildiğimiz bazı göstergeler var, bizim tarafımızdan izlenen. Onlarla örnekler vermek istiyorum, örneğin, SKS kalite değerlendirme sonuçlarını dönemsel olarak yaptıktan sonra bir rapor haline getiriyoruz ve bunlarla ilgili sonuçları analiz ediyoruz. Değerlendirici performansını izlemeye yönelik çalışmalarımız var, kurum memnuniyet anketleri, değerlendirici anketleri bunlarla ilgili SKS değerlendirme sürecini takip ediyoruz. Onlara örnek olarak birkaç slayttım var. Sağlıkta kalite değerlendirme sonuçlarına göre Türkiye ortalaması 2011 yılı ile 2013 yılı arasında gördüğünüz gibi. 2013 yılında ilk kez üniversite hastanelerinin Bakanlığımız tarafından merkezi değerlendirme uygulandı. Gördüğünüz gibi üniversite hastanelerinin ortalaması düşük görünüyor. Bu bir anlamda kalite değerlendirmelerinin teşvik edici unsurunun da etkili olduğunu hastanelerde görmemize sebep oluyor. Biz eminim bir sonraki değerlendirmede üniversite hastanelerinde bu puanlar yükselecek çünkü kalite değerlendirmeleri önemli bir teşvik edici unsur dediğim gibi.

Burada bölüm bazında bir analiz görüyorsunuz, hastane bölümlerine göre yapılan değerlendirmelerde ortalama puanlar. Mikrobiyoloji laboratuvar hizmetleri 100 gibi görünüyor ama aslında tek bir laboratuvar incelenmiş. Biliyorsunuz bölümler belirliyoruz, normalde bu genel hastanelerde mikrobiyoloji laboratuvarı yedekte de yoktu ama göğüs kalp damar cerrahisi hastanelerinde biyokimyadan sonra yedek bölümdü. Tek bir hastanede biyokimya hizmet alımı olduğu için burada yedeğe düşmüş, böyle bir farklılık var. Tabii analiz ederken bütün bu şekildeki farklıkları gözetmek durumundayız. Değerlendirme bölümlerinde de ortalama kalite puanları bu şekilde, gördüğünüz şekilde değerlendirildi en son raporda. SKS göstergelerinin başarı oranlarıyla ilgili bu slaytta. Bütün indikatörler değerlendirilmemişti, aralarından seçtiğimi indikatörler değerlendirilmişti. Örneğin stolojik-patolojik tanı uyumu yok burada o nedenle. Ama SİYÖS'den

farklı olarak ilginç şekilde gördüğünüz gibi kesici-delici alet yaralanmaları ile ilgili indikatör ikinci sırada yer almış bu arada başarı düzeyi olarak izlenmesine yönelik. Ama bası üslerinin incelenmesi birinci sırada başarı düzeyinde görülüyor.

Birkaç kritik hususdan bahsederek sunumumun sonuna yaklaşıyorum. Ölçme ve değerlendirmede özellikle bir takım basamaklar var, bunların uygun şekilde takip edilmesi önemli bir husus. Öncelikle neyi ölçeceğiz? Tabii ki her şeyi ölçmek doğru mudur? Doğru değil. İzlemek istediğimiz politika nedir, ulaşmak istediğimiz hedefler nelerdir, kurum olarak önceliklerimiz, ülke olarak önceliklerimiz nelerdir? Ne ölçeceğimizi buna göre karar veriyoruz. Bizim işimize yaramayan bir konuda ölçüm yapmamızın anlamı yok. Nasıl ölçülecek noktası da önemli çünkü hesaplama yöntemi burada özel olarak devreye giriyor. Hesaplama yöntemini standardize etmek kurumlar arası sonuçların karşılaştırılabilmesi bench marking yapılabilmesi açısından önemli bir husus. Bu nedenle hesaplama yönteminde biz mümkün olduğunca indikatör kartları yayınlayarak yöntemi standardize ediyoruz. Özellikle şimdi bu yeni Versiyonda yer alacak olan klinik indikatörlerle ilgili olarak bu hesaplama yöntemleri önemli hale gelecek. Örneğin biz size tanı kodlarını vereceğiz, bu tanı kodları üzerinden hareketle bu yöntem hesaplamaları yapın diyeceğiz. Yoksa kurumları birbiriyle karşılaştırmamız mümkün olmaz. Buna bir örnek mikrobiyoloji ile olarak verebilirim. Son yıllarda mikrobiyoloji laboratuvarlarında kullanılan antibiyotibiyogram duyarlılık testlerine yönelik standartlar değiştiriliyor. Artık 2015 yılının sonunda bütün laboratuvarlar yeni standartları kullanmaya başlayacaklar antibiyotik duyarlılık testleriyle ilgili. Çünkü dünyada bu duyarlılık testleriyle ilgili bir sürveyans çalışması yapılıyor ama Amerika'nın kullandığı standartlarla Avrupa'nın kullandığı standartlar farklı. Biz de coğrafi olarak Avrupa'ya yakın olduğumuz için onların standartlarını kullanmak istiyoruz ki bakteriyel direnci takip ederken bu sürveyansları takip ederken ortak dili konuşabilelim. Zamanımız mı doluyor? Çok teşekkür ediyorum Başkanım, son slaytlarım. Bu bir örnekti hesaplama yöntemi. Diğer konular zaten bildiğiniz konular ama bütün bu aşamaların her aşamasının sağlıklı bir şekilde ele alınması gerekiyor. Bu ölçme ve değerlendirmenin başarısı için önemli. En kritik nokta da sanıyorum veri kalitesi, veri kalitesini sağlamak için işte bu hesaplama yöntemi standardizasyonu, veri toplayan kişilerin eğitimi ve mutlaka etik kurallara uyulmasının sağlanması, doğru verilen dürüst şekilde elde edilmesi. Veri toplamanın kolaylaştırılması için bilgi yönetim sistemlerinin, yazılımların kullanılması gerçekten önemli oluyor, süreci olumlu etkiliyor.

Son söz olarak çok yeni öğrendiğim bir kavram var, otantik öğrenme diye, belki sizler de duymuşsunuzdur. Bu otantik öğrenme işte kişinin aktif olarak sürece dâhil olduğu ve konuyu içselleştirdiği, sınavlardan yüksek puan almak amacıyla

değil öğrenmek amacıyla yapılan öğrenme faaliyetini ifade ediyor. Ölçme ve değerlendirme mikro düzeyde aslında bize böyle öğrenme faaliyetinin yolunu açıyor diye düşünüyorum. Aktif uygulama içeriyor, kendi kendimizi ölçüyoruz, analiz ve değerlendirme yetisi kazanıyoruz ve içselleştiriyoruz olayı. O nedenle mikro düzeyde bireysel olarak hepimize olumlu katkısı olduğunu düşünüyorum. Makro düzeyde etkisi de, mutlaka kurumlarımıza ve ülkemize sürekli gelişme imkânı veren ve ölçüm kültürünün oluşmasını sağlayan bir süreç. Çok yoruldunuz hepiniz biliyorum, inşallah hepimiz için iyi bir akşam, iyi bir kongre diliyorum. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Metin ÇAKÇAKCI

Oturum Başkanı

Çok teşekkürler. İzninizle devam edelim, ben Profesör Doktor Bilçin Tak Meydan'ı davet edeyim. Hatalardan Öğrenme ve Kalite Kültürü. Bilçin Hanım Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Öğretim Üyesi. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi derken yanlış anlaşılmasın lütfen çünkü ben neredeyse bildim bileli belki son 10 yıldır kalite-hasta güvenliği gibi bir toplantı tartışma yaptığımız zaman Bilçin Hanım hep bizimle, onun için konunun tam merkezinde ve konuya hâkim. Çok teşekkürler geldiğiniz için.

Hatalardan Öğrenme ve Kalite Kültürü

Prof. Dr. Bilçin TAK MEYDAN

Uludağ Üniversitesi İİBF Öğretim Üyesi

Çok teşekkür ederim Hocam. Değerli Konuklar öncelikle, böyle bir konuşma fırsatı bana verdikleri ve davetlerinden dolayı, Bakanlığımızın bu Kongreyi düzenleyen yapısına teşekkür etmem lazım. Bir kez daha merhaba diyeceğim Türk sağlık sektörünün değerli temsilcileri. Bugün bana verilen görev, güvenlik kültürü ve hatalardan öğrenme nasıl olacağı ile ilgili.

"Hafızası olan hastaneler yaratmak" adını koydum ben buna. Hafızası olan hastaneler lafı aslında İngiliz Sağlık Bakanlığının 2000 yılında bir akademisyenler ekibine yaptırdığı bir çalışma var, hani NGS hastaneleri hangi durumdadır diye. Böyle katı bir rapordur, böyle biraz hocaların üst perdeden NGS'in gidişi gidiş değildir falan mesajını verdiği bir rapor. Bunun adı hafızası olan örgütler, oradan kopya çektim kendi fikrim değil. Şimdi bizim hataların raporlanmasıyla ilgili üzerinde konuşmamız gereken temel konu bu. Neden bu önemli? Yeni bir veri bu ve şunu söylüyor; dünyadaki ölüm oranlarına bakıldığında birinci sırada kalp hastalıklarından, ikinci sırada kanserden, üçüncüsü ise tıbbi hatalardan ölüm gerçekleşiyor, korkunç bir hata. İkincisi, elimizdeki raporlama sistemleri sadece Amerika için bu bilgi, ancak mevcut hataların %14 küsurunu raporluyor yani biz bunun neredeyse %85'i hakkında fikir sahibi değiliz. Şimdi ben sosyal bilimciyim, teşekkür ederim Hocamın övgüleri için, yedi yıl tıp fakültesi hastanesinde görev yapmış olmak sebebiyle hem sosyal bilimci perspektifimle hem de o yedi yıllık gözlem ve deneyimlerimle bir takım paylaşımlarda bulunmak istiyorum. Şimdi efendim sizin hastalarınız bireyler bizim hastalarımız, hastaneler, bankalar, fabrikalar yani kuruluşlar bizim hastanelerimiz. Biz de aynı sizdeki süreçler gibi o kuruluşları analiz ediyoruz, metotlarımız var, işletme okullarında bize bunlar öğretildi, hastalığı teşhis ediyoruz ve onu çözümlemeye çalışıyoruz. Şimdi sosyal bilimlerde eğer şu tartışılırsa bir hastanede güvenlik kültürü nasıl yaratılabilir diye, bilim bize iki tane kapı açıyor. Kapı bir; birey üzerinde odaklan! Teknolojik alarm sistemleri kur, sistemi denetle, hadi bir ileri gideyim bir geri gideyim mesela kötü adamları işe alma, pervasız, lakayt davranışlara izin verme, bilerek ihlâl edenlere izin verme gibi daha çok teknik boyutu üzerinde yani insan kaynaklarında eleman alma-değerlendirme gibi konulara odaklanıyor. Ama benim bireysel görüşüm ve zannediyorum bu kongrenin teması açısından bizim kafa yormamız gereken konu acaba güvenlik sosyal bir gerçeklik olarak bizim hastanelerimizde nasıl inşa edilir? Yani bütün konuşmacıların da belirttiği üzere acaba biz güvenliği

önceleyen bir çalışma anlayışını hastanelere nasıl yerleştirebiliriz? Şimdi güvenlik kültürü diyoruz biz bunun adına, uzun uzun okumayacağım ama galiba burada bizim dikkatimizi çekmesi gereken iki tane önemli nokta var: Madde 1; hata yapılma riski hep vardır, bu konularda tehlikeyi idrak etmeliyiz geçen kongrede kullanmıştım, uyanık olmalıyız, farkındalığımızın yüksek olması gerekir. İkincisi ise, yanlışlardan öğrenme, yanlışın yerine doğruyu koyma. Demek ki güvenlik kültüründen söz ediyorsak iki tane şey var yani her an hata yapılabilir. Şimdi değerli konuklar huzur içinde Antalya'dayız, Kongredeyiz galiba aklımız hastanelerdedir, öyle midir? Acaba her şey umduğumuz gibi mi gidiyor? Mesela şu anda acaba taraf işaretlemesi yapılmamış hiçbir hafta ameliyathanelerinize girmemiş midir? Girmiş olma ihtimali olabilir. Acaba bütün zamanlarda bütün hastalara hemşireler hasta kimliğini doğrulayarak mı ilaç uyguluyordur şu anda? Yani eminseniz hep beraber gidelim bakalım, içimiz çok rahat olmasa gerek. Acaba günübirlik girişim alanlarında ya da acilde hasta bilekliği olmayan hasta var mıdır acaba? Yoktur canım yoktur değil mi? Vardır, olabilir! İşte bu her şey yolunda duygusu bizi rehavete itiyor dolayısıyla hep alarmda olmalıyız. Acaba şu anda her şey yolunda gidiyor mu? Mesele şu; hastanedeki hekimlerin, hemşirelerin, diğer sağlık çalışanlarının tamamının hep o tehlikeyi idrak ederek yaşamasını sağlamak. Yani iyi bir şey değil bu güvenlik kültürü, tetik olma kültürü, huzursuz olma kültürü. Dolayısıyla birincisi bu, ikincisi yanlış yerden öğrenme. Şimdi değerli konuklar, nasıl öğreneceğiz? Hani birbirimize bakacağız da gül cemallerimize bakarak öğrenme şansımız yok. Nereye bakacağız? Birbirimizin yaptığı hatalara bakarak öğreneceğiz. İşte orada karşımıza iki tane soru çıkıyor; bir, bu hataları nereden bileceğiz? İki, bir raporlama, kayıt, veri tabanı var mı ki birlikte bakalım. İşte dolayısıyla demek ki aslında bizim kafa yormamız gereken konu bu güvenlik kültürünün işi aslında hataların raporlanmasını sağlamak. Hani hastaneye döneceğiz ya hepimiz yerimize yurdumuza, pazartesi günü kafa yoracağımız işlerden biri bu raporlama sistemi olmalı. Çok literatürde adı geçen malum suçlama kültürü, utanma kültürü. Suçlama ve utanma kültürünün esası şüphesiz bu lafı çok sevdim, bir yabancı çalışmada vardı, hastaya kimin eli en son değdi onu asalım! Hastaya kim dokunduysa, suçlama kültürü bu. İkincisi, patolojik kültür de diyorlar, aslında bizim içten içe bildiğimiz hatta galiba hiç de yüzleşmediğimiz, yüzleşmeyi de sevmediğimiz benim naçizane gözlemim belki Türk sağlık sistemi bir gün hiç yüzleşmediği konularla da yüzleşir. Ama spesifik olarak hastanelerimizde olduğunu bildiğimiz şeyleri eğer biri dile getirirse diyor ki James Raison; vururlar diyor, ateş ederler! Bunun konuşulması, bunların üzerine kafa yorulması arzu edilmez deniyor. Şimdi kim, kimi suçluyor? Araştırmalar şunu gösteriyor, hata meydana geldiğinde yöneticileri çalışanları suçluyor, çalışanlar sistemi suçluyor ve bir süre sonra çalışanlar arasında bir birlik

oluşuyor. Kime karşı? Yönetime karşı kimse açıklayıcı ifade vermiyor. Yine hata psikolojisi profesörü James Raison bizim dikkatimizi bir şeye daha çekiyor; bizim en büyük tehlikelerimizden biri bizim hastanelerde böyle kötü şeyler olmaz! Her yıl kongrede yaptığımız konuşmalarda hani ben bizim hastane veya yabancıların hastanesinden anlatıyorum da siz diyorsunuz ya bizde asla ve haşa yok diye. Hani bizim hastanede böyle kötü şey olmaz düşüncesi en büyük tehlike kaynaklarından biri. Özet olarak yapmamız gereken şey şu; güvenlik raporlama sistemi olmadan asla bir güvenlik kültürünün inşa edilmesi mümkün değil. Neden? Çünkü güvenlik dediğimiz şey hani şu anda çok şükür telefonlarınız çalmıyor problem yok ya hastanelerinizde, bu böyle bir defakto durum; problem olmaması. Güvenlik ihlâlleri istisnai durum yani çok şükür çok sık olmuyor. Peki, böyle çok sık olmayan bir şeye çalışanlarınızı nasıl ikna edeceksiniz, nasıl bu konuda tetik olmalarını sağlayacaksınız? İşte güvenlik raporlama sistemleri bize bunu sağlıyor. Sayılarla, rakamlarla bir şeyleri söylüyor, artış var diyor, gelişmeler hakkında bilgi veriyor. Dolayısıyla eğer güvenlikle ilgili bir problem varsa onun ete kemiğe büründüğü yer raporlama sistemleri.

Raporlama kültürüne ihtiyacımız var, raporlayabilmeliyiz bunu bu çok önemli. İkincisi, bilgilendirme kültürü. Ben bunun üzerine belki soru falan gelirse bana göre hastanelerde en iyi oturan şeylerden biridir, güvenlik raporlama hariç. Biz her şeyi raporlarız değil mi? Kime? Amirlerimize. Her konuda bilgilendirme yaparız. Kimleri? Amirlerimizi. Mesele güvenlikle ilgili konuların raporlanmasını sağlamaktır. Bilgilendirme kültürü bize sürekli aklımızda şunu asılı tutar; korkmayı unutma! Korkmayı unuttuğumuz an zaten güvenlik ihlâlleri de başlar. O halde güvenlik raporlama sistemleri bizim için bir bedelsiz ders ise bu dersten acaba nasıl faydalanabiliriz. Bana dendi ki, hatalardan öğrenme üzerine konuşalım, evet, hatalardan öğrenebilmek için etkin bir raporlama sistemimiz olmalı. İki tür öğrenme var, birincisi aktif öğrenme, diğer pasif öğrenme. Pasif öğrenme, evet, problem olduğunu gördük, izledik, farkındayız, ben şimdi size bir sürü örnek olay anlatacağım kısa kısa, Hocam ne kadar süre verecek bilmiyorum. Son oturuma son konuşmacı koyduklarına göre sanıyorum Bakanlıktaki dostlarımız dediler ki, Hocayı susturmak mümkün olmuyor, en sona koyalım konuşabildiği kadar konuşsun diye. Akşam yemeğine kadar konuşabiliriz, isterseniz kurs gibi yapabiliriz. Yok yok, şaka yapıyorum! Aktif öğrenme ve pasif öğrenme: Şimdi aktif öğrenme bizi ilgilendiriyor, nedir bu? Yapılan hataları görmek ve günlük iş pratiğine bunu aktarmak. Mesela bir anekdot aktarayım size. Şimdi diyor ki bir cerrah hocamız, bu arada akreditasyon sürecinde son derece aktif destek veren plastik cerrahi ana bilim dalı başkanı hocamız da burada, benim anlattıklarımı bir hekimden sosyalcilere güvenmezsiniz ya, doğrulatmak isterseniz hocam da bu konuda mutlaka katkı yapacaktır. Teşekkür ediyorum. Şimdi diyor ki kalp damar

cerrahı bir hocamız, ameliyathanede açtım tıbbi cihaz kırık, bir tane daha elimi attım o da kırık, bu bizim için çok tehlikeli ve döndüm ekibe dedim ki, DÖF'ini alın, düzeltici, önleyici faaliyet! Hemen bu olay bildirim formu, nefes nefese bir personelle bizim rektörlükteki ofisimize geldi ve masama kondu. Şimdi bu bir günlük yaşama yansıtma pratiği budur. İkinci örnek; zihni algoritma; Bir, hasta düştü. Ne yap? Önce hastaya müdahale et, aman durumuna göre ilave tetkik planla, yatışına kara ver, belki yoğun bakıma yatırmanız lazım, sonra bakın rutin hareket. Hata bildirim formu doldur ve kalite yönetim birimine götür. Ha bir de bakalım bu algoritmanın sağ tarafından ne var? Hasta düştü, müdahale et, durumu çok ciddi değilse kimseye söyleme, soran olursa duymadım, görmedim dersin. Aktif öğrenmenin önünde engellerimiz var. İki tane konu önemli; bir, suçlama kültürü, iki, raporlama sisteminin iyi yapılandırılmamış olması. Şimdi değerli konuklar, bu standartların gözden geçirilme konusunda yine Bakanlığımızın bu konu üzerinde çalışan ekibi bu hasta güvenliği ve risk yönetimiyle ilgili standartlarla ilgili sağ olsunlar benim de görüşümü aldılar. Biraz böyle içine girip baktığımızda bazı iyileştirme önerilerinin olabileceğini sizlerle paylaşmak isterim ama şimdi lütfen standartlardan bağımsız olarak kafa yoralım. Şimdi hatalardan öğrenmenin olmazsa olmaz koşulları neler? Doğru bir hasta güvenlik raporlama sistemi kuracağız. Raporluyor muyuz? Amerikalının %15'ine şaşırdık ama bizimki kaç bilmiyoruz. Var mı öyle bir sayı? Toplam başımıza gelenlerin ne kadarını biliyoruz? Yapılan bildirimleri doğru bir biçimde yönetebiliyor muyuz? Beraber konuşalım. Acaba hastanede hatalar üzerine konuşuyor muyuz, konuşulmasını istiyor muyuz? Hatanın nedenlerini sistematik bir biçimde analiz ediyor muyuz ki dersimizi çıkartalım, o bedelsiz dersi alalım? Sonra bir de bu hatalardan aldığımız dersler acaba hayatımıza nasıl karışıyor? Yarın sabahki ameliyathane pratiğine, yarın sabahki poliklinik pratiğine nasıl katılıyor?

Şimdi nasıl raporlayalım? Diyor ki Dünya Sağlık Örgütü; elektronik posta, faks, telefon, bunlar artık eskidiler, faks ve telefonu söylüyorum. Benim tartışmak istediğim konu şu sizlerle, acaba standart form kutularına tik mi atalım, öyle mi yapalım? Yoksa böyle kısa öyküsünü mü alalım? Hani düz bir metinle mi anlatsınlar? Bunu bir değerlendiriyor literatür. Bir de diyor ki hasta dosyasına not düşerek, itiraf etmeliyim ki bunun çok iyi bir yöntem olduğunu zannetmiyorum ama yurtdışında yayınlanan araştırmalarda bu bir opsiyon olarak söyleniyor. Şimdi burada bir şeye ihtiyacımız var, dönüp hemen hata psikolojisi biliminden destek almamız lazım. Raporlama, raporlama ama nasıl gerçekleşiyor? Şimdi bir kere bireyin raporlaması onun inisiyatifine kalmış bir konu, raporlamayabilir. İki, buna karar verirken ne yapıyor? Terazinin kefelerine fayda ve maliyeti koyuyor; başıma ne gelir, ne fayda doğar? Bakın sadece kendi başıma ne gelir demiyor. İki, hastanemin başına ne gelir diyor. Üç, buna maruz kalan hastamın başına ne

gelebilir diyor. Sonra kişilik de burada önemli ama ardından da örgüt kültürü burada devreye giriyor. Son olarak eğer birey kendini o hastanede güvenli hissediyorsa raporlamaya karar veriyor. Şimdi ben bu çalışmalar öncesinde ya raporlar ya raporlamaz diye biliyordum meğer öyle değilmiş. Bakın birincisi, olduğu gibi raporluyormuşuz. Olay nasıl gerçekleştiyse yazıyormuşuz bir. İki, bunu rasyonelize ediyormuşuz yani ben müdahale ettim ama ilaç da zaten yanlış gelmişti klinikten gibi. Bu yabancıların, bizde yok böyle bir şey! Veriyordum ama yanlış da etiket konmuş başka hastanın adı. Üçüncüsü, başkalarının üzerine atmak! Ben şimdi burada literatürü anlatıyorum haşa haddim değil. İkincisi ise raporlamama meselesidir. Ne yapıyor? Üzerini örtüyor. Diyor ki literatür, hemşirelerin genel yaklaşımı incelendiğinde, bunlar yine atıfları var vallahi fikrim değil, onların arkasına saklanmak zorundayım. Diyor ki, genellikle hataları raporlamayıp kendileri telafi etmeye, yabancılar böyle yapıyormuş bizde de öyle mi acaba? Hatanın etkileri ne? Ama tabii bu hataya bağlı olur. Mesela hastayı tekrar ameliyathaneye sokmak kolay mı? Hastanın yoğun bakıma yatışını yapmak kolay mı? Yani hekim order etmeden eczaneden ilaç almak kolay mı? Her sistemin şahitleri var, yoğun bakımda onay var, ameliyathane kabul sistemlerimiz var. Son olarak da göz ardı etme.

Peki, raporlamayla ilgili ne oluyor? Çok mu yorucu sistemlerimiz var? Şimdi zaten insanlarımız raporlamaya biraz uzak bakıyor ama eğer siz sistemi karmaşık hale getirirseniz mesela her şeyimiz elektronik raporlamamız niye elektronik değil? Hepimiz hastanelerde yaşıyoruz, nerede böyle herkesin elinde birer bilgisayar var mı sizin hastanelerinizde? Yani galiba hemşire deskinde iki tane, üç tane… Peki, sağlık çalışanlarının, teknisyenlerin hatta transport elemanlarının ulaşabileceği terminaller var mı? Yok. O zaman şimdi bu şey fikrinden vazgeçmeliyiz, hani anonim olsun ve elektronik ortama gelsin konusu biraz zor gibi. Bir başka konu da zaman kıtlığı, uğraşmak, yazmak, çizmek caydırıcı oluyor. O yüzden mümkün olduğunca elimizin altında her şey olmalı. Peki, biliyor mu acaba herkes bu yolu ve yöntemi? Hekimler üzerinde yapılan araştırma gösteriyor ki, hangi hata raporlanacak, nasıl raporlanacak yol ve yöntemlerini bilmediklerini söylüyor yabancılar. Bizde öyle mi acaba, hekimler hâkim mi hastanelerde bu form nereden bulunur, doldurulur? Hâkimiyet konusu… Dolayısıyla bu ulaşılabilirliği de hızlandırmak gerekiyor.

Önerileri sonra konuşuruz ya, ikinci bir maddeyi konuşalım dilerseniz. Acaba anonim mi raporlayalım yoksa yer, hasta kimliği ve raporlayan kişinin bilgileri açıklansın mı? Şimdi birincisi anonim raporlama üstü kapalı bir biçimde suçlama kültürünün var olduğunu ifade eder. Ne demek bu? Korunmak zorundayız. Şimdi hukuken maalesef Türkiye'de raporlama yapan kişinin ve zannediyorum

başhekimin bu durumda soruşturmadan korunmasıyla ilgili sıkıntılar var. Ben hukukçu değilim buna aklım ermez ama şu kadarını söyleyebilirim ki, isimsiz yer bildirmeksizin yapılan raporlama sistemleri o korkuyu devam ettirir aman belli olmasın, duyulmasın diye. Şimdi burada bana göre bir kaygı var ve yersiz, bizim deneyimlerimiz de bunun yersiz olduğunu gösteriyor. Kişi kendi hatasını raporlar mı? Bu alandaki uzmanlar diyor ki, kişi kendi hatasını raporlamaz çünkü kendi hatasının farkında değildir. Doğru mudur bu? Kendi hatası, hata yaptığımızı kabul etmekle ilgili sıkıntılarımız var. Dolayısıyla hastanelerde bu raporlama sistemi genellikle ben şunu yaptım biçiminde olmaz, örnekleri beraber de konuşalım. Şimdi örnek olay bir, kadın hastalıkları doğum kliniğinde xyz protokol numaralı hasta penceren atlamak istedi, odadaki pencereye koştu, refakatçi tuttu, koridora çıktı koştu, işte biz tuttuk. Yapılan rapor, her iki pencerenin de kontrollü açılma mekanizması bozulmuştu, açılmıştı, hava sıcaktı… Şimdi bunun sorumlusu, kim yaptı bu bildirimi derseniz kim yapmış olabilir? Klinik sorum hemşiresi yapar değil mi? Peki, burada suçlu var mı? Yani nereye kadar gidecek, binanın merkezi klimasyonu yok diye ruhsatlandırmaya kadar mı bağlanacak? Burada amaç herhangi bir kişinin kusurunu bulmakla ilgili değildir. Burada mesele bu camların bir daha kontrollü açılma pozisyonunun bozulmamasını sağlamaktır, eğitimdir, uyarıdır, teknik destektir. İşte ameliyathaneden yoğun bakıma transfer edilen beyin cerrahisi hastası asansörde arıza meydana geldi ve asansörde kaldı. Kim yapıyor bu bildirimi? Beyin cerrahisi anabilim dalı hocamız yapıyor. Bunda herhangi bir sıkıntı var mı? Kim burada asılacak? Kim burada sorumlu? Tesisten sorumlu başhekim yardımcısına kadar sirayet edecek bir şey mi bu? Değil! Yani bizim izlediğimiz raporlama sistemleri içerisinde doğrudan bir kişiyi adresleyen, doğrudan bir kişinin soruşturmaya konu olmasına sebep olacak bir ifade tarzının olmaması lazım. Mesela şimdi bu benim annemin, benim hasta yakını olarak bir gözlemimdir. Hekim hastayı görüyor, diyor ki, kemoterapi öncesinde kan transfüzyonu yapalım ondan sonra iki order veriliyor malum, biri ilaç hazırlama, diğeri kan merkezine. Ben biraz modifiye ettim tabii, varsaydım ki bildirildi, saat 16.00 oldu, mesai biterken hemşire diyor ki, kan merkezine soruyorum gönderiyoruz diyor, kan merkezine ben gidip sorduğumda da diyor ki, yukarıdan istenmedi biz hastanın genel durumunun iyi olduğunu bilmiyoruz diyor. Ama detayına indiğimizde şunu gördük ve bence muhteşem bir şeydir bu, işte bu hatadan öğrenmenin rutine dönmesinin, hoca diyor ki, hasta için kan order edildiğinde krosmad çalışmamız için kan örneği gelmediğinden dolayı yukarıya kan ve kan ürünü gidemez diyor. Bu çok önemli bir şey değil mi? Bu bir sistemin kendi emniyet supaplarıdır. Şimdi siz bu olayı bu noktaya girmeden analiz etsek, kan merkezi savsaklıyor mu, hemşire acaba yapmak mı istemiyor, geceye mi bırakmak istiyor gibi kişisel nedenlerin etrafında dönebilirsiniz. Hâlbuki bu çok önemli, çok

doğru ve hasta güvenliğini önceleyen bir sistemsel nedendir. İşte hastayı odaya girdik, yere düşmüş halde bulduk. Dolayısıyla örnek olaylarımız epey fazla. Sonuç olarak, zamanımız ancak öyle, bir de kısa bir konuyu da Hocam tartışıp izninizle bitirmek isterim. Şimdi raporlamayı kim yapacak? Sorunumuz şu; raporlamayı dünyada da Türkiye'de de hekimler yapmıyor. Doğru mudur? Yapmıyorlar. Şimdi hekimlerin raporlama yapması niye önemli? Birincisi, hastanelerde her ne kadar idari unvanlar olmasına karşılık hastaneleri, biz bizeyiz değil mi kimse yok, hekimler yönetir. Doğru mudur? Ve hatta diğer sağlık personelinin ne yapacağını da onlar yönetir. İki, hastanelerde literatürün arkasına saklanıyorum hocalarımı kızdırmamak için, hastanelerde hekimler karizmatik bir yetki ile güç kullanırlar ve eğer siz raporlama sistemlerini oturtmak istiyorsanız önemli aktörler olarak hekimleri sistemin içine koymamız lazım. Ama neden bu böyle? Geçmişte şöyle düşünüyorduk yani ben öyle düşünüyordum, çok meşguller, zamanları yok, raporlamaya yönelmiyorlar. Halbuki bakınız bu konuda da meğer devasa bir literatür varmış. Üç ayrı araştırmayı topladım bir arada şimdi bakın neler söylüyor hekimler? Bu tıp mesleği ile ilgili bir meseleymiş ve bilmem destekler mi hocalarımız? Şimdi tıp kompleks işler bütünüdür dolayısıyla deneme yanılmayla mesafe kat edilir, hata yapmak kaçınılmazdır, bu tıbbi uygulamanın bir parçasıdır bir. İki, raporlama sistemi de bu kaçınılmaz hatalarla iştigal ettiği için bizim bunun içinde olmamız söz konusu değildir. Bir başka konu, raporlama bürokratik bir iştir, hekimlikle ilgili değildir. Bunlar Amerika ve İngiltere'de Manchester bölgesinin hastanelerini kapsayan ve Amerika'da Teksas Üniversitesinde Massachusetts yapılmış olan çalışmaları söylüyorum, bizde durum nedir bilmiyorum. Hekimi gerçek işinden ayıran bürokratik bir iş bu, sonra bu tıp dışı bir iş, biz, bu lafı ben çok beğeniyorum şöyle yöntemler yapıyorlar, örnek olay veriyorlar ve hekimlerin bunu yorumlamasını istiyorlar. Diyor ki, biz klinik ortamında koştururken yöneticiler ellerinde hata bildirim formları bizi yargılayıcı bir eda ile oturdukları koltuklarda bunu değerlendiriyor diyorlar. Var mı böyle acaba içten içe düşünceler? Raporlama bizim mesleğimize, uzmanlığımıza uygun değil, bu hemşire işi diyor hekimler. Ben sadece oradaki aktarılanları söylüyorum. Kayıt işi bize özgü değil diyor. Şimdi neden böyle imiş? Bakınız deniyor ki, hekimlik bağımsızlık ve kendini savunan bir meslektir. Dolayısıyla kendilerinden olmayan kişilerin kalkıp da onların mesleklerini denetlemesi, değerlendirmesi ve üzerinde bir hâkimiyet kurmaları kabul edilebilir bir şey değildir. Bir başka konu, hekim ancak bir hekim tarafından denetlenmeyi kabul eder, dolayısıyla hata bildirim sistemleri için bir öneride bulunmak mümkün. O da şu; hata bildirim sistemlerini hekimlerin sorumluluğuna vermek lazım. Son önemli madde, şöyle bir çalışma yapılmış; ikinci sınıf öğrencisi, üç, dört, beş, altı ve kıdemli, kıdemsiz cerrahi dâhili asistanları. Zaman içinde yapılan ölçümler şunu gösteriyor ki aslında

tıp fakültelerinde ve uzmanlık eğitiminde hekimlere bir şekilde bu eğitimin verildiğini, bunu gizli müfredat diye söylüyorlar. Dolayısıyla bunun aşılması ve çözümlenmesi gerekir diye tartışıyor.

Hocam 4 tane slayttım var hoşgörünüze sığınıyorum. Önerimiz: Öneri 1; ülke ölçeğinde bir kere standart bir raporlama sistemine ihtiyacımız var, aynı dili konuşmalıyız. Bunun örneklerini dünyada görüyoruz, herkes aynı standart sisteme veri girişi yaptığında ortaya karşılaştırılabilir ve ülke çapında bir veri setine ulaşma şansımız olur bir. İki, gerçek olaylara dayalı eğitimler, bakın o araştırmada konu edilen hekimler diyor ki, biz gerçek olayları kıdemli bir hocamız bize anlattığında kalıcı öğrenme sağlıyor, ramak kalalardan öğrenmiyoruz. Sonra diyor ki, öğrenilenler kalıcı olmuyor çünkü biraz sonra yine hem telefonla konuşup hem order vermeye devam ediyoruz diyor. Bir başka öneri, bölgesel veya bu işte Kamu Hastane Birliklerinden çok arkadaşlarımız var, o gruplar bazında bir hata öğrenme notu yazım sistemi kurulabilir. Bu Kanada'da uygulanan bir yöntem, çok sık raporlanan ve kritik görülen konularda örnekler web sitelerinde var, bakıyorsunuz hasta düşme, kısa bir özet. Olay nasıl oldu, çözümü nasıl sağlanabilir? Böylece bu canlı örneklerle öğrenme şansı veriyor. Şimdi şeyi bilmiyorum, Sayın Daire Başkanımız anlatırken dedi ki, tıpta uzmanlık eğitim standartları geliştiriliyor, doğru anladım herhalde. Şimdi bende şöyle bir şey yaptım, Türkçe arama motorlarına girdim, tıp eğitimi, tıpta uzmanlık eğitimi, hasta güvenliği falan diye böyle konulara girdiğimde Türkçede hiçbir şey çıkmadı. Yani dört beş tane bayağı da bir seçenek denedim, umarım o geliştirilen standartlarda ve eminim ve bu konuda çalışma yürüten hocalarımız hasta güvenliğine hem uzmanlık eğitimine hem de tıp fakültelerine yerleştirirler düşüncesindeyim. Mesela böyle bir eğitim bizim üniversitemizde 10 yıldır zorunlu ders olarak dördüncü sınıf öğrencilerine veriliyor. Dolayısıyla hatalardan öğrenmenin yumuşak karnı raporlama sistemlerinin oluşturulması, buna sahip çıkmak ve etkin bir şekilde kullanmaktan başka çıkar yolumuz yok. Çok teşekkür ederim dinlediğiniz için.

PANEL

SAĞLIK HUKUKU AÇISINDAN SAĞLIK HİZMETLERİ

Oturum Başkanı - **Doç. Dr. Fulya İlçin GÖNENÇ**
Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi

Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nden 1992 yılında mezun olmuştur. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde yüksek lisans (1996) ve doktorasını tamamlayan (2002) Gönenç, 1993 yılında M.Ü. Hukuk Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak başladığı akademik yaşamını halen olarak aynı yerde sürdürmektedir. Hasta hakları, tıp hukuku ve etiği, engelli hakları konusunda sivil toplum örgütlerinde ve Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda görev yapmaktadır. Çeşitli üniversitelerde Roma hukuku, tıp - sağlık hukuku ve farklı alanlarda lisans, yüksek lisans ve doktora dersleri vermektedir. Çalıştığı alanlarda ulusal ve uluslararası sempozyumlarda sunumları, makaleleri ve kitapları bulunmaktadır.

Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşım ve Komplikasyon Yönetimi

Yrd. Doç. Dr. Nezih VAROL
Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

1984 Cerrahpaşa (Edirne) Tıp Fak. Mezunu. 1994 yılından beri Sağlık Hukuku alanında çalışmaktadır. Özellikle sağlık işletmeciliğinde sağlık hakları ile hasta haklarının ele alınmasına, sağlık yönetimi disiplini içinde sağlık sunucularının haklarının korunmasına katkı veren danışmanlık sistemi ile Sağlık Hukuku'nun gelişmesine katkı vermektedir. Bu bağlamda Hastanelerde "Sağlık Hukuku Danışmanlık" sistemi, uzmanlık derneklerinde "Sağlık Hukuk Birimi" kurmuş ve "Sağlık Hukuku Sertifika Programları" düzenlemiştir. Uzaktan Eğitim Sağlık Hukuku Sertifika Programlarını yürütmektedir. Sigorta şirketlerine, risk belirleme ve hasar miktarı konusunda hizmet vermektedir. TOTBİD (Türk Ortopedi Uzmanları Birliği Derneği) Sağlık Hukuk Kurulu üyesidir. Adli Bilimciler Derneği Sağlık Hukuku Komisyonu eski Başkanı ve Genel Sekreteridir. Maltepe Üniversitesi Sağlık Hukuku Araştırma ve Uygulama Merkezi kurucusudur. SAHUMER - Sağlık Hukuku Merkezi- Genel Müdürü.

Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluk Koşulları

Doç. Dr. Fulya İlçin GÖNENÇ
Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi

Tıbbi Kayıtlar ve Sağlık Hukuku Açısından Önemi

Yrd. Doç. Dr. İpek Sevda SÖĞÜT
Kadir Has Üniversitesi Hukuk Fakültesi

21 Ekim 1978, İstanbul doğumlu.İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nden 2000 yılında mezun oldu.Yüksek Lisansını 2007 yılında, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk Bilim Dalında, "Roma Hukukunda Tahkim" konulu tezi doktorasını ise aynı Enstitü'de, "Roma Hukukunda Çevreyi Koruyan Hukuki Vasıtalar" konulu tezi ile 2012 yılında tamamlamıştır. Seçilmiş Yayınlar & Kongre Sunumları: Law, Public, Health Care System And Society HEALTH CARE SYSTEM AND SOCIETY Brigitte E.S. Jansen (Ed), AVM Publishing, June 2010. II. Ulusal Sağlık Hukuku "Tıbbi Müdahalenin Hukuki Yansımaları" Sempozyumu, 31 Mayıs 2014, "Özelliği Olan Bazı Tıbbi Müdahalelerde Aydınlatılmış Onam.Halen Kadir Has Üniversitesi Hukuk Fakültesi, Roma Hukuku Ana Bilim Dalı'nda Öğretim Üyesidir.

Tıbbi Uygulama Hatalarında Yargı Öncesi Çözüm Usülleri

Uzm. Dr. Aslıhan TEYİN
Adalet Bakanlığı

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2000 yılında mezun oldu.Pratisyen hekim olarak Trabzon ve İzmir'de görev aldıktan sonra Kasım 2005-Eylül 2009 arasında İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Aile Hekimliği ihtisası yaptı. Temmuz 2010'da Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Adli Tıp Anabilim Dalı'nda tıpta uzmanlık eğitimine başladı. Nisan 2012'de İzmir Üniversitesi'nin Sağlık Hukuku sertifika programına katıldı. Ocak 2013'te İzmir Üniversitesi'nde Sağlık Hukuku Tezli Yüksek Lisansı Programına başladı. Sağlık Hukuku ile ilgili çeşitli kongrelere poster ve sözel bildirilerle katıldı. Temmuz 2014'de Adli Tıp Uzmanı ünvanını aldı. Halen T.C. Adalet Bakanlığı'na bağlı Adli Tıp Uzmanı olarak görev yapmaktadır.

SAĞLIK HUKUKU AÇISINDAN SAĞLIK HİZMETLERİ

Doç. Dr. Fulya İlçin GÖNENÇ
Oturum Başkanı

Üç önemli konuşmacımız ve dört önemli konu başlığımız var. Konu başlıklarımız biraz daha uygulamaya yönelik olduğu için mümkün olduğunca soru-cevap kısmına daha fazla vaktimiz kalsın istiyoruz. O nedenle konuşmacılarımızın konuşma süresi 15 dakika olacak. İlk olarak Sayın Yardımcı Doçent Doktor Nezih Varol, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi. Son derece önemli bir konu hakkında bize bilgi verecek.Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşım ve Komplikasyon Yönetimi.

Buyurun Hocam, sizi dinliyoruz.

Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşım ve Komplikasyon Yönetimi

Yrd. Doç. Dr. Nezih Varol
Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sevgili Misafirler, Katılımcılar hoş geldiniz. Teşekkür ediyorum öncelikle böyle bir fırsat verdiği için Sağlık Bakanlığına. Ben sağlık hukuku açısından, sağlık hizmetleri oturumunda "Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşım ve Komplikasyon Yönetiminden bahsedeceğim ama size 5 dakikalık bazı hatırlatma bilgilerini aktarmak istiyorum, arkasından da bir vaka örneği verip onu birlikte çözeceğiz, birlikte değerlendireceğiz daha akılda kalsın diye. Tabii madem sağlık hukuku açısından sağlık hizmetleri diyoruz o zaman bazı tanımları hatırlamamız gerekiyor. Bir kere sağlık hizmeti mutlaka profesyonel sektörün sorumluluğunda verilecek ve sorumluluk dediğimiz zaman da uyulması gerekli davranış kurallarına aykırı düşmede hesap verme olduğunu bileceğiz. Onun için bir sorumlukla ilgili kafamızda soru işareti varsa bilin ki hesap vermedir bu. Neyin hesabını vereceğiz? Bu da mevzuatlarda olan yani sağlık hizmetleri nasıl örgütlendi, nasıl finanse ediliyor, yetki ve görevlerin kimde olduğu çok geniş olan sağlık mevzuatımız içerisinde var. Sağlık hizmetlerimiz bildiğiniz gibi sağlık sistemlerinde iki şekli ile belirir; bir, temel sağlık hizmetleri, bir de tedavi edici sağlık hizmetleri. Ama temel sağlık hizmetleri bir, iki, üçüncü basamakların hepsinde verilir. O zaman sağlık hukuku açısından sağlık hizmetleri dediğimiz zaman bu temel sağlık hizmetlerinin yedi başlığını unutmayacaksınız. Çünkü temel sağlık hizmetleriyle ilgili bizim ülkemiz önder bir ülkedir. 1961 yılındaki 224 sayılı Yasa ile temel

sağlık hizmetlerini yaşama geçirmiş ama bizden 17 yıl sonra Dünya Sağlık Örgütü Almatı Bildirgesiyle temel sağlık hizmetlerini 2000 yıllarına sağlık hedefi olarak koymuştur. Ve bugün günümüzdeki sağlık politikalarının altında yatan ana fikirler, o hakkaniyet, eşitlilik, etkinlilik, verimlilik kavramlarıdır. O yüzden de temel sağlık hizmetlerinin o 2000'li yıllar sağlık hedefleri içerisindeki yapılanmasında biz çok daha önceleri başlamışız. Yine bildiğiniz gibi Dünya Sağlık Örgütü, temel sağlık hizmetlerini baz alan Lizbon Bildirgesiyle "Herkes için Sağlık" hedefleri kavramını ortaya koydu. Bu kavram bir hak kavramı, bir hukuk kavramı adı altında ele aldığımızda işte o sorumluluk, hesap verme de bu hedeflere ulaşılamadığında hesap verme olarak algılayacaksınız. Onun için sağlıklı hakkaniyet, yıllara hayat katmak, hayata sağlık katmak, hayata yıllar katmak, şiir gibi, bunları 1991 yılında yayınlayan Dünya Sağlık Örgütü, aslında 2000 yıllarının başına geldiğinde de bizim ülkemiz liderinin de imza attığı "Bin Yıl Kalkınma Hedefleri" içerisinde gördüğünüz gibi şu sekiz ana başlığın 2015 yılına kadar mutlaka gerçekleşmesini istiyorlar. O zaman 1,5 ay içerisinde bu sekiz hedefe ulaşmada sağlık hizmetlerinin ne kadar önemli olduğu ortada. Aşırı yoksulluk ve açlığı azaltmada sağlık hizmeti ön plandadır, evrensel, temel eğitimin sağlanmasında, özellikle 224 sayılı Kanun ve 154 sayılı yönergenin hatırlarsanız ne kadar önemli olduğunu göreceksiniz. Çocuk ölümlerinin azaltılması, ana çocuk sağlığı hizmetleri, gördüğünüz gibi hepsi sağlık hizmetleriyle ilişkili.

Peki, hemen kısaca bir, iki hatırlatma daha, madem, sorumluluk, hesap verme diyoruz; sağlık hizmetleri, profesyonel hizmet sorumluluğunda verildiğine göre tedavi tekeli de hekime ait olduğuna göre hekim sorumluluğu mu diyeceğiz? Hayır, çünkü sağlık hizmetleri bir ekip çalışmasıdır, o yüzden sağlık hizmetlerinden doğan sorumluluk olarak hukuk sistemi artık bu şekilde algılıyor ve iki yönüyle bakıyor; sözleşmeye uygun davrandın mı, davranmadım mı ya da haksız fiil yaptın mı, yapmadın mı, bu iki temel içerisinde değerlendiriliyor. Ancak Ceza Hukuku açısından baktığımızda ise sağlık hizmetlerini sunan sağlık sunucuları, sağlık insan gücünün yasal sorumluluklarını belirlerken çok özel bir mevzuat olmadığını görüyoruz. Temel Ceza Hukuku kavramları içerisinde ele alınıyor. Gerek var mı bizim için ayrı bir Ceza maddeleri koymaya? Yani bir cerrah bronz bıçağı ile bir adamın gözünü kör ederse cerrahın sağ kolu kesilecektir diyen Hammurabi Kanunları gibi kısasa kısas gibi bir maddemiz olmalı mı? Olmamalı, mümkün değil, artık çağdaş Ceza doktrinleri içerisinde yer alıyoruz. O zaman hukuk bize yol gösterici, şunu söylüyor; gerekli ve yeterli kanıtlar oluşturacaksınız. O zaman gerekli ve yeterli kanıtlar oluşturabilmek için bizim sorumluluğumuzu irdeleyeceğiz. Ama yaptığımız hizmeti, yaptığımız işi sonradan irdelerken zorluk çekiyoruz. Çünkü hekim hasta arasındaki ilişkiler, sağlık hizmeti sunucusuyla sağlık hizmeti alıcısı arasındaki ilişkiler, güvene

dayalı bir ilişkidir. O güven içerisinde o zaman bizim yapmamız gereken, kişiye yaklaşım nedir buna bakacağız yani hastaya, tedavi sırasında veya sonrasında meydana gelen komplikasyonlara bağlı olarak hastaya yaklaşım nasıl olmalı ya da bir tıbbi hata yaptıysa sonrasında nasıl yaklaşmalıyız.

Biliyorsunuz, Tıp Tarihi derslerimiz dünya tarihi var olduğundan beri ortaya çıkmış meslek olarak sağlık hizmetleri mesleği ve hekimlik mesleğinde hastaya yaklaşımın ve hastalık davranışlarında beş ana unsura dikkat çeker. Hastaya güven ilişkisi içerisinde bu beş sorunun cevabını vermeniz gerekiyor, ne oldu, neden oldu, neden bana oldu, ne yapmalıyım, ne yapmazsam ne olur soruları. İşte, bu bilgilendirme, bu bilgilendirme ışığında verilen rıza ki, Hukukçu Hocalarımız size bu konuları daha detaylı olarak anlatacaklar, bunları dikkate aldığınız taktirde hukuk sistemi diyor ki " evet, siz eğer tıp kurallarına uygun davranmışsanız yaptığımız işlem bir ceza işlemi olarak değerlendirilir". Peki, gerçekten böyle mi yorumlanabilir ya da nasıl yorumlayacağız? Böyle bir durumda tıbbi müdahale, mesleğini icraya yetkili bir kişi tarafından doğrudan ya da dolaylı kişi ya da hasta yararına yönelik gerçekleştirilen tıbbi faaliyetleri kapsadığına göre demek ki, sağlık hizmetlerini biz, o geniş yelpazede çok geniş düşünmemiz gerekiyor.

Birçok öğrencilerim hatırlar, birçok konferansıma katılanlar hatırlar, şu tek slayt, başlı başına size bu sistemi anlatmak için yeterlidir derim. Yapılması gerekenler neler? Yapılması gerekenlerle yaptıklarımız arasındaki farkları fark edebilmektir. O zaman yapmamız gerekenlerle yapılanlar arasında bir fark, hastada olumsuz bir sonuç doğurmuş ise işte, bu doğurduğu sonucu nasıl değerlendireceğiz. Bu süreç bir tıbbi süreçtir, bunu ancak hekimler, bilirkişi hekimler karar verecek, sonra arkasından hukuksal süreç başlayacak.

Şimdi buradaki tıbbi süreçlerde bu yeterli ve gerekçeli kanıtları oluşturabilmek için yine, tıp tarihimizden bize yol gösteren Galileo Yaklaşımını dikkate alıyoruz, neden-sonuç ilişkisindeki gereklilik ve yeterliliği arıyoruz. O zaman burada yaptığımız işlemler, tıbbi müdahaleler tıp kurallarına uygun mu? Gerekliydi uygun, yeterliydi uygun, o zaman burada müessir fiil yok ya da sözleşmeye aykırılık yok ya da hukuka aykırılık yok diyebiliyor hukukçular. Ama "hayır, gerekli ama yetersiz, gereksiz ama yeterliyse işte, burada hukukçular diyor ki, bilirkişilere "sizin yorumunuz nedir, sizin kanaatinize göre biz bir sonuç vereceğiz" diyor. İşte, bu illiyet bağlarını en iyi şekilde uygulayabilmek adına sağlık hizmetlerinin amacı burada önemli. Bu amaç en kısa sürede en yüksek yarar vermeli, her şey hastanın yüksek yararı, insan hakları çerçevesinde hasta hakları, kişi hakları, bunlar dikkate alınacak.

Sonra kişi doğru kişi mi? İşi kalite standartlarında doğru prosedürlere uygun mu yaptı ve bu işi o standartlar içerisinde doğru kişi olarak mı yaptı? İşin

tanımına uygun mu yaptı ve sözleşmeye uygun mu davrandı? Bunlar ele alınacak. Nerelerde? Sağlık biriminin hizmeti sunumu içerisinde, Ortak alandaki hizmet alanı içerisinde, o görev-sorumlulukların karıştığı noktalarda ya da hekimlik hizmeti içerisinde bu çerçevede olaylar değerlendirilecek. Bunun için de mutlaka, kanıt oluşturacağız, tıbbi kanıtları da arkadaşlarımız biraz sonra size detaylı anlatacak. Yoksa ertesi günü bizim "vallahi, billahi" dememiz işe yaramayacak.

Peki, geldik şimdi ana konumuza; malpraktis'e nasıl yaklaşalım? Malpraktisi Dünya Tabipler Birliği, bildiğiniz gibi 1992 yılında tanımladı; tıbbi yanlış uygulama, doktorun tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği, hastaya tedavi vermeme yerine oluşan zarar" dedi, bu üç koşul aranacak. Standartlar nedir? Çoğu hekim arkadaşımız, "Hocam, bu konuda standardımız olur mu?" der, evet, standartlar, hizmetin belirlenmesinde önemlidir, kalite standartları, yönetim standartları, hepsi bizim bu anlamda dikkate almamız gereken işlerdir.

Peki, nasıl ben hesap vereceğim, nasıl bir ifaya karşı sorumluluk içerisinde olacağım? Yine hukuk bize yol gösterici, özellikle Yeni Borçlar Kanunu, 130. maddesi, Eski Borçlar Kanununda yoktu, Yeni Borçlar Kanununun 130.maddesi diyor ki, "sigortanız devreye girer". O zaman 2010 yılında hekimlerle ilgili olarak Türkiye'de, ülkemizde diş hekimleri ve hekimlerle ilgili olarak çıkarılan "zorunlu mali sorumluluk sigortası" biz bir tıbbi hata uygulaması yaptığımızda dikkate alınmalı mı? Özellikle Sigorta Hukuku açısından bu kriz dönemini nasıl dikkate almak zorundayız? Bildiğiniz gibi 2010 yılında çıkarılan bu tıbbi uygulamaya yönelik olan zorunlu mali sorumluluk sigortasında, 2012'de ve 2014'te bazı değişiklikler görüldü. O zaman biz hemen ana konumuza geçelim, uygulamadaki bir, iki vakayı size anlatayım ve sonra hep birlikte Hocalarımızın da sunumuyla değerlendirelim.

Tıbbi uygulama hatalarında kriz yönetimini nasıl yapmalıyız? Sigorta Hukuku açısından önce riziko gerçekleşti mi, buna bakacağız yani hata var mı, bir komplikasyon var mı? Bunun farkına varacağız. Genelde hekim arkadaşlar ya da sağlık çalışanları hatalarının ortaya çıkmasını istemez, bu insan davranışıdır ama hukuk açısından baktığınızda bu, mümkün değil, mutlaka dikkate alacaksınız, "hata yaptık mı yapmadık mı?" diye kontrolleriniz olacak tıbbi standart uygulamaları gereği.

İmkânlar ölçüsünde zararı önlemek, hasarın azaltılması, artmasını önlemek için her türlü tedbiri almak. Zaten uygulamada hastanın yüksek yararına sağlık hizmetlerinin amacı buydu. Ben hukuka uygun tıbbi müdahale yapacağım, standartlara uygun tıbbi müdahale yapacağım. O yüzden zararı azaltacağım, hasar artmasın, maddi anlamda ileride hastanın daha çok paralarla hizmet alması

artmasın diye önlemler alacağım.

Riziko gerçekleştiğinde derhal bildirimde bulunacağım. Kime bildirimde bulunacağım? Hastane yönetimine bilgi vereceğim, olay yeri tutanağı düzenleyeceğim ve sigortam gereği de 10 iş günü içerisinde bildirimde bulunacağım. Bunlar hukuki zorunluluklar, bunları yapmadığım taktirde benim kriz yönetimimde bir kere ortaya çıkabilecek maddi tazminatlar kişinin kendisi tarafından ödenmek zorunda kalıyor. Ve sigortadan tedavi gideri için avans istemek; şimdi bunu anlatıyorum, son 2 yılda arkadaşlarıma, herkes şaşırıyor, "Hocam olur mu?" diyorlar, evet, sigorta şirketleri bu konuda nasıl avans vereceklerini yeni yeni öğreniyorlar, onlar da bize soruyorlar. İşte bu konuda da tıbbi bilirkişiler yetiştiriyoruz, bu konuda "tıbbi ekspertiz" olacak arkadaşlarımızı yetiştiriyoruz, eminim programlarımıza katılan, eğitimlerimize katılan arkadaşlarımız aramızda da vardır.

Şimdi zorunlu mali sorumluluk sigortasındaki süreçlerde iki şeyi dikkate alacaksınız. Birisi, 45 günlük süredir, diğeri ise tazminata ilişkin avansın istenmesidir. Eğer bir riziko meydana gelmişse 45 gün içerisinde sigorta şirketi bunu değerlendirmek zorunda ve size bildirimde bulunmak zorunda. Bu 45 gün, bu bakımdan önemli. Peki, avansı nasıl isteyeceğim? Burada da 3 aylık süre önemli, o 90 gün içerisinde bir anlaşma sağlanamadığı taktirde mahkemeden bununla ilgili bir karar çıkartabiliyoruz. Yani dava açmadan, herhangi bir tazminat davası açmadan. Ve böyle bir durumda hasarın en az %50'sini sigorta şirketi vermek zorunda. Peki, bunlar gerekli mi? Hasta açısından çok önemli. Çünkü hastalarımızın birçoğu tedavi giderlerini karşılayamadıkları için yani hastanın yüksek yararı olması gereken şeyler yerine getirilemediği için ne yazık ki, hasar artıyor, miktarlar daha çok artıyor, onun için de sigorta şirketleri bu konuda mümkün olduğu kadar "aman, lütfen bildirimde bulunun ve bana bu konuda bir uzman görüşü getirin" diyorlar. Hukuk da buna izin veriyor, bu konuda 6100 sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunu, Ceza Muhakemeleri Kanunu bu konuda uzmanlardan görüş alınabileceğini söylüyor.

Şimdi bakın, bir örnek vaka, hemen iki, üç slaytla da bu örnek vakayı anlatalım, ilginç bir vakadır. Tabii, aklınızda herhangi bir şekilde ileride sorun kalmasın diye yer, zaman, kişi belli olmasın diye iki vakayı birbirine karıştırarak anlattım çünkü benzer iki vaka idi. Şimdi 29 yaşında ikinci gebeliği olan bir kadın, özel hastanede kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından düzenli takip ediliyor, bu önemli.. Saat 03.00›de doğum sancısı başladığında gebe, hekimini arıyor, ulaşamıyor, saat 05.30'da özel hastaneye başvuruyor, özel hastanede ebe hanım var, muayenesini yapıyor, miadında gebe 6 santim açıklık, MST'ye bağlandı diye not düşüyor, hekimine haber verildi diye de bilgi notu düşüyor ve hekimini arıyor. Santrala

diyor ki, doktor hanımı ya da doktor beyi arayın, böyle böyle hastası, gebesi geldi diye. Saat 08.50'de tam açık olarak masaya alınıyor, birçoğunuz sağlıkçı olduğunuz için buradaki cümleleri anlıyorsunuz ve hekim de 08.55'te hastaneye girişi kamera kayıtlarından tespit ediliyor. Doğum notunda epizyotomi ve vakum ile doğum var. 4.500 gram ağırlığında bir kız bebek doğurtuluyor ama omuz distozisi oluyor yani omuz takılıyor, plesenta tam ayrılıyor, epizyotomi onarılıyor, kanama kontrolü yapıldı notu var. Bebek notunda ise, bildiğiniz gibi doğum sonrası hemen çocuk hekimlerine teslim edilir. Çocuk hekimi de perinatal asfiksi yani doğum öncesinde çocukta bir asfiksi var diyor, bebek resüste ediliyor, 2. dakikada KTA 100,, otuzuncu dakikada kan şekeri 110 gr/dl geliyor, klavikula kırığı olduğunu çocuk hekimi not düşüyor, solda Pleksus Brakailis felci var diyor, akciğerler bilateral yaygın kaba, krepitan raller mevcut, subgaleal hematom var, KTA 150 /dk, 2/6 sistolik üfürüm mevcut, yoğun bakım ünitesine sevk ediliyor.

Şimdi tespitlere bakıyoruz; hastanede doğum ebe tarafından, epizyotomi ve vakum da ebe tarafından uygulanmış, vajinal doğum onam formu doğum sonrası imzalatılmak istenmiş ama gebenin eşi tarafından uzman doğuma girmediğinden imzalamamış, şerh düşmüş. Doğum için başvurulduktan sonra anestezi hekimi tarafından muayene edildim, anestezi onam formuna imza verdim çünkü sezaryene alınma durumu söz konusu olmuş, bu yüzden böyle bir beyanda bulunmuş. Sonra savcılık müracaatı sonrası adli tıp kurumu ikinci ihtisas kurulu bir rapor düzenlemiş. Ve bu raporda denilmiş ki, kusurlu bir iş değildir, komplikasyondur, hekimin herhangi bir kusuru söz konusu değildir demiş.

Peki, o zaman bu tespitler arasında baktığımızda, bebek doğum sonrasında genel anestezi altında omuza müdahalede bulunulmuş, ameliyat geçirmiş, fibrotik dokular var vesaire, EMG raporlarında bir sürü şeyler tespit edilmiş, %25 oranında özürlü raporu verilmiş ve özel eğitim değerlendirme kurulu bireysel destek eğitiminden yararlanmasını gerektiğine karar vermiş. Olay komplikasyon ama Ceza Hukuku açısından gördüğünüz gibi tazminat açısından bir sürü şeyler var.

Peki, ne yapabilirdi hekim? İşte, kriz yönetimi bu; hastaneye doğum için başvurulduğunda ebe tarafından yapılan muayene uzman hekim tarafından takip edilmeliydi. Bu Hastanenin adam çalıştırma sorumluluğudur. Tıbbi müdahale ve doğum eylemi uzman hekim tarafından yapılmalıydı,. Ebe tarafından yapılması hastanenin yönetimi açısından bir sentinel olaydır. Şimdi içinizde ebe olanlar belki bana kızacak, "bizim yetkimiz var", evet, o başka bir şey, hastanede ebe olarak çalışmak başka bir şey. Omuz takılması komplikasyondur ama önlenebilir komplikasyondur. Hekimin mevcut durumdan sonra tıbbi süreci takip ederek bildirimlerde bulunması gerekirdi, bebek takibi kendi uzmanlık alanı dışında olsa

bile. Avans istenerek özellikle fizik-tedaviyi zamanında yaptırması sağlanabilirdi. Çünkü omuz felci tedavi ile düzelebilen bir durum. Özür oranı böylece azaltılabilirdi, avans talep edilebilirdi. İşte, mevzuatta da baktığınız zaman bunu göreceksiniz. Sonuç olarak bundan sonraki topu ben Hukukçu arkadaşlarıma anlatacağım, birlikte karar vereceğiz ama ben size şunu söylüyorum; haklarınızı bilin, haklarınıza, hasta haklarına sahip çıkın, iyi hekimlik uygulaması için mutlaka hukuk okur-yazarlığı içerisinde kalın, tıbbi deontolojiye mutlaka uyun, sağlık yönetimini bilin, sağlık politikalarına karşı duyarlı olun, meslek örgütünüzün gücünü hissedin. Sağlık politikalarına karşı duyarlı olabilmek için uzmanlık derneklerinize güç verin ama her şeyin ötesinde sağlık hizmeti sunumu, bir mesleki sanattır, sanatınıza uygun iş yapın.

Evet, Hocam, bundan sonra top sizde. Teşekkür ediyorum.

Doç. Dr. Fulya İlçin GÖNENÇ

Oturum Başkanı

Hocama çok teşekkür ediyoruz.

İkinci konuşmacı benim; "Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluk Koşullarını" açıklayacağım sizlere ama süre çok az olduğu için ben süremden biraz da feragat edeceğim, kısa bir sunum yapmaya çalışacağım ki, tartışmalara vaktimiz kalsın. Ayrıca Hocamın verdiği örnek üzerinden de konuyu bir de Medeni Hukuk açısından, Tazminat Hukuku açısından değerlendirmek isterim süre kalırsa.

Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluk Koşulları

Doç. Dr. Fulya İlçin Gönenç

Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi

Şimdi burada çok fazla Oturum var, çok güzel, çok farklı konular konuşuluyor, tüm bunlar bize gösteriyor ki, günümüzde sağlık hizmetleri ve bu hizmetlere sunuma bakış açısı değişti. Bugün baktığımızda tıp alanında ve sağlık sistemindeki hızlı gelişim, hastane ve diğer sağlık hizmet sunucuları, hekimler ve diğer sağlık çalışanları, sigorta şirketleri ve hastalar arasındaki ilişkilerin yeniden ve yeni bir bakış açısıyla tasarlanmasını gerektiriyor. Bugün biz tıp alanında bildiğimiz bütün bu ilişkileri tekrar inceliyoruz, bugün tıbbın uygulama alanına baktığımızda artık sadece hekim tarafından üretilmesi mümkün olmayan bir hizmet bütünüyle karşılaşıyoruz. Bugün tıbbi faaliyetler o kadar geniş nitelikte ki, hekimler, bu faaliyetlerde ekibin hâlâ çok önemli bir üyesi ama sadece bir üyesi. Diğer sağlık çalışanlarının sorumluluğu, diğer sağlık çalışanlarının hakları en az hekimlerin sorunları veya hastaların hakları kadar önemli.

Yine kişiler arasındaki ilişkiler gibi tıp alanındaki tüm tanımları da yeniden ve yeni bakış açısıyla yapmamız gerekiyor. Hasta kimdir, hastalık nedir, engellilik nedir, farkındaysanız bunlar son yıllarda yeniden ve daha farklı olarak tanımlanıyor.

Bu noktada Tıp Hukukunda bizim en fazla kullandığımız, belki tıp alanında en fazla kullanılan ifadelerden biri, kavramlardan biri "tıbbiş müdahale kavramı." Tıbbi müdahale kavramını doğru yapmak veya tıbbi müdahale kavramını yapmak önemli. Çünkü biz tıbbi müdahalelerden doğan sorumluluktan söz ediyoruz, tıbbi müdahalelerde hekim sorumluluğu veya tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluğu hallerinden söz ediyoruz. İşte, tanımı yaptığımızda buna bağlı kavramları açıklarken de bu tanımla bağlı olduğumuz için aslında tıbbi müdahale kavramı nedir, öncelikle ona bakmak gerekiyor.

Biz hukukçular, tanım yapmayı çok sevmeyiz çünkü o tanımın ilgili olduğu kavramların hepsini içine almak, diğerlerini dışında bırakmak ve konunun, daha doğrusu tanımlamaya çalıştığımız konunun önünü kesmemek durumundayız. Öyle bir tıbbi müdahale tanımı yapmalıyız ki teknolojinin gelişmesiyle birlikte elverişli hale gelebilen birtakım faaliyetlerde bu tanımın içinde kalsın.

Biz hukukçular olarak son derece geniş bir tanım yapıyoruz. Şöyle diyoruz; tıp mesleğini icraya yetkili kimseler tarafından kişinin yaşamını, sağlığını, vücut bütünlüğünü tehdit eden, kişilerin bedensel, fiziksel ya da psikolojik bir hastalığını, eksikliğini teşhis ve tedavi etmek ya da hafifletmek veya böyle bir rahatsızlığı önlemek ya da nüfus planlaması amacıyla gerçekleştirilen her türlü

faaliyettir diyoruz. Aslında tıbbi müdahale kavramını biz pek çok yerde görüyoruz mevzuatta, başta Anayasa'nın 17.maddesi olmak üzere mevzuatın pek çoğunda tıbbi müdahaleye ilişkin birtakım hükümler var. Ancak son olarak 2014 yılında Hasta Hakları Yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelikte tıbbi müdahale kavramı tanımlandı, daha önce tanımlanmış değildi. Biliyorsunuz, Yönetmelik 1998 tarihli, Yönetmelikle özellikle aydınlatılmış onam veya bilgilendirilmiş rızaya ilişkin önemli hükümler getirildi, bazı tanımlar yapıldı, yeterlilik gibi, bilgilendirme gibi, rıza gibi tanımlar yapıldı, bunlardan biri de tıbbi müdahale tanımı. Burada şöyle diyor; tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan sağlığı koruma, hastalıkların teşhis ve tedavisi için ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbın sınırları içerisinde gerçekleştirilen fiziki ve ruhi girişim olarak tanımlanmıştır. Yani aslında biz tıp bilimince kabul görmüş ilke ve esaslara uygun olarak yapılan en basit teşhis ve tedaviden en ağır cerrahi müdahalelere kadar bunlar vazif veya invazif, girişimsel olsun ya da olmasın bunların hepsini tıbbi müdahale olarak tanımlıyoruz. Bu tanımlarda gerek Yönetmelikte yapılan gerek benim yaptığım tanımda iki unsur aynen tekrarlanıyor. Bunların biri "tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından yapılması", bir diğeri de "tıbbi standartlara uygun olarak" yapılması. Zaten bir tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk koşullarından tamamı değil ama iki tanesi budur.

Baktığımız zaman bir tıbbi müdahalenin hukuka uygun olarak kabul edilebilmesi için öncelikle yetkili kişiler tarafından icra edilmesi, yetkili kişiler tarafından uygulanması gerekir. Bu yetkili kişiler kimdir diye baktığımızda bu konuda 1219 sayılı Kanunda Tababet ve Şuabati Sanatlarının Tarz ve İcrasına dair Kanun, bakın, ismi Kanunun çok kolay telaffuz edilemiyor, 1928 tarihli bir Kanun, bu da Tababet mesleğini yani tıp mesleğini yapabilecekler, bu meslek grupları belirlenmiş. Bunlar hekimler, diş hekimleri, ebeler, sağlık memurları, sünnetçiler ve hemşireler. Şimdi burada pek çok kişi sağlık alanında çalışıyor, bu alandaki faaliyetleri biliyorsunuz, 1928'de yapılan bu Tababet olarak belirlenmiş meslek grubunda yer alanların artık sayıca yetersiz olduğu ve çok anlamlı olmadığını da biliyorsunuz. Tabii ki sağlık çalışanları ve hekimler, ilk olarak akla gelenler, kim açısından, yetkili kişiler bakımından. Hekimler bakımından yine eski bir düzenleme var, Türk Tabipler Birliği Kanununda 1953 tarihinde, yetkili kişilerin başında hekimler gelir, peki, hekim kimdir dediğimiz; tıp fakültesi mezunu olma, Türk vatandaşı olma, Tabip Odasına kayıtlı olma, hekimlik mesleğinin icrasına engel bir durum söz konusu olmaması gibi aynen 1928 tarihli Kanundaki eksiklikler gibi bu Kanun da artık bugün bütün hükümleriyle burada yazan şekliyle uygulanabilir değil. Neden? Çünkü bugün zaten Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olma şartını hekimler bakımından aramıyoruz, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile bu değiştirilmiş oldu.

Bazı müdahaleler bakımından hekim olmak da yetmez, belirli bir uzmanlığa sahip olmak gerekir. Tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluğunun diğer bir koşulu, hukuken öngörülmüş amaçlara yönelik olması. Genellikle tıp mensubu olmayanlar bakımından, dışarıdan konuya uzak kişiler bakımından tıbbi müdahaleler sadece tedavi edici faaliyetler olarak görülür, oysaki tıbbi müdahale dediğimizde bir hastalığın teşhisi, tedavisi, önlenmesi amacına yönelik olarak gerçekleştirilen her türlü faaliyeti ifade ediyoruz. Tedavi amacı doğrudan doğruya olabileceği gibi dolaylı olarak da olabilir. Bir hastalığı hafifletmek, acıyı dindirmek veya hastalıktan korumak amacıyla yapılan müdahaleler de hiç şüphesiz tıbbi müdahaledir. Estetik amaçlı tıbbi müdahalelerden söz ediyoruz, hiç şüphesiz, bunlar tıbbi müdahaledir. İnvitrogen, fertilizasyon yani yapay döllenme, tüp bebek uygulamaları, cinsiyet değişikliği, nüfus planlamasına ilişkin uygulamalar, bunlar şüphesiz, tıbbi müdahale olarak kabul edilecektir.

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun üçüncü koşulu; tıp bilimince genel kabul görmüş ilke ve esaslara uygun olmasıdır. Hekim uygulayacağı yöntemi seçmekte serbesttir ancak tıp biliminin gerektirdiği şekilde hareket etme yükümlülüğü hiçbir zaman için ortadan kalkmaz. Hekim, mesleğinin gereği olan yenilikleri izlemelidir, bunları uygulamalıdır, hiç şüphe yok ancak diğer yandan henüz uygunlukları tam olarak belirlenmemiş ve genel kabul görmemiş birtakım uygulamaların hastalar üzerinde uygulanabilmesi özellikli ve ayrı bir durumdur. Tıbbi denemeler, klinik ilaç araştırmaları tamamen ayrı bir konu olarak ele alınmalıdır. Çünkü burada hasta bireye odaklanan yaklaşımdan çok mesela, Faz 1 aşamasında gönüllü bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda kişinin iyileştirilmesi amaç değildir, asıl amaç bu, hiç değildir, burada insanlığın, toplumun geneli için gerekli ve yararlı bir bilginin üretilmesi hedeflenmektedir. Bu nedenle klinik araştırmaları tamamen ayrı değerlendirmek gerekir. Tedavi amacı gütmeyen denemelerle ilgili Kanun da, Ceza Kanununda da ayrıca hükümler var, anayasal olarak da tıbbi denemelere maruz kalamayacağımız veya bunun koşullarına ilişkin hükümler zaten var.

Bu kısma kadar fazla hızlı geçtim çünkü asıl önemli olan bir tıbbi müdahaleye hukuka uygun hale getiren koşulların başında hastanın "aydınlatılmış onamı" geliyor. Bilgilendirilmiş rıza dediğimiz durum. Gerçekten, bilgilendirilmiş rıza bir tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk hallerinin en önemlisidir. Şunu da söyleyeyim; Türkiye'de Sağlık Hukuku çalışmaları daha çok Alman doktrinin etkisi altında yapılmıştır ve şu anda aramızda Ceza Hukukçusu yok ama Ceza Hukukçularının bu konudaki çalışmaları önemlidir. Ceza Hukukçularına göre ben Ceza Hukukçusu değilim, ben Özel Hukukçuyum, Ceza Hukukçularına göre aydınlatılmış onam, Ceza Hukukunda suç sayılan bir fiil bakımında mağdurun rızasıyla eşdeğerdir. Yani şöyle bakılır; insan bedenine yönelik her türlü faaliyet

hukuka aykırıdır, her türlü faaliyet, kimin tarafından yapıldığı önemli değil. Şimdi bunun hukuka uygunluk nedenlerini belirleyelim; işte, bu noktada hastanın rızasının olması temel uygunluk sebebi olarak görülür. Bugün bu görüş eleştirilebilir, benim tarafımdan da eleştirilen bir görüştür çünkü hekimlik mesleği yüzyıllar boyunca yapılan, insanların yararına olan, toplumda yapılması konusunda genel kabul gören, çeşitli temellere dayanan, ahlâki normlar içinde gerçekleştirilen bir faaliyettir. Aslında bu görüşte, hekimin mesleğinden hareket eden görüştür, hekim bir faaliyeti yaparsa bu hukuka uygundur şeklinde bir bakış açısı vardır, bunu tek başına kabul edemeyiz. Çünkü aydınlatılmış onam kavramı tıp hukuku ve etiğinin temel kavramlarından özerklikle doğrudan doğruya bağlantılı bir kavramdır. Yani aslında tıp etiğindeki özerklik kavramının Sağlık Hukukundaki yansıması, aydınlatılmış onamdır. Aydınlatılmış onamı böyle gördüğümüzde biz Hukukçuların neden bazı aydınlatılmış onama ilişkin konuları da eleştirdiğimizi anlayabilirsiniz. Çünkü burada temel olan hastanın özerkliğidir, kendisine ilişkin kararlara katılabilmesidir. Sadece hekim mesleğinden hareket eden görüş, hastanın özerkliğini bertaraf edecektir ama sadece aydınlatmayı ele aldığımızda da aydınlatma, bütün tıbbi müdahalelerin veya rıza, bütün tıbbi müdahalelerin hukuka uygun hale gelebilmesi için tek başına yeterli olmayacaktır. Kaldı ki, hastanın rızasının alınamadığı, alınmasının mümkün olamadığı pek çok durum vardır. Her zaman hastanın iradesinin belirlenmesi mümkün değildir, özgün iradesini oluşturabilecek veya bu iradeyi yansıtabilecek durumda olmayabilir ki, bu temel olarak "rızaya ehliyet" meselesidir, hastanın küçük olması, yaş küçüklüğü, kıl hastalığı, akıl zayıflığı gibi nedenlerle tıbbi müdahaleye ilişkin bir görüş oluşturamayacağı gibi acil durumlarda mesela, bilinci kapalı olarak hastaneye getirilmiş bir hasta bakımından da bu rızanın elde edilmesi söz konusu olmayacaktır. Aslına bakarsanız aydınlatılmış onamın kapsamı, müdahalenin acilliği ile ve zorunluluğu ile doğru orantılıdır yani bir tıbbi müdahale ne kadar acil ve ne kadar zorunluysa aydınlatmanın kapsamı o kadar daralacak hatta gerektiğinde ortadan kalkabilecektir. Yani kişinin rızasının alınması pahasına, kişinin hayatının tehlikeye atılması asla kabul edilebilecek bir durum değildir. Böyle bir durumda hekimin yapmış olduğu müdahale, rıza olmamasına rağmen yapmış olduğu müdahale hukuka uygun olacaktır. Yine bize hekimler tarafından en fazla sorulan sorulardan biri; ameliyatın genişletilmesi meselesidir. Anladığım kadarıyla sıklıkla karşılaşılan bir durumdur, eğer ameliyatın genişletilmesi ihtimali varsa zaten hastalardan onam alınmaktadır. Ancak bazı durumlarda böyle bir öngörü olmamakla birlikte cerrah ameliyata giriştiğinde ameliyat planının değiştirilmesi veya genişletilmesi gerekliliği ile karşılaşabilir, bu tartışmalı bir durumdur, hangi durumda genişletilebilir, hangi durumda anestezi hastanın uyandırılıp tekrar rıza alınması gerekir. Aslında uzun bir konu ama şunu söyleyeyim çok kısa olarak; telafisi güç zararları

ortaya çıkacaksa yani hastanın uyandırılması büyük bir külfet yaratıyorsa veya olanaklı değilse hastanın hayatı ve hayati organlarını tehdit eden bir durum varsa hekim ameliyatı genişletecektir ve bu şekilde de sorumlu tutulmayacaktır. Burada hukuka uygunluk sebepleri aslında "varsayılan rıza" dediğimiz hasta rıza verebilmiş olabilseydi zaten bu rızayı verir şeklindeki bir faraziyeye, bir varsayıma dayanmaktan kaynaklanmaktadır. Ancak burada hekimin dikkat etmesi gerekir çünkü olağan koşullar altında hasta ile hekim arasın biz bir sözleşme ilişkisinin kurulduğunu kabul ederiz. Borçlar Kanunda düzenlenen sözleşme ilişkilerinden hangisidir diye baktığımızda; sonuçta bu bir "iş görme sözleşmesidir", ayrıntısına girmeyeceğim, ya vekalet sözleşmesidir ya da estetik amaçlı tıbbi müdahaleler bakımından bunun "eser sözleşmesi" olduğunu kabul ederiz. Ama sözleşmeler için karşılıklı birbirine uygun irade beyanları gerekir; hastanın iradesini beyan edemediği bu durumlarda ameliyatın genişletildiği veya acil müdahalelerde hasta ile hekim arasında böyle bir sözleşme ilişkisi kurulamadığı için hekimin sorumluluğu vekaletsiz iş görmeye dayanacaktır ve biraz daha ağır olacaktır. Buna dikkat etmek gerekiyor.

Bunun dışında hastanın iradesini verebilmesine rağmen yani hastanın rıza verebilecek durumda olmasına rağmen toplumun genelini ilgilendiren bazı durumlar bakımından tıbbi müdahalelerin yapılması zorunlu olabilir. Burada üstün bir kamu yararı söz konusu olabilir veya Kanunun verdiği bir yetkinin kullanılması olabilir, bir aşılama faaliyeti olabilir, zorunlu olarak karantinaya alınabilir, bu durumlarda da yine, hukuka uygunluk sebepleri vardır, hekimi sorumlu tutmak mümkün olmayacaktır.

Aydınlatılmış onam, çok geniş ve çok önemli bir kavram. Aydınlatılmış onamda şuna dikkat etmek gerekiyor; evet, hasta rıza vermeli ama biz neden aydınlatılmış onam veya aydınlatılmış rıza diyoruz, çünkü rıza vermesi tek başına yetmez, o rızanın bilgilendirmeye dayandırılması, o bilgilendirme sonucunda hastanın gerçek anlamda aydınlanması gerekir. Yine, tabii, tıbbi müdahalede rıza varsa bile şuna dikkat etmemiz gerekiyor; rıza kim tarafından verilmiş yani aydınlatmanın alacaklısı kim, aydınlatma yükümlüsü kim? Çünkü aydınlatma, doğrudan doğruya tıbbi müdahaleye maruz kalacak kişiye yapılmalıdır. Bunun istisnaları vardır ve doğrudan doğruya tıbbi müdahaleyi yapacak kişi tarafından aydınlatılmanın, bilgilendirmenin yapılması gerekir. Bunun böyle olmadığı hallerde bazı istisnalar dışında yine, müdahale hukuka uygun hale gelmeyecektir. Bilginin hastaya verilmesi gerekiyor, bilginin anlaşılması gerekiyor, bunun hekim tarafından denetlenmesi gerekiyor, bu iradenin tıbbi müdahaleye rıza veren hastanın iradesinin gönüllü olması gerekiyor yani serbestçe verilmiş olması gerekiyor, bir yanılma, yanıltma, korkutma altında verilmemiş olması gerekiyor, bunlar hukuken uzun ve teknik konular.

Hastanın onam vermeye yeterli olması çok önemli; burada rızaya ehliyetten söz ediyoruz. Bu uygulamada sanırım en tartışmalı, hekimlerin en fazla sıkıntı yaşadıkları konulardan biridir diye düşünüyorum. Çünkü rıza verecek kişinin, ehliyetli olup yani rıza verme ehliyeti olup olmadığını tespit edebilmek her zaman çok kolay değildir. Hastanın rıza ehliyeti olmadığında, mesela, yaş küçüktür, akıl hastalığı, kısıtlılık hallerinden bazıları, uyuşturucu madde ve etkisinde olması, sarhoş olması yani tıbbi müdahaleye ilişkin olarak sağlıklı bir irade oluşturamayacak durumda olması halinde rıza kim tarafından verilecektir veya bilgilendirme kime yapılacaktır, kısıtlama hallerinde veya küçükler bakımından kanuni temsilcisinin rızasına ihtiyaç vardır. Ancak burada da şöyle sıkıntılar meydana gelebilmektedir uygulamada; küçük ile kanuni temsilcisinin menfaat çatışması olabilir mi? Bu olabilir ve sıklıkla da oluyor ve bizim "küçük" dediğimiz kişiler, çocuk dediğimiz kişiler 18 yaşın altındakiler, oysa 3 yaşındaki, 13 yaşındaki, 17 yaşındaki kişinin tıbbi müdahaleye yönelik algısı veya idrak durumu farklı olacaktır, yaş gruplarını ayrı değerlendirmek gerekmesine rağmen çok açık olarak Kanun, 18 yaşın altındakilerin bilgilendirmene aday ama rıza gene kanuni temsilciden alınacaktır, menfaat çatışması durumunda velayet hakkının kötüye kullanılmasını bile teşkil edebilir, bu önemli bir konu.

Tabii aydınlatma kavramı, aydınlatmanın hukuki niteliği, amaçları, konusu, şekli, zamanı, bunların hepsi aydınlatma bakımından önemli yani hasta aydınlatılıyor, rıza veriyor ama ne zaman yapılmış, ilgili şekle uyulmuş mu, aydınlatmanın aslında bir şekli yoktur, onu söyleyeyim ama bazı tıbbı müdahaleler bakımından şekil unsuru vardır, özellikle yeni Yönetmelikte rıza formlarından söz ediyor. Aydınlatmanın kapsamı, sınırları yani hasta tarafından verilmiş rızanın değerlendirilmesi bakımından tüm bunların da değerlendirilmesi gerekir ancak zaman çok sınırlı olduğu için ben bunlardan söz edemeyeceğim. Sorularınız olursa bunları anlatmak isterim.

Şimdi şunu söyleyeyim son olarak, aydınlatma yükümlülüğünün yerine getirilmesi; bu sözünü ettiğim her şey bir yana diyelim ki hekim aydınlatmayı tam olarak yaptı, aydınlatma yükümlülüğü yerine getirildi, hastanın rızası alındı, bu hekimi özensiz ve dikkatsiz fiillerin yarattığı sonuçlardan sorumlu olmaması noktasında kurtaracak bir durum değildir. Yani tıbbi müdahaleyi hukuka uygun hale getirir ancak hatalı uygulamaların sorumluluğu yine söz konusu olacaktır.

Biraz özet oldu, sorularınız olursa cevaplarım. Çok teşekkür ediyorum.

Evet, şimdi hemen çok zaman kaybetmeden üçüncü konuşmacımıza geçeceğiz, Yardımcı Doçent Doktor İpek Sevda Söğüt. Yine Tıp Hukukunun önemli konulardan biri, "Tıbbi Kayıtlar ve Sağlık Hukuku Açısından Önemi" konusunda bize kısa bir bilgi verecek.

Tıbbi Kayıtlar ve Sağlık Hukuku Açısından Önemi

Yrd. Doç. Dr İpek Sevda SÖĞÜT

Kadir Has Üniversitesi Hukuk Fakültesi

Teşekkür ederim Hocam. Mümkün olduğu kadar süreye riayet etmeye çalışacağım ama bu benim süratli anlatımıma neden olacaktır.

Şimdi tıbbi kayıtları, ben Sağlık Hukuku açısından önemi üzerinde durmaya çalışacağım. Tıbbi kayıtlar; belirlenen standartlara uygunluğunun denetlemenin aksayan yönleri, iyileştirmek için veri toplamanın ve iyi bir kalite yönetiminin gereği olarak tutulan kayıtlardır. Tabii ki, doğru teşhis ve doğru tedavinin eksiksiz olması ve doğru teşhis doğru tedavi ilişkisi bakımından da önemlidir. Bütün bu teşhis ve tedavi planının yapılabilmesi ve diğer aşamaların eksiksiz ve doğru yapıldığının tespiti ancak tıbbi kayıtlardan anlaşılabilmektedir. Türk Standartları Enstitüsünün Hastane Akreditasyon Tasarısında tıbbi kayıtlara ilişkin bir tanıma rastlıyoruz, tanımlar üzerinde çok fazla durmayacağım, mevzuat üzerinde de. Yine hukuki dayanağına baktığımızda uluslararası hukuki dayanaklarını görüyoruz. İç Hukukumuzda pek çok tıbbi kayıtlara ilişkin atıflar var. Bunlardan ben örnek olarak son yeni tarihli olarak "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliğinde", yine, Ekim ayında yürürlüğe giren Yönetmelikte; ünite ve uygulama merkezinde yapılan tüm uygulamalarla ilgili olarak hastalara ait hasta dosyası hazırlanır, hastaya ve uygulamalara ilişkin verileri elektronik ortamda talep edilmesi halinde kişisel sağlık verilerinin mahremiyeti gözetilerek Bakanlığa gönderilmesi zorunludur hükmü yer almaktadır.

Tıbbi kayıt tutma yükümlülüğü altında olanlar kimlerdir? Sağlık hizmeti sunan özel kişiler, sağlık hizmeti sunan kamu ya da tüzel kişileri. Peki, tıbbi kaydı tutacak olan kişiler kimlerdir diye baktığımızda; tanı veya tedavi amaçlı olması fark etmeksizin danışma amaçlı dahi olsa sağlık hizmeti talep etmek hususunda başvuruda bulunan herkesin tıbbi kaydı tutulmak durumundadır.

Tıbbi kayıtlara örnek olarak, kağıtta veya elektronik ortamda tutulmuş bilgi veya dokümanlar, röntgen, resim, doldurulan resmi formlar, bunları örnekleyebiliriz.

Hukuki kaynağına baktığımızda; bu kayıtların tutulması ve bu belgelerin gizliğinin sağlanmasına ilişkin yükümlülüğü tedavi eden kurum ya da hekimin hekimlik sözleşmesinden veya hastaneye kabul sözleşmesinden doğan bir yan yükümlülüğüdür. Aynı zamanda hekimin "özenli tedavi yükümlülüğünün" de bir parçasını oluşturur. Neden önemlidir? Hekimin hasta ile arasındaki vekalet sözleşmesinin bir gereği olarak müvekkiline hesap verme yükümlülüğü bulunmaktadır, özellikle bir kusur iddiası ve ona bağlı olarak bir zarar ortaya

çıkması halinde ispat yükümlülüğü hekime geçmektedir ve aynı zamanda hastaların tıbbi kayıtları inceleme ve düzeltilmesini isteme hakkı vardır. Dolayısıyla hem hekimin vekalet sözleşmesinden doğan bir hesap verme yükümlüğünün bir uzantısı olarak karşımıza çıkıyor tıbbi kayıtların önemi ve aynı zamanda ispat yükümlülüğü kendisine geçen hekimin bu konudaki en büyük yardımcısı, tabii ki, tıbbi kayıtlar olacaktır. Hasta, hekime mesleki bir ihmali dolayısıyla bir dava açtığında tıbbi girişime başlanması gereken safhada başladığının ispatı örneğin, bu tutulan kayıtlarla mümkün olabilecektir.

Tabii, tedavinin güvenli şekilde yapılması ileride doğacak itilaflar açısından, biraz önce bahsettiğim ispat yükümlülüğünde hekime sağladığı kolaylık açısından, onun dışında verilen ilaçların türü, kapsamı hakkında, hastaya ilişkin bilgilerin, hastalık öyküsünün kayıt altına alınması dolayısıyla tedaviye de hizmet eder. Tabii ki, hekim tarafından yerine getirilen tıbbi faaliyetin belirlenmesini sağlar ve hekimin tanı ve tedavi yöntemi üzerinde bir karar vermesine ve bu kararlığın da denetlenmesine yardımcı olur.

İspat kolaylığı sağlama fonksiyonu görür demiştim, buna örnek olarak; hamile bir hastanın muayenesinde bebeğin down sendromlu doğma şüphesi varsa ve hekim bu konunun netleşmesi için ileri tetkik istediyse ve ileri tetkik istendiğini kayıtlara işler ise tespit yaptırmayan hasta, hekim için ileri tetkik istemedi diyemez. Dolayısıyla hastanın ileri tetkik istemediğini hekimin tuttuğu kayıtlarla ispat edilebilecek ve belge mahkemede hekimin lehine delil teşkil edecektir. Tabii ki, masrafları karşılayacak kurumunda hastaya uygulanan tedaviyi bilmesini sağlar tıbbi kayıtlar ve bir başka hekimin bu tedaviye ilişkin bir başka hekimin kontrolüne geçmesini de sağlar.

Tıbbi kayıtların konusunu, içeriğini neler oluşturur? Aslında tıbbi standartlarına göre gerekli olan hususlar oluşturur yani tıbben gerekli görülmeyen bir dokümantasyon hukukun da gerekli görülmez. Demek ki, burada içeriğin ne olmasına ilişkin kullanılan kıstas, tıbben teşhis ve tedavide gerekli olma kıstasıdır. Dolayısıyla hekim, kendisine yöneltilen davada ancak örneğin, bebeğin kalp atışını belirlediğini ifade ediyorsa, bu durum ancak kayıtlarda yazılı ise dikkate alınacaktır. Tabii, böyle bir kayıt yoksa hekimin ifadesiyle hastanın ifadesi karşı karşıya gelecektir ve hekimin yaptığı bu belirlemeyi nasıl hatırladığı sorulabilecektir yargılama sırasında.

Kayıt tutma yükümlülüğünün içeriğine neler girer? Tabii, kıstasımız tıbben teşhis ve tedavide gerekli olma kıstası, bu saydığım örnekleri belirtebiliriz. Tıbben alışılmış ve gerekli olma kıstasları da dahil olanları, tekrarlıyorum, hekim belirleyecek. Hastanın korunma ihtiyacının tıbbi kaydı hangi kapsamda gerektireceğini ise hukuk belirtecek. Dolayısıyla bu iki kapsam birbiriyle örtüştüğü

oranda hukuki ihtilaf ile karşılaşılma olasılığı azalacaktır.

Tıbbi kayıtların türleri ve şekillerine ilişkin; kaynağa dayalı, probleme dayalı, işte, kağıda dayalı, elektronik ortam kayıtları gibi birtakım tasniflere tabi tutulabiliyor ve tıbbi kayıtların tutulmasına gereken düzene ilişkin de problem sübjektif, objektif, assesment plan sistemi içerisinde tutulması gerektiğine ilişkin görüş var.

Tıbbi kayıtların nasıl, hangi şekle tabi olmasına ilişkin genel bir yasal düzenleme bulunmuyor. Ama tabii ki, bu yükümlülüğün şekli bu yükümlülüğün amacına uygun şekilde, uygun bir şekilde tutulmasını icap ettiriyor. Dolayısıyla hastanın aydınlatıldığını ve tedavi edildiğinin güvence altına alınmış olmasına ve özellikle de tedavi sürecine katılacak hekimlere bilgi verme fonksiyonu görmüş olmasına göre değerlendirilecektir, şekil şartı.

Kayda geçirmenin usulüne uygun yapılıp yapılmadığından söz edebilmemiz için "tamlık, gerçeklik ve açıklık" esaslarına da uyulmuş olması gerekiyor.

Elektronik ortam kayıtlarıyla ilgili olarak kaydı gerçekleştiren kimsenin sonradan sisteme girerek herhangi bir ekleme ya da çıkarma yapmaması veya kayıtta yapılan değişikliklerin görülebilmesi gerekir. Elektronik ortam kayıtlarına ilişkin birazdan daha fazla bilgi vermeye çalışacağım.

Kayıtlar ne zaman tutulmalı? Bununla ilişkin de genel bir düzenlemeye rastlamıyoruz. Burada tabii ki, günde çok sayıda ameliyatın yapıldığı bir hastanede eğer operatör bütün kayıtları akşam ya da hafta sonu tutuyorsa bu kayıtların geç, zamanında tutulmadığı anlamına gelir ama müdahale ve tedaviden hemen sonra alınan kısa notlara dayanılarak belki bir hafta sonra tutulan kayıtların geçerli olduğu kabul edilebilir. Burada genel bir kural öngöremiyoruz.

Kayıtların ne zaman tutulması gerektiğine ilişkin bir sürenin ölçüsü olarak tespiti mümkün değil ama Yargıtay'ın burada andığım kararında ameliyat sırasında tutulması gereken kayıtların tutulmaması, ameliyat ile ilgili raporun 7-8 ay sonra tutulması ibaresi geçiyor ve bu kararda Yargıtay, kararların geç tutulmasını özel hastane ve hekim bakımından kusurlu bir davranış olarak kabul etmiş.

Tıbbi kayıtların sağlanma süresine ilişkin de mevzuatta dağınık olarak yer alıyor bu hükümler. Örneğin Özel Hastaneler Yönetmeliğinde 20 yıl, Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde adli vakalara ilişkin 20 yıl, Devlet Arşiv Hizmetleri hakkındaki Yönetmelikte mükellefler ellerinde bulunan arşivlik malzemeleri birim arşivleri için 1 ile 5 yıl, arşiv malzemesi ise kurum arşivlerinde 10 ile 14 yıl saklanır gibi dağınık ve birbirinden farklı süreler öngörülmüş. Dolayısıyla bu değişik süreler dikkate alındığında dosyaların 10 seneden daha uzun bir sürede saklanmasında yarar bulunuyor.

Erişim ve Mahremiyet hakkına baktığımızda, tıbbi kayıtların öncelikli olarak mülkiyeti kime ait? Tedavi öncesinde veya tedavi sırasında hasta tarafından hekime teslim edilen belgelerin mülkiyeti hastaya ait, hekim bunları tedavi sonrasında hastaya iade etmeli. Hekim tabii ki, sözleşme süresince bu belgeleri saklamak ve hastanın talebi halinde geri vermekle yükümlü. Tedavi sürecinde hekim tarafından düzenlenen belgelerin, tutulmuş notların, istenmiş tahlillerin sonuçlarının ve röntgen filmlerinin mülkiyeti hekime ait olacak. Ancak hastaların bu belgeleri görme ya da bunların kendisine devrinin istemesi hakkı var mı? Bu noktada şöyle bir ayırıma gidiyoruz; kayıt ve belgelerin tarafların çıkarları bakımından taşıdığı önemi dikkate almamış gerekir. Hastanın çıkarının üstün olduğu röntgen gibi belgeler halinde talep halinde hastaya geri verilebilir. Eğer hasta ile hekimin çıkarları eşit düzeyde ise hastanın objektif olarak tespit edilmiş hastalık durumu belirtmeyip daha çok hekimin sübjektif değerlendirmelerini içeriyorsa hastaya sadece bir görme hakkı tanınabilir. Sadece hekimin çıkarının söz konusu olduğu kayıt ve belgeler bakımından hekimin hastaya bu belge ve kayıtları gösterme ve geri verme yükümlülüğü söz konusu olmayacaktır.

Şimdi tıbbi kayıtları tutma yükümlülüğü, bir taraftan sır saklamayı diğer yönüyle de bu kayıtları hasta hakları bağlamında hasta ile paylaşma yükümlülüğünü de beraberinde getiriyor. Hastaya ilişkin bilgilerin korunması için gerekli tedbirlerin alınmaması ve tedaviyi üstlenen hekim ve kurum açısından ağır bir sorumluluk getirir ki, hekimlik meslek etiği kuralları, madde 35'e burada atıf yapıyoruz, tabii, gizli alanda bulunan bilgiler yasal ve tıbbi bir zorunluluk bulunmadıkça sadece hastanın istediği oranda ve hastanın istediği kurum, kuruluş ya da kişiye açılmalıdır. Yine, Yargıtay'ın bir kararında, Yargıtay Hukuk Genel Kurul kararında, gizli tutulması gereken bir hastalık şüphesi taşıyan hastanın basına afişe edilmesi dolayısıyla davalı başhekimin kusurlu davrandığına ve rucüen tazminat talebinin kabulüne karar verilmiş.

Tıbbi hata olarak tıbbi inceleme kayıtlarının hakkı olarak kaynağıyla ilgili mevzuatta görüyoruz ama Hasta Hakları Yönetmeliğinin 16.maddesinde düzenlenmiştir. İnceleme hakkı kayıtların düzeltilmesini isteme hakkı da 17.maddede düzenlenmiş.

Teşhis ve tedaviye ilişkin olarak tutulan bu tıbbi kayıtların incelenmesi ve bir örneğinin alınması Kanundan doğan ve "ifa davasına" konu olan bir yan edim yükümlülüğüne dayanır.

Peki, hastanın tıbbi kayıtları inceleme hakkı ihlal edildiğinde ne olur? Kamu kurum ve kuruluşlarıyla kamu niteliği niteliğindeki meslek kuruluşları açısından bir kere bilgi edinme hakkı Kanunu yükümleri çerçevesinde kayıtları inceleme yükümlülüğün gerekliliğini yerine getirmelerine zorlanabilirler. Danıştay'ın bu

noktada bir karar var, yine, bilgi edinme hakkına atıf yaptığı. Özel hastaneler veya serbest çalışan hekimler açısından yine, Hasta Hakları Yönetmeliğine aykırı şekilde bu hasta hakkını ihlal etmeleri halinde il sağlık müdürlüğüne hem de Tabip Odasına başvurulabilir, haklarında disiplin soruşturması açılması için. Kamu hastanelerinde kamu sağlık personeline hakkında da yine, tabi oldukları mevzuat gereği disiplin cezaları uygulanabilir. Aynı zamanda elbette, kişilerin kendilerine yapılan tıbbi müdahalelere ilişkin tıbbi kayıtlarına izin verilmemesi Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin Özel Hayatın ve Aile Hayatının Korunmasına ilişkin hükmüne de aykırılık teşkil eder.

Elektronik ortamda tutulan tıbbi kayıtlara ilişkin olarak burada Özel Hastaneler Yönetmeliği madde 50'de güvenli dijital hasta kaydına geçilmeyen hastanelerde bilgisayar ortamında kayıt tutulması yazılı kayıt sisteminin gereklerini ortadan kaldırmaz denilmektedir ve burada bir ek cümle ile "elektronik imza Kanunu" hükümlerine atıf yapılıyor, bu hükümlere uygun olarak elektronik imza ile imzalanmış tıbbi kayıtlar, resmi kayıt olarak kabul edilir ve ilgili mevzuata göre yedekleme ve arşivlemesi yapılır. Dijital kayıtlarda dikkat edilmesi gereken elbette, sonradan ekleme, çıkarma yapılması halinde kayıtların ispat özelliğini kaybetmesi söz konusu olacaktır.

Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde de ve bu Yönergeye ilişkin değişiklik yapan yönergede buna ilişkin hükümler var. Örneğin, burada onaylanmış, sonuçlanmış işlemler ait verilerde silme, ekleme yapılamaz, son kullanıcılara, sadece o kullanıcılara raporlama yetkisi verilir, herhangi bir nedenden kaynaklanan zorunlu haller söz konusu olduğu taktirde gerekli değiştirme, silme, ekleme yapmaya yetkisini ilgili sağlık kurumunun en üst amirine ait olduğu ifade edilmektedir.

Yine burada bir, Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde bir değişiklik söz konusu; özellikle buradaki elektronik kayıtların güvenliliğine ilişkin olarak, istenilen içerik ve formatı çıktı alınacak şekilde olmak kaydıyla elektronik imza uygulamaları yaygınlaşıncaya kadar bu Yönergedeki Ek-5'teki standartlar ve kurallar çerçevesinde yedekleme ve güvenlik önlemlerinin alınması öngörülmüştür.

Yine burada elektronik ortam kayıtları bakımından dikkat edilmesi gereken hususları kısaca saymaya çalıştım, burada dikkat etmemiz gereken şu; hekim kadar hekimin yanında çalışanların da mahremiyet hakkına ve sır saklama yükümlülüğüne riayet etmeleri gerektiği unutulmamalı.

Yine Dünya Tıp Birliğinin bu noktada, bilgisayarların tıpta kullanılmasına ilişkin duyuruları söz konusu, özellikle hastanın kimlik bilgilerinin saklı tutulması, tıbbi

veri bankalarının hiçbir zaman başka merkezi veri bankalarıyla ilişkili olmaması gerekliliği konularına değinilmiş.

Tıbbi kayıtları tutma yükümlülüğü ihlal edildiğinde ne olur? Kayıtlar eksik tutmak tek başına bir tıbbi uygulama hatası olarak kabul edilmiyor. Ancak bu yükümlülüğün ihlali, hem meslek hukuk açısından, hekim açısından bir sonuç doğurur hem de ispat hukuku açısından. Bağımsız bir hüküm konusu olmayan bu dokümantasyon yükümlülüğün ihlali bağımsız bir tazminat istemine dayanak olmaz, hukuken bir tedavi hatasının kabulü için de tek başına yeterli bir olgu değil. Tıbbi kayıtların tutulmasının ihlalinde dediğim gibi ispat yükümlülüğünün de taraf değiştirmesi ve ispat etme yükümlülüğünün hekime ait olması en büyük sonucu ihtilaf halinde. Tıbbi kayıt ve belge hiç düzenlenmemiş, eksik düzenlemiş veya boş bırakılmış olması halinde o yüküm konusu önlemin hiç alınmadığı, belgeleme yükümlülüğü konusunun belgelenmiş haliyle gerçekleştiği ki, davacı hasta tarafından getirilen inandırıcı diğer delillerle, aksi sabitleninceye kadar karineten kabul edilebilir, bu karine çürütülebilir bir karine ama nasıl çürütebilir bunu hekim? Yani burada hasta lehine bir durum yaratılıyor bu durumda ama bu karinenin çürütülmesi için güncel bellek oluşturan protokoller veya davada karşılık gelen tanık anlatımları kullanılabilir. Dolayısıyla hekimlerin, sağlık kurumlarının ileride ortaya çıkabilecek adli vakalarda kendilerini savunabilmesinin yolu, tıbbi müdahaleyi tam, eksiksiz ve gereği gibi yerine getirdiğinin ispatıdır ve bu ispatta ancak tıbbi kayıtlarla mümkün olabiliyor. Yine sonuçlardan biri, Devlet Memurları Kanunun ve Yüksek Öğretim Kurumları Kanununu kapsamında idari cezayı gerektiren bir durum tıbbi kayıtların gereği gibi tutulmaması, tam olarak tutulmaması. Yine kamu görevlileri bakımından zarar şartıyla Türk Ceza Kanunu açısından görevin kötüye kullanılması olarak nitelendirilebilir. Burada eğer kayıtlar hiç veya gereği gibi tutulmamasından bir zarar doğmuşsa tazmin edilmesi söz konusu olacaktır. Danıştay'ın burada bir kararından bahsettim ki, bu kararda üniversite hastanesinde kayıtların bulunmaması dolayısıyla davalı idari, manevi tazminat ödemeye mahkum edilmiş, idarece tıbbi kayıt ve belgelerin ibraz edilmemesinden meydana gelen zarar nedeniyle idarenin sorumluluğunun bulunup bulunmadığının yargısal denetimini de engellediği, bu kayıtlar bulunmadığı için sonucuna varılmıştı. Yargıtay tarafından manevi tazminata ilişkin verilmiş herhangi bir hükme, herhangi bir karara henüz rastlamış değiliz.

"Tıbbi hizmetlerin kötü uygulanmasından doğan sorumluluk kanunu" tasarısındaki düzenlemede de tıbbi kayıtlara yer veriyor. Burada, ayrıntılı şekilde, şu anda vakit kalmadığı için değinemiyorum.

Süre ile ilgili artık bir düzenleme var; 20 yıllık yani bu artık elektronik ortamda, imkan ölçüsünde elektronik ortama tutulması, mümkün olmadığı taktirde

asıllarıyla dosyalanmak suretiyle 20 yıl süreli muhafaza edilir hükmü yer alıyor tasarıda ve bu hükme aykırılık halinde de öngörülen ceza bu şekilde.

Son olarak yarın Sağlık Hukukunda Kişisel Verilerin Korunmasına ilişkin olarak Ceza Hukukçusu Hocamız bir sunum yapacak ama 08 Kasım tarihli SGK duyurusu biyo-metrik kimlik doğrulama sistemine ilişkin, bilindiği üzere biyometrik yöntemle kimlik doğrulaması yapılır ibaresi, Danıştay tarafından bu yürütmenin durdurulmasına karar verildi ve dolayısıyla artık biyo-metrik kimlik doğrulama sistemi kullanılmaksızın medula sisteminden provizyon alınabilecek ki, benim şahsi kanaatinde Avrupa Konseyi'nin Kişisel Verilerin korunmasına İlişkin Sözleşmesine taraf değildir Türkiye ve Anayasa'nın 20.maddesine eklenen, 2010 yılında eklenen ek madde ile kişisel verilerin korunmasına ilişkin esas ve usullerin yasa ile düzenlenmesi gerekir. Toplanan her türlü kişisel bilgi ve bulguların işlenmesi Anayasa'da belirtilen, öngörülen güvencelere aykırı olarak yapılması açıkça Anayasa'nın ve Uluslararası İnsan Hakları Sözleşmelerinin ihlali anlamına gelir, bu anlamda bu bilgiyi de son olarak paylaşmak istedim.

Sabrınız için teşekkür ederim.

Doç. Dr. Fulya İlçin GÖNENÇ

Oturum Başkanı

Sayın İpek Hanım'a teşekkür ediyoruz.

"Tıbbi Uygulama Hatalarında Yargı Öncesi Çözüm Usulleri" konusunda Uzman Doktor Aslıhan Teyin bize bir sunum yapacaklar. Buyurun Hocam.

Tıbbi Uygulama Hatalarında Yargı Öncesi Çözüm Usulleri

Uzm. Dr. Aslıhan TEYİN

T.C. Adalet Bakanlığı

Sayın Başkan, Değerli Katılımcılar, öncelikle iyi akşamlar. Sağlık Bakanlığına nazik davetleri için teşekkürler.

Ben bugün kısaca tıbbi uygulama hatalarında yargı öncesi çözüm usullerini konuşmaya çalışacağım sizinle. Yargı öncesi çözüm usulleri genel olarak taraflara resmi yargılama usullerine başvurma gereği duymadan aralarındaki uyuşmazlıkları çözmek için kullandıkları yöntemlerin tamamına deniyor.

Türkiye'de sağlık sisteminin sunucuları, özellikle Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, üniversite hastaneler olmakla birlikte özel hastaneler ve muayenehaneler tarafından da sağlık hizmetleri yürütülmekte ülkemizde. Bu çalışma tüm yargı öncesi çözüm usullerine yer vermemiz mümkün olmadığından sağlıkla ilgili uygulamalarla sınırlaya çalışacağım.

Türk Hukukunda yargı öncesi çözüm usulleri çeşitli alanlarda düzenlenmiş durumda. Özellikle idari uyuşmazlıkların çözümünde 659 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile yine Türk Ceza Kanununda, Ceza Muhakemeleri Kanununda ve Hukuk Muhakemeleri Kanunu da başta olmak üzere birçok kanunda yargı öncesi çözüm usulleri düzenlenmiş. Ancak burada en çok kullanılan ve sağlık alanında uygulaması olabilecek yargı öncesi çözüm usullerini değerlendirmeye çalışacağım.

Bunlardan birincisi "arabuluculuk" dediğimiz sistem; "Hukuk Uyuşmazlıklarında Arabuluculuk Kanununda" tanımı yapılmış özellikle. Burada sistemde uzmanlık eğitimi almış olan tarafsız ve bağımsız bir üçüncü kişinin katılımıyla ihtiyari olarak yapılan bir uygulama bu. Bu kişi, uzmanlık eğitimi almış kişi, taraflar arasından iletişim sürecinin kurulmasında önemli, bunun için çeşitli teknik uygulamalar yapmak üzere eğitim alan bir kişi. Bu kişinin özelliği arabuluculukta herhangi bir çözüm önerisi sunamaması ve karar vermede kişilere etkili olamaması. Ancak müzakerelerin devamını sağlaması yönünde uygulaması söz konusu, esnek ve dinamik bir süreç olması arabululuculuğun diğer bir özelliği. Şöyle ki, yurtdışındaki uygulamalarında özellikle kişilerin maddi bir tazminat elde etmesi haricinde arabuluculuk uygulamaları sonucunda maruz kaldıkları zararın ne olduğunun anlatılması, bunun ders olarak anlatılmasını talep etmeleri ya da zarara uğrayan kişinin isminin bir kliniğe verilmesini ya da bir birime verilmesini talep etmeleri ya da kendi adlarına ya da zarara uğrayan kişi adına bir

burs verilmesini talep etmeleri gibi bir süreçler nedeniyle arabuluculuk esnek ve dinamik bir süreç.

Arabuluculuk dediğim gibi "hukuk uyuşmazlıklarından arabuluculuk Kanununda" düzenlenmiş, bu Kanunda arabuluculuğun tanımı yapılmış, aynı zamanda Yönetmelikle de bunlar belirlenmiş. Arabulucuların hakları ve yükümlülükleri, faaliyetleri, arabulucuların nasıl eğitileceği ve arabulucuların cezai sorumlulukları gibi durumlar bu Kanunda düzenlenmiş bulunuyor.

Diğer bir yargı öncesi çözüm usulü yöntemi; "uzlaştırma" dediğimiz yöntem. Burada uzlaştırmada özellikle, tarafsız, objektif konumda bulunan uzmanlık eğitimi almış bir üçüncü kişi aracılığıyla kişilere sorunların temeline yönelik çözüm önerileri sunularak, bu önerilerde bir mutabakata varmalarının sağlanmasını istemekte. Özellikle uzlaştırıcının arabulucudan farkı, bu kişinin bilirkişilik uygulamaları konusunda yardım alabilmesi ve daha çok bu sürecin, hukuk kuralları, deliller ve delil değerlendirmesine yönelik bir süreç olması. Dolayısıyla daha statik ve formal bir süreç ve sonuçları da arabuluculuktakiler kadar esnek değil. Burada hedef, en iyi hukuki sonuca ulaşılması.

Bu uzlaştırma, özellikle sağlık meslekleri uygulamalarında meydana gelen uyuşmazlıkların çözümü açısından 663 sayılı Kanun Hükmündeki Kararnamenin 24.maddesinde 2011 yılında düzenlenmeye çalışılmıştır. Bu maddeye göre yöntemin kapsamı, başvuru şartları, başvuru süreleri, uzlaştırma daveti, uzlaşacak taraflar ve uzlaştırmanın yöntemlerinin düzenlenmesi amaçlanmış olmakla birlikte Ocak 2014'te çıkan bir kanunla, bu madde iptal edilmiş yürürlükten kaldırılmıştır ve şu anda uzlaştırmanın uygulanması bu açıdan mümkün değildir. Ancak Ceza Hukukunda uzlaştırmanın uygulanması söz konusudur, şu anda süremiz yetersiz olduğu için o konuda konuşmak uygun değil.

"Tahkim" dediğimiz başka bir yöntemde de tarafların hukuki uyuşmazlığın hallini devletin yargı organları yerine özel kişilere bırakmaları ve uyuşmazlığın bu özel kişi ya da kişilerce taraflar için çözülmesi yöntemidir. Bu kişiler "hakem" denilen bir veya birden fazla kişi olabilir ve taraflar yaptıkları sözleşmeyle bu hakemlerin vereceği kararı kabul etmiş sayılırlar ve burada tarafların herhangi birisinin bu karardan vazgeçmesi mümkün değildir, tahkimin özelliği de bu şekilde.

Diğer bir yöntem, "sulh" dediğimiz yöntem; yine, doğmuş veya doğma olasılığı olan bir uyuşmazlığın önüne geçebilmek için tarafların karşılıklı iradeleri ve talepleriyle bir araya gelmeleri suretiyle çalışan bir yöntem. Burada da bu kişiler karşılıklı fedakarlık yaparak bu yöntemi sonlandırma ve başarılı bir süreç elde etmek amaçlanmakta.

Sulh de 659 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede ve Hukuk Muhakeme

Kanununda düzenlenmiş. Özellikle 659 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 12.maddesinde idare ile olan sulh düzenlenmiş. Burada da sulh yoluna başvurabilirler. Sulh başvurusundaki süreler ve başvuru yönteminin nasıl olacağı, burada dava açılma süresinin durup duramayacağı, sulh başvurularının incelenmesi, çözülebilecek yetkiler özellikle belirlenmiş.

Bir diğer yöntem, "Müzakere" dediğimiz yöntemde ise kişilerin aralarındaki uyuşmazlığa üçüncü bir kişinin katılımı olmadan kendileri bir araya gelerek yargı yoluna başvurmadan anlaşmaya varmak suretiyle bu süreci yönetmeleri.

Peki, neden "yargı öncesi çözüm usulleri" diyoruz? Bu usullerin olumlu yönlerini paylaşmak istiyorum sizinle. Yargı öncesi çözüm usulleri, dünyanın birçok ülkesinde sağlık alanında da aktif şekilde kullanılmakta. Tıbbi uygulamalardaki anlaşmazlıkların yargıya intikalinin önlenmesi amaçlanıyor burada ve böylelikle, hem yargının iş yükünün azaltılması hem sağlık çalışanlarının ve hekimlerin bu konudaki kaygılarının giderilmesi ve zaman kaybının önlenmesi hem de zaten mağdur olmuş hasta ve hasta yakınlarının zararlarının biran evvel giderilmesinin çalışması amaçlanıyor. Ve ülkemizde de sağlık hizmetleri sunumuna bağlı olarak zarar oluştuğu iddiasıyla şikayetlerin artışı ve davaların artışı göz önünde bulundurulduğunda yargı öncesi çözüm usullerinin ülkemiz için gerekli olduğu kanaatindeyim. Ayrıca yurtdışında yapılan bazı çalışmalarda basit bir özür dilemenin bile dava sayısını azalttığı gösterilmiş. Amerika'da bazı eyaletlerde bununla ilgili birtakım sistemler zorunlu ve "özür dileme programları" uygulayan üniversiteler var. Ve burada sağlık çalışanı ki, genellikle bu hekim olmak durumunda hastaneye yöneticisiyle birlikte hastaya ulaştığında ve hastadan özür dilediğinde, daha doğrusu bunun yöntemi de "size bu olduğu için özür dilerim", "ben bunu yaptığım için şeklinde değil", "size bu olduğu için özür dilerim" şeklinde empati yapmak suretiyle hastaların dava açmasının oldukça azaltıldığı görülmüş. Bu durum aynı zamanda hasta-hekim ilişkisini koruduğundan, sağlıkta kalitenin güçlendirilmesini, kalitenin geliştirilmesini hedefleyen bir yöntem. Şöyle ki, eğer kişi dava açarsa, davalara ve mahkemelere harcanacak olan zaman ve paranın, bu hatanın neden olduğuna, tekrarlanmaması için neler yapılmasına gerektiğine ve kişinin zararının nasıl giderileceğinin gerekliliğine çalışılması konusunda yargı öncesi çözüm usullerinin önemli olduğunu düşünüyorum. Aynı zamanda yargı sürecinin çok uzun olduğu göz önüne alınırsa yargı öncesi çözüm usulleri önemli demek istiyorum.

Yargı süreci bizim ülkemizde çok uzun, 30 vaka ile yapılan bir çalışmada bu vakaların 16'sında 5 yılın altında çözüldüğü sürecin, 13 tanesinde 5 ile 10 yıl arasında çözüldüğü, 4 tanesinde de 10 yılın üstüne çıktığı gösterilmiş. Amerika'da da süreler 5 yıl gibi söyleniyor. Özellikle, Malezya, özellikle diğer salonda Malezya ile ilgili başka bir konuşmada vardı, Malezya'da da 15-25 yıl gibi sürelerden söz

ediliyor. Dolayısıyla yargı öncesi çözüm usullerinin bütün bu süreleri kısaltacağına ve kişilerin mağduriyetini gidermede faydalı olacağını kanısındayım.

Aynı zamanda mahkemeler ancak tıbbi uygulama hatası varlığında tazminat ödüyorlar kişilere. Dolayısıyla ülkemizde de yapılan çalışmalarda gösterilmiş ki, tıbbi uygulamalardan kaynaklanan zararların çoğu tıbbi uygulama hatasından ya da ihmalden kaynaklanmıyor, ya sistemin işleyişinden ya da komplikasyonlardan ve yan etkilerden kaynaklanan bu durumlar dolayısıyla kişiler tazminat alamadıkları için mağduriyetleri daha da artıyor. Yargı öncesi çözüm usullerinde bu şekilde uygulamalar yapılması bunun önüne geçebilir. Şöyle ki, özellikle birçok ülkede uygulanan "no-fault" denilen sistemde hekimin herhangi bir hatası veya ihmali olmasa bile kişilerin zararlarının tazmine yönelik birtakım sistemler geliştirilmiş ve bu ödemelerin kimler tarafından yapılacağı, nasıl yapılacağı gibi reel değerlendirmeler yapılmış ve "no-fault sisteminin" zaten komplikasyon gelişmesi halinde hastası için üzülen hekim ve bu durumda herhangi bir tazminat alamadığı için mağdur olan hastanın da yararına olacağını söyleyen çalışmalar var. Bizim ülkemiz açısından da bu değerlendirilirse ve uygun sistemler sağlanırsa yürütülebileceği kanaatindeyim ben kendi adıma.

Aynı zamanda yargılama sırasında harcamaların çoğunun avukatlara ve yargılama masraflarına gittiği değerlendirildiğinde yargı öncesi çözüm usulleri bu açıdan avantaj olabilir.

Aynı zamanda bir dava için hazırlanan avukatın çalışma saati 36 saatken, bir yargı öncesi çözüm usulü için geçireceği süre 2.5 saat olarak değerlendirilmiş çalışmalarda, bu da avukatlık ücretinin azaltılmasıyla birlikte harcanan paraların azalacağını düşündürüyor. Amerika'da her 1 Doların sadece 28 centinin davacıya gittiğini gösteren çalışmalar dolayısıyla boş zaman ve para kaybı aslında dava açılması.

Peki, bu kadar olumlu yönlerini söylediğimiz yargı öncesi çözüm usullerinin hiç mi olumsuz yönleri yok? Tabii ki, var, özellikle zarar gören açısından mahkemeye gitmeleri halinde daha yüksek oranlarda tazminat alabilme olanaklarından mahrum kalmaları, sağlık personelinin cezalandırılması ihtimaliyle manevi tatmin yaşayabilme olumsuzluklarının ortadan kalkması, yargı öncesi çözüm usullerinde anlaşamamaları halinde bu konuda zaman kaybetmiş olmaları gibi durumlar zarar gören açısından yargı öncesi çözüm usullerinin olumsuz tarafları. Ancak bir yargı öncesi çözüm usulü sağlıkta düzenlenecekse bunun da mutlaka ve mutlaka, eğer ödeme konusunda anlaşılırsa paranın nasıl ve kim tarafından ve ne zaman ödeneceğinin de kesin olarak hükme bağlanması gerektiği kanaatindeyim.

Aynı zamanda sağlık çalışanları açısından da yargı öncesi çözüm usullerinin zararları olabilir. "özür dileme" kavramı bizim hekimlerimiz, sağlık çalışanlarımızdan

açısından özellikle hata yaptığını kabul etme gibi algılandığından pek tercih edilmeyen bir durum. Aynı zamanda yargı öncesi çözüm usulüyle çözülen uyuşmazlıklara ait verilerin bir merkezde toplanması zorunluluğu ve bu şekilde hekimin veya sağlık çalışanının sicilinde her zaman karşısına çıkacak olması da onları bu konuda çekinceye sürüklemekte. Mahkemede suçsuz bulunma ihtimalinden feragat etmiş olmaları dolayısıyla olumsuz düşünüyorlar. Aynı zamanda idare ile ilgili olan durumlarda rucü edilme korkusu, rucüdan sorumlu tutulma halinde yargı öncesi çözüm usulleri sağlık çalışanları açısından olumsuz yönler olarak değerlendiriyoruz.

Buna rağmen yargı öncesi çözüm usullerinin işletilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Yargı öncesi çözüm usulleri işlemezse eğer zaten özünde ihmal ve hata yapmama olarak çalışma motivasyonunda olan sağlık çalışanlarının ceza kaygısıyla bu motivasyonlarının bozulacağı, motivasyonlarının azalacağı ve bu da doğal, özünde güven ilişkisi olan hekim-hasta ilişkisini olumsuz etkileyeceği ve bu şekilde defansif tıp uygulamalarının pozitif veya negatif defansif tıp uygulamalarının artmasıyla birlikte hem harcamaların hem sağlık kalitesinin bozulacağı ve sağlıkta kalitenin olumsuz etkileneceği düşüncesindeyiz.

Teşekkür ediyorum.

Doç. Dr. Fulya İlçin GÖNENÇ

Oturum Başkanı

Evet, biz de teşekkür ediyoruz. Aslında süremizi tamamladık ama son Oturum olması nedeniyle ve eminim, soracağınız şeyler var, sorularınızı alabiliriz.

Bu son konuşma için de teşekkür ediyorum. Ben bir ekleme yapmak istiyorum; arabuluculuk çok yeni, şu anda arabuluculuk siciline kayıtlı 1.500 kadar arabulucu var, ayın 20'sine kadar 600 tanesi daha sözlü sınava girdi. Sağlık Hukuku alanında ben arabuluculuğun işleyebileceğini düşünüyorum. Tabii, arabuluculuğa getirilen birtakım eleştiriler var, sadece yargı öncesi değil dava aşamasında arabuluculuk süreci mümkün olabilir. Özellikle Sağlık Hukuku bakımından hastanın veya tarafların kendilerine ilişkin bir uyuşmazlığın çözüm sürecinde rol alabilmeleri önemli, bu açıdan tercih edilebileceğini düşünüyorum. Tabii, burada kurumlar açısından da gizliliğin korunması büyük bir ihtimal ile tercih edilecektir.

PANEL

SAĞLIKTA KALİTE İÇİN KÜRESEL İŞBİRLİĞİ VE GELİŞİM

Oturum Başkanı - **Prof. Dr. İrfan ŞENCAN**
Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

Prof. Dr. İrfan ŞENCAN 1969 yılında Ankara'da doğdu. 1992 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra zorunlu hizmet yükümlülüğünü yerine getirmek üzere Gümüşhane Köse İlçesi sağlık ocağına atandı. 1993 -1997 yılları arasında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalında uzmanlık eğitimini tamamladı, ardından sırasıyla 1999 yılında Düzce Tıp Fakültesinde Yardımcı Doçent, 2005 yılında Doçent ve 2010 yılında ise Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Profesör oldu. 2005-2008 yılları arasında Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Klinik Şefi, Başhekim Yardımcılığı ve Başhekimlik görevlerini yürüten Prof. Şencan, 2008-2014 yılları arasında Sağlık Bakanlığında Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü görevlerini yaptı. Halen Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Eğitim görevlisi (Klinik Şefi) ve Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevini sürdürmektedir. İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji alanlarında yayınlanmış çok sayıda makalesi bulunmakta olup, alanındaki mesleki derneklerde kurucu, üye ve yönetim kurulu üyelikleri de yapan Prof. Şencan, Tıpta uzmanlık eğitiminin sorumluluğunu taşıyan ve koordine eden Tıpta Uzmanlık Kurulu üyeliği ve başkanlığını yürütmektedir. İngilizce bilen Prof. Şencan evli ve üç çocuk babasıdır.

Ulusal Kalite Sistemleri ve Hasta Güvenliğine Etkileri

Uzm. Dr. Hasan KUŞ
Acıbadem Üniversitesi

Acıbadem Üniversitesi GenelSekreteri ve Acıbadem Sağlık Grubu'nda İcra Kurulu üyesidir. Önceki görevleri: Anadolu Sağlık Merkezi Genel Müdürü (2007-11), Anadolu Grubu Sağlık Sektörü İş Geliştirme Başkanı ve Anadolu Sağlık Merkezi Yönetim Kurulu üyesi(2011-13), Acıbadem Sağlık Grubu'nda Kozyatağı Hastanesi Direktörlüğü ve Grup Tıbbi Direktör Yardımcılığı(2002-07). Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği YK Başkanı, DEİK Sağlık Turizmi İş Konseyi Başkan Vekili, KalDer YK başkanvekili, Akredite Hastaneler Derneği YK Üyesi, TÜSİAD Sağlık Çalışma Grubu ve TOBB Sağlık Sektör Meclisi Üyesidir. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olup, genel cerrahi uzmanlık eğitimini takiben İngiltere'de, Leeds Üniversitesi'nde Hastane Yönetimi konusunda master yapmıştır.

Ülkelerin Sağlık Sistemi Yapılanmalarının Küresel Hasta Güvenliği Çözümlerine Etkileri

Prof. Dr. Richard ALDERSLADE
DSÖ Avrupa Bölge Ofisi Sağlık Politikaları Danışmanı

Hata Sınıflandırma Sistemleri

Ecz. Ercan KOCA
SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

1983 yılı, Ankara doğumludur. 2007 tarihinde İstanbul Üniversitesi Eczacılık fakültesinden mezun olmuş, üniversite ve mesleği süresinceklinik eczacılık, etnobotanik ve farmakoloji alanında çeşitli çalışmalara katkı sağlamıştır. ODTÜ Sağlık Bilgi Sistemleri eğitimi almıştır. Çeşitli özel ve askeri hastanelerde bir süre çalıştıktan sonra, 2010 yılında TC. Sağlık Bakanlığı'nda eczacı olarak çalışmaya başlamıştır. 2012 yılında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı'nın Proje Yönetimi ve Uluslararası Çalışmalar birimine geçmiştir. Son iki yılda Sağlıkta Kalite Fikirleri, Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi(SİYÖS™) ve Hata Sınıflandırma Sistemleri(HSS™) projelerini geliştirmiş, Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının(SAS™) oluşturulmasında ve İngilizce tercüme çalışmalarında yer almıştır. Sağlıkta Kalite Standartları(SKS), SAS™, Sağlık tesislerinde ilaç güvenliği, SİYÖS™ ve indikatör yönetimi konularında yayınları bulunmakta olan Ercan KOCA, günümüzde bu alanlardaki çalışmalarını sürdürmektedir.

SAĞLIKTA KALİTE İÇİN KÜRESEL İŞBİRLİĞİ VE GELİŞİM

Prof. Dr. İrfan ŞENCAN

Oturum Başkanı

Teşekkür ederim. Değerli katılımcılar, bu 7. Oturumumuz "Sağlıkta Kalite İçin Küresel İşbirliği ve Gelişim" başlığı altında. Konuşmacılarımızdan Sayın Nazmi Zengin Hocamız Necmettin Erbakan Üniversitesinden, ikinci konuşmacı olarak Sayın Hasan Kuş, Acıbadem Üniversitesinden "Ulusal Kalite Sistemleri ve Hasta Güvenliğine Etkileri"nden bahsedecek. **Üçüncü konuşmacımız olarak DSÖ Avrupa Bölge Ofisi Sağlık Politikaları Danışmanlarından Sayın**Prof. Dr. Richard ALDERSLADE"**Ülkelerin Sağlık Sistemi Yapılanmalarının Küresel Hasta Güvenliği Çözümlerine Etkileri"nden bahsedecek. Son konuşmacı olarak da Akreditasyon Dairemizden Ercan Koca "**Hata Sınıflandırma Sistemleri"nden bahsedecek.

Ulusal Kalite Sistemleri ve Hasta Güvenliğine Etkileri

Uzm. Dr. Hasan KUŞ

Acıbadem Üniversitesi

Sayın Başkan, değerli katılımcılar ben size ulusal sağlık kalite sistemleri hakkında kısaca bilgi vermeye çalışacağım. Bir sunum setim yok, notlarım üzerinden görüşlerimi paylaşacağım sizinle ve mümkün olduğu kadar da birtakım belgelere, çalışmalara dayalı verileri paylaşacağım. Önce kısaca bir ulusal sağlık sistemleriyle ilgili elimizde ne var, neden gelişiyor, daha sonra ABD'deki sağlık stratejisi nedir, hedefler nelerdir, elimizde neler var, AB ile ilgili de 2 çalışma var, onların metodolojisi ve sonuçlarından bahsedeceğim.

Şuna baktığımız zaman, ulusal sağlıkta kalite politikalarını geliştirmeye neden ihtiyaç duyuluyor? Listenin başında şu var, sağlık sistemlerimiz güvenli değil. Sağlıklı ve özellikle hastane bakımı için güvenli hizmet sunumunda tüm dünyada sorun vardır. İkincisi, bu ortamda müthiş farklılıklar var. Bir hastanede mükemmel hizmet sunulabilirken, ona belki birkaç kilometre mesafede başka bir hastanede çok ciddi kalite problemleri yaşayabiliyoruz. Ya da aynı hastanede gündüz çok iyi, akşam çok problemli olabiliyoruz ya da bir ameliyathanede müthiş performans gösterirken yan tarafta sorun yaşayabiliyoruz. Ciddi bir farklılıklar dünyasını yönetmeye çalışıyoruz, bu da hastalara olumsuz olarak

yansıyor. Üçüncüsü verimsiz ve etkisiz, etkinliği düşük çok sayıda sorunumuz var, sağlık teknolojilerini çok verimli kullanamıyoruz. Ciddi bir israf var, tüm dünyada sağlık sektörüyle ilgili çok ciddi bir israftan bahsetmemiz gerekiyor. Kullanıcılarda beklenti yüksek, memnuniyet her zaman yüksek olmuyor ve erişimle ilgili ciddi farklılıklar var. Bir ülkenin bir kesimi daha iyi ulaşıyor, bir şehrin bir kısmı daha iyi sağlık hizmetine erişiyor, diğer taraf erişmiyor gibi ciddi farklılıklar var, bunlara bekleme listeleri de eklenebilir. Peki, yapılanma nasıl olur sağlıkta ulusal düzeydeki kalite politikalarında? En iyi kullanılan, en çok önerilen sistem Donabedian'ınmetodolojisi; altyapıdaki erişim ve eşitlik açısından önemli. Özellikle; süreçler, verimlilik açısından, israf açısından, hasta güvenliği açısından, kanıta dayalı uygulamalar açısından, basamaklar arasındaki bağlantıların kurulması açısından ve de halkın bilgilendirilmesi, şeffaflık açısından süreçler çok önemli. Tabii arkasından da sonuçlar geliyor. Toplu olarak sağlığımız nereye gidiyor, klinik hizmetlerimizin sonuçları nedir, kaç ameliyat yaptık değil insanları ne kadar yaşatabiliyoruz, ne kadar sağlıklı yaşatabiliyoruz kısmı ve de çalışanların ve hastaların beklentilerini ne kadar karşılayabiliyoruz? İşin sonuçlar kısmında bu kısmına da bakmamız lazım. Şu da önemli israfla ilişkili, verdiğimiz hizmet kaliteli olabilir, etkili de olabilir ama harcadığımız parayla hizmetin kalitesi arasındaki bağlantıya da kafa yormak lazım.

Şimdi ABD'nde bir sağlık hizmetlerinde politika belgesi yayınlandı 2011'de, 3 ana hedefi var. Bir tanesi verdiğimiz sağlık hizmeti en iyi olmalı, en iyi tanı, en iyi tedavi yöntemleri kullanılmalı ve güvenli olmalı. İkincisi hastalıktan bahsetmeden toplumun sağlıklı tutulmasıyla ilişkili hedeflerimiz net olmalı. Üçüncüsü sosyal olmayan bir devletin doğal yansıması, herkesin satın alabileceği hizmetler olmalı diyor. Peki, bu hedeflere yönelik öncelikler neler? Bunu da 6 öncelik olarak ayrıntılandırmışlar. Bir tanesi hasta güvenliğinde adım adım ileriye doğru gideceğiz. İkincisi enteresan, bunları hakikaten konuşuyor olmak lazım, birinciyle de ilişkili olmak üzere hastayı ve yakınlarını verilen tedavinin ya da bakım hizmetinin tamamı için daha fazla içeri almamız lazım yani hastayı ailesiyle birlikte sürecin parçası haline getirmemiz lazım. Bunu her zaman konuşuyoruz ama ABD için bu 6 önemli öncelikten bir tanesi. Bir diğeri etkili iletişim ve özellikle basamaklar arası koordinasyon; aile hekiminden hastaneye gitti, hastaneden rehabilitasyona gitti, bütün bu basamaklar birbiriyle koordineli çalışmalı. Çok zor olduğunu biliyoruz ama ABD'nin 3 numaralı önceliği. Dördüncüsü ülkenin en önemli ölüm sebebi şu anda kardiyovasküler hastalıklar, oradan başlayarak hem korunma tarafında, hem de tedavi tarafında en etkili prosedürleri, işlemleri devreye sokmak. Yani sonuç olarak toplumun sağlığını yukarıdan başlayıp en çok nerede ölüm yaşanıyor deyip odaklanmışlar ve burada da amaç mortaliteyi, ölümü azaltmak. Beşincisi, sağlıklı yaşamla ilişkili en iyi

uygulamaları geliştirmek; burası tabii bir derya, burada yapılması gereken tonla iş var. Sonuncu olarak da biraz önce bahsettiğim üçüncü hedefle ilişkili. İşte bu Obama planı ve diğerlerini de içine alan insanların erişebilecekleri hale mali açıdan nasıl getiririz. Bunları geliştirmişler ve şöyle de bir şey yapmışlar, yıllık bir raporla "National HealthcareDisparitiesandQuality Report" diye bir rapor yayınlıyorlar, kalite ve farklılıklarla ilişkili neredeyiz, bütün bunları söyledik, yoğun olarak da çalışıyoruz, peki nasılız? Şöyle bir şey var, çok ayrıntısına girmeyeceğim ama kalite dedik, iyi olacak, ana hedeflerden bir tanesi. Peki, durumumuz nedir? Mesela 2013 için şöyle demişler, "önerilen bakımın % 70'i yapılıyor", arkasında muazzam bir ölçüm sistemi olmak üzere önerilen bilimsel ve kanıta dayalı bakımda % 70'teyiz. Peki, nasıl gidiyoruz? İyiye gidiyoruz, ivme yukarıya doğru. Neleri iyi yapıyoruz diye bir başlık var, hastane işinde, hastane bakımındaki bu hedefte daha iyiyiz. Güzel, peki kimler, hangi eyaletler daha hızlı mesafe alıyor onu da görüyorlar. Son başlık şu, yalpalayan kısımlar neler? Bu hedefle ilgili yalpalayan kısımlar, demişler ki ayaktan bakım – iyi gitmiyor, yalpalıyoruz, diyabet – iyi gitmiyoruz, anne çocuk sağlığı – iyi gitmiyor. Peki, kim en kötü, onların da hangi eyaletler olduğunu listelemişler. Böyle bir mantıkla yıllık rapor hazırlıyorlar ve bu yıllık raporla da bu stratejilere mesafe mi alıyorlar, geri mi gidiyorlar buna bakıyorlar.

Şimdi gelelim Avrupa'ya. Avrupa ile ilgili dolu dolu konuşabileceğimiz 2 tane rapor var. Bir tanesi MARQuIS Projesi, 2005'de başladı 2009'da da sonuçlandı, AB fonlu, 24 üye ülkeyi inceleyen bir çalışma. Burada şuna bakıyorlar, ulusal olarak sağlıkta kaliteyi en çok etkileyen faktörler neler? Bir tanesi hekimlerin ve içinde bulunduğu tabipler birliği diyelim ve bilimsel dernekler, çok önemli güç etrafta. Hükümetin aldığı inisiyatifler çok önemli. Basında sağlıkta kaliteyle ilişkili haberler çok etkili diye görünüyor. Peki, yasal bir altyapı var mı AB ülkelerinde? %66'sı evet, burada ülkede hastaneler için, sağlık kuruluşları için bir kalite iyileştirme sistemi bulunması mecburiyeti var ve de %36'sı da diyor ki, her 3 kurumdan 1 tanesi diyor ki bu yasal zorunluluk 5-10 yıldır var, ağırlıklı olarak hastanelerden bahsediyoruz. Peki, kalite iyileştirme politikaları hangi seviyede belirleniyor? %44 diyor ki ulusal seviyede belirleniyor, geriye kalan neredeyse aynı oran diyor ki, hem ulusal hem de bölgesel seviyede belirleniyor bizim ülkemizde, %10'da bölgesel seviyede bu politikalar belirleniyor diyor. Peki, sizin ülkenizde şu anda en öncelikli kalite iyileştirme konuları nelerdir dendiği zaman, kalite standartlarının ve rehberlerinin geliştirilmesi en çok gündemde olan konu, bunu görüyoruz. İkincisi hasta güvenliği, üçüncüsü kalite iyileştirmenin değerlendirmesi ve izlenmesi, yani hep bunları konuşuyoruz ama bunları izlemek ciddi bir iş. Bu da gündemde, bu görünüyor. Bu maddeye dayalı bilginin ve raporlama sistemlerinin üretilmesi. İçinde ne var, açıyoruz, ulusal sağlıkta kalite iyileştirme politikası. Açtık dokümanı şunları görüyoruz, tanımlardan başka izleme ve ölçme sistemleri

anlatılıyor, ulusal hedefler orada. Yani biraz önce ABD'dekinden bahsettim, burada da AB'den bahsediyorsak hangi ülkeyse ülkenin ulusal sağlıkta kalite iyileştirme hedefleri net olarak konmuş. Hastalardan ve genel olarak toplumdan bu hedefler için nasıl görüş alınacağı. ulusal standartlar, olay bildirimleri, sağlık çalışanlarının, hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının nasıl eğitileceği ve bu konudaki standartlar tanımlanmış. Şu da sorulmuş, bu kalite sistemlerine katılım mecburi mi, gönüllü mü? Şu görünüyor, çok büyük çoğunluğu gönüllü ama ciddi miktarda teşvik de var, zorunlu tutulmamış birçok yerde. Neler zorunlu? Hasta memnuniyeti zorunlu, performans göstergeleri zorunlu… Avrupa düzeyinden bahsediyoruz, bir şeyler oturmuş, sağlık kurumlarında enfeksiyon kontrol sistemleri oturmuş, ölçümler oturmuş, karşılaştırmalar oturmuş, bunlarla ilgili sorun yok. Tıbbi ekipmanın bakımıyla ilişkili, kalibrasyon ile ilgili süreçler oturmuş, laboratuvarların kalite kontrol sorunları oturmuş görünüyor. Öte yandan kalite iyileştirme projelerinin nasıl düzenleneceği ile ilişkili ve bu çalışmaları yapmak için hangi kaynaklardan faydalanılacağı ile ilgili süreçler hala gelişim halinde. Son 3 yılda neleri yaptınız, sizin ülkenizde kalite iyileştirme adına ulusal düzeyde neler elde edildi diye bakıldığı zaman, 24 ülkenin 17'si bizde ulusal akreditasyon sistemi veya kalite güvence sistemi kuruldu diyor. 13 tanesi ulusal sağlıkta kalite derneklerimiz oluşturuldu diyor. 13 tanesi hastalara seçenek sunulması, hasta hakları ve hasta güvenliği konusunda mesafe alındı diyor. 12 tanesi de sağlık çalışanlarının eğitimi ve değerlendirilmesi konusu mesafe aldığımız konular diyor.

Son olarak da yeni 2013'de sonuçlanan DUQuE Projesinden bahsedip tamamlayayım konuşmamı. Biraz önce sonuçlarını paylaşmaya çalıştığım MARQuIS Projesinin devamı olarak bir başka AB projesi. Bu sefer 7 ülke katıldı, 7 ülkenin bizim açımızdan ilginç bir tarafı var, bir tanesi de Türkiye oldu. Biz Sağlıkta Kaliteyi İyileştirme Derneği olarak Bakanlığımızla koordinasyon içerisinde Türkiye'nin bu projedeki yürütmesini yaptık. Burada doğrudan hastaneler üzerinde çalışıldı. Hastanelerdeki kalite iyileştirme metodolojilerinin sonuçlarla, 4 klinik alan, kalça kırığı, doğum, akut miyokard enfarktüsü ve inme ile ilişkili sonuçlarına kadar inildi ve de yerinde ziyaretler yapıldı ki Türkiye'de bu ziyaretleri Sağlık Bakanlığı ekipleri yaptı. Sonuçlar neler? Şunu görüyoruz, bu 7 ülkede akredite olan hastanelerde kalp krizi ve inme ile ilişkili sonuçlar iyi çıkıyor diğerlerine göre. Akreditasyonun yanında sertifikasyon olan ülkeler, buna en iyi örneklerden bir tanesi belki İsveç olabilir, 4 klinik durumunun 3 tanesinde sonuçlar daha iyi çıkıyor. Tabii burada tanımlamayı iyi yapmamız lazım. Klinik liderlik, hasta güvenliği ve klinik değerlendirmeyle ilgili sonuçlar bunlar, klinik çıktılarla ilişkili bağlantı henüz gösterilebilmiş değil, DUQuE Projesinin bu boyutuyla ilgili şu anda bilimsel çalışma devam ediyor. Şimdi dünyada bir format var; ABD bir tarafa gidiyor, Avrupa'da önemli hareketler var, Türkiye olarak biz

yerimizi alıyoruz ama artık ulusal düzeyde sağlıkta kalite politikalarının geliştiğini, olgunlaştığını görüyoruz, umarım Türkiye için de hızlı bir mesafe aldığımız bir dönem olur. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. İrfan ŞENCAN

Oturum Başkanı

Biz çok teşekkür ederiz Sayın Hasan Kuş'a. Ben şöyle bir saptama yapmak istiyorum. Aslında sağlık ve kaliteyi bir bakıma sağlık hizmet sunum standardizasyonunu sağlama ve izleme diye de tanımlayabiliriz diye düşünüyorum. Bu tanıma yakın durursak eğer, o zaman katılım zorunlu mu olmalı, gönüllü mü olmalı'yı çok daha kolay cevaplarız. Bunu bağımsız kuruluşlar mı yapar, yoksa kamu otoritesi mi yapar'ı da daha kolay cevaplarız diye düşünüyorum. Tabi belli noktalarda bir miktar ayrılsa da aslında birçok yerde de kalitenin tanımı hizmet sunum standardizasyonu sağlama ve izlemeye yakın duruyor. Şimdi sunumlarını yapmak üzere Sayın Richard Alderslade'i davet ediyorum, buyurun.

Ülkelerin Sağlık Sistemi Yapılanmalarının Küresel Hasta Güvenliği Çözümlerine Etkileri

Prof. Dr. Richard ALDERSLADE

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi Sağlık Politikaları Danışmanı

Hanımefendiler, Beyefendiler, burada Dünya Sağlık Örgütünün Avrupa Ofisini temsil etmekten dolayı çok mutluyum. Aynı zamanda Suzan D. Kirby bölgesel Müdürümüze de buradan saygılarımı gönderiyorum. Aynı zamanda kamu sağlığı, halk sağlığı alanında birlikte çalıştığımız doktor arkadaşlarımıza da selamlarımı göndererek sözlerime başlamak istiyorum.

Söylemek istediğim ilk şey şu, aslında pek çok problem var, tartıştığımız konu var ancak anlaşılması oldukça basit ve cevaplanması oldukça basit sorularımız da var. Ekranda da bir dizi alıntıyı ve hastaların neden tedavi edildiğini ve tedavi süreçlerine neden dahil edildiğiyle alakalı soruları iki ülkeden yanıtları görüyorsunuz. Düşük gelirli, orta gelirli ve yüksek gelirli ülkelerden gelen kişilere sorduk. Ve ilk soru Fransa'ya, doktorlar bizim için uğraşıyorlar, bizi anlıyorlar, sorunlarımızı çözmeye çalışıyorlar ancak bizimle konuşmuyorlar. İkinci söylem ise şu, bir enfeksiyon kapan hasta hastaneye gidiyor ve hiç kimse bana ne olduğunu, nedenini anlatmıyor diyor ve hayatının son gününde bütün klinik takım kadının odasına giriyor ve sadece birbirleriyle konuşuyorlar ve biz de orada otuyoruz, onların ne söylediğini anlamaya çalışıyoruz, ne olup bittiğini anlamaya çalışıyoruz diyor 43 yaşındaki hastamız da. Dolayısıyla hastalara verilecek olan bilgiler, hastanın özerkliğinin oluşturulabilmesi bizler için çok önemlidir. Yapılan analizler sayesinde ve yapmış olduğumuz araştırmalar sonrasında hastalarımızın vermiş olduğu bu yanıtlara baktığımızda hastaların özerkliğinin aslında önem kazandığını görüyoruz. Dünya çapındaki pek çok sağlık sistemine baktığımız zaman pek çok analiz yapılıyor, pek çok raporlar var bu konuyla alakalı ve bunlara aslında yanıt verebilmek, buradaki eksiklikleri tamamlayabilmek göründüğünden de zor.

Dünya Sağlık Örgütünün güvenlik ve hizmet departmanına baktığımız zaman burada yeni sistemler olduğunu biliyoruz ve bu yeni sistemler güvenli, erişilebilir, yüksek kaliteli, insanı odak noktasına alıyor ve evrensel sağlık sigortasının sağlık kapsamına çok kolay bir şekilde entegre edilebilir yeni sistemler. Buradaki evrensel sağlık kapsamına baktığımız zaman dünyadaki 7 milyar insanın iyi kalitede ve güvenli sağlık hizmetlerine erişimini destekleyen bir sağlık kapsamıdır. Ve hiçbir mali zorluk yaşatmadan insanların bütün bu olması gereken sağlık hizmetlerine

en güvenli ve enektin bir şekilde erişebilmelerini öngörmektedir. Tedavi, rehabilitasyon, palyatif bakım ve mali konularda zorluk çeken hastalara da destek bu kapsam içerisine dahildir. Ve Milenyum 2020 için hedeflenen milenyum hedeflerinin de erişilebilmesi, bu hedeflere ulaşılabilmesi için bu noktaların da dikkate alınması gerekiyor. Evrensel kapsama baktığımız zaman şu anda kapsama altına alınmayan insanların sayısının da arttırılması, o insanların da kapsama altına alınması hedeflenmektedir ikinci ve üçüncü sağlık hizmetlerinin de bu evrensel sağlık kapsamına dahil edilmesi planlanmaktadır ve insanlar arasında eşit bir dağılımın, sağlık hizmetlerine eşit ulaşımın sağlanması hedeflenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü kalite ve güvenlik söz konusu olduğu zaman iki açıdan buna yaklaşıyor ve aslında bu kalite ve güvenli hizmetler evrensel sağlık kapsamının tam orta noktasında duruyor. Burada eğer Dünya Sağlık Örgütü Başkanı Sayın Margaret Chan şöyle söylüyor; buradaki bütün sağlık hizmetlerimizin evrensel kapsamının genişletilmesi ve bütün sağlık departmanlarında yüksek kalitede sağlık hizmetlerinin sağlanması gerekiyor. Burada kalite ile alakalı olarak yedi tane unsur var; güvenlik, etkililik, insanların odak noktaya alınması, zamanında hizmetlerin temin edilebiliyor olması, etkinlik, eşitlik, integrasyon sağlanabilmesi ve sağlık hizmetleri arasında koordinasyonun olabilmesi. Bunlar bizim için kaliteli sağlık hizmeti sağlayabilmek adına dikkate almamız gereken yedi önemli unsur. Dünya Sağlık Örgütünün stratejisine bakarsak eğer insan odaklı sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda bu noktada sağlık açısından küresel bir dizi zorluklar karşılaşıyoruz. Bunlardan bir tanesi erişim. İnsanların üçte biri özellikle mental sağlık bozuklukları olan insanların büyük bir çoğunluğu bu sağlık hizmetlerine erişmekte çok ciddi zorluklar yaşıyorlar. Sadece yüksek geliri olan ülkelerde insanların üçte biri bu sağlık hizmetlerine erişebiliyor ancak bu ülkelerin gelir düzeyleri de düştükçe tabii ki artıyor ve daha fazla insan bu hizmetlere erişememeye başlıyor. Herkes için uygun olması bizim için çok önemli ve karşılaştığımız zorluklardan bir tanesine budur. Bunun kabul edilebilir olması bizler için önemlidir. Bakımın kalitesi söz konusu olduğu zaman klinik uygulamalara yönelik yapılan uluslararası araştırmalar, kalp yetmezliğinde yapılan bu araştırmalar bize şunu gösteriyor, hastaların %59'u klinik deneme koşullarının çok altında bulunuyor. Aynı zamanda koordinasyon eksikliği bizim için önemli bir problem. Burada tıbbi geçmişin, yeterli olmayan uzmanların veya doktorların, hastaların tıbbi geçmişinden yeterince bilgi alamıyorlar. Başka doktor baktıysa bu hastaya daha öncesinde ve doktor değişikliği söz konusuysa hasta geçmişi ile alakalı net bilgi alamıyorlar çünkü departmanlar, birimler arasında yeterli koordinasyon sağlanamıyor, bu kaliteyi düşüren örneklerden birkaçı hasta güvenliğini etkileyen unsurlardan birkaçı. Bu bağlamda şunu da söyleyebiliriz, sağlık hizmetleri söz konusu olduğu zaman yine son dönemlerde ortaya çıkan yeni zorluklar var.

Burada Batı Afrika durumuna baktığımız zaman küresel bir endişemiz var ebola salgını var biliyorsunuz ve hâlâ devam ediyor ve çok bizi zorlayan noktalar olarak önümüzde duruyor. Ve bu hastalıklarla alakalı yaşadığımız zorlukların %70'i bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanıyor ve burada episodik olaylara yaklaşımlar da hastanelerde yeterli olmuyor ve da hastanelerdeki morbitite oranlarını yükseltiyor. Aynı zamanda son 10 yılda insanların yaşam süreleri de yaklaşık 5 yıl azalmış durumda. Bu da ülkelerin içinde ve ülkeler arasındaki kalite hizmetlerinin koordinasyon eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Bütün bu çok önemli zorlukları dikkate aldığımız zaman bizim hizmete sunuş biçimimizde bir dizi değişiklikler yapılması gerekiyor bunların evrensel düzeyde iyileştirilmesi gerekiyor, aynı zamanda bu hastalıkların engellenmesi ve bu zorlukların, bu negatif noktaların ortaya çıkması engellenmesi gerekiyor. Bunun için de bir dizi strateji geliştirmemiz gerekiyor. Burada çok zorluklar var sağlık hizmetinde karşılaştığımız; demografik, epidemiyolojik zorluklar var. Aynı zamanda sosyo politik faktörlerler de var sağlık hizmetleri maliyetlerinden bahsetmiştik ve bunların maliyet etkinliğinden bahsetmiştik. Ancak diğer yandan da gerçekten çok ciddi teknolojik ilerlemeler var ve bu teknolojik ilerlemeler sayesinde sağlık alanında çok ciddi ilerlemeler de kaydedilebiliyor. Dolayısıyla hastaların kendi kendilerini yönetmeleri de mümkün oluyor, kendi kendilerini izlemeleri de mümkün oluyor. Bunlar tabii ki bulaşıcı olmayan hastalıklarla alakalı olarak. Aynı zamanda sağlık hizmeti sağlayıcılarının arasındaki bağlantılar da çok önemli, elektronik medikal kayıtlar, tıbbi kayıtlar tutuluyor bildiğiniz gibi. Aynı zamanda bir diğer önemli nokta küreselleşme, bu küreselleşme noktasında insanların fastfood tarzı yiyecekleri çok fazla tüketmeye başlamasıyla birlikte dünya çapında sağlıksız yaşam koşulları, yaşam biçimleri yayılmaya başlandı ve insanlar artık sağlıklı diyetlerini, sağlıklı beslenme biçimlerini bırakmaya başladılar. Ancak diğer taraftan sabah da bahsedildi bundan tıp turizmi artık popülerleşmeye başladı ve bu küreselleşen dünya içerisinde tıp turizmi de artık gündemimize gelmeye başladı. Yani insanların bozulan sağlıklarını iyileştirebilmeleri amacıyla yeni bir olgu ortaya çıktı. Dolayısıyla dramatik bir şekilde, çok ciddi bir şekilde değişen bu bağlam içerisinde ele almamız gereken bazı noktalar var. Burada entegre edilmiş sağlık hizmetlerinden bahsetmek artık mümkün. İnsanlar evrensel sağlık kapsamı var, insan odaklı bakım var ve entegre sağlık hizmetleri var ve bu üç dairenin odak noktasında, kesişme noktasında ise en iyi senaryoyu görebilirsiniz, en iyi senaryoyu yaratabilirsiniz. Burada Dünya Sağlık Örgütünün geliştirmeye çalıştığı entegre sağlık hizmetleri ve insan odaklı sağlık hizmetinin diyagramını görüyorsunuz. Ve bunun odak noktasında insan var, bu hasta odaklı bir sistem ve aileler ve toplumlar tarafından bu kişiler idare ediliyor, asiste ediliyor sonrasında evrensel eşit, insan odaklı ve entegre sağlık hizmetleri sayesinde destekleniyorlar.

Bu noktadaki yönetişim, sağlık hizmetlerinin yönetimi ve kaynak yönetimi bizim için çok önemli. Bunun dış noktalarında diğer hizmetler, diğer sektörler yer alıyor. Pek çok sektör aslında sağlık sektörünü etkiliyor. Örneğin hijyen sektörü, eğitim sektörü, sosyal yardım sektörü, çevre sektörü bütün bunlar sağlık sektörünü doğrudan etkileyen diğer sektörler ve onları da bu çerçeveye dahil ediyoruz. Ve entegre sağlık hizmeti alabilen insanlar diğer insanlarla birlikte işbirliği içerisine giriyorlar, aynı zamanda hesap verilebilirlik ve bu sistemin yönetişimine de katkıda bulunabiliyorlar. Burada insan odaklı entegre sağlık bakım sisteminin temel ilkelerini görüyorsunuz. Eşit bir hizmet sunulabilmeli, sürdürülebilir, koordine edilebilir, devamlı olmalı, kapsamlı olmalı, önleyici olmalı, güçlendirici olmalı, saygı duymalı insanların hayatlarına, yaşam biçimlerine. İnsanların temel haklarını ve sorumluluklarını tanımalı, işbirlikçi olmalı bu bakım hizmetlerimiz. Aynı zamanda hesap verilebilirlik olgusu diğer paydaşlar tarafından da benimsenmiş olmalı. Aynı zamanda bireysel odaklı bir sistem olarak kalmaktan ziyade kanıt odaklı olarak da ilerlemeli.

Dünya Sağlık Örgütü ve hasta güvenliğinin geleceğine bakarsak eğer bu alanda da yeni çalışmalarımız var, burada çok fazla detay vermeyeceğim çünkü o kadar vaktim yok. Bununla alakalı başlıkları söylemek istiyorum sizlere; enfeksiyonun önlenmesi ve kontrol altına alınması, enfeksiyon önlenmesi ve kontrol altına alınmasının ebola salgınında bizim için çok önemli ve sağlık sistemleriyle alakalı yapılan yorumlara baktığımız zaman bu enfeksiyon önlenmesi ve kontrol altına alınması alanı bizim için çok önemli, özellikle Batı Avrupa'daki ülkeler için çok önemli. Bu ülkelerde sağlık sistemlerinin çok ciddi ve düzgün bir şekilde kurulması gerekiyor. Buradaki cerrahi enfeksiyonlara ilişkin önleme sistemlerinin geliştirilmesi ve bununla alakalı kılavuzların geliştirilmesi küresel bir perspektif açısından bizim için çok önemli. Dünya Sağlık Örgütü dünyadaki bütün diğer ülkelerle bu konuyla alakalı çalışmalarına devam ediyor. Aynı zamanda enjeksiyon güvenliği bizim için çok önemli ve enjeksiyonların aşırı kullanımının önlenmesi gerekiyor, bununla alakalı sağlık çalışanlarının eğitilmesi gerekiyor ve enjeksiyonların en sağlıklı düzgün bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için sağlık çalışanlarının eğitilmesi gerekiyor. Aynı zamanda keskin, kesici atık maddelerin güvenli bir şekilde yönetilmesi de bizim için çok önemli. Ve bütün bu çalışmalar bizim kalite olgumuza katkıda bulunuyor. Aynı zamanda uluslararası bir koalisyon da söz konusu ve biz buna küresel ağda güvenli enjeksiyon adını verdiğimiz bir koalisyonumuz da var. Aynı zamanda kendi kendine yeterlilik bizim için çok önemli, özellikle kan nakli uygulamaları söz konusu olduğu zaman yine güvenli uygulamaların olması gerekiyor ve kendi kendine yeterlilik ve kan ürünlerinin naklinin ve evrensel erişiminin olması gerekiyor. Dünya sağlık Örgütü yine bununla alakalı çalışmalarını gerçekleştiriyor, devam ediyor. Burada Dünya

Sağlık Örgütünün stratejisini görüyorsunuz, özellikle güvenli kan nakli söz konusu olduğunda. Burada gönüllülerimiz var kan bağışı yapan, bu bağışlanan kanların test edilmesi var, bunların güvenli ve rasyonel şekilde kullanımı var. Bununla alakalı da uluslararası hizmet birimlerimiz çalışmaya devam ediyor. İleriye yönelik işgücünün oluşturulması, liderlerin yetiştirilebilmesi ile alakalı bir dizi çalışmalarımız da devam ediyor. Bununla alakalı bir dizi eğitim aracı da planlanıyor Dünya Sağlık Örgütü tarafından. Aynı şekilde liderleri yetiştirebilmek için de çeşitli araçlarımız var. Aynı zamanda hastaları ve aileleri sağlık açısından bir araya getirmeyi planlayan bir dizi program da yürütülüyor. Aldıkları sağlık hizmetinin etkinliğini arttırabilmek için aileleri ve hastaları birlikte değerlendirmeye ve bir araya getirmeye çalışıyoruz. Burada küresel bir ağdan bahsediyoruz. 52 ülkede 300 şampiyonumuz var diyebiliriz gerçekten başarılı uygulamalarımız var. Burada güvenlikle alakalı yapılacaklar listemiz var, cerrahi güvenlik checklist'imiz var ve güvenli çocuk doğum listemiz var. Aynı zamanda elektronik izleme tıbbi sistemlerin geliştirilmesini desteklemeye çalışıyoruz. Aynı zamanda sağlık bakım hizmetlerinin kalitesi ve güvenliğine ilişkin küresel bir rapor da hazırlıyoruz ve bu raporda hükümetlere güvenlik tanımını yapıyoruz, kalite tanımını yapıyoruz ve sağlık hizmetlerinin bunlara yanıt verecek düzeyde olması gerektiğiniz söylüyoruz ve bunlarla alakalı tanımları yapıyoruz ve hükümetlere bu konuyla alakalı destek ve asistanlık hizmeti sağlıyoruz. Ve Dünya Sağlık Örgütünün bir girişimi daha var, güvenli cerrahi operasyon hayat kurtarır diyoruz ve burada temiz ve güvenli sağlık hizmetinin sağlanması noktasına odaklanıyoruz ve bunun küresel olarak uygulanabilir olması bizim için çok önemli. Aynı zamanda düşük maliyetle büyük bir etki yaratmayı hedefliyoruz. Aynı zamanda kültürleri değiştirmeyi, davranış biçimlerini değiştirmeyi ve insanların çalışma biçimini değiştirmeyi hedefliyoruz ve böylece sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini arttırmayı planlıyoruz. Cerrahi operasyonlar söz konusu olduğu zaman aslında burada verilen zararın tahminine baktığımız zaman yıllık 234 milyon operasyon başarısız oluyor, 7 milyon hastaya zarar veriliyor ve bir milyon hasta ölüyor yanlış cerrahi operasyonlardan dolayı. Ve bu operasyonların önüne geçilebilmesi ve bu problemin çözülebilmesi için bir dizi checklist oluşturuyoruz ve bu check list kültürü ve metodolojisi pek çok diğer alanda da kullanılmaya devam ediyor. Profesyonel uygulamalarda bunlar kullanılıyor. Bu sizin gördüğünüz sadece bir örneği ve buradaki metot aslında çok basit bir metot ve bu yeni bir uygulama değil pek çok diğer alanda da bu yapılacaklar listesi uygulamasını kullanıyoruz. Eğer pek çok ülkede bu tarz uygulamalar kullanılacak olursa eğer bütün sizin yapmış olduğunuz sağlık hizmetlerini büyük ölçüde kolaylaştıracaktır. Aynı zamanda bu konuyla alakalı İngiltere tıp dergisinde de bir araştırma yayınlanmıştı ve Dünya Sağlık Örgütünün benimsemekte olduğu yeni stratejiler var. Bunlardan bir tanesi

anahtar, bizim için en önemli olan etki yaratan kişileri veya olguları tanımlamak veya bunlarla alakalı çalışmalar yürütmek aynı zamanda bizim için erişilebilir olan araçları belirlemek, bununla alakalı güvenli cerrahiye ilişkin Dünya Sağlık Örgütü kılavuzlarımız var, aynı zamanda uygulamaya yönelik kılavuzlar ve araçlar var. Buradaki sonuçlara baktığımız zaman vakalarda, ölümlerde, komplikasyonlarda planlanmamış yeniden cerrahi operasyonlarda negatif olguların sayısının düştüğünü görüyoruz ve burada bir ilerlemenin olduğunu söyleyebiliyoruz. Siyasiler ve Sağlık Bakanları da gerçekten bu stratejileri beğeniyorlar, pahalı değil aynı zamanda kanıta odaklı stratejiler ve gerçekten bir fark yaratabiliyor. İnsanların bu sistemi anlamasıyla alakalı, anlamasına odaklanan bir strateji Dünya Sağlık örgütünün stratejisi ve bu stratejiler de siyasiler ve Sağlık Bakanları tarafından takip ediliyor. Ve bu check-listlerle alakalı pek çok literatür var, bunları da sizler de araştırabilirsiniz. Bu aslında size verebileceğim pek çok örnekten sadece bir tanesiydi. Dünya Sağlık Örgütü güvenlik konusunda pek çok ülkeyle birlikte çalışıyor ve sistemler söz konusu olduğu zaman bu sistemleri geliştirmeyi, yenileme konusunda destek sağlıyor pek çok ülkeye. Aynı zamanda evrensel sağlık sistemlerinin küreselleşmesi ve küresel anlamda gelişebilmesi için pek çok ülkeyle birlikte çalışıyor.

Beni dinlediğiniz için çok teşekkür ederim.

Prof. Dr. İrfan ŞENCAN

Oturum Başkanı

Sayın Richard Alderslade'e bu güzel sunumu için çok teşekkür ederiz. Şimdi de son sunumunu yapmak üzere Sayın Ercan Koca, SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesinin uzmanlarından, "Hata Sınıflandırma Sistemleri"ni bize anlatacak, buyurun.

Hata Sınıflandırma Sistemleri

Ecz. Ercan KOCA

SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı

Saygıdeğer katılımcılar, Sağlık Bakanlığı olarak yıllardır sağlıkta kalitenin iyileştirilmesi amacıyla birçok çalışma yürütmekteyiz ve mevcut sistemin de geliştirilmesi açısından da sürekli yeni projeler üretmeye gayret gösteriyoruz. Bugün size çoğu zaman konuşulması bir tabu olan tıbbi hatalar ve bunların sağlık çalışanları tarafından bildirimini kolaylaştıracak bir altyapı olan hata sınıflandırma sistemleri hakkında bilgi vermek istiyorum. Bu konuda dünyada sınırlı sayıda bilimsel araştırma var. Yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre BM'de yılda yaklaşık 100 bin hastanın önlenebilir tıbbi hatalardan kaybedilmesi ve bu vakaların da her yıl 9 milyar dolar civarında maddi kayba yol açması siz de hak verirsiniz ki tıbbi hata bildirimlerinin ne kadar önemli olduğunu açıkça ortaya koymakta. Hata sınıflandırma sistemleri ulusal güvenlik raporlama sistemi için oluşturulmuş bir altyapıdır. Bu yüzden öncelikle güvenlik raporlama sistemlerinden biraz bahsetmek istiyorum.

Tıbbi hata bildirimleri sağlık tesislerinde güvenlik raporlama sistemleri vasıtasıyla yapılmakta ve genelde 2 seviyede gerçekleştiriliyorlar; bunlardan biri sağlık tesisi içinde daha çok ramak kala olaylarını içeren iç güvenlik raporlama sistemleridir. İç güvenlik raporlama sistemlerinin öncelikli amacı yapılan hata hakkında en kısa sürede hataya müdahale ederek hasta güvenliğinin sağlanmasıdır. Diğeri de ulusal boyutta güvenlik raporlama sistemleridir. Peki, niçin tesis içi bir uygulama varken ulusal boyutta bir güvenlik raporlama sistemine ihtiyaç duyuyoruz? Kurum içi hata bildirim kayıtları biliyorsunuz ki gizli tutuluyor ve bu yüzden iç güvenlik raporlama sisteminden edinilen bilgiler sadece o kurum için kullanılabiliyor, o kurumda yapılan iyileştirme için kullanılabiliyor. Bu veriler yani ulusal boyutlu bir iyileştirme yapmak için yeterli değil. Ulusal bir güvenlik raporlama sisteminde toplanacak veriler ise sağlık sisteminin iyileştirilmesi amacıyla kullanılabilecek ve buna bağlı olarak da tüm sağlık tesisleri bu deneyimlerden faydalanabileceklerdir.

Doğal olarak hiç kimse yaptığı hatadan bahsetmeyi sevmez. Tıbbi hataların bildiriminde de sağlık çalışanlarının ve kuruluşların hata bildirimlerini engelleyen bazı unsurlar bulunmakta. Bu engelleyici unsurlar kişiseli toplumsal ve organizasyonel boyutta inceleniyorlar, burada bizi öncelikli olarak ilgilendiren kişisel ve organizasyonel boyut. Toplumsal boyut halk tarafından yapılan bildirimleri içerdiğinden ve bunun için Sağlık Bakanlığımızın farklı sistemleri bulunduğundan şu anda onlara değinmeyeceğim. Temel olarak her şeyin altında tabii ki korku yatıyor. Yaptığı bildirim nedeniyle fiziksel veya psikolojik şiddete

uğrama, güvenilirliğini yitirme veya hukuki açıdan cezai yaptırıma maruz kalma korkusu sağlık çalışanlarının bildirim yapmasını engelleyen unsurlardan. Sağlık tesisi ise bu bildirimlerin açığa çıkması sonucu kendisine açılacak davalar, toplum içindeki imajın zedelenmesi ve bu 2 unsura bağlı olarak yaşayacağı mali kayıptan çekinmektedir. Bu durumda yapılan hata bildirimlerini gizli tutmak istemesi oldukça doğal karşılanacak bir tavırdır aslında.

Dünyaya baktığımızda sağlık çevreleri daha 1980'li yıllarda iç güvenlik raporlama sistemlerini kurmuşlar ve yaklaşık 2000'li yıllarda da ulusal güvenlik raporlama sistemlerinin ilk temellerini atmaya başlamışlardır ki bunların arasında Birleşik Krallık, ABD gibi ekranda gördüğünüz gibi birçok ülke bulunmakta. Bunların kimi zorunlu kimi ise gönüllülük esasına dayanıyor bildirim sistemleri ve Türkiye'de olduğu gibi aslında hukuki süreçler bu ülkelerde de oldukça katı. Türkiye'de ise sağlıkta kalite standartları çerçevesinde hastanelerde iç güvenlik raporlama sistemleri oluşturulmuş durumda. Kurumlarda buna ilişkin bir bildirim kültürü de büyük oranda yerleşmiş. Buna rağmen hukuk sisteminde ceza yaptırımların mevcut olması ve bu sistemde bildirim yapılmasını büyük oranda azaltmakta. Bu sadece Türkiye'ye ait bir unsur değil bahsettiğim gibi.

Başarılı bir güvenlik raporlama sistemlerinin özelliklerinin bazılarına dikkatinizi çekmek istiyorum. Sistem cezalandırıcı yaklaşımdan uzak, gizlilik ilkesine sahip ve sistem odaklı olmalı. Bu 3 unsur hukuki sorumluluklar nedeniyle ne yazık ki ülkemizde şu anda tam olarak gerçekleştirilememektedir. Bazı ülkeler bilgi gizliliğini garanti etmiş bağımsız kurum veya özel kuruluşlar vasıtasıyla bunu gerçekleştirmekte fakat bu Fransa gibi veya Türkiye gibi tek elden yürütülen sağlık sistemlerinde özel kuruluşlar vasıtasıyla yapılması pek mümkün gözükmüyor. Hata sınıflandırma sistemleri işte bu yüzden oluşturuldu. Kişisel bilgilerden arındırma bildirimin bu sınıflandırma kapsamında yapılmasıyla gerçekleşecek. Böylece kişiler yaptığı bildirimler sonucunda herhangi bir hukuki işleme maruz kalmayacaklar, kişisel bilgileri de hiç alınmadığından gizli kalacaktır. Çünkü buradaki öncelikli amacımız sistemi iyileştirmek, yaklaşımımız her zaman sistem boyutunda olmalı. Şimdi ekranda Türkiye'nin ulusal güvenlik raporlama sistemi yapılandırma sürecini görüyorsunuz. Şu anda bildirimlerin kişisel bilgilerden arındırılması seviyesindeyiz. Bunun için de hata sınıflandırma sistemlerini geliştiriyoruz.

Bildirimlerin kişisel bilgilerden arındırılması dışında hata sınıflandırma sistemi vasıtasıyla sağlık tesislerinin bildirimleri bir standart haline gelecek, ortak bir hata bildirim vizyonu oluşturulacak, rapor analizleri sistematik bir yaklaşımla yapılabilecek ve daha kolay gerçekleştirilecek, bildirim sisteminde hukuki süreçlere yol açabilecek kişisel bilgilerin girişi engellenmiş olacak ve kalite çalışmalarında ve sistem iyileştirmelerinde direk bu çalışmalar yol gösterici olacaktır. Böylece

sağlık sistemi yöneticileri, yapılandırıcı kuruluşlar çalışmalarına bu sonuçlar vasıtasıyla yoğunluk verebileceklerdir.

Şu anda hata sınıflandırma sistemlerinin üç seti tamamlanmış durumda. Bu listeleri çok detaylı göstermiyorum, daha fazla detaylı bilgi için zaten her zaman bize ulaşabilirsiniz. İlaç hataları sınıflandırma sistemi, laboratuvar hataları sınıflandırma sistemi, cerrahi hatalar sınıflandırma sistemi tamamlanmış durumda. Bunlar özel nitelikli alanlar olduklarından ayırıldılar. Şu anda hasta güvenliğine ilişkin diğer hatalarında bildirilebileceği bir sınıflandırma sistemi geliştirilmekte. Geliştirilmesi tamamlanan sistemler için kullanıcı kodlarının oluşturulmasını kolaylaştıracak ufak yazılımlar da oluşturulmuş ve bunlar kurumların kullanımına sunulmuştur. Kodlama sistemindeki hata kodları 4 kısımdan oluşan bir dizi aslında. Ekranda şu anda örnek bir kodlama görüyorsunuz. Sistemdeki bu kod direk klinikte stajyer tarafından saat 12 ile 16 arasında hastaya yanlış ilaç uygulanmıştır ibaresine karşılık geliyor. Burada yazan kişi terimi mesleği ifade etmekte, kişinin adını değil. Zorunluluk olmamakla birlikte şu anda birçok kamu, özel veya üniversite hastanesinden bu konuda çok iyi geri bildirimler aldık ve 2013 yılı itibariyle hata bildirimlerini kodlamaya başladılar aslında. Bu kodlar ulusal güvenlik raporlama sistemine ilişkin yazılım aşaması tamamlandığında toplanacak sahadan. Veri girişleri için herhangi bir kullanıcı girişi de bu sistemde bulunmayacak veya arka planda IP adresinin kaydı gibi herhangi bir unsur da bulunmadığından yapılan bildirimlerin % 100 anonimliği de sağlanmış olacak. Toplanan veriler konusunda uzman kişilerce analiz edilip sistem iyileştirmeleri için ilgili kurumlara iletilecektir. Bu ekranda kodlar sayesinde elde edebileceğimiz çıktılardan sadece birkaç tanesine örnek vermek istedim. Bu ve benzer çıktılar sağlık sisteminin geliştirilmesinde odaklanılması gereken zayıf noktaların tespitinde sistem geliştiricilerine büyük çapta yol gösterici olacaktır. Ayrıca hata sınıflandırma sistemleri kullanıldığında bildirimler tamamen kişisel bilgilerden arındırılmış olacağı için sağlık çalışanları ve tesisleri herhangi bir korkuyu yaşamadan bildirimlerini yapabileceklerdir. Umarım bu kısa zamanda sizi yeterince bilgilendirebilmişimdir. Konuya ilişkin daha fazla sorunuz olursa bize her zaman ulaşabilirsiniz. Teşekkür ederim.

PANEL

RADYOLOJİK İŞLEMLERDE HASTA GÜVENLİĞİ

Oturum Başkanı - **Prof. Dr. Özkan ÜNAL**
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji ABD

1966' da Sivas-Zara'da doğdu. 1983–89 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim gördü. 1991–1994 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalında Radyoloji ihtisası yaptı. 1997 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı'nda Yardımcı Doçent olarak göreve başladı. Kasım 1999-Şubat 2000 tarihleri arasında University of Washington'da Nöroradyoloji alanında çalıştı. 2002 yılında Doçent, 2008 yılında Profesör oldu. 2004-2008 yılları arasında Van-Muş-Bitlis-Ağrı-Hakkâri Tabip Odası yönetim kurulu başkanlığı yaptı. Türk Radyoloji derneği Ankara şube yönetim kurulu üyesidir.
2006-2012 yılları arasında Radyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı görevini yürüttü. 2010-2012 yıllarında Tıp Fakültesi yönetim kurulu üyeliği yaptı. Kasım 2012-Şubat 2013 arasında Hacettepe Tıp Fakültesi Radyoloji AD' nda görevlendirildi. Mart 2012 'den itibaren Sağlık Bakanlığı Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji kliniğinde görevlendirildi. Halen aynı hastanede eğitim görevlisi olarak çalışmaktadır. Şu ana kadar, uluslararası dergilerde yayınlanmış 65 makalesi bulunmaktadır.

Tanısal Radyolojide Hasta Güvenliği

Prof. Dr. Utku ŞENOL
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji ABD

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Radyoloji Profesörü olarak görev yapmakta ve aynı Fakültede Nöroradyoloji Bilim Dalı Başkanlığını yürütmektedir. Medikal İnformatik alanında bilim doktoru olan Dr. Şenol, nöroradyoloji, MRG, Radyoloji fiziği, yönetimi, tıp eğitimi ve bilişimi alanında akademik çalışmalarını sürdürmektedir. 2012 yılında TCSB ve Türk Radyoloji Derneği tarafından hazırlanan "MRG ve BT standartları" çalışmasını koordine etmiştir. Halen Tıp Bilişim Derneği Başkanı, IHE Türkiye Başkanı ve Avrupa Radyoloji Birliği "Management in Radiology" alt komitesi üyesidir.

Terapötik Radyolojide Hasta Güvenliği

Prof. Dr. L. Özlem ATAY KAPUCU

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp ABD

1988'de H.Ü.T.F'ni bitirmiştir. 1989 – 1993 arası aynı üniversitede Nükleer Tıp ABD'nda uzmanlık eğitimini almıştır. 1993'de öğretim görevlisi olarak G.Ü.T.F Nükleer Tıp ABD'nda çalışmaya başlayan Dr. Atay Kapucu 1997'de doçent, 2003'de profesör olmuştur. Halen G.Ü.T.F Nükleer Tıp ABD'nda çalışmakta olup bölüm başkanlığı görevini yürütmektedir. 1991-1992 çalışma yıllarında Hollanda'da başladığı Beyin Reseptörleri ile ilgili çalışmaları kariyer yaşamı boyunca sürmüştür. 1996 – 1997 yıllarında Pittsburgh Üniversitesi Tıp Fakültesi Pittsburgh/ABD PET merkezinde ResearchFellow olarak çalışmıştır. Dr. KapucuEANM'in aktif bir üyesi olarak beyin çalışma grubunda bulunmuş ve yaklaşık 10 senedir EJNM Dergisinde EditorialBoard'da çalışmaktadır. Parkinson Hastalığı'nınayırıcı tanısında kullanılan 123I-DaTscan görüntüleme metodunu Türkiye'ye kazandıran kişi olmuştur. Nükleer Tıpta onkoloji ve beyin konusunda uluslararası kılavuzlara giren çok sayıda yayınları mevcuttur.

Hasta Güvenliği Açısından Görüntüleme Kalitesinin Değerlendirilmesi ve Önemi

Prof. Dr. Nevra ELMAS

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji ABD

1981 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olup, aynı üniversiteden 1986 yılında Radyoloji uzmanlığını almıştır. 1989 yılında doçent, 1997 yılında profesör olan Dr.Elmas2011 yılında aynı merkezde Anabilim Dalı Başkanı seçilmiştir ve halen görevine devam etmektedir. Doçentlik atamasından bu yana Abdominal ve Gastrointestinal Radyoloji sistem sorumlusu olarak çalışmakta olan Dr.Elmas 1995-1996 yılları arasında University of Pennsylvania Medical School (UPENN) Radyoloji bölümünde Gastrointestinal ve Abdominal Radyoloji bölümlerine 'Visitingfellow" olarak çalışmıştır. 2002-2006 yılları Türk Radyoloji Derneği'nde Yönetim Kurulu üyeliği yapmış veDr.Elmas 2011-2013 yılları arasında Türk Radyoloji Derneği Başkanı olarak görev almıştır. Görevi sırasına Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile birlikte Radyolojik incelemelerde kalite değerlendirilmesine yönelik ülke çapında bir proje gerçekleştirmişlerdir.

Görüntüleme Laboratuvarlarında Kalite Yönetimi ve İyi Bir Laboratuvar Tasarımı

Prof. Dr. Nail BULAKBAŞI

Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji ABD

GATA Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra GATA'da Radyoloji Uzmanı oldum. Uzun yıllar GATA Radyoloji ABD'da öğretim üyesi olarak görev yaptım. NIH Clinical Center'da bir yıl süreyle Nöroradyoloji alanındaaraştırmalarda bulundum. 2011'de çalışmaya başladığım Yakın Doğu Üniversitesi'nde halen Radyoloji AD Başkanı ve SHMYO Müdürü olarak görev yapmaktayım. TRD Radyoloji ve Moleküler Görüntüleme Fiziği ve Baş-Boyun Çalışma Grup başkanlıkları, TRD-YK Sınav Komisyonu üyeliği, TAEK Danışma Konseyi üyeliği, ÖSYM TUS Yan Dal Sınav koordinatörlüğü, AB 7. Çerçeve Programı Proje Ofis üyeliği görevlerinde bulundum. Ağırlıklı olarak Nöroradyoloji ve MRG konularında yayınlanmış 200'ün üzerinde bilimsel makale ve kitap bölümüm bulunmakta. Evli ve iki çocuk babasıyım. İyi düzeyde İngilizce bilmekteyim.

RADYOLOJİK İŞLEMLERDE HASTA GÜVENLİĞİ

Prof. Dr. Özkan ÜNAL

Oturum Başkanı

Bugünkü konumuz görüntülemede kalite;konumuz radyoloji ve nükleer tıpı kapsıyor. Kalite kongresindekatılım olarak, biz radyoloji hocaları ve nükleer tıp hocaları belki birazcık daha geriden geliyoruz; en azından benim kalite kongresine ilk katılımım. Bildiğimiz kadarıyla ilk defa böyle bir kongrede görüntülemede kalite konuşulacak. Belki bu açıdan ilk olması hasebiyle de ayrı bir önemi var. Konuklarımız da kendi alanlarında gerçekten çok yetkinler. İlk konuşmacımız Utku Şenol, Antalya'da üniversitede Radyoloji Ana Bilim Dalında profesör. Bilişim teknolojisiyle özellikle bilişim alanıyla ilgilenen bir arkadaşımız. Sade radyolojiyle değil, radyolojinin yönetimiyle de ilgili bir arkadaşımız ve "Tanısal Radyolojide Hasta Güvenliği"ni sunacak, kendisini sahneye davet ediyorum.

Tanısal Radyolojide Hasta Güvenliği

Prof. Dr. Utku ŞENOL

Akdeniz Üniv. Tıp Fakültesi Radyoloji ABD

Sayın Başkan, nazik tanıtımınız içinteşekkür ederim. Günaydın değerli katılımcılar, ben Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinde nöro-radyoloğum ama değişik vesilelerle de kalite ve yönetim konularına da yakınım. Sayın Başkanın da belirttiği gibi aslında bu organizasyonu çok önemsiyorum çünkü radyolog veya diğer klinisyenlerin, diğer hekimlerin kalite konularına biraz yabancı olduğunu ve kalite konusunun içerisinde olan arkadaşlarımızın veya çalışanların ya da akademisyenlerin de sahadan gelen verilere ihtiyacı olduğunu düşünüyorum. Bu nedenle bu konuşmamla bir köprü görevi yapabilirsem ne mutlu bana diye düşünüyorum. Her iki bakış açısıyla da bir köprü olmak amacıyla bu sunuyu hazırlamaya çalıştım. Öncelikle Dünya Sağlık Örgütünün hasta güvenlik tanımını bir hatırlayalım istedim. İngilizcesini Türkçeye çevirmek çok iyi olmuyor ama "potansiyel bir zararın engellenmesi" hasta güvenliği. Tabii ben hasta güvenliğinin riskle biraz birlikte anılması gerektiğini düşünüyorum. Değişik risk tanımları var; ama benim sevdiğim risk tanımından bir tanesi şu; "sadece seçilen bir eylemin değil, eylemsizliğin de yapılmayan bir şeyin de istenmeyen bir sonuç doğurması yani hiçbir şey yapmamak ve riskten kaçınmak" aslında yeni bir risk, hasta

güvenliğinde tehlike yaratan yeni bir durum.

Radyolojiye gelmek istiyorum; neredeyse her iki poliklinik hastasından bir tanesi radyolojiye gelir. Biyokimyaya daha fazla hasta gider ama arada önemli bir fark var, biyokimyaya hastanın örneği gider, radyoloji bölümüne hastanın kendisi gelir ve ortalama kalış süresi en az 20 dakikadır. Bu arada ne kadar risklere açık olduğunu ve hastanenin işlemesi açısından ne kadar önemli bir bölüm olduğunu, ne kadar önemli bir alan olduğunu vurgulamak istiyorum. Bir de başka bir şey var, bu slaytı da burada vurgulama ihtiyacı hissettim, maalesef radyoloji son zamanlarda sadece bir rapor üretmek gibi algılanmaya başlandı. Oysa radyolojinin bütün dünyada bilinen iş akışında 59 basamak var, ona göre iş akışları optimize edilir. Ben bunlardan birkaç tanesini burada vurgulamaya çalıştım. Bir tetkikin kararı, tetkik yapılacak mı? yapılmayacak mı? Yapılsa yada yapılmasa ne gibi fayda ve zararlar getirir? Eğer tetkik isteniyorsa hangi tetkik nasıl yapılmalıdır? Kontrast verilmeli midir? Hastaneyle iletişime geçilmeli midir? daha bunlar, iş akışının ilk basamakları. Çok önemli ama maalesef birazcık bir deformasyon var sanki bizde, radyoloji sadece bir rapormuş gibi, bazı meslektaşlarımızın da bir odaya kapandığını, bazı koşullarda akşama kadar sadece rapor yazdığını görüyoruz oysa raporun evveli ve sonrası var, işin de yönetim boyutu var. Dünyada da çok iyi bilindiği gibi radyoloji rapordan çok daha fazlasıdır.

Radyolojide hasta güvenliğini tehdit eden unsurları üç başlık altında sınıfladım. Radyolojide hasta güvenliğinden daha çok radyasyon kontrast madde akla gelse de aslında şu iki başlık çekim ve raporlama sürecine ait ve karar vermeye ilişkin hatalar veya hasta güvenliğini tehlikeye sokan durumlar oldukça fazla ve yanlış raporlar, yanlış çekimler, yorumlama farklılıkları, yorum hataları, yanlış öneriler. Onun için öncelikle ben birbirine çok benzeyen iki başlığa değinmeyi düşünüyorum. Evet, raporlama sürecine ilişkin bazı riskler var, bu gecikme. Biraz önce bahsettiğim iş akışının çok önemli bir parçası radyolog bir tetkiki süpervize etmek zorundadır çekim odasında. Ya da bu görevi birisine delege eder, (ya teknisyenine ya asistanına) ola ki hastanın acil bir tedavi gerektiren bir bulgusu var ise rapor sonucunu beklemeden, raporlama sürecini beklemeden derhal ilgili klinisyene mutlaka haber vermek zorundadır; non-formal iletişim. Örnek olarak bunu verdim, diğer gecikme hataları da hani biz muhakkak bunu üç gün sonra veriyoruz falan, çok doğru ve radyoloğu sorumluluktan kurtaran bir şey değil. Onun dışında raporlarda yanlış pozitif ve negatif hatalar ve yanlış hatalar olabilmektedir ama bu doğal bir şey, "humanfactor". Kaliteyle uğraşan arkadaşlarımızın çok iyi bildiği gibi radyoloji raporlarının % 4'ü hata içerir. Bu dünyada da önemli, bilinen bir şeydir ama bu hatayı malpraktis den ayırmak gerekir ve bu hatayı bir şekilde daha iyi, sürekli daha iyiye gitmek için kullanmak gerekir. Şu örneği vermeye çalıştım, ABD'de malpraktisbir şekilde denetleme vazifesi görüyor

orada, malpraktisolgularının ikinci nedeni, en yaygın nedeni, hatta radyoloji raporlarının neredeyse yarısı bu iletişimle; raporun iletişimi, doğru şekilde, doğru kişiye, doğru zamanda verilmesiyle ilgilidir, oldukça önemli bir başlıktır. Eğer bu rapor hata saptandığında "hatalardan öğrenme" diye adlandırılan kalite dilinde, mutlaka hastaya, hekimine uygun bir şekilde bildirilmeli, hatta yönetime bildirilmeli ve bunun kök nedenleri araştırılıp düzeltici – önleyici faaliyetlerin o takım içerisinde tartışılması gerekir. Bildiğimiz gibi bu bir kültür meselesi, daha çok böyle bir suçlama kültürünün olmadığı ve hatalardan öğrenme kültürünün yaygın olduğu bir kurum kültürü gerekiyor bunun için, ama doğrusunun da bu olduğunu biliyoruz.

Diğer başlık, radyasyonla hastaya doğrudan verilen zararlar. Bunlar radyasyon kontrast madde, manyetik alan ve diğerleri gibi. Yoğunlaştırıcı radyasyon X ışını ile olan, insan vücudunda yoğunlaşmaya neden bir radyasyon, zararlı. Tanısal radyoloji çoğunlukla X ışını kaynağını kullanıyor. Bir de başka bir şey var, bu panelde dikkat ederseniz tanısal radyoloji ve tedavi edici diye ikiye ayrılmış, aslında benim görüşüm radyoloji – nükleer tıp ayrımı yoktur, tanısal medikal görüntüleme vardır, bir de işin medikal görüntüleme yöntemleriyle yapılan tedavi edici yönü vardır. Dünyada da bu görüş oldukça değer kazanıyor ama bazı ülkelerde bu süreç maalesef farklı yürüyor. Bu nedenle burada vurgu yapmak istedim. Eğer tanısal radyoloji ülkemizdeki gibiyse en önemli radyasyon X ışını. X ışınında çoğunlukla "stokastik etki" birazdan bahsedeceğim, kalite kontrol süreçleri, hem cihazların hem yönetsel süreçler radyasyonu korumak için oldukça önemli. Burada çok önemli bir şey var, vurgu yapmak istiyorum, çünkü bununla ilgili dolaylı çok bilgi ve bulgu var. Bakın dolaylı diyorum çünkü gereksiz tetkiklerle ilgili kayıtlarımız yok, çok az çalışma var gereksiz tetkik ve yine değişik doz hatalarına bağlı tekrarlar oldukça önemli. Radyasyonun 2 etkisi var. Bir Çernobil'de olduğu gibi aşırı miktarlarda radyasyonun ne yapacağını bildiğimiz bir "deterministik etki". Şu kadar doz olursa hastanın falanca hücreleri ölür veya çok nadiren bazen CT'lerde aşırı CT verildiği zaman deride bazı akut hastalıklar olabilir. Ama tanısal radyolojide tanısal görüntüleme dozlarında öyle bilinen bir etki yok, bu bir olasılık artırımı şeklinde oluyor. Yani akciğer şeklin şu olur diye bir şey diyemiyoruz ama CT'nin belirli oranda bir risk artırımı ya da gebeliğin ikinci ayındaki falanca miktarda dozun belirli bir risk artırımını hesaplayabiliriz. Radyasyon dozları hakkında bilgi olsun diye şöyle bu birimleme vermedim, burada kafa karıştırıcı ama yaklaşık bir birim üzerinden kabul ederseniz örneğin abdomengrafisinin belki akciğer grafisinin 500 katı kadar bir radyasyon dozu verdiğini burada aktarmak istiyorum. Gebelik çok önemli bir risk, bakın burada gebelikte alınan dozlar var, bir de şurada sıfır dozda gebelikte beklenen bir malformasyon olasılığı var, bir de kanser olasılığı var yine 10 binde 7 gibi. Doz

oranı arttıkça bu oranlarda bir artış var, normalde bir anormal ve risk olsa bile her doz artırımı bir risktir ama bunun hesapları farklıdır; gebeliğin evresine ve verilen dozun direk etkisine bağlı olarak "abortus" kararı bile verilebilir. Burada onunla ilgili başka bir şey var, biraz geçiyorum. Bir çalışma var bununla ilgili, bununla ilgili uzun dönemli çalışmalar da yok radyolojide tedavi edici. İngiltere'de Langsett'de yapılan yeni bir çalışma mesela çocukluk döneminde tomografi çekilmiş hastalarda 10 yıl içinde 10 binde 1 beyin tümörü ve lösemi, bakın bu 10 yıl içerisinde. 20 – 30 yıl içerisinde bu olasılığın daha da fazla artacağı tahmin ediliyor çünkü etki daha uzun süreli. Radyasyon proteini etkiliyor, yani X ışını. Bu nedenle burada iki görüş var; mesela bazı meslektaşlarım bunu anlatırken şöyle derler, 10 binde 1 çok da fazla bir risk değil derler, göğüslenebilir. Ben birazcık daha farklı düşünüyorum, benim düşüncemi, bakış açısını vurgulayanlar da var, evet 10 binde 1 fazla değil, bunun 20 yılı var, 30 yılı var. Hastanın tedavi kararını değiştirecek bir tetkik kararı verirken elbette bunu göğüsleyebilirsiniz ama olaya halk sağlığı açısından bakarsanız 1 milyon gereksiz tetkik açısından düşünürseniz örneğin, bu 1 milyon gereksiz tetkikin toplum içerisinde yüzlerce kansere neden olacağı basit bir matematik hesabıdır.

Radyasyondan korunmak için bazı ilkeler var, bunlara mutlaka uymak gerekiyor. Bunlardan çekim kaynağından uzaklaşma, zaman ve bariyer, bu bariyer radyasyon çekim odası olduğu gibi kişinin kurşun önlükleri veya gözlüklerle de korunması şeklinde olur ama prensip şu, en önemli mantramız, ilkemiz, parolamız mümkün olduğunca az doz. Gereksiz tetkikten kaçınalım, çünkü unutmayalım tek bir doz bile kanserojen ve sonraki nesillerde mutajen etkiye sahiptir, etkinin olasılığını arttırır. Bireysel olarak bu olasılık göğüslenebilir ama toplum sağlığı açısından baktığımız zaman toplumda ekstra gereksiz tetkiklerden dolayı olan yüzlerce kanser vakasının olacağı unutulmamalıdır.

İlaç yan etkilerine kısaca değinmek istiyorum. Bizim korktuğumuz bir ilaç var, iyotlu kontrast. Maalesef zaman zaman basına yansıyor, milyonda 6 gibi iyotlu kontrastlardan ölüm oluyor, bununla ilgili çeşitli önlemler alınabilir. Ayrıca ilaçların nefropati etkileri var. Yakın zamanda manyetik rezonansta kullanılan ilaçların da bir etkisi ortaya çıkmaya başladı Nefrojenik Sistemik Fibrozis diye, özellikle böbrek yetmezliği olgularında kullanılan ilaçların ölüme kadar giden bir deri hastalığına, skleroderma benzeri deri hastalığına neden olduğu biliniyor. Manyetik alana ait konuları da örneklemeye çalışayım; biz manyetik rezonans görüntülemeye girerken hakikaten alarm pozisyonundayızdır çünkü dev bir manyetik güç var orada. 1.5 Tesla standart bir manyetik alan açık bir kapının önündeki bir bürosit sandalyeyi çekip sandalyeyi kırabilir ki bizim başımıza geldi, Allahtan olmadı ve içerideki insana zarar vermedi ve hastaya veya teknisyene zarar verebilir. Bu tür ölüm vakaları hem dünya literatüründe var hem Türkiye'de

maalesef böyle örnekler var. Onun dışında MR'da hastaya verdiğimiz radyo dalgalarıyla ilgili SAR değeri de ayrıntılı bir şekilde incelenmesi gereken ayrı bir potansiyel zarar.

Diğer doğrudan zararlar var burada, enfeksiyon, yakın zamanda ultrason incelemelerinin özellikle Doppler ultrason, uzun ultrason incelemelerinin bir ısı artımına neden olduğu ve bunun göz önünde bulundurulması gerektiği söyleniyor ultrason tamamen güvenilir bir tetkikmiş gibi kabul edilse de. Ama burada buna güveniyoruz tabii her zaman gereksiz tetkikten kaçınıp, akılcı tetkikler vurgulanmalı, bu şekil mutlaka standartlar ve protokoller olmalı.

Radyolojide risklerin ara nedenlerini hemen şöyle hızlıca sıralayacak olursam; Kötü inceleme kalitesi, yetersiz cihaz, radyologların tabii çok dinamik bir alana bizim radyoloji, her kongrede yeni bir şeyle karşılaşıyoruz, eğitimin güncellenmesi gerekiyor, eğitime zaman ayırabilmeleri gerekiyor. Maalesef asistan eğitimlerinin bile birçok yerde mesai saatleri dışına taştığını görüyoruz hatta bu konuda resmi yazılara bile şahit oldum mesai saatlerinin içinde yapılmaması gibi. Aslında 20 saatlik bir eğitim süreci gerekiyor. Radyologların için uygunsuz çalışma koşulları apayrı bir başlık, bunu da değişik vesilelerle tekrarladık. Bir radyoloğun 40'tan 50'den fazla bırakın çalışmayı, karar vermesi ciddi hatalara, rapor hatalarına neden olduğu bilimsel olarak belirlenmiş. Bu risklerin hepsi yönetilebilir bildiğiniz gibi risk yönetim teknikleriyle. Bu nedenle hemen hızlıca bahsedeyim bu katılımcı topluluğun daha iyi bildiği bir şey muhtemelen benden, proaktif bir yaklaşım olması gerekiyor, ölçülmek gerekiyor, kantifiye edilmesi gerekiyor, bunların değerlendirilmesi gerekiyor. Bunun için de bir döngümüz var bildiğimiz gibi, önce tanımlamalı, risk yönetimi tekniklerinin neler olduğunu bilmeli, o tekniği uygulamalı ve mutlaka gözlemlemeli, bunun için dediğim gibi kurum kültürü. Radyoloji özgü risk yorumdan bahsediyorum, mutlaka potansiyel sorunu önceden mutlaka tanımak, bunun için de iyi bir yönetim ve takım içi iletişim gerekli. Uygun protokoller ve prosedürler çok önemli bunu bu başlıkta tetkik gerekliliği ve tetkik uygunluğuna uygulamak istiyorum, şöyle bir örnek verme istiyorum, yaşanmış bir örnek. Bir ara Sağlık Bakanlığının şu an vazgeçmiş olduğu bir Teleradyoloji projesi vardı. Anadolu'nun bir yerindeki çekimler Ankara'da değerlendirilecekti, orada radyolog olmayacaktı süreci gözeten. Bizim bu konuda çeşitli endişelerimiz vardı. Anadolu'daki bir merkezden aldığımız verilerde şöyle bir şey fark ettik. Aynı soyaddan bir aile, 12 kişi bütün vücut bilgisayarlı tomografi, radyolog yok, tetkik gerekli, yok, tetkikin niçin ve nasıl yapılması gerektiğini bilen kimse yok, aile tercihen gitmiş onu bir şekilde yaptırmış. Sonra öğrendik ki böyle şeyler oluyormuş, böyle bir hizmet var, bunun oluşturacağı risk? Bir de zaten bir klinik bilgi olmaksızın bir radyoloji raporunu değerlendirmek de anlamsızdır. Şuradan 300 tane hastayı yatırın normal kişiyi, ben onların 150 tanesinin beyninde irili

ufaklı değişik patolojiler çıkarırım ama klinik olarak bir anlamı yoktur, hastaya hiçbir katkısı yoktur. Bu nedenle uygun protokollerin, prosedürlerin çekimde mutlaka bilinmesi gerekiyor, cihazların kalibrasyonları mutlaka olması gerekiyor, radyolojik kalite, hem cihaz kalitesi hem kurum içi yönetimin kalite süreçlerinin bir şekilde yapılması gerekiyor, bilginin paylaşılması gerekiyor. Yakın zamanda benim de takip ettiğim bir konu, bilişim sistemlerinin bu konuda önerileri var bilişim şirketlerinin. Hatta tesadüfen dün Belçika'dan bir ekip temasa geçti, haber verdiler, Amerika'daki toplantıda bunu sunacaklarını söylediler, slaytlarını aldım da monte etmedim. Çok ciddi şeyler öneriyorlar, hem bu kalite yönetim süreçlerini denetlemeyi, hem dozların takibini, hem cihazlarda hastaya bağlı olabilecek farklılıkları yok ederek yoğun doz verme, bir de bu gereksiz incelemeleri de önleme de, karar destek sistemleri de önemli, Amerika'da yaygın. Örneğin tetkikin gerekliliği bilgi sistemleri aracılığıyla denetleniyor. Mesela şöyle bir örnek Harvard'dan, klinisyen tetkik istediği zaman tetkikle ilgili hastalık kodlarını, çeşitli durumları bildiriyor, hemen bilgi sisteminde şöyle bir ifade çıkıyor, bu tetkik 9 üzerinden 5 derecede uygundur, tetkik uygun değildir emin misiniz, bilgi sistemi. Devam ediyor, bu da yetmiyor raporda da çıkıyor, bu tetkik, tetkik uygunluk kriterlerine göre istenmemiştir. Bu ciddi oranda tetkiki ABD'de bile azalttığı söyleniyor. Tabii ilaç reaksiyonlarını engelleme de, ilaç etkileşimi bildiğiniz gibi başka oturumlarda tartışılmıştı. Bunun dışında diğer öneriler var, önceki radyoloji raporlarını incelemek çok önemli, yeni baştan tetkik yapmak yerine ne yapıyoruz, nereye gidiyoruz, yeterli klinik bilginin sağlanması şiddetle önemli. Yine yaptığımız çalışmalarda Ankara'da büyük bir eğitim hastanesinde bir kâğıt üzerinde Pelvik CT diye bir istem görüldü, tetkiki niçin yapıyoruz, neyi arayacağız? Bir tane beyin manyetik rezonans görüntüleme yoktur, neyi arıyorsak ona göre yapmamız gerekiyor. Bunu maalesef defalarca vurgulamamıza rağmen bu konuda çok iyi bir adım atamadığımızı düşünüyorum. Klinisyenlerden geri bildirim olmalı, hatalardan öğrenme, "learningfrommistakes" hatalardan öğrenme önemli bir başlık. Bu bir kurum kültürü meselesi; ayıplama, suçlama olmaksızın her bir hatayı ders olarak alıp bütün takım içerisinde çalışılmalı ve gereken önleyici tedbirlerin mutlaka alınması gerekiyor. Tabii ki kritik hatalar ve yine bu topluluğun çok iyi bildiği, bunun Türkçesini çok iyi bilemedim, "nearmisses" olayazmak, olmak üzere mi öyle bir şey, ramak kalmaların mutlaka bildirilmesi, kaydedilmesi gerekiyor, aşırı iş yükünü kontrol etme. Eğer bu salonda sanıyorum vardır, Bakanlıktan müdahale edecek birisi varsa bu konudaki çırpınmalarımıza toplum sağlığı açısından mutlaka ilgi göstermesini istirham ediyorum. Tabii onam imza atmak değildir, bana göre aydınlatılmış onam almak şekildir, biçimdir, hastayı gerçekten bilgilendirmek içeriktir. Bu konuda hastayı da neyi, niçin, nasıl yaptığını bildirmesi ve bunun için de bir vakit ayırabilmemiz gerekmektedir.

Evet, dediğiniz gibi tamamen kaçınmak defansif tıpta olduğu gibi hiçbir şey yapmamak riski engellemiyor, tam tersine bir şey yapmamak da riskin ta kendisi. Tıbbi görüntülemede kaliteyi geçeceğim çünkü zaman dar ama tıbbi görüntülemede kalitede şu başlığa tekrar yapıyorum. Kalitenin birinci aşaması hani madem kalite kongresi, hasta güvenliği ile ilgili tetkikin uygunluğu. Hangi tetkik niçin, nasıl yapılacak ve bu konuda uygun, tetkikin niçin gerektiğini açıklayan bir klinik bilgiye ve radyoloğun ona göre ki gereksiz tekrardan kaçılsın, en uygun tetkik yapılsın ve tetkikte hatalar minimuma indirilsin. Evet, tabii yorumların doğruluğu, hatalar vs. de bunları yine şey yapmak istiyorum.

Evet, kalite güvenlik ve performans ölçümü gerekiyor, bu nedenle kurumların dış denetimleri ve cihazların kalite kontrolleri oldukça önemli; standartların ve protokollerin yerleşmesi lazım. Bu konudaTürk Radyoloji Derneği'nin hazırlamış olduğu, 2012'de Nevra Hocamın döneminde yapmış olduğumuz bir çalışma var, Özetle radyolojide hastanın güvenliğini tehdit eden bazı unsurlar vardır, radyasyon, kontrast madde, manyetik alan, enfeksiyon, diğer… (Diğerin altına girişimsel radyoloji işlemleri bu panel kapsamında değerlendirilmemiş, onlar da eklenebilir) bunun yanı sıra radyoloji iş akışından doğan raporlama hataları, yanlış protokoller, yanlış çekimler, iletişim hataları, bunların da mutlaka kalite süreçleri kapsamında minimuma indirilmesi gerekir.

Radyolojide hasta güvenliği için öneriler, cihazların uygun olması gerekiyor; yeni son teknoloji ve bunların X ışını kaçakları ve kaliteleri sürekli denetlenmeli, personel sürekli eğitilmeli, takım içi çalışmalar, kalite programı hem kurum içini yönetmeli, yönetsel süreçleri, 59 adım iş akışı oldukça kompleks, uygun çalışma koşulları ve iş akışı aynı şekilde, standart ve protokoller bunun içerisinde uygun istemleri de alabiliriz, doğru çekim olması lazım, minimum tekrar olması lazım yerinde. İletişim yerinde ve oldukça kapsamlı, hem acil vakaları bildirmek hem de kurum içi iletişim ve tabii raporu doğru ve zamanında yapmak gerekiyor. Çok teşekkür ederim.

Prof. Dr. Özkan ÜNAL

Oturum Başkanı

Biz de çok teşekkür ediyoruz. Soru cevap kısmını sona bırakabiliriz diye düşünüyorum. Prof. Dr. Özlem Kapucu Hanımefendi Nükleer Tıp Hocamız, Gazi Üniversitesi ABD'da, ABD Başkanı olarak görev yapıyor ve özellikle nükleer tıpta tedavi sırasında hasta güvenliği konusunu bize anlatacak, buyurun Hocam.

Terapötik Radyolojide Hasta Güvenliği

Prof. Dr. L. Özlem ATAY KAPUCU

Gazi Üniv. Tip Fak. Nükleer Tıp ABD

Öncelikle Sayın Başkan çok teşekkürler, Hocalarım, sayın dinleyiciler, böyle bir toplantıya çağırıldığımız için ayrıca teşekkür ediyoruz ama sizin dediğiniz gibi bu da benim ilk defa kalite konusunda konuşacağım yani bu konuda konuşacağım ilk toplantı olduğu için, nasıl yapayım bu konuşmayı diye uzun uzun düşündüm. Herhangi bir didaktik yaptığım bir konuşmadan farklı olarak günlük hayatımızda, günlük nükleer tıp rutininde hangi dallarda nasıl tedavi yapıyoruz onunla ilgili direk hasta deneyimlerimizi görsel olarak sizinle paylaşmak istedim.

Tabii bir giriş yapmak istiyorum öncelikle, birçok tanı ve tedavi yönteminde biz radyasyonu kullanıyoruz ama insanın kendisi, doğanın kendisi de radyoaktif, bu yüzden hangi dozlarda ne alıyoruz bunları bilmemiz gerekiyor. Doğadan aldığımız yıllık radyasyon dozu 2.5 ama bu bazı ölçülerde 10 mili-sievert'e kadar çıkabiliyor; dağlık bir bölgedeyseniz, çeşitli kaya yerlerinde oturuyorsanız bu değişebiliyor. Utku Hocam verdi, bir de ben kısaca buraya karşılaştırmanız için akciğer filmi, bir tiroid sintigrafisi ve BT'den alınan dozlara baktığımızda neler alıyoruz? 0.01 akciğer filmi, 2 mili-sieverttiroid sintigrafisi, 10 ile 15 mili-sievert tıbbi BT görüntülemesinden alıyoruz. Fakat bilinen şu ki minimum dozu bilmiyoruz yani nedir kanser yapan diye ama 100 mili-sievert'in üstüne çıkıldığı zaman kanser olma ihtimalinin çok arttığı biliniyor. Biz nükleer tıpta radyasyon diyoruz, radyasyon kanser yapabilir diyoruz ama minimum dozu bilmiyoruz, peki nasıl radyasyonla tedavi yapıyoruz? Hangi dallarda yapıyoruz, nasıl yapıyoruz? Size 5 ana başlık, bunları bizzat kendimiz de yaptığımız için, ben literatürden bir şey getirmek istemedim; kendi yaşadığımız, kendi paylaştığımız, günlük hayatımızda Türkiye'de bir üniversite hastanesinde ne yapıyoruz, Gazi Nükleer Tıp ABD'daterapötik olarak, onları paylaşmak istedim. En çok yapılan, Türkiye'nin hemen her yerinde yapılan diferansiyetiroid kanserlerinde ve benim tiroid hastalıklarında İyot 131 tedavisi; atom tedavisi diye her yerde duyabilirsiniz. Tiroid hastalıklarının çok yoğun olduğu, hipertiroide hastalıkların çok çoğun olduğu ülkemizde çok sık yapılan bir tedavi. Yeni başlanan ve gene gayet başarılı bir şekilde yapılan nöroendokrin tümörlerinde reseptör radyonüklid tedavisi, radyasyon sinovektomisi, bir de karaciğer metastazları ve kanserlerinde radyologlarla birlikte yaptığımız intra-arteriyel radyoaktif bileşiklerle tedavi.

Kısaca İyot 131 tedavisinin farklı yaklaşımları var, dünyadaki yapılış şekillerinde hastayı koruma ve çevreyi koruma adına. Amerika'nın dost temelli bir yaklaşımı

var, TAEK yani Türkiye Atom Enerjisi Kurumu ve AB'nin yaklaşımı birbirine çok benziyor. Bunlarda aktivite temelli; dost temelli ne demek aktivite temelli ne demek onu şimdi daha ayrıntılı göstereceğim size. Dost temelli yaklaşımda hastanın taburcu olduktan sonra aile üyelerine ve yakın çevresine, toplum geneline yayacağı radyasyon miktarı, yani ne kadar milicurie verdiğinizin önemi yok, çevreye ne yayıyor bunu hesapla. Daha gevşek, daha hastanın yaşam kalitesiyle uyumlu ama aynı zamanda hastane costeffective'si olarak baktığımızda hastane ve genel sağlık mevzuatında daha az para gideri olan bir şey. Çünkü hastayı minimum yatırıyor, bazen hatta hiç yatırmıyor. Aktivite temelli yaklaşım yani Türkiye ve AB, diyor ki belli bir aktivite vermişsem bunun üstünü kesinlikle yatırırım diyor. AB diyor ki 30 milicurie vermişsem ben bunu ne olursa olsun yatırırım diyor. Neden çünkü Avrupa'da metrekareye düşen insan sayısı yoğun olduğu için başka insanları daha az ışınlasın diye onu bir süre tecrit ediyor. Amerika'da bunu nasıl düşünüyor? Bir hastanın hastanede 1 ya da 2 gün yatması, en lüks otelden daha pahalı olduğu için diyor ki bu zaten büyük bir evde oturuyor, kendi kişisel arabası var, publictransport'u kullanmıyor, ben bu farkındalığı artırır ona nasıl yaşamasını öğretirsem kendi evinde de bunu yapabilir diyor. Tabii ki hastane konforu gibi ve hastanenin bakımı gibi olmayabilir ama bu da farkındalığın artmasıyla ilişkili bir şey. Bakın burada tabloları kısaca görebilirsiniz, sarıyla olanlar bizim TAEK ve AB yaklaşımı, öbür taraf Amerika yaklaşımı. Şöyle bakabilirsiniz, 15milicurie bir hipertiroide hastasına verdiğinde bir gün sonra işe dönmesine izin verirken biz burada diyoruz ki altı gün işe gitme, çocuklara yanaşma. 20 milicurie veriyorsunuz, iki gün sonra işe git diyor, sekiz gün sonra işe git diyor. Arada çok ciddi rakamsal farklılıklar var. Hipertiroide hastaları için gene Amerika'ya baktığımızda, hipertiroide hastalarını yatırmıyoruz biz, ayakta tedavi verip yolluyoruz ama tiroid dokusu olduğu için hipertiroide hastaları aslında tiroid kanserinde verdiğimiz yüksek doz radyasyona göre daha fazla çevreye ışınlıyorlar çünkü tiroidde aktiviteyi tuttukları için yavaş yavaş o salınıyor. Ama bakın gene 60 milicurie kadar yatırmadan veriyor ve gayet rahat işe dönme, çevreyle temas, diğer insanlarla temas, toplu alanlar falan dediğiniz zaman hele 20-30 milicurie'lerde neredeyse hemen hemen hiçbir kısıtlama yok. Bu tiroid kanseri olanda yani ablasyon tedavisinde 100-150-200-400-500, şu dozlara ulaşan hastalar o kadar nadir ki, biz en fazla 150, genelde 100-150 arası veriyoruz tiroid kanserlerine, akciğer metastazı oldu, beyin metastazı yüksek, o zaman belki 400-500'lere çıkılıyor. O da o kadar az hastada ki, onda bile baktığınızda ne yapıyor, tabii ki çok kısa zamanda normal yaşama hastaları sokuyor ama buradaki hastanın bilinçlenmesini yaparak tabii ki. İyot 131 tedavisinde Türkiye'deki sınırlarımız ne? Biz aktivite temelli yapıyoruz, 22 milicurie veriyorsak muhakkak onun üstü yatırıyoruz ya da 30-49 milicurie verdiğimizde hasta aktivitenin üzerine düşmeden dışarıya çıkarmıyoruz, 1 milisievert'e kadar aktivite kalana kadar da

hiçbir şekilde çocuk, hamileye 1 metreden daha fazla yaklaşmasına müsaade etmiyoruz, oldukça koruyucu. Peki, biz burada atom tedavisi veriyoruz, yüksek dozlar veriyoruz, ben sizin için bir tiroid hastamızla röportaj yaptım ama çok uzun bir röportajdı maalesef süreye uymak için röportajların çoğunu kısarak montajladık ama çarpıcı bazı şeyleri dinlemenizi istiyorum. Tabii bu daha uzun bir röportajdı ama hastanın en çok şikâyet ettiği, o üç gün kapalı odada kalmak yerine daha sonra Tefor ilacını keserek iyot taraması yapıldığı, o hipotiroid dönemin onu çok daha zorlamış olduğu anlaşılıyor.

Çeşitli uyarı ve önlemlerimiz var, ben bunları çok kısa geçeceğim. Utku Hocam da söyledi, bizim yaptığımız bütün tetkik ve tedavilerde gebelik, çocuk emzirme durumu muhakkak sorgulanır. Hatta hanımlarda evli olsun olmasın BETA-HCG testini muhakkak tedaviler öncesinde yapmamız gerekiyor, hatta bu ABD'de 13 yaş üzeri bütün bayanlarda her tetkik öncesi rutin yapılan bir testtir. İyot 131 uygulamasından önce hastadan en az 1 hafta düşük iyotlu test istiyoruz, tedaviyi kabul ettiğini gösteren onay formlarımız kesinlikle şart, bu bir multidisipliner de bir tedavi, o yüzden gelişebilecek bazı yan etkiler için KBB konsültasyonu isteyebiliyoruz, hastaya bazı durumlarda yüksek doz veriyorsak steroid veriyoruz, hastanın uygulaması gereken diyete kesinlikle riayet etmesini istiyoruz, bol sıvı alsın istiyoruz, verilen iyodun tükürük bezlerinde tutulumunu engellemek için sakız çiğnenmesi ya da limon emilmesini istiyoruz. Bunların hepsi bilinçlendirildikten sonra yapılması çok kolay, hastanın tek başına yapabileceği uygulamalar. Tedavi sonrası ise 4-6 aylık süreler geçmeden ikinci bir iyot tedavisi yapmayı beklemiyoruz eğer tekrardan metastaz yoksa, metastaz varsa ona göre tekrar bakıyoruz. Düşük dozlarda Tiroksin ve Tyrodin başlayarak idame doza çıkarıyoruz, hedeflenen bir TSH düzeyimiz var, 0.1'in altında olması. Bu idame dozda gittikten sonra hastalara iyot TSH ile iyot tarama yapacağız. İyot tarama yaptığımız sırada kullanılan Tefor kesiliyor ve hastalara iyot tarama yapmak için mutlaka uygun bir TSH düzeyine çıkmak gerekiyor. İşte bu uygun TSH düzeyi hipotiroidi olduğu zaman çok rahatsızlık hissediyor hastalar; yaşam kalitesi düşüyor, yürümesi yavaşlıyor, konuşması yavaşlıyor, düşünmesi yavaşlıyor. Bu durumda dışarıdan TSH, rekombinant TSH Thyrogen vererek hastayı hipotiroideye kesmeden, ilacını kesmeden bu tetkiki yapma şansımız olduğunun bilinmesi gerekiyor. Bunlar genel uygulamalarımız.

Ben kısaca bölümümüzde Malignitiroid hastalıkları dışında Benigntiroid hastalıklarında da ve ayaktan verdiğimiz radyoaktif iyot tedavisinde ne yapıyoruz onunla ilgili de bir video göstermek istiyorum. Şimdi başka bir video göstereceğim, bu nöroendokrin tümörlerin tedavisinde Lutesyum 177 somatostatin reseptörü işaretlenip nöroendokrin tedavisi için çok spesifik hasta bazında, hasta temelli bir tedavi. Direk somatostatin reseptörü tutan alanları görüntülüyoruz, bununla

somatostatin tutuyorsa pette Lutesyum ile somatostatin reseptörü bağlanıyor ve bu hastaya verildiğinde direk olarak tümör odakları ışınlanıyor. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi yaklaşık bir 10 senedir bunu kendi laboratuvarlarında hazırlayıp yapıyorlar, şu an ticari olarak da biz de Lutesyumu alıyoruz ve yapabiliyoruz ama orada daha yüksek deneyimi olan bir merkezi dinlemenizi istedim. Kısa bir radyasyon sinevektomisi, multidisipliner yaklaşımımız vardı burada radyoloji ile birlikte yaptığımız bir çalışmaydı, kısaca onu da göstereceğim. Karaciğer kanseri ve metastazlarında microsphere tedavisi yapıyoruz dedik, gene bunu radyoloji ile birlikte ortak yapıyoruz.

Son olarak kısaca bir şeyden bahsetmek istiyorum. Hasta ve çalışan güvenliği olarak otomatik enjeksiyon cihazlarından. Sonuç olarak hasta güvenliği toparladığımızda nükleer tıpta tedavilerin için farkındalığın arttırılması, hastanın yaşam kalitesi için gerekiyorsa hipotiroidiye sokmamanın sağlanması, verilecek dozun dozimetrik ölçümlerle minimum şekilde ayarlanması,multidisipliner yaklaşım. Bir de biz hastanemizde ilk defa başladık bu FDG enjeksiyonları, radyoaktif enjeksiyonlar için otomatik cihazların kullanılması önemlidir. Sağlık kurumlarının hem hastaya daha az doz veren hem de çevreyi ve çalışanı da minimum ışınlayacak yüksek teknolojileri imkanları varsa kullanmaya başlamaları gereklidir. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Özkan ÜNAL

Oturum Başkanı

Biz teşekkür ediyoruz. Hemen Nevra Hocama geçiyorum hızla, Nevra Elmas, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji ABD Başkanı, aynı zamanda bizim geçtiğimiz 2 yıl içerisinde dernek başkanlığımızı yapan, kendisini mesleğine adayan bir hocamız, Hasta Güvenliği Açısından Görüntüleme Kalitesi üzerinde duracak, buyurun Hocam.

Hasta Güvenliği Açısından Görüntüleme Kalitesinin Değerlendirilmesi ve Önemi

Prof. Dr. Nevra ELMAS

Ege Üniversitesi Tip Fakültesi Radyoloji ABD

Sayın Başkan çok teşekkür ediyorum, özellikle takdiminiz için çok teşekkür ediyorum, kendini adamış gibi takdiminiz bana can verdi. Ben bazı rakamlar üzerinde konuşacağım, radyoloji ve zararlarından çok bahsettik, konuştuk, Sayın Şenol da ultrasonun ısı etkisinden söz etti, MR'dan bahsetti, X-ray' den bahsetti. Evet, hepsinin sakıncaları var ama radyoloji o kadar hızlı ilerliyor ki, teknolojik gelişim bizim hızımızın çok daha üzerinde ve sadece tanı değil tedavide de artık cihazlar çok fazla talep artışına maruz kalıyor. Peki, neler var elimizde? Ultrason var, manyetik rezonans var ama burada bir tanı modalitesini seçerken 2 tane önemli unsura çok dikkat etmemiz gerekiyor, bir tanesi hastaya en az zarar veren, diğeri de olası hastalık konusunda en fazla fonksiyonel ve morfolojik bilgiyi veren modaliteyi seçmemiz lazım, ultrasonla tanıyabileceğimiz bir hastalık varsa bu hasta için MR ya da tomografi istememiz lazım. En az zarar veren demekle neyi kastediyoruz? Radyasyon, başından beri konuşuyoruz en büyük zararlardan biri. Invasive işlemler, kontrast madde verme gerekliliği, tetkikin süresi ve bunun dışında tetkikin maliyeti, maliyet de önemli unsurlardan biri.

Şimdi bu amaçla radyolojide neler kullanıyoruz? X ışını içeren cihazlarımız nelerdir? Düz röntgen dediğimiz cihazlar, sindirim kanalı incelemeleri, anjiyo çalışmaları, konvansiyonel radyoloji içinde. Bunun dışında artık günümüzde diğer X-ray taşıyan ışınlardan çok daha fazla kullanılmaya başlayan bilgisayarlı tomografi ve PET-BT var, radyasyon içeren modaliteler bunlar. Ses enerjisini kullandığımız ultrason de Doppler de ve manyetik rezonansta radyasyon riski olmadığı için bunları hasta güvenliği açısından daha sağlıklı kullanabiliyoruz ama tomografi ve X-ray kullanırken bir kez daha düşünmemiz gerekir. Şimdi burada biz Sağlık Bakanlığı ile geçen yıl Denetim ve Değerlendirme Daire Başkanlığı ile birlikte Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile birlikte bir proje gerçekleştirdik ve şöyle bir rakamlardan önce size bahsetmek istiyorum. Cihazların dağılım oranı nasıl? Sağlık Bakanlığında tüm BT'lerin % 43'ü mevcut. % 43 gene manyetik rezonans, tüm mamografi cihazlarının yarısı neredeyse Sağlık Bakanlığı kontrolünde kullanılıyor. Üniversitelerdeki oran % 20'lerde; hem BT, hem MR hem de bilgisayarlı tomografi için. Özel merkezlerdeki kullanım oranı ise % 30'larda; 30-34 arasında değişiyor. Cihazların yaşlara göre dağılımına baktığımızda çünkü bu neden önemli, güncel cihazlar, yeni cihazlar, radyasyon güvenliği açısından

ve kullanım açısından, hasta güvenliği açısından daha rahat edeceğimiz cihazlar. Çok güzel bir sonuca ulaştık, ülkemizde bulunan bütün tomografi cihazlarının neredeyse yarısı 5 yaşın altında, % 80'i 10 yaşın altında, diğer cihazlar için de aynı sonuçları görüyoruz ve bunlara baktığımızda da en fazla yeni cihazların yer aldığı merkezlerin devlet hastaneleri olduğunu görüyoruz. (2012 yılında inceleme) Kaç tane inceleme yapılmış Türkiye'de? 810.883 tomografi uygulanmış tüm ülke çapında. 700.354 MR uygulanmış, 133.446 mamografi uygulanmış. Peki, bu uygulanan mamografilerin sonuçları ya da uygulanan radyolojik görüntülemelerin sonuçları nasıl? Bunu 3 kategoride ayırdık. Önce kaç tane tetkik yaptığımıza bakayım, Sağlık Bakanlığında 1962 merkezden 85 tanesi alındı, 200 merkez toplam çalışmaya dahil edildi, üniversitelerde 44, özel hastanelerde 71 merkez bu çalışmaya dahil edildi. Sağlık Bakanlığından 1962, üniversitelerden 1030, özel hastanelerden 1545 görüntüler körlemesine alınarak daha önce Türk Radyoloji Derneği tarafından gönderilmiş kalite standartları eşliğinde bu görüntüler değerlendirildi. Bu gene uygulanan denetim merkezlerinden söz ediyoruz, biraz önceki BT denetim sayısıydı, bu MR denetim sayısı, bu da mamografi denetim sayısı, toplam olarak 165 merkezden alınan veriler değerlendirildi. Şimdi BT'de hastaların değerlendirildiği merkezlere bakıyoruz, acil serviste BT çekilen hastaların oranı % 30, poliklinikler % 65, yatan hasta % 5 yani devlet hastaneleri sadece % 5 oranındaki hastaya tomografide hizmet veriyor. Üniversitelere baktığımızda yatan hastanın % 15'ine BT ile yanıt verirken, acil serviste % 22 oranında bir hizmet var, % 61 poliklinik. Özel merkezlerde de durum benzeri ama dikkatinizi çekerim poliklinik çekimlerinde tomografinin çok ön planda olduğunu görüyoruz, yatan hasta hizmeti özellikle Sağlık Bakanlığında ve özel merkezlerde düşük bir rakama kavuşuyor. MR'da ise MR tamamen poliklinik hizmeti verir şeklinde karşımıza çıkıyor, Sağlık Bakanlığı % 95 oranında sadece polikliniğe hizmet veriyor, özel merkezlerde % 97, yatan hastaya hizmet verilen en yüksek rakam % 12 ile üniversiteler, yine de yatan hastalarda da üniversitelerde diğerlerinden biraz daha fazla MR'ı aktif kullandığını görüyoruz. Şimdi biz bu çalışmada 3 parametre belirledik, bir tanesi tetkik gerçekten gerekli miydi, doğru bir endikasyonla mı istendi? İkincisi tetkikin teknik standartları uygun muydu? Üçüncüsü raporlara uygun muydu? Burada teknik endikasyon sorgulanırken bir yerde klinisyen sorgulanmış oldu. Çekimler, teknik kalite sorgulanırken teknik eleman, teknisyenler sorgulanmış oldu, raporda da radyologlar sorgulanmış oldu diye özetleyebiliriz. Burada endikasyon uygunluğunda bir sorun yok, Sağlık Bakanlığında ve üniversite ve merkezlerde ortalama % 83.2 doğru endikasyonla inceleme istenmiş. MR'da % 83.9, mamografide % 87 yani endikasyon taleplerinde çok fazla bizi üzen bir durum söz konusu değil. Peki, neler yanlış istenmiş? Uygunsuzluk endikasyon nedenleri bir gerekçe belirtilmemiş, niçin istendiği

söylenmemiş, ya da gereksiz istem yapılmış, ultrasonla saptanabilecekken hastaya MR istenmiş gibi yalancı istemler ya da yanlış istenmiş. Bu nedenlerle endikasyon uygunsuz nedenleri var ama bu verilere geriye dönüp çok da fazla ulaşamadık, ulaştığımız sonuçlar bunlar. Şimdi bunların içinde şu dikkatimizi çekti Sayın Şenol da bahsetti, bir X-ray'in tekrarlanması bir cinayet gibi kabul edilebilir yani bir tomografiyi düşünün, akciğer filminin 500 katı radyasyon veriyorsunuz ve teknik kalite yetersizliği ile bunu tekrarlamak zorunda kalırsanız çok büyük bir haksızlık etmiş oluyoruz hastaya. Peki, dedik ki ne kadar tekrarlanmış, gene geriye ulaşabildiğimiz rakamlarda baktık, tomografide % 71 oranında hasta 6 ay içinde tekrarlanmış, MR'da % 63, mamografide % 39. MR'ı varsaymıyorum, MR çünkü radyasyon açısından bir risk teşkil etmiyor, fakat yanlış tanı nedeniyle zaman kaybı söz konusu. Ama tomografide de mamografide tekrarlar maalesef bizi üzüyor. Peki, bu gerçekten gerekli bir tekrar mı? Bakıyorum tekrar nedenlerine, tanı yetersizliği BT'de, tanı yetersizliği MR'da, tanı yetersizliği mamografide; üçünde de tanı yetersizliği en önemli gerekçe. Takip gerektiren olguların oranı %30 ila 40 arasında değişiyor, tarama mamografisi % 42 oranında aranmış, hasta tekrar taranıyor. Bunlar maalesef insanın içini acıtan sonuçlar. Tetkik standart uygunluğuna bakıyorum, Sağlık Bakanlığında tetkiklerin standartlara, minimum standartlara uygunluk oranı %67, üniversitelerde %84, özel merkezlerde %69. Üniversiteler bu durumda teknik standartlar açısından en iyi durumda olan ortalama %72'lerde bir uygunluk var yani %28 oranında uygunsuzluk var anlamına geliyor. MR'daki sonuçlar gene benzeri, mamografide kötü olan %42'lik bir uygunluk var ki %60 oranında uygunsuz bir sonuç mamografi için hele kadın hastalarımız için, meme değerlendirmesi için çok iç açıcı olmayan bir sonuç, %60 mamografinin yanlış tetkik yapıldığını varsayın. Yine üniversiteler en iyi durumda olan, özel merkezlerde de maalesef % 20'lik bir başarı oranı var; %80 özel merkez mamografilerinin tetkik kaliteleri yetersiz gibi çıkıyor karşımıza.

Peki, bunların nedenlerine bakıyoruz. BT'de uygunsuzluk nedenlerinden en önemli kriter kesit kalınlığı; yarısında kesit kalınlığı standartlara uygun alınmamış. Kontrast madde % 22 hastada kullanılmamış ya da kullanılması gerekirken %7 oranında gereksiz kontrast madde kullanılmış. Tarama planı ve diğer hatalar daha düşük nedenler. Bir örnek vermek istiyorum, bakın kontrastsız çekilen bir tomografi bunda sadece karaciğerde sol lobda bir heterojenite ama hastaya kontrastı yaptığınızda hastanın hepatosellülerkarsinom tanısı olduğunu görüyorsunuz, kontrastın ne derece önemli olduğunu vurgulamak istedim. Veya kontrastsız bir çekim yapmak istiyorsunuz, sağda böbrek alt bölümünde bir taş var ama kontrastı yaptığınızda taşı örteceği için siz bu taşı göremeziniz. O yüzden protokolün mutlaka radyolog tarafından konması gerekir. Bir başka hasta kontrastsız çekilmiş, sağda gerçekten bir taşı var ama solda da bir kitle var; buna

kontrastlı da gerekiyor, solda görülen lezyon böbrekteki bir tümörü gösteriyor, o yüzden protokoller gerçekten radyolog tarafından doğru olarak belirlenmeli.

BT'de uygunsuzluk nedenlerine baktığımızda en çok kesit kalınlığını görmüştük, kesit kalınlığı neyi ilgilendiriyor? Bir tetkik süresini, iki maliyeti çünkü kesit kalınlığını incelttiğinizde tüpü daha çok yoracaksınız, tüpünüz daha çabuk bitecek, maliyeti arttıracaksınız. Ama verilen SGK fiyatlarıyla cihazı optimal çalıştırmak için mümkün olduğunca düşük maliyetli tetkiklere başvuruluyor bu nedenle de hem tetkik süresi kısalarak aynı gün içine daha fazla hasta yapılabiliyor, hem de maliyet kısıtlanarak tüpün ömrü uzatılabiliyor. Burada tetkik süresi ve maliyet en önemli faktörlerden biri… Kontrast madde kullanım hatasının nedeni de hem tetkik süresini kısaltmak, hem de maliyeti düşürmek, kontrastla vereceği bir maliyetten kurtulmuş oluyor. Tarama planı teknik eğitimle ilgili bir problem gibi düşünüyorum. MR'da neden eksik sekans. Eksik sekans zamandan kazandıran bir şey, gene zamanla ilgili, kesit kalınlığı yine aynı şekilde tomografide olduğu gibi ve tarama alanı. Burada % 90 oranında kontrast madde kullanımı gerekliliği olduğu halde kullanılmadığını görüyoruz. Kontrast madde en önemli eksikliklerinden biri MR inceleme tetkik problemlerinde. Burada eksik sekansta tetkik süresi ve maliyeti etkiliyor, kesit kalınlığı gene aynı şekilde, hepsi sonuçta baktığımızda bunların tamamı bir eğitim, iki tetkik süresi, üç maliyetle ilişkili bulgular.

Mamografinin hatalarına baktığımızda %75 oranında pozisyon hatasını görüyoruz. Bir portakal örneği var, normal bir portakalı gördük ama içindeki bir lezyonu görmek için mutlaka, çekirdeklerini görebilmek için portakala bir kompresyon uygulamanız lazım, meme de aynı şekilde. Kompresyon yapmadığınız sürece kitleyi, kalsifikasyonu, lezyonu görebilme şansınız yok ve buradaki en önemli hata da burada da gördüğünüz gibi %75 oranında pozisyon hatasından kaynaklanan kalite düşüklüğü söz konusu. Bunun dışında kontrast, artefakt, cihazın kalibrasyonunun eksik kalması ile ilgili indirekt hatalar var. Şimdi burada %75'lik pozisyon hatası neyle bağlantılı, tamamen teknik eğitimle bağlantılı, mamografiyi gerçekleştiren teknisyenlere verilen eğitimin yetersizliği ile bağlantılı. Görüntü kontrastı gene aynı şekilde, artefakt ve kompresyon. Burada zamandan öte teknik eğitimin mamografi değerlendirmede, mamografi kalitesinde çok büyük bir etken olduğunu görüyoruz.

Raporlara baktığımızda rapor ortalamaları maalesef daha da kötü diğerlerinden, teknik sonuçlardan; tomografide %59'luk bir başarı oranı var, MR'da %66 ama mamografide %40 yani çekilen hastalarımızın %60'ı mamografide yanlış tanı konuluyor. Bunun nedeni tamamen tetkikinizin standartları teknik açıdan yetersiz olunca tabii ki rapora da yansıyacak. Sonuçlara baktığımızda yine en iyi durumda olan üniversiteler gibi görülüyor ama maalesef devlet hastanelerinde ve

özel merkezlerde rakamlar biraz daha olumsuz bir şekilde çan eğrisi çiziyor.

Raporlarda uygunsuzluk nedenleri, hasta bilgisi yok, kontrast madde kullanma bilgisi yok, raporlayan doktorun ismi yok, hala İzmir'de o kadar merkezden konsültasyon için gelen raporlarda altta doktor bilgisi olmadığını görüyoruz, yapıldığı merkezin neresi olduğu bilinmiyor ya da tetkik tarihi ya da tetkikin adı verilmemiş.

Peki, medikal raporda durum nasıl? Medikal raporda tomografide başarı oranı % 40, MR'da %43, mamografide %40. Sonuçlar, medikal rapor sonuçları da tamamen teknikle bağlantılı. Peki, uygunsuzluk nedenleri neler? Sonuç yazılmamış, teknik bilgi verilmemiş, en az bir organ değerlendirilmemiş, lezyonun özellikleri belirtilmemiş, tetkik rapor vermemiş, hiç rapor vermemiş, hastaya CD'sini vermiş, göndermiş, sonuca göre ileri inceleme önerilmemiş, neden olduğu ikincil sorunlardan söz edilmemiş. Şimdi burada Sayın Şenol'un bahsettiği konu çok önemli, eğer siz bir hastanızdan tetkik isterken ne için istediğinizi belirtmezseniz radyolog da size tetkikini ve yorumunu sizin istediğiniz şekilde yapamayabilir. Rapor uygunsuzluk nedenlerinden en önemli nedenlerden biri zaman faktörü, eğitim ve bilgi faktörü. Zaman derken yurtdışında ultrasonda veya BT'de bir hasta için ayrılan rapor yazma süresi ya da muayene etme süresi minimum 15 dakikadır. Bu tetkikine göre yarım saatte de olabilir, 10 dakikada da ama 15 dakika olarak kabul edersek 1 günde uygulanması gereken ultrason sayısı 4, eğer 8'le çarparsak yani rakamlar bu şekilde ama bizde çok fazla hasta talebi nedeniyle günde bakılan hasta sayısı çok fazla artıyor ve hastaya ayrılan süre 1-2 dakikalara kadar düşmek zorunda. Bu da hatalara ve tanıların atlanmasına neden oluyor. Şimdi mamografide uygunsuzluk nedenleri raporda, tetkik gerekçesi yine yazılmamış, taramama mı kitle mi bu belirtilmemiş, pozisyonlar belirtilmemiş, oblik pozisyonda mı aldı aksiyel mi, sonuç öneri yazılmamış, yapı belirtilmemiş, bulgular tanımlanmamış ya da mamografi yapılandırılmadan hastanın eline verilerek gönderilmiş. Gene raporlama süresinin azlığı ve bilgi faktörünün yetersizliği burada raporsuzluk nedenlerine neden oluyor.

Şimdi sonuca baktığımızda radyolojik kalite nelerden sorumlu, başarısızlıkların nedenleri ne? kalitenin düşmesinde ne sorumlu? Bir tetkik maliyeti, iki tetkik ve raporlama süresi, üç eğitim. Burada ben maliyetten biraz daha size söz etmek istiyorum, şu son zamanlarda SUT'ta yapılan yeniliklerle örneğin memeden bahsetmek istiyorum, fiyatlar o kadar düşürüldü ki, ister istemez merkezler de maliyetleri düşürmek zorundalar. Bir vakum biyopsi iğnesi 800 liradan 250 liraya düşürüldü, artık vakum iğnesi getiremez oldu merkezler ve hastaların tanıları, tedavileri maalesef SUT fiyatlarıyla, son çıkan SUT açıklamasıyla yapılamaz hale geldi. Artık meme hastaları açık biyopsiye gönderilmek zorunda ya da

tümör hastaları ya da serebrovasküler hastalıklar embolizasyon için yapılan uygulamalarda radyolog maliyet nedeniyle tetkiki yapamaz duruma geldi. Bu da kalite açısından hastalarımızın tanı ve tedavisini olumsuz etkileyen faktörler.

Evet, ben yaptığımız çalışmaların sonuçlarını sizlere iletmek istedim ama önlem olarak ne yapılması gerekir? Bu denetlemenin devam etmesi gerektiğini düşünüyorum ve düşük kaliteli merkezlerin raporlandırılarak tetkiklerini düzeltmelerini istemek gerektiğini düşünüyorum. Çok teşekkür ederim.

Prof. Dr. Özkan ÜNAL

Oturum Başkanı

Biz de çok teşekkür ediyoruz, çok uzun bir çalışmanın çok kısa sürede özetiydi bu. Son konuşmacımız Nail Bulakbaşı hekimlerin ve sağlık çalışanlarının kıymetli olduğu bir yerden geliyor, Kıbrıs'tan. Kıbrıs Yakın Doğu Üniversitesi Radyoloji ABD'nda öğretim üyesi olarak çalışıyor. Bize görüntüleme merkezlerinde kalite ve tasarım konusunu anlatacak. Buyurun Hocam.

Görüntüleme Laboratuvarlarında Kalite Yönetimi ve İyi Bir Laboratuvar Tasarımı

Prof. Dr. Nail BULAKBAŞI

Yakın Doğu Üniv. Tıp Fak. Radyoloji ABD

Evet, Sayın Başkan teşekkür ediyorum. Bence hekimler ve çalışanlar her yerde aynı değere sahipler, çok çalışmamızın veya az çalışmamızın değerimizden hiçbir şey kaybettirdiğini düşünmüyorum ben. Öncelikle hepinize bu saatte burada olduğunuz için teşekkür ediyorum. Benim 2 konum var; birincisi kalite yönetimi, ikincisi de laboratuvar tasarımı.

Şimdi kalite yönetiminde birtakım kavramlarımız var burada gördüğünüz gibi, bu kavramların detayına geçmeyeceğim. Bizim için kalite kontrolü önemli bir konu. Özellikle mevzuata uygunluk sağlamak için tıbbi ekipmanların düzenli ve aralıklı olarak teknik testlerden kontrol edilmesi ve bunun da yansımalarının görüntü kalitesine değerlendirmesinin yapılması gerekiyor. Bunun için özel ölçümlerimiz ve standart sınırlarımız var. Temel olarak yaptığımız kalite kontrolleri ilk başta cihazların kalite testleri ve bakım ölçütleri, daha sonra X ışın cihazlarının zırhlama özelliklerinin özellikle değerlendirilmesi ki bu ülkemizde TAEK tarafından yapılıyor biliyorsunuz, cihaz kalibrasyonları, detektör ve monitörlerin kalibrasyonları diğer yöntemler. Şimdi kalite yönetiminden bahsettiğimiz zaman aslında kalite yönetimi ve kalite güvencesi konuları birbirleriyle iç içe geçmiş vaziyette ve belli konularda optimizasyon süreçlerini gerektiriyor. Bunun en başında hasta seçim parametreleri var ki bunun hasta kötü seçildiği veya uygun tetkikin seçilmediği durumlarda neler olduğunu Nevra Hocam da, Utku da gayet güzel anlattılar, o yüzden ben fazla üstünde durmayacağım. Randevu sistemi önemli bir konu, yönetim teknikleri, bölümün politika ve uygulamaları, yine teknik etkinlik ve verimliliğin değerlendirilmesi ve hizmet içi eğitimle bu açıkların kapatılması kalite yönetiminin olmazsa olmazlarıdır. Burada amacımız ne? Hasta beklentilerini karşılayan hatta aşan bir hizmet sağlamak, kaynakları daha verimli kullanarak tasarrufta bulunmak ve verilen sağlık hizmetinin kalitesini giderek arttırmak. Bu devamlı bir süreç yani bir anda arttırdım oldu şeklinde değil. Radyolojide ise yaptığımız her aktivitenin saptanması, bunun standartlarının ve varsa belirteçlerinin ortaya konması ve bunların ölçümlerle veri toplanarak süreçlerin sürekli olarak geliştirilmesini amaçlıyoruz. Bu konuda biz birazcık şanslıyız çünkü uygulama standardı olarak başta AmericanCollege of Radiology olmak üzere, Türkiye'de de Türk Radyoloji Derneği olmak üzere gerçekten çok iyi standartlarımız var uygulama alanında. Güvenlik alanında da yine dünya ve

ülkemizde de değişik şekilde yapılmış standartlar var, o yüzden Amerika'yı tekrar keşfetmeye gerek yok aslında, elimizde oldukça fazla standardımız var. Utku da bahsetti, burada önemli olan şey bir defa sistemi irdeleyip sorunu saptamak, sorunu saptadığınız takdirde veri toplayıp analiz ederek bu sorunun nedenlerini buluyorsunuz, bunların tüm faktörlerini saptıyorsunuz, önemli olan şey bu. Yani bir soruna neden olan tek bir şey değil, bütün faktörleri toplamak önemli, sonra bu köklere göre diziyorsunuz, çözüm geliştirip uyguluyorsunuz, eğer çözümünüz tuttuysa bunu standart hale getiriyorsunuz ve tekrar analiz ederek standardın uyumlu olup olmadığını kontrol ediyorsunuz. Bu bir döngü ve bu döngünün aslında bir radyoloji kliniği içerisinde her sorun için devamlı döndürülmesi gerekiyor. Bunu da yaparken Fishbone Analiz Tekniği dediğimiz genellikle bir teknik uyguluyoruz. Burada nedenleri alet bazlı ve insan bazlı olarak genelde ikiye bölüyoruz. Burada bir örnek verdim ben sizin için; örneğin, MR görüntü kalitenizin uygun olmadığı bir durumdasınız, bu durumda donanımsal olarak güncel olmayan bir MR cihazınız olabilir. Bunun çözümü kalibrasyonlarını yaptırmak veya upgrade etmek veya hiçbirisi olmuyorsa yenisini satın almak şeklinde gider. Kötü çekim protokolleri uyguluyorsunuzdur, bu tamamen görüntü kalitesini bozan bir yöntemdir, protokolleri detaylandırarak, sayılarını arttırarak, çeşitli hastalık grupları için çeşitlendirerek bu çözümü uygulayabilirsiniz.

İnsan uygulamalarında kötü randevu sistemi aslında en önemli çünkü hepimizin üstünde daha fazla hasta çekin, randevuları kısaltın diye bir baskı var. Bu baskıyı aşmak için yaptığımız şey de daha az çekim sürelerini kısaltarak çekim yapmaya çalışıyoruz. Nevra Hocam çok güzel bahsetti, çekim süresini azalttığınız zaman görüntü kalitesinden ödün verirsiniz. O nedenle burada çekim sürelerini mutlaka azami şeylerini uygulamak için optimizasyon yapmak gerekir. Tabii teknikeriniz deneyimsiz olabilir, bunu da hizmet içi eğitimlerle çözebilirsiniz. Ama bunların hiçbir tanesini çözmediğiniz takdirde görüntü kaliteniz yine artmayacaktır, dolayısıyla bu görüntü kalitesini azaltan tüm faktörleri ortadan kaldırdıktan sonra ancak görüntü kalitesinde artış bekleyebilirsiniz. Şimdi burada temel olarak bizim hasta güvenliği, yöntemlerimizin geçerliliği ve etkinliği, hasta memnuniyeti ve zaman yönetimi açısından kullandığımız birtakım belirteçler var, bunlar kalite yönetim belirteçleri. Burada detaylarını görüyorsunuz, bunların hepsini anlatıp sizi ve zamanı boşa harcamayacağım ama birkaç tanesine özellikle vurgu yapmak istiyorum, özellikle mamografi sonuçlarının çok kötü çıktığını demin Nevra Hocam bahsetti. Bunun da en temel nedenlerinden bir tanesi tek radyoluğun okuması, aslında mamografilerin çift kör okuma dediğimiz yani 2 radyoluğun birbirinden bağımsız olarak okuyup sonuçların karşılaştırılması gerekiyor, bu özellikle mamografideki kötü sonuçları azaltacak yöntemlerden bir tanesi.

Tabii ki sonuçta bizim verdiğimiz şey rapor, rapor bizim için önemli çünkü aslında bu bir yasal belge, kanuni bir belge. Aynı zamanda incelemenin

detaylarını, yorumlarını veriyor, faturalandırılmada kullanılıyor biliyorsunuz SGK sisteminde, yine akreditasyon çalışmaları, araştırma ve eğitim için de biz raporları kullanıyoruz. Çeşitli rapor tiplerimiz var, bunları geçeceğim. Burada gördüğünüz gibi yapılandırılmış rapor sistemleri kullanıyoruz, kullanmak zorundayız. Burada demin Nevra Hocamın bahsettiği hataların büyük bir nedeni böyle bir yapılandırılmış sistemin kullanılmıyor olması. Bu sistem kullanıldığı takdirde, buradaki eksiklikler tam olduğu takdirde, özellikle imza ve tarih ve yapan kişinin adı soyadı, bu bile eksik, bunlar olduğu takdirde raporlardaki hataların büyük önemde ortadan kalkacağını düşünüyorum. Tabii ki bir de raporların değerli olabilmesi için zamanında klinisyenin eline ulaşması gerekiyor. Bu acil durumlarda maksimum 1 saat olarak kabul ediyoruz, yatan hastalarda birkaç saat içerisinde, poliklinik hastalarında ise en geç 24 saat içerisinde klinisyenin eline ulaşması gerekiyor. Ama tabii ki bugünkü hasta yükleri karşısında bu zamanlara her zaman uyulabiliyor mu, o konu dışı. Bir de rutin dışı bilgilendirme dediğimiz bir durum var ki burada acil tedavi gerektiren olgularda klinisyenin bizzat radyolog tarafından telefonla veya yüz yüze bilgilendirilmesi ya da çekim yaptınız umulmadık bir patoloji çıktı, hastanın yaşamını tehdit eden bir patoloji çıktı, bunu mutlaka bildirmeniz gerekiyor ya da ön raporunuzla son raporunuz arasında tanınızı değiştirecek eğer bir şey olduysa, farklı bir metod olduysa bunun bizzat radyolog tarafından klinisyene bildirilmesi gerekiyor. Sonuçta tabii ki bir takım akreditasyon süreçleri var, bunlar çerisinde ISO standartlarından burada gördüğünüz standartları bir radyoloji kliniğinde kullanabilme şansımız var. Ama hepiniz biliyorsunuz en son modamız JSI kriterleri; JointCommissionInternational'ın verdiği kriterler. Bu kriterlerden bizim hastanemizde uygulananlardan bir örnek getirdim ama temel olarak işleyiş prosedürlerinin, kalite kontrol prosedürlerinin, yetkilendirme prosedürlerinin ve radyasyondan korunma prosedürlerinin mutlaka JSI kriterleri içerisinde yer alması, bunların değişik formlar ve takip formlarıyla detaylandırılarak kontrol edilmesi gerekiyor.

Şimdi geçelim konumuzun ikinci bölümüne, bir radyoloji kliniği nasıl olmalı? İyi bir radyoloji kliniği için radyoloji kliniğinin tasarımının inşaat öncesinde yapılması gerekiyor ve bunun da yapılırken hasta yoğunluğu, hasta akış şemaları, kullanacağınız donanım ve diğer kaynaklara göre yapılması gerekiyor. Burada gördüğünüz kişilerin mutlaka bu planlamada önceden yer alması lazım. Neden? Çünkü hepsinin planlamaya katkısı farklı açıdan oluyor. İyi bir planlama yapmak için aslında bunların hepsinin planlamada yer alması gerekiyor. Ne kadar büyüklükte bir kliniğe ihtiyacımız var? Bu nasıl bir hastanede, ne kadar büyük bir hastanede çalıştığınıza bağlı; küçük ve özel bir merkezde belki bir BT,MR'a ihtiyacınız olmayacak ama büyük bir hastanede belki bunlardan birkaç taneye ihtiyacınız olacak. Burada önemli olan parametreler; hasta sayısı, tetkik sayısı,

hasta yatak sayısı, yatan hastanın poliklinik hastasına oranı yani siz ayaktan tedavi veren bir merkez misiniz yoksa yatarak tedavi eden bir merkez misiniz ve tabi ki cihazlarınızın yükü burada önemli. Ortalama olarak yıllık 5.000 tetkik için veya 50 ile 100 arasında yatak sayısı için bir röntgen cihazına ihtiyacınız var kabaca, tabii bunlar çok kesin sonuçlar değil. BT ve MR için aynı sayılara çok fazla elimizde böyle bir kriterlerimiz yok ama OECD kriterlerine baktığımız zaman ortalamalarını alacak olursak, her 1 milyon kişi için 13 tane MR'a, 23 tane de CT'ye ihtiyacımız var denebilir. Hastanenin neresinde olmalı? Bugünkü mühendislik şartlarında hastanenin her yerinde olabilir ama radyoloji kliniği mutlaka acil servise yakın olmak zorunda. Acil servis hastanızı hızlı bir şekilde radyoloji polikliniğine getirip görüntüleme yapmalısınız, aksi takdirde bunu yapamıyorsanız acil polikliniğine bir radyoloji birimi daha açmak zorundasınız ki bu maliyeti arttıran bir konu. Yine polikliniklere yakın olmalı, diğer laboratuvarlara yakın olmalı, yine radyoterapi kliniğine yakın olmalı. Biliyorsunuz ki bugün radyoterapi kliniklerinin planlamaları radyoloji cihazlarında yapılıyor, dolayısıyla bu hastaların radyoloji bölümüne gidip gelmeleri, eğer uzun ve ara bir mesafe varsa, oldukça problemli oluyor. Tabii ki radyoloji bölümleri hepinizin bildiği gibi iç içe geçmiş küçük bölümlerden oluşur, bu bölümlerin dizaynı yapılırken genellikle teknisyenlerin ve radyologların iş akışı birinci derecede ön plana alınır, hasta akışlı hareket şemaları ikinci plandadır. Genel olarak bizim dizaynlarımızda, bütün dizaynlarda radyografi ve floroskopi birimleri genelde santralde yer alırlar burada gördüğünüz gibi. Ultrason üniteleri, MR ve BT üniteleri genellikle farklı alanlarda olmak zorundadır, yeni teknolojilerin gelişmesiyle, özellikle PET-CT ve PET-MR'ın kullanıma girmesiyle nükleer tıp bölümlerinin de radyolojiyle entegre olması gerekir çünkü bu cihazların devamı kullanılmadığı durumlarda BT ve MR olarak kullanılması maliyeti azaltacak tekniklerden bir tanesidir. Dolayısıyla planlarken aslında maliyet analizini de mutlaka göz önünde tutmak gerekiyor. Kendi birimleri de içlerinde yaparken mutlaka bir kabul bölümü, hastaların hazırlanma bölümü, kontrol odası ve çekim odası olarak 4 ayrı bölümün iç içe, bir arada olması gerekiyor. Her bölümde olması gerekenler içerisinde özellikle karanlık oda ve arşiv odaları artık tarihte kaldı çünkü artık dijital ortamda çalışıyoruz, mutlaka bir rapor odası olması gerekiyor, kayıt ve randevu bölümleri, hasta bekleme ve soyunma odaları, yine de hekim, teknisyen ve personel odalarının mutlaka içinde olması lazım. Bunlar modalitelerimiz ama bu modaliteler içerisinde özellikle büyük hastanelerde, eğitim – araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerinde hele ki ağırlıklı olarak girişimsel radyoloji yapılıyor ise mutlaka bu hastaların girişim sonrası takip edilecekleri hasta bakım odalarının da radyoloji klinikleri içerisine dahil edilmesi gerekiyor. Oda seçerken mümkün olduğu kadar cihazı yangın, deprem, su felaketi gibi fiziksel tehlikelere karşı en güvenli yere kurmak zorundayız. Hepiniz gazetelerde okumuşsunuzdur,

sel bastı öncelikle radyoloji kliniğini basar çünkü en alt kattadır ve bütün cihazlarınız heba olur, dolayısıyla oda seçimini yaparken çok dikkatli olmak gerekir. Yeteri kadar büyüklükte olmalıdır ve oda çekimler dışında herhangi bir başka amaçla kullanılmaz. Her X-ışını ile çalışan odanın girişi, özellikle kurşun zırhlı kapı uygun sesli ve işaretli bir alan belirteçleriyle belirtilenmelidir ki bu uyarı işaretlerini TAEK'in sitesinden rahatlıkla indirebilirsiniz. Yine özellikle kontrol üniteleri odanın içerisindeyse bunların mutlaka bir kurşun bariyer arkasında bulunması gerekiyor. Zırhlama özellikleri çeşitli durumlarda tanımlanmıştır, burada da gördüğünüz gibi ve burada bir takım parametreler kullanıyoruz yani ışını zırhlama parametrelerimiz var, bir takım da kabullerimiz var. Örneğin, hastadan X ışını geçerken X ışınlarının hastada azalacağı zırhlama yaparken kabul edilmez, yani içeride hasta yokmuş gibi kabul edilir. Yine kurşun saçaklar, önlükler, paravan gibi ek malzemelerin yapacağı X ışını engelleri yokmuş olarak kabul edilir ve alanlar genelde dikdörtgen olarak kabul edilir. Odanın duvar yapılarına göre ek zırhlama gerekebilir. Genellikle taban ve tavanda 15 cm. beton varsa zırhlama için yeterlidir ama bunun daha azında mutlaka ek zırhlama gerekir. Yine kapılarda 2 mm. lik kurşun kaplamalar gerekir. Bu kaplamalar radyografi cihazlarında bir insan boyundan fazla olması lazım yani yerden 2 metre kadar en az zırhlamanın mutlaka olması lazım. Ama BT cihazlarında, özellikle bugün kullandığımız MultisliceBT'lerde çok fazla radyasyon çıktığı için bütün duvarın tavana kadar mutlaka zırhlama ile kapanması gerekir. Zırhlamada dikkat edilecek bir takım şeyler var, mutlaka zırhlama alanları arasında açıklıklar bırakılmamalı, pervazlar, kapı kenarları gibi boşluklar da mutlaka zırhlanmalı ve bu zırhlama alanları mutlaka önleri kapanarak güvenli hale getirilmeli.

Biliyorsunuz radyasyona maruz kalan hava ağırlaşır ve radyasyon alanında aşağıda birikir, bu nedenle radyasyonla çalışan odalarda mutlaka aşağıdan emen, yukarıdan taze havayı üfleyen havalandırma sistemlerinin yer alması gerekir. Eğer pencere olacak ise yine 2 metrenin üzerinde ve vasistas şeklinde, devamlı açık bulundurulacak şekilde havalandırmanın olması önerilir.Teşekkür ediyorum.

KONFERANS

ŞEHİR HASTANELERİNDE KALİTE YÖNETİMİ TASARIMI

Dr. Mehmet DEMİR
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Politikaları Kurulu Üyesi

Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Mediko-sosyal merkezinde pratisyen hekim olarak çalıştı. Aynı üniversitede Anatomi dersi verdi. Daha sonra çeşitli tarihlerde sağlık ocağı sorumlu tabipliği, il sağlık müdür yardımcılığı, hastane başhekimliği ve Sağlık Bakanlığında Bakan danışmanlığı ve genel müdür görevlerinde bulundu. Kütahya Tabip Odası yönetiminde yer aldı. Özel sağlık sektöründe kuruculuk ve yöneticilik yaptı. Halen Sağlık Bakanlığı Sağlık Politikaları Kurulu üyesi olarak çalışmaktadır. Demir, sağlık politikası ve ekonomisi ile sağlıkta performans yönetimi, verimlilik, ödeme sistemleri, kalite geliştirme, hasta güvenliği ve genel sağlık sigortası konularına ilgi duymaktadır. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın yürütülmesinde aktif olarak görev almış olan Demir'in kitap ve çok sayıda yayımlanmış makalesi mevcuttur.

Demir, evli ve bir çocuk babasıdır.

ŞEHİR HASTANELERİNDE KALİTE YÖNETİMİ TASARIMI

Dr. Mehmet DEMİR

SB Sağlık Politikaları Kurul Üyesi

Hanımefendiler, beyefendiler hepinizi saygı ve sevgi ile selamlıyorum. Sözlerime bir saat önce işittiğim, hepinizin daha önce belki de duyduğu güzel bir sözle başlamak istiyorum, hem de bu kongremizin anlam ve önemini de ifade ediyor. İyi işlerde yarışınız diyor. Gerçekten kalitede iyi bir iş, iki gündür burada görüyoruz ki, burada bir yarışma var. İyi güzel bir faaliyette bir yarışma var. Ben burada bütün bu sürece katkısı bulunan herkese teşekkür ediyorum. Hiç sağımıza solumuza bakmadan bu iyi işte hep beraber yarışmaya devam edeceğiz. Bu bizim moral ve motivasyonumuzu arttıracak. Şimdi tabii bu kongre 5. Kongre, ben bu 5 kongreyede katılma fırsatı buldum. Her geçen gün bu kongrenin temposu artıyor gerçekten. İçimize sinen iyi bir sağlık hizmeti vermek için bu organizasyon görevini yerine getiriyor. İlk kongrelerde biraz daha böyle Türkiye'nin ihtiyaçları çerçevesinde performans konularına odaklanırken, hastanelerin daha öncelikli konularına odaklanırken yavaş yavaş hasta güvenliğinin önceliklendiği konulara yoğunlaşmaya, hizmetin kalitesi ve hasta güvenliği öncelikli hale gelmeye başladı. Kongrenin dikkat ederseniz hala adında performans kavramı duruyor, arkadaşlar onu bırakmıyorlar, bırakmamakta da bence doğru yapıyorlar. Çünkü kalite sürecinin iyileştirilmesi, kalite faaliyetleri aslında hep bir performans ölçümünü, bir performans değerlendirmesini içeriyor ve bu iki uygulamanın at başı beraber gitmesi gerekiyor.

Kongreye baktığım zaman, bunları da birkaç cümle ile paylaşmak istiyorum. Gerçekten artık böyle çok bilimsel bir alt yapının oluşturulduğunu görüyorum. Sabahki oturumda video gösterisinde çok hızlı geçti yani orada şu anda hakemli bir dergi var, bu çalışmaların sonucu hakemli bir dergi ortaya çıktı. Bu çok önemli bir nokta belki bir müddet sonra artık bu dergi A grubu dergiler içine girecek ve bu faaliyetleri paylaşan burada bu kadar bildiri sunan insanlar için aslında bir alt yapı oluşturmuş olacak. 4 adet konferans var, 21 adet panel var, 60 kadar sözel bildiri ve sunum var, 146 adet poster var, kitaplarda 250 adet tam metin kitap bildirisi var yani bu 3 günde bulunmaz bir nimet, gerçekten sanki 1 yılın özeti gibi. İşte buradan iyi bir şey çıkartmak lazım, iyi bir şey çıkartabilmek lazım. Şimdi kalite çalışmaları ve bu çalışmaların paylaşıldığı bu kongreler sonucunda aslında iyi bir ürün ortaya çıktı. Bu kongrede bunun altını çok iyi çizmek lazım; elle tutulur gözle görülür bir ürün. Bu çalışmalar hem hastanelerde hem Bakanlık merkezinde yapılan bu çalışmalar bir ürün ortaya çıkarttı, bunu çok önemsememiz gerekiyor. Bunu sanki kilometre taşı gibi ele alıp üzerine çalışmaları yoğunlaştırmak gerekiyor.

Aslında biraz da biz bir üst segmente geçtik. Bakanlığın yaptığı bu çalışmaların akredite edilmesi uluslararası arenada kabul görmüş ve bun gerçekleşmesi bence Türkiye'nin bu 11 yıllık Sağlıkta Dönüşüm Programı ve 6-7 yıllık bu kalite çalışmaları için aslında bir kilometre taşı. Kilometre taşları bazen size sorumluluk yükler hani yarışmalarda oluyor ya garanti ediyorsunuz, rahatlıyorsunuz, onun altına düşemezseniz, öyle değerlendirmememiz lazım. Bu kilometre taşı da bize bir sorumluluk yüklüyor, bunun gereğini yapmak gerekiyor çünkü artık biz o önceki düzeyde değiliz, bir üst segmentteyiz, bunun gereğini yerine getirmemiz gerekir diye düşünüyorum.

Şimdi tabii Türkiye de yerinde durmuyor yani bu başarılırken hastanecilik de değişmeye başladı. Şu anda bu zamana kadar hiç tanık olmadığımız büyüklükte hastanelerle karşılaşmaya başlayacağız; yeni Türkiye'nin yeni hastaneleri bizim çalışmalarımız için aslında yeni bir görev ortaya çıkartıyor. Ben biraz burada bu konuşmalarla Türkiye'de yeni ortaya çıkacak hastanelerle alakalı acaba biz kalite çalışanları nasıl çözümler üretebiliriz, neler yapabiliriz bu konuda hep beraber düşünmeye sevk etmek istiyorum. Şimdi sağlık sistemi gelişiyor ama hastanecilik yani hastaneler hala önem taşıyor, gerçi son aylarda Bakanımızın konuşmalarına baktığınız zaman sağlığın teşvik edilmesi, obezite ile mücadele, tütünle mücadele, sağlıklı yaşamla alakalı birçok vurguyu duyuyoruz. Aile hekimliği sistemi ile temel sağlık hizmetleri son derece gelişiyor fakat hala hastanecilik o önemini koruyor. Çünkü bizim nüfusumuzun birikmiş bir hastalık yükü var, bu hastalık yükü ile hala hastane organizasyonları ile mücadele ediyoruz. Nüfus yaşlanıyor, bu yaşlı nüfusun sağlık ihtiyaçları artıyor, hastane organizasyonlarına her zamankinden daha çok ihtiyacımız var. O nedenle hastanecilik, hastane organizasyonu hiç önemini yitirmeyecek, önümüzdeki yıllarda devam edecek. Pratik olarak baktığınız zaman hasta ile sağlık sisteminin temas noktasının en büyük yüzeyini hastanecilik oluşturuyor. Hastanelerdeki memnuniyet, oradaki memnuniyetsizlik hemen dışa daha çabuk yansıyor; belki işte bunun basına yansıyış şekilleri, politik açıklamalar aslında hep bu zeminde cereyan ediyor. Onun için iyi bir hastane yönetim sistemine ihtiyaç var hala, öyle görünüyor.

Şimdi tabii 2 gün boyunca çeşitli şeyler tartışıldı. Özellikle kalite yönetim süreci ile ilgili hani bu bir moda kavram mıdır, gerekli midir gereksiz midir, ihtiyaç mıdır değil midir, bunları da tartıştık, fakat şu anda bizim tecrübemiz şunu gösteriyor ki hastanelerde iyi bir sağlık hizmeti sunumu için bu iyi bir araç. Fakat kalite süreçlerine yaklaşırken de sürecin çok mekanikleşmesine de izin vermememiz lazım, şimdi bazen bu belki kamudan kaynaklanıyordur, kamu koyduğu standartlar, yönetmelikler, çeşitli şartlarla bazen süreçleri mekanikleştirebilir, öyle bir algı oluşabilir. Ama burada bu süreçlerin içtenlikle,

gerçekten içimize sindirerek uygulamak da hastanedeki profesyonellere düşüyor yani hasta ile temasta olan profesyonellere düşüyor. Ne kadar mevzuatlar, uygulamalar mekanik görünse de, ağzımızda böyle mekanik bir tat bıraksa da bunu biraz daha yumuşatacak, biraz daha içselleştirecek hasta ile temas eden sağlık profesyonellerinin görevi olduğunu düşünüyorum. Bunu hep vurguluyoruz, bunun bir ekip işi olması lazım, şimdi aslında ben eskiden şöyle bakıyordum, sağlık maliyetlerini oluşturan hekim kararlarıdır, hekim kararlarıyla sağlık hizmetlerinin maliyetleri oluşur. Fakat bu perspektifi tekrar değerlendirme ihtiyacı duyduk. Bu perspektifi değerlendirdiğimiz zaman aslında şöyle bir süreç ortaya çıkıyor. Hastanın teşhis ve tedavi süreci ile hastanın bakım süreci gerçekten birbirinin tamamlayıcısı. Hastanın teşhis ve tedavi sürecinde fonksiyon gören, o teşhis ve tedavileriyle seçenekleriyle tedavinin boyutunu belirleyen hekimlerle beraber hastanelerde özellikle hastanın o bakım sürecini çünkü bazen teşhis ve tedavi çok hızlı gerçekleşebiliyor ama o bakım süreci çok emek ister. O bakım süreci hem maliyetler açısından, hem insanların memnuniyeti açısından, hem de riskler açısından aslında önemli bir bölümü teşkil ediyor. O nedenle aslında sağlık sistemine belki bu perspektiften biraz daha gerçekçi bakmak gerekiyor yani bu bir ekip işidir, ekip sorumluluğu altında yürümesi gerekiyor. Şimdi biz hekimleri kalite çalışmalarına çekemiyoruz, bunu da tespit etmemiz lazım. Şöyle bir mazeretimiz oluyor, dünyada da zaten bu böyle, hekimler çok bu işlere girmiyorlar. Ama biraz önce ifade ettiğim gibi bu tedavi bütünlüğü açısından sürecin hem teşhis tedavi, hem de bakım sürecinin gerçekten bütünleşik yürümesi açısından hekim meslektaşların bu sürecin içine girmesi gerekiyor. Şimdi ben kayıp kuşak var diye düşünüyorum bu konuda yani eski ağabeylerimiz, belki onlar bu arenaya çok hızlı giremeyeceklerdir. Tabii herkes için böyle konuşmayalım ama hiç değilse biz böyle Y kuşağını hani bu kuşaklar da çok bahsedilir, davranışları, değişiklikleri itibarı ile hani bu X kuşağını kaybediyoruz biz ama hiç değilse Y kuşağını kazanmamız lazım. Onun için de yani hekimlerin daha eğitiminin başında bu süreç içinde yer alması lazım, müfredat içine bu kalite ile ilgili süreçler girmesi lazım. Ben geçen gün tıp fakültesi müfredatlarını şöyle bir gözden geçirdim. Şu anda kalite standartları neredeyse hastaneciliğin tamamını karşılıyor yani bütün hastane süreçlerini içeriyor. O kadar yüklü müfredat var ki aslında onun içinde, tıp eğitimi içinde büyük bir yer işgal etmesi lazım. Her anlatılan konu stajlarda, ameliyathanede, sterilizasyonla geçen her süre içerisinde belki bunların bir daha gözden geçirilmesi lazım, içselleşmesi lazım ki biz hekimlerimizi bu sürecin içerisine dahil edebilelim diye düşünüyorum.

Şimdi önümüzdeki yıllarda tahmin edebileceğimizden daha büyük hastanelerle karşılaşmaya başlayacağız, bunlar gerçekten çok büyük yatırımlar. Hem bina büyüklükleri olarak, hem de içerdikleri teçhizat bakımından, gerçekten çok

büyük organizasyonlar karşımıza çıkacak. Onun için bugünden hepimizin bir zihni çalışmaya ihtiyacı var diye düşünüyorum. Şimdi kalite deyince bir kavramı da paylaşmak istiyorum. Hani bunun klinik kalitesi nerede deniyor. Acaba dedim biz bunu atlıyor muyuz, bunu tekrar bir değerlendirelim. Bu kalite standartlarına baktığım zaman aslında şunu gördüm, o kalite standartları içinde klinik kalite var, bizde biraz ezber olmuş klinik kalite bunun içinde yoktur diye. Olmayan şu, klinik sonuç yok ama dünyanın hiçbir yerinde şu anda klinik sonucu yani klinik sonuçla alakalı indikatörleri kullanan ülke yok yani biraz böyle program bazında, proje bazında kullanılıyor. Aslında hani şu şeyden kurtulmamız lazım şu anda hizmet kalite standartları içinde klinik kalite vardır, klinik kalite ölçülüyordur, ölçemediğimiz sonuçtur. İşte diyabetin sonucunu ölçemiyordur, hastanın komplikasyon geliştirip geliştirmediğini ölçemiyordur, hemoglobin değerlerinin normal seyirde gittiğini ölçemiyordur ama kesinlikle bu standartlar içinde klinik kalite unsurlarının olduğunu ifade etmek istiyorum. Bir de sabah Müsteşarım da çıktı, çok yeni aslında çok anlamlı bir gün yaşıyoruz, işte Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı kuruldu. Onun içinde 6 bölüm var, bir 5 bölüme bakıyorsunuz çok birbirine benzer ama birde Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü var. Ya bunun burada ne işi var diyoruz bazen aslında onun da çok büyük anlamı var. Sonuçta bakın Türkiye'de sağlıkla ilgili önemli bir enstitü içinde, kalite ve akreditasyon enstitüsü yer alıyor. İşte Türkiye iç güvenliği ile ilgili süreçlerinin son aşamasına geliyor. Bunlar gerçekten bu kongre ile eş zamanlı gerçekten önemli şeyler. Bir de bu giriş kısmında son olarak şunu paylaşmak istiyorum. Şimdi bazen bu çalışmalar yani illa bir yönetmelik ya da bakanlığın bu konuda bir organizasyonu şart mıdır? Aslında değil yani sonuçta bu bir öğreti, hastanede iyi hizmet sunmanın öğretisi. Bir servis sorumlusu bir hemşire hanım, bir laboratuvar sorumlusu laboratuvar teknisyeni arkadaşımız, ameliyathane sorumlusu bir hekimimiz, başhekimimiz, genel sekreterimiz, aslında hiç sağına soluna bakmadan her şey ortada o kadar çok kaynak var ki yani bunları uygulayabilir yani illa bakanlıkta bir organizasyon bir birim olması şart değil. Önemli olan bence bu kültürü yani bu atmosferi oluşturabilmekti, bence Türkiye'de bu atmosfer oluştu artık. Bizim mevzuatımızın da artık buna müsaade ettiğini düşünüyorum; bu genel sekreterlikler bunun için kuruldu yani sonuçta o ilde hiç kimse belki çok arayışa girmeden bu iyi güzel işler yapılabilir, bu uygulamalar yapılabilir. Bireysel olarak da her hekimin, her hemşirenin bunlar aslında görevinin bir parçasıdır, bunları uygulayabilir, illa bir organizasyon gerçekten gerekmiyor.

Ben şimdi birkaç soruyla konuyu açmak istiyorum, şimdi konumuz şehir hastaneleri, birazdan o hastaneleri de yavaş yavaş tanımlamaya çalışacağım. Mevcut bir bilgi ve tecrübemiz oluştu, acaba bu tecrübemiz bu mega hastaneler için yeterli olabilecek mi, kendimizi bir çek etmemiz lazım, bu hastaneleri tanımamız lazım.

Bu organizasyonlar için Türkiye'nin sahip olduğu bu birikim yetecek mi? Belki bunun basit bir cevabı var, evet buna hazırız, çok endişe etmemize gerek yok. Bu hastaneler açıldığı gün oranın kalite direktörleri görevlerini yerine getirecektir. Bu aklımızda kalması gereken bir soru işareti. Acaba şu anda kullandığımız bu mevcut kalite araçları, bu standartlar, uygulama rehberleri bize yeterli mi acaba yeni bir tasarıma ihtiyaç var mı? Bu soru hepimizi kapsıyor, her düzeyde bu sürecin içinde olan kişilerin bunu düşünmesi lazım. Bu hastaneleri kamuoyundan, bakanlık bültenlerinden takip ediyoruz, az çok açılış tarihleri önümüzdeki günlerde daha da netleşmeye başlayacak, belki birçoğumuz orada görev alacağız. Çünkü sonuçta bu hastaneler özel sektör tarafından yapılıyor olsa da bunların tamamen işletmesini kamu yapacağı için belki birçoğumuz orada görev almış olacağız. Burada bir olmazsa olmazımız var, o da gerçekten bu kadar devasa bir bütçeyle kurulan, bu bütçeleri kıyasladığımız zaman dünya ölçeğinde bütçeler var, acaba etkin ve verimli kullanabilecek miyiz? Burada bizim olmazsa olmazımız bu yapıların, bu hastanelerin, yani büyük emekle yapılan, büyük paralar harcanan bu hastanelerin olmazsa olmazı verimli kullanılması ve işe yaraması. Şöyle bir soru sormak istiyorum; son model bir araba aldınız, dişinizden tırnağınızdan arttırdınız parlıyor, onunla trafiğe çıkacaksınız. Sigortasız dışarı çıkmazsınız o arabayla, bu hastaneler de böyle. Acaba bunların sigortası nedir, bunların sigortası neler olması lazım diye düşünmemiz lazım. Ben şöyle diyorum bu sigortalardan en önemlisi de o hastanedeki kalite ve akreditasyon süreçlerinin iyi işlemesi bu hastanelerin gerçekten sigortası olacak.

Şimdi bir kavramı paylaşmak istiyorum, biraz bizim dışımızda bir kavram, malzeme bilimi ile alakalı, bazen böyle malzemeler gerçekten çok ilginç oluyor, kompozit malzeme diye bir çeşit malzeme var. O malzemeye bakıyorsunuz birçok farklı bileşenden oluşuyor yani karma bileşik oluşmuş, basit olmayan mürekkep diye tabir ediliyor. Bu malzemeler gerçekten çok kuvvetli, bazen o malzeme içindeki bir maddeden daha kuvvetli oluyor. Böyle baktım internette tararken en eski bildiğimiz kompozit malzemeler kerpiç. Biliyorsunuz bildiğimiz toprak dayanıksız, bildiğimiz su akan giden, bildiğimiz saman bir alevde yanan ama onları siz bir araya getirdiğiniz zaman bir kompozit malzeme diyorsunuz ve yüzyıllarca, Van'a giderseniz, Van'da ta milattan önce yapılmış Urartu medeniyetlerine ait kerpiçten yapıları görürsünüz, çok dayanıklılardır. Kompozit kavramı gerçekten çok önemli ben burada bu şehir hastaneleri ile beraber bu hastanelere aslında artık kompozit hastane diye bakmaya başladım yani bunlar kompozit hastane olması lazım, bunlar ne bina olması lazım, ne teknoloji olması lazım, ne insan kaynakları olması lazım. Bunların en uygun bir şekilde karması ile oluşması lazım. Şöyle bir kompozit hastane modeli oluşturmaya çalıştım. Bilmiyorum okunuyor mu, bunun en nüve çekirdeğinde şu anda yapmakta olduğumuz bu mega kampüs şehir

hastaneleri; son derece modern bir alt yapı, çevresi ile uyumlu olan bir alt yapı, bir bina yatırımı. Onun üstünde burada yüksek bir teknoloji olacak, bu kadar hastane yatırımı yapıyorsunuz buraya da son model, son teknoloji cihazlarla donatmanız lazım; ultrasonu, MR'ı, kanser tedavisi ile ilgili yani burada yüksek bir teknoloji var. Şimdi burada yeterli bir insan kaynağı olması lazım, yeterli yetişmiş bir insan kaynağının olması lazım. İyi bir finansman mekanizması olması lazım bu hastanelerin, ülkenin sağlık sistemine uyumlu iyi bir finansman mekanizması olması lazım. Normalde şu andaki hastanelerimizin de bir finansman mekanizması var ama bu hastaneler dediğim gibi uzun yıllar dayanıklı olması lazım, hizmet edebilmesi lazım, eskimemesi lazım, fonksiyon görmesi lazım, işe yaraması lazım, onun için burada iyi bir finansman mekanizmasına ihtiyaç var. Bu hastanenin iyi bir kalite yönetim sistemi olması lazım yani buradaki insan kaynağını, teknolojiyi o binayı sürekli ayakta tutacak bir kalite yönetim sistemine ihtiyacımız var. Onun dışında bir akreditasyona ihtiyaç var; bu kadar kıymet ortaya koyuyorsunuz, bunun herkes tarafından kabul görmüş güvenilir bir sürece ihtiyacınız var. O da biliyoruz ki akreditasyon süreci, hastane akreditasyon süreci, bu kompozit yapının, bu sağlam yapının akreditasyonla tamamlanması gerekiyor.

Bu şehir hastanelerinin biraz genel yapısından belki bahsetmekte fayda var. Bu bir kamu özel ortaklığı modeli hani literatürde de yap kirala devret diyor. Birisi yapıyor, devlete kiralıyor, 25- 30 yıl sonra da bütün her şeyi ile beraber devrediyor. Böyle bir modeli kullandı Türkiye. Bu model vasıtasıyla da kamu ile özel sektör arasında akdedilen bir sözleşmeyi yapıyor. Bu yapı özel sektör tarafından finanse ediliyor. Gerekli hallerde bu tasarımı da yapıyor. Belli bir süre için idareye yani Sağlık Bakanlığına kiralıyor. Kiralanan yapı üzerine bazı mal ve hizmet üretim birimlerini kısmen veya tamamen yapımcı tarafından işletiliyor ve yapının mükellefiyeti, mülkiyeti kira dönemi sonunda Sağlık Bakanlığına devrediliyor. Şimdi aslında burada her bir cümleyi ihtiyaç var onu açmaya çalışacağım yani bu klinik kalite uygulamalarına, akreditasyon uygulamalarına gerçekten ihtiyaç var ki buradaki bu yapı sağlıklı işleyebilsin. İşte tabloda bunun kısa bir özeti görülüyor, birçok ilde bunlar yapılıyor biliyorsunuz, siz de bunlara tanık oluyorsunuz. 3000 yataklı gibi çok devasa hastaneler, hastane kompleksleri oluşuyor ve bunlara artık şehir hastanesi diyoruz. Bazen tek bir hastane 500-600 yataklı da olabilir, ama bu bizim alışık olduğumuz 500-600 yataklı hastane değil. Sonuçta metrekaresi çok büyük, hasta yatağı başına düşen metrekarenin şu anda kıyaslanmayacak kadar yüksek olduğu hastaneler. Tabii şehir hastaneleri bir amaç için yapılıyor yani bu model işte yap kirala devret modeli bir amaç için yapılıyor. Sonuçta sağlık sektöründe çok hızlı bir şekilde, belki Türkiye'nin şu andaki mevcut cebindeki para ile yapamayacağı nitelikte hastane ve hasta yatağında ciddi bir gelişme kaydediliyor. Böylece kamu sağlık alanındaki ilk yatırım maliyetlerini azaltarak

bu tesisleri sağlık hizmetine sunmuş oluyor. Şimdi bakın eskiden hastanelerde çok taraf yoktu, bakanlık vardı, bakanlığın kuralları, biz çalışanlar vardı ama şimdi bakın hastanelerde yeni bir aktör geliyor, yapımcı geliyor çünkü o yüklenici artık hastanenin içinde. Hastanenin ayakta durması için, bütün tesisin çalışabilmesi için onun bazı görevleri ve sorumlulukları oluyor, bazı tesisle ilgili tıbbi süreçler dışındaki süreçlerin idaresinden sorumlu oluyor. Bu açıdan artık hastanelerde yeni bir paydaşımız ortaya çıkıyor. Şimdi aslında bu yeni paydaşın da çıkarları var, o da sonuçta büyük yatırım yapmış ve bu yatırımın karşılığını almak istiyor. Sonuçta o organizasyon hastane organizasyonu işte burada bazı kırmızı çizgilere ihtiyaç var. İleriki zamanda bu hastaneler bu fonksiyonları yüklenmeye başladığı zaman aslında bu kalite standartlarının Bakanlık açısından yükleniciye karşı kırmızı çizgiler olacağını düşünüyorum. Çünkü biliyorsunuz tesis dediğimiz şey kendi başına durmuyor, orada hasta insanlarla o tesis bir canlı etkileşim içinde, o tesisin her aşaması, her unsuru 24 saat boyunca sağlık sistemini etkileyebiliyor. O açıdan bizim yüklenici ile olan günlük veya dönemsel müzakerelerimizde kalite yönetim sistemi, bu standartlar, bizim kırmızı çizgimiz olacaktır. Çünkü bu standartlar sadece tıbbi süreçleri içermiyor biliyorsunuz, bunlar o tesisin güvenliğinden alt yapısına kadar birçok süreçleri içeriyor. Onun için bunun elimizde gerçekten önemli bir koz olduğunu düşünüyorum. Şimdi tabii bu hastaneler açılacak, gerçi Bakanlık olarak da bazı tedbirleri belki şimdiden almak gerekiyor. Yani şimdi normal bir hastane açılışı olmayacaktır, gerçekten çok büyük organizasyonlar yani anahtar teslim alacaksınız her şeyi, bütün tıbbi cihazları alınmış kurulmuş işlemeye başlıyor. Şimdi bu hastanelerin açılışı aslında çok önemli, açılışından önceki safha çok önemli. Burada ben özellikle şunu vurgulamak istiyorum, bu hastanede bir kişi göreve başlayacaksa o ilk göreve başlayacaklardan bir tanesinin kalite yönetim direktörü olması gerekiyor, bu bir şart, hastane açılmadan önce kalite yönetim sürecinin başlatılması gerekiyor. Bakanlıkta ilk yıllarda 2003 veya 2004 yılıydı, Türkiye'de en büyük özel hastane açılmıştı, biz de oradaki kalite alt yapısını görmek için oraya bir ziyarette bulunmuştuk. Hasan Bey de vardı hatta ilk Bakanlıkta göreve başlamıştık o zaman, o hastaneye gittiğimiz zaman dediler ki biz açıldık ama yani üç aydır burada tam kadro çalışıyoruz, bütün kalite dokümanlarımızı oluşturduk, eğitim toplantılarımızı yapıyoruz, oryantasyon eğitimleri yapıyoruz, her şeyi yapıyoruz ama hastaneyi açmadık, ancak hastaneyi hazır olduğumuz zaman açacağız diye ifade etmişlerdi. Belki kamunun böyle bir lüksü olmayabilir ama mutlaka önceden orada birilerinin o ilk açılıştan önce orada görev alması gerektiğini düşünüyorum. Bir de burada eminim iyi bir oryantasyon eğitimi yapıyoruz da, hiç değilse başlangıçta bu oryantasyon eğitimi gerçekten iyi yapmamız lazım bu hastanelerde yoksa sonra toparlayamayacağız yani düğmeyi baştan yanlış ilikleyeceğiz, sonra o hasta sirkülasyonu, o günlük

işleyiş bize o fırsatı vermeyecek. Belki de bu kalite uygulamalarımızdaki en önemli konulardan bir tanesinin bu hastaneler için, stratejik olarak oryantasyon eğitimi olduğunu düşünüyorum. Çünkü bırakın hastaları belki bizler kaybolacağız hastanede, onun için hastanede her çalışanın hastanesini, cihazı, yapıyı çok iyi tanıması gerektiğini düşünüyorum. Bence bu şehir hastanelerinin başlamasındaki en önemli kalite uygulamalarından bir tanesi olacak belki çok özel bir şey gibi geliyor ama gerçekten oryantasyon eğitimi bu hastaneler açısından başlangıçta olmazsa olmazlardan bir uygulama. Hatta akreditasyon sürecinin bu hastaneler açılmadan başlaması gerekiyor. Yani bu hastaneler için akreditasyon sürecinde TÜSEB fonksiyon kazanmış olacak, Türkiye iş güvenliği sürecinde kurumsal yapısını da akredite edecek. Belki de işte Türkiye'nin akreditasyon modeliyle ilk akredite olan hastaneler bunlar olması lazım, bunlarla bu çalışmaların başlatılması lazım. Çünkü bu kadar yatırımın bir an önce kıymetlenmesi lazım, biraz önce o kompozit hastanede çizdiğim o en dış halkadaki o akreditasyon olması lazım, riske almamamız lazım, bu hastanelerin güvenilirliği ile alakalı bir risk almamamız lazım. Bu hastaneler sadece bizim toplumumuza değil komşu coğrafyadaki sağlıkla ilgili birçok problem yaşayan coğrafyaya da hizmet edecek, kapasiteleri bunu gerektiriyor. Aslında sadece bir milli sorumluluk değil, aslında uluslararası bir sorumluluğu da ifade ediyor. Coğrafyamızdaki karmaşıklığı hep beraber izliyoruz, orada milyonlarca insanın sağlık hakkı, sağlık ihtiyaçları var. Madem böyle hastaneler yaptık bu kadar fonksiyonlu hastaneler, bunlara herkes güvensin, buradan tedavi alsın düşüncesi ile akreditasyon çalışmalarını burada bir an önce başlamasının kilit bir fonksiyon olduğunu düşünüyorum. Şimdi tabii biz burada ilk defa bir de kampüsle karşılaşacağız. Hani kampüs hayatı üniversitede vardır yaşamışızdır, bir kampüs var farklı farklı hastanelerden, destek birimlerinden oluşmuş bir kampüs var. Şimdi belki hizmet kalite standartlarını da bu kampüs açısından da elden geçirmekte fayda var çünkü artık bunlar genel bir hastane bloğu değil sonuçta işte kadın doğum, kanser, kalp cerrahisi hastanelerin birleşiminden oluşan bir kampus. Onun için belki hizmet kalite standartlarını bu kampüs anlayışıyla da tekrar bir gözden geçirmekte fayda olduğunu düşünüyorum. Şimdi ben burada tabii bir tasarım yapmaya çalışmadım, sonuçta bu tasarımın hepimizin görevi olduğunu düşünüyorum. Belki bugünden itibaren birinci öncelikli görevimiz ister bu hastanelerde çalışalım ister çalışmayalım, en azından kalite ve akreditasyon konusunda bu kadar yoğun bir bilimsel faaliyetin olduğu bu kongrede buradan sizlerle beraber bir model geliştirmemiz lazım, bu hastaneleri yavaş yavaş ortaya çıktıkça tanımamız lazım. Mevcut kalite ve akreditasyon standartlarıyla bu hastanelerle nasıl daha iyi hizmet edebiliriz? Başta sunduğum o kompozit yapıyı nasıl sağlayabiliriz? Bu konuda çalışmaların hep beraber yürütülmesi gerektiği inancındayım.

Biraz da bu TÜSEB'den bahsetmek istiyorum, en azından görüşlerimden bahsetmek istiyorum. Bu gerçekten önemli bir nokta çünkü Sağlıkta Dönüşüm Programı'na baktığımız zaman orada bileşenler vardır biliyorsunuz, o bileşenlerin birçoğu gerçekleşti bu zamana kadar; aile hekimliği, genel sağlık sigortası, hastanelerin birleştirilmesi vesaire. Orada bir de şu cümle geçerdi, kalite ve akreditasyon kurumu. Bugün hani bir kurum ismi olmadı ama Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü kurulmuş oldu. Şimdi bu enstitü farklı bir çalışma içinde olmayacak diye düşünüyorum, sonuçta bu enstitü buradaki birikimleri kullanacak, belki buradan görev alacak arkadaşlarımız olacak o enstitü içinde. Sonuçta bu enstitü Bakanlığın çatısı altında ama hep bize söyleniyordu akreditasyon hani biraz Türkiye'de özel sektör de çok hizmet sunan, çok sayıda hastanesi olan bir sektör, üniversiteler var, Bakanlık dışında bir yapı bunu değerlendirmesi lazım. O aslında bir ölçüde yerine gelmiş oldu çünkü bizim kamu mevzuatımız, kamu rejimimiz şu anda tamamen ayrı bir yapıya çok uygun değildi ama çok Bakanlığın içinde de değil dışında da değil, Bakanlığa bağlı bir kurum olarak ve başkanlık olarak böyle bir başkanlık kuruldu, böyle bir enstitü kurulmuş oldu. Bu şekilde bu enstitü vasıtasıyla bu çalışmalar biraz daha konsolide edilmiş olacak. En azından uluslararası akreditasyon yapma imkânımız olacak. Sabah Müsteşarımız ifade etti, Makedonya'dan hani lütfen gelip bizim hastanelerimizi değerlendirin diyorlardı, biz birkaç gün önce Kıbrıs'taydık. Kıbrıs'tan da öyle bir talep geldi, hastanelerimizi sizin bu kalite standartlarınız çerçevesinde bir gözden geçirseniz, bir rapor sunsanız, yani sonuçta hem bizim yakın coğrafyamızda hem uzak coğrafyamızda bir değerlendirme ihtiyacı var. Bu değerlendirme ihtiyacını en azından ISQua onayı ile bu yetkiyi almış vaziyetteyiz. İşte bu enstitü de bunu gerçekleştirecektir. Ben hepinize çok teşekkür ediyorum. Dinlediğiniz için saygılarımı sunuyorum.

PANEL

YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNDE HASTA BAKIM KALİTESİ VE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Oturum Başkanı - **Uzm. Dr. Zafer ÇUKUROVA**
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanı

1965 yılında İstanbul'da doğdu. İstanbul Kabataş Erkek Lisesini bitirdikten sonra girdiği İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1988'de mezun oldu. Muş İli Bulanık Devlet Hastanesinde mecburi hizmet görevini yaptı. 1989'da Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Yoğun Bakım Kliniğinde başladığı ihtisas eğitimini 1994'te tamamladıktan sonra yine aynı hastanede 2001 yılına kadar Başasistanlık görevlerinde bulundu. 2001 yılında Klinik Şef Yardımcısı olarak Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesine geçti. 2005-2012 yılları arasında Başhekimlik görevinde bulundu. Bu görevde iken Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi alanında yüksek lisansını tamamladı. Kasım 2012'de Anesteziyoloji ve Yoğun Bakım Kliniği Eğitim Görevlisi kadrosuna atandı. 2013'te Anesteziyoloji ve Yoğun Bakım Kliniği Yoğun Bakım Yan Dal Uzmanlığını aldı. Ekim 2013 tarihinde Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığına, Haziran 2014 tarihinde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanlığına atandı ve halen bu görevine devam etmektedir. Evli ve 3 çocuk babasıdır.

Yoğun Bakımda Elektronik İzlem Uygulaması ve Hasta Güvenliğine Katkıları

Emral CANAN
Atlas Sağlık Proje Genel Müdürü

1971 yılında Kırklareli ili Vize ilçesinde doğdu. 1993 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Bilgisayar Programcılığı, 2004 yılında Bilgisayar Mühendisliği, 2009 yılında Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri bölümlerinden mezun oldu.1996-2004 yıllarında Tekstil sektöründe çalıştı. ERP (Kurumsal Kaynak Planlaması) ve CRM (Müşteri İlişkileri Yönetimi) IT projelerinde yöneticilik yaptı. Medikal serüveni 2004 yılında hastane bilgi sistemleri yöneticiliği ile başladı. 2011 yılında, Yoğun Bakım Klinik Karar Destek Sistemi, Türkiyearayüzlerinin geliştiriciliği görevini üstlendi. Biyomedikal cihaz ve HBYS –Order (HL7) entegrasyonu ara yazılımlarının geliştirmesine liderlik yaptı. Sonucunda; başarılı saha uygulamaları gerçekleştirildi. Halen bu alanda proje yöneticiliği yapmaktadır. Canan, evli ve üç çocuk babasıdır.

Yoğun Bakım Ünitelerinde Enfeksiyon Kontrolü

Prof. Dr. Murat DİZBAY

Gazi Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD

1970 yılında İzmit'te doğdu. 1995 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2001 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Bakteriyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalında uzmanlığını tamamladı. Aynı üniversitede 2005 yılında Öğretim Görevlisi, 2007 yılında Yardımcı Doçent, 2010 yılında ise Doçent ünvanını aldı. Mayıs 2012-2014 Tarihleri arasında Türk Hastane infeksiyonları ve Kontrolü Derneği Genel Sekreterliği görevini yürüttü. Hastane infeksiyonları, yoğun bakım infeksiyonları, fungal infeksiyonlar, antimikrobiyal direnç konularında çalışmaları bulunmaktadır.

Yoğun Bakım Ünitelerinde Hastalık Şiddeti Skorlama Sistemleri

Prof. Dr. Arzu TOPELİ İSKİT

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD

Hacettepe Üniversitesi İngilizce Tıp Fakültesi'ni 1991'de bitirdi. Aynı Fakültede İç Hastalıkları Uzmanlık Eğitimini 1996'da tamamladı. 1996-1998 yılları arasında Amerika Birleşik Devletlerinde Yoğun Bakım eğitimi alan Dr. TOPELİ İSKİT, 1998 yılından itibaren Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi/Bilim Dalı Başkanıdır. 2000 yılında Amerikan Toraks Derneği Genç Araştırmacı, 2001 yılında Avrupa Solunum Derneği KOAH Lokal Araştırma ödülünü almıştır. 2005 yılında kurulmuş olan Türk Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği'nin kurucu başkanlığını yapmış olup halen derneğin ikinci başkanıdır. Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisinin Editörüdür. 2013 yılında Dünya Yoğun Bakım Dernekleri Federasyonu yönetim kurulu üyeliğine seçilmiştir. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Başhekimliği görevini Aralık 2011 tarihinden itibaren yürüten Dr. TOPELİ-İSKİT'in ilgi alanları solunum yetmezliği, sepsis, yoğun bakım enfeksiyonları, evde bakım, hasta güvenliği, sağlıkta kalite ve yoğun bakım organizasyonudur.

Yoğun Bakım Hastalarında Bası Yarasının İzlenmesi

Prof. Dr. Ramazan KAHVECİ

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD

1982 yılında Hacettepe Tıp Fakültesini bitirdi, 1989 yılında Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Uzmanı oldu. 2000 yılında Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi profesörü olan Dr Kahveci, 2010- 2012 döneminde Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu Başkanlığını yaptı. Yara Bakım Onarım Derneğinde aktif olarak çalışan DrKahveci Yara Bakım Onarım Derneği 9. Ulusal Kongre Başkanı olarak görevlidir. ProfDr Zeynep Kahveci ile evli ve 2 çocuğu olan Dr Kahveci aynı zamanda El Cerrahisi Uzmanı ve Ağız Yüz Çene Cerrahisi Uzmanıdır.

YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNDE HASTA BAKIM KALİTESİ VE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Uzm. Dr. Zafer ÇUKUROVA

Oturum Başkanı

Evet değerli katılımcılar hepinize iyi bir öğleden sonra dileyerek oturumu açmak istiyorum. Bugünkü konumuz yoğun bakımlarımızda hasta bakımıyla ilgili kalite standartları, bunların ölçülmesi değerlendirilmesi, standardizasyonu, takibi, arşivlenebilmesi ve her birimizin kendi yoğun bakımımızla ilgili ölçüm standartlarını neye göre yapacağımız, nasıl dizayn edeceğimiz ve bunların takip sistematiğini nasıl oluşturacağımız konusunda olacak. Bugünkü oturumun ilk konuşmacısı Sayın Emral Canan olacak. Emral Bey bizim Bakırköy Eğitim Araştırma Hastanesinde son 3 yıldır kullandığımız yoğun bakım klinik bilgi yönetim sisteminde de birlikte çalıştığımız bir arkadaşımız. Kendisi aslında bilgisayar mühendisi fakat yarı yarıya artık bizden oldu. Birçok skorlama sistemini, hemşirelikle ilgili takip sistematiklerini, erken uyarı sistemlerini, enfeksiyonla ilgili alert edici birçok mekanizmayı biz kendisine bayağı öğrettik. Kısaca ilk sunumu ondan almak üzere başlayalım. Buyurun.

Yoğun Bakımda Elektronik İzlem Uygulaması ve Hasta Güvenliğine Katkıları

Emral CANAN

Atlas Sağlık Proje Genel Müdürü

Hoş geldiniz. Bu sunumumda sizlere Türkiye'de uygulamaya alınmış, yoğun bakımlarda klinik karar destek sisteminin ilk örneklerini ve çalışma prensiplerinden bahsedeceğim. Mütevazi olmak istemiyorum, bu bir başarı hikayesidir. Bildiğiniz gibi yoğun bakımlar çok kompleks iş süreçlerine sahiptir. Günümüzde bu kadar yoğun ve ileri teknoloji kullanımına rağmen yoğun bakımlardaki iş takibinin teknoloji kullanımı değil, ama iş takibinin ve halen teknolojiden yoksun yapılıyor olması sizce de garip değil mi? Bu değişim kaçınılmaz. Henüz İstanbul dışına çıkamadık ama gelin siz de bu başarı hikâyesine ortak olun. Önce bir takdimle başlayalım.

Yaklaşık 3 yılı aşkın süredir ağırlıklı yoğun bakım ve ameliyathanelerde klinik

karar destek sistemi yazılımının Türkiye ara yüzlerini geliştirmekteyiz. Şimdiye kadar birisi kamu hastanesi olmak üzere toplam 5 hastanede 126 yatağın kâğıtsız karar destek modelli yönetimi projelerinde yer aldık. Bu projeler arasında pediatri yoğun bakım da var. Yine yazılım hastanelerin kendi iş akışlarına, mevcut medikal cihazlarına ve çalışan HBYS Pacs Lis eczane sistemlerine göre özelleştirildi. Bu da temel özellikleri hariç servislere özel 8 farklı uygulama geliştirdiğimiz anlamına gelmektedir. Sistem modüler ve öğrenen bir yapıya sahip. Özelleştirme ekranlarına sahip ara yüzü sayesinde birlikte çalıştığımız değerli hekimler ile her geçen gün en iyisini yapma gayretini sarf ederek sahadaki çalışmalarımızı devam ettirmekteyiz. Birkaç tane terim var hızlıca onları geçmek istiyorum. EMR dediğimiz Electronical Medical Record sistemi hastanelerdeki bilgisayar temelli çalışan tüm yazılımların genel adına verilen bir terimdir. Yine HBYS sizin de şu anda kullandığınız Hospital Information System ağırlıklı hasta kayıt, randevu, stok, eczane, laboratuvar, faturalama kısmen cihaz entegrasyonları ve yine kısmen klinik modüllerden oluşur. Hemen hemen tüm hastane süreçlerinin yönetimini sağlar, tam odaktaki yazılımlardır diye tanımlayabiliyorum.

Bizim ilgilendiğimiz konu ise Clinical Information System yani klinik bilgi sistemi. Burada yaptığımız klinik süreçleri takip eden yazılımlardır bu yazılımlar. Entegrasyonlar sistemin temelini oluşturmaktadır. Bu sayede bu entegrasyonlar yapıldıktan sonra özellikle cihaz entegrasyonlarından bahsetmek istiyorum. Klinik verileri de içeren tek bir takip ekranı sunacak sonunda bize bu iş. KDS ise, klinik bilgi sisteminin desteklediği, klinik bilgi sisteminin ürettiği verileri istenilen aralıklarda bilimsel klinik modeller ile anlamlı bilgiye dönüştürülmesini sağlayan ve gerekli uyarı sinyallerini sağlık çalışanlarına gönderen, tüm bunların toplamında hastanın tedavisinde hekime ve hemşireye yardımcı olmayı amaçlayan sistemler bütününe verilen addır. Yine bu sistem yetki, onay, zorlama ve uyarı metotlarıyla hasta güvenliği konularını destekler.

İşin tarihçesine baktığımızda 1960'lı yılların sonlarından bu yana bilgisayar temelli karar yardım sistemleri sürekli geliştirilmekte. Bugüne geldiğimizde ise şaşırtıcı bir teknoloji ile karşılaşıyoruz; artık giyilebilir sağlık teknolojileri, mobil sağlık uygulamaları. Yine bu konuyu hazırlarken çok şaşırtıcı 1000'in üzerinde mobil sağlık uygulaması olduğunu duyduğumda şaşırdım. Yine tele tıp. Bu konuda da Türkiye'de ciddi eksiklikler var. Bu işin sonu, bu anlatacağım sunumun sonu esasında Tele-ICU' ya kadar gidecek ve elbette internet teknolojileri.

Uygulama adımlarına yani sistemin mimarisine baktığımızda çok ciddi çalışılmış bir mimari üzerinde sistem uygulamaya alınmıştır. Zaman zaman bana çok eski sorular geliyor, ya bu sistem ne kadar güvenilir filan diye. Bu sisteme benim cevabım şöyle oluyor, bir banka sistemi ne kadar güvenliyse bu sistem de o kadar

güvenli ve elbette sizin IT backgroundunuzla da doğru orantılı. Yine burada Tele-ICU'yu destekleyen, arşivleme modülü olan, arka planda çalışan, yapay zekaya sahip, server ve yine internet erişimine izin veren firewall yapısı da bu işin içerisinde, çok teknik olduğu için fazla girmek istemiyorum.

Proje adımlarını şöyle hızlıca geçelim gerekli teknik alt yapının kurulumu sağlanır. Biyomedikal cihazlar ile entegrasyonlar sağlanır. Bu konu esasında bizim en çok zorlandığımız konuydu. Türkiye'de ilk defa yaptığımız için, 3 yıldır yaklaşık 20'nin üzerinde cihaz entegrasyonu yaptık fakat biyomedikal cihaz tedarikçileri bile bu konudan bihaberdi. Bu işleri yaparken aynı zamanda onların eğitimine de katkıda bulunduk. İşte hasta başı monitörünü, merkezi monitörü, ventilatör, pompalar, anestezi cihazları, kan gazı cihazları tüm bu cihazları biz sisteme entegre etmek zorunda idik. Yine cihazların ürettiği parametre değerleri her dakika hasta dosyasına dijital olarak kaydedilir bizim sistemimizde. Klasik sistemlerde biliyorsunuz çarşaf listelere 4-5 tane parametre yazılıyor fakat cihaz esasında arka planda yüzlerce parametre üretiyor. Tüm bu cihazın sizin daha henüz erişemediğiniz tüm bu parametreleri biz sisteme aktarabiliyoruz. Yine HBYS Pacs Lis sistemleri ile entegrasyonlar sağlanır. Mevcut formlar, hastanenin kendine ait mevcut formları elektronik ortam için yeniden tasarlanır. Bir başka konu ise sizin şu anda kullanmış olduğunuz HBYS'lerin yapısında ki order yapısı biraz daha stok bazlı çalışan yapılardır. İşte adet takip edilir falan, bizim sistemimizde ileri klinik order yapısı vardır; drop takip edersiniz, mililitre takip ederiz bizim sistemimizde, balansı elde edebilmek için. Dolayısıyla hastanedeki ilaçlar da, solüsyonlar da yeniden gözden geçirilerek bu sisteme uygun hale getirilir. Order entegrasyonu yine çok zorlandığımız bir konu az önce söyledim 5 hastanede bu uygulamayı gerçekleştirdik. Sadece 1 hastanede order entegrasyonunu yapabildik, yine sebebi HBYS'ler bu işe tam hazır değil, HBYS'lerdeki order yapıları buna çok uygun değil. Olay tanımlamalarını sisteme entegre ediyoruz, hemşirenin hastada gelişebilecek her türlü olayı butonlar halinde tasarlıyoruz. Bir de bakım tanımlamaları yapılıyor, aspirasyon, pozisyon, ağız bakımı gibi. Hekimlerin görev tanımları da yeniden yapılıyor, görev tanımları hemşireye vermiş oldukları orderlar yani kan gazı takibini yap, pozisyon ver, kısıtlama yap gibi. Bu konular da sisteme tanımlanıyor. Ve en sonunda biz artık tamamen yoğun bakıma hakim olmaya başladık bile şu anda. Çarşaf listeyi, hesap makinesini, reçeteyi ortadan kaldırıyoruz. Resimde gördüğünüz gibi bir yoğun bakım elde ediyoruz. Tabi çarşaf listeyi, hesap makinesini ortadan kaldırdığınızda bu konu bir anlamda enfeksiyonu da ilgilendiriyor. Her yatak başına panel PC'ler, ortama uygun fansız çalışan panel PC'ler konuluyor ve artık bütün iş takibi bu ekranlardan yapılıyor.

Tabi şimdiye kadar anlattığım cihazlardan tüm detay veriyi almaya başladık,

formlar giriliyor, hekim orderları giriliyor, onaylar giriliyor, bakımlar giriliyor, sistem artık ciddi bir veri tabanına sahip olmaya başlıyor bu dakikadan sonra. Biz bu koşullar gerçekleştiğinde ne deriz? Un var, yağ var, şeker var ne duruyorsun helva yapsana. İşte karar destek modellemesi de işin helva kısmı. Bu dakikadan sonra biz klinik bilgi sisteminin haricinde bir başka ekstra bir iş yapıyoruz, tüm detaya artık hakim olan bu sistem daha önceden kendisine öğretilmiş formülleri arka planda sürekli çalışan yapay zekasıyla kontrol ederek koşullar gerçekleştiğinde kullanıcılarına ikaz eder ve zorlar. Oluşan bu olaylar, hastada bir septik şok geliştiyse bu olayın doğrulanması zorunludur, mutlaka doğrulanmalı ve uyarı zamanı ile doğrulama zamanı arasındaki geçen süre hasta güvenliği açısından kaydedilir. Sefer Hocamla bununla ilgili bir çalışma yaptık ve bu konuyla ilgili çalışan performansını ölçtük. Buradaki amaç klinik ve operasyonel sonuçların iyileştirilmesi ve hasta güvenliği elde edilmesi.

Hızlı bu eventlerden, yapmış olduğumuz bu çalışmalardan birkaç örnek vermek istiyorum. Septik şok uyarısını yapay zekâya öğrettik, septik şok uyarısını biliyorsunuz 5 parametresi var. Bu 5 parametreden herhangi 3 tanesi aynı anda geliştiği an sistem tüm iş istasyonlarına uyarı veriyor, hasta septik şoka girdi diyor ve o dakikadan sonra artık hemşirenin ya da hekimin buna geri dönüş süresini kontrol ediyor. Yine sepsis ve sonrasının algoritması var buna göre dikkat hastada SIRS bulguları gözlendi, enfeksiyon düşünülüyor mu, sepsis formunu doldurunuz diye tabi bu koşul gerçekleştiği an. Yapay zekâ bunu sağlıyor, arka planda sürekli, esasında bir bekçi yaratıyoruz. Sürekli sizin adınıza hastalarınızın vital parametrelerini kontrol ediyor. Ventilatör kaynaklı akciğer uyarısının formulasyonunu yaptık, bununla ilgili bir gelişme olduğu zaman uyarı veriyor. RIFLE AKI değerlendirmesi sonucu hastada gelişebilecek akut böbrek yetmezliği evresini sistem bize otomatik olarak söyleyebiliyor, burada da formülünü görüyorsunuz. Yine bu da değişik bir çalışmaydı, saturasyon ve saturasyondan pozisyona kadar gidebilecek bir algoritma yapıldı. Son 1 saat boyunca saturasyon hala 88'in altında ise doktoruna haber ver diyor, hastanın saturasyonu düştü diyor. Hastanın her 2 hemitoraksı ventilasyona katılıyor mu diye sistem hekime soruyor. Son 2 saatte bak 60'ın üzerinde ve bir önceki saate göre yükseltilmiş ise uyarı ver. Eğer hastada atelektazi varsa, hastaya pozisyon vermeyi düşün diyecek kadar sistem arka planda sizi yönlendirmeye çalışıyor.

Yine hızlıca diğer yapmış olduğumuz yeniliklerden de bahsedeyim. Ağrı formu dolduruyor hemşireler sistemde, eğer hastanın ağrısı olmasına rağmen nereden biliyor, bir önceki ağrı değerlendirmeden puanını biliyor, 2 saat sonra mı, 12 saat sonra mı doldurulacağını sistem ölçüyor ve ağrı formunu doldurman lazım diye uyarı veriyor. Hastanın ilk 24 saatinde APACHE'si doldurulmamışsa bununla

ilgili bir uyarı veriyor, değerlendirmesinin yapılma zamanı geldi diyor, yine sizi uyarıyor. Buradan ne anlaşılıyor? Sürekli ve esasında ortamda kompüter sürekli sahayı izliyor ve gerekli uyarıları size veriyor. Ağrı değerlendirme zamanı geldi, doktorunu bilgilendirin diyor. Bunları şu anda sizin yapmanız mümkün mü? Hayır, mümkün değil. Yine hastanın oksijenasyonu bozuk diyor, hastanın hemoglobin değeri 6'nın altındaysa doktoru bilgilendir diyor. Hastanın laktat değeri 4'ün üzerindeyse doktorunu bilgilendir diyor. Tansiyonu düşük, tansiyonu büyük, hastanın tidal volümü yüksek diyor, yüksek set edilmiş diyor, bu da çok önemli bir parametre. Tidal volümü biliyorsunuz predicted kilo ile set edilmesi gereken bir parametre. Sistem arka planda bizi predicted tahmini kilosunu da hesaplayarak eğer tidal volümü yanlış set edildiyse yüksek diye de uyarı verebiliyor. Yine ventilatör devresinin 8. günü diyor, sonlandırmanız lazım. Human albümin 9 dozdan fazla uygulandı diyor, sıvı dengesi 2000 milimetrenin altında, sonda değişme zamanı geldi, hastanın sıvı dengesi 4000'in üzerinde gibi sürekli biz bu uygulamayı geliştiriyoruz. İşte hasta 3 gündür defekasyona çıkmamış, tedavinin 72. saati oldu doktoruna haber veriniz gibi yeniliklerimiz var. Yine alerji tanımlarını yapmıştık daha önceden. Bu alerji tanımına göre uygun koşul gerçekleştiğinde, yanlış tedavi yapıldığında sistem bizi uyarıyor.

Kullanıcıların olaylara geri dönüş sürelerinin ölçülmesi. Biz artık az önceki eventler bizi uyarıyor, bu eventleri de biz burada ölçümleyebiliyoruz. Diyebiliyoruz ki bir kullanıcı, sol tarafta görüyorsunuz, olaylara geri dönüş süresi 1 dakika iken bir başka kullanıcının 13176 dakika olduğunu görebiliyoruz, burada bir şekilde performans ölçümü de yapabiliyoruz. Yine bu hastanede septik şoka geri dönüş süresinin 3 dakika olduğunu görebiliyoruz fakat APACHE'nin ilk 24 saatte doldurulma süresine bakıyorum 6200 dakika sonra dolduruluyormuş gibi performans değerlendirmeleri de yapılabiliyor. Bu ölçümü gece hastaya 43 defa septik şok uyarısı gelmiş ve geri dönüş süresine baktığımızda kimse geri dönüş yapmamıştı, onaylamamıştı. Bunun üzerine Zafer Hocam istemişti, onun için yaptım.

Yine sahaya bir panel PC koyarak uyarı ve bilgilendirme mesajlarını takip edebiliyorsunuz. Şu anda bağlansak buradan bile orada yatan hastalarda gelişmiş olabilen her türlü eventi biz buradan görebiliyoruz ve bu eventin doğrulanıp doğrulanmadığını, kim tarafından doğrulandığını da ölçebiliyoruz. Uygulama ekranlarına bakalım. Burada sahanın grafiği var, tüm yatakların dolu olduğunu görüyoruz. Çift tıklamayla tüm yataklara erişebiliyoruz ve o yataklara ait otomatik olarak cihazlardan çekilmiş hemodinami verilerine, solunum verilerine, hepsine hakim olabiliyoruz. Yine grafik çalışmaları var, istediğimiz bir parametreye fokuslanıp hastanın tüm yatış zamanındaki heart rate'inin mesela bir grafiği, bu

mutlaka size bir şey anlatıyor olmuş olması lazım. Yine bası yarası önemli bir indikatör, bunu da sistemde çok derinlemesine takip ediyoruz, bası Braden skoru doldurtuluyor, yine bası yarasının nasıl geliştiğini fotoğraflayarak da sisteme ekleyebiliyorsunuz. Bu da bası yarasıyla ilgili detay bir çalışma. Mesela altta görüyorsunuz, hastalardaki bası Braden skorlarının nasıl değişiklik gösterdiğini de oradan görebiliyoruz. Buradaki ekranda da hemşirelerin hastalara yapmış oldukları uygulamaları, bakımları görüyoruz. İşte sentinel beslenme kaçıncı dakikasında, entübe edilmiş mi, pozisyon verilmiş mi, tüm detaya hakim olabiliyoruz. Eğer sistemle pompa entegrasyonunu sağlayabilirseniz gerçek balansa ulaşabiliyorsunuz, artık hesap makinesinin yerini pompa sistemi devreye alıyor ve pompadaki gerçek hareketler balansa yansıyor. Bu hekimin reçete ekranı. Hemşire görev hatırlatıcısı ile tedavinin zamanında yapılmasını da sistem destekliyor ve eğer tedavi zamanında yapılmazsa onu kara listeye atıyor gibi. Aynı anda 10'un üzerinde skor sistemde takip edilebiliyor. Bu skorlar da otomatik olarak hesaplanıyor yani zaten girilmiş olan değerler üzerinde sizin de sadece kaydet demeniz yeterli oluyor.

Biz bu çalışmaları yaparken vizitlerde önceliği belirlemek adına bir çalışma istediler bizden. 23 yataklı bir hastanede acaba vizitler yapılırken hangi hastadan başlamalıyız diye bir soru vardı. Bunun üzerine yepyeni bir çalışma yaptık, klinik kriterlere göre 23 puanı olan bir vizitte önceliği belirleyecek bir skor oluşturduk. Bunun bilmiyorum patent konusu nasıl oluyor ama sizin hangi hastadan vizite başlamanız gerektiğini sırasıyla sistem bize önerebiliyor. Yine burada bir rapor, hastalık tanısı ve kalış süresi, ventilatör, tüm skorlarını sıralı bir şekilde görebiliyorsunuz. Solunum modu, hastanın kaç dakika hangi modda kaldığı, bu moddan sonra hangi moda geçtiği, o modda kaç dakika kaldığı gibi ve bunların skorlamalarla korelasyonunu da sağlayabiliyoruz sistemin. Balansta hastanın değerleri cihazdan otomatik olarak alınıyor ve solüsyonları daha önceden set ediyoruz ve solüsyonun balansa katkıları otomatik olarak sisteme aktarılıyor. Yine aynı şekilde kalori otomatik olarak hesaplanıyor. Output verileri olaylar ile eşleştirildiğinden dolayı ishal, kusma, defekasyon parametrelerinden gelen çıktılar formlardan otomatik olarak alınıyor. Dolayısıyla sizin balansınız otomatik olarak oluşuyor esasında, sadece saatlik idrarı istiyoruz biz burada da görüldüğü gibi.

Tüm bunların sonunda sistemde artık dashboardları da kullanabiliyoruz, bu dashboard ile hastanın temel parametreleri ile sahayı uzaktan takip edebiliyorsunuz herhangi bir noktadan internet vasıtasıyla. Burada mesela az önce bahsettiğim vizit 23 skoru ile 6.yatağın ilk vizit edilmesi gereken hasta olduğunu sistem bize söyleyebiliyor. Bir başka yönetici paneli var, bu yönetici panelindeki hasta yatak renkleri de APACHE 4'e göre yanıyor şu anda. Burada yine hangi hastada bası

yarası var, son 2 saattir hangi hastalara pozisyon verilip verilmediğinin detayını bile buradan görebiliyorsunuz. Yine bunlarda yönetici raporu, doluluk oranı, kaç hasta var, kaç hasta yatıyor, şu anda yatan hastalara ortalama kaç gündür yatıyor, tedavi basamakları, hasta çıkış yüzdeleri gibi detay verilere hakim olabiliyorsunuz. Olayları da artık çok yakından takip edebiliyorsunuz, benim hastanemde hasta başına ortalama kaç tane ağız bakımı yapıyorum, göz bakımı yapıyorum, aspirasyon yapıyorum, bunları kim yapmış, nasıl yapmış gibi detaylara da hakim olabiliyorsunuz. Önemli bir konu esasında ama hangi hastaya hangi malzemeler harcandı ve hangi hasta için kaç lira harcadım gibi birtakım finansal konulara da destek verebiliyor. Yine hastalık tanımlarına göre burada bir rapor var. Ex inceleme şimdiye kadar ex ortalamalarını, mortalite oranlarını, morbidite oranlarını da burada sıralayabiliyoruz.

Faydalarına gelirsek, bir kere kâğıtsız bir ortama sahip oluyorsunuz ve dokümantasyon için harcanan zamanı kazanıyorsunuz, bunu bakıma harcayabiliyorsunuz. Bakım kaliteniz ister istemez artıyor, hatalar azalıyor ve izlenebilir tedavi süreçlerine sahip oluyorsunuz. İlaç, malzeme tasarrufu yapıyorsunuz, klinik karar, destek ve uyarılara sahip oluyorsunuz. Burada çok söylemek istemiyorum ama yurtdışındaki yapılmış olan çalışmalarda mortalite oranını % 30 azalttığı bu sistemlerin söyleniyor. Burada henüz daha böyle bir ölçüm yapamadık, çünkü neyle ölçeceğimizi bilmiyoruz. Bilimsel çalışmalara kaynak elbette, uzaktan erişim ve kontrole izin veriyor, otomatik epikriz ve basamaklandırma yapıyor bu sistem, bu da çok önemli bir konu. Elle manuel epikriz hazırlanmıyor, basamaklandırmayı sistem kendisi otomatik olarak hastanın kaçıncı evrede olduğunu öğrenebiliyor. Yine az önce gördüğümüz gibi performans değerlendirmesi yapabiliyorsunuz, yurtdışında yapılmış olan zamanla ilgili çalışmalar var burada, shift başına 95 dakika kazanıldığını buradan görebiliyoruz. Bizim de burada yapmış olduğumuz bir gözlem çalışması var, bu gözlem çalışmasında da hemşire bakım sürelerinden günde 146 dakika kazanç sağladığımızı biz gördük, bunu gördük ve ben yaptım hatta. Artık hemşire hiçbir şekilde kâğıt kalemle uğraşmıyor, baktığınız zaman benim elimde resimler var ama burada göstermek istemiyorum. Çok ciddi hastanelerde bile herkes oturmuş kâğıt, kalem, hesap makinesiyle uğraşıyor, kimse hastaya bakmıyor. Bu süre bu sistemlerle 17 dakikaya iniyor, kompüterle sadece 17 dakika haşır neşir olup tüm veriye hakim olabiliyorsunuz. Finansal faydası yine yurtdışından gelen çalışmalar bunlar. Vital değerlerin kaydedilme ve form doldurma için harcanan zaman yarıya indirildi. Faturalama hataları % 72 oranında azaltıldı ve bu katkının finansal faydasının yıllık 300 bin dolar olduğunun görüldüğü bir çalışma, Fransa'da. Yine burada ilaç optimizasyonundan 700 bin dolar faydası olduğunu, yine bir başka çalışmada % 20 oranında bir ilaç tasarrufu sağlandığını raporlamışlar. Elbette

şimdiye kadar anlattığımız şeyleri tek başına yapmadık. Bu sistemde bize yardımcı olan, bize katkıda bulunan hekimlerimize huzurlarınızda yeniden teşekkür etmek istiyorum. Çok teşekkürler.

Uzm. Dr. Zafer ÇUKUROVA

Oturum Başkanı

Evet, ölçebilmek için önce doğru kaydedip anlık ve sürekli arşivleyebildiğimiz bir kayıt sistematiğimize ulaştığımızda kendinizi değerlendirme şansına sahip olabiliyorsunuz. Şimdi ikinci konuşmacıya geçmek istiyorum. Gazi Üniversitesinden Hocamız Sayın Prof. Dr. Murat Dizbay da bize "Yoğun Bakım Ünitelerinde Enfeksiyon Kontrolü" nü anlatacak. Buyurun Hocam.

Yoğun Bakım Ünitelerinde Enfeksiyon Kontrolü

Prof. Dr. Murat DİZBAY

Gazi Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD

Teşekkür ederim Sayın Başkan. Benim ismim Dr. Murat Dizbay, Gazi Üniversitesi enfeksiyon hastalıklarındayım. Yakın zamana kadar da Türk Hastane Enfeksiyonları ve Kontrolü Derneğinin de Genel Sekreterliğini yürüttüm. Etkilendiğimi söylemek zorundayım, bizim kongrelerimizde bile 100-150 kişiye anlattığımız zaman kendimizi şanslı sayıyorduk. Benim her zaman söylediğim bir şey vardır. Yoğun bakımcılar, enfeksiyoncular dışında da kalite birimlerinin, yöneticilerin bu olaya sahip çıkması gerektiği. Bu kadar kalabalık bir topluluğu görünce gerçekten çok etkilendim. İlginiz ve katılımınız için şimdiden çok teşekkür ediyorum.

Yoğun bakım üniteleri hepinizin bildiği gibi ağır hastalıklara sahip hastalar yatıyor ve mortalite oranları çok yüksek. Girişimler çok fazla yapılıyor, çeşitli invaziv girişimler uygulanıyor buralarda, gerçekten yoğun bir çalışma sürüyor. Tabi bunun neticesinde de bazı komplikasyonlar olabiliyor, istenmeyen durumlar ortaya çıkabiliyor ki bunlardan da başlıcası enfeksiyon. Bu EPIC çalışması 75 ülkede 1265 yoğun bakım ünitesinde yapılmış, tek günlük nokta prevalansı çalışması. Yani o gün fotoğrafını çekiyorsunuz yoğun bakım ünitelerinin. Bakıldığı zaman hastaların % 51'inde enfeksiyon var, bu baştan enfeksiyonla da gelmiş olabilir ya da orada gelişmiş olabilir fark etmez, % 71'i de antibiyotik alıyor. Baktığınız zaman gerçekten çok büyük oranlar. Enfeksiyonların da büyük çoğunluğunu pnömoniler oluşturuyor, bazıları hastalarda birden fazla enfeksiyon var. Abdominal enfeksiyonlar, kan dolaşımı enfeksiyonları, idrar yolu enfeksiyonları gibi etkenler de değişik etkenler. Bakıldığı zaman enfekte hastalardaki mortalite oranı yani ölüm oranı 2 kat daha fazla, demek ki bizim yoğun bakımda başarımızı en çok etkileyen konulardan birisi enfeksiyonun gelişip gelişmemesi, bu bizim açımızdan önemli. Tabi medyaya da yansıyan durumlar var, en ölümcül enfeksiyon hastane enfeksiyonu, yoğun bakımda hastane enfeksiyonu paniği, bunlar zaman zaman medyaya da yansıyor. Yoğun bakımların kapatılması bile medyaya yansıyor çünkü etkiliyor. Sağlık Bakanlığı önlemler alıyor zaman zaman, bu da medyaya yansıyor. Evet, sonuçta mortalitede bir artış var dedik, özellikle gram negatifler gelişmişse, mortaliteye baktığınız zaman bir pnömoni gelişmişse, % 64 mortalitesi var yani her 2 hastadan daha fazlası ölüyor ne yazık ki bu enfeksiyonlar yüzünden. Çok önemli bir nokta bu, bunların önlenmesi gerekiyor. Artı maliyeti de arttırıyor tabi, enfeksiyonun türüne

göre, yerleşim yerine göre, etken mikroorganizmaya göre ya da sizin ülkenizdeki sağlık hizmetlerinin maliyetine göre değişmekle birlikte Avrupa'da yıllık 7 milyar Euro, Amerika'da 6.5 milyar Euro'nun harcandığı saptanmış. Ortalama bir kan dolaşımı enfeksiyonu gelişmişse, kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu 5 bin dolara yakın bir maliyet arttırıyor. Pnömoni gelişmişse 2250 dolar gibi artış var bu değişik rakamlar değişebiliyor sürekli olarak, ek maliyet getiriyor.

Türkiye'de de yapılan çalışmalar var, eski ve yeni çalışmalar. Ortalama 1600 dolar gibi hastane enfeksiyonu geliştiği zaman maliyeti artırıyor. Bunlar eski rakamlar. Bizim hastanemizde çok yakın zamanda yapmış olduğumuz çalışma, cerrahi sonrası gelişen bir pnömoninin varlığı yaklaşık 8 bin TL gibi maliyeti arttırıyor yani çok yüksek rakamlara çıkıyor, biz bu kadar zengin bir ülke değiliz.

Baktığınız zaman bunlar UHS'nın verileri, Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı, 1 yılda hastanelerden bildirilen yoğun bakımlarda yapılan invaziv alet ilişkili sürveyans sonuçları bunlar. 3 alet için yani santral venöz katerer, üriner kateter ve ventilatör ilişkili pnömoni için biz sürveyans yapıyoruz yoğun bakımlarda. Bakıldığı zaman 4900 kan dolaşımı enfeksiyonu, 7600 idrar yolu enfeksiyonu ve 12400 gibi bir ventilatör ilişkili pnömoni oranları bildirilmiş ki gerçekten yüksek oranlar.

Peki, hastane enfeksiyonlarını nasıl önleyeceğiz? Çok emek yoğun bir iş, hadi önleyelim demekle önlenmiyor ne yazık ki, multidisipliner bir yaklaşım gerektiriyor. Yönetim desteği olmazsa olmaz, bir idare hastane enfeksiyonunun azaltılması yönünde bir karar almamışsa ne yaparsanız yapın belli bir noktadan öteye gidemezsiniz. İdarenin desteği son derece önemli. Çünkü malzemeler gerekecek en basitinden malzemeyi almanız gerekecek, yönetim onay vermezse hiçbir şey yapamıyorsunuz. Ulusal politikalar oluşturulması gerekiyor. Sonuçta şöyle diyorum, önlemek tedavi etmekten daha kolay. Bir örnek vereyim, bir kan dolaşımı enfeksiyonu gelişsin, mantarlara, candidalara bağlı gelişsin, buna verdiğiniz antifungal vs.ye harcadığınız para, bir hastanın tedavisi 12 bin 13 bin TL'ye mal oluyor. Siz bununla hastane enfeksiyonlarını önlemek için malzeme satın alsanız belki 1 yıllık malzemesini satın alacaksınız. Bir enfeksiyonu önlemekle aslında çok daha büyük kazançlarınız olacak.

Hastane enfeksiyonları önlenebilir mi? Yaklaşık % 40'ının önlenebilir olduğu değişik çalışmalarda gösterilmiş DSÖ raporlarında var. Gelişmekte olan ülkelerde bundan daha fazlasının da önlenebilir olduğu söylenmekte. Aksi ispat edilmediği sürece her hastane enfeksiyonu temel enfeksiyon kurallarına uyulduğu takdirde, bunu özellikle vurguluyorum, önlenmesi mümkün olan bir tıbbi hata olarak kabul edilebilir şeklinde yaklaşımlar var. Enfeksiyon kontrol

programlarının amaçları tabi ki öncelikle hastayı korumak olacak, sonra da sağlık çalışanlarını, ziyaretçileri ve hastane ortamındaki diğer çalışanları, insanları korumak olacak. Mümkün olan her durumda da bu ilk 2 amaca maliyet etkin bir şekilde ulaşmak amaçlar arasında. Şimdi 21. Yüzyıla geldiğimizde hastane enfeksiyonları kısır döngüsüne bakmıyoruz, nüfus özellikle ülkemizde yaşlanıyor ve daha ağır hastalıklar başta kanser kemoterapisi var vs. insanların hayatı uzatılıyor ama bu komplikasyonlar nedeniyle daha çok medikal sorunlarla karşılaşıyorlar, altta yatan daha ağır hastalıklar var ve bunlara daha çok invaziv girişim yapılıyor, agresif kemoterapiler uygulanıyor, yabancı cisimler takılıyor, yoğun antibiyotik kullanılıyor bu hastalara. Sonuçta dirençli mikroorganizmalar ortaya çıkıyor ve bunların seleksiyonuyla süper mikroplar ortaya çıkıyor. Belki de şu andaki en büyük sorunlardan birisi bu, bunlara karşı tedavi seçeneklerimiz gerçekten azaldı. Gene hastane binalarının eskimesiyle ortaya çıkan sorunlar var, özellikle lejyonella sorunu ülkemiz için önem kazanacak, birçok merkezde sıkıntı var. Süper mikrop dediğimiz, MRSA, VRE hepinizin az çok aşina olduğu mikroorganizmalar, dünyanın birçok yerinde önemli sorun, bizim ülkemizde de bunlardan muzdaribiz. Evet, yani yakında artık kullanacağımız antibiyotik kalmayacak. Sorun burada al bu otu kaynat, hastana içir şeklinde bir döneme gidiyoruz. Herhalde yoğun bakımların bir kenarında tencere içinde otları kaynatarak hastalara içirme dönemine gireceğiz gibi çünkü antibiyotik yok. Bakıldığı zaman yeni antibiyotik var mı ortaya çıkan, yeni molekül sayısı yok ve bunların çoğuna da direnç gelişiyor o yüzden post-antibiyotik döneme girmek üzereyiz, eldeki mevcut olanları çok akıllıca kullanmamız gerekiyor. Çözümü enfeksiyon kontrolü, bunların yayılmasını önlememiz lazım. El hijyeni olmazsa olmaz standart önlemler, izolasyonlar, sterilizasyon ve dezenfeksiyonun kontrolü gene çok önemli bir nokta. Enfeksiyon kontrol kılavuzları var, çıkarıldı. Onları takip etmek gerekiyor. Kontrollü antibiyotik kullanımı gene önemli bir nokta.

Şimdi önemli gelişmeler var, yasal düzenlemeler. Özellikle 2005'deki Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği ile aslında çok güzel adımlar atıldı ülkemizde. Bir yönetmeliğimiz var enfeksiyon kontrol komiteleri yapılandırıldı, düzenli olarak sürveyans yapılıyor. 2007'den itibaren UHS'ya Ulusal Hastane Enfeksiyonları Surveyans Ağı geliştirildi. Oralara veri gönderiyoruz. Tanıda moleküler yöntemleri daha çok kullanmaya başladık. İzolasyon teknikleri tanımlandı ve daha çok hastanelerde uygulanır hale geldi. Enformasyon teknolojisinin kullanılmasının yaygınlaştırılması, bir önceki konuşmasında Sayın Canan çok güzel anlattı ve kalite iyileştirme programları çok önemli bir noktada enfeksiyonlarla mücadelede.

Şimdi yeni anlayışta hastane enfeksiyonları tıbbi hata olarak kabul edilmekte hatta bazı hastanelerde görüyoruz, avukatlar koridorlarda gezip hastaların başına

bir şey gelip gelmediğini soruyorlar doktoru ya da hastaneyi dava etmek için, bu noktalardayız. Bunların **çoğunun önlenebilir olduğunu biliyoruz. Önlenebilir durumlar için de geri ödeme yapılmaz, bu sizin hatanız, hastanedeki çalışanların hatası yüzünden ortaya çıktı, o halde ben bunun masraflarını ödemeyeceğim diyebilir geri ödeme kurumu. Böyle bir durum da var. Önleme konusunda sıfır tolerans kültürü önemli, birazdan ondan bahsedeceğim. Hasta güvenliği kültürünün sonucu olarak da hastane enfeksiyonlarının önlenmesi önemli bir nokta. Gene kamuya bildirim diğer bir nokta. Yakında hastaneler belki kendi enfeksiyon oranlarını yayınlayarak benim hastanemin enfeksiyon oranı şu kadar, benim hastaneme gelin gibi reklam yaparsa şaşmamak lazım.**

Kalite ve enfeksiyon kontrolü. Şimdi sağlık bakım ve yönetiminde günümüzdeki trendler en son ve en yeni bilimsel ve teknik gelişmeleri kullanmak. Bakıyorsunuz organ transplantasyonu birçok merkezde yapılmaya başlandı. ***İmmunsüpresif hasta popülasyonu arttı, daha fazla girişimsel işlem uygulanıyor, daha riskli uygulamalar yapılıyor, tabi sonuç olarak bunlar*** enfeksiyonu etkileyen kısımlar. Hastanede yatış süresini kısaltmaya çalışıyorlar çünkü hasta ne kadar erken çıkarsa bir yenisini yatıracağız ve o kadar çok kazanç elde edeceğiz. Ama bu hasta bakımında eksikliğe neden olabiliyor çünkü hastanın tam tedavisi bitmeden birini çıkarıp yenisini yatırma gibi durumlar da ortaya çıkabiliyor. Daha düşük maliyetle kaliteli hizmet vermek. Buna özellikle soru işareti koydum herkes az çok bu mümkün mü diye kafasından geçirebilir. Daha az hemşire ya da personelle daha çok kişiye hizmet vermek gene bir diğer trend. Birçok hastaneyle konuşuyorum personel eksiği olmayan bir hastane yok gibi, bundan şikâyet etmeyen kurum yok gibi. Ama bu da çalışanlar arasında iş tatminsizliğine ve aşırı yorulmaya neden oluyor. Sürekli personel değişiyor, özellikle yoğun bakımlarda personel tutamıyoruz, sürekli birileri değişiyor ve bu da enfeksiyon kontrolüne uyumda azalmaya neden oluyor. Çok yorgun bir insana elini yıka dediğiniz zaman hadi be falan diyebiliyor size bir süre sonra.

Sonuçta sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlar sağlık hizmet kalitesinde kritik bir faktör olarak kabul edilmekte ve bir kalite indikatörü olarak birçok ülkede kullanılmakta; ülkemizde de benzer uygulamalar mevcut. Ben gelmeden bir tarama yaptım. Hastane hizmet kalite standartları içinde enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi 105 puan diye geçiyor, yoğun bakım ünitesi ile ilgili standartlara baktığımda bu 510 puanın 75 puanı gene enfeksiyon kontrolüyle ilgili. Gene kalite indikatörleri içinde enfeksiyonlarla ilgili kısımlar çok fazla yer almakta yani kaliteyi ilgilendiren en önemli nokta herhalde enfeksiyon kontrolü diye düşünüyorum. Sonuçta eğer bir şeyi ölçebiliyorsanız iyileştirebilirsiniz, o nedenle hastane enfeksiyonları bir indikatör olarak daha rahat alınabiliyor. Standart

tanımları var, surveyansı yapılması nedeniyle bir kalite göstergesi olabiliyorlar ancak insan kaynakları, laboratuvar imkânları ve bilgi yetersizliği nedeniyle bazen saptanmalarında hatalar olabiliyor. Hasta gruplarının farklı olması nedeniyle kurum içi veya kurumlar arası karşılaştırmalar uygun değil. Buna çok önem vermek lazım. Bir kurumu daha doğrusu bir üniteyi kendi içinde yıllar içinde değerlendirmek gerek. Yani A ünitesinin enfeksiyon oranı bu, B ünitesinin bu, tamam ama hasta popülasyonu aynı mı, oraya yatan hastayla buraya yatan hasta aynı mı? Bunlara dikkat etmek lazım. Bu nedenle daha böyle spesifik durumların takibi yapılmış; örneğin, invaziv alet ilişkili hastane enfeksiyonları insidansı. Bu biraz daha standardizasyonu sağlamış. Maliyetinin çok yüksek olduğunu söylemiştim, detayına girmeyeceğim ama sonuçta geri ödeme kuruluşlarının ve hastaların dikkatinin sağlık bakım kalitesine ve hastane enfeksiyonlarına yöneltilmiş durumda olduğunu söylemek istiyorum. Bir örnek getirdim, bir hastanede ABD'de 2003 yılında kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonlarını ortadan kaldırmak için bir çalışma başlatılıyor. Önce hastane yöneticileri kendi enfeksiyon oranlarını düzenli olarak takip ediyorlar ve bakıyorlar ki 1000 hastada ortalama 5 gibi bir hastane enfeksiyonu olduğunu görüyorlar ve diyorlar ki artık bu çok normal bir rakamdır, bunun da altına daha da inemeyiz falan diye düşünüyorlar. Ancak detaylı inceleme yaptıklarında bakılıyor ki bu medikal bakım ünitelerinde 40 hastada kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu gelişmiş ve bunun da maliyeti gerçekten hasta başına çok yüksek, bunlar ABD rakamları o yüzden biraz yüksek. Bir önlem alma zorunluluğu ortaya çıkıyor ve bu önlemler sonucunda bakıldığı zaman koroner bakım ünitesinde 15 ay süreyle, travma ünitesinde 16 ay süreyle hiç enfeksiyon görülmüyor, sıfır enfeksiyona ulaşıyorlar. Bundan sonra hastane yönetimi inisiyatifi ele alıyor ve diğer ünitelerde de bu pilot uygulamayı yaygın hale getiriyor. Toplamda 2 yıllık sürede 2.2 milyon dolar kayıp önlenmiş oluyor, gerçekten çok yüksek rakamlar.

Peki, sıfır enfeksiyon ve kalite ilişkisi nasıl? Aslında bizim yoğun bakımcıları, enfeksiyoncuların sıfır enfeksiyon hayali var ve buna ulaşmak için atılacak her adım aslında bir kalite iyileştirme çalışmasıdır. O klasik PUKÖ Döngüsünde; surveyans verilerinize göre bir plan yapıyorsunuz, bir girişim yapıyorsunuz, bir el hijyeni uygulaması olabilir, bir bundle uygulaması olabilir bir uygulama yaptınız, sonra sonuçlarını ölçtünüz yine surveyansla, kontrolünüzü yaptınız, geri bildiriminizi yaptınız ve önlemler aldınız. Bu klasik kalite döngüsünü buraya uygulamanız kolay. Buna ulaşmak için ABD'den bir çalışma, 350 yataklı erişkin yoğun bakım ünitesi, kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonunu önlemek üzere bir vasküler girişim takımı oluşturuluyor amaç sıfır enfeksiyona ulaşmak ve bunu devam ettirmek. Hemşirelerden oluşturulan bir vasküler girişim takımı var, çeşitli

önlemleri uyguluyorlar. Bu da sırayla, önce bir vasküler girişim takımı uygulandı, ikinci basamakta bir bundle önleme paketi uygulaması var; el hijyeni, maksimum bariyer önlemleri vs. ve standardize bir çeklist oluşturuyorlar. 3.basamakta klorheksidin içeren diskler kullanılıyor, günlük sorgulamalar işin içine katılıyor, iğnesiz konnektörler kullanılıyor, "scrub the hub" denilen onların çok yaygın kullandığı kampanyalar başlatılıyor, bakıldığı zaman bir ara bir artış var, orada da yeni başlayan asistan ve intörnlerin enfeksiyon kontrolüne uymamaları ve kateter bakımda hemşire uyumunda yetersizlik nedeniyle bir ara artış var ama ondan sonra çok ciddi bir azalma var. Önce bir % 31'lik azalma var, sonra konnektörlerin devreye girmesiyle, bunların hepsi kalite koordinatörlüğü aracılığı ile oluyor bu çalışmalar, onu baştan söylemek istiyorum, bir azalma sağlanıyor. Bakıldığı zaman burada önce biraz bir artış azalışlar var dedik, sonra sıfıra iniliyor ve 17 ay boyunca sıfır rakamını sağlıyorlar. Gerçekten böyle anlık bir başarı değil, uzun sürelere yayılan bir başarı elde etme şansınız oluyor.

Peki, bundle dedim, önleme paketleri dedim, bunlar ne, nasıl bir şey? Bunlardan biraz bahsedeyim. Aslında birçok kılavuz var, bakıldığı zaman ulusal ya da uluslararası kılavuzlarımız var, bu enfeksiyonları önlemek için. Ama bu kılavuzlarda yer alan önerilere bakıldığı zaman bunlarla yatak başı uygulamalar arasında kopukluklar olduğunu görüyoruz, bilgi eksikliği var, personel azlığı var, yoğun iş temposu nedeniyle bunlar uygulanamayabiliyor. Bir de kılavuzlara baktığımız zaman 20-30 sayfalık kılavuzlar, çok fazla parametre var, hangisini uygulayacağını insanlar şaşırabiliyor, önemini bilemiyor. Bu tabi herkesi biraz böyle depresyona sokabiliyor, ne yapacağız diye düşünüyorlar kara kara. Birinin aklına bir fikir geliyor, diyor ki biz bir paket yapalım, bundle oluşturalım, bunlara göre şey yapalım. Peki, bundle'a ne seçeceğiz? Hangisini seçeceğiz, o kadar çok güzel var ki, hepsi birbirinden güzel. Tabi içlerinden birisi en güzel 5 tanesini, 6 tanesini seçelim, bir bundle oluşturalım fikri. Evet, bu şekilde oluşturuluyor, kılavuzlardaki kanıta dayalı uygulamalardan en önemlilerinden kabul edilenlerin bazıları paket haline getiriliyor. Uygulanmaları daha kolay, personelin uyumunu arttırdığı kesin, sonuçta o 5 parametreye siz onları odaklıyorsunuz, bazı parametrelerin gözden kaçması böylelikle önlenmiş oluyor ve birlikte uygulandıklarında sinerjik etki yaratıyorlar. En güzel tarafı da parametrelere uyumun ölçülüyor olması, her gün yatak başında, hasta başında bunlara çek atarak uygulandı uygulanmadı şeklinde yapabiliyorsunuz. Belki sizin o karar destek sistemine Hocam bunlar eklenebilir, bundle'lar, böyle bir şey olabilir. Takım çalışmasına uygun ve klinik olarak kullanımlarının uygun olmadığı durumlarında ya da kontrendikasyon varsa o parametreyi devreden çıkarıyoruz. Örneğin ventilatörle ilişkin pnömonide diyoruz ki yatak başı 30-45 olsun ama hastanın bu 30-45 olmasını engelleyecek

bir tıbbi durumu varsa, onu es geçebiliyorsunuz, devreden çıkarabiliyorsunuz gibi. Evet, sonuçta önleme paketlerinin birincisi hastaya olan etkileri var, hasta bakım kalitesini son derece arttırıyor, en azından yaşamını devam ettirmiş oluyor, ölümünü engellemiş oluyoruz. Personele etkileri var, istatistiklere olan, sisteme olan etkileri var. En çok uygulanan durumlar ventilatör ilişkili pnömoni bundle'ları var, kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları, üriner kateter ve cerrahi olan en çok uygulananlar bunlar. Burada benim söylemek istediğim şey şu, biz de hastanelerimizde bundle'ları oluşturduk, uygulamaya başlıyoruz. Örneğin bu subglottik sekresyonların alınması ve klorheksidin ile ağız bakımı gerçekten ventilatör ilişkili pnömoniyi önlemede etkinliği gösterilmiş şeylerden biri. Ancak bu malzemelerin alınmasına gelindiği zaman iş her zaman sıkıntı yaşıyorsunuz. Bir malzemeyi subglottik sekresyonların alınmasına izin veren o lümenli endotrakeal tüpleri almaya geldiğiniz zaman biraz pahalı deyip alınmıyor, o zaman baştan zaten bundle'ınız bitmiş oluyor, bir şey yapamıyorsunuz. Demin söylediğim gibi maliyet – yarar analizi yapıldığı zaman birkaç tane enfeksiyonu önlemeniz onlara vereceğiniz antibiyotik tedavisi, hasta bakım hizmetleri vs.yi düşündüğünüz zaman aslında bunlar daha maliyet etkin görünüyor. Bu kateter etkileşimli kan dolaşımı enfeksiyonları için olan var, üriner sistem için olanları var, evet bunlar bundle'lar.

Peki, sıfır enfeksiyon hedefi bizim için gerçekçi bir hedef mi? Hedef olarak doğru mu koyuyoruz bu hedefi? Şimdi hastane enfeksiyonları malpractice olarak sayılıyor dedik, geri ödememe kurumları ödememe cihetine gidiyor, neresinde duracağız? Bu bir fırsat mı bizim için, tehdit mi? Fırsatı ne, hasta güvenliğinin iyileştirilmesi açısından büyük bir kazanç; bizim en önemli amacımız hastayı iyileştirmekse bu açıdan bize faydalı olacak. Dirençli mikroorganizmaların ortaya çıkışını ve yayılımını önleyeceğiz. Ancak sıfır enfeksiyon kavramı bir hedef, realite değil ama. Başarılı örnekleri olsa da ciddi çaba gerektiriyor, hastane yönetimlerinin tam desteği gerekiyor ve diğer branşlardaki hekimlerin ve sağlık personelinin tam uyumunu gerektiriyor. Kalite birimlerinin gene daha etkin hale getirilmesi ve sürece katkıda bulunmalarının sağlanması gerekiyor. Yüksek riskli hastalarda hele ki yoğun bakım ünitelerinde sıfıra yakın enfeksiyon beklemek çok doğru değil çünkü aksi takdirde yasal sorunlarla karşılaşılabilir. Gene hastane enfeksiyonu hızlarını azaltmak için hasta seçimi cihetine gidebilir, daha az riskli hastayı alır yoğun bakımına, öbürünü almaz falan, böyle durumlar da olabileceği için bunu bir hedef koymamak gerekiyor. Onun yerine sıfır tolerans kültürünün geliştirilmesi gerekiyor. Bu yaklaşımda kanıta dayalı olarak ispatlanan enfeksiyon kontrol önlemlerine sağlık çalışanlarının uymaması kabul edilemez. Güvenilir olmayan davranışlara ve uygulamalara bir cevap olarak geliştirilmiştir. Burada

demin söyledik, bundle'lar vs. Bir bundle'ın etkin olabilmesi için personelin tüm zamanlarda uyumunun % 90 ve üzeri olması gerekiyor, çok çeşitli çalışmalarda bu gösterilmiş. Yani siz bundle'ı koyuyorsunuz, onun uyumunun % 90 ve üzerinde olduğu durumlarda ancak enfeksiyonu azaltabiliyorsunuz. Ama bunun için de, o uyumları sağlayabilmesi için de sağlık çalışanlarına uygun bir ortam hazırlamak gerekiyor, yönetimin tam destek vermesi gerekiyor. El hijyeni diyorsunuz ama el antiseptiğini almıyorsanız ünitenize, bunun ne anlamı var gibi. Hatalar ve kötü sistemler hakkında açıklık olmalı. Bir kişi, bir çalışan bir hatayı bildirmekten korkuyorsa orada bir düzenleme yapamazsınız zaten. O insanlarla karşılıklı olarak oturacaksınız, hatalar ne vs. herkes açıklıkla söyleyecek ki bunu iyileştirmek için çaba sarf edilsin. Her şeyin gizlendiği bir ortamda zaten bir gelişme olmuyor.

Çok kısaca bizim hastanedeki bir deneyimden bahsedip yoğun bakımda konuşmamı bitirmek istiyorum. Bu "Ellerim Temiz Projesi" adı altındaydı. İç hastalıkları yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirmiş olduğumuz bir çalışma. Başhekimlik ve Hemşirelik Müdürlüğü işin içinde, Enfeksiyon Komitesi işin içinde, yoğun bakım sorumluları, yoğun bakım hemşiresi, fizyoterapi grubu ve iç hastalıkları ana bilim dalı başkanı tarafından ortaklaşa yürütüldü. İdareyle görüşmeler yapıldı yönetimin tam desteğini sağlamak için dedik ve burada proje bazlı hasta başı eğitimler verildi, eğitim kartları oluşturuldu, afişler yapıldı, kontrol listeleri ve alet kullanımının günlük sorgusu getirildi, araştırma görevlileri sürekli geliyor asistanlar, onların bütün eğitimleri yapıldı, yoğun bakımda çalışan ve ileride çalışma ihtimali olan, gene servislerde çalışan herkes dahil olmak üzere yapıldı. Servis hemşireleri eğitildi çünkü servisten yoğun bakıma hasta geliyor, baştan enfekte geliyor hasta, bunları önlemek açısından. Enfeksiyon Kontrol Komitesi de düzenli olarak takip etti ve geri bildirimlerini yaptı, bu şekilde afişler hazırlandı, günlük sorgular yapıldı, kateter takılması sırasında maksimum bariyer önlemleri, sorunlu örtüler yenilendi, el hijyeni vs. temas izolasyonu kurallarına uyum, bunlar zorunlu hale getirildi. Sonuç olarak aslında biz bunu bütün hepsi için yaptık, bakıldığı zaman alet kullanım oranlarında ciddi bir azalma, yani gereksiz o kadar çok alet kullanılıyormuş ki onun farkına varıldı. % 30 oranında alet kullanımını azaltıyorsunuz. Çünkü aletin varlığı, örneğin bir üriner sondanın varlığı her gün için % 5 enfeksiyon riskini arttırıyor. Siz bunu çıkardığınız zaman dolayısıyla enfeksiyon riskini de azaltmış oluyorsunuz. Bakıldığı zaman enfeksiyon oranlarında da ciddi bir azalma görüldü. Özellikle kan dolaşımı enfeksiyonlarında 22'den 3 e kadar bir azalma var. Bu daha sonra devam etti, transparent kapamalar falan kullanıldı kateterlerde, bunların da kullanımıyla şu anda rakamı söyleyeyim, bazı aylar sıfır, bazı aylar 1-2 diye devam ediyor. Bunun devamlılığı bizim için önemli, bunu da biz de bir başarı öyküsü olarak söyleyebiliriz. Sonuç olarak yoğun

bakımlarda sıfır enfeksiyon ulaşılması istenen bir hedef, bu hedefe ulaşmak için de sıfır toleransla yaklaşmamız gerekiyor ama bunu personel ve malzeme eksikliği giderildikten sonra olması çok önemli yoksa oradaki insanlara eziyet olmaktan başka bir şeye gitmez. Önleme paketlerinin uygulanması bunun için kullanılabilecek bir yöntem, hasta güvenliğinin arttırılması ve maliyetin azaltılmasında bu paketlerin etkinliği kanıtlanmıştır. Yönetimlerin bu konuda tam desteğinin olması gerekiyor. Kalite birimlerinin ise daha aktif olarak süreçte yer almaları gerekiyor. Sonuçta dediğimiz gibi enfeksiyon kontrolündeki her bir iyileşme kalite iyileştirme çalışmasıdır, kalite birimlerinin burada daha aktif olması gerekir. Sonuçta gene hastaların, hükümetlerin ve geri ödeme kurumlarının da uygun şekilde bilgilendirilmesi önemli. Enfeksiyon herkesin elini taşın altına sokacağı multidisipliner bir çalışma olduğunu söylemek istiyorum, çok teşekkür ederim.

Uzm. Dr. Zafer ÇUKUROVA

Oturum Başkanı

Çok teşekkür ediyoruz Hocam, çok sağolun. Sıfır enfeksiyon hayaliniz de bir gün gerçekleşir umarım, çok teşekkür ediyorum. Şimdi vakit kaybetmeden üçüncü konuşmacıya geçmek istiyorum, yoğun bakım ünitelerimizde yatırdığımız hastaların ciddiyetlerini ya da hastalık şiddetlerini belirleyen belirli skorlama sistemleri ile beklenen ve gerçekleşen mortalite ve morbidite oranlarımızı yakından takip ediyoruz. Bu konuda da Hacettepe Üniversitesi Yoğun Bakım Ana Bilim Dalından Hocamız Sayın Arzu Topeli İskit bizi bilgilendirecekler. Buyurun Hocam.

Yoğun Bakım Ünitelerinde Hastalık Şiddeti Skorlama Sistemleri

Prof. Dr. Arzu TOPELİ İSKİT

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD

Teşekkürler Sayın Başkan. Sayın katılımcılar sizlerle olmaktan çok mutlu oldum, gerçekten Murat Beyin sözlerine katılıyorum, biz kongrelerimizde hem ulusal hem uluslararası bu kadar çok katılımcı ilgisi göremiyoruz. Ben de çok etkilendim, herhalde bu kongrenin bir kalite ölçütü ya da başarı ölçütü olarak bu da kongre düzenleyen organizasyon komitesinin de başarısını gösteren bir ölçüt olarak düşünüyorum ve davet ettikleri için de teşekkür ediyorum. Ben aynı zamanda da başhekimlik görevini 3 yıldır yürütüyorum. O nedenle kalite konusu bizim için de çok önemli bir konu. Hem hastanelerimiz, hem yoğun bakım ünitemiz adına kalite, hasta güvenliği kültürü hiçbir hastanede %100 değil ama en azından bunun önemsendiği bir hastaneden geliyorum. Hacettepe Üniversitesi Hastanesi JCI akreditasyonu olan bir hastane. İlk üniversite hastanesiyiz daha sonra Uludağ Üniversitesi Hastanesi de akredite olmuştu ve bildiğim kadarıyla birkaç üniversite hastanesi de hazırlıklarını yapıyorlar.

Biz aynı zamanda eğitim akreditasyonuna da önem veren bir fakülteyiz. Bizim yoğun bakım ünitemiz Avrupa Board yoğun bakım boardu tarafından eğitim alanında akredite edilmiş bir bilim dalıdır. Bu Türkiye'de ilk ve tek ünitedir. Birçok ana bilim dalımız da Tıp Fakültemizde bu tip akreditasyon süreçlerinden geçmektedir. Yine kalite ile ilgili konuşmalar, çok güzel konuşmalar dinliyoruz 2 gündür. Hekimlerin katılımının az olduğu söyleniyor, gerçekten daha erken, mesleklerinin çok başlarında bu olaylara dahil olmaları gerektiği söyleniyor. Biz de bundan yola çıkarak Tıp Fakültemizin 3. sınıf müfredatına kalite ve hasta güvenliği konularına entegre etmiş durumdayız.

Şimdi bugün skorlama sistemlerine geçecek olursak, ilk konuşmacımız da bahsetti, çok da etkileyici bir sunum yaptı elektronik kayıt sistemleri ile ilgili, ben biraz daha detayına gireceğim genel ilkelerine. Skorlama sistemlerini biz çok kullanıyoruz sağlık alanında. Hem hastalıkları, seviyoruz bunu çünkü ortak dili konuşuyoruz, hekimler hastalıklardan bahsederken ortak dili konuşuyor, bir standardizasyon sağlıyor. Sadece hekimlik uygulamaları değil hemşire bakımlarında da bir takım ortak dili konuşmak, standardizasyonu sağlamak için, hastamızın prognozunu öngörmek için sıklıkla kullanıyoruz. Skorlama sistemlerini çok değişik şekilde sınıflandırmak mümkün, örneğin anatomik yerine göre skorlar kullanılabilir bir travma hastasında, yaralanma derecesini belirlemeye yardımcı olan skorlar var, hastalığa özgü skorlar var, pankreatit için

RANSON kriterleri var, karaciğer yetmezliği için CHILD kriterleri var. Nörolojik muayene standardizasyonu için özellikle kafa travmalarında Glasgow Koma skoru var. Fizyolojik değerlendirmeye dayalı bizim yoğun bakımlarda daha çok sevdiğimiz ve kullandığımız skorlar var; APACHE skoru gibi, SAPS skoru gibi. Tedavi ve müdahaleye göre belirlenen skorlar var. Bu tedavi ve müdahale skorlama sistemleri özellikle hemşirelik hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılan TISS-28 skorları gibi bunu da sıklıkla kullanıyoruz. Organa özgü ve organ yetmezliğini gösteren skorlar var, örneğin SOFA skoru gibi. Birçok basit tahminler var yani bir klinisyene sorduğunuz zaman, hastasını yüksek olasılıkla kaybedilecek mi yoksa iyileşecek mi olasılığını hekim tahminleri de birçok zamanda da çok doğru tahmin edebiliyorlar.

Şimdi yoğun bakımda skorlama sistemleri 30 yılı aşkın bir süredir kullanılıyorlar, çoğunlukla da hastalık şiddeti ve hastane mortalitesini tahmin etmek için kullanılıyorlar. Ama yoğun bakımların karşılaştırtılması ama en önemlisi de aynı yoğun bakımın yıllar içindeki performansının değerlendirilmesinde de kullanılıyorlar ve ayrıca bazı skorlarda da iş gücü planlaması da yapılabiliyor. Genellikle tahmini mortaliteyi belirliyorlar ama doğrusal bir orantı yok. Bunu da akılda tutmak lazım, % 100 mortaliteyi geçmesi mümkün değil bir skorun, ne kadar artarsa artsın. Genellikle mortalite tahmininde kullanılıyorlar. Bazıları ilk gün kullanılıyor sadece; örneğin APACHE skoru çoğunlukla ilk günkü en kötü değerler, hastanın mevcut en kötü değerleri alınarak kullanılıyor, SAPS skoru da benzer şekilde, MPM dediğimiz skorlar da benzer şekilde. Bir de tekrarlayan yani günlük takibe de izin veren skorlar var; organ yetmezlikleri skorları genellikle buna örnek. SOFA skorunu örneğin günlük kullanabilirsiniz, organ yetmezliğinin derecesini tespit etmek için. Söylediğim gibi APACHE skorunda en kötü değerler ilk gün alınıyor.

Hangi değişkenleri kullanıyoruz? Skorlar arasında farklılıklar olabilir ama genellikle hastanın yaşı, komorbiditeleri çünkü bunlar prognozu belirleyen faktörler. Hastadaki mevcut akut sorunlar, fizyolojik değişkenler, bazı fizyolojik parametreler, vital bulgular olabilir, laboratuvar değerleri olabilir. Girişimler, hastanın yatış yeri yani acil bir ameliyat nedeni ile mi yattı, dahili bir hasta mı, elektif bir ameliyat hastası mı, ameliyat sonrası hasta mı, bunlar da belirleyici olabiliyor, bu tip değişkenler kullanılıyor.

Peki, nasıl geliştirildi bu skorlar? Çok büyük veri tabanlarında geliştirildi. Genellikle birden fazla ünitede, bazıları tek ünitede geliştirildi ama çoğunlukla son yıllarda geliştirilenleri multicenter, çok merkezli olarak geliştirildi. Bilgisayar tabanlı, çok amaçlı olasılık modellemeleri yapıldı, hangi değişkenleri kullanalım bunlar belirlendi, her değişkenin ağırlığı belirlendi bu skorun içinde ve bunlar

belirlendikten sonra başka bir veri tabanında da başka bir hasta grubunda da performansı değerlendirdi. Gerçekten ölümü ön görebiliyor mu, gerçek ölüm oranlarıyla korelasyonu var mı, geçerlilik testleri yapıldı. Dolayısıyla genellikle 2 veri tabanı 2 hasta grubu üzerinde yapılmış ama çok büyük tabi veri tabanı olan çalışmalar bunlar. Modelin kalibrasyonu mutlaka yapılıyor bu çalışmalarda, yani tahmini ve gözlenen mortalitelerin bir uyumu, karşılaştırması yapılıyor ve modelin ayırım gücü ölenlerle yaşayanları ayırım gücü de bu çalışmalarda yapılıyor. Yani oldukça güçlü istatistik yönleri olan büyük epidemiyolojik çalışmalar olarak yapılıyorlar ve günümüzde bu şekilde kullanılabiliyorlar.

Biraz önce de bahsettiğim gibi, çeşitli kullanım alanları var. Hastaların birbirileri ile karşılaştırılmasını sağlıyorlar yani skoru yüksek olan hastanın tahmini ölüm oranının daha yüksek olacağını öngörüyoruz. Bireysel mortaliteyi tahmin ediyorlar, zamana bağlı yoğun bakımların performans değişimini gösteriyorlar. Yoğun bakımları karşılaştırmak çok uygun olmamakla birlikte yine de benchmarkingde kullanılabiliyorlar aynı hastalık şiddetine sahip yoğun bakımlarda farklı ölüm oranları gerçekleşiyorsa benchmarkingde de kullanılabiliyorlar ve çok da önemli bir konu, burada da çok sayıda bildiri sunuldu. Çok çalışmalar yapılıyor her alanda, bunların bir kısmı da yoğun bakım alanında yapılıyor. Yoğun bakımla ilgili bir çalışma yürütüyorsanız bir skorlama sistemi kullanmanız lazım hasta gruplarının standardizasyonunu sağlamak amacıyla, bu çalışmanızın gücünü arttıran bir faktör oluyor.

İdeal bir skorlama sistemi nasıl olmalı? Kolay hesaplanmalı, iş gücünü çok arttırmamalı, rutin olarak bakılan veriler kullanılmalı, çok ekstra bir veri gerektirmemeli, kalibrasyonu yapılmış olmalı. Şunu vurgulamak lazım APACHE skorları veya SAPS skorları yurt dışında gelişmiş ülkelerde yapılmış, ortaya çıkarılmış skorlar, bizim de kendi ülkemizde kendi hasta popülasyonumuzda, kendi yoğun bakımımızda bunları valide etmemiz lazım. Valide ettikten sonra kullanımları çok daha güvenilir. Kullanmayacağız anlamına gelmiyor ama bu tip çalışmalar yapabilirsek güvenilirliklerini de arttıracağız. Yüksek ayırt edici özelliği olmalı, ROC eğrilerine göre eğri altında kalan alanın % 70'in üstünde olması lazım, tüm hasta popülasyonuna uygulanabilir olmalı, birçok ülkede söylediğim gibi kullanılabilmeli. İdeal olanı tabi yoğun bakımdan çıktıktan sonra da fonksiyonel değerlendirme ve yaşam kalitesini tahmin edebilme gücü olmalı.

Peki, en sık kullanılan skorlar neler? En sık kullanılan dünyada skor APACHE skoru, akut fizyoloji ve kronik sağlık değerlendirme skoru. İlk kez 1981 yılında geliştirildi. 34 parametreye dayalıydı. Daha sonra APACHE 2 parametre sayısı azaltıldı, günümüze doğru APACHE 3 ve 4 skorları da geliştirildi. APACHE 3 skorunun copyright hakkı var, ücretli. APACHE 4'ün bazı avantajları var

gibi görünüyor ama bu skorların hiçbirisi birbirine tam olarak üstünlüğü gösterilmemiş skorlar ve dünyada da yine klinik çalışmalara da baktığımızda en fazla kullanılan skor APACHE 2 skoru. Biz de kendi kliniğimizde 1996 yılından beri APACHE 2 skorunu kullanıyoruz. Çoğunuz biliyorsunuzdur, burada bir takım vital bulgular var, kan gazı değerleri var, elektrolit değerleri var, biyokimyasal değerler, Glasgow Koma skoru var, yaş var ve hastanın dahili bir hasta mı, acil cerrahi hastası mı, yoksa elektif cerrahi geçirmiş bir hasta olup olmadığına dair bir sınıflandırma da yer alıyor. Buna göre hastalar en kötü ilk gün aldıkları en kötü değer üstünden puan alıyorlar. Şuna dikkat etmek lazım hesaplayan arkadaşlar tecrübesiz olurlarsa, biz bir eğitimden geçiriyoruz bu arkadaşları nasıl hesaplamaları gerektiğine dair hemşireler veya hekimler asistan arkadaşlar da hesaplayabiliyorlar. En kötü değeri belirlerken örneğin vazopresör alan bir hasta, vazopresör almıyormuş gibi olan tansiyon değerini kullanmanız lazım, aksi takdirde tedavi skoru değiştirebileceği için hasta hiç tedavi almıyormuş gibi yatıştan sonra ilk 24 saatteki en kötü değerlerini bu tabloda skorunu bularak kullanmamız gerekiyor. Bu da her tanıya ait ağırlık parametresi; iki hasta yan yana yatar, aynı APACHE skorunu almış olabilir ama hastalıkları farklıysa birisi kardiyojenik şoktan aldıysa diğeri komadan, emboliden dolayı aynı skoru aldıysa bunların tahmini ölüm oranları hastalık ağırlığına göre farklı çıkacaktır. APACHE 2 skorunda maksimum skor 71 olabilir, kabaca bu çok kaba bir şeydir, 25 puan yaklaşık % 50'lik bir tahmini hastane mortalitesini, 35 ve üstü ise % 80'e yakın bir mortaliteyi ön görmemizi sağlar. Bu gözünüzü korkutmasın, bu formüller artık Google'da tarama yaptığınız zaman veya Sağlık Bakanlığının sitesinde de, siz biliyorsunuzdur girdiğiniz zaman parametreleri yerleştirdiğiniz zaman bu formülle ya da elektronik kayıt kullanıyorsanız bunları hesaplamak mümkün, bu formüle göre de tahmini ölüm oranını hesaplayabiliyorsunuz. Tahmini ölüm oranı da tek başına yeterli olmayabilir. Standardize mortalite oranını da yoğun bakımlarda zaman zaman ölçmeniz gerekir. Standardize mortalite oranı gözlenen ölüm oranı ile yani gerçekte var olan o yoğun bakımın örneğin X periyodu işte 1 ay, 3 ay, 1 yıllık süredeki gerçekleşen ölüm oranıdır, bunun tahmini ölüm oranına bölünmesi ile elde edilen oran, tahmini ölüm oranını da skordan elde ediyoruz. Gözlenen ölüm oranı bir tahmini ölüm oranından istenir ki biraz daha düşük olsun; eşit veya düşük olduğu zaman performansınızın nispeten iyi olduğu kararı verilebilir. Yani yoğun bakımlarınızın performansını değerlendirmek istiyorsanız belli zaman aralıklarında standardize mortalite oranını da hesaplamanız, yıllar içinde bunların değişimlerine bakmanız anlamlı olabilir. İşte bu herhangi bir siteden alınmış bir örnektir. Girdiğiniz zaman puan veriyor size, tahmini ölüm oranını hesaplıyor, bu çok sayıda yerde mümkün. Hiç elinizde bir imkân yoksa Excel de o formülü rahatlıkla Excel veri tablosunda, biz ilk başta bu şekilde

yapıyorduk hala elektronik kayıt sistemimiz yok bizim hastanemizde oluşturmaya çalışıyoruz, hala Excel'de oluşturduğumuz bir formülde tahmini ölüm oranını her yatan hasta için hesaplayabiliyoruz. Bu SAPS skoru detayına girmeyeceğim çok benzer skor, APACHE 2 ye benzer bir skor APACHE Amerikan menşeli, SAPS Avrupa'da daha çok kullanılan bir skor ama ikisi de benzer fizyolojik parametrelere dayalı skorlama sistemleri. Yıllar içinde bu tablonun hepsinin üstünden geçmeyeceğim ama kronolojik olarak sıralandırılmış, dikkat ederseniz birbirine üstünlükle ilgili bir veri yok, bu çalışmada da yoktu, bu derlemede de skorlar hemen hemen birbirine performans açısından eş değer kabul ediliyorlar. Son yıllarda geliştirilenleri 300 yoğun bakımda 120.000 hasta üzerinde geliştirilmiş olanları dahi var ve çoğu da mortalite tahmininde kullanılıyorlar. Bu da organ yetmezlikleri ile ilgili skorlar söylediğim gibi SOFA skorunu daha sık kullanıyoruz, sonda gördünüz, 6 organ sisteminin değerlendirmesine dayalı bir skorlama sistemi. Günlük olarak takibe izin veriyor. En fazla 4 oluyor bir organ sisteminden ve en fazla hasta 24 puan alıyor. Biz hastanemizde APACHE 2 daha doğrusu yoğun bakım ünitemizde, dahili yoğun bakım ünitemizde APACHE 2 skorunun geçerlilik, validite çalışmasını yapmıştık, Halk Sağlığı Epidemiyoloji Ana Bilim Dalından bir uzmanlık tezi olarak. Bizim bu çalışmamızda APACHE 2 puanlama sistemi bizim yoğun bakım hastaları için mortalite tayininde ve ayırt edici gücü iyi bir sistem olarak tespit edilmişti, o yüzden de biz bu yöntemi hala kullanıyoruz. Her yılda kendi performansımızı bir önceki yılla karşılaştırıyoruz, 96'dan beri kullanıyoruz. Git gide hastalıklarımız, o dönemlerde açık sistem bir yoğun bakımdı ki 98'den itibaren kapalı sistem bir yoğun bakımla daha ağır hastalar yatırıyoruz. Ancak gözlenen ölüm oranı tahmini ölüm oranı ile karşılaştırıldığında oldukça iyi değerlere, standardize mortalite oranımızın oldukça iyi değerlere düştüğünü, 1'in altına düştüğünü, 0.58'lere kadar indiği yıllar olduğunu gözledik. Ciddi bir eğilimde bir azalma var, bu da yoğun bakımımızın performansının iyi olduğunu gösteriyor. Yani iyi deyip durmuyoruz, mutlaka değiştirilmesi gereken yani uluslararası, kendimizi karşılaştırdığımız bu APACHE skoruna göre mortalitemiz daha azalabilir mi ya da bazı spesifik hasta gruplarında ne yapabiliriz, kalite çalışması biliyorsunuz süreklilik arz eden bir konu, sürekli çalışmayı gerektiriyor.

Şimdi çok kısaca birkaç skordan daha bahsedeceğim; bunlar mortalite tahmininde pek kullanılmıyorlar ama çok güzel skorlar; örneğin bir TISS-28 skoru bu hemşire iş gücünü planlamada bizim tercih ettiğimiz kullandığımız bir skor. 28 parametrelik, bunun orjinali 76 parametrelik ama 28 parametrelik olanında hemşireler her yaptıkları iş için bir puan alıyorlar ve gün sonunda her hasta için bir TISS skoru hesaplanmış oluyor. Bir örnek vermek istiyorum, genel olarak yoğun bakımlarda bu TISS-28 ile yapılmış çalışmalarda genel yoğun

bakım ortalamalarının 10 ile 45 arasında değiştiği düşünülüyor, gösterilmiş daha doğrusu ve 1 TISS puanı da yaklaşık 10 dakikalık bir iş gücüne denk geliyor ortalama olarak. Yoğun bakımların ortalaması da 25 puan oluyor, bu vardiya başına 8 saatlik shift başına bir hasta için 25 puan anlamına geliyor. Bunu dakikaya çevirdiğinizde 25x10, 250 dakika vardiya başına bir hastaya düşen zaman, 10 yataklı bir yoğun bakım üniteniz olsa bu 2500 dakika ediyor, saat bazında düşündüğünüzde de 42 saate denk geliyor. 10 yataklı bir yoğun bakıma 8 saatte 42 saat iş gücü gerektiriyor bu hasta grubu, yaklaşık olarak da bir hemşirenin 8 saat yani vardiya düşünürsek, bu vardiyada 5 hemşirenin çalışması gerektiği hesabı yapılabiliyor. Tabi ortalama 35 olsaydı, yoğun bakımların hastalık şiddetleri farklı olabilir, daha ağır hastalar yatabilir bazılarına o zaman bu 10 yataklı yoğun bakım için 7 hemşire gerekecekti. Bizim artık hemşire iş gücü planlamasında ampirik değerler değil de daha skorların kullanılmasında fayda olduğunu düşünüyoruz. Literatürde de, yine Sağlık Bakanlığı uygulamalarında da minimum iki hastaya bir hemşire yıllar içinde hemşire iş gücüyle ilgili yapılmış bu çalışmalara dayanıyor. Buraya gelmeden önce bizim yoğun bakımımız ağır bir yoğun bakımdır, %100 entübe hastanın izlendiği günler bile olabiliyor. 2 yoğun bakımımız var, bir tanesinde yaptık, 9 yataklı olanda. Başhemşiremizden istedim o günkü bütün TISS skorlarını rutin olarak bakıyorlar, 18 Kasım'da yani 1 günlük toplamı ortalaması 33,5 yani oldukça yüksek, toplamı da 3020 dakika yani 50 saat ediyor, bizim 9 yataklı yoğun bakımımız için o gün 6 hemşirenin gerektiği sonucu da çıkıyor. Ama o gün, Başhemşire artı 3 hemşire ile o işler yürütülüyordu yani hemşire sayısının gerçekten ne kadar önemli olduğunu, yoğun bakımda iyi bir kalite tutturmak istiyorsak söylemek istiyorum.

Sona geliyorum, skorlama sistemlerinin kısıtlıkları da var. Bireysel tedavi belirlemede kullanılmamalılar yani o hastanın skoru yüksek, tedaviyi şöyle yapalım, böyle bir anlayış kesinlikle yok. Hesaplayan kişiler arasında da aynı kişi için farklı zamanlarda varyasyonlar olabilir. Aynı kişiye, aynı hekimlere 4 ay sonra aynı hastanın APACHE skorunu hesaplatmışlar yoğun bakım hekimlerine ve %15 varyasyon tespit edilmiş ortalama yani aynı hekim, bir süre sonra aynı hastaya farklı bir şekilde skor hesaplayabiliyor. Asistanlar ve çok kıdemli, tecrübeli yoğun bakım hekimleri üzerinde yapılan bir başka çalışmada eğitimin etkisine baktıklarında, eğitimden önce uyum çok az, birbirleri ile uyum % 60 civarında yani A hekimi başka hesaplıyor B hekimi başka hesaplıyor ve asistanlarla kıdemli yoğun bakımcılar arasında hiçbir fark yok. Eğitimden sonra özellikle kıdemli yoğun bakımcılarda uyum oranı artmış, % 80lere kadar çıkmış ama yine de bu tip skorlarda tecrübe ve eğitimden bağımsız sabit % 10-15lik bir gözlemciler arası varyasyon olduğunu da unutmamak lazım yani skorlar her şey değil. Başka kısıtlılıkları da var. Geçerlik güvenirlik hesaplamasından sonra kullanılmalılar, farklı yoğun

bakımların karşılaştırılmasında dikkatli olunmalı çünkü tek performans ölçütü değil. Bazı hastalık ve durumlarda hastalık şiddetini doğru yansıtmayabilirler; örneğin APACHE 2 kardiyovasküler cerrahi hastalığında çok geçerli bir sistem değildir. Hastanın transferi geç olduysa, bir yerde tedavi başladıysa, acil servis olabilir bu, hasta tedaviye maruz kaldıysa güvenilirlikleri azalır. Mortalite ile doğrusal bir ilişki yok ve genellikle de sadece hastane mortalitesini belirliyorlar günümüzün skorları, daha uzun süreli sağ kalımı belirleyemiyorlar. İlk konuşmada da bahsedildi, bu konuyu da çok önemsiyoruz biz hastane olarak da 3 yıl önce erken uyarı skorları kullanmaya başladık. Yatan tüm hastalarda hemşire arkadaşlarımız bunu hesaplıyorlar. Sadece yoğun bakımlar değil, çünkü bunun amacı serviste kötüleşen hastayı tanıyarak erken müdahale etmek ve tercihen yoğun bakım ünitesine erken almak amacıyla ve en sonda da önce bir skorlarımızı hesapladık ve hızlı yanıt ekibi oluşturduk. Bir yoğun bakım yan dal araştırma görevlisi skoru belli bir sayının üstüne çıkan hastaya gidip, haber veriliyor cep telefonuyla, pager'ları da var, hemen gidiyorlar ve orada müdahale ediyorlar, yetkilerini sınırlarını belirledik. Bu, Institute of Health Care Improvement'ın da gerekliliklerinden biri olarak gösteriliyor, bu takımların hastanelerde kurulması öneriliyor. Kendi oluşturduğumuz sistemde yaptığımız bir çalışmada bu modifiye erken uyarı skorlarını kullanmak acaba hemşire iş gücüne katkıda bulundu mu diye bir çalışma yaptık ve gördük ki hastaların durumunda kötüleşme olmaksızın hemşire değerlendirme sıklığı, bir akut iç hastalıkları servisinde ve cerrahi servisinde yapmıştık pilot olarak, iç hastalıkları servisinde % 32 oranında, cerrahi servisinde % 22 oranında azaldı. Yani hemşire işgücünden de tasarrufa gidilmiş oldu çünkü hemşireler skoru yüksek olan hastaya daha sık bakım veriyorlar, öte yandan daha rahat hastaya daha az hizmet ya da bakım veriyorlar. Basit bir sistem kullanıyoruz modifiye erken uyarı skoru, 4 vital bulgu artı nörolojik değerlendirmeye dayalı. USAY diye kısalttığımız, U - Uyanık; S - Sesli uyarıya yanıt; A - Ağrılı uyarıya yanıt; Y - Yanıt yok şeklinde 4 ana basamakta nörolojik durumu değerlendiriyorlar ve her bir puana göre de hastanın değerlendirilme sıklığını burada görüyorsunuz, çok detayına girmeyeceğim. Son slaytım, buradaki ana mesajlar neler? Yoğun bakımda skorlama sistemleri çok sık kullanılırlar ve kullanılmalıdırlar. Çoğunlukla hastalık şiddetini ve hastanede ölüm olasılığını belirlemeye yararlar ama bunun yanında performans değerlendirilmesi, özellikle kendi içimizde kendi performansımızın değerlendirilmesi, karşılaştırma yapmak ve iş gücü planlamasında da kullanılabilirler. Mutlaka yoğun bakımla ilgili yapılan klinik çalışmalarda da kullanılmalıdırlar, kısıtlılıkları dikkate alınmalıdır, hiçbir skorlama sistemi ideal değildir, hangi skorlama sistemi derseniz bunun bir yanıtı yok, tercihen geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığınız en rahat, en kolay kullanabileceğiniz bir sistemi seçmeniz önerilir. Teşekkür ediyorum dinlediğiniz için.

Uzm. Dr. Zafer ÇUKUROVA

Oturum Başkanı

Biz de teşekkür ediyoruz. Evet, bu panelin son konuşmacısı şimdi Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi ve Rekonstrüksiyon Estetik Cerrahi Bilim Dalından Prof. Dr. Ramazan Kahveci, yoğun bakım ünitelerimizdeki olmasını çok istemediğimiz bası yaralarının izlenmesi konusunda bize sunacaklar. Buyurun Hocam.

Yoğun Bakım Hastalarında Bası Yarasının İzlenmesi

Prof. Dr. Ramazan KAHVECİ

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD

Teşekkür ediyorum. Konu başlığı bası yarası değil de meme protezi olsaydı estetik plastik cerrah olarak ben onu anlatsaydım herhalde salon biraz daha dolu olurdu ama yine de fena değil. Artı benim bu hakkımı Murat Hoca kullandı zaten slaytlarında güzelleri göstererek, ben pek güzel göstermeyeceğim ama bu da 2 gündür buraya çıkan herkesin sağlıkta kaliteden bahseden herkesin mutlaka slaytında geçen bir konu, bası yarası onlardan bahsedeceğim. Olabildiğince hızlı anlatmaya çalışacağım, Sayın Başkanla konuştuk ben daha aktif bir şey olsun istiyorum, soru cevap karşılıklı bilgi alışverişi benim daha çok hoşuma gider.

Tanımı slaytta görüldüğü gibi aslında çok basit, bası bunun sebebi. Pek çok eş tanımları var; bası yarası, basınç ülseri, yatak yarası, dekübit, dekübit yarası benzer şeyler var. Biz plastik cerrahlar bası yarası deyimini daha çok seviyoruz. Mekanizmasını anlatacağım bazı formüller var, bazı görüşler var ama bütün özet kan dolaşımının bozulması.

Bası yarası ne kadar sıklıkta görülür? Valla çok rakam var. Hiç görmüyorum diyen çok, % 50 görüyoruz diyen de var, hangisi doğru ben bilmiyorum. Bakın rakamlara % 9'dan % 60'a kadar bası yarası görenler var. Türkiye'de yapılmış çok ayrıntılı çalışma yok, GATA'dan yapılmış bir çalışma Rıdvan Hocanın bir çalışması, yoğun bakımlarında, nöroloji yoğun bakımlarında % 42 görmüşler 50 hastada. Türkiye ve bizim Uludağ Üniversitesi ile ilgili bir anekdotu bir slayt var o slaytı ayrıca belirteceğim. Önemli mi? Evet, çok önemli! Çünkü her yıl 60.000 kişinin bası yarası ile ilgili komplikasyonlardan öldüğü tahmin ediliyor. Yaşam kalitesini etkiliyor, bir de işin mali boyutu var tabi ki. Buradaki rakamlar iyi ki bizim ülkemizin rakamları değil, bizde mutlaka bundan iyidir herhalde ama buradaki rakamlara baktığınızda

hem maliyet olarak işte milyar dolarlardan bahseden maliyetler var, hem de hasta başına düşen maliyetler oldukça yüksek, bizim ülkemizde böyle değil. Salonda özel sağlık sigortasından ya da SGK'dan kimse var mı? Yok, güzel bu slayt daha uzun süre kalabilir, eğer olan olsaydı hemen geçecektim. Amerika'dan bir slayt, arkadaşlar daha önceki konuşmacılar da bahsetti, hastane kaynaklı bası yarasının geri ödemesini 2008 yılından beri yapmıyorlar. Bunların yapmıyor olması ne demek, bu para biz sağlıkçıların cebinden çıkacak demek, çünkü bu parayı eğer onlar öderse bize gelecekti, bunu ödemiyorlar ve dikkat edin 100 milyon kişinin olduğu bir grupta 257.000 tane önlenebilir bası yarasından bahsediyorlar. Hatta biraz daha ileri götürüyorlar, eğer sizin hastanenize hasta bası yaralı gelmişse, evinden gelmişse kişi sosyal güvenlik kurumundan yararlanamıyor, başka bir hastaneden gelmişse masrafı o hastaneden istiyorlar. Avukatları hiç bu işin içine katmıyorum, o ayrı bir senaryo. Bizim ülkemizde de herhalde rakamlar en az bu kadardır diye düşünüyoruz. Görüldüğü durumlar genel olarak bunlar ama bugün ağırlıklı olarak yoğun bakımlardan bahsedeceğiz.

Yoğun bakımların riskleri benden önceki konuşmacılar tarafından bahsedildi ama hemen hepsinde ister dijital olsun ister elle yazsınlar bası yarası önemli bir problem. Yoğun bakımlardaki rakamlara baktığınızda yine bizim ülkemizdeki rakamlar ne yazık ki yok, % 5'le % 40'ın üzerinde yatak yarasından, bası yarasından bahsediyorlar. Neden nasıl gelişir bu? Tek sebep var, basınç. Eğer basınç yoksa bası yarası yoktur. Ben sınav yaparken beşinci sınıf öğrencilerine soruyorum, bası yarasının önlemenin yolu nedir diye, sayıyorlar sayıyorlar, diyorum ki tek kelime istiyorum. Basınç diyen geçiyor, basınç diyemeyen biraz daha sınavda kalıyor. Dersten kalmıyor sınavda kalıyor, sınavda öğretiyorum yanlış anlaşılmasın. Basıncın süresi de tabi ki önemli biz hepimiz şu anda birkaç saattir, iki saattir burada oturuyoruz niye hiçbirimizde bası yarası açılmıyor çünkü o bölgenin iskemik kaldığı, kansız kaldığı, dokunun hipoksik kaldığını biz algılıyoruz, bunun farkında değiliz, pozisyon değiştiriyoruz dolayısıyla kan basıncı başka noktalara kayıyor. Neden oluyor? Sürtünme teorisi var, yırtılma teorisi var, ikisini beraber açıklayan teoriler var. Ama ne olursa olsun, hangi teoriyi kabul ederseniz edin sonuçta damarın büzüşmesi ya da damarın tıkanması beslenmeyi bozuyor. Bunlar, yüzeyde sadece deride olabileceği gibi daha az hareket olan ve kemik çıkıntılarının olduğu yerlerdeki derin dokularda da görülebiliyor. Bu mekanizma, makaslama mekanizması ya da basınçla iskemi ülserasyonla sonlanıyor, şu slayt aslında bütün söylediklerimi özetleyen bir slayt. Dıştan gelen basınç içerideki kapiler damarları kapatıyor, kan hücreye gidemiyor, hücreye oksijen gitmiyor, oksijen gitmeyince nekroz başlıyor, nekroz da yayılıp genişleyince de bası yarası oluşuyor. Bu, topukta bu şekilde olabiliyor. Basınca dikkat edin, normalde venöz ve arteriyel basınçlarımıza aslında çok yüksek değil, oturduğumuz zaman ya da

basıya maruz kalan yerlerimizde bundan çok yüksek basınçlar var. Dolayısıyla oralarda bu damarlar kapillerler mutlaka tıkanıyor. O zaman bu tıkanmayı önleyemeyeceğimize göre zaman faktörü devreye giriyor. Basınç ne kadar çok ise o kadar kısa zamanda bası yarası ortaya çıkıyor, basınç ne kadar az ise o kadar uzun zamanda bası yarası ortaya çıkıyor ama bası yarası basınç olan yerde mutlaka ortaya çıkıyor. Yapılmış deneysel çalışmalar var, tavşan kasında 2 saatte sadece mikroskobik değişiklik varken, 6 saatte dejenerasyon olduğunu göstermişler, yine basıncın etkisi.

Başka faktör var mı basınçtan başka? Var tabi. Nem bunların başında geliyor, nem sadece ıslaklık olarak düşünülebilir ama asıl önemli olan idrarın etkisi burada. Bu 1 dakikada o bölgedeki kan basıncındaki değişikliği gösteren bir slayt, kuru olan sarı ile işaretli, kuru olanda % 20'lerde bir kan basıncı azalması varken, suyla ıslanmışlarda bu % 50'lerde, idrarla ıslanmışlarda % 60'larda, 1 dakikadaki o bölgedeki düşüşten bahsediyorum arkadaşlar. Bir dakikada hemen etkileniyor kuru ile idrarla ıslanmış bölge arasında da 3 misli fark var. Hastanın kan basıncının düşük olması da önemli bir faktör; düşük kan basınçlılarda çok daha çabuk damarlar tıkandığı için çok daha kolay bası yarası görüyoruz. Vücut ısısının yüksekliği dokudaki hipoksiyi var ise veya anoksi var ise ki basınç varsa bunlar oluyor. Oksijen daha yüksek oksijen gerektiriyor o bölgeler vücut ısısının yüksekliğinde dolayısıyla bası yarası daha yüksek görüyoruz. Yaş tabi ki önemli bir faktör, pek çok yara iyileşmesini olumsuz yönde etkileyen faktörler var, ileri yaşla birlikte bası yarasını daha sık görüyoruz. Beslenme, dün bir konuşmada vardı, beslenmenin etkisi dünkü sunularda vardı. Bütün materyaller proteinlerimiz, karbonhidratlarımız ya da yağlarımız ve vitaminler ağırlıklı olarak yara iyileşmesinde ciddi etkili; bunların azalması ya da düzensiz olması yara iyileşmesini doğal olarak olumsuz yönde etkiliyor. Tek hastalıklar ya da aslında bası yarasına sebep olan asıl hastalıklar da bası yarasının gelişmesinde rol oynuyorlar. Psikolojik faktörler sadece hastanın hareketsiz kalması olayından etkilenmesinin ötesinde kortizon seviyesinin etkilediği konusunda ciddi yayınlar var. Sigaranın etkisinden bahsetmeyeceğim hiç, diğer faktörler de yine bası yarasında rol oynuyorlar. Salonda ağırlıklı olarak hemşire arkadaşlar var, hasta bakımından sorumlu olanlar, onların özellikle dikkat etmesi gereken konu hastanın bakımı, temizlik eksikliği, derinin yeterince temizlenmemesi, ıslak pis bırakılması ya da genital bölgenin kirli bırakılması. Çarşaf değiştirmenin formülü, açık söyleyeyim ben bu işle ilgileninceye kadar çarşaf değiştirilir bilmiyordum, onun bile, onun bile derken küçümsediğim için değil küçümseyerek söylemiyorum, onun da demek belki daha doğru, bilimsel bir takım yolları var siz benden çok iyi biliyorsunuz, eğer bunu önemsemezseniz ciddiye almazsanız, çok basit bir şeyden bile bası yarası ile karşı karşıya kalabiliyoruz, alttaki sebepler de bunlara ek.

Bası yaramız var bunu nasıl değerlendirelim, değerlendirme için 2 gündür bahsediliyor risk değerlendirme araçlarından yararlanmak gerekiyor. Bunun için gerek Avrupa gerek Dünya Bası Yarası Birliği de risk değerlendirme ölçeklerini kullanın diye öneriyorlar. Pek çok risk değerlendirme ölçeği var, en yaygın kullanılan 3'ünden bahsedeceğim. Bunlardan en sık kullanılanı BRADEN, diğer konuşmacılar da bahsetti, BRADEN'i kullandıklarından, nemlilik, aktivite, beslenme hareketlilik vesaire ilgili puanlar veriyor ve bu puanlara göre riski değerlendirmek mümkün. Bizde benim çalıştığım Uludağ Üniversitesinde 2006 yılından beri 8 yıldır BRADEN'i kullanıyoruz. Benzer bir skala Norton skalası var, Norton skalasının özellikleri yine burada belirli. GATA Gülhane Askeri Tıp Akademisi ki biliyorsunuz bası yarası konusunda daha doğrusu Post-op rehabilitasyon konusunda önemli merkezlerimizden birisi. Bu metodu kullanıyor ve onların sonuçlarına göre de bir takım girişim tabloları var, bunu kullanan pek çok merkez var yeryüzünde.

Birden çok risk faktörü varsa bası yarası ne kadar görülür, işte bu slayt onu gösteriyor. Eğer risk faktörünüz sizin belirlediğiniz risk faktörünüz hiç yoksa bası yarası oranınız % 2-3'de ama 8 ise bası yarası oranınız % 20'nin üzerinde. Bu slaydı dün modifiye ettim aslında şu ana kadar 24 saat içinde koruyucu tedbirler dahil her şeyin yapılması gerekir diye biliniyordu ama dün gece baktığımda bunu 6 saate indirdiklerini gördüm. Bu şu demek, sizin shiftinizde hasta yatmışsa sizin shiftinizde değerlendirilecek, bir sonraki shifte kalmayacak. Değerlendirme sadece değerlendirmekle kalmayacak, eğer yapabiliyorsanız, yapılacak bir şeyler varsa koruyucu tedbirler de mutlaka alınmalı. Bası yaraları çünkü 24 – 48 saatte gelişir diyoruz ama bası yarası 2 saatte gelişir arkadaşlar. Örneğin ameliyatlarda, uzun süren ameliyatlarda 2 saatte bası yarası gelişir. Bu konu çok bilinmediği dönemlerde bilmiyorum aranızda cerrahi hemşiresi ya da ameliyathane hemşiresi var mı, koter yanığı diye biz çok bası yarası tedavi ettik. Koter yakmış buraları diye çok hasta geldi bize ama baktık ki onlar koter yanığı falan değil, bası yarası. Yoğun bakım ünitelerinde de bası yarasının daha çok açılacağını düşündüğümüze göre, orada da hastaların hemen risk faktörlerinin saptanması ve tedbirlerin alınması gerekiyor. Bu slayt benim çok sevdiğim bir slayt, Belçin Hoca da bu slaytın içeriğini hatırlar, bu aslında başka bir şey yapılmış slayt ama Uludağ Üniversitesi CS akredite bir hastane, akreditasyon sürecinde de biz de bir şekilde işin içindeydik. Ön tetkik için geldiklerinde ilk sordukları şeylerden birisi şuydu, bası yarası oranınız kaç? Haşa bizde bası yarası mı olur, hiç bası yaramız falan yok. Bir istatistik yapıldı, bakıldı, bası yarası oranımız işte şurada görüldüğü gibi neredeyse yok, çok az, güldüler, dediler ki siz önce bası yarası nedir bir personelinize öğretin sonra bir daha gelelim bakalım. Biz personelimize öğrettik, e ya hocam birinci derece bası yarası bası yarası mı, 2'yi biz zaten saymıyoruz gibi şeylerle bası yarası oranımızın

bu çıktığını gördük. Ondan sonra bası yarası rakamlarına baktık, pik yaptı, sonra tedbirimizi aldık, eğitimimizi yaptık, aşağılara indik ama biraz gevşedik, tekrar bir tepe yaptı. Bu aslında bütün eğitimlerde karşımıza çıkan problem, sadece bası yarası için geçerli değil, aklınıza gelen her eğitimde bilmiyorsak değerimiz düşük, bildiğimizde çok yüksek, tedbir aldığımızda aşağı çekiyoruz ama devam etmezsek, yine iniş çıkışlar daima karşımızda. İşte ulusal enstitüler de bu söylediklerimizle ilgili 6 saat içinde mutlaka tedbirinizi alın diyor. Sıklığı nasıl olacak? İlk 6 saatte değerlendirdik tamam, sıklığı için de 2006'dan beri verilen ***öneri bu, ilk kabulde şu kadar saatte bir uzun süreli bakımda şöyle, evde bakımda böyle, bu sıklıkta bunları yapmalısınız. Bunlar en az yapılması gereken süreler, eğer sizin hastanızın bir özelliği varsa bundan çok daha sık yapmak zorundasınız.***

Hemen evrelere geçelim, biraz renklensin. Şöyle yapalım birinci evre hiç kimsenin bası yarası olarak kabul etmediği evre, kızarıklık var, e işte kızarır canım üzerine yatınca hepimizin bir yeri kızarıyor ama eğer 30 dakika içinde bu kızarıklık geçmiyorsa 1. evre bası yaramız var. Yüzeysel bir ülser var, işte su toplamış hafif hafif kabarcık yapmış, kızarık bir yer 2. Evredeyiz, şöyle bir şey, 3. evre tüm deri katları harap olmuş ama kemiğe kasa kadar inmemiş ve 4. evre artık kemik kas, tüm deri katları etkilenmiş. Bu 4 evre şu ana kadar bası yarası evrelendirmesinde yaygın bilinen evreler. Ama işte Avrupa bası yarası vesaire birliği diyor ki bunların dışında da evreler var, onları da bilmek zorundasınız. Şöyle bir bası yarası, bunun cerrahisini yapmadan evresini tespit etmek mümkün değil. Onun için bunu ayrı bir sınıfa sokmuş, eğer böyle bir yaranız varsa buna 1 ya da 2 demeyin veya hadi biraz daha güçlü 3 demeyin evrelendirilemeyen deyin, çünkü bu dört bile olabilir diyor. Ya da şöyle bir şey var, üstte hafif kızarıklık var, başlangıçta mekanizmayı anlatırken söyledim derin dokularda daha çok hasar var diye, eğer böyle bir şey varsa diyor şüpheli derin doku yaralanması deyin, 1. evre diye göz ardı etmeyin diyor. Bası yarası bazen böyle çok basit olur, basit bir ülser gibi görülür. Çok büyük problem yok bu grupta ama bazen şöyle görülür, bir kum saati gibi görülür ya da buz dağı gibi görülür. Yukarıda küçücük bir delik siz onu eğer bir debride ederseniz kocaman bir şey altından; hasta ve hasta yakını sizi suçlar, küçücük bir şeydi ama kocaman açtı burayı diye ama açmak zorundasınız, başka türlü çözemezsiniz. Şöyle aslında olay ve birinci ortadaki şekilde olabileceği gibi alttaki görüldüğü gibi tam kemik çıkıntının üzerinde değil de biraz yanında görülebilir. İşte şöyle kemik çıkıntı başka bir yerde, bası yarası biraz daha aşağıda ya da her iki kemik çıkıntı femoral'in başı ya da Crista iliaca başka bir yerde, bası yarası biraz daha aşağıda gibi. Nerelerde olur? Aslında çok bilinen şeyler, oturma pozisyonundaki bası noktaları burada da gösteriliyor, yüzükoyun pozisyonundaki bası noktaları, sırt üstü bası noktaları, yan yatışta bası noktaları. Bunların her birinin dijital bir takım sitemlerle ölçülmesi mümkün ve değerlendirmesi mümkün. Hepsini

birden gösteren gelsin, evet aslında şöyle de demek mümkün, aslında hastanın bir şeyi yok, sadece hasta tembel biraz, pozisyon değiştirmiyor yoksa bir pozisyon değiştirse hiçbir şey kalmayacak aslında doğru bir pozisyon değiştirsek ya da değiştirse hiçbir şeyi kalmayacak. Evet, bu bir topukta bası yarası. Çok ilginç çünkü bunun hikâyesi. Bir uzman hekim sezeryanla doğum yapıyor. Epidural anestezi ile ve hekim olduğu için de hekim ve hemşire sözünü de dinleyecek doğal olarak, pedi koyuyorlar araya diyorlar ki kımıldama zaten epidural anestezili, bir de kımıldama diyorlar ya 6 saat hiç kımıldamıyor. Benim de yakın arkadaşım, daha doğrusu eşimin arkadaşı, şu fotoğrafı çekebilmek için o kadar çok yalvardım ki vermem diyor o doktor benim çocuğumu dünyaya getirdi diyor, bana şöyle ilgi gösterdi, ya doktor değil burada suçlu, ya hemşire, o hemşire hanımlar çok ilgilendi benimle diyor, onlar da değil suçlu. Ama bası yarası 2 saatte açılıyor bunu gösteren bir fotoğraf bu. Böyle yaralar, bunlar çok böyle tırnak içinde iğrenmeyin diye en ağırlarını getirmedim. Pek çok cerrahi tedavisi var, şöyle bir yarayı devride ettikten sonra şu hale getirip ondan sonra da plastik cerrahinin sayısız yöntemlerinin birisi ile onarmak mümkün, en basitlerinden birisi. Ama şöyle bir yara için bayağı bir uğraşmanız gerekir herhalde ya da şöyle hastalar, hepimiz görüyoruz. Buradaki problem sadece yara mı? Her halde hasta bakımı ile çok ciddi sıkıntılarımız var. Ya da birden çok yara. Bir tarafı ameliyat ettiğimizde biz diyoruz ki hasta 2 ay buranın üstüne yatmayacak, iyi güzel öbür tarafa yattığında da pozisyon veremezseniz bu sefer orada açılacak, tam bir açmaz. Ya da şöyle, bu görünür yaranın çok daha büyük olduğunu herhalde söylemeye gerek yok, sadece idrar sondasının üzerine 2 saatten fazla basmakla ortaya çıkan bir yara, bu bile bası yarasına neden olabiliyor, 2.evre bası yarası bu dikkat edin 1'i geçmiş artık ya da ileri derece kaşeksi.

Çok hızlı destek yüzeylerinden, yataklardan bahsedeceğim çünkü bu konuşmaların hemen hepsinde, biz yataklarla bunu önleyemez miyiz sorusu geliyor, onunla ilgili hemen bir iki şey. Özellikleri yatakların, ideal destek yüzeyinin nasıl olması gerektiği, bunları sağlamalı. Dün Rektör Hocanın konuşmasında ideal sağlık sistemi vardı ve yok ben ideal sağlık sistemini bulamadım demişti. İdeal yatağı da biz bulamadık yok ideal yatak ama ne olmamalısını herhalde söylemek mümkün bunlardan. Arkadaşlar tamam hepsinin artıları var ama ne olursa olsun yatak tek başına yetersizdir, bunu ısrarla vurguluyoruz. Çünkü gerek meslektaşlarımız, gerek hasta ve hasta yakınları yatakla problemi çözdüklerini düşünüyorlar ve hastaya olan ilgi azalıyor; yatak yarası oranı, bası yarası oranı çok daha yüksek hale geliyor. Bazen diyoruz ki aman yatak almayın sadece pozisyon değiştirin, o da doğru değil ama eğer böyle düşüneceklerse almasınlar yatak, yoksa pek çok yatak var, çoğu inanılmaz pahalı tabi söylemeye gerek yok. Evet, mutlaka bunların yapılması gerekiyor. 2

saat bizim altın değerimiz, 2 saatte bir en geç 2 saatte bir değiştirilmeli. Pozisyon çok önemli, pozisyon vermeyi mutlaka bilmeliyiz. Bunu bilmek için de bası yarasının neden olduğunu, nasıl olduğunu bilmeliyiz; onu bilirsek ancak uygun pozisyonu veririz. Ameliyat olan hastalarda bası yarası açılabilir, ameliyat süresi ile bu ilgili. Buna çok dikkat etmemiz gerekiyor ve Türkçeye özellikle çevirmediğim, yabancı kaynaklardan aldığım bir slayt. Bası yarası kaçınılmaz olan durumlar var arkadaşlar. Ne yazık ki bu hastalarda, bu gruplarda bası yarasının önüne geçmek mümkün değil. Sorunlar neler? Hastalık kaynaklı, hastalığı buna uygun, onun için ben hep şu örneği veriyorum. Biliyorsunuz Süpermen diye bir film sanatçısı vardı, felç geçirdi bir kazadan sonra, kuadriplejik oldu. Dünyanın en zengin adamlarından birisiydi yani bakım imkânı sınırsızdı, bası yarası nedeni ile öldü. Yani hastalık bazen bu işe sebep olabiliyor, hastane kaynaklı var, personel kaynaklı var. Sayın Başhekim personel sayısı ile ilgili bilimsel verileri verdi. Bası yarası vakalarına gerekli önceliğin verilmemesi var, burada iğneyi kendimize de batırmamız mümkün. Hasta ve hasta yakınlarının yanlış istekleri var ve hasta kaynaklı var. Hasta kendisini bırakmışsa çevresinin etkisi ile bası yarasını önlemeniz mümkün değil. Hastanın olaya mutlaka katılması gerekiyor. Özet olarak, bası yarasının önlenmesi için burada yazılı olanları mutlaka yapmalıyız ama birincisi basıncın azaltılması. Slaytları hızlı geçtim. Bası yarası açılmasını istemiyorsak aslında şöyle bir şeyin olması lazım. Sayın başhekim yoğun bakımda böyle bir sistem kurabilir miyiz? Belki ama burada dikkat edin bütün kemiklerden bir Kirschner teli geçmişler, kemiklerden insanları asmışlar, o zaman yumuşak dokuya bir bası yok, bası yarası açılmıyor, bu tabi en azından bugün için hayali bir şey. Slaytlarımdaki verilerin hemen tamamı bu kaynakta var ya da yararlandığım kaynaklar burada ama Yara Bakım Onarım Derneği eski toplantı arşivleri diye internetten ulaşmanız mümkün, orada da bu slaytlara rahatça ulaşabilirsiniz. İlginiz için teşekkür ediyorum.

Uzm. Dr. Zafer ÇUKUROVA

Oturum Başkanı

Biz de çok teşekkür ediyoruz. Evet değerli hocalarımın konuşmalarını hiç kesmek istemedim, biraz süreyi de aştım belki ama gördüğünüz gibi yoğun bakımdaki tüm terapötik işlemlerimizin başarıya ulaşmasının yolu iyi bir hasta bakım kalitesini sağlamak, izlemek, ölçmek, değerlendirmek ve bununla ilgili tüm işlemleri aktif bir biçimde yönetmekten geçiyor.

PANEL

HASTA MAHREMİYETİ

Oturum Başkanı - **Prof.Dr.Tevfik ÖZLÜ**
KTÜ Tıp Fakültesi Başhekimi

Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalının Kurucusu ve halen başkanlığını yürütüyor. KTÜ Farabi Hastanesi Başhekimi ve KTÜ Hasta Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezinin kurucusu ve Müdürü. Hasta Hakları ve Sağlıklı Yaşam Derneği (HAKSAY) ile Akciğer Sağlığı ve Yoğun Bakım Derneğinin (ASYOD) Kurucusu ve Yönetim Kurulları Başkanı. Uzmanlık alalnında yayınlanmış 20'den fazla akademik kitap yanında Hekiminizi nasıl alırdınız ve Kuramsal Metinler, Felsefi arkaplan ve örnek olgularla Hasta Hakları gibi popüler bir çok kitabın da yazarı. Bilimsel ve popüler dergiler yanında, Ulusal ve Bölgesel gazetelerde köşe yazıları yazıyor.

Hastanın Sosyal Mahremiyeti

Doç. Dr. Havva ÖZTÜRK
KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulundan 1990 yılında mezun olmuştur. 1995 yılında aynı üniversitenin Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim ABD. ve 2010 yılında Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurumlarında Yönetim Bilim Dalında Yüksek Lisansını tamamlamıştır. 2002 yılında ise İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Hemşirelik ABD. Doktorasını tamamlamıştır. 1990 yılından sonra önce yönetici hemşire, daha sonra araştırma ya da öğretim görevlisi olarak ZKÜ. Sağlık Yüksekokulu ve M.Ü. Hemşirelik Yüksekokulunda çalışmıştır. 2005 yılından sonrada KTÜ. Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğretim üyesi olarak görevini sürdürmektedir. Motivasyon, Performans Değerlendirme, Çalışan güvenliği gibi yönetime ilişkin birçok konudaulusal ve uluslararası kongre ve dergide sunulmuş ya da yayınlanmış eserleri mevcuttur.

Sağlık Hukukunda Kişisel Verilerin Mahremiyeti

Yrd. Doç. Dr. Murat Volkan DÜLGER
Medipol Üniv. Hukuk Fakültesi

2000 yılında İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nden mezun olmuş, 2004 yılında İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünden "Türk Ceza Hukuku'nda Bilişim Suçları" konulu çalışmasıyla yüksek lisans derecesini almıştır. Dülger, aynı enstitüde doktora çalışmasını 2010'da tamamlayarak "Suçtan Kaynaklanan Malvarlığı Değerlerinin Aklanmasına İlişkin Suçlar ve Yaptırımlar" konulu doktora teziyle doktor unvanını almıştır.Dülger, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde Ceza ve Ceza Muhakemesi Hukuku öğretim üyesidir. Dülger, İstanbul Barosu Bilişim Hukuku Komisyonu'nun üyesi ve başkanıdır. Dülger'in, "Bilişim Suçları ve İnternet İletişim Hukuku", "Bilişim Hukuku Mevzuatı", "Suç Gelirlerinin Aklanmasına İlişkin Suçlar ve Yaptırımlar" ve "Bilişim Suçları" isimli kitapları bulunmaktadır.

Bilgi Mahremiyetinde Hekim Sorumluluğu ve Sorunlar

Av. Pervin YILDIZ
Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu ve İş Hukuku Kurulu Üyesi

Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nden 1999 senesinde mezun oldum. 2001 yılından beri Ankara Barosu'na kayıtlı olarak serbest avukatlık ve 2014 yılı başından beri de arabuluculuk faaliyeti yürütmekteyim. Mesleki çalışmalarımın yanı sıra Ankara Barosu'nun çeşitli kurullarında görevler üstlendim. Halen Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu ve İş Hukuku Kurulu üyesi olarak görev yapmaktayım. Ayrıca Baro'yu temsilen Ankara İl Tütün Kontrol Kurulu Yürütme Kurulu üyesi olarak çalışmaktayım. Sağlık ve Tüketici Hukuku konularında çeşitli televizyon programı, panel ve sempozyumlara konuşmacı olarak katıldım. Yine sağlık hukuku alanında çeşitli kurultay, panel, oturum v.s. etkinliklerin düzenlenmesi ve sunumunda çalışmalarım oldu. Halen Sağlık Hukuku alanında çalışmalarım devam etmektedir.

Hekim-Hasta İlişkisinin Etik Boyutu

Prof. Dr. Arın NAMAL
İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi

1989 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp fakültesinden mezun oldu. 1998 yılında Çocuk Cerrahisi ve 2012 yılında Çocuk Ürolojisi unvanını aldı. 2005 yılından itibaren Yeditepe Üniversitesi hastanesinde çalışmaktadır. 2006 yılından itibaren başladığı Kalite Geliştirme Direktörlüğünü halen sürdürmektedir. 2008 ile 2013 yılları arasında aynı hastanede başhekim yardımcılığı yapmıştır. Türkiye'nin tüm hastaneleri ile ilk kez uluslararası alanda akreditasyon belgesi alan üniversite hastanesinde bu projenin başında bulunmuştur. Sağlıkta kalite geliştirme konusuna ulusal ve uluslararası birçok kongreye konuşmacı, oturum başkanı olarak ve kurumunun bilimsel sunumları ile katkıda bulunmuştur.

HASTA MAHREMİYETİ

Prof.Dr.Tevfik ÖZLÜ

Oturum Başkanı

Zaman kalması gerekli, onun için sayın konuşmacılarım lütfen, 15 dakikada bitirecek şekilde sunumlarını aceleyle yapsınlar. Ben araya girerek onların bir şekilde motivasyonlarını, konsantrasyonlarını bozmak istemiyorum ama benden de istenen bu, kötü adam rolü oynayın diyorlar, oynayacağız ne yapalım? Önemli olan hangi rolü oynadığınız değil, oynadığınız rolü iyi oynayıp oynamadığınızdır. Oturum Başkanlığı rolü bana verildiğine göre bunu da yapmak durumundayız. Evet, şimdi ilk sözü Karadeniz Teknik Üniversitesi'nden kendi üniversitemden olduğu için torpil yaparak Havva Hanım'a vermek istiyorum. Buyurun Sayın Havva ÖZTÜRK, KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi, hasta mahremiyetini anlatacak.

Hastanın Sosyal Mahremiyeti

Doç. Dr. Havva ÖZTÜRK

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Evet, çok teşekkür ediyorum. Sayın Başkan, değerli katılımcılar hepinize hoş geldiniz diyorum ve Sağlık Bakanlığı ilgili yöneticilerine beni davet ettikleri için teşekkür ediyorum. Bugün sizlerle hastanın sosyal mahremiyetini konuşacağım ama ondan önce mahremiyetin ne olduğunu ve mahremiyetin farklı boyutlarını da kısaca tanımladıktan sonra sosyal mahremiyete geçmek istiyorum.

Mahremiyeti biz, başkalarının ulaşmasına sınır konulan bir hak olarak tanımlıyoruz ve temel bir insan hakkıdır mahremiyet. İnsan haklarında üçüncü kuşak hakları kapsamında, hasta haklarında yer almaktadır. Bireyin kendi başına değer taşıdığı ve bir varlık olarak görüldüğü, bireysel haklarını ve özgürlüklerini önemsediği modern toplumlarda kişisel haklar kapsamında ele alınmış, zaman içinde ayrı ve özel bir hak haline gelmiş, birçok Anayasa, Medeni Kanun ve uluslararası sözleşmelerde tanınmış bir haktır. Dünyada yasal düzenlemelere baktığımız zaman mahremiyet; 1948 yılında Dünya İnsan Hakları Bildirgesinden 1995 yılındaki Bali Bildirgesinden, Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesine kadar birçok bildiride ele alınmıştır. Yine 2007 yılında Sağlık Hizmetlerinde Gizlilik ve Mahremiyet Avrupa Standartlarında ele alınmıştır. Türkiye'de ise 1998 yılında Hasta Hakları Yönetmeliğinin 20 ve 21. maddesi ile

hasta mahremiyeti hükme bağlanmıştır. Bunu açmayacağım, sadece bilginiz olsun diye şu şekilde tanımladım: Türkiye'de yasal düzenlemelere baktığımız zaman, T.C. Anayasası'nın Temel Haklar ve Ödevler bölümünde yer alan Özel Hayatın Gizliliği ve Kişisel Bilgilerin Korunması adlı 20. maddesinde, TCK özel hayatın gizliliği ve kişisel bilgilere ilişkin ihlal durumları ve cezai yaptırımları kapsayan 134 ve 137. maddeleri arasında, Özel Hastaneler Yönetmeliğinin 38. maddesinde hasta mahremiyeti ve poliklinik muayenelerinde gizlilik ele alınmıştır.Yine Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin madde 4'ünde "tabip sırları kanuni mecburiyeti olmadıkça ifşa edemez" şeklinde Hekimlik Meslek Etik Kurallarında madde 5 ve madde 9'da ele alınmıştır. Ayrıca Türk Eczacıları Deontoloji Tüzüğünde madde 4'de "meslek sırlarının saklanması" şeklinde ele alınmıştır mahremiyet. Uluslararası Hemşireler Birliğinin de hemşirelik etik kodlarında ele alınmış, Türkiye'de 2009 yılında Türk Hemşireler Derneği tarafından yayınlanan Etik İlke ve Sorumluluklar kapsamında mahremiyet ve sır saklama ilkesi 4 ilkeden biri olarak tanımlanmıştır.

Mahremiyet nedir diye baktığımız zaman, Latince'deprivatusprava'dan gelen privacy şeklinde tanımlanan bir kavram; yoksun bırakmak, mahrum etmek, eksiklik, bir şey kaybetme şeklinde tanımlanmaktadır. Türkçe 'ye ise Arapçadan geçmiş, mahrem ya da haram, haram olma kavramı şeklinde tanımlanmaktadır. Türkçede gizlilik, gizli olma durumu, kişisel gizlilik anlamındadır, bir anlamda kişisel dokunulmazlıktır. İnsan vücuduna bakılması, dokunulması, hakkında konuşulması yasak olan bölge olarak tanımlanmaktadır. Kişiye özel olan, kişinin başkalarınca bilinmesini istemediği her şey olarak ele alınmaktadır. Bilinmez ya da bilinmezlik, ulaşılmazlık ya da dokunulmazlık temeline kurulu, bireyin fiziksel temas, duygu ve düşüncelerini açıklamamak gibi beden ve zihinsel bütünlüğe ulaşmasına bir sınır koymasıdır.

4 boyutu bulunmakta; fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal mahremiyet. Bugün bana düşen sosyal mahremiyetten bahsetmek ama ondan önce diğer 3 boyutu da kısaca tanımlamak istiyorum. Fiziksel mahremiyet bedensel mahremiyetin de ele alındığı bireyin kendi çevresindeki fiziksel alan üzerindeki kontrol ile ilişkilidir. Diğer bireylerle fiziksel teması, bu temastaki yakınlığı içerir. Yine bireyin vücudunu çevreleyen, başkaları tarafından görünmeyen gizli alanların yani kişisel alanının ve bireyin evi, iş yeri gibi fiziksel alanları, kendine ait özel alanlar üzerindeki kontrolünü yani kişisel egemenlik alanını kapsar. Psikolojik mahremiyet ise, bireyin değerleri, inançları ve onu etkileyen diğer konulardaki bilgileri kontrol etme, düşünce ve duygularını hangi koşullar altında ve kiminle paylaşacağına karar verme hakkıdır. Bilişsel mahremiyet ise, bireyin kişisel bilgilerine başkaları tarafından ulaşılmasını ve kendi tarafının açığa vurulmasını

kontrol edebilmesidir. Bireyin kendisiyle ilgili bilgileri nasıl, ne zaman ve ne ölçüde açığa vurabileceğine karar verme hakkı olarak tanımlanmaktadır. Sosyal mahremiyet ise, bireyin sosyal ilişkilerinin yönetilmesi, ilişkinin tarafları, sıklığı ve etkileşimiyle ilişkin kontrolünün olmasıdır. İnsanları bireysel ve grup olarak değerlendirmeyi, kültürel özellikleri göz önünde bulundurmayı gerektirir. Çeşitli kültürlerde bu nedenle mahremiyet kapsamı, önemi ve mahremiyeti sağlama yöntemleri farklılık göstermektedir. Batı ve doğu toplumlarının, çeşitli dinsel grupların, modern ve geleneksel toplumların mahremiyete ilişkin değerleri, inançları ve uygulamaları arasında farklılıklar bulunmaktadır. Mahremiyet algısı bu nedenle değişebilmektedir. Adını açıklamama ya da saklama, yalnız kalma, tedbirli olma bunlardan bazılarıdır. Evet, buradaki resimlere baktığınız zaman da görüyorsunuz Hindistan'da, Çin'de, Afrika'da, Arap ülkelerinde ve batı ülkelerinde farklı ya da Müslüman ve Hıristiyan ülkelerde çok farklı bir şekilde mahremiyet ele alınabilmektedir.

Evet, bunlardan bazı örnekler verecek olursak mesela ülkemizde tıpta ayıp yoktur, doktor hemşire namahrem olmaz kavramı Türkiye'de geçerli bir kavram. Yine ABD'de ölü bireyin bedensel mahremiyeti önemsenmezken Türkiye'de yalnızca hasta birey için değil, hem ailesi hem de dinsel açından cenazenin mahremiyetine özen ve saygı gösterilmesi beklenmektedir. Çok tipik bir gazete haberini aldım, 2010 yılında yayınlanmış, Trabzon'a ilişkin bir örnek bir Trabzonlu olarak. Trabzon'un Gazipaşa caddesinde yeni açılacak olan bir konfeksiyon mağazasının vitrinindeki cansız mankenlerin mahrem yerlerinin gazete kağıtlarıyla örtülmesi evet o kültürün tipik bir örneğidir. Yine İran'da hastaların vücutlarının kullanılan bölümlerini örtmek, aynı cinsteki hastaların aynı odalara yerleştirilmesi bir örnektir yani Müslüman ülkelere has bir örnek olarak ele alınabilir çünkü bizde de böyle. Yine sosyal mahremiyete ilişkin İngiltere'de bir örnek var, İngiltere'de iki radyo sunucusu spekülasyonlara sebep olduğu nedeniyle sıkıntılar yaşamış, sunucular kendilerini Kraliyet ailesi mensubu olarak göstererek Prens William'ın hamile eşi Kate Middleton'un sabah bulantıları ve kusma şikâyetlerine dair tedavi gördüğü Londra'daki hastanede hemşireden bilgi almışlar, bunun üstüne hemşire intihar etmiş.

Evet, sağlık hizmetlerinde, biz bugün bunun için buradayız tabii ki, sağlık hizmetlerinde sosyal mahremiyet ne kadar önemli ve nasıl diye tanımladığımız zaman, öncelikle sosyal mahremiyet bir etkileşim sırasında bireyin kontrolünü ifade ediyordu bildiğimiz gibi. Kontrolün kaybında ise sosyal mahremiyet tehdit altına giriyor. Sağlık hizmetinde ise bu kontrol kime geçiyor, tabii ki bizlere yani sağlık personeline geçmekte çünkü hasta birey sağlık sorunlarına bağlı olarak çevresine ve kendi yaşantısına ilişkin mahrem durumlarını kontrol

edemeyebiliyor. Bazı uluslararası araştırmalara baktığımız zaman da neyi görüyoruz? Hasta mahremiyetinin yeterince sağlanmadığı sağlık kurumlarında, mahremiyetin ihlal edildiği saptanmış. Avrupa'nın 5 ülkesinde yaşlı hastalar ve hemşirelerle yürütülen bir çalışmada mahremiyet en çok Birleşik Krallık 'da yani İngiltere'de korunurken en az Yunanistan'da korunmaktadır. Almanya ve Birleşik Krallık' da hasta ve hemşire görüşleri benzerken, Yunanistan ve İsrail'de hemşireler hastalara göre hasta mahremiyetinin korunmasına ilişkin daha pozitif bir görüşe sahiptirler. İsrail'de bir örnek var, part-time çalışan hemşirenin full-time çalışan hemşirelere göre yani yarı zamanlı çalışan hemşireler tam zamanlı çalışan hemşirelere göre hasta mahremiyetine daha fazla özen gösterdiği saptanmış. Yarı zamanlı çalışanın neden özen gösterdiği araştırıldığında ise haftada 2 ya da 3 kez nöbet tuttukları, bunun da işlerin en az saatlerde olduğu nöbetler olduğu ortaya çıkmış, bu nedenle de hastalara daha fazla zaman ayırdıkları tespit edilmiş. İran'da acil servislerde hasta mahremiyetine ve memnuniyetine ilişkin yürütülen bir çalışma yapılmış, hastaların yarısı mahremiyetlerine düşük ve orta düzeyde saygı gösterildiğini söylemiştir. Yine Amerika'da Olsen ve Sabin'n acil servislerdeki çalışmasına göre de duvarlı ve perdeli odalarda benzer şekilde gizlilik ihlallerinin olduğu, hasta ve yakınlarının % 36'sının konuşmaları işittiği, bu konuşmaların % 1.6'sının uygunsuz ve profesyonel olmadığı belirtilirken, 5 gün sonra tekrarlayan çalışmada acil servislerde yapılan yenileme, bakım onarım çalışmaları yapılmış olup, yalnızca duvarlı odalarda mahremiyet ve gizlilik ihlallerinin anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır. Ürdün'de ve Tayvan'da ise mahremiyetin korunduğu söylenmiştir.

Ülkemizdeki çalışmalara baktığımız zaman da hasta mahremiyetinin yeterince sağlanmadığı, sağlık kurumlarında mahremiyetin ihlal edildiği bazı araştırma sonuçlarında çıkmış. Trabzon'da sağlık çalışanlarının hasta haklarına yönelik 2007 yılında bir çalışmasında da sağlık çalışanlarının %59'u hastaların mahremiyet hakkının tedavisi kadar önemli olmadığını belirtmiştir. Yine ülkemizdeki bazı çalışmalarda hasta mahremiyetine saygı gösterildiği tespit edilmiş birçok çalışma görüyorsunuz. Genellikle bizde mahremiyete özen gösterilir ama bu daha çok fiziksel mahremiyetin ele alınmasına yani bedensel mahremiyete özen gösterilmesinden kaynaklanıyor. Oysa mahremiyetin psikolojik ve sosyal boyutları çok fazla değerlendirilmiyor. Bizim İstanbul'da özel bir hastanede yaptığımızbir çalışmamız vardı. Hemşirenin hastanın fiziksel ve bedensel mahremiyetine özen gösterdiğinin saptanmasına rağmen sosyal mahremiyetini göz ardı ettiğini tespit ettik. Her 5 hemşireden 2'sinin hastanın hayatı ve kişisel bilgilerine ilişkin mahremiyeti ve hastanın sağlık durumuna ilişkin mahremiyetini ihlal ettiğini saptadık. Hasta haklarına ilişkin yapılan gazete haberlerinin değerlendirildiği bir çalışmada da hasta mahremiyetine ilişkin haberlerin ikinci sırada yer aldığı

belirlenmiştir. Yine bir gazete haberi gördüğünüz gibi, hastanede 3 büyük hak ihlali diye ilan edilmiş. 2012'de çıkan bir gazete haberi hasta haklarının 3 düşmanı olarak, özel hastanedeki ek ücret, hekime ulaşamamak ve hasta mahremiyetinin çiğnenmesi şeklinde tanımlanmıştır. Hastaların mahremiyetinin sosyal medya yoluyla ihlal edildiğine ilişkin bir diğer çalışma da Almanya'da yapılmış, her 2 doktordan birinin sosyal ağları kullandığı, her 100 paylaşımdan 78'inde hasta haklarının ihlal edildiği tespit edilmiştir. Gutenberg Üniversitesinde Tıp Bilişim Uzmanı Hartz tarafından geliştirdiği küçük bir program yardımıyla Facebook'daki grupların ve bu gruptaki kişilerin özel bilgilerine rahatlıkla ulaşıldığı kaydedilmiş, birkaç tıkla hasta hakkında genel bir kanaat edinilebildiği, bu durumun ise bazı hastaların iş bulmalarında sorunlara yol açabileceği ifade edilmiş. Evet, 2012'de çıkan bir diğer haber, Çelik bir üniversite öğrencisi, vefat etmiş, onun bedensel görüntüsü gazeteciler tarafından ifşa edilmiş. Yine aynı şekilde eşi tarafından bıçaklanan bir diğer bayanın da yine aynı şekilde gazeteciler tarafından yarı çıplak görüntülerinin ifşa edilmesi ve yakınlarının aklında bunun kalacak olması da mahremiyet ihlallerinin en güzel örneklerinden biri. Ayrıca HIV taşıyıcısı olduğu belirtilen ancak AIDS olup olmadığı bilinmeyen O.T. insan ve hasta haklarına aykırı biçimde teşhir edilmiş. 2013 yılında çıkan bir diğer haber de yine doğumda mahremiyet ihlali çocuk sayısını azaltıyor diye bir gazete haberidir. İstanbul Doğum Akademisi Kadın Doğum Uzmanı ve doğuma hazırlık eğitimi veren Çoker doğumdaki mahremiyet ihlalinin kadınlarda sezaryen doğumu tercih etmesine neden olduğunu söylemiş. Kadınlarımızın ikinci ya da üçüncü çocuğu yapmama kararı alabildiğini, kadınlarımızın doğum yaparken odada 3 ya da 2 kişi var, kapılar açık, isteyen istediği gibi girip çıkıyor, bu sağlık görevlisi olsa bile mahremiyeti bozuyor şeklinde açıklamalarda bulunmuş. Yine Hasta Hakları Aktivistleri Derneği'nin raporuna göre de mahremiyet ihlali var. Mahremiyet ihlallerinin temel nedeni ise sağlık çalışanlarının bu konudaki bilgisizliği, yoğun iş yükü, personel eksikliği ve fiziki altyapı eksiklikleri olarak belirtilmiş.

Bunun üstüne yine ayrı bir konu olan ülkemizdeki en önemli problemlerden hatta dünyayı tehdit eden problemlerden biri de şiddet olayları. Doktora şiddet olaylarının artması üzerine hastanede muayene odalarına bir kamera konulması tartışması ortaya çıkmış. Güvenlik kamerasının Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesine aykırı olduğu gerekçesiyle izin çıkmamış. Sağlık Bakanlığı tarafından muayene ve tedavi odalarında kamera olmayacak şeklinde bir gazete haberi örneğini görüyorsunuz.

Tüm bu sonuçlar neyi gösteriyor? Sağlık hizmetinde mahremiyetin ne kadar önemli olduğunu. Hasta haklarını sağlamaya yönelik belgelere, ülkelerin ulusal mevzuatlarındaki bu konu hakkındaki güvence altına alınacak düzenlemelere

rağmen, hastanın özel hayatının gizlilik hakkı ve mahremiyetini sağlamanın ne kadar güç olduğunu görüyorsunuz. Gelişen ve karmaşıklaşan sağlık sistemi ve bu sistem içerisinde yer alan iletişim ve haberleşme sistemi hastanın mahremiyetinin korunmasını güçleştirmekte, teknolojinin gelişmesi ve ulaşılabilirliğinin artması ile verilerin korunmasını tehlikeye sokmakta, hangi verilerin ve bilgilerin kim tarafından nasıl nakledilmesi, kimlerin kullanımına olanak sağlanması gerektiği konusunu tartışma haline getirmiştir. Bu doğrultuda bu yine bazı sorunlara neden olmuş, ABD'de New York Times'da, İngiltere'de de TheGuardian gazetesinde sağlık veri tabanları ve sağlık izleme teknolojisini kapsayan tedirginliklere ilişkin haberler çıkmış. Ülkemizde de aynı şekilde sağlık için kayıt mı fişleme mi, Sağlık Bakanlığı tüm hastaların özel bilgilerini kayıt altına alacak şeklinde gazete haberleri çıkmış. Hasta bilgilerini zarar vermek için bu bilgileri kullanana nasıl ceza verilecek gibi haberler yayınlanmış. Kararı hasta mı verecek? Sağlık bilgileri için mahremiyet kuralı diye yine bir gazete haberi çıkmış. Türk Tabipler Birliği'nin hastalar fişlenebilecek iddialarına karşı Sağlık Bakanlığı harekete geçmiş. Bakanlık kişisel sağlık verilerinin işlenmesi ve mahremiyetin sağlanması için yönetmelik hazırlayacağı duyurulmuştur.

Sağlık hizmetlerinde mahremiyeti korumanın ne kadar güç olduğunu görüyoruz, ama bunun yanında mahremiyeti korumanın bir diğer nedeni ise, hastanın başvurusu, tetkikleri, yatışı, taburcu edilmesi, takibi, uygulanan konsültasyonlar sırasında çok sayıda sağlık görevlisi tarafından hastanın özel hayatına ve sosyal yaşantısına ilişkin bilgilerin öğreniliyor olmasıdır. Yine ameliyattan 2 gün sonra hastayla ilgili bilgilere asgari 25 yılda 100 sağlık personelinin ulaştığı ortaya çıkmış. Peki, bu doğrultuda biz hastanın sosyal mahremiyetini nasıl korumalıyız? Hastaların yaşadıkları toplumda onlar için önemli ve özel olan kişisel, fiziksel, psikolojik, özel şeylerin gizliliğinin sağlanması ve korunması için hastanın toplumdaki işi ve statüsünü, sarsmamak ve başarısı için, bireyin utanmasını, kırılmasını engellemek, incinmemesini sağlamak için sağlık ekibiyle dürüst ve açık ilişki kurması ve güven duyması için sosyal mahremiyeti korumak zorundayız. Sağlık kurumlarına başvuran kişi ve gruplar, yardıma muhtaç, hassas, kolay örselenebilir, istismar edilebilir konumdadır. Bu açıdan sağlık hizmeti insana yönelik uğraşı alanları içinde en özel ve özenli hizmeti sunmasını gerektiren, sağlık profesyonellerine etik sorumluluk yükleyen bir alandır. Bu nedenle mahremiyet kültürden kültüre, dini inançlar, toplumsal değerler ve geleneksel özellikleri nedeniyle hatta bireyden bireye değişebileceği için bireyin ailesi, yaşadığı toplumun kültürü, entelektüel durumu, değer ve inançları tanındıktan sonra bireye özgü yaklaşılmalıdır. Hastanın kararına göre davranılmalı; hasta izin vermediği sürece hiçbir bilgi açıklanmamalı, uygulama gerçekleştirilmemelidir. Hastanın istek ve beklentileri dikkate alınarak hastanın katılımıyla girişimler

gerçekleştirilmelidir. İnsanların bulunduğu her ortamda, tüm alanlarda yer alan, insanın temel gereksinimlerinden olan ve sağlık hizmetlerinde anahtar olarak görülen mahremiyet ve gizlilik hakkı bir temel insan hakkıdır. Bu hakkın korunmasına sahip çıkmak, ihlal edilmesini engellemek sağlık profesyonelinin temel sorumluluklarından biridir. İster birey, ister hasta kısaca insan olan herkes kendi bedeni, özel yaşantısı ve kendine özgü her konuda tek söz sahibi olandır. Durumu istismar veya ihmal etmek yalnızca hak ihlali değil, suçtur. Beni dinlediğiniz için çok teşekkür ederim.

Prof.Dr.Tevfik ÖZLÜ

Oturum Başkanı

Sayın Havva Öztürk'e biz çok teşekkür ediyoruz, hem bu dinamik ve hızlı sunumu hem de kapsamlıçalışmaları, klinikteki uygulamalarla ilgili örnekleri ve medyadaki örnekleri bizimle paylaştığı için. Tartışma, oturumun sonunda olacağı için hemen ikinci konuşmacıya söz vermek istiyorum. Şimdi hukuki boyutunu göreceğiz. Sayın Volkan Dülger'e söz vermek istiyorum, buyurun.

Sağlık Hukukunda Kişisel Verilerin Mahremiyeti

Yrd. Doç. Dr. Murat Volkan DÜLGER

Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi

Öncelikle herkese tekrar hoş geldiniz diyorum. Havva Hocam çok güzel bir sunum yaptı.Hakları tanımladı yani yasak ve emirleri tanımladı, suçtur deyip topu bana attı. Ben Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesinde Ceza ve Ceza Muhakemesi Hukuku Öğretim Üyesiyim. O yüzden işin biraz ceza kısmına gireceğiz ama cezadan önce sağlık çalışanlarındaki bir algıyı değiştirmemiz lazım. Malum biz Medipol'de olduğumuz için sağlık çalışanlarıyla sürekli iç içeyiz, benim eşimde tıp fakültesinde öğretim üyesi. Şöyle bir algı değişikliği var; sanki hukukçular var da hukukçular sağlık çalışanlarının başına dert açıyormuş gibi! Olaya şöyle yaklaşmanız lazım; Allah korusun ama bütün sağlık çalışanları bir anda yok olsa, hepsini bir uzay gemisine bindirip Mars'a göndersek virüsler ve bakteriler yok olacak mı? Hayır. İyi ki varsınız ki tedavi ediyorsunuz. Bir anda hukukçular da yok olsa bunların hepsini Mars'a göndersek yine de bir toplum düzeni içinde yaşadığımız için hukuk formlarına ihtiyacınız olacak; ama bu normlara uyumsuzluklarınız çözümsüz kalacak. Bizim varlık nedenimiz size yardımcı olmak. Zaten algıdaki hata da şu; sizler çok iyi niyetle insanları tedavi ettiğinizi düşünüyorsunuz ki öyle yapıyorsunuz, bana teşekkür etmesi lazım, hayır duası göndermesi lazım derken, bana niye dava açıyor diye düşünüyorsunuz. Çünkü Türkiye'deki hasta haklarındaki algı da değişti. Eskiden Hocam çok güzel söyledi, mahremiyet diye bir şey yoktur doktor lütfeder bakar, doktor ne yaparsa haklıdır, öyle yapmıştır, tedavi doktordan ölüm Allahtan! O dönemler bitti. Artık her alanda olduğu gibi tıp alanında da doktorların yaptıkları tartışılıyor, sorgulanıyor, dava konusu oluyor. Bunlardan birisi de hastaların mahremiyet hakkı. Şimdi göreceğiz; hem Avrupa İnsan Haklarında hem de ülkemizdeki yargı mercilerinde bunlar dava konusu olmuşlar.

Bir kere bu konuda dünyada iki tane büyük ekol var her zaman olduğu gibi. Birisi, AngloSakson hukuk sistemi hatta buna sırf ABD sistemi diyebiliriz; çünkü AngloSakson dediğimizde içine ABD, İngiltere, Kanada, Yeni Zelanda gibi ülkeler giriyor, İngiltere bunun dışında çünkü. Amerika'nın çektiği bir sistem var ki burada Amerikalılar her konuda olduğu gibi prakmatis davranıyorlar ve rahatlar. Yani kişisel verilere önem veriyorlar ama o kadar da çok önem vermiyorlar. Bunun karşılığında bir de Avrupa Birliği var, Avrupa Birliği özellikle bunu Almanya domine ediyor, bu konuda inanılmaz sıkılar. Bizi etkileyen kısmı ne? Bizi etkileyen kısmı şu; biz Avrupa Birliği müktesebatına uyum sağlama süreci içerisinde bu işi

yaptığımız için AB'nin direktiflerine uyuyoruz. Nitekim her ne kadar hali hazırda yürürlüğe girmemiş olsa da iki yıldan beri her toplantıya gittiğimizde Bakanlar Kurulunun gündeminde konuşuluyor; ama nedense bir türlü yasalaşamayan, nedenini aslında biliyoruz da kişisel verilerin korunması hakkında kanun tasarısı var ve bir türlü kanunlaşamıyor. Kanunlaşamayan bu tasarıya baktığımızda Avrupa Birliği'nin çıkarttığı veri koruma yönergesinin birebir aslında kopyası olduğunu görüyoruz. Zaten birebir kopya olduğu için bir türlü yasalaşamıyor. Şimdi bu yönergede kişisel veriler veya hasta hakkı açısından mahremiyet hakları ikiye ayrılmış durumda; bir, alelade kişisel veriler var, olağan, sıradan, önemsiz olmayan veriler var. Bunlara da ulaşmak yasak, hiç bir şekilde bir müsamaha yok ama istisnaları olabiliyor. Bir de hassas kişisel veriler var, bunlar kişilerin cinsel yaşamlarıyla, sağlık durumlarıyla ilgili veriler ki, işte sizin mahremiyet hakkı dediğinizi biz bu hassas veriler kapsamında değerlendiriyoruz. Bu hassas veriler açısından ise çok daha sıkı bir koruma var. Her ne kadar kişisel verilerin korunması tasarısı yürürlüğe girmemiş olsa da, maalesef ülkemizdeki mevzuat bu konuda kulağı tersten gösteriyor, emir ve yasaklar tam olarak belirgin olmasa da, bu konuya ilişkin yaptırımlar Türk Ceza Kanunu'nda düzenlenmiş durumda. Gerçekten de Türk Ceza Kanunu'nun 135, 136, 137 ve 138.maddelerinde kişisel verilerin kaydedilmesi, açıklanması ve belirli bir süreç içerisinde yok edilmesi gereken verilerin yok edilmemesi suç olarak düzenlenmiş durumda. Bu anlamda 137. madde sizler için çok önemli; çünkü kamu görevlisinin bu suçları işlemesini suçun nitelikli hali olarak öngörmektedir ki kamu görevlisi deyince aklınıza hemen devlet memuru, sağlık çalışanları gelmesin, bakın özellikle Yeni Ceza Kanunu'nda memur kavramı bu nedenle kullanılmadı, seçilme veya atanma, süreli veya geçici her ne şekilde olursa olsun kamu adına bir görevi yerine getiren kişi Ceza Kanunu'nda kamu görevlisi olarak kabul ediliyor ki bunların en başında tabii ki sağlık çalışanları geliyor.

Peki, hangi hallerde bu veriler kaydedilebilir? En önemlisi kaydetmekten de ziyade hangi hallerde bu veriler işlenebilir? İşlemek çok daha önemli, neden işlemek çok daha önemli? Aslında bu kişisel veriler hep vardı, eskiden kartoteklere işleniyordu ama ne zaman ki bilişim sistemleri gündeme çıktı, o zaman kanunlara girmeye başladı. Çünkü kümülatif haldeki çok sayıda veriyi bir program yardımı ile çok rahatlıkla işleyebiliyorsunuz. Mesela bana danışmanlık yaptığım ve fikir vermem için gelen bir örnek, malum şu anda eczanelerde SGK'dan ilaç alabilmek için SGK'nın açtığı web sitesine girilip bütün parametrelerin girilmesi lazım. Birisi bir program yazmış, bir ara yüze kendisi bir girdi yapıyor. Eczaneler o programdaki ara yüzü kullanarak SGK'ya bağlanacaklar. Böylece oradaki bütün verileri çekip ilaç firmalarına satabiliyor. Ve orada hangi hasta, hangi doktordan, hangi ilacı, hangi tarihte, ne kadar süre ile kullanabilecek bunu görüyor. Mahremiyet ihlâlini

düşünebiliyor musunuz? Yasa işte bunları öngördüğü için Türk Ceza Kanunu'nda suç olarak düzenlemiş.

Peki, neleri işleyebilirsiniz? Hastanın, bizim açımızdan ilgilinin rızasının olması, bu konuda açık bir rıza ve sizin açınızdan özellikle bir rıza aydınlatılmış onam belgesi; hem tedavi için hem bu kayıtların kullanılması ve işlenmesi için gereklidir. Mesela çok enteresan örnekler var. İstihdam alanında bunlara ilişkin bazı istisnai durumların yaratılabileceği söyleniyor. Mesela biz desek ki, gaylerin ve lezbiyenlerin bu durumları Türkiye'de de kayıt edilebilir, kıyamet kopar. Halbuki İngiltere bunu sakatlar açısından, özürlüler açısından ve cinsel tercihleri farklı olan kişiler açısından özellikle yapılmasını öngörüyor ki ayrımcılık yapılmasın bu kişilere karşı diye. Yani yalnızca sizin nasıl bir düzenleme yaptığınız değil nasıl uyguladığınızda çok çok önemli. Buna rağmen siyasi, felsefi, dini veya sendikal amaçlarla olan kişisel verilerin herhangi bir şekilde kayıt edilmesi mümkün değil. Yani hastanın siyasi fikri, dinsel fikrini biliyorsanız örneğin Yahova Şahidi geliyor, benden kan alamazsın kardeşim diyor, bunun gerekçesini açıklayamazsınız, kaydedersiniz ama bunu kamuoyuyla paylaşamazsınız.

Başka neler söyleyebilirim size? Mesela ulusal kimlik numarası diğer tanıtıcı işaretlerin, işlenme şartlarının açıkça belirlenmesi gerekiyor. Bizde bugün her şey TC Kimlik Numarasıyla yapılıyor ama bunu kimin, nerede, nasıl saklayacağı belli değil.

Şimdi gelelim pratik sorunlara, pratikte de pek çok sorunla karşılaşıyoruz. En büyük sorun şu, arada meslektaşlarınızla da konuştuk, kişi bir trafik kazası veya beyin travması sonucunda acil olarak hastaneye kaldırılıyor ve hemen kendisi stabil hale getirilip ameliyata alınıyor ve bu arada ameliyathanenin karşısında kim olduğunu bilmediğiniz insanlar hasta hakkında bilgi istiyor, hasta hakkında bilgi vermediğinizde de sağlık personeline şiddet uygulayabiliyor. Ne yapacaksınız? Veya kimi zaman doktor veya hemşire kapının önüne çıkıp, genellikle doktorlar tamamen iyi niyetleriyle bilgi veriyorlar. Hiçbir şekilde bilgi vermemeniz lazım! O kişinin hasta yakını olduğunu nereden biliyorsunuz? Alnında mı yazıyor? Siz o anda tutup da nüfus cüzdanı da isteyemezsiniz. Bir kere bence hazır burada sesimiz ilgililere de gidiyor iken bu konuda hastanelerin bir karar ve uygulama yapması lazım. Yani hastanelerde bir birim kurulması, bu hasta yakınlarının söz konusu birime sevk edilmesi, birimdeki kişilerin gerçekten hasta yakını olduğunu tespit ettikten sonra bu hasta yakınlarına bilgi verilmesi lazım. Hocam demin söyledi işte, kraliyet ailesinden birisi arıyor, işte prensesin hakkında bilgi alıyor, gazeteci olduğunu öğrenince intihar ediyor. Maalesef yani ben basında bunu çok görüyorum, basın haber verebilmek adına ve hızlı haber verebilmek adına etik değerleri yerle bir ediyor, ayaklar altına alıyor. Mesela pek çok kişinin 10 yıl, 15 yıl,

hapis cezasıyla haklarında soruşturma açıldığını ve tutuklandığını duyuyorsunuz, halbuki Ceza Kanununa baktığınızda "2 yıldan 10 yıla kadar hapis cezası" diyor, 2 yılı söylemiyor veya kişilerin hakkındaki soruşturma, takipsizlikle sonuçlanıyor veya berat ediyor, hiçbir gazetede buna ilişkin haberler göremiyorsunuz. Çünkü sansasyonel herhangi bir değeri olmuyor.

Peki, buna ilişkin örnekler ne? Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi, Z. Versus Finlandiya Kararında, bir kişinin HIV virüsü taşıdığına ilişkin alenen bilgi verilmesini açıkça Sözleşmenin 8.maddesine aykırı bulmuş ve Finlandiya'yı mahrum etmiş ki, Finlandiya bu kişisel mahrumiyet konusunda gayet sıkı davranan bir ülke. Aynı şekilde bir kişinin açtığı İsviçre'ye karşı yaptığı başvurusunda o ülkenin sosyal güvenlik kurumundan "kürtaj yaptırdığına" ilişkin tıbbı kayıtların alınmasını ihlal nedeni olarak görmüş ve ülkeye ihlal kararı vermiş. Yine, çok enteresan bir karar var, Birleşik Krallıkta, bir hemşire HIV pozitif çıkıyor ama daha AİDS sendromu göstermiyor ve hemşire bir anda kendisinin kayıtlarının meslektaşları tarafından da görülebileceğinin farkına varıp bunu hastane yönetimine söylüyor, hastane yönetimi önlemi alıyor. Buna rağmen Avrupa İnsan Hakları Mahkemesine başvuruyor ve Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi, burada hastane yönetiminin geç davrandığını tespit ederek ihlal kararı veriyor İngiltere hakkında. Buradaki Mahkemenin göz önünde bulundurduğu oran şu ki, biz de bunu kullanmakmecburiyetindeyiz. Bakın, bu Avrupa İnsan Hakları Mahkemesini hep örnek veriyoruz, "ya uygulasak iyi olur" diye değil, biz Avrupa Konseyi'nin üyesiyiz, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin tarafıyız ve Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinin yargılama yetkisini kabul etmiş durumdayız. Yani bizim iç hukukumuzdaki düzenlemeler ve mahkeme kararları bu Mahkemenin kararlarıyla uyumlu olmak mecburiyetinde. Bu nedenle "gereklilik ve oranlılığı" daima göz önünde bulundurmamız lazım.

Peki, ülkemizde durum nasıl? Düzenlemeleri anlatmıyorum, Havva Hocam bu düzenlemeleri gayet güzel bir şekilde zaten özetledi. Mesela bizim Yargıtay Hukuk Genel Kurulu'nun 04 Nisan 2011 tarihli, çok yeni tarihli bir kararı var, çok enteresan; bir kişi hakkında HIV pozitif olduğu yönünde bir şüphe duyuluyor ve işgüzar başhekim, yemiyor, içmiyor, bu konuda bir basın toplantısı yapıyor, "bu kişi HIV pozitiftir" diye ve ertesi gün de adamın HIV pozitif olmadığı ortaya çıkıyor. Ama tabii, HIV pozitif olmadığına ilişkin herhangi bir haber yok, tabii basın, verilen bir birim haberi on birim yapıyor, dağıtıyor. Yargıtay Hukuk Genel Kurulu, burada Bakanlığın başhekime açtığı rucü davasında Bakanlığı haklı görüyor. Yani kişi doğrudan haklı olarak Bakanlığa açıyor, parayı alıyor, Bakanlık da başhekime rucü ediyor ve Yargıtay Hukuk Genel Kurulu bu rucüyü haklı buluyor. Bu nedenle saygıdeğer sağlık mesleği mensupları, çok dikkatli olmak

durumundasınız ve bu, sırf hasta yakınlarına haber verirken değil, asansör ile çıkarken aranızda konuşuyorsunuz, orada bir hasta yakınının olmadığını ne biliyorsunuz veya biz şu işe şu kadar katı bakıyoruz, diyelim ki, bir jinekoloji operasyonu yaptınız, öğle yemeğinde gittiniz kalp damar cerrahı bir arkadaşınızla konuşuyorsunuz ve hasta ismi vererek "ona şunu yaptık, buna bunu yaptık" diyorsunuz, KVC'cinin böyle bir bilgiye ihtiyacı var mı? Yani bunu konsültasyona da sokamazsınız, hani bir patolog olsa dersiniz ki "şunu aldık, patolojisinde bu çıkar mı?" veya başka bir kadın doğumcu olsa onunla fikir paylaşıyorum dersiniz, kalp damarcının ne işi var? Küçük, mahrem bir alan olduğu için bunu söylüyorum. Bunlar bizim uygulamada karşılaştığımız problemler, kimi zaman iyi niyetli kimi zaman ise umursamazlıkla ihlallerde bulunuyorsunuz ve pek çok kişi de şunun farkında değil ki, bu ihlaller toplum açısından o kadar önemli sayılıyor ki, Ceza Kanunu'nda suç olarak düzenlenmiş durumdalar.Süre çok kısa, o yüzden ben daha fazla uzatmak istemiyorum ama sorulacak sorulara cevap vermeye hazırım.

Son bir ipucu; ben bu konuda geniş bir makale yazdım, şu an baskı aşamasında, "Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisinin 2.sayısında yayınlanacak, bunu elektronik ortamda da yayınlayacağız. Merak edenler oradan çok daha ayrıntılı bilgi ve uygulama örneklerini öğrenebilirler.Sabırla dinlediğiniz için hepinize çok teşekkür ederim.

Bilgi Mahremiyetinde Hekim Sorumluluğu ve Sorunlar

Av. Pervin YILDIZ

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu ve İş Hukuku Kurulu Üyesi

Şimdi hekimle hasta arasındaki ilişki güvene dayalı bir ilişki, dolayısıyla bu güven duygusunun korunması lazım. Hasta hekime kendisi ile ilgili bilgileri verirken bu bilgilerin saklanacağından emin olması lazım. Özellikle psikiyatri hastalarında hastalar birçok gizli düşüncelerini, yeri geldiğinde fantezilerini, uygulamaya geçirdikleri birtakım bilgilerini, düşüncelerini, tasarılarını hekimle paylaşıyorlar. Hekimin doğru teşhisi koyabilmesi ve doğru tedaviyi uygulayabilmesi için bu tür bilgilere ihtiyacı olabilir ama hasta bu tür bilgilerin korunmayacağı kaygısı içinde olursa, bunları aktarmayacak ve dolayısıyla hekim doğru teşhis ve tedavide bulunamayacaktır.

Peki, hekimin sır saklama borcuna ilişkin yasal düzenlemeler neler? Ben bunları mümkün olduğunca vakit yetmeyeceği için sadece sorunlu gördüğüm alanlarla ilgili, uygulamada karşılaştığımız sorunlarla ilgili kısmını söylemeye çalışacağım. Burada Amsterdam Bildirgesinden bahsedeceğim, 4. maddesi Mahremiyet ve Özel Hayat başlığını taşımakta. 4. maddenin 1. fıkrasında "Hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi hakkındaki ve kişiye özel diğer tüm bilgiler, ölümden sonra bile gizli olarak korunmalıdır." Yani hastanın ölümüyle bu sır saklama yükümlülüğümüz bitmiyor, devam ediyor. Bunun bir istisnası var, Dünya Hekimler Birliğinin 1981 yılında düzenlediği Hasta Hakları Bildirgesinde hastanın ölümünden sonra sadece hastanın ailesinin ve akrabalarının kendileriyle ilgili sağlık risklerini öğrenmeleri için bu bilgilere erişim hakkı tanınacağından bahsedilmiştir. Dolayısıyla bu istisnayı da göz önünde bulundurmak lazım… Hastaya ait bilgiler yalnızca hastanın açık izni veya mahkemenin kesin isteği üzerine paylaşılabilir. Yine hastaların, tanıları, tedavileri ve bakımları ile ilgili kayıtlara, diğer dosyalara ulaşabilmeli, bunların bir örneğini de aslında alabilmeli. Bizim bu düzenlemeye paralel Hasta Hakları Yönetmeliğimizde bir düzenleme var. Fakat uygulamada bazı sorunlar yaşıyoruz biz avukatlar olarak ve hastalar olarak. Bir hastaneye başvurduğumuzda hasta kayıtlarımızı almak istiyoruz dediğimizde eğer bir de özellikle dava açılma potansiyeli olan bir dosya ise, hastaneler bu dosyaların birer örneğini vermek istemiyorlar ya da en azından bir başhekim görsün ondan sonra biz size verelim diye birtakım güçlükler çıkartıyorlar maalesef. Ben bu kısımları geçiyorum.

Lizbon Bildirgesinin 4. maddesinde buna ilişkin bir düzenleme var. Hasta hekimden tüm tıbbi ve özel hayatına ilişkin bilgilerin gizliliğine saygı duyulmasını

bekleme hakkına sahiptir diyor. Yine BM toplantısının 6.ilkesinde bu hizmetlerden yararlanan tüm kişilerin gizlilik hakkına saygı gösterilmelidir denilmekte. Dünya Hekimler Birliğinin az önce bahsettiğim ölümden sonra hastanın yakınları ve ailesi için bilgilere ulaşma hakkı tanınıyor. Gizli bilgiler sadece hastanın açık onayı varsa ve yasada açıkça öngörülmüşse açıklanabilir, hastanın açık onayının olmadığı durumlarda bilgilerin öteki sağlık hizmeti verenlere açıklanabilmesi için bunların kesinlikle bilinmesi gereken kişiler olması gerekiyor. Şimdi şöyle diyelim, bir hastayla ilgili olarak eğer konsültasyon isteniyor ya da başka sağlık çalışanlarının yardımına ihtiyaç varsa, bu durumda tabii mecburen bu hizmeti size verecek kişilere, hastaya ilişkin bilgileri açıklayabiliyorsunuz ve hastaya ilişkin bilgilerin tümünü açıklayamıyorsunuz. Gerekli olduğu kadarını açıklamanız gerekiyor, bütün bilgileri vermemeniz gerekiyor. Burada tabii hangi bilgilerin gerekli olacağı hekimin takdirindeki bir husus… Biyotıp Sözleşmesinde, tabii yine paralel düzenlemeler bunlar, fakat burada farklı olarak şu var, bilgilendirmeme isteği ilk kez burada bahsediliyor. Her ne kadar bireyler kendi sağlığı hususunda toplanmış her bilgiyi öğrenme hakkına sahipse, bununla beraber bireylerin bilgilendirilmeme istekleri de gözetilecektir, yine bizim Hasta Hakları Yönetmeliğimizde buna paralel bir düzenlememiz var.

Ulusal mevzuatımızdan bakarsak, Anayasa'nın 20. maddesinde "herkes, özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir. Özel hayatın ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz" deniyor. Bu bahsettiğim maddenin son kısmına dikkat ederseniz, kişisel verilerin korunmasına ilişkin esas ve usuller kanunla düzenlenir diyor. Bunun altını çizmemdeki sebeplerden birisi şu, biliyorsunuz kısa bir süre önce Danıştay Sağlık.Net-2 uygulaması yürütmesinin durdurulması kararını verdi. Bu kararın gerekçe kısmında da bu tarz düzenlemelerin KHK'lar ile değil kanunla düzenlenmesi gerektiğinden bahsetti.

Yine Türk Medeni Kanununun 24. maddesinde "hukuka aykırı olarak kişilik hakkına saldırılan kimse, hâkimden, saldırıda bulunanlara karşı korunmasını talep edebilir." Tıbbi Deontoloji Tüzüğünün 4. maddesinde benzer düzenlemeler var. Tabii çok sayıda mevzuat var ama bunların hepsini burada söylemek mümkün değil. Bizim için önemli olan şu kısmına belki biraz daha göz atmak lazım, Hasta Hakları Yönetmeliğinin İlkeler başlığını taşıyan 5. maddesi (f) fıkrası "kanun ile müsaade edilen haller ile tıbbi zorunluluklar dışında, hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz." Hasta Hakları Yönetmeliğinin 20. maddesi. Bu 20. madde yakın bir tarihte değişti, burada az önce bahsettiğim bilgilendirilmeme hakkına paralel bir düzenleme. Orada da diyor ki "ilgili mevzuat hükümlerine ve/veya yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında kişi, sağlık durumu hakkında kendisinin, yakınlarının ya da hiç

kimsenin bilgilendirilmemesini isteyebilir, bu durumda kişinin kararı yazılı olarak alınır." Yani bu kısmın belki özellikle altını çizmek gerekir. Eğer bilgilendirilmek istemiyorsa, yakınlarının da bilgilendirilmesini istemiyorsa bunu yazılı olarak beyan etmek zorunda, bu kararını tabii her zaman değiştirme hakkına sahip. Yine mahremiyete saygı gösterilmesi başlıklı 21. maddede mahremiyet hakkına saygı gösterilmesini isteme hakkının, neleri kapsadığı tek tek aslında yazılmış, bunlardan (d) fıkrasına bakarsak, tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını isteme hakkını içeriyor deniyor. Yine yakın bir geçmişte olan bir şey, İzmir'de yaşandı bu olay, doktor odalarında tıbbi kayıtları tutması için sekreterler de aynı odada bulunuyordu, bunun hasta haklarının ihlali anlamına gelebileceği, dolayısıyla yönetmeliğe de aykırı olduğu gerekçesiyle sekreterlerin odalardan dışarıya çıkartılması istendi. Tabii bu iş yükünü artıracağı, zaman kaybına neden olacağı gerekçeleri ile eleştirilse de, sonuçta sekreterler doktor odalarından çıkartıldı, sanıyorum uygulamada hala bu yönde devam ediyor.

Yine bilgilerin gizli tutulması başlıklı 23. maddesinde sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz. Burada dikkat çekilmesi gereken nokta şu, eğer biz sırrın saklanmasının istisna hallerinden biri olan rıza, hastanın rızası diye bahsediyoruz, bunun da aslında bir istisnası var. Kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkasına devri veya aşırı şekilde sınırlanması neticesini doğuran hallerde, bilginin açıklanması, bunları açıklayanın hukuki sorumluluğunu ortadan kaldırmaz. Yani hekim olarak sizin hastanız sırrın açıklanması için onay verse bile, siz eğer bunun hastanın kişilik haklarını çok ciddi derecede sınırladığını düşünüyorsanız, ya da bu kişilik haklarının başkasına devri anlamında bir içerikte olduğunu düşünüyorsanız, yine sırrı açıklamayacaksınız.

Yine araştırma ve eğitim amaçlı yapılan faaliyetlerde hastanın kimlik bilgileri hasta rızası olmaksızın açıklanamaz. Bu aslında zaman zaman yapılan bir hata, sunumlarda da zaman zaman karşılaşıyoruz. Bir araştırma yayınlanırken hastalara ilişkin görüntüler, kimliği, kim olduğu hakkında fikir verecek birtakım bilgilerle birlikte, araştırmaları yapılmaması gereken hallerden birisi.

Türk Tabipler Birliği tarafından kabul edilen Hekimlik Meslek Etik Kuralları var. Bunlarda da yine benzer, paralel bir düzenleme var. Burada belki dikkat edilmesi gereken şu cümle var, "hastanın onam vermesi ya da sırrın saklanmasının hasta ya da öteki insanların yaşamını tehlikeye sokması durumunda, hastanın kişilik haklarının zedelenmemesi koşuluyla, hekim bu sırrı saklamakla yükümlü değildir." Yani hastaya ait bir bilgi öğrendiniz fakat bu bilgi sır olarak saklanırsa başka kişilerin ya da hastanın kendisinin yaşamını tehlikeye düşürecekse, o zaman hasta bu konuda onay vermese bile siz sırrı açıklayabilirsiniz.

Bir diğer husus, Türk Tabipler Birliğinin Tutuklu ve Hükümlülere Verilecek Tıbbi Yardım başlıklı 35. maddesi Meslek Etik Kurallarında, burada özellikle bir sorun yaşanıyor. "Tutuklu ve hükümlülerin muayenesi de öteki hastalarınki gibi, kişilik haklarına saygılı, hekimlik sanatını uygulamaya elverişli koşullarda yapılır" diyor. Bildiğiniz gibi aslında uzun bir adı olmasına rağmen uygulamada 3'lü Protokol diye adlandırılan bir durum var; İçişleri Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Adalet Bakanlığının bir araya gelerek oluşturduğu bir protokol. Bu protokolde güvenli muayene odaları yapılıncaya kadar güvenlik görevlisinin muayene sırasında odanın konuşulanları duymayacağı bir köşesinde bulunmasına izin veriliyor. Şimdi tabii hasta muayene odalarınızı göz önüne getirirseniz, hangi köşesinde durursa hastayla hekimin konuşmalarını duymaz? Ne kadar uygulanabilir bir hükümdür? Bu tabii uluslararası mevzuata kesinlikle uygun olmayan biz düzenleme, dolayısıyla çokça eleştiri alan bir düzenleme 3'lü Protokol. Evet, Türkiye Psikiyatri Derneğinin olağan genel kurulunda, 2002 tarihli, meslek etiği kuralları var. Burada yine Sır Saklama Yükümlülüğü başlıklı 6. maddesi var, "yalnızca hastanın ruh sağlığını korumak ve geliştirmek amacı ile ve hastanın oluru alınarak gerektiğinde ve hastanın yararı için gereken ölçüde aile ile bilgiler paylaşılabilir" diyor. Yani psikiyatri kliniğine başvuruda hasta bu gerekli olduğu müddetçe ve gerekli olduğu miktarda aileyle paylaşılabilir diyor. Yine iş sağlığı birimleri, iş hekimlerine yönelik birtakım düzenlemeler var, bunları da geçiyorum.

Peki, bu sır saklama yükümlülüğünün istisnaları neler? Kişinin rızası, bir kanun hükmünü yerine getirme ve bildirim yükümlülüğü, yetkili makamın emrini yerine getirme, doğum, bilirkişilik ve zorunluluk hali diye başlıkları sıralayabiliriz. Kişinin rızası, az önce bahsettim eğer kişilik değerlerini çok sınırlıyorsa, kimse özgürlüklerden vazgeçemiyor diyor Türk Medeni Kanunun 23. maddesi, burada ise rızası olsa bile bilgilerini, sırrını açıklamayacağız diyoruz.

Bir kanunu yerine getirme ve bildirim yükümlülüğü, herkesin malumu olduğu üzere Umumi Hıfzıssıhha Kanunu hekimlere bazı hastalıkları bildirme yükümlülüğü getirmiştir. AIDS hastalığı mesela bu bildirim yükümlülüğü getirilen durumlardan birisi olmamakla birlikte, toplum sağlığını yakından ilgilendirdiği için bildirim yapılıyor. Burada AIDS hastalığı denince hemen şu bilgiyi vermek istiyorum. Bir hastanızın HIV virüsü taşıdığını ve AIDS hastası olduğunu öğrendiniz, aslında mahkeme kararlarına da yansıyan bir durum bu. Birlikte olduğu kişiyi bilgilendirecek misiniz, bilgilendirmeyecek misiniz? Eşini ya da cinsel partnerini bilgilendirmek gerekir mi? Tabii bu çok tartışılan bir konuydu ama genel varılan sonuç şu oldu diyebilirim: Daha çok hastayı kendisinin açıklaması için teşvik etmek gerekiyor. Fakat bu teşviklerin sonucunda hasta yine de açıklamaktan kaçınıyorsa, mutlaka hekim tarafından uygun koşullarda bu açıklamanın bu kişiye yapılması gerekiyor. Alman Federal Mahkemesinde benzer

bir dava olmuş; orada hasta sırrın açıklanmaması koşuluyla hekime başvuruyor, 2 yıl boyunca tedavi alıyor, 2 yılın sonunda vefat ediyor, vefatı sonucunda eşi, eşinin HIV virüsü taşıdığını öğreniyor, kendisi de test yaptırıyor, AIDS hastası olduğunu öğreniyor ve hekime karşı dava açıyor. Mahkeme sonucunda hekimin hastanın eşini bilgilendirmemesin bir hata olarak değerlendiriyor, eşinin bilgilendirilmesi gerekirdi diyor, fakat bu 2 yıllık süreçten önce de birliktelikleri devam ettiği için belki o dönemde HIV virüsü bulaşmıştır gerekçesiyle tazminata hükmediyor ama temel mantık bilgilendirmeniz gerekiyor.

Yetkili makamların emrini yerine getirme dediğimizde CMUK'tan kaynaklanan ve Hukuk Muhakemeleri Kanunundan kaynaklanan tanıklık var. Tanık olmayla ilgili olarak şunu söyleyebiliriz, eğer hasta sırrını açıklama yetkisini size vermiyorsa tanıklık yapamıyorsunuz ama açıklanmasını istiyorsa da bu kez tanıklıktan kaçamıyorsunuz, biz hukukçuların sizden belkitek farklı olan noktalardan birisi bu, biz avukatlar olarak eğer müvekkilimiz izin verse bile tanıklık yapmak zorundayız ama hekimler tanıklık yapmak durumunda. Doğum dedik ve bilirkişilik dedik. Bilirkişilik raporlarında hastaya ilişkin bilgilerin açıklanması sırrın açıklanması anlamında değerlendirilmez. Zorunluluk hali hemen burada iki şeyin altını çizeceğim, bir tanesi hekime karşı açılan bir soruşturmada hekim eğer hastaya ait bilgileri açıklayarak ancak bu soruşturmadan kurtulabilecekse, diğer türlü bir ceza alma ihtimali varsa, dolayısıyla sırrı açıklayabiliyor. İkinci husus da hekimlik hizmetinden kaynaklanan alacak davalarında yine alacağını ispat edebilmesi için gerekli olduğu ölçüde sırrı açıklayabiliyor. Hekimin mesleğini icra ederken öğrendiği sırlar üçüncü kişilerin hayatlarını veya sağlıklarını ciddi şekilde riske atması halinde ve mahkemeden bilgi istenmesi halinde, sır saklama borcunun ihlali halinde, TCK'nın 134 ve 137. maddelerinden dolayı bir cezai durum var. Sır saklama ihlalinin hukuki sorumluluğuna baktığınızda aradaki sözleşme ilişkisine ya da vekâlet akdine ya da vekâletsiz iş görme durumuna göre işlem yapılabiliyor. Birkaç gazete haberi var.

Prof.Dr.Tevfik ÖZLÜ

Oturum Başkanı

İsterseniz onları tartışmada konuşalım çünkü diğer konuşmacılarımıza haksızlık olacak. Çok teşekkür ediyoruz Sayın Yıldız'a, çok önemli şeyler söyledi amma tartışmada benim de kendisine sorularım olacak, o zaman zamanımız olacak yine. Evet, şimdi son konuşma için Sayın Arın Namal Hocama söz veriyorum. İki hukukçudan sonra bir etik bakış açısına herhalde ihtiyacımız var; hep yasaklar, cezalar, kanunla, sınırlar hep bunları konuştuk ama bir de etik olarak ne doğru, ne yanlış bunu konuşalım, buyurun.

Hekim - Hasta İlişkisinin Etik Boyutu

Prof. Dr. Arın NAMAL

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi

Teşekkür ediyorum, Sayın Hocamız Türkiye'de hasta haklarının yerleştirilmesinde yıllardır büyük emekler veren Sayın Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜhocamızın yönettiği bir oturumda konuşmak, siz değerli katılımcılara seslenmek, Sağlık Bakanlığımızın bu değerli organizasyonunda bulunmak beni onurlandırıyor. Hekim – hasta ilişkisinin etik boyutuna genel bir bakış belki toparlayıcı olacak yönler taşıyacak Sayın Hocamızın belirttiği gibi. Hedefimiz evet hasta memnuniyeti, bu konuda ne kadar büyük bir motivasyon taşındığını yurdumuzun çeşitli köşelerinden gelmiş değerli hekimlerimizin, sağlık çalışanlarımızın burada yüzlerinden okumak mümkündü ve ben bu bağlamda da çok mutlu oldum.

Bütün etiklerin temeli iyi olanı kötü olandan ayırmak üzere sorgulamaktır. Burada da hekim – hasta ilişkisinin etik kuralları nelerdir onlara genel bir bakışta bulunmaya çalışacağım. Hasta ve hekim çare arayışı içinde olan kişinin bilgisine, yardımına inandığı bir kişiye ulaşma çabasıdır; yardım arayan ve yardım edecek olan karşılaşmıştır. Bu ilişkiyi taşıyacak sütun güvendir ve insanlar ancak kendi beklentilerini karşılayacaklarına inanabildikleri kişiye güvenirler. Bu nedenle tıbbı standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım Hasta Hakları Yönetmeliğinde de vurgulanan evrensel bir ilkedir. Bir olguyu üstlenmek en başında gerektiğinde bu olguyu üstlenmemek, doğru kişiye yönlendirmek demektir, etik sorumluluk burada başlar. Bu tedavi sürecinde hukuksal dayatmalardan çekinerek gerekenden azını ya da gerekenden fazlasını yapmamak demektir. Pahalı aletlerin amortismanı için ve yine vurguladığım gibi savunmacı tıp anlayışıyla endikasyonu olmayan tıbbi girişimlerde bulunmamaktır. Kaçınılmaz olarak alanı durmaksızın tıp teknolojisi dolduruyor ama bunları ne kadar, nerede, ne ölçüde kullanmamız gerektiği etik açıdan da sorgulanmalıdır; yaşamın sadece saatler için, sadece günler boyunca uzatılması için tıbbın bütün silahlarını devreye sokmak elbette etik olarak aklanamayacak bir tutumdur. Bu nedenle biz tıp etiğinde tıbbi boşunalık kavramının hekimler ve tüm sağlık çalışanları tarafından göz önüne alınmasını bekliyoruz.

İlaç ve tıbbi ürünlerin kullanımında yasal olarak belirlenmiş kalite ve güvenlik kriterlerine uygunluk çok önemli, bu konuda üreten, satan ve kullandıranların ayrı ayrı tanımlanmış sorumlulukları son derece önemli. Ancak hekim sadece tıbbı teknik uzman da değil, bütün bu boyutlarda büyük bir duyarlılık gösterse de en önemli özellik onun vicdanı. Vicdanı iflas ettiğinde tıp eliyle biliyoruz ki

tarih boyunca da çok acı örnekleri var, insanlık dışı uygulamaların önü açılmış oluyor. Bu nedenle hasta için yapmamız gerekenler de, yapmamamız gerekenler de tıbbın değerlerine dayanmak durumunda. Tıbbın vazgeçilmez değerleri var, yaşamı kurtarma konusunda koşulsuz bir dinamizm, dürüstlük, zor kullanmama, sunumlarda kullanılan mahremiyete saygı, insanların utanma duygularına saygı ve tabii bunların hepsi insanın insan oluşuna, birey oluşuna, kişiliğine saygıdan geçmekte. Tıp etiğinin 4 temel ilkesi bizim bu doğrultuda yolumuzu aydınlatıyor. 1981 yılında dünya hekimlerinin çatı organizasyonunun deklare ettiği Hasta Hakları Bildirgesi ve onun geliştirilmiş versiyonları1998 yılında Sağlık Bakanlığımızın uygulamaya koyduğu Hasta Hakları Yönetmeliği tüm tedavi süreçlerinde doğru tanı ve endikasyon, aydınlatılmış onam alma, bu sürecin bütününde özen gösterme, sır saklama ve yeterli tıbbi dokümantasyonu hekim eyleminin temel koşulları olarak önümüze koymakta. Etik olmadan hekimlik uygulanamaz, tıp etiği güçsüz durumda olan hasta olduğu için hasta merkezlidir. Hasta olmak zordur, hastalık yaşamın karanlık yüzü, gecesidir. Genç bir babanın kötü prognozlu bir tanı aldığında kendi yaşamı ve kendisini sevenlerin yaşamını nasıl değiştirdiğini bir an için düşünmemiz anlamak için yetiyor. İnsan yaşamı aslında ana rahmine düşüldüğü andan itibaren ölümle, süreğen hastalık sonuçlarıyla iç içe, bunu da biliyoruz. Kendisi kanser tedavisi gören yazar Susan Sontag demekte ki insanlar dünyaya iki pasaportla geldiklerinin farkında değildirler; biri sağlıklılar ülkesinin, diğeri hastalıklar ülkesinin. Kimse ikinci pasaportu cebinden çıkarıp kullanmak istemez ama er geç kullanacaktır. İşte bu hasta insan tıpta karşımıza geldiğinde onu bir organizma olarak düşünemeyiz. Sağlıklı, hasta ya da rehabilite ettiğimiz insan bir organizma değildir, o bir bireydir. O nedenle onuruna layık olarak bakım görmelidir. İnsan evrende bir akıl varlığı ve kendisine ahlak kuralları koyarak onlara bağlanabilme potansiyeli taşıdığı için özel bir değer atfedilmiştir insana. İnsan hakları ve daha zor durumdaki hastanın hakları bu nedenle ayrıca tanımlanmıştır. İnsan hakları düşüncesinin yolunu açan ünlü filozof Kant insana akıl varlığı ve ahlak yasalarına bağlı yaşayabilme özelliği nedeniyle büyük bir hayranlık duymuş ve düşündükçe içimi hayranlık duygularıyla dolduran iki şey var, başımın üzerindeki yıldızlı gökyüzü ve içimdeki ahlak yasası demiştir. Evet, Anayasamız ve anayasalar insan onuruna büyük bir vurgu yapmaktadırlar, nerede insan yaşamı varsa orada insan onuru vardır. Bir bebekken de, komadaki hastayken de, demanstayken de orada insan onuru vardır. O nedenle sağlık çalışanlarının hiçbir durumdaki, konumdaki ve özellikteki insanı ayırmaya hakkı yoktur. Oysa yapılan ayrımcılıklar ne yazık ki çeşitli nedenlerle vardır.

Hekim – hasta ilişkisinde hastanın konumuna hızla biraz eğilirsek, hastaların hastalıklarını sırtlarında çuvalla taşıyan insanlar olmadıklarını hatırlayalım.

Hasta olunca insan bu dört boyutta birden değişir ve sadece hastalığının değil, bütününde güçsüzleştiği yönlerin, desteklenmesi gereken yönlerin tümünün görülmesi gerekir. Kendisi olarak var olma gereksinimi, saygı görme gereksinimi, sosyal gereksinimleri, bu özellikle kurumlar çatısı altındaki tedavilerde, güvenlik gereksinimi, psikolojik gereksinimi ele alınmak zorunda. Hekimle hasta bir kriz atmosferinde karşı karşıya gelmişlerdir ve aslında birbirlerine yabancı iki kişidirler çünkü hekim hastayı tanımaz, nasıl bir kişidir hasta. Hekim – hasta ilişkisi aslında iki kişilik bir ilişki değildir, tarafların arkasında bu süreci izleyen kişiler, çevreler vardır ve hastanın yanındaki yakını önemsenmelidir, o da bu süreçte acıyı paylaşmaktadır. Bu nedenle Hasta Hakları Yönetmeliğimizde yer alan refakatçi bulundurma, ziyaret gibi hükümler özel önem taşıyan hükümlerdir. Bu ilişkiyi eşitsiz bir ilişki, görüyoruz. İnternet aracılığıyla geniş ölçüde bilgilenme mümkün olsa da bu ilişki asimetrik bir ilişkidir ve amaç ütopik olsa da bu asimetriyi yenme doğrultusunda davranmaktır çünkü karşımızdaki hastayla biz kendimizi insan olarak eşit görmek zorundayız. Bu ilişkiye kibir, bu ilişkiye tepeden bakmak yakışmaz. İnsan haklarının içselleştirildiği, hak arama süreçlerinin yerleştiği çağdaş toplumlarda artık paternalistik hekim tipi geçerli değil, biliyoruz. Güçsüzleşen insanın kendi hakkında karar verme hakkı zayıflasa da biz onu olabildiğince bilgilendirerek, başkalarına danışma hakkı tanıyarak kendi hakkında en iyi kararı vermesi için güçlendirmek zorundayız. Bir iş adamı tavrıyla gerçekler şunlar, şunlar, şunlar nasıl isterseniz demek hekimlik değil, onun en iyi karara varmasına empatiyle yoldaşlık etmek, refakat etmek doğru hekimlik. Bunun için ortalama hasta yok, birey olarak hasta var. Sadece broşürlerle aydınlatma yok, hasta odaklı hastane işleyişlerinde aydınlatmanın sürekli yapılması gerektiği, vizitlerin birer aydınlatma noktaları şeklinde algılanması gerektiği çok özel olarak yapılandırılmış durumlar. Bu ilişkide saygılı ve özenli tutum, ilk karşılaşmanın süreci belirleyiciliğinin farkında olmak, anamnez alırken, muayene ederken, diğer tetkikleri isterken tıbbi standartlara ve hasta haklarına bağlı davranmak, "hasta bunu zaten biliyordur" demeyerek özenle anlatmak. Sloganımız konuşan tıp, konuşmayan hekim tehlikeli hekimdir, malpractice olgularının konuşulmadıkça arttığını da biliyoruz. En yaralayıcı aletimizin sağlık çalışanları olarak dilimiz olduğunun da farkında olmalıyız. Tıp teknolojisini geliştirdik ama iletişimimizi ne kadar geliştirdik bu konuda acı eleştiriler var. Tıpta kalp transplante edebiliyor artık rahatça ama insanların kalplerine ulaşmakta ne yazık ki gittikçe daha başarısız hale geliniyor. Giderek daha çok hasta dâhiliyecilerin aşırı tanılamalarından, hatalı reçeteleri aracılığıyla zehirlenmekten, cerrahların endikasyonsuz ameliyatlarından, ışınlı tanılamalardaki abartılardan, öğleden önce dramatik örnekleri verildi, ruhsuz ruh hekimlerinin yaptıklarından şikâyetçiler.

Evet, hekimlik hastaların bağladıkları güveni hak ediyor mu? Bu hatalara tepki, bu sempozyumun, kongrenin konusuna bağlamak istiyorum sadece 4-5 kareyle toplam kalite yönetimini gündeme getirdi. Gördüğünüz gibi 1851'de her hekim kendi başarılarını kaydetmelidir diye başlatıldı bu süreç, JointComission'un 1951'deki sağlıkta kalite tanımıyla ABD 1978'den itibaren bir yol açtı. İngiltere önce "hekimlerimiz çok iyi, onları kimse denetleyemez" dedi ama hızla bu sisteme uydu, Almanya aynı şekilde uydu. Dünya Sağlık Örgütü 1990 yılında "her ülke kalite programını ortaya koymalıdır" demişti, bugün Avrupa'da içselleştirildiğini görüyoruz. Memnuniyetiniz bizim için önemlidir, deneyimlerinizden ve yargılarınızdan ders çıkarmak isteriz, kaliteyi ancak hatalarımızdan öğrenebiliriz ve geliştirebiliriz. Bu nedenle şikâyetlerinizi bize iletin. Şikâyetten korkmamamız gerekiyor, bunu Sağlık Bakanlığımız da teşvik ederek yapılandırıyor çünkü şikâyetlerden öğrenmek zorundayız. Oysa şikâyetçiler hep çok sevilmemiştir ama kalite istiyorsak, hizmetlerimizin geliştirilmesini istiyorsak bu önemli. Bu konuda iyi bir organizasyona, daha çok ilkelerin içselleştirilmesine ihtiyacımız var.

Sonuç olarak unutmayalım diyorum, hastalar bütün hataları affedebilirler ama etik kuralların ihlaliyle ortaya konmuş hataları asla. Dinleme sabrınız için teşekkür ediyorum.

Prof.Dr.Tevfik ÖZLÜ

Oturum Başkanı

Gerçekten harika bir sunumdu, Namal Hocama çok teşekkür ediyorum, her zamanki gibi tabii. Şimdi doğrusu ben bu oturumda her 4 konuşmacının da kendisine ayrılan konuda son derece iyi bir sunum yaptığını düşünüyorum, ben çok şey öğrendim sunumlardan.

PANEL

KLİNİK LABORATUVARLARDA KALİTE YÖNETİMİ VE HEDEFLER

Oturum Başkanı - **Doç. Dr. Doğan YÜCEL**
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Görevlisi

1955 Ankara doğumlu olan Yücel, 1979 yılında Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'ni bitirdi. Biyokimya ve Klinik Biyokimya alanında doktorasını tamamlayan Yücel, 1997'de Biyokimya Doçenti oldu. 2010 yılından bu yana Türk Biyokimya Derneği II. Başkanı olarak görev yapmakta olup, 2014 yılında IFCC Worldlab 2014 Kongresi II. Başkanlığı yapmıştır. Halen SB Ankara EAH Tıbbi Biyokimya Bölümü Eğitim Sorumlusu olarak görev yapmaktadır. Çok sayıda bilimsel yayını bulunmakta olup iyi derecede İngilizce bilmektedir.

Laboratuvarlarda Süreç(Preanalitik-Analitik-Post Analitik) Kontrolü

Doç. Dr. Serpil ERDOĞAN
Ankara Atatürk EAH Tıbbi Biyokimya Kliniği

1975 yılı Ankara doğumludur. 1999 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2005 yılında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Biyokimya ve Klinik Biyokimya alanında uzmanlık eğitimini tamamladı. Kars, Balıkesir ve Ankara'da uzman doktor olarak görev yaptı. 2014 yılında doçentlik ünvanını kazandı. Halen Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde eğitim görevlisi olarak görev yapmaktadır. Klinik laboratuvarlarda kalite ve akreditasyon konuları ile ilgilenmektedir.

Laboratuvar İç ve Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Gereklilikler

Prof. Dr. Arzu SAYINER

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji ABD

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji AD'da uzmanlık eğitimini almıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji AD'da öğretim üyesi olarak çalışmakta ve Merkez Laboratuvarı Moleküler Mikrobiyoloji bölümünün sorumluluğunu yürütmektedir. Eğitimi süresince, Mayo Clinic (ABD) Klinik Mikrobiyoloji Departmanı'nda ve Erasmus Tıp Merkezi (Hollanda) Viroloji Departmanı'nda ziyaretçi araştırmacı olarak çalışmıştır.Temel ilgi alanı, başta hepatit virusları olmak üzere insan virus enfeksiyonlarının tanısı ve tedavisidir. Son yıllardaki çalışmaları nükleik asid testlerinin klinik virolojide kullanımı, standardizasyonu ve kalite kontrolü ile ilişkilidir. Laboratuvarda kalite kontrolü ve yeterlilik testleri konusunda çeşitli projelerde eğitici olarak çalışmıştır. "Quality Control of Molecular Diagnostics" (QCMD) programlarının Türkiye danışmanlığını yapmaktadır.

Metot Validasyonu ve Verifikasyonu Nedir? Klinik Laboratuvarlar için Neden Önemlidir?

Doç. Dr. Tamer C. İNAL

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya ABD

1989 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olmuş ve 1997 yılında uzmanlık eğitimini tamamlayarak Biyokimya ve Klinik Biyokimya Uzmanı olmaya hak kazanmıştır. İngiltere'de Queen Mary's University Hospital'da 6 ay süre ile klinik laboratuvarlarda kalite kontrolü ve akreditasyon çalışmalarında bulunmuş; 2006 yılında ise ÇÜTF Merkez Laboratuvarı Kalite Koordinatörlüğüne getirilmiştir. Aynı yıl içinde Merkez Laboratuvarı, Joint Commission International tarafından akredite edilmiş ve Türkiye'de akredite olan ilk üniversite klinik laboratuvarı olmuştur. 2009-2013 yılları arasında Acıbadem Sağlık Grubu ve Acıbadem Üniversitesi Öğretim Üyesi olarak çalışmalarına devam etmiştir. 2011 yılında Doçent ünvanını alan Dr.İnal halen ÇÜTF Hastanesinde Başhekim Yardımcısı ve Kalite Direktörü olarak görev yapmaktadır.

Değerlendirici Gözüyle Klinik Laboratuvarlara Bütüncül Yaklaşım

Doç. Dr. Ayşegül ÇOPUR ÇİÇEK

Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji ABD

1976 yılında Kayseri'de dünyaya gelmiş, ilk, orta ve lise öğrenimlerini Kayseri'de tamamlamıştır. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2000 yılında mezun olduktan sonra, 2001 yılında Malatya İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Mikrobiyoloji asistanlığına başlamış ve 2005 yılında uzman doktor olmuştur. Şanlıurfa Kadın Hastalıkları ve Doğum hastanesinde mikrobiyoloji uzmanı, kalite yönetim temsilcisi, başhekim yardımcısı ve Şanlıurfa Halk Sağlığı Laboratuvarında uzman doktor olarak çalışmıştır. Rize Devlet Hastanesi'nde bir yıl kadar çalıştıktan sonra 2011 yılında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji AD. kadrosuna yardımcı doçent olarak atanmıştır. Halen aynı üniversitede akademik hayatına devam etmekte ve Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde idari sorumlu hekim olarak görev yapmaktadır. Evli ve iki çocuk annesidir.

KLİNİK LABORATUVARLARDA KALİTE YÖNETİMİ VE HEDEFLER

Doç. Dr. Doğan YÜCEL

Oturum Başkanı

Saygıdeğer katılımcılar, toplantımıza hoş geldiniz. Günün bu son toplantısında bizi yalnız bırakmadığınız için de çok teşekkür ederiz. Yoğun bir program, ancak sizleri çok yormayacağımızı sanıyorum. Öncelikle tabii bize bu imkânı sağlayan Yürütme Kurulu Yürütme Kurulu üyelerine başta Dr. Hasan Güler, Koordinatör Dr. Dilek Tarhan, Daire Başkanı Dr. Abdullah Öztürk, diğer yetkililer, hepsine çok teşekkür ediyoruz. Laboratuvarcıların katıldığı pek çok toplantıda benzer konular ele alınıyor ancak bizim amacımız hep tıpta laboratuvar dışı disiplinlere de kendimizi anlatabilmek. Bu açıdan bu toplantı bizim için çok değerli gerçekten, bunun için de özellikle teşekkür ediyoruz. Laboratuvar birimleri tıp hizmetinde çok dinamik bir alan, en büyük değişimlerin yaşandığı alanlardan birisi. Bu ülkemizde de böyle, dünyada da böyle. Özellikle tıp hizmetindeki rolümüzü vurgulamak istiyorum ben. Literatüre baktığımızda tıbbi laboratuvarların klinik kararlardaki rolünün minimum % 70 olduğu vurgulanır. Buna ek olarak şunu da vurgulayayım, bu büyük paya rağmen tıbbi laboratuvarların toplam sağlık giderlerindeki payı % 5'in altındadır yani böylesine verimli çalışan birimlerdir laboratuvarlardır. Dinamik bir alan dedik. Bu sadece teknoloji anlamında değil, çalışma disiplini ve kalite anlamında da yenilikler sürekli oluyor. Örneğin 2003'de ISO 15189 yayınlandı, tüm dünyaca kabul gören, klinik laboratuvarlarda kalite ve yetkinlik göstergelerini koyan bir standart. Daha sonra 2012'de güncellendi ve ülkemizde de buna paralel çalışmalar yapıldı. 2005'deki kalite kriterleri ile başlayıp daha sonra hizmet kalite standartları ve tüm sağlık kuruluşlarında sağlıkta kalite standartları ile devam eden süreç Bakanlık tarafından yürütülüyor. Ayrıca laboratuvarlar ile ilgili devrim niteliğinde büyük adımlar atıldı. 2011'de Bakanlıkta Laboratuvar Hizmetleri Daire Başkanlığı kuruldu. Aynı yıl, diğer ülkelerde olan ama daha önce ülkemizde olmayan Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği yayınlandı. Bu da çok büyük bir adım oldu bizim için ve 2013'de güncellendi. Şimdi yeni bir versiyonu sanıyorum hazırlanıyor. Çalışma disiplininde de bir değişim yaşanıyor. Eskiden biz işimize laboratuvar odaklı bakıyorduk. Biz sadece bize gelen numunede doğru sonuç vermeyi görev biliyorduk. Bu düşünce tarzı tabii ki bir katkı yaptı. Analitik hatalarımız minimuma indi. Ancak sonra görüldü ki analiz öncesi ve analiz sonrası hatalar çok daha büyük oranlarda. Bununla paralel olarak da toplam test süreci dediğimiz klinisyenin bir testi istemesinden bizim verdiğimiz sonucu doğru kullanmasına kadarki süreçte laboratuvarcılar müdahil olmalı

düşüncesi hakim oldu. Yani hasta odaklı laboratuvar yaklaşımı şart günümüzde. Tabii bir de toplam kalite anlayışı bununla paralel olarak geçerli şu anda. Yani daha kurumsal, daha bütüncül bakmamız gerekiyor sürece. Benim kısaca söyleyeceklerim bunlar. Konumuz "Klinik Laboratuvarlarda Kalite Yönetimi ve Hedefler". Dört konuşmacımız var. Her birine 20'şer dakikalık süreler düşüyor. Ben konuşmacılarımızı önce tanıtayım. İlk konuşmacımız Doç. Dr. Serpil Erdoğan Ankara Atatürk EAH Tıbbi Biyokimya Kliniği'nden. İkinci konuşmacımız Prof. Dr. Arzu Sayıner Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji ABD'nden. Üçüncü konuşmacımız Doç. Dr. Tamer İnal *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya ABD'nden. Ve dördüncü konuşmacımız da* Doç. Dr. Ayşegül Çopur Çiçek Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji ABD'nden. Ben ilk konuşmacımız Dr. Serpil Erdoğan'ı davet ediyorum.

Laboratuvarlarda Süreç (Preanalitik-Analitik-Postanalitik) Kontrolü

Doç. Dr. Serpil ERDOĞAN

Ankara Atatürk EAH Tıbbi Biyokimya Kliniği

Değerli katılımcılar, bu oturumda sizlere klinik laboratuvarlarda süreç kontrolünden bahsetmek istiyorum. Laboratuvarların ilk süreci pre-pre-analitik evredir. Bunu pre-analitik evre, analitik evre, post-analitik evre ve post-post-analitik evre izler. Laboratuvar süreçleri hekimin "ben bu hastada acaba hangi testi istemeliyim" sorusuyla başlar, bizim ürettiğimiz hasta sonucunun hasta yararına kullanılmasıyla sona erer. Bu evrelerin her birini birer karbon atomuna benzetirsek, arasındaki etkileşimin düzgün kontrol edilmesi, iletişimin düzgün olması güvenilir ve güvenli bir laboratuvar ortamı sağlayacaktır.

İlk sürecimiz olan pre-pre-analitik evre, test isteminin yapıldığı evredir. Laboratuvar çalışanlarının çok müdahil olmadığı bir evre olduğu için kontrolü zordur ancak hekimin bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesiyle kontrol altında tutulabilir. Burada yapılabilecekler istem formlarının tasarımı, test panelleri oluşturarak hekimin işini kolaylaştırmak, karar destek sistemleri geliştirmek, bilgisayar tabanlı yazılımlar ve ülkemizde sıklıkla kullandığımız test rehberleridir. Test rehberlerinin elektronik ortamda olması önerilir çünkü güncellenmesi daha kolaydır. Bir test rehberinde gerek hastaya ait, gerek örneğe ait ön hazırlık işlemleri hakkında bilgiler yer almalıdır. Hangi örnekle çalışılacak, örnek alınırken nelere dikkat edilecek, kabul ve ret kriterleri, örnekleri nasıl etiketleyip transfer edeceğiz, ne zaman çalışacağız, nasıl sonuç vereceğiz soruları ile ilgili bilgiler yer almalıdır. Her test için olmasa bile yeni kullanıma girmiş rutin dışı testler için test bazında açıklamalar yazılması, klinisyene yardım edecektir.

İkinci sürecimiz olan pre-analitik süreç ise İstemin yapılmasıyla başlar, test ölçümünün yapıldığı anda sonlanır. Üç aşamanın kontrol altında tutulması önemlidir; numune alımı, numune transferi ve kabul veya reddedilmesi. Numunenin doğru zamanda alınması çok önemlidir. Kimi testleri açken, kimi testleri tokken çalışırız. Hastanın ayakta ya da yatar pozisyonda olması kimi testler için çok kıymetlidir. Hastanın diyeti, malnutre olması, vejetaryen olması, obez olması, kahve, alkol, sigara gibi kullanımları önemlidir. Gün içi değişiklikler görülebilir, mevsimsel değişiklikler görülebilir, bunların hepsine dikkat etmek gerekir. Uygun yöntemle alınması konusunda test rehberinde ya da ayrı bir dokümanla bilgilendirme yapmak gerekir; mikrobiyoloji testleri özellikle ince detayları olan bir konudur. Numune

alma zamanının bilgi yönetim sistemleri üzerinde kaydı tutulmalıdır. Numune alındıktan sonra bir barkodla okutularak bu kayıt altına alınabilir ve önerilen süre 5 dakikadır. Numune alma eğitiminin verilmesi tabii ki önemli aşamalardan biridir. Numune transferinin uygun yöntemle yapılması önemlidir. Pnömatik taşıma sistemleri kullanılabileceği gibi, çantalar da kullanılabilir, önemli olan kapalı şekilde taşınmasıdır. Hangi pozisyonda taşınacağı belirlenmelidir. Eğer uzun bir mesafeden gelecekse transferin sıcaklığı da kontrol altında tutulmalıdır. Numunenin doğru sürede transfer edilmesi de önemlidir. Numunenin alındığı saat esas alınarak bu süre hesaplanabilir. Numune transferi için eğitim verilmesi de çok önemli bir konudur. Laboratuvarda çalışmaya uygun olmayan örnekler için numune reddi yapmak gerekir. Bu ret bilgi yönetim sistemleri üzerinde yapılmalıdır ve kimin reddettiği, ne zaman reddettiği görülebilmelidir. Gönderen birim de, örneğinin reddedildiği konusunda anında bilgilendirilmelidir. Ret sebepleriyle ilgili olarak analizler yapılmalı, eğer gerekli görülüyorsa düzeltici önleyici faaliyetler planlanmalıdır. Çalışmaya uygun görülen örnekler için numune kabul işlemi yapılmalıdır. Yine bilgi yönetim sistemi üzerinden yapılan bu kabuller, gönderen birim tarafından izlenebilmelidir. Burada dikkatinizi çekmek istiyorum, bir örnek kabul edildikten sonra ya derhal analize alınmalıdır ya da bekleyeceği süreye göre buzdolabında ya da derin dondurucuda saklanmalıdır.

Laboratuvarların çekirdek evresi analitik süreçtir. Pek çok alt başlığı var. Bunlardan sırayla bahsetmeye çalışacağım. Testlerin çalışılması ana süreçtir. Test çalışma sürecine standardizasyon getirmek gerekir, bir çalışandan diğerine değişiklik göstermemelidir. Test çalışma süreci dokümante edilmeli, gerektiğinde revizyonlar yapılmalı ve bunlarla ilgili eğitimler verilmelidir. Teknisyenlerin eğitimi laboratuvarın güvenli sonuçlar üretmesi için çok önemlidir. Sürekli teknisyenlerin bilgi düzeyini arttırmaya yönelik eğitim programları düzenlenmelidir. Ara ara toplantılar yapılarak olumlu olaylar ya da olumsuz olaylar paylaşılmalı, geri bildirimler yapılmalıdır. Özel eğitim ve sertifikasyon programları düzenlenmelidir. Çalışan güvenliğine önem vermek gerekir, bu aynı zamanda çalışanın motivasyonunu da yükseltecektir. Malzeme ve cihaz yönetiminde sorumluluklar ve sorumlular belirlenmelidir, bunlar dokümante edilmelidir; nasıl malzeme temin edilecek, nasıl muhafaza edilecek, nasıl kullanılacak bunların hepsinin kuralları belirlenmelidir.

İç kalite kontrol çalışmaları biraz sonra anlatılacağı için kısaca geçmek istiyorum. İç kalite kontrol, test çalışması öncesinde yapılmalıdır. Sonuçların güvenilirliğini sağlar ve testten teste değişiklik gösterir. Dış kalite kontrol çalışmaları da yine biraz sonra anlatılacağı için kısaca geçmek istiyorum. Gerçek biasa dayalı dış kalite değerlendirme programları vardır. Çoğunlukla bakteriyolojik testlerde gerçek biasa

dayalı dış kalite değerlendirme programlarına üye olunur. Kantitatif testlerde ise rölatif biasa dayalı dış kalite değerlendirme programlarına üye olunur. Bize gelen sonuçlarla kendimizi geriye dönük olarak değerlendiririz. 2 şekilde değerlendirme şansımız vardır. Ya SDI'larla ne durumda olduğumuzu görmeye çalışırız ya da uzun yıllar Amerika'nın önemli bir dış kalite programının çalışanı olan George Cembrowski tarafından geliştirilen kuralları kullanabiliriz. Metot validasyonundan da biraz sonra bahsedileceği için, kısaca ölçüm belirsizliğinin hesaplanmasından bahsetmek istiyorum. ISO der ki; ölçüm belirsizliği, ölçüm sonucunun yanında rapor edilen ölçüm sonucuna atfedilebilecek olasılıkların dağılımını gösteren parametredir yani sonucu etkileyen hatanın büyüklüğüdür. Ölçüm belirsizliğinin hesaplanması üç varsayıma dayanır; asla gerçek değer yoktur, sadece gerçek değerin dağıldığı bir aralık vardır ve biz sonsuz sayıda ölçümle gerçek değere ulaşabiliriz. Ölçüm belirsizliğinin hesabı son derece kolaydır. İç kalite kontrol çalışmaları, dış kalite değerlendirme programlarından elde ettiğimiz verilerle hesaplanır ve sonucun yanında rapor edilir.

Laboratuvarın dördüncü süreci post-analitik süreç, ölçüm yapıldıktan sonra sonuçların onaylandığı süreçtir. Burada dikkat edeceğimiz hususların ilki sonuç verme sürelerinin belirlenmesidir. Acil ve rutin testler için farklı süreler belirlenir. Önemli olan en kısa süreyi belirlemek değil, en optimal süreyi belirlemektir. Süreler konusunda hem hastalar hem de çalışanlar bilgilendirilmelidir ve zamanında çıkmayacak testler konusunda nasıl bilgilendirme yapılacağının yöntemi belirlenmelidir. Bütün gün laboratuvarda çok hummalı bir çalışma yürütürüz biz ama bu çalışmanın tek bir sonucu vardır, o da hasta sonuç raporudur. Bu yüzden sonuç raporunun özenle dizayn edilmesi gerekir. Numunelerin izlenebilirliğini gösterecek tarih ve saatler bizim sonuç raporlarımızda yer almalıdır. Arşivleme konusu çok önemlidir. Bu konudaki yasal düzenlemelerden bahsetmek istiyorum. Çalışılmış numuneler için raporlanıncaya kadar saklanmalı deniyor ama bunun iki istisnası var; birincisi kan bankacılığı örnekleri. Kan bankacılığı örneklerinin iki yıl süreyle saklanma zorunluluğu vardır. İkincisi henüz geliştirilmemiş, çıkarılmamış bir mevzuat ama yakın bir tarihte yayınmlanması düşünülüyor. Başta alkol örnekleri olmak üzere ilaç ve alkol örneklerinin bir yıl süreyle saklanması düşünülmekte. Elektronik kayıtlar ve yedekleri süresiz saklanmalıdır. İç ve dış kalite çalışmaları 5 yıl süreyle saklanmalıdır ve kalibrasyon kayıtları da bir yıl saklanmalıdır.

Laboratuvarın son süreci post-post-analitik süreç ise sonuçların hasta yararına kullanıldığı evredir. Bu evre ile ilgili olarak panik değerler belirlenmelidir. Panik değerler bölümden bölüme, yaş grupları arasında değişiklik gösterir. Bu yüzden klinisyenlerle birlikte oluşturmak gerekir. Bilgi ve yönetim sistemi üzerinde

laboratuvar çalışanını uyaracak bir sistem olmalıdır, günümüzde çoğunlukla telefonla bildirim yapılıyor ama SMS ile yapılan bildirimler de sanıyorum ileride karşımıza çıkacak. Bildirimler konusunda kayıt mutlaka tutulmalıdır. Sonuç yorumlama desteği son zamanlarda bizim için zorunluluk haline gelmeye başladı. Yeni testler ekleme ya da testin sonuna kanıta dayalı güncel veriler ekleme klinisyenin işini kolaylaştıracaktır.

Buraya kadar bahsettiğim şeyleri biraz daha örneklerle gözle görülür hale getirmek istiyorum. Bunlar literatürden derlediğim gerçek vaka bulguları. Bir pulmoner emboli hastası belirli aralıklarla doktoruna gidiyor ve INR'si ölçülüyor. Son geldiğinde INR'si 8 civarında, olması gerekenin yaklaşık 2,5 katı. Doktor şüphe ediyor, laboratuvarla temasa geçiyor, bir hata olabileceğini düşündüğünü belirtiyor. Tekrar çalışılıyor, aynı sonuç bulunuyor. Hastayla konuşulduğunda bir hafta önce geçirdiği soğuk algınlığı sebebiyle yüksek miktarda zencefil aldığı ortaya çıkıyor. Klinisyenler oral antikoagülanların ilaç etkileşimlerini çok iyi bilirler, ancak özellikle zencefil, arı sütü gibi bitkilerle olan etkileşimi konusunda bilgili değillerdir, o yüzden test rehberleriyle bilgilendirilmeleri klinisyen için çok faydalı olacaktır. Yine bir başka gerçek örnek, genel cerrahi servisinde yatan bir hastanın hemoglobini 8 olarak ölçülüyor. Çalışan teknisyen iki hafta önceki sonucunun 12 olduğunu görüyor ve bir yanlışlık olduğunu düşünüyor. Elindeki hemogram kanını kan bankasına gönderiyor, kan grubu ölçümü yapılıyor ve hastanın grubu olmadığı görülüyor. Servisle temasa geçiliyor, yan yataktaki hastanın kanının alındığı, bu hasta adına etiketlenip gönderildiği ortaya çıkıyor. Bir başka vaka, hem lökositleri hem trombositleri çok yüksek bir hasta acil servise başvuruyor. Acil hekimi bu hastadan potasyum istiyor. Potasyum sonucu 8 bulunuyor. Yaklaşık normalin iki katı. Potasyum yüksekliği sebebiyle doktor derhal potasyum düşürücü tedaviye başlıyor ama hastanın durumu daha kötüye gidiyor, bilincinde bulanıklaşma, bulantı ve kusma başlıyor. Doktor bir kez daha kan alıyor, laboratuvara gönderiyor, bu sefer 8 olan sonuç 7.5'a düşmüş, hemen tam kan alınmasını söylüyor ve kan gaz analizöründe testin tekrarlanmasını istiyor. Normalin altına inmiş bir potasyum sonucu ile karşılaşıyor. Laboratuvar uzmanıyla temasa geçilerek örnekler inceleniyor ve gözle görülür bir hemoliz bulunmadığı tespit ediliyor. Durum detaylı olarak irdelendiğinde fark ediliyor ki, acil servis teknisyeni işlerin daha iyi ve hızlı bitebilmesi için santrifüjün hızını arttırmış, zaten yüksek olan hücreler parçalanmış, gözle görülen bir hemoliz olmamasına rağmen potasyumda yükselmeye sebep olmuş. Başka bir örnek; sodyum, potasyum ve klor testlerini çalışan ünitede solüsyon bitiyor. Biyokimya analizöründe çalışan bir teknisyen, soldaki set solüsyonu değiştiriyor. Arkasından sodyum, potasyum, klor ölçümlerinin üçü de bozuluyor. Kalibrasyon, kontrol, yıkamalar derken bir türlü doğru sonuca ulaşamıyor, yanlış solüsyonu yerleştirdiği

fark ediliyor. Sepsis tanısıyla klinikte yatan bir hastadan kan kültürü geliyor. Kan kültürü örneğinde gram negatif bakteri olduğu saptanıyor. Otomatize bakteri identifikasyon sistemleri ile bu bakterinin Acinetobacter olduğu söyleniyor ama hastanın kliniği bu bakteriye uymuyor. Klinisyen laboratuvarla temasa geçiyor, aslında bakterinin Acinetobacter değil, Bordetella olduğu ortaya çıkıyor. Otomatize bakteri identifikasyon sisteminin veri tabanına belli bir reaksiyon için güçlü pozitif veren Bordetella bilgileri girilmemiş, şüpheli pozitif reaksiyon veren Acinetobacter tanısı almış. Trafik kazası, acile başvuruyor, sürücüden kan-alkol düzeyi çalışılıyor ve yasal sınırların üzerinde bulunuyor. Sürücü birkaç gün sonra kanının yanlış ölçüldüğü iddiası ile mahkemeye başvuruyor. Hemen laboratuvardan şahit numune isteniyor, ancak o gecenin teknisyeninin o geceki alkol örneklerinin hiçbirini derin dondurucuya kaldırmadığı ortaya çıkıyor. Ve son örnek, genel cerrahi servisinde yoğun bir günde, ameliyata giren doktor servisteki hastasının hipoglisemisi hakkında bilgilendirilmiyor ve hasta hipoglisemik komaya giriyor.

Aslında laboratuvar çalışmaları klinisyen için, hasta için gerçekten çok kıymetli. Bizim görevimiz ne olmalı peki? Sağ taraftaki pasta dilimini pek çok yerde görmüşsünüzdür. Pre-analitik evre hataların çok çok büyük bir kısmını oluşturur. Gerçekten sizde de bu böyle mi? Artık iç kalite kontrol çalışmalarında bile hata yapıldığını biliyoruz. Önce bir kendimize dönüp bakalım, bizim laboratuvarımızda neler iyi neler kötü, durumumuzu tespit etmeliyiz. Belirlediğimiz aksaklıkları düzeltmeliyi. Bir daha tekrarlanmaması için önlem almalıyız, sürekli kendimizi izlemeliyiz ve güncel bilgiye ulaşmanın artık elektronik ortamlar vasıtasıyla çok kolaylaştığı günümüzde hem laboratuvar uzmanı için, hem tüm teknisyenler için eğitim konusuna önem vermeliyiz. Laboratuvarlar hastanenin en dinamik süreçleridir. Yeni yapılan bir yolda çıkan toz ya da yeni yapılan bir yolla kolaylaşan ulaşım, yeni tayin, her şey, aklınıza gelecek her şey laboratuvarı etkiler. Ama zaten laboratuvar bu etkilerle yol alır, hız alır. Rüzgârın gücünü doğru kullanalım ve güvenli bir laboratuvar çalışması sağlayalım. Çok teşekkür ediyorum.

Doç.Dr.Doğan YÜCEL

Oturum Başkanı

Dr. Serpil Erdoğan'a bu güzel sunumu için teşekkür ediyoruz. Tüm panelistler konuşmalarını bitirdikten sonra soru ve katkıları alabiliriz. İkinci konuşmacımızla devam edelim, Dr. Arzu Sayıner, buyurun.

Laboratuvar İç ve Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Gereklilikler

Prof. Dr. Arzu SAYINER

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakultesi Tıbbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

Sayın Başkan, değerli katılımcılar ben de Düzenleme Kurulu'na beni bu son derece dinamik, motive ve işin mutfağında olan arkadaşların paylaştığı toplantıya davet ettikleri için teşekkür ediyorum. Burada bulunmak büyük bir zevkti. Ben de sizlere laboratuvarda iç ve dış kalite kontrol çalışmalarından söz edeceğim. Biraz branşım gereği mikrobiyoloji ağırlıklı olacak ama yeri geldiğinde belki biyokimya konusunda spesifik sorularınız olursa paneldeki diğer arkadaşlardan da katkı alabiliriz.

Kalite güvencesinin önemi ancak sorun çıktığında anlaşılıyor, her şey yolunda giderken bir zaman ve çaba kaybı gibi görülüyor gerçekten. Bizim için değil ama yöneticiler için, özellikle de eğer bir gider varsa, bir maliyet varsa ve bunun SUT'ta bir karşılığı yoksa bu şekilde görülüyor. Ama bir sorun çıktığı zaman, sorunun kaynağını tespit etmek ve hatayı çabucak düzeltebilmek için izlem şart ve bu izlemi de ancak kalite güvence sisteminde yaratabilmemiz mümkün. Biz laboratuvar içi ve laboratuvarlar arası değişkenliği minimuma indirecek bir kalite sağlamaya çalışıyoruz. Bunu yaparken de üç soru soruyoruz kendimize: Nerelerde sorun olabilir (önceden planlamamız lazım)? Sorun olursa nasıl fark ederim (izlememiz lazım)? Sorun çıktığında nasıl çözerim, hasarı en aza nasıl indiririm?

Bir testi laboratuvara oturturken aslında birçok basamaklardan yürüyerek ilerliyoruz. Yeni bir testin önce gereksinimi ortaya çıkıyor. Bunu biz fark edebiliriz, klinisyen fark edebilir. Daha sonra yöntem ve test seçimi yapılıyor, koşullar, cihazlar sağlanıyor, personel eğitiliyor, klinisyen bilgilendiriliyor. Her şey bittikten veya bir aşamaya kadar getirildikten sonra, yöntem geçerliliğinin sınanması gerekiyor. Laboratuvar yapımı testlerde ve ticari testlerde birbirinden farklı yapılması gereken basamaklar var. Bir kez yöntem geçerliliği kanıtlandıktan, yöntem onayı verildikten sonra bu kalitenin sürdürüldüğünün kanıtı olarak iç ve dış kalite kontrolleriyle izlem yapmamız ve eğer bir sorun saptarsak düzeltmemiz gerekiyor. Testin uzun vadede kullanımı sırasında gerçekten istenen klinik yararı sağladık mı, insidans prevalansta değişiklik olduysa testte bir değişiklik yapacak mıyız, yarar-maliyet analizleri beklediğimiz gibi mi, kalite kontrol verileri nasıl gidiyor, alternatifler var mı, bu testin alternatifleri geldi mi, değiştirsek mi, otomatizasyon çoklu test seçenekleri var mı gibi sorularla testin sürecinin takibi gerekiyor. Ben size bu işin analitik faslında özellikle devreye giren iç ve dış kalite kontrol izleminden söz edeceğim.

İç kalite kontrol, laboratuvarın kendisini sürekli olarak kontrol etmesi, izlemesi demektir. Dış kalite kontrol de, bir dış kuruluşun belli aralıklarla laboratuvarın sadece analiz performansını, laboratuvarlar arası karşılaştırma programları ya da kısaca dış kalite kontrol programları sayesinde değerlendirilmesi anlamına geliyor. Tabii çok önemli ama şuna dikkat etmemiz lazım, testler ve cihazlar laboratuvara alınmadan önce mutlaka detaylı incelenmeli, değerlendirilmeli, yöntem onayları yapılmalı, iç dış kalite değerlendirmesi ve kontroller sorunlu bir testin ya da cihazın performansını iyileştiremez. O nedenle ancak iyi bir şeyi laboratuvara oturttuktan sonra bu iyiliğin devam edip etmediğini kontrol etmek adına iç ve dış kalite kontroller bizim için yararlı. Vereceğimiz kararlar, uygulayacağımız kalite kontrol sistemleri uygulanabilir, pratik ve ekonomik olmalıdır. Çok ütopik de davranmamak gerekir. Gerçekten yapacağımız ve bize fayda getiren en iyi sistemi seçmemiz lazım. İç kalite kontrol dediğimiz zaman her çalışmada tıpkı bir hasta örneği gibi teste giren kontrollerden söz ediyoruz. Her çalışmada, teste göre bazen çalışmanın öncesinde ya da çalışmayla birlikte bunları çalışarak, sorunları erken fark etme ve hızla sorunu düzeltebilme şansını elde ediyoruz. Mümkün olan her durumda kullandığımız kitten bağımsız kontrolleri kullanmamız öneriliyor. Biraz sonra bunun ne demek olduğuna değineceğim. Aynı testin birden çok cihazda ve birden çok yerde çalışılması durumu söz konusu ise örneğin acil serviste ve biyokimya laboratuvarında aynı test yapılıyorsa ama farklı cihazlarda, farklı ortamlarda, o zaman bu sonuçların da yine iç kalite kontrol takipleriyle karşılaştırılması gerekiyor. Analitik duyarlılığın izlemi de, yani yakalama sınırımızın civarındaki performansımızın ölçümü de yalancı negatiflikleri önlemek adına çok kıymetli, özellikle mikrobiyolojik analizlerde bu analitik duyarlılığın izlemini de gene iç kalite kontrolde değerlendirmek gerekiyor. İç kalite kontrolü laboratuvara mutlaka bir genelgeyle beraber oturtmamız lazım. Hangi tür materyal kullanacağız, ne sıklıkla çalışacağız, sonuçları nasıl değerlendireceğiz, sorun saptanırsa ne yapacağız, kim yapacak, kayıt formları, sorumlular gibi her şeyin yazılı olması gerekli. İç kalite kontrol değerlendirilmeden ve geçerli olduğu gösterilmeden hasta sonuçlarının rapor edilmemesi gerekiyor.

Testlerin kalitatif, kantitatif oluşuna göre iç kalite kontrol uygulamaları fark gösterebilir. Sayısal değer vermeyen, kalitatif testlerde yani var-yok testlerinde her çalışmada veya çalışmanın başında pozitif ve negatif kontroller kullanılmalıdır. İki kontrol yeterlidir. Ama eğer testimiz sayısal bir sonuç veriyorsa, kalitatif bile olsa sonuçlar Levey –Jennings çizelgeleri ile izlenebilir ve Westgard Kurallarına göre de değerlendirilmesi gerekiyor. eğer testimiz kantitatif ise negatif kontrolün yanı sıra en az iki düzeyde pozitif iç kalite kontrol kullanmamız öneriliyor; düşük düzey, orta düzey. Çok yüksek pozitiflere gitmek genellikle önerilmiyor. Bunlardan elde edilecek verilerin Levey –Jennings çizelgeleri ile takibi ve Westgard Kurallarına göre yorumlanması gerekiyor.

İç kalite kontrolde iki tür kontrolden söz edebiliriz. Bunlardan bir tanesi az önce tanımlanan süreçlerin çoğunu kapsayabilir ama bir tanesi de bizim sıklıkla kullandığımız sadece işin analitik kısmını, testin çalışılmasını takip etmemizi sağlayan kontrol. Birinci tip iç kalite kontrol için bir örnek şu olabilir: Hasta örneği geldiği zaman ikiye bölünür, laboratuvardan bağımsız bir insan bu işi yapar ve laboratuvar kör olarak birbirinden farklı numaralar taşıyan her iki örneği de çalışır ve sonuçlar bir sorumlu tarafından değerlendirilir. Aynı örnek olduğu için bu iki sonucun mümkün olduğu kadar birbirine yakın çıkması beklenir, eğer bir uyumsuzluk saptanıyorsa bunun nedeni araştırılır ve düzeltici önlemler alınır. Bu işlem analize girecek örnekler ikiye bölünerek de yapılabilir ya da eski ve uygun koşullarda saklanmış örneklerimiz varsa, yine laboratuvardan bağımsız bir kişinin tercihan bir kalite sorumlusunun laboratuvara bilgi vermeden bu örnekleri dönem dönem laboratuvara tekrar hasta örneğiymiş gibi vererek çalışılması şeklinde de yürütülebilir. Bu örnekler zaman zaman personel yeterliliğinin izlenmesi veya karşılaştırılması amacıyla da kullanılabilir. Örneğin kabulünden raporun çıkmasına kadar bütün basamaklar izlenebilir, eğer bir hasta örneğiymiş gibi laboratuvara sokulabiliyorsa bu kontroller. Bir test için, yıllık çalışılan örnek sayısının binde 5 ila yüzde 1'inin bu yöntemle tekrarının yapılması önerilmektedir. İç kalite kontrol sonuçları aylık olarak tüm laboratuvar çalışanları ile beraber gözden geçirilmeli, varsa sorun kaynakları tartışılmalı, çözümler üretilmelidir. Burada bir örnek görüyoruz; örneğin bir HBV DNA testi orijinal örnek ve bundan üretilen iç kalite kontrol örneği farklı numaralarla laboratuvarda çalışılmış. İki ayrı sayısal değer elde edilmiş. Sorumlu kişi bu iki farklı sayısal değeri karşılaştırıp arada kabul edilebilir bir fark olup olmadığını değerlendirir. Bir sorun varsa sorun kaynağı araştırılır, eğer kabul edilebilirse bu belge evraklar arasına girer. Burada fark edildiği üzere sadece tekrarlanabilirlik takibi yapılmaktadır. Eğer testin kendisinde bir sistematik sorun varsa, bunun fark edilmesi mümkün değil, sadece tekrarlanabilir sonuç verilip verilmediği izlenmektedir. Bu tür takibin sınırlılığı buradadır. İkinci tip kontrol de run kontrol ya da çalışma kontrolü dediğimiz kontrollerdir. Burada kitin içinden çıkan kontroller de kullanılabilir ama tercihan bağımsız kontroller kullanılmalıdır. Bunu laboratuvar kendisi de üretebilir, ticari olarak satın da alabilir. Kesinlikle kit kalibratörleri veya standartları bağımsız kontrol olarak kullanılamaz, bunlar adı üzerinde kitin kalibrasyonu için kullanılır. Bir de zaten kalibre ettiğimiz materyali kontrol amacıyla kullanmamız kesinlikle doğru değildir. Bağımsız kontrol temin edildiğinde mümkünse bir yıl yetecek kadar olması önerilir ki uzun vadede izlem yapılabilsin, eğer bu ticari ise aynı lot numarasının alınmasının sağlanması önerilmektedir. Bunlar tek kullanımlık alikotlar halinde uygun ısıda saklanmalı ve her runda sanki bir hasta örneğiymişçesine çalışılmalıdır. Bağımsız kontroller ticari olabilir demiştim,

eğer ticari olarak satın alıyorsanız zaten analit miktarı size bunu satan kurum tarafından belirtilecektir. Kullanıcı sadece bunu doğrulamakla yükümlüdür ama eğer analit miktarı belirlenmemiş laboratuvar yapımı bir kontrol üretiyorsak o zaman bunun analit miktarını bizim belirlememiz gerekmektedir. Burada çeşitli kurumların web sitelerinin adresleri var, buralardan çok farklı iç kalite kontrol örnekleri temin edilebilir. Laboratuvarda yapılacaksa eğer, bir kantitatif test için örneğin, bir pozitif örneğin dilusyonları şeklinde üretilebilir, genellikle düşük pozitif için eşik değerin iki katı kadar bir değer olması istenmektedir. Tabii burada örnek kadar, uygun diluentin seçilmesi ve uygun dilusyonun belirlenmesi de önem kazanmaktadır. Eğer laboratuvar kendi kontrolünü üretecekse, stabilite kontrolü yapmalıdır. Alikotlara bölünmelidir ve her bir partinin kontrolünü yapmalıdır. Yani birtakım sorumlulukları da üstlenmesi gerekmektedir. Bağımsız kontrolün kullanımında, kontrol örneğindeki analit miktarı 20 ayrı çalışmada belirlenir. Buradan bir ortalama değer ve standart sapmalar hesaplanır. İzlem çizelgesi, yani Levey –Jennings çizelgesi bu değerler üstüne kurgulanır. Daha sonra hazırlanan bu çizelge üzerine aynı kontrol örneği veya örnekleri her runa konarak elde edilen veriler çizelgeye işlenir, kontrol örneğinden alınan sonuçlar Westgard Kuralları ile değerlendirilir. Burada Levey –Jennings çizelgesinin bir örneğini görüyoruz. Levey –Jennings bize hatadan kaynaklanan değişkenliği normal dağılımdan ayırabilmeyi sağlar. Ortalamadan ±1 standart deviasyon gösteren bir çalışmada örneğin değerinin bu aralıkta çıkma olasılığı son derece yüksektir. Ortalamadan uzaklaştıkça ±2'nin dışına hatta ±3'ün dışına çıktığımız zaman artık bunun normal bir dağılım olma ihtimali son derece düşüktür, büyük bir olasılıkla bir hatayla karşı karşıyayızdır. Levey –Jennings çizelgesi bu olasılıkları hesap etmemizi sağlar. Kantitatif testler için kullanılır, genel olarak bir test sonucunun ±2 standart deviasyon içinde kalması istenir çünkü bu aralıkta % 95.5 olasılıkla ölçümümüz doğrudur, bu aralığın dışına çıktığımız zaman bunun normal dağılım içinde olma şansı sadece % 4.5'tir, daha büyük olasılıkla bu bir hatalı sonuçtur. İdeal olanı ortalamanın etrafından dönen değerler elde edilmesidir zaman içinde, yukarı ve aşağı aşırı oynamalar olduğunda genellikle bir teknik hatadan hep tek yöne bir kayış varsa, sürekli yukarı ve aşağıya genellikle sistematik bir hatadan söz etmek gerekir. Westgard tarafından önerilen ve günümüzde tercih edilen çok kural var. Hangi kuralları laboratuvarımızda kullanacapımıza testin özelliğine göre karar vermemiz gerekiyor. Bu kurallarla, hataların %90'ı yakalanmalı, gereksiz test iptalleri % 5'in altında olmalıdır. Kurallar çok gevşek tutulursa hatalar atlanabilir ama kurallar çok sıkı tutulursa da gereksiz zaman, emek ve para kaybına yol açabilir ve bir süre sonra bu kurallara güven azalabilir. Çeşitli laboratuvar testlerinde hangi kuralların kullanılması gerektiği yönünde rehberler var. Bir literatür taraması yapıp bu rehberler ışığında bir karara varmak laboratuvarımız için uygun olan kararı

seçmek gerekiyor. Eğer Westgard Kuralları ile izlem sırasında bir sorun saptarsak bunun mutlaka düzeltilmesi gerekiyor, Westgard Kurallarının dikkat ve çalışmayı iptal et, yeniden çalış kuralları var. Saptanan soruna göre ya analiz tekrar edilir ya da sonuçlar belli bir hata yüzdesi göz önüne alınarak rapor edilebilir. Test ve hasta örnekleri gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra bir sorun varsa tekrar çalışılmalı ve kontrol sonuçları düzgün çıkmadan hasta sonuçları rapor edilmemelidir. Hepimizin öngörebileceği gibi sorun kaynakları çok çeşitli olabilir. Olası hata kaynakları ve düzeltici etkinlikleri önceden saptamak ve bunları rehberlerimize yerleştirmek ileride verilecek kararları hızlandırmak ve bunların kayda geçişini kolaylaştırmak açısından son derece önemlidir.

Buraya kadar iç kalite kontrolünü gördük. Evet kendimizi kontrol edeceğiz ama dönem dönem bağımsız bir gözün de bizi kontrol etmesinde yararlar var. Dış kalite kontrol laboratuvar performansının bir ölçütü, iyileşme için önemli bir fırsattır. Çok farklı isimler altında anılıyor. Yan tarafta gördüğünüz grafikte dış kalite kontrol programlarına katılımda yıllar içindeki logaritmik artışı görüyorsunuz. Gerçekten laboratuvar performansının kontrolünde tek başına yeterli değil ama önemli bir parametredir. Genellikle bu programı sağlayıcı bir merkez ve bu programı kullanan laboratuvarlar vardır. Merkez bu programı ve örnekleri hazırlamakla yükümlüdür. Bunları laboratuvara gönderir. Laboratuvar gerekli analizleri yapıp elde ettiği sonuçları merkeze iletir. Merkez sonuçları değerlendirir ve bir değerlendirme raporunu laboratuvara yollar. Laboratuvar bu değerlendirme raporuna bakarak kendi performansını diğer laboratuvarlara göre değerlendirir. Hataları varsa geri dönüp nedenlerini arar ve düzeltici faaliyetler yapar. Dış kalite kontrol program seçimi önemli bir konudur. Bazen bu iş kit sağlayıcılarına veya hastane idarecilerine bırakılabiliyor oysa son derece önemlidir. Hangi test için hangi programa girmek istediğimizin kararını biz vermeliyiz. Çok sayıda program sağlayıcı var. Tıpkı evimize bir cihaz alır gibi, burada bir para ödüyoruz. Bu paranın karşılığını alabileceğimiz programı seçmemiz lazım. Program sağlayıcılarının da akredite olması istenir. Testin güvenilir teknik danışmanları olmalı, yani karşımızda sağlam duran bir kurum olması gerekli. Örneklerdeki analit miktarlarının nasıl belirlendiği, konsensüs değerleri, referans değerlerinin nasıl hesaplandığını bilmemiz gerekir. Programın maliyeti, katılımcı sayısı önemlidir. Sonuçta bu katılımcılara göre yerimizi belirleyeceğiz. 10 kişinin katıldığı bir programla 150 kişinin katıldığı bir programdan elde edeceğimiz yarar birbirinden farklı olabilir. Örneklerin yılda kaç defa yollandığı, yeterli sayı ve çeşitlilikte örnek yollanıp yollanmadığı önemlidir. Bazı programlarda eğitici, zorlayıcı örnekler var yani kolaylıkla saptanabilen analitler yerine daha zor, daha sınırları zorlayan örneklerin de programın içinde olması laboratuvara sınırlarını göstermesi açısından faydalar getirebiliyor. Sonuçta; bu program

benim koşullarıma uygun mu, hasta örneklerime benzer mi gelecek olan örnekler, izole edilen örnekler örneğin bakteriyoloji laboratuvarı için benim rutinimde saptadığım örnekler mi? Örnek miktarı kullandığım test için yeterli mi? Analit konsantrasyonları kullandığım testin duyarlılık ve kantitasyon aralığı ile uyumlu mu? Sonuçların bildirilmesi için bana verilen süre yeterli mi? Bu sorulara dikkat etmek gerekir. Program sağlatıcı sonuçların gizliliğini sağlıyor mu? İstatistik değerlendirmeyi nasıl yapıyor? Değerlendirme raporu ne zaman elime ulaşacak? Önceki yıllara ait değerleme raporlarına ulaşabilir miyim? Program ulusal mı uluslararası mı? Uluslararası ise Türkiye'de kim temsil ediyor? Ve güvenilir mi? Bundan birkaç yıl önce uluslararası herkes tarafından bilinen ve kullanılan bir dış kalite kontrol programının Türkiye'deki sağlayıcısı veya aracı kurumu iflas etti, biz paralarımızı ödediğimiz halde program örnekleri gelmedi ve karşımızda muhatap olacağımız bir kurum da bulamadık. O nedenle aradaki firmanın da güvenilirliği gerçekten önemlidir. Örnek içindeki analit miktarının nasıl belirlendiği de önemlidir. Metoda göre, teknolojiye göre ya da konsensüs denen bütün katılımcıların ortak sonucuna göre sonuçlar belirlenebiliyor, katılımcıların çoğu tek bir ticari testi kullanıyorsa sonuçlar yanlı olabiliyor. Bunlara da dikkat etmek gerekiyor.

Dış kalite kontrolün için de bir prosedür oluşturmamız gerekir. Tıpkı iç kalite kontrolde olduğu gibi bazı kuralları baştan belirlememiz lazım. Diğer laboratuvarlara göre katılımcı performansını değerlendirmenin yanında, senelerdir sabit örnekleri olan ve yıllara göre performansını karşılaştırabilen programlar var. Dış kalite kontrol programları başka amaçlarla da kullanılabilir. Örneğin; olağandışı tipleri saptayabilme kapasitesi. Yeni bir salgın geliyorsa örneğin bazı influenza tiplerinde olduğu gibi veya ulusal verileri değerlendirerek o ülkedeki ulusal önceliklerin ne olduğunu saptamak adına da bunlar kullanılabilir. Katılımcı laboratuvar dış kalite kontrol programına katılırken kalitesinin belgelenmesini bekler, varsa sorunlarının saptanabilmesini ister. Kendisini diğer laboratuvarlara göre karşılaştırmak ister. Aynı örnekten eğer elinde bir miktar örnek kalacaksa ya da aynı panelden birkaç tane alarak gereğinde yöntem, reaktif ekipman ve teknik elemanlarının karşılaştırmasını yapabilir, bunları standart örnek olarak kullanabilir. Ya da ticari testlerde bir sorun yaşadığı zaman üretici firmaya karşı bir kanıt olarak programdaki sonuçları gösterebilir, biz bunu dönem dönem kullanıyoruz. Bazen kit üreticilerini bir sorun olduğuna inandırmakta zorluklar çekebiliyoruz çünkü. Ama dış kalite kontrol programlarının da sınırlılıkları var. Burada kalitenin değerlendirilmesinde kesinlikle tek başına bir kriter değil, ek bir parametre çünkü bir anlık durum saptıyor. Analiz öncesi ve sonrası problemleri göstermesi mümkün değil, aynı zamanda dış kalite kontrol sonuçları rutinimiz dışında yani hasta numunesiyle ilgili olmayan değişkenlerden de etkilenebilir.

Bu örneklerin hazırlanması, bize ulaştırılması, kullanılan istatistiksel yöntemler gibi birtakım rutin dışı faktörlerden de bu sonuçlar etkilenebilir. Mükemmel dış kalite kontrol sonuçlarını elde etsek bile, bu laboratuvarların etkin olduğunu garanti etmez çünkü hile yapmış olabiliriz. Ne zaman hile yapmış oluyoruz? Eğer bu örneklere ayrıcalıklı bir özen gösterirsek, rutin dışı farklı bir yöntem kullanırsak, rutin çalışmada yapmadığımız şekilde iki üç defa çalışıp sonucu öyle verirsek, rutinde çalışan personel dışında daha çok güvendiğimiz bir personele çalıştırıyorsak o zaman bir hile var demektir. Öneriler şunlar; öncelikle program seçimine özen gösterilmeli, programların mümkünse hastane yönetimleri tarafından bizim önerilerimiz doğrultusunda satın alınması sağlanmalıdır. Örnekleri kör olarak çalışmamız, değerlendirmemiz ve raporlamamız lazım. Tıpkı hasta örneği gibi çalışmamız gerekli. Hatalı sonuçlar alındığında düzeltici faaliyetleri mutlaka uygulamamız gerekiyor. Farklı dış kalite kontrol yöntemleri de kullanılabilir eğer bir ticari program sağlayıcı bulunamıyorsa o zaman periferdeki referans bir laboratuvarla veya akredite bir laboratuvarla sonuçlar karşılaştırılarak, örnekler karşılıklı çalışılarak bir değerlendirmeye gidilebilir. Bazı testler için böyle karşılaştırmalar yapmak gerekebilir.

Sonuç olarak dış kalite kontrolü kalite yönetim sisteminin kritik bir bileşenidir, hasta örnekleri gibi çalışılmalıdır, iyileştirme için bir fırsat olarak görülmelidir ama kalitenin her basamağında olduğu gibi iç ve dış kalite kontrol programları asla cezalandırıcı olmamalı, ders çıkartıcı, sorunumuzu saptayıcı yönde kullanılmalıdır. Sonuç olarak iç ve dış kalite kontrol örnekleri birbirlerini tamamlar, biz tanı için hem doğruluk hem de kesinlik istiyoruz. İç kalite kontrol bize analitik kesinliği, dış kalite kontrol de daha çok analitik doğruluğu göstermekte, bu nedenle ikisini beraber kullanarak ideal sonuca ulaşmaya çalışıyoruz. İlginiz için teşekkür ederim.

Metot Validasyonu ve Verifikasyonu Nedir? Klinik Laboratuvarlar için Neden Önemlidir?

Doç. Dr. Tamer İNAL

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Ana Bilim Dalı

Sayın Başkan, değerli katılımcılar hepiniz hoş geldiniz. Öncelikle kaç tane laboratuvarcı var burada görebilir miyim? Laboratuvarla uğraşan? Diğer kişiler kaliteyle daha çok ilgileniyor. Laboratuvarda ne çok iş yaptığımızı arkadaşlarımız anlattı, ben onları dinlerken yoruldum. Bir sürü istatistiksel prosedürler, kontrol yöntemleri kullanıyoruz ama amacımız ne? Niye yapıyoruz bunların hepsini? Aslında bir tane amaç var, o da hasta yararına sonuç üretmek. Bazı insanlar laboratuvarları bir fabrika gibi görüyor. Bir sürü otoanalizörünüz var, oradan örneği veriyorsunuz, buradan sonuçlar çıkıyor. Ancak bu şekilde işlemiyor, o zaman bizim de fabrikatör olmamız lazım ama değiliz. Demek ki burada fabrikadan ziyade bir tıp disiplini söz konusu, hastaya yarar sağlayacak bir disiplin söz konusu. Aslında her şey bir soruyla başlıyor. Klinisyen hastasının anamnezini alıyor, fizik muayenesini yapıyor ve kafasında bir soru oluşuyor. Tanı, ayırıcı tanı, tedavinin devam etmesi, gizli hastalığın açığa çıkarılması, prognoz, hastalığı lokalize etmek, hastalığın şiddetini belirlemek… Bu sorularına cevap arayan klinisyen aslında laboratuvardan konsültasyon istiyor, bir şey soruyor laboratuvara. Bu hastayla ilgili düşüncemde beni destekliyor musunuz, farklı bir şey mi söylüyorsunuz, bunu soruyor. O zaman doğru sorulmamış bir soru aslında bütün bu emekleri yok ediyor. Demin dışarıda konuşurken bir arkadaşım söyledi, çıkmış laboratuvar raporuna bakmayan hekimler var; testleri istiyor ama sonuçlarını görmüyor, bakmıyor bile. Hâlbuki en son aşamada, laboratuvarın oluşturduğu cevap, hasta yararına kullanılan bir şey olmak zorunda. Eğer hastanın yararına kullanmıyorsak bütün bu emeklerin hepsi boşuna demektir. Arkadaşlarım anlattı, arada pre-analitik faktörlerle birlikte pek çok kontrol etmemiz gereken nokta var. Örneği doğru aldı mı, doğru tüpe koydu mu, doğru şekilde sakladı mı, laboratuvara doğru şekilde iletti mi, laboratuvara geldikten sonra laboratuvarda uygun şartlarda saklandı mı? Eğer bu süreçte bir hata yaparsak yine son cevap oluşmuyor, yine hasta yararına bir şey üretememiş oluyoruz. Ve bu aşamalarda olan hatalar da çok büyük bir rakam oluşturuyor % 70 hatalar neredeyse sadece pre-analitik faktörlere ait. Geride analitik bölüm kalıyor, aslında en iyi kontrol ettiğimiz yer analitik bölüm çünkü o çok elimizin altında. 2005'den bu yana kalite çalışmaları Sağlık Bakanlığı bünyesinde yürütülüyor. Laboratuvarların ilk organize kalite çalışmasının 1997'de yapıldığını söyleyebilirim. 1997'den beri 17

yıldır laboratuvarlarda bu kalite güvencesini sağlayabilmek için kendi içimizde derneklerimiz aracılığıyla, sempozyumlar, kurslar vs. yapıyoruz. Analitik kısım en çok üzerinde durduğumuz noktalardan bir tanesi her zaman. Ama artık öyle bir noktaya geldik ki, analitik evrede çok büyük hatalar yapmıyoruz. Bazen ihmal ettiğimiz şeyler var ama arkadaşlarım anlattı, iç kalite kontrol yapıyoruz, dış kalite kontrol yapıyoruz, o kadar kontrolümüz altında bir nokta ki… Fakat iç kalite kontrol ve dış kalite kontrole geçmeden evvel acaba şöyle bir soru sorsak, bize gelen bu üretici firmanın getirdiği yöntem gerçekten doğru bir yöntem mi, iyi bir yöntem mi? Bunu nasıl anlayacağız? İşte benim bugün size bahsedeceğim konu aslında bu.

Biz laboratuvarlarımızda üç tür yöntem kullanıyoruz. Biri üreticinin bize sattığı yöntemler, büyük oranda da bunları kullanıyoruz. Ama bunu satarken şartnamemize şartlarımızı koyuyoruz, valide edilmiş yöntem olması lazım, şimdi ne demek onu konuşacağız. Üretici firma tarafından yapılmış birtakım çalışmalar var, biz onları sanki doğruymuş gibi değerlendiriyoruz validasyonla. İkinci tür yöntemler, laboratuvarın kendi ürettiği, kendi tasarladığı yöntemler. Bunlar daha az, hatta çok daha az birinciye göre. Üçüncüsü ise bazen istemeden yapılan hatalardan birine giriyor, belli bir analiti ölçmek için oluşturulmuş bir testi biz amacı dışında kullanıyoruz veya modifiye ediyoruz, değiştiriyoruz. Özetlersek bu yöntemlere göre yöntem geçerliliğinin kanıtlanması fark gösteriyor. İkinci ve üçüncüde validasyon dediğimiz işlemleri yapıyoruz. Birincide ise zaten validasyonu yapılmış olduğundan, biz sadece verifiye ediyoruz.

Size ilk başta validasyon ve verifikasyonun tanımından bahsedeceğim, niye yaptığımızı söyleyeceğim, yapılma stilinden biraz bahsedeceğim, yapılış şekli ve vakit kalırsa birkaç tane de uygulama örneği görebiliriz.

Tanıma baktığımız zaman tanım aslında her şeyi açıklıyor. Validasyon dediğimiz şey, geçerliliğin kanıtlanması. Spesifik bir kullanım amacı veya uygulama için gereklerin yerine getirildiği, testin performansının ölçüldüğü durum validasyondur. Verifikasyon validasyonun bir kısmını içermektedir. Üretici firmadan ilk aldığımız yöntem valide edilmiş bir yöntemdir. Biz onu kendi laboratuvarımızda verifiye ediyoruz, doğruluyoruz. Validasyonun karşılığı olarak geçerliliğin kanıtlanmasını anlıyoruz, verifikasyonda ise geçerliliği kanıtlanmış bir yöntemin doğrulanmasını kastediyoruz. İkisi birbirinden farklı ama birazdan göreceğiz çok iç içe geçmiş noktaları var. Niye verifikasyon yapalım, zaten yöntem valide edilmiş, zaten üretici firma bunu yapmış, niye bir daha biz laboratuvarımızda bunu yapalım? Çünkü bizim şartlarımızda, bizim laboratuvarımızda acaba üretici firmanın söylediği gibi çalışıyor mu bu sistem? Çünkü çalışmıyorsa yine ilk söylediğim cümleye döneceğim, hasta yararına bir şey üretemeyiz. Benim laboratuvarımın suyu farklı,

elektriği farklı olabilir, nem farklı olabilir, ortam farklı olabilir, bireysel uygulama değişiklikleri olabilir, onların çalıştığı cihaz farklı bir yaştadır, benim çalıştığım cihaz farklı bir yaştadır, hasta grupları farklı olabilir. Yapmak istediğimiz şey yöntemin performansını ölçülebilir bir hale getirmek. Az önce arkadaşım anlattı, iç kalite kontrol yapalım, sürdürülebilirliği görelim dedi. Burada ise ilk başta nasıl durum, onu anlamak istiyoruz. Hata olasılıklarını değerlendirelim, kullandığımız yöntemler, cihazlar arasında farklılıklar var mı anlayalım istiyoruz. Çünkü bazen bir analiti biz birden farklı cihazda çalışabiliyoruz. Acaba iki farklı cihazımız birbiriyle uyumlu sonucu verebiliyor mu, bunu görmemiz lazım. Bazen daha nadir olarak aynı testi farklı yöntemlerle çalışabiliyoruz laboratuvarda. Bunları belirlememiz gerekiyor. Uluslararası hedeflenen performans kriterlerine uyuyor muyuz, bunu da anlamamız lazım. Ve akreditasyon standartları... Müsteşar Bey de konuşmasında, artık birim bazında akreditasyona gitmemiz gerektiğinden bahsetti. Gerçekten çok doğru bir yaklaşım. Laboratuvarların akreditasyon standartları hastanelerden çok daha farklı doğal olarak. Joint Commission International, ISO 15189 gibi sistemlerde 500'e yakın standart var laboratuvarlar için. Bu şartların hepsi yerine gelirse hasta yararına bir sonuç üretebiliriz, burada aksaklık olmaması gerekiyor. O zaman akreditasyon standartlarına uyum için de verifikasyonu laboratuvarlarımızda yapmamız gerekiyor. Validasyonu nadiren yapıyoruz biz laboratuvarımızda, çünkü biz yeni bir yöntem üretmiyoruz, valide edilmiş bir yöntemi alıp laboratuvarda kullanmaya çalışıyoruz. Onun için bizim laboratuvarlarda yaptığımız daha çok verifikasyon çalışmaları, doğrulama çalışmaları. Geçerliliği kanıtlanmış bir yöntemin laboratuvarımdaki koşullarını anlamak için aslında bir kere yapmam yeterli. Yeni bir yöntem, yeni bir cihaz laboratuvarıma girdi, henüz daha hasta sonucu vermeden, henüz daha iç kalite kontrol, dış kalite kontrol başlamadan, cihazı daha kullanıma sokmadan önce verifikasyon çalışması yapmam gerekiyor ki o zaman anlayayım, bu yöntem iyi mi değil mi, iyi valide edilmiş mi, edilmemiş mi?

Bazıları, bu çalışmalar yılda bir yapılsın, bazıları iki yılda bir yapılsın, 6 ayda bir yapılsın diyor. Aslında yöntem değişmediği, cihaz değişmediği takdirde bir kere yapılması yeterli. Validasyon ise yeni bir yöntem geliştirildiğinde yapılacak bir çalışmadır.

Laboratuvarda biz kalitatif, kantitatif veya semi-kantitatif yöntemler kullanıyoruz. Bazen rakam veriyoruz, bazen bir pozitif, iki pozitif, üç pozitif diyoruz. Bazen de var-yok diyoruz. Bunlara göre de yapılacak verifikasyon değişiyor. Ama temel olarak bir validasyon çalışmasında yapılacak şeyleri ana hatlarıyla size söyleyeceğim, verifikasyonda da bunlardan sadece bazılarını yaptığımızı belirteceğim. Çok fazla istatistiksel boyutuna girmeyeceğim.

Validasyonda; öncelikle **doğruluğu** değerlendiriyoruz. "Ölçtüğünüz sonuç doğru mu?" sorusunun cevabıdır bu. Bunu kanıtlamak için ya daha evvel doğruluğu kanıtlanmış başka bir şey olması lazım elimde ki karşılaştırayım, ya referans bir yöntem olmalı karşılaştırmam için, ya da kesin yöntem dediğimiz yöntemler, ki onları hiç kullanmıyoruz laboratuvarlarda, böyle bilinen bir şeyle karşılaştırmam lazım. Validasyondaki bir diğer parametre **kesinlik**. Kesinlik için tekrarlanabilirlik çalışmaları yapıyoruz. Şimdi biz herhangi birinizden kan alsak, en kaliteli en iyi laboratuvara örneği versek, 10 kere arka arkaya glukozumuzu çalışsak 10'unda da aynı rakam çıkar mı? Çıkmaz. Ama biz ne diyoruz tekrarlanabilirliği iyi olsun yani ortalamanın çok etrafına dağılmasın sonuçlarımız. 100 çıkmasın tamam da, birinde 99, birinde 101, yakın olsun birbirine sonuçlar. Ne kadar yakınsa o kadar tekrarlanabilirliği iyi bir test diyoruz. Tabii bunun da kabul edilebilirlik sınırı var. Diğer bir parametre **analitik duyarlılık.** Yöntem bir analitin ne kadarlık konsantrasyonlarını fark edebiliyor? Sorusuna cevap arıyoruz. Mesela glukozda 100 ile 101 arasındaki farkı fark edebiliyor mu? Yoksa 100 ile 100.1'i mi fark edebiliyor? 100.01'i mi fark edebiliyor, yöntemin hassasiyeti dediğimiz bu. Konsantrasyon değişikliklerini ne oranda yakalayabiliyor? Bu **LOB, LOD, LOQ** diye kısalttığım şeyler şu, İngilizcesinden geliyor, limit of blank, şimdi su verdiğiniz zaman cihaza suyu oku diye, kaç okuması lazım suyu herhangi bir analit için? Sıfır ama curve diyoruz, curve bile versek tam sıfır okumayabiliyor. Bazen birtakım rakamlar söylüyor orada. Onu biz değerlendirme dışı bırakmak için bunu görmek zorundayız. Acaba curve sınırımız ne? Peki, minimum ölçüm sınırı ne yöntemin? Onu da anlamak zorundayız. Şimdi kanda total protein ölçüyoruz, değil mi, en alt ölçme sınırı ne mesela onun? Diyelim 2.05 gram. Peki, idrarda 10 mg'lar, 50 mg'lar düzeyinde var acaba bu yöntem idrarda da kullanılabilir mi? En alt ölçebildiği konsantrasyonu bilmek zorundayız, "limit of detection" diyoruz buna ve bunu quantite ettiğimiz miktara da "limit of quantitation" diyoruz. Validasyon parametrelerinden biri de **analitik özgüllük.** Ölçmek istediğimiz yöntem istediğimiz testte direk olarak ölçebiliyor mu, yapınca benzer maddelerden etkilenebiliyor mu? Glukozu ölçmek istiyorum, fruktoz varlığında glukoz sonucunu yanlış veriyor mu bana? Analitik spesifite dediğimiz de bu. **Interferans** da diğer bir parametre. Hastanın hiperbilirubinemisi var, hiperlipidemisi var, trigliseridi çok yüksek veya hemoglobin hemolizden dolayı test sonucunuzu etkiliyor mu? İşte bunların hepsini test etmemiz gerekiyor laboratuvarda. Test sonuçlarının **rapor edilebilir aralığı**; "yöntem en düşük ne kadar okuyor, en yüksek ne kadar okuyor" sorusunun cevabını verir. Glukoz için cihazımız en yüksek 700 miligram/desilitreyi okuyor. Cihaz bize 800 diye bir rakam verdi, bu doğru bir rakam mı? Linearitesi, doğrusallığı nedir? Cihaz 700'e kadar okuduğuna göre, demek ki onun daha üstünde çıkanları sulandırmamız,

dilue etmemiz lazım ki doğru sonuca erişebilelim. Tabii doğrusallığı ile beraber değerlendirmeliyiz. Yöntemin **referans aralıkları** nedir? Popülasyonda, kadına, erkeğe, yaşa göre, cinsiyete göre aralığı ne? Hangi sağlıklı popülasyonlarda hangi aralıklarda bulunur? Bunu da belirlememiz gerekiyor. Ve kalibrasyon kontrol prosedürü. Eğer bunların tamamını yapıyorsanız bu yaptığınız iş validasyondur, yöntem geçerliliğinin kanıtlanmasıdır. Ama bunu ne zaman yaparsınız? Ya yeni bir yöntemi kuruyorsanız, ilk defa geliştiriyorsanız ya da valide edilmiş bir yöntemi modifiye ediyorsanız, alanı dışında kullanıyorsanız, kan için yapılmış bir şeyi siz idrara kullanmak istiyorsunuz, validasyon gerekir. Peki, biz ne yapıyoruz laboratuvarda? Biz validasyonu yapmıyoruz, biz valide edilmiş yöntemleri verifiye ediyoruz. Ancak verifikasyonda da aynı şeyleri kullanıyoruz; **doğruluk**, **kesinlik**, **test sonuçlarının rapor edilebilir aralığı yani linearite**. Bir de **referans aralık**. Referans aralık aslında başlı başına ayrı bir konu. Çünkü IFCC'nin tanımında diyor ki, 120 kişi bulacaksın, her bir cinsiyetten her bir yaş grubundan ayırmak istiyorsan o 120 kişiyi parametrik, non-parametrik yöntemler ile tanımlayacaksın. Laboratuvarda 400 farklı test çalışıyoruz biz, her biri için 120 örnek bulalım, çalışalım, bu kolay bir şey değil. O zaman ne yapacağız. Zaten referans aralığı var ama bizim popülasyonumuza uygun mu? o zaman transfer sürecine bakacağız. 20 örnek alıp, sağlıklı kişilerde dışarıda ne kadarı kaldığını değerlendiriyoruz. Verifikasyonda yaptığımız bu.

Şimdi bütün bu konuştuklarımın ışığında ne sıklıkta yapalım'ı bir daha sorayım size. Her ay yapalım mı bu çalışmayı laboratuvarda? Her yıl yapalım mı? 2 yılda bir mi yapalım, 3 yılda bir mi yapalım? Eğer majör bir değişiklik varsa sisteminizde, cihazınızın motoru değişti, yeni bir motor taktılar, o zaman yapın verifikasyonu. Yönteminizde bir değişiklik var, yapın verifikasyonu. Kalite kontrol sonuçlarınız kötü gelmeye başladı, yapın verifikasyonu. Ama bunu belli bir sıklıkta her yıl oturalım, bunu yapalım derseniz, bu emek, zaman, para kaybıdır, bir de hasta yararına hiçbir faydası da yoktur.

Nasıl yapıyoruz, çok kısaca onlardan size bahsedeceğim çünkü dediğim gibi laboratuvarcı bir popülasyona konuşmuyoruz, biz bunlar için yarım günlük, 1 günlük kurslar düzenliyoruz, verifikasyonu nasıl yapmamız gerektiği ile ilgili. Onun için ben size sadece kısa kısa ana hatlarını söyleyeceğim.

Analitik süreçte nasıl hatalar olabilir?

Rastgele bir hata olabilir. Aslında en korktuğumuz hatalardan biri bu. Rastgele hatayı tekrarlanabilirlik çalışması ile inceliyoruz. Aynı örneği 10 kere çalışarak rastgele hatanın boyutunu belirliyoruz aslında.

Ayırca sistematik hatalar olabilir. Bunları da yöntem karşılaştırma veya linearite

çalışmalarıyla açığa çıkarabiliyoruz. Bakın şöyle bir örnek vereyim size; 10 kere, 20 kere, 30 kere kaç kere çalıştıysanız, neticede elinizde bir rakamlar topluluğu var. Bunun bir ortalaması var, bir standart sapması var. İşte standart sapmanın ortalamadan uzaklaşması aslında size rastgele hatayı veriyor. Hani bahsettim ya, aynı sonucu bulamıyoruz ama birbirine ne kadar yakınsa o kadar iyi diyoruz, tekrarlanabilirlik dediğimiz bu.

Çok iyi tekrarlanabilen bir yönteminiz var. Bırakın 99,101 okumayı, her okuduğunuzda 100 okuyor. Ama 100 doğru bir değer mi? Onu söylemiyor bu tekrarlanabilirlik çalışması. Belki de gerçek değer 105, siz 100 okuyorsunuz ama her seferinde 100 okuyorsunuz. Orada doğruluk çalışması devreye giriyor. Bakın, test yöntemiyle karşılaştırdığınız referans yöntem olabilir, demin doğruluğunu kanıtladığınız yöntem olabilir, eğer bir hasta örneğini hem test ettiğiniz yöntemde hem de inandığınız, güvendiğiniz, doğruluğunu bildiğiniz yöntemle çalışırsanız ne bekliyorsunuz siz? İkisi de aynı sonucu bulsun. Bunda 100 okuyorsam bu da 100 okusun, bunda 110 okuyorsa bu da 110 okusun ama böyle bir ideal durum yok ortada. Eğer öyle olsaydı, test yöntemiyle karşılaştırma yaptığınız yöntem aynı rakamları okusaydı, 45 derecelik bir eğri ile bunu ifade ederdiniz değil mi? Şurada 100 çıkıyor, burada da 100 çıkıyor, işaretleyin noktayı, lineer tam 45 derecelik bir eğir oluşuyor. Ama böyle olmuyor. Eğer bulduğunuz değerler, bu 45 derecelik eğriden hep eşit uzaklıktaysa, çok sabit bir sistematik hatanız var, bu yöntem buna göre hep 5 yüksek okuyor demektir. Bu yöntem diğerine göre hep 10 yüksek okuyor. Bu sabit bir interferans var demektir, bir madde etkiliyor sonucu. Veya faklı olarak şöyle örnek verebiliriz; hatanız, orantısal olabilir. Orantısal olması demek şu; yöntem düşük konsantrasyonlarda biraz daha az etkileniyor ama yüksek konsantrasyonlarda çok daha fazla etkileniyor. Bizim istediğimiz; yöntemin tekrarlanabilirliği ve doğruluğu çok iyi olsun, tabii ki kabul edebileceğimiz sınırlar içinde. Çünkü dediğim gibi ideal bir sistem yok. Üç tür tekrarlanabilirlik çalışması yapabilirsiniz. Şimdi size desem ki, hiç laboratuvarı bilmeyen birine bile sorsam, bir örneği cihaza yüklesem, programlasam, desem ki 10 kere arka arkaya çalış, ya da desem ki 5 kere çalış sonra örneği alayım saklayayım, öğleden sonra geleyim, aynı cihaza vereyim 5 kere daha çalış diyeyim. Ya da bugün bir, yarın bir, 10 gün süresince her gün bir tane çalışayım. Hangisinde tekrarlanabilirlik birbirine en yakın çıkar? İlk söylediğimde değil mi, çünkü şartlar aynı, verdim, arka arkaya 10 kere çalıştırdım. Ama biz hastalara öyle mi çalışıyoruz? Bir hastaya verip 10 kere arka arkaya çalış mı diyoruz? Hayır. Benim şartlarımı en çok yansıtan hangisi olur? Her gün bir tane verdiğim yansıtır. İşte buna göre tekrarlanabilirlik çalışmalarımız değişiyor. İlk başta bir 10 kere arka arkaya oku diyoruz, eğer orada çok yüksek çıkıyorsa diyoruz ki zaten kötü, hiç öbürüne geçmeyeyim bile, daha burada bile sınırları aştıysam öbüründe haydi haydi aşarım diyorum, hiç devam

etmiyorum çalışmay. Ön çalışma dediğimiz deney bu şekilde yapılır. Bir de son deneyler, günler arası her gün bir tane verdiğimiz deneylerdir. Yöntemlerin karşılaştırılması da doğruluk için bize fikir veriyor.

Tekrarlanabilirlik çalışmasını söyledim, doğruluk çalışmasını konuştuk, yöntem karşılaştırma, bias'ımızı hesaplayacağız orada. Bunları kurduktan sonra, artık iç ve dış kalite kontrolü ile takip ederiz. Dış kalite kontrol bize doğruluktan sapmayı gösteriyor. Herkes 5 bulurken biz kaç bulmuşuz? İç kalite kontrol ise günlük olarak belirlediğimiz hedeflerden sapma durumumuzu veriyor. Ama başta verifikasyon yapmak zorundayım. Bizim laboratuvarlarda en büyük eksik verifikasyon deneylerinin genellikle yapılmamasıdır. En son cümle olarak şunu söyleyeyim; biz hep cihazları, kitleri yurtdışından alıyoruz, getirip Türkiye'ye kuruyoruz. Diyoruz ki onlar verifikasyon yapmış, çok da güzel yapmış. Biz de yapalım Türkiye'de. Tamam ancak bizim diğer şartlarımız uymuyor maalesef her zaman. Mesela ihale sistemiyle satın alıyoruz cihazları, geldi, verifiye ettik iyi çıkmadı. İhalesi bitmiş firmaya cihazını götür diyebilir miyiz? Kanunumuz buna elvermiyor ki zaten, bunu yapamazsınız. Veya şöyle sorayım size, peki ihaleden önce getirtip deneyin. 400 kalem testim var, her biri ayrı cihazda çalışılıyor, her birini laboratuvarda kuralım, zaten yerimiz yok orada değil mi? Bazı hususların çok fazla pratiği olamayabileceğini ifade ediyorum. Hepinize teşekkürler.

Doç.Dr.Doğan YÜCEL

Oturum Başkanı

Evet, Dr. İnal'a da çok teşekkür ediyoruz sunumu için. Son konuşmacımız Dr. Çiçek. Buyurun.

Değerlendirici Gözüyle Klinik Laboratuvarlara Bütüncül Yaklaşım

Doç. Dr. Ayşegül ÇOPUR ÇİÇEK

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

Sayın Başkan, değerli katılımcılar herkese iyi akşamlar diliyorum son konuşmacı olarak. Ben bugün size klinik laboratuvarlara değerlendirici gözü ile bütüncül bir bakışla bakmaya çalışacağım, çok geniş bir konu nasıl kısaltsam diye düşünüyorum şimdiden. Daha önceki konuşmacıların bahsettiği gibi laboratuvarlarda test yolculuğu pre-pre-analitik süreçten testlerin istenmesi ile başlıyor, klinikte tanı ve tedaviye katkısına post-post-analitik sürece kadar devam ediyor. Ancak, laboratuvarlarda kalite yönetimi sadece testlerin yolculuğuyla devam etmiyor, bu şekilde gördüğünüz gibi, bilgi eğitim yönetiminden tutun, stoklar, malzeme yönetimi, atık yönetimi, iletişim, hasta bildirimleri, acil durum, biyogüvenlik, performans ölçüm, geliştirme, iyileştirme gibi pek çok multidisipliner yaklaşımı gerektiriyor. Bizim şu anda 4. Versiyonunu kullandığımız laboratuvarlardaki kalite standartlarının iki önemli hedefi var. Güvenli bir laboratuvar ortamında güvenilir sonuçlar elde etmek. Şu anda hepimizin bildiği gibi değerlendirme süreci devam ediyor ve bu değerlendirme sürecinde biyokimya laboratuvarları değerlendirilecek. Değerlendirmeler bizim yerinde eğitimler olarak gördüğümüz, bilgi ve tecrübelerin paylaşıldığı, örnek uygulamaların görüldüğü süreçlerdir. Kesinlikle birbirimizi yargılama, sorgulama ortamları değil. Açılış konuşmalarında da bu şekilde bahsediyoruz değerlendirmelerde.

Laboratuvarda bir değerlendirme sürecini nasıl geçiriyoruz, standartları ayrı ayrı bahsetmeden bütüncül olarak hepsine değinmeye çalışacağım vaktim yettiği kadar. Öncelikle fiziki ortama bakıyoruz ama genel olarak laboratuvarlarımızın fiziki ortamları, fiziki şartları şu an itibariyle çok da iyi değil. Ama hepimizin bildiği gibi özellikle idareci arkadaşlar ve laboratuvar uzmanı olan arkadaşlar biliyorlar, laboratuvarlarda ruhsatlandırma sürecine girildi. Şu anda bu ruhsatlandırma süreci ile birlikte laboratuvarların fiziki şartlarında iyileşme bekliyoruz, inşallah. Genel olarak laboratuvar tasarımı basit olsun diyoruz ama branşlara göre de her branş kendi laboratuvar şartlarını dizayn etmeli. Yeni yapılacak olan laboratuvarlarda mutlaka inşaat aşamasındayken, kalitenin, laboratuvar uzmanlarının görüşü alınmalı. Tıbbi laboratuvarlar yönetmeliğinin 13. maddesinde asgari şartlar belirtiliyor. Diğer sorguladığımız knulardan biri biyogüvenlik rehberi. Öncelikle rehberin işlevselliği önemli. Laboratuvarda genellikle muhatap olduğumuz kişi mikrobiyoloji, patoloji veya biyokimya uzmanı arkadaşlar oluyorlar, bir de sorumlu teknisyen. Bizim istediğimiz personeli de mümkün mertebe kalite

çalışmalarının içine çekelim. O yüzden de sahada personeli, çalışanı ne kadar dâhil edebiliyorsak, değerlendirmelerin o kadar verimli geçtiğini düşünüyorum. Biyogüvenlik rehberleri genel olarak çok güzel hazırlanıyor, test rehberleri biyogüvenlik rehberleri ama güvenlik rehberlerinin içeriğini personelin bilmesi önemli. Laboratuvar güvenliği ile ilgili Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği 28. maddesinde en az biyogüvenlik düzeyi 2 olmalı diyoruz. Çalışan personel ortamın risklerini biliyor mu? Biyolojik, kimyasal, psikolojik riskleri veya bir takım ergonomik risklerini biliyor mu? Riskler belirlenirken bölümün görüşleri alınıyor mu? Bu bölümün risk analizleri yapılıyor mu? Ne gibi önlemler alınıyor ve en önemlisi de risk yönetiminde süreklilikler belirlenmiş mi? Örneğin, bir patoloji laboratuvarında çalışanların risk analizi ve çalışan güvenliği plan programı nasıl yapılmış? Çalışan personelin biyogüvenlik rehberlerinden haberi olup olmadığına, eğitimlerin verilip verilmediğine, yapılmışsa tatbikatlara katılıp katılmadığını ancak ortamı gözleyerek ve kişileri sorgulayarak anlayabiliriz. Örneğin burada çalışan personelin, önlük, eldiven kullanma durumu veya çalışma ortamında bir takım yeme içme malzemelerinin bulunması, çalışma şartlarına baktığınız zaman kullandığı sandalyeler, lavabolar veya kaymaya, düşmelere karşı uyarıların varlığı, kişisel koruyucu ekipman kullanılıyorsa giyinme çıkarma sıralarını bilmesini sorguluyor ya da gözlemliyoruz. Ayrıca biyogüvenlik kabinini kullanıyorsa biyogüvenlik kabininde nasıl çalışacağını ve bu kabinin günlük bakımının, temizliğinin nasıl olduğunu, filtrelerinin değişip değişmediğini, bir takım kontrollerinin örneğin sızdırmazlık kontrollerinin yapılıp yapılmadığını çalışan biliyor mu? Veya acil durum yönetimi ile ilgili olarak, santrifüjde tüpler kırıldığında ne yapması gerektiğini sorduğumuzda yanıt alabiliyor muyuz? Yüzey kontaminasyonu veya personel kontaminasyonu olduğu zaman ne yapacağını biliyor mu, kimlere bildireceğini biliyor mu? Kendi bankolarını temizlerken, temizlik dezenfeksiyon prensiplerini biliyor mu? Kesici, delici alet yaralanmaları ya da kan vücut sıvılarıyla bir bulaşma olduğu zaman ne yapacağını biliyor mu ki bunlar kalite göstergeleridir aynı zamanda. Veya önemli olan beyaz kod, mavi kod gibi önemli kodlar hakkında haberdar mı? Dolapları açtığımızda gerek buzdolapları gerekse diğer dolaplarda malzeme ve stok kontrolünün çok da iyi yapılmadığını görüyoruz bazen. Çeker ocaklarda şekilde görmüş olduğunuz kimyasalların bu şekilde depolanmış olması uygun değil elbette. Burada da doğru depolama örnekleri görüyorsunuz.

Ayrıca tesisin güvenliğine yönelik olarak; yangın veya elektrik güvenliğine yönelik neler yapılmış? Tatbikatlar yapılmış mı, personelin bundan haberi var mı? sorguluyoruz. Dünya Sağlık Örgütü, "hiçbir biyogüvenlik kabini veya diğer uygulamalar çalışan kişinin bilgilendirilmesi ve biyogüvenliği anlamasının yerini tutamaz" diyor. Biyogüvenlik dışında, çalışanlara güvenli çalışma ortamı sağlamak

adına başka nelere bakılabilir? Personelin sağlık taramalarını sorabiliriz, aşılarını sorabiliriz. Hatırlatma eğitimleri almış mı? Kişilerin isimlerini randaomize olarak alıp daha sonra kayıtlarına bakabiliriz. Hizmet içi eğitim kayıtlarına, tatbikatlarına veya eğitim sertifikalarına bakabiliriz. Laboratuvarda el hijyeninde 5 endikasyonu sorgulayabiliriz veya çalışana eldiveni nasıl kullandığını, nasıl çıkardığını sorgulayabiliriz. Otoklav kullanılıyorsa, ki mikrobiyoloji laboratuvarlarında genellikle kullanılıyor, kimyasal indikatörler, biyolojik indikatörler veya Benedict testleri ile kontrolleri yapılıyor mu, sorgularız. Yine standartlar gereğince, atık üretimi veya teslimine ait ilgili kayıtlara bakarız. Burada şöyle bir soru akla gelebilir, cihazlardan çıkan atıklar ne yapılmalı, değerlendiricilere çok sorulan sorulardan birisi bu. Cihazlardan çıkan atıkları ne yapalımBu amaçla özel bir uygulama önermemiz mümkün değil ancak şu an için yapılabilecek olan şey firmalardan cihaz atıklarının analizini talep etmek ve anliz sonucuna göre gerekli ise 1/10 oranında sulandırılmış çamaşır suları ile dekontaminasyon yapıldıktan sonra normal kanalizasyona aktarmak.

Diğer standartlardan biri test rehberlerinin varlığını sorguluyor. Test rehberleri sahada sorgulanmalı; yoğun bakımdaysak yoğun bakımda, servislerde veya polikliniklerde sorulmalı. Test rehberleri işlevsel olarak kullanılıyor mu, işlevselliği ne ölçüde sahada bizim için önemli olan bu. Çünkü çok güzel 50- 60 sayfalık test rehberler hazırlanıyor ve gerek basılı olarak gerekse internet ortamında gösteriliyor, ama diyelim ki yoğun bakımdaki bir asistana soruyorsunuz, anaerob kültür gönderecek olsanız nasıl bir yol izlersiniz diye. Direk laboratuvara telefon açarım diyor. O zaman rehberlerin sahada ne kadar kullanıldığıyla ilgili sorular oluşuyor kafamızda.

Süreçleri kontrol ederken, analiz öncesi süreçler, analitik süreçler ve analiz sonrası süreçleri ele alıyoruz. Bu süreçlerin izlenebilirliğinin olması gerekiyor. Biz de değerlendirici gözüyle bu izlenebilirliği kontrol ediyoruz. Bu izlenebilirlik kayıtlarla sağlanıyor. Bu kayıtlar bize hangi aşamada problem olduğunu nasıl çözüm üretilebileceğini gösteriyor. Bunun en iyi yolu da zaman zaman geriye dönük 3-6 aylık kayıtlara bakıp, bir hastanın ilk isteminden sonucun kliniğe ulaşmasına ve post-post-analitik süreçte kliniğe katkısına kadar izlemektir. Bu şekilde izlem öz değerlendirmelerde de yapılabilir. Bu izlenebilirlik hem veri elde etmek için önemli hem de laboratuvarın herhangi bir sorumlulukta yaptığı her işin kanıtını göstermesi açısından önemli. Çünkü ceza sorumluluğu, disiplin sorumluluğu, tazminat sorumluluğumuz var. Gerek öz değerlendirmelerde, gerekse bizim yaptığımız merkezi değerlendirmelerde, değerlendirici arkadaşlar bir bilgisayarın başına oturup bu testler nasıl isteniyor, ekranda nasıl görünüyor, doktor nasıl görüyor, laboratuvarda ne gibi işlemlerden geçiyor, görmeli.

Analiz öncesi süreçler; numune alımı, numunenin transferi, kabulü ve analize hazırlanması aşamalarını içeriyor hepinizin bildiği gibi. Şimdi burada özellikle bu yuvarlak içine aldığım kısımlar bir laboratuvarın analiz öncesi süreçlerde olmazsa olmazları yani çekirdek yapıları. Özellikle numunenin alım zamanı, laboratuvara kabul zamanı, onay zamanı sürekli vurguladığımız ve görmek istediğimiz parametreler. Diğeri kim istemiş testi, kim onaylamış veya uzman onayda mı, teknik onayda mı? Hangi aşamada olduğu görülebiliyor mu? Veya numune istenirken numune ve hasta ile ilgili yeterli bilgi verilmiş mi? Örneğin kendi branşımla ilgili, anatomik bölge genel olarak tanımlanmıyor, mesela aspirat kültürü şeklinde geliyor numune bize. Bir de barkodları ve istem formlarını özellikle değerlendirmelerde görmek istiyorum ben, çünkü istem formlarında ve barkodlarda standardizasyon yok. Her kurum, her hastane, hatta bölümler arası bile düzenlemeler tamamen kendi işleyişlerine göre. Örnek alma yöntemleri ile ilgili hastaya bilgilendirme kağıtları, broşürleri dağıtılıyorsa onları görmek istiyorum. İstem formlarında alınan materyal ile ilgili en iyi açıklamalar tabi patoloji laboratuvarlarına geliyor. Servislerde, yoğun bakımlarda örnek alma birimlerini görüyorum. Genel kullanım alanlarından ayrı olmalı bu birimler. Örneklerin oradan nasıl transfer edildiği de önemli. Genel olarak temizlik personelleri götürüyor. Pnömatik sistem diğer en çok kullanılan sistem. Maksimum transfer sürelerine dikkat ediliyor mu? Kan alma birimlerinde hastaların konforu sağlanıyor mu, el hijyenine dikkat ediliyor mu, atıklara dikkat ediliyor mu? Kan almada hastaların bekleme süreleri nedir? Bu da bir kalite göstergesidir. Numune kabul birimleri bu şekilde camekânlı, pencereli olmamalı. Numune kabul ve retlerini sistemden görebilmeliyiz. Eğer reddedilmişse neden reddedilmiş? Bunların laboratuvar tarafından aylık analizleri yapılıyor mu? Bunları düzeltmeye yönelik, önlemeye yönelik faaliyetlerde bulunuluyor mu, bunlara dikkat edelim. Pre-analitik, analitik ve postanalitik süreçlere ait şu anda otomasyonlarda bu şekilde veri giriş yerleri var ama personel bu verileri giriyor mu? Örneğin barkodsuz bir numune geldi veya bir numuneyi reddettin, bunun kayıtlarını nereye giriyorsun şeklinde çalışan personele soru yöneltilebilir. Bu bizim hastanemizden bir örnek. Aylık istatistik çıkartmıştık, daha sonra en çok problem olan bölümlere yerinde eğitimler verdik.

Analitik süreç yönetimi, en problemsiz ve laboratuvarda değerlendirdiğimiz süreç. Testlerin çalışılması, çalışanların yetkinliği, malzeme cihaz yönetimi, kalite kontrol çalışmaları, metot validasyonunu, verifikasyonunu ve ölçüm belirsizliğini içeriyor. Genellikle cihazların başında cihaz dosyalarını incelediğimiz, eğitim sertifikalarına baktığımız, kontrolleri, kalibrasyonları irdelediğimiz, kullanıcı eğitim sertifikalarını, arıza bildirimlerini günlük, haftalık, aylık, cihaz bakımlarına baktığımız kısım burası. İç kalite kontrol, dış kalite kontrol, bahsedildiği için

ben değinmeyeceğim. Analiz sonrası süreçte özellikle test sonuç verme süreleri belirlenmeli diyoruz. Bu süreler gayet güzel belirleniyor, bunlar rehberlere de yazılıyor. Dikkat edeceğimiz konu şu; süreler belirlenirken en kısa değil, en optimal süre tespit edilmeli.

Analiz sonrası süreçte, sonuçlar raporlanırken, bu raporları kimlerin görüp görmeyeceği belirlenmeli. Bu özellikle bilgi mahremiyeti açısından önemli. Bizler örneğin, değerlendirici olarak çok rahat o sonuçları görebiliyoruz, tıbbi sekreterler de görüyor. Sağlık hukukunda hasta verilerinin hukuksal boyutunu anlatırken diğer salondaki toplantıda görülmemesi gerektiği yönünde ifade edildi. Sonuç raporları ile ilgii olarak özellikle raporun dizaynını görelim. Gördüğünüz bir patoloji rapor örneği ve gayet de güzel. Sonuç raporlarının tasarımında klinisyenlerin görüşü alınmalı diyor standartlarda. Bu raporlarda eksik var mı özellikle bu açıdan değerlendiriyoruz. Örneğin alınma zamanı olmazsa olmazlardan birisi ama burada belirtilmemiş. Açıklamalar yazılmalı, özellikle de laboratuvar uzmanının yorumu eklenebilmeli sonuç raporlarına bu şekilde. Yine alınma zamanı burada da yok.

Kısıtlı bildirim standardına gelince, özellikle kendi branşımla ilgili olarak bu konunun üzerinde durmak istiyorum. Antibiyogramda çalışılan bütün antibiyotikler sistemde olmalı ama hastaya sonuç raporu giderken kısıtlı bildirim yapılmalı. Bu da bir kısıtlı bildirim örneği. Değerlendirmelerde bunlar hem rapor formatında hem de otomasyon üzerinde yerinde görülmek isteniyor tarafımızca.

Zamanında verilmeyen sonuçlar da kalite indikatörü olark standartlarda yer almaktadır. Yoğun bakımları, servisleri gezerken, sonuçlar geciktiği zaman nasıl haberiniz oluyor şeklinde sorarız. Genellikle otomasyondan duyurular iletiliyor bu şekilde.

Panik değer bildirimleri diğer önemli bir konu. Panik değer bildiriminde genel olarak otomatize sistemlerde direk cihazlar sonucu hastane bilgi sistemine, otomasyona atıyor. Bence panik değerlerin bildirimi kadar, sahada, klinikte okunması da önemli bir kalite göstergesidir. Kim okumuş, karşı taraftan okunmuş mu, takip edilmeli. Hatta bunların istatistikleri de yapılabilir. Ayrıca, manuel çalışılan ve sonuçları manuel girilen testlerin de panik bildirimleri otomasyon üzerinden yapılmalı.

Arşivleme diğer önemli bir konu. Kayıtta arşivleme ile ilgili yine Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliğinin 12. Maddesinde belirlenmiş süreler. Raporlar, kayıtlar en az 30 yıl, elektronik kayıtlar yedekleme ile süresiz, iç dış kalite kontroller en az 5 yıl, kalibrasyonlar bir yıl, patoloji laboratuvarları için lamlar 10 yıl şeklinde belirtiliyor. Otomasyondaki kayıtların irdelenmesi istatistiki veri

açısından da çok önemli. Şu anda ihaleler birçok hastanede yapılıyordur veya yapılmıştır. Benim önerim, bilgi işlemlerin otomasyon şartnameleri hazırlanırken laboratuvar modüllerinin, laboratuvar uzmanları ile birlikte hazırlanması. Artan materyalin hangi durumlarda nasıl toplanacağı ve saklanacağı da belirlenmeli.

Ayrıca, laboratuvar dışında çalışan testlere yönelik düzenlemeler yapılmalı. Burada en çok sorulan sorulardan birisi, dış laboratuvarla sözleşmemiz var. İstanbul, Ankara, İzmir'le hizmet alımı ile çalışıyoruz. Peki biz o laboratuvarları denetleyecek miyiz, değerlendirecek miyiz? İç kalite kontrol ve dış kalite kontrol sonuç kopyalarını, kabul ve ret kayıtlarını istiyorum ben. Performans ölçümleri, özellikle de zamanında verilmeyen sonuçların oranı reddedilen numuneler, panik değerlerim bildirimleri ve okunma oranları gibi gösterge sonuçlarını talep ediyorum. Numuneler belirli süreler içerisinde ulaştırılıyor mu? Maksimum transfer süreleri geçiliyor mu? Analitik süreçteki kit verimlilik oranları, iç kalite, dış kalite kontrol uygunsuzluk oranları bakılabilir kalite göstergesi olarak.

Diğer bir gelişmesini ümit ettiğim konu, inşallah bu değerlendirme sürecinde görebiliriz, laboratuvar hatalarını sınıflandırma sisteminin kullanımı. Şu anda laboratuvarlar kodlama ile ilgili ne aşamada açıkçası merak ediyorum. Son söz olarak, klinik laboratuvarların kalite standartları sadece laboratuvarlar içerisinde değil, kliniklerde sahada değerlendirilmeli ve sorgulanmalı tüm parametreleri ile. Özellikle analiz öncesi ve analiz sonrası süreçler için bu önemli. Ayrıca süreçler kontrol ediliyor ancak kayıtlarla izlenebilir hale getirilmeli ve performansları ölçülmeli diyorum ve çok teşekkür ediyorum. Saygılar sunarım.

PANEL

METROLOJİ VE KALİBRASYONUN SAĞLIKTA KALİTEYE ETKİSİ

Oturum Başkanı - **Dr. Ali Sait SEPTİOĞLU**
Türkiye Tıbbi Cihaz ve İlaç Kurumu Başkan Yardımcısı

1971 yılında Elazığ'da doğdu. 1995 yılında Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra Van ve Konya'da 2005 yılına kadar hekimlik yaptı. 2005-2009 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'nde görev yaptı. 2009-2012 yılları arasında İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nde Genel Müdür Yardımcısı olarak çalıştı. 2013 yılından beri Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nda, Tıbbi Cihaz ve Kozmetik Ürünler Başkan Yardımcısı olarak görev yapmaktadır. Evli ve 1 çocuk babasıdır.

Metroloji ve Sağlıkta Kalite İlişkisi

Baki KARABÖCE
TÜBİTAK Ulusal Metroloji Enstitüsü

1992'de ODTÜ Fizik Bölümününde lisans, 1997'de Marmara Üniversitesi Fizik Bölümünde yüksek lisans ve 2014 yılında Yeditepe Üniversitesi Fizik Bölümünde "Sağlık alanında kullanılan yüksek şiddetli odaklı ultrasonikdönüştürücülerin karakterizasyonu" konulu doktora tezini tamamladı. 1993'ten itibaren TUBİTAK Ulusal Metroloji Enstitüsü (UME) Baş Uzman Araştırmacı olarak çalışmaktadır. Tıpta teşhis ve tedavide kullanılan cihazların ölçüm güvenilirliklerini ve ulusal/uluslararası standartlara izlenebilirliğini sağlamak için çalışmalar yürütmekte olup UME'de "Medikal Metroloji Odak Grubu" sorumluluğu yapmaktadır. Çeşitli bilimsel yayınlarda editörlük yapmakta olan yazarın 70'in üzerinde yayını bulunmaktadır. Avrupa metroloji merkezleri birliği EURAMET'de "Sağlık çalışma grubu", "Ultrasonik ve Sualtı Akustiği Alt grubu" ve IEC TC 87 "Ultrasonik" çalışma grubu üyesidir. 2011-2013 yılları arasında Türk Akustik Derneği başkanlığı yapmıştır.

Tıbbi Cihaz Kalibrasyonlarında Güncel Durum, Sorunlar ve Çözüm Yolları

Prof. Dr. Müh. Osman EROĞUL
TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi

1981 yılında Kara Harp Okulundan mezun oldu. 1985 yılında Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Elektrik-Elektronik Mühendisliği Bölümünde yüksek lisans, 1997 yılında Ankara Üniversitesi Elektronik Mühendisliği Bölümünde doktora öğrenimini tamamlayan Osman EROĞUL, Kara Harp Okulunda öğretim görevlisi, Kanada'da araştırmacı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Biyomedikal Mühendislik Merkezinde Merkez Başkanı olarak görev yaptı. Fizyolojik sinyal işleme, tıbbi cihazların bakım, onarım ve kalibrasyonu, tıbbi teknoloji yönetimi, kalite güvence sistemi ve kişiye özel implant üretimi konularında çalışmakta olan Osman EROĞUL halen TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi Biyomedikal Mühendisliği Bölümü Başkanı ve Fen Bilimleri Enstitüsü Müdürü olarak görev yapmaktadır. Evli ve bir çocuk babası olup, İngilizce bilmektedir.

Tıbbi Cihaz Kalibrasyonları ve Ölçüm Belirsizliği

Prof. Dr. M. Şahin UĞUREL
GATA Biyomedikal Mühendislik Merkezi

1966 yılında Ankara'da doğdu. 1984 yılında Ankara Fen Lisesi'nden ve 1990 yılında Hacettepe Üniversitesi (İngilizce) Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1991-1993 yılları arasında katıldığı Türk Hava Kuvvetleri Komutanlığı'nda Hava-Uzay Hekimi olarak görev yaptı.Ankara'da Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) ' nde Radyoloji Uzmanlık eğitimini 1993-1997 yılları arasında tamamladı ve 2 yıl uzman olarak çalıştı. 1999 yılında Yardımcı Doçent olarak atandı. 2001-2004 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde (MedicalCollege of Wisconsin ve University of Iowa) Tanısal ve Girişimsel Nöroradyoloji alanında üst ihtisaslar yaptı. 2005 yılında Doçentliğini aldı ve 2012 yılında Profesör olarak atandı. 2013 yılından itibaren GATA Biyomedikal Mühendislik Merkez Başkanı olarak görevlendirildi. Halen bu görevini sürdüren Prof.Dr. M. Şahin UĞUREL, evli ve iki çocuk babası olup, çok iyi derecede İngilizce ve orta düzeyde Fransızca bilmektedir.

Medikal Kalibrasyon Ölçümleri ve Kullanıcıların Beklentisi

Yrd. Doç. Dr. Mana SEZDİ
İstanbul Üniversitesi Hastaneleri Biyomedikal Koordinatörlüğü

Yrd.Doç.Dr. Mana SEZDİ, Biyomedikal Mühendisliği doktorasını Boğaziçi Üniversitesi Biyomedikal Mühendisliği Enstitüsü'nden 2005 yılında almış, sözkonusu enstitüde 1996-2006 yılları arasında araştırma görevlisi ve medikal kalibrasyon laboratuar sorumlusu olarak görev yapmıştır. Şu anda İstanbul Üniversitesi Hastaneleri Biyomedikal Koordinatörlüğünde Koordinatör Yardımcısı ve İstanbul Üniversitesi Teknik Bilimler Meslek Yüksekokulu Biyomedikal Cihaz Teknolojisi Programında Program Başkanı olarak görev yapmaktadır. Çalışma alanları; Medikal Kalibrasyon Ölçümleri, Klinik Mühendisliği ve Biyomedikal Enstrumantasyon olup, özellikle sağlıkta kalite çalışmaları kapsamında ele alınması gereken sterilizasyon, elektriksel güvenlik, temiz oda, partikül ölçümü, radyasyon güvenliği, tek kullanımlık malzemelerin tekrar kullanılması üzerine çalışmalar yürütmektedir.

METROLOJİ VE KALİBRASYONUN SAĞLIKTA KALİTEYE ETKİSİ

Dr. Ali Sait SEPTİOĞLU

Oturum Başkanı

Evet, değerli katılımcılar hepiniz hoş geldiniz. Günün son programı, bayağı bir yorgunluk çöktü ama biraz teknik olarak da ağır ve zor bir konu işleyeceğiz bugün burada. Sağlık hizmetinin devamı, halkın sağlığının korunması, sağlık hizmetlerinde sürekliliğin sağlanması, geliştirilmesi ve bunların da halka sunumundaki devamlılık gerek Bakanlık, gerek hastanelerimiz, gerekse üniversitelerimiz açısından birinci sırada önemli. Bunu sağlayabilmek için de en önemli konulardan birisi metroloji ve kalibrasyon hizmetleri. Biz "Metroloji ve Kalibrasyonun Sağlıkta Kaliteye Etkisi" konusunu konuşacağız ve bu konuda sunumlarını yapmak üzere ben değerli katılımcıları davet etmek istiyorum. Sayın Baki Karaböce, Prof. Dr. Osman Eroğul, Sayın Prof. Dr. Şahin Uğurel ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Mana Sezdi. Evet, teknik noktalarda Hocalarım sunumlarını yapacaklar ama ben Sağlık Bakanlığı olarak çalışmalarımızdan çok kısaca bahsetmek istiyorum, onların da zamanlarından çalmamak için hızlıca geçeceğim.

Birçoğunuz tarafından bilindiği üzere, kalibrasyon hizmetleri şu anda uluslararası standartlara uygun olarak hastanelerimizde yapılmakta ama bununla ilgili bizim resmi bir düzenlememiz yoktu. Sağlık Bakanlığı olarak biz kalibrasyonla ilgili yaklaşık 3 senedir devam eden bir çalışmamız vardı ve bu çalışmanın sonunda da artık son noktaya gelerek tıbbi cihazların test, kontrol ve kalibrasyonu hakkındaki yönetmelik taslağının çalışmasını bitirdik ve artık imza aşamasına getirdik. Çok kısa zamanda biz bu mevzuatı da yayınlayarak standartları belli olan, kimler tarafından nasıl yapılacağı belli olan, kimlerin hangi işleri yapacağı ve hangi standartlarda yapacağı belli olan bir mevzuatla bundan sonra tıbbi cihazların bakım, onarım, test ve kalibrasyonuyla ilgili düzenlemeleri de bitirmiş olacağız.

Şimdi öncelikle "Metroloji ve Sağlıkta Kalite İlişkisi" sunumunu yapmak üzere TÜBİTAK Ulusal Metroloji Enstitüsünden Sayın Baki Karaböce'yi davet ediyorum.

Metroloji ve Sağlıkta Kalite İlişkisi

Baki KARABÖCE

TÜBİTAK Ulusal Metroloji Enstitüsü

Değerli katılımcılar,bugün burada olmaktan çok mutluyum. Sağlık alanında metrolojinin etkisini genel hatlarıyla verip burada metrolojiyle ilk başta başlamak istiyorum. Ben yaklaşık 20 yılı aşkındır TÜBİTAK Ulusal Metroloji Enstitüsündeyim. TÜBİTAK Ulusal Metroloji Enstitüsü her ülkede olması gereken bir metroloji sisteminin Türkiye'deki yetkili kuruluşu, benzer kuruşlar diğer ülkelerde de var. Bu metroloji merkezleri ülkedeki elle tutulur, ölçülebilir referans standartları oluşturarak bu referans standartlardan gelen doğruluğu, güvenilirliği, izlenebilirliği ikincil laboratuarlara, ikincil laboratuarlar vasıtasıyla da doğrudan son kullanıcıya ulaştırır. UME yıllardır endüstriyel alanda, askeri alanda birçok kalibrasyon, ölçüm, danışmanlık, eğitim hizmeti vermekteyken sağlık alanında inanın çok fazla çalışması yoktu. Bundan 3 yıl önce biz bu çalışmalarda eksikliği görüp başladık ve belli bir noktaya geldik. Ben böyle bir girişten sonra sunumumun içeriğiyle devam edeceğim.

Ben sunumumda UME'den, yaptığımız işlerden bahsedeceğim, medikal metrolojiden bahsedeceğim, bu konuda UME'de yaptığımız çalışmalar kapsamından bahsedeceğim ve bu çalışmalar sonucunda önümüzde bir 4-5 yıllık yol haritası çizdik, bundan bahsedeceğim ve bu çalışmaları biraz daha detaylandıracağım. UME dediğim gibi SI birimlerini ve türetilmiş SI birimlerini realize eden, ölçülebilir standart haline getiren bir kuruluş. Örneğin bakın, bizim 7 tane temel SI biriminden kandela, kilogram, kelvin, saniye, mol, amper, metre… Eskiden hep MKS-CGS diye bildiğimiz sistem şu anda SI birimleri olarak bu şekilde tanımlanıyor. Bütün bu sistemlerin realize edilmesi UME'nin görevleri kapsamında. Örneğin, çok eskiden uzunluk standardı bir platinyum-iridyum çubuktu. Şimdi bu platinyum-iridyum çubuk artık lazerin dalga boyu cinsiden tanımlanıyor. Lazerin vakum içerisinde saniyede kat ettiği yolun ışık hızı kadar çarpımıyla elde edilen mesafe metre olarak tanımlanıyor. Örneğin bir amper deneyinde Nobel ödüllü bir "halleffect" deneyi kullanılıyor. Bütün bunlar, örneğin zamanın belirlenmesinde atomik saatler kullanılıyor. Son olarak bir tek kütle şu anda elimizde, birçok ülkede, yine bir platinyum-iridyum kütle yine bildiğiniz kütle şeklinde, metalik bir kütle şeklinde. Bu metalik kütle yıllar içerisinde belli değerini yitiriyor ortam şartlarına bağlı olarak. Bu kütle de artık "wattbalance" sistemi denen yerçekimi ivmesine bağlı, elektriksel belli sabitlere bağlı bir fizik deneyiyle artık daha hassas, değişmeyen parametrelere, birimlere bağlanacak.

UME bir ülkede en yukarıda bir referans sistemi oluşturuyor. Bunların altında ikincil laboratuvarlar dediğimiz kalibrasyon hizmetlerini verenler, verifikasyon hizmetlerini verenler ve bunların da verdiği hizmetlerle tüm ticari alanda, sağlık alanında, güvenlikte, çevredeki tüm ölçülebilir parametreler veya ölçülebilir cihazların izlenebilirliği referans sisteme ulaşmış oluyor. Tabii bu ölçümler yine bilimsel araştırmalarda kullanılıyor. Endüstride, küçük esnaf sanatkârların yaptığı tüm teknik işlerde, ölçümlerde kullanılıyor. Şöyle baktığımızda metrolojiyi bilimsel ve yasal metroloji olarak böldüğümüzde bilimsel metrolojinin ana merkezi BIPM dediğimiz Fransa'nın başkenti Paris'te bulunan bir merkez. BIPM ve CGPM dediğimiz bir kurulla birlikte çalışarak realize edilmesi gereken standartların önerilerini veriyor. Bütün bunlar daha sonra EUROMED kapsamında, EUROMED Avrupa'da bizim katıldığımız organizasyon, EUROMED vasıtasıyla ülkedeki ulusal metroloji enstitüsünün görevine aktarılıyor. Buradan akredite kalibrasyonlaboratuarları vasıtasıyla da bütün sanayinin ihtiyaç duyduğu, ithalatçının, cihaz kullanıcılarının, sağlık alanının, çevre alanının ihtiyaç duyduğu ölçüm güvenilirliğini, izlenebilirliğini sağlamış oluyor. İşin bir de yasal boyutu var, burada yine Bilim, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı devreye giriyor. Bu işin akreditasyon kısmı, standardizasyon kısmı ve uygunluk değerlendirme kuruluşları da belli bir çerçevede yapılanıyor. Bütün bunların yapılanması tüm dünyadaki ölçümlerin bir lokal merkeze, lokal merkezden ülke seviyesine aktarılıp ülkeden de bütün kullanıcılara yayılması vasıtasıyla sağlanıyor.

Bilimsel metroloji dediğimiz gibi bir birimi oluştururken bir komite var. Bu komite bu işin uzmanlarından oluşan, üniversitelerde çalışan, araştırma kuruluşlarında çalışan kişiler bir birimin tanımının nasıl yapılacağını öneriyorlar. Örneğin dediğim gibi metrenin tanımında Helyum-Neon lazerinin, teknik kaçacak ama yine de söyleyeyim bunu, İyot moleküllerinde kararlı hale getirilmesi, bu bir deney. Bunu sizin yapıp gerçekten bunu sağladığını bilmeniz gerekiyor. Bu tavsiyeleri gerçekleştirip ülkedeki standardı oluşturmuş oluyorsunuz. Bunun devamında biz bütün bu çalışmaları EUROMED kapsamında yaparken, bütün bunlar altlarında teknik komiteler tarafından oluşturulmakta. Teknik komiteler şurada gördüğünüz gibi örneğin, uzunluk, sıcaklık, bunların içerisinde akustik var, ultrasonik var, nem var, bütün elektriksel parametreler, bunlarla ilgili komiteler bu işin teknik kısmını yürütüyor. Bu anlamda da bizim Türkiye'de referans kuruluş olduğumuzu veya UME'nin Türkiye'de bir atanmış kuruluş olduğumuzu beyan eden belgelerimiz de var. Bir de bu ölçümleri yaparken, bir ülkede bir ölçümü oluştururken, referansı oluştururken ben bu ölçümü doğru yaptım, deneyi gerçekleştirdim, belli bir değere ulaştım demek yeterli olmuyor. Bu ölçümlerde kullandığınız referansı karşılaştırmak gerekiyor. Örneğin bir kütle standardının tüm ülkelerde veya bölgesel ülkelerde dolaşıp herkesin bunu ölçmesi gerekiyor; bir gerilim

standardının, bir akustik standardının, bir mikrofonun. Bütün bu ölçümleri yaptığınızda ve ölçüm sonuçları karşılaştırıldığında bilimsel ve teknik kaliteniz ortaya çıkmış oluyor. Bütün bunlarla da belli bir karşılaştırma sonucunda başarılı olduysanız eğer, ülkelerle karşılıklı tanıma anlaşmaları imzalanıyor. Son rakamı bilmiyorum ama UME'nin yaklaşık 70 ülkeyle karşılıklı tanınma anlaşması var. UME'deki metroloji enstitüsünde verilmiş bir sertifika, Almanya'da, Amerika'da imzaladığımız bütün ülkelerde geçerliliği sağlanıyor.

Metroloji medikal alanda kullanıldığında ne gibi bir etkisi oluyor? Çok güzel kolesterol ölçümleri örneği var. Bakın burada bir hata örneği verilmiş, sapmanın % 10 civarlarında olduğu yerlerde eğer değeri yüksek ölçerseniz, gereksiz tedavi yapıyorsunuz, düşük ölçerseniz tedaviyi yapmıyorsunuz, bu da hasta üzerinde bir risk oluşturuyor. Buradaki hata payını ne kadar azaltırsanız, sonraki örnekte çok daha güzel görülüyor, Amerika'da yapılmış, NIST'de, bu bizim Amerika'daki eşdeğer metroloji enstitümüz, NIST'de yapılmış örnekte bakın 49'lu yıllarda kolesterol ölçümlerindeki hatalar % 3.27'lere ulaşırken, 90'lı yıllarda % 5.5'lara, % 7.2'lere düşüyor ve bu düşmeyle gereksiz tedaviler, gereksiz masraflar azaltılıyor ve gerçekten de hastalardaki hatalar azalıyor, yerinde tedaviler yapılmış oluyor.

Biz bütün bunları yaparken, yine satır aralarında bahsettim ama şunu yine de genel olarak vereyim, bir izlenebilirlik şemasında sizin elinizdeki cihazın doğru ölçtüğünü garanti etmekte ne gibi bir yapı var? Şöyle söyleyeyim; örneğin, elinizde bir odyometreniz olsun, işitme cihazınız olsun, bunun bir referans standardı var, bunun referans standardı bir yapay kulak veya yapay mastoiddir. Bu da başka bir referansla izlenebilir, içinde bir mikrofon vardır veya bir ivmeölçer vardır mastoid ise, bu da bir birincil standartla izlenebilirdir, birincil standart kullanılarak kalibre edilebilir. O da şöyle görülebilen bir ölçüm sistemdir. Bu ölçüm sistemiyle ses basınç düzeyi ölçülür, titreşim düzeyi, frekans ölçülür, kararlılığı ölçülür, belirsizlik bileşenleri belirlenir bir belirsizlik beyan edilir. Bütün bu silsileyi yaparsanız bir ölçüm cihazının izlenebilirliğini sağlamış oluyorsunuz. Burada ölçüm yaparken muhakkak uyulması gereken şartlar var, biz anlatmayacağım kötü örneklerle karşılaştık ama hakikaten ölçümü doğru yapabilmek için öncelikle ön hazırlıkları iyi tamamlamak gerekiyor, bunlar cihazların ısınması olabilir, belli bir yerleşimde kurulması olabilir, belli değerlere ayarlanması olabilir yazılı standardında yazılı, ortam şartlarının kontrol edilmesi olabilir. Bunların arasında tarihtir, ölçümdür, ölçümü yapan kişiler, laboratuvar şartları, bütün bunların beyan edilmesi gerekir. Ölçüm sonucunda beyan edeceğiniz belgede, bu sertifikadır, kalibrasyon sertifikasıdır veya bir ölçüm raporudur, açık olarak bütün bilgileri vermeniz gerekir. Firma bilgilerini, ölçüm şartlarını, orijinal verileri saklamanız gerekir, bunlar elle aldığınız veriler olabilir, daha sonra bunları kanıtlamak üzere

ki bunlar sağlık alanında çok daha kritik olabilir. Sizde kullanılan bir cihaz bir hastaya zarar verme aşamasında kullanılmışsa bu tarihler, elle alınmış veriler daha sonradan kanıt olacak. Ölçüm yönteminin, ölçümde kullanılan yazılı standardın, referansların muhakkak yazılması gerekir. Son kalibrasyon tarihlerinin yazılması gerekir, kapsam faktörü de verilerek ölçüm belirsizliklerinin beyan edilmesi gerekir. Ölçüm belirsizliğine kısa bir parantez açayım, bir ölçüm değeri beyan ediyor ve bir belirsizlik değeri beyan etmiyorsanız metroloji açısından o rakamın hiçbir değeri yok. Ben bir ses basın düzeyini 90 desibel ± 2 desibel hatayla ölçtüm demelisiniz, sadece ben 90 desibel ölçtüm demek metroloji olarak çok anlam ifade etmiyor. Daha sonra ölçümü yapan, kalibrasyonu yapan kişi belirtilmeli, buna benzer birkaç tane daha şeyler sıralanabilir.

Medikal metrolojinin yurtdışında da belli yapılanmaları var. Metrolojinin sağlık alanında kullanılması maalesef endüstride, askeri alanda kullanılanlar kadar eski değil. Özellikle askeri alan, metrolojinin gerekliliğini biraz da askerlere de borçluyuz açıkçası. Bir yere askerler bomba atacakken orada çok iyi açı standardı isterler, hız isterler, yükseklik verisi isterler, dolayısıyla metroloji orada çok önemli. Biz de sağlık alanında yavaş yavaş geliyoruz. Artık bu konuda, örneğin BIPM'de, bizim çatı organizasyonumuzda bu JointCommitteeforTraceability in LaboratoryMedicine yani tıbbi laboratuarda izlenebilirlik zincirinin oluşturulması için bir komitenin kurulma çalışması var. Bütün bu gruplar uluslararası klinik kimyayla, Dünya Sağlık Örgütüyle, laboratuvar akreditasyon kuruluşlarıyla koordineli çalışırlar. Bunların tıpta izlenebilir ve uyumlu altyapı kurma çalışmalarında eşlik ederler. Yine bizim eşdeğer kuruluşumuz Fransa'da LNE'de sağlık metrolojisi alanında referans malzemeler temin etmek üzere çok yoğun çalışmalar yapılmaktadır. Paris'te düzenlenen metroloji kongrelerinde sürekli medikal metroloji olarak özel oturumlar düzenlenmektedir. Yine Nice'deçalıştaylar düzenlemiştir ve bunların artması bekleniyor. Amerika'da eşdeğer kuruluşumuz NIST'de, Almanya'da PTB, Fransa'da benzer yapılanmalar var. Bütün bunları görerek, inceleyerek Türkiye'deki durumu ortaya koymak istedik. Bu kapsamda birçok kuruluşla, özellikle Tıbbi İlaç ve Cihaz Kurumuyla, birçok üniversiteyle, laboratuvarlarla, özel firmalarla görüşmeler yaptık. Ortaya Türkiye'deki resmi koymak istedik. Bütün bunlarla hem görüşmeleri, hem doküman incelemeleri, standart incelemeleri ortaya koyarak bir fizibilite raporu hazırladık. Bu rapora bizim ume.tubitak.gov.tr sitesinden ulaşılabiliyor. Şu görüşe varıldı, UME'nin Türkiye'de kalibrasyon ve ölçümler alanında düzenleyici bir rol üstlenmesi, medikal metroloji alanında bir altyapı kurması talep edildi. Ayrıca UME'nin hastanelerde yerinde ölçümlerde kullanılabilecek kalibratör, simülatör, fantom ve analizörlerin kalibrasyonlarını yapmak üzere sistemlerini kurup kalibratör, fantom, referans malzeme üretmesi konusunda çalışmalar yapması sonucu çıktı. Bu konuda yine eğitim faaliyetleri,

çalıştaylar düzenlenmesi konusunda öneriler çıktı. Bununla ilgili yine tabii tanıtım materyalleri hazırlanması da geliyor bunlar arasında.

Bütün bunların sonucunda ortaya 10 yıllık bir plan koyduk, bilmiyorum biraz küçük görülebiliyor mu ama şöyle özetlemeye çalışayım. Bu 10 yıllık bir yol haritasında bizim ana çıkış sebebimiz sağlık alanında kullanılan cihazların, yani bunlar aslında doğrudan hastaneye, sağlık kuruluşuna giden bir kalibrasyonlaboratuarının değil ama kalibrasyon laboratuarının elinde bulunan referansların, ölçüm cihazlarının kalibrasyonlarını yapmak üzere, bunların ölçüm güvenilirliğini sağlamak üzere bir sistem kurmak, buna cevap vermek, pratik çözümler üretmek üzere yola çıktık. Burada hedeflerimizi ortaya koyduk. Öncelikle sağlık kuruluşlarında kullanılan cihazların izlenebilirliğinin sağlanması, medikal metroloji konusunda hastanedeki kişilerin bilgilendirilmesi, yerinde ölçüm, test ve doğrulamalarda yerinde kullanılabilecek yeni transfer standartlarının üretilmesi, oluşturulması ve daha da ileride kalibrasyon test sistemlerinin üretilmesini koyduk. Bunların belli alt yapıları var, bunlar için hangi sistemlerin kurulması gerekiyor, bu sistemler kullanılırken hangi fiziksel branşlar kullanılacak, bütün bunları da belirleyerek bu çalışmalara bu kapsamda devam ediyoruz.

Dediğim gibi kısa ve orta vadede öncelikle kalibrasyon laboratuvarlarının elinde bulunan ve en çok kullanılan hasta simülatörleri, defibrilatör analizörleri, infüzyon pompaları, elektrokoter analizörleri, elektriksel güvenlik analizörleri, oksimetreler, gaz akış analizörleri, ultrasonikkalibratörlerin kalibrasyon sistemlerinin ve bütün bu MR ve tomografik doğrulama sistemlerinin kalibrasyonunu yapmak üzere sistemlerimizi oluşturmayı planladık ve şu listede yazdıklarımın % 80'ini de tamamladık. Belki klinik metroloji de diyebileceğimiz işin kimyasal ölçümler kısmı var. Kimyasal ölçümlerde hep referans malzemeler gerekiyor. Referans malzemelerin ve ölçüm sistemlerinin doğrulanması için de bu ölçümü yapan laboratuvarların yeterlilik testlerine katılması gerekiyor. Bütün bunların organizasyonlarını da yapmaya başladık. Çok iyi kimya laboratuvarlarımız var, referans malzemeler üretmeye de başladık. Yine bu işin çalıştay kısmı, eğitim kısmı bütün bunlara da yavaş yavaş başlıyoruz ve ilk medikal metroloji çalıştayınıda bundan 2 yıl önce UME'de düzenlemiştik, geçen yıl düzenlemiştik.

Planlarımızı sadece kalibrasyon laboratuvarı kurmak üzerine yapmadık çünkü kalibrasyon işi bir müddet sonra rutine binecek ve biz rutin işleri aslında hep ikincil laboratuvarlara aktarmaya çalışıyoruz. Bu işin doğru bir şekilde yürüdüğünü gördüğümüzde ki bu doğal olarak oluşacak bir şey, bizim diğer endüstri alanında, askeri alanlarda kalibrasyonlarımız da hep bu şekilde oldu, şu anda UME'ye gelen cihazlarımız endüstri alanında birçok rutin kalibrasyonu gerektirecek, örneğin bir ses düzeyi ölçer, örneğin bir kumpas, örneğin bir sıcaklık ölçerlerin

kalibrasyonlarını artık biz yapmıyoruz, ikincil laboratuvarlara yönlendiriyoruz, onlar yapıyorlar. Biz belli bir süre sonra artık bir defibrilatör analizörünün kalibrasyonunu ikincil laboratuvarlara aktaracağız. Bizim daha sonra esas yapmak istediğimiz hem ithalatımızı azaltacak, pratik çözümler sunacak, yerinde çözümler sunacak, bunların bazıları üretilmiş de olabilir ama biz yerli imkanlarla üretmeyi planlıyoruz, portatif ultrasonik güç ölçerler, ultrasonik görüntüleme fantomları, solunum cihazlarının kalibrasyonu için referans sistemin oluşturulması, infrared kulak tarama metreleri için referans sistemin oluşturulması, tansiyon ölçer kalibrasyon sisteminin portatif olarak oluşturulması, orta kulak sistemlerinin geliştirilmesi, bunların arasında ayrıca başka sistemler de var. İşin klinik kısmı da referans malzemelerin üretimi hiçbir zaman bitmeyecek, referans malzeme sayısız, sonu yok, her bir klinik ölçüm yaparken farklı referans malzeme kullanılması gerekiyor. Bunların üretimini ve çevremizde bulunan metroloji enstitüsü bulunan ülkelere pazarlamasını da yapma planlarımız var. Yine yeterlilik testleri hiç bitmeyecek.

Uzun vadede yine dediğimiz gibi referans fantomlar üreteceğiz, MR ölçümleri için referans fantomlar geliştireceğiz ve işin esas kritik kısımlarından bir tanesi de görüntüleme tekniklerinin geliştirilmesi konusunda çalışmalarımız devam edecek. Ben kısaca demin bir örneğini verdiğim bütün bunların kalibrasyonlarla izlenebilirliğini sağlamak için birkaç örnekle tamamlayacağım. Dediğim gibi bunun örneğini vermiştim, bir izlenebilirlik silsilesinde birincil standarda gitmek gerekiyor, teşhis ve tedavide kullanılan ultrason cihazlarının önce portatif kalibratörle kalibre edilmesi gerekiyor, bunun güç probunun kalibrasyonu gerekiyor, bu da bir birincil standart dediğimiz radyasyon kuvvet terazisi sistemidir ultrasonikte. Bununla birincil standardın izlenebilirliğinin sağlanması gerekiyor ki biz bu birincil standardımızın da uluslararası alanda karşılaştırmalara girip doğruluğunu belli periyotlarda sağlıyoruz. Tansiyon aletleri, bunun belli bir birincil standardı var, burada basınç, sıcaklık, bütün parametrelerin ölçülmesi gerekiyor, solunum cihazlarında yine UME'de kurulu laboratuarlar var, kan akış ölçümlerinde, flowmetrelerde yine standartlara izlenebilirliği UME'deki sistemlerle sağlayabiliyoruz. Terazi yıllardır yaptığımız işler, bunların çoğu da yine ikincil laboratuvarlar tarafından da yapılıyor, sıcaklık ölçümlerinde birincil seviye sıcaklık standardı sıcaklık sabit noktaları oluşturup sizin elinizde bulunan termometreler, sıcaklık referans kaynaklarının kalibrasyonlarını bu şekilde yapmak gerekiyor, keza nem ölçümleri. Biliyorsunuz tıbbi alanda artık cihazlar çok yoğun olarak kullanılıyor, bu cihazların çoğu da hep elektromanyetik radyasyon yayıyor, bütün bunların ölçümleri de yıllardır zaten UME'de yaptığımız işler arasında ama sağlık alanında bunlar yapılmadı, bunları yapabilecek kapasitemiz var. Yine tüm elektronik cihazların da belirli referans standartlara, kalibratörler

vasıtasıyla daha sonra birincil standardı izlenebilirliği sağlamamız gerekiyor. Kimyasal alanda da dediğimiz gibi referans malzemelerin, ölçüm analizörlerinin kalibrasyonukalibratörlerle, daha sonra komparatörlerle, daha sonra referans sistemin ve referans malzemeye izlenebilirlikle sağlayabiliyoruz. Ben bu şekilde toparlamış oldum, teşekkür ediyorum ilginiz için.

Dr.Ali Sait SEPTİOĞLU

Oturum Başkanı

Sayın Karaböce'ye teşekkür ediyoruz sunumu için. Şimdi insan hayatını süre olarak değiştiremiyoruz fakat kalitesi noktasında sağlıkçılar olarak en kolay ve en net şekilde müdahale edecek kişiler bizleriz; gerek hastanelerimiz gerek tıbbi cihazlarımızın doğru çalışması ve bunların gerek ölçümleri gerekse işlevlerini doğru olarak yerine getirmesi bizim için çok çok önemli. Bakanlık olarak da biz bu çalışmaları sürdürürken bize gerçekten çok ciddi anlamda, her seferinde gerek kalibrasyonda, gerek bakım onarımda sürekli destek veren ve bütün çalışmalarımızın içinde bulunan TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesinden Sayın Prof. Dr. Osman Eroğul Hocamı sunumlarını yapmak üzere davet ediyorum.

Tıbbi Cihaz Kalibrasyonlarında Güncel Durum, Sorunlar ve Çözüm Yolları

Prof. Dr. Osman EROĞUL

TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi

Sayın Başkan, değerli katılımcılar, hepinizi saygıyla selamlıyorum. Sağlık Bakanlığını da böyle kritik ve hassas bir konuyu gündeme aldığı için, masaya yatırdığı için ayrıca hem kutluyorum hem teşekkür ediyorum çünkü bu sağlık konusunun yumuşak karınlarından birisi, tıbbi cihaz kalibrasyonu.Çünkü belirsizliklerle dolu bir alan... Ben nelerden bahsedeceğim?Önce kalibrasyon nedir değil de ne değildir, özellikle sağlık çalışanları için ne değildir'den bahsedeceğim. Daha sonra güncel durum nedir, burada hem firma bazında hem hastane bazında sorunlar nelerdir, nasıl çözeriz bu sorunları, bunları kısaca özetlemeye çalışacağım. Sayın Başkan'dan da ricam, 5 dakikada bir beni uyarırsa, yoksa ben sabaha kadar konuşurum. 25 yıl hem hastanede servis mühendisliği yapıp, ölçü aleti ile kalibrasyon, bakım onarım yapmış olmamız dolayısıyla bizde anlatılacak konu çok, o yüzden önce uyarırsa toparlama şansım olur diye düşünüyorum. Teşekkürler şimdiden.

Kalibrasyon dediğimizde yanlış anlaşılan bir konu var; kalibrasyon bir bakım, onarım veya tamir işi değil, ayarlama işi değil. Kalibrasyon dediğinizde doğrudan doğruya bir kıyaslama işi. Dolayısıyla siz, ben şu cihazla ilgili kalibrasyon işini yaptım, kalibrasyon sertifikasını yapıştırdım dediğinizde bu % 100 doğru sonuç verir anlamı taşımaz. Kalibrasyon dediğiniz ne? Elinizde bir standart değer var, ölçüm sistemi var, bunun doğruluğunu biliyorsunuz, Baki Bey bunları çok iyi izah etti, bunu biliyorsunuz, bundan ne kadar saptığını siz karşılaştırarak buluyorsunuz aslında kalibrasyon dediğinizde. Yani tansiyon aletini kalibre ettirdin mi dediğinde yönetici, kalibrasyondan sorumlu arkadaş evet, ettirdim, 140 mmHg göstermesi gereken yerde 120 mmHg gösteriyor, tansiyon 8 göstermesi gereken yere 9 gösteriyor diye bir liste oluşturulup, kalibrasyon sonucu bu diye bir sertifika, kalibrasyon yaptığına dair bir rapor vermesi lazım. Tabii bunu şöyle düşünün, hekimin cebine koyup her seferinde cebinden çıkarıp hastanın tansiyonunu ölçtüğünde 140 gösterdi acaba bu 120 miydi 135 miydi diye bakarsa, böyle bir kalibrasyonu kimse kabul etmez. Ama kalibrasyon tanımı da bu. O halde kalibrasyon ile bakım onarımı birbirinden ayırt etmek lazım. Kalibrasyonu yapılmış dediğimizde bizim anladığımız, kabul edilebilir limitler içerisinde hatalı sonuç veren ama bunun kabul edilebilir limitler içerisinde olduğunu bildiğimiz, güvenerek kullanabileceğimiz cihazlar aklımıza geliyor bizim. Ve

yapılan çalışmalar da buna hizmet etmeli diğer bir deyişle. Biz niye yapıyoruz, tıbbi cihazları kalibre ediyoruz? Riskleri minimize etmeye çalışıyoruz, maliyetleri düşürmeye çalışıyoruz, kullanıcı problemlerini asgariye indirmeye çalışıyoruz, uluslararası standartlara uydurmaya çalışıyoruz ve tıbbi cihaz güvenliğini ve hasta güvenliğini sağlamaya çalışıyoruz, bunun için kalibrasyon yapıyoruz. Biraz önce Baki Bey laboratuvarlardan örnekler gösterdi, normalde bir tıbbi cihazı kalibre edebilmeniz için gerçek anlamda her türlü ortam şartlarını kontrole edebildiğiniz ve izleyebildiğiniz kalibrasyon laboratuvarlarına ihtiyacınız var. Bununla ilgili oluşturulmuş prosedürlere ihtiyacınız var, standartlara ihtiyacınız var, en önemlisi de teçhizata ihtiyacınız var. Günümüz itibariyle baktığımız zaman deney ve kalibrasyon laboratuvarlarının akredite edilmesi için bir uluslararası standart var, 17025 standardı kabul edilmiş, bu dünya çapında kabul görmüş bir standart ve kalite yönetim sistemi ve teknik yeterliliğine dair genel şartlar ortaya koyan bir standart. Akredite edilen laboratuvarlar akreditasyon kuruluşlarınca periyodik olarak denetleniyor bu standart gereği, bu akreditasyona devam edip etmemesine karar veriliyor sonuçta. Ülkemizde de biliyorsunuz akreditasyon işlemlerini TÜRKAK bugüne kadar yürütüyordu ve yürütüyor daha doğrusu, TÜRKAK tarafından akredite oluyorsunuz. Ama siz, şöyle düşünelim, TÜRKAK tarafından akredite edilmiş bir kalibrasyon laboratuvarıyım ben diyorsunuz; ısı, basınç ve nem konusunda akredite olmuşsunuz, yetki almışsınız ama geliyorsunuz EKG'yi kalibre ettim diye üzerine etiket yapıştırıyorsunuz. Veya tüm hastanenin tüm tıbbi cihazlarını, MR'ındantomografisine, tansiyon aletinden sterilizatörüne varıncaya kadar hepsine kalibre etme yetkisine sahibim, çünkü ben akrediteyim elimde belgem var diyorsunuz. Doğru mudur bu yapılan işlem? Birçok cihazı biz kalibre ettirmek ve etmek durumundayız. Şöyle düşünelim, kullanım alanlarına göre normalde bir kalibrasyon laboratuvarında bulunması gereken, ben hastanedeki tıbbi cihazları kalibre ediyorum diyebilmeniz için bulunması gereken kalibratörlerin listesini şöyle kısaca koymaya çalıştım. Bunun içerisinde elektrik güvenliği testlerinden tutun, sıcaklık ölçümüne, küvezkalibrasyonuna, diyaliz cihazlarının kalibrasyonuna, EKG'nin kalibrasyonuna, tansiyon aletinin kalibrasyonuna, infüzyon pompalarının kalibrasyonuna, ağırlık basınç kalibrasyonlarına varıncaya kadar elinizde ciddi bir kalibratör parkının olması lazım bunu yapabilmeniz için. Kalibrasyon yapıyorum diyen firmaların da bu parka sahip olması lazım, sizin hastanenize geldiğinde bu etiketleri yapıştırırken. Şöyle düşünelim 800-900 yataklı bir devlet hastanesinde ortalama kaç tansiyon aleti vardır, hekim ve hemşireler dahil, depodakiler de dahil karşılaştırdığınızda? 1000'e yakın tansiyon aleti vardır aşağı yukarı değil mi? 5 dakika, 6 dakika sürse, sertifikada neler olması gerektiğini söyledi Baki Hocam, 5-6 dakika sürse günler alır arkadaşlar. Yani sadece tansiyon aletlerini hakkıyla kalibre etmeye kalktığınızda bu, günler alır. Dolayısıyla soru şu: TİTUBB'unenvanterine bakın, bugün 3

milyona yakın ilaç, tıbbi cihaz ve malzeme var. Bunların büyük çoğunluğu da tıbbi cihaz ve malzeme... Bunlardan biz hangilerini kalibre etmeliyiz? Bu sorunun cevabını çok ciddi bir envanter taramasından sonra vermemiz lazım bizim bugün, hangi cihazları kalibre etmeliyiz? Ve TÜRKAK tarafından tüm hastanede bulunan, MR'ından, tomografisinden, tansiyon aletinden, EKG'sinden, defibrilatörüne varıncaya kadar tüm cihazları kalibre edebilecek akredite olan kurum, kuruluş, özel şirket sayısı nedir? Birden fazla biz kurum mu kullanmalıyız? UME'ye gönderin cihazınızı, Baki Hocam söylesin size veya kendileri gelsinler, hassas ve titiz bir şekilde bir cihazı kalibre etmeye kalksalar ne kadar zaman harcarlar ve ne kadar ücret isterler bunun karşılığında? Dolayısıyla mevzuat açısından baktığımızda Ali Sait Bey de ifade etti, gerçekten, sadece bizde değil ama bu, dünyada da bu böyle. Yani bu söylediğim tıbbi cihazların hepsini kalibre edebilecek bir kuruluş arayın, tek başına kalibre etmeye yetkili, dünyada da bulamazsınız, orada da yok yani burada da belirsizlikler var dünyada da bu biyomedikal kalibrasyon konusunun önemi çok ciddi anlamda anlaşıldı, bu eksikliklerin düzeltilmesi anlamında hem ülkemizde hem dünyada ciddi çalışmalar yapılıyor. Ülkemizde de tam bir belirsizlik var bu kalibrasyon konusunda, tam bir belirsizlik var! Kim yetkilidir, ne kadar yetkilidir, hangi eğitimi almalıdır, hangi sertifikaları almalıdır, kim akredite etmelidir, hangi parametrelerden akredite olmalıdır? İşte, Bakanlık bunun farkında, özellikle Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Ali Sait Bey 3 yıldır bu işle uğraşıyor, mücadele ediyor, sağlığını feda edercesine mücadele ediyor, yakından gözlediğim için biliyorum ve son aşamaya getirdi bununla ilgili çalışmaları. Yasal mevzuat düzenlemesi, bununla ilgili yönetmeliği son aşamaya getirdiler ve bütün bu soruların cevabını verecek, kim yapacak, hangi seviyede yapacak, hangi eğitimleri alacak, nerede eğitim alacak, ne kadar yetkisi var, bunların hepsini düzenleyen düzenlemeleri son aşamaya getirdiler. Tahmin ediyorum yakında bu da uygulamaya girer.

Kimler yapıyor hastanelerde tıbbi cihaz kalibrasyonunu diye baktığımızda ya biraz önce söylediğim şekilde akredite edilmiş olan firmalar yapıyor bu işi, ya hastanelerin kendi kalibrasyon birimleri var bunlar yapıyor bu işi, biliyorum bazı hastanelerde özellikle GATA'da benden sonra Şahin Hocam konuşacak, akredite olmuş, ellerinde ciddi bir kalibratör parkı olan bir kalibrasyon merkezleri var, izlenebilirliği sağlanmış olan bir laboratuvarları var. Buna benzer birkaç üniversite hastanemizde var bu laboratuvarlar. Ama ne kadarını yapabiliyorlar, tamamını mı yapabiliyorlar, yetenekleri nedir, bunlar yine üzerinde konuşulması gereken konular. Veya firmalar tarafından, biraz önce söyledim, yetkili veya yetkisiz, kalibre etmeye geliyor birisi ama yetkili midir yetkisiz midir, ne eğitim almıştır, elinde hangi sertifikaları vardır? Birileri kalibrasyon yapıyor. Bazen atlanıyor, yapılmayabiliyor veya düzensiz yapılabiliyor. Ne tür sorunlarla karşılaşıyoruz

hastane düzeyinde uygulamada baktığımız zaman? Bir kere normalde her hastanenin bir kalibrasyon planının olması lazım, yayınlaması lazım bunu. Ben A kliniğinin tıbbi cihazlarını, eğer kendisi yapıyorsa tabii bu kalibrasyonu, hastane kendi yapıyorsa bu kalibrasyonu, yayınlaması lazım. Yani ben klinisyen olarak bilmeliyim, benim cihazlarımın hangi gün hangi cihazlarımın kalibrasyonu yapılacak, ben ona göre hasta planlamamı veya o cihazı en azından kullanmamaya özen göstermem lazım. Yani bu kalibrasyon planına uymaya çalışmamız lazım bizim veya şirketler yapıyorsa o şirketlerin yapacağı gün ve saatte siz maksimum düzeyde o cihazlarınızı teslim etmeye çalışmanız lazım ilgililere. Buna uyulamıyor ne yazık ki, kullanıcılar cihazlarını vermek istemiyorlar, tek cihaz var diyor, hastaya bağlı diyor, bunu verme şansım yok benim hastadan ayıramam diyor. Peki, doğru mu yanlış mı gösterdiğini nereden biliyoruz bu cihazın? Hastaya bağlı da, nabzını doğru mu gösteriyor acaba? Veyahut da fizyolojik parametrelerini hasta başı monitör doğru mu gösteriyor acaba? Veya kullanıcılar işte cihaz burada, kalibre et diyorlar gelene, bakıyor rezalet vaziyette cihaz, her türlü enfeksiyon var, kalibre ettim diye etiketi yapıştırıyor gidiyor o da. Kalibrasyon hizmetini verecek veya takip edecek seviyede hastanelerde nitelikli, yetişmiş teknik personelimiz olmak zorunda. İster siz yapın, isterse şirketlere yaptırın, şirketin yaptığını takip edemiyorsanız, ne istediğinizi bilmiyorsanız yaptıramazsınız zaten. Yine kalibrasyon periyotlarının belirlenmesi… Yılda bir defa bütün cihazları kalibre ettirdim, yeterli mi? Uygun değil bir kere, neden? Siz ameliyathanede, yoğun bakımda kullandığınız cihazları daha sık aralıklarla kontrol etmeniz lazım; bakımını, onarımını, kalibrasyonunu daha hızlı, daha sık yapmanız lazım. Diğer cihazlardan ayırmanız lazım bu kişinin son şansı olan cihazları diğer bir deyişle. Şüphe duyuyorsanız bunu mutlaka, hemen bildirmeniz lazım, şu anda bana lazım sonra bildiririm, sizden sonra devralan hemşire ondan sonra devralan hekim. Bu unutuluyor, unutuluyor sonuçta bakıyorsunuz hiç ummadığınız hayati risklerle karşılaşıyorsunuz diğer bir deyişle. Yine testi geçen veya geçmeyen, kullanıcı müdahale ediyor, diyor ki bu testi geçemedi, kalibrasyon yapmamız anlamsız bu cihaza, bunun onarım görmesi lazım diyorsunuz, kullanıcı diyor ki gayet iyi, hiçbir sıkıntısı yok, kullanıyoruz bunu diyor, hiç de problemle karşılaşmadık. Problemle karşılaşmamış olmanız karşılaşmayacağınız anlamına gelmez, çok ciddi riskler var diğer bir deyişle. Artık malpraktissadece hekimleri bağlamıyor, tüm sağlık çalışanlarını bağlıyor. Sizin yaptığınız bir kalibrasyon hatasından dolayı, anestezi cihazı fazla veya eksik anestezi ajanı veriyorsa hastaya, bilin ki siz sorumlusunuz. Veya uygun kalibre etmediğiniz defibrilatör nedeniyle hasta kurtulamadıysa, uygun Joule'ü vermiyorsa bilin ki siz sorumlusunuz. Sadece kalibrasyon yapan değil, onun sıralı sorumluluğu olan, ona bağlı sıralı olarak amir pozisyonunda olan, denetleme yetkisine sahip olan, bu işi önemsemeyen yöneticiler de bu işten sorumlu, onlar da sırayla bunun hesabını vermek durumundalar maden kazalarında olduğu gibi.

En tepeye kadar gidiyor arkadaşlar bu sorumluluk. Yöneticiler bu sorumluluktan kurtulamaz diğer bir deyişle. Yine uygun kalibrasyon laboratuvarı veya ortamı olmalı kalibrasyon yapanların. Var bazı kurum ve kuruluşlarda, bunu görüyoruz, gezici kalibrasyon laboratuvarları var, içlerini donatmışlar uygun şekilde, geliyor hastanenizde aracını yanaştırıyor, içerisine her türlü kalibratörünü koymuş ve uygun da kalibrasyon ortamını yaratmış, orada yapıyor kalibrasyonu. Bunun uygulamaları hem dünyada var, hem bizim ülkemizde de var.

Hastane düzeyinde başka nelerle karşılaşıyoruz? Kısa sürede buna müdahale edemiyorsunuz, cihazınızın kalibre ettirilip geri gelmesi uzun zaman alabiliyor, tedavi süreçleri uzuyor, uzamamasını arzu ediyorsunuz siz ama kalibrasyon nedeniyle tanı süreçleri uzayabiliyor. Yine uygun yazılım, donanım ve ekipmana ihtiyacınız var. Hastane bunu sağlayamadığı takdirde bu sorumlulara yine bir yerde problem var demektir. Şirketler de ciddi problemlerle karşılaşıyor, onların da en büyük şikâyetleri, onlarla da iç içe yıllarca çalıştığım için, onların da en büyük şikâyetleri uygun şartlarda rekabet edemiyoruz Hocam diyorlar. Yani biz bir fiyat teklifi veriyoruz hakkıyla yapalım diye ama ötekisi sadece etiket yapıştırmak için bir teklif veriyor, mevzuat da en ucuz verene yaptıracaksın diyor bu işi, dolayısıyla artık etiketi yapıştırıp geçene razı oluyor hastaneler bu pozisyonda. Firmaların şikâyetleri yine diyor ki eşit şartlarda rekabet etmiyoruz yani onun yaptığı yatırımla, onun 3kişilik firmasıyla benim yaptığım, eğitim aldırdığım, dünya kadar yatırım yaptığım şirketim eşit koşullarda rekabet edemez diyor. Siz rekabeti sağlamak durumundasınız, eşit koşullarda, yine mevzuatta belirsizlikler var biraz önce söylediğim gibi bu belirsizliği Bakanlık gidermek için büyük bir çaba sarf ediyor. Yine kendilerini denetleyecek teknik personel yok hastanelerde, şirketleri denetleyecek. Yanlış yapıyorsun diyen veyahut da bunu kalibre etmedin etiket yapıştırdın geçtin, nerede bunun kalibrasyon sertifikası, ölçüm değerleri diyecek. Personeliniz olmazsa bunları yaptırma şansınız yok.

Yine beklentiler farklı. Hazır şu cihazı eline almışken şurasının da vidasını sıkıver, şurası gevşemişti bunu da onarıver dediniz mi bunun adı kalibrasyon olmuyor ne yazık ki, onun adı onarım oluyor, onunda prosedürü farklı. Yöneticiler, özellikle burada yöneticilere ben seslenmek istiyorum, kalibrasyonun sadece oradaki etiket sizi kurtarmaz, bunu bir kez daha vurgulamak istiyorum. Yanlış ölçümler veya yanlış çıktılar üreten cihazlarla yapılan tanı ve tedaviler sonucunda hasta zarar görüyorsa bunlar yöneticiler de sorumlu. Bu sorumluluğu silsileler yoluyla paylaşırlar. Olmazsa bir şey olmaz ama olduğu zaman çok şey olur. Bu kadar kritik bir konu bu çünkü! Şirketlerle problemler yaşayabiliyorlar, peki neler yapmalıyız, birkaç şey söyleyerek konuşmamı tamamlamak istiyorum.

Şimdi bir kere mutlaka ve mutlaka hastanede bu işin sorumluluğunu vereceğiniz birinci derecede birebir takip edecek özellikle biyomedikal mühendisi ve

teknisyenleri çalıştırmak durumundasınız. Bakanlık son 4-5 yılda çok sayıda biyomedikal mühendisi istihdam etmeye başladı. Bunları önce hastanelerde görevlendirdi, sonra merkez teşkilatında ciddi ihtiyacı olduğu için başta İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu olmak üzere, buralara topladı, orada istihdam etmeye başladı. Çünkü problemin temeli bu konudaki mevzuatınız ve düzenlemelerinizle ilgili eksiklikleriniz, bunların farkına vardı ve bunlar ciddi anlamda büyük emek sarf ediyorlar bu alandaki mevzuat düzenlemelerini yapmak, envanter çıkarmak. Yani bugün Bakanlık Adıyaman'daki bir hastanenin elindeki tıbbi cihaz envanterini çok iyi biliyor, görebiliyor, merkezi olarak da görebiliyor çünkü gittim Sağlık Bakanlığında Ali Sait Bey'in söylediği gibi birçok birimiyle sürekli dirsek teması halinde yürüttüğüm, danışmanlık yaptığım, toplantılarına katıldığım birçok konu var. Biliyorum, isterse Ağrı Hastanesindeki tıbbi cihazın kalibrasyonu yapılmış mı yapılmamış mı, ne zaman yapılmış, ne zaman kalibrasyon zamanı gelmiş, bunu takip edebilecek altyapıya sahip aslında. Bütün problem ne? Problem işte bu düzenlemeleri kısa, orta, uzun vadeli olarak planlayıp adım adım bunları gerçekleştirmek. Yine hizmet veren firmalar eğitilmişi yetkin personel çalıştırmak zorunda. Uygun test ve kalibratörlere sahip olmak zorunda. Bu kalibrasyon prosedürlerine uymak zorunda ve siz de bunları denetlemek durumundasınız. Mutlaka ve mutlaka ne yapıyor, ne ediyor, ölçüm sonuçları, uyanlar… Bir hastanede bütün cihazlar kalibrasyonu yapıldığı sırada kalibrasyon testlerinden geçmesi mümkün değil, bazıları geçmiyor, bunun onarıma ihtiyacı var diye mutlaka söylemesi lazım kalibrasyon hizmetiyle uğraşan arkadaşların. Yine iyi şartname hazırlamalı, işin tanımını iyi yapmalı, yaklaşık maliyeti doğru belirlemeli, en düşük değil bu işi uygun maliyetle en nitelikli yapacak olanı seçmeli hastaneler. Eşit koşullarda bunların rekabet etmelerine fırsat tanımalı, yine aynı şekilde özellikle yöneticiler yani sadece siz firmalara çeki düzen vermekle bu problemi çözemezsiniz. Özellikle ve özellikle yöneticilerin bu alanda mutlaka bilinçlenmesi ve sorumluların, birinci derecede bu işin sorumlusu olan teknisyen, mühendis, hemşire, artık kimler, yönetim sorumlu kıldıysa, birinci derecede sorumlu olanların yakından takip etmesi ve asıl onların bu işin ciddiyetinin farkına varması lazım. Bir evrak zorunluluğu olmaktan çıkarıp cihazların kullanım ömrünü uzattığını, doğru ve güvenilir hizmet verilmeye katkısı olduğunu, bunlar ön plana çıkarılmalı, bu da bir gönüllülük işi aslında. Nasıl performans ve kalite bir gönüllülük işi ise, bu iş de gerçekten bir gönüllülük işi. Sağlık Bakanlığı da bir an evvel tıbbi cihazların test, kontrol ve kalibrasyonu hakkındaki yönetmeliği hayata geçirip etkin bir piyasa denetim ve gözetimini oluşturmalı, çünkü neden? Bu konuda şöyle düşünün, Sağlık Bakanlığının bu konuda çok doğru bir adımı var, o da şu, kalibrasyon yapan firmaları TÜRKAK denetliyor ama Bakanlık bundan sonra diyor ki ben cihaz bazında yetki vereceğim. Yeni yönetmelikten birkaç şey söylemem gerekirse, sen firma olarak tıbbi cihaz kalibrasyonu yapmak

istiyorsan ben sana bakacağım, kontrol edeceğim, EKG cihazlarını kalibre edebilirsin diyeceğim, EMG cihazlarını kalibre edebilirsin diyeceğim, bunu kalibre edebilmen için şu, şu, şu nitelikte personel çalıştırman lazım, şu kalibratörlere sahip olman lazım, şu eğitimleri almış olman lazım diyeceğim diyor. Dolayısıyla bu uygulama devreye girdiğinde gerçek anlamda biz hem kalite anlamında hem performans anlamında hem de hasta sağlığı ve çalışan güvenliği açısından daha iyi yerde olacağız diğer bir deyişle. Bir bilgi sistemi oluşturmak, bu bilgi sistemini mutlaka SGK ile entegre etmek lazım. Şöyle düşünelim, biraz önce Baki Bey yine kolesterolden örnek verdi, % 10 hata olsa şu kadar gereksiz yere ilaç yazıyorsunuz dedi, kalibrasyonu olmayan bir cihazla yaptıysanız bu işi devleti zarara uğratıyorsunuz demektir, SGK boşa ödüyor demektir bunun parasını. O zaman ne olması lazım? SGK kusura bakmayın, siz kalibre ettirmemişsiniz cihazınızı, ben bu yaptığınız testi kabul etmiyorum dediği takdirde işte bu bir anlamda halkayı tamamlamış ve gerçek anlamda zorunluluk olmuş olur, göstermelik değil gerçek anlamda bu halka tamamlanmış olur.

Sonuç olarak şunları söyleyerek konuşmamı, Sayın Başkanın ikaz etmesine izin vermeden bitirmek istiyorum. Bir kere bu yasal zorunluluk ama yasal zorunluluktan ziyade her şeyden evvel hakikaten etik ve ahlaki bir zorunluluk bu yani vicdanen huzurlu olmanız lazım. Bu cihazın çıktısı doğru sonuç verir, bu cihaz güvenilirdir, bunla ben hastaları doğru tedavi edebilirim, radyoterapi uyguluyorsam şu kadar MeV verir bu cihaz dediğimde gerçekten o kadar verir veya bu tansiyon aleti 12'ye 8 gösterir dediğimde gerçekten 12'ye 8'i gösterir. Bunları ahlaki açıdan bir kere ve mesleki açıdan, etik açıdan bunları rahat olarak hissedebilmeniz lazım. Hizmet veren de alan da bilinçli olması lazım bu konuda. Yani sadece firmalara çekidüzen vermekle bunu çözmek mümkün değil, hizmet alanlar da bu konuda son derece bilinçli ve farkında olması lazım. Biraz önce söylediğim gibi bu yasal düzenlemeleri Bakanlığın bir an evvel hayata geçirip etkin bir piyasa denetim ve gözetim mekanizması kurması, tıbbi cihazlarla ilgili doğru, güvenilir hizmet verilmesi, hasta ve tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması gerekir. Aksi takdirde bu cihazlar bir gün bize veya bir yakınımıza lazım olabiliri hiçbir zaman da aklımızdan çıkarmamamız lazım. Dinlediğiniz ve sabrınız için teşekkür ediyorum.

Dr.Ali Sait SEPTİOĞLU

Oturum Başkanı

Sayın Eroğul'a da çok teşekkür ediyoruz, hem sunumu, hem de süreyi güzel kullandığı için. Aslında bu saatte sizlerin burada ve konuya bu kadar ilgili olduğunu görünce ben hocalarımın sunumlarını da çok kesmek istemiyorum.

Çünkü gerçekten konuyla ilgisi olan ve buna ilgi gösteren bir ekip burada. Bu da beni şu anda, biz bir tarafız burada, çalışan tarafız ama sizlerin de bu konuya gösterdiğiniz ilgi beni çok mutlu etti. Şimdi "Tıbbi Cihaz Kalibrasyonları ve Ölçüm Belirsizliği" konusunu sunmak üzere GATA Biyomedikal Mühendislik Merkezinden Prof. Dr. Şahin Uğurel Hocamı davet ediyorum.

Tibbi Cihaz Kalibrasyonları ve Ölçüm Belirsizliği

Prof. Dr. M. Şahin UĞUREL

GATA Biyomedikal Mühendislik Merkezi

Evet, işin teknik kısmını anlatmak bana kaldı galiba ama dinleyicilerin de hevesi karşısında mutlu olduğumu söylemeliyim. Ancak sıkıldığınızı hissettiğim anda hızlı geçeceğim. Önce şunu öğrenmek istiyorum, burada bulunan sayın katılımcılarımız arasında biyomedikal mühendisi veya teknikerliği kısmından olan var mı? Oldukça az. Çoğunluk itibariyle diğer sağlık çalışanları diyelim o zaman, diğer diyorum çünkü onları da sağlık çalışanı olarak kabul ediyoruz artık biliyorsunuz, etmemiz lazım. Dolayısıyla herkesin bilinçli olması gereken bu konunun bir de teknik yanı var. Teknik yanından sadece teknik alanda uğraşan arkadaşlarımızın ya da katılımcıların anlayacağını varsaymak istemiyorum, hızlıca yine de onları geçmeye çalışacağım. Bu sunumun içeriği bu şekildeydi ancak birçok kısmına daha önce Osman Hocam, Baki Bey değindiler. Ben özellikle değinilmeyen kısımları anlatmaya çalışayım.

Ölçülemeyen hiçbir olgu kontrol edilemez prensibi var biliyorsunuz ve bu kontrol özellikle sağlık alanında şart. Aksi takdirde hayati sonuçlar doğurabilir. TÜRKAK ile en sık akredite edilen hayati öneme haiz tıbbi cihazlar yani kalibrasyonu akredite edilen diyorum, burada listeleniyor, tabii çok daha büyük bir liste vardı biliyorsunuz daha önceden sunulardan hatırlayacağımız üzere. Bunlardan ilk 5 tanesi GATA'da Biyomedikal Mühendislik Merkezinin kalibrasyon açısından akredite olduğu alanlar. Diğerlerinde akredite değiliz, dolayısıyla diğerlerinde hastanemizin kalibrasyon işlerini yapıyoruz ama başka kurumlara hizmet veremiyoruz, Osman Hocamın dediği gibi sadece 4 veya 5 alanda hizmet verebiliriz.

7 temel uluslararası standart SI, Standard International ölçü birimi var biliyorsunuz Baki Beyin de söylediği üzere. Bunlar çok hassas şekilde değerlendirilmiş. Örneğin, 1 metre demek vakum içerisinde monokromatik ışığın saniyenin 299.792.458'de biri kadar zamanda kat ettiği yolun uzunluğuna verilen ad. Bunun bu kadar ayrıntılı olması neden önemli ya da bu ayrıntıya neden giriyorum? Tabii bunu

ezberlemeniz şart değil ama ölçümün ne kadar önemli olduğunu, özellikle hayati konularda, sağlıkla ilgili konularda ne kadar önemli olduğunu ve bunun kalibre edilmesinin ne kadar önemli olduğunu vurgulamak için yapıyoruz. Örneğin pulseoksimetrelerin çalışma prensibine göre bunlar kalibrasyonda hep kullanılan faktörler. Yanlış pulseoksimetre sonucuna göre yanlış tedavi verilen ve kaybedilen hastalar olmuştur. Kütle de aynı şekilde böyle çok ayrıntılı tanımlamaları var. Zaman 1 saniye sezyum 133 atomunun temel enerji durumunda iki süper ince düzey arasında geçişe karşı gelen ışımanın 9.192.631.770 periyotluk süresidir gibi. Yani bunlar hep böyle ayrıntılarıyla tanımlanmış elektrik akımı dahil. Bütün bu ayrıntılarla tanımlamaların dünyada çeşitli standart kurumlar tarafından takip edilirliği söz konusu ve bilimsel, endüstriyel ve kanuni olmak üzere 3 metroloji alanı var biliyorsunuz. Bilimsel metrolojiye TÜBİTAK UME ile bakıyor, endüstriyel metrolojiye ise TSE bakıyor, kanuni legal metroloji Sanayi ve Ticaret Bakanlığının baktığı, ticarette kullanılan ölçme birimleri daha çok. Bizim tıpla ilgili kısım da asıl endüstriyel metrolojinin alanındaki, çünkü tıp endüstrisinde kullanılan cihazlar, TSE'nin denetiminden özellikle geçmesi gerekiyor ve böylece tıbbi cihazların hepsinin kalibre edilmesi gerekiyor.

Kalibrasyonun tanımını Osman Hocam anlattı, bunu ben şematik olarak göstermek istiyorum. Kalibrasyon bildiğiniz gibi bir tamir ya da düzeltme işlemi ya da ayar yapma işlemi değil. Belirlenmiş koşullar altında ölçme sisteminin veya ölçme cihazının gösterdiği değerler veya maddi ölçütle gösterilen değerle ölçülen büyüklüğün bunlara karşılık geldiği bilinen değerler arasındaki ilişkiyi belirleyen işlemler dizisi. Şimdi bir bilinen var, bir de bilinmeyen var. Bilinen bir standart var, onun ölçümü yapılıyor ve 99,99 birim olarak çıkıyor, bilinmeyenin ölçümü yapılıyor ve bundan 0007 sapması var. İşte bu ilişkiyi belirlemiş oluyoruz, bu sapma miktarının belirlenmesi işlemine kalibrasyon deniyor. İzlenebilirlik ise bunların hepsinin izlenebilir olması gerekiyor ve en alt seviyeden en üst primer standarda kadar kesintisiz olarak atölyede yapılan ölçümler, firmaların ölçüm laboratuvarları, sekonder seviye ölçüm laboratuvarları ve primere kadar ki primer ülkemiz için primer standart etalon kullanan TÜBİTAK UME. Bunların hepsinin takip edilip birbiriyle uyuşması gerekiyor, ne kadar primer standarda yaklaşırsa tabii o kadar başarılı sonuçlar elde ederiz. Sapma şu demek, referans değerden ölçülen değerin çıkartılması, örneğin bir EKG cihazındaki ya da benzeri elektrikli tıbbi cihazdaki ölçüm değerleri arasındaki fark, referans değer 10 iken ölçülen değer 11 ise aradaki fark sapma oluyor. Çözünürlük kavramı da önemli, bütün bunları anlamak önemli çünkü belirsizliği tanımlayacağız arkasından. Çözünürlük bir cihazın ne kadar hassas ölçebildiği ve ölçüm aralığı görüyorsunuz noktadan sonraki kaç basamak yer aldığı örneğin, çözünürlüğünü belirliyor. Binde bir düzeyine kadar bir hassasiyetle ölçebiliyorsa o cihazın

çözünürlük ve hassasiyeti bu oluyor. Bu çözünürlük konsepti ileride belirsizliği belirlemede önemli. Biyomedikal tıbbi cihazlar fizyolojik parametrelerin ölçüm için kullanılan elektriksel, elektromekanik ve elektrokimyasal vs. cihazların tümüdür yani dolayısıyla biyomedikal cihazları çok küçük bir alanda, kısıtlı bir şekilde değerlendirmektense ne kadar geniş olduğunun farkına varmak lazım. Sağlık teknisyeni, hemşire, tıp doktoru ve bunların tümünün yer aldığı bir ekip biyomedikal mühendisleri ile birlikte kullanılması gerekiyor ve hepsinin de bu konuda bilinçlenmiş olması gerekiyor. Maalesef Osman Hocamın dediği gibi cihaz şu anda hastaya bağlı veremeyiz gibi cevaplarla karşılaşılabiliyor. Bunların arasında özellikle elektriksel güvenlik testleri en önemli çünkü elektriksel şok insan vücudunda çok geri dönüşü olmayan problemlere ve ölümle sonuçlanabiliyor. Ellerden maruz kalınan bir şok akımının algılama eşiği doğru akım için 5-10 miliamper, alternatif akım için 60 Hertz'de yaklaşık 1-10 miliamper aralığında. Algılama limiti de frekansla birlikte azalıyor ve 15-20 kilohertz'in üzerinde kayboluyor dolayısıyla 15-20 kilohertz'in üzerindeki bir frekansta algılama limiti kaybolduğu için şokun farkına bile varamayabiliyorsunuz. İnsan vücudunun elektriksel direnci de kuru ciltte ve ıslak ciltte değişiyor. Bizim elektrofizyolojik ölçümlerde hep jel kullanıldığı için hasta elektrik şokuna karşı daha da korumasız hale geliyor. Tabii insan vücudunda aktığı yol vs. bunlar hep bildiğimiz konular, kalpten geçmesi halinde ne kadar önemli sonuçlar doğuracağı. Elektriksel güvenlik ölçümleri ile ilgili çok ciddi standartlar belirlenmiş durumda. Örneğin topraklamadaki kaçak akım dahil bunların hepsinin ölçülmesi gerekiyor yani kaçak akım, fonksiyonel olmayan akım. Bizim ölçümlerimizde hiçbir işe yaramıyor fakat aynı zamanda hasta için bir tehdit oluşturuyor ve şaselerde oluşuyor.

Şimdi IEC 60601-1 standardına göre kaçak akım limitleri belirlenmiş. Kalibrasyonlarda bu kaçak akım limitlerine tek tek karşılaştırma yapmak gerekiyor; toprak kaçak akımı, şase kaçak akımı, hastadan kaçak akımı… Bunların tipleri var, bunlar çok teknik konular. Değişik standartlar belirlenmiş, değişik standartlara göre kaçak akım limitleri farklı olarak tanımlanmış. Elektriksel güvenlik analizatörümüzün test yapılan cihaza bu şekilde bağlanması söz konusu; hem cihazın çıkışlarına bağlanıyor hem de elektrik girişlerine bağlanıyor ve kaçak akım olup olmadığı tek tek ölçülüyor. Böyle hastaya elektriksel bir güvenlik tehdidi oluşturup oluşturmadığının mutlaka analiz edilmesi gerekir, cihaz bu şekilde.

Elektriğin temel 3 fizyolojik etkisinden en ciddi risk oluşturanı sinir ve kas uyarımı. Özellikle kalbin uyarımı sonrasında gördüğünüz gibi yanıklara kadar giden miliamperler düzeyinden başlayıp amperler düzeyine sonuçlar ortaya çıkabiliyor. Ventrikülerfibrilasyon da bunların orta düzeylerde yer almasına rağmen en tehlikeli olanlarından yani yanık oluşmadan önceki yine hayati sonuç doğurabilecek bir şey. Özellikle 5 Hertz'in altındaki ve 1000 Hertz'in üzerindeki

akımlarda tehlike arz etmemesine rağmen bu ikisinin arasındaki akımlarda tehlike arz ediyor. Tam da bizim cihazlarımızın çalışma frekansı aksi gibi. Evet, burada başka şeyler de listelenmiş, görüyorsunuz IEC 60601 standartları nasıl başlıyor? İlk başlangıcı, biyomedikal cihazların güvenliği Madde 1. Arkasından Madde 2 elektrotlu biyomedikal cihazların güvenliği. Bu standartlar hep güvenlik standartları bu şekilde en ince ayrıntılarıyla, detaylarına kadar belirlenmiş durumda. Hepsi için kalibrasyon çalışmaları yapmak mümkün; EKG için de var benzeri, EKG'nin ledleri arasındaki kalibrasyonlar için bu şekilde tek tek ledler arasında uyum var mı diye ölçülen voltaj değerleri, led ile toprak arasında uyum var mı diye, kalp atım hızı arasında uyum var mı diye hepsi tek tek kalibre edilip karşılaştırmalı örnekler alınıyor, ondan sonra bunlardan belirsizlik saptanıyor. Tansiyon aletleri için de benzeri şeyler, elektrokoterler için de var. Bu cihazların hepsinin kalibrasyonunun hayati öneme haiz olduğunu kaçınılmaz bir şekilde söylemek mümkün, herhalde bunun kimse aksini iddia edemez. Kalibrasyonla ilgili ciddi ölçüm belirsizlikleri ya da farklar var ise, gerçekten sapmalar fazla ise hayati sonuçlar doğurur, küvezbunlardan bir tanesi, sürekli ısının takip edilmesi ve monitörizasyonu gerekiyor. İnfüzyon pompaları yanlış ilaç dozunun verilmesine ve dolayısıyla hastanın ölümüne kadar gidebilir, dolayısıyla çok iyi kalibre edilmesi gerekiyor, saatlik veya dakikadaki kaç mililitre ilacı damlattığına dair. Bu şekilde grafik analizleri yapılıyor ve en sonunda çıkan çıktılarla gerçek istenen miktarlarda olduğu teyit edilmiş oluyor. Ama tabii teyit edilemediği zaman da bir an önce onarılarak kalibre edilmesi daha doğrusu kalibrasyon değil de düzeltilmesi, ayarlanması gerekir.

Kalibrasyon konusunda akredite olan bir birim ölçüm belirsizliğini mutlaka bildirmiş olmak durumunda ve ölçüm belirsizliği şu demek, gerçek değerini de ihtiva eden değerler aralığını kartezye ediyor yani ölçülen değer var, bir de gerçek değer var. Ölçülen değer ± 1 rakam bildirmeniz gerekiyor, bu aralıkta gerçek değerin yer aldığını % 95 güven aralığıyla da teyit etmeniz gerekiyor. Bu bazı matematiksel ve istatistiksel metotlara dayalı... Ölçüm belirsizliği "U" ile gösteriliyor, uncertainityİngilizce'si, u ± şeklinde. Bir örtme faktörü var, ham ölçüm sonucu var, ham ölçüm sonucu bildiğimiz ölçülen değer. Bir de tam ölçüm sonucu var, ölçüm belirsizlikleri hesaba katılarak verilmiş tam ölçüm sonucu ve ölçüm belirsizlikleri de birçok multi-faktöriyel ölçüm belirsizliğine yol açan faktörlerden kaynaklanan ölçüm belirsizliklerinin karelerinin toplamının karekökü toplam ölçüm belirsizliği. Bu şekilde söyleyebiliriz. Bir de genişletilmiş ölçüm belirsizliği var, bu da genişletme değeri olan "k" ile çarpıyoruz, bu genellikle 2 olarak kullanılıyor k değeri. Yani biz ölçüm belirsizliğini ölçtük ama garanti olsun diye biz bunu 2 ile çarpıyoruz gibi. Bu kadar ölçüm belirsizliği var demek ki. Tam ölçüm sonucu da şu şekilde belirtilmeli, gerçek değeri

bilemeyeceğimiz için bizim ölçülen değer olan "Y" küçük eşit ve büyük eşit "Y ± u" şeklinde. Buna ben şu şekilde örnek vermek istiyorum, ölçüm belirsizliğiyle tolerans ilişkisini gösteren bu şemada. Tolerans bir yerin, bir kurumun ya da bir laboratuvarın tolerans göstereceği aralık yani gerçek değer 100 volt ise, örnek veriyorum burada, ben 100 ± 3'e kadar bunu ölçmesini kabul edebilirim diyoruz, tolerans 3 volt demek burada, 3 volta kadar olan hataları ben kabullenebiliyorum demek. Biz de cihazımızı kalibre ediyoruz, bakıyoruz çeşitli ölçümler yapıyoruz ve hesaplarımızdan bir standart sapmanın toplam ölçüm sayısının karekökünе bölümüyle ölçüm belirsizliğini buluyoruz. Birçok faktörden kaynaklanan ölçüm belirsizliği varsa onların da hepsini topluyoruz, karekökünü alıyoruz, toplam ölçüm belirsizliğini buluyoruz. Sonuç itibariyle bulduğumuz ölçüm belirsizliği 1 volt olsun, bu durumda nihai sonucumuzu şu şekilde gösteriyoruz, burada gördüğümüz, 100 ± 3'e kadar toleransımız var ama bizim ölçüm belirsizliğimiz ±1 şeklinde. Şimdi bir başka sonuç aldığımızı varsayalım kalibrasyondan101,3 ortalamayla hesapladık biz yapılan toplam ölçümlerden ve bu ortalamalardan elde ettiğimiz ölçüm belirsizliği de yine 1 olsun. Gördüğünüz gibi 101,3'ün 1 fazlası ve 1 eksiği tolerans limitlerimiz içinde kalıyor yani 100,3 ile 102,3 arasında kalıyor. Kurumun belirlediği, önceden kabul ettiği tolerans da 100±3 olduğu için, 103'ün altında kaldığı için bu cihazın kalibrasyonu sonucunda kullanılabilir olduğuna hükmediyoruz ve herhangi bir ayarlama gerektirmediğine karar veriyoruz. Şimdi şu şekilde bir ölçüm ortalaması bulduğumuzu varsayalım, 102,7, yani onlarca ölçüm yaptık, diyelim ki 10 ölçüm yaptık ve bunların ortalaması 102,7 geldi, standart sapmadan her birini 102,7'yi çıkartıp karelerini alıp, karekökünü alıp bunları kök (n-1)'e böldükten sonraki belirsizliği de hesapladık. Başka faktörler varsa bütün belirsizlikleri topladık, karelerini ve karekökünü aldık ve bu şekilde bir nihai belirsizliği hesapladık, yine 1 volt geldi. Fakat 102,7 ortalamamız ±1 volt belirsizliği hesaba kattığımız zaman, 103,7 ile 101,7 aralığında kalıyor, dolayısıyla 103,7 bizim tolerans limitimizin dışında bir değer olduğu için bu cihazın ayarlanmaya gitmesi gerekebilir ancak bunun kararını ne kadar kritik bir cihaz olduğuna göre vermek de gerekebilir. Ama şu durumda örneğin ortalamamız bile tolerans değerlerinin dışında kaldıysa yani 100±3 toleransının dışında kaldıysa 103,6 ortalama ölçüm belirsizliğini de eklediğimiz zaman zaten 104,6 değerlerine kadar çıkma ihtimali var. Dolayısıyla ölçülen değerler aslında 104,6 ölçülebilecek ve biz bunu tolere edemeyebiliriz tolerans limitlerinin dışında.

Bir de karma diye bir konsept var. Bunu yıllar arasındaki ölçümlerden aniden çok farklı bir değer elde edilmesi halinde sadece dikkate alıyoruz. Önceden karma sadece 2 mikrovolt, 10 mikrovolt iken bu sene yapılan kalibrasyon ölçümlerinde 90 mikrovolt birden bir kayma olmuş. Bunları biraz teknik konular olduğu için zaten biliyorsunuz matematiksel kavramlar, ifade ederken her bir rakamın

karşısına kendine ait birimini yerleştirmemiz gerekiyor, en sonunda toplam olarak birim yerleştirmiyoruz ve gerekirse parantez kullanıyoruz. Bu şekilde bir akreditasyon kurumundan elde edilen sertifikada ölçüm belirsizliğinin mutlaka yer alması gerekiyor. Ölçüm belirsizliği yer almayan bir sertifika olamaz.

Ölçüm hatalarında hangi kısım ölçüm belirsizliğini oluşturuyor, sadece onu vurgulayarak bitirmek istiyorum. Cihazın ölçüm hataları, sistematik hatayla ya da tesadüfi hatayla karşılaşabiliriz. Sistematik hata, cihazın kendisinden kaynaklanan bir hata, düzeltmeyle giderilebilir veya giderilemez. Dizaynından ya da imalatından kaynaklanan, düzeltilebilir ya da düzeltilemez. Bir de tesadüfi hata var; çevre şartları, personel, metot gibi çeşitli diğer faktörler. İşte bu diğer faktörler, çevre şartları, personel, kullanılan metot, bu tip şeylerden kaynaklanan tesadüfi hatalar, bir de düzeltilemeyen, cihazla ilgili hatalar, bunlar ölçüm belirsizliğini oluşturuyor. Örneğin cihazın kendisinden kaynaklanan düzeltmeyle giderilebilecek bir hata var ise bunu kesinlikle belirsizlik ölçümüne sayamayız çünkü bunun düzeltilmesi gerekirdi. Ne kadar uğraşsak da düzeltemeyeceğimiz faktörleri içerir ölçüm belirsizliği. Onun için cihaz arızalıysa mutlaka yapılması gerekir, kalibrasyonunun ondan sonra yapılması gerekir ve ölçüm belirsizliğinin ondan sonra belirlenmesi gerekir. Etki büyüklüklerini burada görüyoruz; çevre, malzeme, referans malzemenin kalitesi, kalibrasyonu yapılan nesne, kalibrasyonun ölçüm metodu, veri yönetimi gibi faktörler hep bunların etkisi var yanlış ölçüm ya da ölçümdeki belirsizliğe. Burada başlangıçta size formül olarak göstermediğim ama hep sözlü olarak söyleye geldiğim bir şey var, ölçüm belirsizliği demek burada, standart sapmayı biliyorsunuz, ortalamadan bütün değerlerin çıkartılıp karesinin alınmasının (n-1)'e bölünmesinin karekökü. Bunu da nesnelerin karekköküne bir daha bölecek olursak buna ölçüm belirsizliği deniyor. Ama bir tane ölçüm belirsizliği yok, birçok faktörden kaynaklanan ölçüm belirsizlikleri var. Bir de böyle hesaplanamayacak, o yüzden de bilimsel yayınlarla belirlenmiş belirsizlik tipleri var. Bunların hepsini toplayabiliriz ve bütün bu belirsizlikler tamamen normal dağılıma uyması ya da uymamasıyla doğrudan ilişkili. Normal dağılıma, şu şekilde göstereyim, ortalamaları aynı, standart sapması farklı 3 tane normal dağılım eğrisi burada. Buradaki ölçüm belirsizliği standart sapması en fazla olanda en fazla olacaktır, şu aşağıda gözüken formül gereğince. Ama standart sapmaları aynı olduğu sürece ortalamaları farklı olan ölçümlerde ölçüm belirsizliği miktarı hep aynı olacaktır. Standart sapma çok önemli, ölçüm belirsizliğini belirlemede, temel gösterge denebilir. Dikdörtgen, üçgen ya da U dağılımı gösteren şeylerde durum çok daha farklı tabii, onun için onlara hiç girmiyorum bu geç saatte. Dijital kumpas kullanarak 15,2 mm uzunluğunda bir numunenin ölçülmesini varsayalım. Bunları defalarca ölçüm yapıyoruz, hep de 25 derecede ve ±5 derecede % 45 nemde yapıyoruz ve bu ölçümlerle cihazı kalibre etmeye

çalışıyoruz. En sonunda toplam ölçüm belirsizliğini belirlememiz lazım, böyle bütün faktörlerden kaynaklanan belirsizlik katkılarını. Hangi faktörler varmış mesela bunun için bakalım, kumpasın kalibrasyon sertifikasından gelen belirsizlik katkısı var, kumpasın kendisinde bir kere bir belirsizlik katkısı var. kalibrasyon sertifikası var ya, ölçmek için, sizin kalibrasyon için kullandığınız dijital kumpasın kendisi bile belirsizliğe katkı sağlayabilir, bunun sertifikasında belirtilmiş ne kadar katkı sağlayacağı. Kumpasın çözünürlüğünden gelen belirsizlik katkısı var mesela milimetrenin onda birine kadar mı, yüzde birine kadar mı, binde birine kadar mı ölçebiliyor bu tip şeyler. Mekanik etkilerden, ısıdan vs. bütün bunları topladığınız zaman her birisinden kaynaklanan belirsizlik katkılarını topluyoruz, karelerini alıp topluyoruz, karekökünü alıyoruz toplam belirsizliği buluyoruz, 8,6 gördüğünüz gibi ve arkasından da bunu genişletme katsayısı olan 2 ile çarpıyoruz, 17,2 mikrometre, yuvarlıyoruz 20 mikrometre yani 0,002 mm belirsizliğimiz varmış diyoruz. Bu şekilde bir belirsizlik hesaplama formülü var. Bu geç saatte bu fiziksel şeylere tahammül ettiğiniz için teşekkür ederim, sorunuz varsa almak istiyorum.

Dr.Ali Sait SEPTİOĞLU

Oturum Başkanı

Teşekkür ediyoruz, soruları en sonunda toplu olarak alalım Hocam. Sunumunuz için teşekkür ediyoruz. Şimdi "Medikal Kalibrasyon Ölçümleri ve Kullanıcıların Beklentisi" sunumunu yapmak üzere İstanbul Üniversitesi Hastanesi Biyomedikal Koordinatörlüğünden Yrd.Doç.Dr.ManaSezdi'yi davet ediyorum.

Medikal Kalibrasyon Ölçümleri ve Kullanıcıların Beklentisi

Yrd. Doç. Dr. Mana SEZDİ

İÜ Hastanesi Biyomedikal Koordinatörlüğü

Sayın oturum başkanım teşekkür ederim. Ayrıca katılımcılarımıza da teşekkür etmek istiyorum, günün bu son oturumunda ve son konuşmasında eğer hala buralarda oturup medikal kalibrasyon paneline katılma dirayetini gösteriyorsanız bu göstermektedir ki medikal kalibrasyon çalışmalarının sağlıktaki kalite anlamında ne kadar önem kazandığının bir göstergesi, tekrar teşekkür ediyorum. Bu oturumda benden talep edilen konuşma medikal kalibrasyon ölçümleri ve beklentiler üzerineydi. Ancak gördüğüm kadarıyla Sayın Hocam Osman Eroğul'un konuşmasıyla benim konuşmamda çok iç içe geçmiş kısımlar mevcut. Sayın Hocam tabii ki yılların getirmiş olduğu deneyimle konuya çok güzel değindi. Sorunları ve sonrasındaki çözüm önerilerini dile getirdi. Burada da bana düşen görev sizleri fazla sıkmadan ortak olan konuları daha çok örneklerle pekiştirmek şeklinde gerçekleşecek.

Öncelikle medikal kalibrasyon ölçümü nedir? Gerçi bunlar sürekli olarak verildi tanım olarak ancak ben burada sadece kalibrasyon ölçümü tabirini size açıklamak istiyorum çünkü şimdiye kadar geçen konu hep kalibrasyon tanımı şeklindeydi. Doğrudur, kalibrasyon şeklinde ifade ediliyor ancak sağlık personeli işin içine girdiği zaman kalibrasyon genelde hep ayar olarak algılanıyor ve ben de gerek İstanbul Üniversitesi hastaneleri bünyesindeki 5 hastanede hem de direk vermiş olduğum eğitim ve seminerlerde daha çok sağlık personelinin kafasındaki bu ayar düşüncesini silmek mantığıyla kalibrasyon ölçümleri ya da performans ölçümleri tabirinin çok daha uygun olduğunu düşünerek bu şekilde bir tabiri kullanıyorum. Peki, bu medikal kalibrasyon ölçümü Hocamızın da dediği gibi doğruluğu bilinen bir standart ölçüm sistemi kullanılarak başka bir sistemin doğruluğunun ölçülmesi, sapmaların belirlenmesi ve raporlanması şeklinde gerçekleşiyor. Bu ayar tabirinin kafadan silinmesi tabii ki çok önemli, neden diyeceksiniz çünkü yeri geliyor hastanede gidiyoruz bir bölümde kalibrasyon ölçümü yapıyoruz aradan inanın 1 saat 2 saat geçmiyor bir telefon, ya sizin 1 saat önce üzerinde kalibrasyon çalışması yaptığınız cihaz şimdi nasıl böyle kötü çalışır, nasıl kötü görüntü verir ya da nasıl kötü ölçüm sonucu verir şeklinde bir geri dönüş oluyor. Tabii ki bu da bize gösteriyor ki, hala yapılan çalışmanın sanki cihazı daha da iyiye götürmek anlamında bir çalışma olduğu mantığının güdüldüğü. Bu kesinlikle öyle değil, sadece doğru bir standart sistemiyle bunun karşılaştırılması ve sapmaların belirlenmesi şeklinde ifade ediyoruz.

Medikal kalibrasyon ölçümleri hizmet alımlarında tabii ki 2 tür çalışma sistemimiz var; ya hastane içerisindeki biyomedikal personeli tarafından bu işlem gerçekleştiriliyor ya da özel hizmet veren firmalar tarafından bu işlemi gerçekleştiriyoruz ki özel hizmet veren firmaları da aslında 2 kapsamda ele alıyoruz.Birisi tam anlamıyla çalışmayı yerine getirenler, diğeri ise merdiven altı diyebileceğimiz ve sadece etiketleme işlemiyle bu çalışmayı yürüten firmalar. Peki, medikal kalibrasyon ölçümlerindeki iş akışı nedir ve bu hizmeti talep eden kişiler olarak bu işin aşamaları hakkındaki bilgi tazelemesini yapacak olursak; öncelikle kalibrasyon ölçümü gerektiren cihazların listesinin hazırlanması, ölçümlerin standartlara uygun olarak gerçekleştirilmesi, etiketleme işleminin yapılması, ölçüm sonuçlarının sertifikalandırılması ve sertifikaların da arşivlenmesi şeklinde kısaca ifade edebiliriz. Bunlar çok kısa hatırlatmalardı. Asıl gelelim idare ve kullanıcının bu medikal kalibrasyon hizmet taleplerindeki ve hizmetin yerine getirilmesindeki beklentilere.

Öncelikle standart uygulama beklentisi en önemli ve yerinde bir beklenti. Çünkü kalibrasyon kapsamına dahil edilecek olan cihazların belirlenmesinde ve ölçüm periyotlarının saptanmasında bir belirsizlik ortaya çıkarsa, idare talep edeceği hizmetin de neler içereceğini tam olarak bilememekte ve denetleme aşamasında herhangi bir denetleme uygulamak bile istese, neyi denetleyeceğini tam olarak bilememekte. Çünkü hizmeti talep ettikleri zaman firmalardan onlara geri dönüşte hangi cihazlarda hangi ölçümlerin yapılacağı hatta hangi zaman aralıklarında, periyotlarda yapılacağına dair yeterli bilgiye sahip olmadıklarından firmaların kendilerine verdikleri bilgi dahilinde hizmeti kabul etmek durumunda kalmakta bu da tabii ki bazen olumsuz sonuçlara sebebiyet vermekte. Çünkü uygun hizmet vermeyen firmalar, işin maliyetini düşürmek için çok daha az parametre ölçmek, bu işi kısa zamanda gerçekleştirmek amacıyla parametrelerin sayısını azaltmakta ve ölçümü de tam hakkıyla yerine getirmemekte ve hatta belki sadece etiketleme boyutuna getirmekte.

Personel eğitimleri ve sertifikasyon beklentisi kesinlikle olması gereken bir beklenti çünkü her ne kadar firmalardaki çalışan arkadaşları için biyomedikal mezunu ifadeleri kullanılsa ki gerçekten biyomedikal mezunudurlar ama şöyle bir baktığımız zaman memleketimizde ki ben de bir biyomedikal teknikeri ve biyomedikal mühendisi yetiştiren okullardaki öğretim üyesi görevliliğimden dolayı söyleyebilirim, birçok okuldaki biyomedikal eğitimlerinde kalibrasyon eğitimi verilmemekte. Onun için biyomedikalden mezun olmak demek buradaki cihazların kalibrasyon ölçümlerini yerine getirebilir yeterliliğine sahip olması demek değil. Onun için gerçekten buradaki eğitim çok önemli, ölçümü yapacak olan personelin yetkilendirilmesi ve sertifikalandırılması çok önemli bir nokta

olarak karşımıza çıkıyor. Burada Sağlık Bakanlığının gerçekleştirmeye çalıştığı bir yönetmelik var. Gerçekten buradaki beklentileri tam olarak karşılayacak mı karşılamayacak mı tabii ki bunları, yeri geldiği zaman bu beklentileri konuşurken dile de getireceğiz. Burada Sağlık Bakanlığının getireceği bu yönetmelikte en önemli nokta bu eğitim konusu ve personelin yetkilendirilmesi konusu.

Kullanıcının diğer bir beklentisi sertifikanın anlaşılırlığı… Bunu sertifikanın okuryazarlığı şeklinde biz ifade ediyoruz, çünkü yeri geliyor inanın benden istenilen eğitim ve seminerler Hocam biz bu sertifikayı alıyoruz ama sertifikada yazılanları anlayamıyoruz, bunları pratik anlamda kullanıma dökemiyoruz, tek anladığımız şey sonundaki yorum; bu cihaz kullanılabilir ya da bu cihaz kullanılamaz şeklindeki yorum. O da olmasa cihazın sertifikasını kimse eline alıp inceleme noktasına gelmemekte. Tabii ki burada sertifikalarda az önce Hocamızın bahsettiği gibi ölçüm belirsizlikleri de var, sapmalar var, bu sapmalardan yola çıkarak yapılan ölçümlerin ne kadar yerinde veya ne kadar hatalı olduğunun gözlemlenmesi var ve bunların da tabii ki personel tarafından bilinmesi ve kullanılırken de göz önünde bulundurulması önemli.

Tıbbi cihaz kalibrasyonu yapan firmaların kullandıkları kalibratörlerin kalibrasyonlarının ve izlenebilirliğinin belgelendirilmesi beklentisi de çok önemli. Çünkü kullanılan kalibratörlerin doğru ölçüm yaptığını biz yine bu kalibratörlerinkalibrasyon ölçümleriyle doğruluyoruz. Kullandığımız kalibratör ne kadar doğru ölçüm yapıyorsa, bizim yapmış olduğumuz kalibrasyon ölçümü de o kadar doğru demektir ve bunun için de kullandığımız cihazların izlenebilirliği yani kalibrasyon ölçümlerinin zincir şekilde takip edilmesi önemli. Hatta biz bunun için diyoruz ki firmalara, idareciler hizmet talebinde bulunduklarında, sizden bunu istediklerinde birebir her bir kullanılan kalibratörün test ölçüm aletinin kalibrasyon izlenebilirlik belgesini verin ki hem yaptığınız işin kalitesi anlaşılsın, hem de takip edilebilirliği sağlansın.

Hizmet talep ederken akreditasyon beklentisi şu an için TÜRKAK açısından gerçekleştiriliyor çünkü henüz Sağlık Bakanlığının oluşturduğu yönetmelik uygulamaya geçmediği için TÜRKAK tarafından akreditasyon sanki gerçekten yeterliymiş izlenimi doğurulmaya çalışılıyor ki Hocamızın da dediği gibi TÜRKAK'da tüm medikal cihazları kapsamı içerisine alan tek bir akreditasyon çalışması bulunmamakta. 3 tür akreditasyon çalışması var; 17025 kalibrasyon laboratuvarları, 17025 deney laboratuvarları ve 17020 muayene laboratuarları. Şimdi kalibrasyon laboratuvarı akreditasyonlarında…

Sadece laboratuvar ortamında ölçüm yapılabilecek ve endüstriyel parametreleri de içeren cihazların kontrolleri yapılıyor. Bunlar neler? Sıcaklık ya da basıncı içeren birtakım çalışmalar ya da hacmi içeren pipetlerin ölçümleri bu kapsama

girebiliyor. Ama bir EKG, bir defibrilatör ya da diğer yerinde özellikle ölçüm yapılması gereken cihazların biz gidip de kalibrasyon ortamında ölçümlerini yapmıyoruz ve onları da ister istemez deney laboratuvarları kapsamına almak zorunda kalıyoruz. Pek, 17020 ne? 17020 de muayene laboratuvarlarının, bunların içine de daha çok radyolojik görüntüleme kapsamına girmiş olan görüntüleme cihazları röntgenler, MR'lar, BT'ler giriyor. Şimdi bu 3 tane akreditasyon kapsamını düşündüğünüz zaman, eğer siz tüm hastanenizin cihazlarının kalibrasyon ölçümlerini yaptıracaksanız ve hepsi için bir akreditasyon talebinde bulunacaksanız firmanın bu 3 akreditasyona birden sahip olmasını beklemek durumunda kalacaksınız ki bu hiçbir firma için söz konusu olamaz. Çünkü her biri için çalışma hem zaman, hem maliyet hem de uzun bir süreç gerektiren bir çalışmadır ki bu söz konusu olamaz. Onun için aslında en büyük beklenti Sağlık Bakanlığının bu hazırlamış olduğu yönetmeliğin tümüyle uygulamaya girmesi ve TÜRKAK akreditasyonundan ziyade daha çok Bakanlık tarafından bir denetleme, bir yetkinlik belgesinin verilmesinin sağlanması.

Kurumlarda cihazlara ulaşmanın sadece yüklenici firmanın işiymiş gibi görülmesi de kullanıcının diğer bir beklentisi. Çünkü kullanıcı diyor ki, benim cihazımın kalibrasyon ölçümü yapılacak, bu iş için bir firmaya görev verilmiş, gelsin yapsın. Evet, firma gelecek yapacak ama o cihazın nerede olduğunu bilen sizsiniz, sonuçta firma çalışanı gelip hastanenin içinde elini kolunu sallaya sallaya dolaşamayacağından, sizin yoğun bakımınıza, ameliyathanenize elini kolunu sallaya sallaya giremeyeceğine göre mutlaka kendisine bu cihazların temininde yardımcı olmanız gerekiyor. Burada ya idare personel olarak birisini görevlendirecek, ya da öyle bir kişi yoksa mutlaka girilecek olan ameliyathanede, yoğun bakımda ya da diğer ortamlarda cihazın kullanıcıları tarafından tedarikçi firmanın elemanlarına yardımcı olması talebinde bulunulacak.

Bir diğer beklenti, kalibrasyon ölçümlerinde eğer ki uygunsuzluk beyanı verilen bir durum söz konusuysa yani ölçümü yapılan cihazlar "kullanılamaz" şeklinde etiketlendiyse, idareciler daha çok kalibrasyon firmalarından bu cihazın da bakımının yapılması talebinde bulunuyorlar. Kalibrasyon işlemi aslında tarafsız firmalarca yerine getirilmesi gereken bir çalışma çünkü bir firma hem kalibrasyon ölçümü gerçekleştirip hem de arkasından bakım işlemini yapacaksa, bunun hiçbir tarafsızlığı kalmaz. Size belki çok uygun fiyata kalibrasyon işlemini yapıyordur ama arkasından normalde 10 tane cihazda uygunsuzluk olduğunu beyan etmesi gerekirken kalkıp 30 tane cihazın bakım onarıma gitmesi gerektiğini belirtir ve size o boyutta tamir bedeli belirtir, bu da size maddi anlamda kazanç sağlayacağınızı düşündüğünüz noktada aksine hem maddi hem de manevi sorumluluk anlamda yükümlülük altına girmenizi beraberinde getirir. Onun için hiçbir zaman için

kalibrasyon ve bakımı biz bir arada tutmuyoruz, her birinin ayrı ayrı firmalardan talep edilmesi tarafındayız.

Yine böyle bir uygunsuzluk beyanı olduğu zaman gerek kullanıcılar tarafından gerek idareciler tarafından birtakım sonuçların yumuşatılması gibi bir beklenti de ortaya çıkabiliyor. Kullanıcılar bazen ben bu cihazı kullanıyorum, bu cihaz benim elim ayağım, aman işte 5 eksik 5 fazla ölçüyorsa ne olur mantığıyla hareket edip, ölçüm değerlerinin yumuşatılması tarafında talepte bulunabiliyorlar. Bazen bunun aksi de oluyor, kullandığı cihaz çok eskidir ya da çok problemlidir, bazen diyorlar ki bu cihaz 20 senelik EKG'yi kullanıyorum, artık ok eskidi, çok problemi var, siz buna bir uygunsuzluk beyanı yazın, bana yenisi alınsın. Sonuçta her iki tarafta da bir uygunsuzluk söz konusu, önemli olan burada tam ölçüm sonuçlarının idareye raporlanması ve gerekli olan sonuçları onların vermesi ve gerçekten uygulamaya dönüştürmesi.

Kalibrasyon ve bakım planına dahil olan cihazların takibinin ise kalite yönetim birimi tarafından yapılması kullanıcıların beklentisi çünkü kullanıcı bu görevi de üzerine almak istemiyor. Kalite yönetim birimi var, bunları onlar takip etsin, benim işim başımdan aşkın. Evet, işiniz başınızdan aşkın ama o cihazın üzerinde sürekli sizin eliniz var ve onun üzerindeki etiketleri sürekli siz görüyorsunuz. Göreceksiniz ki 1 hafta sonra bu cihazın kalibrasyon ölçüm süresi dolmuş. Belki sizin hastanenizin biyomedikal departmanı yok, varsa da gözden kaçırmış olabilir, böyle olunca sizin de bunu bir görev olarak bilmeniz kullanıcılık görev tanımları içerisinde aslında yer alması gereken bir nokta. Tabii bu tıbbi cihaz periyotları genelde biz 6 ay ya da 1 sene olarak belirliyoruz. Bununla da sınırlı kalmamak gerekiyor. kullanıcı olarak siz cihazınızdan memnun değilseniz, birtakım aksaklıkları fark ediyorsanız, sık sık cihazınız arızalanıyorsa ya da istediğiniz sonuçları vermiyorsa bu durumda kontrol etme sıklıklarını arttırma gibi bir talebiniz olabilir, bu beklentinizi gerçekleştirmek üzere de idareyle görüşüp uygun ortamı sağlamak yine görevleriniz arasında. Bir de etiket durumu, tabi ki en başta konuştuk, bazı firmalar geliyorlar sadece etiket yapıştırıyorlar diye, hatta duyduğumuz kadarıyla uzak şehirlere kargoyla etiket gönderiyorlarmış, gidip etiket yapıştırma zahmetine bile katlanmıyorlar, gönderiyorlar artık oradaki görevlendirilmiş olan bir arkadaş envanter üzerinden tek tek etiketleri yapıştırıyor, iş de bitiyor. Tabii bu hangi insafa sığıyor orasını bilemiyoruz, oldukça riskli, hem idareyi hem de kullanıcıyı hasta güvenliği açısından zora sokan bir durum. Bu tip durumlara meydan vermemek gerekiyor, onun için etiketleme sistemi mutlaka ölçümler yapıldıktan sonra ölçüm sonuçlarına göre yapıştırılması önemli. Tabii burada sadece bir parantez açmak istiyorum, yeşil etiket kullanılabilir, kırmızı etiket kullanılamaz, sarı ya da başka bir renk diyebileceğimiz kullanımı sakıncalı

veya geçici bir süre için kullanımı uygun değildir ibaresi bulunan etiketler de söz konusu olabiliyor. Bu etiketlerin renklerine göre de kullanıcının nasıl hareket etmesi gerektiği birebir firmalar tarafından kullanıcılara bilgi olarak aktarılmalı ki kullanıcı da nasıl hareket etmesi gerektiğini bilsin. Biz bunun için İstanbul Üniversitesi hastanelerinde resmen bir seminer uyguluyoruz neredeyse. Hangi etiket gördüğünüzde nasıl davranacaksınız, hangi numaralı telefonu arayacaksınız, kimlerle irtibata geçmeniz gerekiyor diye, bu önemli bir nokta. Eğer kırmızı etiket yapıştırıldıktan sonra o cihaz hala kullanılmaya devam ediliyorsa zaten o etiketi yapıştırmanın, hatta o ölçümü yapmanın bir anlamı kalmıyor.

Peki, hizmeti verenlerin beklentisi ne? Ölçüm hizmet periyotlarının takip edilerek iş talebinin zamanında yapılması çok önemli. Hastane belki sürekli kalibrasyon ölçümlerini yaptırıyor ama periyotları tam takip edemiyor. Ne zaman ki Sağlık Bakanlığından denetlemeye gelinecek, hemen firmaya bir telefon, firma sahibine aman Ahmet abi, aman Mehmet abi 10 gün sonra bizim denetlememiz var, koşun gelin bizim hastanemizin ölçümünü yapın. Cihaz sayısı kaç tane? 1000 tane, 2000 tane. Süre ne kadar? 5 gün, 6 gün. 5-6 gün içerisinde 1000 tane 1500 tane cihazın ölçülmesi mümkün değil. İsterseniz sabahlayın, her bir cihazın tek tek kalibrasyon ölçüm sürelerini Sayın Osman Hocam da belirtti, bir tansiyon aleti örneğini verdi, hepsinin belirli maksimum ölçüm sürelerini göz önünde tutarsanız bu süre mümkün değil. Tabii ki bu durumda ne geliyor ortaya? Uygunsuz etiketleme çalışmaları girebiliyor. Onun için talep eden kısım olarak idarecilerin veya hizmeti talep edecek olan kalite direktörlerinin bu periyotları çok doğru bir şekilde takip etmeleri, zamanında firmalarla iletişime geçmeleri ve doğru hizmet alabilmeleri için de bunu aksatmadan götürmeleri çok önemli.

Ortalama ölçüm zamanlarının bilinerek bilinçli hizmet talebinde bulunulması da diğer önemli bir nokta. Az önce de aslında bir nevi örnek verilmiş oldu, 1000 envanterli bir hastanenin 2-3 günde bitirilmesi normal karşılanıyorsa, burada bir aksaklık var demektir. Her bir cihazın ölçüm sürelerinin çok iyi bir şekilde göz önünde bulundurulması önemli…

Satın alma departmanlarında tek ana kriterin fiyat olması diğer çarpıcı bir nokta. Eğer ki siz iyi bir hizmet istiyorsanız tek ana kriterinizin fiyat olmaması lazım. Hastanede sağlık politikası götürürken de eğer tek ana kriter fiyat olursa, hastanızı uzun süre yaşatmanız mümkün olmaz. Burada önemli olan kaliteli, iyi bir hizmetin alınmasıdır, eğer siz kendi hastanız için böyle bir şey düşünüyorsanız, cihazlarınız için de bunu düşünüyor olmanız gerekir. Doğru bir kalibrasyon ölçümü için sadece tek ana kriter fiyat olmamalı, onun yerine iyi eğitimli, sağlam, sistemi oturtulmuş, doğru standartlar kullanılan ölçümler gerçekleştirilmeli.

Hizmet talep ederken yüklenici firmanın iş yetkinliğinin, eğitimli personelinin

ve kalibrasyon ölçüm cihazı portföyünün göz önünde bulundurulması önemli. Başlangıçta söylediğimiz gibi, aranılan özellik personelin iş yetkinliği, eğitimi ve artı bir de kullanılan kalibratörlerinkalibrasyonlu olması mutlaka talep edilmesi gereken önemli noktalar.

Yine fiyat noktasına geldik. Hizmet talep ediyorsunuz, kriter olarak fiyatlandırmayı göz önünde bulunduruyorsunuz ama bu fiyatlandırmada işte bir nevi özellikle şehirlerarası uygulamalarda yol-zaman maliyetini, hatta sertifikaların yazım sürelerini bile göz önünde bulundurmak önemli. Çünkü sadece ölçümle bitmiyor bu iş. Eğer siz 1000 tane cihazın kalibrasyon ölçümünü yaptıysanız, 2 haftada ya da 3 haftada sonra bir de bu kadar sertifikanın yazım işlemi var. Onun için de en az 1 hafta uğraşıyorsunuz ve size toplam süre ölçüm süresi artı 1 hafta olarak yansıyor ki, bunu bir firmanın personelini o işe yönlendirmesi anlamında maliyeti buna göre çıkartmak çok daha önemli kaliteli hizmet almak anlamında.

Envanterdeki eksikliklerin giderilmesi diğer bir önemli nokta… Çünkü size envanter geliyor, 2000 tane cihazın ölçümü yapılacak, siz cihazları ölçüyorsunuz, tam bitti ya da bitecek diye seviniyorsunuz, birden diyorlar ki işte 10 tane daha şurada cihaz kalmış, 20 tane şurada cihaz kalmış, yeri geliyor dolaplardan cihaz çıkıyor, aslında burada parantez içinde söyleyeyim bazen hocalarımızın evdeki tansiyon aletleri bile ölçüme geliyor. Böyle olunca ister istemez cihaz sayısı birdenbire katlanarak artıyor ve bu katlanarak artış da hem hizmetin aksaması anlamında hem işin zamanında bitmemesi anlamında kendisini gösteriyor. Onun için envanterin de doğru şekilde oluşturulması ve hizmeti talep ederken bunların da göz önünde bulundurulması önemli.

Başlangıçta da söylemiştik, ölçümler sırasında ölçüm yapan arkadaşlara mutlaka refakatçi bir personelin görevlendirilmesi gerekmekte, bu sadece cihazın bulunması ve ölçüm yapacak olan kişiye teslimatı değil aynı zamanda denetlemeye ve işin sadece etiketleme boyutunda kalmayıp doğru ölçüm yapılması anlamında da önem arz ediyor. Biz tüm cihazları aslında yerinde ölçüm yapıyoruz, ancak yerinde ölçüm yapılmaması ihtimali de olan cihazlar var, bunlar neler? Örneğin tansiyon aletleri ya da taşınabilir diğer birtakım mobil cihazların belki hastane içerisinde tahsis edilebilecek alanlarda da ölçüm yapmak söz konusu. Böyle bir ortamı tahsis etmek aslında ölçümü yapan kişilerin sürekli ayakaltında dolaşmamasını sağlamak açısından da önemli, öbür türlü düşünürseniz tansiyon aletlerini ölçmek için sürekli odadan odaya ellerinde cihazla dolaşan personeli görmek durumunda kalacaksınız. Ama onlara tek bir oda tahsis edip tansiyon aletlerini karıştırmadan, bölüm bölüm, departmandepartman getirirseniz ölçümler çok daha sağlıklı gerçekleşecek. Ve diyoruz ki tüm bu beklentiler, hem kullanıcı yönünden hem de hizmeti verenler yönünden en büyük beklenti Sağlık

Bakanlığının bu yeni getireceği yönetmelik. Çünkü şimdiye kadarki görüşmelerde hep bahsedildi, konuşuldu bu sıkıntılar ve Sağlık Bakanlığı eğer bunları da göz önünde bulundurarak hazırlamış olduğu yönetmeliği uygulamaya sokarsa medikal kalibrasyon ölçümleri çok daha iyi denetlenebilir ve soluk almış duruma gelecek. Ben teşekkür ediyorum.

PANEL

SAĞLIK HİZMETLERİNDE SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI

Oturum Başkanı - **Prof. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU**
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nde Yönetim Organizasyon Profesörü olarak çalışmaktadır. Araştırmasının büyük bölümünü Hamburg Üniversitesi'nde yürüttüğü doktorasını 1997 senesinde tamamladıktan sonra 2005 yılında Doçent ve 2011 yılında Profesör oldu. 2003-2007 yılları arasında T.C. Sağlık Bakanlığı'nda Bakan Danışmanı olarak görev yaptı. Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon konularında hizmet verdi ve ayrıca bir Dünya Bankası projesi yürüttü. Bölgesel kalkınma projeleri bağlamında Avrupa Birliği'nde Proje değerlendiricisi (Assessor) olarak çalıştı. Avrupa Birliği tarafından desteklenen çeşitli "Yaşam Boyu Öğrenme" projelerinde sorumluluk üstlendi. Almanya Freie Universitaet Berlin'de Doktora sonrası çalışmalarda bulundu. 2012 yılında ABD'de Purdue University'de ziyaretçi profesör olarak çalıştı. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi'nde Dekan vekilliği, Uzaktan Eğitim Merkezi Kurucu Müdürlüğü Genel Sekreter Vekilliği ve Rektör Yardımcılığı görevlerinde de bulunan Prof.Dr.Asunakutlu'nun çalışma alanları arasında; sağlık kurumları yönetimi, kalite yönetimi, liderlik ve kriz yönetimi yer almaktadır.

Çalışanlarda Kurumsal Bağlılık Ölçümü ve Geliştirilmesi

Prof. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

İş Sağlığı ve Güvenliğinde Ulusal Politikalar

Sedat YENİDÜNYA

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdür Yardımcısı

1972 yılı Artvin doğumludur. 1996 yılında Uludağ Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Tekstil Mühendisliği Bölümü'nden mezun oldu. Yaklaşık 10 yıl özel sektörde Mühendis olarak görev yapan Yenidünya daga sonra ÇSGB İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü'nde (İSGÜM) Mühendis, Bursa Bölge Laboratuvar Şefi, PGD Daire Başkanı görevlerini yürütmüştür. Halen ÇSGB İSGÜM'de Genel Müdür Yardımcısı olarak görev yapmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği: Bireysel ve Kurumsal Sorumluluklar

Prof. Dr. Ali Naci YILDIZ

Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı ABD

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1986 yılında mezun oldu. Zorunlu hizmet sonrası 5 yıl T.C. Devlet Demiryolları İşletmelerinde işyeri hekimi olarak çalıştı. Hacettepe Üniversitesinde İş Sağlığı/Halk Sağlığı yüksek lisans ve doktora eğitimini tamamladı, 2006 yılında Halk Sağlığı (İş Sağlığı) doçenti, 2013 yılında profesör oldu. Halen; HÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi, HÜ İş Sağlığı ve Güvenliği Meslek Hastalıkları Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürü, HÜ İş Sağlığı ve Güvenliği Rektör Danışmanı, HÜ Tıp Fakültesi İlkyardım Eğitici Eğitimi Merkezi Müdürü, HÜ İşyeri Hekimliği Eğitim Merkezi Müdürü görevlerini yapmaktadır. Halen sürdürdüğü projeler; İş sağlığı ve güvenliği konularında yenilikçi eğitim programı geliştirme ve uygulama,Sağlık personelinin iş kazaları bildirim ve eğitimi olup, İş Sağlığı ve Güvenliği, Halk Sağlığı konuları başlıca çalışma alanlarıdır.

Sağlıkta Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Dr. İbrahim Halil KAYRAL

SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

2002 Yılında Hacettepe Üniversitesi İktisat Fakültesi'ni bitirdikten sonra, Gazi Üniversitesi Üretim Yönetimi ve Pazarlama Yüksek Lisans Programını tamamladı. Özel bir Eğitim / Danışmanlık firmasında iş kurma / işletme geliştirme üzerine KOSGEB ve Dünya Bankası Projelerinde çeşitli eğitimler verdi. 2007 Yılından itibaren T.C.Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı ve Performans Yönetimi ve Kalite Ölçütleri Geliştirme Daire Başkanlığı'nda çalışmalarına devam etti. 2012 Yılında Gazi Üniversitesi'nde İşletme Doktorasını tamamladı. Sağlıkta Akreditasyon Standartları(SAS), Değerlendirme Süreçleri, Değerlendirici Eğitim Programları, İKY, PDEÖS, Sağlık Hizmetlerinde Kalite konularında akademik ve uygulamaya yönelik çeşitli çalışmalarda bulunan Kayral, halen Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı'nda görev yapmakta ve Sağlık Bakanlığı ile ISQua arasında koordinasyonun sağlanması, sağlıkta akreditasyon sisteminin ve altyapısının oluşturulması çalışmalarından sorumludur. Bir çocuk babası olan Kayral, aynı zamanda blog yazarlığı yapmaktadır.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI

Prof. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU

Oturum Başkanı

Hepinize günaydın, oturumumuz birkaç dakikalık gecikmeyle başlıyor. Oturum başkanımız Sayın Mehmet Demir mazereti sebebiyle ayrıldı. Bizim oturumumuz 13. Oturum, ben konuşmacıları huzurlarınıza davet ediyorum. Sayın Sedat YENİDÜNYA, Prof. Dr. Sayın Ali Naci YILDIZ ve Dr. İbrahim Halil KAYRAL, hoş geldiniz.

13.Oturumumuzun konusu; Sağlık Hizmetlerinde Sağlıklı Çalışma Yaşamı. Bizim aslında aradığımız şey çalışanlarımızın iş ortamında huzurlu, sağlıklı, mutlu hizmetler sunabilmeleri, dolayısıyla sağlık hizmetlerinin toplam kalitesinin günden güne iyileştirilmesi. Bu sebeple bu oturumumuzun konuşmacıları sizlere genel olarak bu çerçevede bilgiler aktaracaklar.

Çalışanlarda Kurumsal Bağlılık Ölçümü ve Geliştirilmesi

Prof. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU

Yıldırım Beyazit Üniversitesi

Teşekkürler Sayın Başkan.

Benim konuşmam 20 dakika sürecek, belki biraz daha az, izninizle hemen başlıyorum. Konum; sağlık sektöründen çalışanların kurumsal bağlılık oluşturmaları, kurumsal bağlılığın ne olduğu ve nasıl oluşturulacağı, nasıl ölçüleceği konusu. Dört kısa başlıkta konuyu ele alacağım. Bunlardan bir tanesi alanda çalışanlar kimlerdir? Bunu hepimiz çok iyi biliyoruz, zaten hemen hemen hepsi bugün burada. İkincisi ise kurumsal bağlılık nedir, nasıl bir kavramdır ve içinde neler var, üçüncüsü bu nasıl ölçülebilir ve son olarak da kurumsal bağlılığı nasıl sağlayabiliriz ve bunu nasıl geliştirebiliriz? Burada iki gruba hitap ediyor bu çalışma. Birincisi; sağlık alanındaki yöneticilerimize hitap ediyor ki çalışanlarımızı kurumlarımıza bağlayabilelim, onları sadık birer çalışan, özverili birer çalışan haline getirelim. İkincisi de çalışanlara hitap ediyor, acaba çalıştığım kuruma ne kadar bağlıyım ve bunu nasıl ölçebilirim ve bunu nasıl geliştirebilirim? Çalışanlar birçok araştırmada, birçok bilimsel yayında bu dört başlık altında ele alınmaktadır. Bunlar tabii ki doktorlar, hemşireler, teknisyen ve teknikerler ve destek personeli olmak üzere gruplara ayrılıyor. Bunların dışında da tabii ki çalışanlar var, tedarikçiler var, paydaşlar var, bunların tamamı sektörün içerisinde

ancak bilimsel yayınlar ağırlıklı olarak bu dört ana grup üzerine konsantre olup bunların bağlılık derecelerini ölçmeye çalışıyor.

Kurumsal bağlılık kavramı özellikle merkezinde insan bulunan sağlık sektörü için olağanüstü önemli bir kavram. Çünkü bildiğiniz gibi kurumlarda üç temel unsur yönetilmektedir. Bunlardan birincisi maddi unsurlardır, bunların içerisine binalar, tesisler, yapılar, teçhizatlar girer. Bunları yönetmek de çok kolaydır. İkincisi de mali unsurları vardır kurumların, aslına bakarsanız bunu yönetmek çok daha kolaydır. Ancak üçüncü unsur ise beşeri unsurdur, yani insan kaynağıdır. Bunu yönetmek hiç kolay değildir, en büyük sorun da burada çıkar. Ama bunu doğru ve iyi yönetirseniz olağanüstü sonuçlar alabilirsiniz. Peki, bu olağanüstü sonuçları nasıl alacağız derseniz işte onun da temel kavramı bu bağlılık kavramıdır. Yani çalışanları kuruma bağlı hale getirebilirsek bağlılık derecelerini yükseltirsek onlardan çok ciddi bir, olağanüstü bir verim alma ihtimaline sahip olabiliriz. Kişiyi örgüte bağlayan ve işten ayrılmasını daha az olası hale getiren yani ayrılma isteğini azaltan bir psikolojik durumdur bağlılık durumu ve bir çalışanın belirli bir örgütle ve onun amaçlarıyla kendini özdeş kılmasıdır, yani orada bulunmaktan, orada çalışmaktan memnun olmasıdır.

Birazdan size bazı sorular soracağız burada ve göreceğiz ki acaba gerçekten şu anda çalıştığınız kurumla çalışıyor olmaktan ne kadar memnunsunuz, oraya kendinizi ne kadar bağımlı hissediyorsunuz, orada olmak sizin için ne kadar iyi bir şey ya da tam tersi? Kurumsal bağlılıkta güçlü bir örgütsel bağlılığı temsil eden bazı kavramlar var. Birincisi; amaç ve değerlere destek olma ve kabullenme. Eğer güçlü bir bağlılık yaratırsa yönetici ya da çalışanlar gerçek manada örgüte bağlılık oluştururlarsa bu örgüt amaçlarının gerçekleştirilmesini kolaylaştıran bir şey olur. Dolayısıyla hizmetler iyileşir, dolayısıyla bu döngü çalışanların mutluluğuyla neticelenir. Örgüt adına çaba göstermede istekli misiniz, yani ortadaki işleri yapma konusunda ne kadar istek gösteriyorsunuz, üçüncüsü de bu örgütte, yani bu kurumda, bu hastanede, bu tesiste kalmaya istekli misiniz? Yani orada kalmaya devam edecek misiniz? Literatürdeki en önemli araç bu, Mear ve Earen tarafından 1991 yılında geliştirilen bir ölçüm aracıdır. Çalışanlarda üç şeye dikkat eder, bunlardan birincisi bu kişilerin duygusal bağlılık seviyesi. Gerçekten çalıştığımız kurumla aramızda bir duygusal ilişki var mı? Oraya dair bir duygu geliştirmiş durumda mıyız? Birincisi buna bakılır ölçerken. İkincisi devamlılığa bakılır, yani ben şimdi bu kurumdan ayrılırsam çoluk var, çocuk var, düzen var, her şey bozulur, en iyisi ben ayrılmayayım. İkincisi bu. Üçüncüsü de herkes beni burada çalışıyor biliyor, şimdi eş, dost, çevre, artık böyle alışmışız, şimdi ayrılacaksın bir sürü iş, buna da normatif bağlılık deniyor. Bu üç unsur temelinde çalışanlar çalıştıkları kurumlara kendilerini ait hissederler veya etmezler. Şimdi birlikte bakalım, bazı sorular var onlara bakacağız bu soruların cevaplarına göre

gerçekten siz oraya ait misiniz, değil misiniz onu görmüş olacağız.

İkinci ana grup, literatürdeki araştırma grubu, onlar da rasyonel bağlılık temelinde sorguluyorlar meseleyi ve örgütsel bağlılık modeli Sherven Hore›nin geliştirdiği bir soru dizisiyle ölçülüyor. Kurumsal bağlılık eğer oluşturabilirseniz, sağlayabilirseniz kurumsal verimliliği olağanüstü etkileyen bir şey. Çalışanların işe istekle gelmesini sağlayan bir şey. Ama çok basit ve pratik bir yolu var kurumsal bağlılığı ölçmenin o da çalışanların yüzüne bakmak. Çalışanların sabah gelirken şöyle kapıda durun beş dakika yüzlerine bakarsanız kurumsal bağlılık seviyesini üç aşağı beş yukarı ölçebilirseniz. Bir de dilerseniz akşam çıkarken yüzlerine bakın o zaman kesin emin olursunuz. Yani sabah ve akşam bir beş dakika ayırırsanız. Bizim yöneticilerdeki önemli problemlerden bir tanesi de insanların yüzlerine bakmama sorunu. Bu tabi literatürde var, güç merkezli yönetim bunun üzerine inşa edilmiş, üstler yüze bakmak gibi bir tabir var ama bu çok yanlış, zaten bu sunumun sonunda da kısaca birkaç dakika ondan söz edeceğim. İnsanların farkında olmamız gerekiyor, her birinin çok önemli ve değerli olduğunu bilmemiz gerekiyor ve onlar orada olmadığı sürece sizin yönetecek bir şeyinizin olmayacağını bilmeniz gerekiyor, onlardan vazgeçmemeniz gerekiyor. Dolayısıyla bağlılığı sağlayacak en önemli şey insanların farkında olmaktır. Onların farkındaysanız, onlara sizin onların farkında olduğunuzu fark ederler, gözden kaçacak bir şey değil. Ama onları umursamazsanız bunu çok daha hızlı fark ederler ve o zaman her şey biter. Şimdi bu bir duygu meselesidir, fiziksel olarak her şey iyileştirebilir, geliştirebilirsiniz ama duyguları ve gönülleri ikna edemezseniz o zaman çalışmaktan da keyif alamazsınız, burada yıllardır çalışıyoruz, sayın genel müdür yardımcım, eşimiz, dostumuz, hepsi, bunların hepsi bu hizmeti veriyorlar, sağlıkta kalite, hepsi boşa gider. İnsanların gönüllerinde, yani çalışanların gönüllerinde yer edinmeden sağlıkta kaliteden söz etmemiz mümkün olmaz.

Kurumsal bağlılık; işi bırakma duygusunu azaltır, devamsızlığı azaltır, geri çekilmeyi azaltır, iş arama kaygısından uzaklaştırır, iş doyumunu artırır vs. birçok şey. Burada bilim adamları çoğunlukla bunu çeşitli kavramlarla ilişkilendiriyorlar, örneğin; yaşla, cinsiyetle, hizmet süresiyle, pozitif yönde, negatif yönde ilişkiler bulan çok sayıda yayın var, ama örgütsel maliyetlerle de bu konunun çok ciddi ilgisi olduğunu hatırlatırım. Bu araştırmalarda böyle sonuçlar çıktı duygusal devam ve normatif bağlılık seviyesinde ölçüm yaptığınızda şundan emin olabilirsiniz ki işe devamsızlık artmışsa çalışanların bağlılığı azalmıştır. İşe devamsızlık yapma arzusu, işten kaçınma arzusu ne kadar yüksekse kişiler artık o kurumu terk etme noktasına gelmiştir. İşe devamsızlık artarsa işi benimseme duygusu azalır, işten ayrılma isteği artar, hep birlikte kaybederiz. Dolayısıyla bu kavramların tamamı bizim iş bağlılığını artırmada kullanacağımız araç setidir. Şimdi eğer çalışanlar yetenekliyse ki çok sayıda çok yetenekli insanlar var, yani zamanlarını, saatlerini

bu nevi eğitim ve öğretim çalışmalarına ayırıyorlar, kongrelere, konferanslara, eğitimlere katılıyorlar, inanılmaz bir istek de var ve kesintisiz çalışma arzusu var. Bu yetenek bir şeydir, ancak istek yoksa ortaya bir yıldızlar takımı çıkar ama sonuç alamazsınız. Her biri birer yıldızdır ama hiç birisi sonuç üretemez. Bu sebeple çalışanlarımızda iki şeye çok özen göstermemiz gerekiyor, bir; yetenekli midir, iki; istekli midir? Dolayısıyla ortaya bir tablo çıkıyor; beceri ve istek tablosu. Becerikli, yetenekli midir? Değilse sorun değil, neden? Yetenek kazandırılan bir şeydir, çalışır, çalışır öğretirsiniz yani. Ama istek, isteklendiremezseniz yetenekler boşa gider. Örneğin Sergen, yeteneklidir ama isteksizdir. Çalışanlarımıza biraz daha özen gösterir, biraz daha dikkat edersek onların hem yetenek seviyesini doğru kavrarız hem de isteklerini artırabiliriz. Bu istekleri artırdığımız sürece de bağlılık yaratmış oluruz. Kurumsal bağlılık motivasyondan bağımsız bir şey değildir, bağlılıkla birlikte motivasyon artar, motive ettiğiniz sürece bağlılık yakalayabilirsiniz ve bizim de şimdi bir diğer modelde bu Nowdes ve Stears Porter'la birlikte yaptığı bir diğer modelde başka sorularla birlikte iki set göstereceğim size kısaca, zamanım da daralıyor, birincisi bu. Birlikte sadece birkaç soruya bakın detaylı bilgi isteyenler bana lütfen ulaşsınlar ben bunların hepsini tek tek gönderirim, e-mailden, internetten, bulursanız. Bu sorular bizim şu anda çalıştığımız hastanede doğru yerde olup olmadığımızı bulmamıza yarayan sorular. Sadece bunlara bakarak ben doğru bir iş yapmıyormuşum, müsaadenizle diyebilirisiniz yani. Kuruma duygusal açıdan bağlı mısınız? Sadece birkaç açıdan bakalım. Bir; meslek hayatımın geri kalan kısmını bu örgütte geçirmek beni mutlu eder, eder mi etmez mi? Eğer etmezse hemen bırakın. Dışarıdaki insanlara çalıştığım kurumdan bahsetmek hoşuma gidiyor, aranızda konuşurken, hastane, hastanedeki işler, kurum, kurumdaki işler geçtiği zaman böyle keyifle mi anlatıyorsunuz, yarın yine sabah olacak, yine hastanede, yine olaylar, yine başhekim, yine müdür falan… Sadece buna bile baksa bir insan, yani şu sorulara baksanız duygusal olarak doğru yerde olup olmadığınızı bulabilirsiniz. Örgütün problemlerine sanki kendi problemiymiş gibi sahip çıkan çalışanlar var aramızda öyle değil mi? Yani laboratuardaki sorun sanki kendi sorunuymuş gibi, sanki kendi kan numunesine bakıyormuş gibi böyle bakan arkadaşlar var, bunlar doğru yerdeler, artık onlar o kurumun gerçekten sahibi olmuşlar. Sonradan gelenler onları bir adım geriye iterler, yerlerine geçerler, onların yerine müdür olurlar, onların yerine sorumlu hemşire olurlar falan ama asıl sahipler onlardır, onlar hiç değişmez. Bir yönetici işte bu değişmez kişilerden kurulu bir takım yaratabilirse o zaman o kurum gerçekten başarılı olabilir, aksi durumda sonuç alınamaz. Bu duygusal bağlılıkta bu sorular.

İkincisi; ayrılırsam neler olur sorusu. Ayrılırsam sıkıntı çıkar, şimdi çalıştığım örgütten şu anda ayrılmak istediğime karar verseydim hayatım alt üst olurdu,

gerçekten şimdi kendimize soralım, ayrıldığımız zaman hayatımız alt üst olacaksa o zaman biz yine de kuruma bağlıyız, ama bu sefer devamlılık seviyesi önemli. Üçüncüsü de normatif bağlılık. Yani artık bunu kendine yükümlülük edinmiş bu kişi ve diyor ki bugünlerde insanların bir şirketten bir diğer şirkete, bir hastaneden bir diğerine, o kurumdan bu kuruma yer değiştirdiğini düşünüyorum. Bir kişinin her zaman çalıştığı örgüte sadık olması gerektiğine inanıyorum, artık yani ben buradan ayrılırsam sorun çıkar demek istiyor, çünkü artık o bizim elemanımızdır, ona her istediğinizi yaptırabilirsiniz. Yani ne kadar üzerseniz üzün o oradan ayrılmaz anlamına geliyor, çünkü artık onu benimsemiştir. Bu da bir diğer çalışma grubunun sorusu, burada rasyonel temelde ölçüm yapılıyor. Çalışanların bağlılığı aklileştirmesine dair bir süreç kullanılıyor burada ve şirket, kurum, örgüt, hastane bu kavramı değiştirebilirsiniz, bakanlık, hepsini değiştirebilirsiniz ve eğer çalışan "çok az sadakat duyuyorum" diye ifade ediyorsa ya da "burada çalışmak iyi bir fikir değil gibime geliyor" diyorsa yavaş yavaş kaybediyoruz demektir.

Örgütsel bağlılığın geliştirilmesine dair bilgiyi iki dakika içerisinde size özetleyeyim. Örgütsel bağlılık duygusal bir enerji demektir, kişilerin gerçekten gönüllerine hitap eden bir yönetsel ortamda sağlanabilir ve rekabet baskısı bağlılık artırıldığı zaman ortadan kalkan bir şeydir, insanlar rekabet altında hissetmezler kendilerini, çünkü sağlam bir ekip oluşur ve insanlar birbirlerine yardımcı olurlar. Duygusal, fiziksel ve entelektüel bir katkı koyduğunuz zaman ortaya bağlılık çıkar. Yani herkes işin bir parçası olmalıdır, herkes işini severek, isteyerek yapmalıdır, severek yapma konusunda yöneticiler sadece kolaylaştırıcı olmalıdır. Bağlılığın geliştirilmesinde yöneticiye dair bazı sorumluluklar var. Kişilerin gerçekten psikolojik olarak da orada olmalarını sağlamamız gerekiyor. Yoksa fiziksel olarak zaten mecbur yani sabah çocuğu okula bırakıp, işe gelecek yani fizik olarak orada görüyor olabilirsiniz ama acaba ruhen ve psikolojik olarak da işin içinde midir? Bu bizim sürekli olarak insanlarla temas ettiğimiz bir sektör olduğu için, sürekli hasta, hasta yakını, meslektaş, doktor, hemşireyle temas ettiğimiz bir sektör olduğu için herkes bunu fark ediyor. Muhasebeci olsanız o kadar önemli değil ama insana dair hizmet üreten birisi olduğunuz için duygularımızı iyi yönetmemiz ve örgütsel bağlılığı güven zemininde oluşturmamız gerekiyor.

Örgütsel bağlılığı artıran unsurlar nelerdir? Yöneticiler, adil ve yeterli ücret, üst düzey yöneticilerimize söylüyorum adil ve yeterli ücret vermediğiniz sürece bu paraya bu iş yapılmaz ve bu parayla da bağlılık isterseniz o zaman çok böyle sonuç almanız da mümkün olmaz. Meslekte ilerleme şansınız var mı, yol gösterici programlara açık mı yani ben bunları eleştirebiliyor muyum, çalışma koşulları nasıldır ve iyileştirme için bir irade var mı? Varsa sağlayabiliriz, yoksa yok. İnsanlar, yöneticinin sorumluluğu, tüm kaynakları adil bir şekilde kullanmaktır. Adil bir şekilde kullanırken bağlılık çeşitli faktörlerden etkilenir, bu faktörleri,

sadece bunun resmini çekeyim, bunları kontrol altına alın, yani yönetici olarak bu kritik faktörlerdir bizim çalışanlarda bağlılık sağlayabileceğimiz. Bunları doğru yönetirseniz, yani işin kapsamını, detayını, çalışanın rolünü dikkate alırsanız sonra destekleyici bir yapı oluşturur, yoğun hiyerarşiyi ortadan kaldırır, yüzüne bakar, samimiyet gösterirseniz sorun kalkar ama bunları atlarsanız ciddi sorun çıkar. Karizmatik lider, burada aramızda da mevcut karizmatik liderler, inşallah size de nasip olur, çok keyiflidir yani böyle insanlarla çalışmak, çok heyecan verir, sizi rahatlatır, yolunuzu açar. Eğer böyle birisi ise başınızdaki kişi bunun böyle olmasını sağlayan kritik faktörler var, onlar, yani yöneticilere böyle bir model olmak istiyorsanız, birincisi rol model olmanız gerekiyor. Yani çalışan size baktığında ben de böyle bir şey olmak istiyorum demeli, ben de böyle birisi olmalıyım. İkincisi; diğerlerini etkileyebiliyor musunuz, bu kritiktir. Üçüncüsü; süreci yönlendirebiliyor musunuz, cesaret veriyor musunuz çalışanlara ve ortaya bir vizyon koyuyor musunuz? Bunlar varsa karizma ortaya çıkmıştır. Verimlilik, ödül zinciri rahatlıkla kurulabilecek bir şey, basitçe yönetilebilecek bir şey. Ve güven ortamı sağlayabiliyor musunuz? Yani sizin söylediğiniz her zaman doğruysa ve insanlar söylediklerinize güveniyorlarsa ve eğer insanları süreçlere dâhil edip katılmalarını sağlıyorsanız oturum bitmiştir benim açımdan.

Ben söyleyeceklerimi söyledim, teşekkürler, görüşmek üzere.

Prof. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU

Oturum Başkanı

İkinci konuşmacımız Sedat YENİDÜNYA, kendisini İş Sağlığı ve Güvenliğinde Ulusal Politikalar konusunda sunumları için kürsüye davet ediyorum.

İş Sağlığı ve GüvenliğindeUlusal Politikalar

Sedat YENİDÜNYA

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdür Yardımcısı

Sayın Başkan, değerli katılımcılar öncelikle katılımın yüksek olduğu ve başarılı geçen iki günün ardından bugün gerçekleştireceğimiz oturumlarla nihayetlenecek olan ve beşincisi gerçekleşen, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve ilgili Daire Başkanlığının düzenlemiş olduğu Sağlıkta Performans ve Kalite konulu kongresinin çıktılarının memleketimiz için hayırlara vesile olmasını diliyorum. İlgili genel müdürlük, daire başkanlığı ve çalışanlarına, organizasyonu gerçekleştiren firma çalışanlarını kutluyorum. Ayrıca esas kongrenin oluşumuna anlam veren siz katılımcıları kutluyorum. Çünkü sahada uygulayıcısı, paylaşılan bilimsel ve güncel verilerin iyi uygulama örneklerinin paylaşımcısı, uygulayıcısı sizler olacaksınız, sahada sizlerin katılımı bu organizasyona büyük anlam verdiği düşüncesindeyim. Özveride bulundunuz, görüyorum bütün oturumlarda doluluk oranı çok yüksek, kilometrelerce uzaklarda ailelerinizi bıraktınız geldiniz, bu bağlamdan sizleri de kutluyorum.

Ben sunumuma geçmeden önce, son dönemde yaşanan ve toplumu derinden üzen iş kazalarıyla ciddi gündem oluşturduk, bu bağlamda kurumumun görüşleri doğrultusunda bir metin hazırladım, bunu okuyup daha sonra sunuma geçeceğim:

Değerli katılımcılar bilindiği üzere çalışma hayatının en önemli problemlerinden birisi de iş kazası ve meslek hastalıklarıdır. Özellikle son zamanlarda meydana gelen iş kazaları sonucu oluşan can kayıpları toplumun her kesimini derinden yaralamış, tüm kesimlerin ilgisini bu alana çevirmesine neden olmuştur. Ancak ülkenin gündemine oturan iş kazaları ve iş güvenliği konuları sadece meydana gelen iş kazaları sonrası gündeme gelmekte, daha sonra diğer bir iş kazası meydana gelene kadar her şey unutulmaktadır. Ancak aslında olması gereken iş sağlığı ve güvenliği kavramlarının tüm kesimlerin gündeminde iş kazaları sonucu oluşan can kayıplarından dolayı değil de iş kazalarının engellenmesi için oluşturulması gereken güvenlik kültürüyle, farkındalığın artırılması için gündeme gelmesidir. İş kazalarının önlenmesi için yapılması gereken faaliyetlerin en önemlisinin toplumda bir güvenlik kültürü oluşturmak ve farkındalık artırma çabası olacağı inancındayız.

Gerçekten yaptığınız kanun ve yasal düzenlemeler her ne kadar mükemmel olursa olsun ilgili tarafların sahiplenmesi gerçekleşmedikçe başarıya ulaşması zorlaşıyor ki ülkemizde yapılan yasal düzenlemeler son AB ilerleme raporunda, yasal düzenlemelerimizin AB normlarını kapsayan yasal düzenlemeler olduğunu

ifade ediyor. Yani son çıkan 6331 sayılı iş sağlığı ve güvenliği yasası AB normlarına uygun bir yasa olmasına rağmen, hakikaten güçlü bir kanun olmasına rağmen tarafların sahiplenmemesi maalesef üzücü olaylar yaşamamıza sebep oluyor.

Bildiğiniz üzere müstakil İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, ilk Haziran 2012 yılında yayınlanarak kademeli olarak yürürlüğe girdi. Kanunun tanıtımı ve farkındalık yaratmak için belkide ülkemizde ilk kez 81 ilde tek tek gezilerek çalışma hayatının tüm kesimlerine ulaşılmaya çalışıldı. Yani kanun çıkıyor, bu kanunu bütün illerde anlatmak zorunluluğu yok, Resmi Gazetede yayımlanır, geçiş süresi vardır, daha sonra uygulama zorunluluğu vardır. Ama biz kanun çıkar çıkmaz, 2012 yılının 30 Haziran'ında çıktı, aynı yıl sanayi yoğun 18 büyük ilde kanun tanıtımını tüm sosyal tarafların katılımıyla gerçekleştirdik, arkasından 2013 yılının ilk altı ayında da kalan 63 ilde kanun tanıtımı için toplantılar yaptık. Ayrıca tüm kurum ve kuruluşlardan gelen kanunla ilgili tanıtım davetlerinin tümüne katılmak için azami gayret de gösterdik. Ancak toplumda bugüne kadar maalesef iş kazaları sonucu oluşan can kayıplarının oluşturduğu gündem kadar böyle bir gündem oluşturmadık. Bu hafta içinde yine Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu'nun Belek'te bu iş kazaları ve meslek hastalıkları konulu konferansı vardı yine orada bizden bir genel müdür yardımcısı arkadaşımız ve daire arkadaşımız katıldı. Yani sürekli kurum, kuruluş, sivil toplum kuruluşları, ilgili il müdürlükleri, valilikler, belediyeler, bu anlamda bize talep geliyor biz de elimizden gelen gayreti göstererek her oluşuma katılımcı göndermeye azami gayret gösterdik şimdiye kadar. Bundan sonra da yine aynı şekilde hareket edeceğiz. Bu tip kazalardan sonra birilerini suçlamak kolay ancak her kesim de kendisini sorgulamalı ve objektif olmalıdır.

Kazalardan sonra hep gündeminde bu olayları işleyen medya normal zamanlarda güvenlik kültürü oluşturmak için hazırladığımız ve yayınlanması için gönderdiğimiz kamu spotlarını gecenin ikisinde, üçünde yayınlar. Neden, yani sormak lazım ya da çalışanları özlük hakları için greve giden sendikalar neden güvensiz ve sağlıksız çalışma ortamındaki eksikliklerden dolayı greve gitmez. Yani herkesin kendine soracağı bir şeyler var. Bizim en çok eleştirileni bakanlık olarak en çok eleştirilen denetim sayıları konusunda, Avrupa'da, Avrupa normları %10, her yüz işletmenin onunu denetliyor. Bizde bu sayı %3. Avrupa %10'unu denetliyor, kalıyor 90 işletme, bu bile sorulacak şey. Bizde 1.680.000 iş yeri var, bunların hepsini denetlememiz mümkün değil, her işletmeye bir müfettiş göndermek mümkün değil. İşte burada toplumun her kesimine görev düşüyor. Bakanlık olarak her işletmeye ulaşmamız mümkün olmadığına göre iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri veren ortak sağlık güvenlik birimleri ve toplum sağlığı birimlerine gerçekten önemli görevler düşüyor. Özellikle işverenleri ikna etmek ve iş sağlığı ve güvenliği alanlarında yapılan harcamaların bir maliyet olmadığı, aksine yatırım olduğunu bildirmek, anlatmak gerekiyor. Bunları anlatırken de

bıkmadan, usanmadan gerçekten kutsal bir görev yaptığımızın bilincinde olarak bu faaliyetlerde bulunmamız gerekiyor. Gerçekten aldıracağımız bir önlemle belki de birden çok çalışanın zarar görmesine hatta hayatını kaybetmesine engel olacağız. Tabii ki güvenlik kültürü ve farkındalık için sadece işverenimiz değil aynı zamanda çalışanımızı da bilinçlendirmek ve bir düşünce değişimini onlarda da sağlamamız gerekiyor. Her gittiğimiz toplantılarda bizlere anlatılanlar hep aynı. İşte işçime ben baret veriyorum takmıyor, terletiyor. İşçime ben emniyet kemeri veriyorum sıkıyor gibi şikâyetler. Hakikaten bu var, sizler de çalışma ortamlarında görüyorsunuz, zor, alışkanlıklardan kurtulmak gerçek anlamda zor. Ama işte maalesef bu tip kazalar zaten bir kez oluyor, şansı varsa hayatta kalıyor.

Bizim çalışmalarımızda, yurt dışı, özellikle Avrupa çalışmalarımızda Finlandiya'da işverene nasıl taktırıyorsunuz kişisel koruyucu donanımları diye sorduğumuzda, yani soruya cevap verme gereksinimi bile duymadı. Saçma geldi, yani o nasıl soru diye sordu, yani oturmuş ki Finlandiya dünyada iş sağlığı ve güvenliği anlamında uygulamalarında en başarılı iki üç ülke arasında görülüyor, yani şaşırıyor, neden takmasınlar ki yani soruya cevap bile verme gereksinimi duymuyor. Yani bu derece zihniyet farkı var. Onlarda bir anda mı oldu? Onlar da geçiş dönemi ile bir süreçle, bir kültür değişimi ile bu işler olacak inşallah ülkemizde de. Bu bağlamda toplumun tüm kesimleri olarak medya, işçi, işveren örgütleri, iş sağlığı ve güvenliği profesyonelleri ve bakanlık olarak hep beraber çaba göstermek zorundayız. Çünkü kaybolan hayatlar ve kaynaklar hepimizin. Hepimiz masanın aynı tarafındayız, hiç birisi, hiç kimse karşı tarafta değil. Tabii ki bugünden yarına olaşabilecek bir olgu değil bu bahsettiklerim muhakkak ki belli bir süre geçecektir.

Almanya'da iş sağlığı ve güvenliği kanunu 1974 yılında çıkmış, oradaki yetkililerle görüşüyoruz, ancak yansımalarını 80'lerden sonra, istatistiklere olumlu yansımaları 80'lerden sonra gördüklerini kaydettiler. Yedi-sekiz yıl içinde bizler de gerçekten olumlu gelişmeleri çalışma hayatında göreceğiz. Göreceğimizi umuyoruz, ancak bu süreci maalesef kazasız atlatamadık.

Gerek toplantılarda, gerekse bu tip çalıştaylarda bizlere iletilen kanun uygulamasındaki sıkıntılar ile ilgili düzenlemelere Sayın Başbakanımız geçen hafta açıkladığı eylem planıyla düzenlenmiş olacağı kanısındayız. Umarım en kısa sürede toplumca bir düşünce değişimi yaşayarak güvenlik kültürü oluşturarak iş kazalarının ve sonucunda yaşanan can kayıplarının önüne geçeriz.

Şöyle ki, sunum için oradan mı başlayalım? Yaklaşık dört aydır, Sayın Başkan ifade etti, daha doğrusu bizlerden talep etti, kısa bir özgeçmişimi de söyleyeyim. Yaklaşık dört aydır genel müdür yardımcısı olarak görev yapıyorum, bundan önceki üç sene boyunca yine genel müdürlüğümüzde kişisel koruyucu donanımların piyasa gözetiminden sorumlu daire başkanıydım Mühendisim, iş güvenliği uzmanıyım,

yine genel müdürlüğün değişik birimlerinde mühendislik kadrosunda çalıştım. Bizim İSGÜM laboratuarlarımız var, merkezi müdürlük Ankara'da, 6 bölge laboratuarı var. Bursa bölge laboratuarında koruyucu şefliğinde yaklaşık 2,5 yıl kadar görev yaptım.

Sunumun içeriği; bir kurumsal gelişimden bahsedeceğim, kanunundan bahsedeceğim, kanunun getirdiği ana başlıklardan bahsedeceğim. Ulusal konsey yapısı, dayanağı, çalışma faaliyetleri, politikalar. Yakın zamanda gerçekleştirdiğimiz projeler, devam eden projeler ve bu ay içerisinde çıkması planlanan kanun değişiklikleri ana başlıkları üzerinde bir sunum gerçekleştirip, sonlandıracağım.

Genel Müdürlüğümüz 1946 yılında kuruldu, 68, biraz önce bahsettiğim, İSGÜM Laboratuarı, İLO ve Genel Müdürlüğümüzün ortak projesi, Çalışma Ortamı İyileştirme Projesi kapsamında 1968 yılında kuruldu, bahsettiğim gibi merkez müdürlüğü Ankara'da, 6 tane bölge laboratuar şefliği var. 1983 yılında Genel Müdürlüğümüz İş Sağlığı Daire Başkanlığı'na dönüştürüldü, 2003 yılında 4947 sayılı kanunla tekrar genel müdürlük oldu. Zaman zaman sürekli buradaki soru işareti, kurumsal yapının sorgulanmasında özellikle bu son dönemde yaşanan kazalarla tekrar sorgulanır oldu. Daha işlevselliği artırılmış bir kurumsal yapıya dönüşüm modeli çok tartışılıyor, belki yakın dönemde, şu anda yine gündemde, belki öyle bir şey gerçekleşebilir diye soru işaretiyle geçiştirdik.

Kanun dediğim gibi 30 Haziran 2012 tarihinde yayınlandı, ülkemizin bu alanda ilk bağımsız, müstakil İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. Daha önce 4857'nin altında birkaç maddeyle uygulanıyordu, bu bağlamda çok önemli ilk müstakil kanun olması. İşçi memur ayrımı yapmaksızın bütün çalışanları kapsayan önleyici yaklaşım ve risk değerlendirmesini temel alan müstakil İş Sağılı ve Güvenliği Kanunu dediğim gibi 30 Haziran 2012 tarihinde yayınlanmış ve kanunun yasalaşmasını takiben 36 yönetmelik ve 6 tebliğ resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Kanunun temel getirileri, risk değerlendirmesi yapma zorunluluğu getirmesidir. Bu da önleyici bir yaklaşımı öngörüyor, proaktif önleyici bir yaklaşımı öngörüyor. Çalışan sayısı sınırlaması kaldırılmıştır, önceden bu iş sağılığı güvenliği uzmanı, iş yeri hekimi çalıştırma zorunluluğu sanayiden sayılan, 50 üzeri çalıştıran diye geçerdi, şimdi bir sigortalı çalışanı olan bile iş güvenliği hizmetlerini çalışanına o hizmeti vermek zorunda. Tehlike sınırlarına ayrıldı; az tehlikeli, tehlikeli ve çok tehlikeli iş yerleri. Koruyucu ve önleyici yaklaşımı temel aldı, çalışan temsilciliği sistemini getirdi, acil durum planlarının yapılmasını zorunlu kıldı, arama kurtarma, tahliye ve yangın ve ilk yardım konularında planlama, görevlendirme, uygulama zorunluluğu getirdi. Tehlikeli ve çok tehlikeli iş yerlerinde çalışacaklara mesleki eğitim alma zorunluluğu getirdi. Çalışanlara iş sağlığı güvenliği eğitimi verilme zorunluluğu getirdi. 18 yaşından küçük çocuk ve genç işçilerin çalışabileceği işleri belirledi.

Kanun sonrası yaptığımız faaliyetler; kanunu tanıtmak amacıyla bakanlıklar temsilcilerine, tüm bakanlık temsilcilerine Eylül 2012'de bilgilendirme toplantıları yapıldı. Bu bilgilendirme toplantıları Ankara'da başladı, kamu kurumlarıyla, bakanlıklarla başladı. Akabinde biraz önce bahsettiğim gibi 81 ilde tanıtım ve bilgilendirme seminerlerine katılımın gerçek anlamda yüksek olduğu seminerler gerçekleştirdik. İşyerlerine bilgilendirme yazıları gönderdik, sadece işyerlerine değil, işveren ve işçi örgütlerine, ticaret odalarına, sanayi bölgelerine de yine bilgilendirme yazıları gönderdik. Kanun kitapçığı burada 67 bin diyor, ondan sonra birkaç baskı daha yapıldı, sürekli kanun kitapçıkları dağıttık. Çeşitli iş kollarında 20 adet risk değerlendirmesi kontrol, checklistler hazırladık, bunlar genel müdürlüğümüzün web sitesinde var, yıl sonuna kadar 20 iş kolu daha hazırlanması tamamlanmış olacak. Risk değerlendirmesi, checklist şeklinde, işte neler hazırladık, taksicilik, kuaför, ofis, diş laboratuarı checklist şeklinde, genel müdürlük web sitesinden bunlara ulaşabilirsiniz.

10 Eylül 2014 tarihinde 6552 sayılı kanunla bu geçtiğimiz torba yasada yer alan, az tehlikeli ve mikro işletme sahiplerine sağlık gözetimi yükümlülüğü hariç iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini işveren ve vekillerince üstlenmesi sağlanmış olup, alt düzenlemesi önümüzdeki yıl 2015 başlarında çıkacak yönetmelikle çalışmalar başlatıldı. Burada sürekli bu iş kazalarından sonra gündeme gelen İLO'nun Madenlerde Sağlık ve Güvenlik 176, 167 de İnşaatlarda İş Sağlığı ve Güvenliği hakkındaki sözleşme. Perşembe günü 167 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği hakkındaki sözleşme kanunlaştı.

Muhtemelen 176 da pazartesi günü meclis açıldığında geçecek. Zaten bunların öngördüğü yaptırımlar bizim kanun ve yönetmeliklerimizde var. Sadece 176 da madenlerde işlerin takip sistemi yok. Sözleşmenin imzalanmasından sonra çıkacak olan yönetmelikte onları da düzenleyeceğiz.

Konseyden bahsedelim, Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği konseyimiz var, bunun dayanağı, 2005 yılında kuruldu, ilk dayanağı Bakanlık yönergesiyle 2006 yılında, daha sonra kanun çıktıktan sonra çıkan yönetmelikle dayanak oluşturuldu. 26 üyeden oluşuyor, bunların 13'ü Bakanlık, kamu kurum ve kuruluşlarından. Burada Sağlık Bakanlığı da konsey üyesi görüyorsunuz. Genel müdür seviyesinde katılımlar oluyor, YÖK yönetim kurulu üyesi seviyesinde, devlet personel başkan yarımcısı, işçi ve işveren sendikaları ve sivil toplum kuruluşları, Tabipler Odası, TÜMOB, Ziraat Odaları Başkanlığı, toplam 26 üyeden oluşuyor.

Konseyin görevleri; ulusal iş sağlığı güvenliği politika ve stratejileri eylem planları için öneriler geliştirmek, çalışanların ve işverenlerin iş sağlığı ve güvenliği konularında eğitilmeleri, bilinçlendirilmeleri, iş sağlığı ve güvenliği kültürü konusunda görüş bildirmek, projeler önermek, yıllık olarak planlamak ve

değerlendirmek diye sayabiliriz.

2006 ve 2008 yıllarında birinci politika belgesi ve eylem planı, 2009-2013 yıllarında ikinci politika belgesi ve eylem planı yayınladık. 2014-2018 yıllarını kapsayan bu üçüncü ulusal iş sağlığı ve güvenliği politika belgesi hedeflerine geçiyorum. Aralık ayında yapılacak toplantıdan sonra bu da yine web sitemizde politika belgesi ve eylem planı alt başlıkları altında detaylı olarak yayınlanır. Yürüttüğümüz projeler var ciddi anlamda. Meslek hastalıkları tespit, tanı ve iş sağlığı güvenliği profesyonellerinin duyarlılığının artırılması projelerini üç kademeli yaptık. 2008 yılına kadar meslek tanısı koyma yetkisi sadece meslek hastalıkları hastanesindeydi, 2008 ve 2011 yıllarında devlet üniversiteleri ve eğitim araştırma hastanelerine yetki verilmiştir. Ama bu alanda, iş sağlığı ve güvenliği alanında en büyük eksikliğimiz de meslek hastalığı tanısı koyma kültürü yok maalesef. Burada üniversite hastanelerini gezdik, projenin birkaç aşamasında ben de yer aldım, Ankara'dan 8-10 ekiple SGK' dan, Sağlık Bakanlığı'ndan, bizim Genel Müdürlüğümüzden, ama gittiğimiz üniversitede 2-3 kişiyle projeleri yürüttük. Maalesef burada ciddi bir sıkıntı var. Dördüncüsünü de 2015 yılında yapacağız dünya istatistikleri meslek hastalıklarını çalışanlarda % 0.4 ila 12 arasında istatistiki veriler, bilimsel araştırmalar. Bizim 16 milyon çalışanımız var, yani yaklaşık 60,000 ile 180,000-200,000 arası meslek hastalığı tanısı konmuş olması gerekirken, maalesef bu rakamlar 300'lerde. Bunun üzerine Sağlık Bakanlığı ve bizim Genel Müdürlüğümüz ortak projeler üretiyor, çalışmalar yürütülüyor. Önümüzdeki dönemlerde en önemli, üzerinde durulması gereken konulardan birisi de bu.

Devam eden projeler, protokollerimiz, Sayın Başbakanın eylem planını açıklamasından sonra son kanunda bu ay içinde yapılacak olan ana başlıklarını söyleyeyim.

Uzman olabilecek bölümlerden yetiştiren fakültelerde, yani mühendislik, teknik öğretmenlik, fen fakültelerinde, zorunlu iş sağlığı ve güvenliği dersi konulması planlanıyor. Yapı işlerinde iş yerlerinde şantiye şefleri, madenlerde daimi nezaretçilerin iş güvenliği uzmanlığı zorunluluğu olması getiriliyor. Ölümlü iş kazası meydana geldiğinde yapı işyerleri sahiplerine beş yıl yasak, kamu ihale sözleşme kanununda yapılacak değişikliklere iş sağlığı ve güvenliği harcama kalemi eklenme zorunluluğu getiriliyor. İşveren müfettişlerle teftiş gören işyeri kapatıldığında, mühürlendiğinde tekrar çalışmaya devam eden işyerleri oluyor. İşte bu son dönemde bu kazalarda, bazı kazalar da öyle iş yerlerinde oldu. İş durduruldu ama işe devam ediyor. Burada idari para cezasına çevirmeksizin işyeri sahibine ya da vekiline 3 yıldan 5 yıla kadar hapis cezası. Bu idari para cezaları da kademelendiriliyor yani ciddi anlamda artırılıyor. İşyeri tehlike sınıfına göre çalışan sayısına göre kademelendiriliyor. Bunlar ana başlıklarda, belki sorularda daha ayrıntılı yer veririz. Ben teşekkür ediyorum, saygılar.

Prof. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU

Oturum Başkanı

Sayın Genel Müdür Yardımcımıza çok teşekkür ediyoruz. Şimdi Prof. Dr. Ali Naci YILDIZ' ı kürsüye davet ediyorum. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalından. Buyurun Hocam.

Sağlık Hizmetlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği: Bireysel ve Kurumsal Sorumluluklar

Prof. Dr. Ali Naci YILDIZ

Hacettepe Üniversitesi

Sayın Genel Müdür ve katılımcılar, ben öncelikle kongre düzenleme kuruluna beni davet ettikleri için teşekkür ediyorum. Konumun başlığı; İş Sağlığı ve Güvenliği Alanında Sorumluluklar. İşte sağlık kurumları örneğinde, bu sorumluluklar nereden geliyor? Esasen haklar ve ödevlerden kaynaklanıyor.

İş Sağlığı ve güvenliği neyle uğraşıyor, bütün çalışanların bedensel, ruhsal, sosyal iyilik hallerini, yani sağlıklarını en üst düzeye getirme, uzunca bir tanım, çalışanların çalışma ortamı koşulları nedeniyle sağlıklarının bozulmasını önlemek ve sağlığı bozan etkenlerden korumak. Yani mümkünse önlemek, değilse onlardan korumaya yöneliktir. Şimdi burada sosyal boyutu özellikle vurgulamak istedim. Sayın Başkanın kendi sunumundan hareketle kurumsal bağlılığı artıralım, peki, birçok yöntemi söyledi, ben de çok şey öğrendim kendisinden, ama burada mesela kendini güvende hissetme yani en temel gereksinimlerden biri bu, o işyerinde ben kendimi güvende hissetmiyorsam yani çalışma ortamı sağlıklı ve güvenli değilse bağlılık herhalde daha düşük olacaktır. Ya da iş güvencem yoksa ya da görevde yükselme umudum yoksa bu bağlılık daha düşük düzeylerde olacaktır.

Bedensel, ruhsal olduğu kadar sosyal boyutunu unutmamak gerekiyor çalışma ortamının sağlık etkileri açısından. Tek tük bilim adamlarının çalışmalarıyla başlamış bu alanda uğraşlar, 1857'li yıllarda kitapların yayınlanmaya başladığını görüyoruz. Bugüne geldiğimizde iş sağlığı ve güvenliği alanındaki uğraşlar spesifik, vazgeçilmez ekip hizmetinin olduğu ve sağlığı geliştirme uygulamalarının öngörüldüğü bir düzeye ulaşmıştır.

Peki, nedir? İşin felsefesinde ne var? Yani temelinde ne var? Nereden hareket ediyor bu konu? Hani bu oturumun bence akılda kalması gereken, benim sunumumda en temel nokta bu. Kofi Annan'ın bir sözü var, güzel özetliyor,

diyor ki; "*güvenli çalışma sağlam bir ekonomik politika olabilir.*" Evet, siz güvenli ortam oluşturursanız yarın sabah çalışan işine sağlıklı gelecektir, verim artacaktır, kalite artacaktır, ya da işte bunun getireceği ekonomik gelirler olacaktır, ama sağlıklı, güvenlikli ortamda çalışmak temel bir insan hakkıdır, bu bir haktır. Yani kimseden bir şey rica edilmiyor, sağlıklı, güvenlikli ortamda çalışmak hakkım var, bu hakkın yerine getirilmesi gerekir. Bunun bilinmesi, bunun savunulması gerekiyor bütün çalışanlar tarafından.

Şimdi böyle baktığımızda konu aslında üçlü bir yapı üzerinde ilerliyor; çalışan, işveren ve devlet. Bu taraflar çalışma hayatının bütün konularında olduğu gibi iş sağlığı ve güvenliği konularında da önemli yer tutmaktadır. Bu üç sacayağının da hakları ve ödevleri vardır.

Devletin ödevi nedir? Devlet ulusal politikaları belirler, mevzuatı belirler, denetimleri yapar, Sedat bey gayet güzel açıkladı. Bu kapsamda Türkiye aslında çok deneyimli arkadaşlar. 1930 Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 50 den fazla işçi varsa işyerinde hekim bulunacak, gerektiği yerlerde revir açılacak. Yani bizim iş sağlığı hizmetlerinin geçmişi, daha da öncesi var aslında ama yasal düzenleme bakımında Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'na kadar dayanıyor. Sonrasında Çalışma Bakanlığı'nın kurulmasıyla birlikte iş kanunu gündeme geliyor ve bu 50 işçi sınırı hep devam ediyor. 50 işçi üzerinde işçi çalıştıran işyerleri. Oysa iş sağlığı tanımında ne gördük bütün çalışanlara hizmet götürülmesi.

Bu kapsamda baktığımızda Haziran 2012 tarihli İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu tarihsel önemi olan bir kanundur Türkiye açısından. Ama geç bir tarihtir, işte Almanya örneği söylendi 1974, bizde 2012, müstakil İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. En başlıca getirdiği husus nedir? Kamu, özel, bütün işyerleri, bütün çalışanları kapsıyor. Bu anlamda baktığımızda çok önemli bir düzenlemedir, diğer alt başlıklarıyla birlikte. Kafaların zaman zaman karıştığı bir yürürlük tarihi meselesi var. Kamuda İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun yürürlüğü ertelenmiş midir? Hayır, bütün maddeler uygulanacak bir tanesi hariç; işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı istihdam etme zorunluluğu ertelenmiştir. Diğer bütün düzenlemeler geçerlidir. Ama bakıyorsunuz risk değerlendirmesi, işe giriş muayenesi, kim yapacak? Bu profesyoneller yapacak. Herhalde bakanlık yetkilileri bu konuda çalışıyor, bu düzenlemenin belki bu torba yasaya da girmesi sağlanabilir. Bu personelin istihdamı özel önem taşımaktadır.

Kanun işyerlerini çok tehlikeli, tehlikeli, az tehlikeli olarak sınıflandırıyor. Baktığımızda hastaneler çok tehlikeli sınıftadır, diğer sağlık kuruluşlarının birçoğu tehlikeli sınıfta yer alıyor. Bir de az tehlikeli sınıf var. Neyi belirliyor bu? Mevzuattaki birçok hüküm, hepsi için geçerli ama iş güvenliği uzmanının çalışma süresi, ayda kaç dakika çalışacak ya da sağlık gözetiminin sıklığı ya da iş sağlığı

ve güvenliği eğitiminin kaç saat olacağı gibi düzenlemeleri belirliyor. Ancak sağlık kuruluşları da, bütün sağlık kuruluşları, işyeri tanımı kapsamındadır. Yani hastaneler olarak baktığımızda yer altı madeninden, inşaattan ya da bu otelin işvereninden, işletmesinden bir farkı yoktur. Bütün düzenlemeler onlar için de geçerlidir. İşte kanunun getirdiği en önemli düzenleme, çağdaş düzenleme budur, her türlü önlemin alınması hastaneler için, diğer sağlık kuruluşları için de geçerlidir.

Yine kanunla birlikte işçi tanımı, çalışana dönüştü. Eski tüzüklerimiz, yönetmeliklerimiz AB direktifleri çevirisi olarak yayınlandı, üç kendimize özel yönetmelik var. Toplam 36 yönetmelik, hepsinde çalışan olarak geçiyor ve baktığımızda sağlık çalışanları da önemli bir yer tutuyor. Dünyada 59 milyon sağlık çalışanı var, ülkemizde 750,000'e yakın çalışan var. Çalışan sayımız toplamda 24 milyon, bunun 750 bini sağlık çalışanı, önemli bir grup.

Yönetmelikler çok sayıda, ancak bu kongrenin kapsamında tartışılan birçok konuyu da içeren iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin yönetmelikler de var.

Devletin bir görevi de teftiş, inceleme, denetim demiştik. Bunu Bakanlık, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı iş müfettişleri yapıyor. Önemli nokta, örneğin çok tehlikeli olan iş yerleri yani hastanelerde risk değerlendirmesi yapılmadıysa kapatılma nedenidir. Yani kapatılma demeyelim, müfettiş denetiminde işin durdurulması nedenidir. İdari tedbir olarak durdurma varken, idari yaptırım olarak para cezalarını görüyoruz. Bir iki tane örnek verelim. Mesela; risk değerlendirmesini söyledik, işverenin genel yükümlülükleri açısından her bir yükümlülük için 2,200.TL. Ama sağlık gözetimi yapılmadıysa her çalışan için 1,120.TL, işte 500 çalışanınız varsa çok yüksek rakamlara ulaşıyor bu değerler, oldukça kapsamlı ve tekrarlayan her ay yüklenerek artan, her çalışan başına olan idari para cezaları olduğunu görüyoruz. Bu denetim sayılarına ulaşmak çok kolay değil ama ben ulaşabildiğim bir, ikisini söyleyeyim. 2013 yılında sağlık kurumlarında 151 teftiş yapılmış, 128,000 TL idari para cezası kesilmiş. Bu alandaki denetimlerin diğer sektörlerde olduğu gibi çok yaygın olmadığını görüyoruz.

Devletin yükümlülükleri yanı sıra işverenin yükümlülükleri var tabii bu alanda. Kanunun 4. Maddesi en temel konuyu belirliyor. İşveren, çalışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamakla yükümlüdür. İstediğiniz uluslar arası sözleşmeye, ulusal mevzuat bakın, bunun üzerine kuruludur. İşverenin yükümlülüğü vardır. Sağlıklı, güvenli ortamı ulaştırma yükümlülüğü vardır. Yani çalışan için bu bir haktır. İşveren için de bir ödevdir, yükümlülüktür. Bunun arkasından ayrıntılar tabii kanunda da yerini alıyor. İşte eğitim ve bilgi verilmesi, tedbirlere uyulup uyulmadığını izlemek, risk değerlendirmesini yapmak, yaptırmak, işe

uygunluğun göze alınması gibi genel yükümlülükler var. Ama temel yaklaşım nedir? Risklerden kaçınmak, kaçınılması mümkün olmayan riskleri analiz etmek, risklerle kaynağında, olduğu yerde mücadele etmek, engellemek. Yani gürültü varsa kişisel koruyucu kullanılması değil, kaynağında gürültünün olmamasının sağlanması en önemli ilkeler arasındadır.

Bütün bu düzenlemelerin toplamı nedir? Hangi sektör olursa olsun baktığımızda 6 temel uygulama var. Bunlar gerçekleştirilirse çalışan sağlığı, güvenliği önemli ölçüde korunmuş olacaktır. Uygun işe yerleştirme, yani kişiye uygun işte çalışsın, kişiye uygunluk nasıl değerlendiriliyor? İşe giriş muayenesi. Risklerin saptanması. Risklerin tıbbi, teknik, idari yöntemlerle kontrolü, aralıklı kontrol muayeneleri erken tanı tedavi amacıyla eğitim ve hizmet sunumu. Bugün için mevzuatımıza baktığımızda uluslar arası örnekler de böyledir, dâhili ya da harici servislerce verilir. Dâhili olan, işyerinin kendi içinde kurduğu iş sağlığı güvenliği birimidir. Dışarıdan hizmet nereden alınabilir? Ortak sağlık birimleri ya da Bakanlığımızın kuruluşu olan toplum sağlığı kuruluşları. Sağlık birimleri açısından, kurumları açısından hastanelerin iş sağlığı ve güvenliği birimleri oluşturmaları daha etkin olacaktır diye düşünüyorum. Bu hizmet sunumunda çalışacak olan işyeri hekimleri, iş güvenliği uzmanları var. Son sayıları vereyim size; 80,000 iş güvenliği uzmanı oldu, 23,000 işyeri hekimliği belgesi olan var deniliyor Bakanlık kaynaklarında. Ama aslında sertifika alan kişi sayısı 40,000'e ulaşmış durumda, oldukça çok sayıda iş sağlığı ve güvenliği profesyonelinin sertifikalandırıldığını görüyoruz.

Burada diğer sağlık personeline ayrılan tartışmalar, düzenlemeler devam ediyor. Tabii hak ve yükümlülükler dediğimizde iş güvenliği uzmanlarının da yetkileri var. Bunlardan en önemlilerinden bir tanesi; işveren tarafından, gerekli düzenlemeler yerine getirilmediğinde, bağlı bulunduğu Çalışma ve İş Kurumu İl Müdürlüğüne bildirme yetkisi var. Hep gündeme geliyor, işverenden ücret alıyor bu nasıl olacak? Ama yeni torba yasada yine bu konuda profesyonelleri daha güçlendirecek yaptırımların yayınlanmasını da bekliyoruz. İşin durdurulması konusunda yine yetkileri var ve tabii mesleki bağımsızlık etik ilkeler konusunda da önemli düzenlemeler yer alıyor. Çalışma hayatında etik kurallar oldukça ayrıntılı konular.

İşverenin yükümlülükleri arasında yine çalışanları bilgilendirme ve eğitim verme yükümlülüğü var. Şu kadarını söyleyeyim, çok tehlikeli işyerlerinde yani hastanelerde her yıl en az 16 saat iş sağlığı ve güvenliği eğitimi verme yükümlülüğü var. Bu yine üzerinde durulması gereken bir konudur. Oysa tehlikeli sınıfta 2 yılda bir en az 12 saatlik iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri verilmesi gerekiyor. Sedat Bey bahsetti, hastanelere gidip meslek hastalıkları konusunda bilgilendirme toplantısı yapılıyor, Bakanlıktan 10 kişi gidiyor, toplantıya gelen hekim sayısı 2.

Dolayısıyla iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin de bu çerçevede değerlendirilmesi, önemsenmesi gerekiyor.

Acil durum planlarının yapılması, yangın ile mücadele ve ilkyardım organizasyonu gerekiyor. Benim de aklıma hep şu takılıyor; hastanede ilkyardım organizasyonu mesela, çok tehlikeli sınıf, düzenleme yapıldığında yine 10 kişi denilecek, her tarafta hekim var, hemşire var. İlkyardım organizasyonu acaba hastanede de gerekiyor mu? Bu da yine konuşulabilir. Tahliye için planlamaların yapılması lazım. İş kazası ve meslek hastalıklarını kayıt ve bildirim yükümlülüğü var işverenin. En az üç gün içinde Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirmek zorunda. Ama bizlerin çalıştığı hastaneler açısından önemli bir husus da şu; sağlık hizmeti sunucuları kendilerine intikal eden iş kazalarını, sağlık meslek hastalığı tanısını en geç 10 gün içinde sosyal güvenlik kurumuna bildirir. Yani hastanelerde iş kazası saptadığımızda bunu yine SGK' ya bildirme yükümlülüğü kanun hükümleri arasında yer alıyor. İş kazası, meslek hastalığı dediğimizde sağlık personelinin neden yüksek risk grupta olduğunu kazalar ve hastalıkları düşündüğümüzde görüyoruz. Şu kadarını söyleyeyim İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununda çok daha kısa bir tanım yapılmıştır, Sosyal Sigortalar Genel Sağlık Sigortası Kanunu'na göre. Belki de bu daha doğrudur ama SGK' ya baktığımızda, SGK bir sigorta kuruluşu olarak sigorta kasasına yönelik bazı alt ayrıntıları da belirliyor. Aynı durum meslek hastalıkları için de geçerli, burada bir noktayı özellikle vurgulamak istiyorum. Sadece meslek hastalıkları hastaneleri değil Sağlık Bakanlığı eğitim araştırma ve üniversite hastaneleri de meslek hastalığına esas olacak dosya hazırlama yetkisi vardır. Hastanelerimizde bu kurulları oluşturmak da yine iş sağlığı ve güvenliğine önemli bir katkı sağlayacaktır.

Meslek hastalığı tanımı yine kanunda aslında tam doğru olarak saptanmış, tıbbi tanıya götürüyor; mesleki risklerden ortaya çıkan hastalıktır. Eğer bu hastalık maluliyete neden oluyorsa SGK'nın konusudur. Ama SGK'dan öğrendiğimiz, Türkiye'de meslek hastalığı diye yayımlanan sayılar yanlış. 100,000 meslek hastalığı olması gereken yerde 400 tane bildiriliyorsa yanlış, hiç tartışmaya bile gerek yok. O zaman bu ayrımın netleştirilmesi gerekiyor, en azından tanım açısından. Sağlık çalışanlarında iş kazaları dediğimizde SGK verilerine göre 1905 iş kazası saptanmış, 7 meslek hastalığı bildirimi var, yaşam birimleri sağlıkla ilgili yardımcı profesyonel meslek mensupları için. Sağlık gözetimi önemli, işe giriş, periyodik muayenelerin yapılması, iş değişikliğinde muayenelerin yapılması.

Çalışanların haklarına geldiğimizde, çalışanların bilgi alma hakkı vardır, çalışmama hakkı vardır, eğitim hakkı, sağlık izninden yararlanma, görüş bildirme, seçme ve seçilme hakkı, katılma hakkı vardır.

Çalışmama hakkına bakalım, ciddi ve yakın tehlike varsa çalışanın çalışmama

hakkı vardır. Bütün taraflara söylüyorum; işçi, işveren, devlet, çalışmama hakkını kullanan bir çalışan oldu mu bugüne kadar? Hani duyan yok. Yani olsa bile bunu kullanıp özlük haklarında kayba uğradı mı, yine çok bilinen bir konu değil, önemli bir konu. Çalışanın bir de yükümlülükleri var tabii, ödevleri var. Doğru çalışma, doğru kullanma, tehlike ve riskleri bildirme, işbirliği ve katılım.

Şimdi bu çerçevede iş sağlığı ve güvenliği Çalışma Bakanlığı'nın konusu olarak günümüze kadar gelmiş ama Sağlık Bakanlığı hep konunun içindeydi aslında. Ülkedeki bütün sağlık konularında olduğu gibi iş sağlığı ve güvenliği konularında Sağlık Bakanlığı önemli, görevleri, yetkileri ve sorumlulukları var. Ancak kendi hastanelerine yönelik çalışmalardan geçen hafta yapılan bir sunumdan birkaç örnek vereyim. Örneğin beyaz kod başvuruları; Eylül 2014, yani on ay içinde 5.198 başvuru olmuş, üçte ikisi sözel. Diğer taraftan yine kurum içinde eğitimler verildiğini; özellikle de bu konuda eğitimlerin şiddet ve mobbing konularını içerdiğini, iş sağlığı ve güvenliği, mevzuatın gerektirdiği iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin başladığını, risk değerlendirmelerinin başladığını, acil durum planlarının yapıldığını görüyoruz.

Önemli bir birimimiz yine Türkiye Halk Sağlık Kurumu'nun Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Dairesi Başkanlığı. Yaklaşık 970 TSM'den 79'u aynen iş sağlığı ve güvenliği hizmeti veriyor. Nerelere? Başlıca kamu kuruluşları, kendi ASM'leri, kendi TSM'leri, buralardaki iş sağlığı hizmetlerini sürdürüyor. Yine önemli bir kaynaktır Bakanlık bünyesindeki çalışmalar için.

Diğer taraftan bu kongrenin konusu olan kalite yönetim sistemi organizasyonlarına baktığımızda birçok uğraş alanınız iş sağlığı ve güvenliğinle de örtüşüyor ve hani bildiriler, sözel bildiriler, poster bildiriler birçoğu iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili. Demek ki bu alanlarda bir yeni yapılanma da düşünülebilir. Buradaki bilgi birikimini, nitelikli insan gücü, iş sağlığı ve güvenliği çalışmalarında birlikte değerlendirilmelidir. Bu çalışmaların da biran önce başlatılması gerekiyor bence, hani ayrı ayrı komiteler, ayrı ayrı yapılar yerine daha iş sağlığı ve güvenliği kapsamlı çalışmalar yapılabilir. Bir diğer konu bu çalışmaları başlatırken, belki de en baştan birlikte planlamak gerekiyordu, ancak güçlükler var bugün için. Dünkü konuşmalardan hareketle, örneğin şehir hastaneleri kurulacak. Onlara o organizasyonda şimdiden iş sağlığı ve güvenliğini yerleştirmek gerekiyor. Çünkü kanunda diyor işte giriş katında şu büyüklükte, şu standartlarda, ama iş sağlığı ve güvenliği organizasyonu yanı sıra meslek hastalıkları kliniği, toksikoloji laboratuarı gibi konuları da şehir hastaneleri kapsamına almak iş sağlığı ve güvenliğine önemli katkı olacaktır.

Ben sabrınız için çok teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU

Oturum Başkanı

Sayın Hocamıza bu güzel sunumu için çok teşekkür ederiz. Şimdi son konuşmacımız Doktor İbrahim Halil KAYRAL, kendisini kürsüye davet ediyorum, Sağlıkta Sağlıklı Çalışma Yaşamı.

Sağlıkta Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Dr. İbrahim Halil KAYRAL

SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Sayın Başkan, Sayın Yöneticilerim, Çok Değerli Katılımcılar…

Sayın hocalarım özellikle çalışma yaşamının hem kavramsal, hem teknik, hem uygulamaya yönelik çok farklı noktalarının üzerinde durdular. Bende sunumumda sağlıklı çalışma yaşamı konusunu; Bakanlık çalışmalarında, özellikle sağlıkta kalite standartları ve sağlıkta akreditasyon bakış açısıyla ortaya koymaya çalışacağım.

Tabii dün ve bugün yapılan birçok konuşma; sayın müsteşarımızın, ISQua'dan gelen yetkililerin, değerli yöneticilerimizin ortaya koydukları sağlıkta akreditasyon, sağlık turizmi, şehir hastaneleri gibi sağlık alanındaki yön gösterici vizyonu ortaya koyucu konuşmalar, bizi motive etmekte ve çok önemli noktaların altını çizmektedir. Fakat bu oturumun özellikle üstünde durmaya çalıştığı konu ise; sayılan bu hedeflere ulaşabilmemiz için sağlık çalışanlarının ve tüm paydaşların öncelikle sağlıklı bir çalışma ortamı içinde çalışmalarıdır. Aksi halde bu hedeflerin hiçbirine ulaşmamız mümkün olmayacaktır.

Sunumumuza geçecek olursak. Sunumumda; çok özetle çalışma yaşamından bahsedeceğim ve sağlıksız çalışma yaşamı nasıl oluşuyor, aynı şekilde sağlıklı bir çalışma yaşamını nasıl inşa edebiliriz konularının üzerinde durmaya çalışacağım. Aslında bu yaklaşım, sağlıkta kalite standartları ve akreditasyonda da yol gösterici olma işlevi gösterecektir.

Şimdi, öncelikle çalışma yaşamından bahsedecek olursak; hepimizin bildiği dış çevre ve iç çevre koşullarından bahsetmek istiyoruz. Çünkü biz çalışma yaşamında bu çevre faktörlerinden etkileniyoruz. Çevre faktörlerini etkilememiz çoğunlukla zor oluyor, eğer etkileme şansımız varsa bile bu değişiklikleri ancak uzun vadede, en iyi ihtimalle orta vadede gerçekleştirebiliyoruz. Dış çevre ve iç çevre koşulları, yani dış çevre anlamında; talep yapısından, uygulanan mevzuatlardan tutun da

yine iç çevrede; kurumumuzun ortaya koyduğu hedefleri, vizyonu, misyonundan, politikalarına kadar birçok konu aslında bizim çalışma ortamımızın atmosferini etkiliyor. Dolayısıyla çalışma yaşamı hakkında bu farkındalığımızın oluşması lazım ve bunlar birbirleriyle etkileşim halindeler.

Bu çevresel faktörlerle birlikte sağlık hizmetlerinin, sağlık kurumlarının altını çizecek olursak; hasta, hasta yakınlarından, sunulan hizmetlerin çeşitliliğinden, talep yapısı, organizasyonel yapı, hizmetin doğası, motivasyon faktörlerine kadar birçok faktörün daha da spesifik olduğunu görüyoruz. Örneğin hasta ve hasta yakınları açısından bakıldığında çok farklı profillere hizmet sunuyoruz. Bu bizim çalışma yaşamımızın gerçeği. Dolayısıyla buna yönelik düşünmemiz lazım. Yine sunduğumuz hizmetler çok kompleks. Talep açısından baktığımızda toplumun sağlık bilinci sürekli artıyor ve bu da aynı şekilde talebi farklılaştırıyor, artırıyor. Özellikle şehir hayatı ve modern insan yaklaşımıyla baktığınız zaman hastalar daha farklı beklentilerle geliyorlar size.

Organizasyonel yapıya baktığımızda; yine karmaşık bir matriks yapıdan bahsediyoruz. Hizmetin de kendisine has özellikleri var; sağlık hizmeti ertelenemez, stoklanamaz ki bunların detaylarını artık hepimiz çok iyi biliyoruz. Çalışan motivasyonu açısından da aslında olumlu, olumsuz faktörlerden bahsedebiliriz. Sayın hocalarımız değindiler; riskler, sağlıkla ilgili sunulan hizmetlerde iş stresi, iş baskısının getirdiği olumsuz faktörler ve diğer yandan insanları sağlığına kavuşturmanın vermiş olduğu olumlu faktörler gibi.

Kurumun içine şöyle bir baktığımız zaman, sağlık kurumlarına yakından baktığımız zaman yine çalışanların da farklı demografik özelliklere sahip olduklarını görüyoruz. Farklı şehirler, evli, bekâr, yaşlı, tecrübeli, tecrübesiz olma gibi değişik özelliklere sahipler. Bu da kişilerde farklı tutum ve davranışların gelişmesine yol açıyor ve günlük sorunları, olayları farklı şekillerde algılamamıza yol açıyor. Dolayısıyla bu açıdan da bir farkındalığa ihtiyacımız var.

Çalışma yaşamında, çalışma ortamında birlikte çalıştığımız insanlar olarak da birbirimizden farklıyız. Sadece hizmet verdiğimiz hastalar açısından değil. Bu da tabii kurum içinde uyum veya çatışma düzeylerini belirliyor, etkiliyor ki sayın hocamın örgütsel bağlılıktan yola çıkarak değindiği motivasyon, iş tatmini, başarı düzeylerini de etkiliyor diyebiliriz burada.

Şimdi bizim buraya kadar saydıklarımız çalışma yaşamının gerçeklikleri. Bunu ortaya koyduktan sonra; peki nasıl bir ortam gerçekleşirse, hangi koşullar ortaya çıkarsa çalışma yaşamının sağlıksız olduğundan bahsedebiliriz? İsterseniz gelin bunun üzerinde biraz duralım.

Kazalar ve yaralanmalar, çalışma ortamından kaynaklı hastalıklar, çalışmalara

karşı çalışanın gösterdiği tatminsizlik ki bu özellikle modern insanın ciddi bir problemi! Yani her şey yolundayken bile bir sıkıntı ya da huzursuzluk içinde hissedebiliyor kendisini. Yine mobbing, sağlık kurumlarında veya aslında diğer bütün kurumlarda karşılaşılan sorunlardan bir tanesi. Şiddet vakaları ki bununla da sıklıkla karşılaşıyoruz; hem çalışanların kendi aralarında, hem de hastalardan kaynaklı olarak. Yine tükenmişlik, depresyon vs. gibi faktörler, bunların hepsi ortaya çıktığında sağlıksız bir çalışma yaşamından bahsedebiliyoruz.

Bunlar basında yer alan örnekler, yani şöyle bir hızlıca arattığımızda karşımıza çıkan örnekler. Bu durumlarla ne kadar az karşılaşırsak, çalışma yaşamımızı da o kadar sağlıklı hale getirebiliyoruz. Örneğin, Adana'da asansör düşüyor en sonunda, bununla ilgili tedbirlerin alınıp alınmamasıyla ilgili sorunlarımız var demek ki! Neler yapabiliriz? Birazdan bunların üzerinde duracağız.

Biraz önce sıraladığımız faktörler; tükenmişlik, depresyon gibi, şimdiki örneklerde gördüğümüz güvenlik riskleri gibi, yine iş tatminsizliği gibi saydığımız bütün bu sorunlar nasıl ortaya çıkıyorlar? Bu nedenleri eğer bulursak belki bize yardımcı olur düşüncesindeyiz.

Aşırı iş yükü, plansızlık, iletişim sorunları, tanımlanmamış işler, sistemsizlik, dikkatsizlik, sorumluluk alanlarının belirlenmemesi gibi unsurlar aslında bizim çalışma hayatımızda güvenlik risklerinin ortaya çıkmasında, güvenlik risklerinin daha çok artmasına bir zemin hazırlıyorlar. Tabii güvenlik risklerinin artması sonucunda da biraz önce saydığımız hastalıklar, yaralanmalar, kazalar ve maalesef ölümlerle karşılaşabiliyoruz. Dolayısıyla bunları bir bütün olarak ele aldığımızda bu unsurlara inebilirsek eğer, olumsuz sonuçlardan da kaçınabiliriz.

Yine baktığımız zaman kurum içi rol çalışmaları, çalışanların çalışma alanları ile ilgili tecrübesizlikleri, mesleği isteyerek seçmeme yani daha işin başında işini severek yapmıyor ya da bir şekilde işini istemeyerek seçmiş, yine işiyle ilgili belirsizliklere sahip, kendisiyle ilgili belirsizliklere sahip, aşırı iş yükü var. Biraz önce sıraladığımız iş gerilimi gibi faktörler de çalışanda iş tatminsizliği, tükenmişlik, depresyon gibi olumsuz sonuçlarla karşımıza çıkıyor. Bu da kişinin kendisine saygısını yitirmesine, çaresizlik hissine, sürekli yorgun hissetmesine, motivasyonunu kaybetmesine yol açıyor ki hedeflerimize ulaşabilmek için olumsuz şekillerde ortaya çıkan bu faktörlerin ortadan kalkmasına hepimizin ihtiyacı var.

Sıraladığımız bu olumsuz etkiler bir üç boyutta; hem kurum için, hem çalışanlar için hem de toplum için farklı dışsal sonuçlar ortaya çıkarabiliyor. Bunları aslında hepimiz biliyoruz, çok üzerinde durmayacağım ancak burada da bir farkındalık olabilmesi için, yani bu sonuçların özellikle hem yönetici penceresinden

baktığımızda çalışan için ve hem de toplum açısından önemli olduğunu vurgulamak istiyorum, çünkü çalışanlar sonuçta içinde yaşadıkları toplumun birer üyesi.

Çalışma yaşamımızın gerçekleri ortada, dış faktörlerden, iç faktörlerden devam ettik, sağlıksız koşulları da artık kafamızda canlandırabiliyoruz, sağlıklı çalışma yaşamını nasıl inşa ederiz?

Tabii sağlıklı çalışma yaşamı denildiğinde ne anlıyoruz? Biraz önce Dünya Sağlık Örgütü ve İLO'nun tanımları üzerinde Ali Naci Hocam durdu. Yine konuyla ilgili literatür taraması yaptığımızda çok farklı tanımlar var. Martell ve Dupies iş yaşam kalitesini; çalışanın memnuniyeti, memnuniyetsizlikleri konuları, verimlilik, örgütlülük, sosyal çevre, yönetim tarzı, iş yaşamının ve iş dışı yaşamın birbiriyle ilişkisi gibi kavramlarla açıklıyorlar.

Aslında birçok faktör iş yaşam kalitesini, sağlıklı çalışma yaşamının çerçevesini ortaya koyuyor. Bizim kendi çalışmalarımız, standartlarımız, akreditasyon ve kalite açısından baktığımızda ise amacımız nedir? Sağlıksız çalışma koşullarını öncelikle en aza indirgemeye ve ortadan kaldırmaya çalışıyoruz. Çünkü sonuçta bir sürecin, bir yolculuğun içindeyiz. Ortadan kaldırıyorsunuz ama tekrar ortaya çıkıyor. Mutlak bir ortadan kaldırma durumu söz konusu olamayabiliyor. Ve bunları yaparken çalışan perspektifinden bir bakışın sağlanması bizim açımızdan ve konsept açısından önemli. Çünkü bizim için burada önemli olan sağlık çalışanının kendisi.

Sorunlara, olaylara, her gün üzerinde durduğumuz, karşılaştığımız konulara çalışanın perspektifinden bakabiliyor olmamız önemli. Çalışma yaşamının bu donelerinin sürekli olarak iyileştirilmesi için neler yapmalıyız sorusu, sağlıklı çalışma yaşamı açısından bizim amacımızı ortaya koyuyor.

Nasıl başarabiliriz? Bununla ilgili öncelikle farkındalığa ihtiyacımız var. Örneğin bu kongrede bu oturumun gerçekleşiyor olması ve sizlerin bu oturuma katılıyor olmanız aslında farkındalık açısından bize bir fikir veriyor. Aynı şekilde kurumlarımızda da ya da günlük hayatımızda da, akademik çalışmalarda da bu farkındalığı daha çok artırmamız lazım. Örneğin konuyla ilgili arama motorunda bir araştırma yaptığınız zaman, sağlıklı çalışma yaşamı ile ilgili Türkçe kaynaklarda, bu tek başına gösterge tabii ki olmaz ama bir fikir verecektir, elde edilen sonuç 4,780 iken, bunun uluslararası literatürde karşılığına baktığımız zaman 3,250,000 gibi bir sonuçla karşılaşıyoruz. Demek ki daha çok farkındalığa ihtiyacımız var. Bu konunun gündemimizde daha çok yer almasına ihtiyacımız var diyebiliriz. Peki, nasıl başarabiliriz? Önce kapsamını ortaya koyalım isterseniz.

Hangi konuları ele almalıyız ki sağlıklı çalışma yaşamına yürüyebilelim, bu

yolculuğumuzu devam ettirebilelim. Baktığımız zaman üç temel ayaktan bahsedebiliriz. Personel politikası, iş tanımları ve planlama; işe uyum ve motivasyon ve yine biraz önceki konuşmalarda da özellikle altı çizilen güvenlik tehditlerinin ortadan kaldırılması konularının kapsam olarak ele alınıyor olması gerekiyor.

İlkine, yani personel politikası, iş tanımları ve planlama açısından baktığımız zaman burada yine bir farkındalığa ihtiyacımız var. Şöyle ki çalışan seçimini etkileyen birçok faktör var. Hem kişi olarak kiminle çalışacağımız kişiyi çoğu zaman seçemiyoruz, hem yönetici olarak kurumumuzda görevlendireceğimiz kişiyi seçemiyoruz, yasal düzenlemelerden tutun da kurumun hiyerarşik yapısı, karar alma hızına kadar birçok faktör etkili olabiliyor. Mesela aday havuzu; siz personel arıyorsunuz, paranız da var, istihdam etmek istiyorsunuz fakat aradığınız kişiyi, o boşluğu dolduracak özellikteki kişiyi bazen o an, ihtiyaç duyduğunuz o dönemde bulamıyorsunuz. Bunun gibi birçok faktör personel politikalarınızı etkiliyor fakat yine de burada en etkin seçimi yapmak için neler yapmalıyız, bunun altını çizmek gerekiyor.

Bir diğer konu yine iş tanımlarının yapılması. İş tanımları yapılırken; işin amacı, ölçülebilir hedefleri, işin diğer işlerle ilişkisi, iş bölümünün nasıl yapılacağı konularına kadar birçok konuyu kapsaması gerekiyor. Burada iş tanımının yapılmasının öneminin altını da çiziyoruz. Çünkü tanımlamadığınız bir işin gelişip gelişmediğini, nasıl gelişeceğini bilemeyiz ya da yine aynı şekilde işi tanımlanmamış bir çalışanın başarı ve başarısızlık faktörlerinin nerede başlayıp nerede bittiğini bilemeyiz. Bunların hepsi aslında biraz önce sağlıksız çalışma koşullarını yaratan faktörlere götürüyor bizleri. Riskler açısından, tükenmişlik açısından, birçok açıdan, işlerin tanımlanması çok kritik. Tabii doğru şekilde tanımlanması.

Yine, işe uyum ve motivasyon konuları da; dün özellikle Mehmet Demir hocam şehir hastanelerinden bahsederken, Ali Naci hocam biraz önceki oturumunda ifade ettiler, önemli bir konu. Çalışanın işe uyum göstermesi, bunun önceden yapılması, yani daha işe başlamadan önce uyumun sağlanmış olması bizim için kritik. İşe uyumun sağlanması için nelere ihtiyacımız var? Öncelikle kuruma yeni başlayanların, kurum içi yer değiştirmelerin olması söz konusu olabilir. Ya da işlerin yapılış şeklinin güncellendiği durumlarda işe uyumun sağlanması gerekiyor. Bunun için uyum eğitimlerini gerçekleştirmemiz gerekiyor. Tabii, uyum eğitimleri; temel mesleki kurallardan tutun da hastanenin çalışma ilkeleri, kişinin çalışacağı kişilere kadar birçok farklı konuyu ele alıyor.

Her gün üzerinde durduğumuz bir diğer konu da motivasyon. Motivasyon konusunun ilk söylediğimiz amaçsal yaklaşımda çalışan perspektifinden daha

özenle ele alınması, Sayın Tuncer hocamın ifade ettiği, konunun örgütsel bağlılık açısından ele alınıyor olması kritik konulardan. Çünkü iş yapma arzumuz olmadığı müddetçe, bizi bir şeyler harekete geçirmediği müddetçe, yani motive olmadığımız müddetçe işimizin sonuçları da çok farklı yerlere gidebiliyor. Hem güvenlik açısından hem de sonuçlara ulaşmamamız açısından.

Tabii bunun için doğru motivasyon araçları nelerdir, sorgulamamız gerekiyor. Kurum içinde hangi konuyla ilgili; sorun çözmeye yönelik mi, harekete geçirmeye yönelik mi, motivasyon araçlarımız nelerdir gözden geçirmemiz gerekiyor. Bunu yaparken hem dış motivasyon faktörleri açısından; yani kurum olarak bir ödül-ceza sistemi mi uygulanacak, ki bunlar da tartışmalı konular, yoksa kişinin kendi potansiyelini açığa çıkarmasını sağlayacağımız bir ortam mı yaratacağız, çok önemli. Fiziksel ortam ve olanaklar sağlanıyor mu? Kişi çalışma ortamında, örneğin; rahat bir sandalyede mi oturuyor? Çünkü rahatsızsa işine konsantre olamayacaktır, gibi.

Bir diğer konu da iç motivasyon; kişinin içsel motivasyonunu sağlayacak özgüvene sahip olup olmaması, olumlu düşünme, olaylara pozitif yaklaşma gibi bakış açısı, olayları nasıl algıladığı konuları. Kişinin kendi amaçları ile kurum hedefleri, kendi hedefleri aynı doğrultuda mı? Bunlar da uyumsuzluk var mı, önemli konular. Ve huzur tabii ki; iç motivasyonumuzun sonuçları açısından bizim için önemli. Bu konuların da bu kapsamda ele alınması gerekiyor.

Diğer faktörlerin yanında en önemlisi ise güvenlik tehditlerinin ortadan kaldırılmasıdır. Çünkü ihtiyaçlar hiyerarşisinde, eğer güvenliğimiz sağlanmıyorsa diğer konuların hepsi çöpe gidiyor. Öncelikle güvenliğe ihtiyacımız var. Sağlıkta çalışan güvenliği bu bakış açısıyla aslında bize bir çerçeve sunuyor. Sağlıkta çalışana odaklı olarak sağlıkta çalışan güvenliği, hangi konuları kapsıyor?

Kişinin işe, işin kişiye uygunluğu kritik, çünkü o konuda yetkin olmayan kişi güvenlik riski doğuruyor. Çalışanın fiziksel, ruhsal ve sosyal durumları ki biraz önce sunumlarda ifade edildi, risk faktörlerinin, güvenlik risklerinin tanımlanması konusu, risk değerlendirmesi yapılması ve koruyucu önlemlerin nihai olarak alınıyor olması konuları bizim açımızdan sağlıkta çalışan güvenliği için bir çerçeve ortaya koyuyor.

Tabii burada sağlıkta kalite standartlarının yol göstericiliği, yine diğer mevzuatlarla birlikte bakıldığı zaman ortaya koyduğu standartlar ve önümüzdeki dönemde sağlıkta akreditasyon standartlarının sağlıklı çalışma yaşamına bakışı ile bu konuda ortaya koyacağı standartlar ki daha sonra bunlar süreç içinde karşımıza çıkacaklar, önemli.

Sağlıkta kalite standartlarının çalışan güvenliğini yatay düzlemde SKS'nin farklı boyutlarında ele alıyor olması bizim için iyi bir başlangıç noktası. Her zaman daha

fazlasını elbette ki yapabiliriz, ama yol gösterici olması açısından önemli. Tabii burada sağlıkta çalışan güvenliği, sağlıkta kalite standartları denildiği zaman iş sağlığı ve güvenliği komiteleriyle ilgili sorularla karşılaşıyoruz. Buraya da kısaca hemen hızlıca değinmek istiyorum. Farklı komiteler var, Ali Naci Hocam da çalışan güvenliği, iş sağlığı ve güvenliği acaba bununla ilgili neler yapılabilir konularına sunumunda değindi, ifade etti. Burada bizim açımızdan önemli olan amaçsal olarak çalışan güvenliğinin sağlanması. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nda ifade edilen komitelerle sağlıkta kalite standartlarındaki çalışan güvenliği komiteleri aslında aynı amaca hizmet ediyor, aynı işleri yapmaya çalışıyorlar. Tabii iş sağlığı ve güvenliği komitesinde kalite yönetim direktörlerinin yer alıyor olması gerekiyor. Çünkü sağlıktan bakış açısı biraz daha farklı, özellikle komiteler açısından baktığımızda enfeksiyon kontrolünden tutunda radyasyon güvenliği komitesine kadar birçok farklı konunun bu yaklaşım içinde bütünleşmesi lazım, buna ihtiyacımız var. Bundan sonraki kısım aslında bizim amaçsal yorumlamayı yapabiliyor olmamızla ilgili. Yani maksat çalışan güvenliği, bunun için aklın yolu bir, standartlar ortada, yönetmelikler, kanunlar ortada, ne yapmamız gerekiyorsa hep birlikte yapmalıyız, aslında işin özeti bu.

Nasıl başarabiliriz konusunun kapsamını çizdik, yöntem olarak da çok hızlıca, önemli bazı konuların üzerinden geçeceğim, vurgulamak istediğim noktaları vurgulayarak sunumu toparlayacağım. Biraz önce özetlediğimiz kapsamı ortaya koymamız için bir sisteme ihtiyacımız var, kesinlikle bir sistem kurulması gerekiyor. Sistemli yaklaşmamız gerekiyor. Amerika'yı yeniden keşfetmememiz gerekiyor. Yapılanları belli bir sistematik içinde sürekli ele alıyor olmamız lazım.

Çok çalışmamız, sistemsiz çalıştıktan sonra çok da işe yaramıyor, yorulduğumuzla kalıyoruz ve yine aynı sonuçlarla karşılaşıyoruz. Dolayısıyla sisteme ihtiyacımız var. Biraz önce söylediğimiz kapsamı ortaya koymaya ihtiyacımız var. Eğitimlerle bunları tamamlamamız, riskler ve güvenlik önlemlerini tanımlamamız ve sürekli geri bildirim alıyor, ölçüyor, iyileştiriyor olmamız gerekiyor. Tüm bunları belli bir sistem dahilinde yapıyor olmamızı tanımlamamız lazım ki bir sistem içinde ilerlediğimizi görebilelim.

Diğer bir konu; Tuncer hocam ilk sunumda bahsetti, karizmatik liderlikten bahsetti, yöneticinin çalışanlarına liderlik ediyor olması, çok kritik. Detaylara çok girmeyeceğim zaten hocam ifade etti ama heyecan verecek vizyonun ortaya konulmasından, doğru kişilerin doğru işlerde çalışması, ekip çalışmasının desteklenmesine kadar birçok konu önemli. Burada tekrar vurgulamak istediğim konu eğitim. Motivasyonda da bahsettim. Bizde eğitim biraz Türkçe anlamda eğ'mekle ilişkilidir ama Latince kökenine baktığımızda lead out yani kişinin içindeki potansiyelin açığa çıkarılması anlamını görüyoruz. Liderlerin, biraz da yönetimsel anlamda, kişilerin o kendi potansiyellerini de işin içine katacak

şekilde yönetmesi, gelişime sürekli imkân sağlıyor olması önemli. Tabii bunun için de çalışan katılımını önemsememiz, çalışan ile sürekli bir paylaşım içinde olmamız gerekiyor.

Altını çizeceğim en önemli noktalardan bir tanesi de her şeyi yönetimden, liderlerden bekleme yaklaşımından da biraz farklı bakmamız gerektiği. Çalışan olarak da çalışmalara katılmamız, sisteme küsmememiz, çalışmalara küsmememiz gerekiyor çünkü biz bir aileyiz.

Sizin de, aslında hepimizin de çalışmalar içinde kendi kendimize liderlik ediyor olmamız gerekiyor. Özyönetimi, öz liderliği gerçekleştiriyor olmamız gerekiyor. Hedeflerimiz var, kurumumuzun hedefleri var, sistemde eşgüdüm içinde hareket ediyor olmamız gerek.

Sonuç olarak; nelerden bahsettik, çerçeveyi hatırlamak için hemen hızlıca toparlayacağız. Çevre faktörlerini dikkate alıyoruz, ilk anlattığımız şey buydu, çünkü o çevrenin içinde yaşıyoruz ve çalışmaya çalışıyoruz. Farkındalığa ihtiyacımız var sağlıklı çalışma yaşamı açısından. Kapsam açısından, biraz önce sıraladığım o üç konuyu dikkate almamız lazım; personel politikası, iş tanımları, iş motivasyonu ve güvenlik tehditlerinin ortadan kaldırılması. Son olarak, bunları harekete geçirecek bir yönteme ihtiyacımız var. Sistemsel yaklaşım, liderlik etmemiz, çalışanların bu işe katılımının sağlanması ve çalışanların da çalışmalara isteklilik göstermesi, katılması.

Başka bir yerden örnek verelim, siz hangi kanunu tanımlarsanız tanımlayın eğer arabaya bindiğinizde emniyet kemerinizi kendi kendinize takmıyorsanız bunu sürekli kontrol edebilecek hiçbir mekanizma yoktur yeryüzünde. Dolayısıyla aslında iş hayatında da bu biraz böyle diyebiliriz.

Son olarak konuyla ilgili sizin de katkılarınızı, geri bildirimlerinizi ilerleyen zamanda da bekliyor, dinlediğiniz için çok teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU

Oturum Başkanı

Çok güzel, çok keyifli bir sunum oldu, çok teşekkür ederim. Sayın katılımcılar süremiz doldu, aslında 10 dakika da aradan ayrılmış olduk. Konuşmacılarımız burada, arada sorularınız olabilir, onları arada bulursunuz ama çok çok önemli, olmazsa olmaz diyeceğiniz bir soru varsa tek bir soru alabiliriz.

Çok teşekkür ediyoruz. Sayın katılımcılar konuşmacılarımıza çok teşekkür ediyorum. Sayın Sağlık Bakanımızın şahsında Bakanlık çalışanlarımıza özellikle genel müdürlüğümüze ve ilgili daireye çok teşekkür ediyorum, saygılar sunuyorum.

PANEL

HASTA BAKIM HİZMETLERİNDE ÖZGÜN YAKLAŞIMLAR

Oturum Başkanı - **Uzm. Dr. Gazi ALATAŞ**
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

1966 yılında Elazığ'da doğdu. İlkokulu Gaziantep'te okudu. 1984 yılında Kadıköy Anadolu Lisesinden, 1990 yılında İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1991-1994 yıllarında Devlet Demiryollarında Gaziantep Kurum Hekimi olarak çalıştı. 1994-1995 yıllarında askerlik görevini yaptı. 1995-1996 yıllarında Kocaeli Yuvacık ve Çayırova sağlık ocaklarında çalıştı. 1996-2001 yıllarında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ihtisasını Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde yaptı. Aynı hastanede, 2001-2005 yıllarında başasistan, 2005-2012 yıllarında başhekim yardımcısı olarak çalıştı. 2009-2010 yıllarında Beykent Üniversitesi İşletme Yönetimi Anabilim Dalında, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi yüksek lisansı yaptı.

2009-2010 yıllarında Sağlık Bakanı Ruh Sağlığı Müşavirliği, 2010-2011 yıllarında Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Eylem Planı Koordinatörlüğü yaptı.

Ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli modele dönüşmesini amaçlayan Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planını hazırlayanlardandır. Ulusal ve uluslararası çok sayıda yayınlanmış makalesi vardır. İyi derecede İngilizce bilen Alataş, evli ve iki çocuk babasıdır.

Hemşirelik Hizmetlerinde Kaliteli Hasta Bakımında "Magnet Hastaneler"

Doç. Dr. Sergül DUYGULU
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Muğla doğumlu olup, 1985 yılında Muğla Sağlık Meslek Lisesi'nden, 1998 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulundan mezun olmuştur. Eşmekaya/Aksaray Sağlık Ocağı'nda, Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi'nde, Muğla-Yerkesik Sağlık Ocağı'nda, Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi'nde hemşire ve süpervisör hemşire olarak görev yapmıştır. Ayrıca 1999-2001 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Hizmetleri Daire Başkanlığı'nda görev yapmıştır. 2001 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Programından bilim uzmanlığını, 2007'de Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programından doktorasını almıştır. 2006 yılında, Almanya Hannover Medical School'da 4 ay gözlem yapmıştır. 2008 yılında 3 ay süreyle Amerika Birleşik Devletleri Minnesota Universitesi'nde Visiting Scholar olarak bulunmuştur. Halen Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı'nda Öğretim Üyesi ve Dekan Yardımcısı olarak görev yapmaktadır. Çalışmalarını hemşirelikte liderliğin geliştirilmesi, hemşirelikte güç ve güçlendirme, örgütsel bağlılık, akran mentörlüğü ve hemşirelik eğitimi ile ilgili konulara dönük olarak sürdürmektedir.

Hemşirelik Bakım Haritaları ve Kalite

Uzm. Hem. Gülay YEŞİLTEPE

Medicana International İst. Sağlık Bakım Hiz.

1986 Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu mezunudur.1995 yılında Yükseklisans eğitimini tamamlamıştır. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde servis hemşiresi, sorumlu hemşire, başhemşire, hemşirelik hizmetleri müdürü olarak görev yapmış , 2007 yılında emekli olmuştur.Kasım 2007 'de Medicana International İstanbul Hastanesi kurucu Hemşirelik Hizmetleri Müdürü olarak göreve başlamıştır. Halen bu görevini sürdürmektedir.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri ISO belgelendirme ve görev yapmakta olduğu hastanenin JCI akreditasyon ve reakreditasyon belgelendirme sürecinde aktif rol almıştır. 1 Kitap Editörlüğü, 4 kitapta bölüm yazarlığı yapmış, Uluslararası Kongre Başkanlığı gibi pek çok sempozyum/eğitim programı planlayıp yönetmiş ve yirmiyi aşkın sözlü/yazılı bildiri ve eğitim sunmuştur.Özel üniversitelerde eğitimci olarak da görev almaktadır

Kanıta Dayalı Hasta Bakımı Uygulamaları

Elif AKBAL

Anadolu Sağlık Merkezi Hasta Bakım ve Hemşirelik Hizmetleri

1984 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'ndanmezun oldu. 2000 yılında İstanbul Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bölümü'nde Yüksek Lisansını tamamladı. 1984 - 1986 yılları arasında Servis Hemşiresi, 1986 -1988 yılları arasında Koroner ve KVC Yoğun Bakım Sorumlusu, 1988 – 1994 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü'nde Başhemşire Yardımcısı, 1994 – 1999 yılları arasında FloranceNightingale Çağlayan Hastanesi'nde Başhemşire ve FloranceNightingale Hastanesi Hemşirelik Okulu'nda Eğitimci, 2001 – 2005 yılları arasında İsviçre Hastanesi'nde Başhemşire, 2005 – 2011 yılları arasında Yeditepe Üniversitesi Hastanesi'nde Hemşirelik Hizmetleri Direktörü olarak görev almıştır. Nisan 2013 tarihinden beri Anadolu Sağlık Merkezi' nde Hasta Bakım ve Hemşirelik Hizmetleri Direktörü olarak görev yapmaktadır.

Klinik Hasta Bakımına Farklı ve Modern Bir Yaklaşım: "Bütünleşik Bakım"

Uzm.Dr. Orhan KOÇ

Ankara Ulus Devlet Hastanesi

1966 Gümüşhane Torul Arpalı köyünde doğdu. İlkokulu Arpalı köyünde okuyan Orhan Koç orta ve lise tahsilini Bursa imam hatip lisesinde tamamlayarak 1986 yılında mezun oldu. aynı yıl Karadeniz Tıp Fakültesini kazandı. 1992 yılında tıp fakültesinden mezun olduktan sonra çeşitli hastanelerde görev yaptı. 1998 yılında Sami Ulus Çocuk Hastanesinde çocuk cerrahisi uzmanlığına başladı ve 2004 yılında bitirdi. Uzman olarak ilk görev yeri olan Ünye'de göreve başladı. daha sonra Aydın Nazilli'ye atanarak 2007 – 2009 yılları arasında Nazilli Devlet Hastanesinde Başhekimlik yaptı. 2009 yılında Sağlık Bakanlığında Personel Genel Müdür yardımcısı olarak göreve başladı ,daha sonra Tedavi Hizmetleri Genel Müdür yardımcısı ve Türkiye Kamu Hastaneleri finans hizmetleri başkan yardımcısı olarak devam etti. Halen Ankara Ulus Devlet Hastanesi Başhekimi olarak görev yapmakta olan Orhan Koç'un yurt içi ve yurt dışında yayınlanmış pek çok makale ve yayınları bulunmaktadır.

HASTA BAKIM HİZMETLERİNDE ÖZGÜN YAKLAŞIMLAR

Uzm. Dr. Gazi ALATAŞ

Oturum Başkanı

Ben konuşmacıları lütfen sahneye davet etmek istiyorum, buyurun. Evet, bugün bu oturumda "hasta bakım hizmetlerinde özgün yaklaşımlar" başlığında bir panelimiz var. Tabi konuşmacılar kendi konularıyla ilgili detaylı bilgi verecekler, yaklaşık yirmişer dakikayı geçmemek üzere her biri konuştuktan sonra sonunda da bir on dakikalık bir tartışma, soru cevap faslı olacak. Şimdi ilk konuşmasını yapmak üzere Doç. Dr. Sergül DUYGULU'yu ben almak istiyorum. Kendisi bize Magnet Hastaneleri anlatacak. Hemşirelik Hizmetlerinde Kaliteli Hasta Bakımında Magnet Hastaneler. Buyurun Hocam. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Bölümünden.

Hemşirelik Hizmetlerinde Kaliteli Hasta Bakımında "Magnet Hastaneler"

Doç. Dr. Sergül DUYGULU

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Herkese günaydın öncelikle. Sunumuma başlamadan Sağlık Bakanlığının benim için çok özel olduğunu söylemek istiyorum.. Çünkü on altı yıl hizmet etmekten, orada çalışmaktan büyük bir mutluluk duydum, keyif aldım. Sağlık Bakanlığı'nın böylesine güzel bir organizasyonunda yer almaktan duyduğum gururu sizlerle paylaşmak istiyorum. Ve burada olmama vesile olan Abdullah Bey'e başta olmak üzere, kalite çalışanlarına ve birim çalışanlarına çok teşekkür ediyorum. Aslında bugünkü sunumum belki magnet hastaneleri olarak çok ayrı gibi görülse de, değil. Sağlık Bakanlığı'nın kalite çalışmaları içerisinde çokta uyumlu duran akreditasyon çalışmaları içerisinde özellikle bu süreçte. Hemşireliğe özel bir akreditasyon sistemi ya da tanıma sistemi, programı diyebiliriz. Böyle bir sunum hakkında sizlerle birazcık konuşmak istiyorum. Zannediyorum şuradan geçiyorduk.

Evet, sunumuma başlarken belki bugünün sağlık bakım hizmetlerinin temel amaçları nelerdir diye hızlıca, üç günden beri konuşuldu ama ben genel başlıkları olarak böyle hızlıca benim açımdan nasıl diye bakıyorum. Amaçları, temel amaçlarımızdan bir tanesi güvenli bakım vermek. Tabi ki bütün kalite çalışmaları

akreditasyon çalışmalarının nedeni; hizmet verdiğimiz bireyler, toplumun sağlığının güvence altına alınması. Bunun içinde temel amaçlarımızdan birisi güvenli bakım, mesela işte tıbbi bakım alan hasta kendi evinde olduğu kadar güvende olmalıdır diyoruz. Yani hizmet verirken nasıl ki kendi evinde güvenli bizde en az o kadar güvenli bir ortam sağlamalıyız. Mesela; ilaç hatalarını önlemek için kontrollerin yapılması. Etkili bakım vermeliyiz çünkü hemşirelik hizmetleri olarak biz hastalarımıza güvenli bakım verirken aynı zamanda etkili bakım vermeliyiz. Etkili bakım; sonuçta çıktılarımızı düşünerek, bakım hedeflerimizi düşünerek bu hedefleri ulaşmayı kapsıyor. Hizmetlerin mesela bu kapsamda yetersiz ve gereksiz kullanımından kaçınmak gerekiyor. Hastanın neye ihtiyacı varsa direk olarak ona odaklanmak gerekir. Hasta merkezli bakım vermemiz gerekir bu süreçte.Yani hastaların ihtiyaçlarına, tercihlerine ve kültürüne saygı göstererek bakım verme. İşte hastanın kendi tıbbi kayıtlarına ulaşması gibi.Ve zamanında bakım vermemiz gerekir " Aman sen işte şimdi dur ben bir saat sonra yanına geleceğim" deyip, bir hastanın acil cevaplanması gereken herhangi bir sorusunu, ya da vermemiz gereken bir bakımı ertelememiz mümkün değil tabi ki.

Verimli bakım vermemiz gerekiyor. Verimli bakım derken de işte girdilerimizle çıktılarımızı karşılaştırıyoruz ve girdilerimizi herhangi bir işte ne bileyim somut bir şeylerle koymuşsak işte parasal boyutta ya da hizmet kaynak boyutunda ama elde ettiğimiz çıktılara baktığımız zaman bunlarla ölçülemeyecek kadar büyük çıktılar elde etmişsek o zaman verimli bakımdan söz edebiliriz işte. Bu çıktılarımız, parayla ölçülemeyecek çıktılarımız; sağlıktır. Yani hastanın herhangi bir zarara uğramamasıdır ve yararına hizmet vermemizdir. Eğer böyle bir çıktı elde edebiliyorsak ne güzel.

Adil bakım vermemiz gerekir; ırk, etnik, coğrafik, sosyo-ekonomik farklılıkları gözetmeksizin herkesin ihtiyacı olan sağlık hizmetini verebilmemiz gerekiyor. Mesela hastanelerdeki uygulama ne olabilir buna yönelik. Tabi ki hizmetlerimiz bu doğrultuda ama en basit örneği; Türkçe konuşamayan hastalar var değil mi bazı bölgelerimizde, bunlar için mesela bir tercüman sağlamada buna yönelik yapılmış bir hizmettir. Hasta bakımında kalitenin odak noktası dediğimiz zaman, kalite; yani ben kaliteli bakım verdim demekle kaliteli bakım vermiş olmuyorum. Ben güvenli bakım verdim demekle, güvenli bakım vermiş olmuyorum. Yani kaliteyi konuşurken aslında hizmet verdiğimiz bireylerin tarafından bakmak lazım. Yani onlar bizim verdiğimiz hizmeti gerçekten nasıl tanımlıyorlar, elde ettikleri neler. Eğer onların gereksinimlerine uygun, onlara zarar vermeden yararına bir hizmet verdiysek ve onlarda bunu tanımladıysa "evet siz bana şunu verdiniz" o zaman kaliteli bakımdan söz edebiliriz. Bakımda kaliteyi yakalayan bir sistem için dediğimizde hasta ihtiyaçlarını karşılamak için sistemin bütün

düzeyleri birlikte çalışmalıdır diyoruz çünkü sistematik ya da sistem yaklaşımını kullandığımız zaman, sistemin bir parçasını eksilttiğiniz zaman, mesela hemşirelik hizmetlerini sistemden çektiğiniz zaman sistem çöker. Ya da eczacılık, sistem çöker; hekimlik, sistem çöker. Dolayısıyla sistemin bütün parçaları bir arada ahenk içinde çalışabilmeli. Sağlık sisteminin birinci önceliği olarak hasta sistemin merkezinde yer almalıdır. Zaten kalite anlayışıyla hareket eden kurumların, en üstte biz CEO'ları görmeye alışkınızdır ama en üste bide biz hastayı koyuyoruz ve hasta doğrultusunda hastayı en üste koyduğunuz zaman bütün hizmetleri bu şekilde organize ediyoruz, örgütlüyoruz ve uygulamaya yansıtıyoruz. Sistemi değiştirirken veya hastaya bakım verirken sorulacak en önemli soru şu olmalıdır diyoruz bir de; yani gerçekten ben hasta için yapılabildiğim en iyi şeyi yaptım mı? Ya da yapabileceğim en iyi şey bu mu? Sorusunu sürekli sorarsam ya da şimdi bunu bu şekilde yaptım ama bir sonraki sefere daha iyi bunu nasıl yapabilirim diye sorarsam o zaman belki kalite felsefesiyle hareket etmiş olurum. Çünkü her yaptığımız şeyin mutlaka daha iyi yapma şekli vardır. Meselagünün sonunda en azından şiftten çıktık, işimizi bitirdik ve eve giderken ya da evde uyumadan önce kendime sorarsam bugün yaptıklarım gerçekten yapmam gerekenler miydi? Yapamadıklarım var mıydı? Yarın daha iyisini nasıl yapabilirim diye, bir düşünce şeklini yakalamamız lazım. Bunu yaşam biçimi haline dönüştürmemiz lazım ki kaliteyi de biz beraberimizde getirebilelim hizmetlerimizde.

Magnet programı nasıl çıkmış? İşte tüm bu endişelerden artı birde Amerika'da o dönemlerde yaşanan biraz kriz gibi diyebiliriz çünkü hem hemşire sayısı yetersiz hem de hemşireler çok fazla kurumdan ayrılıyorlarmış. Ve bu doğrultuda da işte, acaba, bazı hastanelerin ayakta durmada daha avantajlı pozisyonda olduğunu görmüşler ve bunun için bir araştırma yapmışlar, buradan yola çıkarak geliştirilmiş bir tanıma programı bu. Magnet hastane terimi nitelikli hemşireleri çekebilen ve tutabilen bu nedenle sürekli olarak nitelikli bakım sağlayabilen bir ortamı anlatmak için kullanılıyor aslında. Hani magnet dediğimiz; aslında biz hani programda magnet olarak geçtiği için bizde magnet olarak kullanıyoruz ama mıknatıs hastane de diyebilirsiniz buna. Mıknatısın özelliğini düşünün. Kendisine çeker ve bırakmaz. Aynı şekilde kendisine çektikleri de hemşireler. Çok iyi bir hastane olduğu için hemşireler mutlaka orada çalışmak istiyor. Çünkü ortam öyle yaratılmış birde hastalar açısından bakarsak ya da hizmet verilen bireyler açısından da, ben oraya gidiyorum ve bir daha artık o kurumdan kopamıyorum bunun anlamı şey değil tabi ki uzun süre o hastanede yatıyorum bakımı iyi değil o nedenle orada uzun süre kalıyorum değil. Hizmeti o kadar beğeniyorum ki o hastanede bir daha hep buraya gelmek istiyorum hizmeti almak için. Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya atılmış bu kavram ya da magnet tanıma programı ama günümüzde Amerika'nın dışındaki bazı ülkelerdeki hastanelerde sınırlı sayıda da

olsa bu magnet tanıma programı ya da magnet statüsü alan hastaneler olduğunu görüyoruz. Magnet, bir sağlık bakım kurumunun mükemmelliği yakaladığını, yani ben kaliteli hizmet verdim demeden mükemmel hizmetler sunduğunu gösterir. . Kaliteli hemşirelik bakımının verildiği yine aynı şekilde, kurumun tüm olanaklarının profesyonel hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesi yönünde kullanıldığının yetkili bir kurumca, birimce onaylanması da gerekir, bu da nerden onaylanıyor Amerika'da, Amerikan Hemşireler Birliği'nin kredilendirme merkezi var, o kredilendirme merkezinin de bir parçası magnet tanıma programı, bunlar tarafından tanınıyorlar. Üç amacı var, profesyonel uygulamaları geliştiren kaliteliyi sağlama, hemşirelik hizmetlerinde mükemmelliği yakalama ve "best practices" dediğimiz en iyi uygulamaların yayılımını sağlamak. Burada bazılarımız için yeni bir kavram olabilir, magnetin geçmişi 1980'li yıllara dayanıyor. 80 ve 81'de "Biz bir sürü hemşire sıkıntısı yaşarken, kurumdan hemşireler ayrılırken bu hemşireler niye bu kurumlarda kalıyor, niye ayrılmak istemiyor?" diye çalışmalar başlatıldı. 1981'li yıllara gidiyoruz geriye doğru. 83 yıllarında da çalışmalar devam ediyor ve bu çalışmalar sonucunda bir ekip kuruluyor, çalışma ekibi kuruluyor ve bu çalışma ekibinin çalışmaları sonucunda da 41 tane hastaneye magnet statüsü veriliyor, magnet hastane olarak tanımlanıyor daha doğrusu. Bu kurumları diğerlerinden ayırt eden bazı özellikler olduğu görülmüş ve bugün bu özellikler magnet tanıma programının güçleri olarak biliniyor. Yine 1990 yılında programın geçerliliği, magnet tanıma programı var ve bunun geçerliliği Amerikan Hemşireler Birliği tarafından onaylanıyor. 94'te ilk kez bir magnet statüsü alan hastane yani resmi olarak bu program tarafından magnet statüsü verilen bir hastane var Seattle'da. Programın adı değişiyor 97'de onlar önemli değil ama mesela 2000 yılından ilk defa Amerika Birleşik Devletleri dışında bir hastane magnet olarak tanınmaya başlanmış. Sonra 2002 de magnet tanıma programı yani biraz içeriğinde değişiklikler olmakla birlikte günümüze kadar gelen bir program. Standartlar oluşturuluyor her bir güç altında tabi ki aynı diğer akreditasyon sistemlerinde olduğu gibi temel başlıklarımız, kategorilerimiz birleşenlerimiz var. Her bir birleşenin altında kategoriler ve standartlar ayrı ayrı tanımlanmış durumda. 2008 yılında şuanda da kullanılan yeni bir vizyon belirlemiş, yani şuanda da magnet tanıma programının vizyonu olarak geçiyor ve bu yeni vizyonda 5 temel birleşen ve 14 magnet gücü belirlenmiş. Bu 5 temel birleşen transformasyonel ya da dönüşümcü liderlik de diyebilirsiniz. Liderlik olmazsa olmaz diyor. Yapısal güçlendirmede yapıyı ona göre oluşturmalısınız. Örnek oluşturan mesleki ya da profesyonel uygulamalar diyebiliriz. 3 tanesi çok temel tabi bunun yanında yeni bilgi yenileşimler ve gelişimler magnet tanıma programının olmazsa olmazları ve tabi ki elde edilen bilimsel kalite çıktıları var. 2011 yılına baktığımız zaman bu 6 nokta 6 magnet statüsü kazanmış hastanelerin

Amerika'daki, buradan Amerika Birleşik Devletlerinde, magnet statüsü aldığını görüyoruz ama 2014 yılında bunun %7›lere çıktığını görüyoruz. Magnet tanıma programının kavramsal çerçevesi nereden geliyor. Yani içerik belirlemede nerden yararlanılmış, bu standartlar belirlenirken. Bu araştırılma sonuçlarına bakılmış. Çünkü kanıta dayalı uygulamalar sonucunda işte hastanede oluşturduğunuz şu önlemler ya da şunu yaparsanız hasta düşmeleri azalıyor, şunu yaparsanız bası yaralarında azalmalar var. Yani bu araştırma sonuçlarına bakılarak hazırlanmış. Amerikan Hemşireler Birliğinin hazırladığı, hemşirelik yönetimi kapsam ve standartları var ve özel, çünkü bunlara bakılarak hazırlanmış, bu magnet tanıma programının temelini aslında nitelikli, eğitimli yönetici hemşireler oluşturuyor. Dolayısıyla practices dediği nursing administration temellerinden birisi. Kavramsal temellerinden birisi. Yine magnet güçleri değişik araştırmalar ve uzman görüşleri doğrultusunda oluşturulmuş. Amerikan Hemşireler Birliğinin kredilendirme merkezine gittiğimiz zaman ve birçok çalışma da yeni bir vizyon olarak magnet güçlerini görebilirsiniz. Bilimsel kalite çıktılarının etrafında dönen, yapılması gereken, oluşturulması gereken bir sistem.

Transformasyonel liderlik birazcık ayrıntısına girdiğimiz zaman mesela transformasyonel liderlik dediğimizde yüksek nitelikli, eğitimli hemşirelerden bahsediyoruz ve lider hemşirelerden bahsediyoruz. Aslında geleneksel liderlik anlayışına baktığımız zaman bir amaç vardır amaç doğrultusunda insanları harekete geçirirsiniz ve ondan sonra o amacı gerçekleştirirsiniz. Fakat transformasyonel liderlik sistemi dönüştüren, sistemi dönüştürürken insanları da dönüştüren liderlik. Yani ben eğer sistemde hasta güvenliğini sağlamak için bir amaçla yola çıkıyorsam, sistemde bunun için değiştirmem gereken ne varsa yapmak için bunun öncülüğüne atılıyorum. Bu yaparken sadece ben öncü olmuyorum ya da lider olmuyorum bunu yaparken de başkalarının da bu pozisyonlara lider olabilmesi için onları da destekliyorum. Ben bugün lidersem yarın da onlar lider olabilir. Bu sistemde hasta düşmelerini önlemek için sadece yönetici hemşire olarak her zaman aynı liderliği yapmak zorunda değil. Bir sonraki sefer Ayşe hemşire de bu hasta düşmelerini azaltmak için gerekli önlemlerin alınması ve sistemin oluşturulması için liderlik yapabilir. Transformasyonel liderlik bunu gerektiriyor. Yönetim stili önemli. Yani eskiden bildiğimiz ya da ne bileyim hala belki kullanılabilen,zaman zaman da kullanılması gereken otogratik ve demokratik liderlik tarzlarına bakıyoruz ama yönetim stilinin diğerlerinin katılımına yani diğerleri dediğimiz diğer çalışan hemşirelerin ya da o klinikteki o hastanede çalışan tüm çalışanların katılımına da izin veren, işte onların önerilerini dikkate alan, onların önerilerini hayata geçirebilmeleri için onlara sorumluluk veren bir yönetim anlayışımızın olması gerekir. Yapısal güçlendirme dediğimiz zaman, yapısal güçlendirmede kurumumuzun yapısına

bakmamız lazım yani normalde işte bürokratik en üstte bir yönetici alta doğru inen bir yapılanma tarzından çok her ne kadar kâğıt üzerinde böyle görülse de zaman zaman, mümkün olduğunca yatay bir yapılanmaya doğru gidilmesi gerekir burada. Çünkü bütün kararlar her düzeyde kararların içine yine çalışanlarının katılımlarına izin vermemiz gerekir bütün politikalarınızı, programlarınızı bu doğrultuda çalışanların da bütün bu kararlara bu aktivitelerin içinde bire bir yer alacağı şekilde düzenlemeniz gerekir. Hastane ve toplum arasında bir işbirliği olması gerekir. Hizmeti verdiğiniz bireylerin de görüşleri çok önemlidir çünkü iletişimi sürekli sağlamalısınız aynı zamanda hizmeti verirken diğer paydaşlarında görüşlerini almalısınız onlarla işbirliğini sürdürmelisiniz. Hemşirelik bulunduğu kurumda nasıl tanınıyor bunu da ortaya koyabilmelisiniz, diğer çalışanlar tarafından, hekimler tarafından eczacı diyetisyen vs.ler tarafından hemşirelerin kendileri tarafından nasıl algılanıyor bunun ortaya koyulması gerekir. Profesyonel gelişim olanakları mutlaka sağlamanız gerekir. Bunu da kanıtlamalısınız. Örnek oluşturan profesyonel uygulamalarda profesyonel hasta bakım modelleriniz olmalı. Mesela işte biz modeller konusunda Türkiye'de sıkıntılıyız. Çünkü genel olarak baktığımız da her ne kadar hasta merkezli çalışıyoruz destekte işlevsel bir yönetim ya da hemşirelik bakım sunumu modelini yaptığımızı görüyoruz ama bunun yerine işte tercih edilen bir vaka yönetimidir, bir primer hemşirelik modelidir. Bunları da doğru gidebilmelisiniz diyor bu programda. Sadece iş merkezli olmamalıyız. Danışmanlık sağlayabilmeli bu kurum. Magnet statüsü almış bir kurum, aynı zamanda diğer hastanelerinde diğer sağlık kurumlarının da mükemmelliği yakalaması, kaliteli çıktıları elde etmesi için, kalite çıktılarını elde edebilmesi için danışmanlık sağlamalı aynı zaman da kaynak oluşturmalı onlar için. Hemşireler uygulamaları üzerinde otonomi sahibi olmalıdır. Kararlara katılabilmelidir, kararlar alabilmelidir, hastanın iyiliği için, sağlığı için, bilimsel çıktıları elde etmek için de sorumluluk alabilmelidir, kontrol sahibi olmalıdır uygulamaları üzerinde. Hemşireler aynı zamanda eğiticidir. Nasıl eğiticidir? Hasta eğiticisidir, akran eğiticisidir, hemşirelerin eğiticisidir, aynı zamanda hastanelere gelen lisans ya da hemşirelik öğrencilerinin de eğiticisidir çünkü onun içinde eğitilmelidirler, onlara rehber olacak, onlara rol modeli olabilecek birer hemşire olmalıdır ve disiplinler arası ilişkiler. Tabi kalite geliştirme, sürekli kalite geliştirme olmalı, olmazsa olmaz. Bilimsel kalite çıktıları dediğimizde bakımın kalitesini gösteren çıktılardan bahsediyor ki nitekim bunlara aşinasınız zaten. Ne tür çıktılardır bunlar; daha çok neyin üzerinde duruyor böyle sonuçların değil ama yapısal girdi olarak ta diyebiliriz onlara girdi ile süreç üzerinde çok duruyor. Çünkü siz yapısal girdilerinizi oluşturursanız ve süreçlerinizi çok iyi hale getirirseniz zaten o çıktıları da elde etmemeniz mümkün değil. Mutlaka elde edeceksiniz. Magnet statüsü kazanmış hastanelerde çıktılara baktığımız zaman

hızlıca geçersek eğer, hasta çıktıları açısından baktığımızda bunlar kanıtlanmıştır yani araştırma sonuçlarıyla desteklenmiştir. Düşük ölüm oranları, artık birçok çalışma bunu artık söylüyor. Hastanın kurtulma olasılığının artması, ölüm riskinin azalması, hasta düşmelerinin azalması, hastaneye tekrarlı yatışların azalması, hastanede kalış süresinin azalması, hasta memnuniyetinin artması gibi. Hemşireler açısından baktığımız zaman iş memnuniyetleri yüksek, işten ayrılmak istemiyorlar, işten ayrılma niyetleri hiç yok, hemşirelerde tükenmişlik daha az. İş yeri açışından baktığımız zaman kazanımları nelerdir? Kuruma daha fazla hemşire çekiyorlar, hekim hemşire işbirliği üst düzeyde, güvenli iş ortamları sağlıyorlar ve hastane gelirinde de artış olduğu 2014 yılında yapılan araştırmalarda görülmüş. Bunun aşamaları var nasıl magnet hastane olursunuz diye. Başvurusu var, akreditasyon süreci de burada aynı şekilde. Yazılı dokümantasyon hazırlama, kurum ziyaretleri, karar verme. Bu süreç yaklaşık 12-14 ay arasında tamamlanıyor. 4 yıllık süre için magnet statüsü alınıyor ve 4 yılın sonunda yine yenileme çalışmaları devam ediyor. Bugün dünyadaki magnet statüsü almış hastanelerin ülke dağılımlarına baktığınızda, çoğunluğun Amerika'da, ama yeni yeni oluşumların işte Singapur, Suudi Arabistan, Lübnan, Avustralya, Yeni Zelanda gibi ülkelerde de magnet statüsü almış hastanelerin olduğunu görüyoruz. Yine hastanelerin 2014 yılı itibariyle ne kadarı dediğimizde %7 sine gelmiş, 2011 %6 civarındaydı, magnet statüsü aldığını görüyoruz. Magnet hastane özellikleri dediğimizde eğitim için destek veren, mesleki yeterlilikleri bulunan nitelikli hemşirelerle çalışan, olumlu doktor hemşire ilişkisi bulunması aklımıza gelmeli. Hemşirelik bakımı otonomi sahibi hemşireler tarafından veriliyor. Hastaların değerli olduğu bir kurum kültürü mevcut.Hemşireler uygulamalar üzerinde kontrol sahibi yeterli sayıda hemşiresi var, yeterli eğitimli hemşiresi var, destek veren nitelikli yönetici hemşireler tarafında yönetiliyorlar. Böyle özellikleri var. Bugün magnet hastanelere baktığımız zaman, hastanelerdeki hemşirelerin mutlaka ve mutlaka lisans düzeyinde hemşire olması isteniyor ya da en azından bizim ülkemiz için olmayan skillmisc dediklerimiz yani beceri karışımı diyoruz ama yani Türkiye'de işte orada ki değişik düzeydeki hemşirelik eğitiminden mezun olanların iyi bir sistem oluşturması var. Ama mutlaka ve mutlaka lisans düzeyindeki hemşireler bakımda bir farklılık yaratmış, bunlar araştırmalarla da kanıtlanmış. Yine magnet statüsü kazanmış hastanelerde mükemmel hemşirelik bakım hizmeti vermede anahtar nitelikli yönetici hemşire ve hemşirelerdir. Şimdi belki düşünebilirsiniz ne kadarınız hemşire bilmiyorum salonda ama herkes kendi açısından da düşünebilir bunu. Nitelikli, eğitimli, mükemmel hemşirelik bakım hizmeti verebilecek hemşireleri hastanenizde çalışmak üzere cezbedebiliyor musunuz? Bunu herkes düşünebilir, eczacıda düşünebilir, hekimi de düşünebilir, yöneticisi de. Sizin hastanenizi diğer hastanelerden farklı kılan nedir?

Hastanenizde olumlu hemşire-doktor ilişkileri kuruldu mu? Hastaların değerli olduğu bir kurum kültürü yaratabildiniz mi? Hemşireler, hemşirelik bakımında otonomiye sahip mi? Uygulamaları üzerinde kontrol sahibi mi? Bakımın kalitesini yükseltmeye yönelik hasta bakım hizmetleriyle ilgili kararlarda söz sahibi mi hemşireleriniz? Yeterli sayıda hemşireniz var mı kurumunuzda? Güvenli hemşire-hasta oranlarına sahip misiniz? Bilimsel kanıtlara dayalı bu oranları hesapladınız mı? Hemşirelik bakım hizmeti yöneticileri hemşire yöneticiler mi? Destek veren eğitimli, nitelikli lider yönetici hemşireleriniz var mı? Bugün dün verdiğiniz hizmetten daha iyisini verdiniz mi? Bugün yaptıklarınızı yarın nasıl daha iyisini yaparım diye düşündünüz mü? Tüm bunlara evet demek için gerekli düzenlemeleri yapacak yeterli gücünüz olsaydı ne olurdu? Tüm bunlara evet demek için üzerinize düşen sorumlulukları yerine getirmeye ve değişimleri başlatmaya hazır mısınız? A kliniğinin bir hemşiresi olarak da dâhil. Evet, eğer bunları yapabiliyorsanız illa Amerika Birleşik Devletleri'nde ki o magnet kredilendirme merkezinden magnet statüsü almanız gerekmiyor. Bunlara evet diyebilecek çalışmaları başlatmakla da siz; kurumuzda bir farklılık yaratabilirsiniz. İşte o zaman hemşireleri çeker, hizmet verilen bireyleri çeker ve onlar artık sizin kurumuzdan ayrılmak istemez. Türkiye'de yapılmış sınırlı sayıda çalışma var. Tabi ki bizim ülkemizde bu henüz başlamadığı için. Yıldırım Bey ve arkadaşları tarafından, hani magnet hastane özelliklerinin belirlenmesine ilişkin magnet hastane açısından özellikleri taşıyor musunuz, taşımıyor musunuz diye bir çalışma yapmışlar ve Türkçeye geçerlilik ve yönelik çalışması var. Bu ölçeği İsterseniz kurumlarınızı değerlendirme açısından bundan yararlanabilirsiniz. Burada sunumumu almak isteyenler alabilir. Yararlandığım kaynaklar var. Magnetle ilgili tabi ki yurt dışında dünya kadar yapılmış çalışma var. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde. Teşekkür ediyorum.

Uzm. Dr. Gazi ALATAŞ

Oturum Başkanı

Bizde çok teşekkür ediyoruz. Magnet hastanelerini çok güzel özetledi Sayın Sergül hocam. Şimdi hemşirelik haritaları ve kalite konusunu anlatmak üzere Medicana International İstanbul Sağlık Bakım Hizmetlerinden Uzm. Hem. Gülay YEŞİLTEPE KAÇAR 'ı alıyorum.

Hemşirelik Bakım Haritaları ve Kalite

Uzm. Hem. Gülay YEŞİLTEPE KAÇAR

Medicana International İstanbul Sağlık Bakım Hizmetleri

Sayın Başkan, Değerli Katılımcılar, bana da bu kongrede konuşma fırsatı verdikleri için organizasyon komitesine, başta Abdullah Bey olmak üzere teşekkür etmek istiyorum. İzninizle ben konu başlığımda multidisipliner bir araç olması nedeniyle bakın burada küçük bir değişiklik yaptım, hemşirelik kelimesini kaldırdım çünkü multidisipliner bir araçtı, bu çerçevede anlatmaya çalışacağım. Bakım haritaları dediğimizde belli bir tanısı konmuş olan veya belli bir semptomla gelen her hasta için gereken minimal bakım standartlarının bir grup multidisipliner ekip tarafından ortaklaşa olarak tarif edilmesidir diyebiliriz. Kritik yol terimin ise bakım haritalarının, hastanın hastanede yattığı süre içerisinde bakım ve tedavi aldığı her safhadaki kritik olayları bir plan olduğunu belirler. Amacına baktığımızda en önemli amaçları klinik süreçlerini iyileştirmek, kalitesini geliştirmek ve standardizasyonunu sağlamaktır. Bakım haritalarının önemine baktığımızda ise multidisipliner bir bakım anlayışını, tüm disiplinlerin bakıma katılımını, hasta kabulünden taburculuğa kadar verilen bakımın standart olmasını sağlar. Bu açıdan bakım haritalarının önemi yüksektir. CSA standartlarına baktığımız zaman daha önceki versiyonunda QPS içerisinde yer alan bakım haritaları ile ilgili standart 2014 versiyonunda YLD 11.2 ye alınmış ve bu standarda göre her kurumun kendi hasta özelliklerini, hasta profilini ve fiziki koşullarına uygun bakım haritalarını oluşturup uygulaması ve sonuçlarını analiz etmesi gerektiğini söyler bu standart. Burayı geçiyorum, çok uzun uzun anlatmayacağım süre kısıtlılığı nedeniyle.

Bakım haritaları ne zaman neden ortaya çıktı? Bakım haritalarının ortaya çıkışı 1980'li yıllara dayanıyor. O dönemde bakım maliyetlerinin çok yüksek olduğu fark ediliyor ve bunun yönetilmesi gerektiğine karar veriyor ve bakım haritaları ortaya çıkıyor. İlk defa 1980'li yılların sonunda bu uygulanıyor ve başarılı olduğu görülüyor. Ondan sonra da uygulaması yaygınlaştırılıyor. Ve ilk bakım haritalarının çoğu o dönem hemşireler tarafından ve hemşirelik bakımını yansıtacak şekilde oluşturuluyor ve daha sonra multidisipliner bir ekip tarafından oluşturulmaya başlanıyor. Ekip derken kimi kastediyoruz, burada bizim bakım haritası için profesyonel bir ekibe ihtiyacımız var. Bu profesyonel ekibin içerisinde büyük bir kısmı sağlık profesyonellerinden oluşuyor, sağlık profesyonelleri içerisinde mutlaka hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, bakımda yer alacak bütün sağlık personelinin içinde olması gerekiyor. Hastaya dokunacak bakım verecek bütün personellerin olması gerekiyor. Hastane yönetiminin bu konuda katkısı

çok önemli. Mutlaka içinde yer alması gerekiyor, desteklemesi gerekiyor. Hastane kalite yönetiminin bu işin içinde yer alması gerekiyor. Hatta daha sonraları aile hekimlerinin de bu konuda katkısının olabileceği ve yer alması gerektiği söyleniyor. Ve lideri daha önceleri genellikle hemşireyken daha sonra Pearson ve arkadaşları hekim liderliğinde bakım haritalarının, hekimler tarafından daha fazla güven duyulacağı için liderinin hekim olması gerektiği söyleniyor ama bizim ülkemizde bu ne kadar gerçekleşebilir oda tartışılır. Kâğıt üzerinde evet hekimler lider olarak görülebiliyor ama bu uygulamada bunu ne kadar sağlayabiliyoruz. Genellikle yine sorumlu hemşireler liderliğinde oluşturuluyor ve bizim hastanede gerçekten böyle olmuştu.

Bakım haritalarının özelliklerine baktığımızda multidisipliner araçlardır demiştim. Ve bakımda yer alacak bütün sağlık personelinin aktivitelerinin belirli bir zaman çizgisi üzerinde yer alması gerekiyor. Kullanılan zaman dilimi bakım haritasının kullanacağı hasta profiline göre ve kuruma göre değişiklik gösterebilir. Bakım haritalarıbelli bir hastalığın sonunda çıktıların, sonuçların ne olması gerektiğini ve bu sonuçları elde etmek için neler yapılması gerektiğini şematize eden araçlardır. Bakım haritalarında yer alan bakım ana unsurları yine kurumlara ve tıbbi tanıya göre değişiklik gösterebilir. Bunlar değerlendirme, konsültasyonlar, testler, bakım uygulamaları, ilaç tedavisi, diyet, aktivite gibi eğitim ve taburculuk planlarıdır. Bakım haritaları tek bir sayfa şeklinde oluşabileceği gibi daha çok sayfadan da oluşabilecek checklistler halinde hazırlanabilir ve hastanın gereksinimlerine göre değişiklik yapma olanağına sahip araçlardır.

Bir bakım haritası hazırlanırken literatür taraması yaparak kanıta dayalı tıp uygulaması temeline göre ve multidisipliner bakım anlayışı içerisinde hazırlanması gerekir. Ve bir hastaya emeği geçecek tüm sağlık personeli, sağlık hizmetlerinin her aşamasında elde edilmesi istenen çıktıları ve sonuçları bir araya gelerek belirlemesi gerekiyor. Ve bu çıktıları elde etmek için hangi önlemleri almak gerekiyor hangi tetkikler yapılmalı, hangi tedavi uygulanmalı ve neleri monitörize etmek gerektiğini önceden planlaması gerekiyor bu ekibin bir araya gelerek. Örneğin açık kalp ameliyatı yapılması planlanan hastalara ameliyattan önce hangi laboratuar tetkiklerini yapacağız, hangi tanı yöntemleri uygulanacak, bunların önceden planlanması gerekiyor. Eldeki kaynaklarımız nedir? Söz konusu hastalığın tanı ve tedavisinde hangi kaynaklar kullanılacak? Tanı ve tedavi yönelik girişimlerimiz nasıl olacak? Zamanlaması nasıl olacak? Ve bütün bu hizmetin sonunda hastanın hangi sonuçla hastaneden taburcu edileceği gibi konularda takımı oluşturan bütün üyeler arasında tam bir mutabakat sağlanması gerekiyor. Ve rehber tüm sağlık çalışanları tarafından ulaşabilir olmalı. Bunun en kolay yöntemi de herhalde elektronik ortam olacaktır. Elektronik ortamda paylaşılabilmeli. Burada bakım haritası hazırlama süreciyle ilgili bir algoritma

görüyoruz, buraya göre de bu önce belirlenen ekip tarafından kuruma göre hangi bakım haritaları hazırlanacak, onların belirlenmesi gerekiyor. Belirlenen bakım haritalarının çizilmesi, belirli bir alanda önce denenmesi, daha küçük alanda, daha sonra yaygın bir şekilde kullanıp 6 ayda bir analizleri 2 yılda bir gerekirse revizyon yapılması gerektiği bu süreçte belirtiliyor. Hoffman'a göre bakım haritası oluşturma aşamalarına bakacak olursak; Hoffman'da literatür taraması daha sonra bir komitenin oluşturulup bu komitenin hangi tanıları uygulayacağına karar vermesi, daha sonra prosedür ve formların oluşturulması, bütün ekip tarafından görüş birliğinin alınması, pilot bir çalışma uygulanması. Daha sonra da verilerin gözden geçirilerek gerekirse değişiklik yapılması ve daha fazla bir alanda kullanılması, daha sonrada gerekiyorsa 2 yılda bir revizyonundan bahsediyor Hoffman. Garry Pearson'a göre de multidisipliner bir ekip oluşturulması ve engel varsa hekim önceliğinde ortadan kaldırılması. Pearson da hekim önceliğinde hekimlerin korunması gerekliliğinden bahsediliyor ve kritik yollarda kaliteli iyileştirme hiç bitmeyen bir süreç olduğu için sabırlı olunması gerektiğini söylüyor. Zander, gelişimler ve sonuçları belirlemede hangi zaman dilimlerinin saat, gün, hafta kullanıldığına önceden karar verilmesi gerektiğini söylüyor ve Zander bakım haritalarını bir puzzle'a benzetiyor. Gelişim ve sonuçların uyumlu olana kadar birlikte gözden geçirilmesinin gereksinim olduğunu belirtiyor. Konu seçimi önceden yapılması gerekiyor demiştik. Peki, neye göre konu seçeceğiz? Her konuda biz her tanıda bakım haritası hazırlayabilir miyiz? Hayır, hazırlayamayabiliriz ama özellikle kendi kurumumuzda sık görülen ve sağlık bakım maliyeti yüksek olan tanıları öncelikle seçmek gerekiyor ve bakım sürecinde hasta bireye göre çok daha az farklılık gösteren, yani standardı sağlayabileceğimiz tanıları seçmek özellikle gerekiyor. Örneğin korner arter bypass, eklem replasmanı gibi cerrahi işlemler bakım protokolü geliştirmek için uygun vakalar olarak düşünülmüş daha sonra sezaryen, vajinal doğum gibi işlemlerde de bakım haritası geliştirilebileceği söylenmiştir. Ve literatüre baktığımızda giderek yaygınlaştığını görüyoruz ve birçok tanıda burada tek tek sıralamayacağım, preotobiden, anjine kadar birçok konuda bakım haritası geliştirilebileceğini göstermiş literatür. Peki, bakım haritası kullanamayacağımız durumlar var mıdır? Evet, bakım haritamız olsa dahi o konuda örneğin apendektomi ile ilgili bakım haritanız var, apendektomi için hastanız yattı ama perfore apandisti var bu durumda bu bakım haritasını o hastaya kullanamayabilirsiniz çünkü süreciniz çok değişecektir. Süreç değişeceği için o hastada kullanamayabiliriz. Veya bypas için bir hasta yatırdık hasta ameliyata gitmeden MI geçirdi, ameliyat olmadan yoğun bakıma almak durumunda kaldınız, bu durumda da bakım haritasını tabi ki bu hastada kullanamayacağız, standardı sağlayamayacağımız için. Burada bakım haritası hazırlama formülünü görüyoruz. Dikey ve yatay eksenler üzerinde, dikey eksende süreçler yer alırken yatay eksende hasta ne zaman, neredeyse o günleri belirtiyoruz. Örneğin;

ameliyat olacak bir hasta ise birinci gün hasta preop dönemde katta olacak, serviste olacak, ertesi gün yoğun bakımda olacaktır eğer yoğun bakım gerektiren bir hasta ise. Daha sonra yine postop dönemde serviste olacak, bunlar bu zaman çizgisi üzerinde belirtiliyor. Bakım haritaları. tedaviyle ilgili birtakım bölümler olsa da kesinlikle hekim orderının yerine kullanılmamalıdır. Hekim orderlarının ayrıca order sistemi üzerinden verilmesi gerekir. Ama önceden yazılmış hasta odaklı progress notu ve hemşire gözlem notlarına gerek kalmayabilir burada. Ve bu anlamda hemşirenin işini çok kolaylaştırdığını düşünüyorum. Çünkü hemşire biliyorsunuz 24 saat hasta ile birlikte olan sağlık personelidir ve bakım koordinasyonunu sağlayan kişidir aslında ve sürekli diğer sağlık personelleriyle iletişim halinde olmak durumundadır hastanın bir takım işlemleriyle ilgili. Ve bazen bu süreyi çok uzatabiliyor. Bu anlamda her şeyin önceden planlanmış olması hemşirenin işini kolaylaştıracaktır.

Her hastanenin bakım haritası, hastaneye özgü olmalıdır. Bir başka hastanenin hazırladığı bakım haritasının farklı diğer hastanelerde kullanılması çok doğru bir yaklaşım olmayabilir. Hem benimsenmesi açısından hem uygulanması açısından doğru olmayabilir. Zaten benimsenmediği zaman bankoları da biliyorsunuz kullanılmayan bir yığın form bulunabiliyor buda onlardan biri olmaktan öteye geçemeyebilir. Ancak tabi ki fikir alınıp geliştirilebilir kuruma uygun bir hale getirilebilir. Yararlarına baktığımızda bunları da tek tek sıralamayacağım çok fazla yararı olduğu görülüyor. Literatürü taradığımda maliyetlerin düşürülmesi servisler arası kopukluğun azaltılması gibi, insan gücü planlaması gibi, memnuniyeti arttırması gibi birçok yararından bahsediliyor ama bunlarla ilgili ne kadar çalışma var? Açıkçası çok fazla çalışmaya rastlamadım. Çok az bir iki tane şey buldum. Ve bununla ilgili çalışmaların yaygınlaştırılması gerektiğini düşünüyorum. Çünkü gerçekten maliyet üzerinde ne kadar yararı var, ne kadar memnuniyeti arttırmış bunu istatistiki olarak görmemiz en azından kullanımı için daha ikna ediciolacaktır veya gerçekten yararlımı onu görmüş olacağız. Bakım haritalarının olumlu sonuçlarına baktığımızda Marilyn Johns Enrique' ne göre departmanlar ve disiplinler arasında iletişimi sağladığı, standart bakımı gerçekleştirdiği yine burada da memnuniyetle profesyonel gelişimi sağladığından bahsediliyor. Birkaç örnek paylaşmak istedim sizlerle tabi ki detaylarına girmeyeceğim sadece tablo halinde göreceksiniz. Bu; değişik hastanelerde uygulanan bakım haritalarından birkaç örnek. Türkiye'de ve yurt dışında uygulanan birkaç örnek burada sadece bu şekilde gösterebileceğim tabi ki çok detaylarına inemeyeceğim. Zaten kapsamlı olduğu için burada hepsini gösterme fırsatım olmayacak.

Böyle hızlıca geçiyorum. Bu da yurtdışı bir örnek. Bakım haritalarının kullanımını tabi ki değerlendirmemiz gerekiyor. Nasıl değerlendiriyoruz? Varyans analizi ile değerlendiriyoruz. Varyans analizi hasta bakımını, bakım açısının uygun sağlanıp

sağlanmadığı ile ilgili bize sürekli bilgi verir. Ve plandan herhangi bir sapma olduğu zaman mutlaka varyans analiz formuna kaydedilmesi gerekiyor. Belirli aralıklarla 6 ayda bir gibi bu analizlerin değerlendirilmesi gerekiyor. Eğer sistemle ilgili bir varyansınız var ise bununla da ilgili kök neden analizi yapılıp gerekli akşamların alınması gerekiyor. Varyans değerlendirmesi tıbbi süreçlerin belirli zaman aralıklarında yeniden gözde geçirilmesini sağlar ve hastanın kurumun özelliklerini değiştirmesini sağlar. Tabi medikal süreçler dinamiktir, sürekli değişkenlik gösterebilir. Bir bakım haritası hazırladığımızda bunu uzun zaman kullanamayabiliriz. Olan değişikliklere göre bizim bakım haritasını bu şekilde revize etmemiz gerekebilir. Bakım haritalarında ortaya çıkacak değişkenler hizmet sunumunda mı bakım haritalarında mı düzeltme yapmamız gerektiğini bize gösterir. Burada da bir varyans analiz formu görüyoruz burada da olan sapmalar varyans analiz formunda ilgili yerlere kaydediliyor kodlanıyor ve daha sonra bir analiz yapılıyor, bu analizde de kaç parametre içerisinde ne kadar sapma olduğunu görebiliyoruz ve bu analizden sonra ilgili ekibi bir araya gelerek yapılması gereken değişiklik var mı hangi alanda değişiklik yapılması gerekiyor buna karar vermek gerekiyor. Ama ihmal edilebilir sapmalar da olabilir. Bunu da bu komite değerlendirecek. Varyans analizleri negatif veya pozitif olabilir. Beklenen zamandan hastanın daha önce yoğun bakımdan çıkması pozitif varyansa örnektir, bu da bir varyans ama pozitif bir varyans. Beklenen zamanda taburcu olamaması ise negatif varyansa örnek olarak verilebilir. Sapmalar değişik nedenlerle olabilir ben tabi hızlı geçeceğim vakit nedeniyle örneğin yatak randevu uygunluğu, bilgi-veri uygunluğu, malzeme-ekipman uygunluğu gibi ve hastane nedenli kaynaklar gibi varyans nedenleri olabilir. Hasta ya da ailesi ile ilgili faktörler, sağlık personeli ile ilgili faktörler, sağlık kurumu ya da sistemle ilgili faktörler, toplumla ilgili faktörler olabilir varyans nedenleri. Örneğin malzeme olmasına karşın hastanın pansumanının yapılmaması personelden kaynaklanan bir varyans nedeni. Hasta istemediği için herhangi bir işlemin zamanında yapılamaması hastadan kaynaklı varyansa örnektir. Hastanın alması gereken ilacın hastanenin eczanesinde olmadığı için verilememesi sistemle ilgili bir varyans nedenidir. Toplumla ilgili faktörler arasında ise ulaşım imkânlarının yetersizliği ve ev bakımı gibi alternatif yöntemlerin olmamasını sayabiliriz. Yapılan bir çalışmada bakım haritalarının hasta yatış süresi, hastane maliyetleri, preop dönem, postop komplikasyonlar ve hasta memnuniyeti üzerine etkileri analiz edilmiş ve bu çalışma sonuçlarına göre bakım haritası kullanılan gruplarda hastane kalış sürelerinde önemli oranda kısalma olduğu görülmüş. Preoperatif dönemde bakım haritaları normal bakım planı kullanan hastalarla karşılaştırıldığında ise preoperatif hastane yatışlarında önemli oranda kısalma olduğu gösterilmiş. Bakım haritaları yerine bazen farklı terimler kullanılabiliyor onun için bunu da burada göstermek istedim karışıklık olmasın diye. Ve klinik rehberle de bazen karşılaştırılıyor. Klinik rehberlerle

aralarında farklar var. Bakım haritaları kalite ve maliyet etkinlik üzerinde odaklanır, multidisiplinerdir, kuruluşa özgündür. Klinik rehberler ise medikal esaslı uluslararası standartlardır diyebiliriz. Fakat ikisi beraber kullanıldığında mükemmel algoritmalar yaratılmış olabilir. Ve öneri olarak bu araçlarının ikisinin bir arada kullanılmasıdır.

Sonuç olarak bakım haritaları maliyeti düşük ve kaliteli bir sağlık bakım hizmeti sunmak amacıyla özellikle gelişmiş ülkelerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bakım haritaları multidisipliner araçlardır. Aynı zamanda kaliteyi geliştirme potansiyeline de sahiptirler. Yapılan çalışmalar bakım haritalarının bakım kalitesini artırdığını, maliyeti düşürdüğünü, hasta memnuniyeti ve sağlık personeli iş doyumunu artırdığını, hasta kabulünden taburculuğa kadar verilen bakımın standart olmasını ve kayıt altında tutulmasını sağladığını, klinik uygulamalarda da standardizasyonu sağladığını desteklemektedir. Bu açıdan baktığımızda bakım haritalarının ülkemizde de sınırlı olan kaynakların etkili bir şekilde kullanılmasında ve bakım kalitesinin yükseltmesine etkili olabileceği düşünülebilir.

Evet, burada zorlu bir yol görüyoruz acaba gitmeye değer mi? Sonu böyle olacaksa herhalde değer diye düşünüyorum. Bütün zorlu yollarınızın böyle güzel yerlere çıkmasını dileyerek sabrınız için teşekkür ediyorum.

Uzm. Dr. Gazi ALATAŞ

Oturum Başkanı

Çok teşekkürler. Süre uyumu içinde ayrıca teşekkür ediyorum. Şimdi Anadolu Sağlık Merkezi Hasta Bakım ve Hemşirelik Hizmetlerinden Elif AKBAL kanıta dayalı hasta bakım uygulamalarını anlatacak. Buyurun.

Kanıta Dayalı Hasta Bakımı Uygulamaları

Elif AKBAL

Anadolu Sağlık Merkezi Hasta Bakım Ve Hemşirelik Hizmetleri

Sayın başkan, değerli konuklar, saygılar sunuyorum. Benim konum haliyle uygulamaya yönelik olduğundan size hastanemizde kanıta dayalı uygulamalardan 3 örnek seçtim ve bu örnekleri mümkün olduğunca özet bilgilerle sizlere sunmaya çalışacağım. İki gün boyunca çok fazla kanıta dayalı teorik bilgiler edindik. Çok değerli konuşmacılardan geniş bilgiler aktarıldı. Bu kongrenin oldukça faydalı, geniş katılımlı, kapsamlı bilgilerle, donanımlı aktarımlarıyla tüm kurullara tebrik ediyor ve teşekkür ediyorum, burada bana konuşma fırsatı yarattıkları için.

Çok kısa tanımlamalarla geçeceğim sizleri sıkmamak için. Kanıta dayalı uygulamalar son on yıldır sağlık sektöründe hızla yayılmakta, bunların çok çeşitli nedenleri var. Artan kalite çalışmaları ile hasta güvenliği bakım kalitesinin sonuçlarının iyileştirilmesi, bakım maliyetinde artış ve ekonomik kaygıların olması, verimlilik çalışmaları. Bakımın sadece %20 sinin kanıta dayalı olması ve geleneksel deneyimlere dayalı uygulamalardan kanıta dayalı uygulamalara geçiş isteği. Hatalı uygulama kaygısı, bu hem sağlık çalışanlarında, hem hasta ve hasta yakınlarında giderek artmakta. Hastaların bilgi taleplerinde ki artış da yine bizi kanıta dayalı uygulamalara itmektedir. Klinik temelli kanıtların hasta bakımında kullanılması kanıta dayalı uygulamaların temel taşıdır diyebiliriz. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama diye baktığımızda, deneyimlere dayalı karardan kanıta dayalı karar almaya geçiştir diye tanımlayabiliriz. Daha geniş bir tanımla da bakacak olursak; kanıta dayalı hemşirelik, hemşirenin hastaların bakımına karar verirken araştırma sonuçlarıyla kanıtlanmış bilgileri dikkatli, özenli, açık ve mantıklı şekilde hastaların tercihlerini de dikkate alarak kullanmasıdır diye tanımlayabiliriz. Yine hemşirelik yönetmeliği 2010 çalışmasında kanıta dayalı hemşireliğe yer verilmiş, hemşireye bu konuda sorumluluk alması bildirilmiştir. Genel yoğun bakım ünitesinde invaziv araç ile ilgili enfeksiyonların önlenmesine yönelik bir çalışmamızdan bahsedeceğim. 3 çalışma seçtim bu çalışmaların mümkün olduğunca farklı alanlarda olmasına dikkat ettim. Bütün çalışmalarımız multidisipliner olarak yürütülen çalışmalar ve sonuçların izlenilirliği söz konusu. Ve sürekliliği olan çalışmalar olması da önemli özelliğidir. Enfeksiyon önlenmesinde bundle uygulamalarından aslında kanıta dayalı teorik anlatımlarda geçti. Enfeksiyonların önlenmesiyle ilgili konularda da dikkatimi çekti bundle özellikle vurguladılar. Bende iyi bir konu seçmişim diye açıkçası sevindim. Bundle, bakım paketi kelime anlamıyla her biri tek tek uygulandığında hastanın

iyileşme sürecini ve sonuçları olumlu yönde etkileyenhepsi birlikte uygulandığında ise; teker teker uygulanmalarına oranla daha iyi bir sonuca ulaşılmasını sağlayan, birkaç girişimin veya müdahilin bir araya gelmesinden oluşan bir paket diye tanımlayabiliriz. Son yıllarda yapılan çalışmalar, etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış önlemlerin eş zamanlı olarak uygulanmaya konulması ile çoğu sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonun önlenmesinin mümkün olduğunu göstermiştir. Burada uygulamamızda adımları görmekteyiz. Tabi ki multidisipliner bir çalışma olması nedeniyle yoğun bakım kurulu, hastane epistemolojisi ve enfeksiyon kontrol kurulu ve yoğun bakım çalışanları bir araya gelerek; enfeksiyon oranlarımızın düşük olmasına rağmen daha da nasıl düşürebiliriz amacıyla bir çalışma oluşturdu. Burada CDC'nin rehberi baz alındı. Ve enfeksiyonda önemli olabilecek kriterlerden oluşan bundle, bir kontrol listesi oluşturuldu. Yoğun bakım ekibine bu konuda eğitim verildi. Bu çok önemliydi, tüm ekibe eğitim verildi. Eğitim verilirken de her kriterde, her izleyecekleri adımda nedeni, niçini, neden yapılması gerektiğini ve sonucunun ne olacağı konusunda oldukça ayrıntılı bilgiler verildi. Daha doğrusu bir ruh oluşturulmaya çalışıldı. Oluşturulan kontrol listeleri hasta odalarına yerleştirildi diyorum çünkü yoğun bakım ünitemiz bizim ayrı ayrı odalardan oluşmakta. Her bir hasta farklı bir odada yatıyor. Böyle bir durumda tabi ki farkındalık yaratmak, kontrol listelerine daha ulaşılır kılmak hemşireye ve diğer sağlık çalışanlarına konu hakkında hatırlatıcı olması amacıyla öncelikle ilk uygulamalarımızda odaya asılarak bu checklist kontrol edildi size daha sonra bunu görüntü olarak da göstereceğim. Uygulamada tabi ki her vardiyada multidisipliner vizitelerle bu checklistler işaretlendi. Uygulama bu şekilde kontrol altında tutulmaya çalışıldı. Sorumlu hemşire uyum oranlarını takip etti. Hem bu checklist üzerinden hem de hastaya uygulanan bakım ve hasta notları üzerinden kontrol ederek uyum oranlarını değerlendirdi ve kayıt etti. Bunlar daha sonra aylık ve yıllık oranlarımızı oluşturdu. Burada bir checklist örneği görmekteyiz. Ventilatörle ilişkili pnömoninin önlenmesine yönelik kriterler. Katetere bağlı kan dolaşımı enfeksiyonu önlenmesine yönelik kriterler. Ve Üriner kateterle ilişkili enfeksiyonun önlenmesine yönelik kriterler. Hepsi aynı checklist üstlerinde görmektesiniz. Evet ve hayır kısmını görüyorsunuz. Burada eğer hastaya yönelik bu kritere yönelik bir girişim varsa evet, yoksa hayır işaretleniyor. Ama kontrol sırasında eğer hastanın olması gerekiyorsa bu kriterle ilgili bir uygulama, hayır ise onun mutlaka nota, neden hayır olarak işaretlendi, yazılması gerekiyor hastanın notlarına. Yine altta genel bilgilerde de bu kriterleri uygularken özel notlar var. İşte pansuman yapış şeklinden kateterleriyle ilgili bakıma kadar birçok ayrıntılar yer almakta. Ben bunları hızlı geçeceğim ama daha sonra paylaşım istediğinizde sizlere yardımcı olmaya çalışacağım. Santral kateter ile ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonlarının ana kriterlerini görmektesiniz. Kateter

takılmasında maksimum bariyer asepsi önlemlerine uyulması, başka kurumda takılan kateterin 24 saat içerisinde değiştirilmesi. TPN uygulanan hastalarda lümenin ayrılması, set değişim tarihlerine uyulması gibi yine set değişim tarihleri de CDC'nin rehberinden alınarak bizim kendi bakım planlarımızda yer alan saatler. Burada bir hastanın görüntüsünü görmekteyiz. Gördüğünüz gibi üç lümeni var. Farklı infüzyonların farklı lümenlerde verilmesi çok önemli. Yine bu lümenlerin mutlaka tek kullanımlık serum fizyolojikle yıkanmasına dikkat ediyoruz. Yarı geçirgen bir pansumanla pansuman edilmesi, kateter girişinin gözlem altında tutulması ve neminin önlenmesi açısından önemli. Yine kateterin giriş yerinin kızarıklığının olup olmaması. Aynı zamanda kateter de bir oynama varsa ileri geri hareket ettirilmemesi konusunda genel bilgilerde yer almakta ve bütün personele bu konuda eğitim verildi. Aynı zamanda pansuman değişimlerinin mutlaka pansuman kirlendikçe yapılması, sık sık pansuman değiştirmesinin burada ki bölgenin kontamine olmariskini daha da arttıracağı konusunda bilgiler verildi. Gördüğünüz gibi ağız altı bir petle desteklenmiş. Burada da amaç ağızdan herhangi bir kusma ve benzeri kirlenmenin, pansumanı kirletmesini önlemek amacıyla yapılan önlemler. Ventilatör ile ilişkili pnömoninin önlenmesinde bundle uygulamasında ana kriterlerimizi görmektesiniz. Yatak başı seviyesi kontrolü, klorheksidin ile ağız bakımı. Günde 4 kez bu çok önemli, hemşirelikte özellikle dikkat ettiğimiz bir husus. Yine yatak başı seviyesi kontrolü de çok önem verdiğimiz bir konu. Sedasyon devamlılığı yine her vardiya da multidisipliner olarak değerlendirilip gereksiz sedasyon hastanın almaması sağlanmakta, peptik ülser profilaksisi uygulanmakta ve etta gönderme süreci tanımlanmış durumda. Hangi durumlarda etta gönderileceği de yine belirlenmiş durumda. Solunum fizyoterapistinin hastayı değerlendirmesi ve desteklenmesi de yine bundle da önemli kriterlerden bir tanesi. Yataklarımız bizim yatak başı seviyesini ayarlamaya uygun şekilde, gördüğünüz gibi 45 dereceye ayarlanmış. Burada bir hasta görüntümüzde entübe bir hastayı görmekteyiz. Burada da özellikle vurgulamak istediğim 24 saati geçen hastalar, 24 saati geçen entübasyon durumunda mutlaka subglottik aspirasyona uyumlu entübasyon tüpüyle değiştirilmesi önemli. Gördüğünüz gibi şurada gördüğünüz kısımda saatlik subglottik aspirasyon yaparak, subglottik bölgedeki biriken sekresyonu temizlemek amaç. Zaten bundle uygulamalarında, enfeksiyonu önlemede özellikle pnömoniyi önlemede literatürde oldukça önemle vurgulanmakta. Yine kapalı sistem aspirasyon oldukça önemli bu bundle uygulamasında. Gördüğünüz gibi özellikle malzeme kullanımı gerekmekte, bu da tabi ki hastane yönetimine oldukça iş düşürmekte, bu maliyeti de karşılamak gerekiyor bir şekilde. Burada checklistleri astığımız uyarı levhaları ve checklistimizi görmektesiniz. Üriner kateterle ilgili enfeksiyonların önlenmesindeki bundle içeriğimizde de kateter takılmasında maksimum bariyer

ve asepstik tekniklere uyulması, başka kurumlarda kateterlerin 24 saat içinde değiştirilmesi, idrar torbasının mesanenin alt seviyesinde tutulması, perine bakımı sırasında kateter giriş yerinin gözlemlenmesi ana kriterlerini içermekte. Bununla da ilgili bir görüntümüz var. Burada gördüğünüz gibi mesane seviyesinin altında dik bir şekilde tutulan idrar torbası, geriye kaçışı önlemek için önemli. Özellikle de idrarın kateter içinde birikmesini ve geriye kaçmasını önlemek en önemli konulardan bir tanesi. Uyumları ölçtük ve yıl sonunda değerlendirmemizde uyum oranlarımızı iyi olarak değerlendirdik fakat başka kurumda takılan kateterin uyumunda bir düşüklük vardı. Bunun nedeni araştırıldığında tamamen hastanın klinik bulgularıyla ilgili olduğu görüldü. Diğer uyum oranlarımız da oldukça iyiydi. Sonuç olarak enfeksiyon oranlarını 2013 ve 2012'de katetere bağlı enfeksiyonlarda, kan dolaşımı enfeksiyonlarında oldukça sıfırladığımızı gördük. 2013'de bir vakada durum farklıydı, o da incelendiğinde hastanın klinik bulgularından kaynaklanan bir durumdu. Bundle uyumsuzluğundan kaynaklanmıyordu. Böylece sonuç olarak yapılan bundle uygulamalarının invaziv araç ile ilişkili enfeksiyonları önlemede etkili bir yöntem olduğunu gördük. Tüm enfeksiyon hızlarında anlamlı derecede bir azalma tespit edildi, uygulamamız halen kurumlarımızda devam ediyor yoğun bakımlarda, üriner sistem kateterle ilgili enfeksiyonlara yönelik bundle'ımızıda servislerde yaygınlaştırmaya çalışıyoruz.

Onkoloji hastalarında mukozitte kullanılan ağız bakım solüsyonunun etkinliğine yönelik bir çalışmamız da oldu. Burada da amacımız kemoterapi ve radyoterapi sırasında ya da mukozit gelişen hastalarda kullanılan ağız bakım solüsyonunun etkinliğini araştırmaktı. Tabi ki biz bütün hastalarımızda bikarbonatla ağız bakımı veriyoruz bütün olarak, buradaki amacımız mukozit geliştikten sonra yemek yerken tahrişi önlemek, ağız içinde bir bariyer oluşturup kayganlık sağlayarak mukozit tedavisinde daha başarılı olmaktı.

Burada da yine nötrofil sayıları 1,000'in altında olanları nötropenik kabul edip G-CSF aşısı uygulandı. Bununla birlikte çalışmaya aldığımız hastalarda Dünya Sağlık Örgütü ağız mukoza sağlığı değerlendirme skalası kullanıldı ve araştırmaya aldığımız hasta grubunda great değerlendirmelerinde oranlarımızı görmektesiniz, daha çok great ikide yoğunlaşıyordu. Ve antepsinli karışım yemek öncesi günde dört kez uygulandığında gargara şeklinde, sonuç olarak great 3 ve great 2 deki ağız mukozitlerinde anlamlı derecede bir gerileme olduğu görüldü. Sonuç olarak nötropenik hastalarda %85 iyileşme görülmesi bizi nötropenik hastalarda G-CSF uygulanmasının ağız bakım solüsyonuyla birlikte kullanılmasıyla daha etkin olduğu sonucuna ulaştırdı ve bu ağız bakımına biz halen kurumumuzda devam ediyoruz.

Yine düşmeyle ilgili bir değerlendirme yaptık. Çok kısıtlı olarak buna da değineyim. Burada bir süreç iyileştirmesi söz konusuydu. İstediğimiz oranda ağrı değerlendirme süreci oranlarımızın gitmediğini gördük. Farklı standartlarda, farklı bölümlerde değerlendirmeler vardı. Bununla ilgili kalite departmanı, performans ve hemşirelik birlikte bir çalışma yürüttü, GSI'ın ağrı değerlendirme ile ilgili standartları incelenerek buradan bir ağrı değerlendirme kontrol formu oluşturuldu. Bu kontrol formuyla hemşirelik izlem kurulu tüm alanları dolaştı, tabi ki tüm hastalarda bu formda değerlendirmeye alınarak geliştirmemiz gereken alanları tespit etmeye çalıştık ve hemşire ve sorumlu hemşirelerin görüşleri alınarak geliştirmemiz gereken alanlar gördüğünüz gibi hangi alanlarda olduğu görüldü ve bunu aylık izleme aldık, kontrol formuyla. Mutlaka düzenli olarak bağımsız bir izlem kurulu bunu yaptı, checklistlerin sonunda değerlendirmeler aylık olarak oranlarımıza yansıdı, daha sonra da yıllık oranlarımız oldu. Tabi bu arada eşit değerli olarak bir takım iyileştirmeler yaptık. Bu iyileştirmeler ağrı değerlendirme sürecine yönelik eğitimler, ağrı prosedürümüzün güncellenmesi, akut ve kronik ağrı hemşiresi görev tanımlarının ayrı ayrı revize edilmesi, ağrı hemşiresi vizit kapsamının genişletilmesi şeklindeydi. Sonuç olarak 2011 de başladığımız çalışmanın oranlarıyla 2013 arasındaki oranlar arasında büyük fark vardı. 2013 de artık istediğimiz seviyeye ulaştığını düşünerek çalışmaya son verdik. Ama ağrı hemşiresi günlük viziteleriyle halen kontrollerini yapmakta, gerekli eğitim desteğini, danışmanlık ve rehberlik desteğini tüm hemşirelerimize vermekte. Sonuç olarak kanıta dayalı bakım uygulamaları etkin, verimli, güvenli ve nitelikli bakım sonuçlarına ulaşabilmek için önem taşımaktadır diyebiliriz. Tabi bunun için multidisipliner bir ekip çalışması gerekiyor ve ekibin buna inanması gerekiyor. Biz yöneticilere de çok iş düşüyor. Onlara sistem kurmalıyız, eğitim desteği vermeliyiz, malzeme ve ortam şartlarını mutlaka uygun hale getirmeliyiz. Beni sabırla dinlediğiniz için teşekkür ediyorum.

Uzm. Dr. Gazi ALATAŞ

Oturum Başkanı

Biz de teşekkür ediyoruz. Şimdi son konuşmacıyı davet ediyorum. Doktor Orhan Koç, Ankara Ulus Devlet Hastanesi Başhekimi, klinik hasta bakımında modern ve farklı bir yaklaşım olarak bütünleşik yaklaşımı anlatacak. Buyurun Orhan Bey.

Klinik Hasta Bakımına Farklı ve Modern Bir Yaklaşım: "Bütünleşik Bakım"

Uzm. Dr. Orhan KOÇ

Ankara Ulus Devlet Hastanesi

Evet, bu kongremizin hayırlara vesile olmasını diliyorum, gerçekten çok anlamlı bir kongre, dolu dolu geçiyor. Abdullah hocama da ayrıca teşekkür ediyorum, bir gün bizi ziyaret ettiklerinde dediler ki sen böyle bir konuyu anlatır mısın, bütünleşik bakım, dedim ki Demirel'in bir lafı var, yani ne sorarlarsa sorsunlar sen bildiğini anlat. Dedim ben bildiğimi anlatırım.

Şimdi ben biraz farklı bir bakış açısıyla aslında sunum yapacağım. Sizi çok sıkmak istemiyorum, çok da böyle bilimsel verileri olan bir sunum değil, aslında sizin bilmediğiniz bir şey de anlatmayacağım size. Bildiklerinizi anlatacağız ama farklı bir düşünce, farklı bir yaklaşım, farkındalık, bir ihtiyaç algısı oluşturmak istiyoruz. Yani şu anda da aslında salonda bir piramit şeklindeyiz yani nüfus piramidi gibi. İhtiyaç algısına göre insanlar salonda oturuyor. Ya bir-iki dakika bakayım gideyim diyenler en arkada, koridora yakın oturuyor. Ya ben aslında oturumun sonuna kadar kalacağım diyenler önlerde oturuyor. Böyle bir piramit yapısı var. İhtiyaç algılamamışsanız ne anlatırsak boş. Eğer siz bir sorunu ihtiyaç olarak belirlemişseniz, dert edinmişseniz, o zaman bütün verilere erişebilirsiniz. İnternet kaynaklarından, bilimsel makalelerden ve o sorunu çözersiniz. Önce bir dert edinmek lazım, o bağlamda sunumu ben hazırlamaya çalıştım.

Herhalde bu şekilde, evet, şimdi bütünleşik bakım yapabilmek için kendimizi bir hasta yerine koyalım. Hasta ve hasta yakını empatisi yapmadan bütünleşik bakımı anlamakta bence zor. Yani hasta bize erişiyorken, eğer siz bir diyabetik hastaya sabah aç gel dediğiniz zaman hastaneye gelirken yaşayacağı hipoglisemiyi düşünmüyorsanız bütünleşik bakımdan bahsetmemek lazım. Veya bir transplantasyon vakasını, akciğer transplantasyon vakasını siz kontrole çağırıyorken, toplu taşıma araçlarıyla geliyorken yaşayacağı enfeksiyon riskini düşünmemişseniz bütünleşik bakımdan bahsetmemek lazım. Yenidoğanı siz transfer ederken hipotermisini düşünmüyorsanız o zaman bundan bahsetmemek lazım. Ya da bir yanık vakasını gönderirken düşünmüyorsanız gibi bunları siz de çoğaltabilirsiniz.

Tabi bütünleşik bakım yapabilmek için sağlık sisteminin entegrasyonu şart. Yani siz çok parçalı bir yapıdasınız, aile hekimi var, toplum sağlığı merkezi var, eğitim ve araştırma var, üniversite vs. herkesin bilgisi bölük pörçük buralarda toplanmış,

hasta gideceği zaman, sabah kalktığı zaman, ya hastayım ben nereye gideceğim, aslında tam da böyle bağımlılık yapan bir kurumu yok, yani magnet bir hastanesi yok. Çünkü kendisinin bütün verilerinin toplandığını düşündüğü bir yer yok. Nereye gitsem? En yakın yere gider herhalde. Ya da tanıdığı müstahdem dahi olsa tanıdığı bir yer varsa oraya gider. Hastalar geliyor bir şekilde bize, bu süreçlerden geçmişler ve hastanemize gelmiş, hastayı tedavi etmişiz bir şekilde sonrasında taburcu ediyoruz, hasta düşünüyor, biz düşünüyoruz, düşünmeliyiz aslında. Hastayı nereye taburcu ediyoruz? Mesela biz Yedi Kule Araştırma Hastanesi'ne gittiğimizde bir akciğer transplantasyon vakası Batmanlı, gerçekten güzel genç bir vaka, yaşanmış, hastayı taburcu edecekler, nereye, gecekonduya, sizin bütün yaptığınız emekler boşa gidiyor. Daha sonra ilgilenmişler, TOKİ'den ev tutmuşlar falan, ziyaret ettik, gittiğimizde henüz elektriğiniz bağlanmamıştı ama böyle bir durum. Yani sosyal imkanları taburcu ederken de düşünmek lazım. Yeni yaşama adaptasyonu düşünmek lazım. Yani siz boyundan aşağı felç kalan, trafik kazasıyla, düğün hazırlığı yapan bir kişinin gecekondu şartlarında yaşadığını düşünün ve siz onu oraya taburcu edeceksiniz. Bununla ilgili de bir algı oluşturmamız lazım. Yakınlarının psikososyal durumunu da düşünmek lazım. Yani en sevdiğiniz, eşiniz, en güzel, en anlamlı gününde felç kalmış. Ona da bir ilgi duymanız lazım. Toplumsal yargıları düşünmeniz lazım. Yani hastaya sizin çocuğunuz şizofren oldu deyip damgalayıp gönderebilirsiniz, bunu da yönetmemiz lazım.

Engellerimiz var, evet çok engelimiz var aslında ama aşılamaz değil bence. Yani hizmet sunan birimler arasındaki ortak veri tabanı oluşturmak aslında çok konuşulan, sağlık nette de gündemde olan bir durum ama daha basiti kendi hastaneniz, burada gelen sekreter arkadaşlar da var, kendi genel sekreterliğiniz içerisinde veri paylaşımı yapabilirsiniz. Bu çok önemli hem kaynak açısından çok önemli, sağlık verilerinin paylaşımı açısından, hastanın güvenliği açısından, her açıdan önemli. Branşlarımızın olumsuz etkileri var. Yani o kadar branşlaşmışız ki artık biz, hatta ben Sayın Bakanımız Recep Akdağ'a espri yapmıştım, Sayın Bakanım yurt dışına artık bir konuyla ilgili kimseyi göndermeyelim çünkü dönüşte hemen bunun bir yan dalı olsun diyor, hakikaten çocukta bir sürü yan dal oldu, kadın doğumda yan dal oldu, dal dal, dalların hepsi kırılmaya mahkum biraz aslında yani ana gövdeyi güçlü tutmak lazım. Klinikler arasında iletişim yetersizliği çok anlamlı bir şekilde var. Yani iki tane bina düşünün Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kartal Lütfü Kırdar Devlet Hastanesi, hastanız eğer kalp damar cerrahisinde yatıyor ve diyalize ihtiyacı varsa, nefrolojiye ihtiyacı varsa yandınız. Yani klinikler, hastaneler, dal hastaneleri iletişim ciddi manada sorunlar var yani bunlar varken biz bütünleşik bakım ideallerinden konuşacağız ama bunlar sorunlarımız.

Hemşirelik hizmetlerinden çok iyi bahsetti hocalarım, gerçekten bütünleşik yaklaşım felsefesiyle bakılması lazım vs. hepimiz biliyoruz. Yine engellerimiz devam ediyor. Sosyal hizmetler kısmında çok ciddi sıkıntılarımız var, yani hasta sadece bizimle kalmıyor hastanın bütüncül yaklaşımla bütün yaşamını ele aldığımız zaman psikolojik desteği, manevi bakımı, yas süreçleri, kayıpla gelen yoksunluk, yani özellikle Gaziantep'teki hadiseyi çok iyi hatırlamak lazım. Babası vefat edince doktoru suçlayıp vs. o yüzden bütün hepsine bakmak lazım. Ve ne yapmamız lazım? Aslında bütünleşik pazarlama teknikleri var, biz hastane yöneticileri olarak hastanedeki bir hekim olarak, hastanedeki bir hemşire olarak bir bakmamız lazım, yani bize erişimde, erişecek olan kişiler neler yaşıyor, ne gibi sorunlar yaşıyor? Ben Ulus Devlet Hastanesinde çalışıyorum bir hasta şikayet için yanıma gelmişti, baktım anlamlı şikayeti ama Sincan'dan geliyor, yani daha yakın bir hastane vardı, niye oraya gitmedin de bize geliyorsun bir de memnun değilsin, "*ben 20 yıldır buraya geliyorum*" dedi. Maşallah güzel bir şey, hakikaten çok güzel bir şey ama biz 20 yıldır gelen kişiye ne yaptık? O soruyu sormamız lazım.

Sağlık hizmetlerinde bütüncül anlam, zaman yönetimi hakikaten çok önemli, yani siz vakayı, biraz sonra geleceğiz, zaman yönetim algısını oluşturmamışsanız çok sorunumuz var demektir. Sistemin sürekli iyileştirilmesi lazım. Yani bir defa yaptığınız, ne oluyor, yani sürekli bakmanız lazım. Takım ruhunu her zaman oluşturmak lazım ve gerçekten bize yapılan başvuru son fırsat olabilir. Özellikle acillerdeki atlanan vakalara baktığımız zaman, yani bütüncül bir değerlendirmeden yoksun olduğu için atlandığını fark ediyoruz aslında. Bunun için bir son fırsat olduğunu görmek lazım. Yani üç-dört tane acil gezip de ex olan hastaları unutmamak lazım. Temel yaklaşımları da unutmamak lazım. Yani herkes kendi branş odaklı bakmamak lazım, genel manada yaklaşımlarla bakmak lazım. Hasta yakınını sürece katmak lazım. Yani Nazilli'de, şimdi burada müdürümüz, bir hasta yakını şikayeti gelmişti bana, ben diyorum ki diyabet değilim, hekim diyor ki hayır sen diyabetsin reçete veriyor, Emin'le Emine'yi karıştırmışlar, hasta yakınını dinlemek lazım, hasta yakını bir şey diyorsa veya hasta bir şey diyorsa bakmak lazım bence.

Pekala, ne yapmak lazım? Bütünleşik bakım deyince ben şunu anlıyorum. Yani gerçekten hasta odaklı baktığımız zaman kritik bakımdan başlayıp, bu hastanenin işte acil öncesi, acil, acil sonrası kritik bakım felsefesi olması lazım, bir palyatif bakım felsefesi olması lazım, paralelinde evde bakım entegre olması lazım. Sosyal bakım olmazsa olmazımız veya hepsini içerecek şekilde manevi bakım dediğimiz boyutu da olması lazım. Gerçekten kritik bakım algısı her hastanede oluşması lazım, yani kendi branş hastanesi ona göre, dal hastanesi ona göre, hepsi ona göre, vakaların 112 sistemini kurmuşsunuz siz, gerçekten hastayı yarım saatte hastaneye

getiriyorsunuz ama kırk beş dakikası, bir saati acilde geçiyor MI'lı vakanın ve balansı ölçmüyorsunuz. Yani böyle olmaz gerçekten kritik algı oluşturmamız lazım bütün branşlar için, özellikle riskli branşlar için, buna göre yoğun bakım entegrasyonu falan yapılması lazım. Yani çok detaya girmek istemiyorum ama ben zaten bir ihtiyaç algısı oluşturmak için sunum yaptım.

Palyatif bakım artık kaçınılmaz bir şey, yani siz yoğun bakımdan hastayı direk eve gönderemiyorsunuz, servise alamıyorsunuz, uzun dönem yatmış yoğun bakım hastalarınız oluyor, halbuki bu hastayı palyatif bakım gibi bir merkeze alıp hasta yakınıyla beraber eğitirseniz, hasta yakını, yani çok kolay değil, yatağa bağımlı felçli bir hastayı biz hekimler veya sağlık çalışanları bazen kendimiz bile ne yapacağımızı şaşırıyoruz, nasıl bakacağız diye düşünürken hiç sağlıkla ilgisi olmayan bir bireyin eşini veya hanımını, kardeşini, …'li bir hastaya yaklaşımı anlatmak lazım, onu anlamak lazım. Yani bunu taburcu edemiyoruz derken biraz kendimize dönüp bakmak lazım, eğitim vermek lazım. onun için hastanede palyatif bakım algısı, felsefesi olması lazım. Yani sadece kurumsal bir yer açmak anlamında değil. Mutlaka evde bakımı entegre etmek lazım. Yani sistemde ya ben taburcu ederim, sonrasını düşünmem diye değil, bunun evde sağlık, evde bakım ekibiyle takip edilmesi lazım ve hastanede kurulması lazım artık. Devlet hastanelerinin birçoğunda var, özellikle üniversite ve özel hastanelerde böyle ekiplerin olmasında fayda var.

Bu manevi bakım konusu çok gündemde şu aralar tabi biz burada yani dini telkinler anlamında algılamıyoruz, yani gerçekten ekibin bir parçası olması lazım. Din psikolojisi konusunda eğitim yapmış kişilerin hasta veya yakınını kendi inanç sistematiği içerisinde desteklemesi lazım, terapiye alması lazım. Bununla ilgili okullar da var artık, biz Ulus Devlet Hastanesi olarak Ankara İlahiyat'la bir protokol yaptık, oradaki yüksek lisans öğrencileri geliyor bizim ekipte, işte bu arkadaşlar onlardan, ekipten olan kişiler, hastayı beraber değerlendiriyorlar. Sosyal bakım olmalı ve sosyal bakım konusunda mutlaka kurumlar arası entegrasyon yapılmalı ve bu konuda çalışmalıyız. Şimdi bunların hepsinden bahsettiğimizde aslında bunların bir devlet hastanesinde hemen, hemen hepsi var. Yani sosyal bakım konusunda bizim sosyal hizmet birimimiz var. Ama ben tıbbi sosyal hizmet birimiyle yoğun bakımdaki çalışanların birbiriyle konuştuklarını hiç zannetmiyorum yani. Konuşuyorlardır ama yani çay molasında, çay içerken falan. Yani bir iş odaklı konuşuyorlar mı, tıbbi sosyal hizmet uzmanı bu hastayı taburcu ederken sosyal durum tespiti yapıp gideceği ortamla ilgili, alması gereken raporlarla ilgili bir tespit yapıyor mu bilmiyorum. Yani bizim Ulus'ta yatan bir hastayla ilgili arkadaşlar vizite esnasında yoğun bakımda geziyorken koahlı bir hasta var. Bu hastayı taburcu edemiyoruz dediler, niye edemiyoruz ki yani,

hasta klinik hasta, taburcu olabilir bu durumda. Bir toplandık yani sosyal hizmet uzmanı çağırdık, psikolog çağırdık, işte hemşire hanımları, arkadaşları çağırdık. Niye taburcu edemediğimizi sorduğumuzda eşi şunu dedi bize, eşim çalışıyordu bizi geçindiriyordu, bir çocuğumuz var o da biraz özürlü, şimdi ben çalışıyorum sigortasız bir yerde, evi geçindirmeye çalışıyorum. Siz hastayı taburcu ederseniz bize kim bakacak? Aslında temel bir soru yani, bizim yoğun bakımda 6 ay kalmasını da gerektirir bence, belki de bir 6 ay daha kalır. O zaman bu sorunu çözmek lazım, aslında imkanlar var, Aile Bakanlığı da Sayın Müsteşarımız da burada biliyoruz ki bu hastanın ağır özürlü, bakıma muhtaç raporunu alırsak bizden, sosyal durum tespiti yaptıkları zaman asgari ücretin işte belli bir miktarının altında, üçte ikisinin altında bir geliri var ise buna bakım aylığı bağlanıyor. Biz dedik ki, yani size devlet parayı verse siz de hastanıza baksanız, tabi isteriz dedi yani. Sonra baktık biz o hastaya ağır özürlü bakıma muhtaç raporu veremiyoruz.,Niye veremiyoruz, verebiliriz aslında. Sonra da vermeye başladık. Bu soruları siz kendiniz için de sorun inanın sizin hastanelerde de bu sorunlar vardır yani. Tabi biz hastayı taburcu edemedik uzun sürdü işler, sonra hastamız vefat etti ama biz o Yakup Bey'den çok şey öğrendik, sosyal entegrasyon sempozyumu yaptık daha sonra da. Yani kesinlikle biz hastaya bu şekilde bir bütüncül yaklaşımla yani kritik bakım, palyatif bakım, evde bakım, sosyal bakım, manevi bakım, bunları birleştirerek hizmet sunabiliriz. Bunun adına isterseniz 5 B kuralı deyin, ne derseniz deyin, yarın öbür gün belki kaliteciler buna bir standart geliştirir. Abdullah Beyler, bir isim koyarlar ondan sonra, yani bu sistemi yapmamız lazım, bunun alt yapısı bütün hastanelerde var, ancak gerek hemşire arkadaşlar, gerek kaliteciler, gerek yöneticiler bu ihtiyacı hissetmeli ve buna göre sistemi kurgulamalı. Yani bize eğer 20 yıldır gelen bir hasta, diyabet hastası, gerçekten komplikasyonları, önlenebilir komplikasyonları biz önlememişsek, bir bütünleşik kronik hasta algısı oluşturmamışsak ve yine bizdeki yatan bir hasta çıkacağı zaman taburcu olacağı zaman bunlarla ilgili, sorunlarla ilgili hiçbir gayret içinde değilsek bence yaptığımız işi tam yapmıyoruz anlamına gelir.

Benim bütünleşik bakım felsefesinden anladığım, anlatabileceğim bunlar aslında. Sorularla belki detaylandırırız, teşekkür ediyorum.

KONFERANS

DRG'DE PERFORMANS VE KALITE ÖLÇÜMÜ: MAKEDONYA DENEYİMİ

Maja Parnardzieva ZMEJKOVA
Makedonya Sağlık Sigortası Fonu Genel Müdürü

Maja Parnardzieva Zmejkove ekonomistir. Lisans ve yüksek Lisansını Üsküp Cyril ve Methodius Universitesi iktisat fakültesinde yapmıştır. Akademik eğitimler hakkında birçok sertifikaları ve lisansları mevcuttur. Maja Parnardzieva Zmejkove Üsküp Cyril ve Methodius Universitesinde doktora öğrencisidir. Amerikan Universitesinde Üsküp Finansal Pazarlama ve enstitü konusunda geçici öğretmenlik yapmaktadır.Kariyerine Kalkınma Bakanlığında başlamış 9 yıllık çalışma hayatının sonunda, Ekonomi Bakanlığında Finansal Sistemler kamu borçlanması üzerine uluslararası finans alanlarında borç yönetimi üzerine ve Avrupa Birliği Katılım Öncesi Mali Yardımlar(IPA) kapsamında 9 yıl çalışmıştır. 2009 yılından bu yana Makedonya Sağlık Sigortası Fonunda genel müdür olarak çalışmaktadır.

DRG'DE PERFORMANS VE KALİTE ÖLÇÜMÜ: MAKEDONYA DENEYİMİ

Maja Parnardzieva ZMEJKOVE

Makedonya Sağlık Sigortası Fonu Genel Müdürü

Kendi adıma ve kendi ekibim adına Sağlık Bakanlığı organizatörlerine bizi davet ettikleri için çok teşekkür ediyoruz. Benim ikinci katılımım bu tarz Kongrelere ve ben sunumumda DRG'de Performans ve Kalite Ölçümü anlatmaya çalışacağım, Makedonya'daki sistemden bahsedeceğim. Aynı zamanda Makedonya'da gerçekleştirilen son reformlardan bahsedeceğim. Sonrasında ise DRG Sisteminden, tanı ilişkili gruplar sisteminden bahsetmek istiyorum.

Öncelikle üç gündür bu Kongreye devamlı olarak katılıyorum ve Türkiye'nin sisteminin son yıllarda, son 10 yılda nasıl ilerlediğine şahit oldum ve gerçekten çok etkilendiğimi söylemek istiyorum ve Türkiye bu alanda performans ve reform alanında bir lider olmaya başladı. Avrupa'da bir lider ülke olarak görülmeye başladı ve size tebriklerimi sunmak istiyorum bu bağlamda. Yeni reformları dört gözle bekliyoruz, buna benzer reformların bir kısmını biz kendi ülkemiz içinde kopyaladık, örneğin performans geliştirmeyle alakalı Türkiye'de yapılan reformları biz de kendi ülkemizde uygulamaya çalışıyoruz.

Burada benim yapacağım sunumun kapsamını görebilirsiniz; Makedonya Sağlık Sistemimiz, DRG'den bahsedeceğiz ve son reformlardan bahsedeceğim.

Makedonya küçük bir ülke, 2.000.000 vatandaşımız var ve sağlık sigortasıyla birlikte vatandaşlarımızın çok büyük bir kısmını kapsıyoruz ve kişi başı milli gelirimiz 2012 yılında 3.616 Euro ve sağlık giderlerimize baktığımızda da kişi başına düşen durum ise 374 Euro civarında. Buradaki sisteminin yapısına baktığımız zaman sağlık hizmetlerine ilişkin bir kanunumuz var. Sağlık Bakanlığımız tarafından yürütülen ve aynı zamanda Sağlık Sigorta Kanunumuz, Sağlık Sigorta Fonumuz ve diğer düzenlemeler de mevcut. Aynı zamanda sağlık hizmet sunucularımız olan hem devlet hastaneleri hem de özel hastanelerdir. Aynı zamanda devlet hastanelerine devlet tarafından da bir fon sağlanıyor, ayrıca fonlara sözleşmeyle bağlanmayan başka sağlık hizmeti sağlayan kurumlarımız da var.

Peki, Sağlık Sigorta Kanunu'nun sorumluluğu nedir, neleri söylüyor bize? Buradaki sigorta altına alınan popülasyon için gerekli sağlık hizmetlerinin sağlanması gerekiyor bu Kanun çerçevesinde, aynı zamanda fayda paketlerinin de vatandaşlara sunulması gerekiyor. Burada bizim bütçemizin yapısını görüyorsunuz. 2015 yılı için yaklaşık 391.000.000 Euro'luk bir bütçemiz var toplamda ve burada yine,

maaşlardan ve emekli maaşlarından gelen bir katkı payımız var ve aynı zamanda bir doğum izni ile ilgili % 7'lik bir pay ayırmış durumdayız bütçemizin içerisinde. Yine, sağlık sigortası ile alakalı katkı paylarına bakarsak eğer, bu çalışanlar için gerçekten çok düşük bir katkı payı alıyoruz onlardan ve toplam maaşlarının %7,3'ünü biz sağlık sigortasına katkı payı olarak topluyoruz Makedonya'da. Ve gördüğünüz gibi Makedonya Sağlık Örgütünün yapmış olduğu çalışmaya göre neredeyse en az katkı payı toplayan ülkeler arasında üçüncü sırada yer alıyor. Gerçekten, çok düşük bir katkı payımız var sağlık sigortası için.

Peki, bu bizim için fonlu giderlerimize nasıl yansıyor? Bir sonraki slayta baktığımızda bunu görebiliyoruz; Makedonya burada sekizinci sırada yer alıyor ve toplam kamu giderlerimizin yaklaşık %5'ini oluşturuyor.

Sağlık hizmetleri söz konusu olduğu zaman, her zaman daha fazla paraya ihtiyaç duyuyoruz çünkü popülasyonumuz gün geçtikçe daha da yaşlanıyor dolayısıyla sağlık hizmeti ihtiyacı artıyor. Ancak biz elimize geçen parayı sabit tutarak yani sağlık sigorta gelirimizi sabit tutarak vatandaşlarımıza çok daha fazla sağlık hizmeti sağlamaya çalışıyoruz yani vatandaşlarımızdan topladığımız sağlık sigorta paylarını arttırmadan hizmet kalitemizi arttırmayı hedefliyoruz.

Aynı zamanda gider yapımıza baktığımız zaman bütçemizin %26'sını birinci basamak sağlık hizmetlerine ayırıyoruz, %25'ini hastaneye yatmadan ayakta tedavi olan hastalarına ayırıyoruz, %33'ünü hastanede tedavi gören hastalara ayırıyoruz, %11'ini tazminatlar için ayırıyoruz, %2'lik bir kısmı yönetim ihtiyaçları için ayrılıyor, %1'inin yurtdışında tedavi gerekliyse eğer bunu karşılamak için kullanıyoruz, %2'sini de gerekli alet edevat ve ekipman alımı için kullanıyoruz. Türkiye, bu yurtdışı tedavi söz konusu olduğu zaman bizim partnerlerimizden, ortaklarımızdan bir tanesi, yurtdışında tedavi ihtiyacı doğduğu zaman hastalarımızı Türkiye'ye göndermeyi tercih ediyoruz ve onun da bizim bütçemizdeki gideri %1 civarında.

3.500 sağlık sağlayıcımız var, bunlar sözleşmeli sağlık hizmeti sağlayıcıları. Bunlar için bir sağlık network'u oluşturulmuş durumda ve bu network'un içine dahiller ve maliyet bildirim ilişkili bir metot uygulanıyor bu sözleşmeli sağlık hizmet sağlayıcılarıyla için. Aynı zamanda kullandığımız bu sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi için kullanılan metotları da en alttaki üç kutuda görebiliyorsunuz. Kişi başına düşen bir ödeme sistemi kullanıyoruz burada. Hastalarımızı muayene etmek veya önleyici bir dizi önlem alabilmek için kişi başı bir metot kullanıyoruz. Aynı zamanda hastanede yatan hastalar içinde tanı ilişkili gruplarımız var. Ayrıca Makedonya'da hayata geçirilen bir dizi reformumuz var, bunlar son birkaç yılda hayata geçirildi.

DRG'den bahsedeceğim size sunumumum ilerleyen slaytlarında ancak DRG ile alakalı olarak ne gibi hastalar dahil oluyor, ne gibi hizmetler, ne gibi paketler sağlıyoruz, DRG uygulamalarımız nedir, bunların hepsi, tamamı sağlık sigorta fonu tarafından karşılanıyor. Aynı zamanda doktorlarımızla birlikte bir işbirliği oluşturmuş durumdayız. Aynı zamanda bir müzakereye ilişkin süreç yürütülüyor, paydaşlarımızla ve bu noktada şeffaf bir süreç yürütmeye çalışıyoruz. Bununla alakalı bir dizi kriter belirlenmiş durumda ve bu bütçeyi nasıl dağıtmamız gerekiyor her farklı hastane için, bu bütçe nasıl dağıtılmalı, bununla alakalı paydaşlarımızla müzakere süreçleri gerçekleştiriyoruz. Bir sonraki yılın bütçesinin dağılımını yapabilmek için, onlarla yine müzakere masasına oturuyoruz. Aynı zamanda bunun da üstünde çok ciddi bir işbirliği oluşturuyoruz hasta birlikleriyle, hasta dernekleriyle. Bu hasta dernekleri bizim en önemli ortaklarımız olmaya başladı son dönemlerde ve pek çok fikir ediniyoruz onlardan; hastaların bakış açısını öğrenebiliyoruz, ne gibi değişiklikler yapmamız gerekli onların ihtiyaçları doğrultusunda bunları öğreniyoruz. Aynı zamanda bir dizi koşula bağlı bütçeleme de gerçekleştiriyoruz kendi çalışmalarımız içerisinde ve hasta dernekleriyle beraber çalışarak bu koşullara bağlı bütçeleme düzenliyoruz. Yine hastane ve kliniklerle de çalışıyoruz bu koşula bağlı bütçeyi düzenleyebilmek için.

Makedonya'da bazı sağlık hizmetleri marjinalize edilmiş olabiliyor veya eksiklikler olabiliyor. Peki, ne yapıyoruz böyle bir durumda? Bu noktada örneğin 14 tane hastanemiz var, bu 14 hastaneye özel, spesifik bir bütçe oluşturduk. Örneğin farklı metotlar uygulanıyor, farklı tedavi metotları uygulanıyor, bunlar spesifik hastaneler. Örneğin hormonel bozukluğu olan çocukları veya multiplesklerоz hastalarını bu hastanelerde tedavi ediyoruz. Dolayısıyla bu 14 özel hastane için daha fazla bütçeye ihtiyaç var. Dolayısıyla biz de bu hastanelere özel bir bütçeleme yapıyoruz, örneğin, önceden veriyoruz parayı peşin olarak, fonlamayı önden sağlıyoruz ki onlar bu hizmetleri bizim ile yapmış oldukları ön sözleşmeye göre belirliyorlar ve böylece biz de onlara vereceğimiz olan fonu önceden planlayabiliyoruz, kontrol edebiliyoruz ve bir ön sözleşme yapıyoruz ve bu ön sözleşme sayesinde onlarla olan ilişkimizi yürütüyoruz. Ve diyoruz ki, size şu kadar miktar bir fon aktaracağız çünkü bu miktarda, spesifik bir miktar aktarmamızın sebebi de sizin sağlamış olduğunuz şu, şu, şu spesifik sağlık hizmetidir diyoruz.

Hastane CEO'larıyla görüşüyoruz bu marjinal hizmetleri yönetebilmek için veya eksikliği olan hizmetleri yönetebilmek için. Hastanelerin yöneticileri, CEO'larıyla görüşüyoruz ve doktorların önceliklerini öğreniyoruz, önem verdikleri alanları öğreniyoruz ve ona göre bir bütçeleme sağlıyoruz.

Peki, bu yıl ne yaptık biz? Bu yıl ve önümüzdeki yıl bir dizi önleyici önlem alınmış olacak kronik hastalıklarla ilgili; kardiyovasküler hastalıklar, böbrek yetmezliği,

diyabet hastaları için bir dizi önleyici aktivite gerçekleştireceğiz ve bunlarla alakalı bir liste oluşturduk doktorlarla birlikte görüştük ve bir "kurallar kitabı" oluşturduk. Bu kurallar kitabı içerisinde bir yapılacaklar listesi gerçekleştirdik, bir laboratuar kontrolü gerçekleştirilecek, muayeneler gerçekleştirilecek ve bunlarla alakalı istatistiksel bir bilgi, veri hazırlanacak bizim onlarla olan işbirliğimizi gösteren. Ve kişi başına düşen eğitimi, bilgiyi arttırmayı, hastalarımızın bireysel olarak sağlıklı yaşam koşullarını olanaklarını arttırmayı ve komplikasyonları mümkün olduğunca bu hastaların geleceğe yönelik hayatlarında ortadan kaldırmayı hedefliyoruz.

2010'dan beri bir dizi yeni reformlar hayata geçirdik. Bu yeni reformlardan bir tanesi de aslında "ilaçlara ve ortopedik aletlere" ilişkin "referans ödemeleri" gerçekleştirmek. Pozitif liste hazırladık bizim komşu ülkelerimizin referans listelerini dikkate alarak ve kendi sistemimizdeki giderleri belirlemeye çalıştık ve bu birkaç yıl içerisinde yıllık olarak bu bütçelerin fiyat listelerini güncelliyoruz, hem ortopedik aletler için hem de ilaçlar için bu referans fiyat listesini düzenliyoruz. Ve bizim ülkemizde örneğin bazı ilaçlarda 5 kat başka ülkelere göre daha pahalıysa bu ilaçları listesini daha önceden hazırladığımız komşu ülkelerden temin etmeye çalışıyoruz. Ve nüfusun yaşlanmasıyla birlikte yeni türde, başka türde ilaçların da kullanılması söz konusu olabiliyor, bu ilaçları da listemize ekliyoruz ve yapmış olduğumuz yıllık gözden geçirmelerde yeniden düzenliyoruz ve listelerimizi güncelliyoruz.

Aynı zamanda hastalarımızın sigorta durumlarını da gözden geçiriyoruz. Kurumlar içerisinde bir sertifikasyon programı yürütülüyor ve bu bağlamda hastalar hangi hizmetleri alabilir, hangi hizmetler onlar için sigorta kapsamında hangileri değil, bunları belirlemeye çalışıyoruz. Aynı zamanda doktorlarla, hizmet sağlayıcılarla alakalı yönetimsel hususları da düzenlemeye çalışıyoruz sağlık hizmeti sigortası söz konusu olduğu zaman. Doktorları zamanını akıllı kullanmalarını sağlayarak hastaları daha fazla bilgilendirmelerine yardımcı olmaya çalışıyoruz.

Burada sağlık sigorta fonunun sorun olduğu bazı majör reformları görüyorsunuz. Ülkemizde bir dizi mali kriz olmasına rağmen bizim hükümetimiz sağlık hizmetlerine öncelik verdi ve sağlık hizmetlerinin hükümetin bir önceliği olarak belirledikten sonra bütün hizmetlerin çok kolay ve akıcı bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için bir dizi reform hayata geçirdi. Başka alanların bütçelerini azaltırken hükümetimiz sağlık bütçesine dokunmadı bir mali kriz geçiriyor olmamıza rağmen. Aynı zamanda işe almalarda yeni teknolojilerin kullanılmasında yine, majör olarak çok büyük reformlar gerçekleştirildi ve gerçekleştirilmeye devam edecek, aynı zamanda yeni hastanelerin inşası devam etmekte. Halen altyapı ve yenileme çalışmaları da devam ediyor Makedonya'da ve

bunların toplam maliyeti 100.000.000 Euro'nun üzerinde şu anda. Aynı zamanda her yıl 1.000 kadar sağlık uzmanını, doktorları, hemşireleri vesaireyi eğitmekle yükümlüdür doktorlar. Bu eğitimler zorunlu eğitimlerdir ve hükümet bunu sağlamak zorunda. Yıllık olarak yaklaşık 1.000 sağlık profesyoneline bu zorunlu eğitimler sağlanmakta. Ve Türkiye bu noktada bizim ortak bir partner ülkemiz ve Türkiye ile birlikte deneyim ve bilgi paylaşımını sağlamaya çalışıyoruz. Aynı zamanda ilaçların fiyat listesiyle alakalı yine, yeni bir metodoloji gerçekleştirmeye çalışıyoruz tedavilere ilişkin yeni metotları tanıtmaya çalışıyoruz. Aynı zamanda Makedonya Sağlık Bakanlığı tarafından biz dizi kılavuz da kabul edildi ve yayınlandı ve son olarak Sağlık Bakanlığı yeni bir süreç başlattı. Yaygın olarak kullanılan ilaç ve materyallerin sağlanabilmesi, hizmet alımının gerçekleştirilebilmesi için bir merkezileştirme çalışması da başlattı Sağlık Bakanlığı. Ve bireysel ilaç ve materyal alımı hastaneler tarafından bireysel yapıldığı zaman maliyetin çok daha fazla arttığını görüyoruz. Dolayısıyla sıklıkla kullanılan, ortak bir biçimde kullanılan ilaç ve materyallerin hizmet alımının gerçekleştirilebilmesi için bir merkezi sistem oluşturmaya çalışıyoruz ve alt yükleniciler sayesinde bu ilaçların ve malzemelerin satın alım işlemlerini kısa bir zamanda tamamlamayı planlıyoruz. Bu da Sağlık Bakanlığının tanıtmış olduğu yeni reformlardan bir tanesi. Aynı zamanda e-reçete sistemine de geçtik; bu yine Sağlık Bakanlığının yürütmüş olduğu bir projeydi.

Her bir hasta yeni reforma göre pratisyen doktoru ziyaret ediyor, pratisyen doktora gidiyor bir sağlık sorunu olduğu zaman bir reçete yazılıyor. Türkiye'deki aile hekimliği ile aynı sistem diyebiliriz ve aile hekimi tarafından durum gözlemlendikten sonra aile hekimi eğer uygun görürse ilgili hastaneye veya daha kapsamlı bir hastaneye yönlendirebiliyor. Aynı zamanda hazırlanan bu elektronik bilgi ortamından aile hekimi hastanın ilaç geçmişine, sağlık durumuna girebiliyor ve hangi hastaneye yönlendireceğini görebiliyorsunuz ve bir bekleme listesine alınıyor hastalar ve bu elektronik sistem sayesinde hastalar daha az bu sistemde bekliyorlar, daha çabuk sıra geliyor hastalara. Dolayısıyla hem doktor hem hasta vakitten kazanmış oluyor. Daha öncede dediğim gibi bu elektronik yönlendirme sistemi içerisinde elektronik reçete sistemi de var ve bu elektronik reçete sistemi sayesinde hastanın hangi ilaçları kullandığının listesini görebiliyorsunuz, hangi ilacı alması gerektiğini hasta da doktor da çok net bir şekilde, kolay bir şekilde görebiliyor.

Peki, şimdi DRG gruplarına bakarsak eğer; DRG yine, Dünya Bankası'ndan aldığımız destek ile yürüttüğümüz bir proje. AR-DRG'ye göre Makedonya ilk olarak 665 DRG grubu ile başladı ve şu anda 678 DRG grubumuz var. Ve biz kendi başvuru sistemimiz var DRG kodlaması için ve bu web sitemizde on-line olarak bu başvuru sistemine ulaşabilirsiniz. Otomatik veri raporlama sistemimiz

var ve bu sistem sayesinde gerçekten, sağlık sigorta fonu kapsamında pek çok departman geliştirdik, örneğin kontrol departmanı bunlardan bir tanesi. Burada doktorlar tarafından bu kodlama sistemi kontrol ediliyor ve DRG hizmetleri de kolay bir şekilde sağlanabiliyor.

Buradaki fon departmanlarının DRG'ye dâhil edilmesi ile alakalı ne söyleyebiliriz? DRG kontrol biriminin performans işlemesinden sorumlu bir IT departmanımız var. Yine, DRG sistemleri "finans departmanımız" tarafından da çok sık kullanılıyor, verilerin analiz edilmesi amacıyla ve ödemelerin ve bütçelemenin yapılabilmesi için kullanılıyor. Aynı zamanda DRG çalışma grubumuz var, bütün sektörler kendi temsilcilerini gönderiyorlar bu DRG çalışma grubuna. Onların fikirlerini alıyoruz ve DRG sisteminin nasıl geliştirebilirizi tartışıyoruz.

Nasıl başladık peki? 2007'de başladık DRG sistemine, Dünya Bankası'nın desteği ile birlikte sağlık sisteminin araştırılması ve analiz edilmesiyle birlikte başladık. Dünya Bankası bizi asiste etti ve yeni DRG sistemini ortaya koyduk ve Avustralya DRG sisteminde 5.2 algoritmasına göre de lisans alındı. 2008'e geldiğimiz zaman bir çalışma grubu geliştirdik, bu grubu yerel uzmanlardan kurduk ve DRG çalışma gruplarıyla birlikte kendi çalışma gruplarımızı da 2009 yılına geldiğinde kurmayı başardık. Burada sağlık hizmet sağlayıcılarının DRG kullanması zorunlu, bununla alakalı bir zorunlu kodlama yapmak ve bir faturalandırma gerçekleştirmek zorundalar. 2010 yılına geldiğimiz zaman ulusal maliyet hesaplarımızı gerçekleştirdik ve birinci yıllık DRG raporumuzu yayınladık. 2011 yılına geldiğimiz zaman yine, yıllık DRG raporumuzu yayınladık ve bununla ilgili revizyonlarımızı tamamladık. 2010 yılına geldiğimiz zaman aslında ulusal maliyet ağırlıklarımızın gelişimini yeniden revize ettik ve bu maliyetlerin %60'ı Makedonya'daki hastanelerden geliyordu, %40'ı ise Hırvatistan, Slovenya, Romanya ve Avustralya'dan geliyordu, her birinden %10'luk bir maliyet sağlıyorduk. Ve DRG tanıtımının başlamasından itibaren DRG fiyatına ek bir dizi ödemeler de gerçekleştirdik, bir dizi girişimler gerçekleştirildi ve bu girişimler kliniklerle desteklendi.

Burada DRG sınıflandırmasını nasıl yaptığımızı görüyorsunuz, nasıl modifiye ettiğimizi görüyorsunuz. Bir dizi DRG'leri bazen bölebiliyoruz veya durumlarına bağlı olarak birleştirebiliyoruz.

Peki, DRG grubu kullanmanın avantajı nelerdir? DRG sayesinde bir veri tabanı oluşturmayı başardık hastane hizmetlerimiz açısından ve gerçekten çok güzel bir araç bizim için hem benchmarking yapmak için ulusal ve mikro düzeyde hem de planlamayı gerçekleştirebilmek için çok iyi bir araç. Aynı zamanda mali kaynakların dağıtımında da çok etkin bir şekilde yapabiliyorsunuz ve bu DRG gruplarını kullanarak kendi sisteminizin etkinliğini arttırabiliyor, eşit hizmetler

için eşit fiyatlar belirliyorsunuz. Aynı zamanda sağlık sigorta fonu için de çok mükemmel bir araç çünkü bütçe müzakereleri esnasında çok etkin bir şekilde kullanabiliyorsunuz.

DRG gruplarımız bizim hastane CEO'larımız tarafından, yöneticileri tarafından kendi mali kaynaklarını izleyebilmek adına kullanılıyor. Aynı zamanda hastanedeki değerlerin, mali kaynakların, alet edevat çalışma alanları veya tıbbı personel eğitimi için nasıl dağıtabilecekleriyle alakalı onlara bir fikir veriyor, ayrıca hizmetlerin kapsamı ve türünün de planlanması için geleceğe yönelik kolaylıklar sağlıyor DRG verileri.

DRG verileri ulusal ve yerel düzeydeki sağlık hizmetlerine ilişkin yeni trendleri uygulayabilmek adına kullanılabilir, klinik yöntemlerin, yolların yeniden gözden geçirilmesini sağlayabilir. Aynı sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine ve planlanmasına yardımcı olabilir ve ülkeler arasındaki performansların iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır. DRG verileri aynı zamanda bilimsel araştırma amaçlı da kullanılmaktadır. Makedonya'daki ilgili kuruluşlar örneğin, bizim DRG verilerimizi bilimsel araştırma için kullanmaktadırlar. Uluslararası kuruluşlar da aslında DRG verilerini talep ettiler uluslararası bir karşılaştırma yapabilmek adına.

Makedonya'daki sisteme baktığımız zaman 54 devlet hastanesini kapsayan sistemimiz var kodlanmış olan, bunların 26 tanesi üniversite hastanesi, 3 tanesi klinik hastane ve bütün hepsinde DRG verileri kullanılıyor. Ve DRG verileri sayesinde düzenli bir izleme sistemi oluşturabilmiş durumdayız. 2009 yılında başladık 2013 yılına kadar alınan verileri görüyorsunuz. Burada kodlama ve faturalandırma zorunlu idi 2009'da başladığımız zaman, 2010 ve 2011'de DRG verilerinde bir düşüş görüyorsunuz ama sonrasında sistemimizde yapılan düzenlemelerle yeni işe alınmalarla ve sağlık hizmetindeki yeni reformlarla birlikte ve performans başına ödemelerin geliştirilmesiyle birlikte kamu hastanelerinde de bu sağlık hizmetlerinin çok ciddi bir şekilde yükseldiğini görüyorsunuz 2012 yılından itibaren. Burada sistemin etkinliğini görüyorsunuz, hastanede kalma süresi düştü, ortalama hastanede yatış süresi düştü DRG verilerinin kullanılmasına bağlı olarak ve etkinliğimizi arttırmış olduk. Hastanede kalış sürecinin düşmesiyle birlikte maliyetlerimiz de düştü buna bağlı olarak.

DRG verilerini kullanarak aslında sağlamış olduğumuz hizmetlerin karmaşıklığına karar verebiliyoruz ve hizmet sağlayıcılarını bu anlamda kontrol altında tutabiliyoruz. Yani ne tür hizmet istiyoruz, bu hizmetler ne derecede karmaşık, sağlık hizmeti sağlayıcılarına bu yönde yardımcı olabiliyoruz, bir fikir verebiliyoruz. Burada "vaka-karma sistemini" kullanıyoruz, hastaneler bu sistemi kendi aralarında bir değiş-tokuş yapmak için de kullanıyorlar ve

kendi etkinliklerini de karşılaştırabiliyorlar, ulusal düzeyde kullanılan bir vaka sistemi bu. Aynı zamanda DRG verilerine ve ortalama hastanede kalış sürecine ilişkin hazırlamış olduğumuz bu verileri kullanıyoruz birlikte. Ve gördüğünüz gibi cerrahi süreçler, tıbbı süreçler ve diğer süreçler olmak üzere üç grupta da bunları inceledik ve cerrahi süreçlere baktığımız zaman, bir iyileşme olduğunu görüyoruz, sistemin etkinliği daha fazla iyileşti, daha hızlı hale geldi. Örneğin, tıbbı prosedürler de artık çok daha hızlı ve kolay bir şekilde tamamlanabiliyor. Dolayısıyla yıllar içerisinde bu üç durumda da iyileşme olduğunu görüyoruz DRG verilerine bağlı olarak.

Yine DRG verilerine baktığımız zaman yeni trendleri de görebiliyoruz, 2010 ile 2013 yılları arasındaki hasta hareketlerini görebiliyoruz. Hastaneye ne kadar gelmişler, kliniklere ne kadar başvurmuşlar, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerindeki dağılımları nedir hastaların, bunların da oranlarını görebiliyoruz. Ve hastalar artık büyük bir çoğunlukla ikinci aşama sağlık hizmetlerinde tedavi ediliyorlar veya özel hastanelerde yani spesifik hastanelerde tedavi ediliyorlar. Ve ikinci basamak sağlık hizmeti sağlayan hastanelerdeki durumun DRG verilerinin kullanılmasına bağlı olarak çok ciddi oranda iyileşme gösterdiğini görüyorsunuz. Aynı zamanda coğrafya dağılımı ile alakalı da bir çalışma gerçekleştirdik ve bunu da görebiliyorsunuz; şehir merkezlerindeki dağılım nedir ve kırsal alana doğru gittikçe dağılım nasıl değişiyor bunu görüyorsunuz. Burada şehir merkezindeki sağlık kuruluşları kendi hizmetlerini arttırdıkları geliştirdikleri için insanlar şehir merkezindeki hastanelere gitmeye özen gösteriyor, burada bunun artışını gördük.

Burada Slovenya, Makedonya, Hırvatistan arasında bir karşılaştırmayı görüyorsunuz sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili durumu görüyorsunuz. Hırvatistan'da bir stabilite olduğunu görüyorsunuz ancak Makedonya'nın oranlarına baktığımız zaman bir artış olduğunu görüyorsunuz ve şuna inanıyoruz, bu klinik alanlarda sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesiyle alakalı ciddi bir ihtiyaç olduğunu fark ettik, örneğin, bu grafikleri çıkardıktan sonra Sağlık Bakanlığı'nı hemen konuyla alakalı uyardık.

DRG verileri aynı zamanda her bir hastanenin performansını ölçmek ve diğer hastanelerle karşılaştırabilmek için de kullanılıyor. Örneğin, Skotpil'deki bir genel hastanenin verilerini aldık 08 Eylül'de ve 4 yıllık boyunca 2010'dan 2013'e kadar bu verileri düzenli olarak inceledik. Hastanenin ek bir bütçeye ihtiyacı olduğunu fark ettik ve Sağlık Sigorta Fonu olarak bu ek bütçeyi onlara sağladık.

Burada cerrahi süreçlerle alakalı genel hastanelerin durumlarını görüyorsunuz, 2010 ile 2013 arasında, farklı hastanelerii cerrahi süreçler açısından nasıl karşılaştırdığımızı görebiliyorsunuz. Bu örnekte daha çok Makedonya'daki genel hastanelerde gerçekleştiriliyor cerrahi müdahalelerin büyük bir çoğunluğu,

sadece 2 veya 3 diğer hastane kendi sorumluluklarını yerine getiriyor veya çok küçük cerrahi operasyonları gerçekleştiriyorlar.

DRG'nin sadece bizim tarafımızdan, doktorlar, direktörler ya da bilim insanları tarafından kullanılmadığını, uluslararası projelerde de bunun kullanıldığını söylemiştim. Uluslararası projelerde bizim verilerimizi kullanıyorlar ve uluslararası araştırmalar yapıyorlar, analizler yapıyorlar, sonuçlara varıyorlar ve tekliflerde, önerilerde bulunuyorlar.

Bu benim son slaytım; DRG tek bir seferde başlatılan bir süreç değil, bir süreç istiyor, içerisinde bilim var, hastaneler var, Bakanlığın sürekli olarak izlemesi lazım ve sistemi sürekli genişletmek için gözünün sistemin üzerinde olması lazım. Bizler de önümüzdeki dönemde başlatmak istediğimiz projeleri buraya yazdık, DRG'nin verimliliğini arttırmak üzere bunları çalışıyoruz. Önümüzdeki birkaç ay içerisinde başlatacağımız çalışmalardan bir tanesi; sistemimiz içerisinde, yazılımımız içerisinde elektronik sağlık kartı, EHC ile birlikte "dijital imzayı" başlatacağız. Doktorlar bu sayede kendi servisindeki her bir hasta için kodlama yapabilecekler. Önümüzdeki yıl ise bir maliyetleme aracı geliştireceğiz, bu da DRG gruplarının entegre bir parçası olacak. Aynı zamanda da bu araç sayesinde her bir servisin DRG fiyatlarımızla kıyaslama maliyetlerini hesaplayabilmiş olacağız ve sürekli olarak da DRG fiyatlarımızı izleyeceğiz, yenileyeceğiz, bunları gözden geçireceğiz. Ve tabii de hastanelerimizin yeni DRG grupları başlatabilmeleri ihtiyaçlarını da izliyor olacağız. Makedonya'daki maliyet ağırlıklarını sürekli olarak güncelleyeceğiz, sağlık hizmetleri için ve aynı zamanda da bir teklifimizi, bir önerimizi de sunmuş bulunuyoruz; bu noktada vaka karmasına dayalı olarak bütçeleme yapma teklifi bu.

Dinlediğiniz için teşekkür ediyorum.

KONFERANS

BİLGİ TEKNOLOJİLERİNİN YÖNETSEL BAŞARIDAKI YERİ

Doç. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
İstanbul Anadolu Kuzey KHB Genel Sekreteri

1966 Trabzon doğumludur. 1990'da HÜTF tamamlayarak 1995'de SSK Okmeydanı EAH'de Genel Cerrahi alanında uzmanlığını almıştır. 2009'da Beykent Üniversitesi'nde Hastane ve Sağlık Yönetimi dalında yüksek lisans eğitimini tamamlamıştır. 1991 yılından itibaren Genel Cerrahi dalında birçok hastanede başasistan, uzman ve gözlemci unvanlarıyla görev yapmıştır. 2002'de Fatih Sultan Mehmet EAH başhekimliği görevine başlamıştır.10 yıllık başhekimlik görevinin ardından İstanbul Anadolu Kuzey KHB Tıbbi Hizmetler Başkanlığına tayin olmuştur. 2014 Mayıs ayından itibaren İstanbul Anadolu Kuzey KHB Genel Sekreterliği görevini vekaleten sürdürmektedir. İstanbul Cerrahi Derneği Kurucu üyesi ve Genel Sekreterliğini yapmakta olan Memişoğlu'nun birçok bilimsel kuruluşta üyeliği bulunmaktadır. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan, bildiri kitaplarında ve ulusal hakemli dergilerde yer alan çok sayıda bilimsel çalışmaya imza atmıştır. 2008-2011 yıllarında art arda dört defa İstanbul Valiliğince Takdir Belgesi'ne layık görülmüştür. 2013 yılında Bilişim Dostu Sağlık Yöneticisi Altın Stetoskop Ödülü'nü almaya hak kazanmıştır.

BİLGİ TEKNOLOJİLERİNİN YÖNETSEL BAŞARIDAKİ YERİ

Doç. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU

İstanbul Anadolu Kuzey KHB Genel Sekreteri

Değerli katılımcılar hepinizi saygıyla selamlıyorum. Sizlere bilgi teknolojilerinin yönetsel başarıdaki yeri konulu bir sunum yapacağım. Öncelikle bilgi teknolojilerinin tanımını yaparak başlamak istiyorum. Bilgi teknolojileri, bilgisayarların ve yazılımların aracılığıyla bilgilerin işlenmesi, dönüştürülmesi, korunması, saklanması, iletilmesi ve bilgiye güvenli bir biçimde erişilmesini sağlayan teknolojilerdir. Peki bilgi teknolojileri neler sağlıyor? Verimlilik, maliyetin minimuma düşürülmesi, daha kaliteli mal ve hizmet sunumu, yeni ürünlerin geliştirilmesi ve rekabet gücünün artırılması gibi önemli katkıları var. Geçmişte birçok sektörde hantal yapılar, yavaş işleyen sistemler bilgi teknolojilerinin kullanılmasıyla çok daha etkin yapılara dönüştürülmüş. Böylece hem insan, hem vatandaşlara hem de iş dünyasındakilere kaliteli, verimli hizmetler sunulmaya başlanmıştır. Verimlilik ve ürün çeşitliliği artmış, vasıflı insan gücünün örgüt içerisinde değerleri artmış, bilgi sistemlerine dayalı yöneticilik anlayışı gelişmiştir. Kurumsal ağ modelleri oluşturulmuş, örgütler küresel iletişim ağlarına bağlanmaya zorlanmıştır. Uzun mesafelerin caydırıcılığı azalmış, etkileşimin örgütleme ve örgütler arası ilişki geliştirilmiş, veri alış-verişlerin denetimi kolaylaştırılmıştır. Bu süreçte verinin iletilmesi, işlenmesi ve saklanması önemli hale gelmiştir. Bence çok önemli bir şey; bu yolla bilgi ve iletişim teknolojilerini üreten ve ektin kullanan kurum ya da ülkeler ön plana çıkmıştır. Örneğin; Hindistan, Kore bunların çok önemli ülkeler haline gelmiştir. Peki; biz yönetirken planlama, örgütleme, yürütme, koordinasyon, karar verme, denetleme süreçleri yaşıyoruz. Bu süreçlerin bilgi teknolojilerinde, bilgi sistemi ile nasıl faydalar sağladığını anlatmak istiyorum.

Planlamaya bilgi teknolojisinin etkisi; karar süreci için gerekli kolaylıkla erişilmesini sağlıyor. Geleceğe yönelik tahminlerin doğruluk derecesi artıyor, planların içerdiği konuların kapsamı genişliyor. Yöneticilerin karar alma yetenekleri gelişiyor. Planlama yapma süresini kısaltıyor ve maliyetini düşürüyor. Yönetim hiyerarşisinde kararların merkezîleşmesini sağlıyor. Örgütlemeye etkisi; organizasyonda bilgi akış işlemine dayalı bir ilişki oluşmasını sağlıyor. Standartlar oluşturuyor. Kimi işlerin ve görevlerin ortadan kalkmasını, değişmesini ve yerlerine yenilerinin oluşmasını sağlıyor. Personel eğitimine de büyük katkısı oluyor. Bazı işlemler için insan emeği yerine makinelerin kullanılmasıyla emek zaman ve maddi yönden tasarruf sağlıyor. Ve en önemli şey yönetsel olarak,

personelin değerlendirilmesi kolaylaşıyor.

Yürütme sürecine etkisi; kurallara ve disipline olan gereksinimleri arttırıyor. Düzenli bir emir komuta ve raporlama sistemi kullanımına geçiliyor. Alt bölümler arası bilgi alışverişi kolaylaşıyor. Organizasyonun sağlama, üretim, finans gibi bölümlerin entegrasyonunu sağlıyor. Yönetsel işlemlerin bir sistem anlayışı içerisinde değerlendirilmesi sağlanıyor, orta ve alt kademeli yöneticileri kendi kendilerine yönetilebilir hale getiriyor.

Koordinasyona etkisi; organizasyonu oluşturan alt sistem ile arasında bilgi akışını, iletişimini sağlıyor. Tüm yönetim kademelerine bilgi desteği sunarak, alt bölümlerin birbirlerinin yapmış oldukları işlerden haberdar olmasını temin ediyor.

Karar vermek ki, yöneticiler için en zor esasını alan; burada da hızlı ve ileriye dönük kararlar verilmesini çok rahatlıkla temin ediyor. Biliyorsunuz karar verme aşamamız, araştırma, inceleme ve bunlardan bir tanesini seçim sürecidir. Bunları çok rahatlıkla hızlı bir şekilde temin ediyor.

Denetlemeye etkisi; gerekli olan bilgilerin zamanında elde edilmesine yardımcı olup, iyi bir raporlama sisteminin kurulmasına yardımcı olur. Faaliyet sonuçlarının üst düzey yöneticiler tarafından anında gözetlenip, denetlenmesini sağlıyor. Sonuçlara ilişkin yazılı verilerin dosyalanmasını ve saklanmasını kolaylaştırıyor. Şimdi bu genel bilgilerden sonra biz sağlık sisteminde neler yaptık ve bunun yönetime olan etkisini anlatacağım. Sağlık bilişiminde hedef; bilgi toplumunu insana yaraşır şekilde koruyucu ve tedavi edici hizmeti, sağlık hizmeti sunmak, toplumun sağlık sorunlarını saptayarak çözüm üretmek, bilişim teknolojileriyle donatılmış hastaneler kurarak onları çağdaş bir anlayışla yönetmek, sağlık düzeyini yükseltmek için gerekli olan veriyi, bilgiyi toplayıp bilimsel değerler ve kanıtlarla yayınlayabilmektir. Tıp ve sağlığa yönelik bilgi sisteminin temel amacı; sağlık işine değer katmaktır. Siz bilgi verilerini, bakım verilerini, tedavi verilerini ve bunun geliştirme süreçlerini toparlayıp teknolojiyle birleştirdiğiniz zaman, hem sizin için başarı, hem toplum için sağlığı sağlamış oluyorsunuz. Bilgi teknolojileri kullanılarak neler yapılabiliyor sağlıkta? Tıbbi çalışma yapılabiliyor, eğitim, iletişim veri toplama, veri işleme, bilgi yönetme, tıbbi karar verme ve bilimsel çözümler. Esasen biz Türkiye'de çoğunu yaptık ama şu son özellikle benim için çok önemli biliyorsunuz. Avrupa'da ve Amerika'da bilgi teknolojileri kullanılarak tedaviyle ilgilide karar verme süreçleri başlamış durumda. Yani geçen Bülent Hocanın konferansında da söylendi, hekime veya sağlık çalışanına dünyadaki son literatürleri tarayarak bunlarla ilgili seçenekler sunmak, bu seçeneklerle tedaviyi yönlendirme konusunda da artık Türkiye'nin bilişimini yenmesi gerekiyor. Bu tabii çok zor bir iş; çünkü siz bilgi sistemleri

üzerinde seçenekler sunarak hekime sistemden tedaviyi nasıl vereceğinizi, kanıta dayalı tıbbın önerdiği şekilde hekimin önüne getirebilmeliyiz. Böylece hekim hastasına bakarken gerektiği zaman danışmanlık gibi algoritmaların bilgi sistemi üzerinden ulaşabilir hale gelmesi gerekiyor. Bunun için de özellikle derneklerin Türkiye'de ki standartları, tedavi standartlarını oluşturması gerekiyor. Bunları bir kitapçık halinde sunduğun zaman hekime veya sağlık çalışanına maalesef onlar çok geçerli olmuyor. Onun için bu bizim için çok değerli bir süreç ama daha Türkiye'de bu sürece başlanmış değil.

Sağlık bilişimiyle kalite verimliliği artıyor. Erişilebilirlikle hakkaniyet sağlanmaya çalışılıyor ve hem yöneticilerimizin, hem çalışanlarımızın, hem de hastalarımızın eğitilmesi ve güçlendirilmesi gerekiyor; çünkü sağlıkla ilgili süreçler bilindiği zaman talepleri ona göre isteniyor ve doğrusu isteniyor. Böylece çok daha iyi bir sağlık sistemine ulaşılmaya çalışılıyor. Herkesin elektronik kaydı oluyor ve sağlıkla ilgili bir hafızası oluşturulmaya başlıyor. Veri analizleri yönetici tarafından kolaylıkla sağlanıyor, kaynak tasarrufu sağlanıyor ve otoriteler arasında iletişim ve verinin değişimini standartlaştırmış oluyor.

Evet, biz sağlıkta dönüşüm programına 2002'nin sonunda 2003'ün başında başladığımız zaman programın en önemli parametresi. 8. Maddeydi. Bakın 8. madde 2003 senesinde sağlık bilgi sistemlerinin etkili hale getirilmesi için hedef koymuş. 11 hedeften bir tanesi bu. Ve gerçekten 2002 senesinde birkaç hastanesi hariç hiçbir networku, yazılımı olmayan Türkiye'de 2014 senesinde hepinizin malumu bilgi teknolojileri ağıyla donatılmış durumdayız. Peki, bu ne demek, merkezi olarak neler var? Bunlar bizim çıkarabildiklerimiz şuanda merkezde çalışanlar. Yani bu yalnızca bakanlığın merkezi sistemiyle oluşturulmuş yazılımları ki bunlardan belki hatırlayamadığımız bulamadıklarımız da vardır veya kullanılmayanlar da vardır. Ama fark ettiyseniz en sonunda hastaneleri ayrı bir başlıkta anlatacağım için onu kırmızıyla yazdık.Hepimizin kullandığı sağlık bilgisi sistemi olan HYBS›ler ve birçok yerel uygulamalar var. Peki, bunlar ne sağladı? Esasın da bu sistemler bize yaşam süresini,çünkü 2012 ye göre kısa sürede artması beklenen yaşam süresini 71 den 77 bantlarına çektik, 39 olan hasta memnuniyet oranı 75 bantlarına geldi ve anne ölüm oranları, çocuk ölümü bunların hepsinde erişim teknolojilerimizi fazla miktarda kullanmamızın büyük etkileri oldu. Şimdi çok özür dilerim, bunlarla ilgili Anadolu Kuzey Birliği'nde bazı uygulamaları anlattıktan sonra neler yapılabiliriz size arz edeceğim. Biraz önce bir yönetici için en önemli şeyin karar vermek olduğundan bahsettik. Karar vermeniz için bilmeniz gerekiyor. Bilmeniz için doğru bir data olması gerekiyor. Bunların hepsini bir araya toplamanız gerekiyor. Biz bununla ilgili bir analiz yaptıktan sonra yöneticilerimize en kolay ulaşılabilecek ve en rahatlıkla anında

görebilecekleri bir sistem geliştirdik. Bununla ilgili BİG DATA artık Türkiye'nin sağlık sisteminde olması gereken bir şey. Bu BİG DATA'yı tutmanız veya orada kalması değil önemli olan, bunu veri madenciliği ile bilgiye ve karar destekte karar verme sürecine getirmeniz gerekiyor. Sizin ne kadar büyük datanız olursa olsun eğer bunu akıllı sistemlerle, karar destek sistemleriyle kişilerin önüne getiremezseniz, herkes veri madenciliği yapamaz. Şu andabizdeki sorunlardan bir tanesi bu veri madenciliğini her türlü personelden bekliyor olmamızdır. Hayır! Eğer karar verilecekse bunu teknoloji yapacak ve önümüze boardlarla, kolay ekranlarla getirmesi gerekiyor. Peki, neler yaptık? Esasında Türkiye'de benim üzüldüğüm bir şey var, lisanslara çok fazla para veriliyor. Biz tamamen ücretsiz toolbara ve hastanelerin alt yapısında herhangi bir değişiklik yapmadan onların ürettiği, ki bizim 11 hastanemiz, 5 ağız diş sağlığı merkezimiz var, bilgi teknolojilerini, bilgi sistemlerinin alt yapılarını kullanarak sağlık.net te alınan veri setlerini BİG DATA mantığıyla ve çok basit 4 tane ana makine ile bir araya topladık. Merkezden online olarak bunlarla haberleşmesini sağlıyoruz. Datanın büyüğü hastanelerde kullanılmaktadır. Veri setlerini aldıklarımız, bizim merkezimizde ve 5-10 saniye içinde online olarak bütün hastanelerimizi ve verilerini görebilir hale geldik. Bir bilgiyi doğru üretmek, karar vermeyi kolaylaştırmak, hızlı iletişimi sağlayarak biz bunları bütün bir hastane yazılımlarını bir ara motoru gibi çalışan bir karar destek sistemleri oluşturduk. Ben birkaç ekranını göstermek istiyorum. Bunlar bir tıkla 5-10 saniye içinde bütün hastanelerden verileri toplayarak merkezde görülebiliyor. İsterseniz aylık, isterseniz günlük, isterseniz anlık, isterseniz bir senelik, isterseniz birbiriyle kıyaslanacak hastane bazlı veya servis bazlı veya hekim bazlı ayrıştırmasını yapabiliyorsunuz. Böylece, şöyle söyleyeyim size böyle ekranlardan birkaç tane göstereceğim ama üç yüz küsur tane ekranımız var; hem mali, hem tıbbi, hem idari olarak. Bir doktorun hangi gün ne kadar tanıyı koyduğunu anlık öğrenebiliyoruz. Bir hekimi ve ya bütün kliniği, dâhiliye kliniğinin Fatih Sultan Mehmet'te, Ümraniye'de ya da Haydarpaşa'da kaç ilaç yazdığını, bundan ne kadar gelir getirdiğini hangi tanıyı koyduğunu anlık olarak bakın, çünkü bilgi teknolojilerinin kötü bir şeyi var. Biz bilgi teknolojileri diyerek Excel tablolarına çok düşkünüz. Excel tablolarına insanlar giriş yaptıkları anda insan faktörünün olduğu yerde hata olur, bunları insan faktörü olmadan kaynaktan almak çok önemlidir. Mesela aktif doktor o gün hangi hastanede ne kadar çalışıyor, poliklinik ne yapıyor? Bunları tek, tek hangi branşta hastaneler arası kıyaslamalarda hepsini görebiliyoruz. Böyle bir boardımız var. Esasında bu ilk program açıldığı zaman kişilerin önüne geliyor. İşte o sene kaç tane hasta bakılmış, o anda kaç tane, bugün için mesela kaç tane laboratuar hizmeti sunulmuş, kaç muayene olmuş, kaç doğum olmuş, acilden kaç hasta bakılmış kısaca bütün sistemin bir özetini buradan da direk gözlemleyebiliyorsunuz. Acil müracaat

yoğunluğu, ne nereye ne zaman geliyor, ne zaman kayda alınmış ne zaman yeşil alana geçmiş, ne zaman kırmızı alana geçmiş, ne zaman hasta yatışı yapılmış, aradaki süreç farkları, hangi klinik daha çok hasta yatırmış, bunların hepsini görebiliyorsunuz. Bütün hastanelerinizdeki randevu süreçlerinin ortalamasını, hastane bazlı ortalamasını, cihaz bazlı ortalamasını, bunların ne kadar sürede raporlandığını, hepsini bir sistemde görebiliyorsunuz. İşte bütçe gerçekleştirme oranlarınızı, gelir gerçekleştirme oranlarınızı, bunları anlık hastane bazlı da alabiliyorsunuz. Boşluk gün sayısını, stok gün sayılarını, yani bu ekranlar dediğim gibi 360 tane ekran var bunlarında birbiriyle düşünün, eşleştirilmesini tarih bazlı, hastane bazlı, doktor bazlı, klinik bazlı, hepsini anlık olarak alabiliyorsunuz. Yani ben rapor isteyim diye bir şey söz konusu değil. Şimdi hepinizi biliyorum, yani doktorlar zaten talep toplamadan bıkmış maalesef idarelerde ya şu istatistiği ver, kaç hekimin var, kaç tane şeyim var, ne kadar para kazandım, şunu niye takip etmiyorsun deme şansını bu şekilde insanları bunaltacak şekilde sağlamıyoruz. Çok ilginç bir şey, mesela hangi bölgeden hangi hastaneye hangi tanıyla kaç hasta gitmiş o anlık görebiliyoruz. Hatta hangi sokaktan geldiğini görebiliyoruz. Yani Haydarpaşa Numune Hastanesi'ne bugün şu tanıyla şu bölgeden kaç hasta gelmiş bunları anında ölçebiliyoruz. Bu bize ne sağlıyor? Orada hastalık yoğunluğu nedir ve orada hangi hastaneyi veya hangi kliniği güçlendirmem gerekiyor? Bunların hepsini görebiliyoruz. Bu bize gerçekten çok ilginç şeyler sağlıyor. Bölgesel olmasının yanında, istediğiniz bir alanı seçiyorsunuz Türkiye'de, o bölgeden kaç hasta bizim Siyami Ersek'e gelmiş bunları da anlık olarak görebiliyorsunuz. Düşünün, yani bunu gösterdikten sonra zaten bilgi teknolojilerinin yönetime nasıl bir katkı sağladığını tahmin edebilirsiniz. Eskiden bunu çıkartmak için, yani bundan on sene evvel yani çıkartmak için düşünmeyi bile insanlar birkaç saat sürerdi böyle hiç düşünebilir miyiz diye. Bunu araştırmak mümkün değildi. Şu an da ben Haydarpaşa Numune Hastanesiyle üst solunum enfeksiyonu tanısı ile işte Ümraniye'den kaç hasta gelmiş veya Çekmece bölgesinden kaç hasta gelmiş bunları anlık olarak görebiliyorum ve bu hastaya ne tedavisi yapılmış, hangi ilaç yazılmış? Bunların hepsini anlık olarak görebilir haldeyiz.

Şimdi başka bir şeye geçeyim; tele-tıp sistemi. Bu da artık dünyada da Türkiye'de de globalleşme ile birlikte sağlıkta da hasta her yere gidebiliyor. Gittiği zaman da sizin bunu hastayla beraber taşımanız gerekiyor bilgi sisteminde, artı hekim hastanın geçmişini bilmek durumundadır. Biz bunları sağlamadığımız sürece doğru tedaviyle beraber hekimin tekrar tanı koymak için çabalamasını maalesef uzatıyoruz. Artı başka bir şey daha var, başka eve olan bir işlemi gerektiği zaman başka bir doktorun değerlendirmesine imkân sağlıyoruz. Gerektiği zaman Hindistan'daki, Amerikalılar biliyorsunuz yasakladı gerçi Obama, MR filmlerini, tomografileri Hindistan'da ki doktorlara okutturuyordu. Düşünebiliyor

musunuz yani dünya buradayken biz de bunu artık yapabilir hale geldik. Tabi bu telemedicine çok tartışmalı konusu bilimsel camiada ama bu artık kaçınılmaz artık mobil uygulamalarla belki de hastaların evde bir süre sonra kendi kendilerine bütün tahlillerini tetkiklerini yapabilir hale getirilip, tahlil özellikleri, görüntüleme ve EKG gibi, tansiyon gibi bunları merkezden doktorlar tarafından tanıya yönelik çalışmalar yapılabilir. Burada ne var işte görüntüsünü taşıyabiliyoruz, EKG sini taşıyabiliyoruz, hastane ile aramızda bunlar görülebiliyor, gastroskopisini gösterebiliyoruz, ultrasonunu gösterebiliyoruz. Aklınıza gelebilecek cihazlardan elektronik data çıkan bütün cihazları bir sisteme bağlayıp bunu Şili'de de olsa, EKG çektirse, Siyami Ersek'te okutturabilir haldeyiz. Ümraniye'de çekilen bir gastroskopinin filmiyle beraber, görüntüsüyle beraber Haydarpaşa'da bunu doktora gösterebilir haldeyiz. Ve bizim bölgemizdeki bütün hastaneler birbiriyle bağlantılı durumda. Bir tahlil istendiği durumda, zaten merkez laboratuar bunu sağlamış durumda standartları, aynı zaman da bu tahlilleri diğer hastanede hiçbir ilave işlem yapmadan hastanın dosyasında gösterebilir durumdayız. Yani HBS sini açtığı zaman yeni bir program açmıyor. HBS sini açtığı zaman Haydarpaşa numune hastanesi orada hastanın dosyasına işlediği anda TC kimlik numarasını girdiği anda o hastanın Siyami Ersek'te olan anjiyosunun filmini, Şili'de yaptırdığı hemogramı veya Beykoz da yaptırdığı gastroskopiyi hastanın dosyasından o hekim görebilir halde. Böyle olunca yeniden tekrarlar, yeniden istekler çok fazla azalmış durumda. Bu da işte görüntüleme sistemleri, bunlar birbirine bağlı. Bir yerde MR çekildiği zaman diğer yerde de MR çekilebiliyor, şey görülebiliyor ve bununla ilgili birbirine de radyolog hekimlerimiz gerekli zaman bu MR üzerinden ya burada bir tümör şüphem var sen bir bakabilir misin diye radyoloji hekimiyle konsültasyon yapabiliyor. Ve bunlar hekimlerin bütün akıllı telefonlarında da görülebilir hale getirilmiş durumda.

Son olarak esasen birkaç şey daha var ama onları söylemeyeceğim, evde sağlıkla ilgili bir yazılımımız var, bunu da şimdi entegre ediyoruz, sisteme böylece bir çağrı merkezi yaptık. Bu çağrı merkezi ile ilgili bir web kurduk, hasta yakını kâğıtlar ile değil direk web sitesine girerek talep toplayabiliyor, talep yapabiliyor. Aile hekimleri aynı şekilde onlara da şifrelerini verdik. Daha doğrusu kendi şifreleriyle buraya direk girebiliyor, bizim kendi bölgemizde talep yapabiliyor. Çünkü aile hekimi bir hastasının evde sağlık ihtiyacı var diyor, kâğıda yazıyor, o kâğıt aile hekimliği merkezine geliyor, oradan toplum sağlığı merkezine gidiyor, oradan il halk sağlığına gidiyor, oradan birliğe geliyor, birlikten hastaneye ulaşılıyordu. Bir buçuk iki ay sürüyor ortalama. Bazen gittiğimiz hastalar ki bu hastalar biliyorsunuz sorunlu hastalar. Hastanın cenazesiyle veya ailenin serzenişiyle karşılaşıyorduk. Şuanda iki gün içinde ulaşıyoruz ve bunu direk elektronik sisteme bağladık, bunları hastane yazılımlarıyla bağladık.Bir süre sonrada aile hekimliği önüne

bu hasta ile ilgili bilgileri ulaştırmaya başlayacağız. Böylece hasta aile hekimine göründükten, evde sağlık hizmeti aldıktan sonra, hastaneye mi gitti, başka yere mi gitti, hem aile hekimi bilecek, hem evde sağlık ekibi bilecek, hem de hastanedeki hekimlerimiz o hastanın evde sağlık hizmeti aldığını görebilecek. Evet, şimdi belki hepiniz bunları biliyorsunuz; ama düşünün hastanelerde bu kadar yazılım var biz yani çoğu belki, çoğu bundan fazla da olan hastaneler vardır, bundan az olan hastaneler vardır, ama sistem bu işte. HB'si ortada var. İşte kan bankası yazılımı MHRS yazılımı, ilaç yazılımı sağlık.net ve birde hasta yönlendirme sistemlerimiz var yazılımları laboratuvar işletim sistemleri, hasta güvenliği yazılımları gelecek, kalite yazılımları olması gerek bence çok büyük eksiklik kalite de. Çünkü kalite verilerini biz kağıtta topluyoruz. Kalite ve hasta güvenliği yazılımlarımız gelişmiş değil. Ve maalesef kalitecilerin bence büyük sorunu bu, halen daha yüzlerce kâğıdı değerlendirip onlarla Excel tablosunda sonuç çıkartmaya çalışıyoruz. Bu konuda evde bizim, kalite yazılımları hasta güvenliği yazılımları konusunda maalesef yeteri kadar gelişmiş değiliz. Elektronik imza, personel takip sistemleri bunların performansları, cihazlarımız, cihazlarımızla ilgili bir yazılım var onu da anlatmak isterim ama artık çok uzuyor. Bir cihazın hangi kişi tarafından ne kadar süre ile çalıştığı, o cihazın ne kadar sık arızalandığı, bunun personelle veya hastaneyle ilişkilendirmesi ile ilgili yazılımlarımız var, satın alma yazılımımız var. Ve bunların hepsinin karar destek sistemlerine entegrasyonu söz konusu. Tanı ilişkili gruplarla ilgili biliyorsunuz veri girişlerimiz var …var …var. Var artık var. İşte bu bir çip kartı gibi oluşmuş durumda. İşte geleceğin hastanesine doğru ilerliyoruz. İnşallah çok daha iyi şartlarda, çok daha iyi hizmetleri sunarız. Ben hep şunu söylüyorum; bana bir sohbet veya gazeteci arkadaşımız sormuştu, hocam elektronik sistemli hastaneler nedir? Nasıl, onsuz olur mu? Dedi. Dedim ki eğer sen güvercinle haberleşiyorsan, bununla dedim beni e-maille haberleşmeyi kıyaslatıyorsan bu kadar fark var ben sana nesini anlatayım ki. Yani artık dumanla iletişimi bıraktık, elektronik olarak anlık iletim var bu da dumandan e-maile doğru bir dönüşümümüz var, artık elektronik bilgi sistemsiz hiçbir şey yapamayız sağlıkta.

Ben hepinize teşekkür ediyor saygılar sunuyorum. Eğer sorusu veya katkısı olan varsa arkadaşlardan alabilirim konferans gerçi ama.

PANEL

SAĞLIK TURİZMİNDE MEVCUT DURUM, BEKLENTİLER VE HEDEFLER

Oturum Başkanı - **Hüseyin ÇELİK**
S.B Müsteşar Yardımcısı

1965 Afyon doğumludur. 1987 İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Kamu Yönetimi mezunu olup, "Avrupa Birliği'nin Ekonomik Yapısı" ve "Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği" yüksek lisansları ile TODAİE "Kamu Yönetimi" uzmanlığı programını tamamladı. DPT 8., 9. ve 10. Kalkınma Planları Sağlık Özel İhtisas Komisyonu üyesidir. TÜSİAD Sağlık Politikaları ve Stratejileri Alt Komisyonu başkanlığı ve TOBB Sağlık Kurumları Meclisi Üyeliği, Sağlık Bakanlığı Planlama ve İstihdam Komisyonu üyeliği, Akredite Hastaneler Derneği kurucu üyeliği, Adana Sağlık Turizmi Derneği Başkanlığı yapmıştır. "Sağlık Sigortasında Hizmet Sunuculara Ödeme Yöntemleri" başlıklı yayını bulunmaktadır. Ayrıca "Türkiye'de İlaçta Veri Koruması ve Uygulamasının Mali Etkileri" ve "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" başlıklı yayınlarda diğer yazarlarla birlikte yer aldı. 1988-2000 yıllarında SSK Genel Müdürlüğü Teftiş Kurulu Başkanlığında Müfettiş olarak, 2000-2004 yılları arasında Acıbadem Sağlık Grubu'nda Yöneticilik yaptı. 2004-2006 arasında ÇSGB "Soysal Güvenlik Reform Projesinde" Genel Sağlık Sigortası Danışmanı olarak, 2007-2008 Acıbadem Sağlık Grubunda Satınalma ve Lojistik Direktörlüğü, 2011-2012 Pazarlama ve Kurumsal İletişim Direktörlüğü, 2008-2013 Acıbadem Adana Hastanesi Direktörü olarak görev yaptı. 2008 Yılı Özel Sektör dalında en iyi sağlık yöneticisi ödülü sahibi oldu. Leyla Çelik ile evli ve 2 kız babası olup, halen 2013 Eylül ayından itibaren T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı yapmaktadır.

Sağlık Turizminde Sağlık Bakanlığının Garantörlük Rolü

Hüseyin ÇELİK
S.B Müsteşar Yardımcısı

Türkiye'de Sağlık Turizmi

Uzm. Taner PİRİ
Kültür ve Turizm Bakanlığı

Uzman Taner Piri, Kültür ve Turizm Bakanlığı Merkez Teşkilatı'nda görev yapmaktadır. Yaklaşık 10 yıldır Kültür ve Turiz Uzmanı olarak görev yapamkata olan Piri, halen bu görevini sürdürmektedir.

Sağlık Turizminde Hedefler ve Teşvik Mekanizmaları

Uzm.Berrak BİLGEN BEŞERGİL
Ekonomi Bakanlığı

Berrak BİLGEN BEŞERGİL, 10 Mayıs 1979 yılında Erzurum'da doğmuştur. 1998 yılında Antalya Anadolu Lisesi'ni bitirdikten sonra, 1999 yılında Claremont High School – California'dan onur listesine girerek mezun olmuştur. Lisansını 2002 yılında Ankara Üniversitesi Uluslararası İlişkiler Bölümünde tamamlamasının ardından, Fulbright bursuyla gittiği Nebraska-Lincoln Üniversitesi Uluslararası İlişkiler ve Karşılaştırmalı Politika Bölümünden mezun olmuştur. Uluslararası İnsan Hakları ve Çeşitliliği konusunda yan dal yapmıştır. 2007 yılından itibaren Ekonomi Bakanlığı'nda çalışmaktadır. Bugüne kadar Fulbright, Nebraska-Lincoln Üniversitesi (tam burs), TOBB, ATAUM ve DAAD'dan burs/ödül almıştır. Çok iyi derecede İngilizce ve Almanca bilmektedir. Evli ve 1 çocuk sahibidir.

Sağlık Turizminde Başarıya Götüren İpuçları

Uzm.Dr. Bülent Koray GÖKER
Dünya Göz Hastaneleri Uluslararası Hizmetler ve İş Geliştirme Direktörü

1999 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olduktan sonra eğitimine 2000-2002 de Penn State ve New York State Üniversitelerinde, Amerikada ki sağlık sisteminin işleyişi, organizasyon yapısı, sağlık politikalarının oluşturulması, sağlık turizmi ve uzun dönem yaşlı bakımı hakkında eğitim almıştır. Türkiye de International Hospital, 2003-2013 yılları arasında Türkiye de Agis Zorgverzeringen Sigorta şirketinde Medical Direktör ve Genel Müdür olarak görev almıştır. Agis de çalıştığı yıllarda ilk kez bir yabancı sigorta şirketi planlı tedavileri Türkiye de ödemeye başlamış ve 250.000 fazla hasta planlı tedavi hizmeti almıştır. 2013-2014 yılında Dünya Göz Hastanelerinde Uluslararası Hizmetler ve İş Geliştirme Direktörü görevine atanmış gurubun crm, uluslararası pazarlama, yurtdışı yatırım planlarını ve operasyonlarını yürütmüştür.

SAĞLIK TURİZMİNDE MEVCUT DURUM, BEKLENTİLER VE HEDEFLER

Hüseyin ÇELİK

Oturum Başkanı

Evet, saygıdeğer katılımcılar artık günün ve kongrenin sonunda geriye kalanlarla sağlık turizmini birlikte tartışmaya çalışacağız. Genel Müdürümüz de dün bir toplantıda rahatsızlandığı için katılamadı, sunumunu ben paylaşmaya çalışacağım. Ben diğer, oturuma katkı verecek sunucuları davet ediyorum sahneye.

Sağlık Turizminde Sağlık Bakanlığının Garantörlük Rolü

Hüseyin ÇELİK

S.B Müsteşar Yardımcısı

Ömer Bey›in sunumunu açabilir miyiz? Evet, hem moderatör hem de sunucu olmak böyle bir şey. Sonuçta sağlık turizmi Türkiye'nin gelecek vizyonunda olan bir konu. Ve her geçen gün Türkiye'nin hem kendi sisteminin gelişimine hem de Türkiye'nin dünya arenasında daha çok pay almasına hem de ekonomik gelişimine önemli bir katkı sunuyor. Sonuçta bu işin gerçek muhatapları kimler? Yatırımcılar, işletmeciler ve buradan gelir elde etmeyi uman insanlar. O yüzden sağlık çalışanlarının çok ilgisini çekmeyebilir. Ama sonuçta pastanın büyümesi adına Türkiye'nin sağlık sistemlerinde ki iddiasını daha ileriye taşıyabilmesi adına sağlık turizmi iyi bir fırsat. Ben Ömer Bey›in bu anlamda ki sunumunu size hızlıca paylaşmaya çalışacağım.

Artık bu tanımlamaları izninizle geçelim. Muhtemelen burada ki katılımcılar konuya ilgi duyan bilgili insanlar. Şimdi tabi temelde yaşadığımız sağlık turizmi ile turist sağlığı konusu birbirine ilişkilendiriliyor ve bazen de karıştırılabiliyor. Ama ikisini birbirinden ayrıştırmanın bir anlamı yok. Çünkü insanlar turist iken hastalanabiliyor ya da sırf hastalık için bir turistik faaliyette bulunabiliyor. Bu birbirini etkileyen ve birbirinden etkilenen bir süreç. Her ikisinin dinamikleri farklı o yüzden ayrıştırmadan ve o dinamiklerin farkında olarak süreci yönetmeye ihtiyaç var. Dünya arenasında bu işin pasta büyüklüğü gerçekten herkesin buraya ilgi göstermesini gerekli kılacak kadar önemli. Türkiye de bu anlamda ilk defa onuncu kalkınma planında sağlık turizmini öncelikli dönüşüm programlarından birisi arasına aldı. Ve iki bin yirmi üç hedefinde 20 milyar dolarlık bir pastayı

koydu. Dünyada rekabet ettiğimiz ülkeler var. Ve bu işe çok önceden girmiş ve bu işin farkına varmış ve gelirleri önemli noktaya taşımış ülkeler var. Onların arasına girmeye ve aralarından yukarıya doğru tırmanmaya çalışıyoruz.

Şimdi hangi parametreler sağlık turizmini etkiliyor diye baktığımızda en önemli göstergelerden birisi fiyat. O ülkede insanların gelir durumu ile sağlık hizmetlerinin fiyatı arasındaki uçurum başka ülkelere dolaşım imkanlarının, seyahat imkanlarının artması ile birlikte fiyat nedeni ile arayışa itiyor kişileri. Türkiye'de artık bekleme sürelerini, sağlık hizmetine erişimin bu kadar kolay olmasını tartışıyoruz. Ama gelişmiş birçok ülke de bekleme süreleri ile ilgili gerçekten ciddi engeller var. O da sağlık turizminin önemli arayış nedenlerinden birisi.

Marka hekimler, marka kurumlar sağlık turizminin en önemli itici gücü. Ülkenin getirdiği politikalar ya da bir takım sağlık hizmetine yönelik getirdiği kısıtlamalar da arayışın önemli nedenlerinden birisi. Yine bunların belli branşlarda dağılımı var. İlgi duyulan branşlar açısından. Her ülkenin dinamiklerine göre bunlar farklılaşıyor. Swot analizinden kısaca bahsedersek Türkiye'nin kaliteli sağlık hizmetindeki başarısı gerçekten takdir toplamaya başladı. Ama bunun daha ileri noktaya taşınması için işte kalite ve akreditasyon yapılanmamızı artık kurumsal hale getirdik. Fiyat avantajımızı, konum avantajımızı, iklim, tarihi, kültürel yapılarla sağlık turizmini entegre ettik. Yolculuk maliyetinin düşük olması ve giderek CSI akreditasyondan sonra şimdi ulusal akreditasyon sistemimizin kurulması ile birlikte bu çıtayı daha da ileriye taşıyacağız. Neredeyse ilkokuldan yabancı dil eğitimine başladık ama birçok konuda olduğu gibi maalesef bu dil sorunumuz burada da hala kendini gösteriyor. Koordinasyon konusunda giderek daha iyi noktaya geliyoruz. Yakında bir başbakanlık genelgesi çıkacak ve kalkınma planından da hareketle Sağlık Bakanlığı bu işin sorumluluğunda aktif rol alacak ve diğer bakanlıklarımızla, sivil toplum kuruluşları ile yakın bir işbirliği yapacağız. Dün dış ekonomik ilişkiler konseyinin, sağlık turizmi masası var diyelim. Orada Sayın Bakanımızın katılımı ile değerlendirme toplantısı yapıldı. Bu ihtiyaç kendini çok daha açık gösteriyor. Kurumlarımız bireysel çaba gösteriyor. Bunların koordinasyona ihtiyacı var ama bunları da engellememek lazım sonuçta bu biraz akıncı kuvvet gibi. Bu işe gönül verip cephede savaşıp bir takım kazanımları elde edip, deneyimleri elde edip sonunda bunları harmonize etmeniz gerekiyor. Eğer kısıtlama yaparsanız deneyim elde edemedikten sonra sistemi geliştiremiyorsunuz. Mevzuatımızın boşluklarını gidermemiz gerekiyor. Yine aracı kurumların bu amaca odaklanması ve konuyu sadece bir turistik faaliyet gibi değil sağlık ağırlıklı yapılandırılması gerekiyor ve Türk Turizm Bakanlığımızın bu süreçte bütün eşit yapıda daha aktif işbirliği içerisinde yer almasını bekliyoruz.

Fırsatlarımıza baktığımız da gerçekten Türkiye hem bölgesinde hem dünyada on altıncı ekonomi haline geldi hem hizmet sektöründe, hem mal sektöründe dünyaya entegre oldukça daha çok bilinmeye ve daha çok cazibe merkezi olmaya başlıyor. Çok önemli fırsatlardan birisi, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığımızdan Müsteşar Yardımcımız da burada. Dünyanın en büyük krizi ve fırsatı aynı zamanda yaşlılık. Türkiye bu yaşlılık krizine henüz girmedi. 2030 yıllarda krizle yüzleşecek. Ama batı bu krizi en derin şekilde yaşıyor. Japonya dünyanın en yaşlı nüfusunu barındıran ülke ama bizim gibi ülkeler bunu fırsata dönüştürebilir ve bir çıkış trendi ile bunu çok iyi kullanmamız lazım. Hani benim kendi bireysel değerlendirmem de sağlık turizminden bir bekliyorsak, yaşlı turizminden beş bekleyebiliriz. Çünkü buradaki hedef kitle, kurumsal yapılar. Yani direk bireylerle değil, direk devlet ve sosyal güvenlik kuruluşları ile anlaşıp on yıl, yirmi yıl sözleşmelerle onların Türkiye'deki iklim ve diğer imkanlardan yararlanıp yaşlılık dönemini efektif fiyatlarla kaliteli bir şekilde geçirme imkanları var. Ve yurt dışı bizi daha çok zorluyor, burada organize olmakta zorlanıyoruz. İşte sağlık serbest bölgelerini hep tartışıyoruz. Bunu acaba yaşlı turizmini yaşlı bakımı, sağlığı ve kültürü ile oranın bütün ergonomik yapılanması her şeyi ile başarabilir miyiz? Bence altın fırsat burada kendini gösteriyor. Bununla ilgili çabalarımızı da hızlandırmaya çalışıyoruz.

Bir diğeri batının sadece yaşlılık değil ekonomik krizi de var. Bu anlamda maliyetleri daha da baskılıyor ve dış ülkelerdeki arayışı artıyor. Bu da bizim fırsat boyutumuzu artırıyor bir taraftan.

Şehir hastaneleri ile fiziksel, teknolojik ve yönetsel anlamda ciddi bir ivme kazanacağız. Bu sağlık turizminin aynı zaman da ihtiyacını da artıracak. Yine Kültür Bakanlığımızın katkıları da bu süreci güçlendirecek. Yani sağlık turizmde yaşadığımız fiyat rekabetini bizim sağlıkta yaşamamız lazım. Kalitede rekabet ediyor olmak çok önemli. Yine farklı ülkelere farklı fiyat uygulamaları bizim imajımızı zedeliyor. Malpraktisi biz çıkardık yasa olarak. Yabancıları da kapsayacak şekilde çıkardık. Ama bunun uluslararası hukukla entegre edilmeye ihtiyacı var. Yine hastanın tedavi sonrası kendi ülkesinde takibi aşamasında burada bir takım mekanizmaların kurulmaya ve hastanın tam anlamı ile salah dediğimiz noktaya taşınıncaya kadar bizim sahiplenmemiz gerekiyor. Ve bunu çok iyi fırsat gören ülkeler var; Romanya, Macaristan, Dubai örnekleri var. Bizim bu fırsatı daha fazla geciktirmeden yaşama geçirmemiz gerekiyor.

Yine istatistikleri daha doğrusu temel bilgileri geçeceğim. Akreditasyon konusunda JSI'ın dünyadaki konumunu biliyoruz. Türkiye'de ben katılamadım. ISQua'nın artık belgelerinide elde etmiş durumda. Bunun yasası da çıktı. Bugün yarın Resmi Gazetede yayınlanmasını bekliyoruz. Türkiye Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü,

akademik yapısı da olan bilimsel yönü ağır olan ama aynı zamanda icra-i faaliyet ile ilgilenecek olan bir yapılanma. İnşallah bunu Türkiye'ye kazandırmanın da gururunu yaşıyoruz. Bunun da sağlık turizmi ile entegrasyonunu kurmak ve bunu bir marka değeri olarak da dünyaya JSI kadar bunu pazarlayabilmek, anlatabilmek durumundayız.

Türkiye, birçok konu da olduğu gibi ortalarda, orta gelir tuzağının içindeyiz şu anda. Eğer biz klasik üretim, hizmet ve katma değer anlayışımızı sürdürürsek, orta gelir tuzağından çıkma şansımız yok. Bu tür inovasyonlar, sağlık turizmi gibi ya da hizmet sektöründe sağlayacağımız inovasyonlarla orta gelir tuzağından çıkma şansımız var. Ekonomi Bakanlığımız akıllıca bir hamle yaptı. Hizmet sektörünü bir sektör olarak tanımladı. Ve teşvikleri verirken biliyorsunuz sadece sağlık turizmine değil eğitime, film ve bilişim sektörüne de aktardı, dört bölümde başladı. Şimdi bunların bir ihracatçılar meclisi altında birleşmesinden konuşuyoruz. Sektörün burada daha çok rol alması ile ilgili, mevzuat çalışmalarına biz de katkı verdik. Güzel olgun bir noktaya geldi inşallah, yayınlandığı zaman kim tutar bizi diyeceğiz inşallah.

Birtakım istatistiki veriler var hani vatandaşın sağlık turizminde tercihini ne belirliyor, hangi kanallardan buna ulaşıyor; internet, arkadaş tavsiyesi. Basının bilgilendirilerek hekim ile ilgili konular her zaman dikkat çekiyor.

Bilişim çağı Kemal Bey'de az önce anlattı. Hastanenin operasyonları ne kadar önemli ise insanların sağlık turizmine ulaşmada da bir o kadar katkı sağlıyor. Süreçlere baktığımız zaman kendi ülkesinde bir tanı konuyor, bunun çaresini arıyor yurt içinde ya da yurt dışında. Bunun için bir takım internet üzerinden ya da diğer bilgi kaynaklarından. Sonra bunu karara dönüştürdükten sonra ya bizzat hastane ile iletişim kuruyor ya da buna aracı olmak isteyen kurumlarla, hastane seçimi ve tedavi süreci bunun aşamalarını tamamlıyor.

Şimdi Sağlık Bakanlığının bu anlamda önümüzdeki günlerde bir takım yeni inovasyonlarını çok daha yoğun göreceksiniz. Çok sayıda gov.tr uzantılı web sayfalarının telif hakları satın alındı ve sayfalar dizayn edildi. Yani nereye giderseniz kişi web üzerinden bir tarama yaptığı zaman mutlaka Türkiye ile bir şekilde karşılaşacak. Bunun web sayfaları tamamlandı. Zaten biliyorsunuz iki yıldır altı dilde call center anlamında Türkiye'ye geldikten sonra hizmet sunuyor. Bu yurt dışında iken de sorulabilir hale gelecek. Dünyanın herhangi bir yerinden işte internet üzerinden ya da işte diğer skype gibi portallardan direk Türkiye ile Sağlık Bakanlığı'nın desteğinde onun güveninde ya da onun sahiplenmesinde Türkiye'nin sağlık alt yapısı ve tedavi imkanları konusunda bilgilenecek. Bu anlamda biz bir anlamda buz kırıcı etki yapmak istiyoruz. Hadi sektör yapsın ama sektörün yapmasına destek olmak ona mecra sunmak, pazarlamada tanıtımda

önemli. Bütün bu web sayfalarının yakında lansmanı yapılacak. Yine mobil uygulamalarla çok sayıda Sağlık Bakanlığı'nın finanse ettiği desteklediği mobil uygulamalarla Türkiye'ye geldikten sonra da turist sağlığı anlamında bir sağlık ihtiyacı olduğunda çok rahatlıkla en yakın kamu, özel, üniversite hastanelerine ulaşma imkanı getirilecek. Ve tanıtımla ilgili çok sayıda dokümantasyon oluştu, geçmiş dönemde de yapıldı. Ama bunu bir nokta iki nokta daha ileriye taşıyarak daha görselliği zengin olan ve daha fonksiyonel yapılanmalarla bu devam ediyor. Akreditasyonu artık kimse kanıksamıyor ama bunu ulusal hale getirmek ve Türkiye'nin bunu çevresindeki nüfus alanındaki ülkelere de akreditasyonda görev alıp bunu akredite eden ülke durumuna gelmesini arzuluyoruz. Yine termal turizmin, termal sağlık turizmine taşınmasına ihtiyacı var. İnsanların bir banyo yaptığı, oradan şifa umduğu ortamda bunun tıp ile ilişkilendirilmesi ihtiyacı var. Nitekim geleneksel ve tamamlayıcı tıp yönetmeliğimiz, mevzuatımız yayımlandı. Bu da batı uygulamalarından da esinlenerek Türkiye'de daha organize bir yapının ortaya çıkmasını sağlayacak.

Sağlık serbest bölgelerinin en çok yine burada uygulama alanı var. Yani bizim klasik serbest bölge anlayışımızda bir fiziki alanı tahsis ediyoruz. Onun çevresini gümrük duvarları ile örüyoruz. Sonra gelin buraya yatırın diyoruz, yatırım yapmalarını istiyoruz ve buranın bir işletme maliyeti doğuyor. Bir başka anlayış zaten ekosistemi ile kurulmuş olan bir yeri serbest bölge ilan etmek. Şu an Denizli'de bu anlamda çok önemli bir çalışma var. Belki ilk serbest sağlık bölgemizi orada da ilan edebiliriz. Yani her şekilde ekosistem var, ekonomik yapı kurulmuş. Ama bunun bir takım imtiyazlarla donatılıp çok daha ileriye taşınması gerekiyor. Bu anlamda termal sağlık turizmi serbest sağlık bölgelerinin uygulanmasında iyi bir fırsata dönüşüyor. Yani Türkiye'nin en temel sorunu eğitim kendini her yerde gösteriyor. Fakat bunu öteleyemeyiz, yani yeni bir nesil bekleyemeyiz. Mevcut neslin eğitiminde de sorumluluklar alıp o eksikliklerimizi, boşluklarımızı giderme ihtiyacımız var.

Ben ilk sağlık turizmi konusuna 1988 yılında Edirne'de başladım SSK'da müfettiş iken. İşte o Alman sigortalarının diğer ikili sosyal güvenlik anlaşmasındaki faturaları kontrol ederken baktım ki bir tane işlem yaptıysak, beş tane faturalandırmışız. Dedim neden böyle yapıyorsunuz? Diyor ki biz burada işte bugünkü parayla otuz lirayla fatura ediyoruz. Ama onlar bize yüz elli liraya fatura ediyorlar. Aynı muayene benim hekimim daha iyi iş yapıyor. Ama fiyat tarifelerimiz çok düşük olduğu için onlar bizi kazıklıyorlar bizde kendimizi böyle dengeliyoruz hani. Kar etmiyoruz ama zarar etmeyelim anlayışı, oradaki sıradan bir memurun kendince geliştirdiği bir sistem. Kimse bunu önermemiş tavsiye etmemiş ama ülkem zarar görmesin diye bir vatanperverlik düşüncesi ile. O zaman kafama takıldı ve gerçekten Türkiye ikili sosyal güvenlik sözleşmeleri yolu ile batının ya

da ikili anlaşma yaptığı bütün ülkeleri sübvanse eder durumda. Fiyat tarifelerinin Türkiye'de daha düşük olduğu her hizmette o ülkeyi finanse ediyoruz. Yani mantık çok basit diyelim ki Almanya'da ki sigortanın geliri Türk sigortasının haklarına kavuşsun. Türkiye'dekiler de Almanya'nın. Ama fiyat tarifelerimizin arasında ki farklılık bizi o ülkeyi sübvanse etmek. Çünkü sonuçta Almanya'dan gelen insan sayısı bire on, bizde giden çok az. Bunu hala bir türlü çözemedik. Oradan başladık işte bugün onuncu kalkınma planına koyuyoruz. Orta vadeli planda sağlık sektöründe üç tane temel projeden birisi haline gelen Sayın Başbakanımızın yakında kamuoyuna tekrar diğer on öncelikli dönüşüm programı gibi açıklayacağı stratejik bir konuma geldi. İnşallah sizlerin de katkıları ile bunu çok daha ileri taşımak, Türkiye'nin büyümesine, gelişmesine, kazanımların artırılmasına ve bir fırsata dönüşmesine olanak sağlayacak. Ve genel olarak baktığımızda ben Ekonomi Bakanlığımızın süreçte ki cesaretini kutluyorum. Yani sektörden daha öncü bir açılımla bu işe yaklaştı ve teşviklerle sektöre öncülük etti ama sektör onun gerisinde kalıyor. Ben birçok kamu hastanelerimize, üniversitelerimizdeki yöneticilerimize farkındalığını sorguluyorum birçok kişi bilmiyor. Zannediyorlar ki bu teşvikler sadece özele veriliyor. Hayır, devlete de üniversiteye de veriliyor. Yani size bir yerden birisi cebinize para koymaya çalışıyor ama bizimkiler cepleri fermuarlı bir türlü açamıyoruz. Şimdi o farkındalık artacak inşallah çünkü bu bir buz kırıcı. Teşvik sistemi hep var olmaz, bir tulumbaya su koymak gibi. O iş yoluna girdiği zaman başka bir alanı teşvik olarak belirler. İnşallah özelin, kamunun, üniversitenin, toplumun, siz sağlık profesyonellerinin katkıları ile bu alanı daha da ileri taşıyacağız.

Şimdi kritik bir şey var hani sağlık turizminin benim için şöyle bir önemi var. Türk konuk severliğini hepimiz biliyoruz. Yemeyiz yedirirz, sahip olmadığımız imkanları misafirlerimize bahşederiz. Bu etki bizim kendi sistemimizin dış gelişiminde de vardır. Yani biz bir başka ülkeden sağlık hizmeti almak için geldiğimizde o süreçleri iyileştirmek için yaptığımız her türlü çaba aslında kendi vatandaşımıza da yarıyor. Ya da elde ettiğimiz kaynak kendi sağlık sistemimizin geliştirilmesinde yarıyor. O yüzden bunu sadece yabancıların tedavisi gibi değil kendi ülke sağlık sistemimizin, kendi vatandaşlarımızın hak ettiği sağlık hizmetinin standardının, kalitesinin, insani boyutunun artırılması adına da bir motivasyon ve manivela gibi düşünmek ve o boyutuyla bakmak lazım. Yoksa sadece para kazandığımız boyut gibi bakarsak haksızlık etmiş oluruz.

Ben Ömer Beyin adına özür diliyorum. Rahatsızlığı nedeni ile aramızda olamadı. Bu kadar paylaşımla yetinip moderasyon görevime dönmek istiyorum. Teşekkür ederim.

Türkiye'de Sağlık Turizmi

Uzm. Taner PİRİ

Kültür ve Turizm Bakanlığı

Merhabalar Kültür ve Turizm Bakanlığından Taner Piri. Kültür ve turizm uzmanı olarak görev yapmaktayım. On yıla yakın bir süredir sağlık ve termal turizm çalışmalarını yürütmekteyiz bakanlığımızda. İki gündür burada sağlık kongresinde takip ettiğimiz kadarı ile sağlığın her boyutuna değinildi. Bende bugün sizlere sağlığın turizm boyutu ile ilgili bilgi vermeye çalışacağım. Sağlığın turizm ile ilgili boyutu da olur mu denilebilir. Şöyle bir örnek ile hemen açıklamak isterim. Geçmişteki tarihi dönemlere bakacak olursak ilk antik çağlardan beri turizmi başlatan ilk hareketlerin sağlık hizmeti alma yolunda başladığını görmekteyiz. Şöyle ki İzmir Bergama'da bulunan Askeplion gibi bir sağlık kompleksinde işte Denizli Hierepolis antik kent gibi antik kentlerimize baktığımız zaman kaplıca tedavilerinin burada ön plana çıktığını görmekteyiz. Kaplıca tedavilerinin de bilinen en eski tedavi yöntemleri olduğunu görüyoruz. Ve bu amaçla da insanların kaplıcalardan faydalanmak üzere yapmış oldukları hareketlerin de geçmişte başladığını görmekteyiz. Yani sağlık turizmi aslında son dönemlerde popüler olmuş gibi görünse de hep vardı ve turizm hareketlerinin hep içindeydi. Sizlere sunumuma daha uluslararası düzeyden bir dünya turizm örgütü verisi ile başlamak istiyorum sağlık turizmine dikkat çekmek adına.

Sağlık turizmi konusunda, Dünya Turizm Örgütünün yapmış olduğu çalışmalar şunu gösteriyor. Günümüzde uluslararası turist sayısına bakacak olursak bir milyar dolayında insanın turizm hareketine katıldığını görmekteyiz. Önümüzdeki on beş yıl içerisinde de turist sayısının bir nokta sekiz milyara ulaşacağı görülmekte. Yani bu şu demek; 1950'lerden günümüze kadar olan büyümenin on beş yıl gibi kısa bir süre içerisinde yüzde seksen seviyelerinde bir büyüme ile karşılaşacağız. Bu da bizim ülke olarak stratejilerimizi belirlememizde bir sebep. Çünkü düşünecek olursak teknolojiye paralel olarak seyahat hareketleri daha kolaylaşmakta. Çünkü bilgi teknolojileri ile birlikte seyahat programları daha kolay yapılabilmekte ve her tür bilgiye ulaşılabilmekte. Bu anlamda biz Türkiye'nin dünya yerindeki konumumuzu söyleyecek olursak ilk on ülke arasında yer almaktayız turist sayıları açısından. 2023 hedefimiz gelir ve sayı açısından da dünyada ilk beş ülke arasında yer almaktır. Tabi buna ulaşılırken de biz Türkiye 2023 turizm strateji belgesini Türkiye'nin turizm haritası olarak ortaya koyduk. Bu stratejilerden de turizmi çeşitlendirerek on iki aya yayılma politikası ön plana çıkmakta. Bu politika içerisinde de sağlık ve termal turizminin on iki ay boyunca ülkemizde hizmet veren

bir potansiyele sahip olduğunu biliyoruz. Bu turizm türünü ön plana çıkarmak öncelikler arasında. Çünkü şöyle düşünecek olursak ülkemizde iklim avantajı, bulunduğu coğrafi konum ve benzeri avantajları göz önünde bulundurursak tarih ve kıyı turizmi zaten popüler durumda. Bizim ilk olarak kendi öz ve yenilenebilir kaynaklarımız olan jeotermal kaynakları sağlık turizmine kazandırmamız da en önemli unsur olarak ortaya çıkmakta. Niçin sağlık turizmi? Buna bakacak olursak az önceki sunumda da değinildi. Sağlık turizmi ihtiyacı artık gelişmiş ülkelerden, üçüncü dünya ülkelerine özellikle bekleme sürelerinin uzunluğu, fiyat maliyetinin fazlalığı gibi etkenlerden dolayı günümüzde oluştuğunu görmekteyiz ve seyahatin kolaylığı ve vize kolaylıkları bunu ön plana çıkartmakta, tetiklemekte. Sağlık turizmini üç ana başlık altında incelemekteyiz; medikal turizm, termal turizm ve yaşlı turizmi gibi. Biz bakanlık olarak termal turizm konusunda uzmanlaşmış bir bakanlığız. Bu nedenle termal turizm konusunda çalışmaları yürütmekteyiz. Ancak medikal turizm konusunda da ülkemizin tarihi, kültürel varlıkları gibi sağlık alt yapısını da tanıtmakta ve tanıtımlara destek vermekteyiz. Dünyadaki sağlık turizmi endüstrisine göz atacak olursak bunun önemini vurgulamak için, uluslararası firmaların yapmış olduğu araştırmalara göre medikal turizmin gelirlerinin 2012'de 180 Milyar Dolara ulaştığını görmekteyiz. Termal turizm ile ilgili konaklama, kür tedavisi falan benzeri hizmetler de pazar payımız ise 190 milyar dolara ulaştığını görmekteyiz. Yani ülkemizin turizmden elde ettiği gelirlerin 30 milyar dolarlar civarında olduğunu görürsek sadece sağlık ve termal turizminden bile 2030 yılına kadar önemli bir gelir elde edebiliriz.

Sağlık turizmin önemi ve avantajlarına değinecek olursak ülkemizde medikal tedavi kapsamında yani özellikle termal turizm kapsamı da dahil beş yüz binden fazla yabancı ziyaretçi gelmekte ve şu anda 1 milyar dolar gelir bıraktığı tahmin edilmektedir. Kırk yedi civarında uluslararası akredite olmuş JSI belgesi almış sağlık kuruluşumuzda önemli bir potansiyel olarak ön plana çıkmakta. Türkiye dünya genelinde Kostarika, Hindistan, İsrail, Malezya gibi uzak doğu ülkeleri ile birlikte rekabet eden ilk on ülke arasında. Yani sağlık turizmi konusunda hizmet veren ülke konumuna gelmiştir. Yaşlanan Avrupa nüfusu da bizim için önemli bir potansiyel. Hem yaşlı turizmi için hem sağlık ve termal turizmdeki tedaviler için önemli bir potansiyel oluşturmakta. 1.2 milyon civarında Amerikan vatandaşının her yıl uluslararası sağlık hareketine katıldığını görmekteyiz. Bu da tabi aslen kayıtlı olan bir rakam bu rakamın daha da üstünde olduğu bilimsel kaynaklarda görülmekte.

Hastanemizin ve tıbbi personelimizin Avrupa ve Amerika standartlarında olması önemli bir avantajımız. Yurt dışında eğitim almış kalifiye personel varlığı da büyük bir avantaj. Ve cerrahi operasyonlarda bekleme sürelerinin en kısa zamanda

değerlendirilmesi, vize problemlerinin olmaması da sağlık turizmi konusunda bizim önemli bir avantajımız olarak ön plana çıkmakta. Ülkemizde özel sağlık tesislerimizin kalitesi ve niteliği anlamında söylediğim gibi Avrupa ve Amerika standartlarında birçok tesisimiz bulunmakta.

Sağlık turizminde fiyat avantajı ile ilgili bir örnek verecek olursak Amerika'da 130.000 dolar olan bir kalp ameliyatı için Türkiye'de bu fiyatın 17.000 dolarlarda olduğunu görmekteyiz. Bu da bizim önemli bir avantajımız olarak ön plana çıkmakta fiyat avantajı olarak.

Peki, niçin Türkiye'de sağlık turizmi önemli bir rol almakta? Kısaca bunu toparlayacak olursak yüksek nitelikte sağlık hizmetlerimiz, olumlu ülke algısı turizm olanakları, fiyat avantajı Türkiye'nin sağlık turizmi fırsatını ortaya çıkartmakta.

Bakanlığımızın uzmanlık alanı olan termal turizmi konusunda da bilgilendirme yapmak istiyorum. Termal turizmi master planı ile ilgili biz 2007-2023 döneminde yapmış olduğumuz çalışmalarla bu güne kadar doksanlı yıllarda başarılamamış olan bir şeyi biz tamamlamış bulunmaktayız günümüzde. Bugüne kadar ülkemizde var olan termal kaynakları henüz planlama çalışmaları tamamlanmamıştı ancak 2007 yılında başlamış olan bu çalışmalarla şuanda var olan termal kaynakların planlama çalışmaları hemen, hemen tamamlanmış aşamada ve her yatırımcıya herhangi bir termal kaplıcanın bulunduğu yerde yatırım yapabilecek imkanları tanıyan imar planlarımız bulunmakta. Biz termal turizmi çağdaş ve nitelikli anlamda sağlık ve tedavi ihtiyacı ile birlikte eğlence rekreasyon ihtiyaçlarının bir arada kullanıldığı tesisler olarak tanımlamaktayız. Uluslar arası niteliklerde sağlık ve termal tesislerinde artırılması yönünde çalışmalarımızı yürütmekteyiz. Bir uluslararası nitelikteki termal tesis nasıl diye baktığımız zaman bunun termal otel, kür merkezi ve kür parkı ile entegre olduğunu görmekteyiz. Bu anlamda da ülkemizin sahip olduğu bin altı yüzden fazla jeotermal kaynağını bu amaçla biz çalışarak planlama çalışmalarını yürütüyoruz ve bugüne kadar yetmiş üç turizm merkezi beş adet de kültür turizm koruma gelişim bölgesi bu amaçla ilan edilmiş durumda.

Bu termal turizm master planı ile ülkemizin var olan kaynaklarını değerlendirerek beş yüz bin plan yatak kapasitesine ulaşmış durumdayız. Bu slayttan da ülkemizde var olan termal turizm merkezlerini görmekteyiz. Ağırlıklı olarak burada jeotermal kaynaklı ülkemizin daha çok batı bölgesinde yer aldığını görüyoruz.

Termal turizmde bakanlık olarak yapmış olduğumuz hedefler kısa dönemde elli bin yatak kapasitesine ulaşmaktı. Orta dönemde iki yüz bin uzun dönemde beş yüz bin yatak kapasitesine ulaşmak olarak ön plana çıkmakta. Çalışmaya başlamadan

önce 2006 yılındaki yatak kapasitemize bakacak olursak on yedi bin civarlarında idi. Ancak 2013 geçici verileri ile baktığımız zaman biz bu kısa dönem hedeflerini büyük ölçüde yakalamış durumdayız. Kırk iki bin civarında yatak kapasitemiz mevcut. Tabi bunlar bizim için yeterli değil ve şöyle ki yeterli sayı açısından ve nitelik açısından da çok yeterli olduğunu söyleyemiyoruz. Çünkü günümüzde var olan termal tesisleri sağlık anlamında hizmet verebilmesi açısından baktığımız zaman bu tesislerimizin oldukça az sayıda kaldığını görüyoruz ve termal otellerde tam anlamı ile sağlık hizmetlerinin şu anda verilebildiğini söyleyemeyiz. Çünkü yapılan tesislere baktığımız zaman kür merkezleri bu tesislerin asli fonksiyonu olması gerekirken daha çok ikincil bir pozisyonda gibi. İşte tesislerin zemin katlarında, bodrum katlarında organize edildiğini görmekteyiz. Ama biz bu yaptığımız çalışma da bunun önüne geçebilmek için müstakil kür merkezleri yapılabilmesi adına bu yatırımcılara konaklama dışında ilave inşaat hakları tanıyarak böyle bir teşvik yoluna gidiyoruz. Yani otelin yanında nitelikli bir kür merkezi yapma sorumluluğunda ilave inşaat yapma haklarından yararlanabilecekler bu dönemde. Geçmişte bunlar yoktu tabi sağlık turizm ön plana çıkması ile bakanlık olarak bu tür çalışmaları sürdürmekteyiz.

Genel olarak termal turizmde ziyaretçi sayımıza bakılacak olursa yabancı ziyaretçilerin sayısı termal belgeli tesislerden almış olduğumuz rakamlarda, 475.000 civarında. Yerli turistin ise 1 milyon civarında olduğunu görmekteyiz. Bizim buradaki amacımız bu yabancı ziyaretçi sayımızı onuncu kalkınma planı döneminde 1.5 milyon civarlarına ulaştırmak. Termal tesis konaklama sayılarına baktığımız zamanda sürekli bir artışın olduğunu görmekteyiz bu çalışmalar sonucunda. İşte 2010 da 1 milyonlarda iken, 2012 1.5 milyon civarına ulaşmış durumda, tabi yabancı ziyaretçi sayısı da kısmen artış göstermekte. Bazı termal turizm tesislerinden örnek vermek gerekirse ülkemizden Balçova en önemli kaplıca merkezi olarak ön plana çıkıyor ve ülkemizde tek sağlık turizm hizmeti veren, yabancı turistleri de ağırlayan tesis olduğunu da söyleyebiliriz. Bunun dışında Denizli'de var olan tesislerimiz, Manisa Salihli'de var olan tesislerimiz, işte Afyon'da var olan tesislerimiz ile birlikte Anadolu'nun her yerinde birçok kaplıca tesisleri ile bu hizmeti şu anda sunmaktayız.

Ancak bizim arzuladığımız daha nitelikli tesislere ulaşmak. Yurt dışı örnekleri bu konuda yapmış olduğumuz çalışmalarla ön plana çıkmak durumunda. Bizim yapmış olduğumuz çalışmalarda özellikle Almanya bunun için çok iyi bir örnek. İşte Badfuesing kentinde yer alan termal otelle kür merkezi, kür park entegrasyonunu biz yapmış olduğumuz planlama çalışmalarında ülkemizde sağlamaya çalışıyoruz. Bunun için yapmış olduğumuz çalışmalarda bir örnek verecek olursak Denizli termal turizm kenti çalışmasını örnek bir çalışma olarak ele aldık. Burada var

olan kamu arazilerini biz termal otel, kür merkezi, kür parkı, spor tesisleri ve golf tesisleri ile birlikte ele alarak nitelikli bir termal destinasyon oluşturmayı amaçlıyoruz. Bu da bizim onuncu kalkınma eylem planı içerisinde belirlenecek olan beş pilot bölge içerisinde yer alabilecek bir bölge. Yani uluslararası niteliklere sahip termal bölgeleri, bu şekilde hayata geçirebileceğiz önümüzdeki dönemlerde.

Onuncu kalkınma planı hedeflerinden bahsedecek olursak termal konusunda işletmede olan yatak kapasitemizin 100.000'e ulaşması hedeflenmekte bu dönemde. Yabancı ziyaretçi sayısında 1.5 milyon civarında ve termal turizminden elde edilen gelirin ise 3 Milyar Dolar civarına ulaşması ile birlikte sağlık turizmine hizmet verecek şekilde dünyanın en önemli termal destinasyonu olması hedeflenmekte.

Benim söyleyeceklerim bu kadar. Teşekkür ediyorum.

Hüseyin ÇELİK

Oturum Başkanı

Taner Bey teşekkür ediyoruz. Berrak Hanımı Ekonomi Bakanlığı adına sunumu için sahneye davet ediyorum.

Sağlık Turizminde Hedefler ve Teşvik Mekanizmaları

Uzm. Berrak BİLGEN BEŞERGİL

Ekonomi Bakanlığı

Değerli katılımcılar, Sayın Müsteşarım öncelikle huzurunuzda Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı'na teşekkür etmek istiyorum.

Bence bugünümüzde bu çok önemli bir organizasyon çünkü Türkiye ve Dünya giderek gelişmekte ve bu tür kongreler, forumlar konferanslar, kurumların insanların birbirlerini daha iyi anlamasına yardımcı olmaktadır. Öncelikle Sağlık Bakanlığı ile Ekonomi Bakanlığı çok sıkı bir işbirliği içerisindedir. Son olarak Sağlık Bakanlığımızca verilecek sağlıkta akreditasyon standartları yani SAS belgeleri bakanlığımız tarafından destek altına alınmıştır. Hatta bu süreç içerisinde ben bizzat yer aldığım süreci biliyorum ve bu tür işbirliği örneklerinin ülkemizi daha da ileriye taşıyacağına inanıyoruz.

Benim sunumum öncelikle küresel hizmet ticaretini tanımlamak, Daha sonra Türkiye'de ve Dünya'da sağlık turizm sektörüne bakış ve bu sektörün desteklenmesi vizyonunu ortaya koymak. Ardından da bakanlığımızca verilen 2012/4 sayılı tebliğ çerçevesindeki destekleri anlatmaktır. Yani bunları yapmayı planlıyorum inşallah sunumumda.

Küresel hizmet ticaretine baktığımız zaman küresel hizmet ticaretinde ithalatta ve ihracatta ilk beş ülkenin üç aşağı beş yukarı aynı ülkeler olduğunu görmekteyiz. Dünya'da toplam küresel hizmet ihracatı 4.6 trilyon dolar iken küresel hizmet ithalata 4.3 trilyon olarak gerçekleşmektedir. Burada Türkiye'nin yerini size sunmak isterim. Türkiye ihracatta 27. sıradadır ve Türkiye'nin 2013 yılı itibarı ile hizmet ihracatı 46.6 milyar dolar olarak gerçekleşmiştir. Hizmet ithalatımız ise 23.4 milyon dolar olarak gerçekleşmiştir. Burada çok önemli bir fark vardır. İhracatımız ithalatımızdan yaklaşık 23.2 milyar dolar daha fazladır ki bu da Türkiye'nin diğer alanlardaki cari işlemler açığını dengelemek açısından gerçekten çok önemlidir. Bu konu gerçekten bizim için çok önemlidir çünkü bu Türkiye'nin küresel anlamda hizmetler sektöründe gerçekten dünya çapında bir ülke olduğunun göstergesidir.

Dünya'da ve Türkiye'de sağlık turizmine baktığımız zaman ülkemizde sağlık turizmi sektörünün çok fazla geliştiğini görmekteyiz. Bu sektörün ticaret hacmi yıllık yaklaşık 100 milyar dolar olarak hesaplanmaktadır. Burada her yıl yüzde on ile yüzde yirmi arasında bir büyümeden bahsedilmektedir ve yapılan çalışmalarla

en çok sağlık turisti gönderen ülkenin ABD olduğunu görmekteyiz. 2017 yılı için Amerika Birleşik Devletlerinin 16 milyon kişiyi göndermesi ve yaklaşık bu sektörde 80 Milyar Dolar harcama yapması ön görülmektedir. 2013 yılında 5 milyon kişinin sağlık turisti olacağı tahmin edilmektedir. Dünya'da sağlık turizmini incelediğimiz zaman görmekteyiz ki aslında daha çok bölge ülkeleri kendi içlerinde bu turizmi gerçekleştirmektedir. Yapılan istatistiklere göre en fazla Hindistan, İsrail, Malezya, Meksika, Singapur, Güney Kore, Tayvan, Tayland, Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri bu sektörün içerisinde yer almaktadır. Burada çok önemli bir nokta vardır, çünkü bu ülkeler bu saydığım ülkelere seyahat etmek sureti ile yüzde kırk ile yüzde yetmiş beşe kadar tasarruf sağlayabilmektedir. Örneğin batıdan gelen uluslararası bir hasta Türkiye'de yüzde elli ile yüzde altmış beş oranında daha ucuza tedavi görmektedir. Yani aynı kaliteyi daha ucuza almaktadır. Yıllık olarak JSI akreditasyonunun yüzde yirmi oranında büyüdüğünü görmekteyiz.

Bu uluslararası hasta profillerine baktığımız zaman uluslararası hastaların özellikle kozmetik cerrahi yani yüzde otuz üçü bu hastaların kozmetik cerrahi alanında tedavi görmeye gidiyor dışarıya. Dişçilik, kardiyovasküler cerrahi, ortopedi, kanser gibi tedavileri yurt dışında aradıklarını görmekteyiz. Ayrıca yüzde altmış dolaşan bu uluslararası hastaların yüzde altmış dördünün herhangi bir sağlık sigortası bulunmamaktadır. Yani bu hastalar tedavi masraflarını ceplerinden karşılamaktadırlar. Yine yapılan araştırmalar neredeyse bu hastaların yüzde yetmişinin iyi ki yurt dışına tedaviye gitmişim dediklerini görüyoruz. Ve bu hastaların yüzde doksanı sağlık turizmini gerçekleştiriyor. Yani hem tedavi görüyorlar hem de gittikleri ülkede turizm gerçekleştiriyorlar. Dolayısı ile bu ülkemiz için gerçekten çok önemli bir katkıdır.

Türkiye'de sağlık turizmine baktığımız zaman ülkemizde 2012 yılında 262.000 hasta var iken bu 2013 itibarı ile bu alanın yaklaşık 100 Milyar Dolarlık ekonomik büyüklük sağladığını görmekteyiz. Türkiye dünyanın en fazla JSI akreditasyonunun kuruluşuna sahip ülkelerdendir. Dolayısı ile yabancı turistlerin ülkemizi tercih etmesinin en önemli nedenlerinden bir tanesi de budur. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre Türkiye'de sağlık alanında yapılan harcamalar gayri safi yurt içi hasılamızın % 6.1'ini oluşturmaktadır. Ki bu oran içerisinde özel sağlık harcamaları % 27.3 olarak gerçekleşmektedir. Bu harcamaları yapanların yaklaşık % 64.4'ü bu harcamaları kendi ceplerinden karşılamaktadır. Bu istatistiklerde ülkemizin dünya ülkelerine göre yerini belirleme açısından önemlidir.

Türkiye'de sağlık turizminin bir diğer boyutu da arkadaşımın da değindiği gibi termal turizm ve yaşlı turizmidir. Ülkemiz yaklaşık 1.500 dolayında termal kaynağı ile dünyada ilk yedi ülke arasında yer almaktadır. Bu oranla Avrupa'da

kaynak zenginliği açısından birinci ülkedir. Ki ülkemiz kaplıca uygulamaları açısından da Avrupa'da üçüncü sırada yer almaktadır.

Mevcut pazarlarımıza baktığımızda ve sağlık turizmi için hangi ülkelerden hasta temin edebiliriz diye sorduğumuzda, Türk nüfusunun ağırlıklı olduğu ülkelerin Türkiye'yi tercih etmiş olduklarını görüyoruz. Örneğin Almanya, Hollanda gibi. Ya da alt yapı ülkelerinde alt yapı ya da hekimlerin yetersiz olduğu ülke vatandaşları yine ülkemizi tercih etmektedirler, Orta Doğu ülkeleri, Balkan ülkeleri gibi. Sağlık hizmetlerinin pahalı olduğu ülkelerde yine hastalar yurt dışında tedavi imkanı araştırmakta ve ülkemizi tercih edebilmektedirler; Amerika, Almanya gibi. Ya da yaşlı nüfusunun çok fazla olması sebebi ile bekleme sıralarının olması, sigortalarının kapsamaması gibi nedenlerle ülkemize gelen çeşitli uluslararası hastalar bulunmaktadır. Bunlar da özellikle İngiltere ve Hollanda'dan gelmektedir. Bizim Ekonomi Bakanlığı olarak bu sektörü desteklememizin en önemli sebeplerinden biri bunun dünya ekonomisindeki yeridir. Bir araştırma yaptık ve bakanlık olarak kilit sektörlerimizi belirledik. Sayın Müsteşarımızın da değindiği gibi bu kilit sektörler içerisinde sağlık turizmi diğer sektörlere oranla gerçekten çok hızlı bir yükselişe sahip olmaktadır. Dolayısı ile bunda Türkiye'deki fiyat ve kalite avantajına da sahip olduğumuzu görmekteyiz ve aynı zamanda demin de belirttiğim gibi cari açığımızın azaltılmasında da önemli bir rol oynamaktadır.

Bu vesile ile size bakanlığımızın desteklediği 2012/4 sayılı tebliği hakkında bilgilendirme yapmak istiyorum. Tebliğimiz sağlık turizmi, film, eğitim ve bilişim sektörlerini desteklemektedir. Bu sektörlerdeki yararlanıcı kuruluşlarımız, sağlık kuruluşları, sağlık turizmi şirketleri, bilişim şirketleri, teknokentler, eğitim kurumları, film yapımcısı ve dağıtımcısı şirketlerdir. Bu dört sektörde de özellikle işbirliği kuruluşlarının bakanlığımızdan daha fazla destek aldığını söyleyebilirim. Dolayısı ile bizler ülkemizin çeşitli illerinde bu desteklerimiz hakkında bilgiler veriyoruz. Ve özellikle sizin gibi profesyonel kesimlerin tebliğimiz hakkında bilgilendirilmesi, bilgi sahibi olmasını istiyoruz. Ben kısaca desteklerimize değineceğim şimdi. Öncelikle rapor desteğimiz sağlık kuruluşlarımıza yüzde altmış oranında bir destek sunmaktadır. Tabi ki yeterli ve ilgili belgeler bakanlığımıza sunulduğu zaman. Bu söyleyeceğim şey bütün desteklerimiz için geçerlidir. Ve bir kurum bizden…

Sadece özel sektöre verilen bir destek türü değildir. Bizim çok az da olsa üniversite hastanelerimiz bulunmaktadır yararlanıcı statümüzde. Bizim için önemli olan Sağlık Bakanlığı'nın hani sizleri yeterli görmesidir. Vakıf hastanesi olunmadığı sürece bütün sağlık kuruluşları desteklerimizden yararlanabilirler. Hatta lütfen internet sitemize girerseniz eğer, yararlanıcıların taşıması gereken şartları da orada bulabilirsiniz. Teşekkür ediyorum bu uyarı için çünkü bizim amacımız

ülkemizdeki sağlık kuruluşlarının bilgilendirilmesi ve bu destekler sayesinde yurt dışına daha fazla yatırım yapması ve böylelikle ülkemizin de daha fazla döviz girişi elde etmesidir. Bütün amacımız budur. Bunlardan bir tanesi dediğim gibi rapor desteğidir. Yıllık 100.000 Dolar'a kadar bir destek sağlanmaktadır. Diğer desteğimiz yurt dışı tanıtım desteğimizdir. Yüzde elli oranında yıllık 300.000 dolar kadar bir maksimum destek tutarı bulunmaktadır. Fuar desteğine baktığımız zaman bu genelde yurt dışı tanıtım desteği ile karışabilmektedir. Bizim bakanlığımız her yıl bir fuarlar listesi yayınlamaktadır. Bu fuarlar listesine göre bu fuarlara katılıp bize başvuru yapan firmalarımız yüzde yetmiş oranında ve her organizasyon için 15.000 dolara kadar desteklenmektedir. Bunun yurt dışı tanıtım desteğinden en önemli farkı bir ön onay mekanizmasının bulunmamasıdır. Yurt dışı tanıtım desteğimizde, bakanlığımız sizlerin tanıtım yapmak istediğiniz aktiviteleri bilmediği için bir ön onay mekanizması geliştirmiştir. Buna göre bir ay öncesinden bakanlığımıza bilgi vermek sureti ile tanıtımınızı gerçekleştirebilirsiniz. Arama motoru desteği yine çok popüler desteklerimizden bir tanesidir. Çünkü Sayın Müsteşarımızın da yaptığı sunuma göre internet özellikle yurt dışı hastaların ülke ve hastane ve doktor seçiminde kullandıkları en önemli araçtır. İnternette bir tanıtım yapmak istiyorsanız eğer bizim bu desteğimizden yüzde elli oranında ve yıllık en fazla 100.000 dolara kadar yararlanabilirsiniz. Bunun dışında yine bir belgelendirme özür diliyorum birim desteğimiz bulunmaktadır. Buna göre yurt dışına bir ülkeye gidip, orada bir ofis açıp, ofisinize gelen yurt dışı hastalara bizim İstanbul'da, Ankara'da, İzmir'de, Antalya'da, Adana'da şöyle şöyle bir hastanemiz vardır şu konularda sizi çok güzel tedavi edebiliriz dediğiniz zaman ve bu hastaların ülkemize yönlendirdiğiniz zaman elde edebileceğiniz bir destektir bu. Her birim için yüzde altmış oranında ve 200.000 dolara kadar bir destektir ve genelde kira giderlerini karşılar. Dolayısı ile bu da yine gerçekten popüler desteklerden biridir. Belgelendirme desteğimiz yine belge başına verilmektedir. Ve yüzde elli, bir belgenin masraflarının yüzde elli oranında desteklenmesi anlamına gelmektedir ve belge başına maksimum 50.00 dolarlık bir destektir. Danışmanlık desteğimiz yine yüzde elli oranında desteklenmekte ve yıllık 200.000 dolara kadar çıkabilmektedir. Ayrıca heyet desteklerimiz bulunmaktadır. Ticaret heyeti için yine % 70 oranında ve heyet başına 150.000 dolara kadar desteklenebilirsiniz. Bu konuştuğumuz rakamlar gerçekten çok ciddi rakamlardır. İlgili bilgi ve belgelerin sunulması suretiyle yararlanan kuruluşlarımız bulunmaktadır. Ben size özellikle başvurmanız için teşvik ederim Bakanlığımıza. Zaten sunumum sonunda size irtibat bilgilerimi de vereceğim. Çok seviniriz, mutluluk duyarız. Ankara'ya gelirseniz de bekleriz sizi her zaman. Yine hasta yol desteğimiz hasta başına 1.000 dolar olarak yüzde elli oranında verilmektedir. Bazı desteklerden sadece hedef ülkelerden turist getiren kuruluşlarımız yararlanabilir. Örneğin hasta yol

desteğinde olduğu gibi. Burada bulunan ülkeler o bölgelerde en aktif, en yoğun işbirliği yaptığımız ülkeleri sergilemektedir. Burada sağladığımız destekleri toplu bir biçimde verdik. Hangi destekten ne kadar oranda yararlanabilirsiniz, bunları görmekteyiz.

Ben sizlere çok teşekkür ediyorum beni sabırla dinlediğiniz için. Sayın Müsteşarımızın da arz ettiği üzere faaliyetlerimizin farkındalığının artırılması bizim en önemli önceliklerimiz arasında gelmektedir. Biz bunun için sektörle yoğun bir işbirliği yapmaya çalışmaktayız. Hatta tebliğin daha iyileştirilmesi, aksaklıklarının giderilmesine yönelik çalışmalarımız bulunmaktadır. Burada bizleri bilen kurumlar mutlaka bulunmaktadır. Hani böyle bir durum olduğunda mutlaka bakanlığımıza dilekçe yazınız, çünkü her dilekçe bizim elimizden geçiyor ve uygulanabilir mi, uygulanamaz mı, nasıl daha iyi iyileştirme yapabiliriz, hepsi dikkatli bir şekilde inceleniyor. Çünkü bizim için her kurum çok önemli, Türkiye'nin tanıtımı çok önemli, birimizin kazanmasını hepimizin kazanması olarak algılıyoruz.

Beni dinlediğiniz için çok teşekkür ediyorum. Bana bu numaralardan ulaşabilirsiniz. E-maili özellikle tercih ediyorum ve hiçbir e-maili pas geçmiyorum. Çok yoğunuz bazen telefonla ulaşamayabilirsiniz ama her zaman sizlerden haber duymak bizi sevindirir. Teşekkür ediyorum.

Hüseyin ÇELİK

Oturum Başkanı

Berrak Hanıma sunumu için teşekkür ediyorum. Salonda yaklaşık 80 kişiyiz, net 80 kişi, o yüzden kaliteli bir katılımcı var, o yüzden bunun bir zafiyet olmadığını düşünüyorum. Şimdi bu üç sunum konuya giriş gibiydi ve oyunu oynamak için kimi kurallardan bahsettik. Şimdi bize Bülent Bey bu işin operasyonunda ne tür ipuçları verecek, onu merakla bekliyorum.

Sağlık Turizminde Başarıya Götüren İpuçları

Uzm. Dr. Bülent Koray GÖKER

Dünya Göz Hastaneleri Uluslararası Hizmetler ve İş Geliştirme Direktörü

Teşekkür ederim. Sayın Başkan, Değerli Katılımcılar, öncelikle kısaca kendimi tanıtmak istiyorum. 1999 yılında tıp fakültesinden mezun olduğumdan beri 15 yıldır turizm sağlığı ve sağlık turizmi içerisindeyim. Aslında söylemek gerekirse turizm sağlığı ve sağlık turizmi dışında başka bir iş yapmadım. Gönlümü ve bütün kariyerimi bu işe adamış bulunmaktayım.

Kısaca verilerle başlayacağım, zaten değerli katılımcılar bu verilere değindiler ama aklınıza bir kere daha yazın çünkü gelecek slaytlarda başka rakamlar da olacak. Türkiye'nin 2012 yılında açıkladığı verilere göre ülkemize gelen hasta sayısı, yabancı 262.000 civarında. Yalnız bu veri ikiye bölünüyor Sağlık Bakanlığı tarafından, 170.000 medikal turizm, 92.000 turizm sağlığı diye. Şimdi turizm sağlığı ve medikal turizm birbirine çok karışan iki veridir. Yani ben Almanya'da yaşayan bir türküm, Türkiye'ye geldim rahatsızlandım, düştüm kolumu kırdıysam bu turizm sağlığıdır. Ama ameliyat olacaksam, safra kesesi ameliyatı olacaksam bu medikal turizm olmalıdır. Dolayısıyla bu verilerin ne kadar sağlıklı olduğunu tartışmaya açmak istiyorum. Yani bu veriler ne kadar doğru? Bunun dışında Kuşadası, Marmaris, Bodrum gibi şehirlerimizde, ilçelerimizde 100 Euro, 150 Euro altı işlemler bu verilere dahil değildir. Bunlar, hastalar otellerdeyken tedavi görürler ve bu tedaviler faturalandırılmaz, sisteme dahil olmaz ve bunlar gözden kaçan rakamlardır ki buradaki turizm sağlığının 92.000 olması çok doğru gözükmüyor. Bunu kamu ve özel sektör diye ayırdığımızda da toplam gelirin Türkiye açısından 2.2 milyar dolar olduğu bulunmuş. Bu da dikkat çekilmesi gereken medikal turizmde hasta başı geliri de özel sektörün 12.000 dolar hasta başına gelir elde etmesidir. Şimdi ilerleyen slaytlarda söyleyeceğim, Türkiye'deki kişi başı sağlık harcaması Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, onun hazırladığı rapora göre yaklaşık 1.100 Dolar. Yani Türkiye'de biz kişi başına yaklaşık 1.100 Dolar sağlık gideri oluşturuyoruz. Buna ilaç da dahil. Şimdi medikal turizm neden bu kadar önemli ve ekonomimiz niye bunun üzerinde bu kadar duruyor diye bakarsanız aradaki fark 12 kat. Yani yurtdışından Türkiye'ye gelip xyz tedavileri için bir hizmet alan kişi 12.000 Dolar para bırakmış Türkiye'de ve bu çok önemli. Peki, sağlık turizmi dediğimiz konu hani herkesin yapabileceği, hadi bir şirket kuralım bu işe girelim ya da Sağlık Bakanlığı bunu kamu hastanelerinde teşvik etsin, kamu hastaneleri bu işe girsin tanıtalım, Ekonomi Bakanlığı bu işi desteklesin ve bu işi yapalım. Web sitesi yapmakla bu iş çözülebiliyor mu? Nacizane tecrübem, kesinlikle

hayır. Yani bugün hepinizin belki web sitesi var, hepimiz belki internette bir şeyler yazıyoruz, bir şeyler paylaşıyoruz. İnternet bir çöplük haline geldi, bir şeye ulaşmanız o kadar zor ki, doğru bilgiye ulaşmanız. Sizin bugün burada x hastane için oluşturduğunuz web sitesinin Almanya'da yaşayan birisi tarafından görülme ihtimali neredeyse %0. Neden? Ben özel sektör tecrübemle biraz bahsedeceğim, Dünya Göz'deyken yalnızca Frankfurt hastanemiz için Almanya'da Google'da bir reklam kampanyası düzenledik, aylık bütçemiz, bakın sırf Frankfurt ve çevresi için, bütün Almanya için falan demiyorum yaklaşık 15.000 Euro'ydu ve seçtiğimiz de 5 tane kelime vardı. İşte lasik, ilasik, elasik gibi kelimeler, başka bir şey değil, Dünya Göz'ü tanıtmıyoruz sadece kelimeleri seçiyoruz. Milyonlarca sağlıkla ilgili kelimeden sadece 5 tanesini seçiyoruz ve aylık 15.000 Euro ve tıklanma sayısı 100 ve bitiyor. Çünkü bu işler açık artırmayla yapılıyor, siz önemli bir kelimeyi ben bugün lasikte, gözde çizme ameliyatı için tanıtımını yapacağım derseniz tanıtım başına açık artırmayla, yaklaşık tık başına 1 Euro fiyattan çıkıyorsunuz. Bunu 100 kişi günde tıklarsa 100 Euro'nuz gidiyor. Bir ayda 3.000 Euro gidiyor bir kelimeye. İşte 5 kelime seçerseniz 15.000 Euro gidiyor. Yani bugün bir web sitesi yapalım, hadi kim nereden bulacak bunu, kim nereden görecek bu web sitesini ve kim buna nasıl ulaşacak? Bunların hepsi çok dikkatli düşünülmesi gereken konular. Şimdi sağlık turizminde stepler var, ilk önce doğru marketi bulmanız lazım. Biz bu hizmetimizi, Türkiye'de evet çok gelişmiş hizmetler var, çok kaliteli bir sağlık ekibimiz var ve onu destekleyen operatif ekiplerimiz var, ilk önce doğru marketleri, doğru ülkeleri tanımlamamız lazım. Ondan sonra bu ülkelerde doğru araştırmayı yapmamız lazım, daha sonra marketing stratejiyi belirlememiz lazım ve daha sonra da bu ülkelerde ön tanı merkezleri, ön ulaşım merkezleri oluşturabilmemiz lazım. Çünkü rekabet artık, hepimiz futbolla ilgileniyoruzdur, şampiyonlar ligi seviyesine geldi. Bugün Almanya'da hastalar Macaristan'a mı gitsem, Çek Cumhuriyeti'ne mi gitsem, Polonya'ya mı gitsem, Türkiye'ye mi gitsem ya da o ülkede bu ülke vatandaşlarının açtığı sağlık merkezlerine mi gitsem gibi bir seçenekle karşı karşıyalar. Yani tek seçenek Türkiye falan değil, kendilerine daha yakın olan hatta Avrupa Birliği olan ülkeler de Türkiye'ye yakın fiyatlarda hizmet sunmaya başladılar. Ve bu hizmet o kadar ileri seviyelere geldi ki yani bu hastaları havaalanından karşılamak, hastaneye getirmek, hastanede konaklatmak, onların bütün ihtiyaçlarını bir otelcilik hizmetiyle sunmak hatta bunu ücretsiz yapmak ve daha sonra hastayı tedavi etmek, tedavi ettikten sonra hastayı tekrar ülkesine geri göndermek ve geri gönderdikten sonra da tamamlayıcı tedavisi ve bakımlarını o ülkede açmış olduğunuz tanı ofislerinizde devam ettirmek. Yani bu işin artık gerçeği bu. Yani yalnızca hastayı bulmakla bile bu işi çözemiyorsunuz.

Peki, biraz bilgi bu slaytım İngilizce, kusura bakmayın hep yabancılara sunum yapmaktan, bir ülkede potansiyel olduğunu nasıl anlarız? İlk önce o ülkedeki

fiyatları çok iyi biliyor olmamız lazım, çok değişken fiyatlar. Doğru tedavinin, doğru fiyatını tespit ettikten sonra eğer bizde bu hizmetler daha uygun fiyatlıysa evet bir şansımız var, devam edebiliriz. Eğer bu target ülkede teknoloji biraz geriyse şansımız daha da artıyor, orada gelişmiş insan, kaliteli insan yeterliliği, doktor kapasitesi düşükse yaşasın, devam edebiliyoruz. Ve bu ülkedeki insanlar tedavi olmak için başka ülkelere gitmek istiyorlar mı? En önemli sorulardan biri bu. Bugün Avrupa'da 12 yıl kadar AGIS denen bir sigorta şirketinde Genel Müdürlük yaptım ve Hollanda'dan Türkiye'ye yaklaşık 300.000 hasta geldi. Bunlar yaklaşık Türkiye'ye 200 milyon Euro gelir bıraktılar ve bunların hepsini biz sigorta şirketi olarak ödedik. Bu Türkiye'de yapılmış olan belki yegane ve halen de yegane olan bir hizmettir. Yalnız şunu gördüm ki, gelen hastaların %95'i Türk yani orada yaşayan kişiler. Biz Hollandalıları Türkiye'ye bir kalça protezi için tedavi parasını biz ödediğimiz halde, yani hastanın şunu düşünmesine gerek yok, ben Türkiye'ye gideceğim, ne kadar tutar, doğru bir hastaneye gidiyor muyum, biraz JSI hastanelerinden bahsettiler, JSI akredite hastaneleri, tamamen bu hastanelerle çalışarak, bakın her şeyini ayarlayarak, yalnızca turizm organizasyonu yapmadığımız halde Hollandalılar Türkiye'ye gelip de kalça protezi yaptırmayı hiç akıllarına bile getirmediler. Kalp ameliyatı olmayı hiç akıllarına bile getirmediler, menüsküs ameliyatı için film çektik, yani bir Rotterdam maratonunda koşacak olan bir kişi hastalanmıştı, düşüp dizini incitmesi, çapraz bağda problem olması, maratona katılamamasından başladık, yaklaşık bir laboratuvar, bunu çektik, sonra hastayı Türkiye'ye getirdik. Memorial Hastanesi'ne gitti, orada ameliyatını oldu, sonrasını da çektik, hasta iyileşti ve maratona katıldı, 20 günlük bir rehabilitasyon sürecinden sonra. Bu filmden sonra zannettik ki binlerce hasta bize başvuracak, Türkiye'ye gelmek için can atacak, sıraya geçecek, çok hayal kırıklığına uğradık. Yani benim 12 yıllık bir tecrübemden bahsediyorum. Peki, bu kadar da kötü mü piyasa? Hayır, değil. Özellikle Türkiye'de ev sahibi olan, Türkiye'de Antalya, Alanya ev almış yaşayanlar, yaşlı turizmi demeyeyim ama emekli olup hayatlarının üç ayını, altı ayını Türkiye'de geçirenler bu hizmeti alabiliyorlar. Yani bu hizmeti satın almak istiyorlar ve bir sigorta şirketi bunu karşıladığı zaman evet buna talep gösteriyorlar. Bizim de tedavi ettiğimiz hastalarımızdan çoğu, yabancı hastalarımızdan çoğu Türkiye'de ev sahibi olan ya da bir Türk'le evli olan kişilerdi ve bunlar çok başarılı hizmetler aldılar ve dönünce bunu anlattılar ama yine de ilerleyen slaytlarda göstereceğim, bizim hedefimiz sağlık turizminde, Avrupa'da yaşayan Türkler olmalı. Onlara ulaşmayı sağlayabilmeliyiz. İşte belli bir yakınlık, bunlar çok önemli sağlık turizminin artabilmesi için. Bu slayta da Türkiye'nin çevresinde yer alan ve sağlık turizmi için ulaşabileceğimiz ülkeler var Cezayir, Libya, Mısır, Suudi Arabistan gibi bakın bu slaytta Avrupa ülkelerini koymadık, çünkü Avrupa ülkelerinde ayrı bir yaklaşım var. Avrupa ülkelerinden Libya'dan

olduğu gibi gerekli tedaviyi Türkiye'ye getiremiyorsunuz. Yani kalp ameliyatı için, katarakt ameliyatı için hastayı Türkiye'ye getiremiyorsunuz, yabancıyı getiremiyorsunuz ama teknolojisi düşük, doktor kalitesi düşük, bu çizili ülkelerden Türkiye'ye evet çok ciddi bir talep var. Irak'tan inanılmaz talep var, Libya'dan savaş sonrası inanılmaz talep var. Arap ülkelerinden kozmetik için büyük talep var, Türkiye bu konularda çok ilerlemiş ve başarılı durumda.

Peki, hastaları buraya çekerken ne gibi önemli faktörler var? İlk önce doktor. Bizim biraz bunu söylemeyi unuttuğumuzu ve altını çizmeyi unuttuğumuzu düşünüyorum. Yani ekonomi büyüdükçe, özel hastaneler yatırımlarını çoğalttıkça, MR'lar, tomografiler, pet cihazları aldıkça doktorları biraz ikinci plana itmeye başladılar. Hep hastane kendi reklamını yapmaya başladı ve doktor hep ikinci planda kalmaya başladı. Şahsi görüşüm kesinlikle hastane değil ilk önce doktorun tanınması ve doktorun tanıtılmasıdır. Çünkü size tedavi edecek olan kişi doktordur. Tabi ki firmanın da kalitesi, size sağlıklı bir hizmet sunuyor olması, bunun için tamamlayıcıdır. Ama insanlar özellikle Avrupa'da baktığınız zaman aile hekimleri onlar için ailelerinden biridir gerçekten. Aile hekimi demek onu çocukluğundan, doğduğundan beri tanıyan kişi demektir, bir sosyal çalışan gibidir. Dolayısıyla onlar için doktor gerçekten üst düzey, arogan, ulaşılması zor, her şeyi bilen biri ve hala böyledir. Bizde de bir dönemler böyleydi ama doktorlarımız biraz Türkiye'de çeşitli faktörlerden dolayı repütasyonlarını kaybetmeye başladılar ama bizim tekrar bunu canlandırmamız lazım. Ön planda doktorun olması lazım. Tabi ki of facility çok önemli, yani tedavi vereceğiniz hastanenin, kurumun özelliği ki bu gördüğünüz gibi hem bu kurumun hem doktorun hem de ülkenin repütasyonu sağlık turizminde yol almamız için bize çok önemli bir ışık tutacaktır. Bugün bizim yaptığımız bir araştırmada özellikle Kuzey Afrika ve Arap Yarımadası'ndaki ülkelerde sorduk, sordurduk. Dedik ki yani parayı biz veriyoruz ve bir sağlık probleminiz var nereye gidersiniz. Yani Türkiye mi, İstanbul mu diye sorduk tabi. İstanbul mu, Paris mi, New York mu, Münih mi gibi, %85 oranında hep İstanbul dendi. Yani Türkiye bu repütasyonu yakalamış durumda, Türkiye tercih ediliyor. Güvenlik konusu kesinlikle soru işareti değil, zaten bu kadar turistin gelmesi boşuna değil. Türkiye'nin dünyanın en büyük 6. Turizm Merkezi olması boşuna değil. İnformation; hastaların bilgiye doğru ulaşması, bilgiye istediği zaman ulaşabilmesi, aradığı zaman ulaşması. İnternet kullanıcıları tabirimi mazur görün ama çok şımarık kullanıcılar, bir sitede kalma saniyesi 3 saniye. Yani siteye giriyorsunuz, bakıyorsunuz sol üst köşeye 3 saniyeniz geçiyor, tık atıyorsunuz. Ortalama kalış süresi bu. Saatlerce bir sitede uğraşmak, saatlerce o sitede bir şeyler aramak öyle bir nesil, öyle bir arama. Dolayısıyla birazdan anlatacağım kuracağınız web sitelerinin nasıl olması gerektiğini. Yapacağınız işlemlerin çok kullanıcı dostu olması gerekiyor. Ne vermek istediğinizi, o kişinin ne aradığını

bilmeniz gerekiyor. Daha sonra fiyat geliyor ve ulaşım kolaylığı geliyor.

Şimdi deminden beri bahsettiğim yöntemler neler? İnternet marketing, ben bunu googlying olarak çeviriyorum çünkü herkes en yoğun olarak google kullanıyor. Yani google bir kelime yazıyorsunuz değil mi, diyorsunuz ki ne yazmışız burada, lasik Frankfurt yazıyorsunuz. Lasik Frankfurt yazdığınız zaman karşınıza sonuçlar geliyor. Bakın bu ilk sonuç, altında reklam yazan ve sizin para vererek yaptırdığınız reklamlar. Google'da iki tür sonuç var. Robotlar bunu şöyle ayırıyorlar, bir siz gerçekten çok popüler birisi olabilirsiniz ve sürekli aranan bir yapısınızdır. Yani bunu hastane olarak düşünürsek siz Harvard'sınızdır, Harvard Medical Center ya da John Hopkins'sinizdir herkes sizi biliyordur zaten sizin isminizi type ediyordur ve bugüne kadar da belki 100 milyon kişi sizi type etmiştir. Google ilk önce buna bakıyor, diyor ki doğal arama sonuçlarına göre bu popüler insanları ben en önde çıkartırım. Zaten insanlar bunu arıyor. Şimdi biz böyle bir konumda değiliz, bizim hiçbir hastanemiz de bu konumda değil, dünyayı düşünürseniz. Evet, Türkiye'de x,y,z, hastaneleri çok tanınıyor ve onun için onlar ön plana çıkıyorlar. Ama Avrupa'ya çıktığınız zaman, dünyaya çıktığınız zaman çıkmıyor ve çıkartılmıyor. Artık reklam vermenizin önünü açıyorlar. Reklam vermezsen yok. Doğal arama sonuçları başka ama doğal arama sonuçlarının da üzerine çıkmak istiyorsanız reklam vermeniz lazım. Zaten google'da yaklaşık üç aylık karlılığının 20 milyar dolar olmasının sebebi de bu reklamlar. İşte reklam veriyorsunuz demin anlattığım gibi lasik Frankfurt diye, en önde çıkıyor. Euro Eyes denen firma zaten alttaki de reklamdır lasik centrum Frankfurt diye. Bu firmanın demin bahsedecektim teşvikler 100.000 dolarmış Google'da. Bu firmanın sırf Google'da, Frankfurt bölgesinde bir ay boyunca en üstte çıkması için harcadığı para yaklaşık 150.000 Euro. Yani bu parayı buraya koyuyor ki en üstte çıksın diye. Yani bizim bu tanımladığımız 100.000 dolarlarla Almanya'da sırf Essen Eyaleti'nde bile tepede çıkma ihtimalimiz yok. Yani rakamları doğru telaffuz etmek ve ona göre işlem yapmak lazım. Bu firma en üstte çıktığı zaman ne oluyor? Tabi ki insanlar en üstteki ilk sayfada çıkanları tıklıyorlar. Tıkladıktan sonra zaten sitenin dizaynı tabi bu lokasyona göre, ülkeye göre de bunu bölüyorlar. Yani Frankfurt, Essen bir reklam. Almanya geneli, işte Güney Almanya için reklam vermek istiyorsanız orası ayrı bir coğrafya. Orada verdiğiniz reklamla Münih'te görünmüyorsunuz, ya da Berlin'de yukarıda görünmüyorsunuz, Hollanda'da görünmüyorsunuz. Yalnızca bu bölgede sizi tutuyorlar. Tüm Almanya'ya vermek istiyorsanız tabi o zaman milyon Eurolar konuşuyor. Ve bu her tıklamada, belirli tıklamalarda sizden bir para çekiyor. Atıyorum 10.000 Euro koydunuz ve tık başına 1 Euro'dan anlaştınız yani on bin tıklamada bütçeniz tamamlanıyor. Ondan sonra ek bütçe koyarsanız o ay çıkmaya devam ediyorsunuz. Tabi burada böyle şey tıklamalarda oluyor yani rakiplerin sizi tıklayıp paranızı kaybettirmeleri gibi ilginç olaylar da

gelişmiş durumda. Yani bunu biz keşfetmiştik Dünya Göz'deyken. Yani Berlin'den rakip bir firma sürekli bizim reklamlarımızı tıklıyor ve bizim paramızı bitiriyor. Bunu google şikayet ediyorsunuz ama google bunun için bir şey yapamıyor. Artı bir şey söyleyeceğim mesela biz Sağlık Bakanlığı olarak web sitesi yaptık. İsmine de RC Health diye koyduk bunu da buraya koyduk. Ben şahsi web sitemden o RC Health'e reklam verebilirim ve Sağlık Bakanlığı'nın bu sitesinin üzerinde çıkabilirim. Google buna da müsaade ediyor. Yani marka hakkı, trade falan bunlar yok. Yani para veriyorsanız, en üstte çıkmak istiyorsanız, istediğiniz kelimede çıkabilirsiniz. Bugün ben Fenerbahçe'ye reklam veririm, Fenerbahçe'den önce ben çıkabilirim. Bunun olanağı var. Tabi en çok tıklanan yeri tespit etmek ve ona göre reklam yapmak da bu işin uzmanlığı. Peki yine ne oluyor yani hani bu kadar reklam verdiniz de sizin sitenizin de daha yazılım aşamasında, kodlama aşamasında bu reklamlara göre, aramaya göre üst planlarda çıkmasını sağlıyor olabilecek şekilde dizayn etmeniz gerekiyor. Yani bir kodlama sitemi Google'a uygun yani arama motoruna uygun kodlama sistemiyle sitenizi yazdırmanız gerekiyor ki doğal arama sonuçlarında o kilit kelimeleri sizi ön plana alabilsin. Yani naif düşünerek bir site yaptık bu niye çıkmıyor, niye görünmüyor derseniz, sebeplerinden biri daha siteniz yazılımdayken yaptığınız hatalardır. Peki yine kelime verdiniz. Mesela relax buradaki örnek ve relax smile teknoloji. Bu kelimeyi örnek verdiğiniz zaman kullanıcı sizden şunu bekliyor, relax yazdığı zaman direk relax smile ile ilgili sayfaya gitmek istiyor. Yani tekrardan x hastanenin en baş sayfasına gidip orada relax arayıp fiyatlara bakıp değil. Yani kullanıcı neyi arıyorsa belki internet sayfanız 50 sayfadan oluşuyor ve kişi onu okumuyor. Neyi okuyorsa, neyi istiyorsa, aradığı neyse ona yönelik reklam vermeniz ve onu yönlendirdiğiniz sayfanın o işleme cevap verecek şekilde olması lazım. Çünkü kişi yalnızca bu sayfaya bakıyor ve bu sayfada neymiş bu tedavi, ne kadar tutuyormuş, nasıl bir prosedür var görmesi lazım. Dolayısıyla sitenizi daha yazdırırken hangi sayfalarınızı özel olarak yazdıracağınızı ve o özel olarak yazdırdığınız sayfanın da reklamını vereceğinizi dizayn edip düşünmeniz gerekiyor en baştan.

Şimdi hedef kitleye tekrar dönüyorum. Bir piramit yaptım, bu piramitte ilk önce Avrupalı Türkleri koydum, sonra Türk cumhuriyetleri, sonra kalite ve teknolojisi az ülkeleri ve en sona da Avrupa'yı koydum. Nedenini biraz açıklamaya çalışmıştım. Şimdi yurtdışında yaşayan Türkler yaklaşık 5 milyonu aşkın bir Türk nüfusu, bunların 4 milyonu batı Avrupa ülkelerinde yaşıyor, 300 bini Kuzey Amerika'da, 200 bini Orta Doğu'da, 150 bini de Avustralya'da yaşıyor. Türkiye'ye dönüş yapmış 3 milyon göçmen var. Şimdi deminki google örneklerinden link page falan hani Türkiye'ye hasta getireceğiz, ne kadar zor olduğunu anlatmak için bunları söyledim. Yapmayın diye ya da önünüzü kesmek için falan değil. Yapın ama doğru yapmaya çalışın. Yani bir şeyi doğru planlamak lazım ki sonradan düzeltmesi çok

zor oluyor. Yani bir web sitesi tasarladık, yaptıktan sonrada burada hata olmuş dediğiniz zaman o çöpe gidiyor. Tekrar en baştan yaptırmanız lazım. Dolayısıyla bütün bunları bilerek, nereye gideceğinizi bilerek bir dizayn yapmanız lazım. Ama çok büyük rekabet var. Özel sektör bir tarafta ve Sağlık Bakanlığı devlet hastaneleri de bu işe girmek istiyor. Yapmaları lazım ama diğer ülkelerde boş durmuyorlar onlarda bu işi yapmaya çok gönüllüler ve unutmayın ki sağlık turizmi bir paraboldür. Yükselir bir yerde sabit kalır, ondan sonra düşer. Neden? Türkiye örneğini düşünün yani 15 yıl önce Türkiye'den yurt dışına giden onlarca hasta varken bugün gitmiyor neden? Çünkü biz yatırımımızı yaptık. Hastanelerimiz gelişti, doktorlarımızın kalitesi arttı, artık Türkiye'de devam ediyoruz. 15 yıl önce İngiltere'de Londra'da Sağlık Müsteşarlığımız vardı. Buradan oraya giden hastalara yardım ediyorlardı artık yok. Artık Türkiye'den yurtdışına giden hastalar parmakla sayılır duruma geldi. Bizim komşu ülkelerimizde de bu olacak yani bu olmayacak diye bir şey yok. Dolayısıyla bizim en kolay ulaşabileceğimiz ve en hızlı ulaşabileceğimiz kimler? Türkler. Benim de Agisteki yaşadığım tecrübeyle yaklaşık 1.5 milyon üyesi olan bir şirketin 115.000 Türk sigortalısı ve yaklaşık yılda 40.000 vakaya hizmet verdik. Önemli olan burada bunların % 30'u ikinci görüş ve planlı tedavi için Türkiye'ye gelirken % 10'u da ameliyatlar için Türkiye'ye geldi. Yani % 40'lık bir kesime ülkesinde değil Hollanda'da değil, Türkiye'de tedavi hizmeti sunabildik. Tabi bunlar Türk. Buradan nereye geliyorum? Kişi başı sağlık giderleri Dünya Sağlık Örgütüne göre işte Hollanda'da 5.300, 4.600 ve Almanya'da, Belçika'da 4.300. En çok Türk'ün yaşadığı ülkeler bunlar. Türkiye'de 1.100 olduğunu söylemiştim. Bundan şöyle bir sonuç çıkartıyorum. Avrupalı Türklerin ortalama hasarı 4 milyon kişiden bahsetmiştik. 4.500 dolar ortalamayla koyarsanız yaklaşık 18 milyar dolar. Bunların Avrupa'da sigortalı olarak harcadıkları yani bir şekilde harcanan 18 milyar dolarlık bir pasta var. Biz bunların % 40'ını AGIS örneğinde olduğu gibi Türkiye'de tedavi etmeyi başarabilirsek bu yaklaşık 7.2 milyar dolar oluyor ki bugünkü bizim sağlık turizminden kazandığımız 2 milyar doların yaklaşık 3 katı, 3.6 katı kadar bir rakam. Soru da asıl tartışmamız gereken de nasıl Türkiye'de tedavi edeceğimiz. Keşke size burada şunları şunları yaparız, bunları bunları yaptıktan sonra bunların hepsi Türkiye'ye gelir diyebilseydim. Bu kadar kolay değil ve çok ciddi parametreleri var. Bunlardan birincisi biraz Hüseyin Bey bahsetti. Biz yurtdışından gelenleri Türkiye'de sübvanse ediyoruz dedi. Çok doğru bir yaklaşım, çok doğru bir tespit, gerçekten öyle. Bugün çok düşük fiyatlarla, devletin verdiği fiyatlarla, özel hastaneler dahil evet yurtdışından gelen, Hollanda'dan, Almanya'dan gelen bir Türk, Türkiye'de hizmet alabilir ve acil olmasına da gerek yok şu anda geldiğimiz noktada. Peki, siz kendinizi onların yerine koyun, Türkiye'ye geliyorsunuz örneğin katarakt ameliyatı olacaksınız, devlet bu ameliyat için atıyorum 500 lira ödüyor ama özel hastanede sizden

1.000 lira fark istiyor. Şimdi siz 500 liralık bir tedavi olacaksınız ve evet buna hiç karışmayacaksınız. Sonuç sizi bağlamıyor ama geri kalan 1.000 liralık tedaviyi cebinizden ödeyeceksiniz. O 1.000 lirayı gidip ülkenizde yani asıl yaşadığınız ülkede deklare edeceksiniz ve bunu geri alamayacaksınız. Böylece biz bu işi başlangıcında ölü doğuruyoruz. Yani bu yöntemle bu işin çözülme ihtimali yok. Buraya gelen kişi yani benim yaşadığım örneklerde 10 Euro fark çıktığı zaman insanlar tedavi olmaktan vazgeçiyorlardı. Vazgeçip ben burada yaptırmayacağım diyordu, sağ olsun birçok hastane bunu kendileri tolere ediyordu yani tamam biz bu farkı almayacağız diyordu. O zaman hemen tedavileri olmaya başlıyordu. Zaten kulaktan kulağa yayılan da şu, Türkiye'ye gittim, tedavimi oldum, cebimden bir kuruş bile ödemedim ve ülkeme döndüm çok şükür. Hep bu. Çünkü Avrupa'da yaşayan Türklerin inanılmaz bir arzusu, inanılmaz bir isteği var Türkiye'de tedavi olabilmek için. Hem yurtdışındaki doktorlara güvenmiyorlar, özellikle aile hekimlerine, onlara o sisteme kendilerini pek ait hissetmiyorlar ve Türkiye'ye bir o kadar özlemle, o kadar büyük bir arzuyla Türk doktorlarına, kendi dilinde, kendi kültüründe yaklaşmak istiyorlar ki bizim bunun önünü kesmememiz lazım. Yani kesiyoruz demiyorum ama önünü açmamız gerekiyor ki insanlar Türkiye'de tedavi olabilsinler. Şu para mevzusunu ve Avrupalıları da çok dikkatli düşünerek adım atmalıyız. Çünkü rakamlar çok yüksek yani. Şöyle bir rakamın Türkiye'ye geldiğini de Avrupa'daki kurumların da ödediğini düşünürseniz bu işi baltalamak için, önüne geçmek için, önünü kesmek için onlar da elinden geleni yapacaklardır. Teşekkür ederim.

Hüseyin ÇELİK

Oturum Başkanı

Evet, teşekkür ederim. Belli ki bu işi merak eden, emek harcayan, bundan sonraki süreçte ben ne yapabilirim diyen bir kitle karşımızda. Saat 13'ü geçiyor, artık herkes check-out yapıyor, evine dönme hazırlıklarında. Ben de çok sabrınızı zorlamak istemiyorum. Sorular ya da katkı varsa onları alalım yoksa birkaç tespit de benim olacak. Var mı, yeterli mi diyoruz. Peki o zaman yeterince açıklayıcı oldu sunumlar. O zaman birkaç şeyin altını çizerek, göremedim kusura bakmayın buyurun. Şimdi o zaman sorudan başlayalım. Bülent Bey'in sunumundan devam edersek sonuçta bir analizle yola çıkıyorsunuz. İki konu var çok kritik olan. Bir tanesi; batı yaşlandı, giderek de yaşlanıyor. İki; mali kriz içinde. İkisi birlikte olunca müthiş bir fırsat doğuyor. Biz ne istiyoruz? Genç bir nüfusumuz var. Katma değeri düşük ihracatla Türkiye'ye yeterince kazandıramıyoruz ve ihracat yoluyla mal, ürün ihracatıyla bir takım doğal kaynaklarımızı dışarıya transfer ediyoruz ve diyoruz ki cari işlemler açığımızı, Türkiye'nin zenginliğini hizmet sektörüyle

ciddi ölçüde artıralım. Yazılım sektörünün sunduğu imkanları biliyoruz ve yaşlı turizmi bu iki nedenle çok ciddi bir fırsat. Türkiye'nin coğrafyası, iklimi, misafirperverliği de bunun için çok doğal bir altyapı oluşturuyor. Şimdi bu işin bir yaşlılık boyutu var ve aile bakanlığı aktif olarak görevin içinde. Bir de sağlık ve bakım boyutu var. Tek başına ne Sağlık Bakanlığı, ne Aile Bakanlığı, ne de Turizm Bakanlığı bu işte yeterli olmayacaktır. Bir işbirliği gerektiriyor. Biz bir taraftan işte 663 sayılı kararnameyle sağlık serbest bölgeleri istihdam ettik, ama içini henüz dolduramadık. Çünkü mevcut kamu yatırımcıların mevcut kapasiteleri var. SGK hastasına bakıyor, özel sigorta hastasına bakıyor, kapasitelerde %100 değil. Sırf serbest bölge içinde bir yatırım yaparak oraya bir sürü masraf yaparak sağlık turizmi yapmak istemiyor ve kolayına gidiyor. Sizin o serbest bölge içinde öyle avantajlar sunmanız lazım ki mevcut yatırımlarıyla kıyasladığında avantajlı konuma gelecek bir yapıya taşımanız lazım. O yüzden serbest bölgeler içerisinde sağlık turizmine yol aldırmakta zorlanıyoruz. Ama yaşlı turizmi bu iki gerekçeyle Avrupa'nın yaşlanması ve diğer nedenle müthiş bir fırsat sunuyor. Bu konuya giderek daha çok odaklandık ve yakında Ekonomi Bakanlığı'yla birlikte bir toplantı yapacağız. Kalkınma Bakanlığı da bu işin içine girdi. Bu 10. Kalkınma Planı'ndaki sadece sağlık turizmi değil bunun içine yaşlı turizmini de biz ekledik. Yani bakış açımızla fırsatı görüyoruz. Bunu organize olarak hayata geçirme niyetimiz var ama mesafe alacağımız çok şey var. Bunu sadece bir termal turizmi gibi de düşünmemek lazım. O ilgili ülkenin devlet ya da sosyal güvenlik kurumuyla anlaşma yapıp uzun, verimli bir yaşam alanı oluşturmak amacımız. Bunun doğal hali Alanya'da var biliyorsunuz. Alanya'da insanlar özellikle Almanlar, Hollandalılar ev satın alıyorlar ve yaşam planlıyorlar ve biraz da zorlanıyorlar şehrin içinde. Ya kendi gettolarını oluşturuyorlar ya da bir takım sorunlarla bu işi kotarmaya çalışıyorlar. Bizim buradaki amacımız onların kendi kültürlerine de uygun yaşam alanları oluşturup onların burada o yaşlılık dönemlerini sağlık bakımıyla, kültürüyle, eğlencesiyle bir bütün olarak onlara sunabilmek. Ve giderek daha çok yatırımcı başvuruyla bunu aşmaya çalışıyor. Bunun en güzel tarafı da o ilgili ülkeyle bir kontrat yapıyorsunuz en az on yıllık olmak üzere ve devlet de taşın altına elini koyuyor yani özel yatırımcı bir şekliyle bu işi sürdüremez olduğunda çekip gitmemesi için ya da ortada kalmaması için bir takım garantör mekanizmalar da konacak. İnşallah bugün bu masada konuştuğumuz şeyleri seneye daha ileriye taşımış olarak tekrar sizlere anlatabileyim. Birincisi Henry Ford'un güzel bir sözü var, bu günlerde çok kullanıyorum. Diyor ki "*bir işi ister başarabileceğinizi düşünün, ister başaramayacağınızı ikisinde de mutlaka haklı çıkarsınız*" diyor. Bu çok kritik bir konu, eğer biz bu işi başarmak istiyorsak ve buna inanırsak onun gereğini yaparız. Yok başarmak istemiyorsak inanın onun için de birçok gerekçe buluruz. O yüzden sağlık turizminde ben kendi bireysel

hayatımda 1988'deki noktayla bugüne bakıyorum ve en son 10 yılı biliyorum. İşte Adana'dan dostlar var, Adana'da bir şehrin kalkınma modelinde sağlık turizmi ne olabilirle ilgili yaptığımız çalışmaları bizzat pratikte yaşayarak gördüm. O yüzden buna inanmamız çok önemli. Gerçekten Ekonomi Bakanlığının önemli fırsatları var, o buz kırıcı etkileri var, kamunun buna duyarsız olma şansı yok. Nedeni ise 2023 hedefine 20 milyar dolar sağlık turizmi hedefi koyduk ve özel sektörün büyüklüğü şu anda 10 milyar dolar. 10 milyar TL, 7-8 milyar dolar. 2023 de kaça katlayacağız ki hani 100 milyar dolar olması lazım ki % 20'si sağlık turizminden gelsin. O yüzden bu işi kamunun da o pastayı büyütebilmesi için, üniversitesiyle hep birlikte girmesi lazım. Bir 20 milyar dolar hedefe sadece özelin çabasıyla ulaşma şansımız yok.

Peki, pasta büyüklüğü ne? İşte 100 konuşuyoruz, 120 konuşuyoruz yani çok rahatlıkla ulaşılabilecek bir hedef. O yüzden kamudan gelen arkadaşlarımızın, hele hele kamu hastane birliklerinin bu işletme ve her bir birliğin kendi içinde yapılanması nedeniyle artık bu işin gereğini yapma hususunda sorumlulukları var. Kamu hastaneleri birliğimiz de bu anlamda önemli bir farkındalık ve çaba içerisinde. Sayın Bakanımızın da altını çizdiği gibi bu konuya taktikten ziyade her bölgenin dinamiğine göre çözümler üretelim. Yani o gerek insan gücü, gerek fiziki ortam, gerek bir takım hedef pazarla yakınlığı gibi argümanları kullanarak, doğal kaynakları kullanarak her ilin, ya da her il de olmak da zorunlu değil, bir takım destinasyonlar da oluşturabiliriz. Bu anlamda kamunun da bu işin içerisine girmesinin altını çizmek istiyorum.

Ben Berrak Hanım'a bir soru soracağım. Hani toplamda bugüne kadar havuza ne kadar para koydunuz? Ne kadarını dağıtabildiniz? Ona ilişkin bilgi alabilirsek bu sektörün bu konudaki becerisini de anlamış olabiliriz diye düşünüyorum. Ben Bülent Bey'in sunumundan dolayı teşekkür ediyorum. Sağlık turizminin ilerleyebilmesi için bir takım faktörlerden bahsettiler bunlar şifre gibi diyorum hani birini yapar, birini yapmazsanız sonuç alamıyorsunuz. Bunların hepsinin bütünleşik bir şekilde yapılması lazım. Bunlara siz katılımcıların da dikkat edeceğini düşünüyorum. Tabi bir de Bülent Bey'in sunumu da güzeldi hani ne yapalım dışında ne yapmayalım da önemli. Hani hep olumlu deneyimlerden değil olumsuzluklardan da öğrenmemiz gerekiyor. Ne yapmayacağımızı öğrenerek de hedefimizi belirlemek önemli. Bir de eğitim sektörünün altını çizmek istiyorum. Aslında, sağlık turizmi baktığınızda anlık bir şey. Geliyor insan, tedavisini olup gidiyor. Ama eğitim 1 yıl, 2 yıl, 4 yıl, daha belki uzun erimli, tıp eğitimi ise daha uzun erimli, geliyor sizinle yaşıyor, sizin kültürünüzü, tüketim alışkanlıklarınızı, birçok şeyi alıp gidiyor. Ve o sizin artık orada doğal bir temsilciniz oluyor. Türkiye'de batı toplumunun alışkanlıkları böyle işledi. Birçok insan daha Osmanlı

döneminden batıya gidip eğitimle bir süre sonra onun kurumlarını, kültürünü, tüketimini, ideolojisini, birçok şeyi kendi ülkesine taşıyor. Bu yüzden eğitimin bence burada bütün hepsinden çok daha önemi var ve eğitimin sağlık turizmiyle, bilişimle, birçok alanla ilişkilendirilmeyi ve daha uzun erimli, gönüldaş, o ülkenin vatandaşı, bir anlamda misyoner gibi mi düşünelim. Onların kendi ülkelerinde Türkiye'yle entegrasyonu sağlamak için belki eğitime; sağlıktan, bilişimden çok daha fazla destek vermek lazım ki çok daha hızlı ve kalıcı bir Türkiye'nin kazanımı ve karşılıklı kazanımı olsun.

Son olarak da şununla bitirmek istiyorum kendi adıma şimdi eylemsiz farkındalık pişmanlıktır diye güzel bir laf var. Şimdi birçok farkındalığımızı artırıyoruz Türkiye olarak ama eylem boyutuna geçmeyince daha mutsuz oluyoruz. O yüzden mutlaka farkındalıklarımızı, bilgimizi, deneyimimizi, sonuç alarak, sonuçtan da kazanımlarımızı sürekli geliştirerek o farkındalığımızın sonuçlarını somutlaştırmaya ihtiyacımız var. Yoksa bu tür eğitimler, paylaşımlar bir süre sonra insanları mutsuzluğa götürebiliyor. O yüzden mutlaka eylemle desteklememiz lazım farkındalıklarımızı. Berrak Hanım o rakamları paylaşırsa mutlu olurum bir de diğer sunucularımızın da bir katkıları varsa onlara da bir soralım, bitirelim. Buyurun Berrak Hanım.

Uzm. Berrak Bilgen BEŞERGİL

Çok teşekkür ediyorum. Ben de hazırlıklı gelmiştim bu soruya. Şimdi biz tebliğimize 2012 yılından itibaren, 4. Ayından itibaren yürürlüğe koyduk. Buna göre hali hazırda bugüne kadar verilen yani 11. Aya kadar verilen destek miktarı toplamda 19.6 milyon TL'dir. Bunun dağılımına baktığımız zaman içerisinde en fazla sağlık turizminin desteklendiğini görmekteyiz. Bu tutarın yaklaşık % 50'si sağlık turizmi alanında bize başvurulan yararlanıcımıza verilmiştir.

Oturum Başkanı

Ayırdığınız fonun yüzde kaçına geliyor bu?

Uzm. Berrak Bilgen BEŞERGİL

Şimdi biz bunun için DFIF›ten şey alıyoruz ve bu fon aslında şeye bağlı, bir üst limiti yok ama yararlanıcıların demin bahsettiğim üst limitleri var.

Oturum Başkanı

Şey anlamında hani sizin tahmini fona şu kadar bütçe ayırıyoruz, bu rakama kadar başvuruları onaylayacağız dediğiniz bir azami bütçe var mı?

Uzm. Berrak Bilgen BEŞERGİL

Şu an için yok, şu an için başvurular o kadar az ki. Yani hani istediğimiz şey sektörün daha da güçlenmesi. Çünkü sektörümüz güçlü değil. O yüzden daha çok desteklenmesi için böyle bir şey yok. Ancak şunu söyleyebilirim bu 19 milyon TL'nin yaklaşık 14 milyon TL'sini 2014 yılında verdik. Yani gördüğünüz gibi 2012 yılında 800.000 TL'si, 2013 yılında 4.6 milyon TL oldu ve 2014 yılında neredeyse 3 katı arttı.

PANEL

TÜM YÖNLERİYLE SAĞLIK HİZMETLERİNDE RİSK YÖNETİMİ

Oturum Başkanı - **Prof. Dr. Doğan ÜNAL**
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

1968 yılında Konya'da doğdu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1992 yılında mezun oldu. Uzmanlık eğitimini 1997 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda tamamladı. Çeşitli Üniversitelerde öğretim üyeliği, eğitim koordinatörlüğü, Anabilim Dalı Başkanlığı, Fakülte Kurulu ve Fakülte Yönetim Kurulu üyelikleri yapan Dr. Ünal 2011, yılından beri Türk Üroloji Derneği İç Anadolu Şubesi Yönetim Kurulu Üyesidir.2003'de Doçent, 2009 yılında profesör oldu. 2005 yılında Avrupa Üroloji Yeterlilik sınavlarını vererek FEBU (Fellow of the European Board of Urology) diploma ve unvanını aldı. 2011 yılında çocuk ürolojisi uzmanı oldu. 1999 yılında Hollanda, Nijmegen'de Radboud Universitesi, Nijmegen Tıp Merkezi, Üroloji departmanında kontrast ajanla güçlendirilmiş 3 boyutlu renkli Doppler USG yönteminin prostat kanserinde kullanımı ile ilgili çalışmalar yaptı ve aynı yıl İngiltere, Londra'da University College London, Üroloji ve Nefroloji Enstitüsü'nde rekonstrüktif cerrahi konusunda gözlemci olarak bulundu. 2008 yılında çocuk ürolojisi ve pediatrik robotik cerrahi uygulamaları konusunda ABD, Boston'da Harvard Üniversitesi Boston Çocuk Hastanesi'nde bulundu. 76 uluslararası ve ulusal yayını ve 114 uluslararası ve ulusal bilimsel bildirisi olan Dr. Ünal'ın çeşitli kitap bölümü yazarlık ve çevirileri bulunmaktadır. En son olarak Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda görev yapan Dr. Ünal, Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi Uluslararası İlişkiler Bölümü 4.sınıf öğrencisidir. Evli ve 3 çocuk babasıdır. 2014 yılından itibaren Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi

Doç.Dr. Ayse P. GÜRSES
PhD Associate Professor Armstrong Institute for Patient Safety and Quality Schools of Medicine, Bloomberg Public Health, Whiting Engineering Johns Hopkins University

Ayşe Gürses, Wisconsin-Madison Üniversitesin'dedoktorasini tamamladi.Eylul 2008'de Johns Hopkins Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yardımcı doçent pozisyonuna atandı. 2013 yılında aynı üniversitede doçent kadrosuna atandı. Halen bu universitedearaştırma ve eğitim faaliyetlerini sürdürmektedir.Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanmış 32 makalesi, 10 kitap bölümü ve bir cok uluslararası konferans makalesi yayinlamistir. Dr. Gürses, 2013 yılında, Amerikan Davranışsal ve Beyin Bilimleri Dernekleri Federasyonu'nun insan faktörleri ve ergonomi alanındaki en başarılı genç araştırmacı ödülünü almistir. Ayni yil, Wisconsin Üniversitesi tarafından bu üniversitenin mezunları arasından seçilen "40 yaş altı başarı" ödülünu almaya hak kazanmistir. Ayrica,kalp cerrahisindeki teknolojilerin kullaniminin hasta guvenligi acisindan incelemesi konusunda yaptiklari calisma ile, Dr. Gurses ve ekip arkadaslarina Uluslararasi Ergonomi Dernegi tarafindan 2013 yilinin Insan Faktorleri Muhendisligi ve Mesleki Guvenlik konusunda en iyi makale odulu verilmistir.

Hasta Güvenliğinin Risk Tespiti Vasıtası ile Geliştirilmesine Bir Sistem Yaklaşımı

Mecit Can Emre ŞİMŞEKLER

The University of Cambridge Department of Engineering, United Kingdom

2011'de basladıgı doktora programını Cambridge University - Engineering Design Centre'da tamamlamak üzere olan Simsekler, akademik calismalarina Harvard Medical School - Boston Children's Hospital'da misafir arastırmacı olarak devam etmektedir. Sağlik hizmetlerinde inovasyon, politika, sistem dusuncesi ve risk yonetimi genel ilgi alanları olup, doktora calışması yüksek-riskli endüstrilerde (havacilik, nukleer enerji sanayii vb.) kullanilan retrospektif ve prospektif risk tanimlama metotlarinin sistematik analizi ve saglik endustrisine adaptasyonu uzerinedir. 2012'de Tokyo University - Center for Medical Innovation System'de misafir arastırmacı olarak calışmalar yapan Şimşekler, ayrıca Institute for Healthcare Improvement (IHI) Open School Cambridge lideri olarak, hasta güvenliği ve kalite konularında eğitim faaliyetlerine katkıda bulunmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimine Pratik Yaklaşım

Dr.Bayram DEMİR

SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

1975 yılında doğdu. 1993'de Sağlık Bakanlığı'nda göreve başladı. Farklı tarihlerde Ankara il sağlık müdür yardımcılığı ve SB Merkez Teşkilatı Şube Müdürü, Daire Başkanı ve Müstakil Daire Başkan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. Ayrıca, Bakanlık taşra teşkilatında Hastane Müdürlüğü görevlerinde bulundu. Nisan 2014 tarihine kadar Batman Kamu Hastaneleri Birliği İdari Hizmetler Başkanı olarak görev yaptıLisansüstü çalışmalarını Hacettepe Üniversitesi ve Ankara Üniversitesinde yaptı. Sağlık sosyolojisi ve sağlık kuruluşlarında kalite uygulamaları, sağlık işletmeciliği konularında hakemli ve diğer periyodik dergilerde yayımlanmış makaleleri ve sosyal bilimler alanında yayınlanmış çeşitli kitaplarda bölüm yazarlığı ve Sağık Bakanlığı yayınlarında yazar ve editörlük çalışmaları bulunmaktadır. Demir, evli ve üç çocuk babasıdır.

Prof. Dr. Doğan ÜNAL

Oturum Başkanı

Çok kıymetli katılımcılar, hanımefendiler, beyefendiler iyi bir sabah diliyorum. Tabii toplantımızın, kongremizin son günü olması münasebetiyle katılım belkibiraz düşük olabilir ama geneline baktığımızda kongremiz hakikaten çok yoğun bir ilgiyle, büyük bir katılımla izlendi.O yüzden bu canlı katılımları için herkese tek tek teşekkür ediyoruz. Şimdi üzerinde konuşacağımız konu "Risk Yönetimi". Esasen bu kongrenin de yapılma nedeni olan kalite ve performans sisteminin temelinde yatan şey risk yönetimi. Esasen üzerinde durduğumuz, doğrudan bağlantılı olan konu risk. Biz riski doğru yönetebilirsek otomatik olarak çok kaliteli bir hizmet de sunmuş oluyoruz. Tabii risk yönetimi dediğimizde de hem çalışanların hem hastaların maruz kaldığı riskler,hem de kurum bazındaki risklerden bahsediyoruz. Bu riskler çok güzel bir şekilde yönetilebilirse bu üç faktör çerçevesinde çok güzel bir kalite sistemi doğmuş olacaktır. Fakatşu vurguyu da yapmamız gerekiyor; toplumumuzda çok yaygın bir risk ve kalite anlayışının tesis etmiş olması gerekiyor ki genelin içerisinde sağlık sistemimiz de güzel bir risk yönetimine kavuşsun. Çünkü şehirciliğimiz, genel politikalarımız, ulaştırma, aklınıza gelebilecek her türlü alandaki kalite ve risk yönetimi bizi de doğrudan etkileyecektir. Yani izole bir alan gibi de görmemek lazım. Şimdi bu konu üzerinde çok kıymetli üç tane konuşmacımız var, sizlere takdim etmek istiyorum.

Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi

Doç Dr. Ayşe GÜRSES

PhD Associate Professor, Johns Hopkins University

İlk önce Sayın Başkana ve tüm katılımcılara burada olmaktan dolayı çok mutlu olduğumu tekrar belirtmek istiyorum. Ben Johns Hopkins Üniversitesi'nde öğretim görevlisiyim ve yıllardan sonra, 17 yıldan sonra ilk kez bir Türkçe sunuş yapıyorum. Bu yüzden de Türkçe kelimelerde çeşitli hatalarım olursa şimdiden affınıza sığınıyorum ama inşallah güzel bir sunuş ve iki yönlü bir etkileşim olacak.

Ben size risk yönetiminin halk sağlığı ve sağlık hizmetlerinde çeşitli örneklerinden bahsetmek istiyorum. Ben aslında endüstri mühendisiyim, ODTÜ Endüstri Fakültesimezunuyum. Daha sonra yurt dışına gittim ve sağlık konusunda, özellikle hasta güvenliği konusunda çalışmaya başladım.

O yüzden tabii ki ilk konum sağlıkta kalite için interdisipliner çalışmanın önemini vurgulamakla başlayacağım. Daha sonra üç konu hakkında yaptığımız çalışmalara örnek vereceğim, risk analizini, risk yönetimini bu çalışmalarda nasıl kullandığımızı anlatacağım. İlki Sayın Murat Hocamın da dün belirttiği, anlattığı gibi santral venözkateter kaynaklı enfeksiyonlarla ilgili. İkincisi ise yeni bir konu, CDC ile yeni yaptığımız bir çalışma, ebola virüsü hastalığı ve buna hazırlanma süresinde yaptığımız analizler ve endüstri mühendisliğinin ve diğer branşların bu konudaki katkılarıyla ilgili. Üçüncüsü de eğer vaktimiz kalırsa, açık kalp ameliyatlarındaki hasta güvenliği ve bunun risk yönetimi metotlarıyla nasıl incelendiği ve artırıldığıyla ilgili.

Ben Armstrong Enstitüsü denilen bir enstitüde çalışıyorum.Bu,Hopkins bazında Hopkins sisteminde kurulu, hasta güvenliği ve sağlıkta kalite enstitüsüdür ve birkaç yıl önce kuruldu. Bu kurumun lideri de Doktor Peter Punoust. Peter ile çok yakın çalışma şansına sahibim. Bu da büyük bir şans tabii.Doktor Punousthasta güvenliği konusunda Amerika'da çok sayılı uzmanlardan. Ve bizim vizyonumuzda biz;hasta güvenliği konusunda klinik disiplinlere ek olarak diğer branşların da çok önemli rol oynadığını düşünüyoruz. Psikoloji, halk sağlığı, sağlık bilgi teknolojileri ve tabii ki endüstri mühendisliği ve endüstri mühendisliğinin bir alt dalı olan insan faktörleri mühendisliği, ergonomi de diyebiliriz. Ya da humanfactorsengineering dediğimiz branş.

Endüstri mühendisliğinin bir alt dalı olan bu insan faktörleri mühendisliği nedir ve hasta güvenliği ile alakası nedir, risk analizi ile alakası nedir? Bu alanın amacı; insanlar ve diğer sistem unsurları arasındaki etkileşimleri anlamak ve bu etkileşimleri göz önünde bulundurarak hem insanları hem de tüm sistemin performansını optimize etmek. Mesela bir yoğun bakım ünitesini bir sistem olarak düşünebilirsiniz. Bu, benim doktora yıllarımda geliştirdiğimiz bir model. Üst kısma bakarsınız aslında Donabedia'nınmodeli olduğunu görüyorsunuz, yapı, süreç ve sonuçlar. İyi sonuçlar elde edebilmemiz için, hem hasta güvenliği hem de sağlık personeli güvenliği açısından bizim bu sistemi ve süreçleri iyi dizayn etmemiz gerekiyor.

Ve sonuçlara göre burada bu geribildirim oklarını da görüyorsunuz.Sonuçlara göre bu sistemi devamlı tekrar iyileştirmemiz, dizayn etmemiz gerekiyor ve bu sistemin ortasında bu İngilizce, kusura bakmayın bunu çeviremedim, şekli, person dediğimiz insan var, her insanın bazı limitleri var ve bazı güçlü olduğu yönler var. Mesela hafızamızın bir limiti var, sıkıcı bir işle uğraştığımız zaman hemen sıkılırız ama çok iyi, bir innovasyon açısından çok güçlüyüzdür insanın doğası olarak. Biz insan faktörleri mühendisliğinde bu insanların limitlerini ve güçlü yönlerini göze alarak sistemi yani teknolojileri, fiziksel çevreyi, except gibi

bu faktörleri insanın güçlü ve güçsüz olduğu noktaları göz önüne alarak dizayn ediyoruz ki; insanlar bu sistemin içinde iyi performans göstersin ve sonuç olarak da iyi sonuçlara ulaşılsın.

Buradaki küçük birçok ok etkileşimleri gösteriyor. Yani siz herhangi bir teknolojiyi bir sisteme soktuğunuz zaman, yeni bir hastane düzenlediğiniz zaman, yeni bir hastane yarattığınız zaman fiziksel olarak bunlar hep insan performansını etkiliyor ve insanın böyle bir modeli hep kafasında tutmasının önemi var. Çünkü risk analizinde bütün bu değişik faktörleri göz önünde bulundurmanız gerekiyor. Sadece bir teknoloji eğer bir sisteme giriyorsa ben sadece teknolojiye bakayım, onun fiziksel yapıyla ilişkisine bakmayayım diye bir hataya düşmememiz için.

İlk proje santral venözkateter kaynaklı enfeksiyonlar. Ben ilk önce bu sonuçta neler elde ettiğimizi biraz anlatıp zamandan dolayı kısaca metodundan bahsedeceğim, risk analiz metodundan. Ama burada birçok referansı da veriyorum daha detaylı bilgiler için.

Amerika'da yoğun bakım ünitelerinde her yıl 82.000 santral venözkateter kaynaklı enfeksiyon görülmekte ve bunların hem maliyeti çok yüksek hem de birçoğu ölüme neden olabiliyor. Dün Murat Hocam bazı örnekler verdi, o programların çıkış yeri aslında Johns Hopkins. Yıllar önce Bizim Peter'in liderliğinde yapılmaya başlanmış ve ben de şimdi bunların içindeyim. Türkçeye "Kapsamlı Ünite Bazlı Güvenlik Programı" diye çevirebileceğim bir iyileştirme programı sayesinde birçok iyileşmeler gördük.Bu büyük bir program, kapsamlı, bazı güvenlik programı.

Burada bazı şeyleriçok kısa, çok özet olarak yazdım, ama Hopkins'te bir yoğun bakım ünitesinde başlayan bu metot şimdi bütün Amerika'da birçok hastanede, birçok bölümde uygulanıyor. Bazı kısımlarından örnek vermem gerekirse; mesela yoğun bakım çalışanlarıyla yapıyorsanız bunu, gidip onlara sizce bu ünitede bir sonraki önlenebilir hata ne olacak gibi bir soru, yani proaktif olarak bir soru sormak. Buna,proaktif risk analizine bir örnek yani EPMA denilen çeşitli daha kompleks metotlar var, bunları biliyoruz ama sırf böyle bir soru sormak bile riskleri önceden tahmin edebilmek için çok önemli.

Bu program çok büyük bir başarı sağladı. Yıllar önce, 2006'da Peter'ın New England Jurnal'de bastığı makale, ilk önce Hopkins'te başlandı. Tabii Hopkins bir süre sonra bunu büyük bazda, büyük çapta uygulamaya koymayı kabul etmedi, klasik Hopkins. Ondan sonra biz Michigan'a gittik. Michigan Eyaletindeki 103 yoğun bakım ünitesinde bu program uygulandı ve medyan, ortalama değil medyan 2.7 enfeksiyondan kaspsonrası 0 medyana ulaşıldı. Medyan, 34-36. ayda ölçtüğümüzde de hala sıfırdı. Daha sonra bu başarıdan dolayı bunun bütün

Amerika'da yapılması için kaynaklar bulduk. 44 eyalette 1.100 yoğun bakım ünitesinde bu çalışma yapıldı ve santral venözkataterlerde %40 oranında bir azalma oldu.Biz gidip her hastaneile, her yoğun bakım ünitesi ile birebir tabii ki çalışmıyoruz. Biz onlara metot gösteriyoruz, işte bilim, kanıt, bunları gösteriyoruz, çeşitli toplantılarımız oluyor, telefonla toplantılarımız oluyor ama biz sahada, bu alanda çalışan, ünitede bu alanda çalışan doktor, hemşire ve diğer personele çok bağlı olarak çalışıyoruz. Onların deneyimleri, birikimleri bizim için çok önemli. Ve gördüğünüz gibi 500 insanın hayatının kurtarıldığı, 34 milyon dolarlık bir tasarruf elde edildiği tahmin edilmekte.

İkinci konuşacağım konu, şu anda üzerinde hala çalıştığımız bir konu; ebola salgını ve kişisel koruyucu ekipman eğitimi. Biliyorsunuz 2014 yılı ebola salgını için ilginç bir yıldı. Hala haberleri duyuyoruz, Teksas'ta iki hemşirenin bu virüsü almasıyla Amerika, Obama, CDC ciddi anlamda alarma geçti. CDC Başkanı, Peter'i arıyorve Peter beni arıyor,birkaç hafta önce bir cumartesi günü proje başlıyor.

Bu projenin amacı; Ekim 2014'de CDC yani ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri, KKE kullanımıyla ilgili yeni kurallar ve kılavuzlar yayınlıyor ve bizden, Hopkins'ten bu kuralların doğru uygulanması ile ilgili web tabanlı bir eğitim programı geliştirmemizi istiyor. Burada amaç, bu KKE dediğimiz kişisel koruyucu ekipmanın doğru kullanımı ile ilgili bir program geliştirilmesi, doğru şekilde giydirilmesi, çıkarılması, özellikle çıkarılması çok riskli ve doğru kullanımı için ekip çalışması. Çünkü tek başına bunu çıkarmak çok zor, genelde hemşireye ikinci bir kişi yardım ediyor. Ve CDC' nin düzenlediği kullanım kılavuzundaki eksiklikler, çeşitli karışıklıklar için çeşitli öneriler sunulması.

Şimdi eğer CDC web sayfasına giderseniz bu eğitim programına ulaşmanız mümkün. Buna 40'tan fazla uzman katıldı, hepsi 0 dolar alarak. Hepsi bir, yani bu çok büyük bir amaç, bir araya gelelim, Kaliforniya'dan, New York'tan birçoğu yani Amerika'nın birçok yerinden insanlar Baltimore'a geldi. Ben de bu projenin liderliğini yürütme onuruna sahip oldum, çok güzel bir olaydı. Ve tabii insan faktörleri mühendisliğinde ben de bu projede olduğum için mutlaka katmam gerekiyor. Bu yüzden de risk analizi yaptık, yani bu giyme-çıkarma sırasındaki riskler neler, bunları mühendislik yöntemleriyle bulduk ve bu risklere göre eğitim programımızı düzenledik. Bu riskleri azaltmak için eğitim programımızı düzenledik. Gördüğünüz gibi birçok organizasyon katıldı, şimdi kısa bir videosunu İngilizce olarak seyredeceğiz. …

Bunu nasıl yaptığımızı risk analizi açısından kısaca özetlemem gerekirse; ilk etap risklerin belirlenmesi ve risklerin analizi şeklinde çeşitli metotlar kullanarak bunlarla ilgili daha detaylı da konuşabilirim arada, bu giyme ve

çıkarma prosesindeki hataları belirleyip eğitimle bunu gidermeye çalıştık. Tabii bir mühendis olarak aslında eğitim kullanacağınız en son, en zayıf iyileştirme metodudur, en iyisi dizayndır. Fakat dizayn için mesela yeni bir KKE üretebilmek için ki hatalar azalsın, daha çok vakte ihtiyaç var ve CDC'nin böyle acil bir şeye, bir programa ihtiyacı vardı. Detaylara girmeyeceğim ama örnek olarak riskler, klinisyen güvenliği için riskler, hepa filtreli paper dediğimiz N95'e benzeyen respiratörler ama kapalı bir sistem, hiç dışarıdan hava almadan kullanılan paper denilen sistemlerin izolasyon odasındayken mesela bozulması durumunda hemşire ne yapmalı? Bunları eğer izolasyon odasına girdikten sonra düşünüyorsanız bir hemşire olarak, bir sağlık çalışanı olarak bu çok geç, orada düşünmeye vaktiniz yok, en kısa zamanda işinizi yapıp çıkmanız gerekecek. Ya da KKE çıkarılırken sıkıcı bir iş yani onu tek tek çıkar, iki katlı eldiveni çıkar, bunun çıkarılırken acele edilmesinin de bulaşma konusunda birçok riske yol açtığını gördük. Tüm liste çok daha uzun tabii, sadece örnek olarak, risk analizinin eğitim programını nasıl etkilediğini göstermek açısından bu tabloyu da göstermek istedim.

Yaptığımız bu projenin ilk kısmı bitti; acil servislere ebola hastası gelirse ya da ebola hastalığından şüphelenilen, bu akış nasıl olacak, takım çalışması nasıl olacak, koordinasyon nasıl olacak? Şimdi bunların risk analizini yapıp bunlara yönelik bir web tabanlı eğitim programı ve çeşitli bilgi programları, paket programlar geliştirmekteyiz. Diğer bir ikincisi de KKE'nin doğru kullanımını artırmak amaçlı bireysel yeterlilik değerlendirme programı geliştiriyoruz. Bunları da sanırım Ocak başına kadar bitireceğiz inşallah ve CDC' nin web sayfasından tekrar bunları da görme imkanı olacak.

Açık kalp ameliyatlarında risk yönetimi, bu da üçüncü bir örnek, bu daha yeni bir proje. Açık kalp ameliyatları kompleks ve yüksek riskli prosedürler. Ve her yıl bu kabagedediğimiz koroner arter bypass ya da kalp kapağı değiştirme, onarma ameliyatlarında 327.000 hastadan 28.000'inde advers olay gerçekleşmekte ve bu olayların yarısının önlenebilir olduğu tahmin edilmektedir. Tabii spesifik olarak kalp ameliyatlarına dair data, normal hasta güvenliği datalarına göre daha az ve daha az güvenilir ama çeşitli istatistikler burada da gördüğünüz gibi bunun riskli bir prosedür olduğunu bize gösteriyor.

Bizim ilk yaptığımız şey ki bunu makalelerden de daha detaylı görebilirsiniz, açık kalp ameliyatlarındaki hasta güvenliği risklerini belirlemek ve gruplandırmak, ki buna göre çeşitli önlemler alalım. Biz Amerika'daki bir profesyonel organizasyonla birlikte çalıştık. Amerika'da en önde gelen, en iyilerden dediğimiz beş kalp göğüs cerrahisi merkezine gitmeye karar verdik.Bakalım bu en iyilerden olan merkezlerde neler oluyor ve biz onlardan öğrenelim diye ve bunların içinde Hopkins yok.Çünkü Hopkins'i biz genelde pilot data olarak kullanıp başka

yerlerden de data topluyoruz. Bu göstereceğim sonuçlar arasında Hopkins yok. İlk gün yaptığımız; bir klinisyen ve bir insan faktörleri mühendisini bir takım şeklinde oluşturmak ve bu ameliyathanelere, ameliyatlara gitmek. İlk gittiğimiz gün, ön hazırlama gününde ameliyatların gezilmesi, ekiple konuşulması, mühendislerle konuşulması vs. İlk ve ikinci gün genelde bütün hastanelerde dört tane falan prosedürü baştan sona izledik ve ameliyathanenin ameliyat için hazırlanması sırasında da orada bulunduk ve devamlı gördüğümüz aksaklıkları, iyi pratikleri de not aldık. Ve bu sırada bu gözlemlerimizde gördüğümüz bazı şeyleri,anlayamadığımız şeyleri orada çalışanlara işte perfüzyoncu, pompacı, genelde cerrahlara yaklaşmadık ama anestezi uzmanı, onlara sorduk ve gerektiğinde de çeşitli fotoğraflarla mesela ekipman bizim için mühendislik açısından önemlidir, ekipmanların fotoğraflarını, bir arada nasıl kullanıldıklarını falan çeşitli görüntüler aldık. Kalitatif analiz yaptık, 400'den fazla saat, 400 saatten sonra saymayı bıraktık, analiz süresi için gereken, yani sadece 20 ameliyattaki gözlemlerimizden çıkan data devasa bir data tabii ki ve bu bir pilot çalışmaydı kalitatif analiz olduğu için.

Bunun risklerini altı temel kategoride inceledik.Bunların bir kısmı daha önce gösterdiğim sistem mühendisliği modelinden geliyor, fiziksel yapı, araç, gereç, kullanılan teknoloji ve bunların hep birbirleriyle etkileşimleri. Bir ilginç; ek uygulama farklılıklarıydı. Bunlara biz risk diyoruz, çünkü ne zaman bir hastanede bir yere gidiyorsunuz, bu cerrah Harvard'dan o bu işleri böyle yapar, yok bu cerrah Hopkins'ten yetişme o bu işleri böyle yapar, farklı yapar dediğiniz zaman bunun iş yükü orada ameliyatta çalışan hemşirelere de düşüyor.Bunlar da göz önüne alınarak prosesler düzenlenmeli, bir yandan tabii cerrahlar ameliyat ederken kendilerini en rahat hissettikleri şekilde, en rahat kullandıkları aletlerle ameliyat etmeliler ama bir yanda da yok birinci cerrah şu aletlerle bu ameliyatı yapar gibi koca koca listelerle karşılaştık. Tabii mümkün olduğu ölçüde bunların standardizasyonu da çok önemli. Çeşitli resimler, pek bir şey söylemeye gerek yok bu resimleri gördüğümüz zaman ve bunlar en iyi hastaneler, yani Amerika'daki en önde gelen ameliyathaneler kardiyak ameliyathanesinde ve çok dağınık, fiziksel ortamdaki bu dağınıklığın bir şeyi bulmaz, zamanında bulma, doğru şeyi bulmayla ilgili performansı nasıl etkilediğini pek açıklamama gerek yok. Kurallara, kılavuz kurallara uyma konusunda, benim yanımda gözlem yapan bir de klinisyen arkadaşım vardı, Gözlemlenen, bu 20 ameliyatın hepsindesantralkateter yerleştirirken en az bir kurala uyulmadı. Maksimum bariyer önlemeleri her zaman kullanılmadı ya da klorheksidin doğru şekilde uygulanmadı. Klorheksidin uygulanıyor bazen ama işe yaraması için onun kuruması lazım, sürüp öyle pat diye kesmemek lazım yani bir süre beklemesi lazım, kuruması lazım. Steril büyük örtü her zaman kullanılmadı, yarım örtüler kullanıldı. Yine her ziyaret

edilen hastanede en az bir ameliyatta, deri hazırlığının enfeksiyon protokollerine uygun olarak yapılmadığı gözlendi. Ama bu gezilerin iyi yanı, hem iyi örnekleri hem kötü örnekleri görüyorsunuz. Sağdaki hastanede, sağdaki resimde bu gazlı bezlerin kullanıldıktan sonra yere atıldığını ve bunun aslında düşme tehlikesi bile yarattığını görebiliyorsunuz. Ama diğer bir hastanede çok organize şekilde bunlar düzenlenmiş ve sayma açısından da çok önemli.

Şimdi yaptığımız proje, bu çok yüzeysel tabii anlattıklarım. Bunlarla ilgili birçok makalemiz var ve çalışıyoruz bu konuda. Şimdi çalıştığımız konu ameliyathane, yoğun bakım ve klinik, normal servisler arası koordinasyonu ve ekip çalışmasını geliştirmek. Çünkü bunda da birçok riskler gördük ve genelde insanlar ekip çalışması deyince işte yoğun bakım ünitesindeki ekibin bir arada çalışması üzerine dikkat veriyor. Fakat diğer önemli konu da hastanelerde bu değişik bölümler arasındaki koordinasyon. Ve biz bu insanları bir araya getirdik, yoğun bakım, ameliyathane ve klinisyen, klinikte çalışanları ve bir odada bir kez en azından konuşsunlar diye ve bize söyledikleri «biz hiç bir araya böyle düzenli olarak gelip sorunlarımızı tartışmıyoruz" du. Ben manifaktoring kökenli bir mühendisim yani fabrikalarda falan yetiştim, bu supply change managementdenilen olayla hastanelerimizde de bunları uygulamamız gerekiyor. Bunun için de çeşitli küçük iyileştirme projeleri yapıyoruz.

Bu sanıyorum son slaydım. Bölümler, üniteler arası ekip çalışması, klinisyenler arasındaki iletişim ve koordinasyon için ekip çalışması ve hastanın farklı bakım düzeyleri arasında devir ve taburculuk süreçlerinin iyileştirilmesi amacıyla literatürden, uzman görüşlerinden ve çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara bakarak iyi uygulama örneği modelleri geliştirdik ve bunları üç hastanede pilot olarak uyguladık ve ileride de buna daha büyük çapta devam etmek istiyoruz.

Teşekkür ederim.

Hasta Güvenliğinin Risk Tespiti Vasıtası ile Geliştirilmesine Bir Sistem Yaklaşımı

Mecit Can Emre ŞİMŞEKLER
The University of Cambridge Department of Engineering, United Kıngdom

Sayın Kongre Heyeti, Sayın Oturum Başkanım ve değerli konuklar, hepinize İngiltere'den selamlar, merhabalar. Öncelikle Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı'na böyle bir organizasyon düzenlediği ve bizleri davet ettiği için teşekkür ediyorum. Ben de Ayşe Hocam gibi mühendisim. Yakın zamanda Cambridge Üniversitesinde risk yönetimi, risk tanımlama ve hasta güvenliği üzerine doktoramı tamamladım. Yaz sürecini de Harvard Üniversitesi Medical School Boston ChildrenHospital'da hasta güvenliği ve kalite departmanında misafir araştırmacı olarak geçirdim.

Benim çalışma konularım da Ayşe Hocamın çalışma konularına çok yakın. Tabii Ayşe Hocamı bilmiyorum ne kadar tanıyorsunuz ama, Ayşe Hocam dünyaca tanınan, kendi alanında çok meşhur birisidir. Yani Cambridge ilk gittiğimde Hocamın örnek araştırma yazısını gönderdiği isimdir.Ben de çok gurur duymuştum, kendisine mail attım, öyle bir selamlaşıp, daha sonra kendisini Amerika'da da ziyaret etme şansım olmuştu. Umarım kendisinin bilgilerinden ilerleyen zamanda da faydalanma şansımız olur diyerek başlamak istiyorum.

Sunumum genel itibariyle belki birçoğunuzun çok iyi bildiği konular, belki bir kısmınızın hiç bilmediği veya çok az bildiği konular. Ama mümkün mertebe mühendislik dünyasından çıkıp sizin dünyanıza girmeye çalışacağım. Amacım; genel itibariyle risk tanımlamadan bahsedeceğim, biraz amiyane bir tabir olacak ama bir kişi bile herhangi bir risk, hasta güvenliğini etkileyen riski tanımlayacak olursa bu benim için bu sunumun, konferansın amortisi olacaktır diyebilirim.

Evet, İngiltere örneğiyle başlamak istiyorum, İngiltere hasta güvenliği konusunda çok sıkıntılı bir ülke. Her yıl ortalama 850.000 medikal kazanın gerçekleştiği tahmin edilmektedir. Bu durum her on hastadan birinin kazaya maruz kaldığının göstergesi.Bu da yaklaşık 2 milyar pound. Türk lirası karşılığı yaklaşık 7.5 milyarlık bir gidere tekabül ediyor. Buradaki en önemli detay ise yaşanan bu kazaların yaklaşık %50'sinin daha iyi tasarlanan sistemler ve sistem bileşenleri ile giderilebileceği. Yani şu kadar insanın belki yarısı zarar görmeyecekti, bu kadar masrafın yarısı buraya harcanmayacaktı.

Peki, iyi tasarım nedir? İyi tasarım uygulamaları, genel itibariyle çok iyi tasarlanmış sistemler ve onu oluşturan, kullanan, iyi yöneten iyi insanlara bağlıdır. Bizim

konularımız genel itibariyle mühendislikte kullandığımız metotların veya orada başarılı olmuş metotların hastane ve sağlık birimlerine adaptasyonuyla alakalı. Diğer endüstrilerle karşılaştırıldığında, bir uçak sanayisiyle, bir nükleer santral sanayisiyle, bir otomotiv sanayisiyle karşılaştırıldığında hastanedeki tasarım anlayışının ve uygulamaların sağlık sektöründeki yetersizliği yüksek kaza oranlarına sebebiyet vermekte. Tabii burada insanlar hata yapar, bu söz özellikle bizim konumuz için çok önemli.

Harvard'da Profesör Luecantap'in bu sağlık güvenliğinde de piner isimdir, şöyle bir ifadesi var, tabii ben genelde Türkçeye çevirmeye çalıştım çevirebildiğim kadarıyla, "insanlar hata yapar ama bunun sebebi çalışma alanlarındaki kötü tasarlanmış sistemler ve proseslerdir." Peki, bu sistemi tanımlayacak olursak ve şu işe yarıyor mu denemek istiyorum, sağlık çalışanlarının bu keskin uç modeli de "bland and shut and model" deniyor, ben bunu kör nokta ve keskin uç modeli olarak çevirdim, bilmiyorum belki Türkçeye önceden de çevrilmiştir. Sıkıntı şurada genelde sağlık çalışanlarının keskin uçlu olduğu için kazaya sebebiyet verdiği gözlemleniyor ama sistemin tamamına baktığımızdaki sistemdeki prosedürlerin, regülasyonların, bunların oluştuğu kaynakların ve kısıtlamaların kazaların asıl sebebi olduğu söylenebilir. İnsanların yaptığı hatalar ise sadece hatanın, kazanın semptomudur.

Bu resimde görmüş olduğunuz sistem benim doktora danışmanımın Sağlık Bakanlığına sunduğu "Design for Patient"isimli "hasta güvenliği için dizayn" isimli tasarımın framework'ü. İyi tasarımın en önemli özelliği ki bu diğer endüstrilerde başarılı bir şekilde kullanılmakta, kullanıcı odaklı ve sistem merkezli olması. İyi tasarım risk yönetimine bakan yönüyle risklerin prospektif şeklinde değerlendirilmesine bağlıdır.

Diğer endüstrilerde bu tür metotlara "prospektif tehlike analizi" İngilizce tabiriyle "PHA metotları" denmektedir.Diğer endüstrilerde kullanılan 100'den fazla PHA metodu var, farklı metotlar var. Bunlardan size en tanıdık gelebilecek olan FMEA. Ama bunların özelliği kendi bulunduğu endüstriye has özellikler taşıması. Diğer endüstrilerde en önemli unsur prosesken, sağlık alanında en önemli unsur insan. Bizim konumuzda biraz daha bu uygulamaların, her iki yere, sağlığa nasıl uygulanabileceğiyle alakalı.

Benim geri kalan slaytlarda konuşmaya devam edeceğim konu; özellikle risk tanımlamayla alakalı. Bu uluslar arası standart 31.000 standardı, risk tanımlama, risk yönetiminin en önemli adımlarından birisidir. Çünkü prosese bakacak olursanız ilk prosesteki ilk adımdır ve burada tanımlamadığınız herhangi bir risk için prosesin geri kalanında herhangi bir analiz yapmanız veya onu kontrol etmeniz mümkün değildir. O yüzden risk tanımlama prosesinde mümkün

olduğunca bütün riskleri düşük risk, orta risk, yüksek risk demeden tanımlama gayesi, hedefi bulunmaktadır.

Swiftch modelinin yanı sıra şöyle bir model gösterip risk tanımlamada tanımlamamız gereken üç unsuru belirtmeye çalışacağım. Çok basit bir örnekle çalışacağım. Aslında risk tanımlamada üç tane parça tanımlıyoruz. Birincisi tehlike, ikincisi sebep ve üçüncüsü etki. Bunlar zamanlama itibariyle ne zaman aynı düzlemde buluşurlarsa kaza o zaman oluşuyor. Yani hastanede veya diğer endüstrilerde tehlike her zaman vardır, ama timing ne zaman hep beraber, aynı anda denk gelirse, o zaman kazaya sebebiyet veriyor. Bu üçünü çok basit bir muz örneğiyle anlatmak istiyorum. Tehlike muz kabuğu, birisi yere atıyor, basıyor ve etkisi, yani risk tanımlamada bu üçünü tanımlamamız gerekiyor.Çok basit bir tanımlama ama genel itibariyle birazdan vereceğim örneklerde, yaşayacağımız sıkıntıların temelinde bu üçünün düzenli bir şekilde tanımlanmaması var.

Yaklaşım olarak risk tanımlamada iki farklı yaklaşım var. Biri retrospektif yaklaşımlar biri de prospektif yaklaşımlar. Prospektif yaklaşımlarda; potansiyel olarak hangi riskler meydana gelebilir, bunlara bakıyoruz. Buz dağı örneğiyle bunu açıklamaya çalışalım.Reaktif veya retrospektif metotlar genel itibariyle buzdağının görünen kısmını analiz ediyorlar, prospektif metotlar ise tüm buzdağını dikkate alır ve tüm potansiyel riskleri tanımlamaya çalışır.

Hazır, suyun altına inmişken farklı bir dünyadan bir örnekle risk tanımlamada, bütün riskleri tanımlamanın veya oluşabilecek her türlü riski küçük, büyük demeden tanımlamanın önemine dair ufak bir örnekle devam edeceğim. Farklı bir örnek görüyorsunuz burada araba batmış, şurada ve kurtarıcı gelmiş arabayı çekiyor, tabii kurtarıcı muhtemelen arabanın kilosunu biliyor, yani bir ton diyelim, çekiyor, ama batıyor. Neden batıyor sizce? Çünkü su alıyor ve suyun ağırlığını da muhtemelen hesaba katmadıkları için batıyor. Tabii bu çok basit bir örnek ama bizim de aslında günlük hayatımızda çokça yaşadığımız örnekler bunlar. Her zaman bizim bir kurtarıcımız var, işte doktorumuz var, hemşiremiz var, yöneticilerimiz var. Ama bazen bir şeyleri hesaba katamıyoruz veya sistemde problemler oluşuyor. Sonra bu kurtarıcıyı da batırıyoruz, daha büyük bir kurtarıcı geliyor, arabayı alıyor, kurtarıyoruz. Tabii bunu da kurtarıyoruz, bunu da kaybediyoruz.

Evet, aslında yani günlük hayatta uygulamasını çok göreceğimiz bir örnek veya farklı bir dizayn örneği verelim, yine farklı bir hayattan. Bazen kendi dünyamızdaki hataları çok içinde olduğumuz için göremiyoruz ama farklı dünyalardaki hataları gördüğümüzde evet biz de aynı şeyleri yapıyoruz diyoruz. Burada çok iyi bir dizayn örneği görüyorsunuz, çok iyi koruma, güvenlik önlemleri almışlar, işçiler üzerlerine giymeleri gereken elbiseleri giymişler, araç içeride, ama problem şu;

farkında olmadan arabayı içeride bırakmışlar ve etrafı kapalı, arabanın çıkacağı yer yok. Bu örnekleri kendi dünyamızda varsa, yaşadıysanız şey yapabilirsiniz.

Risk tanımlama prosesini kısaca anlatmak istiyorum. Belki kullanmam gerekiyor daha yolun başındayım ama Ayşe Hocam az önce 10 dakikada açık kalp ameliyatı yaptı.Risk tanımlamada genel itibariyle üç input var, girdi vardır. Bunlar bilgi ve tecrübenin kullanılması, bunlar beyin fırtınası yoluyla kullanılabilir, kazaların değerlendirilmesi ve proses modeller. Proses modeller genelde bu az önce bahsettiğim PHA metotlarına ek olarak kullanılan metotlardır ve burada yine bahsettiğim üzere en önemli şey risk için tanımladığımız üç elementin beraber tanımlanması; tehlike, sebep ve etki.

Tabii biraz pratiğe geçelim risk tanımlama için bizim çalışanlara, sağlık çalışanlarına sunduğumuz teori nedir? Bunu incelemek için ben İngiltere'de bir içerik analizi yaptım, doğu İngiltere'deki hastanelerden bilgi edinme özgürlüğü doğrultusunda hasta güvenliği için uygulanan risk tanımlama yöntemlerinin bulunduğu prosedür dokümanlarını istedim. Yani siz çalışanlarınıza risk tanımlamaları için hangi prosedürleri sunuyorsunuz diye bir mail attım ve onlar da bilgi edinme özgürlüğü doğrultusunda bu bilgileri sundular. 21 hastaneden toplam 48 dokümana ulaştım, tüm belgeler içerik analizine tutuldu, uygulanan risk tanımlama metotları tanımlandı. Burada çok fazla detay var aslında ama bunu Doğu İngiltere bölgesindeki hastanelerde yapmış oldum. Risk tanımlama için bütün hastaneler kaza raporlamadan bahsetmiş oldu. Risk kayıtlarını yine bütün hastaneler kullanıyor, 20 hastane hasta şikayetleri, tazminat raporları ve denetim raporları demiş.

Burada prospektif, yani biraz o dünyaya girmek istiyorum. 8 Hastanede sadece güvenlik gezileri olarak geçirdim, güvenlik gezilerinden kastım, hastane çalışanlarının bir yönetici, bir doktor, bir hemşirenin herhangi bir servise hep beraber gidip riskleri tanımladığı proses olarak geçer. 8 hastane bu prospektif metottan bahsetmiş, ama hiçbir hastane İngiltere'de de bu şekilde, bu az önce bahsettiğim diğer risklerde kullanılan toolları kendi hastanelerinde, kendi standartlarında uygulamaya geçirmemiş.

Bu teoriyi gördükten sonra pratikte hastanelerde hangi metotlar kullanıldı ve ne tür riskler tanımlandığına biraz bakmak istedim. Cambridge Üniversitesi'nin Edinburgh Hastanesi'nde gerçekleştirdiği üç farklı servis için en çok uygulanan üç metodun az önce gösterdiğim listeden kaza raporu, risk kaydı. Risk kaydında insanlarprospektif bir şekilde herhangi bir riskle karşılaşırsa elektronik olarak bunu sisteme geçiyorlar. Kaza raporundan kastetmiyorum, olası kazaları da yazıyorlar. Bütün kazaları geçirdikleri bir sistem.Olayların bir kaza raporları, iki risk kaydı, üç de güvenlik gezisi.Bunları üç serviste yaptık; dermatoloji, dahiliye

ve rehabilitasyon. Toplam 265 kaza raporunda toplam 120 risk kaydına, toplam 163 değerlendirme raporuna baktık.

Kaza raporlarında tabii bu az önce bahsettiğim risk tanımlama prosesinde şöyle bir sıkıntı yaşadık. Hastanede bütün risklerin, tanımlanan farklı metotlardaki risklerin toplandığı bir küme, bir havuz yok. Bunun için farklı sınırlandırmalar var aslında.Herhangi bir riskin kaynağı nedir ile alakalı az önce Ayşe Hocamın bahsettiği Swifchmodeli de buna dahil, farklı modeller var.O modelleri göz önüne alarak farklı riskleri tanımladık. Hasta kaynaklı riskler, çalışan kaynaklı riskler, medikal araç riskleri, iletişim kaynaklı riskler, hasta-çalışan arasındaki komünikasyon problemleri, organizasyon riskleri ve çevre kaynaklı riskler.

Kaza raporlarında tanımlanan risklere baktığımızda en büyük riskler %31 ile düşme olarak gözüktü. Ondan sonra dokümanların kaybı %8 ve komünikasyondaki problemler %5 olarak gözlemlendi. Bunların risk kaynaklarına baktığımızda kaza raporlarında şöyle bir veri elde etmiş olduk; genel itibariyle tanımlanan kazalarda hasta kaynaklı riskler %29 ve görev kaynaklı riskler tanımlanmış. Risk kayıtlarında tanımlanan risklere baktığımızda ise eğitim problemlerinde %10'la büyük bir risk bulunmuş. Çalışan sayısının azlığı %7 ve iletişim zayıflığı %6. Burada bir diğer faktör ise; kayıt sisteminde çok farklı riskin tanımlandığına şahitlik etmiş olduk. Burada ise baktığımızda çevre kaynaklı risklerin fazlalığını görüyoruz. Yine aynı şekilde güvenlik gezilerinde temizlik problemleri tabii servise çıkıldığında gördükleri problemler genelde bunlar, araçların eksikliği, prosedürel hatalar.

Buradan da fark ettik ki hasta kaynaklı riskleri hiç tanımlamıyoruz. Çünkü genelde bu hasta güvenliği gezisinden çok, sadece güvenlik gezisine dönüşüyor yani bu bir kültürel bir şey olduğundan olsa gerek ve yine çevre kaynaklı riskleri tanımlamış olduk. Birbirleriyle karşılaştırdığımızda da şunu gördük; her bir metot çok farklı riskler tanımlıyor. Yani bazı riskler üçünde de aynı ama genel itibariyle tanımladıkları riskler farklı. Bu da bize şunu söylüyor; sadece bir metoda bağlı kalmak değil birden fazla metodun çok iyi bir şekilde belli sınıflandırmalarla bir arada kullanılması gerekliliği. Bu işlemde bilgi, tecrübe ve geçmiş kazalar şeyini kullanmış olduk, bir de proses modelleri kullandık.

Tanımladığımız 6 çeşit proses modeli var. Buraya çok detaylı girmek istemiyorum aslında. Organizasyon diyagramları var, bilgi diyagramları var, görev diyagramları, akış diyagramları, iletişim diyagramları ve sistem diyagramları. Bunlar diğer endüstrilerde PHA metotlarının yanında kullanılan metotlar. Bunlarla ilgili bir çalışmamız oldu, 8 katılımcı ile CambridgePeter Hastanesinde psikiyatri departmanında kendi servisleri için bu 6 çeşit diyagramı çizdik ve kendilerine hangisinin, hangi tür, hangi kaynaklı riskleri tanımlamada daha başarılı olduklarını sorduk. Kendileri özellikle sistem diyagramının ve akış

diyagramının çok kullanışlı, risk tanımlamada faydalı bulduklarını belirttiler. Bu yani bizim Türkiye uygulamalarında farklı olabilir ama bu bir gösterge, bu şekilde bir dağılım söz konusu. Tabii arkasından bir de FMEA yaptık. Bu bahsettiğim üç-dört çalışmanın sonuçları itibariyle şunları tanımladık, prospektif tanımlama yetersiz, genel itibariyle reaktif uygulama kullanılıyor. Sistem merkezleri risk tanımlama yetersiz. Bir de hastane çalışanlarıyla mülakat yaptık, onlar da en çok kullanılan metotların kaza raporları ve güvenlik gezileri olduğundan bahsetti. Basit ve uygulanabilir metotlara ihtiyaçlarının olduğundan bahsettiler. Özellikle yöneticiler bunun altına basa basa bahsettiler. Çünkü böyle çok kompleks sistemlerden, çok kompleks metotlardan ziyade kullanabilecekleri şeyler arıyorlar. Bunun yanında güvenlik kültürü problemleri, yetersiz eğitim, finans ve güvenlik karşısındaki dengesizlik, risk bilgilerinin beraberce değerlendirilmesi ve IT problemleri tanımlandı. Diğer ikisini az önce bahsettim.

Aslında risk tanımlamada bu son iki günde de bahsedilen konular itibariyle en çok bunu etkileyen, en önemli parçası güvenlik kültürü. Yani istediğimiz metodu uygulayabiliriz, istediğimiz araştırmacılarla, dışarıdan danışmanlık firmalarıyla çalışabiliriz ama hastanenin içerisinde bir güvenlik kültürü gelişimi gözlemlenmiyorsa yaptığımız birçok çalışmanın pek faydasını yakın vadede de göremiyoruz, uzun vadede de göremiyoruz.

Bu Manchester Üniversitesi'nin patient safety framework'üolarak geçiyor, yani buradan sanırım herkes kendi hastanesinin durumunu, kendi kullandığı veya kendi hastanedeki anlayışa göre değerlendirebilir. Benim interview yaptığımda İngiliz hastaneleri için biraz daha bürokratik, proaktif denemiyor ama biraz daha bütün riskleri kontrol edebilecek sistemler mevcut ama ne yazık ki kullanamıyorlar şeklinde bir sonuca vardık. Türkiye nerededir sorusunu sorabiliriz.

Bir diğer özellik de şu; kullanılan metotların bazıları harici metotlar, bazıları dahil metotlar. Dahil metotlar dediğim, hastanenin kendisi kendi metotlarını kullanıyor, kendi kaza raporlarını ve bunların hastane içerisindeki adaptasyonu geçerliliği çok daha etkin. Yani diğer harici metotlara kıyasla insanlar daha fazla sahipleniyor. Genelde de proses şöyle izleniyor; bir, iki, üç ve dört, yani önce biz reaktif metotlarla başlıyoruz dışarıdan aldığımız. Daha sonra bu reaktif metotları kendimiz dahil metotlar şekline getiriyoruz; kaza raporları olsun, şikayetler olsun. Daha sonra proaktif, dışarıdan işte akreditasyon ismiyle veya danışmanlık firmalarıyla farklı harici proaktif metotlar alıyoruz.Daha sonra bunlar dahili metotlar şekline geliyor. Ama önemli olan araştırmamız sonucunda biraz da edindiğim bilgi şu; şu harici metotları çok fazla enerji harcamadan bir şekilde dahili metotların reaktif olanlarından, yine dahili olabilecek proaktif metotlara geçilmesi gerekliliği. Yani evet, işte dışarıdan aldığımız danışmanlıklar,

akreditasyonla gelen kurumların yaptığı risk analizleri çok faydalı olabilir ama eğer bu bizim güvenlik kültürümüze etki etmiyorsa, insanların güvenlik anlayışına bir getirisi olmuyorsa çok da bir ehemmiyeti olmuyor.Çünkü şöyle bir sonuç da var, hastanelerde kullanılan örneğin FMA sonuçlarını ben Harvard Üniversitesinde de sormuştum, İngiltere'deki üniversitelere de sormuştum diğer çalışanlar bilmiyor. Yani o FMA'yi yapan servis çalışanları üç beş kişi biliyor ama hastanenin diğer çalışanlarına bunun yaygınlaştırılması ne yazık ki gerçekleştirilemiyor.

Bu da benim doktora çalışmasında kendi geliştirdiğim metodoloji. Burada önemli olan şuydu; aslında az önce bahsettiğim metodun birincisi prospektif olması, ikincisi kolay ve kullanılabilir olması, üçüncüsü de sistem merkezli kullanıcı odaklı veya hastane için hasta odaklı bir proses olması. Bunu İngiltere için, İngiltere'de bulduğum sonuçlara göre düzenledik. Burada önemli olan şey şu; bu beyin fırtınası PHA metotların ana temasıdır yani ana omurgası beyin fırtınası yapılması. Yani bu Türkiye'de veya diğer ülkelerde ne kadar kültürel bir güvenlik kültürüne yansıyabilir, bu bir soru işareti olabilir.

İki yıl önce de Japonya Tokyo Üniversitesinde misafir araştırmacıydım, orada bir brain storming yapmak istedik. Şöyle bir sonuca vardık; hiyerarşiden dolayı yöneticinin olduğu yerde doktor konuşmuyor, doktorun olduğu yerde de hemşire çok fazla konuşmuyor. Yani şikâyetlerini belirtmiyorlar. O yüzden bunun yani bu beyin fırtınasının kullanılabilirliği kültürle çok çok alakalı diyebilirim. Evet, İngilizler açık, yani yöneticilerinden, kendisinden hiyerarşik olarak bir üstü olan insanlardan çekinmezler, ama doğu kültürlerinde muhtemelen şu beyin fırtınasının daha çok incelenmesi, nasıl yapılabilirliği daha fazla düşünülmeli. Belki grup şeklinde değil ama bireysel olarak eğitimler verilip o şekilde düzenlenebilir.

Bunun dışında ikinci tanımlama da güvenlik gezisi. Bu halihazırda zaten birçok İngiliz hastanesinde risk anlayışı açısından kültürel bir parça haline gelmiş. Biz bunların ikisini tabii bu proses her proseste uygulanabilecek bir şey değil. Yani bazı proseslerde gidip servisi görmeniz mümkün olmayabilir. Ama genel anlamda iki şey kullanmak istiyoruz; beyin fırtınası ve ardından güvenlik gezisi. Çok basit şekilde girdiler ise; bir: sistem merkezli olmasını istediğimiz için sistem tanımını yapmak istiyoruz. İki: risk kaynaklarını tanımlamak istiyoruz. Üç: tehlike türleri nelerdir, bunları tanımlamak istiyoruz. Dört de zamanı dikkate almak istiyoruz. Şimdi ne demek istediğimi çok kısa bahsetmek istiyorum. Sistem metotlarında, az önce bahsettiğim o yüzlerce metotta asıl ana parça sistemin tanımlanması, sistemin sınırlarının belirlenmesi ve sistemin hedefinin belirlenmesidir.

Yani biz bir hastane servisindeyiz, o hastanenin tanımı nedir, o servisin tanımı nedir, o servisin sınırları nedir, tabii farklı servislerle de ilişkisi olabilir, o sınırlar nerelerdir ve hedefi nedir? Burada sistem parçalarını da tanımlayabilirsiniz.

İnsanlar, objeler, zaman, görevler, servisler, çevre, kültür, bilgi. Sistem tanımında en kötü ihtimalle tekst şeklinde sistem tanımı yapılabilir. Eğer hastanede oturmuş bir sistem proses kültürü varsa yani prosesler çiziliyorsa, proses de kullanılabilir. Ama bu kısım flexible, yani diyagramın çizilmesi biraz flexible kısım, şu kısım. Tabii bu proses modellerin hepsini aynı anda kullanmamız mümkün değil, seçilen servise göre, prosese göre az önce bir keystudy sonucunda bulduğumuz sonuçlara göre örneğin bir servis en çok medikal araç kaynaklı risklerden muzdarip ise bilgi diyagramı ya da sistem diyagramı seçilebilir. Eğer o serviste iletişim kaynaklı problemler çoksa akış diyagramı veya iletişim diyagramı kullanılabilir şeklinde, yani kısa yoldan seçebileceğimiz proses türüne ulaşabiliriz.

İkincisi, farklı risk kaynaklarının değerlendirilmesi. Şu an kullandığımız güncel metotlarda, kaza raporlarında örneğin genel itibariyle hasta kaynaklı riskler ve çalışan kaynaklı riskler tanımlanıyor. Bu uyguladığımız inputlarda amaç şu, kullanıcılara daha farklı risk türlerinin, risk kaynaklarının olduğunu hatırlatmak. Yani bu beyin fırtınasında beraber olduğumuz insanlara medikal araç kaynaklı risklerin de oluşabileceğini, iletişim kaynaklı risklerin oluşabileceğini, görev kaynaklı risklerin, organizasyon kaynaklı risklerin ve çevre kaynaklı risklerin. Yani kullanıcıya şöyle bir kültür kazandırılmış olması hedefleniyor, güvenlik kültürüyle alakalı bir problem varsa onu da kullanıcının tanımlaması isteniyor. Organizasyon yapısıyla alakalı bir problem varsa onu da tanımlaması isteniyor. Prosedürlerle, talimatlarla, istihdamla, yönetim faktörleriyle, çalışma saatleriyle alakalı problem varsa hepsini o servis kullanıcılarının tanımlaması hedefleniyor.

Bunun yanında farklı tehlike türleri de var. Beyin fırtınalarında riskleri tanımlayalım dediğimizde insanlar genel itibariyle görünür tehlikelerden bahsediyor. İşte örneğin medikal araçlarda yaşadıkları sıkıntılar. Ama tehlikelerinde farklı tabiatları var, bazı tehlikeler görünür tehlikeler, bazıları gizli tehlikeler, bazıları gelişen tehlikeler, bazıları geçici tehlikeler. Bunların her birini o beyin fırtınası ve güvenlik gezisi öncesinde dikkate almamız gerekiyor.

Bunun yanında yine beyin fırtınası sırasında az önce bahsettiğim gibi servisin dışında, belki serviste üç-beş kişi yaşanan kazaları biliyor ama genel itibariyle insanlar bilmeyebiliyor. O proseste geçmişte ne oldu, şimdi ne olabilir, gelecekte ne hatalar olabilir, bunların hepsinin dikkate alınması gerekiyor.

Şu grafik çok çok önemli, gelecekle alakalı teknolojik gelişimler bile bazı beklenmeyen risklere sebep olabilir. Çünkü teknoloji gelişiyor ama yani bizim işte Cambridge Üniversitesi Hastanesi'nde bir proje vardı, ev hospital projesi, elektronik hospital. Çalışanların hepsinin medikal raporları Ipadlerde tutması istendi. Yani iki yıl öncesinden bunun prospektif risk analizi yapıldı, acaba ne riskler olabilir? Şimdi bu yapılmasa, insanlar Ipadleri kullanmayı bilmese bu

risk uçurumu çok çok daha büyüyecek kullanmayı bilmedikleri için. O yüzden gelecekteki yeni teknolojiler, inovasyonlar dahi risk oluşturabileceği için onlar da dikkate alınmalı. Bunların hepsini dikkate aldığımızda framework'ün son hali bu şekilde olmuş oluyor.

Dediğim gibi sistem tanımını yazılı sistem tanımıyla yapıyoruz, mümkünse resimli sistem tanımını proses modelleriyle elimizde bulunduruyoruz. Tabii bu dediğim gibi biraz o güvenlik kültürünün gelişmesiyle alakalı. Her servis için bunları elde etmemiz, bulundurmamız problem olabilir. Farklı risk kaynaklarını dikkate almamız, farklı tehlike türlerini dikkate almamız, farklı zamanları dikkate almamız ve bunların hepsini beyin fırtınası ve güvenlik gezisi sırasında uygulamamız. Sonucunda da şöyle bir kayıt formumuz olabilir, referans risk kaynaklarını çalışanlara verebiliriz. Bundan daha detaylı aslında risk listeleri de var.Onlar da kullanılabilir ama beyin fırtınalarında, beyin fırtınasının sonunda onların kullanılması tavsiye edilir. Çünkü başta verdiğimiz check-listi farklı listeler tanımlama şeyi insanların ortadan kalkmış oluyor. Sadece o check-liste göre bir tanımlamaya girmiş oluyorlar.

Burada bu referans risk kaynaklarını kullanarak tanımladığınız riskin kaynak türünü, tehlikeyi yani ne yanlış girebilir, niçin, nasıl hata oluşur, o muz örneğinden hatırlayacağınız üzere ve potansiyel etkisini tanımlayabiliriz. Peki, bu yöntemin amacı ne? Kapsamlı bir risk listesi oluşturmak, resimde gördüğümüz gibi belki şu anda proseste 50 tane tanımladığımız risk var bizim, hastanemizde. Kendi servisimizi düşünelim. Ama bu bahsettiğim uygulamadan sonra belki tanımladığımız risk sayısı 70-80 olacak, o şekilde düşünebiliriz.

Sistem merkezli bir metot içerisine farklı inputlar kullanarak yeni risklerin tanımlanmasını sağlama, retrospektif ve prospektifinputlar içerisinde köprü kurma, bu da kültürel, güvenlik kültürünün o az önce mapsap haritasında gösterdiğim şeyde önemli bir yeri var, arada bir köprü kurmak çok önemli. Direnmek ve karmaşık sistemlerde farklı kaynaklardan gelen farklı tabiattaki riskleri dikkate alma, farklı zamanları dikkate alarak az önce bahsettiğim gibi geçmişin yükü ve gelecek zaman seçilen prosesteki teknoloji fonksiyon ve prosedür değişimlerinin potansiyel etkisini tanımlamak.

Tabii bu bahsettiğim uygulamayı oluşturduktan sonra bir de keystudy yaptık hastanede. Cambridge Üniversitesi'nin Edinburgh Hastanesi'nde gastroenteroloji departmanında yedi katılımcıyla, bunlarla bireysel görüştüm çünkü aynı servisten yedi kişiyi aynı anda almak pek mümkün olmuyor. Özellikle yeni bir metotla karşılarına çıkıyorsanız. Katılımcılara aynen bu sunumdakine benzer şekilde yarım saatlik bir trying verdik ve sonuç olarak o beyin fırtınası ve güvenlik gezisi neticesinde toplam 120 risk tanımlandı. Daha sonra bununla alakalı bu bahsettiğim

metotla alakalı bunun kullanılabilirliği ve yararlılığı konusunda serway anket hazırlamıştık, onda da kullanılan metod kullanılabilir, kolay ve prospektif tehlike tanımlama adına güzel bir başlangıç noktası olabileceğini belirtmiş oldular. Bu da tanımladığımız risklerden birkaçı. Gördüğünüz gibi çalışanlar önce risk kaynak türünü tanımladılar, sonra tehlikeyi, o tehlikenin sebebini ve sonuç olarak ne olabilir tanımlandı.

Tabii bundan sonraki proses ne? Bundan sonraki proses riskin ölçülmesi, şiddetinin ve ihtimalinin belirlenmesi. Burada şöyle bir problemle karşılaştık tabii yani yöneticiler daha çok risk tanımlama değil de risk kontrol etme kısmında daha problematik buluyorlar ki öyle. 120 risk tanımladık, daha sonra ben bunu hastanenin risk yöneticisine sunduğumda yani Emre dedi, "sen güzel 120 tane risk tanımladın ama bundan sonra ne yapacağız?" Yani bu çok büyük bir problem.

Evet çok fazla risk var ama bu şöyle bir başlangıç noktası. Bu yıl belki senede bir kez yapılacak bir metot bu diyelim. Bu yıl 120 tane risk tanımladık, önümüzdeki sene o risk tablosu bizim o servis için bir check-listimiz olacak adeta. İkinci sene biz o 120'den aşağı mı inmişiz, yukarıya mı çıkmışız en azından bunun için bir güzel gösterge olacak. Yeni riskler tanımlamış mıyız, bunun için bir gösterge olacak ve o tanımladığımız risklerden kaç tanesini kontrol altına almışız, bunun için güzel bir gösterge olmuş olacak. Ama şunu da belirtmek önemli, farklı risk kaynaklarını farklı metotlarla tanımladığımdan bahsettim.İşte farklı keystudyler aracılığıyla, kaza raporları, risk kayıtları, güvenlik gezileri, FMEA ve uyguladığım kendi geliştirdiğim metot, bunların hepsi şu sistemin bütün oluşabilecek riskleri olarak tanımlayalım. Hepsi birkaç tane risk tanımladı, hatta bazıları ortak riskleri tanımladığımı düşünelim, burada önemli olan şu, her uygulanan metot belli riskler tanımlayabilir ama önemli olan onları beraber, düzenli bir şekilde kümelenerek, sınıflandırılarak kullanılması. Hangisinin hangi risk kaynaklarını oluşturduğunun belirlenmesi, bilinmesi önceliği.

Bu da son slaydım, önemli olan şey biraz da bu, farklı metotlar var. Evet, bazı metotlarımız retrospektif metotlar, bazılarımız prospektif metotlar, genelde evet biz bunları kullanıyoruz. Bilmiyorum bunlardan kullandıklarımız var mı prospektif anlamda. Güvenlik gezileri vardır. Önemli olan bunların hepsinin bir arada tanımlanabilmesi, yani hepsinin nihayetinde bir risk kütüphanesinde o servis için oluşturulabilmesi diye düşünüyorum. Çünkü bir araya getirmediğimizde, bizim Cambridge Üniversitesi hastanesinde yaşadığımız sıkıntı kaza raporları bir yerde duruyor, işte hasta şikayetleri bir yerde duruyor, diğer risk kayıtlarındaki riskler bir yerde duruyor, ulusal raporların getirdiği riskler bir yerde duruyor, ama bunların bir şekilde burada gösterdiğim proses izlenilerek her bir servis için risk kütüphanesi oluşturulması gerekiyor.

Teşekkür ediyorum.

Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimine Pratik Yaklaşım

Dr. Bayram DEMİR
SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Sayın Başkan, değerli sağlık yöneticileri, çok değerli katılımcılar, hepinizi saygıyla selamlıyorum. Benden önceki diğer konuşmacı hocalarımıza da çok değerli ve kıymetli sunumlarından ötürü teşekkür ediyorum. Aslında onlar birçok şey söylediler, ben de aynen onlara katılıyorum deyip oturabilirim yerime. Ama tabii bunu yapmayacağım. Evet, gerçi bu saatte belki istersiniz de bilemiyorum.

Sunumumun başlığı Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimine Pratik Yaklaşım. Emre Hocamızın sunumunda da epey pratik yaklaşımlar gördük, kendisi de çok isabetle tespit ettiği gibi aslında bizim de varmak istediğimiz nokta, yani bizlerin de hem saha çalışanları olarak hem de yaptığımız araştırmalarda insanların görmek istediği şeyin basit uygulanabilir modeller. Yani işin çok da teorisine kaçmadan ama pratikte kendilerine hitap edebilecek risk analizleri yapabilmek olduğunu bizler görebildik. Çünkü herkesin aynı şekilde olaya teorik bir bakış açısıyla yaklaşabilmesi her zaman mümkün olmuyor. Bu bakış açısıyla olaya yaklaşımımızda, kurumlarımız için, sağlık kurumları için, hastaneler için uygulanabilir risk modelleri çok önemli. Değerli hocalarımızın sunumundan anladığımız kadarıyla bu konuda ülkemizde de dünyayla paralel bir yol izlendiğini görmek ayrıca sevindirici bir durum.

Şimdi ben Ayşe Hocamızın sunumundaki videodan, orada eğer yanlış anlamadıysam risk yönetim ekibinde sosyologların da olması gerektiğine dair bir vurgu vardı. Tabii son kırk yılı, elli yılı sosyologlar risk toplumu olarak tanımlıyorlar. Aslında hayatımızın tamamı risklerle örülü ve sonrasında da böyle olacak, belki risklerin türü değişecek ama sonrasında da bu riskler devam edecek. Bizim hastaneler özelimizde de, sağlık kurumlarında da bu riskler gerek teknoloji kaynaklı olsun, gerek fiziksel yapıdan kaynaklı kimyasal veyahut da biyolojik riskler daima olmaya devam edecek.

Risk tanımları verildi. Evet, risk bir olayın gerçekleşme olasılığı ve o olaydan olumsuz etkilenme ihtimali anlamına geliyor. Şöyle çok uzak geçmişe dönüp bir bakmak istiyorum, yani 15. , 16. yüzyıllarda risk kavramının anlamı denizlere açılmak anlamında, işte bir bilinmeze gitmek, bir macera olarak görülüyormuş. Bir denizcilik terimiymiş. Ama artık bunun, risk alanının, risk yönetiminin neredeyse bilinebilir ve neredeyse bütün risklerin bilinebilir hale geldiği bir dönemdeyiz.

Sağlık kurumlarının daha öncesinde dikkat etmesi, kontrol etmesi gereken en

önemli risk alanı, hasta güvenliği olarak öne çıkmıştı. Ama yakın zamanda sağlık kurumlarının başka risklerle de karşılaştığı; işte finansal riskler, insan kaynaklı riskler, bilgi güvenliği yönetimi ve de en son özellikle son on yılda gündeme taşınan, çalışan güvenliği riski.

Sabahki oturumda belki buradaki birçok katılımcı da dinlemiştir, bizler çok değerli bilgiler edindik.İş Güvenliği Yasası, iş güvenliği uygulamaları, işte 36 yönetmelik, onlarca genelge, onlarca tebliğ söz konusu.Ama Bakanlığımızın 2004 yılında yavaş yavaş başlayan ve 2005 yılında uygulamaya koyduğu, daha önce Hizmet Kalite Standartları daha sonra Sağlıkta Kalite Standartları, şimdi Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları şeklinde evirilen standartlarla çalışan güvenliği ve bu diğer risk tanımlama araçları, risk yönetimi, risk analizi, sağlık sektörünün, özellikle kamu sağlık kurumlarının gündemine girmeye başlamıştı. Daha sonra özel sağlık kurumlarında da risk analizleri yapılmaya başlanmıştı. Biz, değerli hocalarımızın çalışmaları ve dünyada da benzer şekilde çalışmaların olduğunu görüyoruz.

Sayın oturum başkanımız da açılışta belirtmişti sadece çalışanlar ya da hastaların değil kurumun da kendisine zarar verebilecek potansiyel riskleri tanımlanması, değerlendirmesi ve bununla ilgili düzeltmeler yapması, hastanenin veya sağlık kurumlarının temel fonksiyonu haline gelmiş. Ama ben bu sunumumda daha çok çalışan güvenliği açısından risk yönetimine odaklanmak istiyorum çünkü pratik bir yaklaşım olarak özellikle sabahki oturumda da tazelenmesi açısından bu önemli.

Bir resim göstermek istiyorum, yani iş güvenliği açısından ve de burada açık bir risk var, yine burada da çalışan güvenliği açısından herhangi bir önlem alınmamış, büyük risk taşıyarak bir cam temizliyorlar. Evet az önce de belirttik, bizim sağlık kurumlarının gündemine risk yönetimine ilişkin çalışmalar sistematik olarak Bakanlığımızın, Sağlık Bakanlığı'nın başlattığı Sağlıkta Kalite Standartları uygulamalarıyla birlikte yapılmaya başlanmıştır. Daha önce yani biz literatürü incelediğimizde de Türkiye'deki sağlık kurumlarında bu noktada risk analizlerinin pek fazla yapılmadığını, bazı hastanelerde özel çabalarla yürütüldüğünü, genele şamil uygulamalar olmadığını gördük. Ancak 2005'ten sonra risk analizleri yoğun bir şekilde el yordamıyla olsun, bazen teoriden bağımsız hatta bazen ona ters düşebilecek şekilde de olsa risk analizlerinin yapılmaya başlandığını fakat son özellikle yakın dönemde bunların daha profesyonel şekilde yapılmaya başladığını da müşahede ettiğimiz durumlar söz konusu.

Evet, risk yönetimi risklerin kısmen önlenebilir olduğu varsayımı üzerine kuruldu. Yani biz tamamıyla riskleri yok edemeyiz, bitiremeyiz ama en azından bu riskleri tanımlayabiliriz ve buna ilişkin koruyucu önlemler geliştirebiliriz. Çok önemli bir yasal düzenlemeden söz etmek istiyorum. Çalışan beklentileri, halkın beklentileri,

hastaların beklentileri ve kurumun ihtiyaçları doğrultusunda risk yönetimi ve risk analizleri için haklı ve meşru bir zemin vardı. 2012 yılından sonra kuvvetli yasal bir zeminde oluştu.

Evet, sağlıkta risk faktörleri deminde söyledik, diğer konuşmacılar da detaylıca belirttiler, biyolojik, kimyasal, fiziksel, psikososyal, çevresel, hatta belki buna dahil edilmesi gereken hukuki riskler var.Bütün bu risk faktörleri ister adına biyolojik veya felsefi varlık olarak insan diyelim, sosyolojik olarak kişi diyelim, psikolojik olarak birey diyelim, adına her ne dersek sonuçta bir insanı etkiliyor, dolayısıyla çok önemli bir alan. Fiziksel risklere burada çok detaylıca yer verildi, arada sormak isteyen olursa ayrıca konuşabiliriz. Kimyasal riskler sağlık kurumları özelinde, biyolojik riskler, psikososyal riskler, tabii burada en önemli gördüklerimden bir tanesi şiddet ve biz dünyada da sağlık çalışanlarına yönelik sağlık kurumlarında önemli şiddet olayları olduğunu hep görüyoruz. Ülkemizde bu konuda çok önemli adımlar atıldı. Genelgeler, en son Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu'na eklenen maddeyle Ceza Kanunu'na da buna ilişkin yaptırımlar getirilmesi sağlandı. Dünyada o denli önemli bir konu ki bazı ülkelerde, örneğin Çin'de, yanlış telaffuz edebilirim ama Yinowdiye bir örgüt var. Bu örgüt profesyonel olarak sağlık çalışanlarına karşı şiddet uygulayan bir örgüt. Yani aldıkları sağlık hizmetinden ötürü zarar gören şahıslar belli bir ücret mukabilinde bu örgüte başvurduklarında onlara zarar verdiklerini iddia ettikleri sağlık kurumunda gidip şiddet uygulayabiliyorlar. Yani bu şiddet sağlık personeline yönelik olabilir, hastanede olay çıkarma, nifak çıkarma şeklinde de olabiliyor.

Evet, kurum kaynaklı risklerin içinde yine önem verdiğimiz bir husus risk analizi yapılmamasıdır.İşte birçok riskler var ama risk analizi yapılmaması başlı başına önemli bir risk. Risk analizinin amacı; çalışanlar için güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamı ve kendisine gelebilecek az önce saydığımız risk kaynaklarından oluşabilecek zararları en aza indirmek. Ama akılda tutmamız gereken birkaç şey var, deminki hocalarımızın bilimsel bizatihi araştırmalarından da istifade ettik bunun şans eseri ve bir tahmin yürütmekle oluşturulamayacağını biliyoruz. Yani iş yerinde nelerin yanlış gidebileceği konusunda ciddi bir düşünme faaliyeti gerektiği, beyin fırtınaları yapılması gerektiği açıkça anlaşılıyor. Odak grup görüşmeleri, nitel görüşmeler, yapılandırılmış görüşmeler, adına her ne dersek çok sayıda çalışma yapılmalı, dolayısıyla makul ve uygulanabilir risk azaltma programı oluşturmak önemli.

Yani riskleri sınırsız sayıda tanımlayabilirsiniz ama bunları azaltmak için makul bir yöntem geliştirmelisiniz. Risk analizleri için bütün hastanelerin ya da sağlık kurumlarının her zaman için yüksek niteliklere sahip kişilerden oluşmuş bir ekip oluşturmaları mümkün olmayabilir. Ama bu, risk analizinin uzak ve uygulanamaz, çok zor bir şey olduğunu da göstermez. Çünkü en nihayetinde sebepler ve sonuçlar

üzerinden yapılan bir analiz türüdür risk analizi. Uygun sorular sorarak, işte riskin kaynakları, ortaya çıkışı, zamanı ve sonuçları hakkında çalışmalar yapılabilir ve belki işte gazeteciliğin meşhur beş soru, altı sorusuyla da yapılabilir; işte nerede, ne zaman, kim şeklinde. Bunun sonucunda yapılacak çalışmalarla uygun düzeltici ve önleyici faaliyetler belirlenir.

Yani tespit edilen riskle ilgili yada üzerinde çalışılan riskle alakalı olarak diyagramımız var, literatürde de tanımlanıyor sıkça.Literatürde işte bu diyagrama konmayan yönetim yani bunları bir kurumun yahut da o organizasyonun yönetiminden bağımsız şekilde yapılması, sonuç alıcı olmayan bir faaliyet haline gelir, dolayısıyla bütün çalışmaların odağında hem başlatan, hem sonuçlandıran ve takip eden bir yönetsel yapı olması lazım.

Literatürde çok sayıda risk yönetimine ilişkin modeller var, demin Emre Hocamızın sunumunda da gördük çok sayıda modeller var. Bu modellerden pratik olanını uygulamak önemli. Ben yine incelediğimde Sağlık Bakanlığımızın Mikrobiyoloji Laboratuvarlarında Kalite Rehberi Kitabında önerilen bir karar algoritması vardı. Bu karar algoritması oldukça kullanışlı bir karar algoritması gibi. Yani temsilen şiddet, uygun sorularla dediğimizde bir şiddet veyahut da bunu patoloji laboratuvarları için de diyebilirsiniz yani çalışanların maruz kaldığı ksilen, formal gibi, gazlar gibi yahut da anestezi teknisyenleri ve uzmanlarının maruz kaldığı kimyasal gazlar gibi, röntgen teknisyenlerinin maruz kaldığı x ışınları gibi, nükleer tıp ünitelerindeki radyofarmasosislerin maruz kaldığı diğer ışınlar gibi, bunu sonsuz sayıda yine ilk sunumda gördüğümüz, kesici-delici alet yaralanmaları dahi, bütün her şeyi konu edebilir, oldukça pratik bir şey. Uygun sorularla beklenmeyen bir tehdit olup olmadığına karar verilir, yani ilgili riskin. Bunu daha sonra kimlerin yapacağını da söyleyeceğim, bir sonraki sunuşta.

Mesela beklenmeyen bir tehdit mi? Hayır. Peki, o riskin görüldüğü alanın/ bölümün içinde bir yayılım gösterme olasılığı konusunda ihtimali nedir? Çeşitli cevaplar verilebilir yani, zaten o cevaplara göre gidiyor. Şiddet dersek, yüksek. Yani acil serviste yapıyorsak bu çalışmayı ki dünyada şiddet olaylarının, sağlık kurumlarındaki şiddet olaylarının %50'si acil servislerde görülüyor, dolayısıyla yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Tehdit, mevcut popülasyon veya grupta ciddi zarar veya hastalık oluşturabilir mi? Eğer şiddetin sonuçlarının ne olabileceği konusunda ülkemizde, yani katastrofik sonuçlarının da olduğunu gördük, her şey olabilir ve çalışan ayırt etmiyor, çoğunlukla sağlık personeline, hekimlere ve hemşirelere yönelik. Çünkü onlar hastayla birebir temas içerisinde olan ulaşılabilir, erişilebilir kişiler. Hastalık veya ciddi bir zarar oluşturabilir mi? Evet. Bunun etkili ve tedavi ve kontrol ölçütleri mevcut mu? Hem evet, hem hayır. Dolayısıyla yani böyle bir durumda bu risk hem orta düzey bir risk olabilir, hem yüksek risk olabilir veyahut da çok yüksek risk olarak da çıkabilir. Tabii bunun arka planında

ciddi bir hazırlık gerektirir.

Şimdi biz, sınırlı sayıdaki insan kaynağımızı etkili kullanmak adına, sadece bir projeye mahsus olmadığı için bu birazdan söz edeceğimiz kişilerin kendine iş edineceği bir alan olmalıdır. Yani bir öneri, bizim bu risk analizleri için kurumlarda yapılması için gerekli bir şey. Bir uygulama önerisi olarak burada varsa iş güvenliği uzmanı ki yasal zorunluluklar sonrası mecburen, bir hekim, teknik uzman, mühendis olabilir ki mühendislerin son derece büyük yararı var, biz gördük son derece faydalı modeller üretiliyor. Güvenlik sorumlusu, mevzubahis birimde çalışan kişiler veya o birimin sorumlusundan oluşan bir komisyon marifetiyle bir analiz yapılabilir. Bu analiz komisyonu oluşturulabilir, bu analizi yapacak kişiler riskin kaynaklarını tanımlamak için demin detaylıca verildi. Odak grup görüşmesi, derinlemesine mülakatlar, yerinde gözlemler, cihazların incelenmesi dahil birçok aşamayı içerir.

Yine dediğimiz gibi bu modelde yer alan sorular objektif ve kanıta dayalı verilere dayandırılarak cevaplandırılmalı, geçmiş deneyimlerden, geçmiş tecrübelerden yararlanılarak bilimsel verilerden yararlanılarak cevaplandırılmalı. Yine riskler açısından verilen tüm kararlar da her aşamada bilimsel gerekçeleriyle temellendirilmeli. Yani yeterli gözlem, yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşmak gibi. Sonra mevcut riskle ilgili, risk düzeyiyle ilgili komisyon tarafından ortak bir karara varılmalı.

Burada tabii her bölümde yapılması gereken en önemli şey; hastaneler ve kurumlar için bu risk analiz tablolarını görüyoruz.Hastanelerde bizim de yaptığımız incelemelerde, hastanelerde gördüğümüz örneklerde, bazı hastanelerimizde risk analiz tablolarının raporlarının ya hiç güncellenmediği veyahut da bir başka hastanenin risk analiz veya tablo veya raporlarının benzeri şekilde yararlanıldığı, yani özel bir çalışma yapılmadığı görülebiliyordu bazen. Tabii burada biz biliyoruz ki her hastane kendi sosyal çevresiyle teknik kapasitesiyle apayrı bir dünya. Çünkü her hastanede çalışan hekimlerimizin, hemşirelerimizin veya diğer çalışanlarımızın o sosyal çevreden en basitiyle ideolojik ya dapolitik veyahut da mesleki angajmanı bile farklı olabilir. Dolayısıyla bunların güncel olması lazım.

Yine o risk analiz aşamalarında olduğu üzere bu alınan kararlar üst yönetimle kurumların üst yönetimleriyle beraber sonuçlandırılmalıdır. Tespit edilen risklere ilişkin nasıl bir yol izleneceği literatürde çokça tanımlanmış. Ama bir risk oranı belirlendiğinde yapılacak bir asgari işlem ne olmalıdır sorusuna örneğin orta düzeyde bir risk tespit edilmişse bu sistemin gözden geçirilmesi gereken bir risk olduğunu gösterir. Örneğin ramak kala olaylarının yaşanması gibi buradaki çok kimsede ramak kala olaylarından ne anlaşıldığını bilir. Bir sistemin gözden geçirilmesini gerektiren bir oran. Zaman çabuk geçtiği için ben de hızlıca devam

etmek istiyorum.

Kontrol ölçütleri yani tespit edilen risk oranıyla ilgili neler yapılmalı? Burada bir hiyerarşi var, alınacak kontrol ölçütlerinde, bu yukarıdan aşağıya doğrukontrol ölçütlerinin etkinliği azalıyor. Ama ben de Ayşe GÜLSES Hocamızla aynı şekilde şunu düşünüyorum. Bu ebola vakaları, ben de dünyada ne olup bittiğini sürekli televizyondan izliyordum, benim de ilgimi çekmişti. Kişisel koruyucu ekipmanın en son, en az etkili bir kontrol ölçütü olduğunu düşünmüyorum. Bazen çok önemli olabiliyor. Örneğin bu ebola olayında belki de geçerli tek metot buydu. Çünkü bu yılki ebola olayını geçen yıllarda görülen eboladan ayıran şey sönümlenmemesi oldu, diğerleri belli bir periyot sonra sönümleniyordu.

En son, Sağlıkta Kalite Standartlarında çalışan güvenliğinin, bütün sağlık çalışanlarını, kurumda bütün çalışanları kapsadığını görüyoruz. Yine Sağlıkta Kalite Standartları hastanelerde çalışanların güvenliği ve onların karşılaşabileceği risklerin yönetimi için bir sistem kurmayı öngörür. Yine SKS standart setinin kendisi bir risk azaltma programı aslında, bir risk azaltma, bir risk yönetim aracı. Çünkü bütün hastanenin bütün süreçlerinin, kurumların yani uygulanmasını öngördüğü bütün kurumların en azından standartlarda mevcut haliyle, bütün süreçlerini incelemeyi ve orada bir takım kurumların önüne yapılacak işler için minimal stratejik hedefler koymaktadır. Bu yönüyle etkili bir risk yönetim aracı olduğunu da söylersek yanlış olmaz diye düşünüyorum. Bu benim kendi analizim, değerlendirmem. Çok sayıda şey var, komiteler kurulmasını öngörür, kodlar, beyaz kod özellikle işte mavi kod, hastaların karşılaşabileceği önemli hayati riske, hayatı sonlandırabilecek risklerin yönetimi noktasında izolasyon önlemleri çok sayıda var, laboratuvarları içeren çalışan güvenliği.

Evet söyledik, yani risk yönetimi için SKS, Sağlıkta Kalite Standartlarında kontrol grupları bulunmakta ve bu kontrol grupları için risk analizi bir görev olarak tanımlanmış. Yine Sağlıkta Kalite Standartlarında bizim mevzuattan ve standartların kendisinden gördüğümüz, bütün herkese sorumluluklar yüklemişlerdir. Yani bu risk yönetimi ya da risklerin tanımlanması noktasında birçok kurumlarda yani bizim inceleme yaptığımız kurumlarda bunun sahadaki yani kurumun büyük bir kısmı, çalışanlarının büyük bir kısmına yayılmış olduğunu, bu algının yayılmış olduğunu, yerleşmiş olduğunu ya da en azından bu konuda bir farkındalık olmuş olduğunu görüyorduk. Yine çalışan güvenliği komitesi bütün bu risk analizlerini yapmakla yükümlüdür.

Hastanelerde risk yönetimi uygulamaları açısından kısaca birkaç öneriye değinmek istiyorum. Tabloların, raporların, risk analizi tablolarının veya raporlarının periyodik düzenli aralıklarla reel ve güncellenmesi gerektiğini düşünüyorum. Yine bizim çalışanların kendi iş alışkanlıklarından kaynaklanan

risklerin azaltılması bir önemli çalışma alanı olarak gündeme gelmeli diye düşünüyorum. Bu da davranış temelli güvenlik ve risk yönetimi anlayışı içinde, bu alışkanlıkları değiştirme konusunda, yeni bir tutum geliştirme konusunda arayışları artırmalıyız. En son gördük, ben de youtube de o zaman izlemiştim; kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda ebola, onlarca video var, saatlerce anlatanı var işte nasıl giyilir, diyagramlar var, nasıl çıkarılır. Bu önemli, aynen bizim çalışan alışkanlıklarını da değiştirmemiz lazım. Misal hukuki risklerden korunmak için hekimlerimizin yahut da sağlık çalışanlarımızın kayıtlarını doğru şekilde doldurması, bu kayıtların eksiksiz olması veyahut da dünkü sunumlarda ve Bilçin Tak Hocamın sunumunda da değinilmişti bazı ramak kala olaylarına ve diğer risklerin azaltılmasında bu hukuki risklerden korunmak için işte güvenli cerrahi formlarının doğru şekilde doldurulması ve işlem sırasının doğru şekilde takibi önemli. Yine olay veya risk bildirim sistemlerinin doğru şekilde kurulması veyahut da işletilmesi sağlanabilir. Dolayısıyla bu sistem risk yönetim sisteminin yani eğer bir olay bildirim sistemi etkili olarak kurulursa veyahut da adına risk bildirim sistemi olarak, etkili kurulursa bunun hastanenin risk yönetimi konusunda önemli bir işleve sahip olacağını düşünüyorum.

Beni bu saatte dinlediğiniz için hepinize teşekkür ediyorum. Çok sağ olun.

Prof. Dr. Doğan ÜNAL
Oturum Başkanı

Evet, şimdi birkaç cümle ile bu oturumu ben özetlemek istiyorum. Tabii burada çok güzel şeyler dinledik ve özetle şunu söyleyebiliriz, yani risk analizi ya da risk yönetimi dediğimiz şey soyut bir şey değil. Yani bunu bir kez daha görmüş olduk, somut bir şey. Neden? Çünkü çok düzgün, doğru bir risk analiziyle oluşan bir olumsuzluğun, oluşan bir komplikasyonun hangi bileşenlerden ötürü meydana geldiğini artık biliyor olacağız, yani bu risk analizini yapmış olduğumuzda. Yani hem çalışanlar hem de yöneticiler olarak bir sürpriz yaşamayacağız. Esasen bu söylediğimiz kalitenin ta kendisi. Nitekim çok doğru bir risk yönetimiyle hakikaten kalitenin nasıl dramatik olarak düzeldiğini de yine bu güzel konuşmalardan anlamış olduk. Çok spesifik bir konu olan, mesela bir kardiyovasküler cerrahideki çalışmaları izledik, yüzlerce hayatın kurtarılabildiğini, milyonlarca doların kazanılabildiğini spesifik bir olay vesilesiyle de tekrar öğrenmiş olduk. Dolayısıyla önemli bir konuyu bu şekilde, çok güzel bir şekilde toparlamış olduk.

Ben tabii oturumu kapatmadan önce bir şeyden bahsetmek istiyorum. Bugün 22 Kasım, aramızda belki diş hekimleri vardır, Dünya Diş Hekimleri Günü. Adı Dünya Diş Hekimleri Günü olmakla birlikte bugün aslında 1908'de diş hekimliği mektebinin kurulduğu gün. Neden doğrusu Dünya Diş Hekimi Günü kutlandığını

biraz önce arkadaşlarımızla münazara ettik ama bulamadık. Yani Dünya Diş Hekimleri Günü olarak kutluyoruz ama bugün bizim diş hekimliği mektebinin kurulduğu gün, 1908.

Bu toplantının açılış seremonisine ben bütçe görüşmelerinin uzaması sebebiyle katılamamıştım, o yüzden de üzgünlük duymuştum. Bu kapanış konuşması ya da kapanış oturumu vesilesiyle hitap etme fırsatı bulduğum için de çok mutluyum. Bu vesileyle bu oturuma katılan kıymetli konuşmacılardan başlayarak bütün kongrede konuşan ve bilimsel katkı yapan bütün akademisyenlere, sabırla sonuna kadar izleyen bütün katılımcılara, Genel Müdür Yardımcımız Hasan Bey'e, yardımcımız Hasan Bey'e ve Daire Başkanımız Abdullah Bey'e ve ekibine, organizasyonun yönetici ve ekibine bir kez daha teşekkür etmek istiyorum. Ve tekrar son olarak Sağlık Bakanlığımıza ve Genel Müdürlüğümüze en içten teşekkürlerimi, saygılarımı sunmak istiyorum.

ISBN: ISBN: 978 - 975 - 590 - 463 - 4
Bakanlık Yayın No: 969