T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

HASTANELERDE RİSK YÖNETİMİ VE BAĞLANTILI FONKSİYONLAR: İSTANBUL MEMORİAL HASTANESİ ÖRNEĞİ

Kadir AKSAY

(Yüksek Lisans Tezi)

Eskişehir, 2003

HASTANELERDE RİSK YÖNETİMİ VE BAĞLANTILI FONKSİYONLAR: İSTANBUL MEMORİAL HASTANESİ ÖRNEĞİ

Kadir AKSAY

724634

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
İşletme Anabilim Dalı
Danışman: Yrd.Doç.Dr.Nuray UZKESİCİ

T 124634

Eskişehir
Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
EYLÜL 2003

YÜKSEK LİSANS TEZ ÖZÜ

HASTANELERDE RİSK YÖNETİMİ VE BAĞLANTILI FONKSİYONLAR: İSTANBUL MEMORİAL HASTANESİ ÖRNEĞİ

Kadir AKSAY
Yönetim ve Organizasyon Anabilim Dalı
Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eylül 2003
Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nuray UZKESİCİ

Hastanelerde verilen hizmet tamamen insan hayatıyla ilgili olması bakımından, yüksek oranda risk faktörü içermektedir. Bu riskler hastaları, personeli ve hastaneyle ilişkili olan diğer insanları etkileyebileceği gibi ekonomik olarak ta kayıplara yol açabilmektedir.

A.B.D.'de 1970'li yıllar sağlık hizmeti sunanların daha önce farkına varmadıkları yeni konseptlerin ve fonksiyonların ortaya çıktığı yıllar olmuştur. Bu tarihte yaşanan tıbbi hata vakaları ve buna bağlı olarak on binlerce dolar tazminat ödemek zorunda kalan sağlık sektöründe "malpraktis krizi" adı verilen bir dönem yaşanmıştır. Birçok sigorta kurumu sigorta primlerini çok yüksek oranlara yükseltmişlerdir. Şiddeti ve frekansı giderek artan tıbbi hata iddiaları sağlık ve sigorta sektöründe birtakım önlemler alınmasını hızlandırmıştır. İşte bu önlemler kapsamında 1940'lı yıllardan bu yana büyük ticari işletmelerde kullanılan risk yönetimi programı, sağlık sektörüne uyarlanarak bu alanda uygulanmaya başlamıştır. Daha sonra birçok bilim adamı kalite güvence ile hastanelerde risk yönetimi programının bağlantılarını ortaya koymuştur.

Bu çalışmanın amacı, A.B.D.'de yaygın olarak kullanılan hastanelerde risk yönetimi programının yapısı ve işleyişini ortaya koymak ve kalite yönetiminde kullanılan kalite güvence (JCAHO yaklaşımı) ve kullanım yönetimi programları ile bağlantılarını ortaya koymaktır.

Bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, çalışmanın problemi amacı, önemi, varsayımları, sınırlılıklar, tanımlar, yöntemi ve konu ile

ilgili alanyazın taramasına yer verilmiştir. İkinci bölümde, JCI akreditasyon standartları kapsamında risk yönetimi programını uygulayan İstanbul Memorial Hastanesi'nden elde edilen bulgular ile bu bulgulara yönelik yorum ve değerlendirmelere yer verilmiştir. Üçüncü bölümde ise elde edilen bulgular doğrultusunda sonuçlar çıkarılmış ve önerilerde bulunulmuştur.

ABSTRACT

HOSPITAL RISK MANAGEMENT AND RELATED FUNCTIONS: AS A SAMPLE OF ISTANBUL MEMORIAL HOSPITAL

Kadir AKSAY
Management and Organization Major
Anadolu University, Institute of Social Sciences, September, 2003
Adviser : Assist. Prof. Nuray UZKESİCİ

The services, which are offered in hospitals, includes high amount of risk factors, due to the fact that they are closely related to the human life. These risks can influence patients, personnels and other people who are related to the hospital itself. Furthermore, they can lead to the loss of economic resources.

During the 1970s, the operations of health care providers hava come to embrace many different concepts and functions that were previously unrecognized. In these years "malpractice crisis" period has emerged because of medical malpractice incidents and thousands of dollars of fees paid by the medical sector due to these incidens. Many insurance companies have elevated their insurance premiums to higher levels. Several precautions have been taken in medical insurance due to the increasing violence and frequency in medical malpractice claims. Risk management program which has been used in profit oriented companies since 1940's was adopted and implemented in the medicla sector. Lates on, many scientists have demonstrated the relations between quality assurance and risk management in hospitals.

The purpose of the study is to clarify the structure of risk management in commonly used American hospitals and to show the relationship about the JCAHO approach and utilization management program which is used in quality management.

This study has three sections: the first sections of the includes the problem, importance, hypothesis, limitations, descriptons, and the methodology. Second section is compased of findings and the analysis of these findings in the basis of JCI Accreditation standarts, which are provided by the Istanbul Memorial Hospital where there is a risk management program. Third section includes the results and recommendations from the findings.

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Kadir AKSAY'ın "Hastanelerde Risk Yönetimi ve Bağlantılı Fonksiyonlar: İstanbul Memorial Hastanesi Örneği" başlıklı tezi 15 EYLÜL 2003 tarihinde, aşağıdaki jüri tarafından Lisans Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca, **Yönetim ve Organizasyon** Anabilim dalında yüksek lisans tezi olarak değerlendirilerek kabul edilmiştir.

		İmza
Üye (Tez Danışmanı)	: Yrd. Doç. Dr. Nuray UZKESİCİ	.....
Üye	: Prof. Dr. Güneş BERBEROĞLU	.....
Üye	: Yrd. Doç.Dr. Mine OYMAN	.....

Prof. Dr. Nurhan AYDIN
Anadolu Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

ÖNSÖZ

Son yıllarda tüm sektörlerde kaliteli mal ve hizmet sunumuna yönelik bir çok yönetsel program ortaya konulmuştur. Sağlık sektörü de, insanların sağlık kurumlarından daha iyi sağlık hizmeti istemeleri, hasta hakları kavramının önem kazanması, personelin daha güvenli ortamlarda çalışma isteği, bunların yanı sıra kaynakların etkin ve verimli kullanılması gerekliliği nedeniyle, ortaya çıkan bu programların uygulandığı bir alan olmuştur.

Çalışma konusu arayışı içersindeyken "Bir sağlık kurumunda ya da herhangi bir işletmede bir kalite yönetimi programı uygulanacak ise bu, öncelikle hizmeti sunanların ve alanların hayatını ve sağlığını güvence altına alarak kaybı önleyecek bir program olmalıdır" düşüncesini ortaya koyan ve bu düşünce doğrultusunda beni bu çalışmaya yönlendiren, çalışma boyunca bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan danışmanım Yrd. Doç. Dr. Nuray UZKESİCİ'ye sonsuz teşekkür ederim.

Yüksek Lisans eğitimim boyunca beni destekleyen, bilgi ve deneyimi ile beni yönlendiren Kütahya Hava Hastanesi Baştabibi Dr. Abdullah ÖZKARDEŞ'e ve diğer hastane personeline candan teşekkür ederim. Çalışmamda şekil şartlarının oluşturulmasında benimle birlikte çalışan ve benden yardımlarını esirgemeyen Araş. Gör. Yavuz TUNA'ya ve çalışmam boyunca faydalarını gördüğüm Entitüsü Sekreterliği personeline çok teşekkür ederim.

Ayrıca çalışmamın bulgular bölümünde sunmak üzere, uygulamaya yönelik bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan İstanbul Memorial Hastanesi Kalite Koordinatörlüğü personeline çok teşekkür ederim.

Yüksek Lisans eğitimim boyunca beni moral ve motivasyon yönünden sürekli destekleyen, sağlık sektöründe çalışıyor olması bakımından tez çalışması sürecinde tıbbi konularda beni bilgilendiren, yapıcı eleştirilerle çalışmama katkı sağlayan eşim Nimet AKSAY'a sonsuz teşekkür ederim.

Kadir AKSAY

Eylül, 2003

ÖZGEÇMİŞ

Kadir AKSAY

Yönetim ve Organizasyon Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans

Eğitim

Lisans	2001	Gazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü.
Lise	1994	Samsun Atakum Anadolu Meslek Lisesi, Elektronik Bölümü.

İş Deneyimi

2002-	Kalite Koordinatörü. Kütahya Hava Hastanesi, Kalite Yönetimi Başkanlığı.
1999-	Biyomedikal Cihaz Tekn. Kütahya Hava Hastanesi, Tıbbi Teknik Şube Müdürlüğü.
1996-1999	Biyomedikal Cihaz Tekn. Merzifon Hava Hastanesi Tıbbi Teknik Şube Müdürlüğü.
1995-1996	Biyomedikal Cihaz Tekn. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Biyomedikal Klinik Mühendislik Merkezi.

Kişisel Bilgiler

Doğum yeri ve yılı: 05 Haziran 1976 Cinsiyet:Erkek Yabancı dil:İngilizce

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Çeşitli Risk Kaynaklarının Neden Olduğu Kayıpların Şiddeti 27
Tablo 2. Risk Yönetim Bileşenleri 28
Tablo 3. Risk Yönetimi ve Kalite Güvence Fonksiyonlarının Karşılaştırılması 43
Tablo 4. JCAHO Hastane Akreditasyon Değerlendirme Alanları El Kitabı (1996) Standartların Uygulandığı Birimler 49
Tablo 5. Model Karşılaştırma Matrisi 51
Tablo 6. Kullanım Yönetimi İle İlgili Temel Araştırmalar ve Bulgular 55
Tablo 7: Uygunluk Değerlendirme Protokolü 65

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Risk Yönetim Süreci Basamakları..... 21
Şekil 2. Kullanım Yönetiminin Bileşenleri..... 56
Şekil 3. Kullanım Yönetimi Süreci..... 58

İÇİNDEKİLER

ÖZ ii
ABSTRACT iv
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI vi
ÖNSÖZ vii
ÖZGEÇMİŞ viii
TABLOLAR LİSTESİ ix
ŞEKİLLER LİSTESİ x

1.GİRİŞ 1
1.1.Problem 2
1.2.Amaç 6
1.3.Önem 7
1.4.Varsayımlar 8
1.5.Sınırlılıklar 10
1.6.Tanımlar 10
1.7.Yöntem 11
1.8.Alan Yazın Taraması 12
1.8.1.Sağlık Hizmetlerinde Kalite 12
1.8.2.Hastanelerde Risk Yönetimi 15
1.8.2.1.Tarihsel Gelişme 17
1.8.2.2.Tanımı 19
1.8.2.3.Riskin Ele Alınışı 20
1.8.2.3.1.Risk Tanımlaması 22
1.8.2.3.2.Risk Analizi 25
1.8.2.3.3.Alternatif Teknikler Geliştirme veya Düzeltici Faaliyetler 27
1.8.2.3.3.1.Risk Kontrolü 28
1.8.2.3.3.2.Risk Transferi ve Finansmanı 30
1.8.2.3.4.En İyi Tekniğin Seçilmesi ve Geliştirilmesi 31
1.8.2.3.5.İzleme Değerlendirme 31
1.8.2.4.Risk Yönetiminin Fonksiyonel Bileşenleri 32
1.8.2.4.1.Hastalıklar İle İlgili Riskler 32
1.8.2.4.2.Tıbbi Personel İle İlgili Riskler 33
1.8.2.4.3.Diğer Personel İle İlgili Riskler 35
1.8.2.4.4.Diğer Riskler 36
1.8.2.5.Risk Yönetiminde Yazılı Kaynaklar ve Prosedürler 37
1.8.2.6.Risk Yöneticisi 41
1.8.3.Risk Yönetimi İle Bağlantılı Fonksiyonlar 42
1.8.3.1.Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvence 44
1.8.3.1.1.EFQM Mükemmellik Modeli 45
1.8.3.1.2.ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi 46
1.8.3.1.3.Akreditasyon Standartları 47
1.8.3.1.4.Sağlık Hizmetleri Bakımından Kalite Güvence Modellerinin Karşılaştırılması 50
1.8.3.2.Sağlık Hizmetlerinde Kullanım Yönetimi 53
1.8.3.2.1.Tarihsel Gelişimi 54
1.8.3.2.2.Kullanım Yönetiminin Tanımı 55
1.8.3.2.3.Kullanım İncelenmesi 58

1.8.3.2.3.1.Kullanım İncelemesi Yaklaşımları 61

2.BULGULAR VE YORUM 66
2.1.İstanbul Memorial Hastanesi' nin Tanımı 67
2.2.İstanbul Memorial Hastanesi Misyonu ve Vizyonu 67
2.3.İstanbul Memorial Hastanesi Kalite Politikası ve Taahhütleri . 68
2.4.İstanbul Memorial Hastanesi Risk Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemine Yönelik Görüşme Bulguları 69
2.5.Yorum ve Değerlendirmeler 89

3.SONUÇ VE ÖNERİLER 93
3.1.Sonuç 93
3.2.Öneriler 97
3.2.1.İleri Araştırmalara Yönelik Öneriler 97
3.2.2.Uygulamaya Yönelik Öneriler 98

EKLER 100

KAYNAKÇA 134

1. GİRİŞ

Tarihi çok eskilere, insanlığın varoluşuna dayanan yönetim bilimi, ancak 20. yy. başından bu yana, yani F. Taylor'un 1911 yılında "Bilimsel Yönetim" adlı kitabını yazmasından sonra ciddi olarak sosyal bilim haline gelmiştir (Eren, 2001,s.16). Bu tarihten sonra Neo Klasik, Modern, Post Modern ve Neo Modern Yaklaşımlar ile aşamalar kaydeden yönetim bilimi bugünkü durumuna gelmiştir.

Yönetim bilimindeki bu değişimler hastane yönetimini de doğal olarak etkilemiş ve hastanelerde modern yönetim teknikleri kullanılmaya başlanmıştır. Artan oranda doktor yöneticilikten profesyonel hastane yöneticiliğine geçiş başlamıştır. Hastane yöneticileri özellikle Toplam Kalite Yönetimi ve bu kapsamda kalite güvence, risk yönetimi ve diğer programlarla ilgilenerek sağlık hizmeti kalitesini yükseltmeyi hedeflemişlerdir.

Hastanelerde yönetim anlayışının gelişiminin yanında son 30 yıl içinde gelişmiş ülke hastanelerinin fiziksel ve fonksiyonel yapılanmasında önemli değişmeler olmuştur (Çoruh, 1998,s.4). İleri teknolojik olanakları ve bilimsel yöntemleri kullanarak çalışan hastanelerin bu karmaşık yapı içinde iyi hizmet verebilmeleri için modern yönetim tekniklerinden yararlanmaları giderek daha fazla önem kazanmaktadır (Zorlutuna,1997,s.185).

Özellikle insanların sağlık kurumlarından daha iyi sağlık hizmeti istemeleri, hasta hakları kavramının önem kazanması, personelin daha güvenli ortamlarda çalışma isteği, bunların yanı sıra kaynakların etkin ve verimli kullanılması gerekliliği, hastane ve sağlık kurumlarında fiziksel, fonksiyonel ve yönetsel birtakım değişimleri gerektirmiştir.

Bu çalışmada giriş başlığı altında hipotezin yer aldığı *"problem"* başlığı, çalışmanın amacının ve bu amaca yardımcı diğer amaçların yer aldığı *"amaç"* başlığı, değerlendirmeler ve araştırmalar sonunda ulaşılabileceği düşünülen yararların yer aldığı *"önem"* başlığı, hedeflenen amaca ulaşırken yapılacak

çalışmada araştırmacı tarafından doğru olarak kabul edilen yargıların yer aldığı *"varsayımlar"* başlığı, çalışmada amaca ulaşırken ihtiyaç duyulan bilgileri toplamada gerek araştırmacı gerekse araştırmanın kendisinden kaynaklanan sınırlamaların yer aldığı *"sınırlılıklar"* başlığı, bu çalışmada sık kullanılan kavramların tanımlarının yapıldığı *"tanımlar"* başlığı, konu ile ilgili alan yazın taraması ile araştırmanın yöntemi ile ilgili bilgilerin yer aldığı *"yöntem"* başlığı yer alacaktır.

1.1. Problem

Sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerini içermekte olup, büyük oranda sağlık sisteminin en büyük alt sistemi olan hastaneler tarafından verilmektedir. Tıp biliminde ve teknolojisindeki gelişmelere paralel olarak hastaneler hızla değişmiş, önemleri giderek artmış ve ülkelerin sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü tüketen sosyo-ekonomik kurumlar haline gelmişlerdir (Felstein,1968,s.68). Kişisel ve toplumsal yaşantımızın önemli kurumlarından biri olan hastanelerin çeşitli tanımları yapılmaktadır:

Hastanenin kelime anlamı, hastaların kabul edildiği yerdir. Hastane kelimesinin kökeni latince "hospes" (misafir) den gelmektedir. Daha sonra "hospital" olarak konuşma diline geçen hastanenin Türkçe karşılığı hasta ve hane kelimelerinin birleşmesi ile ortaya çıkmıştır.

Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) hastaneleri; "müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilecek sağlık hizmetleri verilen, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar olarak tanımlamaktadır." Benzer bir tanımın yer aldığı SSYB Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği'nde ise hastaneler; "hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede (gözlem), muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır (Seçim,1995,s.2).

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Diğer bir tanımda hastane; hastaların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı kompleks organizasyonlardır. Hastaneleri verdiği hizmete uygun profesyonel, yarı profesyonel ve profesyonel olmayan farklı meslek gruplarının çalıştığı organizasyonlar olarak da tanımlamak mümkündür (Kitapçı,2000,s.32).

Tarihin en eski organizasyonlarından biri olan hastanelerin toplumda önemi her geçen gün artmaktadır. Nüfus artışı, kentleşme, sanayileşme, sosyal güvenlik kapsamının genişletilmesi gibi çeşitli etmenlerle birlikte, insanların bilinç düzeyinin yükselmesi, hastanelere olan talebin artmasına neden olmaktadır. Hastanelere olan talebin artması, iktisadi açıdan artan işgücü kayıplarına neden olmakta hastaneye başvuran her kişi 1.5-2 gününü hastanede geçirmektedir (Seçim,1995,s.1).

Hastaneleri önemli hale getiren ikinci neden hastanelerde verilen hizmetin değişik alanlarda ve yüksek düzeyde eğitim görmüş uzmanlara, modern teşhis, tedavi araç ve gereçlerine ihtiyaç duymasıdır. Tüm bu faktörler, verilen hizmetin maliyetini yükseltmektedir. Hastanede bir gün kalmanın bedeli, kişi başına ortalama milli günlük gelirin 4-5 katına eşittir (Seçim,1995,s.1). Sağlık hizmetlerinin GSMH'daki yeri Avrupa ülkelerinde % 7-8 ABD'de % 12'yi bulmuştur. Türkiye'de ise bu oranın % 5 civarında olduğu tahmin edilmektedir (Çoruh, 1997,s.4).

Gerek toplumsal yaşam kalitesi gerekse ülke ekonomisi açısından bu kadar önemli yeri olan hastanelerin yönetiminde bir takım güçlüklerle karşılaşılmaktadır. Hastane yönetiminde güçlüklerle karşılaşılmasına neden olan faktörlere örnek olarak, çok sayıda ve farklı meslek gruplarından çalışanların kesintisiz olarak hizmet vermesinin hastane yapısında karmaşıklığa neden olması, verilen hizmetin aşırı iş bölümü ve uzmanlaşmayı gerektirmesi nedeniyle çalışanların eğitim ve kültür yapısının birbirinden farklı olması, farklı kültür yapısına sahip bireylerin de ortak amaçlar doğrultusunda birleştirilmesinin ve birlikte çalıştırılmasının güç olması, kimin ne zaman hasta olacağının bilinememesi ya da salgın hastalıkların ve doğal felaketlerin zamanının ve

şiddetinin bilinemeyeceği için talep tahmininde bulunulamaması gösterilmektedir (Menderes,1995,s.49).

Ayrıca kaynakların etkin kullanılamaması, personelin bilgi eksikliği ve bilgi düzeyinin belirlenmesinin güçlüğü, uygulanan tedavilerin ve tedavi sürecinde kullanılan ilaç ve malzemenin uygunluğunun tespit edilmesinde yaşanan güçlükler, diğer taraftan sağlık personelin yüksek risk altında çalışması ve bu risklere karşı tedbir almanın güçlüğü, hastane yöneticilerinin çözüm üretmek için çalışması gerektiği önemli sorunlar arasındadır.

Öte yandan hastanelerde çoğunlukla gözden kaçabilen, yanlış zamanda, yanlış kişiye, yanlış ilaç verilmesi gibi medikasyon hataları da oldukça önem taşımaktadır. Değişik sebeplerden ötürü, yanılgı ve hataların çoğu üstü kapalı geçilmekte, çok azı rapor edilerek açığa çıkarılmaktadır (Ülgen,1998,s.11).

Avrupa Topluluğu ile bütünleşmenin amaçlandığı 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı çalışmalarına ışık tutacak şekilde Devlet Planlama Teşkilatı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu tarafından 2001 yılında hazırlanan rapor Türkiye hastanelerindeki sorunları ortaya koymuştur. Bu raporda yer alan bazı sorunlar problemi ortaya koymak açısından önemlidir. Raporda yer alan sorunlardan bazıları şu şekildedir (DPT,2001);

- Dünya ölçeği ile karşılaştırdığımızda ülkemiz sağlık hizmetleri için GSMH bazında ayrılan tutar yetersizdir. Gelişmiş ülkelerde ortalama 1828 $ olan tutar ülkemizde 110 $ civarındadır. Bu tutar ile gelişmiş ülkeler düzeyinde bir sağlık hizmeti üretimi kolay değildir.
- Bütçenin kıt kaynaklarından sağlık hizmetlerine ayrılan pay verimsiz olarak kullanılmaktadır.
- Kamu sağlık kaynaklarının yönetimi bozuktur.
- Sağlık Akreditasyon Kurumu yoktur.

- Sağlık hizmetleri standardize (alt kalite sınırı olarak) değildir.
- Tüm sağlık hizmetlerinin etkin bir biçimde sağlanıp yürütülebilmesi için gerekli olan etkin bir bilgisayar ve enformasyon ağı yoktur.
- Kalitenin yükseltilmesi için yöneticilerden herhangi bir istek ve öneri gelmemektedir.
- Kalite kontrol yapacak bir mekanizma yoktur.
- Personele okulda, görev başında yeterli eğitim verilememekte, gerekli motivasyon sağlanamamaktadır.
- Sağlık hizmetlerinde kimi en gerekli alanlarda ağır bir kaynak sorunu yaşanırken, kimi alanlarda aşırı savurganlıklara rastlanmaktadır.
- Etik ilke ve standartlara hak ettiği önem verilmemektedir.
- Çalışanların iş güvencesi yeterli nitelikte değildir. Mesleki risk ve can güvenliği açısından, sunulan hizmetle doğru orantılı bir güvenceye sahip olduğu söylenemez.
- Tıbbi hizmetlerin sunumunda bilimsel kanıtlara dayandırılan bir standardizasyon yoktur.
- Tedavi edici sağlık hizmetlerinde kontrolsüz ilaç kullanımı vardır.
- Standartlara uygun olarak tüm fonksiyonları ile çalışan tıbbi arşiv sistemi yoktur.
- Sağlık kurumlarının yönetim biçimi yeniden gözden geçirilmelidir.

Türkiye'deki tüm bu genel sorunlar içinde hasta güvenliği, tıbbi hataların önlenmesi ve personel güvenliğini sağlayacak, bunların yanında uygunsuz ilaç ve yatak kullanımının da önüne geçebilecek programlar geliştirilmesi ve uygulanması öncelikli ele alınması gereken konulardır. Bu açıdan bakıldığında

araştırmanın problem cümlesi "Sağlik hizmeti sunumu sırasında personel açısından, hasta açısından ve finansal açıdan oluşabilecek riskler nasıl azaltılabilir?" şeklinde ifade edilebilir.

1.2. Amaç

Geçmiş yıllarda benzer sorunları yaşamış olan gelişmiş ülkelerde, yönetim biliminde meydana gelen değişimler ve ortaya çıkan modern yönetim tekniklerinin de etkisiyle sorunların çözümü için sağlık ve sigorta sektörü birtakım yönetsel programlar geliştirmiştir. Meydana gelen değişimlerden etkilenen ülkemizde daha iyi sağlık hizmeti sunumu için kalite yönetimi çalışmaları, ISO Standartlarının özellikle son 10 yıl içinde sağlık sektöründe kabul görmesiyle başlamıştır.

Sağlık hizmetleri sunan kuruluşlarda süreçlerin etkin olarak yönetimi için ISO 9000 standartları gerekli olmakla birlikte, tek sistem olarak yeterli olamamaktadır (Erdoğan,1998,s.7). Türkiye'deki hastanelerde yaygınlaşan ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi'nin sağlık hizmeti sunumuna büyük katkısı olmasına rağmen yeterli değildir.

ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi dışında hastane ve sağlık kurumlarına özgü, verimliliği ve etkililiği sağlayan yönetim programlarından Türkiye'de az sayıda hastanede uygulanan risk yönetimi programı, problemlerin çözümünde bir başlangıç kabul edilerek bu çalışmada ana hatları ile açıklanacak, diğer programlar ile bağlantıları ortaya konacaktır. JCAHO akreditasyon sistemi kapsamında risk yönetimi programını uygulayan İstanbul Memorial Hastanesi'nde örnek uygulamaya yönelik veriler elde edilecektir. Sonuç olarak bu verilere yönelik değerlendirmelerde bulunulacaktır.

Bu çalışmanın genel amacı ise, Türkiye'deki hastanelerde daha kaliteli sağlık hizmeti sunumu çalışmalarına ivme kazandırmak için ülkedeki hastanelere risk yönetimi programının tanımını yapmak ve uygulamalara katkı

sağlayacak önerilerde bulunmaktır. Bu açıdan bakıldığında bu çalışma ile aşağıdaki sorulara cevap aranacaktır:

1. Sağlık hizmeti sunumu sırasına hastaları, sağlık personelini ve hatta ziyaretçileri etkileyebilecek risklere karşı alınacak önlemler bir yönetsel programı çerçevesinde ele alınabilir mi?

2. Hastaneler için en uygun kalite güvence modeli hangisidir? Bu model risk yönetimi programını kapsamakta mıdır?

3. Hastanelerde ekonomik riskleri önleyici ve gereksiz hastane kullanımını (ilaç, yatak vb.) azaltarak maliyet kontrolü sağlayacak sistemler var mıdır? Bu sistemler ile risk yönetimi arasında nasıl bir bağlantı kurulabilir?

1.3. Önem

Toplam Kalite Yönetimi'nin hataların ortaya çıkmadan önlenmesi gerektiğini, kalitesizlik maliyetlerinin ancak bir seferde ve her seferinde doğru hizmeti üretmek ile en aza indirilebileceğini, hedefimizin sıfır hata olduğunu öğreten felsefesi, tüm bunları başarabileceğimiz bir sistem kurmakla mümkündür (Tokatlıoğlu,1998,s.35).

Sorunların çözümüne ve sağlık hizmetinde kaliteye ulaşılabilmesine yönelik sistemlerin, özellikle Avrupa Birliği'ne uyum sürecini yaşayan Türkiye'deki hastanelerde doğru bir şekilde uygulanması gerekmektedir. Doğruluğu kesin olarak bilinmemekle birlikte Ek-A'da yer alan gazete haberlerinde de görüldüğü gibi ülkemiz hastanelerinde meydana gelen tıbbi

hata (malpraktis) vakaları ve bunun sonucunda meydana gelen hukuki davalar giderek artmaktadır. Bu sorunların çözümü kaliteyi de beraberinde getirecektir.

Özellikle toplumsal bilinç ve kişisel eğitim düzeyinin artması ile birlikte, maden, inşaat, sağlık sektörü gibi iş gören açısından yüksek risk taşıyan sektörlerde çalışanlar, en az hastalık veya sakatlık riski ile çalışma isteğindedirler. Dolayısıyla dış müşterinin (müşteri,hasta) ihtiyaç ve beklentilerini karşılamak amacında olan işletmeler iç müşterinin de (çalışanlar) memnuniyetini eskisinden daha çok düşünmek ve tedbir almak durumundadır.

Hastanelerde verilen hizmetin özelliği nedeniyle hastalar, personel ve ziyaretçiler sağlık yönünden yüksek risk altındadır. Diğer taraftan ekonomik olarak ta çok yüksek oranlarda harcamalar yapılan sağlık sektöründe kaynakların etkin kullanılamaması ve kayıp oranlarının artması hastanelerde oluşabilecek ekonomik risklerdir. Bu riskleri önlemeyi hedef alan bir program Türkiye'deki hastaneler için önem arz etmektedir.

1.4. Varsayımlar

Bu çalışmada doğruluğu test edilmeden doğru kabul edilmiş şu görüşler yer almaktadır:

1. Hastanelerde verilen sağlık hizmeti kalitesi meydana gelebilecek her türlü riski minimize ederek yükseltilebilir.

2. A.B.D.'de birçok sağlık kurum tarafından uygulanan ve Türkiye'de de az sayıda hastanede örneğini gördüğümüz sağlık kurumlarında akreditasyon yaklaşımı Türkiye'deki diğer hastanelerin standardizasyon çalışmaları için örnek veri olarak kabul edilebilir.

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

3. Bir sağlık kurumunda uygulanacak yönetim programının sağlık sektörüne özgü özellikler içermesi kaliteye ulaşmada önemli role sahiptir.

4. ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi hastanelerin kalite düzeyini özellikle tıbbi olmayan süreçlerde belli bir noktaya getirebilir ancak tıbbi süreçlerde kaliteye ulaşılabilmesi için yeterli değildir.

5. Sağlık kurumlarında uygulanacak bir risk yönetimi programı istenmeyen kaza ve olayların azalmasını sağlar.

6. Kullanım Değerlendirmesi programı ile kontrol altına alınabilecek uygunsuz ilaç ve yatak kullanımı finansal risklerin minimize edilmesinde önemlidir.

7. Herhangi bir hastanede çalışanların karşı karşıya kaldığı riskleri azaltmaya yönelik bir program kendilerine değer verildiği düşüncesini doğurur ve onların motivasyonunu yükseltir.

8. Türkiye'de hastane yöneticileri, hastanelerde meydana gelebilecek istenmeyen kaza ve olayların neden olduğu gereksiz maliyetleri azaltmak istemektedirler.

9. Problem tanımında kullanılan bilgiler ile örnek uygulamalara yönelik görüşülen hastane yöneticilerinden alınan bilgiler güvenilir ve doğrudur.

1.5. Sınırlılıklar

Bu çalışmanın ortaya çıkarılmasına yönelik bilgiler şu kısıtlamalar altında elde edilmiştir:

1. Türkiye'de sağlık kurumlarında risk yönetimi programının uygulanmasına yönelik yasal bir zorunluluk yoktur ve ülkemizde sağlık sigorta sisteminin yapısından dolayı uygulamada zorunluluğu doğmamaktadır.
2. Önemli bir konu olmasına rağmen Türkiye'de konu ile ilgili bilimsel yayınlar yetersizdir.

1.6. Tanımlar

Risk Yönetimi:

Finans sektöründe risk yönetiminin birincil amacı finansal kayıpların azaltılması iken, sağlık kurumlarında risk yönetimi, finansal kayıpları önlemenin yanı sıra meydana gelebilecek istenmeyen kaza ve olayları azaltarak kaliteye ulaşmayı hedefleyen sistematik bir süreçtir (Kuhn,1998,s.1).

Kalite Güvence:

Hastanelerde kalite güvence; sağlık hizmeti sunumu sırasında verilen hizmetin daha önceden yayınlanmış kriterlere göre yapılması ve kontrol edilmesi anlamını taşır (Wilson ve Goldschmidt,1995,s.272).

Kullanım Yönetimi:

Kullanım yönetimi; sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürecek, sağlık hizmeti sunumunda gereksiz kullanımın engellenmesine yönelik faaliyetler bütünüdür (Kavuncubaşı ve Kısa,2002,s.282).

Kullanım Değerlendirmesi:

Kullanım değerlendirmesi; önceden belirlenen kriterler ve/veya uzman görüşü yardımıyla hastaya ait tıbbi kayıtların incelenerek verilen hizmetin uygunluğunu belirleme işidir. Kullanım Değerlendirmesi, verilen veya verilmesi planlanan hizmetlerin gerekliliğinin, uygunluğunun ve miktarının değerlendirilmesidir (Kavuncubaşı ve Kısa,2002,s.285).

Akreditasyon (Belgelendirme) Sistemi:

Belge verme yetkisi olan ve sağlıkta standardizasyon çalışması yapan bir dış organizasyonun, belirlenmiş şartlar doğrultusunda başvuruda bulunan kuruluşun hizmet kalitesini onaylama ve sonucunda kurumu belgelendirmesidir (www.hastanedergisi.com/17.sayı, erişim: 12 Mart 2003).

1.7. Yöntem

Bu çalışmada verilerin elde edilmesinde, nitel veri toplama yöntemlerinden "standartlaştırılmış açık uçlu görüşme yöntemi" seçilmiştir. Standartlaştırılmış açık uçlu görüşme yöntemi, dikkatlice yazılmış ve belirli bir

sıraya konmuş bir dizi sorudan oluşur ve her görüşülen bireye bu sorular aynı tarzda ve sırada sorulur. Bu bakımdan bu yaklaşım, bir araştırmada birden fazla görüşmecinin kullanılacağı durumlarda etkili bir şekilde kullanılır (Yıldırım ve Şimşek,2000,s.96).

Görüşme yöntemi araştırmalarda sık kullanılan anket yöntemi ile karşılaştırıldığında açık seçik bazı artılara sahiptir. Bunlar esneklik, yanıt oranı, sözel olmayan davranış, ortam üzerinde kontrol, soru sırası, anlık tepki, veri kaynağının teyit edilmesi, tamlık ve derinlemesine bilgi olarak sıralanabilir (Yıldırım ve Şimşek,2000,s.96). Bu avantajlarından yararlanabilmek ve daha güvenilir verilere sahip olmak için bu çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden görüşme yaklaşımı seçilmiştir. Görüşme sırasında kullanılan sorulardan oluşan görüşme formu Ek-C'de sunulmuştur.

Hazırlanan bu sorular, risk yönetimi programı uygulayan İstanbul Memorial Hastanesi kalite koordinatörü sayın Onur TURGAY ile İstanbul Memorial Hastanesi kalite uzmanı sayın Şehnaz ALTUN'a yöneltilmiştir. Görüşmelerden elde edilen bilgiler, deşifre edilip, düzenlenerek bulgular ve yorum bölümünde sunulmuştur. Görüşmeler İstanbul Memorial Hastanesi yönetim ofisi'nde gerçekleştirilmiş olup ses kaydedicisi ile banda alınmıştır. Görüşmeye akıcılık kazandırılması bakımından görüşme esnasında ses kaydedicisi kullanılmıştır.

1.8. Alan yazın Taraması

1.8.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Kalite, ölçme ile ilgili bir kavram olduğundan tanımını yapmak oldukça güçtür. Bunun nedeni de kalitenin insandan insana değişir özellik taşımasından ileri gelir. Ticari Terimler Sözlüğünde kalite "Üretim girdisi olarak kullanılmak

veya piyasaya sürülmek üzere hazırlanmış bir malın teknolojik, ekonomik değerlendirmeler veya tüketici beğenileri açısından resmi veya gayri resmi şekillerde belirlenen ayırıcı niteliği" olarak tanımlanmaktadır.Sağlık hizmetlerinde kalitenin çeşitli tanımları yapılmaktadır.

Orlikoff ve Totten'e (1991,s.6) göre sağlık hizmetlerinde kaliteyi kavramsallaştırabilmenin en iyi yolu, kalitenin değişik görüş açılarına göre tanımının yapılabileceğinin kabul edilmesidir.

İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri, sağlık hizmetlerinde kaliteyi; doğru işlemleri, doğru kişilere, doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında doğru yapmak" olarak tanımlar. Amerikan İlaç Enstitüsü (İnstitute of Medicine, USA) ise bu tanımı; "bugünkü bilgilere uygun olarak, kişilerin veya toplumun sağlık hizmetleri düzeyini arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaştırmak" şeklinde bir tanım yapmıştır (www.ktü.edu.tr/ppt/Akalın, Sağlık Hizmetlerinde Kalite, erişim:12 Aralık 2002).

Roemer ve Montoya-Aguilar sağlık hizmetlerinde kaliteyi "kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin spesifik bir göstergesi" olarak tanımlamaktadırlar (Uz,1997,s.121).

Tanım karar alma mercii olan yöneticiler ile sağlık bakım personeli açısından yapılacak olursa; kalite, klinik araştırmalar sonucu tanımlanmış pratik usuller ile bakımın karşılığı olan genel kabul görmüş standartları içerir (Orlikoff ve Totten, 1991,s.7). Doktorlar verilen hizmetin kalitesinde, maliyete pek önem vermezler, onlar için önemli konu hastaneye gelen hastaların zamanında ve istenilen şekilde teşhis ve tedavisinin yapılarak iyileştirilmesidir. Hastane yöneticileri ise genellikle verilen hizmetin maliyetiyle ilgilenirler ve en az maliyet ile en iyi hizmetin hastalara sunulmasını isterler, aynı zamanda hastane personelinin çalışırken iyi derecede performans göstermesi de, onlar için verilen hizmetin kalitesinde önemli bir ölçüdür (Özgen,1995,s.49).

Orlikoff ve Totten'e (1991,s.7) göre ikinci görüş açısı ise hastalar veya bu hizmeti alanların görüşüdür. Hastaların hastanenin kendilerine sunduğu hizmetin kalitesini, klinik standartlarla veya çıktılarla tanımlaması çok güçtür.

Onlar kendilerine verilen hizmetin kalitesini genellikle hastanenin otelcilik hizmetleri ile değerlendirmeye çalışırlar. Koridorların, odaların, çarşafların ve yatakların temizliği, yemeklerin güzelliği gibi. Bunun yanı sıra hastabakıcıların tavırları, hizmet bekleme süresi, iletişim açıklığı veya hastane çevresi gibi faktörler de hastalar için hastanelerde sunulan hizmet kalitesi ile ilgili yargılarda dikkate alınması gereken önemli kriterlerdir.

İşte tüm bu tanımların ortak noktası olan kalite düzeyine ulaşabilmek için sağlık kurumları -özellikle hastaneler- son yıllarda kalite düzeyini yükseltmeyi ve bunu belgelemeyi hedeflemişlerdir. Ülkemizde de son on yıl içinde "sağlık hizmetlerinde kalite" kavramı daha sık telaffuz edilmeye başlanmıştır. Bu bağlamda hastaneler toplam kalite yönetimi, kalite güvence, risk yönetimi, sürekli kalite iyileştirme, akreditasyon, kullanım yönetimi gibi özellikle sağlık sektörü için yeni olan kavramlarla tanışmıştır.

Diğer taraftan verilen hizmetlerin çeşitliliğinden dolayı hastanelerde kalite yönetimi çalışmalarının zorluğu bilinen bir gerçektir. Endüstri ve hizmet sektöründe çalışanların ve müşterilerin beklentilerinin karşılanmasına odaklı bir model olan Toplam Kalite Yönetimi (TKY), sağlık sektöründe de, iç ve dış müşteri memnuniyetini sağlamayı hedefleyen kuruluşların yararlanabilecekleri çağdaş bir yönetim stratejisidir. Fakat Toplam Kalite Yönetimi (TKY) sağlık alanını 1990'lı yılların başlarında içine almaya başladığı için, benimsedikleri düşüncelerin temel direklerini bile anlamayan pek çok insanın başını çektiği bir eğilimle iyileştirme sahnesine bir tür sığlık egemen olmaya başlamış ve bunun sonucu olan kaçınılmaz başarısızlıklarda çok sayıda insanı hayal kırıklığı ile yüz yüze getirmiştir. Yüzlerce sağlık kuruluşu lideri retoriği öğrense bile, bunların içinde ancak birkaç kişi teorinin temel taşlarını tam anlamıyla kavramış ve eyleme geçirmeye başarmıştır (Caldwell,1998,s.17). Yani bu başarısızlığın temelinde yeni yönetsel kavramların sağlık kurumları tarafından tam olarak anlaşılamaması ve ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi dışında iyileştirme sağlayacak diğer programların hastane yöneticileri tarafından yeteri kadar bilinmemesi yatmaktadır.

Türkiye'de hastane yönetiminde kaliteli sağlık hizmetine yönelik çalışmalar son on yılda ivme kazanmıştır. Fakat bu faaliyetler hastanelerin konuya bakış açısındaki farklılıklar nedeniyle değişiklik göstermektedir. Örneğin bir hastanede çok üst seviyede kalite yönetimi çalışmaları yapılmakta iken bir diğerine bakıldığında bu yönde bir çalışma yapılmadığı görülmektedir. Sağlıkta kalite adına gelişmiş ülkelerde özellikle sağlık hizmetlerine özgü çalışmalar Toplam Kalite Yönetimi'ne ulaşmada bir araç olarak kullanılmaktadır. Bu programlardan risk yönetimi, Türkiye hastaneleri için artan tıbbi hata, mesleki kazalar ve diğer kazalar nedeniyle gerekli olduğu için kalite güvence çalışmaları içine alınması gereken bir programdır.

1.8.2. Hastanelerde Risk Yönetimi

Risk toplumsal ve ekonomik hayatın kaçınılmaz bir parçası olmuştur. Dünyada toplumsal hayatın gelişmesi insanları yeni risklerle karşı karşıya bırakmıştır (Kuhn,1998:1). Risklerle karşı karşıya kalan insanoğlu kendilerini etkileyebilecek riskleri önceden tahmin edip, bu riskleri en aza indirgeyecek yöntem arayışı içine girmişlerdir.

Risklerin tahmini kadar yönetilmeleri de oldukça zordur. Örneğin bir işletmenin yangın riski yönetilemez fakat yangın riski çalışanlara konu ile ilgili eğitimler verilerek azaltılabilir veya işletme yangınlara karşı sigorta yaptırarak risk, sigorta kurumuna transfer edilebilir. Bunun gibi bir ülkede meydana gelebilecek bir depremi tahmin etmek neredeyse olanaksızdır. Fakat insanlar bu riskin etkilerini azaltıcı yöntemle ya da programlar geliştirmişlerdir. Bu yöntemlerin doğru ve eksiksiz bir şekilde uygulanması zararı en aza indirgeyecektir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu da yangın, deprem gibi felaketlerden aşağı kalmayacak düzeyde risk içermektedir. Hizmetin sunumunda oluşabilecek riskler hastaları, çalışanları ve ziyaretçileri tehdit etmektedir. 50 yıldan fazla

süredir endüstri sektörü için önem arz eden risk yönetimi, sağlık hizmetinin bu özelliğinden dolayı 1970'li yıllarda hastane yöneticilerini ilgilendiren bir konu haline gelmiştir (Kuhn,1998,s.1).

Sağlık sektöründeki değişimler, sağlık hizmetleri sunanları riskleri tanımada aktif hareket etmeyi ve gerekli tedbirleri almayı çok önemli hale getirmiştir. Bu değişimler ve kanun ve yönetmeliklerle yükseltilen gereklilikler, sağlık hizmeti sunanlar için karmaşık ve umulmadık riskler ortaya koymaktadır. Günümüzde yöneticilerinin ve sağlık çalışanlarının mesleki sorumlulukları şimdiye kadar olandan daha fazladır ve mali, kanuni ve operasyonel boyutları vardır. Çağdaş tıp bu çerçeve içinde değerlendirilmelidir (Buchholz, New Directions for Medical Risk Management, www.thedoctors.com, Erişim:24 Aralık 2002).

Bir hastanede risk yönetimi programının uygulanmamasının sonuçlarını gösterecek aşağıdaki örnek olay dikkat çekicidir;

I. Dünya Savaşı sırasında Alman imparatoru olan Kaiser Wilhelm II'nin, 1859 yılında doğumunun güçlükle gerçekleştirilebilmesi, gereksiz tıbbi müdahaleler, uygun olmayan anestezi maddesi kullanılması ve anneye verilen oksijen miktarının yetersiz oluşu nedeniyle beyninde minimal sinir zedelenmesi meydana gelmişti. II. Wilhelm beyninde meydana gelen bu hasardan dolayı hiperaktif ve duygusal olarak dengesiz bir kişiliğe sahip olmuştur. Fakat o zor doğum olmasaydı II. Wilhelm çok daha farklı bir insan olabilirdi. Spekülatif olabilir ama doğumun gerçekleştiği hastanede kayıp önleme/risk kontrol programı uygulansa idi o zamanki monarşi, risk yönetiminden dolayı İmparatorun radikal fikirlerine maruz kalmayabilir ve İmparator II. Wilhelm'in başlattığı I. Dünya Savaşı başlamayabilirdi (Stanyon,1997,s.109-110). Belki o dönem için kayıp kontrol ve risk yönetimi faaliyetlerinden bahsetmek saçma olabilir, fakat teknolojinin ilerlediği ve insanların bilinç düzeyinin yükseldiği günümüzde sağlık kurumlarında bu türde kötü olayların yaşanmaması için bu tür programların hastanelerde kesinlikle uygulanması gerekmektedir.

1.8.2.1.Tarihsel Gelişimi

Sağlık kurumlarında risk yönetimi, sosyal ve hukuki açıdan yeni uygulanan bir program değildir. Dört bin yıl önce Babil devleti yasalarını yapan Hammurabi, tıbbi hata (malpraktis) sonucu ölüme veya yaralanmaya sebebiyet veren doktorları cezalandıran bir yasa çıkarmıştır (Kavaler ve Spiegel,1997,s.3).

1970'li yıllar sağlık hizmeti sunanların daha önce farkına varmadıkları yeni konseptlerin ve fonksiyonların ortaya çıktığı yıllar olmuştur (Slawkowski,1983,s.175). Tıbbi hata vakaları ve buna bağlı olarak on binlerce dolar tazminat ödemek zorunda kalan sağlık sektöründe "malpraktis krizi" adı verilen bir dönem yaşanmıştır. Birçok sigorta kurumu sigorta primlerini çok yüksek oranlara yükseltmişlerdir. Şiddeti ve frekansı giderek artan tıbbi hata iddiaları sağlık ve sigorta sektöründe birtakım önlemler alınmasını hızlandırmıştır (Kolerski,1990,s.1).

Çözüm önerileri bulmak ve krizin boyutlarını belirlemek amacıyla çok sayıda çalışma başlatılmıştır. Bu çalışmalardan birincisi A.B.D. Başkanı Richard NIXON tarafından 1971 yılında verilen direktif doğrultusunda, malpraktis iddialarının nedenlerini, mesleki sorumluluk sigorta sistemini, hataları karşılama etkinliği bakımından o dönemdeki yasal mekanizmaların yetkinliğini ve genel halk görüşünü değerlendirmek amacıyla kurulan Sağlık, Eğitim ve Yardım Sekreterliği Malpraktis Komisyonu'dur. Komisyon sürdürdüğü çalışmalar sonucu yayınladığı rapor ile, tıbbi hataları önlemede kullanılabilecek etkili yöntemlerin, sağlık hizmeti sunan tüm organizasyonlarda uygulanması gerektiğini ortaya koymuştur (Kolerski,1990,s,1-2).

Bu amaçla (AHA) Amerikan Hastaneler Birliği rehberliğinde risk yönetiminin sağlık sektöründe uygulanabilirliğine yönelik çalışmalar başlatılmıştır. AHA risk yönetiminin riskleri tanımlayan, değerlendiren ve finansal kayıplara karşı nasıl önlem alınacağını amaçlayan bir bilim olduğu ve malpraktis krizlerine karşı anahtar çözümün risk yönetimi olduğu duyurmuştur . Daha sonra AHA 1977 yılında yaptığı diğer çalışmalar sonucunda risk

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

yönetiminin temel prensiplerini, genişleme alanını ve hastane yöneticisi, sigortacı veya güvenlik mühendisliği kökenli olacak risk yöneticisinin görevlerini açıklamıştır (Kolerski,1990,s.4).

Alınan önlemlere rağmen 1980'li yılların hemen başında ikinci malpraktis krizi ortaya çıkmıştır. Bu tarihte AHA tarafından, artan sayıda medikal risk yöneticisinin birlikteliğini sağlamak amacıyla Amerikan Medikal Risk Yöneticileri Derneği'ni (ASHRM) kurulmuştur. AHA tahminlerine göre bu yıllarda A.B.D. genelinde risk yönetimi programını uygulayan hastane oranı % 51.5 idi. 1985 yılında A.B.D. federal hükümetine bağlı bir ofis malpraktis (tıbbi hata) davalarına karşı bir çalışma başlatmıştır. Sonucunda hastanelerde risk yönetimi programının kapsamının genişletilerek ve daha sağlam bir yapıya kavuşturularak devam etmesini önermiştir.

Bu gelişmelere ek olarak 1986 yılında gönüllü bir akreditasyon kurumu olan Sağlık Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu, (JCAHO) hazırladığı değişim gündemi çalışması ile risk yönetimi standartlarını geliştirmiş ve risk yönetimi fonksiyonları ile kalite güvence çalışmalarını birbirine ilintili hale getirmiştir (Kolerski,1990,s.45). Yayınlanan bu standartlar ile risk yönetiminin önemi bir kez daha ortaya konmuştur.

1987 yılında altı eyalette yasal olarak hastanelerde risk yönetimi programı zorunlu hale gelmiştir. ASHRM yaptığı çalışmalarla yerel risk yönetimi derneklerine risk yönetimi programlarının gelişimine yönelik yardımlarda bulunmuştur. 1987 yılında ASHRM risk yönetimi programının tanımına yönelik bir taslak hazırlamıştır (Kolerski,1990,s.5). 1989 yılında JCAHO tarafından yürürlüğe konulan yeni standartlarda sağlık kurumlarından, potansiyel risk alanlarını belirlemeyi ve kalite güvence fonksiyonları ile risk yönetimi fonksiyonları arasındaki operasyonel bağlantıları ortaya koymasını isteyerek risk yönetimi programının bugünkü şekline gelmesine katkıda bulunmuştur (JCAHO,1989).

1.8.2.2.Tanımı

Risk, bir kayıp ya da kayıplar olacağına dair belirsizliktir. Risk Yönetimi ise riski tanımlamayı, değerlendirmeyi ve bir kayıp ile karşılaşıldığında nasıl davranılacağını amaç edinen yönetsel bir fonksiyondur (Kuhn,1998,s.2).

Sektörel olarak riskin ele alınışı farklılıklar göstermektedir. Finans sektöründe birincil risk doğal olarak para ile ilgili olurken, sağlık sektöründe risk yönetimi programı öncelikle insan sağlığı ile ilgili riskleri ele almaktadır.

Hastanelerde risk yönetimi, TKY 'ne geçişte ilk basamak olan kalite güvence ile aynı hedefi paylaşır ve bir bütünün ayrılmaz parçasıdırlar. Toplam Kalite Yönetimi'nde sürekli kalite iyileştirilmesi konusunda takım çalışması yapılarak karşılaşılan sorun ve güçlüklerin çözümü aranmakta, kalite güvence sisteminde önceden belirlenen standartlara uygun iş yaparak kalite sağlanmakta iken, Risk Yönetimi'nde ise sağlık hizmeti sunumu sırasında meydana gelebilecek her türlü risk minimize edilerek sorunlara çözüm üretilmektedir (Ülgen,1998,s.9).

Bugün bilinen anlamıyla hastanelerde risk yönetimi programı A.B.D.'de 1970'li yıllarda ülkede artan tıbbi hata vakalarının doğurduğu kriz sonucunda endüstride uygulanan risk yönetimi programı örnek alınarak uygulanmaya başlamıştır (Kuhn,1998,s.1). Fakat endüstride uygulanan risk yönetimi ile hastanelerde uygulanan program arasında önemli farklılıklar vardır. Endüstriyel risk yönetiminin birincil amacı örgütü finansal kayıplardan korumaktır. Bu hedef sağlık hizmeti sunumu açısından önemli olmasına rağmen hastanelerde risk yönetimi programında birincil amaç potansiyel riskleri tanımlamak ve azaltmak yoluyla sağlık hizmeti kalitesini geliştirmektir (Kuhn,1998,s.2).

Kuhn'a (1998,s.2) göre "Risk yönetiminin amacı, hastalara, ziyaretçilere ve çalışanlara karşı zarar oluşturabilecek ve finansal kayıp oluşturabilecek risklere karşı bir farkında olma durumu yaratmaktır."

Winer ve Krizek'e (1998,s.5) göre Risk yönetimi; "istenmeyen olaylara karşı hukuki yükümlülükleri azaltarak, potansiyel yükümlülüklere karşı en uygun sigorta kapsamını seçerek ve yeterli derecede güven ile organizasyonun finansal değerlerini koruyan yönetsel girişimdir".

Kavaler ve Spiegel'e (1997,s.3-4) göre risk yönetimi; "herhangi bir kaza,hata oluştuğunda finansal kayıpları minimize edecek ve önlenebilir kötü olayları azaltmaya yönelik olarak tasarlanmış bir programdır".

Smith ve Wheeler (1992,s.9) risk yönetimini, "genel anlamda belirli bir risk durumunda sorunun potansiyel sebeplerini belirlemek ve risklerin oluşumuna engel olmak için oluşturulan erken bir uyarı sistemidir" şeklinde tanımlamıştır.

Kraus'a göre risk yönetimi, "bir organizasyonda planlanmamış ve umulmadık finansal kayıpların azaltıldığı görev ve fonksiyonlar serisidir." Planlanmamış ve beklenmeyen kayıplar demekle; zaman ve alan içinde tahmin edilemeyen ama gerçekleşen olaylar kastedilmektedir. Risk yöneticilerinin ilgilendikleri görevler ve işler genellikle geniş bir alan içinde yer almakta ve birbiriyle ilgisiz görünmektedir. Ancak risk yönetiminin işlevlerinin analizi bu görevlerin bir bütün içinde olduğunu göstermektedir (Bengü,1996,s.1).

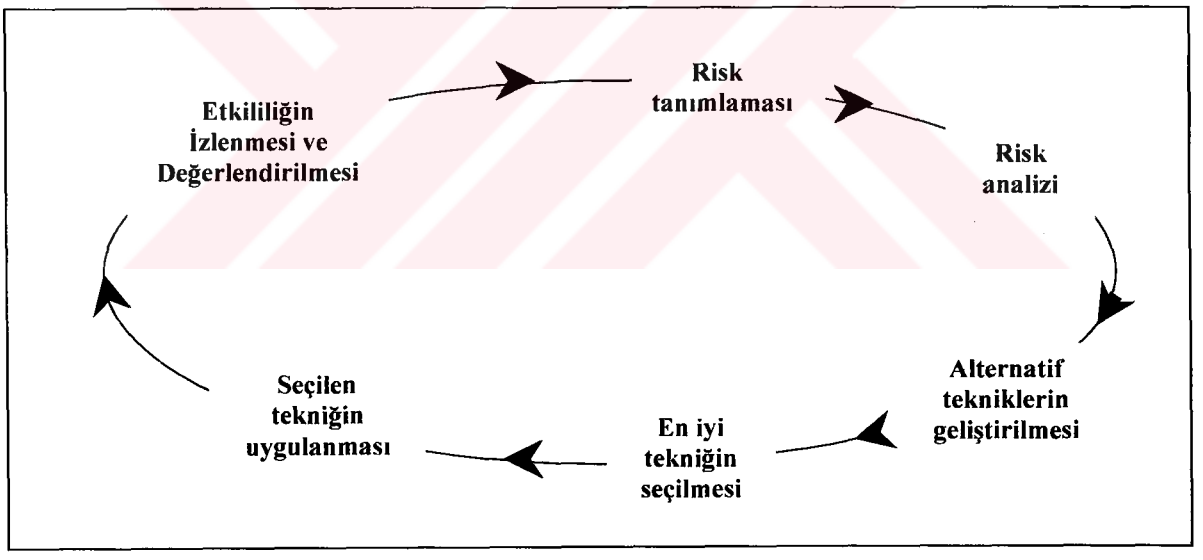
1.8.2.3. Riskin Ele Alınışı

Diğer yönetim disiplinlerinde olduğu gibi risk yönetimi de, yönetim fonksiyonları olan planlama, örgütleme, yöneltme ve kontrolü gerektirir. Risk yönetiminde bu fonksiyonlar istenmeyen olayları daha etkin önlemek ve söylentilerin negatif etkilerini minimize etmek amacı ile kaynaklara ve olaylara tatbik edilir. Risk yönetiminde stratejik karar almak için çok sayıda görev ve aktivite yerine getirilmesi gerekmektedir. Risk yönetimi programında geleneksel olarak endüstri sektöründen adapte edilen altı adım vardır. Aşağıdaki şekilde

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

görünen bu adımlar risk yönetimi için en temel karar alma modelidir (ECRI, 2003,s.1).

Son günlerde, sağlık sektörü ve diğer sektörlerde risk yöneticilerin örgüt yapısına tamamıyla entegre olacak, sistem dizaynına odaklı yeni bir risk yönetimi programını geliştirmek ve yürürlüğe koymak için çalışmalar sürdürülmektedir. Ortaya çıkan bu yeni yaklaşımın adı "Girişimci Risk Yönetimi" dir. Girişimci risk yönetimi, sigorta edilebilir ve kliniksel risklerin ötesine geçmiş, kritik riskleri tanımlamak, onların finansal, işlemsel ve stratejik etkilerini ölçmek ve risk yönetimi programı ile girişimden elde edilecek değeri maksimize etmek olarak ifade edilebilir. Her iki konsepte rağmen, en basit prensipler olan risk tanımlama, analizi ve davranışı risk yöneticisinin hala en temel görevleri arasındadır (ECRI, 2003,s.2).



Şekil 1. Risk Yönetimi Süreci Basamakları

Kaynak: ECRI : Healthcare Risk Analysis, March 2003

1.8.2.3.1. Risk Tanımlaması

Organizasyon için potansiyel olarak hastaları, ziyaretçileri ve çalışanları etkileyebilecek riskleri tanımlamak risk yönetiminde karar verme sürecinin birinci adımıdır (ECRI,2003,s.2).

Kavaler ve Spiegel'e (1997,s.5) göre risk tanımlaması; "hasta bakım hizmetlerini ve hastaneye ve potansiyel kayıp teşkil eden diğer unsurlara dair güncel ve geçmiş verilerin toplanmasını içeren faaliyetlerdir". Bu riskler malpraktis (tıbbi hata), antitröst anlaşmazlıkları, kontrat iptali, sakatlanma, kuruma atılan iftira, zimmete geçirme, çevreye verilen zarar, sahtekarlık ve taciz, borç, tehlikeli madde sızıntısı ve tazminatlar gibi çok çeşitli konularla ilgili olabilir.

Risk tanımlaması yapılabilmesi için risk alanları ve riskli durumların iyi tespit edilmesi gerekir. Bir hastanede sağlık hizmeti sunarken karşılaşılacak riskler altı grupta toplanabilir. Bunlar;

1. Hasta bakımı ve hastalar ile ilgili riskler,
2. Personel ile ilgili riskler,
3. Ziyaretçiler ile ilgili riskler,
4. Kurum ile ilgili riskler,
5. Finansal riskler,
6. Diğer risklerdir.

Bu altı risk grubunda içinde yer alan bazı riskler ve risk alanları şunlardır (Ülgen,1998,s.11);

- Teknolojiden kaynaklanan sorunlar,
- Tıbbi cihaz tehlikeleri,
- Yoğun bakım ünitesine hasta kabulü,
- Anesteziye ait riskler,
- Hasta kayıtlarında doğruluk,
- Hasta kabulü ve taburcu edilmesi,
- Tıbbi cihaz bakım ve kalibrasyonu,
- Eğitim eksikliği ve tıbbi cihaz kullanıcı hataları,
- Yüksek risk taşıyan cihazlar ve cihaz kazalarının rapor edilmesi,
- Tıbbi cihaz ödünç alıp/verme, ikinci el cihazlar,
- Tek kullanımlık malzemelerin tekrar kullanılması,
- Evde bakım, hastanın kendine ait cihazları,
- Acil tıp hizmetleri,
- Medikal gaz tertibatı, atık gazların boşaltılması,
- Topraklama,
- Hastane enfeksiyonlarının sürveyansı ve kontrolü,
- Gürültü oranı,
- Metalik implantlarda korozyon,
- Yaşlılarda ameliyat,
- Radyasyonun insan sağlığına etkileri,
- Radyolojide kontrast ajanlarının kullanımı,

- Hastanelerde emniyet ve güvenlik,
- Tıbbi personel,
- Neonatal ve pediatrik bakım üniteleri,
- Eczane, ilaçlar ve I.V. kateterleri,
- Kan nakli,
- Elektrik enerjisi kesintileri,
- Çevre problemleri, civa zehirlenmesi, asbestos zararları ve tehlikeli atıklar,
- Ameliyathane ve cerrahi hizmetler,
- Anjio, hemodiyaliz, IVP,Eforlu EKG gibi girişimler,
- Organ transplantasyonu,
- Meslek hastalıkları ve İş kazaları.

Bunların dışında yüksek risk içeren durumlar olarak, doktor tavsiyesine rağmen hastaneden ayrılma, hasta transferleri, telefonla alınan teşhis/tedavi ile ilgili istemler, tedavide gecikmeler, ilaç reaksiyonları, zehirlenmeler, röntgen yada EKG çekimleri sırasında aksilikler ya da kazalar, hasta memnuniyetsizliği söylenebilir (Bengü,1996,s.5).

Şunun farkına varmak çok önemlidir; risk tanımlaması asla statik ve bir defaya mahsus bir analiz değildir. Beklenmedik tıbbi hatalar, teşhis ve tedavi süreci ile ilgili hasta şikayetleri veya zarara neden olacak devamlı risk tanımlaması mutlaka sürekliliği olan bir süreç olmalıdır. Risk yöneticileri, avukatların bir dava ile ilgili geriye dönük olarak tıbbi kayıtlardan ve geriye dönük ilaç faturalarından yararlandıkları gibi servis ya da bölümlerden düzenli bir şekilde veri toplamalıdırlar (Kavaler ve Spiegel,1997,s.5). Hasta şikayetleri,

anketler ve kalite güvence çalışmaları kapsamında olan iç ve dış tetkik sonuçları ile prosedürlerin izlenmesi de risklere yönelik diğer veri kaynaklarıdır.

Başarılı bir risk tanımlaması uygulaması için başvurulacak raporlama sisteminin oluşturulması, sürece büyük katkı sağlayacaktır. Risk yönetiminde yazılı iletişimde kullanılan en önemli araçlardan olan "Olay / Problem raporu" bir risk durumunu belirlemede kullanılan birinci araçtır. Yöneticiler Olay/Problem raporunu değerlendirerek hastanedeki risk bölgelerini saptayabilir ve belirli bir problem oluştuğunda gelecekte aynı problemin oluşmasını önlemek için eğitim faaliyetleri (oryantasyon eğitimleri, hizmet içi eğitim vb.) düzenleyebilirler (Bengü,1996,s.8).

Olay/Problem raporu sağlık personelinin özellikle hastalarla ilgili olarak herhangi bir olaya şahit olduğunda, en yakın zamanda risk yöneticisi ile iletişime geçmesini sağlayacak bir rapordur. Bu bilgi sisteminin amacı, risk yöneticisinin acilen araştırmalara başlamasını sağlamaktır. Olay raporlama sistemi sayesinde bir sorun daha oluşmadan düzeltilmesi, müdahale edilmesi yada kurumun olaya karşı tutumunun bir an önce belirlenmesi sağlanabilir (Goldman,1990,s.51).

Risk tanımlamasında yöneticilere yardımcı olacak diğer yazılı kaynaklar tıbbi kayıtlar, komite raporları, güvenlik raporları ve hastanede düzenlenen toplantı ve seminerlerden elde edilen geribildirimler ile yazılı ve sözlü hasta şikayetleridir.

1.8.2.3.2. Risk Analizi

Risk yönetimi programı karar verme sürecinin ikinci adımı olan "Risk Analizi", tanımlanmış bir risk ile ilgili kayıpların şiddetini ve frekansını belirlemeye yönelik faaliyetlerdir. Tanımlanmış risklerin analizi hızlı değişim gösteren sağlık sektöründe devamlılık gösteren faaliyetler gerektirebilir. Hastanelerde meydana gelen bazı riskler yüksek frekansa/sıklığa sahip fakat

düşük şiddet gösterirken (hastanın özel eşyalarının kaybolması gibi), bazıları ise (örneğin cerrahi ve anesteziye ait talihsizlikler) düşük frekansa/sıklığa sahip olmasına rağmen hasta için ciddi bir hasara ve kurum için sonradan ortaya çıkabilecek kötü sonuçlara neden olur (ECRI,2003,s.4).

Hagg'a (1990,s.29) göre risk analizi; "tanımlanmış bir risk ile bunun potansiyel olarak neden olacağı kayıpların ve bu kayıpların olma olasılığının belirlenmesi işidir".

Hastanelerde anestezi, kadın doğum, cerrahi ve psikiyatri gibi servisler genelde yüksek riskli bölgeler olarak düşünülür. Fakat her hastane için bu alanlarda meydana gelebilecek istenmeyen olayların şiddeti ve yapılabiliyorsa frekansı belirlenmelidir. Çünkü her hastane fiziki şartları ve faaliyet alanına göre farklı risklerle karşılaşmaktadır. Potansiyel kayıp etkisinin, sayı ve olasılığının tahmin edilmesi, risk yöneticisine risklerin önlenmesi, azaltılması ve finanse edilmesi için yardımcı olur. Bu açıdan risk analizi, sürecin en önemli adımlarından biridir.

Risk yöneticisi hastalar ve organizasyon için en büyük zararlara yol açacak alanlara öncelik vermelidir. Sıklığı ne kadar az olursa olsun şiddetli ve dramatik kayıplara yol açabilecek alanlar analiz edilerek prosedürler geliştirilir ve gerekli eğitimlere zaman ayrılır. Yöneticiler yüksek riskli bu alanlara yönelik risk analizi verilerinden yola çıkarak önleyici faaliyetler ile ilgili sistemlerini kurarlar. Tablo 1'de kayıp şiddetinin belirlenmesine yönelik bir analiz yer almaktadır.

Hastane faaliyetlerine yönelik olarak riskin analiz edilmesi ile tanımlanmış riskler anlamlı bir hale gelir, analiz edilen riskin şiddetine ve frekansına göre, alternatif çözüm önerileri içinden uygun seçimler yapılır.

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Tablo 1. Çeşitli risk kaynaklarının neden olduğu kayıpların şiddeti

Risk Tipi	Riskin Konusu	Kaynağı	Şiddet derecesi (Küçükten büyüğe)
Kliniksel risk	Hasta	Düşme	Ezilme ve Kırılmalar:Maliyet artışı ve tazminat ödemeleri.
Mesleki risk	Personel	Sırt ağrısı	Tedavi gerekliliği, personelin yerini doldurma maliyeti ve işgücü kaybı.
Sektörel risk	Organizasyon	Yolsuzluk/hile	Anlaşmaların bozulması ve ödemelerde meydana gelen güçlükler.
Stratejik risk	Organizasyon	Kötü ün/söylenti	Sağlık hizmeti kalitesine duyulan güvenin sarsılması, sonucunda hasta yoğunluğu ve pazar payının azalması.

Kaynak: ECRI : Healthcare Risk Analysis, March 2003

1.8.2.3.3. Alternatif Teknikler Geliştirme veya Düzeltici Faaliyetler

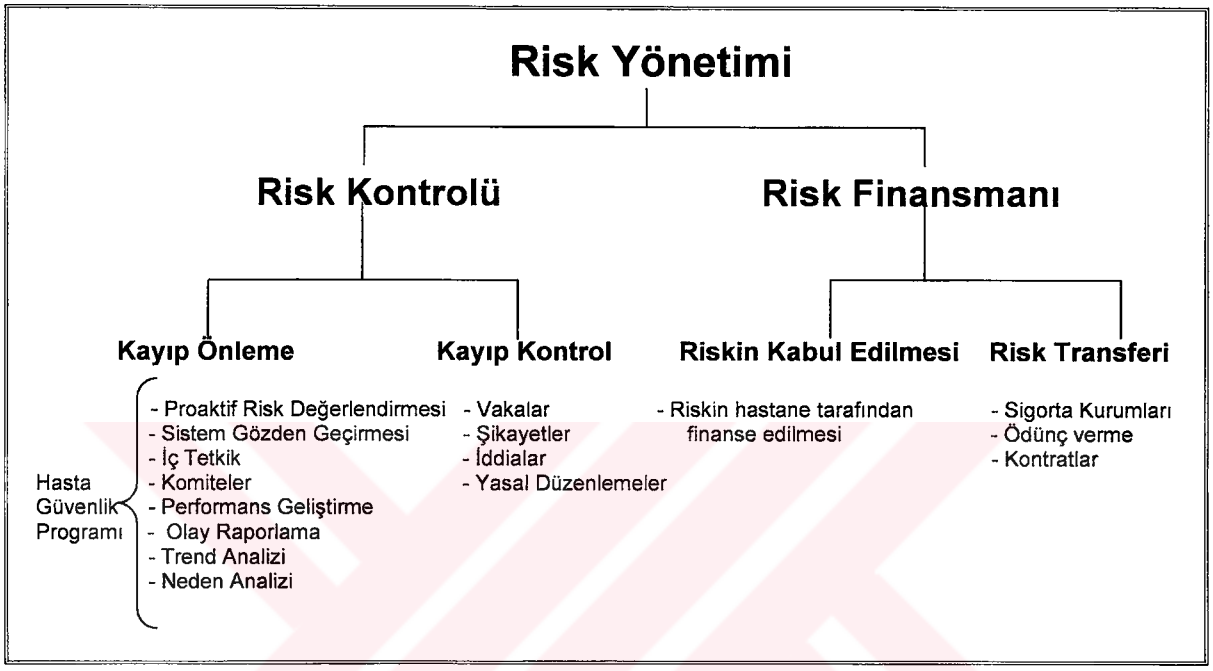
Risk yönetimi karar verme sürecinin üçüncü adımı belirlenmiş risklere karşı aksiyon kombinasyonlarının ve çeşitli alternatiflerin fizibilitesinin değerlendirilmesidir. Alternatif teknikler ve düzeltici faaliyetler, risk davranışı stratejilerinden yararlanılarak geliştirilir. Bir organizasyonda riskleri önlemeye yönelik risk davranışı stratejileri şu şekildedir (ECRI,2003,s.6);

1. Risk kontrolü. (önlenmesi, azaltılması veya kayıpların minimize edilmesi)
2. Riskin finanse edilmesi veya transfer edilmesi.

Örnek vermek gerekirse, tedbirli bir ev sahibi yangın hasarlarını evinden uzaklaştırabilir ve yangın çıkma şansını diğer önlemlerle azaltır (risk önleyici strateji). Evine ya yangın söndürücü alır ya da yangın anında acil müdahale için evini itfaiye istasyonunun yanına yapar (kayıp önleme ve azaltma). Sonunda, evini sigorta ettirir ki az yada tam hasar durumunda evini yapabilsin ve bunun

için devamlı prim ödemelerine katlanır (risk transferi) (Wilson ve Goldschmidt, 1995,s.634).

Tablo 2. Risk Yönetimi Bileşenleri



Kaynak: Youngberg BJ, ed. The Risk Manager's Desk Reference. Gaithersburg Aspen Publishers, Inc.; 1998

1.8.2.3.3.1. Risk Kontrolü

Risk kontrolü; riskin kabul edilmesi, riskten kaçınma, kayıp önlemek veya minimize etmek gibi metotları ve teknik kombinasyonları içerir. Riskin kabul edilmesi kurumun sigorta hizmeti almamaya karar vermesi anlamını taşır, çünkü burada söz konusu olayların meydana gelme ihtimali çok düşük veya finansal sonuçlarını kurum çözebileceği için başka bir kuruma transfer edilmez (Kavaler ve Spiegel, 1997,s.5).

Riskten kaçınma, yeni bir risk stratejisini ifade eder. Daha önce belirlenmiş olan bir risk etkili bir şekilde engellenemez yada transfer edilemezse

riskin meydana geldiği yapı veya faaliyet yok edilecektir (Hagg,1990,s.29). Örneğin herhangi bir hastanede kullanılan bir tetkik cihazı ile yaptırılan bir testin maliyeti tüm kayıp önleme faaliyetlerine karşın kurum dışında daha düşük bir maliyet ile yaptırılabiliyorsa, cihazın hiç kullanılmaması ekonomik riski ortadan kaldıracaktır.

Kayıp(risk) önleme çalışmaları, erken tespit ve bir olay oluşmadan önce yapılacak araştırmalar yardımı ile etkin bir şekilde yapılır. Kayıp önleme faaliyetlerinde hasta şikayetleri, tıbbi kayıtlar, olay/problem raporları ve hasta faturaları incelenerek kayıp alanları ortaya çıkarılmaktadır (Kavaler ve Spiegel, 1997,s.7).

Kayıp(risk) azaltma çalışmaları, özellikle hastanelerdeki radyoloji, nükleer tıp, anestezi gibi yüksek riskli bölgelerde sürdürülür. Bu bölgeler kayıp ve risk önleme programlarında dikkat edilmesi gereken alanlardır. Bu bölümlerde yapılan faaliyetler iptal edilemeyeceği için, kayıp azaltma çalışmaları ile riskler ve istenmeyen olaylar (sentinel event) minimize edilmelidir (Kavaler ve Spiegel, 1997,s.8). Örneğin, radyoloji teknisyeninin röntgen çekimleri sırasında kurşun gömlek ve eldiven giymesinin sağlanması o kişinin sağlığı açısından son derece önemlidir veya hamile hastaların bu bölümlere geldiğinde alınacak önlemler hasta sağlığı için gereklidir. Kayıp ve risk önleme faaliyetleri kapsamında bu tip durumlar için önlemler alınır.

Diğer taraftan kayıp önleme ve azaltma çalışmaları açısından personele verilecek hizmet içi eğitim ve işe yeni başlayan personel için oryantasyon eğitimleri etkilidir. ASHRM yayınladığı risk yönetimi uygulama prensiplerinde özellikle kapsamlı bir risk yönetimi eğitiminin önemini vurgulamaktadır (Winer ve Krizek,1998,s.13).

Oryantasyon programları, kuruluşta göreve yeni başlayan her personele ilk bir ay için uygulanan eğitim ve tanıtım amaçlı programlardır. Yapılan oryantasyon programlarının amacı, hem kuruluşu personele tanıtmak hem de olabilecek riskleri ortadan kaldırmak ya da azaltmaktır. Bu programın içeriğinde genel olarak kuruluşun tanıtılması, diğer birimlerle olan ilişkileri ve öneminin

anlatılması, görev tanımlarının ve kuruluşun politika ve prosedürlerini içeren bilgilerin verilmesi, uygun vücut mekaniklerini kullanma, risk yönetimi, kalp ve akciğerlerin yeniden canlandırılması ile ilgili bilgi ve uygulama, kalite güvence uygulamaları, güvenlik programları, malzeme bakım ve kullanımına ilişkin bilgiler, telefon ve acil çağrı sistemleri gibi konular yer almaktadır (Bengü,1998,s.8).

1.8.2.3.3.2. Risk Transferi ve Finansmanı

Risk transferi sağlık hizmeti sunumunda meydana gelebilecek riskleri önlemeye yönelik alternatif tekniklerin ikincisidir. Risk transferi ile risk kontrol faaliyetleri aynı amacı paylaşırlar. Amaç her iki adımda da risklerin kurumu en az seviyede etkilemesini yada hiç etkilememesini sağlamaktır. Risk transferinde yaygın olarak kullanılan yol risk etkisinin sigorta kurumlarına transfer edilmesidir (Hagg,1990,s.30).

Sigorta kurumlarına transfer edilecek riskler arasında yaralanmalar, maddi değerlerin zarar görmesi, yangın hasarları, çalışanlara tazminat ödemeleri ve hastaların özel eşyalarının zarar görmesi gibi riskler yer almaktadır (McLaughlin, 1997,s.100).

Hagg'a (1990,s.30) göre ise risk transfer teknikleri, riskleri başka bir kuruma kontrat veya sigorta satın alma yolu ile aktarmayı içeren faaliyetlerdir. Risk transferi yoluyla yüksek riskli sağlık bakımı faaliyetlerinin meydana getireceği finansal kayıplar belli bir ücret karşılığı transfer edilmektedir ve böylece hastanede veya sağlık kurumunda riskli faaliyetlerin devamı sağlanmaktadır

1.8.2.3.4. En İyi Tekniğin Seçilmesi ve Geliştirilmesi

Risk yönetimi karar verme sürecinin dördüncü adımı alternatif risk önleme ve azaltma teknikleri içinden kurum için en uygun olanının seçimidir. Bu seçim genellikle risk kontrol ve risk finansmanı stratejilerinin bir kombinasyonu şeklinde gerçekleşmektedir. Risk yönetiminde karar verme sürecinin beşinci adımı olan seçilen risk stratejilerinin geliştirilmesi ve etkinliğinin arttırılması, tüm departman yöneticilerinin, doktorların ve diğer personelin birlikte hareket etmesini ve desteğini gerektirir. Ayrıca risk ya da kalite yöneticileri, kilit personelin karar verme ve strateji geliştirme sürecine zaman kaybetmeden katılımını sağlaması gerekmektedir (ECRI,2003,s.7).

1.8.2.3.5. İzleme ve Değerlendirme

Risk yönetimi stratejileri geliştirilmeye başlandığında sürecin altıncı adımında, geliştirilen bu yöntemler izlenmekte ve değerlendirilmektedir. Seçilen tekniğin etkinliğinin kanıtı, finansal veriler, sigorta poliçeleri üzerinden ödenen tazminatların durumu, sigorta şirketlerinin yapmış olduğu anketler ve bu şirketlerden alınan bilgiler,olay ve kaza durum raporları, hasta güvenliği,enfeksiyon kontrol ve performans geliştirme komitelerinin raporlarından elde edilmektedir (ECRI,2003,s.7).

Sürecin günlük izlemesini ve değerlendirmesini, kilit personel yapmaktadır. Seçilmiş olan sürecin etkililiğini gözlemlemek ve daha etkin süreç stratejileri belirlemek için A.B.D. 'de risk yönetimi danışmanlık firmaları tarafından çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. ECRI'nin (formerly the Emergency Care Research Institute) hazırladığı ECRI's INsight™ ve Medrisk'in (Medical Risk Management, Inc) sunduğu hizmetler bu programlardan bazılarıdır. Bunun

yanında hastaneler kendi izleme sistemlerinin kendileri de kurabilirler (www.ecri.org ve www.medrisk.com, erişim: 24 Ocak 2003).

Sonuç olarak, politika ve prosedür revizyonları, çalışanların eğitimleri ve olay raporlama sistemi ile elde edilen veriler sonucunda kurumda var olan temeller ve eğilimler değerlendirilir ve gözlemlenir. Risk tamamen ortadan kaldırılmış mıdır? Doktorlar ve hemşirelerden yeni prosedürlere yönelik olarak gelen geri bildirimler nelerdir? Prosedürler takip ediliyor mu? Ek düzeltici faaliyetlere hala ihtiyaç var mı ve problem tatmin edici düzeyde çözülmüş mü? Sorularına izleme ve değerlendirme faaliyetleri ile cevap aranmaktadır (ECRI,2003,s.7). Diğer taraftan kalite yada risk yöneticileri departman yöneticilerini, doktorları ve diğer çalışanları tüm bu çabaların sonuçları için cesaretlendirmeli ve onlardan geribildirim sağlamalıdır. Aksi taktirde devam eden problemlerin raporlanması azalabilir.

1.8.2.4. Risk Yönetiminin Fonksiyonel Bileşenleri

Birçok hastanede risk yönetimi dendiğinde akla sadece hasta güvenliği gelmektedir. Aslında hastanelerde risk yönetimi sağlık hizmeti sunumu sırasında meydana gelebilecek tüm kayıplar üzerinde kapsamlı bir şekilde ve titizlikle durmaktadır. Risk yönetimi programının gerçek anlamda kapsayıcı olabilmesi için şu kategorilerin tamamını içine alması gerekmektedir.

1.8.2.4.1. Hastalar İle İlgili Riskler

A.B.D.'de 70'li ve 80'li yıllarda meydan gelen malpraktis krizi ve buna bağlı olarak sigorta şirketleri ile yaşanan sorunlar risk yönetimi programında düzenlemelere ve uygulamanın yaygınlaşmasını gerekli kılmıştır. Bu yüzden birçok hastane risk yönetimi programına teşhis,tedavi ve hasta bakımı

süreçlerinde iyileştirmeler yaparak başlamıştır. Hasta bakımı, kliniksel risk yönetimi, profesyonel sorumluluk finansmanı ile iddia ve şikayet yönetimi hastanelerde risk yönetimi programının temelini oluşturmaktadır.

Çoğu hasta odaklı risk yönetimi programı doğrudan klinik hastalar üzerinde yoğunlaşmış ve uygunsuz ya da yanlış tedaviler ile uğraşmasına rağmen, hastalarla ilgili olarak bundan başka konularda söz konusudur. Bunlar (Hagg,1990,s.31):

- Hastalarla ilgili gizliliği olan bilgi aktarımı.
- Hastaları diğer hastalardan, ziyaretçilerden ve çalışanlardan gelebilecek saldırı ya da tacizlerden korumak .
- Hastalara tedavi ile ilgili verilen bilginin güvenilir olması.
- Hastaların din, dil, ırk veya parasal gücüne göre ayırt edilmeksizin tedavi edilmesi.
- Hastaların özel eşyalarının kaybolma ya da zarardan korunması.
- Hastaların beklenmedik enfeksiyonlardan korunması.
- Verilen sağlık hizmetinin güvenilirliğini ve hatasız yapılmasını sağlamak.

1.8.2.4.2. Tıbbi Personel İle İlgili Riskler

Hastanelerin tıbbi personeli ile ilgili riskler de hasta bakımı ile ilgili konuları direkt olarak içine almaktadır. Tıbbi personel ile ilgili sorunlar, risk yönetimi faaliyetleri içinde önemli yer tutmaktadır. Klinik hasta bakımında karşılaşılan ciddi problemlerin çoğu tıbbi personel ile ilgili olduğu için risk yöneticileri hastane tıbbi personelini, kliniksel kayıp önleme ve iddia yönetimini

programlarına dahil etmelidir ve tüm risk yönetimi faaliyetlerinde personelin desteğini sağlamalıdır.

Sağlık hizmetlerinde risk yöneticileri aşağıdaki sorunların çözümü için personelin dikkatini çekmelidir (Hagg,1990,s.31).

- Dikkatli bir şekilde gözden geçirme ve kalite güvence faaliyetlerine katılım.
- Hastalara ve kuruma yönelik elde edilen verilerin gizliliğinin korunması.
- Tıbbi personelin randevularını düzenlemesi ve acil hastaları belirleyip önceliği bu hastalara vermesi.
- Tıbbi personelin ticari konularda kendini sınırlaması,dürüstlük göstermesi ve kendi sorunları üzerine çalışması.

Sağlık hizmeti sunumu ile ilgili yasal düzenlemelerin giderek çoğaldığı geliştirildiği günümüzde, tıbbi personelin yaptığı tüm hareketler hastaneleri, eskisinden daha fazla etkilemektedir. Avukatların ve hakimi hastane lehine karar vermeye ikna etmesi iyice zorlaşmıştır. Bu durumda risk ya da kalite yöneticisi hastane üst yönetimine hastane ve tedavi kalitesini yükseltmede yardımcı olmak zorundadır.

Diğer taraftan sağlık hizmeti sunumunda personelin hastalık kapma riski de yüksek oranlardadır. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) tespitlerine göre dünyada her dakikada bir işçi iş kazası veya meslek hastalığından dolayı ölmektedir. Yine aynı kaynağa göre dünyada her yıl 110 milyon işçi iş kazası geçirmekte veya meslek hastalığına yakalanmaktadır. Fakat kazaların yalnızca % 3'ü korunması mümkün olmayan kazalar olup % 97'si genel olarak korunabilen kazalardır (www.insankaynaklari.com/makaleler.htm erişim:23 Ocak 2003).

Tüm sektörleri kapsayan bu kazalar içinde sağlık personeli de sağlık açısından tehlikeli sonuçlar doğurabilecek çalışma ortamlarında

çalışmaktadırlar. Yapılan araştırmalar, hastanelere yatırılan hastaların % 25 'inin enfeksiyon kaynağı olduğunu ortaya koymaktadır. Bir başka araştırmada, yatan hastaların günde 4,5 kilogramlık mikrop taşıyan atık yarattığı saptanmıştır. Sağlık kurumlarında, hastalardan kaynaklanan risklerin yanında, kullanılan ilaç ve malzemelerin yarattığı riskler de mevcuttur. Anestezik gazlar, radyasyon, laboratuarlarda kullanılan kimyasal maddeler sağlık açısından önemli tehlikeler içermektedir. Ortalama bir hastanede, insan sağlığını tehdit eden 1000'den fazla etkenin bulunduğu bilinmektedir (Kavuncubaşı, 2000,s.232).

Dolayısı ile risk yönetimi faaliyetlerinin yoğunlaştığı önemli bir noktada tıbbi personelin sağlığının korunması, varsa hasta sağlık personelinin görev almasının engellenmesidir. Hastanelerde bu konuda risk yönetimi programına yardımcı olarak enfeksiyon kontrol komiteleri faaliyet göstermektedir. Enfeksiyon kontrol komiteleri bu tür olayların bildirimi için uygun raporlama sistemi geliştirmelidir.

1.8.2.4.3. Diğer Personel İle İlgili Riskler

Tıbbi personel haricindeki personelin durumu da hastane yöneticilerinin dikkatini çekmelidir. Güvenli bir işyeri yaratmak, iş ile ilgili kaza ve olayları azaltmak, bulaşıcı hastalıkları önlemek, tedavi ve bakım planlarını düzenlemek hastane yönetiminin sorumluluğundadır.

Hastanelerde risk yöneticisi de işçilerle ilgili yasal düzenlemelerden haberdar olmak durumundadır ve bu konuda daha verimli çalışabilmek için insan kaynakları departmanı ile iletişim halinde olmalıdır. Örneğin çalışanlardan gelen bazı şikayetler, din, dil, ırk, ayrımcılığı ile terfilerde ve maaş artırımlarında haksızlık gibi konuları içermektedir. Risk yöneticileri bu tip sorunları zaman kaybetmeden insan kaynakları müdürüne bildirir ve bu sorunlarla ilgili insan kaynakları müdürü ile birlikte çalışmalar yapar (Hagg,1990,s.32).

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ

1.8.2.4.4. Diğer Riskler

Diğer riskler kapsamında doğal afetler, yangın, sabotaj, soygun, cihaz ve malzeme aksaklıkları, hastalara ve yakınlarına ait araç, eşya ve diğer kıymetlerin kaybı ya da zarar görmesi ile ilgili riskler için tedbir alınmaktadır . Hastane Yönetimi sorumluluğunda olan güvenlik, risk yönetimi ile güvenlik teşkilatının ortak çalışması ile çözümlenmektedir. Türkiye'de hastanelerde güvenlikle ilgili meydana gelebilecek riskleri azaltabilmek için 22.07.1981 tarihli resmi gazetede yayımlanan 2495 sayılı kanuna göre özel güvenlik teşkilatı kurulması gerekmektedir (Yazan,2000,s.23).

Tehlikeli madde yönetimi de diğer önlem alınması gereken konulardandır. Tehlikeli ve kimyasal maddelerin, etilen oksit, azot protoksit, oksijen gazı gibi patlayıcı maddelerin depolama, taşıma ve saklama ile ilgili riskleri önleyecek tedbirler alınmalıdır. Bu tür maddeler hem hasta, hem çalışan, hem de doğal çevre için büyük tehlike arz etmektedir. Yüksek riskli bu faaliyetlere yönelik prosedürler hazırlanmalıdır. Kuruluşta görev alan her türlü çalışanın kurumun politika ve prosedürlerine uyması gerekmektedir (Bengü,1996,s.27). Bunların ihmali veya ihlalinin önlenmesi için gerekli eğitim çalışmaları yapılmalıdır.

Diğer bir konuda hastanede uygulamalı klinik eğitimi alan stajyer öğrencilerin, gönüllülerin ve refakatçilerin durumudur. Bu tür kişilerin başına gelebilecek sakatlanma veya enfeksiyonlar için önlem alınması şarttır. Çünkü bu tür olaylar için sigorta kapsamı sınırlıdır ve normal bir çalışana oranla daha karmaşık sonuçlar doğurabilmektedir (Hagg,1990,s.32).

1.8.2.5. Risk Yönetiminde Yazılı Kaynaklar

Hastane ve sağlık kurumlarında üst yönetim, sağlık hizmetinin kalitesini sağlamanın yanında risk yönetimi, hasta güvenliği ve performans iyileştirme ile ilgili tüm faaliyetlerden sorumludur. JCAHO tüm sağlık kurumlarından risk içeren tüm süreçlerin performanslarının izlenmesini istemektedir (ECRI,2003,s.11). Bu amaçla kullanılan klinik performans indikatör sisteminden elde edilen sonuçlar risk yöneticileri için önemli bir veri kaynağı olmaktadır. Klinik performans indikatör sisteminin yanısıra, olay/problem raporları, tıbbi kayıtlar, komite raporları, hasta şikayetleri ve personel önerileri risk yönetimi için yazılı kaynakları oluşturmaktadır.

Klinik performans indikatörleri sistemi, JCAHO 'nun 1994 yılında akreditasyon sürecinin bir parçası olarak, sağlık kuruluşlarının performanslarını ölçmeye ve iyileştirmeye yardımcı olmak amacı ile geliştirdiği bir sistemdir. Bu sistemde geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış 42 gösterge bulunmaktadır. Sistem sağlık kurumlarının indikatör sonuçlarını JCAHO 'ya göndermelerini müteakip 60 gün içinde, risk düzeylerine uyarlanmış karşılaştırmalı raporların hastanelere geri gönderilmesi esasına göre çalışmaktadır (Erdoğan, 1998,s.77). Böylece kurum sisteme kayıtlı diğer sağlık kurumları ile karşılaştırmalı olarak, kendi performansı ve risk düzeyi ile ilgili verilere sahip olabilmektedir. Sistem bu özelliğinden dolayı kalite ve risk yöneticileri için önemli bir veri kaynağıdır.

Olay/problem raporu normal bir hastane işlemi dışında oluşan veya oluşabilecek olayların dokümantasyonunu ilk elden sağlamada ve hukuki bir süreçte hastanenin değerlendirilmesinde büyük önem taşımaktadır (Orlikoff ve Totten,1991,s.67). Olay/problem raporları, istenmeyen olayların, bir hasta için zararlı olabilecek veya kontrendikasyon (ters etki) yaratan herhangi bir ilaç,durum ya da oluşumu tanımlamak ve raporlamak için kullanılmaktadır. Her hastane nelerin raporlanabilecek bir olay meydana getirebileceğini ve bütün önleyici/düzeltici yapıları belirlemelidir (Kavaler ve Spiegel, 1997,s.17).

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Olay/Problem raporları ilgili kişilerce doldurularak hasta dosyasına konulmadan kalite/risk yönetimi departmanına veya ilgili komitelere hemen gönderilmesi gerekmektedir. Elde edilen bu veriler risk yöneticisine olası bir dava durumunda kanıt olarak kullanmak için yararlı olduğu gibi kalite güvence işlevleri için de oldukça önemli veri kaynağı olmaktadır. Modern bir hastanede risk yönetimi iletişim sisteminin kurulması hem kalite yönetimi hem de risk yönetimi açısından çok yararlı olmaktadır (Bengü,1996,s.8-10).

Tıbbi kayıtlar, hastane ve diğer sağlık kurumlarında kalıcı nitelikte, yasal, mesleki değeri ve etkisi olan yazılı belgelerdir. Bu kayıtların büyük bir bölümü hastaya özgü bilgilerin formlara yazılması ile elde edilmektedir. Tıbbi kayıtlar arasında hastanın acil servise ve polikliniklere kabulünden, başka servise nakli, ilk tanılaması, tedavi ve bakımı için yasal formları, istek formları ile hastaya yönelik tedavi, verilen ilacı ve bakımı gösterir bilgiler içeren yazılı kayıtlar bulunmaktadır (Bengü,1996,s.11).

Tıbbi kayıtların en önemli özelliği, kaydedilen durumun tarih ve saatini açık bir biçimde belirlemesidir. Bu tür kayıtların önemi, hasta ile ilgili tedavi seyrinin izlenmesi ile birlikte meydana gelebilecek herhangi bir hukuki sürece delil teşkil etmesidir. Bu bakımdan tıbbi kayıtları tam ve doğru tutulması ve rapor edilmesi sağlık personelinin yasal sorumluluğu olmaktadır.

Hastanelerde risk yönetimi komitesi ile birlikte enfeksiyon kontrol komitesi, hasta güvenliği komitesi, kalite güvence komitesi, tıbbi kayıtlar komitesi, kullanım değerlendirme komitelerinin raporları ve faaliyetleri kalite ve risk yönetimi açısından değerlendirilmektedir. Komitelerin elde ettiği sonuçlar ve riskleri önlemeye yönelik çalışmalar gelecekte meydana gelebilecek riskleri ortadan kaldırma çalışmalarında kullanılabilir ve bu çalışmalar kalite ve risk yönetimi departmanı ile birlikte çalışılarak daha verimli yürütülebilir .

Bir işletmede koşulsuz müşteri memnuniyetini göz ardı etmenin riskleri de oldukça yüksektir. Memnun olmayan müşterilerin %96'sı bir daha aynı yerden hiç hizmet almıyor. Hizmetten memnun kalmayan bir müşteri bu memnuniyetsizliğini 9-10 kişiye daha bahsediyor (Bostancı,1998,s.29). Dolayısı

ile memnun olmayan bir hasta, hastane için ekonomik olarak negatif etki yapabilmekte veya kurum imajını zedeleyebilmektedir. Bu yüzden hastanelerin hasta memnuniyetini ölçecek sistemler kurmaları gerekmektedir. Hastanelerde bu amaçla hazırlanan anketler, dilek ve öneri formları ve telefon ile hasta takibi gibi faaliyetlere ait sonuçlar risk yönetimi için diğer yazılı kaynakları oluşturmaktadır. Ayrıca bu sonuçlar, verilen hizmetin hastalar tarafından tatmin edici bulunup bulunmadığının belirlenmesi açısından önemlidir.

Yukarıda bahsedilen tüm yazılı kaynakların dışında personel önerileri de risk yönetimi için bir veri kaynağı oluşturmaktadır. Çünkü sağlık hizmetini bizzat yerine getiren personel riskli noktaları daha iyi görebilir. Bu bakımdan personel, risk içeren faaliyetler ile ilgili öneriler sunmaya yönlendirilmelidir.

Hastane risk yöneticileri birçok faaliyeti içeren risk yönetimi programının detaylarını anlatacak, hangi işin kim tarafından yapılması gerektiğini ortaya koyacak kapsamlı prosedürlere ihtiyaç duyar. Hazırlanan bu prosedürler, tek bir risk yönetimi el kitabında yer alabileceği gibi güvenlik el kitabı, hemşirelik hizmetleri el kitabı gibi diğer el kitaplarının içinde de yer alabilir. Aşağıdaki maddeler geniş çaplı bir risk yönetimi programında bulunması gereken prosedürleri içermektedir (Hagg,1990,s.26-27):

1. Vaka Raporlama Prosedürü: Vaka raporlama formlarının nasıl tutulacağını, ne zaman ve kimin tarafından doldurulacağını, doldurulan raporların gönderileceği makamın neresi olacağına ait bilgiler içerir.

2. Hasta Şikayeti Çözüm Prosedürü: Hasta şikayetlerinin kime yönlendirileceği ve raporlanmasına yönelik kuralları içerir.

3. Avukatlarla İrtibat Prosedürü: Önceki veya şimdiki bir hastamıza yönelik bir davanın avukatı ile irtibata geçme ve bilgi alma işleminin nasıl ve kim tarafından yapılması gerektiğinin belirlenmesine yönelik bir prosedür.

4. Hasta Gizliliği/ Bilginin açıklanması Prosedürü: Hastaya ait bilgilerin medyaya, üçüncü şahıslara ve sigorta kurumlarına aktarılmasına yönelik bir prosedür.

5. Hasta Bilgilendirme ve İkna Prosedürü: Hastaya yapılacak olan cerrahi müdahale ile ilgili hastayı ikna etme ve bilgilendirme prosedürü.

6. Ziyaretçilerin Zarar Görmesine Yönelik Prosedür: Hastanede zarar gören bir ziyaretçi ile karşılaşan personelin ne yapması gerektiğini, kimi çağırması gerektiğini ve ne tür bir form doldurması gerektiğinin açıklandığı prosedürdür.

7. Çalışanların Zarar Görmesine Yönelik Prosedür: Yaralanan ve zarar gören personelin nasıl bir hareket planı izleyeceğinin ve hangi formları doldurması gerektiğinin açıklandığı prosedür.

8. Taşıma Prosedürü: Hasta, malzeme ve cihazların güvenli bir şekilde kaldırılması ve taşınmasına yönelik tekniklerin yer aldığı prosedür.

9. Keskin Uçlu Materyal Kullanımı ve Atılması Prosedürü: Keskin uçlu ve batıcı şırıngalara karşı alınacak önlemler ve bertaraf edilmesi ile ilgili bilgileri içerir.

10. Koruyucu Bakım Prosedürü: Hastanede bulunan ekipman ve cihazların dokümante edilmiş bakım faaliyetlerinin planlanması ve yerine getirilmesi esaslarını içerir.

11. Ekipman Kiralama Prosedürü: Diğer sağlık kurumlarından kiralanan ve onlara kiralanan cihazlara yönelik esasları içerir.

12. Kusurlu Ekipman Prosedürü: Kusurlu cihaz ve malzemelerin sağlam olanlarından ayrılması ile test ve tamir aşamasına yönelik talimatları içeren prosedürdür.

Diğer ayrıntılı prosedürler, hastanenin yangın, güvenlik ve doğal felaket planları ile yüksek derecede risk içeren tehlikeli materyallerin kullanımına ilişkin konuları içermektedir.

1.8.2.6. Risk Yöneticisi

Hastanelerde risk yöneticiliği, son yıllarda giderek daha fazla önem kazan bir süreçtir. 1990 öncesinde daha çok cihaz satın alma sözleşmeleri, tazminat ödemeleri gibi finansal konularla ilgili görevler alırken, daha sonraki dönemlerde risk yöneticileri, potansiyel risklerin belirlenmesi ve analizi, sigorta programının geliştirilmesi, yürütülmesi ve gözlemlenmesi, risk yönetimi el kitabının oluşturulması ve dağıtımı, kontratların gözden geçirilmesi, hukuki konuları takip etme, problem/olay raporlarını muhafaza etme ve değerlendirme, kişisel ve örgütsel risk yeteneğini geliştirecek seminerlere katılma, seminer verme ve risk yönetimi prosedürlerinin güncellenmesi görevlerini yerine getirir (Rakich ve diğerleri,1992,s.453).

Tüm bu faaliyetleri yerine getirecek bir risk yöneticisi, hastanenin imajını ve finansal değerini korumak için her türlü gizli bilgiyi takip ettiği için, buna ek olarak tıbbi personel ve her kademedeki çalışanlar ile beraber risk yönetimi aktivitelerini koordine edeceği için örgütsel hiyerarşideki yeri mutlaka yüksek olmalıdır. Genellikle risk yöneticisi raporlarını genel müdür seviyesinde bir idari personele sunması gerekmektedir. Hastanenin örgüt şemasındaki pozisyonu klinik şefinin altına düşen bir risk yöneticisi büyük güçlükler yaşayacaktır. Bunların yanında sigortacılarla, avukatlarla ve risk yönetimi ile ilgili diğer tüm departmanlarla büyük güçlükler yaşayacaktır (Hagg,1990,s.23).

Risk yöneticisinin kişisel özelliklerine bakıldığında, ikna yeteneğine sahip, mesleki otoritesini kullanabilen, personel ile etkin bir şekilde çalışabilecek, farklı kaynaklardan gelen bilgileri değerlendirebilecek ve kişiler arası ilişkilerde kabiliyetli bir insan olmalıdır (Rakich ve Diğerleri,1992,s.453).

Risk yöneticisi, hastane çalışanlarını risk yönetimi uygulamaları hakkında haberdar eder, eğitir ve iletişimi sağlar. Ayrıca üst yönetim, risk yönetimi komitesi, risk yönetimi ile bağlantılı komiteler ve departmanlar arasında koordinatör ve program uygulayıcısıdır (Bengü,1996,s.21).

Risk yöneticisi, risk yönetimi komitesinin gündem ve toplantılarını hazırlar. Komitede görüşmek üzere günlük olay/problem raporlarını, hasta şikayetlerini, sözlü ve yazılı iletişim sonucu elde edilen verileri ve komitelerden elde edilen risklerle ilgili verileri inceler, değerlendirir ve potansiyel risklere yönelik kriterler geliştirir ve tıbbi kayıtlarla ilgili sapmaları da inceler (Smith ve Wheeler,1992,s.11).

1.8.3.Risk Yönetimi ile Bağlantılı Fonksiyonlar

Hastanelerde risk yönetiminin ilk uygulamaları, riski sigorta kurumlarına transfer etmekten ibaretti (Youngberg ve Ealy,1998,s.14). Fakat daha sonraki dönemde her türlü riski minimize ederek sağlık bakım kalitesini yükseltmeyi hedefleyen bir program haline gelen risk yönetimi programının; kalite güvence sistemi ile daha etkin uygulandığı görülmüştür.

Kalite güvence ve risk yönetimi bütünüyle aynı faaliyetlerden oluşmaz. Ancak her iki program arasında benzerlikler vardır. Risk yönetiminin risk tanımlama, analizi ve değerlendirme süreçleri ile kalite güvence sisteminin süreçleri arasında birçok benzerlik vardır. Her iki programında ana amacı hasta güvenliği ile doğru teşhis, tedavi yönteminin sağlanmasıdır (Martin, 1990, s.106)

1980 yılında Amerikan Hastaneler Birliği (AHA), kalite güvence ve risk yönetimi arasındaki bağlantıyı tanımlamak amacıyla uluslararası görev gücü oluşturmuştur. Bu çalışmalar, kalite güvence ve risk yönetimi programlarının kendilerine ait amaçlara ulaşabilmeleri için birlikte çalışmaları sonucunu ortaya koymuştur (Kavaler ve Spiegel,1997,s.13).

Ayrı ayrı programlar olarak düşünüldüğünde risk yönetimi ve kalite güvence arasındaki karşılaştırma şu şekildedir:

Tablo 3. Risk Yönetimi ve Kalite Güvence Fonksiyonlarının Karşılaştırılması

RİSK YÖNETİMİ	KALİTE GÜVENCE
• Enstitünün finansal değerlerini korur.	• Enstitünün hizmet felsefesini yansıtır.
• Hastaların, ziyaretçilerin ve malların zarar görmesini engeller.	• Bütün profesyonellerin performansını artırır ve hastaları korur.
• Kişisel kayıp ve tek kazalara odaklanarak kayıpları azaltır.	• Kurum tarafından sunulan sağlık hizmetinin kalitesine odaklanır.
• Sürekli izleme yoluyla geliştirilen hasta bakımı kalitesi ile kazaları önler.	• Sağlık hizmeti kalitesini standartlara ve ölçülebilen kriterlere göre geliştirir.
• Risk yönetimi uygulama süreci boyunca (risk tanımlama , risk analizi ,risk kontrolü ve risk finansmanı) tüm olayları ve olay gruplarını inceler.	• Problemli alanları sürekli olarak izleyerek gelecekteki kayıpları ve hastaların zarar görmesini önler.
• İnsan ve diğer değerlerin korunmasını sağlar.	• Problem tanımlama, problem değerlendirme, doğrulama eylemi, takip ve bulunanları raporlama gibi kalite güvence süreçlerini kullanarak, amaç ve standartlara bakımından uygunsuzlukları araştırır,
• Sağlık hizmetlerinde tüm insanlara, olaylara ve çevreye yöneliktir.	• Hasta bakımına yöneliktir.
• Kanuni, sigorta ve riskin finanse edilmesi faaliyetlerine odaklıdır.	• Sağlık hizmetini geliştirmeye odaklıdır.

Kaynak: Florence Kavaler and Allen Spiegel, Risk management in healthcare institutions:a strategic approach,Jones and Bartlett Publishers,1997,s.14

Tüm dünyada kabul gören ve sağlık hizmetleri ile ilgili tüm konularda standartlar hazırlayan Sağlık Kurumları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (JCAHO), 1986 yılında standartlarında yaptığı kapsamlı değişiklikler ile risk yönetimi faaliyetleri ile kalite güvence faaliyetlerini entegre etmiştir.

(Lee,1990,s.44-45). Bu entegrasyonda amaç her iki yaklaşımda da etkinliği arttırmaktır. Şu anda JCAHO'nun hastanelerden uygulamasını istediği standartların tümünde risk yönetimine yönelik kriterler yer almaktadır.

1.8.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvence

Son yıllarda sağlık hizmetlerinde kalite kavramının, dünyada olduğu gibi Türkiye'de de daha sık telaffuz edilmeye başlaması ile birlikte hastaneler kalite güvence veya kalite yönetimi sistemlerine ilgi göstermişlerdir. Bu gereksinim çoğunlukla, yaygın olarak tercih edilen ISO 9001 Kalite Yönetimi Sistemi belgesinde karşılık bulmaktadır. Bununla birlikte, EFQM mükemmellik modeli ile JCAHO akreditasyon standartları da hastane yöneticilerinin spektrumunda yavaş yavaş kendilerine yer açmaya başlamaktadırlar (Türköz,2000,s.42).

Tanımı yapılacak olursa sağlık hizmetlerinde kalite güvence; hastalar için hazırlanan bakımın yayınlanmış kriterlere karşı ölçümünün yapıldığı biçimsel ve sistematik bir programdır. Bu program aşağıdaki fonksiyonları yerine getirir (Martin, 1990,s.101):

- Hasta bakımında karşılaşılan problemleri tanımlar.
- Bu problemlere karşı uygulanacak faaliyetleri düzenler.
- Yeni problemlerle karşılaşılmaması için sürekli gözetimde bulunur ve atılan adımların verimli olup olmadığını inceler.

Kalite güvence faaliyetlerinin birincil hedefi hasta bakımı kalitesinin iyileştirilmesidir. Bu program birçok hastane faaliyeti ile hasta bakımı kalitesini geliştirmeyi ve izlemeyi amaç edinmiştir. Örneğin enfeksiyon kontrol komitesi, ilaç kullanım takipleri gibi faaliyetler kalite güvence sürecindeki problemleri tanımlamada kullanılır. Bu faaliyetlerden elde edilen bilgiler problemlerin tanımlanmasında ve çözümünde faydalı olmaktadır (Martin, 1990,s.102).

1.8.3.1.1.EFQM Mükemmellik Modeli

Günümüzün gelişen kalite ve yönetim yaklaşımları doğrultusunda kurumsal mükemmellik anlayışını benimseyen ülkeler bu çağdaş yaklaşımı çeşitli ulusal/uluslararası modellerle teşvik etmektedir. Japonya'da Deming, ABD'de Malcolm Baldrige ve Avrupa'da EFQM modelleri en tanınmış ve yaygın kullanım zemini bulmuş kurumsal mükemmellik modelleridir. Ülkemizde de EFQM kriterlerini esas alan Mükemmellik Modeli benimsenmiştir (http://www.kalder.org/prewiew_content.asp erişim: 12 Aralık 2002).

Bu Model, 1988 yılında kurulan EFQM (European Foundation for Quality Management) tarafından, bir öz değerlendirme ve ödüllendirme aracı olarak geliştirilmiştir. Model, toplam kalite yönetimini uygulamaya çalışan kuruluşlar için bir rehber niteliği taşımakta ve aynı zamanda bir yarışma platformu oluşturmaktadır. EFQM, 1992 yılından bu yana düzenlediği "Avrupa Kalite Ödülü" yarışmasında, modeli başarıyla uygulayan kuruluşları ödüllendirmektedir. Ülkemizde de TÜSİAD - KalDer tarafından uyarlanan model çerçevesinde, 1993 yılından itibaren her yıl "Ulusal Kalite Ödülü" yarışması düzenlenmektedir. Yarışmaya katılan kuruluşlara, değerlendirme sonucunda, son derece detaylı ve yönlendirici bir geribildirim verilmektedir. Geliştirilen model herhangi bir sektöre özel olmamasına karşın, ödüle başvuran ve ödül kazanan kuruluşların niteliği, bu modelin yaygın olarak üretim sektörü tarafından tercih edildiğini ve başarıyla uygulandığını göstermektedir (Türköz: 2000,s.43). Son yıllarda EFQM mükemmellik modeli hizmet sektörü tarafından artan oranda talep görmektedir ve bu konuda çalışmalar devam etmektedir.

1.8.3.1.2. ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi

ISO-9000 kalite güvence mantığı, bir organizasyonu oluşturan değişik birimlerin iş prosedürlerinin önceden belirlenen kontrollü şartlar altında yürütmeyi, izlemeyi, çıkacak sorunları tanımlamayı ve bu sorunları düzeltme ve iyileştirme faaliyetlerini içermektedir. Birim çalışanları, yürütülen fonksiyonların iyileştirilmesi için belirli aralıklarla toplanarak sorunlara çözüm yolları aramakta ve öneriler üretmektedirler (Çoruh, 1998,s.4).

Bir kalite güvence sistemi olarak sunduğu pek çok avantaja karşın, ISO 9000'in 1994 yılında yayınlanan modelinde, standartlar hizmet sektörüne yönelik olarak oluşturulmadığından, hizmet üretim ve sunum süreçlerinin tamamını kapsamamaktadır. Ayrıca standartlar, tıbbi sonuçların kalitesini doğrudan kontrol etmek için yeterli değildir. Bunun yanında, ISO 9000 sistemi tıbbi süreçleri içermediği için doktorlar tarafından da tam olarak benimsenmemektedir. Daha da ötesi, sistem, düzeltici ve önleyici faaliyetleri zorunlu kıldığı ancak sürekli iyileştirmeyi zorunlu kılmadığı için standartlara bir kez tam uygunluk sağlamak, belgenin devamı için yeterli sayılmaktadır. Karşılaşılan bu dezavantajlar, avantajların etkisini azalttığından, bunları karşılayacak yeni bir sisteme ihtiyaç duyulduğu bir gerçektir (Çoruh, 1998,s.4).

ISO (International Organization for Standardization), 1994 yılında yayınlamış olduğu ISO 9000 standartlarının, EFQM Mükemmellik Modeli'ne uygun olarak yenilenmesine karar vermiş; 2000 yılını hedefleyerek revizyon çalışmalarına başlamıştır. Bu çalışmalar sonucunda, standartların toplam kalite ve iş mükemmelliği gereklerini içerecek şekilde geliştirilmesi sağlanmış ve ek yükümlülükler getirilmiştir. Ortaya çıkan yeni modele, "ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemleri" adı verilmiştir. Revize edilen standartların getirdiği yenilikler arasında, hizmet sektörünün de kapsanması, müşteri gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanmasının bir zorunluluk haline getirilmesi, ölçüm, analiz ve sürekli iyileştirme fonksiyonlarının, hem kalite sistemi hem de süreç ve hizmet performansını içine alacak şekilde ana maddelerden birini oluşturacak

derecede önem kazanması gibi farklılıklar sayılabilir. ISO 9001:2000 standardı 2000 yılının sonunda tamamen yürürlüğe girmiştir (Türköz: 2000,s.43).

1.8.3.1.3. JCAHO Akreditasyon Standartları

Akreditasyon, bir organizasyonun (örneğin bir hastanenin), bir programın veya grubun standartlar veya kriterler ile uyumunun yetkili bir kuruluş tarafından incelenmesi ve onaylanmasını içeren resmi bir işlemdir (Hasan Kuş, "Sağlık Sektöründe Akreditasyon ve ISO 9000 Standartları" http://www.merih.net/ m1/whaskus02.htm erişim:14 Aralık 2002).

Hastanelere yönelik ilk akreditasyon standartları, hasta bakımı kalite ve güvenliğinin izlenmesi ve denetlenmesi amacıyla, 1917 yılında American College of Surgeons (ACS) tarafından ABD'de geliştirilmiştir. ACS, standartlar doğrultusundaki denetimlerini 1950'li yıllara kadar sürdürmüştür. Ancak hastane denetim taleplerindeki artış sonucunda, 1951 yılında, diğer büyük ulusal sağlık organizasyonlarıyla birleşerek, Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) isimli kuruluşu oluşturmuşlardır. Bu tarihten itibaren birçok sağlık hizmetinde kuruluş akredite edici rol oynamaktadır (O'Leary,1990,s.301). Dünyadaki en büyük akreditör 1994 yılı içinde 4264 organizasyonu denetleyen JCAHO'dur (Hasan Kuş, "Sağlık Sektöründe Akreditasyon ve ISO 9000 Standartları http://www.merih.net./m1/ whaskus02.htm erişim:14 Aralık 2002). Bu sayı 2002 yılında 17000'i geçmiştir (http://www.jcaho.org/htba/index.htm erişim: 14 Aralık 2002).

Akreditasyon uygulamaları kapsamında 1960'lı yıllarda, yaşam güvenliği ve tıbbi kadro standartları, 1970'li yıllarda tanı ve prosedürler ile ilgili standartlar, 1980'li yıllarda ise maliyet kontrolüne odaklı standartlar geliştirilmiş ve uygulanmıştır. JCAHO, 1987 yılında, sağlık hizmetinde kalitenin sürekli iyileştirilmesine odaklanan akreditasyon uygulama sürecini başlatmıştır (Türköz, 2000,s.43).

Akreditasyon hizmetini sağlık sektöründe daha geniş bir alana yayabilmek amacı ile 1989 yılında JCAH'nun açılımı, "Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)" olarak değiştirilmiştir. Birleşik Komisyon (Joint Commission) olarak da anılan bu kuruluşun misyonu, hastanelerde ya da sağlık bakımı verilen diğer kuruluşlarda, hizmet kalitesi ve standartlarının oluşturulması, izlenmesi ve denetlenmesi yönünde sistematik bir yaklaşımın geliştirilmesi olarak belirlenmiştir. Birleşik Komisyon, 1990'lı yıllardan itibaren performans odaklı standartlara ağırlık vermektedir (Türköz, 2000,s.43).

ABD'deki yaklaşık 6,800 hastanenin %80'inin akreditasyonunu üstlenmiş olan Birleşik Komisyon (JCAHO), ABD dışındaki ülkelere de açılmış ve uluslararası akreditasyon için "Joint Commission International" (JCI) isimli alt kuruluşunu oluşturmuştur. Bu kuruluşun bir alt kolu olan "Joint Commission International Accreditation" (JCIA), uluslararası standartların geliştirilmesi ve akreditasyon için çalışırken, bir diğer alt kolu olan "Joint Commission Worldwide Consulting" (JCWC) ise uluslararası düzeyde (hükümetlere, hastanelere ve diğer sağlık kuruluşlarına) eğitim/danışmanlık hizmeti vermektedir (http://www.jcaho.org erişim:10 Temmuz 2002).

JCAHO'ya göre hastaya verilen hizmetlerin değerlendirilmesi için üç alan seçilmiştir (Çoruh,1997,s.2).

1) Hasta odaklı fonksiyonlar (hasta hakları, sağlık kuruluşunun görev ve kuralları, hastanın muayenesi, teşhisi, tedavisi, bakımı, eğitimi ve sağlık hizmet sunumunun devamlılığının sağlanması).

2) Sağlık kuruluşunun fonksiyonları (performans iyileştirme, liderlik, tedavi ve bakım ortamının düzeninin sağlanması, insan kaynaklarının yönetimi, enfeksiyonların izlenmesi, kontrol altında tutulması ve önlenmesi).

3) Hastane organizasyon ve fonksiyonları (yönetim, idare, tıbbi kadro ve hemşirelik).

Hastane fonksiyonlarının değerlendirilmesinde genellikle yer alan birim / bölümler Tablo 4' de görülmektedir.

Tablo 4. JCAHO Hastane Standartlarının Uygulandığı Birim/ Bölümler.

Hasta Kabul	Diş Hekimliği
Poliklinik	Radyoloji
Acil	Radyoterapi
Anestezioloji	Beslenme ve Diyet
Kalp Kateterizasyonu	Personel Sağlık Serv.
Kalp Damar Yoğun Bakım	Bütçe / Muhasebe
Yeni Doğan Yoğun Bakım	Levazım /Ayniyat
Dahiliye ve Cerrahi Yoğun Bakım	Çamaşırhane
Pediatrik Yoğun Bakım	Eğitim
Kütüphane	Nükleer Tıp
Hasta Dosyaları Arşivi	Okipasyonal Tedavi
Hemşirelik Hasta Bakım Hizmetleri	Fizik Tedavi
Patoloji / Klinik Laboratuar	Rehabilitasyon
Eczane	Solunum Merkezi
Psikiyatri Hizmetleri	Konuşma Tedavisi
Renal Analiz	Cerrahi Bölümü
Sosyal Hizmetler	Alkol-İlaç Bağımlılığı
Ulaşım	Sağlam Çocuk

Kaynak: JCAHO Akreditasyon Değerlendirme Alanları El Kitabı ,1996

Akreditasyon şemalarında standartların genel olarak: Politikalar ve değerler; organizasyon, yönetim; servisin faaliyetleri; verilen hizmet ve servisler, çevre; iletişim, bilgi; operasyonel politikalar; çalışanların yetenekleri, eğitim; kalite yönetimi gibi belli başlıklar altında gruplandırılarak değerlendirildiği görülmektedir. Yaygın kanının aksine eleman sayısını, binaları veya finansal sistemi tanımlayan akreditasyon standartları bulunmamaktadır. Sağlık hizmetindeki standartların kaynaklarına bir göz atarsak, bunlar şu şekilde sıralanabilir (Çoruh,1997,s.4):

- Yasal düzenlemeler: Çevresel, iş sağlığı, iş yasaları.
- Halk sağlığı politikası.
- Ulusal düzeyde hazırlanmış raporlar, değerlendirmeler.
- Sigorta organizasyonları.
- Değişik kaynaklardan elde edilen standartlar: Hastanelerin bireysel olarak geliştirdiği standartlar veya uluslararası kaynaklı olanlar (JCAHO gibi).
- Sektörde yapılan araştırmalar.
- Halkın beklentisi.
- Tıp çalışanlarının konsensüsü.
- Mevcut tıp pratiği.

1.8.3.1.4.Sağlık Hizmetleri Bakımından Kalite Güvence Modellerin Karşılaştırılması

Aşağıda yer alan matriks, JCI'in hastaneler için yayınlayacağı en son uluslararası standartlar ile EFQM ve ISO 9001:2000 modellerinin kapsam yönünden ve hastaneler açısından karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi için

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ

hazırlanmıştır. Bir yorum çalışmasını yansıtan bu tabloda, gündemdeki üç model, geliştirdikleri en temel ölçütler ile kıyaslanmaktadır (Yeşim Türköz,"Türk Hastanelerine Özgü Bir Kalite Modeli Oluşturulabilir mi? http://www.merih.net/m1/wyturk02.htm, erişim: 28 Aralık 2002) .

Tablo 5. Model Karşılaştırma Matriksi

ÖLÇÜTLER	JCI Uluslararası Akreditasyon Modeli	ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemleri	EFQM Mükemmellik Modeli
TEMEL YÖNETSEL SORUMLULUKLAR			
Üst yönetimin kuruluş misyonunu kabul etmesi ve misyonun yerine getirilmesi için gereken politika ve planları onaylaması	**	**	**
Kalite yönetimi ve iyileştirmesinde tüm yöneticilerin liderliği	**	* (yalnızca tepe yönetimi zorunlu kılıyor)	**
Kalite yönetimi – iyileştirme planı ve programının yazılması / politika ve stratejilerin belirlenmesi	**	**	* (yazılı bir kalite yönetim planı istemiyor)
Tanımlanan sistemin gerektirdiği tüm kaynakları sağlama ve yönetme	**	**	**
Bilgi Yönetimi	**	* (tanım net değil)	**
İNSAN KAYNAKLARI POLİTİKALARI			
Personel ihtiyacı, kalifikasyonları, seçimi,yerleştirilmesi, oryantasyonu, yer değiştirmesi ve sorumluluk devri ile ilgili plan ve standartların oluşturulması	**	-	**
Çalışanların eğitim ihtiyacının belirlenmesi ve karşılanması	**	**	**
Çalışan Performansının değerlendirilmesi için sistem oluşturma ve uygulama	**	* (eğitim performansı ile sınırlı)	**

Çalışan beklentileri ve tatmininin ölçümü	* (akreditasyon için zorunlu değil)	-	**
Çalışanların tanınması, motivasyonu ve ödüllendirilmesi	* (yönetim öncelik verirse)	-	**
MÜŞTERİ ODAKLILIK			
Müşteri ihtiyaçlarının belirlenmesi ve karşılanmasını esas alan bir sistem oluşturma	**	**	**
Müşteri tatmini ölçüm kritelerini / göstergelerini belirleme, ölçme, analiz etme, değerlendirme	**	**	**
Hasta haklarının esas alınması ve uyulması zorunluluğu	**	-	-
SÜREÇLER			
Hasta kabul, tetkik, tanı, tedavi, bakım ve eğitim sürecine ilişkin Standardlar	**	-	-
Satınalma süreci, tedarikçi değerlendirmesi ve işbirliğine ilişkin Standardlar	-	**	**
GÜVENLİK			
Risk yönetimi	**	*	*
Enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi	**	-	-
SONUÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	**	*	*
**tam olarak kapsıyor * sınırlı düzeyde kapsıyor - kapsamıyor			

Kaynak:"http//www.merih.net/m1/wyturk02.htm, erişim: 28 Aralık 2002

Her üç model de güçlü yanları ile kendini gösterirken temel özelliklerde birbirlerinden ayrılmaktadır. JCAHO akreditasyon modeli, hastaneler için geliştirilmiş olduğundan, standartlar, yapı süreç ve sonuç boyutlarında bir

hastane için önemli ve öncelikli olan tüm ayrıntıları kapsamaktadır. Standartların zorunlu kıldığı maddeler, hastanenin birincil sorumluluklarına odaklanmıştır. Bunun dışında kalan alanlar ise yönetimin öncelikleri arasında yer alıyor ise önem kazanmaktadır. Bu nedenle, akreditasyon modeli, idari fonksiyonlar ile çalışanların memnuniyetine yönelik uygulamalar yönünden, direkt bir zorlayıcılık getirmemektedir (Yeşim Türköz,"Türk Hastanelerine Özgü Bir Kalite Modeli Oluşturulabilir mi? "http//www.merih.net/m1/wyturk02.htm, erişim: 28 Aralık 2002).

Diğer görüş ise JCAHO akreditasyon standartlarının sadece sağlık hizmetlerine odaklandığı için sağlık hizmeti dışı konularda ISO 9000 standartlarına ve mükemmellik modeline göre eksik yönlerinin olduğu, bu nedenle hastanelerin ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi ve EFQM Mükemmellik Modelinin her sektöre uyarlanabilen üretim ve hizmet şartlarını tanımlayabilen ve her sektörün misyonlarına uygun olarak bu şartları yorumlayan kendi modellerini yapılandırmaları şeklindedir (Türköz,2000,s.43).

Fakat bu görüşü kabul etmek mümkün görünmemektedir. Uygulamalarda sadece her sektöre uyarlanabilen kalite güvence modellerinin özellikle sağlık konularında eksik tarafları olduğu için hastanelerde bütünsel açıdan başarılı olamadıkları görülmektedir. Bu açıdan Türkiye'de sağlık alanında ulusal bir akreditasyon kurumuna ihtiyaç duyulduğu sık sık gündeme gelmektedir. Özellikle ISO belgeli hastanelerin JCI akreditasyon standartlarına doğru bir eğilim gösterdikleri gözlenmektedir (Yeşim Türköz,"Türk Hastanelerine Özgü Bir Kalite Modeli Oluşturulabilir mi? "http//www.merih.net/m1/wyturk02.htm, erişim: 28 Aralık 2002).

1.8.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Kullanım Yönetimi

Hastanelerde verimlilik ve kaliteyi etkileyen en önemli faktörlerden birisi de hastane hizmetlerinin gereksiz ya da gereğinden fazla kullanımıdır. Bu kullanım;

a) Gereksiz yatak kullanımı,

b) Gereksiz tetkikler,

c) Gereksiz cerrahi girişimler,

d) Gereksiz ilaç kullanımı olmak üzere dört başlık altında toplanabilir (Şahin,1999,s.102-103).

Özellikle A.B.D.'de yaygın olan kullanım yönetimi programı, sağlık hizmeti sunarken kullanılan kaynakların ne derece doğru ve yerinde kullanıldığını ölçen ve analiz eden bir programdır. Sağlık hizmetinde kullanılan ilaç ve benzeri maddelerin hem fazla kullanımı hem de eksik kullanımı hastaya zarar verebileceğinden dolayı büyük riskler taşımaktadır. Bu bakımdan kullanım yönetimi fonksiyonu risk yönetimi ile doğrudan bağlantılı bir fonksiyondur. Buna ek olarak yatan hastaların gereğinden daha fazla süre yatırılmalarının kontrol altına alınmasına yardımcı olan bu program, bu yönüyle de risk yönetimi programı ile ortak çalışmaktadır. Çünkü hastanın hastanede kaldığı her bir gün çeşitli risklere neden olabilmektedir ve maddi olarak ta kayıplara yol açabilmektedir (Helm,1990,s.114).

1.8.3.2.1. Tarihsel Gelişimi

Değişen ekonomik koşullar, krizler, rekabetin artması, sigorta kurumlarının, işverenlerin, sendikaların, devlet ve diğer grupların "kaliteli ve verimli" sağlık hizmeti sunumu yönünde baskı yapmaları sağlık kurumlarını maliyetleri kontrol altına alacak ve etkinliği artıracak sistem arayışına itmiştir. Bu amaçla 1960'lı yıllarda ABD'de, bir kısmından elde edilen sonuçların Tablo 6'da yer aldığı çeşitli araştırmalar başlatılmıştır. Bu araştırmalardan elde edilen sonuçlar, sağlık kurumlarında kullanım yönetiminin gerekliliğini ortaya koymuştur. Kullanım yönetiminin önem kazanmasının diğer bir önemli faktörü de hizmet maliyetlerinin ciddi bir şekilde artması ve buna bağlı olarak

hükümetlerin ve sigorta kurumlarının maliyetlerinin denetim altına alınması yönünde sağlık kurumlarını zorlamalarıdır (Kavuncubaşı ve Kısa,2002,s.281).

Tablo 6. Kullanım Yönetimi ile İlgili Temel Araştırmalar ve Bulgular.

YIL	TEMEL BULGULAR
1963	Genel hastanelerde uzun süre yatan hastaların % 40'ının hastane bakımına gereksinimi bulunmamaktadır.
1967	New York belediye hastanelerinin % 22'sinde, özel hastanelerin %1'inde laboratuar tetkikleri tam ve doğru biçimde gerçekleştirilmemektedir.
1962-1964	Bir sendikaya bağlı işçilerin ailelerinden hastaneye yatırılarak tedavi görenlerin %40'ı yetersiz hizmet almaktadır.
1962	Bir eğitim hastanesinin polikliniklerinden yararlanan hastaların %15'inde gerekli rutin tetkikler yapılmamakta,hastaların %22'sinin hastalığına da doğru teşhis konulamamaktadır.
1967	Yatan hastaların % 5'inde antibiyotik zehirlenmesi ortaya çıkmaktadır.
1976	Poliklinik hastalarına uygulanan antibiyotik tedavilerinin % 25-40' gereksizdir.

Kaynak: Şahin Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, 2000, s.358

1.8.3.2.2. Kullanım Yönetiminin Tanımı

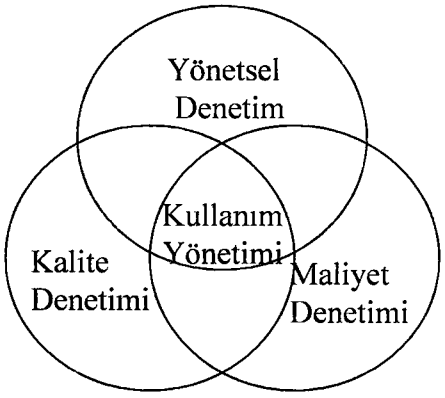
Günümüzde sağlık kurumlarının en büyük problemlerinden birisi de ellerinde bulunan kaynakları verimli bir şekilde kullanamamalarıdır. Mal üretimi yapan bir işletmede bunun kontrolü fazla zorlanmadan yapılabilmektedir. Fakat

söz konusu uygulamalar karmaşık yapısından dolayı bir sağlık işletmesinde kolaylıkla uygulanamamaktadır. Bunun birçok nedeni vardır, sağlık hizmetinin çeşitlilik arz etmesi, değişik uzmanlık alanına sahip birçok kişinin bir arada çalışıyor olması, hizmet verilen kitlenin toplumun her kesiminden bireyler olması bu nedenlerden bazılarıdır.

Kaya'ya göre (1996,s.42) kullanım yönetimi; "ihtiyaç duyulan hizmetlerin kullanılabilirliğini sürdürürken, gereksiz yada uygun olmayan hastane kullanımını belirlemek ve azaltmaktır şeklinde açıklamaktadır. Burada bahsedilen uygun olmayan hastane kullanımı hastanın tıbbi ihtiyacına uygun olmayan kullanım" olarak tanımlanmaktadır.

Diğer tanımda kullanım yönetimi; sunulan hizmetlerin hem ekonomik olmasını sağlayan, hem de hastaların tıbbi gereksinmelerini karşılamayı amaçlayan programlardır. Şekil 2'de verildiği gibi üç faktörün bileşiminden oluşmaktadır. Bu faktörler şunlardır (Kavuncubaşı ve Kısa,2002,s.282-283):

- Kalite Denetimi,
- Maliyet Denetimi,
- Yönetsel Denetim .



Şekil 2. Kullanım Yönetiminin Bileşenleri

Kaynak: Şahin Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, 2000, s.360

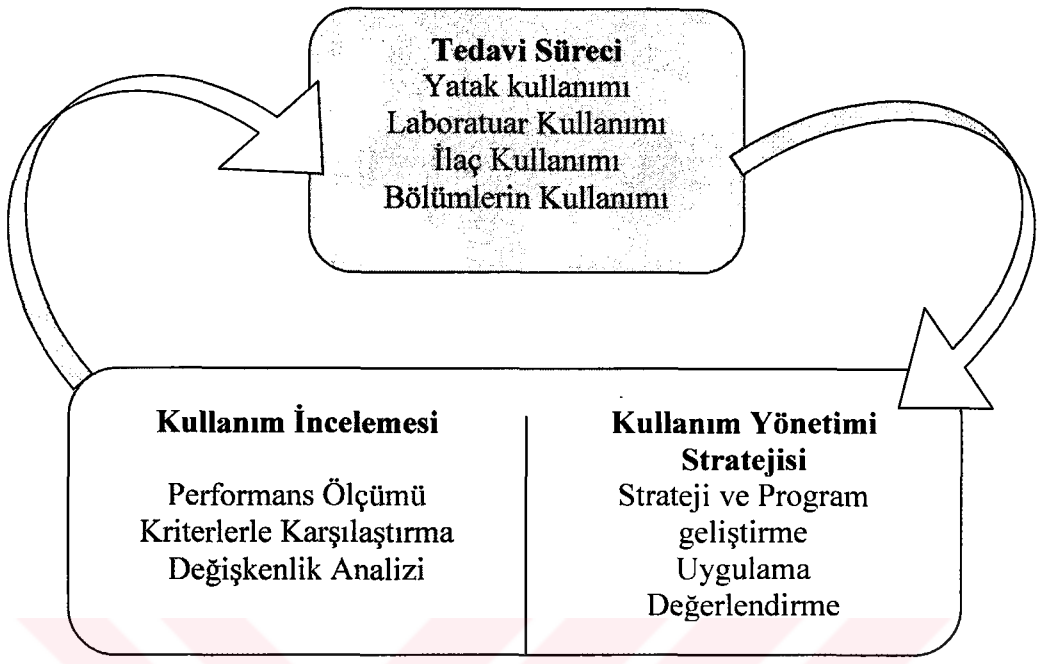
Kalite Denetimi, sağlık hizmetlerinin daha önceden belirlenmiş standartlara ve prosedürlere uygun bir şekilde yapılmasını sağlayan araç ve teknikler bütünüdür.

Maliyet Denetimi, sağlık hizmeti sunumunda kullanılacak kaynakların miktarlarını standartlaştırmayı, israfa yol açan faktörleri belirlemeyi,verimliliği yükseltmek için alınması gereken önlemleri kararlaştırmayı ve sonuçları kontrol etmeyi sağlayan faaliyetleri içermektedir.

Yönetsel Denetim ise, sağlık kurumunun amaç,strateji ve politikaları çerçevesi içinde hizmet üretilmesini sağlayan bir mekanizmadır.Yönetsel denetim sürecinde, sunulan hizmetin kurumun kalite politikasına uygunluğu araştırılmakta ve gerekli tedbirler alınmaktadır.

Kullanım yönetimi, kaynakların israf edilmeden en ekonomik bir şekilde kullanılmasını hedefler. Kaynakların ekonomik bir şekilde kullanılması, pahalı ve kaliteli sağlık malzemelerinin yerine daha ucuz ve yada daha alt kalite olanlarının seçilmesi ve bu yolla tasarrufa gidilmesi şeklinde algılanmamalıdır. Burada bahsedilen gereksiz harcamaların, örneğin, gereğinden fazla hastanede yatış günleri, ilaç tüketimi, farklılaşan ve bir standardı olmayan tedavi bakım hizmetleridir. Bu tarz gerekli olmayan harcamaların yerine bu kalemlerden arta kalan bütçenin daha nitelikli ve uygulamada standartlaşmış bir hizmete dönüşmesi etkin bir kullanım yönetiminin hedeflerindendir.

Kullanım incelemesi, kullanım yönetiminin önemli öğelerinden birisidir (Kavuncubaşı,2000,s.359).



Şekil 3. Kullanım Yönetimi Süreci

Kaynak: Şahin Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, 2000, s.362

1.8.3.2.3. Kullanım İncelemesi

Kullanım incelemesi yada kullanım değerlendirme, insan ve malzeme kaynaklarının, belirlenen amaçlar çerçevesinde en verimli ve en ekonomik şekilde kullanılmalarını ifade etmektedir (Türk Standardı,TS 12215,1997,s.3).

Kullanım incelemesi hastanın tıbbi kayıtlarının incelenerek, sağlık bakım sürecinin verimliliği ve bakım yeri, sıklığı ve süresi ile ilgili kararların uygunluğunun değerlendirilmesi olarak tanımlanabilir (Kaya,1996,s.41).

Kavuncubaşı ve Kısa'ya (2002,s.285) göre ise kullanım incelemesi önceden belirlenen kriterler ve/veya uzman görüşü yardımıyla, hastaya ait tıbbi kayıtların incelenerek verilen hizmetlerin uygunluğunu belirleme işlemidir.

Kullanım incelemesi kavramı çerçevesinde iki tür uygun olmayan kullanımdan bahsetmek mümkün olmaktadır. Bu kullanımlar (Kaya,1996,s.42):

a) Fazla Kullanım: Hastaya faydası olmayan, hastanın eve gidecek kadar iyileştikten sonra hastanede fazladan yattığı günler yada daha alt düzeyde ve maliyeti daha az olan bir yerde (örnek olarak, yatakta değil ayakta bakımın verildiği bir yerde) verilmesi mümkün olan bakımdır.

b) Yetersiz Kullanım: Hastanın tıbbi ihtiyacının karşılamada tür, yer yoğunlu yada zaman bakımından yeterli olmayan bakımdır. Örnek verilecek olursa, yatarak bakım görmesi gereken bir hasta hastaneden taburcu edildiğinde ya da komplikasyon riski hastanede yatarak tedavi edilmesini hastaneye yatırmaksızın ayakta cerrahi işlem yapıldığında yetersiz kullanım meydana gelmektedir. Kullanım inceleme çalışmalarının üzerinde durduğu nokta fazla kullanım üzerinedir.

Kullanım incelemesi ele alındığında, kullanım incelemesinin temelini oluşturan Kaya'ya (1996,s.43) göre dört boyuttan söz edilmektedir. Bunlar:

-Verilen bakımın *ne* olduğu, hastanın tıbbi ihtiyaçlarının karşılayıp karşılamadığı

-Bakımın *ne* zaman verildiği, hastanın ameliyattan önce gereksiz yattığı gün olup olmadığı,

-Bakımın *ne kadar* verildiği, hastanedeki yatış süresinin, laboratuar testlerinin sayısının uygun olup olmadığı.

-Bakımın *nerede* verildiği, hastanın, hastane düzeyinde bakıma ihtiyacı olup olmadığıdır.

Bu doğrultuda kullanım incelemesinin verilen hizmetin uygunluğunu sağlamaya yönelik bir faaliyet olduğunun söylemek mümkündür. Hastanın tıbbi gereksinmelerini gerçekten karşılayan hizmetlerin doğru biçimde ve doğru yerde sunulması olarak tanımlayabileceğimiz hizmetin uygunluğunu dört faktör etkilemektedir. Kavuncubaşı ve Kısa'ya (2002,s.286) göre bu faktörler:

-Verilen hizmetin uygunluğu

-Hizmetin sunum biçiminin uygunluğu

-Hizmetin sunulduğu kurumun uygunluğu

-Hizmetin miktar olarak uygunluğu,

şeklinde sıralanabilir.

Bu noktadan hareketle etkin bir kullanım incelemesi programının uygulanabilmesi için gerekli kriterler şu şekilde sıralanmaktadır (Türk Standardı,TS 12215,1997,s.5-6):

-Hastane kaynaklarının ekonomik ve etkili bir şekilde kullanılmasını ve hasta bakımını kaliteli olmasının sağlamak zorundadır.

-Aşırı kullanımı, yetersiz kullanımı ve kaynakların verimsiz programlanması konularında incelenmesini içermelidir.

-Hastanede programın uygulanmasına yönelik yazılı bir plan bulunmalıdır ve plan tıbbi kadro, idare ve yönetim kurulu tarafından onaylanmalıdır.

-Yazılı plan dahilinde, destek hizmetlerin sağlanmasındaki gecikmeler, hasta kabulü, yatış ve destek hizmetlerinin tıbbi gereğinin ve uygunluğunun yanı sıra, kullanım ile ilgili problemleri tarif edecek yöntemler yer almalıdır.

-Hastanın kabulünü takiben başlatılacak sürekli kalış değerlendirme tarihlerinin belirlenmesi için hasta yatış günü normları, yüzdelerinin kullanıldığı prosedürler ve hastanın hastaneden taburcu olması ile ilgili mekanizma bulunmalıdır.

-Hastanın kullanımı ile ilgili problemlerini tanımlamak üzere hastanede kalite güvencesi faaliyetleri bulguları ile diğer ilgili belgeler olmalıdır.

-Hastanın teşhis ve tedavisi için hastane dışında ki birimlerden hizmet alınması durumunda, bunların hizmet standartları ile hastanenin kendi hizmet standartları arasında uygunluk bakımından karşılaştırma yapılması gereklidir.

-Problemlerin tespit edilmesi ve alınan düzeltici tedbirlerin etkilerinin dokümante edilebilmesi için hastane kaynak kullanımı, geriye dönük bir biçimde izlenmelidir.

-Hizmetlerin finansman kaynağı, uygunluğa yönelik değerlendirmelerde hastaların tespit edilmesinde tek belirleyici etken olmamalıdır.

-Hasta yatış süreleri teşhislere, problemlere, veya prosedürlere özel olmalıdır.

1.8.3.2.3.1. Kullanım İncelemesi Yaklaşımları

Sağlık hizmetlerinde ekonomik faydayı sağlayabilmek adına sağlık kuruluşlarından faydalanan ve ona finansman sağlayan kurumları memnun edecek hizmet kalitesi için etkin kullanım inceleme yaklaşımlarının kullanılması gereklidir. Sağlık hizmetleri için hemen hemen tüm finansman sağlayıcılar, kurumlar içersinde precertification (onaylama öncesi) ve concurrent review (hali hazır inceleme) programını destekler. Kullanım yönetimi programını oluşturan bu iki bileşeninin başlıca özellikleri (www.managedcaregroup.com/ mcrmm02.htm, erişim:16 Mart 2003):

- İhtiyaç duyulan servisler, test sonuçları ve semptomlara yönelik erken teşhise yönelik bilgi toplama,
- Bakım gereksinimini destekleyen durum ve servisleri tanımlayan kriterlerin gözden geçirilmesi,

- Tıbbi bilgi ile tıbbi fayda (gereklilik) kriterlerinin kıyaslanması,
- Eğer daha önceden karşılaşılmamış bir durumsa durumun hekim incelemesi için havale edilmesi,
- Hekimin tıbbi gereklilik olup olmadığını belirlemesi,
- Gözden geçirme sonuçlarının ilgili birimlere iletilmesidir.

Yukarıdaki kavramlara paralel olarak, Kavuncubaşı (2000,s.365-367) kullanım incelemesine yönelik yaklaşımları; karşılaşılan sorunların türü ve niteliği, sağlık kurumunda mali kayıplara yol açan hizmet alanları ve inceleme faaliyetleri için gerekli personel sayısını baz alacak şekilde üç ana grupta toplamaktadır. Bu doğrultuda, kullanım incelemesindeki yaklaşımlar:

1. Geleceğe dönük inceleme (prospective review)
2. Hali hazır inceleme (concurrent review)
3. Geçmişe yönelik inceleme (retrospective review)

1. Geleceğe dönük kullanım incelemesi: Geleceğe dönük kullanım incelemesi, hastanın hizmet almadan önce uygulanmış olan incelemedir. Burada amaç, hastanın gereksiz hizmetlerle muhatap olmasını önlemektir. Geleceğe dönük incelemede kullanılan teknikler arasında en önce yatış öncesi inceleme (preadmission review) gelmektedir. Yatış öncesi incelemede, hekimin geliştirdiği tedavi biçimi, önerdiği prosedür ve tedavi taslağı, kullanım inceleme komitesi veya kullanım inceleme koordinatörleri tarafından değerlendirilerek, yatış öncesi kullanım incelemesi hekim tarafından uygulamaya konulmaktadır. Hekim, hastasına yönelik tüm bilgileri yazılı veya sözlü olarak kullanım komitesine veya koordinatörüne bildirmekte, kullanım inceleme komitesi veya koordinatörüne, hastasının demografik özellikleri (hastanın adı soyadı, yaşı, cinsiyeti, sigorta no vb), hastalığı (tanı), tahmini yatış süresi, tahmini yatış günü

ve tanı sürecinde kullanılan tetkik sonuçları ile ilgili bilgileri sunmaktadır. Komite veya koordinatör, bu bilgileri inceleyerek hastanın sağlık kurumuna yatıp yatmayacağına karar vermekte ve kararını ilgili hekime bildirmektedir. Yatış öncesi incelemenin amaçları olarak şunlar sıralanabilir (Kavuncubaşı, 2000,s.365-367):

-Hastanın yatırılarak tedavi edilmesinin tıbben gerekli olup olmadığını belirlemek,

-Hastaya verilecek hizmetlerin, daha ekonomik olarak, başka bir sağlık kurumunda verilip verilmeyeceğinin kararlaştırmak,

-Hastaya sunulacak hizmetlerin sigorta kapsamında olup olmadığının saptamak,

-Hastaya sunulacak hizmetlerin bir başka tarihe ertelenip ertelenemeyeceğini belirlemek.

Özellikle cerrahi vakalarda kullanılan ve ikinci bir uzmanın görüşünün alınmasına dayalı teknik (second opinion), geleceğe dönük kullanım incelemesinde yaygın olarak kullanılan bir diğer tekniktir. Bu teknikte, hekimin verdiği ameliyat kararı, ikinci bir uzman hekim veya hekim grubu tarafından gözden geçirilmektedir. Sigorta kurumları da, hastaneye yatırılmadan önce, hastalarının durumlarını incelemek isteyebilirler. Geleceğe dönük kullanım incelemesinde sigorta kurumları, yatışına karar verilen hastanın durumunu inceleyerek, hastasının hastaneye yatırılması veya yatırılmaması; yatmak durumunda ise hastaya verilecek hizmetlerin tür ve miktarıyla ilgili hastaneye bilgi aktarır veya onay verir. Sigorta kurumlarının yaptığı bu inceleme ve onay verme sürecine "gereksinimlerin onaylanması" (precertification of needs) adı verilmektedir (Kavuncubaşı ve Kısa,2002,s.288-289) .

A.B.D.'de sağlık bakımının sunulmasına yönelik, ön belgeleme ve halihazırda incelemenin etkisinin tanımlanmasında eyalet düzenlemeleri ve akreditasyon ajansları standartları şekillendirmişlerdir. Birçok sigortacı ve kullanım inceleme şirketleri akreditasyon kurumları tarafından sertifikalanmaya

başlamıştır. Bu standartlar günümüzde de etkisini sürdürmektedir ve bu programlar şunları gerektirmektedir (www.managedcaregroup.com/mcrmm02.htm, erişim:16 Mart 2003):

- Yürütülmüş incelemeye yönelik toplanan bilginin sınırlandırılması,
- Zamanında karar vermek,
- Sonuçlara yönelik kararların gruplara (partilere) bölünmesi,
- Tıbbi gerekliliği belirlemeye yönelik açık kriterlerin belirlenmesi,
- İncelemeye yönelik kararları uygulamak için mekanizma oluşturulması,
- İnceleme aktivitelerine yönelik eğitim görmüş personelin uygun bir şekilde kullanımı.

2. Halihazır Kullanım incelemesi: Kavuncubaşı'na (2000,s.365-367) göre; "hastalara hizmet sunulması esnasında sırasında yapılan incelemeye halihazır kullanım incelemesi adı verilmektedir ve halihazır kullanım incelemesinde kullanılan tekniklerin başında, yatış ve yatış dönemi kullanım incelemesi (continued stay review) gelmektedir". Yatış sırasında yapılan kullanım incelemesinde, hastaneye yatırılan hastanın tıbbi gereksinimleri ve aldığı tıbbi hizmetler periyodik olarak gözden geçirilirken bu inceleme ile, hastanın hastanede tıbbi bakım almaya devam edip etmeyeceğine karar verilmektedir. Bu inceleme, hastanın hastaneye yatışını takip eden iki gün içinde tamamlanmak durumundadır. Geleceğe dönük ve halihazır kullanım incelemesinde yararlanılan tekniklerden bir diğeri, "Uygunluk Değerlendirme Protokolüdür". Uygunluk Değerlendirme Protokolü, hastanın hastaneye yatırılıp yatırılmayacağının, yatırılmış ise hastanede yatmaya devam edip etmeyeceğinin kararlaştırılmasında kullanılan protokoldür. "Uygunluk Değerlendirme Protokolü" (Kavuncubaşı,2000,s.365) örneği Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7: Uygunluk Değerlendirme Protokolü

UYGUNLUK DEĞERLENDİRME PROTOKOLÜ
UDP, hastane hizmetlerinin değerlendirilmesine yönelik olarak yapılan çalışmaların sonucunda, 1970'li yılların sonlarında 1980'li yılların başında Boston Üniversitesi'nde geliştirilmiş ve Gertman ve Restuccia tarafından revize edilmiştir. UDP, klinik kriterleri baz alan, hastaneye yatışların gerekliliği ve hastane bakımında gereksiz günlerin saptanmasına yönelik bir tekniktir. Kullanımı basittir. Kısa zamanda uygulanabilir. Hem yatış, hem de kalkış için tek bir kriterin bile karşılanmış olması, hizmetin "uygun" olarak değerlendirmek için yeterlidir.
Yatış (admission) Değerlendirme Bölümü *Hastaların hastanede yatarak hizmet almalarını gerektirecek bir endikasyonun olup olmadığını araştıran bölümdür. Bu bölüm hastaneye yatışı gerekli kılabilecek, durumları ortaya koyan 18 kriter bulunmaktadır. Hastanın tıbbi durumu, bu kriterlerden bir tanesi bile karşılıyor ise, hastaneye yatışsın uygun olduğuna karar verilir.*
Klinik Hizmet *1. İntravenöz ilaç/mayi gerekliliği* *2. 24 Saat içersinde, sadece hastane olanaklarıyla ve genel ya da lokal anestezi altında yapılması planlanan cerrahi ya da özel işlemler* *3. Her 2 saatte bir ya da daha sık vital bulgu izlenimi (telemetri, kardiyak monitarizasyon dahil olabilir),* *4. Sürekli gözlem gerektiren kemoterapi uygulaması (toksik reaksiyon gözleme gerekliliği),* *5. Yoğun bakım ünitesinde tedavi gerekliliği,* *6. IM atibiyotik kullanımı (her 8 saatte),* *7. İntermittan veya sürekli respiratör gerekliliği (her 8 saatte),* *Hastanın Klinik Durumu* *8. Akut gelişen konfüzyon veya bilinç kaybı,* *9. Anormal nabız (<50 ya da >140 5 dk arayla en az 2 kez ölçülmüş),* *10. Kan basıncı: sistolik <90 ya da >200mm Hg veya diastolik <60 ya da >120mm Hg,* *11. Ciddi elektrlit / kan gazları anormalliği (Na<123 / >156, K<2,5 / >6,0,* *12. Son 48 saat içinde aniden gelişen görme / işitme kaybı,* *13. Son 48 saat içinde vücudun bir bölgesinde aniden gelişen hareket kaybı,* *14. Sürekli ateş (rektal 38,3 ya da oral 37,7< ve >5gün),* *15. Aktif kanama (nedeni bilinmeyen / durdurulamayan),* *16. EKG'de akut iskemi ve akut MI şüphesi* *17. Akut veya ilerleyici duyusal, motor, dolaşım veya solunum bozukluğu* *18. Yara yerinin açılması ya da evisirasyon*

Kaynak: Abdulkadir TEKE, GATA Cerrahi Kliniklerinde Yatak Kullanım Uygunluğunun Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü,2000

3. Geçmişe Dönük Kullanım İncelemesi: Bu yaklaşım, hizmet sunumu tamamlandıktan sonra yapılan incelemeleri içerirken, hastaya verilen hizmetlerin uygunluğu, yeterliliği ve sonuçları değerlendirilmektedir. Geçmişe dönük kullanım incelemesi tekniklerinden en önemlisi, hastalara verilen hizmetlerin önceden belirlenen kriterlere göre değerlendirilmesini içeren tıbbi denetimdir (medical audit). Tıbbi denetim, aynı zamanda halihazır kullanım incelemesinde de uygulanabilmektedir.

Kavuncubaşı'na (2000,s.365-367) göre bir diğer geçmişe dönük kullanım incelemesi tekniği hekimlerin kullandıkları kaynakların incelenmesine yönelik olan profil analizidir (profiling analysis). Profil analizi, belirli bir hastalık grubu (örneğin orta kulak iltihabı) ile ilgili olarak hekimlerin tedavi tarzları, kaynak kullanım düzeyleri ve verdikleri hizmetin kalitesinin incelenerek, hizmet kalitesinin yükseltilmesi ve maliyetlerin denetim altına alınmasının yanında, hekim performansının değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır.

Görüldüğü gibi hastanelerde uygulanacak kullanım yönetimi faaliyetleri ile, uygunsuz ilaç ve yatak kullanımı kontrol altına alınmaktadır. Uygunsuz ilaç ve yatak kullanımının incelenmesi, finansal açıdan ve hasta açısından riskleri azaltıcı etki yapmaktadır. Dolayısı ile kullanım yönetimi programı risk yönetimi programı ile bağlantılı noktaları olan ve birçok konuda beraber çalışmayı gerektiren bir programdır.

2. BULGULAR VE YORUM

Çalışmanın bu bölümünde, İstanbul Memorial Hastanesi kalite ve risk yönetimi uygulamalarına yönelik elde edilen bulgular sunulacaktır. İstanbul Memorial Hastanesi'nde uygulanan risk yönetimi programı ve kalite güvence fonksiyonu üzerine veriler elde etmek için "standarlaştırılmış açık uçlu görüşme yöntemi" uygulanmış olup görüşme için önceden hazırlanan sorular Ek-C'deki görüşme formunda sunulmuştur. Bu sorular İstanbul Memorial Hastanesi kalite

koordinatörü ve hastane kalite uzmanına yöneltilmiştir. Elde edilen bulgular aşağıda yer almaktadır.

2.1. İstanbul Memorial Hastanesi'nin Tanıtımı

İstanbul Memorial Hastanesi, İstanbul Memorial Sağlık Yatırımları A.Ş. tarafından 2000 yılında 43000 m^2 lik bir alanda kurulmuş, bir hastane olmanın yanı sıra doktor ofisleri, oteli, konferans salonu ve araştırma merkezleri ile planlanmış entegre bir sağlık kompleksidir. İstanbul Memorial Hastanesi altyapısı ve modern teknolojik donanımı yanında uzman kadroları ile başta kardiyoloji, çocuk kardiyolojisi, kalp cerrahisi, nörolojik bilimler, epilepsi cerrahisi, ortopedi ve omurga cerrahisi bölümleri olmak üzere, en ileri imkanlara sahip tıbbi görüntüleme ve endoskopi laboratuarları ile tıbbın her alanında hizmet vermektedir. Türkiye'deki en gelişmiş tüp bebek departmanlarından birine de sahip olan hastane, bunların yanında miyokard enfarktüsü ve beyin enfarktüsüne yönelik özel bir organizasyonla hizmet sunmaktadır.

İstanbul Memorial Hastanesi, uluslar arası standartları da titizlikle uygulamaktadır. Amerikan Hastaneler Birliği (AHA) üyesi olan hastanede, medikal ve lojistik departmanların planlama ve işletmesinde JCIA (Joint Commission International Accreditation) uluslararası standartları esas alınmıştır. Bu standartlar kapsamında risk yönetimi programı uygulayan hastane, bu çalışma için uygun verilere sahiptir.

2.2. İstanbul Memorial Hastanesi Misyonu ve Vizyonu

İstanbul Memorial Hastanesi misyonu aşağıdaki şekilde ifade edilmiştir:

- Bilimsel ve vicdani etik ve ilkelerden ödün vermeden açık,

dürüst ve güvenilir bir tanı ve tedavi hizmeti sunmak.

- Bilimsel araştırmalar ve yeni uygulamalarda öncü, uluslar arası düzeyde bir referans merkezi olmak.

- Sürekli eğitim, ölçme ve iyileştirme yöntemlerini kullanarak devamlı gelişmeyi ve yenilemeyi sağlayan bir yönetim ve işletim sistemi örneği vermek.

- Hastaların ve çalışanların memnuniyetine odaklı, yüksek kalitede sağlık hizmetini gönülden ve en uygun fiyatlarla sunmak.

- Toplumumuzun sağlık bilincinin artmasına katkıda bulunan hastanesi, oteli, doktor ofisleri, kongre ve konferans merkezi, parking alanları ve kolay ulaşılabilen konumu ile entegre bir sağlık tesisinin ülkemizdeki ilk örneklerinden birini oluşturmak.

Hastane vizyonunu şu şekilde açıklamaktadır:

- Biz kendimizi kişi ve kurum olarak bilimsel ve vicdani etik ve ilkelerden asla ödün vermeden, insanlık onuruna saygılı, açık, dürüst, güvenilir ve en yüksek kalitede sağlık hizmeti sunmaya adamış bulunuyoruz.

- Akademik birimlerimizi gelecek nesillere taşıyan, dünyanın önde gelen tıp merkezleri ile işbirliği içinde uzmanlık eğitimi veren, tıp bilim ve sanatının zirvede uygulandığı akademik bir kurum olacağız.

- "En yüce değer bilgi, en üstün hizmet insana hizmettir." İnanç ve anlayışı bizim için bir yaşam felsefesi ve tarzıdır. Bu inanç ve anlayışla bütün insanlığı kucaklayan İstanbul Memorial Tıp Kompleksi tüm Türkiye ve yakın coğrafya için en önde gelen referans merkezi olacaktır.

2.3. İstanbul Memorial Hastanesi Kalite Politikası ve Taahhütleri

İstanbul Memorial Hastanesi kalite politikası;

Kalite Yönetim Sistemimiz, uluslar arası akreditasyon ve ISO standartları

esas alınarak oluşturulmuştur.

Bizim için;

- "Hastaların ve Çalışanların Memnuniyeti"ne odaklı hizmet anlayışını oluşturmak,
- Sürekli ölçme ve iyileştirme mekanizmaları kullanarak örnek bir işletim ve yönetim sistemi kurmak,
- Bilimsel araştırmalarda ve yeni uygulamalarda öncülük yapan akademik bir kurum olmak,
- Mükemmel sağlık hizmetini kaliteden ödün vermeden uygun fiyatlarla sunmak,
- Kendimizi sürekli eğitmek ve geliştirmek,

yönetim felsefemizin ve kalite politikamızın temel ilkeleridir. Kalite taahhütleri;

- Doğru teşhis ve tedaviyi, zamanında ve en uygun fiyatlarla sunarız.
- Hastaların tedavileri bittikten sonra da evde bakımla hizmet vermeye devam ederiz.
- Kolay ulaşılabilirliğimiz ve en ileri teknolojimizle her alanda en iyi hizmeti veren bir entegre sağlık kuruluşuyuz.

2.4. İstanbul Memorial Hastanesi Risk Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemine Yönelik Görüşme Bulguları

İstanbul Memorial Hastanesi Kalite Yönetim sistemi uluslararası akreditasyon standartları esas alınarak oluşturulmuştur. Bu standartlar risk yönetimine yönelik kriterleri de kapsadığı için hastanede risk yönetimi programı uygulanmaktadır. Bu konuda bilgi almak amacıyla İstanbul Memorial Hastanesi kalite koordinatörü ve kalite uzmanı ile yapılan görüşme soru ve bu sorulara verilen cevaplar aşağıda sunulmuştur:

Soru 1. "İstanbul Memorial Hastanesi'nde JCI Akreditasyon sistemine neden ihtiyaç duyuldu?"

O.Turgay : "Bu soruyu bir örnek vererek açıklayabiliriz; Örneğin araba aldınız bir kaza durumunda yani bir risk durumunda zararınızın karşılanması için sigorta yaptırıyorsunuz. Böylece kendinizi meydana gelebilecek bir kaza durumunda en azından maddi olarak güvence altına alıyorsunuz. Benzer şekilde birçok insanın çalıştığı koskoca bir hastane ortaya koymuşsunuz, bu kadar insanın güvenliği, burada yatan hastaların güvenliği, cihazların uygun hastaya uygun şekilde kullanımı ve değerlerin korunması gibi birçok faktörü hesaba kattığınız zaman, bunların güvence altına alınması gerektiğini düşündük.Bu yüzden bunu sağlamaya yardımcı olacak JCI Akreditasyon sistemine ihtiyaç duyduk".

Ş.Altun : "Biz ülkemizde verilen sağlık hizmeti bakımından yüksek standartları yakalayabilmek ve verdiğimiz hizmeti uluslar arası platforma taşımak istedik ve bunun çeşitli yöntemler ile mümkün olduğunu gördük. Eksik olan bunu başarmak ve başkalarına göstermekti. Bu yüzden JCI akreditasyon sistemine ihtiyaç duyduk. Ayrıca JCI akreditasyon yaklaşımının hizmet kalitesini arttırmak için, performansın objektif değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi için, kuruluşa duyulan güveni arttırmak için, hasta ve hekim memnuniyetini yükseltmek için, bilgi yönetimi için, etkin kaynak kullanımı için, kaliteyi güvence altına almak için iyi bir araç olduğunu düşünüyoruz".

Soru 2. "Bu program (JCI Akreditasyon standartları) içinde risk yönetimi konularının ağırlığı nedir?"

O.Turgay : "Şimdi bir kere akreditasyonun ne olduğundan kısaca bahsedeyim. Bu sistem A.B.D.'de 1900'lü yılların başında dört tane hekimin bir araya gelerek daha sonra da aralarına katılan bir hemşire ile beraber bir

çekirdek kadro ile başlayan, özellikle hataları, riskleri nasıl minimize ederiz gibi fikirlerden yola çıkarak oluşmaya başlayan, bugün itibari ile 100 yıla yakın yaşı olan ve sürekli revize edilen bir standartlar grubu. Bu ne demek oluyor? Aşağı yukarı 100 yıl boyunca Amerika da sağlık kurumlarında yaşanan istenmeyen olayların bir şekilde önlenmesi için oluşturulmuş standartlardır. Dolayısıyla akreditasyon bire bir risk yönetiminin kendisidir. Yani riski yönetmek ve baştan riski önlemek üzere kurulu bir kalite güvence modelidir. Dolayısıyla ağırlık diye bir şeyden söz etmek oldukça zor, yani işte akreditasyon standartlarının %70'i risk yönetiminden oluşur diye bir şey söyleyemeyiz. Her standardın veya ölçülebilir elemanın köküne indikçe hepsinin muhtemel bir riski önlemeye yönelik olduğunu görüyoruz".

Ş.Altun : "Bu soruya JCI akreditasyon standartlarının bazı özelliklerini sıralayarak açıklık getirebiliriz. Bunlar; hasta ve ailesinin hastane içinde bulunduğu süre boyunca mal ve can emniyetinin tam olarak sağlanması, hizmet sunan tüm kadroların ehliyet sahibi olduklarının resmi makamlarca onaylanması, hasta ve ailesinin sağlıkla ilgili tüm konularda güvenliğinin tam olarak sağlanması, sağlık hizmeti sunan tüm kadroların sürekli mesleki eğitimlerinin yaptırılması, afet ya da kriz anlarında en geniş kitlelerle, emniyetle hizmet sunabilecek önlemlerin önceden alınması, tedavi amaçlı tüm girişimlerde hastaya zarar verebilecek etkileşimlerin denetlenmesi ve önlenmesidir. Standartların bu özelliklerinden de anlayabileceğimiz gibi akreditasyon standartları risk yönetimi ile iç içedir. Ayrıca uyguladığımız tüm prosedürlerde ve talimatlarda riskleri önlemeye yönelik modeller bulunmaktadır".

Soru 3. "İstanbul Memorial Hastanesinde risk yönetimine yönelik ne gibi düzenlemeler yapıldı?" (Fiziksel ve Organizasyonel)

O.Turgay : "İstanbul Memorial Hastanesi kuruluşu öncesinde altı yıllık bir projedir. Hastane kuruluş ve proje aşamasında iken bu iş üzerinde çalışan çekirdek kadro, Amerikan akreditasyon sisteminin varlığından haberdar idi.

Diğer ülkelerden gelen talep sonucu JCAHO 2000 yılında Amerika dışındaki ülkelere de akreditasyon hizmeti vermeye başladı. Bunun üzerine hastanedeki yapılanmalar bu standartlar göz önünde bulundurularak yapıldı. Bu sistemi öğrenmek için yöneticilerimiz A.B.D.'ye eğitime gönderildi. Bu bakımdan yapısal bir değişim değil de daha en başından hastanenin fiziksel ve organizasyonel yapısı JCI akreditasyon standartlarına göre yapılandırılmıştır. Örnek verelim: fiziksel olarak yangın çıkışlarından tutunda sterilizasyon ünitesine, çamaşırhanenin inşa özelliklerine kadar her şey akreditasyon standartlarına uygun olarak, dolayısıyla risk faktörleri daima göz önünde bulundurularak inşa edildi".

Ş.Altun : "JCI akreditasyon standartları iki ana başlık altında onbir başlık ve 355 konuyu kapsamaktadır. Bu iki ana başlık hasta odaklı (bakıma kabul ve bakımın devamlılığı, hasta değerlendirilmesi, hasta bakımı, hasta ve ailesinin hakları, hasta ve ailesinin eğitimi) ve organizasyonel standartlardır (kalite yönetimi ve iyileştirme, yönetim ve liderlik, tesis yönetimi ve güvenlik, kadroların niteliği ve eğitimi, enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi ve bilgi yönetimi). Hastanemizde bu saydığım başlıklar çerçevesinde 1999 yılından bu yana çalışıyor, fiziksel ve organizasyonel bu standartlar çerçevesinde oluşturuldu".

Soru 4 : "İstanbul Memorial Hastanesi'nde risk yönetimi programının şimdiki durumu?"

O.Turgay : "İstanbul Memorial Hastanesi'nde Risk yönetimi uygulamaları JCI akreditasyon belgesine sahip olduğumuz için halihazırda devam ediyor. Yani hazırlık ve başlangıç aşamasını geçmiş bulunuyoruz. Hatta akreditasyon belgesi aldıktan sonra bir kez ara denetimden geçti hastanemiz. Yani sistemde meydana gelen hataları biz görmediysek bile dışarıdan bir gözle sistemin halen devam ettiğini onaylandı. Tabii ki sistem devam ederken hastane geneli ve bölümlerine özel "indikatör sistemi" dediğimiz performans ölçüm mekanizmasının sonuçlarına göre birtakım yeni risklerin ve problemlerin

oluştuğunu öğreniyoruz ve bunlar üzerinde düşünüp karar veriyoruz. Buna kısaca iyileştirme diyoruz. Kalite indikatör sisteminde yataktan düşüş oranları, enfeksiyon oranları gibi birçok konuda bildirimler personel tarafından kalite koordinatörlüğüne iletiliyor ve sonuçta bunları önlemek için önlemler alınıyor, hatalar gideriliyor".

Ş.Altun : "Bütün olarak JCI akreditasyon sistemi dolayısıyla risk yönetimi faaliyetlerinde mevcut standartlara göre işleyişimiz devam etmektedir. JCI akreditasyon sistemine yönelik 2003 yılı revizyonlarını da prosedürlerimizde değişiklik yaparak uygulayacağız. Ayrıca ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi 2000 versiyonuna geçmek için çalışmalarımız devam etmektedir".

Soru 5 : "Bu sisteme geçiş sürecinde personel tarafından bir direnç ile karşılaşıldı mı?"

O.Turgay : "Bu tip sorulara cevap verirken sağlık personelini tıbbi personel ve diğer personel olarak ikiye ayırmakta fayda görüyorum. İki gruba da farklı yaklaşmak lazım. Fakat genelde iki grubunda söyledikleri, direnç gösterdikleri ortak şeyler var. Başlangıçta karşılaştığımız bu dirençler aslında sırf bizim kurumumuzun ya da ülkemizdeki insanların bir özelliği değil. Bu tüm dünyada böyle. İnsanlar böyle bir işi uygulamaya başladığınızda "bunlarda nereden çıktı ne güzel işimizi yapıyorduk" şeklinde bir düşünceye kapılabilir veya insanlar risk yönetimi çalışmaları ve ölçme değerlendirme çalışmalarında kendi mesleki bilgilerinin ölçüleceğini zannedebilir. Bu yüzden sistemi personele kabul ettirmek önemli bir aşama ve, uzun eğitimler gerektiren bir çalışmadır. İstanbul Memorial Hastanesi'nde bu sisteme en hızlı uyum sağlayan grup hemşireler oldu. Fakat doktorlar olaya biraz daha temkinli yaklaşıyorlar. Örneğin hekimler, "ben bir ilaç orderı verdim bunu neden tekrar bir başkası incelesin, ben ne yaptığımı bilmiyor muyum?" şeklinde sözler ifade edebiliyorlar. Fakat bu tip düşünceler hastanemizde zamanla aşıldı. Ama hiç olmuyor diyemeyiz. Ara ara böyle durumlarla karşılaşıyoruz. Bizim bu direnci aşarken kullandığımız araç

eğitim. Bu eğitimi verirken de reel örnekler kullanıyoruz. Sadece teorik bilgiler anlatıldığında personel bir yere kadar anlıyor. Fakat konuyu örnekler vererek, yaşanmış olayları anlatarak sunduğunuz zaman daha etkili oluyor".

Ş.Altun : "İstanbul Memorial Hastanesi'nde akreditasyon sistemi ve risk yönetimi faaliyetleri ile ilgili başlangıçta bazı tepkilerle karşılaşıldı. Fakat bu tepkiler sistem konusunda verilen eğitimlerde, uygulamadaki kolaylıklar ve yararların anlatılması ile birlikte azaldı. Sonuçta personel bu çalışmalardan keyif almaya başladı".

Soru 6 : "Danışman desteği ve başlangıç eğitimleri alındı mı?"

O.Turgay : "İstanbul Memorial Hastanesi bu çalışmalara başlarken Ankara'da bulunan bir firmadan danışmanlık hizmeti aldı. Fakat işin içine girince öğrendik ki Türkiye'de hiç uygulaması olmayan, Amerikan standartları üzerine olan bu uygulama için aldığımız danışmanlık hizmeti yetersizdi. Zaman geçtikçe doğru danışmanlık hizmetinin ve eğitimlerinin A.B.D'de alınacağı gerçeği ortaya çıktı. Bunun üzerine konuyu kaynağında öğrenmeleri ve uygulamaları görmeleri için kurumumuzun belirli temsilcileri A.B.D.'ye gönderildi. Orada Mayo Klinik ve Rush Hospital gibi sistemi iyi uygulayan ve JCAHO tarafından akredite olmuş tıp merkezlerindeki uygulamalar izlendi, bizzat belgeyi veren kuruluşa gidilip en doğru kaynaktan bilgi edinildi. Sonuçta kurum A.B.D.'de alınan bu eğitimler sonucu sistemi kendi kendine gerçekleştirdi".

Ş.Altun : " İstanbul Memorial Hastanesi faaliyete başladığından bu yana ISO ve akreditasyon çalışmalarını birlikte yürütmüştür. ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi için yurtiçinde bir firmadan danışmanlık hizmeti alındı. Akreditasyon sistemine yönelik ön denetiminden önce kalite koordinatörlüğümüz A.B.D.'de bu konuyla ilgili JCAHO'dan eğitim aldı. Daha sonra elde edilen bu bilgiler kalite

koordinatörlüğü tarafından diğer personele eğitimlerle ve uygulamalı olarak öğretildi".

Soru 7 : " Bu programın herhangi bir hastanede uygulanabilmesi için ne tür ön koşullar olmalıdır"?

O.Turgay : "Risk yönetiminde olması gereken ön koşulları anlatırken JCI akreditasyon standartlarını baz almak istiyorum. Türkiye'de herhangi bir işyeri açmak istiyorsanız bir takım yasal zorunluluklar vardır. Hastanelerde de Sağlık Bakanlığı'nın koymuş olduğu, karşılanması gereken bazı temel kriterler vardır. Bunlar belirli risk faktörleri göz önünde bulundurularak oluşturulmuş şeyler. Ama daha ileri aşamalara geçtiğimiz zaman bizim için en somut kaynak yineJCAOH akreditasyon sistemi (risk yönetimi) oluyor. Şimdi bu koşullarla ilgili olarak birçok örnek verebiliriz. Bu standartlar bize hastane binasının bir gökdelen mi olması lazım? yoksa yatay yapımı olması lazım? veya şu kadar ameliyathanesi varsa, ne kadar yoğun bakım ünitesi olması lazım? sorularının cevabını vermez. Peki standartlar neyi cevaplar? Bunlar mevcut yapı içinde kendine özgü riskleri tespit edip ne gibi tedbirler aldığını, örneğin hastanede yangın riskine karşı yangın hortumu vardır, ama o yangın hortumu diğer yangın hortumunun uzanabileceği yere kadar yani kör noktaları ortadan kaldırabilecek şekilde konumlandırıldı mı? şeklindeki şartlara bakar. Başka bir örnekle açıklarsak; Hasta içeriden tuvalet kapısını kilitledi, fenalaştı ve bayıldı, bu bakımdan bu tür yerlerde hemşire veya görevli kişinin müdahalesini kolaylaştırmak için dışarıdan da açılabilen kapılar kullanmalısınız. Ayrıca tuvaletteki hastaya zarar vermemesi için kapının dışarı doğru açılması gerekir. İşte bu uygulama bir risk yönetimi uygulamasıdır. Örnekler çoğaltılabilir: bir hastanın tuvalette bayılması riskine karşı alınan önlemlerden bir diğeri de tuvalete bir acil çağrı butonu koymak olabilir. Bu hastanın acil durumda, kendinden geçerken gayrı ihtiyari asılabileceği bir tür buton olabilir. Buton çekildiği anda hemşire bankosundaki alarm devreye girer. Bu şekilde olaydan

haberdar olunur ve daha hızlı müdahale edilir. Başka bir örnek daha verecek olursak: fiziksel olarak yangın çıkışları, bu yangın çıkışlarının görülebilirliği, yangın merdivenlerinin pozitif basınçlı olup merdivenlere duman girmesini engellemesi, acil çıkış yollarında insanların kaçışını hızlandırmak açısından herhangi bir bariyer oluşturabilecek, örneğin bir temizlik arabasının bile bulunmamasının sağlanması gibi basit önlemler alınıyor. Tıbbi süreçlere yönelik riskleri ortadan kaldırmak için ; fiziksel birçok düzenlemeler yaptık, eğitim ile ilgili yapılması gerekenler var. Bunlara da birer örnek vermek istiyorum: girişimsel uygulamaların yapıldığı ünitelerde "crash card" dediğimiz acil müdahale arabaları"nın bulunması gerekiyor. Bu crash card'larda acil müdahale yapılabilmesi için olması gereken oksijen tüpü gibi, defibrilatör cihazı gibi çeşitli ekipmanlar var. Crash card'ta ekipmanlara ek olarak acil müdahalede kullanılacak belirli ilaçların olması gerekiyor. Peki bu ilaçlar ve cihazlar keyfi kullanılabilir mi? Hayır, bunun için numaratörlü bir sistem vardır. Bu sistem sayesinde cihaz veya ilaçların ne zaman, kim tarafından, hangi hastaya kullanıldığı kayıt altına alınmış olur. Her müdahaleden sonra kullanılan ilaçların ne kadar kaldığının kontrol edilmesi gerekiyor, ilaç kritik miktarda ise tamamlanması gerekiyor. Dolayısıyla sıkı bir malzeme kontrolü gerekiyor. Bu örneklerin dışında çocuk kaçırılmasına karşı alınan önlemlerimiz var, narkotik ilaçların kontrolsüz kullanımını önlemek için gerekli önlemler alınmış durumda. Ameliyathane, anestezi, radyoloji ve diğer tüm bölümler için örnekleri çoğaltabiliriz. Tüm bunları uygularken de Amerika'yı baştan keşfetmeye gerek yok, acı tecrübeler yaşamaya gerek yok. Bunlar zaten JCAHO tarafından hazırlanmış hazır paketler içinde yer almaktadır. JCAHO bu paketleri akreditasyon sistemi kapsamında, "best practise" diye adlandırdığı en iyi hastane uygulamaları şeklinde, örnekler vererek öğretiyor ve standartlar kapsamında yapılacakları kendi yapımıza adapte etmemizi istiyor. Akreditasyon standartlarında risk yönetimine ilişkin olarak yapılması gerekenler sadece kurum, personel veya hasta ve hasta yakınlarının güvenliği ile sınırlı değil. Toplumsal riskler de önlem alınması gereken konular içinde yer alıyor. Salgın hastalıklar, doğal afetler, insan kaynaklı suikast ve sabotajlar. Bunlarda her zaman mevcut risklerdir. Bunlar için İstanbul Memorial Hastanesi'nde acil eylem

planları mevcuttur. Aynı zamanda Joint Commission standartları bu konuda emredicidir. Bunlar olmazsa olmaz şeylerdir. Biz herhangi bir doğal afet ve yangın durumunda beraber çalışmak ve eylem planları hazırlamak amacıyla karşımızda bulunan ilköğretim okulu ile, hemen arkamızda bulunan SSK Okmeydanı Hastanesi ve yan tarafımızda bulunan PERPA İş Merkezi ile kimin ne yapacağı, nerelere gidileceği, öncelikli olarak neler yapılması gerektiği konusunda çalışmalar yaptık. Türkiye olarak 17 Ağustos depreminde plansız programsız bir şekilde yakalandığımız için birçok sorun yaşadık. Dolayısıyla risk yönetimi hayatın her safhasında var. Sonuç olarak akreditasyon standartları kapsamında yerine getirilmesi gerekli olan koşullar biraz önce verdiğim örneklerde de görüldüğü gibi hastanenin bütününü kapsayan sağlık hizmetleri ile ilgili veya ilgili olmayan birçok konuyu kapsamaktadır ".

Ş.Altun : " Akreditasyon standartlarının ve bu kapsamda risk yönetiminin bir hastanede uygulanabilmesi için ön koşul, binanın fiziksel durumunun akreditasyon sistemi şartlarını yerine getirmeye müsait olmasıdır. Bunun dışında personelin bu konudaki bilgi düzeyinin eğitimlerle yükseltilmesi gerekmektedir. İstanbul Memorial Hastanesi'nde JCI akreditasyon standartlarının gerekleri yerine getirilmiştir. JCI bu standartlara uyulup uyulmadığını anlamak amacıyla bir denetim gerçekleştiriyor. JCI Denetçileri bu denetimlerde, hastanede sunulan sağlık hizmeti konusunda hastalarla ve personel ile sözlü mülakat yapmaktadır. Saha denetim sürecinde bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi çalışmalarını izlerler ve hastanede tutulan kayıtları incelerler. 984 değerlendirme parametresi üzerinden puanlama yapılır ve sonuçta hastanenin standartları ne oranda uyguladığı ortaya çıkarılır. Bu denetim sonucunda akreditasyon belgesini almış olan hastane üç yıl sonra tekrar denetimden geçer. İstanbul Memorial Hastanesi JCI'ın bu denetiminden geçmiş ve akreditasyon belgesini almıştır. Dolayısıyla akreditasyon ve risk yönetimi programı ile ilgili tüm şartlar yerine getirilmiş durumdadır. "

Soru 8 : "İstanbul Memorial Hastanesi'nde risk yönetimi sürecini ilk adımı olan risk tanımlaması çalışmaları ne şekilde yapılmaktadır ?"

O.Turgay : Önceki sorularda verdiğim örneklere ek olarak, personelin hastalık kapmasına karşı önlem almak veya kesici batıcı maddelerle yaralanması sonucu enfeksiyon kapma riskini göz önünde bulundurarak önlemler almak, hasta açısından ilaç-ilaç etkileşimi, ilaç-gıda etkileşimine karşı önlemler almak gibi bir takım şeyler halihazırda akreditasyon standartlarında yer alan kriterlerdir. İstanbul Memorial Hastanesi yönetimi kurulma çalışmalarını, akreditasyon standartlarının gereklerini yerine getirebilmek için birçok şeyi en baştan değerlendirerek, riskleri düşünerek yürüttü. Bu aşamada bir planlama yapıldı. Bu plan çerçevesinde risk tanımlama çalışmaları yapılırken alınan önlemler denendi, simülasyonlar yapıldı. Çıkan sonuçlara ve çıktılara göre sistemde hata varsa tekrar başa dönüldü veya sonuç iyi ise yola devam edildi. Daha sonra risk tanımlaması faaliyetlerine hastane hizmete girdiğinde ölçümler yapılarak devam edildi. Ölçümler yapıldıktan sonra bu çalışma bir döngü haline geldi ve sonuçta sürekli ölçerek, gelişim, değişim çalışmalarını yaparak, devamlı ileriye doğru daha risksiz bir çalışma ortamına doğru devam eden bir çalışma ortaya çıktı."

Ş.Altun : " İstanbul Memorial hastanesinde akreditasyon standartları kapsamında var olan prosedürlere göre risk tanımlaması çalışmaları yapılmaktadır. Bu standartlar kapsamında risk alanları belirlenmiştir. Belirlenen bu risk alanları indikatör sistemi vasıtasıyla kontrol altında tutulmaktadır. Hastanemizde 35 ana başlıklı indikatör bulunmaktadır. Bunlar yanlış ilaç uygulamaları, hasta yaralanmaları, personel yaralanmaları, enfeksiyon oranları, olay bildirim oranları, planlanmamış ameliyat sayısı gibi birçok konuyu kapsamaktadır. Hastanemizde tüm bölümlerin kendilerine ait indikatörleri bulunmaktadır. Bu indikatör sonuçları her ay Kalite Koordinatörlüğü'ne gelmektedir. Çalışmalarımızın sonuçlarını, iyileştirmemiz gereken alanları, riskli ve istenmeyen olayların takip edilmesini bu şekilde sağlamaktayız. Bu indikatörler dışında meydana gelebilecek daha başka riskli durumlar için devamlı olarak önlemler alınmakta ve faaliyetlerin daha güvenli bir şekilde devam etmesi sağlanmaktadır."

Soru 9 : " Risk Yönetimi programı kapsamında raporlama sistemi oluşturuldu mu? Bildirimlerde bilgisayarlı sistemi kullanılıyor mu?"

O.Turgay : " Bu konuda hemen aklımıza gelenler olay rapor formu, olay kayıt tutanağı, iş kazası bildirim formu, narkotik ilaç kayıt formu ve tehlikeli maddelerin çalışanlar üzerinde oluşturabileceği risklerin kontrolünü sağlayan talimat ve formlardır. Fakat bunlar dışında konsültasyonlarla ilgili takip edilen durumların, hastaya ait vital bulguların kayıt altına alındığı hasta izlem formu, veya ilaç etkileşimleri, etkileşim tabloları gibi tutulan her türlü tıbbi kayıta risk yönetimi penceresinde bakmak doğru olur. Yani birebir risk yönetiminde kullanmak için oluşturulan "olay bildirim formu" gibi normal sağlık hizmeti süresinde doldurulan hasta izlem formu da risk yönetimi programında kullanılan bir rapor, bir risk bildirim kaynağı olabilmektedir. Ayrıca hastanemizde spesifik konularda talimatlar ve buna bağlı doldurulması gereken formlar mevcuttur. Örneğin çok tehlikeli bir madde olan civanın, çalışılan alana kaza ile döküldüğü zaman o bölgenin nasıl temizleneceği, hangi formun doldurulacağını anlatan bir temizleme talimatı hazırlanmıştır. Yine çok spesifik olarak birtakım temizlik solüsyonlarının nasıl hazırlanacağına dair talimatlar bulunmaktadır. Risk yönetimine ait raporlama sürecinde bilgi-işlem sistemi kullanılmaktadır.

Ş.Altun : " İstanbul Memorial Hastanesi'nde uygun olmayan tedavi ve işlemlere maruz kalan hastalar için izlenecek yolları tanımlayan ve bir daha oluşmaması için alınması gerekli önlemleri anlatan bir prosedür hazırlanmıştır. "Sentinel (beklenmeyen) Olaylar İçin Takip Prosedürü" gereği böyle bir olaya şahit olunduğunda ya da fark edildiğinde, doktor ya da hemşire tarafından doldurulan "Olay Rapor Formu" doldurulmaktadır. Bunun dışında herhangi bir iş kazası durumunda kullanılan "İş Kazası Bildirim Formu" mevcuttur. Olay bildirimlerinde bilgisayar kullanılmaktadır."

Soru 10 : "İstanbul Memorial Hastanesi'nde yüksek riskli bölgelere yönelik prosedürler oluşturuldu mu?"

O.Turgay : "İstanbul Memorial Hastanesi'ndeki dokümantasyon sistemi genel olarak 4 ana başlıktan oluşuyor. Bunlar:

1. Prosedürler : Bunlar genel olarak yapılacak olan işin tanımının yapıldığı, nasıl yapılacağının anlatıldığı, amaç ve kapsamı belirleyen yazılı belgelerdir.

2. Talimatlar : Emredicidir. Daha dar anlamda, spesifik işlerin nasıl yapılacağını anlatır.

3. Formlar : Prosedürlerde ve talimatlarda anlatılanlara yönelik olarak doldurulması zorunlu olan belgelerdir.

4. Yardımcı Dokümanlar : Dış kaynaklı kitap, konumuzla ilgili araştırmalar ve diğer yayınlardır.

Bu dokümanların tümü hastanemizde mevcuttur. Bu dokümanlar arasında daha öncekida da belirtmiş olduğum gibi risk taşıyan tedavi ve diğer işlemlere yönelik, her bir iş için prosedür ve talimatlar oluşturulmuştur. Oluşturulan bu dokümantasyon sistemi dışında ülkemizde riskleri önleyici kanuni zorunluluklarda vardır ve bunlar risk yönetimi programı uygulayan hastanelerin dışında diğer tüm hastanelerde de uygulanması gereken unsurları içerir. Örneğin bir hastanenin röntgen servisinde çalışan bir personelin çalışma sırasında aldığı röntgen ışınının dozunu ölçen dozimetrelerin her personelin yakasında takılı olması gibi veya nükleer tıp bölümünde radyoaktif atıkların ne tür kurşun depolarda muhafaza edilip , kanalizasyona verilmeden nasıl izole edildiğini tarif eden çok güzel hazırlanmış mevzuatlar vardır. Bunlarda risk yönetimi kapsamında değerlendirilebilir. Riski önlemenin sınırı yoktur. Dolayısıyla ne kadar ileri götürürseniz o kadar güvenli ortamlar sağlarsınız, her zaman iyileştirmeye açık bir konudur."

Ş.Altun : " İstanbul Memorial Hastanesi JCI Akreditasyon standartları kapsamında tanımlanmış olan yüksek riskli bölgelere yönelik olarak prosedürler, talimatlar ve formlar oluşturmuş, yüksek riskli durumlarda personelin nasıl hareket edeceği konularında görev tanımlarını yapılmıştır. "

Soru 11 : "JCI Akreditasyon standartları kapsamında hazırladığınız prosedürler içinde risk yönetimi programı ile direkt bağlantılı olanlar hangileridir?"

O.Turgay : " Daha önceki bir soruda da cevaplandırdığım gibi böyle bir ayrım yapmak yanlış olur. Örneğin formaldehit kimyasallarının hazırlanması ile ilgili talimata, vücut sıvılarının akması, bulaşmasına yönelik talimata veya bunlar gibi aklıma gelmeyen onlarca talimat risk yönetimi ile direkt ilgilidir fakat diğerleri değildir diyemeyiz. Çünkü diğer prosedür ve talimatların bir kısmı zaten riski önlemek için yazılıyor. Neden? Çünkü normal şart ve durumlarda herkes neyin nasıl yapılacağını biliyor ve bunlar prosedür ve talimatlarda yer alıyor. Ama olağan üstü bir durum meydana geldiği zaman başvurulacak kaynak yine prosedürler ve talimatlardır. Bu bakımdan hemen hemen tüm prosedür ve talimatlarda, olağanüstü durumlarda nasıl davranılacağı da anlatıldığı için, kesin bir sınır çizemeyiz."

Ş.Altun : " Prosedür ve talimatlarımızda böyle bir ayrım yapmak zordur fakat birebir risk yönetimi ile ilgili olduğunu düşündüğüm prosedür ve talimatlar

-Hasta Dosyası Tutulması ve Muhafazası Prosedürü,
- Servise Hasta Kabulü ve Takibi Prosedürü,
- Acil Servis İşleyişi ve Hasta Kabulü Prosedürü,
- Ameliyathane İşleyişi ve Hasta Kabulü Prosedürü,
- Yoğun Bakım Ünitesine Hasta Kabulü ve Takibi Prosedürü,
- CPR Prosedürü,
- Yenidoğan YB Ünitesine Hasta Kabulü ve Takibi Prosedürü,
- Koroner YB Ünitesine Hasta Kabulü ve Takibi Prosedürü,
- Kan İstasyonu ve İşleyişi Prosedürü,
- İnfeksiyon Kontrol İşleyişi Prosedürü,
- Anesteziye Hasta Kabulü ve İşleyişi Prosedürü,
- Hasta Yatış ve Taburcu Prosedürü,

- Hastaların Değerlendirilmesi Prosedürü,
- İlaç Etkileşimleri Prosedürü,
- İlaç Yan Etkilerinin Tanılanması Prosedürü,
- Hemşirelik Hizmet ve Hasta Kayıtları Prosedürü,
- İlaç Temini, Depolanması, Kontrolü ve Dağıtımı Prosedürü,
- Hekim İstemi ve Onaylama Prosedürü,
- Kalite İndikatörleri Takip Prosedürü,
- Hastaların Değerlendirilmesi Prosedürü,
- Sentinel (Beklenmeyen) Olaylar İçin Takip Prosedürü,
- Çocuk Güvenliğinin Sağlanması (Pembe Code) Prosedürü,
- Hasta Kabul ve Tanılama Talimatı,
- Davranışsal Olmayan Sağlık Gereksinimi İçin Kısıtlama Talimatı,
- Hasta Güvenliğinin Sağlanması Talimatı,
- Hastalar İçin İlaç İstemi Uygulama Talimatı,
- Hastaların Getirdiği İlaçların Saklanması Talimatı,
- İlaçların Oral, Topikal ve Diğer Şekillerde Verilmesi Talimatı,
- Hasta Yatış ve Onay Formu,
- Hasta Prognes Notları Formu,
- Hemşirelik Bakım Planları

şeklinde sıralayabilirim. Tek tek bunların anlatılması ve risk yönetimi programı ile ilgili bağlantılarını ortaya koymak zaman alıcı olacağından birkaç örnek prosedür ve talimatı çalışmanızda sunmak üzere size verebilirim."

Soru 12 : " Risk yönetimi faaliyetleri hangi personel tarafından yürütülüyor, sorumluluklar hangi personel ya da bölümde yoğunlaşıyor?"

O.Turgay : " İstanbul Memorial Hastanesi'nde risk yönetimi departmanı adı altında bir birim ya da bir risk yöneticisi mevcut değildir. Risk yönetimi programının koordinasyonunu "Kalite Koordinatörlüğü" birimi gerçekleştirmektedir. Fakat risk yöneticisi dediğiniz zaman herkes kendi

alanında oluşabilecek risklerden haberdar ve bunlar için önlem almaya yöneltiliyor. Dolayısıyla konuya sorumluluk açısından yaklaştığımızda bu herkesi işi. Tabii ki bu arada Kalite Koordinatörlüğü sistemin uygun işlemesini sağlıyor. Örneğin radyoloji bölümünde anestezi maddesinin kullanılacağı girişimsel bir uygulama yapılacak. Aynı şekilde endoskopi bölümünde de bir uygulama yapılacaksa ve hastada anestezi maddesi kullanmak yüksek risk unsuru oluşturuyor ise Kalite Koordinatörlüğü'nün görevi, her iki bölümde de girişimin aynı şekilde uygulanmasını, aynı formların doldurulmasını ve prosedürlere uygun yapılmasını kontrol etmektir. İstanbul Memorial Hastanesi'nde değişik konularda çalışan komiteler bulunmaktadır. Örneğin Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Hasta Güvenliği Komitesi ve Çalışanların Güvenliği Komitesi bunlardan bazılarıdır." Kalite Koordinatörlüğü dışında tıbbi ve tıbbi olmayan bölümlerden sorumlu kişiler, direkt risk belirleme adı altında olmasa da komitelerde, kendi bölümleri ile ilgili mevcut riskleri ele alıyorlar. Kalite Koordinatörlüğü komite raporlarına yönelik olarak koordine sağlayarak yapılması gerekenlerin uygulamaya geçmesini sağlıyor.

Ş.Altun : " İstanbul Memorial Hastanesi'nde her bölümün bu program ile ilgili sorumlulukları, görev tanımları ve işleyişleri belirlenmiştir. Bu bölümlerde yürütülen işlere yönelik değerlendirme sonuçları Kalite Koordinatörlüğü'nde toplanmaktadır. Bunarın dışında hastanemizde kalite güvence yapımız gereği faaliyet gösteren 16 komite bulunmaktadır. Hasta Güvenliği Komitesi, Çalışanları Güvenliği Komitesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi ve Hasta Bakımı ve Bakımın Devamlılığını Değerlendirme Komitesi gibi komiteler kendi faaliyet alanlarında dolayısıyla risk yönetimi ile ilgili çalışmaları bölüm sorumlularının da katılımı ile yürütmektedirler."

Soru 13 : " İstanbul Memorial Hastanesi'nde risk yönetimi programının daha etkin devam etmesi için personele yönelik bir teşvik sistemi var mı?"

O.Turgay : " İstanbul Memorial Hastanesi'nde İnsan Kaynakları Departmanı'nın uyguladığı genel anlamda bir ödül ve cezalandırma sistemi vardır. Bu sistemi direkt risk yönetimiyle bağdaştırmak ne kadar doğru olur bilemiyorum. Aslında risk yönetimi insanların ekstra yapmış olduğu bir iş değildir. Risk yönetimi programı, çalışanların mesailerinde yapmış oldukları çalışmaları daha bilinçli yapmalarını sağlıyor. Dolayısıyla normal görevlerini yaptıkları için risk yönetimi programının onlara sağladığı en büyük ödül oluşabilecek risklerin önlenmesidir, yaralanmaların engellenmesidir. Bundan daha iyi bir ödül düşünülemez. Dolayısıyla bire bir, risk yönetimini çok iyi uyguladınız sizi tebrik ediyoruz veya çok kötü yaptınız, sizi cezalandırıyoruz şekilde bir sistemimiz yoktur. Biz biliyoruz ki bu hastanede ne yaparsak bu,direkt insan hayatıyla ilgili oluyor. Yine biliyoruz ki bizim sağlığımız açısından da bir riski göz önünde bulundurup çalışmak zorundayız. Bu bakımdan risk yönetimi programı hayatın bir parçasıdır. Sonuç olarak şu veya bu program için değil, genel olarak bir teşvik sistemi mevcuttur."

Ş.Altun : " İstanbul Memorial Hastanesi kalite sisteminde, personel açısından bir teşvik sistemimiz vardır. Hastanemizde İnsan Kaynakları Departmanı ve Kalite Koordinatörlüğü tarafından yürütülen bu çalışmalar, "Performans Değerlendirme, Öneri ve Ödüllendirme Sistemi Prosedürümüz" doğrultusunda yerine getirilmektedir."

Soru 14 : "Türkiye'de sağlık kurumları ile ilgili mevcut yasal mevzuatlar, bu tür programların önünde bir engel mi veya teşvik edici mi?"

O.Turgay : " Türkiye'deki yasal mevzuatlar bu türde bir programı teşvik te ediyor, engel de oluyor. Bu söylediğim cümleyi örnekler vererek açıklamak istiyorum. Ülkemizde olası yangınlara karşı aldığınız önlemler konusunda ne yaparsanız yapın, bunu toplum, devlet, çalışanlar, hasta ve hasta yakınları takdir eder. Türkiye'de İstanbul Memorial Hastanesi bu tür risklere farklı yaklaşımlarla önlem almada öncü olduğu için, resmi bir kurum olarak SSK

Okmeydanı Hastanesi'ne gidip, "biz sizinle olası bir deprem ve yangın felaketine karşı iş birliği içinde çalışmak istiyoruz" dediğimiz zaman şaşırdılar. "Biz resmi bir kurumuz, SSK hastanesiyiz nasıl bir işbirliği yapabiliriz sizinle, acaba burada bir art niyet mi var?" şeklinde bir düşünceye kapıldılar. Bizde onlara "hayır, herhangi bir kriz durumunda bizim koordineli çalışmamız gerekiyor, bu bir toplumsal meseledir" dediğimizde, "doğru haklısınız" dediler. "Peki bu aşamada İki hastane olarak bunu yazılı bir protokole dökelim, bir işbirliğimiz olsun" dediğimizde ise, bu mevzuata aykırıdır, biz Sağlık Bakanlığı'na bağlı olduğumuz için böyle bir protokol için bakanlıktan izin almamız gerekir şeklinde cevaplar aldık. Bu olay mevzuata aykırı mıdır, değil midir? bu tartışılır. Dolayısıyla takdir edilen yönleri olmasına rağmen risk yönetimine yönelik uygulamaların birçoğu ülkemizde yerleşmediği için yadırganabiliyor. Ama yadırganmasının nedeni de risk yönetiminin bilinmemesi ve çekinmek, yoksa risk yönetimi programında mantık dışı hiçbir uygulama bulunmamaktadır. Konu ile ilgili mevzuatların oluşturulmamış olması da bu aşamada doğaldır. Bunun giderilmesi içinde en iyi silah toplumun eğitilmesi, sağlık kurumunun eğitilmesi ve bu konudaki bilinç düzeyinin yükseltilmesidir."

Ş.Altun : " Yasal olarak, uyguladığımız bu programın karşısında duran bir zorluk olmadığını biliyorum. Şartların mevzuatı karşıladığını düşünüyorum. Fakat akreditasyon sistemi ve risk yönetimi programının ülkemizde tam olarak bilinmemesinden dolayı, uygulanması yönünde teşvik edici mevzuatlar da mevcut değil. Programın ülkemizde tanınması konusunda, hastanemizde yürütülen uygulamalar faydalı olmuştur. "

Soru 15 : " Sizce Türkiye'deki hastanelerde A.B.D.'de olduğu gibi bu programı koordine edecek bir "risk yöneticisi" pozisyonu oluşturulabilir mi?

O.Turgay : " Bu soruyu yanıtlarken bir takım faktörleri göz önünde bulundurmak gerekir. Bunlar;

1. Kurumun yapısı ve

2. Çevre şartlarıdır.

Bu çerçevede İstanbul Memorial Hastanesi risk yönetiminin herkesin işi olduğunu kabul etti. Ayrıca risk yönetimi faaliyetleri kalite güvence sistemi kapsamında değerlendirildiği için böyle bir yönetici pozisyonu veya risk yönetimi birimi oluşturulmadı. Bu görev herhangi bir özel hastanede işletme grubunun görevi olabilir, tıbbi direktörlerin görevi olabilir veya hastane müdürünün sorumluluğunda olabilir. İstanbul Memorial Hastanesi'nde bu program Kalite Koordinatörlüğü tarafından yürütülmektedir. Risk yönetimi, özel ve kamu sağlık kuruluşları için önem arz eden bir konu olduğu için yeni oluşturulacak mevzuatlarda yer alması gereken bir programdır. Her hastanede en azından bir risk yönetimi komitesi oluşturulmalıdır."

Ş.Altun : " Türkiye'de sağlık hizmeti veren hastanelerde bu faaliyetleri yürütecek bir risk yöneticisi pozisyonuna ihtiyaç vardır."

Soru 16 : " İstanbul Memorial Hastanesi'nde finansal riskleri azaltmak uygunsuz ilaç ve yatak kullanımını kontrol altına alabilmek için "kullanım yönetimi" çalışmaları yürütülüyor mu? Yürütülüyorsa bu faaliyetler hangi komite ya da departman tarafından yürütülüyor."

O.Turgay : "Hastanemizde tıbbi sarf malzeme ve ilaçların önceden yapılmış olan çalışmalarla ortaya çıkarılmış minimum ve maksimum stok seviyeleri mevcut. Oluşabilecek risklere karşı optimum stok seviyeleri de belirlenmiştir ve malzeme yönetimi ile bu stok seviyesinde bulunmaları sağlanıyor. Ayrıca kliniklerde kullanılan ilaçların stok kontrolünü ise süpervizor dediğimiz yönetici hemşireler yapmaktadır. İlaçlarla ilgili stok seviyelerinin kontrolü dışında hastanemizde faaliyet gösteren "Eczane Komitesi" mevcut . örneğin bu komitenin faaliyetlerinden başlarsak; Eczane Komitesi'nde bir eczacı, bir hekim, bir hemşire , depo sorumlusu gibi personel görev almışlardır. Bu kişiler hangi ilaçların alınacağı , ilaç alımında kriterlerin neler olduğu, teslim süresi, ilaçların özellikleri, ilaçların fiyatları, son kullanma tarih aralıkları ve kalitesi konusunda veya tıbbi sarf malzemesi içinde belirli kriterleri karşılayıp

karşılamadığına ve sonra da o ilacın alınıp alınmayacağına karar veriyorlar. Doktorun yazdığı ilacı doğruluğunun kontrolü amacıyla komite olarak değil de, sistemin içinde bir kontrol mekanizması oluşturulmuştur. Bu sistemin işleyişini şu şekilde ifade edebiliriz; doktor hastaya bir ilaç orderi verdi ve hemşire bu reçeteyi eczaneye gönderdi. Eczanede yazılan ilaçları düzenleyenlerde bir personel ile kliniğe gönderdi. Sonuçta hemşirede ilacı hastaya uyguladı. Şimdi bu sistem birçok açıdan risk taşıyor. Birincisi; doktor yorgun olabilir, yanlış ilaç yazmış olabilir, yanlış doz yazmış olabilir. Dolayısıyla bu riski ortadan kaldırmak için ilaç hastaya uygulanmadan önce, eczanemizde ilk olarak reçetede yazılmış olan ilaçların diğer ilaçlarla etkileşimi var mı? hastanın diyeti ile etkileşimi var mı? bunu saptayan bir inceleme yapılıyor. Eczane hastanın adını, soyadını, cinsiyetini, yaşını ve klinik bulgularıyla beraber gözden geçirdikten sonra onayını verip kliniğe gönderiyor. Kliniklerimizde birinci hekimin yazdığı reçetedeki ilaçları kontrol eden ikinci hekim uygulaması yapılıyor. A.B.D.'de bu işi yapan klinik farmakologlar var. Fakat Türkiye'de "klinik farmakoloji" çok yaygın olmadığı için bu işlem klinik hekimleri tarafından yapılıyor. İlaçlar kliniğe geldikten sonra hemşire ordera bakıyor. Doğru ilaç gelmiş mi? ve doğru hasta için mi? kontrolünü yaptıktan sonra ilaçlar hastaya uygulanıyor. Uygulamasını da bitiriyor ve uyguladıktan sonra bir gözlem formu var ; hastada komplikasyon gelişti mi?, bir değişiklik oldu mu? veya tedavi normal seyrinde devam ediyor mu? bu bulguları takip edip onayladıktan sonra süreç tamamlanmış oluyor."

Ş.Altun : " İstanbul Memorial Hastanesi'nde finansal riskleri azaltmak ve uygunsuz yatak ve ilaç kullanımını denetim altında tutmak için "kullanım incelemesi" çalışmaları yapılmaktadır. Bu inceleme için veriler yine kalite indikatör sistemimizden elde ediliyor. İlaç ve yatak kullanımı ile ilgili olan indikatör sonuçları servisler tarafından Kalite Koordinatörlüğü'ne bildirilmektedir. Kalite Koordinatörlüğü ise gerek hekimlerin görüşlerini alarak gerek komiteler ile bağlantı kurarak problemleri gidermeye çalışmaktadır."

Soru 17 : " Sizce Türkiye'de akreditasyon sisteminden bağımsız olarak bu çalışmalardan haberdar olmayan diğer hastanelerde risk yönetimi programı uygulanmalı mı? ve uygulanabilir mi?"

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ

O.Turgay : " Türkiye'de bulunan tüm hastanelerde risk yönetimi programı uygulanmalıdır. Akreditasyon belgesine sahip olmayan hastanelerde de Sağlık Bakanlığı'nın koymuş olduğu, ruhsatlandırma zorunlulukları çerçevesinde birtakım kurallar vardır. Bu kurallara uygun hareket edilmesi kısmen bir risk yönetimi uygulamasıdır. Uygulamada daha ileriki aşamalara geçtiğiniz zaman bir direnç ile karşılaşabilirsiniz. Fakat ülkemizde özellikle özel sağlık sektöründe risk yönetimi programı uygulamaları büyük fayda sağlar. Çünkü risk yönetimi ile hastane maliyetlerini kontrol altına alabilir, hata payını azaltabilir, hastaların,çalışanların, ziyaretçilerin güvenliğini daha etkin sağlayabilirsiniz. Dolayısıyla sistem kurumun bütünü ve çalışanlar güvence altına alınmış oluyor. Bu bakımdan risk yönetimi kaçınılmazdır. Bu programı uygularken hastane ister akreditasyon belgesine sahip olmak ve bunu uygulamak şeklinde bir yol izleyebilir, isterse de kendi kendilerine yapmış oldukları bir çalışma olabilir. Fakat Akreditasyon standartları çerçevesinde oluşturulan bir risk yönetimi programı denenmiş, incelenmiş, ve kendini ispatlamış bir sistem olduğu için daha mantıklıdır. Dolayısı ile akreditasyon standartlarını uygulamak ile işe başlamak kuruma hem zaman kazandıracaktır hem de yüz yılı aşkın bir süreç sonucu oluşturulan standartların uygulanması ile, "ben risklerimi kontrol altında tutuyorum, yapmam gereken şey kontrole devam etmek, yeni potansiyel tehlikeleri tespit etmek, bunlara önlem almak ve bu çalışmaları sürekli geliştirmektir" düşüncesine sahip kılacaktır.

Ş.Altun : "Akreditasyon sisteminden bağımsız olarak Türkiye'de bu çalışmalardan haberdar olmayan diğer hastanelerde risk yönetimi programı bence uygulanmalıdır ve uygulanabilir. Hata payını azalttığı, maliyeti düşürdüğü, hastayı, çalışanı ve kurumu güvence altına aldığı için; yani bütünü korumak için, risklerin kontrol altına alınması ve bunun sistematik bir şekilde yürütülmesi oldukça faydalı olacaktır."

2.5. Yorum ve Değerlendirmeler

Türkiye'de faaliyet gösteren sağlık kurumları hemen hemen tüm dünyadaki kuruluşları etkisi altına alan Toplam Kalite Yönetimi anlayışı ile son 10 yıl içinde kalite yönetimi çalışmalarına başlamışlardır. Türkiye'de Kalite yönetimi çalışmaları sektörde rekabet halinde olan hastaneler tarafından ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi çalışmaları ile başlamıştır. Bu çalışmalar son birkaç yıldır gerek ISO standartlarının sağlık kurumlarına özgü olmayışı gerekse de JCAHO'nun A.B.D. dışındaki hastanelere de akreditasyon hizmeti vermesi ile birlikte JCI Akreditasyon sistemi ile devam etmiştir. Türkiye'de JCI akreditasyon belgesinin sektördeki ilk sahibi olarak atılım yapan İstanbul Memorial Hastanesi, standartların risk yönetimi kriterlerini içeriyor olmasından dolayı risk yönetimi programını da uygulamaktadır.

İstanbul Memorial Hastanesi üst yönetimi, ISO 9000 Kalite Yönetimi Sistemi'ni kaliteyi yakalamak için atılan ilk adım olarak görmektedir. Fakat gerek sektörde aynı hedef kitleye sağlık hizmeti veren diğer sağlık kurumları ile rekabetin getirdiği zorunluluklar, gerekse ISO 9000 Kalite Yönetimi Sistemi'nin sağlık hizmetlerine özgü bir kalite güvence modeli olmamasından dolayı, sağlık kurumlarına yönelik bir kalite güvence sisteminin kaliteyi yükselteceği kanısı ile işe başlamışlar ve hastaneyi JCI standartları çerçevesinde yapılandırmışlardır. Daha sonra standartlar doğrultusunda diğer çalışmalarını da tamamlayan hastane Amerikan Sağlık Kurumları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu'nun (JCAHO) alt kuruluşu olan JCIA' ya başvuruda bulunmuş ve akreditasyon belgesini almaya hak kazanmıştır.

İstanbul Memorial Hastanesi'nde risk yönetimi faaliyetleri genel olarak Kalite Koordinatörlüğü tarafından koordine edilmektedir. Hastanede faaliyet gösteren bir risk yönetimi komitesi ve risk yöneticisi bulunmamaktadır. Bu komitenin görevleri, özellikle hasta güvenliği komitesi ve enfeksiyon kontrol komitesi tarafından yerine getirilmektedir. Risk yöneticisinin görev tanımına giren konular ise Kalite Koordinatörlüğü tarafından yürütülmektedir. İdeal bir risk yönetimi programında risk yöneticisi pozisyonu oluşturulmalıdır veya Kalite

Koordinatörlüğü'nde görevli bir yönetici personele bu görev verilmelidir. Ayrıca spesifik olarak etkin risk kontrolü için risk yönetimi komitesi kurulabilir. A.B.D. de risk yönetimi programı uygulayan hastaneler ile kıyaslandığında İstanbul Memorial Hastanesi'nde akreditasyon standartları dışına çıkılmadığı için bu konuda bir eksiklik göze çarpmaktadır.

İstanbul Memorial Hastanesi tarafından akreditasyon sistemin kazanımları; "tıbbi hizmetlerde etkinlik ve tıbbi süreçlere yönelik dokümantasyonun sağlanması ve hastalar ve personel açısından güvenli sağlık hizmetinin sağlanması" olarak ifade edilmektedir. Hastanede akreditasyon standartlarına yönelik hazırlanmış prosedürler kapsamında tanımlanmış risk alanlarına yönelik (radyasyon güvenliği, doğum hizmetleri gibi) prosedürler de yer almaktadır. Ayrıca yürürlükte olan tüm prosedürlerde, yapılan iş ile ilgili olağan üstü durumlara yönelik kriterlere yer verilmiştir. Bununla birlikte risk yönetimi prosedürü adı altında bu programın süreçlerini ortaya koyan, işlem adımlarını belirleyen, risk analizi, risk transferi ile ilgili kriterleri ortaya koyan bir prosedür oluşturulmamıştır.

JCI Akreditasyon sistemi, hasta ve personelin risklere karşı eğitimini de gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda İstanbul Memorial Hastanesi'nde eğitim çalışmalarına önem verildiği görülmektedir. Olası riskleri önlemek amacı ile personele Kalite Koordinatörlüğü tarafından belirli periyotlarla eğitim verilmektedir. İşe yeni başlayan personele oluşabilecek riskleri önleyebilmek ve adaptasyonu sağlamak amacı ile oryantasyon eğitimleri verilmektedir. Ayrıca hastalara yönelik eğitim faaliyetleri de yapılmaktadır.

İstanbul Memorial Hastanesi'nde risk yönetiminin programı kapsamında ele alınan birçok konuda yasal düzenlemeler olmasa da, hastanenin JCI akreditasyon standartlarını uygulayabilmek için yaptığı çalışmalar bu eksikliğin giderildiğini göstermektedir.

İstanbul Memorial Hastanesi'nde risk yönetimine yönelik raporlama sistemi uygulanmaktadır. Ek'B'de sunulan "olay rapor formu" ile, sağlık hizmeti sunumunda meydana gelen herhangi bir ters durum ve olay, ilgili personel tarafından doldurularak Kalite Koordinatörlüğü'ne iletilmektedir. Olay rapor

formlarının hangi hallerde ve nasıl doldurulacağına ait bilgiler kalite uzmanları tarafından personele verilen eğitimlerde anlatılmıştır. Olay rapor formunda sunulan bilgiler gizlilik içeren bilgilerdir. Bu raporlar ile toplanan veriler gizlidir, kopyalanamaz, sadece risk yönetimi ve kalite iyileştirme çalışmalarında kullanılmaktadır. Bu özelliği ile raporlama sistemine işlerlik kazandırılmıştır. Çünkü bir personelin herhangi bir yanlış durumu olay rapor formu ile bildirirken haklı olarak gizlilik isteyebilir. Bu açıdan personele güvence verilerek uygulanan raporlama sistemi işlevseldir.

İstanbul Memorial Hastanesi'nde personel yaralanmaları ve zarar görmeleri de risk yönetimi kapsamında ele alınan diğer bir konudur. Hastanede personelin verdiği hizmetten dolayı zarar görmesine ve bulaşıcı hastalıklara karşı korunmasına yönelik faaliyetler, Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin de katkılarıyla, diğer risk yönetimi faaliyetlerinde de olduğu gibi Kalite Koordinatörlüğü tarafından yürütülmektedir . Enfeksiyon Kontrol Komitesi, tüm personelin bulaşıcı hastalık tarama testlerinin belli periyotlarda yapılmasını sağlamaktadır. Ayrıca hastane enfeksiyonlarına karşı alınacak tedbirler konusunda personele eğitimler verilmektedir. Bu konuda "İş Kazası Bildirim Formu" hazırlanmıştır. Bu form herhangi bir personele bir zarar gelmesi durumunda doldurularak gerekli bölümlere olay bildirimi yapılmaktadır. Bu uygulama risk yönetimi programında hasta güvenliğinin yanı sıra personel güvenliğine de verilen önemi göstermektedir.

Risk yönetimi programında hastanın hem hasta hakları konusunda hem de genel sağlık konularında bilgi sahibi olması önemli bir kriterdir. İstanbul Memorial Hastanesi Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayınlanan hasta haklarının hastalar tarafından bilinmesine önem vermektedir. Bu açıdan hastanede hasta haklarını içeren bir broşür hazırlanarak hastaların ulaşabileceği yerlere konulmuştur. Bu uygulamada da hastanenin, konunun üzerinde hassasiyetle durduğu görülmektedir. Hastaların genel sağlık bilgisinin yükseltilmesi amacıyla çeşitli hastalıklar ve sağlık durumlarına yönelik olarak hazırlanmış broşürler ile eğitim çalışmaları yapılmaktadır. Ayrıca hastaneden taburcu edilen hastalara veya yakınlarına evde yapacakları sağlık bakımı ile

ilgili veya tedavinin devamı ile ilgili eğitimler verilmektedir. Bu işlem "Hasta ve Aile Eğitim Formu" doldurularak ve her iki taraf tarafından imzalanarak belgelenmektedir.

İstanbul Memorial Hastanesi tarafından hazırlanan prosedürler incelendiğinde büyük çoğunluğunda riskleri önlemek için gerekli önlemler dokümante edilmiş olduğu görülmektedir. Bu konuda hastane Kalite Koordinatörlüğü'nde JCI Akreditasyon standartlarına yüksek oranda bir güven duyulmaktadır. Hastanede daha çok akreditasyon kriterlerini karşılaması amacı ile hazırlanmış prosedürlere uygun hareket edilmiştir. İstanbul Memorial Hastanesi'nde Akreditasyon standartları dışındaki risk yönetimi uygulamaları yapılmamaktadır. Bu açıdan bu çalışmada anlatıldığı anlamda bir risk analizi, risk değerlendirmesi ve risk transferi çalışmaları yapılmamaktadır. Fakat bunu bir eksiklik olarak kabul etmek doğru olmaz. Çünkü İstanbul Memorial Hastanesi'ndeki uygulanan Akreditasyon standartları kapsamında uygulanan "Kalite İndikatör Sistemi" vasıtasıyla sağlık hizmeti faaliyetlerinin sürekli olarak izlenmesi ile etkin risk yönetimi, değerlendirmesi ve analizi yapıldığı görülmektedir.

İstanbul Memorial Hastanesi'nde risk yönetimi programının iyi bir uygulama örneği olmasının nedenlerinden birisi hastanenin daha proje aşamasındayken JCI Akreditasyon standartlarına göre yapılandırılmış olmasıdır. Bu nedenle hastanenin fiziki olarak standartlara uygun olmayan bir yönü bulunmamaktadır. Bu özelliğin bir risk yönetimi uygulamasında önemi büyüktür. Örneğin koridorların genişliği, bazı bölümlerin inşa özellikleri, afet durumunda kullanılacak tahliye yerlerinin özelliği gibi sonradan çok zor değiştirilecek olan inşaat yapısının en baştan standartlar düşünülerek yapılması hastane açısından büyük kolaylıklar sağlamıştır. Organizasyonel yapının da standartlar kapsamında oluşturulması, ayrıca 16 adet tıbbi komitenin oluşturulması ve işlerlik kazandırılması sağlık hizmeti sunumuna verimlilik kazandırmaktadır.

Bu çalışmada risk yönetimi ile bağlantıları ortaya konan diğer bir konu da kullanım yönetimidir. İstanbul Memorial Hastanesi kullanım yönetimi programı

risk yönetimi programında olduğu gibi JCI Akreditasyon standartları kapsamında uygulamaktadır. Çünkü JCAHO daha önceki yıllarda yapmış olduğu çalışmalar ile risk yönetimi programı gibi kullanım yönetimi programını da sağlık hizmeti kalitesini yükseltebilecek bir program olarak gördüğü için standartları kapsamına almıştır. Yani ülkemizde JCI Akreditasyon belgesini alacak herhangi bir hastane bu kapsamda her iki programı da uygulayacaktır.

3. Sonuç ve Öneriler

3.1. Sonuç

"Hastanelerde Risk yönetimi ve Bağlantılı Fonksiyonlar: İstanbul Memorial Hastanesi Örneği" başlıklı tez çalışmasında incelenen konular, hastanelerde hasta, personel ve diğer kişilerin güvenliğinin sağlanması için gerekli sistematik bir programın uygulama süresi ve sağladığı faydalar incelenmiştir.

Risk faktörü geçmişten günümüze hayatın kaçınılmaz faktörlerinden biridir. Ekonomik, teknolojik ve siyasi gelişmeler globalleşen dünya düzeninde yeni yeni riskleri de beraberinde getirmektedir. Hangi konuda olursa olsun risklerle karşı karşıya kalan insanlar, bu riskleri en aza indirgeyecek yöntemlerin arayışı içine girmişlerdir. Özellikle son yüzyılda yönetim biliminin gelişmesi ile birlikte çeşitli konularda yönetsel sistem ve programlar oluşmaya başlamıştır. Üretim yönetimi, stok yönetimi, insan kaynakları yönetimi, pazarlama yönetimi gibi risk yönetimi de bu yönetsel programlardan biridir.

A.B.D.'de hastanelerinde de risk yönetimi programı yaklaşık 35 yıldır uygulanmaktadır. 1970'li yıllarda A.B.D. sağlık sektöründe artan tıbbi hata vakaları sonucu bir kriz meydana gelmiştir. Bunun üzerine hastane yöneticileri sanayi sektöründe son 50-60 yıldan bu yana kullanılan risk yönetimi programını, sağlık sektörüne adapte etmek için bir çalışma başlatmışlardır. Sonraki yıllarda programın kapsamı çeşitli danışmanlık kurumları tarafından geliştirilmiştir.

Daha sonra JCAHO sunduğu akreditasyon standartları ile risk yönetimine yönelik kriterleri birleştirerek bu program ile kalite güvence sistemini entegre etmiştir.

Türkiye'de her hastane sağlık hizmeti sunumunda oluşabilecek risklerle mücadele edebilmek için mevzuatlara ve iş tanımlarına uygun olarak birtakım uygulamalar yapmaktadır. Bu uygulamaların geneline bakıldığında, bunların sistematik uygulamalar olmadığı, dolayısıyla riskleri etkin olarak önlemediği görülmektedir. Son zamanlarda sağlık sektörünü etkisi altına alan ve kaliteyi artırmayı amaçlayan ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi hastanelerdeki risklere önlem almada pozitif bir etki yapmaktadır. Buna rağmen ISO standartlarının üstünlüğünün daha çok hastanelerde tıbbi süreçler dışındaki süreçlerde olduğu söylenebilir.

Risk yönetimi programı, hasta güvenliğinin sağlanması için gerekli alternatiflerin oluşturulmasını ister. Bunun için risk yönetimi programını uygulayan herhangi bir hastanede hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik prosedürler yer almakta ve yazılı olan bu kriterlere uygun hareket edilmektedir. Böylece istenmeyen olayların minimum düzeyde kalması sağlanmış olur. Bir sağlık kurumunda hastanın her yönden güvence altına alınması kaliteyi de beraberinde getirecektir.

Hastanelerde risk yönetimi programı ile sağlık personeli de kendini güvence altına almış olacaktır. Özellikle eğitim çalışmaları ile daha bilinçli sağlık hizmeti ve hasta bakımı yapılabilecektir. Risk yönetimi kapsamında personele daha güvenli iş ortamları yaratılmaktadır. Sağlık personelinin sağlık hizmeti sunarken karşılaşacağı her türlü riskin kontrol edildiğini biliyor olması motivasyonunu da pozitif yönde etkileyecektir.

Risk yönetimi programının içeriğinde yer alan olay/problem raporlama sistemi, problemlere daha hızlı müdahale edilmesini ve meydana gelebilecek hukuki durumlarda, bu probleme birebir şahit olan personelin vermiş olduğu bilgi kaynağını oluşturması bakımından sağlam bir veri kaynağı oluşturacaktır.

Bu çalışmada risk yönetimi programı ile bağlantılı fonksiyonlar olarak kalite güvence ve kullanım yönetimi programları ele alınmıştır. JCAHO önceki yıllarda her üç sisteminde asıl amacının daha kaliteli sağlık hizmeti sunmak olduğunu görmüş ve bu bağlamda söz konusu sistemleri entegre etmiştir. Böylece kapsamı daha da genişleyen JCAHO akreditasyon standartlarının etkinliği artmıştır. Sonuçta bu standartlar, hastalara doğru tanı ve tedavi hizmetini verebilecek, ölçülebilir kriterlere dayalı,riskleri etkin bir şekilde ele alan ve kullanım uygunluğunu arayan bir sistemi ortaya koymuştur. JCAHO verdiği akreditasyon hizmetini uluslar arası platformda uygulamak istemiş ve bu amaçla 2000 yılında JCIA (Joint Commission International Accreditation) birimini kurmuştur.

A.B.D.'de ortaya konan bu sistem Avustralya, Kanada, İngiltere gibi ülkelerde de kendi akreditasyon kurumları tarafından uygulanmaktadır. JCIA'nın Türkiye'de de akreditasyon hizmeti vermesine rağmen Türkiye'deki hastanelerde sistem yaygın değildir. Bunun en önemli nedeni olarak ekonomik sebepler gösterilebilir. Bunun yanında programın ülkemizde tanınmamasının da etkisi vardır. Bu açıdan bakıldığında bu çalışma ile akreditasyon sisteminin hastaneler tarafından tanınmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Hastane dışından uzman bir kurum akreditasyon standartları ile sunulan hizmetin kalitesini kontrol edebilmektedir. Bu amaçla Türkiye'de sağlık kurumları için akreditasyon kurumu teşkil edilmelidir veya TSE içinde sağlık konusunda uzman olan çalışma birimleri oluşturulmalıdır. Bu kurum veya alt birimin görevi sağlık kurumları ve hastanelere akreditasyon hizmeti sunmak olmalıdır. 1997 yılında TSE Sağlık Hazırlık Grubu'nca ülkedeki sağlık mevzuatlarından ve JCAHO standartlarından yararlanarak "hastane standartları" oluşturulmuştur. TSE'nin yapmış olduğu bu çalışma böyle bir uygulamanın ilk adımı olarak kabul edilebilir.

Risk yönetimi programı sistem olarak tüm risklere karşı önlem almayı hedeflemektedir. Bu açıdan İstanbul Memorial Hastanesi örneğinde de görüldüğü gibi sağlık hizmeti dışında meydana gelebilecek ve insan hayatını tehdit eden doğal afetlere yönelik önlemlerin alınmasını da içermektedir. Bu

uygulama ile herhangi bir doğal afet anında belki de en fazla ihtiyaç duyulan birimler olan hastanelerin en az zararla sağlık hizmetine devam etmeleri sağlanmış olacaktır.

Türkiye'nin içinde bulunduğu ekonomik şartlar tüm sektörlerde kaynakların verimli kullanılmasını gerekli kılmaktadır. Hem ekonomik olarak riskleri kontrol altına alabilmek hem de insan sağlığı ile birebir ilgili olan doğru ve zamanında ilaç, tıbbi malzeme kullanımını sağlamak amacı ile uygulanan kullanım yönetim programı, Türkiye'de güvenli ve ekonomik sağlık hizmetinin verilmesi amacı ile gereklidir.

Bu çalışmanın;

Özellikle A.B.D.'de, kaliteli sağlık hizmeti sunumunda meydana gelebilecek her türlü riski önlemeye yönelik sistemlerin uygulandığı görülmektedir. Buna rağmen söz konusu riskleri önlemeye yönelik herhangi bir sistemin Türkiye'deki hastanelerin tamamına yakınında uygulanmadığı bir gerçektir. Bu açıdan bakıldığında hastanelerimizin kalite çalışmalarına yön vereceği,

Sağlık hizmetlerinde kaliteye ulaşılmasına yönelik olarak yeterli olduğu düşünülen ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi'nin Hastaneler açısından gerekli fakat yeterli olmadığı tezinden hareketle, her sektörde kendine özgü kalite çalışmalarının yapılması gerektiğine ve bu bağlamda Devlet Planlama Teşkilatı'nın hazırlamış olduğu Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne Katılım Sürecine İlişkin 2002 Yılı İlerleme Raporu'nun 57. sayfasında belirtilen sektörlere özgü belgelendirme çalışmaları kapsamında sağlık sektörü ve hastanelerimize yönelik olarak Sağlık Hizmetleri Akreditasyon Kurumu'nun kurulması düşüncesini destekleyeceği,

Hastane yöneticileri için Devlet Planlama Teşkilatı'nın 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı çerçevesinde konusunda uzman olan kişilere hazırlatmış olduğu Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu'nda belirtilen birçok soruna çözüm bulmada yol gösterici olacağı ve

Tıbbi Hata (Malpraktis) vakalarını azaltmak isteyen ve tıbbi hatalar sonucunda doğabilecek hukuki sorunlarla başa çıkabilmek isteyen hastane yöneticileri için nasıl bir sistem kurulması gerektiğine yönelik bir veri kaynağı oluşturacağı değerlendirilmektedir.

3.2. Öneriler

Bu çalışma doğrultusunda, ileri araştırmalara ve uygulamayla yönelik çeşitli önerilerde bulunulabilir.

3.2.1. İleri Araştırmalara Yönelik Öneriler

Bu çalışmaya ek olarak; hastanelerdeki servislere özel risk yönetimi uygulamaları araştırılabilir. Örneğin bir hastanenin acil ve ilkyardım servisinde risk yönetimi programı uygulamak istenirse, servisin nasıl organize edilmesi gerektiğinin araştırılabileceği,

Sistemin kazanımlarını ortaya koymak açısından risk yönetimi uygulayan hastaneler ile riskleri sistematik olarak ele almayan diğer hastaneler arasında karşılaştırmalı bir analiz yapılabileceği,

Akreditasyon belgesine sahip hastanelerin organizasyonel ve fiziksel yapıları inceleyerek, ortaya çıkabilecek sonuçları ile diğer hastanelere örnek teşkil edecek araştırmalar yapılabileceği ve

Hastanelerde uygulanan ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi ile JCIA standartlarının karşılaştırmalı olarak analizi yapılarak her iki sistemin de faydaları ve eksik yönlerinin araştırılabileceği düşünülmektedir.

3.2.2. Uygulamaya Yönelik Öneriler

Türkiye'de bulunan herhangi bir hastanenin A.B:D:'deki bir kuruluş tarafından akredite edilmesi, gerek aynı dilin konuşulmaması nedeniyle doğacak iletişim zorluğundan dolayı, gerekse de ekonomik olarak uygun olmaması nedeniyle zordur. Bu nedenle Türkiye'de sağlık kurumları akreditasyon kurumunun oluşturulması , sektörü olumlu yönde etkileyecektir.

Sağlık Bakanlığı tarafından bina, tesisat ve güvenlik konularında JCAHO akreditasyon standartlarının incelenmesi ve konu ile ilgili mevzuatlarda iyileştirmeler yapılması fayda sağlayacaktır.

TSE Sağlık Hazırlık Grubu'nca JCAHO ve CCHA (Canadian Council on Hospitals Accreditation) standartlarından yararlanılarak hazırlanan ve 1997 yılında kabul edilen "hastane standartları" Türkiye'de akreditasyon standartlarına yönelik ilk yazılı çalışmalardan biridir. Bu standartların sektörde tanıtılması, etkinleştirilmesi ve hastanelerde uygulanmasına yönelik kural koyucu çalışmalar sağlık hizmetinde kaliteyi de beraberinde getirecektir.

Hastanelerde hasta,personel ve ziyaretçileri etkileyebilecek her türlü riskin kontrolü, hayati ve maddi yönden gereklidir. Herhangi bir sağlık kurumunda kalite yönetimi çalışması yapılacaksa, işe hayati tehlikelerin önlenmesi ve herkes için güvenli ortamlar oluşturulması ile başlanmalıdır. Bundan sonraki adım doğru tanı ve tedavi hizmeti için kaynak kullanımının etkinleştirilmesi olmalıdır. Bu bağlamda "Hastanelerde Risk Yönetimi ve Bağlantılı Fonksiyonlar: İstanbul Memorial Hastanesi" adlı bu çalışma, hastane yöneticilerine kurulabilecek bir kalite sistemi ile ilgili özet bilgileri içermektedir.

Özellikle Türkiye'de Avrupa Birliği'ne katılımın hedeflendiği bu günlerde hastanelerin de hizmet standartlarını iyileştirmeleri gerekmektedir. Son 10 yıl içinde özel sektörde, üniversite hastanelerinde ve askeri hastanelerde, son 5 yıl içinde de SSK ve Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde başlatılan "ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi" ile hizmet anlayışında belli oranda iyileşme sağlanmıştır. Bu

anlayışın sağlık kurumlarına yönelik hazırlanmış standartları tatbik ederek daha da ileri götürülmesi sağlık sektöründe çıtayı yükseltecektir.

EKLER

Ek A..... Gazete Küpürleri.

Ek B ..... İstanbul Memorial Hastanesi Risk Yönetimi Programında Kullanılan Örnek Formlar.

Ek C..... Görüşme Soruları ve Görüşülen Kişiler.

Ek A : Gazete Kupürleri

Sabah Gazetesi, Sayfa 28, "24 Şubat 2003"



17 yaşındaki Meksikalı Jessica, 15 günlük yaşam savaşında dün Azrail'e boyun eğdi.

VE FİŞ ÇEKİLDİ

Yanlış organ nakli yapılan Jessica Santillan'ın yaşam destek üniteleri dün durduruldu ve 17 yaşındaki kız hayata veda etti

AMERİKA'DA yanlış organ nakli sonucu beyni harap olan ve ikinci kez ameliyat geçiren Jessica Santillan yaşam savaşını kaybetti. Duke Üniversitesi Hastanesi'nin sözcüsü, 17 yaşındaki Meksikalı kızı hayatta tutabilmek için verilen tıbbi desteğin dün aksam kesildiğini ve iki kez kalp-akciğer nakli yapılan hastalarının öldüğünü açıkladı. Genç kızın ailesi ise ölümden sorumlu tuttukları hastane yönetimini dava edeceklerini söyledi.

JESSICA'NIN ölümüne yol açan olaylar 7 Şubat günü başladı. Organ nakli için hastaneye yatan genç kızın ameliyatında inanılmaz bir hata yapıldı. Kan grubu 0 pozitif olan genç kıza, A grubu kana sahip bir kişinin kalp ve akciğeri nakledilince kızın vücudu organları reddetti. Hatasını anlayan hastane persembe günü kıza ikinci ameliyatla yeni organ nakli yaptı ama bu deneme de başarılı olmadı ve Jessica hayata gözlerini yumdu. DIŞ HABERLER



'ACILARINI PAYLAŞIYORUZ'

Ölüm kararının Santilla'nın ailesiyle birlikte alındığını söyleyen doktor William Fulkerson "Onların bu büyük acısını paylaşıyoruz" dedi.

Hürriyet Gazetesi, Sayfa 11, "23 Nisan 2002"

...OJELİ
...TEZLER İÇİN
ACI TEŞHİS

Şeyda'nın bacakları boşuna kesilmiş



İman Sağlık Vakfı Başkanı Dr. Yaşar Bilgin ve ... doktoru Altan Uçar, "Şeyda'ya zamanında parin tedavisi uygulansaydı, bacaklarının kesilmesine gerek kalmazdı" diyorlar.

Türk Alman Sağlık Vakfı'nın himayesinde Giessen'e getirilen küçük Şeyda'nın, önce SSK Hastanesi'ndeki doktorların kurbanı olduğu ortaya çıktı. Almanya'daki Giessen Üniversite Kliniği'nde konulan bu teşhisi ikinci bir şok izledi: Küçük Şeyda'nın bacakları, protez değiştirmemek için her defasında kesilerek proteze uydurulmuş.



TEDAVİ amacıyla Almanya'ya getirilen dokuz yaşındaki Şeyda Doğruyol'un, 1996 yılında henüz üç yaşındayken geçirdiği ateşli bir hastalık sonucu Sıvas'ta kaldırıldığı SSK Hastanesi'nde doktorların kurbanı olduğu ortaya çıktı.

Türk Alman Sağlık Vakfı'nın himayesinde Giessen'e getirilen küçük Şeyda'yı hemen uzman doktorlar bakıma aldı. Türkiye'den getirilen ve belirtilerin yer aldığı ilk raporlar incelendi ve acı teşhis konuldu: Şeyda'nın bacakları kurtarılabilirdi.

Türk Alman Sağlık Vakfı Başkanı Dr. **Yaşar Bilgin** de, hastanede yapılan rapor incelemesinde şu sonuca varıldığını açıkladı:

"Meningokoppen Sepsis (Menenjit ve ona bağlı toksit şok) neticesinde Diseminien intra vasculer koagulasyon (Kandaki pıhtılaşma sisteminin bozulması) meydana gelmiş. Bunun sonucunda da damar tıkanıklığı olur. O zaman ayaklar alınmış. Bunun oluşumu Heparin isimli ilaçla önlenebilir. Oluştuktan sonra da yoğun Heparin tedavisi veya yoğun cerrahi tedaviyle bacaklar kurtarılabilirdi. Yani bu durumda, Sıvas'ta ilk teşhiste hata yapılmış ve daha sonra da tedaviyle kurtulma şansı olduğu halde, kesme yöntemine başvurulmuş."

Giessen Üniversitesi Kliniği'nde görev yapan Çocuk Doktoru **Altan Uçar**, 9 yaşındaki Şeyda'nın ateşi çıktığında kaldırıldığı Sıvas SSK Hastanesi'nde tedavisinin yapılmadığını söyleyerek, **"Eğer o zamanda hemen ilaç tedavisine başlanmış olsaydı, bacağının kesilmesine gerek kalmazdı"** dedi.

Çocuk doktoru Uçar, ayrıca Şeyda'nın bacaklarının her defasında kesilerek proteze uyumlu hale getirildiğini söyledi: **"Türkiye'de Almanya'da olduğu gibi büyüme çağında olan çocuklara özel protezler takılıyor. Böylelikle her büyüme aşamasında yeni protez takılması veya bacağın ameliyat edilmesi gerekmiyor"** Bacakların uçlarının kesilme işleminin tam dokuz kez belirtildi.

■ İsa DEVEÇEKEN /GİESSEN

Teşhis raporları kayıp

GİESSEN'deki Justus Liebig Üniversite Kliniği'nde tedavi olmak üzere Türk-Alman Sağlık Vakfı tarafından Almanya'ya getirilen **Şeyda Doğruyol**'a refakat eden annesi **Huriye Doğruyol** da, kızının doktor kurbanı olduğunu söyleyerek, 1996 yılında aniden ateşlenen Şeyda'yı sabah saat 05.00'te SSK Hastanesi'ne ...söyledi



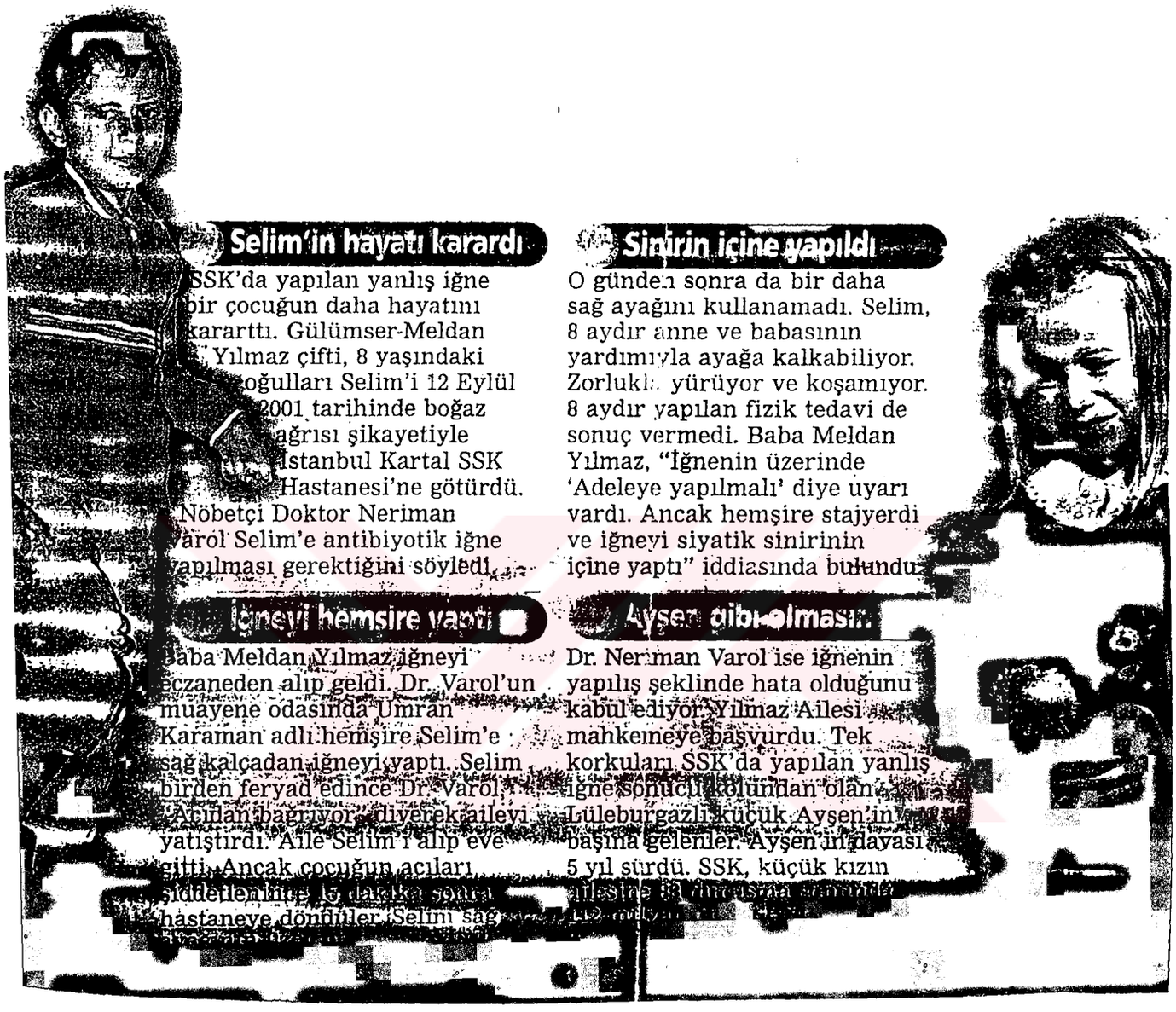
Şeyda'nın annesi Huriye Doğruyol

Huriye Doğruyol, "Saat 10.00'a kadar hiçbir doktor kızımla ilgilenmedi. Daha sonra yapılan tetkiklerde menenjit teşhisi konuldu. Ancak tedavi için geç kalındığı için vücudunda şişkinlikler ve yaralar meydana geldi. Vücuttaki şişkinliklerin inmesi ve kanın pıhtılaşmaması için kızıma ilaç verilmesi gerekiyordu. Ancak bu ilaç verilmediği gibi, doktorlar, durumu iyi diye kızımı eve gönderdiler" dedi.

Daha sonra yapılan araştırmada, SSK Hastanesi'nde hazırlanan teşhis raporlarının ortadan kaybolduğunun anlaşıldığını belirten anne **Huriye Doğruyol**, Şeyda'yı daha sonra Hacettepe Hastanesi'ne kaldırdıklarını, ancak burada hastalığı ilerlediği gerekçesiyle, diz kapaklarının altından iki bacağının da kesildiğini söyledi.

Giessen'deki Justus Liebig Üniversitesi Ortopedi Kliniği Başhekimi Prof. **Stürz**, Şeyda'nın tedavisine önce jimnastik ve yüzme hareketleriyle başladıklarını belirterek, yeni protez takılması için bacağının tekrar ameliyat edilmesi gerektiğini söyledi. Şeyda'nın tedavi ve hastane masraflarını Prof. Stürz üstlenecek, 13 bin Euro'luk protez masrafı da Türk Alman Sağlık Vakfı tarafından karşılanacak.

Posta Gazetesi, "8 Mayıs 2002"



Selim'in hayatı kararda

SSK'da yapılan yanlış iğne bir çocuğun daha hayatını kararttı. Gülümser-Meldan Yılmaz çifti, 8 yaşındaki oğulları Selim'i 12 Eylül 2001 tarihinde boğaz ağrısı şikayetiyle İstanbul Kartal SSK Hastanesi'ne götürdü. Nöbetçi Doktor Neriman Varol Selim'e antibiyotik iğne yapılması gerektiğini söyledi.

İğneyi hemşire yaptı

Baba Meldan Yılmaz iğneyi eczaneden alıp geldi. Dr. Varol'un muayene odasında Umran Karaman adlı hemşire Selim'e sağ kalçadan iğneyi yaptı. Selim birden feryad edince Dr. Varol, "Acıdan bağırıyor" diyerek aileyi yatıştırdı. Aile Selim'i alıp eve gitti. Ancak çocuğun acıları şiddetlenince 15 dakika sonra hastaneye dönüldü. Selim sağ

Sinirin içine yapıldı

O günden sonra da bir daha sağ ayağını kullanamadı. Selim, 8 aydır anne ve babasının yardımıyla ayağa kalkabiliyor. Zorlukla yürüyor ve koşamıyor. 8 aydır yapılan fizik tedavi de sonuç vermedi. Baba Meldan Yılmaz, "İğnenin üzerinde 'Adeleye yapılmalı' diye uyarı vardı. Ancak hemşire stajyerdi ve iğneyi siyatik sinirinin içine yaptı" iddiasında bulundu.

Ayşen gibi olmasın

Dr. Neriman Varol ise iğnenin yapılış şeklinde hata olduğunu kabul ediyor. Yılmaz Ailesi mahkemeye başvurdu. Tek korkuları SSK'da yapılan yanlış iğne sonucu kolundan olan Lüleburgazlı küçük Ayşen'in başına gelenler. Ayşen'in davası 5 yıl sürdü. SSK, küçük kızın ailesine [illegible]

Sabah Gazetesi, "14 Nisan 2003"

Hatalı 'kapakçık' taktık, geri getirin



Ben şimdi ne yapayım?

İZMİRLİ Gülay Coşkun, 42 yaşında ve "sakıncalı" kapak takıldığı için hasataneye çağrılan hastalar listesinde yer alıyor. Coşkun, "Hiçbir şeyden haberim yok. Sadece bir kez annem, telefonla hastaneden arandığımı söyledi. Ama hiçbir şey söylememişler. Bir daha da aranmadım. Böyle riskli bir durumdan nasıl haberdar edilmeyiz? İnsan hayatı bu kadar ucuz mu?" diye yakındı. Coşkun, şunları söyledi: "Emekli Sandığı hastası olarak Ege Üniversitesi Hastanesi'nde ameliyat oldum. Ancak ben bu kapak takıldıktan sonra kendimi iyi hissetmiyorum. Değerimiz bu kadar."

SSK, dünyada yasaklanan 'ucuz' kalp kapakçıklarını bin hastaya taktırdı. İki hasta komaya girdi. Şimdi bunlar hatalı diye, hastalar geri çağrılıyor

SOSYAL Sigortalar Kurumu (SSK), akıl almaz bir skandala daha imza attı. Dünyada standartlara uymadığı için kullanılmayan kalp kapakçıklarını hastalara taktırdı. Şimdi de bunların hatalı olduğunu belirterek, geriye almak için hastaları tek tek hastanelere çağırıyor.

Sağlık Bakanlığı, ucuz olduğu gerekçesiyle kullanılan, ancak takıldığı iki hastayı komaya soktuktan sonra "kalitesiz" olduğuna karar verdiği Brezilya malı TRI marka 800 dolarlık kalp kapakçıklarını yasakladı. Bakanlık, Türkiye genelinde bin, Ege'de ise 150 civarında TRI kapakçığı takılmış hasta için Valiliklere "gizli alarm" genelgesi gönderdi. Hastaların, tek tek kontrole çağrılması istendi. Hekimler, "Bu bir skandal. Bu hastalar, diğerleri gibi komaya girmeden kontrol edilmeli, gerekirse kapakçıkları değiştirilmeli. Maalesef insanımızın değeri yok, yazıklar olsun" dedi.

AVRUPA'DA YASAKLANDI

TRI marka kapakların İspanya ve İtalya Sağlık Bakanlıkları tarafından "ölüme" yol açtığı gerekçesiyle yasaklandığı ortaya çıktı. Ardından da İzmir'de TRI marka kapakçık takılmış iki SSK'lı hasta arka arkaya komaya girdi. İkisinde de takılan kapakçıkların koptuğu saptandı. Bakanlığın, Avrupa'daki yasaklamadan sonra kalp nakli merkezlerinin görüşlerine başvurduğu, merkezlerin büyük çoğunluğunda bu kapakçıkların kullanılmadığını bildirdiği öğrenildi. Bu markanın Avrupa ve ABD Standartlık belgelerini olmadığınıda ancak o zaman öğrenmiş.

Nesrin COŞKUN - Mehmet DEMİRPOLAT (SHA)

Hürriyet Gazetesi, Sayfa 11, "3 Nisan 2003"

Kalitesiz sağlık malzemesine dur diyecek yok mu?

SAĞLIK



Dr. Gündüz Tezmen
Fax: (0212) 677 01 39
gtezmen@hurriyet.com.tr

ÖNCEKİ günkü yazımda ucuz sağlık malzemesi kullanmanın her zaman düşük maliyet getirmediğine değinmiş, bunun nasıl olduğunu daha sonra açıklayacağımdan bahsetmiştim.

Bugün biraz bu konuya değinmek istiyorum.

Önceki yazıda konu kalp damarlarının tıkanıklığında kullanılan stentlerdi. Bu nedenle stent kalitesinin önemi hakkında kısaca bir şeyler söylemek istiyorum.

Stent, ince tel kafesten boru şeklinde bir araçtır. Koroner damarların balonla açılmış yerine yerleştirilen stent, içindeki balonun şişirilmesiyle, genişleyen file gibi, daha geniş çaplı hale gelir. Balon söndürülünce bu stent geniş bir halde kalır ve balonla ezilmiş olan pıhtıyı damar duvarı ile kendi arasına sıkıştırır. Böylece pıhtının yeniden genişlemesi önlenir, kan da stentin içinden akar.

Stent uygulaması, ameliyatsız olarak kasıktaki damardan anjiyo yapar şekilde ince borular sokularak yapılan, ameliyata göre kolay bir yöntemdir. Ancak balon ve stent uygulamasındaki risk, bu yöntemle açılan damarın yeniden tıkanmasıdır.

İşte stentin kalitesi burada gündeme geliyor. İçinden sürekli kan aktığı ve sürekli olarak vücutta kaldığı için kullanılan metalin yapısı, şekli, kenarlarının düzenliliği ve benzeri birçok etken burada rol oynamaktadır. Uzun araştırmalar sonucu geliştirilen ve kalitesi tüm dünyanın tıp otoritelerince kabul edilmiş stentlerin uygulanmasında damarın yeniden tıkanması (restenoz) olayı çok düşük orandadır. Kalitesiz stentlerde yeniden daralma oranı 5 katına kadar varmaktadır. Şimdi siz tasarruf yapacağım diye restenoz riski % 50 civarında olan bir stenti takarsanız, hastaların yarısı bir süre sonra ya yeniden kriz geçirerek ölebilirler, ya da yeni yeni tedavilere ihtiyaç gösterirler. Eğer siz restenoz riski % 10'lar civarında olan bir stent kullanırsanız sadece stentte yeni girişim gereğini beşte birine indirmiş olursunuz. Bu sadece stent nedeniyle gelen ek maliyettir. Ayrıca bu kişilere yapılacak hastane giderlerinin de 5 kat arttığı, arada pıhtı önleyici ve benzeri ek ilaçlar kullanma gereğini de katarsanız, İngilizlerin neden **"ucuz mal alacak kadar zengin değilim"** dediğini daha kolay anlarsınız.

Bu ana kadar sadece parasal yönden bahsettim. Buna bir de insan yönünden bakmak gerek. Kalitesiz mal kullandığınızda bu kişilerin hayatını riske sokuyorsunuz. Defalarca hastanelere gitme, sağlıksız bir yaşam sürme stresi de cabası. Bir de hastalanan ve ölen kişiler nedeniyle ekonominin uğradığı insan gücü kaybını hesaba katmanız gerekiyor.

Bu iş, sağlığı bilmeyen adamların televizyona çıkıp **"Tükenmez kalem yayı gibi bir şeydir. Birisi şu fiyata satıyor, diğeri bilmem ne kadara"** diye ahkâm keseceği kadar kolay bir şey değildir.

Eğer sosyal güvenliğin tepesindeki adamlar, **"bana ne, ben cebimden çıkan paraya bakarım, ölürlerse de vereceğim emekli maaşı azalır"** diye düşünüyorlarsa, bu ülkede biraz kafası çalışan, biraz vicdan sahibi insanların, bunlara **"dur"** demesi gerekiyor.

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

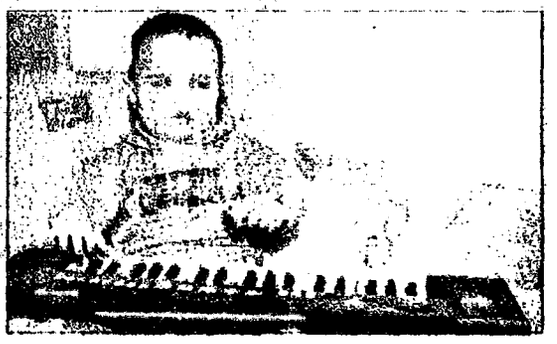
Tercüman Gazetesi, "21 Mayıs 2003"



İzmir 3'üncü Asliye Hukuk Mahkemesi'nde açılan davanın dün yapılan ilk duruşmasına doktorlar katılmadı. Duruşma ertelendi.

1 TRİLYONLUK tazminat davası

İZMİR'de ikiz bebeklerinden birinin yanlış tedavi ve ameliyat sonrası kör olduğunu öne süren Nadejda ve Onurşen Şit çifti, Sağlık Bakanlığı ve 5 doktor hakkında 1 trilyon liralık manevi tazminat davası açtı. Şit ailesini dava açmaya götüren olay, Gürsel ve Gürkan adlı ikizlerden Gürsel'in, solunum yetmezliği nedeniyle, İzmir Behçet Uz Çocuk Hastanesi'nde küvöze konmasıyla başladı. 57 gün küvözde kaldıktan sonra taburcu edilen Gürsel'in gözlerinde beyazlaşmalar olduğunu ve nesneleri seçemediğini fark eden aile, İstanbul'da özel bir göz kliniğine başvurdu. Aileye burada, küvözde fazla oksijen verildiği için bebeğin gözlerin harap edildiği söylendi ve ameliyata alındı. Ancak ameliyat başarısız olunca Gürsel, Rusya'daki St. Petersburg Çocuk Hastanesi Göz Mikrocerrahisi Bölümü'ne götürüldü. Rus doktorlar, bebeğin gözlerinin kornealarının küvözde deforme edildiğini, sol gözün ise İstanbul'da yapılan ameliyat sırasında tamamen kör olduğunu açıkladı.





Kazakistan uyruklu anne Nadejda Şit, davanın ilk duruşmasına 16 aylık tatilsiz oğlu Gürsel ile geldi.

Yanlış tedaviye trilyonluk dava

İZMİR'de Nadejda-Onurşen Şit çifti, ikiz bebeklerinden Gürsel'in yanlış tedavi sonucu görme yeteneğini kaybettiğini iddia etti. Çift, 'karanlık tedaviden dolayı, Sağlık Bakanlığı ile 5 doktor hakkında 1 trilyon liralık tazminat davası açtı. ■ 9'DA

Ek B : İstanbul Memorial Hastanesi Risk Yönetimi Programında Kullanılan Örnek Prosedür, Talimat ve Formlar

TASLAK

HASTA GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI TALİMATI

1. AMAÇ: Bu talimatın amacı, hastanedeki her hasta için güvenli bir çevre yaratmak ve sürdürülmesini sağlamak amacı ile gerekli olan kuralları belirlemektir.

2. KAPSAM: Tüm hemşireleri kapsar.

3. UYGULAMA:

3.1. Hastaneye yatışı yapılan her hasta için yatacağı bölüme kabul aşamasında hemşire tarafından hasta tanıtım kol bandı takılır. Takılan kol bandının üzerine; hasta adı soyadı, hasta kabul numarası, hekimin adı ve oda numarası yazılır ve kol bandı kilitlenir. Neonatal Yoğun Bakım Ünitesinde kol bandı hasta bileğine takılamadığından yatağın ya da küvezin üzerine anne adı ile birlikte yazılarak yerleştirilir.

3.2. Doğum yapan annelere bebek doğduğu zaman, bebeğinki ile aynı kod numarasını taşıyan ikinci bir kol bandı takılır.

3.3. Hastaya yapılacak her tür işlemde kimlik bilgileri hasta dosyasından ve kol bandından kontrol edilerek yapılır.

3.4. Hastanın tetkik ve tedavi için hastane içinde bulunduğu ünitenin dışına çıkması gerektiğinde, **Hasta Transfer Prosedürü** ve **Hasta Taşıma/Kaldırma Talimatı'**na uygun olarak götürülür ve hastanın transferinde kendisine bir hemşire refakat eder.

3.5. Hemşire hastanın yanında olmadığı zamanlarda hasta yatak seviyesi en düşük seviyede tutulur.

TASLAK

HASTA GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI TALİMATI

3.6. Hasta yatmakta iken hasta yatağı, sedye veya tekerlekli sandalyede iken yürütülmediği zamanlarda bu cihazlar frenlenir.

3.7. Bilinçsiz ya da yarı bilinçli hastalar, post-operatif ilk 24 saat yatıştırıcı ve narkotik analjezik alanlar, senil, konfüze, ya da psikolojik sıkıntısı olan hastalar , kısıtlama altında bulunan hastalarla, savunmasız, aciz hastalar ve nöbet geçirenler ve tüm diğer hastalar uyudukları zaman yatak kenar parmaklıkları yukarı kaldırılır. Hasta çocuksa, boyuna uygun yataklara alınarak, yatak kenar parmaklıkları yukarı kaldırılır. Eğer hasta kenar parmaklıklarının kaldırılmasına itiraz ederse, hemşire bunu süpervizör hemşireye bildirir ve hemşire gözlem notlarına kaydeder. Yatak kenar parmaklıkları kaldırıldığı zaman hastanın hemşireye ulaşmasını sağlayan hemşire çağrı zili hastanın ulaşabileceği şekilde yakınına yerleştirilir.

3.8. Delirium tablosundaki hastaların güvenliği **İMH Psikomotor Aktivite Talimatı**'na uygun olarak sağlanır.

3.9. Kadın-doğum bölümü (7.kat), pediatri servisi (6.kat) ve yenidoğan yoğun bakım'da yatan çocukların hastaneden habersizce çıkarılmalarını önlemek ve bu konuda güvenliği sağlamak üzere **Çocuk Güvenliği'nin Sağlanması (Pembe Code) Prosedürü** uygulanır.

3.10. Kısıtlama altında olan hastaların güvenliği **Davranışsal Olmayan Sağlık Gereksinimi İçin Kısıtlama Talimatı** doğrultusunda yapılır.

3.11. Özel durum gösteren hastaların güvenliğinin sağlanması: Kendi kendine yetemeyen güçsüz hastalar için yatak kenar parmaklıkları kaldırılır ve parmaklık aralarından düşmeyi önlemek için yastıklarla desteklenir.

3.12. Yataktan düşme riski taşıyan hastalar için gerektiğinde düşmeyi önleyici

atravmatik bantlar kullanılır.

3.13. Hasta odasında kullanılmayan ekipmanın odada bulundurulmaması sağlanır.

3.14. Oturarak yapılan banyonun sıcaklığı hastanın dayanma gücüne göre 38-39 °C'ye ayarlanır.

3.15. Dokunun üzerine buz torbası uygulaması süresince kendini nasıl hissettiği sık sık sorulur.

3.16. Hastanın güvenliğini tehlikeye sokacak herhangi bir durum ortaya çıktığı zaman servis hemşiresi **Olay Rapor Formu'**nu doldurur ve formu en geç 48 saat içinde Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğü'ne iletir. Formlar ayda bir istatistiksel olarak değerlendirilir, anlamlı veriler için gereken önlemler alınır. Ayrıca, IV kateter komplikasyonları **IV Kateter Komplikasyon İndikatör İzlem Formu'**na, bası yaraları ise **Bası Yarası İndikatör İzlem Formu'**na kaydedilir. Bu veriler aylık olarak Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğü'ne bildirilir ve aylık olarak değerlendirilir. Değerlendirme sonuçları Kalite Yönetim Birimi'ne iletilir.

3.17. İlaç uygulama hataları; hastaya ilacı uyguladıktan sonra fark edilen hatalı uygulamalar için tanımlanır. Bu tür olaylar aşağıda örnekleri ile verilmiştir:

- Yanlış ilaç
- Yanlış hasta
- Yanlış doz
- Doz atlama
- Yanlış yol
- Yanlış sıklık
- Yanlış oran
- Yanlış teknik
- Miyadı geçmiş ilaç uygulama

3.18. İlaç uygulama hatasına şahit olunduğunda yada fark edildiğinde, doktor yada hemşire tarafından **Olay Rapor Formu** doldurulur. Form en geç 48 saat

içinde Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü'ne iletilir. Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü gerekli öneri, çalışma ve açıklamalarını ekleyerek formu eczacıya gönderir. Eczacı, eczane komitesi toplantılarında ilaç uygulama hatalarının **Olay Rapor Formları** ile incelenerek, irdelenmesini sağlar. Hatanın oluş nedenlerini, sistem hatalarını, sorumlu kişileri ve Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü'nün önerilerini sorgular, kararlar alır ve komite tutanağı ile Kalite Koordinatörlüğü'ne rapor eder. İlaç uygulama hataları ayda bir istatistiksel olarak değerlendirilir ve indikatörü Kalite Koordinatörlüğü'ne sunulur.

TASLAK

KALİTE İNDİKATÖRLERİ TAKİP PROSEDÜRÜ

1.AMAÇ : Bu prosedürün amacı, İMH misyon, vizyon ve Kalite Yönetimi İyileştirme Prosedürü kapsamında kaliteli hasta bakımını sağlamak için tasarlanan klinik ve idari prosedürlere ait verilerin toplanması, analiz edilmesi ve elde edilen sonuçlarla sürekli iyileştirmeyi sağlamak için bir yöntem oluşturmaktır.

2. KAPSAM : Kalite Yönetim Konseyi, Komiteler, Liderler ve tüm birimler.

3.TANIMLAR:

3.1. Performans : İMH'nin misyon, vizyon ve politikalarının gerçekleştirilebilmesi için gösterilen tüm çabaların ve süreçlerin bir zaman sonundaki çıktısı ya da sonucudur.

3.2. Ölçüm : Bir fonksiyon, sistem veya süreç ile ilgili ölçülebilir veri toplanmasıdır.

3.3. İndikatör: Süreç performansının ya da bir standardın ne kadar karşılandığına dair arzu edilen ya da edilmeyen sonuçları için kullanılan bir tanım, karakteristik ya da değişkendir.

3.4. Eşik Aralığı : Bir indikatör için kabul edilebilir alt ve üst sınırları ifade eder.

3.5. Varyans (sapma) : Ayni olayın birden fazla ya da düzenli olarak ölçümü sonucunda elde edilen sonuçlardaki farklılıklar veya belirlenen eşik aralığından sapmalardır.

4. PROSEDÜR AKIŞI:,

4.1. İndikatörlerin Belirlenmesi:

TASLAK

KALİTE İNDİKATÖRLERİ TAKİP PROSEDÜRÜ

4.1.1. Kalite Yönetim Konseyi tarafından planlanan Kalite Yönetimi ve İyileştirme Programı doğrultusunda hazırlanan, Bölümlere Özel Strateji Takip ve Raporlama Planı kapsamında birimler, izlemeyi düşündükleri süreçleri, indikatörleri ve hedeflerini belirlerler.

4.1.2. Kalite Konseyi ve liderler, hangi süreçlerin öncelikli olarak izleneceğine ve hangi süreçlerin iyileştirileceğine dair öncelikleri ve veri toplama sıklığını saptar. Bu öncelikler; kritik, yüksek riskli ve problem eğilimli alanları kapsar.

4.1.3. Kalite Yönetimi ve İyileştirme Programı personelle koordineli olarak olarak çalışır. Bu koordinasyon komiteler tarafından sağlanır ve elde edilen sonuçlar Kalite İyileştirme Panosunda düzenli olarak yer alır ya da birimlere gönderilir.

4.1.4. Sonuçların izlenmesi ve karşılaştırmalar bilgisayar, mevcut teknoloji desteği ve personel kullanılarak sağlanır.

4.1.5. Kalite için veri toplama, analiz yapma ve planlama yapan personel eğitim programlarıyla eğitilir.

4.2. Veri Toplama:

4.2.1. Veri toplama, iyileştirme için hedeflenen alanlarda daha sonra yapılacak çalışmalar destekler ve uygulamaya alınan iyileştirmelerin etkinliğini değerlendiren veriler toplanır.

4.2.2. İMH kalite iyileştirme kapsamında belirlenen alanlar ve izlenen indikatörler aşağıda yer almaktadır:

A. KLİNİK ALANLAR

- **Hastaların Değerlendirilmesi** – Hastaların ön ve yeniden değerlendirilmeleri Hasta Değerlendirilmesi prosedürü doğrultusunda Kalite İyileştirme ve Bakım Yöneticisi tarafından günlük yatan hasta kayıtlarından incelenerek yapılır. İndikatörler;

- Yatışı takiben 24 saat içinde hekim tarafından ilk değerlendirmesi (anemnezi) tamamlanmamış hasta oranı %5
- Yatışı takiben 12 saat içinde Hemşirelik Tanılaması yapılmamış hasta oranı %5
- Hekim tarafından günde en az bir kez görülmemiş ve progres raporu yazılmamış hasta oranı %10

- **Laboratuvar ve radyoloji güvenlik ve kalite kontrol programları** – Hastanenin genel güvenlik programları ile entegre edilmiş olup İş Güvenliği, İşçi Sağlığı ve Çevre Yönetimi Komitesi tarafından takip edilmektedir. İndikatörler ;
  - Dozimetre kullanan personelin radyasyon doz ölçümleri 400 REM
  - Kurşun (Pb), koruyucu önlük ve materyallerin kontrol ve takibi / aylık
  - Laboratuvar numuneleri ile bulaşmaların takibi / aylık
  - Laboratuvar ve radyoloji ekipmanının bakım onarım ve kalibrasyon planları
  - Personel yaralanmaları / aylık
  - Radyoaktif kaza oranları %0.25 / yılık
  - Radyofarmasötiklerin yanlış uygulanma oranları %0

- **Cerrahi İşlemler** – Ameliyathane Komitesinin sorumluluğunda takip edilmektedir. İndikatörler;
  - Ameliyathaneye beklenmeyen dönüş yapan vaka oranı %1

- Ameliyatı takiben 24 saat içinde ameliyat raporu yazılmayan vaka oranı %5
- Ameliyat öncesi pre-operatif tanısı yazılmamış hasta oranı %5

- **İlaç Hataları** – Oluşabilecek ilaç uygulama hataları "Hastalar İçin İlaç Uygulama Talimatı'nda yer alan İlaç Uygulama Yönetimi İş Akış Şemasında belirlenmiş olup Eczane ve Tedavi Komitesi tarafından takip edilmektedir. İndikatörler;

  - Hekim order hataları
  - Eczaneden kaynaklanan hazırlama hataları
  - Eczaneden kaynaklanan doğrulama hataları
  - İlaç ulaşım zaman hataları
  - İlaç uygulamada, yanlış ilaç, yanlış doz, yanlış hasta, yanlış oran, ve yanlış alan uygulamaları 4 /ayda
  - İlaç etkileşimleri
  - İlaç-gıda etkileşimleri
  - İlaç yan etki hataları

- **Anestezi Kullanımı** – Anestezi kullanımına bağlı olarak hastaların ön ve yeniden değerlendirmelerini, anestezi esnasında ve sonrasında bakımını sağlayacak şekilde Ameliyathane Komitesi tarafından geliştirilmiş ve izlenmektedir. İndikatörler;
  - Anesteziyi takiben 2 gün içinde SSS (Santral Sinir Sistemi) komplikasyonu oranı %0

- Anesteziyi takiben 2 gün içinde Nörolojik Defisit gelişen hasta oranı %0
- Anesteziyi takiben 2 gün içinde gelişen mortalite oranı %0
- Pre-op anestezi değerlendirmesi olmayan hasta oranı %0

- **Kan ve kan ürünlerinin kullanımı** – Kan ve kan ürünlerinin kullanımı ait hatalar, Kan Transfüzyonu Prosedüründe belirtilen Kan Transfüzyonu İş akış Şemasında belirtilmiş olup Kan Transfüzyon Komitesi tarafından takip edilmektedir. İndikatörler;

  - Transfüzyon krtiterlerine uygunsuz kan transfüzyon isteği
  - Transfüzyon reaksiyonları
  - Yanlış kan transfüzyonu %0

- **Hasta kayıtlarının içeriği ve bütünlüğü** – Performans gelişim aktivitelerinin bir parçası olarak İMH hastanın klinik kayıtlarının içeriğini ve bütünlüğünü düzenli olarak gözden geçirir. Gözden geçirme, en sık rastlanılan hastalıklar grubunu temsil eden örneklerden seçilir. İnceleme Bilgi Yönetimi ve Tıbbı Kayıt Komitesi tarafından yapılır ve raporlanır. İndikatörler;

  - İMH Kapanmış Hasta Dosyası Takip Formu kapsamında yer alan alanlar

- **Enfeksiyon Kontrol, Sürveyans ve raporlama** – Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından toplanır, analiz edilir ve raporlanır.İndikatörler;

TASLAK

KALİTE İNDİKATÖRLERİ TAKİP PROSEDÜRÜ

- Hastane enfeksiyon oranı %5
- Üriner kateter takılan hastalarda enfeksiyon oranı
- Enfekte materyal ile yaralanan personel sayısı 2 /ayda

- **Klinik Araştırmalar** – Klinik araştırmalar Akademik Komitenin sorumluluğunda olup, izin ve onayı doğrultusunda gerçekleştirilecektir.

B. İdari Alanlar

- **Malzeme ve İlaç Yönetimi** – Hastaların gereksinim duyduğu ekipman, sarf malzeme, ilaçların temini ve devamlılığının sağlanması için Satın Alma ve Lojistik hizmetlerin sorumluluğundadır. İndikatörler;
  - Depo sayımlarında hedeflenen doğruluk oranı %95
  - Sipariş edilen ilacın tesliminde hata oranı %0
  - Stok uyarı seviyesi altına düşen malzemelerin satın alma talebi yapılmayanların toplam talep sayısına oranı %1
  - Haftalık satın alma talep raporları
  - Malzemelerden süresi içinde temin edilmeyenlerin temin edilenlere oranı %3
- **Kanun ve Yönetmeliklerin Gerektirdiği Aktiviteler**
  - Bildirimi Zorunlu Hastalıklar raporu
  - Kanser bildirim raporu
  - Ölüm raporları
  - Net mortalite hızı
  - Gross mortalite hızı

TASLAK

KALİTE İNDİKATÖRLERİ TAKİP PROSEDÜRÜ

- **Risk Yönetimi**
  - Pin Code tatbikatı 2/yıl
  - Acil Eylem Plan tatbikatı 1/yıl
  - Veri tabanı sunucusunun önceden ilan edilmemiş olarak arızada kalma süresi %0.4=3 saat/ay
  - Veri tabanı sunucusunun önceden ilan edilerek durudurlma süresi %03.5=25 saat /ay
- **Utilizasyon Yönetimi**
  - Planlanan bakım ve kalibrasyonların gerçekleştirilme oranı %90
  - Tıbbı cihazların up-time süresi %95 /yıl
- **Hasta Memnuniyeti** – İMH hasta memnuniyet oranlarının takibi Yatan Hasta ve Ayaktan Hasta olmak üzere takip edimekte olup Hasta Şikayetleri ve Önerileri Komitesinin sorumluluğunda analiz edilir ve raporlanır. İndikatörler;
  - Yatan Hasta Memnuniyet Oranı %95
  - Ayaktan Hasta Memnuniyet Oranı %90
  - Hasta Şikayetleri Sınıflama ve Çözme Oranı
- **Hasta Tanıları**
  - En sık rastlanılan hasta grubunda ilk 10 sıraya girenlerin toplam hasta sayısına oranları
- **Finans Yönetimi**
  - Hastaların hizmetlerden haberdar edilme oranı %80
  - Hasta danışmanlarının kestiği yanlış fatura oranı %5
  - İptal edilen fatura oranı %5
  - Hasta danışmanlarının aldığı yanlış provizyon oranı %5

- Yatan hasta faturasının iptal edilme oranı %5
- Satıcı firmalara ödeme günü taahüt gerçekleştirme oranı

- **Hasta/Aile ve personelin Güvenliğini tehlikeye sokan olayların kontrolü, önlenmesi ve sürveyansı**

  - Enfekte materyal ile yaralanan personel sayısı 2/ay
  - Personel yaralanma oranları
  - Yataktan düşme oranı 1/ay
  - Yatak dışında düşme 2/ay
  - Kısıtlama altında olan hastaların oranı ve analizi

C. **Bölgesel / Ulusal Veriler** – T.C.Sağlık Bakanlığı tarafından yasal olarak toplanması gereken ve takip edilen veriler, Tıbbı İstatistik ve Arşiv bölümü tarafından toplanır, analiz edilir ve belirlenen zamanlarda Sağlık Bakanlığına gönderilir.

- Hastalık istatistikleri
- Personel, hasta ve yatak muvazene (denge) durumu
- Poliklinik günlük takip raporu
- Yatan hasta aylık takip raporu

D. ISO 9001

- ISO 9001 iç kalite denetim sonuçları 2 /yıl
- DFİF ve revizyon sayıları
- Personel öneri sayıları

TASLAK

KALİTE İNDİKATÖRLERİ TAKİP PROSEDÜRÜ

E. **Performans Verileri** – Personel performans değerlendirmeleri yılda bir kez İnsan Kaynakları bölümü tarafından planlanır, uygulanır ve değerlendirilir. Sonuçlar doğrultusunda personel eğitimleri sağlanır.

- Personel performans değerleme sonuçları %70
- Oryantasyon programına katılma oranı %100
- Eğitim ihtiyaç analizi
- Kişi başına yıllık eğitim gün/saat oranı

F. **Personel Memnuniyeti** – Personel memnuniyet oranları yılda bir kez İnsan Kaynakları bölümü tarafından planlanır, uygulanır ve değerlendirilir. İndikatörler;

- Personel memnuniyet anket sonuçları %70
- Görev süresinin ilk 1 yıl içinde ayrılan personel oranı %1 / ay
- Genel personel devir hızı %3 /ay
- Eğitim programlarından memnuniyet oranı %80

G. **Birimler arası İç Müşteri Memnuniyet Oranları** – İMH birimler arası memnuniyet oranları yılda bir kez İnsan Kaynakları bölümü tarafından hazırlanır, uygulanır ve değerlendirilir.

H. Bölümlere Özel İndikatörler – Bölümlere özel indikatörler ve Bilimsel Aktivite hedefleri, Kalite Yönetim Konseyinin hazırladığı Kalite Planı kapsamında İMH'deki her bir bölüme gönderilen Stratejik Takip ve Raporlama Planı doğrultusunda yıllık olarak toplanmaktadır. Bölümlerin takip etmeyi planladığı indikatörler, raporlama zamanları ve

bilimsel aktivite hedefleri; Bölümlere Özel İndikatörler ile Bilimsel Aktivite Hedefleri dökümanlarında yer almaktadır.

4.3. Verilerin Analizi:

4.3.1. Görevlendirilmiş kişiler tarafından toplanan veriler, "İstatistiksel Yöntemler Prosedürü"nde belirtilen yöntemler kullanılarak eğitilmiş kişiler ya da komiteler tarafından analiz edilerek raporlanır.

4.3.2. Veri analizi ve raporlama, ihtiyaçları karşılamaya ve üzerinde çalışılan sürece uygun olarak tanımlanmış olup "İMH İndikatörleri ile Bölümlerin Skopisi" tablosunda görülmektedir. Tablo doğrultusunda analiz edilen bilgiler toplanı,r raporlanır ve belirtilen zamanlarda Kalite Koordinatörlüğüne gönderilir.

4.3.3. Sentinel (beklenmeyen) Olaylar kapsamında yer alan her olayın analizi anında ve yoğun olarak "Sentinel Olaylar İçin Takip Prosedürü" doğrultusunda yapılır.

4.3.4. Analiz sürecinin asıl amacı organizasyondan elde edilen verilerin karşılaştırmasını yapmaktır İMH, ülkemizde ulusal anlamda benzer standartları kullanan başka bir hastane olmadığından karşılaştırmalarını ;

- Kendisiyle, aydan aya ve yıldan yıla hedeflerini karşılaştırarak ve beklentilerini yükselterek,
- T.C. Sağlık Bakanlığının izlenmesini zorunlu tuttuğu istatistiklerle ve
- Literatürde belirtilen standartlarla yapmaktadır.

4.4. İyileştirmenin Sağlanması, Kalite Koordinatörlüğünün sorumluluğundadır.

4.4.1. İMH'nin tamamında performans ölçümü ve iyileştirme çalışmaları sürekli devam eden bir süreçtir.

4.4.2. İyileştirme alanları, liderler, birim yöneticileri ya da komiteler tarafından belirlenen önemli indikatörleri öncelikli olarak kapsar.

TASLAK

KALİTE İNDİKATÖRLERİ TAKİP PROSEDÜRÜ

4.4.3. İyileştirme sürecinden sorumlu olanlar belirlenir. İyileştirme planlaması ve uygulanması için gerekli olan politika değişiklikleri yapılır.

4.4.4. İyileştirme için gerekli kaynaklar temin edilir.

4.4.5. İyileştirme çalışması sonucunda yapılacak değişiklikler ya da düzeltici faaliyetler planlanır, test edilir ve uygulanır.

4.4.6. Başarılı iyileştirme çalışmaları için personelin eğitimi sağlanır.

4.4.7. İyileştirmenin etkililiğinin gözlenmesi ve iyileştirmenin korunması sağlanır.

nbul Memorial Hastanesi

'AN ETKİLERİNİN
/E TAKİP FORMU

Adı-Soyadı	:	124
Protokol no.	:	
Yaş/cinsiyet	:	
Yatış tarihi	:	
Tanı	:	
Bölüm	:	
Doktor	:	

ıÇLAR :

TARİHİ/SAAT :

YOLU :

ıMAYI YAPAN :

LU HEKİMİ BİLGİLENDİRME: ☐EVET ☐HAYIR

JLAMADA EKSTRAVAZASYON: ☐VAR ☐YOK

ARAMETRELER

(Yan etki tespit edildiği anda.)				
TA:	Nb.:	Solunum S.:	Ateş:	SpO_2:
(Yan etki tespitinden 30 dk sonra.)				
TA:	Nb.:	Solunum S.:	Ateş:	SpO_2:
(Yan etki tespitinden 2 saat sonra.)				
TA:	Nb.:	Solunum S.:	Ateş:	SpO_2:

ıuluk	☐	Depresyon	☐	İştahsızlık	☐	Rinit	☐
	☐	Dispepsi	☐	Kan tablosunda değişiklik	☐	Sarılık	☐
	☐	Eklem ağrısı	☐	Karın ağrısı	☐	Sersemlik	☐
k ödem	☐	Ekstremitelerde soğukluk	☐	Kaşıntı	☐	Sıcaklık hissi	☐
	☐	Geçici görme bozukluğu	☐	Kilo artışı	☐	Stomatit	☐
reaksiyonlar	☐	GİS kanama	☐	Konfüzyon	☐	Tad bozukluğu	☐
	☐	Glosit	☐	Konsantrasyon bozukluğu	☐	Taşikardi	☐
	☐	Göğüs ağrısı	☐	Konvülsiyon	☐	Tremor	☐
	☐	Halüsinasyonlar	☐	Kramp	☐	Trombositopeni	☐
	☐	Hematüri	☐	Kulak çınlaması	☐	Tromboz	☐
	☐	Hemolitik anemi	☐	Kusma	☐	Unutkanlık	☐
esi	☐	Hiperglisemi	☐	Lökopeni	☐	Uyku düzensizliği	☐
	☐	Hipersekresyon	☐	Methemoglobinemi	☐	Uyku hali	☐
zm	☐	Hipoglisemi	☐	Myalji	☐	Uyuşukluk	☐
rme	☐	Hiposekresyon	☐	Myokloni	☐	Ürtiker	☐
	☐	Işığa aşırı duyarlılık	☐	Ortostatik hipotansiyon	☐	Vertigo	☐
tısı	☐	İdrar tutukluğu	☐	Ödem	☐	Yorgunluk	☐
ması	☐	İmpotans	☐	Öksürük	☐	Yüz kızarması	☐
	☐	İritasyon	☐	Parestezi	☐	Diğer/	☐
	☐	İshal	☐	Pruritik makulopap. döküntüler	☐	Diğer/	☐

'LAR:	HEMŞİRE
	DOKTOR

İSTANBUL MEMORIAL HASTANESİ

İŞ KAZASI BİLDİRİM FORMU

Hasta Kayıt No.	:	
Protokol No.	:	125
Adı Soyadı	:	
Cinsiyeti	:	☐E ☐K
Doğum Tarihi	:	
Bölüm	:	
Tarih	:	

BTM Sicil No.: Görev Ünvanı: Bölümü: SSK Sicil No.:

Kazaya Ait Bilgiler

Olay: Olay Tarihi: Olay Saati:

Kazanın yeri, oluşumu ve nedeni hakkında detay bilgileri veriniz

Tanıklara Ait Bilgiler

Adı Soyadı	Görev Ünvanı	Telefonu	İmzası

Kaza Sonrası Yapılan İşlemler

	Haber Alma Tarih/Saati	Müdahale Tarih/Saati
Acil Servis		
İşyeri Hekimi/Gece Müdürü		
Enfeksiyon Kontrol Sor. Hemşiresi		
İnsan Kaynakları Müdürlüğü		

Enfeksiyon Kontrol İçin Yapılan İşlemler

TASLAK

Enf. Kont. Sor. Hemşiresi: İmza:

İlk Müdahale İçin Yapılanlar

Görevli Hekim: İmza:

Birim Yöneticisi Ad Soyad	**İmza**	**İşyeri Hekimi/Gece Müdürü Ad Soyad**	**İmza**

İSTANBUL MEMORIAL HASTANESİ

Hasta Kayıt No. :
Protokol No. :
Adı Soyadı :
Cinsiyeti : ☐E ☐K
Doğum Tarihi :
Bölüm :
Tarih :

126

LAY RAPOR FORMU
İZLİDİR-KOPYALAMAYINIZ)

OLAY TİPİ (Bir olay için bir kutuyu işaretleyin)

Yanlış ilaç	☐	İlaç alerjisi	☐
Yanlış hasta	☐	İlaç - ilaç etkileşimi	☐
Yanlış IV solüsyon	☐	Order edilmemiş	☐
Yanlış doz	☐	İlaç uygulama	☐
Fazla doz	☐	Hazırlık hatası	☐
Doz atlama	☐	(tetkik - ameliyat)	☐
Yanlış yol	☐	Miyadı geçmiş ilaç uygulama	☐
Yanlış sıklık	☐	Yataktan düşme	☐
Yanlış oran	☐	Yatak dışında düşme	☐
Yanlış teknik	☐	Yetersiz takip	☐
		Diğer (Açıklayınız)	

TASLAK

SENTİNEL OLAY (Formun AK'a gitmesini sağlayınız)

OLAYI RAPOR EDEN .....
OLAY SAATİ .....

Hastanın Teşhisi .....
Hastanın Doktoru .....

YAKIN SEBEBLER (Süpervayzır ya da sorumlu hemşire tarafından doldurulacaktır)

Bilgi eksikliği (personel)	☐	Dozun yanlış kontrolü	☐
Bilgi eksikliği (hasta)	☐	İnfüzyon pompa hatası (mekanik hata)	☐
Kural ihlali	☐	İnfüzyon pompa hatası (programlama hatası)	☐
Dalgınlık	☐	Prosedür yokluğu	☐
Order alma hatası	☐	Hasta kimliği kontrol hatası	☐
Diğer bölümlerle iletişim hatası	☐	Hasta tanılama süreci hatası	☐
İlaç hazırlama hatası	☐		
Yetersiz prosedür	☐		

SİSTEM HATALARI (Süpervayzır ya da sorumlu hemşire tarafından doldurulacaktır)

Doz doğrulama sistemi	☐	İlaç - eczane dağıtım sistemi	☐
Hasta bilgisine ulaşma	☐	İlaçlar hakkında bilgi eksikliği	☐
İlaç - order sistemi	☐	Doktorun order vermemesi	☐
Cihaz kullanımı	☐	Transfer süreci	☐
Doz ve sıklık standardı	☐	Personel atama sistemi	☐
IV tedavi hazırlama sistemi	☐	Bölümler arası iletişim sistemi	☐

İSTANBUL MEMORİAL HASTANESİ
OLAY KAYIT TUTANAĞI

1. Yazılan Makam:
2. Olayın Konusu:
3. Olayın Tarih ve Saati:
4. Olay Yeri:
5. Olayı Haber Alış Şekli:
6. Olayın Şahitleri:
7. Olayın Mağdurları:
8. Olayın Şüphelileri:
9. Olayın Video Kaydı:
10. Olayın Kronolojik Olarak Anlatımı:

İmza
Adı Soyadı
Tarih ve Saat

İmza
Adı Soyadı
Tarih ve Saat

İSTANBUL MEMORIAL HASTANESİ

Protokol No.	:	128
Adı Soyadı	:	
Doğum Tarihi		
Cinsiyeti	:	☐E ☐K
Yatış Tarihi	:	
Tarih	:	
Tanı	:	

ASTA VE AİLE EĞİTİM
ORMU

***Eğitim Öncesi Tanılama*: Daha önce hastalığı hakkında bilgi almış** ☐Evet ☐Hayır ☐Kısmen

Anlatılanları anlayabiliyor ☐Evet ☐Hayır **Lisan Problemi** ☐Var ☐Yok

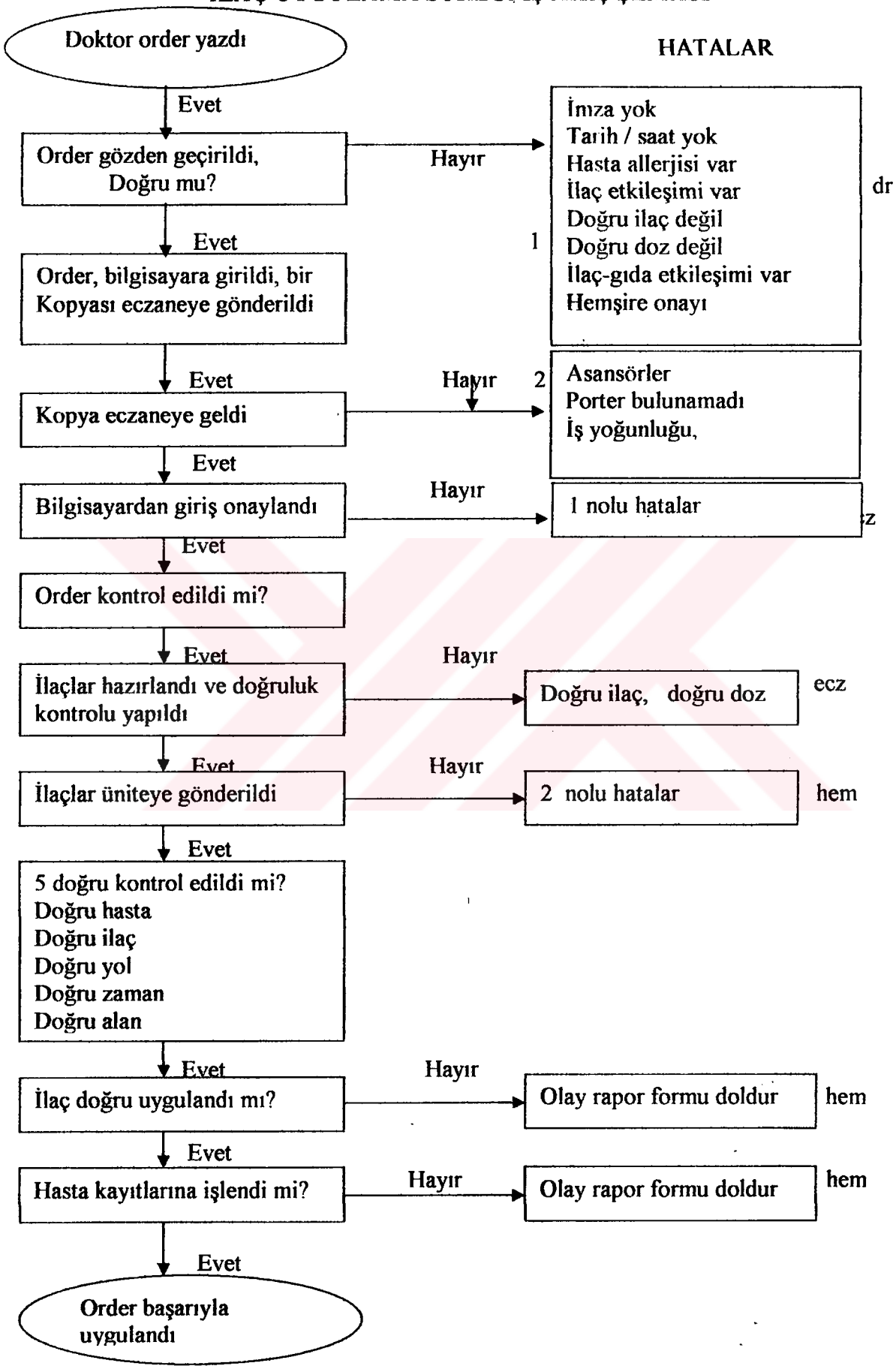
Eğitimi engelleyen diğer problemler.....

***ğitim Yöntemleri*:** **D** :Düz Anlatım **U1**:Uygulama **U2** :Uygulatma **G** : Grup Eğitimi **V** : Video Gösterisi **B** : Broşür, Yazılı Materyal **İ** : İhtiyaç Yok

Konu Başlıkları	Eğitim Yöntemi	Eğitimin Değerlendirilmesi	Eğitimi Veren/imza
Hastane ve servis hakkında bilgi			Hemşire
Olası riskler ve güvenlik önlemleri			
Bakım verenler hakkında bilgi			
Eğitim programı hakkında bilgi			
Hastalık süreci ve risk faktörleri			Doktor
Ağrı yönetimi			Hemşire
Beslenme			Diyetisyen
Hijyen			Hemşire
Hareket/Egzersiz			Fizyoterapist
Pansumanlar/Yara Bakımı			Hemşire
Ekipman kullanımı ve güvenliği			Hemşire
İlaçlar, yan etkileri ve etkileşimler			Hemşire
Hastalığın tekrarlama belirtileri			Doktor
Evdeki bakım ve rehabilitasyon			Hemşire
Danışılabilecek			Sosyal Uzman
Telefon/İsim/Adres/Kuruluşlar			

karıda belirtilen konular hakkında eğitim aldım.
sta adı/soyadı-imza **Hasta yakını adı/soyadı-imza** **Hemşire adı/soyadı-imza**

İLAÇ UYGULAMA SÜRECİ İŞ AKIŞ ŞEMASI



Ek C : Araştırmada Kullanılan Görüşme Soruları ve Görüşülen Kişiler

7. Bu programın herhangi bir hastanede uygulanabilmesi için ne tür ön koşullar Olmalıdır?

8. Hastanenizde risk yönetiminin ilk adımı olan "risk tanımlaması" çalışmaları ne şekilde yapılmaktadır?

9. Risk yönetimi programı kapsamında raporlama sistemi oluşturuldu mu? Bildirimlerde bilgisayar kullanılıyor mu?

10. İstanbul Memorial Hastanesi'nde yüksek riskli bölgelere yönelik prosedürler oluşturuldu mu?

11. JCI Akreditasyon standartları kapsamında hazırladığınız prosedürler içinde risk yönetimi programı ile direkt bağlantılı olanlar hangileridir?

12. Risk yönetimi faaliyetleri hangi personel tarafından yürütülüyor, sorumluluklar hangi personel yada bölümlerde yoğunlaşıyor?

13. İstanbul Memorial Hastanesi'nde risk yönetimi programının daha etkin devam etmesi için personele yönelik bir teşvik sistemi var mı?

14. Türkiye'de sağlık kurumları ile ilgili mevcut yasal mevzuatlar, bu tür programların önünde bir engel mi veya teşvik edici mi?

15. Sizce Türkiye'deki hastanelerde A.B.D.'de olduğu gibi bu programı koordine edecek bir "risk yöneticisi" pozisyonu oluşturulabilir mi?

16. İstanbul Memorial Hastanesi'nde finansal riskleri azaltmak ve uygunsuz ilaç ve yatak kullanımını kontrol altına alabilmek için "kullanım yönetimi" çalışmaları yürütülüyor mu? Yürütülüyorsa bu faaliyetler hangi komite ya da hangi departman tarafından yürütülüyor?

17. Sizce Türkiye Akreditasyon sisteminden bağımsız olarak, bu çalışmalardan haberdar olmayan diğer hastanelerde risk yönetimi programı uygulanmalı mı ve uygulanabilir mi?

Katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederim.

GÖRÜŞME FORMU

Görüşme yeri:..... Tarih ve Süre:.....Görüşmeci:.....
....

1.GİRİŞ

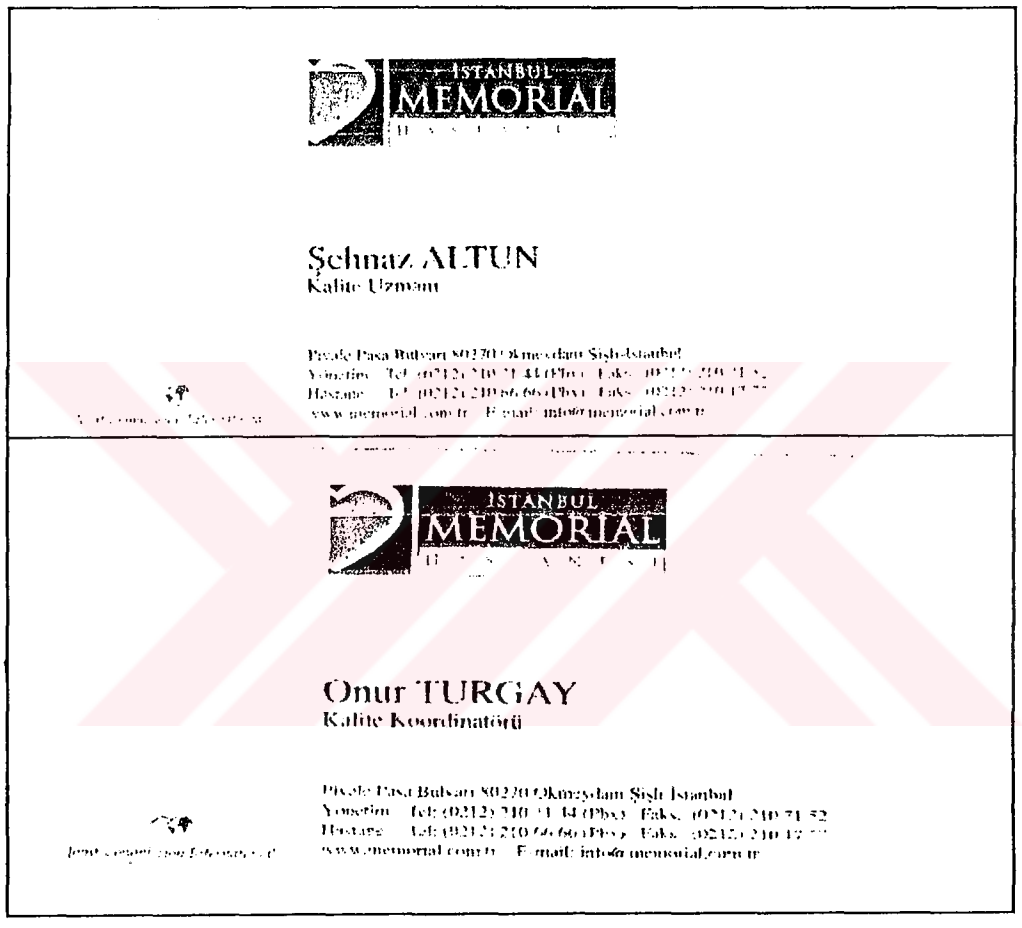
Merhaba, benim adım Kadir AKSAY.Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Hastanelerde risk yönetimi uygulamaları ile ilgili bir yüksek lisans tezi hazırlamaktayım. Bu görüşmeye hastanenize JCI akreditasyon standartları kapsamında uygulamakta olduğunuz risk yönetimi programına yönelik veri toplamak için ihtiyaç duydum. Çalışmada ortaya çıkacak sonuçların Türkiye hastanelerinde risk yönetimi programının tanınması ve uygulanmasına katkıda bulunacağının düşünüyorum. Bu açıdan bu programı yürüten kişiler olduğunuz için risk yönetimine yönelik en sağlıklı bilgileri sizlerden alacağıma inanıyorum.

- Görüşmeye başlamadan önce bana sormak istediğiniz herhangi bir soru var mı ?
- Görüşmeyi izin verirseniz kaydetmek istiyorum.
- Kayıt cihazı kullanmam sizin açınızdan mümkün değil ise cevaplarınızı yazılı olarak kaydedebilirim.
- Görüşme süresi yaklaşık 1.5 saat süreceğini tahmin ediyorum. İzin verirseniz sorularımı sormak istiyorum.

2.GÖRÜŞME SORULARI

1. İstanbul Memorial Hastanesi'nde JCI Akreditasyon sistemine neden ihtiyaç duyuldu ?
2. Bu program içinde risk yönetimi konularının ağırlığı nedir?
3. Risk Yönetimine yönelik olarak ne gibi düzenlemeler yapıldı?Yapısal bir değişime neden oldu mu?
4. İstanbul Memorial Hastanesi'nde risk yönetimi programının şimdiki durumu ?
5. Geçiş sürecinde direnç ile karşılaşıldı mı?
6. Danışman desteği ve başlangıç eğitimi alındı mı?

İSTANBUL MEMORİAL HASTANESİ'NDE RİSK YÖNETİMİ KONUSUNDA GÖRÜŞÜLEN KİŞİLER



İSTANBUL MEMORIAL

Şehnaz ALTUN
Kalite Uzmanı

İSTANBUL MEMORIAL

Onur TURGAY
Kalite Koordinatörü

KAYNAKÇA

Bengü, Nergiz."Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Risk Yönetimi" , **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**. Dokuz Eylül Üniversitesi. SBE, 1996.

Bostancı, Sibel. "Hasta Memnuniyeti Ölçümü" **Hv.K.K.lığı 3. Sağlık Semineri Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi-Bildiriler.** Ankara: 1998.

Caldwell, Chip. **Sağlık Kuruşlarında Stratejik Yönetim.** İngilizceden çeviren:Osman Akınhay. İstanbul:Sistem Yayıncılık,1998.

Çoruh, Mithat. "Hastanelerde Kalite Belgesi Alma Girişimi ve Ötesi". **Modern Hastane Yönetimi Dergisi,** Sayı no 4: 4-5, Ocak 1998.

_____. "Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Performans Kavramındaki Gelişmeler". **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu-Bildiriler.** Ed.: Mithat Çoruh. Ankara:Haberal Eğitim Vakfı Yayınları,1996.

_____. "Kaliteli Sağlık Hizmeti Sunumunda ISO-9000 ve JCAHO Uygulama Yaklaşımının Özellikleri ". **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme.** Ed.: Mithat Çoruh. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları,1997.

DPT, **8. Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara. Yayın No: 2561- ÖİK:577, 2001.

DPT,**Türkiye'nin Avrupa Birliğine Katılım Sürecine İlişkin 2002 Yılı İlerleme Raporu**, Ankara: AB İle İlişkiler Genel Müdürlüğü. 2002.

ECRI, "Risk and Quality Management Strategies" **Healthcare Risk Control.** Volume 2, March 2003.

Erdoğan, İbrahim. "Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Değişim Süreci ve Toplam Kalite Yönetimi", **Hv.K.K.lığı 3. Sağlık Semineri Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi-Bildiriler.** Ankara: 1998.

Eren, Erol. **Yönetim ve Organizasyon:Çağdaş ve Küresel Yaklaşımlar** Beşinci basım. İstanbul: Beta Basım A.Ş.,2001.

Felstein, Paul J. "Applying Economic Concepts to Hospital Care," **Hospital Adminastration,** Cilt no 13: 68-80,1968.

Goldman, Trudy A. "The Risk Manager". **Risk Management Handbook for Healthcare Facilities.** Ed.:Linda M.Harpster ve Margaret S. Veach USA: American Hospital Publising,Inc. 1990.

Hagg, Sheila R. "Elements of A Risk Management Program". **Risk Management Handbook for Healthcare Facilities.** Ed.:Linda M.Harpster ve Margaret S. Veach USA: American Hospital Publising,Inc. 1990.

Helm, Ann. "Related Committees and Programs". **Risk Management Handbook for Healthcare Facilities.** Ed.:Linda M.Harpster ve Margaret S. Veach USA: American Hospital Publising,Inc. 1990.

Kavaler, Florence ve Spiegel Allen D. "TQM, CQI, and Evaluation of the Risk Management Program". **Risk Management in Health Care İnstitutions: A Strategic Approach.** Ed.:Florence Kavaler ve Allen D. Spiegel. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, Inc., 1997.

Kavuncubaşı, Şahin. **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi,** Ankara: Siyasal Kitabevi, 2000.

Kavuncubaşı, Şahin ve Kısa, Adnan. "Sağlık Kurumlarında Kullanım Yönetimi", **Sağlık Kurumları Yönetimi.** Ed.: Nuray Uzkesici Eskişehir: A.Ü. Açık Öğretim Fakültesi Yayın No:767,2002.

Kaya, Sıdıka. "Gereksiz Hastane Kullanımının Belirlenmesi ve Yönetimi". **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu-Bildiriler.** Ed.: Mithat Çoruh Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları,1996.

Kitapçı, Mehmet. "ISO, Akreditasyon Toplam Kalite Yönetimi".**Hastane Hospital News Dergisi**. Sayı no 5: 32-34, Mart-Nisan 2000.

Kolerski, Deborah. "The Emergence of a Profession". **Essentials of Hospital Risk Management.** Ed.:Barbara J.Youngberg. Maryland: Aspen Publishers, Inc., 1990.

Kuhn, Michele A. "Introduction to Risk Management". **The Risk Manager's Desk Reference.** Ed.:Barbara J.Youngberg. Maryland: Apsen Publishers, Inc., 1998.

Lee, Elizabeth A. "Risk Identification Strategies in Hospitals". **Essentials of Hospital Risk Management.** Ed.:Barbara J.Youngberg. Maryland: Aspen Publishers, Inc.,1990.

Martin, Peggy Berry. "Quality Assurance". **Risk Management Handbook for Healthcare Facilities.** Ed.:Linda M.Harpster ve Margaret S. Veach USA: American Hospital Publising,Inc. 1990.

McLaughlin, Kevin M. "Financing of Risk and Insurance". **Risk Management in Health Care İnstitutions: A Strategic Approach.** Ed.:Florence Kavaler ve Allen D. Spiegel. Sudbury : Jones and Bartlett Publishers, Inc.,1997.

Menderes, Münevver. "Hastanelerde Muhasebe,Maliyetleme Sorunları ve Finansal Yönetim".**Toplum ve Hekim Dergisi** Ankara: C:10. S.69-70. 1995.

O'Leary, Dennis. "Future of TQM for the Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations". **The Healthcare Pioneers,** Ed.:M. Minerva Melum. USA: American Hospital Publising,Inc. 1990.

Orlikoff, James E. ve Totten, Mary K. **The Board's Role in Quality Care: A Practical for Hospital Trustees**, USA: American Hospital Publishing, Inc,1991.

Özgen, Hacer. "Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme". **Toplum ve Hekim Dergisi** Ankara: C.10. Sayı No:69-70. 1995.

Rakich, Jonathan S., Longest Beaufort B., Darr, Kurt Jr. **Managing Healt Services Organizations.** Maryland: Health Professions Press,1996.

Seçim, Hikmet. **Hastane Yönetim ve Organizasyonu** Eskişehir:Anadolu Üniversitesi Yayını,1995.

Slawkowski, David J. "Legal Counsel and Risk Management". **Hospital Quality Assurance Risk Management and Program Evaluation.** Ed.: Jesus J. Pena ve Diğerleri, Maryland: An Aspen Publication, 1983.

Smith, Dean G ve Wheeler John R.C. "Strategies and Structures for Hospital Risk Management Program", **Health Care Management Review.** Sayı No:17(3),1992.

Stanyon, Robert. "TQM, CQI, and Evaluation of the Risk Management Program". **Risk Management in Health Care İnstitutions: A Strategic Approach.** Ed.:Florence Kavaler ve Allen D. Spiegel. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, Inc., 1997.

Şahin, Ümit. "Hastane işletmeciliğinde ISO 9000 Kalite Güvence Belgesi ve Kalite Kavramı", **Medikal&Teknik Dergisi.** Sayı: 155, Haziran 1999.

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Teke, Abdulkadir. "GATA Cerrahi Kliniklerinde Yatak Kullanım Uygunluğunun Değerlendirilmesi", **Yayınlanmamış Doktora Tezi**, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü,2000

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, **Accreditation Manual for Hospitals.** Chicago:JCAHO, 1989.

Tokatlıoğlu, Mücella. "Sağlık Sektöründe ISO 9000 ve TKY Uygulamaları", **Hv.K.K.lığı 3. Sağlık Semineri Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi-Bildiriler.** Ankara: 1998.

TSE, "Kullanım Değerlendirmesi İle İlgili Kriterler: TS 12215", **Hastane Standartları**, Ankara: Nisan 1997,s.5-6

Türköz, Yeşim. "Günümüz Koşullarında Türk Hastanelerine Özgü Kalite Modeli Oluşturulabilir mi?".**Hastane Hospital News Dergisi**. Sayı no 6: 42-44, Mayıs-Haziran 2000.

Uz, M.Hulki. "Hastanelerde Kalite Yönetimi" **Hastane İşletmeciliği.** Ed.: Osman Hayran, Haydar Sur. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd.1997.

Winer, Inge ve Krizek, Claudette. "Integrating Quality Assurance and Risk Management". **The Risk Manager's Desk Reference.** Ed.:Barbara J.Youngberg. Maryland: Apsen Publishers, Inc.,1998.

Youngberg, Barbara J. ve Ealy Thomas V. "Setting up a Risk Management Department". **The Risk Manager's Desk Reference.** Ed.:Barbara J.Youngberg. Maryland: Apsen Publishers, Inc.,1998

Yazan, Nihal. "Hastanelerde Güvenlik Neden Gerekli?", **Hastane Hospital News Dergisi**. Sayı no. 6: 22-24, Mayıs-Haziran 2000.

Yıldırım, Ali ve Şimşek Ali. **Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri.** Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2000.

Zorlutuna, Yaman. "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi",**Sağlık Hizmetlerinde Devamlı Kalite İyileştirme.** Ed.:Mithat Çoruh, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları.1997.

İnternet Kaynakları

Akalın, Erdal. "Yoğun Bakımda Hizmet Kalitesi" **http://www.enformasyon. ktu.edu.tr/duyurular/ybis/3.oturum/erdalakalin.ppt** erişim:13 Aralık 2002.

Buchholz, Scott D. "Quality İs Job 1-New Directions for Medical Risk Management", **http://www.thedoctors.com** erişim:24 Aralık 2002.

Kuş, Hasan. "Sağlık Sektöründe Akreditasyon ve ISO 9000 Standartları" **http://www.merih.net/m1/whaskus02.htm** erişim:14 Aralık 2002.

Türköz, Yeşim. "Türk Hastanelerine Özgü Bir Kalite Modeli Oluşturulabilir mi? **"http//www.merih.net/m1/wyturk02.htm** erişim: 28 Aralık 2002.

http://www.managedcaregroup.com/mcrmm02.htm erişim: 16 Mart 2003.

http://www.jcaho.org erişim:10 Temmuz 2002.

http://www.jcaho.org/htba/index.htm erişim: 14 Aralık 2002.

http://www.kalder.org/prewiew_content.asp erişim: 12 Aralık 2002.

http://www.insankaynaklari.com/makaleler.htm erişim:23 Ocak 2003.

http://www.ecri.org erişim: 24 Ocak 2003.

http://www.medrisk.com erişim: 24 Ocak 2003.

http://www.hastanedergisi.com/17.sayı erişim: 12 Mart 2003.