

Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve İnovasyon

Aysel Kurt

İletişim / Correspondence:

Araştırma görevlisi/Research Assistant
Biruni Üniversitesi, İstanbul
atamtamis@biruni.edu.tr

Geliş Tarihi: 10.02.2020

Kabul Tarihi: 22.06.2020

Received Date: 10.02.2020

Accepted Date: 22.06.2020

Anahtar Kelimeler:

Toplam Kalite Yönetimi, İnovasyon, Sağlık Sektörü, Müşteri Memnuniyeti, Sürekli İyileştirme.

Keywords:

Total Quality Management, Innovation, Health Sector, Customer Satisfaction, Continuous Improvement.

Özet

Günümüzde sağlık hizmetleri, artan talep potansiyeli nedeniyle pazardaki diğer hizmetlerden farklılaşmaktadır. Burada bahsedilen talep, bir dizi faktörün bir fonksiyonudur. Bu faktörler sırasıyla; halkın bilinçlendirilmesi ve sağlık sorunları hakkında bilgi farkındalığı, tıbbi bilgi ve teknolojiye gelişmeler, morbidite kalıplarındaki değişiklikler ve uzun süreli yaşam süresinin yani yaşlanan nüfusun etkileri şeklinde gösterilebilir. Katkıda bulunan diğer bir faktör ise, müşteri farkındalığının artmasını sağlayan hayat standartlarındaki yükselme ile daha yüksek hizmet standartları beklentileridir. Bu ve buna benzer faktörler sağlık kurumlarının eski organizasyonel yapılarından yeni bir organizasyonel ve yönetsel tasarıma geçmek için gereklidir. Bu durum da ancak iyi planlanmış geçiş adımlarıyla gerçekleştirilebilir.

Hem TKY hem de inovasyon işletmelerin rekabetçi duruma karşı kısmi yanıt şeklinde ortaya çıktığı için, sürekli iyileştirme ve gelişme her iki uygulamanın en temel özelliği olmuştur. TKY ile inovasyon arasında açık bir ilişki mevcut olup; TKY'yi iyi şekilde uygulayan kurumların inovasyona daha yatkın olduğu ileri sürülmektedir. Kurumlar inovasyona yakın ve yatkın olabilmek amacıyla TKY prensibiyle hareket etmektedirler.

Total Quality Management and Innovation in Health Care Services

Aysel Kurt

Abstract

Today, health services differ from other services in the market due to the increasing demand potential. The demand mentioned here is a function of a number of factors. These factors can be shown in the form of awareness of the public and awareness of health problems, developments in medical information and technology, changes in morbidity patterns and effects of long-term life, that is, the aging population. Another contributing factor is the increase in life standards that lead to increased customer awareness and higher service standards expectations. These and similar factors are necessary to move from the old organizational structures of the health institutions to a new organizational and managerial design, which can only be achieved through well-planned transition steps.

Continuous improvement and development has been the main feature of both applications, as both TQM and innovation emerged as a partial response to the competitive situation of businesses. There is a clear relationship between TQM and innovation; It is claimed that institutions that

implement TQM well are more prone to innovation. Institutions act with the TQM principle in order to be close and innovative.

1. Giriş

Son yirmi yılda hizmet kalitesi teorisi ve pratiği akademisyenlerden ve uygulayıcılardan özellikle müşteri memnuniyetine katkı sağladığı için bilhassa özel sektörde ilgi ve değer görmeye başlamıştır. Benzer durum kamu sektörü için de bazı yönlerden geçerlidir. Bununla birlikte müşterilerin istek ve beklentilerini karşılayabilmek amacıyla hem özel hem de kamu sektörü kuruluşları arasındaki rekabet sonucu hizmet kalitesi giderek daha fazla ön plana çıkmıştır (Agus vd., 2017).

Hizmet kalitesinin artması ile Toplam Kalite Yönetimi (TKY) ile ilgili uygulamaları diğer işletmelere göre daha erken fark eden özel sektör işletmeleri rekabet avantajı sağlayabilmek amacıyla TKY uygulamalarının başlatılmasında önderlik etmiştir. Kamu sektörü ise TKY'ye sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısından ötürü daha geç dahil olmuştur (Turan ve Bozaykut, 2016).

Günümüzde sağlık hizmetleri artan talep potansiyeli nedeniyle pazardaki diğer hizmetlerden farklılaşmaktadır. Burada bahsedilen talep, bir dizi faktörün bir fonksiyonudur. Bu faktörler sırasıyla; halkın bilinçlendirilmesi ve sağlık sorunları hakkında bilgi farkındalığı, tıbbi bilgi ve teknolojiadaki gelişmeler, morbidite kalıplarındaki değişiklikler ve uzun süreli yaşam süresinin yani yaşlanan nüfusun etkileri şeklinde gösterilebilir. Katkıda bulunan diğer bir faktör ise, müşteri farkındalığının artmasını sağlayan hayat standartlarındaki yükselme ile daha yüksek hizmet standartları beklentileridir (Javetz ve Stern, 1996). Bu ve buna benzer faktörler sağlık kurumlarının eski organizasyonel yapılarından yeni bir organizasyonel ve yönetsel tasarıma geçmek için gereklidir. Bu durum da ancak iyi planlanmış geçiş adımlarıyla gerçekleştirilebilir (Ruiz ve Simon, 2004).

Sağlık hizmetleri bazı kesim ve uzmanlar tarafından bürokratik ve kademeli bir değişime sahip olduğu ileri sürülse de aynı zamanda bu hizmetler hem dinamik hem de inovatiftir. Dünyanın her yerinde akademisyenler, araştırmacılar, özel endüstri alanları, kamu ile kâr amacı gütmeyen sosyal kurumlar sağlık hizmetlerinde hastalara daha iyi hizmet verebilmek, yeni tedavi yöntemleri geliştirmek ve sağlık hizmetlerinde sürekli iyileştirmeyi sağlamak için yeni yöntemler bulmaya ve bunları geliştirmeye devam etmektedirler. Aynı şekilde sağlık sektöründe uzman ve profesyonel olan yöneticiler sadece sağlık yönetimini değil bununla birlikte sağlık kurumlarının yönetimini de ele alarak bu sektörde inovasyon uygulamalarını başlatmaktadırlar (Harrington ve Voehl, 2010).

2. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi

Türkiye’de özel sağlık kurumlarının sağlık sektörüne dahil olduğu 1980’li yıllardan hemen sonra 1990’lı yılları ile birlikte kamu ve özel sağlık sektöründe artan harcamalar ve istenen seviyede verimin alınmaması sonucunda belirli standartlar geliştirilerek ve hizmetler planlanarak TKY uygulamaları zorunlu hale getirilmiştir. 2000’li yıllara gelindiğinde ise Sağlık Bakanlığı tarafından bütün sağlık kuruluşlarını kapsayacak şekilde kalite çalışmalarıyla ilişkili program ve politikalara geçiş yapılmıştır (Turan ve Bozaykut, 2016).

TKY uygulamalarının sağlık sektöründeki işleyişi imalat sektöründen hizmet sunma yöntemi olarak farklılık göstermektedir. Bunun başlıca sebebi hizmetlerin somut olmayışı ve yok olabilmesinden kaynaklanmaktadır. İmalat sektörünün aksine sağlık sektörü talepten önce hizmetleri üretemez. Genel itibarıyla hizmetler talep edildikten kısa bir süre içinde sağlanmakta ve soyut olan bireysel beklentilere karşılık verilmeye çalışılmaktadır. Dolayısıyla kalitenin objektif şekilde değerlendirilmesi mümkün olmayacak bireysel farklılıklar ortaya çıkabilmektedir (Huq, 1996).

TKY’ye bir program ya da sistem anlayışı ile yaklaşılmalı bunun yerine bir işletmenin yapacağı bütün faaliyetlerde sürekli iyileştirmeyi sağlayabilmesi konusunda kılavuzluk etmesi için organizasyon aracılığıyla kullanılan yöntemler dizisi şeklinde ele alınmalıdır. Bu anlamıyla TKY; süreç yönetiminde ortaya çıkan hata ve kusurların ortadan kaldırılarak süreçlerin yeniden tasarlanması ve sürekli iyileştirilmesi olarak ifade edilmektedir (Ennis ve Harrington, 1999).

Sağlık hizmetlerinde TKY, sağlık kuruluşlarında iş akışlarını olabildiğince yararlı bir şekilde organize etme ve optimum bir sonuç kalitesi sağlama yani sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, çalışan memnuniyeti ve genel performans sonuçlarının elde edilmesinin bir yolu olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık kuruluşlarının en önemli amaçlarından biri hem hastalara hem de sağlık hizmeti sunucularına mümkün olan en düşük maliyetle sağlık hizmetlerinde mümkün olan en iyileşmeyi sağlamaktır. Sağlık alanındaki kalite sistemlerinin birincil amacı; içerik, yapılar, süreç ve sonuçların kalitesini iyileştirerek hastaların, profesyonellerin ve maliyet ödeyenlerin güvenliğini arttırmaktır (Rad, 2005). TKY, müşteri memnuniyetini vurgulayan bir organizasyon ortamı yaratarak üst yönetim liderliği ve müşteri memnuniyeti hedefine bağlılığı ile çalışanların güçlendirilmesi ve iyileştirilmiş iş memnuniyeti seviyelerini sağlayabilmeyi amaçlamaktadır (Ugboro ve Obeng, 2000).

TKY'nin en fazla öne çıkan özelliği, daha az kaynak ile daha iyi ve nitelikli sonuçlara erişebilme imkanını sağlayacağını iddia etmesidir. Bu doğrultuda TKY aracılığıyla sağlık alanında hizmet veren bir kurum daha iyi ve daha kaliteli olan sağlık hizmetini hastalarına sunarak diğer kurumlardan kendini farklılaştıran bir strateji ile hareket ederek rekabetçi stratejisi için önemli bir adımı gerçekleştirmiş olur. Bu sayede sürekli iyileştirme sonucu oluşan müşteri memnuniyeti ile daha fazla pazar payı ve karlılığı sağlayabilecektir (Mohanty ve ark., 1996).

3. Sağlık Hizmetlerinde İnovasyon

Küreselleşmenin kendini her alanda hissettirmesi ile ortaya çıkan değişim ve yoğun rekabet sonucunda işletmeler hem rekabet üstünlüğü sağlamak hem de varlıklarını devam ettirebilmek için değişimlere uyum sağlayarak inovatif faaliyetlerde bulunmaya başlamışlardır (Yavuz, 2010).

Oslo Kılavuzu'na göre inovasyon (OECD ve Eurostat, 2006); "Bir yenilik, işletme içi uygulamalarda, iş yeri organizasyonunda veya dış ilişkilerde yeni veya önemli derecede iyileştirilmiş bir ürün (mal veya hizmet) veya süreç, yeni bir pazarlama yöntemi ya da yeni bir organizasyonel yöntemin gerçekleştirilmesidir" şeklinde tanımlanmaktadır.

Herhangi bir yeniliğin inovasyon olarak değerlendirilebilmesi için hem işletme için yeni olması hem de ekonomik bir değer sunuyor olması gerekmektedir (Satı ve Işık, 2011). İnovasyonun bir kurum ya da işletmede var olması için o işletme tarafından geliştirilmesi gerekmekte; başka işletmeler aracılığı ile elde edilmesi mümkün olabilmektedir (Ökem, 2011).

Özellikle sağlık alanında yapılan inovasyonlar, insan hayatının ve yaşam kalitesinin olumlu olarak değişmesinde doğrudan bir etkiye sahiptir (Ökem, 2011). Bununla birlikte sağlık hizmeti sunumunda ortaya çıkabilecek en ufak hata bile insan hayatını olumsuz yönde etkileyebilmekte ve dahası ölümüne yol açabilmektedir. Dolayısıyla ilk etapta değişime karşı direnç oluşabilmekte ve inovasyon faaliyetlerinin gerçekleştirilmesinin daha zor olduğu düşünülebilmektedir. Ama tıp dünyasındaki ilerlemelerin tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerine entegrasyonu beraberinde inovasyonu getirmektedir. Aynı şekilde yönetim ve idari süreçlerde, hemşirelik, destek hizmetleri ile otelcilik alanlarında da ortaya çıkan uygulamalar ve gelişmelerle birlikte inovasyon yapılabilmektedir (Aksay ve Orhan, 2013). Sağlık alanında rekabetçi piyasaların inovasyonla ilgili uygulamaları gerçekleştirmelerinin en önemli amacı hasta için değer yaratacak sürekli iyileştirmeyi sağlamaktır (Tsai, 2013).

İnovasyon becerileri, çalışanların çalışmalarını yaratıcı ve yenilikçi bir şekilde yapmalarına izin veren bilişsel, kişiler arası ve pratik becerilerin bir kombinasyonu olarak tanımlanmaktadır (Aoun ve Hasnan, 2018). Tushman ve Nadler'e göre (1986); günümüz iş ortamında yenilikçilik ile değişimin sürdürülebilir olmasından daha hayati ve talep edici herhangi bir görev mevcut değildir. Dolayısıyla sürekli değişen ortamda diğer kurumlarla rekabet edebilmek için işletmelerin yeni mal, hizmet ve süreçler yaratması gerekmektedir olup; kısacası inovasyon için adapte olmalıdırlar (Yıldız, 2019).

Sağlık hizmetlerinde inovasyon üç temel aşamayı ele almaktadır. Bunlar sırasıyla; ürün, süreç ve yapıdır (Thune ve Mina, 2016). Sağlık hizmetlerindeki yenilikler ürün, süreç veya yapı ile ilgilidir. Ürün, müşterinin ödediği bedeldir ve genellikle mal veya hizmetlerden oluşur (örneğin, klinik prosedür yenilikleri). Süreç yeniliği, üretim veya teslimat yöntemindeki yenilikleri gerektirir. Müşteri genellikle doğrudan süreç için herhangi bir ödeme yapmaz ama bir ürün veya hizmet sunmak için süreç gereklidir. Dolayısıyla bir süreç yeniliği, bir veya daha fazla paydaşa sunulan değerde önemli bir artışa izin veren ürünü üretme veya teslim etme eyleminde yeni bir değişiklik olacaktır. Yapısal yenilik genellikle iç ve dış altyapıyı etkiler ve yeni iş modelleri yaratır (Omachonu ve Einspruch, 2010).

Günümüzde sağlık endüstrisi sağlık maliyetlerini azaltmak için büyük bir baskı altındadır. Çoğu sağlık kuruluşu sağlık hizmet maliyetini azaltmaya çalışsa da çabalarının birçoğu yetersiz kalabilmektedir. Örneğin, doktorlar tıbbi maliyetten tasarruf etmeye çalışırlarsa, bakım hizmeti mekanizması altında gereksiz tedavi süreçlerine daha az zaman harcamak durumunda kalabilirler. Bu nedenle hem maliyeti düşürmek hem de sağlık hizmeti sağlayıcılarının daha verimli olabilmesini sağlamak için öncelikle iş süreçlerinin yenilenmesi gerekir. Bu tür inovasyon çabaları, tıbbi bilgi teknolojisi sistemlerinin ve TKY uygulamalarının etkili bir şekilde uygulanmasına odaklanmalıdır (Lee, 2015).

4. Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları ve İnovasyon İlişkisi

Hizmet sektöründe TKY ile inovasyon, kurumların performansında aynı amaç ve öneme sahiptir. TKY ile inovasyon hem müşterileri memnun etmek hem de rekabet avantajını artırmak amacıyla kurum hedefleri ve fonksiyonların entegrasyonunu amaçlamakta ve yönetim ile iş sürecinden ayrı olarak kurumdaki tüm personeli kapsamaktadır (Bon ve Mustafa, 2013).

Hem TKY hem de inovasyonun işletmelerin rekabetçi duruma karşı kısmi bir yanıtı şeklinde ortaya çıkmasından dolayı, sürekli iyileştirme ve gelişme her iki uygulamanın en temel özelliği olmuştur. TKY ile inovasyon arasında açık bir ilişki mevcut olup; TKY'yi iyi şekilde uygulayan kurumların inovasyona daha yatkın olduğu ileri sürülmektedir. Kurumlar inovasyona yakın ve yatkın olabilmek amacıyla TKY prensibiyle hareket etmektedirler (Silva ve ark., 2014).

Müşteri yönelimi, liderlik, yönetim ve sürekli iyileştirme TKY ve inovasyon performansı arasında pozitif ilişkiyi sağlayarak inovasyonda istenen başarının gerçekleşmesini amaçlamaktadır (Öztürk, 2013). Bununla birlikte TKY'nin başarılı olabilmesi için gerekli olan liderlik, çalışanların karşılaştıkları sorunların çözümüne dahil edilerek, yenilikçi fikirlerle ilgili çalışanların tavsiyelerini dikkate alarak desteklemektedir (Zehir ve ark., 2012).

TKY ve inovasyon arasındaki ilişki ile ilgili olarak, literatürdeki mevcut araştırma çalışmaları iki zıt fikir ortaya çıkarmaktadır. Bir yandan TKY'nin yeniliği desteklediğini ve TKY'yi uygulayan kurumların yenilik stratejilerinde başarılı olacağını öne süren bir düşünce dizisi vardır (Antunes ve ark., 2017). Öte yandan TKY'nin yeniliği engellediğini iddia eden başka bir düşünce dizisi daha vardır (Hoang ve ark., 2010).

Prajogo ve Sohal (2003) yaptıkları araştırmalarda TKY ve inovasyon arasında pozitif bir ilişki bularak ve TKY ve faktörlerinin organizasyondaki yenilikçi faaliyetleri teşvik ettiğini belirtmişlerdir. Yazarlar müşteri odaklılığın, kurumları yeni tüketici ihtiyaçları bulmaya ittiğini ve bunun sonucunda şirketlerin bu ihtiyaçları karşılayabilmeleri için yeni ürünler geliştirip mevcut ürünlerde değişiklikler yaptıklarını belirtmişlerdir. Sürekli iyileştirme ile çalışanlar işin nasıl gerçekleştirildiğine dair daha yaratıcı düşünebilmektedirler. Yazarlar, ayrıca kalite ve yeniliğin aynı anda geliştirilebileceği sonucuna varmalarını sağlayan sonuçlara ulaşmışlardır.

Öte yandan Sadıkoğlu ve Zehir (2010) yaptıkları araştırmalarda TKY ile yenilikçilik arasındaki ilişkinin çalışanların performansına aracılık ettiği sonucuna ulaşmışlardır. Bu durumun da çalışanların güçlendirilmesi ve yöneticilerin olumlu tutumları sonucu çalışan memnuniyetine yol açacağını ifade etmişlerdir.

Başka bir perspektiften, Pereira (2004) TKY'nin sadece sürekli iyileştirme kavramıyla bağlantılı gibi görüldüğünü, inovasyonun ise daha süresiz ve yıkıcı temelleri ortaya çıkardığını belirtmiştir. Ancak, iki kavram arasındaki ilişkiyi vurgulamak önemlidir. Yenilik, çoğu durumda mevcut ürün ve süreçlerin bir

sonucu olarak veya kuruluşlar tarafından halihazırda kullanılan fikirler, yöntemler ve teknikler geliştirerek meydana gelmektedir. Organizasyon, kendisi ve tüm paydaşlar için değer yaratmak amacıyla hem teknolojik hem de organizasyonel inovasyon fırsatlarını yakalayacak sürekli iyileştirme arayışında olan bir dizi süreçten oluşmaktadır.

Martínez-Costa ve Martínez-Lorente (2008) TKY ile inovasyon arasındaki olumsuz ilişkinin gerekçesinin TKY kavramının hatalı yorumlanmasında yattığını belirtmiştir. Örneğin, TKY'nin standardizasyonu veya formalleşmeyi sağlaması nedeniyle yaratıcılığı engelleyebileceği iddiası, TKY'nin bu yazarlara göre doğru olmayan daha fazla bürokrasi içerdiğini varsaymaktadır. Bununla birlikte, bazı kurumların TKY felsefesini yanlış bir şekilde yorumlaması sonucu, uygulamalarının inovasyon süreçleri üzerinde olumsuz bir etkisi olabileceğini ileri sürmektedir.

Sağlık kuruluşlarının sürekli artan müşteri beklentileri ve sürekli gelişen teknolojilerle rekabet ortamında ayakta kalabilmeleri amacıyla içeride ve dışarıda kuruluşları güçlendiren organizasyonel inovasyonun geliştirilmesi için etkili liderlik gerekmektedir. Liderlerin organizasyona etkili bir şekilde liderlik etme yeteneği konusu; bakımın sağlanması, hasta memnuniyeti ve ayrıca kuruluşun sağlık sektöründeki genel başarısı için önemlidir. Liderlik ekibini oluşturan bireylere ek olarak, kuruluştaki her kişi veya her tıbbi personel ekibinin belirli liderlik veya yönetim becerileri vardır. Her tıbbi personel ekibi sadece liderlik özelliklerini yansıtmaz; aynı zamanda diğer ekipleri ve grubun genel performansını doğrudan etkileyebilir (Yoon ve ark., 2016).

5. Sonuç

TKY, müşteri memnuniyetini vurgulayan bir organizasyon ortamı yaratarak üst yönetim liderliği ve müşteri memnuniyeti hedefine bağlılığı ile çalışanların güçlendirilmesi ve iyileştirilmiş iş memnuniyeti seviyelerini sağlayabilmeyi amaçlamaktadır. Bir örgütte TKY uygulama ve inovasyonda başarı için değişim gerekmektedir. Değişim için en gerekli olan unsur eğitimidir. Eğitim hem değer yaratıcı hem de rekabet sağlayıcı bir özelliğe sahiptir.

Sağlık kuruluşlarının sürekli artan müşteri beklentileri ve sürekli gelişen teknolojilerle rekabet ortamında ayakta kalabilmeleri amacıyla kuruluşları içeride ve dışarıda güçlendiren organizasyonel inovasyonun geliştirilmesi için etkili liderlik gerekmektedir. Liderlerin organizasyona etkili bir şekilde liderlik etme yeteneği konusu; bakımın sağlanması, hasta memnuniyeti ve

ayrıca kuruluşun sağlık sektöründeki genel başarısı için önemlidir.

Günümüzde sağlık kurumları hem maliyetleri azaltarak hizmete ulaşabilirliği artırmak hem de kaliteden ödün vermeden istenen hedeflere ulaşip daimi müşteriler edinmek amacıyla çok fazla çaba göstermektedir. Sağlık kurumları, tedavi hizmetleri ve idari-teknik mükemmelliği sağlamak için çalışan örgütlerdir. Sağlık kurumları, iyileştirilmiş hasta sonuçlarına ulaşabilmek amacıyla yüksek kalitede sağlık hizmeti sunmanın ve bu hizmetin sağlanması için ekip çalışmasının öneminin farkında olmalıdırlar.

6. Kaynaklar

- Agus A., Barker S., Kandampully J. (2017) An Exploratory Study of Service Quality in The Malaysian Public Service Sector. *International Journal Of Quality & Reliability Management*. 24(2):177-190.
- Aksay K., Orhan F. Hastanelerde İnovasyon Sürecinin Risk Yönetimi Bağlamında Değerlendirilmesi: Bir Model Önerisi. (Erişim Tarihi: 14.01.2020). Erişim Adresi: <http://www.dicle.edu.tr/bolum/IDRIKT/dergi/S3/310-23.pdf>.
- Antunes M.G., Quirós J.T. ve Justino M .d.R.F. (2017) The relationship between innovation and total quality management and the innovation effects on organizational performance. *International Journal of Quality & Reliability Management*. 34(9):1474-1492
- Aoun M. and Hasnan N. (2018) Relationship Between Lean Practices, Soft Total Quality Management And Innovation Skills In Lebanese Hospitals. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 24(3):269-276.
- Bon A.T., Mustafa E.M.A. (2013) Impact of Total Quality Management on Innovation in Service Organizations: Literature review and New Conceptual Framework. *Procedia Engineering*. 53:516-529.
- Ennis K., Harrington D. (1999) Quality Management in Irish Health Care. *International Journal Of Health Care Quality Assurance*. 12(6): 232-244.
- Harrington H., Voehl F. (2010) Innovation in Health Care. *International Journal of Innovation Science*. 2(1):13-27.
- Hoang D., Igel B. ve Laosirihongthong T. (2010) Total quality management (TQM) strategy and organizational characteristics: evidence from a recent WTO member. *Total Quality Management*. 21(9):931-951.
- Huq Z. (1996) A TQM Evaluation Framework for Hospitals: Observations from A Study. *International Journal of Quality & Reliability Management*. 13(6):59-76.
- Javetz R., Stern Z. (1996) Patients' Complaints as A Mangement Tool for Continuous Quality Improvement. *Journal of Management Development*. 10(4):5-10.
- Lee D. (2015) The Effect of Operational Innovation and QM Practices on Organizational Performance in The Healthcare Sector. *International Journal of Quality Innovation*. 1(8).
- Martínez-Costa M. and Martínez Lorente A. (2008) Does quality management foster or hinder innovation? An empirical study of Spanish companies. *Total Quality Management*. 19(3):209-221.
- Mohanty R.P., Santhi K., Haripriya C. (1996) A Model for Evaluating Service Quality from Patients' Perceptions: Application of Importanceperformance Analysis Method. *Osong Public Helath Resperspect*. 7(4): 233-238.
- OECD, EUROSTAT. (2006) Oslo Kılavuzu: Yenilik Verilerinin Toplanması ve Yorumlanması İçin İlkeler Çeviren: TÜBİTAK. 3.Baskı. Ankara: Tübitak Yayını.
- Omachonu V.K., Einspruch N.G. (2010) Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*. 15(1).
- Ökem Z.G. Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne Üyelik Sürecinde Sağlıkta İnovasyon (Erişim Tarihi: 14.01.2020). Erişim Adresi: TÜSİAD Yayınları. http://www.tusiad.org.tr/_rsc/shared/file/SagliktaInovasyon-rapor.pdf.
- Öztürk A. (2013) Kalite Yönetimi ve Planlaması. 1. Baskı. Bursa: Ekin Yayınevi.
- Pereira Z.L. (2004) Qualidade e Inovação, FCT/Universidade Nova de Lisboa Caparica, Portugal.
- Prajogo D. and Sohal A. (2003) The relationship between TQM practices, quality performance, and innovation. *International Journal of Quality & Reliability Management*. 20(8):901-918.
- Rad A.M.M. (2005) A Survey of Total Quality Management in Iran: Barriers to Successful Implementation in Health Care Organizations. *Leadership in Health Services*. 18(3): 12-34.
- Ruiz U., Simon J. (2004) Quality Management in Health Care: A 20-year Journey. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 17(6):323-333.
- Sadıkoglu E. and Zehir, C. (2010) Investigating the effects of innovation and employee performance on the

relationship between total quality management practices and firm performance: an empirical study of Turkish firms. *International Journal of Production Economics*. 127(1):13-26.

Satı Z.E., Işık Ö. İnovasyon ve Stratejik Yönetim Sinerjisi: Stratejik İnovasyon, (Erişim Tarihi:10.01.2020). Erişim Adresi: <https://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423874588.pdf>

Silva G.M., J. Gomes P., Filipe L., L.,Lopes P. Z. (2014) The Role of TQM in strategic product innovation: An Empirical Assessment. *International Journal of Operations Production Management*. 34(10):1307-1337.

Thune T., Mina A. (2016) Hospitals as Innovators in The Helath Care System: A Literature Rewiew and Research Agenda. *Research Policy*. 45:1545-1557.

Tsai Y. (2013) Health Care Industry, Customer Orientation and Organizational Innovation: A Survey of Chinese Management Studies. 7(2):250-266.

Turan A., Bozaykut B. T. (2016) Analyzing Perceived Healthcare Service Quality on Patient Related Outcomes. *International Journal of Quality and Service Sciences*. 8(4):478-497.

Ugboro I.O., Obeng K. (2000) The Management Leadership, Employee Empowerment. Job Satisfaction and Customer Satisfaction in TQM Organizations: An Emprical Study. *Journal of Quality Management*. 5:247-272.

Yavuz Ç. İşletmelerde İnovasyon-Performans İlişkisi-niz İncelenmesine Dönük Bir Çalışma (Erişim Tarihi: 14.01.2020). Erişim Adresi: http://gkd.comu.edu.tr/images/form/dosya/dosya_404331.pdf.

Yıldız B.(2019) Sağlık Hizmetlerinde TKY Uygulamaları ve İnovasyon. K Avcı (Ed.) Sağlıkta Kalite Yönetimi Güncel Konular ve Stratejik Yaklaşımlar içinde (s. 21-22). Ankara: Gazi Kitabevi

Yoon S.N., Lee D.H., Schniederjans M. (2016) Effects of Innovation Leadership and Supply Chain Innovation on Supply Chain Efficiency: Focusing on Hospital Size. *Technological Forecasting Social Change*. 113:412-421.

Zehir C., Ertosun Ö.G., Zehir S., Müceldilli B. (2012) Total Quality Management Practices' Effects on Quality Performance and Innovative Performance. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*. 41:273-280

Türkiye’de Multi-Disipliner Hasta Bakım Uygulamalarında Karşılaşılan Güçlükler Üzerine Bir Analiz

Bilçin Tak Meydan

TÜSEB | Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

İletişim / Correspondence:

Prof. Dr./ Professor
Uludağ Üniversitesi, Bursa
btak@uludag.edu.tr

Geliş Tarihi: 08.06.2020

Kabul Tarihi: 19.06.2020

Received Date: 08.06.2020

Accepted Date: 19.06.2020

Anahtar Kelimeler:

Multi-disipliner hasta bakımı; ekip bazlı hasta bakımı; birleştirilmiş bakım planı; konsültasyon süreçleri; multi-disipliner konseyler.

Keywords:

Multidisciplinary patient care; team-delivering care; referral systems; multidepartmental patient round/ coloborative discussions, combined care planning forms.

Özet

Çalışma, ülkemizde *multi-disipliner bakım sisteminin ve multi-disipliner hasta bakım ekibi* modelinin uygulanmasında güçlükler yaşandığı tespitten hareketle tasarlanmıştır. Ülkemizde sağlık alanına yerleşik kültürün multi-disipliner bakımın hastanelerin günlük işleyişine yerleşmesini zorlaştırdığı düşünülmektedir. Gözlemlenen problemin nedenleri yazarın saha gözlem ve deneyimleri ile desteklenerek hekimler, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri bağlamında tartışılmıştır. Çalışma kapsamında hastanelerde etkin bir multi-disipliner bakım sistemi kurulmasını mümkün kılacak yapı ve işleyiş önerileri getirilmiştir.

An Analysis of Multidisciplinary Patient Care Pitfalls in Turkey

Bilçin Tak Meydan

Abstract

This study was designed based on author’s observations and experiences about multidisciplinary patient care processes building efforts in hospitals. Those observations and facts about multidisciplinary patient care were analyzed and discussed in terms of physicians, nurses and other health professionals. It is argued that cultural barriers embedded in Turkish health-care system may cause an ineffective multidisciplinary patient care in our hospitals. Suggestions for enabling hospitals’ managers to build an effective multidisciplinary patient care system were discussed.

1. Giriş

Ülkemizde *'hastanelerde multi-disipliner hasta bakımı neden işlevsel değil, neden hastanelerin rutin çalışma sistemine bir türlü yerleştirilemiyor'* meselesi en sık tartışılan konulardan biridir. Bu çalışmada, multi-disipliner hasta bakım modeli batı sağlık sistemlerinin kültürel değerler ve normlar üzerine inşa edildiği için ülkemizde uygulamaya geçirilmesinde sorunlar yaşandığı düşünülmektedir. Multi-disipliner hasta bakım sisteminin batı orijinli sağlık hizmeti kalite/akreditasyon standartlarına uyum sürecini tecrübe eden hastanelerde, neredeyse 'akreditasyon gereklerini karşılamakta en çok zorlanan' kısım olduğuna dair gözlemler bu argümanı desteklemektedir.

Bu kapsamda çalışmada önce (a) multi-disipliner bakım sisteminin gereklerini karşılayacak düzenlemelerin yapılması sürecinde sahada gözlenen itiraz, direniş ve aksaklıklar; (b) bunlarla başa çıkmak için geliştirilen¹ ara çözümler ve (c) söz konusu ara çözüm süreçlerinin hasta bakımı ve hasta güvenliği açısından yarattığı riskler değerlendirilmiştir. Daha sonra ise hastanelerde etkin bir multi-disipliner hasta bakım sistemi kurulabilmesi için gerekli yapı ve işleyiş sistemi önerileri tartışılmıştır.

2. Multi-disipliner Bakım ve Hasta Bakımında Ekip Odaklı Yaklaşım

Sağlık bakım hizmetinin farklı mesleklerle/uzmanlık alanlarına mensup sağlık çalışanlarından oluşan hasta bakım ekipleri yoluyla sunulması, ideal bir sistem olarak kabul görmektedir. Böylece hem farklı mesleki yetkinlik ve uzmanlıktan yararlanılarak tanı-tedavi süreçlerinin etkin şekilde yönetilebileceği ve hem de hasta gü-

venliğinin² riske edilmeyeceği varsayılmaktadır. Şüphesiz hasta bakım ekibinde görev alacak meslek mensubu/uzmanlık alan yelpazesi de vakanın niteliğine³ ve tanı-tedavi planının aşamasına⁴ bağlı olarak genişleyebilecek ve daralabilecektir.

Multi-disipliner hasta bakımı⁵ kavramsallaştırmasının, batı kültüründe mesleklerin yapılanma ve icra edilme biçimine dayandığı açıktır. Bu kapsamda ideal olarak hasta bakım ekibi üyelerinin, mesleki uzmanlık ve otonomiye karşılıklı saygı göstererek *eşit profesyoneller* olarak görev yapmaları beklenmektedir. Çünkü bu yapıda her bir meslek mensubunun kendi mesleğinin sağladığı uzmanlık ve otonomi içerisinde tanı-tedavi süreçlerinde hasta değerlendirme, tedavi-bakım planlama, uygulama ve izleme faaliyetlerinde bulunacağı varsayılmaktadır. Dolayısıyla hasta bakım ekibi içerisinde bir liderlik/koordinatörlük rolüne ihtiyaç duyulmasına rağmen ekip üyeleri arasında bir hiyerarşinin olmayacağı kabulü mevcuttur. Sonuç olarak multi-disipliner hasta bakım sisteminin hekim merkezli, diğer meslek mensuplarının hekimin emir-komutası altında, bir tür *he-kime yardımcı* roller üstlendiği bir çalışma düzeninin tam karşısı olduğu söylenebilir.

Diğer taraftan incelenen hasta bakım ekibi kavramının doğası gereği multi-disipliner yani birden fazla disiplinin yer aldığı bir yapılanma olduğu açıktır. Ancak 'birden fazla disiplin' kavramı sadece tıbbın farklı uzmanlık dallarını içermemektedir. Çoğu hekim, meslektaşlar arasında gerçekleştirilen konsültasyonlar ve konseyler aracılığıyla multi-disipliner bakımın zaten sağlandığı görüşünü savunmaktadır. Oysa burada sözü edilen *çoklu disiplin* hekimlerin yanı sıra hemşire, psikolog, eczacı, diyetisyen ve fizyoterapist gibi meslek men-

¹ Multidisipliner hasta bakım süreçlerini zorunlu kılan kalite/akreditasyon standart gereklerine uyum sağlamak amacıyla pek çok hastanede ara çözümler/süreçler tasarlandığı gözlenmektedir. Kooptasyon kavramının multi-disipliner bakım sisteminin çoğu hastanede 'yapılıyor-muş gibi' görüntü vermek üzere tasarlanıyor olması durumunu çok iyi bir biçimde ifade ettiği düşünülmektedir. Sosyoloji literatüründe kooptasyon (co-optation/cooptation) kavramı 1940'lı yıllardan itibaren kullanılmaktadır. Burada kullanıldığı anlamı ile kooptasyon, kuruluş içi güç dengeleri dikkate alınarak izlenen manupülasyon stratejilerinden biridir (Pfeffer 1981; Oliver, 1991). Bu çerçevede hastanelerde hekimler başta olmak üzere meslek gruplarının aralarındaki güç dengeleri dikkate alınarak hasta değerlendirme ve bakım süreçlerinin *temel işleyişine implant edilmeden işler gibi görünen* (esnek eşleşmiş) multi-disipliner hasta bakım sistemleri tasarlanıyor olması, kuramsal derinliğe sahip bir meseledir. Bu nedenle de Yönetim ve Organizasyon Teorisi ışığında (Meyer ve Rowan, 1977; Scott, 1995; Pache ve Santos, 2013; Montgomery ve Jones, 1996) detaylı şekilde analiz edilmesi mümkündür.

² Bilindiği üzere bakım ekibi arasında etkin bir iletişimin sağlanması, uluslararası hasta güvenliği hedeflerinden biridir. Ampirik bulgular da hasta bakım ekibi arasındaki iletişim yetersizliğinin hasta güvenliğini riske eden en önemli nedenlerden biri olduğunu göstermektedir.

³ Bilindiği üzere bazı hastalar için hasta bakım ekibinin hekim ve hemşireden oluşması yeterli olabilirken, klinik disiplinin doğası, hastaya konan tanı ve tedavi planına göre hekim ve hemşirenin yanı sıra diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, işitme terapisti, iş-uğraş (occupational) terapisti gibi meslek mensuplarının bakım ekibinde görev alması gerekmektedir.

⁴ Örneğin cerrahi tedavi gören bazı hastaların fizik tedavi veya beslenme tedavisi alma ihtiyacının postoperatif dönemde ortaya çıkması gibi.

⁵ İngilizce literatürde multidisciplinary care, team-delivering care ve collaborative care gibi kavramlar kullanılmaktadır. Bu çalışmada multi-disipliner bakım ve multi-disipliner bakım ekibi ifadeleri tercih edilmiştir.

suplarının tanı-tedavi süreçlerinde karar alıcı, uygulayıcı ve tedavi planının sonuçlarını izleme rolü ile görev yapmalarını ifade etmektedir.

3. Hastanelerde Multi-Disipliner Bakım Sistemine İlişkin Olarak Gözlemlenen Aksaklıklar

Multi-disipliner bakım sistemlerinin uygulanmasında yaşanan aksaklık ve güçlükler, saha gözlemlerine⁶ dayalı olarak (1) hekimler (2) hemşireler ve (3) diğer sağlık profesyonelleri açısından aşağıda tartışılmıştır.

3.1. Hekimler ve Multi-disipliner Bakım Sistemi

Aşağıda saha gözlemleri ile detaylandırılacağı üzere multi-disipliner bakım sistemlerinin hastanelerde günlük işleyişin doğal bir uzantısı olarak yerleşmesinin ve multi-disipliner hasta bakım ekiplerinin etkin bir şekilde çalışmasının önündeki en önemli engel, hekimlerin sisteme karşı tutum ve davranışlarından kaynaklanmaktadır. Bu argümanın ‘sisteme dair aksaklıkların kişilerin hatası’ olarak izah edildiği biçiminde algılanması yanlış olacaktır. Aksine sağlık hizmetlerinde aksaklıkların *sistem yerine insana mal edilmesine* kalite ve hasta güvenliği bakış açısıyla şiddetle karşı durulması gerekir. Burada sözü edilen A, B gibi bireysel aktörler değildir. Me-seleyi hastanelerin yapılanma biçimini inceleyen yönetim ve örgütlenme teorileri ve tıp mesleğine dair sosyolojik analizlere dayandırarak aşağıdaki gibi tartışmak mümkündür:

İlgili yazında hastanelerin idari değil, mesleki olarak yapılandırılmış organizasyonlar oldukları (Scott, 1982) ve hekimlerin gölge bir örgütlenme ile ‘karizmatik bir yetki’yi kullanarak (Perrow, 1961) diğer meslek gruplarının çalışmalarını koordine ve kontrol ettiklerine dikkat çekilmektedir. Nitekim sağlık kuruluşlarında gündelik yaşamın gözlenebilen alanlarında bulunmuş herkes, hekimlerin yönetsel bir role sahip olmadıklarında bile sistemin işleyişinde belirleyici olduğunu gözlemlemiştir.

Diğer taraftan tıp mesleğinin sosyolojik analizini merkeze alan bilimsel çalışmalarda (a) klinik otonomi ve ‘kendi düzenini kendi kurma’ nosyonunun tıp kültürünü ve mesleğin icrasını şekillendirdiğine (Freidson 1970; Evetts 2000); (b) hekimlerin, “*işine karışılması ve yetkinliğinin sorgulanması*” olarak algıladığı tüm iş ve işleyişleri reddettiğine; (c) mesleklerinin doğası gereği

hekimlere tıp okullarında (*gizli müfredat*) “mesleği ve meslektaşlar arası işbirliğini (collegiality) her şart altında savunmanın ve korumanın önceliğinin” öğretildiğine (Fisher vd. 2009); (d) mesleğinin ve hekim kimliğinin eleştirilerden korunmasının daima ön planda tutulduğuna (Fox 1975, Rosenthal 1995); (e) tıp mesleğinin, meslektaştan öğrenmeyi kültürel bir norm olarak he-kime dayattığı için *kendilerinden olmayanların sürveyansını ve mesleğin icrasına dahil olmalarını prensip olarak reddettiklerine* (Allsop ve Mulcahy 1996, Harrison 2002, Rosenthal 1995) dikkat çekilmektedir. Dolayısıyla multi-disipliner bakım sistemlerinde hekim kaynaklı aksaklık ve güçlüklerin sebebinin kültürel olduğu ifade edilebilir.

Multi-disipliner hasta bakımın işlevselliğinin sağlık alanına yerleşik kültürün etkisi ile nasıl azaldığını aşağıda paylaşılan gözlemlerle örneklendirmek mümkündür:

Saha Gözlemi 1: Geleneksel olarak multi-disipliner hasta bakım sistemleri, hekimlerin meslektaşları ile kendi aralarında gerçekleştirdikleri konsültasyonlar ve konseyler üzerine inşa edilmiştir. Çoğu uygulamada (a) konsültan hekimlerin kendi görüşlerini konsültasyon formu üzerinde belirtmeleri ve konsey kararlarının konsey defterine yazılması; (b) primer hekimlerin bu notları hastanın klinik seyrine aktarması; (c) daha sonra bu notları hastanın yeniden değerlendirilmesi sürecinde dikkate alarak tanı-tedavi planını revize etmesi veya hastanın devir veya taburculuğuna karar vermesi şeklinde bir algoritmanın kullanıldığı izlenmektedir. Bunun nedeni, primer hekim rolü üstlenen hekimlerin, konsültan hekimlerin hastanın klinik seyrine (progres notlar) doğrudan not düşmesine sıcak bakmamalarıdır. Öte yandan söz konusu algoritmada ‘tıbbi bir kaydın tekrar kayıt altına alınması’ gibi hasta bakımı açısından değer yaratmayan bir faaliyet, sağlık sisteminin zamanı en kıt ve bu nedenle de zamanı en değerli üyesi olan hekimin iş yükünü arttırmaktadır. Doğal olarak aşırı yoğun iş temposu içerisinde bu akış, multi-disipliner bakım açısından ciddi problemlere yol açmaktadır. Klinik seyir/progres notları üzerinde kontrol listeleri kullanılarak yine hekimler tarafından yapılan hasta dosyası/tıbbi kayıt denetimleri; (a) istenen konsültasyonların hastanın klinik seyrine aktarılmadığını; (b) çoğu kez konsültasyon talep edildiği bilgisinin nöbet değişimlerinde aktarılmadığını ve bu nedenle de nöbeti devralan hekim tarafından konsültasyon sonucunun takip edilemediğini; (c) konsültasyon sonucuna göre gereken tanı-tedavi plan

⁶ Saha gözlemleri olarak aktarılan örnek uygulamalar, yazarın bizzat görev yaptığı (katılımlı gözlem) multi-disipliner hasta bakım süreçlerinin tasarlandığı, uygulamaya geçirildiği, denetlendiği ve iyileştirildiği projeler ile denetçi olarak

bulunduğu hastanelerdeki gözlemlerine dayanmaktadır. Şüphesiz ülkemizde multi-disipliner bakım süreçlerine ilişkin iyi uygulama örnekleri de mevcuttur. Bundan sonraki çalışmalarda iyi uygulama örneklerinin kıyaslanmasından elde edilen bulguların raporlanması faydalı olacaktır.

revizyonlarının zamanında yapılamadığını göstermektedir.

3.2. Hemşirelik ve Multi-Disipliner Bakım Sistemi

Bilindiği üzere uluslararası yazın ve genel kabul gören hastane kalite/akreditasyon sistemleri hemşirelik mesleğinin, (a) hastanın hemşirelik bakımı açısından değerlendirilmesi; (b) hemşirelik bakımı açısından tanı konması, gerekli girişimleri içeren hemşirelik bakım planının hazırlanması; (c) hazırlanan planın uygulanması; (d) hastanın hemşirelik bakımı açısından yeniden değerlendirilerek bakım planının revize edilmesini içerecek şekilde icra edilmesini öngörmektedir. Söz konusu literatür ve standartlar şüphesiz hemşireleri, bağımsız ve kendi yetkinliklerine dayalı olarak bakım ekibi içerisinde mesleğini otonom olarak icra eden birey olarak kabul etmektedir. Bu tespitler ışığında ülkemizdeki yaygın uygulamayı bir saha gözlemi ile paylaşmak ve olası nedenlerini aşağıdaki gibi tartışmak mümkündür:

Saha Gözlemi 2: Ülkemizde sağlık alanına yerleşik kültüre göre hemşireler ‘hekimin order’ı doğrultusunda bakım icra eden’ meslek mensupları olarak kavramsallaştırılmaktadırlar. Bu kapsamda (a) hemşirelik mesleği mensuplarının işinin ‘planlama ve karar verme’ bölümü bir başka mesleğin mensubu olan hekime bırakılması; (b) hemşirenin ise hekimin order ettiği şekilde *işini icra etmesi*, yani, hekimin direktifleri doğrultusunda hastaya hemşirelik bakım hizmeti vermesi gibi bir rol tanımlanmış olmaktadır. Dolayısıyla mesleki uzmanlığı çerçevesinde karar verme, verdiği kararı uygulama ve sonuçlarını izleyerek gerekirse revize etme yetkinliğine ve ayrıcalığına sahip bir meslek mensubu ‘hekime yardımcılık pozisyonuna’ indirgenmiş olmaktadır.

Açıklanan problemli durumun -sosyoloji biliminden destek alarak- ‘hemşirelik mesleğinin ülkemizde profesyonelleşmesini tamamlamamış olmasından kaynaklandığını (Aydın ve Meydan, 2020/yayınlanma aşamasında) ileri sürmek mümkündür. Günlük dilde profesyonelleşme ‘bir mesleğin gelir elde etme amaçlı olarak icra edilmesi’ ve ‘bireyin işini kural ve ilkelere, mesleki normlara sadık kalarak yapması’ olmak üzere iki farklı anlamda kullanılmaktadır. Sosyolojik manada ise profesyonelleşme, ‘bir mesleği icra edenlerin mesleki otonomiye sahip oldukları, hizmet alan ve sunan arasında hizmet sunanın mesleki prestijine saygı ve güven duyulduğu, o mesleği yapabilmenin gerektirdiği eğitim/öğretim/deneyim standartlarını meslek mensuplarının örgütlendikleri meslek örgütleri aracılığıyla belirledikleri -sosyoloji terminolojisi ile- ‘üreticilerin üretimini’ kontrol altına aldıkları, kendi mesleklerinin hangi koşullar

altında ve nasıl icra edileceğine karar verdikleri bir mesleğe dönüşümünü ifade etmektedir. Çok genel anlamda bu dönüşüm ‘bir mesleğin profesyonelleşmesi’ olarak adlandırılmaktadır (Larson 1977; Freidson 1970; Abbott 1988; Freidson 2001). Belirtilen kriterler açısından ülkemizde hemşirelik mesleğinin kurumsal bir değişimi tamamlamadıkça saha gözleminde aktarılan problemli uygulamaların devam edeceğini öngörmek mümkündür. İlgili yazında Kanada, İngiltere, Danimarka başta olmak üzere pek çok ülkede çok büyük mücadeleler sonucunda hemşirelerin mesleki otonomilerini kazanarak mesleklerinin kendilerine kazandırdığı uzmanlık ve ayrıcalıklarla hasta bakım süreçlerinde hekimlerle benzer statüye sahip olabildiklerini gösteren çalışmalar mevcuttur (Reay vd., 2003; Goodrick vd., 2010; Dunn ve Jones 2010; Kirkpatrick vd.2011).

3.3. Diğer Sağlık Profesyonelleri ve Multi-Disipliner Bakım Sistemi

Multi-disipliner bakım süreçlerinde diyetisyen, psikolog, eczacı, fizyoterapist gibi meslek mensuplarının hasta bakım ekibinde kendi mesleğini icra eden bireyler olarak, ekibin diğer bir üyesi olan hekimlerle aynı güce sahip olarak yer alamadıkları sıklıkla gözlenmektedir. Diğer sağlık profesyonelleri açısından not edilmesi gereken en çarpıcı nokta ise, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, eczacı gibi meslek mensuplarının kendi açtıkları klinik, ofis, eczane, tıp merkezlerinde mesleki uzmanlık ve otonomiye sahip olarak çalışmalarına rağmen, hastanelerde sağlık çalışanı statüsünde görev yaptıklarında belirtilen mesleki otonomilerini kaybetmeleridir.

Saha gözlemlerine dayanarak hastanelerde belirtilen meslek mensuplarının kendi mesleki uzmanlığına dayalı olarak otonom bir şekilde hasta değerlendirdiği, tanı koyduğu, tedavi planı düzenlediği ve takip ettiği bir işleyişin yaygın kabul görmediğini ileri sürmek mümkündür. Bu argümanı destekleyen en somut uygulama, hekimlerin hasta bakım ekibinin üyesi olan diğer sağlık profesyonellerinden konsültasyon istemekten kaçınmasıdır. Bu davranışın mantıksal arka planında ise, konsültasyonun eşitler (peer) arasında -hatta eskiden konsültasyon isteyen ve konsültan hekim arasında kıdem ve unvan eşitliğine dikkat edilerek gerçekleştirildiği vurgulanan- bir süreç olduğu; söz konusu sağlık profesyonelleri ‘tıp eğitimi almadıkları’ için hekimin eşiti olmadıkları ve bu nedenle de kendilerinden konsültasyon istenemeyeceği fikri yatmaktadır. Hastanelerde hekimlerin ‘meslektaş olmayanlardan konsültasyon talep etmemesine’ dair duruşlarından kaynaklanan problemleri aşmak üzere çok sayıda ara çözümler geliştirilmiştir. Bu yapay ve zorlama çözüm mekanizmalarını saha gözlemleri ile açıklamak mümkündür:

Saha Gözlemi 3: Cerrahi girişim sonrası fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR) ihtiyacı olan hastanın multi-disipliner bakım ekibinde fizyoterapistin yer alması kaçınılmazdır. Ancak çoğu kuruluştaki hastanın primer hekimi, fizyoterapisti hasta bakım ekibine dahil etmek için kendisinden konsültasyon istemeyi ve fizyoterapistin hazırlayacağı tedavi planını birlikte değerlendirerek hastanın taburculuğunu planlamayı tercih etmemektedir. Bunun yerine (a) FTR hekiminden konsültasyon istenilmekte; (b) çoğu kez konsültasyona fizyoterapist gelmekte; (c) hazırladığı fizyoterapi planı fizik tedavi uzmanı tarafından oluşturulmuş gibi tıbbi kayıt düzenlenmektedir. Bu işleyişte iki problemlilik durum söz konusudur. İlki, fizyoterapinin FTR uzmanının yetkinlik alanı içinde düşünülerek fizyoterapistin FTR uzmanına destek veren, bir tür hekim yardımcısı gibi konumlandırılmasıdır. İkincisi ise fizyoterapistin, profesyonel olarak bir mesleğin eğitimini almış, yetkinliklerini belgelemiş, sahip olduğu uzmanlık ve yetkinliklerden doğan bağımsız karar verme ve uygulama gücünden yani mesleki otonomiden yoksun bırakılmasıdır.

Saha Gözlemi 4: Uygulanan tedavi planının başarısı açısından ayaktan ve yatarak bakım alan hastaların diyetinin düzenlenmesinin kritik öneme sahip olduğu açıktır. Çoğu sağlık kuruluşunda hekimler, diyetisyenden konsültasyon⁷ talebinde bulunmaktan kaçındığı için ayaktan ve yatan hastalar açısından iki ayrı ‘bypass yöntemi’ yani ara çözüm mekanizması kurgulanmaktadır. Ayaktan hastalar -tıpkı tetkik birimlerine yönlendirilir gibi- Diyet Polikliniği/Diyet Birimine yönlendirilmektedir. Bu noktada sorun, hekimin hastaya düzenlenen diyeti nasıl göreceği ve böylece uyguladığı tanı-tedavi planına uygunluk açısından nasıl onaylayacağıdır. Yazılan prosedürler üzerinden bu sorunun nasıl aşıldığı incelendiğinde, ‘hastaya randevu gününde diyetisyen tarafından düzenlenen diyetin hekim tarafından hasta eliyle fiziki veya elektronik ortamda kontrol edildiği ve uygun ise onaylandığı şeklinde bir işlem akışı ortaya çıkmaktadır. Tahmin edileceği üzere hekimin hasta poliklinikten ayrıldıktan sonra ne zaman diyet polikliniği randevusu aldığını ve randevu gününde planlanan diyeti takip edip onaylaması pratikte uygulanabilir değildir.

Yatan hastalar için ise bu mekanizma çoğu uygulamada (a) diyetisyenin yatışı yapılan tüm hastaları ziyaret ederek diyetini planlaması; (b) değerlendirme notları ile planladığı diyeti, multi-disipliner bakım planı vb. bir ad verilen form üzerine yazması ve (c) hastanın primer hekiminin de bu notları okuyarak hastanın diyetini takip etmesi şeklinde kurgulanmaktadır. Yani aslında diyetisyenler, bir hasta bakım ekibinin üyesi olmakla birlikte ekip üyeleri ile bir araya gelmemektedir⁸.

Saha Gözlemi 5: Tıbbi onkoloji başta olmak üzere hastaların primer tedavi planlarının yanı sıra psikolojik destek almaları gereği duyulduğunda, psikologların multi-disipliner bakım ekibine dahil olması söz konusu olmaktadır. Bu noktada hekimlerin psikologlardan konsültasyon talep etmeyi kabul etmemeleri nedeniyle ara bir çözüm olarak ayaktan hastalar için -aslında farklı disiplinler olmasına rağmen- psikiyatri uzmanlarından konsültasyon talep edilmesi yoluna gidilmektedir. Yatan hastalar açısından ise potansiyel olarak hastanın psikolojik desteğe ihtiyaç duyacağı kliniklerde psikolog görevlendirme yoluna gidilmektedir. Diyetisyen örneğinde olduğu gibi psikologlar bakım ekibinin üyesi olmasına rağmen ekip ile bir araya gelmeden hasta değerlendirme ve bakım süreçlerine dahil olmaktadır.

Saha Gözlemi 6: Eczacılar hekim orderlarını⁹ doz, konsantrasyon, uygulama yolu, ilaç-ilac etkileşimi, alerji vb. açısından değerlendirme yetkinlikleri ile multi-disipliner bakım sistemine dahil olmaktadır. Hekimler bu uygulamayı da makul görmemekte, - yukarıda da vurgulandığı üzere- *meslektan olmayan biri tarafından mesleki yetkinliğinin sorgulandığı ve onun gözetimi altında mesleğini icra ettiği* (Friedson 1970) algısına kapılmaktadırlar ve bu düşünce ile direnmektedirler. Şüphesiz eczacılar söz konusu order doğrulama süreci ile ilaç uygulama hatalarının önlenmesi açısından çok kritik bir rol üstlenmektedirler¹⁰.

Saha Gözlemi 7: Belirtilen meslekleri icra eden sağlık profesyonelleri, multi- disiplinler hasta bakım süreçlerinde aktif olarak görev yapmalarına karşın, hastanın dosyasına/klinik seyir (progres) notlarına erişme ve

⁷ Yazarın saha gözlemleri ve görev aldığı tıbbi kayıt denetim süreçlerindeki deneyimleri, hekimlerin sadece diyetisyenden değil, beslenme tedavisi öngördüğü hastalar için dahi – üyeleri arasında meslektaşlarının da görev yaptığı- Nutrisyon Komitesinden bile konsültasyon istemekten kaçındığı yönündedir.

⁸ Çoğu uygulamada yatış süresi uzun hastaların beslenme durumu açısından yeniden değerlendirilmesini yapma görevinin hastanın primer hekimine verildiği de dikkat çekmektedir.

⁹ Ayaktan hasta reçeteleri de hastane eczanesinden karşılandığı kuruluşlarda doktor reçetelerinin de eczacılar tarafından doğrulanması söz konusudur.

¹⁰ Hastanelerde eczacılar ayrıca, kontrole tabi ve yüksek riskli ilaçların hazırlanması, bu nitelikteki ilaçların hasta bakım alanlarında bulundurulmaması/kontrollü şekilde bulundurulması, kliniklere güvenli bir şekilde ulaştırılması ve kabul edilmesi, miad kontrolleri gibi hasta güvenliği açısından çok kritik roller üstlenmektedirler.

mesleki yetkinliği çerçevesinde oluşan görüşünü, planladığı tedaviyi, tedavi uygulama kayıtlarını ve değerlendirmeye notlarını yazma hakkına sahip olamamaktadır. Çünkü çoğu hekim kültürel olarak, primer hekim dışında multi-disipliner bakım ekibinde yer alan diğer meslek mensuplarının görüşünü/kararını hastanın klinik seyrine yazmasını ‘düstura aykırı’ bulmaktadırlar. Bu problemin entegre/birleştirilmiş bakım planı veya multi-disipliner hasta bakım formu gibi ilave bir dokümanın hasta dosyasına eklenmesi, hekim ve hemşire dışındaki -hemşirelik bakım kayıtları ayrıca tutulduğu için- ekip üyelerinin görüş ve kararlarını bu forma yazmaları yoluyla aşıldığı izlenmektedir. Geliştirilen bu sistemin hekimin hasta dosyasına erişip multi-disipliner bakım formuna düşülen notları inceleyeceği ve bunları dikkate alarak hastanın tedavisini/taburculuğunu/izlemini planlayacağı varsayımına¹¹ dayandığı açıktır.

Yukarıda saha gözlemlerine dayalı olarak aktarılan ‘ilave mekanizmalar eklenerek yapılandırılan bize özgü multi-disipliner bakım sistemlerinin (a) işlevsel olmadığı; (b) hastanenin işleyişini hantallaştırdığı; (c) kayıt ve dokümantasyon yükünü arttırdığını ve (d) genel olarak multi-disipliner bakımdan beklenen faydaları yaratmadığı sonucuna varılabilir. Bu kapsamda daha etkin ve işlevsel bir multi-disipliner bakımı mümkün kılacak iyileştirme önerileri aşağıdaki bölümde tartışılmıştır.

4. Multi-disipliner Bakım Sistemini İşlevsel Hale Getirilmesine Yönelik Öneriler

Multi-disipliner bakım sisteminin hastanenin rutini haline gelmesi için kullanılacak yapı ve işleyiş düzenlemelerine dair önerileri aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür.

4.1. Tıbbi Kayıt Sisteminin Yeniden Yapılandırılması

Öncelikle, tıbbi dokümantasyon sisteminin multi-disipliner bakım ekiplerini işlevsel hale getirecek şekilde düzenlenmesi önem taşımaktadır. Bu kapsamda primer

ve konsültan hekimlerin, hemşirenin ve diğer sağlık profesyonellerinin hasta dosyasına ayrı formlar kullanarak kayıt düşmesinin engellenmesi; ekipte yer alan tüm profesyonellerin hastanın progresine not düşmesi sağlanabilir. Bu kapsamda konsültan hekimlerin görüşlerini konsültasyon formu yerine hastanın klinik seyrine yazmasına/eklenmesine imkan veren; konsey kararlarının da hasta dosyasına doğrudan kaydedildiği/görünür hale geldiği bir uygulamanın daha etkin sonuç vermesi beklenebilir. Elektronik tıbbi kayıt/hasta dosyası tutulan hastanelerde, tıpkı konsültasyon istenen hekimin hasta dosyasına erişim için yetkilendirildiği gibi, hasta bakım ekibine dahil olan diyetisyen, psikolog¹², fizyoterapist vb. sağlık profesyonelinin hasta dosyasına erişimi sağlanabilir.

4.2. Multi-disipliner Bakım Ekiplerin İşleyişinin Düzenlenmesi

Multi-disipliner bakım ekibinin aktivasyonunu sağlayacak ve tanı-tedavi sürecinde gelinecek safhaya göre sayı ve mesleki çeşitlilik açısından genişlemesi ve daralması kararını verecek ve ekibi koordine edecek bir role ihtiyaç duyulacağı açıktır. Ülkemizde yerleşik kültüre göre bu rolün hastanın primer hekimi tarafından üstlenilmesi mümkündür. Bu durumda öncelikle konsültasyon sistemine dair kurumsallaşmış pratiğin ‘hekimden-hekime’ ile sınırlı olmaktan çıkılarak ‘hekimden-tüm sağlık profesyonellerine’ olacak şekilde genişletilmesi gerekmektedir. Bu amaçla hasta değerlendirme formu üzerinde ‘multi-disipliner bakım ihtiyacı’ bölümü/sekmesi açılarak hekimin konsültasyon talebinde bulunacağı sağlık profesyonelleri listelenebilir. Hekimlerin meslektaşları dışında bir profesyonelden konsültasyon istememe yönündeki ısrarını aşmak için bu sekmenin konsültasyon talebi yerine ‘hasta bakım ekibine katılma daveti’ olarak adlandırılması da mümkündür¹³. Bu işleyişin batı ülkelerinde uygulanan örneklerinde hekimler yerine hemşireler hasta bakım ekiplerinin koordinasyonunu/liderliğini¹⁴ üstlenebilmektedirler (Kirkpatrick, 2011). Bu model, hem hekimin iş yükünü arttırmaması ve hem de konsültasyon sistemine dair kültürel

¹¹Hastanelerin yoğun çalışma temposunu gözlemlemiş okuyucular için, hekimin multi-disipliner bakım formundaki notları okuyarak tanı-tedavi planı değişikliklerine gideceği, taburculuk veya devir planlaması vb. yapacağını varsaymanın pek gerçekçi olmayacağı açıktır.

¹² Bilindiği üzere primer ve konsültan hekimlerin hasta dosyasına erişiminde hasta mahremiyetini korumak amacıyla psikiyatrik değerlendirme notlarına kısıt konmaktadır. Dolayısıyla psikolog tarafından yapılan değerlendirme notlarının da, sadece hastanın primer hekimi tarafından görülmesini sağlamak gibi bir yöntem kullanılabilir.

¹³ Hemşireler zaten klinik işleyişin omurgasını oluşturduğu için yatan hastalar için ayrıca bir çağrı/davet yapılmasına gerek kalmayacağı açıktır. Ayaktan hastaların hemşirelik bakımı açısından değerlendirilmesi ve takibi gereken klinik disiplinlerde, poliklinik/ayaktan girişim biriminin işleyiş sistemine göre bir çözüm üretilmesi mümkündür.

¹⁴ JCI deneyimine sahip okuyucular, akreditasyon takip ve yenileme tetkikine gelen ekiplere sıklıkla bir hemşirenin liderlik ettiğini de gözlemlemişlerdir.

inanırlardan doğacak olası direnişi¹⁵ engellemesi açısından olumlu sonuçlar yaratabilecektir.

4.3. Kollektif Vizit /Multidisipliner Konsey Uygulamasına Geçilmesi

Multi-disipliner bakım ekibinde görev yapan tüm sağlık profesyonellerinin (a) hasta ziyaretlerine dahil olmaları ve (b) tüm üyelerin katılımıyla hastanın durumunu tartışıldığı genişletilmiş konseylerin hastanenin günlük işleyişine implant edilmesi, bunların klinik süreçlerde tanımlanması yukarıda kurgulanan sistemi tamamlayacaktır. Böylece hasta başında kolektif değerlendirme ve farklı disiplinlerin bakış açısıyla karar verme imkânı doğacaktır. Bu noktada diğer sağlık profesyonellerinin sayıca az olması nedeniyle vizite katılımları açısından problemler yaşanabileceği de dikkate alınmalıdır. Söz konusu problemin aşılması için genişletilmiş ziyaretlerin tanı ve tedavi sürecinin kritik adımlarında yapılmak üzere planlanması önerilebilir. Örneğin multi-disipliner bakım ekibinde yer alan diyetisyenin, nutrisyon riski olan cerrahi hastanın yakın postop dönem ve taburculuk öncesi ziyaretlerine katılımı mümkündür. Benzer şekilde onkoloji hastasının taburculuk açısından değerlendirileceği vizite psikoloğun; ortopedi kliniğinde yatan postoperatif hastanın taburculuk öncesi veya FTR kliniğine devir kararı öncesi vizitine fizyoterapistin katılımı şeklinde bir işleyiş kurgulanabilir.

4.4. Kurul/Komitelerde Hemşire ve Diğer Sağlık Profesyonellerinin Yer Almasının Sağlanması

Hastanenin genel işleyişinin multi-disipliner bakım sistemini desteklemesi için klinikler veya süreçler bazında oluşturulan kalite/hasta güvenliği/risk yönetim vb. komite ve kurullarına hekimlerin yanı sıra mutlaka hemşire ve ilgili sağlık profesyonellerinin dahil edilmesi önem taşımaktadır.

4.5. Multi-Disipliner Bakım Sürecinin İyileştirilmesine Yönelik Yapının Oluşturulması

Bir yapısal değişimin başarılı olmasının ön koşulu, doğru bir örgütsel yapının inşa edilmesidir. Multi-disip-

liner hasta bakım sistemine dair oluşturulacak bu yapının tepesinde, hastane ölçeğinde çalışmaları yönetecek bir üst komite/kurulun yer alması önerilebilir. Söz konusu kurul veya komitenin öncelikli sorumluluğu (a) hasta değerlendirme ve hasta bakımına dair prosedür, talimat, klinik kılavuz ve algoritmaların yeniden kurgulan¹⁶ multi-disipliner bakım süreçlerinin işletilmesini zorunlu kılacak şekilde revize edilmesidir. (b) Diğer taraftan hastane bilgi yönetim sistemi, elektronik ortamda kullanılan tıbbi kayıt, tetkik, ilaç yönetim sistemleri gibi yazılımlar üzerinde gerekli düzenlemelerin yapılması önem taşımaktadır. (c) Bu kapsamda son olarak kurgulanan multi-disipliner bakım sistemine dair hastane ölçeğinde bir farkındalığın sağlanması ve eğitimler yoluyla yeni sistemin işleyişinin öğretilmesi kritik öneme sahiptir. Yazarın saha deneyimi multi-disipliner bakım kurulu/komitesinin hastanede kanaat önderi konumunda olan kıdemli bir hekimin liderliğinde başhemşire ve dahili- cerrahi bölüm başhemşire yardımcıları, mevcut ise baş diyetisyen, uzman psikolog, baş eczacı, baş fizyoterapist vb.; mevcut değil ise diğer sağlık profesyonellerini temsil edecek ilgili meslek mensuplarından üyeleri kapsamının yararlı olacağı yönündedir. Ancak, bu kurul veya komitenin multi-disipliner bakım sistemini Olimpos Dağı'ndan alıp hastaneye getirmesinin imkânsız olduğu açıktır. Bu nedenle multi-disipliner bakımın mevcut klinik/birim kalite kurul/komiteeleri aracılığıyla yayıldığı üzüm salkımı tipi bir örgütlenme faydalı olacaktır.

Bu kapsamda ayrıca hastalık bazında klinik kılavuzların hazırlanması, saha denetimleri ile bakım ve tedavinin bu kılavuzlara uygun şekilde verilip-verilmediğinin izlenmesi, tespit edilen kılavuz dışı uygulamaların (sapmalar) analiz ederek aksiyon alınması görevlerini üstlenen multi-disipliner yapıda çalışma ekiplerinin oluşturulması¹⁷ da yeni sistemin kabul görmesi açısından kalıcı etki yaratabilecektir.

4.6. İç Denetim Süreçlerine Multi-Disipliner Bakım Sisteminin Entegre Edilmesi

Multi-disipliner bakım sisteminin hastanede yerleşme düzeyini ve yaşanan aksaklıkları izlemek açısından iç tetkik/kalite/akreditasyon/hasta güvenliği/risk yönetim/tıbbi kayıt denetimleri gibi hastanede mevcut iç

¹⁵ Yazarın saha gözlemleri, hemşirelerin hastanın primer hekimine adına multi-disipliner bakım ekibinin çalışmasını koordine etmesinin, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, eczacı gibi diğer sağlık profesyonelleri tarafından kabul göreceği yönündedir.

¹⁶ Şüphesiz genişletilmiş konseyler, kolektif ziyaretler, bunların hangi vakalar için, hangi durumlarda uygulanacağı gibi teknik detaylar hastaneden hastaneye değişebilir ve ilave

komponentleri içerebilir. Bu çalışmada önerilen multi-disipliner hasta bakım sistemi kurgusu sadece örnek bir model oluşturmayı amaçlamaktadır.

¹⁷ Süreç takımları gibi bir misyon üstlenecek olan multi-disipliner çalışma ekipleri uygulaması, sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi ve saygıyı güçlendirerek yukarıda açıklanan kültürel bariyerleri de ortadan kaldıracaktır.

işleyişi denetlemeye/değerlendirmeye yönelik süreçlerden yararlanılması mümkündür. Bu kapsamda hasta bakımı, konsültasyon, tıbbi kayıtların tutulması vb. multi-disipliner bakım ile ilişkili süreçlerde yürütülen iç tetkiklere multi-disipliner bakım sistemine dair soru/kontrol listeleri eklenmesi hem hastane ölçeğinde duyarlılığın artmasını ve hem de üst yönetimin konuya verdiği önemin vurgulanmasını sağlayacaktır.

4.7. Takdir ve Ödüllendirme Sisteminin Gözden Geçirilmesi

Multi-disipliner hasta bakım ekiplerinin çalışmasına dair iyi uygulama örneklerinin hastane ölçeğinde duyurulması ve ödüllendirilmesi¹⁸, sistemin benimsenmesini sağlayabilecektir. Stephan Covey'in tabiriyle 'Neyi ödüllendiriyorsanız, Onu elde edersiniz'. Multi-disipliner bakımın ödüllendirilmesi hastane ölçeğinde kabullünü ve yerleşmesini kolaylaştıracaktır.

4.8. İnsan Kaynakları Süreçlerinin Gözden Geçirilmesi

Hekim, hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin performans ölçüm, yetkilendirme ve takdir-terfi sistemlerine, multi-disipliner bakım sistemine katkısına dair kriterlerin eklenmesi çok etkili sonuçlar üretebilecektir.

5. Sonuç ve Tartışma

Multi-disipliner hasta bakım sisteminin yukarıda sıralanan yapı ve işleyiş değişiklikleri/ ilaveleri ile teknik olarak yapılandırılması mümkündür. Ancak önerilen yapı ve işleyişin kalıcı hale gelmesi için hastanede ve genel olarak sağlık sistemimizin bütününde bir mantalite değişimine ihtiyaç olduğu açıktır. Bunun için hekimlik, hemşirelik ve diğer sağlık profesyonellerinin yetiştirildiği okulların müfredatlarının, 'her meslek mensubunun sağlık sistemi içerisinde kendi mesleki uzmanlık ve yetkinliğine saygı duyularak, mesleğinin kendisine sağladığı otonomi içerisinde hasta değerlendirme, tanı-tedavi planlama, uygulama ve izleme hakkına sahip olduğunu öğretecek şekilde revize edilmesi gerekmektedir. Hastaneler özelinde ise 'multi-disipliner bakım ekiplerinin farklı mesleklerden uzmanlık bilgisine sahip esitlerin birlikte hastaya etkin ve güvenli sağlık hizmeti ürettiği yapılar olduğu' kültürünün aşılması hayati öneme sahiptir.

6. Kaynaklar

- Abbott, A. (1988). The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor, London: The University of Chicago Press, Ltd.
- Allsop, J. ve Mulcahy, L. (1996). Regulating Medical Work: Formal and Informal Controls, Buckingham: Open University Press.
- Aydın, F. ve Meydan, B. (2020). Türkiye'de Hemşirelik Mesleğinin Profesyonelleşmesi: Pandemi Sürecinde Hemşirelik Meslek Örgütlerinin Davranışına Yönelik Bir Saha Çalışması, İş Güç Endüstri İlişkileri Dergisi (yayınlanma aşamasında).
- Dunn, M.B. ve Jones, C. (2010). Institutional Logics And Institutional Pluralism: The Contestation of Care and Science Logics in Medical Education, 1967-2005, 55, Administrative Science Quarterly, pp. 114- 149.
- Evetts, J. (2003). The Sociological Analysis of Professionalism, International Sociology, 18(2), pp. 395- 415.
- Fisher, E. S., McClellan, M. B., Bertko, J., Lieberman, S. M., Lee, J. J., Lewis, J. L. "ve diğerleri". (2009). Fostering Accountable Health Care: Moving Forward in Medicare, Health Affairs, 28(2), pp. 219-231.
- Fox, R. (1975). "Training for Uncertainty." edited by Robert K. Merton, G. Reader, and P. L. Kendall. The Student Physician, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Freidson, E. (1970). Profession Of Medicine: A Study Of The Sociology Of Applied Knowledge, Dodd, Mead and Company, New York, Ny.
- Freidson, E. (2001). Professionalism: The Third Logic, Polity Press, Cambridge.
- Goodrick, E. And Reay, T. (2010). Florence Nightingale Endures: Legitimizing a New Professional Role Identity", 47(1), Journal of Management Studies, pp. 55- 84.
- Harrison, S. (2002). New Labour, Modernisation and the Medical Labour Process, Journal of Social Policy, 31(3), 465-485.
- Kirkpatrick, I., Dent M. and Jespersen, P. K. (2011). The Contested Terrain of Hospital Management: Professional Projects And Healthcare Reforms in Denmark, 59(4), Current Sociology, pp. 489- 506.
- Larson, M. S. (1977). The Rise of Professionalism: Monopolies of Competence and Sheltered Markets, University Of California Press, Berkeley, Ca.
- Montgomery, K., Oliver, A. L., (1996) Responses by professional organizations to multiple and ambiguous institutional environments: The case of AIDS, Organization Studies, 17(4), 649-671

Oliver, C. (1991) Strategic Responses to Institutional Processes, The Academy of Management Review Vol. 16, No. 1, pp. 145-179

Pache, A. ve Santos, F. (2013) Inside the Hybrid Organization: Selective Coupling As a Response to Competing Institutional Logics, 56(4), 972-1001.

Perrow, C. (1961). The Analysis Goals in Complex Organizations, American Sociological Review, 26(6), December pp. 854- 866.

Pfeffer, J. (1981). Power In Organizations, Pitmann Publishing Inc. USA.

Reay, T., Golden-biddle, K. and Germann, K. (2003). Challenges and Leadership Strategies for Managers of Nurse Practitioners, Journal of Nursing Management, 11, pp. 396- 403.

Rosenthal, M. M. (1995). The Incompetent Doctor: Behind Closed Doors, Open University Press.

Scott W. R. (1983). "Healthcare Organizations in the 1980: The Convergence if Public and Professional Control Systems" (Ed) Organizational Environments Ritual and Rationality, Sage Publications, California.

Scott W. R. (1995), Institutions and Organizations. London: Sage Publications.

JCI Akreditasyonu ile Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Kalite ve Akreditasyonu İlgili Kuruluşların Çalışmalarına İlişkin Araştırma

Derya Şahin



İletişim / Correspondence:

Uzm/MSc
Marmara Üniversitesi
deryademir2309@gmail.com

Geliş Tarihi: 12.03.2020

Kabul Tarihi: 16.06.2020

Received Date: 12.03.2020

Accepted Date: 16.06.2020

Anahtar Kelimeler:

Sağlık hizmetleri; kalite; akreditasyon; sağlıkta kalite standartları; sağlıkta akreditasyon standartları; Uluslararası Ortak Komisyon.

Keywords:

Healthcare services; quality; accreditation; quality standards of health; accreditation standards in healthcare; Joint Commission International.

Özet

Sağlık kurumları, uluslararası düzeyde artan rekabet şartlarında fark yaratabilmek için hizmet kalitelerini belgelemek istemektedirler. Belgelendirme aşamasında, zorunlu ve gönüllü farklı sertifikasyon ve akreditasyon kriterleri bulunmaktadır. Bu çalışmada, zorunlu ulusal sağlıkta kalite standartları (SKS) ile uluslararası uygulanabilir nitelikte hazırlanan ulusal sağlıkta akreditasyon standartları (SAS) hastane kriterleri ve uluslararası düzeyde en sık tercih edilen akreditasyon standardı olan JCI kriterleri karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonucunda; SKS ve SAS kriterlerinin uyumlu hale getirilmesi ve SAS’ ın ulusal ve uluslararası düzeyde tercih edilmesini sağlayacak teşvik edici sistemler oluşturulmasının, kaynaklarımızın etkin ve verimli kullanımı açısından fayda sağlayacağı önerilmektedir.

A Research on JCI Accreditation with Health Care Quality with Accreditation Organizations in Turkey

Derya Şahin

Abstract

Health care organizations want to document the quality of their service delivery in order to make a difference in increasing competition conditions in an international level. At the certification stage, different mandatory and voluntary certification and accreditation criteria exist. In this study, compulsory national quality standards of health (SKS) and national standards of accreditation in health (SAS) prepared according to internationally applicable qualifications are compared with hospital criteria and JCI criteria, which is the most preferred international accreditation standard. As a result of comparison; it is suggested that harmonization of SKS and SAS criteria and the creation of incentive systems to enable SAS to be preferred nationally and internationally will benefit the efficient and effective use of our resources.

1. Giriş

Hızla değişen teknolojik imkânlar, sağlık hizmetlerindeki beklentinin farklılaşması, uluslararası düzeyde ulaşılabilirlik ve hizmeti sunanlarla talep edenler arasında bilgi asimetrisi hizmet talep edenlerin, hizmetleri karşılaştırılabilirlik düzeylerinin giderek artmasından ve artan rekabet koşullarından dolayı sağlık kurumları, sundukları hizmet kalitesini sürekli arttırmayı ve bunu da belgelendirmeyi hedeflemektedirler.

Sağlık kurumlarının, uygun maliyetle zamanında yüksek kalitede hizmet sunması hayati önem taşımaktadır. Yüksek kaliteli hizmet sunumunun sağlanabilmesi için kurumların performansının değerlendirilmesi ve sürekli iyileştirilmesi gerekmektedir. Bu amaçla birçok standart ve sistem kullanılmaktadır (Semnani ve Asadi, 2016). Küreselleşmenin getirdiği bu rekabet ortamından etkilenen sağlık kurumlarının rekabetinde öne çıkan kalite kavramı için birçok bilim insanı ve kurum kendi tanımını ortaya koymaktadır. Örneğin hizmetin ya da ürünün var olan gerekliliklere ya da standartlara gösterdiği uyum tanımlardan biridir. Donabedian'a göre ise sağlık hizmetlerinde kalite; "teknik kişiler ve çevresel etkenlerin bir ürünü" olarak tanımlanmaktadır (Coşkun ve Gülhan, 2017). Sağlık kurumları, sundukları hizmetin ulusal ve uluslararası düzeyde kalitesini gerek hizmet sundukları kişilere gerekse rakiplerine karşı kanıtlama çabasındadırlar. Kurumların bu çabalarına ek olarak akademik alanda akreditasyon ve/veya sertifikasyonun etkilerini ele alan çalışmalarda da önemli artış olduğu tespit edilmiştir (Brubakk ve ark, 2015). Kurumların kaliteli hizmet sunumlarını kanıtlama çabalarının başka bir sonucu olarak da sağlık kurumlarında yönetim kurulları kalite konusunu toplantı gündemlerine almaktadır ve konu hakkında çalışmalar yapmaktadırlar. Avrupa hastanelerinde kalite yönetimin gündem maddesi olmasına ilişkin yapılan analiz sonuçlarını içeren makaleye göre; gündemde bir madde olarak kaliteye sahip olmak, kalite performansının sık sık tartışılması, sağlık kurumlarında kalite yönetim sisteminin uygulanma fırsatı sunduğunu göstermektedir. Kalite yönetim sistemine sahip olmak aynı zamanda yönetim kurullarının kalitenin tüm farklı alt boyutlarını kapsayacak birçok toplantı yapması gerektiği anlamına da gelmektedir. Kalite sistemine sahip olmak için yönetim kurulunda kaliteyi gündem maddesi yapmak ya da kalite sistemine sahip olunduğu için kaliteyi yönetimin gündemine almak durumunda da kalitenin görüşülmesi, kurumda kalite performansının artmasını sağlamaktadır (Botje ve ark, 2014). Kaliteyi gündemlerine alan kurumlar aynı zamanda bu çabalarını da belgelendirmek istemektedirler. Belgelendirme aşamasında karşımıza farklı alternatiflerdeki standartlar çıkmaktadır. Bunlar; en temelde zorunlu olan ruhsatlandır-

manın ardından, farklı kurumlara ait kalite sertifikasyonları ve sonraki aşaması olarak ifade edebileceğimiz gönüllülük esaslı akreditasyon belgeleridir. Akreditasyonun da kalite gibi farklı tanımlamaları yapılmakla birlikte, en kapsamlı tanımı; öz değerlendirme, dış değerlendirici görüşleri, belge inceleme, ekipman kontrolü, yönetsel veya klinik veri göstergelerinin incelenmesi gibi çeşitli yöntemler yoluyla daha önceden kararlaştırılmış standartlara göre organizasyonel ve klinik performans değerlendirmesidir ve değerlendirme yetkilendirilmiş dış bir organizasyon tarafından yapılarak şeklinde ifade edilmektedir (Güdük ve Kılıç, 2017). Başka bir tanıma göre de akreditasyon; genellikle eğitimli dış denetçilerin bir sağlık kuruluşunun, önceden belirlenen ve kabul edilen performans standartlarına uygunluğunu sıklıkla bir sivil toplum kuruluşu tarafından gönüllülük esasıyla değerlendirdiği objektif bir yöntem olarak tanımlanmaktadır (Tabrizi, 2011). Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) tarafından da akreditasyon; organizasyonların kalite, etkinlik ve verimliliğini artırmak için kullanılan, belirlenmiş standartlara uygunluğun etkili bir kurum tarafından değerlendirilerek onaylanmasını içeren, genellikle gönüllülük esasına ve uluslararası kabul görmüş ilkelere dayanan bir program olarak tanımlanmaktadır (<https://www.tuseb.gov.tr/tuska/akreditasyon-nedir>). Uluslararası düzeyde akreditasyon kurumlarına bakıldığında, farklı ülkelerde farklı akreditasyon sistemlerinin uygulanabildiği görülmektedir. Bu alanda yayınlanan bir makalede, sağlık hizmeti akreditasyon modellerinin avantaj ve dezavantajları farklı akreditasyon programlarının atıf sıklığı incelendiğinde, ABD'de JCI, Kanada CCHSA, UK İngiltere, ACHS Avustralya, Yeni Zelanda QHNZ ve Fransa'nın ANAES akreditasyon programları dâhil olmak üzere uluslararası altı sistem tanımlanmıştır. Yapılan araştırmada en çok alıntı yapılan program, % 91 ile ABD merkezli JCI olduğu en yakın rakibi olan Kanada (% 17) ile aralarında ciddi bir fark olduğu görülmektedir. Kanada'yı ise İngiltere ve Avustralya merkezli programlar takip etmektedir. Standart kriterleri incelendiğinde odak noktalarının farklı olduğu; JCI'nın hasta ve personel güvenliğini sağlama, Kanada akreditasyon programı olan CCHSA'nın sürekli kalite gelişimi, Avustralya akreditasyon sistemi ACHS'nin ise klinik bakımın iyileştirilmesine odaklandığı görülmektedir. Ancak programların öne çıkan kriterleri farklı olmasına karşın genel yaklaşımlarının oldukça benzer nitelikte olduğu belirtilmektedir (Tabrizi, 2011). Farklı akreditasyon programları olmasına karşın önemli olan akreditasyon standartlarının uygulanacağı ülkede, ulusal standartlarla tercih edilen uluslararası standartların başlangıç aşamasında uyum içerisinde olmasının yani sekronizasyonun sağlanmasının kritik olduğu belirtilmektedir (Yousefian, 2013). Benzer şekilde Suudi Arabistan'da

sağlık profesyonelleri arasında akreditasyonun algılanmasına yönelik yapılan bir çalışmada; Haziran – Eylül 2016 arasında, hekimlere, hemşirelere, tıbbi teknoloji uzmanlarına, diyetisyenlere ve diğer yardımcı sağlık profesyonellerine akreditasyona ilişkin 19 maddeden oluşan bir anket dağıtılmıştır. Dağıtılan 1360 anketten analiz edilebilen 901 anket sonucuna göre; akredite olan hastanelerin akredite olmayanlara kıyasla daha iyi temel performansa sahip olma eğiliminde olduğu, hasta bakım süreçlerinde iyileşmeler olduğu, 24 saat içinde yoğun bakım ünitesine dönüştürme azalma ayrıca personel ciro-sunda azalma ve tıbbi kayıtların eksiksizliği gibi süreçlerde de iyileşmeler olduğu belirtilmiştir. Sonuçlara göre sağlık çalışanlarının sağlanan faydalar nedeniyle akreditasyon sürecine katılmaya olumlu yaklaşımlarına rağmen en düşük katılımın doktorlar tarafından sağlandığı ve akreditasyonun faydaları konusunda da yine en düşük puanları doktorların verdiği görülmüştür (Algah-tani ve ark., 2017). Doktorların bu yaklaşımını destekler nitelikte değerlendirebilecek başka bir çalışmaya göre de önemli miktarda finansal ve emek yatırımı gerektiren akreditasyon programlarının sağlık ekiplerini birincil klinik hedeflerinden uzaklaştırdığı bir başka çalışmada vurgulanmıştır (Brubakk ve ark., 2015). Akreditasyon çalışmalarıyla ilgili buna benzer eleştirel iddialar olmakla birlikte, yayınlanan bazı makalelerde de kanıtları olmayan iddialara yer verilebilmektedir. Bunun bir örneği olarak, 2016 yılında yayınlanan İran Hastane Akreditasyon Sistemi başlıklı makale gösterilebilir. Makalede, yazarların iddialarını desteklemek için güvenilir kanıtlar bulunmadığı belirtilmiştir. Yazarlar, İran'da, hastane akreditasyon sisteminin sadece yapısal standartlara odaklandığını ve belgelere çok önem verdiklerini belirtmişler ancak bu iddialar için delil sunamamışlardır. Ayrıca yazarlar, hastanelerin akreditasyon dereceleri ile hizmetlerinin kalitesi arasındaki bağlantının eksik olduğunu ifade etmiş ve böyle güçlü bir iddianın kaynağı olarak da Kore'de ve Kenya'da yapılan araştırmaları göstererek, iddialarını yeterince destekleyememişlerdir. Ancak bu eleştirilere rağmen, akreditasyon sistemleri ile ilgili ortak kanı; akreditasyonun, sağlık kuruluşlarının bakım kalitesinin ve güvenilirliğinin kurum dışında da tanınmasını ve halkın hastaneler tarafından sunulan sağlık hizmetlerine olan güvenini artırmayı amaçladığı yönündedir (Mosadeghrad, 2016). Bu amaç doğrultusunda uygulamalara bakıldığında da akredite olan hastanelerde hizmet sunumuna ilişkin kanıtlanabilir nitelikte iyileşmeler olduğu görülmektedir. Örneğin Sırbistan'da 2007-2015 yılları arasında, akreditasyonun tamamlanmasından önce, sırasında ve hemen sonrasında yürütülen çalışmada, sağlık kalitesi, hasta güvenliği ve verimliliği ölçen kalite göstergesinin değerlendirilmesinde; akredite olan hastanede bekleme süresi akredite

olmayan hastanede bekleme süresinin yarısı olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde, yatıştan sonraki ilk 48 saat içinde mortalite oranı akredite olan hastanede akredite olmayan hastaneye oranla oldukça düşük oranda olduğu belirtilmiştir. Bu ve benzer verilerin sunulduğu makalede, akreditasyonun sağlık kurumlarına getirdiği faydaların yanında, sağlık kurumları için finansal ve organizasyonel olarak da zorlayıcı bir süreç olduğu belirtilmiştir (Petrović ve ark., 2018). Bu zorluklarının yanısıra kurumlara örgütsel gelişim konusunda itici güç sağlamakta ve kurumlardaki gönüllü katılım yaklaşımını da desteklemektedir (Shaw ve Braithwaite, 2013). Akreditasyon aynı zamanda klinik liderlik, hasta güvenliği ve klinik organizasyona teşvik ederek, kanıta dayalı hasta bakımının sunum süreçlerini desteklemekte ve akredite olan hastanelerin olmayanlara kıyasla özellikle hasta güvenliği puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Shaw ve ark., 2014). Bu çalışmayla benzer sonuçlara sahip başka bir anket çalışmasında da akreditasyon ve/veya sertifikasyona sahip hastanelerle herhangi bir akreditasyon ve/veya sertifikasyona sahip olmayan Türkiye'deki 1348 hastane üzerinde bir araştırma yapılmıştır. Çalışmada 1348 hastaneden 350'sinden geri dönüş olmuştur. 350 Hastaneden 240'ının (%70.29'unun) herhangi bir akreditasyon ve/veya sertifikasyona sahip olmadığı, % 4.57'sinde JCI akreditasyonu olduğu, % 21.43'ünde ISO sertifikası olduğu, % 3.71'inde de JCI ve ISO sertifikasyonu bulunduğu belirtilmektedir. Çalışmada hastanelere kalite yönetim sistemleri açısından belirlenen 9 parametre açısından değerlendirme yapıldığında, akreditasyon ve sertifikasyonun hemen hemen tüm KYS göstergeleri üzerinde olumlu etkileri olduğu görülmektedir. Akredite olan hastanelerin, sertifikalı ve akredite edilmemiş hastanelerin skorlarından önemli ölçüde daha yüksek kalite puanlarına sahip oldukları ortaya çıkmaktadır (Yıldız, 2019).

Yapılan çalışmalarda farklı akreditasyon sistemlerinin bulunduğu görülmektedir. Türkiye'de ise sağlık bakanlığının etkisiyle bu farklı sistemlerden ilgi gören akreditasyon kurumunun JCI olduğu görülmektedir. İncelenen makaleler arasında JCI akreditasyonun; sağlık kurumunun profesyonelliğini ve izleme yeteneğini iç mekanizmalar aracılığıyla da değerlendiren ve kalitenin sınırlarını kapsamlı bir şekilde genişleten bir yönetim sağladığı belirtilmektedir. Ayrıca liderlik ve yönetim alanlarında da EFQM ve ISO modellerinin ötesinde bir kapsama sahip olduğunu ve uluslararası karşılaştırmaları mümkün kılacak şekilde tasarlandığı da ifade edilmektedir (Donahue ve Ostenberg, 2000). Sağlık hizmetlerinde ülkemizde en yaygın olarak kullanılan ve bu çalışmada da asıl değerlendirilecek olan akreditasyon ve kalite belgelendirme sistemleri; JCI akreditasyonu, SKS

(Sağlıkta Kalite Standartları) sertifikasyonu, SAS (Sağlıkta Akreditasyon Standartları) belgelendirmesidir. Ülkemizde sağlık bakanlığı tarafından yürütülen kalite çalışmalarında ellisekizinci hükümet tarafından başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında sağlıkta kalitenin artırılması ve akreditasyonun gerekliliğine vurgu yapılmıştır. Program sektörün tüm boyutlarını içeren 8 bileşenden oluşmaktadır. 6. Bileşen “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon” olarak ilan edilmiştir (Güdük ve Kılıç, 2017). “Sağlıkta Dönüşüm Programı” 3 dönem halinde ele alındığında, 1. dönem (2003-2011) bakanlık bünyesinde kurulan daire başkanlığı ile performans ve kalite çalışmalarının tek bir çatı altında yürütüldüğü ve SKS geliştirildiği ve değerlendirici havuzunun oluşturulduğu dönemdir. 2. dönemde (2011-2015) ise performans ve kalite çalışmaları birbirinden ayrıldı. Kurumsal performans uygulamasının bireysel performansa etkisi ortadan kaldırıldı. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK), kalite standartlarının bir izdüşümü olan verimlilik kriterlerini yayınladı. 3. dönemde (2015-2018) 2015 yılında kurulan Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü ile sisteme yeni bir aktörün daha eklendiği görülmektedir (Güler, 2018).

1.1. SKS ve SAS Kriterlerinin Değerlendirilmesi

Sağlık Bakanlığının mevcut yapısında; Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde yer almaktadır. Bu yapıda bakanlık sağlık kurumları için zorunlu nitelikte olan SKS kendi bünyesinde oluşturmakta ve yayınlamaktadır. Sağlık bakanlığının yayınladığı güncel SKS setleri; Hastane V5 R01 2016, Diyaliz V1 2016, Evde Sağlık 2017, ADSH (Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri) V3 2017, 112 Acil Sağlık Hizmetleri V3 2018 yer almaktadır.

Gönüllülük esasına dayalı olan ve ülkemizin ulusal akreditasyon sistemi çalışmalarını yürütmek üzere ise; TÜSEB, 26.11.2014 tarih ve 6569 sayılı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığına İlişkin Bazı Düzenlemeler ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile kurulmuştur. TÜSEB bünyesinde yer alan 8 enstitüden biri de TÜSKA’dır. TÜSKA tarafından yayınlanan güncel standartlar ise; SAS Laboratuvar Seti V2.0 2019, Hemodiyaliz Seti V2.2 2018, Hastane Seti V2.0 2017, ADSH Seti V2.0 2018’dir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon çalışmalarına bakıldığında; SKS ve SAS’ın yapısı, içerikleri, kodlama sistematigi, değerlendiricilerin geçtiği eğitim süreci, değerlendiricilerin değerlendirme aşamasında kurumlardan beklentileri ve yaklaşım farklılıklarında farklılıklar bulunmaktadır. En bariz farklılık akreditasyon çalışmalarının ileriye yönelik düzenleme ve geliştirme faaliyetlerini içermesidir.

Değerlendiriciler, standartların sektörde doğru uygulanmasında kritik öneme sahiptirler. Bu açıdan TÜSKA akreditasyon denetim yöntemi en doğru denetim kararı sağlama amaçlı geliştirmesi dışında kaynağını bilimden alması, kalite kültürünü aşılayan ve teşvik eden bir yapıda olması, denetçiler arasında ortak bakış açısını oluşturmaya ve denetim ekibi uyumunu sağlayıcı özellik göstermesi nedenleri ile teorik anlamda önemli bir araç olarak görülmektedir. Tabiki yöntemin bu şekilde tasarlanmasında önceki değerlendirme ve denetim faaliyetlerinden edinilen tecrübeler önemli rol oynamış, uygulayıcı, yönetici ve denetçiler tarafından pilot uygulamalarda test edilmiştir. Yöntem içindeki pek çok konu ancak derin bilgiye sahip olan ve analitik düşünebilen denetçilerce doğru yorumlanabilecek olup, sahada uygulandıkça gelişmeye açık yönlerinin belirleneceği düşünülmektedir. Her ne kadar denetim yöntemi akreditasyon denetimleri için önemli bir araç olsa da denetçilerin kanaatleri belirleyici unsurdur. Bu kapsamda değerlendirme yöntemini bilen, benimseyen ve uygulayan akreditasyon denetçilerinin de nitelikleri son derece önemlidir. TÜSKA’nın denetçi eğitim programının da Uluslararası Sağlıkta Kalite Topluluğu’ndan (International Society for Quality in Healthcare – ISQua) akredite olması denetçi seçim ve görevlendirmelerinde önemli bir avantaj sağlamaktadır (Beylik, 2018). ISQua; sağlık hizmetleri standartlarında ve akreditasyon alanında gerçekleştirilen çalışmalar ve yaşanan gelişmeler sonucunda uluslararası bir çatı topluluk kurulması fikriyle ortaya çıkmıştır. İlk kez “Dünya Sağlık Örgütü, Kalite Güvence- sinde Eğitim Çalışma Grubu” tarafından, 29 Haziran 1985 tarihinde, İtalya’da resmiyete dönüşmüştür. 1993 yılında ISQua adını almış ve 1999 yılında başlattığı ALPHA programı ile Uluslararası Akreditasyon Programlarını uygulamaya geçirmiştir (Kayral, 2018).

SKS ve SAS kriterleri boyutlar ve bölümler bazında değerlendirildiğinde, kriterlerin benzer ancak farklı yapıda oldukları görülmektedir. Boyutlar bazında değerlendirme yapıldığında; SKS’nin 5, SAS’ın ise 7 temel boyuttan oluştuğu Şekil 1’de görülmektedir. Boyutlar benzer olmakla beraber, SAS’ da Hasta Deneyimi ve Acil Durum Yönetimi boyutları eklendiği ve kodlama sisteminin de yine farklı olduğu görülmektedir.

Şekil 1. SKS ve SAS Kriterlerinin Boyutlar Bazında Karşılaştırması

SKS ve SAS KRİTERLERİNİN BOYUTLAR BAZINDA KARŞILAŞTIRMASI	
SKS Hastane Seti - (Versiyon-5; Revizyon-01) Mart 2016	SAS Hastane Seti – v2.0/2017
KOD BOYUT ADI	KOD BOYUT ADI
K KURUMSAL HİZMETLER	YO YÖNETİM VE ORGANİZASYON
H HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER	PÖ PERFORMANS ÖLÇÜMÜ VE KALİTE İYİLEŞTİRME
S SAĞLIK HİZMETLERİ	SÇ SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI
D DESTEK HİZMETLERİ	HD HASTA DENEYİMİ
G GÖSTERGE YÖNETİMİ	SH SAĞLIK HİZMETLERİ
	DH DESTEK HİZMETLERİ
	AD ACİL DURUM YÖNETİMİ

SKS ve SAS bölümler bazında değerlendirildiğinde şekil 2, 3 ve 4'te yer alan renklerin;

	SKS ve SAS'da aynı olan boyut/bölüm
	SKS'de ve SAS'da benzer olan boyut/bölüm
	SKS'de olan SAS'da olmayan boyut/bölüm
	SAS'da olan SKS'de olmayan boyut/bölümleri ifade ettiği görülmektedir

Her iki standart grubunda da aynı ve benzer olan kriterler dışında dikkat çeken bölümler, kırmızı ve mavi olarak işaretlenen birinde olmasına rağmen diğerinde olmayan kriterlerdir. SKS standartları sağlık kurumunda optimal kalite seviyesini hedefleyen zorunlu kriterler olarak değerlendirildiğinde, SKS'de olmasına rağmen SAS'da olmayan kriterlerin bulunması değerlendirmeye

açık bir alan olmaktadır. Örnek olarak; şekil 4'te belirtilen DTA olarak kodlanan Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri SAS'da yer almamakta sadece DH.BY.01.03 olarak kodlanan 'Fiziksel olarak saklanan tıbbi kayıtların güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.' ifadesiyle Destek Hizmetlerinin Bilgi Yönetimi bölümünün altında bir kriterle belirtilmektedir.

Şekil 2. SKS ve SAS Kriterlerinin Bölümler Bazında Karşılaştırması-1

SKS ve SAS KRİTERLERİNİN BÖLÜMLER BAZINDA KARŞILAŞTIRMASI - 1			
SKS Hastane (Versiyon-5; Revizyon-01) Mart 2016		SAS Hastane Seti – v2.0/2017	
BOYUT/BÖLÜM KODU	BOYUT/BÖLÜM ADI	BOYUT/BÖLÜM KODU	BOYUT/BÖLÜM ADI
K	KURUMSAL HİZMETLER	YO	YÖNETİM VE ORGANİZASYON
KKU	Kurumsal Yapı	YO.OY	Organizasyon Yapısı
KKY	Kalite Yönetimi	YO.PD	Temel Politika ve Değerler
KDY	Doküman Yönetimi	YO.KY	Kalite Yönetim Yapısı
KRY	Risk Yönetimi	YO.DY	Doküman Yönetimi
KGR	Güvenlik Raporlama Sistemi	YO.OB	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
KAD	Acil Durum ve Afet Yönetimi	YO.RY	Risk Yönetimi
KEY	Eğitim Yönetimi	YO.EY	Eğitim Yönetimi
KSS	Sosyal Sorumluluk	YO.SS	Sosyal Sorumluluk
		YO.Kİ	Kurumsal İletişim
		SÇ	SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI
		SÇ.İK	İnsan Kaynakları Yönetimi
		SÇ.ÇG	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği
H	HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER	HD	HASTA DENEYİMİ
HHD	Hasta Deneyimi	HD.HH	Temel Hasta Hakları
HHE	Hizmete Erişim	HD.HG	Hasta Güvenliği
HYS	Yaşam Sonu Hizmetler	HD.GB	Hasta Geri Bildirimleri
HSC	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	HD.HE	Hizmete Erişim
		HD.YS	Yaşam Sonu Hizmetler

Şekil 2 ve 3’de de SAS’da olup, SKS’de olmayan kriterler belirtilmiştir. Belirtilen diğer zorluklar arasında yer alan kodlama sistemlerinin farklılığı ise Şekil 3’de ve Şekil 5’de verilmiştir. Enfeksiyonların önlenmesi kriteri SKS’de SEN01.01 (S- sağlık Hizmetleri, EN- enfeksiyonların önlenmesi) olarak kodlanırken, SAS’da SH.EÖ.01.01 (SH- sağlık hizmetleri, EÖ- enfeksiyonla-

rın önlenmesi) olarak belirtilmektedir. Kodlama sahada kimi değerlendiriciler tarafından aranan nitelikler arasındayken, kimi değerlendiriciler konuyu kurumun inisiyatifine bırakabilmektedirler. SAS için altyapı oluşturması planlanan SKS ile SAS arasında bu gibi farkların oluşması uygulayıcılar arasında belirsizliğe ve karmaşaya neden olmakta ve kurumların SKS’den SAS’a geçişini zorlaştırmaktadır.

Şekil 3. SKS ve SAS Kriterlerinin Bölümler Bazında Karşılaştırması-2

SKS ve SAS KRİTERLERİNİN BÖLÜMLER BAZINDA KARŞILAŞTIRMASI - 2			
SKS Hastane (Versiyon-5; Revizyon-01) Mart 2016		SAS Hastane Seti – v2.0/2017	
BOYUT/BÖLÜM KODU	BOYUT/BÖLÜM ADI	BOYUT/BÖLÜM KODU	BOYUT/BÖLÜM ADI
S	SAĞLIK HİZMETLERİ	SH	SAĞLIK HİZMETLERİ
SHB	Hasta Bakımı	SH.EÖ.01.01	Enfeksiyonların Önlenmesi
SIY	İlaç Yönetimi	SH.SY	Sterilizasyon Yönetimi
SEN01.01	Enfeksiyonların Önlenmesi	SH.IY	İlaç Yönetimi
SSH	Sterilizasyon Hizmetleri	SH.TY	Transfüzyon Yönetimi
STH	Transfüzyon Hizmetleri	SH.HB	Hasta Bakımı
SRG	Radyasyon Güvenliği	SH.RG	Radyasyon Güvenliği
SAS	Acil Servis	SH.LH	Laboratuvar Hizmetleri
SAH	Ameliyathane	SH.GC	Güvenli Cerrahi
SYB	Yoğun Bakım Ünitesi	SH.AS	Acil Sağlık Hizmetleri
SYD	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi		
SDH	Doğum Hizmetleri		
SDI	Diyaliz Ünitesi		
SPS	Psikiyatri Hizmetleri		
SBL	Biyokimya Laboratuvarı		
SML	Mikrobiyoloji Laboratuvarı		
SPL	Patoloji Laboratuvarı		
SDL	Doku Tipleme Laboratuvarı		

Şekil 4. SKS ve SAS Kriterlerinin Bölümler Bazında Karşılaştırması-3

SKS ve SAS KRİTERLERİNİN BÖLÜMLER BAZINDA KARŞILAŞTIRMASI - 3	
SKS Hastane (Versiyon-5; Revizyon-01) Mart 2016	SAS Hastane Seti – v2.0/2017
D DESTEK HİZMETLERİ DTY Tesis Yönetimi DOH Otelcilik Hizmetleri DBY Bilgi Yönetim Sistemi DMC Malzeme ve Cihaz Yönetimi DTA Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri DAY Atık Yönetimi DDK Dış Kaynak Kullanımı G GÖSTERGE YÖNETİMİ Gi Göstergelerin İzlenmesi GB Bölüm Bazlı Göstergeler GK Klinik Göstergeler	DH DESTEK HİZMETLERİ DH.OY Otelcilik Hizmetleri DH.TY Tesis Yönetimi DH.AY Atık Yönetimi DH.BY Bilgi Yönetimi DH.MC Malzeme ve Cihaz Yönetimi DH.DK Dış Kaynak Kullanımı PÖ PERFORMANS ÖLÇÜMÜ VE KALİTE İYİLEŞTİRME PÖ.Gi Göstergelerin İzlenmesi AD ACİL DURUM YÖNETİMİ AD.AD Acil Durum Yönetimi

Şekil 5. SKS ve SAS Kodlama Farkına Bölüm Bazında Örnek

SKS VE SAS KODLAMA FARKINA BÖLÜM BAZINDA ÖRNEK				
SKS			SAS	
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
SEN01 Çekirdek	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik 'Enfeksiyon Kontrol Komitesi' oluşturulmalıdır.	SEN01.01	Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK)'nde görev alacak sorumlular belirlenmelidir.	50
		SEN01.02	EKK'nın görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	

Enfeksiyonların Önlenmesi



Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SHE.01.00	Enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	SHE.01.01	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik komite oluşturulmalı ve sorumluluklar belirlenmelidir.
		SHE.01.02	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik program oluşturulmalıdır.
		SHE.01.03	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik uygulamaların etkinliği izlenmelidir.

1.2. Sağlık Kurumlarının JCI ve SAS Tercihlerinin Değerlendirilmesi

Birçok kuruluş için akreditasyon; kaliteyi geliştirme, riski yönetme ve kendini rakiplerinden ayırmak için önemli bir unsurdur. Yapılan çalışmalarda esas amaç ise; tıbbi ekipman, insan kaynakları, finans ve diğer mevcut kısıtlı kaynaklarla sağlık kuruluşlarının mümkün olan en yüksek bakım kalitesine ulaşmasını sağlamaktır (Semnani ve Asadi, 2016). Ancak bu aşamada zor olan

organizasyon kültürünüz ve felsefenizle uyumlu olan akreditasyon kuruluşunu seçmektir (Egli, 2017).

Bu aşamada ülkedeki politika belirleyicilerin etkisi oldukça önemlidir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığının yaptığı faaliyetlerin, sağlık kurumlarındaki etkileri de kısa sürede kendini hissettirmektedir. Bunun en belirgin örneklerinden biri 2004 yılında İstanbul'da gerçekleştirilen, Sağlık Sektöründe Akreditasyon konulu toplantıdır. Toplantıda Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında ger-

çekleştirilecek olan Ulusal Sağlık Akreditasyon Sisteminin oluşturulmasında teknik destek ve işbirliği amacıyla, JCI ile Sağlık Bakanlığı arasında bir protokol imzalandı. Ülkemizdeki bu işbirliği çalışmasında olduğu gibi, birçok ülkenin hastane akreditasyon sistemi de ABD, Kanada ve Avustralya akreditasyon standartlarından etkilenmiştir. Örneğin, Alman hastanelerinin akreditasyon sistemi esas olarak ABD, Kanada ve Avustralya'dan etkilenmiştir. İrlanda, Kanada hastane akreditasyon sisteminden, İtalya ISO standartlarından ve İskoçya da EFQM'den etkilenmiştir (Mosadeghrad, 2016). Türkiye'de ise imzalanan bu protokolle Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi'nin yapılandırılmasıyla birlikte, sağlık kurumları arasında JCI'ya olan ilgi belirgin bir şekilde artmıştır. Ulusal akreditasyon sistemimizin oluşturulması yolunda atılan bu adım ve sonrasında yapılan çalışmalar sonunda ülkemizin uluslararası düzeyde kabul görece nitelikteki ulusal akreditasyon sistemi SAS hazırlanmıştır. SAS'ın uluslararası kimliğe kavuşması amacıyla, ilk girişim 2012 yılı Mayıs ayında, ISQua ile yapılan görüşmelerdir. Görüşmeler sonucunda Sağlıkta Kalite Standartları revize edilerek SAS – Hastane Seti oluşturulmuş ve ISQua tarafından da akredite edilmiştir (Acı ve Şenel, 2019). 2017 yılında yayınlanan 2. versiyonuyla ülkemizdeki 5 hastane TÜSKA tarafından değerlendirilerek, SAS akreditasyonunu almaya hak kazanmıştır (<https://www.tuseb.gov.tr/tuska/tuska-dan-akredite-kuruluslar>). Geldiğimiz bu aşamada SAS ve

JCI son versiyon kriterlerinin genel bir değerlendirmesi yapıldığında, SAS kriterlerinin JCI kriterlerinin tamamına yakını karşıladığı ve hatta Şekil 6'daki tabloda da görüldüğü üzere; Doküman Yönetimi, Yaşam Sonu Hizmetler, Otelcilik Hizmetleri, Atık Yönetimi gibi bölümler daha da ayrıntılı olarak maddelendirildiği görülmektedir.

Ülkemizde sağlık kurumlarının SAS ve JCI tercihlerine bakıldığında; sağlık kurumlarının JCI akreditasyonunu seçmelerindeki en önemli etkenlerden birinin uluslararası hasta seyahatleri olduğu görülmektedir. Uluslararası düzeyde JCI akreditasyon sürecinin gelişmesine, özellikle orta gelirli Amerikalılar için mali açıdan kârlı olabilecek tıbbi işlemler için sağlık seyahatleri yapmaları neden olmaktadır. Yurtdışında uygun bakımlarının sağlanabilmesi için önlem alma gereği duyan hastalar, güvenli ve etik bakım sağlayan bir hastane bulma aşamasında tercihlerini JCI akreditasyonu almış olan hastanelerden yana kullanmaktadırlar (Mehta, Goldstein ve Makary, 2017). JCI akreditasyonunun bazı yurtdışı hastaları için tercih sebebi olduğunu bilen sağlık kurumları yöneticileri de akreditasyon tercihlerini JCI'dan yana yapmaktadırlar. Ancak yurtdışında tanınırlık ve hasta turizmi yapma hedefi olmayan sağlık kurumları dahi kimi zaman JCI akreditasyon çalışmalarına ciddi kaynak ayırma eğiliminde olabilmektedirler.

Şekil 6. SAS ve JCI Boyut / Bölüm Karşılaştırması

SAS VE JCI BOYUT BÖLÜM KARŞILAŞTIRMASI					
SAS Hastane Seti – v2.0/2017			JCI 6. Versiyon Temmuz 2017		
BOYUT/BÖLÜM KODU	BOYUT/BÖLÜM ADI	SAS KODU	BOYUT/BÖLÜM KODU	BOYUT/BÖLÜM ADI	
YO.OY	Organizasyon Yapısı		APR	Kısım I Akreditasyon Katılım Gereklilikleri	
YO.PD	Temel Politika ve Değerler		IPSG	Kısım II Hasta Merkezi Standartlar	
YO.KY	Kalite Yönetim Yapısı	HD.HE	ACC	Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri	
YO.DY	Doküman Yönetimi	HD.HH	PFR	Bakıma Erişim ve Bakımın Sürekliliği	
YO.OB	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi		AOP	Hasta ve Aile Hakları	
YO.RY	Risk Yönetimi	SH.HB	COP	Hastaların Değerlendirilmesi	
YO.EY	Eğitim Yönetimi	SH.GC	ASC	Hastaların Bakımı	
YO.SS	Sosyal Sorumluluk	SH.IY	MMU	Anestezi ve Cerrahi Bakım	
YO.Kİ	Kurumsal İletişim	YO.EY	PEE	İlaç Yönetimi ve Kullanımı	
				Hasta ve Aile Eğitimi	
				Kısım III Sağlık Bakım Kurumu Yönetim Standartları	
PÖ	PERFORMANS ÖLÇÜMÜ VE KALİTE İYİLEŞTİRME	HD.HG	QPS	Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği (QPS)	
PÖ.Gİ	Göstergelelerin İzlenmesi	SH.EÖ	PCI	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü (PCI)	
		YO.OY	GLD	Üst Yönetim, Liderlik ve Yönlendirme (GLD)	
SC	SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	DH.TY	FMS	Tesis Yönetimi ve Güvenliği (FMS)	
SC.İK	İnsan Kaynakları Yönetimi	SC.İK	SQE	Personel Nitelikleri ve Eğitimi (SQE)	
SC.ÇG	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği	DH.BY	MOI	Bilgi Yönetimi (MOI)	
				Kısım IV Akademik Tıp Merkezi Hastanesi Standartları	
HD	HASTA DENEYİMİ		MPE	Tıbbi Mesleki Eğitim (MPE)	
HD.HH	Temel Hasta Hakları		HRP	İnsan Denekler Üzerindeki Araştırma Programları (HRP)	
HD.HG	Hasta Güvenliği				
HD.GB	Hasta Geri Bildirimleri				
HD.HE	Hizmete Erişim				
HD.YS	Yaşam Sonu Hizmetler				
SH	SAĞLIK HİZMETLERİ				
SH.EÖ	Enfeksiyonların Önlenmesi				
SH.SY	Sterilizasyon Yönetimi				
SH.IY	İlaç Yönetimi				
SH.TY	Transfüzyon Yönetimi				
SH.HB	Hasta Bakımı				
SH.RG	Radyasyon Güvenliği				
SH.LH	Laboratuvar Hizmetleri				
SH.GC	Güvenli Cerrahi				
SH.AS	Acil Sağlık Hizmetleri				
DH	DESTEK HİZMETLERİ				
DH.OY	Otelcilik Hizmetleri				
DH.TY	Tesis Yönetimi				
DH.AY	Atık Yönetimi				
DH.BY	Bilgi Yönetimi				
DH.MC	Malzeme ve Cihaz Yönetimi				
DH.DK	Dış Kaynak Kullanımı				
AD	ACİL DURUM YÖNETİMİ				
AD.AD	Acil Durum Yönetimi				

SAS VE JCI Standartlarındaki benzer boyutları/bölemleri ifade eder.

2. Sonuç

Çalışmada, öncelikle sağlık kurumları için kritik önem taşıyan kalite kavramının literatürdeki yeri incelenmiş ardından, kalitenin belgelendirmesinde kullanılan sertifikasyon ve akreditasyonun programları değerlendirilmiştir. Uluslararası düzeyde yoğun ilgi gören farklı akreditasyon programları ve ülkemizdeki kalite çalışmaları arasında önemli bir yere sahip olan SKS ve SAS incelenmiştir. Ulusal zorunlu kalite standartımız olan SKS ile uluslararası düzeyde kullanılmak üzere hazırlanan ulusal akreditasyon standardımız SAS kriterlerinin birbirleriyle uyumu tablolarda boyut ve bölüm düzeyinde karşılaştırılmış ve özet olarak sunulmuştur. Yapılan değerlendirme ve literatür araştırması dikkate alındığında; SKS çalışmalarının ardından SAS akreditasyo-

nuna geçmek isteyen kurumların çeşitli zorluklarla karşılaşabildiği ve kimi zaman geriye dönük düzenlemeler yapılması gerektiği görülmektedir. SKS ve SAS değerlendirici eğitimlerinin de uyumlu olmaması, değerlendirme aşamasında değerlendiricilerin yaklaşım farklılıklarını ortaya çıkarabilmektedir. Kalite çalışmalarının özünde yer alan sürekli gelişim felsefesi gereği, sahadan gelen geribildirimler düzenli şekilde takip edilerek kriterlerin; güncel, kullanıma uygun, dinamik bir yapıda olması ve SKS'den SAS'a geçiş aşamasında gerekli şartların sağlanacak durumda olması önemlidir. Aynı zamanda SKS ve SAS değerlendirici ekip eğitimlerinin birbiriyle entegrasyonunun sağlanması da kalite çalışmalarını sürdüren sağlık kurumlarının gerek kaynak kullanımları gerekse kalite kültürünü içselleştirilmeleri anlamında fayda sağlayacağı belirtilebilir.

Çalışmada uluslararası düzeyde en yaygın olarak kullanılan akreditasyon sistemlerinden olan JCI ile SAS maddeleri de karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmada, SAS – Hastane seti kriterlerinin hastaneler için oldukça kapsamlı şekilde hazırlandığı ve JCI kriterleriyle de birçok noktada benzerlik gösterdiği ve hatta bazı bölümlerin daha ayrıntılı olduğu görülmektedir. Ancak yapılan karşılaştırmalar ve uygulama örnekleri değerlendirildiğinde; SAS’ın ülkemizde sağlık kurumları tarafından tercih sebebi olmasına ilişkin yeterince teşvik bulunmadığı belirtilebilir. Bu aşamada, ülkemizdeki politika belirleyicilerin sağlık kurumlarının, uluslararası platformda da kabul görme yolunda çalışmalarına devam eden SAS’ı tercih etmelerini sağlayacak teşvik programlarına ağırlık vermesi önerilebilir. SAS akreditasyonunu almaya hak kazanan sağlık kurumlarının elde ettiği faydaları sektörde daha dikkat çekici şekilde paylaşmanın ve bu kurumlara uygulanacak katkı payı oranları vb. anlamlı bazı ayrıcalıkların da SAS’ın uygulanmasında teşvik edici bir yaklaşım sağlayacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda SAS programının ülkemizde ve uluslararası platformda tercih edilir hale gelmesi, ülkemizdeki kısıtlı kaynakların etkin ve verimli kullanımı açısından önemli bir değer oluşturacağı ifade edilebilir.

3. Kaynaklar

Algahtani H, Aldarmahi A, Manlangit J, Shirahb B. Perception of Hospital Accreditation Among Health Professionals in Saudi Arabia. *Annals of Saudi Medicine*, 2017; 37(4): 326-332.

Akreditasyon Nedir, <https://www.tuseb.gov.tr/tuska/akreditasyon-nedir>, 08.01.2020.

Avcı K, Şenel FÇ. Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu: Faydası, Önemi ve Etkisi Nedir?. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019; 4 (2): 221-234.

Beylik U. Sağlıkta Akreditasyon Denetim Yöntemi: Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü Uygulaması. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 2018; 6-13.

Botje D, Klazinga NS, Suñol R, Groene O, Pfaff H, Mannion R, Depaigne-Loth A, Arah OA, Dersarkissian M, Wagner C. Is having quality as an item on the executive board agenda associated with the implementation of quality management systems in European hospitals: a quantitative analysis. *International Journal for Quality in Health Care*, 2014; 26(1): 92–99.

Brubakk K, Gunn E, Bukholm G, Barach P, Tjomsland O. A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. *BMC Health Services Research*, 2015;15:280 1-10.

Coskun S, Gülhan Y. TS EN 15224 Sağlık Hizmetleri Kalite Yönetimi Standardının, Sağlık Hizmetlerindeki Diğer Kalite Standartları ile Karşılaştırması. *Research*

Journal of Business and Management, 2017; 4(3) : 410-416.

Donahue KT, Ostenberg PV. Joint Commission International Accreditation: relationship to four models of evaluation. *International Journal for Health Care*, 2000; 12 (3): 243-244.

Egli D. Healthcare accreditation: Through the looking glass in 2017. *Briefings on Accreditation and Quality*. 2017; 1-7.

Güdük Ö, Kılıç CH. Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu ve Türkiye’de Gelişimi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2017; 7(2) : 102-107.

Güler H. Sağlıkta kalite ve akreditasyon. *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*, 2018;48 : 76-77.

Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, <https://www.jointcommissioninternational.org/>, 28.12.2019.

Kayral İH. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 2018 ; 27-31.

Mehta A, Goldstein SD, Makary MA. Global trends in center accreditation by the Joint Commission International: growing patient implications for international medical and surgical care. *Journal of Travel Medicine*, 2017; 24 (5) :1-4.

Mosadeghrad AM. Comments on “Iran Hospital Accreditation System”. *Iranian Journal of Public Health*, 2016; 45(6) : 837-839.

Petrović GM, Vuković M, Vraneš AJ. The impact of accreditation on health care quality in hospitals. *Vojnosanit Pregled* 2018; 75(8): 803–808.

Riley WJR, Lownik EM, Scutchfield FD, Mays GP, Corso LC, Beitsch LM. Public Health Department Accreditation. *American Journal of Preventive Medicine*, 2012; 42(3): 263-271.

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti 2015, <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,8175/saglikta-akreditasyon-standartlari-sas.html>, 27.12.2019.

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti 2017, [https://www.tuseb.gov.tr/uploads/sas_hastane_seti\(v2.0-2017\)TR.pdf](https://www.tuseb.gov.tr/uploads/sas_hastane_seti(v2.0-2017)TR.pdf), 27.12.2019.

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0>, 27.12.2019.

Semnani F, Asadi R. Designing a Developed Balanced Score-card Model to Assess Hospital Performance Using the EFQM, JCI Accreditation Standards and Clinical Governance. *Journal of Business and Human Resource Management*, 2016; 2(1) :1-16.

Shaw CD, Braithwaite J. Profiling Health Care Accreditation Organizations: An International Survey. *International Journal for Quality in Health Care* 2013;25(3):222-231.

Shaw CD, Groene O, Botje D, Sunol R, Kutryba B, Klazinga N, Bruneau C, Hammer A, Wang A, Arah OA, Wagner C. The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 2014; 24(1):100-107.

Tabrizi JS, Gharibi F, Wilson AJ. Advantages and Disadvantages of Health Care Accreditation Models. *Health Promotion Perspectives an International Journal*, 2011; 1(1):1-31.

TÜSKA'dan Akredite Kuruluşlar, <https://www.tuseb.gov.tr/tuska/tuska-dan-akredite-kuruluslar> 6/, 09.01.2020.

Yıldız MS, Öztürk Z, Topal M, Khan MM. Effect of accreditation and certification on the quality management system: Analysis based on Turkish hospitals. *International Journal Health Planning Management*, 2019;1-13.

Yousefian S, Harat AT, Fathi M, Ravand M. A Proposed Adaptation of Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital- JCI to the Health Care Excellence Model. *Advances in Environmental Biology*, 2013 ; 7(6): 956-967.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Laboratuvar Göstergelerinde Preanalitik, Analitik ve Postanalitik Süreçlerin Analizi



İletişim / Correspondence:

¹Uzman Doktor/Specialist
Tire Devlet Hastanesi, İzmir
drelifeozkan@gmail.com

²Hemşire/Nurse
Tire Devlet Hastanesi, İzmir
arzu-un@hotmail.com

Geliş Tarihi: 28.04.2020

Kabul Tarihi: 29.06.2020

Received Date: 28.04.2020

Accepted Date: 29.06.2020

Anahtar Kelimeler:

Akreditasyon, akreditasyon göstergeleri, biyokimya laboratuvarı

Keywords:

Accreditation, accreditation indicators, biochemistry laboratory

Elife Özkan¹
Arzu Ün²

Özet

Sağlık sistemlerinde kalite ve akreditasyon uygulamalarının temel amacı hasta güvenliğidir. Hasta güvenliğinin sağlanması doğru tanı konması, hastaya doğru zamanda, doğru tedavinin uygulanması aynı zamanda laboratuvar çalışmalarına da bağlıdır. Akredite olmuş bir hastane laboratuvarında yapılan çalışmaların takip edilmesi açısından göstergeler önemlidir. Çalışmanın amacı, TÜSKA akreditasyon standartları tarafından belirlenen laboratuvar göstergelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesine yönelik çalışmalara kanıt sağlamaktır. Bu çalışma, Tire Devlet Hastanesi'nde biyokimya laboratuvarında preanalitik, analitik ve postanalitik süreçlere ait göstergelerin sonuçlarının retrospektif olarak incelenmesinden oluşmaktadır. Sonuç olarak, laboratuvar göstergelerinin takip edilmesi ile veri kayıtlarının doğru ve ayrıntılı yapılması sağlanmıştır. Panik değer bildirim oranı 2017 yılında %57,36 iken, 2018 yılında %96,81'e ulaşmıştır. Reddedilen numune oranı, tekrar alınan numune oranı, iç kalite kontrol testlerinde uygunsuzluk sayısı, zamanında verilmeyen sonuç oranlarında 2018 yılında, 2017 yılına göre iyileşmeler olduğu görülmüştür.

Tire State Hospital Evaluation of Preanalytic, Analytical and Postanalytic Processes in Laboratory Indicators

Elife Özkan¹
Arzu Ün²

Abstract

The main objective of quality and accreditation practices in health systems is patient safety. Ensuring the safety of the patient depends on the correct diagnosis, the correct time at the right time, and the laboratory studies. The aim of this study is to provide evidence for the monitoring and evaluation of laboratory indicators determined by TUSKA accreditation standards. This study is a retrospective analysis of the results of the indicators of preanalytical, analytical and post analytical processes in the biochemistry laboratory at the Tire State Hospital. As a result, it was ensured that the data records were correct and detailed by following the laboratory indicators. Panic value notification 57,36% in 2017, while the rate in the year 2018 has reached at 96,81%. Improvements were observed in 2018 compared to 2017 in the rejected sample rate, the sample rate taken again, the number of nonconformities in the internal quality control tests, and the timely result rates.

1. Giriş

Akreditasyon, bir organizasyon tarafından geliştirilen standartlara uyum seviyesinin yetkili bir kuruluş tarafından değerlendirilerek onaylanması sürecidir (Üregil, 2011:28). Akreditasyon programları sadece hastane-deki bir bölümü kapsayabileceği gibi hastanenin tüm birimlerini kapsayan akreditasyon programları da bulunmaktadır. Laboratuvar akreditasyonu programlarında genellikle laboratuvarın teknik yeterliliğinin standartlara uyumu değerlendirilmektedir. Teknik yeterlilik; personel eğitimi, cihaz uygunluğu ve test yöntemlerini kapsayan standartlardan oluşmaktadır (Bakır ve Laleli, 2006:98). Laboratuvar akreditasyonu; laboratuvarın, belirli kalibrasyon veya testleri, laboratuvar tarafından beyan edilen belirsizlik değerleri dahilinde gerçekleştirmeye yeterli olduğunun, bağımsız bir organizasyon tarafından onaylanmasıdır. Laboratuvarın, akreditasyon kapsamı dâhilindeki test ve analizleri gerçekleştirebilecek yeterlilikte olduğunun göstergesidir (İnceboz, 2009:45). Türkiye’de hastane akreditasyonu Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesinde, Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) tarafından SAS hastane seti ile yürütülmektedir (TÜSKAnet, 2019). SAS hastane seti standartları içerisinde laboratuvar hizmetleri standartları hastanede bulunan mikrobiyoloji, biyokimya, patoloji, doku tipleme ve genetik laboratuvarı gibi bütün tıbbi laboratuvarları kapsamaktadır. SAS göstergeleri kapsamında laboratuvara ait tüm süreçleri kapsayan göstergeler belirlenmiştir (SAS Hastane Seti, 2017). Tire Devlet Hastanesi SAS akreditasyon belgesini almaya hak kazanmıştır.

Bu çalışma SAS göstergelerinden laboratuvar hizmetlerine ait takibi zorunlu göstergelerin analizini kapsamaktadır.

Sağlık hizmeti verilirken, vücut sıvıları ve yapı taşlarının incelenerek, doğru ve zamanlı bir sonuca ulaşılması amacıyla ayrılmış bölümlere klinik laboratuvar denir. Laboratuvarların en büyük bölümünü biyokimya oluşturur (Akbaş vd., 2000:1).

Sağlık hizmeti sunumunda laboratuvar hizmetleri önemli bir yere sahiptir. Tanı ve tedavi hizmetleri için belirleyici olan laboratuvar hizmetlerinden biyokimya laboratuvarı birçok test parametresi ile sağlık hizmetlerinin vazgeçilmezlerindendir.

Laboratuvarların işi numunelerin analizi olarak belirlenmektedir. Fakat zamanla elde edilen sonuçların doğru, güvenilir, zamanında elde edilmesi ve sağlık profesyonelleri ile hastaya ulaşması önemsenmiştir. Elde edilen veriler, hastaların teşhis ve tedavi sürecinde kullanılması yanı sıra bir veri tabanında biriktirilerek

toplumsal ve bireysel sağlığı geliştirmek için kullanılmaktadır (Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, 2017).

Laboratuvarlardaki riskler nedeniyle hasta ve çalışanlar için farklı güvenlik önlemleri bulunmaktadır. Hasta güvenliği açısından en önemli katkı doğru, hızlı ve güvenilir tetkik sonuçlarına ulaşabilmektir (Akbaş vd., 2000:8). Test güvenilirliğinin sağlanması laboratuvarların sorumluluğundadır (Gülmez ve Hasçelik, 2008:10).

Laboratuvar hataları, test isteminden başlayarak, sonuçların raporlanmasına kadar geçen süre içerisinde herhangi bir basamakta ortaya çıkan hatalardır (Tanrıöver vd., 2016:58). İstenen tetkiklerin doğru, güvenilir ve zamanlı olması için laboratuvar süreçleri olan preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerde hata olmamalıdır (Demirağcı, 2018: 57).

Preanalitik evre, testin klinisyen tarafından seçilmesi ile başlayarak, numune alınacak kişinin hazırlanması, numunenin alınması, kimliklendirilmesi ve laboratuvara ulaştırılarak analiz yapılacak duruma hazır hale getirilmesi sürecini kapsamaktadır (Ercan, 2016: 33).

Analitik evre, numunelerin analiz edilmesi ile test sonuçlarının onaylanması arasındaki süreçtir (SAS Hastane Seti, 2017: 243).

Postanalitik yani analiz sonrası süreç, analiz edilen testin sonuçlarının hasta için kullanıldığı süreci kapsamaktadır (SKS Hastane Seti, 2017).

Süreç tanımlarında da görüldüğü gibi bir testin seçilmesinden, sonucun hastaya ve klinisyene ulaşmasına kadar geçen bütün adımlar titizlikle incelenmelidir. Gerektiği görüldüğü durumlarda ise süreçlerle ilgili yeni düzenlemeler ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır (Demirağcı, 2018: 53).

Bu süreçleri içeren adımların takip edilmesi amacıyla Sağlıkta Akreditasyon Standartlarında laboratuvar göstergeleri belirlenmiştir. Biyokimya laboratuvarı test süreçlerine göre belirlenmiş takip edilmesi zorunlu göstergeler aşağıdaki gibidir.

Preanalitik Evre Göstergeleri

1. Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı İstem Oranı
2. Klinik Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı
 - Hatalı Etiketlenen Numune Oranı
 - Hatalı Numune Kabı Kullanılma Oranı
 - Yetersiz Numune Oranı
 - Hemolizli Numune Oranı
 - Pıhtılı Numune Oranı

- Belirlenen Maksimum Transfer Süresini Aşan Numune Oranı
- 3. Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı
 - Numune Çalışılmadan Önce Fark edilen Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı
 - Numune Çalışıldıktan Sonra Fark edilen Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı
- 4. Kaybolan Numune Oranı
- 5. Tekrar Alınan Numune Oranı

Analitik Evre Göstergeleri

- 6. Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
- 7. İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı

Postanalitik Evre Göstergeleri

- 8. Panik Değer Bildirim Oranı
- 9. Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı
 - Toplam Test Süresi (Test Bazında Ortalama Süre Alınır) İstemden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre
 - Örneğin Alınmasından Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre
 - Laboratuvara Kabulden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre
 - Otomasyonun Arızalı Gün Sayısı
 - Cihaz Bazında Arızalı Olduğu Gün Sayısı
 - Zamanında Verilmeyen Sonuçlarda Analitik Süreç İle İlgili Gecikmelerin Oranı
- 10. Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Raporlama Oranı

Sağlık göstergelerinin takip edilmesi ile sağlık performansları ulusal düzeyde karşılaştırılabilmektedir. Göstergelerle mevcut durumun tespiti sonrasında performansın artırılması amaçlanmaktadır (Aslan ve Uyar, 2016:1131-1132).

2. Gereç ve Yöntemler

Bu çalışmanın temel amacı, TÜSKA akreditasyon standartları tarafından belirlenen laboratuvar göstergelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesine yönelik çalışmalara kanıt sağlamaktır. Bu çalışma, 2017-2018 yıllarında Tire Devlet Hastanesinde biyokimya laboratuvarında preanalitik, analitik ve postanalitik süreçlere ait göstergelerin sonuçlarının retrospektif olarak incelenmesinden oluşmaktadır. Hastane yönetiminden yayın yapılması için izin alınmıştır. Verilerde, biyokimya laboratuvarına kabul edilen biyokimya, hormon, hemogram, sedimentasyon, koagülasyon ve idrar numuneleri dahil edilmiştir. Verilerde klinik laboratuvar testlerinde

hatalı kimliklendirilmiş numune oranı, kaybolan numune oranı, tekrar alınan numune oranı, dış kalite kontrol çalışmalarında uygunsuzluk sayısı, iç kalite kontrol çalışmalarında uygunsuzluk sayısı, panik değer bildirim oranı, zamanında verilmeyen sonuç oranı, klinik laboratuvar testlerinde hatalı raporlama oranı gibi göstergeleri içermektedir. Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Bu kapsamda, Türkiye’de yataklı sağlık kurumlarında biyokimya laboratuvarı hizmetlerine ilişkin göstergeler sayı, yüzde, oran gibi temel istatistikler verilerek yorumlanmıştır.

3. Bulgular

Göstergeleri etkileyen preanalitik- analitik- postanalitik süreçler öncelikle belirlenmiştir. 2017 yılında bu göstergelere ait HBYS verileri incelenmiş, toplanan verilere göre sorguları formüle edilmiş ve istatistiksel olarak analizleri yapılmıştır. Ayrıca analiz sonuçlarına göre gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Hedef değerler hastanelerin mevcut durumlarına göre belirlenmektedir.

3.1. Preanalitik Süreç Göstergelerinin Analizi

2017-2018 yıllarında laboratuvara kabul edilen biyokimya testlerinin preanalitik süreçlerini kapsamaktadır.

2017 ve 2018 yılında laboratuvara istem yapılan biyokimya testlerinde hatalı istem sayıları, toplam test sayıları ve oranları aşağıdaki şekilde verilmiştir.

Tablo 1. 2017 ve 2018 yılı biyokimya laboratuvarı hatalı istem oranı

2017			2018		
Toplam İstem Sayısı	Hatalı İstem Sayısı	Biyokimya Laboratuvarı Hatalı İstem Oranı (%)	Toplam İstem Sayısı	Hatalı İstem Sayısı	Biyokimya Laboratuvarı Hatalı İstem Oranı (%)
789667	548	0,26	884556	796	0,36

Hatalı istem oranı test bazında hesaplanmaktadır. Biyokimya testlerinde hatalı istem oranını hesaplamak için biyokimya testlerinde hatalı istem sayısı/ toplam biyokimya testlerinin istem sayısıX100 şeklinde formü-

lize edilmiştir. Preanalitik süreçte hatalı olduğu düşünülen testler hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden hata sebebi seçilerek kaydedilir. 2017 yılı ile 2018 yılları arasında anlamlı bir fark görülmemektedir. Yine de 2018 yılında 2017 yılına göre hatalı istemlerde artış olmuştur.

Tablo 2. 2017 ve 2018 yılı klinik laboratuvar testlerinde reddedilen numune oranı

	2017		2018	
	Toplam Numune Sayısı: 207835		Toplam Numune Sayısı: 223267	
	Yüzde (%)	Reddedilen Numune Sayısı	Yüzde (%)	Reddedilen Numune Sayısı
Biyokimya Laboratuvarı Reddedilen Numune Oranı	1,09	2272	0,96	2138
*Hatalı Etiketlenen Numune Oranı	0	0	0	1
*Hatalı Numune Kabı Kullanılma Oranı	0,21	444	0,08	171
*Yetersiz Numune Oranı	0,2	419	0,07	152
*Hemolizli Numune Oranı	0,08	159	0,16	349
*Pıhtılı Numune Oranı	0,11	221	0,12	265
*Belirlenen Maksimum Transfer Süresini Aşan Numune Oranı	0	1	0	1

Biyokimya testlerinde reddedilen numune oranlarını hesaplamak için biyokimya testlerinde reddedilen numunelerin sayısı/ toplam çalışılan biyokimya testlerinin sayısıX100 şeklinde formülize edilmiştir. Numuneler istem aşamasında ve onaylama aşamasında reddedilmektedir. Numune reddedilmek istendiğinde hastane bilgi

yönetim sistemine entegre edilmiş hata sebepleri seçilerek reddedilme işlemi gerçekleştirilmektedir. Bununla birlikte sistem veri toplamaya başlamaktadır.

Akreditasyon çalışmalarının devam etmesiyle hemolizli ve pıhtılı numuneler dışındaki hatalarda gerilemeler olmuştur.

Biyokimya testlerinde hatalı kimliklendirilmiş numune oranlarını hesaplamak için biyokimya testlerinde

hatalı kimliklendirilmiş numunelerin sayısı/ toplam çalışılan biyokimya numunelerinin sayısıX100 şeklinde formülize edilmiştir. Hatalı kimliklendirilmiş numunelerin hepsi çalışıldıktan sonra farkedilmiştir.

Biyokimya testlerinde kaybolan numunelerin oranını hesaplamak için biyokimya testlerinde kaybolan

numunelerin sayısı/ toplam çalışılan biyokimya numunelerinin sayısıX100 şeklinde formülize edilmiştir. 2017 ve 2018 yıllarında kaybolan numune olmadığı görülmektedir.

Hatalı kimliklendirilmiş numune oranı ve kaybolan numune oranlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 3. 2017 ve 2018 yılı tekrar alınan numune oranı

2017			2018		
Toplam Numune Sayısı	Tekrar Alınan Numune Sayısı	Tekrar Alınan Numune Oranı (%)	Toplam Numune Sayısı	Tekrar Alınan Numune Sayısı	Tekrar Alınan Numune Oranı (%)
207835	187	0,09	223267	158	0,07

Biyokimya testlerinde tekrar alınan numunelerin oranını hesaplamak için biyokimya testlerinde tekrar alınan numunelerin sayısı/ toplam çalışılan biyokimya numunelerinin sayısıX100 şeklinde formülize edilmiştir. 2017 ve 2018 yılı arasında tekrar alınan numunelerde anlamlı bir fark görülmemekle birlikte, 2017 yılında tekrar alınan numune sayısı 2018 yılına göre daha çok olduğu ortaya çıkmıştır.

3.2. Analitik Süreç Göstergelerinin Analizi

2017-2018 yıllarında laboratuvara kabul edilen biyokimya testlerinin analitik süreçlerini kapsamaktadır.

2017 ve 2018 yılında toplam kalite kontrol çalışması yapılan biyokimya testlerinin sayıları, uygunsuz test sayıları ve oranları aşağıdaki şekilde verilmiştir.

Tablo 4. 2017 ve 2018 yılı dış kalite kontrol çalışmalarında uygunsuzluk oranı

2017			2018		
Toplam Dış Kalite Kontrol Çalışma Sayısı	Uygunsuz Dış Kalite Sayısı	Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı (%)	Toplam Dış Kalite Kontrol Çalışma Sayısı	Uygunsuz Dış Kalite Sayısı	Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı (%)
793	34	4,29	1405	61	4,34

Biyokimya testlerinde dış kalite kontrol çalışmalarındaki uygunsuzluk oranını hesaplamak için biyokimya testlerinde dış kalite kontrol çalışmalarında uygunsuz çıkan testlerin sayısı/ toplam dış kalite çalışılan biyo-

kimya testlerinin sayısıX100 şeklinde formülize edilmiştir. 2017 ve 2018 yıllarında bu oran yaklaşık aynıdır. Dış kalite kontrol çalışmalarında uygunsuz çıkan testler için cihazlarda gerekli çalışmalar ve bakımlar yapılarak, testler uygun çıkana kadar kontrol çalışması devam etmektedir.

Tablo 5. 2017 ve 2018 yılı iç kalite kontrol çalışmalarında uygunsuzluk oranı

2017			2018		
Toplam İç Kalite Kontrol Çalışma Sayısı	Uygunsuz İç Kalite Sayısı	İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı (%)	Toplam İç Kalite Kontrol Çalışma Sayısı	Uygunsuz İç Kalite Sayısı	İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı (%)
54773	3238	0,06	58682	2250	0,04

Biyokimya testlerinde iç kalite kontrol çalışmalarındaki uygunsuzluk oranını hesaplamak için biyokimya testlerinde iç kalite kontrol çalışmalarında uygunsuz çıkan testlerin sayısı/ toplam iç kalite çalışılan biyokimya testlerinin sayısıX100 şeklinde formülize edilmiştir. 2017 ve 2018 yıllarında bu oran yaklaşık aynıdır. İç kalite kontrol çalışmalarında uygunsuz çıkan testler için cihazlarda gerekli çalışmalar ve bakımlar yapılarak, testler uygun çıkana kadar kontrol çalışması devam etmektedir.

3.3. Postanalitik Süreç Göstergelerinin Analizi

2017-2018 yıllarında laboratuvara kabul edilen biyokimya testlerinin postanalitik süreçlerini kapsamaktadır.

2017 ve 2018 yılında laboratuvara istem yapılan biyokimya testlerinde hatalı istem sayıları, toplam test sayıları ve oranları aşağıdaki şekilde verilmiştir.

Tablo 6. 2017 ve 2018 yılı panik değer bildirim oranı

2017			2018		
Panik Değer Sayısı	Bildirilen Sayısı	Panik Değer Bildirim Oranı (%)	Toplam İstem Sayısı	Hatalı İstem Sayısı	Panik Değer Bildirim Oranı (%)
1794	1029	57,36	1475	1428	96,81

Biyokimya testlerinde çıkan panik değerlerin bildirim oranını hesaplamak için biyokimya testlerinde panik değer çıkan testlerin sayısı/ toplam bildirilen biyokimya testlerinin sayısıX100 şeklinde formülize edilmiştir. 2017 yılında bildirim kültürünün tam olarak olmadığı görülmektedir. Akreditasyon çalışmalarında panik değerlerin takip edilmesiyle 2018 yılında bu oranın %96'ya kadar çıktığı görülmektedir.

Panik değer bildirimleri test sonucunu gören biyokimya uzmanı tarafından klinisyen hekim aranılarak bildirilmektedir. Sonucu bildiren açıklandığında HBYS üzerinden bildirimi yapılmaktadır.

Tablo 7. 2017 ve 2018 yılı zamanında verilmeyen sonuç oranı

	2017			2018		
	Toplam Test Sayısı	Zamanında Verilmeyen Sonuç Sayısı	Oran	Toplam Test Sayısı	Zamanında Verilmeyen Sonuç Sayısı	Oran
Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı	789663	33040	4,18	884555	13354	1,51
• Zamanında Verilmeyen Sonuçlarda Analitik Süreç İle İlgili Gecikmelerin Oranı	24176	36	0,15	18929	160	0,85

Biyokimya testlerinde zamanında verilmeyen sonuçların oranını hesaplamak için biyokimya testlerinde sonuçları zamanında verilmeyen testlerin sayısı/ toplam biyokimya testlerinin sayısıX100 şeklinde formülize edilmiştir. Zamanında verilmeyen sonuç oranı göstergesinde,

- Toplam Test Süresi (Test Bazında Ortalama Süre Alınır) İstemden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre
- Örneğin Alınmasından Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre

- Laboratuvara Kabulden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre
- Otomasyonun Arızalı Gün Sayısı
- Cihaz Bazında Arızalı Olduğu Gün Sayısı
- Zamanında Verilmeyen Sonuçlarda Analitik Süreç İle İlgili Gecikmelerin Oranı

Alt gösterge olarak ayrı ayrı takip edilmektedir. Herhangi birine bağlı olarak sonuçların zamanında verilmesi durumunda o sürece bağlı iyileştirmeler yapılmaktadır.

2017 yılına göre 2018 yılında zamanında verilmeyen sonuçlarda artma olduğu görülmektedir.

Tablo 8. 2017 ve 2018 yılı zamanında verilmeyen sonuç oranı alt göstergeleri

Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı	2017 (SÜRE)	2018 (SÜRE)
*Toplam Test Süresi (İstemden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre)	2 Saat 31 dk	2 Saat 26 dk
*Örneğin Alınmasından Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre	2 Saat 20 dk	1 Saat 42 dk
*Laboratuvara Kabulden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre	1 Saat 45 dk	1 Saat 14 dk
• Otomasyonun Arızalı Gün Sayısı	95 dk	130 dk
• Cihaz Bazında Arızalı Olduğu Gün Sayısı	0	5 Gün

Test bazında süreler hesaplanmaktadır. Laboratuvar bazlı olarak sürelerin ortalamaları alınmaktadır. Tablo

10'da belirtilen süreler sadece biyokimya testlerini kapsamaktadır. Hastane bilgi yönetim sistemine bu süreler tanımlanmıştır.

Biyokimya testlerinde hatalı raporlama oranını hesaplamak için biyokimya testlerinde hatalı raporlanan testlerin sayısı/ toplam biyokimya testlerinin sayısıX100 şeklinde formülize edilmiştir. 2017 ve 2018 yıllarında hatalı raporlanan testlerin olmadığı görülmüştür.

2017 yılında 789667 ve 2018 yılında 884556 test sayısında hatalı raporlama olmamıştır.

4. Tartışma

Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) akreditasyon sisteminde de laboratuvar çalışmalarında preanalitik süreçten başlayarak postanalitik sürecin sonuna kadar, alınan numunenin ve testin her aşamada izlenebilir olmasının sağlanması ve belirtilen göstergelerin hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden takip edilmesi istenmektedir.

Hagg ve diğerleri (2007) bulgularında laboratuvar testleri için test, istem, sonuç alma sürelerini azaltarak tıbbi laboratuvar süreçlerini optimize etme amaçlı yaptığı çalışmada eğitim süreci için Yalın Altı Sigma araçlarını kullanmışlar ve bu uygulamalarda süreci 3'e bölerek incelemişlerdir;

1. İsteğin yapılmasından örneklerin toplanmasına kadar geçen süre,
2. Örneklerin toplanmasından laboratuvara kabulüne kadar geçen süre,
3. Laboratuvara kabulden sonuçların raporlanmasına kadar geçen süre.

Bir laboratuvarın akreditasyon hazırlıklarında sağlanması gereken en önemli altyapı elemanlarından biri bilgi sisteminde adlandırmaların, veri girişlerinin, güncellemelerin yeterli olmasıdır. Çalışmamızın en önemli yararlarından birisi laboratuvar bilgi sisteminin geliştirilmesi için neler yapılması gerektiğinin uygulamalı olarak belirlenebilmiş olmasıdır.

İren Emekli'nin (2012) çalışmasında toplam test süresi performansının kanıtlanması 3 alt sürecin (preanalitik, analitik, postanalitik) ayrı ayrı performansının kanıtlanmasıyla gerçekleşir. Preanalitik süreç performansını etkileyen değişkenler hatalar olarak ölçülür. Bu hatalar; etiketleme hataları, istemde bilgi eksikliği, hemolizli örnekler, uygunsuz örnek taşınması, pıhtılı örnek, yetersiz örnek ve hasarlı örnekler gibi hatalardır. Analitik süreçte, laboratuvarın kalite kontrol testlerinin değerlendirilmesini kapsamaktadır. Postanalitik süreç performansının kanıtlanmasında testlerin test istem sonuç alma (TİSA) süreleri ve panik değer bildirimleri değerlendirilir. Yaptığımız çalışmada da süreç bu şekildedir (İren Emekli vd., 2012: 82).

Plebani ve arkadaşlarına (2014) göre preanalitik ve postanalitik evre ile kıyaslandığında, analitik evrede

daha az hataya rastlanmaktadır (Plebani vd., 2014:112). Bu durumun, hem analitik yöntemler ve analizör teknolojisindeki gelişmelerden hem de daha sınırlı ve kontrol edilebilir teknik personel müdahalesinden dolayı olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada da preanalitik süreç hatalarını etkileyen durumların daha kapsamlı olduğu düşünülmekte ve analitik evre ise iç kalite kontrol ve dış kalite kontrol uygulamaları ile değerlendirilmektedir.

Hastanelerin laboratuvar hizmetleri değerlendirmelerinde en fazla iyileşme laboratuvar güvenlik prosedürü oluşturma kriterinde yaşanmıştır. Panik değer bildirimi uygulamalarında anlamlı derecede artış gözlenmiştir (Güden vd., 2010:149). Çalışmanın en büyük yararlarından biri panik değer bildirimlerinin %100'e yakın oranlarda olmasıdır.

5. Sonuç

Laboratuvar göstergelerinin takip edilmesi ile veri kayıtlarının doğru ve ayrıntılı yapılması sağlanmıştır. Panik değer bildirim oranı 2017 yılında %57,36 iken, 2018 yılında %96,81'e ulaşmıştır. Anlamlı şekilde artış olduğu görülmüştür. Reddedilen, tekrar alınan numune oranı, iç kalite, zamanında verilmeyen sonuç oranında da 2018 yılında, 2017 yılına göre iyileşmeler olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak, beklenen, hataların ortaya çıkmadan önlenmesi olsa da her zaman mümkün olamamaktadır. Hatanın görmezden gelinmesi değil, bulunup düzeltilmesi ve tekrarlanmaması amaçlanmalıdır. Böylece hizmet kalitesinin sürekli olarak daha iyiye götürülmesi sağlanmış olacaktır.

6. Kaynaklar

- Akbay, A., Öztaş, Y., Bozdayı, G. (2000). Klinik Laboratuvarlarda Temel Kavramlar, Ankara.
- Aslan, Ş., Uyar, S. (2016). 'Sağlık Hizmetleri Açısından Göstergelerin Önemi: Bozkır İlçesi Örneği' Uluslararası Bozkır Sempozyumu, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Ankara İl Sağlık Müdürlüğü (2017). Tıbbi Tahlil Laboratuvarları Test Rehberi, Ankara.
- Bakır, F., Laleli, Y. (2006). 'TS EN ISO/IEC 17025 Kapsamında Akreditasyona Teknik Hazırlık', Türk Biyokimya Dergisi, Ankara.
- Demirağcı, Y. G. (2018). 'Laboratuvar Sonuç Verme Sürelerinin Değerlendirilmesi', Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, Manisa.
- Ercan, Ş. (2016). 'Reddedilen Numune Sıklığının Altı Sigma Kullanılarak Değerlendirilmesi', Türk Klinik Biyokimya Dergisi, Kırklareli.

Güden, E., Öksüzokaya, A., Çetinkara, K. (2010). ‘Kayseri İli Kamu Hastanelerinde Sağlıkta Kalite Standartlarının Değerlendirmesi’, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 2(2);144-166.

Gülmez, D., Hasçelik, G. (2008). ‘Sağlık Kurumlarında Kalite Güvencesi ve Akreditasyon: Mikrobiyoloji Laboratuvarları Örneği’ Hacettepe Tıp Dergisi, Ankara.

Hagg HW, Mapa L, Vanni C. (2007). Application of Lean Six Sigma techniques to optimize hospital laboratory Emergency Department Turnaround time across a multi-hospital system. Regenstrief Center for Healthcare Engineering.

İnceboz, T. (2009). Sağlıkta Kalite Uygulamaları ve ISO 15189:2007 (Tıbbi Laboratuvarların Akreditasyonu) Akreditasyon Uygulamalarının Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

İren Emekli, D., (2012). Tıbbi Laboratuvar Akreditasyonunda Toplam Test Süreci Performansının Değerlendirilmesi: Altı Sigma Metodolojisi, Doktora Tezi, Denizli.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, (2016). Sağlıkta Kalite Standartları, 2. Baskı, Ankara.

Üregil, D. (2011). ‘TS EN ISO/IEC 17025 Laboratuvar Akreditasyonu ve Bir Uygulama’, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Tanrıöver Durusu, M., Serteser, M., Ünsal, İ., Akalın, E. (2016). Tam Hataları Güvenli ve Yüksek Kaliteli Bir Sağlık Sistemi İçin Öncelikli Bir İyileştirme Alanı. 1. Baskı, İstanbul.

Plebani, M., Sciacovelli, L., Aita, A., Chiozza ML. (2014). Harmonization of Pre-Analytical Quality Indicators. Biochem Medica, 24(1):105-113.

TÜSKA, <https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tuska/tuska-hakkinda> (19.03.2019).

TÜSKAnet, <https://tuskanet.tuseb.gov.tr/index.php> (04.03.2019).

SAS Hastane Seti, (2017). <https://www.tuseb.gov.tr/tuska/>

COVID-19 Pandemisi Sürecinde Diş Hekimliği Uygulamaları

Mehmet Ali KILIÇARSLAN

TÜSKEB | Türkiye Sağlık Hizmetleri
Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

İletişim / Correspondence:

Prof. Dr./Professor
Ankara Üniversitesi, Ankara
mmkilicarlsan@yahoo.com

Geliş Tarihi: 06.06.2020

Kabul Tarihi: 19.06.2020

Received Date: 06.06.2020

Accepted Date: 19.06.2020

Anahtar Kelimeler:

Koronavirüs; COVID-19
Pandemisi; Diş Hekimliği;
Enfeksiyonların önemi;
Akreditasyon

Keywords:

Coronavirus; COVID-19
Pandemic; Dentistry; Prevention
of Infection; Accreditation

Özet

COVID-19 diye adlandırılan yeni bir koronavirüs hastalığının yol açtığı salgın, çok kısa bir sürede pandemiye dönüşmüş ve toplumsal hayatın her alanındaki zorlayıcı ve kısıtlayıcı etkisi diş hekimliği hizmetlerine de dramatik şekilde yansımıştır. Dental tedaviler bu süreçten önce de çapraz enfeksiyon riski açısından son derece dikkatli uygulanan ve tedavi sonrası dezenfeksiyon ve sterilizasyon kurallarına en üst düzeyde uyulan sağlık hizmetleridir. Bu bağlamda gerek T.C. Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta Kalite Sistemi kapsamında ve gerekse Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) akreditasyon programlarında diğer hizmetlerin yanı sıra sterilizasyon konusu üzerinde de önemle durulmuştur. Ancak dental tedavilerin birçoğunda kullanılan ve önemli ölçüde aerosol oluşturan aerotör başlıkları, mikromotor veya kavitron cihazı gibi ekipmanların SARS-CoV-2 virüsünü çapraz enfeksiyon riskini arttıracak şekilde yayması söz konusu olacaktır. Dolayısıyla bu pandemi süreci; çalışma alışkanlıklarımızı tekrar gözden geçirmemize neden olduğu için ileri süreçlerdeki dental uygulamalar için de yeni bir vizyon kazandıracaktır. Bu makale; mevcut durumun değerlendirilmesi ve yeni dönemde alınacak ilâve tedbirlerin tartışılması için bir bakış açısı oluşturmayı hedeflemektedir.

In the process of COVID-19 Pandemic Dentistry Applications

Mehmet Ali KILIÇARSLAN

Abstract

The outbreak caused by a new coronavirus disease called COVID-19 turned into a pandemic in a very short time. Its compelling and restrictive effects, which forced in all aspect of social life, dramatically affected the dental services. Dental treatments are applied very carefully in terms of the risk of cross-infection also before this pandemic period and that follow the disinfection and sterilization rules at the highest level. According to this approach, both Republic of Turkey Ministry of the Health and Turkish Health Care Quality System and Accreditation Institute (TÜSKA) have addressed the importance of accreditation as well as other services in the process of sterilization issues. However, some equipment used in most dental treatments, such as air-driven handpieces, electric micromotors, or scalers, that generate a substantial aerosol will spread the SARS-CoV-2 virus in an increased risk of cross-infection. So this pandemic process; it will give us a new vision for dental practices in the future as it causes us to review our work habits. This article aims to create a perspective to evaluate the current situation and to discuss additional measures to be taken in the new period.

1. Giriş

Sosyal medyada ilk çıkış yerine ithafen Wuhan virüsü diye de adlandırılan SARS-CoV-2; Coronaviridae ailesine ait bir virüs olup pnömoni ile karakterize bir tablo ortaya koyan ve ilk olarak 8 Ocak 2020 tarihinde COVID-19 adıyla resmi olarak tüm dünyaya duyurulan bulaşıcı bir hastalıktır (Li ve ark. 2020, Zhu ve ark. 2020). COVID-19 enfeksiyon hastalığı da Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (SARS-CoV-2) ve Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) gibi zoonotik bir hastalık olup önce hayvandan insana, sonrasında da insandan insana bulaşmaktadır (Chan ve ark. 2020). Sosyal ilişkiler, ister ihtiyaçların karşılanması ve iş hayatını sürdürmek amacıyla kalabalık mekanlarda bulunmak, seyahat etmek veya çalışmak insandan insana bulaş riskini arttırmaktadır. Sağlıklı bireylere ve çevreye en önemli bulaş kaynağı hastalığa yakalanmış ve semptomları görünen aktif hastalar olmakla birlikte, son gözlemlere göre asemptomatik bireylerden hatta inkübasyon periyodundaki hastalardan bulaş olabildiği öne sürülmektedir (Chan ve ark. 2020, Rothe ve ark. 2020, Meng ve ark. 2020). Bu kapsamda hastane kaynaklı yani nozokomiyal kaynaklı bulaşın önemli bir yayılım kaynağı olduğu da ifade edilmektedir (Ather ve ark. 2020).

COVID-19 enfeksiyon hastalığı son derece farklı semptomlar ile birlikte ortaya çıkabilmektedir; en yaygın belirtileri ateş, kuru öksürük ve miyalji iken bazı hastalarda bu semptomlar nefes darlığı, yorgunluk, kas ağrısı, konfüzyon, baş ağrısı, boğaz ağrısı, koku ve tat duyusunda değişiklik, ishal ve kusma gibi şikayetlere kadar uzanmaktadır (Chen ve ark. 2020, Zhu ve ark. 2020, Guan ve ark. 2020, Giacomelli ve ark. 2020, Wu ve McGoogan 2020). Dolayısıyla COVID-19 tanısı; kişinin seyahat edip etmediği, çalışma ortamının kalabalıklığı gibi epidemiyolojik bilgilerin, ateş, mide bulantısı gibi klinik semptomların, BT bulgularının ve solunum yolu örnekleri üzerinde ters transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu [RT-PCR] gibi laboratuvar testlerinin ortak kullanımı ile doğru bir şekilde konulabilmektedir (Meng ve ark. 2020, Huang ve ark. 2020, World Health Organization 2020).

Hastalığın kontrol altında tutulması ve tedavisi için şu ana kadar kesin bir yöntem sunulamadığı için önerilen altın standart; COVID-19 enfeksiyon kaynağını kontrol etmektir. Bu amaçla bulaşma riskini azaltmak için enfeksiyon önleme ve kontrol önlemleri kullanılması ve etkilenen hastalar için erken tanı, izolasyon ve destekleyici bakım sağlanması önemlidir (Wang ve ark. 2020, Casadevall ve Pirofski 2020).

Bugüne kadar ki süreci göz önüne aldığımızda bütün dünya olarak öngöremediğimiz bir şekilde COVID-19

Pandemi süreciyle karşı karşıya kaldığımız aşikâr olup maalesef sürecin ne şekilde olağanüstü hâl durumundan çıkacağı da henüz çok net olarak bilinmemektedir. Üstelik ortalama son 3 aylık süreçte bu hastalıkla ilgili pek çok doğrunun da kısa aralıklarla değiştiğine tanık olunmuş durumlarıdır. Bu belirsizlik durumu bireylerde duygusal stres yaratmıştır. Covid-19'un sebep olduğu yüksek mortalite ile uğraşırken belki de duygusal etkilerin ne şekilde ilerlediği arka planda kalmıştır. Bu psikolojik stresin; sadece sosyal alışkanlıklarımızın değişmesi veya belirsizlik ile tetiklenmediği, bu konuda hastalığı kapma veya bulaştırma korkusunun da önemli payı olduğu için kişilerde beşerî ilişkilerin kötüye gitmesine, çalışma veriminin düşmesine neden olabilecek uyum zorlukları, uyku bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu gibi davranış bozuklukları oluşturabileceği açıktır. Üstelik bu durum, sağlık çalışanları için de büyük bir tehdit oluşturmaktadır (Rana ve ark. 2020, Xiao 2020). Görünen odur ki; diğer alanlarda olduğu gibi diş hekimliği alanında da “normal” kavramımız bir daha eskisi gibi olmayacak. Doğru adımlar atabilmemiz için dinamikleri hızla değişen bir pandemi ortamında hekimlerin kendi ülkelerine ve koşullarına uygun olarak en geçerli tedavi yöntemleri ve sürecin doğru yönetilmesi hakkında güncel olarak bilgilendirilmesi son derece önemlidir. Bu derlemenin amacı; bu pandemi sürecine özel olarak başlayan ancak anlaşıldığı kadarıyla sonrasında mesleki uygulama alışkanlıklarımızı etkileyecek olan önlemler ve yaklaşımlarla ilgili şu an için güncel olan bilgiyi özetlemek ve ileriki dental uygulamalarda doğru bulmak adına sorgulama yapmayı teşvik etmektir.

2. COVID-19 Pandemisinin Diş Hekimliği Uygulama Protokolleri Üzerine Etkileri

Ülkemizde tüm sağlık alanlarında gibi diş hekimliği hizmet sunumu için de pandemi süreci öncesinde günün şartlarına uygun hem bilimsel hem de yasal düzenlemeler yapılmaktadı. Türkiye’de özellikle “sağlıkta dönüşüm projesi” ile birlikte diş hekimliği hizmet sunumunda T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Sistemindeki önemli düzenlemeler ve akreditasyon programının oluşturulmasıyla önemli gelişmeler kaydedilmiş, ulusal akreditasyon programları ile için Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) çalışmalarının kazandırdığı vizyon da pandemi sürecinin yönetilmesinde çok yardımcı olmuştur. Bu hizmet alanları ilgili yönetmeliklerle standart altına alınmış örneğin tek bir dental ünitenin bulunacağı alanın diğer dental mobilyalar hariç ortalama 12 m²nin altında olmaması sağlanmıştır (Kılıçarslan ve ark. 2020). İleri cerrahi işlemler dışında rutinimizde hasta bakımı sırasında en az basit

cerrahi maskeler, eldivenler takılmakta, aerosol yayan işlemler yapıldığında da bone, siperlik ve gözlükler zaten kullanılmaktadır. Diş hekimleri ve klinik yardımcıları olan ağız ve diş sağlığı teknikerleri de özellikle hepatit B gibi bulaşıcı hastalıklara karşı aşı yaptırmakta ve yıllık rutin tetkikler yaptırarak enfeksiyon riski açısından kendilerini kontrol altında tutmaktadır. Tüm bu süreçler sadece klinik içerisindeki işlemlerin değil, klinikten protez laboratuvarlarına gönderilen dental materyallerin ve laboratuvar işlemlerinin de doğru ve hijyenik olarak yürütülmesini mümkün kılmaktadır.

Bu süreçte, en büyük bulaş riski damlacıkların solunması olarak açıklandığından dolayı diş hekimliği uygulamaları hem yoğun aerosol üreten el aletleri hem de kapalı alanda yakın mesafe çalışma olmak üzere iki açıdan büyük dikkat gerektirmektedir. Ayrıca ortama temastan kaynaklanacak bulaş da yine bu saçılmalar nedeniyle kliniklerimizin normal çevreden daha fazla tehdit altında kalmasına neden olmaktadır (Kılıçarslan 2013a, Ballıkaya ve ark. 2020, Peng ve ark. 2020, Izzetti ve ark. 2020). Tüm bunlardan dolayı diş hekimleri tarafından bugüne kadar her ne kadar bilinen en üst seviyede koruma önlemleri alınması, dezenfeksiyon ve sterilizasyona önem verilmiş olsa da bunların bu salgın dönemi için ne kadar güvenilir ve yeterli olduğu konusunda ciddi endişeler oluşmuştur.

Pek çok gelişmiş ülkede olduğu gibi Türkiye’de de pandemi süreci boyunca T.C. Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulu önerileri doğrultusunda sadece acil işlemler ve zorunlu yapılmıştır (Alharbi ve ark. 2020, Ather ve ark. 2020, Kılıçarslan ve ark. 2020). Ancak bu süreçte hem bu önlemler nedeniyle dental tedavilerin ertelenmesi hem de tedavi ihtiyaçlarının hastalar tarafından da göz ardı edilmesi bir süre sonra dental rahatsızlıkların artmasına veya hastalık tablolarının ağırlaşarak kötüye gitmesine yol açabilecektir. Pandemi sürecinde ve sonrasında çok ciddi hasta yığılmalarının olması, basit tedavilerle çözülebilecek hastalık tablolarının daha komplice hâle gelmesi veya tedavilerin finansal olarak maliyetlerin artması da muhtemel sorunlar arasında yer almaktadır.

3. Bu Sıra Dışı Süreçte Alınması Gereken Önlemler ve Diş Hekimliği Geleceğine Muhtemel Etkileri

Bu süreçte dental hasta kabul aşamasında hastalara, ihtiyaç öncelikli triaj yapılacak ve T.C. Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulunun öngördüğü acil ve zorunlu tedaviler uygulanmıştır. Bu işlemler; korunaklı kliniklerde ve N95 maske, siperlik ile tulum gibi daha önce rutin gerek duyulmayan koruyucu ekipman kullanılarak yapılmaktadır. Dental uygulamaların öncesinde ve sonrasında da

el hijyenine eskiden de olduğu gibi üst seviyede önem verilmektedir (Alharbi ve ark. 2020, Ballıkaya ve ark. 2020, Kılıçarslan ve ark. 2020, Meng ve ark. 2020).

3.1. Ortam Düzenlemeleri

Bu süreçle birlikte diş preparasyonu, kavite açılması veya kavitrone ile detraj yapılması gibi aerosol oluşturan işlemlerin yapıldığı klinikler, protez provası gibi aerosol oluşturan işlemlerin yapıldığı kliniklerden ayrılarak tecrit edilebilir. COVID-19 enfeksiyonu geçirmekte olan hastalar için kullanılmak üzere özellikle çok üniteli merkezlerde en az bir tane negatif basınçlı tedavi odaları hazırlanabilir. Kontamine yüzeylerin dezenfeksiyonunda %0.1 lik sodyum hipoklorit, %70 lik etanol veya %0.5 lik hidrojen peroksit kullanımı önerilir (Kampf ve ark. 2020, Kılıçarslan ve ark. 2020). Sıvı atıkların ve katı tıbbi atıkların bertaraf edilme standartları da tekrar gözden geçirilmelidir (Peng ve ark.2020).

3.2. Hasta Randevu Düzenlemeleri

Öncelikle kliniğe gelen hastaların COVID-19 yönünden de son derece titizlikle değerlendirilmesi, yüksek ateş gibi bulguları olan riskli hastaların izlenmesi gerekmektedir (Meng ve ark. 2020). Ünit başı işlem süreleri kısaltılmalı, randevu araları daha uzun tutularak enfeksiyon bulaşma riski en aza indirilmelidir. İlk anamnez alma işleminde telefon veya internet aracılığıyla tele-tıp/tele-screen uygulanarak sadece bilgi almak için kliniklere başvuran hasta sayıları azaltılmalı, bunun yerine somut şikayetleri olan hastalar öncelikle tedavi edilmelidir (Ather ve ark. 2020). Bu işlem; titizlikle uygulandığında her asemptomatik hastanın potansiyel COVID-19 taşıyıcısı olacağı göz önünde bulundurularak şüpheli hastaların sosyal izolasyonunun doğru bir şekilde uygulanabilmesine de önemli ölçüde yardımcı olur (Alharbi ve ark. 2020). Tele-tıp işlemi her koşulda hastaneye başvuracak hastaların da şikâyet belirtme veya ön anamnez işlemleri telefonda yapıldığı için hastanede kalma sürelerini azaltacağı için de son derece faydalıdır. Bu süreçte hasta şikayetlerinin ne kadar acil, zorunlu veya elektif olduğu da belirlenebilir. Randevuların sosyal izolasyon kurallarına göre düzenlenmesi, bekleme salonlarında bile hastaların bir araya gelmemesi, hasta refakatçilerinin olmaması, çocuk hasta gibi gerekli durumlarda da refakatçi sayısının en aza indirilmesi önemlidir.

3.3. Hasta Başı İşlem Düzenlemeleri

Hasta tedavisi öncesinde ve sonrasında el hijyenine, koruyucu ekipmanın işleme göre doğru belirlenmesine ve kullanılmasına çok dikkat edilmelidir. Hâlihazırda en

azından dolgu, kanal tedavisi, protez için diş preparasyonu yaparken aerotör başlığı gibi aletlerden vazgeçemeyeceğimiz için bunların sınırlı ve kontrollü, hatta yüksek koruma altında kullanımı gerekecektir (Alharbi ve ark. 2020, Ather ve ark. 2020). Aerotör başlığı gibi hava basıncı ile çalışıp çok hızlı dönen dinamik el aletleri yerine kırmızı kuşak anglodurva gibi elektrikle çalışıp hızı az ancak torku yüksek olan başlıkların tercih edilmesi, partiküllerin daha dar alanda sınırlı tutulmasına veya aspirasyonun daha efektif uygulanmasına yarayabilir. Diş preparasyonu gibi yoğun aerosol üretecek işlemlerin bireysel tek ünitlik muayenelerde gün sonuna çağırılması, çok ünitlik merkezlerde ise diğer tedavilerin yapıldığı kliniklerden tecrit edilerek tek bir klinikte yapılması kontaminasyon riskinin kontrol altında tutulmasına yardımcı olabilir. Hastalara tedavi öncesinde % 0.2 oranında povidone-iodine veya % 0.5-1 oranında hidrojen peroksit ile ağız gargarası yaptırılması, kullanılan ekipmanın mümkün olduğunca tek kullanımlık ve disposable olanlardan seçilmesi veya mümkün olan tüm işlemler de rubber dam kullanılması da çapraz enfeksiyon riskini azaltacaktır (Li ve ark. 2020, Alharbi ve ark. 2020, Ather ve ark. 2020, Eggers ve ark. 2018, Peng ve ark. 2020, Kariwa ve ark. 2006, Kampf ve ar. 2020, Kılıçarslan ve ark. 2020, Meng ve ark. 2020, Izzetti ve ark. 2020). Ayrıca en iyi dental hizmetin oral hijyenin sağlanması ve çürüğün önlenmesine yönelik olarak toplum ağız ve diş sağlığının iyileştirilmesi olduğu unutulmamalı, uygun vakalarda konvansiyonel çürük uzaklaştırma teknikleri yerine çürük örtüleme tekniği, Hall tekniği, atravmatik restoratif tedavi veya topikal gümüş diamin florür uygulaması gibi daha az invaziv yöntemler tercih edilmelidir (Ballıkaya ve ark. 2020). Dental CAD-CAM gibi dijital iş akışını kullanarak seans süre ve sayısını azaltan uygulamaların rutine sokulması da gerekmektedir. Tüm işlemlerin tanımlanmış sabit ekipmanlar tarafından en az iki vardiya ve belirlenmiş izole alanlarda gerçekleştirilmesi ve tüm ekiplere günlük ateş takibi ve olası bulaş durumlarında da dikkatli ve katı filyasyon kurallarının işletilmesi gereklidir.

Şüphesiz ki ihtiyaç ve öncelikler her bireye göre değişir. Diş hekimleri olarak bizlerin, bireylerin öncelik ve beklentilerine de saygılı olması önemlidir. Ancak bu olağanüstü hâl ortadan kalktığında çok ciddi hasta yığılmaları konusunda da yönetin stratejileri oluşturmamız hem karşılıklı suistimalleri hem de hasta mağduriyetlerini engelleyecektir. Burada da elektif vakaların doğru bir şekilde belirlenerek sıraya konulması önem arz edecek, böylelikle sadece kendimizin veya ilgili hastanın değil toplum ve çevrenin de bulaş ve yeni bir salgınla karşı karşıya kalma yönünden korunması sağlanabilecektir.

Ağız ve Diş Sağlığı Teknikerleri ve Diş Protez Laboratuvarları için Düzenlemeler:

Diş hekimliği uygulamaları bir ekip işidir. Bizim önemli partnerlerimiz olan ağız ve diş sağlığı teknikerlerinin çapraz kontaminasyonu önlemede ve tedavi sürecinin hızı ve kalitesini arttırmada önemli rolleri vardır. Bu nedenle kliniklerimizde dört el çalışma tekniğine uygun şekilde tedavi protokollerinin yürütülmesi bundan sonra keyfiyet değil, zorunluluk olacaktır (Kılıçarslan 2013b). Yine aynı şekilde önemli bir paydaşımız olan diş protez teknikerleri ile de çalışma protokollerimizi yeniden düzenlememiz gerekecek; işlerin transferinden laboratuvarındaki çalışma koşullarına kadar sosyal izolasyonun tam sağlanacağı, çapraz enfeksiyon riskinin en azami seviyede önlenebileceği düzenlemeler yapılacaktır.

3.4. Diş Hekimliği Eğitim Düzenlemeleri

Diş hekimliği hizmetlerin etrafıca değerlendirildiğinde kalktığımızda işin sadece sağlık hizmeti sunma boyutunun değil, diş hekimliği eğitiminin de göz önünde bulundurulması gerekir. Diş hekimliği eğitimi tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de hem preklinik hem de klinik aşamalarında teorik bilgilerin, yoğun uygulamalarla desteklendiği bir eğitim modelidir. Ayrıca yüz yüze karşılıklı açık iletişimin diş hekimliği eğitiminde güveni arttıracak ve iş birliğini kolaylaştıracak da bilinmektedir (Park ve ark. 2016). Yine de öğrenci sayılarına bağlı olarak şüphesiz ki teorik eğitimin yerinde verilmesi, preklinik laboratuvar eğitimlerinin kalabalık ortamlarda uygulanması COVID-19 pandemisi sonrasında şartları zorlayacaktır. İlk olarak, özellikle salgın dönemlerinde bireylerin mümkün olduğunca bir arada toplanmaması ve bununla ilişkili olarak enfeksiyon riskinin azaltılması için çevrimiçi dersler, vaka çalışmaları ve probleme dayalı öğrenme tekniklerinin uygulanması benimsenmelidir (Patil ve ark. 2003). Teorik eğitimlerin internet üzerinden çevrimiçi yapılabilmesi bu alanda makul bir çözüm yolu olarak görülürken, özellikle klinik uygulama eğitimlerinin kazandırılacak becerilere uygun en etkili biçimde yeniden programlanması ve teknolojinin imkânlarından en üst düzeyde yararlanılması gerekecektir (Meng ve ark. 2020). Preklinik laboratuvarlarının ve sınıfların kalabalıklığının yanı sıra klinik eğitimlerinin bugüne kadarki uygulama şekli de özellikle öğrenci sayısının çok fazla olduğu ülkemizde sosyal mesafe sınırlamasını aşmaktadır. Çünkü Türkiye’de de pek çok ülkede olduğu gibi hasta başı klinik eğitimleri eğitimcilerin gözetiminde ve açık, çok üniteli kliniklerde yapılmaktadır. Bu nedenle Mart ayı ortalarından itibaren yüz yüze örgün eğitimlere ara verilmiş, tüm eğitimler ve sınavlar 2019-2020 eğitim öğretim yılının geriye kalan süresi için internet yardımıyla çevrimiçi olarak tamamlanmıştır. Ancak önümüzdeki eğitim

dönemleri için çok daha kapsamlı kalıcı teknolojik tedbirlerin alınması ve yaygın bir şekilde kullanılması gerekecektir.

Klinik uygulamaları söz konusu olduğunda iş çok daha karmaşık bir hâl almaktadır. Çünkü diş hekimliği eğitimi, tıp fakülteleri de dahil olmak üzere diğer tüm sağlık branş eğitimlerinden farklıdır. Tarih boyunca diş hekimliği eğitimi tüm dünyada ağırlıklı olarak uygulamalı olmuş ve bu nedenle eğitim klinikleri hem eğitici hem de öğrenci yoğunluğu açısından kalabalık bir ortam oluşturmuştur. COVID-19 pandemisi; eğitim kliniklerin düzenlenmesi, aerosollerin ve hava akışının kontrolü, kontrollü uygulamalar için hasta başı çalışma sürelerinin artırılması ve uygun kişisel koruyucu ekipmanların yeniden düzenlenmesi de dahil olmak üzere klinik eğitimin de birçok yönünün yeniden gözden geçirilmesine yol açacaktır. Ne yazık ki bu durum eğer etkin tedbirler alınamazsa belki de en azından yakın gelecekte, diş hekimliği veya diş hekimliği ile ilgili teknikerlik branşlarına öğrenci talebini azaltacaktır.

3.5. Finansal Düzenlemeler

Tüm bunlar; sağlık hizmeti sunumu başta olmak üzere tüm diş hekimliği alanlarında daha profesyonel ekipman kullanımını gerektirdiği için hem pahalı ekipman kullanımına hem de pandeminin tüm dünyada yarattığı ekonomik darboğaz nedeniyle maliyetlerin artması sonucunda rutin malzemelerde maliyet artmasına yol açabilecektir. Bu durum sadece hastalar için değil, hekim ve sağlık kuruluşları açısından da finansal zorluklar doğurabilecektir. Kâr oranları düşecek, geri ödeme ve sigorta sistemleri eskiye göre daha fazla ödeme yapmak zorunda kalabilecek, dental hizmet sunumu için farklı yapılanmalar, organizasyonlar ortaya çıkabilecektir (Fernei 2020).

4. Sonuç

1. Diş hekimliği uygulamaları tüm gelişmiş ülkelerde büyük bir titizlikle ve en üst seviyede hijyen önlemleri alınarak uygulanıyor olsa da COVID-19 pandemi süreci ilâve tedbirlerin alınmasını gerekli kılmıştır.
2. Hem ilâve önlemler hem de kullanılan ekipmanın sayısal ve nitelik olarak artması diş hekimliği hizmet maliyetini pahalılaştırmıştır. Tüm bunların ekonomik külfetini, maliyet artışını ve bunların hizmete yansımaları da göz ardı etmemek, bunlarla ilgili stratejiler geliştirmek gerekmektedir.
3. Alınan ilâve önlemler, yapılan çalışma protokol değişiklikleri pandemi süreci geçtikten sonra da diş hekimliği hizmet alışkanlıklarında önemli kalıcı değişikliklere sebep olacaktır.

4. Diş hekimleri tarafından uzun yıllardır toplumumuzda oral hijyenin iyileştirilmesinin ve ağız bakım alışkanlıklarının kazandırılmasının önemi savunulmuştur. Çapraz enfeksiyon açısından riskli bir hizmet sunumu olan diş hekimliği hizmetlerine talebi, vatandaşlarımızın sağlığını koruyarak azaltması, bu olumsuz sürecin olumlu bir kazanımı olabilir.
5. Sağlığın diğer alanlarında olduğu gibi ağız ve diş sağlığı alanında da kalite ve akreditasyon çalışmalarında önem verilmesi enfeksiyon hastalıklarında süreçlerin yönetilmesinde önemli katkılar sağlayacaktır.

5. Kaynaklar

- Alharbi A, Alharbi S, Alqaidi S. (2020) Guidelines for dental care provision during the COVID-19 pandemic. Saudi Dent J. Article in press. doi: 10.1016/j.sdentj.2020.04.001.
- Ather A, Patel B, Ruparel NB, Diogenes A, Hargreaves KM. (2020) Coronavirus Disease 19 (COVID-19): Implications for Clinical Dental Care. J Endod. 46(5): 584-595. doi: 10.1016/j.joen.2020.03.008
- Ballıkaya E, Esentürk G, Erbaş Ünverdi G, Çehrelî ZC. (2020) Yeni Koronavirüs Salgını ve Diş Hekimliği Tedavileri Üzerine Etkileri. H.Ü. Sağlık Bil. Fak. Derg. 7(2): 92-107. doi: 10.21020/hsbf.715439
- Casadevall A, Pirofski LA. (2020) The convalescent sera option for containing COVID-19. J Clin Invest. 130(4):1545-1548. doi:10.1172/JCI138003.
- Chan JF, Yuan S, Kok KH, To KK, Chu H, Yang J, Xing F, Liu J, Yip CC, Poon RW, Tsoi HW, Lo SK, Chan KH, Poon VK, Chan WM, Ip JD, Cai JP, Cheng VC, Chen H, Hui CK, Yuen KY. (2020) A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. Lancet. 395(10223):514-523. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30154-9.
- Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, Qiu Y, Wang J, Liu Y, Wei Y, Xia J, Yu T, Zhang X, Zhang L. (2020) Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet. 395(10223):507-513. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7.
- Eggers M, Koburger-Janssen T, Eickmann M, Zorn J. (2018) In vitro bactericidal and virucidal efficacy of povidone-iodine gargle/mouthwash against respiratory and oral tract pathogens. Infect Dis Ther. 7(2):249-59. doi: 10.1007/s40121-018-0200-7.
- Fernei EM. (2020) The financial impact of COVID-19 on our Practice. J Oral Maxillofac Surg. Article in Press:1-2. doi: 10.1016/j.joms.2020.03.045.

- Giacomelli A, Pezzati L, Conti F, Bernacchia D, Siano M, Oreni L, Rusconi S, Gervasoni C, Ridolfo AL, Rizzardini G, Antinori S, Galli M. (2020) Self-reported olfactory and taste disorders in SARS- CoV-2 patients: a cross-sectional study, *Clin Infect Dis.* 26. doi: 10.1093/cid/ciaa330.
- Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, Liu L, Shan H, Lei CL, Hui DSC, Du B, Li LJ, Zeng G, Yuen KY, Chen RC, Tang CL, Wang T, Chen PY, Xiang J, Li SY, Wang JL, Liang ZJ, Peng YX, Wei L, Liu Y, Hu YH, Peng P, Wang JM, Liu JY, Chen Z, Li G, Zheng ZJ, Qiu SQ, Luo J, Ye CJ, Zhu SY, Zhong NS. (2020) Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China. *N Engl J Med.* 382(18):1708-1720. doi: 10.1056/NEJMoa2002032.
- Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, Zhang L, Fan G, Xu J, Gu X, Cheng Z, Yu T, Xia J, Wei Y, Wu W, Xie X, Yin W, Li H, Liu M, Xiao Y, Gao H, Guo L, Xie J, Wang G, Jiang R, Gao Z, Jin Q, Wang J, Cao B. (2020) Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 395(10223):497–506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
- Izzetti R, Nisi M, Gabriele M, Graziani F. (2020) COVID-19 Transmission in Dental Practice: Brief Review of Preventive Measures in Italy. *J Dent Res.* 00(0);1-9. doi: 10.12727/0304252203049522059820580.
- Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. (2020) Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and its inactivation with biocidal agents. *J Hosp Infect.* 104(3):246–251. doi: 10.1016/j.jhin.2020.01.022.
- Kariwa H, Fujii N, Takashima I. (2006) Inactivation of SARS coronavirus by means of povidone-iodine, physical conditions and chemical reagents. *Dermatology.* 212(Suppl1):119-123. doi: 10.1159/000089211.
- Kılıçarslan MA. (2013a). Dört Elli Diş Hekimliğinde Yardımcı Personel ve Klinik Yöntemi. Ankara, 1. Baskı, Bölüm II: 62-4 Palme Yayıncılık. ISBN:978-605-355-177-5.
- Kılıçarslan MA. (2013b). Dört Elli Diş Hekimliğinde Yardımcı Personel ve Klinik Yöntemi. Ankara, 1. Baskı, Bölüm I: 10-4 Palme Yayıncılık. ISBN:978-605-355-177-5.
- Kılıçarslan MA, Çizmeci Şenel F, Özcan M. (2020). Assessment of dental care during the COVID-19 pandemic in Turkey and future projections. *Braz Dent Sci.* 23(2):1-7. doi: 10.14295/bds.2020.v23i2.2260
- Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, Ren R, Leung KSM, Lau EHY, Wong JY, Xing X, Xiang N, Wu Y, Li C, Chen Q, Li D, Liu T, Zhao J, Liu M, Tu W, Chen C, Jin L, Yang R, Wang Q, Zhou S, Wang R, Liu H, Luo Y, Liu Y, Shao G, Li H, Tao Z, Yang Y, Deng Z, Liu B, Ma Z, Zhang Y, Shi G, Lam TTY, Wu JT, Gao GF, Cowling BJ, Yang B, Leung GM, Feng Z. (2020) Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med.* 382(13):1199-1207. doi: 10.1056/NEJMoa2001316.
- Meng L, Hua F, Bian Z. (2020) Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. *J Dent Res.* 99(5):481-487. doi: 10.1177/0022034520914246.
- Park SW, Jang HW, Choe YH, Lee KS, Ahn YC, Chung MJ, Lee K-S, Lee K, Han T. 2016. Avoiding student infection during a Middle East respiratory syndrome (MERS) outbreak: a single medical school experience. *Korean J Med Educ.* 28(2):209-217. doi: 10.3946/kjme.2016.30.
- Patil N, Chan Y, Yan H. (2003) SARS and its effect on medical education in Hong Kong. *Med Educ.* 37(12):1127–1128. doi: 10.1046/j.1365-2923.2003.01723.x.
- Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. (2020) Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *Int J Oral Sci.* 12(9):1-6. doi: 10.1038/s41368-020-0075-9.
- Quinn B, Field J, Gorter R, Akota I, Manzanares MC, Paganelli C, Davies J, Dixon J, Gabor G, Amaral Mendes R, Hahn P, Vital S, O'Brien J, Murphy D, White D, Tubert-Jeannin S. (2020) COVID-19: The Immediate Response of European Academic Dental Institutions and Future Implications for Dental Education. *Eur J Dent Educ.* doi: 10.1111/eje.12542.
- Rana W, Mukhtar S, Mukhtar S. (2020) Mental health of medical workers in Pakistan during the pandemic COVID-19 outbreak. *Asian J Psychiatry* 51:1-2. doi:10.1016/j.ajp.2020.102080.
- Rothe C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Wallrauch C, Zimmer T, Thiel V, Janke C, Guggemos W, Seilmaier M, Drosten C, Vollmar P, Zwirgmaier K, Zange S, Wölfel R, Hoelscher M. (2020) Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in Germany. *N Engl J Med.* 382(10):970-971. doi: 10.1056/NEJMc2001468.
- Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, Wang B, Xiang H, Cheng Z, Xiong Y, Zhao Y, Li Y, Wang X, Peng Z. (2020) Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus–infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA* doi: 10.1001/jama.2020.1585.
- World Health Organization. (2020) Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: interim guidance; 13 March 2020. [Erişim: 19 Mayıs 2020; [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected).

Wu Z, McGoogan JM. (2020) Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA doi: 10.1001/jama.2020.2648.

Xiao C. (2020) A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)- Related psychological and mental problems: structured letter therapy. Psychiatr Invest. 17(2):175-176. doi: 10.30773/pi.2020.0047.

Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, Zhao X, Huang B, Shi W, Lu R, Niu P, Zhan F, Ma X, Wang D, Xu W, Wu G, Gao GF, Tan W. (2020) A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. N Engl J Med. 382(8):727-733. doi: 10.1056/NEJMoa2001017.

18 OECD Ülkesinde 2002-2018 Yılları Arası Kişi Başı Ortalama Hasta Muayene Sürelerinin Karşılaştırılması

TÜSİEB | Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Ümit Çıraklı

İletişim / Correspondence:

Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof
Yozgat Bozok Üniversitesi, Yozgat
cirakli@hacettepe.edu.tr

Geliş Tarihi: 24.06.2020

Kabul Tarihi: 29.06.2020

Received Date: 24.06.2020

Accepted Date: 29.06.2020

Anahtar Kelimeler:

Hasta muayene süresi, Türkiye, OECD ülkeleri, Pratik kapasite.

Keywords:

Patient examination time, Turkey, OECD countries, Practical capacity.

Özet

Bu çalışma, Türkiye de dahil olmak üzere 18 OECD ülkesinde hasta muayene sürelerinin 2002-2018 yılları arasındaki gelişimini ortaya koymak ve söz konusu yıllar arasında ortalama muayene sürelerini karşılaştırmalı olarak sunmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Ayrıca 2002-2018 yılları arasında 18 OECD ülkesinde muayene sürelerindeki değişim ile hekim sayısı ve sağlık kurumlarına başvuru sayıları arasında ilişkilerin irdelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma kapsamında, muayene sürelerinin karşılaştırılmasında bir sağlık kurumunun pratik veya gerçekleştirilebilir kapasitesi dikkate alınarak ülkelerde kişi başı ortalama muayene süreleri temel veri olarak kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda ülkelerin kişi başına ortalama muayene süreleri açısından, Türkiye’de kişi başı ortalama muayene süresinin her geçen yıl azaldığı sonucuna ulaşılmıştır ve Türkiye’de kişi başı ortalama muayene süresinin OECD ortalamasının altında olduğu da tespit edilmiştir. Türkiye’de hekim sayısı yıllar itibarıyla önemli ölçüde artmasına karşın muayene sürelerinin artmamasındaki önemli bir etkenin müracaat sayılarındaki önemli artış olabileceği değerlendirilmektedir. Ayrıca çalışmada kişi ortalama muayene süresinin 2018 yılı için en düşük olduğu ülkenin 16 dakika ile Güney Kore olduğu tespit edilmiştir. Kişi başı ortalama muayene süresinin en yüksek olduğu ülke ise İsveç olarak bulunmuştur.

Comparison of Average Patient Examination Times Per Capita Between 2002-2018 in 18 OECD Countries

Ümit Çıraklı

Abstract

This study is conducted in order to reveal the development of patient examination time in 18 OECD countries between 2002 and 2018 including Turkey and, in order to provide a comparative examination of the average time between the year in question. In addition, it was aimed to examine the relationship between the changes in examination times in 18 OECD countries and the number of physicians and the number of applications to health institutions between 2002-2018. Within the scope of the research, considering the practical or realizable capacity of a health institution in the comparison of examination times, average examination times per capita in countries are used as basic data.

Research results in terms of average time per capita of the countries examined, the average inspection time per capita in Turkey has reached

the conclusion that decreases with each passing year. However, the average inspection time per capita is below the OECD average in Turkey have also been identified. Despite important increase of the number of physicians over the years in Turkey, important increase in the number of applications are considered to be an important factor in increasing the examination time. In addition, in the study, the country with the lowest average examination time for 2018 was determined to be South Korea with 16 minutes. Sweden is the country with the highest average examination time per capita.

1. Giriş

Sağlık kurumlarında hekim ile hastanın karşılaştığı ilk ortam polikliniklerdir. Hasta-hekim ve hasta-hastane ilişkileri ile hastaların aldıkları hizmetlere ilişkin kalite algıları ve memnuniyet düzeyleri büyük ölçüde polikliniklerde şekillenmektedir. Ayrıca hastaların polikliniklerde sunulan hizmetlere ilişkin kalite algıları ve memnuniyet düzeyleri daha sonraki dönemlerde aynı hastane başvuru kararını da önemli ölçüde etkilemektedir (Casey vd., 1998; Çelik, 2013; Cirhinlioğlu, 2017). Bu kapsamda hastane hakkında olumlu bir imaj oluşturabilmek için polikliniklerde sunulan hizmetlerin iyi yönetimine ve kalite hizmet sunumuna özen gösterilmelidir. Sağlık kurumlarında ayaktan tanı, tedavi ve koruyucu izlemlere ayrılan süreler çeşitli nedenlerle değişmektedir (Yardım ve Eser, 2017). Hasta bekleme ve muayene süresi ile ilgili durumlar sağlık hizmeti kalite algısını etkileyen önemli unsurlar arasında yer almaktadır (James vd., 2017). Yeterli sürenin ayrılmadığı ayaktan tanı ve tedavi başvurularının, hekim ve hasta doyumunu düşürdüğü; iyi bir öykü almaya engel olabildiği ve bunun da sağlık sorununun hekim tarafından iyi yönetilememesine neden olacağı ifade edilmektedir (Yardım ve Eser, 2017). Bir hastanın muayene sürecinde yer alan işlemler genellikle şu aşamaları içermektedir:

- Hastanın şikayetlerinin dinlenmesi,
- Muayenesinin yapılması,
- Yaptırdığı tetkiklerin gözden geçirilmesi,
- Bilgilerin Sağlık Bakanlığı'nın Medulla sistemine kaydedilmesi,
- Reçete yazılması,
- Hastaya hastalığı ve tedavisi konusunda bilgi verilmesi,
- Ek sorularının cevaplanması.

Hasta muayene sürelerinin ideal olarak ne kadar olması gerektiği konusunda kesin bir süre bulunmamaktadır. Türk Toraks Derneği (2016) göğüs hastalıklarında muayene işlemleri için gereken ortalama sürenin Devlet Hastanesi ile Eğitim Araştırma Hastaneleri'nde ortalama 17,5 dakika, Üniversite Hastanelerinde ise ortalama 23 dakika gerektiğini ifade etmektedir. Genel olarak da bir sağlık kurumunda muayene işlemleri için ortalama 15-20 dakika arasındaki bir sürenin

genel olarak ideal olduğu ifade edilmektedir (Türk Tabipleri Birliği, 2016; Türk Toraks Derneği, 2016). Muayene sürelerinin uzun olmasında müracaat sayılarının fazla olması ve hekim sayısının yetersizliği iki temel neden olarak ifade edilebilir.

Bu çalışmanın temel amacı, Türkiye de dâhil olmak üzere 18 OECD ülkesinde muayene sürelerinin 2002-2018 yılları arasındaki gelişimini ortaya koymak ve söz konusu yıllar arasında ortalama muayene sürelerini karşılaştırmalı olarak sunmaktır. Ayrıca 2002-2018 yılları arasında 18 OECD ülkesinde muayene sürelerindeki değişim ile hekim sayısı ve sağlık kurumlarına başvuru sayıları arasında ilişkilerin irdelenmesi amaçlanmaktadır.

2. Yöntem

Araştırma, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırma kapsamında, muayene sürelerinin karşılaştırmasında bir sağlık kurumunun gerçek kapasitesi (pratik veya gerçekleştirilebilir kapasite) dikkate alınarak ülkelerde kişi başı ortalama muayene süreleri temel veri olarak kullanılmıştır. Bir işletmenin sahip olduğu tüm makine ve teçhizatın hiç duraksamadan, uzman çalışanlar ile yapabileceği en yüksek üretim miktarı teorik kapasite olarak ifade edilmektedir. Pratik veya gerçek kapasite ise uygulamada ortaya çıkan ihtiyaçlar ve eksiklikler veya üretim süresinde meydana gelen aksaklıklar sonucu teorik kapasitenin altında oluşan en yüksek üretim miktarı olarak ifade edilmektedir. Fiili kapasite ise gerçekleşen üretim miktarını ifade etmektedir (Uğurluoğlu, 2013; Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2018). Bu çalışmada bir hekimin yıllık pratik kapasitesi 110.400 dakika olarak hesaplanmıştır. Bu hesaplama hekimin hafta içlerinde çalıştığı, yılda 30 gün izin kullandığı, günlük 8 saat duraksama olmadan çalıştığı ve ülkede hekimlerin tamamının muayene işlemi yaptığı varsayılarak yapılmıştır.

Araştırma Türkiye'nin de yer aldığı toplam 18 OECD ülkesi için ve bu ülkelerin 2002-2018 yılları arasındaki verileri kullanarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmada değerlendirilen ülkeler şunlardır: Avustralya, Avusturya, Kanada, Danimarka, Finlandiya, Almanya, Macaristan, İzlanda, Japonya, Güney Kore, Letonya, Lüksemburg, Litvanya, Meksika, Hollanda, Polonya, İsveç ve Türkiye'dir. Ülkelerin ve yılların seçiminde, ilgili veri tabanlarında muayene sürelerinin hesaplan-

bilmesi için gerekli verilerin ortak olarak bulunduğu yıllar ve ülkeler olması kriteri göz önünde bulundurulmuştur. Yıllar arası verilerinin ortak bir şekilde bulunması nedeniyle bu ülkeler ve yıllar seçilmiştir. Ülkeler için kişi başı ortalama muayene sürelerinin hesaplanmasında OECD ve World Bank veri tabanlarında elde edilen aşağıdaki veriler kullanılmıştır:

- Toplam nüfus
- Bin kişi başına düşen hekim sayısı
- Hekim sayısı
- Hekim başına müracaat sayısı
- Toplam müracaat sayısı

Araştırmada kişi başı ortalama muayene süresinin hesaplanmasında aşağıdaki işlemler gerçekleştirilmiştir:

- $$\frac{\text{Toplam Hekim Sayısı} \times \text{Pratik Kapasite (110400)}}{\text{Toplam Müracaat Sayısı}}$$
 formülü kullanılarak hesaplanmıştır.

- Toplam Müracaat Sayısı (Hekime kişi başı müracaat sayısı x Nüfus) formülü kullanılarak hesaplanmıştır.
- Kişi Başına Ortalama Muayene süresi
$$\frac{\text{Toplam Hekim Sayısı} \times \text{Pratik Kapasite (110400)}}{\text{Toplam Müracaat Sayısı}}$$
 formülü kullanılarak hesaplanmıştır.

3. Bulgular ve Tartışma

3.1. Temel İstatistiksel Bulgular

18 OECD ülkesinde 2002-2018 yılları arasında bin kişi başına hekim sayıları yataklı sağlık kurumu sayıları, toplam yataklı sağlık kurumu sayısı içindeki payları ve 2008 yılına göre artış yüzdeleri Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. 18 OECD Ülkesinde Bin Kişi Başına Hekim Sayısını 2002-2018 Arası Gelişimi

Ülkeler	2002	2010	2018	2002 Baz Yıla Göre Artış /Azalış Oranı (%)
Avustralya	2,5	3,3	3,7	32
Avusturya	3,3	4,8	5,3	37
Kanada	1,9	2,0	2,7	29
Danimarka	2,9	3,6	4,6	36
Finlandiya	3,2	3,0	4,1	23
Almanya	3,3	3,8	4,3	24
Macaristan	3,7	2,9	3,4	-8
İzlanda	3,6	3,6	4,2	14
Japonya	2,1	2,2	2,5	17
Güney Kore	1,5	2,0	2,4	38
Letonya	3,4	3,1	3,3	-4
Lüksemburg	2,6	2,8	3,0	15
Litvanya	4,0	3,9	4,4	8
Meksika	1,5	2,2	2,4	37
Hollanda	3,1	3,0	3,7	15
Polonya	2,3	2,2	2,4	5
İsveç	3,3	3,9	4,9	33
Türkiye	1,4	1,7	1,9	24

Kaynak: World Bank, 2020; OECD, 2020; TÜİK, 2020.

Tablo 1’de yer alan bilgilerden, Türkiye’de bin kişi başına düşen hekim sayısının 2002 yılında 1,4 iken 2018 yılında 2002 yılına göre yaklaşık %24 artarak 1,9’a yükseldiği görülmektedir. Yine Tablo1’de yer alan bilgilerden, 18 OECD ülkelerinin içinde bin kişi başına düşen hekim sayısı en düşük olan ülkenin, hem 2002 yılında hem de 2018 yılında, Türkiye (2002 yılı için binde 1,4 ve 2018 yılı için binde 1,9), en yüksek olan ülkenin ise, 2002 yılı için binde 4,0 ile Litvanya

ve 2018 yılın için binde 5,3 ile Avusturya olduğu görülmektedir. Ayrıca bin kişiye düşen hekim sayısının 2002 yılına göre 2018 yılında 18 OECD ülkesinde ortalama %21 arttığı, ancak bu ülkelerden Letonya ve Macaristan’da diğer ülkelerdeki artışın aksine düşüş gerçekleştiği görülmektedir (Düşüş oranı sırasıyla; Letonya %4 ve Macaristan için %8).

18 OECD ülkesinde 2002-2018 yılları arası toplam nüfusun gelişimi Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2. 18 OECD Ülkesinde Nüfusun 2002-2018 Arası Gelişimi (Milyon)

Ülkeler	2002	2010	2018	2002 Yılına Göre Artış/Azalış %’si
Avustralya	19,7	22,0	25,0	21,4
Avusturya	8,1	8,4	8,8	8,6
Kanada	31,4	34,0	37,1	15,4
Danimarka	5,4	5,5	5,8	7,3
Finlandiya	5,2	5,4	5,5	5,8
Almanya	82,5	81,8	82,9	0,5
Macaristan	10,2	10,0	9,8	-4,0
İzlanda	0,3	0,3	0,4	18,7
Japonya	127,4	128,1	126,5	-0,7
Güney Kore	47,6	49,6	51,6	7,7
Letonya	2,3	2,1	1,9	-19,9
Lüksemburg	0,4	0,5	0,6	26,6
Litvanya	3,4	3,1	2,8	-23,4
Meksika	101,7	114,1	126,2	19,4
Hollanda	16,1	16,6	17,2	6,3
Polonya	38,2	38,0	38,0	-0,7
İsveç	8,9	9,4	10,2	12,4
Türkiye	65,1	72,3	82,3	20,9

Kaynak: World Bank, 2020 verilerinden yazarca oluşturulmuştur.

Tablo 2’deki verilerden, Türkiye’de 2002 yılında toplam nüfusun yaklaşık 65 milyon olduğu ve 2018 yılına gelindiğinde bu sayının yaklaşık %21 artarak

yaklaşık 82 milyona ulaştığı anlaşılmaktadır. Yine Tablo 2’deki verilerine göre 2002 yılına göre 2018 yılında nüfus artışının en fazla gerçekleştiği ülke yaklaşık %27’lik artışla Lüksemburg olmuştur. Nüfus

artışının en az olduğu ülkenin yaklaşık %0,5'lik artışla Almanya olduğu ve. Macaristan, Japonya, Letonya, Litvanya ve Polonya nüfusun 2018 yılında 2002 yılına göre azaldığı görülmektedir. Nüfusun en fazla azaldığı ülke ise yaklaşık %23'lik düşüşle Litvanya olmuştur. Ayrıca yaklaşık %20'lik bir nüfus azalışı yaşayan

Letonya'da Litvanya'dan sonra göze çarpan bir ülke olarak görülmektedir.

18 OECD ülkesinde 2002-2018 yılları arası hekime kişi başı müracaat sayılarının gelişimi Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3. 18 OECD Ülkesinde Hekime Kişi Başı Müracaat Sayısının 2002-2018 Arası Gelişimi

Ülkeler	2002	2010	2018	2002 Yılına Göre Artış/Azalış %'si
Avustralya	6,3	6,6	7,89	20,2
Avusturya	6,7	6,9	6,6	-1,5
Kanada	6,9	7	6,8	-1,5
Danimarka	4,3	4,6	3,8	-13,2
Finlandiya	4,2	4,3	4,4	4,5
Almanya	8	9,9	10,53	24,0
Macaristan	11	11	10,9	-0,9
İzlanda	6,1	6,1	6,2	1,6
Japonya	14,1	13,1	12,9	-9,3
Güney Kore	10,6	13,5	16,6	36,1
Letonya	4,6	5,9	6,2	25,8
Lüksemburg	6,1	5,8	5,8	-5,2
Litvanya	6,5	7,3	9,7	33,0
Meksika	2,6	2,9	3	13,3
Hollanda	5,6	6,6	8,5	34,1
Polonya	5,6	6,6	7,7	27,3
İsveç	3	2,9	2,8	-7,1
Türkiye	3,1	7,3	9	65,6

Kaynak: World Bank, 2020; OECD, 2020; TÜİK, 2020 verilerinden yazarca oluşturulmuştur.

Tablo 3'teki bilgilerden, Türkiye'de 2002 yılında hekime kişi başı müracaat sayısının 3,1 olarak gerçekleştiği ve bu sayının 2018 yılında 2002 yılına göre yaklaşık %66 artarak 9'a yükseldiği görülmektedir. Ayrıca 18 OECD ülkesinin 11'inde 2002 yılına göre 2018 yılında hekime kişi başı müracaat sayısının arttığı, 7'sinde ise azaldığı anlaşılmaktadır. Türkiye artış

gerçekleşen ülkeler arasında ilk sırada yer alırken, en fazla azalış gerçekleşen ülke ise yaklaşık %13'lük düşüş ile Danimarka olmuştur. Nüfus sayısındaki değişim ile birlikte değerlendirildiğinde Türkiye'de hekime kişi başı müracaat sayısının önemli ölçüde arttığını söylemek mümkündür. Ayrıca nüfusu 2002 yılına göre 2018 yılında yaklaşık %20 azalmasına karşılık hekime

kişi müracaat sayısı yaklaşık %26 artan Letonya'daki artış da dikkat çekmektedir. Sağlık kurumuna başvuru-yu etkileyen birçok etken bulunmakla birlikte Letonya için hastalık yükünün artmış olma olasılığı bulunmaktadır.

18 OECD ülkelerinde 2002-2018 yılları arası heki-me toplam müracaat sayılarının gelişimi tablo 4'te gösterilmektedir.

Tablo 4. 18 OECD Ülkesinde Hekime Toplam Müracaat Sayısının 2002-2018 Arası Gelişimi

Ülkeler	2002	2010	2018	2002 Yılına Göre Artış / Azalış Oranı (%)
Avustralya	123.803.820	145.409.550	197.189.791	37
Avusturya	54.149.112	57.707.488	58.390.444	7
Kanada	216.384.545	238.034.223	252.000.221	14
Danimarka	23.116.503	25.519.342	22.030.295	-5
Finlandiya	21.842.512	23.062.414	24.279.420	10
Almanya	659.907.960	809.591.607	873.231.019	24
Macaristan	111.744.688	110.000.253	106.479.757	-5
İzlanda	1.753.890	1.940.050	2.192.159	20
Japonya	1.796.974.500	1.677.717.000	1.632.225.390	-10
Güney Kore	505.034.202	668.980.512	857.145.250	41
Letonya	10.626.796	12.375.575	11.944.560	11
Lüksemburg	2.721.668	2.940.327	3.524.822	23
Litvanya	22.379.936	22.610.159	27.058.470	17
Meksika	264.380.371	330.869.593	378.572.364	30
Hollanda	90.434.002	109.661.600	146.463.645	38
Polonya	214.090.038	251.082.440	292.434.820	27
İsveç	26.774.874	27.196.565	28.512.890	6
Türkiye	201.950.638	527.987.012	740.877.516	73

Kaynak: World Bank, 2020; OECD, 2020; TÜİK, 2020 verilerinden yazarca oluşturulmuştur.

Tablo 4'te yer alan bilgilerden, 18 OECD ülkesi içinde hekime toplam müracaat sayılarının 2002 yılı baz alındığında 2018 yılında 15 ülkede arttığı ve 3 ülkede ise azaldığı anlaşılmaktadır. Hekime müracaat sayısının en fazla arttığı ülkenin %73'lük artışla Türkiye olduğu, %41'lik artışla Güney Kore'nin ikinci sırada, %38'lik artışla Hollanda'nın 3'üncü sırada olduğu görülmektedir. Hekim müracaat sayısında azalış gerçek-

leşen ülkeler ise Danimarka, Macaristan ve Japonya olmuştur.

3.2. OECD Ülkelerinde Kişi Başı Ortalama Muayene Sürelerine İlişkin Bulgular

18 OECD ülkelerinde 2002-2018 yılları arası kişi başına ortalama muayene sürelerine ilişkin sonuçlar tablo 5'te gösterilmektedir.

Tablo 5. 18 OECD Ülkesinde Kişi Başı Ortalama Müracaat Süresinin 2002-2018 Arası Gelişimi

Ülkeler		2002	2005	2008	2009	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Ort.
Avustralya	KOMS*	43,8	47,6	47,9	48,3	56,0	52,8	52,7	52,4	52,5	52,1	52,2	51,8	50,6
	MSD*		8,7	9,3	10,3	27,8	20,4	20,3	19,5	19,9	19,0	19,2	18,2	15,5
	Dr. Art. %*		9,3	21,9	27,5	50,1	52,6	59,5	65,4	70,7	76,6	82,5	88,2	43,3
	Mür. Art. %*		0,5	11,6	15,6	17,5	26,7	32,6	38,4	42,4	48,5	53,0	59,3	23,4
Avusturya	KOMS*	54,4	58,8	65,9	71,1	76,3	78,7	80,1	81,1	84,8	86,0	88,4	88,0	73,2
	MSD*		8,1	21,2	30,8	40,3	44,7	47,2	49,1	56,0	58,2	62,5	61,8	34,6
	Dr. Art. %*		10,0	28,5	39,0	49,5	53,1	56,8	60,1	64,3	68,5	71,6	74,5	41,7
	Mür. Art. %*		1,8	6,0	6,3	6,6	5,9	6,5	7,3	5,3	6,5	5,6	7,8	5,0
Kanada	KOMS*	30,4	30,0	30,0	31,5	32,1	37,8	39,2	39,9	40,6	41,7	42,4	43,1	35,3
	MSD*		-1,1	-1,0	3,9	5,9	24,5	29,2	31,6	33,8	37,3	39,6	42,1	16,3
	Dr. Art. %*		3,1	9,5	13,0	16,5	39,8	44,5	48,7	52,4	55,8	60,3	65,4	28,2
	Mür. Art. %*		4,3	10,6	8,8	10,0	12,3	11,9	13,0	13,8	13,5	14,8	16,5	9,7
Danimarka	KOMS*	75,1	78,5	81,4	81,6	85,9	85,6	87,3	89,4	92,2	114,4	114,9	132,3	90,1
	MSD*		4,5	8,5	8,7	14,4	14,0	16,3	19,0	22,8	52,4	53,0	76,1	20,0
	Dr. Art. %*		10,3	18,6	19,5	26,3	29,7	30,0	30,8	32,8	62,3	64,0	67,8	28,5
	Mür. Art. %*		5,5	9,3	9,9	10,4	13,7	11,7	9,9	8,2	6,5	7,2	-4,7	7,4
Finlandiya	KOMS*	82,9	78,6	70,2	75,7	76,7	80,7	82,8	84,3	90,1	97,8	99,3	103,0	83,3
	MSD*		-5,3	-15,3	-8,7	-7,5	-2,7	-0,2	1,7	8,6	17,9	19,7	24,2	0,4
	Dr. Art. %*		-2,2	-11,4	-6,3	-2,3	1,3	4,4	6,8	17,2	27,6	32,8	38,0	5,6
	Mür. Art. %*		3,3	4,6	2,7	5,6	4,1	4,6	5,0	7,9	8,2	11,0	11,2	4,9
Almanya	KOMS*	45,5	46,6	45,3	43,7	41,9	44,6	44,7	45,5	45,7	46,5	47,6	45,6	45,9
	MSD*		2,2	-0,5	-4,0	-8,1	-2,2	-1,9	0,0	0,3	2,0	4,6	0,1	0,7
	Dr. Art. %*		3,5	6,5	9,6	12,8	15,7	18,6	21,5	24,2	27,3	29,7	32,4	14,3
	Mür. Art. %*		1,2	7,0	14,2	22,7	18,2	21,0	21,5	23,8	24,8	24,0	32,3	13,8
Macaristan	KOMS*	36,8	30,2	38,3	35,5	29,0	30,9	32,1	33,2	31,0	32,1	34,5	34,4	33,3
	MSD*		-17,9	4,2	-3,6	-21,2	-16,1	-12,8	-9,7	-15,8	-12,7	-6,2	-6,5	-9,6

	Dr. Art. %*		-12,6	-2,7	-4,9	-22,5	-17,3	-14,3	-11,5	-17,7	-14,9	-10,4	-10,9	-10,7
	Mür. Art. %*		6,5	-6,6	-1,3	-1,6	-1,5	-1,7	-2,0	-2,2	-2,5	-4,5	-4,7	-1,2
İzlanda	KOMS*	65,3	61,6	64,3	63,7	64,5	65,6	65,7	68,0	69,9	70,9	71,6	75,0	66,1
	MSD*		-5,6	-1,6	-2,4	-1,1	0,6	0,7	4,1	7,2	8,6	9,7	14,8	1,3
	Dr. Art. %*		3,8	14,0	13,4	9,3	8,5	11,5	14,7	20,7	25,7	31,5	43,5	14,0
	Mür. Art. %*		10,0	15,8	16,2	10,6	7,9	10,8	10,1	12,6	15,7	19,8	25,0	12,3
Japonya	KOMS*	16,1	17,2	18,7	18,9	18,9	19,5	19,9	20,4	20,5	21,1	21,2	21,1	19,1
	MSD*		7,1	16,0	17,3	17,8	21,0	23,8	26,6	27,5	31,4	31,8	31,2	18,8
	Dr. Art. %*		4,3	9,1	9,5	9,9	10,9	12,4	13,9	15,4	17,0	18,1	19,2	10,5
	Mür. Art. %*		-2,6	-5,9	-6,7	-6,6	-8,4	-9,2	-10,0	-9,4	-11,0	-10,4	-9,2	-6,8
G. Kore	KOMS*	15,6	16,4	16,5	17,1	16,2	16,1	16,4	15,0	15,6	15,4	15,7	16,0	16,2
	MSD*		5,0	5,8	9,2	3,8	3,0	5,1	-3,9	-0,2	-1,6	0,7	2,6	3,8
	Dr. Art. %*		18,2	32,6	37,5	37,5	46,4	53,2	57,4	61,3	65,8	70,4	74,1	41,6
	Mür. Art. %*		12,6	25,3	25,9	32,5	42,1	45,8	63,8	61,6	68,4	69,2	69,7	36,9
Letonya	KOMS*	81,5	75,9	69,2	69,5	57,6	48,8	56,0	60,5	59,4	59,8	58,3	58,0	64,0
	MSD*		-6,9	-15,1	-14,8	-29,4	-40,1	-31,2	-25,7	-27,1	-26,7	-28,5	-28,8	-21,5
	Dr. Art. %*		4,0	7,8	1,3	-17,8	-19,7	-19,3	-19,2	-20,0	-20,2	-20,3	-19,9	-9,5
	Mür. Art. %*		11,7	27,0	18,9	16,5	34,0	17,4	8,8	9,8	8,8	11,5	12,4	15,7
Lüksemburg	KOMS*	47,1	52,5	52,1	50,6	52,6	51,1	52,4	53,4	54,7	53,8	58,6	57,9	52,8
	MSD*		11,5	10,6	7,6	11,8	8,6	11,3	13,6	16,2	14,3	24,6	23,1	12,3
	Dr. Art. %*		14,4	19,2	20,0	20,8	27,1	31,1	37,0	43,5	46,7	55,6	59,4	27,8
	Mür. Art. %*		2,5	7,7	11,6	8,0	17,0	17,8	20,6	23,5	28,3	24,9	29,5	13,5
Litvanya	KOMS*	68,1	62,5	55,4	56,7	59,2	57,3	57,5	54,7	53,9	52,0	50,7	49,9	57,9
	MSD*		-8,2	-18,7	-16,7	-13,1	-16,0	-15,6	-19,7	-20,8	-23,6	-25,6	-26,8	-15,0
	Dr. Art. %*		-4,6	-15,2	-15,3	-12,2	-10,2	-9,6	-9,5	-9,6	-9,9	-10,6	-11,5	-9,1
	Mür. Art. %*		3,9	4,3	1,8	1,0	6,8	7,0	12,7	14,2	17,9	20,1	20,9	7,5
Meksika	KOMS*	63,7	71,5	75,9	74,6	82,8	75,4	82,5	90,8	92,1	85,6	92,3	87,7	84,1
	MSD*		12,3	19,2	17,1	30,0	18,4	29,5	42,6	44,5	34,4	44,9	37,7	32,0

	Dr. Art. %*		21,6	39,9	44,4	62,7	57,6	62,9	68,7	79,9	81,8	91,5	97,1	58,1
	Mür. Art. %*		8,3	17,4	23,4	25,1	33,1	25,8	18,4	24,4	35,3	32,1	43,2	19,9
Hollanda	KOMS*	61,1	75,8	67,3	63,4	49,4	57,8	58,9	47,2	47,0	44,0	47,6	47,4	59,0
	MSD*		24,1	10,2	3,8	-19,2	-5,4	-3,7	-22,8	-23,2	-28,0	-22,1	-22,4	-3,5
	Dr. Art. %*		20,9	18,2	8,1	-2,0	8,7	11,0	15,2	18,0	19,3	22,5	25,6	14,8
	Mür. Art. %*		-2,6	7,3	4,2	21,3	14,9	15,2	49,2	53,6	65,7	57,2	62,0	23,0
Polonya	KOMS*	45,3	34,5	34,8	35,0	36,3	35,0	34,6	35,1	34,5	35,3	35,1	34,9	35,8
	MSD*		-23,9	-23,2	-22,7	-19,9	-22,8	-23,7	-22,6	-24,0	-22,1	-22,6	-23,1	-21,1
	Dr. Art. %*		-14,5	-7,0	-6,4	-6,1	-3,9	-3,7	-1,0	-0,2	3,6	4,4	5,1	-3,4
	Mür. Art. %*		12,3	21,1	21,2	17,3	24,5	26,2	27,8	31,3	33,0	34,8	36,6	22,8
İsveç	KOMS*	120,9	135,3	143,5	147,3	148,0	153,8	157,1	160,1	163,2	212,9	202,4	191,9	155,5
	MSD*		12,0	18,8	21,8	22,4	27,3	30,0	32,5	35,0	76,2	67,5	58,8	28,7
	Dr. Art. %*		5,7	18,6	22,7	24,4	31,2	35,2	39,1	43,3	82,8	76,1	69,1	30,6
	Mür. Art. %*		-5,6	-0,1	0,7	1,6	3,1	4,0	5,0	6,1	3,8	5,2	6,5	0,9
Türkiye	KOMS*	50,3	35,6	26,5	25,2	25,8	23,4	23,8	23,4	23,6	23,3	22,9	22,8	28,1
	MSD*		-29,1	-47,3	-50,0	-48,6	-53,4	-52,7	-53,4	-53,0	-53,7	-54,4	-54,6	-44,2
	Dr. Art. %*		9,7	23,0	29,0	34,3	41,3	45,8	47,9	53,6	57,5	63,1	66,5	34,3
	Mür. Art. %*		54,7	133,6	157,8	161,4	203,1	208,3	217,4	226,6	239,9	257,4	266,9	159,4
OECD Ort.		55,8	55,7	59,6	56,1	57,3	56,4	55,7	56,1	56,1	55,8	56,4	58,0	58,6

*KOMS= Kişi Başı Ortalama Muayene Süresi; MDS= Kişi Başı Ortalama Muayene Süresi Değişimi (2002 Baz Yılına Göre); Dr. Art.: Hekim Artış %si ((2002 Baz Yılına Göre); Mür. Art. %'si (2002 Baz Yılına Göre).

Tablo 5'te yer alan bulgulara göre, Türkiye'de 2002 yılında kişi başı ortalama muayene süresi yaklaşık 50 dakika iken, her geçen yıl bu sürenin azalarak 2018 yılına gelindiğinde yaklaşık 23 dakikaya düştüğü görülmektedir. 2002 yılı ile karşılaştırıldığında 2018 yılında muayene sürelerinin azaldığı diğer ülkeler Macaristan, Japonya, Letonya, Litvanya, Hollanda ve Polonya'dır. Bunların dışındaki 13 ülkede ise kişi başına ortalama muayene sürelerinin arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca kişi ortalama muayene süresinin 2018 yılı için en düşük olduğu ülkenin 16 dakika ile Güney Kore olduğu tespit edilmiştir. OECD ortalamasının 2002 yılında yaklaşık 56 dakika iken 2018 yılında 58 dakikaya çıktığı bulunmuştur. Bu bulgulara göre Türki-

ye'de kişi başı ortalama muayene süresinin OECD ortalamasının altında olduğu sürenin azaldığı görülmektedir. Türkiye'de hekim sayısının yıllar itibarıyla önemli ölçüde artmasına karşılık bu artışın muayene süresine yansımamasındaki önemli etkenden birisinin müracaat sayılarındaki önemli artış olabileceği değerlendirilmektedir (müracaat artış oranı baz yıla göre 2018 yılında %266 artmıştır).

Tablo 5'teki bilgilere göre, kişi başı ortalama muayene süresinin en yüksek gerçekleştiği ülkenin İsveç olduğu anlaşılmaktadır. İsveç'te 2002 yılında kişi başı ortalama muayene süresi yaklaşık 121 dakika iken, bu süre 2018 yılında 191 dakikaya çıkmıştır. Ayrıca İsveç 2002 yılına göre muayene süresinin 2018 yılında en

fazla arttığı ülkeler arasında Danimarka (%76) ve Avusturya'nın ardından (%62) yaklaşık %59'luk artışla üçüncü sırada yer almaktadır. İsveç için hekim sayısında yaşanan %69'luk artışın önemli ölçüde muayene sürelerinin artışına yansımada söylemek mümkündür.

Tablo 5'teki sonuçlardan, Macaristan'da 2002 yılında yaklaşık 37 dakika olan kişi başı ortalama muayene süresinin 2018 yılında %6,5 azalarak 34 dakikaya gerilediği tespit edilmiştir. Macaristan'da hekime başvurusunun baz yıla göre azalması ile birlikte, hekim sayısının da azalmasının bu sonuçta etkili olabileceği düşünülmektedir. Benzer şekilde Letonya ve Litvanya'da da hekim sayısındaki önemli azalışların, ciddi ölçüde kişi başına muayene süresini azalttığı görülmektedir. Tablo 5'te dikkat çeken bir ülke de Almanya'dır. Almanya'da kişi başı ortalama muayene sürelerinin çok önemli değişikliğe uğramadığı görülmektedir. Almanya'da 2002 yılında kişi başı ortalama muayene süresi 45,5 dakika iken 2018 yılında 45,6 dakika olmuştur. Ayrıca Almanya'da hekim artış yüzdesi ile müracaat artış yüzdelерinin de birbirine yakın bir seyir izlediği anlaşılmaktadır. Bu bulgudan, toplumun hastalık yükünün belli bir düzeyde olmasının yanında, hekim sayısını bununla doğru orantılı artırmanın belli bir standardı yakalamada etkili olabileceği değerlendirilmektedir.

4. Sonuç

Bu çalışma, Türkiye ile birlikte 18 OECD ülkesinde kişi başı muayene sürelerinin 2002-2018 yılları arasındaki gelişimini ortaya koymak ve söz konusu yıllar arasında ortalama muayene sürelerini karşılaştırmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Ayrıca çalışmada hekim sayıları ve müracaat sayılarındaki değişimlerin muayene sürelerindeki değişim ile ilişkisi ortaya konulmaya çalışılmıştır. Çalışmada 2018 yılında 18 OECD ülkesi içinde bin kişi başına düşen hekim sayısı en düşük olan ülkenin Türkiye olduğu en yüksek olan ülkenin ise, Avusturya olduğu ortaya çıkmıştır. Yine çalışma sonucunda Türkiye'nin hekime kişi başı müracaat sayısında artış gerçekleşen ülkeler arasında ilk sırada yer aldığı, en fazla azalış gerçekleşen ülkenin ise Danimarka olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma sonucunda ülkelerin kişi başına ortalama muayene süreleri açısından, Türkiye'de kişi başı ortalama muayene süresinin her geçen yıl azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Yine Türkiye'de kişi başı ortalama muayene süresinin OECD ortalamasının altında olduğu da tespit edilmiştir. Türkiye'de hekim sayısının yıllar itibarıyla önemli ölçüde rağmen muayene sürelerinin artmamasındaki önemli bir etkenin müracaat sayılarındaki önemli artış olabileceği değerlendirilmektedir.

Hastaya yeterli sürenin ayrılması, hekim-hasta ilişkisini güçlendirmesinin yanında hasta memnuniyetini artırması, sağlık problemlerinin daha iyi ortaya konularak hizmet kalitesini ve etkililiğini artırmak açısından son derece önemlidir (Çıraklı ve Gözlü, 2019). Bu nedenle hekim sayısının artırılması önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmakla birlikte Türkiye için hekim sayısı artışının muayene süresine yansımaması başka önlemler almayı gerekli kılmaktadır. Bu kapsamda önerilebilecek uygulamaların başında randevu sistemi gelmektedir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler için internet üzerinden randevu sistemi, "MHRS – Merkezi Hekim Randevu Sistemi" dir. Telefonla randevu için ise "ALO182" çağrı merkezi bu işlevi görmektedir. Sağlık Bakanlığı MHRS istemi 2018 yılında Dünya Çağrı Merkezi Ödülleri'nde "Dünyanın En İyisi" ödülünü almıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2018; Çıraklı, 2019). Bu sistemleri kullanarak polikliniklere başvurma hastalar açısından hizmet sürecini önemli ölçüde kolaylaştırarak hastalara yeterli süre ayırmanın gelişebileceği değerlendirilmektedir.

Çalışmada kişi ortalama muayene süresinin 2018 yılı için en düşük olduğu ülkenin 16 dakika ile Güney Kore olduğu tespit edilmiştir. Kişi başı ortalama muayene süresinin en yüksek olduğu ülke ise İsveç olarak bulunmuştur. İsveç ile birlikte Danimarka ve Avusturya muayene süreleri en fazla artan ilk üç ülke olmuştur. Bu ülkelerdeki artışlarda hekim sayısındaki önemli artışların etkili olabileceği değerlendirilmektedir. Bindiği gibi muayene sürecinin en önemli hizmet sunucusu hekimlerdir ve muayene sürelerinin uzunluğu büyük ölçüde hekime bağlı olarak değişmektedir. Bu kapsamda hekim sayısının artırılmasının hastaya yeterli zamanı ayırmada temel bir unsur olduğunu ve hekimin hastaya ayırdığı süre artarken hasta yükünün de azalmasının hizmet kalitesine etkisi olacağı açıktır.

Çalışmada elde edilen bulgular sonucunda, ülkelerin hekim sayısındaki önemli azalışların, kişi başına muayene süresini azalmasına önemli ölçüde etkide bulundukları değerlendirilmesi yapılmaktadır. Bu kapsamda, ülkelerin hekim sayılarını toplumun hastalık yükünü dikkate alarak artırmalarının önemli bir unsur olduğu değerlendirilmektedir. Zira çalışmada Almanya'da hekim sayısı artışı ile müracaat sayısı artışının paralellik göstermesi ve nihayetinde kişi başı ortalama muayene sürelerinin çok önemli değişikliğe uğramamış olması hekim sayısını hastalık yükünü dikkate alarak artırmanın önemini ortaya koymaktadır. Bu kapsamda toplumun hastalık yükünün belli bir düzeyde olmasının yanında, hekim sayısını bununla doğru orantılı artırmanın belli bir standardı yakalamada etkili olabileceği değerlendirilmektedir.

Sonuç olarak muayene sürelerinin yeterli olması hizmet kalitesi açısından önemli bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Muayene sürelerinin yeterli uzunlukta olması hizmet memnuniyetini artırmasının yanında tedavinin daha etkin olmasına da katkı sağlamaktadır. Bu kapsamda muayene sürelerinin yeterli uzunlukta olması hekimin zaman baskısı nedeniyle tetkik istemesine önleyerek daha etkin bir hizmet sunumuna imkan sağlayabilir. Yine muayene süreleri hekimlerin reçete yazma davranışını da etkileyebilir. Bu kapsamda Serçe ve Bakır (2013) poliklinik başvurularında fiziki muayene sürelerinin uzun tutmanın antibiyotik reçete edilmesini azalttığı sonucuna ulaşmışlardır.

Bu araştırmada 18 OECD ülkesinde bir hekimin pratik kapasitesi dikkate alınarak kişi başı ortalama muayene süreleri hesaplanmış ve ülkeler karşılaştırılmış olmakla birlikte araştırmanın bazı önemli sınırlılıklar bulunmaktadır. İlk olarak araştırmada hesaplanan kişi başı ortalama muayene süreleri hekimlerin hafta içinde çalıştığı, yıllık 30 gün izin kullandıkları, günlük 8 saat duraksama olmadan çalıştıkları ve ülkedeki tüm hekimlerin muayene yaptığı varsayımları altında elde edilmiştir. Bu nedenle elde edilen sürelerin gerçek durumu yansıtmaya olasılığının düşük olduğu dikkate alınarak sonuçlar yorumlanmalıdır. İkinci olarak kişi başı ortalama muayene süreleri hekim sayıları ve müracaat sayıları dikkate alınarak karşılaştırıldığı için muayene sürelerini etkileyebilecek diğer faktörler dikkate alınmamıştır. Ancak muayene sürelerini gerçekte etkileyebilecek bunların dışında birçok faktör bulunmaktadır. Üçüncü olarak hesaplanan kişi başı ortalama muayene sürelerinin artışının iyi bir durum olduğu bakış açısıyla yorumlar yapılmıştır. Ancak burada hesaplanan muayene süreleri içinde bekleme zamanları dikkate alınmadığı için sürenin ne kadarının bekleme ne kadarının muayene için harcandığına dair bir veri yoktur. Bu yüzden muayene süresi artışının her zaman iyi bir durum olabileceği şeklinde algılanmamalıdır.

Bu çalışmanın, sınırlılıklarına rağmen, hizmet kalitesi açısından önemli bir unsur olan muayene sürelerinin makro düzeyde ülkeleri karşılaştırması açısından alana önemli bir katkısının olabileceği değerlendirilmektedir. Bu açıdan fiili muayene süreleri ile yapılacak başka bir çalışmada daha sağlam sonuçların elde edilmesi mümkün olabilecektir. Ayrıca muayene sürelerini etkileyen diğer değişkenleri de içine alacak daha kapsamlı bir çalışmaya yol gösterebileceği de değerlendirilmektedir. Yine sağlıkla ilgili veriler sunan WHO, OECD veya World Bank gibi kuruluşların muayene süreleriyle ilgili makro düzeyde ulusal verileri toplayıp

ilgililere sunacak bir veri tabanı oluşturmaları konu ile ilgili çalışmaların sayısını arttırabilecektir.

5. Kaynaklar

- Casey, D. L., McKay, M., Rosenthal, C. & Darnell, C. (1998). Assessment of hospital-related stress in children and adolescents admitted to a psychiatric inpatient unit. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 11(4), 135-145.
- Cirhinlioğlu, Z. (2017). *Sağlık sosyolojisi* (7. Basım). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Çelik, Y. (2013). Poliklinik ve Klinik Hizmetleri Yönetimi. Y. Çelik (Ed.), *Sağlık Kurumları Yönetimi-II* (ss. 28-57). Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2861.
- Çıraklı, Ü. (2019). *Sağlık Kurumlarında Poliklinik ve Klinik Hizmetleri*. Y. Akbulut (Ed.), *Sağlık Kurumları Yönetimi-II* (ss. 108-137). Erzurum: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını.
- Çıraklı, Ü. ve Gözlü, K. (2019). Hekim-Hasta, Hasta-Hastane İlişkileri. Ö. Özer ve Fa. Şantaş (Eds.), *Sosyolojik Boyutlarıyla Sağlık* (ss. 45-73). Ankara: Nobel Yayınevi.
- Göğüs Hastalıkları polikliniklerinde hastaya ayrılacak süre ne olmalıdır?. *Türk Toraks Derneği 19. Yıllık Kongresi Bildiri Kitabı*.
- James, T. L., Calderon, E. D. V. ve Cook, D. F. (2017). Exploring patient perceptions of healthcare service quality through analysis of unstructured feedback. *Expert Systems With Applications*, 71, 479-492.
- OECD. (2020). *Healthcare Utilization*. <https://stats.oecd.org/> (Erişim Tarihi: 17 Şubat 2020).
- Serçe, Ö. ve Bakır, M. (2013). Poliklinik Başvurularında Fizik Muayene Süresini Uzun Tutmak Antibiyotik Reçete Edilmesini Azaltıyor. *Güncel Pediatri Dergisi*, 11, 45-50.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2018a). MHRs dünyanın "En İyisi" seçildi. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,26188/mhrs-dunyanin-en-iyisi-secildi.html>, (Erişim Tarihi: 6 Haziran 2019).
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. & Akbolat M. (2019). *Sağlık işletmeleri yönetimi* (Gözden Geçirilmiş p. basım). Ankara: Nobel Yayınevi.
- TÜİK. (2020). Hekim sayısı, hekim başına düşen kişi sayısı ve hekim başına hasta müracaat sayısı, 2009-2018. http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1612 (Erişim Tarihi: 17 Şubat 2020).
- Türk Tabipleri Birliği. TTB 2014-16 Yıllık Çalışma Raporu. 2016.

Türk Torak Derneği. (2016). Muayene Süresi. <https://www.toraks.org.tr/news.aspx?detail=3426>, (Erişim Tarihi: 10 Haziran 2019).

Uğurluoğlu, Ö. (2013). Sağlık Kurumları Kuruluş Yeri Çalışmaları. Y. Çelik (Ed.), Sağlık Kurumları Yönetimi II (ss. 2-28). Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2861.

World Bank. (2020). Health Nutrition and Population Statistics. <https://databank.worldbank.org/home.aspx> (Erişim Tarihi: 17 Şubat 2020).

Yardım, M. ve Eser, E. (2017). Ayaktan tanı ve tedavi başvurularında hasta başına kaç dakika ayrılmalıdır?. Turk J Public Health, 15(1), 58-67.