

USKAF III Arama Konferansı Raporu

Prof. Dr. Nuh Zafer Cantürk * Doç. Dr. Hatice Camgöz Akdağ
Editörler

USKAF III

Ulusal Sağlıkta Kalite Forumu
National Health Quality Forum

HEALTH QUALITY PRACTICE
AND MENTORSHIP

SAĞLIKTA KALİTE
UYGULAMALARI
VE MENTORLUK

www.uskaf.com

Yer / Venue:

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Siyami Ersek Kalp Damar Hastanesi Konferans Salonu
Üsküdar / İstanbul

Düzenleyen / Organized by:



Aralık / December 2017

02

Cumartesi / Saturday

ULUSAL SAĞLIKTA KALİTE FORUMU (USKAF)

AMAÇ

Ulusal Sağlıkta Kalite Forumunun üçüncüsünün düzenlenmesinin amacı; Sunulan sağlık hizmetleri için yeterli düzeyde kalite sonuçlarının toplanması ve duyurulması, hizmetin kalitesinin yükseltilmesi, sağlık çıktılarına göre standartların geliştirilmesi, hasta güvenliği ve bakım etkinliğinin öncelikli hale getirilmesi, hizmetlerde ve yönetimde koordinasyon ve entegrasyon oluşturulması, sağlık kalitesi üzerine veri sistemlerinin oluşturulması, var olanların geliştirilmesi ve sürekli profesyonel eğitim ve gelişmeye yönelik ihtiyaçlar için standartların belirlenmesi ve kılavuzların yazılmasıdır.

Bu amaç ve hedeflere ulaşmak için Eğitim / Brainstorming / Forcastorming / Headhunting / Proje Geliştirme / Analiz & Tartışma gibi araçlar kullanılacaktır.



ARAMA KONFERANSLARI

USKAF, beş farklı konferans ile amaçlarına ulaşmayı hedeflemektedir:

1. Toplantı:

Terminoloji ve Veri Toplama

14 Mayıs 2016

2. Toplantı:

**Değerlendirme, Durum Analizi ve Amaç/Hedef Geliştirme, Yoklama:
Sağlıkta Endüstri4.0**

18 Nisan 2017

3. Toplantı:

**Değerlendirme, Durum Analizi ve İyileştirme Metodolojisi Geliştirme:
Sağlıkta Kalite Uygulamaları ve Mentorluk**

02 Aralık 2017

4. Toplantı

**Değerlendirme, Durum Analizi ve İyileştirme Metodolojisi Geliştirme:
Sağlıklı Yaş Alma ve Kalite**

17-18 Ekim 2018

5. Toplantı

**Değerlendirme, Durum Analizi ve İyileştirme Metodolojisi Geliştirme:
Sağlıkta Kariyer; Sağlık Sektöründe Mühendislik ve Biyomedikal Konferansı**

18-19 Şubat 2019

DÜZENLEME KURULU



Mehmet Karaca
İTÜ
Rektör



Sadettin Hülagü
Kocaeli Üniv.
Rektör



Cevdet Erdöl
Sağlık Bilimleri Üni.
Rektör



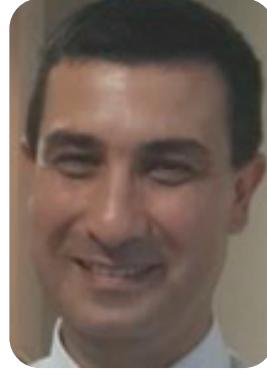
Fahrettin Keleştemur
TÜSEB
Başkan



Hatice Camgöz Akdağ
İTÜ, İşletme Müh. Öğr. Üy.
Sağlık Sistemleri Yön.
Anabilim Dalı Başkanı



Nuh Zafer Cantürk
Kocaeli Üniversitesi
SAKİD Başkanı



Bahadır Güllüoğlu
SENATÜRK
Başkan



Abut Kebudi
SENATÜRK
Başkan Yrd.



Mustafa Berktaş
Sağlık Bilimleri Üni.
Rektör Yardımcısı



Alp Üstündağ
İTÜ, İşletme Fak.
Dekan Yrd.

DANIŞMA KURULU

Abut Kebudi, Prof. Dr., SENATÜRK Başkan Yrd.
Bahadır M. Güllüoğlu, Prof. Dr., SENATÜRK Başkanı
Cem Yılmaz, Dr., İstanbul Onkoloji Hastanesi
Cevdet Erdöl, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörü
Ercüment Çiftçi, Prof. Dr. Kocaeli Üniversitesi Rektör Yardımcısı
Erhan Bulutçu, Dr. Koç Üniversitesi Öğretim Üyesi
Fahrettin Keleştimur, TÜSEB Başkanı
Faysal Dane, Prof. Dr. Emsey Hospital
Fethi Çalışır, İstanbul Teknik Üniversitesi, İşletme Fakültesi Dekanı
Francesca Colombo, Head, Health Division, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)
Gökhan Akbulut, Prof. Dr. Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Yöneticisi
Hatice Camgöz Akdağ, Prof. Dr., İstanbul Teknik Üniversitesi, İşletme Fakültesi İşletme Mühendisliği Öğretim Üyesi
İrfan Çiçin, Prof. Dr. Trakya Üniversitesi Öğretim Üyesi
Kadir Doğruer, Yrd. Doç. Dr. Avrasya Hospital
Mehmet Aliustaoğlu, Prof. Dr. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Öğretim Üyesi
Mehmet Karaca, Prof. Dr., İstanbul Teknik Üniversitesi Rektörü
Metin Çakmakçı, Prof. Dr., Anadolu Sağlık Merkezi
Muhsin Bayık, PhD Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesi
Mustafa Berktaş, Prof. Dr. TÜSEB Başkan Yardımcısı
Nuh Zafer Cantürk, Prof. Dr., Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Başhekimisi, SAKİD Başkanı
Nurhan İnce, Prof. Dr. İstanbul Üniversitesi, Çapa Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi
Nurullah Zengin, Prof. Dr. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimisi ve Yöneticisi
Oğuz Caymaz, Prof. Dr. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi
Oğuzhan Deyneli, Prof. Dr. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi
Rauf Gönenç, OECD Türkiye Masası Şefi
Rejin Kebudi, Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi
Rıfat Atun, Prof. Dr. Harvard Üniversitesi'nin Küresel Sağlık Sistemleri Bölüm Direktörü
Sadettin Hülagu , Prof. Dr. Kocaeli Üniversitesi Rektörü
Selim Zaim, Prof. Dr. İstanbul Teknik Üniversitesi Endüstri Mühendisliği Bölüm Başkanı
Sina Ercan. Prof. Dr. Yeditepe Üniversitesi
Zafer Utkan, Prof. Dr. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı



Prof. Dr. Hatice CAMGÖZ AKDAĞ

İstanbul Teknik Üniversitesi,
İşletme Fakültesi, İşletme Mühendisliği Öğretim Üyesi
Sağlık Sistemleri Yönetimi Anabilim Dalı Başkanı
İstanbul Teknik Üniversitesi Kalite Koordinatörü

Geleneksel sağlık sistemleri, hastaneler, tedavi süreçleri, hasta-doktor ilişkileri günümüzde dijital bir dönüşüm yaşayarak yeni bir yapıya bürünmektedir. Özellikle elektronik, bilgi ve iletişim teknolojilerinde yaşanan gelişmeler bu dönüşümü daha da hızlandırmıştır. Akıllı robotlar, sensörler, gelişmiş veri depolama ve analiz sistemleri ve daha birçok teknoloji bu dönüşümde kilit rol oynamaktadır. Kendi kendini yönetebilen, denetleyen ve optimize eden bu otonom sistemler hayatımızı özellikle sağlık sisteminde şekillendirmeye başlamıştır. Şirketler açısından değer zincirleri yeniden oluşmakta, yöneticiler kararlarını bu yeni çağın gerekliliklerine göre vermek ve değişime ayak uydurmak zorundadır. Ülkemizde ve dünyada Sağlık endüstrisi en çok önem verilen endüstrilerden biri haline gelmiştir. USKAF III'ün düzenlenmesinde emeği geçen herkes adına sizleri selamlamaktan onur duyuyorum.

Saygılarımla,

AMAÇ	1
ARAMA KONFERANSLARI	2
DÜZENLEME KURULU	3
DANIŞMA KURULU	4
SUNUŞ	5
İÇİNDEKİLER	6
PROGRAM	8
USKAF OTURUM NOTLARI	10
AÇILIŞ KONUŞMALAR	10
Prof. Dr. Nuh Zafer Cantürk	
Prof. Dr. Ercüment Çiftçi	
Prof. Dr. Mustafa Berktaş	
Prof. Dr. Kadriye Kart Yaşar	
KONFERANS VE PANELLER	19
Konferans I-4.0 Endüstri Devrimi Sağlık Sektörüne Ne Getiriyor?	19
Dr. Mehmet Hızarcı	
Panel I-Optimum Sağlık Hizmeti İçin Gereken İhtiyaçlardaki Küresel Değişimler	24
Moderatör: Banu Başaran	
Panelistler: Yrd. Doç. Dr. Kadir Doğruer, Doç. Dr. Gürkan Sert, Prof. Dr. Hasan Aydınlık, Dr. Ali Arslanoğlu	
Konferans II-Sağlık Hizmetinde Kalite İçin Yapısal Gereklilikler	37
Oturum Başkanı: Prof. Dr. Mustafa Berktaş	
Konuşmacı: Doç. Dr. Hatice Camgöz Akdağ	
Panel II- Sağlıkta Kalite	45
Moderatör: Prof. Dr. Gökhan Akbulut	
Panelistler: Prof. Dr. Semih Başkan, Dr. Hakan Usta, Prof. Dr. İsmail Cinel, Doç. Dr. Umut Beylik	

Özel Oturum Konuşmacı: Temel Akgün	56
Konferans III-Sağlık Hizmetinde Uygulamalar: İyi Klinik Uygulamalar Araç mı Hedef mi? Oturum Başkanı: Prof. Dr. Kemal Memişoğlu Konuşmacı: Dr. Cüneyt Tuğrul	63
Panel III- Sağlık Hizmetinde Uygulamalar: İyi Klinik Uygulamaları Araç Mı Hedef Mi? Moderatör: Prof. Dr. N. Zafer Cantürk Panelistler: Doç. Dr. Semra Kayataş Eser, Dr. İsmail Bozkurt, Yrd. Doç. Dr. Kadir Doğruer, Dr. İbrahim Halil Kayral	67
Konferans IV- Hasta Güvenliği, Memnuniyet ve Etkinlik Açısından Ölçülebilir Çıktılar Oturum Başkanı: Prof. Dr. Ercüment Çiftçi, Prof. Dr. Abut Kebudi Konuşmacı: Prof. Dr. N. Zafer Cantürk	82
Panel IV- Günün Özeti Moderatör: Doç. Dr. Atakan Sezer Panelistler: Prof. Dr. Çağlar Çuhadaroğlu, Dr. Tuncay Palteki, Prof. Dr. Elif Dikmetaş Yardan, Demet Gökmen Kavak	94
SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	97
BASINDA USKAF III	99
USKAF III FOTOĞRAFLARI	100

Ulusal Sağlıkta Kalite Forumu III National Health Quality Forum III

08:30 OPENING ADDRESS / AÇILIŞ

N. Zafer Cantürk / Başhekim
Kocaeli Üniversitesi AUH (CEO, Kocaeli University Hospital)

Mehmet Karaca / Rektör, İstanbul Teknik Üniversitesi
(Rector, Istanbul Technical University)

Saadettin Hülagü / Rektör, Kocaeli Üniversitesi
(Rector, Kocaeli University)

Cevdet Erdöl / Rektör, İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi
(Rector, Istanbul Health Sciences University)

Fahrettin Kelaştimur / TÜSEB BAŞKANI (President, Turkish Institute of Health)

09:00 OTURUM / CHAIR

Conference "What 4.0 Industrial Evolution Would Bring to Health Sector?"
Konferans "4.0 Endüstri Devrimi Sağlık Sektörüne Ne Getiriyor?"

OTURUM BAŞKANI
Bahadır M. Güllüoğlu

KONUŞMACI
Mehmet HIZARCI

09:30 09:30 PANEL

Panel "Global Change in Needs for Optimum Health Care"
Panel "Optimum Sağlık Hizmeti İçin Gereken İhtiyaçlardaki Küresel Değişimler"

MODERATÖR YÖNETİCİ
Banu Başaran

PANELİSTLER
Kadir Doğruer, Gürkan Sert, Hasan Aydınlik, Ali Arslanoğlu

10:30 COFFEE BREAK / KAHVE MOLASI



11:00 KONFERANS / CONFERENCE

Conference "Structural Needs for Quality in Health Care"
Konferans "Sağlık Hizmetinde Kalite İçin Yapısal Gereklilikler"

OTURUM BAŞKANLARI
Mustafa Berkeş, Hatice Camgöz Akdağ

KONUŞMACI
Metin Çakmakçı

11:30 PANEL

MODERATÖR YÖNETİCİ
Gökhan Akbulut,

PANELİSTLER
Semih Başkan, Hakan Usta, İsmail Cinel, Umut Baylık

12:30 LUNCH / ÖĞLE YEMEĞİ



13:30 KONFERANS / CONFERENCE

Conference "Health Care Procedures: Target or Tool for Good Clinical Practice"
Konferans "Sağlık Hizmetinde Uygulamalar: İyi Klinik Uygulamalar İçin Araç Mı Hedef Mi?"

OTURUM BAŞKANLARI
Kemal Memişoğlu, Fethi Çalıcı

KONUŞMACI
Metin Çakmakçı

Düzenleyen Kuruluşlar



Ulusal Sağlıkta Kalite Forumu III
National Health Quality Forum III

14:00

PANEL

MODERATÖR YÖNETİCİ
N. Zafar Cantürk

PANELİSTLER

Semra Kayataş Eser, Cüneyt Tuğrul, İsmail Bozkurt, Kadir Doğruer, İbrahim Halil Kayral

15:00

COFFEE BREAK / KAHVE MOLASI



15:30

KONFERANS / CONFERENCE

Conference "Measurable Outcomes on Patient Safety, Satisfaction and Efficacy"

Konferans "Hasta Güvenliği, Memnuniyet ve Etkinlik Açısından Ölçülebilir Çıktılar"

OTURUM BAŞKANLARI

Ercüment Çiftçi, Abut Kebudi

KONUŞMACI

N. Zafar Cantürk

16:00

PANEL

MODERATÖR YÖNETİCİ

Atakan Sezer

PANELİSTLER

Çağlar Çuhadaroğlu, Tuncay Palteki, Elif Dikmetaş Yordan, Demet Gökmen Kavak

17:00

KAPANIŞ / ADJOURN

N. Zafar Cantürk & Bahadır M. Güllüoğlu

Düzenleme Kurulu:

- CEVDET ERDÖL, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörü
- MEHMET KARACA, İstanbul Teknik Üniversitesi Rektörü
- SADETTİN HÜLAGÜ, Kocaeli Üniversitesi Rektörü
- FAHRETTİN KELEŞTEMUR, TÜSEB Başkanı
- MUSTAFA BERKTAŞ, Bakırçay Üniversitesi Rektörü
- NUH ZAFER CANTÜRK, Kocaeli Üniversitesi Eğitim ve Uygulama Hastanesi Başhekimi, SAKİD Başkanı
- BAHADIR M. GÜLLÜOĞLU, SENATURK Başkanı
- ABUT KEBUDİ, SENATURK Başkan Yardımcısı, Okan Üniversitesi Öğretim Görevlisi
- HATİCE CAMBÖZ AKDAĞ, İstanbul Teknik Üniversitesi
- ALP ÜSTÜNDAĞ, İstanbul Teknik Üniversitesi

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

USKAF III

Ulusal Sağlıkta Kalite Forumu
National Health Quality Forum

Düzenleyen Kuruluşlar




OTURUM NOTLARI

02 Aralık 2017 da, İstanbul Teknik Üniversitesi'nde gerçekleştirilmiş olan Ulusal Sağlıkta Kalite Forumu (USKAF) III oturum notları aşağıda verilmiştir.

AÇILIŞ KONUŞMALARI

Prof. Dr. Nuh Zafer Cantürk'ün Açılış Konuşması:

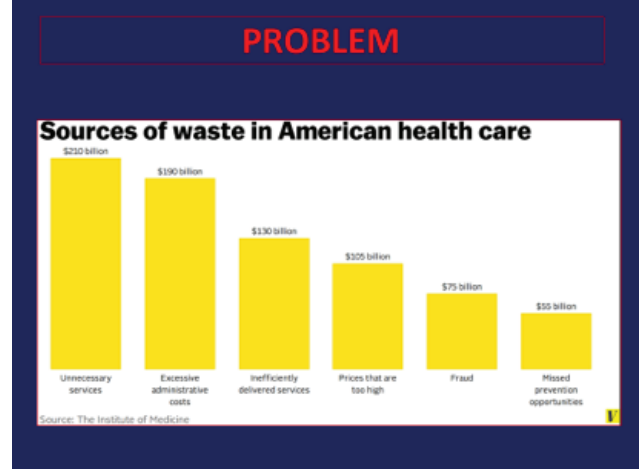
Sayın Rektör, Değerli Hocalarım ve değerli katılımcılar Dünya Sağlık Örgütü sağlık hedeflerini şöyle belirtmiş, önlenabilir hastalığı önleyelim, tedavi edilebilir hastalığı tedavi edelim, ağrıyı azaltalım, yaşam kalitesini koruyalım ve sağlık sistemini iyileştirelim hedeflerini koymuş. Ama başta Amerika olmak üzere dünyanın her yerinden kaynaklar cömertçe heba ediliyor.



PROBLEM

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ
SAĞLIK HEDEFLERİ

- ✓ Önlenabilir hastalığı önleme
- ✓ Tedavi edilebilir hastalığı tedavi etme
- ✓ Ağrıyı azaltma, yaşam kalitesini koruma
- ✓ Sağlık sistemini iyileştirme



HEDEF



- Etkinlik
- Güvenlik
- Hasta Memnuniyeti
- Maliyet

KOMPONENT



- Altyapı
- Süreç
- Sonuç

Buna yönelik olarak da bir takım hedefler geliştirilmeye çalışılıyor, dünya sağlık örgütü ve ilgili kurumlar ve gönüllüler etkinliği nasıl arttırabiliriz, hastaların memnuniyetini nasıl arttırabiliriz ve maliyetleri nasıl düşürebiliriz diye bununla ilgili ortak çalışmalar yapılıyor, bu çalışmaların asıl

alt yapı hizmetlerinin oluşturulması arkasından da süreç yönetiminin gerçekleştirilmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi üzerine kurulur.

YARARI ÖLÇMEK



Sonlanım noktalarını ve ölçekleri belirlemek
(etkinlik, nekahat, aarı, yaşam kalitesi, maliyet vb)

Dönemsel sonuç değerlendirimi
(interim analiz; olgu sayısı, zamanı)

BAŞARI KRİTERLERİ

Gerçek bir klinik ihtiyaca cevap vermeli.
Ekonomik olarak kabul edilebilir olmalı.
Katma değer oluşturmali.
Geliştirilebilmeli.
Kolay kullanılabilir olmalı.

Sonuçların değerlendirilmesi, yararın ölçülmesi esasına dayanır ve sunulan noktaları ve ölçekleri belirlemek en önemli adımlardan bir tanesidir ve evrensel değerlendirmeler yapılması gerekiyor. Gerçek başarı kriterinin, gerçek bir kritik ihtiyaca cevap vermesi gerekiyor, ekonomik olarak kabul edilebilir olması gerekiyor, yani siz çok güzel bir hizmet verirsiniz ama ekonomik olarak sürdürülemez ise bir noktada aksar. Bir katma değer yaratması gerekiyor ve yenilenebilir, geliştirilebilir her sürümün diğerinden daha iyi olması gerekiyor, kolay kullanılabilir, ulaşılabilir olması hizmetin başarı kriterleri arasında geliyor.

KLİNİK İHTİYAÇ

Hastanın sonuçlarını belirgin iyileştirmeli.
Hastanın tedaviyi kabulünü kolaylaştırmalı.
Hizmetin verilmesini kolaylaştırmalı.
Maliyeti düşürmeli.
Güvenilir ve tekrar edilebilir olmalı.

Hastanın sonuçlarını belirgin olarak iyileştirmemiz gerekiyor dedik, hastanın tedavinin kabulünü kolaylaştırmamız gerekiyor, hastalar tedavi ve tanı süreçlerini kabul edilebilir ve bunlarla birlikte görmeli, hizmetin verilmesi kolaylaştırılmalı ve maliyet düşürülmeli ve güvenilir ve tekrar edilebilir olmalı dedik. Bunu nasıl yapmak mümkün olabilir? Dünyanın bir çok yerinde çeşitli yöntemler deniyor, şu an mesela yalın anlayışı var, yalın mesela biliyorsunuz Toyota'nın kendi fabrikalarını daha verimli çalıştırabilmek için geliştirdiği bir yöntem ama sağlıkta da dünyanın çeşitli yerlerinde kullanılıyor daha ziyade, daha az iş gücü ile daha az zamanda daha küçük bir mekanda daha az ekipmanla ve daha başarılı, daha çok iş yapabilmeyi hedefliyor, Kaizen'in problem çözmede 7 temel prensibini göstererek ilerliyorum.

Yalın Nedir ?

Yalın tüm hizmet adımlarında değer katmayan tüm israfı ortadan kaldırmayı amaçlar.



Yalın çoğu azla yapmaktır.

Daha az iş gücü ile
Daha az zamanda
Daha küçük mekanda
Daha az ekipmanla
Daha çoğunu yapmak

Kaizen'in Problem Çözmede 7 Temel Prensipleri

1. Problemi kabul edin.
2. Çok para gerektirmeyen projeleri seçin.
3. Önce "kendi" problemlerimize bakın, "onlarınkine" değil.
4. Tek ölçü ekonomik çıkar olmamalıdır.
5. Önceliği saptayın. Projeyi kalite, maliyet, dağıtım vs. ilkelerine dayalı olarak yürütün.
6. Planla, uygula, kontrol et, önlem al (PUKÖ) çevrimini izleyin.
7. Doğru çözüm araçlarını kullanın.

Peki bizde nedir durum? Baktığımız zaman 2002 den günümüze kadar devasa bir dönüşüm gerçekleşmiş durumda. Sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşılabilir, daha kapsayıcı bir sağlık sigorta sistemi var ve sağlık aktivitelerinde bir artış söz konusu ama güncel durumumuza baktığımız zaman halen tereddütler söz konusu, düşük sağlık hizmeti kalitesinin olduğunu söylemek yanlış değil, sağlık çıktıları ile standartların geliştirilememiş olması üzücü, bu konuda kaydedilen veriler var ama işte buradaki gördüğümüz gibi bir avuç insan tarafından yürütülüyor, hasta güvenliği ve bakım etkinliğinin öncelikli hale gelmiş olması, bakanlık sağlıkta kalite standartları çerçevesinde kurumları denetliyor vs. fakat insanların kapıların içerisinde denetlemek çok mümkün olmuyor ve gerekli başarı çok elde edilemiyor diye düşünüyorum.

SAĞLIKTA KALİTE

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)

2002-2013

- Sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşım
- Daha kapsayıcı sağlık sigorta sistemi
 - Sağlık aktivitelerinde artış

OECD Reviews of Health Care Quality TURKEY, 2013

SAĞLIKTA KALİTE

GÜNCEL DURUM

- **Yetersiz düzeyde kalite sonuçlarının toplanması ve duyurulması**
 - **Düşük sağlık hizmeti kalitesi**
 - **Sağlık çıktılarına göre standartların geliştirilmemesi**
- **Hasta güvenliği ve bakım etkinliğinin öncelikli hale gelmemiş olması**
 - **Koordinasyon ve entegrasyon ile ilgili eksiklikler**
- **Sağlık kalitesi üzerine veri sistemlerinin hala oluşturulmamış olması**
 - **Sürekli profesyonel eğitim ve gelişmeye yönelik ihtiyaçlar için standartların ve kılavuzların olmaması**

OECD Reviews of Health Care Quality TURKEY, 2013

Formülasyon ve entegrasyon olayı ile ilgili eksiklikler var, yeni sistemlerin hala iyi noktalara getirilmemiş olması sıkıntılar ve kılavuzların eksikliği başarıyı olumsuz etkiliyor.

SAĞLIKTA KALİTE

- Sağlık harcamaları artıyor!!!
 - Kar marjları azalıyor.
 - Hasta memnuniyeti???
(çok / gereksiz tetkik, bekleme süresi, etkisiz tedavi, masraf paylaşımı)
 - Doktor memnuniyeti???
(Hasta yükü, hukuki problemler, düşük kazanç değeri)

Sonuç itibari ile sağlıkta harcamalar artıyor, kar marjları azalıyor ama hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyeti hala bir takım eksiklikler ile seyrediyor.

SAĞLIKTA KALİTE

HEDEF

Hastalar İçin En Doğru Olanı Yapmak!!!

SAĞLIKTA KALİTE

HEDEF

Kalıcı / Sürdürülebilir Sağlık

Hedef, hastalar için en doğru olanı yapmak, gerçekleştirmek. Kalıcı ve sürdürülebilir bir sağlık hizmetinin sağlanabilinmesini hedeflemek gerekiyor

SAĞLIKTA KALİTE

HASTA MEMNUNİYETİ

Neye Bağlı?

«Hasta Bakım Yolu»
(Patient Care Pathway)



-İyileştirmeler

SAĞLIKTA KALİTE

- DURUM TESPİTİ / RAPORLAMA
- STRATEJİ VERİLMESİ / PLANLAMA
 - EĞİTİM
 - COACHING
- AUDİTING / BENCHMARKING



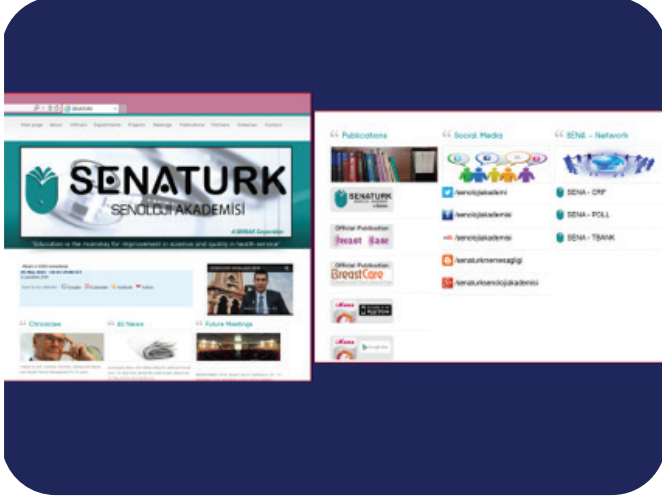
- PROFESYONEL / YETKİN SAĞLIK ÇALIŞANI
- SÜREKLİLİĞİ SAĞLAMIS YETKİN / EFFEKTİF / ENTEGRE KURUMLAR
- RASYONEL FİKİR LİDERLERİ

Bunu yaparken de düşük değerli sağlık hizmetlerinden kaçınmak gerekiyor, bu nasıl yapılabilir? Gereksiz tetkik, gereksiz takipler, hastaların sık aralıklar ile çeşitli tetkikler kullanılarak takip edilmesi hastalarda anksiyeteyi artırıyor ve gereksiz maliyetlere neden oluyor. Gereksiz tarama da meme kanseri tarama sistemindeki gerçekler, gereksiz tedavi ve ilaçların kullanılması, gereksiz cerrahi girişimlerin yapılıyor olması gibi müdahale edilmesi gereken çok nokta olduğunu biliyoruz. Sağlıkta kalitenin artırılabilmesi için girdilerin artırılması gerekiyor, bu girdilerin artırılabilmesi birim hizmet ücretinin artırılması ile olabilir bu da pahalıya mal olabilir.



Hasta talebini arttırmak söz konusu olabilir bu da endikasyondan giriş tutmakla kurum çekiciliğini arttırmak da olabilir yani bunlar da çok doğru yaklaşımlar olmasa gerek, fakat masrafların azaltılması diğer önemli bir husus. Personellerin dağılımı ve etkinliğini arttırmak en önemli unsur. Burada da sıkıntılar olduğunu biliyoruz, çeşitli müdahaleler olması bunların düzgün bir şekilde gerçekleştirilmesini zorlaştırıyor. Gereksiz tetkik ve tedaviler yapılıyor, bunlar ile ilgili azaltma gayretleri sürüyor. Biz kendi hastanemizde bile bunun artık mecburi olarak ekonomik gerekçeler ile yapmak için gayret gösteriyoruz. Tıbbi hataların azaltılması için sağlıkta kalite standartları ile tıbbi hataları azaltma gayretleri var, bu konuda daha çok alınacak yol var. Sonuçta hasta memnuniyeti var, hasta memnuniyeti derken sağlıklı olmakla ilgili memnuniyeti, aldığı hizmetin memnuniyetin önüne geçmesi gerekiyor. Bizim verebildiğimiz sağlık hizmeti hastaların daha sürdürülebilir bir sağlıklı duruma getirebilirse o zaman memnuniyet sağlanmış oluyor, yoksa kafeteryalarımızın, binalarımızın iyileştirilmesi ile hasta memnuniyeti arasında bir anlam yok. Bu konuda durum tespitinin yapılması stratejinin belirlenmesi eğitim, coaching ve karşılaştırmaların yapılması önemli. Profesyonel, yetkin sağlık çalışanlarına ihtiyaç var, sürekliliği sağlamış yetkin, entegre kurumların oluşturulması gerekiyor. Rasyonel fikir liderlerinden de yararlanmak gerekiyor. İyi bir yol haritası ile bunu başarabileceğine inanıyorum çünkü Türkiye zor zamanlarda çok zor işleri de başarmış bir ülke, bunları da başaracağına inanıyorum ama bunun için de çok gayrette bulunacağına inanıyorum.

Bu işe nasıl başladık? Senatürk adını koyduk, Senatürk'ü kurmamızın nedeni meme kanseri ile ilgili bilimsel çalışmalar yapmaktı. 6 tane arkadaşımız da Almanya ve İtalya'daki meslektaşlarımızdan destek alarak, onlardan bir takım örnekler almak sureti ile yaptık ama daha sonra bu işin sadece meme kanseri ile olmadığını düşündük ve kalite kavramını da işin içine kattık. Bir anlamda İTÜ'yü de aramıza dahil ettik ve son olarak da sağlıkta kalite için inovasyon derneğini kurduk.



Bu derneği kurunca hedefimiz 2017 yılında Health Quality Istanbul diye bir organizasyon gerçekleştirmektir.

HEALTH QUALİTİSTANBUL 2017

SAĞLIKTA KALİTE İÇİN İNOVASYON DERNEĞİ
(SAKİD)

AMAC

Toplumda genel mutluluk durumunu yükseltecek sağlık ile ilişkili tüm konularda doğa ile barışık, değere dayalı, yerel koşullara uygun yeni kalite ve mükemmeliyet sistem formülleri geliştirecek ortamı ve networku oluşturmak, geliştirilen formülleri/projeleri katma değerli üretime geçirecek girişimciliği destekleyecek araçları sağlamak.



Fakat tabii bunlar büyük masraflara tabii olan girişimler olduğu için öncesinde ulusal sağlıkta kalite forumları düzenleyelim istedik ve başta bizim rektörümüzü sonra Cevdet Bey'i ziyaret ettik ve arkasından da Mustafa Bektaş Hocam bize yardımcı oldu ve birinci ulusal sağlıkta kalite forumunu Mayıs 2016 da Kocaeli Üniversitesi'nde gerçekleştirdik. Orada da arkadaşlarımız büyük özveride bulunarak katıldılar ve bize katkıda bulundular. Katılan dostlarımıza da teşekkür ediyorum.

İkinci toplantıyı da İstanbul Teknik Üniversitesi'nde yaptık, sağlık endüstrisinde 4.0 başlığı altında yaparak bir şey sağlayalım dedik. Nisan 2017 de yaptık ve en son 3. toplantımızı Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nde gerçekleştiriyoruz. Ben buraya geldiğiniz için sizlere ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi'ne, Cevdet Bey'e, Mustafa Hoca'ya teşekkür ediyorum. Hepinizi saygıyla selamlıyorum. İyi ve başarılı bir toplantı olmasını temenni ediyorum.

Prof. Dr. Nuh Zafer CANTÜRK
Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Başhekimisi
SAKİD Başkanı

Prof. Dr. Ercüment Çiftçi'nin Açılış Konuşması:

Sayın Rektörüm, değerli baş hekimlerim, kıymetli hocalarımız, değerli katılımcılar, sağlık sektörünün bir alanında çalışan değerli katılımcılar, 4 yıl önce başhekimimiz Zafer Hoca ile birlikte kalitede ne yapabiliriz diye konuştuğumuzda, biraz önce hocamız özetledi, o zaman bir dernek kurarak yola çıkalım dedik ve hedefimiz 2016-2017 de bir kongre düzenlemektir fakat hedefimizi tutturamadık, şimdi 3. programımızı burada yapıyoruz, inşallah 2018'de ilk kongremizi İstanbul'da yapacağız. Nicel olarak sağlıkta büyük bir gelişme oldu. Biz yaşımız itibari ile 30 yıl önce hekimliğe ilk başladığımızda sağlığın nasıl olduğunu biliyoruz, gerçekten orada hastanın sağlığa ulaşması, hastaneye yatabilmesi ciddi bir aşama gerektiriyor. Bir safra kesesi ameliyatı için hasta bir ay önceden poliklinikten onaylı olacak, hastaneye yatacak, ameliyat sonrasında bir hafta hastanede yatacak daha sonra taburcu olduktan sonra, kontrole gelmesi için bile günlerce, haftalarca bekleyecekti fakat şu an da vardığımız nokta hem teknolojik olarak hem sağlıkta her alandaki dönüşüm ile hasta telefonla randevusunu alabiliyor, safra kesesi ameliyatını gelip sabah oluyor akşam evine gidiyor, daha sonra da hemşire telefon hizmeti ile hiç kontrole gelmeden işini halledebiliyor. Fakat nitelikte biraz sıkıntı doğdu, bunu Mustafa Hoca'mız ile birlikte katıldığımız YÖK toplantılarından biliyoruz. YÖK'te de nitelik olarak, kalite olarak sıkıntımız var bu nedenle kalite kurulu kuruldu. Kalite olarak ne yapabiliriz? Aynı şekilde sağlıkta da, Hasan Bey burada, Tüsev kurul başkanlığımızı da yaptı. Tamam, belli bir noktaya geldik fakat kalitede istediğimizi yakalayamadık. Burada katıldığımız uluslararası toplantılarda Avrupa ve Amerika'da hastaların, çalışanların kalite ile ilgili durumlara baktığımızda bizim almamız gereken daha çok yol var. Bu gördüğümüz, katıldığımız küçük forumlar, toplantılar bunların birer birer adım taşını oluşturuyor, bu toplantıları küçümsememek lazım, katılım sayısı az olabilir fakat bunların her biri bir adımdır, biz bunu 30 yılda gördük. Nereden nereye geldik. Eskiden hasta kayıtlarına ulaşamazdık ancak şu an bütün kayıtlarımız hastanede, bütün görüntüleriniz hastane sisteminde, hasta Türkiye'nin her yerinden laboratuvar sonuçlarını alabiliyor. Bu da otuz yılda kalitede bir noktaya ulaştığımızı gösteriyor ancak hala almamız gereken yollar var. Bu forumda emeği geçmiş herkese çok teşekkür ediyorum.

Saygılarımı sunuyorum.

Prof. Dr. Ercüment Çiftçi
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Mustafa Berktaş'ın Açılış Konuşması:

Günaydın, iyi sabahlar diliyorum, hepinize hoş geldiniz diyorum. Bu toplantıyı düzenleyen ve ciddi emek harcayan Zafer Hocamsa ve tüm ekibe de organizasyondaki başarıları için teşekkür ediyorum. Ben sağlıkta kalite gönüllüsü olarak yaklaşık 15 yıldır bu konuda bir şeyler yapmaya çalışıyoruz. Bundan öncesinde TÜSEB'de iki yıl görev yaptım bildiğiniz üzere, kurumsal akreditasyon sistemini bir yıl içerisinde ulusal geçerliliği olan bir sistemi devreye aldık, şu anda 120 ye yakın yetkilisi var bu sistemin ve 20 civarında sanırım üye var, yaklaşık bu şekilde bir kadromuz var. Türkiye'de bildiğiniz gibi şu anda akredite 20bin civarında hastane var dolayısıyla alınan mesafeyi küçük görmemek lazım, ancak gerçekten standartta ve ya olması gerekene çok uzağız. Yaptığımız çalışmalarda bunun nedenlerini araştırıp çözüm önerilerini de bulmaya da çalışmıştık, buradaki en önemli etkinin ilk öğretimden başlayarak eğitimin hiç bir alanında mesleki alan da dahil ciddi bir kalite ve akreditasyon kapsamındaki bir başlıkta eğitim konusunun olmaması, ben bunu çok önemli bir eksik olarak görüyorum, hatta kurumumuzun böyle bir çalışması da olacaktı yani ilköğretimden başlayarak genel olarak kalite ve akreditasyonla birlikte sağlık alanında kalite ve akreditasyonun hem anlamını hem de bu konudaki bilinci yerleştirme çalışmaları olması gerekiyor. Nitekim hayatının hiçbir döneminde eğitim alanında bu başlıkta bir konuyu bilmeyen insanların bu alanda başarılı olmasını beklemek kadar da bir saflık olamaz. Aşama aşama gerçekleştirip sonrasında ise toplumda her kesimin mutlu olduğu bir sağlık sistemi oluşturma mottomuz var. Çok uzatmadan sizlere teşekkür ediyorum, sağlık alanında kalite alanında çalışmak bana huzur veriyor ve biz yeni kurulan bir üniversiteyiz ancak inşallah 4.

Toplantımızı orada yapmayı teklif ediyor hepinize saygılarımı sunarım.

Prof. Dr. Mustafa Berktaş
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektör Yardımcısı

Prof. Dr. Kadriye Kart Yaşar'ın Açılış Konuşması:

Sayın rektörlerim ve değerli misafirler, bir hafta sonu Cumartesi günü evinizden, ailenizden vakit ayırarak, kaliteye gönül vermiş dostlar olarak buraya geldiğiniz için sizlere teşekkür ederek sözlerime başlamak istiyorum. Bu konuya gönül vermiş insanların çok şeyi gönülden yaptığı için çok şeylerin birlikte eş zamanlı olarak yapıldığına inanıyorum. Gerçekten sağlıkta nereden nereye geldik. Sağlığa erişimin çok zor olduğu bir dönemden şuan oldukça gereksiz tetkikin yapıldığı bir sisteme evirildik, bunun da bu işin doğası gereği olması gerektiğine inanıyorum, mutlaka yeni bir üretim şekline geçildiğinde hatalı ürün çıkabilir ama eninde sonunda doğru üretime ulaşılacağını düşünüyorum. Pek çok Avrupa ülkesinden sağlık konusunda önde olduğumuzu biliyorum. Yine de bir sorun var, özellikle hastalığın sağlığa ulaşması gibi, elde edilen sağlık hizmetinin kalitesi konusunda soru işaretleri var. Gerçekten biz hastaları tedavi ediyoruz, tetkik ediyoruz ama doğru ve uygun tedavi edebiliyor muyuz? , bunun ölçümü yok çünkü hocamızın dediği gibi fiziksel alanların olması çok iyi ancak bilgi asimetrisi nedeniyle hasta kendisine sunulan hizmeti ancak dış göstergesi ile uygulayabiliyor. Gerçek anlamda hizmetin yerinde olduğuna dair veriyi yine biz sağlıkçılar yapacağız ama hem hizmeti yapıp hem bunun doğruluğuna karar vermek bir çelişki oluşturuyor, bunun içinde TÜSEV gibi bağımsız kurumların bu işi başaracağını düşünüyorum. En azından hizmetin kalitesini, etkinliğini ölçebilecek yöntemleri de bu tür toplantılar ile başaracağımızı düşünüyorum. Yine biz sağlıkçılar yapacağız. Bu kadar soruna rağmen 2003-2017 arasında gerçekten çok yol kat edildi ve bu yolu biz sağlıkçılar sırtlayarak kat ettik bunu da mutlaka belirtilmesi lazım. Hasta memnuniyetini çok öncelikledik ama personel memnuniyetini biraz geri bıraktık, buna kendim de hekim olarak inanıyorum, birlikte çalıştığımız arkadaşları bir gerekçe bulamıyorum artık hakikatten yoğun iş yükü altında çalışıyoruz mutlaka çalışan memnuniyetini de arttıracak yöntemleri de bu toplantılarda bulabileceğimizi düşünüyorum. Ben Sağlık Bilimleri Üniversitesi adına sağlıkta kalite bilincinin eğitim döneminden bilinçlere yerleştirilmesine inanıyorum en azından lisans döneminde ya da yüksek lisans döneminde kalite bilincinin öğrencilere verilmesi gerektiğini ve eş zamanlı olarak toplumda da sağlık okuryazar oranının arttırılması gerektiğini düşünüyorum. Ancak bu beyin fırtınası niteliğindeki toplantılar ile mutlaka bunun da yolunu bulacağımıza inanıyorum. Sözlerimi bitirirken tekrar katılımlarınız için teşekkür ediyorum, oldukça verimli bir toplantı olmasını diliyorum.

Prof. Dr. Kadriye Kart Yaşar
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektör Yardımcısı

KONFERANS VE PANELLER

Oturum Başkanı: Prof. Dr. Kadriye Kart Yaşar ve Prof. Dr. Bahadır M. Gulluoglu

Konferans I - 4.0 Endüstri Devrimi Sağlık Sektörüne Ne Getiriyor?

Konuşmacı: Dr. Mehmet Hizarcı, Medipol Üniversitesi

Bahadır M. Güllüoğlu: Hepinize Günaydın, açılış konuşmalarından sonra ilk konferansımızı Mehmet Hizarcı yapacak, kendisi sağ olsun bizim destekçimiz, ana mentorlarımızdan bir tanesi aslında bir tıp doktoru radyoloji uzmanı ama çok farklı alanda doktorluğun dışında son on on beş senedir ilgileniyor, ben kabaca size bilgi vereyim çünkü birazdan yapacağı gerçekten kafa karıştırıcı bir konuşma olacak. Kalite konusunda sanki satranç oynuyormuşuz gibi beş adım on adım sonrasını da düşünmemiz gerekiyor, bunları eğer önceden görebilsek proaktif dediğimiz yani daha olay gerçekleşmeden bir takım şeyleri öngörebilmek geleceğe hızlıca adım atabilmemiz bizim için de önemli. Mehmet Bey, hem Koç Üniversitesinde MBA İşletme mezunu hem Harvard Business School oradaki sağlık hizmetleri ve liderlik kapsamındaki programları bitirmiş ve bugün sağlıkta bizim için değere dayanlı kalite dediğimiz konseptin babası olan Pr. Dr. Michael Porter'in da öğrencilerinden yanlış bilmiyorsam. O yüzden bugünkü konuşma bizim için çok önemli ve son olarak sağlık hukukundaki lisansüstü programı bitirmiş bir kişi, daha önce dediğim gibi radyoloji uzmanı olmasının ötesinde Eczacıbaşı İlaç gibi firmalarda da çalışmış ve bugün, yaklaşık 5 yıldan beri de Medipol Grup'un iş geliştirme koordinatörü kendisi. İlgi alanları gördüğümüz gibi son derece geniş, işin en güzel yanı hem tıp doktoru olmak hem de bu kadar işlere hakim olabilmek konuya daha geniş perspektif açısından bakabilmesini sağlıyor ve organizasyon, liderlik, inovasyon, strateji oluşturma, uygulama, organizasyonda değişim, gelişim, büyüme, verim arttırma, marka hizmet tasarımı, kalite yönetimi gibi bunların hepsine baktığımız zaman aslında Mehmet Bey'in sağlıkta endüstri 4.0 olur mu? Konusunu bize en iyi anlatabilecek kişi olduğunu biliyorsunuz, o yüzden kendisine çok teşekkür ediyorum. Sahne sizin, buyurun Mehmet Hocam.

Dr. Mehmet Hizarcı: Hepinizi saygı ve sevgi ile selamlıyorum. Burada 3. Toplantıda da bulunmaktan büyük mutluluk ve onur duyuyorum. Ayrıca bir başka mutluluğumda sevgili Kardelen Hanım benim sınıf arkadaşım, çoğunuz bilmiyorsunuzdur, sağlık hukuku master sınıfında biz aynı sınıftaydık, yaklaşık 4 sene kadar akşamları mutlu çile çektik, değil mi? Onu da bu vesile ile ve mutlulukla anmak istiyorum.

Şimdi, bu toplantının başında değerli hocalarım, organizatörler, değerli dernek başkanlarımız fikirlerini söylediler ve nitelik nicelik konularına değindiler, işte yine inovasyon sözü geçti, diğer bir takım noktalara değinildi, ben aslında bu sohbete, bu şekilde başlamayı pek tasarlamamıştım, başka bir takım şeylerle, ama bu konuşmaları duyup, bir de ayrıca bu kadar emek ve gayretle bir şeylerin bir adım daha ileri götürülmesine çalışılırken, bir avuç, izninizle dürüst ve açık olmama müsaade edin, bizim evin kızları tarzında hep aynı şekilde işte biz çalar, biz oynarız tarzında olmaktan da biraz buruluyorum, bunu da açıklıkla ifade ediyorum. Bunu değiştirmemiz lazım çünkü buradan asıl konuma geçeceğim. Çünkü ben daha çok sağlıkta 4.0 olur mu diye bir başlıkta konuşmak istiyorum ama o başlığın altında aslında bir miktar ilgi, konferans bir şeyden çok biraz interaksyon, biraz göz açılmasını sağlamaya çalışacağım. Onun içinde de en fazla üzerinde durmak isteyeceğim şey de aslında sağlıkta 4.0 değil, hız ve büyük değişim. Bunun altını çizmeye çalışacağım çünkü bu biraz önce bahsettiğim işte, bir avuç insanız bir şeyleri yapmaya çalışıyoruz, elbette çok takdire şayan hiçbir şey demiyorum ama bu hız ve

büyük değişime ayak uydurmamız bu şartlarda mümkün değil. Buna belki işte bardağın dolu tarafı boş tarafı diye bakılabilir, ben bu tür pollyannacılık gibi noktalar ortaya geldiğinde hep şunu düşünüyorum kendi kendime, ben bardak neyse onu görmeyi tercih ediyorum. Yani dolu tarafı boş tarafı diye şeylerle pek vakit geçirmemiz lazım çünkü tabii ki olumlu olmayı, pozitif yaklaşmayı her zaman desteklememiz ve yapıcı olmanın içinde olmamız, o yolculuğun bir parçası olmamız lazım. Yıkıcı veya işte negatif yaklaşımlar ya da bir takım kritiklere girmememiz lazım. Bir amaç edinmemiz lazım, o bardaktaki suyu içecek miyiz? Üstüne kadar doldurup bizden sonrakilere mi bırakacağız yoksa başka bir takım şeyler ekleyerek, bir sürahiye depo etmek üzere bir taşıma ya da biriktirme aracı olarak mı kullanacağız? Asıl buna bakmamız lazım bizim, öbür türlü habire bir eleştiri çarkı içinde dolanıp gidiyoruz, biraz bu girişle zamanınızı almış olacağım. Size bahsettiğim gibi burada daha çok sağlıkta endüstri 4.0 ve onun etrafındaki bilgilere bir parça değinmek ile birlikte hepimize soruyorum sağlıkta endüstri 4.0 olur mu olmaz mı? Olur diyenler lütfen el kaldırsın. Şimdi sizi bir yolculuğa taşımak istiyorum ben. Kısa bir şekilde şöyle bir baktığımızda niye endüstri 4.0 diyoruz buna? Çünkü 4.0 falan değil o tamamen bilgisayar sürümlerinin olduğu gibi, burada da birinciye 1.0 dediler çünkü bu işi biraz daha cazip, beğenilir kılıyor. 1784 yıllarında ilk defa, burada mekanik ve buhar devrimi var yavaş yavaş kömürlü kara trenlerin olduğu, yandan çarklı nehir gemilerinin olduğu, sonra 1870lerden itibaren elektrik devrimine geçiyoruz. Bu iki dönemin bir özelliği yani endüstri 1.0 ile 2.0'in bir özelliği, bunlar tabii Amerika Birleşik Devletleri ve Kuzey Amerika o zamanlar daha yeni emekleme aşamasında olduğu için, Avrupa, başta İngiltere ve Almanya kökenli oluşumlar ve ya gelişimler. Sonra daha sonra, bizim birçoğumuzun belki en azından okuyarak hatırlayacağı, endüstri 3.0, o zamanlar endüstri 1.0, 2.0 olduğunda insanlar bunların 1.0, 2.0 olduklarını bilmiyorlardı bu isimler bizler sonradan koyduk, 1969 yıllarına baktığımızda elektronik devreye giriyor, otomasyon dönemi başlıyor, bilgisayar devreye giriyor. 4.0 a geldiğimizde bu işte yaklaşık beş altı yıl önce Almanya da ortaya çıktı, ama bu arada 3. Devrim yani elektronik devrimde Amerika biraz liderliği ele aldı. Yani işte Amerika kaynaklı bir takım bilgisayarlar, IBMler vs. 3. Endüstri döneminde ortaya çıkan şeyler, 4. De ise Almanya demiştik ama Almanya liderliği yine Amerika'ya kaptırdı. Almanya niye böyle bir şeye girdi? Çünkü Almanya gördü ki, Amerika bir takım şeylerde aldı başını gidiyor ve değer yaratan yani bir başka deyişle bizim güzel deyişlerimizden yükte hafif pahada ağır işlerde Amerika öne geçmeye başladı, bunu nasıl değiştiririz diye bakarken, ismini 4.0 kendilerinin koyduğu bir alana girdiler. Peki niye endüstri deniyor ve niye biz sağlıkta endüstri 4.0 diyoruz? Çünkü biz burada aslında sağlıkta endüstri 4.0 olur mu olmaz mı hemen hemen yarı yarıya çıktı. Olmaz diyenlerin de hakkını vermek lazım çünkü bu bir akıllı üretim meselesi yani bu endüstri adı üstünde, bu bir fabrika meselesi bu bir Japonya'nın, Amerika'nın gerisinde kalmama mecburiyeti. Yani bunu yapmazsan, sen de geri kalırsın, burada hemen bazı noktalara kenardan oklar saplamak istiyorum. Bizim de ülke olarak böyle olmalıyız, yani biz bunun neresindeyiz, napıcaz vs yerine bu nokta gelmiş bunu alıp copy paste veya uygulamak yerine biz kendi özümüzden bunların önüne nasıl geçebiliriz düşünmeliyiz. Dolayısıyla tabii ki tıp hizmeti veya sağlık hizmeti sunumunun bir üretim süreci olduğunu da düşünürsek o bakımdan da endüstri 4.0'ın sağlıkta da olabileceğine bir yaklaşım getirmiş oluruz. Şimdi tekrar buraya döndük, biraz sağlığa doğru yaklaşım getirmek istiyorum, 1.0 da neler olmuş bakalım sağlıkta, 1760 da Sir Humphry Davy azot protoksit anestesisini buluyor, bu büyük bir devrim ve büyük bir yaklaşım çünkü anestezi başlıyor, özellikle diş çekimleri, diş tedavilerinde falan kullanılıyor. 1816'da ise Fransız Rene Laennec steteskobu buluyor. Buhar gücü ile bir ilgisi var mı endüstri 1.0 'ın bu zamanlarda? Hiçbir ilgisi yok. Dolayısıyla tamamen bambaşka bir şey ve o dönemde eminim şu anda buradan girseler, bir mucize olsa, ne endüstri 1.0'ı diyeceklerdir. Ama biz 4.0 da öyle demiyoruz, sağlık olarak içindeyiz. 1870'de ne olmuş? 3 tane seçtim, Felix Hoffmann, aspirini buluyor, Bayer firmasında Almanya'da çalışırken, aslında kimyager kendisi. 1912'de Sir F. G. Hopkins vitaminleri buluyor, 1920 de Nobel ödülünü alıyor. 1928'de ise hepimizin bildiği gibi Sir Alexander

Fleming, penisilini buluyor o da 1945'te bundan dolayı Nobel alıyor. 3. Endüstri devriminde biraz daha yakın, dolayısıyla isimleri çok daha iyi bileceğiz. 1954'te Joseph Murray ilk böbrek naklini yapıyor, Amerika Birleşik Devletleri'nde. 1967'de Christian Barnard, ilk kalp naklini yapıyor Güney Afrika Cumhuriyeti'nde. Ve 1977'de İngiltere'de ilk mikro fertilizasyonu gerçekleştirilerek 1978 yılında ilk tüp bebek doğdu. Bugün ise artık nelerden konuşuyoruz. Bu arada şunu eklemeyi unuttum, 2.0 ve 3.0 da sizler gördünüz, ne mekanikten elektriğe geçişe 2.0 ne de elektrikten elektroniğe veya computera geçişin bir tıptaki gelişmelerle pek bir ilgisi yok gene, sağlıkta da bambaşka gelişmeler oluyor ama bugün bu şekilde değil. Bugün bir bankacılık, üretimde, nesnelere interneti varsa ki var diğer alanlarda da kesinlikle medikal alanda içinde olmak üzere bu işin içine giriyor, yani cihazlar birbirleri ile konuşmaya başlıyor, birbirlerini tanıyor, akıllı bir sürü şey devreye giriyor, yapay zeka ve ya arttırılmış gerçeklik ve ya sanal gerçeklik hayatımızın her yönüne giriyor. İzninizle bir video göstereceğim. Değişimin hızını bu video çok iyi bir şekilde gösteriyor, ben de bu videoyu hafızalarda kalması amacıyla 3 slide a topladım. Bu çok hızlı değişim, su azalıyor, iklim değişiyor, cihazların çalışanların miktarı 75 milyar üniteye çıkıyor, ve burada ortak tarihleri görüyorsunuz.

2022, 2025 , 40 yıl , 15 yıl bu tip bir takım şeyleri söylüyoruz bu hızlı ve büyük değişimin bir göstergesi. Yani 2060 yılında şu olacak, 2080'de 2100 de bunu bekliyoruz demiyoruz. 2022, 2025 dediğiniz şey birkaç yıl sonrası. Büyük değişimlere bakalım işte eğitim değişir, insanların, gençlerin sahip olacağı meslekler belki 10 yıl gibi kısa bir süre sonra kalmayacak, işsiz kalacaklar, biz işte böyle yapıyoruz falan ama işte major değişiklikler dediğimiz onlar massive open online sources yani şimdi artık üniversiteye girmek filan düşünüyoruz biz, millet üniversiteye gitmekten vazgeçme aşamasında. Çünkü open sources ile istediği an istediği şeye bağlanabiliyor yani hayat kişiyi süzüyor, bunları görmemiz lazım. Block change'de daha şırda 15-20 gün öncesine kadar Türkiye'de bitcoin sadece küçük gazete haberleriydi, son 3 gündür özellikle dikkat ediyorum, bitcoin'e Diyanetinden tutun, Türkiye Merkez Bankası'na kadar, Fransız Merkez Bankası'na, Avrupa Birliği Merkez Bankası'na kadar bu konuda kimisi uyarılar yapıyor, biz bakın yatırımcı teşvik etmeye çalışıyoruz. Gayet de doğal, bitcoin son bir yıl içerisinde 1000 kat değer kazanmış. Gidin bitcoin alın trade edin demiyorum ama değişim bu. Bunu görmezsek, biz çok geri kalacağız. Blockchain'e Amerika'da bazı kurumlar başladılar, başta IBM olmak üzere, ne oluyor blockchainde? Artık muhasebeciye gerek kalmıyor. Bankaya gerek kalmıyor, çünkü siz bir şeyi tetiklediğiniz anda stoğunuz bir yere gönderiliyor, o bir yere gönderilen yere fatura çıkıyor, fatura elektronik olarak oraya gidiyor, oradan onların sistemine fatura girdiği kabul edildiğinde oranın sistemi kendi mali sistemine bağlıyor, faturayı alıyor işliyor ve para, anlaştığınız o ise çünkü her şey birbiri ile bağlantılı nesnelere interneti bu, sizin hesabınıza geçiyor. Muhasebeciye gerek var mı? Bankaya gerek var mı? Yok. Sağlıkta pek farklı değil, bunları da gördünüz. Her yerde kesin olan şeylerden birisi, 2050 yılında dünyada şu anda olan 65 yaş üstü insanların sayısı iki kat yani %50 artacak. Neuroscience'ta büyük gelişmeler var, burada bir takım nanobotların hasar görmüş bir parçayı tamir edebileceği, DNA ile değiştirilmiş yiyeceklerin, ama bizim bildiğimiz GDO değil , olduğu zamana doğru geliyoruz. Bunların hepsini biraz bu resmin neresindeyizi bir kenara bırakarak sizi bir başka yere götüreceğim. Bu karakterleri tanıyor musunuz? Tanıyanlar el kaldırsın lütfen. Sol üstteki uzay yolundan, burada ki star wars. Şimdi ben bunu tasarlarırken bu konuşmayı biraz da işin içinde eğlence olsun ve konuşmayı canlı tutalım diye hep böyle işte endüstri 4.0, uzay, cihaz falan diyoruz değil mi? Şöyle bir bakayım herkesin bileceği uzaylı şeyler neler ? Star Trek, Uzay 1999 ve Star Wars'u gördük, bunlar sizin de dediğiniz gibi, ki star wars en günceli, gördüğünüz cihazlar izlediğimiz dönemlerde bizi şaşırtırken, şimdi böyle cihazlar bize eski ve büyük görünüyor. Bu hızlı değişimdeki noktalarda hepsini kabaca birer ikişer cümle ile geçiştirdim ama burada benim altını çizmek istediğim, en önemli nokta big data ve artificial intelligence ve machine learning. Çünkü burada biz hekimlerin,

hemşirelerin, sağlıkla uğraşan diğer insanların, görevlerini ciddi şekilde etkileyecek. Siz hastanın bir takım şeylerini girdiğiniz zaman en rafine tanı ve yol yöntem algoritma yani biraz önce burada bahsedilen cihaz yokluğu teknik azlığı vs. Olanaklar veya maddi imkansızlıklar sebebiyle az olan şimdi ise her önüne gelene MR çekilen bir şekilde, azı ve çoğu bunların hiçbirine gerek kalmayacak yani sağlık bakanlığı ve ya ülke yönetimleri sizin isteyeceğimiz tetkikleri vs size sormayacak, çünkü makine sizin elinize tak tak tak her şeyi yapacak, ve bunu mesela bir yıl içerisinde aynı vakadan 600 tane gördüyseniz şu ve ya bu şekilde, o 600'ün ortalamasını, sizin nasıl bir yol izlediğinizi ve neler yapabileceğinizi söyleyecek. Dolayısıyla en büyük tehlikelerden bir tanesi ve çok yakın olan artificial intelligence noktası. Big data ise biz medikal alanda maalesef ama maalesef biraz sonra slideları kısaca göstereceğim, bu big datayı ne biliyoruz, ne de bunlardan yararlanmanın yolları ve ya olanaklarını araştırıyoruz.

Geçen USKAFII ile bir ilgi olmuştu ve ben de bu USKAF'a bunları getireyim koyayım dedim. Bunların hepsini ben de kullanıyorum. En sağda aslında küçücük bir cihaz, nefes, adım, kalorinizi %95-100 arasındaki bir netlikte biliyor. Ben kendimden deneyerek söylüyorum. İki size yol gösteriyor ve eğitim veriyor. Üç bunların zamanlarını gösteriyor size yani şu saatte geldiğinde vs. biraz sonra göstereceğim. Debit, onu da kullanıyorum, yatağımın altında kullandığım bir elektrolit, o da akıllı telefonuma bağlı burada ve uyurken onu açıyorum, ve çok açık ve net konuşayım ne zaman uykuya daldım, ne kadar horladım, ne kadar verimli uyudum hepsini hemen hemen %100 doğrulukta veriyor, altta ise bakın bu çok önemli bir gelişme, Nokia battı biliyorsunuz, geri kalanını Microsoft satın aldı. Ama nokia küllerinden doğdu tekrar ve bir Amerikalı firmayı satın aldı, görselde aşağıda gördükleriniz de onun malzemeleri. Özellikle body cardio, body plus sistemlerinin bpm blood pressure monitöre, vb. Ben BPM plus'ı kullanıyorum. Şimdi bakın bunlar benim kendi sonuçları, her gün şu anda da arada da gösterebilirim, sol taraftaki Apple watch'uma entegre gün içerisinde ne kadar hedeflere göre yapıyorum, ne kadar kalori sarf ettiğim, ne kadar egzersiz yaptığım ve ne kadar ayağa kalktığımı birer grafiği. Ve mesela benim çok uzun süre masa başında çalıştığım zaman hop bildirim geliyor, time to stand up diyor ve günde en az 12 kere beni ayağa kaldırıyor. Düşünün bu kadar basit bir şey ile özellikle yaşlı insanlarda, bir takım hastalıkların tedavilerine yardımcı olunuyor. Ortadaki de benim verilerim. 54 dakika pek bir şey yapmamışım, 68 dakika aktif, 5 dakika tense olmuşum, 7 dakika da sakinmişim. Sağ taraftaki veriler ise bir başka cihazımdan 16 Ekim'in verileri 7263 adımdayım, hedefimin %72'sinde olduğumu gösteriyor. Kan basıncımı bpm plus ile ölçmüşüm 142.85, kalp atım hızım beats per minute olarak 74 ve kilom, body mass index'im, yağ kitlesinin oranını gösteriyor.

Big datanın altını kırmızı ile çizmiştim. Bu noktayı herkes biliyor hızlıca geçeceğim, bugün iki gün içerisinde yaratılan veri herhangi bir alanda, insanlığın var oluşu 14 milyar yıl öncesinden 2015 yılına kadarki üretilen tüm verilerin toplamından daha fazla. Nasıl bir enformasyon ile karşı karşıyayız düşünebiliyor musunuz? Burada bir internet dakikasında bitirmek üzere olduğumuz 2017 yılında neler olduğunu, sosyal medya ve diğer noktaları görüyorsunuz. Bu bir ay sonra 2018 i de çıkar bunun, ben özellikle çok merak ediyorum, bakalım 2017 ile arasında neler olmuş diye.

Sağlık alanında big dataya baktığınızda bizim kısaca SGK ve ya diğer sağlık sigortası ödeyicilerinin verileri, klinik veriler var hekimlerin ve diğer sağlık personelinin ilgilendiği, hasta görüş, davranış ve tercih verileri var, bu noktaları biz hasta memnuniyeti olarak değerlendiriyoruz ve o noktalara takıldık kaldık, Sayın Başkan ben burda özellikle bunun altını çizmek istiyorum. Bir dahaki toplantılarda hasta görüşleri, hasta mutluluğunu bu işin içine dahil etmediğimiz sürece, bir adım ilerleyemeyeceğiz. İlaç, teknoloji, arge ve bu veri havuzlarının entegrasyonu. En büyük eksikliklerimizden bir tanesi de bu big datayı, big data zaten var, her yerde var, ama bunu bir

havuza, birbirleri ile konuşan, değerlendiren ve değerli anlamlı çıktılara dönüştüren sistemlerimiz yok. Biraz önceden beri bahsettim, parçanın bir bakış ve yaklaşımı var. Tonlarca toplantı, kongre düzenliyoruz ama bir türlü bunları entegre edemiyoruz. HBYS, Teknoloji, ödeyici sistemleri bir türlü birbirleri ile doğru dürüst entegre edemiyoruz. Hasta davranışları, görüşleri bizim için çok önemli ama dahil edilmiyor. Tıbbi çıktılarını hiç ölçmüyoruz, bir çok insan tıbbi çıktının daha ne olduğunu bile bilmiyor, biz sanıyoruz ki mortalite, bebek ölüm oranı vs. gibi şeyler , tıbbi istatistikler.

Tıbbi çıktılar, bir önceki toplantıda bahsetmiştim, prostat olan bir bireyin önemli çıktıları ile ilgili nasıl bir yaşam sürdürdüğünü takip etmek gerekiyor, çok başarılı bir prostat ameliyatı yapmak yetmiyor. Dediğim gibi hemen hemen hiç entegrasyon yok. Sağlıkta değer, peki nasıl yapacağız? Düşük ödeme, daha çok hastane, daha çok yayın vs değil sunulan sağlık hizmetinin değeri aslında hastanın elde ettiği sağlığın değeri ile ölçülmeli. Yani hastayı siz ne kadar çabuk gönderebiliyorsunuz işine, o işinden sahip olduğu kazancı hastalığı sebebiyle azalma yaşıyor mu? Dikkat yoğunluğundan tutun, bedensel, fiziksel güç ile yapılan işlere kadar ne kadarından mağdur oluyor. Siz hastalığı tedavi ettiğinizi düşünüyorsunuz sağlık kuruluşu ve ya hekim olarak ama hasta öyle düşünmüyor. Burada değer hastanın sağlık çıktılarının, dolar ya da tl başına oranı olarak karşımıza çıkıyor. Yani sağlık çıktıları, gerçek sağlık çıktıları ki buna prom diyoruz. Biraz önce söyledim bu hasta memnuniyeti değil, özellikle bunun da altını çiziyorum detaylar ile birlikte, hastalar tarafından algoritmalarla çıktıların ölçülmesini sağlayacak yöntemler, bunların elektronikleri vs büyük büyük büyük süratle geliyor. Ve bu çıktıyı sağlamanın maliyeti diye konuyu bu şekilde bir toparlamayla buradaki kırmızı noktanın altını çizerek devam etmek istiyorum. Sistem entegrasyonu şart yani bu bir datayı, gelişimi, kaçıracağız mı kaçırmayacağız mı dediğimiz treni 4.0'ın biz neresindeyiz diye uğraşmaktan çok daha elimizdekilere sarılmanın en önemli noktası sistem entegrasyonu ve çıktılarına bağlı, değere bağlı sistemler ile ölçümlerden geçiyor. Burada doğru izlenim, doğru sağlık kurumu, bunları çok iyi analiz edip maliyetleri düzgün şekilde kullanmalıyız ve özellikle bir nokta; sağlık okur yazarlığını ben pek benimsemiyorum açıkça söyleyeyim, aslında nedir o, bir insan kendini korumayı bilmiyorsa başka hiç kimse kendisi kadar ne sevebilir ne de koruyabilir. Bu da zaten mutluluğun anahtarı dolayısıyla sağlık da bundan uzak değil, kişiye sorumluluk vermeliyiz, kendi sağlığını önemsemeyi öğretmeliyiz. Sözlerimin sonunda size çok kısa bir video daha göstereceğim. IoT hakkında bu video ama hoş ve sağlık ve özellikle de cerrahlığın ne kadar gündemde olduğunu da mesleki açıdan bir göstergesi. Çok teşekkür ediyorum.

Sorusu olan varsa cevaplayabilirim.

Soru - Big data ile ilgili bilgi ve öneri almak istiyorum, İstanbul Teknik Üniversitesi'nde big data ile ilgili programlar yapılmaya başlandı ve yüksek lisans programı da açıldı. Sağlıkta var mı öyle örnek?

Cevap - Elbette sadece çıktılarına bakalım anlamında konuşulmuyor, bu bir değer zinciri, bunların içerisinde prosesler var, o değer zinciri içerisindeki her kademenin önemi var ama asıl yönümüzü ve ölçeceğimiz nokta bu değer zincirinin kat ettiği nokta ne kadar verimli olursa maliyeti o kadar düşüreceğiz, çıktıları da ne kadar iyi arttırabilirsek o kadar değer katacağız. Asıl burada vurgulanan nokta. Çıktılara nasıl ulaşacaksınız, bu bir değer zinciri.

Panel I- Optimum Sağlık Hizmeti İçin Gereken İhtiyaçlardaki Küresel Değişimler

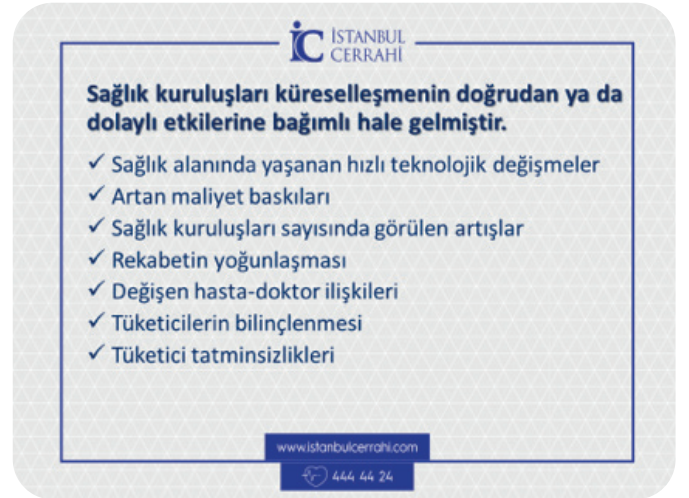
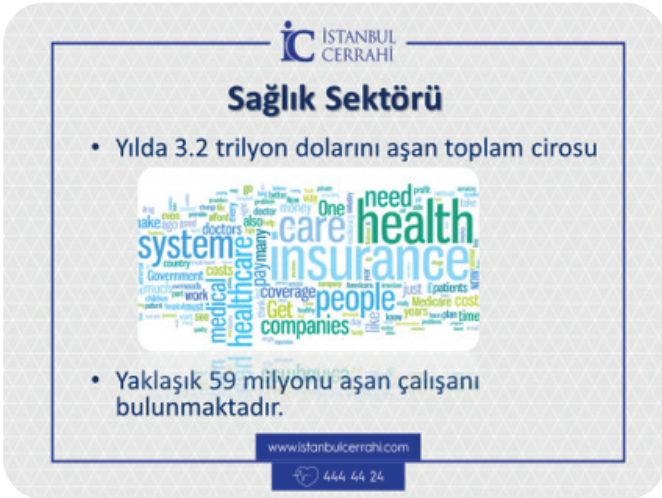
Moderator / Yönetici: Banu Başaran, İstanbul Cerrahi Hastanesi Genel Müdür Yardımcısı

Panelistler: Yrd. Doç. Dr. Kadir Doğruer, Doç. Dr. Gürkan Sert, Prof. Dr. Hasan Aydınlik, Dr. Ali Arslanoğlu

Banu Başaran: Sizlere optimum sağlık hizmetleri için gereken ihtiyaçlardaki küresel değişimlerden kısaca bahsetmek istiyorum.



21. yy da Dünya Sağlık Örgütü herkes için sağlık politikasının bir parçası olarak ülkelerin uluslararası sağlık güvenliği uluslararası ilişki ve iş birliği stratejilerinin oluşması gerektiği konusunda vurgulama yapmaktadır. Sağlık sektörü yılda 3.2 trilyon doları aşan toplam cirosu ve yaklaşık 59 milyonu aşan çalışanı bulunmaktadır.



En son sağlık örgütünün yapmış olduğu veriler doğrultusunda alınan bir istatistiktir. Küreselleşmenin doğrudan ya da dolaylı etkilerine bağımlı hale gelmiştir sağlık sektörü. Buradaki en önemli noktalardan birisi de hızlı teknolojik değişimler, artan maliyet baskıları, sağlık kuruluşları sayısındaki (hepimizin dikkatini çektiği gibi) artışlar, rekabetin artması, değişen hasta doktor ilişkileri, tüketicinin bilinçsizleşmesi ve dolayısıyla tüketicilerdeki tatminsizlik en önemli sıkıntılarımız halindedir. Küreselleşmede dünya medeniyetlerinin ekonomik, siyasi ve sosyokültürel ilişkilerinin yoğunlaşması sonucunda birbirlerine bağımlı hale gelmesini sağlamaktadır.

Küreselleşme



- Küreselleşme, dünya devletlerinin ekonomik, siyasi ve sosyo-kültürel ilişkilerinin yoğunlaşması sonucu birbirlerine bağımlı hale gelerek, tek bir sistem oluşturacak şekilde bütünleşmesi.

www.istanbulcerrahi.com



- Ülkelerin sahip oldukları refah rejimlerinde, sürükleyici gücü olarak da politikalarla güçlenen küreselleşme göstermektedir. Sağlık kuruluşları küreselleşmenin doğrudan ya da dolaylı etkilerini bağımlı hale getirmiştir.
- Kamu kuruluşları sağlık hizmetleri piyasasını düzenleyen ve kurallar koyan bir yapıya bürünerek, sağlık hizmetleri sunan ve finanse edenlerin ayrışmasını sağlamıştır.

www.istanbulcerrahi.com



- Bu yeni yapılanmada, özel sektör sağlık hizmetleri sunucuları ön plana çıkmış, kamu hastaneleri ile birlikte bütüncü bir yapı içerisinde sağlık hizmeti sunulmaya başlanmıştır.
- Sağlık bireysel tercihlere bırakılmayacak kadar toplumu ilgilendiren bir konudur. Örneğin; Dünyanın belirli bir noktası veya bölgesinde meydana gelen salgın hastalık, dünyanın tümünü aynı anda ve aynı ölçüde ilgilendirmektedir. Sağlık hizmetinde yapılacak değişim ve düzenlemeler yalnızca bireyi değil tüm toplumu etkilemektedir.

www.istanbulcerrahi.com



- Reformlar incelendiğinde tüm yeniliklerin ortak çabasının, tüm yurttaşların sağlık hizmetlerine erişim sağlaması yönünde olduğunu görmekteyiz.
- Değişimin en çok olduğu alanlar;
- Teknoloji, ekonomi ve politikadır. Bu faktörler içerisinde sağlık kurumları yaşanan değişimlere uyum için gerekli değişimleri gerçekleştirmek durumundadır.
 - İnsanların çok farklı olarak sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilmek için ekonomik niteliği olan optimum sağlık hizmetlerini kullanması gereklidir.

www.istanbulcerrahi.com



Ülkelerin sahip oldukları refah rejimlerinde sürükleyici gücü de politik güçler küreselleşmede göstermektedir. Sağlık kuruluşları küreselleşmenin doğrudan ya da dolaylı etkileri ile bağımlı hale gelmektedir. Kamu kuruluşlarının sağlık hizmetlerindeki piyasayı düzenleyen ve kurallar koyan bir yapıya bürünerek sağlık hizmetleri sunan ve finanse edenlerin araştırılmasını sağlamıştır. Reformları incelediğimizde tüm yeniliklerin ortak çabasının tüm yurttaşların sağlık hizmetlerine erişim sağlaması yönünde olduğunu görmekteyiz.

Dünya üzerindeki nüfus artışına bağlı olarak sağlık kuruluşlarının temel fonksiyonu, hastalık yapısında görülen değişimlere uygun tepki göstermektir.



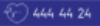
www.istanbulcerrahi.com



İnsanlar içinde yaşadıkları biyolojik çevreden ayrı yaşaması mümkün olmadığı için HIV – AIDS ve türevi hastalıkların ortaya çıkması kaçınılmazdır.



www.istanbulcerrahi.com



Değişimin en çok etkili olduğu alanlar teknoloji, ekonomi ve politikadır. Bu faktörler içerisinde sağlık kurumları yaşanan değişimlere uyum için gerekli değişimleri gerçekleştirmek durumunda kalmaktadır. İnsanların çok farklı olarak sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilmek için ekonomik niteliği olan optimum sağlık hizmetini de kullanmaları gerekmektedir. Dünya üzerindeki nüfus artışına baktığımızda da sağlık kuruluşlarının temel fonksiyonu hastalık yapısında öngörülen değişimlere uygun tepki göstermesidir.

İC İSTANBUL CERRAHI

İnsanların tüm dünya üzerinde daha uzun süre yaşadıkları ve buna bağlı olarak kronik hastalıkların daha fazla olduğu genel bir gelişmedir.

Ek olarak ulaşım olanaklarının artması nedeniyle akut ve bulaşıcı hastalıklar artık sadece az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkeleri değil, aynı zamanda gelişmiş ülkeleri de tehdit eder bir hale gelmiştir.



www.istanbulcerrahi.com
444 44 24

İC İSTANBUL CERRAHI

Teknolojik çevrede meydana gelen değişimlerden belki de en fazla etkilenen sektörlerden biri de sağlık sektörüdür. Yeni teknolojiler ve tedavi yöntemleri sağlık hizmeti kullanıcılarının beklentileri arttırmaktadır. Teknolojide gelişmeler sağlık kurumlarına ilave sorumluluklar yüklemektedir. Hızla değişen çevreye sağlık kurumunun kendi personelinin de uyum sağlaması gerekir.



www.istanbulcerrahi.com
444 44 24

Özellikle insanların içinde yaşadıkları biyolojik çevreden ayrı yaşaması mümkün olmadığı gibi HIV ve AIDS türevi hastalıkların ortaya çıkması ve buna benzer diğer sağlık hastalıklarının da herkesin uluslararası arenada daha fazla seyahat etmelerine bağlı olarak daha kolay erişilebilir hale gelmesi küreselleşmenin en önemli etkilerinden biri haline gelmiştir.

İC İSTANBUL CERRAHI

Yeni çevrede bir şeylerin değiştiğini anlayan (eğitim v.b.) her çalışanın kendisini değiştirmeye hazır olması gerekir. Böyle bir değişim sürecinde; Sağlık kurumları çalışanlarını dijital pazara yönlendirir. Ancak ülkeleri, sağlık hizmetleri alanında değişiklik yapmaya iten esas neden sağlık hizmetlerinin maliyetini arttırmıştır.

Reform küçük şeylerden farklı olarak sistemin yapısında kalıcı değişikliklere yol açmalıdır.

** 1991 – 1. Reform (Özel hastane oluşumunun başlaması)
** 2004 – 2. Reform (GSS akabinde SGK oluşumunun başlaması)

www.istanbulcerrahi.com
444 44 24

İC İSTANBUL CERRAHI

Küreselleşmenin neden olduğu baskılar, sağlık hizmetleri alanında yeni politikalar üretmeye zorlamıştır.

1. Reform uygulamalarının özünü daha önce devletin sorumluluğunda sunulan hizmetlerin, küresel sermayeye faaliyet alanı yaratacak şekilde yeniden düzenlenmesini oluşturmaktadır.
2. Uluslararası düzeyde sağlık alanında var olan iyi uygulamalar ülkeler arasında yaygınlaştırılmalıdır.
3. Ülkeler sağlık sistemlerinin aksayan noktalarında yola çıkarak, ülke ihtiyaçlarına uygun politikaları hem teorik hem de pratik anlamda hayata geçirmelidir.

www.istanbulcerrahi.com
444 44 24

Teknolojik çevrede meydana gelen değişimlerden en fazla sağlık sektörü etkilenmiştir. Yeni teknolojiler tedavi yöntemleri sağlık hizmeti kullanıcılarının beklentilerini arttırmaktadır. Teknolojik gelişmeler sağlık kurumlarına ilave olarak sorumluluklar yüklemektedir. Hızlı değişen çevreye sağlık kurumunun kendi personelinin de uyum sağlaması gerekmektedir. Yeni çevrede bir şeylerin değiştiğini anlayan her çalışanın da kendisini değiştirmeye hazır olması

gerektiğini düşünmekteyiz. Çünkü böyle bir değişim sürecinde sağlık kurumu çalışanları dijital pazarlamaya yönlendirilmektedir. Ancak ülkeleri sağlık hizmetleri alanında değişiklik yapmaya iten esas nedenlerden biri olan dijital pazarlama ya da teknolojik altyapı maliyetlerimizi çok artırmıştır.

İC İSTANBUL CERRAHI

Küreselleşmenin Sağlıkla Bağlantısı
DSÖ;
Direkt Etkiler

- Sağlık sistemi,
- Sağlık politikalarının etkileri
- İnfeksiyon hastalıkları ve sigara pazarı gibi bazı zararlı durumlara maruz kalmak

www.istanbulcerrahi.com
444 44 24

İC İSTANBUL CERRAHI

DSÖ;
İndirekt Etkiler

- Sağlık sektörünün ulusal ekonomi aracılığıyla yönetimi
- Beslenme, yaşam koşulları vb. Faktörlere bağlı ortaya çıkan toplumsal riskler

www.istanbulcerrahi.com
444 44 24

Küreselleşmenin neden olduğu baskılar sağlık hizmetleri alanında yeni politikalar üretmeye zorlamıştır. Bunları da açmak gerekirse reform uygulamalarının özünü daha önce devletin sorumluluğunda sunulan hizmetlerin küresel sermayeye faaliyet alanı yaratacak şekilde yeniden düzenlenmesini sağlamaktadır. Uluslararası düzeyde sağlık alanında var olan iyi uygulamalar ülkeler arasında da yaygınlaştırılmalıdır.

İC İSTANBUL CERRAHI

Toplam küresel hastalık yükünün,

- % 92'si düşük ve orta gelirli ülkelerde
- Yaklaşık %60'ı Çin, Hindistan ve Sahra altı Afrika'da yoğunlaşmaktadır.

www.istanbulcerrahi.com
444 44 24

İC İSTANBUL CERRAHI

- Dünyanın belli bir noktası ya da bölgesinde meydana gelen salgın hastalık, dünyanın tümünü aynı anda ve aynı ölçüde ilgilendirmektedir.



www.istanbulcerrahi.com
444 44 24

Ülkeler sağlık sistemlerinin aksayan yönlerinden yola çıkarak ülke ihtiyaçlarına uygun politikaları hem teorik hem pratik olarak hayata geçirmelidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün belirtmiş olduğu küreselleşmenin sağlıkla bağlantısındaki direk yetkilerimiz sağlık sistemi sağlık politikalarının etkileri, enfeksiyon hastalıkları ve sigara pazarı gibi bazı zararlı durumlara maruz kalmaktadır. Dolaylı etkileri ise sağlık sektörünün ulusal ekonomi aracılığıyla yönetimi beslenme yaşam koşulları gibi faktörlere bağlı çıkan toplumsal riskler. Toplum küresel hastalık yükünün %92'si düşük ve orta gelirli ülkelerde yaklaşık %60 Çin, Hindistan ve Sahra altı Afrika'da yoğunlaşmaktadır.

İC İSTANBUL
CERRAHI



Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında farklı etkiler gösteren küreselleşme sürecinin negatif etkilerini en aza indirmek için;

- ✓ İşbirliği
- ✓ Antlaşmalar
- ✓ Uluslararası sağlık kuruluşları

www.istanbulcerrahi.com

Abdülkadir 24

İC İSTANBUL
CERRAHI

- Uluslararası düzeyde sağlık alanında var olan **iyi uygulamalar** ülkeler arasında yaygınlaştırılmalı, ülkeler sağlık sistemlerinin aksayan noktalarından yola çıkarak, ülke ihtiyaçlarına uygun politikaları hem teorik hem de pratik anlamda hayata geçirmelidir.

www.istanbulcerrahi.com

Abdülkadir 24

Dünyanın belli bir noktasında ya da bölgesinde meydana gelen salgın hastalık tümünü aynı ölçüde ilgilendirmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde farklı etkiler gösteren küreselleşme sürecinin negatif etkilerini en aza indirmek için iş birliği çeşitli anlaşmalar uluslararası sağlık kuruluşları uluslararası düzeyde var olan iyi uygulamaları ülkeler arasında yaygınlaştırılmalı, ülkelerin sağlık sistemlerinin aksayan noktalarından yola çıkarak ülke ihtiyaçlarını ve politikalarını hem teorik hem pratik anlamda hayata geçirmelidir. Teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Hasan Aydınlik: Değerli katılımcılar, öncelikle buradaki uygun değer sağlık hizmeti ve gereken ihtiyaçlara küresel değişime bu işin içinde pratikte yer almış yaklaşık 20 yıldır sağlıkta dönüşümde ve öncesindeki dönemde de idare görevlerinde bulunmuş biri olarak bazı tespitler ve onunla ilgili kanaatlerimi paylaşmak için sizlerle paylaşmak istiyorum. Öncelikle tabii bu kavramları kullanırken en uygun yerine keşke ideal diyebilsek daha anlaşılır olur diye düşünüyorum. Çünkü ideal kavramının bizde yer etmiş hali daha iyi anlatıyor. Burada dünya sağlık örgütünün sağlıkla ilgili tanımı bugün panellerde de söylendi. Bedenen ruhen yaşadığı çevre ve fiziki olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlandığı bu kavram üzerinden yola çıkarsak sadece beden sağlığının ruh sağlığının ki ben buna itiraz ediyorum. Çünkü ruh bizim medeni tasavvurunda hastalanmaz o yüzden eskiden hasabiyet diye bir şey vardı. Akıl nefis münasebetleri arızalanır. Yaşadığımız sosyal çevre ve fiziki mekânlarda tam bir iyilik halinde olması gerekir ki bilfiil değerler üzerinden insanı merkeze almak suretiyle sağlıktan tam bir iyilik haliyle bahsedebiliriz. Dolayısıyla sadece küresel anlamda değil aslında ideal sağlığın sunulmasında yerel değerler örf de çok önemli kanaatindeyim. Etkin bir sağlık hizmeti sunabilmek için aynı ülkenin içerisinde bile yerel olarak bazı değişik örfler ve adetler var. Bunları da dikkate almamız gerekir. Bazı yerlerde ülkemizin doğu bölgelerinde mesela bir kadın kocası olmadan hastaneye gitmez. Örneğin ben Kocaeli sağlık müdürü iken daha mesai kaydırılması yokken şunu çok rahat biçimde görüyordum. Bizim kültürümüzde cümbür cemaat hastaneye gitmek vardır. Tek başına hastaneye gidilmez. Kadınlar tek başına hastaneye gitmez dolayısıyla Gebze gibi bir ilçede yaklaşık 200.000 sigortalı vardiyalı çalışan bir ilçede biz bu mesai dışı kaydolmuş esnek mesaide çalışmayı çok önemsemiştik. Burada özellikle anne ölümlerini önlemede bunu dikkate almak suretiyle, sağlık hizmetinde bir takım değişiklikler yaptık. Yine mesela kalite demek kalite anlamında bir yoğun bakımda anestezi uzmanlarıyla benim en çok yaşadığım sorundu. Bu mahremiyet mesela benim geçen mart ayında ya da nisan ayında Alev Alatlı bir cümle kurmuştu ben onları hiç unutmuyorum çok önemserim. Hakikaten bizim medeniyet tasavvurumuzda

merkezde merhamet vardır ve meşruiyet anlamında bir kavramı vardır. Hâlbuki batıda bunun yerine hak ediş esaslı bir anlam vardır. Prim ödediyseniz sağlık hizmeti alabilirsiniz. Prim karşılığı ne kadarsa tamam net sigortanız varsa onun kalitesi artar. Bizde ise bu toplumda bu değerlere sahip çıktığımız sürece tam oturabilmemiz dolayısı ile ideal sağlık hizmeti vermemiz mümkün değil. Bizde ise hak edişten öte insanın insan olması bizzat bazı şeyleri hak etmesi anlamına gelir. Ve insan olması yeterlidir. Bu çerçeveden baktığımızda küresel değişimlerde Mehmet hocamın 4.0 da bahsettiği çok büyük teknolojik gelişmeler var. Hakikaten kurum başkanlığı zamanımda da bana gelen sunumlarla yaptığımız çalışmalarda gerek giyilebilir sağlık teknolojileri ile ilgili sunumlarda bunu görüyoruz ve bu hızla ilerliyor. Yapay zekâ belki ilerde tanı koymaktan tedavi etmeye kadar hekime bile ihtiyaçta insana olan ihtiyaçta azalmaya yol açacak. Biz hastane projeleri yaparken de bunu dikkate almaya başlamıştık. Bir hastanede mesela hiç unutmuyorum dört yataklı bir hastanede en az 1.200 metrekare bir laboratuvar genel bir biyokimya laboratuvarı mikrobiyoloji hariç tasarladık biz. Teknolojinin gelişmesi ve aynı işlevi yapan cihazların hacimsel küçülmesi, uzaktan erişimle bu işlerin yürütülebiliyor olması. Bakıyoruz şuan alet 250 metrekarede çözebiliyor hale geldik. Tabi ki sağlık hizmetinin sunumunda kalite anlayışımız da bazı değişikliklere yol açacak ve bazı hastane sonrası hizmetlerin daha öne alınmak sureti ile hastane bakımının bir kısmını evde alınabilir hale getirecek. Eğer küresel değişimlerdeki ihtiyaçlar kadar önem verirsek 10-15 yıl içerisinde dünyada 65 yaş üstü nüfusun yaşlı nüfusun 2 misli artacağından bahsettik sağlık hizmetine olan ihtiyacın ne kadar artacağını o zaman görebiliriz. Çünkü ömür uzuyor ama yaşamdaki kalite beraberinde kronik hastalıklar ve yaşlı bakımına ihtiyaç artıyor. Örfümüzden ötürü batıdan farklı olarak biz okullarımızda hasta bakıcıların 3\4 hasta bakımı ağırlıklı olsa da doktor asistan gibi çalışırlar. Hasta bakımıyla yoğun bakım hariç hekim dışı sağlık personelimiz ilgilenmez. Hâlbuki kalitenin içinde eğer biz kanıta dayalı yarın öbür gün sağlık turizminde yurtdışına açıldığımızda bu tür şeylerde de ortaya koyabileceğimiz bir sistemimiz olması lazım. Bu çekirdek aile yapısının bozulmasıyla bize de bu iş dönüşüyor. Eskisi kadar değil. İnsanlar kendilerini bir takım izaha getiriyorlar ve anne babalarını yoğun bakıma 1 sene 6 ay bırakıp gidiyorlar. Bunlar tartışılmalıdır. Küresel ihtiyaçlar kadar yerel yapının da tartışılması gerekir. Bizim değerlendirmelerde rehberimiz olmalı. Sosyal koşullarda, tıbbi koşullar iklimsel koşullar, kalıtsal koşullardan bahsedildi. Çevresel şartlar ve yaşam koşulları dedik. Hocam çevresel koşullarla ilgili devamlı geri dönük bakabileceğimiz monitorize edebileceğimiz koşullardan bahsetti. Bunların arasında sağlığı etkileyen en önemli şeylerden biri yaşam stili bu ilerde sağlık hizmetinin ideal sunulmasının adına akademiye yani yeni kurulan TÜSEV'in enstitülerine girmesi gerektiği kanaatindeyim. 1978 de bir toplantıda temel sağlıkla ilgili bir konferans olmuştu. Onun bir maddesini ben hep söylerim. Sağlık müdürlüğü zamanında bir meslek örgütü ziyarete gelmişti. Kaliteli hizmet nedir tartışırken şöyle söylediler. Bir ortopedistin bir psikiyatristin hastasına 20 dakika ayıramadığı bir sağlık hizmeti kaliteli değildir. Bir saatte 3 ten fazla randevu vermeyelim dediklerinde şunu söylemiştim. Kalite hep böyle midir sayıyla mı ifade edilir. Yerel şartlar mesela kaliteden anladığımız bizim yerel şartlar. İnsan gücü bu şekildeyken bir hesap yapalım dedim. Kabul edilebilir bir sağlık hizmetinde kişi başı başvuru ne kadar olmalıdır. Dedim onlar şu şekilde cevap verdi.8 civarı kabul edilebilir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere bakıldığında nüfus o zaman 1 milyon 400 bindi Kocaeli'de. Bir ortopedist başına günde 52 hasta çıktı. Ki her gün hasta bakıyormuş ve hiç yıllık izin kullanmamış gibi kabul ettik. Peki, bu 52 hastanın saatte 3 hasta verirsek 20 hasta yapıyor günde 32 tanesini nereye göndereceğiz dedim. Dolayısıyla cumhuriyetin ilk kurulduğu zamanlarda hükümet poliklinikleri vardı. Tarihsel süreçte değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Ebelere müdahaleli doğum yetkisi verildi. Müfredatlarına birçok şey eklendi. Şimdi artık onlardan uzağız. Bizim ilk göreve başladığımız 95 yılında sağlık ocaklarında doğum yaptırılırdı. Fiziki mekanlar ve insan kaynağı kadın doğumcu olarak doğumhaneler gibi yeterli değildi. Kaliteli hizmetten bahsederken yerellikten ve elimizdeki kaynakların en iyi şekilde değerlendirilmesinden de bahset

memiz gerektiğinin kanaatindeyim. Tespit yapmak kolay ama insanı merkeze alıyorsak hakkaniyetli hak ediş esaslı değil sadece insan olmasından kaynaklı bulunduğumuz toplumda herkese eşit adaletli ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunumundan bahsediyorsak bunlarında ele alınması gerektiği kanaatindeyim. Mobil kirlilik teknoloji geliyor küresel olarak birçok şey ilerliyor ama şuan bu salonda bile herkesin cep telefonu var. Etkilerini şuan bilemediğimiz uzun dönemde görebileceğimiz bir alan oluşturuyor. Bundan dolayı bazı hayvanlar çok rahatsızlar çalışmalarla bunu biliyoruz. Wifi'sinden ekran ışığına kadar birçok çeşit eskiden olmayan sağlığımızı etkileyebilecek modern kirlilik dediğimiz şeyler mevcut. İdeal sağlık sunumunda kar zarar dengesine bakılarak ele alınması gereken bir konudur. Hava kirliliğini hiç konuşmaya gerek yok modernite arttıkça Çevreye karşı duyarlı gözükssek de maalesef dünyaya medeniyeti taşıdığını düşündüğümüz ülkeler bile sadece kendi çevrelerini düşünüyorlar. Yaşadığımız çevreyi tüm dünya olarak düşünmemiz gerekiyor. Modern kirlilik önümüzde büyük bir tehlike olmasa bile, kişiye özel ilaç uygulamalarında olduğu gibi genetik müdahalelerle insan ömrünü uzatabileceğiz belki ama insan neslini koruyabilecek miyiz? Değerlerimizi ve bizi biz yapan şeyleri korumamız gerekiyor. Fiziki çevre dedik. İstanbul öğrencilik zamanımızda Anadolu yakasından Çapa'ya gelen hocamız demişti ki bir gün ben her sene 15 dakika erken kalkmak zorunda kalıyorum. Çünkü köprü trafiği nedeniyle okula yetişemiyorum. Şimdi artık gece gündüz farkı da kalmamış yaşamamaz bir çevre haline gelmiş. Çarpık kentleşme de ideal sağlık hizmetine erişim de çünkü beden sağlığımız yetmez dingin bir yaşam gereklidir. Böyle bir kentleşmede bu mümkün müdür. Kırsal hayatın azalarak şehirlerde yaşamın yoğunlaşması da büyük bir tehdittir. Bunlara dikkat çekmek için söylemiş olayım. Teşekkürler.

Teşekkürler Hasan hocam. Benim bahsettiğiniz konu ile ilgili bir sorum var. Güzel bir noktaya değindiniz hasta mahremiyetiyle ilgili olarak. Yaklaşık 26. Yılım sağlık sektöründe işim gereği güneydoğu doğu ve güney bölgelerinde bulunmak zorunda kaldım. Bu dönemlerde hastaneye yatmak zorunda kaldığım zamanlar oldu. O çalışmalardan önce aslında kültürel olarak İstanbul dışında sağlık sisteminde nelerin eksik yapıldığını ve daha ne kadar yol alamız gerektiğini de bizzat görme şansım oldu. Ama bu hasta mahremiyetinde biraz önce bahsettiğimiz konu kadınlarımız hastaneye yanlarında eşleri olmadan gitmedikleri gibi hatta ben öyle şeylere maruz kaldım ki kadınlar hastalıkları konusunda bazı şehirlerimizde hala daha karar veremiyorlar. Şimdi biz sağlıkta kalite konuşuyoruz hastanın kendi seçme ve hastalığıyla ilgili bir kabul etme gibi bir zorunluluğu var hastanın tercihinine bağlı olarak. Hastanın ameliyat olması gerekiyor. Hasta konuşamıyor ve dolayısıyla karar veremiyor. Ve eşi hayır ameliyat olmayacak diyor ve gidiyor. Bu da hasta mahremiyeti açısından ve kaliteyle bağdaştırdığımız da biz nasıl bir yol izleyeceğiz. Kalite ve kalite standartlarımız var ama batıyla doğu arasında bile çok ciddi fark yaşadığımız insanların kendi tedavileriyle ilgili bile karar veremedikleri alanlarımız var. Bu konuda değerli görüşlerinizi rica ediyorum.

---- Kocaeli üniversitesiyle bir sağlık müdürü olarak anne ölümlerinin engellenmesinde yine somut bir pratik ayaktan örnek veriyorum gerçekten güzel çalışmalar oldu. Bu arada biz şunu gördük Dilovası'na bizzat kendimin gidip müdahale ettiği olaylar oldu. İnanışları yani bize göre çok şey görünen ama yetiştikleri yerin örf ve adetleriyle onlar açısından kabul edilmiş bazı değerler nedeniyle biz anne ölümlerinde şunu gördük çok fazla hizmet almaya karar vermekte sorun var. Yani anne ölümlerinde gecikme modelleri var ya 1. Tip ikinci tip gibi mesela. Bir kere hizmeti almaya karar vermekte sorun var. Bunun ikna ile çözüm bulmasından başka bir yolu yoktur. İknayı da yeri geldiğinde imanla yapıyorsunuz, yeri geldiğinde kendi cinsinden bir hemşireyle yapıyorsunuz, yeri geldiğinde sosyal düzeyine göre psikologla yapıyorsunuz. Bunun

dörtkenarı çok kesin sınırlarla yapmamak lazım. Bir kere hizmete verdiğimiz değer kadar insana da değer vereceğiz. İnsanların içinde bulunduğu değerler sistemine kendisine ve başkasına zarar vermediği sürece yargılamadan yaklaşmalıyız. Biz bu şekilde çok güzel sonuçlar aldık. Herkesi de aşağı yukarı ikna ettik. Yeri geldi onların önem verdiği kanaat yönlerini bulduk. Örneğin bir aşiret sisteminde onu da ikna ettik. Yeri geldi kaymakam da ikna ettik. Yeri geldi sosyal yardımlaşma kurumundan tabiri caiz ise yardım rüşvet vermek sureti ile yeri geldi kendi hizmet aracımızı onlara tahsis etmek sureti ile böyle ayrıcalıklı hissettirerek ikna ettik. O yüzden bu işlerde çözüm bulabilmek için önce kendi toplumumuzu tanımamız lazım. Mahremiyette de yargılamadan hizmet vermeliyiz. Anestezi uzmanlarıyla ben çok uğraştım. Kendilerince bir takım tarikata dayalı olduklarını söyledikleri eleştirileri oldu. O araya perde koyduğumuz merkez monitörize olmasına rağmen. Halbuki insanların aldıkları sağlık hizmetinde buldukları spiritüel konum ve kabul ediş çok önemli onların iyileşmesinde.24 saat ışıkların yandığı her gün birinin rahmetli olduğu bir ortamda mahremiyet algısını biz hijyen ve bir takım şeylerden ötürü düzeltmedik bir çok zaman. Ama bu konu meslektaşlarımızla ilgilidir. Onlara anlattıkça hasta bakımındaki kolaylığı gördüler. Hastanın alt bakımını yaparken hastanın göz bakımını yaparken bile mahremiyetin sağlanması hasta bakımını kolaylaştırır. Teşekkür ederim.

Belki de sağlıkta kaliteyi Türkiye'ye yaymak için hepimize daha fazla iş düşüyor. Gerekliğinde gönüllü bile gidip çalışmak gerektiğine inanıyorum. Sağlık çalışanlarına baktığımızda kaç kişinin görevini tam anlamıyla yaptığı konusunda emin değilim. Teşekkür ediyorum. Şimdi Doktor Ali Arslanoğlu sunumuyla devam ediyoruz. Kendisini sağlıkta küresel değişimlerle ilgili dinleyeceğiz.

Dr. Ali Arslanoğlu-ULUSLARARASI KALİTE UZMANI

İsmim Ali Arslanoğlu toplum sağlık okulunu bitirdim daha sonra iktisat fakültesi ve işletme doktorası yaptım.



OPTİMUM SAĞLIK HİZMETLERİ İÇİN KÜRESEL DEĞİŞİMLER

DR.ALİ ARSLANOĞLU

02 ARALIK 2017

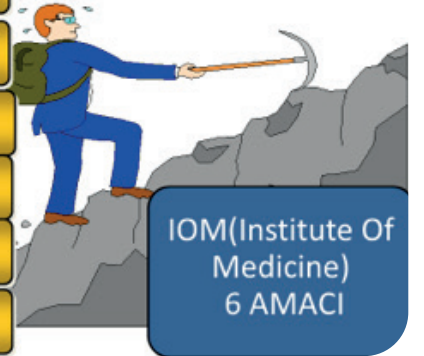
İşletmede bir küreselleşme ve bir de lokalleşme. Küresel düşün lokal yönet. Yani küresel düşünürken de o bölgenin yerel halkının istekleri, inançları, duyguları ve düşüncelerine göre ürün üret hizmet üret diyoruz. Kaliteyle ilgili birçok çalışmalar yapılmaktadır. Kalite artık şirketlerin ajandalarında değil tüm sektördeki kurum ve kuruluşların her alanında her sahasında her sürecinde yer almaktadır. Kurumlar kaliteyi farklı tanımlamışlardır. Benim kendi yaptığım tanım şudur. Müşterilerin istek ve ihtiyaçların daha önceden belirlenen istek ve ihtiyaçları insanların belirlemediği ihtiyaçları da vardır. İnsanların akıllarına gelmeyen ihtiyaçlardır.

KALİTE



SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

1. Sağlık hizmetleri güvenli olmalı
2. Sağlık hizmetleri etkili olmalı
3. Sağlık hizmetleri hasta odaklı olmalı
4. Sağlık hizmetleri verimli olmalı
5. Sağlık hizmetleri zamanlılık olmalı
6. Sağlık hizmetleri eşitlik olmalı



Çünkü takım çalışmasıdır beyin fırtınasıdır. Kişilerin beklemedikleri de bir kalite olarak aslında. Örnek vereyim 14 Şubatta eşlerimizden bir güzel gül bekleriz gelirse hakimiyet değer kazanır. Ama 15 Şubatta beklemeyiz beklemediğimiz anda bir demet gül gelirse değer 3'e 4'e katlanabilir. Kalite de böyle bir şeydir.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE DEĞİŞİM

- ✓ Tıbbi bilgilerin yarılanma ömrü.
- ✓ Teknoloji hızla geliyor.
- ✓ Dünya nüfusu hızla yaşıyor.
- ✓ Teknoloji beraber maliyetler artmaktadır.
- ✓ Dünyada ulaşım ve iletişim olanakları arttı.
- ✓ Sağlık hizmetleri küresel market haline geldi.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE DEĞİŞİM

- ✓ Yönetmelikler alınmalı.
- ✓ Maliyetler kontrol altına alınmalıdır.
- ✓ Maliyetler süreklilik arz etmektedir.
- ✓ Dünya nüfusunun %60-70'inin sosyal sigortası yok.
- ✓ Dünya nüfusunun %50'sinin temel ilaçlara ulaşmada sıkıntı yaşamaktadır.

Hastaların beklediği istekleri ve ihtiyaçları olabilir ama siz beklediklerinin üzerinde verirseniz aslında kalite budur. Standartlar değil standartların üzerine çıkmamız lazım. Standartlar zaten olması gereken minimum şartlar. Hastanelerde DÖF deriz. Düzeltip önleyici faaliyet programı. Hep düzeltip önlüyoruz. Bu döngüyü değiştirip düzeltici önleyici ve iyileştirici faaliyet demek lazım. Düzenletici önleyici biz kendi hatalarımızı düzeltiyoruz aslında kendi kendimizi ele veriyoruz biz iyileştirmeliyiz. kalite iyileştirme yolculuğudur ve bir gönüllülük esasıdır. Birçok ürün vardır birincisi ürün kalitesidir. Sanayide endüstriden çok ürün kalitesidir. Ürünlerin kaliteli olarak üretilmesi ve müşteriye bu şekilde sunulması lazım. İkincisi hizmet sektöründe hizmet kalitesi olmalı. Süreçler iş akış şemaları düzgün bir şekilde yapıp en önemlisi çıktı olarak alınmasıdır. Hizmet kalitesi ve ürün kalitesinin yanında bunları yapacak olan kimdir. Bireysel kalitedir. Kalite kimin için bizim için. Hepimiz için. İnsan için kısaca. İnsan en önemli şey. Zaten tıbbın altı amacından biri insan değerli olmak insana hitap etmek. İnsana değer katarken gittiğimiz endüstri 4.0'daki çıktılar ve süreçlerin hepsi insan içindir. Sağlıkta kalite için söylemek gerekirse 3 amaçlıdır. Bir yapıların kalitesi iki süreçlerin kalitesi zaten kalitenin tanımı süreç yönetimidir en önemlisi de çıktılardır. Bunun için de birlikte hareket edilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite altı amaçtan bahseder. İlki güvenli olması. Etkili olmalıdır.

Hasta odaklı olmalıdır verimli olmalıdır. En az kaynakla en etkili yola çıkmayı sağlamalıyız. Zaman önemlidir. Vermiş olduğunuz hizmeti zamanında yapmalıyız. Eğer 70 yaşındaki hacı amcağı sabah sekiz buçukta ameliyat olacaksınız deyip sabah sekizde salona getirmişseniz. Gece 12 de yedirmişsiniz bütün çamaşırlarını çıkartmışsınız. Soğuk odada 12 ye kadar bekletmişseniz kalitenin k sinden bahsedemezsiniz. Hipokrat'ın yemininde de zaten hekim hastaya verdiği sözde saatte gitmelidir. Yıllar öncede ortaya konulmuş bir meseledir. Ve sonuncu da eşitlik. Herkese eşit hizmet verilmelidir. Ama ne yazık ki küreselleşme bu eşitliğin önüne geçmektedir. Zengin ve fakir ülke, zengin fakir insan arasındaki farklılık özelleşmeler nedeniyle de bazen hizmete eşit olarak ulaşamıyor. Nasıl bir değişimin içine girdik? Tıbbi bilgilerin yarılanma ömrü azalmıştır. Hekimlerimiz sürekli kendilerini geliştirmelilerdir. Hastalıkların teşhisi tanısı tedavisi ile ilgili yeni algoritmaları ve prosedürleri öğrenmelilerdir. Teknoloji hızla gelişirken maliyetler de hızla artmaya başladı. Biz eskiden maliyet derken sadece sağlık hizmeti maliyetlerini değil kalite maliyetlerini de içine katmalıyız. Bunlardan birincisi kalitesizliği önleme maliyetleri, değerlendirme ve ölçme için ayırdığımız maliyetler üçüncüsü de iç başarısızlık. Hata düzeltmek için yaptığımız maliyetler. 4. sü de dış başarısızlık maliyetleridir. Hastaya gittikten sonra önlenabilir hatalar için ayırdığımız maliyetlerdir. Dünya nüfusu hızla yaşlanıyor. Artık ömür uzuyor. Artık kronik hastalıklar ama mühim olan yaşam kalitesini artırmak. Bunun için çalışmalar gerekiyor. Dünyada iletişim ve ulaşım olanakları arttı artık dünyanın her yerinde sağlık hizmetleri hastalara ulaşabiliyor. Bu da aslında yapay bir talep ortaya çıkarmıştır. Bu talebi de yönetsel olarak etki altına almamız gerekir. Sağlık hizmetleri küresel bir Pazar haline geldi. Sağlık hizmetleri pazarın dört p sinden birine tutundurulmak zorunda. Bu da aşırı ve yapay talepleri ortaya çıkarmıştır.

DÜNYA SAĞLIK ÖRÜNTÜSÜ

- ✓ Dünya sağlık örüntüsü (pattern) değişti.
- ✓ Sistem kurulmalıdır.
- ✓ Kronik hastalık yönetimi.
- ✓ Otomasyon ve uygulamalar.
- ✓ Tele-Medicine
- ✓ Sosyal Medya
- ✓ Hekim tavsiyesinden çok yaşayan tavsiyesi

DÜNYA SAĞLIK ÖRÜNTÜSÜ

- ✓ Geleneksel tıp, klasik tıp.
- ✓ Evde bakım hizmetleri.
- ✓ Takım çalışması.
- ✓ Toplum sağlığı sadece sağlık bakanlığının sorumluluğunda değil. Eğitim, Belediye, Maliye, Bayındırlık ve İskan
- ✓ Sosyal refah
- ✓ İnter-sektörel

Dünya sağlık örgütleri vasıtasıyla yönetsel olarak kontrol altına alınmalıdır. Evet, maliyetler kontrol altına alınmazsa kaynaklarımız giderek azalacaktır. Eskiden kalite maliyetle başlar derlerdi. Ama artık kalite maliyetle başlıyor ve maliyetle devam ediyor. Hasta güvenliği için yapacağımız birçok sistem için maliyete ihtiyaç vardır. Şimdi maliyetten sonra şuna değineceğim dünya nüfusunun %60-70 inin sosyal sigortası yok. Sağlık hizmetlerine ulaşmada sıkıntı yaşayabiliyorlar. Dünya nüfusunun %50 sinin temel ihtiyaçlara ulaşması yönünden sıkıntıları vardır. Eskiden %70-80 oranında salgın hastalıklarla mücadele edilirken günümüz de aynı oranda kronik hastalıklarla mücadele edilmektedir. Yönetsel olarak şunlar yapılmalıdır. Kronik hastalıkları yönetmek için iyi bir sistem kurulmalıdır. Kronik hastalıkların yönetiminde sadece teşhis tedavi değil. Hastalarla hasta yakınlarına ve çevresindeki insanlara mentörlük yaparak bu hastaların nasıl yaşayacaklarını hastalıkları hakkında bilgi vererek bu konuyu da yönetmemiz lazım.

Kronik hastalıklarda otomasyonlar ve aplikasyonlar sisteminde hastayı çok üzmeden, hastayla birebir evinde örneğin bir ter damlasından bütün tahlillerin yapıldığı gibi sistemlerle de olayı daha sistemli ve kontrollü hale getirilmelidir. Sosyal medyanın önemi artmaktadır ama burada deformasyon kirliliği vardır. Bunu da kontrol altına almamız gerekir çünkü birçok kişi buradaki bilgilerle kendini yanlış yönlere yönlendirmektedir. Ve birkaç alanda birkaç doktordan ve sağlık kurumundan faydalanarak maliyetleri artırmaktadır. İnsan bir kalp taşır. Empati. İnsanlar artık daha önceden bu hastalığı yaşamış insanlardan görüş almak isterler. Geleneksel tıp önem kazanmaya başladı ve klasik tıbbın önüne geçmeye çalışmaktadır. Ona mentörlük yapmaktadır. Onlara beraber yürüyebilecekleri bir ortam yaratmamız gerekmektedir. Yaptığımız iş bir ekip işidir bu yüzden tüm doktorlar hasta bakıcılar hemşireler bir arada takım olarak çalışmalıdır. Toplum sağlığından sadece sağlık bakanlığı sorumlu olmamalıdır milli eğitim de sorumlu olmalıdır belediyenin ve maliyenin de sorumluluğu altındadır. İlkokuldan beri sağlıkta kalite ile ilgili eğitimler verilebilir. Belediyeler çöpleri almazsa hastalıklar ortaya çıkacaktır. Maliye yoksulluk başlı başına bir sıkıntıdır bir birey ısınamazsa hasta olabilir. Bayındır ve İskender bir çevre ortamı olmazsa hastalıklar artabilir. O yüzden toplum sağlığından sadece sağlık bakanlığı sorumlu değildir. Bu dört ekstra paydaşların da konunun içerisinde yer alması gereklidir. Ve birbirleriyle etkileşim halinde olmaları gereklidir.



Her şey insan içindir ve önemli olan şey hayat döngüsünde insan olabilmektir. Çünkü biz insanız ve insanla uğraşıyoruz. 70 yaşında ki bir hastaya cpr yaparken 70 yaşında gözüyle bakarsın ama kapıda bekleyen 50 yaşındaki bir çocuğun babasıdır. Teşekkür ederim.

Ali hocama teşekkür ediyoruz. Bu konuyla alakalı sorunuz varsa alalım yoksa Gürkan Bey ile devam edeceğiz.

Doç. Dr. Gürkan Sert: davet için çok teşekkür ediyorum. Aslında hem akademisyenim hem de sivil toplumcuym. Burada sivil toplum kuruluşu temsilcisi olarak paylaşım yapacağım. Kalite derken hastayı ya da insanı ihmal etme konusunda baştan gözden geçirmek açısından bir iki örnek vereceğim. Bunlardan bir tanesi mahremiyet ve özel yaşam. Hem evrensel ölçekte hem yerel ölçekte bütün insanlar için büyük önem taşıyan bir hak. Teknolojinin gelişmesiyle birlikte bu hak daha ihlal edilir daha az önem verilir hale geldi. Teknoloji geliştikçe özel yaşam hakkının tanımı genişlemesi gerekirken daralttık. Örneğin bilgi toplamak bizim için çok önemli bunları

işlemek çok önemli ve biz kişisel backgroundumuza kavuştuk. Büyük tartışmalar sonunda. Bu konuda iyi bir sınav vermedik sürekli değiştirdik. Şuanda yine değişiklikler devam ediyor. Sağlık, ticaret, araştırma, planlama için önemli. Kişisel sağlık verilerinin korunmasında diyoruz ki hastamızı bilgilendiririz ve olan alırız. Diyoruz. Bilgilendirdik ve olan vermedi. O zaman hizmet alabilirsiniz mi diyoruz? Hayır. O zaman ona almayalım sadece bilgilendirme diyelim. Bu bilgilendirmeyi niye yapıyoruz. Şimdi bunu söylediğimde soruyorsunuz biz bu sağlık hizmetini nasıl yürüteceğiz. Biz bilgi verip toplamazsak nasıl olacak bu iş? Belki şunu ihmal ettik kişisel bilgiler arasında bir sınıflama yapmadık sistemimizde. Yani şu bilgiler ulaşılabilir. Şu bilgiler özel izinle ulaşılabilir şu bilgiler mutlaka hastanın teyidiyle ulaşılabilir bilgiler halinde sınıflanabilir. Biz bilgili kişilere sormuyoruz. Hastalara da sormuyoruz. Hasta kendisiyle ilgili nasıl bir bilgi paylaşım sistemi olduğu konusunda bilgi sahibi midir? Ve biz onları bilgilendiriyoruz aslında kişisel sağlık verileriyle ilgili memurlarımız gelip hastanın yanına oturduğu zaman onları bilgilendiriyorlar kâğıt üzerinde söylüyorum. Hastayı bilgilendiriyor bak bu bilgiler sisteme geçecek eczaneye gidecek eczaneden paylaşılacak ama nedir arşiv çok önemli bir kalite ölçütüdür. Bu bilgilere ulaşabilmek bu bilgilere erişebilmek çok önemli bir kalite unsurudur. Bu hususta da küçük bir parantez açmak gerekirse bu bilgileri gidip almam için de para ödemem gerekiyor küçük bir meblağ olsa da para ödemem gerekiyor. Bu bilgilere çok önemli bir bilgi diyoruz ama bu bilginin fotokopi parasını da senden alıyoruz. Bunu yaklaşım açısından değerlendirmek istiyorum. Diğer bir önemli konu da birkaç gün önce yerellik açısından soruyorum reçetem yazıldı gittim ilaçlar verildi çıktım hiçbir şey görmedim ne reçetemi gördüm bir de 35 lira para çıktı. Niye dedim eczacı prosedürler gereği dedi eczacı. Teşekkür ederim dedim. Bir önceki hastalığımda gidip aldığımda şöyle olmuştu. Nereden çıktı dedim bu 25 lira uzun uzun anlattı bana eczacı kalfası. Şok oldum teşekkür ederim dedim her hastaya anlatıyor musunuz, hayır dedi dün sizi televizyonda gördüm dedi o yüzden anlattım yoksa anlatmıyoruz her hastaya anlatsak çok uzun sürer dedi ve zaten hastalar da anlamıyorlar dedi. Bu da önemli bir sorun. Hastaların anlamamasından da dert yanıyoruz. Kalite derken formlarımızı imzalatmakla bu süreçleri başlatmakla yürüyecek işler değil. Ben yapıcı bir insanım bu konuyu eleştirme anlamında söylemiyorum. Bu konuda ne çalışma olursa olsun her zaman her kurumun yanımdayım. Hem kamu kurumlarından hem de özel kurumlardan tanıdığım arkadaşlarım var her zaman destek olduğumu ve olacağımı bilirler. Diğer bir husus süper cihazlar üretilmiş demin Mehmet hoca anlattı. Teknoloji ilerler gelir girer her yerde ulaşabilirsiniz ama bir karşılığı vardır. Bu karşılık acaba tüm sağlık sistemini saracak olursa insanları tamamen teknolojiye bağımlı hale getirirsek bir sağlık hizmetine ulaşamama sorunu yaratmaz mı bağımlılık açısından soruyorum. İlk defa bir bürokrattan şunu duydum evet biz ülkemizde yaşayan insanlar için yeterli bir sağlık sistemi kurmuş değiliz.

Benim oradaki tespitim şuydu. Hindistan'da bir ressamın öğrencisi ressama ben oldum mu dediğinde. Ressam al şu kırmızı kalemi meydana as beğenmediğiniz yerleri de bununla işaretleyin de demiş. Öğrenci bir gitmiş her yer kırmızı, boynu bükülmüş. Gitmiş ustasının yanına demiş üzülme şimdi şu boyalarla beraber git beğenmediğiniz yerleri düzeltin de demiş. Bu sefer resme dokunan olmamış. Benim orada düzeltmek istediğim şuydu tamam bir doktor 20 dk. ayırsın hastasına da ben yapmadım ki bunu bu ülkede yeterli doktor yetişmemiş. Biz de elimizdeki imkânlarla en iyisini sunmak zorundayız. Parası olana değil herkese eşit ve hakkaniyetli olmalıdır. Ben ilk defa bunu bir bürokrattan duyduğum için teşekkür ederim. Benim söylemeye çalıştığım şey şu. Hastalar hastanenin kapısına giderken mükemmel bir sağlık hizmetinin beklentisiyle gidiyor. Çünkü öyle de lanse ediyor olabiliriz. Ve gittiğinde o eksik olduğunda sırası zamanında gelmediğinde yani şöyle bizimle ilgili şikâyetlerde ilk şunu duyuyoruz. Doktor yüzüme bile bakmadan reçete yazdı ikincisi çok sıra bekledim. Bu sorunu ortaya koymak da ve bunun gelecekteki önlemleri konusunda konuşmak da önemli iken matrak diskler olduğu zaman bireysel sorumluluğun üzerine gitmemeliyiz o zaman. Yani 8 dakikada bak örnek veriyorum

ameliyatları daha hızlı sürede yapın.E tamam bitti. Ama arkasından da matrak disk olduğu zaman hem idari hem hukuki sorumluluk, idari sorumluluk gündeme gelebilir. Diğer bir başlığımıza baktığımız zaman insan insana ilişki hiçbir zaman unutulmamalı, bilgilendirme yapılmalı. Mesela çok önemli bir soru geldi. Hastanın temsili de çok önemli bir konu olmalı. Hastayı kim temsil etmeli. Nasıl temsil etmeli kim karar vermeli. Bunlarla ilgili prosedürler rehberlerimiz var mıdır? Kişisel değerlerimize göre bir çözüm örneğin hastaların eğitime katılması için rehberlerimiz var mıdır? Örneğin Avrupa insan hakları mahkemesi yakın zamanda karar verdi. Asistanların normal doğuma girmesi konusunda kadın dava açıyor. Diyor ki benim haberim yoktu. Bizim ülkeye gidecek cevabı Ukrayna ya da Rusya vermiş biz zaten buranın eğitim ve araştırma hastanesi olduğunu verdiğimiz bookletlerle imzalattık onların gireceği orada yazıyor zaten. Rusya'ya da Ukrayna hükümeti kabul etmiş ama insan hakları mahkemesi kabul etmemiş. Mahremiyet hakkının ihlalidir diye karar vermiş örneğin biz hastaları eğitime dahil ederken hem öğrencilere hem de uzmanlık öğrencilerine bir prosedürümüz var mı? Bu konuları eleştiriyoruz ama çözümler için yanınızdayız. Benzer hususlar açısından bir son nokta da hastaya gerçeğin söylenip söylenmeyeceği konusunda özellikle onkolojide. Bunun bir rehberi ya da yaklaşım tutarı var mıdır? Örneğin bu hastaya söylediğimde ya da söylemediğimde ne zarar ve yarar sağlayacağım. Hastanın hangi yakınına söyleyeceğim. Bunlarla da ilgili bir dizi rehber oluşturulması gerekiyor. Hiçbir şekilde sağlık hizmetlerinde kalite insan insana ya da gönül gönüle olan ilişki dışında düşünülemez. Son bir tespit bazen hasta gelir hastaneden şikayetçidir ama şu doktorun adı geçerse şikayette bulunmayacağım der korku değil aslında inanın. O günkü tutumu yaklaşımı bir diğer önemli kalite standardı. Bu aralarındaki ilişkiyi gerçekten de etkiliyor. Lafı uzatmamak adına teşekkür ediyorum saygılarımı sunuyorum.

Banu Başaran: Gürkan beye teşekkür ediyoruz. Her açtığınız maddenin altına hepimiz saatlerce konuşmak isteyebiliriz çünkü hepimizi çok ilgilendiren aslında doğru bildiğimiz yanlışlarımız var. Hukuki açıdan bilgilerimiz aslında belli bir kademeye kadar insanların bilgisinde ama hastayla birebir muhatap olan hemşire ya da diğer çalışanlarımız açısından çok ciddi sıkıntılarımız var. Söylediğimiz sorunlar çok ciddi sorunlar. İki kardeş birbiriyle konuşmuyor. Aileye birisi bakıyor. Mirasla ilgili konular var. Bizleri de sıkıntıda bırakan birçok konu var bu konuları aşabildik mi birçoğunu aştık. Kalite güzel kalite standartlarını oturtmak güzel ama burada da her hastane kendi çıkarlarına göre kendi standartlarını belirliyor. Burada belki de bizleri zora sokan konulardan bir tanesi atıyorum ben bugün 300 yataklı bir hastanedeyim yarın 100 yataklı bir hastanedeyim mantık çok farklı bakış açısı çok farklı o zaman öncelikleriniz değişiyor o kurumda ve kendi kalite standartlarınızı aslında hastalara bir şey verdiğinizi söylüyorsunuz. Butik hizmeti veriyoruz her hastaya bilgi veriyoruz diyorsunuz. Hasta çıkmış anesteziden hiçbir şeyi hatırlamıyor ilaçları nasıl kullanacağını kime verdiğimizizi bilmediğimiz aslında hastaların ilaçlarını bile yanlış kullandıkları eğitim süreçleri var. Benim size hazır herkes buradayken hepimizi bilgilendirmeniz açısından bir sorum var. Kişisel verilerin elde edilmesi işlenmesi ve muhafazasına ilişkin bilgilendirme. Hepimiz web sitelerimize kurumlar olarak koyduk öyle bir yönetmelik geldi. Hukukçulardan bu konuda neleri doğru yapabiliriz diye görüş aldığımızda hukukçularda bizden öğrendiler o gün hastanelere böyle bir zorunluluk geldiğini bir bakalım geri dönelim dediler. Bir bilgi geldi ama bu bilginin içerisinde belli standartlar ama bunları gerçekten sadece web sitesine koymakla ve uygulama sırasında en önemli konu 2. Ve 4. Madde. O yönetmelikte veya kanuna döndü mü sanırım dönmedi 2018 dediler. Kişisel verilerin paylaşımı ve 4 nolu maddede kişisel verilerin saklanması için hastaların hakları bu konuda bizleri biraz bilgilendirebilir misiniz? Sağlık sektörü olarak neredeyiz. Şöyle söyleyeyim küçük örnek geçen bir kurum arıyor diyor ki hastaneye gelen hastaların telefon numaralarını başkalarıyla paylaşabilir miyiz? Güzel şirketler istiyor biliyorsunuz geldiğiniz başvuruya göre falan. Satabilirsiniz yani kıymetli bir bilgidir sağlık ihtiyacı olan birinin telefon numarası. Biz de kısaca cevap yazdık. Veremezsiniz dedim. Cevap

şöyle ama neden ki diyor altı üstü 9 tane rakam vereceğiz ismini vermeyeceğiz kişinin diyor. O zaman verin dedim. Şu önemli verin derken bu yasa dışı bir şey. Dedim ki izin alın o zaman hastadan. Şu bilgiler şuraya ulaşılabilir diye dedim. Dedi ki onunla kim uğraşacak günde 700 tane hasta geliyor dedi. Yani dedim satışıyla uğraşıyorsunuz şununla uğraşmıyorsunuz dedim. Şu husus çok önemli birincisi kişiler veriler konusunda bütün sağlık çalışanlarının ciddi bir duyarlılığa sahip olması gerekiyor. Artık iyi niyetle örnek vereyim asm ekibinin kayınbabayı arayıp Ali Rıza Amca gelinin hamile al tatlıyı gel. Devrinin geçmesi lazım. Bu verinin kişisel bir veri olduğunu kabullenmesi lazım artık. İkincisi kişisel sağlık verilerinin korunması kanununa göre biz bu bilgiyi aldığımız zaman benim öngörüm benim fikrim bu şekilde bilgileri ilan etmiş olması yeterli değildir. Bu ilgiyle ilgili mutlaka kurumun hastaya bilgi aktarması gerekiyor. Ama bu bilgi aktarmanın ne yararı olacak şu açıdan söylüyorum hastanın anlayıp anlamaması değil hayır derse tedavi etmeyeceksek ne anlamı var bilmiyorum ama bu bilgilendirmeyi bizim hastanın kendisine yönelik yapmamız gerekiyor.

Konferans II “Sağlık Hizmetinde Kalite İçin Yapısal Gereklilikler”

Moderatör: Prof. Dr. Mustafa Berktaş, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektör Yardımcısı

Konuşmacı: Doç. Dr. Hatice Camgöz Akdağ, İstanbul Teknik Üniversitesi, Rektör Danışmanı, Kalite Koordinatörü, Sağlık Sistemleri Anabilim Dalı Başkanı, İşletme Mühendisliği Öğretim Üyesi



Değerli katılımcılar, saygıdeğer hocalarım hoşgeldiniz. Sanırım buradaki en farklı kişi benim. Ben Senatürk'ü düzenleyen ekip ile aslında 6 yıl önce tanıştım. İyi ki de tanımışım, 7 ay önce meme kanseri teşhisi ile sağolsunlar tüm yapısal, süreç, sonuç, 7 ayda her şeyi hallettik. 2. USKAF'ı ben düzenlemiştim, İstanbul Teknik Üniversitesi'nde, yine hocalarımızın yardımı ile, bir gün önce kanser olduğumu öğrendim. 3.sünü düzenlediğimizde de survivor olarak karşınızdayım. Bahadır Hoca'ma özellikle çok teşekkür etmek istiyorum. İşletme Mühendisliği olarak bizler aslında İTÜ'de şu anda sağlıkla ilgili çok çalışmalar yapıyoruz. Big Data üzerine sabahleyin de seminerler verdiğimizizi, sürekli eğitim merkezinde çalıştığımızı hatta yeni oluşturduğumuz yüksek lisans programımız var artık bir tane hastane yönetimi ile ilgili, 'HaStane ve Kalite Sistemleri Yönetimi' adı altında. Hem tıp doktorlarına, hem hemşirelerine herkese açık bir yüksek lisans programı aynı zamanda da yine kısa vadeli kalite eğitim sistemi hastaneler için ve sürekli eğitim merkezinde sertifika programları açmayı planlıyoruz. Fazla uzatmayacağım.

Sağlık Hizmetinin Kalite için Yapısal Gereklilikleri denildiğinde, yüzlerce kalite tanımı vardır, ben 2004 yılında kalite yönetimi doktoramı bitirdim, o zamanlar çok trend bir konuydu, sonra çok eskidi dediler, yeni şeyler geldi, oda çok eskidi dediler. Ne diyelim buna dediler işte excellence diyelim, ondan sonra şimdi yalın diyoruz ama hepsi aslında aynı şeyi söylüyor, en basit şekilde tanımlarsak hasta veya sağlıklı insan beklentilerinin karşılanmasıdır. Neden kalite? Daha fazla kaliteli hizmet talebi olduğu için, kaliteye odak var şu anda. Sağlık hizmetlerinde artan mali

Sağlık Hizmetinin Kalite İçin Yapısal Gereklilikleri

Doç. Dr. Hatice CAMGÖZ-AKDAĞ
İstanbul Teknik Üniversitesi
camgozakdag@itu.edu.tr

Kaliteyi en basit şekilde tanımlarsak;

'Hasta/sağlıklı insan beklentilerinin karşılanmasıdır'

yetlerden dolayı kalite sistemleri ile bunları çözmeye çalışıyoruz. Gelir ve ödeme sistemlerindeki yaklaşımlar, kamu politikası konusundaki verimsizlikler ve artan rekabet. Ortak öğelerine baktığımızda kalitede en başta zaten müşteri beklentilerini karşılama ve üzerine çıkmak, kalite dinamiktir, az önce söylediğim gibi terimler sürekli değişiyor, sistem değişiyor, iyileştirmeye doğru gidiliyor. Zaten kalitenin ana amacı da sürekli iyileştirmedir. Dar boğazları tabiki var. Hasta bakımında altı spesifik alanda iyileştirme; daha güvenli, daha etkili, hasta odaklı, zamanında, verimli ve eşit olmalı.

Sağlık Hizmetlerinde Neden Kalite ?

- Daha fazla kaliteli hizmet talebi
- Sağlık hizmetlerinde artan maliyetler
- Geri ödeme sistemlerinin yaklaşımları
- Kamu politikası konusunda verimsizlikler
- Artan rekabet

USKAF 18 - Hatice Camgoz-Akdag - 02.12.2017



Hakkaniyetli olmalı diyoruz. Hastaya odaklanmak başarı faktörlerinden bir tanesi, bu güne kadar literatüre baktığımız zaman faktörler belirlenmiş, hastaya odaklanmak, kalite iyileştirme programlarını uygulamak, insan kaynakları, enformasyon teknolojisinin kullanımı, sonuçların ölçülmesi ve performans değerlendirilmesi altı kural dediğimiz ve stratejik planlama.

Kalitenin Ortak Öğeleri

- Müşteri beklentilerini karşılama ve üzerine çıkmaktır.
- Kalite dinamiktir; bugün kaliteli olduğu düşünülen yarın yeterli bulunmayabilir
- Kalite iyileştirilebilir.

USKAF 18 - Hatice Camgoz-Akdag - 02.12.2017

Kalite'nin Darboğazları

- Hasta bakımında altı spesifik alanda iyileştirme;
 - Daha güvenli,
 - Daha etkili,
 - Hasta-odaklı,
 - Zamanında,
 - Verimli, ve
 - Eşit.



USKAF 18 - Hatice Camgoz-Akdag - 02.12.2017

Bugüne kadar 6 kurallara bakılmış ama özellikle sağlıkta bakılmış ama ondan öncesinde ne yapılıyor? Sonuca gelene kadarki süreci düzeltirsek, süreçten önce en başta yapısal gereklilikleri yerine getirirsek aslında, o zaman sonuç beklediğimiz gibi gelişir.

Başarı Faktörleri

- Hastaya odaklanmak
- Kalite iyileştirme programlarını uygulamak
- İnsan kaynakları
- İnfomasyon teknolojisinin kullanımı
- Sonuçların ölçülmesi ve performans değerlendirmesi (outcomes)
- Stratejik planlama

000018 - Halkın Sağlığı - 02.12.2017

Sağlık Reformu: Temel İlkeler

- Tüm toplumu içine alan bir sağlık hizmeti
- Maliyet yönetimi
- Sağlık hizmeti kalitesi ve güvenilirliğinin iyileştirilmesi
- Finansman eşitliği (hakkaniyet)
- Sağlık yönetiminin basitleştirilmesi (Yalın Yönetim)

000018 - Halkın Sağlığı - 02.12.2017

Sağlık reformu, temel ilkeler, tüm toplumu içine alan bir sağlık hizmeti yapmak istiyoruz, amacımız bu, maliyet yönetimi o da çok önemli Amerika'nın geldiği durum ortada. Sağlık hizmeti kalitesi ve güvenilirliğinin iyileştirilmesi, finansman eşitliği ve sağlık yönetiminin basitleştirilmesi yani yalın yönetim.

Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tanımı "National Health Service, UK"

- "...doğru işlemleri, doğru kişilere, doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında doğru yapmak."
- "...doing the right things to the right people at the right time, and doing things right-first time."

000018 - Halkın Sağlığı - 02.12.2017

Bu National Health Servis UK'de ki ulusal sağlık hizmet ve kalite tanımlarına baktığımızda doğru işlemleri, doğru kişilere, doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında doğru yapmak önemli. Kalite iyileştirme programlarına yaklaşım yöntemleri; kanıta dayanıklı tıp, klinik uygulama rehberleri, rehberler var ama kimse bakmıyor, onları nasıl okutacağımızı ve nasıl ilgilenmemiz gerektiğini de öğretmemiz gerekiyor.

Kalite İyileştirme Programlarına Yaklaşım Yöntemleri

- Kanıta-dayalı tıp
- Klinik uygulama rehberleri
- Karar verme kolaylaştırıcı yöntemleri
- Mesleki eğitim ve gelişim
- Değerlendirme ve hesap verme yöntemleri
- Kamuya duyuru
- Hasta-merkezli hizmet
- Hastaların karar verme mekanizması içine alınması
- Ortak karar verme
- Toplam kalite yönetimi felsefesi
- Kalite sistemleri

000018 - Halkın Sağlığı - 02.12.2017

Karar vermeyi kolaylaştırıcı yöntemler var bunlar için mühendisler şu anda yazılımlar yazıyor, ona göre sadece bir tık ile aslında hastanın gerçek verilerini siz bilgisayara data olarak girdiğiniz zaman, datalardan karar kolaylıkla çıkabiliyor ve siz zaman kazanmış oluyorsunuz. Mesleki eğitimde gelişim, değerlendirme ve hesap verme yöntemleri, kamuya duyuru, hasta merkezli hizmet, hastaların karar verme mekanizmasının içine alınması, ortak karar verme, toplam kalite yönetimi felsefesi ve kalite sistemleri.

Şu anda YÖK zaten tüm üniversitelerde kalite yönetim sistemi kurulmasını 2015 yılında yönergeye geçirdi. Hepimiz şu anda biz hatta İTÜ olarak aralık ayının sonuna doğru, ilk değerlendirmemizi göreceğiz, birçok şeyi bir araya getirip tek sistem altına toplamak aslında bizim yaptığımız iş, bunu aslında hastanelerde de yapmaya çalışıyoruz ama HBYS sistemi çok karmaşık ve oradaki dataları çekmek onlar ile çalışmayı öğrenmek zaman alıyor. O yüzden hakikatten hekimlerin dışında da yardım almak çok mantıklı, zamanınız ve

Sağlıkta Kalite

- ▶ Bir çok sağlık sisteminde «sağlıkta kalite» gündemin en tepesinde görülmektedir.
- ▶ Sağlık sistemlerine geçiş süreçleri dramatik dönüşümler olabilmektedir.
- ▶ Yeni organizasyon yapısı ve bunların doğurduğu stratejilerin hasta bakım kalitesine olan etkisi sonucunda sağlıkta kaliteye ilgi artmıştır.
- ▶ Son zamanlarda hasta bakım kalitesinin sistematik kanıta dayalı veri toplama yoluna gidilmiş olmasına rağmen halen birçok ülkede zorunlu izleme/değerlendirme sistemi bulunmamaktadır.

USMAF® - Sağlıkta Kalite - 02.12.2017

Sağlıkta Kalite ile İlgili Ne Biliyoruz?

- ▶ Literatüre göre;
- 1. Birçok sağlık sisteminde temel hastalıkların nasıl tedavi edildiği ile ilgili dokümantasyon eksikliği
- 2. Sistematik sonuç değerlendirme eksikliği
- 3. Spesifik hastalıklarda kaliteye dayalı kaynak yönetiminde performans değerlendirme eksikliği
- 4. Benzer hastalara yönelik bakım/televi farklılıklarında ısrar etme
- 5. Yöneticiler ve sağlık personelinin resmi izleme sisteminin yeterli olmaması

USMAF® - Sağlıkta Kalite - 02.12.2017

finansman olarak da sizin için daha karlı olacağını düşünüyorum. Bu yüzden hazırız. Bunu geçiyorum, sağlıkta kaliteyi zaten herkes artık sabahtan beri duyuyoruz. Literatüre göre sağlık sisteminde temel hastalıkların nasıl tedavi edildiği ile ilgili dokümantasyon eksikliği var bunu biliyoruz. Sistematik sonuç değerlendirme eksikliği, spesifik hastalıklarda kaliteye dayalı kaynak yönetiminde performans değerlendirme eksikliği, benzer hastalara yönelik bakım tedavi farklılıklarında ısrar etme, aynı ise neden aynı tedaviyi uygulamıyoruz niye farklıya doğru gidiyoruz, yöneticiler ve sağlık personelinin resmi izleme sisteminin yeterli olmaması.

Sağlık Hizmetlerinde Kalite

- ▶ 1910 yılında Dr. Abraham Flexner ABD'deki tıp eğitiminin kalitesinin düşüklüğünü rapor etmiştir. Bu çalışmanın sonucunda ABD'deki tıp okullarının önemli bir kısmı kapanmıştır.
- ▶ 1960'larda doktor Avedis Donabedian, sağlık hizmetlerinde kalitenin değerlendirilmesi için yapı, süreç ve sonuç paradigmasını oluşturmuştur. Bunun öyle büyük bir etkisi olmuştur ki Donabedian çoğunlukla kalite alanının modern kurucusu ve lideri olarak düşünülmektedir.

USMAF® - Sağlıkta Kalite - 02.12.2017

Sağlıkta Kaliteyi Değerlendirmek

- ▶ Son yıllarda, sağlık sağlayıcıları kanıta-dayalı tıp konusunda, hastalar ise maliyet açısından etkinlik hususunda çıktılar yaratmışlardır.
- ▶ Göstergeler, performans ve çıktı ölçümlerinin sağlıkta kalite ve verilen servisin ölçülmesine olanak sağlamaktadır.
- ▶ Değerlendirmeler kalite indikatörlerinin oluşturulması ile yapılabilmektedir.

USMAF® - Sağlıkta Kalite - 02.12.2017

1917 yılında Dr. Abraham Flexner ABD'deki tıp eğitiminin kalitesinin düşüklüğünü rapor etmiş, bu çalışma sonucunda, Amerikada tıp okullarının önemli bir kısmı kapanmış, bunun aynısını Kazakistan'da ben 1.5 yıl Kazakistan'da da çalıştım, Kazakistan'da doktorluğun yetersiz olduğuna karar verilmiş ve tıp doktorları ve hemşireler sınava tabii tutulmuş, geçemeyenlerin ellerinden diplomaları alınmıştı, ve çok büyük hezimete uğramışlardı aslında ama oradaki hakikatten sağlık sistemi çok kötüydü. O yüzden Türkiye'den referans almaya karar vermişlerdi. 1960'larda bu ismi sanırım sağlıkla ilgilenen herkes çok iyi biliyorlar, sağlık hizmetlerinde kalitenin değerlendirilmesi için yapı, süreç ve sonuç aşamasını oluşturdu. Son yıllarda sağlık sağlayıcıları kanıta dayalı tıp konusunda, hastalar ise maliyet konusunda, etkinlik hususunda çıktılar yarattılar. Göstergeler, performanslar, çıktı ölçümleri, kalite ve verilen servisin ölçülmesine olanak sağlamaktadır. Değerlendirmeler kalite indikatörlerinin oluşturulması ile yapılabilmektedir ancak, o yüzden ilk başta indikatörleri de incelememiz gerekiyor. Hasta sonuçlarını etkileyen yönetim, klinik veya destek fonksiyonlarının izlenmesi ve değerlendirilmesinde kullanılan kantitatif ölçütler var. Hasta sonuçlarını etkileyen sağlık kalite süreçleri ki biz bunları Kocaeli Üniversitesi ile geçen yıl yedi tane yaptık, süreçleri düzenledik ve hakikatten 0 maliyet ile hem maliyeti düşürdük hem süreyi azalttık hem de hasta memnuniyetini %30 oranında arttırdık.

Kalite İndikatörleri

- Sağlık hizmeti sunumu ile ilgili özel bir süreç veya sonucun değerlendirilmesinde kullanılan ölçüt.
- Hasta sonuçlarını etkileyen yönetim, klinik, veya destek fonksiyonların izlenmesi ve değerlendirilmesinde kullanılan kantitatif ölçüt.
- Hasta sonuçlarını etkileyen sağlık kalite süreçleri, klinik destek servisleri, organizasyon fonksiyonlarının izlenmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirmesinde kullanılan tarama ve uyarı yöntemlerinin tümü.

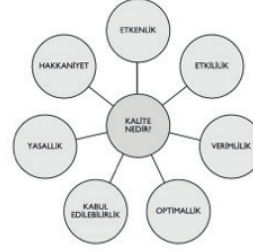
J Mainz, Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. Intern J Q Health Care, 2003; 15:523-536

USAFB H - Hecce Campus-Akad. 02.12.2017

14

Avedis Donabedian

Donabedian'a göre sağlık hizmetlerinin taşınması gereken özellikler



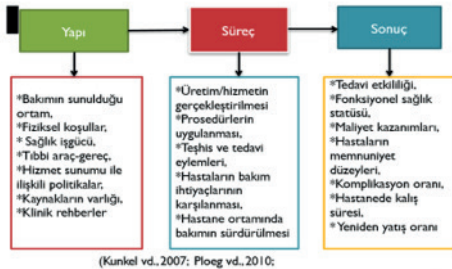
USAFB H - Hecce Campus-Akad. 02.12.2017

15

Donabedian'ın sağlık hizmetlerinin taşınması gereken özellikleri böyle bir şemada görünüyor. Etkenlik, etkinlik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, yasallık, hakkaniyet diye bunların üzerinde tek tek durmayacağım vaktimiz çok az. Direk örnekler geçeceğim. Yapıya baktığımızda, bakımın sunulduğu ortam, fiziksel koşullar, sağlık iş gücü, tıbbi araç gereç, hizmet sunumları ile ilişkilendirilmiş kalite, kaynakların varlığı ve klinik rehberler. Bunlar yapı, yapıyı kurgularsanız eğer gerisi geliyor zaten, şu anda eş zamanlı mühendislik diyoruz biz, üretim bazında burada aslında hastaneler için de aynısı, yapıyı doğru kurguladığınız zaman süreçler doğru işler, sonuçlar da istediğiniz gibi çıkar. Sürece baktığınızda hizmetin gerçekleştirilmesi, prosedürlerin uygulanması, teşhis ve tedaviye gelen hastaların bakım ihtiyaçlarının karşılanması, hastane ortamında bakımın sürdürülmesi, tedavi oldu hastaneden çıktı, peki ya sonrası? Yaşam süresini hesaplayabiliyor muyuz ya da datayı kaç yıl tutup daha sonra bunu değerlendiriyor muyuz? Yaptığımız tedavinin 10 yıl, 20 yıl sonraki etkinliğine bakabiliyor muyuz?

Fonksiyonel sağlık statüsü, maliyet kazanımları, hastanın memnuniyet düzeyi, biz de genelde hastalar doktorlardan memnuniyetsiz değiller hiçbir zaman yaptığımız araştırmalarda bunu kanıtlıyor zaten, sadece Türkiye'de değil bunun aynısını Kazakistan, Ürdün, Mısır, Tunus'ta da yaptık ve aynı sonuçlar çıktı. Hekim hakkında hiçbir şikayet almıyoruz genelde otelcilik konusunda sıkıntı yaşıyorlar, öyle söylüyorlar, neden çünkü aslında haklarını bilmiyorlar ve neyi istemeleri gerektiğini bilmiyorlar. Komplikasyon oranı, bunun datası var ama dışarıya verilmiyor yani bunları bize analiz edecek ya da beraber projeler ile bunları analiz edersek en azından geriye dönük yapıyı düzeltebiliriz. Hastanede kalış süresi ve yeniden yatış oranı.

Donabedian Paradigması:Yapı-Süreç-Sonuç Süreç Odaklılık !!!!!!!!!!!!!



USAFB H - Hecce Campus-Akad. 02.12.2017

16

Yapı-Süreç-Çıktı Göstergelerine Örnek

Yapı

- ▶ Uzmanların diğer doktorlara oranı
- ▶ Spesifik teknolojilere erişim (ör. MRI)
- ▶ Spesifik birimlere erişim (ör. HBYS)
- ▶ Klinik uygulama kılavuzlarının her iki yılda bir revize edilmesi
- ▶ Fizyoterapistlerin spesifik birimlere atanması

Süreç

- ▶ Diyabet hastalarının düzenli ayak bakımı yapıma oranı
- ▶ Miyokardial infarktüs hastalarının tromboliz alma oranı
- ▶ Doktor tarafından 24 saat içinde değerlendirilen hastanın sevk oranı
- ▶ Hastaların klinik kılavuzuna göre tedavi edilme oranı

Çıktı

- Orta Seviye
 - ▶ Diyabette HbA1a sonuçları
 - ▶ Hipertidemi hastalarının lipid profil sonuçları
 - ▶ Hipertansiyon hastalarının kan basıncı sonuçları
- Nihai Sonuç-
 - ▶ Ölüm oranı (mortality)
 - ▶ Hastalık oranı (morbidity)
 - ▶ Sağlık durum ölçümleri (health status measurement)
 - ▶ İş durumu (work status)
 - ▶ Yaşam kalitesi
 - ▶ Hasta Memnuniyeti

USAFB H - Hecce Campus-Akad. 02.12.2017

17

Yapı ve süreç; yapı %45'ini, süreç %40'ını geri kalanı da çıktıyı içeriyor demişti panelistlerden biri şu an ismini hatırlamıyorum. Uzmanların diğer doktorlara oranı, spesifik teknolojilere erişim, örneğin MRI, spesifik bilgilere erişim, örneğin HBYS sistemine erişim, klinik uygulama kılavuz-

larının her iki yılda bir revize edilmesi, fizyoterapistlerin spesifik birimlere atanması, bu döngünün her zaman iki yılda bir olması gerekmiyor sadece bir modeliniz olmalı ve bu modeli uygulayıp daha sonra da çıktısına bakmak gerekiyor. Çalıştı mı, çalışmadı mı? , çalışmadıysa yeniden stratejik planlama yapmak gerekiyor. Sürece baktığımızda mesela diyabet hastalarının düzenli ayakta bakımının yapılma oranı, bakıyor muyuz buna? Doktor tarafından 24 saat içinde değerlendirilen hastanın sevk oranı gibi. Çıktılara baktığımızda orta seviye çıktılar. Diyabette HBA sonuçları, hipertansiyon hastalarının kan basıncı sonuçları, bunlar ne kadar takip ediliyor? Bir hiper tansiyon hastasının tansiyon ölçümleri ne kadar zaman sonra yerine oturduğuna, yapılan tedavinin doğru olduğuna ya da işlediğine karar veriliyor? Nihai sonuç az önce panelde de mortality ve morbidity dediğimiz ölüm oranı ve hastalık oranı ölçülüyor mu ya da böyle bir toplantı yapılıyor mu? Kalite hiçbir zaman cezaya dayanıklı değildir bunu da belirtmek lazım, her zaman iyileştirmeye yöneliktir. Ben ilk yaptığım projede hocalarıma sormuştum, ölen hastanın maliyeti hiç hesaplandı mı? Manevi değeri ayrı ama yapılan tedavinin işe yaramaması vs. hani bunların da hesaplanması gerekiyor. Neden? Ona göre geriye dönük süreçlerdeki hatalar düzeltilmeli ve ondan önce de eğer onu düzeltebiliyorsanız bir de yapıyı tekrarlayıp düzeltmek gerekiyor. O ikisi en önemlisiydi bu yüzden üzerlerinde durdum.

Yapısal İndikatörler

- ▶ Yapı, hastaya özel veya popülasyonun sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilecek yeterliliğe sahip sağlık sistemini etkileyen karakteristikleri ifade etmektedir. Yapısal İndikatörleri;
 - ▶ Sağlık sisteminde veya hastanede sağlık hizmetlerini verebilmek için kullanılan kaynakların çeşit ve miktarını açıklar
 - ▶ Aynı zamanda çalışan sayısı, hasta, para, yatak, malzemeler ve binalar ile ilgilidir
 - ▶ Yapının değerlendirilmesi kaliteli tedavinin/bakımının uygun veya uygunsuz mu olup olmadığına dair verilen nihai karardır.

U09AF18 - Sağlık Çeşitliliği - 02.12.2017

Süreç İndikatörleri

- ▶ Süreç iç-aktivitelerin seri şekilde amaca yönelik işleyişidir.
- ▶ Süreç indikatörleri hastaya hizmetin nasıl verildiği ve ne kadar iyi yapıldığının değerlendirilmesidir.
- ▶ Süreç indikatörleri hasta tedavi vakalarının süreç içerisindeki aktivitelerinin ölçülmesidir.

U09AF18 - Sağlık Çeşitliliği - 02.12.2017



Yapısal indikatörler nedir? Hastaya özel veya popülasyonun ihtiyaçlarını karşılayabilecek yeterliliğe sahip sağlık sistemlerini etkileyen karakteristikleri ifade etmesidir. Yani sağlık sistemine ve ya hastanede sağlık hizmetleri verebilmek için kullanılan kaynakların çeşitli miktarını içerir. Aynı zamanda çalışan sayısı, hasta sayısı, maliyet, yatak sayısı, malzeme, bina ile ilgilidir. Yapının değerlendirilmesi kaliteli tedavi bakımından uygun mu veya uygunsuz mu olduğuna dair verilen nihai karardır. Süreçler, benim en çok üzerinde çalıştığım süreç yürütücüleri yan yana koyup ne kadar sürede sürecin tamamlandığını hesaplıyoruz biz yalın uygulamalarla, hatta buna üniversitede kutucuklarla uğraşan hoca da deniyor. Süreç içi aktivitelerin seri şekilde amaca yönelik işleyişidir, süreç indikatörleri, hasta hizmetinin nasıl verildiği ve ne kadar iyi yapıldığının değerlendirilmesi ve bunları değerlendirmek çok kolay. Hakikatten bir hastaneye gidip gözlem yaptıktan sonra bunları değerlendirmek çok kolay, sonuç çıktıktan sonra sonucu konuşmak da çok kolay ama esas zor olan tarafı yapıyı düzeltmek.

Çıktılara baktığımızda az önce bahsettik zaten 5D; death (ölüm) , disease (hastalık), discomfort (rahatsızlık), disability (engellilik), dissatisfaction (memnuniyetsizlik) ; bunlardan bahsediliyor. Ama bunlara bakıldıktan sonra yapılan çalışmalar ne kadar etkilidir? Bunlar literatürden alınan kardiyal risk değerlendirmesinin yapılmasındaki yapı süreç indikatörleri, sonuç ameliyat esnasında miyokard enfarktüsün azaltılması ile sonuçlanmıştır. İkincisi klinik klavuzların uygulanması, hastane kalışları ve maliyetleri azaltılmıştır.

Çıktı İndikatörleri

- ▶ Çıktılar tedaviyi takip eden sağlık veya olayların durumunu göstermektedir.
- ▶ İdeal çıktı indikatörü hastaların ve popülasyonu sağlık ve iyilik süreçlerinin etkilerini tanımlamaktır.
- ▶ Çıktılar 5D's ile ifade edilebilir:
 1. Death-Ölüm: zamansız ise kötü çıktı
 2. Disease-Hastalık: semptomlar, fiziksel belirtiler, laboratuvar hataları
 3. Discomfort-Rahatsızlık: semptomlar, ağrı, bulantı, nefes darlığı
 4. Disability-Engellilik: evdeki normal aktivitelere bağlı olarak bozulan kabiliyet
 5. Dissatisfaction-Memnuniyetsizlik: hastalığa duygusal tepkiler ve tedavisi, ör: üzüntü veya öfke

USAFB - Sağlık Çıktı Kalite - 02.12.2017

İkincisi klinik klavuzların uygulanması, hastane kalışları ve maliyetleri azaltılmıştır. Cerrahi alan enfeksiyon öngörü modelinin geliştirilmesi ise, cerrahi alan enfeksiyonu için doğru tahmin skorunu sağlamıştır. Yani aslında yapı ve süreci doğru yaparsak çıktılar da istediğimiz gibi gelir. Donabedian kalite boyutlarında, bu da başka bir örnek laboratuvarlarla ilgili, laboratuvar merkezinin akreditasyonu var mı? Bir kere varsa doğru yapılandırılmıştır, ama siz akreditasyonu

sadece bir belge olarak o mantıkla alıyorsanız eğer aldığınız standart ürettiğiniz bir çöp içine aldığınız standartta çöp üretmeye devam ederseniz o yüzden standardı akreditasyonu alırken iyileştirmeye yönelik yapmanız gerekiyor. Süreç, laboratuvar merkezinde test sonuçları gecikmeden verilebiliyor mu?

Yapı ve Süreç İndikatörlerinin Sonuç İndikatörüne etkisi: Örnek çalışmalar

Yapı ve Süreç İndikatörleri	Sonuç İndikatörü	Referanslar
Klinik risk değerlendirilmesinin yapılması	Asteriyon oranında mikrobiyal enfeksiyonun azaltılmasıyla sonuçlanmıştır	(Plog v.d., 2010)
Klinik klavuzların uygulanması	Hastane kalışları ve maliyetleri azalmıştır	(Plog v.d., 2010)
Cerrahi alan enfeksiyon öngörü modelinin geliştirilmesi	Cerrahi alan enfeksiyonu için doğru tahmin skorunu sağlamıştır	(Neumayer v.d., 2007)
Düzenli cerrahi operasyonu esnasında hastaları görüntüleme programı uygulanması	%60'ın varını operasyon riskini azaltmıştır	(Naylor v.d., 2000)
Çoklu cerrahisinde kalite geliştirme programlarını başarılı uygulamaları	Mortalite ve morbidite oranlarında ciddi düşüşler sağlanmıştır	(Shroyer v.d., 2008)
Uygun etki hipotezi dikkate alınması	Hastane yapısı oranını %13,4'ten 11,3'e düşürmüştür.	(Shroyer v.d., 2008)
Yasadışı yığın bakım ünitesinde kalite geliştirme programlarını/araçlarının yeterince uygulanmasıyla	Hastane enfeksiyonu oranını %16,9'dan %14,2'ye indirdiği gözlemlenmiştir	(Wirtschäfer, v.d., 2011)

(Plog v.d., 2010)

USAFB - Sağlık Çıktı Kalite - 02.12.2017

Kalitenin Yapı, Süreç, Sonuç Ölçüleri

Donabedian Kalite Boyutları

Yapı	Süreç	Sonuç
• Laboratuvar Merkezinin Akreditasyonu var mı?	• Laboratuvar Merkezinde test sonuçları gecikmeden verilebiliyor mu?	• Laboratuvar Merkezinde test sonuçları hatasız verilebilmiş mi?

USAFB - Sağlık Çıktı Kalite - 02.12.2017

Sonuç, laboratuvar merkezinde test sonuçları hatasız verilebilmiş mi? Bunu az önceki sayfa'lerden bir tanesinde daha gördüm, bunu o yüzden geçiyorum.

		Yapı (Ne He?)	Süreç (Nasıl?)	Çıktı (Ne?)
Sağlık Hizmeti Sunumu	Teknik	Sağlık Hizmetlerinin Teknik Yapı Kalitesi	Sağlık Hizmetlerinin Teknik Süreç Kalitesi	Sağlık Hizmetlerinin Teknik Çıktı Kalitesi (Klinik Kalite)
	Fonksiyonel	Sağlık Hizmetlerinin Fonksiyonel Yapı Kalitesi	Sağlık Hizmetlerinin Fonksiyonel Süreç Kalitesi	Sağlık Hizmetlerinin Fonksiyonel Çıktı Kalitesi
Hemşirelik ve Bakım Hizmeti Sunumu	Teknik	Hemşirelik ve Bakım Hizmetlerinin Teknik Yapı Kalitesi	Hemşirelik ve Bakım Hizmetlerinin Teknik Süreç Kalitesi	Hemşirelik ve Bakım Hizmetlerinin Teknik Çıktı Kalitesi
	Fonksiyonel	Hemşirelik ve Bakım Hizmetlerinin Fonksiyonel Yapı Kalitesi	Hemşirelik ve Bakım Hizmetlerinin Fonksiyonel Süreç Kalitesi	Hemşirelik ve Bakım Hizmetlerinin Fonksiyonel Çıktı Kalitesi
Otelcilik ve Destek Hizmetleri Sunumu	Teknik	Otelcilik ve Destek Hizmetlerinin Teknik Yapı Kalitesi	Otelcilik ve Destek Hizmetlerinin Teknik Süreç Kalitesi	Otelcilik ve Destek Hizmetlerinin Teknik Çıktı Kalitesi
	Fonksiyonel	Otelcilik ve Destek Hizmetlerinin Fonksiyonel Yapı Kalitesi	Otelcilik ve Destek Hizmetlerinin Fonksiyonel Süreç Kalitesi	Otelcilik ve Destek Hizmetlerinin Fonksiyonel Çıktı Kalitesi

Kaynak: KAYRALI, (2015). "Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetlerinde Çok Boyutlu Kalite - Detay Yayıncılık, ANKARA

USAFB - Sağlık Çıktı Kalite - 02.12.2017

Kalite yönteminin pratikteki sonuçları; çabuk alınan basit sonuçlar, personel ve hasta memnuniyetinin artması, bu arada bunun artması biz 3 ayrı hastane de bir teknikle bir çalışma yapmıştık, sadece hemşire ve hekimin hasta ile birebir konuşması bile maliyetsiz olarak 0 maliyetle %30 oranında memnuniyeti arttırdığını ispatladık.

Kalite Yönetimin Pratikteki Sonuçları

- Çabuk alınan pozitif sonuçlar
- Personel ve hasta memnuniyetinin artması
- İlaç hatalarının azaltılması
- Enfeksiyon oranlarının düşürülmesi
- Radyoloji tekrarlarının azalması
- Ameliyathane hazırlık zamanının azalması
- Laboratuvar test dönüş zamanlarının azalması
- Yoğun bakıma geri dönüş oranlarının düşürülmesi

USKAF 18 - Hecce Conçü-Mıdağ- 05.10.2017

24

İlaç hatalarının azaltılması, buna da ben bir örnek vereyim, kemoterapi alırken 14 gün de bir alıyordum kemoterapiyi ve bilindik özel bir hastaneydi, onkologumdan çok memnundum ama onkolog ile bitmiyor, onkolog yazıyor reçeteyi ama gerisi önemli, ilacı aldım, ikinci 4'e geçiyordum, dediler ki 21 gün sonra gelin ben de dedim ki 14 günde bir alıyorum ben, niye 21 gün sonra? Bu ilaç böyle dediler, ben dedim ki bir sorar mısınız yukarıya? Gitti, geldi, hemşiresine sordu o da asistana sordu ve 21 gün dedi-

ler, ben süreçlerde çok çalıştığım için inanmadım, yukarıya çıktım, doktoru görmek için, önce asistanını gördüm, benim ilacım için 21 günde bir denilmiş doğru mu dedim, tabi tabi her zaman ki gibi 21 günde bir dedi, ben de benim her zaman 21 değil 14 gündü dedim, bakayım o zaman dedi. Ama ben bilinçsiz bir hasta olsaydım tedavim gecikecekti ve aynı şeyi neden sorma ihtiyacı duydum, perde var arada yan taraftaki başka bir hanımefendi de kemoterapi görüyordu o da aynı sorundan muzdaripti.

Türkiye'deki Sağlık Hizmetinin Kalite İçin Yapısal Gerekliliklere vurgu yapan yayınlarımız

- Camgöz-Akdağ, H. & Cantürk, N.Z., "Improvement of Breast Cancer Patient Pathway Using EUSOMA Standards and European Guidelines", Chirurgia,(2017), , Vol. 112 No.4 July-August, pp. 449-456.
- Camgöz-Akdağ, H. & Cumitini, D. (Mar 2017), "Integrating Lean Management to Breast Cancer Center: Case Study in Turkey", PONTE Journal, Volume 73, No.3, Pages 28-36.
- Camgöz-Akdağ, H., Çalışkan, E., Toma, S. (2017) "Lean process design for a radiology department", Business Process Management Journal, Vol. 23 Issue: 4, pp.779-791,
- Camgöz-Akdağ, H., Oduncu, M.O., Sağlam, G. & Cantürk, N.Z. "Lean Management Application And Process Design at Research Hospital Outpatient Clinics", Procedia Press Academia, PAP-GBRC-V.3-2017-p.323-336. DOI: 10.17261/Pressacademia.2017.417
- Camgöz-Akdağ, H., Beldek, T., Aldemir, G., Hoşkara, E., Green Supply Chain Management in Green Hospital Operations . IIOABJ, 2016; Vol.7 (Suppl 1),Pages 467 -472
- Camgöz-Akdağ, H., Kaya, C.Ö., Savuran, G., Cantürk, N.Z., "Application of Lean Principles on Hospitals: A Process Design in the Emergency Department", GJCIE 2017, 20-21 July, 2017, Vienna Austria.
- Camgöz-Akdağ, H., & Arsoy İlikan, D. "A modelling and improvement of patient flow chart in a breast cancer center", The Global Joint Conference on Industrial Engineering and Its Application Areas 2016 (GJCIE), September 4-5, 2015, Chicago, IL., USA.

USKAF 18 - Hecce Conçü-Mıdağ- 02.12.2017

25

Bunlar da bizim gururla yayınladığımız, Improvement of Breast Cancer Patient Pathway Using EUSOMA Standarts and European Guidelines, standart ve gerçekten guideline olarak meme kanseri süreçlerini kısalttığımızı ve iyileştirdiğimizi ama sadece zaman olarak değil aynı zamanda da hastanın soyunma oranını azalttık mesela işte dokuz defa soyunuyor Türkiye'de bir kadın, onu 2'ye düşürdük. Ya da normalde 15 gün teşhisin konulması için iyi bir rakam, ama biz 2-3 güne düşürdük. Aynı şeyi bir başka özel hastanede yaptık, Integrating Lean Management to Breast Cancer Center: Case Study in Turkey diye o hastanede de yine eusoma standartlarını uyguladık, Senatürk ile beraber ve onda da aynı sonuç çıktı. Biri özel hastaneydi birisi devlet, Üniversite hastanesiydi. Devamı var bunun radyoloji departmanında da yaptık aynı şeyi. Daha sonra 4.'sü acil klinikleri ile ilgiliydi. Acilde hastanın girişi ve çıkışı ile ilgili süreci düzenledik ve daha sonra yapıyı nasıl düzeltebilecekleri ile ilgili önerilerde bulunduk ve devam ediyor, ben daha da abarttım diyelim, Green Supply Chain Management in Green Hospital Operations'a kadar götüdük olayı, yani yeşil hastane, yeşil bina, yeşili nasıl katarız, böylece maliyetleri nasıl düşürürüz, elektriktir, sudur vs. Aslında bu çok donanımlı ve hastaneler kadar kompleks başka bir fabrika yok bu kesin, onun da farkındayız o yüzden de çok da merağımızı çekiyor.

Sonuç neden kalite için yapı gereklidir? Sağlık hizmetlerinin çıktılarının kalite göstergesi olarak ne kadar geçerli ve güvenilir olduğu sorgulanmalıdır aslında, bu elimize gelen çıktı gerçek mi değil mi, bazı durumlarda gerçek çıktılar tedaviden çok zaman sonra ortaya çıkıyor, tedavi uzun sürer, tedavi verilen ilacın aslında etkisi çok uzun zaman sonra çıkar ama siz o çıktıya ulaşamazsınız ya da ulaşmanızda bir çok şey değişmiş oluyor.

Sonuç: Neden Kalite için Yapı Gereklidir?

- ▶ Sağlık hizmetlerin çıktılarının kalite göstergesi olarak ne kadar geçerli ve güvenilir olduğu sorgulanmaktadır.
- ▶ Bazı durumlarda gerçek çıktılar tedaviden çok zaman sonra ortaya çıkar.
- ▶ Aradaki zaman farkı çıktıların hatalı yorumlanmasına neden olur.
- ▶ Bu durumda çıktılar, güvenilir göstergeler değildirler.
- ▶ Bu nedenle sadece çıktıların gösterge olarak kullanılması, kalite iyileştirme açısından yetersiz kalmaktadır.
- ▶ **İşte tam da bu sebeple yapı gereklidir!!!!**

USKAF 18 - Hatice Camgöz-Akdağ - 02.12.2017

26

Dinlediğiniz için teşekkür ederim 😊

Doç. Dr. Hatice CAMGÖZ-AKDAĞ
İstanbul Teknik Üniversitesi
camgozakdag@itu.edu.tr



USKAF 18 - Hatice Camgöz-Akdağ - 02.12.2017

27

Aradaki zaman farkı çıktıların yanlış yorumlanmasına sebep oluyor bu durumda çıktılar, güvenilir göstergeler değildir. Bu nedenle sadece çıktıların gösterge olarak kullanılması kalite iyileştirme açısından yetersiz kalmaktadır. İşte tam da bu sebeple yapı gereklidir diyoruz ve beni dinlediğiniz için teşekkür ederim.

PANEL II- Sağlıkta Kalite

Moderatör: Prof. Dr. Gökhan Akbulut, İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Yöneticisi

Panelistler: Prof. Dr. Semih Başkan, Dr. Hakan Usta, Prof. Dr. İsmail Cinel, Doç. Dr. Umut Beylik

Moderatör, Prof. Dr. Gökhan Akbulut: Sanıyorum ki bir çok alanda kalite ve diğer şeyler dahil olmak üzere kesişen örtüşen platformlar var şimdi bu anlayıştan bu yapıdan çıkmamız lazım. Neyi kastediyorum örneğin bir bilgi sistemlerinin versiyon değişimini ele alalım bir grup orada gece gündüz çalışıyor çıkıyor. Ertesi gün bir mail atıyor bütün çalışanlara diyor ki versiyon 501 saat 13 den itibaren devreye alınmıştır. Sonra elli bin kişi bu işte ne oldu ne bitti peşinde koşuyor. Aynı şeyi Türkiye’de kalite olsun hukuksal olsun aynı şeyi bu örneğe baktığınızda görebilirsiniz. Siz sadece içeriği değiştirin örnek platformu aynıdır. Aynı şekilde de sağlıkta da böyle kendimizden pay biçelim dürüstçe bir yandan başhekim bir yandan yöneticiyiz bir yandan sahibiz bir yandan da işte bu işleri düzeltmeye uğraşyoruz böyle olması yerine ülkemizde bütün resmi kurumlarda bakanlıklarda işin kısa orta vade bir takım yaklaşımları olmalı örneğin lokal şeyler eşi olmadan hastaneye gitmeyen biri biz kültür meselesi diyoruz bunu siz orada bulunduğunuz yerde operasyonel bir kişi değiştirmeye kalkarsanız, mümkün değil değiştirmeniz. Ama başka bir yapıda bunu görüp bunun uzun vadeli iş olduğunu ve neler yapılması hangi öğelerin hangi paydaşların hangi katma değer vergilerinin katılması gerektiğini söyleyip tıpkı bir versiyonun roll outu gibi ona enjekte etmesi lazım. Operasyondaki kişinin de hocamın da söylediği gibi bulunduğu yerde sahip olduğu imkanlarla en iyisini yapmaya çalışması gerekir. Ama operasyondaki kişi kalkıp da kalitenin standartları şu olmalı bunları nasıl uygulayacağız siz alın bakın uygulayın dersiniz versiyon yüklemesinin emaille bildirilmesinden başka bir şey de olmayacaktır. Ayrıca my practice le ilgili bir şey söyleyeyim. Biz zannediyoruz ki Türkiye’nin kültürü mahremiyeti falan

filan böyle batılılarla karşılaştırıyoruz çünkü onların verileri elde var çoğunlukla onu görüyoruz filan. Ama hiç öyle değil amerikada mesela hastasıyla ilgilenen hekimlerin my practice ki orada çok büyük bir olaydır bu akbaba gibi beklerler küçük bir hata yapında size bir buçuk iki milyon dolar tazminat davası açalım diye. Oradaki insanlarda hastasıyla ilgilenen hekim yani ilgi bakım şevkat vs sizi çoğaltır olarak kullanın. Yanlış bir şeyi bilmeyerek yapsa dahi hastalar dava etmiyor. Ama siz doğru işi yapmaya kalkıp da gene de buna rağmen hastanıza "hart hurt" davranıyorsanız o kişi sizden insan psikolojisiyle dava vesaireyeye kadar götürebiliyor. O yüzden bütün herkesin toplumda katmanlar ve sütunlar halinde asıl görevlerine geri dönerek onları en iyi şekilde yapmasıyla biz bu treni yakalarız. İletişim konusunu tartışmayacağız ama teknik alt yapı ve özellikle de konforla ilgili kısımları bugün hem de geleceğe yönelik on yıl sonra elli yıl sonra nasıl olacak yönünde bir tartışma yönetmeye çalışacağız. Sorunuz olursa daha interaktif olursa bu toplantı daha fazla katılım olursa bizim açımızdan daha iyi.

Aklınıza takılan bir soruyu hemen elinizi kaldırarak sorarsanız daha memnun oluruz. Sohbet havasında götürmeye çalışacağız ama önce Umut Beylik hocamdan Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü öğretim üyesi kendisi aynı zamanda TUSEV Türkiye sağlık hizmetleri kalite vakfı enstitüsünde Doç. Dr. kendisi kısa bir sunum yapacak sonra da tartışmaya devam edeceğiz.

Doç. Dr. Umut Beylik, SBÜ Sağ. Bil. Fak. Sağlık Yönetimi, TÜSEB / TUSKA

Teşekkürler sayın başkan sayın rektörüm değerli katılımcılar.10 dakikalık bir sunum yapmayı planlıyorum yaklaşık olarak. Sunumda makrodan mikroya ve geçmişten geleceğe doğru bir takım genel ifadeler kullanacağım. Söyle başlamak istiyorum.



**SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ**

**Sağlık Hizmetlerinde Kalite İçin
Yapısal Gereklilikler**

(Standartlar Gözüyle Bakış)

Doç. Dr. Umut BEYLİK
SBÜ Sağ. Bil. Fak. Sağlık Yönetimi
TÜSEB / TUSKA

USKAF III
02 Aralık 2017 / İstanbul

Kalite

Kalite= f (x)

Kalite_{iç f.} =

- Yönetim ve Organizasyon,
- İnsan Kaynakları,
- Teknoloji/Yöntemler/Süreçler,
- Ekonomik Durum,
- Kurum Kültürü,
- Davranış Yönetimi
- ...

4/25/2020

Kalite= f (x)

Kalite_{dış f.} =

- Hasta,
- Toplum,
- Rekabet,
- Tedarikçiler,
- Paydaşlar
- ..

2

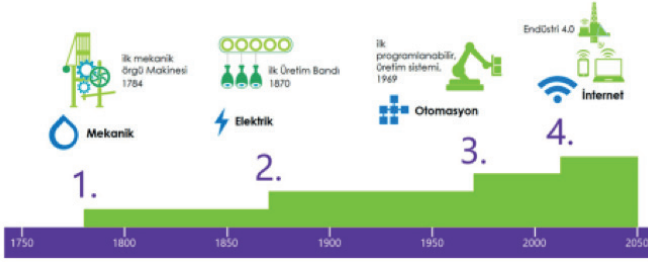
Kalitenin tanımından bahsetti hocamız ama kalitenin tanımı çok fazla yapıyor. Aslında kalitenin nasıl evrildiğinden başlamak istiyorum biliyorsunuz kaliteyle ilgili tarihsel süreç muayene süreciyle başladı ve daha sonra kalite kontrol daha sonra istatistiksel araçlarla bir takım çıktıların kontrolü. Ancak bunlar daha sonra kalite üzerine değişikliklerin somut çıktılar üzerinden yapılmayacağından hareketle süreçlere odaklandı. Bu sefer ve kalite güvencesi anlayışı yerleşti ve bu da yeterli olmadığı anlaşılacak toplam kalite yönetim felsefesi adında yönetim felsefesi aslında sabahdan bu yana konuştuğumuz konular kalitenin belli bir grup insana ait olması ile ilgili konular aslında bu toplantıda yönetim felsefesinin yönetim kültürüne dönüşmemesi nedeniyle

kaynaklandığını söyleyebilirim. Toplam kalite yönetimi felsefesinden bahsettiğimiz zamanda tedarik zincirinden en son nihai kullanıcıya ve hatta kullanıcının hatta hastanın tedavisinin evinde de süren o süreç içinde yer alan bu durumda aslında hastanelerdeki kaliteye bakış açısını bir yönetim felsefesi olarak görmek gerekir. Ben sunumumda yönetim felsefesiyle ilgili Türkiye kalite ve akreditasyon enstitüsünün standartları bakış açısıyla da yapısal gereklilikler kapsamında hızlıca değineceğim.

Sürdürülebilir Kalkınma ve Teknoloji

Sağlık 4.0

Endüstri 4.0



4.0 vizyonu; tüm kaynakların (insan, veri ve fiziksel makineler) sanal bir ağda birbirleri ile bağlantılı hale getirilmesidir.

- Mobil Sağlık Uygulamaları
- Sindirilemeyen Sensörler, Gömülü Sensörler, Mikroişlemciler
- İleri Teletıp Uygulamaları
- Robot Teknolojileri (Ameliyat, Rehabilitasyon, Yaşlı ve Engelli Bakımı,...)
- Farma 4.0 – Kişiselleştirilmiş Tedavi
- Biyoteknoloji
- Genomik testler
-

4/25/2020

3

4/25/2020

4

Kaliteyi tanımdan ziyade fonksiyon olarak tanımlarsak hem iç faktörlerin hastane içerisinde ve işletme içerisinde etkilediğini hem de dış faktörlerin etkilediğini hastanın beklentileri dışında hekimin beklentileri var dışarda bir rekabet var tedarikçiler paydaşlar. İçeride ise yönetim ve organizasyondur. Burada artık yönetimin sanat yönüyle ilgilidir. Yönetim literatüründe liderlik ve liderliğin doğru yönde gelişmesi. Yöneticilerin organizasyonu bir araç olarak kullanmasıdır. Organizasyon onların bir yönetim labirentidir. Onu doğru bir şekilde kullanmasıdır. İnsan kaynakları sağlık sektöründe en önemli sorun kaliteye bakış açısı açısından çalışanları sürece katamıyoruz hekimler hemşireler başta olmak üzere bunun gerçekleştirilmesi ilk sunumlarda da belirtildi.

Teknoloji son derece önemli endüstri 4.0 a gidiyoruz. Teknik sağlık teknolojinin gelişimi yöntemler ve süreçler ekonomik durumu elde ettik kurum kültürü ve davranış yönetimi bunu insan kaynaklarıyla birlikte motivasyon sadakat bağlılık gibi kavramlarla açıklayabiliriz. Evet, endüstri 4.0 dan bahsetmeden geçemeyeceğiz. Şimdi gelecekle ilgili önümüzde neler var bahsedelim. Artık nesnelerin interneti kavramından bahsediyoruz. Yani insanların çekilip o tam otomasyonun da üzerinde araçlar ve makineler birbiriyle görüşerek bu süreci yönetecek. Ancak bu konuda bir takım sorunlar var. Sürdürülebilir kalkınma ve teknoloji kavramını bir arada tutmamız gerekiyor.

Kalite Tanımları



Ürün Odaklı Kalite

«Hatalardan arınma»,
«Kullanıma uygunluk»,
«Standartlara uygunluk»

Müşteri Odaklı Kalite

«Müşteri ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması ve hatta aşılmasıdır»

Standart



Standart, bir şeyi yapmak için kararlaştırılan yoldur.

Standartın kapsam ve içeriği;

- bir ürünün imalatı,
- bir sürecin yönetilmesi,
- bir hizmetin sağlanması veya
- malzemelerin tedarik edilmesini içerebilir,
- kuruluşlar tarafından üstlenilen ve müşterileri tarafından kullanılan bir dizi faaliyeti kapsayabilir.

Yaklaşık 30 yıl önce birleşmiş milletlerince açıklandı. Gelecek nesillerin ihtiyaçlarını düşünerek bugünün ihtiyaçlarının karşılanması konusu tabii dünyada ki ekonomik düzen bunu 30 yıllık süre içerisinde yeterli duruma getiremedi aktive edemediğini söyleyebiliriz. Ancak bugün basında yer alıyor. Sürdürülebilir atık ve enerji yönetimi gibi. Bu da son derece önemlidir. Sağlık açısından değerli hocamız bunların örneklerinden bahsetti. Ancak tüm kaynakların insan veri ve fiziksel makinelerin sanal bir ağ ile birbirleriyle bağlı hale getirilmesi sağlık 4.0'ın vizyonu olarak düşünebiliriz. Bunlar arasında örneğin insan nüfusu yaşlanıyor robot teknolojileri yaşlı ve engelli bakımından robot alanı gelişti çünkü insan kaynakları yeterli olmayacaktı. Giydirilebilir sindirilemeyen sensörler mobil sağlık uygulamaları gibi konular artık yani sonuç olarak toplam kalite yönetimi de inovasyon yönetimine doğru evrilecek ve teknolojinin yönetimi yönetim felsefesinin yeni paradigması haline geleceğini görmekteyiz. Buradaki en önemli sorunlardan biri de insanlık açısından istihdam sorunları olacak. Tabii bunların her biri ayrı konudur. Mikro anlamda da en önemli sorunlardan biri olan çalışanların bu sürece katılımı ancak bunlar ayrı ayrı konuşulması gereken konular. Soru gelirse bunlara değiniriz. Çalıştığım enstitüyle ilgili olarak ve de standartlar gözüyle bu konuya nasıl yaklaşıyor. Kalitenin tanımlarından bir tanesi de standartlara uygun şekilde tanımlanmış standardın bir şeyi yapmak için olan yol olduğunu belirttim. Tabii bir standardın uluslararası alanda geçerliliği önemli bu anlamda Türkiye sağlık hizmetleri kalite ve akreditasyon enstitümüzün akreditasyon standartlarının dünya ölçeğinde geçerli olduğunu belirttim. Önce bakanlığın bahsettiği kalite standartlarına göz atacak olursak yaklaşık beş grupta 39 bölüm ve 500 adet standart yer alıyor. Bölümlerin yarısına baktığımızda standartlar kalite standartları giye geçiyor ama bölümlerin isimlerine dair baktığımızda aslında yönetim sisteminden bahsettiğini görebiliriz. Kurumsal yapıdan kalite yönetimine göstergelere kadar tam bir yönetim felsefesini içermektedir. Kalite yönetimi diye bir boyut var. Sabahki tartışmalardan biriydi niçin sadece kaliteciler konuştu niçin tüm çalışanlara yayılmadı. Belki bakanlığın stratejik bir hatasıdır. Kalite yönetiminin bir yapılanma şeklini içerir ve sadece belli kişilere bu konuda görev verirsiniz diğer insanların da bu konuda katılımını engellemiş olabilirsiniz. Bununda ayrıca tartışılması gerekir.

Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti



KURUMSAL HİZMETLER	HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER	SAĞLIK HİZMETLERİ	DESTEK HİZMETLERİ	GÖSTERGE YÖNETİMİ
Kurumsal Yapı	Hasta Deayimini	Hasta Bakımı	Tesis Yönetimi	Göstergelerin İzlenmesi
Kalite Yönetimi	Hizmet Erişim	İlaç Yönetimi	Otelcilik Hizmetleri	Bölüm Bazlı Göstergeler
Doküman Yönetimi	Yaşam Sonu Hizmetler	Enfeksiyonların Önlenmesi	Bilgi Yönetim Sistemi	Klinik Göstergeler
Risk Yönetimi	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Sterilizasyon Hizmetleri	Malzeme ve Çıkar Yönetimi	
Güvenlik Raporlama Sistemi		Transfüzyon Hizmetleri	Tabii Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	
Acil Durum ve Afet Yönetimi		Radasyon Güvenliği	ANK Yönetimi	
Eğitim Yönetimi		Acil Servis	Diğer Kaynak Kullanımı	
Sosyal Sorumluluk		Ameliyathane		
		Yoğun Bakım Ünitesi		
		Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi		
		Doğum Hizmetleri		
		Diyaliz Ünitesi		
		Psikiyatri Hizmetleri		
		Biyokimya Laboratuvarı		
		Mikrobiyoloji Laboratuvarı		
		Patoloji Laboratuvarı		
		Doku Tipleme Laboratuvarı		

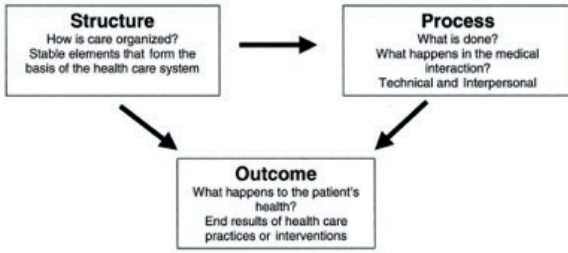
4/25/2020

7

Şimdi sayın kayrayla ile yaptığımız bir çalışma var. Kalite standartlarını bu kapsamda inceledik. Bu incelemede standartlar 557 adetti ama sağlık hizmeti sunumu ile ilgili standart sayısı 391 yani yaklaşık yüzde kırkına tekabül ederken hemşirelik bakımı yüzde 58 otelcilik destek hizmetleriyle ilgili yüzde 40 civarında olduğunu görmekteyiz.

sağlanıyor. Sağlıkta akreditasyon standartları da kalite standartlarının yapısı gibi yönetim felsefesini yansıtmaktadır. Burada da 7 adet boyut 34 bölüm ve 59 standart var ve 242 değerlendirme ölçütü söz konusu. Kalite yönetim sistemi diye adlandırılan yapı süreç ve outcome. Yapı oldukça önemlidir. Yapı outcome ve süreci etkilediğini görüyoruz. Yapı bir girdi buradaki eksiklikler hem sonucu hem süreci etkilemektedir. O nedenle yapının doğru kurgulanması son derece önemlidir. Sağlıkta akreditasyon standartlarına baktığımızda yapıyla ilgili olanlar: organizasyon, kalite yönetim yapısı, temel politika değerler, doküman gibi sıralanmakta. Süreç standartları ise daha çok sağlık hizmetleri sunumuyla ilgili ve sonuç standartları ise gösterge üzerine odaklanmaktadır. Bir tane örnek koydum yapıyla ilgili standardımız çok fazla bölüm ve standart olduğu için iyi bir sağlık hizmeti sunumuyla ilgili olsun dedik.

Kalite (Yönetim) Sistemi



4/25/2020

13

Sağlıkta Akreditasyon Standartları

YAPI	SÜREÇ	SONUÇ
<ul style="list-style-type: none"> Organizasyon Yapısı Temel Politika ve Değerler Kalite Yönetim Yapısı GRS Doküman Yönetimi İKY 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta Deneyimi Sağlık Hizmetleri Destek Hizmetleri Sağlıklı Çalışma Yaşamı 	<ul style="list-style-type: none"> Göstergeler

4/25/2020

14

Acil serviste sağlık hizmetini kolaylaştıran yapısal düzenlemeler yapılmalıdır. Acil serviste iki standart var bu standartlar yapısal düzenlemeler üzerine odaklanıyor. Ve bu odaklanma standardın alt kademelerine indiğimizde bu yasal düzenlemelerin dokümantasyonu ile ilgili acil servis ulaşımı ve mimari yapı ve acil servisle ilgili alanlara acil servislerdeki güvenliğe ilaç malzeme ve cihaz yönetimine odaklandığını görmekteyiz.

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.AS.01.00	Acil serviste hizmet sunumunu kolaylaştıran yapısal düzenlemeler yapılmalıdır.	SH.AS.01.01	Acil servise ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
		SH.AS.01.02	Acil servis üniteleri hasta ve çalışan güvenliği koşullarını ve etkin hizmet sunumunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
		SH.AS.01.03	Acil serviste emniyeti sağlamaya yönelik tedbirler planlanmalıdır.
		SH.AS.01.04	Acil servis hizmetlerine yönelik alanlar belirlenmelidir.
		SH.AS.01.05	ilaç, malzeme ve cihazların yönetimi sağlanmalıdır.

4/25/2020

15

Şimdi tabii standartların olması yeterli olmuyor enstitü olarak bizim yapısal anlamda sahada doğru anlamda işleyebilmesi için kültüre dönüşebilmesi için yasal mekanizmalara da ihtiyacımız vardı bunu iki kapsamda gerçekleştirdik bir rehberlik görevi üstlenmek için sahadaki hastanelerimize bir uygulama yöntemi geliştirdik bir de denetçilerimiz için denetim yöntemi.

Birbirine oldukça paraleldir. Aslında slaytta ikisini bir arada görmekteyiz.

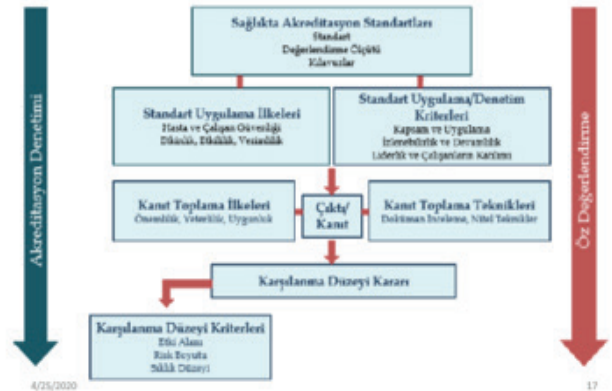
Sağlıkta Akreditasyon Standartları Acil Sağlık Hizmetleri Bölümü (Standart 1)

- Dokümantasyon
- Acil Servise Ulaşım
- Mimari Yapı ve Acil Servis ile İlgili Alanlar
- Acil Servislerde Emniyet
- İlaç, Malzeme ve Cihaz Yönetimi

4/25/2020

16

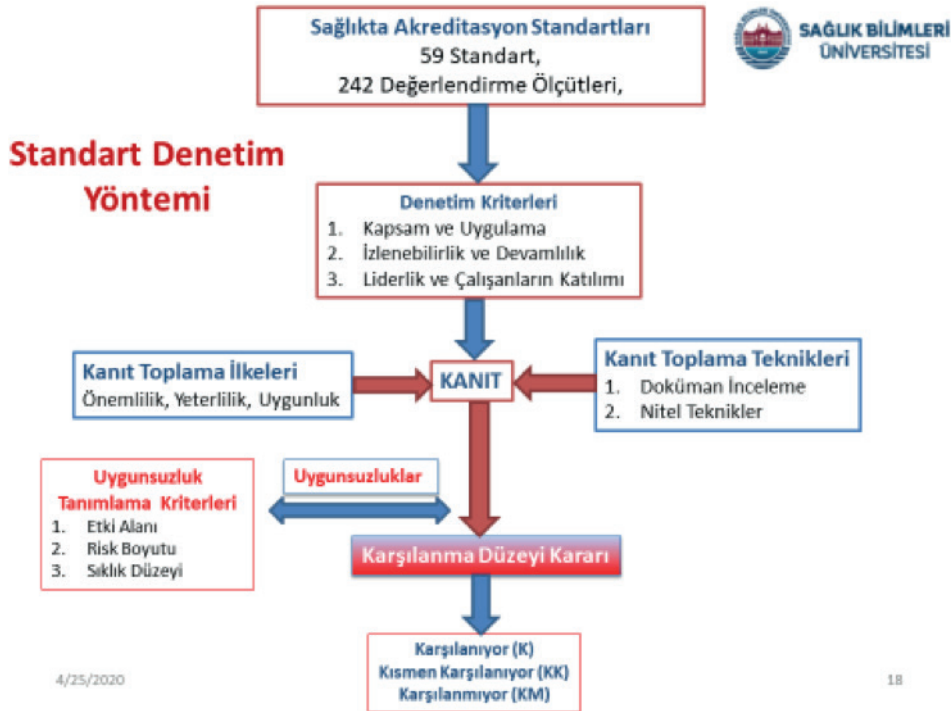
Standart Uygulama Yöntemi



4/25/2020

17

Sol taraftaki iş daha çok uygulama üzerine uygulamayı yaparken hastanede hasta çalışan güvenliği etkinlik ve etkinlik yönetimi gibi konuları dikkate alması kanıtlarını önem geçerlilik ve ilkelere göre toplaması ve kapsam uygulama devamlılık liderlik çalışanların katılımı gibi kriterler kapsamında süreçlerin gerçekleştirilmesi standartların doğru bir şekilde kullanımı son derece önemli. Aynı şekilde enstitümüz tarafından yetiştirilen denetçiler de bir öğrenci gibi bunları değerli sağlık profesyonellerini bir denetim yöntemiyle ilgili denetimden de geçirdi uzun süreli hem teorik hem pratik eğitimler.



4/25/2020

18

hastaneler hastayı bırakın çalışanların dahi yönünü bulmakta sıkıntı yaşadığı hastaneler. 50 tane odası olan bir ameliyathane düşünün mesela yönetmek ayrı bir konu yönünü bulmak ne denli önemli bunu sizin takdirinize bırakıyorum. Özellikle hastaların yoğun bir şekilde şehir trafiği oluşturmaları da şehir hastaneleri olarak bizim karşımıza çıkacak olan bir sıkıntı bunun da çok iyi yönetilebiliyor olması gerekiyor. Hekim ve sağlık çalışanları tarafından da kabul edilebilir olması gerekiyor. Günümüz koşullarında, hekimin üzerine düşen iş yükünüz fazla olması emin olun bu hastanelerde çok daha büyük sıkıntılara yol açabilecek tarzda sorunlarla karşımıza gelebilecektir değerlendirmelerde biz şunu da yapmış oluruz aynı zamanda, değerlendirirken nelere dikkat etmemiz gerektiğini bir bakıma tabiri caizse kitabını da yazmaya çalışıyoruz. Bu çalışmalarla gelecekte çok daha güvenli hizmet veren şehir hastaneleri olmayı amaçlıyoruz. Peki, teknolojik gelişmeleri takip etmek açısından şehir hastanelerinin bir katkısı olacak mı? Şehir hastaneleri biliyorsunuz herhangi bir yap işlet devret şeklinde oluşan bir sistem. Bu yap, işlet, devret modelinde Sağlık Bakanlığı ayağı ve bir de bir şirket ayağı var. Bu şirketin bir de yönetsel ayağı var ve bu yönetsel ayak hastanelerin yönetilmesinden sorumlular, aynı zamanda Sağlık Bakanlığı'nın oradaki belirlediği yöneticiye de bağlı olarak çalışıyorlar. Bir merkeze ulaşım, sorununuzu bildirip, oradaki merkezi eleman onu çözüm hattına yönlendiriyor. Sistemin bu şekilde çalışması gerekiyor.

İsmail Cinel Hoca'mız, kendisi Marmara Üniversitesi Hastanesi'nde. Burası ülkemizin en önemli hastanelerinden birisi ve aynı zamanda bildiğim kadarıyla Sağlık Bakanlığı ile bir ortak protokolü var. Bu açıdan çok önemli tecrübelerle sahip kendisi.

Prof. Dr. İsmail Cinel: Merhaba, çok teşekkür ediyorum, yaklaşık 120 sayfalık bir gösteri hazırladıktan sonra göstermemeye karar verdim panelin gidişatı üzerine. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2010 yılında Eylül ayındaki akreditasyon protokolü çerçevesinde yürürlüğe girmiş ve son 4 yılda hizmet sunumu bazındaki geniş yeteneği ile 650 yatakla en yüksek cirolara ulaşmış bir kamu hastanesi. Burada vurgulanması gereken, kalite dediğimiz zaman liderlere ihtiyacımız var. Değişim kültürüne ihtiyacımız var ve bu kültürün hastanedeki tüm bireyler tarafından özümsemesine ihtiyacımız var. Doktorlar var olan klavuzları okumuyorlar, kullanabileceklerine inanmıyorlar. Farklı fonksiyonlarda üniversitelerden desteğe, farklı fonksiyonlarda hocalara, liderlere ihtiyaç var. Bilgisayar teknolojisi gibi 4.0 a geldik sanayide de. iPhone telefonda 7 çıktı. Örnek veriyorum ben yoğunbakımcıyım. Sepsis guideline'ın 4'üne ulaştık. 5.'si çıkacak 2 yıl sonra ve çıkacak olan bu klavuzda gidişatın nereye doğru olduğunu sizin hastanede yoğun bakımda çalışan arkadaşlarınıza hissettirmeniz gerekiyor. Onları benimsemesi gerekiyor. 2003 yılında Journal of Medicine'da %60'dan az hasta kanıta dayalı tıpla ilişkili tedavi almakta diye bir tespit yapıyor. Neredeyse 15 yıl geçti ama hala kanıta dayalı tıbbi biz ulaştıramıyoruz. Kastettiğim şu bir telefon gibi düşünün, beş yılda bir tabii ki upgrade olacak iyileştirme olacak. Biz bir şekilde değişim kültürünü, bir başka çalışma planını sunabilmeliyiz. Örneğin Amerika'da bir hoca ile sağlık sistemi anlaşma yaparken diyor ki sizinle %40'luk araştırma üzerine anlaşma yapıyorum ona göre şu ücreti alacaksınız. Henüz ülkemizde bu tür noktalara varabilmiş değiliz. Tabii ki denek bazlı performans ortamlarında, tabii ki üniversitelerin de çok büyük sorunları var ama kalite ile ilgili daha iyi yerlere gidebilmemiz için bana göre şehir hastanelerinde bir üroloji bölümündeyse eğer, o bölümde doktor odalarına da ihtiyacımız var. Otelcilik hizmeti müthiş ancak doktor odası yok örneğin. Hepimiz tıp fakültesinden mezun olduk, kan basıncı düştüğü zaman hastanın dopamin kullanıyorduk, şimdi tercihlerimiz değişti. Bu gidişi izleyebilecek liderlere ihtiyacımız var. Bunları şehir hastanelerin, bunları sağlık bakanlığımızın sağlık kalite sistemlerine de entegre etmek zorundayız. Bunları entegre ettiğimiz zaman farkındalığımız olacak, sırtımızı arkamıza yaslayabileceğiz. Bunlar da gündeme gelsin diye söylemek istiyorum. Kalite ile ilgili yapısal gereklilik ve teknik altyapı ile ilgili en önemli şeylerden bir tanesi, hangi bölümde klinik anlamda, klinik mortalite ve morbidite

toplantıları düzenleniyor periyodik olarak. Maalesef benim önerim, bilemiyorum ne kadar konferans ya da toplantı odası var, var sa da onların fonksiyonel olarak kullanılması tamamen şart. Bu kalitede 4.0'ı 5'e getirecek birden bire. Öyle bir şey oldu ki yoğun bakımda sertifikalı eleman çalıştırmaya çalışıyoruz bu da bir kalite gereği fakat total hemşire turnover hızımız %55, yoğun bakımlardaki %49. %49 turnover ile sizin kaliteyi tutturmanız mümkün değil. Şu şartla olabilir %25 turnover'ı aştığı sürece gerekse bile tayin yapılmayacak örnek vermek için söylüyorum. Ben daha fazla kalitenin, genel süreçler kısmı ve biraz da tıbbi kısmı ile ilişkilendirerek çıktılar deniyor, ürün deniyor. Gebe bir hasta geliyor, sezaryene alınıyor, kalple ilgili bir problemi var, bebek çıktığı zaman soluma çok düşük, entübe ediliyor, bu hasta bizim hastanemizde bebek entübe edildikten sonra 24 saat sonra enstübasyona gidiyor ve yaşıyor, anestezi tarafında profesörler var diğer tarafta da profesörler var. Anne operasyon sırasındaki sorunlar yumağı nedeniyle kaybedilmemek adına 60'a 40 tansiyon hiçbir şekilde olmadığı için ekmoyle çıkıyor. Ekmoyle yoğun bakıma çıkıyor, ekmodan 48 saat sonra yavaş yavaş mininge başlanıyor ve 72 saatte kurtarılıyor ve o annenin kucağına bebek 96 saat sonra veriliyor. Bu anlattığım olay 2012 yılında yaşanmış bir olay ve benim anlattığım kalite o bütünlükle birlikte bunun içinde olduğu kalite. Ülkemizin ihtiyacı olduğu kalite bu noktanın kalitesi. Bunun da ücretlendirmesi olmuyor maalesef. Tıp dışı belki istatistikçilerden yararlanarak yapılma ihtimali olabilir. Çünkü bir problemde beyinde oluşan sadece 5 dakikalık bir süreniz var. Teşekkür ediyorum.

Moderatör, Prof. Dr. Gökhan Akbulut: Çok teşekkür ederiz hocam. Kalite kavramı ile ilgili olarak bir geleneğin oluşması bir kültürün oluşması gerekiyor. Araştırma kültürü için bir ortam yaratmamız gerektiğini vurguladı İsmail Hoca'm. Aynı zamanda teknik üniversiteler ile işbirliği yaparak hastanelerin inovasyon çalışmalarını belki daha da teşvik edebiliriz. Bu söylediğiniz 2012'deki örnek Türkiye'den bir örnek mi?

Prof. Dr. İsmail Cinel: Bizim hastanemizde 2012 yılında yaşanan bir vaka. Hatta o tarihte kardiyojide Sağlık Bakanlığı ile bizim hastanemizde 4 tane uzmanımız vardı. 7 tane üniversite öğretim üyesi vardı, bunlardan 5'i profesördü. Bu 4 uzman arkadaşımızın şu anda 4'ü de doçent oldu, ,3'ü tıp fakültesine geçti, 4. için kadro açılmakta. Tıp fakültesine geçenlerden birisi o da Eko yaparak 2012'de ameliyat sırasında kalpteki geçici süre ile kalbin performansını düşüp basmamaması olarak tanımlayabiliriz bunu, bir sendrom vakasına denk geldiğimizi ipucu olarak verdi. Farkımız ne? 2012 yılında TransÖzofajial Ekoyu kardiyologlar yapıyordu ameliyat sırasında, 2013 yılından sonra artık tamamen anesteziistler yapar hale geldi. Aslında kalite standartları açısından da, ülkenin standartları açısından da, eğitim kalitesi açısından da çok iyi bir noktaya geldiğini gösteriyor, benzer örneklerle ülkenin her yerinde özellikle büyük şehirlerde yapılabileceğini söyleyebiliriz. Bu altyapı var yeter ki bir araya gelsin. Bizim de geçen sene yılbaşında Uşak'tan sevkli gebe bir hasta yolda 15 dakika kala eks oluyor hasta, cpr başlanıyor. Hasta dönüyor, sonrasında sezaryene başlanıyor ardından arkadaşlarımız kapak ameliyatı yapıyor ve hasta yaşıyor gerçekten, yılbaşında yaşandı bu olay büyük bir özveriydi gerçekten hekimlerimiz açısından. Ama bence Türkiye'nin kalite standartlarının iyi bir noktaya geldiğini gösteriyor. Sağlıkta kaliteyi herkesin ulaşabileceği bir alana taşımak belli bir hedef olmalı, izleyicilerden katkı veya soru varsa alabiliriz.

Prof. Dr. Semih Başkan: Merhaba, sağlık sektöründe yönetici olarak yaklaşık 17 yıl çalıştım, öncelikle İsmail Hoca'nın anlattığı konu film olabiliyor, mesela İsviçre Alpleri'nde -18.4 derecenin altında 30 dakika suyun altında kalan bir çocuğu, İsviçre'de bir hastane bir hafta sonu kurtarabiliyor ama birçok şeyin bir araya gelmesi gerekiyor. Bir araya gelmedikleri zaman zorlanıyoruz.

Benim anlatmak istediğim, şehir hastaneleri otelcilik açısından, mekan açısından son derece geniş yerler. Bugün, Avrupa'da ortalama 150 metrekare olan yatak başı olayı, şehir hastanelerimizde 300 metrekareye kadar çıkmış oldu. Şimdi, burada otelcilik hizmetlerinin maliyetine girmeyeceğim ama klinik kalite açısından baktığımızda yönetmenin zor olduğunu biliyoruz. Çünkü mesaj, sizin sterilizasyonunuzu, dezenfeksiyonunuzu, temizliğinizi, çalışan sayınızı birçok şeyi etkileyecek. Dolayısıyla, klinik kalite için bizim handikaplarımız nelerdir şehir hastaneleri için soruyorum? Bununla ilgili özellikle hangi sorunları yaşayabiliriz? Bu sorunlara karşı bir şeyler yapmamız gerektiğini düşünüyorum.

Teşekkür ediyorum, Sağlık Bakanlığı adına konuşmam çok doğru olmaz ama tespitler anlamında şunu söyleyebilirim, gerçekten zorlanılacak bir sistem üzerindeyiz ama başarılamayacak bir sistem değil. Bu zorlukların hepsi bir değerlendirme süzgeci içerisinde geçiriliyor. Bizler de kalite değerlendiricileri olarak buna katkıda bulunmak için buralarda bulunuyoruz. Neyin nasıl değerlendirilmesi gerektiği, neyin yapılması durumunda daha iyi olabileceğinin değerlendirme süreçleri içerisindeyiz. Emin olun ki yine kalite de olduğu gibi geliyoruz. Gelecekteki sorunlar da kendi içerisinde çözülerek geçecektir. Başta dediğim gibi Sağlık Bakanlığı adına benim görüşmem pek doğru değil.

1940'lı yıllarda sanıyorum Roosevelt böyle bir kanun koyuyor ülkede, vatandaşım ülkede en yüksek kalitede en yüksek teknolojiye sahip sağlık hizmetini almalı diyor ve böyle bir girişim başlatıyorlar. Tabii maliyetler de yükseliyor, her kalite standardını yükselttiğimizde doğal olarak maliyetler de yükseliyor. Hem yüksek teknoloji isteyelim hem kaliteyi çok hızlı takip edelim derken maliyetler yükseliyor. Zaman içerisinde o döngü sağlanacaktır diye düşünüyorum. Başka soru var mı?

-Bir katkı ya da soru değil ama bir serzenişte bulunacağım. İnsan faktörü çok önemli. Ancak dinleyiciler arasında ben şu ana kadar hiç hemşire, eczacı görmedim. Konuşmacı olarak Hoca'm söyledi, hemşirelerin turnover sayısı %50 ise kaliteyi sağlayamıyorsunuz. Bunların hepsi çok önemli, ben ilk kez katılıyorum bu USKAF'ın 3.süymüş, ben diğer sağlık mensuplarının da burada konuşmacı olmasını bekliyorum gerçekten. Kendi aramızda çok toplanıyoruz, çok konuşuyoruz ve çok birikim var inanın. Hep birlikte konuşmamız lazım burada sadece hekimleri dinleyebiliyoruz bu dileğimi de buradan paylaşıyorum.

Ben bir itirafta bulunacağım, 12 yıldır yöneticilik yapıyorum. Kalite işi ile de başından beri uğraşıyorum, kalite de gerçekten hastanede tek bir savaşçı grup varsa onlar da hemşirelerdir. Hekimlerden gerçekten çok sınırlı destek alıyoruz. Asıl savaşçılar diğer sağlık çalışanlarıdır, hekimler en son gelir. Düzenleme komitesi bu dileğinizi mutlaka değerlendirecektir. Başka soru var mı?

-Ödeme sistemleri açısından özellikle yoğun bakımda 4. basamak tanımına geldiğimizle ilişkili olmalı dediniz ama ben aslında anestezi uzmanı değilim ama daha çok bir işletmeci tıbbi bakış açısı ile söylüyorum. Ben sadece ödemenin bir metrajı olarak konulduğunu düşünüyorum, asıl sorum burada sizce risk adjustment bir yoğun bakım kademesi gelişse daha iyi olur mu? Siz 19 yaşında bir trafik kazası geçirmiş hastaya, 75 yaşında aynı trafik kazasını geçirmiş hastanın değerleri aynı mı? Ve Türkiye'nin bir yoğun bakım merkezleri silsilesi, Türkiye'deki yatakların yaklaşık %45'i özellikle yoğun bakım yatağıdır, muayeneden çıkartılacak mıdır? Bir de şehir hastaneleri ile ilgili küçük bir katkıda bulunacağım. Ben Türkiye'deki ilk şehir hastanelerinden olan Kayseri Hastanesi'ni yakından inceledim. Orada yaptığım incelemelerden de, bugün de gördüğüm nokta 2010 yani 7 yıl önce ihale hazırlıklarının olduğu dönem, şehir hastaneleri aslında bir basamak ya da otelcilik gibi değil, ben otelcilik terimine tamamen karşıyım, bu şekilde devasa yapılar yapıldığı ve kamu-özel ortaklığı şeklinde görüldüğü sürece biz çok sorun yaşayacağız. Bunu neden söylüyorum, bu hastanelerimiz aslında Türkiye'de çok eskimiş olan

artık adeta 2. Dünya Savaşı döneminden kalmış hastane, bina, ekipman içeriklerinin bir yenileme yoludur. Dolayısıyla bu yenileme yolu ile basamaklama hizmetlerinin bu doğrultuda görülerek bütün her şeye cevap verecek tek bir mekanizma ve basamaklarının yapılması bir sağlık politikası veya stratejisi olabilir. Yoksa istediğiniz kadar metrekare olsun hastane. Amerika'da ki en kapsamlı hastanelerden birisi ortalama yatak başına sadece 180 metrekareyken, buralarda duyduğum kadarıyla Türkiye'dekiler 300 metrekarelerden bahsediyoruz eğer gerçekten böyleyse çok üzücü, teşekkür ediyorum.

Evet, 300 metrekare kısmı için ne kadar tartışacağız, gelecekteki ihtiyaçları bilemiyoruz şuanda, niye planladılar, kim yazdı onu bilemiyoruz bu yüzden buna cevap verme şansımız yok.

Şunu ben kastettim özellikle tablo çok orijinal, yeni doğanda dördüncü basamak çıkışı eğer siz ekmo tedavisi dahil uygulayabiliyorsanız, bu neyi içeriyor? O kadar merkez var ki, yoğun bakım açısından da sizin kalp cerrahisi departmanınız yok, bir komplikasyon çıktığında müdahale etme şansınız yok o zaman bir fark olması gerekiyor o 3 ile 4 arası yoksa geri ödeme bazlı değildi, kolay anlaşılın diye 4 kavramından ben bahsetmeye çalışmıştım. Risk adjustment' a gelirse, size katılıyorum ama başka şeyler söyleyeceğim. Sepsis tanımı geçen sene değişti ve tanımın içine organ fonksiyonları eklendi, tanımın içine girdi. Şimdi organ disfonksiyonlarını biz tedavi etmekle uğraşyoruz ve hastaneler arasında çeşitli farkların mutlaka olması gerekiyor ki kolay sağlık hizmeti sunumu yani o ambulans o hastayı nereye götüreceğini bilsin ve daha doğru tedaviyi biz ulaştırabilelim. O yüzden bir farklı bakış açısı ve 4'ün yaratılması zorunluluğunu ben vurgulamak istedim. Başka örnekler de verebilirim. Genetik yapısı veya travma geçiren 17 yaşındaki çocuğun src1 geni oranı %10'un altında ise nereye götürürseniz yaşama şansı fazla, iki geni fazla ise nereye götürürseniz daha az olabilir bu. Oralar da bir yandan dünyamızda gelişmekte. Sepsis için söylüyorum belki %80'ini içeriyor yoğun bakım hastalarının.

Teşekkür ederiz Hocam. Hakan Bey kısaca sizlere şunlardan bahsedeceğim sonrasında da kapatalım. Hastanelerin metrajlarının artması, ihtiyaçlarının da artması aslında biliyorsunuz, ihtiyaçların artması ile tespit ettiğimiz ihtiyaçların giderebilirseniz metrajların çok bir önemi olmuyor. Her ne kadar 300 metrekare olsa bile yatak başına, ihtiyaçlar tespit edilebiliyor, şehir hastanelerinde özellikle işletmeciler ruhlu firmalar, sağlıkta çalışan sağlıkçılara çok güzel destek verebiliyorlar bunu İlke Hastanesi'nde çok güzel gördük. Bu türlü destekle ihtiyaçlar giderilerek, sayımla ortaya çıkan sorunlar giderilebiliyor. Zamanla da daha iyi olacaktır.



Özel Oturum :

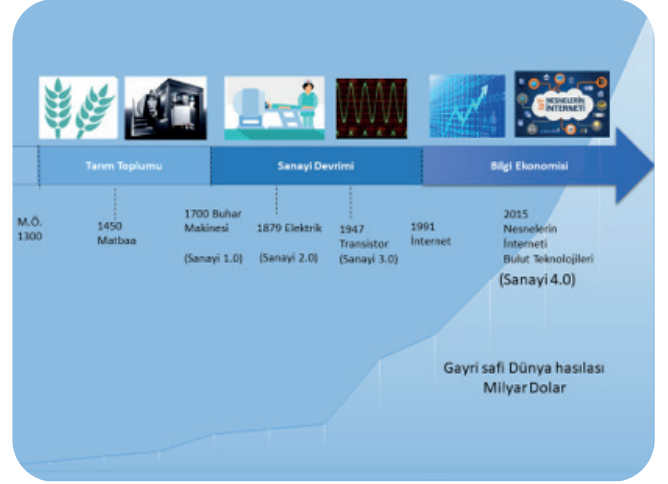
Konuşmacı: Temel Akgün, Akgün Yazılım Şirketi Genel Müdürü

Evet saygıdeğer konuklar, burada hepinizi yakaladım bakalım ne olacak. Bu sunumumla ilgili daha önce arkadaşlar zaten bahsetmişti ben de bir iki vurgu yaparak geçeceğim. 1950 yılında biliyorsunuz bilgisayarların ilk çıktığı zamana denk geliyor ancak 1970 yılında internet Amerika'da ilk başta savunma sanayisi kullanmaya başladı, yine 1970 yılında bugün bizim evlerimizde, ellerimizde bulunan bu internetin de çıkış tarihi, 20

yaşında bir matematik mühendisi California Üniversitesi'ne gidiyor ancak kulakları duymayan bir hanıma aşık oluyor ve onunla evleniyor. Sonra tabii ki eşinin kimseyle iletişim kuramaması onu üzüyor, California Üniversitesi'ne bilim adamı olarak giriyor ve bilgisayarlar arasındaki bilgi aktarımı ile uğraşiyor. Diyor ki benim eşimi mutlu etmem gerekir ve o gün eşinin başkaları ile görüşebileceği interneti buluyor ve olduğu üniversiteyi kazandıktan sonra kulakları duymayan eşi, bilgisayarlar sayesinde konuşmaya başlıyor.



Sağlık Bakanlığı, Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı Tarafından Onaylı AKGÜN Şirket Merkezi



1986 yılında Türkiye'de kuruldu.

Yazılım Üretim, Araştırma, Geliştirme, Sistem Entegrasyon & Bakım Destek

500+ Uzman Kadro (100+ Ar-Ge)

Türkiye Yapılanması: Ankara Merkez ve Karadeniz Bölge Müdürlüğü

Yurtdışı Şubeler: Azerbaycan ve Kazakistan

Türkiye'de AR GE Yatırım Yapan şirketlerde 10. Sırada

2016 Bilşim 500'de AKGÜN AR-GE Yatırımında 10.sırada

KATEGORİSİ	AKGÜN SIRALAMASI
SEKTÖREL YAZILIM TÜRKİYE MERKEZLİ ÜRETİCİ GELİRLERİNE GÖRE	7
AR-GE YATIRIMI YAPAN ŞİRKETLER	10
SEKTÖREL YAZILIM GELİRLERİNE GÖRE	12
TÜRKİYE MERKEZLİ ÜRETİCİ/YAZILIM	12
TÜRKİYE MERKEZLİ ÜRETİCİ	30
TÜRKİYE MERKEZLİ ÜRETİCİ /DONANIM	38
BİLGİ TEKNOLOJİLERİ	120
BİLİŞİM 500 YILLIK CİROSUNA GÖRE	167

ULUSAL VE ULUSLARARASI KALİTE STANDARTLARIMIZ

T.C. Sağlık ve Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı Onaylı AR-GE Merkezi Belgesi

CMMI DEV/3 Belgesi

MİLLİ GİZLİ GİZLİK Dereceli Test Güvenlik Belgesi

NATO GİZLİ GİZLİK Dereceli Test Güvenlik Belgesi

Her Türde Askeri ve Ulusal Güvenlik Anahtar Yazılımlar Üretim İzni Belgesi

ISO 27001 Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi Belgesi

ISO 10002 Müşteri Memnuniyeti Yönetim Sistemi Belgesi

Kazakistan Bilgi Güvenliği Gereksinimlerine Uygunluk Belgesi

TS 13298 Elektronik Belge Yönetimi Standardına Uygunluk Belgesi

TS ISO/IEC 35051 Satışa Sunulan Yazılım Ürünlerinde Kalite Ölçümleri ve Değerlendirilmesi

ISO 13485 Tıbbi Cihazlar Kalite Yönetim Sistemi

ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi Belgesi

OHSA 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi Belgesi

HİSSE DİJİTAL Hastane EBRAM Modeline Uygunluk Belgesi

Health Level 7 Standardına Uygunluk

IHE (Integrating the Healthcare Enterprise) Entegrasyon Testleri Başarı Belgesi

DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine) Standardına Uygunluk

CE Markalama Belgesi

TSE Hizmet Yeterlilik Belgesi

REFERANSLARIMIZ

180+ Hastane Yurtiçinde

30+ Azerbaycan

10+ Kazakistan

Toplam 400+ Kurum ve Kuruluşta

%100 Yerli Ürün ve Çözümlerimizle Eş Zamanlı Hizmet

Ve bugün ayrı ayrı odalarda veya aynı odalarda herkesin elinde telefonla bir şeye bakmasının ana sebebi, işte böyle bir aşktan çıkmış oluyor. 1991 yılında işte kriptonun başa gelmesi ile beraber internet teknolojisini, web teknolojisini, web'e geçiş 1991 yılında çok yaygın bir şekilde başladı ve sanayi 3.0'da yazılım kullandık, ancak sanayi 4.0'da internetle nesnelere kullanılmaya başlandı. Dolayısıyla yazılımın ortama katılması ile beraber dünyada aslında farklı farklı şeyler olmaya başladı. Bakıyoruz ki dünyadaki gayrisafi dünya hasılatına bakıyoruz şehir toplumunda dolayısıyla tarım topluluğunda herkes kazandığını yiyor fakat şimdi herkes ürettiği başka bir yerde kar elde edebiliyor ve insanlar ülkede çok hızlı bir şekilde para kazanıyor. Hangi ülkeler daha zengin? Bilgi teknolojilerine para yatıran ülkeler zengin.



Üniversite İşbirlikleri ve TÜBİTAK/SANTEZ Destekli ARGE Projelerimiz

İŞBİRLİKLERİMİZ

KURUM	İŞBİRLİĞİ SAYISI
ÜNİVERSİTE	16
ÖZEL ve KAMU	10
TOPLAM	26

ÜNİVERSİTELER

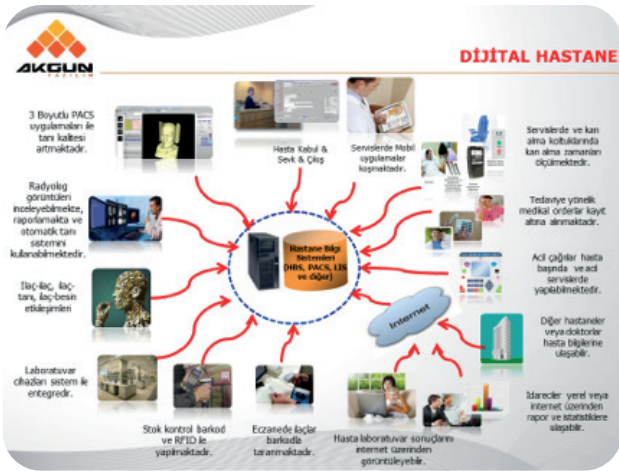
- ✓ Orta Doğu Teknik Üniversitesi
- ✓ Hacettepe Üniversitesi
- ✓ Akdeniz Üniversitesi
- ✓ Gazi Üniversitesi
- ✓ Karadeniz Teknik Üniversitesi
- ✓ Kırıkkale Üniversitesi
- ✓ Başkent Üniversitesi
- ✓ Beykent Üniversitesi
- ✓ Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
- ✓ Azerbaycan Teknik Üniversitesi
- ✓ Çankaya Üniversitesi
- ✓ Beykent Üniversitesi
- ✓ Atılım Üniversitesi
- ✓ Kazakistan Ahmet Yesevi Üniversitesi

YÜRÜTÜLMÜŞ OLAN TÜBİTAK VE SAN-TEZ DESTEKLİ PROJELER

KURUM	İŞBİRLİĞİ SAYISI
TÜBİTAK TEYDEB 1501	6
TÜBİTAK TEYDEB 1505	3
SAN-TEZ	2
TOPLAM	11



Peki, bilgi teknolojilerine para yatıran ülkelerin bir de baktığınız zaman ne dikkat çekiyor? Üniversiteleri dikkat çekiyor. Hangi ülkenin üniversitesi daha ilerideyse bakın sıralamaya göreceksiniz ki bilgi teknolojilerinde onlar da daha iyidir.



Bugün 2017 yılında 8.4 milyar nesne ile anlaşabiliyor bu da 2016 yılına göre %13 arttırılmış hali. 2020 yılına geldiğimiz zaman 20.4 milyar nesnenin birbiri ile konuşacağı tahmin ediliyor. Biz sağlıkta nesnelere birbirleri ile konuşması ve bu bilgilerin sağlık bakanlığı merkezinde toplanması, sizin görüntülerinize erişebilmeniz artık bugün mümkün. Bugün %95 oranında hastanedeki bilgiler, tüm toplanmış veriler sağlık bakanlığı sisteminde tutulabiliyor artık. Yani yarın bugünden daha güzel olacak.

SAĞLIKTA BİLGİSAYAR DESTEKLİ TANI UYGULAMALARI

X-EYE Mammo: Meme İyi huylu/kötü huylu mikro kalsifikasyonların sınıflanması

X-EYE Toraks: Akciğer x-Ray Görüntülerinde BDT Sistemi ile Nodül tespiti

X-EYE Ribout: Akciğer x-Ray Görüntülerinde Kemik Baskılama

Kn-Vision : Gözde Keratokonus hastalıkları görüntü işleme ile tespiti

BioBot : Klinik Biyokimya Karar Destek Sistemi

Himms kapsamında KDS çözümleri

TÜBİTAK

i-Vital Yoğun Bakım



- Hastaların yatak bazında anlık vital bulguların izlenmesi
- Son vital bulguların takibi
- Hasta Alarm takibi
- Hasta demografik bilgilerin girilebilmesi ve Hastanın kullanıcı tarafından kayıt edilebilmesi
- Entegre cihazlardan alınan verinin anlık gösterimi

Bugünün en önemli şeylerinden birisi de bu teknoloji. Mobil teknolojiler bugünün artık prim yapan olmazsa olmazlarından. Ben konuyu daha çok uzatmadan geçiyorum. Bu da bir nesne örneği, buzdolabı sıcaklığı değiştiğinde bunu size hatırlatıyor. Hatta ve hatta alışveriş yaptığınız markette, kredi kartınızdan otomatik olarak ödeme yapılıyor. Bizim bundan kaçmamız mümkün değil, aksine üzerine koşa koşa gitmemiz gerekiyor. Değişimler ile ilgili biraz tanıtım vermek istersek, zaten birçoğunuz biliyorsunuz 1986 yılında kurulmuş bir şirket aynı zamanda arge merkezi, 500'ün üzerinde yazılımcısı var bunun 100'ün üzerindeki arge personeli olarak görünüyor. Hem Ankara'da hem de Trabzon'da yapılanması var, yurtdışında Bakü'de ve Astana'da kendi ofislerimiz var ve yine aynı zamanda şirketimiz arge merkezi ama Türkiye'de de onuncu sırada arge yatırımı yapan şirket. Ben buna üzülüyorum, çünkü ben ne kadar yatırdığımı görüyorum. Sıraya gelmişsem Türkiye herhalde yapmıyor bunu diye düşünüyorum.

Baktığımız zaman bu kısıtlı imkanlarımızla beraber biz de Türkiye'deki bilişim sektöründe bu sıralamaları elde etmiş olduk. Şirketimiz standartlara, her bakımda her anlamda veriyi nasıl saklıyorsunuz hangi kalitede üretiyorsunuz, sürecinizin şu noktasında ve nasıl yalınlaştırıyorsunuz, işte burada gördüğünüz gibi dünya kadar standardı var. İşte savunma bakanlığı olsun, bilim sanayii teknolojisi olsun. Ar-ge merkezlerini biliyorsunuz bir kere dernek desteğinde sürekli olarak denetlenmiş oluyor tabii ki bunun yanında da belli teşvikleri var. Yurtiçinde olan bu referanslarımız aynı zamanda yurt dışında da devam etmektedir. Sağlık, eğitim, savunma, kamu, telefon alanında da projeler geliştirdik. Kilometre taşlarımıza baktığımız zaman arge şirketi olmamız, ve burada hepsinden bahsetmeyeceğim, 2007 yılında 2008 ve 2009 yılında faaliyetlerimizi geliştirmemiz bakın bu da az önceki arge merkezi olarak aynı şeyi söylüyorum. 2016 yılında epey bir aradan sonra 5. sıraya geldik dolayısıyla hele ki bilişim tarafında zaten bilgi veren çok yok. Burada gördüğünüz gibi işte bilgisayar destekli alanlarda projelerimiz var, biraz sonra çok kısa bir şekilde bahsedeceğim. Üniversiteler sanayii işbirliğine çok önem veriyor.

Birlikte birçok projeler geliştirdik. Bulut teknolojilerinde çalışmalarımız var. Yazılım anlamında Amerikan standardına göre yazılımlarımızı yapmış oluyoruz. Türkiye'de ki şehir hastanelerinden 4 tane açıldı biliyorsunuz. Bunlardan 3 tanesini biz aktif olarak kurduk yazılımlarını. Bütün sistemler orada ne görüyorsanız hepsi birbirine entegre olarak işlemektedir yani proses çok güçlü. Çünkü müdahatler olsun herkes olsun, herkes işin çok bilincinde. Sekiz tane hastanemiz Türkiye'de stage 6'ya geçti. Stage 6 yageçerek ne oluyor demeyin, bakın bunlar bir altyapıdır, bunlar bir basamaktır.

Gördüğünüz gibi burada bu Üniversiteler ile birlikte çalışıp, birçok proje geliştiriyoruz. Yine sağlık çözüm önerilerimize baktığımız zaman laboratuvar sistemi olsun, vip işlemler olsun, bilgisayar

destekli tanı sistemleri olsun, özel üretimler olsun bunların hepsini uygulamaktayız. Dijital hastane dediğimiz zaman ne geliyor aklımıza, çok şey geliyor tabii bunlara çok girmeyeceğim ama burada bir tane kısım var değinmek istiyorum. Şu cloud dediğimiz kısım, bu kısım işte artık buraya doğru, Türkiye kaynağa başladı, çünkü başka hastanelerden bilgiyi alabiliyor olmamız lazım, bütün sistemin entegre şekilde çalışması gerekir. Yine burada görüyorsunuz başka çözümleri bizim sistemlerimizde aktif olarak görebilmeniz mümkün. Burası işte az önce bahsettiğim üniversite sanayi dış birliği ile beraber bu sağlık bakanlığının bizimle yaptığı şeyler bunlar. İşte X-EYE Mammo dediğimizle memedeki iyi huylu ve kötü huylu lezyonları tespit edebiliyoruz bilgisayar ile. Yani hiç örnek almadan biz %99 doğrulukla diyebiliyoruz ki bu evet kötü huylu. X-EYE Toraks dediğimiz ürünümüz, akciğer filmini veriyor bilgisayar otomatik olarak diyor ki şu aralıkta şunlar tespit edildi. Doktor da baktığı zaman, kendisinin göremediği kaçırdığı bir şeyi burada bulabiliyor. X-EYE Riboat dediğimiz yine akciğer filminde kemiklerin altında kalabilecek kitlelerin görünebilmesi için kemik baskılama yöntemi ile kemiği çıkarıyoruz görselden ve kemiksiz bir ortamda görüntüye ulaşabiliyoruz. Bu cihazlardan bazıları piyasaya çıktı, bazıları da çıkmak üzere bitti.

i-Vital Yoğun Bakım

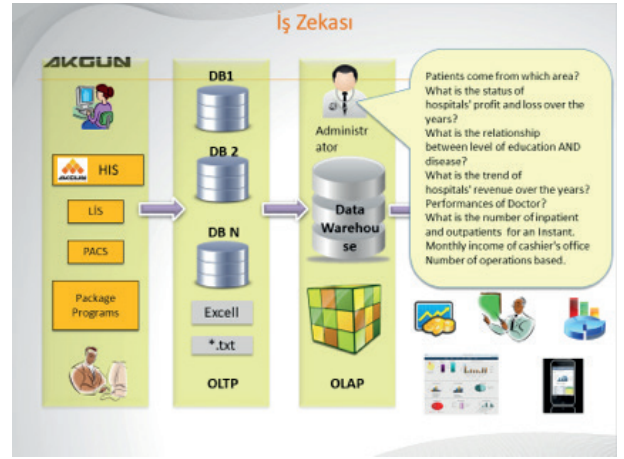
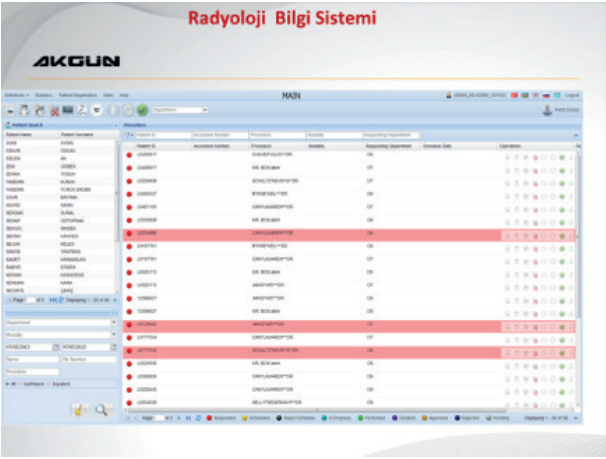
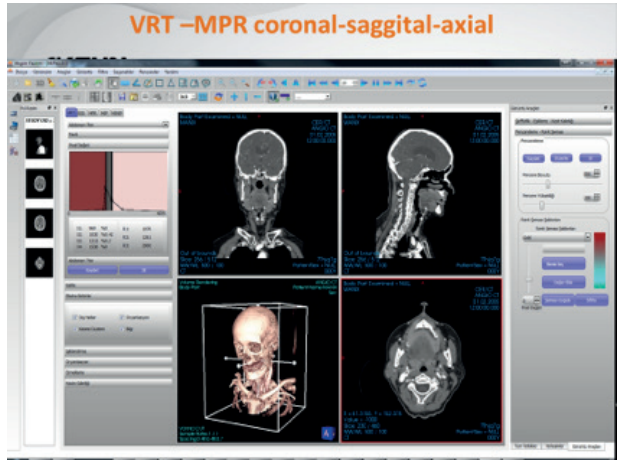
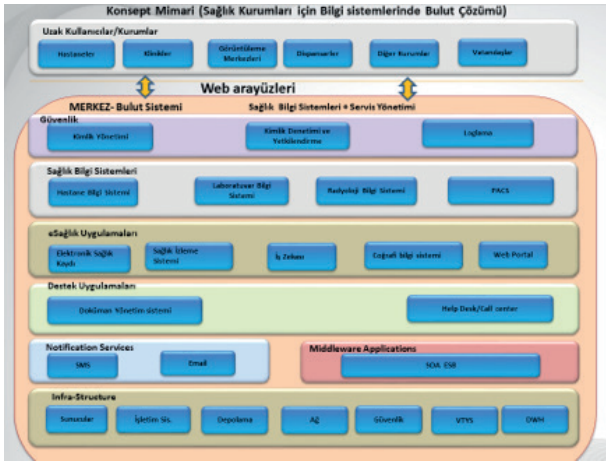
- Hasta yatak takibi
- Hastanın anlık grafiksel verileri takibi
- Hastanın özel dashboard ile önemli vital bulguların takibi
- Hasta skor takibi

MERKEZİ HBYS SİSTEMİNİN AVANTAJLARI



- MERKEZİ HBYS SİSTEMİNİN AVANTAJLARI**
- Süreçler standart hale gelecektir. Hastaneden hastaneye farklılık olmayacaktır.
 - Kararlı bir ürün oluşturulmuş olacaktır.
 - Hastanelerin istekleri rasyonel olacak ve overlaplar ortadan kalkacaktır.
 - Veri bütünlüğü ve mahremiyeti korunacaktır.
 - Paydaşlar arasında veri paylaşımı kolayca sağlanacaktır.
 - Sağlık hizmet kalitesi artacaktır.
 - Karar Destek sistemleri rahatça oluşturulacaktır.
 - Veriye her yerden güvenlik politikaları çerçevesinde rahatça erişilebilecektir.
 - Veri kaybı söz konusu olmayacaktır.
 - Kavın ve kaçaklar azalacaktır.

i-Vital dediğimiz biraz önce üzerinde çok güzel duruldu, yoğun bakım için. Türkiye’de yoğun bakım için herhangi bir yazılım, program yok. Avrupa’da var bir iki tane firma. Biz buna Akgün olarak oturduk. Bu programın yetiştirdik ve yoğun bakımdaki o cihazlara gelen bütün sinyalleri anlamlı hale getirdik ve onlara alan takibi olmak kaydıyla birçok işlemi yapmış olduk. Daha da ilerleterek bu hastanın böbrek tarafı sıkıntıda doğru gidiyor diyebilecek teknolojiler hakkında çalışmaya devam ediyoruz. Şuan İsparta’da kurduk bunu ve bütün Türkiye’ye yaymaya çalışıyoruz.



Merkezi HBYS sisteminin avantajlarına girmek istiyorum. Burada işte gördüğünüz gibi, Elazığ'da ilk uygulamasını yaptık, sonra Rize, Trabzon ve Artvin'de, tüm sistem tek bit yerden çalışıyor. Bütün hastaneler tek bir yete bağlı. Bunun birçok avantajları var; aynı anda istediğiniz bilgiye erişebiliyorsunuz, tetkikleri tekrar tekrar yapmaktan kurtuluyorsunuz, daha güvenli bir ortam, veri bütünlüğü ve mahremiyet de korunmuş oluyor. Nasıl bir sistem bu? İşte gördüğünüz gibi, kullanıcılar buradan sisteme giriyor. Önce güvenlik katmanıyla karşılaşıyorsunuz daha sonra sisteme ulaşmış oluyor aynı zamanda sağlık bakanlığının veri tabanına ulaşmış oluyor ve en altta gördüğünüz gibi ara katmanla beraber bu tek merkezli sistemlerin Trabzon'da yapmış olduğumuz 15 hastane hepsi tek merkezli. Hastanelerinde her hangi bir şey yok, tek merkezde. Kurulum, donanım, yedekleme maliyetleri tamamen bitmiş oluyor.



Görüntülerini hastalar internet üzerinden görüntüleyebiliyor, mobil uygulamalardan erişebiliyor, işlemlerinizi cep telefonunuza mesaj olarak geliyor.



Kalbimiz teknolojiyi büyötmek için atıyor. Hep beraber inşallah yapacağız. Dinlediğiniz için teşekkür ediyorum.

KONFERANS III: “Sağlık Hizmetinde Uygulamalar: İyi Klinik Uygulamalar İçin Araç Mı Hedef Mi?”

Oturum Başkanı: Prof. Dr. Kemal Memişoğlu

Konuşmacı: Dr. Cüneyt Tuğrul



Çok alanıyla kaliteyi tartıştık. Burada gitmemiz gereken yer kaliteyi öyle ya da böyle hepimiz biliyoruz. Keşke bugün biraz daha hemşireler doktorlardan olsaydı. Çünkü -e rağmen diyerek yapılmıyor hiçbir şey ve bugün birkaç şeyi tartışırken özellikle mesela doktorların referans olduğu sürece bir kalite uygulamasının olamayacağını tartıştık. Çünkü sonuçta sağlık hizmeti doktor ve hasta yüz yüze geldiği andan itibaren birebir verilen bir hizmet. Daha önceki background'u ne kadar iyi formatlarsanız formatlayın hasta o görüşmeden mutlu ayrılmıyorsa aslında yaptığınız birçok faaliyet maalesef yerini bulamayabiliyor. Şimdi tartışmak istediğimiz nokta ise araç mıyız yoksa amaç mı? Yani biz kaliteyi oluşturmaya

mı çalışıyoruz yoksa bu kaliteyi kliniğimizin verebileceği sağlık uygulamalarını geliştirmek amaçlı bir araç olarak mı kullanıyoruz?



Aslında temelde araç olarak algılanması gerekiyor diye düşünüyorum. Çünkü amaç haline geldiği andan itibaren sadece dokümantasyon bazlı çalışan bir sisteme dönüşüyor ki kendi iç yapısında eğer kendi dinamiklerini paylaşmıyor ve bu sonuçlar ilerlemeye uygun değişime uğramıyorsa bu noktada bir sıkıntı yaratıyor.



Biraz evvel tartışıldı iki yılda bir yeni uygulama parametreleri değişecek diye, çok güzel peki neye göre değiştireceğiz? Değerlendirme sonuçları peki biz hep içteki çıktılarımızı havuzda toplayıp sistemin ihtiyaç duyduğu yeni yatırım planlarını oluşturarak devlete de özellikle kendi planını oluşturması gerekirken basması gereken değerleri veriyor muyuz vermiyor muyuz? Ya da bir sonraki planda yatırımlarını planlayacakken onlara bir

finansman problemi yaratıp yaratmayacağımızın sonuçlarını değerlendirilmiş bir şekilde önlerine koyuyor muyuz? Bunları koymuyorsak bu koşullarda sadece kendi içinde devinim gösteren ve birkaç kişinin örgütlenmesinin dışına çıkamayan kapalı bir yapı haline dönüşüyor. Bunu aynen su gibi düşünebiliriz. Bugün konuşmacılardan biri benzetmişti zaten ürettiğimiz şey bir bardak su mu? Biz bir bardağa mı doldurmaya çalışıyoruz yoksa hepimizin aldığı bardak koca bir sürahinin içinde doluyor mu?

SAĞKAL
SAĞLIK KALİTESİ
ZVCKVT

ARAÇ İŞE NE GETİRİYOR ; SORUNLARI

► Maliyet Artışı.
Çözüm: Kalite iç tetkik çıktıları ile elde edilen ihtiyaç analizi doğrultusunda kaynak yaratmak .
Örn: AB projeleri .

SAĞKAL
SAĞLIK KALİTESİ
ZVCKVT

ARAÇ -AMAÇ , PERSONEL SORUNLARI

► Kalite bilincinin ve algısının personelde düşük olması.
Doktor , Hemşire ve Teknisyenlerin eğitimi.
Özellikle ilk 2 senede eğitim verilmeli.
(Ör . Hemşireler- fonksiyonel değerlendirme gibi)
Önemini anlayanların elinde amaç olmaktan çıkar
Araç olarak işlev kazanır .

Hepimiz sonuçta sürahiye bakıp ne üretmişiz acaba diyor muyuz? Şu an bardakların bir şekilde oluşumu var ama herhangi bir sürahinin dolduğunu ve onun değerlerini gösterir bir datamız yok. Ki ben şöyle bakıyorum eğer bu bir suysa ve kişinin gelişimi için su ne kadar gerekliyse kalite de sağlık sisteminin gelişiminde bir o kadar gerekli. Olmadığı koşullarda sağlık sisteminin gelişmesi, kendini yenileyebilmesi, hastaya daha sağlıklı ve uzun vadede yaşayabilir, daha iyi sonuç alabilir ve mutluluğunun daha arttırılabilir koşullarda hizmet verilebilmesi mümkün olmuyor. Aynen bu suyu bahçenizdeki gibi düşünün, dozu çok önemli bunu verdiğiniz sürece çiçekleriniz çok iyi. İyi ama işi sadece amaç haline dönüştürüp su bütün her yeri kaplarsa çiçekler kurumaya başlar çünkü kendilerini var edebilecek güçleri bunun arasında gösteremezler. O yüzden eğer hedefimiz hizmet sunumun iyileştirilmesi ise çok iyi bir araç. Çünkü eğer sağlıklı insanı sağlıklı çalışanı ve başarılı tedaviyi ölçmeyi bunların geri dönüşümlü olarak iyileştirmeleri güven altına alıyorsak o zaman güvenli hastane yaratıyoruz. Tabi ki bu noktada kesinlikle çok iyi bir araç ve eğer bunu koruyabiliyorsak uzun vadede iyi sonuçlar alırız. İyi de hastanenin yöneticisine ciddi yük yüklemiyor mu tabi ki de yüklüyor. Hastane yönetimine ne yükler yüklüyor? Bir kere yöneticinin birebir bu sistemin içine katılıyor olabilmesi gerekiyor ki iç tetkikler sonucunda oluşabilen iyileştirme modellerine kliniğine uygulayabilsin. Bunlar uygulanmadığı sürece iç tetkik modelinin herhangi bir çıktısını size önemi var mı? Hayır sadece denetimlerde aylık iç tetkiklerinizi yapmış olmanın dışına çıkmıyor. Ama eğer hastane ya da kurum bu noktada yeterli gelişimini sağlıyorsa ve yönetici buna yeteri kadar sahip çıkıyorsa tabi ki sistem ihtiyaç analizi doğrultusunda - eğer kaynak da yaratabiliyorsa- bu olabiliyor ki bunu arada birkaç arkadaşımızla tartıştık. Biliyorsunuz aile hekimliği de Avrupa Birliği projesi sonucu ortaya çıkmış bir projeydi. Buna benzer fonlarla sistem desteklenebilir ve onun ihtiyaç duyduğu değişimin fonları yaratılabilir. Çünkü kalite değişimi çok ciddi fon ihtiyacı duyabiliyor. Peki fon yarattık bütün problemi çözebiliyor muyuz? Maalesef çözemiyoruz. Çünkü aynı zamanda sistem içinde dirençlerimiz var; sistemin asıl yöneticileri yani içinde hizmet verenler sistemin asıl direnç noktalarına dönüşebiliyor çünkü siz kalite konusunda neyi yazarsanız yazın birinin bunu okuması gerekiyor uygulaması gerekiyor. İyi de bir cerrahi kurumu düşünün, saatlerce nöbet tutan hekimler o nöbette sizin kalite standartlarınızı ne kadar okudular ne kadar uyguladılar? Acil servisteki hekim o sıradaki kağıt standardını ne kadar izleyebildi? Bu sırada yanındaki hemşire buna ne kadar uyum sağladı? Onun için bunların aslında aynen hemşirelik eğitimindeki fonksiyonel değerlendirme gibi, kalitenin hem tıbbın hem destekleyici alanların temel eğitimlerinin içine girmesi gerektiğini düşünüyoruz. Aslında sivil toplum bu işin içinde çok ciddi rol oynaması gerektiğini de düşünüyoruz. SAĞKAL olarak bizim ana düşüncemiz sivil toplum ve kamunun iyi bir diyalog geçirmesi ve bazı standartların daha rahat uygulanabilir evrensel hale getirilmiş olması. Çünkü eğer yeterli yaptığı işin önemini algılayabilir ve bu doğrultuda zaten standart bilgiye sahip kişiler elinizin altında varsa sistemi kurmak ve yürütmek çok kolay. Eğer toprağı oluşturmayı beceremediyse hangi tohumu ekerseniz ekin çıkacaktır, ama kireçli kıraç bir topraktan bahsediyorsak ki şu an ülkemizdeki kalite algısı hem halk hem personel arasında daha iyi durumda değil orada

ne yetiştirmeyi bekleyebiliyorsunuz? Bir şeyler öyle ya da böyle var oluyor fakat çok daha uzun bir süreçte. Buraya gelmeden önce birkaç hastanenin üniversitenin kalite yöneticileri ile görüştüm. Ön gördükleri zaman Türkiye'nin buradan iyi bir çıkışla en az 10 yıl kadar bu işin peşinde koşması gerektiğini ve ondan sonra belirli standartlarla artık rahat yönetilebilir hale geleceğini söylüyorlar. Günümüzde özellikle endüstri 4 ile beraber değerlendirilebilir datanın sağlık sistemine uygulanması bizim önümüzü açacak ve öngörülen süreçten çok daha hızlı geçmesini sağlayacaktır diye düşünüyorum.

SAGKAL
SAĞLIK KALİTESİ
ZVCKVT

ARAÇ : YÖNETİCİYE NE GETİRİYOR

- Yönetici sahip çıkmalı .
Öz değerlendirme hastane hizmetinin iyileşmesi için önemli ama yöneticiden destek görürse . Araç
Yoksa kağıt üstünde puanaj olarak kalır :Amaç
X Değerlendirmede Yönetici sorumluluğu.
Değerlendirmeye katılan yönetici önemini algılar .

SAGKAL
SAĞLIK KALİTESİ
ZVCKVT

ARAÇ - STANDARTLARIN GELİŞİMİ

- Sürekli iyileşmeye tabii standartlar diğer standartların gelişimine destek olmalı.
- Standartlar birbirini desteklemeli
Ör: Ruhsat standardı . Denetleyen kurumlar farklı. Uyumsuzlukta kalite için çalışanın inancı da zedelenir.
(Dializ-HCV : ayrı alan – oda)....

Tabii ki bu arada yönetici sahip çıkıyor ve öz değerlendirme gerçekten hastanın ve hastanenin değişiminde yeterli alt yapıya yönlenebiliyorsa tabii ki iyi bir araç, ama eğer sadece kalite ofisinin değerlendirildiği bir alt yapıya o zaman kalite değerlendirmesi amacının dışına taşamıyoruz. Bu arada standartların gelişmesini oluşturmayı tartışıyorsak inanılmaz bir araç çünkü bize sürekli geliştirmeye tabii olan standartların ihtiyaç duyduğu geri beslenme çıktıları verebilen tek standart bizim aynı zamanda bunları sorgulamamız . Evet kağıt israfı biraz zor gibi görünmesine rağmen standartlarımız birbirini destekleyecekse çok iyi çıktılar ve üst kurum tarafından değerlendirme olmak zorunda. Çok basit bir örnek verebiliriz. Bazı denetlemelerde başınıza gelmiştir; kurumdaki kişi benim ruhsatım var, bu değerler benden istendi ve ben yerine koydum o zaman ben kalite standartlarımı oturturdum neden benden başka bir şey isteniyor? diyebiliyor. Bu da çalışan inancını ve kalite için bu noktada çaba gösterip ruhsatlanması için çaba gösteren kişinin yaptıklarını boşa mıydı sorgulamasına neden oluyor.

SAGKAL
SAĞLIK KALİTESİ
ZVCKVT

TAM ARAÇ : SÜREKLİ İYİLEŞME

- Tüm çıktıların ortak değerlendirmeye alınması.
Üst Kurum , tek elden değerlendirme.
Kontrol ile eksiklerin saptanıp , iyileşmeyi önerme kabiliyetinin değerlendirilmesi :Araç olarak kullanım.


SAGKAL
SAĞLIK KALİTESİ
ZVCKVT

DENETİM: KİMİ ?

- Araç olması için iç denetim sonuçlarının iyileşmeye yansımaları da değerlendirilmeli : Araç
- Yoksa denetlenen sadece kalite bölümümüştü gibi algılanabilir : Amaç

Kalite çıktılarının üst kurumlara tek elden değerlendirilmesi ve diğer ruhsatlanma standartlarının geliştirilirken ortak alan olarak değerlendirilmesi çok önemli diye düşünüyorum. Pek tabii ki bunu sağlayabilecek tek metodoloji de sürekli iyileştirmenin ana teması "big data"yı doğru değerlendirmek. Doğru değerlendirebilme büyük havuz yani tüm çıktıların ortak değerlendirilmesine alınarak üst kurulu tarafından değerlendirilip bundan sonraki yeni prosedürlerin veya ihtiyaçların buna göre belirlenmesi. Başka türlü iyileştirmeyi önerme kabiliyeti maalesef

oluşmuyor. Ancak bu şekilde biz sağlık kalite sistemi bir araçtır diyebiliriz. Denetim çok önemli bir mekanizma, doğru ama kimi değerlendiriyoruz? Buradaki çok önemli taraf biz sistemdeki hizmet kalitesi hastanın bu noktada aldığı mutluluğu mu yoksa o evrakların değerlendirme tarzını mı değerlendiriyoruz? Bu noktada iç denetimin sonuçlarının iyileştirmeye yansımaları için değerlendirme sonuçlarının dikkate alınıyor ve gerekli değişim ve iyileştirmelerin yapılması gerekiyor ki bize araç hastaya yansıyan sonuç olarak hizmet verebilsin. Tabi ki sadece bilgisizlik değil aynı zamanda personelin de bir rezistansı gelişebiliyor. Maalesef bilinç eksikliğinden kaynaklanıyor.



ARAÇ : HASTA - PERSONEL RESİTANSI

- Herkes üstüne düşeni yapınca tümüyle kullanışlı bir araç.
- Kültür meselesi : hem hastalar hem de tüm çalışanlar boyutunda eğitime dahil edilmeli
- Personel için motivasyon ne ?
SKS malpraktise karşı personeli korur ?
Döner sermaye?



YARARLI BİR ARAÇ DEĞERLENDİRİLME ?

- Araç : Sistem tam olarak işletilse de .
Sıkıntı : Fiziksel standartların karşılanamaması.
Yeni bina mimari ve mimar standartları .
SKS kalite birimleri yetkileri ?
Sadece kalite birimin denetlenmesi gibi algılanmamalı.

Halbuki en alt çalışandan en üst yönetime herkes üstüne düşeni yapınca gerçek bir araç haline dönüşüyor. Bu yüzden bütün eğitimler halkın bile eğitilmesi gereken bir alt yapı olması gerekiyor. Halk bile kalite konusunda bilinçlendirilmeli. İlk okullarda bile sadece sağlık alanında değil hayatın her alanında kalite var ve buna uyulması gereken konular var denmeli. Ama bu bir kültür meselesi. Bu kültür oluşturulduğu andan itibaren biz istediğimiz kooperasyonu görebileceğiz. Tabi ki bu arada biz şimdi en azından elimizdeki personelle yürürken bunu nasıl geçebiliriz? Personel için motivasyon ne, sadece tebrik ederim mi yoksa o insanlar için yaptırıcı artı getiren ödüllendirici bir sistem olabilir mi? Tabi ki bir çok yerde SKS personeli korur olarak kullanılıyor, ama aynı zamanda 1-2 yılda değiştirebildiğimiz standartlar bu yıl yapılan bir prosedür nedeniyle mahkemeye dönüşecek olursa bundan 2 yıl sonra değişmiş bir standart nerede nasıl sarım olacak bunların da umutla bir özdeşmesi gerekecek diye düşünüyorum. Kamuyu ilgilendiren ciddi bir değişim programını da gerektirecektir.



İYİ BİR ARAÇ

- Sahip çıkıldığında
- İç değerlendirmeler ile iyileştirmeler yapıldığında
- En alt kadrodan yöneticiye : tam anlaşıldığında
- Yeterli finansman sağlandığında
- Güvenli hastane standartlarının geliştirilmesi sağlandığında
- Gelecek : Hasta tatmininin ve güveninin artması

Ve eğer doğru dürüst değerlendirilirse yararlı bir araç çünkü sistem tam olarak işlediğinde gerçekten çok iyi sonuçları var. Ancak meydana gelen fiziksel değişim ihtiyaçları çok ciddi sorunlar yaratıyor. Bugün basit fiziksel değişimler kimi zaman hastane bütçesinin en az birkaç sene içinden çıkamayacağı finansal zorluklar yaratıyor. Bu koşullarda da SKS kalite birimi istediği yönergeyi versin ne gibi bir cevap alınabilecek yönetici eli kolu bağlı

sa ne değiştirebilecek sadece bir şey yapamayacağını bilmesi ne gibi bir motivasyon meydana getirecek bu da tartışılabilir alt yapılar. Kısacası temelde çok iyi bir araç yani bizim suya ihtiyacımız var. Eğer doğru gelişmek istiyor ve bu gelişimi sağlıklı tamamlamak istiyorsak ama kuralları var. İyice sahip çıkılması gerekiyor, iç değerlendirmelerle iyileştirme önerilerine dikkat edilip bunun en alt kadrodan yöneticiye tam olarak anlaşılması ve yeterli yatırımların planlanması değişimlerin mal edilmesi gerekiyor. Tabi ki yeterli finansmanın da kuruma sağlanmasında fayda olduğunu düşünüyoruz

Güvenli hastane standartlarının gelişmesi sağlanıyor ve böylece iyi hastaneleri elde edebiliyoruz. Scientific American Amerika'da Bilim ve Teknik dergisi düzeyinde çalışan bir dergi en son hastane değerlendirmelerinde hastanenin kalite standartları hastane bu kadar iyi vs artık bunları değerlendirmiyor. Çünkü bunlar artık olmazsa olmaz olarak kabul ediliyor. Yani bir hastane zaten iyi bir jeneratöre, asansöre, evrak düzenine zaten sahip olmak zorunda. Bunlar hiç tartışılmaz genelgeçerler. Peki hasta takibi nerede? Doktor hasta iletişimi nerede? Yeni yapılan bir çalışma doktor ve hasta arasındaki sohbet düzeyinde doktorun anlatma düzeyinde hastanın iyileşebilme hızının lehine olduğunu gösteriyor. Çok ciddi bir iletişim var ki biz buna Placebo Effect diyoruz ama sonuçta var ve yüzde 40'a varan oranlarda özellikle kanser hastalarında effective toksik dozları düşürüyor ve insanların çok daha konforlu olmasını sağlıyor. Yani dünyanın en gelişmiş hastanesinde bile iyi iletişim için en temeli. Kısacası bence iyi bir araç ve korunması gerekiyor.

-Konuşma sonunda gelen yorum-

Kalite araç olarak değerlendirilirse hastalara sunduğumuz güveni ki güven çok esas sağlık hizmetinde hizmet alan ve veren arasındaki bilgi asimetrisinin bu kadar derin olduğu başka hizmet alanı yok. Yine hukuka karşı sağlık çalışanını korumada kalitenin aslında maliyeti arttırma değil verimliliği arttırma yönünde olacağı düşüncesindeyim.

PANEL III: Sağlık Hizmetinde Uygulamalar: İyi Klinik Uygulamaları Araç Mı Hedef Mi?

Moderatör: Prof. Dr. N. Zafer Cantürk

Panelistler: Doç Dr. Semra Kayataş Eser, Dr. İsmail Bozkurt, Yrd. Doç. Dr. Kadir Doğruer, Dr. İbrahim Halil Kayral, Cüneyt Tuğrul

Moderatör, Prof. Dr. N. Zafer Cantürk: Sağlık hizmetlerinde iyi klinik uygulamalardan bahsediyoruz bunun temelini neler oluşturuyor?

Dr. İsmail Bozkurt: Aslında bu klinik uygulamalarının temelinde bence hastanelerde güvenlik kültürünün yerleşmesi gerekiyor. Güvenlik kültürünün algısının çalışanlarda olması çok en önemli. Örnek vereceğimiz klinik uygulamalarda biz mutlaka o bölümdeki arkadaşlarla bu klinik uygulamaları meydana getiriyoruz. Onların geri bildirimleri olmadan herhangi bir klinik uygulama yapmamız mümkün değil. Hemşirelik hizmetleri kalite bölümü diğer bölümler hekimleri de alıp tartışarak onların uygulayabileceği klinik uygulamaları yerleştirebiliriz. Burada önemli diğer nokta ise burada çalışmalarını yaparken aldığımız geri bildirimleri sahaya yayarken de biz aslında kalite birimi olarak onlara giderek klinik uygulamalar bunlardır demiyoruz. Her çalışan işini iyi yapması gerekirken bir de iyileştirmeye açık alanlar neler araştırmalarını istiyoruz. Onlardan bize geliyor biz bu alanda iyi bir klinik uygulama başlatmak istiyoruz sizin fikriniz nedir onların bunu yönetmesi gerekiyor biz sadece yol gösteriyoruz. Tabi buradaki temel özelliklerde bir kere hasta güvenliği çok önemli hasta deneyimleri çok önemli bunların mutlaka içinde olması lazım. Ve biz her sene bu klinik çıktılarının performans sonuçlarını ölçüyoruz bakıyoruz burada iyileştirme var mı yok mu işe yaradım mı iki yılda bir mi değişiyor bu klinik uygulamalar protokoller her sene biz gözden geçiriyoruz bazen 3-4 yıldır devam ediyor kullanılmaya ama bazen ihtiyaca göre 6 ayda veya 8 ayda bu klinik uygulamaları protokolleri değiştirmek gerekebilir.

Moderatör, Prof. Dr. N. Zafer Cantürk: Semra Hanım kamu hastanesinin yöneticisi olarak bize bu konuda devlet kurumlarındaki yaklaşımın ne olduğunu açıklar mısınız?

Doç. Dr. Semra Kayataş Eser: İyi klinik uygulamaların temelini ihtiyaçlar ve değerlendirmeler

sonucunda elde edilen veriler oluşturuyor. Neden böyle diyorum sabah Hatice Hanım da bahsetti. Şöyle bir algılama var yoğun bakımlardaki mortalite oranları hesaplanıyor mu ben açıkçası bu soruya şaşırımdım kalite standartlarında olup da değerlendirmeme gibi bir lüksü var mı hastanenin ben tanık olmadım açıkçası çünkü bu değerlendirme baştan bir zulüm gibi gelmiştir birçok kuruma kağıttı zamandı fakat şimdi biz köklü bir kurum olmanın da avantajlarını yaşıyoruz geri bildirimleri çıktılar alıyoruz ona göre de çok ciddi iyi klinik uygulamalar yapıyor özellikle ilk bunu sahipleneler hemşire hanımlar olduğu için onların buna katkıları inanılmaz bu ar-ge çalışmaları olsun iyi klinik uygulamalar olsun örnek mortalite oranları her ay çıktılar alınıyor hesaplamalar yapıyor ona göre kalite gereği bütün yeni doğan için sertifikasyon programı gerekiyor nedir bu yeni doğan sertifikasyon programını almış kişiler şimdi bunların faydaları görüldükçe çıktılar görüldükçe bizim hastanemizde hiçbir asistan yok ki NRP eğitimini almadan dışarı çıksın çok basit bir uygulama yani biz bu mortalite oranlarını hesapladık ve hayata geçirdik. Bunun için bize bir kalite dayatması yok ama sonuçta ben asistanı o eğitimi almayı zorunlu kıldığımda gittiği yerde de bu kaliteyi sürdürüyor. Veya bir bası yarası normalde standartlarda 21 günden sonra bası yarası değerlendirilsin deniyor yoğun bakımlarda biz yoğun bakım ağırlıklı çalıştığımız için 61 küvözümüz var 81'e çıkacak onun için buradan örnek veriyorum. Bası yarası evet değerlendiriliyor çok da güzel bir uygulama ona göre önlemler alınıyor tedaviler yapıyor iyileştirmeler var fakat sahada çalışanlar bir adım ötesine geçtiler. Yoğun bakımda yeni doğanda verilen sıvılar, ilaçlar ekstrevasyon ve flebite sebep oluyor dolayısıyla bu sahada çalışanları kriter kesmedi. Bir ileri aşamaya geçtiler. Flebite ve ekstrevasyon için kriterleri araştırdılar ve onlar skala olarak değerlendiriyorlar. Ve ona göre bebeklerin morbititeleri azalıyor evet ilk bakışta maliyeti arttırdı gibi görülüyor ama biz açıkçası sahada kişiler olarak bunların uzun vadede maliyeti arttırdığını düşünmüyoruz. Bu tür gerekli önlemler alarak morbititeleri azaltılarak ciddi anlamda küvöz yatakları hem maliyet olarak hem sayı olarak sıkıntı yani devlet adına da çok iyi bir hizmet yapıyor gerekli önlemler alındığı için. Arzu edersemiz örnekleri çoğaltabilirim.

Moderatör, Prof. Dr. N. Zafer Cantürk: Bugün sağlık hizmeti sunumunuzda iyi klinik uygulamalarla iyi klinik uygulamalar prensibiyle çelişen noktalar var mı sorunlar var mı bunlar neler çözüm için önerileriniz var mı?

Dr. Cüneyt Tuğrul: Aslında gerçekten doğru bir sağlık hizmet sunumunu planladığınızda bunun hiçbir şekilde kalite standardıyla çakışmaması gerekiyor. Sadece bugün özellikle belirttim ruhsatlanmalarda bazı değişiklikler olduğu için hastaneler o kriterler dışında başka kriterlere yönelerek bazı değişiklikleri yapıyorlar çünkü bugün hiçbir personel bilinçli davrandığı sürece standart sağlık kalite sisteminin dışında bir hizmeti bilerek ve isteyerek planlamayacaktır zaten ama eğer sistem farklı farklı bölümlerin farklı alanlarda değerlendirilmesini ayrı ruhsatlandırma prosedürlerine bağlıyorsa ya da bazı hizmet modelleri diğer hizmet alanlarında farklı tanımlanıyorsa bu maalesef ki çatışmaya sebep oluyor. Şu an birkaç alanda bu çatışmalar var onların biraz daha elden geçirilerek düzeltilmesi gerektiğini düşünüyorum.

Moderatör, Prof. Dr. N. Zafer Cantürk: Yani şimdi özel hekimlikte biliyorsunuz sağlık bakanlığının da olsun bizim hastanelerimizin de olsun bazı standartları karşılamadığı bir gerçek. Mesela kapıların şu boyutta olması gerekiyor deniyor fakat hastanelerde öyle değil. Fakat muayenehane açıldığında kapının boyutunun şu kadar olmasını zorunlu koşuyor yoksa ruhsat vermem. Eşimin muayenehanesi var oradan biliyorum, hiçbir zaman da o kapının geniş olması ihtiyaç olmadı. Çünkü oraya sedye veya hastanın gelmesi söz konusu değil. Fakat bazı dayatmalar oluyor. Genel anlamı itibarıyla tabii ki iyi klinik uygulamaların hiçbir problemle çatışmaması lazım ama benim verdiğim bu basit örnek olduğu gibi kurumlarımızın içinde de çeşitli şeyler var. Ruhsatlandırma yapılırken basit ölçeğin olmaması önemli ölçer olmazsa biz ruhsatı vermeyiz düzeltin yine

geleceğimiz gibi şeylerle uzatmalar oluyor. Ben bunları kastederek sormuştum.

Yani bunlar orada yapılması gereken şeyin sanıyorum bu hizmeti verecek karşı tarafın da yeterli kalite bilgisinin gelişmesi ile çözülebileceğini düşünüyorum. Çünkü bugün isteyen kişi bunu biz hastanelerimizde çok görüyoruz. Hatta bazen gelip işte sterilizasyon sistemi şu noktadan başlar tamam kabul başka iş denetleme ekibi gelip sizin hastanenin fizyolojisi buna uygun değil diğer noktadan başlaması gerekir diyebiliyor. İyi ama bu ruhsatlanmış yani bütün sistemi yeniden kurgulaman gerekiyor ve sadece bir denetimle bile bu olmak zorunda kalabiliyor. Ki bir sonraki denetim gelip tekrar değiştirin diyebiliyor. Yani bazı bu tip fizikselle uygulamada çatışan noktalar var.

Doç. Dr. Semra Kayataş Eser: Şimdi kalite hastaneler için bir hedef. Özünde de zarar vermeme var. Eminim ki o kriterler çok düşünerek yapıldı ve maliyet açısından çelişen kısımlar olduğunu düşünüyorum. Buna ruhsatlandırma olarak söylemeyeceğim yine klinik uygulama olarak söyleyeceğim. Şimdi kan ürünleri için evet çok güzel kriterler var böylece yanlış transfüzyonlar engelleniyor, maliyet düşürülüyor, imha oranı azaltılıyor hakikaten çok iyi. Çocuk cerrahi kliniği olduğu için hastanemde bir çocuk ya da bir bebek ameliyat olduğu zaman 25cc, 40cc bilemediniz 90cc ve o paketler 250cc ve hepsi kimden alındıysa tek bir international numarayla çıkarılıyor. Bizim kan bankasından sorumlu hoca ve çocuk cerrahi hocamla en büyük tartışmamız budur. Bu kanlar ziyan oluyor. Bir çocuğa kan lazım olduğu zaman kullanılmayan kısımlar mecburen imha oluyor. Evet pediatrik formlar var fakat aynı kişiden alınan bütün pediatrik torbalar tek bir numara. Yani isterseniz 30'a bölün o kanı tek bir numarayla çıktığı için tek bir hastada kullanılması gerekiyor. Ben bunun imha oranlarının azaltılması açısından düzeltilmesi gerektiğini düşünüyorum. Evet yine bir numarası olsun çünkü ona göre uluslararası takip ediliyor. Fakat en azından ekstra bir barkod veya numaralandırma olabilir. Veya anestetik maddeler. Biz açıkçası kaliteye göre davranmıyoruz maliyetleri kurtarabilmemiz için. Şimdi anestezi anestezi kullanıyor o flakomlar 4-5 hastalık. Bir tane hasta uyutuldu biz kalanı atarsak maliyet etkili olmayacak bizinkiler ne yapıyor? Enjektörlere çekiyor üzerine her şeyi yazılıyor ve bir sonraki hastada da kullanılıyor. Ki yakında biz bu açıdan bir gol yedik ve suçlu duruma düştük. Niye hasta başı düşümlerinde de usulsüzlük yapmış oluyoruz. Diyelim ki bir dava oldu şimdi dosyada o ilacı kullandığım yazıyor fakat eczaneye bakılıyor faturasına bakılıyor o ilacı düşülmemiş oluyor. O zaman ben sahtekar duruma düşmüş oluyorum. Bölünmüş dozları kullanmadığımız için mesela yeni doğan yoğun bakım ünitesinde bir ilaç hazırlama kabini oluşturduk ve bunun için iki tane hemşire görevlendirdik. Amaç nedir? O 61 tane yeni doğanın ilacını ne yapılacaksa order'ını o iki tane hemşire hanım hazırlıyor. Bu bize ne sağlıyor maliyet etkinlik sağlıyor. Bir flanktonu kırıyoruz bütün bebeklere kullanıyoruz. Belki de bir flanktonla o günü tamamlayabiliyoruz. Veya ilaç hazırlama sırasındaki riskleri azaltıyoruz. Çok daha hızlı yapıyoruz 61 hastanın order'ı çok hızlı bir şekilde çıkabiliyor. Tabi dediğim gibi köklü bir hastane olduğu için biz kalitenin ötesine geçip kendimize birtakım kurallar belirledik. İnşallah bu toplantılar da bunların biraz daha revize olması için bir aşama olur diye düşünüyorum.

Moderatör, Prof. Dr. N. Zafer Cantürk: Sonuçta sağlık hizmeti sunumunda sağlıkta kalite standartlarını kullanıp sağlığı geliştirmeye çalışıyoruz iyi klinik uygulamaları araç ya da hedef olarak belirliyoruz. Başka bir deyişle sağlık hizmeti sunumunda geldiğimiz nokta değere bağlı hizmette bir işe yarıyor mu? Yani bir getirisi var mı? Özel sektör olarak.

Dr. İsmail Bozkurt: Bence işe yarıyor. Bunu bir araç olarak ve doğru kullanırsak çıktılarının çok iyi olduğunu görüyoruz. Ben buna yürekten inanıyorum. Sadece uygulayacağımız klinik uygulamaların ve standartların hastanemize yararı var mı yok mu onu da tartışmak gerekiyor. Bazen bunları kendi hastanemize modifiye etmemiz gerekiyor. Biz guidelinelerimizi uluslararası alan

lardan alıyoruz. Ama bazı ufak modifiyeler yapmak zorunda kalıyoruz ki biz onları uygulayabilelim. Çünkü Türkiye'nin şartları farklı. Ama bir araç olarak kullandığınız zaman sene sonunda baktığınızda tüm çıktılarda maliyet hep konuşuluyor ama maliyetlerin de düştüğünü görüyoruz. 2 sene önce bir sepsis protokol uygulamaya başladık. Tabii öncesinde antibiyotik kullanımlarını da ölçüp daha sonra da hastaları yatış süresine baktığımızda yatış sürelerinin kısaldığını antibiyotik kullanımının azaldığını, sepsise bağlı mortalitenin çok düştüğünü görüyoruz. Daha önceki yıllarda ortalama aylık 15-20 tane sepsis vakası yatıyordu. Erken bir tanı kriteri çıkardık katlarda erken tanıda hızlı şekilde müdahale ile yatış olmuyor. Yine aynı şekilde kalça kırığı protokolü ile yatış süresini azalttık. Hasta hemen hızlı mobilite ile taburcu ediliyor. Yine bugün sunumunu hazırladığım bir göğüs ağrısı pathway'i oluşturduk. Çünkü baktık tabii güvenlik kültürü bizim hastanede güvenlik kültürü yerleştiği için çok sık raporlama oluyor. 250 tane yatak var 1000 çalışmamız var ama haftada bizim beklenmedik olay dediğimiz raporlarımız 50 ile 100 arasında değişiyor. Biz herkesi yüreklendiriyoruz. Oradan gördük ki bazen göğüs ağrısı ile gelen hastalara geç müdahale ediliyor. Bu sadece acil servis için geçerli de değil. Hasta gelmiş göğüs ağrısı şikayeti ile bakıyoruz 1 saat 2 saat geç müdahale edilmiş. Bir pathway uygulamaya aldık 5 dakika içinde EKG'nin çekilmesi ve doktorun değerlendirmesini sağladık. Sonuçlarımız çok iyi yüzde 99 hemen hasta göğüs ağrısını ifade ettiği anda tedaviye alınıyor. Onun sonuçları da tabii ki yatış sürecini azaltıyor hastanın, tedavi hızlanıyor. Ben gerçekten pathway'e inanan bir hekim olarak mümkün olduğunca bunları çoğaltmaya çalışıyorum. Ama bunları çoğaltırken de bu bölümdeki arkadaşların fikrini alıp onların oluşturmasını sağlıyorum. Ben sadece yönetici olarak uygulanışı takip ediyorum.

Moderatör, Prof. Dr. N. Zafer Cantürk: Aslında tabii bu kılavuzlar çok önemli kılavuzları kullanıyoruz ama zaman zaman günlük pratiğimizde hastayla ve hekimle uyumadığı noktalar da var. Bizim ülkemizin şartları dikkate alındığı zaman, bizim vatandaşlarımızın özellikleri dikkate alındığı zaman veya ekonomik gücümüz dikkate alındığı zaman. Onun için kendi kılavuzlarımızın bir merkezi otorite tarafından bütün farklılıklar toplandığı, STK'ların katıldığı durumda yaralı olacağını düşünüyorum. Cüneyt Bey söylemek istediğiniz bir şey var mı?

Dr. Cüneyt Tuğrul: Yüzde yüz katılıyorum. Çünkü özellikle sivil toplumun kendi başına ürettiği bir yapının diğer bütün kurumlar ve devlet tarafından kriter kabul edilmesiyle yayılan bir şey. Niye gönüllü? Çünkü aslında sivil toplumun işi. Ama buradaki gönüllülük bizde biraz transforme edilmiş. Devletin içinde gönüllü olup yap bakalıma dönüyor. Ama bu insana yük yüklüyor. Halbuki bu bir görev sivil toplum tarafından gönüllü yapılıyor olması sadece kalite standartlarının gelişme noktası. Yoksa bunun denetlenmesi ve iç tetkikleri onun dışındaki diğer bütün hizmetler kendi içinde profesyonel yürütülmesi gereken alanlar ve sivil toplum bu noktada özellikle kriterlerin o Big Data'nın doğru değerlendirilmesi ve herhangi bir ön yargı ya da herhangi bir sorunla karşılaşmaksızın bunu sadece kalite amaçlı yapabiliyor olmasını gerektiriyor. Sivil toplumun özellikle bu enformasyona ulaşabilmesi gerekiyor ki biliyorsunuz şu an Türkiye'de çok ciddi şekilde devlet sivil toplumlarının gelişmesi var. Çünkü Avrupa Birliği'ne geçişteki kriterlerden bir tanesi devletin verdiği hizmetlerde sivil toplumun oynadığı rolün artırılması bu noktada bu tip çalışmaların bu işi gittikçe daha ileri noktaya taşıyabileceğine inanıyorum.

Moderatör, Prof. Dr. N. Zafer Cantürk: Burada bir saptama yapmak istiyorum. Dün bizim hastanede ilaç ihalesi bütçemizin neredeyse yüzde 25 ini oluşturuyor. Ve bunun da yaklaşık yüzde 60-70 ini hematoloji ve onkoloji ilaçları oluşturuyor. Bütün arkadaşları teker teker davet edip tercih yapmalarını talep ediyor. Çünkü baktığınızda kılavuza yönelik olarak kullanıldığında yeni bir ilaç çıkıyor. O ilacın kullanılması sürekli bir maliyet kaybına neden oluyor. Kolon kanseri için yeni çıkan bir ilaç maliyeti bizim için yaklaşık yıllık 400 bin TL. Dedim bundan vazgeçemez miyiz?

Kocaeli Üniversitesi Hastanesi olarak bu hastayı tedavi etmeyiz sağlık bakanlığı hastanelerine göndeririz. Onkolog arkadaşımız dedi ki o zaman biz yüksek metastatik vakaların hiçbirine müdahale etmemeliyiz. İşte vaka sayımız etkilenir gibi. O arada listeyi geçerken şu şeyi de kullanabiliriz o iş için dedi. Baktığımız zaman o ilaçtan yıllık zararımız 17 bin lira bir taraftan 400 bin TL zararımız var bir taraftan 17 bin TL. yani ilaçlardan kılavuzları dikkate aldığınızda kendi ülkenizin şartlarını hesap etmediğiniz zaman ciddi maddi kayıplar oluyor. Öbür taraftan hastalarımız için de başka kayıplar oluyor. İbrahim Bey size geçmek istiyorum. Sağlıkta kalite standartları ve iyi klinik uygulamalar sağlık hizmetleri sunumunda verimliliği artırıyor mu? Maliyet etkili uygulamalara mı yoksa aksi sonuçlara mı yol açıyor?

Dr. İsmail Bozkurt: Şöyle Sağlık Bakanlığı'nın sağlıkta dönüşümle birlikte kalite alanında başlattığı daha sonra kamu hastane kurumuyla yapılanmasıyla verimlilik çalışmalarıyla devam ettirdiği en son şu anda sağlıkta akreditasyon standartlarıyla daha da bağımsız bir kuruluşla akreditasyon faaliyetlerini sürdürdüğü bir yapıdan bahsediyoruz. Bu yapıda verimliliğin artması ile ilgili öncelikle şöyle bir şey söylemek lazım maddi açıdan bakıldığı zaman verimliliğin artmadığını örneğin verimlilik çalışmalarıyla ölçebiliyoruz. Kamu hastane kurumundaki verimlilik çalışmaları aslında girdi çıktı temelli bir çalışmadan biraz daha farklı önceliklerle ilgili çalışmalar diğer bir yandan hastanelerden aldığımız geri bildirimler açısından baktığımızda klinik rehberlerin ülkemize özgü olarak çalışılması konusu aslında karşımıza sürekli çıkıyor. Bunda da daha önce sağlık araştırmalarının klinik rehberler üzerinde yapmış olduğu çalışmalar var. Finlandiya'dan çeviriler yapıldı klinik rehberlerin oluşturulması üzerine fakat çeviriler tamamlanmadan rehberler güncellendi. Yani öyle bir değişim ve dönüşüm yaşıyoruz ki Dünyada bu rehberleri hızlı oluşturmamız ve aynı zamanda uygulamamız gerekiyor. Şimdi klinik rehberlerin çalışması anlamında sağlık bakanlığının çalışması devam ediyor ama Türkiye Sağlık Enstitüsü başkanlığının bu anlamda katkısı şu şekilde olabilir biraz önce söylediğiniz o makro anlamda bilimsel çalışmayı yapabilecek bir enstitü aslında. Kalite Bilim kurulu ulusal akreditasyon bilim kurulu gibi farklı bilim kurullarıyla da bu çalışmaları destekleyecek şekilde planlamalarımızı yapıyoruz. Ama bir çok konuşmacımızın endüstri 4.0 da geline nokta ve sağlık hizmetinin kompleksliği göz önüne alındığında bunların kolay olmadığını biliyoruz. Bu bizi neye götürüyor bütüncül ve sistemci çalışmamız gerektiğine götürüyor. Bunun da 2 tane temel noktası var bunlardan bir tanesi iyi bir planlama merkezi anlamda planlayıcı bir yapı diğeri de kültürel anlamda çalışan katılımının sağlanması yönetici çalışan iletişimi ve hatta daha da ötesine geçip hasta ve hasta yakınlarını da bu sürece dahil edip bu iletişimi tam olarak oluşturarak bu çalışmalarda entegrasyonu oluşturarak yerine getirmemiz. Bunları yapamadığımız sürece de verimlilik çok da yakın görünmüyor diyebiliriz.

Moderatör, Prof. Dr. N. Zafer Cantürk: Tıbbi hatalarla hekimler çok karşı karşıya kalıyor yani bürokrasi ve siyasetin abartarak yaklaşımlarından kaynaklanıyor. Bunlar da vatandaşları biraz cesaretlendiriyor bence. Bu noktadan bakıldığında işte bu SKS ve iyi klinik uygulamaları çerçevesinde bunların tıbbi hatalara bir katkısı oluyor mu? Bu durumun son 15 yılda devasa bir dönüşümü gerçekleşti bu devasa dönüşümü alkışlamak gerekir ama. Olumlu ve olumsuz örnekler ortaya çıkıyor. Bunları karşılaştırarak anlatabilir misiniz? Örnek verebilir misiniz?

Dr. İbrahim Halil Kayral: Bununla ilgili özellikle tıbbi hataların temeli klinik uygulamalara gidiyor. fakat diğer bakış açısıyla da hasta güvenliği çalışmalarına gidiyor. Dünya Sağlık Örgütü'nün hasta güvenliği uygulamaları konusunda ilkeleri belli. Bir diğer kuruluş ISQUA Dünya'da kalite uygulamaları konusunda temel standartlar hazırlanırken hangi ülkelerin olması gerektiği konusunda uluslararası temel gerçeklikler var. Bu gerçeklikler tüm ülkelerin uymak için çalıştığı uyumlu şekilde standardize etmeye çalıştığı ve birçok ülkenin uyguladığı standartlar. Bunlar bize

hasta güvenliği açısından tıbbi hataların önlenmesinde bir zemin oluşturuyor. Fakat tıbbi hataların önlenmesi için bizim yine klinik rehberlerine başvurmamız gerekiyor. Bu klinik rehberlerle standardizasyon sağlamadığımız özellikle tıg eğitimde bu rehberlerin de temelini oluşturduğu bir yapıda sürekli güncelliğini sağlayamadığımız platformda malesef engellerle karşılaşyoruz.

Hocam yine bardağın bir tarafı dolu metaforundan devam edelim. Gerçekliği görelim. Sağlıkta kalite standartlarının ortaya koyduğu yapı sağlıkta dönüşüm ile birlikte Türkiye’de ciddi bir kalite farkındalığı oluşturdu diyebiliriz. Yani kalite kültürü sağlık kurumlarında kalite iyileştirme çalışmalarıyla ciddi bir farkındalık yarattı. Biraz önce ifade ettiğim sağlık çalışanlarının bu çalışmaya katılımı yönetimin bu çalışmalara katılımı ortak dilin konuşulmaya başlanması gibi konular ortaya çıkan tıbbi hataların azalması için zemin hazırladı diyebiliriz.

Moderatör, Prof. Dr. N. Zafer Cantürk: İsmail Bey size sorayım bu otomasyon ilaç malzeme yönetiminin hasta merkezli ancak etkin olabilmesi için neler yapılmalı. Yani bunu sürdürürken süreç yönetiminin burada devreye sokulması yararlı olur mu?

Dr. İsmail Bozkurt: Şimdi bizim hastanede otomasyon ilaç otomatik olarak hazırlanıyor. Bizim kendi geliştirdiğimiz bir ilaç modelimiz var. Doz birim olarak geliyor. Ve tabi ki maliyetleri çok düşürdü en önemlisi ilaç hatalarını düşürdü uygulama hatalarını düşürdü. Çünkü dünyada aslında verimlere bakarken ilaç hataları pek kıyaslanmayan hatalar. Ben onu araştırmıştım neden ilaç hatalarını diğer hastaneler paylaşmıyor diye. Çünkü bir ilaç hatasını bile fazla görüyorlar. Bizde daha önceki yıllara baktığımız zaman 100 bin doz kullanımda aylık 15 tane hata oluyordu. Uygulama ve direktif hatası. Toplantılarda bana soruyorlardı 100bin tane dozda 15 hatayı neden konuşuyoruz diye. Konuşuyoruz çünkü bir tanesi bile ölümcül olabilir. Bu otomasyon sistemi geldiği zaman işte direktiflerin yazılma zorunluluğu sıklığı süresi dozları çıktıktan sonra doktor direktif hataları sıfıra indir. Bir hemşire uygulama modeli geliştirdik bu da uygulama hatalarını azalttı. Maliyet açısından baktığımız zaman tabi ki buna bir yatırım oldu fakat uzun vadede ilaç hataları azaldı bununla ilgili hasta şikayetleri azaldı güvenli şekilde ilaç uyguluyoruz. Ben bu süreci iyi yönettiğimizi düşünüyorum. Otomasyonu da destekleyen bir başhekim olarak bundan sonra da bu süreçlerde otomasyonun devamlılığı için gayret göstereceğim. Sadece tabi ki ilaç olarak düşünmemek lazım malzeme için de bizim bir sistemimiz var burada malzemeler hasta adına charge ediliyor burada kaçaklar olmuyor o yüzden de buraya yaptığımız yatırımın geri dönüşü pozitif anlamda oldu.

Moderatör, Prof. Dr. N. Zafer Cantürk: Peki siz sağlıkta akreditasyonla ilgili bir kurumda çalışıyorsunuz. Ve bunları akredite ederken bu otomasyon sistemlerinin ne kadar önemi var, yani nasıl bir değerlendirmeye tabi tutulması gerekiyor?

Dr. İsmail Bozkurt: Bu soruya cevap vermek için sağlıkta akreditasyon standartları üzerinden konuşmak gerekiyor. Sağlıkta akreditasyon standartları değerlendirdiğimizde SKS ile birlikte standartlar bize hedefleri koyuyor yol gösteriyor fakat bunun otomasyon sistemiyle yapılıp yapılmaması hastanenin kendi maliyetlendirme ya da uygulama yöntemiyle ilgili. Diğer yandan tabi şu bir gerçek ki ne kadar otomotize edebilirsek verileri ne kadar sistem içerisinde bilgiye dönüştürebilirsek yönetimde o derece kolay oluyor bunu başarabilen hastanelerin de daha iyi yönetim sergileyebileceği aşikâr.

Soru- Sağlıkta kalite standartları sağlıkta araştırma geliştirme potansiyelinizi nasıl etkiledi? Onunla ilgili görüşlerinizi rica ediyorum.

Moderatör, Prof. Dr. N. Zafer Cantürk: Kalitenin bize sunduğu standartlar hizmet süreçlerini ve hizmet süreçleri sonunda birtakım verilerin somut olarak elimize gelmesini sağladı. Tabi bu

verilerin teknolojiyle birleşmesi birlikte entegrasyonuyla da ar-ge çalışmaları başladı. Yine kendi hastanemden örnek vereceğim bu kaliteyi önce sahipleneler hemşire hanımlar olduğu için bizim hastanemizde 250 tane buluş yaptılar. 30 tanesine patent aldılar şu an 2 tanesi de üretim aşamasında görüşülmektedir. Bunların hepsine baktığımızda ar-ge neden oluştu? İhtiyaçlardan oluştu. Örnek vereyim hepimiz biliyoruz kalite standartlarında atıklar için uzun uzun anlatıldı; şu atıklar buraya şu atıklar konulacak, güvenlik olacak, 4'te 3'ünü aşmayacak. Tamam ilk başlarda aynı şekilde yapıldı. Servislerde bir sürü renk renk kutular oluştu fakat bir süre sonra hemşire hanımlar gördüler ki buradaki bir sürü kutu yanlış atılma oranını arttırıyor, kafa karıştırıyor; artı sedye dönmüyor ayakları takılıyor bu takım sıkıntılar yaşadılar. Bunun sonucunda bir tane hemşire hanım çok güzel düzenekle bir atık kutusu dizayn etti. Sensörlü kendisi attığınız zaman nereye gideceğini biliyor, 4'te 3'ü dolduğu zaman kendisi mühürlenip direkt kapıdan dışarı çıkıyor. Bunu çok ilgiyle karşıladılar ve hemen patentini de aldılar. Bu bir ihtiyaç sonrası oluştu. Bir diğer örnek koridorlarda yine kalite gereği barlar var, hastalar yürürken düşmesin diye -çünkü yürüyün diyoruz özellikle cerrahi hastalar için güzel bir uygulama- ama yürürken hastanın da bir yandan serumu da taşıması gerekiyor bunu hepimiz deneyimledik. O serumu kendi ayağı takılıyor, serum seti takılıyor, diğer hastalar takılıyor dolayısıyla biz güvenli bir şeyler yapalım derken güvensizleştiriyoruz. Bir hemşire hanım da serum askısı üstünde bir kıyafet tasarladı yani üstüne geçiriyoruz serum da rahatsız etmiyor sert bir şey böylelikle serumla beraber yürünüyor hiçbir şekilde engel olmuyor. Kadın doğum hastanelerinde kadın doğum kliniğinde kanama bizim için çok ciddi sıkıntılı bir süreç. Daha önceden kendi klinisyenliğimden biliyorum atomi kanamalarında hasta yakınına çağırırız uterusu masaj yaptırırız öğretiriz. O dönemlerde yapıyorduk, şimdi artık bu standartların gelmesiyle biz de bilinçlendik içimize işlendi. Hasta mahremiyeti de işlendi tamam önceden de dikkat ediyorduk fakat bu standartlar ayrı bir farkındalık getirdi. Şimdi hasta yakınıımızı koyamıyoruz, ciddi bir personal sıkıntımız da var. Bunu nasıl yapacağız? Yine kadın doğumda aktif yıllarını vermiş bir hemşire hanım da kanama kemeri icat etti. Onun düğmelerinden ayarı yaptığınız zaman elle yapılan basıncı sağlıyor hatta öyle ki kum torbası formatına da giriyor. Eskiden minik kanamalar için kum torbası kullanıyorduk. Bastığınızda kum torbası da olabiliyor bu ürün de patent aldı. Kalite hakikaten sadece maliyet arttı iş gücü arttı değil insanların kafasını çalıştırmaya başladı bu da yetmedi inovasyon sempozyumları yapıldı. Bu sene de öncülüğümde ilk defa I.Uluslararası Hemşirelikte İnovasyon Kongresi yapılacak. Bir şey olduğu zaman hep nasıl yapabiliriz mekanikleştireler artık yani kaliteyi inanılmaz özümseyip faaliyete de geçirdiler.

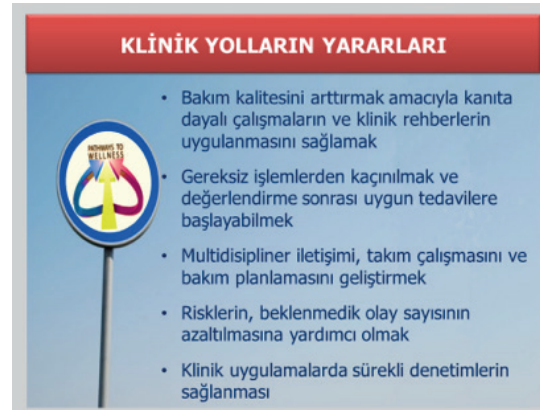
-Bu da son nokta oldu hakikaten çok güzel örnekler oldu tebrik ediyorum. Ben böyle yanıtlar bekleyerek sormamıştım soruyu ama çok güzel yanıtlar oldu teşekkür ederiz.

Dr. İsmail Bozkurt (Amerikan Hastanesi Başhekimisi-Sürekli Kalite Geliştirme Müdürü)

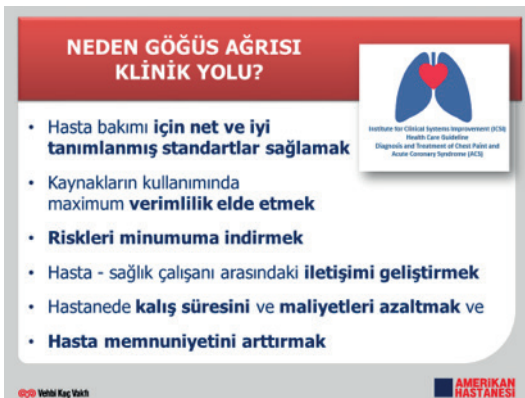
Kısaca bahsetmiştim hastanemizde uygulanan 15 tane klinik yol var. Bunlardan bir tanesi de 2 sene önce başlattığımız Göğüs Ağrısı Klinik Yolu. Burada bizim amacımız hasta güvenliğini arttırmak, çıktılarını hata memnuniyetini arttırıp göğüs ağrısı ile gelen hastaları sağlıklı şekilde taburcu etmek.



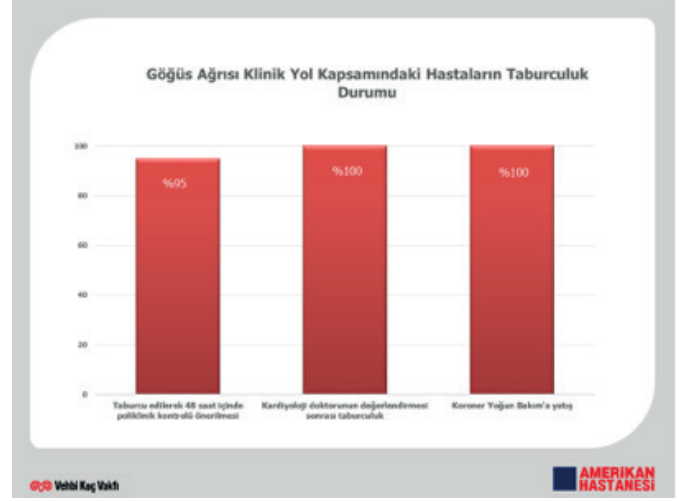
Neden Göğüs Ağrısı Klinik Yolunu yapmayı önemsedik? Çünkü Dünyada yapılan klinik yollarında hastanede ilk yapılan göğüs ağrısı klinik yolu oluyor. Çünkü en sık acil servis başvurusu Göğüs Ağrısı ile oluyor. Ve maalesef kaybettiğimiz hastalar veya taburcu olup geri dönen hastalar oluyor.



Bunu önlemek amacıyla böyle klinik yol oluşturduk. Buradaki amacımız kanıta dayalı uygulamalarla bir protokol oluşturmaktı. Bakım kalitesini arttırmak gereksiz işlemlerden kaçınmak ve değerlendirme sonrası en uygun tedaviye hızlıca başlamak.



Risk skorlaması “evidence based” olan bir değerlendirmedir. Hastanın göğüs ağrısı, EKGsi, yaşını değerlendiriyoruz. Risk faktörleri var mı Troponin değerine bakıyoruz bir puan çıkıyor buradan. 4’ün altı düşük risk 4-6 orta riskli hasta (izlenmesi gerekiyor eve yollanmıyor 3 saat gözlemede tutuluyor) zaten 7den yüksekse bu hastayı mutlaka kardiyoloji servisine yatırmış oluyoruz.



Dediğim gibi burada göğüs ağrısı , EKG, yaş, risk faktörleri değerlendiriyor; 3 saat sonra hastanın değerlerine tekrar baktığımızda puan düşükse hastayı eve gönül rahatlığıyla gönderiyoruz. 0-3 puan aralığında hastada herhangi bir kardiyak olay yaşanma riski çok düşük yurtdışında ve yurtiçinde yapılan çalışmalar bunu gösteriyor. 4 puan ve üzerini ise hastanemizde tedaviye başlatıyoruz. Acil servise gelen her hastaya bu değerlendirmeyi yapıyoruz. 6 haftalık majör kardiyak olayı değerlendiriyoruz. Tabi ki biz bunu oluştururken bütün acil hekimleri kardiyologlarla birlikte çalıştık, onların da onayını aldıktan sonra bu “path way” başladı.



Bizim yaptığımız 2017’deki değerlendirmelerde Ocak ve Eylül ayında Amerikan Hastanesine 475 hastamız göğüs ağrısı ile gelmiş, bunlardan 12 tanesine MI tanısı koymuşuz. Bu hastaların her ay geriye dönük dosyalarını inceliyoruz; yüzde 99 EKGsi çekilmiş ve doktor hemen değerlendirmiş, yoğun bakıma yatması gerekenler hızlı şekilde yatırılmış tedaviye başlanmış. Taburcu olan hastalarımız da mutlaka 48 saat sonra polikliniğe gelmesi sağlanmış. Ben kısaca bu klinik yolu sizlerle paylaşmak istedim. Bundan sonra da hastanemize yeni klinik yollar yapmaya devam edeceğiz.

Teşekkürler.

Dr. İbrahim H. Kayral (Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite Ve Akreditasyon Enstitüsü)

Bugün kendi adıma birçok konudan faydalandım bana çok şey kattı öncelikle bu bakış açısıyla sizlere teşekkür etmek istiyorum.

**“Sağlık Hizmetinde Uygulamalar:
İyi Klinik Uygulamalar için
Araç Mı Hedef Mi?”**

Dr. İbrahim H. KAYRAL

TÜSEB Türkiye Sağlık Hizmetleri
Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Ulusal Sağlıkta Kalite Forumu III
National Health Quality Forum
Sağlıkta Kalite Uygulamaları ve Mentorlük
03 Aralık 2017, 07:00:00

Türkiye’de Sağlık Hizmetleri - Kalite Kültürü



Sağlık Personeli
790 bin





1500 üzeri
Hastane



210 binden fazla
Yatak



Hekime Başvuru
660 Milyon
(2015)

TÜSEB Türkiye Sağlık Hizmetleri
Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Ben bu forumda Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kalite merkezi alanda nereden nereye geldi, neler yapıldı ve uluslararası alanda dünyada kalite anlamında sorunlar problemler neler, bakış açısı nasıl, biraz onlardan; biraz da literatürden kaliteye bakış açısı ile ilgili birkaç noktanın altını çizmek istiyorum. Tabi Türkiye’de sağlık hizmetleri denildiği zaman bakanlıktan bakıldığında her gün hastanede birtakım sorunlar var ama merkezden bakıldığı zaman olaylar çok daha complex.

Sağlık Kurumları ve Kalite Boşlukları



TÜSEB Türkiye Sağlık Hizmetleri
Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Kalite Kültürü - Sağlıkta Dönüşüm Programı

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı
2. Herkesi tek çatı altında toplayan sağlık sigortası
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları
- 6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon**
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

TÜSEB Türkiye Sağlık Hizmetleri
Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Bütüncül bakmanız gerekiyor ama aynı zamanda da bütüncül ulusal sorunları da bir arada değerlendirmemiz gerekiyor. Bunu yaparken de Hatice Hoca'nın ifade ettiği sağlık hizmetleri çok karmaşık bir fabrika ve bu fabrikanın da gerçeklerini göz ardı etmememiz gerekiyor. Bu karmaşık yapıyı yönetmek gerekiyor ve yönetemediğimiz zaman da birçok sorunla karşılaşırız. Tam hatalar, cerrahi hatalar, hasta güvenliği, çalışan güvenliği sorunlarla karşılaşırız. Bu sorunlara aslında Dünyada da karşılaştığımız sorunlar. Dünyada da bu tarz sorunların çözümleri için kalite iyileştirme çalışmaları yapılıyor. Yapılmaya da devam ediliyor.

Akreditasyon Yolculuğu

2005-2009

• 100 standart
• Öz Değerlendirme ve Çapraz Değerlendirmeler

2010- 2012- 2015

• Merkezi Değerlendirme ve Verimlilik Değerlendirmeleri

2016...

• Kalitede yeni dönem:
Akreditasyon

TÜSEB
ve
**Türkiye Sağlık Hizmetleri
Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü**

TÜSEB Türkiye Sağlık Hizmetleri
Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Zaten kalite de bir yolculuktur tezinden yola çıkarak devam etmesi de gerekiyor diyebiliriz. Bakanlık bu kapsamda kalite kültürünü oluşturmaya yönelik sağlıkta dönüşümün birinci fazında nitelikli kurumsal hizmetler için kaliteli akreditasyon hedefini ortaya koyuyor. Ve bu program çerçevesinde 2005 yılında 100 tane standardın ortaya konulmasıyla bir standartlaştırma çalışması başlatıyor. Ve standartlaştırma çalışmalarını öz değerlendirme faaliyetlerini destekliyor, çapraz değerlendirmelerle yani kurumların birbirini değerlendirmesi ile denetim kültürünü oluşturmaya çalışıyor.


TÜSEB Kuruluş Kanunu ve Felsefesi	TÜSEB Projeler
<p><i>"Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" ile Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) kurulmuştur.</i></p> <p>Resmi Gazete Yayınlanma Tarihi: 26 Kasım 2014 Sayı No: 6569</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Türk Kanser Gen Projesi2. Türkiye Genom Projesi3. Yerli Aşı Projesi4. Mikrobiyom Projesi5. Plazma Ürünleri Projesi6. Tıbbi Cihaz Projesi7.


 Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

 Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Bu anlamda kalite kültürü merkezi bakış açısıyla tüm Türkiye’de uygulanmaya başlıyor diyebiliriz. Bugün burada konuşulan birçok konuyu temelde bu standartlarla ortaya koyduk diyebiliriz. Sayın hocalarımızın verdiği örnekler de çok güzel örnek teşkil ediyor. Daha sonra bakanlık 2010 yılında bir yapısal dönüşüm geçiriyor. Merkezi değerlendirme ve verimlilik değerlendirme diye ifade ettiğimiz bakanlığın merkezden denetçileriyle daha önce eğitimlerini verdiği ve daha öz değerlendirme ve çapraz değerlendirmenin ötesinde merkezi değerlendirme yaklaşımıyla yaptığı denetimlerle karşılaşılıyor. 2016 yılına geldiğimizde ise Dünyadaki diğer uluslararası akreditasyon kuruluşları gibi daha bağımsız yapıda bu faaliyetlerin yürütülmesi söz konusu oluyor ve akreditasyona geliyoruz.

TÜSEB Enstitüler	Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü
<p><i>TÜSEB bünyesinde yer alan Enstitüler;</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Türkiye Kanser Enstitüsü2. Türkiye Biyoteknoloji Enstitüsü3. Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü4. Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü5. Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Enstitüsü6. Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü7. Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü	<p>Görevleri arasında <i>"sağlık hizmetlerinde akreditasyon faaliyetlerini yürütmek"</i> olan Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, bünyesinde kurulan TÜSKA ile aşağıdaki görevleri yerine getirecektir:</p> <ul style="list-style-type: none">• "sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kurallarının belirlenmesinde Bakanlığa bilimsel katkı sağlamak"• "ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık kuruluşlarını akredite etmek,• "uluslararası ve bölgesel akreditasyon birlikleri ve örgütleri ile diğer ülkelerin akreditasyon kuruluşlarıyla karşılıklı tanıma anlaşmaları yapmak"

 Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

 Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Akreditasyon denildiği zaman Türkiye’de Türkiye Sağlık Enstitüsü Başkanlığı çatısı altında Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü Türkiye’de ulusal anlamda akreditasyon faaliyetlerini yönetmek üzere kuruluyor. Tabi TÜSED ile beraber kuruluyor TÜSED 26 Kasım 2014’te resmi gazetede yayımlanan kanunla birlikte kuruluşunu başlatıyor.

Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Vizyon

Ulusal ve uluslararası alanda sağlıkta kalitenin güvencesi lider kuruluş olmak

Misyon

Sağlık hizmetlerinde kalite standartlarını sürekli yükseltecek akreditasyon programları ve kalite iyileştirme sistemleri geliştirmek ve uygulamak, bilimsel çalışmalar ile araştırma projelerini hayata geçirmek ve desteklemek.



Tabi sadece kalite ve akreditasyon alanında değil önemli projelerle Türkiye'nin sağlık hizmetlerinde endüstri devrimine katkısı olacak şekilde ortaya koymaya çalıştığı birçok projenin altına imzasını atmak için çalışmalarına devam ediyor. Kanseri projesi, genom projesi, yerli aşının üretim projesi gibi birçok farklı proje devam ediyor TÜSED'in. Diğer enstitülere bakacak olduğumuzda şu anda Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı çatısı altında 7 tane farklı enstitü var. Biraz önce bahsettiğimiz projelerde her bir enstitü de yürütülmeye devam ediyor. Bu

projelerin alt yapısının oluşturulması sağlanıyor. Kalite akreditasyon enstitüleri TÜSKA da bu enstitülerden bir tanesi. TÜSKA'nın görevlerine baktığımızda 3 tane temel görevden bahsediyoruz: sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kurallarının belirlenmesinde bakanlığa bilimsel katkı sağlamak -biraz önce ifade ettiğim bilim kurulları örnekleri de bu bilimsel katkı çerçevesinde oluşturulmuş ve çalışmalarına devam eden kurumlar- Sağlık kuruluşlarını akredite etmek tabi burada sadece ulusal değil uluslararası anlamda da yani Türkiye'deki modelimizi uygulamaya geçirdikten sonra Dünyada da diğer kuruluşlar gibi uluslararası faaliyetler yürütmeye yetkimiz ve misyonumuz var diyebiliriz ve yine uluslararası iş birlikleri karşılıklı anlaşmalar yapmak gibi görevi edindik ve bu çalışmalar bu görevler çerçevesinde vizyonumuzu ve misyonumuzu bu tanımlamaları destekleyecek şekilde oluşturduk , ulusal ve uluslararası alanda sağlıkta kalitenin güvencesi güden bir kuruluş olmayı arzu ediyoruz.

TÜSKA ve ISQua



Sağlık Hizmetlerinde Uluslararası Kalite Topluluğu (ISQua);

- kâr amacı gütmeyen,
- bağımsız,
- 100 üzerinde ülkede üyeleri ve bağlantıları olan bir yapıdır.

ISQua, sağlık hizmetlerinde kalitenin çatı yapılanmasıdır ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ile "resmi" olarak birlikte çalışmaktadır.



Tabi uluslararası alanda çalışmalarımızı gerçekleştirmek bu vizyonu ortaya koymak uluslararası çalışmalarla oluyor. Biraz önce ifade ettiğimiz dünya sağlık örgütü ya da ISQUA dediğimiz yani akreditörlerin akreditörü Dünya Sağlık Örgütü ile birlikte çalışan sağlık hizmetlerinde akreditasyon ve kalite alanında çalışan uluslararası ISQUA ile görüşmelerimiz, resmi işbirliğimiz devam ediyor ve bu anlamda akreditasyon faaliyetlerinde kullandığımız standartlar ISQUA akredite programları olarak uygulanıyor. ISQUA'dan burada bahsetmek gerekiyor. Bu işin uluslararası boyutuna baktığımız zaman Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı hasta güvenliği ve kalite alanında yaptığı birçok çalışmanın bir çıktısı olarak kurulan bir yapılanma ISQUA. Kar amacı gütmeyen bağımsız ve tüm dünyada kalite çalışmalarını destekleyen ve bu anlamda her yıl konferanslar düzenleyen kuruluş diye özetleyebiliriz. Bu kuruluş akreditörleri de akredite eden bir kuruluş yani dünyada sağlık alanında akreditasyon faaliyetleri yürüten kuruluşları denetliyor, standart

larını , denetçi eğitim programının organizasyonunu akredite ediyor. Dolayısıyla biraz önce ifade ettiğimiz standartlar dünya standartları diyebileceğimiz standartlar ISQUA bunu 4 yılda bir denetliyor ara raporlarda denetliyor ve ülkeye özel yapılmış değişiklikler ile birlikte uluslararası normlarda diye ifade edebileceğimiz standartlar.

Akreditasyon Nedir?

Akreditasyon, bir sağlık kuruluşunun, **önceden tanımlanan standartlara uygunluğunun, herkesçe kabul gören bir kurum tarafından bağımsız bir dış değerlendirme süreci ile değerlendirilip onaylanmasıdır** (Rooney - Vanostenberg 1999).

Bu sayede akredite olan sağlık kuruluşunun, ilgili standartlara uygun olarak hizmet sunduğu **herkes tarafından kabul görmekte, hizmet kalitesi güvence altına alınmaktadır.**

Hangi Kalite?



Mutlu hasta?



Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü



Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Tabii dünyada akreditasyonu kısaca özetlemek istersek temel politika gereği bazı politikaları hayata geçirmek üzere oluşturulmuş bir kalite yönetim modeli diye özetleyebiliriz. Sağlık reformlarını desteklemek gibi bir fonksiyonu var. Kurumların etkin yönetimini sağlamak üzere çalışıyor ve yine kalite iyileştirmenin kurumlarda kalıcı ve sürekli olmasını arzu ediyor. Akreditasyon denildiğinde üzerinde durmamız gereken tek bir nokta var önceden tanımlanmış standartlar. Bunun dünyaca kabul gören bir yapıda olması gerekiyor ve bağımsız bir denetim fonksiyonunca denetlenmesi gerekiyor. Amaç ne? Kaliteyi geliştirmek kaliteyi sürekli kurmak. Tabii kalite dediğimizde sabahki oturumların birçoğunda hangi kaliteden bahsediyor sorusunun biraz altını çizmek gerekiyor. Fil hikayesini ben burada vurgulamak istedim. 5 tane görme engellinin bir filin dişini tuttuğunda mızrak, kuyruğunu tuttuğunda halat, bacağını tuttuğunda kütük zannetmesi metaforuyla devam eden bir hikayedir. Fakat hiçbirisi doğru değildir kendi aralarında yaptıkları tartışmalar da çok mantıklı değildir. Çünkü file bizim bir bütün olarak bakmamız gerekiyor. Kalite de biraz böyledir. Yani hangi kaliteden bahsediyoruz dediğimizde hastanın algısından mı bakacağız, konuyu maliyet etkinlikten mi bakacağız, yoksa fiziki altyapıdan mı, yine süreç sonuç dediğimiz biraz önceki çok sunumda geçen konulardan mı bakacağız bunları bir arada değerlendirmemiz gerekiyor. Bu konuyla ilgili aslında 2012’de klinik kalite çalışmalarını başlattığımız süreçte bakanlıkta kalitenin tanımı üzerine epey bir kafa yorduk birçok çalışma grubunda ve sağlık hizmetlerinde çok boyutlu kalite modelini bu anlamda önerdik.

Sağlık Hizmetlerinde Çok Boyutlu Kalite



Sağlık Hizmetlerinde Çok Boyutlu Kalite



		Yapı (ne ile?)	Süreç (nasıl?)	Çıktı (ne?)
Sağlık Hizmeti Statüsü	Teknik			Klinik Kalite
	Fonksiyonel			
Hemşirelik ve Bakım Hizmeti Statüsü	Teknik			
	Fonksiyonel			
Onkolojik ve Diş Hastalıkları Statüsü	Teknik			
	Fonksiyonel			



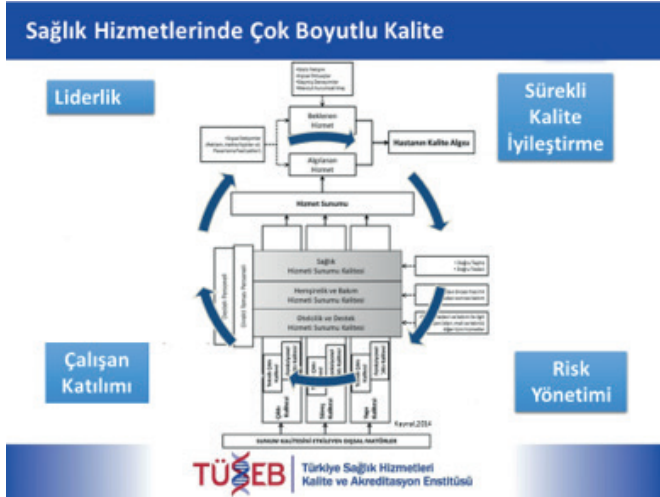
Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü



Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Literatürde geçen bir çok kalite kavramının sağlık hizmetinin hangi süreçlerinde olacağı konusunu ayrı ayrı değil de hepsini bir bütün olarak değerlendirmemiz gerektiğini önerdik ve bu bakış

açısıyla bakıldığında biraz önce de ifade ettiğimiz gibi konuya hastanın beklentilerinin de dahil edilmesi ve hasta beklentilerinin de hizmet sunma alanında yönlendirilmesi hizmetler hakkında doğru bilgilendirme yaparak hasta beklentilerini hastaneye gelmeden önce nasıl bir hizmet alacağı konusunda bilgilendirilmesi gerektiğini bu modelle ortaya koyuyoruz.



Kalite ve Standartlar

Akreditasyon Standartları

- Hastane Seti,
- ADSM Seti,
- Diyaliz Seti ve
- Laboratuvar Seti



TÜSEB | Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Bunlar sadece bir modelle değil doğru bir yönetim ve liderlik süreçleriyle çalışan katılımını da sağlayarak riskleri de göz ardı etmeden sürekli kalite iyileştirmeyi önceleyerek yapmamız gereken konular. Standartlar dedik standardizasyonun sağlanmasına yönelik olarak şu anda Türkiye’de laboratuvarlara yönelik standart setleri var ve bu devam eden çalışmalarda da standardizasyon devam ediyor.

Kanıt Dayalı Tıp Uygulamalarının Geliştirilmesi

Klinik Rehberler ve Göstergeler

1. Diyabet
2. Diz Protezi
3. Kalça protezi
4. İnme
5. Koroner Arter Hastalığı (KKH)
6. Gebelik
7. Kolorektal Kanseri
8. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)
9. Katarakt
10. Prostat Kanseri
11. Diş İmplantı

TÜSEB | Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Sağlık Hizmetlerinde Mükemmeliyet Merkezleri (CoE)

1. En zor hastaların kabul edilmesi- kayıt sistemi
2. Hasta seçme kurulu
3. Tedavi protokollerinin kullanılması ve üretilmesi
4. Hasta kayıtlarının, tedavilerinin ve çıktılarının takip, analiz ve ilan edilmesi
5. WEB sitesi- İngilizce, güncelleme tarihli ve taahhütlü
6. ARGE yapılması
7. Üniversite bağlantısı
8. Ulusal işbirlikleri
9. Uluslararası işbirlikleri
10. İleri Teknoloji cihazlar kullanılması (HTA)
11. **Temel Kalite ve Akreditasyondan geçmiş olmak**
12. PDCA sistemini işletmek
13. Multidisipliner çalışılması
14. Eğitim verilmesi

TÜSEB | Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Bu çalışmaların tamamı da kaliteli hizmet sunduğu için devam edecek çalışmalar. Son olarak da uygulanması gereken bir diğer konu da mükemmeliyet merkezleri. Dünyada mükemmeliyet merkezleri özellikle maliyetleri de dikkate alacak şekilde belirli hastanelerin mükemmeliyet merkezleri ilan edilmesi ve bu hastanelerin ilgili alanda desteklenmesi için yapılan çalışmalar da devam ediyor. Türkiye’de de bununla ilgili çalışmalar başlatıldı.

Konferans IV: “Hasta Güvenliği, Memnuniyet ve Etkinlik Açısından Ölçülebilir Çıktılar”

Moderatör: Prof. Dr. Ercüment Çiftçi, Prof. Dr. Abut Kebudi

Speaker / Konuşmacı: Prof. Dr. N. Zafer Cantürk, Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Başhekimi, SAKİD Başkanı

Prof. Dr. N. Zafer Cantürk: Sağlıkta kalite dediğimiz zaman düşük değerli sağlık hizmetlerinden uzaklaşmamız gerekiyor. Örneğin tepki, gereksiz takip, gereksiz tanı gibi işlemlerin yapılması ve bunlardan kaçınmamız gerekiyor. Sağlıkta kaliteyi artırırken hizmet vermek zorunluluk ve hizmet verirken de hem girdinin hem de masrafların kontrol edilmesi gerekiyor.

Hasta Güvenliği, Memnuniyet ve Etkinlik Açısından Ölçülebilir Çıktılar

Nuh Zafer CANTÜRK
Kocaeli Üniv. Hastanesi Başhekimi
SAKİD Başkanı
SENATURK Başkan Yard.

SAĞLIKTA KALİTE

Düşük Değerli Sağlık Hizmeti
“Low (No)-value care”

- Gereksiz tetkik
- Gereksiz takip
- Gereksiz tarama
- Gereksiz tedavi; ilaç / uygulama / cerrahi

SAĞLIKTA KALİTE

Girdinin (Gelir) Artması

- Birim hizmet ücretinin ↑
- Hasta talebi (sayısı) ↑
 - Endikasyon genişlemesi
 - Kurum çekiciliğinin artması = Kaliteli hizmet

• Masraf (Gider) Azaltılması

- Personel distribüsyonu / delegasyonu / etkinliği / verimliliği
- Gereksiz tetkik / tedavi ↓
- Tıbbi hata ↓

SAĞLIKTA KALİTE

HASTA MEMNUNİYETİ

Neye Bağlı?

«Hasta Bakım Yolu»
(Patient Care Pathway)



-İyileştirmeler

Girdilerin artması, birim maliyetlerin artması demektir. Girdiler nasıl artırılabilir, kurum çekiciliğini artırarak. Hepimiz yönetici olarak hastanelerimizde poliklinikleri artırmaya çalışıyoruz ama aslında iyi bir süreç değil poliklinikleri artırmak, poliklinik sayılarını artırarak gelirimizi yükseltmeye çalışıyoruz.

- Hastalıklarla mücadelede **çok sayıda yöntem** var.
- Hastalıkların tedavisi **kuruma, bölgeye veya ülkeye göre değişiklikler göstermektedir.**
- Tedavi kararı **sıklıkla hastada her tedavi opsiyonu ile oluşan potansiyel kazanç ve kayıplarla ilgili değere dayanır.**

Asıl önemli olansa giderlerin azaltılması ki bu da elemanların verimli kullanılması, ben 3 yıldır başhekimlik yapıyorum ve 3 yıldır da personel sayımızın hep yeterli olduğunu düşünürken bir taraftan da hep personel eksikliğinden yakınıyoruz. Personellerin, mekânlara dağılımının iyi bir şekilde gerçekleştirilmesi ve etkinliklerinin artırılması gerekiyor. Gereksiz tetkik ve tedavilerin azaltılması gerekiyor, biz hastanede laboratu

var isteklerini belli bir şekilde kısıtladık. 55 lira SGK’dan aldığımız paranın karşılığı olarak 255 liranın sadece laboratuvar harcamaları için gittiğini gördük. Biz sonradan başhekimlik olarak çok özel hastalar için bu maliyetleri azalttık. Dolayısıyla oradan bir maliyet, kazanç elde ettik. Ama bütün bunlar bir tarafa, hasta güvenliği bir tarafadır. Gideri azaltmak dediğimiz aslında

hataları azaltmak, hasta güvenliğini artırmak da masrafların azaltılması bakımından önem arz ediyor çünkü siz yoğun bakımdaki hastaya erkenden entegral beslenmeye başlarsanız geç başlanlara göre daha az yoğun bakım yatağı işgal etmiş ve maliyetleri düşürmüş olursunuz. Hasta memnuniyetinin önemli olduğunu söyledik, bunu iyileştirmek için işletme mühendisliğinin ve hastanelerin işbirliğiyle gerçekleştirilebilecek süreçler yürütüyoruz. Hastalıklarda mücadelede çok sayıda yöntemimiz var ama bu yöntemler kurumlara, bölgelere ve ülkelere göre zaman zaman değişiklikler göstermekte biliyorsunuz, tedavi kararı sıklıkla opsiyonel oluşan potansiyel kayıplar ve kazançlarla ilgili değere dayalı. Değere dayalı hizmet kalitenin en önemli unsurudur.

Biyomedikal etik açısından bakıldığında 4 temel ilkedden bahsedilebilir. Bunlar içerisinde en önemlisi zarar vermeme, önce zarar verme aynı zamanda da yararlı ol. Bunların içerisinde esasını oluşturuyor. Hastalar için iyi çıktılar sağlamak önemli, sağlık hizmetlerinin amacı bunu yaparken iyi bir ölçme gerçekleştirmek gerekiyor. Zaten bu akreditasyon standardizasyon süreçlerinin amacı ölçmenin iyi yapılabilmesi ile gidiyor fakat sadece ölçmek yetmiyor. Ölçtüğünüz şeyi raporlamanız ve daha da önemlisi benchmarking, karşılaştırmak önem arz ediyor.

- Hastalar için iyi çıktılar sağlamak sağlık hizmetlerinin esas amacıdır.
 - Ölçmek
 - Raporlamak
 - Karşılaştırmak **çıktıları geliştirecek ve maliyeti azaltacak** uygun seçimlerde bulunmak için en önemli adımlardır.

- Fizibilitelerini yapmak ve değerini ortaya koymak için kapsamlı ÇÖ ile ilgili çok sayıda örnek var. Örneğin ülke olarak İsveç, Danimarka
- Bu deneyimler ÇÖ'nün
 - Pratik ve ekonomik olduğunu
 - Kabul edilebilir **riskleri düzeltme imkanı** verdiğini
 - Her vakada **çıktılardaki major varyasyonların ortaya konmasına** yaradığını göstermektedir.

Çıktılara bu tür süreçlerin uygulanması çıktıları geliştirecek ve maliyeti azaltacaktır. Almanya'da birlikte çalıştığımız bir arkadaşımız Mark Rezzai'nin merkezi ve onunla birlikte Almanya'da başlayan bir süreç var ve bu süreç benchmarkinge dayanıyor ve bizim burada yaptığımız bütün günlük pratiğimizi 'ya hasta öyle ister' diye yaptığımız bazı şeyleri Almanya'da yapmıyorlar çünkü adam her yönden karşılaştırmalı kendi sonuçlarına sahip ve biri bir şey dediği zaman karşılaştırmalı sonuçları hastanın önüne koyuyor ve hasta da böyle bir talepte bulunmuyor.

ÇÖ'nün Fizibil ve değerli olduğuna şüphe yok.

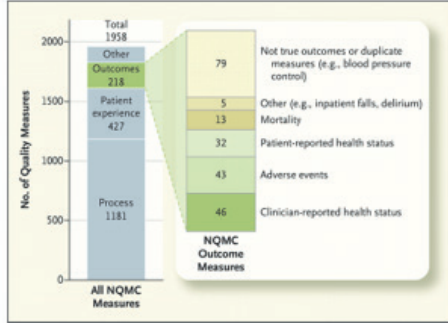
- Ancak **çıktıyı neyin oluşturduğuna dair uzlaşma yok** ve bakım süreçleri, biyolojik indikatörler ve çıktılar arasındaki fark hala aydınlatılmamaktadır.
- **Çıktılar hala hastalar için önemli olabilen şeyleri göstermekte yetersiz kalmaktadır.** ÇÖ gayretleri çok özeldir ve karşılaştırılmaz

Çıktı Hastanın sağlığına etki eden işlemlerin sonucudur. Örneğin: Rahatsızlık, Komplikasyonlar

Hizmetle ilgili hasta memnuniyeti süreç ölçümüdür çıktı değil
Ancak
Sağlıkla ilgili hasta memnuniyeti bir ÇÖ'dür

Mesela biz meme kanseri hastalarında semptomlar biyopsisi yapıyoruz ve ameliyat sırasında frozen gönderiyoruz ve laboratuvarı çalıştırıyoruz, orada gönderdiğimiz doku parçası patoloj tarafından kesiliyor, bir doku kaybı oluyor. Asıl değerlendirmede bizi zaman zaman yanlış yönlendiriyor bu. Biz bunu neden yapıyoruz, önce onu söyleyeyim.

Sağlıkta Kalitenin Ölçümü



Ancak

- Çıktılar tam bir bakım siklusünü (akut bakım, komplikasyon, rehabilitasyon ve yeniden hayata dönüş) kapsayacak şekilde ölçülmelidir.
- Genel çıktılar (hastane enfeksiyonları, mortalite oranı, tıbbi hatalar veya cerrahi komplikasyonlar) hastaya fayda sağlayacak hizmetin doğru şekilde değerlendirilmesi için uygundur.

- Çıktılar belirlenen değer üzerinden tam hizmet siklusünde kullanılmaktan çok klinik ve muhasebe departmanlarınca değerlendirilir
- Pek çok çıktı çalışmaları mültidisiplineri gruplar tarafından değilde uzmanlık kuruluşları veya konsensus panelleri tarafından yapılmaktadır.

Frozen göndermeyi 2. Ameliyata bıraktığımız zaman diğer doktorun ilk seferde frozen göndermesi üzerine ilk ameliyatta hastadan şunları duyuyoruz. Ahmet Bey 2 seferde yapıyor ameliyatı, Mehmet Bey ilk seferde. Doğrusu Ahmet beyin yaptığı ancak vatandaş ve iş dünyasındaki çatışmalar Mehmet beyin doğruluğu yargısını oluşturuyor. Bu tür durumlar karşılaştırma yapmak suretiyle aşılabilir. Fizibilitelerini yapmak ve değerini ortaya koymakla ilgili kapsamlı çıktı ölçümü için çok sayıda çalışma var dünyanın çeşitli ülkelerinde mesela İskandinav ülkeleri, ABD bununla ilgili birçok örnekle dolu ama bu deneyimler çıktı ölçümünün pratik ve ekonomik olduğunu, riskleri düzeltme imkânı verdiğini ve her vakada çıktılardaki temel varyasyonların ortaya konmasını sağladığını gösteriyor.

Çıktıların Ölçümü Ne Demek?

- Mortalite, hastaneye yeniden yatış, hasta deneyimi gibi çıktıların ölçümü sağlık kurumlarının geliştirmeyi istedikleri kalite ve maliyet hedefleridir.

«...changes in the health of an individual, group of people, or population that is attributable to an intervention or series of interventions.» WHO

Başarılı Bir Çıktı Ölçümü İçin Neler Gerekir?

- Şeffaflık
- Entegre Bakım
- İnteroperabilite (Entegre sistemle departmanlar arasında data paylaşımı)

Çıktı ölçümünün fizibil ve değerli olduğuna şüphe yok ama çıktıyı neyin oluşturduğuna dair uzlaşa ile ilgili sıkıntılar var bakır süreçleri mi, biyolojik indikatörler mi, çıktıların kendisi ve bu çıktıların arasında hala bir fark söz konusu mu?

Doğru ÇÖ için Prensipler

- Çıktı hastalara en uygun sağlık durumunu içermeli,
- Çıktılar uzun dönem ve kısa dönem hasta sağlığı ile ilgili olmalı,
- Çıktılar hastanın sonuçlarını değerlendiren tüm hizmetleri kapsamalı
- ÇÖ risk faktörleri yada riske göre başlangıç durumunun yeterli tanımlanmasını sağlamalıdır.

Çıktıların Ölçümü Niçin Önemli?

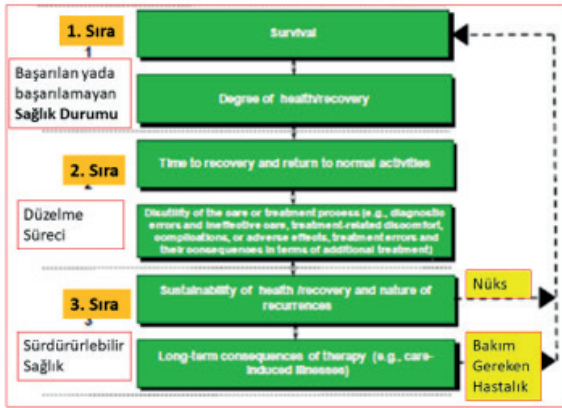
- Hastanın bakımını geliştirmek
- Toplumun sağlığını geliştirmek
- Milli gelire göre sağlık harcamalarını azaltmak

Biyolojik indikatörlerle çıktılar arasında hala bir fark söz konusu mu? Bu henüz aydınlatılabilmemiş değil. Çıktılar hala hastalar için önemli olan her şeyi göstermekte yetersiz kalmaya devam ediyor. Çıktıların ölçümü ile ilgili gayretler çok özeldir ve buna devam edilmesi önem arz etmektedir. Çıktı, hastanın sağlığına etki eden işlemlerin sonucudur. Mesela komplikasyonlar aslında bir çıktıdır. Hizmet ve ilgili hasta memnuniyeti bir çıktı değildir, bir süreç oluşturur.

Amacı nedir?

- Hangi girişimin daha yararlı olduğunu ortaya koymak
- Varyasyonları belirlemek
- Belli şartlar altında bazı hasta tipleri için işe Yarayan girişimlere kanıt oluşturmak
- Çeşitli tedavi ve girişimlerinin etkisini karşılaştırmak

Ama sağlıkla ilgili hasta memnuniyeti verilen sağlık hizmetinden hastanın kazancı bir çıktı ölçümü olarak karşımıza çıkıyor. Her alanda kalite müşterinin bakış açısına göre değerlendiriliyor tedarikçinin bakış açısına göre değil. Ancak sağlık hizmetlerinde çıktılar hasta merkezli olmak zorunda, hizmete katılan branş ya da ünite ile ilgili değil. Tedavi hekimliğinde ya da kurumcu hekimlikte çıktılar aynı sağlık şartlarına sahip hastalarda ölçülmeli ve karşılaştırmalı.



Her tıbbi durum kendine has çıktı ölçüm seti olmalıdır.

Çıktıların sıra, düzey ve boyutu her hastalığa hatta her alt gruba göre bile değişmektedir.

- Ölçülecek çıktıların belirlenmesinde en önemli kriterler
 - Hasta için önemi
 - Çeşitlilik
 - Sıklık
 - Ve pratikliğidir.

Breast Cancer		Dimensions	Primary Acute Knee Arthritis Requiring Replacement
• Survival rate (1-year, 2-year, 5-year, longer)	Survival	• Mortality rate (inpatient)	
• Remission • Functional status • Breast preservation • Breast conservation surgery outcomes	Degree of recovery / health	• Functional level achieved • Pain level achieved • Extent of return to physical activities • Ability to return to work	
• Time to remission • Time to achieve functional and cosmetic status	Time to recovery or return to normal activities	• Time to treatment • Time to return to physical activities • Time to return to work	
• Nosocomial infection • Nausea/vomiting • Febrile neutropenia • Limitation of motion • Breast reconstruction discomfort, complications • Depression	Disutility of care or treatment process (e.g., treatment-related discomfort, complications, adverse effects, diagnostic errors, treatment errors)	• Pain • Length of hospital stay (independent of complications) • Infection rate (e.g., wound, urinary tract) • Pulmonary embolism • Deep vein thromboses • Myocardial infarction • Myocardial resection • Delirium	
• Cancer recurrence • Consequences of recurrence • Sustainability of functional status	Sustainability of recovery or health over time	• Maintained functional level • Ability to live independently • Need for revision/re-operation (e.g., wear, implant failure secondary to wear)	
• Incidence of second primary cancers • Brachial plexopathy • Premature osteoporosis	Long-term consequences of therapy (e.g., care-induced illness)	• Loss of mobility due to inadequate rehabilitation • Risk of complex fracture • Susceptibility to infection • Stiff knee due to	

Sağlıkta kalite ölçümüyle ilgili çeşitli parametrelere bakılmış, süreçler, çıktılar, hasta deneyimleri şekillendirilmiş fakat bunlar içinde bizim için önemli olan bu çıktılar ve onların ölçülmesiyle ilgili parametreler. Çıktılar tam bir siklusü içermeli, yani ne demek akut hastalık döneminden yeniden hayata döndüğünüz sürece kadarki siklusün hepsini içermeli ve bunlar aslında ölçülmeli.

Hizmet Verilirken Oluşan Değer Zinciri (Meme Kanseri)

INFORMING AND ENGAGING	MEASURING	ACCESSING THE PATIENT	MONITORING/PREVENTING	DIAGNOSING	PREPARING	INTERVENING	RECOVERING/REHEALING	MONITORING/MANAGING
<ul style="list-style-type: none"> Advice on self-screening Considerations on risk factors 	<ul style="list-style-type: none"> Self-exams Mammograms 	<ul style="list-style-type: none"> Office visits Mammography Lab visits 	<ul style="list-style-type: none"> Medical history Control of risk factors (obesity, high fat diet) Genetic screening Clinical exams Monitoring for lumps 	<ul style="list-style-type: none"> Office visits High risk clinic visits 	<ul style="list-style-type: none"> Office visits Lab visits 	<ul style="list-style-type: none"> Office visits Hospital visits Lab visits 	<ul style="list-style-type: none"> Office visits Hospital stays Visits to outpatient clinics or chemotherapy units Pharmacy visits 	<ul style="list-style-type: none"> Office visits Lab visits High risk clinic visits
<ul style="list-style-type: none"> Counseling patient and family on the diagnostic process and the diagnosis Explaining patient treatment options/ shared decision making Patient and family psychological counseling 	<ul style="list-style-type: none"> Ultrasound MRI Letm (ECG, etc.) Biopsy BRCA 1, 2... CT Gene Sequ 	<ul style="list-style-type: none"> Office visits Hospital visits Lab visits 	<ul style="list-style-type: none"> Choosing a treatment plan Surgery prep (anesthetic risk assessment, ECG) Plastic or oncoplastic surgery evaluation Neo-adjuvant chemotherapy 	<ul style="list-style-type: none"> Office visits Hospital visits Lab visits 	<ul style="list-style-type: none"> Office visits Hospital stays Visits to outpatient clinics or chemotherapy units Pharmacy visits 	<ul style="list-style-type: none"> Office visits Hospital stays Visits to outpatient clinics or chemotherapy units Pharmacy visits 	<ul style="list-style-type: none"> Range of movement Side effects measurement 	<ul style="list-style-type: none"> Office visits Rehabilitation facility visits Pharmacy visits
<ul style="list-style-type: none"> Counseling on long term risk management Achieving compliance 	<ul style="list-style-type: none"> MRIs, CT Repeating mammograms every 6 months for the first 3 years 	<ul style="list-style-type: none"> Office visits Lab visits Mammographic labs and imaging center visits 	<ul style="list-style-type: none"> Periodic mammography Other imaging Follow-up clinical exams Treatment for any continued or later onset side effects or complications 	<ul style="list-style-type: none"> Office visits High risk clinic visits 	<ul style="list-style-type: none"> Office visits Hospital visits Lab visits 	<ul style="list-style-type: none"> Office visits Hospital stays Visits to outpatient clinics or chemotherapy units Pharmacy visits 	<ul style="list-style-type: none"> Range of movement Side effects measurement 	<ul style="list-style-type: none"> Office visits Rehabilitation facility visits Pharmacy visits

Hizmet Verilirken Oluşan Değer Zinciri

- Sağlık hizmetine dahil olan aktivite ve işlemlerin tam bir setinin oluşturulması için araçtır.
- Bu sadece çıktılar belirlenmesi ve ölçümüne yardım etmez aynı zamanda özel çıktıların elde edilmesine yarar.
- Bu zincir ve çıktı arasındaki ilişki çıktıların geliştirilmesine katkı sağlar.

Ne zaman işe dönüyor, ne zaman üretebilir aşamaya geliyor, bunları da içermeli. Genel çıktılar ise hastane enfeksiyonları, mortalite oranı, tıbbi hatalar gibi hastaya fayda sağlayacak hizmetin doğru şekilde değerlendirilmesi için uygundur. Ancak çıktılar belirlenen değer üzerinden tam hizmet süklüsünde kullanılmaktan çok klinik ve muhasebe departmanlarınca değerlendirilir.

Değer=Çıktı/Maliyet

Artık sağlık hizmetlerinin verilen hizmetin volumünden çok hasta için yaratılan değere odaklanması gerekmektedir.

Ancak ilerleme çok yavaş oluyor; Çünkü çıktıların ölçümü ile ilgili zorluklar var

Performans ölçümü diğer alanlarda doğal olarak oluşurken sağlıkta niçin zordur?

1.Sağlıkta çıktılardaki gelişmeden çok kaliteyi kanıta dayalı kılavuzlara uyum olarak ele almaktayız.

2.Çıktılar uzmanlık alanı yada işlemlerle direkt ilişkili olmadığı için, bunların ölçümü uzmanlık dernekleri tarafından desteklenmemektedir. Daha çok, birden fazla uzmanlığı ilgilendiren çıktılarla ilgilendirilir. Yani

- elde edilen sağlık durumu,
- zamanlama, komplikasyon
- yan etkiler
- ile sürdürülebilir yarar gibi.

Diğer alanlarda doğal olarak oluşurken performansın ölçümü sağlıkta niçin zordur?

3.Çıktıların ölçümü sıklıkla klinik duruma dayanır ve fonksiyonel durumdaki gelişme hastanın istediği şeyse de fonksiyonel durum ihmal edilmektedir.

4.Son olarak çıktıların ölçümündeki gelişme her kurum için nasıl döndüğünü, yapılan ölçümün etkisini ve risk faktörlerini yeniden keşfettiğinde her seferinde iş yeni baştan başlayacağı için yavaşlamaktadır.

Tedavi sırası ve sonrasında çıktıların ölçülmesi

- Hastalığın overall kontrolü
- Tedavi komplikasyonları
- QoL

Pek çok çıktı çalışmaları multidisiplineri gruplar tarafından değil de uzmanlık kuruluşları veya konsensüs panelleri tarafından yapılıyor. Mortalite, hastaneye yeniden yatış, hasta deneyimi gibi çıktıların ölçümü sağlık kurumlarının geliştirmeyi istedikleri kalite ve maliyet hedeflerini oluşturuyor. Başarılı bir çıktı ölçümü için şeffaflık olmazsa olmaz, yine Almanya için örnek vermek mümkün.

Yüzlerce ölçülen çıktı var. Hastane kalitesini belirlemek için CMS'nin kullandığı 7 çıktı sağlık hizmetlerinde en sık kullanılanlardan bazılarıdır.



Çıktılar için söz konusu olan STANDARTLAR şunları karşılamalı

- Hasta güvenliği veya bakım kalitesi ile ilgili olmalı
- Sağlık üzerine pozitif etkisi olmalı
- Kanun ve yönetmelikleri karşılamalı veya daha üstünde olmalı
- Doğru ve kolayca ölçülebilmelidir.

Prostat kanserini tedavi eden kurumu ele alalım. Kurumun başarıları, yaptığı ameliyatların sonucunda risk oranları vs. görünüyor. Vatandaş bu kurumu tercih ederken kurumun bu sonuçlarını görerek tercih ediyor. Bir süre sonra çıktılarıyla standartları karşılayamayan kurum dışarıda kalır. Entegre bakımın oluşturulması da interoperabilite ile birlikte önemli bir durumdur. Çıktı hastalara en uygun sağlık durumunu içermelidir. Çıktılar uzun dönem ve kısa dönem hasta sağlığı ile ilgili olmalı, hastanın sonuçlarını değerlendiren tüm hizmetleri içermelidir. Çıktı ölçümü risk faktörleri ya da riske göre başlangıç durumunun yeterli tanımlanmasını sağlamalıdır. Bunlar çıktı ölçümü için doğru ve olmazsa olmaz prensiplerdir. Çıktıların ölçümü ile hastanın bakımını ve toplumun sağlığını geliştirmek mümkün olmakta ancak bir taraftan da milli gelire göre sağlık harcamalarını ayarlama imkânı vermektedir. Hangi girişimin daha yararlı olduğunu ortaya koymak mümkün çıktılarla. Varyasyonları belirleyebiliriz, belli şartlar altında bazı hasta tipleri

için işe yarayan girişimlere kanıtlar oluşturabiliriz. Çeşitli tedavi ve girişimlerin etkisini karşılaştırmak ve onların tercih edilmesi noktasında işe yaramasını sağlayabiliriz.

Ulusal standartlar ve mali uyarılardan elde edilen çıktılar

- Mortalite (%22)
- Bakım güvenliği (%22)
- Hastaneye tekrar yatış (%22)
- Hasta deneyimi (%22)
- Bakımın etkinliği(%4)
- Zamanında bakım (%4)
- Tetkiklerin yerinde etkin kullanımı (%4)



Çıktılarla ilgili bir hiyerarşi söz konusu. Sıra, düzey ve boyutuyla ilgili.

1.sırada hastanın sağlık durumu var, sağ kalım ve hastalığın, düzelmenin derecesi. 2.sırada düzelmeye süreci boyunca olanları inceliyor; ne zaman tam bir düzelmeye sağlanıyor, normal aktivitelerine dönüyor. 3.sırada ise sürdürülebilir sağlık yani rehabilitasyon da dahil olmak üzere o süreci içeriyor, bakım gereken hastalıkların takip altında olması gerekiyor. Her tıbbi durum kendine has

ölçüm seti içermelidir. Yani sadece geliştirilen bir parametreyle, bir setle bütün hastalıkları yönetmeniz mümkün değil. Çıktıların sıra, düzey ve boyutu her hastalığa hatta her alt gruba göre değişmektedir. Ölçülecek çıktıların belirlenmesinde en önemli kriterler; hasta için önemi, çeşitliliği, sıklığı ve pratikliğidir. Burada 2 tane örnek var hiyerarşiyle ilgili, biri meme kanseriyle ilgili diğeri de ortopediyle ilgili. Sağ kalma oranları, remisyon süresi, fonksiyonel durumu, cerrahi yapma gibi parametreler sayılabilir. Hizmet verirken oluşan bir değer zinciri söz konusu, bu değer zinciri sistemin sürdürülebilir olmasına imkan sağlıyor. Sağlık hizmetine dahil olan aktivite ve işlemlerin tam bir setinin oluşturulması için araçtır. Bu sadece çıktıların belirlenmesi ve ölçümüne yardım etmez aynı zamanda özel çıktıların elde edilmesine de imkan sağlar. Bu zincir ve çıktı arasındaki ilişki çıktıların geliştirilmesine katkı sağlar. Meme kanserinde oluşan bir değer zincirinde, ölçüm için nelerin kullanıldığı, elde edilenler, takipler zincir üzerinde yer alır. Bütün alt gruplar için benzer bir değer zinciri test etmek mümkün. Değer dediğimiz şey çıktıların maliyete oranıdır. Artık sağlık hizmetlerinin verilen hizmetin volümünden çok, ki sabah da konuştuk da volümün artması niteliğini de bir miktar bozuyor, volümünden çok hasta için yaratılan değere odaklanması gerekmektedir. Ancak ilerleme yavaş olacaktır çünkü çıktıların ölçümü ile ilgili zorluklar var. Hastalarda her harcanan dolara karşı elde edilen sağlık kazanımı olarak tanımlanan ←←High Value→→ yani yüksek değer verilen hizmetin amaciyken sağlık kazanımlarının tanımlanıp ölçümü çok zor olabilir.

Performans ölçümü diğer alanlarda doğal olarak oluşurken sağlıkta bir takım zorluklarla karşılaşılıyor. Bunun gerekçelerini 4 alt basamakları ise şöyle, Sağlıkta çıktılardaki gelişmeden çok kaliteyi kanıta dayalı kılavuzlara uyum olarak ele almak-tayız. Bu kılavuzların bir kısmı da bizim bünyemize uymayan kılavuzlar.

Çıktılar uzmanlık alanı ya da işlemlerle direkt ilişkili olmadığı için, bunların ölçümü uzmanlık dernekleri tarafından desteklenemeyebiliyor. Daha çok, birden fazla uzmanlığı ilgilendiren çıktılar olduğunda bunlarla ilgileniliyor. Yani

- Elde edilen sağlık durumu
- Zamanlama, komplikasyon
- Yan etkiler
- Sürdürülebilir yarar gibi

Çıktıların ölçümü sıklıkla klinik durumla ilgili oluyor ama fonksiyonel durum çoğunlukla göz ardı ediliyor.

Son olarak, çıktıların ölçümündeki gelişme her kurum için işin nasıl döndüğünü, yapılan ölçümün etkisini ve risk faktörlerini yeniden keşfetme anlamına geleceği için her seferinde yeni baştan başlamayı gerektiriyor bu da işin yavaşlamasına yol açıyor.

Tedavi sırası ve sonrasında çıktıların ölçülmesi; hastalığın over all kontrolü ve yaşam kalitesinin ölçülmesiyle sürüyor. Birtakım standartlar söz konusu çıktıları için; hasta güvenliği veya bakım kalitesi ile ilgili olmalı çıktı, sağlık üzerine pozitif katkısının olması gerekiyor, kanun ve yönetme-likleri karşılamalı hatta daha üstünde olmalı ve doğru, kolay ölçülebilir olmalı.

Yüzlerce çıktı var. Hastane kalitesini belirlemek için ABD’de CMS’ nin belirlediği 7 çıktı sağlık hizmetlerinde en sık kullanılanlardan bazıları:

En Önemli 7 çıktı

1 MORTALİTE

Mortalitenin belirlenmesi toplum sağlık çıktılarının ölçülmesi için şarttır

Örneğin, **MultiCare Health System** Pnömoni hastalarında bakım, maliyet ve tedaviyi geliştirerek mortaliteyi %28 azaltmıştır.

En Önemli 7 çıktı

3 BAKIM GÜVENLİĞİ

Bu tıbbi hataların önlenmesini sağlar. Cilt hasarları ve nazokomial enfeksiyonlar gibi bakım güvenliği çıktılarının değerlendirilmesini sağlar

Happens when pressure decreases blood flow to the skin. A skin assessment tool can be used to reduce skin breakdown. Patients with skin breakdown are at a higher risk of infection.

Caused by viral, bacterial, and fungal pathogens. Texas Children's identified evidence-based bundles to reduce HAIs in children and decreased HAIs by 35 percent.

En Önemli 7 çıktı

2 TEKRAR HASTANEYE YATIRMAK

Taburcu sonrası hastanın tekrar yatırılması sık kullanılan bir çıktıdır. Bu durum maliyetli ve etkisiz olenebilir bir durumdur.

Örneğin, **MultiCare Health System** Tekrar yatılıma oranını

- kanıta dayalı bir sistem kurarak
- iyi bir tim kurarak hasta takibi,
- uyum ve performans üzerine real-time feed back yapıp analitik bir uygulama yaparak %23 azalttı.



En Önemli 7 çıktı

4 HASTA DENEYİMİ

Taburcu işlemi sonrası tekrar hastaneye yalnızca sık kullanılan bir çıktıdır. Hastaneye tekrar yatış hem maliyetli hemde önlenelidir.

Örneğin **MultiCare Health System** ile kanıta dayalı bir sistem kurarak pnömönden tekrar yatış oranını %23 azaltmıştır.



En Önemli 7 çıktı

5 BAKIMIN ETKİNLİĞİ

Bu çıktının ölçümü 2şeyi gösterir:

- Kılavuzlara uyum
- Başarılı Çıktılar (örnek: KKY olanlarda daha az yeniden hastaneye dönüş oranı)

Hekimlerin kılavuza uyup uymadığının takibi önemli
Tedavi çıktılarının takibi ve kılavuzu kullanması gereken klinisyenin uyarılması eşit öneme sahiptir.



Mortalite bunların içerisinde ölçülmesi şart olan bir çıktı. Tekrar hastaneye yatma oranları da önemli. Tekrar hastaneye yatma oranları da önemli, mesela kanıta dayalı bir sistem kurarak iyi bir ekip oluşturarak, ürün ve performans üzerine gerçek zamanlı feedbackler yaratarak analitik bir uygulama oluşturup %23 oranında azaltma başarılmış. Bakım güvenliği çok önemli ciltteki hasarlar, nazokomial enfeksiyonlar gibi bakım güvenliği çıktılarının değerlendirilmesi önem arz ediyor.

En Önemli 7 çıktı

6 ZAMANINDA BAKIM

Zamanında hizmet sağlanması ile ilgili çıktılann ölçümü hastalara doğru tedavi sağlanıp sağlanmadığını gösterir.

Örneğin, sepsisin belirlenmesi için doğru ve daha etkin bir yöntemin planlanması için hizmetin zamanında verilip verilmediğini gösteren Laktat testi, kan kültürü, antibiyotik seçimi ve CVP gibi testler ile sağlık hizmetinin zamanında verilip verilmediğinin izlendiği bir analitik platform geliştirilmiştir.



En Önemli 7 çıktı

7 TETKİKLERİN YERİNDE ETKİN KULLANIMI

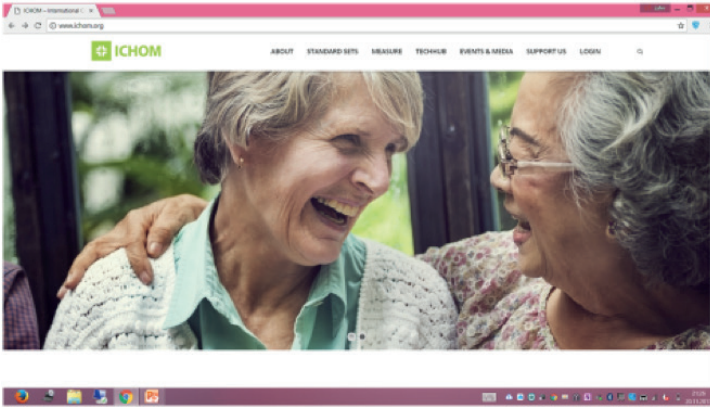
Görüntüleme yöntemlerinin etkin kullanımı önemli bir çıktı ölçüm yöntemidir

"İyi hasta çıktıların elde edilmesi ve bütün hastalıklar da daha maliyet etkin hizmet sağlamak için Global sağlık sisteminde tıbbi görüntülemeler çok önemli yer tutar"

—European Science Foundation



Fakat bir işlem sonrası tekrar hastaneye yatırma sık kullanılan bir çıktı, hastaneye tekrar yatış hem maliyetli hem de önlenabilir bir süreci oluşturuyor. Bakımın etkinliği diğer önemli bir baremetre, 2 şeyi göstermekte bu ölçüm; kılavuzlara uyum ve başarılı çıktılar. Kılavuzlara uyumu takip de önemli bir parametre.



Zamanında hizmete ulaşmak diğer önemli bir çıktıdır. Tetkiklerin yerinde ve etkin kullanımı, şimdi her hasta bize geliyor 'ya işte kanser PET çok faydalıymış, her şeyi gösteriyormuş hocam PET çekelim mi?' biz kamu kurumu ve üniversite hastanesi olarak gereksiz PET isteminden kaçınmaya çalışıyoruz. Meme kanserli hastalarda koltuk altında lenf bezinin pozitif olup olmadığını acaba PET'le değerlendirebilir miyiz, dediğinde kılavuzlara göre PET isteme şansımız yok ameliyat öncesi

erken evrede. 1 yıl içerisinde yaklaşık 80 tane hasta aldık dışarıdan ve hepsinin PET'i önceden çekilmişti, bir asistanımız da tez olarak yazdı bunu hatta. Tetkiklerin yerinde ve etkin kullanılması önem arz ediyor. ICHOM diye uluslararası bir kurum var, çıktılarla ilgili standart set hazırlamayı gündemine almış. Bunun amacı karar için hasta hekim ilişkisini geliştirmek, şeffaflık ve ilerlemeyi sağlamak için tedarikçi ve koruma kalite çıktıları sağlamak, karşılaştırmalı etkinlik araştırmaları için fırsat yaratmak.

Hasta Merkezli Çıktılarla İlgili Standart Bir Set Hazırlamanın Amacı

- Karar için Hasta Hekim ilişkisini geliştirmek
- Şeffaflık ve ilerlemeyi sağlamak için tedarikçi ve kuruma kalite çıktıları sağlamak
- Karşılaştırmalı etkinlik araştırmaları için fırsat yaratmak

Çıktılar 3 Gruba Ayrılır

- Sağkalım ve hastalığın kontrolü
- Salahlın derecesi (QoL, uzun süreli yan etkileri)
- Tedavi komplikasyonları gibi tedavinin olumsuzlukları

Çıktılar 3 Gruba Ayrılır:

•Sağkalım ve hastalığın kontrolü (Meme Kanseri)

Overall Sağkalım, Hastalık Spesifik Sağkalım, Nüks Olmayan Sağkalım, Hastalısız Sağkalım

•İyileşmenin derecesi

Hastalığa Spesifik Çıktılar ve Tedavi Spesifik Çıktılar

•Tedavi komplikasyonları gibi tedavinin olumsuzlukları

Hasta Merkezli Yaklaşım, Majör Girişimlerin Neden Olduğu Akut Komplikasyonların Belirlenmesi

Sadece meme kanseri için değil ICHOM birçok hastalık için bunu yapmış.

Sağkalım ve Hastalığın Kontrolü (Meme Kanseri)

- Overall Sağkalım
- Hastalık Spesifik Sağkalım
- Nüks Olmayan Sağkalım
- Hastalısız Sağkalım

Sağlık harcamalarında artış olduğunu başta söylemiştik, tedavi yöntemleri ile ilgili opsiyonların çeşitliliğinde de artış var yani daha önce ilaçla tedavi ettiğimiz bir şeyi cerrahi yöntemle de ya da daha önce cerrahi yöntem kullandığımızı daha az invaziv bir yöntemle tedavi etmeye başlıyoruz. Hastalarda sağ kalım süresi uzuyor bu da değere dayalı sağlık hizmetinin önemini her geçen gün artırıyor.

Salahın derecesi

- Hastalığa Spesifik Çıktılar
- Tedavi spesifik Çıktılar

Tedavinin Olumsuzlukları

- Hasta merkezli yaklaşım
- Clavien-Dindo sınıflamasına göre majör girişimlerin neden olduğu akut komplikasyonların belirlenmesi

- Sağlık harcamalarında artış
- Tedavi Yöntemleri ile ilgili Opsiyonların çeşitliliğindeki artış
- Hastalarda Sağkalımın uzaması ile **Değere Dayalı Sağlık Hizmeti**nin önemi her geçen gün artmaktadır.

Çıktıların ölçülmesi için **standart olmaması** değere dayalı sağlık hizmeti için **esas sorundur.**

Dolayısıyla ICHOM **hasta merkezli çıktılarla standart setler** oluşturmuştur.

Bunların ölçümü için RKÇ altın standart ise de rutinde klinikte bu **çıktıların ölçümü gerçek yaşamdaki çıktıları temsil eder.**

Çıktıların ölçülmesi için standart olmaması değere dayalı sağlık hizmeti için esas sorunu oluşturuyor. Dolayısıyla ICHOM hasta merkezli çıktılarla standart setler oluşturmuş ve bunların ölçümü için AXÇ altın standart ise de rutinde klinikte bu çıktıların ölçümü gerçek yaşamdaki çıktıları temsil eder. ICHOM 2013 yılında prostat kanseri, bel ağrısı gibi birçok hastalık için birtakım çıktılar hazırlamış, sonraki yıllara ait çıktıları da literatürde makale olarak bulmak mümkün. Prostat kanseri için geliştirilen çıktılar, akciğer kanseri için geliştirilen çıktılar vs. Biz de ekibimizle birlikte meme kanserine ilişkin bir takım çalışmalar yaptık. Meme kanseri teşhisi alan hastaların hangi yollardan geçtiğini göreceğiz şekilde çalıştık.

ICHOM Tarafından Hazırlanan Çıktı Setleri

International Consortium for Health Outcomes Measurement's Standardized Outcome Sets.[®]

Standard Sets Complete			Under Consideration for 2016 and Beyond
2013	2014	2015 (Final Approval Pending)	
1. Localized prostate cancer	5. Parkinson's disease	13. Breast cancer	22. End-stage renal failure 23. Oral health 24. Brain tumors 25. Drug and alcohol addiction 26. Bipolar disorder 27. Burns 28. Melanoma 29. Head and neck cancer 30. Pediatric oncology (conditions to be determined) 31. Rheumatoid arthritis 32. Liver transplantation 33. Congenital hand malformations 34. Chronic rhinosinusitis 35. Congenital hemolytic anemia 36. Rotator cuff disease 37. Malaria
2. Lower back pain	6. Cleft lip and palate	14. Dementia	
3. Coronary artery disease	7. Stroke	15. Frail elderly	
4. Cataracts	8. Hip and knee osteoarthritis	16. Heart failure	
	9. Macular degeneration	17. Pregnancy and childbirth	
	10. Lung cancer	18. Colorectal cancer	
	11. Depression and anxiety	19. Ovarian cancer	
	12. Advanced prostate cancer	20. Craniofacial microsomia	
		21. Inflammatory bowel disease	

[®] The standard outcomes sets completed or pending in the first 3 years cover conditions accounting for 45% of the global burden of disease.

Original Contribution

An International Standard Set of Patient-Centered Outcome Measures After Stroke

Arif Kulkarni, MD, MBA; Sara M. Spratt-Harmon, PhD, MS; Teri Ackerson, BCRN, BSN; Julie Brackbill, JPE, PhD; Christie Danos, MD; Mary G. George, MD, MPH; Stephanie Gehring, Dpt OOT, MSc; Adam G. Kells, MD; Parker Lindsay, BS, PhD; Liping Liu, MD; Shula C.J. Marlow, MD, PhD; Lucina Hoggan, MSN, CWFQ; Ben Scovring, MD, PhD; Gerard M. Robbins, MD, PhD; Frank S. Silver, MD; Eric E. Smith, MD, MPH; Linda S. Williams, MD; Lee H. Schwarten, MD

Background and Purpose—Value-based health care aims to bring together patients and health systems to maximize the value of quality care and, in parallel, assessment of healthcare value to enable management, an international standard set of patient-centered stroke outcome measures was defined for use in a variety of healthcare settings.

Table. Summary of Outcomes and Measures Included in the ICHOM Standard Set for Stroke

Measure	Timing	Data Source
Survival and disease control		
Survival	All-cause mortality (Discharge, 90 days), 1-5 years	Administrative data
Self-report of new stroke after admission	After your hospitalization for stroke, have you been told by a doctor that you have had a new stroke?	90 days Clinical or patient-reported
Adherence to smoking cessation advice	After your hospitalization for stroke, have you smoked tobacco in cigarettes?	90 days Patient-reported
Acute complications		
Symptomatic ICH after thrombolysis	Did the patient develop symptomatic ICH after treatment of ischemic stroke with thrombolysis?	Discharge Clinical
Patient-reported health status		
Cognitive and psychiatric functioning		
Global cognitive function	FRSBS-10	90 days Patient-reported
Mood	FRSBS-10	90 days Patient-reported
Motor functioning		
Mobility	Are you able to ambulate? FRSBS-10	Discharge, 90 days 90 days Clinical or patient-reported Patient-reported
Self-care and grooming	Do you receive help from anybody to go to the toilet? Do you receive help with dressing/undressing? FRSBS-10	Discharge, 90 days Discharge, 90 days 90 days Patient-reported Patient-reported
Feeding	Do you need a tube for feeding? FRSBS-10	Discharge, 90 days 90 days Patient-reported Patient-reported
Ability to return to usual activities	Simplified modified Rankin Scale Questionnaire postdischarge FRSBS-10	90 days 90 days 90 days Patient-reported
Neurologic functioning		
Pain and other unpleasant sensations	FRSBS-10	90 days Patient-reported
Fatigue	FRSBS-10	90 days Patient-reported
Social functioning		
Ability to communicate	Do you have problems with communication or understanding? FRSBS-10	Discharge, 90 days 90 days Patient-reported
Social participation	FRSBS-10	90 days Patient-reported
General health status	FRSBS-10	90 days Patient-reported
Health-related quality of life	FRSBS-10	90 days Patient-reported



Figure. Timeline of data collection.

DEFINING A STANDARD SET OF PATIENT-CENTERED OUTCOMES FOR MEN WITH LOCALIZED PROSTATE CANCER

Arif Kulkarni, MD, MBA; Sara M. Spratt-Harmon, PhD, MS; Teri Ackerson, BCRN, BSN; Julie Brackbill, JPE, PhD; Christie Danos, MD; Mary G. George, MD, MPH; Stephanie Gehring, Dpt OOT, MSc; Adam G. Kells, MD; Parker Lindsay, BS, PhD; Liping Liu, MD; Shula C.J. Marlow, MD, PhD; Lucina Hoggan, MSN, CWFQ; Ben Scovring, MD, PhD; Gerard M. Robbins, MD, PhD; Frank S. Silver, MD; Eric E. Smith, MD, MPH; Linda S. Williams, MD; Lee H. Schwarten, MD



Table 1 - Summary of the International Consortium for Health Outcomes Measurement Standard Set for Localized Prostate Cancer

Measure	Details	Timing	Data Source
Treatment approach	Active surveillance	At 6 mo after treatment initiation	Clinical data Administrative data
Included	Watchful waiting	None (waiting in non-surgical setting)	Clinical data
	Radical prostatectomy	Total dose and dose per fraction	Clinical data
	External beam radiation therapy	FRSBS-10	90 days Patient-reported
	Brachytherapy	FRSBS-10	90 days Patient-reported
Excluded	Enzalutamide	FRSBS-10	90 days Patient-reported
Baseline characteristics	Age	Date of birth	From treatment initiation
Included	Body mass index	Weight and height	Administrative or patient-reported
	Date of diagnosis	Date of cancer diagnosis	Clinical data
Excluded	Standardized Charlson Comorbidity Index	Diabetes reported?	Clinical data
	PSA	Most recent PSA value before treatment initiation	Clinical data
Included	APC TNM clinical stage	T category, N category, and M category	Clinical data
	No. of biopsy cores involved	% of cores taken, no. of cores positive	Clinical data
Excluded	Gleason percentage (combined of biopsy cores)	Gleason percentage (combined from biopsy cores)	Clinical data
	Biopsy Gleason score	The highest primary and secondary Gleason grade	Clinical data
Included	APC TNM pathologic stage	T category, N category, and M category	Clinical data
	Margins status	Negative/Positive (if positive, location/distance)	Clinical data
Excluded	Prostatectomy Gleason score	The highest primary and secondary Gleason grade	Clinical data
	Biopsy Gleason score	Gleason score at admission	Clinical data
Acute complications (within 30 days of treatment)	Radical prostatectomy: GUIN classification	Presence or absence of grade ≥ 2 including cause of the adverse event	Clinical or patient-reported
Survival and disease control	Overall survival	Date of death	Evaluated at least annually until death Administrative data
Included	Cause-specific survival	Was death attributable to prostate cancer or death (PSM)?	Administrative data
	Recurrence-free survival	Indicated Area of recurrence (disease of applicable and whether it was diagnosed clinically or radiographically)	Clinical or patient-reported
Excluded	Biomechanical recurrence-free survival	Recurrence in if applicable AR, PSA, and dates following recurrence should be recorded	Clinical or patient-reported



Defining a standard set of patient-centred outcomes for lung cancer

Kimberley S. Mak^{1,2,3,4*}, Annelotta C.M. van Soestem^{1,4,5}, Cahab Stovel¹, Janet L. Abraham⁶, Matthew Baker⁶, Clarissa S. Barilotta⁷, David R. Baldwin⁸, Diane Beckwith⁹, David P. Carbone¹⁰, Allison B. Chen¹¹, Joanne Fox¹²

TABLE 1 Summary of International Consortium for Health Outcomes Measurement Lung Cancer Standard Set of treatment approaches and case-mix variables

Treatment approaches included	Patient population	Measure	Supporting information	Timing	Data source ^a
Surgery Radiotherapy Chemotherapy Targeted therapy Immunotherapy Other	All patients			Update at least annually	Clinical
Case-mix variables					
Demographic factors	All patients	Age	Date of birth	Baseline	Clinical or patient-reported
		Sex Ethnicity Educational level Weight loss Comorbidities Patient-reported health status Smoking status	Sex at birth Determined by country Level of schooling completed ^b Underweight at weight loss ^c Modified SOI ^d Tracked via EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ-L13		Patient-reported
Baseline clinical factors	All patients	Performance status	ECOG/WHO scale for performance status		Clinical
	Patients undergoing surgery	Pulmonary function	Absolute and predicted FVC ^e		
Baseline tumour factors	All patients	Site of diagnosis	Diagnosis by clinical, histological or cytological assessment		
		Histology	Lung cancer histology (including small cell lung cancer, adenocarcinoma, squamous cell carcinoma)		
		ALK translocation	Presence of ALK translocation		
		EGFR mutation	Presence of activating EGFR mutation		
		Clinical stage	Clinical stage per UICC/ASLC/AJCC 7th edition		
		Pathological stage	Pathological stage per UICC/ASLC/AJCC 7th edition	After biopsy/surgery	
Treatment factors	All patients	Treatment intent	Curative or palliative treatment intent ^f	At time of treatment decision	
		Completed treatment	Completed treatment with or without dose reduction	After treatment	

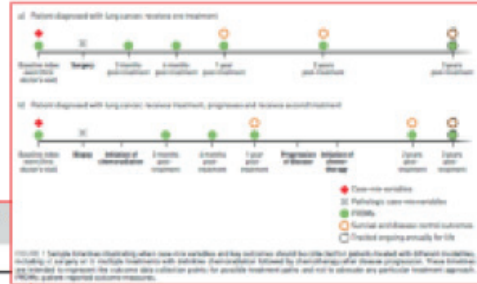


FIGURE 1 Sample timelines illustrating when case-mix variables and key outcomes should be collected for patients treated with different modalities, including or not including treatment with immune checkpoint inhibitors followed by chemotherapy after disease progression. These timelines are intended to represent the outcome data collection points for possible treatment paths and not to advocate any particular treatment approach. PROs, patient-reported outcomes measures.



Defining a standard set of patient-centred outcomes for lung cancer

Kimberley S. Mak^{1,2,3,4*}, Annelotta C.M. van Soestem^{1,4,5}, Cahab Stovel¹, Janet L. Abraham⁶, Matthew Baker⁶, Clarissa S. Barilotta⁷, David R. Baldwin⁸, Diane Beckwith⁹, David P. Carbone¹⁰, Allison B. Chen¹¹, Joanne Fox¹²

TABLE 2 Summary of International Consortium for Health Outcomes Measurement Lung Cancer Standard Set of outcomes

Outcome category	Patient population	Measure	Supporting information	Timing	Data source ^a
Other	All patients	Time from diagnosis to treatment	Diagnosis using pathology starting first treatment	When treatment begins	Clinical
Acute complications of treatment	All patients receiving surgical resection	Major surgical complications	Presence or absence of grade ≥2 event by Clavien-Dindo classification	Update at least annually	Clinical
	Patients with radiation therapy	Major radiation complications	Presence or absence of grade ≥2 CTCAE version 4 complication, including name of the adverse event		
	Patients with systemic therapy	Major systemic therapy complications	Presence or absence of grade ≥2 CTCAE version 4 complication, including name of the adverse event		
Degree of health	All patients	ECOG/WHO performance status	ECOG/WHO scale for performance status	1 year post-initiation of treatment, tracked annually for life	Clinical
		Global health-related quality of life	Tracked via EORTC QLQ-C30	Baseline, 3 months post-initiation of treatment, 6 months post-initiation of treatment, 1 year post-initiation of treatment, tracked annually for life	Patient-reported
		Fatigue	Tracked via EORTC QLQ-L13		
		Social functioning	Tracked via EORTC QLQ-L13		
		Physical functioning	Tracked via EORTC QLQ-L13		
		Emotional functioning	Tracked via EORTC QLQ-L13		
		Cognitive function	Tracked via EORTC QLQ-L13		
		Pain	Tracked via EORTC QLQ-L13		
Survival	All patients	Bygones Cause of death	Tracked via EORTC QLQ-L13 Death attributable to lung cancer as death certificate	1 year post-initiation of treatment tracked annually for life	Administrative data (death registry)
		Overall survival Treatment-related mortality	Death attributable to lung cancer (treatment within 30 or 90 days) When patient died		Clinical
Quality of death	All patients	Place of death	Where patient died	1 year post-initiation of treatment, tracked annually for life	Administrative data (death registry)
	All patients with end-stage disease	Duration of time spent in hospital at end of life	Number of days patient spent in hospital or ICU in last 30 days		Clinical



FIGURE 1 Sample timelines illustrating when case-mix variables and key outcomes should be collected for patients treated with different modalities, including or not including treatment with immune checkpoint inhibitors followed by chemotherapy after disease progression. These timelines are intended to represent the outcome data collection points for possible treatment paths and not to advocate any particular treatment approach. PROs, patient-reported outcomes measures.

Improvement of Breast Cancer Patient Pathway Using EUSOMA Standards and European Guidelines

Natide Çağrı Başak, Bah Zeynep Çankır

Sakarya University, Management Engineering Department, Turkey
 Samsun University Training and Research Hospital, Kocaeli, Turkey, Vice President of Turkish Society of Breast Cancer (TSTB) (2020-2021)

Table 3. Observed Duration of Patient Flow in Kocaeli Training and Research University Hospital

Main Process Names	Responsible	Duration
Patient gets appointment from MHRIS system	Patient	1-2 min
Patient gets barcode from registration desk	Patient	40 sec
Breast Surgery& Gynecology Examination	Breast Surgeon	10 min
Doctor redirects patient to mammography	Breast Surgeon	1 min
Patient goes to mammography registration desk	Patient	5 min
Mammography test date is given to patient	Radiology Admission Staff	2 min
If the test is not on same day, patient comes back again to hospital on test date	Patient	3-4 work day
Patient goes to registration desk	Patient	1-2 min
Barcode label paper is given to patient at admission desk	Admission Staff	30 sec
Patient finds the test room	Patient	3-5 min
Patient waits in the queue	Patient	depends on peak hours
Intern takes the barcode label paper and creates patient file before test time	Intern	10 sec
Intern fills patient follow up form and report date card	Intern	2-3 min
Patient is called for the test while waiting in the corridor	Technician	10 sec
Patient enters the test room	Patient	30-60 sec
Patient takes off clothes for test	Patient	2-4 min
Technician prepares rectangular box for breast type	Technician	1 min
Technician leads patient and the machine	Technician	1 min
4 different screening images are taken	Technician	3-4 min
If not adequate, technician takes up to 2 extra images	Technician	2-3 min
Patient file is prepared	Technician-Intern	1-2 min

Emerging Journal of Public Health, Vol. 15, No. 1, 9-14
 © The Author 2018. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association.
 This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. For commercial use, please contact journal.permissions@oup.com
[doi:10.1093/epih/eiy016](https://doi.org/10.1093/epih/eiy016) Advance Access published on 1 August 2018

Factors affecting breast cancer treatment delay in Turkey: a study from Turkish Federation of Breast Diseases Societies

Vahit Özmen¹, Sukru Boylu², Ergül Ok³, Nihal Zeynep Çankır⁴, Vargel Çelik⁵, Murat Köpçak⁶, Sedullah Güngör⁷, Mustafa Tirmiş⁸, Evren İnceyar⁹, Orhan Demircan¹⁰, Mustafa Serhatkılıç¹¹, Ayhan Koyuncu¹², İsmet Taşdelen¹³, Emre Dumankaya¹⁴, Fatih Çoduroğlu¹⁵, Piotr Zaberek¹⁶

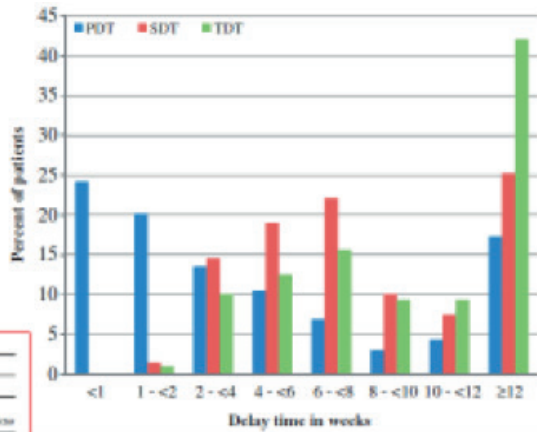


Table 3 Multiple regression results for predicting PDT, SDT and TDT of female BC patients in Turkey

Model variables	Unstandardized Coefficients		P value	Transformed β coefficients	
	B	Standard error		100%	Average % change in PDT with 1 unit change in predictor
Constant	0.44	0.02	<0.001	-	-
Divorced of BC	0.18	0.02	<0.001	1.22	52%
Self-examination habits	-0.08	0.02	<0.001	0.80	-17%
Support from family and friends	-0.11	0.02	<0.001	0.78	-12%
At least secondary education	-0.16	0.04	0.008	0.80	-20%
Age > 50 years	0.10	0.02	0.000244	1.25	15%

Model variables	Unstandardized Coefficients		Sig.	Transformed β coefficients	
	B	Standard error		100%	Average % change in SDT with 1 unit change in predictor
Constant	0.78	0.04	<0.001	-	-
Patient delay > 4 weeks	0.11	0.02	<0.001	1.20	30%
Divorced of BC	0.03	0.01	<0.001	1.12	12%
First diagnosis in public versus private facility	0.06	0.02	0.014	1.15	15%
Age > 60 years	-0.06	0.02	0.015	0.87	-12%
Believe in medical system and efforts of therapy	0.12	0.02	0.004	1.06	4%

Model variables	Unstandardized coefficients		Sig.	Transformed β coefficients	
	B	Standard error		100%	Average % change in TDT with 1 unit change in predictor
Constant	1.03	0.02	<0.001	-	-
Divorced of BC	0.10	0.01	<0.001	1.25	23%
Self-examination habits	-0.03	0.01	0.012	0.80	-17%
First examination by general practitioner vs. other MD	0.14	0.02	0.002	1.27	37%
Support from family and friends	-0.03	0.01	0.006	0.80	-17%
Participation in mammography	-0.12	0.02	0.016	0.78	-24%
Breast lump as the first sign vs. other symptoms	-0.06	0.02	0.007	0.88	-12%

Türkiye’de yaptığımız bir başka araştırmada meme kanseri hastalarının teşhis için geç kalma gerekçelerinin sistemden mi, kendisinden mi kaynaklandığını ya da total gecikme zamanı dediğimiz şeyden bir bütün olarak ne kadar gecikmiş onu ortaya koyan çok merkezli bir çalışma gerçekleştirdik. Çıktılarla ilgili söyleyeceklerim bunlar.

PANEL IV: GÜNÜN ÖZETİ PANELİ

Moderatör: Doç. Dr. Atakan Sezer

Panelistler: Prof. Dr. Çağlar Çuhadaroğlu, Dr. Tuncay Palteki, Prof. Dr. Elif Dikmetaş Yardan, Demet Gökmen Kavak

Biz ne kadar PET çektiriyoruz ve bu ne kadar maliyete etkin? Maliyetler çok farklı, ABD’de tüm PET çektirmek 8.500 /9 bin dolarken burada bu 700 dolar. Cost effectivity için bakarken Amerika’da bunu erken evre meme kanserinde yapmıyorlar fakat biz tüm onkolog arkadaşlarımız bir araya gelip bir kerede hastanın gidiş gelişini hesaplıyor PET çektirip. Onun için biz başkasının cetveliyle kendimizi ölçerken de maalesef kendi kılavuzlarımızı, maliyetlerimizi ve cost effective-lerimize bakmalıyız.

Moderatör: Doç. Dr. Atakan Sezer

Sağlıkta kalite ve standardizasyonlar birçok alandan sonra yakalandı. Sağlıkta kalite denince ne anlaşılmalı? Hastaları konforlu odalarda yatırmak mıdır sadece?

Demet GÖKMEN KAVAK:

Türkiye’nin dört bir tarafına dağılmış kalite gönüllüleri olarak bardağın içindeki su olduğumuzu söyleyebilirim. Ne kadar az olursak olalım su hayat, su yaşam kaynağı o yüzden biz Sağlık hizmetlerini iyileştirmek adına bu sistem içerisinde önemli bir parametreysek gücümüzün farkında olmalı ve bu farkındalıkla aslında her türlü çalışmayla yolumuza devam etmeliyiz. Kalite hayatın kendisi, hayatın her yerinde var, kaliteli yaşamak ve kaliteli beslenmek istiyoruz. Özellikle sağlık alanında birçok kalite var var; bakım kalitesi, hizmet kalitesi, teknik kalite vs. Sağlık çalışanlarının belirli kurallara uygun hareket ederek hastaların beklentilerini karşılayabilmesidir kalite. Belirli kurallara uygun olarak hareket etmek ve standartlara uygunluk. Peki, standart ne?

Aslında standartlar bir hizmetin nasıl verilebileceğiyle ilgili bize evrensel bir yol haritası çizen kurallar bütünlüğü. Böyle bakıldığında aslında standardizasyon pek çok noktada işimizi kolaylaştıran bir şey. Sağlık hizmetlerinin karmaşıklığından kaynaklı çok kompleks bir yapı var, alanında uzman bir çok çalışan var ve böyle karmaşık bir ortamda aslında zor gibi görünüyor standardizasyonu sağlamak.

Dr. Tuncay PALTEKİ:

2’ye ayırmak gerek kalite standardizasyonunu; hizmet ve klinik kalite standartları
1-Hizmet kalitesi, bunu oluşturmak da çok zor değil. Sadece bizim değil başka sektörlerin de bu konuda çok uzun süreli deneyimleri var, 1950’lerde başlayan bir kalite serüveni var ve bu serüvende biz 1980’lerde biz sağlıkta kalite serüvenine geçtik. Bence çok ciddi bir deneyim olmuştur kalite alanında. Hizmetle ilgili kaliteler, örneğin hasta düşmelerinin önlenmesiyle ilgili standartlar, bunu oluşturup uzun yıllar aynı standartlarla devam edebilirsiniz.
2-Fakat klinik kalitesi anlamında işin dinamik ve zaman içindeki değişimi bu standartların oluşmasında çok ciddi zorluklar getiriyor. Buradaki zorluklar nelerdir?

Mesela klinik kaliteyle ilgili ifade edeyim, diyabetle ilgili takip kriterlerimiz var bizim hemoglobinin A ve C var. Bunun sıklığını bilip her zaman için pekiştirebilir hatta yeni bir teknoloji gelip bunu farklı bir alana taşıyabilir. Dolayısıyla bu anlamda aslında biz standartları bulduğumuz çağda vurgulamamız gerekiyor. Sürekli olarak aslında revizyonu da şart, klinik anlamda söylüyorum.

Moderatör: Doç. Dr. Atakan Sezer

Çağatay hocam size bir şey sormak istiyorum, şimdi bu sağlıkta kaliteden bahsederken bir çok

komponentinin olduğu, siz de hem bir hakim hem de bir yönetici olarak sormak istiyorum acaba bu kaliteyi oluştururken komponentlerde hekimler var, yöneticiler var, sağlık çalışanları ve hastalar var; bunun haricinde bir üst basamakta yasa koyucular var acaba bu standartları oluştururken ve bu kalite çıktısını elde ederken birbirimizle itişiyor muyuz, yer/alan kavgası mı oluşuyor?

Prof. Dr. Çağlar ÇUHADAROĞLU:

İtişme değil, burada kimse birbirine müdahale etmiyor aksine herkes sorumluluk alanını daraltıp az iş yapma derdinde. Benim hastanemde kapıda hastadan arabasının alınmasından tekrar verilmesine kadar yapılan tüm işlemler kalite içerisinde yer alıyor. Bence biz kültür olarak hiç kaliteye odaklanmıyoruz, sürekli kendi alanımızı daraltma peşindeyiz. Ben 1991’de İstanbul Tıp Fakültesine başladım ve 2008 yılına kadar da oradaydım, kaliteyle ilgili hiçbir şey görmedim. Sağlık Meslek Yüksekokullarında, Hemşirelik Yüksek Okullarında bu eğitim başından beri verildi. Buranın zayıf halkası hekimlerdir, egosu ve üslubuyla. Bir sürü egosu yüksek adamı yönetmeye çalışıyoruz, adamın cirosu iyiye standardı düşürebilir ama standart 1 numaradır benim için. Bir sürü parametreyle bunu yönetmeye çalışırsınız. Bizim standartlarda itişme değil, üstüne almama durumu vardır diye düşünüyorum.

Moderatör: Doç. Dr. Atakan Sezer

Kalitede zayıf halka kimdir sorusunu Elif Hanım’a yöneltmek istiyorum, bu işi aslında kim üstlenmelidir? Klinik bir örnek vereyim, ameliyata girmeden önce cerrahların ne kadar ellerini yıkadığıyla ilgili bir çalışma yaptık. Literatürde tüm bunlara bir cerrahın dikkat etmesi gerekirken aslında tüm bunlar hemşirelik hizmetlerinden çıkmış. Sistematik çalışanların aslında kim olduğunu görüyoruz.

Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN:

Zayıf halkanın hekimler olduğu bakış açısıyla değil geniş düşündüğümüzde sağlık hizmetlerinde kaliteyi tüm meslek gruplarının çalışmalarıyla sağlıyoruz bu nedenle sağlık hizmetlerinde zayıf halkalığın belli bir meslek grubuna adanmasından ziyade bunun bir kültür olarak kurumda benimsenmesi gerekiyor. Hasta olarak hastaneye başvurduğumda hemşireden kaynaklı ya da başka bir meslek grubundan biz zayıflık karşımıza çıkabilir. Durumu kabullenip de en iyi savunan, yürüten, koordine eden rolü üstlenen grup da olabilir hekimler hatta bence bir çok meslek grubundan daha titiz çalışıyorlar. Yani hasta güvenliğine inanıyorlar. Rolü bence üst yönetim bir kültür olarak yerleştirmeli bunu. Bir kültürü yerleştirmek çok kolay değil eğer biz tüm çalışanlara bu kültürü yerleştireceksek bir ödülümüz de olmalı. Ya da yaptırımlarla ilgili eğitimler verilmeli, bu bir kişisel performansa dayalı yöntem değil. Tüm sağlık personelleri ve idarecilere bu kültür yerleştirilmeli.

Moderatör: Doç. Dr. Atakan Sezer

Bir kültür yerleştirmeye çalışıyoruz, bunu sonuçlarını da almamız lazım ve process edilmesi lazım. Kamudaki ya da özeldeki bakış açılarını öğrenmek istiyoruz. Performans sisteminin üzerinden ilerliyor şu anda ülkemizdeki birçok şey fakat ben kendi branşında da ne kadar işlem yapıldığı ve çıktıları, bunların ne kadar hedefe yönelik yapıldığı basında ne kadar açıklanıyor? ABD’de bunu yapıldığını biliyoruz, hastanelerin başarı oranları açıklanıyor. Biz bunu yapabilir miyiz? Bu bir benchmarking sağlayacaktır, kendimiz için de bir oto kontrol sağlayacaktır. Böyle bir sistem var mı ya da öngörülüyor mu? Ben bütün panele sormak istiyorum bu soruyu.

Demet GÖKMEN KAVAK:

Sağlık Bakanlığı tarafından bakıldığında klinik çıktıların ölçülmesi konusu aslında kalite ve

akreditasyon içerisinde bir şekilde dahil edilmeye çalışılıyor. Standartlar içerisinde klinik çıktıların ölçülmesine yönelik olarak bir takım indikatörler belirlenip bunlara standartlar içerisinde yer verilmiş durumda. Hem kalite hem de akreditasyona yönelik değerlendirmelerde bu indikatörlerin kurumlarda ne kadar takip edildiği ve sonuçlarının ne kadar izlendiği, başarı oranlarının neler olduğuyla ilgili yerinde değerlendirmeler sırasında bu indikatörlerle ilgili yapılan çalışmalar değerlendiriliyor. Fakat henüz, İngiltere’de de sizin verdiğiniz gibi bir örnek dijital bir sistem ulusal sağlık otoriteleri tarafından kurulmuş ve takip edilen bir sistem o sistemin 1.basamaktan 3.basamağa kadar tüm süreçlerdeki her türlü klinik çıktıya ilişkin veriler kaydediliyor ve o çıktılar aslında ulusal otoriteler tarafından izleniyor. Türkiye’de bunun gibi bir sistem henüz kurulmamış olmakla beraber bir takım çalışmalar var. Örneğin Sağlık Bakanlığı’nın Kalite Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan bir sistemi var. Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi (SİYÖS) adı verilen bir sistem kurulmuştu. Bu sistem tam da klinik çıktıların bir ulusal otorite tarafından takip edilmesini hedefleyen bir bakış açısıyla hazırlanmıştı. Sanıyorum henüz istenilen düzeyde çıktı takibi yapılmıyor olmakla beraber bir farkındalık var, bu sürecin takip edilmesi, ulusal otorite tarafından iyileştirici faaliyetlerin başlatılması gerektiğinin bilincindeyiz. Akreditasyon kapsamında da klinik göstergeler denetleniyor. Akreditasyon sürecine girmiş olan kurumlar göstergelerle topladıkları verileri, başarılarını ilgili oranlarını bizim TUSKANET isimli bir akreditasyon yazılımımız var. Bu sistemle ilgili gösterge.net isimli bir takip sistemimiz var oraya verilerini gönderiyorlar ve bundan sonraki süreçle ilgili biz ve hastaneler aktif olarak bu klinik çıktıların neler yaptığını takip ediyor olacağız.

Dr. Tuncay PALTEKİ:

Klinik göstergeler, bir takım enfeksiyonla ilgili tespit ettiğimiz bulgular vs. Sağlık Bakanlığı kendi içinde çok ciddi veri toplamaya çalışıyor. Örneğin uygunsuz antibiyotik kullanımı, bunu hastanede enfeksiyon komitesi paylaşıyor ya da yoğun bakım enfeksiyon oranları vs. tüm özel ve devlet hastaneleri olarak Türkiye’de böyle bir şeye açık mıyız? Tereddütteyim. Açıkçası ABD’den farklı olarak bizde genel sağlık sigortası var. Şimdi siz enfeksiyon oranı en az olan hastaneye gitmek istemez misiniz?

Sonrasında ise bu hastane ciddi bir hasta akınına uğrayacak ve bir anda enfeksiyon oranı düşecek. İndikatörlere de çok fazla güvenmeyin. En önemli sorunlardan bir tanesi bu.

Moderatör: Doç. Dr. Atakan Sezer

Enfeksiyon oranı %5’in üzerinde olan bir yerde bunun bilinmesi ya da enfeksiyon oranı %10’un üzerindeyse SGK size ödemeyecektir şeklinde bir yaptırım yapılabilir.

Dr. Tuncay PALTEKİ:

Ben açıklanmasın demiyorum bu oranlar ama açıklandığında daha fazla problem çıkıyor, tabii ki Sağlık Bakanlığı bunları görüyor. Burada düzeltici, önleyici işlemlere ağırlık verilmesi veya hakikaten ki yapıyoruz da zaten yoğun bakımda birden enfeksiyon oranı patlıyor ve biz yoğun bakımımızı kapatıyoruz. Enfeksiyon komitei bunu yapıyor, cerrahi alanda da bu yapılabilir. Bu önce halkla paylaşılmalı mı, farklı bir soru. İndikatörlere gelince, amaca uygun bir indikatör mü? Bu çok önemli, doğru sinyal verecek mi bize. Örneğin host ve portalite oranları, hangi tür hasta geliyor? Ağır ve ameliyatların çok yapıldığı bir hastaneye diğerinin host ve mortalite oranı tabii ki farklı olacaktır. Dolayısıyla bu indikatörler manipüle de edilebiliyor, ağır hastayı almıyor bazı hastaneler yani bizim bu indikatörlere güvenmemiz çok doğru değil. Çoklu indikatör kullanmak lazım, tek bir indikatöre güvenmemek lazım. İndikatörler her şey değil onu demek istiyorum, alt indikatörlere de bakmak lazım.

Prof. Dr. Çağlar ÇUHADAROĞLU:

Kalite ölçmektir aslında, şimdi bunu bizim yönetici ve yöneticinin ötesinde akademisyen olarak değerlendirmedeki parametremiz çok fazla, adamın tansiyonunu ölçtük ve tansiyonu bir kere yüksek çıktı diye nasıl fiber düzenlemeyip başka parametrelere bakıyorsak tansiyon/yüksek tansiyon tanısı koyduğumuzda kullanacağımız ilaç için en az 5/6 şeyi değerlendiriyorsak burada da bunu yorumlamayı bilen grupların olup bunların yorumlarının yapılanması vs. gerekir yoksa hakikaten biz garip bir ülkeyiz ve bunu tamamen saçma sapan bir yere getirebiliriz. İşte sağlık çalışanına şiddet vb. şeylerden çıkıyor aslında. Bazı şeyleri ölçmek istedik, kayıtları güzel olan yerlere baktık bizim iyi bir yazılımımız var. Daha çok amacımız mali kayıp olmaması, hastaların kayıtlarını yapmak. Şu anda ise tıbbi parametreleri de çekebileceğimiz bir sisteme geçtik. Böyle olunca üroloji için bir kriter belirledik, radyoloji için belirledik. Double check yapıyoruz. Her bölüm için parametreler belirleyip ilerliyoruz burada. Yaptırım uygulayabiliriz. Bir gün Acıbadem'de masamdaki kalın dosyalarda 4 hastanenin solunum fonksiyon testi isteme sayısında fark var ve bunlardan biri yanlış. Bir hastanemizde görevli sürekli solunum testi istiyor ve adamın yetiştiği klinikte böyle olduğunu biliyorum. Uyarıldı ama biz buradan bir yere gitmeyi planlıyoruz. Pnömoni hastalığının tedavisinde maliyet hesaplaması yaptık. Birim olarak baktığınızda biz bu tedavide daha ucuzuz. Özel sigortaya hizmet sağladığımız için beni denetleyen aynı zamanda ekmeğimle de oynayabilecek olduğu için, pnömonide 30 tane test isteyemiyoruz. İlaç ekonomisi dergisinde yayınlandı biz bunu kontrol edici mekanizmanın yaptırım gücüne bağladık çalışmayı, tanınmaya da başladık.

Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN:

Hastalığının derecesine göre hizmet sunucusu seçiliyor. Mortalite artık o hastane için daha fazla artabiliyor. Çünkü son dönemde ağırlaşmış bir hasta gelebiliyor. İndikatörlerin açıklanmasında da özel hastanelerle üniversite hastanesi kıyaslamasında halkın ne anlam çıkaracağı çok önemli. Anadoluya baktığımızda hastalığın ağırlaşma döneminde üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastaneleri tercih ediliyor. Mesela sevk hızı da çok önemli, baktığımızda eğer bütüncül değerlendirilecekse indikatörler de seçilirken çok dikkat edeceksek, yorumlarken bütüncül bakmalıyız. İlçe devlet hastaneleri ve eğitim araştırma hastaneleri arasında yanlış kıyaslamalar yapılabilir.

Moderatör: Doç. Dr. Atakan Sezer

Bizim hem hasta memnuniyeti hem de maliyet analizi gibi çıktılarda sistemi nasıl yapabiliriz? 2000'li yılların başlarında isteyen istediği kadar antibiyotik yazdırıp hepsini de eczaneden alabiliyordu. Aynı şekilde bugün istediğiniz kadar tomografi çekirmek isterseniz kurumunuz ödüyor. Sistemin bizi bir şekilde kısıtlaması lazım. Sistemsel olarak bize onay gelmeyecek bir yapılanmanın olması gerekiyor hasta bazlı. Zorlamalar olmalı bunu da belki bazı imitasyonlarla yapabiliriz. Çalışanlar açısından, hekimler açısından bu çıktıları ne kadar değerlendiriyoruz?

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Parametreler şeffaf olarak ölçülmeli ve raporlanmalı, hedef bu olmalı. Raporlama da kurumlar içinde entegre olmalı. Kalitedeki veriler değer olarak geri dönüp bu kulvarda faydalı olmalı. Hasta güvenliği bazlı sürdürülebilirlik için SGK kongre yaptı. Hizmet bazlı ödemeden çıkılacak. Kanserde PET isteme için bakarsak, sağlıkta test isteme küresel. Biz nasıl daha ucuza çekiyoruz? Doktora daha az ödüyoruz. KPI aslında tıbbi çıktı, indikatörlerle çok ilgili değil. Her şeye uygulanabilir. Terimler önemli, çıktılar kalite çerçevesinden çıkararak açıklanmalı. Sisteminizi bir standart veya birbirleriyle iletişebilir bir platforma getirmeden zaten bunu yayınlamayabilirsiniz. Herkesin aynı platformda olması lazım. Türkiye'de henüz elektronik bir sağlık sistemi yok doğru

düzgün. Bizim sistemlerimiz burada hasta kayıt, lojistik ve raporlama sistemleri, faturalama sistemleri. Tıbbi çıktıları değerlendirme sistemimiz yok. Hastaya göre tıbbi çıktıları ölçmeliyiz. Dünyaya entegre olmamız lazım, önüne de farklı şeyler yaparak geçmeliyiz. Pilot yapmamız lazım, aynı dili konuşup aynı platformda yer almamız lazım. Uzun, kısa, orta vadede vizyonlarla yapacağız.

BASINDA USKAF III

sanalbasın | ULLUSAL YEREL GAZETELER SPOR TV İZLE RADYO DİNLE

23 Aralık 2019 | 14:57 | İZMİR İLAN | FİRMA REKLİMLERİ ÜYE GİRİŞ KURUVE HAKKINDA MOBİL SİTE ARGIYI İZLETİM

Facebook | Twitter | Instagram

Gölcük Postası | **RADYO ÇAĞDAŞ** 89,5

Güncel | Asayiş | Spor | Eğitim | Siyaset | Sağlık | Yaşam | Ekonomi

11:33 | Büyükşehir Zabıtasından marketlere denetim | FOTO GALERİ | VIDEO GALERİ | Haber ara

100 YUZUMUZDE neseVAR | 23 100. YIL KUTLU OLSUN TAHİR BÜYÜKAKIN KOCAELİ BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ BAŞKANI | #EvdeBirBayramHavası

Koronavirüsten can kaybı 2.600'e yükseldi | Değirmendere'de bağ yangını | 18 yıl önce işlenen cinayet ortaya çıktı | 'Ramazan ayına ulaşmanın manevi huzuru içindeyiz'

Güncel

Ulusal Sağlıkta Kalite Formu'nun 3.'sü yapıldı

İki Kocaeli Üniversitesi ev sahipliğinde gerçekleştirilen Ulusal Sağlıkta Kalite Formu'nun (USKAF) üçüncüsü gerçekleştirildi

4 Aralık 2017 Saat: 17:19

Anket: Gölcük'te olmasını istediğiniz sosyal etkinlikler nelerdir?

sanalbasın | ULLUSAL YEREL GAZETELER

Güncel | Asayiş | Spor | Eğitim | Siyaset | Sağlık | Yaşam | Eko

Güncel

Ulusal Sağlıkta Kalite Formu'nun 3.'sü yapıldı

İki Kocaeli Üniversitesi ev sahipliğinde gerçekleştirilen Ulusal Sağlıkta Kalite Formu'nun (USKAF) üçüncüsü gerçekleştirildi

4 Aralık 2017 Saat: 17:19

YORUM YAP | Yazdır | Tavsiye Et

f | | | |



Kocaeli Üniversitesi, Sağlıkta Kalite için İnovasyon Derneği (SAKİD) ve SENATURK öncülüğünde Sağlık Bilimleri Üniversitesi ev sahipliğinde gerçekleştirilen USKAF III'ün ana temasını "Sağlıkta Kalite Uygulamaları ve Mentorluk" oluşturdu. Açılış konuşmalarında Kocaeli Üniversitesi Rektör Yardımcısı Prof. Dr. Erçüment Çiftçi, "30 yıl önce hastanın sağlığa ulaşması, hastaneye yatabilmesi ciddi bir aşama gerektiriyordu. Fakat günümüzde hem teknoloji hem de sağlık alanında yaşanan dönüşümle hasta telefonla randevu alıp ameliyatını bir günde olarak evine gidebiliyor. Her geçen gün sağlıkta daha ileriye gidiyoruz ama bu ilerlemeyi daha da arttırmalıyız. Bu kapsamda yapmış olduğumuz bu forumlar sağlıkta kaliteyi artırma konusunda önemli yer alıyor" dedi. Prof. Dr. Erçüment Çiftçi, sağlıkta kalite konusunda 2018 yılında İstanbul'da bir kongre yapmayı hedeflediklerini de aktardı.

Güvenli değil | zeynepkamildch.saglik.gov.tr/TR,58135/hastanemiz-iyi-klinik-uygulamaları-uskaf-3-te-bu-yuk-ile-ayrildi-karsilandi.html

Online İşlemler | Site Haritası | İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü

Kurumsal | Yönetim | Bölüm ve Birimleriniz | Hakkımızda | Öncelikli Hizmetler | Hasta ve Ziyaretçi Rehberi | Online İşlemler | İletişim

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İSTANBUL ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

15/02/2019 | Ana Sayfa

Hastanemiz İyi Klinik Uygulamaları USKAF 3'te Büyük İlgiliye Karşılandı.

Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi "Ulusal Sağlıkta Kalite Formu 3" e katıldı. Hasta görüşmelerini ve memnuniyetlerini, İyi Klinik uygulamaların konuşulduğu platformda Zeynep Kamil Hastanesi İyi Klinik uygulamaları ile karşılandı.

Yönetim | Cerrahi Birimler | Dahili Birimler | Bize Ulaşın

Yeni Koronavirüs Hastalığı Hakkında Ayrıntılı Bilgi Almak İçin | saglik.gov.tr

18:50 | 25.04.2020

USKAF III FOTOĞRAFLAR





