

Hasta güvenliği: Bir paradigma değişimi

Prof. Dr. Metin Çakmakçı



İstanbul Erkek Lisesi'nin ardından Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu (1981). Aynı yerde genel cerrahi uzmanlığının ardından 1989'da doçent, 1996'da profesör oldu. Marmara Üniversitesi'nde "Sağlık Kurumları Yöneticiliği" yüksek lisans programını bitirdi (2004). İsviçre, ABD, Kanada gibi ülkelerde değişik departmanlarda çalışmalarda bulundu. Yurt içinde ve dışında pek çok bilimsel organizasyon, dernek ve dergi yayın kurulu üyeliği bulunan Dr. Çakmakçı, uzun yıllar Surgical Infection Society - Europe'un yönetim kurulu üyeliğini ve son olarak da başkanlığını yürüttü. Kuruluşunda rol aldığı Etik ve İtibar Derneği (TEİD)'nin ilk yönetim kurulu başkanı olarak seçilmiş, kural gereği 2013 yılında başkan yardımcısı ve yönetim kurulu üyesi görevine geçmiştir. Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği'nin (SKİD) kurucu üyesi, Cerrahi Enfeksiyon Derneği'nin de kurucu başkanıdır. Cerrahi dışındaki ana ilgi konuları tıp eğitimi, sağlık politikaları, sağlık yönetimi, iş ahlakı ve tıbbi etik, hasta güvenliği ve sağlıkta kalitedir.

Tıpta bazı şeyler asla olmamalıdır; ama vardır: Ameliyatta hasta içerisinde bir cerrahi aletin "unutulması", hastanede tedavi görürken bir hastanın "dikkatsizlik sonucu" düşmesi ve yaralanması, anne olmayı bekleyen bir kadının rahmine "yanlışlıkla" başka bir

spermle döllenmiş yumurta yerleştirilmesi, ilaçların "karışması" ve yanlış bir hastaya verilmesi, düzenli kontrolü ve bakımı "atıldığı için" alettaki kısa devre sonucunda hastanın elektrik şok sonucu yanması, isimleri benzediği ve kurallı kimlik kontrolü ve kayıt işlemleri "özenle yapılmadığı için" iki hastanın ameliyathanede karışıp ikisine

de yanlış ameliyat yapılması, hastalıklı sağ böbrek yerine "dalgalıklıkla" sağlam sol böbreğin çıkarılması... Canınızı sıkmak istediğiniz oranda bu listedeyi uzatabilirsiniz. Gerçeklerle dolu bu liste çok genişleyebilir ve her bir madde ile ilgili onlarca örnek ortaya çıkabilir. Hastanın güvenliği deyin- ce aklınıza bunlar gelsin.







Bir işletmenin kalitesini sağlayan oranın kurumsal kültürüdür. Çünkü kültür, o kurumdaki temel davranışları, iş yapma biçimini belirler. Klinik mükemmeliyet mutlaka olacak, hasta güvenliği en önemli öncelik olacak, ekip çalışması içselleştirilmiş olacak, bütün profesyoneller olumlu bir tutum içerisinde olacak, iletişim açık ve mükemmel olacak, hastanenin teknik altyapısı eksiksiz olacak ve bütün bunlar etkin bir biçimde yönetilecek.

Sorunun boyutu çok büyük

İlginç olan, tarih boyunca bu böyle olagelmiş, belki de "normal" kabul edilmiştir. Institute of Medicine'nin Kasım 1999'da "To Err Is Human" raporunu yayımlamasına ve bu raporun dünyayı altüst etmesine kadar. Bu raporda, Amerika'da yılda 44.000-98.000 kişinin tıbbi hatalara bağlı öldüğü ve bu sayının meme kanserine ya da motorlu taşıt kazalarına bağlı ölümlerden daha yüksek olduğu araştırma verilerine dayandırılmış olarak belirtiliyordu. Önlenabilir tıbbi hataların neden olduğu sakatlık ve ölümlerin ek sağlık hizmeti sunulması, gelir kaybı ve diğer nedenlerle Amerika'ya yılda 17-29 milyar Dolar'a mal olduğu yazılıydı. Tıbbi hataların toplam maliyetinin 37,6 milyar ile 50 milyar Dolar arasında olabileceği tahmin edilmekteydi. Bir çalışmada hekimlerin %35'inin kendilerine veya yakınlarına uygulanan tedavide tıbbi hata yapıldığını, hekim dışındaki kişilerin ise %42'sinin kendilerine veya yakınlarına uygulanan tedavide tıbbi hata yapıldığını düşündükleri belirtmekteydi.

Bu ve benzeri çok sayıdaki veri; sağlıkçıları, hastalar, hasta yakınları ve basın oluşturduğu kamunun, yöneticilerin ve politikacıların dikkatinden kaçamayacak kadar önemli ve büyüktü. İngiltere'de hastaneye yatanların %10'undan fazlasında ya da yılda yaklaşık 850.000 istenmeyen olay görüldüğü, Avustralya'da hastaneye yatan hastalar arasında istenmeyen olay hızının %16,6 olduğu ortaya çıktı. Bu ve benzeri gelişmeler 2000 yılından sonra

ABD, İngiltere, Avustralya ve ardından tüm Batı dünyasının ortak önderliği ile sağlıkta "Hasta Güvenliği Dönemi"ni başlatmış oldu.

Herkes farkında mı?

Hata oranları ile ilgili ülkemize ait sağlıklı bir veri olmasa da bizim yaptığımız ve Türkiye'nin 12 değişik bölgesinden toplam 6.354 gönüllünün katıldığı bir araştırmaya göre, ankete katılan kişilerin %10'u kendilerine veya yakınlarına aldıkları sağlık hizmeti sırasında bir tıbbi uygulama hatası yapıldığına inandıklarını ifade etmişlerdir. Tıbbi uygulama hatası yapıldığına inanların %93'ü yapılmış olan bir hatanın hasta veya yakınına bildirilmesi gerektiğine inanmakla birlikte, ancak sadece %17'si yapıldığını sandıkları tıbbi uygulama hatası ile ilgili kendilerine bilgi verildiğini bildirmiştir. Tıbbi bir hata olduğunu düşünenler arasında, bu sürecin sonucunda %25,8'inde kalıcı bir tıbbi sorun ortaya çıkmış, %13,9'unda yakını hayatını kaybetmiştir.

Sağlık sisteminin iyi olduğuna inanılan ülkelerde yapılmış olan başka bir çalışmada tıbbi bir hata yapıldığına inananların oranı %22 ile %34 arasında değişmektedir. Bu çalışmada ilgili ülkelerde yaşayan insanların hata yapıldığını düşünme oranları Amerika Birleşik Devletleri'nde %34, Kanada'da %30, Avustralya'da %27, Yeni Zelanda'da %25, Almanya'da %23 ve İngiltere'de %22 bulunmuştur (C Schoen, Health

Affairs 2005). Bizim toplumumuzda tıbbi uygulama hatası yapıma algılamasının %10 çıkmış olması, diğer ülkelerde elde edilen oranların önemli ölçüde altındadır. Nedenleri ile ilgili derinlemesine bir araştırma yapılmamış olmasına rağmen, sağlık okuryazarlığının düşüklüğü, hekimin toplumdaki yeri, kadere inanma gibi konuların sonucu etkilediği öne sürülebilir.

Diğer taraftan 462 gönüllü sağlık çalışanına (256'sı hekim, 178'i hemşire ve 28'i yönetici) yaptığımız bir ankette bu grupta -toplumdan belirgin bir şekilde farklı olmak üzere- %69'u kendisinin veya bir yakınının tıbbi uygulama hatası ile karşılaştığını ifade etmiştir. Bu hataların %37'si önemli, %33'ü minör olarak değerlendirilmiştir. Sağlık çalışanlarının %57'si "meslek yaşantınız süresince hiç hata yaptınız mı?" sorusuna "Evet" cevabını vermiştir. Bunu hasta ve hasta yakınına açıklayanların oranı %25 iken, tıbbi uygulama hatalarının hasta ve hasta yakınına açıklanmasını doğru bulan oranı %72 bulunmuştur. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %34'ü önlenebilir tıbbi uygulama hatasının çok sık ve %48'i orta sıklıkta olduğuna inanmaktadırlar.

Konunun öncülerinden olan Donald Berwick'in bir yazısında belirttiği gibi, sorun ilk bakışta sanılandan daha ciddi: "*Institute of Medicine'nin raporu dikkate alınır, Amerika Birleşik Devletleri hastanelerinde her gün en az 100 hasta, tıbbi hatalar nedeni ile ölmektedir*". Bu nedenle Batı'da tıbbi hatalar ve hasta güvenliği konusu en önemli sağlık sorunlarından birisi, belki de en önemlisi olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde de hasta güvenliği ve tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgilendirme, bilinçlendirme, çalışma ve uygulamaların en üst düzeye çıkarılması şarttır.

Tanım olarak "Hasta Güvenliği", sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu yaralanma ve ölümlerin ortadan kaldırılması için tüm sistemin yeniden tasarlanmasıdır. Hatalar;

- Tanı aşamasında (yanlış tanı veya tanı koymakta gecikme, uygun ve gerekli tetkiklerin yapılmaması, güncel olmayan yöntemlerin kullanılması ya da tetkik sonuçlarına uygun önlemlerin alınmaması gibi),
- Tedavi aşamasında (cerrahi bir girişim, işlem veya tedavinin yanlış yapılması, ilaç doz veya verilmiş şekilde hata yapılması, tedavinin uygulanmasında gecikme ya da uygun olmayan tedavinin planlanması gibi) ya da
- Diğer basamaklarda (koruyucu tedaviyi uygulamada hata, tedaviden sonra yetersiz takip, kullanılan aletlerde yetersizlik/eksiklik gibi), yani tıbbi uygulamaların

tüm spektrumunda görülebilir. Ama en sık ve genellikle en ağır sonuçlu hatalar ile tedavi sürecinde karşılaşırlar.

Sorun yanlış tasarlanmış süreç ve sistemlerde

Bu hataların altta yatan esas nedenleri irdelendiğinde, eğitim ve oryantasyon eksiklikleri, iletişim yetersizlikleri, yorgunluk, güç ve kontrol çatışmaları gibi faktörler ortaya çıksa da bunların kök nedenleri olarak çalışan insanların bireysel hataları değil, esas olarak sistem tasarımındaki eksiklikler gösterilmektedir.

Konu ile ilgili bilgilerin gittikçe daha çok ortaya çıkmasından sonra hataların önlenmesi ve verilen sağlık hizmetinin niteliğinin artırılması konusunda çok çaba harcandı. Bunların içerisinde en önemli nokta, kültürel bir değişimin yaşanması gerekliliğidir. "Suçlama ve cezalandırma kültürü"nü yerini "anlayışla kabullenme ve düzeltme kültürü" yer almalıdır. Artık hatalar daha çok konuşulmakta, kabullenilmekte, açıklanmakta ve özür dilenmektedir.

Teknik olarak eğitim ve bilgilendirmenin yanı sıra kurumların, ardından bölgelerin ve ulusal sağlık sistemlerinin hasta güvenliği yapıları kurmaları gerekmektedir. Hata ve riskli olaylarla ilgili gözlemler cezasız bir ortamda paylaşılmalı, analiz edilmeli ve ilgili süreçler iyileştirilmelidir. Bunun için klinik uygulama rehberleri, kritik yol haritaları, klinik karar verme destek sistemleri, bunun için klinik uygulama rehberleri, kritik yol haritaları, klinik karar verme destek sistemleri gerekmektedir, davranış değişikliğini sağlayacak eğitim programları ve mutlaka yasal önlemler, akreditasyon ve hizmet alıcıların hem mali destekleri hem de kısıtlamaları gerekmektedir.

21.yüzyıl için sağlık sisteminde iyileştirilmesi gereken konuları sıralanırken, sağlık sistemlerinin şu şekilde olması gerekmektedir:

- Güvenli:** Hastalara yardım ederken zarar vermemesi,
- Etkili:** Bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu ile sağlık hizmetinin eksik ya da gereksiz kullanımının önlenmesi,
- Hasta odaklı:** Hastanın ihtiyaç, değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda davranılması ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilmesi,
- Zamanında:** Gerek olduğunda hizmete ulaşılabilemesi ve bekleme sürelerinin sağlığa zarar vermesinin önlenmesi,
- Verimli:** Hem malzeme, hem de insan gücü israfının önlenmesi ve maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunulması,
- Eşit ve hakkaniyetli:** Hizmet kalitesinin

ırk, cinsiyet, renk, coğrafya ve sosyoekonomik farklılıklara bakılmaksızın eşit olması gerektiğini bildirmiştir. Bunlar herkes ve her ülke için doğru ilkelerdir. Bunların içerisinde en önemlisi, hizmetin güvenli olması, iyilik yapmak isterken zarar vermemesidir.

Türkiye'ye gelince, ülkemizde tıbbi hataların yoğunluğu ve ciddiyeti konusunda ancak birtakım varsayımlar yapabiliriz. Hastaneye yatışlarda tıbbi hatalardan dolayı ölüm oranları değişik Batıdaki kaynaklara ve araştırmalarına göre % 0,2 ile % 0,5 arasında olduğu hesap edilmektedir. Bu oran %1'e kadar çıkabilmektedir. Sağlık Bakanlığı hastanelerine 6,2 milyon, üniversite hastanelerine 1,4 milyon, özel hastanelere 2,3 milyon olmak üzere Türkiye'de toplam 9,9 milyon hastanın bir yılda hastaneye yatmış olduğunu düşünür ve bunu Batı rakamlarındaki en düşük hastane ölüm riski olan 0,002 ile çarparsak yılda **18.950** kişinin hastalıklarından dolayı değil, sistem sorunları nedeniyle hastanelerde ölmüş olabileceğini varsayabiliriz. 0,005 çarpanını kullanırsak **49.500**, %1 çarpanını kullanırsak **99.000** ölüm sayısına ulaşırız... Amerika'daki toplam tıbbi hataya bağlı ölüm sayısını nüfusumuz ile orantılırsak aynı tıbbi hizmet, aynı risk ve oranlar varsayımıyla Türkiye'de yılda **10.280-22.900** ölüm olabileceği sonucuna varabiliriz. Rakamlar doğal olarak kesin ve pek tutarlı değil; 10.280 ile 99.000 ölüm arasında çok fark var. Ama şu kesin ki, hepsi çok yüksek!

Sağlıkta kalite

Böyle bakınca "sağlıkta kalite" aklı gelince doğal olarak önce hasta güvenliğinin konuşulması gereği çok açık. Şimdi bir de hasta cephesinden bakalım: Diyelim ki; en çok sevdiğiniz insanın önemli bir tıbbi sorunu var. Acil bir durum gibi gözükmediği için de birkaç gün sorup soruşturacak, araştırarak zamanınız da var. Doğal olarak "en iyi, en kaliteli" sağlık kurumuna götürmek istiyorsunuz. Çevrenizdeki herkesin bir fikri, bir önerisi var. Ama "Neden?" diye sorduğunuzda bir izlenim, deneyim ya da hikâyeden fazla, anlamlı bir yanıt alamıyorsunuz. Önerisi olanların verisi yok. Bu hizmeti sağlayacak olan hastanelerin de kalite arayışında çok somut bir amaçları var: Onlar da çok kaliteli olmak istiyorlar. Onlar da kaliteyi iyileştirmek için bir formül arıyorlar. Araç ve yöntem çok gibi gözüküyorsa da bunlar tek başına istenilen kaliteyi nedense sağlayamıyor. Hasta (ve) yakınının ne arzu ettiği çok açık: Sevdiği insana doğru tanı konması, doğru tedavi seçeneğinin önerilmesi, bunun hatasız, hızlı, uygar ve insanca bir ortamda gerçekleştirilmesi, bilginin anlaşılır bir şekilde paylaşılması, kaygıların giderilmesi, gerek duyulduğu

zaman sağlık kurumuna ve açıklayıcı, yol gösterici ek önerilere ve verilere kolayca ulaşılabilmesi ve bütün bunların ücretsiz ya da kabul edilebilir bir maliyetle gerçekleştirilmesi. Görüldüğü gibi çok basit; hiç değilse kuramsal olarak. Üstelik iki taraf da -parasal tarafı bir kenara bırakırsak- aynı şeyi istiyor.

Nedir bu herkesin istediği, ama ulaşamadığı?

Sağlıkta kalite akademik anlamda, “*hasta ve yakınlarının kaygılarına yanıt veren insanca yaklaşım içerisinde, hastanın tam ya da anlamlı derecede iyileşmesini, yakınmanın giderilmesi ve hedeflenen tıbbi sonuçların elde edilmesini ve bunları harcanan paranın gerçek karşılığını elde ederek sağlayan gerekli tıbbi ve yönetsel süreçler*” olarak tanımlanabilir.

Sağlıkta kalitenin dikkate alınması gereken üç boyutu vardır: İki, hedeflenen tıbbi sonuçların elde edilmesi: Doğru tanı, doğru tedavi, teknik mükemmellik, profesyonellerin beceri ve yetkinliği, tanı ve tedavi ekipmanının uygunluğu, prosedürlerin varlığı ve bunların uygulanması gibi. İkincisi hasta, yakınları ve toplumun deneyimi: bireysel, sübjektif izlenimler, akılda kalanlar, duygular ve insan ilişkileri boyutu, hasta gereksinmelerine ve kaygılarına odaklanma, hizmet sunumu biçimi, bilgi, iletişim ve eğitime verilen önem, fiziksel konforun niteliği, duygusal destek, korku ve kaygıların azaltılması, aile ve arkadaşların tedavi sürecine katılımına olanak sağlayabilecek unsurlarda duyarlı olunması gibi. Üçüncüsü, etkililik ve verimlilik: her türlü ekipman ve tüketim malzemesi, aynı zamanda zaman, enerji ve fikirlerin de israfının önlenmesi, nitelikli, bilimsel bilginin üzerine kurulu, yararlanabilecek herkes için ulaşılabilir, diğer taraftan, yarar görmeyecekler için olmayan hizmet sunumu, ayrıca sistemin eksik kullanımı yanında, aşırı ve gereksiz -ya da etkin olmayan- kullanımını da engelleyebilmesi.

Kalite⁽¹⁾ yapı,⁽²⁾ süreçler ve⁽³⁾ sonuçlar izlenerek analiz edilebilir, iyileştirilebilir ve ölçülebilir. Peki, hangi formülle? En büyük, en yakın, adı en çok duyulan, üniversite ya da özel hastane mi acaba sizin yakınınız için uygun, yoksa çok uzaklarda, zor randevu alınan kurum mu doğru adres? Özel hastaneler mi daha kaliteli, devletin işlettikleri mi? Küçük bir samimi ortam olsa mı daha iyi? Ya da yurtdışına mı gitmeli? Hangi hekime götürceksiniz: Televizyonda ya da gazetede geçen gün beyanat vermiş olana mı, yoksa üniversitedeki yüzü pek gülmeyen, konuşmayan ve hastanın yüzünü görmediğini söyledikleri ünlü profesör cerraha mı ya da komşunun kızını götürdükleri ve öve öve bitirmedikleri

güler yüzlü doktora mı? Ya da başka tür sorunlar için hep gittiğiniz ve sizi tanıyan bir hekime mi? Hangisi kaliteli?

Diğer taraftan, sağlık hizmeti çok kişisel ve sübjektif bir iş. Teknik verilerin ötesinde kendinizi/hastanızı emanet edecek hekimle tanışmak ve olumlu bir ilişki kurmak en önemli basamaklardan biri. Batı’da da yapılmış olan gözlem ve araştırmalar, bir hastanın gitmiş olduğu hekimi arkadaşlarına ve yakınlarına önermesi için olumlu hasta-hekim iletişiminin sağlanmış olmasının en önemli kriter olduğunu gösteriyor: Hekimin elini sıkması, göz ilişkisi kurması, “Hoş geldiniz” demesi, geldiği için hastaya teşekkür etmesi, geç kaldıysa özür dilemesi, ilgili davranması, duyguları anlayışla karşılaması, aynı zamanda hem dinleyip hem yazı yazmaması (ya da bunu yapıyorsa açıklaması) ve soruna olumlu bakması gibi küçük ayrıntılar. Bizim deneyimlerimiz de bunu doğruluyor. Pres-Ganey’in hastane içi hasta memnuniyet araştırmasına göre de “hastaneyi başkalarına önerme” sonucu ile en yüksek ilişkisi olan maddeler arasında hastanın bakımında ekibin bir bütün olarak birlikte çalışma becerisi, hastanenin genel olarak “güler yüzlülüğü”, yatış süresince kaygı ve yakınlara verilen yanıtlar, özel gereksinimlere ne kadar dikkat edildiği ve özen gösterildiği, hastanın bilgilendirilmesi ve kararlara katılması ile hemşirelerin becerileri ve yakınlıkları gelmektedir. Peki, bütün bunlar hangi kalite belgesiyle kanıtlanabilir? Hangi kalite yönetim modeli ile sağlanabilir?

Hasta güvenliğinin, dolayısıyla kalitenin formülü nedir?

Tabii ki JCI (Joint Commission International) da, EFQM (European Foundation for Quality Management) de ölçülebilir ve izlenebilir standartlar ortaya koyarak kaliteye yaklaşabilmek için hem yapılanmaya, hem süreçlere, hem de bazı sonuçlara ışık tutmaya çalışmaktadır. Bunların kendi içerisinde yetersiz ama yardımcı, mutlaka dikkate alınması gereken, birbirini besleyen ve tamamlayan birer araç, temel standartlar olduğunu unutmamak gerekir. Baldrige, Leapfrog, Picker Enstitüsü... Hepsi dikkate alınacak, hepsine bir göz atılacak ya da doğrudan kural halinde izlenecek. Ama yalnızca bir akreditasyona sahip olmanın otomatik olarak bir sağlık kurumunu kaliteli yapmaya yetmeyeceği çok açıktır. Sihirli kalite formülü bu değildir.

Bütün bu araçları da kullanarak, bir işletmenin kalitesini sağlayan oranın kurumsal kültürüdür. Çünkü kültür, o kurumdaki temel davranışları, iş yapma biçimini belirler. Klinik mükemmeliyet mutlaka olacak, hasta güvenliği en önemli öncelik olacak, ekip çalışması içselleştirilmiş

olacak, bütün profesyoneller olumlu bir tutum içerisinde olacak, iletişim açık ve mükemmel olacak, hastanenin teknik altyapısı eksiksiz olacak ve bütün bunlar etkin bir biçimde yönetilecek.

Kalite ve algı/itibar yaklaşımı ile tıbbi sonuçlar, ölüm oranları, hasta güvenliği, altyapı, kapasite verileri dışında güven duyma gibi bilgilerin dikkate alınması ile U.S. News and World Report Dergisi tarafından yıllardır hazırlanmakta olan sıralamada 2014/2015 dönemine ait “ABD’nin en iyi hastaneleri” araştırmasında yaklaşık 5000 içerisinde yalnızca 17 hastane, birden çok uzmanlık alanında olağanüstü başarı nedeniyle “*Honor Roll*” (şeref listesi) sınıfına alınmıştır. Bu hastanelerin başında Mayo Clinic (Rochester, Minnesota), Massachusetts General Hospital (Boston), Johns Hopkins Hospital (Baltimore), Cleveland Clinic (Cleveland, Ohio) ve UCLA Medical Center (Los Angeles) gelmektedir. Dikkat çeken, bu 17 en iyi hastanenin ortak özellikleri arasında hemen hepsinin başında bir hekim olmasıdır. Bir de ABD’de hastanelerin çoğunda (%95-96’sında) tepe yönetici olarak hala tıbbi bir eğitimi olmayan bir profesyonel yönetici olduğunu dikkate alıp bunları karşılaştırırsak tablo daha da ilginçleşmektedir. Bu durumun nedenlerini ve sonuçlarını iyi analiz etmek gerekir.

Hekim -gerekli yönetim becerileri eğitimi ve deneyimi olmak koşuluyla- bir sağlık kurumuna daha nitelikli liderlik yapabilmektedir. Çünkü kurumun yaptığı esas işe -yani sağlık hizmet üretimine- eğitim ve deneyimi gereği hâkimdir. Bu konuda derin ve sezgisel bilgiye sahiptir. Sorunlarıyla, çözüm yollarıyla karmaşık bu hizmetin, özellikle tıbbi kaliteyi belirleyen iç yüzüne, ilişkilere ve oyuncularına hâkimdir ve bu nedenle doğru kararları vermesi ve kurumsal stratejiyi daha iyi belirlemesi mümkündür. Ayrıca bir hekimin hem kurum içerisinde hem dışından lider olarak kabullenilmesi çok daha doğaldır. Nitekim bu verileri de dikkate alınarak yapılmış olan bir çalışma⁽¹⁾ hekim liderliğindeki Amerikan hastanelerinin kalite puanlarının hekim olmayan bir yöneticinin yönettiği hastanelere oranla belirgin olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir.

McKinsey ve London School of Economics and Political Science’in İngiltere’de yaptıkları bir araştırmada⁽²⁾ hastanelerdeki yönetim uygulamalarının daha iyi sağlık hizmeti ve hastane verimliliği ile doğrudan ilişkili olduğunu, işletme etkinliği, insan kaynakları ve performans yönetiminin hastanedeki enfeksiyon oranları, yeniden yatış oranları, hasta ve çalışan memnuniyeti ve gelir ile paralel gittiğini göstermiştir. Araştırmada bütün



Sağlık kurumları hastalar için riskli kuruluşlardır. Sağlık hizmetini sunanlar olarak bizlerin, yaptığımız işin niteliğini artırmak için yapmamız gereken daha çok iş var. Ve bu konular esas odak konumuz olmak zorunda. Kalite ve mükemmeliyetin teknik kılavuzlarda, tıbbi protokollerde, akreditasyon standartlarında ve başka pek çok belgede kayıtlı unsurlarını ve parçalarını bir araya getirecek sihirli tutkal; ancak kalite ve hasta güvenliği odaklı olumlu kurum kültürü ve bu kültürü sağlayabilecek liderlik olabilecektir.

bu ilişkili parametrelerin güçlü bir hekim liderliği ile iyileştiği kanıtlanmıştır.

Yalnızca tıbbi protollere uymanın mortaliteyi düşürmek için yetmeyeceğini gösteren başka somut bir örnek araştırmada da akut miyokard infarktüsü sonrası ölüm oranında -risk faktörleri eşitlenirse de hastaneler arasında belirgin farklılıklar gösterdiği anlaşılmıştır.⁽³⁾ Bu çalışmada en iyi hastaneler ile en kötüler arasında klinik kılavuzlar, protokoller, hızlı yanıt takımları gibi "tıbbi" yaklaşımlar arasında fark saptanmazken, ölüm oranı düşük kurumlarda ortak değerler yüksek kalite olduğu, yönetimin bu yaklaşıma değer verdiği ve kaynak ayırdığı, hekim liderlerin ve yetkin hemşirelerin belirgin rol oynadığı, güçlü iletişim ve koordinasyonun belirgin olduğu, hatalardan öğrenecek suçlayıcı olmayan mekanizmaların var olduğu dikkat çekmiştir.

"Kaliteli" olmanın ödülü yok mu?

Yalnız yapılan işin miktarına göre değil de üretilen değere, yani kaliteye uygun ödeme yapılması da nihayet gündeme

geldi. ABD'de "Obama yasası" olarak da adlandırılan sistem içerisinde devlet geri ödeme kurumu CMS kaliteli olan, hata yapmayan kuruma aynı iş ve işlemler için daha fazla para öderken hata oranı yüksek olan ve hasta memnuniyeti düşük olan sağlık kurumuna daha az para ödeyecek. 2015 mali yılında ödemelerin çarpanı %20 tedavi sürecindeki kritik uygulamalara uyum (doğru antibiyotik seçimi, aşılamaların doğru yapılması, cerrahi hastalarda koruyucu önlemlerin alınmış olması gibi), %30 hasta deneyimi (hemşireler ile iletişim, hekimler ile iletişim, ağrı yönetimi, taburcu olurken yeterli bilgilendirme gibi), %30 tedavi sonucu göstergeleri (infarktüs, zatürre gibi hastalık tanılarından sonra 30 gün içerisindeki ölüm oranları, kateter takılmış olan hastalardaki enfeksiyon oranları gibi), %20 etkinlik (ilgili tanımlar karşılığında harcanmış olan giderler gibi) gibi dört alt parametreden oluşacak. Bu oranlar bir sonraki yıl bir miktar değişecek. Yani daha çok iş yapmış olan değil, hastaya tıbbi ve insani anlamda daha çok değer veren ödüllendirilecek.

Sonuç olarak, sağlık kurumları hastalar için riskli kuruluşlardır. Sağlık hizmetini sunanlar olarak bizlerin, yaptığımız işin niteliğini artırmak için yapmamız gereken daha çok iş var. Ve bu konular esas odak konumuz olmak zorunda. Kalite ve mükemmeliyetin teknik kılavuzlarda, tıbbi protokollerde, akreditasyon standartlarında ve başka pek çok belgede kayıtlı unsurlarını ve parçalarını bir araya getirecek sihirli tutkal; ancak kalite ve hasta güvenliği odaklı olumlu kurum kültürü ve bu kültürü sağlayabilecek liderlik olabilecektir.

Kaynaklar

1) A.H.Goodall. *Physician-leaders and hospital performance: Is there an association*, July 2011

2) PJ Castro et al. *A healthier health care system for the United Kingdom*, *The McKinsey Quarterly*, February 2008

3) Leslie A. Curry et al. *What Distinguishes Top-Performing Hospitals in Acute Myocardial Infarction Mortality Rates?* *Annals of Internal Medicine*, 2011 154:384