



# SKS Işığında Sağlıkta Kalite

1. Cilt

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

1. Basım – Kasım 2012

**ISBN:** 978-975-590-433-7

© Yazarlar – Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Bu kitabın her türlü yayın hakkı SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı'na aittir. Genel Müdürlüğün yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı toplam bir sayfayı geçmeyecek alıntılar hariç olmak üzere, hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz. Yazarların bu kitap içinde yer alan bildirimlerini başka kitap ve/veya dergilerde münferiden yayınlama hakları saklıdır.

### **Kapak ve Sayfa Tasarım**

Zeynep ASLAN - m.zeynepaslan@gmail.com

### **Baskı**

Pozitif Matbaa

Çamlıca Mahallesi Anadolu Bulvarı 145. Sk. No:10/16

Yenimahalle / ANKARA

Tel: 0312 397 00 31 • Faks: 0312 397 86 12

www.pozitifmatbaa.com - E-posta: pozitif@pozitifmatbaa.com

### **İletişim**

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Mahmut Esat Bozkurt Cad. Umut Sok. No: 19 Kat: 1

Kolej / Ankara

E-posta: shgm.kalite@saglik.gov.tr

Web: www.kalite.saglik.gov.tr

## Hazırlayanlar

Prof. Dr. İrfan ŞENCAN  
Dr. Mehmet DEMİR  
Dr. Hasan GÜLER  
Dr. Abdullah ÖZTÜRK  
Uzm. Dr. Dilek TARHAN  
Av. Süleyman Hafız KAPAN  
Mik. Uzm. Serap SÜZÜK  
Uzm. Dr. Ferzane MERCAN  
İbrahim DOLUKÜP  
Dr. Cevher CESUR  
Uzm. Özlem ÖNDER  
Uzm. Umut BEYLİK  
Dt. Tuncay KOYUNCU

Prof. Dr. Nihat TOSUN  
Yrd. Doç. Dr. İsmail DEMİRTAŞ  
Prof. Dr. İrfan ŞENCAN  
Dr. Hasan GÜLER  
Dr. Abdullah ÖZTÜRK  
Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Elif KESEN  
Nurcan AZARKAN  
Uzm. Demet GÖKMEN KAVAK  
Dr. İbrahim H. KAYRAL  
Uzm. Mehmet SALUVAN  
Bayram DEMİR  
Uzm. Dr. Asiye AKGÜN  
Dr. Elif TUNA  
Dr. Emine Elvan ÇİFTLİK  
Uzm. Dr. Kazım SARICI  
Levent SONGÜR  
Dr. Semra EKİCİ

Sevcan ERGÜN KAYA  
Ercan KOCA  
Zöhre ALTUN  
Öznur ÖZEN

Editörler

Hazırlayanlar

Teşekkür



Sağlık hizmetlerinde her geçen gün kaliteli hizmet sunumu ve kaliteli hizmet alma talebi noktasında beklentiler artarak devam etmektedir.

Ülkemizde SKS baz alınarak hayata geçirilen kalite uygulamaları kurumlarca gün geçtikçe daha çok benimsenmekte ve ortaya koyduğu başarılı uygulama örnekleriyle de önemi daha da artmaktadır.

Bakanlığımız, Sağlıkta Ulusal Kalite Sistemini geliştirmek amacı ile yola çıktığı ilk günden beri kalite kültürünün geliştirilmesi adına sağlık çalışanlarımıza ve kurumlarımıza ulaşmak için çeşitli araçlar ve yolları kullanmıştır. Değerlendirmeler, eğitimler, kongre ve sempozyumlar, kurslar, saha gezileri, elektronik ve yazılı iletişim araçları, süreli bilimsel yayınlar, ödüllü yarışmalar, kitaplar ve rehberler bu araçlar arasında sayılabilir.

Belli aralıklarla SKS temelinde belli ihtiyaç alanlarına yönelik yayınlanan rehberlerin bu anlamda önemli bir rolü olduğu görülmektedir. Rehberler, uygulamaya yönelik pratik bilgiler içermesi sebebi ile sağlık çalışanları tarafından talep edilmekte ve yoğun ilgi görmektedir. Bu kitap da bu talep ve ilginin bir ürünü olarak ortaya çıkmıştır ve güvenli bir hastane yapısı ve sağlık hizmeti sunumu için gereklilikleri ortaya koymaktadır.

3 cilt olarak hazırlanan bu kitap seti kalite eğitimlerinde de önemli bir kaynak olarak kullanılacaktır. Kitap setinde toplam 36 konu yer almaktadır. Bilginin en ücre yere kadar ulaşması ve ülkemizin her köşesinde daha kaliteli sağlık hizmeti verilmesinin sağlanması açısından her bir konu başlı başına önem arz etmektedir.

“SKS Işığında Sağlıkta Kalite” kitabının sağlıkta kalitenin geliştirilmesi adına yapılacak çalışmalar için faydalı bir rehber olmasını diler, emeği geçenlere teşekkür ederiz.

**Prof. Dr. İrfan ŞENCAN**



**Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)****1**

Sağlıkta Kalite Standartlarının Gelişim Süreci.....	1
Sağlıkta Kalite Standartlarının Hazırlanması.....	3
Sağlıkta Kalite Standartlarının Hedefleri .....	4
SKS'nin Yapısal Özellikleri .....	12
Sonuç .....	17

**Hastanelerde Kalite Yönetimi****19**

Üst Yönetimin Kalite Sürecine Katılması.....	21
Kalite Yönetim Direktörü.....	21
Kalite Yönetim Birimi .....	22
Bölüm Kalite Sorumluları .....	22
Komiteler .....	23
Bina Turları.....	24
Öz Değerlendirmeler.....	25

**SKS Doküman Yönetim Sistemi****27**

Dokümantasyonun Önemi ve SKS'de Dokümantasyonun Temel Amaçları .....	27
---	----

Temel Kavramlar ve Tanımlar .....	29
SKS Doğrultusunda Hazırlanabilecek Doküman Türleri .....	30
Hazırlanacak Dokümana Nasıl Karar Verilmelidir? .....	31
Hazırlanacak Dokümanın Miktar ve İçeriğini Ne Etkiler? .....	32
Dokümanın Formatı Nasıl Olmalıdır? .....	32
Tüm Doküman Türleri İçin Aynı Format Şartları Geçerli mi? .....	33
Dokümanlar Nasıl Hazırlanmalıdır? .....	34
Dokümanlar Nasıl Kodlanmalıdır? .....	39
Dokümanlar Nasıl Duyurulmalı? .....	43
Dokümanlar Nasıl Muhafaza Edilmeli? .....	44
Dokümanların Revizyonunda Nelere Dikkat Edilmelidir? .....	44
Dokümanların Asılmasında Nelere Dikkat Edilmelidir? .....	45

## Etkili Sunum ve Dinleme Teknikleri

47

İletişime Genel Bakış .....	47
İletişim Süreci .....	48
Etkili Bir Sunumun Temelleri .....	48
Etkili Bir Sunumun Aşamaları .....	51
Sahnenin Diğer Tarafı “Etkili Dinleme” .....	59
Sonuç .....	62

## Öz Değerlendirme Süreci

63

Öz Değerlendirme Neden Önemlidir? .....	64
5 N 1 K ile Öz Değerlendirme Süreci Nedir? .....	65
Ekiplerin Belirlenmesi .....	67
Eğitim .....	68
Paylaşım .....	68



Takvim.....	68
Duyuru.....	68
Uygulama.....	69
Nasıl Değerlendirilir?.....	70
Sonuç.....	72

## Hastane Yönetiminde Başarının Anahtarı

73

## Değerlendirici Gözüyle Değerlendirme Süreci

79

Sağlıkta Kalite Standartları Değerlendirmesi.....	79
Sağlıkta Kalite Standartları Değerlendiricisi Kimdir?.....	79
Niçin Değerlendiriliyoruz?.....	80
Sağlıkta Kalite Standartları Değerlendiricisinin Taşınması Gereken Özellikler.....	81
Değerlendirme Sürecini Olumsuz Etkileyen Tutum ve Davranışlar.....	82
Değerlendirici Kurularda Ne Görmek İster? Beklentileri Nelerdir?.....	83
Değerlendirmeye Başlarken Yapılan Açılış Toplantısının Önemi Nedir?.....	84
Değerlendirme Süreci ve Çalışanların Katılımı.....	84

## Sağlık Kurumlarında Risk Yönetimi

95

Risk Yönetimi.....	95
Tanımlar.....	95
Güvenlik Kültürünün Oluşturulması.....	97
Risk Yönetimi mi? Kriz Yönetimi mi?.....	98
Neden Risk Yönetimi?.....	100
Ne Yapmalıyız?.....	100
Neler Risk Altında?.....	102

Risk Faktörleri Nelerdir?.....	102
Risk Değerlendirmesi.....	102
Risk Yönetiminin Amaçları .....	106
Risk Yönetiminde SKS ve Kurumsal Öz Değerlendirme .....	106

## Memnuniyet Ölçümü

109

Giriş .....	109
Hasta Memnuniyet Anketleri .....	110
Çalışan Memnuniyeti Anketleri.....	117
Kalite Yönetim Biriminin Görevleri .....	119
Memnuniyet Katsayılarının Hesaplanması .....	120
Anket Yapılırken Dikkat Edilecek Hususlar.....	121
Sonuç .....	121

## Kalite Uygulamalarında Bir Hastane Örneği

123

Sağlıkta Kalite Standartlarının Hastane Yöneticisi İçin Anlamı.....	123
Devlet Hastanelerinde SKS ve Yönetime Etkileri.....	123
Bir Kamu Hastanesinde SKS Birimi Organizasyonu .....	124
Bir Kamu Hastanesinde SKS'yi İşlevsel Hale Getirme Çalışması Örneği.....	126
Öz Değerlendirmeler.....	127
SKS'nin Sürekliliğini Sağlamaya Yönelik Çalışmalar ve Yapılanmalar.....	132
Sonuç .....	132

## Tanımlayıcı Semboller

133

# Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)

Ülkemizde “sağlıkta kalite” kavramı sağlık kurumlarının gündemine Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte girmeye başlamıştır. Başlangıçta kamu hastaneleriyle başlayan bu süreç zaman içerisinde sağlık hizmeti sunan tüm sağlık kurumlarını kapsar bir niteliğe kavuşmuştur. Ülke genelinde bu alanda hem ciddi bir farkındalık oluşturulmuş hem de bilgi birikimi artırılmıştır.

Bakanlık Merkezinde güçlü bir kurumsal yapının kurulmasıyla bu sinerji sahaya da yansımış ve sağlık kurumlarında kalitenin artırılması ve geliştirilmesi yönünde yoğun bir çalışma süreci başlamıştır. Bu süreçte ana iskeleti ve çalışmaların temelini Bakanlıkça hazırlanan kalite standartları oluşturmaktadır. Bu kalite yolculuğunun ana belirleyicisi olan standartların gelişimi, hedefleri ve etkilerini incelediğimizde aşağıdaki hususları müşahade etmekteyiz.

## Sağlıkta Kalite Standartlarının Gelişim Süreci

Sağlıkta Kalite Standartlarına (SKS) yönelik çalışmaların temelini 2003 yılında tüm kamuoyuna ilan edilen “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın ilkeleri oluşturmaktadır. Bu programın 8 ilkesinden kaliteye ilişkin olarak “**nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon**” ilkesine yer verilmiştir.

Bu hedefe ulaşmada temel ve ana unsur olarak yer alan Sağlıkta Kalite Standartlarının gelişim sürecini 5 döneme ayırabiliriz.

**Birinci Dönem;** 2003 yılında başlamış olup, “*politik kararlılık dönemi*” olarak adlandırılabilir. Bu dönemde belirlenen yol haritasında temel ilkeler olarak;

- » Sağlık hizmetleri sunumunda hizmet kalitesinin artırılması
- » Sürekli gelişimin sağlanması
- » Sağlık kurumlarının kendilerine yönelik belirlenen hedeflere ulaşması için karşılaştırılabilir hizmet sunum kriterlerinin belirlenmesi
- » Kalite kültürü içinde hizmetlerin yürütülerek halkın görüşlerinin bu sürece yansıtılması

ilkeleri ön plana çıkmış ve çalışmaların yönünü belirlemiştir.

**İkinci Dönem;** Sağlıkta Kalite Standartlarının ilk oluşmaya başladığı zamanları ifade etmektedir. 2005 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ilk defa 100 kriterden oluşan bir soru seti yayınlanmıştır. Bu soru seti kalite çalışmalarının başlangıç dönemi olarak karşımıza çıkmaktadır.

**Üçüncü Dönem;** 2007 yılı ile başlayan ve 2009 yılına kadar süren dönemi ifade etmektedir. Bu dönemde sayıca 100 kriterden oluşan soru seti hem içerik, hem de sayısal olarak daha da geliştirilerek 150 standarttan oluşan bir set halini almıştır.

Sağlıkta Kalite Standartlarında en önemli kırılma noktası **Dördüncü Dönemdir**. 2009 yılında 358 standartlık bir set yayınlanarak Sağlıkta Kalite Standartlarının ana iskeleti oluşturulmuştur.

2011 yılında Sağlıkta Kalite Standartları açısından milat kabul edilebilecek olan **Beşinci Dönem** başlamıştır. Standart sayısı 621’e çıkarılmış olup; Kamu, Özel ve Üniversite ayırımı yapılmaksızın tüm hastanelere yönelik olarak “*Sağlıkta Kalite Standartları - Hastane*” seti oluşturulmuştur. Böylelikle bugüne kadar farklı kulvarlarda hareket etmiş olan hastaneleri-

mizin herhangi bir ayırım yapmaksızın ortak bir payda da aynı standartlara uyması istenilerek bir ilk gerçekleştirilmiştir.

### SKS'nin Gelişim Süreci

1. Dönem	→	Politik Kararlılık
2. Dönem	→	100
3. Dönem	→	150
4. Dönem	→	358
5. Dönem	→	621

Görüldüğü gibi 2003 yılında başlayan süreç, 8-9 yıl süren çalışmalar sonucunda bugünkü şeklini almıştır. Sağlıkta Kalite Standartlarının dönüm noktası 2009 yılıdır. Bu gelişim sürecindeki en özel ve en orijinal versiyon Beşinci Dönem diye adlandırılan 2011 versiyonudur.

### Sağlıkta Kalite Standartlarının Hazırlanması

Standartların 2011 versiyonu;

- » Bakanlık stratejik hedefleri,
- » Mevcut kamu ve özel hastaneler Sağlıkta Kalite Standartlarının incelenmesi,
- » Ulusal ve uluslararası kaynakların araştırılması,
- » Ülkeye özgü ihtiyaçlar ve koşulların belirlenmesi
- » Farklı kurumsal yapılanmalar

gözetilerek hazırlanmıştır.

Bununla birlikte sahada çalışan değerlendiriciler, hastane kalite yönetim direktörleri ve farklı çevrelerden çeşitli uzmanların geri bildirimleri, görüş ve önerileri de alınmıştır.

Standartların, hastanelerde uygulanabilirliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla da farklı illerden, farklı hastane gruplarından ve farklı sektörlerden 24 hastanede pilot çalışma yapılarak standartların geçerlilik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Ayrıca Başkanlık ekibinin bugüne kadar edindiği tecrübeye kullanılarak son derece titiz bir çalışma ile standart seti son şekli verilmiştir.

Bu çalışmalar sonucunda 2011 yılında Hastanelere, Ağız-Diş Sağlığı Merkezlerine ve 112'lere yönelik setler oluşturulmuş ve tüm detaylarıyla sahaya paylaşılmıştır.



Hazırlama sistematığına ve içerik zenginliğine baktığımızda hazırlanan Sağlıkta Kalite Standartlarının; sağlık hizmeti sunumu sırasında oluşabilecek hataların önüne geçerek, hata oluşmasını önleme sistematığına de sahip olmakla birlikte aynı zamanda;

- » Bilimsel
- » Uygulanabilir
- » Gerçekçi
- » Ölçülebilir
- » Değişen koşullara göre revize edilebilir özelliklere sahip olduğunu da hep birlikte müşahede etmekteyiz.

## Sağlıkta Kalite Standartlarının Hedefleri

Sağlıkta kalite; sağlık hizmetinin bireylere ve topluma güncel profesyonel bilginin ışığında ve arzu edilen sağlık çıktılarına ulaşacak şekilde sunulma-

sıdır. Sağlıkta Kalite Standartları da; sağlık hizmetinin tüm aşamalarında kaliteyi değerlendiren ve bu anlamda kalitenin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için sağlık çalışanlarına rehberlik görevi yapmayı da amaçlayan bir araçtır. Bu tanımdan hareketle Sağlıkta Kalite Standartları hizmetin ve bu hizmet sonucunda elde edilen çıktılarının kalitesinin geliştirilmesini ve sürekli iyileştirilmesini esas almaktadır.

SKS üç ana hedefe odaklanmaktadır;

- » Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması
- » Hasta ve Çalışan Memnuniyetinin Sağlanması
- » Etkinlik ve Etkililiğin Sağlanması



SKS detaylı olarak incelendiğinde bu hedeflere ulaşmak için iki önemli aracın kullanıldığı görülmektedir:

- » Kalite Yönetim Sisteminin Kurulması
- » Ölçüm Kültürünün Yerleştirilmesi

Bu temel amaç ve araçların bir arada bulunması standartlara farklı bir anlam kazandırmaktadır. Tümünün gerçekleşmesi durumunda gerçek başarıdan bahsedilebilmektedir. Bu gerçek başarının ortaya çıkmasında da sağlık yöneticilerinin SKS'yi benimsemesi ve hayata geçirmek için en alt kademedeki en üst kademeye kadar SKS çerçevesinde iyi bir yapılanmayı inşa etmesi şarttır. Ayrıca standartlar incelendiğinde bir standardın birçok yönünün oldu-

ğu, birden fazla hedefinin bulunabileceği görülmektedir. *Bir diğer deyişle bir standart güvenliği öncelerken içinde hem memnuniyeti hem etkinlik-etkililiği de barındırabilmektedir.*

### *Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması*

Birbiriyle ilişkili olan bu iki konsept her zaman bir arada ele alınmalıdır. Güvenlik kavramı hem hasta hem çalışan açısından birçok hedefi içinde barındırmaktadır.

#### **SKS Hasta Güvenliği Hedefleri;**

- » Güvenli cerrahiyi sağlamak
- » İlaç güvenliğini sağlamak
- » Cihaz güvenliğini sağlamak
- » Radyasyon güvenliğini sağlamak
- » Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi
- » Güvenlik raporlama sisteminin kurulması
- » Düşmelerin önlenmesi
- » Doğru kimliklendirmenin sağlanması
- » Transfüzyon güvenliğinin sağlanması
- » Bilgi güvenliğinin sağlanması
- » Laboratuvar güvenliğinin sağlanması/Test Güvenliği
- » Tesis güvenliğinin sağlanması
- » Hasta bilgilendirmesi ve rıza alınmasının sağlanması

#### **SKS Çalışan Güvenliği Hedefleri;**

- » Risk analizi sonrası risklerin ortadan kaldırılması veya minimize edilmesi
- » Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının düzenli yapılması
- » Kişisel koruyucu ekipman kullanımı



- » Kesici delici alet ile yaralanma risklerinin azaltılması
- » Enfeksiyonların önlenmesi
- » Tesis Güvenliğinin Sağlanması
- » Radyasyon güvenliğinin Sağlanması
- » Çalışanlara yönelik şiddetin önlenmesi
- » Ergonominin sağlanması
- » Gürültünün azaltılması ve gürültüden korunma
- » Psikolojik destek sağlanması
- » Tehlikeli maddelere maruziyetin önlenmesi

### *Hasta ve Çalışan Memnuniyetinin Sağlanması*

Hasta ve çalışan memnuniyet düzeyinin belirlenmesi kalite çalışmalarında varılan noktayı anlamada önemli bir bileşendir. SKS uygulamaları hem hizmet kalitesi hem de klinik kalitenin iyileştirilmesini sağlayarak memnuniyete olumlu etki yapmaktadır. Standartlar ayrıca memnuniyet düzeylerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi noktasında gerekli uygulamaları ortaya koymakta ve memnuniyeti önemli bir performans izleme aracı olarak kullanmaktadır. Örneğin;

- » Sağlık çalışanlarının çalışma alanlarının iyileştirilmesi
- » Hizmet sunum alanlarının temiz ve konforlu olması
- » Bekleme sürelerinin kısa olması
- » Sağlık çalışanlarına görüşlerinin alınması
- » Hastalara bilgilendirme yapılması
- » İletişimin en üst düzeyde tutulması
- » Engelli kişilerin hizmet alımının kolaylaştırılması
- » Yaşlı kişilerin hizmet alımının kolaylaştırılması gibi hususların bu hedefin gerçekleşmesini sağladığını söyleyebiliriz.

### *Etkinlik ve Etkililiğin Sağlanması*

Burada amaç; doğru hizmetin; doğru zamanda, en az maliyetle gerçekleştirilmesidir. Literatürde etkinlik ve etkililik kavramları aşağıdaki gibi tanımlanmaktadır:

Etkililik planlara ulaşmanın bir ölçüsü, etkinlik ise işleri doğru yapabilme kabiliyeti olarak tanımlanmaktadır. Bu kavramları daha basit olarak tanımlamak gerekirse; etkinlik, doğru işin yapılması, etkililik işin doğru yapılmasıdır. Bu iki kavramın birlikte sağlanması hedeflenmelidir. Sağlıkta Kalite Standartları bu iki kavramın gerçekleştirilmesine yönelik olarak hazırlanmıştır.

Bu kavramları SKS üzerinden örneklendirmek gerekirse;

#### **Örnek 1: Cerrahi İşlemler**

- » Etkinlik - Doğru Taraf Cerrahisinin Sağlanması

Sağlık alanında etkinlik ve etkililik çabalarının hissedildiği en önemli alan güvenli cerrahi, ilaç güvenliği gibi alanlardır. Etkin olmayan örneğin doğru taraf cerrahisinin uygulanmadığı bir müdahale hastalığın devam etmesinden, yanlış böbreğin alınmasına kadar birçok açıdan riskleri beraberinde getirmektedir.

- » Etkililik - Komplikasyonsuz (Hasta kaynaklı komplikasyonlar hariç) Gerçekleşen Başarılı İşlem

Aynı örnek üzerinden düşünüldüğünde, etkin ancak etkili olmayan bir cerrahi müdahale için de aynı risklerden bahsedilecektir. Doğru böbreğe örneğin enfeksiyon kontrolü göz ardı edilerek yapılan bir müdahale, hastalığın devam etmesi ya da enfeksiyon gibi büyük komplikasyonların gelişmesi anlamında riskler taşıyacaktır.

#### **Örnek 2: Doküman Yönetimi**

- » Etkinlik - Kurumsal düzeyde ortak dilin geliştirilmesine yönelik olarak doküman yönetim sisteminin oluşturulması
- » Etkililik – Doküman yönetim sisteminin gerekliliklerinin yerine getirilmesi için rehberler hazırlanması ve eğitimler verilmesi yoluyla doküman yönetimin sisteminin kurumda doğru bir şekilde kullanılmasının sağlanması

### Örnek 3: İndikatör Yönetimi

- » Etkinlik - İndikatör yönetimine esas verilerin doğru ve zamanında sağlanması için sağlıkta indikatör yönetim sisteminin oluşturulması ve kurumlar tarafından kullanılması
- » Etkililik - Uluslararası kabul görmüş ve izlenmesi gereken göstergelerin kurumlarda ölçülerek izlenmesinin sağlanması yoluyla gerekli iyileştirmelerin yapılması

Etkinlik ve etkinlilik aynı zamanda maliyetlerin gözetilmesi ya da azaltılmasına katkı sağlaması dolayısıyla verimliliğe de etki eden önemli kavramlardır. Bir hastalığın teşhisi, tedavisi ve hastanın sağlıklı bir şekilde taburcu edilmesi için harcanan tüm çabaları en kısa ve en doğru şekilde yapabilecek tedbirlerin alınmadığı, örneğin “düşme risklerinin” önlenmediği bir hastane ortamı, sağlığına kavuşan yaşlı bir hastanın yatağından düşerek sakatlanması riskini ve dolayısıyla bununla ilgili oluşacak maliyetleri de içinde barındırmaktadır.

### SKS Kalite Yönetim Sistemi

Sağlıkta Kalite Standartları yapı, süreç ve çıktı sistematikliğini içinde barındıran bir Kalite Yönetim Sisteminin kurulmasına yönelik bir dizayna sahiptir ve bu sistemin kurulmasını hedeflemektedir. Aslında bugün gelinen noktada SKS, genel kalite kavramı içinde yapı, süreç ve sonuç bazlı değerlendirme ve uygulama yapan bir araçtır ve sağlıkta kalite yönetiminin tüm unsurlarını içinde barındırmaktadır.

Kalite Yönetim Sisteminin kurulabilmesi için Sağlıkta Kalite Standartlarına sadece standart gözüyle değil sistematik bir gözle ve bütünsel bir anlayışla bakılmalıdır. Bundan dolayı bölümler ve standartlar (detaydan bütüne doğru) aşağıdan yukarıya doğru ele alınmalıdır. Sistematik incelendiğinde görülecektir ki; değerlendirme ölçütlerinin hayata geçirilmesiyle Standartların uygulanmasıyla ilgili bölümlerde başarıya ulaşılması hedeflenmektedir. Bö-

lüm başarılarını boyutlandırma başarısına dönüştürdüğümüzde SKS Kalite Yönetim Sistemini tam olarak hayata geçirdiğimizi söyleyebiliriz.

SKS Kalite Yönetim Sisteminde kritik faktörlerden birisi de üst yönetim, komiteler, kalite yönetim direktörü, bölüm kalite sorumlularından oluşan kalite ekibi/gönüllüleridir.

Yöneticiler, kurumlarının başarılı olması ve hedeflerine ulaşabilmesi için en nitelikli ve en başarılı buldukları çalışanlarını bu çalışmalara dahil etmelidirler. Örneğin; mavi kod sorumlularının ve mavi kod müdahale ekibinin nitelikli kişiler arasından seçilmesi yararlı olacaktır. Kamu kurumlarının yöneticileri, bünyelerinde çalışacak sağlık personelinin seçme şansına sahip değillerdir. Ancak mevcut sağlık çalışanları içerisinde kalite çalışmalarına en yatkın olan ve donanımlı personellerini bu çalışmalarda görevlendirmelidirler. Yöneticilerin bu açıdan olaya bakması önemli bir adım olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık çalışanlarının bu sistem içerisinde, uygulayıcı olmaları nedeniyle süreç kısmında yer aldıklarını söyleyebiliriz. İnsan anatomisine göre bir benzetme yapılacak olursa; kurum üst yönetimi beyine, kalite yönetim direktörleri ile bölüm kalite sorumluları omuriliğe, komiteler ise karaciğere benzetilebilir. Bu işin kalbi ise sağlık çalışanlarıdır. Sağlıkta Kalite Standartlarında yer alan 621 standart aslında yapıyla birlikte süreçlerin doğru işlenmesini öngörmekte ve sonuçların olumlu çıktılarla ortaya konmasını sağlamaktadır.



Yapı iyi kurulur, süreç de doğru işlerse sonuçlarında olumlu olması kaçınılmazdır. Örneğin, güvenli cerrahi kontrol listesinin uygulanması ve uygu-

lama aşamalarında doğru kişilerin belirlenmesi ve sürecin doğru yönetimi cerrahi operasyonlarda mortalite ve morbiditede % 30'a varan bir azalma meydana geldiğini bizlere göstermektedir.

Boyutlandırma sistematığı gözetilerek standartların tüm bölümlerde/alanlarda hayata geçirilmesi suretiyle kapsayıcı ve her alana ulaşmış sağlığa özgü bir SKS Kalite Yönetim Sistemini hayata geçirmiş olacağız.

Ayrıca Kalite Yönetim Sistemi oluşturulurken önemli noktalardan biride belirli bir sistematik içinde ve planlı olarak kalite eğitimlerinin sürekli olarak verilmesi suretiyle kalite kültürünün zenginleştirilmesi ve yaygınlaştırılmasıdır. Bu sayede Kalite Yönetim Sisteminin yerleşmesi ve geliştirilmesi söz konusu olacaktır.

### *Ölçüm Kültürünün Yerleştirilmesi*

Ölçmeden iyileştiremezsiniz. Kalite iyileştirme faaliyetleri bu temel felsefeden hareket etmektedir. Özellikle uzmanlık gerektiren binlerce işlemin gerçekleştirildiği sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirmeden bahsedebilmek için öncelikle mevcut durumumuzun ne olduğunu ortaya koyabiliyor olmamız gerekmektedir. Ancak ele alınan parametrenin ölçülebilmesi ile mevcut durumun ortaya konulabilmesi ve ortaya konulan çabalar sonucunda mevcut durumdaki iyileştirmeler izlenebilir ve iyileştirilebilir bir hal alacaktır.

SKS'ye genel olarak baktığımızda hem İndikatör Yönetimi Boyutunda yer alan Kalite İndikatörleri hem diğer boyutlardaki indikatör özelliğine sahip Standart veya Değerlendirme Ölçütlerine yer verilmek suretiyle ilgili konuda daha profesyonel ve bir düzen içerisinde belli periyotlar da ölçme ve değerlendirme çalışmaları yapılmaya başlanmıştır. Böylelikle kurumlarımızda sistematik bir şekilde ölçme kültürünün yerleşmesine büyük katkı sağlamak ve ele alınan konuda iyileştirme gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğini görmemizin yanı sıra bu alanda harcanan çabaların ne kadar etkili, etkin ve verimli olup olmadığını ortaya koymaktadır. Ölçüm kültürünün oluşması aynı zamanda çalışan motivasyonunda da önemli bir etkiye sahiptir. Harcanan çabalar sonucunda ne kadar yol alındığını gören çalışanlar, çabaları

sonucunda ortaya çıkan ilerlemeyi görecek ve daha çok motive olacaklardır. Bir diğer deyişle boşa çalışmadıklarını görecektirler. Yönetim açısından ele alındığında ise, doğru kararların alınıp alınmadığı izlenebilir olacak, kaynak kullanımında etkinlik, etkililik ve verimlilikten bahsedilebilecektir. Yine ölçülebilen faaliyetler sayesinde dönemlik hedefler koyulabilecek başarı düzeyleri izlenebilir olacaktır.

## SKS'nin Yapısal Özellikleri

Sağlıkta Kalite Standartlarına baktığımızda aşağıdaki hususların sistematik önemi yapı taşları olduğunu görmekteyiz. Bu yapı taşları;

- » Boyutlandırma
- » Kodlama
- » Puanlandırma
- » Bilgilendirme Tablosudur.

### Boyutlandırma

Boyutlandırma yapısı özgün bir yapıya sahip olan SKS 4 dikey ve 1 yatay boyut olmak üzere 5 boyuttan oluşmaktadır. Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmetleri Yönetimi, Destek Hizmetleri Yönetimi ve İndikatör Yönetimi SKS'nin dikey boyutlarını; Hasta ve Çalışan Güvenliği boyutu ise yatay boyutu oluşturmaktadır.

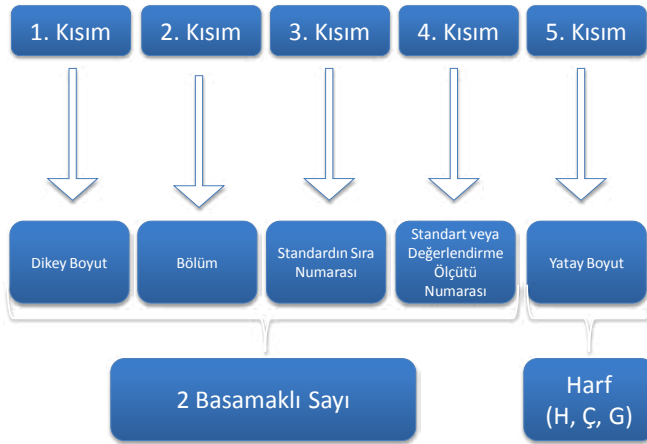


Kurumda verilen bir hizmetin kapsamı ve niteliği değerlendirilirken o boyutla ilgili ortaya konulan başarı düzeyini de görmek mümkün olmaktadır. Standartlar doğrultusunda yapılan çalışmaların kurumun her köşesine sirayet etmesini sağlayan Kurumsal Hizmet Yönetimi boyutu ayrı bir özelliğe ve öneme sahiptir. Bu boyutun özelliğinden ve genel olarak boyut sistematizi standartların gözden geçirilmesi ve uygulanması noktasında bütünsel bakış imkânı sağlamaktadır.

Dikey boyutlardan biri olan İndikatör Yönetimi; Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde sağlık kurumlarında ölçüm kültürünün yerleşmesi ve analitik analizler yapılması suretiyle bu alanda önemli bir boşluğu doldurmaya başlamıştır. İndikatör Yönetimi, sağlık hizmetlerinin geleceği açısından yol gösterici bir çalışma olarak tüm kurumlarımızın gündemine taşınmıştır.

### *Kodlama*

Standartların hastanelerde karşılanma derecesinin belirlenmesinde istatistikî bir kayıt oluşturmak ve standartlara bir kimlik kazandırarak izlenebilirliğini sağlamak amacıyla kodlama sistematizi geliştirilmiş ve standartlar bu sistematize uygun olarak kodlanmıştır. Standartların kurumlarda karşılanma derecesinin belirlenmesine, verinin analizine ve kurumlar arası kıyaslama yapılmasına olanak sağlayacak olan kodlama sistemi, standartlara kimlik kazandırmaktadır.



## Puanlandırma

Bakanlığımızın stratejisine, hasta ve çalışan güvenliği kavramlarının ana mantalitesine dayanılarak hazırlanmış bilimsel bir çalışmadır. Bu çalışmada belli bir kural ve stratejiye göre puanlama yapılarak, standartlar arasında kıyaslama yapılabilmesi hedeflenmiştir. Ayrıca standartlar belli bir kategorizasyona dahil edilerek puanlamada bütüncül, dengeli ve ağırlıklı bir yapı ortaya konmuştur.

Bu çalışmada “beşli puanlama sistemi” kullanılmıştır.

Standart Özelliği	Puan
Yazılı düzenleme ile ilgili standartlar	5
Eğitim ile ilgili standartlar	10
Kalite yönetimi ile ilgili standartlar	10
Fiziksel özellikler ile ilgili standartlar	10
Sürece yönelik uygulamaları içeren standartlar - 1	10
Sürece yönelik uygulamaları içeren standartlar - 2	15
Hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili standartlar - 1	15
İndikatör takibi ile ilgili standartlar - 1	15
Hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili standartlar - 2	20
Öz değerlendirme, komiteler, engelli kişilere yönelik standartlar	20
İndikatör takibi ile ilgili standartlar - 2	20

## Bilgilendirme Tabloları

Tabloların gözden kaçırılmaması dikkatli bir şekilde incelenmesi gerekmektedir. İçerdiği açıklamalar ve ipuçları standartların uygulanmasında yol gösterici olacaktır.

Bu yapı içerisinde kritik iki kuraldan bahsetmek faydalı olacaktır;

### **Birinci Kural:**

Bir standardın birkaç klinikte ya da birkaç farklı bölümde sorgulanması durumunda nasıl puanlandırma yapılması gerektiğine aittir.



## Örnek-1;

Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	Standartlar	Puan	Sonuç
01					<b>Kurumsal Hizmet Yönetimi</b>		
01	01				<b>Yönetim Hizmetleri</b>	950	
01	01	10	00		<b>Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanımı düzenlenmelidir.</b>	15	
01	01	10	01		<b>HBTC'nin kullanıldığı bölümlerde sorumlular belirlenmelidir.</b>		
01	01	10	02		<b>HBTC'nin envanteri tutulmalıdır.</b>		
01	01	10	03		<b>HBTC'nin bakımı ve temizliği yapılmalıdır.</b>		
01	01	10	04		<b>HBTC için kalibrasyon ve kalite kontrol testleri çalışılmalı ve kayıt altına alınmalı,</b>		
01	01	10	04		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilme- si halinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.</li> </ul>		
01	01	10	05		<b>HBTC'yi kullanacak çalışanlara;</b>		
01	01	10	05		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar,</li> </ul>		
01	01	10	05		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi,</li> </ul>		
01	01	10	05		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cihazın temizliği ve bakımı hakkında eğitim verilme- lidir.</li> </ul>		
01	01	10	06		<b>HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir.</b>		

Yönetim Hizmetleri bölümünde yer alan 15 puanlık **“Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanımı düzenlenmelidir.”** standardı iki farklı klinikte değerlendirildiğinde bu standarttan tam puan (Evet) alınabilmesi için her iki klinikte de tam puan (Evet) alınması gerekmektedir. İki klinikten birinde bu standarttan tam puan alınmaması durumunda Klinikler bölümünde bu standarttan **“Hayır”** puan alınacaktır. Ayrıca bu standart Kurumsal Hizmet Yönetimi boyutu Yönetim Hizmetleri bölümünde de yer aldığından puanlandırılırken **“Hayır”** puan alınacaktır.

Standart	Klinik 1	Klinik 2	Klinikler	Yönetim Hizmetleri
01 01 10 00 – Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanımı düzenlenmelidir.	+	-	-	-
	+	+	+	+
	-	+	-	-
	-	-	-	-

### Örnek-2;

Yönetim Hizmetleri bölümünde yer alan bir standart hem Ameliyathane- de hem Yoğun Bakım Ünitesinde değerlendirildiğinde bu standart Ameliyathanede tam olarak karşılanmış, Yoğun Bakım Ünitesinde değerlendirme ölçütlerinden en az bir tanesinin eksik olduğunu tespit ettiğimizde kurum bu standarttan Ameliyathane bölümünde **“Evet”**, Yoğun Bakım Hizmetleri bölümünde ise **“Hayır”** alacaktır. Yönetim Hizmetleri bölümünden ise **“Evet”** alabilmesi için standardın yer aldığı bu iki bölümden de tam puan alması gerekmektedir. Ancak Yoğun Bakım Ünitesinde standardı karşılayamadığı için Yönetim Hizmetleri bölümünden **“Hayır”** alacaktır.

### İkinci Kural:

Dükey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	Standartlar	Puan
01	01					940
01	01				<b>0</b>	
01	01	15 00	H		<b>KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ YÖNETİM HİZMETLERİ</b>	20
01	01	15 00	H		<b>Hasta Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.</b>	
01	01	15 01	H		<b>Hasta Güvenliği Komitesinde;</b>	
01	01	15 01	H		• Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, cerrahi branş uzmanı, dahili branş uzmanı, hastane bilgi sistem sorumlusu ve eczacı yer almalıdır.	E
01	01	15 02	H		<b>Komitenin görev alanı asgari;</b>	
01	01	15 02	H		Hastaların doğru kimliklendirilmesi,	
01	01	15 02	H		Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması,	
01	01	15 02	H		Güvenli ilaç uygulamalarının sağlanması,	
01	01	15 02	H		Transfüzyon güvenliğinin sağlanması,	E
01	01	15 02	H		Radyasyon güvenliğinin sağlanması,	
01	01	15 02	H		Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması,	
01	01	15 02	H		Güvenli cerrahi uygulamaların sağlanması,	
01	01	15 02	H		Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması konularını kapsamalıdır.	
01	01	15 03	H		<b>Gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatmalıdır.</b>	H
01	01	15 04	H		<b>Düzenli aralıklarla toplanmalıdır.</b>	E
01	01	15 05	H		<b>Çalışanlara konu ile ilgili eğitim düzenlemelidir.</b>	E

Yukarıdaki tabloda puanlamanın nasıl yapılması gerektiğine ilişkin bir örnek yer almaktadır. Tabloda görülen örnek standart **01.01.15.00.H** kodlu **“Hasta Güvenliği Komitesi bulunmalıdır”** standardıdır. Tablo incelendiğinde ana standart, standarda ilişkin değerlendirme ölçütleri, standardın toplam puanının 20 puan olduğu ve değerlendirme ölçütlerinden 03 numaralı değerlendirme ölçütünün (gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetler başlatılmıdır) gerçekleşmediği görülmektedir. Görüldüğü gibi kurum sürece ilişkin düzeltici-önleyici faaliyet başlatmamış olup, standarda ilişkin değerlendirme ölçütlerinden bir tanesini yerine getirmemiştir. Bu durum sistemin işleyişi açısından önem taşımaktadır. Eğer bir kurum bir ana standarda ilişkin değerlendirme ölçütlerinden bir tanesini bile yerine getirmiyorsa o standarttan sıfır “0” puan alacaktır.

Aslında Sağlıkta Kalite Standartlarında standardın kendisinin puanlandırılması ve tüm değerlendirme ölçütlerinin yerine getirilmesiyle tam puan alınabilecek olmasındaki ana gaye bir puan vermekten ziyade bir sistem kurulmasının öncelenmesidir. Alt bileşenler dediğimiz değerlendirme ölçütlerinin tümünün yerine getirilmesi durumunda anlamlı bir tablo ve uygulama ortaya çıkacaktır.

## Sonuç

Kurumlar standartlara sadece alınacak puan gözü ile bakmamalıdır. Sağlıkta Kalite Standartları asıl hüviyetini davranışa dönüştüğü zaman kazanacaktır. Bunu gerçekleştirebilmek adına SKS'nin kurumlarda süreklilik arz etmesi önem taşımaktadır. Standartların davranışa dönüştürülmesi elbette zaman alacaktır. Ancak gerçekleştirilen SKS Okulları, Uluslararası Kongreler, Hasta ve Çalışan Güvenliği Sempozyumları ve diğer eğitimler ile Merkezi Değerlendirmeler sayesinde davranış değişikliği noktasında önemli mesafeler kat edildiğini de hep birlikte görmekteyiz.

SKS, ülkemiz şartlarına uygun, bilimsel, gerçekçi, uygulanabilir ve en önemlisi ölçülebilir bir standart seti olup, şekilcilikten uzak direk uygulamayı esas alan ve bu anlamda rehber niteliği taşıyan bir araçtır.

Ayrıca SKS anlaşılır bir dille yazılmak suretiyle kolay öğrenilebilir ve kullanıcı dostu bir settir ve hepimizin ortak ürünü, ülkenin ortak bir değeri olarak Sağlıkta Ulusal Kalite Sisteminin temelidir

Sonuçta; süreçleri farklı açılardan sistematik bir şekilde ele alan, uygulayıcılara yol gösterici özellik taşıyan ve uygulamaların değerlendirilmesinde kullanılan standartlar bütünü olan SKS Sağlıkta Ulusal Kalite Sisteminin yapı taşı olmaya devam edecektir.

Bu noktadan hareketle ülkemizde sağlık hizmeti sunan tüm sağlık çalışanlarının SKS'yi önemsemesi, SKS çerçevesinde belirlenen hedeflere odaklanarak hizmet sunumunu gerçekleştirmeleri büyük önem taşımaktadır. Kurumlarımızda SKS temelli kalite sistemini kurmak için sorumluluklarımızı yerine getirmek ve başarıya odaklanmak temel prensimiz olmalıdır.

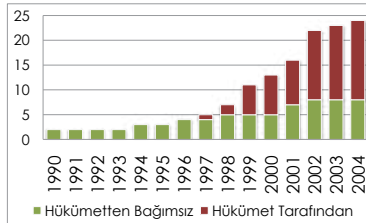
## Hastanelerde Kalite Yönetimi

Sağlık Bakanlığı, hasta ve çalışan güvenliğini, hasta ve çalışan memnuniyetini kaliteli sağlık hizmeti sunumu içinde değerlendirmektedir.

Bu açıdan bakıldığında hastanelerde kaliteli hizmet sunumu, bir hobi veya psikolojik tatmin aracı olmayıp, hizmet alanların talep ettiği, hizmet sunucularının yerine getirmesi gereken bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Kaliteli hizmet sunumu, 2003 yılında yürürlüğe giren Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ülkemiz açısından hem bir devlet politikası hem de bir zorunluluk haline gelmiştir.

Dünyada uygulanan kalite sistemlerine bakıldığında her ülkenin kendine özgü bir kalite sisteminin olduğu görülmektedir. Geliştirilen programların tamamen veya kısmen devlet tarafından ya da çok nadir olmakla birlikte devletten bağımsız kuruluşlarca geliştirilmiş olduğu görülmektedir. Örneğin İngiltere, Kanada, Avustralya, Fransa, Tayland, Malezya, Dubai, Danimarka, Hollanda, Hindistan, Mısır, Polonya, Japonya gibi pek çok ülke tamamen ya da kısmen devlet tarafından geliştirilen programları kullanmaktadır.

**Şekil: Akreditasyon Programlarının Gelişimi, 1999-2004**

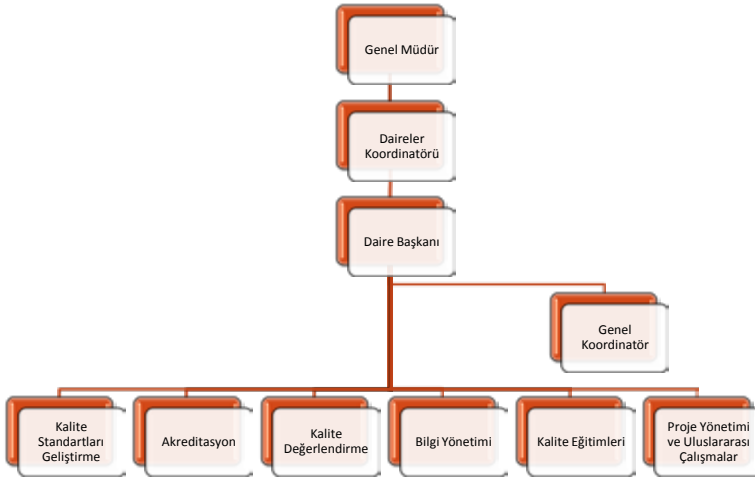


Bu gün ülkemiz sağlık kurumlarında uyguladığımız kalite sistemi, Bakanlık tarafından geliştirilen ve uygulanan bir sistem olarak karşımıza çıkmaktadır.

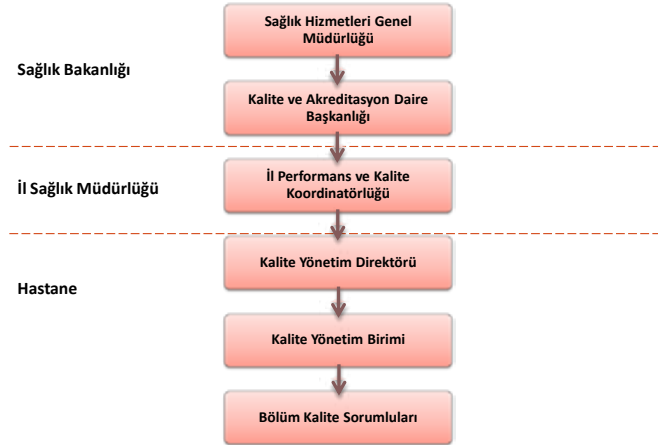
Bu sistem hastaların beklenti düzeylerini karşılamak hasta rızası, teşhis ve tedavi sürecine katılım, hasta memnuniyeti, hasta güvenliği, çalışan güvenliği hususlarına ön plana alan bir yapıya sahiptir.

Ülkemizde sağlıkta kalite sürecinin yönetimini aşağıdaki tablolarda yer almaktadır.

**Şekil: Sağlıkta Ulusal Kalite Yapılanması**



### Sağlıkta Kalite Sistemi Kurumsal Yapılanma



Hastane içinde daha yatay bir yapılanmanın olduğu görülmektedir. Her ne kadar Başhekim ve Kalite Yönetim Direktörü hastane içindeki yapılanmada piramidin tepesinde yer alsada aslında sistemin tüm çalışanları kapsadığını görmemiz mümkün. Burada komiteler ile bölüm kalite sorumlularının rolleri ve etkinlikleri de büyük önem taşımaktadır.



## Üst Yönetimin Kalite Sürecine Katılması

SKS'nin kurumsal performansı, yönetici performansını etkiliyor olması, "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik", "Kurumsal Performans ve Kalite Yönergesi" gereği bağlayıcı olması, vicdani ve profesyonel sorumluluk ile hesap verebilirlik açısından büyük önem taşıması nedeniyle sağlık yöneticileri tarafından sahiplenilmesini zorunlu kılmıştır. Ayrıca bu çalışmaların başarıya ulaşması için üst yönetimin desteği ve sahiplenmesi şarttır. Başarılı yöneticiler SKS'yi yönetim sürecinde önemli bir rehber olarak görmekte ve bu alanda kullanarak sistematik bir yönetim sergilemektedirler ve her geçen gün yöneticiler arasında bu sahiplenme ve farkındalık artmaktadır.

## Kalite Yönetim Direktörü

Kalite Yönetim Direktörü hastanedeki kalite uygulamalarında kilit role sahiptir. Kurumlarda üst yönetimin belirlediği bir çalışan valiliğinin teklifi Ba-

kanlığın onayı ile Kalite Yönetim Direktörü olarak görevlendirilir. Kalite Yönetim Direktörü, kalite yönetim biriminden ve kurumdaki tüm süreçlerden sorumludur.

Kalite Yönetim Direktörü; SKS uygulamalarını yürütmek kurum kalite hedeflerini gerçekleştirebilmek ve gerekli koordinasyon görevini layıkıyla yapabilmek için iletişim tekniklerini ileri düzeyde kullanmak, çalışma alanıyla ilgili konulara hakim olmak, takip etmek ve sonuçlandırmak hususunda yeterli ve hünnerli olmalıdır.

### Kalite Yönetim Birimi

Bölüm kalite sorumlularının çalışmalarının koordinasyonu, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, doküman yönetimi, bölüm hedeflerine yönelik analiz sonuçlarının değerlendirilmesi, hizmet sunumuna yönelik istatistiki bilgilerin değerlendirilmesi, öz değerlendirme sürecinin yönetimi ve düzeltici önleyici faaliyet sürecinin yönetimi, kalite yönetim biriminin sorumluluğundadır. Bu görevleri yerine getirebilmesi için personel, altyapı, donanım ve eğitim gibi tüm gereksinimleri karşılanmış sağlam bir yapıya sahip olması gerekir.

### Bölüm Kalite Sorumluları

Bölümler; hizmetin verildiği ve Sağlıkta Kalite Standartlarının uygulanacağı uygulama alanlarıdır. Hizmetin verildiği bölümlerde Sağlıkta Kalite Standartlarının uygulanmasından sorumlu kişiler de bölüm kalite sorumlularıdır. Görevlerinin önemi gereğince bölüm kalite sorumluları, nitelikli kişiler arasından seçilmeli, mutlaka yardımcıları olmalı ve görevlendirilmeleri başhekim tarafından yapılmalıdır.

Bölüm kalite sorumluları; bölümleriyle ilgili SKS'yi uygulamak, eğitim ihtiyaçlarını kalite yönetim birimine bildirmek, bölüm hedeflerinin belirlenmesi için yapılan çalışmalara katılmak, bölüm hedeflerine ilişkin analizleri kalite yönetim birimine bildirmek gibi önemli görevleri yerine getirirler.



## Komiteler

Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında tanımlanan komiteler, yine SKS kapsamında çerçevesi çizilen çalışma alanlarıyla ilgili görevleri yerine getirmek üzere Kalite Yönetim Direktörünün teklifi, başhekimin onayıyla kurulurlar. Komiteler faaliyetlerini Kalite Yönetim Direktörünün koordinasyonunda yürütmekle birlikte bağımsız birer organ gibi çalışırlar.

**Şekil: Komite Faaliyet Döngüsü**



Görev alanlarıyla ilgili faaliyetler kalite yönetim birimi tarafından komiteye iletildikten sonra komiteler, görev alanına giren faaliyetlerle ilgili bir plan hazırlar ve plan doğrultusunda faaliyetlerini yürütürler. Faaliyetlerin gözden geçirilmesi amacıyla belirli aralıklarla toplantılar düzenleyerek gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatabilirler, olay bildirimine ilişkin analiz sonuçlarını ve yapılan faaliyetlerle ilgili belgeleri kalite yönetim birimine gönderirler.

### Eğitim Komitesi

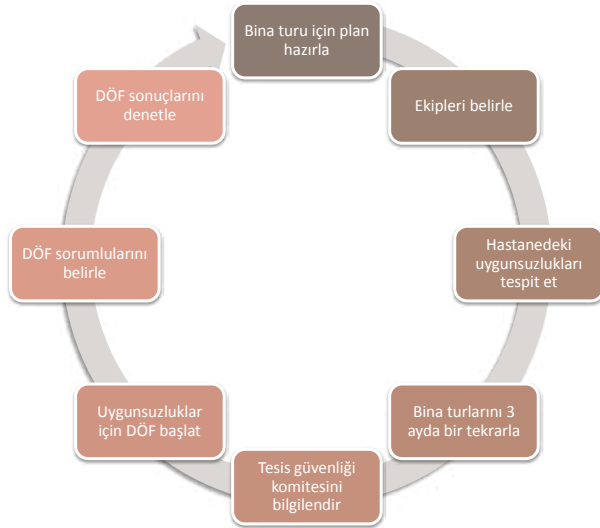
Sağlıkta Kalite Standartları temelinde hizmet içi eğitimleri planlamak ve organize etmek, bölümlerden gelen eğitim taleplerini değerlendirmek, çalı-

şanların uyum eğitimlerini planlamak, hastalara yönelik eğitimleri koordine etmek ve özellikle eğitim planlarında göz ardı edildiği düşünülen hekimleri de kapsayacak şekilde tüm bölüm çalışanlarına yönelik eğitim faaliyetleriyle ilgili süreçleri yönetmekle yükümlüdürler. Eğitim faaliyetlerinin istenen düzeye ulaştırılmadığı kurumlarda Sağlıkta Kalite Standartlarının uygulanma düzeyini istenen düzeye çıkarmak ta mümkün değildir. Eğitim komitesinin yapacağı çalışmalar kurumdaki tüm hizmetleri kapsamı ve etkilemesi açısından büyük öneme sahiptir.

## Bina Turları

Hastanelerde kalite çalışmalarında bina turları büyük bir öneme sahiptir. Hastanede işleyiş ve fiziksel durum ile ilgili aksaklıkları tespit etmek amacıyla üçer aylık periyotlarda yapılan bina turları tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, Kalite Yönetim Direktörü ve teknik işler sorumlusunun yer aldığı bir ekip tarafından yapılır. Bina turlarında görev alacak olan ekip üyelerinin; sorumluluklarını yerine getirebilecek ve yetkileri de kullanabilecek olan çalışanlar arasından seçilmesi büyük önem taşımaktadır.

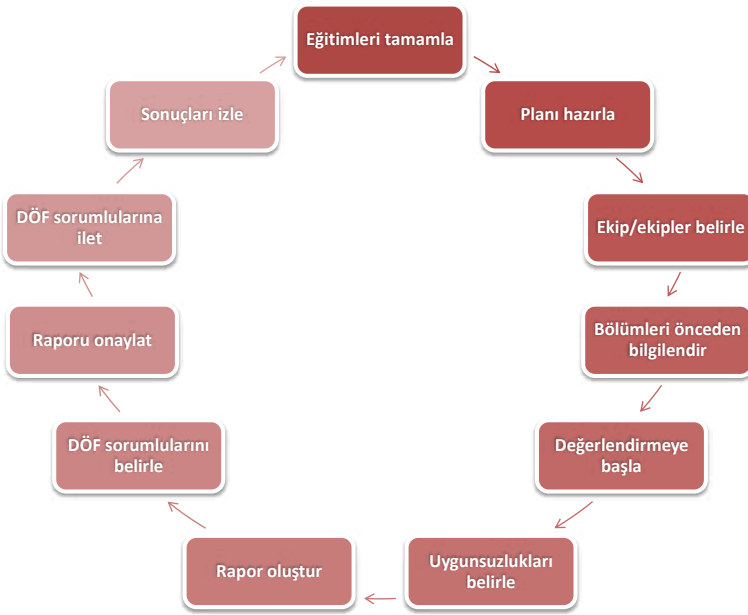
Şekil: Bina Turları



## Öz Değerlendirmeler

Merkezi değerlendirmeler öncesi yapılan öz değerlendirmeler, başta Kalite Yönetim Direktörü olmak üzere hastane üst yönetimine önemli bilgiler ve uygunsuzlukları düzeltmek için önemli fırsatlar verir. Öz değerlendirmelerde bakış açısı kesinlikle eksiklikleri ve uygunsuzlukları ortaya çıkarmaya yönelik olmalıdır.

*Şekil: Öz Değerlendirmeler*



Öz değerlendirmede yer alan ekip üyeleri empati yaparak merkezi değerlendirmede görev alan değerlendiricilerin yerine kendini koymalıdır. Öz Değerlendirmede ne kadar çok eksiklik veya uygunsuzluk tespit edilirse yapılacak olan düzeltici önleyici faaliyetler nedeniyle merkezi değerlendirmede o kadar az uygunsuzluk tespit edilecektir.

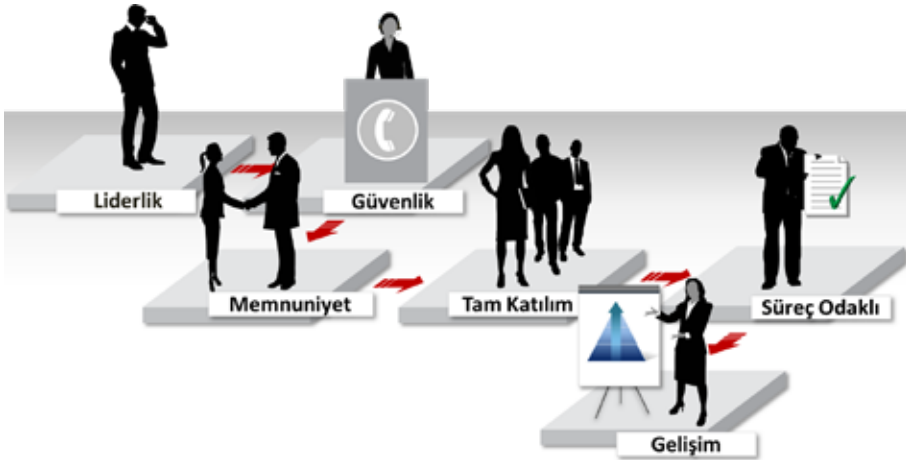
Sonuç olarak; hastanelerde kalite yönetimi ciddi bilgi birikimi, özverili çalışma ve bu alanda çalışma arzusu gerektiren bir hizmet alanıdır. Bu alanda yapacağımız çalışmalar sonucunda daha nitelikli sağlık hizmeti sunumuna zemin hazırlanacağı, hasta güvenliği ve çalışan güvenliğinin daha yüksek düzeyde

sağlanacağı, hasta ve çalışan memnuniyetinin daha yüksek seviyelere çıkacağı muhakkaktır. Bu nedenle bu çalışmalar içinde yer almanın ve rollerimizi en st düzeyde yerine getirmenin en önde gelen görevlerimiz arasında olduğu unutulmamalıdır.

# SKS Doküman Yönetim Sistemi

## Dokümantasyonun Önemi ve SKS’de Dokümantasyonun Temel Amaçları

SKS’nin 6 temel yapıtaşı bulunmaktadır.



- » **Liderlik:** Kalite çalışmalarına kurum yöneticilerinin liderlik etmesi,
- » **Güvenlik:** Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması,
- » **Memnuniyet:** Hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanması,
- » **Tam Katılım:** Kalite çalışmalarına tüm kurum çalışanlarının dahil edilmesinin sağlanması,

- » **Süreç Yönetimi Yaklaşımı:** Hastanede sunulan tüm hizmetlerin süreç yönetimi yaklaşımı ile değerlendirilmesi,
- » **Gelişim:** Sürekli gelişim ve iyileştirme felsefesinin kuruma yerleştirilmesi.

SKS yukarıda belirtilen altı temel yapıtaşının kurumlara yerleşmesi üzerine kurgulanmıştır. Dokümantasyon, bu yapıtaşları üzerine bina edilecek kurumsal yapı için katalizör vazifesi görecektir önemli bir araç olarak kullanılmaktadır.

Bir kuruma Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) uygulamalarının yerleştirilmesinin en önemli adımlarından biri de dokümantasyondur. SKS’de dokümantasyon ile kurumda icra edilen işlerin gözden geçirilerek, çalışanlar ve hastalar için en uygun şekilde yeniden düzenlenmesinin sağlanması hedeflenmiştir. Doküman hazırlama sürecinde gereksiz işlem basamaklarının çıkarılması veya işlerin daha verimli ve faydalı şekilde yeniden düzenlenmesinin yolu açılmış olacaktır.

Doküman hazırlamanın kuruma bir diğer önemli faydası da yapılan işlerde standardizasyonun sağlanmasıdır. Hazırlanan dokümanın, kurumda aynı işin farklı şekillerde icra edilmesinin sakıncalarını ortadan kaldırması açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

Hazırlanan doküman aynı zamanda faydalı bir eğitim aracı olarak da kullanılabilir. Hem işe yeni başlayan hem de yer değiştirme nedeniyle işi yeni öğrenecek kişiler için daha önce hazırlanmış olan doküman, önemli bir eğitim aracı olacaktır.

Sağlıkta Kalite Standartlarının yayımlandığı günden bu yana en çok destek talep edilen konuların başında dokümantasyon konusu gelmektedir. Birçok sağlık çalışanı kurumda oluşturulacak dokümantasyon yapısı ile ilgili çeşitli vesilelerle Başkanlığımızla iletişime geçmiş ve dokümantasyonla ilgili görüş talebinde bulunmuşlardır.

Bu rehber, sağlık çalışanlarımızın kurumlarında SKS'ye yönelik kuracakları yönetilebilir bir doküman yönetim sistemi için yol göstermek amacıyla hazırlanmıştır.

## Temel Kavramlar ve Tanımlar

**Doküman:** Bilginin yer aldığı ortamdır.

(SKS'de yer alan “**Yazılı Düzenleme**” ifadesinden “**Doküman**” anlaşılmalıdır.)

**Prosedür:** Faaliyetlerden oluşan bir sürecin nasıl icra edildiğini anlatan dokümandır.

**Talimat:** Tek bir faaliyetin işlem basamaklarını içeren dokümandır.

**Rehber:** Yapılan faaliyetlerde yol gösterme ve bilgilendirme amacıyla oluşturulan dokümandır.

**Form:** İstenilen veri veya bilgilerin yazılması, doldurulması için hazırlanmış dokümandır.

**Dış Kaynaklı Doküman:** Kurumun kendisi tarafından hazırlanmayan ancak faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde faydalanılan dokümandır.

**Plan:** Hedeflenen bir amaca ulaşılmasını sağlayacak adımlardan oluşan; neyi, ne zaman, niçin ve nasıl yapacağımızı gösteren dokümandır.

**Rıza Belgesi:** Uygulanacak tıbbi işleme ilişkin, işlemi yapacak sağlık personeli tarafından hastaya aktarılan bilgilerin yer aldığı ve hastanın rızasını almak için oluşturulmuş dokümandır.

**Liste:** Benzer öğelerin ardışık sıralandığı dokümandır.

**Yardımcı Doküman:** Prosedür, Talimat, Rehber, Form, Plan, Liste, Rıza Belgesi ve Dış Kaynaklı dokümanların dışında kalan veya bu dokümanları destekleyici nitelikteki dokümandır.

**Dokümanın Adı:** Dokümanın ilişkili olduğu konuyu ifade eder.

**Dokümanın Kodu:** Dokümanın izlenebilirliğini sağlayan, kurum ve kuruluş tarafından doküman yönetim sistemi rehberinde belirlenen kurallara uygun olarak oluşturulan tanımlama sistemini ifade eder.

**Yayın Tarihi:** Dokümanın yürürlüğe girdiği tarihi ifade eder.

**Revizyon Tarihi:** Dokümanın en son güncellendiği tarihi ifade eder.

**Revizyon Numarası:** Dokümanın kaç kez güncellendiğini ifade eder.

### SKS Doğrultusunda Hazırlanabilecek Doküman Türleri

SKS doğrultusunda hazırlanabilecek doküman türleri aşağıda listelenmektedir:

1. Prosedür
2. Talimat
3. Rehber
4. Form
5. Plan
6. Rıza Belgesi
7. Liste
8. Yardımcı Doküman:
  - Politika,
  - Protokol,
  - Bölüm Hedefleri,
  - Görev-Yetki-Sorumluluklar,
  - Klinik Rehberler,
  - İş Akışı,
  - El hijyeni 5 Endikasyon,
  - İlaç İmha Tutanağı,
  - Toplantı Tutanakları vs.





## Hazırlanacak Dokümana Nasıl Karar Verilmelidir?

Kalite Yönetim Birimi ve Bölüm Kalite Sorumluları ile birlikte SKS'nin tüm standartları incelenir ve hangi standart için hangi dokümanın hazırlanması gerektiğine karar verilir.

Aşağıda “Bilgi güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır” standardı incelendiğinde hangi dokümanın hazırlanması gerektiği görülmektedir.

00	01	04	05	00	Bilgi güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15
00	01	06	05	01	Bilgi güvenliğini sağlamaya yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır. Yazılı düzenleme; o Sunucuların güvenliği, o Yedekleme, o Kişisel sağlık kayıtlarının güvenliği, o İnternet erişim ve kullanıcıları, o e-posta kullanımı, o Şifre kullanımı, o Uzaktan erişim, o Kablosuz erişim konularına kapsamalıdır.	İşleyişle ilgili Prosedür
00	01	06	05	02	Bilgi güvenliğinden sorumlu bir ekip oluşturulmalı, o Hastane üst yönetiminden bir kişi ekibe başkanlık etmeli, o Ekip; • Bilgi güvenliği ile ilgili mevcut durumu tespit etmeli, • Bilgi güvenliği için olan riskleri belirlemeli, • Taramalı kullanıcılar için yapılan yetki değişikliklerini izlemeli, • Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatmalıdır.	Toplantı Tutanağı Düzeltilici Önleyici Faaliyet Formu
00	01	06	05	03	Tüm bilgisayarlarda merkezi sunucu tarafından kontrol edilebilen antivirüs yazılımı olmalıdır.	Eğitim Planı
00	01	06	05	04	Bilgi güvenliği konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	Eğitim Katılım Formu

- » Standart incelendiğinde 01 No'lu değerlendirme ölçütünde açıkça “Prosedüre” ihtiyaç duyulduğu görülecektir.
- » 02 No'lu değerlendirme ölçütünün karşılandığını belgeleyebilmek açısından bir “Toplantı Tutanağına” gereksinim vardır.
- » Yine 02 No'lu değerlendirme ölçütü gereği “Düzeltilici Önleyici Faaliyet Formu” oluşturulmalıdır.
- » 04 No'lu değerlendirme ölçütü için bir “Eğitim Planı” oluşturulması ve plan doğrultusunda yapılan eğitimlerin ispatı olacak dokümana (Eğitim Katılım Formu gibi) ihtiyaç duyulacağı görülmektedir.

Her bir standart yukarıda görüldüğü gibi incelenmeli ve hazırlanması gereken dokümana karar verilmelidir.

## Hazırlanacak Dokümanın Miktar ve İçeriğini Ne Etkiler?

Hazırlanması gereken dokümanın sayısı ve içeriği kurumlar açısından farklı olacaktır. Bu farklılığın temelinde bir takım kurumsal özellikler bulunmaktadır. Bu özellikler:

- » Kurumun büyüklüğü ve hizmet sunum alanları
- » Kurum süreçlerinin karmaşıklığı
- » Kurumda çalışanların bilgi, beceri, tecrübe ve eğitimleri



şeklinde sıralanabilir.

Daha büyük ve nitelik olarak daha fazla farklı alanda hizmet sunan kurumlar, daha fazla sayıda doküman hazırlamaya ihtiyaç duyacaklardır. Doküman sayısındaki artış kurum süreçlerinin karmaşıklığıyla da doğru orantılıdır. Daha karmaşık süreçlere sahip kurumlar, bu süreçlerin daha iyi anlaşılması adına daha fazla dokümana ihtiyaç duyabilirler. Öte yandan hazırlanacak dokümanın sayı ve içeriği kurumda çalışanların bilgi, beceri, tecrübe ve eğitimleriyle de yakından ilgilidir. Kurumda çalışanlarının bilgi, beceri, tecrübe ve eğitim düzeyleri arttıkça hazırlanmasına ihtiyaç duyulacak doküman miktarı da aynı nispette azalacaktır. Doküman hazırlamada temel hedef, gerçekten gerekli ve faydalı olacağı düşünülen en az sayıda dokümanın hazırlanmasıdır. Böylelikle çok miktarda, kimsenin okumadığı veya bilmediği aynı zamanda yönetilmesi oldukça zorlaşan hantal bir doküman yönetim sisteminin önüne geçilmiş olacaktır.

## Dokümanın Formatı Nasıl Olmalıdır?

SKS gereği dokümanlar belli bir formata sahip olmalıdır. Tüm dokümanlarda asgari dokümanın;

- » Adı
- » Kodu
- » Yayın Tarihi

- » Revizyon Tarihi
- » Revizyon Numarası
- » Sayfa No/Sayfa Sayısı
- » Sağlık Bakanlığı Logosu
- » Hazırlayan-Kontrol Eden-Onaylayan bilgileri bulunmalıdır.

Dokümanlarda Hazırlayan, Kontrol Eden ve Onaylayan bilgileri; kişi(ler)in, unvan ve imzalarını içerir. Hazırlayan-Kontrol Eden-Onaylayan bilgilerinin dokümanın tüm sayfaları üzerinde bulunmasına gerek yoktur. Bu bilgiler orijinal doküman için hazırlanan kapak sayfasında yer alabileceği gibi dokümanın arka yüzünde de bulunabilir. Özellikle hasta ve hekimin de imzalayacağı alanları bulunan rıza belgesi gibi dokümanlarda bu bilgilerin kullanım alanlarındaki formlarda yer almasına gerek yoktur. Orijinal form üzerinde (ön, arka veya kapak sayfası) bulunması yeterlidir.

Yukarıda bahsedilen tüm bilgiler doküman üzerine format olarak farklı şekillerde konumlandırılabilir. Aşağıda farklı formatlarda doküman örneklerine yer verilmiştir.



### Tüm Doküman Türleri İçin Aynı Format Şartları Geçerli mi?

**Prosedür ve Talimat:** Kurumunun tüm prosedür ve talimatları yukarıda belirtilen format şartlarına uygun olarak hazırlanmalıdır.

**Rehberler:** Belirtilen format şartlarının tümü rehberler için de geçerlidir. Rehberler için kapak sayfaları düzenlenebilir. Ama format açısından istenen bilgilerin tümü, kapak (Ön veya arka) sayfalarında yer almalıdır.

**Form:** Basılı olarak kullanılan tüm formlar için belirtilen format şartları geçerlidir. Bir takım bilgileri kaydetmek için oluşturulmuş formların orijinal nüshalarında Hazırlayan-Kontrol Eden-Onaylayan bilgileri bulunmalıdır. Ancak kullanım alanlarında bulunan formlarda Hazırlayan-Kontrol Eden-Onaylayan bilgilerinin bulunmasına gerek yoktur.

**Rıza Belgesi:** Rıza belgelerinin orijinal nüshalarında yukarıda format şartları aynen geçerlidir. Ancak bu belgeyi, hem hasta (veya yakını) hem de kurum çalışanı imzalayacağından, hazırlayan-kontrol eden-onaylayan bilgileri de ekleneceği düşünüldüğünde çok sayıda imzanın bulunduğu bir belge haline gelecektir. Bu yüzden rıza formlarının basılı nüshalarında hazırlayan-onaylayan-kontrol eden bilgilerinin bulunmasına gerek yoktur.

**Plan:** Hazırlanan tüm planlarda yukarıda belirlenen format şartları geçerlidir.

**Liste:** Hazırlanan tüm listelerde yukarıda belirlenen format şartları geçerlidir.

**Yardımcı Doküman:** Kurum kullandığı yardımcı dokümanın format şartlarına yukarıda belirlenen ilkeler doğrultusunda kendi karar verir.

**Dış Kaynaklı Dokümanlar:** Dış kaynaklı dokümanlar için format şartı aranmamaktadır. Dış kaynaklı dokümanlar orijinal formatında ve güncel haliyle kullanıcıların erişimine sunulmalıdır.

## Dokümanlar Nasıl Hazırlanmalıdır?

Öncelikle kurumda doküman yazmanın kurallarını belirleyen SKS'nin de istediği doküman hazırlanır. Bu dokümanda, doküman yazmaya nasıl karar verileceği, dokümanın nasıl hazırlanacağı, kontrol edileceği, onaylanacağı, revize edileceği ve hangi formatta olacağı bilgilerine yer verilir.

Hazırlanan dokümanda aşağıdaki kurallara uyulmalıdır:

- » Doküman ilgili bölüm/komite/ekte çalışanlar tarafından birlikte hazırlanmalıdır.
- » Doküman **anlaşılır** olmalı, **öz bilgiler** içermeli **açık ve net** olmalıdır.

Aşağıda doküman türlerinden bazıları için doküman hazırlama süreci anlatılmaktadır.

Prosedürler kurumda icra edilmekte olan ve bir dizi faaliyetten meydana gelen bir işin işlem basamaklarını anlatan dokümanlardır. Bu dokümanın hazırlanmasında amaç, aynı işin farklı şekillerde icra edilmesini engellemek ve yapılan iş için en uygun yöntemin belirlenerek yürürlüğe girmesini sağlamaya yardımcı olmaktır. Bir yönüyle işin icra edilmesinde uyulacak kurallar da belirlenmiş olur.

### *Prosedürler Nasıl Hazırlanır?*

Prosedürlerde 6 temel başlık bulunur:

1. **Amaç:** Bu bölümde prosedürün hangi amaçla hazırlandığı yazılır.
2. **Kapsam:** Bu bölüm hazırlanan prosedürün sınırlarını belirler. Prosedürün hangi faaliyetleri veya hangi hizmet bölümlerini kapsadığı belirlenir.
3. **Kısaltmalar:** Prosedürde geçen ve kısaltması kullanılan kavramların listesi sıralanır.
4. **Tanımlar:** Prosedürün faaliyet akışı bölümünde yer alan ve açıklanmasında fayda olacağı düşünülen kavramlar tanımlanır.
5. **Sorumlular:** Prosedürü bilme, uygulama ve prosedür ile belirlenen faaliyetleri kontrol etme görevi olan tüm sorumlular sıralanır.
6. **Faaliyet Akışı:** Prosedürün faaliyet akışı bölümünde aşağıdaki işlem basamakları izlenir:

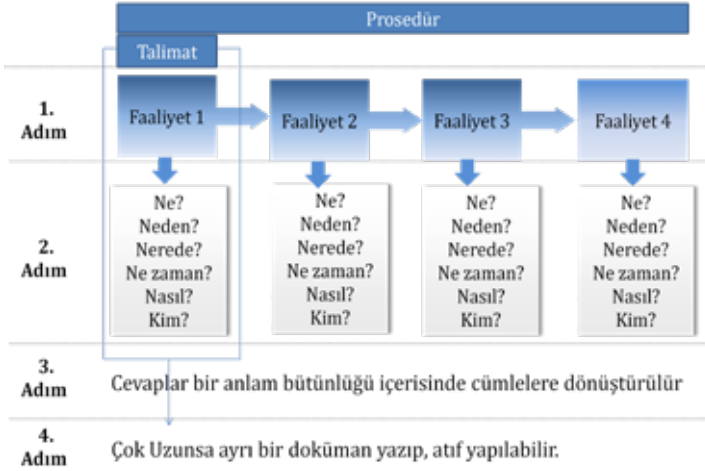
**Adım 1:** İşin başladığı andaki ilk faaliyetten başlanarak tüm faaliyetler sıralanır,

**Adım 2:** Her faaliyet için; “Ne? Neden? Ne zaman? Nerede? Nasıl? Kim?” sorularından uygun olanların cevabı aranır,

**Adım 3:** Alınan cevaplar bir anlam bütünlüğü içerisinde cümlelere dönüştürülerek prosedür hazırlanmış olur.

**Adım 4:** İşlem basamakları içerisinde yer alan bir faaliyet başka bir doküman yazmayı gerektirecek kadar uzunsa veya bu faaliyet için daha önce bir doküman hazırlandıysa, prosedürde bu dokümana atıf yapılır.

**Örnek:**



**İlgili Dokümanlar:** Tüm faaliyetler ardışık bir şekilde tamamlandıktan sonra “İlgili Dokümanlar” başlığı oluşturulur. Bu başlıkta, dokümanda bahsedilen tüm dokümanlar listelenir.

### *Talimatlar Nasıl Hazırlanır?*

Talimatlar tek bir faaliyetin nasıl gerçekleştirildiğini anlatan dokümanlardır. Hazırlanması Prosedür ile aynıdır.

### *Rehberler Nasıl Hazırlanır?*

Rehberler kurumların çalışanları ya da kurumdan hizmet alan kişiler için yol gösterme ve bilgilendirme amaçlı oluşturulan dokümandır. SKS’de toplam 9

standartta rehber hazırlanması istenmektedir. Bu rehberler aşağıda sıralanmıştır:

- » Genel ve bölüm uyum eğitimleri için rehber
- » Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksi Rehberi
- » Hastane Bilgi Rehberi
- » Biyokimya Test Rehberi
- » Mikrobiyoloji Test Rehberi,
- » Patoloji Test Rehberi,
- » Biyokimya Güvenlik Rehberi,
- » Mikrobiyoloji Güvenlik Rehberleri,
- » Patoloji Güvenlik Rehberi

SKS'de ayrıca aşağıdaki 2 rehberin de kullanılması istenmektedir:

- » Doğum Eylemi Yönetim Rehberi
- » Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi

Ancak bu rehberler kurum tarafından hazırlanması gereken rehberler değildir. Bu rehberler kurum için dış kaynaklı doküman niteliğindedir. Kurum yukarıda belirtilen rehberlerin dışında da gerekli gördüğünde rehberler hazırlayabilir.

Rehberlerin hazırlanmasında aşağıdaki adımlar izlenir:

**Adım 1:** Rehberin içeriğinde yer alacak konular belirlenir.

**Adım 2:** İçerikte yer alacak konular hakkında sunulacak bilgiye karar verilir.

**Adım 3:** Sunulacak bilgi, metin ve görsel anlamda bir araya getirilerek rehber hazırlanır.

Rehberlerde önemli olan kullanıcıya verilmesi arzu edilen bilgiyi içerecek şekilde oluşturulmasıdır. Verilmesi arzu edilen bilgi kısa, öz ve anlaşılır bir formatta bir araya getirilmelidir. Kurumun daha önce oluşturmuş olduğu

dokümanlardan derlenerek oluşturulan rehberlerin kullanıcıya hiçbir fayda sağlamayacağı aşikardır. Rehberlerin bu şekilde oluşturulmasından kaçınılmalı, kullanıcının gerçekten faydalanabileceği, sade ve anlaşılır rehberlerin hazırlanması hususuna dikkat edilmelidir.

### *Plan Nasıl Hazırlanmalıdır?*

Planlama, gelecekte gerçekleştirilecek faaliyetlerin bugünden belirlenmesidir. Gerçekleştirilmesi düşünülen faaliyetlerin arzulan şekilde sonuçlandırılabilmesi iyi bir planlama gerektirir. Bu yüzden SKS'nin bazı standartlarında kurumun planlar oluşturması ve bu planlar doğrultusunda faaliyetlerini gerçekleştirilmesi istenmektedir. Aşağıda SKS'de istenen planlardan örnekler sunulmuştur.

- » Öz Değerlendirme Planı
- » Tıbbi Cihazların Bakım ve Kalibrasyon Planları
- » Bölüm Bazında Temizlik Planı
- » Acil Durum ve Afet Planı

Aşağıdaki soruların cevapları uygun formatlarda bir araya getirilerek plan oluşturulmalıdır.

- » Ne
- » Ne zaman
- » Nasıl
- » Nerede
- » Kim tarafından
- » Hangi sürede

Yukarıdaki soruların cevapları tablo veya metin şeklinde bir araya getirildiğinde plan oluşturulmuş olacaktır.

### *Rıza Belgesi Nasıl Hazırlanır?*

Rıza belgesi aşağıdaki başlıklar altında hazırlanmalıdır:

- » İşlemden beklenen faydalar



- » İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar
- » Varsa işlemin alternatifleri
- » İşlemin riskleri ve komplikasyonları
- » İşlemin tahmini süresi
- » Hastanın adı, soyadı ve imzası
- » İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası
- » Rızanın alındığı tarih ve saat

Yukarıdaki başlıklar altında hazırlanan içerik mümkün olduğunca hasta tarafından anlaşılabilir bir dilde ve öz bilgiler içerecek şekilde hazırlanmalıdır.

### *Dış Kaynaklı Doküman*

Kurumun kendisi tarafından hazırlanmayan ancak faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde faydalanılan dokümandır.

Örnek:

- » Sağlıkta Kalite Standartları
- » Mevzuat
- » Rehberler
- » Protokoller vs.

Dış kaynaklı dokümanlarda dikkat edilmesi gereken hususlar:

- » Kurumda kullanılan dış kaynaklı doküman listeleri oluşturulmalı
- » Dış kaynaklı doküman listeleri belirli aralıklarla kontrol edilerek güncellenmeli
- » Kullanım alanlarında güncel dokümanın bulunması sağlanmalıdır.

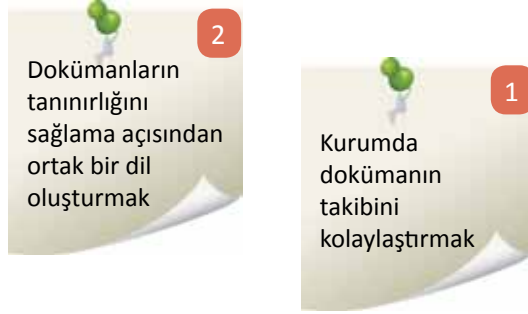
### *Dokümanlar Nasıl Kodlanmalıdır?*

Kurumda kullanılan tüm dokümanlara aşağıda kuralları belirlenmiş şekilde bir kod numarası verilir. Bu hem dokümanın kurumda takibini kolaylaştırır.

racak hem sağlıkta kalite camiası için dokümanların tanınırlığını sağlama açısından ortak bir dil oluşmasına katkıda bulunmuş olacaktır.

Sağlık Bakanlığı, aşağıda detayları anlatılmış olan SKS bölüm bazlı kodlama sisteminin kullanılmasını benimsemiştir.

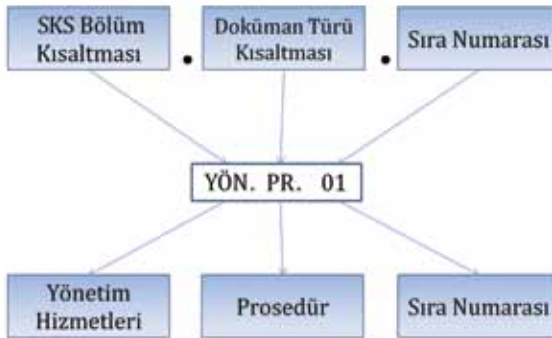
### SKS Bölüm Bazlı Kodlama Sistemi



### SKS Bölüm Bazlı Kodlama

Bu kodlama sistemi, dokümanların SKS bölümlerinin ve doküman türlerinin kısaltmalarının belirli bir sistematik içerisinde dizilişi esasına dayanır. Doküman kodu; SKS bölüm kısaltması, doküman türü kısaltması ve bu doküman için kurum tarafından verilen numaradan oluşur. Bölüm kısaltması, doküman türü kısaltması ve sıra numarası arasında ayıraç olarak nokta (.) işareti kullanılır.

### Doküman Kodu



SKS bölüm kısaltmaları Tablo 1’de, doküman türü kısaltmaları ise Tablo 2’de görülmektedir.

**Tablo 1: SKS Bölüm Kısaltmaları Tablosu**

Boyut/Bölüm Adı	Kısaltma
Yönetim Hizmetleri	YÖN
Hasta Bakım Hizmetleri	HBH
Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi	ENF
Tesis Yönetimi	TSY
Acil Durum ve Afet Yönetimi	AFT
Bilgi Yönetimi	BİL
Stok Yönetimi	STK
Atık Yönetimi	ATK
Poliklinik Hizmetleri	POL
Acil Sağlık Hizmetleri	ACL
Biyokimya Laboratuvar Hizmetleri	BİY
Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmetleri	MİK
Patoloji Laboratuvar Hizmetleri	PAT
Görüntüleme Hizmetleri	GÖR
Endoskopi Hizmetleri	END
Klinikler	KLN
Ameliyathane Hizmetleri	AML
Yoğun Bakım Hizmetleri	YBH
Yeni Doğan Yoğun Bakım Hizmetleri	YDH
Eczane Hizmetleri	ECZ
Sterilizasyon Hizmetleri	STE
Transfüzyon Tıbbi Hizmetleri	TRF
Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri	ADS
Fizik Tedavi Hizmetleri	FİZ
Diyaliz Hizmetleri	DİY
Doğum Hizmetleri	DOĞ
Psikiyatri Hizmetleri	PSK
Nükleer Tıp Hizmetleri	NÜK
Hasta Dosyası ve Arşiv	ARŞ
Mutfak Hizmetleri	MUT
Çamaşırhane Hizmetleri	ÇAM
Morg Hizmetleri	MRG
Kalite İndikatörleri	İND

**Tablo 2: Doküman Türleri Kısaltma Tablosu**

Doküman Türü	Kısaltma	Örnek
Prosedür	PR	Endoskopi Ünitesi Prosedürü
<b>Talimat</b>	TL	Hasta Kayıt Talimatı
<b>Form</b>	FR	5 Endikasyon Kuralı Gözlem Formu
<b>Plan</b>	PL	Tıbbi Cihazların Bakım ve Kalibrasyonlarına Yönelik Plan
<b>Rehber</b>	RH	Genel ve Bölüm Uyum Rehberleri
<b>Liste</b>	LS	Yüksek Riskli İlaç Listesi
<b>Rıza Belgesi</b>	RB	Enjeksiyon Rıza Belgesi
<b>Yardımcı Doküman</b>	YD	El Hijyeni 5 Endikasyon, İlaç İmha Tutanağı, Toplantı Tutanakları

Aşağıda dokümanın kodlanmasına ilişkin örneklere yer verilmiştir.

#### **Örnek 1: YÖN.PR.01**

**YÖN:** Yönetim Hizmetleri (Tablo 1’de tüm diğer SKS bölümlerinin kısaltmaları görülmektedir.)

**PR:** Prosedür (Tablo 2’de tüm doküman türleri için kullanılacak kısaltmalar görülmektedir.)

**01:** Prosedüre verilen sıra numarasını ifade eder.

Yukarıdaki açıklamalar doğrultusunda “YÖN.PR.01” kodu bize dokümanın, yönetim hizmetlerinin 1 numaralı prosedürü olduğunu göstermektedir.

#### **Örnek 2: BİY.RH.02**

**BİY:** Biyokimya Hizmetleri

**RH:** Rehber

**02:** Rehber verilen sıra numarası

Yukarıdaki açıklamalar doğrultusunda “BİY.RH.02” kodu bize dokümanın, biyokimya hizmetlerinin 2 numaralı rehberi olduğunu göstermektedir.

Her bölümde yer alan doküman türünün sıra numarası 01'den başlar. Yönetim Hizmetleri Bölümü için yukarıda verilen 1. örnekten yola çıkarak bu bölümde ilk prosedüre "01" numarası verildikten sonra ikinci prosedürün sıra numarası "02" olacaktır. Ancak bu bölümde hazırlanan ilk rehberin sıra numarası yine "01" olacaktır.

**Not:** SKS'de yer almayan bölümler için kurum benzer yöntemle bölüm kısaltmaları belirleyebilir. Diyet Bölümü için (DYT) gibi.

**Örnek:** DYT.FR.01

**DYT:** Diyet Bölümü

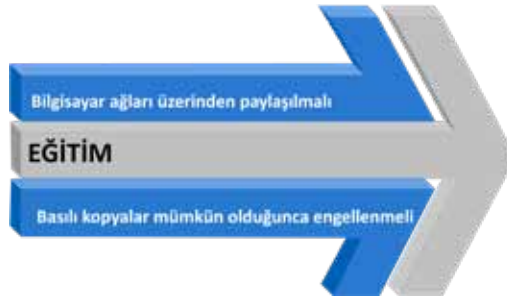
**FR:** Form

**01:** Forma Verilen Sıra Numarası

### Dokümanlar Nasıl Duyurulmalı?

Tüm dokümanlar bilgisayar ortamında çalışanlarla paylaşılmalıdır. Üzerine kayıt alınması gereken mahiyetteki dokümanlar haricinde birimlerde basılı kopya bulundurulması engellenmelidir. Böylece eski tarihli dokümanların kullanımının önüne geçilmiş olacaktır.

Her yayınlanan dokümanın ilgililere bilgisayar ağları üzerinden duyurulması sağlanmalıdır. Hazırlanan dokümanın duyurulmasının yanı sıra, **ilgililere mutlaka eğitim verilmelidir**. Unutulmamalıdır ki, sadece Kalite Yönetim Biriminin ve Bölüm Kalite Sorumlusunun haberdar olduğu dokümandan hiçbir fayda sağlanamaz.



## Dokümanlar Nasıl Muhafaza Edilmeli?

Orijinal dokümanlar SKS değerlendirmelerinde delil niteliği taşıyacaklardır. Islak imzalı tüm orijinal dokümanlar kalite yönetim biriminde muhafaza edilmelidir. Orijinal dokümanlar, sistemli bir dosyalama planı çerçevesinde raflanmalı ve içeriğinin okunabilir kalması açısından gereken tedbirler alınmalıdır.

SKS doğrultusunda yapılan çalışmaları gösterir kayıt nitelikli dokümanlar da (Düzeltilici Önleyici Faaliyet Formları, Toplantı Tutanaqları gibi) orijinal nitelikteki dokümanlar gibi düzenli bir şekilde muhafaza edilmelidir.

**Not:** Bilgisayar bulunmayan bölümlerde kontrolsüz kopyaların basılı olarak bulundurulmasına müsaade edilebilir.

## Dokümanların Revizyonunda Nelere Dikkat Edilmelidir?

Kurumun herhangi bir sürecinde değişiklik söz konusu olduğunda güncelleme hemen gerçekleştirilmelidir.

Güncellemede, dokümanın ilk hazırlanmasında uyulması gereken tüm kurallara uyulmalıdır. Başhekim onayını müteakip güncellenmiş doküman yayınlanmalı, ilgililere duyurulması sağlanmalı ve en kısa zamanda güncellenen doküman ilgililere bir eğitim faaliyeti kapsamında anlatılmalıdır. Güncellenen dokümana revizyon no ve revizyon tarihi yazılmalıdır. Dokümanın ilk yayınında revizyon numarası sıfır (0), revizyon tarihi ise boş olmalıdır. Dokümanın eski versiyonları değişimin takip edilebilmesi açısından Kalite Yönetim Birimince arşivlenmelidir.

Kurumda kullanılan tüm dokümanın bir listesi bulunmalı ve bu liste güncellemelerin izlenmesini de sağlamalıdır. Doküman listesi aşağıdaki bilgileri içermelidir.

- » Doküman Adı
- » Doküman Kodu
- » Yayın Tarihi

- » Revizyon Tarihleri
- » Revizyon Numarası

Bölüm kalite sorumlusu değiştiğinde kendi bölümüne ilişkin dokümanları gözden geçirerek yeni bölüm sorumlusuna devretmelidir.

### Dokümanların Asılmasında Nelere Dikkat Edilmelidir?

Dokümanların basılı olarak duyurulması gerektiği durumlarda aşağıda belirlenen kurallara riayet edilmesi gerekmektedir:

- » Hastalara yönelik bilgilendirici dokümanların asılacağı alanlar belirlenmeli ve bu amaçla kullanılacak alanlarda, görselliğe uygun ve estetik panolar bulunmalıdır.
- » Panolara hangi dokümanların asılması gerektiği tanımlanmalı ve tanımlı dokümanlar belirlenen alanlar dışına asılmamalıdır.
- » Panolar ve panolarda asılı dokümanlar görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde düzenlenmelidir.
- » Panolarda asılacak dokümanlara onayın nasıl verileceği, dokümanların panoda ne kadar süre asılı kalacağı ile ilgili kurumlara ait kurallar belirlenmelidir.
- » Hastalara yönelik yapılacak bilgilendirme dokümanları güncel olmalıdır.
- » Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında hazırlanan dokümanlar asılmamalıdır.
- » Hastaların hizmet aldığı alanlarda hastaların bilgilendirilmesine yönelik dokümanlar dışındaki dokümanlar (Form, talimat, personele ilişkin duyuru, belgelendirme belgeleri vb) asılmamalıdır.
- » Bakanlığımızca verilmeyen ve başka kurumlardan alınan belgeler kesinlikle asılmamalıdır.
- » Belirlenen alanlar/panolar dışında bilgilendirici ilan, duyuru ve açıklama yapılması durumunda bu bilgilerin uygun ve estetik tarzda hazırlanması

ve görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde düzenlenerek asılması gerekmektedir.

Dokümanların asılmasında başlıca dikkat edilecek hususlar:





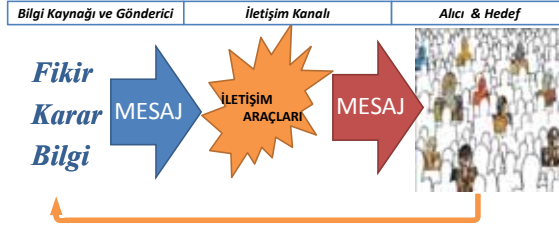
# Etkili Sunum ve Dinleme Teknikleri

## İletişime Genel Bakış

Günlük hayatımızda, iş ya da eğitim hayatımızda zamanımızın önemli bir bölümü birilerine birşeyler anlatma ya da onların anlattıklarını dinleme faaliyeti oluşturmaktadır. Yapılan bir araştırmaya göre uyanık ve kendimizde olduğumuz her 10 dakikanın 7'sinde iletişimde bulunuyoruz (Paul Rankin - Ohio State Üniversitesi). Bu sonuç, günde ortalama 8 saat uyuyan bir kişinin, günün geriye kalan 16 saatinde, yaklaşık 11 saat iletişimde bulunduğu, birşeyler anlatarak ya da dinleyerek geçirdiği şeklinde de değerlendirilebilecektir.

İşte iletişimde bulunduğumuz bu süreçte, özellikle iş ya da eğitim hayatımızda, küçük bir gruba ya da büyük bir topluluğa birşeyler anlatmak, bir bilgiyi aktarmak istediğimizde kullandığımız araçlardan bir tanesidir sunum yapmak. Elbette anlatmak istediğimiz bu bilgileri, slaytlar hazırlamak ve bunları çeşitli yazılımlar aracılığıyla perdeye yansıtarak aktaracağımız gibi aslında bazen bir tahta, flip chart vb. araçlar kullanarak, hatta bazen sadece konuşma yaparak da dinleyiciye aktarabiliyoruz. Burada önemli olan dinleyici kitemize vermek istediğimiz mesaj ya da mesajları, kullanacağımız iletişim araçlarıyla alacağımız geri bildirimlerden de yararlanarak aktarmamızdır.

Şekil:



## İletişim Süreci

Yukarıdaki şekilden de görülebileceği üzere bir sunumun etkin olmasının temelinde; küçük bir grup ya da bir topluluğa yani hedef kitemize aktarmak istediğimiz bir fikir, karar ya da bilgiyi çeşitli iletişim araçlarını kullanarak aktarmamız ve bu süreçte onlardan sürekli geri bildirimler almamız şeklinde tamamladığımız bir iletişim döngüsünün sağlıklı olması yatmaktadır.

## Etkili Bir Sunumun Temelleri

İletişim döngüsü çerçevesinde bir sunumun etkinliği için dikkat edilmesi gereken en önemli unsur, verilmek istenen “mesajın”, sunumun odak noktası olmasıdır. Dinleyici hedef kitesine iletilecek mesajın etkinliğini azaltacak en önemli etken, mesajın karmaşıklaştırılmasıdır. Mesaj karmaşıklaştıkça dinleyici neye odaklanması gerektiği konusunda kararsızlaşacak, dikkati dağılacak ve size ayırdığı süre içinde belki de verilmek istenilenin tam tersi, eksik ya da yanlış bir bilgiyle süreci tamamlayacaktır. Dolayısıyla sunumlar basit ve net olmalı, kullanılacak teknoloji sunumun içeriğinin önüne geçmemeli, konuyu karmaşıklaştırmamalıdır.

Mesaj odaklılık, basitlik/sadelik ve net olma temel prensiplerine dikkat edildiğinde sunumun slaytlar kullanılarak ya da görsel öğelerden yararlanmaksızın sadece konuşma ile yapılması, verilmek istenen mesajın, bilginin, fikrin dinleyici hedef kitesine net olarak ulaşması açısından önemli bir fark oluşturmayacaktır.

## Sunum Yapma Görevini Aldınız!

İş yerinizde amiriniz size belirli bir konuda sunum ya da konuşma yapmanız konusunda bir görev verdi ya da belki siz böyle bir göreve kendiniz gönüllü oldunuz. İşte bu aşamadan sonra, sunumunuza hazırlanmaya başlamadan önce bilmeniz gereken çok temel bazı noktalar bulunmaktadır. Sunumun başarısı için bu soruların öncelikli olarak cevap bulması gerekmektedir.

- » Sunum **Ne Tür Bir Konu** Hakkında Yapılacak?: Sunacağınız konudan içerik olarak beklentiler neler olacak? Konunun sınırları, ana mesajı ne olacak? Bu ve benzeri soruları önceden cevaplamazsanız, konunun hangi boyutuna ne kadar ağırlık vereceğinizi, hangi kısımları ön plana çıkaracağınızı tasarlayacak bilgiye sahip değilsiniz demektir. Sunumunuzu hazırlamaya başlamadan önce konuyla ilgili benzer soruların cevaplarını bulmuş olmanız, etkili bir sunumun ilk adımı olacaktır.
- » Sunuma **Kimler** Katılacak ve **Kaç Kişiler**?: Yapacağınız sunum sonuçta mesajlarınızı bir hedef kitleye ulaştırmaya yönelik olacaktır. Hedef kitleniz hakkında elde edeceğiniz bilgilerin detayları, sunumunuzun etkinliğinde anahtar role sahiptir. Doktorlar mı, hastalar mı, yöneticiler mi, akademisyenler mi ya da farklı profillerde karışık bir kitle mi söz konusu olacak? Hedef kitlenizin duymak, görmek isteyeceği kilit noktalar neler olacak? Buna benzer şekilde sorularınızı çoğalttığınızda, bulacağınız cevaplar sunumunuzun içeriğinde önemli bir belirleyici olacaktır.
- » Sunuma **Kaç Kişi** Katılacak?: Mesajınızı ulaştıracağınız hedef kitle 5 kişilik bir yönetici grubu mu? Yoksa 500 kişilik ve farklı profillere sahip karışık bir grup mu? 5 kişi ile 500 kişiye yapacağınız bir sunumun tasarımı farklılıklar olacaktır.
- » Sunum **Ne Zaman**?: Sunuma hazırlanmak için ne kadar süreye sahipsiniz? 1 hafta sonra mı, 1 yıl sonra mı? Yoksa yarım saat içinde hazırlanıp orada olmanız mı bekleniyor? Önemli ve özel bir güne denk geliyor mu?

» Sunum **Nerede ve Nasıl Bir Ortamda?**:

Aynı ilde ya da çalıştığınız kurumun toplantı salonunda olacak bir sunumdan mı bahsediyoruz? Yoksa il dışı hatta yurt dışında büyük bir toplantı salonunda yapılacak bir sunumdan mı bahsediyoruz? Daha önce o toplantı salonunda bulunduk mu? Sunum yapılacak yerin teknik altyapısı nelere izin veriyor?



Dinleyicilerin oturma düzenleri nasıl olacak? Bir masa etrafında konuşma mesafesinde mi, yoksa tiyatro düzeninde daha uzak bir mesafede kürsüde mi olacaksınız? Bu konuda soracağınız sorular özellikle sonradan ve ani olarak karışılacağınız aksaklıklarla ilgili olarak tedbir almanızı kolaylaştıracaktır. Özellikle büyük beklentiler ve hazırlıklarla ortaya konulan birçok çalışma, sunum yapılacak ortam hakkında yeterli araştırma yapılmadığı için çok büyük kayıplarla ortaya konulmakta, o kadar çaba bir anda boşa gidebilmekte ya da etkinliği minimuma düşebilmektedir.

» Size Ayrılan **Süre Ne Kadar?**:

Yapılacak sunum için size ne kadar süre tanınmaktadır. Genellikle 10 dakika ya da 45 dakika arasında değişebilen süreler, sunumun içeriği açısından önemli bir etkiye sahiptir. Anlatılacak konuya siz 45 dakika ayırmışsanız ve size ayrılan süre 10 dakika ise ne 45 dakikalık sunumu aktarabilirsiniz, ne de size ayrılan 10 dakikayı etkili bir şekilde kullanabilirsiniz.



» **Hangi nedenle** sunum yapacaksınız?: Hedef kitleniz anlatacağınız konuyu zaten biliyor olabilir ancak ikna olmamış durumdadırlar. Diğer yandan konu hakkında bilgisi olmayan bir dinleyici kitlesine de sunum yapacak olabilirsiniz. Dolayısıyla sunumuzun ana nedenini iyi belirlemeniz sunumunuzu ne şekilde tasarlayacağınıza yön verecektir. Aşağıda bu konuda yardımcı olabilecek ipuçları bulunmaktadır.

- Sunum bilgilendirme amaçlı ise kronolojik veya başlıksal sıra konunun aktarımını ve anlaşılmasını kolaylaştıracaktır.
- İkna etme amaçlı bir sunum yapılacaksa, konuyla ilgili problemler ve çözümleri ön plana çıkarmak mesajınız ulaşmasına yardımcı olacaktır.
- Dinleyici kitleniz konu hakkında bilgilidir, hatta ikna da olmuşlardır. Ancak harekete geçmek konusunda yetersiz kalıyorlardır. Motivasyon amaçlı hazırlayacağınız bir sunumda daha çok konunun faydalarının ve olumlu yanlarının ön plana çıkarılması sunumuzun etkinliği açısından önemli olacaktır.

### Etkili Bir Sunumun Aşamaları

Yapılacak sunum ile ilgili yukarıda detaylarıyla bahsedilen temel ve öncelikli soruların cevaplarını bulduktan sonra, etkili bir sunum hazırlamak için dikkat edilmesi gereken unsurları üç gruba ayırmak mümkündür. Bunlar;

- » Sunum Öncesinde Yapılacak Hazırlıklar
- » Sunum Sırasında Dikkat Edilecekler
- » Sunum Sonrasında Yapılması Gerekenler şeklindedir.

### *Sunum Öncesinde Yapılacak Hazırlıklar*

Bu aşamaya geldiğinizde artık hangi konuda, kaç kişiye ve nasıl bir dinleyici profiline hitap edeceğinizi biliyorsunuz. Yine sunumun nasıl bir ortamda ve ne kadar zamanda yapılacağı gibi bilgilere de sahipsiniz. Artık sunumunuz için hazırlıklara başlayabilirsiniz. Sunum öncesinde yapılması gereken hazırlıkları aşağıda sırasıyla bulabilirsiniz.

#### 1. Araştırma Yapın:

Hangi konuyu ele alacaksınız, bu konuda sizden önce kimler neler söylemiş, neler yazmış bilmeniz gerekmektedir. Eğer anlatacağınız konuyu siz iyi bilmezseniz, dinleyici kitlenize aktarımı-



nızda özellikle gelecek sorulara vereceğiniz cevaplarda eksiklikler ve aksaklıklarla karşılaşmanız olasıdır. Ayrıca sunumunuzu planlarken de zorluk yaşamazsınız genellikle iyi bir araştırma yapılmamasından kaynaklanmaktadır.

## 2. Planlama Yapın:

Konunuzla ilgili araştırma yaptığınız elinizde birçok malzeme var. Planlama aşamasında bu malzemeleri nasıl ve ne şekilde değerlendireceğinizi planlamanız gerekmektedir. Sunumunuzda hangi alt başlıklar olmazsa olmaz, hangileri detay kalıyor. Hangi başlıklar başta verilmeli, hangilerine vurgu yapılacak gibi karar noktalarını da dikkate alarak yapacağınız planlama, aktaracağınız mesajın dinleyiciye etkin aktarımını sağlayacaktır.



Sunumunuzu planlarken çok temel olarak, giriş, gelişme ve sonuç kurgusundan yararlanabilirsiniz. Bu bölümler bir nevi ne sunacağınızı sunduğunuz (giriş), sunumunuzun ana bölümü (gelişme) ve ne sunduğunuzu toparlayacağınızı (sonuç) bölümleridir. Bölümler ortaya konulurken aşağıdaki noktalara dikkat etmekte fayda olacaktır.

### Giriş Bölümü:

- Konuyu sınırlarıyla ortaya koymalıdır.
- Konunun önemini ve dinleyici için değerini içermelidir.
- Açılış dikkat çekici, dikkatleri toplayıcı olmalıdır. Bunun için dinleyiciye sorular yöneltme, konuyla ilgili ya da dinleyicilerin ilgisini çekebilecek anekdotlar anlatma şeklinde yöntemlerden yararlanabilirsiniz. Yine dinleyicinin güvenini kazanmaya yönelik anlatımlardan da yararlanabilirsiniz.

**Gelişme Bölümü;**

- Bu bölümde, belirleyeceğiniz bir çerçeve içinde konunun detaylarına yer verilmelidir.
- Sunum için bir yapı seçilmelidir. Bu yapılar; problemler – çözümler, kronolojik, başlıksal – konu başlıkları, teorik – pratik şeklinde olabileceği gibi alt başlıkların içeriğine göre bu yapıların anlamlı bir karması şeklinde de seçilebilecektir.
- Gelişme bölümünde ortaya konulan önemli noktalardan, bölümlerden sonra çok kısa bir özet yapılarak diğer bölümlerle ilişkisine değinilmesi ve sonrasında diğer bölümlere geçilmelidir.
- Gelişme bölümünde farklı araçlardan yararlanılması anlatımın etkinliğini artıracaktır. İstatistikler (grafikler, tablolar), görsel öğeler (resim, fotoğraf vb.), örnekler, öyküler ve alıntılar vb. kullanabileceğiniz bazı araçlardır. Bu araçların kullanılması ifadeleri güçlendirecek, dinleyicinin dikkatini toplamasını kolaylaştıracak, karmaşık konuların daha kolay anlaşılmasını sağlayacaktır.

**Sonuç/Kapanış;**

- Sunum sonuç bölümüne yer verilmeden, birdenbire bitirilmemelidir. Sunumda ele alınanlar ve verilmek istenen mesajın önemli noktaları dinleyiciye hatırlatılmalıdır.
  - Sonuç bölümü kapanışın yapıldığı bölümdür. Bu bölümde sunumun giriş bölümü ile bağlantı kurulmalıdır.
  - Sonuç bölümünde ayrıca yeni bir noktadan bahsedilmemelidir.
  - Son olarak, kapanışın pozitif bir mesaj ile gerçekleştirilmesi sunumun dinleyicideki etkisini artıracaktır.
- 3. Sunumunuzu Görselleştirin:** Sunumunuzda, özellikle slâytlardan yararlanıyorsanız, yazım kurallarına, kullanılacak yazı tipi ve büyüklüklerine, grafik vb. araçlar ile renklerin kullanımına özen göstermeniz gerekmektedir.

Özellikle yazım hataları, Türkçe'nin düzgün kullanılmaması ve imla hatalarında yapılacak yanlışlıklar dinleyici açısından özensizlik olarak algılanacaktır. Yine yazıların dinleyici açısından okunaklı olması önemlidir. Bunun için aşağıdaki noktalara özen gösterilmelidir:

- Bir sayfada 6-8 satırdan fazla satır kullanılmamalıdır.
- Okunaklı, anlaşılır yazı tipleri tercih edilmelidir.
- Başlıklar ile yazı metninin ayrımına özen gösterilmelidir.
- Zorunlu değilse BÜYÜK HARF kullanmamalıdır.
- *İtalik yazıdan* çok gerekmedikçe uzak durulmalıdır.

Sunumunuzun içeriği ve vurgu alanlarına paralel olarak kullanılacak renkler önemlidir. Ancak sunumun dikkat çekici olması için rengârenk ve dikkat dağıtıcı bir kompozisyon kullanılması da sunumun etkinliğini azaltacaktır. Renklerle ilgili olarak aşağıdaki noktalara dikkat etmekte fayda olacaktır:

- Arka planda aşırı parlak renkler kullanılmaması gerekir. Mümkün olduğunca beyaz ya da çok açık renkler arka plan için en uygun renkler olacaktır.
- Yazı karakterlerinin arka plan ile zıt renklere olmasına özen gösterilmelidir.
- Sunumda çok çeşitli ve farklı renkler kullanılmamalıdır. Bir slaytta en fazla 3-4 farklı renk kullanılması yeterli olacaktır.
- Kullanacağınız renklerin genel anlamları hakkında fikir sahibi olunmalıdır. (kırmızı aşırı canlılık, mavi sükûnet, siyah ciddiyet vb.)

Yukarıda belirtilen noktaların dışında, sunumlarda kısa film vb. diğer görsel araçlardan da yararlanabilirsiniz. Görsel öğelerin kullanılmasında dikkat edilecek diğer hususlar;

- Slayt geçişlerinde ve kullanılan görsellerde **dikkat dağıtmamaya özen gösterilmelidir.**



- Animasyon ve kısa filmlerin **yerinde ve anlamlı** kullanılmasına dikkat edilmelidir.
- Görsel öğeler, **hedef kitleye ve konuya** uygun tasarımlarda kullanılmalıdır.

#### 4. Sunum İçin Prova Yapın:

Ne kadar iyi hazırlanırsa hazırlansın, yapılacak konuşma ya da aktarılacak slâytlar ile ilgili olarak önceden prova yapılması etkili bir sunum için önemlidir. Provada dikkat edilecekleri aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

- Sunumunuzu önce kendinize sunun, pratik yapın.
- Beden dilini kontrol edin.
- Süreyi kontrol edin.
- Sesinizi kontrol edin.
- Kullanılacak mekan ve gereçleri deneyin.



Yaptığınız provada yeterli olduğunuzu düşünüyorsanız sunumunuza hazırsınız demektir. Ancak sunum sırasında dikkat edilecek noktaları da atlamamanız gerekmektedir.

#### *Sunum Sırasında Dikkat Edilecekler*

Sunum öncesinde birçok hazırlık yaptınız ve sunum anı geldi çattı. Etkili bir sunumun ortaya konulması için sunum sırasında dikkat edilmesi gereken bazı noktalar bulunmaktadır.

#### » **Heyecanınızı Kontrol Edin**

Sunum sırasında karşılaşılan en önemli problemlerden bir tanesi heyecanlanmaktır. Ne kadar iyi hazırlanmış olursak olalım, sunum anı gelip çattığında elimizde olmadan heyecanlanırız.



Heyecanlandıkça başarısız olacağımızı düşünür, daha da çok heyecanlanırız. Öncelikle şunu kabul etmemiz gerekiyor; birilerine bir şeyler anlatırken heyecanlanmak normaldir. Hatta biraz heyecan motive olmamızı da sağlar. Normal olmayan ise kontrol edemeyip, dinleyiciye yansıttığımız heyecandır. Dolayısıyla burada heyecanı yok etmekten değil, heyecanımızı kontrol etmekten bahsettiğimizi söyleyebiliriz.

Heyecanlanmamızı körükleyen en önemli düşüncelerden birisi, sunum yapacağımız konuda dinleyicinin her şeyi bildiğimizi sandığımızı, hatta sizin de bu şekilde olması gerektiğini düşünmenizdir. Aslında hiç kimse, ünvanı ya da uzmanlığı her ne olursa olsun, o konuda var olan tüm bilgiye sahip değildir. Bir diğer deyişle anlatılan konu hakkında bilmediğiniz konuların da olabileceğini kabul etmeniz gerekmektedir. Önemli olan bu samimiyetinizi dinleyiciye de aktarmanızdır. Her şeyi bildiğinizi iddia ederek, dinleyiciye o elektriği vererek, dinleyiciyle aranızda böyle bir duvar ördüğünüzde aslında kendi heyecan kaynaklarınızı yaratmaya başlamışsınız demektir.

Ancak ne kadar samimi ve dinleyiciyle iletişim içinde olursanız olun, yine de sunum sırasında heyecanlanıyor olabilirsiniz. Heyecanımızı kontrol altına almak için yapabileceğimiz bazı ipuçları aşağıdadır:

- Kürsüye yavaş adımlarla ve sakın gidin.
- Kürsüde zaman geçirin. (su içerek, mikrofon ayarlayarak vb.)
- Kürsüyü kavrayın. (temas güven vererek rahatlatacaktır)
- Daha yavaş konuşun. Heyecanlanıldığında yapılan en büyük yanlışlardan birisi normalden de hızlı konuşarak adeta heyecan duygusundan uzaklaşacağımızı sanmamızdır. Heyecanımız arttığında aksine hızlı konuşmak yerine ilk bir dakika olağandan da yavaş konuşma tercih edilmelidir. Hızlı konuştuğumuzda soluk tıkanır, dil sürçmeleri artar ki bunlar var olan heyecanınızı daha çok arttıracaktır.
- Ana konuya girmeden önce seremoniyi uzun tutun. Heyecanınızı kontrol altına alana kadar giriş bölümünde konu dışında salonun atmosferine uygun olarak bazı noktalardan bahsedebilirsiniz.

» **İçten ve Samimi Olun**

Sunum sırasında dinleyiciyle kuracağınız iletişim, anlatacağınız konunun başarılı bir şekilde aktarılmasına da yardımcı olacaktır. Bunun için;

- Kendinizi tanıttın
- Güler yüzlü olun
- Dinleyiciyle göz teması kurun.

» **Beden Dilini Kullanın**

- **Yüz İfadelerini Kullanın:** Anlattığınız konuya uygun olarak mimiklerden yararlanın.
- **Ellerinizi Kullanın:** El hareketleriniz anlatımınızı güçlendirecektir.
  - Ellerinizi boş olmalarını sağlayın
  - Beden hareketlerinizi elleriniz ile destekleyin
  - Ancak!
  - Elinizde sürekli birşeyler çevirmeyin
  - Burnunuza, saçınıza vb. sürekli ve gereksiz olarak dokunmayın
- **Duruşunuza ve Pozisyonunuza Özen Gösterin:**
  - Dik durun
  - Dinleyiciyle aranızda giren bariyerlerden sakının
  - Sürekli ileri geri adımlar atmayın
  - Sallanmayın
  - Sırtınızı izleyicilere dönmekten kaçının.

» **Ses Tonunuzu Yönetin ve Sesinizi Kontrollü Kullanın**

- Duyulun ancak rahatsız edici şekilde bağırılmaktan kaçının.
- Tane tane konuşun.
- Ses tonlaması ve yüksekliğini konunun içeriğine göre değiştirin.
- Önemli noktaları vurgulamak için kısa süreli duraklamalardan yararlanın.

## Yukarıda sayılanların dışında sunum sırasında dikkat etmeniz gereken noktalar aşağıdadır:

- Sunumunuzda değineceğiniz konu başlıklarından bahsedin.
- Konuşma planınıza uyun. Sonradan bahsedeceğiniz bir konuya önceden uzun uzun değinip, sıra o konuya geldiğinde söyleyecek sözünüzün kalmadığı için, bu konuya değinmiştik diyerek geçmeyin.
- Zamanınızı doğru kullanın.
- Soruları cevaplandırın ve mutlaka kapanışa yer verin.

### » Soru Cevap Bölümü

Sunum esnasında en çok üzerinde durulan konulardan birisi de soru cevap bölümüdür. Sorular ne zaman alınmalıdır, hangi sorulara cevap verilmelidir vb. birçok konu sunum yapan kişiyi tedirgin etmektedir.



Eğer küçük bir gruba sunum yapıyorsanız, sorularınızı sunum sırasında alabilirsiniz. Bu sayede anlattıklarınızın dinleyici tarafından anlaşılıp anlaşılmadığı ya da eksik kalan noktaların neler olduğu daha rahat anlaşılabilir. Böylece sunumun geri kalanı biraz da soru cevaplarla şekillenecektir. Ancak soruların sunum sırasında alınması durumunda sunum planının aksamamasına özen gösterilmelidir.

Geniş katılımlı toplantılarda yapılan sunumlarda ise soru ve cevapların sunum sonunda alınması genellikle daha uygun olmaktadır. Böylece sunum bölünmeyecektir. Soruları sunum sonunda alırsanız, bunu sunumunuzun başında belirtmeniz dinleyicinin sorularını sunum sonuna saklaması açısından uygun olacaktır.

Sunum sırasında ya da sonrasında da alsanız, soru cevap bölümünde aşağıdaki hususlara dikkat edilmesinde fayda vardır.

- » Soruyu iyice dinlemelisiniz. Cevap verebilmeniz için soruyu önce sizin anlamanız gerekmektedir.

- » Soruyu herkesin duyabileceği şekilde tekrarlayın. Bu sayede salonda soruyu duyamayan kimse kalmayın.
- » Eğer sorunun cevabını bilmiyorsanız bunu söylemeniz, soruyla ilgisiz bir cevap vermenizden daha uygun olacaktır.
- » Sorunun cevabı, sunum esnasında açıklanmış bile olsa tekrar cevaplamayınız.
- » Soruları cevaplarken birebir diyaloglara girmekten kaçınmalı, daha çocuk soruya ve cevaba odaklı konuşmalısınız.
- » Sunum ile ilgili olmayan sorulara cevap vermeyebilirsiniz.
- » Soru cevap bölümünden sonra çok çok kısa bir kapanış cümlesiyle sunumunuzun ana mesajı hakkında bir hatırlatmayla sunumunuzu tamamlayın.
- » Son olarak dinleyiciye teşekkür etmeyi unutmayın.

### *Sunum Sonrasında Yapılması Gerekenler*

Sunumunuz bittikten sonra, aldığımız geri bildirimleri mutlaka değerlendirmelisiniz. Olumlu ve olumsuz geri bildirimler sayesinde sonraki sunumlarınız için iyileştirme çalışmaları yapabilirsiniz.

### *Sahnenin Diğer Tarafı “Etkili Dinleme”*

#### *Dinlemeye Ayırdığımız Zaman*

Daha önceki bölümlerde belirtildiği üzere, uyanık olduğumuz 10 dakikanın 7’sini iletişime ayırmaktayız. İletişime ayırdığımız bu sürenin %45’i ise dinleyerek geçmektedir. Bir diğer deyişle iletişimin önemli kısmı aslında dinleyerek sağlanmaktadır.



## Dinleme Yeteneğimiz

Birçok insan dinleme yeteneğinin **değişemeyeceğini** düşünmekte; bu konuda ya iyi ya da kötü olduğuna inanmaktadır. Ancak dinleme yeteneği bir takım ilke ve yöntemlerle **geliştirebilmektedir**. Dinleme yeteneğinin geliştirilmesi için öncelikle hangi tutum ve davranış tiplerinde dinle(me)diğimizi bilmemiz gerekmektedir.

## Dinle(me)yici Çeşitleri

- » **Kafası Dağınık Dinleyici:** İç ve dış etkenlerin araya girerek dinleme kalitesini düşürmesine izin verirler.
- » **Tarafli Dinleyici:** Aslında dinlemez, sadece susmuştur ve ne söyleyeceğini düşünüyordur. Karşı taraf ne derse desin onun kafasında söyleyecekleri bellidir.
- » **Sabırsız Dinleyici:** Genellikle karşısındakinin sözünü durmadan kesen, söyleyeceklerini tamamlamalarına izin vermeyen dinleyicilerdir.
- » **Pasif Dinleyici:** Dinlemenin aktif bir süreç olduğunun farkında değildir. Verilmek istenen mesajın ne olduğunu anlamaya çalışmaz. Söylenilenlerle ilgili ya hiç ya da çok az yorum yapar.



**Aktif Dinleme:** Bilinçli bir şekilde ve sürekli olarak **geri bildirimlerde** bulunarak yapılan dinlemedir. Aktif dinleme sırasında konuşan dinleyenin ne anladığı konusunda fikir sahibi olmaktadır.

## Etkili Dinleyebilmek İçin Bazı Yöntemler

Aşağıda etkili dinleme için kullanılabilecek bazı yöntemler verilmektedir.

- » **Konsantre olun:** Çevrenizde dikkatinizi dağıtabilecek (cep telefonu, açık bir kapı, pencere vb.) gürültü kaynaklarından kurtulun.
- » **İlgi alanlarınızı geliştirin:** Genellikle ilgi duymadığımız konuları sırf başlıklarından dolayı dinlememe eğiliminde oluruz. Ancak bazen en ilgisiz bir konuda bile ilgimizi çekecek ya da ilgi alanlarımızı zenginleştirecek alanlar bulunabilmektedir.

- » **Konuşan kişiye bakın:** Sunum yapılan kişiden ya da yönden başka noktalara odaklanmanız dikkatinizi dağıtacak dinlemenizi olumsuz etkileyecektir.
- » **Açıklayıcı sorular sorun:** Sunum sırasında eğer soru cevaplara izin veriliyorsa sorular sormaktan çekinmeyin. Eğer böyle bir ortam yok ise dinlediğiniz konuyla ilgili kendi kendinize sorular sorarak cevaplarını aramanız konuya daha çok odaklanmanıza yardımcı olacaktır.
- » **Belli aralıklarla özetleyin:** Dinlediğiniz konuyla ilgili olarak belli aralıklarla ufak özetlemeler yapın. Böylece hem konuyu kafanızda toparlamanız kolaylaşacak hem de sonraki bölümlere odaklanmanız daha rahat olacaktır.
- » **Yargılarınızdan kurtulun:** Tarafli dinleme yapmanız mesajı olumsuz etkilemektedir. Ön yargılı başlayan bir dinleme gerçekten söylenmek istenileni anlamınızı engelleyecektir.
- » **Beden diline dikkat edin:** Konuşan kişinin ağzından çıkan cümleler kadar, bunları hangi beden diliyle desteklediği de önemlidir. İyi bir dinleyici beden diliyle verilen mesajları gözden kaçırmamalıdır. Görseller anlamayı destekleyecektir.
- » **Konunun dışına çıkmayın:** Etkili dinlemeniz için, size anlatılan konuyu öncelikle sizin dağıtmadan, olumsuz müdahalelerde bulunmadan korumanız önemlidir.
- » **Konuşmacının tavırlarına takılmayın:** Konuşmacının farklı dikkat dağıtıcı tavırları olabilir. Ancak bu sizin için bir bahane olmamalıdır. İyi bir dinleme için sizin konuya odaklanmanız gerekmektedir.
- » **Konuşmanın amacını saptayın:** Dinlediğiniz konuşma hangi amaçla yapılıyor? (İkna, bilgilendirmek, anlaşılacak vb.)Bunu anlamaya çalışın. Konuşmanın amacını anladığınızda farklı beklentilere girmekten uzaklaşacak, konuya odaklanmanız kolaylaşacaktır.

## Sonuç

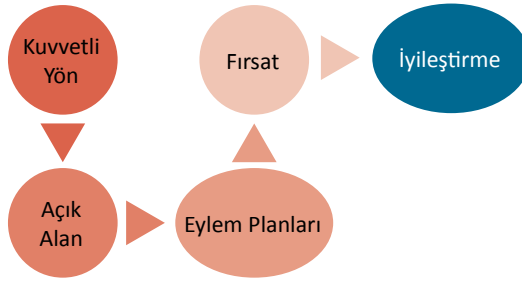
Özellikle iş yaşantımızda zaman kısıtları ve işlerin yoğunluğu nedeniyle iletişimin kısa süre içinde ve etkili bir şekilde sağlanması büyük öneme sahiptir. Bir de buna anlatılması ve üzerinde düşünülmesi gereken konu sayısının çokluğu eklendiğinde, dinleyicilerin her sunumu veya konuşulanı aynı istekle dinlememesi gerçeği ortaya çıkmaktadır. İşte bu gerçekler çerçevesinde, verilmek istenilen mesajın en etkin şekilde anlatılması için yukarıda anlatılan ve yapılması gerekenleri yapma görevi sunum yapan kişiye düşmektedir.

Sunum yapan kişi aynı zamanda etkili bir dinleyici olarak, dinleme faaliyetine de odaklanan kişi olmalıdır. Bu sayede iletişim döngüsünün başarılı bir şekilde tamamlanması sağlanacak, mesaj en sağlıklı şekilde ulaşması gereken hedef kitleye ulaşacaktır.



## Öz Değerlendirme Süreci

Sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanmakta olan Kalite Yönetimi yaşayan bir sistem olup kendini sürekli olarak yenilemekte ve geliştirmektedir. Yönetim sistemleri, uygulamalarında etkin ve etkili olabilmek ve sürdürülebilirliğini sağlamak için proaktif yönetim anlayışa sahip olmalıdır. Proaktif olabilmek için de yönetim sisteminden düzenli olarak verilerin toplanması, analiz edilmesi ve sonucunda yapılacak iyileştirmelerin uygulanması ve etkinliğinin ölçülmesi gerekmektedir.



Bir Performans İyileştirme Stratejisi olarak da tanımlanabilen öz değerlendirme süreci ile kurum ve kuruluşlar kuvvetli yönlerini ve iyileştirmeye açık alanlarını belirlemekte, bu doğrultuda hazırladıkları eylem planları ile yönetim yaklaşımlarını iyileştirme fırsatı elde etmektedirler.

Sağlıkta Kalite Standartlarının etkili ve etkin uygulanması, değişen çevresel koşullar, yeni personelin ya da teknolojinin sisteme dahil olması durumunda

da yönetim sisteminin sürdürülebilirliğinin sağlanması için öz değerlendirme süreci kurumlarımızın eline önemli veriler vermekte ve farkındalığı arttırmakta iyileştirmelere olanak sağlamaktadır.

Öz değerlendirme, vücut fonksiyonlarının mevcut performansının periyodik olarak ölçülmesini ve değerlendirilmesini içeren bir “check-up” faaliyetine benzetilebilir. Değerlendirme yapmadaki amaç, “iyileştirme planları”nın hazırlanması olduğundan, yaklaşımda “teşhis”e yöneliktir. Bu nedenle öz değerlendirme süreci için “kendi kendine teşhis” terimi de kullanılmaktadır.

Öz değerlendirme;

- » Kurum / kuruluşun kalite yönetim sistemi ve Sağlıkta Kalite Standartlarını karşılamak,
- » Hasta ve Çalışan Güvenliği Yönetmeliği uygulamaları,
- » Bölüm hedeflerine ulaşabilme düzeylerini ortaya koymak ve
- » Mesleki körlüğü önlemek için kullandıkları bir **araçtır**.



## Öz Değerlendirme Neden Önemlidir?

Bölümlerin kapasitesinin, yetkinliğinin, performansının, güçlü ve zayıf yanlarının, fırsat ve tehditlerinin ortaya çıkarılabileceği bu süreç, başta kalite yönetim direktörü olmak üzere hastane üst yönetimine önemli bilgiler ve uygunsuzlukları düzeltmek için fırsatlar vermektedir. Böylece daha sonra hedeflere ulaşamama ve Sağlıkta Kalite Standartlarını karşılayamama gibi **istenmeyen sonuçlarla karşılaşma olasılığını, kısacası merkezi değerlendirme sonrası hüsrana uğrama olasılığını** da ortadan kaldırılabilmektedir. Bu nedenle öz değerlendirme süreci kurumlarda büyük bir öneme sahiptir.

Öz değerlendirme süreci SKS’de **Kurumsal Hizmet Yönetimi dikey boyutunda Yönetim Hizmetleri bölümünün 4. standart maddesi** olarak yer almaktadır.

## 5 N 1 K ile Öz Değerlendirme Süreci Nedir?

- » SKS uygulama düzeylerini gösteren bir araçtır.
- » Yapılan çalışmalara tutulan bir aynadır.
- » Üçüncü bir gözdür.
- » Personeli sürece dahil etme yöntemidir.



## Neden Yapılır?

- » İyileştirmelerin planlanması,
- » Üst yönetim ve çalışanlarda farkındalık yaratılması ve
- » Uygulamaları gözden geçirme fırsatı elde etmek için yapılır.



## Ne Zaman Yapılır?

Yıl içinde her dönemde en az bir kez olmak üzere yılda en az 2 kez yapılır. Bunun dışında ilgili bölümün risk analizi yüksek ise, bölüm ile ilgili aylık birim analizleri, indikatör sonuç analizleri anlamlı çıkıyor ise, DÖF-GRS rapor sayısı üst yönetimin dikkatini çekiyor ise planlama dışında da yapılabilir.

Gün belirlenmesinde ilgili bölümün kalite sorumlusu ile iletişime geçilerek değerlendirmeye tüme yakın bölüm çalışanlarının katılımının sağlanmasına, seçilen değerlendirme saatlerinin bölüm çalışma saatleri ile uyumlu olmasına özen gösterilmelidir.

## Nerede Yapılır?

Kurumun hizmet veren tüm bölümlerinde yapılır.

### Kim Yönetir?

Öz değerlendirme sürecinin planlanması ve yönetilmesi kalite yönetim birimi tarafından yapılır.

Üst yönetim öz değerlendirme sürecinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesine fırsat sağlamalı ve bu süreci desteklediğini ekip-lerde görev alarak göstermelidir.



### Nasıl Yapılır?

Bu aşamada öz değerlendirme sürecini iki aşamaya ayırmak gerekir. Bunlardan birincisi sürecin planlanması diğeri ise uygulanmasıdır. Planlama ve uygulama aşamasında üst yönetimin desteği sürecin etkin olarak yürütülmesinde büyük önem taşır.

Aşağıda yer alan özdeğerlendirme süreci planı tablosunda bir öz değerlendirme süreç planlaması örneği verilmiştir Bu tabloda planlama öz değerlendirme sürecinin her dönem için bir kez yapılacağı varsayımı ile yapılmıştır.

**Tablo: Öz değerlendirme süreci planı**

Öz değerlendirme süreci	Aylar											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planla	■											
Bilgilendir		■	■	■					■	■	■	
Uygula			■	■					■	■		
Raporla			■	■					■	■		
Analiz Et				■						■		
DÖF Aç				■						■		
İyileştirme				■	■					■	■	
Kontrol Et				■	■					■	■	
Paylaş					■						■	
Üst Yönetime Sun					■						■	

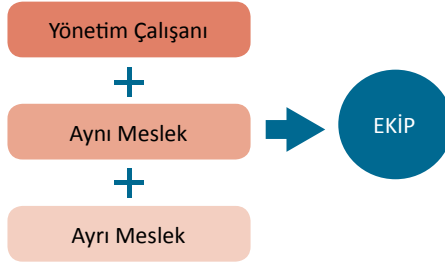
## Ekiplerin Belirlenmesi

Süreç öz değerlendirme ekiplerinin belirlenmesi ile başlamaktadır. Ekipler Sağlıkta Kalite Standartlarına hakim, kurumun kalite çalışmalarında yer alan kişilerden oluşturulmalıdır.

İletişime açık, insan ilişkileri dengeli, uyumlu, yargılayıcı değil destekleyici, yol gösterici olan ve Sağlıkta Kalite Standartları hakkında eğitim alan herkes öz değerlendirme ekip üyesi olabilir.

Değerlendiricilerin görevi yargılamak değil, bölüm çalışanlarının yaptıkları uygulamalara bir ayna tutmak olmalıdır, her değerlendirmenin ayrıca bir **eğitim** olduğu, Sağlıkta Kalite Standartlarının yerinde, etkili ve etkin eğitimi anlamına da geleceği unutulmamalıdır.

**“Neden yapmadınız” sorusu yerine “bu konu hakkında daha başka neler yapabildiniz” sorusu ile çalışanların akıllarında soru işaretleri oluşturmak, kendi doğrularına ulaşmalarında yol gösterici olmak öz değerlendirmenin felsefesini de açıklamaktadır.**



Bölümlerin değerlendirme ekipleri belirlenirken bir yönetim çalışanı, o bölümde çalışmayan aynı meslek grubundan bir temsilci ile başka bir meslek grubunun temsilcisinin seçilmesi **ekibin farklı bakış açıları ile değerlendirme sürecini yönetmesine, çalışanların kendilerini geliştirmeleri ve değerlendirmeleri için bir fırsat ortamı** yaratacaktır.

Öz değerlendirme süreci boyunca değerlendirme ekip üyelerinin de yetkinliği, bölüm çalışanlarından alınan yansız görüşler ile değerlendirilmelidir. **Ekip üyeleri kalite yönetim biriminin ve üst yönetimin Sağlıkta Kalite Standartlarına bakış açısının birer temsilcisidirler.**

Ekip üyeleri bu nedenle dikkat ve özenle seçilmeli, değerlendirilmeli ve geri bildirimlerin analizi ile eğitilmelidirler.

### Eğitim

Ekiplerin eğitimi aşamasında öz değerlendirmenin mantığı ve amacı ekip üyelerine anlatılmalı, elde edilecek verilerin “iyileştirme planları” na veri hazırlayacak birer **kılavuz** olacağı vurgulanmalıdır. Değerlendirme yapılan bölüm çalışanları ile kurulacak iletişimin bu sürecin verimli geçmesi için önemli olacağı, **yargılayıcı** olmaktan uzak, **objektif** bir bakış açısı ile mevcut durumun **fotoğrafını çekerek kayıt altına alma ve raporlama** yöntemleri de bu eğitimde vurgulanmalıdır.

Öz değerlendirmede Sağlıkta Kalite Standartları maddeleri esas alınır. Eğitimde standartların nasıl uygulanacağı da anlatılmalıdır. **Standartların her maddesinin karşısına objektif delillerin yazılması daha sonraki iyileştirmelere ışık tutacaktır.**

### Paylaşım

Paylaşım ya da bilgilendirme olarak adlandırılan bu aşamada kalite yönetim birimi tarafından bölüm kalite sorumluları bölümlerinde yapılacak öz değerlendirme hakkında bilgilendirilir. Bu sürecin devamında bölüm kalite sorumluları da kendi çalışanları ile toplanarak bilgi paylaşımı yapmalı ve onların süreç ile ilgili kaygılarını gidermelidir.

### Takvim

Takvimde değerlendirme yapılacak bölümler, değerlendirme tarihi ve ilgili bölümün değerlendirmesini yapacak ekip üyeleri yer almalıdır.

### Duyuru

Bu aşamada değerlendirme ekibi ve bölümler takvim hakkında bilgilendirilir. Takvimde belirtilen değerlendirme tarihi ile gerçekleşen tarihin analizi kalite yönetim birimi için bir bölüm hedefi de olabilir.

## Uygulama

Değerlendirme günü değerlendirme ekibi ilgili bölüme giderek kendilerini tanıtmalı ve orada olma nedenlerini açıklamalıdır. O bölüme ait Sağlıkta Kalite Standartlarını içeren soru listesi üzerinden öz değerlendirme gerçekleştirilir. Bu süreçte saptanan uygunsuzluklar olduğu kadar iyi uygulamalar da kayıt altına alınmalıdır. İyi uygulamaların da kayıt edilmesi daha sonraki aşamada tüm bölümler için yapılacak iyileştirmelere ışık tutacaktır.

Standart maddelerini değerlendirirken sadece yazılı dokümanı görmek yeterli değildir. Uygulamaların da gözlemlenmesi standartların ilgili bölümlerde etkin ve etkili olarak sürdürülebildiğini gösterecektir.

Örnekle açıklamak gerekirse; Acil Durum ve Afet Yönetimi bölümünün öz değerlendirme süreci uygulama aşamasında standart maddeleri değerlendirilirken izlenecek yol sadece yazılı dokümanı ya da çalışanlardan alınacak sözel yanıtları değerlendirmek olmamalı uygulama da yapılarak standartın o bölümdeki etkinliği ölçülmelidir.

## Acil Durum ve Afet Yönetimi

01.05.07.05 Yangın dolabı içindeki ekipman çalışır durumda olmalıdır.

Burada alınacak cevabın olumlu olabilmesi için bu standart maddesinin alt başlıklarının da incelenmiş ve hatta uygulanmış olması gerekir.

## Atık Yönetimi

01.08.04 Atıkların kaynağında ayrıştırılması

Atık deposunda mevcut atık torbalarını sadece görmek değil içeriklerini de incelemek, torbaların kapatılma şekli ve tanımlanma (bölüm adı, toplanan vardiya saati gibi) kriterlerini gözlemek standart maddesinin bölümlerdeki etkinliğini de gösterecektir.

## Nasıl Değerlendirilir?



Öz değerlendirme ekipleri tarafından standart maddelerinin bölümlerdeki uygulamalarına ait bulgular kayıt altına alınır ve bölüm kalite sorumlusu ile birlikte imzalanır. Daha sonra bu bulgular ve ekibin önerileri raporlandırılır ve kalite yönetim birimine iletilir. Raporların bir örneği kalite yönetim birimi tarafından değerlendirme yapılan bölüm kalite sorumlusuna imza karşılığı teslim edilir.

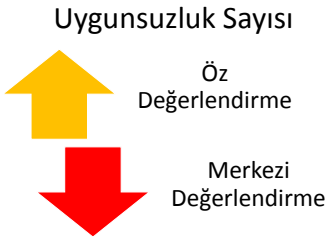
Kalite yönetim birimi raporlar doğrultusunda analiz yaparak sonuçları üst yönetime sunar. Öz değerlendirmeler standart bazında hangi iyileştirmelerin nasıl yapılacağı konusunda yol gösterici olacaktır. Üst yönetim analiz sonuçlarından elde ettiği bilgiler eşliğinde iyileştirme kararlarını alır. Kararlar bölüm kalite sorumluları ile yapılacak toplantıda paylaşılır. Bu toplantıda öz değerlendirme sürecinde başarılı olan bölümlerin kalite sorumluları da kendi deneyimlerini, geçirdikleri aşamalarda karşılaştıkları zorlukları ve ürettikleri çözüm yollarını paylaşmalıdır. Başlatılan iyileştirme sürecinin ve düzeltici önleyici faaliyetlerin izlenmesi kalite yönetim biriminin sorumluluğundadır.

Öz değerlendirme raporları ve sonucunda açılan iyileştirme ve DÖF ler bir sonraki öz değerlendirme sürecinin önemli bir girdisi olacaktır.

Sağlıkta Kalite Standartlarında belirtildiği gibi hastane yönetimi, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm sorumluları ile değerlendirme toplantıları yaparak bölüm bazında belirlenen hedefler ve öz değerlendirme sonuçlarını her dönem en az bir kez değerlendirir.



Öz değerlendirme süreci sonrasında elde edilen verilerin analizi bize planlayacağımız iyileştirmeler için yol haritası çizmemize olanak sağlayacaktır. **Daire Başkanlığı tarafından yapılacak olan merkezi değerlendirmeler öncesi** yapılan öz değerlendirmeler, başta kalite yönetim direktörü olmak üzere hastane üst yönetimine önemli bilgiler ve uygunsuzlukları düzeltmek için **fırsatlar** verir. Öz değerlendirme **sonuçlarının bölüm kalite sorumluları ile paylaşımı onlara temsil ettikleri bölümlerin kurum içindeki yerini gösterecek ve onları tatlı bir rekabete yönlendirecektir.**



Öz değerlendirme sürecinde saptanan uygunsuzluk sayısı ne kadar fazla olursa yapılacak iyileştirmeler ile merkezi değerlendirme sürecinde karşılaşılabilecek uygunsuzluk sayısı o kadar az olacaktır.

Öz değerlendirme süreci sonrası yapılan iyileştirmeler için bir örnek uygulama aşağıda özetlenmiştir.



Yapılan öz değerlendirme sonucunda bir bölümde hasta ve hasta yakınlarının tedavi odası, ofis gibi bölüm içinde oda planlamasını bilmediği saptanmış, Sağlıkta Kalite Standartları gereği;

- » “01.02.01.00 Hastanın/hasta yakınının bölüme uyumu sağlanmalıdır “standardı gereği kişiye özel bilgilendirme broşürleri hazırlanmış,
- » “01.01.57.00 Hasta memnuniyet anketleri” değerlendirmeleri göz önüne alınarak yatış sırasında yanlarında bulundurulması gereken malzemeler eklenmiş,

- » “01.05.04.00 Acil çıkışlara yönelik düzenleme” standardı gereği bilgilendirme broşürlerinde hasta odasından acil çıkışlara ulaşım gösterilmiş, yangın söndürme tüplerinin yeri belirtilmiş,
- » “01.01.67.00 Hastanın, yakınının ve çalışanların dini inançlarına yönelik düzenleme” ise broşürlerde de ibadethanelerin yerinin tanımlanması ile sağlanmıştır.

İyileştirme tek bir başlık ve bölümde planlanmamış kurumun tüm bölümleri için iyileştirme hazırlanmış ve uygulanmıştır.

## Sonuç

Her kurum kendine ait özellikler taşır. Bu nedenle öz değerlendirme sürecini yönetirken kurumlar planlamalarını kendi koşullarına göre yapmalı, elde ettikleri analiz sonuçlarını iyileştirme yapmak için fırsat olarak tanımlamalı ve sonuçları kurumuna yaymalıdır.

Öz değerlendirme süreci **“bize bizi “anlatmaktadır**. Analiz sonuçları da iyileştirme ve sürdürülebilirliğin anahtarıdır.

Sağlıkta Kalite Standartlarının kurumlarda sürdürülebilir olması üst yönetimin liderliği, ekip anlayışı, katılımcı çalışmaları desteklemesi ile olacaktır.

Sonuç olarak hastanelerde kalite yönetimi ciddi bilgi birikimi, özverili çalışma ve bu alanda çalışma arzusu gerektiren bir hizmet alanıdır. Bu alanda yapacağımız çalışmalar sonucunda daha nitelikli sağlık hizmeti sunumuna zemin hazırlanacağı, hasta güvenliği ve çalışan güvenliğinin daha yüksek düzeyde sağlanacağı, hasta memnuniyetinin daha yüksek seviyelere çıkacağı unutulmamalıdır. Bu nedenle öz değerlendirme süreci içinde yer almanın ve rollerimizi en üst düzeyde yerine getirmenin en önde gelen görevlerimiz arasında olduğu unutulmamalıdır.

# Hastane Yönetiminde Başarının Anahtarı

Sağlık hizmet sunumunu gerçekleştiren profesyonel sağlık çalışanları ve hastane yöneticileri doğal olarak başarıyı hedefler. Başarı iyi bir sağlık ikliminin oluşumuna zemin hazırlarken, mesleki tatminin ve emeğin karşılığının alınmasını da kolaylaştırır. Sağlıkla ilgili her olayın doğru değerlendirilmesi için genel bir çerçeve çizilmesi işleri kolaylaştırır. Özellikle ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin gelişimi, nereden nereye geldiği ve bu gelişim süreci içinde oluşan sağlık sisteminin ana dokusu iyi tespit edilmelidir. Türk sağlık sisteminin genel çerçevesi hepimizin içinde yaşadığı dönüşüm hareketinin uygulamaları ile çizilmiş görünmektedir. Her sağlık sisteminin bir ruhu ve ideolojisi var. Ülkeler birbirlerinden etkilenseler de, dünyadaki bütün sistemler kendi coğrafyasının, inançlarının ve birikimlerinin izlerini taşımaktadır.

Ülkemizde son on yıldır sağlıkta dönüşüm reformu ile birlikte bu ruhun ve ideolojinin belirginleştiği görülmektedir. Türk sağlık sisteminin en bariz çizgisi insan odaklı olmasıdır. Bu, ezbere söylenmiş bir ifade olarak değerlendirilmemeli ve siyasi bir slogan olarak da algılanmamalıdır. Çünkü sistemin geldiği nokta, insan odaklı olduğunu ve sistemin bütün unsurlarının buna göre şekillendiğini bize göstermektedir. 2003 yılında dağınık ve aslında bir amacı olmayan bir yapı devralındı. Bugün daha derli toplu, birçok parametresi belirginleşmiş ve dinamikleri bilinen bir sistem var elimizde.

Sağlık profesyonelleri tarafından sistemin parametrelerinden birisi olan “hasta haklarının” çok abartıldığı düşünülmektedir. Vatandaşın aşırı talepkâr olduğu ve şükür duygusunun yeterli olmadığı ifade edilmektedir. Bu görüşe katılmakla birlikte “hasta hakkı” kavramının güçlü olması gerektiğini de ifade etmemiz gerekmektedir. Hasta hakları çerçevesindeki sorunların çözülmesinin zor olmadığını, aslında bu sorunları çözecek birikime sahip sağlık çalışanları ve yöneticilerin olduğunu biliyoruz. Dünya ile yarışan bir sağlık hizmeti alma bilinci oluşan halkımız, milletini seven ve milleti için çıkarılan sağlık çalışanlarını elbette takdir ediyor ve edecektir.

Türk sağlık sisteminin bu ve buna benzer parametreleri ve dinamikleri pekişerek uygulamaya devam etmesi beklenmelidir. Sistem insan odağından uzaklaşmamalıdır. Bu çerçevede hastanecilik, sağlığın finansmanı, mesleki uygulamalar, yönetim ve diğer hususlar bu ruha ve ideolojiye göre şekillenecektir.

Sağlık Bakanlığının yeni Teşkilat Kanununa baktığımız zaman, aslında Bakanlık da yeni aldığı pozisyon ile sistemin diğer bir dinamiğini oluşturmaktadır. Planlayıcı, denetleyici, kural koyucu bir pozisyon almaktadır. Hizmet sunumundaki aktif rolünden sıyrılmaya çalışırken sağlık sistemi içindeki hem vatandaşın, hem ödeyici kuruluşların, hem de sağlık çalışanlarının haklarını, menfaatlerini gözetken, koyduğu kurallarla bunları takip eden, bunu bütün toplum adına yapan bir Bakanlık haline gelmeye başlamaktadır.

Sağlık hizmetleri içinde ve ülkemiz pratiğinde hastanecilik çok önemli bir unsurdur. Sağlık hizmetinin yoğunlaştığı kilit noktalardan biri hastanelerdir. Bir ilde insanların sağlıkla ilgili ilk akıllarına gelen hastane binaları ve hastane organizasyonları olmaktadır. Hastanelerde olup biten her şey sağlık sistemini direkt etkilemektedir. Hastanelerdeki başarı veya başarısızlık bütün sağlık sisteminin başarısı veya başarısızlığı olarak adlandırılmaktadır. Hastane organizasyonu açısından iki kilit unsur karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan birincisi, hastanelerin finansal mekanizmaları ve ödeme yöntemleri; ikincisi de Sağlıkta Kalite Standartlarıdır. Bu iki unsur bundan sonraki yıllarda hastanecilik için önem taşımaktadır. Hastanelerin finansmanı açısın-

dan bakıldığında diğer bir kavram ile karşılaşılmaktadır; sürdürülebilirlik. Hastane finansman ve ödeme mekanizması ne kadar başarılı olursa sürdürülebilirlik o kadar sağlanmış olacaktır. SKS olarak üç kelimeye sığdırdığımız Sağlıkta Kalite Standartları devasa bir sistemi içinde barındırmaktadır. SKS bütün hastane fonksiyonlarını içermektedir. SKS ile memnuniyet, klinik başarı, hasta hakları, güvenlik ve yönetim sürdürülebilir hale gelmektedir. Hastane yönetiminde başarıyı yakalamak için bu unsurlar dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir.

Önümüzdeki yıllarda hastanecilikte bazı zorlukların ve avantajların ortaya çıkması beklenmelidir. İki konu dikkat çekmektedir. Birincisi kamu hastanelerinde yeni bir yönetim modeline geçilmesidir. Kamu hastane birlikleri ile kamu hastaneciliğinde yeni bir dönem başlamış olacaktır. Diğeri ise her ilde olmasa da büyük illerde kurulacak olan sağlık kampüsleridir. Bu iki gelişme hastanecilik fonksiyonunda ve hastanelerin başarısında birtakım zorlukları ve kolaylıkları getirecektir. Kamu hastane birlikleri ile kampüs hastaneler biraz önce sözünü ettiğimiz hastanelerin finansmanı ve SKS ile birlikte değerlendirilmelidir. Büyüyen ve yönetim modeli yenilenen kamu hastaneciliği açısından finansman ve SKS daha dikkat çekici hale gelmektedir. Yeni yapıyı yönetmek eskiye göre daha da zorlaşmaktadır. Ancak elimizde zorluklarla baş edebilecek gerekli araçlar ve tecrübe oluşmuş durumdadır. Bu araçlardan bir tanesi de SKS'dir.

Eğer hastane organizasyonu merkeze alınacak olursa dört unsurun yer aldığı görülmektedir. Bunlardan birincisi devlet, ikincisi emek yani sağlık çalışanları, üçüncüsü hastalarımız ve yakınları, dördüncüsü de hastane organizasyonun tedarikçileridir. Kamu hastane birlikleriyle ve kampüs hastanelerle büyüyen hastane organizasyonun dört unsur ile olan ilişkisini dengede tutmak ve yönetmek bundan sonra hastanelerin başarısında çok daha önemli hale gelecektir. Bu yapıyı başarılı bir şekilde yönetmek için SKS'nin sıklet noktada olduğunu düşünüyoruz. Çünkü SKS olarak ifade ettiğimiz sistem bu dört unsuru dengeli bir şekilde yönetmek ve hastane organizasyonundan beklenenleri sağlamaya yönelik önemli bir araçtır. Ne hastalar eski hasta, ne çalışanlar eski çalışan, ne de devlet eski devlettir. Beklentiler artmış ve her

unsur güçlenmiş durumdadır. Yönetmek için SKS gibi güçlü araçlara ihtiyacımız bulunmaktadır.

Siyasi ve etik alınan kararlarla hasta haklarında geline nokta, iletişim imkânlarının gelişmesi, toplumun bilgi ve görgü seviyesinin artması hastaların beklentilerini sürekli yükseltmektedir. Eskiden bilmiyorum, görmüyorum, duymuyorum diyen devlet yerine bilişim teknolojisinin verdiği imkânlarla MEDULA, SAĞLIK-NET gibi izleme ve değerlendirme araçları ile adeta hasta muayene odasının içinde yer alan bir devlet karşımıza çıkmaktadır. Tedarikçilerin geldiği nokta da ortadadır. Leb demeden leblebiyi getirmektedirler. Sağlık çalışanları bu yapı içinde henüz gücü tam oturmamış unsur olarak karşımızda durmaktadır. Sağlık çalışanlarının sendikalar ile örgütlenmesi ve yeni meslekler kanunu ile elde edilen haklar bu gücün geliştiğinin de bir göstergesidir. Diğer taraftan hizmet talebinin artmasına karşılık sağlık insan gücündeki yetersizlik ve şu an sağlık personeli arasında işsizliğin olmaması özel sektörün de sistem içinde istihdam edici bir güç olarak varlığı sağlık çalışanlarını her şeye rağmen kıymetli kılmaktadır.

Bu yapı içinde hastane organizasyonunun büyük bir mücadele vermesi gerekmektedir. Başarıya ulaşmak çok da kolay görünmemekte. Memnun edilmesi gereken dengede tutulması gereken çok sayıda unsur bulunmaktadır. Bazen elinizde güçlü bir araç olması da yeterli olmayabilir. Kalite ve akreditasyon gibi araçları üç beş milyonluk bir ülkede kolaylıkla uygulayabilirsiniz. Ülkemiz gibi büyük bir coğrafya ve nüfusta bunları uygulamak biraz daha çok çalışmayı gerektiriyor.

Her ülkenin kendine özgü kullandığı kalite ve akreditasyon programlarının bir benzeri olan ve ülkemiz için geliştirilen SKS bugün için önemli bir araç haline gelmiştir. Bu sadece dokümanlarda yer alan teorik bir programdan öte, son derece canlı ve işlevsel bir araç haline gelmiştir. Bakanlığın ciddi bir şekilde bu alana eğilmesi sonucu Edirne'den Hakkari'ye kadar yetişmiş uygulayıcı ve değerlendirmeci profesyonel çalışanları ile kervan yoluna devam etmekte. Özel veya kamu hastanesi ayırımı yapmadan tüm hastanelerin başarısı için çalışılmaktadır. SKS sistemi yoluna devam ederken kendi ihtiyacı

olan insan gücünün de yetişmesini sağlamaktadır. En son yapılan 2012 yılı merkezi değerlendirmesinde bu alanda yetişmiş 52 ekip sorumlusu ve 230 SKS değerlendiricisi 339'u Kamu hastanesi, 65'i ADSM ve ADSH olmak üzere toplam 404 kurumu 37 iş günü içinde değerlendirerek bir başarıya imza atmıştır. Bu değerlendirmeler önemli sonuçlar doğurmaktadır. Özel- kamu tüm hastaneleri ve sağlık çalışanlarını etkileyen ve onları hastane kalitesinin bir tarafı haline getiren ve aynı zamanda farkındalığı artıran değerlendirmeler olarak görülmektedir.

SKS hastane başarısında önemli bir araçtır. Hastanenin tamamını kapsamaktadır. Sistem içinde klinik kalite, hasta güvenliği, hasta ve çalışan memnuniyeti, tesis güvenliği, haklar ve sorumluluklar, hizmet içi eğitim kısaca her şey yer almaktadır. Bütün hastanenin hem klinik faaliyetlerini, hem teknik faaliyetlerini, hem idari faaliyetlerini içeren hem de hastanenin devletle, hastayla, üçüncü taraflarla ve çalışanlarla ilişkilerini düzenleyen standartları içermektedir. SKS son derece sistematiktir ve pratiği yıllardır yapılmaktadır. Bu pratik tecrübeyle ülkemiz şartlarına göre geliştirilmektedir.

Hastane başarısında ekip çalışması önemli bir husustur. SKS ekip çalışmasını desteklemektedir. Hastanenin tüm personeli mutlaka bazı standartları yerine getirebilmek amacıyla bir araya gelmektedir. Komite toplantıları buna iyi bir örnek oluşturmaktadır. Pratik uygulamalara bakıldığında bu zamana kadar hastane ortamında hiç bir araya gelmemiş bazı unvandaki çalışanların bir araya gelerek hastaneyi birlikte sahiplendikleri görülmektedir. Farkına varılmadan bir tesanüt oluşmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde başarı için ikna önemli bir kontrol düğmesidir. SKS aynı zamanda iyi bir ikna aracıdır. Dengede tutulması gereken bütün tarafları ikna edecek yeterli standartlara sahiptir. SKS'nın detaylarına bakıldığı zaman her bir standardın altındaki alt parametrenin aslında arka planda birilerini ikna ettiği görülmektedir.

SKS aynı zamanda kötü gün dostudur. Hastanelerde alınan tüm tedbirlere, eğitimlere ve iyi uygulamalara rağmen istenmeyen olaylar gelişebilmektedir. SKS çerçevesinde yapılan çalışmalar, istenmeyen olaylar geliştiğinde

vicdanlara ve hukuki süreçlere karşılık “biz görevimizi yaptık, bu bir komplikasyondur, önlenemez bir olaydır” diyebilme hakkını vermektedir. Bu durumlarda oluşan bireysel ve kurumsal stresle mücadelede nefes alınmasını sağlamaktadır.

Sağlık sistemimizde personel hareketliliği de dikkat çekicidir. Özel sektörün de hastanecilikte rol almasıyla bu hareketlilik daha da artmış görünmektedir. Sağlık personeli açısından bir immobilizasyon var. Tecrübeli olsa da bir hastaneye tayini çıkıp göreve başlayan her personel hastane başarısında yeni olmasından kaynaklanan olumsuz bir etki yapabilir. SKS ile, bir marketler zincirinde yer alan marketlerde olduğu gibi tüm hastanelerde her şeyin aynı yerde olması sağlanacaktır. Farklı bir şehirdeki zincir markete gittiğinizde kendinizi kendi şehrinizdeki markete girmiş gibi hissediyorsanız, SKS’de hastanelerde çalışanlar açısından aynı havayı oluşturmaktadır.

Ülkemizin bir ürünü olan SKS önümüzdeki yıllarda bazı risklerle karşılaşabilir. Sağlık turizmi konusunda hem kamu hem de özel hastanelerde çalışmalar yoğunlaşmış bulunmaktadır. Bakanlığımızda bu konuyu desteklemektedir. Yabancı hastalara kamu hastanelerinin hizmet verebilmesi için hastanelere cazip gelen dişe dokunur fiyat tarifesi yayınlanmış durumdadır. Özel sektöre ait hastanelerde ise süreç daha hızlı ilerlemektedir. Bu süreç başka ülkelere ait akreditasyon modellerinin uygulanması baskısını oluşturabilecektir. Dışarıdan hazır gelen kimilerine göre daha kolay ve cazip gelebilir. Sağlık turizminin popülerize olmuş rüzgârıyla SKS’nin yabancı akreditasyon modellerine kurban edilmemesi gerektiğini düşünüyoruz.

*Başarı için SKS yoldaki iyi bir ışık.*



# Değerlendirici Gözüyle Değerlendirme Süreci

Sağlık hizmeti sunumu ilk seferde ve her seferinde hasta ve çalışanlar açısından güvenlik içinde sunulması gereken ve hatayı affetmeyen bir hizmettir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumu ile ilgili süreçler oluşturulurken her ayrıntı gözden geçirilerek hasta ve çalışanlar için güvenli hizmet alma ve sunma amacı ile planlama yapılmalıdır.

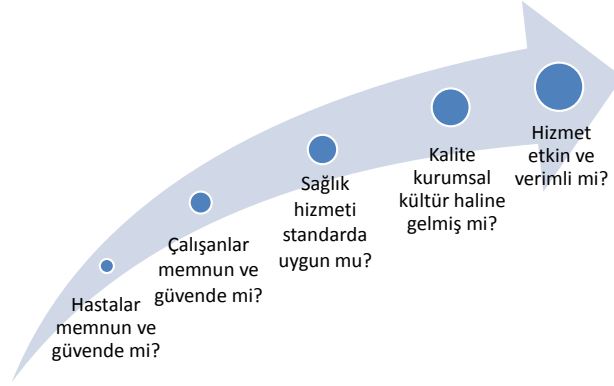
## Sağlıkta Kalite Standartları Değerlendirmesi

Sağlık hizmeti sunumu, hasta ve çalışan güvenliği kültürünün oluşturulması, geliştirilmesi, hasta ve çalışan memnuniyetinin artırılması, kalitenin geliştirilmesi, etkinlik ve verimliliğin sağlanması için oluşturulan **ulusal kriterlerle** sağlık kurumlarının gözden geçirilmesidir.

## Sağlıkta Kalite Standartları Değerlendiricisi Kimdir?

Sağlıkta Kalite Standartları konusunda eğitim almış, genellikle çalıştığı kurumda sürecin içinde olan, Başkanlıkça belirlenmiş kriterlere sahip, belirli sayı ve nitelikte değerlendirmede bulunmuş, çalışmalarını Başkanlık, gidilen kurum ve ekip üyeleri tarafından değerlendirilen, konusunda uzman kişidir.

## Niçin Değerlendiriliyoruz?



Hatayı affetmeyen hizmetlerin başında gelen ve yoğun çalışma saatlerinde ve zor koşullarda kesintisiz sunulan sağlık hizmetinde sağlık kurumlarının sundukları hizmet kalitesinin belirlenmesi ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunun temini ile sürekli geliştirilmesi nihai hedeftir. Hedeflere ulaşıp ulaşılmadığının tespiti de ancak düzenli olarak gözden geçirme ve değerlendirmelerle takip ve analiz edilebilir.

Tüm bunların yapılabilmesi için de bazı kriterler, standartlar oluşturulmalı ve uygulanmalıdır. İşte Sağlıkta Kalite Standartları bu amaçla oluşturulmuş, hasta ve çalışan güvenliğini merkeze alan, hasta ve çalışan memnuniyetini önemseyen ve destekleyen standartlar dizisidir. Değerlendirmelerle ülke genelinde daha kaliteli, daha etkin ve daha verimli sağlık hizmeti sunumu için standartların uygulanma derecesi gözden geçirilir.

### **Sağlıkta Kalite Standartları Değerlendirmesinin Etkinliği İçin;**

- » Standart kapsamında yapılması,
- » Objektif delillere dayalı olması,
- » Değerlendirilen kurum için katma değer yaratacak şekilde yapılması,
- » Adil olması,
- » Kurum ve kişi farkı gözetilmemesi,
- » Açık ve anlaşılır bir şekilde yapılması son derece önemlidir.



## Sağlıkta Kalite Standartları Değerlendiricisinin Taşınması Gereken Özellikler

Yapılan değerlendirmenin başarılı olması ve amaca hizmet etmesinde değerlendiricilerin önemi oldukça fazladır. Etkili ve verimli bir değerlendirme için değerlendiricilerin taşınması gereken bazı özellikler vardır:

- » Değerlendirici bağımsızdır. Bulunduğu konumu ne olursa olsun “değerlendirici” kimliği ile kurumda bulunduğunu bilir.
- » Kurum bilgilerinin gizliliğine saygılıdır, elde ettiği bilgileri gerektiği kadarı dışında üçüncü şahıslarla asla paylaşmaz.
- » İletişime açık, karşılıklı bilgi alışverişi yapabilen kişidir. Değerlendirme sırasında standartları karşısındakinin anlayabileceği şekilde açık ve anlaşılır bir dille sorar ve cevabını dikkatle dinler.
- » Önyargısız değerlendirme yapar.
- » Değerlendirici fayda sağlayıcı olarak değerlendirme yaptığını bilir ve asla sorgular tarzda değerlendirme yapmaz.
- » Değerlendirme sırasında değerlendirici her zaman yapıcı bir tavır içindedir ve etrafında bulunan kişilerin de farklı davranış sergilemelerine engel olması gereken kişidir.

## Değerlendirme Sürecini Olumsuz Etkileyen Tutum ve Davranışlar



Sağlıkta Kalite Standartları Değerlendirmesi sırasında değerlendiren ve değerlendirilen açısından süreci olumsuz etkileyen bazı tavır ve davranışlar vardır ki bunlardan kaçınılması değerlendirmenin etkinliği ve verimliliği açısından son derece önemlidir.

Bu tavır ve davranışlar nelerdir?

- » **Otorite Kurmaya Çalışma:** Değerlendirme sırasında her iki taraf için birbiri üzerinde otorite kurmaya, baskı oluşturmaya çalışma gerginliğe neden olur. Değerlendiren ve değerlendirilenin yetki ve sorumlulukları farklıdır ve karşılıklı bu çerçevede dahilinde davranılmalıdır.
- » **Sürekli Muhalif Olma:** Değerlendirme sırasında değerlendirilen veya değerlendiren farklı bakış açısı ile olaylara yaklaşabilir, ancak önemli olan bunun uygun bir üslup ile karşısındakine yansıtılmasıdır. Yoksa karşılıklı muhalif tutum ve davranışlar değerlendirme sürecinde karşılıklı saldırı ve savunma yapma şeklini alır ki bu durum her iki taraf için de huzursuzluktan başka bir işe yaramaz.
- » **Zaman Geciktirme Taktikleri:** Değerlendirmelerde zamanın her iki taraf için de oldukça kıymetli olduğu unutulmamalıdır. Mesai saatleri içerisinde değerlendirmeye başlama ve bitirme hedeflenmeli, aralar çalışanların çalışma saatleri ile uyumlu olmalıdır. Herhangi bir süreç izlenirken ve/veya doküman verilirken zamana önem verilmeli, istenen doküman ve/veya kişiye ulaşma süresi hakkında değerlendiriciler bilgilendirilerek, iş planlarını gözden geçirmeleri temin edilmelidir.
- » **Örnek Gösterme ve Benzetmeler:** Değerlendirme sırasında kurumda bulunan değerlendirici ekibe “sizden önce gelen değerlendiriciler...” şeklinde başlayan cümleler kurulmamasına özen gösterilmelidir. Aynı şekilde değerlendiriciler de daha önce gitmiş oldukları kurumdaki olumlu veya olumsuz durumları örnek göstermemelidir. Her değerlendirmenin kendi

içerisinde özel olduğu, her değerlendirme sürecine ilişkin kuruma özel bilgilerin paylaşılmaması gerektiği unutulmamalıdır.

- » **Yaşanan İç İhtilaflar:** Değerlendirilen kurumda yaşanan yönetsel ve/veya kişilerarası anlaşmazlıklar değerlendirme sürecine yansıtılmamalıdır. Bu durum ekip üyelerinin sorunu olmamalıdır. Aynı şekilde değerlendirme ekibinde yaşanan herhangi bir sorun da değerlendirilen kurumda gözardı edilerek değerlendirme bitiminde çözüm arayışına gidilmelidir.

## Değerlendirici Kuruluşta Ne Görmek İster?

### Beklentileri Nelerdir?

Kalite çalışmalarının kurum içerisinde paylaşılması, anlaşılması ve her seviyede yaygınlaşması için yöneticilerin kaliteli sağlık hizmeti sunumu konusunda kararlılığı son derece önemlidir.

Değerlendirmeler sırasında genellikle gözlemlenen odur ki, sağlık kurumunda yürütülen tüm hizmetlerin belirlenmiş kurallar dahilinde yürütülmesini planlayan, uygulamalarını sürekli izleyerek sonuçlarını düzenli değerlendiren yöneticiler kalite çalışmalarını iyileştirme ve sürekli gelişme aracı olarak kullanmakta ve bu inaçlarını çalışanları ile paylaşarak çalışanlarının da süreçlere katılımını teşvik etmektedirler.

Yine kalite çalışmalarını özümseyen kurumlar, yönettikleri süreçlere ait dokümanlarını kendilerine özgü oluşturdukları takdirde hiçbir çalışma sözde kalmayıp gerçekten uygulanabilir hale gelmektedir. İçselleştirilmemiş ve kullanıma uygun olmayan, fazla sayıda ve özellikle doküman oluşturmak her zaman için dezavantajdır ve uygulanabilirliği yoktur. Dokümanlarda sadelik, gerektiği zaman ve gerektiği yerde kullanılmak üzere oluşturulan kalite dokümanları işlevsellik açısından da etkin olacaktır.

Kurumla ilgili verilerin sadece bir yığın halinde analiz edilmeden toplanması değerlendirici açısından istenen ve beklenen bir durum değildir. Amaçlanan ve yapılması gereken Sağlıkta Kalite Standartları'ndaki maddelerde istenen

verilerin bu konuda görevli kişilerce toplanması ve düzenli aralıklarla belirlenen kişi/kişilerle değerlendirilmesi ve kayıtların tutulmasıdır.

Veri analizi ölçme ve değerlendirme yapmak, aynı zamanda kurumun zayıf ve güçlü yönlerini tespit etmesi ile iyileştirme çalışmalarını buna göre düzenlemesi açısından da önemlidir. Hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili her türlü düzeltme ve önleme çalışması kuşkusuz sunulan hizmetin kalitesini her geçen gün arttıracaktır.

## Değerlendirmeye Başlarken Yapılan Açılış Toplantısının Önemi Nedir?

Değerlendirme; yapısı ve yapılan iş itibari ile değerlendirilen tarafından olduğu kadar değerlendirici tarafından da oldukça dinamik bir süreçtir. Kısa sürede kurum çalışanları yaptığı çalışma ve uygulamaları ifade etmeye çalışırken değerlendirici de tüm bunları belirlenen kısa zaman diliminde değerlendirerek karar vermek durumundadır.

Değerlendirme gününe açılış toplantısı ile başlanır. Her iki taraf için de kendini ifade etme, bakış açısını açıklama fırsatı olan açılış toplantısı değerlendiriciler ve değerlendirilen kurum açısından ilk izlenim olması itibari ile oldukça önemlidir. Yönetime vizyonunu açıklama fırsatı verir. Gidilen kurum çalışanları değerlendirici ekibi tanır, programına müdahil olabilir ve karşılıklı görüş alışverişi ile değerlendirme planı daha etkin yapılabilir.

Açılış toplantısına katılan küçük bir grup olsa da, kalite çalışmalarına verdikleri desteğin önemi ve çalışan katılımı olmadan kalite çalışmalarının bir anlam ifade etmediği mesajı, hem yönetim hem de değerlendiriciler tarafından fiili olarak gösterilmiş olur.

## Değerlendirme Süreci ve Çalışanların Katılımı

Sağlıkta Kalite Standartları'nın kurumlarda anlaşılması ve uygulanabilmesi için Kalite Yönetim Direktörü ve Kalite Yönetim Birimi çalışanları; standart maddelerinin öncelikle çalışanlara açıklanmasını sağlayarak, çalışmalarda

yol gösterici, planlama yapıcı, yazılı düzenlemeleri hazırlayıcı rol oynarlar. Bu çalışmalarını tek başlarına değil Bölüm Kalite Sorumluları ile işbirliği yaparak yürütürler ve bu sayede tüm çalışanları sürece dahil edebilirler. Ekip çalışmasının olmadığı, sadece Kalite Yönetim Birimi tarafından hazırlanan dokümanların uygulanmaya çalışıldığı kurumlarda kalite çalışmalarının başarılı olduğunu söylemek çok zordur.

Çalışanların Sağlıkta Kalite Standartları çalışmalarına katılımını sağlamak için **eğitim** çok önemlidir. Eğitim süreci çalışanın kuruma ayak attığı anda uyum eğitimleri ile başlar. Çalışanın çalıştığı birime özgü uyum eğitimi ile devam eder. Çalışanların katılımı ve Sağlıkta Kalite Standartları hakkında bilgilendirilmeleri bununla sınırlı kalmamalı düzenli aralıklarla yapılan farkındalık ve hizmetiçi eğitimlerle her grup sağlık çalışanına o gruba özel hazırlanan eğitim materyalleri ile ulaşılmalıdır.

Değerlendiriciler gittikleri kurumda Sağlıkta Kalite Standartları'nda belirlenen ve yapılması gereken eğitimlere yönelik bilgi alırken, bunu birkaç şekildedeyapabilirler. Saha değerlendirmesi sırasında ilgili birim çalışanına katıldığı eğitimler sorulur ve not alınır. Daha sonra bu bilgiler ışığında kayıtlar kontrol edilir. Böylece bir yandan eğitimlerin yapılması değerlendirilirken diğer yandan çalışanlara ulaşılabilirlik ve eğitimin etkinliği de değerlendirilmiş olur.

Erişkinlere verilen her eğitimin ardından davranış değişikliğinin hemen oluşmasını beklemek her zaman mümkün değildir. Yılların getirdiği alışkanlıkları bir eğitimle düzeltmek veya olması gerektiği gibi yapılmasını sağlamak kolay olmayabilir. Ancak ne kadar çok ve farklı ortamda, farklı yöntemlerle sağlık çalışanlarına ulaşırsa eğitimler de o kadar etkin ve akılda kalıcı olacaktır.

Örneğin; ameliyathane sürecini ele alalım. En basit tanımlama ile hastanın klinik hazırlığı, ameliyathaneye teslim süreci, ameliyathanede hasta ve işlem doğrulamasının ardından ameliyata başlama ve sonlandırma süreci olarak bakabiliriz.

## Ameliyathane Süreç Güvenliği



Tüm bu işlemler sırasında hasta ve çalışan güvenliği açısından alınması gereken pekçok önlem ve yapılacak uygulamalar çalışanlarla paylaşılır ve daha sonra belirlenen şekilde iş ve işlemlerin yürütülüp yürütülmediği düzenli olarak kontrol edilir. Değerlendirmeler sırasında değerlendiriciler bu basamakları adım adım takip ederler, ilgili kayıtların etkin olarak tutulduğunu yerinde görerek değerlendirirler.

Sağlıkta Kalite Standartları değerlendirmeleri sırasında kullanılan her tür kayıt için gereklilikler gözönünde bulundurulur. Hastanın mevcut durumu ile ilgili hasta dosyasında bulunan standart maddelerinin gerektirdiği kayıtlar, hastanın durumu, yapılan uygulamalar değerlendirilerek, kayıtlarla mevcut durumun birbirini desteklediğinin tespiti değerlendirici açısından önemlidir.



Örneğin hastaya planlanan tedavi ve bakım için bir hedef belirlenir ve bu hedefe ulaşma yolları kayıt altına alınır. Bunlardan biri olan hemşirelik bakım planları hastanın bakım gerekleri dikkate alınarak hasta bazlı hazırlanır, zamanında yapılan bakım ilgili kişi tarafından kayıt altına alınır.

Sağlıkta Kalite Standartları'nda belirtilmemişse, değerlendirici için uygulamaların yapılma şekli değil, kurum tarafından vaat edilen uygulamanın uygun şekilde yapılarak kaydedilmesi önemlidir. Sadece kayıtlara bakarak karar vermek her zaman doğru sonuca ulaşmak için yeterli değildir. O nedenle



uygulamaya maruz kalan kişi ile görüşülür, uygulayıcılarla görüşülür, yazılı dokümanlar incelenir ve hepsi bir bütün içinde değerlendirilir.

### *Doküman Kirliliği İşleri Zorlaştırır...*

Bir kurumda kullanılan dokümanların sadeliği her zaman işleyiş açısından daha kolay kontrol edilebilir bir durumdur. Aşırı dokümana sahip olmak kalite çalışmalarının o kurumda daha iyi olduğu anlamına gelmez.

Kurum çalışmaları değerlendirilirken değerlendirici yazılı dokümanda farklı okuyor, uygulamada farklı bir durumla karşılaşıyorsa, çalışanlarla konuşarak fiili durum hakkında bilgi edinmeye çalışır. O nedenle bazen dokümanda yazıp da uygulamada görülemeyen standart maddeleri değerlendirici tarafından olumsuzluk olarak not edilmiş olabilir.

Dokümanlar değerlendirilen kurum çalışanlarınca hazırlanmamış ise bunun tespit edilmesi hiç de zor olmayacaktır. Sağlıkta Kalite Standartları çalışmalarında standart maddelerinin gereği kuruma özel düzenlemelerin yazılı dokümanlarda yansıtılmasıdır. Aksi halde; sterilizasyon ünitesi olmayan bir hastanede dokümanları incelerken sterilizasyon birimi ile ilgili dokümanlarla karşılaşılabilir. Bu durumun değerlendirilen tarafından açıklanması oldukça zordur.

Sağlıkta Kalite Standartları değerlendirmelerinde kurumlarda dokümanlarla ilgili dikkat edilmesi gereken bir diğer konu, belirli bir konuda hazırlanacak doküman ilgililer tarafından alınacak karar doğrultusunda ve işleyişle ilgili en uygunu olmak üzere seçilmeli ve kullanılmalıdır. Günümüzde kalite ile ilgili dokümanlara ulaşmak hiç de zor değildir. Ancak önemli olan bu doküman fazlalığı içerisinde hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili hata yapılmasını engelleyecek, ilgili kurum çalışanları tarafından kolaylıkla anlaşılıp uygulanabilecek dokümanların oluşturulması ve kullanılmasıdır. Örneğin hasta ve yakınına verilen eğitimin kayıt altına alınması ile ilgili birden fazla form bulmak mümkündür. Etkin olanı, kurumun dinamiğine uygun olanını kuruma uyarlayarak öncelikle eğitim yolu ile kullanıcıya formun tanıtılması, daha sonra kullanım şeklinin uygunluğunun kontrol edilerek çalışanlardaki far-

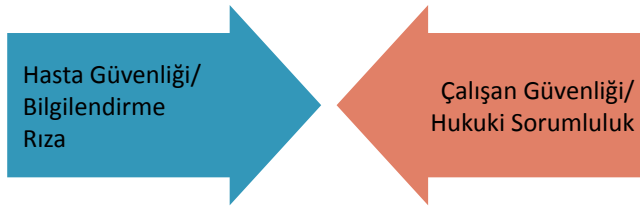
kındalığın arttırılmasıdır. Amaç doküman kirliliği değil, en yalın dokümanla hasta ve çalışan güvenliğine yönelik kayıtların tutularak işlerin yürütülmesi olmalıdır.

### *Formlar, Sadece Doldurmuş Olmak için Değildir...*

Sağlıkta Kalite Standartları ve kalite çalışmalarında kullanılmak üzere hazırlanan ve sağlık hizmetinin güvenli bir şekilde sunulmasını amaçlayan her tür doküman gibi bu amaçla kullanılan formların da ne işe yaradığı öncelikle çalışan tarafından anlaşılmalıdır. Formlar hangi amaçla kullanılır diye baktığımızda;

- » Planlama
- » Doğrulama
- » Kayıt
- » Kontrol
- » Eğitim
- » Takip...

Bu amaçla oluşturulan formların çalışanlarca etkin kullanımları hasta açısından önemli olduğu kadar çalışan için de hukuki açıdan zorunluluktur. Örneğin hasta yatış nedeni ile ilgili bilgilendirilerek, yapılan iş ve işlemlerle ilgili açıklama yapılır. Bu açıklama sadece sözel olduğunda anlatılmış olduğunun bir ispatı olmayacaktır. Bu nedenle hasta ve çalışan güvenliği açısından hasta/hasta yakınına hastalığı ve/veya yapılacak riskli girişimsel işlemlerle ilgili bilgilendirme yapılarak rızası alınmalıdır. Bu süreçte form üzerindeki kayıtların eksiksiz olması değerlendirilir. Kurumun hasta ile iletişimde olan ve bakım verilen her biriminde uygulamanın tam yapılması değerlendirici açısından bakılan önemli noktalardan biridir.



### **Hasta Bilgilendirme - Rıza Alma Gereği Anlaşılmalı Olmalı**

Çalışanların kullandıkları formu ne amaçla doldurmaları gerektiğini kavramaları kullanımı alışkanlıktan çok gerekliliğe dönüştürmede önemlidir. Formlar çalışanlar tarafından anlaşılmıyor, sadece zorunluluktan dolayı dolduruluyor ise; değerlendirmeler sırasında bunlarda eksiklik olması çoğu zaman kaçınılmaz olmaktadır.

Örneğin yatan hastalarda hasta güvenliği açısından düşme riski değerlendirilmesi son derece önemlidir. Bu amaçla hazırlanmış olan pek çok ölçek vardır. Sağlıkta Kalite Standartları'nda hangi ölçeğin kullanılacağı ile ilgili herhangi bir belirleme olmadığı sürece yönetim tarafından belirlenen bir ölçek (erişkin ve çocuk için farklı olabilir) kullanımı öncelikle gereklilikleri ile çalışanlara anlatılmalı ve daha sonra kullanıma sunulmalıdır. Kullanım şekli ve sıklığı düzenli aralıklarla kontrol edilerek değerlendirmenin sadece formu doldurmak için değil hastada düşme riskini değerlendirme amaçlı olduğu vurgulanmalıdır. Ancak bu durumda hasta dosyalarında tam doldurulmuş bilgiler, puanlanması yapılmış, puanlamanın ne anlama geldiği bilinen değerlendirme formlarına rastlamak mümkün olabilir. Çalışanlar, düşme formunu hasta düşmelerini engellemek ve hastaya verilen bakım ile yattığı süre içerisinde düşmesini önleyici tedbirleri almak üzere kullanmaları gerektiğini anladığında form da amacına uygun olarak doldurulacak ve düşme sayılarının giderek azaldığı tespit edilebilecektir.



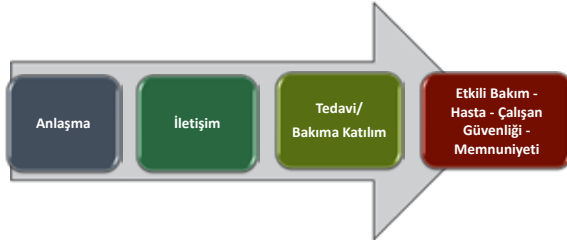
### **Neden Hastalarda Düşme Değerlendirmesi Yaparız?**

Hastalara verilen bakım ve uygulanan tedavilerde hasta ve hasta yakınının karar, tedavi ve bakım sürecine dahil edilmeleri gereği sağlık çalışanları tara-

findan bilinmelidir. Ancak hasta/hasta yakını ve çalışan arasında kurulacak güçlü bir iletişimle ve karşılıklı net bilgilendirme ile hasta ve çalışan güvenliği sağlanabilir. Sağlık çalışanı hastadan anamnez alırken ihtiyacı olan tüm bilgileri sorgulamalı ve gerekli kayıtları tutmalıdır.

Bunun yanı sıra hasta ve hasta yakını sağlık kurumunda bulunduğu süre içerisinde karşılaşacağı her türlü işlem ile ilgili bilgilendirilmeli, sorularına net yanıtlar alabilmelidir ki tedavi ve bakım sürecindeki sorumluluğunu kavrasın ve sağlık çalışanına yardımcı olabilsin.

Tüm bunların karşılıklı olarak kayıt altına alınması, gerekli olan formlarda tarih ve saat bulunması, hasta/hasta yakınına bilgi verildiğinin ispatı niteliğinde olan kimlik bilgileri ile imzaların eksiksiz olması Sağlıkta Kalite Standartları gereklilikleri arasındadır. Bu nedenle değerlendirmeler sırasında kayıtların ilgili birimlerin birinde değil hepsinde tam olması şartı aranır.



Karşılıklı anlayışa ve iletişime dayalı kurulan sağlık çalışanı ile hasta/hasta yakını arasındaki ilişkinin etkili bir bakım sağladığı gibi hasta ve çalışan güvenliğini de desteklediği çalışan eğitimlerinde vurgulanmalıdır.

### *Sağlık Hizmeti Sunumunda, En Zayıf Halkamız Kadar Güçlü Olduğumuzu Bilmeliyiz*

Sağlık kurumlarında yürütülen pek çok faaliyet birbirine bağlı aşamalarla sürdürülür. Dolayısı ile bir basamaktaki aksaklık veya olumsuzluk diğer basamağa geçmede mutlaka sorun olur. Herhangi bir süreçte uygunsuzluk var ve bu uygunsuz durum tespit edilememişse bununla ilişkili diğer bir süreçte sıkıntı yaşanması kaçınılmazdır. Tüm bunları tespit etmenin tek yolu da süreçlerin oluşturulan dokümanlarla kontrol altına alınmasıdır.



Örneğin sterilizasyon ünitelerinde steril edilen malzemelerin kullanım yerlerinin başında ameliyathaneler gelir. Sterilizasyon ünitesi işleyişi, burada çalışanların konu ile ilgili bilgi, beceri ve eğitim düzeyleri, bu üniteye yapılan işlemlerin ne kadar güvenli bir ortamda gerçekleştirildiği konusunda da fikir verir.

**Sterilizasyon  
Üniteleri Kimlere  
Emanet?**

Kim çalışıyor?

Süreci ne kadar biliyor?

Eğitimi var mı?

Yaptığı işin öneminin farkında mı?

Kendi güvenliğini sağlayabiliyor mu?

.....

Sterilizasyon sürecinin etkin işleyişinin kontrolü neden önemlidir? Çünkü ameliyathane süreci gibi çok önemli bir süreç ile doğrudan ilişkilidir. Sterilizasyon ünitesi işleyişinde steril olması gereken malzemelerin üniteye tesliminden itibaren kayıtların düzenli tutulması, sterilizasyon işlemlerinin en doğru kişiler tarafından en doğru şekilde yapılıyor olması ameliyathane sürecindeki başarıyı doğru ameliyatı, doğru kişinin doğru şekilde yapması kadar direkt etkileyecektir. O nedenle sterilizasyon sürecinde malzemelerin steril olmak için geçirdiği aşamaların izlenmesi, steril olan malzemelerin ilgili birime eksiksiz teslim kayıtlarının olması önemlidir. Sterilizasyon süreci ile ilgili en ufak bir dikkatsizlik nedeni ile başarılı bir ameliyatın hiçbir öneminin kalmayacağı aşikardır.

Sağlık hizmeti sunumunun önemli bir kısmını oluşturan laboratuvar hizmetleri ile klinik hizmetleri aslında iç içedir. Laboratuvar sonucu hastanın kliniği ile ilgili çok önemli bir kararı ve uygulanacak tedavi protokolünü belirler. Doğru sonuç verilmesi, panik değerlerin zamanında bildirim hayati önem taşır. Sunulan hizmeti direkt etkileyen, hasta güvenliği ile ilgili karar alınmasında çok

önemli rolü olan laboratuvar süreci ile ilgili standart maddelerinin eksiksiz olarak yerine getirilmesi ile sunulan sağlık hizmetinin kalitesinden söz edilebilir.

### *Güvenli Bir Sağlık Hizmeti Sunumu İçin...*

Hasta Güvenliği

Çalışan Güvenliği

Tesis Güvenliği

Ekipman Güvenliği

Hasta güvenliği ve çalışan güvenliğinin yanında tesis ve ekipman güvenliğinin de son derece önemli olduğu unutulmamalıdır. Kullanılan cihazların çok özellikli bir işlem sırasında ekibi zor durumda bırakmayacağı, yedek cihazın ve/veya ikinci bir planın olduğu düzenleme hasta ve çalışan güvenliği çalışmalarında unutulmaması gereken noktalardan sadece biridir.

Yine, kullanılan koruyucu ekipmanların varlığı yanında, ulaşılabilirliği, gerekli ise bakım ve kontrollerinin yapıldığına dair kayıtlar ve en önemlisi gerekli durumlarda kullanılıyor olması Sağlıkta Kalite Standartları değerlendirmelerinde önem verilen konulardır.

### *Sağlık Hizmeti Sunumu Sırasında Gelişen Olaylardan Nasıl Haberdar Oluruz?*

Sağlık kurum ve kuruluşlarında hastaların güvenliği tüm sağlık çalışanlarının sorumluluğu, sağlık çalışanlarının güvenliği de yönetimin görevidir. 7 gün 24 saat kesintisiz hizmet verilen sağlık sektöründe hizmet sunulan birimlerde meydana gelen olayları, uygun olan ve olmayan durumları her an takip etmek mümkün olmayabilir. Ancak üst yönetimin bazı iyileştirmeleri yapabilmesi ve güvenlikle ilgili bazı kararları etkin bir şekilde alabilmesi için tüm bu olayları takip edebilmesi gerekir.

Kurumlarımızda yoğun çalışma koşulları altında hizmet sunarken neler yaşanıyor, bu olaylar hasta ve çalışan güvenliğini ne şekilde etkiliyor, bunlardan iyileştirilebilir olaylar, yeniden düzenlenebilir alanlar nelerdir?

İşte tüm bu bilgilere ulaşmamız çok da zor değil. Yapmamız gereken tek şey, Sağlıkta Kalite Standartları'nın değişik maddelerinde belirtilen ve yapılması istenen hasta ve çalışan geri bildirimleri ile ilgili sistemleri doğru kurgulamak ve amacına uygun olarak çalışmalarını sağlamaktır.



Sağlık kurumlarında hasta ve çalışanlar için elektronik ortam da dahil olmak üzere alınan tüm geri bildirimler etkin bir biçimde yönetilmelidir. Güvenlik raporlama sistemleri üst yönetim tarafından oluşturularak, çalışanlara duyurulmalıdır. Kurumda meydana gelen beyaz kod, mavi kod ve pembe kod ile ilgili geri bildirimlerin raporlanması sağlanmalıdır. Alınan bildirimlerde tespit edilen olaylar/durumlar Kalite Yönetim Direktörü tarafından ilgili komisyonlara yönlendirilerek, burada sorunlarla ilgili analizler yapılmalı ve kalıcı çözüm önerileri üzerinde çalışılmalıdır.

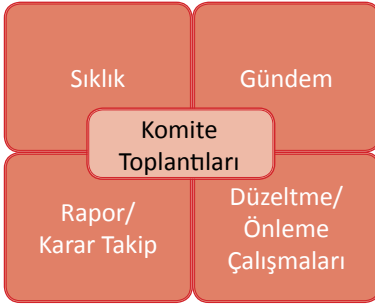
Değerlendirmeler sırasında kurumda sadece bildirim mekanizmalarının kurulmuş olduğunu görmek yeterli olmaz. Değerlendirmeler sırasında sık karşılaşılan durumlardan biri, geri bildirim sistemlerinin kurulduğu, ancak alınan bildirimlerle ilgili daha sonra herhangi bir işlem yapılmadığıdır. Bu durumda sistemin etkili bir şekilde işlediği söylenemez. Belirlenen kişi/kişiler tarafından hasta ve çalışanlardan alınan geri bildirimler değerlendirilmiyorsa bu bildirimleri almak da bir işe yaramaz.

Her zaman yönetim tarafından belirlenen yollarla bilgi gelmeyebilir. Bu durumda başka kaynaklar aracılığı ile yapılan bildirimler de değerlendirilmelidir. Hasta ve çalışanlar tarafından üst yönetime yapılan her türlü bildirim değerlendirildiğinin gözlemlenmesi her geçen gün yapılan bildirim sayısını artıracaktır.

### *'Komite ve Komisyonlar' Bir araya Gelerek İyileştirmeler Yapmak İçindir.*

Sağlıkta Kalite Standartları'nda yönetimce oluşturulması istenen, ismi kuruma göre farklılık gösterebilen, kurul, komisyon, komite vb ekipler iyileştirmelerin planlanmasında kilit rol oynar.

Beklenti; kurulan bu ekiplerin **düzenli aralıklarla**, geri bildirimler dahil olmak üzere **belirli gündemlerle**, **eksiksiz** bir araya gelmesi, tespit edilen uygunsuzluk konuları ile ilgili kök **neden analizlerini yapması**, **iyileştirme planlarını hazırlaması**, hemen düzeltilmesi mümkün olmayan durumlarla ilgili önerilerini üst yönetime sunmalarıdır. Bunun için de toplantıların aktif katılımlarla gerçekleştirilmesi şarttır.



Değerlendirmeler sırasında üst yönetimin komite üyelerine görevlendirme yapmış olmasının yanında, komisyon ve komitele-  
rin etkin gündemlerle ve düzenli olarak bir araya geliyor ve kararlar alıyor olmaları beklenir.

### *Sonuç Olarak Sağlıkta Kalite Standartları Değerlendirmesi ile Hedeflenen ve Beklenen;*

- » Değerlendiricinin gittiği kuruma Sağlıkta Kalite Standartları ile ilgili katkı sağlaması, bilgi ve tecrübelerini paylaşması yanında kendini de geliştirmesi
- » Sağlıkta Kalite Standartları değerlendirmesinin, değerlendirilen kuruma kalite uygulamalarında yol göstermesi, çalışmalarında katma değer sağlaması
- » Değerlendirilen kurumun sağlık hizmet sunumunda kalite seviyesinin her geçen gün basamak basamak yükselmesi,
- » Sağlık çalışanları ve hastaların kendilerini daha güvende hissettikleri, karşılıklı memnuniyete dayalı çalışma ortamlarının oluşturulması
- » Ülke genelinde sunulan sağlık hizmeti kalitesinin artırılmasıdır



# Sağlık Kurumlarında Risk Yönetimi

## Risk Yönetimi

“Hata yapmak insanın doğası gereğidir ve bu değiştirilemez. Ancak insanla-  
rın çalıştığı koşullar değiştirilebilir.” (Reason, 2000)

- » Bir sağlık kurumunun tüm faaliyetleri risk içerir. Risk yönetim süreci tehlikelerin ve bu tehlikeler sonucu ortaya çıkan risklerin değerlendirilmesi faaliyetlerini kapsar. Kurum içinde yapılan çalışmalar hizmet sunumu sırasında gerekli önlemlerin alınarak tehlike kaynaklarının zarar verme potansiyelini azaltmak olmalıdır.
- » Sağlık kurumlarında riski yönetebilmek için risk ve risk ile ilgili tanımları bilmek gerekir.

## Tanımlar

### **Kaza:**

Ölüme, hastalığa, yaralanmaya, hasara ve diğer kayıplara sebebiyet veren istenmeyen olaydır.

### **Risk:**

Tehlikelerden kaynaklanan bir olayın, meydana gelme ihtimali ile zarar verme derecesinin bileşkesidir.

### Olay:

Kazaya sebep olan veya sebep olacak potansiyele sahip olan oluşum veya davranış etkinliğidir.

### Tehlike:

Çalışma ortamı veya şartlarında var olan, ya da dışarıdan gelebilecek içeriği belirlenmemiş hasta, çalışan, kurum ve çevreye zarar ya da hasar verme potansiyelidir.

### Risk Analizi:

Tehlikeleri tanımlamak ve risklerini tahmin etmek için elde bulunan bilgilerin sistematik kullanımınıdır.

### Ramak Kala:

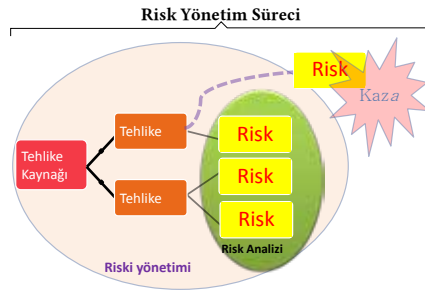
İstenmeyen bir olay oluşturabilecek ciddi bir olayın, şans eseri hastaya zarar vermemesidir.

### İstenmeyen olay:

- » Hastanın içinde bulunduğu durumdan değil de yapılan veya yapılması gerektiği halde yapılmayan tıbbi bir müdahaleden dolayı ortaya çıkan yaralanma, kalıcı hasar veya ölümdür.
- » Verilen veya verilmesi gerektiği halde sunulmayan tedavi/bakım hizmeti sonucunda oluşan beklenmedik şekildeki ölüm, majör yaralanma veya kalıcı hasar durumu.

### Artık Risk:

Riski iyileştirme faaliyetlerinden sonra geriye kalan riske denir.



“Bir tehlike kaynağından birden çok tehlike, her bir tehlikeden de birden çok risk ortaya çıkabilir. Kontrol edilemeyen riskler kaza olarak adlandırdığımız olaylara sebebiyet verirler.”

### **Risk Yönetimi:**

Riskleri tanımlamayı, değerlendirmeyi, onlara karşı yürütülecek faaliyetleri belirlemeyi, sorumlulukları tayin etmeyi, belirlenen faaliyetleri uygulamayı ve bunları izlemeyi, sonuçlarını gözden geçirmeyi kapsayan bütün süreçlerdir.

Hastane uygulamalarına yönelik yapılan risk yönetiminin temel amacı; hastane ortamındaki tehlikeleri belirlemek risk analizini yapmak ve riskleri değerlendirerek proaktif bir yaklaşım ile bu riskleri yönetmek ve kazalar oluşmadan önlemleri almaktır.

Yapılan istatistikî çalışmalar ve analizleri; meydana gelen kaza ve tıbbi hataların büyük bir kısmının kişisel hatalardan çok, sistemdeki hatalardan kaynaklandığını göstermektedir.

## **Güvenlik Kültürünün Oluşturulması**

### *Güvenlik Kültürü Nedir?*

Kurumun hasta ve çalışan sağlığı ve güvenliği yönetimindeki tarzını ve yetkinliğini ve bu alandaki taahhütlerini belirleyen bireye ya da guruba ait değer, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış biçimlerinin ürünüdür.



Güvenlik kültürünün sadece yöneticinin güvenliğe ilişkin taahhüdü, iletişim stili ve hataları rapor etmeye ilişkin açık kurallara değil aynı zamanda sağlık çalışanlarının motivasyonu, morali, hataları algılama biçimleri, yönetime ve hataları etkileyen faktörlere karşı tutumları (yorgunluk, risk alma, süreçlerin ihlali gibi) ile de ilişkili olduğu söylenebilir.

SKS kapsamında yapılan değerlendirmeler ile kurumlarda meydana gelen kazalar veya istenmeyen olaylar; çok az sayıda yöneticinin güvenliği birinci öncelik olarak ele aldığı veya güvenliği iyileştirmek için anlamlı oranda kaynak ayırdığını göstermektedir.

Sağlıkta Kalite Standartları sağlık kurumlarında riskleri yönetebilmek adına hizmet sunum süreçlerinde kullanabileceği bir kılavuздur. Kurumun başarılı olabilmesi üst yönetim ve bölüm sorumlularının sürece katılmaları ile mümkün olabilecektir.

Risk yönetimi olayların olma ihtimalinin planlamasını da beraberinde getirir. Çalışanlar bu süreci;

- » Eğer olursa ne olur?
- » Ya olursa? Veya
- » Olmaması için ne yapmalıyız? Soruları ile başlatırlar.

Üst yönetimler karar verme mekanizmaları için riskleri görünür ve ölçülebilir hale getirmelidirler. Bu faaliyetler ile kurumlar maddi ve manevi kayıp olasılığını planlı bir şekilde en aza indirmeyi hedeflerler.

### Risk Yönetimi mi? Kriz Yönetimi mi?

Güvenlik kültürü oluşmamış sağlık kurumlarında bu iki kavram birbirine eş koşulu veya karıştırılır.

Risk yönetimi kazanın olduğu ana kadar olan süreci ve buna yönelik faaliyetleri kapsar. Bu amaçla gerçekleştirilen önleyici faaliyetler üst yönetim tarafından yüksek maliyet girdileri nedeniyle kabul görmez.

Kriz yönetimi ise kaza veya istenmeyen olayın vuku bulmasından sonra hasta, çalışan ve kurum üzerindeki etkileri azaltmak veya ortadan kaldırmak için gerçekleştirilen düzeltici faaliyetleri içerir.

Kriz yönetiminde; çoğu zaman yaşamsal öneme sahip sorunlardan yangın söndürme çözümlerle, çok hızlı bir şekilde çıkılmaya çalışılır. Bu tür problem

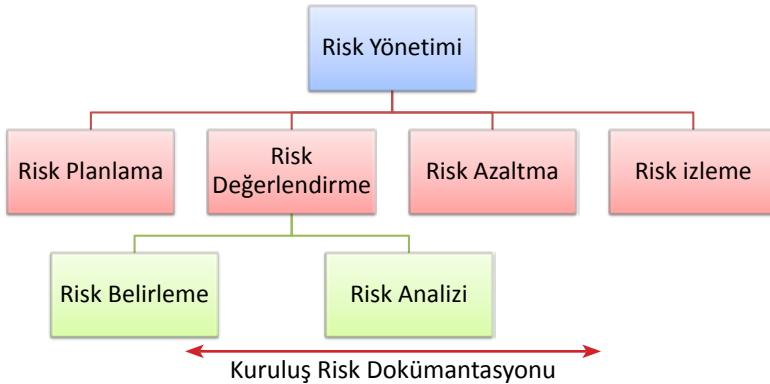
çözme yaklaşımları, bir problemi ortadan kaldırırken, çok ciddi başka problemleri de beraberinde getirir.

Bu faaliyetler için harcanan zaman ve maddi değer risk yönetimi için öngörülen değerden kat ve kat daha fazladır.

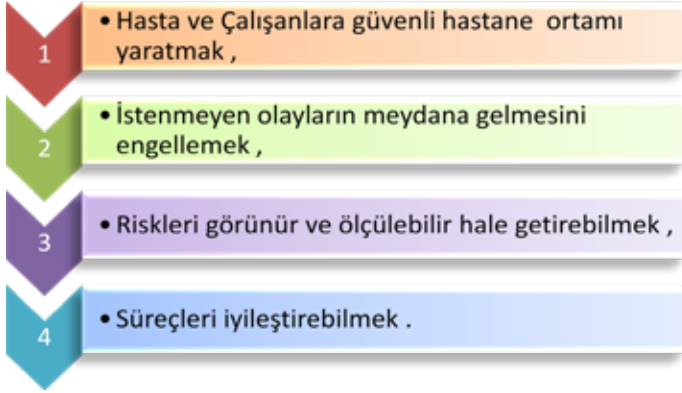
Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde sağlık kurumunda oluşturulan kalite yönetim sisteminde verilere dayalı karar verme, değişime uyum sağlayabilmek amacı ile sürekli geliştirme, multidisipliner yaklaşım ve proaktif olma önem kazanmıştır.

### Risk Yönetimi Aşağıdaki Temel Faaliyetleri İçerir:

- » Risk yönetiminin planlanması
- » Risklerin belirlenmesi
- » Risklerin oluşma olasılığı ve sonuca etkilerinin belirlenmesi
- » Risklerin önem derecesinin belirlenmesi
- » Risklerin nicelenmesi (sayısallaştırılması)
- » En kritik risklerin belirlenmesi
- » Risklerin temel nedenlerinin belirlenmesi (Kök neden analizi vb)
- » Riskleri en aza indirgeyecek faaliyetlerin ve önlemlerin planlanması, uygulanması
- » Risk azaltma ve yönetim faaliyetlerinin etkinliğinin izlenmesi
- » Risk yönetim sisteminin sürekli iyileştirilmesi



## Neden Risk Yönetimi?



Normal işlem veya prosedür akışından sapmanın (risk) zamanla hastanede rutine dönüşmesi hasta ve çalışan güvenliği açısından çok önemli bir tehdittir.

SKS'nin temel felsefesi: Hasta ve Çalışan güvenliğinin sağlanması kapsamında riskli alanlara odaklanarak kuruma ait süreçlerin güvenilirliğini sağlamaktır. Risk tanımlandığında, riski yönetenler riski de değerlendirmelidirler. Bulduğunuz anda henüz büyük bir kazanın gerçekleşmemiş olması işlerin emniyetli olduğu anlamına gelmez. Küçük kazalar veya başarısızlıklar aslında büyük bir kaza veya riskli durumun habercisi olabilir.

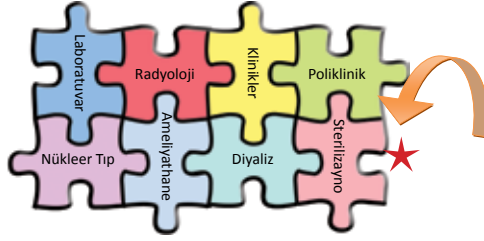
Hastane uygulamalarında risk yönetimini somut hale getirebilmek için hastane ortamında birim bazlı “**STERİLİZASYON ÜNİTESİ**” ele alınarak incelenecektir.

## Ne Yapmalıyız?

### *Risk Planlaması*

Hastanemizde ki **RİSK HARİTASININ ÇIKARILMASI** sürece başlamak için ilk adım olacaktır.

Aynı başlıkta tanımlanan risklerin hastanedeki birimlerine göre derecesinin tanımlanması gerekir.



Risk planlama sürecinin temel hedefi, risklerin sonuç üzerinde yaratabileceği tehlike düzeyine bağlı olarak, risk azaltma hedeflerinin ve faaliyetlerinin belirlenmesidir. Riskin problem haline dönüşme olasılığı hesaplanmalı ya da problem oluştuğunda yürütülecek önlem faaliyetleri belirlenmelidir. Risk yönetim sürecinin etkinliğinin izlenebilmesi için verilerin nasıl toplanacağı, nasıl değerlendirileceği, geri bildirim nasıl yapılacağı planlama sürecinde yapılması gereken temel faaliyetlerdir.

Planlama sürecinin etkinliği, planların tam, doğru ve erken zamanda yapılmasının yansıması, planlara uygun çalışılmasına bağlıdır. Program yönetimi boyunca, planların yaşayan ve uygulanan dokümanlar olmasının sağlanması kritiktir. Planların uygulanabilmesi için üst yönetimin planlama sürecine katılımı ve planları onaylayarak bu konudaki kararlılığını göstermesi şarttır.

Planların içeriği ve şekli, programın kapsamı, risklerin karmaşıklığı gibi faktörlere bağlı olarak değişir. Planlamada, yürütülecek faaliyetlerin, faaliyet sorumlularının belirlenmesi, faaliyetlerin ne zaman gerçekleştirileceği ve onay mekanizmaları açık bir şekilde belirtilmelidir.

**“Dosyalara sıkışmış kâğıt üzerindeki planlar hiç bir zaman işe yaramayacaktır.”**

#### ÖRNEK UYGULAMA

##### Yer: Sterilizasyon ünitesi

“Hastanenin bodrumunda 30m2 alan içinde 2 adet Buhar otoklav ve 1 adet Etilen Oksit sterilizatörü var. 3 personel çalışmakta. Aynı alanda sterilizasyon ön hazırlık ve paketleme işlemleri yapılmakta. Haftada 2 defa ETO işlemi gerçekleştirilmekte. Personel koruyucu ekipman olarak **cerrahi eldiven, cerrahi maske ve yeşil önlük kullanılmakta**. Sterilizasyon ünitesinde ayrı bir havalandırma sistemi yok. Ayrıca Etilen Oksit sterilizatörün bulunduğu alanda ETO gazı sensörü yok.”

## Neler Risk Altında?

- » Hastalar,
- » Sağlık Personeli, İdari Personel ve Hasta Yakınları,
- » Tedarikçilere Ait Çalışanlar,
- » Fiziki Alanlar, Makineler, Tıbbi Cihazlar,
- » Kurumun İtibarı,
- » Kurumun Geliri.

### Risk altında olanlar;

1. Sağlık personeli
2. Tedarikçi çalışanları
3. İdari personel
4. Hastalar
5. Hasta yakınları
6. Kurumun itibarı

## Risk Faktörleri Nelerdir?

- » Mikroorganizmalar,
- » İnsanlar,
- » Sistemler,
- » Doğal Afetler,

### Risk Faktörleri;

1. Kullanılan sistem (sterilizatör, ETO gazı)
2. Sistemi kullanan personel
3. Yeterli olmayan koruyucu donanım
4. Kesici delici aletler
5. Alt yapı
6. Oluşabilecek doğal afet

## Risk Değerlendirmesi

Risk değerlendirme, risk yönetiminin en önemli ve karmaşık faaliyetlerini içerir. Risk değerlendirme yeteneği, hastanenin ya da uygulanan risk yönetim programının başarısında kritiktir.

Risk değerlendirmenin esas amacı, risklerin en kritik olanlarını öncelikle kontrol altına alabilmek için riskleri ve büyüklüklerini belirlemektir. Etkin bir risk yönetiminde, yalnızca oluşabilecek risklerin belirlenerek, sonuca



etkilerinin en aza indirgenmeye çalışılması yeterli değildir. Kritik risklerin doğru belirlenmesi, etkin bir risk yönetiminin can damarıdır. Risklerin gerçeğe yakın belirlenmesi, hedeflerin doğru belirlenmesini etkileyen önemli bir faktördür.

Risklerin verilere dayalı belirlenmesi, matematiksel modeller ve tekniklerle sayısallaştırılması, risk değerlendirmeyi sübjektiflikten uzaklaştıracaktır.

Literatürde risk değerlendirme işlemlerinde kullanılan çok sayıda yöntemden bahsedilmektedir. Bu yöntemlerin sayısını kısa bir araştırma ile 100-150 civarına ulaştırmak mümkündür. Ancak bu yöntemlerin büyük bir kısmı belirli alanlara özgü olarak geliştirilmiş olup kullanım alanı oldukça sınırlıdır. Hatta bir kısım teknikler sadece bir tek sektör ya da işyerinde sadece hazırlayıcısı tarafından kullanılmaktadır. Uygulamada en çok rastlanan tekniklerden bazıları aşağıya alınmıştır.

- » Kontrol Listeleri (Check- List)
- » Normal Sistemden Sapma ve Etkileri Analizi (FMEA)
- » Tehlike ve Çalışılabilirlik Analizi (HAZOP)
- » Hata Ağacı Analizi (FTA)
- » Kaza Sonuç Analizi (ETA)
- » Tehlike Analizi ve Kritik Kontrol Noktaları

### *a. Risk Belirleme*

Risklerin oluşma olasılığı ve oluşması durumunda sonuca etkilerinin ne olacağı tahmin edilir. Risk etkisinin belirlenmesinde çalışma koşullarının da iyi bilinmesi gerekir. Risk değerlendirmede temel alınan kriterler, oluşma olasılığı ve sonuca etki olmakla birlikte; çoğu zaman riskin keşfedilebilirliği, riskin oluşma zamanı gibi kriterler de risk değerlendirme sonuçlarının doğruluğunu arttıracaktır.

Risk belirleme sürecinde, her bir riskin nedenlerinin belirlenmesi, kritik bir konudur. Riskin oluşmasının birçok nedeni olabilir; ancak yüzeysel nedenler

değil, kök nedenin belirlenmesi önemlidir. **Kök nedenin doğru belirlenmesi, risk azaltma faaliyetlerinin can damarıdır.**

### Risk belirleme

- Kullanılan Sterilizatör,
- ETO gazı,
- Yeterli Olmayan Koruyucu ekipmanlar
- Teknik Donanım
- Alt yapı

### *b. Risk Analizi*

Risk analiz sürecinde, risklerin büyüklüğünü belirlemek için riskin oluşma olasılığı ve sonuca etkisi incelenir. Uygulamada, risk belirleme ve analiz faaliyetleri birbirinden tam olarak ayrı yürütülemez. Her iki faaliyet çoğu zaman iç içedir. Çoğu zaman risk belirlenirken aynı zamanda analiz de edilir. Analizler nicel ve nitel olabilir.

Öncelikle mevcut durumu analiz ederiz, bu analiz edilen oksit kullanımına yönelik olarak ilgili standartlar, mevzuat ve ilgili rehberler ve deneyimli personel bilgileri ve teknik uzmanların görüşleri ışığında olmalıdır.

Risk analizinde gerek nitel gerekse nicel değerler göz önüne alınarak bir skorum gerçektirilir. Bu skorumun sayısal değere dönüştürülmesi ile yapılacak iyileştirmelerde öncelik sıralaması yapılır.

### *Riskin Sayısallaştırılması*

Riskin Hesaplanması iki parametre ile olur;

$$\text{Risk} = \text{İ} \times \text{D}$$

İ: İhtimal (olma olasılığı)

D: Zararın derecesi (Şiddet)

**İhtimal (Olma olasılığı);****Yüksek;** her zaman olabilir**Orta;** bazen olabilir.**Az;** olabilir, ama çok ender**Çok Az;** olabilir, ama büyük ihtimalle hiç olmayacak**Zararın derecesi (Şiddet);****Çok ciddi (Felaket);** ölüm, ciddi hastalık veya ciddi hasar**Ciddi;** fonksiyon dışı kalma, hasar (geçici süre)**Küçük zararlar;** kısa süreli fonksiyon dışı kalma**Risk Tablosunun Oluşturulması**

ETO gazı sızıntısı durumunda çalışanların zarar görme derecesi

İhtimal	Şiddet				
	1 (Çok hafif)	2 (Hafif)	3 (Orta)	4 (Ciddi)	5 (Çok ciddi)
1 Düşük	1	2	3	4	5
2 Orta	2	4	6	8	10
3 Yüksek	3	6	9	12	15
4 Çok yüksek	4	8	12	16	20

Risk hesaplaması hem sayısal hem de sayısal olmayan deneyim ve uzmanlık olarak adlandırılan sübjektif değerleri içerir. Risk hiçbir zaman ortadan kalkmaz ancak uygulamalar için kabul edilebilir bir seviyeye düşürülebilir. Hastanelerde bu tahammül seviyesi çok küçüktür.

**İHTİMAL**

1. Çok az veya hiç olmayacak
2. Olabilir (Ender)
3. Bazen olabilir
4. Her zaman olabilir

**ŞİDDET**

1. Gazdan çok az veya etkilenmeme
2. Kısa süreli maruz kalma (alerjik reaksiyon)
3. Küçük hasar (solunma veya ciltte hafif yanık)
4. Akciğerlerin etkilenmesi veya bulantı kusma
5. Ciddi hasar görme klinik tablonun iyi olmaması

## Risk Azaltma

Risk azaltma sürecinde temel hedef, risklerin en erken aşamada problem haline dönüşmeden önlenmesidir ve öncelikle riskin oluşma olasılığını en aza indirmektir.

Risk Azaltma Planı		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risk derecesi</li> <li>• Risk oluşturma olasılığı</li> <li>• Riskin sonuca etkisi</li> <li>• Risk büyüklüğü</li> </ul>	Risk Azaltma Faaliyetleri	Faaliyet Sonuçları ve Öneriler
Faaliyet Sorumlusu	Onay	Kapatma Tarihi

Risk yönetim programına başlamak açıkça çalışanların destek ve yardımıyla birlikte yönetimin sorumluluğunda gerçekleştirilir. Bu nedenle üst yönetimler ilgili komiteleri oluşturmalı ve çalışanları sürece katmalıdırlar. Risk yönetiminde çalışanların katılımına ek olarak uzman personelin değerlendirmeleri, teknik raporlar ve istatistikî veriler süreci yönetmek için gereklidir.

## Risk Yönetiminin Amaçları

- Risk odaklarını bulmak
- Riskleri değerlendirmek
- Bir riski önlerken başka bir riske yol açmamak
- Önlemleri ve önlemlerin sırasını belirlemek
- Maliyetleri hesaplamak

## Risk Yönetiminde SKS ve Kurumsal Öz Değerlendirme

- » SKS risk yönetiminde kapsamlı bir kontrol listesi ve rehberdir.
- » Oluşturulan komitelerle süreçlerin takibi sağlanır.
- » Mevcut riskler önceden öngörüldüğü için proaktif özelliğe sahiptir.

- » Kurumlar arasında ortak bir risk tanımı oluşturur.
- Hasta Güvenliği Komitesi, (doğru kimliklendirme, güvenli cerrahi, düşmeler, ilaç güvenliği, radyasyon güvenliği, çalışanlar arasında etkili iletişim v.b.).
  - Çalışan Güvenliği Komitesi, (kesici delici alet yaralanmaları, saldırı, tehlikeli maddelere maruz kalma, sakatlanmalar).
  - Tesis Güvenliği Komitesi, (Tıbbi cihaz yönetimi ve kalibrasyon, fiziksel düşmeler, depolar, atık yönetimi, bina krokileri, yangın merdivenleri, iklimlendirme sistemleri).
  - Eğitim Komitesi faaliyetleri ile kurum içi eğitimlerin düzenlenmesi, farkındalık yaratma, iletişimin sağlanması

Risk değerlendirme ve kontrol uygulamaları ile öz değerlendirmeler Hasta ve Çalışan güvenliği faaliyetleri içinde proaktif davranışın kaynağını oluşturur. Proaktif davranış; kurumda istenmeyen olayların ortaya çıkmasından önce, harekete geçerek, varsayım, öngörü, değerlendirme ve analizlere dayanarak koruma ve önleme tedbirlerini almak, yani araba devrilmeden yol göstermek demektir.



# Memnuniyet Ölçümü

## Giriş

Memnuniyet, sağlık hizmeti sunumunun temel hedeflerinden birisidir. Hasta ve çalışan memnuniyeti kavramları, hasta ve çalışanların beklenti ve gereksinimlerinin hangi ölçüde karşılanabildiğini ifade etmektedir. Ayrıca hasta ve çalışanların görüş, deneyim ve geri bildirimleri kurumların kalite çalışmalarına da yol gösterici olacaktır.

Sağlık Bakanlığı kurumsal performans uygulamalarını hasta ve çalışan deneyimlerinden aldığı faydalı geri bildirimlerle geliştirmiştir. Bundan sonra da sistemin tüm aktörlerinin görüş ve deneyimlerine başvurulacak ve elde edilen bilgilerin ve geri bildirimlerin ışığı altında politikaların şekillendirilmesine özen gösterilecektir.

Bugüne dek Sağlık Bakanlığı olarak memnuniyet anketleri konusunda çeşitli uygulama değişikliklerine gidilmiş, edinilen tecrübeler doğrultusunda anketlere bugünkü şekli verilmiştir. Sahadaki uygulayıcılardan geri bildirim alınmış, pilot çalışmalar yapılarak anket 3'lü likert ölçeğindeki cevaplarıyla daha çok uygulayıcı dostu hale getirilmeye çalışılmıştır.

Memnuniyet anketleri kurumsal performans modeli içerisindeki yerini korumaktadır.

Anket sonuçlarının hasta ve çalışan görüşleri ile birlikte değerlendirilmesi oldukça önemlidir.

Bakanlığımızda hali hazırda kullanılan Hasta ve Çalışan Memnuniyeti Anketleri, bu anketlerle ilgili bugüne kadar yapılan geri bildirimler ve memnuniyet ölçümü ile ilgili olarak literatürde yer alan çalışmalardan edinilen bilgiler doğrultusunda oluşturulan bilgi havuzu aşağıda detayları verilen çalışmaya kaynak oluşturmıştır.

*Şekil: Memnuniyet Katsayısının Kurumsal Performans Katsayısına Etkisi*



## Hasta Memnuniyet Anketleri

Anketlerin sonuçları hastaneler açısından fırsat olarak görülmeli ve hastaneler bu sonuçlarla kendi eksikliklerini düzeltme yolları aramalıdır.

Hastaların aldıkları hizmet konusundaki algılarını ölçmek literatürde genel olarak kabul görmüş bir uygulamadır. Ancak hasta algısının ölçülmesine karşı çıkanlar olduğu gibi uygulanması için nedenleri ortaya koyan argümanlar da mevcuttur.

### Karşı çıkanlar;

- » Hastalar ne istediklerini bilmezler.
- » İstedikleri şey sağlıklarına zarar verebilir.
- » Hasta olmak başlı başına kişinin doğru karar vermesine engeldir.
- » Hastalar sağlıklı düşünemiyor olabilirler.
- » Soru sorunca ortaya çıkan olumsuz düşünceler memnuniyetsizliğe neden olabilir.
- » Anketler, kaliteden ziyade popülerliği teşvik eder.
- » Çok yüksek memnuniyet seviyesinde tedavi başarılı olmamış neye yarar?



- » Öznel duyguları ölçemezsiniz.
- » Anketler, gerçekçi olmayan beklentiler yaratır.

### Uygulanması için nedenler;

- » Sadece doğru biçimde uygulamak bile istenen bir çıktıdır.
- » Anket sonuçları, diğer istenen çıktılarla ilişkilidir.
- » Hastaların çalışanlardan çoğu zaman daha geniş bir bakış açıları vardır (henüz körleşmemişlerdir).
- » Çoğunlukla hastaların durumu karar vermek için en uygundur.
- » Kamu hizmeti hakkında görüş beyan etmek demokratik bir haktır.
- » Toplumun kamu hizmetine katılımının bir örneğidir.
- » Organizasyonel, profesyonel performansı ölçmenin bir aracıdır.
- » Organizasyonel rekabet bunun aracılığıyla kazanılabilir.

Memnuniyet ölçümünün çeşitli düzlemlerde etkileri mevcuttur.

### Memnuniyet Ölçümünün Etkileri



## Ayaktan Hasta Memnuniyet Anketi Kuralları:



 **Ayaktan Hasta Memnuniyet Anketi**  
Tarih ..... Anket No:

Kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen hastanemizin bundan sonraki çalışmalarında yol gösterici olması açısından aşağıda yer alan soruların sizler tarafından yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, geçmiş olsun dileklerinizi iletiriz.

## Başbekim

	Lütfen aşağıdaki ifadelerle ilgili görüşlerinizi daire içerisine alarak işaretleyiniz. Örnek: (1)		Evet	Biraz	Hayır
1	Hasta kayıt işlemleri için çok beklemedim.		(3)	(2)	(1)
2	Muayene olacağım doktoru kendim seçtim.		(3)	(2)	(1)
3	Kayıt/kabul sırası beklediğim yer mahattı.		(3)	(2)	(1)
4	Beni muayene eden doktor hastalığım konusunda bana bilgi verdi ve zaman ayırdı.		(3)	(2)	(1)
5	Beni muayene eden doktor kibar ve saygılıydı.		(3)	(2)	(1)
6	Diğer personel bana karşı kibar ve saygılıydı.		(3)	(2)	(1)
7	Tüm personel kişisel mahremiyetime (muayene edilirken varsa kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.		(3)	(2)	(1)
8	Bana yapılan tetkik/teçkikler için çok beklemedim.		(3)	(2)	(1)
9	Bu hastaneyi başkalarına öneririm.		(3)	(2)	(1)
10	Bir daha hastaneye gelmem gerekse bu hastaneyi tercih ederim.		(3)	(2)	(1)
11	Politiklikler (muayene olduğumuz oda, bekleme alanları, tuvaletler) genel olarak temizdi.		(3)	(2)	(1)
12	Hastanede verilen hizmet genel olarak iyiydi.		(3)	(2)	(1)
13	Hastanemize ilk başvurmanız mı? ( ) Evet ( ) Hayır	17	Öğrenim Durumunuz	( ) Okuryazar değil ( ) Okuryazar ( ) İlkokul / Ortaokul ( ) Lise ve dengi okul ( ) Üniversite ve Üstü	
14	Cinsiyetiniz? ( ) Kadın ( ) Erkek	18	Sosyal güvenceniz?	( ) SGK çalışan ( ) SGK emekli ( ) Yeşil kart ( ) Özel sağlık sigortası ( ) Sosyal güvencesi yok ( ) Diğer.....	
15	Doğum yılınız?	19	Mesleğiniz		
16	Medeni Durumunuz ( ) Evli ( ) Bekar				
20	Varsa görüş, önerileriniz.				

## Yatan Hasta Memnuniyet Anketi Kuralları:

0-200 yatak : 15 kişiye 201-500 yatak : 20 kişiye 501 ve üzeri :25 kişiye	Her ay
<b>Yatan Hasta Memnuniyet Anketi</b>	
Hasta taburcu edildiği gün	75 yatak ve altı hastaneler hariç

	<b>Yatan Hasta Memnuniyet Anketi</b>
Tarih:...../...../.....	Anket No:

Kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen hastanemizin bundan sonraki çalışmalarında yol gösterici olması açısından aşağıda yer alan soruların sizler tarafından yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, geçmiş olsun dilekelerimizi iletiriz.

## Başhekim

Lütfen aşağıdaki ifadelerle ilgili görüşlerinizi daire içerisine atarak işaretleyiniz. Örnek: (1)		Evet	Biraz	Hayır
1	Yattığım oda temizdi.	(3)	(2)	(1)
2	Oda sıcaklığı uygundu.	(3)	(2)	(1)
3	Yattığım oda ve çevresi gürültülü değildi.	(3)	(2)	(1)
4	Odadaki eşyalar çalışır durumdaydı (televizyon, hemşire çağrı zili, lamba, yatak vb.).	(3)	(2)	(1)
5	Yemekler geldiğinde sıcaktı.	(3)	(2)	(1)
6	Yemekler lezzetliydi.	(3)	(2)	(1)
7	Doktorlar hastalığım konusunda bana bilgi verdi ve zaman ayırdı.	(3)	(2)	(1)
8	Doktorlar bana karşı kibar ve saygılıydı.	(3)	(2)	(1)
9	Hemşireler bana karşı kibar ve saygılıydı.	(3)	(2)	(1)
10	Hemşireler yapacakları işlemler (ateş-tansiyon ölçme, kan alma, ilaç verme vb.) hakkında bilgi verdiler.	(3)	(2)	(1)
11	Tüm personel kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.	(3)	(2)	(1)
12	Temizlik personeli bana karşı kibar ve saygılıydı.	(3)	(2)	(1)
13	Bu hastane güvenlidir.	(3)	(2)	(1)
14	Bu hastaneyi başkalarına tavsiye ederim.	(3)	(2)	(1)
15	Hastane genel olarak temizdi.	(3)	(2)	(1)
16	Hastanede verilen hizmet genel olarak iyiydi.	(3)	(2)	(1)
17	Hastanemize ilk başvurunuz mu?	( ) Evet	( ) Hayır	
18	Cinsiyetiniz?	( ) Kadın	( ) Erkek	
19	Doğum yılınız?			
20	Medeni Durumunuz	( ) Evli	( ) Bekar	
21	Öğrenim Durumunuz	( ) Okuyamaz değil	( ) Okuyamaz	
		( ) İlkokul / Ortaokul	( ) Lise ve dengi okul	
		( ) Üniversite ve Üstü		
22	Sosyal güvenceniz?	( ) SGK çalışan	( ) SGK emekli	
		( ) Yeşil kart	( ) Özel sağlık sigortası	
		( ) Sosyal güvencesi yok	( ) Diğer.....	
23	Mesleğiniz			
24	Varsa görüş, önerileriniz.			

## Acil Servis Hasta Memnuniyet Anketi Kurallar:

0-200 yatak : 15 kişiye 201-500 yatak : 20 kişiye 501 ve üzeri : 25 kişiye	Her ay
<b>Acil Servis Hasta Memnuniyet Anketi</b>	
Ayaktan hasta taburcu edilirken ya da hasta gözlemedeyken (hekim anket yapılabilir görüşü verdiği takdirde)	Aktif acil hizmeti vermeyen hastaneler, 75 yatak ve altı hastaneler ile Dal hastaneleri hariç

	<b>Acil Servis Hasta Memnuniyet Anketi</b>
Tarih:...../...../.....	Anket No:

Kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen hastanemizin bundan sonraki çalışmalarında yol gösterici olması açısından aşağıda yer alan soruların sizler tarafından yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, geçmiş olsun dilekelerimizi iletiriz.

Başhekim

Lütfen aşağıdaki ifadelere ilişkin görüşünüzü en iyi yansıtan cevabı daire içerisinde alarak işaretleyiniz.		Evet	Biraz	Hayır
Örnek: (1)				
1	Acil serviste çok beklemeden muayene oldum.	(3)	(2)	(1)
2	Kayıt/kabul sırası beklediğim yer rahattı.	(3)	(2)	(1)
3	Tüm personel buna karşı kibar ve saygılıydı.	(3)	(2)	(1)
4	Tüm personel kişisel mahremiyetime (muayene edilirken varsa kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.	(3)	(2)	(1)
5	Beni muayene eden doktor, hastalığının nedeni konusunda bana bilgi verdi.	(3)	(2)	(1)
6	Bu acil servisi başkalarına tavsiye ederim.	(3)	(2)	(1)
7	Acil serviste hizmet aldığım süre boyunca çalışanlar beni iyi yönlendirdi.	(3)	(2)	(1)
8	Acil servis temizdi.	(3)	(2)	(1)
9	Tekrar acile gelmem gerekirse yine bu acil servisi tercih ederim.	(3)	(2)	(1)
10	Acil serviste verilen hizmet genel olarak iyiydi.	(3)	(2)	(1)
11	Hastanemize ilk başvurunuz mu?	( ) Evet ( ) Hayır		
12	Cinsiyetiniz?	( ) Kadın ( ) Erkek		
13	Doğum yılınız?			
14	Medeni Durumunuz	( ) Evli ( ) Bekar		
15	Öğrenim Durumunuz	( ) Okuyamaz değil ( ) Okuyamaz ( ) İlkokul / Ortaokul ( ) Lise ve dengi okul ( ) Üniversite ve Üstü		
16	Sosyal güvenceniz?	( ) SGK çalışan ( ) SGK emekli ( ) Yeşil kart ( ) Özel sağlık sigortası ( ) Sosyal güvencesi yok ( ) Diğer.....		
17	Mesleğiniz			
18	Varsa görüş, önerileriniz.			

**ADSM Hasta Memnuniyet Anketi Kuralları:**

	<b>ADSM Hasta Memnuniyet Anketi</b>
Tarih .....	Anket No:

Kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen merkezimizin bundan sonraki çalışmalarında yol gösterici olması açısından aşağıda yer alan soruların sizler tarafından yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, geçmiş olsun dilekelerimizi iletiriz.

**Başbekim**

	Lütfen aşağıdaki ifadelerle ilgili görüşlerinizi daire içerisine alarak işaretleyiniz. Örnek: (1)	Evet	Biraz	Hayır
1	Hasta kayıt işlemleri için çok beklemedim.	(3)	(2)	(1)
2	Muayene olacağım doktoru kendim seçtim.	(3)	(2)	(1)
3	Kayıt/kabul sırası beklemediğim yer rahattı.	(3)	(2)	(1)
4	Beni muayene eden doktor şikâyetlerimin nedeni konusunda bana bilgi verdi ve zaman ayırdı.	(3)	(2)	(1)
5	Beni muayene eden doktor kibar ve saygılıydı.	(3)	(2)	(1)
6	Diğer personel bana karşı kibar ve saygılıydı.	(3)	(2)	(1)
7	Tüm personel kişisel mahremiyetime (muayene edilirken varsa kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.	(3)	(2)	(1)
8	Bu ADSM'yi başkalarına öneririm.	(3)	(2)	(1)
9	Bir daha benzer şikâyetlerim olursa bu ADSM'yi tercih ederim.	(3)	(2)	(1)
10	ADSM (muayene olduğunuz oda, bekleme alanları, tuvaletler vs.) genel olarak temizdi.	(3)	(2)	(1)
11	ADSM'de verilen hizmet genel olarak iyiydi.	(3)	(2)	(1)
12	Bu ADSM'ye ilk başvurunuz mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır			
13	Cinsiyetiniz <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek			
14	Doğum yılınız			
15	Medeni Durumunuz <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar			
6	Öğrenim Durumunuz <input type="checkbox"/> Okuyamaz değil <input type="checkbox"/> Okuyamaz <input type="checkbox"/> İlkokul / Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise ve dengi okul <input type="checkbox"/> Üniversite ve Üstü			
17	Sosyal güvenceniz: <input type="checkbox"/> SGK çalışan <input type="checkbox"/> SGK emekli <input type="checkbox"/> Yeşil kart <input type="checkbox"/> Özel sağlık sigortası <input type="checkbox"/> Sosyal güvencesi yok <input type="checkbox"/> Diğer.....			
18	Mesleğiniz			
19	Varsa görüş, önerileriniz.			

*Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinde ise; “Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri Yatan Hasta Yakını Memnuniyet Anketi” ve “Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri Ayaktan Hasta Yakını Memnuniyet Anketi” kullanılmaktadır.*

Ayrıca anketlerin başında ya da sonunda hastanın başvurduğu poliklinik ya da yattığı klinik bilgisinin de eklenmesi/sorulması, ileride yapılacak analizlerde bölüm/branş bazında da kıyaslamaya ve iyileştirme çalışmalarının yapılmasına olanak verecektir.

### *Hasta Memnuniyet Anketleri Nasıl Uygulanır?*

- » Anketler mümkünse hastaya verilmemeli ve bir personel tarafından yüz yüze görüşme şeklinde yapılmalıdır (sorular personel tarafından okunur ve hastanın verdiği cevaplar forma işlenir).
- » Sorular anlaşılmadığı takdirde anketi uygulayan personel, örnekler vererek soruyu açabilir.
- » Anketler çoğaltılırken üzerindeki puanlar silinmelidir.
- » Koordinatörlüğün ya da hastanenin sağladığı insan kaynakları veya hizmet alımı yolu ile yaptırılan anket çalışmalarında, anketörlere mutlaka kısa süreli bir eğitim verilmelidir. Anketin özellikleri ve uygulama esasları hakkında verilen bu eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
- » Anket çalışması hastanenin kendi insan kaynaklarıyla yapılıyorsa, anketör anketin uygulanması sırasında üniforma giymemelidir.
- » Anketör ankete başlamadan önce kendini tanıtmalı ve hastayı yönlendirecek davranışlardan kaçınmalıdır.
- » Anketör, anketin önemini anlatarak, gizlilik konusunda güvence vermemelidir.
- » Anketör, cevaplayıcının anlamadığı noktaları açıklamalıdır.
- » Anketörün, soruların cevaplanma süresi üzerinde kontrollü olmalıdır.
- » Anketör, boş bırakılmış soru bulunmamasına dikkat etmelidir.

- » Kalite Yönetim birimi, anket sonuçlarının taraflı olmamasına dikkat etmelidir.

### *Anket Uygulanamayacak Kişiler:*

- » 16 yaşından küçükler (yakınlarına uygulanır),
- » Terminal dönemdeki hastalar,
- » Cevaplamak istemeyenler,
- » Psikiyatri hastaları,
- » Diyaliz hastaları

### **Çalışan Memnuniyeti Anketleri**

2008 yılından bu yana tüm Hastaneler ve ADSM'lerde, çalışan memnuniyeti anketleri uygulanmaktadır.

Çalışanların beklenti ve gereksinimlerinin karşılanma düzeyini yansıtmakta olan çalışan memnuniyet anketleri, aynı zamanda kurumların kalite geliştirme sürecinde de önemli birer ölçüm aracı olarak kullanılmaktadır.

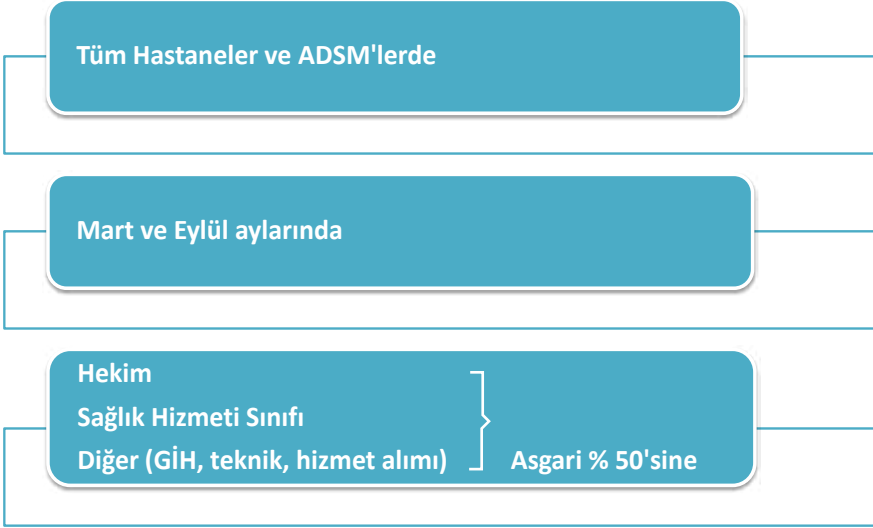
Sağlıkta kalite çalışmalarına rehberlik etmekte olan Sağlıkta Kalite Standartları, çalışanlara anket uygulanmasını önemsemektedir. Çalışanların gerçekçi cevaplarla yanıtlamış olduğu anketler, doğru anlaşılır ve doğru analiz edilir ise kurumlardaki çalışmaların yürütülmesi adına kurum yöneticilerine yol gösterecektir. Bundan dolayıdır ki yöneticilerin, kalite çalışmalarını sahiplenerek kurumlarında yürütülmesini sağlaması ve takip etmesi ayrı bir öneme sahiptir.

Memnuniyet Anketlerinin sağlıklı bir şekilde analiz edilebilmesi ve sonuçlarından yararlanılabilmesi için çalışanların anket sorularına gerçekçi yanıtlar vermesi sağlanmalı, bunun için de yönetim ile çalışanlar arasında güven ortamı oluşturulmalıdır. Yöneticilerin bu amaca uygun olarak, çalışanların kurumdan ve kendilerinden ne tür beklentileri olduğunu doğru bir şekilde tespit etmeleri önemlidir.

Tespit edilen aksaklıklar veya çalışanların kurumda olmasını istedikleri beklentileri için iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır. Kurum yöneticisi yetki ve sorumlulukları kapsamında yer alan ve imkânlar dâhilinde yapılabilecek olan iyileştirmeleri gerçekleştirmelidir. Ancak çeşitli nedenlerden dolayı karşılanamayan talepler olabileceğinden periyodik olarak yapılacak olan toplantılarda yöneticiler ile çalışanlar bir araya gelmeli ve anket sonuçları soru bazında çalışanlarla paylaşılmalıdır. Bu toplantılarda kurum yöneticileri yapılan iyileştirmeler hakkında çalışanları bilgilendirmeli ve karşılanamamış talepleri gerekçesi ile birlikte çalışanlarla paylaşmalıdırlar.

Çalışanlara görüş ve önerilerinin dikkate alındığı hissettirilmelidir. Ancak bunu yapabilen yöneticiler kurumlarındaki süreçleri takip ederek başarıyı yakalayabileceklerdir.

#### **Çalışan Memnuniyet Anketi Kuralları:**





	<b>Çalışan Memnuniyeti Anketi</b>
Tarih...../...../.....	Anket No: .....

Değerli Çalışma Arkadaşlarım,

Kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen kurumumuzun bundan sonraki çalışmalarında yol gösterici olması açısından aşağıda yer alan soruların sizler tarafından yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

**Başbekim**

	Lütfen aşağıdaki ifadelere ilişkin görüşünüzü en iyi yansıtan cevabı daire içersine alarak işaretleyiniz. Örnek: (1)	Evet	Biraz/ Bazen	Hayır
1	Aldığım eğitime uygun bir bölüme çalışıyorum.	(3)	(2)	(1)
2	Çalışma ortamım ve çalışma koşullarım ile ilgili yapılacak düzenlemelerde görüşüme başvurulur.	(3)	(2)	(1)
3	Çalışma mekânım rahat çalışabileceğim biçimde düzenlenmiştir.	(3)	(2)	(1)
4	Çalıştığım bölümde kendimi güvende hissediyorum.	(3)	(2)	(1)
5	Çalıştığım bölümde çalışan güvenliğine ilişkin koruyucu tedbirler alınmaktadır.	(3)	(2)	(1)
6	Yönetim tarafından çalışanları ödüllendirme (teşekkür yazıları, ek ödeme ilave puanı, vb.) mekanizmaları işletilmektedir.	(3)	(2)	(1)
7	Yönetim, hasta ve çalışan güvenliği konusunda düzenli ve önleyici faaliyetler yapmaktadır.	(3)	(2)	(1)
8	Yönetim, hasta ve çalışan güvenliği konusundaki aksaklıklar için ilgili personel ile birlikte çözümler üretmekte ve gerekli önlemleri almaktadır.	(3)	(2)	(1)
9	Yöneticilere sorunlarımı iletmeye imkân bulurum.	(3)	(2)	(1)
10	Yönetim "Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)" konusunda tüm çalışanları bilgilendirir.	(3)	(2)	(1)
11	Çalıştığım bölümün işleyişi konusunda önerilerim dikkate alınır.	(3)	(2)	(1)
12	Çalıştığım kurumdaki ayrılmayı hiç düşünmem.	(3)	(2)	(1)
<b>Lütfen sizin için uygun olan kutucuğu işaretleyiniz (x).</b>		<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>	
13	Son 6 ay içinde fiziksel bir saldırıya uğramadım.			
14	Son 6 ay içinde bir hizmet içi eğitime katıldım.			
15	Çalıştığım bölüm ile ilgili olmak üzere, son 6 ay içinde hasta ve çalışan güvenliği (hasta kayıt ve kimlik bilgilerinin kayıt altında olması, hastaya doğru tedavi uygulanması, enfeksiyonları önleme, mahremiyet, vb.) konularında eğitim aldım.			
16	Hasta ve çalışan güvenliğini ihlal eden durumların raporlanması hakkında eğitim aldım.			

Lütfen sizin için uygun olan kutucuğu işaretleyiniz (x)

17	Cinsiyetiniz	( ) Kadın	( ) Erkek
18	Medeni Durumunuz	( ) Evli	( ) Bekâr
19	Mesleğiniz		
20	Bu kurumdaki toplam çalışma süreniz	( ) 0 - 1 yıl ( ) 1 - 5 yıl ( ) 5 - 10 yıl	( ) 10 - 20 yıl ( ) 20 yıl ve üzeri
21	Varsa görüş, önerileriniz.		

## Kalite Yönetim Biriminin Görevleri

Hastanelerde, kalite yönetim birimi anketlerin uygulanmasını takip etmek ve bundan doğacak iş ve işlemleri yürütmekle sorumludur. Buna göre görevleri:

- » Anketlerin uygulanmasını sağlamak,
- » Takibiyle sorumlu olmak,

- » Anketlerin bir merkezde toplanmasını sağlamak,
- » Anketlerin gizliliğini sağlamak,
- » Anket (soru seti) uygulanacak kişilerin nasıl seçildiğini anket raporuna ayrıntılı olarak yazmak,
- » Anket verilerini istatistiksel analiz programları aracılığıyla değerlendirmek,
- » Anketlerden elde edilen bulgular doğrultusunda mevcut sorun alanlarını belirlemek,
- » Elde edilen sonuçlara göre tespit edilecek olumsuz durumu iyileştirici düzenlemeleri yönetime önermek,
- » İstendiğinde Sağlıkta Kalite Standartları değerlendirmesi sırasında raporları değerlendiriciyle paylaşmak,
- » Verileri, Kurumsal Kalite Sistemi'ne aktarmak.

## Memnuniyet Katsayılarının Hesaplanması

Katsayı	Formül
Ayaktan Hasta Memnuniyet Katsayısı	$(\text{Anket toplam puan}/\text{kişi sayısı}) \times 100/36$
Yatan Hasta Memnuniyet Katsayısı	$(\text{Anket toplam puan}/\text{kişi sayısı}) \times 100/48$
Acil Servis Hasta Memnuniyet Katsayısı	$(\text{Anket toplam puan}/\text{kişi sayısı}) \times 100/30$
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Hasta Memnuniyet Katsayısı	$(\text{Anket toplam puan}/\text{kişi sayısı}) \times 100/33$
Çalışan Memnuniyet Katsayısı	$(\text{Anket toplam puan}/\text{kişi sayısı}) \times 100/36$
Ruh Sağlığı Ayaktan Hasta Memnuniyet Katsayısı	$(\text{Anket toplam puan}/\text{kişi sayısı}) \times 100/36$
Ruh Sağlığı Yatan Hasta Memnuniyet Katsayısı	$(\text{Anket toplam puan}/\text{kişi sayısı}) \times 100/51$
Genel Hastane Memnuniyet Katsayısı	$(\text{Ayaktan Hasta Memnuniyet Katsayısı} \times 0,4) + (\text{Yatan Hasta Memnuniyet Katsayısı} \times 0,4) + (\text{Acil Servis Hasta Memnuniyet Katsayısı} \times 0,2)$
Dal Hastanesi Memnuniyet Katsayısı	$(\text{Ayaktan Hasta Memnuniyet Katsayısı} \times 0,5) + (\text{Yatan Hasta Memnuniyet Katsayısı} \times 0,5)$
Yatak sayısı 75 ve altı hastaneler Memnuniyet Katsayısı	Ayaktan Hasta Memnuniyet Katsayısı

## Anket Yapılırken Dikkat Edilecek Hususlar

- » Hastaneler tercih ettikleri anket uygulama yöntemini (koordinatörlüğün sağladığı insan kaynakları, hastanenin sağladığı insan kaynakları, hizmet alımı yolu ile) kayıt altına almalıdır.
- » Yapılan işlemler (kararlar, tutanaklar ve raporlar) başhekim tarafından onaylanarak kayıt altına alınmalıdır.
- » Kurumlarda, hesaplanan memnuniyet anketi katsayıları başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdürü, başhemşire ile kalite yönetim direktörü tarafından tutanakla tespit edilmelidir.
- » Yatan hasta memnuniyet anketlerinde anketlerin yıl içinde servislere/kliniklere eşit şekilde dağıtılmasına dikkat edilmelidir.
- » Anket toplam puanı her bir ankette üçlü Likert ölçeğinde işaretlenmiş puanlar toplanarak bulunur.
- » Anket sonuçları ve hesaplanan katsayı her ay düzenli olarak “Kurumsal Kalite Sistemine” girilir.
- » Her dönem sonunda da memnuniyet katsayısı hesaplanarak “Kurumsal Kalite Sistemine” girilir.

## Sonuç

Hasta ya da yaşlıların, hastalıktan şüphe edenlerin, sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak izleme, muayene, teşhis tedavi ve rehabilite edildikleri özellikli bir yapıda hizmet veren sağlık kurumlarının temel hedeflerinden birisi de; hem hizmet alan hastaların hem de bu hastalara hizmet veren çalışanlarının memnuniyetinin sağlanması ve artırılmasıdır. Hasta ve yakınları ile çalışanlardan gelecek görüş ve öneriler ile uygulanacak memnuniyet anketleri; hasta ve çalışanların beklenti ve gereksinimlerinin hangi ölçüde karşılanabildiğini ortaya koymaktadır. Aynı zamanda bu veriler kurumların kalite geliştirme sürecinde önemli birer ölçüm aracı olarak kullanılmaktadır.

Kurumlarındaki kalite süreçlerini takip ederek başarılı çalışmalara imza atmak isteyen yöneticilerin çalışanları ile aralarında güven ortamı oluşturmaları önem taşımaktadır. Çalışanlardan gelecek olan görüş ve önerileri dikkate alan ve bu kapsamda çalışmalar gerçekleştiren, karşılayabildiği veya karşılayamadığı talepleri çalışanları ile paylaşan yöneticiler, süreci takip edebileceklerdir.

Hasta ve çalışan memnuniyeti, hizmet kalitesinin önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bu alanda da başarılı olmak için, hasta ve çalışanların görüş ve deneyimlerine başvurmak ve beklentilerini doğru algılamak gerekmektedir.

Önerileri dikkate alınan, şikâyetleri giderilen kısacası önemsendiğini hisseden hastaların hizmet sunumuna, çalışanların da kurum yönetimine olan güvenleri artacaktır. Böylelikle hasta ve çalışan memnuniyet oranı yükselecektir.

# Kalite Uygulamalarında Bir Hastane Örneği

## Sağlıkta Kalite Standartlarının Hastane Yöneticisi İçin Anlamı

Hizmet kurumları olarak gerek özel hastaneler gerekse devlet hastaneleri için, kabul edilmiş, temel hizmet standartlarına sahip olmak zorunluluk haline gelmiştir. Gerek çalışanın gerekse hizmet verdiği hedef kitlenin ihtiyaçlarına göre belirlenmiş bu kriterler, kurum yöneticisi için ne ifade eder veya etmelidir? Özellikle belli bir mevzuat çerçevesi içinde yönetilmek zorunda olan kamu hastanelerinin yöneticileri için SKS, yöneticilerin işlerini kolaylaştıran önemli bir araç olabildiği gibi, yöneticiye hukuki sorumluluklar yükleyen yazılı bir mevzuat hükmü haline de gelmiştir.

Adı ne olursa olsun bir hizmet kurumu için iyi belirlenmiş standartlar, hedef kitle memnuniyetinden öte önemli bir yönetim aracıdır.

Standartlar iyi yöneticiye olan ihtiyacı ortadan kaldırmazlar. Rehber veya yol haritası olma özellikleri nedeniyle iyi yöneticilere zaman kazandırır, daha yüksek hedeflere ulaşmak için bir dinleme ve düşünme basamağı olurlar.

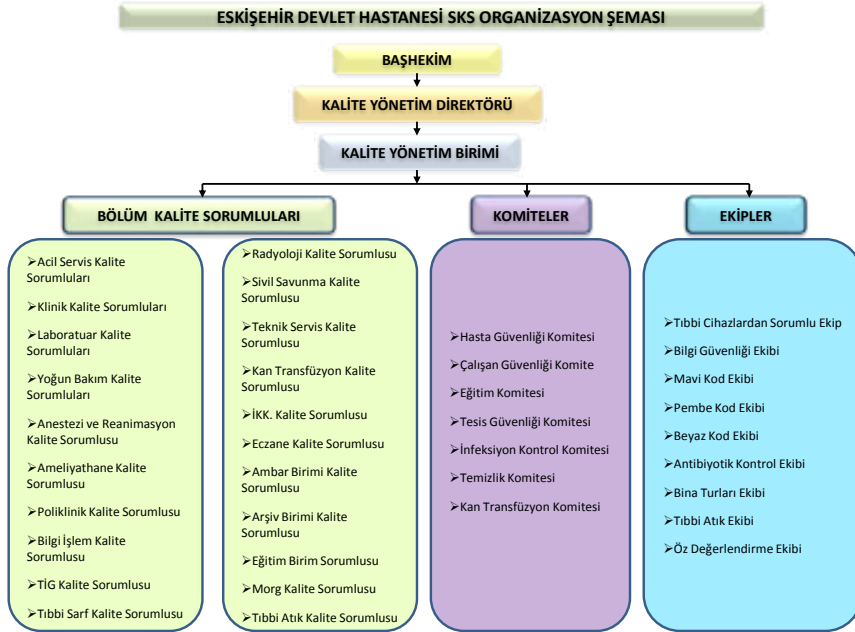
## Devlet Hastanelerinde SKS ve Yönetime Etkileri

Şu haliyle SKS, devlet hastanelerinin gerek tıbbi gerekse idari en önemli yönetsel süreçlerini içeren bir rehber haline gelmiştir. SKS gerek dikey boyutları gerekse dikey unsurlarını bir emniyet kemeri gibi saran ve zapteden yatay güvenlik boyutuyla en hayati hastanecilik süreçlerini içerir ve kontrol altında tutar.

SKS'ye göre iyi yapılanmış bir hastanede yöneticinin zihni rahattır. Durdurulamayan ve ertelenemeyen ve değişkenleri sayılamayacak kadar çok olan bir hizmet alanında SKS'nin yönetici açısından önemi açıktır. Bu haliyle SKS'nin kurumsal yazılı bir hafıza teşkil ettiği de söylenebilir.

Gerek yöneticiye ve çalışanlara yüklediği sorumluluklarla ortaya çıkarabileceği hukuki sonuçlar nedeniyle, gerekse mevcut haliyle çalışan geliri olan direkt etkisinden dolayı SKS değişimleri için de önemli bir araç olarak kullanılabilir. Yöneticilere kurum eksikliklerini hızla tamamlama mecburiyeti getiren kurallar, aksi takdirde yöneticiyi hukuki yaptırımlarla karşı karşıya getirme potansiyeli de taşımaktadırlar.

### Bir Kamu Hastanesinde SKS Birimi Organizasyonu



Kamu hastanelerinde SKS geniş veya genişletilebilir bir yapı ile temsil edilir. Yöneticinin isteğine göre kurumun birçok birimi veya çalışanı bu yapının içine girip bizzat yönetsel süreçte yer alabilir, karar mekanizmalarını etkileyebilir. Dolayısıyla kalite birimi yönetici adına süreçleri takip eden, kontrol eden gerektiğinde elindeki rehberlere göre çözüm önerileri sunan bir yönetim birimine dönüştürülebilir. Üstteki yapılanma örneğinde standart yapının dışında üst idareci organizasyonun içine görevlendirilmiştir.



Aynı mevzuatla yönetilse bile kurumların dinamikleri farklı farklı olabilir. Bu dinamikleri yönetecek organizasyonlar da kuruma göre geliştirilebilir ve geliştirilmelidir. Kurum amiri, süreçleri doğrudan etkileyeceği varsayılan bir yapılanmanın içinde karar mekanizması olarak olmasa da destek olarak mutlaka yer almalıdır.

Kalite Birimini yönetecek kişinin hastane süreçlerini doğrudan etkileyebilecek yetkide ve birikimde olması, süreçlerin işleyişini kolaylaştıracaktır.

Organizasyonun temel unsurlarını oluşturan kişilerin, mesleki yeterlilikleri olan, çalışanlar tarafından kabul edilmiş, kişisel diyalogları iyi, yaptığı işin önemini iyi kavramış ve iyi sosyal iletişim kurabilen kişilerden seçilmesi başarının önemli unsurlarındandır.

Kalite yönetim birimi, temel yapılanmasına ilave olarak kurumun diğer birimlerini de çalışma organizasyonuna katmalıdır. Bu katılım, Kalite Yönetim Biriminin diğer hizmet birimlerinde iletişim kurabileceği bir kişi seçmek şeklinde olabileceği gibi, seçtiği kişileri doğrudan yapılanmasının içine almak şeklinde de olabilir. Bu hastane örneğinde Kalite yönetim birimi, hastanenin her hizmet biriminden en az bir kişiyi yapılanmasının içine katmıştır. Bu tercih, kişilere hem birimleriyle ilgili süreçleri doğrudan takip etme fırsatı verdiği gibi, kendi birimi dışında da denetçi görevler vererek daha fazla sayıda kişinin SKS'yi bilir hale gelmesini amaçlamıştır. Daha fazla sayıda ki-

şiyi organizasyonun içine dahil etmek yapının daha fazla ve dinamik şekilde kontrol edilmesini gerektirmektedir.



Ekibin bağımsız toplanabileceği bir toplantı salonu ve kendine ait çalışma ofisi mutlaka oluşturulmalıdır.

### Bir Kamu Hastanesinde “SKS’yi İşlevsel Hale Getirme Çalışması” Örneği

Bundan sonraki süreçte bir kamu hastanesinde SKS’yi işlevsel hale getirmek için yapılan çalışmalardan ve bu çalışmaların sonuçlarından bahsedilecektir. Şüphesiz ki operasyonel bir işlemde aynı sonuç hedeflense bile metot ve öncelikler farklılık gösterebilir. Yine de temel dinamikleri benzer olan kamu yapıları arasında bu hastanenin uygulama örneği diğer kurumlara da rehber olabilir.

Amaç, zaten belirlenmiş ve şekil verilmiş bir formasyonu yani SKS’yi bir kuruma entegre edebilmek ve kurumun yazılımı haline getirebilmektir.

Çalışma aralığı: 2010 son çeyreği ve 2011 yılını içermektedir.

Çalışmalar öncelikle SKS açısından öz durum değerlendirilmesi ile başlatıldı. Kurumun eksiklikleri tespit edildi. Bu eksiklikler önem ve önceliklerine göre aşağıdaki gibi sıralandı:

- » Eğitim eksiklikleri,
- » Teknik eksiklikler, fiziki uygunsuzluklar,
- » Bilgi Sistemleri alt yapı ve yazılım eksiklikleri,



- » Demirbaş ve cihaz eksiklikleri,
- » Uygulama eksiklikleri.

## Öz Değerlendirmeler

Öz değerlendirme hem mevcut durumun değerlendirilmesi, hem yapılan çalışmalar esnasında personelin hissettirilmeden eğitimin sağlanması, hem de yapılan iyileştirmelerin ölçülebilirliği ve raporlanması açısından SKS yönetiminin en önemli basamağını teşkil etmektedir.

Bu amaçla;

- » Üç ayrı öz değerlendirme ekibi kuruldu.
- » SKS kapsamındaki ilk öz değerlendirmeler eksikliklerin tespiti yanında, bölüm çalışanlarına birebir eğitim verme amacıyla yapıldı.
- » Öz değerlendirme ekibi, her dönemde farklı birimlerin değerlendirmesini yaparak, tüm SKS bölümlerini bilir hale geldi.
- » Değerlendirme önceden haberli olarak yapıldı.
- » Sonuçları değerlendirilen birim sorumlusuna ve başhekimliğe bildirildi.
  - Bu hastane örneğinde bir yıl içerisinde toplam altı öz değerlendirme yapılmıştır. Bu değerlendirmelerin ilk üçü daha çok çalışanı eğitmeyi ve çalışan motivasyonunu arttırmayı hedeflemiştir.

### *a. Eğitim Eksiklerine Yönelik Çalışmalar*

Öncelikle yüksek lisans mezunu ve yeterli donanımda üç eğitim hemşiresi seçildi.

SKS içeriğinin tümü incelenerek eğitim programları hazırlandı.

SKS' deki zorunlu yıl içi eğitimlerinin tamamı eğitim programına alındı.

Eğitim konularına göre ilgili branşlardan uzmanlar eğitimci olarak görevlendirildi.

Eğitimlerin etkinliği yapılan değerlendirmeler ile kontrol edilerek periyodik zamanlarda tekrarlandı.

Hastaneye yeni başlayan personelin 15 günlük uyum eğitimi sonrasında SKS'yi bilerek işe başlamaları sağlandı. Uyum eğitimi süresince personel kesinlikle başka bir işle görevlendirilmedi.



Eğitimlerde küçük ve etkileşimin daha kolay olduğu salonları tercih etmek ve küçük gruplar halinde eğitimleri planlamak verimliliği arttıracaktır.

### *b. Teknik Eksiklikler ve Fiziki Uygunsuzluklara Yönelik Çalışmalar*

Hastane fiziki yapısında SKS'ye uygunsuz olan eksiklikler olabildiğince giderildi. Eski bir yapının SKS'ye göre yapılanması oldukça zor olsa da puanlamada bu zorluğun göz önünde bulundurulması memnuniyet vericidir. Fiziki yapılanmada SKS bir rehber olsa da, özellikle sağlık kurumlarının fiziki yapılanmasında insani beklentilerin de göz önünde tutulması ve yapı unsurlarının kuruma olan güveni etkileyebileceği de unutulmamalıdır. Aynı cihaz ve hekimle yapılan bir tetkikin iyi bir mekânda yapılmasının hastanın tetkike olan güvenini ve memnuniyetini etkilemesi muhtemeldir. İyi yapılmış bir fiziki ortamın, ortamdaki hizmet alanlara karşı bir sorumluluk ve saygının ifadesi olabileceği unutulmamalıdır.

Bu bölümde demonstratif ancak önemli birkaç uygulama örneği verilecektir.



Kurum girişi daha en baştan içeride nasıl bir hizmet alacağımızla ilgili bir fikir oluşturabilir.





Tetkik aynı olsa da mekân, algıda fark oluşturabilir.

### *c. Bilgi Sistemleri Alt Yapı ve Yazılım Eksiklikleri*

Bilgi sistemleri ve yazılımların üzerinde çalıştığı donanımlar, günümüz hastanelerinin olmazsa olmaz unsurlarından biri haline gelmiştir. Her yeni teknolojinin ilave yük oluşturduğu bu sistemlerin mutlaka sağlıklı hale getirilmesi gerekmektedir. İyi oluşturulmuş ağ yapısı sayesinde hastaneler oldukça büyük yer kaplayan datalarını paylaşabilir, hekimler hastaneye gelmeden hasta hakkında fikir beyan edebilecek verilere sahip olabilir, güvenli sağlık istatistikleri ve arşiv dataları oluşturulabilir. Hastalar kendi sağlık verilerine hastane sistemleri üzerinden erişebilirler. Bu sistemler hem kurum içi hem de hizmet alan-veren arasında iletişim için kullanılabilir.

Hastanelerin bilişim alt yapısındaki eksiklikler hizmet kalitesini etkileyebileceği gibi zaman zaman sağlık hizmetinin durmasına da neden olabilmektedir. Hastane ağ yapıları güvenli, kontrol edilebilir, yönlendirilebilir ve yönetilebilir hale getirilmelidir. Veri güvenlik ve data şifreleri iyi korunmalıdır.

### *d. SKS Uygulama Eksiklikleri*

Uygulama eksiklikleri SKS pratiğinde en çok zorlanılan husustur. Çünkü SKS bizzat alışkanlıkların değiştirilmesini gerektirmektedir. Ayrıca her yeni uygulama çalışana ilave bir iş yüklemektedir. Çalışanlar yeni uygulamaların doğru pratikler olduğuna ikna edilmelidir. Doğru uygulamaların hasta ve çalışan hukuku açısından önemi izah edilmeli, mesleğe yeni başlayanların doğru alışkanlıklarla hizmete başlaması sağlanmalıdır. Uygulama ile ilgili birçok başlık çalışılmıştır. Bunlardan bazıları aşağıdaki gibidir;

- » Hemşirelik bakımları kayıt altına alındı.
- » Yatan hasta eğitimleri düzenlendi ve kayıt altına alındı.
- » Nöbet teslimleri kalite sistemine uygun hale getirildi.
- » Hasta bilgilendirme ve rıza kapsamı SKS'ye uygun hale getirildi vb.
- » Bölüm SKS sorumluları, komite ve ekip üyelerinin yedeklerini görevlendirerek hizmetin devamlılığı sağlandı.

## SKS'nin Sürekliliğini Sağlamaya Yönelik Çalışmalar ve Yapılanmalar

SKS birçok unsuru itibariyle dinamik süreçlerden oluşmaktadır. Dolayısıyla sürekli takibi, yapılanların sürekli denetimi gerekmede aksi takdirde uygulama eksiklikleri çok çabuk oluşabilmektedir.

Bu amaçla bir kısmı SKS'nin bünyesinde olan, bir kısmı da idarece oluşturulan komisyon ve komiteler kurulmuş, düzenli toplantı ve değerlendirme ekipleri oluşturulmuştur. Ayrıca merkezi değerlendirme ziyaretleri de sürekliliğin sağlanmasında çok önemli bir faktördür.

Hastane idareleri kendi yapılanmaları içinde başka komisyon ve komiteler de oluşturabilirler. Özellikle komitelerin görüş ve önerileri iyi SKS uygulaması için çok önemlidir. Hastane idarecileri, "alanının bilirkişisi" diyebileceğimiz bu kolektif teşekkülleri iyi organize etmeli, görüşlerine değer vermelidir. Komisyonlar ve komiteler SKS ruhunun kurum içine sağlıklı şekilde yayılmasına aracılık edebilirler.

Ayrıca hastane konsey toplantıları, yılsonu hedef değerlendirme toplantıları, yılbaşı hedef oluşturma toplantıları SKS ruhunun yaşatılması için oldukça önemlidir. Özellikle hedeflerin belirlenmesi sürecine hedef belirleyen birimin tüm çalışanları katılmalıdır. Hedefler SKS bünyesinde veya SKS den bağımsız olarak seçilebilir. Ancak asıl kazanç ortaya ortak hedefler koyabilen bir takımın oluşturulabilmesidir.

## Sonuç

Kamu hastaneleri için SKS uygulanabilir bir rehberdir. İyi sağlık hizmeti için uygun zemin hazırlar ve vazgeçilmez unsurlar içerir. Hastanelerde SKS'nin etkili uygulanabilmesi için hastane başhekimlerinin kalite süreçlerine katılımı zorunludur. Kalite çalışmaları dönemsel değil, tüm yıl boyunca aynı yoğunlukta yapılmalıdır. Tüm personelin kalite süreçlerine katılımı sağlanmalı ve sonuçlar yeni bir motivasyon için çalışanlarla paylaşılmalıdır.

## Tanımlayıcı Semboller

Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına yönelik alınan tedbirler içerisinde yer alan tanımlayıcı semboller, kurumlarda uygulama ve dil birliğini sağlamak, görsel şekillerin akılda kalıcılığından faydalanmak amacıyla oluşturulmuştur. İzolasyon yöntemleri ve düşme riski için tüm ülkeye yönelik ortak sembollerin ve ortak bir pratik çerçevenin önerildiği bu uygulama Türkiye'ye özgü olması ile de dikkat çekicidir. Bu alanda dünyaya örnek olması hedeflenen tanımlayıcı sembollerin oluşturulmasında doğanın çeşitli renkleri ilham kaynağı olmuştur.

### Dört Yapraklı Yonca

Düşme riski olan hastalar için kullanılmaktadır. Şansı sembolize eden dört yapraklı yonca, düşme olaylarının şansa bırakılmaması gerektiğini temsil etmektedir. Dört yapraklı yoncanın özellikli bir bitki olması ile bağdaştırılarak, bu hastaların da özellikli hastalar olmasına dikkat çekilmiştir.



### Sarı Yaprak

Solunum izolasyonunda kullanılmaktadır. Ağaçlar doğanın, yapraklar ise ağaçların akciğerleridir. Solunumun baş harfi ile sarı yaprağın baş harfinden esinlenilmiş ve çağrışımı kolaylaştırmak amacıyla “s” harfiyle başlayan sarı yaprak kullanılmıştır.



## Mavi Çiçek

Damlacık izolasyonunda kullanılmaktadır. Ortadaki noktada hastayı etrafındaki yapraklar ise damlacıkları temsilen kullanılmıştır. Hasta damlacıkla çevrelenmiştir ve etrafına yayma riski vardır. Damlacıkların tek nokta etrafında toplanması ile, o noktaya (hastaya) dikkat çekmek istenmiştir.



## Kırmızı Yıldız

Temas izolasyonunda kullanılmaktadır. Yıldızın beş köşesi, elin beş parmağını temsil etmektedir. Kırmızı renk ise, ateşe temasın sakıncaları ile hastayla temasın sakıncaları arasındaki bağdan yola çıkarak kullanılmıştır.







ISBN: 978-975-590-433-7

İletişim

Mahmut Esat Bozkurt Cad. Umut Sok. No: 19 Kat: 1 Kolej / Ankara

E-posta: [shgm.kalite@saglik.gov.tr](mailto:shgm.kalite@saglik.gov.tr)

Web: [www.kalite.saglik.gov.tr](http://www.kalite.saglik.gov.tr)