

**OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM  
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE  
EVDE BAKIM HİZMETLERİ BİRİMİNİN  
ORGANİZASYONU İÇİN BİR MODEL ÖNERİSİ**

**Sultan KUTLU  
(Yüksek Lisans Tezi)  
Eskişehir - 1999**

**OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM  
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE  
EVDE BAKIM HİZMETLERİ BİRİMİNİN  
ORGANİZASYONU İÇİN BİR MODEL ÖNERİSİ**

Sultan KUTLU

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İşletme Anabilim Dalı

Danışman: Prof.Dr. Hikmet SEÇİM

Eskişehir

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Nisan 1999

## YÜKSEK LİSANS TEZ ÖZÜ

### OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE EVDE BAKIM HİZMETLERİ BİRİMİNİN ORGANİZASYONU İÇİN BİR MODEL ÖNERİSİ

Sultan KUTLU

İşletme Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mart 1999

Danışman: Prof.Dr. Hikmet SEÇİM

Tüm toplumlarda, doğuşla elde edilen "sağlıklı yaşam" hakkı ile ilgili hizmetleri üreten işletmeler konumundaki hastanelerin maliyetleri sürekli artmaktadır. Bu maliyet artışları kaçınılmaz olarak tüm ulusların sağlık bakım hizmetleri kaynaklarının en önemli kısmını tüketen hastaneleri bu hizmetlerde kaliteden ödün vermeksizin maliyetlerin düşürülmesinde odak noktası haline getirmektedir. Bu nedenle sağlık bakım hizmetleri sisteminin odağında yer alan hastaneler ile hastane öncesi hizmetler (birinci basamak hizmetler) ve hastane sonrası hizmetler (evde bakım hizmetleri) arasındaki koordinasyon ve işbirliği etkinliğini ön plana çıkarmaktadır.

Gerek hastane hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi gerekse de hastane maliyetlerinin düşürülmesine yönelik bir yaklaşım olarak hastanelerdeki tedavi hizmetlerinin en üst düzeyde gelişmiş olduğu bilinen ülkelerde en az otuz yıldır evde bakımın gerekliliğine işaret eden çalışmalar başlamış olup; bu çalışmalar günümüzde bu hizmetin savunucusu olmaktan öte, evde bakımın en etkili, en kaliteli ve en ucuz nasıl sağlanabileceği arayışına dönüşmüştür. Bu paralelde, bir sağlık hizmet sunum yaklaşımı olarak evde bakım hizmetleri; kronik hastalıkların izlem ve tedavileri, solunum tedavileri, bazı ilaç uygulamaları, total parenteral beslenme ve daha bir çok gerçek ya da potansiyel sağlık sorunlarına yönelik bir hizmet gereksinimlerinin karşılanmasını sağlayan bir yaklaşımdır.

Ülkemiz sağlık bakım hizmetleri sistemi incelendiğinde; birinci basamak sağlık hizmetleri sabit donanım ve personelli örgüt yapısı ile sağlık ocakları modeli yoluyla sunulmaya çalışılmaktadır. Ancak ülkemiz sağlık ocakları ağırlıklı olarak poliklinik hizmetlerinin verildiği, reçete yenilenmelerinin yapıldığı ve sorgulamadan, muayene edilmeden ileri basamaklara "istem üzerine" sevklerin yapıldığı kurumlar durumuna gelmişlerdir.

Dolayısıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan kalite ve verimlilik sorunları direkt olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti üretme işlevi yüklenen hastanelere yansımaktadır.

Gerek yasal mevzuat yetersizliği ve güncelleştirme gereksinimi gerekse sevk zincirimizin işlememesi paralelinde hastane sayısı olarak % 84, yatak kapasitesi olarak % 94'ü kâr amacı gütmeyen (kamu) hastanelerimizin önemli verimlilik ve kalite sorunları mevcuttur.

Sağlık Ocakları ve hastanelerimizin mevcut yapısal durumları paralelinde evde bakım hizmetleri ele alındığında sistematik olarak örgütlenmiş bir evde bakım hizmetleri kavramı karşımıza çıkmaktadır.

900 kadro yataklı Osmangazi Üniversitesi Hastanesinin son beş yıllık yatan hasta istatistikleri incelendiğinde hastanenin talep artırıcı uygulamalar içine girmesini gerekli kılan sonuçlar gözlenmektedir. Bu sonuçlar ve uluslararası bir kalite güvence sistemi olan ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi kurma çalışmaları yapan hastanenin kalite politikası ve hedefleri doğrultusunda hastane işletmeciliğinde kalite artırıcı bir uygulama olarak evde bakım hizmetlerini gündeme alması gereklidir, denilebilir.

Evde bakım hizmetleri multidisipliner ekip hizmeti gerektirir. Oysa Osmangazi Üniversitesi Hastanesi gibi; görev yetki ve sorumlulukları net olarak tanımlanmamış üst yönetim organlarına ve oldukça karmaşık bir örgüt yapısına sahip olan hastanelerde; işlevini etkin olarak yerine getirebilecek evde bakım hizmetlerinin hastane örgüt yapısı içindeki yeri önemli hale gelir.

## ABSTRACT

In every society, hospitals are the administrations that produce service about "healthy life" right which human beings gain with birth. Having that duty, hospital costs are rising continuously. These cost rises made the hospitals to decrease the costs without making a concession in the quality of the services which consume the most important part of the sources of the coordination and the cooperation between the hospitals and pre-hospital services (first step services) and post-hospital services (home treatment services) are thought to be prior.

Studies have been started in the countries where the treatment services at hospitals are known to be developed. These studies show that for at least thirty years home treatment has been an important services in those countries not only to develop the quality of the services at hospitals but also to decrease the cost of the treatment at hospitals. These studies are now searching for how home treatment can be the most effective, the most high-quality and the cheapest health service. At this stage, home treatment services as a kind of health care treatment is an approach which can be applied to real or potential health problems such as; chronic patients observation and treatment, respiration treatment, some drug applications, total parenteral nourishment, etc.

When our country's health care service system is analyzed, first step health services are trying to be given by with their fixed rigging and personnel. But our country's health clinics have become places where polyclinic services are given, prescriptions are renewed and become institutions where without inspection dispatchings are made to the previous steps of "wish".

Because of that, the problems that occur at first step health services are carried to the hospitals where second and third step health care services are given.

Not only because of the insufficient legitimate laws and the need for contemporariness but also because of the problems at prescription process % 84 of hospitals have bed capacity and % 94 have important quality and productivity problems.

As a results of the health clinics and hospitals existing situation, when home treatment services are analyzed we face with a concept of home treatment services which are organized systematically.

When 900 beded Osmangazi Üniversite Hospital's last five years statistics are analyzed according to its bed capacity, it can clearly be seen that the hospital should get into situations to increase the demand with. These results and with the studies of having worldwide quality insvarence system ISO 9001 KGS the hospital should give the required importance to home treatment services.

As home treatment services are multidiscipliner team services O.Ü.H. which has a very complicated organization and which is a hospital that has top administrations whose job authority and responsibility are not defined clearly, the situation of the home treatment services within the hospitals system has gained importance.

## JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

İmza

Üye (Tez Danışmanı) : Prof..Dr.Hikmet SEÇİM

Üye : Prof.Dr.Mehmet ŞAHİN

Üye : Yrd.Doç.Dr. Nuray UZKESİCİ

**Sultan KUTLU'nun " Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Evde Bakım Hizmetleri Biriminin Organizasyonu için Bir Model Önerisi "** başlıklı tezi **4 Haziran 1999** tarihinde, yukarıdaki jüri tarafından Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca, İşletme (Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi ) Anabilim Dalında yüksek lisans tezi olarak değerlendirilerek kabul edilmiştir.

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖZ .....	ii
ABSTRACT .....	iv
DEĞERLENDİRME KURULU VE ENSTİTÜ ONAYI .....	vi
ÖZGEÇMİŞ .....	vii
TABLolar LİSTESİ .....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	xi
GİRİŞ .....	1

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK SİSTEMİNDE TEMEL KAVRAMLAR

1. TEMEL KAVRAMLAR .....	2
1.1. Sağlık Sistemi .....	2
1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı .....	5
1.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kavramı .....	6
1.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sunum Yaklaşımı Olarak Aile Hekimliği .....	7
2. EVDE BAKIM HİZMETLERİ KAVRAMI .....	10
3. HASTANE İŞLETMECİLİĞİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUM YAKLAŞIMI OLARAK EVDE BAKIM HİZMETLERİ .....	13
3.1. Kalite ve Diğer Örgütsel Performans Göstergelerini Arttırıcı Bir Uygulama Olarak Evde Bakım Hizmetleri .....	13
3.2. Hastane İşletmeciliğinde Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi Yaklaşımı .....	20
3.2.1. Hastane işletmeciliğinde toplam kalite yönetimi .....	21
3.2.2. Hastanelerde TKY özellikleri ve evde bakım hizmetleri	24
3.3. Osmangazi Üniversitesi Hastanesi ve ISO 9001 KGS Kurma Çalışmaları .....	27
3.3.1. ISO 9000 standartları .....	27
3.3.2. Hastane işletmeciliğinde ISO-9001 KGS uygulamaları ..	30



## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ VE EVDE BAKIM HİZMETLERİ

1. ÜLKEMİZDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ VE EVDE BAKIM HİZMETLERİ .....	34
2. OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ EVDE BAKIM HİZMETLERİ GEREKSİNİMLERİ YÖNÜNDEN EVDE BAKIM HİZMETLERİ BİRİMİNİN YERİ .....	47
2.1. Osmangazi Üniversitesi Hastanesine Ait Bilgiler ve Osmangazi Üniversitesi Hastanesinin Örgüt Yapısı .....	47
2.1.1. Osmangazi Üniversitesi Hastanesinde ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi kurma çalışmaları ve evde bakım hizmetleri gereksinimi .....	53
2.1.2. Osmangazi Üniversitesi Hastanesi örgütsel performans göstergelerini artırıcı bir uygulama olarak evde bakım hizmetleri .....	57
2.2. Osmangazi Üniversitesi Hastanesinde Evde Bakım Hizmetleri Biriminin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi .....	60
SONUÇ .....	63
KAYNAKLAR .....	67

## TABLolar LİSTESİ

<u>Tablo</u>		<u>Sayfa</u>
Tablo 1:	Ülkemiz Hastane İşletmeciliği Sektörünün Hastane Sayısı ve Yatak Kapasitelerinin Mülkiyet Yönünden Sınıflandırılması .....	23
Tablo 2:	Ülkemiz Üniversite Hastanelerinin 1996 Yılı Yatan Hasta İstatistikleri .....	39
Tablo 3:	Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarının Karşılaştırılması..	42
Tablo 4:	Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Yatan Hasta İstatistikleri .....	51

## ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Şekil</u>		<u>Sayfa</u>
Şekil 1:	Sağlık Hizmetlerinde Sevk Sistemi .....	4
Şekil 2:	T.C. Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi Organizasyon Şeması .....	50
Şekil 3:	Osmangazi Üniversitesi Hastanesinin Mevcut Örgüt Yapısı İçindeki Evde Bakım Hizmetleri Bölümünün Önerilen Yeri .....	61

## GİRİŞ

Günümüzün en karmaşık ve en pahalı hizmetlerini üreten işletmeler konumundaki hastaneler sağlık tanımı kapsamındaki hizmetleri günün 24 saati aynı kalitede üretme işlevini yerine getirmektedir. Sağlıklı yaşam hakkı tüm toplumlarda doğuştan elde edilen anayasal haktır. Hastaneler ise sağlık hizmetleri üretmek ve işletmenin varlığını sürdürmekle yükümlüdürler. Bu nedenle günümüzde hastaneler tüm ulusların sağlık hizmetleri için ayırdıkları kaynaklarındaki paylarını artırma durumu ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu nedenle aynı zamanda hastaneler sağlık sistemi içinde odak noktası durumuna gelmektedir. Bu bağlamda entegre sağlık hizmetlerinin her üç basamağında da maliyetleri düşürücü ve sağlık bakım hizmetlerinin kalitesini artırıcı bir yaklaşım olarak evde bakım hizmetleri hastane işletmelerinin gündeminde tartışma alanı haline gelmektedir.

Bu tez çalışmasının amacı hastanelerde sağlık bakım hizmetleri sunumunun bir boyutu olarak evde bakım hizmetlerinin incelenmesidir. Bu amaçla ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi kurma çalışmalarını sürdüren Osmangazi Üniversitesi Hastanesi'nin örgüt yapısı incelenerek evde bakım hizmetlerinin, hastanenin mevcut örgüt yapısı içinde yerinin neresi olması gerektiğinin ortaya koyulmasıdır.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK SİSTEMİNDE TEMEL KAVRAMLAR

#### 1. TEMEL KAVRAMLAR

##### 1.1. Sağlık Sistemi

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlığı “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması hali değil, zihinsel ve sosyal bakımdan tam iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Sistem ise en genel anlamı ile “karşılıklı ilişkileri olan parçalardan oluşan bütündür”<sup>1</sup> şeklinde tanımlanabilir. Sağlık sistemi denince;

- Erken ölümü önleyerek yaşam süresinin uzatılması,
- Sağlık için psikolojik ve fonksiyonel normlardan sapmaların mümkün olduğunca azaltılması,
- Hastalığın mümkün olduğunca azaltılması,
- Sakatlığın mümkün olduğunca azaltılması,
- Yüksek düzeyde iyilik ve bireysel tatmine erişilmesi,
- Direncin artırılarak sağlığın korunması yeteneğinin oluşturulması,
- Çevre ile ilişkilerde yüksek bir tatmine ulaşılması,
- Kaynakları sınırlı olan kesimin sağlıkla ilgili konulara katılımının sağlanması,

---

<sup>1</sup> Münevver MENDERES ve Korkut ERSOY, “Genel sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi, Hastane Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C. II, (1993), s. 36-37.

amaçlarını gerçekleştirmeye yönelik ürün ve/veya hizmetleri üreten bu örgütler arasındaki ilişkiler anlaşılmaktadır.

Sağlık bakım hizmetleri; iyileştirici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve genel sağlık kurumları tarafından verilen toplumsal sağlık hizmetlerini içerir. Bu hizmetlerle çevresel faktörler ve davranışlar etkilenebileceği gibi, hastalanmış olanların da sağlığa kavuşturulması sağlanabilir. Hastalığın önlenmesi, sağlığın korunması, erken teşhis ve tedavi, rehabilitasyon ve iyi kişisel alışkanlıkları bu hizmetlerle sağlanabilir.<sup>2</sup>

İyileştirici (tedavi edici) sağlık hizmetleri üç basamakta ele alınmaktadır.

**Birinci Basamak:** Hastaların tedavilerinin ayakta ve evde yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır. Bu kuruluşlarda genellikle yatak başı hasta hizmeti yoktur. Sağlık ocakları, Tüberküloz dispanseri, AÇS (Ana-Çocuk Sağlığı) merkezleri birinci basamak sağlık hizmetinin verildiği kurumlardır. Bu basamaktaki imkanlarla teşhis ve tedavi edilemeyen hastalar ikinci basamağa sevk edilirler.

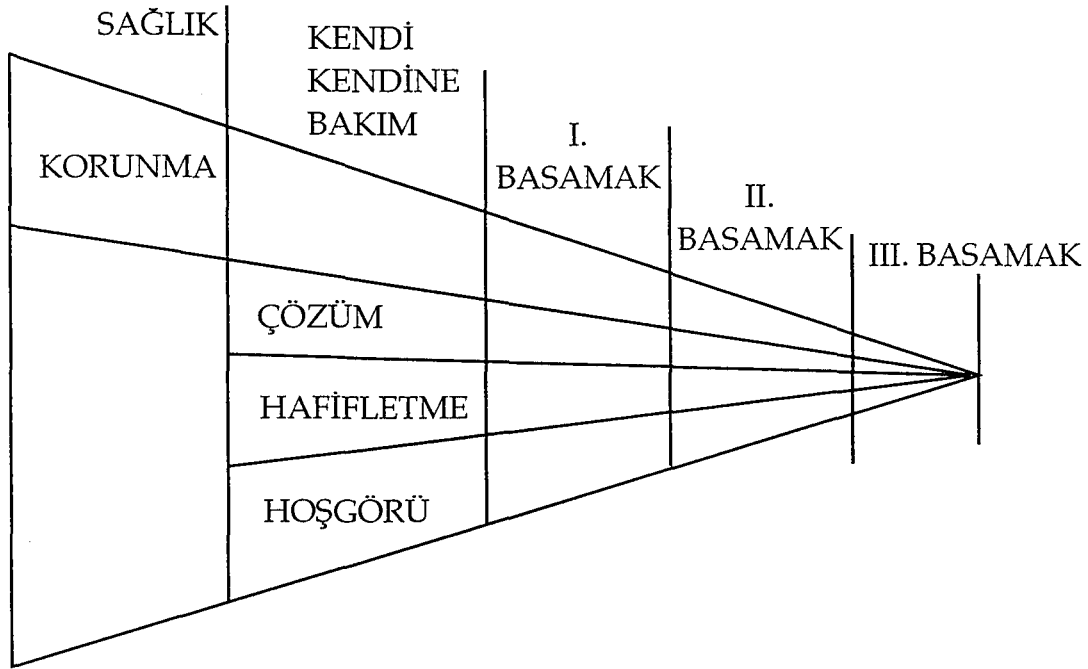
**İkinci Basamak:** Hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği genel hastanelerdir. Bu hastaneler 50-100 yataklı ve 3-4 uzman hekimin çalıştığı hastaneler olabileceği gibi tam teşekküllü hastaneler de olabilir.

**Üçüncü Basamak:** Özel dal hastaneleridir. Bu hastaneler en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezleridir.

İyileştirici hizmetlerin basamaklar biçiminde ele alınmasının temel nedeni, bu basamaklar arasında bir hasta sevk sisteminin gerekliliğini

<sup>2</sup> MENDERES ve ERSOY, a.g.m., s. 39.

vurgulamak içindir. Birinci basamak tedavi kuruluşları halkın yaşadığı yerlere en yakın olan ve hastaların ilk başvurdukları kuruluşlardır. İkinci ve üçüncü basamaklar daha büyük yerleşim merkezlerinde bulunurlar.<sup>3</sup>



Şekil 1: Sağlık Hizmetlerinde Sevk Sistemi<sup>4</sup>

Şekil 1’de ideal bir sağlık sistemi gösterilmektedir. Bir sağlık sisteminin temeli, ulaşılabilir birinci basamak sağlık hizmetleridir. Üçüncü basamak hastane sistemi, kurumsallaştırma gerektiren, sık karşılaşılan durumlarla ilgilenen ikinci basamak hastanelerin ve diğer kuruluşların üzerinde yer almaktadır.

Ne yazık ki, bir çok toplumda piramidin küçük ucunu oluşturan üçüncü basamak hastaneler, sağlık kaynaklarını en fazla tüketen

<sup>3</sup> Zafer ÖZTEK ve Nevzat EREN, “Sağlık Yönetimi”, İçinde: Münevver BERTAN ve Çağatay GÜLER (Ed.), **Halk Sağlığı Temel Bilgiler**, (Ankara: 1992), s. 376.

<sup>4</sup> Nafiz BOZDEMİR ve Esra SAATÇI, **Aile Hekimliği Ders Notları**, Adana Çukurova Üniversitesi Yayın No: 33, (1997), s. 23.

kuruluşlardır. Kaynak talepleri hemen hemen hiç bitmez ve sürekli olarak, birinci basamak sağlık hizmetlerinin meşru isteklerinin engellenmesine neden olurlar. Çok az miktarda sağlık yararı için, çok fazla kaynak tüketirler.<sup>5</sup>

## 1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri”<sup>6</sup> denir. Sağlık hizmetlerinin üç boyutu vardır: Koruma, Tedavi ve Rehabilitasyon.

Sağlık hizmetlerinin temel amacı kişilerin hasta olmamalarını sağlamak, yani kişileri hastalıklardan korumaktır. Hastalık ise vücudun gerekli fonksiyonlarını yerine getirememesidir. Ancak, her türlü çabaya karşın herkesi, her hastalıktan korumak mümkün olmaz; bazıları hastalanır. İşte o zaman sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan “hastaların tedavisi” söz konusu olur. Bugünkü bilgilerimizle ve var olan yöntemlerle her hasta tam olarak tedavi edilemez; bazıları ölür, bazıları ise sakat kalır. Sağlık hizmetlerinin üçüncü amacı; sakat bireylerin başkalarına bağımlı olmadan kendi kendilerine yeter biçimde yaşamlarını sağlamak, yani rehabilite etmektir.

---

<sup>5</sup> BOZDEMİR ve SAATÇİ, a.g.e., s. 23.

<sup>6</sup> Zafer ÖZTEK ve Nevzat EREN, “Sağlık Yönetimi”, içinde, Münevver BERTAN ve Çağatay GÜLER (Ed.), **Halk Sağlığı Temel Bilgiler**, (Ankara: 1992), s. 374.



### 1.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kavramı

Birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerini ve bireyin ilk başvurduğu sağlık hizmeti basamağında sunulan (evde ya da bir sağlık kurumunda) ayaktan teşhis ve tedavi hizmetlerini kapsar.<sup>7</sup>

Birinci basamak sağlık hizmetleri acil durumlar dışında sağlık tanımı kapsamındaki hizmetlere gereksinim duyabilecek sağlık hizmeti tüketicilerinin ilk başvurdukları sağlık hizmeti üreten kuruluşları kapsar. Birinci basamak sağlık hizmetleri şunları kapsamaktadır.<sup>8</sup>:

1. Hastaların büyük çoğunluğunun (% 90) tanı ve tedavisini yapmalı, kronik hastalıkların izlenmesini yürütmelidir.
2. Birinci basamakta verilmeyen tedavi ve öneriler için hastalarını ilgili dal uzmanına (ikinci basamağa yani yataklı tedavi kurumları olan hastanelere) sevk etmeli, ikinci basamaktan dönen hastanın bakım ve tedavisini yapmalı ve takip etmelidir.
3. Kişilerin sağlığını geliştirici, özellikle kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetlerini sunmalıdır. Örneğin; aşılama, meme muayenesi, aile planlaması, koroner hastalıklardan korunma, geriatric taramalar ve sağlık eğitimi (seyahat önerileri, sağlıklı yaşam şartları konusunda öneriler, sigara, alkol, diyet ve egzersiz).
4. Kendilerinin hasta olduklarına inanan kişilere destek ve önerilerde bulunmalıdır. Bu destek ve öneriler; hızlı, etkili ve mümkün olduğunca düşük maliyetli olmalı kişilerde rahat ve güven sağlamalıdır.
5. Bu hizmetler sürekli olmalıdır. Yani, hastalar gece ve gündüz yıl boyunca hizmetlere ulaşabilmelidirler.

<sup>7</sup> Mithat ÇORUH, "I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi", içinde: **1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi-Sempozyumu**, (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1995), s. 169.

<sup>8</sup> BOZDEMİR ve SAATÇI, a.g.e., s. 3-4.

6. Çağdaş ve modern sağlık hizmetlerini sunabilmek için personel ve ekipman bulunmalıdır.
7. Hizmetler bir ekip tarafından ve ekip anlayışı içinde sunulmalıdır. Bu ekip genellikle; hekimler, hemşireler, sağlık memuru veya teknisyeni, ebeler, tıbbi sekreter, hizmetli ve şoförlerden oluşur.
8. Hastaların sağlık gereksinimleri, optimum şartlarda mümkün olduğu kadar hastalığın başlangıç dönemlerinde erken tanı ve tedavi yöntemleri, endişeli hastalara en iyi güven verme yolları ve birinci basamakta görülen hastalıkların en iyi tedavi ve izlenmesi konularında araştırma yapmalıdır. Bu çalışmalara kronik hastalıklar ve ölüm de dahildir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde koruyucu hizmetlerle evde ve ayakta tedavi edici hizmetler bir arada sunulmalıdır. Bu basamakta tanı ve tedavinin yapılamadığı koşullarda hastalar ikinci basamağa yani hastanelere sevk edilmelidir. Yüksek teknolojinin, üst uzmanlık dallarının bulunduğu hastaneler ise sevk zincirinde üçüncü basamağı oluşturmaktadır.

#### **1.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sunum Yaklaşımı Olarak Aile Hekimliği**

Birinci Basamak Sağlık Bakım hizmeti sisteminin etkin işleyebilmesi için; pratisyenlik kavramının ülkemizde yeni bir kavram olan aile hekimliği bazlı olarak tartışılması gereklidir, denilebilir.

Aile hekimi; kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalığına bakmaksızın kendisine kayıtlı birey ve ailelere;

- Kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ve ilk basamak tedavi hizmetlerini, bir ekip anlayışı içinde ekiple birlikte sunabilen,

- Sektörler arası işbirliği yapabilen,
- Hastanın sağlık haklarını üçüncü kişilere karşı savunabilen tıp fakültesi sonrası uzmanlık eğitimi, almış kişidir.<sup>9</sup>

Hastalar sağlıkları için en iyi olanı bilemezler ve onlara sunulan hizmetin teknik açıdan kalitesini değerlendiremezler. Hastalar için en iyi olan sağlık hizmetlerinin onlara anlatılması gerekir.<sup>10</sup> Bu özellikleri nedeniyle sağlık hizmeti tüketicileri edilgen bir müşteri grubu olarak tanımlanmaktadır. Aile hekimleri hizmetleri tüketicilerinin sağlık hizmeti gereksinimini tespit etme, karşılama ve başka sağlık işletmelerinden satın almada yönlendirici olma gibi bir misyona da sahiptirler.

Aile hekimi bir bütün olarak çalışma popülasyonu ya da hizmet popülasyonu diye tanımlanacak bir grup insandan da sorumludur. İngiltere’de bir aile hekimi yaklaşık 1900 kişiden sorumludur.<sup>11</sup>

Aile hekimi akut hastalıklarla ilgilenmek dışında, aynı zamanda hastaların kronik, tekrarlayan ve son safhadaki hastalıklarıyla da sürekli olarak ilgilenmek durumundadır.

Aile hekimi hizmetin devamlılığını sağlamakla yükümlüdür. Hastalığın tek bir dönemindeki hizmetin devamlılığından çok, kişinin zaman içindeki tüm hastalıklarının bütününde gösterilecek olan bir sürekliliktir. Pek çok ülkede bir birey bir aile hekiminin görev alanına girer ve bu uzun yıllar devam eder. Bu İngiltere’de 12 yıl süren bir durumdur.

Aile hekimi; hastalığı ne olursa olsun, hastaların ilk başvurdukları hekimdir. Aile hekiminin rolü, hastalığın cinsine ya da doğasına göre bir

<sup>9</sup> BOZDEMİR ve SAATÇİ, a.g.e., s. 4-5.

<sup>10</sup> Brian Abel SMITH, “Genel Sağlık Sigortası Uluslararası Deneyimden Çıkarılan Dersler”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt: II, (1993), s. 9.

<sup>11</sup> BOZDEMİR ve SAATÇİ, a.g.e., s. 5.

özellik taşımaz, bir kısıtlamaya neden olmaz. Aile hekimi, hastasının ilk temas ettiği kişidir. Hastanın sorununun ne olduğu konusunda ilk yargıya varır ve hastaya uygun tedavi ve önerileri verir. Aile hekimi, hastası konusunda ilk yargıya vardıktan sonra çeşitli seçeneklerle karşı karşıyadır. Ya hastasının sorunuyla doğrudan kendisi ilgilenir ya da toplum içinde sağlık hizmeti veren diğer kişilere bu hastayı refere eder ya da değişik tıp alanlarında özellikle ikinci basamak sağlık hizmeti veren dal uzmanı hekimlere gönderir.

Aile hekimi sağlık hizmetlerini temel anlamda ikinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği hastaneler dışında sunar. Hastasının yararına birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin entegrasyonunda da önemli rol oynar.

Aile hekimi kaynakların yöneticisidir. Bu kaynaklar; reçete yazımı, uzmana sevk, hastalığın laboratuvar tetkikleri ile araştırılması ve belirli ölçülerde hastaneye yatışları kapsar. Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de kaynaklar sınırlıdır. Sözelimi İngiltere’de sağlık hizmetleri tüketicileri, kayıtlı oldukları aile hekiminden sevk alamadıkları sürece ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuramamaktadırlar.<sup>12</sup>

Hollanda, Danimarka ve İngiltere’de hizmetler aile hekimliği esasına dayanır ki, bu doktorlar muayenehanelerinde özel olarak bir hastaneye bağlı olmaksızın çalışmaktadırlar. Bu sistem devamlı olarak hastayla ilgilenilmesini sağlar ve uzman doktorlar ile hastanelere başvuru gerektiği hallerde yapılır. Bu sistem iki nedenden dolayı ekonomiktir. Birincisi, bir uzmanın pahalı ekipmanın, gerekip gerekmediğine karar verecek olan aile hekimidir. İkinci neden ise, aile hekiminin kendi muayenehanesinden işlerini yürütebileceğidir. Aile hekimlerinin çalışabilmesi için şehirlerde masraflı sağlık merkezleri kurmaya gerek yoktur.<sup>13</sup>

<sup>12</sup> BOZDEMİR ve SAATÇI, a.g.e., s. 5-6-37.

<sup>13</sup> SMITH, a.g.e., s. 10.

## 2. EVDE BAKIM HİZMETLERİ KAVRAMI

Hekimliğin gelişimine baktığımızda, başlangıçta hastanelerin olmadığı ve hekimlerin hastalarını küçük merkezlerde kabul ederek, hastalarını hastalarının evlerinde takip ettiklerini görürüz. Daha sonra hekimler birleşerek hastaneleri kurmuşlar ve hasta bakımını burada sürdürmeye başlamışlardır.<sup>14</sup> Özellikle 18. ve 19. yüzyıllarda hekimliğin artık hastanelerde geliştirilmeye başlanması, daha önce kütüphanelerde geliştirilmeye çalışılan hekimliğin ivme kazanmasına neden olmuş ve 20. yüzyıldaki tıbbi teşhis ve tedavi hizmetlerinin gelişimine oldukça önemli bir zemin hazırlayan; elektrokardiografi, ultrasonografi, endoskopi gibi cihazların, sulfa ilaçları ve penisilin ve tıbbi benzeri antibiyotiklerin bulunuşu, kemoterapide sağlanan gelişmeler, organ nakilleri ve yapay organ imali gibi gelişmelerde hastanelerde bulunan personel ve donanımın varlıklı kişilerin bile kendi olanakları ile temin edemeyecekleri bir duruma getirmiştir.<sup>15</sup>

Ancak günümüzde;

- Nüfus artışının yanısıra, her 10 yılda ortalama yaşam süresinin 3 yıl uzaması ve sağlık bilinci düzeyinin yükselmesine paralel olarak da hizmetlerden yararlanma sıklığının artması sonucu tıbbi uygulama ihtiyaçlarının artması,
- Her 4 yılda, tıp teknolojilerindeki birikimin iki kat artması ve yüksek teknoloji ürünü pahalı uygulamaların günlük işlemlerde hızla yaygınlaşması,
- Salgın hastalıkların özelliklerindeki değişiklikler sonucu, akut hastalıkların öneminin azalması ve tedavisi daha pahalı olan kronik

<sup>14</sup> BOZDEMİR ve SAATÇİ, a.g.e., s. 10.

<sup>15</sup> Hikmet SEÇİM, *Hastane Yönetimi ve Organizasyonu, Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi*, (İstanbul: İstanbul İşletme fakültesi Yayın No: 252, İşletme İktisadi Enstitüsü Yayın No: 145, 1991), s. 12.

hastalıkların önem kazanması<sup>16</sup> gibi faktörler hastanelerin temel işlevi olan tedavi hizmetlerinin maliyetlerinin de hızla artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle tüm gelişmiş sağlık sistemlerinde kaliteden ödün vermeksizin maliyetlerin azaltılması önemli bir konu haline gelmektedir. Bu gelişmeler doğrultusunda gerek hastane hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi gerekse de hastane maliyetlerinin düşürülmesine yönelik bir yaklaşım olarak hastanelerdeki tedavi hizmetlerinin en üst düzeyde gelişmiş olduğu bilinen ülkelerde en az otuz yıldır evde bakımın gerekliliğini işaret eden çalışmalar başlamıştır. Bu çalışmalar günümüzde bu hizmetin savunucusu olmaktan öte, evde bakımın en etkili, en kaliteli ve en ucuz nasıl sağlanabileceği arayışına dönüşmüştür. Bir sağlık hizmeti sunum yaklaşımı olarak evde bakım hizmetleri; kronik hastalıkların izlem ve tedavisi, terminal dönem sorunları, fizik tedavi, konuşma tedavileri, solunum tedavileri, bazı ilaç uygulamaları, total parenteral beslenme ve daha birçok gerçek ya da potansiyel sağlık sorunlarına yönelik bir hizmet gereksinimlerinin karşılanmasını amaçlayan bir yaklaşımdır.<sup>17</sup>

Bir başka yaklaşım ile evde bakım hizmetleri; “hastanın doktorunun teşhis ve tedavi sonrasında, yine hasta doktoru ile koordinasyon içinde; sağlık bakım hizmetlerinin profesyonel bir kadro ile evlerde verilmesidir” şeklinde de tanımlanabilir.<sup>18</sup>

En genel anlamı ile evde bakım süreci; kişinin hastalığı nedeniyle hastane koşullarına ihtiyacı kalmadığında gerekli medikal ve paramedikal koşulların sağlanarak yaşam ortamında bakımın sağlanması olarak da

<sup>16</sup> Bülent KIYMİR, “Hastane Yönetiminde Toplam Kalite Modeli” içinde: Mithat ÇORUH (Ed.) *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu*, (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1997), s. 178.

<sup>17</sup> Seçil AKSAYAN ve Güler ÇİMETE, “Evde Bakım” *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, C. 7, S. 6, (1998), s. 202.

<sup>18</sup> Suzan İŞBAŞI ve Güven TÜTÜNCÜOĞLU, “Evde Bakım Sürecine Genel Bir Bakış”, içinde: *I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, Program Özet Kitabı*, (İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eylül, 1998).

tanımlamak mümkündür.<sup>19</sup>

İlk defa 1940'lı yıllarda ele alınan evde bakım 1990'lı yıllarda yaygınlaşmaya başlamıştır. Amerika Birleşik Devletlerinde 1987 istatistiklerine göre 5923 evde bakım firması ve 500 ziyaretçi hemşire olduğu ve bu firmaların yalnızca 1172'sinin resmi kuruluş, diğerlerinin ise özel kuruluş olduğu bildirilmiştir.<sup>20</sup> Günümüzde profesyonel bakıma gereksinim gösteren her hasta hastanede yatmamaktadır. Bu durumda hastaya evde bakım verecek kişilere gereksinim duyulmaktadır. Ülkemizin geleneksel yapısından dolayı, hastaların bu tür bakımları profesyonel kişilerce değil, aile üyeleri tarafından yapılmaktadır. Evde bakımın gerçekleştirilmesi için bakım olanaklarının hastanın gereksinimlerine uygun olması ve hasta ile ailesinin istekliliği önemlidir. Evde bakım kavramı, birey ve ailesinin fiziksel duygusal, sosyal ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile dikkate alınmasını ve disiplinli ekip çalışmasını gerektiren bir hizmet yaklaşımıdır. Kronik hastalığı olan, ameliyat geçiren ve günlük yaşam aktivitelerinde belirli sınırlılıkları olan, değişik nedenlerle yatağa bağımlı duruma gelmiş, yaşlı ve ölümcül dönemdeki hastalara evde bakım verilmediği zaman kronik durumların akut ataklarından dolayı hastaneye tekrar yatışlarının arttığı bilinen bir gerçektir.<sup>21</sup>

<sup>19</sup> Mehmet ONARCAN, "Evlerde Sağlık Bakımı Nedir?", içinde **I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, Program Özet Kitabı**, (İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eylül, 1998).

<sup>20</sup> Alev DRAMALI, Fatma DEMİR, Meryem YAVUZ, "Evde Kronik Hastaya Bakım Verem Hasta Yakınlarının Karşılaştıkları Sorunlar", İçinde: **I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, Program Özet Kitabı**, (İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eylül, 1998).

<sup>21</sup> Nursen NAHÇIVAN, "Evde Bakım Sürecinde Bireyde Gelişen Tehlike Belirtilerinin Değerlendirilmesi", İçinde: **I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, Program Özet Kitabı**, (İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eylül, 1998).

### **3. HASTANE İŞLETMECİLİĞİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUM YAKLAŞIMI OLARAK EVDE BAKIM HİZMETLERİ**

#### **3.1. Kalite ve Diğer Örgütsel Performans Göstergelerini Arttırıcı Bir Uygulama Olarak Evde Bakım Hizmetleri**

Hastaneler sağlık tanımı kapsamındaki hizmetleri üreten işletmelerdir. WHO Sağlığı “yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. Hastane işletmeciliğinde genel kabul gören hastanelerin temel işlevinin hasta ve yaralıların tedavisi olduğu görüşüdür. Ancak günümüzde hastaneler genel kontrol, zayıflama ve doğum gibi sağlık tanımı içinde yer alan, ancak hastalık olarak tanımlanamayacak hizmetleri de sunan işletmeler konumundadırlar. Hastanelerin sundukları hastalıkların tedavisi dışında ve sağlık tanımı kapsamındaki bu hizmetler hastanelerin diğer işlevleri olan eğitim, araştırma-geliştirme ve toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine hizmet eden yaklaşımlar olarak da kabul edilebilirler.

Hastaların tedavisi hastanelerin temel işlevidir. Hastalık ise vücudun gerekli işlevlerini yerine getirememesidir. Bu nedenle ayaktan tedavisi gerçekleştirilmeyen hastaların tedavisini temel işlev olarak ele alan hastaneler günümüzdeki özellikle yüzyılın başındaki gelişmeler nedeniyle poliklinik (ayaktan tedavi) hizmetlerini de klinik hizmetler kadar üretmek durumu ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu süreci doğuran en önemli faktörlerden birisi hastalıkların çeşitlerindeki meydana gelen değişimler ve bu değişimler nedeniyle teşhise yönelik çok geniş yelpazedeki tıbbi cihazların kullanılmaya başlanması ve maliyeti çok yüksek olan bu cihazların ise ancak hastanelerde bulunmasıdır. Ayrıca, bu yüzyılın başlarında, majör enfeksiyon hastalıklarının kontrolünün başarılmasını takiben ülkelerdeki yaşam standartının yükseltilmesi hastalıkların yeni yapılarının ortaya çıkmasına çocuklarda ve erişkinlerde ölümün azalması



ile toplumda yaşlı nüfus oranının artmasına neden olmuştur. Bu nedenle günümüzde kronik hastalar hastanelerin en temel tüketicilerinden birisi konumuna gelmişlerdir. Hastalıkların çeşitlerinde meydana gelen bu değişimlerin tüm sağlık sistemlerinde kaçınılmaz olarak sağlık hizmetlerinin kullanımı ve maliyetlerin artışına neden olması “sağlık sistemlerinde en kaliteli ve en etkin hizmetin en verimli üretilebileceği sağlık hizmeti modeli ne olmalıdır?” sorusunun yanıtlanmasını gerekli kılmaktadır. Tüm bu gelişmeler ve bu süreçte hastanelerde yaşanan aşırı işbölümü ve uzmanlaşma eğilimi sağlık sistemlerinde yer alan organizasyonlara yeni yükümlülükler yüklemektedir. Bu durum ise organizasyonlar arasında ilişkileri bir yandan daha karmaşık hale getirmekte diğer yandan da bu ilişkiler sisteminde hastaneleri tüm ilişkilerin “odak noktası” haline gelmesine neden olmaktadır. Özellikle son yıllarda, sağlık harcamalarındaki bu devamlı artış ve sigortalanmanın pahalı duruma gelmesi nedeniyle sağlık sigortası temini güçleşmekte, tüm bu faktörlerin yanısıra genel ekonomik durumun bozukluğu ve ulusal bütçe açığı, devlet adamları, iş adamları, tüketici ve sağlık hizmeti verenleri, sağlık sistemini geliştirmek ve iyileştirmek için arayışa itmektedir.

Hastanelerde kalite kavramı yönünden evde bakım hizmetleri ile hastanelerin tedavi işlevinin kesiştiği nokta günümüzde kalitenin kısaca “kullanımına uygunluk” olarak tanımlanmasında yatmaktadır. Günümüzde kalitenin müşteri odaklı olarak bu biçimde tanımlanması, sağlık bakım örgütlerinin müşterileri konumundaki hastaların tatmini kavramını ön plana çıkarmıştır. Ancak sağlık hizmeti müşterilerinin özellikleri bu konuda oldukça yaygın tartışma alanı yaratmaktadır. Bu tartışmanın en önemli odağı ise hastane müşterilerinin kendilerine sunulan hizmetin teknik yönünü (tıp ve yardımcı tıp hizmetleri süreçlerini) değerlendirme yoksunluklarında yatmaktadır. Özel sağlık bakım hizmetlerinin temel yönlendiricisi konumundaki hekimler;

1. Klinik uygulamanın üst düzeyde bilgi ve beceri gerektirdiği,
2. Hekimlerin sorumluluklarının bilincinde ve denetime gerek olmadan vicdanları doğrultusunda hizmet verdikleri ve yeterli düzeyde performans göstermeyen ve etiğe uymayan meslektaşlarına karşı yeterli tedbirleri alacaklarına güvenilmesi,
3. Hastaların (müşterilerin) tıp elemanlarının teknik yeterliliklerini değerlendirebilecek bilgiye sahip olmadıkları ve fizik koşullar ile emosyonel (kişilerarası) ilişkiler kalitesi paralelinde kolayca karar verebilecekleri,
4. Hastaların tıp dışı faktörlerden de (yatak başı iyi yaklaşım) etkilenebilecekleri,
5. Hastaların ilişkilerinin devamlılığı nedeniyle ve/veya daha önceki hekim hasta iletişimindeki başarı ve başarısızlıklar nedeniyle gerçek düşüncelerini açıklamaktan çekinebilecekleri,
6. Hastaların hizmetin verilmesi ile ilgili özellikleri tam olarak anımsayabilecekleri,<sup>22</sup> tezleriyle desteklemektedirler. Ancak sağlık bakımında, hasta tatmin araştırmalarına ilişkin sonuçlar olmaksızın kaliteyi tartışmanın güç olduğu kabul edilmekte, tatmin araştırmalarının bakım kalitesinin göstergeleri olduğu belirtilmektedir. Stebier Amerika'da 1990'lı yılların başından itibaren, hastanelerin % 90'ının hasta tatmini araştırmaları yaptıklarını belirtmektedir.<sup>23</sup> Bu nedenle her durumda hasta ya da müşteri tatmini tüm sağlık hizmetleri organizasyonlarını özellikle de hastaların talebini etkileyen en önemli faktördür. Sözelimi bir araştırmaya göre hastaların bir hastane hakkındaki yargısı ilk 2, 2.5 dk.'da oluşmakta ve bu yargının etkisi tüm hizmet sürecinin kalitesini etkileyebilmektedir.<sup>24</sup>

<sup>22</sup> Sinan ÖZALP, *Hastanelerde Kalite Sağlama Sistemleri*, (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ders Notları, 1996), s. 20.

<sup>23</sup> Afsun Ezel ESATOĞLU ve Korkut ERSOY, "Hastaların Hastane Hizmetleriyle ilgili Değerlendirmeleri", İçinde: Mithat ÇORUH (Ed.), *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite iyileştirme Sempozyumu*, (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1997), s. 68.

<sup>24</sup> Hikmet SEÇİM, *Hastanelerde Halkla ilişkiler*, (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Yayın No: 765, 1994), s. 26.

Hasta tatmininin bir diğerk önemli boyutu ise tüm sağlık örgütlerinde sunulan hizmetin kalitesini direkt etkileme düzeyidir. Bu tesbit gerek mesleki gerekse akademik düzeydeki araştırmalarla desteklenebilir. Sözelimi hasta (müşteri) tatmininin düzeyinin yüksek olmasının sonuçta hastanın hekim veya diğerk sağlık işğörenlerince önerilen tedavi planına uygunluğunu artırmakta ve iyileşme sürecinin kısalması nedeniyle de sunulan hizmetin kalite ve etkinliğini artırmaktadır.

Hastanelere başvuran hastalar ve hasta yakınları sıkıntı, endişe, gerginlik, huzursuzluk veya korku duygusuyla stres içinde olan, hatta yoksunluk ya da kriz içinde olan kişilerdir. Yatan hastalar ise yalnızlık duygusu yaşarlar, kişinin güvenilir ve tanıdık ortamından ayrıldığı, için izolasyonu söz konusudur. Hastaneye yatmak bireyi güvenilir ve tanıdık çevreden uzaklaştırır. Hastanede, çevresinde pek çok insan olmasına karşın kişi kendisini yalnız hisseder, çünkü bu yeni çevre ve insanlar ona yabancıdır.<sup>25</sup> Bu nedenle, evde bakım hizmetleri ile müşteriye mevcut sosyal ortamında hizmet sunulması nedeniyle hasta tatminini artırıcı bir yaklaşımdır. Sonuçta tatmin olmuş hastaların tasarlanan hizmet sürecine uyumu daha kolay olabileceğinden hastaların iyileşme süresinde de kısalma sağlanabilecektir.

Klasik performans anlayışında “bir sistemde yaratılan çıktılarla, bunları yaratmak için kullanılan girdiler arasındaki oran” olarak tanımlanan verimlilik kavramında kalite sözcüğünün yeri yoktur. Oysa bugün çıktı kalitesini sağlamadan ulaşılabilecek verimlilik hiç bir anlam taşımamaktadır. Diğerk bir deyişle “kalitesiz bir üretim, pazarsız bir ürün demektir” ve “kalitesiz üretim mevcut kaynaklarla daha çok üretmek yerine, ek kaynak tüketimine neden olarak verimliliği düşürmektedir.” Ancak hastanelerde sunulan tüm tedavi süreçlerinin temel yönlendiricisi konumundaki hekimler açısından kalitenin anlamı bir hastaya doğru ve tam olarak tanı

<sup>25</sup> Hikmet SEÇİM, *Hastanelerde Halkla ilişkiler*, a.g.e., s. 23.

konulması ve mümkün olduğu kadar kısa sürede fiziksel ve tıbbi açıdan fonksiyonlarının optimal düzeye getirilmesidir. Bunun anlamı kalitenin tanımlanmasında hekimin ilgili alanlarının teknik bakım boyutu olduğudur. Kısaca mevcut kaynakların etkili ve verimli kullanımı hekimler için genellikle öncelik taşımaz.<sup>26</sup> Ancak günümüzde sağlık hizmetleri sunumunda da kalite kavramı özellikle verimlilik ve etkenlik kavramlarını da içerecek biçimde tanımlanmaktadır. Bir doktorun, sağlık personelinin en öncelikli görevi, hasta tarafından belirtilen tercihlere göre hastaya bakmaktır. Bir başka deyimle profesyonel bir sağlık ekibinin DONABEDİAN'a göre temel yükümlülüğü "Etkinliğe olduğu kadar verimliliğe de özen gösteren yeni bir sağlık bakım bilim ve teknolojisinin bir araya getirilmesidir. Aynı zamanda DONABEDİAN "daha ziyade savurgan ve müsrif bir tedavi biçimini geliştirdik, öğrettik ve uyguladık. Artık son derece tutumlu, hatta cimrice bir sağlık bakımı bilimini keşfetmenin ve öğretmenin zamanı gelmiştir. Bu yeni bilimin ilkeleri öylesine kökleşmelidir ki yetersiz bakım (tedavi) etkisiz bakım kadar kınansın" görüşünü ileri sürmektedir.<sup>27</sup>

Yukarıdaki açıklamalar ışığında etkin örgütlenip yönetilen evde bakım hizmetleri hastanelerin maliyetlerini azaltıcı önemli roller üstlenmektedir. Literatür araştırmalarında bu durumu doğrulayıcı sonuçlar içermektedir. Bu araştırma sonuçlarından bir kısmı aşağıda sunulmuştur;

- Evde ve hastanede kemoterapi uygulanan çocuklara yönelik bir araştırmaya göre; hastane bakım maliyeti 2.329 USD iken, evde bakım maliyeti 1.865 USD'a düştüğü, evde bakım verilen çocukların, bağımsızlık, kendini iyi hissetme, iştah, genel duygusal durum, okula devam konularında hastanede tedavi görenlerden

<sup>26</sup> Hacer ÖZGEN, "Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir?", **Toplum ve Hekim Dergisi**, C. 2, (1993), s. 99, 112.

<sup>27</sup> Avedis DONABEDİAN, "Bakım Kalite ve Maliyet Konularında Mesleki Sorumluluk", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C. 2, (1993), s. 99-112.

daha iyi durumda oldukları, aile yaşam biçimlerinin olumlu yönde etkilendiği,

- Ventilatöre bağlı hastalarda hastane bakım giderleri 270.000 USD iken, evde bakım giderlerinin 21.000 USD'a düştüğü,
- Bronkopulmaner Displazili çocuklarda evde oksijen tedavisinin 173.160 USD kâr sağladığı, 90 günlük hastane masrafları 46.920 USD iken evde bakım giderlerinin 5.195 USD olduğu,
- Kistik fibrozisli hastaların bakım giderleri günde 1.215 USD iken, evde bakım giderlerinin günde 648 USD'a düştüğü,
- Demanslı hastaların uzun süreli bakım konularındaki giderleri 2.18 milyon USD iken, kendi ortamlarındaki bakım giderlerinin 1.25 milyon USD'a düştüğü,
- Konjestif kalp yetmezliği olan ve evde bakım uygulanan yetişkinlerin 90 günlük izlenimleri sonucu yaşam kalitelerinde yükselme, hastaneye başvurma sıklığında ve tıbbi harcamalarında azalma,
- Sürekli kan, kan ürünleri uygulamasına gereksinim duyan hastaların evde bakım hizmetleri ile kendilerine bakımı öğrendikleri ve kısa sürede bağımsızlık kazandıkları,
- Diyabet olgularında ev izlemi ile, organ bozukluklarının % 30 azaltılabileceği, iş gücü kaybı ve hastanede yatış süresinin büyük ölçüde düşürülebileceği,
- Evde bakım hizmetleri ile hastalarda komplikasyon gelişme oranlarının azaldığı, ortaya çıkan komplikasyonlarında evde tedavi edilebilir nitelikte olduğu dolayısıyla hastaneye başvurmayı gerektirmediği saptanmıştır.<sup>28</sup>

Evde bakım hizmetlerini hastane işletmeciliğinde kalite yönünden önemli kılan bir diğer özellik ise hastanelerin üretmiş oldukları sağlık tanımı kapsamındaki hizmetlerin özelliğinden kaynaklanmaktadır. Sağlık

<sup>28</sup> AKSAYAN ve ÇİMETE, a.g.m., s. 203.

bakım hizmetleri sistemi incelendiğinde; sağlık bakım hizmetleri koruyucu, sağlık hizmetleri ve genel sağlık kurumları tarafından verilen toplumsal sağlık hizmetlerini içerir. Bu hizmetlerle çevresel faktörler ve davranışlar etkilenebileceği gibi hastalanmış olanların da sağlığına kavuşturulması sağlanabilir. Hastalığın önlenmesi, sağlığın korunması, erken teşhis ve tedavisi, rehabilitasyon ve iyi kişisel sağlık alışkanlıkları, bu hizmetlerle sağlanabilir. Ancak, sağlık işletmesi bireyde fizyolojik gereksinimlere bağlı olarak ortaya çıkan sağlıkla ilgili sorunların uyumlu bir biçimde çözümlenerek onun bedensel, ruhsal ve sosyal ve çevresel yönden tam uyum içinde yaşantısını sürdürmesine katkıda bulunan ekonomik hizmet ya da mamül üreten sosyo-ekonomik birim olarak tanımlanabilir.<sup>29</sup>

Sağlık bakım hizmetleri farklı özelliklere sahip işletmeler tarafından sunulan hizmetlerdir. Hastaneler ise bünyelerinde taşıdıkları özellikleri nedeniyle bu sistemin odak noktasında olan işletmelerdir. Özellikle sağlık hizmetlerinin giderek tüm ulusların bütçelerinde oldukça önemli kaynaklar tüketir duruma gelmeleri ulusal sağlık sistemlerinde, hastaneleri sağlık sistemlerinin odak noktası olan yeni yaklaşımlara zorlamaktadır. Bu yaklaşımların ise maliyetlerin azaltılmasında odaklanması kaçınılmaz olarak geniş tartışmalara neden olmaktadır. Dolayısıyla tüm ulusal sağlık hizmetleri sistemlerinde geneli ve hastane temel sorun kaliteden ödün vermeksizin en düşük maliyetli üretilebilecek hizmetleri sağlayan örgüt ve yönetim yapısı ne olmalıdır sorusu haline gelmektedir. Yukarıda yer verilen açıklamalar doğrultusunda evde bakım hizmetleri bu örgüt modeli arayışında göz önüne alınması gerekli bir sağlık bakım hizmeti sunum yaklaşımı olarak ele alınmalıdır, denilebilir.

---

<sup>29</sup> MENDERES ve ERSOY, a.g.m., s. 39.

### 3.2. Hastane İşletmeciliğinde Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi Yaklaşımı

Klasik görüş kaliteyi, sağlık hizmetlerini sistemin çeşitli öğelerinin, standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesi olarak tanımlanmaktadır.

Amerika Sağlık Örgütleri Akredetasyon Komitesinin tanımına göre "Günün bilgileri ışığında verilen bakımın, hastalardan istenen sonuçların alınmasının artırma ve muhtemel istenmeyen sonuçları azaltma derecesidir."<sup>30</sup>

DONABEDIAN'a göre ise, sağlık konusunda kalite, tamamen açıklanması güç, belkide imkansız olan bir kavramdır. Ancak DONABEDIAN, sağlık hizmetlerinin yedi özelliğinin kaliteyi belirlediğini ileri sürmektedir. Bu özellikler;

- a) **Etkenlik:** Sağlık durumunu yükseltebilecek en iyi bakımı sağlayabilme becerisi,
- b) **Etkililik:** Sağlık durumunda sağlanabilir iyileştirmeyi gerçekleştirebilme derecesi,
- c) **Verimlilik:** Sağlıkta ulaşılabilir ilerlemeleri azaltmaksızın bakımın maliyetini düşürme yeteneği,
- d) **Optimallik:** Maliyet ve yararlar arasında en iyi dengenin sağlanması,

<sup>30</sup> İnci EREFE, "Sağlık Hizmetlerinde Standart ve Kalitenin Önemi", İçinde: a.y. (der), **Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu**, (İzmir: 1994), s. 22.

e) **Kabul Edilebilirlik:** Hasta-hekim ilişkileri, kolay hizmet kullanabilme, bakım maliyeti ..... vb. açılardan hastanın tercihlerine ve isteklerine uygunluk,

f) **Meşruluk:** Toplumsal tercihlerine uygunluk,

g) **Eşitlik:** Hizmet sunumunda ve kullanımında adaletin sağlanması, şeklinde özetlenebilir.<sup>31</sup>

### 3.2.1. Hastane işletmeciliğinde toplam kalite yönetimi

Günümüzde sağlık alanında çalışanların zamanlarının 1/4'ünü, ilk defasında doğru yapmadıkları şeyleri düzeltmeye harcarlar. Oysa işlerin ilk defada doğru yapılması maliyeti düşürür ve sistemi iyileştirir. Maliyet ve kalite problemlerinin çözümünde toplam kalite yönetimi uygun bir yaklaşımdır.

Sağlık sektöründe toplam kalite yönetimine gereksinim duyulmasındaki başlıca nedenler;

1. Bireylerin satın alma gücünün artması,
2. Tedavi kurumları arasında rekabetin başlaması,
3. Sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteğinin yaygınlaştırılması,
4. Kalite maliyet çelişkisine çözüm göstermesi olarak gösterilmektedir.<sup>32</sup>

<sup>31</sup> DONEBEDIAN, a.g.m., s. 111.

<sup>32</sup> Dilek ÖZMEN, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Departmanında Kalite Geliştirme Çalışması: Primer Hemşirelik (Yüksek Lisans Tezi), (İzmir: Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme ABD, 1996).



WHO 1990 yılında tüm üye ülkelerin “sağlık bakım sistemlerinde hasta bakımının kalitesini güvence altına almak için etkili mekanizmalar oluşturulmasını” önermiştir. Bu nedenle Toplam Kalite Yönetimi ile hastanelerde evde bakım hizmetlerinin kesiştiği noktaları aşağıda incelenmiştir.

Hastanelerin üretmiş oldukları hizmetlerin tüketicisi konumundaki müşterileri, yararlandıkları hizmetlerin teknik yönünü değerlendirme konusunda oldukça az bilgiye sahiptirler. Hastane hizmetleri tıp profesyoneli olan hekimler tarafından tasarlanmakta ve diğer hastane işgörenlerinin de katılımı ile üretilmektedir. Sağlık konusunun ancak uzun bir eğitim dönemi sonunda uzmanlık kazanmış kişilerin uygulayabileceği ve değerlendirebileceği karmaşıklıkta oluşu, satın almanın getireceği riskin büyük olmasına neden olmakta bu da hizmetin kullanamında uzman bilgisinden yararlanmayı zorunlu kılmaktadır. Tablo 1’de Ülkemiz Hastane İşletmeciliği Sektörünün Hastane ve Yatak Kapasitelerinin Mülkiyet Yönünden Sınıflandırılması sunulmuştur. Bu tablo incelendiğinde Ülkemiz hastane işletmeciliği sektörünün hastane sayısı olarak % 84 ve yatak kapasitesi olarak da % 94’ü kâr amacı gütmeyen kamu hastanelerinden oluşmaktadır.

**Tablo 1: Ülkemiz Hastane İşletmeciliği Sektörünün Hastane Sayısı ve Yatak Kapasitelerinin Mülkiyet Yönünden Sınıflandırılması**

KURULUŞ	HASTANE SAYISI	%	YATAK KAPASİTESİ	%
S.B.	677	64	80.297	50
S.S.K.	115	11	25.934	16
M.S.B.	42	4	15.900	10
KİT	11	1	2.217	1
ÜNİVERSİTELER	-	-	23.383	15
DİĞER KAMU	7	1	1.898	1
ÖZEL	166	16	11.255	7

**Kaynak:** Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1997.

Gerek kamu gerekse kâr amaçlı özel hastanelerimizde sunulan hizmetlerin kalitesinin denetimine yönelik herhangi bir standart olmaması yanında hiç bir kamu ve/veya mesleki kurumca denetim işlevi yerine getirilmemektedir. Dolayısıyla bir hasta hastaneye adımını attığı andan itibaren, hastane işgörenlerinin vicdanı ve mesleki etikleri doğrultusunda üretmiş oldukları hizmetleri tüketme durumu ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Daha açık bir ifade ile; müşterilerce talep edilen ve hastanelerce oluşturulan hizmet bütünü çoğu zaman kullanıcının yaşam kalitesini direkt etkileyebilen ve zaman zaman telafisi muhtemel olmayan sonuçlar doğurmaktadır. Ülkemizde son bir yıllık yazılı ve görsel basın organları tarandığında bu sonucu destekleyici oldukça fazla örnek ile karşılaşılmaktadır. Ancak bu tespit en net olarak hastanelerin hizmet sürecinde kullandıkları en önemli girdi konumundaki ilaç kullanımı ile ilgili iki araştırma ile desteklenebilir. Türkiye’de ilaç işverenlerinin yapmış olduğu araştırmaya göre antibiyotiklerin % 50 oranında yanlış kullanıldığı, Hacettepe Üniversitesinde yapılan bir araştırmada da yine antibiyotiklerin % 48’inin uygun olmayan şekilde kullanıldığı ortaya çıkmıştır.<sup>33</sup> Oysa ilaçlar,

<sup>33</sup> Eriş BİLALOĞLU, “Kurum Örnekleri”, Ankara Üniversiteki Tıp Fakültesi, **Toplum ve Hekim Dergisi**, (Ankara: 1995), s. 69-70.

hastaların kendi tercihi ile seçemediği, hakkında en az bilgi sahibi olduğu; koruyucu ve tedavi edici etkilerinin yanısıra oluşturduğu yan etkiler dolayısıyla da ileride önemli risk potansiyelinin olduğu bir üründür. Dolayısıyla hastane müşterilerinin edilgenliklerinin ortadan yok edilmesi ve müşteri adına sunulan hizmet sürecinin kalitesinin hizmeti üreten işletme tarafından güvence altına alınmasını gerekli kılmaktadır.<sup>34</sup> Hizmet insan sağlığına yönelik olduğu için hata bazen “ölüm oranının” yükseltmeye kadar gitmektedir. Hizmette çoğu zaman geri dönüş imkanı yoktur. İlk seferinde ve her seferinde doğru yapmak TKY'nin felsefesidir.

Ülkemiz hastanelerinin % 95'i kâr amacı gütmeyen kamu ağırlıklı hastanelerdir. Bunların yatak işgal oranı ise % 58 civarındadır. Ayrıca hastane işletmeciliğinde kalite kavramı ve kalitesizliğin maliyeti de ön plana çıkmaktadır. Araştırmalar kalitesizliğin bir işletmeye maliyetinin % 20 civarında olduğu yönündedir. 900 yataklı bir hastanenin bütçesinin yaklaşık 7 trilyon TL olduğu düşünülürse kamusal kaynaklardaki israfın boyutları daha iyi ortaya çıkar.<sup>35</sup>

### 3.2.2. Hastanelerde TKY özellikleri ve evde bakım hizmetleri

TKY müşteri odaklı bir yaklaşımdır. Günümüzde müşteri tanımlamaları dış müşteri (hizmeti kullanan) ve iç müşteri (işgörenler) olarak tanımlamaktadır. Bu yaklaşımın en önemli yararı “Edilgen müşteri olarak tanımlanan ve genel olarak beklenti ve gereksinimleri göz ardı edilen hastane müşterilerinin gereksinim ve beklentilerinin sürekli izlenmesi ve bu beklenti gereksinimler hizmet üretim süreçlerinin tasarlanması söz konusu olacaktır. Dolayısıyla genel olarak baktığımızda

<sup>34</sup> Ümit ŞAHİN, “Ülkemiz Hastanelerinde Kalite Yönetimi Niçin Önemli?”, *Modern Hastane Yönetimi*, C. 2, s. 8, (Kasım-1998), s. 34.

<sup>35</sup> Yaşar ODACIOĞLU ve Ümit ŞAHİN, “Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi”, (Yayımlanmamış bildiri), Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi, (Eskişehir: 1998).

ülkemizde ortalama yatak işgal oranlarının % 58 civarında olduğu düşünüldüğünde bu hizmetlere gereksinim duyan ancak beklenti ve gereksinimlerini talebe dönüştüremeyen hastane müşterilerinin talepleri kanalizasyon edilerek bu oranlar yükseltilebilecektir. Aynı nedenle “Allah kimseyi hastane kapısına düşürmesin” yaklaşımı nedeniyle rahatsızlıklarını sürekli erteleyerek hastalığın son safhasında talebe dönüştüren bireylerin erken teşhis ve tedavi hizmetleri daha az maliyetle üretilebileceklerdir.

Müşteri tatminini ön plana alan bir yaklaşım olarak TKY işletmenin hizmetlerini tasarım ve sunum sürecinde müşterilerinin beklenti ve gereksinimlerini dikkate alan bir yaklaşımdır. Evde bakım hizmetleri ile bireye mevcut sosyal ortamında hizmet sunulması nedeniyle müşteri tatminini artırıcı bir özelliğe sahiptir. Sonuçta tatmin olmuş tüketicinin hizmet sürecine uyumu daha kolay olacağından hizmet kullanım süreci kısalmaktadır.

TKY bir işletmenin tüm süreçlerinde kalitenin sürekli iyileştirilmesini temel alan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım kısaca “ilk seferinde ve her seferinde doğru yap” olarak sloganlaştırılmıştır. Bu bağlamda, evde bakım hizmetleri etkin örgütlendiğinde hastanenin klinik hizmetlerinin (yüksek teknoloji ve uzmanlık gerektiren bakım ve tedaviler dışında) kalitesini artırıcı ve maliyetlerini azaltıcı bir rol oynayabilmektedir.

Sözgelimi WHO verilerine göre hastanede yatarak tedavi gören yaklaşık 10 hastadan birinde hastane enfeksiyonu ortaya çıkmaktadır. ABD’de yapılan çalışmalarda hastane enfeksiyonlarının yıllık maliyetinin yaklaşık 5 milyar dolar olduğu ve bu ülkede her yıl ortalama 15 bin hastanın hastane enfeksiyonları nedeniyle öldüğü saptanmıştır.<sup>36</sup>

<sup>36</sup> Seyyide NAZLIER, “Başkent Üniversitesi Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesi Enfeksiyon Hızının İyileştirilmesi”, İçinde: Mithat ÇORUH (Ed.), **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu**, (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1997), s. 111.

Hastanelerde TKY ilkelerine göre örgütlenecek evde bakım hizmetleri, daha optimal ve etkin taburcu planlamasının yapılmasını sağlayarak talebin yoğun olduğu durumlarda hastaların erken taburcu edilmelerini önleyerek kalite ve verimlilik yönlerinden önemli katkılar sağlayabilecektir.

Aynı zamanda evde bakım hizmetleri ile hastanın taburcu edildikten sonraki süreçte de izlenmesi nedeniyle tedavi sürecinin kontrollü şartlarda devamlılığı sağlanarak hastaneye tekrar yatışlar azaltılabilecektir.

TKY bir işletmede her kademedeki işgörenlerin katılımı ve kalite konusunda inisiyatif kullanımını gerekli kılan bir yaklaşımdır. Evde bakım hizmetleri bireyin sağlık sorunu doğrultusunda hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi profesyonel meslek gruplarının katılımı ile sunulan hizmetlerdir. Dolayısıyla sunulan hizmetin kalitesi, oluşacak evde bakım ekibinin koordineli çalışmasını ve karşılıklı bilgi akışını sağlamasını gerektirmektedir. Özellikle evde bakım hizmetleri ekibinin anahtar üyesi konumundaki hekimler aktif olarak sürece katılır ve ev ziyaretleri sık gerçekleşirse ekibin diğer üyeleri arasında hasta ve ailesi arasında olduğu gibi olumlu ilişkiler gerçekleşebilir.<sup>37</sup>

Sağlık hizmetleri üretim sürecinin tasarlanmasında lider konumunda olan hekimler tüm bu süreçlerin uygulanmasında kilit role sahiptirler. TKY bir örgütte kültürel değişimi sağlayıcı bir yaklaşım olması nedeniyle evde bakım hizmetlerinde TKY uygulamaları bir takım ruhu oluşturabilir.

Bütün bu bilgilerin ışığı altında sonuç olarak bir kalite yönetimi yaklaşımı olarak TKY tüm özellikleri bir yana bir işletmenin yönetim anlayışının kalitesini sorgulayan bir yaklaşımdır. Özetle bir işletmenin üretmiş olduğu bir ürün ya da hizmetin kalitesi işletme yönetiminin

<sup>37</sup> Ion R. WHINEY, "Home Care" A Text book of FAMILY MEDICINE, (New York: Oxford Univercity Press, 1989), s. 319-329.

kalitesi ile direkt ilgilidir. Dolayısıyla TKY bir işletme yönetiminin tüm süreçlerinde kalitenin sürekli geliştirilmesine yoğunlaşması ve örgütsel kalite kültürünün oluşturulmasını gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda, TKY'ni örgüt kültürüne dönüştürmüş bir hastanenin kalite ve verimlilik artırımını sağlayabilecek bir sağlık hizmet sunumu yaklaşımı olarak evde bakım hizmetlerini üretmeye daha istekli olacaktır.

### 3.3. Osmangazi Üniversitesi Hastanesi ve ISO 9001 KGS Kurma Çalışmaları

#### 3.3.1. ISO 9000 standartları

ISO-9000 (Uluslararası Standartlar Örgütü) gerek bir kalite sistemi oluşturma, gerekse var olan kalite sistemini değerlendirmek amacıyla kullanılabilen bir kalite yönetim sistemi modelidir. Bu model sağduyuya dayalı temel bir yönetim sistemi için bir dizi şart sıralamakta ve uygulama için gerekli araçları vermektedir. Aynı zamanda maliyetlerde düşüş, yönetimin sistemi kontrolünde gelişme ve organizasyonun tümünde bir verim artışı görülmektedir. ISO 9000 serileri, bir firmanın kalite sistemini geliştirmesini, belgelenmesini ve çalıştırılmasını ister. Kısacası ISO 9000 firma içinde yönetimin kalite uygulamaları için sahip olduğu sorumluluk, satın alma politikaları ve eğitimine kadar uzanan kalite yönetimi uygulamalarının tümünü kapsar.

ISO 9000 Kalite Yönetimi ve Kalite Güvencesi Standartlarının temeli 1963 yılında ABD'nde savunma teknolojisindeki yüksek kalite sistemleri nedeniyle hazırlanan MIL-Q-9858'e dayanır. Nedeni, bitmiş ürünün muayne edilmesi yerine, üretim sisteminin muayeneye gerek bırakmayacak şekilde güvenceye alınması esasına dayanır. Kaliyeti sağlama ve güvence altında tutma çalışmaları sonucunda kalite güvence sistemi ile ilgili olarak bir çok ülkede sistem modelleri üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Geliştirilen bu modellerden esinlenerek İngiltere, Kanada, ABD, Almanya, Fransa ve Japonya gibi endüstrileşmiş ülkelerin standart hazırlama kuruluşları ulusal

nitelikte kendi ülkeleri için kalite sistem standartları düzenlenmiş ve yayınlamışlardır. Kalite güvence sistemlerinden ISO-9000, 1980 yılı içinde başlattığı çalışmaların sonucunda ISO-9000 serisi olarak anılan, kalite güvence sistemlerin kurulmasına yönelik standartlar 1987 yılı içinde yayınlanmıştır. ISO-9000 serisi standartları 1991 yılı içinde Türkçeleştirilerek TSE-ISO-9000 serisi olarak kullanımına sunulmuştur.

ISO-9000 standartları kalitenin yalnızca ürün, hizmet ve üretim sürecinde değil; firmanın kalite politikasından yönetim sistemlerine kadar tüm süreçlerde benimsenmesini ve tüm çalışanların katılımını öngörmektedir. ISO-9000, formal bir Kalite Yönetim Sistemi geliştirilmesinde ve/veya bir başka organizasyonun Kalite Yönetim Sisteminin değerlendirilmesinde kullanılabilecek bir modeli verir. Herhangi bir değişikliğe uğramadan uluslararası düzeyde kabul edilmiş ve kullanılmakta olan ISO-9000 standartları kendi içinde bir dizi standarttan oluşur. Bu dizi içinde yer alan standartlar şunlardır.

**ISO-9000** genel olarak kalite yönetimi ve kalite güvencesi standartları seçim klavuzudur. İşletmeler hangi standartı seçeceklerini bu klavuzu kullanarak karar verirler.

**ISO-9001** kalite sistemleri-tasarım/geliştirme, üretim tesis ve hizmette kalite güvencesi modeli, belirlenen isteklere uygunluğun tedarikçi tarafından tasarım/geliştirme, üretim tesis ve hizmet gibi aşamalarda sağlanması gerektiği durumda kullanılır. Bu standartta belirtilen şartlar, tasarımdan hizmete kadar, bütün aşamalarda öncelikle uygunsuzlukların önlenmesi amacına yöneliktir. ISO-9001 spesifik bir standart olarak tedarikçileri doğrudan ilgilendirmektedir.

**ISO-9002** kalite sistemleri-üretim ve tesiste kalite güvencesi modeli, belirlenen isteklere uygunluğun tedarikçi tarafından geliştirme, üretim ve hizmet gibi aşamalarda sağlanması gerektiği durumlarda kullanılır. Bu standartta belirtilen şartlar, tasarımdan hizmete kadar, bütün aşamalarda

öncelikle uygunsuzlukların önlenmesi amacına yöneliktir. ISO-9002 türe ilişkin bilgileri içermekle beraber ISO-9001, 9002 ve 9003'ün uygulanması ile ilgili bilgileri kapsar.

**ISO-9003** kalite sistemleri, son muayne ve deneylerde kalite güvence modeli, belirlenen isteklere uygunluğun tedarikçi tarafından sadece son muayne ve deneylerde sağlanması gerektiği durumlarda kullanılır. ISO-9001'in geliştirilmesi, tedarik edilmesi ve devamının sağlanması konularında ISO-9003 bazı rehber bilgileri ortaya koymaktadır.

**ISO-9004** kalite yönetimi ve kalite sistemi elemanları-klavuz, belirlenen hedefleri, istenen standartları gerçekleştirmek için ürün ve hizmetin kalitesini etkileyen teknik, idari ve insan faktörlerini kontrol altına tutmak için nasıl organize olunması gerektiğini açıklar.

**ISO-9005** kalite sözlüğü, ilgili kalite terimlerinin belirlenmesi ve bunların tanımlarının yapılması suretiyle hazırlanmıştır.

ISO-9000'in yararları şunlardır:

- Üretiminde, verimlilikte, yönetimin kalitesinde, temizlik düzende ve işin kalitesinde iyileşmeler,
- Hizmetin iyileşmesi,
- Çalışanların moral ve iletişiminde iyileşmeler,
- Müşteri/tedarikçi ilişkilerinde iyileşmeler.<sup>38</sup>

ISO-9000'in doğru yöntemler ile uygulanması halinde, sağlık kuruluşları içinde kalite mükemmelliğine ulaşabilmesinde yeni bir olanaktır. ISO-9000 hizmet süreçlerinin standardizasyonu, eksikliklerin belirlenmesini ve uygunsuzlukların giderilmesini sağlayan bir araçtır. Sağlık hizmetinin kalitesindeki sorumluluk anlayışının tüm çalışanlar genelinde yükseltilmesidir.

---

<sup>38</sup> ÖZMEN, a.g.e., s. 21-22-23.



ISO-9000 Belgesi, sağlıklı olduğumuzu görmemizi sağlayan bir check-up sonucu gibidir. Sistemin başarılı olması, üst yönetimin uygulamalarının gerekliliğine inanmasına, çalışmalarını için gerekli yetkilendirmeleri yapmasına yeterli kaynak sağlamasına ve yetki veren kişilerin desteklenmesine bağlıdır.<sup>39</sup>

### 3.3.2. Hastane işletmeciliğinde ISO-9001 KGS uygulamaları

ISO-9001 KGS bir işletmenin 20 ana başlık altında yer verilen hükümleri ile standardize edilmesidir. Bu sistemin temel özelliği yürütülen her proses önce yazılı olarak dökümanite edilmekte işletim aşamalarında değerlendirilmekte ve karşılaşılan (karşılaşılabilecek uygunluszuları düzeltici) önleyici faaliyetler ile giderilmeye çalışılmakta ve sonuçta da yüzlerce sayfalık dökümandan oluşan bir kalite sistemi oluşmaktadır. Kalite sistemi aşağıdaki şekilde açıklanabilir.



<sup>39</sup> Yaşar ODACIOĞLU, "Hastane ve ISO-9000", O.G.Ü. Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi Bülteni, S. 1, (Ocak-Şubat 1998), s. 11-15.

**Kalite El Kitabı:** Kuruluşun kalite politikasını, hedeflerini, organizasyonunu, yetki ve sorumluluklarını tanımlayan, referans olarak seçilen standartdaki tüm kalite elemanlarının gerekliliklerini karşılayacak şekilde kalite sistemini ve faaliyetlerini tarif eden dökümandır.<sup>40</sup>

**Prosedürler:** Prosedürler, bir işletmede kaliteye etkisi olan tüm işleri kapsar, kalite sisteminde tüm proses akışını tanımlayarak işletmede yapılan tüm işlerin aşamalarını özetler. ISO 9000 KGS'inde prosedürler sistemi oluşturan 20 maddesini karşılayacak şekilde kalite sistemi hariç en az bir prosedür yazılmalıdır.

**Talimatlar:** Hizmet ve/veya prosesinin detay adımlarını belirler. Bu nedenle, talimatla bir işletme ünitesinde yapılan işlerin adım adım nasıl gerçekleştiğini gösterirler.

**Kalite Planları:** Bir ürün ve/veya hizmetin, proje ve sözleşmeye ait özel kalite çalışmalarını, bu çalışmaların kalitesinin güvence altına alınabilmesi için gerekli adımları, bu adımların nasıl gerçekleştirilebileceğini gerekli kaynakları, kontrol sürelerini tanımlar.

Kısaca "kullanıma uygunluk" olarak tanımlanan kalite kavramı, günümüzde genel olarak bir ürün ya da hizmetin, müşterilerin beklenti ve gereksinimlerini karşılama düzeyi olarak tanımlanmaktadır.

Müşterilerinin sağlık tanımı kapsamındaki talepleri paralelinde hizmetler üreten işletmeler olarak, hastanelerde kalite yönetimi diğer işletmelerden daha önemli hale gelmektedir.

---

40 Selçuk AYTİMUR, **Kalite Sistem Dökümantasyonu**, (İstanbul: Kal Der Yayınları No: 14, 1997), s. 14.

Sağlık kurum ve kuruluşlarımızda yönetim yapısı dikey bir işleyiş göstermektedir. Kurum ve kuruluş içinde çalışanlar kendilerini, yaptıkları işlerden sorumlu fakat yetersiz görmektedir. Kurum tepe otoritesi ise, sistemde yer alan ara kademe yöneticilerin sorumluluğunu taşıdıkları görevlerin gerektirdiği tüm bilgilere sahip oldukları varsayımı ile bir ihtiyaç karşılanması isteğini bir alt kademeye “nasıl yapılacağı” hakkında yeterli açıklamayı yapmadan “gereğini rica ederim” notu ile aktarmaktadır. Bu talep akışı “gereği ricasıyla” tabana doğru aynı şekilde iletilmektedir. Ara kademe yöneticisi, yayın tarihi ne olursa olsun, mevcut kanun ve yönetmelik bazı alan bu “gereği” yukarı doğru iletmekte ve bu görevi tamamlamaktadır. Bu statik işleyiş fonksiyonların iyileştirilmesini engellemekte, hata yapma korkusu ile hizmetler sürdürülmektedir.<sup>41</sup> ISO-9000 doğru yöntemler ile uygulandığında, sağlık kuruluşları içinde kalite mükemmelliğine ulaşabilmek için yeni bir olanaktır. Bu olanağın sağlık kuruluşları içinde geçerli olmasının sorumluluğu hastane yönetimlerine ve eğer varsa kalite yöneticilerine aittir. ISO-9000, hizmet süreçlerinin standardizasyonu, eksikliklerin giderilmesini sağlayan bir araçtır, sağlık hizmetinin kalitesindeki sorumluluk anlayışını tüm çalışanlar genelinde yükseltmektedir. Çünkü belge, sadece kalite ofisi veya hemşirelik birimleri için değil kuruluşun tüm kalite sistemi için alınmaktadır.<sup>42</sup>

Ancak salt belge edinmek için ISO-9000'i uygulamak negatif bürokrasi yaratır. Kalite stratejisi sonucu gerçekleştirilen uygulama da bürokrasi yaratır, ancak bu pozitif bürokrasidir. Maksat kaliteyi yükseltmekse buna en uygun araç kullanılmalıdır. ISO-9000 bu araçlardan sadece birisidir. özetlemek gerekirse, bir kuruluşun kalitesini garanti altına alması şarttır. Bunu yaparken hedef; mevcut durumu korumak değil, sıfır hataya ulaşmak olmalıdır.<sup>43</sup>

41 Mithat ÇORUH, “Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçilmeli”, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, C. 2, S. 2, (Mart 1998), s. 1.

42 İbrahim ERDOĞAN, “Sağlıkta Akreditasyon ve ISO Standartları” İçinde Mithat ÇORUH (Ed.) *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu*, (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 1997), s. 209.

43 İbrahim KAVRAKOĞLU, *ISO-9000 Deneyimi; Türkiye, Belçika, İsrail*, Ankara: Kalder Yayın No: 11, (1996), s. 7.

Yukarıdaki açıklamalar doğrultusunda hastane işletmeciliğın de ISO-9000 KGS ile evde bakım hizmetlerinin kesiştiği noktalar aşağıda özetlenmiştir.

ISO-9001 Kalite Güvence Sisteminin ilk maddesi yönetimin sorumluluğu maddesidir. Bu madde de "Tedarikçi firmanın yürütme sorumluluğuna sahip yönetimi; kalite politikasını, kalite için hedeflerini ve kalite taahhütlerini belirlemeli ve bunları dökümanete etmelidir. Kalite politikası müşterilerinin beklenti ve ihtiyaçlarına uygun olmalıdır. Tedarikçi, bu politikanın kuruluşun her kademesinde anlaşıldığından, uygulandığından ve devam ettirildiğinden emin olmalıdır"<sup>44</sup> hükmü yer almaktadır. Bu madde işletmenin müşterilerinin beklenti ve ihtiyaçları paralelinde hizmet üretim sürecinin tasarlanmasını istemektedir. Evde bakım hizmetleri ile bireye sosyal ortamında hizmet sunulması nedeniyle hasta tatmini artırıcı bir özelliğe sahiptir. Sonuçta tatmin olmuş hastanın hizmet sürecine uyumu daha kolay olacağından hizmet kullanım süreci kısalabilecektir.

ISO-9001 KGS Proses Kontrol maddesine göre "Tedarikçi kaliteyi doğrudan etkileyen, üretim, tesis ve servis proseslerini belirlemeli planlamalı ve bu proseslerin kontrollü şartlar altında yürütülmesini sağlamalıdır"<sup>45</sup> hükmü yer almaktadır. Evde bakım hizmetleri etkin örgütlendiğinde hastanelerin klinik hizmetlerinin (yüksek teknoloji ve uzmanlık gerektiren bakım ve tedaviler dışında) kalitesini artırıcı ve maliyetleri azaltıcı bir rol oynayabilmektedir.

<sup>44</sup> TSE, Kalite Güvence Yönetimi: Eğitim Kitabı, (Ankara: 1995), s. 31.

<sup>45</sup> TSE, Kalite Güvence Yönetimi, a.g.e., s. 7.

## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ VE EVDE BAKIM HİZMETLERİ

#### 1. ÜLKEMİZDE SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ VE EVDE BAKIM HİZMETLERİ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı “yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Bu tanım kapsamındaki hizmetler birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak gruplandırılarak ilişkilendirilebilir. Bu nedenle sağlık bakım hizmetleri sistemi veya entegre sağlık hizmetleri denildiğinde; ayaktan ve yataklı tedavi kuruluşları ile evde bakım kuruluşlarının ürettiği hizmetler ve bu hizmetlerin karşılıklı geri bildiriminin toplandığı bir sağlık bakım hizmetleri sistemi anlaşılmaktadır. Entegre sağlık hizmetleri ya da sağlık bakım hizmetleri sistemleri; birinci basamak sağlık hizmetlerini üreten, aile hekimleri ya da sağlık ocakları; ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerini üreten yataklı tedavi işletmeleri (hastaneler) ve evde bakım hizmeti üreten işletmelerden oluşan bir sistem koordinasyonunu içermektedir.

Pek çok ülkede yapılan çalışmalar, hastaların % 90-95'inin sorunlarının koruyucu hizmetlerle evde ve ayakta tedavi hizmetlerini içeren birinci basamak sağlık hizmetleri ile çözümlenebileceğini saptamıştır.<sup>46</sup>

<sup>46</sup> BOZDEMİR ve SAATÇI, a.g.e., s. 10.

Ancak günümüzde hastaların % 90'ının sorunları gereğince ele alınmamakta ya da gereksiz ve çok masraflı bir biçimde ele alınmaktadır.<sup>47</sup> Dolayısıyla sağlık bakım hizmetleri sistemlerinin etkin işleyebilmesi öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenme biçimi ve örgütsel performans göstergelerinin yüksekliğine bağlıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin işlememesi, kaçınılmaz olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık bakım hizmetlerinin etkinliğinde olumsuz yansiyarak önemli maliyet artışı ve kalite sorunlarını gündeme getirebilmektedir. Etkin işleyen sağlık bakım hizmetleri sistemlerinde, bir taraftan hastanelere gereksiz başvuruların azalıp, yığılmalar önlenirken diğer taraftan maliyet açısından da avantaj sağlamaktadır. Örneğin Norveç ve İsveç'te birinci basamağın daha fazla kullanılmasıyla hastane kullanımının azaldığı ve sağlık harcamalarında da azalmaya yol açtığı gözlenmiştir. Yine Küba'da aile hekimi ve hemşireden oluşan ekip ile birinci basamak hizmetlerinin verilmesiyle 1985-1990 yılları arasında hastanelere başvuru oranı % 18 azaltılmıştır.<sup>48</sup>

İngiltere, ABD, Hollanda, Danimarka, İsveç ve Küba gibi birçok ülkede birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimliği esasına göre örgütlenmiştir. Sözgelimi ABD'de hekimlerin % 70'inin birincil, % 20'sinin ikinci ve % 10'unun üçüncül sağlık hekimleri olarak yetiştirilmesi istenmektedir. Bu oran şu an % 40'dır.<sup>49</sup>

Aile Hekimliğine dayalı birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu aşağıda belirtilen iki nedenle ekonomik bir yaklaşım olarak karşımıza çıkmaktadır.

<sup>47</sup> M. Nuri KALKAY, *Çağdaş Hekimliğin Sorunları*, (İstanbul: Tıbbi Kitaplar Dağıtım Servisi, 1981), s. 45.

<sup>48</sup> UÇKU, a.g.e., s. 488-489.

<sup>49</sup> KALKAY, a.g.e., s. 44.

1. Sağlık hizmeti tüketicilerinin hastaneye başvurup/ başvuramayacakları, aile hekimi tarafından belirlenmektedir. Bu durumda hastanelere bir yandan gereksiz sevkler engelenirken, aynı zamanda sağlık hizmetleri üretim sürecinde kullanılan gereksiz girdilerin (tıbbi teknoloji, eczane girdileri, tıbbi malzeme ... vb.) kullanımları engellenerek sağlık bakım hizmetleri maliyetleri de azaltabilmektedir.
- 2 Aile hekimlerinin muayhanelerinden birinci basamak sağlık hizmetlerini üretebilmeleri şehir merkezlerinde masraflı sağlık merkezlerinin kuruluşlarını önlemektir.<sup>50</sup>

Ülkemizde ise birinci basamak sağlık hizmetleri sabit donanımlı sağlık ocakları modeli yoluyla sunulmaya çalışılmaktadır. Ancak ülkemiz sağlık ocakları ağırlıklı olarak poliklinik hizmetlerinin verildiği, reçete yenilenmelerinin yapıldığı ve sorgulamadan, muayne edilmeden ileri basamaklara "istek üzerine" sevklerin yapıldığı kurumlar durumuna gelmişlerdir. Ülkemizde yapılan iki araştırmanın birinde % 16, diğerinde ise % 20 oranında poliklinik kayıtlarını sevkler oluşturmaktadır.<sup>51</sup> Aynı paralelde ülkemizde birinci basamağın alanı koruyucu hekimlik olarak belirlenmiş olup, bugün için dahi gereğinden fazla bina ve personele sahiptir. Buralarda tanı için gerekli, yeterli cihaz, araç-gereç bulunmamaktadır. Uzmanlık dalları ile bütünleşmemişlerdir ve dağınık durumdadırlar. Çalışan kişiler pratisyen gibi yetiştirilmemiş olduklarından basit sorunlar dışında bütün hastaları sevk etmek durumunda kalmaktadırlar.

<sup>50</sup> SMITH, a.g.e., s. 1-19.

<sup>51</sup> Nihat AY, "Toplumsal Yönetim Açısından Türkiye'de Sağlık Sorunu", **I. Ulusal Sağlık Kurumları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, (İzmir: 1994), s. 419.

Buralarda aşılama hizmeti dışında olumlu bir hizmet verilmemektedir. Örneğin Antalya İl merkezinde yapılan bir çalışmada, ev kadınlarından sadece % 4'ü bir sağlık sorununda önce sağlık ocağına başvuracağını bildirmiştir. Hastanelere başvuran hastaların ise önemli bir kısmının bağlı olduğu sağlık ocağını dahi bilmediği anlaşılmıştır.<sup>52</sup>

Diğer taraftan ikinci basamak olarak adlandırılan il ve ilçe hastanelerinde de birinci basamak sağlık kuruluşlarında olduğu gibi ağırlıklı olarak sevk ve poliklinik hizmetleri verilmektedir. Buraları verilmesi gereken bir çok hizmeti veremez, hastalarını özel veya merkezdeki sağlık kuruluşlarına sevk etmek zorunda kalırlarken, bu hastanelerde bu hizmetin neden verilemediği veya verilmesi için neler yapılması gerektiği üzerinde durulmamaktadır.

Dolayısıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan kalite ve verimlilik sorunları ihale olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti üretme işlevi yüklenen hastanelere yansımaktadır. Sözelimi üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir işletme olan İbni Sina Hastanesinde yapılan bir araştırmaya göre; 10 yıl içinde başvuran hastaların % 89'unun birinci ve ikinci basamakta tedavi edilebilecekleri sonucuna varılmıştır.<sup>53</sup> Aynı bağlamda, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran hastaların % 59.9 oranında daha alt basamakta iyileştirilebileceği sonucuna varılmıştır.<sup>54</sup>

İkinci basamağın bir sevk basamağına dönüşmesi merkezdeki hastanelerde ve üniversite hastanelerinde büyük bir yığılmaya yol açmaktadır. Bu sıkışıklığı ve tıkanıklığı gidermek için bu hastanelerin nasıl çalıştırılacağı üzerinde yoğunlaşacağı yerde, hemen hemen her ilde sevk talebini karşılamak üzere apar topar üniversite hastaneleri açılmaktadır.

<sup>52</sup> AKTEKİN ve Diğerleri, a.g.e., s. 55-58.

<sup>53</sup> UÇKU, a.g.e., s. 488-489.

<sup>54</sup> AY, a.g.e., s. 419.



Birinci basamağı daha da kurumsallaştırmak ve bu alanda fazlaca yoğunlaşmak yerine bu basamak esas görev alanına çekilmelidir. Buraların görev alanı “aşılama, koruyucu hekimlik, çevre sağlığı ve işyeri hekimliği” alanına çekilmeli, buraları muayene, tedavi ve sevk işlemlerinden mümkün olduğunca arındırılmalıdır. Hatalı değerlendirme ve sevk işlemleri gibi nedenlerle ortaya çıkacak sağlık sorunları ve gecikmeleri önlemek içinde, hasta olan herkesin önce buralara başvurması anlayışı tekedilmelidir.

Gelişmiş bir çok ülkede, ikinci basamak sağlık kuruluşlarında verilmekte olan hizmetlerden ayaktan verilebilecek olanları hastane yerine ayaktan hizmet veren merkezlere kaydığı görülmektedir. Birinci basamağın yürütmesi istenen tetkik ve tedavi hizmetleri, fazla büyük olmayan, idaresi kolay, belirli girişim, tedavi takiplerinin yapıldığı merkezi tanı ve diğer olanakları kullanabilecek pratisyen ve uzmanların birlikte çalıştığı ve hastanelerle ilişkili ve amaca göre farklı dallarda kurulacak olan dispanserlere kaydırılmalıdır. Hastanelerde tedavisi gereken hastaların gerekli incelemelerden ve randevusu alındıktan sonra hastanelere yatırılması hem hastanelerin poliklinik yükünü azaltacak, hem de bir nevi “ikincil görüş” değerlendirmesine olanak verecektir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda karşılaşılan sorunlar ülkemiz sağlık sisteminde sevk zincirinin işlememesine neden olmakta ve temel işlevleri klinik hasta bakım hizmetleri sunumu olması gereken hastanelerimizin ayaktan tedavi hizmetlerindeki yoğun olarak üretmek işlevi ile karşı karşıya bırakmaktadır.

Tablo 2: Ülkemiz Üniversite Hatanelerinin 1996 Yılı Yatan Hasta İstatistikleri

ÜNİVERSİTE ADI	KADRO YATAĞI	FİİLİ YATAK	POLİKL. SAYISI	YATAN HASTA SAYISI	YATILAN GÜN SAYISI	O.Y.S.	Y.İ.O.
OSMANGAZİ	900	680	73.253	14.648	139.412	10.06	56.16
ÇUKUROVA	1.000	775	277.827	22.981	190.503	18.53	67.3
ANKARA ÜNİV. CEBECİ HAST.	1.126	963	130.503	13.778	201.407	14.4	57.3
ANKARA ÜNİV. İBNİ SİNA HAST.	1.215	1.215	180.480	27.572	400.101	14.5	87.6
HACETTEPE	1.150	910	390.562	22.812	236.887	10.4	71.3
GAZİ	587	640	236.074	18.085	198.763	11.0	85.1
BAŞKENT	208	200	91.040	6.362	32.723	5.1	44.8
AKDENİZ	219	252	165.125	10.189	81.480	7.9	88.5
ULUDAĞ	611	540	290.796	20.914	129.305	6.2	65.6
PAMUKKALE	41	41	23.836	1.371	8.012	5.8	53.5
DİCLE	1.050	850	173.091	17.648	169.708	9.6	54.7
TRAKYA	210	406	165.585	8.339	93.542	11.3	63.1
FIRAT	170	209	113.357	8.996	58.833	6.5	78.2
ATATÜRK	640	600	206.290	17.344	180.303	10.3	82.3
GAZİANTEP	150	104	52.391	2.914	23.355	7.9	61.5
SÜLEYMAN DEMİREL	125	125	62.836	1.595	13.381	8.3	29.3
EGE	1.827	1.757	496.889	48.538	455.538	9.3	71.0
DOKUZ EYLÜL	325	525	316.237	19.794	160.432	8.1	83.7
ERCİYES	721	828	136.802	18.123	196.910	10.8	65.1
SELÇUK	400	550	199.692	16.536	161.534	9.7	80.5
İNÖNÜ	80	130	75.169	5.188	35.877	6.9	75.6
19 MAYIS	430	635	100.736	15.108	153.589	10.2	66.3
CUMHURİYET	720	528	51.294	10.936	104.236	9.5	54
KARADENİZ	600	425	126.090	11.586	119.297	10.3	76.9

Kaynak : S.B. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı-1995, Ankara: Yayın No: 580, 1996, s. 107-108.

Yukarıda ülkemiz üniversite hastanelerinin kadro ve fiili yatak kapasiteleri ile yatak işgal oranları sunulmuştur. Bu tablo incelendiğinde toplam kadro yataklarının % 96 fiili olarak kullanıldığı halde bile yatak işgal oranları oldukça düşüktür. Oysa ideal olarak 500 yataklı bir hastanede yatak işgal oranı % 84, 800 yataklı bir hastanede ise % 87 olması beklenir.<sup>55</sup> Ancak birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti üreten bir işletme konumuna gelen üniversite hastaneleri bile bu gerçeğe rağmen bu oranlara ulaşamamaktadırlar. Bu tespite öngöründe bulunamadığımız sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımlarında eklendiğinde, her platformda dile getirilen ulusal bütçeden ayrılan sınırlı ödeneklerin bile ne ölçüde verimli kullanıldığı sorusu da eklenebilir. Ayrıca, ülkemizde hastanın hastaneden taburcu edildikten sonraki tedavi ve kontrolleri ve rehabilitasyon gibi hizmetlerle, biyolojik tedavi olanağı olmayan hastalıklarda hastanın gereksinim duyabileceği hizmetlerde geniş ölçüde sunulamamaktadır.

Günümüz koşullarında hastaların % 90'ının sorunları gereğince ele alınmamakta ya da gereksiz ve çok masraflı bir biçimde ele alınmaktadır. İşte "birincil sağlık hekimi" kavramı, bu gereksinimden doğmakta ve bu hekim grubunun bu işlevi istendik performansta sunulabilmesi içinde özel bir eğitim ve deneyim sürecinden geçmesi ve hastalıkların ayaktan tedavisi için gerekli konularda uzmanlaşmalarını gerektirmektedir. Ancak ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık ocaklarında istihdam edilip tıp fakültesi mezunu ve bu alanda uzmanlaşmamış pratisyen hekimler yoluyla üretilmektedir. Oysa birinci basamakta görev alacak hekimler, hastanın birinci basamakta tedavisinin olası olup olmadığı, hastane tedavisine gereksinim duyup duymadığını belirleyecek düzeyde üst seviyeli ve geniş bir bilgi birikimine sahip olmalıdırlar. Bu amaçla birçok ulusal sağlık sistemlerinde birinci basamak sağlık hizmetlerini sunacak hekimler değişik süre ile tıp fakültesi sonrası eğitime tabi tutulmakta ve

<sup>55</sup> Hikmet SEÇİM, "Hastanelerde Verimlilik Artırma Yöntemleri", *Verimlilik Dergisi*, C. 17, S. 1, (1998), s. 181.

hatta İsveç gibi kimi ülkelerde de bu statü klinik uzmanlık dalları ile eşdeğer statüde eğitim olarak kabul edilmektedir. Yukarıda tanımlanan nedenler aynı zamanda ülkemiz birinci basamak sağlık bakım hizmeti sisteminin etkin işlememesinin temel nedeni sayılabilir.

1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkında Kanununun 12. Maddesi hastanelerin sağlık ocaklarından gönderilen veya acil başvuran hastalara bakmakla yükümlü olduğunu 13. Maddesi ise hastaların önce sağlık ocağına başvurması gerektiğinin, ancak hekimin gerekli görürse hastaneye sevk edebileceğini belirtmektedir. Bu sevk sistemi içinde iki taraflı bilgi aktarımında bir form kullanılmaktadır. Bu form hasta sevk kağıdıdır. Form ile bir taraftan hastanın sevk edilen kurum da durumu ile ilgili bilgiler hastaneye aktarılırken diğer taraftan hastanede yapılanlar ve bundan sonraki izlenimi ile ilgili öneriler sağlık ocağı hekimine iletilebilmektedir. Bu şekilde hastanın evde, daha kolay ulaşılabilir bir birim tarafından izlemi sağlanabilecektir.<sup>56</sup> Ancak bu yasa hükmü günümüze değin işlerlik kazandırılmadığından birinci basamak ile hastaneler arasındaki iletişim ve geri bildirim sağlanamamaktadır.

Ülkemiz birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar kaçınılmaz olarak hastanelere yansıdığından hastaneler ayaktan teşhis ve tedavi hizmeti sunan işletmeler durumuna gelmektedir. Aşağıdaki tablo incelendiğinde bu tespit daha net anlaşılabilir.

<sup>56</sup> UÇKU, a.g.e., s. 491.

Tablo 3: Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarının Karşılaştırılması

	TOPLAM		SAĞLIK BAKANLIĞI	
	1994	1995	1994	1995
<b>Kadro Yatağı</b>	134.665	136.672	77.753	76.991
<b>Fiili Yatak</b>	116.298	118.548	62.504	63.025
<b>Atıl Yatak %</b>	% 14	% 13	% 20	% 18
<b>Poliklinik Sayısı</b>				
	70.238.784	75.870.768	38.711.615	41.578.790
<b>Yatan Hasta</b>	3.740.015	3.867.620	2.158.774	2.210.726
<b>Yatan Hasta Oranı</b>	% 5.3	% 5.1	% 5.5	% 5.3
<b>Bir Hastanın Ort. Kalış Gün Sayısı</b>				
	6.5	6.4	5.8	5.7
<b>Yatak İşgal Oranı (%)</b>	57.4	57.4	55	55.3

Kaynak : S.B. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, a.g.e., s. 34.

Yukarıdaki tablo ciddi anlamda bir sorunun varlığını göstermektedir. Bu sorun, 1995 yılı rakamı ile ele alındığında Sağlık Bakanlığı Hastaneleri polikliniklerine başvuran hastaların ancak % 5'inin yatarak tedavi görmeleri ve yatak işgal oranının ise % 55.3 olmasıdır. Yukarıdaki tespite paralel olarak aşağıda ülkemiz hastane işletmelerine yönelik çeşitli akademik ve mesleki kuruluşların araştırma sonuçları sunulmuştur. Bu sonuçlar ülkemiz sağlık bakım hizmetleri sistemi için kalite ve verimlilik artırıcı bir uygulama olarak evde bakım hizmetlerinin tartışılmasının gerekliliğini somutlaştırmaktadır.

Ülkemizde sunulan sağlık hizmetlerinin standartları tespit edilemediğinden hastanelerimizde başarının ölçütü, verilen tıbbi paramedikal hizmetin nispi kalitesi olarak algılanmakta ve hizmetin verimli olup olmadığına, verimliliği artırma olanaklarının bulunup

bulunmadığına ve diğer örgütsel performans göstergelerinin incelenmesine önem verilmemektedir.<sup>57</sup> Bu nedenle hastanelerimizin tek başarı ölçütü, yatak işgal oranlarının incelenmesi ile sınırlı kalmaktadır.

Sözgelimi, Sağlık Bakanlığı'nca düzenlenen 1. Ulusal Sağlık Finansman çalışma grubu raporunda, kaynak kullanım verimsizliğine ve Sağlık Bakanlığının Ulusal Sağlık Politikası adlı yayında da, hastanelerin en önemli sorunlarından biri olarak verimlilik ilkelerinin uygulanmamasına dikkat çekilmektedir.<sup>58 - 59</sup>

Ülkemizde, bu sektörde akademisyenlerce yapılan verimlilik ölçümleride Sağlık Bakanlığı'nın çeşitli vesilelerle dile getirdiği verimlilik sorununu doğrulayıcı sonuçları içermektedir. Sözgelimi KAVUNCUBAŞI ve ERSOY tarafından, Türkiye'de genel hastanelerin teknik verimliliklerinin ölçümü ve bunun sonucunda verimsiz kullanılan ve yetersiz üretilen çıktılarının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma sonucu, ülkemiz genel hastanelerinin % 82.3'ünün teknik açıdan verimsiz olduğu yönündedir. Bu sonuca dayalı olarak Türkiye'nin birçok hastanesinde girdilerin verimsiz kullanıldığı veya üretilmesi mümkün üretilmemiş birçok hizmetin topluma sunulmadığı söylenebilir.<sup>60</sup>

Tüm bu verimlilik ve kalite sorunlarının temel nedeni 1968'de Nusret FİŞEK tarafından ortaya konulan "şurası bir gerçektir ki, hekimler yönetimin bir bilim olduğunu kabul etmezler ve sağlık idaresinde görev alanlarda yönetimin bilimini öğrenmez, yönetim uzmanlarının

<sup>57</sup> Hikmet SEÇİM, "Hastanelerde Verimlilik Artırma Yöntemleri (İş Ölçümüne Dayalı Kadrolama), *Verimlilik Dergisi*, C. 17, S. 1, (1998), s. 139.

<sup>58</sup> Sağlık Bakanlığı, *Çalışma Grupları Raporları*, (Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 1992).

<sup>59</sup> Sağlık Bakanlığı, *Ulusal Sağlık Politikası*, (ankara: Sağlık Bakanlığı Proje Genel Koordinatörlüğü Yayınları, 1993).

<sup>60</sup> Şahin KAVUNCUBAŞI ve Korkut ERSOY, "Hastanelerde Teknik Verimlilik Ölçümü", *Amme İdaresi Dergisi*, C. 28, S. 3, (Eylül, 1995), s. 77-91.

tavsiyelerini dinlemezler, yönetim kurallarına uymazlarsa hizmetlerini geliştiremezler"<sup>61</sup> tespiti olarak özetlenebilir.

Türkiye’de hasta yatak sayısının azlığı sürekli gündeme getirilen bir konudur. Yaklaşık 500 kişiye bir hasta yatağı düşmektedir. Üstelik bu yatak kapasitesinin önemli bir bölümü de verimli ve iyi bir planlama ile kullanılmamaktadır. Bu yetersizlik, hastanede yatarak tedavi gereksinimi olanların, bu olanaktan yararlanma olasılığının azalmasına yol açmakta ve giderek erken taburculuk zorunluluğu doğurmaktadır. Bu arada aslında hastanede yatma gereksinimi olmayan, ancak tanı koyma sürecinin kesintisiz sonuçlandırılması amacıyla hastaların tanı işlemleri sırasında da hastanede yatırılma zorunluluğu, yatak kapasitesinin daha da azalmasına yol açmaktadır.

Bu sorunlara bir çözüm olarak yataklı tedavi kurumlarının ve hasta yataklarının artırılması düşünülebilir. Ancak, diğer ülkelerde yapılan yarar maliyet çalışmalarının sonuçlarına göre, bu girişimlerin evde bakım olanaklarının güçlendirilmesi ile karşılaştırıldığında, maliyeti çok artırdığı belirtilmektedir. Oysa, daha ekonomik ve gerçekçi çözüm, varolanın etkin ve verimli kullanımının sağlanması ile evde bakım hizmetlerinin bir an önce güçlendirilmesidir.

Ayrıca, hastanelerde gerek hastaların ve ailelerin hastane sonrası yaşamlarında, tedavi ve bakımları sırasında karşılaştıkları sorunların çözümünde yol gösterebilecek, gerekse mevcut yatak kapasitesinden daha fazla kişinin yararlanmasını sağlayacak sistemli bir “taburculuk planlaması”nın yapılmadığı bilinmektedir. Bu doğrultuda birinci basamak ve ikinci basamak işbirliği olanaklarından yoksun olduğu gözlenmektedir. Hastalar evdeki tedavi ve bakımları sırasında kendi kendilerine

<sup>61</sup> A. Ekrem ÖZKUL, *Sağlık Sistemleri Planlama ve Kontrolü*, (Eskişehir Anadolu Üniversitesi Yayın No: 819, 1994), s. 1.

çözümleyemediği küçük-büyük sorunlarla karşılaştıkça, her seferinde tekrar hastaneye başvurma gereksinimi duymakta, birinci basamakta ve/veya ev ortamında çözümlenebilecek bu başvuruların bir kısmı da tekrar hastaneye yatırılmaktadır.

Ülkemiz taburculuk planlamasının ve evde bakım hizmetlerinin olmamasının diğer bir sonucu olarak da hastaların hastanede kalış sürelerinin uzayabilmesidir. Bu durum, hastada hastaneye yatış ile ilgili bir çok fiziksel (hastane enfeksiyonlarına maruz kalma riski gibi) psikolojik ve sosyal sorunların eklenmesine neden olabilmekte uzun süreli hastane bakımı aile bütçesine olduğu kadar ülke ekonomisine de yük getirebilmektedir.<sup>62</sup>

1990 yılı verileri, bireylerin hastalıklarına göre hastanede kalış sürelerinin uzun olduğunu düşündürmektedir. Örneğin hastanede yatış gün sayısı enfeksiyon ve paraziter hastalıklarda 10.6, malign tümörlerde 11.2, kemik kas ve bağ dokusu hastalıklarında 12.3, yarı damak/dudakta 8.6, psikozlarda 40.2, psikotik olmayan yaşlılarda 27.6 dır. Bunların hepsi, kısa bir hastane döneminden sonra hastaların kendi ortamlarında profesyonel bakım ve danışmanlık alabilecekleri durumlara örneklerdir.

Ülkemizde iyi düzenlenen ve uygulanan bir sağlık enformasyon sistemi olmadığı bilinmektedir. Bu olumsuzluk nedeniyle evde bakımı ilgilendiren konularda elimizde yeterli ve doğru veriler olmasa da, varolan bilgilerin yorumlanması ile bu etkenlere ilişkin genel bir bilgi edinilebilir.

Tedavi olanaklarının eskiye göre artması, hastalıklara bağlı ölümlerde görece bir azalmaya; doğuştan beklenen yaşam süresinin uzamasına yani nüfusun yaşlanmasına, ancak buna koşut olarak kronik ve dejeneratif

<sup>62</sup> "Evde Bakım Kavramı" I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, Program-Özet Kitabı, (İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eylül, 1998).



hastalıkların artmasına yol açmaktadır. Nitekim ülkemizde de 1985 yılında toplamın % 4.2'sini oluşturan yaşlı nüfusun 2000 yılında % 5.3 oranında olması beklenmektedir.

Giderek artan yaşlı nüfus, bakıma gereksinimi olan kronik hastalıkların artışı anlamına gelmektedir. 1990 yılında erişkin nüfusun % 63'ünde dolaşım sistemi hastalıkları saptamıştır. Yıllık beklenen kanser olgu sayısı doksan-yüzbin arasında olup her yıl kanser nedeniyle ölüm sayısının kırk-elli bin olduğu tahmin edilmektedir.<sup>63</sup>

Ciddi psikolojik rahatsızlığı olanlardan saptanabilenlerin sayısı 500.000 civarındadır. Ayrıca toplumumuzda özürlü bireylerin sayısında da bir artış gözlenmektedir. Her yıl 150.000 kişi ya da sakat doğmakta ya da kaza ve hastalıklar nedeniyle sakat kalmaktadır.

İleri derecede yaşlı ve/veya kronik hastalar ile özürlü bireylerin bir bölümü, tıbbi bakım gereksinimlerinin yanında, çoğunlukla günlük yaşam aktivitelerine de bağımlı durumda olan gruplardır. Bu grupların tedavi ve bakımları, büyük miktarlarda harcamaları gerekmektedir. Örneğin; Türkiye'de diyabet hastaları için yıllık harcamaların tahminen 0.9-1.1 milyon doları bulunduğu belirtilmektedir. Bunların yanısıra, endüstrileşme sürecinde coğrafik hareketliliğin artması, kentleşme ve dolayısıyla aile yapılarının değişmesi, geniş ailelerin giderek çekirdek aileye dönüşmesi ve kadınların giderek daha fazla çalışma yaşamına girmesi gibi nedenlerden dolayı aile içindeki bakım verici roldeki kişilerin azalması söz konusudur. Buda yaşlı ve özellikle kronik hastalığı olan bireylerin bakımında aile dışı insan gücü ve teknoloji kullanımını zorunlu kılmaktadır.<sup>64</sup> Ayrıca böyle kronik durumlarda, çoğu kez hastanın rehabilitasyonu gereklidir. Bunun nerede ve ne şekilde yapılabileceği hastaya söylenmelidir. Tedavi ve rehabilitasyonu kabul etmeyen habis hastalıklarda, hastanın durumunun

<sup>63</sup> "Neden Evde Bakım?", I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, a.g.e.

<sup>64</sup> "Neden Evde Bakım?", I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, a.g.e.

ne olacağı, hasta ya da hasta sahipleri ile tartışılmalıdır. Ülkenin sağlık sistemi, eleman ve kuruluşlarıyla, bu gereksinimlere karşılık verebilecek biçimde örgütlenmelidir. Oysa bu durumlarla uğraşmak için çoğu hekimler için ilginç değildir. Nedense, bir kez tanısı konan hasta, hekim gözünde ilginç olmaktan çıkar. Öte yandan, gerek pahalı olduğu, gerekse aynı işi yapabilecek binlerce sağlam olduğu için ülkemizde rehabilitasyona gereğince önem verilmez.

Klinik sonrası dönem, hasta için çok uzun, küçültücü ve acı doludur. Hastanın bütün istediği, biraz anlayış, biraz umut, son günlerini geçireceği bir yer ve kendisini dinleyen, sorunlarını anlayış içinde yanıtlayan, insancıl bir hekimin varlığıdır. Bunları bir hastaya verebilmek çok zor olması gerek. Sonuç olarak insan gibi ölmenin de, yaşamak kadar, tüm insanların hakkı olduğunu söyleyebiliriz.<sup>65</sup>

## **2. OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ EVDE BAKIM HİZMETLERİ GEREKSİNİMLERİ YÖNÜNDEN EVDE BAKIM HİZMETLERİ BİRİMİNİN YERİ**

### **2.1. Osmangazi Üniversitesi Hastanesine Ait Bilgiler ve Osmangazi Üniversitesi Hastanesinin Örgüt Yapısı**

Osmangazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi 1977 yılından bu yana faaliyet gösteren bir hastanedir. Ancak hastane önceleri 30.11.1973 tarih ve 14728 sayılı Resmi Gazetede yayınlanıp yürürlüğe giren 1787 sayılı yasa ile kurulan Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi iken 06 Kasım 1981'de çıkarılan 2547 sayılı Yüksek Öğretim yasası ve 28 Mart 1983 tarih ve 2809 sayılı yasa ile kuruluşu yeniden düzenlenen Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi olarak hizmetlerini yürütmüş daha sonra 18 Ağustos 1993 tarih ve 21672 sayılı resmi gazetede yayınlanan KHK ile Osmangazi

<sup>65</sup> KALKAY, a.g.e., s. 107.

Üniversitesi Eğitim ve Uygulama Araştırma Hastanesi olarak faaliyetini sürdürmeye başlamıştır. Osmangazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde 1998 yılı sonu itibariyle 140 öğretim üyesi 217 öğretim görevlisi ve yardımcısı, 770 yardımcı sağlık hizmetleri ve diğer destek hizmetleri personeli olmak üzere 1127 personel mevcuttur.

Osmangazi Üniversitesi hastanesi 3.5.1996 tarihli hastane yönetmeliğinde hastane üst yönetim organlarının görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmıştır. Bu yönetmelik sonucu oluşan organizasyon yapısı şekil 2'de sunulmuştur.

Hastanenin en üst yöneticisi, hastane üst yönetim kademelerini oluşturan, Hastane Başhekim, Başmüdürü ve Hastane Müdürlüklerinin atama mercii olan Üniversite Rektörüdür. Hastane yönetim organları ise Hastane Genel Kurulu, Hastane Yönetim Kurulu, Hastane Başhekim ve Hastane Başmüdürüdür.

Hastane Genel Kurulu; Rektör, hastaneden sorumlu Rektör yardımcısı, Tıp Fakültesi Dekanı, Hastane Başhekim, Tıp Fakültesi Bölüm Başkanları, bölümlerin kendi içlerinde seçimle belirleyecekleri birer profesör, doçent ve yardımcı doçent ile oy hakkı olmaksızın Hastane Başmüdürü, Başhemşire ve Döner Sermaye İşletme Müdüründen oluşmaktadır.

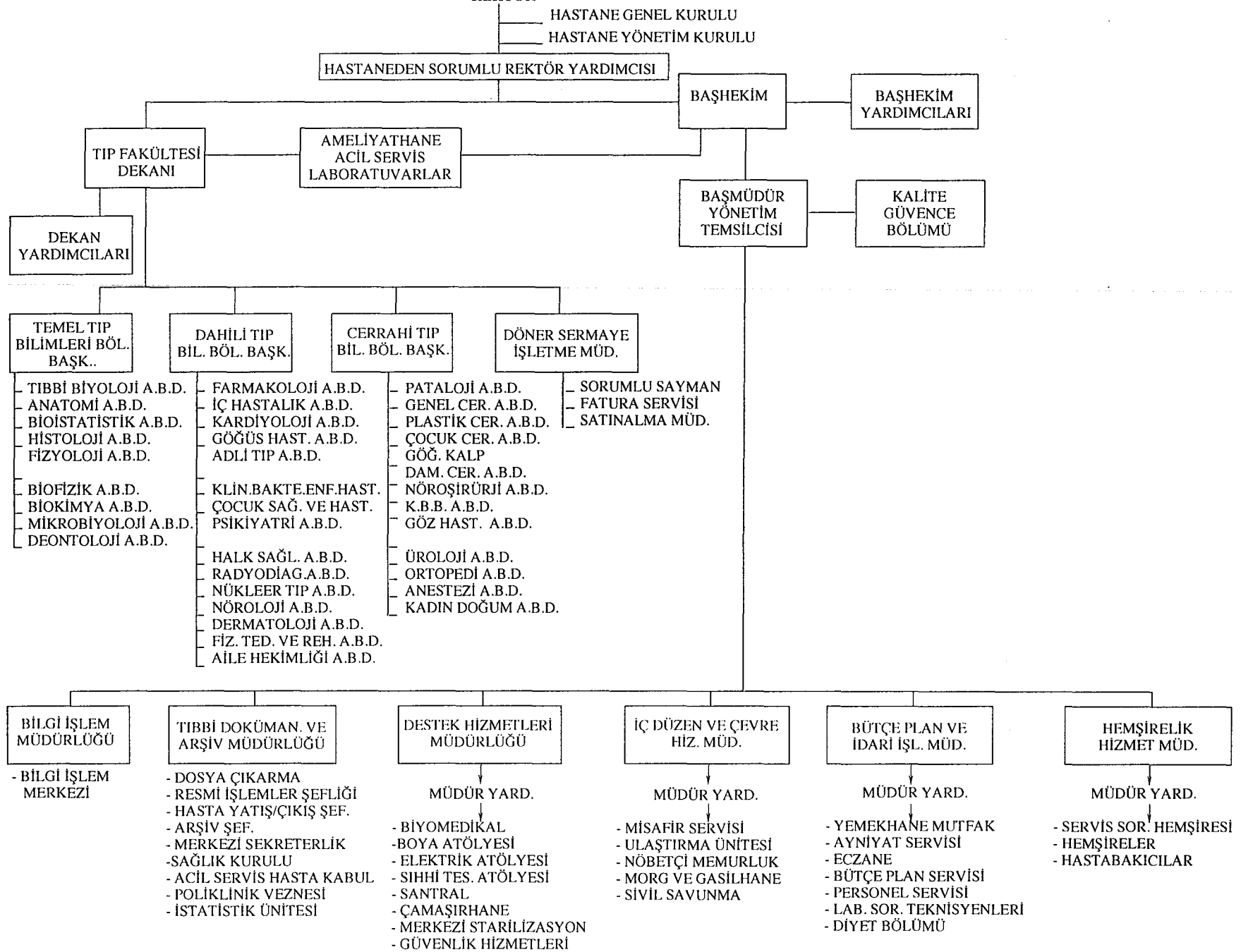
Hastane Yönetim Kurulunun işlevleri ise; hastane hizmetlerinin verimli işletmecilik anlayışı ile ve en üst düzeyde yürütülmesini sağlayacak ilkeler ve birinci madde doğrultusunda planlamalar yapar, kararlar alır, hastaneye bağlı idare, teknik ve sağlık personelinin görev, yetki ve sorumluluklarını belirleyen yönergeler hazırlar. ileri tıp teknolojisinin hastanede uygulanabilmesi, klinik, laboratuvar, idari birim ve ortak kullanım alanlarının en verimli şekilde uygulanabilmesi için gerekli yerleşim düzenlemeleri yapar, üniversitenin diğer birimleri ile işbirliği ve

koordinasyonu sağlar, hastane bütçe tasarısı ve yatırım programları, kadro ihtiyacı ile ilgili kararlar alır ve yıl sonu raporlarının denetimini yapar.

Tıp fakültesi öğretim üyesi tıp doktoru ve tam güm statüsünde görev yapan profesör veya doçentler arasında rektörce görevlendirilen Hastane Başhekiminin iş tanımı ise; kendisine verilen görevleri YÖK Kanunu ve yönetmeliklerine uygun olarak Hastane Yönetim Kurulu Kararları, geçerli ilgili kanun, tüzük, yönetmelikler doğrultusunda yapar. Hastanenin amaçları doğrultusundaki tüm çalışmalarında Rektöre karşı sorumludur. Hastane yönetmenliği ve Hastane Yönetim Kurulu kararlarına uyulmasını sağlar. Mali yılbaşında hastanenin bütçesi ve kadro ihtiyaçlarının gerekçeleri ile birlikte hazırlayıp, Hastane Yönetim Kurulunda görüşüldükten sonra Rektöre sunulmasını sağlar. Hastaların yatış, taburcu işlemleri ve bölümlerde uygulanacak esasları saptar ve gereğini yapar. Hastaların iâşe ve diyetleri ile ilgili esasları düzenler. Hastanenin temizlik, onarım, bakım ve emniyet hizmetlerinin idamesini sağlar. Hasta arşivinin çalışmalarını düzenler. Hastalarla ilgili yazışmalarda yetkili amirdir. Hastane personelinin nöbet çizelgelerinin düzenlemesini sağlar.

Hastane organlarından biri olan Hastane Başmüdürü, ilgili yasa, tüzük ve yönetmeliklere uygun olarak, hastanenin ihtiyaçlarının tespiti, temini, depolanması, birimlere dağıtılması, idari ve teknik hizmetlerin planlaması, örgütlenme, koordinasyonunu sağlamak ve Hastane Başhekiminin vereceği görevleri yapmakla yükümlüdür.

Osmangazi üniversitesi Hastanesinin son beş yıllık yatan hasta istatistikleri Tablo 4'de sunulmuştur. Tablo 4 incelendiğinde 1993 yılından başlayarak hastanenin yatak kapasitesinin kadro yatağı hedefi olan 900 yatak kapasitesine ulaşmaya yönelik olarak arttığı ve bu süre içinde hastanenin yatak işgal oranlarının düşüş eğilimi gösterdiği görülmektedir.



Şekil 2: Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi Organizasyon Şeması

**Tablo 4: O.G.Ü. Hastanesi Yatan Hasta İstatistikleri**

YIL	KADRO YATAĞI	MEVCUT YATAĞI	POLİKLİNİK SAYISI	SERVİSE YATAN HASTA SAYISI	TOPLAM YATILAN GÜN SAYISI	AMELİYATLAR			DOĞUMLAR		HASTA ORTALAMA KALIŞ SÜRESİ	YATAK İŞGAL ORANI	PERSONEL SAYISI
						BÜYÜK	ORTA	KÜÇÜK	NORMAL	SEZERYAN			
1993	392	392	64.268	11.077	93.881	2.267	867	675	306	130	8.89	65.61	616
1994	900	558	73.081	12.734	115.025	2.374	863	699	175	61	9.40	56.47	812
1995	900	680	73.253	14.648	139.412	2.867	1.101	757	310	146	10.06	56.16	917
1996	900	732	76.281	15.749	152.842	2.918	1.360	848	325	141	9.73	52.20	927
1997	900	788	112.897	17.095	164.335	3.343	1.557	1.068	384	137	9.61	57.13	1.200

Yatak işgal oranı hastane yataklarının ne oranda kullanıldığını gösteren önemli bir göstergedir. Yatak kapasitesinin çok altında ya da çok üstünde çalışan bir hastanede yatak sayısının azaltılmasına ya da çoğaltılmasına karar vermekte kullanılacak önemli bir ölçüttür.<sup>66</sup>

1996 yılı hastanenin yatak işgal oranı % 52, 1997 yılı yatak işgal oranı % 57, 1998 yılı yatak işgal oranı (ilk 9 ay) % 58'dir. Hastanenin 900 yatak kapasitesinin altında olan 680 fiili yatak kapasitesinde bile 1996'da % 48, 1997'de % 43 ve 1998'de % 42'lik bir atıl kapasitesi mevcuttur. Hastanenin kadro yatağı hedefine ulaştığında atıl kapasite oranının % 50'nin üstüne çıkabileceği söylenebilir. Oysa, ideal olarak 500 yataklı hastanede yatak işgal oranı % 84, 800 yataklı bir hastanede de % 87 olması beklenir.<sup>67</sup> En basit anlatımla, boş kalan her yatağın sonuçta maliyet olarak dolu yatağın maliyetine yansıtacağı ve üretim verimliliğini azaltacağı söylenebilir.

Hastanenin daha önce analiz ettiğimiz yatan hasta verilerinin olumsuzluğu, hastanenin talep artırıcı uygulamalar içine girme zorunluluğunu gerekli kılmaktadır.

Yukarıda yer verilen veriler ışığında Osmangazi Üniversitesi Hastanesi 1998 yılında Uluslararası bir Kalite Güvence Sistemi olan ISO-9001 Kalite Güvence Sistemini (KGS) kurma çalışmalarına başlamış olup, bu sistemi 1999 yılı ilk yarısında tamamlamayı hedeflemektedir.

<sup>66</sup> Kadir SÜMBÜLOĞLU, *Sağlık Alanına Özel İstatistiksel Yöntemler*, (Ankara: T.T.B. Ankara Tabib Odası Yayın No: 4, 1982), s. 177.

<sup>67</sup> Hikmet SEÇİM, "Hastanelerde Verimlilik Artırma Yöntemleri", a.g.m., s. 191.

### 2.1.1. Osmangazi Üniversitesi Hastanesinde ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi kurma çalışmaları ve evde bakım hizmetleri gereksinimi

ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi Yönetim Sorumluluğu maddesinde "Tedarikçi firmanın yürütme sorumluluğuna sahip yönetimi; kalite politikasını, kalite için hedeflerini ve kalite taahhütlerini, belirlemeli ve bunları dökümanete etmelidir. Kalite politikası; tedarikçinin kuruluşu ile ilgili hedefleri ve müşterilerinin beklenti ve ihtiyaçlarına uygun olmalıdır"<sup>68</sup> hükmünün uygulanmasını istemektedir. Bu amaçla Osmangazi Üniversitesi Hastanesinin Kalite Politika ve hedefleri belirlenerek yayınlanmıştır. Bu politika ve hedefler aşağıda sunulmuştur.

#### O.G.Ü. Hastanesi ISO 9001 KGS Politikası

Hastane olarak, çağdaş tıbbın gerektirdiği tedavi hizmetlerini, eğitim ve kalite bilincine sahip çalışanları ile vererek, hizmette mükemmeli yakalamak ve çalışanların, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetini sürekli kılmak için tüm olanaklarını seferber etmek O.G.Ü. hastanesinin kalite politikasıdır.

#### O.G.Ü. Hastanesi ISO 9001 KGS Hedefleri

- Hastane klinik, poliklinik ve laboratuvar hizmetleri ile diğer hizmetler arasındaki koordinasyonu sağlayarak bilgisayar ağını 1999 yılı sonuna kadar tamamlamak,
- 1997 yılı içerisinde hasta ve hasta yakınlarına uygulanan ankette yer alan "Hastanemizde sunulan hizmetleri genel olarak değerlendirir misiniz?" sorusuna cevap olarak verilen % 19.4 "kötü" oranını % 14 seviyesine düşürmek.

<sup>68</sup> TSE, a.g.e., s. 7.



- 1998 yılı içinde ISO 9001 KGS dökümantasyon yapısının tamamlanarak, sistemin uygulanmasına geçmek,
- 1997 yılı sonunda personele yönelik olarak yapılan anket çalışmasında "Genel olarak hastanemizi değerlendirir misiniz?" sorusuna cevap olarak verilen "Mükemmel" oranını % 2'den % 7'ye, "İyi" oranını ise % 21'den % 30'a çıkarmak.

Yukarıda yer verilen O.G.Ü. Hastanesi ISO 9001 KGS Politikası incelendiğinde; hastanenin kalite ve eğitim bilincine sahip personeli ile hastaların memnuniyetini sürekli olarak artırmayı ve 1998 yılı içinde hastanede, yapılan anket sonuçlarına yönelik olarak "Hastanemizde sunulan hizmetleri genel olarak değerlendirir misiniz?" sorusuna cevap olarak verilen % 19.4 "Kötü" oranını % 14 seviyesine düşürmeyi hedef olarak belirlemiştir.

Bu kalite politikası ve hedefleri ile evde bakım hizmetlerinin kesiştiği noktalar aşağıda sunulmuştur.

Evde bakımın gerçekleştirilmesi için bakım olanaklarının hastanın gereksinimlerini uygun olması ve hasta ile ailesinin bu konudaki istekliliği önemlidir. Kronik hastalıklı bireylerin evde bakım gereksinimleri, olanakları ve tercihlerini belirlemek amacıyla bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Hastaların kronik böbrek yetmezliği, kalp hastalığı, hipertansiyon ve diyabet tanılarının olduğu % 62.9'unun evde bakımı tercih ettikleri, evde bakım tercih nedeni olarak % 86.5'inin aile üyelerinin yanında bulunmayı gösterdiği tanılara göre evde bakım tercihlerinin farklılık yaratmadığı belirlenmiştir.<sup>69</sup>

<sup>69</sup> Seçil AKSAYAN, Güler ÇİMETE, "Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri, Olanakları ve Tercihleri", İçinde I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, Program-Özet Kitabı, (İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eylül, 1998).

Kanserli hastaların evde bakımda karşılaştıkları sorunları inceleyen bir araştırmaya göre ise (araştırma 55 kanserli hasta üzerinde yapılmıştır) hastaların % 63.88'inin eşleri tarafından evde bakım verildiği, % 86.11'inin evde bakıma yönelik profesyonel kişilerden eğitim almadıkları, % 88.88'inin evde bakımda profesyonel kişilere ihtiyaç duydukları ve en fazla oranla % 33.33'ünün hastalığa yönelik, % 27.77'sinin de acil durumlara yönelik problemlerinin olduğu belirlenmiştir.<sup>70</sup>

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesinde diabet tanısı ile yatan 43 hasta üzerinde bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırmada eğitim öncesi ve sonrasında hastalara hastalıkları hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını ölçen sorular yöneltilmiştir. Uygulanan ön değerlendirme sonucu hastaların sadece % 62'sinin diabetin ne demek olduğunu tam olarak bildiği saptanırken, % 70'inin kan şekeri izlemine ve kan şekeri düzeyini etkileyen faktörler konusunda yeterli bilgiye sahip oldukları ve % 23'ünde evdeki bakımlarını nasıl yapmaları gerektiğini bildikleri saptanmıştır. Hastalar taburcu olurken özellikle eksiklikleri saptanan konularda eğitim uygulanmış ve verilen bu eğitimler, oluşturulan broşürler ve eğitim materyalleriyle desteklenmiştir. Eğitim sonunda hastaların sorulara verdikleri cevaplar daha kapsamlı olmuş, hastaların % 98'inin diabet tanımını doğru bildiği, tedavi izlenimlerini, diyetlerini doğru uyguladıkları ve evdeki bakımı % 66'sının doğru uyguladığı saptanmıştır. Eğitim sonrası, bilgi ve uygulama düzeyinin, eğitim öncesine göre anlamlı bir şekilde yükselmesi verilen eğitimin önemini göstermiştir.<sup>71</sup>

<sup>70</sup> Çiçek FADİLOĞLU, Füsün ŞENUZUN ERGÜN, "Kanserli Hastaların Karşılaştıkları Sorunların Yaşam Kalitesine Etkisi", İçinde: **I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, Program Özet Kitabı**, (İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eylül, 1998).

<sup>71</sup> M. AKDOĞAN, V. UÇKU, S. AKGÜN, "Başkent Üniversitesi Hastanesinde Diabet Kliniğine Başvuran Hastalara Verilen Taburculuk Eğitim Programı" İçinde: **I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, Program Özet Kitabı**, (İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eylül, 1998).

Baş ve boyun tümörlü hastaların ameliyat sonrasında evdeki yaşamlarını değerlendirmeye ilişkin bir incelemede, hastaların ameliyat ile birlikte gelişen fiziksel ve duygusal sorunlarının çözümlenmesi, ameliyat sonrası yeni yaşama geçişi kolaylaştıracaktır. Bu sorunların çözümlenmesinde hasta ve ailesine ameliyat öncesi ve sonrası yeterli bilginin verilmesi, ameliyat sonrasında ise taburcu olurken verilecek evde bakım eğitimi etkili olacaktır. Özellikle hastaların evde eksikliğini hissettiği konularda bilgi alabileceği, uzman kişilerin de katıldığı grup eğitim toplantılarının yapılması öneriler arasındadır.<sup>72</sup>

Başkent Üniversitesi Hastanesinde Kronik Böbrek Hastalarına uygulanan Taburculuk eğitimin etkinliği konulu araştırmada ise; hastaların % 54'ünün Kronik böbrek yetmezliği belirtilerini tam olarak bildiği saptanırken % 74'ünün almaları gereken diyet konusunda yeterli bilgiye sahip oldukları ve % 86'sının ise tam olarak olmasada ilaçların kullanımını bildiği saptanmıştır. Taburcu olurken hastalara özellikle eksiklik saptanan konularda eğitim uygulanmış ve hasta taburcu olduktan bir hafta sonra hastaların hastalıklarının önemi ve hastalık belirtileri ile ilgili bilgi düzeyinin yükseldiği ve hastaların % 98'inin bu bölüm ile ilgili sorulara doğru cevap verdiği, tüm hastaların diyetleri konusunda bilgi sahibi olduğu ve uyguladığı saptanmıştır. Eğitim sonrası bilgi puanının eğitim öncesine göre anlamlı bir artış gösterdiği ve bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır.<sup>73</sup>

<sup>72</sup> Hülya DENİZ, "Baş ve Boyun Tümörlü Hastaların Ameliyat Sonrasında Evdeki Yaşamlarını Değerlendirmeye İlişkin Bir İnceleme", İçinde: **I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, Program Özet Kitabı**, (İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eylül, 1998).

<sup>73</sup> T. KARA, V. UÇKU, S. AKGÜN, "Başkent Üniversitesi Hastanesinde Böbrek Hastalarına Uygulanan Taburculuk Eğitiminin Etkinliği" İçinde: **I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, Program Özet Kitabı**, (İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eylül, 1998).

Yukarıda yer verilen araştırma sonuçlarına göre Osmangazi Üniversitesi Hastanesinin ISO 9001 KGS kalite politika ve hedeflerine ulaşılabilmesi için evde bakım hizmetlerini hasta tatmini yönüyle bir gereksinim olarak ciddi olarak araştırması gereklidir, denilebilir.

### **2.1.2. Osmangazi Üniversitesi Hastanesi örgütsel performans göstergelerini artırıcı bir uygulama olarak evde bakım hizmetleri**

Yüksek oranda atıl bir kapasite ile çalışan Osmangazi Üniversitesi Hastanesinin bu atıl kapasitesinin kullanımına yönelik olarak, hedef kitlelerin gereksinim duyduğu ve hastanenin üretmediği hizmetlere yönelmesi ve mevcut hizmetlerden tüketici tatminsizliği sonucu yararlanmayan kitlelerin hastaneye çekilmesi gereklidir. Bu nedenle hastanenin hedef kitlelerin gereksinimlerine yönelik araştırma ve geliştirme faaliyetlerine gereksinimi vardır.

Kaliteli bir sağlık hizmeti verebilmek için temel koşul, sağlık hizmeti ile ilgili bakım standartlarını belirlemek bu standartlara yönelik olarak bakımın sürekliliğini sağlamak ve sonuç olarak hasta memnuniyetini artırmaktır. Hastanelerin işlevleri "hasta ve yararlarının tedavisi", "eğitim", "araştırma ve geliştirme" ile "toplumun sağlık seviyesine katkıda bulunma" olarak sınıflandırılmaktadır.<sup>74</sup> Ancak sosyo-ekonomik işletmeler konumundaki hastanelerden günümüzde eğitim ve toplumun sağlık seviyesine katkıda bulunma işlevleri de hastanelerin temel işlevi olan hasta ve yaralıların tedavisi işlevi ölçüsünde olmasa bile üretmeleri beklenmektedir. Bunun için "hastaların klinik sonrası dönemdeki tedavi ve kontrollerinin nasıl ve kimler tarafından yapılacağı hususu akut dönemin tedavisinden çok daha önemlidir. Aksi takdirde, akut dönemin sık sık tekrarı kaçınılmaz olur. Hasta bu akut alevlenmelerin birinde kolaylıkla

<sup>74</sup> Hikmet SEÇİM, *Hastane Yönetim ve Organizasyonu*, a.g.e., s. 9.

kaybedilebilir. Bir grup diyabetliye hastalığın mahiyeti, diyet ve insülin tedavisinin esasları öğretildikten sonra, bu grup bu konuda eğitilmemiş diğer bir grupla karşılaştırıldığında, eğitilmişlerde diabetik ketoosidoz ve insülin koması oranında büyük bir azalma gözlenmiştir.<sup>75</sup>

Hasta yakınlarının eğitimi, yalnızca hastaların tedavisi açısından değil, aynı zamanda hastane masraflarının azaltılması ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi açısından da önem taşımaktadır. Evde bakım hizmetlerinin en önemli boyutu olan hasta yakınlarının hasta taburcu edilmeden önce eğitim faaliyetlerini içeren taburculuk planlamasıdır. Taburculuğun planlanması genellikle hasta bireyin hastaneden ayrılırken ele aldığımız, çok az bir zaman ayırdığımız ya da göz ardı ettiğimiz bir konudur. Oysa taburculuğun planlanması bireyin kliniğe kabulü ile başlayıp eve gittikten sonra da devam etmesi gereken ve ev ile hastane arasındaki devamlılığın sağlanması, tedavi kesintisinin en aza indirilmesi gereken çok önemli bir konudur. Hastayı taburcu etme kararı tıbbi koşullar dışında pek çok faktöre de bağlı olarak verilir. Bireysel olarak bakımı planlamak gereklidir. Tüm sağlık ekip üyelerinin işbirliği bakımının devamını sağlayacaktır. 1967'de Noble 1968'de Hockey'in taburculuk üzerine yapmış oldukları araştırmalarda bu alanda yer alan toplum sağlığı hemşireleri ile hastane arasında çok az iletişim olduğunu belirlemişlerdir. Yine 1971'de Skeete hastaneden ayrıldıktan ve evlerine döndükten sonra bakım gereksinimlerini en az yarısının planlanmamış ya da umulmayan gereksinimler olduğunu belirlemişlerdir.<sup>76</sup>

Bu nedenle evde bakım hizmetleri ile etkin taburcu planlaması ve bu planlamanın ön koşulu olarak hasta ve yakınlarının etkin eğitimi hastanenin hizmet kalitesine oldukça önemli katkılar sağlayabileceğinden bu durum aynı zamanda hastanenin talebine olumlu olarak yansiyabilecektir. Bu hizmetlerin hasta taburcu sonrası hastanın sosyal

<sup>75</sup> KALKAY, a.g.e., s. 98-107.

<sup>76</sup> Nermin GÜRHAN, "Taburculuğun Planlaması ve Hemşirenin Sorumlulukları. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, Program Özet Kitabı, (İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eylül, 1998).

ortamına götürülmesi ise hastanelerin bir diğer işlevi olan kamu yararına faaliyetler işlevine oldukça önemli katkılar sağlayabilecek bir yaklaşım olacaktır.

Evde bakım hizmetlerinin hastanenin örgütsel performans göstergelerine sağlayabilecek bir başka önemli katkısı ise daha önceki bölümlerde açıklandığı gibi hasta bakım maliyetlerini düşürücü etkisidir. Ülkemizde giderek alanı genişleyen bir uygulamada ülkemizin en önemli ve en geniş sigortalıya sahip Emekli Sandığı, S.S.K. ve Bağ-Kur ile yapılan paket sözleşmelerdir. Bu uygulama ABD’de 1984 yılında sağlık harcamalarının kontrol altına alınmasına yönelik olarak DRG (Diagnosis Related Grouping) uygulanmasına benzetilmektedir. DRG sisteminde, her hastalık tanısı için standart işlem, yatış süresi ve ödeme planları belirlenmekte, bu planların dışında yapılan ek uygulamalar için hastanelere hiç bir ödeme yapılmamaktadır.<sup>77</sup>

Osmangazi Üniversitesi Hastanesinin Emekli Sandığı, S.S.K. ve Bağ-Kur ile Göğüs Kalp Damar Cerrahi, Kardiyoloji, (anjiyografi) Genel Cerrahi (Laparoskopik ameliyatlara için) ve Göz Hastalıkları (katarakt ameliyatlara için) kliniklerde yapılan işlemler ile ilgili bu paralelde paket sözleşmeleri bulunmaktadır. Bu sözleşmeler doğrultusunda hizmet verilen tüm hastalarda her türlü hizmet karşılığı aynı ücret tahsil edilebilmektedir. Bu nedenlere hastalara verilen hizmetlerin verimliliği hastanenin maliyetlerinin artmasını veya azalmasını önemli ölçüde etkilemektedir. Bu nedenle ISO 9001 KGS kurma çalışmalarını sürdüren Osmangazi Üniversitesi Hastanesinin gerek bu programlarda kaliteden ödün vermeksizin maliyetlerin düşürülmesine yönelik olarak sağlık hizmet sunum yaklaşımı olarak evde bakım hizmetlerini bir zorunluluk olarak ele alarak organizasyon yapısında bu hizmetlerin sunumu ile ilgili yeni bir yapılanmayı araştırması gereklidir, denilebilir.

<sup>77</sup> KIYMİR, a.g.e., s. 179.

## 2.2. Osmangazi Üniversitesi Hastanesinde Evde Bakım Hizmetleri Biriminin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi

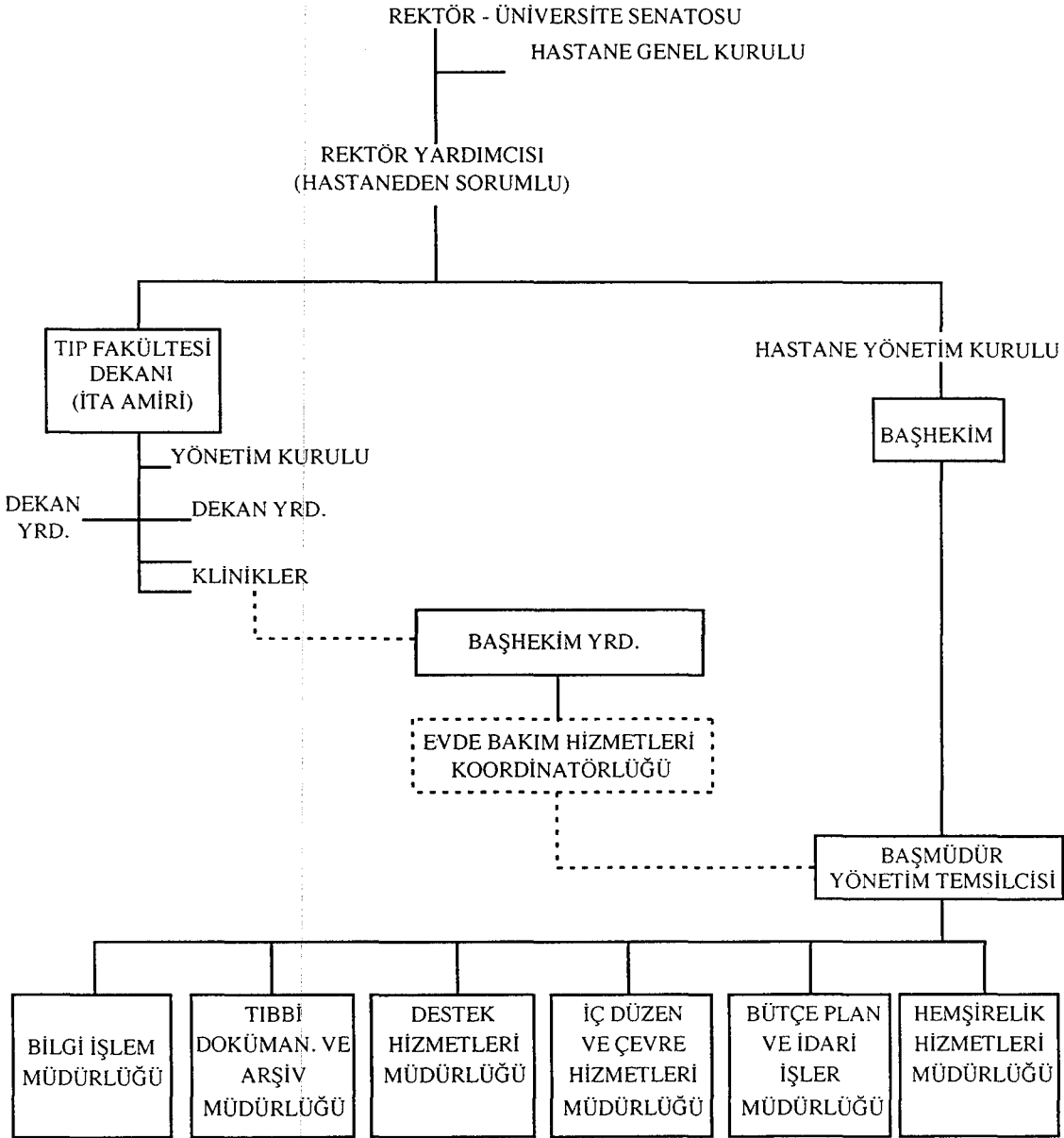
Osmangazi Üniversitesi Hastanesinin ISO 9001 KGS çalışmaları paralelinde oluşan örgüt yapısı Şekil 2'de sunulmuştur. "Bu örgüt yapısı içinde evde bakım hizmetlerinin yeri ne olmalıdır?" sorusu herşeyden önce "Osmangazi Üniversitesi Hastanesinin evde bakım hizmetlerini ne ölçüde gereksinim duyabilecektir?" sorusunun yanıtlanmasını gerekli kılmaktadır. Ancak daha önceki bölümlerde sunulan özellikleri dolayısıyla etkin örgütlenecek bir evde bakım hizmetlerinin yapısı sunulacaktır. Evde bakım hizmetleri birey ve ailesinin fiziksel, duygusal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile dikkate alınmasını gerektirdiğinden multidisipliner ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Bu hizmetlerin verildiği bazı ülkelerde özellikle kronik hastalık, sakatlık ve cerrahi müdahale uygulanan olgulara hastanede tedavi hizmetlerinin sunulması sırasında taburculuk ekibi ile koordineli olarak çalışan evde bakım ekibi, bireyin sağlık sorunu doğrultusunda hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet personeli gibi profesyonellerden oluşmaktadır.

Bakım vermek amacıyla ev ortamına giren sağlık profesyonellerinden, hasta/sakat birey ile birlikte diğer aile üyeleri de sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi anlamında yararlanma olanağı bulacağından, evde bakım hizmetleri sağlıklı aile ve sağlıklı toplum amacına ulaşmada da bir araç olarak düşünülebilir. Bu anlamda, evde bakım hizmetleri ekibi genel olarak;

- Hekim
- Hemşire
- Diyetisyen
- Fizyoterapist
- Psikolog
- Sosyal hizmet personeli
- Ev ekonomisti
- Sağlık yöneticisinden oluşmaktadır.<sup>78</sup>

<sup>78</sup> Evde Bakım Kavramı, İçinde: Ulusal Evde Bakım Kongresi, Program Özet Kitabı, (İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eylül, 1998).

Evde bakım hizmetlerinin multidisipliner ekip çalışmasını gerekli kılması oldukça karmaşık bir örgüt yapısına sahip Osmangazi Üniversitesi Hastanesinde oluşturulacak bir evde bakım hizmetleri departmanının etkin işleyişi için oldukça ciddi sorunlar oluşturabilecektir. Ancak bu sorunları en asgari seviyeye indirecek olan örgüt yapısı Şekil 3'te sunulmuştur.



Şekil 3: Osmangazi Üniversitesi Hastanesinin Mevcut Örgüt Yapısı İçindeki Evde Bakım Hizmetleri Bölümünün Önerilen Yeri

Şekil 3'deki örgüt yapısı Başhekim Yardımcılarından birinin koordinatörlüğünde bu hizmetlerin örgütlenmesi esasına dayandırılmıştır.



Bu yapının temel nedeni; hastanelerin geleneksel matriks yönetim yapısı, üniversitelerin akademik yapısı ile bir araya geldiğinde ortaya karmaşık bir yapı çıkmaktadır. Öte yandan diğer kamu hastanelerinin tek görevlerinin sağlık hizmeti vermek olmasına karşın, üniversite hastanelerinin sağlık hizmeti vermek yanında eğitim ve araştırma gibi iki önemli fonksiyonlarının da olması bu karmaşıklığı daha da artırmaktadır.<sup>79</sup>

Bu nedenle Şekil 2’de sunulan Osmangazi Üniversitesi Hastanesi organizasyonu incelendiğinde hastanelerin temel işlevini yerine getiren hizmet üniteleri olan poliklinik ve klinikler Tıp Fakültesi Dekanına bağlı olarak örgütlenirken, işletmecilik hizmetleri ile ilgili üniteler ise başhekimliğe bağlı olarak örgütlenmiştir. Ancak, evde bakım hizmetlerinde ekibin anahtar üyesi olan hekimler sürece aktif olarak katılır ve ev ziyaretleri sık gerçekleşirse ekibin diğer üyeleri arasında, hasta ve ailesi arasında olduğu gibi olumlu ilişkiler gelişebilir.<sup>80</sup> Dolayısıyla bu hizmetlerin örgütlenmesinde hekim kökenli yönetici konumundaki başhekim yardımcısı koordinatör olarak öngörülmüştür. Evde bakım hizmetleri koordinatörünün temel işlevi bu hizmeti sunmayı amaçlayan kliniklerin gereksinimlerinin planlanması ve başmüdürlük kanalı ile işletmecilik boyutuna yönelik olarak koordinasyonun sağlanması olacaktır. Evde bakım hizmetleri koordinatörü olarak atanacak başhekim yardımcısının aile hekimliği ana bilim dalı öğretim görevlisi olması önceki bölümlerde yer verilen evde bakım hizmetlerinin tüm sağlık sistemi içindeki ilişkileri nedeniyle sistemin etkin işleyine oldukça önemli katkılar sağlayabilir. Bu durumun sağlayabileceği bir başka katkı ise bu hizmetlerin sunumunda hastane-sağlık ocağı işbirliğini daha kolay ve etkin sağlanabileceği öngörüsüdür.

<sup>79</sup> Cemil ÖZCAN, “Üniversite Hastanelerinin Yönetim Yapısının İncelenmesi ve Yeni Bir Model Önerisi”, **I. Ulusal Sağlık Kurumları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, (İstanbul: 1998). s. 20.

<sup>80</sup> WHINNEY, a.g.e., s. 329.

## SONUÇ

Hekimliğin gelişimine baktığımızda, başlangıçta hastanelerin olmadığını ve hekimlerin hastalarını küçük merkezlerde kabul ettiklerini ve yatan hastalarını hastanın evinde takip ettiklerini görürüz. Daha sonra hekimler birleşerek hastaneleri kurmuşlar ve hasta bakımını burada sürdürmeye başlamışlardır.

Ancak günümüzde;

- Nüfus artışının yanısıra her on yılda ortalama yaşam süresinin üç yıl uzaması ve sağlık bilincinden yararlanma sıklığının artması sonucu tıbbi uygulama ihtiyaçlarının artması,

- Her dört yılda, tıp teknolojilerindeki birikimin iki kat artması ve yüksek teknoloji ürünü pahalı uygulamaların günlük işlemlerde hızla yaygınlaşması,

- Salgın hastalıkların özelliklerindeki değişiklik sonucu, akut hastalıkların öneminin azalması ve tedavisi daha pahalı kronik hastalıkların önem kazanması gibi faktörler hastanelerin temel işlevi olan tedavi hizmetlerinin maliyetlerinin de hızla artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle, tüm sağlık sistemlerinde ayaktan bakım ve evde bakım hizmetlerinin gözden geçirilmesi ve etkinliklerinin artırılmasına yönelik araştırmalar yapılmaktadır.

Günümüzde sağlık hizmetlerinin üretim maliyetlerinin sürekli artması, tüm ulusal sağlık sistemlerini kaliteden ödün vermeksizin

maliyetlerin nasıl düşürülebileceği sorusunun yanıtında odaklaşmaktadır. Bu nedenle diğer sağlık sistemlerinde 1960'lı yıllarla birlikte tartışılan ve sağlık hizmetlerinin üretiminin bir boyutu olarak evde bakım hizmetleri kavramı, ülkemizin sağlık hizmetleri sisteminin tartışma gündemine yeni girmektedir.

Hastane İşletmeciliğinde sağlık hizmetleri sunum yaklaşımı olarak evde bakım hizmetlerini önemli kılan özellikler aşağıdaki ana başlıklar altında ele alınabilir.

a) Hastanelerde Sunulan Hizmet Kalitesinin Artırılması Yönünden Evde Bakım Hizmetleri

b) Örgütsel Performans Göstergelerini Artırıcı Bir Uygulama Olarak Evde Bakım Hizmetleri

Ülkemiz sağlık bakım hizmetleri sistemi incelendiğinde ise; birinci basamak sağlık hizmetleri sabit donanımlı sağlık ocakları modeli yoluyla sunulmaya çalışılmaktadır. Ancak ülkemiz sağlık ocakları ağırlıklı olarak poliklinik hizmetlerinin verildiği, reçete yenilemelerinin yapıldığı ve sorgulamadan, muayene edilmeden ileri basamaklara "istek üzerine" sevklerin yapıldığı kurumlar durumuna gelmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda karşılaşılan sorunlar ülkemiz sağlık sisteminde sevk zincirinin işlememesine neden olmakta ve temel işlevleri klinik, hasta bakım hizmetleri sunumu olması gereken hastanelerimizin ayaktan tedavi hizmetlerini de yoğun olarak üretme işlevi ile karşı karşıya bırakmaktadır.

Gerek yasal mevzuat yetersizliği ve güncelleştirme gereksinimi gereksede sevk zincirimizin işlememesi paralelinde hastane sayısı olarak % 84, yatak kapasitesi olarak % 94'ü kamu kâr amacı gütmeyen hastanelerimizin ise önemli verimlilik ve kalite sorunları mevcuttur.

Ülkemizde sunulan sağlık hizmetlerini standartları tespit edilemediğinden, kâmu hastanelerimizde başarının ölçütü, verilen tıbbi paramedikal hizmetin nispi kalitesi olarak algılanmakta ve hizmetin verimli olup olmadığına, verimliliği artırma olanaklarının bulunup bulunmadığına ve diğer örgütsel performans göstergelerini incelenmesine önem verilmemektedir. Bu nedenle hastanelerimizin tek başarı ölçütü yatak işgal oranlarının incelenmesi ile sınırlı kalmaktadır.

780 fiili yatak kapasitesine sahip Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Eskişehir ve bölgesine (Bilecik, Kütahya, Afyon) üçüncü basamak sağlık hizmeti sunmaktadır. Hastanenin son beş yıllık yatağa dayalı istatistikleri incelendiğinde; verimli ve etkin olduğu söylenemez. Bu istatistik sonuçlarını hastanenin 780 yatak kapasitesinde bile % 48'lik bir atıl kapasiteye sahip olduğunu göstermektedir. Uluslararası bir kalite güvence sistemi olan İSO 9001 KGS kurma çalışmalarını devam ettiren hastanenin verimlilik ve kalite artıcı bir uygulama olarak evde bakım hizmetlerine gereksinim duyduğu söylenebilir.

Evde bakım hizmetleri birey ve ailesinin fiziksel, duygusal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile dikkate alınmasını gerektirdiğinden multidisipliner ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Bu hizmetlerin verildiği bazı ülkelerde özellikle kronik hastalık, sakatlık ve cerrahi müdahale uygulanan olgulara hastanede tedavi hizmetlerinin sunulması sırasında taburculuk ekibi ile koordineli olarak çalışan evde bakım ekibi, bireyin sağlık sorunu doğrultusunda hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet personeli gibi profesyonellerden oluşmaktadır.

Evde bakım hizmetleri ekibi genel olarak;

- Hekim
- Hemşire
- Diyetisyen
- Fizyoterapist
- Psikolog

- Sosyal hizmet personeli
- Ev ekonomisti
- Sağlık yöneticisinden oluşmaktadır.

Evde bakım hizmetlerinin multidisipliner ekip çalışmasını gerekli kılması oldukça karmaşık bir örgüt yapısına sahip Osmangazi Üniversitesi Hastanesinde oluşturulacak bir evde bakım hizmetleri departmanının etkin işleyişi için oldukça ciddi sorunlar oluşturabilecektir. Bu sorunun temel nedeni; hastanenin geleneksel matriks yönetim yapısı, üniversitelerin akademik yapısı ile bir araya geldiğinde ortaya karmaşık bir yapı çıkmaktadır. Öte yandan diğer kamu hastanelerinin tek görevlerinin sağlık hizmeti vermek olmasına karşın, üniversite hastanelerinin sağlık hizmeti vermek yanında eğitim ve araştırma gibi iki önemli fonksiyonlarının da olması bu karmaşıklığı daha da artırmaktadır.

Osmangazi Üniversitesi Hastanesi organizasyonu incelendiğinde; hastanelerin temel işlevini yerine getiren hizmet üniteleri olan poliklinik ve klinikler Tıp Fakültesi Dekanına bağlı olarak örgütlenirken, işletmecilik hizmetleri ile ilgili üniteler ise başhekimliğe bağlı olarak örgütlenmiştir. Ancak, evde bakım hizmetlerinin etkinliği, ekibin anahtar üyesi olan hekimler sürece aktif olarak katılır ve ev ziyaretleri sık gerçekleşirse ekibin diğer üyeleri arasında, hasta ve ailesi arasında olduğu gibi olumlu ilişkiler gelişebilir. Bu nedenle bu hizmetlerin örgütlenmesinde hekim kökenli yönetici konumundaki başhekim yardımcısı koordinatör olarak öngörülmüştür. Evde bakım hizmetleri koordinatörünün temel işlevi; bu hizmeti sunmayı ve başmüdürlük kanalı ile işletmecilik boyutuna yönelik olarak koordinasyonunun sağlanması olacaktır. Evde bakım hizmetleri koordinatörü olarak atanacak başhekim yardımcısının aile hekimliği ana bilim dalı öğretim görevlisi olması daha önceki bölümlerde yer verilen evde bakım hizmetlerinin tüm sağlık sistemi içindeki ilişkileri nedeniyle sistemin etkin işleyişine oldukça önemli katkılar sağlayabilir. Bu yaklaşımın bir başka katkısı ise bu hizmetlerin sunumunda hastane-sağlık ocağı işbirliğini de daha kolay sağlanabilirliğidir.

## KAYNAKLAR

Akdoğan, M - Uçku, V. - Akgün, S. "Başkent Üniversitesi Hastanesinde Diabet Kliniğine Başvuran Hastalara Verilen Taburculuk Eğitim Programı", **I. Ulusal Evde Bakım Kongresi-Program Özet Kitabı**, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eylül, 1998.

Aksayan, Seçil ve Çimete, Güler. "Evde Bakım" **Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi**, C. 7, S. 6, 1998.

——— "Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri, Olanakları ve Tercihleri", İçinde **I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, Program-Özet Kitabı**, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eylül, 1998.

Aktekin, M. ve diğerleri. "15-49 yaş Grubu Kadınların Sağlık Ocağı Hakkındaki Bilgi ve Tutumları", **Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, C. 1, S. 2, 1983.

Ay, Nihat. "Toplumsal Yönetim Açısından Türkiye'de Sağlık Sorunu", **I. Ulusal Sağlık Kurumları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**; İzmir, 1994.

Aytimur, Selçuk. **Kalite Sistem Dökümantasyonu**, İstanbul: Kal Der Yayınları No: 14, 1997.

- Bilaloğlu, Eriş. "Kurum rnekleri", Ankara niversiteki Tıp Fakültesi, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Ankara, 1995.
- Bozdemir, Nafiz ve Saatçi, Esra. **Aile Hekimliği Ders Notları**, Adana Çukurova Üniversitesi Yayın No: 33, 1997.
- Çoruh, Mithat. "Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçilmeli", **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, C. 2, S. 2, Mart 1998.
- Çoruh, Mithat. "I. Basamak Sağlık Hzmelerinde Toplam Kalite Yönetimi", içinde: **1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi-Sempozyumu**, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1995.
- Deniz, Hlyla. "Baş ve Boyun Tümörlü Hastaların Amaliyat Sonrasında Evdeki Yaşamlarını Değerlendirmeye İlişkin Bir İnceleme", **I. Ulusal Evde Bakım Kongresi-Program zet Kitabı**, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eylül, 1998.
- Donabedian, Avedis. "Bakım Kalitesi ve Maliyeti Konularında Mesleki Sorumluluk", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C. 2, 1993.
- Dramalı, Alev - Demir, Fatma - Yavuz, Meryem. "Evde Kronik Hastaya Bakım Verem Hasta Yakınlarının Karşılaştıkları Sorunlar", **I. Ulusal Evde Bakım Kongresi-Program zet Kitabı**.
- Erdoğan, İbrahim. "Sağlıkta Akreditasyon ve ISO Standartları" İçinde Mithat ÇORUH (Ed.) **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu**, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 1997.
- Erefe, İnci. "Sağlık Hizmetlerinde Standart ve Kalitenin nemi", İçinde: a.y. (der), **Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu**, İzmir,1994.

- Esatoğlu, Afsun Ezel ve Ersoy Korkut. "Hastaların Hastane Hizmetleriyle ilgili Değerlendirmeleri", İçinde: Mithat ÇORUH (Ed.), **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu**, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1997.
- Fadıloğlu, iek-Şenuzun Ergün, Fusun. "Kanserli Hastaların Karşılaştıkları Sorunların Yaşam Kalitesine Etkisi", İçinde: **I. Ulusal Evde Bakım Kongresi-Program Özet Kitabı**.
- Gürhan, Nermin. "Taburculuğun Planlaması ve Hemşirenin Sorumlulukları." İçinde: **I. Ulusal Evde Bakım Kongresi-Program Özet Kitabı**, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eylül, 1998.
- İşbaşı, Suzan ve Tütüncüoğlu, Güven. "Evde Bakım Sürecine Genel Bir Bakış", İçinde: **I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, Program Özet Kitabı**, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eylül, 1998.
- Kalkay, M. Nuri. **ağdaş Hekimliğin Sorunları**, İstanbul: Tıbbi Kitaplar Dağıtım Servisi, 1981.
- Kara, T., Uçku, V., Akgün, S. "Başkent Üniversitesi Hastanesinde Böbrek Hastalarına Uygulanan Taburculuk Eğitiminin Etkinliği" İçinde: **I. Ulusal Evde Bakım Kongresi-Program Özet Kitabı**, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eylül, 1998.
- Kavrakoğlu, İbrahim. **ISO-9000 Deneyimi; Türkiye, Belçika, İsrail**, Ankara: Kalder Yayın No: 11, 1996.
- Kavuncubaşı, şahin ve Ersoy, Korkut. "Hastanelerde Teknik Verimlilik Ölçümü", **Amme İdaresi Dergisi**, C. 28, S. 3, Eylül, 1995.



- Kiyim, Bülent. "Hastane Yönetiminde Toplam Kalite Modeli" içinde: Mithat ÇORUH (Ed.) **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu**, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1997.
- Kocadağ, Şahide ve Özgen, Hacer. "Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Bakanlığı Hastaneleri İçin Bir Model Önerisi", İçinde: **I. Ulusal Sağlık Kurumları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, İzmir, 1994.
- Maynard, Alan. "Ulusal Sağlık Hizmetleri Nedeye Gidiyor?, Geleceği Var mı?", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C. 2, 1993.
- Menderes, Münevver ve Ersoy, Korkut. "Genel sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi, Hastane Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C. II, 1993.
- Nahçıvan, Nursen. "Evde Bakım Sürecinde Bireyde Gelişen Tehlike Belirtilerinin Değerlendirilmesi", İçinde: **I. Ulusal Evde Bakım Kongresi-Program Özet Kitabı**, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eylül, 1998.
- Nazlıer, Seyyide. "Başkent Üniversitesi Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesi Enfeksiyon Hızının İyileştirilmesi", İçinde: Mithat ÇORUH (Ed.), **Sağlık Modelinde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu**, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1997.
- Odacıoğlu, Yaşar. "Hastane ve ISO-9000", **O.G.Ü. Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi Bülteni**, S. 1, Ocak-Şubat 1998.
- Odacıoğlu, Yaşar ve Şahin, Ümit. "Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi", (Yayımlanmamış bildiri), Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Eskişehir-1998.

- Onarcan, Mehmet. "Evlerde Sağlık Bakımı Nedir?", içinde **I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, Program Özet Kitabı**, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eylül, 1998.
- Özalp, Sinan. **Hastanelerde Kalite Sağlama Sistemleri**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ders Notları, 1996.
- Özcan, Cemil. "Üniversite Hastanelerinin Yönetim Yapısının İncelenmesi ve Yeni Bir Model Önerisi", **I. Ulusal Sağlık Kurumları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, İstanbul, 1998.
- Özgen, Hacer. "Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir?", **Toplum ve Hekim Dergisi**, C. 2, 1993.
- Özgür, Ülkü. "ABD Sağlık Hizmetleri Maliyetlerinde Maliyetlerin Kontrolü ve Yönetimli Bakım" İçinde Mithat ÇORUH (Ed.), **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu**, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1995.
- Özkul, A. Ekrem. **Sağlık Sistemleri Planlama ve Kontrolü**, Eskişehir A.Ü. Yayın No: 819, 1994.
- Özmen, Dilek. **Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Departmanında Kalite Geliştirme çalışması: Primer Hemşirelik** (Yüksek Lisans Tezi), İzmir, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme ABD, 1996.
- Öztek, Zafer ve Eren, Nevzat. "Sağlık Yönetimi", içinde, Münevver BERTAN ve Çağatay GÜLER (Ed.), **Halk Sağlığı Temel Bilgiler**, Ankara: 1992.

Seçim, Hikmet. "Hastanelerde Verimlilik Artırma Yöntemleri" (İş Ölçümününe Dayalı Kadrolama), **Verimlilik Dergisi**, C. 17, S. 1, 1998.

———— **Hastane Yönetim ve Organizasyonu**, İstanbul: İstanbul İşl. fak. Yayın No: 252, 1994.

———— **Hastanelerde Halkla İlişkiler**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Yayın No: 765, 1994, s. 26.

Smith, Brian Abel. "Genel Sağlık Sigortası Uluslararası Deneyimden Çıkarılan Dersler", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt: II, 1993.

Uçku, Reyhan. "Sağlık Örgütlenmesinde Sevk Zinciri Nedir?" İçinde: Muammer DOĞAN, Ömer HARMANCIOĞLU ve Yasemin YEĞİNBOY (Ed.) **I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlük Matbaası, 1995.

Whiney, Ion R. "Home Care" **A Text book of FAMILY MEDİCİNE**, New York Oxford Univercity Press, 1989.

Yıldız, Naci Ali ve Diğerleri. "Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Hasta Bekleme ve Muayne Süreleri ile Hasta Memnuniyeti", **Sağlık Sosyal Yardım Vakfı Dergisi**, S. 3, 1993.

Yılmaz, M. Uğur. "Türkiye'de Sağlık ve Sigortacılık Sisteminde Görülen Temel Sorunlar ve Çözüm Yaklaşımları", İçinde: **I. Ulusal Sağlık Kurumları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, İzmir, 1994.

"Evde Bakım Kavramı" **I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, Program-Özet Kitabı**, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eylül, 1998.

**Kamu Sağlık Kurumlarının İşletme Sorunları, alışma Grubu Raporları,**  
Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 1992.

**TSE, Kalite Güvence Yönetimi: Eğitim Kitabı,** Ankara, 1995.

**Ulusal Sağlık Politikası,** Ankara: Sağlık Bakanlığı Proje Koordinatörlüğü  
Yayınları, 1993.

**OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM  
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE  
EVDE BAKIM HİZMETLERİ BİRİMİNİN  
ORGANİZASYONU İÇİN BİR MODEL ÖNERİSİ**

**Sultan KUTLU  
(Yüksek Lisans Tezi)  
Eskişehir - 1999**