

**EGE ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA  
PROJE KESİN RAPORU  
EGE UNIVERSITY SCIENTIFIC  
RESEARCH PROJECT REPORT**

**PROJE NO: 2010 TIP-057  
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİNİN  
ULUSLARARASI AKREDİTASYON STANDARTLARINA  
UYUMUNUN SAĞLANMASI**

**PROJE YÖNETİCİSİ**  
Prof. Dr. Kubilay DEMİRAGÇ

**PROJE YÜRÜTÜCÜLERİ**  
Prof. Dr. Mehmet ÖZKAHYA  
Prof. Dr. Sadık AKŞİT  
Prof. Dr. Alper TÜNGER

**Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD  
Faculty of Medicine  
Department of Anesthesiology and Reanimation  
Bornova-İZMİR  
2016**

## **Önsöz**

“Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Uluslar arası Akreditasyon Standartlarına Uyumunun Sağlanması” projesinin gerçekleştirilmesinde büyük emek ve katkıda bulunan Ege Üniversitesi Rektörlük Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonuna ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonuna şahsım ve kurumum adına teşekkür ederim.

*Prof. Dr. Kubilay Demirağ*

*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekim Yardımcısı  
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Öğretim Üyesi*

## İçindekiler

Şekil Dizini	IV
Özet	V
Abstract	VI
Giriş	7
Literatür Bilgisi	9
Gereç ve Yöntem	14
Bulgular	20
Tartışma ve Sonuç	24
Kaynaklar	27

## **Sekil Dizini**

- Şekil 1. Elektrik panolarında tehlike işareti ve içlerinde tanımlayıcı etiketler bulunmamaktadır ve kapakları kilitli tutulmamaktadır .....20
- Şekil 2. Bazı laboratuvarlarda yüksek miktarda alkol bulunmaktadır ve üzerlerinde tanımlayıcı etiket bulunmamaktadır.....20
- Sekil 3. Acil çıkış olarak kullanılan bazı kapılar yangın kapısı özelliklerinde değildir.....20
- Sekil 4. Yangın tüpleri sabitlenmemiştir.....21
- Şekil 5. Yerde ve tavana kadar depolama yapılmaktadır.....21
- Şekil 6. Kesici delici alet kutuları ağzı açık kullanılmaktadır ve tamamen dolmadan atılmamaktadır.....21
- Şekil 7. Açıkta kablolar bulunmaktadır.....22
- Şekil 8. Buzdolabı ısı kontrolü yapılmamaktadır.....22
- Şekil 9. Odalardaki prizlerde çocuk koruması bulunmamaktadır .....22

## Özet

### **Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Uluslararası Akreditasyon Standartlarına Uyumunun Sağlanması**

Günümüzde akreditasyon sunulan bir hizmetin kalitesinin ve herkese eşit şekilde uygulanabilirliğinin sağlanması açısından tüm hizmet sektörlerinde son derece önem kazanmıştır. Bu konu özellikle sağlık sektöründe ve hastaneler için vazgeçilmez bir unsur haline gelmiştir. Türkiye’de de akredite olan sağlık sunucularının artması hastaneleri akreditasyon açısından çaba göstermeye sevk etmektedir. Hastanelerin yürütmekte olduğu hizmetleri sunarken uluslararası bazı standartlara uyması hem toplumsal bazda güven sağlanması açısından hem de gelecekte resmi kurumlarla olan ilişkilerde önem kazanmaktadır. Bu standartlara uyum sağlanması sürecinde yapılacak olan çalışmalar koordineli bir şekilde ve tüm hastanede çalışan birimlerin ortak katkısıyla mümkün olabilir. Bu çalışmalar sırasında mutlaka çeşitli komiteler kurularak bu komitelerin koordine bir şekilde çalışmalarının sağlanması gereklidir.

Standartlara ulaşmak için çeşitli komiteler kurulacak ve bu komitelerin sayısı çalışmalar süresince gerek oldukça artırılacaktır. Standartlara ulaşmak için kurulacak olan komitelerin koordineli olarak çalışması sürecin uzamadan gerçekleştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu çalışmalar sonucunda gerekli hazırlıklar tamamlandıktan sonra uluslararası akreditasyon kuruluşlarına başvurularak hastanenin akreditasyon sürecini tamamlaması planlanmaktadır.

Ayrıca akreditasyon sürecinde takip edilecek olan bazı parametrelerle hasta ve çalışan memnuniyetinin artırılması hedeflenmektedir.

**Anahtar Kelimeler.** Akreditasyon, hastane, sağlık çalışanı

## **Abstract**

### **The Achievement Of International Accreditation Standarts For Ege University Hospital**

Today, accreditation is one of the most important issues for any service providers to obtain higher quality and equal service to all. This is especially true for healthcare providers. The increasing number of accredited healthcare providers in Turkey pushes all the other providers to put effort in order to be accredited. The hospitals need to obey several international standarts not only to obtain a trustable position in the population but also for reasonable relations with healthcare authorities in the future. This process can only be achieved by a coordinated action inside the hospital and active participation of all the hospital staff. It is vital to set up committees and coordinate their actions.

So several committees will be set up at the beginning and the number will increase as needed. The coordination is needed to reach the aim as soon as possible. After finishing all the neccessary studies, international accreditation institution will be called for final accreditation process.

As a measure of the study process, patient and healthcare staff satisfaction survey will be obtained.

**Key words.** Accreditation, hospital, healthcare staff

## 1. Giriş

Akreditasyon, bir organizasyonun, programın veya grubun standartlar veya kriterler ile uyumunun yetkili bir otorite tarafından incelenmesi ile başlayıp onaylanma süreci ile sonuçlandırılmasını içeren resmi süreçler bütünüdür. Sağlık kurumlarında akreditasyon ise hasta bakım kalitesini arttırmak için ihtiyaç duyulan standartların, sağlık kurumlarındaki uygulama yeterliliğinin, bağımsız ve kar amacı gütmeyen uluslar arası bir kuruluş tarafından belgelenmesi ya da optimal seviyede hasta bakım kalitesinin geliştirilmesi, güvenilir bir hasta bakım ortamı sağlanması, hasta ve hizmet verenlerin risklerinin azaltılması prensiplerini taşıyan, iyileştirme ve geliştirme çalışmalarının devamlılığını sağlayıcı bir kurum taahhüdüdür.

Sağlık kurumlarında akreditasyonun genel faydaları;

- Hizmetin kalitesini artırma
- Performansın objektif değerlendirilmesi
- Kuruluşa duyulan güveni artırma
- Profesyonel kadronun tercihi
- Eğitim aracı
- Sigorta ödemelerini kolaylaştırma
- Meslek sigortası primlerinin azalması
- Bakımın iyileştirilmesi ve halkın güveninin artması
- Ödeme yapan makama / devlet kurumuna güvence
- Entegre ve hasta odaklı yönetim
- Kaynakların etkin kullanımı

Ayrıca tıbbi personel açısından; mesleki gelişim ve güvenilirlik, kalite ile “bilimi” birleştirmek için güçlü bir çerçeve, mesleki değerlendirme ve denetim gibi, hasta açısından ise kaliteye odaklı bir kurum, haklarına saygı, anlaşılır eğitim ve iletişim, bakım kararlarına ve bakım süreçlerine katılım ve ağrı yönetimi gibi önemli faydalar sağlamaktadır. Ancak en önemlisi; doğru tanı ve tedavinin kontrol altına alındığı, kaynakların etkin, verimli kullanıldığı bir yönetim sistemi oluşturulması ve gelişmiş

Ülkelerin sağlık sistemlerine entegre olabilen, yurt dışından hasta kabul eden dünya standartlarında bir sağlık kurumu olmaktır.

Bu doğrultuda bu projenin amacı Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin akredite olması yolunda ilk girişimlerin başlatılması, akreditasyonla ilgili çalışan bir birim oluşturulması, komitelerin kurulması ve bu çalışmaların sonuçlara yansımalarının değerlendirilmesidir.



## 2. Literatür Bilgisi

Günümüzün çok tartışılan kavramlarından birisi küreselleşmedir. ‘Sermaye, işgücü, teknoloji ve bilginin sınır tanımazlığı’ ve/veya ‘Endüstri toplumundan bilgi toplumuna geçiş’ olarak tanımlayabileceğimiz bu kavram yaşadığımız yüz yılın siyasetinden, ekonomisine, kültürel değerlerden sosyal davranışlara kadar tüm yaşamı etkileyen ve bizi önemli değişimlere zorlayan bir olgudur.

Küreselleşme sürecinin önemli bir parçası da insan haklarına yönelik evrensel değerlerin ön plana çıkmasıdır. İnsan haklarının önemli başlıkları arasında sağlıklı yaşam hakkı vardır. Bir diğer deyişle fiziksel, sosyal, psikolojik iyilik hakkı her insan için geçerlidir. Bu çerçevede ele aldığımız sağlıklı yaşam çağdaş medeniyetlerde doğru tasarlanmış bir sağlık sistemini kaçınılmaz kılmaktadır.

Doğru tasarlanmış bir sağlık sisteminin odak noktasına hastayı ve haklarını koymak, korumak zorundayız. Her geçen gün popülaritesi, hastalar ve yakınları tarafından bilinirliği artan evrensel hasta hakları özetlenecek olursa;

- Sağlık hizmetine ulaşım ve hizmetten faydalanma
- Hastalığı hakkında bilgilendirilme ve bakıma katılım
- Sağlık kuruluşunu/sağlık personelini seçme/değiştirme
- Mahremiyet, rıza ve izin
- Sağlık hizmetini reddetme/durdurma
- Güvenlik, rahatlık
- İnançlara saygı
- Ziyaret ve refakatçi bulundurma
- Şikayet ve dava açma

Öte yandan, küreselleşme süreci içinde ele alınması gerekli bir diğer konu da ‘rekabet’dir. ‘Kıt bir şeyi paylaşmak veya bir ödül için belli kurallar çerçevesinde, temel özgürlükler ve insan haklarının garanti altına alındığı, hiçbir ayrıcalığın ve ayrımcılığın olmadığı bir ortamda birden fazla oyuncu arasında oynanan bir oyun ya da yarış’ diye

tanımlanan rekabet kısaca seçme özgürlüğüdür. O halde gelecekte var olabilmek, başarıyla var olabilmek için seçilen, tercih edilen olmak zorunluğu vardır. Bu konu sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlar için de geçerlidir. Bu durumda, merkezine hasta ve haklarını koyduğumuz, ürettiğimiz hizmetin tercih edildiği bir sağlık sistemini yaratmamız gerekmektedir. Kalite ve kalite yönetim sistemlerinin çözüm olarak kabul edilmesinin nedeni de budur.

Literatürde ilk yer alan standartlar Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO) tarafından yayınlanmış ISO 9001/2008 kalite yönetim sistem standartlarıdır. Tüm sektörler için yayınlanmış ve asgaride uyulması gerekli kuralları öğreten, anlamlı, uygulanabilir ve belgelendirilebilir standartlardır ancak bu standartlar doğrudan sağlık kurumlarına yönelik değildir. Genel amaçlı tüm sistemlerde ‘kalite’ doğru tanımlandığında önemli faydalar sağlamaktadır. Ancak eğer sağlıkta kalite, hasta ihtiyaç ve beklentilerini karşılamak ise bu kez dönüp hasta beklentilerini anlamak zorundayız. Doğru tanı ve tedavi elbette bu beklentilerin başında hem de hasta haklarının korunmasıyla beraberdir.

ISO standartlarında aradığını bulamamış bu yaklaşımlar, sağlık hizmeti veren kurumlar için üretilmiş ‘uluslararası akreditasyon standartları’ ile oluşturulan sistemlerde karşılığını bulmuştur.

### **Sağlık Kurumlarında Akreditasyon;**

Hasta bakım kalitesini arttırmak için ihtiyaç duyulan standartların sağlık kurumlarındaki uygulama yeterliliğinin, bağımsız ve kar amacı gütmeyen uluslar arası bir kuruluş tarafından belgelenmesi ya da optimal seviyede hasta bakım kalitesinin geliştirilmesi, güvenilir bir hasta bakım ortamı sağlanması, hasta ve hizmet verenlerin risklerinin azaltılması prensiplerini taşıyan, iyileştirme ve geliştirme çalışmalarının devamlılığını sağlayıcı bir kurum taahhüdüdür.

ABD, Kanada ve Yeni Zelanda dünyadaki en eski akreditasyon sistemlerine sahiptir. WHO (Dünya Sağlık Örgütü), Dünya Bankası vb. kurumların akreditasyon modelini

kabul edip desteklediklerini ve pek çok ülkede ABD standartlarını esas alan akreditasyon modelleri oluşturulduğunu görebiliriz.

Sağlık sektöründeki ilk akreditasyon kurumu 1951'de, American College of Surgeons, American College of Physicians, American Hospital Association, American Medical Association ve Canadian Medical Association'ın katılımıyla "Joint Commission on Accreditation of Hospitals" (JCAH) olarak kurulmuştur. JCAH; 1913'te kurulan American College of Surgeons tarafından 1917 yılında başlatılan hastane standardizasyon programının devamı olarak kabul edilmektedir. 1987 yılında hastaneler dışındaki sağlık kuruluşları için de akreditasyon programları geliştirilince komisyonun ismi "Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations" (JCAHO) olarak değiştirilmiştir. Tüm bu çalışmaların sonunda 1999 yılından itibaren JCAHO; Joint Commission International (JCI) aracılığı ile dünya genelinde sağlık kuruluşlarını akredit etmeye başlamıştır. JCI - misyonu; eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin yanı sıra, akreditasyon denetim/belgelendirme aracılığıyla, uluslar arası toplumda bakımın güvenlik ve kalitesini sürekli iyileştirmektir. Bugün sağlık kurumlarının kalite yönetim sistemleri kurma çabasında dünyada en çok kabul gören standartlar JCI uluslararası akreditasyon standartlarıdır.

JCI tarafından yayınlanan bu standartlar;

- Hasta bakım kalitesi ve bakım çevresinin güvenliği ile ilgili fonksiyonlara odaklı
- Tüm hastanelere ve tüm servislere uygulanabilir
- Hastanelerin kendi misyonları ile uyumlu
- Özel proseslere değil, genel amaç ve prensiplere uygun
- Anlamlı, uygulanabilir, izlenebilir ve ölçülebilir standartlardır.

Bütün bu bilgilerden sonra, JCI Hastane Akreditasyon Standartları'nı biraz daha açacak olursak tüm maddelerin, Hasta ve Yönetim Odaklı olmak üzere iki grupta ele alındığını görmekteyiz.

Ayrıca tıbbi personel açısından; mesleki gelişim ve güvenilirlik, kalite ile "bilimi" birleştirmek için güçlü bir çerçeve, mesleki değerlendirme ve denetim gibi, hasta

açısından ise kaliteye odaklı bir kurum, haklarına saygı, anlaşılır eğitim ve iletişim, bakım kararlarına ve bakım süreçlerine katılım, yaşam sonu bakımı ve ağrı yönetimi gibi önemli faydalar sağlamaktadır

Bütün bu bilgilerden sonra, JCI Hastane Akreditasyon Standartları'nı biraz daha detaylı inceleyerek, tüm maddelerin Hasta Odaklı ve Organizasyon Odaklı olmak üzere iki grupta ele alındığını görebiliriz.

### **Hasta Odaklı Standartlar;**

- Bakıma ulaşım ve bakımın sürekliliği
- Hasta ve ailesinin hakları
- Hastaların değerlendirilmesi
- Hastaların bakımı
- Anestezi ve cerrahi bakım
- İlaç Yönetimi ve uygulaması
- Hasta ve yakınlarının eğitimi

### **Organizasyon Odaklı Standartlar;**

- Kalite iyileştirme ve hasta güvenliği
- Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi
- Yönetim, Liderlik ve İdare
- Tesis yönetimi ve güvenlik
- Çalışanların niteliği ve eğitimi
- Bilgi yönetimi alt başlıklarını taşımakta ve 322 standart madde, 1042 ölçülebilir kriterden oluşmaktadır.

Türkiye'de 1999 yılından bu yana pek çok özel hastanenin yanı sıra bazı üniversite hastaneleri de JCI akreditasyon standartlarını benimsemiş ve akredite olmuştur. Halen akredite olma sürecinde çalışmalara devam eden yine pek çok hastane vardır.

Öte yandan ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından da kabul gören bu standartlar 'Özel Hastaneler Hizmet Kalite Rehberi' başlığı altında 108 ana madde, 480 alt madde olarak

yayınlanmıştır. Bakanlık denetçileri yayınladıkları standartların uygulama yeterliliğini ‘puanlandırma’ sistemi ile değerlendirmektedir ve yakın bir zamanda hastanelerin gruplandırılması aldıkları puan doğrultusunda gerçekleştirilecektir. Söz konusu Bakanlık Standartları JCI Akreditasyon Standartlarından farklı olarak 11 ana başlık altında toplanmıştır:

- Poliklinikler, Klinikler ve Eczane
- Laboratuvar Hizmetleri
- Ameliyathane ve Yoğun Bakımlar
- Özellikli Tedavi Birimleri
- Acil Servis ve Ambulanslar
- Yönetim Bilgi Sistemleri
- Destek Üniteler
- Hasta Hakları
- Hasta ve Çalışan Güvenliği
- Enfeksiyon Kontrolü ve Önlenmesi
- Tesis Yönetimi ve Güvenlik

Sağlık Bakanlığının bu girişimi gerek devlet gerekse özel hastanelerde kalite yönetiminin ve hizmet kalitesini arttırmanın en önemli adımı ve ülkemizde sağlıkta kaliteli hizmete çok önemli katkılar sağlayacak gibi görünmektedir.

### 3. Gereç ve Yöntem

Proje ile ilgili çalışmalara başlamadan önce bir danışman desteği almanın gerekli olduğu düşünöldü. Zira sistemin hatalı tasarlanması ve uygulanmasının kurumda beklenen yararların aksine çok daha ağır maliyetleri getirebileceği daha önceki deneyimlerde bildirilmiştir. Danışmanlarla çalışırken bilginin tümüyle paylaşılması, kurum tarafından öğrenilmesi ve belli bir süre sonunda danışmana ihtiyaç duymaması önemlidir. Deneyimli, bilgili ve kurumun ihtiyaçlarını doğru anlamış bir danışmanlık hizmeti, ilk seferde doğru sistem kurulmasını ve iyileştirmelerin daha kısa sürede gerçekleşmesini sağlamaktadır. Bu nedenle bir danışmanlık kurumundan hizmet alınmaya başlandı ve çalışmaların daha sağlam temelle başlanması sağlandı.

İlk olarak yapılan toplantılarda yol haritası çizildi. Tüm akreditasyon sürecinde hizmet verecek olan Akreditasyon Birimi kuruldu ve tüm çalışmalar kayıt altına alınmaya başladı. Daha sonra üst yönetimden akreditasyondan sorumlu kişiler belirlendi ve toplantılar bu çekirdek grup önderliğinde başladı. Yapılan toplantılar sonucunda sürecin tüm hastanenin mevcut sisteminin değerlendirilmesiyle başlaması kararı alındı. Bu amaçla kurulan ekip tüm hastane birimlerini ziyaret ederek temel olarak aşağıdaki başlıklarda rapor hazırladı.

- İlaç yönetim sistemi
- Acil arabaları
- Hasta odaları
- Yangın sistemi
- Diğer servis alanları
- Tıbbi cihaz yönetimi
- Hasta kayıtları ve kimlik doğrulama
- Poliklinik hizmetleri
- Laboratuvar ve kan alma hizmetleri
- Eczane hizmetleri
- Erişkin ve çocuk acil servis hizmetleri
- Yoğun bakım hizmetleri

- Radyodiagnostik hizmetleri
- Diyaliz üniteleri
- Sterilizasyon, çamaşırhane ve mutfak hizmetleri
- Bodrum kat, depolar ve çatıların genel durumu

Daha sonra akreditasyon sürecinde yer alacak temel başlıklara uygun olarak komitelerin kurulmasına başlandı ve başlangıçta aşağıda yer alan komiteler kuruldu. Standartlara ulaşmak için kurulacak olan komitelerin koordineli olarak çalışması sürecin uzamadan gerçekleştirilmesi açısından önem taşımaktaydı ve bu destek danışman firma tarafından sağlandı.

1. Bilgi Yönetim Komitesi (Tıbbi dokümantasyon, Arşiv/Hasta dosyası, Kontrollü dokümantasyon sisteminin elektronik ortamda oluşturulması vb.; alt ekip olarak Form Ekibi)
2. Tesis Yönetimi ve Güvenlik Komitesi (Yangın güvenliği, cihazlar, binalar, tıbbi atıklar, risk yönetimi vb.)
3. İlaç Yönetimi ve Kullanımı Komitesi (Merkez eczane ve bağlı eczaneler, elektronik hekim istemine geçiş süreci, ilaç dağıtımı, depolar vb)
4. Hasta Değerlendirme Komitesi (Tanı süreci; alt ekip olarak Laboratuvar ve Radyoloji ekipleri)
5. Hasta Bakım, Anestezi ve Cerrahi Bakım Komitesi (Tedavi süreci, Yoğun bakımlarda giriş - çıkış kriterleri vb.)
6. Hasta Hakları ve Eğitimi (Bilgilendirilmiş onamlar)
7. Çalışan Niteliği ve Eğitimi Komitesi (Kurulmuş olan çalışan sağlığı ve güvenliği birimi ile birlikte hareket etmek üzere, personel dosyalarının oluşturulması, eğitimlerin kayıt altına alınması vb.)

Hasta Bakım Komitesi ve Anestezi ve Cerrahi Bakım Komitesi'ne ait ilk toplantı tutanağı aşağıda görülmektedir.

## TOPLANTI TUTANAĞI

<b>Toplantı No</b>	<b>1</b>	<b>Tarih ve Saat:</b>	<b>Yer:Başhekimlik Toplantı Salonu</b>
<b>Kurul/Komite/Konsey Adı</b>	<b>Hasta Bakım Komitesi ve Anestezi ve Cerrahi Bakım Komitesi</b>		
<b>Toplantı Konusu</b>	<b>JCI Akreditasyonu için oluşturulmuş Komitelerin tanıtımı</b>		
<b>Toplantı Başkanı</b>	<b>Prof.Dr.Mehmet UYAR</b>		
<b>Toplantı Raportörü</b>	<b>Uzm.Hem.Nergiz TER</b>		
<b>Katılımcılar</b>	<b>Görevleri</b>	<b>İmza</b>	
Prof.Dr.Kubilay DEMİRAĞ	Başhekim Yard.		
Prof.Dr.Mehmet UYAR	Başkan		
Uzm.Hem.Nergiz TER	Raportör		
Doç.Dr.Gökhan İÇÖZ	Üye		
Doç.Dr.Ayhan DÖNMEZ	Üye		
Diyet Uzmanı Dilay ÇOPUROĞLU	Üye		
Prof.Dr.Yeşim AYDINOK	Üye		
Yük.Hem.Serpil KIR	Üye		
Yük.Hem.Feray YÜCESOY	Üye		
Yük.Hem.Elvan MUTLU	Üye		
Yük.Hem.Pınar Bozkurt EDE	Üye		
Yük.Hem.Gülay ÇANKAYA	Üye		



Sağ.Tek.Hakan SARIOĞLU	Üye	
<b>Görüşülen Konular:</b>		
1. Komitenin görev yetki ve sorumlulukları, komite işleyiş prosedürü, toplantı talimatı, toplantı çağrı formu ve toplantı tutanağı hakkında bilgi verildi. Komitenin JCI Akreditasyon standartları kapsamında sorumlu olduğu bölüm açıklandı. Toplantı Başkanı ve Raportörü belirlendi. Toplantı sıklığı, tarihi ve saatleri saptandı.		
<b>Alınan Kararlar</b>	<b>Yerine Getirecek Kişi</b>	<b>Gerçekleştirme Tarihi</b>
1-Komite Başkanının Prof.Dr.Mehmet Uyar olmasına oybirliği ile karar verildi.		
2.Raportör olarak Nergiz Ter seçildi.		
3.3’de 2 çoğunluk sağlanamadığında toplantının iptal edilmesine karar verildi.		
4.Her ayın 2.ve 4.haftası Cuma günleri toplanılmasına karar verildi.		

Komiteler ilk toplantılarında komitelerin yetki ve sorumluluklarına ait yazılı metinleri çalışarak başladılar. Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi Komitesi görev, yetki ve sorumluluklarına ait çalışma sonucu aşağıda görülmektedir.

1. Komite çalışmalarını “Akreditasyon Komiteleri İşleyiş Prosedürü” doğrultusunda yerine getirmek, toplantı tutanaklarını düzenli olarak tutmak ve muhafaza etmek.
2. Gerekli olduğunda komite toplantılarına başka uzmanları da davet ederek görüş almak.
3. Alınan kararlar doğrultusunda gerekli görülen bilgilendirme ve/veya eğitimlerin hastane personeline verilmesini sağlamak
4. Kalite Koordinatörlüğü ve diğer komitelerle işbirliği içinde çalışmak.

5. Hastanede JCI Uluslararası Akreditasyon Standartlarında, Enfeksiyon Kontrolü ve Önlenmesi bölümünde belirtilen standartlar doğrultusunda;

5.1. Bilimsel esaslar çerçevesinde hastanenin özelliklerine ve şartlarına uygun enfeksiyon kontrol programı oluşturmak ve uygulamak, yönetime ve ilgili bölümlere bu konuda öneriler sunmak.

5.2. Güncel ulusal ve uluslararası kılavuzları dikkate alarak hastanede uygulanması gereken enfeksiyon kontrol standartlarını yazılı hale getirmek, bunları gerektiğçe güncellemek.

5.3. İnfeksiyon kontrol programını, kalite iyileştirme ve hasta güvenliği planı ile bütünleştirmek.

5.4. Oluşturulan (ihtiyaç halinde) enfeksiyon kontrol komitesi alt gruplarını görevlendirmek ve kontrol etmek.

5.5. Çalışanlara, enfeksiyon kontrol uygulamaları ile ilgili eğitim vermek, verilmesini sağlamak ve uygulamaları denetlemek.

5.6. Hastanenin ihtiyaçlarına ve şartlarına uygun bir sürveyans programı geliştirmek ve çalışmaların sürekliliğini sağlamak.

5.7. İnfeksiyon riski olan alanları belirlemek ve düzenli kültür alınmasına yönelik politikalar oluşturmak.

5.8. Üç ayda bir olmak üzere, hastane İnfeksiyonu hızları, etkenleri ve direnç paternlerini içeren sürveyans raporunu hazırlamak ve ilgili bölümlere iletilmek üzere Yönetime bildirmek,

5.9. Hastane enfeksiyonu yönünden, öncelik taşıyan bölümleri saptayarak ve bulgulara göre harekete geçerek, hastane İnfeksiyon kontrol programı için hedefler koymak, her yılın sonunda hedeflere ne ölçüde ulaşıldığını değerlendirmek ve yıllık çalışma raporunda bu değerlendirmelere yer vermek.

5.10. Nazokomiyal enfeksiyonları mümkün olan en düşük seviyeye indirecek süreçleri modifiye etmek ya da düzenlemek için risk, oran ya da eğilim bilgilerini kullanmak.

5.11. Antibiyotik, dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon araç ve gereçlerin, İnfeksiyon kontrolü ile ilgili diğer demirbaş ve sarf malzeme alımlarında, ilgili komisyonlara görüş

bildirmek; görev alanı ile ilgili hususlarda, hastanenin inşaat ve tadilat kararları ile ilgili olarak gerektiğinde yönetime görüş bildirmek.

5.12. Hastalar veya çalışanlar için tehdit oluşturan bir İnfeksiyon riskinin belirlenmesi durumunda, gerekli incelemeleri yapmak, izolasyon tedbirlerini belirlemek, izlemek ve böyle bir riskin varlığının saptanması durumunda, ilgili bölüme hasta alımının kısıtlanması veya gerektiğinde durdurulması hususunda karar almak,

5.13. Sürveyans verilerini ve eczaneden alınan antibiyotik tüketim verilerini dikkate alarak, antibiyotik kullanım politikalarını belirlemek, uygulanmasını izlemek ve yönlendirmek.

5.14. Hastane genelinde eldiven, maske ve sabunların doğru şekilde kullanımına yönelik politikalar oluşturmak ve uygulanmasını sağlamak.

5.15. Sterilizasyon, antisepsi ve dezenfeksiyon işlemlerinin ilkelerini ve dezenfektanların seçimi ile ilgili standartları belirlemek, standartlara uygun kullanımını denetlemek.

5.16. Hastane temizliği, çamaşırhane, mutfak, atık yönetimi gibi destek hizmetlerinin hastane İnfeksiyonları yönünden kontrolünü yapmak,

5.17. İnfeksiyon izlem sonuçlarını raporlamak, çalışanlar, hekimler ve yöneticilere düzenli olarak iletmek.

5.18. Karşılaştırılabilir veritabanları aracılığıyla kendi infeksiyon kontrol oranlarını, diğer kuruluşlarla karşılaştırmak.

5.19. Belirlenen halk sağlığı kurumlarına infeksiyonlarla ilgili rapor vermek.

5.20. Yıllık faaliyet değerlendirme sonuçlarını hazırlamak ve yönetime sunmak.

5.21. İnfeksiyon kontrol komitesi tarafından iletilen sorunlar ve çözüm önerileri konusunda karar almak ve yönetime iletmek.

Ayrıca tüm komitelerin koordinatörlüğünü yapacak olan ve Başhekim, Başhekim Yardımcıları, Başhemşire ve Hastane Müdüründen oluşacak olan Kalite Konseyi kuruldu ve yılda en az iki kez ve ayrıca gerektiğinde toplanarak alınan kararlar ve yapılan çalışmaların üst yönetim tarafından denetlenmesi planlandı.

#### 4. Bulgular

Bu çalışmalar ve değerlendirmeler sonucunda tüm hastaneyi kapsayan çok detaylı ve 76 sayfalık bir rapor hazırlandı. Rapordan bazı örnekler ve saptananlar aşağıda yer almaktadır.



Şekil 1. Elektrik panolarında tehlike işareti ve içlerinde tanımlayıcı etiketler bulunmamaktadır ve kapakları kilitli tutulmamaktadır.



Şekil 2. Bazı laboratuvarlarda yüksek miktarda alkol bulunmaktadır ve üzerlerinde tanımlayıcı etiket bulunmamaktadır.



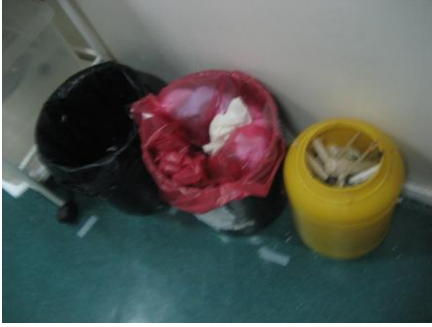
Şekil 3. Acil çıkış olarak kullanılan bazı kapılar yangın kapısı özelliklerinde değildir.



Şekil 4. Yangın tüpleri sabitlenmemiştir.



Şekil 5. Yerde ve tavana kadar depolama yapılmaktadır.



Şekil 6. Kesici delici alet kutuları ağzı açık kullanılmaktadır ve tamamen dolmadan atılmamaktadır.



Şekil 7. Açıkta kablolar bulunmaktadır.



Şekil 8. Buzdolabı ısı kontrolü yapılmamaktadır.



Şekil 9. Odalardaki prizlerde çocuk koruması bulunmamaktadır.

Bilgi Yönetim Komitesi, Tesis Yönetimi ve Güvenlik Komitesi, İlaç Yönetimi ve Kullanımı Komitesi, Hasta Değerlendirme Komitesi, Hasta Bakım, Anestezi ve Cerrahi Bakım Komitesi, Hasta Hakları ve Eğitimi, Çalışan Niteliği ve Eğitimi Komitesi olarak toplam yedi adet komite kuruldu. Bu komitelerin başkan, raportör ve üyeleri belirlendi.

Her komite ayda en az bir kez olmak üzere toplandı ve toplantılarda alınan kararlar raportörler tarafından tutularak elektronik ortamda kaydedildi.

## 5. Tartışma ve Sonuç

Dünya çapında, sağlık kurum ve kuruluşlarının önemli bir hedefi yüksek kalitede sağlık hizmeti sunmaktır. Sonuç olarak sağlık kuruluşları bakım kalitesini artırmada giderek artan oranda yapılarını, işleyişlerini ve sonuçlarını geliştirebilmek adına akreditasyon prosedürlerini başlatıp geliştirmektedir. ABD’de başlayan bu çabalar, Kanada ve Avustralya ile devam etmiş ve özellikle 1990’lı yılların başından başlayarak İngiltere, Avrupa, Afrika ve Asya dahil olmak üzere tüm dünyaya yayılmıştır.

Bakımda kalite, bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve bu hizmeti etkin olarak alıp almadıklarını ölçmektedir. Kalite aynı zamanda hastaların ve sağlık hizmeti sunucularının konuyla ilgili değerlendirmelerini de içermektedir. Literatürde hasta memnuniyetini konu alan çalışmalar mevcuttur. Ancak akreditasyon bazında bakım kalitesini ölçen çalışmalar az sayıdadır. 1983 – 2006 yılları arasında 3000 referansın tarandığı bir araştırmada çalışmaların yalnız % 2.2’si konuyla ilgili bulunmuştur (66 çalışma) (Greenfield D, Braithwaite J, 2008). Bunların da yalnız % 4.5’unda akreditasyona yönelik bakım kalitesinde hasta görüşleri yer almıştır. Çalışmaların sonuçlarına göre akreditasyon ile hasta memnuniyeti arasında belirgin ilişki belirlenmemiştir. Çalışmaların ikisinde akredite olan ve olmayan hastaneler arasında hasta memnuniyeti açısından fark belirlenmezken birisinde doktorların deneyimlerinin, ulaşılabilirliklerinin ve hastaya bilgi verilmesinde gelişim sağlanmasının önemi vurgulanmıştır. 1999 – 2011 yılları arasındaki çalışmaları araştıran başka bir yayında ise 200 çalışma dahil edilmiş ve yine çalışmaların % 75’inde hasta memnuniyeti ile akreditasyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Almasabi M, 2014). Aynı derlemede kalan % 25 çalışmada bulunan farklar ise minimal olarak belirlenmiştir. Suudi Arabistan’da yapılan ve 517 akredite, 542 akredite olmayan hastanenin karşılaştırıldığı çalışmada ise akredite olan hastanelerde sağlık hizmeti alan hastaların yapısal, sonuç ve total bakım kalitesi hakkındaki memnuniyetleri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Aboshaiqah AE, 2016). Bakıma ulaşım ve iletişim açısından ise anlamlı fark belirlenmemiştir.



Sonuç olarak akreditasyon çalışmaları kurumların kısa sürede sonuç alabilecekleri, sihirli çözümlerin kendiliğinden ortaya çıkacağı çalışmalar değildir. Her şeyden önce doğru bir ölçme ve iyileştirme mekanizmasının hayata geçmesi gerekir. Yine de çok genel anlamda bakarsak, önemli iyileşme sonuçları sistemin uygulamaya alınmasından itibaren yaklaşık birkaç yıl sonra görülmeye başlamaktadır. Belirgin iyileşmelerin hemen görülebileceği alanları; hasta kayıt - kabul, tetkik, hasta dosyaları ve sistem hatalarından kaynaklanan gereksiz tetkik/tedavi gibi konular şeklinde özetlemek mümkündür.

JCI orgütünün “kalite yönetimi hasta güvenliği” başlığı altında oluşturduğu, akredite olmak isteyen tüm hastanelerin karşılamak zorunda olduğu bu standartları; “Kurumun yönetiminden ve yürütmeden sorumlu kişiler, kalite iyileştirme ve hasta güvenliği programının planlanmasına ve izlenmesine katılmalıdır” ve “Kurum içerisinde yeterli deneyimi, bilgisi becerisi olan kişiler sistematik olarak veri toplayıp analiz etmelidir.” şeklinde ifade edilmektedir. Etkili liderlik, kurulusta algılanan engellerin, departman ve hizmetler arasındaki iletişim problemlerinin asılmasına yardımcı olur ve kuruluş daha verimli ve etkili hale gelir. Hizmetler artan biçimde bütünleşir. Özellikle kuruluş capında tüm kalite ve iyileştirme faaliyetlerinin entegrasyonu, iyileşmiş hasta çıktılarıyla sonuçlanır. Hastanemizdeki akreditasyon çalışmalarının başlangıcında Başhekim, Başhekim Yardımcıları, Başhemşire ve Hastane Müdüründen oluşan Kalite Konseyinin kurulmuş olması kurumun yönetiminden ve yürütmeden sorumlu olan kişilerin akreditasyon sürecine aktif olarak katılmasını sağlamıştır. Ayrıca her komitede bir başhekim yardımcısının da yer alması yönetimin komitelerde temsiliyetini sağlamış ve yapılan girişimlerin ve gelişmelerin erken dönemde gerçekleştirilebilmesine olanak vermiştir.

Sağlıkta kaliteyi, hizmet alan ve sunanların ihtiyaç ve beklentilerini karşılama, mümkünse daha fazlasını yapabilme becerisi diye tanımladığımızda, tüm bu kavramları bir arada ele alan kalite yönetim sistemlerinin sağlık kurumlarında ne denli önemli olduğunu anlamak zor değildir.

Toplam/Topyekün Kalite Yönetimi tüm süreçlerde, sürekli ölçme, analiz ve iyileştirmeyi zorunlu kılarken, bu mükemmeli arayış yolculuğunda önceliği doğru tasarlanmış bir sistem kurmaya vermek gerekir. Kalite yönetim sistemleri aslında, ilk seferde ve her seferinde doğru hizmet üretebilmek için gerekli uluslararası kurallar silsilesidir.

Küreselleşme süreci içerisinde, rakabet koşullarıyla uyumlu, bilgi toplumunu bir parçası olmuş, hasta haklarına saygılı, verimli ve etkin yönetilen çağdaş bir sağlık sistemi için, toplum yararının tek başarı ölçütü olduğu, her zaman daha iyisi olabileceği inancı ile kendini sürekli ölçen ve iyileştiren, kalite yönetim sistemlerini uluslararası akreditasyon standartları ile entegre etmiş akredite sağlık kurumlarına hepimizin ihtiyacı vardır. Bu nedenle kalite, kalite yönetimi, ulusal ya da uluslar arası standartlar belki de en çok sağlık için gerekmektedir.

İnsanlarımızın gittikçe bilinlendiği ve haklarının daha da farkına varmaya başladığı gunumuzde, daha sağlıklı ve kaliteli bir hizmet tum insanların hakkıdır. Hastanemizde de bu çalışmaların kesintisiz olarak devam ettirilmesi ve uluslararası tanınmış bir kuruluş tarafından akreditasyon sürecinin onaylanması hedeflenmektedir.

## **Kaynaklar**

1. Joint Commission International Accreditation Standarts Rev 3- Joint Commission International USA- A division of Joint Commission Resources,Inc -2008 by the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
2. Sağlık Bakanlığı Performans Geliştirme ve kalite İyileştirme Daire Başkanlığı Özel Hastaneler Hizmette Kalite Rehberi Rev.2-2009.
3. Aboshaiqah AE, Alonazi WB, Patalagsa JG. Patients' assessment of quality of care in public tertiary hospitals with and without accreditation: comparative cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing* 2016. doi: 10.1111/jan.13025
4. Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care* 2008, 20, 172-183.
5. Almasabi M, Yang H, Thomas S. A systematic review of the association between healthcare accreditation and patient satisfaction. *World Applied Sciences Journal* 2014; 31(9), 1618-1623.
6. Yıldırım BZ. Sağlık hizmetlerinde akreditasyon, Tezsiz Yüksek Lisans Projesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme anabilim Dalı, Isparta, 2011.

Bu proje için herhangi bir demirbaş malzeme alınmamıştır.

Altyapı projesi bu aşamada yayın haline getirilmemiştir.