

**MİKRO REKABETÇİLİKTE YENİ YAKLAŞIMLAR**  
**Hastanelerde Oluşan Etik İklimin Kalite ve Akreditasyon**  
**Açısından Değerlendirilmesi**

**NEW APPROACHES IN MICRO LEVEL**  
**COMPETITIVENESS**  
**The Evaluation of Ethical Climate in Hospitals from the**  
**Perspective of Quality and Accreditation**

**Yrd.Doç.Dr.Muaz GÜNGÖREN\***  
**Fatih ORHAN\*\***

**Yrd.Doç.Dr.Nurullah KURUTKAN\*\*\***

**ÖZET**

*Öncelikle makro planda politika koyucular olmak üzere; stratejik, taktik ve operasyonel kademedeki bulunan her bir çalışan için olduğu kadar tüm paydaşlar için de etik farkındalığının oluşturulması rekabetçilik ve sosyal sorumluluk açısından çok büyük bir öneme sahiptir. Yapılan bu çalışma ile hastanelerde oluşabilecek etik sorunlar ile JCI tarafından belirlenen ve denetlenen kalite standartları arasında nasıl bir ilişki olduğu incelenmiştir. Bu sayede kaliteli bir sağlık hizmetine ulaşmayı hedefleyen her bir sağlık işletmesi için etik değerler konusunda bir farkındalık oluşturabilmek amaçlanmıştır. Ayrıca, kalite, akreditasyon, hasta güvenliği ve etik gibi birbiri içerisine geçmiş ve aslında birbirinden ayrılmaz bir bütün olmuş tüm bu kavramlara değinilecek ve bu kavramların sistem yaklaşımı içerisinde her birinin gelişiminin diğer faktörleri ne şekilde etkileyeceği hususu ortaya konulmaya çalışılacaktır.*

**ABSTRACT**

*The creation of ethical awareness has a great importance in terms of competitiveness and social responsibility for policy-makers in macro plan, and for each employee in strategic, tactical and operational level as well as for all stakeholders. In this study was examined the relationship between audit quality standards that identified and examined by JCI and ethical issues that may occur in hospitals. In this way, aimed to create an awareness about ethical values for Health Management which aiming to reach a good quality health care each one. In addition, quality, accreditation, patient safety and ethics are inseparable, like the other, in the past, and in fact have a whole system approach to these concepts in all of these concepts will be*

\* İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi, mgungoren@istanbul.edu.tr

\*\* Gazi Üniversitesi, Sağlık Kurumları Yönetimi Doktora Bölümü, fatihorhan840@yahoo.com

\*\*\* Düzce Üniversitesi İşletme Fakültesi, nurullahkurutkan@duzce.edu.tr

*addressed and in what way each of the other factors that affect the issue of development will be presented.*

**Anahtar Kelimeler:** *Rekabetçilik, Etik, Kalite, Akreditasyon, JCI Akreditasyon Kriterleri*

**Keywords:** *Competitiveness, Ethics, Quality, Accreditation, JCI Accreditation Criteria*

## 1. GİRİŞ

Günümüz rekabet ortamında tüketicilerin giderek bilinçlenmesi, hem mal hem hizmet üretimi yapan firmaların sayılarının artması, teknolojideki hızlı gelişme, uluslararası standartların açıkça tanımlanması ve bu standartların seviyelerinin giderek yükselmesi, yönetim sistemlerini de etkilemiş ve yeni yönetim modellerine geçişi zorunlu hale getirmiştir.

Bu modellerin en önemlisi ve en yaygın olanı Toplam Kalite Yönetimi'dir. Toplam Kalite Yönetimi hareketinde vurgulanan nokta, her personel ve yöneticiye, kurumun ürün ve hizmetlerinde tam müşteri memnuniyetini sağlamak için kalitenin sürekli geliştirilmesi sorumluluğunun verilmesidir. İnsan için en önemli konuların başında yer alan sağlık hizmetlerinde de Toplam Kalite Yönetimi en etkin araçlardan birisidir. Sağlık hizmetlerinde *kalite*, sağlık işletmelerinde verilen tıbbi ve idari hizmetlerin tamamını kapsamalıdır. Gelişmiş ülkelerde, sağlık kurumlarındaki hizmet süreçlerinin tamamını kapsayan *Kalite Geliştirme Programlarına* ihtiyaç duyulmuş ve bu amaçla tıbbi ve idari komiteler oluşturulmuştur. Gelişmiş ülkelerde bir sağlık kurumunun güvenilir olması; sağlık hizmetlerinde kaliteyi sağlamak ve değerlendirmek için oluşturduğu komitelerle ve bunların başarılarıyla çalışmaları sonucunda ölçülebilmektedir (Türe, 2004: 2).

Kaliteyi geliştirme, uluslararası standartlara ulaşabilme, bu amaca uygun misyon, vizyon ve temel değerler belirleme ve kurumsal gelişimi sağlamanın bir diğer yolu da günümüzde akreditasyon süreci olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle sağlık sektöründe artan rekabet ve paradigma değişimleri kurumları uluslararası kabul görmüş kuruluşlar tarafından gönüllü denetimlere ve sertifikalandırmaya doğru yöneltmiştir. Bu kuruluşların başında da Uluslararası Birleşik Komisyon (*Joint Commision International- JCI*) gelmekte olup, son yıllarda yaptığı faaliyet ve çalışmalarla Dünya Sağlık Örgütü (WHO) dâhil birçok örgüt, kuruluş ve ülkenin dikkatini üzerine çekmeyi ve güvenini kazanmayı başarmıştır. Öte yandan, JCI akreditasyon kriterlerinin ikinci bölümü, *Hasta ve Ailesinin Hakları* olup, bu bölümde hastalar, yakınları veya onların yerine karar verenlerin bakım kararlarına katılması ve kültürel beklentilerinin karşılandığı süreçlerin belirlenmesi konusunda iyileştirmelerin gereği üzerinde durulmaktadır. Bu bölümün işaret ettiği süreçler ise, hasta haklarının tanımlanması, korunması ve geliştirilmesi, hastaların hasta hakları konusunda bilgilendirilmesi, uygun ise hasta yakınlarının da hasta bakım kararlarına dâhil edilmesi, bilgilendirilmiş onay alınması, personelin hasta hakları

konusunda eğitilmesi ve kurumun etik yapısının kurulması gelmektedir (İzmen, 2009: 54).

Kurumun etik yapısının kurulması, sağlam temeller üzerine inşa edilmesi ve oluşan etik iklimin, kurum kültürü haline gelmesi her sağlık sisteminde olmazsa olmaz değerler arasına girmiştir. Öyle ki hızla artan teknolojik gelişmeler ile küreselleşen dünyada, sağlık hizmetlerindeki ayak uydurulması oldukça zor olan yenilik ve değişim rüzgârı, kişilerin kendi başlarına içinden çıkmakta zorlandıkları birçok etik sorunu da beraberinde getirmiştir. Tüm sektörlerde, özellikle de son dönemlerde sağlık, çevre, işletme, medya, yönetim ve siyaset gibi birçok meslek alanında etik konular her geçen gün daha da fazla gündeme gelmeye başlamıştır (Orhan, 2009: 36-39). Özellikle girdisi ve çıktısında *insan faktörü* olan sağlık sistemi içerisinde, etik ilkelerin varlığı ve uygulanabilir olması çok daha önemlidir. Çünkü sağlık çalışanlarının muhatap olduğu hizmet alıcısı, hassas, kırılabilir ve hasta olan insan topluluğudur. Hata payının sıfır olması beklenen sağlık sisteminde, çalışanların etik sorunlarla başa çıkamaması halinde, o sistemde, etkenlik, etkililik ve verimlilik gibi kalite unsurlarından söz etmek imkânsız hale gelecektir. Günümüze kadar yapılmış birçok araştırma da göstermektedir ki, etik sorunlar çalışanların verimliliğini olumsuz yönde etkilemekte, kaliteyi azaltarak kurum performansını düşürmektedir. Bu bağlamda, etik ilkeler ışığında hareket etmek, sağlık sektöründe rekabet unsuru da düşünüldüğünde, çok önemli değerleri kapsamaktadır.

## 2. ETİK KAVRAMI VE TANIMI

Eski Yunancadan gelmekte olan *etik* sözcüğü, göreceli bir kavram olup; anlamı kişiden kişiye, toplumdaki topluma değişmektedir. Genel olarak etik kavramı; yarar, iyi, kötü, doğru ve yanlış gibi kavramları inceleyen, bireysel ve grupsal davranış ilişkilerinde neyin iyi neyin kötü olduğunu belirleyen ahlaki ilkeler, değerler ve standartlar sistemi olarak tanımlanmaktadır (Hatcher, 2004: 358). Thiroux'a göre etik, Yunanca *ethos* fiilinden türetilmiştir ve anlamı *karakterdir* (Pence, 2004: 10). Moral kelimesi ise Latince *moralis* fiilinden gelmiştir ve anlamı *gelenektir*. Dolayısıyla etik, insanların karakterlerini gösterirken, moral insanlar arası ilişkiyi yansıtmaktadır. Thiroux, insanoğlunun toplumda sevgiyi, dostluğu, mutluluğu, özgürlüğü, barışı yaşaması ve oluşturması aynı zamanda tutarlılığı en üst düzeyde başarabilmesi için etik değerlere uyması gerektiğini vurgulamaktadır (Thiroux, 1980: 25). Örneğin iyi nedir? sorusunu soracak olursak çeşitli etik kuramların onu farklı biçimlerde tanımladıklarını görürüz. Farklı etik kuramlara göre iyi; hazdır, mutluluktur, ödevi yerine getirmektir ya da başka bir şeydir. İşte etik, bu çelişen isteklerin, ya da istenen iyiler konusunda bireylerin çatışmalarını çözümlenecek ilkelerin belirlenmesi sürecine ilişkin tartışmalar üzerinde odaklanmaktadır (Aydın, 2001: 4). Etik, insan eylemlerine ilişkin değerler felsefesi olarak ortaya çıkmıştır. Etik, insan ilişkilerinde açık uçlu sorulara *iyi-kötü* değerlendirmeleri ile yanıtlar bulmaya çalışır. Etik, ahlaki tutumların ardında yatan yargıları ele alarak, insanın bütün davranış ve eylemlerinin temelini araştırır. Çoğu zaman birbirlerinin

yerlerine de kullanıldığı görülen etik ile ahlak arasında yakın bir ilişki bulunmakla birlikte etik, ahlak ve toplumca belirlenen ahlaki ilkelerin niteliğini sorgulayan felsefedir (Keleş ve Ertan, 2002: 2-5). Etik değerler, eskiden metafizik kavramlarla temellendirilirken, günümüzde insanların daha iyi yaşamalarını ve dünyanın bir bütün olarak ileriye gitmesini sağlamaya yönelik kavramlarla temellendirilmektedir. Geçmişte değerler felsefesi dar bir mekânda, dar bir zaman diliminde oluşan ikilemleri irdelerken, teknolojiye sınırsız ve hızlı gelişmenin yansımasıyla günümüzde, gelecek kuşaklar ve evren kavramları da ikilemlerde belirleyen olarak önem kazanmıştır. Etik genel olarak, her konuyla ilgili normların yapısına ilişkin düşünceler oluşturur, değerlendirmeler yapar. Yeni ortaya çıkan sorunsala ilişkin çözüm önerileri oluşturur, tartışır. Etik, genellikle bilimin ve hukukun yolunu açan bir nitelik de taşımaktadır (Çobanoğlu, 2006: 12).

### 3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ETİK KAVRAMI VE TANIMI

Yararlılık, özerklik, hasta mahremiyeti, zarar vermeme gibi ilkeleri içerisinde barındıran *sağlık hizmetlerinde etik kavramı*, sağlık sistemi içerisinde gelişen paradigma kaymaları ve farklı ritüeller nedeniyle en önemli unsurları içerisinde barındırmaya başlamıştır (Orhan, 2009: 36- 39). Bugün için etik değerlerimizin bilimsel ve teknolojik çalışmalarla olan ilişkisinin irdelendiği başta gelen alanlardan birinin tıbbi uygulamalar olduğu bilinmektedir. Tıp, bilim ve teknolojinin getirdiği güçle çok büyük başarılar elde ederken bu noktada etik, tıbbi araştırmalardan, genetik çalışmalar, ötenazi tartışmaları, organ aktarımları, yapay dölleme gibi konulara dek birçok tıbbi konu ve uygulamaların tartışılması, sınırlandırılması, değerlerimiz açısından hekim-hasta ilişkisinden, sağlık politikalarına; insanlar ve hayvanlar üzerindeki önlenmesi, yeniden gözden geçirilip tanımlanması gibi bir süreç de gelişmiştir (Aydın, 2001: 14).

Sağlık seviyesinin yükseltilmesi ve finansmanında adalet amaçları özellikle sağlık sektörüne ayrılan kaynakların arttırılması, mevcut kaynakların daha verimli bir şekilde kullanılması ve adil kaynak dağılımı önlemleri ile gerçekleştirilebilecek bir durumdur. Özellikle kaynak artırımı gibi önlemler, finansal açıdan zaten zor durumda olan bir ülkeye ilave yüklerin getirilmesi anlamına gelebilecektir. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü 2000 Raporu'na göre, yeterliliğin müşteri yönelimi olarak adlandırılan acil ilgi, hizmet sunucu seçimi ve temel malzeme/araç/gereçlerin kalitesi bileşenlerinin yeterli olabilmesi genellikle maliyetlidir. Fakat kişilere saygı olarak adlandırılan saygınlık, özerklik ve mahremiyet bileşenleri maliyetsiz olarak iyileştirilebilir. Özellikle ülkemizdeki gibi kaynak kısıtlılığı olan ülkeler bile yeterliliğin bu boyutlarını sağlık bakım çalışanlarına verilen eğitimlerle, hastayı kendi bakımına dâhil ederek, onun mahremiyetine gereken önemi vererek geliştirebilirler (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005: 26).

Sağlıkta Etik kavramı, çağlar boyunca üzerinde tartışılmış, tıbbın evrimi ile birlikte değişikliğe uğramış ve farklı görünümlere bürünmüştür (Şahin, 2005: 58). *Tıbbi Etik* kavramı ise, 19. Yüzyılın başlarında ilk ortaya

atan Britanyalı hekim Thomas Percival'dir. Tıbbi etik, felsefi ve dini ön kabuller tarafından desteklenen ve uygulanan normatif etiğin bir koludur (Dallı, 2000: 23- 24). Sağlık sektöründe etik deyince ilk akla gelen hasta ile doktor arasındaki ilişkinin niteliğini belirleyen tıp etiği kavramıdır. Etik kavramından anlaşılacağı gibi, Tıp Etiği tıp/sağlık alanındaki tutum ve davranışların iyi ya da kötü yönünden değerlendirilmesi etkinliğidir. Bir başka ifade ile tıp etiği alanında, tıptaki değer sorunlarının ele alınarak tartışılmasıdır (Aydın, 2001: 4).

Son yüzyıla gelene dek *tıp* denildiğinde daha çok hekimler akla gelmektedir. Böylelikle tıp ve hekimlik kavramları özdeşleşir gibi olmuştur. Yüzyılımızda tıp uygulamalarının genişlemesi bu alanda çeşitli görev ve uğraş alanlarını doğurmuştur. Bugün için sağlık sektöründe hekimin yanı sıra farklı hizmetleri yerine getiren *hekim dışı* sağlık personeli bulunmaktadır. Dolayısıyla *tıp etiği* tüm sağlık çalışanlarını içine almak durumundadır (Aydın, 2001). Tıbbi etik tıp uğraşının değişik yönlerinin yürütülmesi sırasında ortaya çıkan değer sorunlarının, çatışmalarının tartışıldığı, açıklığa kavuşturulduğu, çözüm yollarının bulunmaya çalışıldığı bir etkinliktir. Tıbbi etiğe, etiğin tıp olgusu içindeki farklılaşmış uzantısı ya da tıp içindeki değer sorunlarına etik gözlüğü ile bakılması da denebilir (Dallı, 2000: 23). Etiğin tıpla ilgili çalışma alanına tıp etiği denmekte olup, genel olarak etiğin tıp alanındaki farklılaşmış bir uzantısı olarak tanımlanabilir. Uygulamalı felsefe alanlarından biri olarak nitelenen bu alanda, tıp teknolojisinde son yıllarda ortaya çıkan gelişmelerden kaynaklananlar başta olmak üzere, tıp uygulamasında ortaya çıkan değer sorunları incelenmektedir (Oğuz, 2001: 13)<sup>†</sup>.

#### 4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE KAVRAMI

Kalite; müşteri istek ve ihtiyaçlarının karşılanması olarak ele alınabilir. Kalite, bir ürün veya hizmet ile ilgili özelliklerin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama derecesidir. Avrupa Kalite Kontrol Örgütü (EOQC) ile Amerikan Kalite Kontrol Derneği kalite kavramını, bir ürün veya hizmetin, belirlenmiş bazı ihtiyaçları karşılamadaki yeterliliğine ilişkin özelliklerinin tümü şeklinde de tanımlanmaktadır. ISO 9005 kalite sözlüğünde kalite; ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama yeteneğine dayanan özelliklerinin tamamı olarak ifade edilmiştir.

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramına ise farklı bir yaklaşım sergilenmektedir. Özellikle, (1) tıp bilimi ve teknolojisindeki gelişmeler, (2) tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler, (3) sağlık düzeyi göstergelerindeki olumlu değişimler, (4) sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması, (5) kitle iletişim olanaklarının artması, (6) hasta hakları, doktor hataları tartışmalarının

<sup>†</sup> Öte yandan çoğu kez tıpta deontoloji kavramının etik kavramı yerine kullanıldığı görülmektedir. Ancak bu iki kavram ortak özellikler taşımasına rağmen farklılıklar arz eder. Tıp alanında kullanılan deontoloji ile tıbbi etik kavramlarını yakından inceleyecek olursak aralarında şu tür bir ayrım noktası ortaya çıkar: Deontoloji alanında, tespit edilmiş kuralların aktarılması ve onlara uyulması söz konusu iken; tıp etiğinde ise, tıptaki değer ve ilkelerin analizi, yorumu, tartışılması gibi etkinlikler yer almaktadır (Aydın, 2001: 5).

yaygınlaşması (*örneğin ABD’de, tıbbi uygulamalardaki hatalar nedeniyle kişi ve kurumların ağır cezalar alması*), (7) genel kültür düzeyinin ve kişilerin kendi sağlıklarına verdikleri önemin artması, ve (8) önceleri yalnızca hizmeti sunanların sahip olduğu sağlık ve hastalıkla ilgili bazı temel kavram ve yöntemlerin, hizmeti alanlarca da öğrenilmiş olması ve böylece kendi bakımlarıyla ilgili görüş bildirir olmaları gibi nedenler bu yaklaşımın temelini oluşturan unsurlar olarak nitelendirilmektedir. Öte yandan sağlığın, alınıp satılabilen bir *mal* olmadığı ve olamayacağı, bu nedenle de herhangi bir ürünün kalitesi ile eşdeğer tutulamayacağı gerçeğini ve sağlık hizmetlerinde kalite tartışmalarını yoğunlaştırmıştır.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin tarihsel gelişimi incelendiğinde konunun daha anlaşılır olacağı değerlendirildiğinden bilimsel ve yönetim bilimi odaklı gelişim yaklaşımları Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1: Sağlık Hizmetlerinde Kalite -Tarihsel Yaklaşımlar

Kurallar	Bilimsel Yaklaşım	Yönetim Bilimi Odaklı
Hamburabi (2100 B.C. 3.yüzyıl B.C)	Hipokrat Kontrollü Klinik Araştırmalar (1840’lar)	Endüstriyel devrim (1800) Taylor’un bilimsel yönetim modeli(1900)
Kanunlar	Nightingale (19.yüzyılın ikinci yarısı) Osler(19-20 yüzyıl)	
Devlet Kurulları	Codman (20.yüzyıl başları) Amerikan Cerrahi Derneği Hastaneler Standardizasyonu (1917)	Shewhart
Kurallar yaklaşımının bilimsel yaklaşımı etkileme dönemi	Morbidite/mortalite klinopatolojik konferanslar	4 sigma-Amerikan endüstri sektörü (1940’lar)
Hastanelerin akreditasyonu üzerine ortak komisyon JCAH:1951-1980’ler	Avedis Donabedian (1970)	Deming, Juran, Japonya çalışmaları (1930’lar-1980’ler) 6 Sigma’ya ulaşım
JCA Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu üzerine ortak komisyon(1980’ler)	Çıktılar Hastalık Yönetimi(1980-1990’lar)	Toplam Kalite (1980’ler-1990’lar) (Baldrige ISO 9000)
JCAHO/PRO/NCQA(1990)		Öğrenen Organizasyonlar insan faktörü (1990’lar)
Raporlama Kartları HEDİS/oryx/etc.		Kompleks Oluşumlar Teorisi (2000’ler)

Kaynak: Akgün, S., 2005: 75.

Hastane hizmetleri, sağlık hizmetleri içinde önemli bir yere sahiptir. Toplumda sağlık hizmetleri denilince daha çok akla hastane hizmetleri

gelmektedir. Günümüz ekonomik koşulları ve toplumun beklentilerinin artması hastane yöneticilerini daha kaliteli hizmet vermeye zorlamaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite; konulan teşhisin doğruluğunu, uygulanan tedavinin yeterliliğini ve hasta memnuniyetini içermektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı, hizmet talep eden kurum, toplum veya kişinin (müşterinin) ihtiyaç ve isteklerinin karşılanması yanında, bilimsel ve teknik imkânların kullanılmasını da kapsamaktadır.

İngiltere *National Health Service* kurumu kalite için doğru işleri, doğru kişilere, doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında doğru yapmak, Amerika Birleşik Devletleri'nde ise, Institute of Medicine kuruluşu; bugünkü bilgilere uygun olarak, kişilerin veya toplumun sağlık hizmetleri düzeyini arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaştırmak olarak tanımlamaktadır. Bu tanım içinde kalite kavramının; ölçülebilir, tüm sağlık hizmetlerini içine alan, kişilere ve topluma uygulanabilen, belli bir amaca yönelik, verilen hizmetin yararının sonuçlarının ölçülebilmesi ile sağlanabilen, işlemlerle sonuçları birbirine bağlayan, hastaların ve toplumun değerlerine önem veren, teknik mekanik ve bilimsel bilgi ile sınırlı ve sürekli gelişmeye uygun yapı içinde olması gerektiği belirtilmektedir (Akalin, 2000: 32-33).

## 5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE STANDARDİZASYON

Sağlıkta kalite çalışmalarında ilk adım *medikal süreçlerin standartlarını* belirlemektir. Standartları çizilmemiş bir süreci neye göre ölçeceğiz? Standartlar, sağlık kuruluşunun kendi kendini değerlendirmesine olanak verdiği gibi eksternal bir organ tarafından değerlendirme yapılmasına ve kuruluşun akreditasyonuna da olanak sağlar. Akreditasyon, sağlık kuruluşunun performansının önceden belirlenmiş kriterlere göre gözden geçirilerek değerlendirilmesi ve sonucun bir raporla duyurulması demektir. Akreditasyonun amacı, kuruluşun kaynaklarını nasıl kullandığı ve sorumlulukları nasıl paylaştığı konusunda kendi işleyişini gözden geçirerek performans ve yapısında geliştirme yapmasını sağlamaktır. Standartlar kolay tanımlanabilir olmalı, anlamlı olmalı, ölçülmesi kolay olmalı, uygulanabilir olmalıdır. Standartlaşma ve akreditasyon süreci uygulandığı her kademedeki kalite yönetimi sistemleriyle iç içe örülmüş olmalıdır.

Sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerin kalitesini geliştirmek için kullanılacak birçok kalite yönetim sistemi, model ve standart seti bulunmaktadır<sup>‡</sup>. ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi<sup>§</sup>, EFQM Mükemmellik

<sup>‡</sup> TS-EN-ISO 9000:2000 Kalite Yönetim Sistemi, TS-EN-ISO 14000 Çevre Yönetim Sistemleri, OHSAS 18000 Çalışan Sağlığı ve İş Güvenliği Yönetim Sistemi, JCAHO (JCI) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, ABET-2000 Üniversite Eğitiminin Akreditasyonu, EFQM Mükemmellik Modeli.

<sup>§</sup> ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi, 1947 yılında kurulmuş olan International Organization for Standardization tarafından, ilk olarak 1987 yılında yayınlanmıştır. Bir kalite güvence sistemi olarak sunduğu pek çok avantaja karşın, ISO 9000'in 1994 yılında yayınlanan modelinde, standartlar hizmet sektörüne yönelik olarak oluşturulmadığından, hizmet üretim

Modeli ve Akreditasyon Standartları sağlık kuruluşlarında yaygın bir biçimde kullanılan kalite araçlarıdır. Sağlık kuruluşları bu araçlardan yararlanarak kalite yönetim sistemi altyapısını oluşturmalı ve kalite çalışmalarına süreklilik kazandırmalıdır. Son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz sağlık kuruluşlarında da genellikle akreditasyon standartları kalite yapılanmalarında tercih edilmektedir. Yapılan araştırmalarda bunun sebebi olarak standartların sağlık hizmetinin özellikli yönlerini kapsamamasını, denetim sisteminin hizmet süreçlerine odaklanmasını ve uluslararası tanınırlığının etkin olmasını özellikle sağlık turizmi açısından gerekliliğini gösterebiliriz (Özdil, 2010: 209).

## 6. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE AKREDİTASYON SÜRECİ

Kamu veya özel sektör organizasyonlarının yapılar, süreçlerde ve sonuçlarda, sürekli gelişme gerektiren maksimum standartlara uyan sağlık sektörü kurumlarını tanıdığı ve genelde gönüllü olarak devam eden bir süreç olan sağlık hizmetlerinde kalite ve buna bağlı olarak gerçekleştirilen akreditasyon; Toplam Kalite Yönetimi anlayışının en önemli unsurlarından birisini teşkil etmekte olup, temelde *Mükemmel Örgüt Standartları* uygulama süreci olarak tanımlanabilir. Nitekim, kurumların başarılı kabul edilmesi için resmi olarak kabul edilen ödüllendirmeler, uyumun değerlendirilmesi ve standartların tanımlanması için, özellikle hastaneler bazında üç temel sistemden bahsedilmektedir; (1) akreditasyon, (2) belgelendirme\*\* ve (3) ruhsatlandırma††. Ancak bu sistemlerin birbirleri ile iç içe olmaları tanım karmaşasını da beraberinde getirmektedir (Akyurt, 2008: 4).

Akreditasyon; bir sağlık kurumu ya da kuruluşunun performans düzeyinin, ilgili standartlar çerçevesinde söz konusu kurum ya da kuruluşun bağımsız bir dış denetim ile ortaya konması yoluyla akreditasyon standartlarını karşılayıp karşılamadığının tespit edilmesinin ulusal bir akreditasyon kurumu ile belgelendiğinin kamu otoritesi tarafından tanınmasıdır. Bu bağlamda *akreditasyon* bir kurum veya kuruluşun ürün (hizmet) kalitesinin kalite standartlarını ölçme ve değerlendirme yetkisine sahip bir dış kuruluş tarafından kontrol edilerek uygunluk belgesi vermesi

---

ve sunum süreçlerinin tamamını kapsamaktadır. Ayrıca standartlar, tıbbi sonuçların kalitesini doğrudan kontrol etmek için yeterli değildir. Bunun yanında, ISO 9000 sistemi tıbbi süreçleri içermediği için doktorlar tarafından da tam olarak benimsenmemektedir. Daha da ötesi, sistem düzeltici ve önleyici faaliyetleri zorunlu kıldığı ancak sürekli iyileştirmeyi içermediği için standartlara birkez tam uygunluk sağlamak, belgenin devamı için yeterli sayılmaktadır.

\*\* *Belgelendirme*, yetkili bir denetçi tarafından dış denetim için onaylanmış bir standart seti ile (örneğin kalite sistemleri için ISO 9000 serisi) muvafakatin sağlanmasının kamu otoritesi tarafından resmi bir belge ile tasdik edilmesidir.

†† *Ruhsatlandırma*; sağlık alanında herhangi bir uygulamada bulunan bir sağlık çalışanına (örneğin tabip, diş tabibi vd.) ilgili alanda mesleğini icra etmek için bireysel olarak ya da sağlık hizmeti sağlayan bir kurum ya da kuruluşa söz konusu sağlık hizmetinin verilmesi için yapılan işlemler hakkında kurumsal olarak, genellikle asgari yasal standartların tespiti için yapılan bir denetimi takiben idari bir yetkili merci tarafından izin ya da belgelendirme verilmesine ilişkin gerçekleştirilen süreçtir.



olgusu olup; amacı, sunulan ürün (hizmet) hakkında topluma güvence vermek, kalite standartlarının gelişmesine yardımcı olmak, kuruluş birimleri arasında entegrasyonu sağlamak ve iletişimi geliştirmektir. ISO Serisi örgüt için asgari standartları belirlerken, akreditasyon bu çerçevede mükemmel çalışma standartlarını ortaya koyar ve sürekli denetler.

Akreditasyon belgelendirme kuruluşları, laboratuvarlar, muayene ve deney kuruluşlarının belirli görevleri yapmaya yeterli olduklarının uluslararası kabul görmüş teknik kriterlere göre değerlendirilerek, belgelendirilmesi faaliyetidir. Bu bağlamda akreditasyon, ürün/hizmet, kalite yönetim sistemi, çevre yönetim sistemi ve personel belgelendirmesi yapan kuruluşların, laboratuvarlar, muayene ve deney kuruluşlarının belirli görevleri yapmaya yeterli olduklarının uluslararası kabul görmüş teknik kriterlere göre değerlendirilerek onaylanması, belgelendirilmesi ve devamının sağlanması faaliyetidir.

#### **7. ULUSLARARASI BİRLEŞİK KOMİSYON (JCI)'U HASTANE AKREDİTASYONU (JCAHO)**

Hastanelere yönelik ilk standartlar, hasta bakımı kalite ve güvenliğinin izlenmesi ve denetlenmesi amacıyla, 1913 yılında American College of Surgeons (ACS) tarafından ABD'de geliştirilmiştir. ACS, standartlar doğrultusundaki denetimlerini 1950'li yıllara kadar sürdürmüştür. Ancak hastane denetim taleplerindeki artış sonucunda, 1951 yılında, American College of Surgeons, American Hospital Association ve American Medical Association birleşerek, Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAHO) isimli kuruluşu oluşturmuşlardır (JCI, 2003: 1). Akreditasyon uygulamaları kapsamında 1960'lı yıllarda, yaşam güvenliği ve tıbbi kadro standartları, 1970'li yıllarda tanı ve prosedürler ile ilgili standartlar, 1980'li yıllarda ise maliyet kontrolüne odaklı standartlar geliştirilmiş ve uygulanmıştır. JCAHO, 1987 yılında, sağlık hizmetinde kalitenin sürekli iyileştirilmesine odaklanan akreditasyon uygulama sürecini başlatmıştır.

JCAHO kalite değerlendirme yaklaşımı, hastaya odaklı ve performans bazlıdır. JCAHO kuruluşunun temel performans alanları; Hastanın tedavi ve bakım hizmetleri ile profesyonel yönetim fonksiyonlarıdır. ABD' de sağlık alanında başlayan bu hareket hastane akreditasyonu yapmak üzere kurulmuştur. JCI, dünya çapında sağlık hizmetlerinde standartlara dayalı değerlendirme için giderek büyüyen bir talebe yanıt olarak tasarlanmış yeni bir inisiyatiftir. JCAHO standartları, hasta bakımının sağlanmasıyla ilgili olan *hasta merkezli standartlar* ile sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli sunumunu sağlayan *sağlık kuruluşu standartları* olarak iki kısımdır (JCI, 2003). Bu programın hedefi, uluslararası konsensus standart ve göstergeleri uygulayarak sağlık hizmet kuruluşlarında sürekli, kalıcı bir iyileşmenin uyarılmasıdır. Akreditasyon hizmetleri yerel ihtiyaçlara uyarlanabilir uluslararası bir standartlar çerçevesinden oluşmaktadır (JCI, 2003: 1).

Amerika’da sağlık hizmetlerinde akreditasyonun yeri şu şekilde kısaca aktarılabilir. Hastaneler JCAHO’ya akredite olmak için başvururlar, gerekli standartları gerçekleştirdikten sonra bu kurum tarafından akredite edilir, belgelendirilirler. Hastaneler akredite olmadan da çalışabilir, hizmetlerini devam ettirebilir fakat birçok sigorta kurumu akredite olmamış hastaneden alınan sağlık hizmetinin karşılığını ödemez. Bu nedenle Amerikan vatandaşları akredite olmuş hastaneleri tercih ederler.

1998 yılında, uluslararası talepten dolayı JCAHO kendisini Amerika dışında temsil edecek, belgelendirme ve danışmanlık yapacak JCI’ı oluşturmuştur. JCI’da kar amaçlı olmayan ve temelde JCAHO’ya bağlı çalışan fakat onun uluslararası platformdaki temsilcisi olmuştur (JCI, 2008)

Hastanelerde akreditasyon, hizmet sunumu konusunda belirlenmiş standartlara uygunluğun, konularında uzman dış denetçiler tarafından değerlendirildiği bir sistemdir. Hastanelerde hizmet sunumunda kaliteyi geliştirmek amacıyla birçok ülkede akreditasyon sistemleri geliştirilmiştir. ABD, Avustralya, Kanada akreditasyon sistemini ilk geliştiren ve yaygın olarak kullanan ülkelerdir. Brezilya, İngiltere, Çek Cumhuriyeti, Güney Afrika Cumhuriyeti, Güney Kore, Pakistan ve daha birçok ülke akreditasyon sistemi kurmuş ya da kurma çalışmaları içerisindeyler. Ülkemizde de kalite çalışmaları kapsamında milli akreditasyon sisteminin kurulması ile ilgili bir çaba mevcut olmasına rağmen henüz bir hukuki alt yapı oluşturulamamıştır.

Akreditasyon uygulamasının yaygın olduğu ülkelerde bir hastane, akredite olabilmek için kendi durumunu değerlendirip hazırlık yaptıktan sonra Akreditasyon Kurulu’na başvuruda bulunur. Kurul tarafından hastanenin büyüklüğüne ve sunulan hizmetlere göre inceleme ekipleri kurularak hastanenin belirlenmiş olan standartlara uygunluk derecesi saptanır. Sonuçlar değerlendirilerek hastanenin akreditasyon statüsü belirlenmektedir (JCI, 2011).

Ülkemiz sağlık sistemi açısından değerlendirildiğinde ise; 23 Eylül 2004 tarihinde İstanbul’da JCI ve Sağlık Bakanlığı arasında Ulusal Sağlıkta Akreditasyon Programı çerçevesinde bir protokol imzalanmıştır. Ancak Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında son dönemde yapılan kalite ve performans geliştirme çabaları gereği konu bakanlık bünyesinde bir standartlar kitabı oluşturulması ve hastanelerin bu şekilde denetimlerinin yapılması sonucunu doğurmuştur. Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Rehberi, Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları Rehberi ve Ağız ve Diş Sağlığı Hizmet Kalite Standartları şeklinde rehber kitaplar oluşturulmuş ve bu çerçevede denetimler başlamıştır. Türkiye’de son yıllarda

\*\* ABD’deki yaklaşık 6.800 hastanenin %80’inin akreditasyonunu üstlenmiş olan Birleşik Komisyon, ABD dışındaki ülkelere de açılmış ve uluslararası akreditasyon için *Joint Comission International* (JCI) isimli alt kuruluşunu oluşturmuştur. Bu kuruluşun bir alt kolu olan *Joint Comission International Accreditation*, uluslararası standartların geliştirilmesi ve akreditasyon için çalışırken, bir diğer alt kolu olan *Joint Comission Worldwide Consulting* ise uluslararası düzeyde (*hükümetlere, hastanelere ve diğer sağlık kuruluşlarına*) eğitim/danışmanlık hizmeti vermektedir.

ise birçok özel hastane JCI tarafından akreditasyon belgelerini almaya hak kazanmış ve kalite ve akreditasyon açısından bir rekabet oluşmuş ve adeta bu bir yarış haline gelmiştir.

Bu tür bir akreditasyonun uygulanması ile hastanelerde önemli oranda hizmet kalitesinde iyileşmeler görülmekte ve paydaş beklentileri daha iyi bir şekilde karşılanmaktadır.

Nitekim; (1) hastane içi bölümler arası yatay ve yöneticilerle çalışanlar arasındaki dikey iletişimin önemli oranda artmış olup tıbbi kayıtların kalitesi yükselmiştir. Önceden kullanılmadan atılan tıbbi kayıtlar, değerlendirme için kullanılacağından çalışanlar düzgün kayıt tutmaya önem vermişlerdir. Bu da çalışanların niteliğini arttırmış, çalışanın doğru bilgilendirilmesi ve eğitimiyle daha etkin bir konum kazanması sağlanmıştır. (2) Çalışanların kuruluşa karşı olan tutumu değişmiştir. Önceden hastaneyi bir araç olarak gören çalışanlarda kuruma karşı bir sorumluluk oluşmuştur. (3) İnsan kaynakları kavramı, kalite yönetimi ve akreditasyon anlayışı aracılığıyla kurum felsefesi olmuştur. (4) Çalışanların mesleki konularda, kalite konusunda ve hastane yönetimi ve işletmeciliği konularında sürekli eğitimi gündeme gelmiştir. (5) Başvuru ve hazırlık sürecinin eğitici etkisi sonucunda hastaneler kendi kendilerini denetlemeye başlamışlardır. (6) Tıbbi disiplin konularında ilerleme kaydedilmiştir. Hastane, çalışanların performansını değerlendirmeye önem vermiş ve karşılaşılan sorunlar konusunda tedbirler alınmıştır. (7) Personel dosyası hazırlama prosedürüyle, kuruma alınan personelin eksiksiz evrak kaydı yapılmış, kişinin beyanı esas alınmayıp, diplomaları, yeterlilik belgeleri ve hatta hekimlerin yeterlilikleri araştırılmıştır ve arşivlenmiştir. (8) Performans değerlendirmeleriyle, çalışanlardan daha fazla verim alınmış ve tüm çalışanların birbirini değerlendirdiği bir sistem kurulmuştur (Özdil, 2010).

## **8. ULUSLARARASI BİRLEŞİK KOMİSYON (JCI) 2011 STANDARTLARININ ETİK İLKELER AÇISINDAN ANALİZİ**

JCI temelde 13 madde üzerinde çalışılmasını öngörmüş olup, (1) Hizmete Erişim ve Hizmetin Sürekliliği, (2) Hasta ve Yakınlarının Hakları, (3) Hastaların Değerlendirilmesi, (4) Hastaların Bakımı, (5) Hasta ve Yakınlarının Eğitimi, (6) Anestezi ve Cerrahi Bakım, (7) İlaç Yönetimi ve Kullanımı, (8) Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği, (9) Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi, (10) Yönetim, Liderlik ve Yönlendirme, (11) Tesis Yönetimi ve Güvenliği, (12) Çalışanların Niteliği ve Eğitimi ve (13) Bilgi ve İletişim Yönetimi, üzerine bina etmiştir (JCI, 2010).

Öte yandan temel konuların daha anlaşılır olmasını sağlamak amacıyla, tüm standartları gösteren *İşlevsel Bölümler Çizelgesi* aşağıdaki Tablo'da ayrıntılı bir şekilde sunulmuştur.

Tablo 2: JCI Akreditasyon Politikası İşlevsel Bölümler Çizelgesi

<b>1.KISIM: HASTA MERKEZLİ STANDARTLAR(PATIENT-CENTERED STANDARDS)*</b>					
<b>S.NO</b>	<b>STANDARDS</b>	<b>ORJİNAL KISALTMA</b>	<b>STANDARTLAR</b>	<b>TÜRKÇE KISALTMA</b>	<b>BÖLÜM ANA HEDEF VE STANDARTLARI</b>
1	International Patient Safety Goals	IPSG	Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri	UHGH	6
2	Access to Care and Continuity of Care	ACC	Hizmete Erişim ve Hizmetin Sürekliliği	HES	6
3	Patient and Family Rights	PFR	Hasta ve Yakınlarının Hakları	HAE	11
4	Assessment of Patients	AOP	Hastaların Değerlendirilmesi	HD	6
5	Care of Patients	COP	Hastaların Bakımı	HB	7
6	Anesthesia and Surgical Care	ASC	Anestezi ve Cerrahi Bakım	ACB	7
7	Medication Management and Use	MMU	İlaç Yönetimi ve Kullanımı	İYK	7
8	Patient and Family Education	PFE	Hasta ve Yakınlarının Eğitimi	HAE	6
<b>2 KISIM: SAĞLIK KURULUŞU YÖNETİM STANDARTLARI(HEALTH CARE ORGANİZATİON MANAGEMENT STANDARDS)*</b>					
1	Quality Improvement and Patient Safety	QPS	Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği	KHG	11
2	Prevention and Control of Infections	PCI	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	EKÖ	11
3	Governance, Leadership and Direction	GLD	Yönetim, Liderlik ve Yönlendirme	YLY	11
4	Facility Management and Safety	FMS	Tesis Yönetimi ve Güvenliği	TYG	11
5	Staff Qualifications and Education	SQE	Çalışanların Niteliği ve Eğitimi	ÇNE	17
6	Management of Communication and Information	MCI	Bilgi ve İletişim Yönetimi	İBY	21
*Açıklama: Hasta Merkezli Standartlar İncelendiğinde 8 Adet Ana Hedef Ve 62 Adet Ana Standart Olduğu; Sağlık Kuruluşu Yönetim Standartları İncelendiğinde İse, 6 Adet Ana Hedef Ve 82 Adet Ana Standartın Mevcut Olduğu Görülmektedir. Genel Bir Değerlendirme Yapıldığında İse, Toplam 14 Ana Hedef Ve 144 Ana Standart Mevcuttur.					

Yukarıdaki Tablo incelendiğinde, JCI 2011 versiyonunda hasta merkezli standartlarda 8 ana hedef ve 62 adet ana standart; sağlık kuruluşu yönetim standartlarında ise 6 adet ana hedef ve 82 adet ana standart bulunduğu görülmektedir. Toplam olarak standartlar incelendiğinde ise, 14 ana hedef ve 144 ana standardın mevcut olduğu gözlenmiştir.

JCI standartlarının hastanelerde oluşabilecek etik sorunlar açısından değerlendirilebilmesini yapabilmek ve bu sayede ortaya çıkabilecek etik sorunların önlemlerinin alınabilmesi açısından kriterlerin ne derece önemli olduğu konusunda bir farkındalık oluşturabilmek amacıyla ise aşağıda yer alan Tablo oluşturulmuştur (Tablo 3). Bu Tablo'da JCI standartları ile etik ilkeler karşılaştırılmış ve aralarında ana hedefler ve ana standartlar açısından ilişki olduğu düşünülen maddeler (+) şeklinde işaretlenmiştir. Bu çalışma esnasında kalite koordinatörleri, kalite eğitimi eğitmenleri ile standart değerlendirmesi yapılmış; deontoloji ve etik alanında uzman kişilerden de etik sorunlar konusunda destek alınmıştır.

Tablo 3'ün oluşturulmasından ve ana başlıklar açısından yüzeysel bir analiz yapılmasından sonraki aşamada ise ilişki düzeyinin en yüksek olduğu belirlenen *Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği* ana standardının, hastanelerde en sık şekilde görüldüğü ve önem derecesi en yüksek olan etik ilkeler açısından ana standartlar ve alt başlıklar bağlamında daha kapsamlı şekilde değerlendirilmesi yapılmıştır.

Kapsamlı inceleme aşamasında JCI 2011 versiyonu tüm ana ve alt başlıklar açısından incelenerek, hangi hasta güvenliği hedefinin hangi etik ilke açısından önemli olduğu vurgulanmaya çalışılmıştır.

Tablo 3: JCI (Uluslararası Birleşik Komisyon) 2011 Standartlarının Etik İlkeler Açısından Analizi

ETİK İLKELER*	HASTA MERKEZLİ STANDARTLAR**							SAĞLIK KURULUŞU YÖNETİM STANDARTLARI**					
	Hizmete erişim ve hizmetin sürekliliği	Hasta ve yakınlarının hakları	Hastaların değerlendirilmesi	Hastaların bakımı	Anestezi ve cerrahi bakım	İlaç yönetimi ve kullanımı	Hasta ve yakınlarının eğitimi	Kalite iyileştirme ve hasta güvenliği	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü	Yönetim, liderlik ve yönlendirme	Tesis yönetimi ve güvenliği	Çalışanların niteliği ve	Bilgi ve iletişim yönetimi
Şahsi zorunluluk/ihtiyaçlar ile tıbbi zorunluluk/ihtiyaçların çatışması								+				+	
Kaynakların/ımkânların kullanım önceliği ya da gereksiz (aşırı) kullanımı						+		+					
Yararsız bir tedavinin devam ettirilmesi		+	+	+				+					
Hastanın aydınlatılmış onamının alınmaması		+						+					
Hastaya gerçeğin söylenmemesi		+						+					
Hasta kişiliğine ve mahremiyetine saygı gösterilmemesi		+						+				+	
Hastanın durumu ve kişiye özel diğer tüm bilgilerin sır olarak saklanmaması		+						+				+	+
Tedavi önceliğinde tıbbi gerekliliklere riayet edilmemesi	+	+	+	+	+	+		+				+	
Sağlık çalışanlarının tedavi sorumluluğunu aksatması				+				+	+	+		+	
Zayıfların/güçsüzlerin sağlık hizmetleri ile ilgili haklarının korunmaması		+	+					+		+		+	
Organ bağışı ile ilgili etik konular		+					+	+		+		+	
Sağlık çalışanları-hasta iletişimi ile ilgili aksaklıklar			+			+		+					+
Malzeme / ilaç alımlarında yasalara ve etik kurallara uygun davranılmaması						+		+		+			
Amirlerin ya da tanıdıkların hastayla ilgili özel istekleri		+						+		+		+	

Tablo 3'ün Devamı ETİK İLKELER	HASTA MERKEZLİ STANDARTLAR**							SAĞLIK KURULUŞU YÖNETİM STANDARTLARI**					
Hastanelerde Oluşabilecek Etik Sorunlar*	Hizmete erişim ve hizmetin sürekliliği	Hasta ve yakınlarının hakları	Hastaların değerlendirilmesi	Hastaların bakımı	Anestezi ve cerrahi bakım	İlaç yönetimi ve kullanımı	Hasta ve yakınlarının eğitimi	Kalite iyileştirme ve hasta güvenliği	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü	Yönetim, liderlik ve yönlendirme	Tesis yönetimi ve güvenliği	Çalışanların niteliği ve	Bilgi ve iletişim yönetimi
Ürün tanıtıcıların kendi ürünleriyle ilgili özel istekleri		+						+		+		+	
Hastayı görmeden ilaç yazılması yönündeki istekler		+	+			+		+		+		+	
Tıbbi olmayan nedenlerle rapor/istirahat isteği			+				+	+				+	
Bir alt sağlık basamağında sonlandırılabilir işlemlerin (teşhis/tedavi/rapor vb.) yapılmayarak sevk edilmesi	+	+	+					+		+			
Meslektaşların yanlış/gereksiz tıbbi işlem uygulaması		+	+		+			+				+	
Bürokrasi/Mevzuattan kaynaklanan nedenlerle hastaların mağdur olması	+							+		+			
Öncelikle bireye zarar vermeyecek şekilde davranılmaması		+	+					+	+			+	
Hasta değerlerine saygı gösterecek şekilde davranılmaması		+	+	+				+		+		+	
Eşitlik ilkesine uygun hareket edecek şekilde davranılmaması		+	+					+		+		+	
Kısıtlı sağlık kaynaklarını koruyacak şekilde davranılmaması						+		+		+		+	

\* “Hastanelerde Oluşabilecek Etik Sorunlar” başlığı altında belirlenen konular (Orhan, 2007) tarafından yapılan yüksek lisans tezi kapsamında belirlenen ve ele alınan etik sorunlardır.

\*\* “Hasta Merkezli Standartlar” ile “Sağlık Kuruluşu Yönetim Standartları” başlığı altında sunulan veriler (JCI, 2010) tarafından yayınlanan ve JCI tarafından 2011 yılında uygulamaya konulacak olan son standartlar kitabında belirtilen hususlardır.

+ Hastanelerde oluşması muhtemel etik sorunların hangi JCI standartları ile ilişkili olduğunun belirlenmesi amacıyla konulmuştur.

Tablo 3 incelendiğinde; JCI standartlarının ana hedefleri açısından bir değerlendirme yapıldığında, hasta değerlerine saygılı şekilde davranılması, tedavi önceliğinde tıbbi gerekliliklere riayet edilmemesi, yararsız bir tedavinin devam ettirilmesi, sağlık çalışanları-hasta iletişimi ile ilgili aksaklıklar, meslektaşların yanlış/gereksiz tıbbi işlem uygulaması ve eşitlik ilkesine uygun şekilde davranılmaması gibi etik sorunların çözümü konusunda JCI kriterlerinden 5-8 ana hedef ve standardın bu hususları kapsadığı değerlendirilmiştir. *JCI Hasta Merkezli Standartlar açısından değerlendirildiğinde*, hasta ve yakınlarının hakları, hastaların değerlendirilmesi ve ilaç yönetimi ve kullanımı gibi ana standartların hastanelerde yaşanabilecek etik sorunlarla daha fazla ilişkili olduğu düşünülmektedir. *JCI Sağlık Kuruluşu Yönetim Standartları açısından* bir değerlendirme yapıldığında, kalite iyileştirme ve hasta güvenliği, çalışanların niteliği/egitimi ve yönetim, liderlik ve yönlendirme gibi ana standartların hastanelerde yaşanabilecek etik sorunlarla daha fazla ilişkili olduğu değerlendirilmiştir. Bu konuda yapılabilecek çalışmalara ışık tutabileceği değerlendirilerek bazı önemli ana başlıklarda JCI 2011 kriterlerinin bazı bölümleri ile birebir örtüşen maddeleri analiz edilerek, bir fikir vermek amacıyla Tablo 4’te sunulmuştur.

Tablo 4: Temel Etik İlkeler Açısından JCI 2011 Kriterlerinin Bazı Ana Hedefler Açısından Analizi

Etik İlkeler	JCI 2011 Versiyonu Ana Hedefler			
	UHGH/IPSG*	HES/ACC**	HAE/PFR***	KHG/QPS****
Hastaya Zarar Vermeme	IPSG-3 IPSG-4 IPSG-5 IPSG-6	ACC-5 ACC-3.3	PFR-1 PFR-1.4 PFR-1.5 PFR-2 PFR-4 PFR-8	QPS-1 QPS-1.1 QPS-3 QPS-3.1 QPS-9 QPS-11
Mahremiyet			PFR-1 PFR-1.2 PFR-1.3 PFR-1.6 PFR-4 PFR-7 PFR-7.1 PFR-8	QPS-1 QPS-9
Özerklik		ACC-1 ACC-1.3 ACC-3 ACC-3.4	PFR-1 PFR-1.1 PFR-1.1.1 PFR-1.2 PFR-1.6 PFR-2 PFR-2.2 PFR-2.3 PFR-2.4 PFR-2.5 PFR-4 PFR-5 PFR-7 PFR-7.1 PFR-8 PFR-10 PFR-11	QPS-1 QPS-9
Yararlılık	IPSG-3 IPSG-5	ACC-1.1.1 ACC-1.1.2 ACC-2 ACC-3 ACC-3.1 ACC-3.3 ACC-3.5 ACC-4.1 ACC-5	PFR-1 PFR-2 PFR-4 PFR-8	QPS-1 QPS-3 QPS-3.3 QPS-4.1 QPS-9 QPS-10



Etik İlkeler	JCI 2011 Versiyonu Ana Hedefler			
	UHGH/IPSG*	HES/ACC**	HAE/PFR***	KHG/QPS****
Adalet		ACC-1 ACC-1.1 ACC-1.1.1 ACC-1.3 ACC-3.1 ACC-4 ACC-4.1	PFR-1 PFR-1.1 PFR-1.1.1 PFR-2 PFR-4 ACC-1.1.1 ACC-1.1.2	QPS-1 QPS-9
(Tablo 4'ün Devamı) İletişim	IPSG-1 IPSG-2 IPSG-3	ACC-1.2 ACC-2 ACC-3 ACC-3.1 ACC-3.4 ACC-4.1	PFR-2 PFR-2.1 PFR-3 PFR-5 PFR-6 PFR-6.1 PFR-6.2 PFR-6.3 PFR-6.4 PFR-6.4.1 PFR-7 PFR-7.1 PFR-8 PFR-10 PFR-11	QPS-1 QPS-1.4 QPS-1.5 QPS-2 QPS-2.1 QPS-9
Aydınlatılmış Onam	IPSG-3	ACC-1 ACC-1.2 ACC-3 ACC-3.4	PFR-2 PFR-2.2 PFR-2 PFR-2.1 PFR-2.1.1 PFR-2.2 PFR-2.3 PFR-2.4 PFR-2.5 PFR-3 PFR-5 PFR-6 PFR-6.1 PFR-6.2 PFR-6.3 PFR-6.4 PFR-6.4.1 PFR-7 PFR-7.1 PFR-8 PFR-9 PFR-10 PFR-11	QPS-1 QPS-1.4 QPS-1.5 QPS-2 QPS-2.1 QPS-9

\*UHGH/ IPSG:Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri

\*\*HES/ ACC:Hizmete Erişim ve Hizmetin Sürekliliği

\*\*\*HAE/PFR: Hasta ve Yakınlarının Hakları

\*\*\*\* KHG/QPS: Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği

Tablo 4'te, hastaya zarar vermeme, mahremiyet, özerklik, yararlılık, adalet, iletişim ve aydınlatılmış onam alma gibi 7 adet etik faktör ile JCI 2011 versiyonu ana hedeflerinden uluslararası hasta güvenliği hedefleri, hizmete erişim ve hizmetin sürekliliği, hasta ve yakınlarının hakları ve kalite iyileştirme ve hasta güvenliği gibi 4 adet ana standart karşılaştırılarak incelenmiştir. Bu bağlamda yapılan inceleme neticesinde, hastaya zarar vermeme, yararlılık, iletişim ve aydınlatılmış onam etik ilkelerinin, JCI standartlarının tamamında mevcut olduğu ve incelendiği görülmektedir. Hasta ve yakınlarının hakları ile ilgili olan JCI ana hedefi ve ana standartları incelendiğinde, 7 adet etik ilkenin tamamı ile ilgili alt başlıklarda mevcut olduğu ve incelendiği görülmektedir. *JCI Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları'nın* tamamı incelendiğinde, kaliteli sağlık hizmeti sunmak isteyen her bir sağlık işletmesinin etik sorunları tespit edememesi, önem derecelerini belirleyememesi ve çözüm önerilerini

faaliyete geçirememesi halinde, uluslararası standartları yakalamasının mümkün olmadığı görülecektir.

## 9. SONUÇ VE ÖNERİLER

Küreselleşme, makro, mezo ve mikro düzeyde rekabetçiliği de beraberinde getirmiştir. Bu bağlamda gerek sektörler gerekse firmalar rekabetçiliğin bir gereği olarak ortaya çıkarılan ve etkin şekilde uygulanan çeşitli enstrümanlara müracaat etmektedir. Kalite ve buna bağlı standardizasyon- akreditasyon çalışmaları ve uygulamaları ise yine bu gelişmeler ışığında geliştirilen birer rekabetçilik yansımalarıdır. Rekabetçilik hizmet sektörlerinde, yani doğrudan insan emeğine ve hizmetine bağlı olan endüstrilerde daha da belirgin ve her gün hızla gelişen bir ivme kazanmıştır. Sağlık sektörü ise bu endüstrilerin en başında gelmekte olup, aynı zamanda, çok hızlı gelişen hizmet dallarından birini teşkil etmektedir. Bu bağlamda çağımızın bilgi, teknoloji ve hayal çağında, yetmiş insan gücünü sinerjik, inovatif ve proaktif şekilde kullanamayan sağlık işletmelerinin uzun süre ayakta kalamayacakları gerçeğini unutmamak gerekir. Nitekim tespit edilemeyen ve önlemeyen her bir etik sorun, hizmet alanları olduğu kadar, hizmet sunucularını da olumsuz yönde etkileyecek, bu durum da, hastane kalite standartlarını ve kurum performansını düşürecektir. Günümüzde tüm sağlık hizmetleri kuruluşları, hastalara güvenli ve yüksek kaliteli bakım sağlamak için çalışmaktadır. Kaliteli sağlık bakım ve tedavisi isteyen, çağın getirdiği paradigma kaymalarında uyum sorunu yaşamayan ve rekabet stratejileri açısından değişime ve yeniliğe açık olan her bir sağlık işletmesi, her seviyede oluşabilecek muhtemel etik ve ahlaki sorunları tespit edebilmeli, önlem almalı ve bu sorun alanlarının yok edilebilmesi için gerekli kurum kültürünün oluşmasına zemin hazırlamalıdır. Sağlık çalışanları genellikle yoğun çalışma ortamlarında görev yapmakta ve bazen çok zor durumdaki hastalar için bile karar vermek için yeterli zamana sahip olamamaktadırlar. Bazı durumlarda, çok kısa süre içinde dönüşü ve denenmesi mümkün olmayan hayati kararlar vermek zorunda kalınmakta ve bu kararları verirken hastanın ailesinden, etik komitelerden, hukuki düzenlemelerden veya psikiyatristlerden konsültasyon almak mümkün olmamaktadır. Stres, kargaşa ve kötü iletişimin olduğu ortamlar, doğru karar verme süreçlerini güçleştirmekte ve çeşitli sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Çalışma şartları ve yüksek gerilimli ortamların yanında, kişiye ve duruma özgü birçok farklı etik sorunlarla da karşılaşmaktadır (Orhan, 2007).

Tıbbi uygulamaların karmaşıklaşması, teknolojinin gelişmesi ve tıbbi bilgilerin ileri derecede artması, sağlık çalışanlarının hastalara faydalı olacak, onlara zarar vermeyecek, hasta özerkliğini zedelemeyecek uygulamaları ortaya koymaları için daha büyük bir özeni zorunlu kılmaktadır. Bu özenin ise ancak, sistematik ve belli bir metodolojisi olan etik eğitim ile sağlık personeline kazandırılabilmesi inkâr edilemez bir gerçektir. Bu nedenle; sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar, fiziksel yapı ve ileri teknolojik öğelere gösterdikleri özen kadar, sağlık personelinin etik eğitimlerine de özen göstermek zorundadırlar. Aksi halde, en ileri teknoloji ve çok bilgili personel ile donatılmış hastanelerde, hastaların beklenti ve memnuniyetlerinin karşılanmaması söz konusu olacaktır. *Etik problemlerin* tanımlanmasının güçlüğü, bunların evrensel ve

objektif kriterlerle ortaya konulamaması birçok etik sorunun bilinmemesi ve fark edilmemesinin temel nedenidir. Bu nedenle birçok tıbbi kuruluş çalışanlarının etik davranışlarını geliştirmek ve belirli metotlar ortaya koymak için kendi etik kodlarını belirleyerek etik rehberlerini hazırlamışlardır. Bu kapsamdaki etik eğitimi; etik davranışları tartışmak ve geliştirmenin en önemli yolu olarak görülmektedir.

Sağlık çalışanlarının hata payının sıfır olması zorunlu olan bir çalışma ortamında, çoğu zaman mesai mefhumu gözetmeksizin, çok ağır şartlar altında, hasta, hassas ve beklentileri çok yüksek olan bir kitle ile muhatap oldukları bir çalışma ortamında etik sorunlarla sürekli olarak karşılaşabilecekleri gerçeği de unutulmamalıdır. Günümüzde sağlık hizmeti veren kurumlar, tıbbi teknoloji ve fiziksel imkânlar için sarf ettikleri gayret ve ekonomik kaynaklara ilave olarak sağlık personelinin, etik davranışlar, hasta-sağlık personeli iletişimi, hasta hakları, etik kurulların kurulması ve işlerlik kazandırılması yönünde yapacakları düzenlemelerle, hizmetten yararlanan personel ve ailelerinin memnuniyetlerine büyük katkı sağlayabileceklerdir. Eğitim boyutunun dışında, çalışanların maddi ve manevi olarak daha uygun çalışma koşullarına kavuşması ve olumlu şekilde motive edilebilmeleri halinde etik sorunlarla başa çıkabilmelerinin daha kolay olacağı gerçeği de unutulmamalıdır.

Tüm bu elde edilen veriler ışığında, etik ilkeler konusunda yapılacak her türlü eğitim, çalışma ve gayretin kurumun kalite alt yapısının kurulması ve güçlenmesi açısından ne derece önemli olduğu görülmektedir. Etik ilkelerin varlığı ve kuruma mal olması, tüm çalışanlar açısından etik farkındalığının oluşması ve son olarak da bu etik iklimin kurum kültürü halini almasıyla, kalite, akreditasyon ve hasta güvenliği gibi hususlarda da olumlu bir yola girilmiş olacaktır. Etik farkındalıklar, kalite gelişiminin de vazgeçilmez bir parçasıdır. Özellikle de hasta güvenliği konusunda yapılan tüm çalışmaların temelinde etik ilkelerin bulunduğu gerçeği unutulmamalıdır.

*Kurumda etik iklimin sağlanması ve geliştirilmesi yoluyla aslında her kurum belki de en az maliyetle en uygun fayda ve verimlilik kazanabilme yolunda büyük bir adım atmış olacak ve bu sayede kurumun kalitesi de buna paralel olarak gelişecektir. Ancak her kurum kendi içinde yapacağı değerlendirmelerin ışığında örgüt yapısına, çalışanların ve diğer kaynaklarının özelliklerine, yönetim biçimine, içinde bulunduğu çevreye göre kendisine en uygun olan bir kalite gelişim yöntemi veya yöntemlerinin bileşimini seçip uygulamalıdır. Sağlık hizmetlerinde maliyet/etkililik prensiplerine dayalı finansal düzenlemeleri, hizmet kalitesi standartlarının denetlenmesini ve kişilerin/kurumların kendilerine sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinde yönlendirici olmalarını sağlamayan sistemler, kalite iyileştirme çalışmalarının yaygınlaşmasında da etkili olamamaktadır. Sağlık sektörünün her kademesinde hizmet üreten ve ne kadar özveri içinde çalıştıkları gayet iyi bilinen sağlık çalışanlarının da, mesleki geleceğini doğrudan etkileyecek modern sağlık sistemlerini tanımaları ve şimdiden, geleneksel sistem içinde edindikleri alışkanlıkları gözden geçirmeleri, ülkemiz sağlık hizmetlerinin geleceği açısından önem taşımaktadır. Özetle, kalite ve akreditasyon çalışmaları bir bütün içinde anlam kazanır. Bu bütün sağlık sistemi ise, bu sistemde başarı da bütünün parçalarının birbirleriyle uyumuyla mümkündür. Bu bağlamda etik ilkelere uygun yapılan tüm kalite çalışmaları ve uygulamaları, bir yaşam felsefesi olarak görüldüğü ve*

yönetim aracı olarak uygulandığı sürece hastalara, çalışanlara ve kuruma çok şeyler katacaktır.

#### KAYNAKÇA

1. AKALIN, H, Sağlık Hizmetlerinde Kalite mi? Sürekli Kalite İyileştirme Kavramı mı?, *Hastane Tıp Teknolojisi Dergisi*, (4), 3, 2000, ss: 2-33.
2. AKGÜN, S, Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme, Başkent Üniversitesi örneği, *Standart Ekonomik ve Teknik Dergi*, 44, 2005, ss: 527.
3. AKYURT, N, *Hastanelerde Akreditasyon Standartları*, 1.Basım, 2008, İstanbul.
4. AYDIN, E, *Tıp Etiğine Giriş*, 1. Baskı, Ankara: Pegem A Yayıncılık 2001.
5. ÇOBANOĞLU, N, *Tıp Alanında Bilimsel Tıp ve Yayın Etiği*, Tıbbi Hukuk, Tıbbi Etik ve Tıp Felsefesi Sempozyumu, 2006, Çorlu.
6. DALLI, M, Türkiye’de Hasta Hekim İlişkilerinde Etik Sorunları, *Dokuz Eylül Üniv. Sos.Bil.Enstitüsü Doktora Tezi*, 2000, İzmir.
7. HATCHER, T, Environmental Ethics as an Alternative for Evaluation Theory in for Profit Business Context”, *Evaluation And Program Planning*, (27), 2004, ss: 357-363.
8. <http://tr.jointcommissioninternational.org/entr/Accreditation-Update-2011-JCI-Hospital-Standards-Coming-in-July-2010/>. (Erişim: 22.01.2013).
9. İZMEN, B, Teknoloji ve Hasta Güvenliği, *Sağlık Hizmetlerinde, Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi*, (3), 2009, ss: 54-56.
10. JCI. *Uluslararası Birleşik Komisyon Hastaneler için Akreditasyon Standartları*, Second Edition, 2003a, USA.
11. JCI. *Uluslararası Birleşik Komisyon Hastaneler için Akreditasyon Standartları*, Third Edition, 2007b, USA.
12. JCI. *Uluslararası Birleşik Komisyon Hastaneler için Akreditasyon Standartları*, 4th Edition, 2010, USA.
13. KELEŞ, R. ve Ertan, B, *Çevre Hukukuna Giriş*, Ankara: İmge Yayınları, 2002.
14. OĞUZ, Y, *Felsefi Yaklaşımların Işığında Klinik Etiğe Giriş*, *Klinik Etik*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2001.
15. Orhan, F, Sağlık Hizmetlerinde Etik Boyut:Hastanelerde Çalışan Personelin Etiksel Sorunlara Yaklaşımlarının Belirlenmesine Yönelik Alan Çalışması, *G.Ü.Sos.Bil.Enst. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, 2007, Ankara.
16. ORHAN, F, Hasta Güvenliği Kriterleri Bağlamında Oluşan Etik İklimin Kurumsal Kültüre Etkisi, *Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi*, 4, 2009, ss. 36-39.

17. ÖZDİL, N, JCI Akreditasyonu Olan Özel Hastanelerde Personel Temini ve Uygulaması, *M.Ü. Uluslararası Kalite Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, 2010, İstanbul.
18. PENCE, E., G, *Medical Ethics*, USA: McGraw-Hill Companies, 2004.
19. ŞAHİN, T, Özel Hastanelerde Karşılaşılan Etik Problemlerin İrdelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması, *G.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, 2005, Ankara.
20. THIROUX, J, P, *Ethics, Theory and practice*, 2nd edn. California: Glencoe Publishing, 1980, Encino.
21. TÜRE, E, *Süreç Yönetimine Giriş*, TÜSSİDE Eğitimci Notları, TÜSSİDE, 2004.
22. UĞURLUOĞLU, Ö. ve Çelik, Y, Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi Ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 2005, ss: 4-26.
23. Dünya Sağlık Örgütü (2000). <http://www.who.int/whr/2000/en/>. (22.01.2013).