

Türkiye’de Multi-Disipliner Hasta Bakım Uygulamalarında Karşılaşılan Güçlükler Üzerine Bir Analiz

İletişim / Correspondence:

Prof. Dr./ Professor
Uludağ Üniversitesi, Bursa
btak@uludag.edu.tr

Geliş Tarihi: 08.06.2020

Kabul Tarihi: 19.06.2020

Received Date: 08.06.2020

Accepted Date: 19.06.2020

Anahtar Kelimeler:

Multi-disipliner hasta bakımı; ekip bazlı hasta bakımı; birleştirilmiş bakım planı; konsültasyon süreçleri; multi-disipliner konseyler.

Keywords:

Multidisciplinary patient care; team-delivering care; referral systems; multidepartmental patient round/ coloborative discussions, combined care planning forms.

Bilçin Tak Meydan

Özet

Çalışma, ülkemizde *multi-disipliner bakım sisteminin ve multi-disipliner hasta bakım ekibi* modelinin uygulanmasında güçlükler yaşandığı tespitinden hareketle tasarlanmıştır. Ülkemizde sağlık alanına yerleşik kültürün multi-disipliner bakımın hastanelerin günlük işleyişine yerleşmesini zorlaştırdığı düşünülmektedir. Gözlemlenen problemin nedenleri yazarın saha gözlem ve deneyimleri ile desteklenerek hekimler, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri bağlamında tartışılmıştır. Çalışma kapsamında hastanelerde etkin bir multi-disipliner bakım sistemi kurulmasını mümkün kılacak yapı ve işleyiş önerileri getirilmiştir.

An Analysis of Multidisciplinary Patient Care Pitfalls in Turkey

Bilçin Tak Meydan

Abstract

This study was designed based on author’s observations and experiences about multidisciplinary patient care processes building efforts in hospitals. Those observations and facts about multidisciplinary patient care were analyzed and discussed in terms of physicians, nurses and other health professionals. It is argued that cultural barriers embedded in Turkish health-care system may cause an ineffective multidisciplinary patient care in our hospitals. Suggestions for enabling hospitals’ managers to build an effective multidisciplinary patient care system were discussed.

1. Giriş

Ülkemizde *'hastanelerde multi-disipliner hasta bakımı neden işlevsel değil, neden hastanelerin rutin çalışma sistemine bir türlü yerleştirilemiyor'* meselesi en sık tartışılan konulardan biridir. Bu çalışmada, multi-disipliner hasta bakım modeli batı sağlık sistemlerinin kültürel değerler ve normlar üzerine inşa edildiği için ülkemizde uygulamaya geçirilmesinde sorunlar yaşandığı düşünülmektedir. Multi-disipliner hasta bakım sisteminin batı orijinli sağlık hizmeti kalite/akreditasyon standartlarına uyum sürecini tecrübe eden hastanelerde, neredeyse *'akreditasyon gereklerini karşılamakta en çok zorlanılan'* kısım olduğuna dair gözlemler bu argümanı desteklemektedir.

Bu kapsamda çalışmada önce (a) multi-disipliner bakım sisteminin gereklerini karşılayacak düzenlemelerin yapılması sürecinde sahada gözlenen itiraz, direniş ve aksaklıklar; (b) bunlarla başa çıkmak için geliştirilen¹ ara çözümler ve (c) söz konusu ara çözüm süreçlerinin hasta bakımı ve hasta güvenliği açısından yarattığı riskler değerlendirilmiştir. Daha sonra ise hastanelerde etkin bir multi-disipliner hasta bakım sistemi kurulabilmesi için gerekli yapı ve işleyiş sistemi önerileri tartışılmıştır.

2. Multi-disipliner Bakım ve Hasta Bakımında Ekip Odaklı Yaklaşım

Sağlık bakım hizmetinin farklı mesleklere/uzmanlık alanlarına mensup sağlık çalışanlarından oluşan hasta bakım ekipleri yoluyla sunulması, ideal bir sistem olarak kabul görmektedir. Böylece hem farklı mesleki yetkinlik ve uzmanlıktan yararlanılarak tanı-tedavi süreçlerinin etkin şekilde yönetilebileceği ve hem de hasta gü-

venliğinin² riske edilmeyeceği varsayılmaktadır. Şüphesiz hasta bakım ekibinde görev alacak meslek mensubu/uzmanlık alan yelpazesi de vakanın niteliğine³ ve tanı-tedavi planının aşamasına⁴ bağlı olarak genişleyebilecek ve daralabilecektir.

Multi-disipliner hasta bakımı⁵ kavramsallaştırmasının, batı kültüründe mesleklerin yapılanma ve icra edilme biçimine dayandığı açıktır. Bu kapsamda ideal olarak hasta bakım ekibi üyelerinin, mesleki uzmanlık ve otonomiye karşılıklı saygı göstererek *eşit profesyoneller* olarak görev yapmaları beklenmektedir. Çünkü bu yapıda her bir meslek mensubunun kendi mesleğinin sağladığı uzmanlık ve otonomi içerisinde tanı-tedavi süreçlerinde hasta değerlendirme, tedavi-bakım planlama, uygulama ve izleme faaliyetlerinde bulunacağı varsayılmaktadır. Dolayısıyla hasta bakım ekibi içerisinde bir liderlik/koordinatörlük rolüne ihtiyaç duyulmasına rağmen ekip üyeleri arasında bir hiyerarşinin olmayacağı kabulü mevcuttur. Sonuç olarak multi-disipliner hasta bakım sisteminin hekim merkezli, diğer meslek mensuplarının hekimin emir-komutası altında, bir tür *hekime yardımcı* roller üstlendiği bir çalışma düzeninin tam karşısı olduğu söylenebilir.

Diğer taraftan incelenen hasta bakım ekibi kavramının doğası gereği multi-disipliner yani birden fazla disiplinin yer aldığı bir yapılanma olduğu açıktır. Ancak *'birden fazla disiplin'* kavramı sadece tıbbın farklı uzmanlık dallarını içermemektedir. Çoğu hekim, meslektaşlar arasında gerçekleştirilen konsültasyonlar ve konseyler aracılığıyla multi-disipliner bakımın zaten sağlandığı görüşünü savunmaktadır. Oysa burada sözü edilen *çoklu disiplin* hekimlerin yanı sıra hemşire, psikolog, eczacı, diyetisyen ve fizyoterapist gibi meslek men-

¹ Multidisipliner hasta bakım süreçlerini zorunlu kılan kalite/akreditasyon standart gereklerine uyum sağlamak amacıyla pek çok hastanede ara çözümler/süreçler tasarlandığı gözlenmektedir. *Kooptasyon* kavramının multi-disipliner bakım sisteminin çoğu hastanede *'yapılıyor-muş gibi'* görüntü vermek üzere tasarlanıyor olması durumunu çok iyi bir biçimde ifade ettiği düşünülmektedir. Sosyoloji literatüründe kooptasyon (co-optation/cooptation) kavramı 1940'lı yıllardan itibaren kullanılmaktadır. Burada kullanıldığı anlamı ile kooptasyon, kuruluş içi güç dengeleri dikkate alınarak izlenen manupülasyon stratejilerinden biridir (Pfeffer 1981; Oliver, 1991). Bu çerçevede hastanelerde hekimler başta olmak üzere meslek gruplarının aralarındaki güç dengeleri dikkate alınarak hasta değerlendirme ve bakım süreçlerinin *temel işleyişine implant edilmeden işler gibi görünen* (esnek eşleşmiş) multi-disipliner hasta bakım sistemleri tasarlanıyor olması, kuramsal derinliğe sahip bir meseledir. Bu nedenle de Yönetim ve Organizasyon Teorisi ışığında (Meyer ve Rowan, 1977; Scott, 1995; Pache ve Santos, 2013; Montgomery ve Jones, 1996) detaylı şekilde analiz edilmesi mümkündür.

² Bilindiği üzere bakım ekibi arasında etkin bir iletişimin sağlanması, uluslararası hasta güvenliği hedeflerinden biridir. Ampirik bulgular da hasta bakım ekibi arasındaki iletişim yetersizliğinin hasta güvenliğini riske eden en önemli nedenlerden biri olduğunu göstermektedir.

³ Bilindiği üzere bazı hastalar için hasta bakım ekibinin hekim ve hemşireden oluşması yeterli olabilirken, klinik disiplinin doğası, hastaya konan tanı ve tedavi planına göre hekim ve hemşirenin yanı sıra diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, işitme terapisti, iş- uğraş (occupational) terapisti gibi meslek mensuplarının bakım ekibinde görev alması gerekmektedir.

⁴ Örneğin cerrahi tedavi gören bazı hastaların fizik tedavi veya beslenme tedavisi alma ihtiyacının postoperatif dönemde ortaya çıkması gibi.

⁵ İngilizce literatürde multidisciplinary care, team-delivering care ve collaborative care gibi kavramlar kullanılmaktadır. Bu çalışmada multi-disipliner bakım ve multi-disipliner bakım ekibi ifadeleri tercih edilmiştir.

suplarının tanı-tedavi süreçlerinde karar alıcı, uygulayıcı ve tedavi planının sonuçlarını izleme rolü ile görev yapmalarını ifade etmektedir.

3. Hastanelerde Multi-Disipliner Bakım Sistemine İlişkin Olarak Gözlemlenen Aksaklıklar

Multi-disipliner bakım sistemlerinin uygulanmasında yaşanan aksaklık ve güçlükler, saha gözlemlerine⁶ dayalı olarak (1) hekimler (2) hemşireler ve (3) diğer sağlık profesyonelleri açısından aşağıda tartışılmıştır.

3.1. Hekimler ve Multi-disipliner Bakım Sistemi

Aşağıda saha gözlemleri ile detaylandırılacağı üzere multi-disipliner bakım sistemlerinin hastanelerde günlük işleyişin doğal bir uzantısı olarak yerleşmesinin ve multi-disipliner hasta bakım ekiplerinin etkin bir şekilde çalışmasının önündeki en önemli engel, hekimlerin sisteme karşı tutum ve davranışlarından kaynaklanmaktadır. Bu argümanın 'sisteme dair aksaklıkların kişilerin hatası' olarak izah edildiği biçiminde algılanması yanlış olacaktır. Aksine sağlık hizmetlerinde aksaklıkların *sistem yerine insana mal edilmesine* kalite ve hasta güvenliği bakış açısıyla şiddetle karşı durulması gerekir. Burada sözü edilen A, B gibi bireysel aktörler değildir. Me-seleyi hastanelerin yapılanma biçimini inceleyen yönetim ve örgütlenme teorileri ve tıp mesleğine dair sosyolojik analizlere dayandırarak aşağıdaki gibi tartışmak mümkündür:

İlgili yazında hastanelerin idari değil, mesleki olarak yapılandırılmış organizasyonlar oldukları (Scott, 1982) ve hekimlerin gölge bir örgütlenme ile 'karizmatik bir yetki'yi kullanarak (Perrow, 1961) diğer meslek gruplarının çalışmalarını koordine ve kontrol ettiklerine dikkat çekilmektedir. Nitekim sağlık kuruluşlarında gündelik yaşamın gözlenebilen alanlarında bulunmuş herkes, hekimlerin yönetsel bir role sahip olmadıklarında bile sistemin işleyişinde belirleyici olduğunu gözlemlemiştir.

Diğer taraftan tıp mesleğinin sosyolojik analizini merkeze alan bilimsel çalışmalarda (a) klinik otonomi ve 'kendi düzenini kendi kurma' nosyonunun tıp kültürünü ve mesleğin icrasını şekillendirdiğine (Freidson 1970; Evetts 2000); (b) hekimlerin, "işine karışılması ve yetkinliğinin sorgulanması" olarak algıladığı tüm iş ve işleyişleri reddettiğine; (c) mesleklerinin doğası gereği

hekimlere tıp okullarında (*gizli müfredat*) "mesleği ve meslektaşlar arası işbirliğini (collegiality) her şart altında savunmanın ve korumanın önceliğinin" öğretildiğine (Fisher vd. 2009); (d) mesleğinin ve hekim kimliğinin eleştirilerden korunmasının daima ön planda tutulduğuna (Fox 1975, Rosenthal 1995); (e) tıp mesleğinin, meslektaştan öğrenmeyi kültürel bir norm olarak he-kime dayattığı için *kendilerinden olmayanların sürveysını ve mesleğin icrasına dahil olmalarını prensip olarak reddettiklerine* (Allsop ve Mulcahy 1996, Harrison 2002, Rosenthal 1995) dikkat çekilmektedir. Dolayısıyla multi-disipliner bakım sistemlerinde hekim kaynaklı aksaklık ve güçlüklerin sebebinin kültürel olduğu ifade edilebilir.

Multi-disipliner hasta bakımın işlevselliğinin sağlık alanına yerleşik kültürün etkisi ile nasıl azaldığını aşağıda paylaşılan gözlemlerle örneklendirmek mümkündür:

Saha Gözlemi 1: Geleneksel olarak multi-disipliner hasta bakım sistemleri, hekimlerin meslektaşları ile kendi aralarında gerçekleştirdikleri konsültasyonlar ve konseyler üzerine inşa edilmiştir. Çoğu uygulamada (a) konsültan hekimlerin kendi görüşlerini konsültasyon formu üzerinde belirtmeleri ve konsey kararlarının konsey defterine yazılması; (b) primer hekimlerin bu notları hastanın klinik seyrine aktarması; (c) daha sonra bu notları hastanın yeniden değerlendirilmesi sürecinde dikkate alarak tanı-tedavi planını revize etmesi veya hastanın devir veya taburculuğuna karar vermesi şeklinde bir algoritmanın kullanıldığı izlenmektedir. Bunun nedeni, primer hekim rolü üstlenen hekimlerin, konsültan hekimlerin hastanın klinik seyrine (progres notlar) doğrudan not düşmesine sıcak bakmamalarıdır. Öte yandan söz konusu algoritmada 'tıbbi bir kaydın tekrar kayıt altına alınması' gibi hasta bakımı açısından değer yaratmayan bir faaliyet, sağlık sisteminin zamanı en kıt ve bu nedenle de zamanı en değerli üyesi olan hekimin iş yükünü arttırmaktadır. Doğal olarak aşırı yoğun iş temposu içerisinde bu akış, multi-disipliner bakım açısından ciddi problemlere yol açmaktadır. Klinik seyir/progres notları üzerinde kontrol listeleri kullanılarak yine hekimler tarafından yapılan hasta dosyası/tıbbi kayıt denetimleri; (a) istenen konsültasyonların hastanın klinik seyrine aktarılmadığını; (b) çoğu kez konsültasyon talep edildiği bilgisinin nöbet değişimlerinde aktarılmadığını ve bu nedenle de nöbeti devralan hekim tarafından konsültasyon sonucunun takip edilemediğini; (c) konsültasyon sonucuna göre gereken tanı-tedavi plan

bulduğu hastanelerdeki gözlemlerine dayanmaktadır. Şüphesiz ülkemizde multi-disipliner bakım süreçlerine ilişkin iyi uygulama örnekleri de mevcuttur. Bundan sonraki çalışmalarda iyi uygulama örneklerinin kıyaslanmasından elde edilen bulguların raporlanması faydalı olacaktır.

⁶ Saha gözlemleri olarak aktarılan örnek uygulamalar, yazarın bizzat görev yaptığı (katılımlı gözlem) multi-disipliner hasta bakım süreçlerinin tasarlandığı, uygulamaya geçirildiği, denetlendiği ve iyileştirildiği projeler ile denetçi olarak

revizyonlarının zamanında yapılamadığını göstermektedir.

3.2. Hemşirelik ve Multi-Disipliner Bakım Sistemi

Bilindiği üzere uluslararası yazın ve genel kabul gören hastane kalite/akreditasyon sistemleri hemşirelik mesleğinin, (a) hastanın hemşirelik bakımı açısından değerlendirilmesi; (b) hemşirelik bakımı açısından tanı konması, gerekli girişimleri içeren hemşirelik bakım planının hazırlanması; (c) hazırlanan planın uygulanması; (d) hastanın hemşirelik bakımı açısından yeniden değerlendirilerek bakım planının revize edilmesini içerecek şekilde icra edilmesini öngörmektedir. Söz konusu literatür ve standartlar şüphesiz hemşireleri, bağımsız ve kendi yetkinliklerine dayalı olarak bakım ekibi içerisinde mesleğini otonom olarak icra eden birey olarak kabul etmektedir. Bu tespitler ışığında ülkemizdeki yaygın uygulamayı bir saha gözlemi ile paylaşmak ve olası nedenlerini aşağıdaki gibi tartışmak mümkündür:

Saha Gözlemi 2: Ülkemizde sağlık alanına yerleşik kültüre göre hemşireler ‘hekimin order’ı doğrultusunda bakım icra eden’ meslek mensupları olarak kavramsallaştırılmaktadırlar. Bu kapsamda (a) hemşirelik mesleği mensuplarının işinin ‘planlama ve karar verme’ bölümü bir başka mesleğin mensubu olan hekime bırakılması; (b) hemşirenin ise hekimin order ettiği şekilde *işini icra etmesi*, yani, hekimin direktifleri doğrultusunda hastaya hemşirelik bakım hizmeti vermesi gibi bir rol tanımlanmış olmaktadır. Dolayısıyla mesleki uzmanlığı çerçevesinde karar verme, verdiği kararı uygulama ve sonuçlarını izleyerek gerekirse revize etme yetkinliğine ve ayrıcalığına sahip bir meslek mensubu ‘hekime yardımcılık pozisyonuna’ indirgenmiş olmaktadır.

Açıklanan problemler durumun -sosyoloji biliminden destek alarak- ‘hemşirelik mesleğinin ülkemizde profesyonelleşmesini tamamlamamış olmasından kaynaklandığını (Aydın ve Meydan, 2020/yayınlanma aşamasında) ileri sürmek mümkündür. Günlük dilde profesyonelleşme ‘bir mesleğin gelir elde etme amaçlı olarak icra edilmesi’ ve ‘bireyin işini kural ve ilkelere, mesleki normlara sadık kalarak yapması’ olmak üzere iki farklı anlamda kullanılmaktadır. Sosyolojik manada ise profesyonelleşme, ‘bir mesleği icra edenlerin mesleki otonomiye sahip oldukları, hizmet alan ve sunan arasında hizmet sunanın mesleki prestijine saygı ve güven duyduğu, o mesleği yapabilmeyen gerektirdiği eğitim/öğretim/deneyim standartlarını meslek mensuplarının örgütlendikleri meslek örgütleri aracılığıyla belirledikleri -sosyoloji terminolojisi ile- ‘üreticilerin üretimini’ kontrol altına aldıkları, kendi mesleklerinin hangi koşullar

altında ve nasıl icra edileceğine karar verdikleri bir mesleğe dönüşümünü ifade etmektedir. Çok genel anlamda bu dönüşüm ‘bir mesleğin profesyonelleşmesi’ olarak adlandırılmaktadır (Larson 1977; Freidson 1970; Abbott 1988; Freidson 2001). Belirtilen kriterler açısından ülkemizde hemşirelik mesleğinin kurumsal bir değişimi tamamlamadıkça saha gözleminde aktarılan problemler uygulamaların devam edeceğini öngörmek mümkündür. İlgili yazında Kanada, İngiltere, Danimarka başta olmak üzere pek çok ülkede çok büyük mücadeleler sonucunda hemşirelerin mesleki otonomilerini kazanarak mesleklerinin kendilerine kazandırdığı uzmanlık ve ayrıcalıklarla hasta bakım süreçlerinde hekimlerle benzer statüye sahip olabildiklerini gösteren çalışmalar mevcuttur (Reay vd., 2003; Goodrick vd., 2010; Dunn ve Jones 2010; Kirkpatrick vd.2011).

3.3. Diğer Sağlık Profesyonelleri ve Multi-Disipliner Bakım Sistemi

Multi-disipliner bakım süreçlerinde diyetisyen, psikolog, eczacı, fizyoterapist gibi meslek mensuplarının hasta bakım ekibinde kendi mesleğini icra eden bireyler olarak, ekibin diğer bir üyesi olan hekimlerle aynı güce sahip olarak yer alamadıkları sıklıkla gözlenmektedir. Diğer sağlık profesyonelleri açısından not edilmesi gereken en çarpıcı nokta ise, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, eczacı gibi meslek mensuplarının kendi açtıkları klinik, ofis, eczane, tıp merkezlerinde mesleki uzmanlık ve otonomiye sahip olarak çalışmalarına rağmen, hastanelerde sağlık çalışanı statüsünde görev yaptıklarında belirtilen mesleki otonomilerini kaybetmeleridir.

Saha gözlemlerine dayanarak hastanelerde belirtilen meslek mensuplarının kendi mesleki uzmanlığına dayalı olarak otonom bir şekilde hasta değerlendirdiği, tanı koyduğu, tedavi planı düzenlediği ve takip ettiği bir işleyişin yaygın kabul görmediğini ileri sürmek mümkündür. Bu argümanı destekleyen en somut uygulama, hekimlerin hasta bakım ekibinin üyesi olan diğer sağlık profesyonellerinden konsültasyon istemekten kaçınmasıdır. Bu davranışın mantıksal arka planında ise, konsültasyonun eşitler (peer) arasında -hatta eskiden konsültasyon isteyen ve konsültan hekim arasında kıdem ve unvan eşitliğine dikkat edilerek gerçekleştirildiği vurgulanan- bir süreç olduğu; söz konusu sağlık profesyonelleri ‘tıp eğitimi almadıkları’ için hekimin eşiti olmadıkları ve bu nedenle de kendilerinden konsültasyon istenmeyeceği fikri yatmaktadır. Hastanelerde hekimlerin ‘meslektaş olmayanlardan konsültasyon talep etmemesine’ dair duruşlarından kaynaklanan problemleri aşmak üzere çok sayıda ara çözümler geliştirilmiştir. Bu yapıyı ve zorlama çözüm mekanizmalarını saha gözlemleri ile açıklamak mümkündür:

Saha Gözlemi 3: Cerrahi girişim sonrası fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR) ihtiyacı olan hastanın multi-disipliner bakım ekibinde fizyoterapistin yer alması kaçınılmazdır. Ancak çoğu kuruluştta hastanın primer hekimi, fizyoterapisti hasta bakım ekibine dahil etmek için kendisinden konsültasyon istemeyi ve fizyoterapistin hazırlayacağı tedavi planını birlikte değerlendirerek hastanın taburculuğunu planlamayı tercih etmemektedir. Bunun yerine (a) FTR hekiminden konsültasyon istenilmekte; (b) çoğu kez konsültasyona fizyoterapist gelmekte; (c) hazırladığı fizyoterapi planı fizik tedavi uzmanı tarafından oluşturulmuş gibi tıbbi kayıt düzenlenmektedir. Bu işleyişte iki problemlili durum söz konusudur. İlki, fizyoterapinin FTR uzmanının yetkinlik alanı içinde düşünülerek fizyoterapistin FTR uzmanına destek veren, bir tür hekim yardımcısı gibi konumlandırılmasıdır. İkincisi ise fizyoterapistin, profesyonel olarak bir mesleğin eğitimini almış, yetkinliklerini belgelemiş, sahip olduğu uzmanlık ve yetkinliklerden doğan bağımsız karar verme ve uygulama gücünden yani mesleki otonomiden yoksun bırakılmasıdır.

Saha Gözlemi 4: Uygulanan tedavi planının başarısı açısından ayaktan ve yatarak bakım alan hastaların diyetinin düzenlenmesinin kritik öneme sahip olduğu açıktır. Çoğu sağlık kuruluşunda hekimler, diyetisyenden konsültasyon⁷ talebinde bulunmaktan kaçındığı için ayaktan ve yatan hastalar açısından iki ayrı 'bypass yöntemi' yani ara çözüm mekanizması kurgulanmaktadır. Ayaktan hastalar -tıpkı tetkik birimlerine yönlendirilir gibi- Diyet Polikliniği/Diyet Birimine yönlendirilmektedir. Bu noktada sorun, hekimin hastaya düzenlenen diyeti nasıl göreceği ve böylece uyguladığı tanı-tedavi planına uygunluk açısından nasıl onaylayacağıdır. Yazılan prosedürler üzerinden bu sorunun nasıl aşıldığı incelendiğinde, 'hastaya randevu gününde diyetisyen tarafından düzenlenen diyetin hekim tarafından hasta eliyle fiziki veya elektronik ortamda kontrol edildiği ve uygun ise onaylandığı şeklinde bir işlem akışı ortaya çıkmaktadır. Tahmin edileceği üzere hekimin hasta poliklinikten ayrıldıktan sonra ne zaman diyet polikliniği randevusu aldığı ve randevu gününde planlanan diyeti takip edip onaylaması pratikte uygulanabilir değildir.

⁷ Yazarın saha gözlemleri ve görev aldığı tıbbi kayıt denetim süreçlerindeki deneyimleri, hekimlerin sadece diyetisyenden değil, beslenme tedavisi öngördüğü hastalar için dahi - üyeleri arasında meslektaşlarının da görev yaptığı- Nutrüsyon Komitesinden bile konsültasyon istemekten kaçındığı yönündedir.

⁸ Çoğu uygulamada yatış süresi uzun hastaların beslenme durumu açısından yeniden değerlendirilmesini yapma görevinin hastanın primer hekimine verildiği de dikkat çekmektedir.

Yatan hastalar için ise bu mekanizma çoğu uygulamada (a) diyetisyenin yatışı yapılan tüm hastaları ziyaret ederek diyetini planlaması; (b) değerlendirme notları ile planladığı diyeti, multi-disipliner bakım planı vb. bir ad verilen form üzerine yazması ve (c) hastanın primer hekiminin de bu notları okuyarak hastanın diyetini takip etmesi şeklinde kurgulanmaktadır. Yani aslında diyetisyenler, bir hasta bakım ekibinin üyesi olmakla birlikte ekip üyeleri ile bir araya gelmemektedir⁸.

Saha Gözlemi 5: Tıbbi onkoloji başta olmak üzere hastaların primer tedavi planlarının yanı sıra psikolojik destek almaları gereği duyulduğunda, psikologların multi-disipliner bakım ekibine dahil olması söz konusu olmaktadır. Bu noktada hekimlerin psikologlardan konsültasyon talep etmeyi kabul etmemeleri nedeniyle ara bir çözüm olarak ayaktan hastalar için -aslında farklı disiplinler olmasına rağmen- psikiyatri uzmanlarından konsültasyon talep edilmesi yoluna gidilmektedir. Yatan hastalar açısından ise potansiyel olarak hastanın psikolojik desteğe ihtiyaç duyacağı kliniklerde psikolog görevlendirme yoluna gidilmektedir. Diyetisyen örneğinde olduğu gibi psikologlar bakım ekibinin üyesi olmasına rağmen ekip ile bir araya gelmeden hasta değerlendirme ve bakım süreçlerine dahil olmaktadır.

Saha Gözlemi 6: Eczacılar hekim orderlarını⁹ doz, konsantrasyon, uygulama yolu, ilaç-ilaç etkileşimi, alerji vb. açısından değerlendirme yetkinlikleri ile multi-disipliner bakım sistemine dahil olmaktadır. Hekimler bu uygulamayı da makul görmemekte, - yukarıda da vurgulandığı üzere- *meslekten olmayan biri tarafından mesleki yetkinliğinin sorgulandığı ve onun gözetimi altında mesleğini icra ettiği* (Friedson 1970) algısına kapılmaktadırlar ve bu düşünce ile direnmektedirler. Şüphesiz eczacılar söz konusu order doğrulama süreci ile ilaç uygulama hatalarının önlenmesi açısından çok kritik bir rol üstlenmektedirler¹⁰.

Saha Gözlemi 7: Belirtilen meslekleri icra eden sağlık profesyonelleri, multi- disiplinler hasta bakım süreçlerinde aktif olarak görev yapmalarına karşın, hastanın dosyasına/klinik seyir (progres) notlarına erişme ve

⁹ Ayaktan hasta reçeteleri de hastane eczanesinden karşılandığı kuruluşlarda doktor reçetelerinin de eczacılar tarafından doğrulanması söz konusudur.

¹⁰ Hastanelerde eczacılar ayrıca, kontrole tabi ve yüksek riskli ilaçların hazırlanması, bu nitelikteki ilaçların hasta bakım alanlarında bulundurulmaması/kontrollü şekilde bulundurulması, kliniklere güvenli bir şekilde ulaştırılması ve kabul edilmesi, miad kontrolleri gibi hasta güvenliği açısından çok kritik roller üstlenmektedirler.

mesleki yetkinliği çerçevesinde oluşan görüşünü, planladığı tedaviyi, tedavi uygulama kayıtlarını ve değerlendirme notlarını yazma hakkına sahip olamamaktadır. Çünkü çoğu hekim kültürel olarak, primer hekim dışında multi-disipliner bakım ekibinde yer alan diğer meslek mensuplarının görüşünü/kararını hastanın klinik seyrine yazmasını ‘düstura aykırı’ bulmaktadırlar. Bu problemin entegre/birleştirilmiş bakım planı veya multi-disipliner hasta bakım formu gibi ilave bir dokümanın hasta dosyasına eklenmesi, hekim ve hemşire dışındaki -hemşirelik bakım kayıtları ayrıca tutulduğu için- ekip üyelerinin görüş ve kararlarını bu forma yazmaları yoluyla aşıldığı izlenmektedir. Geliştirilen bu sistemin hekimin hasta dosyasına erişip multi-disipliner bakım formuna düşülen notları inceleyeceği ve bunları dikkate alarak hastanın tedavisini/taburculuğunu/izlemini planlayacağı varsayımına¹¹ dayandığı açıktır.

Yukarıda saha gözlemlerine dayalı olarak aktarılan ‘ilave mekanizmalar eklenerek yapılandırılan bize özgü multi-disipliner bakım sistemlerinin (a) işlevsel olmadığı; (b) hastanenin işleyişini hantallaştırdığı; (c) kayıt ve dokümantasyon yükünü arttırdığını ve (d) genel olarak multi-disipliner bakımdan beklenen faydaları yaratmadığı sonucuna varılabilir. Bu kapsamda daha etkin ve işlevsel bir multi-disipliner bakımı mümkün kılabilecek iyileştirme önerileri aşağıdaki bölümde tartışılmıştır.

4. Multi-disipliner Bakım Sistemini İşlevsel Hale Getirilmesine Yönelik Öneriler

Multi-disipliner bakım sisteminin hastanenin rutini haline gelmesi için kullanılabilir yapı ve işleyiş düzenlemelerine dair önerileri aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür.

4.1. Tıbbi Kayıt Sisteminin Yeniden Yapılandırılması

Öncelikle, tıbbi dokümantasyon sisteminin multi-disipliner bakım ekiplerini işlevsel hale getirecek şekilde düzenlenmesi önem taşımaktadır. Bu kapsamda primer

ve konsültan hekimlerin, hemşirenin ve diğer sağlık profesyonellerinin hasta dosyasına ayrı formlar kullanarak kayıt düşmesinin engellenmesi; ekipte yer alan tüm profesyonellerin hastanın progresine not düşmesi sağlanabilir. Bu kapsamda konsültan hekimlerin görüşlerini konsültasyon formu yerine hastanın klinik seyrine yazmasına/eklenmesine imkan veren; konsey kararlarının da hasta dosyasına doğrudan kaydedildiği/görünür hale geldiği bir uygulamanın daha etkin sonuç vermesi beklenebilir. Elektronik tıbbi kayıt/hasta dosyası tutulan hastanelerde, tıpkı konsültasyon istenen hekimin hasta dosyasına erişim için yetkilendirildiği gibi, hasta bakım ekibine dahil olan diyetisyen, psikolog¹², fizyoterapist vb. sağlık profesyonelinin hasta dosyasına erişimi sağlanabilir.

4.2. Multi-disipliner Bakım Ekiplerinin İşleyişinin Düzenlenmesi

Multi-disipliner bakım ekibinin aktivasyonunu sağlayacak ve tanı-tedavi sürecinde gelinecek safhaya göre sayı ve mesleki çeşitlilik açısından genişlemesi ve daralması kararını verecek ve ekibi koordine edecek bir role ihtiyaç duyulacağı açıktır. Ülkemizde yerleşik kültüre göre bu rolün hastanın primer hekimi tarafından üstlenilmesi mümkündür. Bu durumda öncelikle konsültasyon sistemine dair kurumsallaşmış pratiğin ‘hekimden-hekime’ ile sınırlı olmaktan çıkarılıp ‘hekimden-tüm sağlık profesyonellerine’ olacak şekilde genişletilmesi gerekmektedir. Bu amaçla hasta değerlendirme formu üzerinde ‘multi-disipliner bakım ihtiyacı’ bölümü/sekmesi açılarak hekimin konsültasyon talebinde bulunacağı sağlık profesyonelleri listelenebilir. Hekimlerin meslektaşları dışında bir profesyonelden konsültasyon istememe yönündeki ısrarını aşmak için bu sekmenin konsültasyon talebi yerine ‘hasta bakım ekibine katılma daveti’ olarak adlandırılması da mümkündür¹³. Bu işleyişin batı ülkelerinde uygulanan örneklerinde hekimler yerine hemşireler hasta bakım ekiplerinin koordinasyonunu/liderliğini¹⁴ üstlenebilmektedirler (Kirkpatrick, 2011). Bu model, hem hekimin iş yükünü arttırmaması ve hem de konsültasyon sistemine dair kültürel

¹¹Hastanelerin yoğun çalışma temposunu gözlemlemiş okuyucular için, hekimin multi-disipliner bakım formundaki notları okuyarak tanı-tedavi planı değişikliklerine gideceği, taburculuk veya devir planlaması vb. yapacağını varsaymanın pek gerçekçi olmayacağı açıktır.

¹²Bilindiği üzere primer ve konsültan hekimlerin hasta dosyasına erişiminde hasta mahremiyetini korumak amacıyla psikiyatrik değerlendirme notlarına kısıt konmaktadır. Dolayısıyla psikolog tarafından yapılan değerlendirme notlarının da, sadece hastanın primer hekimi tarafından görülmesini sağlamak gibi bir yöntem kullanılabilir.

¹³Hemşireler zaten klinik işleyişin omurgasını oluşturduğu için yatan hastalar için ayrıca bir çağrı/davet yapılmasına gerek kalmayacağı açıktır. Ayaktan hastaların hemşirelik bakımından değerlendirilmesi ve takibi gereken klinik disiplinlerde, poliklinik/ayaktan girişim biriminin işleyiş sistemine göre bir çözüm üretilmesi mümkündür.

¹⁴JCI deneyimine sahip okuyucular, akreditasyon takip ve yenileme tetkikine gelen ekiplere sıklıkla bir hemşirenin liderlik ettiğini de gözlemlemişlerdir.

inanırlardan doğacak olası direniş 15 engellemesi açısından olumlu sonuçlar yaratabilecektir.

4.3. Kollektif Vizit /Multidisipliner Konsey Uygulamasına Geçilmesi

Multi-disipliner bakım ekibinde görev yapan tüm sağlık profesyonellerinin (a) hasta ziyaretlerine dahil olmaları ve (b) tüm üyelerin katılımıyla hastanın durumunu tartışıldığı genişletilmiş konseylerin hastanenin günlük işleyişine implant edilmesi, bunların klinik süreçlerde tanımlanması yukarıda kurgulanan sistemi tamamlayacaktır. Böylece hasta başında kolektif değerlendirme ve farklı disiplinlerin bakış açısıyla karar verme imkânı doğacaktır. Bu noktada diğer sağlık profesyonellerinin sayıca az olması nedeniyle vizite katılımları açısından problemler yaşanabileceği de dikkate alınmalıdır. Söz konusu problemin aşılması için genişletilmiş ziyaretlerin tanı ve tedavi sürecinin kritik adımlarında yapılmak üzere planlanması önerilebilir. Örneğin multi-disipliner bakım ekibinde yer alan diyetisyenin, nutrisyon riski olan cerrahi hastanın yakın postop dönem ve taburculuk öncesi ziyaretlerine katılımı mümkündür. Benzer şekilde onkoloji hastasının taburculuk açısından değerlendirileceği vizite psikoloğun; ortopedi kliniğinde yatan postoperatif hastanın taburculuk öncesi veya FTR kliniğine devir kararı öncesi ziyaretine fizyoterapistin katılımı şeklinde bir işleyiş kurgulanabilir.

4.4. Kurul/Komitelerde Hemşire ve Diğer Sağlık Profesyonellerinin Yer Almasının Sağlanması

Hastanenin genel işleyişinin multi-disipliner bakım sistemini desteklemesi için klinikler veya süreçler bazında oluşturulan kalite/hasta güvenliği/risk yönetim vb. komite ve kurullarına hekimlerin yanı sıra mutlaka hemşire ve ilgili sağlık profesyonellerinin dahil edilmesi önem taşımaktadır.

4.5. Multi-Disipliner Bakım Sürecinin İyileştirilmesine Yönelik Yapının Oluşturulması

Bir yapısal değişimin başarılı olmasının ön koşulu, doğru bir örgütsel yapının inşa edilmesidir. Multi-disip-

liner hasta bakım sistemine dair oluşturulacak bu yapının tepesinde, hastane ölçeğinde çalışmalarını yönetecek bir üst komite/kurulun yer alması önerilebilir. Söz konusu kurul veya komitenin öncelikli sorumluluğu (a) hasta değerlendirme ve hasta bakımına dair prosedür, talimat, klinik kılavuz ve algoritmaların yeniden kurgulan¹⁶ multi-disipliner bakım süreçlerinin işletilmesini zorunlu kılacak şekilde revize edilmesidir. (b) Diğer taraftan hastane bilgi yönetim sistemi, elektronik ortamda kullanılan tıbbi kayıt, tetkik, ilaç yönetim sistemleri gibi yazılımlar üzerinde gerekli düzenlemelerin yapılması önem taşımaktadır. (c) Bu kapsamda son olarak kurgulanan multi-disipliner bakım sistemine dair hastane ölçeğinde bir farkındalığın sağlanması ve eğitimler yoluyla yeni sistemin işleyişinin öğretilmesi kritik öneme sahiptir. Yazarın saha deneyimi multi-disipliner bakım kurulu/komitesinin hastanede kanaat önderi konumunda olan kıdemli bir hekimin liderliğinde başhemşire ve dahili- cerrahi bölüm başhemşire yardımcıları, mevcut ise baş diyetisyen, uzman psikolog, baş eczacı, baş fizyoterapist vb.; mevcut değil ise diğer sağlık profesyonellerini temsil edecek ilgili meslek mensuplarından üyeleri kapsamının yararlı olacağı yönündedir. Ancak, bu kurul veya komitenin multi-disipliner bakım sistemini Olimpos Dağı'ndan alıp hastaneye getirmesinin imkânsız olduğu açıktır. Bu nedenle multi-disipliner bakımın mevcut klinik/birim kalite kurul/komiteleleriyle yayıldığı üzüm salkımı tipi bir örgütlenme faydalı olacaktır.

Bu kapsamda ayrıca hastalık bazında klinik kılavuzların hazırlanması, saha denetimleri ile bakım ve tedavinin bu kılavuzlara uygun şekilde verilip-verilmediğinin izlenmesi, tespit edilen kılavuz dışı uygulamaların (sapmalar) analiz ederek aksiyon alınması görevlerini üstlenen multi-disipliner yapıda çalışma ekiplerinin oluşturulması¹⁷ da yeni sistemin kabul görmesi açısından kaldiraç etkisi yaratabilecektir.

4.6. İç Denetim Süreçlerine Multi-Disipliner Bakım Sisteminin Entegre Edilmesi

Multi-disipliner bakım sisteminin hastanede yerleşme düzeyini ve yaşanan aksaklıkları izlemek açısından iç tetkik/kalite/akreditasyon/hasta güvenliği/risk yönetim/tıbbi kayıt denetimleri gibi hastanede mevcut iç

¹⁵ Yazarın saha gözlemleri, hemşirelerin hastanın primer hekimine adına multi-disipliner bakım ekibinin çalışmasını koordine etmesinin, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, eczacı gibi diğer sağlık profesyonelleri tarafından kabul göreceği yönündedir.

¹⁶ Şüphesiz genişletilmiş konseyler, kolektif ziyaretler, bunların hangi vakalar için, hangi durumlarda uygulanacağı gibi teknik detaylar hastaneden hastaneye değişebilir ve ilave

komponentleri içerebilir. Bu çalışmada önerilen multi-disipliner hasta bakım sistemi kurgusu sadece örnek bir model oluşturmayı amaçlamaktadır.

¹⁷ Süreç takımları gibi bir misyon üstlenecek olan multi-disipliner çalışma ekipleri uygulaması, sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi ve saygıyı güçlendirerek yukarıda açıklanan kültürel bariyerleri de ortadan kaldıracaktır.

işleyişi denetlemeye/değerlendirmeye yönelik süreçlerden yararlanması mümkündür. Bu kapsamda hasta bakımı, konsültasyon, tıbbi kayıtların tutulması vb. multi-disipliner bakım ile ilişkili süreçlerde yürütülen iç tetkiklere multi-disipliner bakım sistemine dair soru/kontrol listeleri eklenmesi hem hastane ölçeğinde duyarlılığın artmasını ve hem de üst yönetimin konuya verdiği önemin vurgulanmasını sağlayacaktır.

4.7. Takdir ve Ödüllendirme Sisteminin Gözden Geçirilmesi

Multi-disipliner hasta bakım ekiplerinin çalışmasına dair iyi uygulama örneklerinin hastane ölçeğinde duyurulması ve ödüllendirilmesi¹⁸, sistemin benimsenmesini sağlayabilecektir. Stephan Covey'in tabiriyle 'Neyi ödüllendiriyorsanız, Onu elde edersiniz'. Multi-disipliner bakımın ödüllendirilmesi hastane ölçeğinde kabulünü ve yerleşmesini kolaylaştıracaktır.

4.8. İnsan Kaynakları Süreçlerinin Gözden Geçirilmesi

Hekim, hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin performans ölçüm, yetkilendirme ve takdir-terfi sistemlerine, multi-disipliner bakım sistemine katkısına dair kriterlerin eklenmesi çok etkili sonuçlar üretebilecektir.

5. Sonuç ve Tartışma

Multi-disipliner hasta bakım sisteminin yukarıda sıralanan yapı ve işleyiş değişiklikleri/ ilaveleri ile teknik olarak yapılandırılması mümkündür. Ancak önerilen yapı ve işleyişin kalıcı hale gelmesi için hastanede ve genel olarak sağlık sistemimizin bütününde bir mantalite değişimine ihtiyaç olduğu açıktır. Bunun için hekimlik, hemşirelik ve diğer sağlık profesyonellerinin yetiştirildiği okulların müfredatlarının, 'her meslek mensubunun sağlık sistemi içerisinde kendi mesleki uzmanlık ve yetkinliğine saygı duyularak, mesleğinin kendisine sağladığı otonomi içerisinde hasta değerlendirme, tanı-tedavi planlama, uygulama ve izleme hakkına sahip olduğunu öğretecek şekilde revize edilmesi gerekmektedir. Hastaneler özelinde ise '*multi-disipliner bakım ekiplerinin farklı mesleklerden uzmanlık bilgisine sahip eşitlerin birlikte hastaya etkin ve güvenli sağlık hizmeti ürettiği yapılar olduğu*' kültürünün aşılması hayati öneme sahiptir.

6. Kaynaklar

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, London: The University of Chicago Press, Ltd.
- Allsop, J. ve Mulcahy, L. (1996). *Regulating Medical Work: Formal and Informal Controls*, Buckingham: Open University Press.
- Aydın, F. ve Meydan, B. (2020). Türkiye'de Hemşirelik Mesleğinin Profesyonelleşmesi: Pandemi Sürecinde Hemşirelik Meslek Örgütlerinin Davranışına Yönelik Bir Saha Çalışması, *İş Güç Endüstri İlişkileri Dergisi* (yayınlanma aşamasında).
- Dunn, M.B. ve Jones, C. (2010). Institutional Logics And Institutional Pluralism: The Contestation of Care and Science Logics in Medical Education, 1967-2005, *Administrative Science Quarterly*, pp. 114- 149.
- Evetts, J. (2003). The Sociological Analysis of Professionalism, *International Sociology*, 18(2), pp. 395- 415.
- Fisher, E. S., McClellan, M. B., Bertko, J., Lieberman, S. M., Lee, J. J., Lewis, J. L. "ve diğerleri". (2009). Fostering Accountable Health Care: Moving Forward in Medicare, *Health Affairs*, 28(2), pp. 219-231.
- Fox, R. (1975). "Training for Uncertainty." edited by Robert K. Merton, G. Reader, and P. L. Kendall. *The Student Physician*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Freidson, E. (1970). *Profession Of Medicine: A Study Of The Sociology Of Applied Knowledge*, Dodd, Mead and Company, New York, Ny.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The Third Logic*, Polity Press, Cambridge.
- Goodrick, E. And Reay, T. (2010). Florence Nightingale Endures: Legitimizing a New Professional Role Identity", 47(1), *Journal of Management Studies*, pp. 55- 84.
- Harrison, S. (2002). New Labour, Modernisation and the Medical Labour Process, *Journal of Social Policy*, 31(3), 465-485.
- Kirkpatrick, I., Dent M. and Jespersen, P. K. (2011). The Contested Terrain of Hospital Management: Professional Projects And Healthcare Reforms in Denmark, 59(4), *Current Sociology*, pp. 489- 506.
- Larson, M. S. (1977). *The Rise of Professionalism: Monopolies of Competence and Sheltered Markets*, University Of California Press, Berkeley, Ca.
- Montgomery, K., Oliver, A. L., (1996) Responses by professional organizations to multiple and ambiguous institutional environments: The case of AIDS, *Organization Studies*, 17(4), 649-671

Oliver, C. (1991) Strategic Responses to Institutional Processes, *The Academy of Management Review* Vol. 16, No. 1, pp. 145-179

Pache, A. ve Santos, F. (2013) Inside the Hybrid Organization: Selective Coupling As a Response to Competing Institutional Logics, *56(4)*, 972-1001.

Perrow, C. (1961). The Analysis Goals in Complex Organizations, *American Sociological Review*, 26(6), December pp. 854- 866.

Pfeffer, J. (1981). *Power In Organizations*, Pitmann Publishing Inc. USA.

Reay, T., Golden-biddle, K. and Germann, K. (2003). Challenges and Leadership Strategies for Managers of Nurse Practitioners, *Journal of Nursing Management*, 11, pp. 396- 403.

Rosenthal, M. M. (1995). *The Incompetent Doctor: Behind Closed Doors*, Open University Press.

Scott W. R. (1983). "Healthcare Organizations in the 1980: The Convergence if Public and Professional Control Systems" (Ed) *Organizational Environments Ritual and Rationality*, Sage Publications, California.

Scott W. R. (1995), *Institutions and Organizations*. London: Sage Publications.