

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI
HASTANE ve SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE MESLEKİ RİSKLER VE
KALİTE UYGULAMALARI
(ANTALYA 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRNEĞİ)**

Tezi Hazırlayan: **Ömer BUDAK**

İstanbul, 2015

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI
HASTANE ve SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE MESLEKİ RİSKLER VE
KALİTE UYGULAMALARI
(ANTALYA 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRNEĞİ)**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: **Ömer BUDAK**

Öğrenci No: 110746293

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sebahattin TAŞ

İstanbul, 2015

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık Hizmetlerinde Mesleki Riskler ve Kalite Uygulamaları (Antalya 112 Acil Sağlık Hizmetleri Örneği)” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. .../.../2015

Aday: Ömer BUDAK

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

04/09/2015

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 110746293 numaralı **Ömer BUDAK**'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Sağlık Hizmetlerinde Mesleki Riskler ve Kalite Uygulamaları (Antalya 112 Acil Sağlık Hizmetleri Örneği)*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 01.09.2015 tarih ve 2015/35 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (60.) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANIŞMAN
YRD.DOÇ.DR SEBAHATTİN TAŞ
(Akdeniz Üniversitesi)


ÜYE
YRD. DOÇ. DR. ALİ RIZA AKTAŞ
(Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi)


ÜYE
PROF.DR. MEHMET FİKRET GEZGİN
(Beykent Üniversitesi)

Adı ve Soyadı : Ömer BUDAK
Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Sebahattin TAŞ
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2015
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Sağlık Hizmetleri, Mesleki Risk, Kalite, Toplam
Kalite Yönetimi, 112 Acil Sağlık Hizmetleri
SAĞLIK HİZMETLERİNDE MESLEKİ RİSKLER VE
KALİTE UYGULAMALARI
(ANTALYA 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRNEĞİ)

ÖZ

Günümüzde sağlık hizmetleri, sağlığın hemen her alanında gerçekleştirilen faaliyetleri ifade etmektedir. Bunlar arasında hastane ve otelcilik anlamında verilen hizmetler olduğu gibi acil durumlara müdahaleyi de kapsayan hizmetler mevcuttur. Bu hizmetler kamu ya da özel sektör tarafından yerine getirilebilen hizmetlerdir. Sağlık hizmetleri alanında pek çok uzmanlık alanında çok çeşitli insan gücü ile hareket edilmektedir. Özellikle bir hizmet alanında çalışılması nedeniyle mesleğin getirdiği bir takım riskler ve mesleki tehlikeler mevcuttur. Bilhassa 112 Acil sağlık hizmetlerinde mesleki riskler oldukça fazladır. Bu mesleki risklerin en aza indirilmesi için ise son yıllarda sağlık hizmetlerinde oldukça önem verilen kalite standartlarının oluşturulması, buna uygun hareket edilmesi son derece önemlidir. Bu sayede 112 Acil Sağlık hizmetlerinde mesleki risklere göre kalite standartları yerleştirilebilir ve bu yöndeki olumsuzluklar giderilebilir. Bu konu etrafında şekillenen bu çalışma, 112 acil sağlık hizmetlerinde mesleki risklerin kalite uygulamaları ile nasıl azaltılabileceğini örnekleyerek açıklamayı amaçlamaktadır. Tanımlayıcı bir çalışma yapılmıştır. Herhangi bir saha araştırmasına dayanmamaktadır. Kuramsal ağırlıklı olan çalışmada tarihci metod izlenerek konu ile ilgili mevzuat yorumlanmış ve mevcut durum ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Name and Surname: Ömer BUDAK

Supervisor : Ph.D. Asisst. Prof. Sebahattin TAŞ

DegreeandDate : Master, 2015

Major : Hospital and Health Care Management

**KeyWords : Health Services, Occupational Risk, Quality, Toplam
Quality Management, 112 Emergency Medical
Services**

**BUSINESS RISKS AND QUALITY APPLICATIONS IN HEALTH
SERVICES (ANTALYA 112 EMERGENCY HEALTH SERVICES SAMPLE)**

ABSTRACT

Today, health services, in almost every area of health refers to the activities carried out. These include the meaning given in hospitals and hospitality services as well as emergency response services are available covering. These services can be carried out by public or private sector services. In many areas of expertise in the field of health care workforce with a wide range of motion is. Featured work in a service area due to a number of risks that come with occupation and occupational hazards are present. 112 emergency medical services, particularly in the occupational risk is quite high. This is to minimize occupational risks in health care in recent years given great importance to the establishment of quality standards, it is extremely important to act accordingly. In this way, according to 112 emergency medical service quality standards can be placed in the occupational risks and adversities in this direction can be resolved. Formed around this issue, this study of 112 occupational risks in emergency medical services with quality applications can be reduced by sampling aims to explain how. A descriptive study was conducted. Is not based on any site investigation. Following the predominant method in the study of theoretical historians interpreted the relevant legislation and has tried to put the current situation.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZ	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ	vi
FOTOĞRAFLAR LİSTESİ	vii
KISALTMALAR	viii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ ve SAĞLIK HİZMETLERİNDE MESLEKİ RİSKLER

1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN NİTELİĞİ	4
2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ	7
3. SAĞLIK HİZMETLERİ ve MESLEKİ RİSKE İLİŞKİN MEVZUAT	8
3.1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Çalışanları	8
3.2. Sağlık Hizmetlerinde Mesleki Risklere Karşı Mevzuat	11
4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE MESLEKİ RİSKLER	15
4.1. Enfeksiyon Hastalıkları ve Hastane Enfeksiyonu	15
4.2. Radyasyon	17
4.3. Fiziksel ve Ruhsal Yorgunluk	19
4.4. İş Kazaları	21
4.5. Şiddete Maruz Kalma	22

İKİNCİ BÖLÜM

112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ İÇERİSİNDE 112 ACİL AMBULANS HİZMETLERİ, KALİTE UYGULAMALARI ve MESLEKİ RİSKLER

1. KALİTE KAVRAMI, TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ, ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ VE MESLEKİ RİSKLER.....	24
1.1. Kalite Kavramı.....	24
1.2. Toplam Kalite Yönetimi	29
1.2.1. Toplam Kalite Yönetimi Tanımı.....	30
1.2.2. Türkiye’de Sağlık Sisteminde Toplam Kalite Yönetimi.....	30
2. ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE YÖNETİM ve ORGANİZASYON... 31	
3. TÜRKİYE’DE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ İÇERİSİNDE AMBULANS HİZMETLERİ	34
4. TÜRKİYE’DE 112 ACİL AMBULANS HİZMETLERİNE İLİŞKİN MEVZUAT YAPISI	35
5. AMBULANS HİZMETLERİNDE MEVZUAT, KALİTE ve MESLEKİ RİSK İLİŞKİSİ	35
5.1. Hasta Güvenliği	41
5.2. Çalışan Güvenliği.....	42
5.3. Bilgi Sistemi.....	43
5.4. Ambulans ve Ambulans Hizmetleri.....	44
5.5. Genel Koşullar	48

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ANTALYA 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE KARŞILAŞILAN MESLEKİ RİSKLER

1. ANTALYA’DA 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNE İLİŞKİN TEMEL BİLGİLER ve İNSAN KAYNAKLARI YAPISI	51
2. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK PROFİLİ.....	52

2.1. Çalışılan Birim	52
2.2. Çalışanların Cinsiyeti.....	53
2.3. Çalışanların Yaşları.....	54
2.4. Çalışanların Eğitim Durumu	55
2.5. Çalışanların Medeni Durumu.....	56
2.6. Çalışma Süreleri.....	57
2.7. Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışma Süresi	58
2.8. Çalışma Şekli	59
3. ANTALYA ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE KARŞILAŞILAN MESLEKİ RİSKLER.....	60
3.1. Kesici-Delici Batıcı Cisim Yaralanmaları	60
3.2. Kan ve Başka Vücut Sıvılarına Temas	61
3.3. İşe Gidip Gelirken Trafik Kazası Geçirme	62
3.4. İş yerinde Şiddete Maruz Kalma.....	63
3.5. Kimyasallar ve İlaç Sıçramasına İlişkin Yaralanmalar.....	64
3.6. İş yeri Kaynaklı Yanık Durumu.....	65
3.7. İş yerinde Alerjik Reaksiyon Geçirme.....	66
3.8. İş yerinde Kayma, Düşme, Çarpa Şeklinde Kaza Geçirme	67
3.9. İş yerinde Zehirlenme	68
3.10. Personelin Maruz Kaldığı Kazaya Müdahale Durumu	69
SONUÇ.....	70
KAYNAKÇA	74
EK – Antalya 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarında Mesleki Riskler Anketi.....	79
ÖZGEÇMİŞ.....	81

TABLULAR LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Çalışılan Birime Göre Dağılım.....	52
Tablo 2. Çalışanların Cinsiyetlerine Göre Dağılım.....	53
Tablo 3. Çalışanların Yaşlarına Göre Dağılım.....	54
Tablo 4. Çalışanların Eğitim Durumlarına Göre Dağılım	55
Tablo 5. Çalışanların Medeni Durumlarına Göre Dağılım.....	56
Tablo 6. Çalışma Sürelerine İlişkin Dağılım	57
Tablo 7. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışma Süresine İlişkin Dağılım....	58
Tablo 8. Çalışma Şekline İlişkin Dağılım.....	59
Tablo 9. Kesici-Delici Batıcı Cisim Yaralanmalarına İlişkin Dağılım	60
Tablo 10. Kan ve Başka Vücut Sıvılarına Temasa İlişkin Dağılım	61
Tablo 11. İşe Gidip Gelirken Trafik Kazası Geçirmeye İlişkin Dağılım	62
Tablo 12. İş yerinde Şiddete Maruz Kalmaya İlişkin Dağılım	63
Tablo 13. Kimyasallar ve İlaç Sıçramasına İlişkin Yaralanmalara İlişkin Dağılım.....	64
Tablo 14. İş yeri Kaynaklı Yanık Durumuna İlişkin Dağılım	65
Tablo 15. İş yerinde Alerjik Reaksiyon Geçirmeye İlişkin Dağılım.....	66
Tablo 16. İş yerinde Kayma, Düşme, Çarpa Şeklinde Kaza Geçirmeye İlişkin Dağılım.....	67
Tablo 17. İş yerinde Zehirlenmeye İlişkin Dağılım.....	68
Tablo 18. Personelin Maruz Kaldığı Kazaya Müdahale Durumuna İlişkin Dağılım.....	69

FOTOĞRAFLAR LİSTESİ

Fotoğraf No	Sayfa No
Fotoğraf 1. Ambulanslarda Kullanılabilir Bir Sedye	45
Fotoğraf 2. Ambulans Sedye Yerleşimi ve Donanım	46
Fotoğraf 3. Ambulanslarda Tıbbi Atık Kapları.....	47



KISALTMALAR

AKOM	: Afet Koordinasyon Merkezi
ASH	: Acil Sağlık Hizmetleri
ASHY	: Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği
ASKOM	: Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu
ATT	: Acil Tıp Teknisyeni
C.	: Cilt
E.	: Evet
H.	: Hayır
ISO	: International Organization for Standardization
KKM	: 112 Komuta Kontrol Merkezi
s.	: Sayfa
S.	: Sayı
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SBE	: Sosyal Bilimler Enstitüsü
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TSE	: Türk Standartları Enstitüsü
Y.	: Yıl
YDT	: Yayınlanmamış Doktora Tezi
YYLT	: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi

GİRİŞ

-Çalışma Konusunun Seçimi: Sağlık hizmetleri günümüzde birey ve toplum sağlığı açısından son derece önemli bir hizmet alanını ifade etmektedir. Sağlık hizmetleri alanında çalışan meslek mensuplarının da sağlığı bir o kadar önemlidir. Çünkü sağlık sektörü emek yoğun bir sektördür. Ancak sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti alanındaki her birimde bir takım tehlikelere maruz kaldıklarını söyleyebilmek mümkündür. 112 Acil tıp hizmetlerinde görev yapan sağlık personelinin maruz kaldığı mesleki risklerin iyi bilinmesi, bu risklere karşı bir takım tedbirlerin alınmasının sağlanması gereklidir. Bu yönde yapılacak çalışmaların ise yine son yıllarda ülkemizde sağlık kurumlarında yoğun biçimde uygulamaya geçirilmesi yönünde çabalar barındıran kalite sistemi ile mümkün olabileceği ifade edilebilir.

-Çalışma Amacı: Sağlık hizmetlerinin görülmesinde sağlık çalışanlarının mesleki risklere maruz kalmaları kalite uygulamaları ile önlenebilir. 112 Acil sağlık hizmetleri ve ambulans hizmetleri örneğinde sağlık çalışanlarının mesleki risk etkenleri ve bu yönde oluşturulacak kalite uygulamalarının ortaya konulması amaçlanmaktadır.

-Çalışmanın Önemi: Sağlık alanında çalışan personelin bir takım mesleki riskler altında çalışma yaşamlarını sürdürdükleri bilinmektedir. Bu mesleki risklerin iyi tanımlanması, belirli bir standardizasyona tabi tutulması, prosedürler geliştirilmesi, hizmeti yürütenlerce ve yönetenlerce bu yönergelere ve standartlara uymaları son derece önemlidir. Bu sayede sağlık alanında çalışanların mesleki risklerden en az biçimde etkilenmeleri saptanabilir. 112 Acil sağlık hizmetleri de mesleki risklerin yoğun biçimde yaşandığı, özel dikkat ve gayret sarfedilmesi gereken, yorucu ve yıpratıcı bir sağlık alanını oluşturmaktadır. Bu nedenle

özellikle kalite uygulamalarının sağlığın her alanında olduğundan daha fazla 112 Acil sağlık hizmetlerinde uygulanması gerekmektedir.

-Çalışma Planı: Çalışma üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde genel olarak sağlık hizmetlerinin niteliği ortaya konulmaktadır. Bunun yanında sağlık çalışanlarının görevleri ile ilgili karşılaşılabilecekleri mesleki riskler ortaya konulmaktadır. Sağlık hizmetleri alanında karşılaşılan ve aynı zamanda 112 Acil sağlık hizmetleri açısından da önem taşıyan bir takım mesleki riskler bu bölümde işlenmektedir. İkinci bölümde ise Acil Sağlık Hizmetleri içerisinde 112 Ambulans Hizmetleri mevzuat temelinde, kalite ve toplam kalite yönetimi boyutuyla ele alınmaktadır. Üçüncü bölümde ise acil sağlık hizmetleri alanında çalışanlar ile yapılan anket çalışmasının bulgularına yer verilmiştir. Bu araştırmayla mesleki risklerin ortaya konulması ve buna ilişkin alınabilecek önlemler ve kalite uygulamaları önerilmiştir. Çalışmada ayrıca 112 Acil Sağlık Hizmetleri ve bu kapsamda yer alan ambulans hizmetleri ile kalite uygulamalarının mesleki risk faktörleri ile ilişkisine yer verilmektedir.

-Kullanılan Metod ve Teknikler: Çalışma kapsamında kuramsal ağırlıklı bir yöntem benimsenmiştir. Bunun yanında acil sağlık hizmetleri ile ilgili 78 kişilik bir örneklemden oluşan anket çalışması yapılmıştır. Örnekleme yer alan katılımcılar hemşireler, ebeler, Acil Tıp Teknisyenleri (ATT), paramedikler ve doktorlardan oluşmaktadır. Anket çalışmasında elde edilen veriler SPSS paket programında analiz edilmiştir. Örnek olarak ise 112 Acil sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilen ambulans hizmetleri temelinde kalite uygulamaları ve mevzuat ortaya konulmaktadır. Çalışma tanımlayıcı tiptedir.

-Karşılaşılan Zorluklar ve Sınırlamalar: Araştırmanın sınırlamaları anlamında çalışma mesleki risklere ilişkin genel bilgileri ortaya koyduktan sonra 112 Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Hizmetleri örneği üzerinde

şekillenmiştir. Bunun dışında herhangi bir birim veya servis örneğe dâhil edilmemiştir. Bu konuda kaynak sıkıntısı yaşanmış, konu mevzuat temelinde incelenmiş ve şahsıma ait mesleki deneyimlerden ve gözlemlerden istifade edilmiştir.



BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ ve SAĞLIK HİZMETLERİNDE

MESLEKİ RİSKLER

1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN NİTELİĞİ

Türkiye’de sağlık hizmetleri özellikle son yıllarda özel sektör ile birlikte daha nitelikli hizmet kalitesine erişmiştir. Bu noktada rekabet önemli bir etken olarak ifade edilebilir. Tarihsel süreç içerisinde sağlık hizmetlerinin kamusal bir nitelik kazanması, modern sağlık kuruluşlarının oluşması ve sonrasında da bu sürecin modern iktisadi koşullarla düzenlenmesi söz konusu olmuştur. Sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği, onun devlet tarafından piyasa şartlarından bir miktar uzak tutulmasında yatmaktadır. Ancak günümüzde işletmecî bir anlayış egemendir. Kamu hizmetlerinin sürekliliği, aksatılmadan ve kamu finansmanı kullanılarak yerine getirilmesi onu özel sektör tarafından sunulan hizmetlerden ayırmaktadır. Ancak asıl olarak unutulmamalı ki, kamusal sağlık hizmeti bir yurttaşlık hakkı olarak sunulmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde kamu ve özel sektör arasında bir bağ vardır ancak son yıllarda bu bağ rekabet ve piyasa koşulları ile birlikte düşünülmekte, kalite unsurları ile kendi mekanizması içerisinde düzenlenmektedir.

Ülkemizde hukuksal anlamda yurttaşlık hakkı biçiminde sunulan sağlık hizmetleri için mevzuat hiyerarşisinin en tepesinde gerekli düzenleme yapılmıştır. Sağlık hizmetleri konusunda 1982 Anayasası'nın 56. Maddesinde şu husus açıkça belirtilmiştir: “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak,

işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”¹ Bu yönde ülkemizde özellikle acil sağlık hizmetlerinden yararlanma ve sosyal güvenlik anlamında sosyal devlet ilkesinin gerekleri yerine getirilmekte, maddi imkânı olmayan bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanması ve sosyal güvence altında bulunmaları sağlanmaktadır.

Sağlık harcamalarının devlet tarafından mı yoksa son yıllarda kavramsallaştırıldığı şekilde müşteri statüsündeki yararlanıcılar tarafından mı karşılanmalı tartışması da günümüzde yoğun biçimde yaşanır hale gelmiştir. Çünkü sağlık harcamaları anlamında sağlığa ayrılan pay, sağlık göstergelerinin iyi seviyede olduğunu gösterebileceği gibi her zaman bu sonuca varabilmek güçtür. Bunun yanında ekonomik kalkınma, eğitim, gelir seviyesi, beslenme, çalışma şartları, barınma vb. sağlık bileşenleri sağlığa harcanan payı da artırmaktadır. Ayrıca ar-ge ve halk sağlığının geliştirilmesi sağlık göstergeleri üzerinde olumlu etki yapmaktadır. Bunlara ek olarak gelişmişlik düzeyi, eğitim, çevre koşulları, beslenme, su kalitesi, hijyen, bireysel temizlik ve üretim gibi faktörlerin tümü sağlık göstergeleri üzerinde etkilidir.² Bu anlamda ülkelerin refah düzeyleri ile sağlık hizmetlerinin sunumunda finansman ve denetim mekanizmasının türü eşgüdümlü biçimde gelişmektedir.

¹ 1982 Anayasası, 56. Madde; <http://www.anayasa.gen.tr/1982ay.htm>, (09.11.2013)

² D. Memişoğlu – A. Durgun, “2008 Ekonomik Krizi ve Türkiye’de Sağlık Sektörü Üzerine Etkileri”, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (SBE) Dergisi, Yıl (Y)., Cilt (C).1 Sayı (S).13, Isparta, 2011, s. 88

Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni kamu işletmeciliği yaklaşımının sunduğu formüllerden bir tanesi kamu hizmetlerinin görülmesinde uygulanan yöntemlerin değiştirilmesidir. Yani özellikle kamu çalışanlarının kalite yönetim sistemi içinde çalışmaları, yine kalite yönetimiyle bağlantılı olarak şikâyet mekanizmasının etkin bir şekilde işletilmeye çalışılması, kamu kurumlarının iş yeri olarak görülmesi ve iş yerinde etkinlik ve verimliliğin sağlanmaya çalışılması, kamu hizmetinden yararlanan vatandaşların ya da yurttaşların müşteri olarak değerlendirilmesi çabaları göze çarpmaktadır. Bu süreç ülkemizde de “Kamu Yönetimi Reformu” ve daha özelden “Sağlıkta Reform” adıyla yönetilmektedir. Kamu hizmetinin sunulmasında mevcut organizasyon yapısı ve kamu hizmetini gören kamu görevlilerinin statüsündeki değişimler sağlık hizmetlerinin sunumunda büyük değişiklikler oluşturmaktadır. Bu doğrultuda 9. Kalkınma Planı ile uyumlu olarak pek çok bakanlığın uyguladığı gibi Sağlık Bakanlığı da bir program uygulamakta ve bu yeniden yapılanma temelindeki dönüşümü uygulamaya çalışmaktadır.¹

Yeniden yapılanma ile paralel olarak değerlendirildiğinde, Türkiye’de sağlık alanında yapılan yeniliklerle sağlık sektörü hem devlet hem de özel sektör eliyle yürütülür hale gelmiştir. Bir başka deyişle sağlık hizmetleri hem kamu kesimi tarafından sunulmakta hem de serbest piyasa koşulları altında özel sektör tarafından yürütülmektedir. Bunun yanında hizmetten yararlananlar da sigortalı olanlar ve olmayanlar olarak ikili bir yapıdadır. Ancak, açıktır ki sağlık alanındaki örgütlenme açısından ortada çok paydaşlı bir durum söz konusudur. Pek çok farklı kurum bir arada sağlık hizmetlerini yerine getirmektedir.²

¹ TC Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Raporu, Ankara, 2003, s. 24-25

² M. Tatar ve diğ., “Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme: Teori ve Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Hastaneleri Yöneticilerinin Görüşleri”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C.6 S.1, Ankara, 2003, s. 27

2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ

Türkiye’de mevcut durumda sağlık hizmetleri basamak sistemi biçiminde bir örgütlenme ile yürütülmektedir. Bu durum daha çok sağlık harcamalarındaki artışı önleyebilmek için getirilmiş bir sistem olarak görülebilir. Aile hekimliğinin uygulanmaya başlaması ile birlikte 2008 yılından itibaren hastanın hekime ilk başvurusunda aile hekimliği müessesesine başvuru zorunlu hale getirilmiştir. Sevk zincirinin işletilmesiyle acil durumlar haricinde sevk alınmadan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvuru yapılamamakta, yapılsa dahi sosyal güvenlik ödemesi yapılmamaktadır. 2009 yılının başı ile birlikte bu süreç kat’i biçimde uygulanmaya başlanmıştır. Ancak süreç içerisinde uygulamada bazı aksaklıklar yaşanmış, çeşitli uzmanlık alanlarına ilişkin kontroller için aile hekimliği tarafından sevk edilme işlemleri konusunda sıkıntılar yaşanmıştır. Bunun yerine ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarından telefonla (182 telefonla randevu hattı) veya internet üzerinden randevu sistemi yaygınlaştırılmaya çalışılmış, çeşitli uzmanlık dallarına sevk işlemleri aile hekimliği dışında hastane poliklinikleri eliyle yerine getirtilmeye çalışılmıştır. Örneğin öncelikle dâhiliye polikliniğinden randevu ve sevk alınması halinde gastroenteroloji polikliniğine muayene olmak mümkündür.

Bunlarla beraber Sosyal Güvenlik Kurumu’nun yapılandırılması, tek çatı altında sosyal güvenlik kurumlarının toplanması oldukça önemlidir. Burada yapılan, sosyal güvenlik hizmeti ile sağlık hizmeti sunumunun önceden aynı çatı altında iken şimdi ayrı ayrı iki alana ayrılmış olmasıdır. Yani finansman ve hizmet birbirinden ayrılmıştır. Bir diğer önemli değişim, SGK ile tüm sağlık kuruluşları ve eczaneler birbirine bağlanmış ve MEDULA sistemi getirilmiştir. Bu sistem ile hizmet ve faturalandırma otomasyon sistemi ile

birbirine eklenmiştir. Bu değişim süreci içerisinde, organizasyonel yapı bakımından şube müdürlükleri sistemi ile taşra teşkilatındaki hizmetler yerine getirilmektedir. Kamu kurumları örgütlenmesi açısından taşra teşkilatında İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde bulunan şube müdürlüklerinin pek çoğu 2000’li yıllardan sonra oluşturulmuştur.

3. SAğLIK HİZMETLERİ ve MESLEKİ RİSKE İLİŞKİN MEVZUAT

Sağlık hizmetlerinin sürekliliği, sağlık kavramının sahip olduğu nitelik gereği sürekli biçimde icra edilmesini ifade etmektedir. Birey ve toplum sağlığının sürekli biçimde korunması için sağlık hizmetlerinin de sürekli biçimde sunulması, kesintiye uğramaması gerekmektedir.

Sağlık hizmetleri bu işte uzmanlaşmış personel aracılığıyla yerine getirilmektedir. Eğitim görmüş, uzmanlık kazanmış, mesleki deneyime sahip personelin sağlık hizmetleri alanında önemi son derece yüksektir. Ancak, sağlık hizmetlerini yerine getiren personel hem kalite çerçevesinde hareket edebilmeli hem de sağlık hizmetlerinin taşıdığı bir takım risklere maruz kalma ihtimali içerisinde çalışmaktadır. Bu nedenle sağlık personeli açısından hizmet sunumunda kalite uygulamaları ve mesleki risk faktörleri ele alınmalıdır.

3.1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Çalışanları

Sağlık hizmetleri, oldukça fazla kaynak ayrılan ve bugün dünyada üzerinde en çok durulan sosyo-ekonomik bir hizmet alanıdır. Büyük bütçeler

ve harcama oranları ile birlikte toplumların ve kişilerin ihtiyaç duyduğu sağlık koruması dünyada farklı coğrafyalarda farklı niteliklere bürünmektedir.

Büyük bir kavram olan sağlık hizmetleri farklı tanımlamalara sahiptir. Örneğin birey ve toplum sağlığının korunması, çeşitli rahatsızlıklara ilişkin tedavi uygulanması, engellilik hallerinde rehabilitasyon ve yaşam kalitesinin artırılmasına ilişkin çalışmaların yapılması sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi veya sağlık hizmetleri tanımlaması olarak ele alınabilir. Özellikle sağlık hizmetlerinin sosyal boyutu ile ilgili olan bu tanımlamalar son yıllarda büyük önem kazanmıştır. Bu tür tanımlamalar aynı zamanda gelecek perspektifi de çizmektedir.¹

Bir tanıma göre sağlık hizmetleri, bir sağlık örgütlenmesi içerisinde, farklı niteliklerde ve uzmanlıkta sağlık personeli eliyle, birey ve toplumun beklenti ve ihtiyaçlarına bağlı olarak değişen amaçları gerçekleştirmek ve bu sayede bireylerin ve toplumun sağlık bakımını, koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere, ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir. Bu tanımlamada kurumsal ve bireysel düzeyde sağlık hizmetleriyle yapılmak istenen anlatılmaya çalışılmakta, sağlık hizmetlerinin koruyucu ve tedavi edici yönü üzerinde durulmaktadır.²

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında iki taraf mevcuttur. Buradaki taraflar, hizmeti sunan kesim ile hizmetten yararlanan kesimdir. Hizmeti sunan kesim sağlık çalışanlarıdır. Yani doktorlar, hemşireler, ebeler ve diğer sağlık personelidir. Organizasyonda görev üstlenen personel günümüzde pazarlama

¹ Z. Öztekin, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi, Ankara, 2004, s. 14

² K. Karabulut, Türkiye’de Sağlık Sektörü Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama, Atatürk Üniversitesi SBE, Yayınlanmamış Doktora Tezi (YDT), Erzurum, 1998, s. 32

mantığı içerisinde artık iç müşteri olarak adlandırılmaktadır. Diğer kesimde ise hizmete ihtiyacı olup bu hizmetten yararlananlar bulunmaktadır. Bunlar hastalardır. Günümüzde dış müşteri olarak adlandırılmaktadır. Müşteri ifadesi günümüz iktisadi koşulları içerisinde değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin ürün üretme niteliğinden kaynaklanmaktadır. Hizmetin kendisi de bir ürün olmakla birlikte, kullanılan teknoloji, bilgi ve deneyimler, laboratuvar hizmetleri gibi sunulan sağlık hizmetleri ürün olarak kabul edilebilir. Bu noktada hizmeti üretenlerin talepleri bulunmakla birlikte hizmetten yararlananların da talepleri bulunmaktadır. Hizmeti üretenlerin talepleri, maaş, ek ödeme, sağlıklı çalışma şartları, teknolojik donanım vb. olabileceği gibi, hizmetten yararlananların da hakları, şikâyetleri, güvenceleri yönünde talepleri olabilir.¹ Artık günümüzde sağlık kuruluşları birer hizmet sunan işletme kimliği kazanmışlardır. Hizmetin kalitesi ürünün kalitesi ile aynı anlama gelmektedir. Böylelikle hizmetin istenilen biçimde ve bir yandan da rekabet şartlarına uygun biçimde üretilebilmesi, çalışanların mesleki anlamda uygun bir ortamda işlerini yürütebilmeleri ile doğrudan ilişkilidir. Bir laboratuvar teknisyeni, uygun çalışma şartlarına sahip değilse, hem kendisi için olumsuzluklar yaşayacak hem de hizmetten yararlanan için olumsuzluklar yaratacaktır.

Hem iç müşterinin memnuniyetinin sağlanması hem de sunulan hizmetin toplumsal ihtiyaçları tam manasıyla karşılaması çabası esnasında her iki kesim için de farklı riskler mevcuttur. Bu çalışma kapsamında iç müşteri olarak adlandırılan sağlık çalışanları odaklı bir bakış açısı mevcuttur. Bu noktada sağlık hizmetinin üretilmesinde iç müşterinin karşılaşılabileceği mesleki riskler, hem onun memnuniyetini etkilemektedir hem mesleki anlamda yaşananların sonuçları aynı zamanda yeni sorunların da kaynağı olabilir.

¹....., İşletme Yönetimi; <http://www.isletmeyonetimi.net/etiket/ic-ve-dis-musteri/>, (04.02.2014)

Bunların bertaraf edilmesi yönünde çözüm süreçleri geliştirilmesi de yine sağlık işletmelerinin yükümlülüğü altındadır. Kamu ya da özel sektör olsun her iki kesimde çalışan sağlık çalışanları için geçerli mevzuat çağın gerekleri ile uyumlu hale getirilerek, mesleki anlamda yaşanan riskler giderilmeye çalışılmaktadır.¹

3.2. Sağlık Hizmetlerinde Mesleki Risklere Karşı Mevzuat

Hemen her meslek dalında olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de iş sağlığı ve güvenliği mesleki risklerin önlenmesi amacıyla oldukça önemlidir. Bu konuda farklı mesleki risklere ilişkin olarak çeşitli mevzuat hükümleri mevcuttur. Öncelikle enfeksiyon hastalıklarına karşı oluşturulmuş mevzuata bakıldığında, 10.06.2004 Tarihli 25488 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik, 11.08.2005 tarihli ve 25903 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği ve 18.11.2006 Tarihli 26350 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Enfeksiyon Kontrol Hemşirelerinin Eğitimine ve Sertifikalandırılmasına Dair Tebliğ mevcuttur.²

Radyasyon riskine karşı mevzuata bakıldığında 21.07.1994 Tarihli 21997 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Tıpta Tedavi Amacıyla Kullanılan İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynaklarını İçeren Tesislere Lisans Verme Yönetmeliği ve 05.07.2012 Tarihli 28344 Sayılı Sağlık Hizmetlerinde

¹, İşletme Yönetimi, <http://www.isletmeyonetimi.net/etiket/ic-ve-dis-musteri/>, (04.02.2014)

² E. Alp, Enfeksiyon Kontrol Programı;

<http://hastaneler.erciyes.edu.tr/pdf/enfeksiyonkontrolprogrami.pdf>, (14.02.2014)

İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik mevcuttur.¹

İş kazaları ve meslek hastalıkları bakımından ise, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliği, Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği ilgili maddelerinde konuya yer verilmiştir.² Ayrıca 28 Nisan 2009 tarihli Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ yayımlanmıştır. Bu tebliğ ile hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması, bu yöndeki kültürün geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, buna ilişkin yöntem ve tekniklerin belirlenmesi, hizmet içi eğitimlerin yapılması, raporlama yapılması, hasta bakım ve tedavi sürecinin güvenlik ve kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır.³

Aynı tebliğin 11. Maddesinde hususi olarak enfeksiyon risklerinin önlenmesine ilişkin hükümlere yer verilmiş, buna ilişkin program ve uygulamaların yapılacağı belirtilmiştir. Bu nokta son yıllarda hastane enfeksiyonlarının sıklıkla yaşanması bakımından son derece önemlidir. 15. Madde kapsamında ise çalışan güvenliği için tedbirlerden bahsedilmiştir. Bunlar aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

¹Sağlık Bakanlığı, Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği;

<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.5272&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=>, (02.02.2014)

² İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları – Kapsamı – Sağlanan Yardımlar – Tarafların Sorumluluk Halleri; <http://www.isvesosyalguvenlik.com/is-kazalari-ve-meslek-hastaliklari-kapsami-saglanan-yardimlar-taraflarin-sorumluluk-halleri/#.UbM08OeWpck>, (12.05.2013)

³ S. Oktay, “Sağlık Kurumlarında Çalışan Güvenliği”; <http://www.ctf.edu.tr/ctfhemhzm/Sempozyum%201.%20G%C3%BCn/1.%20OTURUM/Sevgi%20Oktay%20-%20Sağlık%20Kurumlarında%20Calisan%20Guenligi.pdf>, (21.04.2013)

- a) “Çalışanları olası risk ve tehlikelere karşı korumak amacıyla, riskli alan ve gruplar belirlenir. Bu çerçevede Çalışan Güvenliği Programı oluşturulur ve uygulamaya konulur.
- b) Riskli bölümlerde çalışan personel için ilgili mevzuat doğrultusunda düzenli olarak sağlık taramaları yapılır.
- c) İğne ucu yaralanmaları takip edilir ve gerekli önlemler alınır.
- ç) Kemoterapi hazırlama ve uygulama alanları gibi yüksek riskli bölümlerde çalışan personelin güvenliği için yürürlüğe konulan Anti neoplastik İlaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi doğrultusunda uygulama yapılır.
- d) Kan veya vücut sıvısının damlama/sıçrama riskinin olduğu tüm hasta bakım ve müdahale bölgelerinde önlük, eldiven, yüz maskesi, gözlük ve benzeri kişisel koruyucu ekipmanlar bulundurulur.
- e) Bulaş özelliği yüksek hastalar ve özellikle grupların tedavi ve bakım sürecinde, hasta ve çalışanları korumak için kurum gerekli tedbirleri alır.
- f) Radyasyona tabi çalışan kişilerin dozimetre kontrolleri düzenli olarak yapılır. Türkiye Atom Enerjisi Kurumunca önerilen takip sürelerine uyulması zorunludur.
- g) Lateks alerjisi olan personele yönelik düzenlemeler yapılır.
- h) Çalışanların bulaş riski olan hastalıklara karşı korunması için, Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından aşı listesi oluşturulur ve riskli alanlarda çalışan personelin aşılınması sağlanır.”¹

¹ S. Oktay, “Sağlık Kurumlarında Çalışan Güvenliği”;
<http://www.ctf.edu.tr/ctfhemhzm/Sempozyum%201.%20G%C3%BCn/1.%20OTURUM/S>

Hasta ve çalışanlar için güvenlik tedbirleri kapsamında ise 18. Madde uygulanmaktadır. Bu maddeye göre; fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete karşı güvenlik tedbirleri öngörülmektedir. Bunlar şu şekilde sıralanabilir:

- a) “Sağlık kurum veya kuruluşu tarafından, fiziksel saldırılara karşı gerekli tedbirler alınır ve prensipler belirlenir.
- b) Özellikle çalışanların şiddete maruz kaldığı durumlarda çalışanın şikâyetlerini değerlendirecek ve üst yönetimin desteğini hissedeceği bir düzenleme yapılır.
- c) Bu tür durumlara müdahale edecek ve 24 saat esasına dayalı olarak görev yapabilecek nitelikte sorumlu bir ekip bulundurulur.”¹

Ayrıca 2013 yılı içerisinde uygulanmaya başlanan ve sıkı denetimlerle birlikte 2014 yılı ile birlikte uygulamasına devam edilecek olan 26.06.2012 Tarihli 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamında pek çok meslek dalında hizmet veren kuruluş mesleki risklerin önlenmesi için çalışmalar başlatmıştır.²

Bu mevzuat hükümleri çerçevesinde bugün sağlık hizmetleri hem sağlık çalışanları açısından hem de hasta ve hasta yakınları açısından çeşitli mesleki risklere ilişkin tedbir ve düzenlemeleri kapsamlı biçimde esas almaktadır. Ancak, bu düzenlemelerin uygulamadaki neticelerini görebilmek son derece önemlidir. Bu anlamda sağlık çalışanları açısından neyin mesleki risk teşkil

evgi%20Oktay%20-%20Sağlık%20Kurumlarında%20Calisan%20Güvenligi.pdf,
(21.04.2013)

¹ S. Oktay, “Sağlık Kurumlarında Çalışan Güvenliği”;
[http://www.ctf.edu.tr/ctfhemhzmd/Sempozyum%201.%20G%C3%BCn/1.%20OTURUM/S](http://www.ctf.edu.tr/ctfhemhzmd/Sempozyum%201.%20G%C3%BCn/1.%20OTURUM/S%20evgi%20Oktay%20-%20Sağlık%20Kurumlarında%20Calisan%20Güvenligi.pdf)
evgi%20Oktay%20-%20Sağlık%20Kurumlarında%20Calisan%20Güvenligi.pdf,
(21.04.2013)

² U. Aydın, “İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitiminin İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarının Önlenmesindeki Rolü”; <http://www.ceis.org.tr/dergi/2013temmuz/makale2.pdf>,
(12.01.2014)

ettiğini tam olarak ortaya koymak, sağlıklı sonuçlara ulaşabilmenin de önemli bir aşaması olarak görülebilir.

4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE MESLEKİ RİSKLER

Sağlık hizmetlerinde mesleki riskler özellikle belirli durumlarda yoğun biçimde yaşanmaktadır. Enfeksiyon hastalıkları, radyasyon, fiziksel ve ruhsal yorgunluk, iş kazaları, şiddete maruz kalma belli başlı mesleki riskler kategorisini oluşturmaktadır.

4.1. Enfeksiyon Hastalıkları ve Hastane Enfeksiyonu

Sağlık çalışanları açısından enfeksiyon hastalıkları tehdit oluşturmaktadır. Bunları iki ana gruba ayırabiliriz. Birinci grup kan ve kanlı vücut sıvıları ile temas sonucu ortaya çıkan bazı etkenleri ifade etmektedir. İkinci grupta yer alan etkenler ise damlacık ve damlacık çekirdeği olarak solunum salgılarıyla bulaşan etkenleri ifade etmektedir.¹

Hastaneler, enfeksiyon kaynaklarının çokluğu ve antibiyotiklere dirençli mikroorganizmaların Elığı nedeniyle enfeksiyon yayılımının hızlı olduğu ortamlardır. Hastane personeli bu enfeksiyonların birer taşıyıcısı olabilmekte ve risk altında kalabilmektedirler. Yapılan çalışmalar hastane enfeksiyonlarının çoğu zaman hastanın dışındaki çevrede bulunan mikroorganizmalarla geliştiğini ve enfeksiyon kaynaklarının başında da sağlık personeli olduğunu göstermektedir. Hastane enfeksiyonunu özellikle yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar ile hemşireler ve sağlık personelinin patojenleri bulaştırmasıyla ortaya çıkmaktadır. Bu noktada özellikle el

¹ Türk Tabipler Birliği (TTB), Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri, Ankara, 2008, s. 15

hijyenine dikkat edilmesi büyük öneme sahiptir. Öyle ki el hijyeni hususunda sağlık ve kalite sempozyumlarında özel oturumlar dahi düzenlenmektedir. Türkiye’de mevcut mevzuat içerisinde Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, enfeksiyon komitesi ve görevlerini şu şekilde açıklanmıştır: “Enfeksiyon Komitesi, kurum içinde enfekte hastalar, personel, ziyaretçi, yiyecek, içecek, haşere, vektör ve hava aracılığı ile asepsi ve antisepsi yetersizliği, araç gereç ve başka nedenlerle meydana gelebilecek enfeksiyon ve yayılmalara karşı gerekli tüm tedbirleri alır. Gerektiğinde sağlık personeli için hizmet içi eğitim programları düzenler.”¹ Hastane işletmelerinde son yıllarda üzerinde önemle durulan enfeksiyon kontrolü bu komiteler aracılığıyla gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. Bu komiteler içerisinde enfeksiyon kontrolü konusunda eğitim almış farklı uzmanlıklara sahip personel bulunmaktadır.

Sağlık çalışanlarının enfeksiyon hastalıklarından korunmaları için bir takım önlemler söz konusudur. Birinci grup etkenlerden korunmada eldiven, önlük, maske ve siperlik kullanımı; ikinci grup etkenlerden korunmada maske, önlük, siperlik; damlacık çekirdeği aracılığıyla bulaşanlarda ise özel maskeler yanı sıra hastanın negatif basınçlı odada tutulması önerilmekte ve zorunlu tutulmaktadır.²

Sağlık çalışanlarının enfeksiyon hastalıklarına maruz kalmamaları bakımından hijyen ve özellikle el hijyeni çok önemlidir. Buna ilişkin kampanyalar Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmaktadır. Kişisel hijyenin sağlanması bakımından; el yıkama, kesik ve sıyrık oluştuğunda sabun ve bol suyla yıkama, kapatma (eldiven/bant), yemek ve içecek gereksinimini ana

¹ Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi: Türkiye Deneyimi, Ankara, 2011, s. 13

² TTB, s. 16

çalışma ortamı dışında karşılama, kişisel kontaminasyonu önlemek için uygun koruyucular kullanma, el-ağız, el-göz temasından kaçınma, kalemleri ağza almama, kontamine atıkları güvenli bir şekilde ortadan kaldırma şeklinde sıralanabilir. Çevresel hijyen ve düzen bakımından ise; kolayca kontamine olmayan ve temizlenebilen malzeme kullanma, düzenli olarak çalışma alanlarını temizleme ve temiz tutma, uygun ve yeterli havalandırma sistemi kullanma çok önemlidir. Standart izolasyon önlemlerine bakıldığında; kan ve vücut sıvıları veya bütünlüğü bozulmuş deri ve mukoza ile temastan önce eldiven giyme, iki hasta bakımı arasında eldiven değiştirme, eldiven giymeden önce ve sonra el yıkama, yapılacak işlem sırasında vücut sıvısı sıçrama ihtimali, varsa maske, gözlük ve önlük kullanma, kan ve vücut sıvılarıyla kirlenen çarşaf ve diğer materyalleri özel torbalar içinde taşıma gibi tedbirler sıralanabilir.¹

4.2. Radyasyon

İyonizan radyasyon, klinikte tanı amacıyla kullanılması yanında tedavi amacıyla da kullanılmaktadır. Radyasyonun maruz kaldığı dokuları etkilemede bazı faktörler önemlidir. Bunlar; alınan doz miktarı, hücrelerin kendini yenileme kapasitesi, oksijen etkisidir. Sağlık personeli gerek tanı gerekse tedavi işlemleri sırasında radyasyona mutlaka maruz kalmaktadır. Özellikle radyoloji departmanı çalışanları bu riski yüksek oranda taşımaktadır. Radyasyona maruz kalanların ellerinde ülserasyonlar, vücutlarında geçmeyen yaraların oluşması, cilt kanserleri, hematopoetik sistem bozuklukları görülmektedir. Radyasyonun canlı dokular üzerinde etkilerini erken ve geç

¹ A. Beşer, "Sağlık Çalışanlarının Sağlık Riskleri ve Yönetimi", Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi; www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/19549/beser_39-44.pdf, (10.05.2013)

dönemde yapar. Radyasyonun erken dönem etkileri, radyasyonun alımını takip eden hatta saatler içinde ortaya çıkan etkilerdir. Bunlar arasında en erken tanımlananlar kanın şekilli elemanları ile üreme hücrelerinde görülen ve radyasyon alımını takip eden saatler içerisinde ortaya çıkan değişikliklerdir.¹

Radyasyon ile çalışanlarda ışınlanma vasıtasıyla radyasyon riski söz konusudur. Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp alanında çalışan sağlık personelinin maruz kalma olasılığı olan risk oldukça yüksektir. Buna ek olarak diş klinikleri, kardiyoloji çalışanları ve ameliyathanelerde çalışanlar da radyasyon riski ile karşı karşıyadır.²

Radyasyonun sebebiyle ortaya çıkan etkiler, bedensel ve kalıtsal olarak farklı sonuçlar ortaya çıkarabilir. Bunlar aynı zamanda erken ve gecikmiş etkiler olarak da ayrıca sınıflandırılabilir. Bir dış radyasyon tehlikesinden korunmak için, kaynak yanında gereğinden fazla kalmamak, kaynağa uzak bir mesafede çalışmak ve kaynak ile aralarına engelleyici bir zırh malzemesi koymak üç esas önlem aracı olarak ifade edilebilir.³

Radyasyondan korunmak için alınacak bazı basit önlemler bulunmaktadır. Bunları şu şekilde sıralamak mümkündür:

- “Radyoaktif maddeden korunmak için uygun aparatlar kullanılmalıdır (Koruyucu kişisel aparatlar kullanmak çok önemlidir),
- Radyoloji departmanlarında cihazları odalara göre doğru yerleştirilmesi,

¹ F. Turhan, Başkent Üniversitesi Hastanesi Çalışanlarının Mesleki Risk Faktörleri ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü (SABE), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi (YYLT), Ankara, 2006, s. 8

² TTB, s. 17

³ TTB, s. 20

- Radyoaktif maddelerin klinik içine uygun şekilde taşınması,
- Radyoaktif maddelerin hastaya enjeksiyonunun uygun aparatlar ile yapılması,
- Radyoaktif maddenin hazırlandığı sıcak odanın uygun aparatlar ile desteklenmesi, koruyucu aparatların ve havalandırmanın güçlendirilmesi,
- Cihazların kalibrasyon testleri yapılmalıdır. Doğruluk testleri mutlaka yapılmalıdır. Radyolojik cihazların lisanslamaları olmalıdır,
- Radyoloji Bölümlerinde uyarı işaretleri mutlaka bulunmalıdır. Bekleme odası ayrı olmalıdır. Hasta tuvaletlerinin de ayrı olması gerekmektedir.”¹

Radyasyonlu ortamda radyoaktif etki oluşturan cihazlar ve maddeler ile çalışan sağlık çalışanları için mesleki risk uzun vadede oldukça olumsuz sonuçlar hatta hayati maliyetler ortaya çıkartmaktadır. Bu nedenle yukarıda sayılan önlemlerin hem meslek çalışanları hem de sağlık kurumları yönetimleri tarafından tedbirlerinin sürekli biçimde göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Hastalar yönünden de bu sorumluluğun yine çalışanlar ve yönetim tarafından sahiplenilmesi şarttır.

4.3. Fiziksel ve Ruhsal Yorgunluk

Fiziksel ve ruhsal yorgunluk, sağlık çalışanlarında sıklıkla görülebilmektedir. Hatta ilerleyen safhalarda tükenmişlik sendromu ile karşı karşıya kalınabilmektedir. Aşırı stres halinin süreklilik kazanmasıyla ortaya çıkan tükenmişlik sendromu, bireyde mesleğe, hizmet verdiği insanlara karşı

¹ Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri;
http://www.radyolojidernege.com/w/index.php?option=com_content&view=article&id=206
:Sağlık-calisanlarinin-meslek-riskleri&catid=1:son-haberler, (21.04.2013)

duyarsızlık hali oluşturmaktadır. Sunulan hizmet ve hizmet kalitesi bu durumdan olumsuz yönde etkilemektedir.

Tükenmişlik kavramı, ilk olarak Freudenberger tarafından ortaya atılmış ve daha sonra Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir. Buna ilişkin geliştirilen ölçekler arasında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen tükenmişlik ölçeği ülkemizde de araştırmalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Tükenmişlik durumunda bireyde enerji kaybı oluşmakta, başka bireylere karşı olumsuz görüşlerin artması, hatta işten ve çevreden uzaklaşma isteği ortaya çıkabilmektedir. Tükenmişlik hali Maslach'ın tasniflemesine göre üç boyutta incelenmektedir. Bunlar; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı boyutlarıdır. Duygusal tükenme boyutunda birey aşırı derecede kendi üzerinde bir yük hissetmektedir. Yani çalışmak için gerekli duygusal motivasyonu artık sağlayamamasıdır. Duyarsızlaşmada ise birey, hizmet verdiği bireylere karşı duyarsızlaşmakta, hizmete ihtiyaç duyduklarını artık göz ardı etmektedir. Kişisel başarı eksikliğinde, yetersizlik hissi egemendir. İşin tatmin edici yönü ile ilgilenilmektedir. İşteki başarısızlık çaresizlik hissi ile ortaya çıkmaktadır. Bu denklemde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arttıkça, kişisel başarı ve başarı duygusu azalmaktadır.¹

Stres halini yönetmek ya da yönetebilmek önemlidir. Aksi halde insan bedenini ve ruhunu etkileyen pek çok durum ortaya çıkabilmektedir. Yoğun iş temposu ve vardiyalı çalışma saatleri, özellikle sağlık sektörü gibi kesintisiz hizmetin sağlanması gereken bir alanda doğrudan müşteri ile temas kurarak verilen hizmet esnasında çalışanları çabuk stres altına almaktadır. Bu nedenle verim düşmekte, hizmet kalitesi de azalmaktadır. Bu olumsuzlukların yaşanmaması için stres yönetimi anlamında, bireysel ve örgütsel bazı teknikler

¹ Turhan, s. 5

uygulanabilir. Bunlara ilişkin örneklere bakıldığında, bireysel anlamda bazı egzersizler, dinlenme, kontrol ve rekabet duygusunu yeniden kazanma çalışmaları, zaman yönetimi, zihinsel bazı egzersizler, samimi arkadaş ortamı tavsiye edilmektedir. Örgütsel anlamda ise, fiziksel çalışma koşullarının iyileştirilmesi, sosyal destek, eğitim, yetki devri, planlama ve programlama, astlarla iletişimin kuvvetlendirilmesi, iş basitleştirme tavsiye edilmektedir.¹

4.4. İş Kazaları

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 13. ve 14. Maddesinde kapsamında iş kazası ve meslek hastalığının tanımı yapılmıştır. Meslek hastalığının tanımı, sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik halleridir.²

İş kazaları son yıllarda Türkiye'de çalışma ve sosyal güvenlik şartlarının iyileştirilmesi ve güvenceli hale getirilmesi çalışmaları kapsamında iş kazaları ve meslek hastalıkları konusunda yapılan çalışmalar ciddi bir büyüklük kazanmıştır. Bu açıdan sağlık kuruluşlarında da yapılan teknoloji, insan kaynağı ve organizasyonel açıdan yapılan yenilikler, eğitim çalışmaları desteklenerek yeni bir boyut kazanmıştır. Özellikle sağlık kurumlarında kontrol mekanizmasının kuvvetlendirilmesi ve komiteler aracılığıyla bu mekanizmanın yönetilmesi mümkün hale getirilmiştir.³

¹ İ. Bakan, Yöneticiler İçin Başarı Stratejileri, İstanbul, 2011, s. 12

² Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu;
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.5510&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=>, (21.05.2013)

³ 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamasına Yönelik Sorunlar ve Çözüm Önerileri Hakkında Rapor; <http://www.sgkrehberi.com/haber/13661/>, (20.02.2014)

Avrupa Birliği sürecinde hem mevzuat anlamında hem de uygulama anlamında iş güvenliği ve mesleki sağlık açısından yenilikçi bir sürece girildiği ortadadır. Özellikle işe girişlerde ve meslek icrası esnasında dikkat edilecek hususlar belirlenmiştir. Bazı sorular eşliğinde bu süreç yönetilmektedir. Bu sorular şu şekilde sıralanabilir:

“İşe alırken; İşyerindeki riskler gözetilerek, buna uygun işe giriş muayeneleri yapılıyor mu?

Çalışanlara; Mesleki risklere karşı uygun olarak periyodik sağlık taraması yapılıyor mu?

Mesleki tehlikelerden korunma ve önleme konusunda kaç kişi çalışıyor?

Çalışanlar bu risklere uygun olarak korunuyor mu?

Hiç meslek hastalığı çıkmış mıdır?

İşe alırken hangi konulara dikkat ediyorsunuz?”¹

Aynı zamanda kurumsal anlamda kalite standartlarıyla da örtüşen bu sorular, artık günümüzde uygulanmaya başlanmış ve çalışanların sağlığını koruyabilecek etkin tedbirleri ifade etmektedir.

4.5. Şiddete Maruz Kalma

Sağlık çalışanları açısından son yıllarda şiddet vakaları mesleki çalışma yaşamını olumsuz etkileyen unsurlardandır. Şiddet, fiziksel, sözel saldırı ya da

¹ Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri;
http://www.radyolojiderneđi.com/w/index.php?option=com_content&view=article&id=206
:Sağlık-calisanlarinin-meslek-riskleri&catid=1:son-haberler, (21.04.2013)

cinsel taciz şeklinde olabilir. Sağlık çalışanları ve eğitim alanında çalışanlar şiddet vakalarıyla sıklıkla karşılaşmaktadırlar. Hastayla doğrudan iletişim kuran sağlık çalışanları daha fazla risk altındadır.¹ Şiddet vakaları uluslararası anlamda son yıllarda literatüre de girmiş ve önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir.²

Şiddet vakalarının görüldüğü sağlık kurumlarında çalışan personel için yapılması önerilen bazı davranışlar konusunda eğitimler verilebilir. Hemen her gün televizyonlarda, sağlık kurumlarındaki şiddete ilişkin haberlere rastlanabilmektedir. Bu aynı zamanda son çift taraflı bir problemdir. Her hastanede hasta memnuniyetinin sağlanmasına yönelik kalite standartlarının tutturulamaması ya da aynı düzeyde olmaması bir tarafı oluştururken diğer tarafta eğitsel alt yapı eksiklikleri ile birlikte hak arama kültürünün olgunlaşmamış olmasına kadar çok geniş bir sorun ağı şiddet vakalarının temelini oluşturmaktadır.

¹ A. Beşer, "Sağlık Çalışanlarının Sağlık Riskleri ve Yönetimi", Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi; www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/19549/beser_39-44.pdf, (10.05.2013)

² Turhan, s. 8

İKİNCİ BÖLÜM

112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ İÇERİSİNDE 112 ACİL AMBULANS HİZMETLERİ, KALİTE UYGULAMALARI ve MESLEKİ RİSKLER

1. KALİTE KAVRAMI, TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ, ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ VE MESLEKİ RİSKLER

1.1. Kalite Kavramı

Kalite kavramı; sanayide, yayınlarda ve uygulamada farklı şekilde kullanılmakta olup kavram birliği yoktur. Bugün kalite, işletmelerin varlığını sürdürebilmelerinin büyüüp gelişmelerinin temel koşulu olarak görülmektedir. Kalite ile ilgili farklı içerikte tanımlar yapılmaktadır. Bunlar; beklentilerin karşılanması için yeteneklerin ortaya konulması, müşteri taleplerinin karşılanması, üretim, bakım ve pazarlama unsurlarının yerine getirilmesi ile ilgili içerikleri bünyesinde bulunmaktadır. Hizmet üretiminde karşılaşılan problemlerle orantılı olarak, sunulan hizmetin türü önemli olmaksızın kalite ön plana çıkmaktadır. Böylece sağlık, eğitim, güvenlik gibi faktörlerinin bu gününü ve geleceğini yakından ilgilendiren bir takım hizmetlere ilgi daha da artmaktadır. Çünkü bu hizmetlerde kalitesizliğin neden olacağı maliyet ilerde giderilmesi mümkün olmayan sonuçlara yol açabilmektedir.¹

¹ K. Karabulut ve diğ., “Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite ve Düzeylerinin Belirlenmesi; Erzurum da bir Uygulama”, Atatürk Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, C.15, S.1-2, Erzurum, 2001, s. 119

Sağlık hizmetleri sunumunda kalite kavramı şu şekilde tanımlanabilir: “Uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanmasıdır.”¹

Müşteri odaklılığı benimseyen hastanelerin hizmet kalitesi kriterlerini sağlaması bir zorunluluktur. Hasta memnuniyeti sağlık kurumlarının karlılığının sürdürülmesi için stratejik bir unsurdur. Bu konuda gösterilecek işletme içi tüm çabalar memnuniyetin sürekliliği ve kurumun varlığının devamlılığı demektir.²

Temel kalite kavramı; etkili, verimli, erişilebilir, hasta merkezli, hakkaniyetli ve güvenli bir hizmet bütünüdür. Bu açıdan kalite unsurlarına dayalı hizmet; kanıtlara dayalı olmalıdır. İyileştirilmiş sağlık sonuçları ortaya konulabilmelidir. Kaynak kullanımını en üst seviyeye çıkaran ve israfı önleyen bir şekilde sağlık hizmetinin sunulması gereklidir. Sağlık hizmetlerinin zamanında ve coğrafik olarak makul şekilde sunulması ve beceri ve kaynakların tıbbi ihtiyaçlara uygun olduğu bir ortamda sağlanması gerekmektedir. Bireysel hizmet kullanıcılarının tercih ve istekleri ile bu kişilerin toplumlarının kültürlerini dikkate alan sağlık hizmetinin sunulması kalite açısından oldukça önemlidir. Cinsiyet, ırk, etnik köken, coğrafi konum ya da sosyoekonomik statü gibi kişisel özellikler sebebiyle sağlık hizmetinin

¹ G. E. Konca-M. N. İlhan-M. A. Bumin, “Yatarak Tedavi Gören Hastaların Hastane Çalışanları ve Hastane Hizmetlerinden Beklentileri ve Beklentilerine İlişkin Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi”, Gazi Tıp Dergisi, C.17, S.3, Ankara, 2006, s. 42

² Z. Öznalbant, Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü ve Bir Uygulama, Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2010, s. 45

kalitesi değişmemelidir. Kullanıcılara yönelik risk ve zararları en aza indirgeyen sağlık hizmeti sunulması kalite ile ilgili önemli bir özelliktir.¹

Bugün dünyada rekabet kamu sektörünün özel sektörle birlikte aynı kulvarda yarıştığı alanlarda şiddetli biçimde kendisini göstermektedir. Sağlık sektörü de bu alanlardan bir tanesidir. Kalite kavramı bir yandan özel sektörü ilgilendirirken öte yandan artık işletme mantığı ile hizmet sunmaya başlamış olan kamu örgütlenmeleri için de vazgeçilmez bir kavram haline gelmiştir.

Kalite ve kaliteli gibi ifadeler gündelik yaşantımızda özellikle son 20 yılda sıklıkla kullandığımız ve gündelik dilimize de yerleşen ifadelerdir. Kalite, genel bir ifadeyle ulaşılması istenen hedefe veya gerçekleştirilmesi gereken amaca uygunluktur. Bu bakımdan tek ve standart bir kalite tanımına da ulaşmak güçtür.²

Tarihsel süreç içerisinde, dünyada ve Türkiye’de kalite süreçleri geçmişten günümüze uygulanmaktadır. Özellikle II. Dünya Savaşı sonrası kaliteli üretim ve hizmetin önemi ile birlikte bu kavram ve olgu daha da önem kazanmıştır.³ Bu bakımdan öncelikle kalite kavramına değinmekte yarar vardır. Daha sonra ise bunun olgusal olarak ne tür yansımalarını günümüzde yaşamaktayız tartışabiliriz.

Kalite konuları ilkel ve antik devirlerden beri insanoğlunun hayatına düzen sağlamaktadır. Bu tarihi Babil İmparatorluğu’na kadar dayandıranlar

¹ E. Dikmetaş, “Sağlıkta Eşitlik/Eşitsizlik”, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, C.1, S.2, Elazığ, 2006, s. 6

² K. Tursun, Toplam Kalite Yönetimi; <http://www.gumrukkontrolor.org.tr/Yayinlar/Dergiler/48/8.html>, (06.08.2013)

³ N. Danacıoğlu – E. Burcu – F. Z. Muluk, Türkiye’de Kalite Olgusunun Gelişimi (1299-1990), İstanbul, 2000, s. 5

mevcuttur. Mısırlılarda, Fenikelilerde, Selçukluda ve Osmanlı'da özellikle üretim süreçlerinde bir kalite anlayışının var olduğunu gözlemlemek mümkündür. Türkiye Cumhuriyeti'nde ise cumhuriyet sonrası Türk Standartları Enstitüsü (TSE) tarafından kalite Standartları yönetilmektedir.

Kalite kavramı ve olgusu tam manasıyla kesin çizgilerle çizilemeyecek tanımlamalar ve çerçevelerle literatürde bahsedilmektedir. Ancak şu özelliklerin varlığı, kalitenin varlığını ortaya koyabilen somut göstergelerdir. Kalite, kavram ve olgu olarak değerlendirildiğinde bazı özellikleri bünyesinde barındırmaktadır. Öncelikle kalite sorunları ve çözümleri birlikte ele almaktadır. Müşteri tatmini son derece önemlidir. Eğitimli, araç-gerecin etkin biçimde kullanıldığı, yetiştirilmiş personel eliyle yerine getirilen bir hizmet verimli bir hizmet olarak kabul edilir. Değişime açık bir işletme anlayışı sayesinde işletme yönetimi, kalite ile ilgili işletme ve müşteri taleplerine kolayca uyum gösterebilir. Bu anlamda esneklik, kalite anlayışının önemli bir özelliğidir. Hizmetin yerine getirilmesinde, işler hızlı ancak doğru biçimde yerine getirilmelidir. İşlerin belirli bir program dâhilinde yapılması gerekmektedir. Çünkü kalite uygulamaları sürdürülebilir ve sürekli işlemleri kapsamaktadır. Uzun dönemli bir düşünce sistemini gerektirmektedir. Aksi halde ortaya çıkacak aksaklıklar nedeniyle maliyetler artabilir.

Bunların yanında kalite pek çok boyutu olan bir yapı da sergilemektedir. Özellikle belirli standartlara bağlı olarak, hizmetin ömrü boyunca sürekli performans esastır. Ürünün kullanılabilirliği son derece önemlidir. Ürüne ilişkin sorun ve şikâyetler kolayca çözülebilir olmalıdır. Estetik kaygılar ihmal edilmemelidir. Ürünün ya da diğer üretim konularının geçmiş performansına da önem verilmelidir. Bu noktada ölçümlerle hareket

edilmelidir.¹ Bütün bunların varlığı ve bir araya gelişi, ürettiğimiz hizmetin ya da malın kalite ölçütleri içerisinde üretilmiş olduğunu bize anlatır. Kalite kavramı kapsamında bir çıktı olarak ortaya çıkarttığımız ürünün toplam kalite yönetimi anlayışı için değerli bir faaliyet olabilmesi, yukarıda sayılan özelliklere ve boyutlara sahip olması ile eşdeğerdir.

Türk Standardları Enstitüsü (TSE) ve ISO (International Organization for Standardization – Uluslararası Standardizasyon Organizasyonu) tarafından tanımlandığı şekilleriyle kalite, bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamı olarak tanımlanmaktadır.² ISO'ya göre ise kalite, bir ürün ya da hizmetin belirlenen ya da olabilecek gereksinimleri karşılama becerisine dayanan özelliklerinin ve karakteristiklerinin toplamıdır.³

Görülmektedir ki, belirli ve sabit bir kalite tanımı verebilmek çok zordur. Kalite; müşteri, işveren ve üretim personeli çemberinin mutluluğu ile birlikte bir ürünün ve/veya hizmetin iyi ya da kötü olma durumudur.⁴ Özetle kalite şu şekilde tanımlanabilir: “Kontrol uygulamak, en ekonomik, en kullanışlı ve tüketiciyi daima tatmin eden kaliteli ürünü geliştirmek, tasarımını yapmak, üretmek ve satış sonrası hizmetlerini vermektir”. Son noktada kalitenin tanımı şu şekilde de yapılabilir: “Müşteri, işveren ve üretim personelinin mutluluğu için yapılan tüm çalışmalara kalite denir.”⁵ Günümüzde kalitenin içerisinde barındırdığı, özellikler, unsurlar, boyutlar ile birlikte bütüncül bir kalite anlayışının işletmelerde uygulanması söz

¹ R. Bozkurt, “Hizmet Endüstrisinde Kalite”, Verimlilik Dergisi: Toplam Kalite Özel Sayısı, Ankara, 1995, s. 212

² TSE, Kalite Notları, Ankara, 1994, s. 24

³ Bozkurt, s. 212

⁴ Şale, s. 18

⁵ İ. Şale, Adım Adım Toplam Kalite Uygulaması, Ankara, 2001, s. 18

konusudur. Bu durum literatürde toplam kalite yönetimi anlayışı şeklinde kendisine yer bulmuştur.

1.2. Toplam Kalite Yönetimi

Günümüzde yönetim konusunda ulusal ve uluslararası yayınlarda sıkça sözü edilen ve adı geçen kavramlardan birisi de Toplam Kalite Yönetimi'dir. Çağdaş yönetim teknikleri içerisinde işletme yaklaşımı ile en uyumlu görünen yönetim tekniği kalite yönetimi ya da toplam kalite yönetimidir. İşletme yönetimi alanında çalışanların geliştirdikleri ya da güncelleştirdikleri bu konu aktif biçimde iş yaşamında etki oluşturmaktadır. Artık günümüzde kamu ve özel kesimde, tüm örgütlerde çalışanlar, ne klasik anlayışta olduğu gibi makine gibi görülecek, ne de davranışçı anlayışta olduğu gibi, üretim, kalite ve verimlilik göz ardı edilecektir. Her ikisinin yani hem üretim, kalite ve verimlilik, hem de hizmeti ya da malı üretenler ile hizmetten ve üretilen maldan yararlananların beklentileri, istekleri, talepleri karşılanmaya çalışılacaktır. Günümüz işletme yöneticileri, bunu toplam kalite yönetimi anlayışı ile geliştirme çabası içindedirler.¹

Kaynakların azalması ve git gide niteliğini yitirmesi ve bu şartlar altında kamu kurumlarının özel sektör kurumlarıyla rekabet edilebilmesi için kamu kurum ve kuruluşlarında çok ciddi tasarruf tedbirleri alınmaya çalışılmaktadır. Ayrıca bu tasarruf ve verimlilik tedbirleri altında daha kaliteli ve verimli hizmet sunabilmek zorunda olan kamu kurumları toplam kalite yönetimi uygulamaları ile bunu sağlamaya çalışmaktadırlar. Kalite kavramının canlanmasında üretim-ürün-birey (müşteri) üçgeninde yer alan ilişki ağının önemli rolü olduğu söylenebilir.²

¹ Öztekin, s. 142

² Danacıoğlu ve diğ., s. 9

1.2.1. Toplam Kalite Yönetimi Tanımı

Toplam kalite yönetimi, bir kurum içinde mal ve hizmet sunumunda kaliteyi hedef alan, kurumun bütün üyelerinin katılımını sağlayan, gerek kurum içerisinde görev yapanların gerekse kendisine hizmet sunulanların beklentisini ön planda tutan, aynı zamanda ileriye yönelik ihtiyaçlarının karşılanmasını da hedefleyen, ekip çalışmasını öngören, tüm süreçlerin kısa aralıklarla gözden geçirilmesini ve iyileştirilmesini sağlayan, kurumun bütün üyelerine ve topluma en fazla yarar sağlaması beklenen yönetim anlayışını ifade etmektedir. Buradaki öncelikli temel amaç hizmet sunumunda kaliteye ulaşmaktır. Toplam kalite yönetimi, kalite, sıfır hata, tam zaman ve müşteri memnuniyeti temel kavramlarına dayanmaktadır. Küreselleşmeyle beraber kamu-özel ayrımı fark etmeden tüm kuruluşlarda yaşanan tam rekabet, yenilikçilik, yaratıcılık alanındaki gelişmeler, bütün örgütleri ve kuruluşları toplam kalite yönetimi yaklaşımını benimsemeye zorlamıştır.

1.2.2. Türkiye’de Sağlık Sisteminde Toplam Kalite Yönetimi

Şu anki uygulamalarda sağlık sektöründe toplam kalite yönetiminde en büyük engel sağlık kurumları yöneticilerinde bu konudaki isteksiz tutumlardır. Bunun giderilmesi, kamusal alanın yeniden tanımlanarak, kamusal hizmetlerin neler olması gerektiği konusunda toplumsal bir ortak yargıya varılmasıyla mümkün olacaktır. Ayrıca kamu sektörüne özgü planlama ve örgütleme teknikleri ele alınarak bunların süreklilik arz etmesi gereken kalite oluşturma sürecine uyumlulaştırılması gerekmektedir.¹

¹ B. Uryan, Toplam Kalite Yönetimi; <http://www.mevzuatdergisi.com/2002/07a/02.htm>, (21.07.2013)

Kamu kurumlarında toplam kalite yönetimine engel olan bazı etkenler mevcuttur. Bunların aşılması gerekmektedir. Örneğin, planlama ve örgütleme kültürünün gelişmesi gereklidir. Bu ilke henüz kurumlarımızda ve işletmelerde yeni yeni uygulanmaya başlamıştır. Bilimsel düşünceye önem verilmelidir. Gelenekçilik azaltılmalıdır. Uzun vadeli düşünülmelidir. Politika, strateji, taktik, ilke, yöntem, bütçe ve program gibi kavramların önemi kavranmalı ve uygulamaya geçirilmelidir. Yenilikçiliğe önem verilmelidir. Danışma ve uzmanlığın önemi kavranmalıdır. Merkezci yönetim azaltılmalıdır. İnisyatif mekanizması işletilmelidir. Mesleki eğitim son derece önemlidir. Personelin eğitim ve yenilikçilik yönü teşvik edilmelidir. Bunların her biri kamuda ve özel sektörde kalite yönlü sorunlar olarak göze çarpmaktadır. Öte yandan toplam kalite yönetiminin kamu sektöründe etkin kılınabilmesi için öncelikle siyasetçilerin ve üst yöneticilerin uygulamaları desteklemesi gerekmektedir.¹

2. ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE YÖNETİM ve ORGANİZASYON

Acil Sağlık Hizmetleri (ASH), son 15 yılda dünyada ve ülkemizde büyük gelişmeler göstermiştir. Özellikle 1990'lı yıllarda akademik alanda ve hizmet sahasında önemli gelişmeler sağlanmıştır. 1999 büyük Marmara depreminden sonra toplumda ve siyasi idarelerin gündeminde her zaman yer alan ASH, ülkemizde de özellikle son dönemde dinamik alt yapısı ile son derece üretken ve diğer sağlık alanlarına önder ve örnek olabilecek bir yapılanma göstermektedir. Acil sağlık sistemi ve onun çalışanları sağlık

¹ U. Saran, "Demokratikleşme ve Sivilleşme Eğilimleri Karşısında Devletin Yeniden Yapılandırılmasının Anahtarı: Kamu Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi" Türk İdare Dergisi, C. 431, Ankara, 2005, s. 21

sisteminin vizyonunu oluşturur. Acil servisler de hastanelerin vitrini olarak kabul edilir.¹

Bu noktadan hareketle kronolojik olarak 112 ASH'nin ülkemizde doğuşuna ve gelişimine bakmamızda fayda vardır. 1990 yılında Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde faaliyete başlamıştır. 1994 Yılında ise makam oluru alınarak Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde kurulmuştur. Türkiye'de 1980 sonları ile birlikte ambulans hizmetleri de gelişme kaydetmiştir. 1986 yılında Hızır Acil Servis ve 1994 yılında da 112 Acil Yardım ve Kurtarma sistemi yürürlüğe girmiştir. Bu yıldan sonra ambulanslarda pratisyen hekim, hemşire ve şoför görev yapmaya başlamış, daha sonraları ise Paramedik ve Acil Tıp Teknisyeni gibi acil girişimlerle ilgili eğitim almış sağlık çalışanları ambulanslarda görev almaya başlamıştır. ASH'da ulaşılabilirliği artırmak adına 1995 yılında 112 no'lu ücretsiz telefon numarası, Acil Sağlık hattı olarak kullanılmaya başlanmıştır.²

112 Acil Sağlık Hizmetleri (ASH) içerisinde sık ve yaygın olarak kullanılan bazı temel terimler bulunmaktadır. Bunlardan ilki olan Acil Sağlık Hizmetleri, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğine (ASHY) göre acil hastalık ve yaralanma durumunda, uzman ekip tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık hizmetleridir. Bu hizmetleri ülkemizde 112 ASH ile hastane acil servisleri vermektedir. İl Ambulans Servisi ise ildeki tüm ambulans

¹ M. Eryılmaz, "Ülkemizde Acil Sağlık Hizmetleri: İhtiyaca Yönelik Güncel Çözüm Önerileri", Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, C.13, S.1, 2007, s. 5

² G. Köksal, 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısının İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları Üzerine Etkileri, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (SBE), YYLT, İstanbul, 2010, s. 22

hizmetlerini koordine eden, Bakanlık ve kendisine bağı diğer ambulanslarla hizmeti sunan başhekimlik, merkez ve istasyonlardan oluşan kuruluşa denir. İl Ambulans Servisi, Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğine (AHY) göre müdürlüğe bağı il düzeyinde ambulans hizmetlerini sevk ve idare eden birimi ifade eder. İl genelinde kamu ve özel fark etmeksizin tüm ambulansların bağı olduğu, sevk ve idare edildiğı merkezdir. Hastaya veya yaralıya gerekli tıbbi müdahalede bulunmak, olay yerinde gerekli tedbirleri almak üzere görevlendirilen; acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim almış sağlık personeli ile şoföründen oluşmaktadır. 112 ASH'da alanda müdahalelerde bulunan her bir ambulansa ve ambulanda bulunan personellere ekip denilmektedir. Acil Servis, sağlık hizmeti sunan kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler tarafından kurulmuş yataklı tedavi kuruluşları bünyesinde yer alan acil servisleri ifade eder. Acil tedavi, hastaneler ile diğer sağlık kurum ve kuruluşlarında acil tıbbî tedaviye ihtiyacı olanlara sunulan hizmetlerin bütünüdür. Hasta Tanımı Acil sağlık hizmetine ihtiyacı olan kişiyi ifade eder. Dünya Sağlık Örgütünün yapmış olduğu sağlık kavramının tanımının tersi olarak da düşünülebilir. Ruh ve beden sağlığı bozulmuş olan ve tedavi ihtiyacı bulunan kişilere hasta denir.¹

¹ Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğı, Madde 4; <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-510/acil-saglik-hizmetleri-yonetmeliği.html>, (12.08.2014)

3. TÜRKİYE’DE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ İÇERİSİNDE AMBULANS HİZMETLERİ

İlk ve Acil Yardım hizmetleri (paramedik), yeni ve düzenlemeye açık bir alan olarak gösterilebilir. Paramedik hizmetleri içerisinde ise ambulans hizmetleri önemli bir alan durumundadır. Kılınçlı, ambulans hizmetlerinin Türkiye’de ilk defa 1985 yılında Ankara Numune Hastanesi’nde başlatıldığını ifade etmektedir. Bu hizmetin sağlanabilmesi için gerekli insan kaynağı ve eğitilmiş personel ihtiyacına yönelik olarak 1990 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi tarafından Türkiye’de paramedik okulunun kurulabilmesi için Kanada Cambrian College ile birlikte ortak bir proje başlatılmıştır. 1993 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu açılmıştır.¹ Bu hizmet alanına yöneylik olarak mevzuat hükümleri ülkemizde 2006 yılından bu yana bazı değişikliklerle uygulanmaktadır. Paramedik hizmetleri ve ambulans hizmetleri aynı zamanda kaliteli bir sağlık hizmeti için ön planda tutulmalıdır. Çünkü insan yaşamına ilişkin en görünür ve önemli aşama paramedik hizmetlerde ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde kalitenin ön planda tutulacağı önemli alanlardan biri de paramedik hizmetlerdir. Ambulans hizmetlerinin bu aşamadaki kalitesi paramedik hizmetlerinin kalitesini de genel olarak etkileyecektir. Bu alan Türkiye’de son yıllarda özel sektörün etkin biçimde hizmet vermeye başlaması ile daha da belirgin hale gelmiştir. Bütün bunlarla birlikte Türkiye’de yeni yeni gelişmekte olan bu sektörün mevzuat ile desteklendiği, özellikle kamu hizmeti niteliği ağır basan bu hizmetler için güçlü kalite standartlarını içeren bir yapının oluşturulmaya çalışıldığı görülmektedir.

¹ T. Kılınçlı, Acil Sağlık Hizmetlerinde Paramediklerin Rolü ve Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi; <http://www.parder.org.tr/duyuru-detay.aspx?id=50>, (23.12.2012)

4. TÜRKİYE’DE 112 ACİL AMBULANS HİZMETLERİNE İLİŞKİN MEVZUAT YAPISI

Türkiye’de ambulans hizmetlerine ilişkin mevzuat yapısı ağırlıklı olarak yönetmeliklerle sağlanmaktadır. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu kapsamında 8/7/2001 tarihli ve 24456 sayılı “Ambulans ile Özel Ambulans Servisleri ve Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği” ile 7/12/2006 tarihli ve 26369 sayılı Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği öncelikli yere sahiptir.

Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğinin ilk maddesinde yönetmeliğin amacı; ambulans hizmetleri ve ambulans servislerinin kuruluş, işleyiş ve denetlenmesine ilişkin usul ve esaslar ile ambulans, acil sağlık aracı ve hasta nakil araçlarının tıbbi ve teknik donanım özelliklerini düzenlemek olarak ifade edilmektedir.¹

Bu amaç aynı zamanda kaliteye ilişkin öğeleri de içermektedir. Çünkü ambulans hizmetlerinde, bu hizmetlere ilişkin özel servislerin oluşturulması, bunların işleyiş ve denetimlerinin sağlanması ve belirli bir prosedür çerçevesinde bu hizmetlerin gerçekleştirilmesi söz konusudur.

5. AMBULANS HİZMETLERİNDE MEVZUAT, KALİTE ve MESLEKİ RİSK İLİŞKİSİ

7/12/2006 tarihli ve 26369 sayılı Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri yönetmeliğinde ambulans ve acil sağlık araçlarına

¹ Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği; www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/04/20120410-3.htm, (12.08.2014)

ilişkin tanımlar verilmektedir. Bazı araçlar sayılarak bunların ambulans ve acil sağlık aracı olarak tanımlamalarına yer verilmektedir. Bu araçlar özel nitelikli ve özel donanım gerektiren araçlar olup, özel koşullarda görev yapabilecek nitelikte personel ile donatılmaktadırlar. Yönetmelikler kapsamında belirtilmiş olan kriterler aslında kalite ölçütü olarak görülebilir.

Ambulanslar ve hasta nakil araçlarına ilişkin tanımlar içerisinde yoğun bakım ambulansı ve özel donanımlı ambulanslar özel tanımlamalara sahiptir. Bunlar şu şekilde sıralanabilir:

“Yoğun Bakım Ambulansı: Hastaların nakil esnasında ileri seviyede izlenmesine ve tedavisine yönelik tasarımlanan teknik ve tıbbi donanıma sahip kara aracıdır.

Özel Donanımlı Ambulanslar: Acil hasta veya yaralılara olay yerinde acil tıbbi yardımı sağlamak veya görev yaptığı bölgenin coğrafi özelliği ile taşıdığı hasta veya yaralıların yaşı, fiziki ve tıbbi durumlarına göre özel olarak tasarlanmış ve buna göre ekip ve ekipmanla donatılmış araçlardır. Yenidoğan hastaların nakli amacıyla kullanılacak ambulanslar; acil yardım ambulansının tıbbi ve teknik donanımlarını sağlamak kaydı ile ventilatörlü transport kuvüzü bulundurmak zorundadır. Bu ambulanslarda yetişkin hastalarda kullanılacak tıbbi donanım ve malzeme aranmaz. Bu ambulanslarda görev yapan sağlık personeli bir hekim veya bir paramedik ile bir sağlık personeli olmak üzere en az iki personelden oluşmaktadır. Ekipte şoför yerine bir paramedik veya acil tıp teknisyeni çalıştırılabilir. Yoğun bakım ambulanslarında çalışacak hekim ve sağlık personelinin gerekli eğitimleri almış ve sertifikalandırılmış olması gerekmektedir.

Acil Sağlık Aracı: Olay yerinde teknik ve lojistik destek amaçlı kullanılır. Bu araçlar organ nakli aracı, mobil komuta kontrol aracı, mobil haberleşme aracı, mobil sağlık aracı ve benzeri araçlar olup hasta taşıma amaçlı kullanılmazlar. Bu araçlar ışıklı ve sesli uyarı sistemi, haberleşme cihazları (telsiz, telefon), aracın kullanım amacını belirten fosforlu yazı ve işaretler ve aracın kullanım amacına uygun tıbbi ve teknik donanım özelliklerine sahiptirler. Acil yardım ambulanslarındaki ekip en az üç personelden oluşur. Ekipte en az bir hekim veya bir paramedik veya Sağlık Bakanlığınca belirlenmiş modül eğitimlerini tamamlamış bir acil tıp teknisyeni ile diğer bir sağlık personeli ve bir şoför bulunur. Ambulansta sürücülük görevini öncelikle acil tıp teknisyeni veya zorunlu hallerde paramedik yürütebilir. Bu konu son zamanlarda oldukça büyük tartışmaların odak noktasında yer almaktadır.”¹

Ambulanslar ve nakil araçları konusunda olsun, gerekli diğer şartlar açısından olsun ilgili yönetmelikte sayılan hususlar aynı zamanda kalite yönergesi için kaynak oluşturacak detaylar barındırmaktadır. Fakat, üzerinde tartışılan nokta hem sürücü hem de sağlık görevlisi olarak çalışmak zorunda olmalarıdır. Paramediklerin herhangi bir hata karşısında içinde buldukları durum hukuki anlamda pek çok karışıklık oluşturmaktadır. Bir yandan da çalışanın farklı bir kalifikasyon gerektiren işte çalışması ise hem kamu görevliliği hem de iş kanunu açısından sıkıntılı durumlar doğurmaktadır.

Ambulanslar ve nakil araçları konusunda olsun, gerekli diğer şartlar açısından olsun ilgili yönetmelikte sayılan hususlar aynı zamanda kalite yönergesi için kaynak oluşturacak detaylar barındırmaktadır. Fakat, üzerinde tartışılan nokta hem sürücü hem de sağlık görevlisi olarak çalışmak zorunda

¹ Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği;
www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/04/20120410-3.htm, (12.08.2014)

olmalarıdır. Paramediklerin herhangi bir hata karşısında içinde buldukları durum hukuki anlamda pek çok karışıklık oluşturmaktadır. Bir yandan da çalışanın farklı bir kalifikasyon gerektiren işte çalışması ise hem kamu görevliliği hem de iş kanunu açısından sıkıntılı durumlar doğurmaktadır. Hekim veya paramedik bulunmayan acil yardım ambulanslarında çalışacak acil tıp teknisyeni; temel modül, travma resüsitasyon, çocuklarda ileri yaşam desteği ve erişkin ileri yaşam desteği kurslarını başarı ile tamamlamış ve sertifika almış olmalıdır. Bu noktalar temel kalite standartları olarak kabul edilebilir.

Bir diğer husus ise, ambulans araçları ile ilgili standartlardır. Bu araçların Türk Standartları Enstitüsü (TSE) tarafından denetlenmesi olumludur. Yönetmeliğe göre, ambulans hizmetlerinde kullanılan araçların bu hizmete uygunluğunda 2918 sayılı Karayolu Trafik Kanunu referans alınmaktadır. Beş yaşından fazla olan araçlara ruhsat verilmemektedir. Ruhsatlı ve beş yaşından büyük araçlar ise her iki yılda bir Türk Standartları Enstitüsü'nün belirlediği ve yetkilendirdiği kurumlarca muayeneye tabi tutulmalıdır. Alınan izinler ile hizmet süresi uzatılabilir ancak onbeş yaş sınırını geçemez.¹ Buna ek olarak ambulans araçları, yönetmelikte belirtilen bir takım kriterlere bağlı olarak hizmet vermektedirler. Bunları maddeler halinde şu şekilde ifade etmek mümkündür:

- “Araçlar mono blok gövdeli panelvan tipinde veya hasta kabinli pick-up tipinde olacaktır.

¹ Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği;
www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/04/20120410-3.htm, (12.08.2014)

- Hasta kabini uzunluk, genişlik ve yükseklikleri asgari belirtilen ölçülerde olmalıdır. Arazi tipi veya tabloda belirtilmeyen özel donanımlı ambulanslarda araç üreticisinin orijinal dış ölçüleri muhafaza edilecektir.
- Siren cihazı ile aracın ön ve arka kısmında mavi renkte tepe lambası olmalıdır.
- Bir adet araç telsizi ve en az bir adet el telsizi bulunmalı, ayrıca şoför mahalli ile hasta kabini arasında haberleşmeyi sağlayacak dahili haberleşme sistemi bulunmalıdır.
- Kabinde bulunan kapılar sedye girişine uygun olmalı, arka kapı(lar) asgari 90 derece açılabilmelidir. Arka girişe ilave olarak hasta bölmesinde alternatif bir çıkış kapısı olmalıdır.
- Hasta kabininde en az 2 adet perdelenmiş harici pencere olmalıdır.
- Hasta kabininde havalandırma, ısıtma ve aydınlatma sistemleri bulunmalıdır.
- Sedye üst hizasında tavanda elle tutunma yeri bulunmalıdır.
- Kabinde kilitlenebilir ilaç bölümü olmalıdır.
- Egzoz çıkışı; egzoz gazı içeriye girmeyecek şekilde kapılardan uzak bir konumda olmalıdır.
- Araçlar sarsıntısız bir şekilde hasta naklini sağlayacak özel bir süspansiyon sistemine sahip olmalıdır.
- Ambulansların tasarımı ile donanımda kullanılacak tüm elektrik aksamı, cihaz ve malzemelerin montaj ve özellikleri TS-EN 1789 standardına uygun olmalıdır.
- Her araçta asgari iki adet 2 litrelik yangın söndürücü bulunmalıdır.

- Her araçta asgari birer adet emniyet kemeri keseceği, demir manivela ve imdat çekici bulunmalıdır.”¹

Ambulans araçlarının olması gereken ölçüler de kalite standartları çerçevesinde değerlendirilebilir. Bir diğer değişle uygunluk belgeleri ile bağlantılı olarak uygunsuzluk halleri mevzuatta düzenlenmiştir. Özel hastanelerin ve özel ambulans hizmeti veren sağlık kuruluşlarının bu ölçülere uyması gerekmektedir.

Ambulansta bulundurulması gereken tıbbi cihazların kontrolü ve yönetmeliğe uygunluk hali ile ilgili olarak eksikliklerin giderilmesi için 7 günlük süreler mevcuttur. Bu 7 günlük sürele uyulmadığında ise ya süresiz olarak ya da 30 günlük sürele hizmetten yasaklanma durumu ile karşı karşıya kalınabilmektedir.

Bu sürelerin ve yaptırımların dışında İl sınırları dışında çalışıp çalışmamaya ilişkin yaptırım süreleri de öngörölmüştür. Eğer ambulans izinsiz olarak İl dışında çalışıyorsa 30 gün sürele hizmetten yasaklanır.

İl dışında çalışmaya ilişkin bir başka nokta da, eksikliğin giderilmesi gibi bir durum söz konusu olmadığı için doğrudan doğruya hizmetten yasaklanma halinin varlığıdır.

Ambulans araçları ve personel ile ilgili bu kriterler kalite denetimleri kapsamında kontrol altında tutulmalıdır. Yönetmelik hükümlerinin yerinde uygulanmasının önemi yüksektir. Bu açıdan hizmetin sürdürülebilirliğinin hem yönetmelik hem de ayrıca kalite standartlarını içerir prosedürle yerine getirilmesi gerekmektedir.

¹ Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği;
www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/04/20120410-3.htm, (12.08.2014)

Ambulans hizmetlerinin sağlanmasında 112 Hizmet Kalite Standartları Rehberi bu çalışma kapsamında bundan sonraki başlıklarda referans olarak alınmaktadır. Rehberde göre; hasta güvenliği, çalışan güvenliği, bilgi sistemi ile ambulans donanımı ve hizmeti açısından kalite unsurlarına ve ölçütlerine dikkat edilmelidir. Bunları tek tek ele almakta yarar bulunmaktadır.¹

5.1. Hasta Güvenliği

112 Hizmet kalite standartlarına bakıldığında öncelikle hasta güvenliği ile ilgili bazı hususlar üzerinde durulmakta olduğu görülür. Hasta güvenliği açısından kalite standartları, çalışanların hasta hakları ve hasta güvenliği konusunda hizmet içi eğitimlere tabi tutulması üzerine odaklanmıştır. Bu konuda görevli birim İl Ambulans Servisi Başhekimliği'dir.

Hasta güvenliği ile ilgili eğitim programları oluşturulması gerekmektedir. Bu eğitimler periyodik olarak, yılda 1 kez ve kayıt altına alınabilecek şekilde düzenlenmelidir. Ambulanslarda hasta güvenliğini iki kısımda değerlendirebiliriz. Bunlardan ilki hastanın mahremiyeti ve mahrem eşyasına ilişkindir. Hasta mahremiyetine ilişkin çalışmalar yapılmalıdır. Bu konuda çarşaf, battaniye gibi gereçler ambulanslarda bulundurulmalıdır. Personele gerekli eğitimler bu konuda da verilmelidir. Gerekirse buna ilişkin hususi prosedürler geliştirilebilir. Nakledilen hastalara ait eşyaların güvenliği de önemlidir. Buna ilişkin prosedür geliştirilmelidir. Bu süreçte tüm işlemler kayıt altına alınmalı, gerekirse güvenlik güçlerinden destek alınmalıdır. Hasta güvenliği için hasta muayene/gözlem formu kullanılarak hastanın ambulans içerisinde gördüğü tedavi ile ilgili mutlaka ilgili form doldurulmalıdır. Bu aynı

¹ 112 Hizmet Kalite Standartları Rehberi, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara, 2008, s. 24-25

zamanda nakledildiği sağlık kuruluğu için de öncelikli rehber niteliğinde olacaktır. Hastanın tıbbi müdahaleye ilişkin kaydının tutulması tedavinin başarısı için önemlidir. Ambulans hizmetlerinde hasta güvenliğinin diğer boyutu ise, hastanın vücut bütünlüğü ile ilgili olarak müdahaleye izin verilip verilmemesi hakkındadır. Hasta ve hasta yakınlarının tıbbi müdahale konusunda kararlara katılmaları hususu düzenlenmelidir. Hastaların hangi koşullarda hangi haklara sahip olduklarına ilişkin talimatlar hazırlanmalıdır. Bu noktada hasta haklarının doğuracağı hukuki sonuçlar net biçimde hasta ve hasta yakınları ile paylaşılmalıdır. Bu ve benzer konularda hasta ve yakınlarının görüş ve nerileri düzenli olarak alınmalıdır. Etkin bir öneri ve Őikyet yönetimi gerçekleştirilmelidir. Ne tür iyileştirmelerin yapıldığının da kaydı tutulmalıdır.¹

5.2. alışan Güvenliği

Ambulans hizmetlerinde sağlanan kalite standartlarını sadece nakil araçları ve hasta açısından düşünmemek gerekmektedir. Aynı zamanda konu çalışan güvenliği ile de ilgilidir. Bu konuda çalışanlar açısından eğitim programı oluşturulması önemlidir. Bu eğitim programında uygulama ve alınacak önlemler yer almalıdır. Periyodik aralıklarla bu süreç düzenlenmelidir. Eğitim faaliyetleri dışında aynı zamanda çalışanları sağlık açısından koruyucu tedbirlerin alınması da gerekmektedir. Koruyucu ekipman, elbise, tıbbi malzeme bunlar arasında sayılabilir. Buna ek olarak biyolojik ve kimyasal ajanlarla mücadele de oldukça önemlidir. Ayrıca alışanların vardiyalı ve yıpratıcı çalışma koşulları düşünüldüğünde kişisel gelişim ve terapi anlamında bir takım eğitimlere tabi tutulmaları faydalıdır. Bununla

¹ 112 Hizmet Kalite Standartları Rehberi, s. 29-30

birlikte etkili iletişim ve empati kurma konusunda da eğitimler desteklenmelidir.¹

5.3. Bilgi Sistemi

Ambulans hizmetlerinin koordinasyonu amacıyla istasyonlar oluşturulması etkin bir çözüm olarak görünmektedir. Bu istasyonların da etkin biçimde işleyebilmesi için işgücü, kapasite ölçümü, altyapı koşullarının iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. İstasyonların faaliyetlerine ilişkin raporlamaların etkin biçimde tutulması ve ilgili üst merci tarafından kayıt altına alınması gerekmektedir. Bu süreçte istatistik programlarından yararlanılabilir. Acil sağlık hizmetlerinde istatistiki bilgilerden yararlanılması etkili sonuçlar üretilmesi için oldukça önemlidir. İstatistikler düzenli biçimde raporlanmalıdır. Bu çıktılar hakkında istasyon personeli bilgilendirilmelidir. Bunun için veri analizleri Bu noktada görevli birim İl Ambulans Servisi Başhekimliğidir.²

Bilgi sistemleri sayesinde elde edilen analizler, hizmet değerlendirme toplantılarıyla istasyon çalışanlarına iletilmelidir. Toplantılara ilişkin kararlar kayıt altına alınmalıdır. İstasyonların mevcut durumu takip edilmelidir. Bu sayede ihtiyaç halinde gerekli önlemler alınmalıdır. Bu aşamada İl Ambulans Servisi Başhekimliği istasyonların aylık çalışma formları ile komuta merkezi kayıtlarını karşılaştırmalı, farklılıkları tespit ettiği takdirde eksiklikleri gidermelidir. Bu durumda eksiklikler daha rahat tespit edilebilecek, yapılan yanlış varsa bir daha olmaması yönünde tespit edilecektir. Ambulans hizmetleri kalite standartlarına göre, komuta Kontrol Merkezi'nde veri giriş ve

¹ 112 Hizmet Kalite Standartları Rehberi, s. 32

² 112 Hizmet Kalite Standartları Rehberi, s. 36

kayıt takibi yapılmalıdır. Bu bilgilerin muhafaza edilmesinin sağlanması için her verinin kim tarafından kayıt edildiği görülmelidir. Aynı zamanda geçmişe yönelik kayıt kontrolü de yapılabilir. Verilerin tarih ve saat olarak giriş bilgileri görülebilmelidir. Kurumda çalışan her düzeyde personel kayıtlara erişebilmelidir. Fakat hasta kayıtlarını içeren bilgilere ulaşılmasında bilgi güvenliğinin sağlanması için kayıtlara erişim yetkili personel ile mümkün olmalıdır. Hasta güvenliği açısından kayıtlar detaylı ve vakayı açıkça tanımlayan şekilde tutulmalıdır. Hasta devamlılığı açısından demografik özellikler dışında hastaya ilk ulaşıldığı andan müdahale ve seyrine kadar bütün süreç açıkça kaydedilmelidir. Saatleri yer almalıdır.¹

5.4. Ambulans ve Ambulans Hizmetleri

Ambulans içinde ve istasyonlarda, mevzuata uygun biçimde (Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği) belirtilen ilaçların tam ve her an kullanıma hazır bulunması gerekmektedir. Bu nedenle ilaçlar her kullanılacakmış gibi temiz ve güvenli bir şekilde depolanmalıdır.

Ambulansta bulunması gereken ilaçlar belirlenmiştir. Ayrıca ambulanda bulunması gereken tıbbi malzeme, araç-gereç de mevzuata göre ambulanda bulundurulmalıdır. Bu listeler personel tarafından bilinmelidir. İlaç listesi ve ilaç dağıtımına ilişkin talimat hazırlanmalıdır. İlaç ve serumlar ile malzeme, araç-gereç listelerine göre uygulama yönetilmelidir.

¹ 112 Hizmet Kalite Standartları Rehberi, s. 36-37

Temiz bir şekilde, raflarda veya çekmecelerde muhafaza edilmelidir. İlaçların kontrolleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. İlaçlar yerle doğrudan temas etmemelidir. Depolanmaları ise, “ilk giren ilk çıkar” ilkesine göre yerine getirilmelidir. Ambulanslarda bulundurulması gerekli malzemeler arasında yer alan sedyeler belirli mekanizmalara sahip ve korkulukları mutlaka çalışıyor olmalıdır.

Fotoğraf 1. Ambulanslarda Kullanılabilir Bir Sedye



Sedye türleri farklılaşmakla birlikte, sedyenin ambulans içine yerleştirilmesinde kızak sistemi mutlaka çalışır olmalıdır. Buna ilişkin kontroller yapılmalıdır. Hastanın taşınmasında hem hasta açısından hem de çalışan açısından risk oluşturmayacak şekilde kalite gereklerine uygun olarak kontrollerin sürekli yapılması gerekmektedir. Pek çok durumda sedyelerin bakımları yapılmadığı için hasta sedyeden düşebilmekte kimi zaman sağlık çalışanı da yaralanmaktadır. Ayrıca sedyeye yatırılan hastanın güvenliği için

de sağlık personeli sedyeyi nasıl kullanacağı, hangi önlemleri alacağı yönünde iyi bir eğitime tabi tutulmalıdır.

Fotoğraf 2. Ambulans Sedyesi Yerleşimi ve Donanım



Acil müdahale anında görevli sağlık personeli ilaçlara kolay ve rahatça erişebilmelidir. İlaçların yerleştirilmesi buna göre yapılmalıdır. Yerleşim planı tüm personel tarafından bilinmeli ve benimsenmelidir.

Sarf malzemesi kullanımı stok takibi ile yerine getirilmelidir. Stok kontrolü ambulans ekibi veya sorumlu personel tarafından yerine getirilmelidir. Son kullanma tarihi dolan ilaç bertaraf edilmelidir. Bu da bir talimat ile yapılabilir. Araçlardaki ilgili mevzuat tam olmalıdır. Bu sayede her an kullanıma hazır ilaç bulundurulmalıdır. Bu süreçler mutlaka denetlenmelidir. İlaçlar için kritik stok seviyeleri tespit edilmeli ve bu stok seviyelerine dikkat edilmelidir. Rastgele örneklem yoluyla belirlenen ilaçların

denetimi yapılmalıdır. Hasta güvenliği ve güvenli ilaç kullanımı gereklerine uygun olarak takipler yapılmalıdır. İlaç ve sarf malzemesi tükendiğinde talebin nasıl yapılacağı hususu talimatla belirlenmeli ve ilgili personel tarafından bilinmelidir.

Kalite kriterleri açısından oldukça önemli bir konu olan tıbbi cihazların kalibrasyonu düzenli olarak yapılmalıdır. İlgili kalibrasyon sertifikaları edinilmelidir.

Ambulanslarda enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi de büyük öneme sahiptir. Hasta ve çalışan güvenliği açısından “tıbbi atık yönetmeliği” esasları uygulanmalı, tıbbi atık kapları ve poşetleri bulunmalı, bu konuda personele eğitimler verilmelidir.

Fotoğraf 3. Ambulanslarda Tıbbi Atık Kapları



Acil müdahale ekipmanlarının her zaman çalışır durumda olması gerekmektedir. Günlük kayıt formları tutulmalıdır. Eksik ekipman varsa tespit edilmeli ve eksiklikler giderilmelidir. Nöbet devirlerinde araçların kontrolleri tespit edilmelidir. Böylelikle araçların eksiklikleri de tespit edilebilir. Ambulansın ve tıbbi malzemelerin günlük temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyonları yapılmalı, bunlara ait talimatlar hazırlanmalıdır. Personel bu konularda eğitilmelidir.

Ambulanslardaki canlandırma donanımı önemlidir. Her yaş grubuna bakım sunma imkânı sağlamalıdır. Bu malzemelere ait listeler yapılmalıdır. Günlük kontrolleri gerçekleştirilmelidir.

Yangın anında personel ne yapacağını bilmelidir. Buna ilişkin tatbikatlar ve eğitimler yapılmalıdır. Acil durumlarda personelin kendisini koruması da önemlidir. Tehlikeli maddelerin sayımı, depolanması, bertarafı, uzaklaştırılması konularında eğitimler verilmelidir.

Acil durumlarda komuta merkezi ve istasyonlar boşaltılmalıdır. Buna uygun olarak bu merkez ve istasyonların boşaltılması için talimatlar hazırlanmalı, tatbikatlar yapılmalıdır. Hem ambulanslarda hem de merkez ve istasyonlarda yangın söndürme tüpleri bulunmalıdır. Bunlar 3 ayda bir düzenli olarak kontrol edilmelidir. Son kullanma tarihleri kayda alınmalı ve takip edilmelidir.

5.5. Genel Koşullar

Genel koşullar altında değerlendirilebilecek olan hususlar da vardır. Bunlardan ilki nöbet kayıtlarıdır. Nöbet sırasında yaşanan olaylar nöbet

kaydına geçirilmeli ve nöbet defteri tutulmalıdır. Nöbet faaliyetleri kayıt altına alınmalıdır. Nöbet defterinin düzenliliği kontrol edilmelidir. Kayıtları tutanlar, ne zaman tutulduğu net biçimde görülmelidir. Nöbet ekibi, tarih ve saat mutlaka yer almalıdır.

Personelin kullanacağı ve ihtiyaç duyduğu bir takım gereçlerin de sağlanması önemlidir. Personelin dinlenmesi verimli çalışmasını sağlayacaktır. Bu nedenle, personel için koltuk ve dinlenme ortamı sağlanmalıdır.

Mesleki eğitimlere önem verilmelidir. Yenilikler bu sayede takip edilebilir ve eğitimi alınabilir. İl Ambulans Servisi Başhekimliği tarafından hizmet içi eğitim programı hazırlanmalıdır. En az yılda bir kez eğitim verilmelidir. Mesleki bilgi, beceri ve donanımının artırılması önemlidir. İleri tıbbi müdahaleler konusunda eğitim verilecek personel belirlenmelidir. Eğitimlerin etkililiği açısından eğitim verilen personel değerlendirmeye tabi tutulmalıdır. Bu değerlendirme eğitim sırasında belirli aşamalarda yapılabilir. Personelin becerilerinin ve eğitimin etkililiğinin artırılması için eğitim uygulamalı olmalı ve uygulama rehberi eşliğinde yapılmalıdır.

Acil Tıp Teknikerleri ülkemizde ambulans hizmetlerinde sürücü görevini de yerine getirmektedirler. Bu konuda yapılan yeni düzenlemelerle birlikte bu personelin ambulans sürücüsü olması ile birlikte sürekli eğitimlerin verilmesi gerekmektedir. İl Ambulans Servisi Başhekimliği ilgili eğitimleri tasarlamalıdır. En az yılda bir kez bu eğitimler uygulanmalıdır. Yeni sürücüler için oryantasyon eğitimleri verilmelidir. Aynı zamanda güvenli sürüş eğitimleri düzenlenmelidir. Buna ilişkin uygulamalar yapılmalıdır.

Bu alt başlıklar üzerinden özetlenen kalite standartlarının hem kamu hem de özel ambulans hizmetleri için birlikte yorumlanabilmesi mümkündür. Ancak özel ambulans hizmetleri açısından da iyi bir rehber niteliğindedir. Ayrıca mevzuatta yer alan form ve tabloların her biri, özel ambulans hizmetleri sağlayan kurum ve kuruluşlar açısından örnek teşkil edebilecek birer kalite kontrol listesi niteliğindedir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ANTALYA 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE KARŞILAŞILAN MESLEKİ RİSKLER

1. ANTALYA'DA 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNE İLİŞKİN TEMEL BİLGİLER ve İNSAN KAYNAKLARI YAPISI

112 Acil Sağlık Hizmetlerinde hiyerarşik anlamda yönetim yapılanması genel olarak devlet sektörünün tüm kurum ve kuruluşlarında olduğu gibi yukarıdan aşağıya doğru olmaktadır. Yönetim yapılanmasında yatay örgütlenme (danışmanlık) yapısından çok üst ilişkisinin ağırlıkta olduğu hiyerarşik bir yapı mevcuttur. 112 ASH hiyerarşik anlamda baktığımızda tüm sağlık alanında olduğu gibi en üst seviyede Sağlık Müdürü bulunmaktadır. Sağlık Müdürü, görev yaptığı il sınırları içerisinde Vali ve sağlık işlerinden sorumlu Vali Yardımcısından sonra tüm sağlık hizmetlerinden ve çalışmalarından sorumlu kişi olmakla birlikte o İl'de Sağlık Bakanlığının temsilcisi ve sağlık camiasının en üst amiridir. Sağlık Müdürlüğü çatısı altında ASH'den sorumlu Sağlık Müdür Yardımcısı ve alt kademesinde Sağlık Müdür Yardımcısı'nın sorumluluğunda bulunan Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü bulunmaktadır. Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü çatısı altında İl Ambulans Servisi Başhekimliği, Afet Koordinasyon Merkezi (AKOM), Acil Sağlık Hizmetleri İl Koordinasyon Komisyonu (ASKOM), özel ve resmi ambulans servisleri ile hastane acil servisleri bulunmaktadır. İl Ambulans Servisi Başhekimliği'ne ise 112 Komuta Kontrol Merkezi (KKM) ve 112 istasyonları bağlı bulunmaktadır.

Antalya merkezde 112 Acil Sağlık Hizmetlerine ilişkin 2000'li yılların başından bugüne kadar önemli düzeyde büyüme ve iyileştirmeler kaydedilmiştir. Bu noktada 2002 yılında istasyon sayısı 9 iken 2014 yılı itibariyle bu sayı 14'e

yükselmiştir. Ambulans sayısı açısından da belirgin bir gelişme kaydedilmiştir. 2002 yılında ambulans sayısı 12 iken 2014 yılında bu sayı 37'ye yükselmiştir. Hizmet verilen vaka sayısına bakıldığında ise 2002 yılında 9627 vakaya hizmet verilirken bu sayı 2013 yılında 56600 olarak gerçekleşmiştir. Bir vakaya ortalama ulaşma süresi 2002 yılında 5.33 iken 2014 yılında 6.65 olarak gerçekleşmiştir.⁵⁹

2. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK PROFİLİ

2.1. Çalışılan Birim

Tablo 1. Çalışılan Birime Göre Dağılım

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Hemşire ve ATT	69	88,4	85,7	85,7
Doktor	8	10,3	10,4	96,1
Toplam	77	98,7	100,0	
Geçersiz	1	1,3		
Toplam	78	100,0		

Antalya'da 112 Acil Sağlık Hizmetleri alanında çalışanlardan örneklem içerisinde yer alan katılımcıların ağırlıklı bir kısmının hemşirelerden ve hemşirelik benzeri görev yapan yardımcı sağlık personelinden oluştuğu görülmektedir. Çoğunlukla acil sağlık hizmetlerinde yoğun biçimde hemşire, ebe, ATT, paramedikler istihdam edilmektedir. Son yıllarda bu istihdam oranı da

⁵⁹ Antalya Sağlık Müdürlüğü, İstatistik El Kitabı; <http://www.antalyasm.gov.tr/Detay.aspx?Id=22>, (21.03.2015)

artmıştır. Bunun yanında katılımcılardan az bir kısmının ise doktorlardan oluştuğu görülmektedir.

2.2. Çalışanların Cinsiyeti

Tablo 2. Çalışanların Cinsiyetlerine Göre Dağılım

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Erkek	30	38,5	38,5	38,5
Kadın	48	61,5	61,5	100,0
Toplam	78	100,0	100,0	

Katılımcıların cinsiyetlerine ilişkin duruma bakıldığında hemen hemen dengeli bir dağılımın olduğu görülmektedir. Ancak yine de yardımcı sağlık personeli içerisinde kadın istihdamının yoğun olduğu ve özellikle hemşirelik mesleğinin kadınlar tarafından daha çok tercih edildiği göz önüne alındığında kadınların bu meslek grubunda daha yüksek bir oranı teşkil etmeleri oldukça normaldir. Kadın çalışanların sağlık kurumlarında istihdamı önemli oranda mesleki yeterlilik konusunda sağlık hizmetleri alanına güç katmaktadır. Çünkü sağlık meslek liselerinden mezun olan çok sayıda kadın sağlık hizmetleri alanında kendisine iş imkanı bulabilmektedir. Ülkemizde bu yönde kadınların sağlık alanında görev alması son derece pozitif bir durum oluşturmaktadır.

Öte yandan erkek katılımcıların da sayısının bir hayli fazla olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak ise son yıllarda acil sağlık hizmetleri

alanında mezun veren okulların erkek öğrenci sayılarının artması, artık bu alanda meslek sahibi olmak isteyen erkek bireylerin sayısının artması etkilidir.

2.3. Çalışanların Yaşları

Tablo 3. Çalışanların Yaşlarına Göre Dağılım

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
20-29	28	35,4	35,9	35,9
30-39	29	36,7	37,2	73,1
40-49	21	26,6	26,9	100,0
Toplam	78	98,7	100,0	
Geçersiz	1	1,3		
Toplam		79	100,0	

Çalışanların yaş gruplarına ilişkin verilere bakıldığında hemen hemen orta yaş grubunda katılımcının acil sağlık hizmetleri alanında görev yapmakta oldukları görülmektedir. Bu bir anlamda deneyimli personelin acil sağlık hizmetlerinde çalışmakta olduğunun da işareti olabilir. Öte yandan genç yaşta göreve başlayan personelin nispeten kendilerine göre deneyimli personelle birlikte çalışması son derece önemlidir.

Çalışma yaşamında yaş önemli bir faktör olabilmektedir. İlerleyen yaşlarda ani durumlara karşı verilen reaksiyon yavaşlamakta ve algı düzeyi de düşmektedir. Bu gibi nedenlerle özellikle acil servis hizmetlerinde genç ve orta yaş çalışanların olması son derece önemlidir. Bu konuda son yıllarda sağlık

liselerinden mezun olanların çok çabuk bir biçimde sağlık sektöründe istihdam edilmeleri önemli oranda sağlık personeli sayısının gençleşmesini sağlamıştır.

2.4. Çalışanların Eğitim Durumu

Tablo 4. Çalışanların Eğitim Durumlarına Göre Dağılım

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Sağlık meslek lisesi	39	49,4	50,0	50,0
Onlisans	17	21,5	21,8	71,8
Lisans	20	25,3	25,6	97,4
Lisans Ustu	2	2,5	2,6	100,0
Toplam	78	98,7	100,0	
Geçersiz	1	1,3		
Toplam	78	79	100,0	

Çalışanların eğitim durumlarına ilişkin verilere bakıldığında özellikle sağlık meslek lisesi mezunlarının oranının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Son yıllarda acil sağlık hizmetlerinde uzman personel çalıştırılması yönünde mesleki anlamda paramedik ve ATT'lerin bu tür görevlerde ağırlıklı olarak hizmet vermeye başlamaları bunda etkili olabilir. Bu yönde son yıllarda kadro imkânları da genişlemiş ve özellikle paramedik ve ATT alımı yükselmiştir.

Eğitim durumunun yükselmesi bir anlamda çalışanların muhakeme kabiliyetini ve zihinsel kapasitesini de yükselten bir durumdur. Ancak bu tek bir faktör olarak değerlendirilebilecek nitelikte güçlü bir gösterge değildir. Öte yandan son yıllarda sağlık personelinin yararlanabildiği eğitim imkanlarının artması, yüksek lisans imkanlarının çoğalması sağlık personeli arasında eğitim düzeyinin yükselmesini de beraberinde getirmiştir.

2.5. Çalışanların Medeni Durumu

Tablo 5. Çalışanların Medeni Durumlarına Göre Dağılım

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Evli	64	81,0	82,1	82,1
Bekâr	14	17,7	17,9	100,0
Toplam	78	98,7	100,0	

Çalışanların medeni durumlarına bakıldığında ağırlıklı olarak evli katılımcıların çalışmada yer aldığı görülmektedir. Öte yandan Antalya gibi hayat standartları yüksek ve nispeten pek çok taşra iline göre pahalı bir şehir olan Antalya özellikle mesleğin ilerleyen yıllarında tercih edilen bir niteliğe sahiptir. Bu nedenle mesleğinde 5 yılı aşkın bir süredir çalışmakta olan bireyler hayatlarının geri kalanında çok fazla yer değiştirmeden mesleklerini yapabilecekleri bir yerde bulunmak isteyerek Antalya'ya yerleşmektedirler.

Bu durum sağlık hizmetlerinde çalışmanın diğer meslek gruplarına göre daha güvenceli ve sürekli bir iş anlayışı ile ilgilidir. Bu bakımdan iş güvencesi ve

sürekli ve düzenli bir yaşam ideali çalışanları evliliğe yönlendirmektedir. Zaten ağır ve yorucu bir çalışma temposu taşıyan acil sağlık hizmetlerinin bu yoğun, stresli ve yıpratıcı niteliği evlilik yoluyla azaltılmaya çalışılmaktadır.

2.6. Çalışma Süreleri

Tablo 6. Çalışma Sürelerine İlişkin Dağılım

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
1-5	30	38,0	39,0	39,0
6-10	15	19,0	19,5	58,4
11-15	3	3,8	3,9	62,3
16-20	16	20,3	20,8	83,1
20 ve üzeri	13	16,5	16,9	100,0
Toplam	77	97,5	100,0	
Geçersiz	2	2,5		
Toplam	78	79	100,0	

Çalışma sürelerine ilişkin dağılıma bakıldığında özellikle 1-5 yıl arasında çalışanların ağırlıklı olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında tecrübeli katılımcıların da bulunduğu göz ardı edilmemelidir. Aslında bu durum sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde deneyimsiz ve deneyimli personelin bir arada çalışması bakımından büyük yarar sağlamaktadır. İş yeni başlamış ve deneyim sorunu yaşayan katılımcıların hemen yanlarında kendilerine rehberlik yapabilecek

ve karşılaştıkları sorunları hızlı biçimde çözmelerini sağlayabilecek deneyimli iş arkadaşlarına sahip olmaları son derece önemlidir.

2.7. Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışma Süresi

Tablo 7. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışma Süresine İlişkin Dağılım

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
1-5	68	86,1	87,2	87,2
6-10	8	10,1	10,3	97,4
16-20	2	2,5	2,6	100,0
Toplam	78	98,7	100,0	
Geçersiz	1	1,3		
Toplam	78	79	100,0	

Acil sağlık hizmetlerinde çalışan personelin bu alandaki tecrübesi de son derece önemlidir. Görülmektedir ki çalışanların büyük bir kısmı acil sağlık hizmetlerinde yeni yeni deneyim kazanmaktadır. Mesleki anlamda uzun yıllar sağlık alanında deneyim kazanmış olmalarına rağmen çalışanların çok daha kısa bir süredir acil sağlık hizmetleri alanında çalışmaya başladığı görülmektedir.

Bu yönde ülkemiz sağlık politikalarında ve yönetiminde de acil sağlık hizmetlerinin önemi yeni yeni kavranmaya başlamakta ve uygulamalar artırılmaya çalışılmaktadır. Bunun bir yansıması olarak sağlık personelinin de yeni yeni ağırlık olarak acil sağlık hizmetleri alanında sayıca ve nitelik itibariyle artırılmaya çalışıldığı görülmektedir.

2.8. Çalışma Şekli

Tablo 8. Çalışma Şekline İlişkin Dağılım

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Surekli gündüz	41	51,9	52,6	52,6
Vardiya	36	45,6	46,2	98,7
Surekli gece	1	1,3	1,3	100,0
Toplam	78	98,7	100,0	
Geçersiz	1	1,3		
Toplam	78	79	100,0	

Çalışma şekline ilişkin dağılıma bakıldığında sürekli gündüz ve vardiya şeklinde çalışmanın yaygın olduğu görülmektedir. Çalışanların sürekli biçimde gündüz çalışması yapması normal mesai saatleri güdüldüğünde çalışan için normal karşılanabilir. Öte yandan vardiyalı çalışma usulünün de yoğun biçimde uygulandığı görülmektedir.

Çalışanlar için nöbet uygulaması ve vardiyalı çalışma son derece yorucu ve yıpratıcı bir nitelik taşımaktadır. Bu yönde özellikle vardiyalı çalışmanın yanında sağlık çalışanlarının ek nöbet süreleri ile çalışmaları fazladan yıpratıcı bir durum oluşturmaktadır. Böyle durumlarda çalışanın performansı düşmekte, yorgunluk, konsantrasyon eksikliği gibi nedenlerle mesleki kaza ihtimali artmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının çalışma süreleri bu hususlar dikkate alınarak düzenlenmelidir.

3. ANTALYA ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE KARŞILAŞILAN MESLEKİ RİSKLER

3.1. Kesici-Delici Batıcı Cisim Yaralanmaları

S1 - Mesleki uygulamalarınız sırasında maruz kaldığınız kesici-delici batıcı cisim yaralanmalarınız oldu mu?

Tablo 9. Kesici-Delici Batıcı Cisim Yaralanmalarına İlişkin Dağılım

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Hiçbir zaman	17	21,8	22,1	22,1
Nadiren	24	30,8	31,2	53,2
Bazen	24	30,8	31,2	84,4
Çoğu zaman	10	12,8	13,0	97,4
Her zaman	2	2,6	2,6	100,0
Toplam	77	98,7	100,0	
Geçersiz	1	1,3		
Toplam	78	100,0		

Sağlık çalışanları hizmet esnasında kesici, delici ve batıcı bir takım aletler ve cisimler ile aynı ortamda çalışmakta veya kullanmaktadırlar. İşin stresi, vakanın durumu, olumsuz çevre koşulları nedeniyle mesleki uygulama esnasında bu aletlerden veya cisimlerden kaynaklı yaralanmalara maruz kalabilirler. Bu tür bir kaza neticesinde yaralanan katılımcıların bu durumu sıklıkla yaşamadıkları

ancak yine de görevleri esnasında kısmen de olsa bu tür risklerle çalıştıklarını düşündükleri tespit edilmiştir.

3.2. Kan ve Başka Vücut Sıvılarına Temas

S2 - Mesleki uygulamalarınız sırasında maruz kaldığınız kan ve başka bir vücut sıvısı, sekresyonla temas, sıçrama ve benzeri durumlara maruz kaldınız mı?

Tablo 10. Kan ve Başka Vücut Sıvılarına Temasa İlişkin Dağılım

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Hiçbir zaman	5	6,4	6,5	6,5
Nadiren	30	38,5	39,0	45,5
Bazen	24	30,8	31,2	76,6
Çoğu zaman	15	19,2	19,5	96,1
Her zaman	3	3,8	3,9	100,0
Toplam	77	98,7	100,0	
Geçersiz	1	1,3		
Toplam	78	100,0		

Çalışanların kan, başka vücut sıvısı, sekresyonla temas, sıçrama ve benzeri durumlarla karşılaşma dağılımına bakıldığında zaman zaman bu tür durumların yaşandığı katılımcılar tarafından ifade edilmektedir. Çalışma koşulları içerisinde sağlık çalışanlarının bu tür riskleri bildikleri varsayılmaktadır. Ancak kalite uygulamaları çerçevesinde bu yönde sürekli biçimde bilgilendirme eğitimleri,

uygulamalı korunma yöntemleri seminerleri verilmelidir. Bunun yanında kalite uygulamaları kapsamında enfeksiyon kontrol komitelerinin acil sağlık hizmetlerinde görülen hususi durumları göz önünde bulundurarak sürekli kontrol ve düzenlemeler yapması gerekmektedir.

3.3. İşe Gidip Gelirken Trafik Kazası Geçirme

S3 - İşe gidiş geliş sırasında (çocuk emzirmek için gidilen sürelerde dahil) trafik kazası geçirdiniz mi?

Tablo 11. İşe Gidip Gelirken Trafik Kazası Geçirmeye İlişkin Dağılım

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Hiçbir zaman	50	64,1	64,1	64,1
Nadiren	27	34,6	34,6	98,7
Bazen	1	1,3	1,3	100,0
Toplam	78	100,0	100,0	

Katılımcılar iş yerlerine kendi vesayet imkânları ile gidip gelmektedirler. Bisiklet, özel araç, otobüs, dolmuş ile işe gidip gelirken çalışanlar trafik kazalarına maruz kalabilmektedir. Özel bir servis sistemi teşkil edilmediği için her bir çalışan kendi ikametgahı ile iş yeri arasındaki ulaşım sorununu kendisi çözümlenmektedir. Bu durum hem kaza risklerini artırmakta hem de ulaşımın getirdiği psikolojik olumsuzluklar çalışanı olumsuz etkileyebilmektedir.

Sağlık çalışanlarının servis imkanlarından yararlanabilmeleri oldukça maliyetli ve ayrı bir organizasyonel yapıyı gerektirebilir. Ancak trafik kazalarının azaltılmasının bir yolu da ulaşım imkanlarının geliştirilmesi, trafiğin düzenlenmesi ve bu yönde fiziksel iyileştirmelerin talep edilmesi yoluyla olabilir. Ayrıca personelin bu yönde farkındalığının ve dikkat düzeyinin artırılması yoluyla çalışmalar yapılabilir.

Ambulans hizmetlerinin sunulmasında acil vakalara erişim esnasında trafik kazaları yaşanabilmektedir. Bu durumları önlemek maksatlı şoför ve ATT'lerin ileriş sürüş eğitimlerinden geçirilmeleri, gerekli güvenlik önlemlerinin alınması ile trafiğe çıkılması gibi bir takım zorunluluklara riayet edilmesi, kış koşullarının göz önünde bulundurulması son derece önemlidir.

3.4. İş yerinde Şiddete Maruz Kalma

S4 - İş yerinizde şiddete maruz kaldınız mı?

Tablo 12. İş yerinde Şiddete Maruz Kalmaya İlişkin Dağılım

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Nadiren	53	67,9	67,9	67,9
Bazen	23	29,5	29,5	97,4
Çoğu Zaman	2	2,6	2,6	100,0
Toplam	78	100,0	100,0	

Çalışanların iş yerinde şiddete maruz kalmaları son yıllarda sağlık personelinin karşılaştığı en önemli sorunlardan biri olarak görülebilir. Hastalardan

ve hasta yakınlarından görülen sözlü şiddet kimi zaman fiziksel şiddete dönüşebilmektedir. Bunun yanında özellikle mobbing seviyesine ulaşabilen bir şiddet türü de iş yerlerinde görülebilmektedir. Çalışma arkadaşları ve yöneticileri ile bu tür sorun yaşayan sağlık personelinin sayısı hergeçen gün artmaktadır.

Çalışma kapsamında katılımcıların şiddete maruz kalma bakımından zaman zaman bu tür sorunlar yaşayabildiklerini ifade ettikleri görülmektedir. Kalite uygulamaları kapsamında personelin iletişim yeteneklerinin artırılması ve hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmaların birlikte yürütülmesi de önemlidir. Bu yönde sağlık kurumlarında şikayet ve öneri sisteminin ayrı bir yönetsel süreç kapsamında ele alınması son derece önemlidir.

3.5. Kimyasallar ve İlaç Sıçramasına İlişkin Yaralanmalar

S5 - Kimyasal, sıvı maddeler ve ilaç sıçraması sonucu oluşan yaralanmalara maruz kaldınız mı?

Tablo 13. Kimyasallar ve İlaç Sıçramasına İlişkin Yaralanmalara İlişkin Dağılım

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Hiçbir zaman	11	14,1	14,1	14,1
Nadiren	15	19,2	19,2	33,3
Bazen	31	39,7	39,7	73,1
Çoğu zaman	16	20,5	20,5	93,6
Her zaman	5	6,4	6,4	100,0
Toplam	78	100,0	100,0	

Sağlık çalışanları yaptıkları mesleğin gerekleri ile örtüşür biçimde çeşitli kimyasallar, sıvı maddeler ve ilaçlar ile çalışmaktadırlar. Bunların her biri sağlıklı

bir insn vücudu üzerinde olumsuz etki oluşturabilir. Bu açıdan mesleki anlamda maruz kalınan bu tür tehlikeler çalışanın yaralanmasına neden olabilecek derecede ciddi sorunlar oluşturabilir. Bunların yaşanma sıklığı bakımından katılımcıların çoğu zaman bu tür sorunlar yaşadıklarını ifade etmeleri son derece önemlidir.

3.6. İş yeri Kaynaklı Yanık Durumu

S6 - İş yeri kaynaklı yanık vb. durumlara maruz kaldınız mı?

Tablo 14. İş yeri Kaynaklı Yanık Durumuna İlişkin Dağılım

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Hiçbir zaman	58	74,4	74,4	74,4
Nadiren	16	20,5	20,5	94,9
Bazen	4	5,1	5,1	100,0
Toplam	78	100,0	100,0	

Sağlık kurumları gösterdikleri faaliyet alanına göre çeşitli hizmetler konusunda ihtisaslaşmış olabilirler. Bu konuda örneğin lazerle, radyasyonla çalışan araç gereçlerin yoğun kullanıldığı sağlık kuruluşlarında çalışan katılımcılar bu tehlikelerle iç içe çalışmaktadırlar. Ayrıca sağlık kurumlarının birimlerinde çalışan personelin de bu tür tehlikelere maruz kalması söz konusu olabilir. Katılımcılar nadiren bu tür durumlarla karşılaştıklarını, ağırlıkla da bu tür bir durumun hiç yaşanmadığını ifade ettikleri görülmektedir.

3.7. İş yerinde Alerjik Reaksiyon Geçirme

S7 - İş yerinizde alerjik reaksiyon geçirdiniz mi?

Tablo 15. İş yerinde Alerjik Reaksiyon Geçirmeye İlişkin Dağılım

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Hiçbir zaman	59	75,6	75,6	75,6
Nadiren	17	21,8	21,8	97,4
Bazen	2	2,6	2,6	100,0
Toplam	78	100,0	100,0	

Alerjik reaksiyon geçirme ile ilgili veriler iş yerinde karşılaşılan olumsuzluklar neticesinde yanık vakasının oluştuğunu ifade eden katılımcıların oranına yakın bir şekilde ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda alerjik reaksiyonların ortaya çıkmasına neden olan etmenlerin tespit edilmesi, giderilmesi, son derece önemlidir.

Sağlık kurumlarında veya sağlık kurumlarının bir takım eklentilerinde görev yapan personelin çeşitli kimyasallardan, kullanılan teçhizattan, iş yerinin hijyen koşullarından olumsuz etkilenerek alerjik reaksiyon göstermeleri kalite uygulamaları ile giderilebilir. Bu yönde özellikle sağlık kurumlarında oluşturulan komiteler hem hijyen koşullarının sağlanması hem de kullanılan teçhizatın kontrolü, kimyasallardan korunma yöntemleri ve personel sağlığı ile ilgili faaliyette bulunabilirler. Hastanelerin fiziksel yapısında yapılabilecek olan iyileştirmeler, özel malzemelerin kullanılması önemlidir. Ayrıca hastanelerin temizlik işlerinin devlet kanalıyla yürütülmesi, hijyen faaliyetlerinin bir kamu hizmeti olarak değerlendirilerek taşeron ve işin ehli olmayan kişilerce değil bu

işin eğitimini almış uzman temizlik personeline yapılması ve yine uzman kişilerce denetlenmesi gerekmektedir.

3.8. İş yerinde Kayma, Düşme, Çarpma Şeklinde Kaza Geçirme

S8 - İş yerinizde kayma, düşme, çarpma vb. durumlara maruz kaldınız mı?

Tablo 16. 2.2.8. İş yerinde Kayma, Düşme, Çarpma Şeklinde Kaza Geçirmeye İlişkin Dağılım

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Hiçbir zaman	31	39,7	39,7	39,7
Nadiren	31	39,7	39,7	79,5
Bazen	15	19,2	19,2	98,7
Çoğu zaman	1	1,3	1,3	100,0
Toplam	78	100,0	100,0	

İş yerinde kayma, düşme, çarpma şeklinde de bir takım kazalar yaşanabilir. Bu tür durumların görülmesi ihmal, dikkatsizlik, yeterli önlemlerin alınmaması, fiziki koşulların uygunsuzluğu, gerekli teçhizat ve donanım eksikliği, çalışanların ve hastaların sorumsuz davranışları gibi nedenlerden kaynaklanabilir. Bu şekilde zaman zaman herhangi bir kaza yaşadığını ifade edenlerin oranı dikkate değer biçimde yüksektir.

İş yerinde fiziki koşulların iyileştirilmesi hem hasta sağlığı hem de çalışan sağlığı bakımından son derece önemlidir. Bunun yanında özellikle ambulans hizmetleri esnasında acil vakalara müdahale amaçlı olay yerine intikal eden

personelin bu tür tehlikelere maruz kalması son derece olasıdır. Bunun önlenmesi için Ambulansların bilimüm hasta nakil vasıtalarının, araç-gerecin ergonomik, kullanımı kolay, kayma, düşme, çarpma gibi olumsuzlukları en aza indirgeyecek şekilde dizayn edilmesi ve kullanımının personel tarafından bilinmesi gereklidir. Sağlık kurumlarında da fiziki koşulların iyileştirilmesi, ergonomik bir çalışma ortamının sağlanması, kalite uygulamalarındaki sıfır hata hedefini destekler biçimde personelin çalışmasını kolaylaştıran şekilde düzenlenmesi ve sürekli kontrol edilmesi gerekmektedir.

3.9. İş yerinde Zehirlenme

S9 - İş yerinizde zehirlenme durumu yaşadınız mı?

Tablo 17. İş yerinde Zehirlenmeye İlişkin Dağılım

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Hiçbir zaman	73	93,6	93,6	93,6
Nadiren	5	6,4	6,4	100,0
Toplam	78	100,0	100,0	

Çeşitli kimyasalların zehirleyici etkisi veya acil müdahale edilen vakanın bulunduğu ortamın koşulları zehirlenmeye neden olabilir. Bu tür bir durumla karşılaştığını ifade eden katılımcıların oranı son derece düşüktür. Zehirlenme ihtimali olan durumlar hakkında sürekli biçimde personel bilgilendirilmelidir. Çalışma ortamının farklılaştığı yerlerde verilen sağlık hizmetlerinin durumun özel koşulları göz önünde bulundurularak yerine getirilmesi gerekmektedir. Örneğin

yangın ihbarı alınan bir yere gidiliyorsa itfaiye erleri ile koordineli biçimde olay mahalinde hareket etmek gereklidir.

3.10. Personelin Maruz Kaldığı Kazaya Müdahale Durumu

S10 –Personelin maruz kaldığı herhangi bir kaza anında hızlı ve yeterli müdahale yapılabiliyor mu?

Tablo 18. Personelin Maruz Kaldığı Kazaya Müdahale Durumuna İlişkin Dağılım

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Bazen	7	9,0	9,0	9,0
Çoğu zaman	36	46,2	46,2	55,1
Her zaman	35	44,9	44,9	100,0
Toplam	78	100,0	100,0	

Çeşitli durumlarda acil vakaya ulaşma, acil müdahale gereği hızlı hareket edilmekte ve bunun yanında komplike bir takım uygulamalar gerektiğinde dış çevrede uygunsuz koşullarda yapılmaya çalışılmaktadır. Böyle durumlarda sağlık personelinin de sağlığı tehlikeye girebilmektedir. Bu tür durumlara diğer sağlık personelinin gösterdiği reaksiyon, personelin maruz kaldığı kazada gösterilen müdahale hızı ve yeterliliği bir anlamda sunulan hizmetin bir sağlamlasını oluşturmaktadır. Katılımcılar bu şekilde bir olumsuzlukta sağlık ekibinin müdahalesinin büyük oranda hızlı ve yeterli biçimde gerçekleştirildiğini ifade etmişlerdir.

SONUÇ

Kalite kavramı ve olgusu, sağlık sektörü içerisinde önemli biçimde mevzuata da yansımış durumdadır. Ayrıntılı biçimde yönetmeliklerin taşıdığı standartlar ve uygulama rehberleri bu konuda detaylı ve doyurucu veriyi sağlamaktadır. Ancak uygulama bakımından bu sürecin denetim ve kontrol mekanizmalarıyla desteklenmesi gerekmektedir.

Ülkemizde donanım ve hizmet bakımından gerekli standartların tatmin edici biçimde mevzuat temelinde uygulamaya dönüştürülmeye çalışıldığı görülse de özellikle personel, mesleki riskler ve hasta hakları bakımından bazı olumsuzlukların yaşandığı ortadadır. Ambulans hizmetlerinde görev yapan paramediklerin aynı zamanda birbirilerinin görev alanına giren konularda da çalışmak zorunda kalmaları ya da mevzuatın bu şekilde dönüşüm geçirmesi kimi zaman hak kayıplarına ve işin ağırlığı nedeniyle mesleki risklere neden olabilmektedir. Mesleki risk faktörlerinin en az seviyeye indirilmesi kalite uygulamaları ile sağlanabilir. Zira son yıllarda iş güvenliği konusunda kaydedilen gelişmelerin kalite unsurları ile bütünleştirilerek ambulans hizmetleri için de uygulanması son derece önemlidir. Bu sayede acil sağlık hizmetleri alanında karşılaşılabilecek olan mesleki risklerin en aza indirilmesi, sıfır hata yaklaşımı ile kalite boyutunda ele alınması sağlık çalışanlarının iş tatminini, performansını, yönetsel ilişkilerini, yaşam kalitelerini artıracaktır.

Uygulamaların ve mevzuatın bu temeller üzerinde inşası belki doğru sonuca ulaşmak için ilk basamaktır ancak kontrol mekanizmasının nasıl işletileceği de mevzuat içerisinde yazmaktadır. Bu kontrol sürecinin uygulanması, yaptırımların net biçimde ortaya konulması ambulans hizmetlerinde kalite düzeyini artıracaktır. İşletmeci anlayışla yönetilen sağlık kuruluşlarının sektör içerisinde güttükleri rekabet anlayışının kalite unsurlarıyla bütünleştirilerek

sürdürülmeye çalışılması, mevzuat ile amaçlananların tam olarak gerçekleştirilebilmesi için iyi bir zemin oluşturmaktadır.

Çalışma bünyesinde bahsi geçen mevzuat yeterli detaya ve denetim mekanizmalarına sahiptir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın yayımlamakta olduğu kalite rehberleri ve raporları da oldukça yön gösterici niteliktedir. Ancak bu yapının başka normlarla veya mevzuat maddeleriyle, uygulamalarla zedelenmemesi gerekmektedir. Eğer bu olursa uygulama ve denetim anlamında kalite süreçleri beklenen verimi ve etkinliği gösteremeyecektir.

İl Sağlık Müdürlükleri kanalıyla yapılacak olan denetimler ile ambulans servislerinin sunduğu hizmetler belirli bir kalite seviyesinde tutulabilir. Ancak kalite düzeyinin artışı ve sertifikasyonu elbette ambulans servisi sunan işletmelerin iradesi altındadır. Bu ise işletmelerde özellikle rekabet ortamında verimlilik ve etkinlik temelinde yerine getirilebilir. Bunun yanında bir takım kalite unsurlarına adaptasyon, ambulans hizmetlerinde yenilikçi yaklaşımlara açıklık ambulans hizmetlerinden beklenenin gerçekleştirilmesi için kamunun yönlendirici rolünü güçlendirecektir.

Ambulans hizmetlerinde standardizasyon ve sertifikalandırma kamu ve özel sektör işletmeleri için bir zorunluluktur. Ne yazık ki, ülkemizde bilhassa özel ambulans servislerinde kalite sertifikasyonu, tercih edilebilirlikten çok şu aşamada gereklilikleri yerine getirmekten öteye gidememektedir. Bu bir anlamda sektörün daha çok desteklenmesi gerektiği ve bu alandaki çalışmaların yoğunlukla özel hastaneler bünyesinde yürütülmekte oluşu ile bağlantılı olarak yorumlanabilir. Bağımsız ambulans servisi sunan işletmelerin nitelikleri ve sektör içerisindeki konumları kuvvetlendikçe özel ambulans hizmetlerinde kalite süreci daha sağlıklı ve güçlü biçimde kendisine yer bulabilecektir. Çünkü Acil Sağlık Hizmeti anlayışı

ne kadar çok artarsa o kadar çok işletmeler arası rekabet artacak ve kalite kaygısı da o kadar çok yükselecektir.

Kalite kavramı ve olgusu, sağlık sektörü içerisinde önemli biçimde mevzuata da yansımış durumdadır. Ayrıntılı biçimde yönetmeliklerin taşıdığı standartlar ve uygulama rehberleri bu konuda detaylı ve doyurucu veriyi sağlamaktadır. Ancak uygulama bakımından bu sürecin denetim ve kontrol mekanizmalarıyla desteklenmesi gerekmektedir.

112 Acil Sağlık Hizmetlerinin sağlamış olduğu hizmetin özelliği gereğince son derece hassas ve hata payı en az olacak şekilde bir hizmet verilmesi gerekmektedir. Verilen hizmette insan unsuru ve tıbbi donanımın da teknoloji ile sürekli değişiklik göstermesinden dolayı mevzuatta sık sık güncellenmektedir.

Donanım ve hizmet bakımından gerekli standartların tatmin edici biçimde mevzuat temelinde uygulamaya dönüştürülmeye çalışıldığı görülse de özellikle personel açısından ve hasta hakları bakımından bazı olumsuzlukların yaşandığı ortadadır. Ambulans hizmetlerinde görev yapan paramediklerin aynı zamanda birbirilerinin görev alanına giren konularda da çalışmak zorunda kalmaları ya da mevzuatın bu şekilde dönüşüm geçirmesi kimi zaman hak kayıplarına veya hoşnutsuzluklara ortam hazırlamaktadır. Öbür taraftan hasta hakları, kalite standartları içerisinde önemli bir göstergedir ve acil sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti ayrıca üzerinde durulan yeni ve gelişen bir konudur. Bu açıdan günümüzde acil sağlık hizmetlerinden yararlanan hastaların memnuniyet ölçüsü kalite düzeyini doğrudan doğruya etkilemektedir.

Mesleki riskler açısından değerlendirildiğinde acil sağlık hizmetlerinde sağlık çalışanları üzerinde özellikle gece çalışmasının fiziksel ve ruhsal açıdan olumsuz etkiler oluşturduğu tespit edilmiştir. Bunda özellikle hasta taşımının da

fiziksel ve ruhsal yorgunluk kaynağı olarak görüldüğü ortaya çıkmıştır. Keza, ambulans hizmetlerinde çalışan personelin pek çok işi bir arada yapmak zorunda kalması, hastayı taşıma, sedye ile servise teslim etme gibi birçok işi tıbbi sürecin bir parçasıymış gibi titizlikle yerine getirmesi acil sağlık personelinin üzerinde iş ile ilgili fazladan bir baskı oluşturmaktadır.

Öte yandan acil sağlık hizmetlerinde çalışan personelinin en fazla enfeksiyon hastalıkları ve bulaşıcı hastalıklarla ilgili kaygı taşıdıkları görülmüştür. Bunu önlemek için kişisel korunma araçları arasında sıklıkla eldiven ve maske kullanımının yaygın olduğu tespit edilmiştir.

Acil servislerin niteliği gereği her türlü hastanın müracaat ettiği sağlık hizmetleri servisi olması nedeniyle radyoloji hizmetlerinin de anında yerine getirilmesi gerekmektedir. Bu açıdan acil sağlık hizmetleri çalışanları radyoaktivite yayan cihaz ve aletler açısından da kendilerini mesleki risk altında hissetmektedirler.

Sağlık çalışanlarının çok sık olarak şiddete uğraması, hastaların da 112 hizmetlerini değerlendiren SABİM'e (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) yapmış olduğu şikâyetler incelendiğinde çoğunun sağlık personelinin davranışı ile ilgili olduğu dikkat çekmektedir. Bu durum da uygulama eksikliklerinin giderilmesini zorunlu kılmaktadır.

112'de sertifikasyon ve özel ödül sisteminin olmaması mesleğin ilerleyen yıllarında yaşanan fiziksel zorluklar, gece-gündüz dengesinin değişmesi, sağlık personelinin yeterli maddi kazanımları alamamaları motivasyonu ciddi derecede bozmaktadır. Ödül sistemi bu kısır döngüyü kırması açısından çok önemlidir.

KAYNAKÇA

112 Hizmet Kalite Standartları Rehberi, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara, 2008

1982 Anayasası 56. Madde; <http://www.anayasa.gen.tr/1982ay.htm>, (09.11.2013)

6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamasına Yönelik Sorunlar ve Çözüm Önerileri Hakkında Rapor; <http://www.sgkrehberi.com/haber/13661/>, (20.02.2014)

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği; <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-510/acil-saglik-hizmetleri-yonetmeliği.html>, (12.08.2014)

Alp, E., Enfeksiyon Kontrol Programı; <http://hastaneler.erciyes.edu.tr/pdf/enfeksiyonkontrolprogrami.pdf>, (14.02.2014)

Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği; www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/04/20120410-3.htm, (12.08.2014)

Aydın, U., “İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitiminin İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarının Önlenmesindeki Rolü”; <http://www.ceis.org.tr/dergi/2013temmuz/makale2.pdf>, (12.01.2014)

Bakan, İ., Yöneticiler İçin Başarı Stratejileri, İstanbul, 2011

Beşer, A., “Sağlık Çalışanlarının Sağlık Riskleri ve Yönetimi”, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi; www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/19549/beser_39-44.pdf, (10.05.2013)

Beşer, A., “Sağlık Çalışanlarının Sağlık Riskleri ve Yönetimi”, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi; www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/19549/beser_39-44.pdf, (10.05.2013)

Bozkurt, R., “Hizmet Endüstrisinde Kalite”, Verimlilik Dergisi: Toplam Kalite Özel Sayısı, Ankara, 1995

Danacıoğlu, N. – Burcu, E. – Muluk, F. Z., Türkiye’de Kalite Olgusunun Gelişimi (1299-1990), İstanbul, 2000

Dikmetaş, E., “Sağlıkta Eşitlik/Eşitsizlik”, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, C.1, S.2, Elazığ, 2006

Eryılmaz, M., “Ülkemizde Acil Sağlık Hizmetleri: İhtiyaca Yönelik Güncel Çözüm Önerileri”, Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, C.13, S.1, 2007

Karabulut, K., Türkiye’de Sağlık Sektörü Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama, Atatürk Üniversitesi, SBE, YDT, Erzurum, 1998

Karabulut, K. ve diğ., “Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite ve Düzeylerinin Belirlenmesi; Erzurum da bir Uygulama”, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, C.15, S.1-2, Erzurum, 2001

Kılınçlı, T., Acil Sağlık Hizmetlerinde Paramediklerin Rolü ve Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi; <http://www.parder.org.tr/duyuru-detay.aspx?id=50>, (23.12.2012)

Konca, G. E. - İlhan, M. N. - Bumin, M. A., “Yatarak Tedavi Gören Hastaların Hastane Çalışanları ve Hastane Hizmetlerinden Beklentileri ve Beklentilerine İlişkin Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi”, Gazi Tıp Dergisi, C.17, S.3, 2006

Köksal, G., 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısının İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları Üzerine Etkileri, Beykent Üniversitesi, SBE, YYLT, İstanbul, 2010

Memişoğlu, D. – Durgun, A., “2008 Ekonomik Krizi ve Türkiye’de Sağlık Sektörü Üzerine Etkileri”, SDÜ, SBE Dergisi, C.1, S.13, Isparta, 2011

Oktaç, S., “Sağlık Kurumlarında Çalışan Güvenliği”; <http://www.ctf.edu.tr/ctfhemhzmd/Sempozyum%201.%20G%C3%BCn/1.%20OTURUM/Sevgi%20Oktaç%20-%20Sağlık%20Kurumlarında%20Çalışan%20Güvenliği.pdf>, (21.04.2013)

Özalbant, Z., “Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü ve Bir Uygulama”, Ankara, Nisan 2010

Öztek, Z., Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi, Ankara, 2004

Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi: Türkiye Deneyimi, Ankara, 2011

Sağlık Bakanlığı, Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği; <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.5272&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=>, (02.02.2014)

Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri; http://www.radyolojidernegi.com/w/index.php?option=com_content&view=article&id=206:Sağlık-calisanlarinin-meslek-riskleri&catid=1:son-haberler, (21.04.2013)

Saran, U., “Demokratikleşme ve Sivilleşme Eğilimleri Karşısında Devletin Yeniden Yapılandırılmasının Anahtarı: Kamu Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, Türk İdare Dergisi, C.431, Ankara, 2005

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu; <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.5510&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=>, (21.05.2013)

Şale, İ., Adım Adım Toplam Kalite Uygulaması, Ankara, 2001

Tatar, M. ve diğ., “Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme: Teori ve Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Hastaneleri Yöneticilerinin Görüşleri” , Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C.6, S. 1, Ankara, 2003

TC Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Raporu, Ankara, 2003

TSE, Kalite Notları, Ankara, 1994

Turhan, F., Başkent Üniversitesi Hastanesi Çalışanlarının Mesleksel Risk Faktörleri ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Başkent Üniversitesi, SABE, YYLT, Ankara, 2006

Tursun, K., Toplam Kalite Yönetimi;
<http://www.gumrukkontrolor.org.tr/Yayinlar/Dergiler/48/8.html>,
(06.08.2013)

Türk Tabipler Birliği, Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri, Ankara, 2008

Uryan, B., Toplam Kalite Yönetimi;
<http://www.mevzuatdergisi.com/2002/07a/02.htm>, (21.07.2013)

....., İşletme Yönetimi; <http://www.isletmeyonetimi.net/etiket/ic-ve-dis-musteri/>,
(04.02.2014)

....., İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları – Kapsamı – Sağlanan Yardımlar – Tarafların Sorumluluk Halleri; <http://www.isvesosyalguvenlik.com/is-kazalari-ve-meslek-hastaliklari-kapsami-saglanan-yardimlar-taraflarin-sorumluluk-halleri/#.UbM08OcWpck>, (18.05.2014)

EK – Antalya 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarında Mesleki Riskler Anketi

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma Antalya’da 112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanlarının mesleki riskler hakkındaki düşüncelerini tespit etmeyi amaçlamaktadır. Vereceğiniz yanıtların doğruluğu araştırmanın sağlıklı ve başarılı sonuçlanması için önemlidir. Ankete vermiş olduğunuz yanıtlar, bireysel olarak değerlendirilmeyip genel bir değerlendirme ile bilimsel bir amaca hizmet için kullanılacak ve kesinlikle gizli kalacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

ÖMER BUDAK

ANKET FORMU:

tarikh:...../...../.....

1. 112 Acil Çağrı Merkezi’nde Çalıştığınız Birim?
2. Cinsiyetiniz?: a) Erkek b) Kadın
3. Yaşınız?:
4. Eğitim Durumunuz?
a)Sağlık Meslek Lisesi b)Ön lisans c)Lisans d)Lisans Üstü
5. Medeni Durumunuz?
a)Evli b)Bekar c)Dul
6. Meslekte Çalışma Süreniz:
7. 112 Acil Çağrı Merkezinde Çalışma Süreniz:
8. Çalışma Şekliniz?:
a) Sürekli gündüz b) Vardiya c)Sürekli gece

Mesleki Risk Hakkında Sorular

	HİÇBİR ZAMAN	NADİREN	BAZEN	ÇOĞU ZAMAN	HER ZAMAN
S1 - Mesleki uygulamalarınız sırasında maruz kaldığınız kesici-delici batıcı cisim yaralanmalarınız oldu mu?					
S2 - Mesleki uygulamalarınız sırasında maruz kaldığınız kan ve başka bir vücut sıvısı, sekresyonla temas, sıçrama ve benzeri durumlara maruz kaldınız mı?					
S3 - İşe giriş geliş sırasında(çocuk emzirmek için gidilen sürelerde dahil) trafik kazası geçirdiniz mi?					
S4 - İş yerinizde şiddete maruz kaldınız mı?					
S5 - Kimyasal, sıvı maddeler ve ilaç sıçraması sonucu oluşan yaralanmalara maruz kaldınız mı?					
S6 - İş yeri kaynaklı yanık vb durumlara maruz kaldınız mı?					
S7 - İş yerinizde alerjik reaksiyon geçirdiniz mi?					
S8 - İş yerinizde kayma,düşme, çarpma vb durumlara maruz kaldınız mı?					
S9 - İş yerinizde zehirlenme durumu yaşadınız mı?					
S10 - Personelin maruz kaldığı herhangi bir kaza anında hızlı ve yeterli müdahale yapılabiliyor mu?					

ÖZGEÇMİŞ

17 Şubat 1973 tarihinde Antalya'nın Elmalı ilçesinde doğdum. 1980 yılında Elmalı'da başlayan ilkokul hayatım 1985 yılında Fransa rene ruklin ilkokulunda son buldu. 1988 yılında Elmalı ortaokulundan, 1993 yılında Elmalı sağlık meslek lisesinden, 1997 yılında da Dicle Üniversitesi Eğitim Fakültesi Fransızca Öğretmenliğinden mezun oldum. 2001 yılında ise Marmara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünden mezun oldum.

Meslek hayatıma 1993 yılında Diyarbakır Devlet Hastanesi'nde başladım. 2001 yılında ise İstanbul'da Maltepe Zümrütevler Sağlık Ocağında 24 saat biriminde, 2003 yılında ise istanbul 112 bünyesinde çalıştım. 2006 yılında Antalya 112 Komuta Kontrol Merkezi bünyesinde çalıştım. 2013 yılından beri Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde çalışmaya devam etmekteyim. Meslek hayatım boyunca çalışarak yükseköğrenimimi tamamladım.

Ömer Budak