



Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi

The Journal of International Social Research

Cilt: 8 Sayı: 38 Volume: 8 Issue: 38

Haziran 2015 June 2015

www.sosyalarastirmalar.com Issn: 1307-9581

KONYA İLİ OBSTETRİK ACİL SEVK VE YÖNETİMİNDE YÜKSEK PERFORMANSLI ÖRGÜT GELİŞTİRME: SÜRDÜRÜLEBİLİR BİR MODEL OLUŞTURMA

DEVELOPING A HIGH PERFORMANCE ORGANIZATION IN THE MANAGEMENT OF OBSTETRIC EMERGENCY REFERRAL IN KONYA CITY: BUILDING A SUSTAINABLE MODEL

Mustafa BASARAN*

Aynur BASARAN**

Orhan ADIGUZEL***

Ahmet BASARAN****

Zehra KUCUKAYDIN*****

Öz

Her anne ölümü en üzücü trajik olaylardan birisidir. Bu sosyal ve tıbbi yönü dışında anne ölüm hızı ve oranı tek başına ülkenin ekonomik seviyesini, insanların yaşam kalitesini, eğitim düzeyini, sosyokültürel seviyesini gösterebilen bir sağlık istatistiğidir. Bunun nedeni anne ölümlerini önleme kapasitesinin bir ülkenin ekonomik durumu, yaşam kalitesi, eğitim kalitesi, kısacası organizasyon kapasitesinin de göstergesi olmasıdır. Bu nedenle anne ölüm istatistikleri obstetrisyenler dışında politikacıların da çok önem verdiği gelişmişlik düzeyi parametrelerindedir. Türkiye’de anne ölümleri artan gelişmişlik düzeyi ile birlikte giderek azalan bir trend izlemesine rağmen ülkenin farklı bölgelerinde ciddi farklar bulunmaktadır. Konya ili anne ölümlerinde ekonomik seviyesi ile uyumlayan bir mortalite hızına sahip iken özellikle organizasyon geliştirme yöntemleri ile obstetrik acillerin sevk ve idaresi konusunda yapılan çalışmalar ve anne ölümlerinin birçok Avrupa ve OECD ülkelerinin altına çekilmesi model olarak tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Anne Ölüm Hızı, Anne Ölüm Oranı, Obstetrik Acil, Sevk, Organizasyon Geliştirme.

Abstract

Every maternal death is an extreme form of tragic event. However, in addition to social and medical aspects of this event, maternal mortality rate and ratio are single vital statistics that shows economical status, quality of life, quality of education, and sociocultural status of a nation. To develop an infrastructure that prevents maternal deaths, in addition to necessary resources, a significant organization capacity is required. For this reason maternal mortality statistics are an interest for politics and economics. Maternal mortality rates of Turkey showed a steady decline in recent years that correlated with the development of socioeconomic status and educational status of the country. However, as a result of discordance in welfare in different regions of the country there is a great variation in maternal mortality ratios. Interestingly, being one of the economically and culturally developed cities, Konya had one of the highest maternal mortality rates in Turkey. By the way of organizing obstetric emergency management and referral, we achieved a maternal mortality rate significantly lower than majority of European and OECD countries in this region. This achievement required more actions including organization development and culture than obstetrics. In this study, we discussed the interventions and procedures with relevant literature.

Keywords: Maternal Mortality Rate, Maternal Mortality Ratio, Obstetric Emergency, Referral, Organization Development.

Genel Bilgiler

Sağlık Bakım Organizasyonu (SBO, ‘Health Care Organization’) genellikle hastaneler gibi fiziksel bir temeli olan yapılar için kullanılmaktadır. Bu bağlamda örgüt geliştirme modelleri bu fiziksel yapı içindeki ve çevresindeki kişi ve olayları ele almakta bunlara yönetim kademesi ve hastane bölümlerini,

* Doç. Dr., Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Eğitim ve İdari Sorumlusu, Konya

** Doç. Dr., Özel Özlem Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi, Konya

*** Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, Isparta

**** Doç. Dr., Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Yüksek Riskli Gebelik Ünitesi Sorumlusu, Başaşehir, Konya

***** Dr., Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzman Doktor, Konya

çalışanları hatta sermaye ve hisse sahipleri gibi oluşumları da ekleyerek örgütün gelişimini incelemektedir (Griffith ve White, 2010: 1).

Buna karşın bir ilin “obstetrik acil sevk” yönetimi de bir sağlık bakım aktivitesi içermesi ve önemli bir organizasyon oluşturma, değerlendirme ve geliştirme süreçlerinden geçse de tam anlamı ile bir organizasyon olarak ele alınıp bu bağlamda değerlendirilmemiştir. Ayrıca bu tür bir organizasyonda yönetim kademesi bulunmaması da başka bir sorundur. İllerde sevk organizasyonundan sorumlu olan 112 Komuta Merkezi gibi bakanlığa bağlı oluşumlar da hem yönetim anlayışı hem de obstetrik acillere diğer acillerden farklı bir yaklaşımları olmaması gibi nedenler ile obstetrik acillerin sevk ve yönetimi tam olarak gerektiği şekilde ele alınamamıştır.

Obstetrik acillerde deneyimli personele ulaşım anne mortalitesini ciddi derecede azaltmaktadır (Essendi, Mills ve Fotso, 2011: 1). Bu nedenle obstetrik acillerin doğru yönetimi ve gerektiğinde sevk sisteminin etkin çalışması anne ölümlerinin önlenmesinde en önemli faktördür (DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2010; UN Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group, 2014).

Anne Ölümü

Anne ölümü (maternal mortalite, ‘*maternal mortality*’) kadının gebeliği süresinde veya doğumu takiben 42 gün içinde ölümü şeklinde tanımlanır. Anne ölümleri en sık olarak maternal mortalite oranı veya maternal mortalite hızları ile ölçülür (Tablo 1).

Anne ölümü, geride kalan eş ve çocuklar yanında, eğer kurtulmuş ise annesini hiç göremeyecek bir bebek ile dünyadaki en trajik olaylardan birisidir. Bu tartışmasız özelliği yanında anne ölümü ile ilgili ölçümler bir ülke veya toplum ile ilgili en önemli istatistik parametrelerden birisidir. Yenidoğan ölüm hızı veya anne ölüm hızı gibi parametreler tek başına kullanıldıklarında bile her ne kadar tıp ile ilgisiz konular gibi görünse de ülkenin gelişmişlik düzeyini, eğitim düzeyini, sosyoekonomik durumunu, refahını, sahip olduğu teknolojiler gibi birçok durum hakkında çok net bilgi verir. Bunun en önemli özelliği maternal mortalitenin düşük olması için ülkenin sağlık sisteminin, bu sistemin organizasyonunun ve organizasyonun kontrol mekanizmalarının tam olarak kontrolünü gerektirmesidir. Bu nedenle anne ölümü sadece sağlık organizasyonu değil ile ilgili değil genel olarak da bir ülkenin *organizasyon kapasitesinin* en önemli birkaç parametresinden birisidir. Bu gibi sağlık istatistikleri (*‘vital statistics’*) sadece sağlık ile ilgili kuruluşlar değil kredi derecelendirme kuruluşları, yatırım şirketleri gibi kurumlar tarafından ülkelerarası gelişmişlik düzeyi karşılaştırmaları için de kullanılan çok önemli parametrelerdendir.

Tablo 1: Tanımlar (UN Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group, 2014).

Terim	Tanım
Anne ölümü	Kadının gebeliği süresinde veya doğumu takiben 42 gün içinde hangi neden ile olursa olsun ölümü şeklinde tanımlanır.
Maternal mortalite oranı	Belli bir dönemdeki anne ölümleri sayısının aynı dönemde gerçekleşen 100,000 canlı doğuma oranıdır.
Maternal mortalite hızı	Bir toplumda anne ölümü sayısının aynı toplumdaki doğurganlık çağındaki tüm kadınların oranıdır (paydası 1,000 olacak şekilde ifade edilir)

İstatistiksel Bilgiler

Gelişmişlik göstergesi olarak düşünüldüğünde dünya genelindeki anne ölümlerinin %90’ının gelişmekte olan ülkelerde görülmesi normaldir. 2011 yılı verilerine göre dünya genelinde yaklaşık 273,000 anne ölmüştür. Günümüzde bu sayı 350,000’lere ulaşmış ve sahra altı Afrika ülkelerinde anne ölümleri her 39 kadından biri olacak şekilde çok yüksektir. Batı toplumlarında ise anne ölümleri için hayat boyu risk 4700’de 1’dir (Hussein, Kanguru, Astin ve Munjanja, 2012). Anne ölümlerinin en sık nedeni kanamadır. Bu ölümlerin büyük kısmı doğum ile ilgilidir. Doğuma bağlı bu ölümler ise en sık doğumdan sonraki ilk 24 saatte gerçekleşmektedir.

Ülkemizde 2008 yılı verilerine göre anne ölüm oranı 23/100,000’dir (DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2010: 23; T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, 2012: 22). Bu oran 2010 yılında 16.4’e, 2012 istatistiklerinde ise 15.4/100,000 şeklinde gerçekleşmiştir. Bu bağlamda Türkiye dünya genelinde anne ölümlerini önlemede en çok başarı elde eden ülkelerden birisi olmuştur. Türkiye anne ölümlerinin 20/100,000 seviyesinde olduğu Dünya Sağlık Örgütü (*‘World Health Organization’*, DSÖ) Avrupa Bölgesinden daha iyi bir istatistiğe ulaşmıştır. Buna karşın şehir veya bölge bazında incelendiğinde Kuzeydoğu Anadolu bölge olarak 32.2/100,000 ve orta Anadolu 25.9/100,000 gibi bölgesel dengesizlikler de mevcuttur (Başaran et al., 2013: 22).

Çalışmanın Amacı

Bu çalışmada obstetrik acillerin sevk ve yönetimindeki belirsiz ve farklı yönlerin organizasyon geliştirme felsefesi ile giderilmesi, daha fazla 'yönetilebilen', 'izlenebilen', 'kontrol edilebilen' bir organizasyon oluşturulması, bu organizasyona bir 'kültür ve iklim katılması', bu özelliklerin 'süreğen' hale getirilmesi amaçlanmıştır.

Hussein ve arkadaşları 19 makaleyi dahil ettikleri gelişmekte olan ülkelerde obstetrik sevk sisteminde yapısal ve organizasyonel olmak üzere yapılan değişiklikler ile anne ve bebek ölüm hızlarında belli bir oranda iyileşme olabileceğini göstermişlerse de bu oran hem istatistiksel anlamlılık seviyesine ulaşmamış hem de miktar olarak beklenen seviyede olmamıştır (Hussein et al., 2012). Benzer şekilde ülkemizde de İstanbul gibi gelişmiş illerde anne ölümlerinin yüksek olduğu görülmektedir. Biz bu durumu açıklayan en önemli nedenin obstetrik acil sevk sisteminin etkin çalışması ve anne ölümlerinin azaltılmasının tıbbi önlemlerden çok sistem yaklaşımı gerektirmesi ve organizasyon geliştirme felsefesi ile ele alınmasının gerekliliği olarak görmekteyiz. Bu bağlamda aslında anne ölümleri gelişmiş ve gelişen ülkeler arasındaki önemli farklardan birisini yani 'organizasyon kapasitesi'ni çok hassas bir şekilde gösteren bir sağlık parametresinden başka bir şey değildir.

Bu çalışma ile Konya ili içinde 2012-2014 yılları içinde obstetrik acil sevklerin sevk ve yönetiminde uygulanan çalışmalar güncel örgüt geliştirme metotları ile değerlendirilmiş ve bu tür bir sevk zincirinin yüksek performanslı bir örgüt yapılanması ile oluşturulması yanında yüksek performansın korunması için yapılmış uygulamalar değerlendirilmiştir. Oluşturulan bu yüksek performanslı örgüt yapısı aynı zamanda bir model olarak sunularak diğer illerde oluşturulacak benzer örgütler için örnek olması amaçlanmıştır. Ayrıca oluşturulmuş bu modelin yüksek performansının sürdürülebilir olması için yapılan çalışmalar bir model olarak güncel literatür ile birlikte tartışılmıştır.

Yöntemler ve İlgili Literatür Tartışması

Geniş bir zaman diliminde yapılan çalışmalar Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İl Sağlık Müdürlüğü, 112 Sevk ve Komuta Merkezi, Konya ili ve ilçelerindeki özel hastaneler ve devlet hastaneleri ile ilgili kurumları içine alacak şekilde aşağıda değerlendirilmiştir.

Bu kurum ve kuruluşlar arasındaki iletişim ve uygulamalar Konya ili içinde görevli tüm hekimler ile yapılan görüşmeler ve kaybedilen hastaların dosya incelemeler neticesinde değerlendirilmiş ve oluşturulan örgüt geliştirilmiştir. Geliştirilen bu örgütün süreğen bir şekilde değerlendirilmesi ile yüksek performanslı çalışması sağlanmış ardından da bu yüksek performansın devamlılığı tesis edilmiştir.

Misyon, Vizyon ve Değerlerin Belirlenmesi

Obstetrik acil sevk organizasyonu oluştururken sistemin örgütsel gelişimi öncesinde misyon, vizyon ve değerlerimizi ortaya koyduk.

Misyon

Konya ili anne ölümlerini azaltmak (daha sonra sınırlarımızı kurumumuz perinatal merkez olarak görevlendirildikten sonra 14. Sağlık bölgesi yani Konya, Karaman ve Aksaray olarak genişlettik).

Vizyon

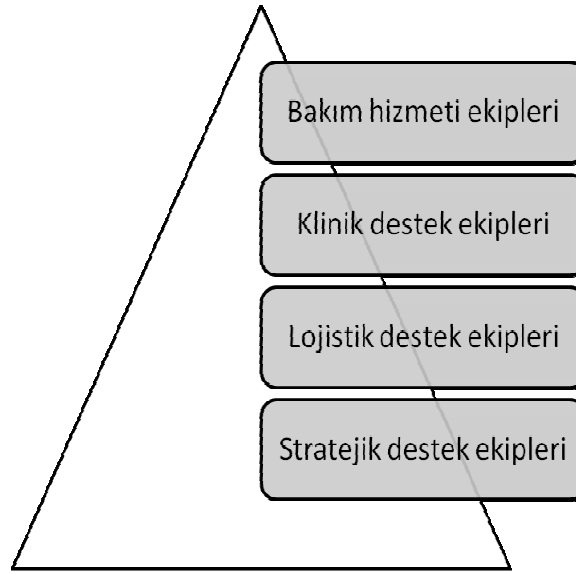
Konya ilini Avrupa ve Dünya genelinde en düşük anne ölümü olan illerden birisi haline getirmek olarak belirledik.

Değerler

Takım çalışması, iletişim, birliktelik, mükemmeliyet, eşitlik, saygı, eğitim, taviz vermeme ve adanmışlık olarak belirledik.

Sağlık Hizmeti Organizasyonu Oluşturma

Obstetrik sevk organizasyonu bir sağlık hizmeti olsa da hastaneler gibi organizasyonlar değildir. Obstetrik sevk organizasyonu ile hastane organizasyonu arasındaki farklar Tablo 2'de gösterilmiştir. Bu farklar dikkate alınarak bileşenler düzenlenmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Sağlık hizmeti organizasyonlarının bileşenleri (Griffith ve White, 2010: 4, kaynaktan yeniden düzenlenmiştir). Bu hizmetler standart bir sağlık bakım hizmeti olan hastanede ve obstetrik acil sevklerindeki karşılıkları olarak tabloda verilmiştir.

Tablo 2. Sağlık hizmeti organizasyonu bileşenlerinin (Şekil 1) hastaneler ile obstetrik acil sevklerdeki karşılıkları (Griffith ve White, 2010: 4, kaynaktan yeniden düzenlenmiştir).

	<i>Hastaneler</i>	<i>Obstetrik acil sevkler</i>
<i>Bakım hizmeti ekipleri</i>	Benzer ihtiyaçları olan hastalara hizmet sunan bakım hizmetleri ekiplerinden oluşur. Tipik olarak; -Aile hekimliği -Dahiliye -Kadın hastalıkları ve doğum -Çocuk Hastalıkları -Psikiyatri -... gibi bölümler bulunur	Gebelerin tanı ve takipleri aile hekimleri, doğum hekimleri ile ebelerin sorumluluğundadır. Bu izlem esnasında olası obstetrik aciller geliştiğinde primer tanı ve yönetim yine ebe ve doğum hekimleri tarafından yapılırken ileri prosedürler genellikle doğum hekimleri içinde konu ile daha tecrübeli doğum hekimleri tarafından yapılır. Ayrıca ilgili komplikasyonun gerektirdiği ek hizmetler yine diğer tıp branşlarından alınabilir.
<i>Klinik destek ekipleri</i>	Klinik destek ekipleri hizmet sunan hekimlere özel klinik hizmetleri sunarlar. Bunlar tipik olarak; -Klinik laboratuvar -Ecza ve ilaç servisi -Radyodiagnostik -Anestezi -Yoğun bakım servisi -Sosyal hizmetler -... gibi ekiplerdir.	Obstetrik acillerde de ihtiyaçlar genellikle benzerdir. Ancak en önemli klinik destek ekipleri; -Klinik laboratuvar -Yoğun bakım servisi -Kan bankası hizmetleridir.
<i>Lojistik destek ekipleri</i>	Lojistik destek ekipleri bilgi işlem, muhasebe, satınalma gibi özel eğitilmiş ekipleri içerir.	Obstetrik acillerde gereken klinik destek hizmetleri genellikle durumun geliştiği primer kurumun imkanlarından daha fazlasını gerektirdiği için transport gerekir. Bu nedenle en önemli lojistik destek 112 iletişim merkezi ve ambulans hizmetleridir.
<i>Stratejik destek ekipleri</i>	Stratejik destek ekipleri pazarlama, yönetim, finans, paydaşlar, stratejik pozisyon belirleme gibi hizmet ekiplerini içerir.	Obstetrik acillerde stratejik destek genellikle ilgili il içinde il sağlık müdürlüğü, kamu hastaneleri genel sekreterliği gibi kurumların plan ve yönetimlerini içerir.

Obstetrik acil sevkler

Obstetrik acil sevk organizasyonunun en önemli özelliği maternal mortaliteyi direk etkileyen önemli bir faktör olmasıdır. Maternal mortalite her 100,000 doğumda ölen anne sayısı şeklinde hesaplanmaktadır (Essendi et al., 2011). Yaşatılan her anne önlenen büyük bir trajedidir. Bu nedenle T.C. Sağlık Bakanlığı konu üzerine özel eğilmektedir ve bu konuda çalışmalar yapmaktadır.

Maternal mortalite ve neonatal (yenidoğan) mortalite hızları bir ülkenin gelişmişlik seviyesini gösteren en önemli parametrelerdendir. Tek başına bir istatistik ile o ülkenin her türlü gelişmişlik göstergesi, mali durumu, eğitim düzeyi vs hakkında fikir sahibi olmamızı sağlayabilmektedir. Bu özelliğinden dolayı sadece bir sağlık istatistiği olmayıp aynı zamanda ülkenin ekonomik ve sosyal değerlendirmelerde de kullanılmaktadır. Örneğin bir kredi değerlendirme kuruluşu tarafından ülkenin kredi notu değerlendirilirken anne ölümleri ülkenin gelişmişlik düzeyi için bir gösterge olabilmektedir.

SBO genellikle hasta olanın tedavisine yönelik bir bakış açısına sahiptir (Griffith ve White, 2010: 2). Önleyici sağlık hizmetleri (aşılar, beslenme, sağlığın korunması politikaları vs) ise günümüzde önem kazanmış olmasına rağmen çok daha farklı bir planlama ve organizasyon gerektirir. Obstetrik aciller ise hazır olmayı gerektiren, çok hızlı reaksiyon zamanı isteyen önleyici bir hizmet gibi organize edilmesi gereken bir organizasyon gerektirir. Obstetrik acillerin organizasyonu gibi konular özellikle ülkemizde son yıllarda üzerinde durulmaktadır (Tablo 3).

Obstetrik acil sevk ve yönetim hizmetlerinin Tablo 3'de verilen bu farklı özellikleri nedeniyle standart sağlık bakım hizmetleri organizasyonu yetersiz kalmaktadır. Bu tablo incelendiğinde obstetrik acil sevk ve yönetiminin aslında tıbbi bir hizmetten çok yönetim ve organizasyon bilimi temellerinde kurulması gerektiği görülmektedir.

Tablo 3. Hasta bakım hizmetleri, önleyici sağlık hizmetleri ve obstetrik acil sevkleri organizasyonunun temel özelliklerinin karşılaştırılması.

	<i>Hasta hizmetleri organizasyonu</i>	<i>Önleyici sağlık hizmetleri organizasyonu</i>	<i>Obstetrik acil hizmetler organizasyonu</i>
Hedef	Hasta hedefidir. Hastaya yönelik bir tanı ve tedavi planı ve bunların yapıldığı hastanelerin organizasyonunu içerir.	Belli bir toplum hedefidir. Bu topluma ulaşım ve hizmetlerin organizasyonunu içerir. Örneğin 1 yaş altı çocukların kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşılarının tamamlanması için bu gruba hizmetin ulaştırılması.	Hedef bir gruptur ama grubun tamamına ulaşmak yerine kime olacağı önceden belli olmayan bir hasta söz konusudur. Bu nedenle hizmet tüm hastalar için hazır olurken sadece küçük bir grup bu hizmeti kullanacaktır.
Yer	Genellikle hastanelerdir. Kişi hizmeti kendisi başlatır.	Genellikle sağlık ocakları veya KETEM* gibi merkezlerde verilir ancak normal popülasyona evlerinde ulaşılır. Kişi hizmeti kendisi başlatmaz.	Genellikle hastaneler olsa da hasta bu kurumlara kendisi başvurarak veya acil olarak arayarak hizmeti kendisi başlatır veya hekim hasta için hizmeti başlatır.
Ulaşım	Hastaya ulaşılmaz hasta kendisi başvurur.	Hastaya ulaşılır ve davet edilir veya ayağına gidilir.	Hizmet ihtiyaç ortaya çıkmadan hastaya götürülmeli ve hazır edilmelidir. Ancak bu hizmet ancak acil durum ortaya çıkarsa hastaya verilir. Ayrıca diğer acillerden farklı olarak bu hastaların önceden belirlenmiş merkezlere otomatik olarak yönlendirilmesi gerekmektedir.
Hizmetin yaygınlığı	Hastane temellidir. Hastanede örgüt geliştirme temel prensipleri uygulanır. Yöneticiler, bölümler, doktorlar vs. lokal bir hizmettir.	Bakanlık tarafından merkezi bir yönetim ile çok geniş alana hizmet götürülür. Ancak uygulamanın yeri bellidir (sağlık ocağı, okul ev).	Hizmet çok geniş bir alana götürülmesine rağmen acil durum ortaya çıktıktan sonra hem yerel bir yönetim (aynı kurumda tedaviye çalışılması) söz konusudur hem de hastanın sevkini ve sek edildiği hastanede yönetimini içeren geniş birden fazla kurum ve kuruluşu içeren bir yönetim vardır. Bu hizmetleri direkt olarak yöneten bir kişi veya merkez aslında yoktur.
Hizmetin sürekliliği	Hizmetler 7/24 sürekli olarak hastanelerde verilir	Hizmetler belli dönemlerde verilebilir (örn. mevsimsel) veya devamlı verilen bir hizmet olsa da bu acil olmadığı için belli bir zaman diliminde verilebilir.	Hizmetler anlık verilir ama 7/24 hazır olunması gerekir.

Hizmeti veren kişi	Genellikle çok ileri uzmanlık ve eğitim gerektirir ve bu hizmeti veren hekimdir. Tekil bir hizmettir. Hizmeti veren bu kişi hastane organizasyonu (laboratuvar, görüntüleme, ameliyathane personeli vs) tarafından desteklenir.	İleri uzmanlık gerektirmeyen hemşirelerin veya aşı personelinin eğitimi yeterli olan hizmetlerdir. Ekip söz konusudur. Bir kişi yüzlerce kişiye aynı anda hizmet verebilir.	Hizmeti veren ileri uzmanlık bilgisi olması gereken hekimdir. Ancak ebeler gibi aslında bu acil hizmeti daha düşük seviyelerde (basit kanamaların kontrolü) verebilecek kişilere de başvuru vardır. Ancak hem hekim hem de ebe bu hizmeti hastalığın ciddiyetine göre veremeyebilir (ileri cerrahi gerektiren şiddetli olgular). Bu durumda veya hastanın çok daha ileri tedavi gerektirmesi halinde hekim de ebe de acil sevk ve yönetim sistemini kullanmaktadır.
Hizmet alımı	Genellikle direkt (hastanın kendisi ödemesi) veya indirekt (sigorta şirketi) ödemesi ile satın alınan bir hizmettir.	Satın alınan bir hizmetten çok vergiler ile devletin oluşturduğu ve herkese ulaştırdığı bir hizmettir.	Hizmet satın alınan (doğum, gebelik izlemi vs) bir hizmetin parçası olarak sunulur. Tıbben bir komplikasyon olarak görülse de tüm gebelere ihtiyaçtan bağımsız eşit bir şekilde devletin ulaştırması gereken bir hizmettir.
Diğer	Tıbbi gelişmelerin ve yeniliklerin çok iyi takip edilmesi gereken bir hizmettir.	Tıbbi gelişmeler önemli olsa da esas olarak planlama ve organizasyon ve yatırım ön plandadır.	Tıbbi gelişmelerden çok organizasyon geliştirme bilimi ile yönetilmesi gerekir. Ancak hizmeti sunanların devamlı eğitimi de çok önemlidir. Bu eğitim tıbbi bir eğitimi içerse (kanamaya yaklaşım, ileri cerrahi teknikler vs) de aslında organizasyonu geliştirmeyi daha çok hedeflemelidir. Bu çalışma ile öne sürülen model de bu yöndedir.

* Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri

Bilgi Organizasyonu

Bilgi organizasyonları (*'knowledge organization'*, *'information organization'*)¹ bilgi grupları, ekipleri ve bilgi çalışanları şeklinde bilgi-temelli ürün ve hizmetleri oluşturup, kullanıp, değiştirip, ilettikleri, bu şekilde organizasyon hedeflerine ulaştıkları bir yönetim fikridir (Drucker, 2013).

Konya ili obstetrik sevk sistemi normal Konya ili kamu ve özel hastaneleri, İl Halk Sağlığı, Kamu Hastaneleri Kurumu, 112 Acil Komuta Merkezi gibi sistemlerinin belli unsurlarını bünyesinde barındıran bir organizasyon olarak çalışması gerekirdi. Bu nedenle bilinen kamu hiyerarşisi içinde ayrı bir hiyerarşik yapılanma yerine hem organizasyon amaçlarına daha iyi hizmet etmesi hem de mevcut yapılanmayı bozmadan özgün grup ve ekiplerin kurulması için aşağıdaki gibi bir bilgi organizasyonu akış şeması düşünüldü (Şekil 2).

Bilgi organizasyonları kavramını oluşturan Drucker'a göre (Drucker, 2013: 76) bilgi organizasyonları otoritenin kesin kararlarına ihtiyaç duyarlar. Bilgi organizasyonları yerine geçtiği 'doğrusal' organizasyonların aksine çok daha karmaşıktır ve organizasyonun bocalamaması için otoritenin kesin ve açık kararları gereklidir. Bilgi organizasyonları o andaki bilgiyi kullanarak hareketlerine yön verir (Wolf, 2010: 78).

Bilgi organizasyonlarındaki orta yöneticiler doğrusal bir şekilde yönlendirilen ve rutin görevleri yapan kişiler yerine bilgi profesyonelleri olarak çalışmaktadır (Drucker, 2013: 78). Bu bakımdan Konya ili Obstetrik Sevk Organizasyonu aslında bilgi organizasyonu olarak şekillenmektedir (Şekil 2).

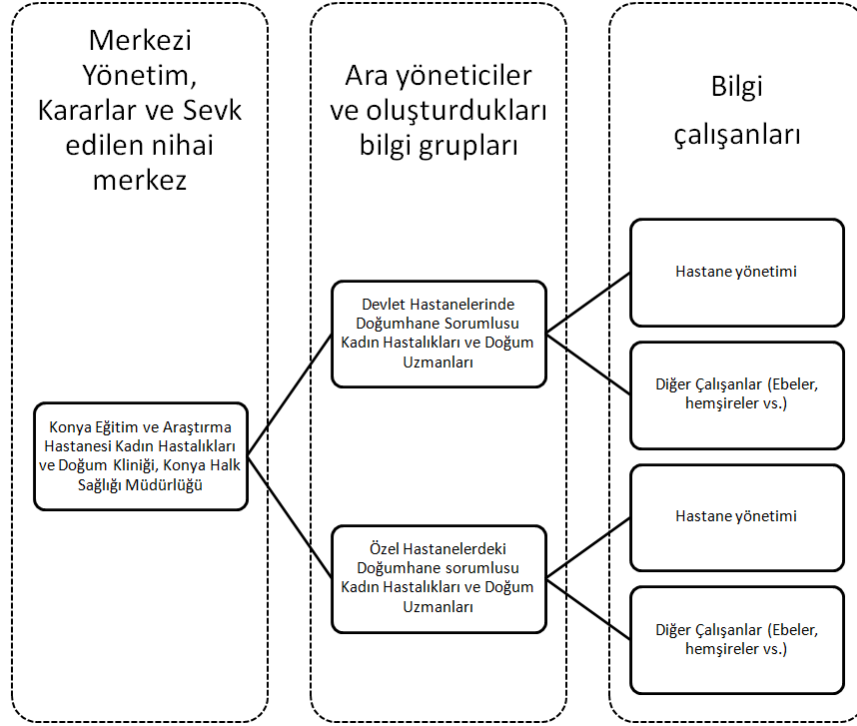
Sistemi bilgi organizasyonu olarak yapılandırmak için *merkezi planlama* yapılması görevi İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, Anne Ölümleri Komisyonuna verildi, *merkezi yönetim* ise esas sevk alan merkez olarak görev yapan Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (KEAH) Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği (KD) olarak görevlendirildi. *Orta yöneticiler* ise çevre devlet hastaneleri ve özel hastanelerdeki kadın hastalıkları ve doğum uzmanları² olarak kabul edildi. *Sistemin çalışanları* ise diğer hekimler, ebeler ve hastane yöneticileri olarak belirlendi (Şekil 2). Dikkat edilirse bu sistemde bir diğer önemli özellik kendi içinde ters matris yapılanması oluşmasıdır. Hastane yöneticilerinin kendileri orta yöneticiler yani obstetrik aciller ile ilgilenen hekimler için bir çalışan pozisyonundadır. Bu oluşturulan kitapçıklarda da eksikliklerden ve yönetimsel

¹ Metinde de açıklandığı üzere bilgi (*'knowledge'*) ve enformasyon (*'information'*) çok farklı kavramlardır. Türkçeye her ikisi de bilgi olarak çevrilse de bu çalışmada bilgi ve enformasyon şeklinde ayrı ifade kullanılmıştır.

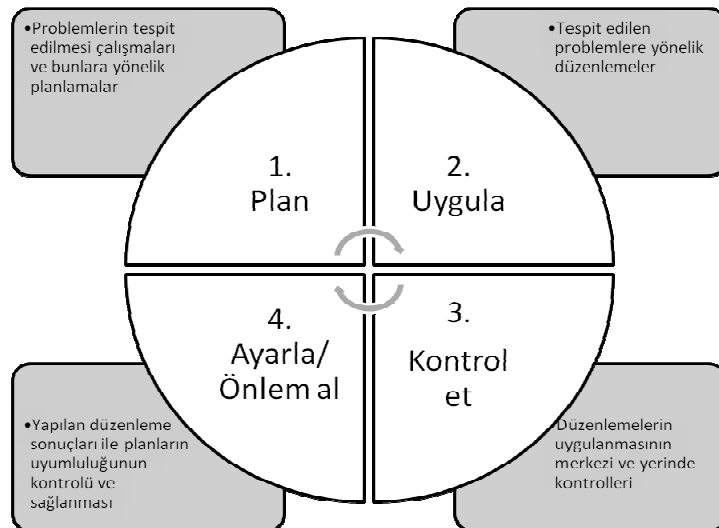
² Gerek kamu gerekse özel hastanelerde doğumhane sorumluları olarak yani ara yöneticiler olarak görev yapan kadın hastalıkları ve doğum uzmanları net bir şekilde belirlenmiş talimatları olsa da anlık bilgiler ile hareket etmeleri açısından *bilgi profesyonelleri* veya bilgi çalışanları (*'knowledge workers'*) tanımına tam olarak uymaktadırlar.

problemlerden sorumlu pozisyona hastane yönetimi değil hekimlerin yerleştirilmiştir. Bu kitapçıklarda hekimlerin ihtiyaçlarını bildirmeleri durumunda bunları hastane yöneticilerinin yerine getirme sorumluluğu olduğu ifade edilmiştir. Bu sorumluluklar doğumhane ve doğum servisinin elektrik, su, ısıtma, cerrahi malzemelerin temini yanında tüm diğer lojistik hizmetlerini de içermektedir (Başaran, 2013).

Ayrıca bu kurumların bir birileri ile iletişimi de sağlanmış, bu iletişim 3. Basamakta KEAH ve üniversiteleri de içine alacak şekilde genişletilerek yatay entegrasyon sağlanmıştır (Griffith ve White, 2010: 15).



Şekil 2. Konya Obstetrik Sevk Organizasyonunun bilgi organizasyonu şeklinde yapılanması (Walczak, 2005: 334 Bu organizasyon şeması Figür 2 ve çalışmadan faydalanılarak oluşturulmuştur).



Şekil 3. Deming döngüsü ile obstetrik acil sevk organizasyonun değerlendirilmesi ve düzenlenmesi (Moen ve Norman, 2006; Taylor et al., 2013).

Deming döngüsü ile organizasyonun düzenlenmesi

Deming siklusu (Shewart siklusu) Dr. W. Edwards Deming tarafından realize edilmiş, süreçleri bilimsel yöntem (Bacon tarafından ortaya konulan) ile planlanıp, uygulanıp, izlenip, düzenlenmesini içeren süreçtir (Şekil 3).

Konya Obstetrik sevk organizasyonunda yapılan düzenlemeler de aşağıdaki örneklerde olduğu gibi aynı süreçten geçirilerek standartlar oluşturulmuş ardından bu standartlar geliştirilmiştir (Şekil 8).

1. Plan ve uygulama

Konya ili içindeki obstetrik acil sevkler ile ilgili en önemli problem doğal olarak maternal mortalitenin nihai bir istatistik olarak yüksek seyretmesidir. Bu bakımdan değerlendirildiğinde 22/100,000 seviyelerinde olan maternal mortalite oranı, İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde kurulmuş olan Maternal Mortalite Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenerek anne ölümlerinin nedenleri; dosya incelemeleri, sözel otopsi³, ve otopsi ile belirlenmeye çalışılmıştır. Yapılan incelemelerde aynı zamanda neden yanında obstetrik acil sevklerin hızının artırılması, iletişimin yetersizliği, teknik bazı eksiklikler görülmüştür.

Anne ölümlerinde gecikme modellerine (Şekil 4) göre anne ölümlerinin büyük kısmının hastanelerde olduğu ve bu hastaların yine büyük kısmının takipli gebeler olduğu görülmüştür. Bu nedenle birinci gecikme modelinden çok ikinci gecikme modeli özellikle de hizmet kalitesi yönünde durulması gerekmektedir.

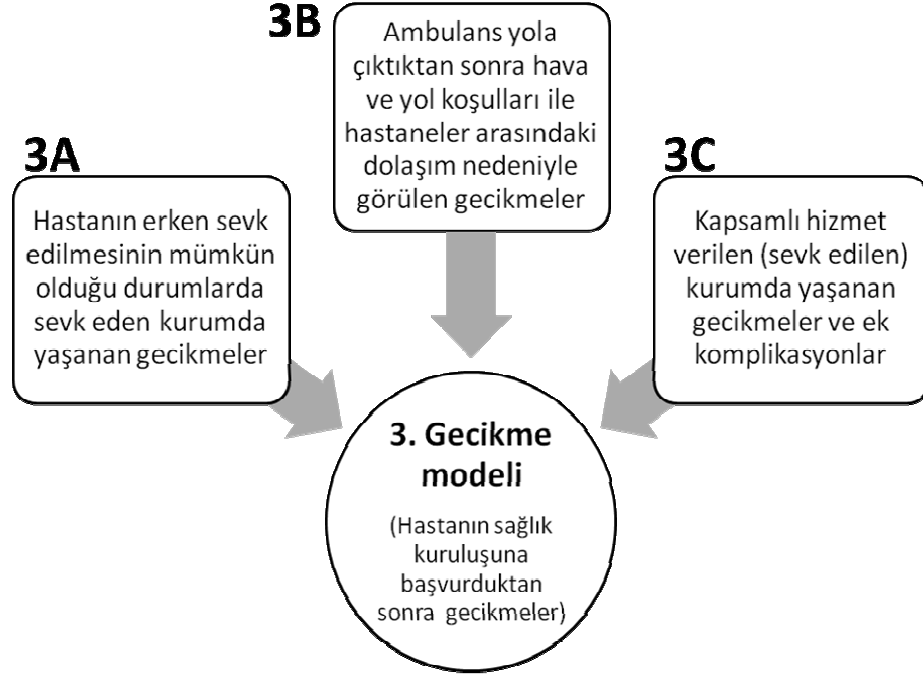
Gebeliklerin hem izlenen gebeler olması hem de ölümlerin büyük kısmının hastanede olması nedeni ile gecikme modellerinden birinci ve ikinci gecikme modellerinden çok üçüncü gecikme modeline yoğunlaşılması uygun görüldü (Şekil 4).



Şekil 4. Anne ölümlerinde gecikme modelleri (Başaran, 2013).

Bu bağlamda gerçekleştirilen araştırmalar neticesinde dosya incelemelerinden görülen aslında üçüncü gecikme modelinin heterojen bir grup olduğu ve kendi içinde farklı şekilde yönetilmesi ve organizasyonu yapılabilecek 3 ayrı alt gruba ayrıldı (Başaran, 2013: 80) (Şekil 5).

³ Sözel otopsi anne veya bebek ölümleri ile ilgili yakınları ile yapılan ayrıntılı görüşme ve bu görüşmede alınan kayıtlar için kullanılan bir terimdir. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından anne ölümlerinde kullanılan forma www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-46692/h/anne-olumu-soru-kagidi.doc adresinden ulaşılabilir.



Şekil 5. Konya ili için yeniden düzenlenmiş 3. gecikme modeli alt grupları (Başaran, 2013: 80).

Bu doğrultuda tüm Konya ili kadın hastalıkları ve doğum hekimlerini içeren bir toplantı yapılmış, bu eksikler konusunda sempozyum düzenlenerek hem bilgilendirme sağlanmış hem de tüm hekimlerin problemleri sözel olarak dinlenmiştir. İlk olarak yapılan inceleme tanısal ('*diagnostic*') bir inceleme olmasına rağmen bu diyaloga dayalı ('*dialogic*') yaklaşım işleyiş ve sevk problemleri konusunda çok daha kapsamlı ve doğru bilgi edinilmesi sağlanmıştır.

Toplantıda yapılan düzenlemeler;

1. Bilgi güncellemesi (Bakri balon kullanımı, Lynch veya kare sütürler gibi sütürlerin öğretilmesi, dren konulacak hastaların belirlenmesi)
2. Belirli malzemelerin temini (Bakri balon, Lynch sütürleri için iğne, silikon dren temini gibi) ve doğumhane çalışma sisteminin düzenlenmesi (ebe nöbet sistemi, doğumhane yerleşkesinin ameliyathaneye yakınlığı, triaj odası, hemşire odası gibi iç düzenlemeleri)
3. Mülakat yöntemi ile eksikliklerin öğrenilmesi sayesinde ilgili hekimlerin hastane yönetimi, 112 sevk komuta merkezi, çalışma düzenleri ile ilgili sorunları öğrenilmiştir.

Bu sorunlar çerçevesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır;

1. Hastanelerin başhekimlikleri bilgilendirilerek doğumhane yerleşkesi ve çalışma sistemi konusunda düzenlemeler yapılması sağlanmıştır.
2. Mülakat yöntemi ile sevk zincirinde görülen en önemli eksikliklerden birisi sevk eden ve sevk edilen kurum arasında kişi ve kurum arasındaki ilişkinin düzenlenmesi sağlanmıştır. Örneğin sevk eden kişi karşı tarafın sevki kabul etmemesinden sevk edilen kurum ise kendisine devamlı 'gereksiz' sevk yapılmasından şikayet etmektedir. Bu nedenle 112 komuta merkezine bir sevk formu hazırlanarak sevk eden kişi ve kurumlar ile sevk edilen kişi ve kurumların kayıt altına alınması sağlanmıştır (bkz. Ek 1 - 112 Merkez Sevk Formu sf. - 849 -).
3. Ayrıca sevk işleyişindeki en önemli sorunlardan birisi olan sevk zamanına yayılması süreci de bu form ile değerlendirilmeye başlanmıştır.

Bu 112 formu ile elde edilen bilgiler doğrultusunda kişi ve kurumlara hem bilgilendirme hem de yönlendirme için geri dönüş sağlanmıştır. Bu sayede tüm Konya kamu hastaneleri arasında bir iletişim sağlanmıştır. Kurumlar yanında hekimler arasındaki diyalog geliştirilmiştir.

2. Kontrol et

Yapılan düzenlemeler ile ilgili kontroller aşağıdaki veri kaynakları ile elde edilen veriler doğrultusunda yapılmıştır;

1. İletişim halindeki hastanelerin hekimlerin geri dönüşleri
 2. 112 Acil Komuta Merkezi sevk formu verileri
 3. İl anne ölümleri değerlendirme toplantılarında tartışılan olgular ve bunların dosya bilgileri
 4. Sözel otopsiler (özellikle ölüm nedeninin tam olarak belirlenemediği durumlarda aileden ve yakınlarından, sağlık çalışanları ve olaya müdahil olan kişilerden alınan hikaye ile ölüm nedeninin belirlenmeye çalışılmasıdır (UN Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group, 2014)).
- ## 3. Ayarla

Bu veriler doğrultusunda ayarlamalar yapılmıştır. Örneğin, çok sık gereksiz sevk yapan kişiler 112 Acil Komuta Merkezi Sevk formu ile tespit edilmiş bu hekimler uyarılmıştır. Buna benzer sorunlar ve üretilen çözümlere örnekler Tablo 4’de verilmiştir.

Örgüt geliştirme

Tanım

Örgüt geliştirme, tüm örgüt sisteminin etkinliğini ve sağlığını artırmak için, davranış bilimlerine ait bilgi ve tekniklerini kullanma ve bir değişim ajanı yardımıyla örgüt üyelerinin inanç, tutum ve davranışlarını değiştirmeye, dolayısıyla kültür, yapı, süreç ve teknoloji arasındaki ilişkileri düzenlemeye yönelik planlı bir değişimi başlatma ve gerçekleştirme çabası olarak tanımlanabilir (Erkoç, 2006: 351). Örgüt geliştirmede örgüte ait iklim, kültür ve bağlılık gibi kavramlar örgüt oluşturma aşamasından çok daha ön plandadır. Örgüt geliştirme statik bir hedeften çok dinamik ve süreklilik arz eden bir süreçtir.

Tarih

Örgüt geliştirme ilk olarak Kurt ve Lewin’in 1946’da yıllarda ‘T grubu’ (hassasiyet eğitimleri) çalışmaları ile başlamıştır (Burke, 1982: 21). Günümüzde genel olarak örgüt geliştirme pratiği tek bir teori veya kavramsal model ile açıklanamaz. Bunun yerine örgüt geliştirme pratiği yapanların birçok farklı örgütsel teori ve kavramları bilmeleri ve uygulamaları gerekebilmektedir (Burke, 1982: 23). Blake and Mouton’un yönetsel ızgarası, Maslow’un ihtiyaçlar hiyerarşisi, Lewin’in değişime grup yaklaşımı, Likert, Lawrence’ın değişime sistem yaklaşımları gibi birçok teori ve yaklaşım örgüt geliştirme pratiğinde kullanılmaktadır.

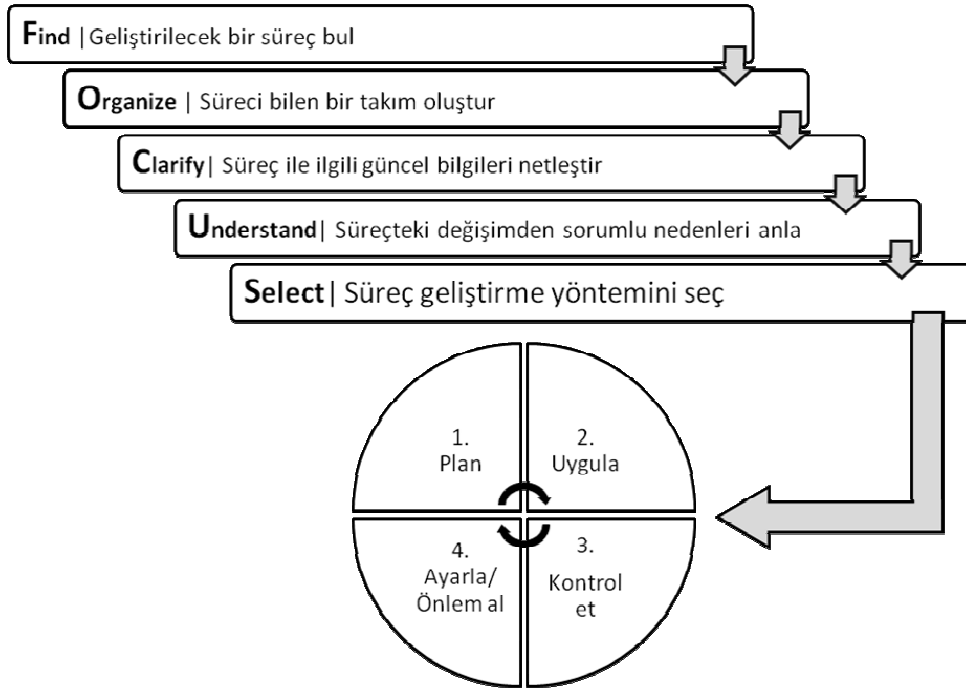
Tablo 4. Acil obstetrik sevk sistemi sürecinde sık karşılaşılan bazı sorunlar ve yapılan düzenlemeler.

Tespit edilen sorun	Üretilen çözüm
Çok sık ve acil olmayan nedenler ile sevk yapan ve 112 sevk sistemini uygunsuz kullanan ebe ve hekimler tespit edilmiştir.	Bu kişiler bireysel olarak veya ilgili hastanenin yönetim kademesi vasıtası ile uyarılmıştır.
Acil endikasyonlar ile sevk yapan ancak bu endikasyonların sevk ettikleri hastalarda olmadığı hekimler tespit edilmiştir.	Bu tür 'asılsız' endikasyonlar ile sevkı tespit edilen hekimler yine bireysel olarak veya ilgili hastanenin yönetim kademesi vasıtası ile uyarılmıştır. Bu aynı zamanda bu hekimler ve ebelerde 'izlenme' ve 'kontrol' hissinin oluşmasına ve davranışlarında beklenenden daha fazla iyileşmeye neden olmuştur.
Ebe nöbet sistemi 24 saat olan hastaneler tespit edilmiştir.	8 veya 16 saatlik vardiyalar şeklinde nöbet tutulması konusunda ilgili hastanelerin yönetim kademesi uyarılmış, 24 saatlik nöbetlerde uyku ihtiyacının insanlık gereği olduğu ancak doğum izlem mesleğinin özellikle ebeler için uyku molası verme imkanı olmadığı, doğumhanenin 7/24 çalışma prensibine aykırı olduğu ifade edilmiştir. Gerekli personel ayarlamaları ve nöbet düzenlemeleri bu doğrultuda yapılmış ve doğum izlemleri düzenlenmiştir.
Konya ili içinde sevk kabul eden ancak gece çalışan doğumhanesi olmayan özel hastaneler tespit edilmiştir.	Obstetrik hasta sevkı kabulü için 7/24 açık doğumhane ve görevli ebeleri olmayan merkezler konu ile ilgili uyarılmıştır.
Bazı hekimlerin preeklampsi, atoni, plasenta previa gibi acillerde izlem ve sevk prosedürlerinde eksiklikler görülmüştür	Bu hekimlerin gerekli eğitimleri almaları sağlanmış ve aynı zamanda bilgi güncellemeleri konusunda uyarılmış geri dönüş sağlanmıştır.
Hastanelerin Bakri balon, misoprostol gibi ilaçlar olmadığı tespit edilmiştir	Bu eksiklikler yönetimlere iletilmiş bunların alınması sağlanmıştır
Obstetrik hastaların doğum öncesi ve doğum sırasındaki izlemlerinde eksiklikler tespit edilmiştir	Bu eksikliklerin yerinde tespiti ve gerekli kontroller için Konya ili içinde ve çevresindeki hastaneleri İl Sağlık Müdürlüğü organizasyonu ile Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve İdari Sorumlusu ile denetimler yapılmıştır.
Doğum ve sevk formlarında eksikler görülmüştür	Dosya düzeni, doğumhane defteri ve ebe izlem formları düzenlenmiştir. İlgili hastane ziyaretlerinde gerekli denetimler yapılmıştır.

Sürekli kalite iyileştirme

Bu bilgiler doğrultusunda elde edilen bilgiler ile çeşitli hastanelere denetleme ziyaretleri yapılmaya başlanmıştır. Bu denetleme ziyaretlerinde toplantılarda bildirilen ve önerilen değişiklikler denetlenmiş ve bütün kurumların sadece sevk sürecinde değil hizmet kalitesi, dosya düzenlenmesi, nöbet sistemi gibi konularda homojen bir hale getirilmesi sağlanmıştır (Tablo 4). Bu süreç Şekil 3'deki Deming siklusunda gösterildiği gibi plan, düzenleme, kontrol ve önlem alma şeklinde süreçlere ayarlar yapılmıştır (McNicholas, Bell ve Reed, 2014; Taylor et al., 2013: 3).

Ayrıca kalitenin sürekliliği ve geliştirilmesi için sistemden bilgi edinme yöntemi olarak ilk önce sadece mülakat kullanılırken sonradan eklenen 112 formları ve hastane ziyaretleri ile yeni normlar oluşturulmuş ve kalitenin iyileştirilmesi için yeni standartlar düzenlenmiştir (Al-Assaf ve Sheikh, 2004: 59). Bütün Konya ili içindeki sevk zinciri 14. Sağlık Bölgesi olarak planlanmış olan perinatal merkez çalışmaları ile birleştirilerek Konya yanında Karaman ve Aksaray da bu sevk sistemi içinde ele alınmıştır. Sevk sistemi içindeki olumsuzluklar belirlenerek bu konuda düzenlemeler sürekli bir şekilde FOCUS yöntemi ile yapılmıştır (Şekil 6) (Taylor et al., 2013: 3).



Şekil 6. Gelişim için FOCUS modeli (Taylor et al., 2013: 3 Yeniden düzenlenmiştir).

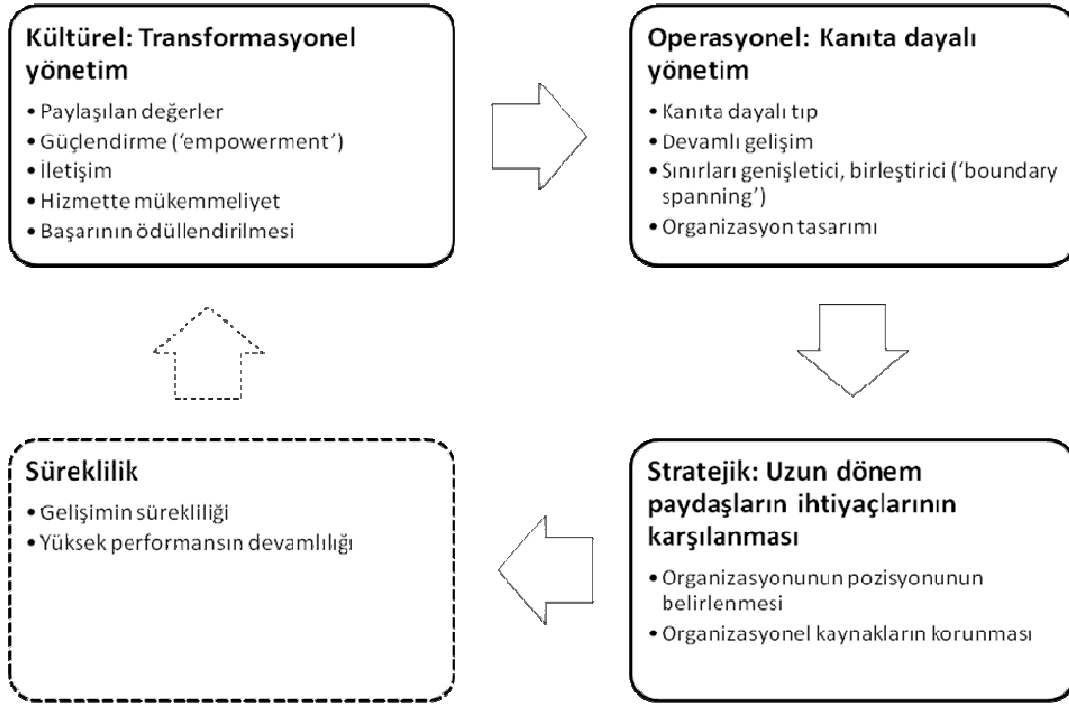
Sorumlulukların belirlenmesi

Kalite iyileştirme öncesinde organizasyonunun performansını belirleyen kişilerin sorumluluklarının belirlenmesi çok önemlidir. Kesin ve açık görev tanımları sağlık sektöründe birçok sektöre göre daha hayati önem taşıyabilir (Al-Assaf ve Sheikh, 2004: 35).

Obstetrik sevk organizasyonunda zaten hasta sorumluluğu (hekimler, ebeler gibi), ulaşım sorumluluğu (112 Komuta Merkezi gibi) gibi görevler bilinmekteydi. Organizasyonda özellikle hekimlerin ve ebelerin hangi hastaları hangi şartlarda sevk etmeleri gerektiği ve öncesinde hangi müdahaleleri yapmaları gerektiği detaylı bir şekilde belirlenmiş ve bu görevler sorumlulara iletilmiştir.

Sürdürülebilir model oluşturma

Sistem ve süreçlerde yapılan iyileştirmeler ile ilgili en önemli problemlerden birisi organizasyonların yüksek performanslı örgütlenmesi sonrasında ulaşılan bu durumu devam ettirmesidir. Gelişimin devamlılığı ve yüksek performansın korunması süreklilik olarak önemlidir ve gereklidir (Griffith ve White, 2010) (Şekil 7).

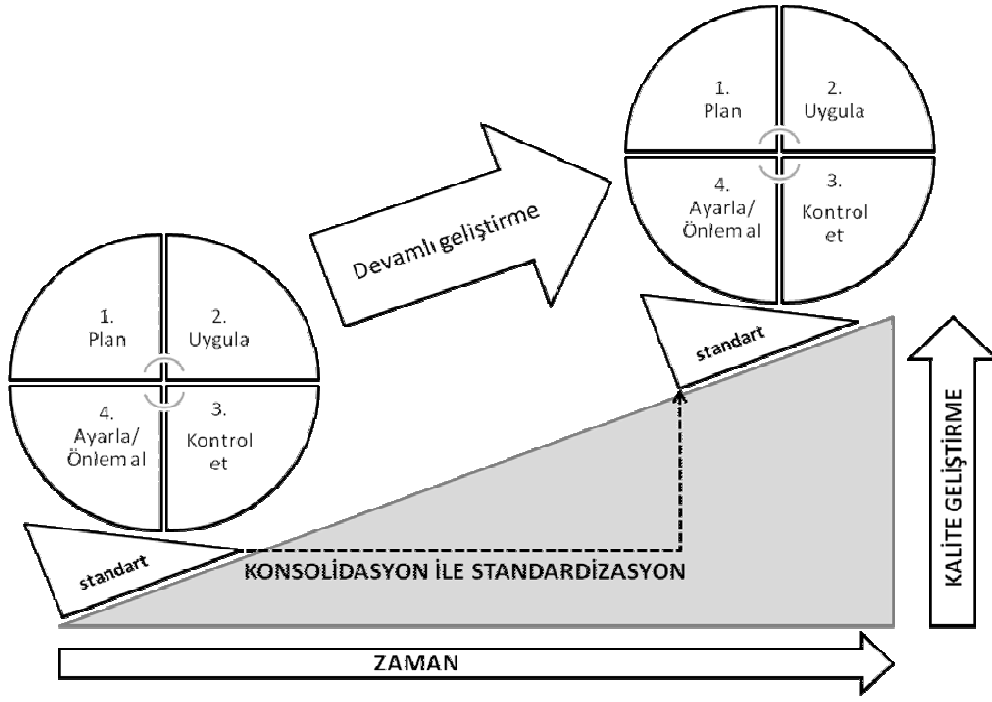


Şekil 7. Mükemmel sağlık hizmetleri organizasyonlarının temelleri (Griffith ve White, 2010: 16, kaynaktan yeniden düzenlenmiştir). Oluşturulan bu mükemmel sağlık hizmetleri organizasyonunun geliştirilmesi ve yüksek performansının devamı elde edilen pozisyonun statik olmaması açısından önemlidir (*kesikli çizgiler* ile gösterilen süreklilik çalışmalarıdır).

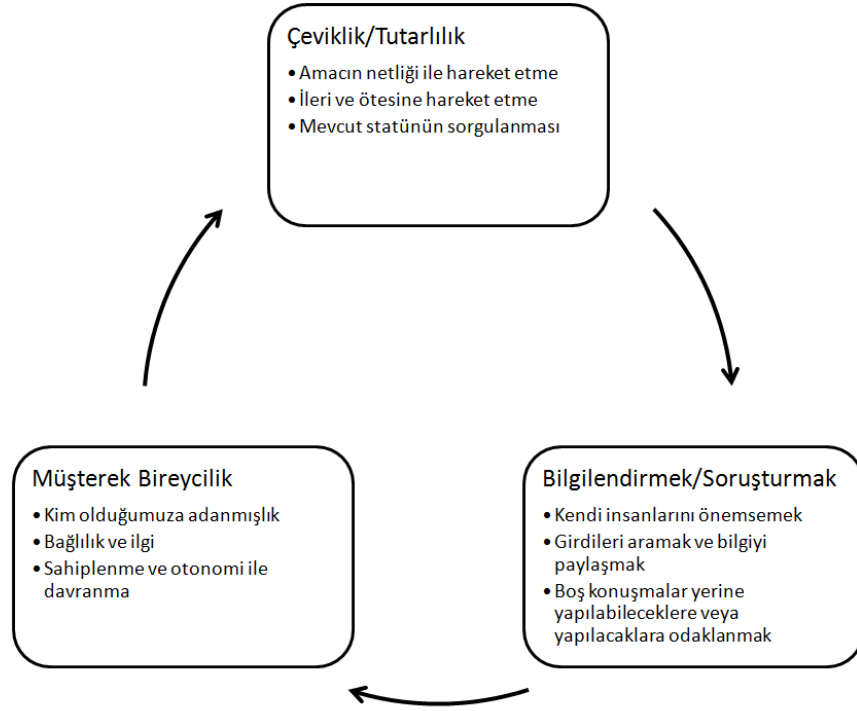
Ne yazık ki bu yüksek performanslı durumun devamı -sanıldığı gibi- statik bir pozisyonun korunmasından ziyade hareketli bir durumdur. Aşma paradoksu (*'transcending paradox'*) denilen bu durum elde edilen yüksek performansın korunması 'sabit bir hareketi' içermektedir (Wolf, 2010: 77).

Örneğin ilk önceleri sorun tespit edilen hastanelere denetimler yapılmış sonrasında bu denetimler rutin hale getirilmiş ve son olarak da denetleme ekibine üniversite öğretim üyeleri de eklenerek yeni bir standart oluşturulmuştur (Şekil 8).

Aşma paradoksu elde edilen yüksek performanslı bir organizasyon halinin korunması gereken veya aşılması gereken sabit bir statü gibi algılanmasıdır. Aslında bu paradoksik olarak mevcut durumun korunmasına ve ilerlemenin engellenmesinde en önemli engel olmasıdır (Wolf, 2010). Bu paradoksun aşılması için 3 kritik 'hareket'; (i) Çeviklik/Tutarlılık, (ii) Bilgilendirici/Soruşturmacı, (iii) Müşterek/Bireycilik yaklaşımlarıdır. Bu sayede statik gibi görünen bir paradoks aşılarak devamlı bir başarı elde edilebilir (Şekil 9).



Şekil 8. Deming siklusu ile geliştirilen süreçlerin gelişiminin devam etmesi ve sürekliliğin sağlanması önemlidir. Ancak zaman içinde yapılan bu kalitedeki gelişimin yeni standartlar ile desteklenmesi (Deming siklusunda yapılan iyileştirmeler sonrasında oluşturulan yeni standart altındaki takoz simgesi ile gösterilmiştir) ve konsolide edilmesi sistemin genel kalitesinin sadece belli bir standardın yakalanması değil aynı zamanda bu yeni standart ile gelişimin devam etmesi için de gereklidir.



Şekil 9. Aşma paradoksunu 'aşmak' ve yüksek performansın devamlılığı için 3 hareket; (i) Çeviklik/Tutarlılık, (ii) Bilgilendirici/Soruşturmacı, (iii) Müşterek/Bireycilik. Bu 3 hareket ile ilişkili 9 eylem de başlıklar altında verilmiştir (Wolf, 2010: 86 Tablo 1'den faydalanılarak düzenlenmiştir).

Sonuç

Bu çalışmada Konya ili obstetrik acil sevk zincirinin bir organizasyon olarak nasıl düzenlendiği ancak bu organizasyonun bir sağlık hizmeti olmasına rağmen hastaneler veya diğer koruyucu hizmetlerden ne gibi farklılıklar arz ettiği analiz edilmiştir. Bu analizler doğrultusunda yüksek olan anne ölümlerini önlemeye yönelik bir organizasyon oluşturulmuş ve bu organizasyonun yüksek performanslı bir hale

getirilmesi, bu yüksek performansın korunması, sürekli kalite iyileştirme çabaları güncel literatür ile sunulmuştur.

Tabii ki bu organizasyonda siyasi ve demografik olarak başka birçok sorun ile karşılaşmış ve bu sorunların büyük kısmı ile uğraş devam etmektedir. Örneğin elde edilen değişimin kısa süreli mecburi hizmet görevi yapan doktorlar ile sürdürülmesi önemli bir sorundur. Sorumluluk alanından uzaklardaki görevlendirmeler (Ağrı, Bingöl vs) mevcut personelin hizmet bölgesine odaklanmasında sorunlar yaratmaktadır.

Tıbbi hizmetlerden çok daha ağırlıklı olarak organizasyon sorunlarının çözümü ile bir yıl gibi kısa bir sürede 22/100,000 seviyesinde 7/100,000'e düşürülen anne ölümleri hızı gerek diğer iller için bir model olacak gerekse benzer özellikteki organizasyon geliştirme çabalarına fayda sağlayacaktır.

Ek 1 – 112 Merkez Sevk Formu

Konya 112 Merkez Komuta tarafından doldurulan sevk formu (Başaran, 2013: 87).

Sevk eden kurum bilgileri

Sevki yapan kurum: Sevk edilen hasta bilgileri,
Hasta adı soyadı: _____
Sevki yapan hekim: TC Kimlik no: _____
Hastaya konulan tanı: _____
Sevk saati başlangıcı: Sevk gerekçesi: _____
Hastanın acil olup olmadığı fikri: _____

112 iletişim hizmetleri

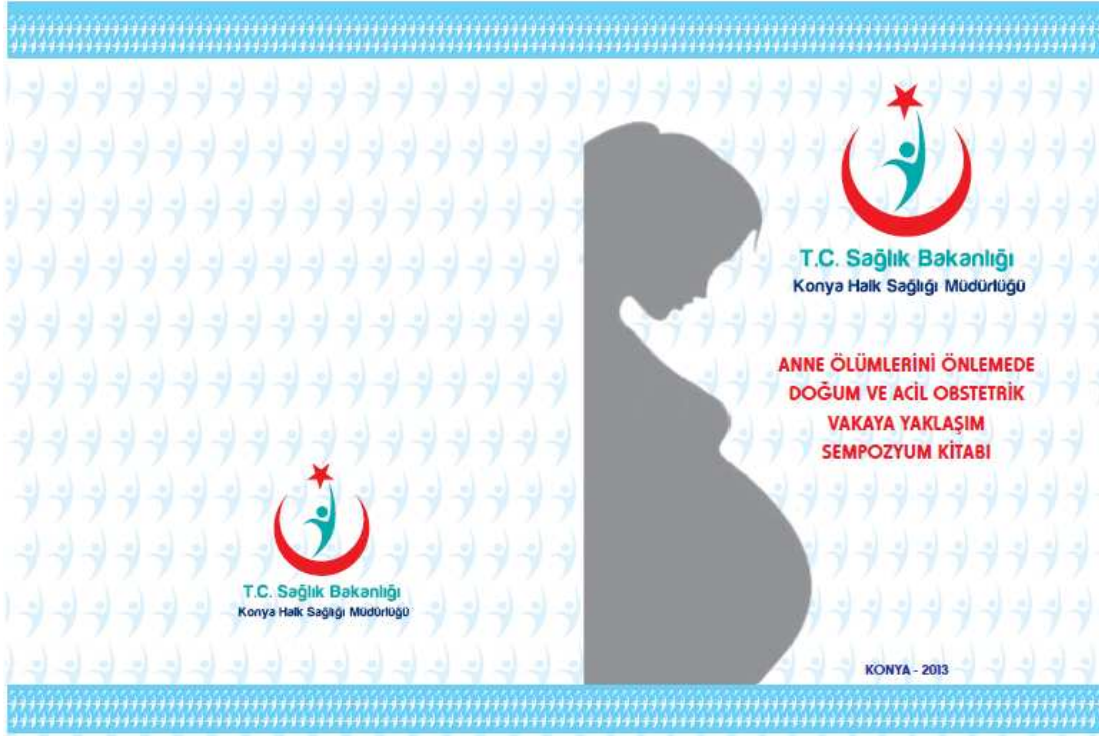
Sorumlu 112 görevlisi: Karşılaşılan zorluklar/yorum:

Sevk edilen kurum

Sevk için aranan kurumlar; Sevki kabul eden kurum: _____
Sevki kabul eden hekim: _____
1. Deneme, 3. Deneme, Kabul saati: _____
Sevk için aranan kurum: Sevk için aranan kurum: _____
Sevk aranan kurumdaki sorumlu kişi: Hastanın bu kurumdaki tanısı:
Hastanın acil olup olmadığı fikri:
kişi: _____
Arama saati: _____
Sevki ret etme gerekçesi: _____ Yorum:
Sevki ret etme gerekçesi: _____
4. Deneme
Sevk için aranan kurum:
Sevk aranan kurumdaki sorumlu kişi:
Arama saati:
Sevki için aranan kurum: Sevki ret etme gerekçesi:
kişi:
Arama saati:
Sevki ret etme gerekçesi:

Ek 2 – Standart yaklaşımlar ve tedaviler için ortak bilgi kaynağı

Konya ili obstetrik sevk sistemine ek olarak Konya ili imkânları (ve imkânsızlıkları) dikkate alınarak düzenlenmiş ve güncel literatüre uygun hasta yönetim şemalarının alındığı kitapçık (Saltuk Demir, 2013).



Anne Ölümünü Önlemede Doğum ve Acil Obstetrik Vakaya Yaklaşım Sempozyum Kitabı

Editör
Uzm. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR



Anne Ölümünü Önlemede
Doğum ve Acil Obstetrik Vakaya Yaklaşım
Sempozyum Kitabı

Bu yayının tüm hakları Konya Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne aittir.

Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz.

5846 sayılı yasa gereği Konya Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün yazılı onayı olmaksızın tamamen veya kısmen çoğaltılamaz. Para ile satılamaz.

ISBN : 978-605-149-039-7

Konya Halk Sağlığı Müdürlüğü Yayınları

Ayrıntılı Bilgi:

Konya Halk Sağlığı Müdürlüğü

Beyazıt Mahallesi Karamanoğlu Mehmet Bey Sokak

No:7 42040

Selçuklu/KONYA

Web: www.konyahalksagligi.gov.tr

Tasarım ve Baskı
Adabül Öfet Matbaacılık Ltd. Şti
0332 342 02 24
www.modelofset.com



Konya
2013

Kısaltmalar

AÖH	Anne ölüm hızı, maternal mortality rate
AÖO	Anne ölüm oranı, maternal mortality ratio
KD	Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
KEAH	Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
KETEM	Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi
SBÖ, SHO, SBHO	Sağlık Bakım Örgütü, Sağlık hizmeti organizasyonu, sağlık bakım hizmeti organizasyonu, 'healthcare organization'

KAYNAKÇA

- AL-ASSAF, Assaf F ve SHEIKH, Mubashar (2004). *Quality improvement in primary health care: a practical guide*, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- BAŞARAN, Bora, GÜLER, C., YENTÜR, G.K., BIRGE, B., PULGAT, E. ve MAMAK EKİNCİ, B. (2013). *T.C. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.
- BAŞARAN, Mustafa (2013). "Konya Obstetrik Sevk Organizasyonu", in SALTUK DEMİR, LÜTFİ (Ed.), *Anne Ölümlerini Önlemede Doğum ve Acil Obstetrik Vakaya Yaklaşım*. T.C. Sağlık Bakanlığı Konya Halk Sağlığı Müdürlüğü, Konya, s. 78.
- BURKE, Wyatt Warner (1982). *Organization development: Principles and practices*, Little, Brown Boston.
- DRUCKER, Peter Ferdinand (2013). *Managing in a time of great change*, Harvard Business Press.
- DSÖ AVRUPA BÖLGE OFİSİ (2010). "Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. DSÖ, UNICEF, UNFPA ve Dünya Bankası tarafından oluşturulan tahminler", internet adresi: (http://whqlibdoc.DSÖ.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf (erişim tarihi 26.05.2014)).
- ERKOÇ, Zafer (2006). *İnsan Kaynakları Yönetimi & Kalite Yönetim Sistemleri Terimler Sözlüğü*, Alfa, İstanbul.
- ESSENDI, Hildah, MILLS, Samuel ve FOTSO, Jean-Christophe (2011). "Barriers to formal emergency obstetric care services' utilization", *Journal of Urban Health*, V. 88 S. 2, s. 356-369.
- GRIFFITH, John R ve WHITE, Kenneth Ray (2010). *The well-managed healthcare organization*, Health Administration Press.
- HUSSEIN, Julia, KANGURU, Lovney, ASTIN, Margaret ve MUNJANJA, Stephen (2012). "The effectiveness of emergency obstetric referral interventions in developing country settings: a systematic review", *PLoS medicine*, V. 9 S. 7, s. e1001264.
- MCNICHOLAS, Chris, BELL, Derek ve REED, Julie (2014). "Opening the "black box" of plan-do-study-act cycles: achieving a scientific yet pragmatic approach to improving patient care", *BMJ Quality & Safety*, V. 23 S. 4, s. 352.
- MOEN, Ronald ve NORMAN, Clifford (2006). "Evolution of the PDCA cycle", in.
- SALTUK DEMİR, Lütfi (2013). *Anne Ölümlerini Önlemede Doğum ve Acil Obstetrik Vakaya Yaklaşım*, T.C. Sağlık Bakanlığı Konya Halk Sağlığı Müdürlüğü, Konya.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2012). *Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi 2011*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- TAYLOR, Michael J, MCNICHOLAS, Chris, NICOLAY, Chris, DARZI, Ara, BELL, Derek ve REED, Julie E (2013). "Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare", *BMJ Quality & Safety*.
- UN MATERNAL MORTALITY ESTIMATION INTER-AGENCY GROUP (2014). "Maternal mortality: definitions", internet adresi: <http://www.maternalmortalitydata.org/Definitions.html> (erişim tarihi 25 May 2014).
- WALCZAK, Steven (2005). "Organizational knowledge management structure", *Learning Organization, The*, V. 12 S. 4, s. 330-339.
- WOLF, Jason A (2010). "Transcending Paradox: Movement as a Means for Sustaining High Performance", in PASMORE, WILLIAM A, SHANI, ABRAHAM B and WOODMAN, RICHARD W (Eds.), *Research in Organizational Change and Development*. Emerald Group Publishing Limited, UK, s. 77-107.