

2018-2019 GÜZ DÖNEMİ

# TIBBİ KOMİTELER DERS NOTU

[www.eminkaya.net](http://www.eminkaya.net)

**Öğr.Gör. Emin KAYA**

# İÇİNDEKİLER

|   |    |
|---|----|
| TIBBİ KOMİTELER .....   | 2  |
| 1. Tıp Hizmetleri Yürütme Komitesi .....                          | 2  |
| 2. Kullanım İnceleme Komitesi .....                               | 3  |
| 3. Tıbbi Kayıt Komitesi .....                                     | 4  |
| 4. Enfeksiyon Kontrol Komitesi .....                              | 6  |
| 5. Doku ve Ameliyat Komitesi .....                                | 7  |
| <i>Ameliyat İnceleme Komitesi</i> .....                           | 7  |
| <i>Doku Komitesi:</i> .....                                       | 7  |
| 6. Eczane ve İlaç Kullanım Komitesi .....                         | 8  |
| 7. Kan ve Kan Ürünleri Kullanım Komitesi .....                    | 8  |
| 8. İnsan Kaynakları İle İlgili Komiteler .....                    | 9  |
| <i>Tıbbi Personelin Kalitesini Sağlama Komitesi</i> .....         | 9  |
| <i>Hemşirelik Hizmetlerinin Kalitesini Sağlama Komitesi</i> ..... | 9  |
| <i>Tıbbi Eğitim Komitesi</i> .....                                | 9  |
| 9. Hizmet Verilmesi İle İlgili Komiteler .....                    | 10 |
| <i>Hizmet Standartları Gözden Geçirme Komitesi</i> .....          | 10 |
| <i>Sistemler Komitesi</i> .....                                   | 10 |
| <i>Tıp Araştırmaları Komitesi</i> .....                           | 10 |
| 10. Diğer Komiteler .....   | 10 |
| <i>Etik Komitesi</i> .....  | 10 |
| <i>Güvenlik ve Afet Komitesi</i> .....                            | 10 |
| <i>Tıbbi Denetim Komitesi</i> .....                               | 10 |
| <i>Yönetim Kurulu</i> .....                                       | 11 |
| KAYNAKÇA .....  | 13 |

## TIBBİ KOMİTELER

Komiteler, hastanelerde temel olan birtakım hizmetler, bu hizmetleri kaliteli olarak yerine getirmek ve kalitenin devamını sağlamak için kurulmuşlardır. Komite, belirli sorunu tartışan veya fikir paylaşımında bulunan ve hatta düzenli biçimde toplanan bir informal gruptan çok farklıdır. Yöneticinin bir sorun veya düşünce üzerinde tartışma yapmak üzere astlarını veya diğer yöneticileri informal olarak biraraya getirmesi, komite çalışması yapıldığı anlamına gelmez (Kavuncubaşı, 2000: 112; Liebner, Levine ve Rothman, 1992: 199). Komitenin biçimsel bir yapısı ve çalışma kuralları bulunmaktadır.

Hastane ve diğer sağlık kurumlarında, ikili otorite hattı bulunmaktadır. Tıbbi otorite (mesleki otorite) yapısı ve yönetsel otorite yapısının bir arada bulunmasının yarattığı sorunları gidermek için hastane ve diğer sağlık kurumlarında komitelere gereksinime duyulur. Her hizmet için bir komite kurulması hastanenin hizmetlerinin kapasitesini, dolayısıyla hastanenin kalitesini yükseltecektir

Hastane ve diğer sağlık kurumlarının faaliyetleri genel olarak belirli komiteler tarafından kontrol edilmekte ve değerlendirilmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 112; Liebner, Levine ve Rothman, 1992: 198). Hastane küçük çapta ise komitelerin görevlerini bir kalite sağlama uzmanı da yürütebilir.

Ele alınacak komitelerin hepsi bir hastanede bulunmayabilir. Hastanenin büyüklüğü komitelerin sayısında önemli bir etkidir. Ele alınan komitelerde kimlerin görev aldığı, komitelerin görevlerinin neler olduğu, hangi sürelerle toplandıkları vb.. gibi genel konular üzerinde durulacaktır.

Hastanelerde ve bazı sağlık kurumlarında bulunan başlıca komiteler şunlardır:

### 1. Tıp Hizmetleri Yürütme Komitesi

JCAHO standartlarına göre hastanede bulunması zorunlu komitelerden olan tıp hizmetleri yürütme komitesi, tıp hizmetleri ve tıp personeli üzerinde en fazla yetki ve güce sahip olan komitedir (Kavuncubaşı, 2000: 113; White, 1997: 79). Çünkü bütün komiteler raporlarını bu komiteye göndermekte ve bu komiteye karşı sorumlu olmaktadır. Bu komite ise hastane müdürüne ve yönetim kuruluna karşı sorumluluk taşımaktadır.

Komite topladığı raporlar doğrultusunda hastanenin yönetim kuruluna öneriler getirmektedir. Bu önerilerden bazıları şunlardır (Çatalca, 2000):

Tıbbi kadronun yapısı;

Her bir kliniğe ait hakları tanımlama ve liyakatları inceleme için bir gözlem mekanizması kurma, yani, kadroya atanan her bir yeni üye tarafından yapılan tıbbi uygulamanın kapsamını ve türü- nü belirleme,

- Tıbbi personelin kalite sağlama faaliyetlerinin organizasyonunu kurma,
- Tıbbi kadro için yeni kişileri önerme (atama için yönetim kurulunun yeni adayı onaylaması gereklidir),
- Bir kadroya yeniden atama olduğundan kliniğe ait belirlenmiş hakları açıklama,
- Tıbbi kadroyu sınırlayabilmek için bir mekanizma önerme

Komite üyeleri tıbbi personelden seçilmekte, başkanlığını ise başhekim yapmaktadır. Komitede en az beş, en fazla yirmi üye bulunmaktadır. Üye sayısı hastane büyüklüğüne göre değişmektedir. Komitede başhekim, tıbbi personel, hastane müdürü, servis şefleri bulunmaktadır. Başkan aynı zamanda yönetim kurulunun da bir üyesidir. Komite üyeleri bazı hastanelerde üç yılda bir, bazı hastanelerde ise her yıl değişmektedir. Komite ayda bir defa toplanmakta, rapor ve önerileri yönetim kuruluna

sunmaktadır. Komite, aynı zamanda kliniklerin yönetsel faaliyetlerinin ortak odağını oluşturmaktadır. Yönetim kuruluna olduğu kadar tıbbi personele karşı da sorumluluk taşımaktadır.

Tıp Hizmetleri Yürütme Komitesinin başlıca görev ve sorumlulukları şunlardır:

- Tıbbi personelin ve kliniklerin faaliyetlerini ve genel politikalarını formüle etme ve uygulama,
- Klinikler arası koordinasyonu sağlama,
- Diğer komitelerden gelen raporları alma, inceleme ve değerlendirme ve bu raporlar sonucunda yöneticiye öneriler getirme,
- Yönetim kuruluna veya tıbbi personele önerilerde bulunma ve fikir belirtme,
- Hastane müdürüne görüş bildirme,
- Hastanenin tıbbi konularla ilgili tüm toplantılarını düzenleme ve ilgili personele duyurma,
- Tıbbi teçhizat ve personele ihtiyaç olduğunda bunları hastane müdürüne ve yönetime bildirme,
- Komite faaliyetlerini ve tartışmalarını sürekli kaydetme ve saklama,
- Diğer komite üyelerini seçme ve yönetime önerilerde bulunma yer almaktadır.

Görüldüğü gibi yürütme komitesi yönetim ile tıbbi personel arasında köprü vazifesi görmektedir. Komitenin yönetsel faaliyetlerde hastane yönetimine büyük faydası dokunmaktadır. Ayrıca, hastane hizmetlerinde kalite sağlamayı yürüten komitelerin ilk değerlendirildiği yer de yürütme komitesidir, daha sonraki değerlendirme ise yönetim kurulunda yapılmaktadır (Çatalca, 2000).

## 2. Kullanım İnceleme Komitesi

Hizmet verilmeden önce yapılan kullanım incelemesinin amacı, hastaya verilecek hizmetin, hastanın durumuyla ilişkili olup olmadığının, başka bir anlatımla, verilecek hizmetlerin tıbbi bir gerekliliğinin bulunup bulunmadığının belirlenmesidir. Hekim bir hastası için hastaneye yatış veya ameliyat kararı verebilir. Hastanın hastaneye gerçekten yatmasının veya ameliyat edilmesinin gerekli olup olmadığını belirlemeye yönelik çalışmalar, hizmet verilmeden önce yapılan kullanım incelemesi olarak görülebilir.

Hizmet sunumu süresince yapılan kullanım incelemesi, hastalara verilen hizmetlerin doğru ve uygun biçimde verilmesini sağlamaya yöneliktir. Hizmet sonrasında yapılan kullanım incelemesi ise, verilen hizmetlerin arzulan sonuçları sağlayıp sağlamadığının belirlenmesidir. Kullanım incelenmesinin en önemli amacı, tıbben gereksiz görülen hizmetlerin sunumunun önlenmesi ve bu yolla kaynakların daha verimli kullanılmasının sağlamaktır (Kavuncubaşı, 2000: 114).

Bu komitenin önemli görevlerinden olan ve hastane kaynaklarını en fazla kullanıldığı yatan hastalarla ilgilenmek ve bu hastaların yatış nedenlerini araştırmaktır. Komite yaptığı toplantılarında hastane kullanımının etkinliğini değerlendirme amacıyla çeşitli kayıtları ve verileri gözden geçirmektedir. Hastanenin kullanımının etkinliğini değerlendirme ve tıbbi personele rehberlik edecek kriterleri oluşturmada komitenin amaçları arasında sayılabilir.

Komite boş yere yatak işgalini önlemek amacıyla denetimlerde bulunmaktadır. Hastanelerde gereksiz yere yapılan ameliyatlara kalite açısından ne kadar önemliyse yatakların gereksiz yere işgal edilmesi de o derece önemlidir. Gereksiz yatak işgali hastaneye ek bir maliyet yüklemektedir. Bu da hastanenin verimliliğini ve karlılığını olumsuz yönde etkilemektedir.

Kullanım komitesi gereksiz yatak işgalini önlemek için hastanenin her kliniğinden hangi türden vakaların hastaneye kabul edileceğine ilişkin raporlar istemektedir. Bu raporlara göre hastaneye yatırılması gereken vakaları belirlemektedir. Her hekim yatıracağı hasta için "Hasta Yatırma Belgesi"

adı verilen belgeyi doldurmak zorundadır. Bu belgede hastanın hastaneye niçin ve hangi sebepten dolayı yatırılmak istendiği belirtilmektedir. Bu belge kullanım komitesinin hekim olmayan bir üyesi tarafından incelenmektedir. Eğer hastanın yatış nedeni önceden belirlenmiş vakalara benzemiyorsa belgeyi komitenin hekim üyelerinden birine havale etmektedir. Belge hekim üye tarafından incelendikten sonra hasta hakkında yatırılıp yatırılmama kararı verilmektedir.

Kullanım komitesi hastanenin yatak kullanımını etkinleştirmek için şu faaliyetleri yerine getirmelidir:

- Hastaların hastanede gereğinden fazla kalmasını azaltmak,
- Yardımcı hizmetlerin aşırı kullanımını önlemek ve gereksiz hasta yatırımlarını azaltmak,
- Tıbbi personel, yönetim ve sosyal hizmetler arasındaki haberleşmeyi sağlamak ve koordine etmek,
- Hastaların hastaneye yatırılması ve taburcu edilmesi prosedürlerini yeniden gözden getirmek ve gerekli düzeltmeleri yapmak,
- Acil yatacak olan hastalar için prosedürleri hazırlamak,
- Hastaların bir servisten diğerine transfer ihtiyacı doğduğunda bu transferi hızlandırmak.

Komiteyi amaçlarına ulaştıracak bu faaliyetleri yerine getirebilmek için hastanede teşhisle ilgili bir liste oluşturulmalıdır. Bu listede bulunması gereken konular ise şunlardır:

- Yatış kriterleri: Bunlar hastaları yatırmak için gerekli olan kriterlerdir. Daha sonra bu kriterlerle hasta yatırma belgesindeki nedenler karşılaştırılmakta ve hastanın gerçekten yatması gerekip gerekmediği belirlenmektedir.
- Teşhis için uygun ve gerekli olan prosedürleri belirlemek:
- Hastaların taburcu edilmeleri ile ilgili göstergeler: Bu göstergeler vasıtasıyla hastaların taburcu edilmesi için ne gibi işlemlerin olması gerektiği saptanmaktadır.
- Hastaların hastanede kalış süresini etkileyen komplikasyonlar: Bu komplikasyonları belirleyen hastane daha sonraki benzer vakalarda aynı hataları tekrarlama olasılığını azaltıcı önlemler almaktadır.
- Hastanede kalış için öngörülen süre: Bakım sırasında meydana gelebilecek komplikasyonlar hariç hastanede yatmayı gerektiren hastalıklar için, belirlenen süreye uymakla boş yere yatak işgali önlenmiş olacaktır.

Komitenin başkanı başhekimdir. Diğer üyeler yürütme komitesi tarafından personel arasından seçilmektedir. Komitenin sekreterliğini tıbbi kayıt memuru yapmaktadır. Ayda en az bir kere toplanan komite yaptığı faaliyetlerini rapor halinde yürütme komitesine vermektedir. Raporun bir sureti de hastane müdürüne yollanmaktadır.

Komite başkanı hastanede yatan hastalar hakkında günlük rapor yazmakta, bu raporlar doktorun adını, teşhisini, hastanın hastaneye yatış ve taburcu edilme tarihini içermektedir. Seyrek de olsa hasta gerekenden uzun bir süre hastanede kaldıysa bu hastanın niçin olağan dışı kaldığını sormak amacıyla hastaya bakan hekime bir form yollanmaktadır. Hekim ve forma hastanın hastanede olağandışı kalış nedenlerini yazmakta ve komiteye geri vermektedir. Komite toplantılarında hasta faturaları ile olağandışı hastanede kalan hastaların durumlarını tartışmaktadır. (Çatalca, 2000)

### 3. Tıbbi Kayıt Komitesi

Tıbbi kayıtlar, sağlık kurumlarının en önemli bilgi kaynaklarından birisidir. Tıbbi kayıt komitesinin en önemli görevi; tıbbi kayıtların düzenli, doğru ve eksiksiz doldurulup doldurulmadığını incelemektir (Kavuncubaşı, 2000: 115; Rowland ve Rowland, 1984: 16).

Hastanede verilen bakım hizmetlerinin kalitesini değerlemede kullanılan önemli belgelerden biri de hasta dosyalarıdır. Bu dosyaların önemli olması tutumlarında birtakım standartlar getirmiştir. Bu standartlara uyulup uyulmadığını denetleyen komiteler oluşturulmuştur. Tıbbi kayıtları inceleme komitesi bu tür komitelerdendir. Yani, hastane için geliştirilen standartlara çalışanların ve kliniklerin uyup uymadığını denetlemekle görevlidir. Bunun için komite üyeleri yasal ve hastanenin kendi koymuş olduğu standartlara uygun tıbbi kayıt tutulmasından ve denetlenmesinden, ayrıca hasta dosyalarının saklanması ve gizliliğinin sağlanmasında da sorumludur. Komite ayrıca, hasta bakımında yüksek kalite sağlama, uzmanlık eğitimi, bilimsel araştırma ve hastaların yasal olarak korunmalarını sağlama gibi faaliyetlerde önemli fonksiyonlara sahiptir. Bu fonksiyonların yanında, hastanedeki hasta kayıtlarını da kontrol etmektedir.

Kayıtların tutulmasında getirdiği standartların kullanılmasını şemalar yardımı ile sağlamaktadır. Bu şemalarda; tıbbi personelin hangi hastalıklar için hangi belirtileri net etmesi gerektiği, hangi klinik gözlemlerin kaydedilmesi gerektiği, laboratuvar hizmetlerinin hangi sıraya göre yapılması gerektiği gibi hususlar yer almaktadır. Bütün bunlardan başka, her teşhis için tercih edilen tedavi metodu ve izlenen bakımın özeti de bu şemalarda yer almaktadır. Dolayısıyla, kayıtlar gözden geçirildiği zaman hekim tarafından bulunan çözüm objektif kriterler ile karşılaştırılabilir.

Komite üyeleri bir yıl için tıbbi personel içinden, yürütme komitesi tarafından seçilmektedir. Komitede en az dört üye olmalıdır. Fakat üye sayısının daha fazla olması hastanenin büyüklüğüne bağlıdır. Komite sekreterliğini tıbbi kayıt memuru yapmaktadır. Komite en az ayda bir defa toplanmaktadır. Toplantılarında bütün hastaların kayıtlarına bakmakta ve verileri kayıt etmektedir. Verilerde hastalığın tarihsel gelişimi, laboratuvar raporları, hemşirelik bölümünün notları, doktorların istekleri, fiziksel inceleme ve gelişme notları yer almaktadır. Toplantı süresince tuttuğu tutanaklarını önerileriyle birlikte yürütme komitesine vermektedir.

Komite yapmış olduğu incelemelerini hasta kayıtlarına bakarak gerçekleştirmektedir. Bunun için her bir kliniğe ait hasta hayıtlarını en az üç ayda bir gözden geçirmektedir. Bu gözden geçirmelerde tıbbi kayıtların tamamlanıp tamamlanmadığına bakmakta ve hastanede kaldıkları süre boyunca hastaların durumlarını ve gelişmelerini izleyen doktorların kayıtlarını incelemektedir. Ayrıca hastalardan başka, hekim ve hemşirelerle ilgili kayıtları da incelemektedir. Bunun için periyodik olarak hastane içindeki bütün programların tıbbi kayıtlarını toplamakta, topladığı kayıtları inceleyip değerlendirmekte ve yürütme komitesine tıbbi personel için eğitim önerilerinde bulunmaktadır (Çatalca, 2000).

Komitenin bir diğer önemli görev, tıbbi kayıtların formatının (biçiminin) sürekli gözden geçirilerek, değişen koşullara uygun hale getirilmesidir. Ayrıca komite, tıbbi kayıtların hazırlanması, saklanması ve kullanılmasına yönelik politikaları belirlemektedir (Kavuncubaşı, 2000: 115).

Komitenin fonksiyonunu iyi bir şekilde yerine getirebilmesi için kayıtların sağlıklı ve düzenli olarak tutulması gerekmektedir. Çünkü hastane- deki bakıma ilişkin her problem bu kayıtlar yardımı ile bulunmaktadır. Ayrıca kayıtların iyi tutulması kadar önemli alan diğer bir konu da istatistiklerdir. Burada tıbbi kayıtlar departmanına önemli görevler düşmektedir (Çatalca, 2000).

Tıbbi Kayıtlar Departmanının iki temel görevi bulunmaktadır.

- Hastane akreditasyon standartlarına uygun olarak ayakta tedavi gören ve yatan hasta kayıtlarını hazırlamak, saklamaktır.
- Tıbbi personel ve tıbbi kayıtları inceleme komisyonu tarafından kullanılacak istatistik veriler için bir sistem kurmak ve çalıştırmaktır.

Kayıtların düzenli olması komitenin işini kolaylaştırır ve daha sağlıklı kararlar almasını sağlar. Hastane yönetimi ve uzmanlar tıbbi kayıt departmanını kliniklere ait bilgi merkezi olarak kabul etmektedirler. Kayıtların düzenli tutulması tıbbi kayıt departmanı ve tıbbi kayıtları inceleme komitesinin işlerini de kolaylaştırır. Tutulan kayıtların incelenmesi ile hastanenin ve personelin hangi alanlarda yetersiz olduğu ortaya çıkacaktır. Eğer yetersiz bulunan alanlarda iyileştirme çalışmalarına hız verirse ve bunların yetersizliği kısa zamanda en aza indirilebilirse genel olarak hastanenin verdiği bakımın kalitesi de yükselecektir.

#### 4. Enfeksiyon Kontrol Komitesi

Bir hastanede Enfeksiyon kontrolü elbette yalnızca Enfeksiyon kontrol komitesinin işi değildir. Tersine idarenin en başında bulunan kişiden en uçta çalışan kişiye kadar herkes tarafından yürütülmesi gereken bir görevdir. Enfeksiyon kontrolü ile ilgili uyulacak protokolleri belirleyen komite olmakla birlikte, bunları hayata geçirecek olanlar bizzat uygulamayı yapan kişilerdir. Bu yüzden tüm hastane çalışanlarının konunun içine çekilmeleri çok önemlidir.

Enfeksiyon kontrolü multidisipliner bir alan olup, komite yapılanmasının da buna uygunluk göstermesi gerekir. Elbette bu özelliklerin hepsini bir arada bulmak kolay değildir. Ancak komite çalışmalarına ilgili olmak, vazgeçilmez tek özelliktir.

Komite üyelerinin kimlerden oluşacağı konusunda standart bir reçete yoktur. Bunun her hastanenin kendi yapısına ve sahip olduğu insan gücüne göre şekillendirilmesi en doğrusudur.

Komitede yer almasında yarar bulunan temel üyeler şunlardır.

- Enfeksiyon kontrol doktoru ( hastane epidemiyoloğu),
- Enfeksiyon kontrol hemşiresi / hemşireleri,
- Klinik mikrobiyolog,
- Personel sağlık merkezinin sorumlusu,
- Hastane idarecisi,
- Hekim grubunun temsilcisi (Özellikle cerrahi ve iç hastalıkları gibi büyük bölümlerin temsilcileri),
- Hemşirelik grubunun temsilcisi,
- Eczacı,
- Teknik işler sorumlusu,
- Merkezi sterilizasyon ünitesinin sorumlusu.

Bu üyelerin dışında hastanenin özgün durumuna göre gerekli görülürse temizlik işleri, satın alma, mutfak, ameliyathane gibi bölümlerin temsilcileri de komite çalışmalarında yer alabilirler. Yeter ki aktif ve komite çalışmalarına ilgili olsunlar.

Enfeksiyon Kontrol Komitesinin başlıca görevleri şunlardır:

- Hasta bakımı ile ilgili politikaları oluşturmak ve bunları uygulama içinde izlemek,
- Hastane enfeksiyonu ile dolaylı/dolaysız ilgisi bulunan klinik ve klinik dışı gereçlerin alımında danışmanlık yapmak,
- Yeni politika ve prosedürler konusunda hemşire ve hekim grubu ile ilişkiyi sağlamak,
- Enfeksiyon kontrol programı çerçevesinde tüm hastane çalışanlarını eğitmek,
- Tıbbi denetim süreçlerinde yer almak,

Enfeksiyon kontrol ekibinin başlıca görevleri ise şunlardır:

- Enfeksiyon kontrolünün bütün alanlarında personeli eğitmek ve tavsiyelerde bulunmak,
- Hasta bakımında güvenli uygulamaları iyileştirmek ve bunların takibini yapmak,
- Yeni klinik gereçlerin sterilizasyonu, hastaların ve çalışanların korunması, klinik atıkların güvenli biçimde toplanması, planlama ve yeni bölümlerin inşası gibi konularda tavsiyelerde bulunmak.

Enfeksiyon kontrol ekibi politikalar üretir. Bu politikalar görüşülmek üzere enfeksiyon kontrol komitesine iletilir. Bir politika oluştururken enfeksiyon kontrol ekibi şu noktalara dikkat etmelidir:

- Halen yürürlükte olan sistemin yeterli olup olmadığı gözden geçirilmelidir. Eğer yeterli ise enfeksiyon kontrolü ile ilgili potansiyel sorunlara dikkat çekilmeli, yetersiz ise personelin farklı bir politikayı destekleyip desteklemeyeceği değerlendirilmelidir.
- Yeni politikanın var olan uygulamayı nasıl etkileyeceği iyice düşünülmelidir.
- İlgili bütün birimlerle bir araya gelinmeli ve politika tartışılmalıdır.
- Oluşturulan yeni politika onaylamak ve hastane idaresi tarafın- dan resmileştirilmek için komiteye iletilmelidir.
- Politika tüm hastaneye duyurulmalıdır.
- Enfeksiyon kontrol rehberine eklenmelidir.

Komite Toplantıları, Politik ve idari olarak ayın en önemli saati enfeksiyon kontrol komitesinin toplantısıdır. Buna karşın bu toplantılar için çok az hazırlık yapılmaktadır. Aylarca aynı konu tartışılmakta ve sonunda anlamlı kararlar verilemediği için çok az değişiklik yapılabilmektedir. Bu yüzden komite toplantıları için daha çok çaba göstermek gerekir. Enfeksiyon kontrol ekibi seçilen bir konuyu komiteye sunmaya hazır olduğu zaman, bunları bir-iki sayfalık bir metin haline getirmek yararlı olur. Mümkünse önemli bilgiler grafik veya basit tablolarla sunulmalıdır. Karar verme sürecine komite üyeleri aktif olarak katıldıkları takdirde yalnızca bunları desteklemekle kalmaz, alınan kararları çevrelerindeki meslektaşlarına da iletirler. Daha önce alınan kararların sonuçları hakkında komite üyelerine bilgi vermek, onları güdüleyecek ve gelecekteki projelerde aktif olarak yer almaları için uyacaktır. Her yılın bitiminde o yıla ait tutanakların gözden geçirilmesi, yapılmış olan şeylerin belirlenmesi bir sonraki yılın temposunu ve hedeflerini belirlemek açısından önemlidir (Erbaydar, 1997: 13).

## 5. Doku ve Ameliyat Komitesi

**Ameliyat İnceleme Komitesi:** Cerrahi vakaları inceleyen ve nedenini araştıran bir komitedir. Komite üyeleri cerrah, patolojist ve jinekologlar arasından seçilmektedir (Çatalca, 2000). Bu komite kendi alanındaki standartların korunmasında temel bir sorumluluğa sahiptir. Komite ayda bir toplanmakta, alınan kararlar ve öneriler raporlanmakta ve bu raporlarını yürütme komitesine sunmaktadır. Komite, ayrıca yürütme komitesine karşı sorumluluk taşımaktadır (Çatalca, 2000).

**Doku Komitesi:** Hastanenin cerrahi faaliyetlerini ve politikalarını periyodik olarak gözden geçiren ve değerlendiren bir komitedir. Komitenin amacı, cerrahi faaliyetlerde kalite standartlarının korunması ve gereksiz cerrahi müdahalelerin önlenmesidir. Gereksiz ameliyatların önlenmesi hastane masraflarını da azaltmaktadır. Ayrıca, yapılan her ameliyat maliyeti nedeniyle hastane karlılığını da azaltmaktadır. Bu komite, ilgili servislerde hangi vakalara cerrahi müdahale yapılacağını ve ne tür yöntemler kullanılacağını bildiren raporlar istemekte ve bu konuda hastane için standartlar oluşturmaktadır. Standartlar oluşturulduktan sonra komite ameliyatlardan alınan doku parçalarını inceleyerek hastalığın klinik tanısı ile yapılan müdahale arasında uygunluk olup olmadığını araştırmaktadır. Böylece, belirlenen standartlara uyulup uyulmadığı izlenmektedir. Standartlara



uymayan hekimler veya klinikler ikaz edilmektedir. Burada amaç ameliyatların hastanede, belirlenen standartlara uygun olarak yapılmasını sağlamaktır.

Komite üyeleri opertörler, pediatristler, jinekologlar ve patologlar arasından seçilmektedir. Başhekimin de bulunduğu komitede üyeler genellikle yürütme komitesi veya personel şefi tarafından atanmaktadır. Komitenin sekreterliğini tıbbi sekreter veya tıbbi kayıtlar sorumlusu yürütmektedir. Komite en az ayda bir kere toplanmakta ve raporunu yürütme komitesi- ne göndermektedir (Çatalca, 2000).

## 6. Eczane ve İlaç Kullanım Komitesi

Komite gereksiz ilaç kullanımını önlemek ve hastanede kullanılacak ilaçların seçimine, sağlanmasına, dağıtımına ve kullanımına ilişkin politikaların belirlenmesine yardımcı olmak amacıyla kurulmuştur (Çatalca, 2000). Eczane ve İlaç Kullanımını Komitesinin başlıca görevleri şunlardır:

- İlaçların emniyetli kullanımını sağlamak,
- Reçete yazımlarını incelemek,
- Uygun ilaç kullanımı konusunda politikalar önermek,
- Hastanede kullanılması kabul edilen ilaçları listelemek,
- Hastanenin depolarında bulundurulması gereken ilaçlar hakkında görüş bildirmek,
- Aynı fonksiyonu gören ilaçların satın alınmasını önlemek,
- Personeli ilaç konusunda eğitmek,
- Kliniklere ilaç dağıtımında çıkan sorunları incelemek ve çözüm önerileri getirmek,
- Hastaların ilaca olan reaksiyonları konusunda hazırlanan raporları incelemek gibi konular bulunmaktadır.

Bu komitenin son zamanlarda önem kazanan bir diğer işlevi de antibiyotik kullanımını gözden geçirmektir. Antibiyotik kullanımının değerlendirilmesi için genellikle ayrı bir komite veya eczane ve ilaç komitesine bağlı bir alt komite kurulmaktadır (Paris, 1995: 35).

Komite üyeleri hekimlerden ve eczacılardan oluşmakta, komite başkanlığını hekimlerden biri yapmakta ve komite sekreterliğini ise eczacılık müdürü veya baş eczacı üstlenmektedir. Komitede beş üyenin bulunması yeterli olmaktadır. Komite toplantılarını yılda iki kere yapmaktadır (Çatalca, 2000).

## 7. Kan ve Kan Ürünleri Kullanım Komitesi

Bu komite kan nakillerinin uygunluğunu ve nakil yapılan hastanın durumunu değerlendirme ve kan kullanımı, depolanması, yönetimi, dağıtımı ile ilgili prosedür ve politikaları geliştirme amacıyla kurulmuştur. Kan kullanımını değerlendirme komitesinin başlıca görevleri şunlardır:

- Kan nakillerinden doğan reaksiyonları incelemek,
- Biten kanların yerine konan kanların standartlara uygunluğunu araştırmak,
- Kan nakillerinde görülen reaksiyonların kayıtlarını gözden geçirmek,
- Kan nakilleri konusunda personeli eğitmek,
- Genel kabul görmüş laboratuvar prosedürlerini tetkik etmektir.

Komite üç ayda bir toplantı yapmakta ve önerilerini patolojistlere, jinekologlara, cerrahlara ve anesteziistlere sunmaktadır. Ayrıca komite tıbbi denetim komitesinin altında çalışmakta olduğundan dolayı bu komiteye karşı da sorumluluk taşımakta ve raporlarını bu komiteye vermektedir. Komite kana ihtiyaç duyan her klinik ile devamlı haberleşmekte ve gerektiğinde bu kliniklere öneriler vermektedir. Kan Bankası da bu komiteye bağlı olarak çalışmaktadır.

## 8. İnsan Kaynakları İle İlgili Komiteler

**Tıbbi Personelin Kalitesini Sağlama Komitesi:** Bu komite tıbbi personelin faaliyetlerini izlemekte ve faaliyetlerin etkinleştirilmesini sağlayacak bir kalite sağlama planı kurmaktadır. Komitenin başkanı başhekim tarafından atanmakta ve komitede en az dokuz üyenin bulunması gerekmektedir.

Komitenin görevleri arasında:

- Her ay bütün kalite sağlama verilerini inceleme,
- Faaliyetler hakkında doktorların şikayetlerini dinleme,
- Denetim kriterlerini geliştirme,
- Tıbbi kayıtları saklama,
- Denetim faaliyetlerinin sonuçlarını raporlama işleri yer almaktadır.

Komite bu faaliyetlerini yürütebilmek için gerekli gözetim mekanizmasını kurmak zorundadır. Komite ayrıca, hastanede olan faaliyetler hakkında doktorların şikayetlerini dinlemek, kişisel vakalarda şeflerin veya komitelerin kararlarına başvurmak, hekimler arasında uyumu sağlamak gibi fonksiyonları da yerine getirmektedir. Komitenin derlediği bilgiler ve komitenin önerileri komite başkanı veya başkanın atadığı bir kişi tarafından tıbbi personel bölümüne veya hastane müdürüne iletilmektedir. Ayrıca, bu bilgiler tıbbi personel bürosundaki dosyada saklanmakta ve gerektiğinde başvuru kaynağı olmaktadır. Çünkü bu faaliyet sonuçları tıbbi personelin yeniden atanmaları veya bir üst dereceye yükseltilmeleri dönemlerinde göz önünde tutulmaktadır.

Komite toplantıları ayda bir kere veya yönetim kurulu başkanı toplantıya çağırıldıkça olmaktadır. Bu toplantılarda tutulan tutanaklar komitenin faaliyetlerini ve önerilerini yansıtmaktadır. Tutanaklar tıbbi personel bürosundaki dosyada saklanmakta ve gerektiğinde başvuru kaynağı olmaktadır. Tıbbi personelin yeniden atanması veya bir üst dereceye yükseltilmesi sırasında bu tutanaklara başvurulmaktadır. Raporlarını en az üç ayda bir yönetime ve yürütme komitesine vermektedir. Bu komitede çözümlenememiş olan konular yeniden incelenmek üzere yürütme komitesine havale edilmektedir (Çatalca, 2000).

**Hemşirelik Hizmetlerinin Kalitesini Sağlama Komitesi:** Hemşirelerden oluşan ve başkanını hemşirelik müdürünün yaptığı bir komitedir. Bu komite hasta bakımındaki problemleri tanımlama, izleme ve çözüme programlarını yürütmektedir. Bu programlar komitenin başkanı olan başhemşire tarafından koordine edilmektedir. Komite aynı zamanda hasta bakımının kalitesini izlemekle de sorumludur. Komite, ayrıca hemşirelik hizmetlerinin kalitesini sağlama ile ilgili bulguları ilgili kliniklere ve hemşirelik bölümüne iletecek bir mekanizmayı kurmakta ve yürütmektedir. Komite faaliyetlerini bu faaliyetlerle ilgili başkan yardımcısına raporlamaktadır.

Komite içinde kalite sağlama planının yürütülmesinden sorumlu olan esas kişi başhemşiredir. Kalite sağlama planları her üç ayda bir başhemşire tarafından değerlendirilmekte, bu değerlendirme sonucunda "Hemşirelik Bakım İndeksi" hazırlanmaktadır. Hazırlanan bu indeks başhekime, hemşirelik hizmetlerinden sorumlu başkan yardımcısına sunulmaktadır. Ayrıca komite üç ayda bir rapor hazırlamakta ve bu raporu yönetime vermektedir (Çatalca, 2000).

**Tıbbi Eğitim Komitesi:** Bu komite hekimlerin sürekli eğitimine yönelik faaliyetleri üstlenmiştir. Komite, diğer komitelerin raporlardan ve kalite güvencesi çalışmaları sonuçlarından yararlanarak hekimlerin eğitim gereksinimlerini belirlemekte, bu gereksinimleri karşılamaya yönelik eğitim programları tasarlamaktadır. Tıp Eğitim Komitesi, tıpta uzmanlık eğitimi veren hastanelerde uzmanlık eğitim programının hazırlanması ve uygulanmasını sağlamaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 119).

## 9. Hizmet Verilmesi İle İlgili Komiteler

**Hizmet Standartları Gözden Geçirme Komitesi:** Bu komitenin temel işlevi, hekim ve diğer sağlık personeli tarafından hastalara verilen hizmetlerin kalitesinin değerlendirilmesidir. Komite hekim ve diğer sağlık personeli tarafından hastalara verilen hizmetlerin kalitesinin ölçümünü ve standartlara uygunluğunu incelemektedir. Komite, hekim, hemşire ve tıbbi kayıt personelinden oluşmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 119; Rowland, Rowland, 1984: 16-17).

**Sistemler Komitesi:** Komitenin görevi, sürekli olarak bakımın dağıtımında kullanılan pratik sistemleri araştırmaktır. Bunun amacı ise, hasta bakımlarında daha yük- sek kaliteyi sağlayacak sistemin hangisi olduğunu belirlemektir. Bunun için hangi görevlerin yapıldığı, hangi çizelgelerin dosyalandığı, hangi akut hastalıkların ele alındığı, ne tür kayıtlara ve haberleşmeye ihtiyaç duyulduğunu incelemektedir. Ortaya çıkan yenilikleri ve ilerlemeleri hastaneye uygulamada bu komitenin görevleri arasındadır. Komite üyeleri tıbbi müdür, personel şefi, yöneticiler ve hekimler arasından seçilen temsilcilerden oluşmaktadır (Çatalca, 2000).

**Tıp Araştırmaları Komitesi:** Tıp araştırmaları komitesi hastanede yatan hastalar üzerinde yapılacak tüm tedavi, deneylerini incelemekte ve onaylamaktadır. Komite ayrıca deneysel tedavinin yürütülmesinde, araştırmaların, etik, moral ve hukuksal kurallara uymalarını sağlamakta, deney sonuçları ile ilgili bilgi ve belgeleri toplamakta ve değerlendirmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 119).

## 10. Diğer Komiteler

**Etik Komitesi:** Etik komite hizmet sunumunda dikkat edilecek etik ilkeleri (rehberler) ve standartları geliştirmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 119; Paris, 1995: 37).

**Güvenlik ve Afet Komitesi:** Hastaneler tehlikeli çevrelerdir, bundan dolayı bütün kliniklere etkili güvenlik politikalarına ve prosedürlerine sahip olması gerekmektedir. Komite hasta ziyaretçileri, hastalar ve personelle ilgili bütün tehlikeleri ortaya çıkarabilmesi ve raporlayabilmesi için denetleme programlarının geliştirilmesinde ve korunmasında yönetime yardımcı olması amacı ile kurulmuştur. Bütün kazalar, zararlar, afetler, sabotajlar, hırsızlık, yangınlar, adli vakalar gibi hizmetler komite tarafından incelenmekte ve gerekli önlemler alınmaktadır.

**Tıbbi Denetim Komitesi:** Bu komite hasta bakımının kalitesini değerlemek için kurulmuştur. Bunun için hastanede verilen bakımın standartlara uygun olup olmadığını denetlemekte, mesleki kuruluşlar ve hastanenin kendisi tarafından belirlenen standartlarla hastanede elde edilen sonuçları karşılaştırmakta ve yönetim kuruluna elde ettiği bilgileri sunmaktır. Komite üyeleri arasında cerrahlar, kadın doğumcular gibi uzmanlık dallarından üyeler seçilmektedir. Hastane büyüdükçe her uzmanlık dalından bir üye komiteye seçilmektedir. Komite üyeliği bir yıl için olmakta ve üyeler rotasyon yoluyla hizmet etmektedir. Tıbbi denetim komitesine hekimlerin seçilmesinin nedeni, tıbbi denetimleri en iyi tıbbi personel içinden seçilmiş kişilerin yapabilmesidir. Çünkü, bu kişiler verilen bakımda ortaya çıkan problemlere en yakın olan kişilerdir. Tıbbi denetim komitesi ayda bir defa veya gerektiğinde toplanmaktadır. Tıbbi denetim komitesinin en büyük yardımcısı tıbbi kayıtlardır. Bundan dolayı, tıbbi denetim komitesi ile tıbbi kayıt komitesi sıkı bir iş birliği içinde olmak zorundadır. Tıbbi denetim komitesinin başlıca görevleri şunlardır:

- Hastanenin bütün kliniklerindeki tıbbi personelin klinik uygulamalarını gözden geçirme, inceleme ve değerlendirme,
- Hastanedeki tıbbi bakım ile ilgili değerlendirme ve denetleme prosedürlerini oluşturma,

- Kliniklere ait denetim alt komitelerinin çalışmalarını izleme, yönetme ve koordine etme,
- Çalışma raporlarını her ay yönetime sunma,
- Bütün uzmanlık faaliyetlerini denetleme,
- Hastane içindeki uzmanlık standartlarının kurulması, bakımı ve geliştirilmesi hakkında yürütme komitesine önerilerde bulunma,
- Klinik uygulamaların her birine ait tıbbi denetim programı hakkındaki özetleri ve bütün kayıtları alma.

Tıbbi denetim komitesi personelle ilgili standartları hazırlarken bunların hastane içinde genel kabul görmüş olmasına dikkat etmelidir. Ayrıca, hastane içi denetimde başarılı olabilmesi için şu faktörlere de ihtiyaç duymaktadır:

- Hastanenin modern bilgi merkezi içinde tıbbi kayıt departmanına sahip olması,
- Doktorların tıbbi denetim ve kullanımı yeniden gözden geçirme tekniklerini öğrenmiş olmaları,
- Tıbbi kadronun etkili bir şekilde örgütlenmiş olması.

Hastanenin modern tıbbi kayıt sistemine sahip olması kayıtların güvenilir olmasını sağlamakta ve tıbbi kadro ile yönetimin karşılaştığı problemleri çözmeleri için bilgi vermeye yardımcı olmaktadır. Hekimlerin tıbbi denetim ve kullanım tekniklerini bilmeleri teknik bilgi ve becerilerini artırmakta, istatistik bilgilerden yararlanmalarını kolaylaştırmakta, kriterler veya standartların geliştirilmesinde yardımcı olmalarını sağlamaktadır. Tıbbi kadronun etkili bir şekilde örgütlenmesi ise hastanelere yeterlilik belgesi veren kuruluşların da üzerinde durdukları bir konudur. Örgütlenme sonucunda yönetsel fonksiyonların yerine getirilebilmesi daha etkili hale gelmektedir.

Tıbbi denetim komitesinin görevlerini yerine getirebilmesi için aylık istatistik raporlara ihtiyacı vardır. Bu raporlar her ay tıbbi kayıt departmanı tarafından hazırlanıp tıbbi denetim komitesine verilmektedir. Ayrıca diğer komitelerden de düzenli raporlar almakta ve bu raporları değerlendirerek sonucu yönetime iletmektedir.

**Yönetim Kurulu:** Bu kurul bakımın kalitesini sağlama faaliyetlerini denetleyen hastane içi organların en önemlisidir. Çünkü hastanenin tümü ile ilgili en son değerlendirme bu kurul tarafından yapılmaktadır. Ayrıca, bu organ, hastanenin kusursuz bir işletme olmasını sağlamadan da sorumludur. Yönetim kurulu üyeleri hekimlerden ve çeşitli meslek gruplarındaki kişilerden seçilmektedir. Yönetim kurulunda en az sekiz, en çok on beş üye bulunmaktadır. Kurulun başkanı faaliyetleri koordine etmekle sorumludur. Üyeler yönetim kuruluna genellikle üç yıl için seçilmektedirler, fakat süresi biten üye tekrar görevlendirilebilmektedir. Kurul ayda bir toplanmaktadır. Yönetim kurulunun görevlerini şöyle sıralamak mümkündür:

- Hastanenin amaçlarını toplumun ihtiyaçları doğrultusunda belirlemek,
- Hastane ile ilgili plan ve program yapmak,
- Yeni işe alınacak personeli seçmek,
- Bakım için gerekli olan teçhizat ve ekipmanı sağlamak,
- Hasta bakımı ile ilgili uygun uzmanlık standartlarını korumak,
- Yönetsel, finansal ve toplumsal ihtiyaçlarla uzmanlık çıkarları arasındaki koordinasyonu sağlamak,
- Faaliyet kayıtlarını saklamak,
- Hasta bakımı kalitesi ile yönetimin faaliyetlerini değerlemek.

Yönetim kurulu eskiden sadece yönetsel faaliyetlerle ilgilenmekteydi; halbuki bugün hasta bakımının kalitesini sağlamayla da ilgilenmektedir. Yönetim kurulu faaliyetlerini değerlerken etkili olma, verimli olma ve kaynak kullanımında ekonomik olma gibi faktörler bakmaktadır.

Yönetim kurulu toplantıları üç gruba ayrılabilir: Düzenli toplantılar, özel toplantılar ve yıllık toplantılar. Düzenli toplantılar her ay belirli bir tarih- te yapılan toplantılardır. Bu toplantılarda kurula gelen raporlar ele alınmaktadır. Özel toplantılar özel kararlardan dolayı yapılan toplantılardır. Örneğin, hastanede bir sorun ortaya çıktığında bu tür toplantılar yapılmaktadır. Yıllık toplantılar finansal yılın sona ermesinden sonraki dört veya altı hafta sonra yapılan toplantılardır.

Her hastane, kendisine göre komiteler kurabilir. Bu komiteler idari ve tıbbi yönde değişebilir. Önemli olan sorunlara çözümleyebilecek yapıyı taşımasıdır. Bu yapı içinde oluşturulabilecek diğer bazı komiteler ise şunlardır:

- Acil Servis Komitesi
- Bölüm Komiteleri (Dahiliye, K.B.B., K.D.C, FTR, Nöroloji)
- Beslenme ve Diyet Komitesi
- Kütüphane Komitesi
- Kurum Ev İdaresi Hizmetleri Komitesi

## KAYNAKÇA

Bu Ders Notu Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları Tarafından Hazırlanan "Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Yönetimi" Kitabının 259-276. Sayfalarından Alıntılanmıştır.

- Artukoğlu, A.; Kaplan, A. ve Yılmaz, A. (2002). Tıbbi Dökümantasyon, Ankara: Türksev Yayıncılık.
- Çatalça, H. (2000). <http://www.merih.com> adresinden XXX tarihinde erişilmiştir.
- Demircan, A. (1996). Tıbbi Dokümantasyon. Tokat: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Yayını.
- Erbaydar, S. (1997). Hastanelerde Enfeksiyon Kontrol Komitesinin Örgütlenme ve İşleyişi. Modern Hastane Yönetim Dergisi, 1(1) Haziran 1997. Ss:13.
- Hakeri, H. (2007). Tıp Hukuku. Ankara: Seçkin Yayınevi.
- Liebner, J.G.; Levine, R.E. ve Rothman, J. (1992). Management Principles for Health Professionals. Maryland: Aspen Publication.
- Paris, M. (1995). The Medical Staff. In: Health Care Administration: Principles, Practices, Structures and Delivery. Ed.: Wolper, L.F. Maryland: Aspen Publication.
- Roach, H.W. (1998). Medical Records And The Law. Chicago: An Aspen Publication.
- Rowland, H.S. ve Rowland, B.L. (1984). Hospital Management: A Guide to Departments. Maryland: Aspen Publication.
- S.B. 06.06.2007 tarihli ve 5228 sayılı Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönergesi.
- Sağlık Mevzuatı (2009). [www.saglik.gov.tr/mevzuat](http://www.saglik.gov.tr/mevzuat) adresinden 10.4.2009 tarihinde erişilmiştir.
- Seçim, H. (1991). Hastane Yönetim ve Organizasyonu, Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi. İstanbul: İ.Ü. İşletme İktisadi Enstitüsü Yayınları.
- Snook, D.I. (1995). Hospitals: What They Are and How They Work. Maryland: Aspen Publication.
- Sümbüloğlu, K. ve Sümbüloğlu, V. (1999). Hastanelerde Hasta Bakımı Kalitesinin Denetlenmesi. Ersoy K, Kavuncubaşı Ş., 2. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitapçığı, Başkent Üniversitesi Haberal Eğitim Vakfı.
- Sümbüloğlu, K. ve Sümbüloğlu, V. (1999). Tıbbi Sekreterlik Eğitimi için Tıbbi Dokümantasyon. Ankara: Songür Yayınları,
- Terkelse, K.G.; Mc Carthy, R.H.; Munich, R.L. ve Huriey, B.E. (1994). Development of Clinical Methods for Utilization Review in Psychiatric Day Treatment. Journal of Mental Health Administration. 21(3). pp: 298-313.
- White, H.C. (1997). The Hospital Medical Staff. Albany: Delmar Publishers.