



HASTANELERDE SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ

Kanıt ve Kalite Yönetimi



AVRUPA



AVRUPA

Hastanelerde Sağlığın Geliştirilmesi Kanıt ve Kalite Yönetimi

Ülke Politikaları, Sistemleri ve Sağlık Hizmetleri
Ülke Desteği Bölümü
Dünya Sağlık Örgütü - Avrupa Bölge Ofisi

Yayına Hazırlayanlar:
Oliver Groene & Mila Garcia-Barbero

Türkçe Yayına Hazırlayan

Dr. Mehmet DEMİR
Dr. Hasan GÜLER
Uz. Bayram DEMİR
Serkan YORGANCILAR

Çeviri:

Ferişte ZARALI
Büşra KARADUMAN
Ebru YURDUTEMİZ
Sevgi TAŐKIN KARATAŐ

İçindekiler

Giriş.....	7
1.Hastanelerde Sağlık Teşvik Edilmesi – İlkeden Uygulamaya	9
1.1.Sağlığın teşvik edilmesi: Tanım ve Kavram	9
1.2.Sağlığın teşviki için neden hastaneler ?.....	11
1.2.1.Sağlık Hizmetlerinin Sağlık Üzerindeki Etkisi	11
1.2.2.Hastanelerde gerçekleştirilen sağlığı teşvik faaliyetleri	13
1.3.Uluslararası Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Ağı'nın Ortaya Çıkışı	14
1.4.Kanıt dayalı sağlık ve kalite yönetimi.....	17
1.5.Kanıt dayalı sağlık teşviki ne demektir?.....	17
1 6. Sağlığı Teşvik Eden Hastanelerdeki Faaliyetlerin Değerlendirilmesi	19
1.7. İleriye giden yol	20
Referanslar	21
2. Hastanelerde Sağlığın Teşvik Edilmesine Yönelik Kanıtlar (Hanne Tønnesen, Anne Mette Fugleholm & Svend Juul Jørgensen)	24
2.1. Hastanelerde kanıt-dayalı sağlık teşviki.....	24
3.1. Kullanılan kavramlar	25
2.3. Hastanelerde sağlığın teşviki politikası.....	26
2.4. Hastane personeli için sağlığın teşvik edilmesi.....	26
2. 5. Genel sağlık teşvikine yönelik kanıtlar.....	27
2.5.1. Tütün	27
2.5.3. Alkol.....	29
2.5.4. Fiziksel aktivite.....	30
2.5.5. Beslenme	30
2.6. Hastanenin görevlerine yönelik tavsiyeler	31
2.7. Sistemik müdahale ve hasta eğitimi.....	32
2.8. Spesifik müdahale için kanıt	33
2.8.1. Kalp hastaları	33
2.8.2. Kronik akciğer hastaları	34
2.8.3. Astım hastaları.....	35
2.8.4. Diyabet hastaları.....	35
2.8.5. Osteoporoz hastaları	36

2.8.6. Kanser hastaları	36
2.8.7. Felç.....	37
2.8.8. Psikiyatrik bozukluğu olan hastalar	37
2.8.9. Cerrahi hastaları	38
2.8.10. Sigara içmek.....	38
2.8.11. Alkol.....	38
2.8.12. Beslenme	39
2.8.13. Fiziksel aktivite.....	39
3. Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler İçin On Sekiz Çekirdek Strateji.....	43
(Jürgen M. Pelikan, Christina Dietscher, Karl Krajic, Peter Nowak).....	43
3.1. Hastaya odaklı stratejiler	46
3.1.1. Akut hastane hizmetleri için Sağlığı Teşvik kalite iyileştirme stratejileri.....	46
3.1.2. Tedavi ve bakımda sağlığı teşvik edici katılım/ortak üretim için hastaların güçlü kılınması	47
3.1.3. Hastanenin, hastalar için destekleyici, sağlığı teşvik edici ve güçlendirici bir ortam haline getirilmesi	48
3.2. Hastanedeki hastalar için yeni sağlığı teşvik hizmetleri	48
3.2.1. Sağlığı teşvik edici kronik hastalık yönetimi için hastaların güçlü kılınması	48
3.2.2. Sağlığı teşvik edici yaşam tarzının oluşturulması için hastaların güçlü kılınması	49
3.2.3. Belirli hasta ihtiyaçları için sağlığı teşvik edici ve güçlü kılıcı topluluk altyapılarının oluşturulmasına katılım	49
3.3. Personel sağlığının teşvik edilmesi	50
3.3.1. Sağlığı teşvik eden öz-yeniden üretim / öz bakım için personelin güçlü kılınması.....	50
3.3.2. İş yerinde sağlığı teşvik eden ortak üretim için personelin güçlü kılınması.....	50
3.3.3. Hastanenin personel için destekleyici, sağlığı teşvik edici ve güçlendirici bir ortam haline getirilmesi	50
3.3.4. Mesleki hastalıkların, sağlığı teşvik edici biçimde yönetilmesi için personelin güçlü kılınması	51
3.3.5. Sağlığı teşvik edici yaşam tarzı için personelin güçlü kılınması	51
3.3.6. Personelin belirli ihtiyaçları için, sağlığı teşvik edici ve güçlendirici topluluk altyapılarının oluşturulmasına katılım	51
3.4. Topluluk nüfusunun sağlığının teşvik edilmesi	51
3.4.1. Hastalık durumunda hastane hizmetlerine yeterli erişim sağlanarak sağlığı teşvik edici öz bakım için topluluğun güçlü kılınması	52
3.4.2. Tedavide ve hastalar için bakım sonrasında sağlığı teşvik edici ortak üretim için sağlık uzmanlarının ve uzman olmayan bakım sağlayıcılarının güçlü kılınması	52
3.4.3. Hastanenin topluluk için sağlığı teşvik edici ve güçlendirici bir ortam haline getirilmesi	52

3.4.4.Sağlığı teşvik edici kronik hastalık yönetimi için topluluk nüfusunun güçlü kılınması	52
3.4.5. Sağlığı teşvik edici yaşam tarzının geliştirilmesi için topluluk nüfusunun güçlü kılınması	53
3.4.6. Nüfusun geneli için sağlığı teşvik edici topluluk gelişimine katılım	53
3.5. Sağlığı teşvik eden hastanelere yönelik 18 stratejiye genel bakış.....	53
3.5.1. Sağlığı Teşvik etme politikasının eyleme geçirilmesi.....	55
3.5.2. Sonuçlara ilişkin olarak	55
3.5.3. Bu sonuçların elde edilmesiyle ilgili yapı ve süreçlere ilişkin olarak	55
4. Hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşviki için standartlar geliştirilmesi.....	58
4.1. Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler üzerinde çalışmak için geçerli olan ilkeler.....	58
4.1.1. Viyana Tavsiyeleri	58
4.1.2. Sağlığın teşvik edilmesi.....	59
4.1.3. Hastalıkların Önlenmesi.....	59
4.2. Sağlığın teşvik edilmesine yönelik standartlar.....	61
4.2.1. Bakış Açıları.....	61
4.2.2. Kavram ve Tanımlar	61
4.3. Standartların Geliştirilmesi için Uluslararası İlkeler.....	62
4.4. Standartlar ve kanıt	63
4.5. Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlığın Teşviki Alanlarındaki Mevcut Standartlar.....	65
4.6. Standartların Geliştirilmesine Yönelik Süreç	66
4.6.1. Pilot Uygulama Denemesi	67
4.6.2. Standartlar.....	68
5. Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Stratejisinin EFQM Mükemmeliyet Modeli ve Dengeli Sonuç Kartı'nın birlikte uygulanması vasıtasıyla uygulamaya konması	70
5.1. Sağlığı teşvik eden değerlerden sağlığı teşvik stratejisine doğru	70
5.2. STEH kavramının hastanenin teşkilat yapısına ve kültürüne uygulanması.....	72
5.2.1. Ekleme Modeli.....	72
5.2.2. "Hastane içinde belirli bir STEH alt sistemi" ile kurumsal gelişim	73
5.3. Entegrasyon Modeli.....	74
5.3.1. İmmanuel Diakonie Grubunda DSÖ STEH/EFQM/DSK Pilot Projesi.....	75
5.4. EFQM Mükemmeliyet Modelinin Uygulanması	75
5.4.1. STEH Kavramının EFQM Modeline Entegrasyonu	76
5.5. Dengeli Sonuç Kartı ile STEH stratejisinin uygulanması.....	79
Dengeli Sonuç Kartına İlişkin Temel Bilgiler	79

ÖZET

10 yıldan daha uzun bir süre önce Dünya Sağlık Örgütü'nün **Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler** projesi sadece teşhis ve tedavi hizmetlerine değil sağlığın teşvik edilmesi ve hastalıkların önlenmesi konularına da daha fazla önem vermeleri için hastaneleri desteklemek üzere başlatıldı. 11 Avrupa ülkesindeki 20 hastane 1993 – 1997 yılları arasında Avrupa pilot projesinde yer aldı. O zamandan beri Uluslararası Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Ağı giderek genişledi ve şu anda 25 Üye Devleti, 36 ulusal veya bölgesel ağı ve 700'den fazla ortak hastaneyi kapsamaktadır.

Ancak, hem hastane hem de ağ seviyesinde sağlığı teşvik hizmetlerinin uygulanması bakımından neler başarmıştır? Sağlığın teşvik edilmesine yönelik bir kanıt temeli oluşmuş mudur? Bu hastanelerde sağlığı teşvik hizmetlerinin artmasını kolaylaştırmış mıdır? Nihayetinde hastanelerde gerçekleştirilmekte olan sağlığı teşvik faaliyetlerinin kalitesini nasıl değerlendirebiliriz?

Bu kitap, sağlığın teşvik edilmesinin değerlendirilmesi ve kalite yönetimi alanlarındaki anahtar konuların bazılarına değinmektedir ve sağlık sektörü çalışanları ile yöneticilerine hastanelerde sağlığı teşvik edici faaliyetlerin değerlendirilmesi ve uygulanması konularında yardımcı olmayı amaçlamaktadır.

Anahtar kelimeler

HASTANELER- standartlar
SAĞLIĞIN TEŞVİK EDİLMESİ – standartlar
SAĞLIK HİZMETLERİNİN KALİTESİ
PROGRAM DEĞERLENDİRMESİ
AVRUPA

Dünya Sağlık Örgütü, Mayıs 2005

Tüm hakları saklıdır. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi bu kitabın bazı kısımlarının veya tamamının çoğaltılması veya tercüme edilmesiyle ilgili izinlere yönelik taleplerinize açıktır.

Bu yayında kullanılan isimler ve materyalin sunumu Dünya Sağlık Örgütü'nün herhangi bir ülkenin, bölgenin, şehir veya alanın veya yetkililerinin kanuni durumu hakkında veya sınır ve hudutlarının kaldırılması hakkında herhangi bir düşüncesini ifade etmemektedir. Tabloların başlıklarında "ülke veya alan" isimleri görüldüğünde bunlar ülkelere, bölgeleri, şehirleri veya alanları kapsamaktadır Haritalar üzerindeki noktalı çizgiler hakkında tam mutabakat olmayan sınır çizgilerini yaklaşık olarak göstermektedir.

Spesifik şirketlerden veya üreticilerin ürünlerinden bahsedilmesi, burada adı geçmeyen benzerleri yerine bunların Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul edildiği veya tavsiye edildiği anlamına gelmemektedir. Hatalar veya çıkarımlar dışında, müseccel ürün adları ilk harfleri büyük yazılarak ayırt edilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü bu yayında yer alan bilgilerin tam ve doğru olduğunu garanti etmemektedir ve kullanımından doğabilecek hasarlardan sorumlu olmayacaktır Yazar veya editör tarafından ifade edilen görüşler Dünya Sağlık Örgütü'nün kararlarını veya bildirilmiş politikalarını yansıtmıyor olabilir

Giriş

Mila Garcia-Barbero

10 yıldan daha uzun bir süre önce Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler (STEH) projesi sadece teşhis ve tedavi hizmetlerine değil sağlığın teşvik edilmesi ve hastalıkların önlenmesi konularına da önem vermeleri için hastaneleri desteklemek üzere başlatılmıştır. Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler stratejisi gittikçe artan sayıdaki hastaların ve yaşlıların fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarına; fiziki ve psikolojik strese maruz kalan hastane personelinin ihtiyaçlarının karşılanmasına ve genel olarak bu alanda toplumsal ihtiyaçların karşılanmasına odaklanmaktadır

11 Avrupa ülkesindeki 20 hastane 1993 ila 1997 arasında Avrupa pilot projesinde yer almıştır. O zamandan beri Uluslararası Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Ağı giderek genişlemiştir ve şu anda 25 Üye Devleti, 36 ulusal ya da bölgesel ağı ve 700'den fazla ortak hastaneyi kapsamaktadır.

Ancak hem hastane hem de ağ seviyesinde sağlığı teşvik hizmetlerinin uygulanması bakımından neler başarılmıştır? Hastanelerdeki sağlığı teşvik faaliyetlerin kapsamı nedir ve Sağlığın Teşvikine yönelik Ottawa Sözleşmesi'nde yer alan ilkeler nasıl uygulamaya konabilir? Sağlığın teşvik edilmesine yönelik bir kanıt bazı var mıdır ve bu hastanelerde sağlığı teşvik hizmetlerinin artmasını kolaylaştırmış mıdır? Sağlığın teşviki ile kalite yönetimi arasında nasıl bir ilişki vardır? Hastanelerdeki sağlığı teşvik faaliyetlerinin kalitesini nasıl değerlendirebiliriz?

Bu kitap Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler projesinin geçmişi hakkında bir inceleme sunmakta ve sağlığın teşvik edilmesinin değerlendirilmesi ve kalite yönetimi alanlarındaki anahtar konuların bazılarını değerlendirmektedir.

1. Bölüm, hastanede sağlığın teşvikiyle ilgili ilkeler ve kavramlar hakkında genel bir bakış sunmakta, Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler hareketinin mantığını ve gelişimini özetlemekte ve hastanelerdeki sağlığı teşvik faaliyetlerinin değerlendirilmesi ve uygulanması hakkında bir dizi konuya değinmektedir.

2. Bölüm, hastanelerdeki hastalığa-özü ve genel sağlığı teşvik faaliyetlerine yönelik olarak bir kanıt bazı özeti sunmakta ve önemli sağlığı teşvik müdahaleleri için kanıt seviyesini göstermektedir.

3. Bölüm, hastanelerde sağlığın teşvik edilmesinin stratejik önemi hakkındaki düşüncelerde birçok kavramsal yenilik önermekte ve hastanelerde sağlığın teşviki için 18 tane çekirdek strateji tanımlamaktadır.

4. Bölüm, hastanelerde sağlığın teşvikini değerlendirmek üzere kalite standartları kullanılmasının öneminden bahsetmekte ve sağlığı teşvik faaliyetlerinin uygulanmasını desteklemek üzere geliştirilen 5 standardın özelliklerini anlatmaktadır.

Son olarak 5. Bölüm, Dengeli Sonuç Kartı ile Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı (EFQM) mükemmeliyet modelinin birlikte uygulanması vasıtasıyla hastanelerde sağlığı teşvik etmeye yönelik faaliyetlerin uygulanması bakımından önemli bilgiler vermektedir.

Bu kitap sağlık mesleği çalışanları ile sağlık yöneticilerine hastanelerdeki sağlığı teşvik faaliyetlerinin değerlendirilmesi ve uygulanması konularında yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Bu kitapta sunulan ilke, kanıt, strateji, araç ve kalite standartlarının pratikteki uygulamaları desteklemesini ve böylelikle hastanelerin güvenli, yüksek kaliteli ve etkili sağlık hizmeti vermelerini sağlamaya yardımcı olmasını umuyoruz.

1.Hastanelerde Sağlığın Teşvik Edilmesi - İlkeden Uygulamaya

Oliver Groene

1.1.Sağlığın teşvik edilmesi: Tanım ve Kavram

Sağlığı teşvik tedbirleri kötü sağlığı önlemek ve azaltmak ve de sağlığı iyileştirmek amacıyla hem bireylere hem de bireylerin eylemlerini şekillendiren bağlamsal faktörlere odaklanmaktadır. Bu bağlamda sağlık hem sakatlık veya hastalığın olmama durumuna yönelik geleneksel, objektif ve biyomedikal görüş hem de fiziki sağlığa akıl kaynakları ve sosyal sağlığı da ekleyen bütünsel görüş anlamına gelmektedir (1, 2). Sağlığın teşviki sağlık eğitimi ve hastalıkların önlenmesinden daha öteye gitmektedir çünkü *salutogenesis* yani sağlığın oluşumu ve gelişimi kavramına dayanmaktadır ve bireylerin sağlık potansiyelinin analizi ve gelişimini vurgulamaktadır (3).

Hastalık önleme kavramı Sağlığı Teşvik Sözlüğü'nde "sadece risk faktörü azaltma gibi hastalık oluşmasını önleyici tedbirler değil aynı zamanda hastalığın gelişimini durduran ve sonuçlarını azaltan tedbirler" olarak tanımlanmaktadır (4). Aynı kaynak *sağlık eğitimi* kapsamının "bireysel ve toplum sağlığına yardımcı olan bilgilerin iyileştirilmesi ve becerilerin geliştirilmesi gibi sağlık okuryazarlığını geliştirmek üzere tasarlanmış olan bazı iletişim şekillerini içeren öğrenmeye yönelik bilinçli olarak inşa edilmiş fırsatları" içerdiğini belirtmektedir. Dünya Sağlık Örgütü Ottawa Sözleşmesinde sağlığın teşvik edilmesi "insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrolü artırması ve sağlıklarını iyileştirmelerine olanak veren süreç "olarak daha geniş bir şekilde tanımlanmıştır (5).Pratikte bu terimler genelde birbirini tamamlamak için kullanılmaktadır ve uygulamaya yönelik tedbirler örtüşebilmektedir; fakat sağlığı teşvik faaliyetlerinin odak ve etkisi bakımından önemli kavramsal farklılıklar bulunmaktadır. (Şekil1).

Şekil 1- Sağlığın teşvikine yönelik stratejiler (6)

Bireysel odak		←-----→					Popülasyon
TARAMA, BİREYSEL RİSK DEĞERLENDİRME VE BAĞIŞIKLAMA	SAĞLIK BİLGİSİ	SAĞLIK EĞİTİMİ VE BECERİ GELİŞİMİ	TOPLUM EYLEMİ	SOSYAL PAZARLAMA	ORGANİZASYON GELİŞTİRME	EKONOMİK VE DÜZENLEMELERİ FAALİYETLERİ	
Sağlıklı bireyler		Sağlıklı toplumlar		Sağlıklı çevre ve toplum			
←-----→							
←-----→							
←-----→		←-----→					
Medikal yaklaşım	Davranışsal yaklaşım		Sosyo-çevresel yaklaşım				

Medikal yaklaşım fizyolojik risk faktörlerini hedef alırken (örneğin yüksek kan basıncı, bağışıklama durumu), *davranışsal yaklaşım* yaşam tarzın faktörlerini ele almaktadır (örneğin sigara kullanımı, fiziksel hareketsizlik) ve *sosyo-ekolojik* yaklaşım da genel durumları konu edinmektedir (mesela işsizlik, düşük eğitim seviyesi veya yoksulluk). Sonuç olarak sağlığın teşviki, bireylerin tedavi edilmesini hedef alan medikal yaklaşımları kapsamakla beraber aslında bundan çok daha fazlasını ifade etmektedir.

Sağlık kavramının olumlu bir kavram olması düşüncesine dayalı olarak Ottawa Sözleşmesi “sağlık insanların öğrendiği, yaşadığı, oynadığı ve sevdiği günlük hayat ortamları içersinde insanlar tarafından yaratılır ve yaşanır” düşüncesini ileri sürmüştür. Toplum ve organizasyonel kalkınma deneyimi dayanağına oturulmuş olan sağlığın teşvikine yönelik bu ortam yaklaşımı, insanların zamanlarının çoğunu harcadıkları yer olan organizasyonlar içinde insan sağlığını iyileştirmek amacını taşıyan birçok inisiyatife yol açmıştır, bunlar arasında Sağlığı Teşvik Eden Şehirler, Sağlığı Teşvik Eden Okullar ve Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler vb sayılabilir. [7,8].

Ortam yaklaşımı, davranışsal değişimlerin sadece günlük hayatla bütünleşebilmeleri, paylaşılan alışkanlıklar ve mevcut kültürlerle benzerlik göstermeleri halinde mümkün ve istikrarlı olacaklarını kabul etmektedir [9]. Bu bakımdan organizasyonlardaki Sağlığı Teşvik müdahaleleri hem değişmekte olan bireyleri ele almalıdır hem de altta yatan norm, kural ve kültürlere değinmelidir.

Ottawa Sözleşmesi, sağlığın teşvikine yönelik olarak beş tane öncelikli eylem alanı tespit etmiştir:

- Sağlıklı kamu politikaları oluşturulması: sağlığı teşvik politikası mevzuat, mali tedbirler, vergilendirme ve organizasyon değişikliği gibi farklı fakat birbirini tamamlayıcı yaklaşımları birleştirmektedir. Sağlığı teşvik politikası için sağlıkdışı sektörlerde sağlıklı kamu politikalarının kabul edilmesinin önündeki engellerin tespit edilmesi ve bunların ortadan kaldırılması için yolların geliştirilmesi gerekmektedir.
- Destekleyici sağlık çevreleri yaratılması: Her sağlığı teşvik stratejisi doğal olanın korunması, doğal kaynakların korunması konularını ele almalıdır.
- Sağlığa yönelik toplum eyleminin güçlendirilmesi: Toplumun gelişmesi, kendine-yetme ve sosyal desteği artırma ve sağlık konularının yönlendirilmesi ve halk katılımını güçlendirmeye yönelik esnek sistemler geliştirmek için var olan insani ve maddi kaynaklara dayanmaktadır. Bunun için de bilgiye tam ve kesintisiz erişim ve sağlığa yönelik öğrenme imkânlarının ve finansman desteğinin olması gerekmektedir.
- Kişisel beceriler geliştirilmesi: İnsanların (yaşam boyunca) her safhaya hazırlanmayı öğrenmelerini ve kronik hastalık ve sakatlıklarla başa çıkmalarını sağlamak çok önemlidir. Bunun okul, ev, iş ve toplum ortamlarında kolaylaştırılması gerekmektedir.

- Sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi: sağlık sektörünün rolü, klinik ve tedavi hizmetleri sağlama sorumluluğunun ötesinde giderek sağlığı teşvik yönüne doğru hareket etmelidir. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi için sağlık araştırmasına ve mesleki eğitim ve öğretimdeki değişimlere daha fazla dikkat edilmesi gerekmektedir.

Aşağıdaki bölüm sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesine yönelik ihtiyacı açıklayacak ve Ottawa Sözleşmesi'nde belirtilen bazı fikirleri anlatacaktır.

1.2.Sağlığın teşviki için neden hastaneler ?

1.2.1.Sağlık Hizmetlerinin Sağlık Üzerindeki Etkisi

Çoğu sağlık mesleği sahibi, sağlığın teşvikinin genel olarak tıbbın ve özel olarak da hastanelerin temel işi olageldiğini varsaymaktadırlar. Bu görüş çeşitli sebeplerden sorgulanabilir.

Tarihi daha da eskilere dayanmasına rağmen ilk hastaneler 12. yüzyılda inşa edilmişti ve bunlar dine-dayalı, manastırlara bağlı kurumlardı ve yoksullara, yaşlılara, psikolojisi bozuk kişilere ve ihtiyaç sahibi diğer insanlara destek sağlıyorlardı. Ön planda ise hastalıkların tedavisi değil, barınma, beslenme ve bulaşıcı hastalıkların yalıtımı vardı.

Tablo 1- Hastanelerin tarihsel gelişimi [10]

Zaman	Hastanenin rolü	Özellikleri
7. yy	Sağlık Hizmeti	Bizans İmparatorluğu, Yunan ve Arap hastalık teorileri
10–17. yy	Hemşirelik, ruhani bakım	Dini vakıflara bağlı hastaneler
11.yy	Bulaşıcı hastalıkların yalıtımı	Cüzzam gibi bulaşıcı hastalıkların bakımı
17. yy	Yoksullar için sağlık hizmeti	Kamu yararına çalışan kurumlar ve devlet kurumları
19.yy sonu	Tıbbi bakım	Tıbbi bakım ve cerrahi, yüksek ölüm oranı
20.yy başı	Cerrahi merkezler	Hastanelerin teknolojik dönüşümü, orta-sınıf hastaların girişi, ayakta hasta departmanlarının büyümesi
1950'ler	Hastane-merkezli sağlık sistemleri	Büyük hastaneler, teknoloji tapınakları
1970'ler	Bölge genel hastaneleri	Bölge genel hastanelerinin, yerel hastaneleri ve ikinci ve üçüncü basamak hastanelerin artışı
1990'lar	Akut bakım hastanesi	Aktif kısa-kalış bakımı
1990'lar	Gezici sağlık merkezleri	Günlük kabullerin artışı, minimal girişimsel cerrahinin yayılması

19. yüzyıl sonlarına kadar hastaneler sağlığın yaratıldığı yerler değil daha ziyade ölme yerleri idi [11]. Bu durum, faydacı devlet felsefesinin ve hümanizmanın desteğiyle tıp biliminin gelişmesi sonucu değişti. O zamandan beri hastane bakımının sağlığı iyileştirme potansiyeli, özellikle aseptik ve antiseptik teknikler, daha etkili anestezi, daha iyi cerrahi bilgi ve beceriler, travma teknikleri, kan nakli, koroner arter bypass cerrahisi, etkili ilaçlar, transplantasyon teknikleri ve minimal girişimsel cerrahinin gelişimiyle birlikte hızlı ilerlemeler kaydetmiştir [12].

Fakat hastane prosedürlerindeki ilerlemelere paralel olarak, sağlık hizmetlerinin toplum sağlığına olan katkısı ve sağlık hizmetlerinin etkililiği konusunda sorunlar ortaya çıkmıştır. Bulaşıcı hastalıkların azaltılması, bebek ölümlerindeki önemli düşüş, başlıca ölüm nedenlerindeki azalmalar ve sonuçta beklenen yaşam süresinin artışı bakımından sağlık hizmetlerinin iddialarını çürüğe çıkartan çeşitli açıklamalar yapılmıştır [13].

Çalışmasının detayları hakkında ihtilaf halen devam etmesine karşın, McKeown Birleşik Krallıkta tıbbi hizmetlerin bir başarısı olarak görülen ölüm oranlarında azalmanın aslında hijyen ve beslenmedeki iyileştirmelerle ilgili olduğunu göstermiştir [14,15,16,17]. Bir diğer perspektif de tıbbi bakım hizmetlerinin sağlıktan ziyade ölüm sebebi olduğunu savunan Ivan Illich ve Rick Carlson tarafından getirilmiştir. Illich'e göre tıbbın iyilik yapma kadar zarar verme potansiyeli de vardı ve bu *iatrogenesis* (medikal kaynaklı yan etki veya komplikasyonlar) kavramı ile ifade edilir[18]. Illich tıp mesleği sahiplerini "hastalık yapma güçleri" bakımından kuvvetle eleştirmiştir ve sağlık bakım kuruluşlarının asıl amaçlarının tam tersi bir işlev gördükleri sonucuna varmıştır. Carlson da aynı fikirleri savunmaktaydı ve tıbbın sınırlı etkisinin gelecekte daha da azalacağı tahmininde bulunmuştur[19]. Yakın zamanda bu bakış açıları Tıp Enstitüsü'nün "Hata yapmak insanca bir şeydir" başlıklı raporu ile birlikte daha da öne çıkmıştır, bu rapora göre tıbbi hatalar yüzünden ABD'deki hastanelerde yılda yaklaşık olarak 100,000 ölüm vakası gerçekleştiği tahmin edilmektedir [20].

Sağlık hizmetlerinin sınırlı popülasyon etkisinin farkında olarak sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmeye odaklanmış olan Avedis Donabedian ve diğerleri tarafından konuya daha operasyonsal bir bakış açısı getirilmiştir [21,22,23]. Sonuç hareketi ve sağlık teknolojileri değerlendirmesi ile önemli ilerlemeler kaydedilmiş olsa da, kalitenin doğru şeyi yapmak ve bunu iyi yapmak şeklindeki tanımı halen çok önemli sorular doğurmakta ve sağlık hizmetlerinin sağlanmasında yapılabilecek olan muhtemel iyileştirmeleri işaret etmektedir [24].

Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler ağı yukarıdaki çeşitli perspektifleri bir araya getirmektedir. Bunun arkasındaki fikir, hastane hizmetlerinin sağlık üzerinde daha esaslı ve kalıcı bir etkisinin olabilmesi için bu hizmetlerin insanların sadece organları veya fizyolojik parametrelerin hedef almak yerine insanların ihtiyaçlarını da hedef alması gerektiğine yönelik güçlü görüştür. Aynı zamanda t Sağlık Teşvik Eden Hastaneler felsefesi günümüzde sağlığı iyileştirmenin organizasyonun temel bir prensibi yapılmasına yönelik güçlü kanıt ve

metotlara dayanmaktadır. Hâlihazırda klinik ortamlarda ve sağlık kuruluşlarının yönetimi için uygulanan kalite stratejileri sağlığın teşvik edilmesine de uygulanabilir. Bu konuyu aşağıda daha derinlemesine ele almadan önce hastanelerde sağlığın teşvik edilmesine yönelik mantık çerçevesi ve somut örnekler aşağıdaki sıralanmaktadır.

1.2.2.Hastanelerde gerçekleştirilen sağlığı teşvik faaliyetleri

Hastanelerde sağlığı teşvik müdahalelerine yönelik olasılıkların kapsamı göz önüne alındığında, Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler hareketi dört alana odaklanmaktadır: Hastaların sağlıklarının teşvik edilmesi, personelin sağlığının teşvik edilmesi, kuruluştaki ortamın sağlığı teşvik eden bir ortama dönüştürülmesi ve hastanenin hitap ettiği alandaki topluluğun sağlığının teşvik edilmesi. Bu dört alan sağlığı teşvik eden bir hastanenin tanımında yer almaktadır:

“Sağlığı teşvik eden bir hastane yalnızca kalite ve kapsamlı sağlık ve hemşirelik hizmeti sağlamakla kalmaz. Aynı zamanda sağlığı teşvik amaçlarını sarmalayan kurumsal bir kimlik geliştirir; hastalar ve tüm personel için aktif, katılımcı roller içeren ve sağlığı teşvik eden organizasyonsal bir yapı ve kültür geliştirir; kendini sağlığı teşvik eden fiziki bir çevreye dönüştürür ve toplum ile aktif işbirliği içerisinde olur” [25].

Sağlık bakımı ortamlarında sağlığı teşvik stratejilerinin önerilmesi için geniş bir kapsam ve halk sağlığı etkisi söz konusudur [26]. Hastaneler ulusal sağlık harcamalarının % 40'ı ile % 70'i arasında bir oranını tüketir ve genelde çalışan nüfusun %1'i ile %3'ü arası bir kısmını istihdam eder. Çoğunluğunu kadınların doldurduğu bu işyerlerinde belli fiziksel, kimyasal, biyolojik ve psikolojik risk faktörleri vardır. Buna karşın, hastanelerde -sağlığı düzeltmeyi amaçlayan kuruluşlarda- personelin sağlığını tehlikeye atan faktörlerin kabul edilmesi konusu az gelişmiştir. Sağlığı teşvik programları personelin sağlığını iyileştirebilir, işe gelmeme oranlarını azaltır ve üretkenlik ve kaliteyi iyileştirir [27,28].

Hastanelerdeki sağlık çalışanları aynı zamanda bozuk sağlık konusunda deneyim sahibi oldukları için sağlık tavsiyelerine karşı daha alıcı olan hastaların davranışını etkileme konusunda sürekli bir etki sahibi olabilir [29]. Bu özellikle iki sebepten önem taşımaktadır: birincisi kronik hastalıkların prevalansı (örneğin şeker, kalp damar hastalıkları, kanser) Avrupa'da ve dünya genelinde artmaktadır [30]; ikincisi,

Günümüzde çoğu hastane tedavisi sadece erken ölümleri engellemekle kalmamakta aynı zamanda hastaların yaşam kalitesini de artırmaktadır. Bu kaliteyi muhafaza etmek amacıyla hastanın taburcu olduktan sonraki davranışları ve yakınlarından alacağı etkin destek çok önemli değişkenlerdir [31]. Sağlığı Teşvik Programları sağlıklı davranışları teşvik edebilir, tekrar hastaneye yatmaya engel olabilir ve de hastanın yaşam kalitesini muhafaza edebilir.

Hastaneler aynı zamanda genel olarak büyük miktarlarda atık ve tehlikeli madde üretir. Hastanelerde Sağlığı teşvik stratejilerinin uygulanmaya başlaması çevre kirliliğinin azaltılmasına yardımcı olabilir ve diğer kurum ve kuruluşlarla yapılacak işbirliği sayesinde mümkün olan en iyi hizmet koordinasyonu elde edilebilir. Buna ilaveten, araştırma ve geliştirme kurumları olarak hastaneler birçok bilgi toplar ve dağıtır ve de yerel sağlık yapıları üzerinde etki sahibi olabilir ve başka yerlerdeki mesleki çalışmalarını da etkileyebilirler.

Tablo 2- Hastanelerdeki sağlığı teşvik projelerine/faaliyetlerine örnekler

Hastalar	Personel
<ul style="list-style-type: none"> • Sigaranın bırakılması için kısa müdahaleler • Bir hasta sözleşmesinin yapılması • Hasta memnuniyetinin ölçülmesi 	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlıklı beslenme • Bilim dalları arası ekip çalışmasının başlatılması • Sırt ağrısını önlemek için kaldırma teknikleri, sağlıklı beslenme gibi konularda eğitim
Kuruluş	Toplum
<ul style="list-style-type: none"> • Çatışma ve değişim yönetimi • Sağlığı teşvik ilke ve sorumluluk bildirim • Ambulans arabaları için güvenli sürüş yolları 	<ul style="list-style-type: none"> • Atık ve ekolojik risklerin azaltılması • Nüfusun sağlığı teşvik ihtiyaçlarını tespit için hastane verilerinin kullanılması • Toplam Kalite Yönetimi'nin başlatılması

1.3.Uluslararası Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Ağı'nın Ortaya Çıkışı

Hastanelerde sağlığı teşvik programlarının uygulanmaya başlamasını desteklemek amacıyla, Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bölge Ofisi 1988 yılında ilk uluslar arası istişareleri başlatmıştır. Bir sonraki yıl ise ortak kurum olan Avusturya/Viyana'daki Rudolfstiftung hastanesi ile Dünya Sağlık Örgütü'nün model projesi olan "Sağlık ve Hastane" projesi başlatılmıştır.

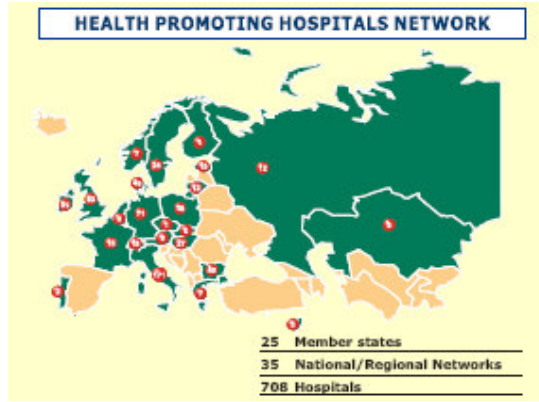
Bu istişare ve deneyim kazanma safhasından sonra Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler hareketi gelişim safhasına geçmiştir ve bu aşamada 1993 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bölge Ofisi tarafından Avrupa Pilot Hastane Projesi uygulanmaya konmuştur. 1993 ila 1997 yılları arasında gerçekleşen bu fazda safhada 11 Avrupa ilkesindeki 20 ortak hastanenin projelerinin gelişimi yoğun şekilde izlenmiştir.

Pilot safhasının kapanmasının ardından, ulusal ve bölgesel ağlar geliştirilmiş ve ağ da sağlamlaştırma aşamasına girilmiştir. O zamandan beri ulusal ve bölgesel ağlar bir bölge veya ülkedeki hastaneler arasında işbirliği ve deneyim alışverişinin teşvik edilmesi, ortak çıkar alanlarının belirlenmesi, kaynakların

paylaşılması ve ortak değerlendirme sistemlerinin geliştirilmesi konusunda önemli bir rol üstlenmişlerdir. Buna ek olarak, psikiyatri hastanelerini bir araya getiren tematik bir ağ var mevcuttur ve bu ağ sayesinde bu alandaki fikir ve stratejiler paylaşılabilir.

Uluslararası Sağlık Teşvik Eden Hastaneler Ağı tüm ulusal/bölgesel ağları birleştiren bir ağ olarak görev görmektedir. Farklı kültür ve sağlık sistemlerinde uygulanmakta olan strateji ve fikirlerin değiş tokuş edilmesini desteklemekte ve stratejik konularda bilgi gelişmesini sağlayarak vizyon genişletmektedir. 2005 yılı Mayıs ayı itibariyle Uluslararası Sağlık Teşvik Eden Hastaneler Ağı'nda 25 Üye Devlet, 35 ulusal ve bölgesel ağ ve 700'den fazla hastane vardır.

Şekil 2- Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bölgesindeki Sağlık Teşvik Eden Hastanelerin genel dağılımı. [32, 33, 34].



Geçmişte Sağlık Teşvik Eden Hastaneler Ağı bünyesinde yapılan projelerde hastalar ve biraz da personel için sağlık eğitim müdahaleleri konusuna daha geleneksel bir odak söz konusudur. Sağlık Teşvik Eden Hastaneler projelerinin odağı artık genişlemekte ve kurumsal kültürün değişmesi ve çevresel konular gibi kurumsal ve toplum meselelerini de ele almaktadır [35].

Sağlık Teşvik Eden Hastanelerle ilgili olarak sırada, kurumsal sağlık teşvik faaliyetleri ile sürekli kalite iyileştirme programlarını birbirine bağlanması vardır, bunun için sürekli süreç ve gelişim, katılım ve sahiplik konularına odaklanılması gibi belirgin benzerliklerden faydalanılması, izleme ve değerlendirme yapılması ve sağlık teşvik ilkesinin kurumsal yapı ve kültüre dahil edilmesi gerekmektedir.

Johnsen & Baum, sağlığın teşviki kurumsal kültür ve yapı içerisinde sağlam temeller üzerine oturtulana kadar yapılacak daha çok şey olduğuna işaret etmektedir [36]. Literatürün incelenmesine ve Avustralya'daki sağlık teşvik eden hastaneler projelerinin değerlendirilmesine dayalı olarak sağlık teşvik eden hastane faaliyetleri dört şekilde gruplanabilir (Tablo 3).

Tablo 3- Sağlığı Teşvik Eden Hastanelerin faaliyetlerinin tipolojisi

Tip	Anlamı
Sağlığı teşvik projesi yapan	Kurum veya personel görevleri yeniden yapılandırılmamış. Üst düzey yönetimden destek olmayan durumlarda sağlığın teşviki faaliyetleri için bu bir başlangıç noktası olabilir.
Sağlığın teşvikini belli bir bölüme, departmana veya personele delege eden	Belirli bir departman sağlığın teşviki ile ilgilenir ama faaliyetler tüm kuruluşa entegre edilmemiştir. Bu gruba giren hastaneler gelişme aşamasında olabilir.
Sağlığı teşvik ortamı olan	Sağlığın teşviki, hastane karar yapıcılığında bölümler arası bir mesele olarak kabul edilir. Topluluk içinde etkide bulunmak için hiçbir kaynak uygulanmasa da hastane sağlığı teşvik eden bir ortam haline gelmiştir.
Sağlığı teşvik ortamı olan ve toplumun sağlığını iyileştiren	Hastane, sağlığı teşvik eden bir ortam haline gelmiştir ve toplum sağlığını iyileştirmektedir.

Yazarlar, toplum üzerinde gözle görülür bir etkisi olan bir sağlığı teşvik ortamı haline gelmenin zorluklarını bilmekle beraber, "...sağlığın teşviki konusundaki ortam yaklaşımının, davranışlarını değiştirmek için hastaneleri kullanan bireyler için bir dizi fırsat ortaya koymaktan öte bir şey olduğunu " iddia etmektedirler. Onların bu savları Uluslararası Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Ağı'ndaki faaliyetlere yönelik gözlemlerinize aynı doğrultudadır. Çoğu hastanenin seçilmiş sağlığı teşvik faaliyetleri uygulamaya koyduğunu tespit ettik; fakat bu faaliyetleri daha geniş bir düzeye yayma ve birleştirme süreci yavaş gitmektedir.

Önceki paragraflar göstermektedir ki; çoğu insanın hastaneyi sağlığı teşvik eden bir ortam olarak görmesine rağmen aslında hastanelerin toplum sağlığı üzerindeki etkisi farklı derecelerde olabilir ve tedavi ve bakım arayan bireylere zarar verme potansiyeline sahiptir ve sağlığı iyileştirmek için mevcut bilgilerden faydalanabilir. Sağlığın temel belirleyicileri sağlık sektörünün dışında olsa da hastaneler hastalarının sağlığını iyileştirebilirler ve özellikle kronik sorunları olan hastalarda daha uzun süreli bir etkileri olabilir.

Buna ilaveten sağlığı teşvik stratejisi içinde personel sağlığı konusu da yer almaktadır, bu konu sadece sağlık çalışanlarının doğrudan sağlık etkisi bakımından hem de personel sağlığı ve memnuniyeti ile hasta sonuç ve memnuniyeti arasındaki ilinti bakımından önem arz etmektedir.

Sağlığın teşviki için çeşitli stratejiler vardır ve hastaneler bir şekilde bunlardan biri veya diğerini benimserler, örneğin hasta bilgisi ve bireysel risk değerlendirmesi. Ancak bu konudaki temel eksiklik, hastanelerdeki sağlığı teşvik faaliyetlerinin sistematik uygulanmaması ve kalite güvencesi olmaya devam etmemesidir. Sağlığı teşvik faaliyetlerinin nasıl uygulanabileceği ve kalitelerinin nasıl değerlendirilebileceği soruları bir sonraki kısımda ele alınacaktır.

1.4.Kanıtı dayalı sağlık ve kalite yonnetimi

Sağliğı Teşvik Eden Hastanelerin daha da geliştirilmesine yonelik faktörlerden bir tanesi de güçlü bir kanıt temeli olmasıdır, çünkü hemen her sağlık sisteminde kanıt yokluğu ve maliyet baskıları yüzünden bütçe kesintisi yapmak için sağliğı teşvik programları kolay bir seçim olmaktadır [37]. Uygulama araçları ise başka bir faktörü yansıtmaktadır; deneyimlerin gösterdiği üzere, iyi kanıtı rağmen klinik uygulamada genelde büyük değişiklikler olabilmektedir.

1.5.Kanıtı dayalı sağlık teşviki ne demektir?

Sağliğın Teşvikinde kanıtlara odaklanılması önemli bir konu haline gelmiştir [38, 39]. Bu alandaki anahtar yayınlardan bir tanesi Avrupa Komisyonu için Uluslararası Sağliğı Teşvik ve Eğitim Birliği'nin Raporu'dur[40]. Bu çalışmanın bazı kısımları özel olarak Sağlık Sektöründe Sağliğın Teşviki konusuna değinmektedir [41]. Ayrıca 'kanıt', 2000 yılında Meksika'da yapılan 5. Küresel Sağliğı Teşvik Konferansı [42] ile 2001 yılında Kopenhag'da yapılan 9. Uluslararası Sağliğı Teşvik Eden Hastaneler Konferansı'nda¹ önemli bir konu olarak ele alınmıştır [43]. Belli bir gecikme ile sağliğa teşvikte kanıt çağrısı, kanıtı-dayalı tıp hareketini takip etmektedir ve aslında aynı yöntem ve kriter setinin, klinik tıpta kanıt sağladığı kanıtlanmış olan sağliğın teşviki müdahalelerinin değerlendirilmesi konusunda da uygulanması arzu edilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağliğı teşvik Sözlüğü'nde tanımlandığı şekliyle [44], "Sağliğın teşviki değerlendirmesi, sağliğı teşvik faaliyetlerinin 'değerli' bir sonucun ne derecede elde ettiğine yonelik bir değerlendirmedir". Sağliğın teşviki alanındaki değerlendirme yöntemleri ve sonuçları, klinik tıptakinden farklıdır(Tablo 4).

Tablo 4- Klinik deneyler ve Sağliğı teşvik müdahalelerinin karşılaştırılması

	Klinik deney	Sağliğı teşvik müdahalesi
Müdahalenin bağlamı ve tasarımı	Fizyolojik müdahale Randomizasyon, bir tarafın habersiz olması ve plasebo kontrolü mümkün Birim kontrollü koşullar altında bireysel (<i>etkinlik değerlendirmesi</i>)	Davranışsal müdahale Randomizasyon, bir tarafın habersiz olması ve plasebo kontrolü genelde olanaksızdır Birim bireysel, kurum veya topluluk günlük yaşantıda (<i>etkililik değerlendirmesi</i>)
Sunucu	Klinik deneyde müdahaleyi sağlık çalışanları uygular	Genelde çeşitli sunucular ve kurumlar müdahil
Kime yonelik	Sağlık sorunu olan ve çare arayan katılımcılar	Katılımcılar sağlık sorununun farkında olmayabilir
Sonuç için zaman çerçevesi	Hastalığı tedavi etmeyi amaçlar, son noktası tedavi bitişidir veya müdahalenin teknik olarak stabil hale geldiği zamandır	Gelecekteki kötü sağliğı önlemeyi amaçlar, sonuç genelde yıllar içinde, hatta gelecek nesillerde ortaya çıkar.

¹ Konferans konularının özeti Uluslararası Entegre Bakım Dergisi'nin internet sitesinde bulunabilir: <http://www.ijic.org> (2001, 1, 3, ek); bu ve daha önceki konferansların sanal oturumları ise Viyana Ludwig Boltzmann Sağlık ve Tıp Sosyolojisi Enstitüsü, DSÖ Hastaneler ve Sağliğın teşviki İşbirliği Merkezi internet sitesinde bulunabilir (<http://www.hph-hc.cc/>).

Deneysel tasarımlar ve niceleyici metodolojiler, özellikle personel ve hastalarla ilgili olanlar, aynı zamanda sağlığı teşvik müdahalelerine uygulanabilse bile, daha geniş kurumsal, politika veya topluluk konuları açısından Sağlığı teşvik müdahaleleri değerlendirilirken niteleyici metotların önemi de göz önünde bulundurulmalıdır [45].

Sağlık sistemi ve hastane yöneticilerinin şu anda sonuçlara odaklanmaları yüzünden, genelde niteleyici yöntemlerin sadece zayıf kanıtlar sunduğu düşünülmektedir. Aslında çoğu sağlığı teşvik müdahalesinin uzun vadeli faydaları, klinik parametreler ve sağlık durumundaki değişikliklerin de ötesinde sağlığı teşvik sonuçlarının farklı seviyeleri arasında ayırım yapılmasını şart hale getirmiştir. Sağlığın teşvikine katılım, ortaklık, güçlendirme ve destekleyici çevrelerin yaratılmasına yönelik eylemler bağlamı içerisinde değerlendirilmesi gereken önemli özellikler bulunmaktadır ve esasen sağlığın teşvikine taraftar olanların çoğu farklı analiz düzeyleri tavsiye etmektedirler [46–50].

Don Nutbeam sonuçların sağlığı teşvik sonuçlarına, orta vadeli sonuçlara ve sağlık ve sosyal sonuçlara göre ayırıt edilmesini (bu şekilde ayırım yapılmasını) önermektedir [51]:

- *Sağlığı teşvik sonuçları* insanların sağlığın belirleyicileri üzerindeki kontrolünü artırmak amacıyla kişisel, sosyal ve çevresel faktörlerde yapılan değişiklikler anlamına gelmektedir (örneğin sağlık bilgisi, sosyal etki ve eylem, sağlıklı halk politikası ve kurumsal kültür);
- *Orta vadeli sonuçlar* sağlığın belirleyicilerindeki değişiklikler anlamına gelmektedir (örneğin yaşam tarzları, sağlık hizmetlerine erişim, çevresel risklerin azaltılması);
- *Sağlık ve sosyal sonuçlar* sağlık ve sosyal statüdeki değişikliklerin (örneğin hakkaniyet) öznel (Nottingham Sağlık Profili, SF–36 veya EUROQOL gibi kendine yönelik bildirilen değerlendirmeler) ve nesnel (ağırlık, kolesterol seviyesi, kan basıncı ölçümü, biyo-kimyasal test, mortalite) tedbirleri anlamına gelmektedir.

Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler hareketi, hastanelerin yapabileceği sağlığı teşvik müdahalelerine çok güzel örnekler vermiştir. Bu müdahalelerden bazıları, bu kitabın Sağlığın Teşvikine yönelik Kanıt konulu bölümünde de anlatıldığı üzere literatürde çok etkili ve maliyet etkin olarak değerlendirilmiştir. Kontrollü tasarımlar kullanılarak değerlendirilen sağlığı teşvik faaliyetlerinin dar görüşü reddedilerek bizim anlayışımızın bu faaliyetlerin ötesinde olduğu iddia edilebilir.

1 6. Sağlığı Teşvik Eden Hastanelerdeki Faaliyetlerin Değerlendirilmesi

Şu anda Uluslararası Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Ağı içindeki hastanelerdeki sağlığı teşvik faaliyetlerinin kalitesi sistematik olarak değerlendirilmemektedir. Uluslararası Ağım üyesi haline gelen hastaneler:

- Viyana Tavsiyelerinin uygulanmasına yönelik temel ilke ve stratejileri kabul ederler;
- Bu tip ağların olduğu ölkelerde Ulusal/Bölgesel Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Ağına girmiş olurlar (bu tip ağların olmadığı ölkelerdeki hastaneler doğrudan uluslar arası koordinasyon kuruluşlarına başvurular);
- Uluslararası ve ulusal/bölgesel düzeyde oluşturulmuş olan kural ve düzenlemelere uyurlar.

Uluslararası Ağ içinde yer alan hastaneler ayrıca sigara içilmeyen bir hastane haline gelmeyi ve personelin, hastaların ve toplumun sağlık sorunlarını ele alan veya sağlık üzerinde etkisi olabilecek kurumsal bir işleyişi iyileştiren üç spesifik proje/faaliyet yürütmeyi ve taahhüt etmelidirler. Proje ve faaliyetleri kaydeden web tabanlı bir veritabanı oluşturulmuştur ve bu veritabanı hastanelerin anahtar göstergeleri ve sağlığı teşvik faaliyetleri hakkında bilgi sağlamaktadır [52].

Uluslar arası düzeyde ise sağlığın teşvikine yönelik değerlendirme sistemleri geliştirmek ve incelemek üzere çeşitli çabalar gösterilmektedir. 1998 ve 1999 yıllarında gerçekleştirilmiş olan Dördüncü ve Beşinci Ulusal ve Bölgesel Ağ Koordinatörleri Yıllık Çalıştayları bu konuyu ele almıştır. Vardıkları sonuç: Şu ana kadar yapılan değerlendirmeler çoğunlukla proje seviyesinde yapılmıştır, ağ düzeyinde sadece birkaç tane kalite güvencesi stratejisi uygulanmıştır ve çoğu koordinatör değerlendirme planlarını geliştirme ve uygulama konusunda büyük sorunlar yaşamıştır. Ulusal ve bölgesel ağ düzeylerinde farklı değerlendirme yaklaşımları mevcuttur fakat bunlardan hiç biri henüz iyi bir şekilde geliştirilmiş değildir [53].

1998 yılında daha önceden yapılmış olan bir inceleme Sağlığı Teşvik Eden Hastanelerin değerlendirilmesine yönelik mevcut yaklaşım ve sorunları tespit etmiştir [54]. Uygulanan en gelişmiş araçlar arasında Birleşik Krallıktaki Sağlıklı Hastane Ödülü'nden yola çıkarak geliştirilen Hastane Akreditasyon Şeması vardı. Uygulama, standardize kendi kendini denetim araştırması ve bu araştırmayı doğrulayan ve personel ve hasta ile görüşülen dış değerlendirmeden sonra hastane resmi olarak Sağlığı Teşvik Eden Hastane olarak akredite oluyordu.

Benzer bir sistem, hastanelerin yaptığı iki ortak-incelemesi ile ağ temsilcisinin başvuru sahibi hastaneye yaptığı bir saha gezisinden oluşan Alman sistemi içinde de kurulmuştu. Ağa katılım konusundaki kararı dış denetleyiciler veriyordu. Fakat Alman deneyimi finansal sonuçları yüzünden bu ziyaretlerin yapılmasının zor olduğunu göstermektedir. Alman Ağı ayrıca hastanelerin kurumsal yapısı ve kültürü içinde sağlık teşvikinin sistematik bir şekilde

uygulanabilmesi için Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı mükemmeliyet modelinin ve Dengeli Sonuç Kartı'nın adapte edilmesi konusunda da çalışmalar yürütmüştür. Bu kitap içerisinde çalışmanın sürecini konu alan bir rapor bulunmaktadır.

1994 yılında Polonya Ağı bireysel hastane performansının uygulanmasını izlemek üzere bir kendi kendini değerlendirme sistemi başlatmıştır; fakat bu aracın geçerliliği ve güvenilirliği meseleleri yüzünden bu uygulamaya devam edilmemiştir. Danimarka Ağı ise 2000 yılı Aralık ayında bir dizi standart oluşturmaya başlamaya kadar vermiştir; bu kitapta bu çalışmanın bir kısmına değinilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bölgesinde yer alan diğer ülkeler de geçmişte saha gezileri, ortak incelemeleri, kendi kendini değerlendirmeler ve anket çalışmaları içeren benzer planlar uygulamaya başlamışlardır. Avrupa Dışında ise Tayland Sağlık Bakanlığı 17 adet Sağlık Teşvik Eden Hastaneyi 23 adet Sağlık Teşvik Eden Hastane kapsamına girmeyen hastane ile karşılaştıran bir anket çalışması gerçekleştirmiştir [55]. Bir anket tasarlanmıştır ve şu konulara göre Sağlık Teşvik Eden Hastane stratejisinin uygulanmasını kendi kendine değerlendirmek için farklı kalemler oluşturulmuştur: a) liderlik ve idare, b) kaynak tahsisi ve insan kaynakları geliştirme, c) destekleyici çevre, d) personele yönelik sağlığın teşviki, e) hasta ve hasta yakınlarının sağlığının teşviki ve f) toplum sağlığı teşviki. Geçerli bir kıyaslama yapabilmek için öncelikle birçok metodoloji meselesinin çözüme kavuşturulması gerekmektedir; fakat bu anket çalışması gelecekte daha da geliştirilebilecek olan birçok yenilikçi fikir ihtiva etmektedir.

Bu inceleme yapılırken Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bölgesinde yer alan diğer ulusal/bölgesel ağların yaklaşımları halen başlangıç aşamasındaydı [56, 57]. Dünya Sağlık Örgütü'nün niyeti sağlığın teşviki ile ilgili olarak performans değerlendirmesi yapmak ve hastanelerin sıralandırılmak olmasa da, sağlığı teşvik faaliyetlerinin sistematik değerlendirmesinin olmaması bu faaliyetlerin iyileştirilmesine ket vurmaktadır.

1.7. İleriye giden yol

Geçtiğimiz on yılda birçok ilerleme kaydedilmiş olsa da, sağlığın teşviki fikri hastanelerde henüz yavaş bir şekilde uygulanmaya başlamaktadır. Belki de bunu açıklayan en önemli faktörlerden bir tanesi uygulamaya yönelik net stratejiler ve araçlar olmamasıdır.

Bu kitapta anlatılan bilgi ve araçlar şüphesiz uygulama hızını artıracaktır ve sağlığın teşvikinin hastane ortamı içerisinde daha da önem kazanmasını sağlayacaktır. Günümüzde hastalar, personel ve toplumu hedef alan çoğu sağlığı teşvik müdahalesine yönelik olarak daha iyi ve daha güçlü kanıt bulunmaktadır. Aynı şekilde sağlık çalışanlarının sağlığın teşvikini öncelikli olarak ele alması ve uygulamasına yardımcı olmak üzere araçlar geliştirilmiştir. Bundan sonraki bölümlerde gelecekte hastanelerde sağlığın

teşvikinin daha iyi uygulanmasına imkân verecek olan sağlığı teşvik faaliyetleri, stratejiler ve kalite araçları ele alınacaktır.

Referanslar

1. WHO Constitution. Geneva, World Health Organization, 1946 http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=Basicdoc&softpage=Browse_Frame_Pg_42. (Dünya Sağlık Örgütü Anayasası)
2. Downie RS, Tannahill C & Tannahill A. *Health promotion. Models and values*. Oxford, Oxford University Press, 1996. (Sağlığın teşviki. Modeller ve değerler)
3. Antonovsky A. *Unravelling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, Jossey Bass, 1987. (Sağlık gizeminin çözülmesi. İnsanları stresle nasıl baş eder ve iyi kalır)
4. *Health Promotion Glossary*. Geneva, World Health Organization, 1998. (WHO/HPR/HEP/98.1) (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf) (Sağlığı Teşvik Sözlüğü)
5. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva, World Health Organization, 1986. (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Ottawa_charter_hp.pdf) (Ottawa Sağlığı Teşvik Sözleşmesi)
6. Bensberg M. *What are health promoting emergency departments?* Melbourne, Department of Human Services, Victoria State Government, 2000. (Sağlığı teşvik eden acil departmanları hangileridir)
7. Grossmann R. Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Organisationsentwicklung durch Projektmanagement. In: Pelikan JM, Demmer K & Hurrelmann K. *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung*. München, Weinheim, 1993.
8. Whitelaw S, Baxendale A, Bryce C, Machardy L, Young I & Witney E. 'Settings' based health promotion: a review. *Health Promotion International*, 2001, 16(4):339-353. ('Ortamlar' bazlı sağlığı teşvik: bir inceleme)
9. Broesskamp-Stone U, Kickbusch I & Walter U. Gesundheitsförderung. In: Schwartz FW et al., *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Urban & Schwarzenberg, 1997, 141-150.
10. Healy J & McKee M. The evolution of hospital systems. In: McKee M & Healy J. *Hospitals in a changing Europe*. Oxford, Open University Press, 2001. (Hastane sistemlerinin gelişimi)
11. Ackerknecht EH. *Geschichte der Medizin*. Stuttgart, Enke, 1986.
12. Foucault M. *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. London, Tavistock, 1973. (Kliniğin doğuşu: medikal algının arkeolojisi)
13. Aday LA, Begley AC, Lairson DR, Skater CH. *Evaluating the medical care system*. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1993. (Tıbbi bakım sisteminin değerlendirilmesi)
14. McKeown T. *The origins of human disease*. Oxford, Blackwell, 1993. (Beşeri hastalıkların temelleri)
15. Link BG, Phelan JC. McKeown and the idea that social conditions are fundamental causes of disease. *Am J Public Health*, 2002, 92(5):730-2. (McKeown ve sosyal koşulların hastalıkların esas sebebi olması fikri)
16. Colgrove J. The McKeown thesis: a historical controversy and its enduring influence. *Am J Public Health*, 2002, 92(5):725-9. (McKeown tezi: tarihsel bir anlaşmazlık ve süregelen etkisi)
17. Mackenbach JP. The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited. *J Clin Epidemiol*, 1996, 49(11):1207-1213. (Tıbbi bakımın ölüm oranlarının azalmasına katkısı)
18. Illich I. *Medical Nemesis*. 1975. (Tıbbi nemesis)
19. Carlson. *The end of medicine*. 1975. (Tıbbın sonu)
20. Kohn LT, Corrigan JM and Donaldson MS. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America, 2000.

- <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/> (Hata Yapmak insanca bir şeydir: saha güvenli bir system inşa etmek)
21. Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring, Vol. 1. The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press. Ann Arbor, Michigan, 1980. (Kalite değerlendirme ve izleme araştırmaları: Cilt 1. kalitenin tanımı ve değerlendirmesine yönelik yaklaşımlar)
 22. Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. 2. The criteria and standards of quality*. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1982. (Kalite değerlendirme ve izleme araştırmaları: Cilt 1. kalite kriterleri ve standartları)
 23. Palmer H, Donabedian A & Povar GJ. *Striving for quality in health care: an inquiry into policy and practice*. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1991. (Sağlık hizmetlerinde kalite çabası: politika ve uygulama araştırması)
 24. Epstein AM. *The outcomes movement will it get us where we want to go? New England Journal of Medicine*, 1990,26 (4):232, 266-270. (Sonuçlar hareketi, bizi istediğimiz yere götürecektir mi?)
 25. Garcia-Barbero M. Evolution of health care systems. In: Pelikan JM, Krajic K & Lobnig H (ed.). *Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects*. Gamburg, G. Conrad Health Promotion Publications, 1998, 27-30. (Sağlık sistemlerinin değerlendirilmesi)
 26. Doherty D. Challenges for Health Policy in Europe – What Role Can Health Promotion Play? In: Pelikan JM, Krajic K & Lobnig H (ed.). *Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects*. Gamburg, G Conrad Health Promotion Publications, 1998, 36-41. (Avrupa’da sağlık politikası zorlukları – Sağlığın teşviki nasıl bir rol oynayabilir)
 27. Müller B, Münch E & Badura B. *Gesundheitsförderliche Oganisationsgestaltung im Krankenhaus. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Interventionsmodell*. Weinheim, Juventa, 1997.
 28. Ogden J. *Health Psychology: A Textbook*. Buckingham, Open University Press, 1996. (Sağlık psikolojisi)
 29. Florin D & Basham S. Evaluation of health promotion in clinical settings. In: Thorogood M & Coombes Y (ed.). *Evaluating health promotion. Practice and methods*. Oxford, Oxford University Press, 2000, 140-150. (Klinik ortamlardan sağlık teşvikinin değerlendirilmesi)
 30. Murray CL (ed.). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Geneva, World Health Organization, 1996. (1990 yılı için Küresel hastalık yükü: Hastalık, yaralanma ve risk faktörlerinden kaynaklanan ölüm ve sakatlıklarla ilgili kapsamlı değerlendirme ve 2020 projeksiyonları)
 31. Badura B, Grande G, Janßen H & Schott T. *Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Ein Vergleich ambulanter und stationärer Versorgung*. Weinheim, Juventa, 1995.
 32. Pelikan JM, Garcia-Barbero M, Lobnig H & Krajic K (ed.). *Pathways to a health promoting hospital*. Gamburg, G Conrad Health Promotion Publications, 1998. (Sağlığı teşvik eden bir hastaneye giden yollar)
 33. Pelikan JM, Krajic K & Lobnig H. (ed.). *Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects*. Gamburg, G Conrad Health Promotion Publications, 1998. (Sağlığı teşvik eden hastane projelerinin fizibilite, etkinlik, kalite ve sürdürülebilirliği)
 34. *Health promoting Hospitals – Short report from the co-operating centre for the period 1999/2000*. Presentation given at the 8th International Conference of HPH. Athens, Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine (LBI), 2000. (Sağlığı teşvik eden hastaneler – 1999/2000 dönemi için işbirliği merkezinden kısa rapor)
 35. Groene O. *Evaluating Health Promotion Programmes in Hospitals. Methodological and Practical Issues*. Master Thesis. The London School of Hygiene & Tropical Medicine. London, 2000. (Hastanelerdeki sağlığı teşvik programlarının değerlendirilmesi)
 36. Johnson A & Baum F. Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promotion International*, 2001, 16, (3):281-287. (Sağlığı teşvik eden hastaneler: sağlığın teşviki konusund farklı kurumsal yaklaşımların tipolojisi)
 37. Speller V, Learmonth A & Harrison D. The search for evidence of effective health promotion. *BMJ*, 1997, 315 (7104):361-363. (Etkili sağlık teşvikinin kanıt arayışı)

38. Scott D & Weston R. *Evaluating health promotion*. Cheltenham, Stanley Thornes, 1998. (Sağlığın teşvikinin değerlendirilmesi)
39. Nutbeam D. The challenge to provide 'evidence' in health promotion. *Health Promotion International*, 1999,14, (2):99-101. (Sağlığın teşvikinde "kanıt" sağlama zorluğu)
40. *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education*. Part One: Core Document. Part Two: Evidence Book, 1999. (Sağlığı teşvik etkinliğinin kanıtı: Yeni Avrupa'da halk sağlığının şekillendirilmesi)
41. McKee M. Settings 3: health promotion in the health care sector. In: *The evidence of health promotion effectiveness: Shaping public health in a new Europe*. Luxembourg, European Commission, 1999, 123-133. (Ortam 3: sağlık sektöründe sağlığın teşviki)
42. *5th Global Conference on Health Promotion*. Mexico, 2000. <http://www.who.int/hpr> (5. Küresel Sağlığın Teşviki Konferansı)
43. *9th International Conference of HPH* <http://www.euro.who.int/healthpromohosp/> (9. Uluslararası Sağlığı Teşvik Eden Hastane Konferansı)
44. *Health Promotion Glossary*. Geneva, World Health Organization, 1998. (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf) (Sağlığın Teşvik Sözlüğü)
45. Thorogood M & Coombes Y (ed.). *Evaluating health promotion. Practice and methods*. Oxford, Oxford University Press, 2000. (Sağlığın teşvikinin değerlendirilmesi: uygulama ve yöntemler)
46. Green LW. Evaluation and measurement: some dilemmas for health education. *American Journal of Public Health*, 1977, 67:155-161. (Değerlendirme ve ölçüm: sağlık eğitimine yönelik bazı ikilemler)
47. Rootman I, Goodstadt M, McQueen et al. (ed.). *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000. (Sağlığın teşvikinde değerlendirme: ilkeler ve bakış açıları)
48. McQueen DV. Perspectives on health promotion: theory, evidence, practice and the emergence of complexity. *Health Promotion International*, 2000, 15: 95-97. (Sağlığın teşviki ile ilgili bakış açıları: teori, kanıt, uygulama ve karmaşanın ortaya çıkışı)
49. McQueen DV. *Strengthening the evidence base for health promotion. A report on evidence for the Fifth Global Conference on Health Promotion*. Mexico City, 5-9 June 2000. (Sağlığın teşviki için kanıt temelini iyileştirilmesi)
50. McDonald G. Where next for evaluation? *Health Promotion International*, 1996, 11: 3:171-173. (Değerlendirme için bir sonraki durak neresi))
51. Nutbeam D. Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 1998; 13:27-44. (Sağlığın teşvikinin değerlendirilmesi – ilerleme, sorunlar ve çözümler)
52. *WHO Health Promoting Hospitals Database*: <http://data.euro.who.int/hph/> (DSÖ Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Veritabanı)
53. Report on the Fourth Workshop of National/Regional Health Promoting Hospitals Network Coordinators. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (EUR/ICP/DLVT 01 01 05) http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1 (Ulusal/Bölgesel Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Ağı Koordinatörleri 4. çalıştay konulu rapor)
54. Report on the Fifth Workshop of National/Regional Health Promoting Hospitals Network Coordinators. . Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (EUR/ICP/DLVT 05 03 02). http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1 (Ulusal/Bölgesel Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Ağı Koordinatörleri 5. çalıştay konulu rapor)
55. Auamkul N et al. *Result of a self-assessment of Health Promoting Hospitals Implementation in Thailand*.2002. <http://www.anamai.moph.go.th/newsletter/Presentation/HPHThailand.pdf> (Tayland'daki sağlığı teşvik eden hastaneler uygulamasının kendi kendini değerlendirmesini sonuçları)
56. Groene O. Managerial experiences of Health Promoting Hospitals Networks. In: *Health Promoting Hospitals Newsletter No 11*, June 1998 <http://www.univie.ac.at/hph/> (Sağlığı teşvik eden hastaneler ağının yönetsel deneyimleri)
57. *Annual Reports on Progress of National and Regional Health Promoting Hospitals Networks*. http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1 Ulusal ve Bölgesel Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Ağlarının Yıllık İlerleme Raporları)

2. Hastanelerde Sağlığın Teşvik Edilmesine Yönelik Kanıtlar (Hanne Tønnesen, Anne Mette Fugleholm & Svend Juul Jørgensen)

Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler kendilerini sağlığın teşvik edilmesi uygulamalarının günlük faaliyetler içine entegre edilmesine ve hasta katılımını teşvik eden, tüm profesyonelleri içine alan, hasta haklarını geliştiren ve hastanelerde sağlıklı bir çevrenin oluşturulmasını teşvik eden Viyana Tavsiyelerine uyulmasına adanışlardır. Bu nedenle, hastanelerde sağlığın teşvik edilmesi kavramı müdahaleleri ve faaliyetleri de kapsamına almaktadır. Sağlık teşvikinin etkili ve verimli uygulanması için geçerli standartlar ve kılavuzlara da en az diğer klinik faaliyetler için duyulduğu kadar gereksinim duyulmaktadır. Geniş çaplı müdahaleler için kanıt dayanağı daha sonraki bölümlerde ele alınacaktır.

2.1. Hastanelerde kanıta-dayalı sağlık teşviki

Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan semptomatik hastalara “tedavi edici” ilaçlar verilmesine karşılık, sağlık teşviki ve önleyici müdahaleler çoğunlukla bireylerin yaşamlarını değiştirme çabasındadır ve bu en yüksek seviyede “zarardan çok fayda sağlayacak koruyucu önlemler” şeklindeki randomize kanıtlara dayanmak zorundadır [1].

Uygulama kılavuzlarının eğer “uygulandığında sağlık kazanımlarına neden oluyor ve tahmini maliyeti karşılıyorsa” geçerli olduğu düşünülür [2] ve kılavuzların mutlaka deneme aşamasında geçerli yöntemleri kullanarak elde edilmiş kanıtlara dayalı olması gerekir. Kanıtlar genellikle aşağıdaki gibi sınıflandırılır:

- 1a: Kontrollü denemelerin meta-analizinden randomize şekilde elde edilen kanıtlar,
- 1b: Kontrollü en az bir denemeden randomize şekilde elde edilen kanıtlar,
- 2a: Kontrollü en az bir çalışmadan randomize olmayan şekilde elde edilen kanıtlar,
- 2b: Başka bir türden en az bir yarı deneysel çalışmadan elde edilen kanıtlar,
- 3: Karşılaştırmalı alışmalar, korelasyon çalışmaları ve örnek olay-kontrol çalışmaları gibi betimsel çalışmalardan elde edilen kanıtlar,
- 4: Uzman Kurulu raporları veya görüşlerinden ya da saygın yetkililerin klinik deneyimlerinden ya da her ikisinden birden elde edilen kanıtlar.

Sağlık teşviki yüksek düzeyli kanıta dayanmak zorundadır, örneğin mümkün oldukça 1a düzeyi, 1b ya da 2a düzeyi gibi kanıtlara dayalı olmalıdır. Zayıf

kanıtlar hastanelerde sağlık teşvikinin iyi klinik uygulamalarını tanımlamak için kullanılabilir, ancak 1a ya da 2a gibi kanıtlar bulunamaması durumunda yeni kanıtlar tespit etmeyle ilgili konular yeniden ele alınmalıdır.

Sağlık teşvikinin spektrumu konusundaki klinik denemeler de, tıpkı diğer randomize denemeler gibi aynı kalite kriterlerini karşılamak zorundadır. Bu kriterler: Dâhil olma ve çıkarılma kriterlerinin uygunluğu, ödeneğin gizli tutulması, hastaların ve sağlık profesyonellerinin saklı tutulması, veri toplanmasına ilişkin objektif ya da gizli yöntemler, veri analizine ilişkin geçerli ya da gizli yöntemler, izleme sürecinin bütünlüğü ve uzunluğu, sonuç ölçeklerinin uygunluğu ve sonuçların istatistiksel gücü şeklinde sıralanabilir.

Nitel çalışmaların büyük bir grubu kanıt tanımının dışında tutulmuştur. Bu tür çalışmalar seçilen insanların düşüncelerini ve hislerini tarif etmektedir ve belirli bir mülakatçının yorumuna ve yeterliğine ve ayrıca somut bir bağlama dayanmaktadır. Bu tür çalışmalar bir uygulama süreci için önemlidir ve yeni hipotezlerin ortaya çıkarılmasını sağlayabilir, ancak sonuçlar çok nadiren genellenebilir. Bu yüzden hem nitel araştırmaların hem de nicel çalışmaların her ikisini de kullanmak, araştırma ve uygulama için yeni alanların keşfedilmesi açısından eşiz bir kombinasyon oluşturacaktır.

3.1. Kullanılan kavramlar

Halk sağlığında, hastalıkların önlenmesi kavramı genellikle a) hastalığın oluşmasını önleme şeklindeki birincil hastalık önleme aşaması, b) hastalığı erken safhada tespit etme ve gelişmesini önleme şeklindeki ikincil hastalık önleme aşaması, c) hastalığın kötüleşmesini ya da yeniden nüksetmesini önleme ve fonksiyonel düzeyin devamlılığını sağlama şeklindeki üçüncül hastalık önleme veya rehabilitasyon aşaması şeklinde tanımlanmaktadır.

Geleneksel olarak hastaneler temel olarak ikincil ve üçüncül aşamadaki hastalık önleme tedbirlerine ilişkin görevleri yerine getirirler, buna karşılık asıl sektör ve diğer sosyal kurumlar birincil önlemeyle ilgilenmektedirler. Bununla birlikte, aynı zamanda hastanelerin de birincil önlemede önemli rol oynayabilecekleri düşüncesi artarak kabul görmeye devam etmektedir.

Sağlığın teşvik edilmesini klinik faaliyetlerin içerisine entegre ederken, normal pratik uygulamalar, personel ve halk arasındaki hasta yollarını birbirinden ayırt edecek bir sınıflandırma kullanmayı daha anlamlı hale getirmektedir.

- Hastalar: Tüm hastalara sunulması gereken ve tüm hasta yollarını ilgilendiren genel sağlık teşviki. Belli bir teşhis grubuna ait olmasıyla karakterize olacak şekilde ya da başka türlü tanımlanmış hasta gruplarında yüz yüze yapılan spesifik sağlık teşviki.
- Personel: Sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamında çalışmayı amaçlayan genel sağlık teşviki. Sağlığın teşvik edilmesiyle klinik olarak ilgili alanlarda eğitim.

— Halk: İlgili yapılar ve organizasyonlarla işbirliği. Sağlığın teşvik edilmesi hakkında bilgiler ve vatandaşlar için somut hizmetler.

Genel sağlık teşviki; tütün, alkol, beslenme, fiziksel faaliyet ve psiko-sosyal konular gibi sağlık ve hastalıkların genel belirleyici etkenleriyle ilgilenmektedir. Bu konuyla ilgili örneklerden birisi, bireysel davranışları (alkol tüketimi, sigara kullanma vb.) etkilemeyi amaçlayan faaliyetleri içeren yaşam tarzına yönelik müdahaledir. Yaşam tarzı müdahalesi; danışma, tavsiyeler ve hastaların becerilerini ve kapasitelerini geliştirmek için hastalara destek olma gibi faaliyetleri kapsamaktadır.

Spesifik sağlık teşviki; özel hasta grupları için önemli olan durumlarla ilgilenmektedir. Bu konunun örnekleri; diyabet hastalarındaki komplikasyonların önlenmesi, astım hastalarının eğitimi, kalp hastalıklarıyla ilgili rehabilitasyon vb. konuları kapsamaktadır. Hastalıkla ilişkili sağlık teşvikindeki önemli bir unsur da hastanın kendi durumunu yönetme yeteneğini güçlendirmektir.

2.3. Hastanelerde sağlığın teşviki politikası

Hastaneler, hem fiziksel hem de zihinsel olarak klinik işlerle ilgili pek çok durumla karşılaşan çok sayıda çalışanı bulanan özel bir tür işyerleridir. Çalışma ortamı kurallarına rağmen, çok sayıda tehlikeye maruz kalmaktan ve risk içeren durumdan kaçınılması mümkün değildir. Bu nedenle, hastanelerin bir sağlık teşviki politikasına sahip olması gerekir.

Tedavi ve prognoz için yaşam tarzı faktörlerinin önemine dair mevcut bilgilere dayanarak; tüm hastaneler personelleri için olduğu kadar, bireysel hasta yollarının entegre bir parçası olarak da sağlık teşviki için politika, danışmanlık hizmetleri, eğitim ve destek konularında atılacak adımlar belirlemelidirler.

Bir sağlık teşviki politikasının hastanelerdeki etkisi, yalnızca düşük düzeyde kanıt sağlayan betimleyici çalışmalara dayanmaktadır.

2.4. Hastane personeli için sağlığın teşvik edilmesi

Sağlık hizmetleri sektöründe çalışanlar; hem sağlıklı bir ortama kavuşmak için ne yapılması gerektiği hakkında örnekler sunmak suretiyle hem de halk sağlığı politikasının birer destekleyicisi olarak davranma yetkilerini kullanarak ya da bireysel olarak hastalara veya vatandaşlara tavsiyelerde bulunarak sağlığın teşvik edilmesinde önemli bir rol oynayabilirler [3].

Sağlığın teşvik edilmesinde ve hasta eğitiminde kullanılan öğrenme ve öğretme yöntemleri de kanıta dayandırılmalıdır [4]. Sağlık hizmetleri personelinin bireysel yaşam tarzından kaynaklanan alışkanlıkları, tutumları ve yetenekleri onların önleme konularını ele alış şeklini etkilemektedir.

Sigara içme alışkanlığı olan personel genellikle sigara içmenin bir risk faktörü olarak rolünü hafife almaktadır, buna karşılık sigara içmeyenler bazı durumlarda bu risk faktörüne olduğundan fazla değer vermektedirler. Bu nedenle, sigara içenler genel olarak hastalara yaşam tarzı konuları hakkında tavsiyelerde bulunmak konusuna yatkındırlar, aynı durum bu alanda çok az eğitimi olduğunu düşünen personel içinde söz konusudur [5]. Sigara içen personel hastalara aktarmaları gereken sağlık bilgilerini davranışlarıyla göstermek yoluyla aktarmamaktadırlar; çünkü davranışlarıyla bilgileri arasında kavramaya ya da idrake ilişkin bir uyumsuzluk bulunmaktadır, örneğin personelin ya sigara içmeyi bırakması ya da hastalar için verdiği tavsiyeleri hiçe sayarak, bildiklerini bilmezlikten gelmesi gerekir.

İlginç bir şekilde, sigarayı bırakan personel hastalar arasında olumlu yönde bir iyileşme etkisine neden olan müdahaleler başlatmaktadır. Bazı özel bazı yetenekleri kullanmak da günlük klinik yaşam sürecinde entegrasyonu geliştirmenin diğer bir yoludur. Aşağıdaki şekil, akut hastalığı olan ve tıbbi tedavi görmesi gereken hastalar için sigarayı bırakmaya ilişkin bir uygulama çalışmasının sonuçlarını göstermektedir. Uygulanma oranları, acil bölümünde, normal personel ve uzman hemşirelere yönelik olarak birbirini izleyen üç dönemde ve her biri 100 hastayı kapsayan “spontane” güdusel danışmanlık için belirtilmiştir [6]. Uzmanlaşmış personel sigarayı bırakma konusunda diğer personelden daha fazla sistematik tavsiye önermektedir.

2. 5. Genel sağlık teşvikine yönelik kanıtlar

Yaşam tarzı faktörlerine ilişkin olarak sağlık teşvikinin etkisi için bir dokümantasyon çalışması vardır. Bu çalışma aşağıdaki başlıklarda bilgilendirmeyi içermektedir.

2.5.1. Tütün

Tütün çok çeşitli hastalıklara neden olmaktadır. Sigara içmek iskemik kalp hastalıklarının tümü için meydana gelme sebepleri içinde % 30'luk bir yer tutmaktadır, akciğer kanserinin % 90'ı, kronik obstrüktif akciğer hastalıklarının (sigara içenlerin akciğerleri) % 75'i ve kalça kırığının % 6'sı için meydana gelme nedenidir. Hastalıklar sigara içenlerde sadece daha sık ortaya çıkmakla kalmayıp, aynı zamanda sigara içmeyenlerle kıyaslandığında daha erken yaşlarda da görülmektedir. Örneğin Danimarka'daki serebral enfarktüs (beyin damarlarında tıkanıklık) hastaları arasındaki araştırmalar sigara içenlerin bu hastalığa sigara içmeyenlere göre on yıl daha erken yakalandığını ortaya koymaktadır. Nüfusla ilgili çalışmalar göstermektedir ki sigara içenler arasında hastaneye yatma oranı sigara içmeyenlere göre iki kat daha fazladır [8].

Hastaların büyük bir miktarının hastaneye kabulü hastaların yaşam tarzıyla ilgilidir. Hastaneye yatış nedenleri içinde tütüne bağlı hastalıklar sıradan bir hastane koşuundaki tüm kabullerin %30'unu oluşturmaktadır [9]. Tütün aynı zamanda, diğer pek çok hastaneye kabul nedeni içinde dolaylı olarak rol

oyunmaktadır. Sigara içmek ayrıca tedavinin sonuçlarını da etkilemektedir. Yüksek tansiyon hastaları için tıbbi tedavi, baş ve boyun kanserinin radyasyon tedavisi (radyoterapi), damar sertliği ve yaraların tedavisi sigara içmeyenlerle kıyaslandığında içenlerde daha az etkili olmaktadır, bu konuya ilişkin çok sayıda belgeye dayalı kanıt bulunmaktadır. Sigara içmek bağışıklık sistemini etkilemekte ve enfeksiyon hastaları için hastanede kalma süresinin uzamasında önemli bir rol oynamaktadır.

Hastaların uzun vadeli durumları ve prognozları da etkilenmektedir. Miyokard enfarktüsü geçirmesini müteakiben sigarayı bırakan hastaların, daha sonraki iki yıl içinde hastalığın tekrar nüksetme riskini % 50 oranında azalttığına ilişkin belgeye dayalı kanıtlar mevcuttur. Hastaların planlanmadık şekilde yeniden hastaneye kabulleri sağlık hizmetleri sektörü için hatırı sayılır masraflara neden olmaktadır. Sigara içenler içmeyenlerle kıyaslandığında, hastaneye tekrar kabulleri yaklaşık iki kat daha fazladır [10]. Araştırmalar göstermektedir ki: yeniden kabullerin ortalama oranı toplamda % 16 ile % 27 arasındadır; iskemik kalp hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) ve akciğer kanseri hastaları için yeniden hastaneye kabul oranı son derece yüksek bir oran olarak ortaya çıkmaktadır [11].

Sigarayı bırakmanın semptomlar ve sağlık üzerindeki etkilerine dair belgelere dayalı kanıtlar mevcuttur [12]. Çok sayıda araştırma tütüne maruz kalma (sigara içme alışkanlığının süresi ve solunan sigara dumanı miktarı) ve hastalığın oluşması arasında bir doz-davranış ilişkisi bulunduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, bir insanın ne kadar süre sigara içmeden yaşadığı ve hastalık riskinin azalması arasında da doğru orantılı bir ilişki vardır. Son araştırmalar, 65 yaşında bile olsa sigarayı bırakmanın sağlık üzerinde olumlu etkisi olduğunu ve hastalıklılığı azalttığını belgelemektedir [13] Buna karşın tüketilen sigara miktarında bir azaltmaya gitmek hiçbir belirleyici rol oynamamaktadır.

Kısacası, belgelere dayalı kanıtlar sigarayı bırakmayla ilgili şunları göstermektedir:

- Sağlıklı içicilerdeki öksürme ve balgam çıkarmak gibi akciğer hastalıklarını azaltmakta ya da ortadan kaldırmaktadır,
- Yerleşik kronik akciğer hastalığı görülen hastalarda akciğer fonksiyonunun gelecekteki kaybını normalleştirmektedir,
- Sonraki beş yılda kanser riskini yarıya düşürmektedir (ancak daha önce çok fazla miktarda içmiş olanlar hayatlarının geriye kalan kısmında akciğer kanseri riskini yüksek oranda taşımaya devam etmektedirler),
- Kalp ve beyin damarlarında tıkanıklık riskinde anında bir düşmeye neden olmaktadır,
- Akut miyokard infarksiyonu müteakip yıllar içinde başka bir infarksiyon ya da buna bağlı ölüm riskini yarı yarıya azaltmaktadır,
- Damar sertliği ve bağlantılı hastalıkların riskini azaltmaktadır,
- Osteoporoz ve bunun neden olduğu kalça kırığı riskini azaltmaktadır,
- Hamileliğin ilk 3 ya da 4 ayında bırakılırsa, prematüre bebek doğurma riskini azaltmaktadır,

- Diyabet hastalarındaki geç komplikasyonların riskini azaltmaktadır,
- Yara ve dokuların iyileşmesindeki geç iyileşme sürecini düzeltmektedir.

Kanıtlar, yüksek seviyede kanıt sunan, sigara içmeyle ilgili betimleyici çalışmalara ve sigarayı bırakmayla ilgili randomize klinik çalışmalara dayanmaktadır.

2.5.3. Alkol

Çok miktarda alkol tüketimi zatürree, enfeksiyonlar, ishal ve malabsorbsiyon, kanserin yayılımı, alkolik olmayan karaciğer hastalığı, yüksek tansiyon, iyi düzenlenmemiş diyabet, sıvı ve elektrolit dengesizlikleri gibi hastalıkların risklerini artırır. Alkol tüketimi yüksek olan hastalar hastanelere daha çok kabul edilirler; hastanelere kabul edilen erkeklerin yaklaşık % 20'si ve kadınların % 10'u önerilen uluslar arası limitlerden daha fazla alkol tüketmektedir.

Hastaların alkol tüketimi aynı zamanda tedavi ve bakımın sonuçlarını da etkilemektedir. Zayıf bağışıklık işlevi, subklinik ya da klinik kalple ilgili fonksiyon bozukluğu, hemostatik dengesizlik, yaranın geç iyileşmesi ve yavaş doku ve kemik eksilmesi, miyopati ve artmış stres-tepki gibi hastalıkları içine alan mekanizmaların hepsi hastaların hastanede kalma süresinin uzamasına neden olmaktadır [15].

Alkol kullanımını bırakmanın ya da bir dereceye kadar azaltmanın şunlara neden olduğu belgelerle kanıtlanmıştır:

- Siroz ve pankreatit gibi alkolle ilgili bozukluklardan dolayı hastaneye daha az kabul,
- Zehirlenme, alkolizm ve alkol psikozundan dolayı hastaneye daha az kabul,
- daha az enfeksiyon (özellikle zatürree ve tüberküloz),
- Yara ve kemik iyileşmesinde ilerleme,
- Kalp fonksiyonlarında ve kan basıncında iyileşme,
- Bazı alkolik olmayan hastalıkların sonuçlarında (kalan etkiler arasında) iyileşme

Kanıtlar, yüksek seviyede kanıt sunan, alkol tüketimiyle ilgili betimleyici çalışmalara ve alkol kullanımını bırakmayla ilgili randomize klinik çalışmalara ve ayrıca aşırı alkol tüketimiyle ilgili gönüllü randomize çalışmalara dayanmaktadır.

Çok miktarda alkol tüketimi tüm organları kapsayan çeşitli hastalıklara neden olmaktadır, aşağıdaki şekle bakınız.

2.5.4. Fiziksel aktivite

Fiziksel aktivite eksikliği tip 2 diyabetin ortaya çıkmasında artış, fazla kilo, kanda yüksek yağ seviyesi, yüksek tansiyon ve metabolik sendrom gelişimi gibi rahatsızlıklarla ilişkilendirilir.

Düzenli fiziksel aktivite sonuçları [16]:

- Genelde kardiyovasküler hastalık gelişimi ve özelde de iskemik kalp hastalığı riskini azaltır,
- Tip 2 diyabeti gelişimi riskini azaltır,
- Orta yaşlı ve yaşlı kişilerde, her iki cinsiyette de ölüm oranlarını azaltır,
- Kemik yoğunluğunun gelişimini güçlendirir, yaşa bağlı kemik mineral içeriğindeki azalmayı sınırlandırır ve osteoporoz gelişimi önler,
- Yüksek tansiyonu önler ve düşürür,
- Fazla kilolu olmayı önler,
- Depresyonu önler, tansiyonu düşürür, özsaygıyı artırır,
- Yaşlı hastalardaki kas kütlesi kaybını önler ve düşme riskini azaltır.

Beden eğitimi bazı rehabilitasyon programlarında önemli bir unsurdur, örneğin kardiyak rehabilitasyonu, kronik obstrüktif ciğer hastalığı, cerrahi rehabilitasyon, psikiyatrik rehabilitasyon vb. bu grupta sayılabilir.

Miyokardiyal enfaktüs geçirmiş hastalarda beden eğitimi, daha sonraki ilk üç yılda başka bir infarksiyon riskini % 25 oranında azaltır. Eğitim aynı zamanda romatoid artrit hastalarının ve artrit hastalarının harekete getirilmesinde önemli bir unsurdur ve araştırmalar yürüyüş şeklindeki egzersizlerin diz veya kalça ameliyatı olmayı bekleyen hastalar için cerrahi müdahale zamanını ertelediğini göstermiştir.

Kanıtlar, fiziksel aktiviteyle ilgili betimleyici çalışmalara ve randomize klinik çalışmalara dayanmaktadır.

2.5.5. Beslenme

Avrupa nüfusunda kilo fazlalığı en yaygın sağlık sorunudur. Fazla kiloluğun artan prevalansı giderek artan sayıda insanın diyabet, kardiyovasküler hastalık, hareket travmaları ve hormonlara bağlı kanserlere yakalanmasına neden olmaktadır. Ancak bununla birlikte, hastaneler tarafından karşılaşılan bir diğer problem de yetersiz beslenmedir. Araştırmalara göre; hastane hastalarının yaklaşık % 30'u hastaneye kabul edildiklerinde iyi beslenmemiş haldedirler. Aynı zamanda araştırmalar; hastanede buldukları süre zarfında hastaların besin tüketiminin çoğunlukla gerçek ihtiyaçlarının ancak % 60'ını karşılayabildiğini göstermektedir [17].

Yetersiz beslenen hastaların iyi beslenen hastalarla kıyaslandığında onlardan daha yüksek oranda artan hastalıklılık ve ölüm oranlarına sahip olduklarına ilişkin kanıtlar mevcuttur. Aynı zamanda, beslenme durumunun sistematik olarak izlenmesinin ve hastaneye kabul sırasında düzenli beslenme tedavisinin yara enfeksiyonu riskini azalttığına ve hastanede kalma süresini

kısalttığına ve ayrıca daha hızlı bir nekahet dönemi geçirilmesine katkıda bulunduğuna dair kanıtlar mevcuttur [18].

Yetersiz beslenen hastalarla ilgili olarak beslenme müdahalelerinin aşağıdaki sonuçları sağladığına ilişkin kanıtlar mevcuttur [19].

- Kronik akciğer hastalarında akciğer fonksiyonlarını ve yürüyüş mesafesini iyileştirir,
- Kanser hastalarında kilo ve kas kütlelerini artırır,
- Fiziksel aktiviteyi artırır ve yaşlı hastalarda ölüm oranlarını azaltır,
- Akut böbrek yetmezliği hastalarında ölüm oranını azaltır.

Kanıtlar, birkaç randomize klinik çalışmaya dayanmaktadır.

2.6. Hastanenin görevlerine yönelik tavsiyeler

Hastanelerde sağlık teşvikiyle ilgili olarak hastalara tavsiyeler, kılavuzlar ve destek verilmesi gerektiği konusunda uluslararası bir fikir birliği vardır. Sağlık teşviki riskli durumların belirlenmesini ve bu durumların, değişiklik tavsiyelerinin ve bu değişiklikleri gerçekleştirmek için gereken aktif desteğin önemi hakkında hastanın bilgi sahibi olmasını sağlar. Genel hastane uygulamalarında uygulanması gereken aşağıdaki müdahaleler için kanıtlar mevcuttur:

Tütün:

- Sigara içenlerin belirlenmesi ve haklarında tam bir tütün tarihi tespit edilmesi
- Zararlı etkiler, sağlık kazançları ve sigarayı bırakma imkânları hakkında hastalara sözlü ve yazılı bilgi verilmesi,
- Sigarayı bırakmayla ilgili tavsiye ve öneriler,
- sigarayı bırakma servisleri kurulması ve sigarayı bırakma danışmanlığının tedavinin bir parçası olarak entegre edilmesi

Alkol:

- ICD–10 kriterlerine göre alkol bağımlısı ve alkolden zarar görmüş hastaların belirlenmesi,
- Zararlı etkiler, sağlık kazançları ve alkol tüketimini bırakmak ya da azaltmak için yardım imkânları hakkında hastalara sözlü ve yazılı bilgi verilmesi,
- Çok fazla alkol tüketenlerin bırakması ya da azaltması için öneriler,
- Kısa ve öz müdahaleler önerilmesi (zararlı kullanım için) ya da alkol birimine yönlendirme (bağımlı kullanım için)

Fiziksel aktivite:

- Fiziksel aktivite hakkında danışmanlık hizmetine ihtiyaç duyan hastaların belirlenmesi,
- Uluslararası kılavuzlara uygun biçimde egzersizler hakkında danışmanlık ve departman ile daha sonra bağlantı halinde olarak izleme ve danışmanlık,

- İlgili hastalar (kalp ve akciğer hastaları, diyabet, cerrahi, psikiyatri, fazla kilo ve eksik kilo hastaları) için sistematik eğitimi programları oluşturmak

Beslenme:

- Yetersiz beslenen hastaların ve yetersiz beslenme riski altındaki hastaların belirlenmesi,
- İlgili beslenme tedavisinin başlanması ve hastanın hastanede kaldığı süre boyunca vücut ağırlığının ve gıda tüketiminin gözlemlenmeye devam edilmesi,
- Taburcu olmasıyla ilgili (kendi doktoruyla, evdeki bakıcıyla, pratisyen hekimle) bilgi iletişimi,
- Fazla kilolu hastaların belirlenmesi ve diyabet ve diğer komplikasyonlar için incelenmesi,
- Diyet ve fiziksel aktivite hakkında danışmanlık,
- İlgili hastalar için sistematik eğitim programları oluşturmak,
- Temel sağlık hizmetleri sektöründe izleme imkânlarının sağlanması.

2.7. Sistematik müdahale ve hasta eğitimi

Sağlık danışmanlığının amacı bireyin yaşam tarzına ilişkin değişiklik sürecinin desteklenmesini sağlamaktır. Sağlık danışmanlığı davranış değişikliği teorileri üzerine bina edilmiştir [20]. Bu teoriler bireylerin davranışlarını değiştirdikleri durumlarda içinden geçtikleri safhaları ve süreçleri tarif etmektedir. Model davranışsal değişikliği bir dairesel süreç olarak tanımlamaktadır. Çoğu insan nihayetinde davranışlarını değiştirmeden önce bu süreçten birkaç kez geçmektedir.

Sağlık danışmanlığı hastayla gerçekleştirilecek bir diyalogdan oluşmaktadır ve şunlara dayanmaktadır:

- Tütün ve alkolün sağlık üzerindeki etkisi hakkında hastanın bilgisi ve bırakmanın ya da azaltmanın hastalık, tedavi ve sağlık açısından önemi,
- Üzerinde düşünülen tüketimle ilgili olarak hastanın fikirleri, hisleri ve tutumları,
- Hastanın alışkanlıklarını değiştirmeye çalıştığı zamanlardaki daha önceki deneyimleri,
- Tüketimle ilgili hastanın duygularının tanınması,
- Tüketimle ilgili hastanın seçiminin kabul edilmesi,
- Hastanın kabullendiği değişiklik aşamasına uygun şekilde görüşme sonuçları için gerçekçi hedefler belirlemek.

Sağlık danışmanlığının yaşam tarzı değişikliklerini motive etmek amacıyla da kullanılabileceğine dair kanıtlar mevcuttur [21]. 1996'dan beri the Bispebjerg Hospital (Kopenhag, Danimarka), tütün ve alkol tüketimiyle ilgili olarak, ayakta tedavi edilen hastaları, elektif hastaları, günlük hastaları ve akut halde kabul edilmiş hastaları da dâhil edecek şekilde tüm hastalar için sağlık

danışmanlığını içeren sistematik müdahale planı geliştirmek için uğraşmaktadır.

Müdahale, hastanenin ilgili klinik departmanlarından sağlık hizmetleri çalışanlarının oluşturduğu birkaç bilim dalıyla ilgili bir grup tarafından geliştirilen klinik kılavuzlara dayanmaktadır. Bu klinik kılavuzlar, tütün ve alkol bağlantılı hastalıkların hastanelerde tedavisiyle ilgili uluslar arası kılavuzlara tam uygun biçimde hazırlanmıştır. Tüm klinik departmanlarda yılda iki kez gerçekleştirilen rutin denetimlerde kullanılan tütün göstergeleri aşağıda verilmiştir:

Tablo 1: Rutin denetimler için tütünle-bağlantılı göstergeler

No	Tütünlle ilgili olarak sistematik müdahalelere yönelik göstergeler	Evet	Hayır
1	Sigara kullanma alışkanlıkları tıbbi kayıta belgelendirilmiş mi?		
2	Hasta her gün sigara kullanıyor mu?		
3	Hastanın semptomları, tedavisi ve prognozu üzerinde tütünün etkisi konusunda bilgi verildi mi?		
4	Müdahale, klinik kılavuzlara uygun olarak mı başlatıldı?		
5	Motivasyonsal istişare yapıldı mı?		
6	Hasta sigarayı bırakma kliniğine kabul edildi mi?		

Risk faktörleri (tütün, alkol, beslenme ve fiziksel aktivite) için incelemenin ardından, sağlık danışmanlığının tüm hastalara sistematik biçimde önerilmesi ve ilgili müdahalenin süreci izleme yoluyla önerilmesi tavsiye edilmektedir.

2.8. Spesifik müdahale için kanıt

Spesifik önleme, spesifik bir hasta grubuyla ilgili önleme aktiviteleriyle ilgilenmektedir. Hasta eğitimi ve rehabilitasyon programları bunun birer örneğidir. Hastanın kendi hastalığını yönetme yeteneğini desteklemeyi amaçlayan rehabilitasyon programları bu yüzden bazı hasta grupları için klinik kılavuzların bir parçasıdır, bu sadece bir ek destek olarak değil tedavinin bir parçası olarak yapılmaktadır [22]. Çeşitli eğitim ve rehabilitasyon programları içlerinde çok yaygın unsurları barındırmaktadır, örneğin sigarayı bırakma, alkol kullanımını bırakma ya da azaltma, fiziksel aktivite, beslenme, psikolojik destek, hasta eğitimi ve tıbbi tedavinin (cerrahi ya da psikiyatrik) optimize edilmesiyle ilgili danışmanlık hizmetleri bunlardan bazılarıdır.

2.8.1. Kalp hastaları

İskemik kalp hastalığı, hastane sektöründeki en büyük hasta gruplarından birisidir ve tüm sağlık sektörü üzerindeki, en büyük ve giderek daha da büyüyen talep sıkıştırmasının da kaynağıdır. Eskiden kalp hastalarının rehabilitasyonu öncelikli olarak beden eğitimi üzerine odaklanıyordu, ancak son 10–15 yılda elde edilen bilimsel sonuçların oluşturduğu arka planın aksine, kalp rehabilitasyonu aşağıdaki elemanları da kapsamına alacak şekilde genişletildi:

- Beden eğitimi,
- Yaşam tarzı müdahalesi ve risk faktörü kontrolü: yeme alışkanlıklarını değiştirmek için destek, sigarayı bırakmak, alkol kullanımını azaltmak, makul düzeyde beden eğitimi ve koruyucu tıbbi tedavi,
- Hasta eğitimi,
- Psiko-sosyal bakım,
- Semptomların tıbbi tedavisi,
- Sistemik kontrol ve izleme.

Uluslar arası, kontrollü çalışmalardan elde edilen sonuçlar kalp rehabilitasyonunun aşağıdaki şekilde önemli sağlık sonuçları sağlayabileceğine dair kanıtlar göstermektedir [23, 24, 25]:

- Hastaneye kabul sayılarında, hem yeniden kabullerde hem de genel kardiyak kabullerinde azalma,
- Hastanın fonksiyonel düzeyinin devam ettirilmesi,
- Yaşam kalitesiyle ilgili hastanın sağlığının iyileştirilmesi,
- Genel risk faktörü kontrolünün yaşam tarzı değişikliği ve geliştirilmiş tıbbi uyum aracılığıyla iyileştirilmesi.

Kardiyak rehabilitasyonunun ne kadar önemli olduğuna ilişkin yüksek seviyede kanıtlar mevcuttur.

2.8.2. Kronik akciğer hastaları

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) sık ortaya çıkan bir hastalıktır ve Avrupa'daki tıbbi departmanlarda hasta kabulü sebeplerinin yaklaşık % 20 ile 25'lik bir bölümünü oluşturmaktadır. KOAH, Danimarka'da en çok kaynak gerektiren beş hastalıktan birisidir. Son 20 yıl içinde çok sayıda farklı akciğer rehabilitasyonu programları geliştirilmiş ve test edilmiştir ve bu programların aşağıdaki sonuçlara neden olduğuna dair belgeye dayalı kanıtlar mevcuttur [26, 27]:

- Nefes alma güçlüğü'nün hafifletilmesi,
- Hastanın yürüyebildiği mesafede artış,
- Geliştirilmiş fiziksel aktivite,
- Günlük yaşamda fonksiyonel seviyenin geliştirilmesi,
- Yaşam kalitesinin iyileştirilmesi,
- Hastalıkla ve hastalığın daha kötüleşmesiyle başa çıkma yeteneğinin geliştirilmesi,
- Daha az sayıda hastaneye kabul.

KOAH rehabilitasyon programlarının optimum yapısının, içeriğinin ve süresinin ne olduğu hala belirgin değildir, ancak bununla birlikte asgari düzeyde aşağıdaki unsurların dâhil edileceği konusunda bir fikir birliği vardır:

- Sigarayı bırakma yardımı,
- Beden eğitimi ve evde antrenman
- Fizyoterapi,
- Beslenme danışmanlığı,
- Psiko-sosyal destek,
- Hasta eğitimi.

Akciğer hastalığından sonraki rehabilitasyonun ne kadar önemli olduğuna ilişkin orta ve yüksek seviyede kanıtlar mevcuttur.

2.8.3. Astım hastaları

Astım yaygın bir hastalıktır ve çoğu Avrupa ülkesinde yetişkin nüfusunun yaklaşık % 5'inde, okul çağındaki çocukların % 5 ile 10'unda ortaya çıkmaktadır. Son 30–40 yıl içerisinde çeşitli eğitim programlarının etkisine ışık tutmak için çok sayıda randomize çalışma gerçekleştirildi ve test edildi. Bu programlar hem hastane sektöründe hem de genel uygulamalarda test edildi. Elde edilen sonuçlardan çıkarılan kanıtlar birkaç incelemede [28] ve beceri egzersizleri üzerine yoğunlaşmış astım eğitim programlarına katılan hastaların önemli sonuçlara ulaşmalarını belirten Cochrane'in bir çalışmasında [29] özetlenmiştir, bahsedilen önemli sonuçlar şunlardır:

- Daha az sayıda hastaneye kabul,
- Daha az sayıda acil hasta koğuşu ziyareti,
- Daha az sayıda iş yeri devamsızlığı,
- Geceleri daha az sayıda astım krizi,
- Hastanın genel kapasitesinin iyileşmesi,
- Tıbbi uyumun iyileştirilmesi,
- Yaşam kalitesinin iyileştirilmesi

Astım hastaları için eğitim programlarının optimum yapısının, içeriğinin ve süresinin ne olduğu hala belirgin değildir, Programlar genellikle iki haftalık süreçte yapılacak 4 ila 5 dersi kapsar.

Astım hastaları arasındaki rehabilitasyonun ne kadar önemli olduğuna ilişkin yüksek seviyede kanıtlar mevcuttur.

2.8.4. Diyabet hastaları

Tip 1 diyabetler tüm yaş gruplarında ortaya çıkmaktadır. Tip 2 diyabetin ortaya çıkışı hakkında ise tip 1 diyabeti hakkındakinden daha az şey bilinmektedir. Tip 2 diyabetin görülme sıklığı giderek artmaktadır ve fazla kilo ve obezitenin artmasından dolayı artık daha fazla sayıda genç insan da görülmektedir. Her iki diyabet türü ile de ilgili olarak, en önemli sağlık riski geç komplikasyonların gelişmesi (kardiyovasküler hastalık riski 3 ila 5 kat artmıştır) ve diyabetik göz hastalığının ortaya çıkması, böbrek bozukluğu ve sinir bozukluğudur (retinopati, nefropati ve nöropati).

Hem tip 1 hem de tip 2 diyabetleri için çok sayıda randomize ve kontrollü araştırma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaların tümü geç komplikasyonlara neden olabilen bir ya da birkaç risk faktörüyle ilgili olarak yapılacak müdahalelerin etkili olacağını göstermiştir [30, 31]. Müdahaleler şu konularla ilgili olmalıdır [32]:

- Kan şekerinin yaklaşık normalize edilmesi,
- Kandaki yağ seviyelerinin yaklaşık normalize edilmesi,
- Sigarayı bırakma,
- Psiko-sosyal destek,
- Alkol kullanımını bıraktırmayı da içeren beslenme danışmanlığı ve fiziksel aktivite.

Diyabetik rehabilitasyonun ne kadar önemli olduğuna ilişkin yüksek seviyede kanıtlar mevcuttur.

2.8.5. Osteoporoz hastaları

Batı dünyasında, yaşlı insan sayısındaki artışından kaynaklanan diğer şeyler arasında osteoporoz prevalansında da bir artış söz konusudur. Osteoporozla bağlı kırık riski yaşla birlikte özellikle kadınlarda sık olmak üzere her geçen gün önemli ölçüde artmaktadır. Osteoporozla bağlı kırıkların en sık görülen üç tanesi farklı yaş guruplarında karşımıza çıkmaktadır. El bileğinde ya da yakınlarında görülen kırık 55 yaşından itibaren, bel problemleri 65 yaşından itibaren ve kalçadaki ya da civarındaki kırıklar da 75 yaşından itibaren belirgin şekilde artmaktadır.

Çocuklukta artırılmış kalsiyum alımının kemik mineral içeriğini artırdığına dair kanıtlar mevcuttur. Kadınların menopozdan sonra kalsiyum almasının kendilerine bir fayda sağlayıp sağlamayacağına ilişkin bir ortak görüş bulunmamaktadır. Ancak, çalışmalar göstermiştir ki: vücuda D vitaminiyle birlikte kalsiyum alınması yaşlı erkek ve kadınlarda kırıkların sayısını azaltmaktadır [33].

Fiziksel aktivite ve aktif yaşam tarzı kas gücünün artırılması ve kas koordinasyonunu sağlamanın yanı sıra kırık risklerinin azaltılmasına katkıda bulunan kemik mineral içeriğini artırmaktadır [34]. Sigara içmek kadınlarda osteoporoz riskini artırmaktadır çünkü sigara içen kadınlar sigara içmeyenlerden daha erken menopoza girmekte ve gelişmiş östradiol metabolizmaya sahip olmaktadır. Aynı şekilde, erkeklerde alkol bağımlılığı kötü beslenme ve düşük testosteron üretiminden kaynaklanan osteoporoz gelişimi için önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır.

Bu yüzden birincil önleme aşağıdaki konularla ilgilenmelidir:

- Sigarayı bırakma,
- Alkol kullanımını azaltma ya da bırakma,
- Fiziksel aktivite için motivasyon.

Bunun yanında ayrıca, kalça koruyucusu kullanmanın, huzur evlerinde kalan yaşlı insanlar arasında kırık sayılarını % 67 oranında azalttığına dair kanıtlar vardır. Bu yüzden kalça koruyucuları düşmeye ve osteoporozla meyilli sağlıklı ve zayıf yaşlı insanlar için koruma programlarının önemli bir unsuru olmaktadır [35].

Bu hastalar arasında rehabilitasyonun ne kadar önemli olduğuna ilişkin düşük, orta ve yüksek seviyede kanıtlar mevcuttur.

2.8.6. Kanser hastaları

Kanserin ortaya çıkma sıklığının azaltılması, çoğu ülkede sağlık hizmetleri planlarında birincil amaçtır, ancak buna karşılık kanser hastalarının rehabilitasyonu aynı derecede dikkate alınmaz. Yeni teşhis edilmiş kanser hastalarının üçte ikisinin rehabilitasyon hizmetlerine ihtiyaç duyduğu tahmin edilmektedir [36].

Bu alanda daha çok bilgi edinilmesi gerekmektedir, ancak müdahaleler aşağıdaki konularla ilgili olmalıdır:

- Psiko-sosyal destek ve danışmanlık,
- Beden eğitimi ve gevşeyip istirahat etme,
- Beslenme kılavuzu,
- Sigarayı bırakma,
- Cinsel sorunlar,
- Hastalara ve yakınlarına bilgi sunulması

Kanser rehabilitasyonu için düşük seviyede kanıtlar mevcuttur.

2.8.7. Felç

Felç ciddi bir durumdur, şu kadar ki; hastaların % 40'ı hastalığın başlangıcından itibaren ilk yıl içinde ölmektedirler ve çok sayıda hasta kendi evlerine dönememektedir. Pek çok faktör felç riskini artırmaktadır: sigara içmek, alkol bağımlılığı, fiziksel aktivite eksikliği, kandaki yağ oranının yük seviyede oluşu, yüksek tansiyon, diyabet, düzensiz kalp atımı. Risk yaşa bağlı olarak artmaktadır [37]. Hastalığın tüm evrelerine ilişkin birkaç bilim dalıyla ilgili kapsamlı tedavi şeklindeki rehabilitasyona katılan hastaların aşağıdaki sonuçlara ulaşabileceğine dair kanıtlar vardır [41]:

- Ölüm oranlarında %25 ila % 50 arasında azalma,
- Bakım evine duyulan ihtiyaçta % 40 azalma,
- İyileştirilmiş fonksiyonel seviye.

Ayrıca önleme tedbirleri, sigarayı bırakma, alkol kullanımını bırakma ya da tüketilen alkol miktarını azaltma, kandaki yağ seviyelerinin düzenlenmesi, kan basıncının ve kalp fonksiyonlarının optimize edilmesi ve antikoagülan tedavisi gibi konularda danışmanlık hizmetlerin de kapsamaktadır.

Bu yüzden felç hastalarının rehabilitasyonun akut aşamada iken başlatılabileceği özel felç birimlerine alınması önerilmektedir [38].

Apopleksinin ardından rehabilitasyon için yüksek seviyede kanıtlar mevcuttur.

2.8.8. Psikiyatrik bozukluğu olan hastalar

Psikiyatrik hastaların büyük bir kısmı sigara içenler ya da başka madde bağımlılığı sorunu olanlar hastalardır.

Psikoaktif ilaçlarla tedavi hastaların çoğunda önemli miktarda kilo almaya neden olmaktadır ve bu yüzden beslenme ve fiziksel aktiviteyle ilgili bir müdahaleye gereksinim duyulmaktadır. Psikiyatrik hastalarda fiziksel aktivitenin tedavi sürecinde olumlu etkisi olduğuna dair belgelenmiş kanıtlar vardır. Bu yüzden, önleme tedbirleri somatik yollarda olduğu gibi psikiyatrik hasta yollarına da entegre edilmelidir.

Tedavileri organize etmenin çeşitli yollarının değerlendirilmesi ve belgelenmesiyle ilgili olarak çalışmalar yürütülmektedir, örneğin; Zorlayıcı

Toplu Tedavi ekipleri şeklinde çalışmalar yapılmaktadır. Hastaneden uzun süre yatarak tedavi gören hastalarla ilgilenen Zorlayıcı Toplu Tedavi ekiplerinin hastane tedavisinin maliyetini azaltabileceğine, tedavi sistemiyle temasta olan hasta sayısını artıracığına ve hasta ve yakınları arasında kullanıcı memnuniyetini iyileştireceğine dair kanıtlar mevcuttur. Evsizlik ve bağımsız bir evi olmama gibi sosyal parametrelerle ilgili olarak da olumlu bir etkisi vardır [39, 40]. Uzun vadeli psikotik bozukluğu olan hastaların tedavisi için, genel olarak kullanılacak yoksul gruplar ya da topluluklar için psikoz ekipleri oluşturulması önerilmektedir.

Psikiyatrik rehabilitasyon için yüksek ve orta seviyede kanıtlar mevcuttur.

2.8.9. Cerrahi hastaları

Cerrahi müdahale geçirmiş hastaların bir kısmı uzun vadeli ve komplike durumlardan dolayı sıkıntı çekmektedir. Komplikasyonların gelişimi; hastalığın teşhis ve yayılması, müdahalenin ve organizasyonun türü (örneğin, personelin yeterliliği, klinik kılavuzlara uyulması vb.) ile ilgili olabilir. Son yıllarda müdahaleyle bağlantılı olarak, tütün, alkol, beslenme ve egzersiz bakımından hastanın genel yaşam tarzı alışkanlıklarının önemi hakkında yeni bilgiler edindik. Belirli hedeflere yönelik önleme tedbirleri başlatmanın komplikasyonların sayısını azaltacağına dair artık elimizde kanıtlar vardır. Yukarıda bahsedilen faktörlerden dolayı komplikasyon riskinin artmasının önemi, cerrahi için genel göstergelerin bir bölümünü oluşturmalıdır. Kronik bozukluğu olan hastalara ilişkin müdahalede olduğu gibi, nitel müdahale şu yedi unsuru içinde barındırmalıdır: tütün, alkol, fiziksel aktivite, beslenme, psiko-sosyal destek, tıbbi (cerrahi ve anestetik vb.) optimizasyon ve hasta eğitimi [41].

2.8.10. Sigara içmek

Sigara içmeyenlerle kıyaslandıklarında, sigara içenlerin tamamı yaraların ve diğer dokuların yavaş iyileşmesi şeklindeki komplikasyonlarda ve cerrahi müdahaleyle ilgili kalp ve akciğer komplikasyonlarında üç kat daha fazla komplikasyon yaşamaktadırlar.

2000 yılında yapılan ilk uluslararası müdahale çalışması müdahaleden 6 ila 8 hafta öncesinde sigarayı bırakan cerrahi hastalarındaki komplikasyonlarda % 52'den % 18'e doğru bir azalma gerçekleştiğini ve ortalama hastanede kalma süresinin 13 günden 11 güne düştüğünü kanıtlarıyla ortaya koymuştur [43].

Ayrıca, Danimarka'dan gelen yeni rakamlar, cerrahi müdahaleden sadece iki hafta öncesinde sigarayı bırakmanın bile komplikasyonları bir dereceye kadar azalttığını göstermektedir [44].

2.8.11. Alkol

Aşırı alkol tüketimi, kullanıma bağlı olarak artış gösteren cerrahi risk artışıyla ilişkilidir, öyle ki; günlük beş birim ve daha fazlasını tüketen hastalarda komplikasyonlar üç kat daha fazladır. Komplikasyonlar alkol tarafından

uyarılmış organ hasarından kaynaklanmaktadır ve alkol tüketilmezse bir dereceye kadar tersine çevrilmesi mümkündür.

Bu yüzden, cerrahi öncesinde dört hafta alkol kullanmaktan uzak durmanın aşağıdaki şekilde de görüldüğü gibi kolorektal cerrahinin ardından komplikasyonları yarı yarıya azalttığına dair kanıtlar mevcuttur [45].

2.8.12. Beslenme

Yetersiz beslenen hastalarda [18] beslenmeyle ilgili müdahalenin cerrahi müdahaleyle ilgili komplikasyonları % 10'a kadar azalttığını ve enfeksiyon riskini azalttığını ve cerrahi hastalarında kas gücünü artırdığını belgeleyen kanıtlar vardır.

Müdahalenin hemen ardından vücuda gıda alınmaya yeniden başlanmasının ve devam ettirilmesinin komplikasyonları önemli ölçüde azalttığına dair kanıtlar mevcuttur [46, 47].

2.8.13. Fiziksel aktivite

Cerrahinin ardından erken harekete geçme ve artırılmış fiziksel aktivitenin önemli olduğu ortaya konulmuş ve cerrahiyle ilgili yeni kapsamlı rehabilitasyon kavramının bir parçası olduğu ifade edilmiştir [43]. Müdahale cerrahiden sonra sık görülen kilo kaybını ve yorgunluğu azaltır [48].

Sistematik şekilde önerilmesi gereken önleyici müdahale için şunlar söylenebilir:

- Risk faktörlerinin tanımlanması,
- Bu faktörlerin rolünün anlaşılması, hastanın kendi sorumluluğu ve kendi durumunu etkilemesi için seçenekler belirlemek amacıyla hastayla diyalog,
- Kanıta dayalı müdahale önerisi ve izleme.

Cerrahi hastalarıyla ilgili olarak müdahale, cerrahi öncesinde yaşam tarzında değişiklik için yüksek motivasyonla desteklenir ve şaşırtıcı şekilde yüksek sadakatle ölçülür [44, 46, 47]. Hastaya bilgileri yaşam tarzı faktörlerine bağlı olarak cerrahi sonrasında yüksek morbiditeyi de (hastalıkılık) kapsamalıdır ve kanıta dayalı program cerrahiden önce zamanı geldiğinde önerilmelidir.

Cerrahiyle bağlantılı olarak önleme ve rehabilitasyon için yüksek ve orta seviyede kanıtlar mevcuttur.

Sonuç

Kanıtlar çok sayıda spesifik duruma ilişkin hastanenin önleyici müdahalesi için klinik kılavuzların önerilmesini desteklemektedir, bu yüzden klinik sağlık teşviki daha büyük ilerlemeler üzerinde kesin bir etkiye sahiptir. Sağlık Teşvik Eden Hastaneler Ağı tarafından geliştirilen ve sağlık teşviki için standartlarla uygun kanıtları tanımlayan klinik kılavuzlar oluşturulmalıdır.

Hastaneler sağlık teşviki konusunda araştırma ve uygulama kapsamında hem bir geleneğe hem de bir ihtisasa sahiptir ve sağlık teşviki programlarının

geliştirilmesi hakkında daha ilerde yapılacak çalışmalara öncelik tanınmalıdır. Sağlık hizmetleri sektörü tek başına sağlık davranışlarında büyük değişiklikler meydana getiremez, ancak sektör önemli sağlık sorunlarının belirlenmesinde ve toplumun ve politikacıların dikkatini bu sorunlara çekmekte önemli bir rol oynayabilir.

Referanslar

1. Sacket DL. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ*. 2002, 167:363-365. (Koruyucu hekimliğin kibri)
2. Eccles M, Freemantle N, Mason J. North England evidence based guidelines development project: Methods of developing guidelines for efficient drug use in primary care. *BMJ*. 1998, 316:1232-1235. (Kuzey İngiltere kanıt bazlı kılavuzlar geliştirme projesi: birinci basamakta verimli ilaç kullanımına yönelik kılavuz geliştirme yöntemleri)
3. McKee Martin. In: *The evidence for health promotion effectiveness, report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education*. Brussels, 2000. (Sağlık teşvikinin etkililiğine yönelik kanıt, rapor)
4. ABC of learning and teaching in medicine. *BMJ*. 2003, 326:213-216,268-270,328-330,385-387, 437-440, 492-494, 443-445, 591-594, 643-645, 703-706, 753-755, 810-812, 870-873, 921-923. (Tıpta öğrenme ve öğretimin ABC'si)
5. Willaing I, Iversen L, Jørgensen T. What do hospital staff's smoking habits mean for knowledge, attitude and counselling practice related to smoking? *Ugeskr Laeger*. 2001, 163 (32):4180-4181 (English abstract). (Hastane personelinin sigara alışkanlıkları, sigarayla ilgili bilgi davranış ve danışma uygulaması için ne anlama gelir?)
6. Nelbom BM, Christensen PJ, Tønnesen H, Backer V. *Implementation of motivational counselling among medical patients in an emergency ward* (in press 2003). (Bir acil koşullardaki medical hastalar arasında motivasyonel istişarenin uygulanması)
7. Christensen HK, Guassora AD, Boysen G. Ischaemic stroke occurs among younger smokers. *Ugeskr Laeger*. 2001, 163: 7057-7059. (İskemik felç daha genç sigara içicileri arasında meydana gelmektedir)
8. Haapanen Niemi N, et al. The impact of smoking, alcohol consumption and physical activity on use of hospital services. *Am J Public Health*. 1999, 89:691-698. (Sigara içme, alkol tüketimi ve fiziksel aktivitenin hastane hizmetlerinin kullanımı üzerindeki etkisi)
9. Jensen JK. Smoking and admission to a department of internal medicine at a county hospital. *Ugeskr Laeger*. 1999 Dec 6; 161(49):6779-81(English abstract). (Sigara kullanımı ve bir ilçe hastanesinde iç hastalıklar bölümüne kabuller)
10. Evangelista LS et al. Usefulness of a history of tobacco and alcohol use in predicting multiple heart failure readmissions among veterans. *Am J Cardiol*. 2000, 86 (12):1339-1342. (Gaziler arasında çoklu kalp yetmezliği sebebiyle yeniden yatışların tahmin edilmesinde tütün ve alkol kullanımı hikayelerinin faydalılığı)
11. Sicras MA et al. The evaluation of hospital readmissions in internal medicine service. *Med Clin*. 1993, 101 (19):732-735. (Bir iç hastalıkları servisinde hastaneye yeniden yatışların değerlendirilmesi)
12. Fiore MC, Bailey WC, Choen SJ et al. *Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline*. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, Public Health Services, 2000. (Tütün kullanımı ve bağımlılığının tedavi edilmesi. Klinik uygulama kılavuzu)
13. Doll R, Peto R et al. Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors. *BMJ*. 1994, 309:901-911. (Sigara kullanımıyla ilgili ölüm oranı: erkek İngiliz doktorlarda 40 yıllık gözlemler)
14. Møller AM, Villebro M, Pedersen T, Tønnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2002, 159:114-117. (Ameliyat öncesi sigara kullanma müdahalesinin post*op komplikasyon üzerindeki etkisi: randomize kontrollü deney)
15. *Smoking & Alcohol and Operations – Prevention and Health Promotion (systematic review)*. Danish Board of Health. Vol. 20. 2001. (Sigara, alkol ve ameliyatlar- Koruma ve sağlığın teşviki)

16. *Physical Activity and Health, Systematic Review of literature Prevention and Health Promotion*. Danish Board of Health..Vol. 19, 2001. (Fiziksel Fiziksel Aktivite ve Sağlık, sistematik literatür incelemesi)
17. Heys SD, Walker LG, Smith I, Eremin O. Enteral nutritional supplementation with key nutrients in patients with critical illness and cancer: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Ann Surg*. 1999, 229.(4):467-477. (Kritik hastalıkları ve kanseri olan hastalarda anahtar gıdalarla enteral gıda desteği: randomize kontrollü klinik deneylerin meta analizi)
18. *ESPEN guidelines for nutritional screening and therapy*. European Society of Parenteral and Enteral Nutrition, 2003. (Gıdasal tarama ve terapi için ESPEN kılavuzları)
19. Beier-Holgersen, Boesby S. Influence of postoperative enteral nutrition on postsurgical infection. *Gut*, 1996, 39:833-835. (Post-op enteral beslenmenin cerrahi sonrası infeksiyon üzerindeki etkisi)
20. Miller Wr, Rollnick S. *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. New York, The Guilford press, 1991: 30-35. (Motivasyonsal görüşme. İnsanları müptelalık davranışlarını değiştirmeye hazırlamak)
21. Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation. Implications for clinicians. *Clin Chest Med*, 1991, 12:727-735. (Sigarayı bırakma süreci)
22. Editorial. *BMJ*, 2001, 323:1016.
23. McAlister FA, Lawson FME, Teo KK, Armstrong PW. Randomized trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review. *BMJ*, 2001, 323:957-962. (Koroner kalp hastalığında ikincil koruma programlarına yönelik randomize deneyler: sistematik inceleme)
24. Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. Review article. *N Engl J Med*, 2001,345:892-902. (Kardiyak rehabilitasyon ve koroner kalp hastalığına karşı ikincil korunma)
25. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thomson D, Oldridge N, Ebrahim S. *exercisebased rehabilitation for coronary heart disease*. Cochrane Database Syst Rev, 2001, 1:CD001800. (Koroner kalp hastalığına karşı egzersiz rehabilitasyonu)
26. Lacasse et al. Meta-analysis of rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*, 1996, 348:1115-1119. (Kronik obstruktif akciğer hastalığından rehabilitasyonun meta analizi)
27. Bendstrup KE, Ingemann Jensen J, Holm S, Bengtsson B. Out-patient rehabilitation improves activities of daily living, quality of life and exercise tolerance in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*, 1997, 10. (12):2801-2806. (Ayaktan hasta rehabilitasyonu, kronik obstruktif akciğer hastalarında günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve egzersiz toleransını iyileştirmektedir)
28. Fugleholm AM. *Epidemiologiske og klinisk eksperimentelle studier af helbredsforhold og adfærd blandt 18-34 årige astmapatienter* (Ph.D afhandling) Københavns Universitet, 1993 (experimental and clinical epidemiological studies of health issues and behaviour among 18 to 34-year-old asthma patients). (18 ila 34 yaş arası astım hastalarında davranış ve sağlık meselelerinin deneysel ve klinik epidemiyolojik çalışmaları)
29. Gibson PG, Coughlan J, Wilson AJ et al. Self-management, evidence based education and regular practitioner review for adults with asthma (Cochrane Review). In: *The Cochrane library*, Issue 3, 2000. (Astımlı erişkinlere yönelik öz-yönetim, kanıta dayalı eğitim ve düzenli pratisyen incelemesi)
30. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. *N. Engl. J Med*, 1993, 329:977-986. (Diyabet kontrol ve komplikasyon deney araştırma grubu)
31. Diabetes Prevention Programme Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl. J. Med.*, 2002, 346:393-403. (Diyabet koruma programı araştırma grubu)
32. Gæde P, Vedel P, Larsen N, Jensen GV, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type-2 diabetes. *N Engl J Med*, 2003, 348:457-459. (Tip-2 diyabeti olan hastalarda çok-faktörlü müdahale ve kardiyovasküler hastalık)
33. Shea B, Wells G, Cranney A, Zytaruk N, Robinson V, Griffith L, Ortiz Z, Peterson J, Adachi J, Tugwell P, Guyatt G, Osteoporosis Methodology Group and The Osteoporosis Research Advisory Group. Meta-analyses of therapies for postmenopausal osteoporosis. VII. Meta-analysis of calcium supplementation for the prevention of postmenopausal

- osteoporosis. *Endocr Rev*, 2002, Aug 23:552- 559. (Menapoz sonrası osteoporozun önlenmesine yönelik terapilerin meta analizi)
34. Bonaiuto D, Shea B, Lovine R, Negrini S, Robinson V, Kemper HC, Wells G, Tugwell P, Cranney A. Exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2002, 3: CD000333. (Menapoza girmiş kadınlarda osteoporozun önlenmesi ve tedavisine yönelik egzersiz)
 35. Lauritzen JB, Petersen MM, Lund B. Effect of external hip protectors in hip fractures. *Lancet*, 1993, 341:11-13. (Kalça kırıklarında eksternal kalça koruyucularının etkisi)
 36. Møller C, Brandstrup B, Engholm G, Tønnesen H. The potential number of cancer rehabilitation patients in Denmark – an estimate. *Ugeskr Laeger*, 2003 (English abstract). (Danimarka'da kanser rehabilitasyon hastalarının potansiyel sayısı- tahmini)
 37. Hankey GJ. Long-term outcome after ischaemic stroke/transient ischaemic attack. *Cerebrovasc Dis. Vol. 16*, 2003, 1:14-19. (İskemik feçl/geçici iskemik atak sonrası uzun vadeli sonuç)
 38. Teasell R. Stroke Recovery and Rehabilitation. *Stroke*. 2003, 34:365.
 39. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. (*Cochrane Review*) I: The Cochrane Library, Issue 5, Oxford, 1998. (Şiddetli akıl bozukluğu olan kişilere yönelik asertif toplum tedavisi)
 40. Vendsborg P, Nordentoft M, Hvenegaard A, Søgaard J. *Teams for Assertive community treatment Copenhagen*. Danish Hospital Institute (DSI-Institut for Sundhedsvæsen), 1999. (Asertif toplum tedavisi ekipleri Kopenhag)
 41. Bispebjerg Hastanesindeki hastalık önleme klinik ünitesi birleşik müdahale için bilgi ve araçları içeren ortak bir program paketi geliştirmektedir.
 42. Wilmore DW, Kehlet H. Management of patients in fast track surgery. *BMJ*, 2001, 322: 473-476. (Hızlı kulvar cerrahisinde hasta yönetimi)
 43. Møller AM, Villebro N, Pedersen T, Tønnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomized clinical trial. *Lancet*, 2002, 159:114-117. (Ameliyat öncesi sigara kullanımı müdahalesinin ameliyat post-op komplikasyonlar üzerindeki etkisi: randomize klinik deney)
 44. Personal communication from the research fellow Lars Tue Sørensen, Surgical department, Bispebjerg Hospital, 2002.
 45. Tønnesen H, Rosenberg J, Nielsen HJ, Rasmussen V, Hauge C, Pedersen IK, Kehlet H. Effect of preoperative abstinence on poor postoperative outcome in alcoholic misers: a randomized controlled trial. *BMJ*, 1999, 318:1311-1316. (Alkoliklerde ameliyat öncesi alkolden uzak durmanın kötü post-op sonuçlara etkisi: randomize klinik deney)
 46. Beier-Holgesen R, Boesby S. Influence of postoperative enteral nutrition on postsurgical infections. *Gut*, 1996, 39: 833-835. (Post-op enteral beslenmenin cerrahi sonrası enfeksiyonlar üzerindeki etkisi)
 47. Silk DBA, Green CJ. Preoperative nutrition; parenteral versus enteral. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 1998, 1: 21-27. (Ameliyat öncesi beslenme: parenteral ve enteral karşılaştırması)
 48. Christensen T. Postoperative fatigue. *Danish Med Bull*, 1995, 42: 314-322. (Ameliyat sonrası bitkinlik)

3. Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler İçin On Sekiz ekirdek Strateji

(Jürgen M. Pelikan, Christina Dietscher, Karl Krajic, Peter Nowak)

Giriş

Ottawa Sözleşmesine dayalı olarak [1], Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi hastanelerin sağlık teşvikine doğru yeniden yönlendirilmesi için üç destek aşaması başlatmıştır:

- Kavramsal gelişim[2]; Budapeşte Bildirisi [3]; Viyana tavsiyeleri [4];
- Dünya Sağlık Örgütü'nün model projesi olan Viyana'da Sağlık ve Hastane [5] ve Avrupa Pilot Hastane Projesi'ndeki uygulama tecrübeleri [6, 7]; ve
- Ağ kurma ve medya (iş toplantıları, 1993'ten beri her yıl yapılan uluslararası konferanslar, çalıştaylar, bülten, ulusal ve bölgesel ağlar, veri tabanı, web sitesi, Dünya Sağlık Örgütü'nün Hastanelerde ve Sağlık Hizmetlerinde Sağlığın Teşvik Edilmesi için İşbirliği Merkezi, Dünya Sağlık Örgütü'nün Hastanelerde Kanıta Dayalı Sağlık Teşvik için İşbirliği Merkezi [8,9].

2001 yılında, Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı teşvik eden hastaneler (STEH) için güncellenmiş bir stratejik çerçeve oluşturmak amacıyla, bir çalışma grubu başlatmıştır. Bu makale, "Sağlığı teşvik eden hastane politikasının eyleme geçirilmesi" çalışma grubundan alınan başlıca sonuçların kısaltılmış ve odaklanmış bir versiyonunu sunmaktadır. Hastaneler ve sağlığın teşvik edilmesi arasındaki ilişkiyi ve hastanelerin sağlığın teşvik edilmesine potansiyel katılımını anlamak için, hastanelerin durumlarının bazı yanları ve sağlık teşvikinin spesifik özelliklerinin açıklanması gereklidir.

Hastane hizmetlerinin süreç ve içeriğine ilişkin, değişen politik ve ekonomik, profesyonel ve müşteri beklentilerine adapte olmak için, hastanelerin dinamik ortamları üzerinde daimi ve artan baskı mevcuttur. Hastane reformları trendinin içinde, iki genel eğilim ayırt edilebilir:

- Hastanenin stratejik olarak yeniden konumlandırılması: Hizmet alanı ve karışımının yeniden tanımlanmasının gerekliliği (örn. Çekirdek faaliyetler ile diğer hizmetler arasındaki fark; yatan hasta/ayaktan hasta hizmetlerinin veya akut/kronik/rehabilitasyon hizmetlerinin dengelenmesi; eğitici unsurların dahil edilmesi; hastane ve departmanların uzmanlığı; ve temel sağlık ve sosyal hizmetlerle bütünleşme ve sektörler arası işbirliği).
- Hizmet kalitesinin sağlanması ve iyileştirilmesi: Hizmetlerin güvenliği, uygunluğu, etkililik ve etkinliğini iyileştirmek ve paydaşların memnuniyetini artırmak. Birçok hastane, giderek artan bir şekilde, TKY (toplam kalite yönetimi), ISQua, JCAHO, EFQM, ISO, akreditasyon gibi kalite yaklaşımlarını başlatmakta ve kanıta dayalı tıp ve hasta hakları konularına daha fazla önem vermektedirler.

Sağlığın teşvik edilmesi kavramının, bu tür stratejik yeniden konumlandırma ve hastanelerde kalitenin iyileştirilmesine özellikli katkılarını belirleyebilmek için, Ottawa Sözleşme'sindeki tanımı anlamamız gerekmektedir: "Sağlığın teşvik edilmesi, insanlara kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmaları ve sağlıklarını geliştirmeleri için fırsat sağlama sürecidir." Sağlık deyince, akla hasta olmama ve pozitif sağlık gelmektedir ve her ikisi de vücut, akıl ve sosyal statüyle ilişkili olarak algılanır. Sağlığı teşvik müdahaleleri, ister pozitif sağlık durumunun muhafaza edilmesi ve geliştirilmesi yoluyla, ister önleme veya tedavi ve bakım yoluyla olsun, sağlığın korunması ve geliştirilmesini kapsamaktadır.

Ottawa Sözleşme'sinde geçen "fırsat sağlama" terimi, sağlığın insanların kendileri tarafından üretilmesi gerektiği ve bundan dolayı, bir yandan onların beceri ve uyumları, bir yandan da içinde yaşadıkları ve hareket ettikleri fırsat ve girişimler anlamına gelmektedir. Ancak, çok uç vakalarda, sağlığın kontrolü tamamen uzmanların ellerine teslim edilecektir (sağlık bakımı ve diğer sistemlerden uzmanlar). Bu açıdan bakıldığında, sağlığı iyileştirmek için yalnızca klinik müdahalelere değil, ayrıca diğer müdahalelere de yatırım yapılması mantıklıdır: Kişilerin kendi kendilerini idare etmeleri (yaşam tarzı yaklaşımı) için eğitilmeleri ve "sağlıklı seçimi kolay seçim" haline getirmek için şartların oluşturulması [10].

Ottawa Sözleşmesini takiben, "fırsat sağlama" terimi, daha spesifik olan güçlü kılma, "insanların, sağlıklarını etkileyen kararlar ve eylemler üzerindeki kontrolü daha çok ele aldıkları süreç" kavramının içine katılmıştır [11]. Güçlü kılma, bireysel aktörler, sosyal gruplar veya topluluklar ile ilişkilidir ve aktörlerin yaşam becerilerini ve kapasitelerini güçlendirmeyi amaçlayan önlemler ile (örn. ihtiyaçlarını ifade etmek, endişelerini göstermek, karar almaya dahil olmak için stratejiler geliştirmek) sağlık üzerinde etkisi olan destekleyici fiziksel, kültürel ve sosyal ortam koşulları yaratan önlemleri bileştirmektedir. Her ikisini başarmaya yönelik süreçler sosyal, kültürel, psikolojik veya politik olabilir.

Bu iki terim, genellikle kapsamlı amacı ve bu amaca ulaşılabilecek veya ulaşılmaması gereken güçlü kılma araçlarını belirtmek amacıyla, birlikte kullanılır. Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlığın Teşvik Edilmesinin Değerlendirilmesi Avrupa Çalışma Grubu (Rootman et.al. 2001, p. 4) [12] tarafından tanımlandığı şekliyle, sağlığın teşvik edilmesi için, yedi başlık altında kılavuz ilke veya kriter listesinde, güçlü kılma ilk sırada yer almaktadır. Bunu aşağıdakiler takip etmektedir:

- Katılımcı (tüm ilgilenenlerin projenin tüm aşamalarına dâhil edilmesi);
- Bütünlüklü yani fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal sağlığın beslenmesi;
- Sektörler arası (ilgili sektörlerden kurumların işbirliği);
- Hakkaniyetli (eşitlik ve sosyal adalet düşüncelerinin ışığında);
- Sürdürülebilir (başlangıç finansmanı sona erdiğinde, bireylerin ve toplulukların sürdürebileceği değişiklikler meydana getirilmesi);

- Çoklu strateji (çeşitli yaklaşımların birlikte kullanılması (politika oluşturmak, kurumsal değişim, topluluk gelişimi, mevzuat, müdafaa, eğitim ve iletişim).

Sağlığın teşvik edilmesi, hastanelerdeki kalitenin iyileştirilmesine uygulanıyorsa, sonuç kavramı genişletir ve hastanelerin yapıları ve süreçlerine yönelik anlamları mevcuttur. Hastanelerin daha belirgin kalite felsefesini takiben, sonuç kavramı hali hazırda genişletilmiş olup, klinik sonuçlara ek olarak, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ve hasta memnuniyetini de kapsar hale gelmiştir.

Sağlığın teşvik edilmesi, sağlık sonucuna yönelik psikolojik ve sosyal boyutların altını çizmekte olup, güçlü kılma (eğitici) süreçlerinin – hizmetler düşünüldüğü kadarıyla— spesifik olarak ölçülebilir bir sonuç boyutu olarak, sağlık bilgisini tanıtmaktadır. *Settings* (Ortamlar) yaklaşımı vasıtasıyla, sağlığın teşvik edilmesi kavramı, ortamın sağlık etkilerini, hastanelerin gözlemlenmesi, kontrol edilmesi ve iyileştirilmesinin ilgili etkileri olarak ortaya koymaktadır. Böylece, hastanenin toplam kazancı, hizmet sonuçlarının ve – maddi ve sosyal – klinik ve otel hastane ortamının etkilerinin toplamı olarak anlaşılabilir. Beklenen sonucun bu şekilde genişletilmesi, aynı zamanda süreçlerin ve altındaki yapıların kalitesinin iyileştirilmesine yönelik odağın da genişletilmesine yol açar. Hastanelerde veya hastane tarafından, sağlığın geliştirilmesi için uygulanacak olan farklı sağlık teşviki stratejilerini ayırt etmek için en ilgili kavramsal ayırım, *hizmete yönelik* stratejiler (aşağıdaki Tablo 1’de bulunan 1, 2 ve 4, 5 stratejileri) ve *ortama yönelik* stratejiler (strateji 3, 6) olarak özetlenebilir.

Tablo 1: Hastanelerin her paydaş grubu (hastalar, personel, topluluk) için altı genel sağlık teşvik stratejisi

1. Öz-bakım / öz-reprodüksiyonun teşvik edilmesi için paydaşların güçlü kılınması yoluyla sağlığı teşvik edici tedavi ve bakım kalitesinin geliştirilmesi
2. Ortak-üretimin teşvik edilmesi için paydaşların güçlü kılınması yoluyla sağlığı teşvik edici tedavi ve bakım kalitesinin geliştirilmesi
3. Paydaşlar için sağlığı teşvik edici & güçlendirici hastane ortamı için Sağlığı Teşvik kalite geliştirme
4. Sağlığı Teşvik hizmetlerinin sunulması – paydaşlar için hastalık yönetimi (hasta eğitimi)
5. Sağlığı Teşvik hizmetlerinin sunulması – paydaşlar için yaşam tarzı geliştirilmesi (sağlık eğitimi)
6. Sağlığı Teşvik faaliyetlerinin sunulması – paydaşlar için sağlığı teşvik eden & güçlü kılan topluluk gelişimine katılım

Hizmete yönelik stratejiler, *hali hazırda mevcut* klinik ve otel hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesini (strateji 1, 2) veya *orta veya uzun vadeli sağlık etkileri olan yeni, öncelikle eğitici hizmetler* sunan stratejileri (strateji 4, 5) kapsamaktadır. Stratejiler, belli *hastalıkları* tedavi etme veya yönetme eğilimlerine göre (strateji 2, 4) ve *pozitif sağlığın* korunması ve iyileştirilmesine yönelik stratejiler (strateji 1, 5) olarak ayrılabilirler. Ortama ilişkin olarak, hastanenin kendi ortamını geliştiren stratejiler (strateji 3) ile topluluk ortamının (strateji 6) veya topluluktaki diğer bir ortamın (örneğin iş yerleri veya okullar) geliştirilmesine hastanenin katılımı hakkındaki stratejiler birbirinden ayrılabilir. Yalnızca klinik sonuca değil, sağlık kazanımının

iyileştirilmesine yönelik olmalarından dolayı, bu altı strateji yalnızca hastalara (ve yakınlarına) uygulanmakla kalmaz, aynı zamanda biraz daha değiştirilmiş haliyle, personele ve hastanenin hizmet verdiği ve içinde bulunduğu topluluk üyelerine de hitap etmekte ve *hastanelerde sağlığın teşvik edilmesi için 18 strateji ortaya çıkmaktadır.*

Ulaşılabilirlik sağlık kazanımının fizibilitesini, etkililiğini ve miktarını destekleyen kanıtın miktarı ve kalitesi, her bir strateji için farklı olmakla birlikte, her biri için iyi uygulama modelleri ve kanıt bulunmaktadır. Net olarak ifade edilmeleri amacıyla, stratejiler spesifik amaçlarıyla tarif edilmiş olsalar da gerçekte birbirleriyle örtüşebilirler.

3.1. Hastaya odaklı stratejiler

3.1.1. Akut hastane hizmetleri için Sağlığı Teşvik kalite iyileştirme stratejileri

Hastanede sağlığı teşvik edici öz-bakım/öz-idare/öz-yeniden üretim için hastaların güçlü kılınması

Hastalar yalnızca tedavi objeleri olarak değil, kendi sağlık sonuçlarının üretilmesi için ortaklar olarak düşünülse de, onların yalnızca, vücut, akıl ve sosyal durum üçlüsüne ilişkin hasta rollerini yerine getirebileceklerini göz önünde bulundurmalıyız.

Hastaların ortak üretime katkısı, durumlarına bağlı olarak, hastanın kendi bakımı, uzman destekli bakım ve yoğun bakım (kalp/akciğer makinesi) arasında değişebilir. Karmaşık sağlık kazanımı kavramının dört kriterini takiben, yeniden üretim, sağlığın üç boyutunu da ilgilendirmektedir– fiziksel (örneğin yeterli beslenme), zihinsel (örn., hastane içinde yeterli mahremiyet) ve sosyal (örn., yakınlarla temas olasılıkları, hasta desteği).

Hastaneye yatırmaktan mümkün olduğunca kaçınmak için, mümkün olduğunca öz bakıma izin vermek ve gerektiği kadar çok uzman bakım sağlamak bir ilke haline getirilmelidir. Her zamanki ev ortamlarının dışında olan ve sağlık kurumunun bürokratik zorunluluklarına tabi olan, kısmen ciddi şekilde hasta bireylerin zor durumları altında öz bakımı mümkün kılmak için, uzman bakım güçlendirici olmalı ve hastaların kültürel farklılıklarını göz önüne almalıdır.

Tekrar vurgulamak gerekirse, güçlü kılma kavramı, fiziksel, zihinsel ve sosyal boyut, bilgi, beceri ve motivasyonu kapsamaktadır. Bu, sağlığı teşvik etmenin spesifik katkısı olarak görülebilir.

Bu stratejinin etkileri sistematik olarak araştırılmamıştır, ancak bazı hastanelerde başarılı biçimde uygulanmış olan müdahale örnekleri aşağıda görülebilir:

-Hastaların psiko-sosyal ihtiyaçlarının karşılanması için vizite ve uzman olmayan destek hizmetleri [5];

- Hastanenin genel özellikleri hakkında, yatış anında hastalara bilgi verilmesi (örneğin neyi nerede bulabilecekleri; ziyaret saatleri) [14];
- Hasta aktivitelerini ve hastaya ait sorumluluğu cesaretlendirmek için öneri ve seçenekler (örn. egzersiz, kültürel aktiviteler, hastaların kullanabileceği kütüphaneler, tartışmalar, hastaların kullanabileceği internet kafe);
- Hastanede kalış veya hastalığıyla (örn., kanser) ilişkili stres veya endişe/kaygı bozukluğu ile hastanın başa çıkabilmesi için psikolojik yardım.

3.1.2.Tedavi ve bakımda sağlığı teşvik edici katılım/ortak üretim için hastaların güçlü kılınması

Akut bakım veren modern hastanenin ana görevi, yatan ve ayaktan hastalara, akut hastalık vakaları (ciddi bir tür veya teknik tanı ve tedavi ihtiyacı/fırsatı olan bir hastalık) ve kronik hastalıkların akut bölümleri için tanıya yönelik ve tedavi edici hizmetler sunmaktır.

Sağlığı teşvik stratejilerinden ikincisi, kalite güvencesi ve ana görevlerin kalitesinin iyileştirilmesine yönelik—uzmanların eğitilmeleri ile başlayan ve son 20 yıl içinde kurum süreç ve yapılarını ve daha büyük sistemleri oluşturmaya yönelen—uzun ve değişken gelenek ile ilgilidir. Sağlığın teşvik edilmesi hastanelerdeki çekirdek süreçlerin kalitesinin iyileştirilmesine nasıl katkıda bulunabilir?

Güçlü kılma kavramı, bireylerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrolü ele almalarının gerekliliğini vurgulamaktadır – ki bu da, hastane bağlamında, hastaların sadece müdahale objeleri olarak değil, aynı zamanda bu müdahalelerin ortak üreticileri olarak görüldükleri anlamına gelmektedir– bu düşünce tarzı, hizmetlerin analiz edilmesine yönelik diğer geleneklerle örtüşmektedir. Ortak üreticinin sürece aktif olarak katılması gerektiğinden, kendisi bu katılımı gerçekleştirmek için aktif olarak güçlü kılınmalıdır. Bu çeşit bir güçlü kılma, klinik/teknik müdahaleler ile değil, iletişime yönelik/egitici müdahaleler ile elde edilebilir. Tıp, kendisini eğitime açmalıdır. Eğitim, bilginin transferi (veri, bilgi), becerilerin eğitilmesi ve motivasyonun artırılması anlamına gelmektedir.

Sağlık kazanımı kavramı, hastane müdahalelerinin ilgili çıktılarını daha karmaşık bir biçimde tanımlamaktadır: klinik sonuç + yaşam kalitesi + hasta memnuniyeti + sağlık bilgisi. Bu sonuçlar, sağlığın üç şekline de hitap etmektedir: fiziksel, zihinsel ve sosyal. Tedavi sürecinin kendisi daha karmaşık olmak zorundadır. Buradaki odak noktası etkili tedavi olsa da, sağlık kazanımını optimize etmek için, hastalık önleme, sağlığın korunması ve sağlığın geliştirilmesi konularına da tedavi içinde hak ettikleri özen gösterilmelidir (sistemik olarak risklerin önlenmesi, sağlık kaynaklarının kurulması için fırsatlar kullanılması – biyolojik, zihinsel, sosyal kaynaklar).

Hastaların tanı sürecine katılımını sağlamak için (örn., gerekli tüm bilgiyi sağlayarak); tedaviyle ilgili kararlar alınmasına katılmaları için; tedavi ve bakım süreçlerine katılmaları için (örn., reçetelere uyararak), tanı ve tedavi ilişkili hasta bilgilendirme, eğitim ve danışmanlık (örn., iyileştirme sürecine

nasıl katkıda bulunabilecekleri konusunda hastaları bilgilendirerek; alternatifleri ve yan etkileri anlatarak) sağlanması, hastaları ortak üretim açısından güçlü kılmanın uygulamalı bir örneği olabilir.

Bu şekilde hastaları güçlü kılmanın, örneğin cerrahi hastaları için, cerrahi sonrası komplikasyonları azalttığına ve iyileşmeyi hızlandırdığına dair kanıt mevcuttur [13].

3.1.3. Hastanenin, hastalar için destekleyici, sağlığı teşvik edici ve güçlendirici bir ortam haline getirilmesi

Hastane yalnızca hizmet süreçlerinden değil, hizmetlerin sunulduğu bağlamdan da oluşmaktadır. Tıpkı hizmetlerin (sağlık) çıktıları/sonuçları üretmesi gibi, bağlam / durum / ortamın da sağlıkla ilişkili etkileri vardır.

Materyal ortamın, (hastane infeksiyonları, hava kalitesi, sıcaklık, hasta bina sendromu, vb.) ve kurumsal yapı ve kültürü ile sosyal bir ortam olan hastanenin, ortak üretim ve hastaların öz bakımı ve elbette ki, hastalara sunulan uzman tedavi ve bakım fırsatları üzerinde etkileri vardır.

Sağlığın Teşviki'nin ortamın geliştirilmesine katkısı nedir? Sağlığın teşvik edilmesi, destekleyici çevreye—fiziksel ve sosyal—özellikle dikkat etmektedir ve sonuçlar üzerindeki odağı klinik çıktılarından sağlık kazanımının diğer boyutlarına doğru genişletmektedir.

Bu stratejiye bir örnek olarak, sağlık üzerinde kanıtlanmış pozitif bir etkisi olan pencerenin dışından hoş bir manzaranın sunulması olabilir [15].

Hastane hizmetlerinin akut bakım kalitesini, sağlığın teşvik edilmesi vasıtasıyla artırmayı amaçlayan hasta yönlü bu üç stratejinin, hastane müdahalelerinin sağlık kazanımını artırma potansiyeli oldukça fazladır. Bu müdahalelerin uygulandığı yerlerde hastanede kalış süresi daha da kısaldığından, bir çok hastanenin, hastane tedavisinin sürdürülebilirliğini ve uzun vadedeki etkilerini sağlamlaştıran başka hizmet türleri de sunmaları beklenmektedir.

3.2. Hastanedeki hastalar için yeni sağlığı teşvik hizmetleri

3.2.1. Sağlığı teşvik edici kronik hastalık yönetimi için hastaların güçlü kılınması

Hastanelerdeki uzman müdahaleler, genel olarak hastalık sürecinde ancak bir dönüm noktası ve kronik hastalıkta toparlanma veya başarılı yönetim için bir temel sağlamaktadır.

Toparlanmanın (recuperation) veya günden güne hastalık yönetiminin (kötüye gitmesinin önlenmesi, negatif uzun dönem etkilerin giderilmesi ve una yönelik çalışmalar, sosyal sonuçlar, vb.) asıl bölümü, hastaların kendileri tarafından yerine getirilmelidir –hastane, uzmanlık hizmetleri, aile doktoru veya diğer sağlık bakım hizmetleri ve meslekten olmayan kişiler tarafından verilen belirli

profesyonel destek ile. Hastalık kariyerinin bu aşaması çok daha uzun sürer ve hastanenin doğrudan kontrolü dışındadır, ancak sağlığın ve yaşam kalitesinin yeniden kazanılması sonucu için çok önemlidir. Bu aşama için profesyonel destek, özünde eğitimle ilgilidir: öncelikle bilgilendirme, danışmanlık ve eğitim.

Hastaneler, hastalık kariyerine ilişkin orta menzilli bu bakış açısını, hastalığa özgü gerekli desteği kendileri vererek veya hastayı, sağlık bakım sisteminin içindeki diğer uzman sunuculara sevk ederek, göz önünde bulundurmalıdır. Hastalık ne kadar karmaşık ve nadir ise, hastanenin görevi olarak kalma olasılığı o kadar fazladır, ancak bu elbette ki, bu hizmetlerin sistematik olarak sunulmasına imkân tanıyan yasal ve mali mevzuatın uygun olmasını gerektirmektedir.

Uluslararası Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler ağında, bu tür hizmetlerin etkili müdahalelerine ilişkin bir çok örnek mevcuttur, örn., diyabet eğitimi, KOAH eğitimi [16].

3.2.2. Sağlığı teşvik edici yaşam tarzının oluşturulması için hastaların güçlü kılınması

Daha uzun vadeli bir bakış açısı ile hastane müdahalelerinin sağlık kazanımı daha da artırılabilir. Yaşam tarzında değişiklikler yapılarak sağlığın sonraki yıllar için iyileştirilmesi mümkündür – böylece hastalık ilişkili riskler azaltılır ve pozitif sağlık potansiyelleri ve kaynakları oluşturulur [17] [18] [19]. Bireysel yaşam tarzlarını etkilemek için eğitici hizmetler kullanılabilir (bilgilendirme, danışmanlık, eğitim). Bu çeşit hizmetler farklı sunucular tarafından sağlanabilir, örneğin, sağlık bakımı, sosyal hizmetler ve yetişkin eğitimindeki diğer sunucular.

Bir kriz durumunda hastalarla hali hazırda bir ilişki kurmuş olduklarından, bilginin merkezi olduklarından ve sağlık alanında prestijli olduklarından dolayı, bu tür hizmetleri sunmak için hastaneler iyi bir konuma sahiptir. Sağlık eğitimi, hastanedeki ilişki ve zaman fırsatını kullanarak, eğitici iletişim paketinde bir modül olabilir. Bu yöndeki yatırımlar hastanelerin gerçek sağlık merkezlerine dönüştürülmesine yardımcı olacaktır.

3.2.3. Belirli hasta ihtiyaçları için sağlığı teşvik edici ve güçlü kılıcı topluluk altyapılarının oluşturulmasına katılım

Sağlıklı yaşam tarzının, kısmen bireylerin bilgi, beceri ve motivasyonuna, ancak büyük ölçüde de fırsat yapıları, kaynaklar ve kültürel teşviklere bağlı olduğuna dair yeterli kanıt bulunmaktadır. Bu, yaşam tarzının geliştirilmesi ile ilgili olduğu gibi hastalık yönetimi alanına da hitap etmektedir.

Hastanenin, uygun hastalık yönetimine yönelik problemler ve belirli riskler hakkında bilgisi vardır – sağlığın rapor edilmesi için epidemiyolojik bilgi üretmek amacıyla anemnez bilgilerini kullanabilir ve topluluğun farklı yerlerindeki hastalar arasında bireylerin veya grupların sağlık çıkarlarını korumak için iyi bir pozisyonundadır.

Hastane, bu görevler için belirli programlar oluşturmalıdır ve bunları yürütmek için de kaynaklara sahip olması gerekir – ancak, hastanenin bu alandaki aktif bir rolü için uygun bir yedek sistem düşünmek oldukça zordur.

Bu strateji henüz sistematik olarak araştırılmamıştır. Ancak, kendi kendine yardım gruplarının desteği veya belirli tıbbi ürünlerin veya hizmetlerin topluluğa sunulması yoluyla destek verilmesi, uygulama örnekleri olabilir.

3.3. Personel sağlığının teşvik edilmesi

Hastanelerin birincil görevi, hastalarına bakım sağlamak olsa da, Avrupa iş gücünün en az %3'ünü meydana getiren çalışanlarının sağlığı üzerinde de, hastanelerin önemli bir etkisi vardır.

Sağlığın teşvik edilmesi bakış açısında, hastanenin personel sağlığı üzerindeki etkisi, hastanelerin genel politikasında göz önüne alınmalıdır. Bu, yalnızca personelin ve genel sağlık politikasının yararına değil, aynı zamanda, personelin sağlığı böyle uzman bir kurumda çok büyük önem taşıdığından, kurum olarak hastanenin de yararına olacaktır. İlke olarak, hastalar için uygulanan stratejilerin aynısı personel sağlığına katkıda bulunmak için de uygulanabilir. Personelin iş yeri olarak hastanenin sağlıkla ilişkili kalitesini geliştirmek için üç strateji vardır, bunlardan ikisi tek tek bireylere veya personel gruplarına yönelik olup, bir tanesi ise bir iş yeri olarak hastaneye yöneliktir.

3.3.1. Sağlığı teşvik eden öz-yeniden üretim / öz bakım için personelin güçlü kılınması

Personel kendisini bir iş aracı olarak kullanmadan önce, kendilerini bireyler olarak yeniden üretmelidirler. Bundan dolayı, personel, hastanede oldukları süre içinde, sağlığı teşvik eden yeniden üretim/öz bakım için güçlü kılınmalıdır (örn., molalar, beslenme, tuvalet kullanımı, sıhhat, sosyal ağ vasıtasıyla).

3.3.2. İş yerinde sağlığı teşvik eden ortak üretim için personelin güçlü kılınması

Hastanede çalışmanın, (tedavi, bakım ve destek hizmetleri) yalnızca hastaların sağlığı üzerinde değil ayrıca bu hizmetleri sunan kişilerin sağlığı üzerinde de etkisi vardır. Bu durum, iş yönetmelikleri ve iş yeri hekimliğince kabul edilmektedir (ancak her zaman layıkıyla yerine getirilmemektedir). Sağlığın teşvik edilmesinin kattığı artı değer, çalışma sürecinde sağlık belirleyicilerinin öz kontrolüne dikkat çekmek, böylece personelin hastane sahipleri ve yönetimi tarafından, sağlığı teşvik edici çalışma süreçleri ve davranışları için güçlü kılınmasıdır.

3.3.3. Hastanenin personel için destekleyici, sağlığı teşvik edici ve güçlendirici bir ortam haline getirilmesi

Donanımsal ve sosyal bir ortam olarak hastanenin, personel sağlığı üzerinde, hastalar üzerinde olduğundan çok daha yoğun bir etkisi bulunmaktadır. Hastanelerde fiziksel riskler (örn., biyolojik, kimyasal ve nükleer ajanlara maruz kalınması), zihinsel riskler (örn., stres, gece nöbetleri), ve sosyal riskler

(gece nöbetlerinin sosyal yaşama etkisi, çatışmalar) bulunduğundan, hastaneler tehlikeli iş yerleridir.

Çalışma koşullarının, o durumda başa çıkılması gereken ivedi sağlık etkileri bulunmaktadır ve hastane kurumu bu etkiden sorumludur ve personelinin sağlığını iyileştirmek için bu üç stratejiyi kullanmalıdır. Ayrıca, hastanenin – hastalarda olduğu gibi – personel sağlığı üzerindeki etkisini optimize etmek için üç tane isteğe bağlı stratejisi vardır.

3.3.4. Mesleki hastalıkların, sağlığı teşvik edici biçimde yönetilmesi için personelin güçlü kılınması

Hastane, sağlığı teşvik edici hastalık yönetimi için, personelinin güçlü kılan, bireysel veya gruba yönelik hizmetler sunarak, mesleki hastalık veya rahatsızlıklarla başa çıkmak için personeline destek verebilir [20].

3.3.5. Sağlığı teşvik edici yaşam tarzı için personelin güçlü kılınması

Sağlık ilişkili yaşam tarzlarının iyileştirilmesiyle, özellikle de bunlar işle ilgili belirli risklerle alakalı ise (sigara ve alkol kullanımı, egzersiz, sağlıklı beslenme), personelin sağlığını artırma potansiyelleri hastanelerde mevcuttur. Bu hizmetler, hastanenin, hastanede sigara içilmemesi gibi sağlığı teşvik edici genel politikasına bireylerin uymalarını destekler nitelikte ise, özellikle anlam ifade eder ve personelin, sağlıklı davranış için model olma rollerini yerine getirmesini sağlar.

3.3.6. Personelin belirli ihtiyaçları için, sağlığı teşvik edici ve güçlendirici topluluk altyapılarının oluşturulmasına katılım

Yaşam tarzları söz konusu olduğunda, bunlar hem personel hem de hastalar için, yalnızca bireysel özelliklere değil, aynı zamanda topluluktaki yaşam koşullarına da bağlıdır. Ayrıca, yaşam koşullarının, yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkisi de bulunmaktadır. Bundan dolayı hastane, personeli üzerindeki potansiyel sağlık etkisini, personele yönelik topluluk gelişimine katılarak artırabilir. Bunun klasik örnekleri, tüm gün kreş hizmeti sunulması; kamu ulaşım araçlarının ve hastane personeli için lojman olanaklarının bulunması, mağazaların personel için uygun saatlerde açık olması ve diğer toplum hizmetleri olabilir.

3.4. Topluluk nüfusunun sağlığının teşvik edilmesi

Hastanenin, öncelikle fiili hastaları ve personelinin sağlığı üzerinde olmak üzere, topluluk sağlığı üzerinde etkileri vardır. Hastanenin ayrıca, civardaki nüfusun sağlık dengesi üzerinde de etkileri vardır.

İlk olarak, özellikle bu tartışmaya ilgili olarak bir ayırım yapmamız gereklidir: hastanenin hastaları ve personeli ile güçlü bir fiili ilişkisi vardır. Bazı açılardan, etraftakiler için de bu geçerlidir. Topluluğun birçok üyesi veya tüm üyeleri için, hastane, potansiyel bir hizmet sunucusu olacaktır veya olabilir.

Hastanenin topluluktaki nüfus ile ilişkisinin kalitesini iyileştirmek için üç strateji mevcuttur.

3.4.1. Hastalık durumunda hastane hizmetlerine yeterli erişim sağlanarak sağlığı teşvik edici öz bakım için topluluğun güçlü kılınması

Hastane hizmetlerine uygun şekilde ve zamanında erişebilmek ve bunları kullanabilmek, kişisel yeniden üretim için önemli bir unsurdur. Sağlığın teşvik edilmesi konusu, hastanenin hizmetlerine erişime aktif olarak katkıda bulabileceğine dikkatimizi çekmektedir.

3.4.2. Tedavide ve hastalar için bakım sonrasında sağlığı teşvik edici ortak üretim için sağlık uzmanlarının ve uzman olmayan bakım sağlayıcılarının güçlü kılınması

Hastanede kalış süresi gittikçe kısalmaktadır; bundan dolayı hastaneler, hasta taburcu edildikten sonra bakımın devamlılığı için sorumluluğu kabul etmek zorundadırlar. Bu durumda hastane, temel bakım sağlık hizmetleri sağlayan uzman sağlık hizmeti sunucularının ve belirli hastalar için uzman olmayan bakım sağlayıcılarının hastalar taburcu edildikten sonra bakımı optimal şekilde üstlenmeleri için, bunları güçlü kılmalıdır. Hastane, hasta taburcu edildikten sonra hastaya bakım sağlayan kişilerle koordinasyonun sağlanması için sorumluluk sahibi olduğunu kabul etmelidir. Sağlığın teşvik edilmesinin güçlü kılma odağı, bu sürece katkıda bulunmaktadır.

3.4.3. Hastanenin topluluk için sağlığı teşvik edici ve güçlendirici bir ortam haline getirilmesi

Bir materyal ve sosyal ortam olarak hastanenin yalnızca kendi arazisindeki insanların sağlığı üzerinde değil, aynı zamanda, civarda yaşayan ve çalışan insanlar üzerinde de etkileri bulunmaktadır. Kalite bakış açısından, hastanenin sağlık üzerindeki negatif etkileriyle başa çıkılmalıdır (hava kirliliği, atık, gürültü, trafik). Sağlığın teşvik edilmesi bakış açısından, pozitif etkilerine de odaklanılacaktır. Hastanenin tesisleri topluluktaki diğer kişilere de açılabilir ve hastane bir kültür merkezi, spor ve bedensel çalışma tesisi olarak hizmet verebilir [21].

Buna ek olarak, hastanenin—hastalar ve personelinde olduğu gibi—topluluktaki diğer kişiler üzerindeki etkilerini optimize etmesi için isteğe bağlı üç strateji bulunmaktadır. Hastane sağlığı teşvik edici belirli hizmetlere erişim sağlayarak (gerekli olduğu hallerde) ve nüfusun geneli için topluluk gelişimine katılımda bulunarak bunu gerçekleştirebilir. Elbette ki bu, hastanenin bu faaliyetlerde bulunmasını kolaylaştıran veya engelleyen belli yasal şartlara ve mali koşullara bağlıdır.

3.4.4. Sağlığı teşvik edici kronik hastalık yönetimi için topluluk nüfusunun güçlü kılınması

Hastane, sağlığı teşvik edici hastalık yönetimi için güçlendirme amaçlı, bireysel veya gruba yönelik hizmetlerini, hasta olmayan kişilere de açarak, kronik hastalıkların yönetimi konusuna destek verebilir. Hastane, spesifik veya nadir hastalıklar yönelik olarak gruplara hizmet vermek için iyi bir konuma sahiptir ve böylece bakış açılarının paylaşılmasına imkan vererek (kendi kendine yardım grupları) hastaların güçlü kılınmasını sağlar.

3.4.5. Sağlığı teŖvik edici yaŖam tarzının geliŖtirilmesi için topluluk nüfusunun güçlü kılınması

YaŖam tarzının geliŖtirilmesi için benzer bir yaklaŖıma baŖvurulur.

3.4.6. Nüfusun geneli için sağlığı teŖvik edici topluluk geliŖimine katılım

Topluluktaki hasta ve personel ihtiyaçlarının korunması için geçerli olan unsurlar tüm topluluk üyelerinin yaŖam koŖulları için de genelleŖtirilebilir. Böylece hastane, epidemiyolojik veri tabanını ile, Ŗehir planlamasına, Ŗirketlerdeki iŖyeri sağlığının geliŖtirilmesi programlarına, ve etnik azınlıkların korunmasına katkıda bulunabilir.

3.5. Sağlığı teŖvik eden hastanelere yönelik 18 stratejiye genel bakıŖ

 hedef grup için: hastalar, personel ve topluluk, altı genel strateji bir araya getirilerek, sağlığı teŖvik edici hastaneler için 18 çekirdek stratejinin bir matrisini elde ederiz. Bunlar Tablo 7'de özetlenmektedir.

Bazı genel dŖnceler:

- Stratejiler (kısmen) birbirleriyle rtŖr.
- Stratejiler (kısmen) birbirlerinin üzerine kurulur.
- Stratejiler (sinerjilerin kullanılması amacıyla) birbirleriyle iliŖkili olarak planlanmalıdır.
- YaklaŖım, tek tek önlemlerin belli tematik politikalar etrafında (rn. sigara içilmesi) toplanmasıdır.

Stratejiler birbirleriyle iliŖkili olmalarına rağmen, hep birden btnleŖtirici bir Ŗekilde uygulanamazlar, ancak spesifik olarak planlanmaları ve gerekleŖtirilmeleri gerekir.

Tablo 2: Sağlık teşvik edici Hastaneler için 18 çekirdek strateji

Kurumsal olarak Sağlık Teşviki	Hastalar	Personel	Topluluk
Öz-yeniden üretimin teşvik edilmesi için paydaşların güçlü kılınması yoluyla sağlık teşvik edici tedavi ve bakım kalitesinin geliştirilmesi	Hastanede sağlık teşvik edici öz bakım/öz idare/öz yeniden üretim için hastaların güçlü kılınması (PAT 1)	Hastanede sağlık teşvik edici öz bakım/öz idare/öz yeniden üretim için personelin güçlü kılınması (STA-1)	Hastane hizmetlerine yeterli erişim sağlanarak sağlık teşvik edici öz bakım için topluluğun güçlü kılınması (COM 1)
Ortak-üretimin teşvik edilmesi için paydaşların güçlü kılınması yoluyla sağlık teşvik edici tedavi ve bakım kalitesinin geliştirilmesi	Tedavi ve bakımda sağlık teşvik edici katılım/ortak üretim için hastaların güçlü kılınması (PAT 2)	Tedavi ve bakımda sağlık teşvik edici katılım/ortak üretim için personelin güçlü kılınması (STA 2)	Tedavide ve hastalar için bakım sonrasında sağlık teşvik edici ortak üretim için topluluktaki sağlık uzmanlarının güçlü kılınması (COM 2)
Paydaşlar için sağlık teşvik edici & güçlendirici hastane ortamı için Sağlık Teşviki kalite geliştirme	Hastanenin, hastalar için destekleyici, sağlık teşvik edici ve güçlendirici bir ortam haline getirilmesi (PAT 3)	Hastanenin, personel için destekleyici, sağlık teşvik edici ve güçlendirici bir ortam haline getirilmesi (STA 3)	Hastanenin, topluluk için destekleyici, sağlık teşvik edici ve güçlendirici bir ortam haline getirilmesi (COM 3)
Belirli ST hizmetlerinin sunulması – paydaşlar için hastalık yönetimi (hasta eğitimi)	Sağlık teşvik edici kronik hastalık yönetimi için hastaların güçlü kılınması (taburcu sonrası) (PAT 4)	Sağlık teşvik edici meslek hastalık ları yönetimi için personelin güçlü kılınması (STA 4)	Sağlık teşvik edici kronik hastalık yönetimi için topluluğun güçlü kılınması (COM 4)
Belirli ST hizmetlerinin sunulması – paydaşlar için yaşam tarzı geliştirilmesi (sağlık eğitimi)	Sağlık teşvik edici yaşam tarzının oluşturulması için hastaların güçlü kılınması (taburcu sonrası) (PAT 5)	Sağlık teşvik edici yaşam tarzının oluşturulması için personelin güçlü kılınması (STA 5)	Sağlık teşvik edici yaşam tarzının oluşturulması için topluluğun güçlü kılınması (COM 5)
Belirli ST faaliyetlerinin sunulması – paydaşlar için sağlık teşvik eden & güçlü kılan topluluk gelişimine katılım	Belirli hasta ihtiyaçları için sağlık teşvik edici ve güçlü kılcı topluluk altyapılarının oluşturulmasına katılım (PAT 6)	Belirli personel ihtiyaçları için sağlık teşvik edici ve güçlü kılcı topluluk altyapılarının oluşturulmasına katılım (STA 6)	Toplumun geneli için sağlık teşvik edici ve güçlü kılcı topluluk altyapılarının oluşturulmasına katılım (COM 6)

“Sağlığı Teşvik Eden Hastane” olarak nitelendirilmek isteyen bir hastane, hastaları, personeli ve topluluk için, strateji 1, 2 ve 3. maddelere yatırım yapmalıdır ve— topluluktaki diğer sağlık bakım hizmetlerine ve yasal ve mali çerçeveye bağlı olarak – strateji 4-6’ya da (hastalar, personel ve topluluk için) yatırım yapmalıdır.

3.5.1. Sağlığı Teşvik etme politikasının eyleme geçirilmesi

Sağlığı teşvik kalite güvencesi/geliştirilmesi ile stratejik planlama hedefi olarak yeni Sağlığı Teşvik hizmetleri arasında ayırım yapmak uygulama açısından da önemlidir. İkinci durumda, strateji 4–6 ile ilişkili başka spesifik, eğitici, sağlığı teşvik edici programların uygulanması (hastalar, personel veya topluluk için), herhangi yeni bir hizmette olduğu gibi iyi hazırlanmalı ve yapılmalıdır (proje yönetimi ilkelerine dayalı olarak, vb.). Kapsamlı bir sağlığı teşvik edici kalite güvencesi/geliştirilmesi, emek isteyen bir süreçtir.

Tıpkı kalitede olduğu gibi, sağlık teşvikinin ilkeleri, hastanenin ilgili tüm kararlarında gerçekleştirilmelidir (hastanenin tüm meslek grupları tarafından alınan yönetim ve uzman kararları). Somut önlemleri uygulamak için, spesifik politikalarla yan yana çalışmak yararlı olacaktır (örn., beslenme, sigara kullanımı, stres yönetimi, bakımın devamlılığı). Bu politikaların hastanenin stratejik planında yer alması gerekmektedir (hastane ortamındaki spesifik problemler ve beklentilere dayalı olarak). Toplam Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler yaklaşımı, hastanelerde aşağıdaki gelişimleri ifade eder:

3.5.2. Sonuçlara ilişkin olarak

Yukarıda tartışıldığı gibi, sağlık kazanımı kavramının geniş tanımı izlenmelidir; bundan dolayı sağlığın teşvik edilmesine yönelik müdahaleler için spesifik göstergelerin tanımlanmasına ihtiyaç vardır (klinik sonuçlar + bütünselci sağlık, yaşam kalitesi, hasta memnuniyeti, sağlıkta hakkaniyet ve – sağlığın teşvik edilmesine özgü – sağlık bilgisi).

3.5.3. Bu sonuçların elde edilmesiyle ilgili yapı ve süreçlere ilişkin olarak

Önerilen bağlamda sağlık kazanımını elde etmek için, sağlığın teşvik edilmesine ilişkin ilke ve kriterlere göre hastane yapılarının ve süreçlerinin daha da geliştirilmesi gerekmektedir:

- Sağlığın teşvik edilmesi, hastanenin misyon bildirisinde açık bir amaç ve değer olmalıdır (hasta haklarına, hastaların, personelin ve toplumun sağlığına, vb. değinmelidir)
- Üst düzey yönetim, sağlığın teşvik edilmesi konusuna taahhütte bulunmalıdır. Sağlığın teşvik edilmesi stratejik politika belgesi, belirleyici amaçlar, hedefler ve sağlığın teşvik edilmesi için stratejiler ve bunlara ulaşmak için politikalar belirlenmiş olmalıdır. Sağlığın teşviki için ayrılmış belirli bir bütçesi olan, Sağlığı Teşvik yıllık eylem planı belirlemek yararlı olacaktır.
- Spesifik bir sağlığın teşvik edilmesi yönetim stratejisine veya sağlığın teşvik edilmesine ilişkin ilke, amaç ve hedeflerin mevcut yönetim yapısı içine dahil edilmesine gerek vardır. Bu yönetim yapısına bir örnek olarak şunlar verilebilir: sağlığın teşvik edilmesi izleme komitesi, her basamaktan

hastane personelinin katılımı (meslekler arası, kademeler arası, departmanlar arası), hasta ve hasta yakınları ve diğer paydaşların korunması, sağlığın teşvik edilmesi müdürü/ekibi, ST müdahaleleri için devamlı destek sağlanması (uzmanlar, departmanlar), hastanenin tüm alt bölümlerinde sağlığın teşvik edilmesi odak noktası ağı, spesifik bir sağlığın teşvik edilmesi kurumsal kılavuzu günlük uygulamalarda yardımcı olabilir.

— Günlük klinik uygulamayı etkilemek için Sağlığı Teşvik, standartlara, kılavuzlara, rutin karar ve eylemler için klinik yollara entegre edilmelidir.

— Personel düzenli olarak bilgilendirilmeli ve dahil edilmelidir. Örneğin, sağlık halkaları, personel öneri sistemi, uygulama projeleri, bülten, yıllık sunumlar, web sitesi forumu ile. Gündem belirleme ve kaynakların yaratılması için, personel ve liderliğe yönelik eğitim ve hizmet içi eğitim sağlanmalıdır.

— Sağlık hizmeti sunucuları (irtibat hizmetleri) ve topluluktaki diğer paydaşlar ile ağ kurulması aktif olarak gerçekleştirilmelidir.

Referanslar

1. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva, World Health Organization, 1986. (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Ottawa_charter_hp.pdf) (Ottawa Sağlığı Teşvik Sözleşmesi)
2. Milz H, Vang J. Consultation on the role of Health Promoting Hospitals. In: *Health Promotion International*, 1989, 3:425-427. (Sağlığı Teşvik Eden Hastanelerin rolü konusunda istişare)
3. *The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1991. (http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1). (Sağlığı teşvik eden hastaneler konulu Budapeşte Deklarasyonu)
4. *The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997. (http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1). (Sağlığı teşvik eden hastaneler konulu Viyana Tavsiyeleri)
5. Nowak P, Lobnig H, Krajic K, Pelikan JM. Case Study Rudolfstiftung Hospital, Vienna, Austria – WHO Model Project “Health and Hospital”. In: Pelikan JM, Garcia-Barbero M, Lobnig H, Krajic K. *Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997*. Gamburg, G Conrad Health Promotion Publications, 1998, 47-66. (Avusturya/Viyana Rudolfstiftung Hastanesi Vaka Çalışması-DSÖ model projesi “Sağlıkve Hastane”)
6. Pelikan JM, Garcia-Barbero M, Lobnig H, Krajic K. *Pathways to a Health Promoting Hospitals. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997*. Gamburg, Health Promotion Publications, 1998. (Sağlığı teşvik eden hastaneye giden yol. Avrupa pilot hastaneler projesinden edinilen deneyimler)
7. Pelikan JM, Krajic K, Lobnig H, Dietscher C. Structure, Process and Outcome of the European Pilot Hospital Project – a summary. In: Pelikan JM, Garcia-Barbero M, Lobnig H, Krajic K. *Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997*. Gamburg, Health Promotion Publications, 1998. (Avrupa pilot hastaneler projesinin yapısı, süreci ve sonucu- özet)
8. *Health Promoting Hospitals*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/healthpromohosp>). (Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler)
9. *WHO Collaborating Centre on Health Promotion in Hospitals and Health Care* <http://www.hph-hc.cc/> (Hastanelerde ve sağlık bakımında sağlığın teşviki DSÖ işbirliği merkezi)
10. *HEALTH21 - health for all in the 21st century. An introduction*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (European Health for All Series, No.5). (21. yüzyılda herkes için sağlık)
11. *Health Promotion Glossary*. Geneva, World Health Organization, 1998. (WHO/HPR/HEP/98.1) (http://www.who.int/hpr/NPH/docs; hp_glossary_en.pdf) (Sağlığın teşviki sözlüğü)

12. Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, Ziglio E. *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen, WHO Regional Publications, 2001 (European Series, No. 92). (Sağlık teşvikinin değerlendirilmesi: ilkeler ve bakış açıları)
13. Johnston M, Vögele C. Welchen Nutzen hat psychologische Operationsvorbereitung? Eine Metaanalyse der Literatur zur psychologischen Operationsvorbereitung Erwachsener. In: Schmidt, L.R. (Eds.): *Psychologische Aspekte medizinischer Maßnahmen*. Berlin, Springer, 1992, 215-246.
14. www.griffinhealth.org
15. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 2001, 357:757-762. (Bağlam etkilerinin sağlık sonuçları üzerindeki etkisi: sistematik bir inceleme)
16. Devine EC, Pearcy J. Meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Education and Counselling*. 1996, 29 (2):167-178. (Psikoeğitimsel bakımın kronik obstruktif akciğer hastalığı olan erişkinlerdeki etkilerinin meta-analizi)
17. Tubiana M. *The European action against cancer as a model for regional action: its successes and limitations*. 2000. www.uiccc.org/eurocan/tubiana.shtml. (Bölgesel bir eylem modeli olarak kansere karşı Avrupa eylemi: başarılar ve limitler)
18. Willett WC. Diet, nutrition and avoidable cancer. *Environmental Health Perspectives*, 1995, 103 (S 8). (Beslenme, gıda ve kaçınılabılır kanser)
19. *Physical inactivity a leading cause of disease and disability*. Geneva, World Health Organization (Eds.), 2002. (Hastalık ve sakatlığın önemli bir sebebi olarak fiziksel inaktivite)
20. Kilian K, Paul R. Staff Empowerment as a measure of progress in occupational health promotion: Theoretical foundation and baseline data from a Health Promoting Hospital. In: *Health gain measurements as a tool for hospital management and health policy. Proceedings of the 3rd International Conference on Health Promoting Hospitals*. Linköping, 1996. (Mesleki sağlık teşvikinde ilerleme ölçütü olarak personelin güçlendirilmesi: Sağlığı teşvik eden bir hastaneden teoretik kuruluş ve temel verileri)
21. Eysymontt Z, Baczek Z, Marzec A. The Upper Silesian Rehabilitation Centre 'Repty' in Ustron as a Pilot Health Promoting Hospital. In: Pelikan JM, Garcia-Barbero M, Lobnig H, Krajić K. *Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997*. Gamburg, G. Conrad Health Promotion Publications, 1998, 293-308. (sağlığı teşvik eden pilot bir hastane olarak Upper Silesian rehabilitasyon merkezi)
22. Brandt E. (Ed.). *Qualitätsmanagement und Gesundheitsförderung im Krankenhaus: Handbuch zur EFQM-Einführung*. Neuwied & Kriftel. Luchterhand, 2001.

4. Hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşviki için standartlar geliştirilmesi

(Anne Mette Fugleholm, Svend Juul Jørgensen, Lillian Møller & Oliver Groene)

Tedavi, rehabilitasyon, hastalık önleme ve sağlık teşvikine ilişkin entegre hastane faaliyetleri bir süreç oluşturur ve hastane sektörünün diğer hizmetleri gibi aynı kalite geliştirme şartlarına tabi olmalıdır. Sağlığın teşvik edilmesinin hastane hizmetlerinin bir parçası olarak değeri hakkında artan kanıtlar bulunmasına rağmen, bu alan için kalite hedeflerinin tanımlanmasına ayrılan kaynak çok azdır.

Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Ağı altındaki bir çalışma grubu, Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler genel faaliyetleri için bir standartlar dizisi oluşturmuş ve sağlık bakım sektöründeki hastane ve kurumlar tarafından hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşvik edilmesine ilişkin yapılması gerekenler tanımlanmıştır. Tüm standartların temelini oluşturan ilke ve tanımlar ile çalışma grubunun takip ettiği süreçler bu bölümde anlatılmaktadır.

4.1. Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler üzerinde çalışmak için geçerli olan ilkeler

4.1.1. Viyana Tavsiyeleri

Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler hakkında Viyana Tavsiyeleri'ne göre [1] (Dünya Sağlık Örgütü'nün Herkes için Sağlık Stratejisi, Sağlığın teşvik edilmesine yönelik Ottawa Sözleşmesi, Sağlık Bakımı Reformuna yönelik Ljubljana Sözleşmesi ve Sağlığı teşvik Eden Hastaneler için Budapeşte Bildirisi'ne dayanmaktadır), sağlığı teşvik eden bir hastanenin aşağıdakileri yerine getirmesi gerekmektedir:

1. Mesleki etiklerin yanında, farklı nüfus gruplarının ihtiyaç, değer ve kültür farklılıklarını kabul ederek, insanın saygınlığını, eşitliği, ve dayanışmayı teşvik etmelidir.
2. Kalite iyileştirme, hastaların, hasta yakınlarının ve personelin sağlığı, çevrenin korunması ve öğrenen bir kurumun oluşturulmasına odaklanmalıdır.
3. Sağlık konusuna, yalnızca tedavi hizmetleri olarak değil, bütünsel bir açıdan odaklanmalıdır.
4. İnsan merkezli olmalı ve iyileştirme sürecine yardımcı olmak ve hastaların güçlendirilmesine katkıda bulunmak için, sağlık hizmetleri hasta ve hasta yakınlarına mümkün olan en iyi şekilde sunulmalıdır.
5. Kaynakları etkili ve maliyet-etkin şekilde kullanılmalı ve sağlığın iyileştirilmesine katkıların değerlendirilmesine dayalı olarak kaynakları tahsis etmelidir.
6. Sağlık bakım sisteminin diğer basamakları ve toplulukla, mümkün olduğunca yakın bir bağlantı kurmalıdır.

4.1.2. Sağlığın teŖvik edilmesi

Sağlığın teŖvik edilmesine yönelik çabalar aŖađıdakilere odaklanmalıdır:

- Politika oluŖturulması;
- Destekleyici ortamın sağlanması;
- giriŖimlerin topluluk düzeyinde güçlendirilmesi;
- kiŖisel becerilerin geliŖtirilmesi;
- sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirerek, hastalıkların önlenmesi ve sağlık teŖvikinin, tedavi çabalarının entegre bir bölümü haline getirilmesi.

Sağlığın teŖvik edilmesi giriŖimleri, bireylerin yetkinliğinin ve kapasitesinin artırılmasına ve evre ortamları ve yerel toplulukları etkileyerek deđiŖim için temel sağlanması yöneliktir. Rehabilitasyon ve hastalıkların önlenmesi de dahil olmak üzere, sağlığın teŖvik edilmesi, tıpkı muayene, tedavi ve bakım gibi sağlık bakım hizmetlerine entegre bir bölüm olarak görülmektedir.

Hastaneler, kendi çabalarıyla sağlık teŖvikinin temellerini sağlayamazlar. Bunun için sektörler arası kesiŖen giriŖimler gerekmektedir. Ottawa SzleŖmesi'nde, sağlığın teŖvik edilmesi, kiŖilerin sağlık belirleyicileri üzerinde kontrole sahip olmaları için güçlü kılınmaları ve böylece sağlıklarını iyileŖtirme süreci olarak tanımlanmıŖtır. Burada 'süreç' olarak tanımlanmaktadır ve bu sürecin amacı, bireylerin eyleme geçmeleri için beceri ve kapasitelerini ve topluluk veya grupların sağlık belirleyicileri üzerinde kontrole sahip olmaları için birlikte hareket etmelerine yönelik kapasitelerini güçlendirmektir.

Sağlığın belirleyicileri:

- YaŖam tarzı veya sağlık bakım hizmetlerinin kullanımı gibi bireylerden etki alan belirleyiciler;
- Ekonomik ve evre koŖulları gibi bireylerden etkilenmeyen belirleyiciler olarak ayrılabilir.

Viyana Tavsiyeleri'ne göre, sağlığı teŖvik eden faaliyetler aŖađıdaki dört bakıŖ açısını içermektedir:

- o Hastalar
- o Sağlık Bakım alıŖanları
- o Kurum
- o evre Ve Topluluklar.

Bundan dolayı, sağlığın teŖvik edilmesi standartları için, Ottawa SzleŖmesi'ni ve Viyana Tavsiyeleri'ndeki hedefleri temel almak doğaldır. Standartlar, bu dört bakıŖ açısında hedeflenen faaliyetlerle bağlantılıdır. Ayrıca, standartların son hali, hastane sektörü içindeki veya dıŖındaki hizmetler arasında bağlantı kurulmasında rolü olan koŖulların kalitesinin değerlendirilmesi için bir temel sağlamaya yardımcı olur.

4.1.3. Hastalıkların nlenmesi

Üç farklı eŖit hastalık önlenmesi arasında genellikle bir ayırım yapılmaktadır [2]:

- o Hastalığın oluŖmasını önleyen birinci basamak;
- o Hastalığı erken bir safhada belirleyen ve ilerlemesini engelleyen ikinci basamak;

- Kötüye gitmeyi ve semptomların yeniden ortaya çıkmasını önleyen ve hastalığın işlevsel bir düzeyde idare edilmesini sağlayan üçüncü basamak.
- Programlar ayrıca şu şekilde tanımlanabilir:
- Tüm hastalara hitap etmesi gereken faaliyetleri kapsayan ve hastanın hastanede izleyeceği yolun bir parçası olması gereken genel programlar;
- Belirli hasta ve hastalık gruplarına yönelik spesifik programlar.

Genel programlar, sağlık ve hastalığın genel belirleyicilerine değinmektedir (tütün, alkol, beslenme, egzersiz, psiko-sosyal konular gibi). Bunun bir örneği, bireylerin davranışlarını etkilemeyi amaçlayan yaşam tarzı müdahalesidir (alkol tüketimi, sigara, vb). Yaşam tarzına müdahale, hastalıkların önlenmesi ve davranış değişikliğine ilişkin olarak yetkinliklerinin artırılması amacıyla, hastalar için danışmanlık ve destek hizmetleri verilmesini kapsamaktadır.

Spesifik programlar, belli hasta grupları için belirleyicilere ve önemli risk faktörlerine değinmektedir. Diyabet hastalığında geç komplikasyonların önlenmesi, astımlı hastaların eğitilmesi, kardiyak rehabilitasyonu, vb. buna örnek olarak verilebilir. Hastalıkla başa çıkması için, hastanın bireysel kaynak ve becerilerini harekete geçirmek önemli bir unsurdur. Böylece, sağlık teşviki ve hastalıkların önlenmesi bir süreklilik oluşturur.

Geleneksel olarak, hastaneler ikinci veya üçüncü basamak korunmalara ilişkin görevleri üstlenirken, temel sağlık bakım sektörü de birinci basamak koruma ile ilgilenir. Ancak, hastanelerin de birincil koruma ile ilgili önemli bir rolleri bulunduğu giderek artan bir şekilde fark edilmektedir. Tedavi ve prognoz için yaşam tarzı faktörlerinin önemi hakkındaki mevcut bilgiler, tüm hastanelerin, bireysel hasta seyir tarzının entegre bir parçası olarak yaşam tarzı değişikliklerini desteklemeleri ve danışmanlık hizmetleri sağlamalarını gerekli kılmaktadır.

Cerrahiyle bağlantılı müdahale buna bir örnek olarak verilebilir. Sigara içmenin ve aşırı alkol tüketiminin, cerrahiyle ilişkili komplikasyonları artırdığına dair kanıtlar mevcuttur. Ameliyat öncesi yapılan klinik testler, hastaların bilgi ve müdahale istediklerini ve kabul ettiklerini ve bu tür bir girişimin, örneğin, cerrahi sonrası infeksiyon hızında, kalp ve akciğer komplikasyonlarında azalma şeklinde, komplikasyonların ortaya çıkmasında bir etkisi olduğunu doğrulamaktadır [3].

Ayrıca, akut kalp krizini takiben kardiyak rehabilitasyon programlarının da etkisi olduğuna dair benzer kanıtlar mevcuttur. Egzersiz, diyet, sigaranın bırakılması için tavsiye ve davranış değişikliği stratejileri içeren programların, ikinci kalp krizi riskini azalttığı, tekrar hastaneye yatış oranını düşürdüğü ve hastaların yaşam kalitesini artırdığı, çeşitli çalışmalarla ispatlanmıştır.

Yukarıda bahsedilen kanıtlar, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşvik edilmesinin, hastanın hastanede izlediği tüm sürece, yalnızca tedaviye bir ek olarak değil, tedavinin bir parçası olarak entegre edilmesine dikkat çekmektedir [4, 5].

4.2. Sağlığın teŖvik edilmesine yönelik standartlar

4.2.1. BakıŖ Açıları

Sağlığı TeŖvik Eden Hastaneler Ağı tarafından oluŖturulmuŖ ortak standartlar kümesi, hem ulusal hem de uluslararası bakıŖ açılarını kapsamaktadır.

Ulusal bakıŖ açısında, ortak standartlar:

- Hedefler ve somut hastalık nleme ve sağlığı teŖvik giriŖimleri için bir ereve sağlayabilir;
- Faaliyetlerin planlanması ve saptanması için ve bunların belgelenmesi ve değerlendirilmesi için hastanelere bir platform sunabilir;
- GerekleŖtirilen faaliyetlerin sistematik olarak uygulanması ve kabul edilmesini destekleyebilir;
- Hastanenin kalite yönetim planlarının bir parçası olabilir ve kalitenin geliŖtirilmesi için kullanılabilir;
- ğrenme süreçlerini kurum içinden destekleyebilir;
- Ulusal ağlardaki karŖılaŖtırmalar için bir platform sağlayabilir ve karŖılıklı öğrenme ve tecrübe paylaŖımını destekleyebilir;
- Hastalıkların nlenmesi ve sağlığın teŖvik edilmesi için yeni ihtiyaçları ortaya çıkarabilir;
- Temel ve ikinci basamak sağlık bakım sektörleri arasında hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teŖvik edilmesine yönelik iŖbirlięini destekleyebilir ve
- Personelin eğitim ihtiyaını destekleyebilir.
- Uluslararası bakıŖ açısından, standartlar ayrıca:
- Sağlığı TeŖvik Eden Hastaneler Ağı'nda alıŖmak için ortak bir platform kurulması;
- Uluslararası karŖılaŖtırmalar ve karŖılıklı öğrenme ve sınırlar arası tecrübe paylaŖımı için bir platform sağlanması;
- Temel kararların desteklenmesine katkıda bulunabilir (Viyana Tavsiyeleri).

4.2.2. Kavram ve Tanımlar

Hastane hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde, amaçlanan kalite seviyesinin belirlenmiŖ olduğu farz edilir. Bu, standartlar halinde tanımlanabilir. Standart, somut bir durumda ve belirli bir zaman diliminde varılması veya sürdürülmesi gereken bir hedeftir. Bir standart ideal olan bir kalite hedefini veya belirli bir durumda ulaŖılabilir olan bir kalite hedefini ifade edebilir ve nicel veya nitel olarak ifade edilebilir:

- Nicel terimler: Standart, iyi olduğu dŖnlen kalite için rakamlarla ifade edilmiŖ düzeyi belirler
- Nitel terimler: Standart iyi kalite düzeyini tanımlar ve bu düzey için n Ŗart olan unsurları belirtir. Tanımlayıcı terimlerle ifade edilebilir, örneğin, talimatlarda veya kılavuzlarda

Standartlar, tüm hastaları ilgilendiren bakıŖ açıları gibi genel durumları tanımlayabilir veya belirli hasta gruplarını ilgilendiren bazı hastalıklara özgü

durumları tanımlayabilir. Bunlar sağlık çalışanları için, hastalarla ve kurumsal kalite ile ilgili oluşturulabilir Standartlar, yapı, süreç ve sonuçla ilgili hedefleri tanımlayabilir. Bir *yapı standardı*, belli bir hizmetin verilmesi için mevcut kaynaklarla bağlantılı olarak, yapıya ilişkin şartları belirleyebilir (örn., fiziksel ortam, teknik ekipman, sağlık personelin yeterliliği, çalışma rutinlerinin düzenlenmesi, dahili ve harici işbirliği yapıları, vb.). Bir *süreç standardı*, yürütülen faaliyetleri klinik görevlerle (muayene, tedavi ve bakım) veya kurumsal destek süreçleriyle (örn., kılavuzların kullanımı, hasta eğitimi gibi) bağlantılı olarak ifade eder. Bir *sonuç standardı*, hastanın durumuna ilişkin olarak elde edilen bir etkiyi (örn., ağrı dindirme, yaşam kalitesi, işlevsel seviye veya sağ kalım) veya daha geniş bir perspektifte kurum faaliyetinin etkisini ifade eder (örn., çalışan memnuniyeti, personel yokluğu, mesleki kazalar, vb).

Belli bir standarda ulaşmanın değerlendirilmesi, dahili veya harici denetim, kıyaslama veya daha geniş olarak kullanıcı değerlendirmeleri ile yapılabilir: hastalar, hasta yakınları, personel, sağlıklı kullanıcılar, vb. Kullanıcı değerlendirmeleri, anketler veya görüşmeler vasıtasıyla yapılabilir. Standartlar, anlamlı ve klinik olarak yararlı hedefler oluşturduklarını garanti eden bir takım şartları karşılamalıdır. Mümkün olduğunca kanıta dayalı olmalı, geçerli, güvenilir ve genellemeler için uygun, erişilebilir ve açık olmalıdır. Oluşturma sürecinin bir tarifi, yapılan deneme ve planlanan uygulama, standartlara eklenmelidir.

4.3. Standartların Geliştirilmesi için Uluslararası İlkeler

Genel olarak, ilk adımdan itibaren standartların tam olarak oluşturulması, kaynak ve aman isteyen bir faaliyettir. Standartların oluşturulması ve tanımlanması, genellikle, üyeleri söz konusu standardın bakış açısını yansıtan disiplinler arası bir grup tarafından yapılır. Bundan dolayı, mesleki standartlar sağlık bakım çalışanları tarafından oluşturulurken, kurumsal standartların oluşturulmasına idari ve kurumsal yetkinliği olan bireyler de katılmalıdır.

Standartları oluşturma sürecindeki ilk adım, seçilen alanda bilimsel literatür taramasının yapılması ve 'ön' standartlar için bir öneri oluşturulmasıdır. Bunu takiben, standartlar incelemeye tabi olmalı ve 'nihai' standartların ortaya çıkmasını sağlayacak pilot bir deneme yapılmalıdır. Güncel ve ilgili olmalarının sağlanması için, standartların devam eden bir temelde revize edilmeleri ve düzeltilmeleri gereklidir.

ALPHA programı ilk olarak, sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin değerlendirmesini, standartlara dayalı olarak dışarıdan yapan uluslararası akreditasyon kuruluşlarında kullanılmak üzere oluşturulmuştur. Bu program, standartların şekli ve yapısına ve kullanımlarına ilişkin olarak, uluslararası kabul görmüş şartlar belirlemektedir. Bu şartlar şunlara ilişkindir:

- Standardın hasta katılımını garanti edilmesini kapsayan odağının olması, hasta haklarına uygun olması, kalitenin devamlı olarak geliştirilmesine odaklanması, mevcut kalitenin izlenmesi, sistematik izleme ve takip şartları;

- Yapı, süreç ve sonuca ilişkin şartlar kapsayan standart türleri;
- Standartların, hem genel standartları, hem de belli departman ve hasta gruplarına yönelik şartları içermesi, hastalığa özgü standartlar; ve
- Standartların, profesyonel katılım için iyi tanımlanmış bir prosedüre yönelik şartları kapsayacak şekilde kaleme alınması, ilgili tarafların katılımı, mevzuat ve anlaşmaların entegrasyonu, araştırma ve güncelleme, standartların test edilmesine ilişkin standartlar ve değerlendirme ve revizyona ilişkin standartlar.

Standartları oluşturmaya veya başkaları tarafından oluşturulmuş standartları kullanmaya karar verildiğinde, ilgili dört önemli bakış açısı vardır: 1. kaynak kullanımı – zaman ve ekonomi (oluşturma ve sürdürme), 2. mülkiyet ve yerel temel, 3. kurumdaki onay ve 4. karşılaştırma olasılıkları.

4.4. Standartlar ve kanıt

Standartlar mümkün olduğunca kanıta dayalı olmalıdır. Hastalıkların önlenmesine yönelik faaliyet, somut, iyi belgelenmiş ve geniş ölçüde kanıta dayalıdır, ancak sağlığı teşvik söz konusu olduğunda mevcut kanıtlar sınırlıdır. Bununla birlikte, sağlığı teşvik eden faaliyete ilişkin kanıtın bulunduğu ve hastane sektörünün aktif bir rol üstlenmesinin gerektiği birkaç alanın belirlenmesi mümkündür.

Sigarayı bırakma ve alkol kullanımını azaltmaya ilişkin olarak bireylere destek vermenin maliyet etkin bir yöntemi olan ve kısa müdahale denilen yöntem vasıtasıyla, sağlık davranışına yönelik danışmanlık yapmanın etkisi hakkında, bireysel düzeyde kanıt mevcuttur. Özellikle aşırı kiloda olan kişiler için egzersiz rehberliği, yaşlı vatandaşlarda düşme riskini azaltmak için ve astım hastalarının eğitimi (astım okulu) için yapılan girişimler, kardiyak rehabilitasyonu, danışmanlık vasıtasıyla şeker hastalığında geç komplikasyonların önlenmesi gibi müdahaleler için de, yukarıda bahsedilen durum geçerlidir.

Bir çok Avrupa ülkesinde, sağlık bakım sektöründe, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşvik edilmesinin desteklenmesi amacıyla ulusal girişimler yapılmıştır. Bu tarz bir ulusal girişim örneği olarak, Danimarka İç Hastalıkları Derneği tarafından yeni bir rapor yayınlanmıştır [5]. Bu raporda, **hastalıkların önlenmesine** ilişkin mevcut kanıtlar incelenmiştir. Dernek bu raporda, çeşitli yaşam tarzı faktörlerine ilişkin olarak, dahiliye bölümleri tarafından neler yapılması gerektiğine ilişkin tavsiyelerde bulunmaktadır. Bunlar:

Tütün:

- Sigara içenlerin belirlenmesi ve detaylı tütün vaka öyküsünün oluşturulması;
- Sigaranın yıkıcı etkileri ve sigarayı bırakmanın yararlı etkileri hakkında yazılı ve sözlü olarak hastalara bilgi verilmesi ve sigarayı bırakmaya yardımcı fırsatlar yaratılması;

-Sigarayı bırakma hizmetlerinin kurulması veya sigarayı bırakma danışmanlığının, tedavinin bir parçası haline getirilmesi.

Alkol:

- Aşırı alkol tüketen hastaların belirlenmesi;
- Kısa müdahale hizmetleri veya alkol ünitesine sevk edilmesi.

Egzersiz:

- Fiziksel aktivite hakkında tavsiyeye ihtiyacı olan hastaların belirlenmesi;
- Uluslararası kılavuzlar uyarınca egzersiz tavsiyesi;
- İlgili hastalar için sistematik egzersiz hizmetlerinin kurulması.

Beslenme:

- Yetersiz beslenen veya yetersiz beslenme riski taşıyan hastaların belirlenmesi;
- İlgili beslenme tedavisinin başlatılması;
- Taburcu edilirken bilgi iletişimi (hastanın kendi hekimi, ev ziyaretçileri, pratisyen hekim için).

Özel Hasta Grupları:

- Metabolik sendromu olan hastaların belirlenmesi (kardiyovasküler hastalık ve/veya aşırı kilo), koruma tavsiyeleri ve ilgili müdahale için sevk (diyet, egzersiz, vb.);
- Hiperkolesterolemi, dislipidemi ve hipertansyonu olan hastaların belirlenmesi ile risk değerlendirme ve bunları önleme ve ilgili müdahaleye başlanması hakkında tavsiyeler (diyet, egzersiz, vb.);
- Tip 2 diyabeti ve glukoz intoleransı olan hastaların belirlenmesi, risk değerlendirme ve ilgili müdahalenin başlatılması (diyet, egzersiz, vb.);
- Geç komplikasyonlar açısından diyabet hastaları için sistematik olarak tarama yapılması;
- Osteoporoz hastalarının belirlenmesi, risk değerlendirme (fraktür belirleyici, röntgen, kalıtsal yatkınlık) ve ilgili müdahaleye ilişkin tavsiye ve müdahalenin başlatılması.

Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler için hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşvik edilmesine yönelik ortak standartlar içerisinde, kurumun, hastaları, sağlık çalışanlarını ve genel ortamı ilgilendiren toplam faaliyetlerine ilişkin şartları belirleyen standartlar bulunmalıdır. Bu standartlar, ayrıca, Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler içinde benimsenmiş etkinliğin temel ilke (Viyana Tavsiyeleri) ve hedeflerini de yansıtmalıdır. Son olarak, yardımcı yerel standartlar için fırsatlar sunulması da yararlıdır. Bunlar, örneğin, ulusal mevzuatı, ulusal ağlara yönelik kural ve yerel hedefleri ve hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşvik edilmesine yönelik uluslararası standartlar/hedefleri yansıtan standartlar olabilir.

Aynı zamanda, genel kaliteye ve hastalığa özgü kaliteye ilişkin standartlar arasında bir denge kurulması da önem taşımaktadır. Standartlar seçilirken, hastanelerin sağlık meslek kalitesini kendilerinin değerlendirmesini sağlayan standartlar belirleyerek, hastanelerin öğrenme kapasitelerinin desteklenmesi yararlıdır.

4.5. Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlığın Teşviki Alanlarındaki Mevcut Standartlar

Hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşvik edilmesinin tedavi sonucu üzerindeki etkisine yönelik kanıtlar bulunmasına rağmen, şu ana kadar, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşvik edilmesine yönelik kalite hedeflerinin tanımlanması ve standartların oluşturulmasına çok az kaynak ayrılmıştır.

2001 yılının Mayıs ayında Kopenhag'da gerçekleştirilen 9. Uluslararası Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Konferansı'nda, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, hastanelerde sağlığın teşvik edilmesi için standartlar oluşturulması amacıyla, bir çalışma grubu görevlendirilmiştir. Sağlığın teşvik edilmesi konusunda uzman kişilerde taslak standartlar tartışılmış, Mayıs 2002'de Bratislava'da ve Kasım 2002'de Barselona'da yapılan önceki çalıştaylar esnasında oluşturulan standartlar incelenerek, her biri standart formülasyonu, hedef, kriterlerin tanımı ve ölçülebilir unsurlardan oluşan beş standart yapılandırılmıştır.

Yeni standartların oluşturulmasıyla bağlantılı olarak, çalışma grubu, Avustralya (Avustralya Sağlık Hizmetleri Konseyi), Kanada (CCHSA Kanada Sağlık Hizmetleri Akreditasyon Konseyi), ABD (JCI Uluslararası Ortak Komisyon), Fransa (Ulusal Sağlık Akreditasyon ve Değerlendirme Kurumu yani Agence Nationale d'Acréditation et d'Évaluation en Santé), İngiltere (Sağlık Kalite Standartları) ve İskoçya'da (İskoçya Standart Kurulu) bulunan 6 büyük kurumun mevcut standartlarını incelemiştir.

İncelemenin yapıldığı tarihte, bu kurumlardan hiçbiri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşvik edilmesine özgü standartlar oluşturmamıştı. Bununla birlikte, bazı standartlarda, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşvik edilmesine ilişkin konular bulunmaktadır. (Tablo 1).

Tablo 1– Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlığın Teşvik edilmesine ilişkin mevcut Standartlar.
Hastanın koruma, geçici, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerine yönelik ihtiyaçları, hastanın hastaneye geldiği andaki durumuna göre önceliklendirilir. (JCI Uluslararası Ortak Komisyon)
Kurum, hastanın zamanında ve uygun şekilde sevk edilmesi için, temel sağlık sektörüyle işbirliği yapar. (JCI Uluslararası Ortak Komisyon)
Yetersiz beslenme açısından risk taşıyan hastalara beslenme terapisi sağlanır. (JCI Uluslararası Ortak Komisyon)
Kurum, bilgilendirme ve yol gösterme yoluyla sağlığın teşvik edilmesi ve hastalıkların önlenmesi için, temel sağlık sektöründeki ilgili bölümler ile işbirliği yapar. (Uluslararası Ortak Komisyon)
Kurum, toplulukla çalışarak, sağlığı teşvik eder, sağlık problemlerini önler veya erken tespit eder ve hizmet sunduğu kişilerin sağlıklarını maksimuma çıkarır (CCHSA Kanada Sağlık Hizmetleri Akreditasyon Konseyi).
Kurum, son 12 yılda verilen hizmet ve bakımla bağlantılı olarak risk faktörlerinin bir değerlendirmesini yapmış ve sonuçları kayda geçirmiştir. (HQS Sağlık Kalite Standartları)
Kurum, özel hasta grupları için bireysel ön değerlendirmeler yapmaktadır (uyuşturucu ve alkol bağımlılığı sinyalleri veren hastalar gibi) (JCI Uluslararası Ortak Komisyon)

Bu spesifik standartlara ek olarak, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşvik edilmesi için *başka* önemli konulara değinen, özellikle de bilgilendirmeye ilişkin bazı standartlar daha belirlenmiştir. Bu standartların örnekleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2 – Hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşvik edilmesini ilgilendiren konulara ilişkin mevcut uluslararası standartlar
Hastanın kurumda bulunduğu süre içerisinde gördüğü tedavi ve bakım hakkında kararlar alabilmelerini sağlamak için, hastalar ve hasta yakınlarına bilgi verilir ve yol gösterilir. (JCI Uluslararası Ortak Komisyon)
Hastalara ve hasta yakınlarına anlayabilecekleri bir dilde ve tarzda yol gösterilir. (JCI Uluslararası Ortak Komisyon)
Hastanın sağlığa ilişkin devam eden ihtiyaçları, yol gösterme ve eğitim ile desteklenir (JCI Uluslararası Ortak Komisyon)
Kurum, hizmetleri hakkında hasta ve hasta yakınlarına bilgi verir (CCHSA Kanada Sağlık Hizmetleri Akreditasyon Konseyi)

Hasta güvenliği ve enfeksiyon kontrolü gibi alanlara ilişkin standartlar burada gösterilmemiştir.

4.6. Standartların Geliştirilmesine Yönelik Süreç

Hastanelerde sağlığın teşvik edilmesi ve hastalıkların önlenmesine yönelik standartlar oluşturulması kararı, Mayıs 2001'de Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Ağı'nı oluşturan tüm temsilcilerin katıldığı bir toplantıda oybirliği ile alınmıştır. Bir çalışma grubu oluşturulmuş ve standartların oluşturulması için ALPHA programının tavsiyelerinin takip edilmesine karar verilmiştir. İlk olarak, koruyucu ve sağlığı teşvik edici programların etkililiği ve hastaneler için mevcut standartlara ilişkin kanıtlar hakkında literatür taraması yapılmıştır. Sağlığı teşvik eden programların yararlılığı hakkında sağlam kanıtlar bulunmaktadır ve mevcut standartların hastanelerde sağlığın teşvik edilmesi konusuna çok az değindiği görülmüştür.

Dünya Sağlık Örgütü'nün çalışma grubu, hastanelerde sağlığın teşvik edilmesine ilişkin taslak standartların oluşturulması için ALPHA programındaki tüm adımları takip etmiştir. Hastanın hastanede izlediği yolu takip etmeye ve hastanın ihtiyaçlarının karşılanması için uygun gereksinim ve faaliyetlerin tanımlanmasına karar verilmiştir. Hastane yönetim kademesinin sorumluluğu ve hastane personelinin rolüne de önem verilmiştir.

Mayıs 2002 tarihinde, Bratislava, Slovakya'daki uzman çalıştayında standartların ilk taslağı önerilmiştir. Bu çalışmayı takiben, taslak standartlar, Uluslararası Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Konferansı'na bağlantılı olarak ulusal ve bölgesel koordinatörler yıllık toplantısında tartışılmıştır. İkinci taslak standartlar tartışılıp tekrar yazılmış ve Kasım 2002'de Barselona, İspanya'daki

yeni bir uzman çalıştayında pilot test için bir inceleme formu oluşturulmuştur. Aynı zamanda, uluslararası akreditasyon kurumlarına ve sağlık hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesiyle ilgili diğer kuruluşlara, yorum ve önerileri alınmak üzere standartlar teslim edilmiştir. Standartlara yönelik bir pilot test Şubat 2003 tarihinde yapılmıştır. Pilot test sonucunda, standartların iyileştirilmesi ve netleştirilmesine yönelik birkaç öneri ortaya çıkmış ve bunlar Nisan 2003'teki üçüncü uzman çalıştayında tartışılmıştır.

Sağlığın teşvik edilmesine yönelik son standartların ilk basımı olarak görülen standartlar, Mayıs 2003'te Floransa, İtalya'da gerçekleştirilen 11. Uluslararası Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Konferansında sunulmuş ve standartların son haline dayanan bir online öz-değerlendirme aracının oluşturulmasına karar verilmiştir.

4.6.1. Pilot Uygulama Denemesi

Pilot testin amacı, hastanelerin değerlendirilmesi değil, standartların değerlendirilmesiydi. Bununla birlikte, bu standartlara duyulan ihtiyacın değerlendirilmesi için, hastanelerin standartlara gerçek uyumu hakkındaki bilginin anonim bir analizi yapılmıştır. Standartların çoğunun yenileriyle az çok uyumlu olduğu görülmüştür, bu da ilke olarak standartların uygulanabilir olduğunu ve standartların yerine getirilmesine ilişkin olarak iyileştirilmelerinin mümkün olduğunu göstermektedir. Pilot test için bir inceleme formu oluşturulmuş ve 9 Avrupa ülkesinde 36 hastane standartları test etmiştir (6).

Standart 1 ve 4 hastane yönetimi tarafından değerlendirilirken, 2, 3 ve 5'in değerlendirmesi, pilot testin üç ay öncesinde hastaneye yatışı yapılmış ve taburcu edilen hastalara ait klinik kayıtlar arasından rasgele seçilen 20 tanesinin denetimine dayalı olarak yapılmıştır. "Hasta kayıtları" terimi, hastanenin standartlara uyumu değerlendirilirken göz önüne alınması gereken her türlü dokümantasyonu kapsamıştır (tıbbi ve hemşirelik kayıtları, terapist ve diyetisyen notları, vb.). Denetim grubunun, ünitenin dokümantasyon rutinleri hakkında bilgi sahibi olan disiplinler arası bir uzman grubu olması tavsiye edilmiştir.

Beş çekirdek standart test hastaneler tarafından ilgili bulunmuş, 36 hastaneden 32'si ise tüm standartları ilgili ve uygulanabilir bulmuştur. Katılan hastaneler ve ulusal koordinatörler tarafından değerli yorumlar yapılmıştır. Genel görüş, standartların başlatılmasının uygun ve gerekli olduğu ve standartların yapılarından dolayı pratik kullanım için uygun oldukları olmuştur. Kriterlerin genel olarak kabul edilmiş olmasına rağmen, ancak birkaç tanesi test hastaneleri tarafından karşılanmıştır, buradan da Sağlığı Teşvik Hastanelerinin sağlığı teşvik eden faaliyetlerinin iyileştirilmesinin mümkün olduğu sonucu çıkmaktadır. Hastanelerdeki kıyaslama ve öz-değerlendirme için pilot uygulama öncesinde, değerlendirme aracı üzerinde yorumlar yapılmış, bir taslak revize edilmiş, yeniden yapılandırılmış ve yeniden tasarlanmıştır. Öz-değerlendirme aracı için, ölçülebilir unsurlar ve göstergeler de oluşturulmuştur (7). Bu araçla birlikte bir kılavuz ve terimler sözlüğü bulunmaktadır. Ayrıca, standartları tamamlamak için spesifik kılavuzlar da oluşturulabilir.

4.6.2. Standartlar

Beş standardın son hali içinde söz konusu konular şunlardır: Yönetim politikası, Hastaların Değerlendirilmesi, Hasta bilgisi ve müdahale, Sağlıklı bir işyerinin teşvik edilmesi ve Devamlılık ve İşbirliği. Standartlar, hastanın kurum içinde izlediği yol ile ilgilidir ve her hastanede hastalara sunulan hizmetlerin entegre bir parçası olarak sağlığın teşvik edilmesine yönelik faaliyetleri ve sorumlulukları tanımlamaktadır. Her bir standart, standart formülasyonu, alt standartların tanımı ve hedeften oluşmaktadır (Annex 3).

Sonuç

Hastanelerde sağlığın teşvik edilmesi için standartların belirlenmesinin önemi ve buna duyulan ihtiyaç Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Avrupa Ağı'nda fark edilmiş ve iki yıllık bir süre içinde standartlar oluşturulmuştur. Standartların tüm hastanelerde uygulanabilir ve kabul edilebilir olmasını sağlamak ve hastanelerde çeşitli uluslararası ve ulusal kalite ve akreditasyon kurumları tarafından kurulmuş mevcut kalite standartları içine bunları entegre etmek için, bu süreç içinde ISQua tarafından kurulan ALPHA programının ilkeleri takip edilmiştir.

Standartlar bir pilot testten geçmiş ve anlaşılır, anlamlı, ilgili ve uygulanabilir oldukları doğrulanmıştır. Uluslararası kalite kurumları, kendi standartlarının içine bu standartları entegre edebilir ve bunları kullanabilirler.

Referanslar

1. *The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals* adopted at the 3rd Workshop of National/Regional Health Promoting Hospitals Network Coordinators, Vienna, 16 April 1997 (http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1). (Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Konulu Viyana Tavsiyeleri)
2. Jørgensen T, Borch-Johnsen K, Iversen L. *Klinisk håndbog i forebyggelse på sygehuse (Clinical handbook on prevention in hospitals)*. Copenhagen, Munksgaard, 2001. (Hastanelerde koruma konulu klinik el kitabı)
3. Møller A, Villebro N, Pedersen T, Tønnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications, a randomized clinical trial. *Lancet*, 2002, 359:114-117. (Ameliyat öncesi sigara içme müdahalesinin post-op komplikasyonlar üzerindeki etkisi, randomize klinik deney)
4. Editorial. *BMJ*, 2001, 323:1016.
5. Snorgard O, Becker PU, Døssing M et al. Forebyggelse i den intern medicinske afdeling. Klaringsrapport fra Dansk Selskab for Intern Medicin (*Prevention in the department of internal medicine*). Danish Society of Internal Medicine, Ugeskr Laeger, klaringsrapport nr. 2, 2003. (İç hastalıklar departmanında korunma)
6. Groene O, Jorgensen SJ, & Garcia-Barbero M. *Self-assessment tool for pilot implementation of health promotion standards and indicators in hospitals*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1) (<http://www.euro.who.int/document/E85054.pdf>) (Hastanelerde sağlığı teşvik standartları ve göstergelerinin pilot uygulanması için kendi kendini değerlendirme aracı)
7. Groene O, Jorgensen SJ, Fugleholm AM, Moeller L, Garcia-Barbero M. Results of a pilot test of standards for health promotion in nine European countries. *International Journal for Quality Assurance in Health Care*. Vol. 18, 4: 2005. (Dokuz Avrupa ülkesinde sağlığın teşvikine yönelik standartların pilot testinin sonuçları)

5. Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Stratejisinin EFQM Mükemmeliyet Modeli ve Dengeli Sonuç Kartı'nın birlikte uygulanması vasıtasıyla uygulamaya konması

(Elimar Brandt, Werner Schmidt, Ralf Dziewas & Oliver Groene)

Giriş

Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler (STEH) kavramı modern hastanelerin; yeni finansman sistemleri, şeffaflık ve kaliteli performans için yapılan baskılar ve çalışanlar üzerindeki ağır iş yükünün neden olduğu talepleri karşılayabilmeleri için daha da geliştirilmelerine yönelik yenilikçi ve önemli bir model sunar. Hastaneler, mali kaynaklarını koruyabilmek ve işine bağlı ve motivasyonu yüksek hastane çalışanlarının ilgilisi çekmek ve onları ellerinde tutabilmek için hem hastaların *hem de* çalışanlarının sağlık düzeylerini yükseltmelidir. Sağlığı teşvik eden topluluk temelli stratejilerin sayısındaki artış, hastanelerin rekabet avantajını daha da artırmaktadır.

Bugüne dek Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler kavramı, birçok ülkede hastane personeli ve yöneticilerini söz konusu stratejiler konusunda bilinçlendiren ve bu hastanelerde sağlığın teşvik edilmesini sağlayan bağımsız projeler yoluyla hastane uygulamalarına dahil edilmiştir. Hastanelerde sağlığı teşvik eden hizmetlerin uygulanmasına yönelik olarak daha fazla destek sağlayabilmek için, hastanelerin teşkilat yapısı ve kültürleriyle daha büyük bir entegrasyonun sağlanması gerekmektedir. Ancak, bu durum daha çok stratejiyle ve stratejinin yönetim tarafından kontrolüyle ilgilidir. Bu nedenle, hastanelere “sağlığın teşvik edilmesi” kavramının sokulması yönündeki çabalar, bağımsız projelerden çok strateji uygulamasına odaklanmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü, Uluslar Arası Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Ağının temel hedeflerinden birinin de sağlık bakımı kavram, değer ve standartlarının bir hastanenin teşkilat yapısı ve kültürüne uygulanması olduğunu dile getirmektedir [1]. Bu Bölümde; Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler kavramını, Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı (EFQM) modeli ve şu anda Immanuel Diakonie Grubunda (Berlin ve Brandenburg'daki (Almanya) sağlık kuruluşlarına yönelik Alman Vaftiz Grubu) gerçekleştirilen bir pilot projede uygulanmakta olan Dengeli Sonuç Kartı (DSK) yaklaşımının bir kombinasyonu yoluyla uygulamaya yönelik bir stratejiye yer verilecektir.

5.1. Sağlığı teşvik eden değerlerden sağlığı teşvik stratejisine doğru

Bir kuruluşun misyonu temel alınarak bir işletme stratejisi geliştirilmelidir. Misyon söz konusu kuruluşun varlık nedenini ve söz konusu yapıda yer alan iş birimlerinin nasıl teşkilatlanması gerektiğini ortaya koyar. Genellikle, bir işletmenin misyonu uzun yıllar boyunca değişmez. Ayrıca, işletmenin müşterileri tarafından “dışarıdan” nasıl algılanmak istendiğini ifade ettiği için,

iyi hazırlanmış bir misyon daima harici bir etki yaratır. Dış muhatapların yanı sıra, iç alıcılar olarak çalışanlar ve potansiyel çalışanlar misyonu benimser ve böylece gerçekleştirilmesinde daha iyi bir işbirliği yapar.

Bir hastanenin misyonu hastanenin bakım taahhüdü ve sahiplerinin yönlendirmeleri temelinde belirlenir. Ancak, sağlığı teşvik eden bir hastane temel değerler ve kılavuz ilkeleri ve Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler'in genel misyonu olan "hasta ve personelin sağlık düzeyini yükseltmek, hastane kurumunun sağlığı teşvik etme potansiyelini artırmak ve hizmet ettikleri topluluğa sağlığı teşvik edecek hizmetler sunmak" hedefini misyonuna ya da (en azından) işletme felsefesine dahil etmelidir [2].

Temel değerler, "kuruluşun resmi olarak dile getirilen yaklaşımını" ifade eden şirket felsefesine dâhil edilir. Bu değerler işletmeye yön veren fikirleri, en büyük hedef sistemini, temel işletme kurallarını, değer ve kural kavramlarını ve şirket kültürünü yansıtır ve şekillendiren ve teşkilat modelinde misyonla birlikte sunulabilecek olan diğer yönelimleri kapsar. Şirket kültürü, Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler kavramının hayata geçirilmesi gibi yapısal dönüşüm ve entegrasyon süreçleri için anahtar başarı faktörlerinden biridir [3].

Misyonun aksine, *vizyon* kurumun gelecek imajına katkıda bulunur. Kuruma, değişiklik için hangi yönde ilerlemesi gerektiğini gösterir. İyi tasarlanmış bir vizyon, teşkilat geliştirme hedefini açıkça ortaya koyar ve çalışanların gerekli değişim süreçlerine yönelik bir anlayış geliştirmelerine yardımcı olur. Vizyon çalışanlara, teşkilat iyileştirmesi sırasında kurumu neden ve nasıl destekleyebileceklerini ve desteklemeleri gerektiğini gösterir [4].

Vizyonlar, sadece uzun vadede değişen ve görece sabit misyonlar ve temel değerler ile stratejik değişiklik dinamikleri arasında bir köprü kurar. Bu noktada atılacak en önemli adımlardan biri de "*stratejik hedef*" tanımının yapılmasıdır. Bu noktada, kuruluşun 3-5 yıl sonra nasıl görüneceğine ve mali karar vericiler, müşteriler ve dahili çalışanlar tarafından nasıl algılanacağına karar verilir. Sağlığı Teşvik Eden bir hastaneye dönüşmeyi hedefleyen bir hastane, bu vizyon yaklaşımını kendi vizyonuna ve kendi stratejik amacına dahil etmelidir.

Strateji, bir kuruluşun misyon ve vizyonunu gerçekleştirme yöntemidir. Bir strateji bir dizi açıkça tanımlanmış hedef sunar ve böylece bir işletme için eşsiz bir rekabet konumu sağlar [5]. Strateji geliştirmenin başlangıç noktası olarak; vizyon, değerler ve ilerlenecek yön işletme yönetimi tarafından model alınmalı ve temel stratejik kararlar olarak kabul edilmelidir. Bu önlemler temelinde, stratejinin uygulanmasına yönelik işletme çerçevesi belirlenmiştir.

Strateji işletmenin ilerleyeceği genel yönü (vizyon) tanımlar ve öncelikleri belirler. Strateji, genellikle stratejiyi farklı kategorilere ayırmayı ve çeşitli iş alanlarına nasıl uygulanacağını tasarlanmasını mümkün kılan "kendi kendini tamamlayan" konulardan (bir başka deyişle "*anahtar stratejik konular*" veya "*stratejik etki alanları*") oluşmaktadır. Bu bağlamda, stratejiler ne yapılması gerektiği hakkında bilgi vermenin yanı sıra ne yapılmaması gerektiği hakkında da bilgi verir. Bir hastanenin stratejik amacı belirlendikten sonra stratejiye ilişkin söz konusu anahtar konuların belirlenmesi, birbirlerinden bağımsız

stratejik hedef ve standartların sayılarını azaltmak için atılacak müteakip adım açısından oldukça önemli bir eylemdir. Genellikle sayıları üç ila beş arasında değişen anahtar konular (stratejik amaca ulaşılmasını sağlaması beklenen “işletme etki alanlarını” oluşturmaları koşuluyla) stratejinin kendisini meydana getirirler.

5.2. STEH kavramının hastanenin teşkilat yapısına ve kültürüne uygulanması

Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler kavramının bir hastanenin teşkilat yapısı ve kültürüne uygulanmasına yönelik iki farklı model söz konusudur: *ekleme modeli* ve *entegrasyon modeli*. Ekleme modelinde, Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler kavramı “hastane içinde özel bir Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler alt sistemi” yoluyla proje yönetimi ve teşkilat gelişimi sayesinde entegre edilirken, entegrasyon modelinde Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler stratejisi; EFQM mükemmeliyet modelini [6], Dengeli Sonuç Kartının (DSK) uygulanması yoluyla Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler stratejisinin hayata geçirilmesini ve/veya EFQM ve DSK’nin kombinasyonunu temel alan kapsamlı bir kalite yönetimi ile birlikte aralıksız bir teşkilat geliştirme süreci olarak uygulanır.

5.2.1. Ekleme Modeli

STEH kavramının proje yönetimi yoluyla uygulanması

Bugüne dek, Sağlığı Teşvik Eden Hastane kavramı çoğunlukla birbirinden bağımsız projeler yoluyla günlük hastane yaşamına sokulmuştur. Bu yaklaşım, sağlığın teşvik edilmesi fikrini hastanelere sokmak için iyi bir başlangıç olsa da, projelerin etkisi ve sürdürülebilirliği hususunda bazı kısıtlamalar söz konusudur:

- Tıp-tedavi çalışanlarının, Sağlığı Teşvik Eden Hastane kavramının tedavi süreçleri açısından faydasını kavramaları veya Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler koşullarını yoğun günlük çalışma programına dahil etmeleri genellikle oldukça zordur. Bu yaklaşım genellikle, birbirlerinden bağımsız projeleri hastanenin temel süreçleri ile ilişkilendirme noktasında başarısız olmaktadır.

- Yönetici ve idareciler, Sağlığı Teşvik Eden Hastanelerin uygulanmaya başlamasının kuruluşun ekonomik karlılığı açısından herhangi bir avantaj getirmeyeceği ve hatta (kuruluşun stratejik ilerleyişi açısından önem taşımayan veya oldukça düşük bir öneme sahip olan projeler düşünüldüğünde) mali bir yük getireceği kanısına kapılırlar. Bu nedenle, bağımsız Sağlığı Teşvik Eden Hastane projelerine finansman ve personel yatırımı yapmak konusundaki isteklilik genellikle minimum düzeyde kalmaktadır.

- Giderek artan iş yükü, Sağlığı Teşvik Eden Hastanelerin “çalışanların sağlığının teşvik edilmesi” hedefi ve “sağlığı teşvik eden çalışma ortamları” koşulu için bir karşıt gerekçe olarak sunulmaktadır. Bu nedenle, çalışanların birçoğu boş zamanlarını veya fazla mesailerini proje faaliyetleri üzerinde çalışarak harcamaktadır.

- Hastanelerde Sağlığı Teşvik Eden Hastane faaliyetleri genellikle kalite yönetimi ile birlikte veya ondan bağımsız olarak gerçekleştirilmektedir. Bu nedenle, proje bitiminden sonra olumlu sonuçların elde edileceği yönünde tahminler ve bu sonuçlara yönelik uygulamalar genellikle yetersiz kalmaktadır. Özellikle de, projelerin *doğaları gereği* kısıtlı bir zaman dilimine yayılmış oldukları gerçeği Sağlığı Teşvik Eden Hastane uygulamasının uzun ömürlü etkilerine zarar verebilir.

Yukarıda sıralanan ve bunlarla da sınırlı kalmayan problem ve engeller dikkate alındığında çalışanlar ve yönetim için kolay anlaşılabilir ve motive edici bir Sağlığı Teşvik Eden Hastane kavramı sunumu yapılması ihtiyacı doğmaktadır. Bu sunum Sağlığı Teşvik Eden Hastane'nin hastalar, ilişkiler ve çalışanlar için ne kadar değerli olduğunu kanıtlamakla kalmamalı, aynı zamanda hastaneye getireceği rekabet avantajlarının da altını çizmelidir. Sağlığı teşvik eden projeler, Sağlığı Teşvik Eden Hastane kavramının hastanelerde uygulanmasının bir başka şekli olacaktır. Ancak, “Sağlığı Teşvik Eden Hastane kavramını hastane yapısı ve kültürüne sistematik olarak dâhil etme” amacı düşünüldüğünde, bu yaklaşım yetersiz kalmaktadır.

5.2.2. “Hastane içinde belirli bir STEH alt sistemi” ile kurumsal gelişim

Sağlığı Teşvik Eden Hastane kavramını hastane yapısı ve kültürüne dâhil etmek, Sağlığı Teşvik Eden Hastane temel değerleri ile vizyonunun hastane işletme kültürü ve değer sistemine entegrasyonunu gerektirdiği için, orta vadeden uzun vadeye yayılan bir görevdir [3]. Bu bilgi Sağlığı Teşvik Eden Hastane proje yönetimini, hastane bünyesinde *belirli bir örgütsel HPH alt sistemi* ile desteklenen “kapsamlı ve sürekli bir teşkilat geliştirme stratejisi” şekline dönüştüren yöntem kapsamında da dikkate alınmıştır [7].

Bu modelin uygulanması, yüksek düzeyli personel, finansman v teşkilat taahhüdü gerektirmektedir. Sağlığın teşvik edilmesi hastane modeli kapsamında bir değer olarak açıkça kabul edildikten sonra, Sağlığı Teşvik Eden Hastane için özel strateji kılavuzlarının; yıllık Sağlığı Teşvik Eden Hastane eylem planının; Sağlığı Teşvik Eden Hastane için özel kurum el kitabının; Sağlığı Teşvik Eden Hastane yürütme komitesi, Sağlığı Teşvik Eden Hastane proje lideri ve/veya Sağlığı Teşvik Eden Hastane proje müdürünü de kapsayan bir Sağlığı Teşvik Eden Hastane yönetim yapısının ve Sağlığı Teşvik Eden Hastane ile ilişkili personel için alt birim düzeyinde bir ağı kurulması gerekmektedir.

Bunun yanı sıra teşkilatlanma sürecinde Sağlığı Teşvik Eden Hastane kavramının kapsamlı bir şekilde uygulanması için, söz konusu kavramın belirli çalışanların sağlık çevrelerine katılımı ve bir hastane danışma sistemi kapsamında belirli bir Sağlığı Teşvik Eden Hastane bütçesi, (broşürler ve yıllık

sunumlar gibi) Sağlığı Teşvik Eden Hastane bilgi stratejileri, Sağlığı Teşvik Eden Hastane çalışan eğitimleri yoluyla desteklenmesi ve düzenli anketler ya da Dengeli Sonuç Kartı gibi Sağlığı Teşvik Eden Hastane kontrol önlemleri aracılığıyla teminat altına alınması gerekmektedir.

Model (gerekli şekilde uygulanması halinde ise); kendi Sağlığı Teşvik Eden Hastane planları ve Sağlığı Teşvik Eden Hastane yönetim yapıları içinde Sağlığı Teşvik Eden Hastane'ye özğü bir alt sisteme ihtiyaç duymayan ve kapsamlı kalite yönetimi, Sağlığı Teşvik Eden Hastane odaklı Dengeli Sonuç Kartı veya her ikisinin kombinasyonu yoluyla işletme kültürünün karşılaştırmalı bir dönüşümünü sağlayabilecek olan Sağlığı Teşvik Eden Hastane entegrasyon modeline yaklaşır.

5.3. Entegrasyon Modeli

Berlin-Brandenburg Bölgesel Ağı tarafından hazırlanan "Hastanelerde Kalite Yönetimi ve Sağlığın Teşvik Edilmesi" isimli el kitabı, kanunun gerektirdiği kalite yönetimini uygulamayı, Sağlığı Teşvik Eden Hastane kavramı hedeflerine özel bir ilgi gösterilmesini ve böylece hastanelerde Sağlığı Teşvik Eden Hastane stratejisine paralel teşkilat iyileştirmelerine ilişkin potansiyellerin farkına varılmasını ya da yaratılmasını mümkün kılan pratik bir rehber içermektedir. EFQM'ye uygun olarak, Sağlığı Teşvik Eden Hastane stratejisi ve kalite yönetiminin rekabet edebilirliğinden faydalanan bu uygulama sayesinde hastaneler sağlığı teşvik eden hastane vizyonuna yaklaşma yönünde aralıksız bir sürece girebilir.

Sağlığı Teşvik Eden Hastane kavramının hastanelere uygulanması Sağlığı Teşvik Eden Hastane stratejisinin fiili olarak uygulanmasını kapsadığı için; strateji uygulaması bağlamında, kamu sektörü ve hastanelerde her durumda kullanımı gittikçe artan Dengeli Sonuç Kartı gibi modern yönetim araçlarını kullanmak da mümkündür.

Dengeli Sonuç Kartı bir hastanede Sağlığı Teşvik Eden Hastane stratejisinin uygulanmasında kullanılıyor olsa da; ilgili hastane için müşteri, finansman, iç süreçler ve yenilikten oluşan dört perspektife uygulanabilecek ve stratejik açıdan önemli en fazla üç veya dört hedef belirlenmelidir (stratejik anahtar Sağlığı Teşvik Eden Hastane konuları). Kural olarak, her bir hedef bir ölçüm, bir hedef değer ve bir stratejik girişim (ölçüm, proje) gerektirir. Kendini Sağlığı Teşvik Eden Hastane kavramının uygulaması noktasında sadece Dengeli Sonuç Kartı ile sınırlandıran hastaneler bile Sağlığı Teşvik Eden Hastane stratejisine odaklanmış kuruluşlara dönüşebilir.

Aşağıda Dünya Sağlık Örgütü'nün Immanuel Diakonie Grubu tarafından yapılan pilot projesinde Sağlığı Teşvik Eden Hastane kavramını, kapsamlı kalite yönetimi eşliğinde (EFQM mükemmeliyet modeline göre ve Dengeli Sonuç Kartı kullanımı yoluyla) teşkilat yapısı ve kültürüne (sürekli teşkilat gelişimi süreci sayesinde) nasıl entegre ettiği anlatılmaktadır.

5.3.1. İmmanuel Diakonie Grubunda DSÖ STEH/EFQM/DSK Pilot Projesi

25 Şubat 2002'den bu yana, Sağlığı Teşvik Eden Hastane stratejisinin uygulanmasına ilişkin genel DSÖ pilot projesi İmmanuel Diakonie Grubunun (IDG) beş bakım merkezinde, IDG yönetim müdürü ve Alman sağlığı teşvik eden hastaneler ağının yöneticisinin genel kontrolü altında yürütülmektedir. Beş kuruluştan her biri farklı bir yapı ve kurum kültürüne sahiptir. Bu nedenle, pilot projeden büyük çaplı bir deneyim elde edilmesi beklenmektedir.

Bu süreçte yer alan kuruluşlardan biri de Alman sağlığı teşvik eden hastaneler ağı kurucu üyesi ve Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı üyelerinden biridir ve 1998'de EFQM modeli temelinde bir öz değerlendirme gerçekleştirmiştir. Diğer kuruluşlar henüz Sağlığı Teşvik Eden hastaneler olarak tanımlanmamışlar ve EFQM'ye uygun Kalite Yönetimi bile bu kuruluşlar için yeni bir alandır. Bu durum, beş hastanenin her biri için Dengeli Sonuç Kartının hazırlanması uygulaması için de geçerlidir.

5.4. EFQM Mükemmeliyet Modelinin Uygulanması

EFQM Modeli Hakkında Temel Bilgi

EFQM modeli, kapsadığı dokuz kriter ve otuz iki alt kriter ile, iş yerlerinin ve kuruluşların kalitesinin değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi için açık bir yapıdır[8]. Politika ve strateji, çalışanlar, ortaklıklar, kaynaklar ve süreçlere ilişkin konulara çok önem veren bir yönerge ile performans, müşteriler, çalışanlar ve toplum ile ilgili mükemmel sonuçların elde edilecek olması bu yapının temelini oluşturur.

Şekil 2: EFQM Modeli

Şeklin çevirisi:

Mümkünleştiriciler→			Sonuçlar→	
Liderlik	İnsanlar	Süreçler	İnsan sonuçları	Anahtar performans sonuçları
	Politika&strateji		Müşteri sonuçları	
	Ortaklık&kaynaklar		Toplum sonuçları	
←Yenilik ve öğrenme				

Oklar modelin dinamiklerini vurgulamakta ve yenilik ve öğrenmenin niteleyici kriteri iyileştirdiğini göstermektedir; bu da iyileşmiş sonuçları doğurur. Bu modelin uygulanması, hastanede kapsamlı bir kalite yönetiminin başlatılması için mükemmel bir ön-koşuldur; çünkü EFQM modeli iş kalitesinin değerlendirilmesi konusunda içerik açısından en kapsamlı modeldir. Bize

göre, bu model aynı zamanda Sağlığı Teşvik Eden Hastane kavramının hastanenin teşkilat yapısına ve kültürüne kapsamlı ve sistematik bir şekilde entegrasyonu açısından da en uygun Kalite Yönetimi modelidir. Söz konusu model, sadece iş kalitesine ilişkin mevcut durumun değerlendirilmesi açısından tanılayıcı bir araç değil; aynı zamanda daha fazla kaliteye doğru devamlı iyileşmeye ilişkin bir taahhüt niteliği taşımaktadır.

EFQM modelinin ardından gelen bir öz-değerlendirme, örneğin bir teşkilatta yer alan etkinliklerin ve sonuçlarının kapsamlı, sistematik ve düzenli bir şekilde kontrolü, bir kurumun güçlü yanlarının ve iyileşme potansiyellerinin farkına varılmasını ve değerlendirilmesini mümkün kılmaktadır. Bu temelde, iyileştirme planları oluşturulabilir ve uygulamaya konulabilir ve mükemmelliğe giden yoldaki ilerleme periyodik olarak ölçülebilir.

EFQM model başlangıçta sanayi firmalarında kaliteyi geliştirmek için geliştirilmişti; ancak model, kar amacı gütmeyen kuruluşlarda ve kamu yönetimindeki önemini de ortaya koymuştur ve test edilip, Avrupa bölgesindeki hastanelerde de uygulanmıştır. EFQM modeli kullanılmaya başlanırken dikkate alınması gereken iki sorun ortaya çıkmıştır. Bunlar: a) EFQM modeli teknolojisi sanayi kaynaklıdır ve hastane diline ve şartlarına “çevrilmesi” ya da dönüştürülmesi gerekir ve b) değerlendirme süreci özellikle küçük hastaneler tarafından çok karmaşık bulunmaktadır.²

5.4.1. STEH Kavramının EFQM Modeline Entegrasyonu

EFQM modelinin sağlığı teşvik eden hastanelerde kullanılması, Swansea’da düzenlenen 7. Uluslararası Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Konferansı’ndan bu yana kavramsal çalışmalar [9] ve bunun yanı sıra 1999 yılından beri düzenlenmekte olan tüm uluslararası Sağlığı Teşvik Eden Hastane konferanslarında yer alan STEH/EFQM çalıştaylarındaki fikir alışverişleri ile sistematik bir şekilde teşvik edilmektedir.

Berlin-Brandenburg Bölgesel STEH Ağı bu gelişmede aktif bir şekilde yer almış ve EFQM’ye giriş konulu bir el kitabı: Qualitätsmanagement & Gesundheitsförderung im Krankenhaus [6], hazırlamış ve bu kitap 2001 yayımlanmıştır. Alman Sağlığı Teşvik Eden Hastane ağının isteği üzerine, 9 Berlin-Brandenburg hastanesinden 13 yazar, Sağlığı Teşvik Eden Hastane kavramı ve EFQM modelinin birlikte uygulanmasına ilişkin pratik bir rehber hazırlamak amacıyla bu el kitabını toparlamışlardır. Sağlığı Teşvik Eden Hastane ve EFQM’ye ilişkin temel mükemmeliyet kavramlarının açık bir şekilde rekabet edebilir olması, bu projeye ilişkin önemli bir başlangıç noktası olmuştur.

² Problem çözmeye yönelik ulusal inisiyatlara ek olarak, birkaç yıldır bir Avrupa EFQM Sağlık Sektörü Grubu bu tip soruları ele almaktadır (daha fazla bilgi için Anahtar Temas HPH/EFQM wener.schmudt@immanuel.de)

Şekil 3: HPH ve EFQM kavramlarının rekabet edebilirliği

STEHE kavramı		EFQM Modeli	Mükemmeliyet
Kapsamlı sağlık sonucu oryantasyonu		Sonuç oryantasyonu (sonuca yönelik olması)	
Sağlık sonuçlarının şunlarla bağlantılı olarak ölçülmesi	Hasta oryantasyonu Personel oryantasyonu/güçlendirilmesi Sağlığı yönelik ortaklıklar	Liderlik amaç devamlılığı Süreçler ve gerçeklerle yönetim	Müşteri odağı İnsan gelişimini ve katılımı Ortaklıkların geliştirilmesi
Ekonomik fizibilite	Toplum ve ekolojik oryantasyon	Sürekli öğrenme, yenilik ve iyileştirme	Halk sorumluluğu
Öğrenme kurumu			

EFQM ardından yapılan Öz-Değerlendirme Süreci ile ilgili Deneyimler ve sonuçları

STEHE/EFQM öz-değerlendirmesini el kitabına uygun bir şekilde yapmak için pilot projede yer alan beş kuruluştan her birinde 8 kriter ekibi, EFQM modelinin 9 kriteri için bir araya getirildi; çünkü EFQM kriterleri altında 3 tane “çalışanlar” ve 7 tane “çalışanlar ile ilişkili sonuçlar” hepsi tek bir ekip tarafından ele alınmaktadır. Toplam 40 kriter ekibinden yaklaşık 180 çalışan öz-değerlendirme konusunda aktif bir şekilde çalışmaktaydı; böylece söz konusu kuruluşlardaki tüm işçilerin %10’undan fazlası doğrudan pilot projede yer almıştır.

Başlangıçta, tüm ekip liderlerine, sözde kriter yöneticilerine ve daha sonra, çalışanlara EFQM modeline ilişkin temel bilgileri edinme ve öz-değerlendirmenin amacını anlama olanağı tanımak için, tüm ekip üyelerine eğitim önerildi. O zamandan beri, kuruluşlardaki tüm çalışanlara proje ve mevcut sonuçlarıyla ilgili gerekli bilgileri verebilmek için üç ayda bir pilot projeye ilişkin dört sayfalık haber bülteni (“Pilot Haber”) basılmıştır.

Pilot projenin tamamının örgütlenmesi için, proje yönetimine ek olarak, her hastanede bir koordinatör ve bir yerel koordinatör öz-değerlendirme sürecine destek vermek ve gruplara tavsiyelerde bulunmak üzere görevlendirilmiştir. Hastanelerdeki her ekip kendi toplantılarını birbirlerinden bağımsız olarak düzenlerken, kurumlar arası deneyim alışverişi proje koordinatörü tarafından

yönetilir ve proje koordinatörü aynı zamanda yerel hastane koordinatörlerinin işlerine de yardımcı olur.

Şu anda, ayrı ayrı ekiplerden elde edilen ara sonuçlar hazır bulunmaktadır. Raporun tamamına ilişkin tamamlanmış öz-değerlendirmenin sunumu Aralık 2002 olarak programlanmıştı ve böylece 2003 yılı Ocak ayında öz-değerlendirmelere ilişkin değerlendirme ve iyileştirme konusundaki belirli bir işlemten geçmiş önerileri öncelik sırasına koyma konusundaki çalışmalar başlatılabiliştir. Eğer projenin bugüne kadar elde ettiği ilerleme, EFQM öz-değerlendirmesi açısından Hastanelerde Kalite Yönetimi ve Sağlığı Teşvik Etme el kitabına göre incelenirse, diğer kuruluşların EFQM modeline ilişkin deneyimleri ifade edilir.

Hastane çalışanlarının, EFQM ile uyumlu Kalite Yönetimi işlemleri ve terminolojisi ile başa çıkması oldukça zordur. EFQM terminolojisi özellikle hastane bağlamında ilginçtir ve öz-değerlendirmenin niçin bu işlemlere göre yapılması gerektiğini ve hastanenin bu egzersizden ne tür bir değer beklediğini anlamak çalışanlar için zordur. Bunun da ötesinde, iyileştirme önerilerinin uygulanması konusunda çoğunlukla şüphecilik oluşur ve aynı zamanda daha fazla iş yaratmasının yanı sıra projenin çalışma ortamına hoş olmayan değişiklikleri de beraberinde getirebileceğine dair korku vardır. STEH ve EFQM'i birleştirme durumunda, sağlığı teşvik etme ve güçlendirme gibi zor kavramlar ve terminoloji ile uğraşmak zorunda kalındığından bu sorun daha ciddi bir hal alır. Mevcut el kitabı gerekli bilgiyi temel bir formda sunar; ancak tüm ekip üyelerinin eğitime fazla ihtiyaç duymasını engellemek için, daha pratik ve ilişkili terimlerde bile bu form doğrudan hastane yaşamı ve dili ile ilişkili olmalıdır.

EFQM ile uyumlu Kalite Yönetimi aynı zamanda kuruluş ve kuruluşun geleceği konusunda ekip üyelerine dolaylı yoldan sorumluluk yüklediği için onlardan alışılmadık bir biçimde yüksek düzeyde eleştirel yetenek ve analitik güven istemektedir, bu özelliği de zorluğunu ortaya koymaktadır. Öz-değerlendirmelerde kendi kuruluşlarına dair eleştirel bir görüş istenmesi gerçeği (yalnızca dürüst bir analiz gelecekteki iyileşme süreci için güvenli bir temel sağlayabileceği için), çoğunlukla çalışanların "yukarıdan" beklenen şekilde çalışması ve bekleneni sunmasını gerektiren hastanelerin alışlagelmiş hiyerarşik yapısına ters düşmektedir. Bu "sorun" doğal olarak uzun vadede ve EFQM sunan her kuruluşta beklenmeyen bir bilgili ve müdahil çalışan potansiyeli yaratır; çünkü bu durum eleştirel becerilerini ve yeteneklerinin azaltmak yerine, bunları olumlu yönde kullanmaları şeklinde devam eder.

Daha ileride ortaya çıkabilecek bir sorun da, hastanelerde yaygın olarak devam etmekte olan hizmetin düzeninin değişebilmesi ihtimali ile yakından ilişkilidir. Bu durum, öz-değerlendirme ekipleri disiplinler arası araştırmalarla meşgul olduklarında, bu ekiplerde süregelen işin yürütülmesini zorlaştırır. Kuruluş çapındaki toplantılara ve eğitim oturumlarına katılım konusunda da aynı durum geçerlidir. EFQM etkinlikleri için ekip üyelerinin serbest bırakılması söz konusu olduğunda, ekip üyelerinin çalışma sahalarını da yakından takip etmeleri gerekir.

Bütün olarak değerlendirildiğinde, bir EFQM analizine ilişkin örgütlenme ve zaman gereksiniminin önemli olduğu söylenebilir. Sonuç olarak, hastane teşkilatının günlük işleri ile başa çıkabilecek güçlü bir merkezi proje yönetimi gerekmektedir. Pilot projemizde durum böyle olduğundan, hastane hiyerarşisi ile ilgili olarak ortaya çıkabilecek muhtemel sorunları azaltmak için idareciler EFQM ekip çalışmasında yer almalıdır. Çalışanların eğitim gereksinimleri fazladır; ancak bu zahmete değer; çünkü çalışanların yeterliği ve örgütlenme bilgisi projede yaptıkları çalışmalarla önemli ölçüde artmıştır.

Her durumda, hastanelerde dâhili Kalite Yönetimi olması gerektiğinden, EFQM modelinin uygulanmasına ilişkin ek çaba kabul edilebilir, bu durum kuruluşun Sağlığı Teşvik Eden Hastane potansiyelinin keşfedilmesi ve bu potansiyelin hastanenin iyileştirilmesi süreci çerçevesinde geliştirilmesi için bir araç oluşturur, zaten yerine getirilmesi gereken bir görevdir. Bu nedenle, pilot projedeki mevcut deneyime dayanarak, hem Sağlığı Teşvik Eden Hastane kavramını hem de bu kavramın iş dünyasının geleceği açısından önemini daha fazla sayıda insanın bilmesini sağlamak mümkündür.

Bunun yanı sıra, iş teşkilatı bir bütün olarak, Sağlığı Teşvik Eden Hastane kavramına ilişkin önerilerle karşı karşıya kalmıştır ve bu uygulama ile rekabet edebilirlik açısından eleştirel bir biçimde incelemiştir. Bu şekilde, EFQM öz-değerlendirmeleri Sağlığı Teşvik Eden Hastane kavramının bir hastanenin iş yapısına ve kültürüne uygulanmasına ilişkin kapsamlı bir temel analiz sunmaktadır. İyileştirmeye ilişkin olarak ortaya çıkan önerilerin uygulanması, eğer uygulanacak öneriler arasından yapılan seçim Sağlığı Teşvik Eden Hastane uygulama önerilerine uygunsa, sağlığı teşvik eden bir hastaneye doğru dikkate değer bir gelişmeyi mümkün kılar. Bu, Immanuel Diakonie Grubun bakım merkezleri tarafından yürütülen pilot projenin Dengeli Sonuç Kartları çalışmasında oluşturulacaktır.

5.5. Dengeli Sonuç Kartı ile STEH stratejisinin uygulanması

Dengeli Sonuç Kartına İlişkin Temel Bilgiler

Dengeli Sonuç Kartı, strateji dönüşümü ile ilgili sorunları çözmek üzere Kaplan ve Norton [4] tarafından tasarlanan bir yönetim tekniğidir. Amacı, bir stratejiyi, şirketin operasyonel işi ile bütünüyle birleştirebilmektir. Dolayısıyla; belirleme, sunum ve izleme stratejileri için en iyi aracı teşkil etmektedir[10]. Böylelikle, Dengeli Sonuç Kartı, strateji uygulaması konularında dünya çapında ün kazanmış bir yönetim aracına dönüşmüştür. Merkezde, stratejik amaçların seçimi ve sunumu bulunmaktadır; zira bunlar strateji yönetiminde davranışı kontrol ederler.

Dengeli Sonuç Kartı, stratejiyi dört temel iş perspektifinden oluşan entegre bir sisteme dönüştürür: finans, müşteri, süreç ve yenilik (innovasyon) perspektifleri.

Şekil 4: Dengeli Sonuç Kartı

Financial: Mali	Amaçlar	Ölçümle	Hedefler	Teşvikle
Mali olarak başarılı olmak, paydaşlarımıza nasıl görünmeliyiz?				

Customer: Müşteri	Amaçlar	Ölçümler	Hedefler	Teşvikler
Vizyonumuzu gerçekleştirmek, müşterilerimize nasıl görünmeliyiz?				

Learning and Growth: öğrenme ve büyüme	Amaçlar	Ölçümler	Hedefler	Teşvikler
Vizyonumuzu gerçekleştirmek, değişme ve iyileşme becerimizi nasıl sürdürürüz?				

İç iş süreçleri	Amaçlar	Ölçümle	Hedefler	Teşvikle
Paydaş ve müşteri memnun etmek, hangi iş süreçlerinde mükemmel olmalıyız?				

Horváth [10] bir Dengeli Sonuç Kartı uygulamasını, beş aşamaya ayırır: ilk olarak, bunun hazırlanması için organizasyonel çerçevenin oluşturulması gerekir, daha sonra stratejik temeller açıklanır, üçüncü olarak Dengeli Sonuç Kartı geliştirilir sonra bunun yayım süreci yönetilir ve son olarak DSK'nin sürekli uygulanması temin edilir. Bu beş aşamanın amacı; bir işi, Dengeli Sonuç Kartının yönetim sistemine sağlam bir şekilde yerleştirildiği bir "strateji odaklı organizasyon"a dönüştürmektir.

Ayrıca, uluslararası Sağlık Teşvik Eden Hastane ağı içerisinde, biz ideal olarak bir "Sağlık Teşvik Eden Hastane strateji odaklı organizasyon"a gidiş yönünde çaba gösterir ve Almanca konuşan yerlerdeki ve ayrıca ABD'deki hastanelerin deneyimlerine yönelik oluşturduğumuz belirli hedeften yararlanabiliriz. Eğer bir hastanede Sağlık Teşvik Eden Hastane stratejisi uygulamak için bir Dengeli Sonuç Kartı uygulaması yapılacaksa, beş stratejik Sağlık Teşvik Eden Hastane ana temasının maksimum her biri için, söz konusu hastane için stratejik açıdan önemli yaklaşık üç veya dört hedef çıkarılacak ve bunlar, dört perspektife adapte edilecektir: müşteri, finans, süreç, yenilik (Şekil 5).

Şekil 5: Bir STEH Strateji Haritası Örneği

STEH- DSK strateji haritası (stratejik hedefler)			
Stratejik tema// perspektif	Hastane hizmetlerinin sağlık kazanımlarını iyileştirmek	Hastane ortamlarının sağlık etkilerini iyileştirmek	Sağlığı teşvik eden hasta yönetimi geliştirmek
Mali
Müşteri
Süreç
Yenilik

*Tablodaki küçük daireler oklarla birbirine bağlanmıştır ve bu oklar stratejik hedefler arasındaki olası neden-sonuç ilişkilerini göstermektedir.

- F 1 Güvenli ekonomik durum & likidite
- F 2 Hasta bağlılığının artırılması
- F 3 Sağlığı teşvik faaliyetleri için pazarlama geliştirme
- F 4 Sağlık kazanımı için kaynakların etkili ve verimli kullanımının değerlendirilmesi
- C 1 Sağlığı teşvik edici öz-çöğalma için hastaların güçlendirilmesi
- C 2 Tedavi ve bakımda, sağlığı teşvik edici ortak üretim için hastaların yetkilendirilmesi
- C 3 Sağlığı teşvik edici yönetim ve yaşam biçimi geliştirilmesi için hastaların yetkilendirilmesi
- C 4 Hastanelerin, hastalar ve ziyaretçiler için sağlığı teşvik edici bir ortama dönüştürülmesi
- C 5 Hastanelerini, toplum için sağlığı teşvik edici bir ortama dönüştürülmesi
- C 6 Personel memnuniyetinin artırılması
- C 7 Paydaşların, sağlığın teşvikine ilişkin beklentilerine özen gösterilmesi
- C 8 Toplumda hastane imajının iyileştirilmesi
- P 1 Hasta ihtiyaçlarının belirlenmesi ve gözetilmesi
- P 2 Hasta kayıtlarında, sağlığın teşviki ile ilgili bilgilerin belgelenmesi ve entegre edilmesi
- P 3 Hastalık yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimleri için sağlık literatür faaliyetlerinin oluşturulması
- P 4 Sağlığı teşvik eden faaliyetlerin, hasta taburcu ve hastanede tedavi sonrasında sürece entegre edilmesi
- P 5 Meslek hastalıklarının sonuçlarını yönetmek için personelin yetkilendirilmesi
- P 6 Fiziksel ve sosyokültürel işyerinin iyileştirilmesi için kılavuzlar ve prosedürlerin oluşturulması
- P 7 Toplumdaki popülasyonun fiziksel ve sosyokültürel çevresinin iyileştirilmesi
- P 8 Liderlik Mükemmeliyeti
- P 9 Sağlığı teşvik eden faaliyetlerin kalite yönetim sistemi içine dahil edilmesi
- P 10 Sağlık teşvikinin, personel gelişimine entegre edilmesi
- I 1 Personel için sağlık teşvik yetkinliklerinin geliştirilmesi (“stratejik beceriler”)

- I 2 Hastanelerin sağlığı teŖvik edici ve personel için yetki sahibi olma ortamına dnŖtrlmesi (“sağlıklı iŖyeri”)
- I 3 Sağlığın teŖvik edilmesine ve kalitenin iyileŖtirilmesine katılım için personel motivasyonunun arttırılması („Eylem için iklim”)
- I 4 Sağlık teŖvikinin, biliŖim teknolojisine dahil edilmesi
- I 5 Stratejik bir sağlık teŖvik iŖbirliđi kurulması

Bu genel maksimum 20 hedef için birbirine bağlı sebep sonuç iliŖkileri DSK’de gsterilmiŖtir. Bu, kurum için bir grafik strateji kartı oluŖturmaktadır. Kural olarak, her bir amaç için (aynı zamanda bir standart olarak da formüle edilebilir) bir ölçüm, bir hedef değer (veya farklı dönemler için eŖitli hedef değerler) ve stratejik bir giriŖim (l, proje) belirlenir; bunlar için amaçların gerekleŖtirilmesi gerekecektir. Bu hedefler Sağlığı TeŖvik Eden Hastane kavramına karŖılıklı gelir ve stratejik giriŖimler bunun gerekleŖtirilmesini amaçlar. Hastane, otomatik olarak, Sağlığı TeŖvik Eden Hastane nerilerine yönlü bir Dengeli Sonuç Kartı uygulaması ile bir “Sağlığı TeŖvik Eden Hastane stratejisine odaklı teŖkilat”a dnŖr. Pilot projede, Immanuel Diakonie Grubuna ait bakım merkezleri, öncelikli olarak, daha sonra bireysel kurumlar için ayrıŖtırılması geren bir “Sağlığı TeŖvik Eden Hastane erevesi Dengeli Sonuç Kartı” geliŖtirir. Bu Sağlığı TeŖvik Eden Hastane erevesi Dengeli Sonuç Kartı, daha sonra diğer hastanelere, özel misyonları ve stratejileri açısından ilham olmalıdır ki bunun sonunda hastaneler kendi özel yetkinlikleri kapsamında “Sağlığı TeŖvik Eden Hastane stratejisine odaklı hastaneler” olma yönünde koŖullarını geliŖtirebilecekleri bir Ŗekilde, Sağlığı TeŖvik Eden Hastane stratejisini bir iŖ DSK’sine dnŖtrebilsinler.

Günümüze kadar olan prosedür ve Dengeli Sonuç Kartına ilişkin ilk sonuçlar

1. aşama: Kurumsal çerçevenin oluşturulması

Tüm liderler, pilot projenin başlangıç toplantısı çerçevesinde DSK'nin uygulanması niyeti hakkında, müdür tarafından bilgilendirildikten sonra, tüm çalışanlar, temel bilgi ile birlikte ilk "Pilot Haberleri"ni alırlar.

Dengeli Sonuç Kartının fiilen hazırlanması için, beş katılımcı kurumun liderlerinden oluşan disiplinler-arası bir Dengeli Sonuç Kartı çekirdek ekibi oluşturulmuştur. Bu ekibin liderliğini Berlin-Brandenburg bölgesel Sağlık Teşvik Eden Hastane bölgesel ağı Dengeli Sonuç Kartı çalışma grubunda da yer alan toplum sağlığı merkezleri Dengeli Sonuç Kartı proje lideri yapmıştır. Dengeli Sonuç Kartı çekirdek ekibi daha sonra; toplum sağlığı merkezleri için bir STEH yönlü, Dengeli Sonuç Kartı çerçevesi oluşturmaya karar vermiştir. Bu çerçeve, sonradan, katılımcı kurumlardaki Dengeli Sonuç Kartı müteakip şartname için temel oluşturmuştur.

Stratejik hedefin mümkün olduğunca belirgin bir şekilde tanımlanması için Dengeli Sonuç Kartı çekirdek ekibi daha sonra, tüm kıdemli doktorları bir anket aracılığıyla strateji süreci içerisine mümkün olan en erken zamanda dahil etmeyi kararlaştırmıştır. Ayrıca, müdür, strateji geliştirimi ile şirket yönetimi arasında yakın ve her zaman güncel bir bağ kurmak amacıyla DSK ekip toplantılarına düzenli olarak katılır.

2. aşama: Stratejik temellerin açıklanması

Dengeli Sonuç Kartı (3. aşama)'nin fiili geliştirilmesi, stratejik ana temalar için stratejik hedeflerin belirlenmesi ile başlar. Ancak bunlar; işin misyonu, değerleri, vizyonu ve stratejik hedefi açıklanmadan belirlenemez. Dolayısıyla pilot proje çerçevesinde, stratejik temellerin açıklanması için Dengeli Sonuç Kartı çekirdek ekibince ilk olarak aşağıdaki adımlar atılmıştır:

- Müdürle bir görüşme yapma ve bunu değerlendirme;
- Stratejik açıdan raporlanabilir mevcut belgelerin değerlendirilmesi;
- Stratejik hedef 2005 hakkında 20 kıdemli doktorla görüşme yapma;
- Immanuel Diakonie Grubu için ve beş katılımcı kurumdan birine yönelik deneme olması amacıyla misyon ve vizyon (stratejik hedef 2005) tanımı;
- Immanuel Diakonie Grubu bakım merkezlerine yönelik değerlerin hazırlanması;
- Kurumun temel değerlerine ilişkin tam bir taslağın kişisel bir kopyasını, bilgilendirme ve fikirlerin ifadesi amacıyla tüm çalışanlara dağıtma;
- "Stratejik yönelimler" in hazırlığı ve bunların dört ana temaya bölünmesi (kapsamlı hasta yönlendirilmesi aracılığıyla sağlık kazanımı, 2. süreç optimizasyonu ve kalite yönetimi, 3. ortaklıklar ve sağlık merkezlerinin geliştirilmesi ve 4. sağlığı teşvik edici kurumsal kültürün geliştirilmesi).

Bu strateji geliştirme sürecinin önemli sonucu, Sağlık Teşvik Eden Hastane konseptinin misyon, değerler ve vizyonunun, günümüze kadar geliştirilen pilot

kurum stratejisine güçlü bir şekilde yansıtılmasıdır. Kurumların on yedi temel değerinden on biri, Sağlığı Teşvik Eden Hastane konseptine yönelik mevcut kaygılarla olan açık ilişkileri göstermiştir. Bu, daha sonra, onundan sekizinin Sağlığı Teşvik Eden Hastane yönlü olduğu birleştirilmiş stratejik yönlendirmelere ayrılır. Son olarak, Dengeli Sonuç Kartı çekirdek ekibinde görüşülen “stratejik ana temaların” dördü de Sağlığı Teşvik Eden Hastane konsepti ile bağlantılıdır.

Böylelikle, pilot projenin ara bir sonucu olarak, burada, Dengeli Sonuç Kartı çekirdek ekibinde yer alan kurum liderleri Sağlığı Teşvik Eden Hastane önerilerini göz önüne aldıkları ve iş stratejisini geliştirirken bunlardan etkilendikleri zaman, Dengeli Sonuç Kartının, Sağlığı Teşvik Eden Hastane konseptinin uygulaması için kesinlikle çok uygun olduğu düşünülebilir.

Not: Bu taslağın teslimatından bu yana, Immanuel Diakonie Grubu için bir Dengeli Sonuç Kartı geliştirilmiş ve uygulanmıştır (Aşama 3-5). Sonuçlar ve deneyimler, yakın bir tarihte yayımlanacaktır.

Sonuç

Pilot projeye katılan kurumlar, hem Dengeli Sonuç Kartı çerçevesinin hem de EFQM modelinden sonra Toplam Kalite Yönetiminin (TKY) hazırlığına aynı anda başlamışlardır. Böylelikle iki konsept de birlikte, katılımcı kurumların, sağlığı teşvik edici hastanelere dönüşmesini desteklemelidir.

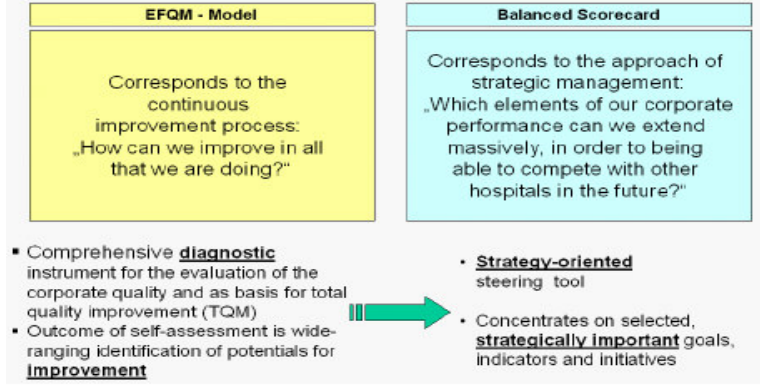
Hastanelerde Kalite Yönetimi ve Sağlığın Teşvik Edilmesi el kitabına göre yapılan periyodik kapsamlı öz-değerlendirmeler aracılığıyla; Sağlığı Teşvik Eden Hastane konsepti, iş kalitesine yansıtıldığı kadarıyla -yani konseptin, değerlerin ve sağlığı teşvik standartlarının da hastanelerin kurumsal yapıları içinde uygulanması ölçüsünde- her seferinde bir değerlendirme yapılır. Öz-değerlendirme sonucunda, iyileştirmeye ilişkin olanakların duyurulması sağlanır ve bu olanaklar önceliklendirilir. Bunlar; “etkin iş”in ölçüleri, girişimleri ve projelerinin orta ve uzun vadeli planlanmasına yönelik, süregelen iyileştirme sürecinin temelini oluşturur. Bu tür öz-değerlendirmelerden elde edilen Sağlığı Teşvik Eden Hastane projeleri, böylece, amaç yönlendirmesi ile birlikte ilgili hastanenin kalite yönetimine dahil edilir.

Ancak, önceliklendirilen iyileştirme potansiyellerinden, stratejik açıdan anlamlı iş hedefleri elde edilirse, EFQM öz-değerlendirmeleri, Dengeli Sonuç Kartına yönelik girdi sağlayacaktır. Dolayısıyla, pilot projedeki kurumların belirlenen DSKleri, ancak STEH/EFQM öz-değerlendirmeleri yapıldıktan sonra hazır olacaktır. Bundan sonra, bireysel hastanelerin Dengeli Sonuç Kartlarını etkilemek için Kalite Yönetiminden, iyileştirmeye yönelik öneriler almak mümkün olabilecektir. Daha sonra bunlar, bir bütün olarak işle ilgili (önceden hazırlanmış olan) Dengeli Sonuç Kartı Sağlığı Teşvik Eden Hastane çerçevesinden hazırlanacaktır.

Deneyimlerden ve sonuçlardan bugüne dek elde edilen her şey, kararlaştırılan EFQM ve Dengeli Sonuç Kartı uygulamasının, Sağlığı Teşvik Eden Hastane stratejisi uygulaması kapsamında sinerji yarattığını belirtmektedir. Bu, birbirini

ortak uygulamalarla tamamlayan iki tamamlayıcı iş yönetim modeli sorunudur. Strateji yönlü bir yönlendirme aracı olarak Sağlık Teşvik Eden Hastane Dengeli Sonuç Kartı, hastanenin hareket etmesi gereken yönü gösterir. STEH/EFQM öz-değerlendirmeleri, uygulama içeriklerine, değişim için spesifik öneriler şeklinde katkıda bulunur (Şekil 6).

Şekil 6: EFQM ve DSK: birbirini tamamlayıcı iki model (bakınız Horvath)



Şeklin çevirisi:

EFQM modeli	Dengeli Sonuç Kartı
Sürekli iyileştirme süreçlerine uyar: yaptığımız şeyi nasıl iyileştirebiliriz?	Stratejik yönetim yaklaşımına uyar: gelecekte başka hastanelerle rekabet edebilir hale gelmek için kurum performansımızın hangi unsurlarını genişletebiliriz?
<ul style="list-style-type: none"> Kurum niteliğinin değerlendirilmesi için ve toplam kalite yönetimine (TKY) temel olarak kapsamlı tanı araçları 	<ul style="list-style-type: none"> Stratejiye-yönelik yönlendirme aracı
<ul style="list-style-type: none"> Öz-değerlendirmenin sonucu, iyileştirmeye yönelik potansiyelin geniş kapsamlı bir şekilde tespitidir. 	<ul style="list-style-type: none"> Seçilmiş, stratejik olarak önemli gösterge ve inisiyatlara konsantre olur.

Böylelikle, EFQM'i takip eden Toplam Kalite Yönetiminin sürekliliği ve Dengeli Sonuç Kartının düzenli revizyonu, bir hastanede Sağlık Teşvik Eden Hastane stratejisinin uzun süreli uygulanması için mükemmel bir önkoşul sunmamaktadır. Ayrıca bunlar aynı zamanda kurumları, sağlık teşvik stratejisi izleyerek hastalara, çalışanlara ve çevredeki topluma hizmet veren, sürekli gelişmekte olan hastanelere dönüştürebilirler.

Referanslar

1. Groene O & Jorgensen S. Health Promotion in Hospitals – A strategy to improve quality in health care. *European Journal of Public Health*, 2005, 15 (1), 6-8. (Hastanelerde Sağlığın Teşviki- Sağlık bakımında kaliteyi iyileştirme stratejisi)
2. *Health Promotion Glossary*. Geneva, World Health Organization, 1998. (WHO/HPR/HEP/98.1). (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf) (Sağlığı Teşvik Sözlüğü)
3. Greulich A. u.a. *Balanced Scorecard im Krankenhaus. Von der Planung bis zur Umsetzung. Ein Praxishandbuch*. Heidelberg, Economica, 2002. (Krankenhaus'ta Dengeli Sonuç Kartı)
4. Kaplan R S, Norton DP. *The strategy-focused Organization. How Balanced Scorecard companies thrive in the new business environment*. Boston, Harvard, 2001. (Stratejiye odaklanmış Kurum. Dengeli Sonuç Kartı şirketleri yeni iş ortamında nasıl gelişir)
5. Porter M E. Nur Strategie sichert auf Dauer hohe Erträge: Im Brennpunkt. *Harvard Business Manager*, Vol. 19, 1997, 3:42-58.
6. Brandt E, Hrsg. *Qualitätsmanagement & Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Handbuch zur EFQM-Einführung*. Luchterhand, Neuwied und Kriftel, 2001. (Kalite yönetimi ...)
7. Pelikan J. *Putting HPH Policy into Action*, Präsentation auf dem 8.Workshop der Nationalen und Regionalen HPH-Netzwerk-Koordinatoren, Bratislava, 2002. (Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Politikasının Eyleme Dökülmesi)
8. EFQM: *Das EFQM-Modell für Excellence- Öffentlicher Dienst und soziale Einrichtunge*. Brussels, 1999. (EFQM. Mükemmeliyet Modeli)
9. Brandt E, Nowak C, Peinhaupt J, Pelikan JM, Schmidt W. *The Challenges and Possibilities of Future Hospitals at the Outset of the 21st Century –Consequences for National Networks of Health Promoting Hospitals*. 2000. (21. yüzyılın başında gelecekteki hastaneler için zorluklar ve olasılıklar)
10. Horváth & Partner, Hrsg. *Balanced Scorecard umsetzen*, 2, überarbeitete Auflage. Stuttgart, Schäffer-Poeschel, 2001. (Dengeli Sonuç Kartı)

Katkıda bulunanların listesi

Elimar Brandt, Mag.theol.: Managing Director of the Immanuel Diakonie Group, Berlin and Chairman of the Board of the German Network of Health Promoting Hospitals.

Christina Dietscher, Mag rer.soc.oek: Scientist, WHO Collaborating Centre for Health

Promotion in Hospitals and Health Care, Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine, Vienna. Coordinator, Austrian Network of Health Promoting Hospitals, Austria.

Ralf Dziewas, PhD: Representative for Corporate Identity, Immanuel Diakonie Group, Berlin, Germany.

Anne-Mette Fugleholm, MD, PhD: Head of Department for Research, Quality, Development, Education in Health Care Sector in Frederiksborg County, Denmark.

Mila Garcia-Barbero, MD, PhD. Head, WHO Barcelona Office, Country Policies, Systems and Services Unit, Division of Country Support, WHO Regional Office for Europe.

Oliver Groene, MA, MPH, PhD cand.: Technical Officer, Hospital Programme, Country Policies, Systems and Services, Division of Country Support, WHO Regional Office for Europe.

Svend Juul Jorgensen, MD: Consultant, Board of Health, Copenhagen, Denmark.

Karl Krajic, PhD: Senior scientist, WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care, Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine, Vienna. Lecturer, Institute for Sociology, University of Vienna, Austria.

Lillian Moller, M.Sc. Pharm. MPH: Coordinator of the Danish Health Promoting Hospitals Network, Copenhagen, Denmark

Peter Nowak, Mag. Phil.: Senior scientist and administrative director, Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine, Vienna. Lecturer, Institute for Sociology, University of Vienna, Austria

Jürgen Pelikan, PhD: Professor for Sociology, University of Vienna. Director, WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care, Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine, Vienna, Austria.

Werner Schmidt, PhD. PhDsc.: Professor, Project Manager Immanuel Diakonie Group, Berlin, Germany and Head of sağlığı teŖvik eden hastaneler Regional Office Berlin-Brandenburg.

Hanne Tonnesen: Head, MD, PhD. WHO Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals, Bispebjerg Hospital, Copenhagen, Denmark.

Ek 1: Sağlığın Teşvikine yönelik Ottawa Sözleşmesi – Sağlığın Teşviki konulu ilk Uluslararası Konferans, 17-21 Kasım 1986 Ottawa Kanada

Sağlığı Geliştirme

Sağlığı Geliştirme, insanları sağlıkları üzerinde kontrol gücüne sahip olma ve sağlıklarını geliştirmeye muktedir kılma sürecidir. Tam olarak fiziksel, akli ve sosyal anlamda iyi olma durumunu sağlayabilmek için, birey veya grup, isteklerinin farkında olabilmeli, isteklerini tanımlayabilmeli, çevreyi değiştirebilmeli ve çevreyle uyum sağlayabilmelidir. Sağlık, sonuç olarak, günlük hayatın kaynağıdır, hayatın hedefi değildir. Sağlık, fiziksel kapasiteler olduğu kadar, sosyal ve kişisel kaynakları da vurgulayan pozitif bir kavramdır. Sonuç olarak, sağlığı geliştirme, yalnızca sağlık sektörüne ait bir sorumluluk değildir aynı zamanda sağlıklı yaşam tarzlarından gönence doğru ilerlemekte olan bir süreçtir.

Sağlık için Ön Koşullar

Sağlık için temel koşullar ve kaynaklar şunlardır: barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, tutarlı bir eko-sistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve adalet. Sağlıkta iyileşme, bu temel ön-koşulların güvenli bir şekilde kurulmasını gerektirir.

Destek

İyi sağlık, sosyal, ekonomik ve kişisel gelişme için temel kaynaktır ve yaşam kalitesi için önemli bir boyuttur. Politik, ekonomik, sosyal, kültürel, çevresel, davranışsal ve biyolojik faktörlerin hepsi, sağlığa yararlı olabilir veya zarar verebilir. Sağlığı geliştirme eylemi, sağlığı destekleyerek, bu koşulları yararlı kılmayı amaçlamaktadır.

Olanaklı Kılma

Sağlığı geliştirme, sağlıkta adalete ulaşmaya odaklanmıştır. Sağlığı geliştirme eylemi, var olan sağlık koşullarındaki farklılıkları gidermeyi ve tüm insanların, sağlık potansiyellerine tam anlamıyla ulaşabilmesini sağlamak için eşit olanaklar ve kaynaklar sağlamayı amaçlamaktadır. Tüm bunlar ise, destekleyici bir çevrede güvenli bir kuruluş, bilgiye ulaşma, sağlıklı seçimler yapabilmek için yaşamsal yetenekler ve olanakları içermektedir. İnsanlar, sağlık koşullarını belirleyen bu noktaları kontrol edemezse, sağlık potansiyellerine tam olarak ulaşamaz. Bu durum, kadınlar ve erkekler için eşit derecede önemlidir.

Uzlaştırma

Sağlık için önkoşullar ve beklentilerin, yalnızca sağlık sektörü tarafından sağlanması beklenemez. Daha da önemlisi, sağlığı geliştirme, tüm ilgililer-hükümetler, sağlık ve diğer sosyal ve ekonomik sektörler, hükümet-dışı organizasyonlar ve gönüllü organizasyonlar, yerel yönetimler, endüstri ve medya tarafından koordine edilen eylemleri gerektirmektedir. İnsanlar, bireyler, aileler ve toplumlar olarak hayatın her aşamasında var olmaktadır. Profesyonel ve sosyal gruplar ile sağlık personeli, sağlığın izlenmesi için toplumda çeşitlenen çıkarları uzlaştırma temel sorumluluğunu taşımaktadır. Sağlığı geliştirme stratejileri ve programları, değişik sosyal, kültürel ve

ekonomik sistemleri göz önüne almak amacıyla, tek tek ülkelerin ve bölgelerin yerel gereksinimleri ve olasılıklarına uyarlanmalıdır.

Sağlığı Geliştirme Eyleminin Anlamı

- *Sağlıklı Halk Politikası Oluşturma*

Sağlık hizmetlerinin ötesinde bir konuma sahip olan sağlığı geliştirme, tüm sektörlerde ve tüm seviyelerde politika üreticilerini, kararlarının yarattığı sağlık sonuçlarının farkında olmaya ve sağlık için sorumluluklarını kabul etmeye yönlendirerek, sağlığı gündemde tutmaktadır.

Yasama, finansal önlemler, vergi ve örgütsel değişimler dahil olmak üzere, farklı fakat birbirini bütünleyici yaklaşımları bir araya getiren sağlığı geliştirme politikası, daha fazla adaleti sağlayan sağlık, gelir ve sosyal politikalara yol açan koordineli bir eylemdir. Birleşik eylem, daha güvenli ve sağlıklı mal ve hizmetler, daha sağlıklı halk hizmetleri ve daha temiz ve eğlenceli çevre koşullarını sağlamaya katkıda bulunmaktadır.

Sağlığı geliştirme politikası, sağlık-dışı sektörlerde sağlıklı halk politikalarını benimsenmesinde ortaya çıkan engelleri tanımlamayı ve bunları yok etmeyi gerektirmektedir. Amaç, daha sağlıklı politikaları, aynı zamanda politika üreticileri için de daha kolay seçim haline getirebilmektedir.

- *Yaratıcı Destekleyici Çevreler*

Toplumlarımız, kompleks ve birbiriyle bağlantılıdır. Sağlık, diğer amaçlardan ayrı tutulamaz. İnsanlar ve çevreleri arasındaki karışık bağlar, sağlıkta, sosyo-ekolojik yaklaşım için temel oluşturmaktadır. Dünya, uluslar, bölgeler ve toplumlar için tüm yol gösterici prensip, karşılıklı bakımı ve ihtimam göstermeyi- birbirimize, toplumlarımıza ve doğal çevremize iyi bakmak- teşvik etmeye duyulan ihtiyaçtır. Tüm dünyadaki doğal kaynakların korunması, küresel bir sorumluluk olarak vurgulanmalıdır.

Yaşam, çalışma ve eğlence tarzını değiştirmenin sağlık üzerinde belirgin bir etkisi vardır. Çalışma ve eğlenme, insanlar için sağlığın kaynağı olmalıdır. Toplumun çalışmayı organize ettiği yöntem, sağlıklı bir toplum yaratmayı sağlamalıdır. Sağlığı geliştirme, güvenli, uyarıcı, tatmin edici ve zevkli yaşam ve iş koşulları sağlamaktadır.

Hızla değişen çevredeki- özellikle teknoloji, iş, enerji üretimi ve kentleşme alanlarında-sağlık etkisinin sistematik değerlendirmesi esas olarak ele alınmalı ve halkın sağlığı için olumlu yaran sağlamak amacıyla eylemler ile takip edilmelidir. Doğal ve kurulu çevrenin ve doğal kaynakların korunmasına, sağlığı geliştirme amaçlı tüm stratejilerde değinilmelidir.

- *Toplum Eylemini Geliştirme*

Sağlığı geliştirme, daha iyi sağlığa ulaşmak için öncelikleri ortaya koyma, karar alma, stratejileri planlama ve uygulamada, somut ve etkin halk eylemi ile birlikte çalışmaktadır. Bu sürecin merkezinde, toplumun- kendi çaba ve kaderlerine sahip olmaları durumunun güçlendirilmesi yatmaktadır.

Toplumu geliştirme, halk katılımı ve sağlık sorunlarının yönetimi için kendine yardım ve sosyal desteği ve esnek sistemleri geliştirmek amacıyla var olan insan ve maddi kaynaklara dayanmaktadır. Bu durum, fon desteği elde etmek kadar, enformasyona tam ve sürekli olarak ulaşmayı, sağlık için olanakları öğrenmeyi gerektirmektedir.

- *Kişisel Yeteneklerin Geliştirilmesi*

Sağlığı geliştirme, enformasyon ve sağlık için eğitim sağlama ve yaşamsal yetenekleri geliştirme etkinlikleri aracılığıyla, kişisel ve sosyal gelişmeyi desteklemektedir.

Bu yollarla, insanların kendi sağlıkları ve çevrelerinde daha fazla kontrole sahip olabilmesi ve sağlık için seçimler yapabilmesi için, mevcut seçenekleri artırmaktadır.

İnsanların, yaşamları boyunca, tüm dönemlere kendini hazırlaması ve kronik hastalıklar ve yaralanmalarla baş edebilmesi için, öğrenmelerini sağlamak esastır. Bu öğrenme süreci, okul, ev, iş ve toplum kurumları aracılığıyla kolaylaştırılmalıdır. Eylemin ise, eğitimsel, profesyonel, ticari ve gönüllü organlar aracılığıyla ve kurumların içinde gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

- *Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Uyum*

Sağlık hizmetlerinde, sağlığı geliştirme için duyulan sorumluluk, bireyler, toplum grupları, sağlık profesyonelleri, sağlık hizmeti kurumları ve hükümetler arasında paylaşılmaktadır. Sağlığın izlenmesine katkıda bulunan bir sağlık hizmeti sistemine ulaşmak için birlikte çalışılmalıdır.

Sağlık sektörünün rolü, klinik ve tedavi edici hizmetleri sağlama sorumluluğunun ötesinde, artan oranda, sağlığı geliştirme yönüne doğru ilerlemektedir. Sağlık hizmetleri, hassas ve kültürel gereksinimlere saygı duyan yaygınlaştırılmış bir zorunluluğu kapsamalıdır. Bu zorunluluk, bireylerin ve toplumların, daha sağlıklı bir yaşam için gereksinimini desteklemeli ve sağlık sektörüyle daha geniş sosyal, politik, ekonomik ve fiziksel çevre bileşenleri arasında kanallar oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin yeniden uyumunu sağlamak, profesyonel eğitimdeki değişiklikler kadar sağlık araştırması için de dikkatlerin güçlü bir şekilde çekilmesini gerektirmektedir. Bu durum, bireylerin gereksinimlerinin toplamına yeniden odaklanan sağlık hizmetleri organizasyonu ve yaklaşımında değişikliğe yol açmalıdır.

- *Geleceğe Doğru Yol Almak*

Sağlık, gündelik hayatın kurumları içinde öğrenilen, çalışılan, oynanan ve sevilen kurumlar dâhilinde, insanlar tarafından yaratılmakta ve yaşanmaktadır. Sağlık, kendine ve diğerlerine iyi bakmak, kendi hayat koşulları için karar alabilmek ve tüm üyelerinin sağlığa ulaşmasını sağlayan koşulların mevcut olduğu toplumu oluşturmakla yaratılmaktadır.

İhtimam gösterme ve dıĝanın birliği ve ekoloji, sağlığı geliştirmede stratejiler oluşturmada temel kavramlardır. Sonuç olarak, konunun içinde bulunanlar, sağlığı geliştirme etkinliklerinin planlanma, uygulama ve değerlendirilmesi

sürecinin her aşamasında, kadınlar ve erkeklerin, eşit ortaklar olması gerektiğini temel yol gösterici prensip olarak ele almalıdır.

Sağlığı Geliştirme Taahhüdü

Bu konferansın katılımcıları aşağıda belirtilenleri temin etmektedir:

- Sağlıklı halk politikası alanına doğru hareket etmek ve tüm sektörlerde sağlık ve adalet için net bir siyasi taahhüdü desteklemek;
- Zararlı ürünler, kaynakların tükenmesi, sağlıksız yaşam koşulları ve çevre ve kötü beslenme koşullarını yaratan baskılara karşı mücadele vermek ve dikkatlerin kirlilik, mesleki hastalıklar, konut ve yerleşme gibi halk sağlığı konularına odaklanması,
- Toplumlar içinde ve arasındaki sağlık boşluklarına yanıt vermek ve diğer yollarla kendilerini, aileleri ve arkadaşlarını sağlıklı kılabilmelerini sağlamak ve desteklemek ve sağlığın yaşam koşulları ve gönençleri ile ilgili durumlarda toplumun temel ses olduğunu kabul etmek,
- Sağlık hizmetlerini ve kaynaklarını, sağlığın geliştirilmesi için yeniden uyumlaştırmak, ve gücü, diğer sektörlerle, diğer disiplinlerle ve en önemlisi, insanlarla paylaşmak,
- Sağlığı ve korunmasını, temel bir sosyal yatırım ve tehdit olarak tanımak ve yaşam tarzlarımızın ekolojik tüm sorunlarına değinmek,
- Konferans, tüm ilgilileri, sağlıkta güçlü bir işbirliği için kendilerine katılmaya davet etmektedir.

Uluslararası Eylem İçin Çağrı

Konferans, sağlığı geliştirmede stratejiler ve programlar oluşturmada ülkeleri desteklemek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü ve diğer uluslararası organizasyonları tüm uygun forumlarla sağlığın gelişmesini desteklemeye çağırmaktadır.

Konferans, insanların hayatın tüm aşamalarında, hükümet-dışı ve gönüllü organizasyonlar, hükümetler, Dünya Sağlık Örgütü ve ilgili diğer tüm organlar, bu Şart'ın temelini oluşturan ahlaki ve sosyal değerlerle uyumlu olarak sağlığı geliştirme için stratejiler sunmada güçlerini birleştirdiği sürece, 2000 yılında HFA'nın gerçekleşeceğine çok sıkı bir şekilde inanmaktadır.

Ek 2: Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler konulu Viyana Tavsiyeleri

Giriş

Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler projesindeki yeni gelişmeler, sağlık politikasındaki değişiklikler ve Avrupa'daki sağlık bakım reformları projenin dayandırıldığı çerçeveyi gözden geçirme ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. (Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Konulu Budapeşte Deklarasyonu'nda tanımlanan çerçeveye dayalı olan) Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler pilot projesinden, ulusal ve bölgesel ağlar ile Sağlık Bakımının Reformu Edilmesi Konulu Ljubljana Sözleşmesi'nin desteklediği daha geniş bir ağa doğru yaşanan geçiş Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler projesinin yeni fazı için bir arka plan temin etmektedir. Ljubljana Sözleşmesi 1996 yılı Haziran ayında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinin Üye Devletlerinin sağlık bakanlarının veya temsilcilerinin onayı ile yayınlanmıştır. Sözleşme Avrupa'ya özgü bağlamda sağlık reformlarını ele almaktadır ve sağlık bakımının öncelikle ve en çok insanlar için daha iyi sağlık ve yaşam kalitesi sağlamaya yönelik olması gerektiği ilkesine odaklanmaktadır.

Hastaneler sağlık bakım sisteminde merkezi bir rol oynarlar. Modern tıp uygulayan, araştırma ve eğitim yapan ve bilgi ve deneyim biriki yapan yerler olarak hastaneler diğer kuruluşlardaki ve sosyal gruptaki mesleki çalışmalara da etki edebilirler.

Hastaneler çok sayıda insanın içinden geçtiği yerlerdir; nüfusun büyük bir kısmına erişebilirler. Bazı ülkelerde her yıl nüfusun %20'si hasta olarak hastanelerle temasa geçer ve bu sayıdan daha da fazla sayıda ziyaretçi olur. Bazı şehirlerde hastane en büyük işverendir; Avrupa'daki 30 000 hastane toplam işgücünün %3'ünü istihdam etmektedir.

Hastaneler tehlikeli yerler olabilirler. Sağlığa yönelik bu tehlikeler arasında hem çeşitli toksik veya enfekte kimyasal veya fiziksel ajanlara maruz kalma hem de işin doğası ve söz konusu olan sorumluluklarla ilgili baskılardan kaynaklanan stres yer almaktadır.

Hastaneler çok büyük miktarda atık üretirler. Çevresel kirliliğin azaltılmasına katkıda bulunabilirler ve çok büyük miktarda ürünün tüketicisi oldukları için de sağlıklı ürünleri ve çevre güvenliğini kolaylaştırabilirler.

Geleneksel olarak hastaneler çok çeşitli teşhis ve tedavi hizmeti sunarlar; bunlar arasında akut veya kronik hastalıklara yönelik medikal ve cerrahi müdahaleler vardır. Sonuç olarak hastaneler sağlığı değil daha çok hastalıklara ve tedavi edici bakıma odaklanırlar. Günümüzde hastaneler hastaların hastanede kalmazdan önceki ve kaldıktan sonraki yaşamları ile gittikçe daha fazla ilgilenmektedirler; hastalarının sağlık alanının diğer kısımlarıyla ve bir bütün olarak toplumla olan ilişkilerinin gittikçe daha fazla farkına varmaktadır. Hastaneler daha çok sağlığın teşviki ve hastalıkların önlenmesi konularına odaklanmış olsa da, bu alanlarda çok büyük bir potansiyele sahiptirler. Bu potansiyelin farkına varılması, sadece tedavi bakımından ziyade daha geniş anlamdaki sağlığa yönelmelerini sağlayarak hastanelerin kaynak kullanımını en üst düzeye çıkartabilir.

Bir yandan tedavi ve bakıma yönelik artan ihtiyaç ve yeni sorumluluklar ve diğer yandan da dar kamu bütçeleri, sağlık bakım sunucularının ve özellikle de hastanelerin kaynak kullanımı konusunda verimliliklerini artırmak zorunda oldukları bir durum yaratmaktadır. Aynı zamanda, tıp ve enformasyon teknolojisinin gelişimi, sağlık bakım hizmetleri için yenilikçi opsiyonlar sunmaktadır. Sonuç olarak hem hastanelerde köklü kurumsal değişiklikler hem de hastanelerin sağlık bakım sektöründeki sorumluluklarında değişimler yoldadır. Sağlık kazanımına yönelik net tanımlar, müşteri ve tüketicilerin ihtiyaçlarını daha iyi karşılayan hizmetlere ve kaynakların akılcı kullanımına katkıda bulunmalıdır.

Viyana tavsiyeleri, sağlık reformlarının ihtiyaçlarını ve hastanelerin sağlıkla daha ilgili olma ihtiyacını dikkate almaktadırlar. Bu tavsiyeler, Temel İlkeler, Uygulamaya Yönelik Stratejiler ve Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Ağına Katılım olmak üzere üçe ayrılmaktadır.

Temel ilkeler

Herkes için Sağlık stratejisi, Sağlığın Teşvikine yönelik Ottawa Sözleşmesi, Sağlık Bakımının Reformu Edilmesi konulu Ljubljana Sözleşmesi ve Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Konulu Budapeşte Deklarasyonu çerçevesinde, sağlığı teşvik eden bir hastane:

1. farklı insan gruplarının ihtiyaç, değer ve kültürlerindeki farklılıkları kabul ederek insanlık onurunu, hakkaniyet ve dayanışmayı ve mesleki etikleri teşvik etmelidir;
2. kalite iyileştirme, hasta, hasta yakını ve personelin refahı, çevrenin korunması ve öğrenen kurum haline gelme potansiyelinin gerçekleştirilmesine yönelik olmalıdır;
3. sadece tedavi hizmetlerine odaklanmamalı ve bütünsel bir yaklaşımla sağlığa odaklanmalıdır;
4. iyileşme sürecini kolaylaştırmak ve hastaların güçlenmesine katkıda bulunmak üzere hasta ve hasta yakınlarına mümkün olan en iyi şekilde hizmet veren insanlara merkezlenmelidir;
5. kaynakları verimli ve maliyet-etkin şekilde kullanılmalı ve kaynakları sağlığın iyileştirilmesine katkı bazında tahsis etmelidir;
6. sağlık bakım sisteminin diğer seviyeleri ve toplumla mümkün olduğuncu yakın bağlar kurmalıdır.

Uygulamaya yönelik stratejiler

Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler projesi hastanede sağlığa-yönelik perspektifler, hedefler ve yapılar geliştirilmesi için fırsatlar sunmaktadır. Bunun anlamı:

1. Aşağıdakiler vasıtasıyla, katılımın artırılması ve taahhüt yaratılması:

Hastanede katılımcı, sağlık-kazanımına-yönelik prosedürlerin cesaretlendirilmesi; buna tüm meslek gruplarının aktif katılımı ve hastane dışındaki diğer meslek çalışanlarıyla ittifak yapılması dahildir;

Hastaların spesifik sağlık potansiyeletine göre hastalar için aktif ve katılımcı bir rolün cesaretlendirilmesi, hasta haklarının artırılması, hastaların refahının iyileştirilmesi ve de hasta ve hasta yakınları için sağlığı teşvik eden hastane ortamlarının yaratılması;

Tüm hastane personeli için sağlıklı çalışma koşullarının yaratılması, buna hastane tehlikelerinin ve psikososyal risk faktörlerinin azaltılması da dahildir;

Hastane yönetiminin sağlık kazanımına bağlılığının artırılması, sağlık ilkelerinin günlük karar-alma süreçlerine dahil edilmesi;

2. Aşağıdakiler vasıtasıyla, iletişim, bilgi ve eğitimin iyileştirilmesi:

Kendi içinde iletişimin ve hastane kültürünün iyileştirilmesi ve böylelikle bunların hastane personelinin yaşam kalitesine katkıda bulunması (hastane personeli tarafından kullanılan iletişim tarzları meslekler arası işbirliğini ve karşılıklı kabulü cesaretlendirmelidir);

Hastane personeli ile hastalar arasındaki iletişimin iyileştirilmesi ve böylelikle bu ilişkinin saygı ve insani değerler eşliğinde yürümesi;

Bilgi sunucu ve kalitesinin, iletişim ve eğitim programlarının ve hasta ve hasta yakınlarına yönelik beceri eğitimlerinin artırılması;

Hastane bünyesinde ortak bir şirket kimliği geliştirmek vasıtasıyla sağlığı teşvik eden hastane ilkelerinin hastane rutinine entegre edilmesi;

Hastanenin toplumdaki sosyal ve sağlık hizmetleriyle, toplum-bazlı sağlığı teşvik inisiyatifleriyle ve gönüllü grup ve örgütlerle iletişim ve işbirliğinin iyileştirilmesi ve böylelikle sağlık sektöründeki farklı sunucu ve aktörlerle bağların etkili hale gelmesine katkıda bulunulması;

Sonuçları ölçen ve idari amaçlara hizmet eden enformasyon sistemleri geliştirilmesi;

3. Kurumsal kalkınma ve proje yönetimi yöntem ve tekniklerinin kullanılması:

Hastaneyi ğrenen bir kurum yapmak için mevcut hastane rutinlerini değiştirmek ve yeniden düzenlemek;

Personeli sağlık teşvikiyle alakalı eğitim, iletişim, psikososyal beceriler ve yönetim gibi alanlarda eğitmek;

Proje liderlerini proje yönetimi ve iletişim becerileri konularında eğitmek;

4. Deneyimlerden dersler edinilmesi:

Sağlığı teşvik eden hastane projelerinin uygulanmasına yönelik deneyimlerin ulusal ve uluslar arası düzeyde paylaşılması teşvik edilmelidir, böylelikle

katılımcı hastaneler problem çözümüne yönelik farklı yaklaşımlardan dersler edinebilirler;
Sağlığı teşvik eden hastaneler kendilerini bölgesel, ulusal ve uluslar arası paylaşım ve iletişime adanmışlardır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Ağına Katılım

Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Ağı'na bağlı olan hastaneler:

1. Viyana Tavsiyelerinin uygulanmasına yönelik temel ilke ve stratejileri kabul etmelidirler;
2. böyle bir ağın olduğu ülkelerdeki ulusal/bölgesel ağa ait olmalıdır (bu tip ağların olmadığı ülkelerdeki hastaneler ise doğrudan uluslar arası koordinasyon kurumuna başvurmalıdır);
3. uluslar arası ağ üyeleri, Dünya Sağlık örgütü ve uluslar arası koordinasyon kurumu tarafından uluslar arası ve ulusal/bölgesel düzeylerde oluşturulan kural ve düzenlemelere uymalıdır.

Üç tip üyelik olacaktır:

- Ulusal/Bölgesel Ağların Üyeleri
- Ulusal/Bölgesel Ağların Olmadığı Ülkelerden Bireysel Üyeler
- Tematik Ağların Üyeleri

Ek 3: Hastanelerde Sağlığın Teşvikine Yönelik Standartlar

Giriş: Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler için Avrupa Stratejisi

Avrupa Bölge Ofisi'nin " Hizmetleri yeni ihtiyaçlarla eşleştiren"³ ülkelerle çalışma stratejisi, söz konusu ülkenin ihtiyaç ve isteklerinin analizine odaklanmakta ve ülkenin uygulama kapasite ve olasılıklarını göz önüne alarak mevcut olan en iyi kanıtlara dayalı stratejilerin uygulanmasını desteklemektedir. Bu strateji doğrultusunda ve Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Ağı'nın üye hastanelerinin talebi üzerine hastanelerde sağlığın teşvikine yönelik Standartların hazırlanmasına 25 ülkeden uzmanlar katılmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü, Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Ağı'nı, sağlığın teşviki ile eğitim, hastalık önleme ve tedavi hizmetlerindeki rehabilitasyon hizmetlerini entegre etmek üzere sağlık bakım kuruluşlarını yeniden düzenlemek amacıyla uygulamaya geçirmiştir. Bu ağın kuruluşundan itibaren pek çok faaliyet gerçekleştirilmiştir ve 25 Avrupa Ülkesinde ve dünyada 700'den fazla hastane ile bu Dünya Sağlık Örgütü ağına katılmıştır⁴.

Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler kendilerini sağlığın teşvikinin günlük faaliyetlere entegre edilmesine yani sigarasız bir ortam olmaya ve hasta katılımı teşviki, tüm çalışanların dahil edilmesi, hasta haklarının geliştirilmesi ve hastane içinde sağlıklı bir ortamın teşvik edilmesi gibi bir dizi stratejik ve etik talimatı savunan Viyana Tavsiyelerini takip etmeye başlamışlardır⁵. Fakat, şu ana kadar hastanelerdeki sağlığı teşvik faaliyetlerinin kalitesini sistematik olarak değerlendirmek, izlemek ve iyileştirmek üzere herhangi bir araç veya standart seti bulunmamaktadır.

Proje hakkında ek bilgi Dünya Sağlık Örgütü Avrupa'nın web sayfasında bulunabilir

(<http://www.euro.who.int/healthpromohosp>).

Sağlık teşvikinin tanımlanması

Sağlığın teşviki, " insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarına ve sağlıklarını iyileştirmelerine olanak tanıma süreci" olarak tanımlanmaktadır (Sağlığın Teşvikine Yönelik Ottawa Sözleşmesi⁶), ve burada sağlık eğitimi, hastalık önleme ve rehabilitasyon hizmetlerini içine alacak bir anlamda kullanılmaktadır. Aynı zamanda sağlıkla-ilişkili fiziksel, akılsal ve sosyal iyiliklerini iyileştirmeleri konusunda hastaları, hasta yakınlarını ve çalışanları güçlendirerek sağlığın artırılmasını da içine alacak şekilde anlaşılmaktadır.

³ Kopenhag, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2002 (doküman EUR/RC50/10)

⁴ Sağlığı teşvik Eden Hastaneler (<http://www.euro.who.int/healthpromohosp>). (Katılım 4 Mart 2004)

⁵ Sağlık Teşvik Eden Hastaneler için Viyana Tavsiyeleri (<http://www.euro.who.int/document/IHB/hphviennarecom.pdf>) (Katılım 4 Mart 2005).

⁶ Sağlığın Teşvikine Yönelik Ottawa Sözleşmesi (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf). Cenevre, Dünya Sağlık Örgütü, 1986 (Katılım 4 Mart 2004).

Hastaneler sağlığın teşviki, hastalıkların önlenmesi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması konusunda önemli bir rol oynamaktadırlar. Bu faaliyetlerden bazıları hastane çalışmalarının önemli bir kısmını teşkil etmektedir fakat yaşam tarzıyla-ilişkili ve kronik hastalıkların artan prevalansı, hastaların kronik hastalık-yönetimi veya motivasyon danışmanlığı konusunda aktif bir rol alabilmeleri için tedavi eğitimi, etkili iletişim stratejileri gibi aktivitelerin daha geniş kapsamlı ve sistematik sağlanmasını gerekli kılmaktadır.

Halkın değişmekte olan beklentileri, sürekli desteğe ihtiyacı olan kronik hastaların sayısının artması ve personelin sık sık fiziksel ve duygusal sıkıntılara maruz kalması sebebiyle hastanelerin hasta ve personel için anahtar niteliğinde bir hizmet olarak sağlık teşviki odağını benimsemeleri gerekmektedir.

Ek olarak, hastaneler hem yüksek kaliteli koruma, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sağlayarak hem de toplumla ortaklık vasıtasıyla yerel çevre ve yerel ekonomiyi etkileyerek sağlık üzerinde etkili olmaktadır.

Hastanelerden sağlığın teşviki için standartlara yönelik ihtiyaç

Hastanelerdeki kalite yönetimine hâkim olan yaklaşım hizmetlere yönelik standartlar oluşturulması şeklindedir. Sağlığın teşviki, sağlığın iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin sürdürülmesine yönelik çekirdek bir kalite konusudur, fakat sağlığın teşviki faaliyetlerine yönelik referanslar için sağlık bakımı kalitesine yönelik mevcut standartların incelenmesi pek sonuç vermemiştir⁷. Hastanelerde sağlığın teşvikine yönelik standartlar, bu alanda sağlanan hizmetlerin kalitesini sağlamak için zaruridir.

Dahası geri ödeme sistemleri sağlığın teşvikinin, hastane faaliyetlerinin entegral bir parçası olarak bunlarla sistematik bütünleşmesini henüz kolaylaştırmamıştır. Hasta ve sistemlere yönelik uzun vadeli faydalar için, sağlığı teşvik faaliyetlerini ulusal ve bölgesel sağlık politikaları tarafından kolaylaştırılmalıdır. Standartlar hem sağlık teşvikinin uygulanmasını ve değerlendirilmesini hem de kalite iyileştirmeye yönelik sürekli izlemeyi kolaylaştıracaktır.

Hastanelerde sağlığın teşvikine yönelik standartlara ihtiyaç oluşunu fark eden Dünya Sağlık Örgütü 2001 yılı Mayıs ayında Kopenhag'da yapılan 9. Uluslararası Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Konferansı'nda bir çalışma grubu oluşturmuştur. O zamandan beri çeşitli çalışma grupları ve ülke ağları standartların geliştirilmesi konusu üzerinde çalışmaktadır.

Sonuç olarak, Uluslararası Sağlıkta Kalite Topluluğu tarafından geliştirilen ALPHA programı vasıtasıyla oluşturulan uluslar arası şartlara uygun olarak tüm hastaneler için geçerli beş ana standart geliştirilmiştir.⁸ Bu sürecin içinde literatürün kritik incelemesi, standartların tanımlanması ve incelemesi, pilot

⁷ DSÖ Standartlar Çalışma Grubu. Hastalık önleme ve sağlığın teşviki için standartlar geliştirilmesi. *Hastalık önleme ve sağlığın teşviki için standartlar konulu DSÖ toplantısı, Bratislava, 14 Mayıs 2002.*

⁸ Uluslararası Sağlık Bakımında Kalite Topluluğu; *Alpha ve Akreditasyon* (<http://www.isqua.org.au/isquaPages/Alpha.html>). Victoria, ISQua, 2003 (Katılım 4 Mart 2004).

test yapılması, revizyon ve düzenleme yer almaktaydı. Bunun içinde çeşitli bilim adamları, sağlığı teşvik uzmanları ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bölgesindeki sağlık kuruluşlarının yöneticileri ile uluslar arası Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Ağı'nın üyeleri bulunmaktaydı.

Standartların formatı ve uygulanması

Bu dokümanda sunulan standartlar bir dizi çalıştay ve istişarenin sonucudur. Dokuz Avrupa ülkesindeki 36 hastanede bunların pilot çalışmaları gerçekleştirilmiş ve ilgili ve uygulanabilir olup olmadıkları değerlendirilmiştir. Pilot testinden alınan geri bildirimlere dayalı olarak, alt-standartlar ve ölçülebilir unsurlar tadil edilmiş ve belirlenmiştir ve standartların daha da geliştirilmesi ve kolaylaştırılmasına yönelik adımlar planlanmıştır.

Her standart, standart oluşturulması, hedefin tanımı ve alt-standartların tanımlanmasından oluşmaktadır. Bu standartlar hastanın izlediği yollarla ilgilidir ve bir hastanede hastaya sunulan tüm hizmetlerin entegral bir parçası olarak sağlığın teşvikiyle ilgili sorumlulukları ve faaliyetleri tanımlamaktadır. Standartlar çoğunlukla genel niteliktedir ve hastalar, personel ve kurumsal yönetime odaklanmaktadır. Özel ihtiyaçları olduğuna dair kanıt olan hasta grupları için hastalığa-özü standartların da vardır. Standartlarda tarif edilen kalite hedefleri, mesleki, organizasyonel ve hastayla-ilintili kalite konularını ele almaktadır.

1. Standart, bir hastanenin sağlığın teşvikine yönelik yazılı bir politikası olmasını öngörmektedir. Bu politika kurumun genel kalite sisteminin bir parçası olarak uygulanmalıdır ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesini hedeflemektedir. Politikanın hastaları, hasta yakınlarını ve personeli hedef aldığı belirtilmektedir.
2. Standart, kurumların sağlığın teşviki, hastalık önleme ve rehabilitasyona yönelik hasta ihtiyaçlarının değerlendirilmesini sağlama yükümlülüğünü tanımlamaktadır.
3. Standard, kurumun hastaya hastalık veya sağlık durumu ile ilgili önemli faktörler hakkında bilgi vermek zorunda olduğunu ve sağlığı teşvik müdahalelerinin tüm hasta yollarından oluşturulması gerektiğini belirtmektedir.
4. Standart yönetime hastanenin sağlıklı bir işyeri olarak geliştirilmesine yönelik koşulları oluşturma sorumluluğunu yüklemektedir.
5. Standart, diğer sağlık hizmet sektörleri ve kurumları ile işbirliğine planlı bir yaklaşım talep ederek süreklilik ve işbirliği konularını ele almaktadır.

Aşağıdaki sayfalarda hedeflerin ve alt-standartların tanımları dahil olmak üzere bu standartların tümü sunulmaktadır.

İleriye giden yol

Standartların hastanelerde sağlık teşvikinin planlama, uygulama ve değerlendirmesinde pratik kullanımını kolaylaştırmak amacıyla, ölçülebilir unsurlar ve göstergeler tanımlanır ve kendi kendini değerlendirmek için bir araç geliştirilir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün amacı Avrupa Sağlığı Teşvik Eden Hastaneler Ağındaki hastanelerin faaliyetlerinin eksternal değerlendirmesini yapmak

değildir fakat bu ağa dâhil olan hastaneler ve ağ dışındaki hastaneler sağlığı teşvik hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik kendi kendine değerlendirme aracını kullanma konusunda cesaretlendirilirler.

Standartlar, kamu malı olarak düşünülmektedir ve kalite kurumları ile akreditasyon organları mevcut standart setinde hastanelerde sağlığın teşvikine yönelik standartları dahil etmeye teşvik edilmektedirler.

Yönetim politikası

Standart 1. Kurumun sağlığı teşvik için yazılı bir politikası vardır. Bu politika, sağlık sonuçlarını iyileştirmeyi amaçlayan genel kalite iyileştirme sisteminin bir parçası olarak uygulanır. Politika hastaları, hasta yakınlarını ve personeli hedef alır.

Hedef: Kurumun sağlığın teşvikiyle ilgili faaliyetlerine yönelik çerçeveyi, kurumun kalite yönetim sisteminin ayrılmaz bir parçası olarak tarif etmek.

Alt-standartlar:

1.1 Kurum, politikanın uygulanması, değerlendirilmesi ve düzenli olarak incelenmesi sürecine yönelik sorumlulukları belirler.

1.2 Kurum, politikanın uygulanması, değerlendirilmesi ve düzenli olarak incelenmesi süreçleri için kaynak tahsis eder..

1.3 Personel sağlığı teşvik politikasının farkındadır ve bu politika yeni personelin başlangıç programlarına dahil edilir.

1.4 Kurum, sağlığı teşvik faaliyetlerinin kalitesini izlemek amacıyla veri toplama ve değerlendirme prosedürlerinin mevcut olmasını sağlar.

1.5 Kurum, personelin sağlığı teşvik faaliyetlerini uygulamak için ilgili yeterliliklere sahip olmasını sağlar ve gerektiğinde daha başka yeterliklerin elde edilmesini destekler.

1.6 Kurum, sağlığı teşvik faaliyetlerini uygulamak için kaynak, alan, ekipman vs gibi gerekli altyapının mevcut olmasını sağlar.

Hasta Değerlendirmesi

Standart 2. Kurum, sağlık çalışanlarının, hastalarla işbirliği içerisinde, sağlığı teşvik faaliyetlerine yönelik ihtiyaçları sistematik olarak değerlendirmesini sağlar.

Hedef: Hastaların tedavilerini desteklemek, prognozu iyileştirmek ve hastaların sağlığını ve iyiliğini teşvik etmek.

Alt-standartlar:

2.1 Kurum, sağlığın teşvikine yönelik olarak hastaların kendi ihtiyaçlarını değerlendirmesi için prosedürlerin mevcut olmasını sağlar.

2.2 Kurum, teşhisle-ilintili hasta grupları için sağlığın teşvik edilmesine yönelik spesifik ihtiyaçların değerlendirilmesi için prosedürün mevcut olmasını sağlar.

2.3 Bir hastanın sağlığın teşvikine yönelik ihtiyacının değerlendirilmesi, hastanede ilk temas sırasında yapılır. Bu inceleme altında tutulur ve hastanın klinik durumundaki değişiklikler veya talep üzerine gereken şekilde düzenlenir.

2.4 Hastanın ihtiyaç değerlendirmesi, sosyal ve kültürel geçmişinin farkında olarak ve bunlara hassasiyet gösterilerek yapılır.

2.5 Diğer sağlık ortakları tarafından sağlanan bilgiler hastanın ihtiyaçlarının belirlenmesinde kullanılır.

Hasta Bilgi ve Müdahalesi

Standart 3. Kurum, hastalara hastalıkları veya sağlık sorunlarıyla ilgili önemli unsurlar hakkında bilgi verir ve hastanın takip ettiği tüm yol boyunca sağlığı teşvik müdahaleleri oluşturulur.

Hedef: Hastanın planlanan faaliyetler hakkında bilgi edinmesini sağlamak, hastayı planlı faaliyetlerde aktif ortak yaparak güçlendirmek ve sağlığı teşvik faaliyetlerinin hastanın izlediği tüm yollara entegre olmasını kolaylaştırmak.

Alt-standartlar:

3.1. Sağlığı teşvik ihtiyaç analizine dayalı olarak, hasta sağlığına etki eden faktörler hakkında bilgilendirilir ve hasta ile ortaklık içerisinde sağlığın teşviki için ilgili faaliyetler planına karar verilir.

3.2. Hastalara fiili durumları, tedavileri, bakımları ve sağlıklarına etki eden faktörler hakkında net, anlaşılabilir ve uygun bilgiler verilir.

3.3. Kurum, sağlık teşvikinin değerlendirilen ihtiyaçlara dayalı olarak tüm hastalara sistematik şekilde sunulmasını sağlar.

3.4. Kurum, hastalara verilen bilgiler ile sağlığı teşvik faaliyetlerinin ve beklenen veya planlanan sonuçların elde edilip edilmediği bilgisinin belgelendirilmesini ve değerlendirilmesini sağlar.

3.5. Kurum, tüm hastaların, personelin ve ziyaretçilerin sağlığa etki eden faktörlerle ilgili genel bilgilere erişim sahibi olmalarını sağlar.

Sağlıklı bir İşyerinin Teşvik Edilmesi

Standart 4. Yönetim, hastanenin sağlıklı bir işyeri olarak geliştirilmesi için koşulları oluşturur.

Hedef: Sağlıklı ve güvenli bir işyeri oluşumunu desteklemek ve personele yönelik sağlığı teşvik faaliyetlerini desteklemek

Alt-standartlar:

4.1 Kurum, personelin sağlığı teşvik becerileri geliştirmesi ve bu konuda eğitilmesini de içeren kapsamlı bir İnsan Kaynakları Stratejisinin kurulmasını ve uygulanmasını sağlar.

4.2 Kurum, personeli için mesleki sağlık hizmetleri sağlayan sağlıklı ve güvenli bir işyeri için bir politika oluşturulmasını ve uygulanmasını sağlar.

4.3 Kurum, personelin çalışma ortamına etki eden kararlara personelin de dahil edilmesini sağlar.

4.4 Kurum, personelin sağlık meseleleri konusunda farkındalık geliştirmesi ve muhafaza etmesi için prosedürlerin mevcut olmasını sağlar.

Süreklilik ve İşbirliği

Standart 5. Kurumun diğer sağlık hizmet seviyeleri ve diğer kurum ve sektörlerle sürekli işbirliğine yönelik planlı bir yaklaşımı vardır.

Hedef: İlgili sunucularla işbirliği sağlamak ve hastanın izlediği yollarda sağlığı teşvik faaliyetlerinin entegrasyonunu etkili kılmak üzere ortaklıklar başlatmak

Alt-standartlar:

5.1 Kurum, sağlığı teŖvik faaliyetlerinin mevcut hŖkŖmler ve sağlık planları ile uyumlu olmasını sağlar.

5.2 Kurum, mevcut sağlık ve sosyal bakım sunucuları ile toplumdaki ilgili örgŖt ve grupları belirler ve bunlarla iŖbirliđinde bulunur.

5.3 Kurum, hasta taburcu olduktan sonraki hastane-sonrası dŖnemde de faaliyet ve prosedŖrlerin mevcut olmasını ve uygulanmasını sağlar

5.4 Kurum, belgelerin ve hasta bilgilerinin hasta bakım ve tedavisindeki ilgili alıcı/takip ortaklarına iletilmesini sağlar.

Ek 4: Kullanılan kısaltmalar

BSC	Dengeli Sonuç Kartı (Balanced Score Card)
CCHSA	Kanada Sağlık Hizmetleri Akreditasyon Konseyi
KOAH	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
EFQM	European Foundation for Quality Management (Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı) http://www.efqm.org/
ST	Sağlığı teşvik
STEH	Sağlığı Teşvik Eden Hastane/Hastaneler
HKH	Hastane Kalite Hizmeti
ISO	Uluslararası Standartlar Kurumu http://www.iso.ch/iso/en/ISOOnline.openpage
ISQua	Uluslar arası Sağlık Bakımında Kalite Örgütü http://www.isqua.org.au/
JCAHO	Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu için Ortak Komisyon http://www.jcaho.org/
JCI	Joint Commission International (Uluslararası Ortak Komisyon) http://www.jcrinc.com/international.asp?durki=7656
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
TKY	Toplam Kalite Yönetimi

Üye Olan Devletler

Arnavutluk
Andora
Ermenistan
Avusturya
Azerbaycan
Beyaz Rusya
Belçika
Bosna Hersek
Bulgaristan
Hırvatistan
Kıbrıs
Çek Cumhuriyeti
Danimarka
Estonya
Finlandiya
Fransa
Gürcistan
Almanya
Yunanistan
Macaristan
İzlanda
İrlanda
İsrail
İtalya
Kazakistan
Letonya
Litvanya
Lüksemburg
Malta
Monako
Montenegro
Hollanda
Norveç
Portekiz
Polonya
Moldovya Halk Cumhuriyeti
Romanya
Rusya Federasyonu
San Marino
Sırbistan
Slovakya
Slovenya
İspanya
İsveç
İsviçre
Tacikistan
Makedonya
Türkiye
Türkmenistan
Ukrayna
Birleşik Krallık
Özbekistan

E86220

Original Basım: İngilizce

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Birleşmiş Milletler'in 1948 yılında kurulmuş olan uzmanlaşmış bir kuruluşudur ve temel sorumluluğu uluslar arası sağlık konuları ve halk sağlığıdır. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, hizmet verdikleri ülkelerin özel sağlık koşullarına göre düzenlenmiş kendi programları olan dünyadaki altı bölge ofisinden bir tanesidir.

Dünya Sağlık Örgütü

Avrupa Bölge Ofisi

Scherfigsvej 8, DK-2100 CopenhagenØ,
Denmark

Tel.: +45 39 17 17 17

Faks: +45 39 17 18 18

E-mail: postmaster@euro.who.int

Web sitesi: www.euro.who.int