

Meme Sağlığı Hizmetlerinin Kalite Güvencesi ve Kurum Akreditasyonu Gerekliliği

Quality Assurance in Breast Health Care and Requirement for Accreditation in Specialized Units

Sertaç Ata Güler¹, Bahadır M. Güllüoğlu²

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı ve SENATURK Senoloji Akademisi, İstanbul, Türkiye

ABSTRACT

Breast health is a subject of increasing importance. The statistical increase in the frequency of breast cancer and the consequent increase in death rate increase the importance of quality of services to be provided for breast health. For these reasons, the minimum standards and optimum quality metrics of breast care provided to the community are determined. The quality parameters for breast care service include the results, the structure and the operation of services. Within this group, the results of breast health services are determined according to clinical results, patient satisfaction and financial condition. The structure of quality services should include interdisciplinary meetings, written standards for specific procedures and the existence of standardized reporting systems. Establishing breast centers that adopt integrated multidisciplinary working principles and their cost-effective maintenance are important in terms of operation of breast health services.

The importance of using a "reviewing/auditing" procedure that checks if all of these functions existing in the health system are carried out at the desired level and an "accreditation" system indicating that the working breast units/centers provide minimum quality adequacy in all aspects, is undeniable. Currently, the accreditation system for breast centers is being used in the European Union and the United States for the last 5-10 years. This system is thought to provide standardization in breast care services, and is accepted as one of the important factors that resulted in reduction in mortality associated with breast cancer.

Key words: Breast health, breast center, quality assurance, accreditation

ÖZET

Meme sağlığı her geçen gün daha ön plana çıkan ve önemini arttıran bir konudur. Meme kanserinin sıklığında görülen istatistiksel artış ve dolayısıyla ölüm oranlarındaki artış meme sağlığı için verilecek hizmetin kalitesinin önemini de artırmaktadır. Bu nedenlerden ötürü topluma sunulan meme sağlığı hizmetinin minimum standartları ve optimum kalite ölçütleri belirlenmektedir. Meme sağlığı hizmeti için kalite ölçütleri hizmetin sonuçları, hizmetin yapısı ve hizmetin işleyişini içermektedir. Bunlardan meme sağlığı hizmetinin sonuçları klinik sonuçlar, hasta memnuniyeti ve mali durum üzerinden belirlenir. Hizmetin kalite yapısında olması gerekenler ise disiplinler arası toplantılar, belirli işlemler için yazılı standartların ve standardize raporlama sisteminin varlığıdır. Meme sağlığı hizmetinin işleyişi açısından ise içerisinde çok disiplinli entegre çalışma prensiplerinin benimsendiği meme merkezlerinin kurulmuş ve maliyet-etkin olarak yürütülüyor olması önemlidir. Bütün bu işlemlerin varolan sağlık sisteminde istenen düzeyde yürütüldüğünü kontrol eden bir "gözetim/ denetim / auditing" prosedürünün kullanılması ve çalışan meme ünite / merkezlerinin tüm açılardan minimum kalite yeterliliğini sağladığını gösteren "akreditasyon" sisteminin önemi yadsınmaz. Bugün Avrupa Birliği ve Amerika Birleşik Devletleri'nde meme merkezlerine yönelik akreditasyon sistemi son 5-10 yıldır kullanılmaktadır. Bu sistemin meme sağlığı hizmetlerinde bir standardizasyon sağladığı ve meme kanserine bağlı mortalitenin azalmasında etken olan önemli faktörler arasında olduğu düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Meme sağlığı, meme merkezi, kalite güvencesi, akreditasyon

Giriş

Meme sağlığı her geçen gün daha ön plana çıkan ve önemini arttıran bir konudur. Meme kanserinin görülme sıklığı ve mortalitesindeki artış meme sağlığına tıbbi yaklaşımı da etkilemektedir. Yenilenen tıbbi teknolojiler ve tedavi alternatifleri de göz önüne alındığında meme sağlığı için verilecek hizmetin kalitesinin önemi de ortaya çıkmaktadır. Bu amaçla meme sağlığı kalitesinin geliştirilmesi önem kazanmaktadır. Avrupa Meme Kanseri Uzmanları Derneği (EUSOMA - *European Society of Breast Cancer Specialists*) ve diğer sivil toplum kuruluşları Avrupa genelinde ve tüm dünyada meme sağlığı kalitesini arttırmak için minimum standartları belirlemektedir (1, 2). Meme sağlığı hizmetlerinde temel olarak iki yaklaşım mevcuttur. Bunlardan ilki bireysel yaklaşımdır. Klasik olan bu yaklaşım tipine karşılık günümüzde çağdaş ve güncel yaklaşım olan çok disiplinli yaklaşım ön plana çıkmaktadır (3).

Çok Disiplinli Yaklaşım

Meme sağlığı açısından çok disiplinli yaklaşımda meme cerrahisi, radyoloji, patoloji, medikal onkoloji ve radyasyon onkolojisi ön planda rol almaktadır (3). Günümüzde bu tür yaklaşımda iki türlü uygulama mevcuttur; a. Parçalanmış (fragmente) ve b. İşbirlikçi (kollaboratif) yaklaşım.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Sertaç Ata Güler, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye
Tel. / Phone: +90 505 393 52 40 e-mail / e posta: drsataguler@me.com

Geliş Tarihi / Received: 15.08.2013
Kabul Tarihi / Accepted: 14.11.2013

Çok disiplinli yaklaşım yapılanması ise iki ayrı şekilde yapılmaktadır. Birincisi “yatay (horizontal)” işbirliğini içeren “klasik multidisipliner” yapılanma şeklinde diğeri ise “dikey (vertikal) ve “yatay” işbirliğini beraberce sağlayan “interdisipliner” yapılanma şeklindedir (4). “Yatay çok disiplinli” yapılanma içerisinde bugün ülkemizde de son 10 yıldır bazı nadir merkezlerde uygulanan birden çok branşın uzman doktorlarından oluşan bir ekibin bir arada çalışması söz konusudur. Bu yapılanma içerisinde radyoloji, patoloji, meme cerrahisi ya da genel cerrahi, radyasyon onkolojisi ve medikal onkoloji uzmanlarının ortak tanı, tedavi ve takip işlemlerini uygulamaları beklenir. Buna karşılık “interdisipliner” yaklaşım ise sadece bahsi geçen klinik dalların uzmanlarının değil her bir tekil branşın içerisinde görev alan klinik uzmanlarının yanı sıra yardımcı sağlık personelinin de yapılanma içerisinde asli görev alması ile karakterizedir (5). Bahsi geçen personel arasında kemoterapi, radyoterapi ve yüksek risk hemşireleri, radyoloji (mamografi), nükleer tıp, sitoloji ve laboratuvar teknisyenleri, genetik danışman, sosyal hizmetler uzmanı, destek grup üyeleri, psikoterapist, klinik psikolog, aile danışmanı ve destek servisleri yetkilileri bulunmaktadır. Bu farklı görev katmanlarındaki sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler meme sağlığında “interdisipliner çok disiplinli yaklaşımı” oluşturur. Bu işbirlikçi çok disiplinli yaklaşım kendini en iyi bahsi geçen dalların bir arada hizmet verdiği özgün “meme ünitesi / meme merkezi” yapılanması içerisinde temsil eder (3).

Kalite Ölçütleri

Meme sağlığında kalite sarmalı üç birimden oluşan bir yapı şeklinde; a. izlem, b. müdahale ve c. kıyaslama (*benchmarking*). Meme sağlığı hizmetinin kalite ölçütleri önemli değerlendirme araçlarıdır. Bu

Tablo 1. Meme sağlığında hizmetin kalite ölçütleri

1. Sonuçları
 - a. Klinik sonuçlar
 - b. Hasta memnuniyeti
 - c. Mali (Kar/zarar) durumu
2. Yapısı
 - a. Disiplinler arası toplantılar
 - i. Tanı temelli toplantılar
 - ii. Tedavi temelli toplantılar
 - b. Operasyonel standart prosedürler
 - c. Standardize raporlama sistemi
3. İşleyişi

Tablo 2. 2006 Avrupa Meme Kanseri Tarama ve Tanısı İçin Kalite Güvencesi Kılavuzu'na göre meme sağlığında klinik sonuçların değerlendirilmesindeki performans belirteçleri

Meme Sağlığı Klinik Sonuçlarının Değerlendirmesi İçin Performans Belirteçleri

- Ele gelen meme kanseri olan hastaların %95'inde üçlü değerlendirme (FM, Mamografi, İİAB/Kesici iğne biyopsisi) yapılmış olmalı.
- Mamografi çekimi ile sonucunu alma arası azami 5 çalışma gününden az olmalıdır.
- Mamografi çekimi ile ileri tetkik yapılması arası azami 5 çalışma gününden az olmalıdır.
- Ameliyat kararı alınması ile ameliyat günü arası azami 15 çalışma gününden az olmalıdır. İdeal olarak ise 10 çalışma gününden az olmalıdır.
- Meme kanserli hastaların %90'ından fazlasına ameliyat öncesi kanser tanısı için ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) veya kesici iğne biyopsisi yapılmalıdır.
- Klinik olarak okült meme kanserli hastaların %70'inden fazlasına ameliyat öncesi kanser tanısı için İİAB / Kesici iğne biyopsisi yapılmalıdır.
- Meme koruyucu için uygun olduğu düşünülen invaziv meme kanserli her hasta meme koruyucu cerrahi (MKC) olasılığı hakkında bilgi almalıdır.
- Koruyucu cerrahi yapılan kadınların %90'nından fazlasına 3 veya daha az terapötik operasyon yapılmalıdır.
- 2 mm'den daha küçük invaziv meme kanserli veya 10 mm'den daha küçük tubüler kanserli hastalar için lenfatik haritalama veya elektif aksiller diseksiyon yapılmasına (ya da sadece radyoterapi verilmesine) gerek yoktur.
- İnvaziv kanserli her hastada nodal durum hakkında bilgi elde etmek gereklidir (örn. lenf nodu örnekleme; 4 nod ve üzeri çıkacak şekilde veya konvansiyonel aksiller lenf nodu diseksiyonu (ALND); en az 10 lenf nodu çıkacak şekilde veya sentinel lenf nodu biyopsisi).
- Lenf nodu metastazı kanıtlanan invaziv kanserli hastaların %90'ından fazlasına aksiller tedavi yapılmalıdır (ALND, aksillaya radyoterapi ya da yaygın nodal tutulumda ikisi birlikte).
- MKC'nin ardından invaziv kanser için nüks oranı (%1-2/yıl) 10 yılda %15'in üzerinde olmamalıdır.
- MKC ardından 3 yılda hastanın gözü ile “mükemmel” veya “iyi” kozmetik sonuç oranı en azından %80 olmalıdır.
- İnvaziv meme kanserinde mastektomi sonrası göğüs duvarı nüksü 10 yılda %10'dan az olmalıdır.
- Preoperatif KT (histolojik olarak tanısı konulmuş) alan hastalara yapılan MKC sonrası lokorejyonel relaps oranı 10 yılda %15'den az olmalıdır.
- Lokal ileri evre meme kanseri olan en az %80 hasta kombine tedavi (Preop KT, sitoredüktif cerrahi, radyoterapi) almalıdır.
- Duktal karsinoma in situ (DKIS) MKC sonrası memede nüks (invaziv kanser) gelişme oranı 10 yılda %10'dan az olmalıdır.
- DKIS'da mastektomi sonrası göğüs duvarı nüksü 10 yılda %5'den az olmalıdır.

FM: Fizik muayene; İİAB: İnce iğne aspirasyon biyopsisi; MKC: Meme koruyucu cerrahi; ALND: Aksiller lenf nodu diseksiyonu; KT: Kemoterapi; Preop: Preoperatif; DKIS: Duktal karsinoma in situ

ölçütler 3 basamakta incelenir: a. hizmetin sonuçları, b. hizmetin yapısı ve c. hizmetin işleyişidir (Tablo 1), (6).

Hizmetin sonuçları için verilen sağlık hizmetinin klinik sonuçları ön planda değerlendirilir. Ardından hastanın memnuniyeti ve son olarak da mali durum göz önüne alınır. Mali durumun değerlendirmesinde “kar ve zarar” durumu ayrıntılı olarak irdelenir ve sonuçları ortaya konulur (7).

Klinik sonuçların değerlendirilmesinde daha önce ulusal ya da uluslararası düzeyde kabul görmüş, geçerliliği onaylanmış kılavuzlar kullanılır. Örneğin Avrupa Birliği (AB) üye ülkelerinde bu değerlendirmeler için 2006 yılında yayınlanmış olan Avrupa Meme Kanseri Tarama ve Tanısı İçin Kalite Güvencesi Kılavuzunun 4. baskısı temel alınmaktadır. Burada klinik sonuçların değerlendirmesi için performans belirteçlerine ihtiyaç vardır (Tablo 2), (8). Her bir performans belirteçine göre kliniklerin performansları ortaya konulur, minimum gerekliliklere uyup uymadıkları gözden geçirilir. İstenirse kurumlararası kıyaslama da yapılabilir. Eğer elde yerel özelliklere uygun bir kılavuz yok ise bu amaca uygun ulusal ya da bölgesel kılavuzların oluşturulması gerekir (9). Hizmetin sonuçlarının bir diğer değerlendirme basamağı, hasta memnuniyetinin belirlenmesidir. Bunun için “hasta anket formları” kullanılır. Bu formlarda demografik bilgilerin dışında çeşitli hizmet basamaklarında hasta memnuniyetini belirleyecek sorular yer alır. Bu anket formlarında hastalara doktorun ve diğer sağlık personelinin yaklaşımı, randevu süreci, randevu verilme yöntemi, durum hakkında yapılan bilgilendirme ve tetkikler hakkında sorular yöneltilir. Bu alanda yapılmış bir çalışmada meme hastalıklarının tanı gerekliliklerini multidisipliner bir çatı altında sunan meme merkezinde kişilere kısa süre içerisinde beğeni oranı yüksek hizmet sunulabildiği ortaya konmuştur (10). Hizmetin sonuçlarının değerlendirmesindeki son basamak kurumun bu alandaki mali durumudur. Verilen hizmet sırasında elde edilen kar ve zarar hesaplanmakta ve kurum işleyişinin bu yapı içerisinde yerimli olup olmadığı ortaya konmaktadır (4, 7).

Hizmetin kalite ölçütleri arasında yer alan bir diğer unsur verilen hizmetin yapısıdır. Meme sağlığı hizmeti yapısal olarak hasta güvenliğini de gözönüne alacak şekilde düzenlenmesi gerekir. Bu çerçevede tanı ve tedavi güvenliğini azami düzeyde sağlayabilmek için disiplinler arası toplantılar düzenlenmeli, çeşitli işlemler ve girişimler için standart olması gereken ölçütler yazılı olarak hazırlanmalı ve standardize sinoptik raporlama sistemleri kullanılmalıdır (6, 11).

Disiplinler arası toplantılar multi veya interdisipliner şekilde organize edilir. Bu toplantılar iki şekilde düzenlenir: a. Tanı amaçlı ve b. tedavi amaçlı (3, 4). Tanı amaçlı toplantılarda cerrahi, radyoloji ve patoloji kliniklerinden konusunda uzman hekimler hazır bulunur (12). Bu toplantılardaki amaç tanıyı doğru ve hızlı bir şekilde koymak, disiplinler arası iletişimi sağlamak ve her bir disiplin içindeki eğitimi desteklemektir. Tanıyı doğru ve hızlı bir şekilde koymak ve birinci basamakta erken başvuruyu artırmak için standart şemalar geliştirilmiştir (13). Türkiye açısından bakıldığında da doğru tanıyı hızlı bir şekilde koymak en öncelikli hedeflerden birisidir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada meme kanseri hastasının bulguyu farketmesi ile bir sağlık kuruluşuna başvurması arasında geçen süre ortalama 10 gün olarak bulunmuştur. Yine bu çalışmada sağlık kuruluşuna başvuru ile biyopsi alınması arasında geçen süre ortalama 10 gün iken biyopsi yapılması ile ameliyat edilme arası geçen süre de yine ortalama 10 gün olarak saptanmıştır. Ameliyat ile sistemik tedaviye başlama arasında geçen süre ise ortalama 31 gün olarak bulunmuştur. Bu çalışmadan elde edilen verilere göre başvurudan biyopsiye, biyopsiden ameliyata ve ameliyattan sistemik

tedaviye kadar geçen zaman gelişmiş ülkeler ile karşılaştırıldığında bölgeler arasında belirgin farklılıklar görülmesine rağmen Türkiye’de daha uzundur (14). Bu sonuçlar Türkiye’de meme sağlığı hizmet kalitesinin artırılması ve hastanın tanı ve tedavisinde hız kazanılması için disiplinler arası tanı ve tedavi amaçlı toplantıların gerekliliğini ortaya koymaktadır. Tedavi amaçlı çok disiplinli toplantıların birincil amacı prospektif olarak yapılan tüm tanı girişimlerinin yerinde ve isabetli olup olmadığını, yapıldı ise cerrahi tedavinin yeterli olup olmadığını saptamak ve doğru adjuvant tedavi seçeneklerinin sunulması ardından hasta için en uygun tedavinin uygulanmasını sağlamaktır. Meslek içi sürekli eğitim ortamı sağlamak, kanser kayıtlarını yapmak, sağlık hizmetinde kalite iyileştirme programlarının ve kalite uygulamalarının değerlendirilmelerini yapmak, standart klinik protokollerin oluşmasına katkıda bulunmak, klinik çalışma, araştırma ve yenilikler için ortam ve fırsat oluşturmak da tedavi amaçlı toplantıların ikincil amaçları arasındadır (4, 12, 15). Tedavi amaçlı çok disiplinli toplantılar ile zamanında, yeterli ve doğru veri toplanır, yeterli patoloji raporu hazırlanır, hastaların gerekli adjuvan tedavileri zamanında ve doğru olarak almaları sağlanır. Bu toplantıların yapılmasıyla daha fazla meme koruyucu cerrahi yapıldığı, gerektiğinde daha fazla oranda hastaya adjuvan radyoterapi verildiği, neoadjuvan tedavi verilme oranının yükseldiği, tedaviler arası sürenin kısaldığı, hasta ve doktor memnuniyetinin (iletişim ve işbirliği açısından) arttığı gösterilmiştir (16-18). Meme sağlığı hizmet kalitesini artırmak için yapılması önerilen bu multidisipliner toplantıların organizasyon ve yürütülmesinden sorumlu bir koordinatörü olur. Her hafta sabit belli bir yerde, günde ve saate bu toplantıların yapılması gerekir. Bu toplantıların en az 1 saat sürmesi önerilir. Her bir toplantı patoloji ve radyoloji görüntüleme teknolojileri ile desteklenir ve tüm toplantılar kayıt altına alınır (11).

Meme sağlığı hizmetinin değerlendirilmesinde gözönüne alınan bir diğer parametre ise klinik içinde belirli işlemler için yazılı standart olması beklenen ölçütlerin olup olmadığıdır. Örneğin klinik N0 hastalarda uygulanan sentinel lenf nodu biyopsisi ve klinik lokal ileri evre meme kanseri olan hastalara tanı ve tedavi yaklaşım protokolleri bu prosedürler içerisinde gösterilebilir. Sentinel lenf nodu biyopsisi için hazırlanan standart gerekli görülen ölçütler cerrahi, nükleer tıp ve patoloji üniteleri arasında belirlenmiş olan endikasyon, yöntem ve değerlendirme için standart protokollere göre uyarlanır (3).

Meme sağlığı hizmetinin kalite standartları arasında yapılan işlemlerin raporlanmasında standart şablonların kullanılması da yer almaktadır. Radyolojik görüntüleme, patoloji ve ameliyat raporları gibi meme sağlığı hizmetinde kullanılan raporlama işlemlerinde standart formların kullanılması tavsiye edilmektedir. Bu raporlama formlarında yer alan içeriğin amaca yönelik, kısa, öz, standardize, veri saklamaya olanaklı, zaman almayan, elektronik, kolay ulaşılabilir olması esastır. Bu şekilde kurum içi ve dışı yazışmalarda ve arşivlemelerde kolaylık sağlanabilmektedir (19).

Hizmetin kalitesinin değerlendirmesinde kullanılan son parametre ise hizmetin işleyiş şeklidir. Yukarıda belirtilen tüm kalite artırıcı yöntemlerin bir arada hizmete yansıtılmasının en kolay ve işlevsel yolu hizmetin meme merkezi (ünitesi) içerisinde sunulmasıdır. Bahsi geçen meme merkezleri çok disiplinli hizmetin verilebilmesi için ortaya konmuş bir konsepttir (20, 21). Meme merkezlerinin temel amacı kadınlarda en sık görülen kanser olan meme kanseri için koordineli, hızlı ve kaliteli meme sağlığı hizmeti sunmak olarak belirlenmiştir. Bu şekilde hem işgücünü hesaplı olarak kullanmak, hem de genel anlamda sağlıkta tasarruf yapmak amaçlanmaktadır. Meme üniteleri aracılığı ile tanılabilir ve geniş kapsamlı tedavi hizmetleri hedeflenmektedir. Meme

üniteleri tanı ve tedavinin birarada yürütüldüğü geniş kapsamlı merkezler olabileceği gibi sadece tanı amaçlı işlemlerin yürütüldüğü daha dar kapsamlı merkezler de olabilir. Tanısal meme ünitelerinde cerrah, radyolog ve patolojik bir arada çalışır. Burada biyopsi endikasyonları beraberce verilir, tarama yapılıyorsa radyolojik olarak şüpheli olgular cerraha hızlı bir şekilde danışılır (22). Yine yakınma ile başvuran kadınlara aynı gün içerisinde mamografi çekimi yapılarak, gerektiğinde meme ultrasonu gibi ek görüntülemeler ve biyopsiler yapılarak hızlı bir şekilde tanı konulmaya çalışılır. Geniş kapsamlı meme ünitelerinde ise tanı işlemlerinin yanısıra tedavi hizmetleri de hastalara sunulur. Bu ünitelerde yukarıda bahsi geçen üç uzmana ek olarak rekonstrüktif cerrah, medikal onkolog ve radyasyon onkoloğu da hizmette yer alır. Daha kapsamlı ünitelerde ise psikiyatr, jinekolog, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanları da görev alır (5, 23).

Meme merkezi, esasen meme kanseri üzerine çalışmakta olan bir grup uzmanın tek bina içinde çalışması olarak adlandırılabilir da fiziki bakımdan tek bir çatı altında olması şart değildir. Aynı ayrı binalarda da olsa çok disiplinli çalışmanın mümkün olabileceği her durumda birbirlerinden makul uzaklıkta yer alan mekanlarda bu hizmet yine meme ünitesi kavramı altında sunulabilmektedir. Standartlar gereği her on milyonluk nüfus için 30-40 adet meme ünitesine (merkezi) ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ünitelerin büyük ya da orta ölçekli hastanelerde bulunması verimlilik açısından daha uygun görülmektedir. Tedavi hizmeti veren merkezlerin etkin çalışabilmesi ve içinde çalışan uzmanların yeterli tecrübeye sahip olabilmeleri için yıllık en az 150 yeni tanı almış meme kanseri (hangi evre olursa olsun, cerrahi tedavi olsun olmasın) tedavi ediyor olmaları beklenir. Başka merkezlerde tanı almış hastalar bu rakama dahildir ancak başka yerlerde diğer tedavileri yapıp sadece sistemik tedavi ya da radyoterapi almak için başvuranlar bu rakama dahil edilmemelidir. Bu merkezlerde cerrah başına yılda en az 50 meme kanseri cerrahisi yapıyor olması gerekmektedir. Öte yandan meme merkezinde çalışan uzman hekimlerin diğer bazı kriterleri daha yerine getirmeleri beklenir. İlgili uzmanların çalışma sürelerinin yarısını meme kanseri alanında klinik, ameliyat, patoloji ya da görüntü okuma, çok disiplinli toplantılar, ayakta hasta tedavisi ile geçirmeleri gerekmektedir. Örneğin bir meme radyoloğunun tanı amaçlı yılda en az 1000 mamografi okuması, eğer tarama merkezinde çalışıyor ise yılda en az 5000 mamografi değerlendiriyor olması gerekmektedir (1, 8, 24). Meme merkezlerinin vazgeçilmez ana elemanları meme (bakım) hemşireleridir. Bu elemanlar meme kanseri hastalarına psikolojik destek vermek (özellikle de tanı konulması sırasında) ve takip boyunca hasta ile klinisyenler arasında köprü görevini yerine getirmek üzere eğitilmiş olan nitelikli hemşirelerdir (1, 5, 8, 24).

Meme merkezlerinin performans sonuçları yıllık olarak kayıt altına alınır ve kılavuzlardaki kriterlere göre bu veriler kıyaslanır. Bu nedenle meme merkezlerinin uygun standartlara sahip olması gerekir. Olması beklenen standartlar arasında meme sağlığı ile ilgili disiplinlerden uzmanların oluşturduğu bir takımın hizmet akışını sağlıyor olması, kliniğe özgü ya da bölgesel/ulusal tanı ve tedavi kılavuzlarının yazılı olarak yer alıyor olması ve kolayca ulaşılabilir olması, haftalık disiplinler arası toplantıların yapılıyor olması, kanser veri tabanının oluşturulmuş ve işliyor olması ve bütün bunların üstünde meme sağlığı programı için bir liderlik politikasının yerleşmiş olması yer almaktadır. Bunların dışında beklenen bir başka standart ise hizmet sunulan hastaların en az %4'ünün kurumun da içinde yer aldığı bir klinik çalışmaya katılıyor olmasıdır (25).

Her sağlık uygulamasında olduğu gibi meme kanseri için sunulan hizmette de kalite sarmalı 5 adımda değerlendirilir. Birinci adımda hizmet verecek olan kurumun bina/cihaz/ekipman altyapısı ve elemanları ile

hazırlanması yer alır. İkinci aşamada kurulan tesisler temel olarak başlangıç kıstasları açısından değerlendirilir. Üçüncü adımda belirli bir süre başlangıçta verilen direktifler doğrultusunda kurumda hizmetin verilmesi vardır. Dördüncü adımda klinik içi hizmet uygulamaları izlenir ve belirlenen performans kıstaslarına göre değerlendirilir (*auditing*). Son adımda ise değerlendirme sonuçlarına göre kliniğin faaliyet planı revize edilir ve uygulama alanlarındaki vizyon ve hedefler geliştirilir. Bu adımlar sırasında veri toplanması ve uygun şekilde kayıt edilmesi can alıcı faaliyetlerdendir. Bu şekilde kurumlar ve faaliyetleri kalite güvencesi açısından yıllık periyodik kontrol altında tutulabilmekte ve kurumun işleyiş amaçlarına uygun faaliyet gösterip göstermediği ve verimliliği ortaya konabilmektedir (26).

Meme Sağlığı Hizmetlerinin Akreditasyonu

Günümüzde yukarıda anlatılan prensipler ışığında meme sağlığı hizmetinde akreditasyon hizmetin kalitesini artırmak için bir gereklilik haline gelmiştir. Avrupa Meme Kanseri Uzmanları Derneği meme kanseri ile uğraşan her disiplinin uzmanlarını bir çatı altında toplayan bir organizasyon olarak oluşmuştur. Bu organizasyon içerisinde meme kanseri için risk ve korumadan, tanı ve tedaviye, takibe, nüks ve ileri evre hastalığın tedavisine, patolojisine, rekonstrüksiyonuna, psikolojik desteğine kadar her konuda çalışan uzmanlar yer almaktadır. Bu organizasyon aynı zamanda meme kanseri hastalarına standart bir yaklaşım oluşturmak için birçok alanda kapsamlı kılavuzlar hazırlamaktadır (1). Bu kurumun Avrupa Birliği (AB) bünyesinde uygulamaya sokulan bu kalite güvence parametrelerini ortaya koyması bir adım sonra birlik içerisinde kurumların akreditasyonu aşamasını gündeme getirmiştir (27). 2002 yılından bu yana AB resmi politikası olarak uygulanan meme merkezleri akreditasyon programı şu ana kadar sadece 4 hastane veya ünitenin akreditasyon almasına yol açmıştır (28). Aynı şekilde Amerika Birleşik Devletleri'nde de ulusal akreditasyon program Aralık 2008 tarihinden bu yana uygulanmaktadır. Bu programda 17 ana komponent içerisinde 27 standart kıstas olarak alınmaktadır. Ancak 3 standart olmazsa olmaz olarak aranmaktadır. Bunlar: 1. Meme merkezinin organizasyonel yapısının program liderine insiyatif vermiş olması, 2. İnterdisipliner toplantılarda hastaların görüşülüyor olması, önceden kararlaştırılmış ulusal standartlarda tanı ve tedavi hizmeti veriliyor olması ve 3. Kanser tanısı sonrası hastanın interdisipliner bir ekip tarafından ele alınıyor olmasıdır. Akreditasyon sonrası 3 yılda bir yerinde ziyaret ile kliniklerin yeterlikleri gözden geçirilmekte ve akreditasyonlarının geçerliliği onaylanmaktadır. Bu program ile A.B.D.'de 2011 yılının Şubat ayı itibarı ile 41 eyalette 270 meme merkezi ulusal akreditasyon aldığı bilinmektedir (29).

Türkiye'ye bakıldığında ulusal kılavuzların hazırlanmasına 2006 yılında ilk olarak düzenlenen Meme Kanseri Konsensüsü ile başlanmıştır. Daha sonra 2008 ve 2010 yıllarında tekrarlanan bu arama konferanslarında meme kanseri için ulusal standartların oluşturulmasına çalışılmıştır (30). Ancak bu kılavuzların içerisinde yer alan standartların pratik hizmette ne kadar uygulandığı bilinmemektedir. Yapılan bir çalışmada ülkemizde meme kanseri hastalarının tanı ve tedavisinde homojen bir uygulama olmadığı, coğrafi bölgelere göre uygulama farklılıkları olduğu görülmüştür. Ulusal ve uluslararası kurumlarca ortaya konan standartların hala ülkemizde yaygın olarak uygulanmadığı saptanmıştır. Altyapı yetersizliği ve tanı / tedavide multidisipliner yaklaşımın olmaması en önemli eksiklikler olarak görülmüştür (31).

Meme sağlığında hizmet kalitesi çerçevesinde yapılan uygulamalar hızlı, klinik ve maliyet-etkin hizmete ulaştırmaktadır. Yine eğitimde işbirliğinin geliştirilmesi ile daha kalifiye insan gücüne sahip olunur. Ortak klinik ve araştırma projelerinin ortaya konması ile de bölgesel

kendi bölgesel verilerine dayanan kanıtlar desteğinde rasyonel otantik sağlık politikalarının geliştirilmesi sağlar (23).

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Informed Consent: N/A.

Author Contributions: Concept - S.A.G., B.M.G.; Design - S.A.G., B.M.G.; Supervision - S.A.G., B.M.G.; Funding - S.A.G., B.M.G.; Materials - S.A.G., B.M.G.; Data Collection and/or Processing - S.A.G., B.M.G.; Analysis and/or Interpretation - S.A.G., B.M.G.; Literature Review - S.A.G., B.M.G.; Writer - S.A.G., B.M.G.; Critical Review - S.A.G., B.M.G.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Çıkar Çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Hasta Onamı: N/A.

Yazar Katkıları: Fikir - S.A.G., B.M.G.; Tasarım - S.A.G., B.M.G.; Denetleme - S.A.G., B.M.G.; Kaynaklar - S.A.G., B.M.G.; Malzemeler - S.A.G., B.M.G.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - S.A.G., B.M.G.; Analiz ve/veya yorum - S.A.G., B.M.G.; Literatür taraması - S.A.G., B.M.G.; Yazıyı yazan - S.A.G., B.M.G.; Eleştirel inceleme - S.A.G., B.M.G.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

- Blamey RW, Cataliotti L. EUSOMA accreditation of breast units. *Eur J Cancer* 2006; 42:1331-1337. (PMID: 16766180) [CrossRef]
- La Fargue MML, Coleman C. A quest for quality and economic effectiveness throughout the continuum of breast care. *Breast* 2010; 19:251-252. (PMID: 20392641) [CrossRef]
- Kaufman C. Breast care is a team sport. *Breast J* 2004; 10:469-472. (PMID: 15327510) [CrossRef]
- Cady B. Interdisciplinary comprehensive breast tumor boards: their role in the comprehensive management of contemporary breast cancer. *Semin Breast Dis* 2008; 11:4-8. [CrossRef]
- Sutton PG. Developing interdisciplinary relationships that make a difference. *Semin Breast Dis* 2008; 11:11-12. [CrossRef]
- Perry NM, EUSOMA Working Party. Quality assurance in the diagnosis of breast disease. *Eur J Cancer* 2001; 37:159-172. (PMID: 11166142) [CrossRef]
- Goldman M, Chang D. Maximizing the value of a breast center. *Breast* 2010; 19:253-259. (PMID: 20400310) [CrossRef]
- Perry NM, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holand R, von Karsa L. European guidelines assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition-summary document. *Ann Oncol* 2008; 19:614-622. (PMID: 18024988)
- Bowker R. How to write a guideline from start to finish: a handbook for healthcare professionals. Elsevier/ Churchill Livingstone, 2008.
- Düğünceli F, Manukyan MN, Albas Ö, Eser S, Turan G, Geniş N, Kaya H, Arıbal E, Güllüoğlu BM. How satisfactory are health services in a multidisciplinary breast center for the patient? *Meme Hastalıkları Dergisi* 2005; 12:31-37.
- Güllüoğlu BM. Interdisciplinary communication in breast cancer (The ideal breast center). In: Akça T, Aydın S, eds. Tüm Yönleri ile Meme Kanseri'nde. Adana: Nobel Tıp Kitabevi, 2011:47-70.
- Sharma RA, Shah K, Glatstein E. Multidisciplinary team meetings: what dose the future hold for the flies raised in Wittgenstein's bottle? *Lancet Oncol* 2009; 10:98-99. (PMID: 19185826) [CrossRef]
- Campbell C, Durning P, Cheema G, Naisby G. A simple tool for rapid access to a symptomatic breast clinic. *Eur J Surg Oncol* 2004; 30:248-251. (PMID: 15028304) [CrossRef]
- Saip P, Keskin S, Özkan M, Kaplan MA, Aydoğan F, Demirağ GG, Uzunoglu S, Engin H, Başaran G, Uygun K, Demirkan B, Özdemir F, Çubukçu E, Salepçi T, Çiçin İ. The access time of breast cancer patients to diagnosis and treatment methods in Turkey; multicenter observational study. *Meme Sağlığı Dergisi* 2011; 2:109-117.
- Newman EA, Guest AB, Helvei MA, Roubidoux MA, Chang AE, Kleer CG, Diehl KM, Cimmino VM, Pierce L, Hayes D, Newman LA, Sabel MS. Changes in surgical management resulting from case review at a breast cancer multidisciplinary tumor board. *Cancer* 2006; 107:2346-2351. (PMID: 16998942) [CrossRef]
- Smith DE, Davis S, Polissar L. The hospital cancer program: its impact on care of the rural cancer patient. *Am Surg* 1979; 45:730-737. (PMID: 517872)
- Ingram DM, McEvoy SP, Byrne MJ, Fritschi L, Joseph DJ, Jamrozik K. Surgical caseload and outcomes for women with invasive breast cancer treated in Western Australia. *Breast* 2005; 14:11-17. (PMID: 15695075) [CrossRef]
- Gabel M, Hilton NE, Nathanson SD. Multidisciplinary breast cancer clinics. Do they work? *Cancer* 1997; 79:2380-2384. (PMID: 9191526) [CrossRef]
- Wagner, RO. A radiologist's perspective on efficiency and economics in a quality breast center. *Breast* 2010; 19:273-279. (PMID: 20392640) [CrossRef]
- Masood S. Influencing the change: Building blocks for integration of care in breast centers. *Breast J* 2004; 10:381-382. (PMID: 15327488) [CrossRef]
- Perera NMA, Amarasinghe IY, Wijesundara NN. Establishing a breast clinic in a developing country: effect of a collaborative project. *J Surg Oncol* 2004; 30:229-232. (PMID: 15028300) [CrossRef]
- Bailey L. Challenges and economics of private breast cancer surgery practice. *Breast* 2010; 19:297-302. (PMID: 20392644) [CrossRef]
- Kane, D, Parkinson, BT. Multidisciplinary breast clinic: A team effort. *Semin Breast Dis* 2008; 11:31-35. [CrossRef]
- Cataliotti L, De Wolf C, Holland R, Marotti L, Perry N, Redmond K, Rosselli Del Turco M, Rijken H, Kearney N, Ellis IO, Di Leo A, Orecchia R, Noel A, Andersson M, Audretsch W, Bjurstam N, Blamey RW, Blichert-Toft M, Bosmans H, Burch A, Bussolati G, Christiaens MR, Colleoni M, Cserni G, Cufer T, Cush S, Damilakis J, Drijkoningen M, Ellis P, Foubert J, Gambaccini M, Gentile E, Guedea F, Hendriks J, Jakesz R, Jassem J, Jercezek-Fossa BA, Laird O, Lartigau E, Matthei W, O'higgins N, Pennery E, Rainsbury D, Rutgers E, Smola M, Van Limbergen E, von Smitten K, Wells C, Wilson R; EUSOMA. Guidelines on the standards for the training of specialised health professionals dealing with breast cancer. *Eur J Cancer* 2007; 43:660-675. (PMID: 17276672) [CrossRef]
- Fargue MML, Harness JK. Administrative and leadership challenges in building a new era of breast centers. *Semin Breast Dis* 2008; 11:38-42. [CrossRef]
- WHO Guideline for development of strategy for multi-model hand hygiene. Available from: URL: http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/el_hijyeni_2011/dso/9dsouyulama.pdf
- European Commission Joint Research Centre Institute for Health and Consumer Protection. EU dual process to improve breast cancer care: accreditation of breast cancer services and updating / integration of European Guidelines. Available from: URL: http://ihcp.jrc.ec.europa.eu/our_activities/public-health/cancer_policy_support/priority_activities/EU-accreditation-breast-cancer-services
- EUSOMA certified breast centers, Breast Centres Network. Available from: URL: <http://www.breastcentresnetwork.org/Breast+Unit+Directory/Certified+by+Eusoma/>
- Winchester DP. The National Accreditation Program for Breast Centers: quality improvement through standard setting. *Surg Oncol Clin N Am* 2011; 20:581-586. (PMID: 21640922) [CrossRef]
- 2010 Meeting Report of Istanbul Breast Cancer Consensus. Available from: URL: <http://www.mhdf.org.tr/pdf/Konsensus2010rapor.pdf>
- Cantürk NZ, Güllüoğlu BM. Differences in application of diagnosis and treatment for breast cancer in university hospitals in Turkey. *Meme Sağlığı Dergisi* 2011; 7:207-215.