

GÖZLEM ve GÖRÜŞLER

ESKİ TÖRENE YENİ KILIK: KALİTE

Dr. Cem TURAMAN*

Ne kadar cerrah, o kadar az safra keseli kadın; ne kadar kadın-doğumcu, o kadar sezaryen. Bu söz, en uygun hizmetin, zamanında, ihtiyacı olana, en iyi şekilde, en az maliyetle verilmesi gerekir yaklaşımının (tersten) bir ifadesidir. Alma-Ata'da dile getirilmiş olan bu ifade, aslında temel sağlık hizmetleri kavramı içinde kalite terimini tanımlamak için yeterlidir. Buna karşılık, küreselleşme eğilimine paralel bir kalite histerisi, ülkemizde de özel sektörü sarmış ve şimdiden cazip bir kar alanı haline gelmiştir. Sağlık sektöründe de tedavi edici ve pahalı sağlık hizmetiyle sınırlı olduğu anlaşılan bir kalite tartışması, yıllık toplantılar halinde başlatılmış bulunmaktadır. Bu toplantıların üçüncüsü ve kısmen ikincisinden edindiğim izlenimlerin sonuçları, kavramsal konularla sınırlı tutularak aşağıda rapor edilmiştir. Bu yazıda, kişisel görüşlerimden çok, literatür bilgileri yer almaktadır (Beghin, D., et al., 1989, 37-40).

Gerek hastalığı önleyici, gerekse sağaltıcı yaklaşımlar, insanın hikayesinin eski dönemlerinden bu yana, yerküremizin güney-doğusundan kuzey-batısına doğru gelişmiştir. Bu gelişim dalgasının birkaç yüzyıldır başlayan geri dönüşü üzerinde şekillenen "kalite" teriminin temel sağlık hizmetleri ilkelerine göre en önemli ve tek üstünlüğü, tek kelime olmasından ileri gelen kolay ifade edilebilirliği. Bu terimi benimseme nedenim budur.

KALİTE NEDİR, NE DEĞİLDİR ?

Kalite sözü, sağlık hizmetinin her konusunda, tecrübe edilenle arzu edilen arasındaki denge olarak tanımlanabilir. Bu tanımlama ikiye ayrılırsa, durum belirten tanımlama ve kuralcı tanımlama ortaya çıkar. Birincisi, yapılan işlerin belirli bir andaki durumunu; ikincisi ise belirli bir zaman ya da durumda uyulan, alınmış bir kararı tanımlar. Birincisi, kalite sözünü daha çok hizmet verene, ikincisi ise yöneticiye benimsetmek için, aşırıya kaçmamak şartıyla, daha uygundur. Aşağıda da tartışılacağı gibi, kalite sağlamak için her iki tanım birlikte dikkate alınmalıdır (Harteloh, P.P.M., et al., 1994, 261-270).

Literatür taramaları, bu konuda yapılan çalışmaların büyük bölümünün ve en önemlilerinin klinik hekimliğe yönelik olduğunu ortaya koymaktadır. Temel sağlık hizmetlerinin (TSH) tümünü kapsayan ve kamu (halk) sağlığı programlarıyla ilgili kalite çalışmalarına ise daha az rastlanmaktadır. Bu durum bir yayın verevliğinden (bias) (1) ileri gelebilirse de, bu yazının amacı bunu araştırmak değildir. İkinci grup çalışmalar, fakir dünyada veya gelişmekte olan ülkelerde, iktisatçı jargonuyla "Güney"de çok daha sınırlıdır. Kalite değerlendirme teriminin yeni girdiği ülkelerde önemli bir sorun da, hizmet verenler tarafından kalitenin nasıl sayılabileceği veya ölçülebileceği sorusuyla karşılaşılmasıdır. Bu, kolayca çözülebilir bir sorun değildir (Karel, S.G., 1993, 99-106).

Kalite değerlendirmenin nihai hedefi, hizmetin ya da programın daha etkili olmasını sağlamaktır. Kalite güvencesi, daha etkili olabilmek için sürekli değerlendirme ve düzeltme işlemlerinin yeni adıdır. Yeni adıyla kalite güvencesi, toplam kalite yönetiminden (TKY) farklı olarak, sağlık hizmetinde planlama, yönetim ve değerlendirme işlerinin ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilecektir. Yayınların çoğunda, hizmet kalitesi terimi, aşağıda tartışıldığı gibi, standart belirleme ile yan yana geçmektedir. TKY, standartlardan çok sabit bir kalitenin sağlanmasıyla ilgilidir ve yaklaşımı çok daha geniştir, kuruluşu ve personeli tümelci bir yaklaşımla dikkate alır (Chase, E., et al., 1994, 267-278, Karel, S.G., 1993, 99-106).

Biraz da tarih: Sözümona kalite güvencesi çalışmalarının başladığı ülke ABD'de, hiç değilse ulaşılabilir bilgi bulunmaktadır ve bu sayede bir kalite güvencesi ve değerlendirme retrospektifi ortaya konabilmektedir: Bu ülkede sağlık hizmeti kalitesini değerlendirme ve iyileştirmeye yönelik ilk hareketler, yüzyılımızın başlangıcına kadar uzanır. Bu hareketler, tıp eğitimi programlarının gözden geçirilerek düzenlenmesi ve mesleki akreditesyon olarak özetlenebilir. 1996 yılının sonunda Türk sağlık

1) Verevlik, İngilizcesiyle bias, bulguların yanlış yorumlanarak yanlış sonuçlara varılmasına yol açan sabit hatadır. Sabit hata, yapılan gözlemi veya ölçümü sistematik olarak etkileyen bir faktörden ileri gelen, gerçek duruma göre bir sapmadır.

* Halk Sağlığı uzmanı. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nde Proje Koordinatörü.

kamuoyuna giren "akreditasyon" terimi, mesleki beceri ve güvenilirliğin tanınması, belgelenmesi olarak tanımlanabilir.

ABD'de sağlık hizmeti kalitesi kavramının metodolojik bir biçimde değerlendirilmesi ve incelenmesi, daha yakın bir geçmişte başlamıştır. 50'li yıllarda, Joint Commission on the Accreditation of Hospitals (daha sonra Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO, oldu) ve araştırma kuruluşlarının itici gücüyle, -çoğu henüz ampirik- kalite değerlendirmeleri ve hastaneler için giderek daha çok kalite kriterleri geliştirilmeye ve kabul edilmeye başlandı. JCAHO, kısa sürede çıktıya (output) dayalı bir değerlendirme programından, her zaman her yerde geçerli olan basit bir mantıkla, standartlara dayalı bir değerlendirme programına geçti: Kullanılan standartlar gerçekten uygulamanın değerlendirilmesi amacıyla geliştirildiyse ve gerçekten ölçmekle yükümlü oldukları şeyi ölçüyorlarsa, iyi bir uygulamanın çıktısının büyük olasılıkla iyi olacağı önceden kabul edilebilir. Herşeye rağmen, standart-çıkı ölçümleri çekişmesi uzunca bir zaman sürmüştür (O'leary, D.S., 1995, 13-17).

Sonraki on yıl, (60'lar) özel sigorta şirketleri insiyatifiyle, kalite güvencesi programlarının geliştirilmesine tanık oldu. Sağlık hizmeti kalitesinin incelenme ve sistemli değerlendirilmesi "hareketi", kongre kararıyla ünlü Professional Standard Review Organization (PSRO)'ın kurulmasıyla hızlandı. PSRO nun yerini, 1981'de Peer Review Organization (PRO) aldı. Bu kuruluş, gerekirse ayrı bir yazıda tartışılabilir. Bu gelişmelere paralel olarak "üniversiter kuruluşlar" maliyet/kalite dengesiyle ilgili araştırmalara büyük ilgi gösterir oldular. Bu yılların dergileri, bu konudaki yayınlarla doludur (Brook, R.H., 1977, 170-172).

80 li yıllarda hastane finansmanının Diagnosis Related Groups (şu DRG) sistemine göre düzenlenmesi ve Health Maintenance Organizations (HMO) ın dayattığı, rekabete dayalı bir (can) pazarın(in) oluşması sonucunda, bu alanda o kadar çok kuruluş, görev ve araç ortaya çıktı ki, bunların kısa bir tanımlaması bile ayrı bir yazı konusu olacak kadar yer gerektirir. Bu kargaşa içinde iyi veri elde etmek için temel olan, iyi ve uygun ölçümler yapmanın zorunlu olduğunu bilmek ve hatırlamaktır. Kaliteyi sağlamak için, onu iyi ölçmek veya değerlendirmek gerekir.

Güney içinse, durum günümüzde bile oldukça farklıdır: Kuzeyli danışmanlar, bağışıklanmış çocuk hızı, antenatal temas hızı, poliklinik sayısı... gibi az sayıda anahtar göstergelerle çalışılmasını bu ülkelerde halen önermektedir. Bu önerileri isabetsiz ve gerçek dışı saymak ne yazık ki olanaksızdır, örneğin aşağıda tartışılacak kuruluşa göre değerlendirme (facility-based assessment, FBA) tekniği, bazı Afrika ülkelerinde hizmet kalitesini sınırlayan lojistik problemleri ve eğitim gereksinimini belirlemek için pekala yararlı veriler sağlamıştır. Yine bu yöntemle, aşağıda tartışılacak olan performans ölçümleri için aynı ülkelerde bağışıklama, çocuklarda ishali hastalığın ele alınışı ve

kadınlarda prenatal bakım gibi seçilmiş hizmet türleri başarıyla değerlendirilebilmiştir (Bloom, G.H., et al., 1991, 90-95).

Bu ülkelerde kalite sağlamanın önündeki belki de en önemli sorun, hem sağlık düzeyinin hem de personel performansının ölçülmesi için gerekli bilginin zamanında elde edilememesidir. Ülkemizin pek tipik bir örnek oluşturduğu bu durum, işi başından aşkın sağlık personelinin pek çok ve ne işe yaradığı belli olmayan formların, doldurulduğu düzeyde kullanılmayarak bir üst makama gönderildiği, ama hiç bir zaman bir üst makamdan geri bilgi gelmediği, üst makamlarda ise pek azının, o da Avrupa Topluluğu'nun ve Dünya Bankası'nın gözüne girmek veya Dünya Sağlık Örgütü'ne hesap vermek için kullanıldığı durumdur.

Bu durumda haklı ve sık olarak, "kesitsel" araştırmalara başvurularak yüklü masrafların altına girilmekte, elde edilen verinin bilgiye dönüşmesi için aylar, bazan yıllar geçmekte ve hızlı karar almakta etkisiz kalınmaktadır. Ülkemizde, bildiğim kadariyle Temel Sağlık Hizmetlerinde ilk kalite değerlendirme, 1992-93 yıllarında Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı/Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü ve NGO (hükümetten bağımsız) diye anılan bir "gönüllü" kuruluşun işbirliğiyle gerçekleşti. Benzer bir çalışma bir yıl sonra farklı bir NGO tarafından yine AÇSAP genel müdürlüğü insiyatifiyle gerçekleştirildi. Son olarak 1995 yılında, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nün danışmanı olarak, proje illerinde ilk TSH değerlendirme çalışması, tarafımdan gerçekleştirilmiştir.

Bütün bu çalışmalar, sağladıkları bilginin yanısıra, doğal olarak kendine özgü zayıf noktalar içermektedir; ortak zayıflıkları ise, şu kriterleri dikkate almamaları veya eksik almalarıdır: Temel sağlık hizmetleri değerlendirilirken hizmet alanların deneyimleri dikkate alınmalıdır. Yerel aktivitelere katılım, sağlık personelinin günlük işleri arasında olmalıdır. Her düzeyde yönetici, hizmet kalitesinin geliştirilmesi sorumluluğunu paylaşmalı ve bu sorumluluktan her hizmet verene bir rol düşmüş olmalıdır. Kalite geliştirme işi, kurallar ve süpervizyondan çok, bir kendi kendini değerlendirme ve kendi kendini düzeltme sistemine oturtulmalıdır. Oysa bu çalışmaların hiçbirinde yerel düzeyde kendi kendine hizmet kalitesini değerlendirmeye ve sağlamaya ve toplumu dikkate almaya yönelik bilgiler bulunmamaktadır.

Güney ülkelerinde veri ve para eksikliği, Dünya Sağlık Örgütü'nü yalnız o iş için gerekli olan veriyi en güvenilir, en hızlı ve en ekonomik biçimde toplamak amacıyla, Hızlı Değerlendirme Yöntemleri (HDY, İng: REM) geliştirmeye itmiştir. Bu yöntemler, özellikle hizmet veren birimlerde yönetim ve uygulamada ortaya çıkan sorunların belirlenmesine yönelik bir dizi gözlem setinden, ayrıca tanı koyma işlerinin gözlenmesine dayalı incelemelerden oluşmaktadır. HDY nin temel özellikleri, yöneticiden hizmet verene kadar her düzeyde personelin planlanma ve uygulanmasına aktif katılımıyla gerçekleştirilmesi, elde edilen verinin

hizmetin hem nicel hem nitel yanlarını dikkate alabilmesi, başvuranların tatmini ve kısmen sağlık düzeyi ile ilgili bilgi üretmede kullanılabilmesi, saha çalışmasını takibeden birkaç hafta içinde yöneticilere karar verdirici nitelikte bilgi sağlayabilmesi, hizmetin ve tüm bir sağlık planının geliştirilmesi için yöneticiyi karar almaya neredeyse zorlayıcı nitelikte olmasıdır (Satia, J.K., et al., 1994, 318-330, Anker, M. et al., 1993, 15-21).

Bir Kuzey ülkesinde aile temeline göre örgütlenmiş Çocuk Yaşatma Servisleri'nin değerlendirilmesi için geliştirilen FBA yönteminin Güney ülkelerine uygulanması sayesinde, belirli sayıda anahtar bileşenle çalışmak mümkün olmuştur. Bu bileşenler, olguların ele alınmasının gözlenmesi, doğrudan hasta gören ve tüm sağlık personeliyle görüşme, kuruluş ve araç-gerecin gözden geçirilmesini sağlayan listeler ve servis kayıtlarının gözden geçirilmesine dayanmaktadır. Hastalarla ve hizmet alan topluyla görüşme, bu yöntemde öngörülmemiştir.

Doksanların başında, aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesi için, toplumdan seçilen gönüllü kadınlara hizmet alan rolü oynatan bir çalışma, Haiti'de gerçekleştirilmiştir. Böylece hizmet alanın görüşleri, daha ayrıntılı ve sistemli bir biçimde dikkate alınabilmektedir. Bu tür çalışmalar da kendine özgü verevlik (bias) riskleri taşırlar, bu verevlikler, gönüllülerin seçiminden, çalışma süresince gönüllünün tecrübe kazanarak hizmet verenle görüşmesini yönlendirmesine kadar çeşitli aşamalarda ortaya çıkabilir. Aşağıda tartışılacak olan kalite ölçüsü geliştirme, bu çalışmada 32 sorudan yola çıkarak şu temel göstergelerle gerçekleştirilmiştir: Hizmet alanın AP yöntemi seçimini burada edindiği bilginin ışığında yapabildiği, hizmet verenin verdiği bilgi ve eğitim çeşitleri, hizmet verenin yöntem kullanmaya ikna becerisi, yöntemin kullanılması-yan etkileri-kullanılmaması gereken durumlar hakkında verilen bilgi, karşılaşma, buyur etme ve danışmanlık sırasında hizmet verenle alan arasındaki ilişki, hizmet alanın izlenebilmesi için hizmet verenin aldığı önlemler, hizmet veren kuruluşun genel durumu-gereksinimleri-ağırlama kapasitesi-konforu (Maynard-Tucker, G., 1994, 306-317).

Kalite güvencesinin gelişimi, görünüşe göre, hizmet verenin tekelinde ve değişmez bir tanımlamadan yerine göre esneklik gösteren bir tanımlamaya; hizmet kalitesi standart ve kriterlerinde ısrardan sanayide kullanılan teori ve modellere; hizmetin bu standart ve kriterlere uygunluğunun gözlenmesinden alıcılar üzerinde yoğunlaşmaya; mesleksi perspektiften yönetim perspektifine; olumsuz altyapı, işlem (process) ve sonuç göstergelerinin aranmasından ilgili tüm tarafların katılımıyla işlemin incelenmesine doğru olmaktadır.

Henüz kalite ölçmenin çok başındayız ve yetersiz bir bilişim (enformasyon) sisteminin insafına terkedilmiş durumdayız. Bu nedenle, bir işlemin yapıldığından emin olmamızı sağlayan standartlar yerine, nasıl yapıldığını gösteren kriterler geliştirilmesi uzun vadede zorunlu

görünmekle birlikte, bir süre kesitsel araştırmalarla, "dışarıdan" müdahale ederek, birinci türden veriyle yetinmek zorundayız. İkinci türden verinin, yerinde, kendi kendini ve kendiliğinden değerlendirmenin anlaşılması ve yerleşmesiyle sağlanabileceğine inanıyorum.

PERFORMANS ÖLÇÜLERİ: SONUÇLAR MI, STANDARTLAR MI ?

Bugün bakıldığında, çıktı veya sonuç ölçümleri ve yönetimi konusunda ABD'de bir öncü sayılan Dr. Codman, cerrahların uygulamalarının "şeffaflaştırılmasını" (1910'da) ilk savunan kişidir. Yapılan appendektomilerin patolojik tanımlarının yayınlanması, bu ülkede çok daha sonraki yıllarda kabul edilmiştir. Aşağı paragraflarda tartışılan çıktı-standart ölçümleri çekışmesi 1950'lere kadar sürmüştür. Bu savaşı standart ölçümlerinin kazanmasının temel nedeni, çıktı ölçümlerinin yöneticiye bu çıktıyı sağlayan uygulama veya işlem hakkında öngörme olanağı verememiş olmasıdır. Buna karşılık standartlar, bu öngörmeyi sağlayabilmiştir: Apandisitiz appendektominin niçin yapıldığını taburcu işlemi sırasında anlayamam; ama bir müdahalenin yerinde ve iyi yapıldığını bilirsem, sonuçta iyi bir çıktı elde etme olasılığımın yüksek olacağına inanırım (Wray, N.P., et al, 1995, 75-89, Epstein, A.M., 1990, 266-270, Steinwachs, D.M., 1989, 12-25).

Çıktı ölçümlerinin özellikle yalnız başlarına kullanılması, bazı olumsuz sonuçların özellikle hastanelerde kimi yöneticilerce tesadüfe ve hasta sahiplerinin tutumuna bağlanarak geçiştirilmesine yol açabilmektedir. Ya da en azından yapıcı olmayan bir yaklaşımla, özellikle il veya bölge düzeyinde bir sağlıksızlık göstergesinin hızı yükseldiğinde, hizmet verenlerin "ne işler çevirdiği", parti il başkanının ara bulma gayretlerine rağmen, dürüstlükten ödün vermeksizin incelemeye alınmakta, ama pek az yerde düzeltici önlemler bu incelemeyi izlemektedir. Bu yazının konusu olmamakla birlikte, bu paragrafta sözü edilen sağlıksızlık göstergesinin, objektif ve sistematik verilerden değil, bazı hizmet alıcılarının karşılanmayan şımarıklıklarından kaynak aldığını sağlık ocağı deneyimi olanlar bilmektedir (Romano, P.S, 1994, 81-90).

Performans ölçümleri, bu nedenle artık çıktıdan çok işlem (process) göstergeleriyle yapılmaktadır. Yine bu nedenle "müşteri memnuniyeti" ile performans ölçmeye kalkmak, en azından metodolojik eksiklik olarak algılanmalıdır. İşlem ölçümleri ise, hem o andaki hem de daha sonraki hizmetle ilgili bilgiyi daha çabuk sağlamaktadır. Buna karşılık, ölçtüğümüz kötü bir sonuçtan geriye doğru giderek nedeni bulma olanağımız varsa, çıktı göstergeleri de daha zahmetsizce elde edildikleri için yararlı olabilir. Trajectory yöntemi, böyle bir yaklaşımla önerilmiştir (Donabedian, A., 1978, 856-864).

Hizmet alan ister hasta olsun ister sağlam, hizmet verenin performansını değerlendirmek için birkaç farklı hizmet bileşeni birlikte dikkate alınmalıdır. Bunlardan bir tanesi, hastalığı önlemeye yönelik gayretlerdir. Diğeri,

önlenemeyen hastalıkta iyileştirme gayretleridir. Altyapı, farklı bir bileşen olarak algılanabilir. Bu bileşenlere ek olarak, hizmetin erişilebilirliği, uygunluğu, alıcı tarafından algılanan yanı, etkililiği ve mükemmeliği ile, verimliliği, zamanında verilmesi ve sürekliliği, performans ölçmek isteyenler tarafından dikkate alınmalıdır. Hangi düzeyde performans ölçümü yapıldığı da kullanılacak araçların şeklini etkileyecektir: Bir klinisyenin uygulaması mı, bir sağlık planının işleyişi mi ölçülmek isteniyor? (Ehret, J.L., 1994, 568-587).

Alıcının deneyim ve algılaması ise, sağlık diline değişik araçlarla "tercüme" edilmiştir: 1. Göreceli olarak ucuz ve yapılması kolay, soru formuna dayalı anketler; 2. Yorumlanabilir "soft" veri toplamaya yönelik kalitatif araştırmalar; ve 3. Performans izlemeyi de sağlayan, nicel veri toplamaya dayalı bir bilişim (enformasyon) sistemi. Bu üçüncüden, "toplayabildiğimiz kadar veri toplayalım, elde problemleri çözmek için ister istemez yeterli veri bulunacaktır" anlaşılmalıdır, bu, -ülkemizde halen uygulanmakla beraber- en azından maliyet/etkili olmayan bir yaklaşımdır. Maliyetten geçsek, etkili de olmayan bir yaklaşımdır. En ortalama ölçüyle, iyi performansla kötü performans birbirinden ayırmak kolaydır. Aslolan, iyi performansla daha az iyi olanı ayırdedebilmektir (Williams, B., 1994, 509-516, HAAS, J.S., et al., 1994, 1053-56).

İdeal bir kalite ölçüsü, kaliteyle ilgili akla gelen temel sorulara cevap verebilmelidir. Bu ölçünün hazırlanması için işe, bu temel soruları kuruluşa özgü biçimde sormakla başlamak gerekir. Yukarıda tartışılan, Haiti'de yapılan hizmet alanlara dayalı çalışmada, 32 temel sorudan 7 maddelik bir ölçü setine ulaşılmıştır. Bu ölçü seti, başka çalışmalarda bulunanlarla karşılaştırılarak, başlangıç için yeterli bir kalite veri tabanı oluşturulabilir. Zamanla, ölçü sisteminin standartlaştırılması kendiliğinden gündeme gelecek ve tüm kuruluşların özelliklerinden kaynak alan zengin bir veri tabanı elde edilebilecektir. Ölçü geliştirilirken basit veya karmaşık olmasına değil, önemine göre öncelik dağıtılmalıdır. Örneğin kuruluş tipine göre riske ayarlı (risk adjusted) ölçüler geliştirmek, pekala öncelikle gerekli olabilir (O'leary, D.S., 1995, 13-17).

Kamu (halk) sağlığında performans ölçümü için çeşitli setler oluşturulmuştur. Bu setlerin iskeleti, bilinen kamu sağlığı uygulamalarından yola çıkarak hazırlanmaktadır. Bu uygulamalar, tespit etme, inceleme, çözümleme, ortaya koyma, önceliklendirme, planlama, yönetme, uygulama, değerlendirme, bilgilendirme-eğitmeden ibarettir. Kamu sağlığı performans göstergeleri, hizmet verenle ilgilenmeksizin, hizmetin hedef toplumun tamamını bilgilendirme kriteri temel alınarak saptanmakta, bu da çok zaman yeterli bilgiyi sağlamaktadır (Miller, A., et al., 1994, 659-664).

OYUNCUYA VE ROLÜNE NE İSİM VERELİM? OLGU, HASTA, ALICI, KULLANICI, TÜKETİCİ, MÜŞTERİ, VELİNİMET-TATMİN, MEMNUNİYET, MUTLULUK

Sağlıkta kalite, eğer yalnızca bir tıbbi bilgi-beceri

konusu olsaydı, bütünüyle hizmet verenin sorumluluğunda olurdu. Bu durumda olguların bu pek özgül mesleğin uygulanması konusunda söyleyecek pek birşeyleri olamazdı. Bu yaklaşım, temel sağlık hizmetinin başta eşitlik ve uygunluk-yerindelik kavramları olmak üzere, diğer hedefleriyle uyumlu olmazdı. Bu nedenle hizmet verenin hizmette baskın ve tek yanlı rolünün azaltılması için, hizmet kalitesi hakkında olguların görüşüne başvurmak, zorunlu hale gelmiştir. Böylece, kuzey ülkelerinden başlayarak, pek çok kamu hizmetinde de bir kalite ölçüsü olarak, tüketici tatmini (consumer satisfaction) son 10 yıldır önem kazanmıştır. Bu görüş, sanayi alanından sağlık alanına kolayca girebilmiştir. Sonuçta, sağlık alanında da olgu (patient) ve toplumun deneyim ve algısına göre hizmetin ne kadar iyi verildiğine karar vermek, bir yönetim yaklaşımı haline gelmiştir. Aşağıda değinileceği gibi, sanayiden farklı olarak sağlık alanında bu yaklaşımın en önemli sorunu, farklı ve bazan çelişen arzu ve beklentileri olan alıcıların hepsini birden tatmin edebilmektir. Tedavi hizmeti veren sağlık profesyonellerinin hemen kabul edeceği gibi, bu alandaki alıcılar, hasta ve yakınları, zor tatmin edilen bir gruptur. Yönetim profesyonelleri ise, haklı olarak, bu tükenmez istekleri maliyetleriyle ele almak durumundadır. Hizmet alanla veren, iktisaden gelişmiş dünyanın (Kuzey) hemen her yerinde kesin sınırlarla birbirlerinden ayrılmıştır. Güneyde ise, toplum katılımının başarıyla yürütüldüğü yerlerde hizmeti organize eden, bazan sağlayan, toplumun kendisi olduğu için olanak/tatmin oranı daha akılcı bir yaklaşımla 1'e eşitlenmeye çalışılabilir.

Hastaların hastanelerde sistematik bir biçimde görüşlerinin izlenmesi ile elde edilen veri, hizmet kalitesi sağlamaya nasıl somut olarak yansıtacaktır? Önce bunun belirlenmesi gerekir. Birincisi, tedavi süresince hastanın görüşünün değişeceği kabul edilmek zorundadır. İkincisi, hastanın istediği, O'nun için gerekli ve yararlı olana uyma garantisini taşımaz. Hastanın akraba-arkadaş çevresinin önerileriyle ortaya çıkan bir istekler paketi, hastanın yararına olmak zorunda olmadığı gibi, genellikle yüksek maliyetli olma riskini de taşır. Bu tür isteklerin bir kısmı özel hastanecilikte reklam veya kar amacıyla, ödeyen hastanın kendisi veya anlaşmalı sigorta şirketi olduğuna göre, karşılanabilir. Bu tür hizmet veren kuruluşlarda ağızdan verilebilecek bir ilaç, müşterinin ağzı yorulmasın diye olmalı, parenteral yolla verilebilir: Değerlendirmeye etkisiz ve gereksiz görünen tıbbi girişimler, "müşteri daima haklıdır" prensibine uygun olarak gerçekleştirilmektedir. Ülkesini, politikayı ve yaşamı algıladığı gibi ölen, kasaba kuyumcusu tavırlı bir siyasetçiye post mortem kalp pili takan üniversite hastaneleri de bulunabilir. Eğer hazrete giderayak bir-iki de estetik müdahale yapılmadıysa, bu esef verici durum kanımca bu kuruluşta öncelik ve gereklilik ilkelerine uymamaktan çok, bir zaman yönetimi problemine bağlanabilir (Vuori, H., 1994, 10-11).

Gereksiz yere kullanılan ileri teknoloji, diğer hastaların ve toplumun zararına işlemektedir. Bunun için ileri teknik gerektiren girişimlerin tekrarlanmasına neden olan hataların ve gereksiz kullanımın bir "genç menecir" tarafından

azaltılması yeterli değildir. Teknolojinin kalite değerlendirilmesinde dikkate alınmasının iki yanı vardır: Birincisi, bir hizmeti verebilmek için gerekli optimum teknik alt yapının bulunması zorunluluğu; diğeri, ülke gerçekleriyle ileri teknoloji kullanımının uyum sağlayabilmesidir. Tipik bir "gelişmekte olan" ülke olarak, en ileri teknoloji ile hizmet verebilirken, bir yandan "başarılı" bir by-pass ameliyatı geçiren hastanın odasında hamam böcekleri devriye gezer, diğeri yandan temel sağlık hizmetleri hesapsızca harcanan dış kredilerle ayağa kaldırılmaya çalışılır. Bu nedenle, bir hastanede CT sken ve MR bulunması, günde 50 tane anjiyo yapılması, bu hastanede hizmet kalitesinin yüksek olduğunu göstermez, ülkedeki sağlık hizmeti hakkında ise yanıltıcı bilgi verir. Sağlık hizmetinin ister aşırı olsun ister düşük kullanımı, sağlık hizmeti kalitesiyle teknoloji arasında ister istemez bir bağlantı aranmasına ve kurulmasına yol açmaktadır. Her iki durumda da yeni teknolojinin alınması ve kullanılması, teknik üstünlüğü, sağlığa olan etkisi, maliyet/yararlılığı ve hizmet veren ve alan tarafından kabul edilebilirliğine bağlı olmalıdır ve bu 4 koşul, kar ve şöhret amacından bağımsız olarak düşünülmelidir. Başka bir deyişle, sağlık hizmeti kalitesiyle teknoloji ilişkisi, kullanım, maliyet ve çıktı-sonuç kavramlarıyla açıklanmalıdır. Kabul edilebilir bir maliyet ve riskle, tekniğin yerinde (gereğinde, uygun) kullanımı, sağlık hizmeti kalitesini ve sağlığı olumlu etkiler. Aşırı kullanım (suistimal), kolay saptanabilir bir sapmadır ve hastanın ısrarı, mesleksi hata (malpraktis) korkusu/ mesleksi başarısızlık ve kar amacıyla olabilir. Düşük kullanım da kolay belirlenebilir ve en sık olarak ödeme gücüyle nedeniyle, daha az olarak ta personel deneyimsizliği ve teknik bakımı sürdürememe nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Aralarında nedensel bir ilişki de bulunabilecek bu iki sapmadan, kamu kuruluşlarında ikinci; özel kuruluşlarda birinci türden sapma üstünde öncelikle durmak, yersiz bir davranış olmaz kanısındayım (Racoveanu, N.T., et al., 1995, 138-144, France, G., 1994, 1635-40).

"Müşteri memnuniyeti araştırmaları"na gelince: Sana-yideki uzun geçmişine karşılık sağlığa kaliteyi iyileştirme çalışmaları herşeyden önce, yenidir. Bu amaçla sağlık alanına "özgü" teknikler geliştirmek gerekli değildir. Dolayısıyla kalite değerlendirme veya iyileştirme amacıyla kontrollü klinik deneyler yapılmasına gerek yoktur. Bu alanda araştırmalar, her duruma uygun genel bir çözüm yolu bulmak amacıyla yapılmaz. Daha çok zaman içinde her yerde kendine özgü yöntem ve göstergelerin ortaya çıkması, bir kalite göstergesi olarak algılanmalıdır (Headrick, L.A., 1994, 1711-12).

Diğeri yandan, hastanın memnuniyetinin farklı anketçiler tarafından sorgulanması ile, nerede hangi tür "müşteri"nin sorgulandığı verevlikleri (bias) dikkate alınmasa bile, bir kişinin aldığı bir hizmet çeşidinden tatmin olduğunu belirtmesi, yöneticiye somut bir bilgi sağlamaz: Birincisi, işlem (process) tatmin olma ile sonuçtan (output-outcome) tatmin olma, farklı biçimlerde ölçülmelidir. İkincisi, bilginin yararlı olması için, sorgulanan kişinin bu görüşe nasıl ve neden vardığının anlaşılması,

bu yolun tanımlanması gerekir. Üçüncüsü, verevlik kaynakları ise, bu tür çalışmalarda çok çeşitlidir: olguların rastgele seçilmemesi, sorgulama zamanı.. gibi ve daha pek çok neden sayılabilir: Aynı hastanın hastaneden taburcu olurken sorgulanmasıyla evinde sorgulanması arasında, sorgulayanın hastanın kendi hekimi olmasıyla tanımadığı "kot pantolonlu biri" olması arasında cevapları etkileyebilecek çok önemli farklılıklar olduğu gibi; hastane kapısından çıkan hasta sahipleriyle gusulhane kapısından çıkan hasta sahiplerinin tatmin dereceleri de farklı olabilir. Bu tür çalışmalardan önce, seçerken üzerlerine tabakalama (stratifikasyon) ve analizde ayarlama (adjustment) yapmak üzere, önce hasta ve hasta sahibi tiplerini tanımlayıcı çalışmalar yapılmalıdır.

"Müşteri memnuniyeti araştırmalarında" sorgulananların % 30'ları bulan bir kısmının cevap vermediği çalışmalarla sağlanan bilginin geçerli kabul edilmesi de diğeri bir kalite sorunudur. "Cevap vermeyenlerin bu davranışları, aldıkları hizmetle ilgili ortak düşüncelerinden ileri gelebilir" hipotezi akla bile getirilmeden bu tür araştırmalar tebliğ olarak kabul edilir. Edilsin. Araştırma böyle olunca, özel işletme menecirleri da kendilerinden geçerek banka reklamı jargonuyla "müşteri mutluluğu"ndan (Bu terim, narkotik şube detektiflerinin de ilgisini çekebilir) söz eder. Haydi hayırlısı. Kırk yıllık halk sağlığı profesyonelleri de, küreselleşme baskısına direnemeyip, terminolojilerini değiştirirler. Güzel.

Oysa çağdaş hekimlik görüşü, toplumun tedavi veya hastalık önleme hizmetinin pasif bir alıcısı değil; daima daha iyi bir toplum sağlığı düzeyini hedefleyen bir hizmetin planlanmasından değerlendirilmesine kadar tüm aşamalarının aktif katılımcısı olmasını öngörmektedir. Halk sağlığı görüşünün, liberalo-modern hizmet illüzyonuna kaptırılmış gerici bir hekimlik anlayışından kendini en önce ayırması beklenir. Yoksa, zengin alıcı-müşteri azınlığıyla birlikte, müşteri olamayan fakir-alamayıcı çoğunluk, halk sağlığı çalışmalarının eliyle mi acımasız demokratik piyasaya koşullarına terk edilecek?

Terimin doğru kullanılış biçimi olgu tatmini (patient satisfaction) olmalıdır. Bu ölçümün daha geçerli kestirimleri için; hastanın randevuya uyması, önerilen tedaviyi uygulama eğilimi ve verilen ilaçları kullanması.. gibi araçlar önerilmiştir. Bu şekilde ölçülse bile tatmin, kalitenin bir parçası ve sağlık hizmetinin hedeflerinden biri olmakla birlikte, tek başına bir kalite değerlendirme aracı değildir. Performans ölçüsü hiç değildir. Tatmin, beklenen bir "çıkıtı" dır. Hasta tatmin olmadıysa, hizmetin kalitesi tam değildir. Hatta, bizim araştırmacılar tarafından yeni keşfedilen Donabedian'a göre, hasta tatmini, sağlık tanımının bir parçasıdır. Bu ölçüye abartılı bir rol yüklenmesi, kısa zamanda haklı sayılabilecek bir tepkinin oluşmasına, "aşı olurken çocuk ağlar, memnuniyet, kalitenin ölçüsü olamaz" görüşünün ortaya çıkmasına yol açmıştır (Williams, B., 1994, 509-516).

İki görüşün sentezi, şöyle bir senaryoyle denenebilir:

Sağlık ocağı yöneticisi, ebesi olan A ve B sağlık evlerinden B sağlık evi bölgesinde oturanların, çocuklarını aşı için sağlık ocağına getirdiklerini farkeder. Nasıl farkettiğini sağlık ocağı hekimliği yapanlar bilir. Toplumun, kendi sağlık evlerinde çocuklarını aşılatmaması, bir "audit" konusudur. Audit, rutin bir işlem değildir, gereklilik üzerine uygulanır. İki sağlık evinin karşılaştırılması prosedürüne dayalı olarak yapılan bu audit sonucunda, A sağlık evinin ebesi aşı yaparken 16 çocuğun 3'ü; B sağlık evinin ebesi aşı yaparken 17 çocuğun 12'sinin ağıladığı gözlemlenirse, aynı koşullarda aynı sayıda çocuk aşılayan iki ebeden B sağlık evi ebesinin çocuklarla, toplumla ilişkilerinin daha derinlemesine gözden geçirilmesi, iş yükü, araç-gereç ihtiyacı, kişisel sorunları, eğitimi .. dikkate alınmalıdır. Görüldüğü gibi, hasta veya hizmet alıcının tatmininin bir kalite kriteri olarak tek başına ele alınması sakıncalı olduğu gibi, tümünden reddedilmesi de eksik değerlendirmeye yol açabilir (Brook, R.H., 1977, 170-172).

Hastanın kullanacağı "iyi-yararlı" ve "kötü-zararlı" tanımları bile, kullanıldıkları kavramlar içinde farklı durumlara işaret edebilir. Çok klasik bir işlem (process) ölçüsü veya standardı olan bağışıklama ile elde edilen iyiliğin hem kişisel, hem de toplumsal boyutları vardır. Aşı yapmanın zararları, ihmal edilecek kadar az sayıda morbid olaylarla ifade edilebilir. Buna karşılık, kadınlarda servikal sürüntüyle (smear) taramanın iyiliği bütünüyle kişiseldir. Bu işlemin kişisel zararı ihmal edilecek kadar küçüktür; yanlış pozitif bir sonucun doğuracağı korku ve cerrahi girişimin olumsuz etkisi, kişisel-ailesel boyutta sınırlı kalır. Kadınlarda bu teknikle tarama yapmanın toplumsal zararı ise, ancak aşırı kullanımıyla, maliyeti deneniyle olabilir. Ne yazık ki sağlıkta yarar, sadece çıktıyla değil, ödeyen kim olursa olsun, maliyet de dikkate alınarak hesaplanmak zorundadır. Servikal sürüntü, bir tekniğin suistimal düzeyinde kullanılmasına sık verilen bir örnektir. Bu tekniğin belirli kentsel yörelerde aşırı; kırsal yörede ise düşük kullanılması, yerindelik-uygunluk prensibine aykırılığa sık verilen örneklerdir (Povar, G., 1995, 60-68, Headrick, L., et al., 1994, 1711-12).

Toplumun tatmini ise, Güney ülkelerinde sağlık reformları için yol gösterici önemde bir kavram olabilir. Tatmin, bu ülkelerde yapılan sağlık hizmetlerine erişilebilirlik (ing: access) ve bilgi-tutum-davranış anketlerinde üstü kapalı olarak da olsa, zaten bulunan bir ögedir (Gilson, L. et al., 1994, 767-780). Kuzey ülkelerinde ise, hizmet kullanımındaki dengesizlik ve eşitsizlikler içinde, artık güneyden gelenlerin "yeni vatana" ve sağlık hizmetine uyumda çektikleri güçlükler, önemli bir bileşen durumdadır. Göçmen sağlığı, kuzey ülkelerinde başlı başına bir halk sağlığı konusudur. Hastane yataklarının kullanılması araştırmaları, biraz da bu nedenle, kuzeyde dolu yatakları uygun ve yerinde kullanımı versus güneyde yatak dolduramama ve hastanenin gerekli ve yerinde kullanımı karşılığıyla artık ifade edilememektedir. Hastane yatağının ve (tüm hizmetin) kaliteli kullanımının iki bileşeni vardır: Gerekli (ing: necessary) kullanım ve uygun (yerinde, ing: appropriate) kullanım. Hastane uzmanlarının kar gayretleri

dikkate alınmazsa, hastane yatağının gereksiz kullanılması, temel sağlık hizmetlerinde erişilebilirliğin yetersiz oluşunun doğrudan sonucudur. Hastane yataklarının kullanılması, birinci basamak hizmetlerinin dolaylı olarak değerlendirilmesi için, kısa sürede bilgi gereken durumlarda bir gösterge olarak kullanılabilir (Gertman, P.M., et al, 1981, 855-871, Kemper, K.J., 1988, 1033-7).

Sağlık hizmetinde erişilebilirlik, kuzey için de kalitenin önemli bileşenlerinden biridir. Bu bileşenin ikiz kardeşi de, sağlık güvencesinin varlığıdır. Sağlık güvencesi, pek çok kuzey ülkesinde sosyal sigorta anlamında değildir. Küreselleşme sayesinde, artık güney için de sigorta kavramı bir süre unutulacak gibi görünmektedir. Sosyal sigorta (Social security)-güvence (insurance) ikiliği söz konusu olduğunda, maliyet kavramı ister istemez akla gelecektir. Pareto optimumunu hatırlayanlar, maliyetle kalite arasındaki önce yükselen, sonra düşen bir eğriyle gösterilen ilişkiyi gözlerinin önüne getirebilir: Maliyetin artması daima (ve her zaman) kalitenin artacağı anlamına gelmez. Erişilebilirlik, sigorta-güvence ve maliyet, böylece kalitenin birlikte dikkate alınması gereken bileşenleri olarak ortaya çıkmaktadır (Schoenbaum, S.C., 1995, 37-40, Davis, K., 1995, 3-12).

KALİTENİN SEFALETİ

Ülkemizde kalite değerlendirme ve sağlama henüz yaygınlaşmamışsa, bunu sadece yukarıda tartışılan metodolojik eksiklere yormak bize yeterli bilgi sağlamaz. Bu yüzden birkaç olası neden üzerinde daha durmak yararlı olacaktır: Verdiği hizmet kalitesinin değerlendirilmesine en zor rıza gösterecek meslek hekimlik mesleği gibi görünmektedir. Bunun üstüne bir de bundan sonra vereceği hizmet için hekimin önüne standartlar sürüldüğünde, doğal olarak hekimlik sanatının değerlendirilemez ve standartlaştırılmaz olduğunu ileri sürecektir. Fakat "hastalık yok, hasta var" diyen hekim, hasta randevularının daha iyi organize edilmesi, zamanını daha iyi kullanmak.. gibi nedenlerle, aslında çalıştığı kuruluşun yönetiminde de söz sahibi olmak istemektedir. Ayrıca, aynı hekim, hastalarının akibeti, verdiği tedavilerin olumlu-olumsuz etkileri.. hakkında da bilgi sahibi olmak istemektedir. Bunun nedeni, kendi "mesleki başarısını" meslektaşlarıyla karşılaştırarak değerlendirmek istemesidir. En az bunun için bir bilişim (enformasyon) sisteminin gereğine inanmaya hazırdır. Bu potansiyelden yararlanmak, yöneticinin işini kolaylaştırıcı bir faktör olabilir (Lombrail, P., et al., 1987, 507-510).

Bu duruma bağlı olarak, kalite değerlendirme eksikliğinin bir nedeni, belki de sonucu, sağlık hizmeti veren kuruluşlarda bir toplu bilinç, bir işyeri bilincinin, ortak bilgi üretilemediği için oluşturulamamış olmasıdır. Hastanenin tamamında nozokomiyal enfeksiyon sıklığının izlenmesi, sağlık ocağı bölgesinde malnütrisyonlu çocuk izlenmesi gibi basit bilgi sistemleri gerektiren küçük çalışmalar, hem bu bilincin oluşması için, hem bu sorunların, hem de örneğin polifarmasi gibi konu dışı

sanılan sorunların sıklık ve önemlerinin azaltılması için yararlı olabilir.

Ülkemizde kullanıcıların bir baskı grubu oluşturması, henüz planlanmadan çok hayal edilmesi gereken bir durumdur. Hizmet ücretinin sigorta şirketlerince ödendiği ülkelerde bir diğer baskı grubu, müfettişler olabilir. Bizim ülkemizde sigortası olmayıp parası olan hizmet alıcıların hizmetten yararlanma dereceleri, girişkenlik yeteneklerine göre değişebilir.

Yukarı paragraflarda tartışılan, ülkemizde yapılan kalite değerlendirme çalışmalarında ne kadar bilginin ne kadar sürede elde edildiği, bu bilginin toplantılarda slayt sunmak dışında ne kadar yararlı olduğu, yani kalite sağlamakta kullanılıp kullanılmadığı, hatta toplandığı yere geri bildirim yapılıp yapılmadığı soruşturulursa, ortaya pek iç açıcı bir tablo çıkmaz. Bu karamsar tablonun tam tersini bir an için hayal edelim: Yine de değerlendirme işinin kuruluşların kendisinden değil dışarıdan -kesitsel olarak- zorlanarak gerçekleştirildiği ve hemen kesin olarak devamlılık göstermeyeceği de hem planlamacı, hem hizmet veren tarafından bilinmektedir. Zaten bu çalışmaların hem uygulayan hem uygulanan için pek sınırdan kabul edilebilirlikleri, böylece kırılma sınırını aşarak, araştırmalara iatrojenik direnç gelişmesine yol açabilir. Değerlendirilenin ceza korkusu, değerlendirenin aradıkça her yerde bir hata bulan kötü insan haline gelme rahatsızlığı; bu araştırmalarda dikkate alınması gereken temel bir sorundur (Kipp, W., et al., 1994, 155-160).

Kalite yönetimi aslında o kadar cazip bir uğraştır ki, zaman zaman her genç sağlık müteşebbisi, döner kültürünü denerken yöntem üretme hevesine düşebilir. O hızla bazan topuzu kaçırıp, gülünç duruma düşmeyi şövalyeye bir özveriyle göze alarak, hastabakıcının ter kokmasını bir kalite ölçme kriteri olarak ileri sürebilir. Bu "kaliteyi" sağlamak için de, hastabakıcısına sıcak suyu akan doğal gazlı bir evde oturma olanağı sağlamaktansa, gerçekçi bir menecir olarak "eğitim" vermeyi tercih edecektir. Böyle durumlarda eğitim, gözdağının diğer adı olabilir. Bu dahi gençlerin burunlarını tıkamalarını beklerken bir yandan bilimsel ölçülerle kalite yönetiminden söz edilirse görülür ki, doğru müdahaleyi ilk seferde, yerinde yapmanın, başka bir deyişle kötü kaliteyi kabul etmenin maliyeti, bu sorunu eninde sonunda çözmek zorunda kalacağımız için, daima daha yüksektir. Yukarıda tartışılan DRG bu nedenle, "eninde sonunda"yı devre dışı bırakmak için sigortacılık kavramına girmiştir. Küreselleşen güney ülkelerinde sağlık reformu paketlerine bu uygulamanın sızdırılması, önemli sakıncalar doğurabilir. DRG bir çözüm değil, geciktiricidir. Bu konu da gerekirse ayrı bir yazı konusu olarak ele alınabilir.

ÖNERİ YERİNE

Sağlıkta -belkide herşeyde- kalitenin tek güvencesi, sorunları "birlikte" çözmekten geçmektedir. Bunun için toplum katılımının sağlanması, birinci şarttır ve sağlık

sorunlarını "birlikte" saptayarak, planlı bir biçimde çözmenin ilk aşamasıdır. Kalite mutlak bir kavram değildir; zaman (=mekan) farklılıkları gösterir ve kişisel özellikler dışlanmadan, alıcının gereksinim ve istekleri de maliyetler ve bilimsel/mesleki standartlarla birlikte dikkate alınarak, doğru bir optimizasyonla (maksimizasyon sınırlandırılarak) sağlanabilir. Kalite güvencesini sağlamak için, sistemin tüm düzeylerine standartlar getirilerek işe başlanabilir. Başarının sırrı üç koşulun yerine getirilmesine bağlıdır: 1. Sağlanan bilgi hizmet verene sadece en kısa sürede değil; en önce dönmelidir. 2. Değerlendirmenin amacı, bir hizmeti bir referans kriterine göre yargılamak değildir. Ulaşılmak istenen bir hedefle gerçek arasındaki açıklığı göstermektir. Bu görüldükten sonra, bu oyunda rol alan herkesin katılımıyla bu açıklığın nedenleri araştırılmalı ve çözüm sağlanmalıdır. 3. Diğer iki koşula bağlı olarak, yine bilgi toplama, hizmet sisteminin bir parçası olmalıdır. Hizmet verenler, bilgi toplanmasına aktif olarak katılmalı ve hizmet alanları da bu bilgiden mahrum bırakılmamalıdır.

Temel sağlık kavramı içinde kalite yönetimi prensipleri şunlar olmalıdır: 1. Alıcının gereksinimlerinin dikkate alınması: Alıcı, kişi olsun kuruluş olsun, verilen hizmet üzerine fikir yürütür. Daha somut olarak, alıcı, içerden (diğer hizmet verenler) ve dışarıdan olabilir. Dış alıcı sadece o anki hasta değildir, toplumun tamamıdır. 2. Sistem ve işleyişin dikkate alınması: İyi sağlık hizmeti, bir dizi işlem aracılığıyla sağlanmaktadır. O halde kalite sağlamak için bu işlem serisinin tümünü dikkate alabilmek gerekir. 3. Tercihlerin veriye dayalı olması: İşlemlerin yerine getirilmesi, nasıl işlediği hakkında bilgi sahibi olmayı gerektirir. Veri toplama, hem işlemlerin hangi aşamasında problem çıktığını tespit etmek, hem de çözümlerin sonuçlarını izlemek (monitoring) için gereklidir. 4. Ekip çalışması: Sistem ve işlemlerin yürütülmesinde tüm personelin katılımı olmadan kalite sağlanamaz. Kendi sorumlu olduğu alanda ve kuruluşun tamamında her personel söz sahibi olmalıdır. Son olarak, dışarıdan bakan, herşeyi bilen ve toplum için iyi olanı seçen uzmanlar yerine, eğer temel sağlık hizmetlerinin gelişmesini ve uzun vadede kalıcı olmasını istiyorsak, toplumun söz sahibi olması sağlanmalıdır (Aturro, P.J., 1995, 145-150, Chase, E., et al., 1994, 267-278, Beghin, D., et al., 1989, 37-40, Fowler, F.J., et al., 1994, 625-638).

KAYNAKLAR

Andersen, R.M., McCoutcheon, A., Aday, L.A., et al. (1983) Exploring dimensions of access to medical care. *Health Serv. Res.*, 18:51-74

Anker, M., Guidotti, R.J., Orzeszyna, O., Sapirie, S.A., Thuriaux, M.C. (1993) Rapid evaluation methods (REM) of health services performance: methodological observations. *Bulletin of the World Health Organization*, 71(1): 15-21.

Beghin, D., Dujardin, B., Wollast, J.E. (1989) A Versatile Approach to Health System Evaluation. *World Health Forum*, 10:37-40.

- Bloom, G.H., Lenneiye, Maganu, E.T., Tselayakgosi, M.** (1991) Health programme planning for consolidation and quality. *World Health Forum*, 12;90-95.
- Brook, R.H.** (1977) Quality-Can We Measure It? *N Engl J Med*, 296;3:170-172.
- Chasie, E., Carr-Hill, R.** (1994) The dangers of managerial perversion: quality assurance in primary health care. *Health Policy and Planning*, 9;3:267-278.
- Davis, K.** (1995) Where we are, how did we get here, where are we going? *Medical Care*, 33;1:Supp.1-12.
- Donabedian, A.** (1978) The Quality of Medical Care. *Science*, 200;856-864.
- Durand-Zaleski, I., Audet, A.M., Greenfield, S., Jolly, D.** (1991) L'évaluation de la qualité des soins aux Etats-Unis. *Rev. Epidem. et Santé Publ.*, 39, 467-476.
- Ehreth, J.L.** (1994) The Development and Evaluation of Hospital Performance Measures for Policy Analysis. *Medical Care*, 32;6:568-587.
- Epstein, A.M.** (1990) The outcomes movement-Will it get us where we want to go? *New Engl. Jour. of Med.* 323(4): 266-270.
- Fowler, J.F., Berwick, D.M., Roman, A., et al.** (1994) Measuring Public Priorities for Insurable Health Care. *Medical Care*, 32;6:625-639.
- France, G.** (1994) Centralised versus Decentralised Funding of Evaluative Research. *Soc. Sci. Med.*, 38;12:1635-41.
- Gertman, P.M., Restuccia, J.D.** (1981) The Appropriateness Evaluation Protocol. *Medical Care*, 19;8:855-871.
- Gilson, L., Alilio, M., Heggenhougen, K.** (1994) Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania. *Soc. Sci. Med.*, 39;6:767-780.
- Haas, J.S., Brandenburg, J.A., Udvarhelyi, S., et al.** (1994) Creating a Comprehensive Database to Evaluate Health Coverage for Pregnant Women. *Medical Care*, 32;10:1053-57.
- Harteloh, P.P.M., Verheggen, F.W.S.M.** (1994) Quality assurance in health care. From a traditional towards a modern approach. *Health Policy* 27:261-270.
- Headrick, L.A., Neuhauser, D.** (1994) Quality health care. *JAMA*, June 1, 271; 21: 1711-12.
- Karel, S.G.** (1993) An overview of quality issues in health services. *Papua New Guinea Med. J.* 1993, 36: 99-106.
- Kemper, K.J.** (1988) Medically inappropriate hospital use in a pediatric population. *N.Engl.J.Med.*, 318:1033-7.
- Kipp, W., Kielmann, A.A., Kwered, E., et al.** (1994) Monitoring of Primary Health Care Services. *Health Policy and Planning*; 9(2):155-160.
- Lombrail, P., Brodin, M., Gottot, S. et al.** (1987) L'Audit médical a l'hôpital. *Gestions Hospitalieres*, Oct, 269; 507-510.
- Maynard-Tucker, G.** (1994) Indigenous perceptions and quality of care of family planning services in Haiti. *Health Policy and Planning*, 9;3:306-317.
- Miller, A.C., Moore, K.S., Richards, T.B., Mccaig, C.** (1994) A screening survey to assess local public health performance. *Public Health Reports*, 109;5:659-664.
- O'leary, D.S.** (1995) Performance measures. How are they developed, validated, and used? *Medical Care*, 33;1:Supp.13-17.
- Povar, G.** (1995) Profiling and performance measures. What are the ethical issues? *Medical Care*, 33;1:Supp.60-68.
- Racoveanu, N.T., Johansen, K.S.** (1995) Technology for the continuous improvement of the quality of health care. *World Health Forum* 16;138-144.
- Romano, P.S., Mark, D.H.** (1994) Bias in the Coding of Hospital Discharge Data and its Implications for Quality Assessment
Medical Care, 32;1:81-90.
- Satia, J.K., Mavalankar, D.V., Sharma, B.** (1994) Micro-level Planning Using Rapid Assessment for primary Health Care Services. *Health Policy Planning*; 9(3):318-330.
- Saturno, P.J.** (1995) Towards Evaluation of the Quality of Care in Health Centres. *World Health Forum*, 16:145-150.
- Schoenbaum, S.C.** (1995) Health care reform and its implications for quality of care. *Medical Care*, 33;1:Supp. 37-40.
- Steinwachs, D.M.** (1989) Application of Health Status Assessment Measures in Policy Research. *Medical Care*, 27;3:12-26.
- Williams, B.** (1994) Patient satisfaction: a valid concept? *Soc. Sci. Med.*, 38;9:509-516.
- Wrayn, P., Ashton, C.M., Kuykendall, D.H., et al.** (1995) Selecting Disease-Outcome Pairs for Monitoring the Quality of Hospital Care. *Medical Care*, 33;1:75-89.
- Vuori, H.** (1995) The many faces of quality. *World Health* 5; Sept-Oct: 10-11.