

DERLEME**SAĞLIK KURULUŞLARININ
STANDARDİZASYONU ve AKREDİTASYONU***Dr. G. Murat TOKTAMIŞOĞLU**

Sağlık hizmetleri, insanoğlunun doğası nedeniyle insanlık tarihinin başlangıcından bugüne kadar önemini yitirmeden sürdüren konuların başında gelmiştir. İnsanların mutlu bir yaşam sürmesine olan önemli katkısının yanında sağlık hizmetleri, sınırlı kaynakların verimli kullanılması çerçevesinde önemli bir ekonomik boyuta da sahiptir. Günümüzde hükümetler yüksek kalite'de sağlık hizmeti sunulmasının sağlanması ile toplumsal refahı sürdürmek ve artırma sorumluluğu ile beraber hizmetlerin sunumunda optimal standartlar'ın yardımı ile kaynakların etkili ve etkin (verimli) kullanımından da sorumludurlar (Heidemann, N.G.; 1993: 4-5).

Sağlık hizmetlerinde yüksek teknoloji ürünü cihaz ve araçların kullanımı ve sürekli yenilenmesi zorunluluğu, personelin eğitimi için yapılan harcamalar, altyapı ihtiyaçlarının karşılanması, tüketicilerin yüksek kalite seviyesinde bir hizmeti optimal fiyatla istemeleri, tüketici istek ve ihtiyaçlarında ki sürekli değişim ve bunların karşılanması gerekliliği gibi konular sağlık hizmetlerini bugün tüm dünyada maliyeti giderek artan pahalı bir hizmet haline de getirmiştir. Bu ortamda da toplumun beklenti ve ihtiyaçlarının daha çok dikkate alınarak hizmet özelliklerinin geliştirilmesi önem taşımaktadır.

Bütün bu noktalar hizmet sunumunda daha etkili bir organizasyon ve yönetim yapısının oluşturulması ve sağlık kuruluşlarının performanslarının izlenmesi ve değerlendirilmesi gerekliliğini bizlere göstermektedir. Bu gelişmelerin yönlendirdiği nokta ise performans ölçüm kriterleri ve standartlarının geliştirilmesidir.

Bu makalenin temel amacı da, sağlık kuruluşlarında standardizasyonun sağlanması, standartların geliştirilmesi ve kullanımının yararlarını ortaya koyarak sağlık kuruluşları bünyesinde akreditasyon uygulamalarını dünya genelinde incelemektir.

Bugün başta ABD, Kanada ve Avustralya gibi ülkeler olmak üzere birçok ülkede sağlık kuruluşlarına yönelik ulusal standartlar oluşturulmuş ve uygulanmaktadır. Birçok ülkede de çalışmalar yeni başlatılmıştır.

Ulusal bazda sağlık kuruluşlarına yönelik standartlar oluşturulması oldukça uzun, zor, toplumsal katılım gerektiren ve geniş veri tabanlarına ihtiyaç duyan bir süreçtir. Ulusal standartların oluşturulması sürecinde de önemli beş ana nokta dikkatleri çekmektedir:

1. Ulusal standartların oluşturulmasına ihtiyaç duyulması ve çalışmaların geniş tabanda sahiplenilmesi (Devlet, Özel ve kamu sağlık kuruluşları, Gönüllü toplum kuruluşları vb.)

2. Standardizasyon ile ilgili dünya çapında araştırma ve bilgi elde etme. Ülke kaynakları, ihtiyaçları ve mevcut durumun analizi.

3. Standartları geliştirecek, yerleştirecek, yaygınlaştıracak, izleme ve değerlendirme yapacak, çalışmalarını organize ederek gerekli bilgilendirme-koordinasyon ve yönlendirmeleri sağlayacak özerk bir kurumun, altyapısı ile oluşturulması ve gerekli kaynakların aktarımı.

4. Standartlar konusunda sağlık kuruluşlarını ve toplumu bilgilendirmek ve yönlendirmek için eğitim ve danışmanlık çalışmalarının yapılması. İzleme ve değerlendirme için veri / bilgi sisteminin oluşturulması.

5. Standartların katılımı ile her ülkenin ihtiyaçlarına cevap verecek, sosyo-ekonomik yapısına ve kaynaklarına uygun olarak ülkeye özgün şekilde geliştirilmesi.

Sağlık kuruluşlarının standardizasyonu ve akreditasyonundan söz ederken standart ve akreditasyon tanımlarının yapılması gerekliliği de ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmet-

* SSK Ankara Eğitim Hastanesi

lerinde Kalite Güvencesi çalışmalarının öncülüğünü yapan Amerikalı doktor Avedis Donebedian standart'ı "Bir norm veya kriterdeki sınıflandırılmış, kabul edilebilir varyasyonların profesyonel olarak geliştirilmiş ifadesi" Kriter'i "Tıbbi hizmetlerin kalitesinin karşılaştırılabilmesi amacı ile önceden belirlenmiş unsur" olarak tanımlarken Norm'u da "Günlük gözlemlenen performans ölçütleri" olarak tanımlamıştır (Heidemann E.G; 1993; Donabedian, A; 1985 ve 1982).

Uluslararası Standardizasyon Kuruluşu (ISO) tarafından da standardizasyon "Belirli bir aktivite ile ilgili olarak ekonomik yarar sağlamak üzere bütün ilgili tarafların yardım ve işbirliği ile belirli kurallar koyma ve bu kuralları uygulama işlemi" standart ise "Standardizasyon çalışması sonucunda ortaya çıkan belge veya döküman" olarak tanımlanmaktadır (TSE Faaliyet Broşürü; 1996). Sözlüklere bakıldığı zaman ise (Cambridge Dictionary of English; 1995) Cambridge sözlüğünde standart'ın "Bir Kalite düzeyi" Oxford sözlüğünde ise "Mükemmellik derecesi, Karşılaştırma temeli, Minimum Taklit için bir model" olarak tarif edildiğini görmekteyiz.

Standartlar bilimsel, teknik ve uygulama çalışmalarının kesinleşmiş sonuçlarını temel alır. Genel anlamda sağlık hizmetlerinde standart da; sağlık hizmeti kalitesinin sağlanmasında gerekli olan asgari özelliklerin yanısıra sürekli gelişme ve iyileşme için bir başlangıç noktası ve bir mihenk taşı olarak düşünülmelidir.

Standartlar geliştirilirken standart'a uyumu ölçebilmek ve karşılaştırma yapabilmek için kriterler tespit edilmeli ve standartların temsil ettiği düzeylerde belirtilmelidir (Minimum, Optimal, Maksimum). Standartların geliştirilmesinde acil ihtiyaç duyulan konularda ve süreçlerde öncelikli olarak çalışmalar başlatılırken, zaman içinde de daha az kritik olan ve gelecekte ihtiyaç duyulacak konular üzerinde standartların oluşturulmasına dikkat edilmelidir. Daha sonra standartlar sürekli izlenerek ihtiyaçlara cevap veremedikleri noktalarda gelişme ve ihtiyaçlara göre revize edilmelidir.

Bu çerçevede de A. Donabedian sağlık hizmetlerinde performans ve kalite'nin yapı-süreç-sonuç özelliklerine göre ele alınması gerekliliğine dikkatleri çekmiştir (Şekil 1).

Günümüze kadar gelişerek devam eden standardizasyon çalışmalarının başlangıç dönemlerinde primer odak olarak sadece hizmet sonuçları ele alınmaktayken, 1960 ve 1970'li yıllarda kabul gören "Kalite Güvencesi" yaklaşımı sonucunda yapısal formatlar, yaşam güvenliği, tıbbi personel ağırlıklı özellikler geliştirilmiş ve hizmet süreçleri de bir ölçüde değerlendirme kapsamına alınmıştır.

1970'li yıllardaki uygulamalar sonucunda sağlık hizmetlerinde kaynakların uygun kullanımı ve süreçlerin etkin ve etkili olmasının yanı sıra yapı ve süreç standartlarına ulaşılmasının her zaman için iyi ve istenen sonuçları ortaya çıkarmayabileceği görülmüş, Yapı-Süreç-Sonuç standartlarının kombine kullanımının sağlık bakımı kalitesinin izlenmesi ve değerlendirilmesinde en iyi alternatifi oluşturduğu gözlemlenmiştir (Heidemann, E.G.; 1993:7) (Şekil 2). Bu uygulamaların benimsenmesinde ise 1980'li yılların sonlarında ABD'de hastanelerde klinik ve non-klinik hizmetlerde önemli kalite iyileşmeleri ve maliyet kontrolü sağlanmasında rol oynayan "Toplam Kalite Yönetimi" ve "Sürekli Kalite İyileştirmesi" çalışmalarının büyük etkisi olmuştur.

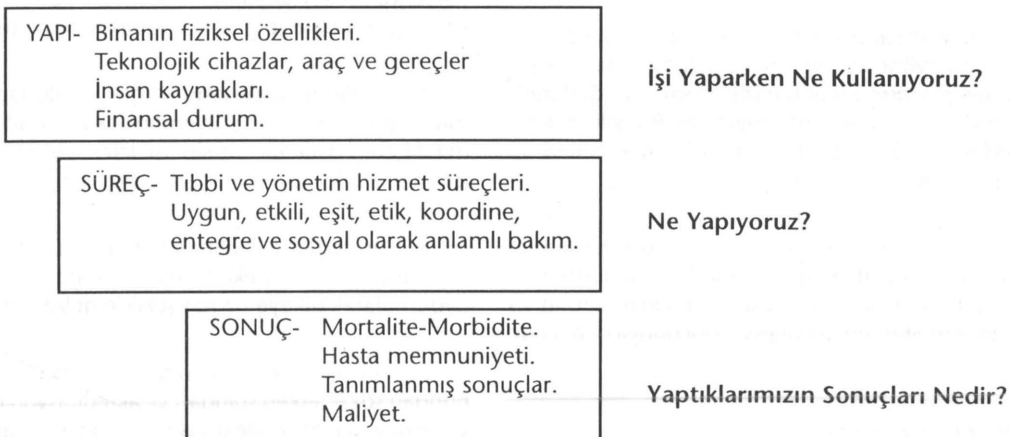
Günümüzde kullanılan sağlık bakımı ile ilgili birçok standart'a bakıldığında iki noktada odaklanmış olduklarını görmekteyiz (Heidemann, E.G.; 1993:7-8):

1. Sağlık bakım hizmetlerinin organizasyonu ve yönetimi

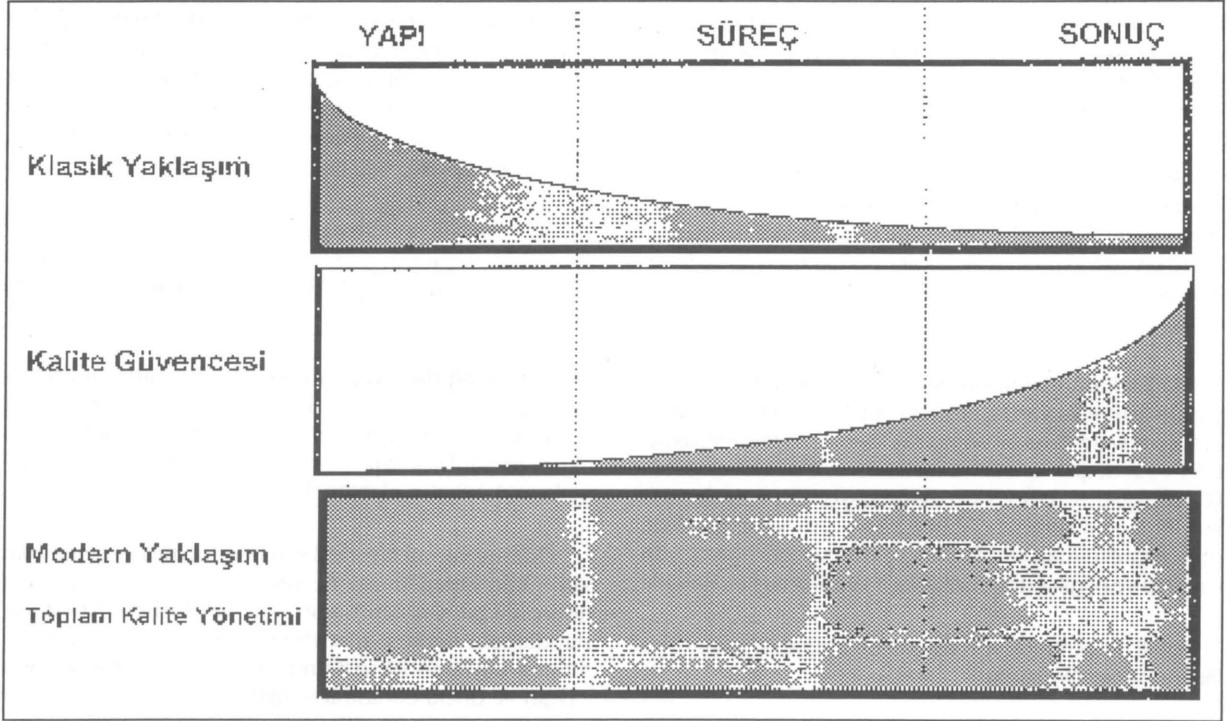
2. Klinik uygulamalar ve sağlık bakımı sonuçları.

Yönetim ve organizasyon ile ilgili standartlar sağlık

Şekil 1: Sağlık Hizmetlerinde Performans ve Kalitenin Yapı-Süreç-Sonuç Özellikleri



Şekil 2: Yapı Süreç ve Sonuç İlişkilerinde Klasik Yaklaşım, Kalite Güvencesi ve Modern Yaklaşım (Toplam Kalite Yönetimi)



Kaynak: Young Soo Shin, *World Hospitals* Vol. 31, No.1, p.26

kuruluşunun kaliteli sağlık hizmeti sunum yeteneğini ortaya koyarken, klinik uygulama standartları ise nelerin yapılması gerektiği üzerinde durmaktadır. Klinik uygulama standartlarının oluşturulması ise hizmeti veren profesyonel gruplarca gerçekleştirilmekte tanı ve tedavi için gerekli olan bakım sorumluluklarını başarmada bir rehber görevi görmektedir (Heidemann, E.G.; 1993: 8-9, Jcaho, AMH; 1994).

Sağlık kuruluşları standardizasyon süreci'nin başlangıcında bu çalışmanın kimler tarafından ve nasıl yapılacağı? soruları gündeme gelmektedir. Bu noktada da Devletlere önemli sorumluluklar düşmektedir. Devlet, standart çalışmalarının başlatılmasında öncü rolü oynayarak, uygulamada ve finans konularında destek sağlamalıdır. Devletin çalışmaların geniş tabanda yürütülmesi, konunun sahiplenilmesi ve uygulamaların sürekliliğinin sağlanmasında göstereceği destek ve kararlılık akreditasyon çalışmalarında büyük önem taşımaktadır.

Sağlık kuruluşlarının standardizasyonu değişik uygulamalar çerçevesinde de farklı amaçlara yönelik olarak sürdürülmektedir. Başlıca kullanım alanları ise şunlardır (Heidemann, E.G.; 1993:12-14):

1. Öz değerlendirme: Sağlık kurumunun dışında başka bir kuruluş tarafından belirlenmiş veya kurumun kendisinin belirlediği standartlara uyumun araştırılması

çalışmasıdır. Bir sağlık kuruluşu kendi standartlarını önceki dönemlerdeki aktivitelerinden elde ettiği verileri temel alarak geliştirebilir ve periyodik olarak bunlara uyumu ölçerek standartları iyileştirmek için çalışmalar yürütebilir. Ayrıca kuruluş içindeki klinik ve diğer birimler de kendi hizmet standartlarını oluşturabilir ve bu çerçevede kendi performansını değerlendirebilir ve başka bir kuruluş veya birimle karşılaştırabilir.

Öz değerlendirme, bir öğrenme ve gelişim süreci olarak değerlendirilmelidir. Kurumsal performansın zayıflıklarının yanısıra güçlü yönlerin de ortaya konması önem taşımaktadır. Standartlar aracılığı ile kurumsal stratejiler, hedef ve politikalar tabana yayılabilir ve kurumsal sinerji oluşturulabilir.

2. Denetim: Denetim süreci Devlet veya özerk bir kuruluş tarafından sağlık hizmeti veren kuruluşların faaliyetlerinin incelenmesi ve uygunluğunun araştırılması sürecidir. Denetim süreci birçok ülkede gönüllülük temeline dayanmamaktadır, bir zorunluluktur. Denetim faaliyetleri eğitici ve yönlendirici bir fonksiyon görmekte hataları ve eksikleri ortaya çıkarma ve cezalandırmaya dayalı bir anlayışı temel almaktadır.

3. Akreditasyon: Akreditasyon sağlık kuruluşu dışında bir kuruluşun sağlık hizmetleri ile ilgili olarak geliştirdiği objektif standartlara uyumu kontrol ederek karar vermesi

işlemleridir. Bir başka açıdan da akreditasyon; kurum dışı standartlara karşı kurumsal performans ölçümünü amaçlayan bir gözlem sürecidir. Aynı zamanda akreditasyon, kurum için bir eğitim süreci özelliği de taşımaktadır. Hatalı ve zayıf süreçler, yapılar ortaya konarak değerlendirilirken bunların tekrarlanmaması için eğitim ve danışmanlık hizmeti sağlanmaktadır.

Akreditasyon çalışmalarının amacı; tarafsız ve bağımsız bir dış kuruluş tarafından sağlık kuruluşunun performansının incelenmesi ve bu şekilde de sağlık bakımında yüksek kalite seviyesine ulaşma ile beraber organizasyon ve bireylerin kalite iyileştirme konusuna odaklanmalarını sağlamaktır.

Sağlık kurumlarının yöneticileri açısından da akreditasyonun yararları vardır. Yöneticiler bu sistemde günlük problemler ile daha az uğraşarak kurumsal gelişme, aktiviteler ve stratejiler için daha fazla zaman elde etmektedirler (Gregory, C.B.; 1995:3-6). Akreditasyon sisteminde sağlık kuruluşlarının sisteme gönüllü başvurusu temeldir. Sistemin başarılı olması cezalandırıcı olmaktan öte eğitici, yönlendirici ve bilgilendirici özelliklere sahip olmasına bağlıdır.

Etkili bir akreditasyon sistemi ise aşağıdaki temel özelliklere sahip olmalıdır:

1. Sistem, esnek olmalı toplum ve hizmet verilen kuruluşların ihtiyaç ve isteklerindeki değişim çerçevesinde iyileştirilebilmeli ve değiştirilebilmelidir. En son bilgi ve teknoloji akreditasyon sistemi içinde yer alabilmelidir.

2. Standartların geliştirilmesi, iyileştirilmesi uygun uzman bir profesyonel kadro ile yürütülmelidir. Bu süreçte değişik grupların katılımı da sağlanmalıdır.

3. Sağlık kuruluşları ile sürekli bir iletişim ve işbirliği sağlanmalı, etkin bir veri/bilgi akışı oluşturulmalı ve geri bildirimler yapılmalıdır.

4. Sistematik bir araştırma ve değerlendirme prosedürü olmalıdır. İncelemelerin doğru şekilde yapılabilmesi için denetçiler konusunda uzman olmalı ve sürekli eğitimleri sağlanmalıdır.

5. İstenen sonuçlara ulaşmayı sağlayacak etkin ve etkili bir sistem oluşturulmalıdır.

6. Akreditasyon sürecinde açık bir prosedür izlenmeli, inceleme süreci topluma, hastalara, çalışanlara vb. fikirlerini ifade etme fırsatı vermelidir. Standartların geliştirilmesi katılımı ve açık bir şekilde yapılmalıdır.

7. Sistem kuruluşları teşvik edici ve motive edici unsurlar taşımalıdır (Maddi, eğitim, danışmanlık vb.)

8. Sistem pahalı ve bürokratik olmamalıdır.

Sağlık kuruluşlarının akreditasyonu uygulamaları toplumun yüksek kalitede sağlık hizmetinden yararlanmasını sağladığı için devlet açısından, kaliteli ve yüksek standartta hizmeti sürekli olarak ve optimal düzeyde almayı sağladığı için hizmeti kullananlar açısından ve sağlık hizmeti kalitesinin sürekli ölçülebilir ve karşılaştırılabilir hale gelmesine yardım ettiği için hizmet veren kuruluşlar açısından önemli faydalar sağlamaktadır (Gregory, C.B.; 1995:3-6, Young, S.S.; 1993:22-28).

Akreditasyon çalışmaları yapan ülkelere bakıldığı zaman farklı organizasyonel yapılanmalar dikkatimizi çekmektedir (Gregory, C.B.; 1995:3-6, Errol, P.; 1995:31-35):

Devlet ağırlıklı yapılanma: Standartların oluşturulması ve denetimini Devlet üstlenir. Bu yaklaşımda hizmet sunanların sisteme katkısı dikkate alınmamaktadır. Esnek olmayan sağlık kuruluşlarının yenilik ve ilerleme çalışmalarını kısıtlayıcı olabilmektedir.

Ödeme yapan kuruluşların oluşturduğu yapılanma: Sağlık kuruluşlarına ödeme yapan kuruluşların meydana getirdiği bir yapılanmadır. Bu kuruluşların koyduğu standartlara uyuma göre ödeme ve anlaşma yapılması esasına dayanan bir sistemdir Etkili olması kuruluşların yaygın ve güçlü olmasına bağlıdır.

Karışık yapılanma: Özel ve kamu sağlık kuruluşları, ödeme yapan özel ve devlet kuruluşları, meslek kuruluşları, tüketici örgütleri vb. grupların katılımı ile oluşturulan geniş tabanlı özerk bir yapılanmadır. En sağlıklı, teknik becerisi yüksek olan bir yapılanma şeklidir.

Sağlık kuruluşlarının standardizasyonu ile ilgili genel bilgilerin ardından çeşitli ülkelerdeki çalışmaların incelenmesi yararlı olacaktır. (Tablo 1).

Amerika Birleşik Devletleri:

İlk standart ve akreditasyon çalışmalarının ABD'de başlatılmasından dolayı bu ülkedeki çalışmaların diğer ülkelerden daha geniş şekilde ele alınması yararlı olacaktır.

1900'lerin başlarında Kuzey Amerika Cerrahlar Kongresinde sağlık kuruluşlarının standardizasyonu ile ilgili ilk çalışmalar başlatılmıştır. American College of Surgeons (ACS) tarafından da ilk standartlar 1913 yılında geliştirilmiştir. Cerrahi uzmanlığın temel eğitim merkezi olarak kabul edilen hastanelerin vermiş oldukları hizmetlerin kalitesinin değerlendirilmesi ile ilgilenilerek hastaneler arası karşılaştırmada bir temel olmamasına dikkatler çekilerek kongrede iki karar alınmıştır: 1. Cerrahi ödüllendirme standartları. 2. Hastanelerin değerlendirilebilmesi için standartların geliştirilmesi (Heidemann, E.G.; 1993:14-15, Young, S.S.; 1995:22-28).

Bu kararların alınmasının ardından uygulama ise "Has-

Tablo 1: Uluslararası Akreditasyon Uygulamaları

Ülke	Başlangıç	Kuruluş	Teşvikler	Katılım
ABD	1918	JCAHO	*Devlet sağlık programına katılım şartı. (Medicare, Medicaid) *Eyalet lisansı için gereklilik.	1859 Akut hastalık 359 Uzun dönem hastalık 374 Ruh hastalığı 110 Ayaktan tedavi 1306 Ev bakım ünitesi (1993)
Avustralya	1974	ACHS	*Özel teşvik yok. *Öz değ. mekanizması	170 Hastane (1993)
Kanada	1959	CCHFA	*Eğitim hastaneleri onayı. *Yeni programlar için ödeme gerekliliği.	195 Hastane 172 Uzun dönem hast. 12 Akıl hastanesi 12 Rehabilitasyon merkezi
U.K.	1991	King's Fund Org. Hosp. Accr. Prog.	*Özel teşvik yok.	KFOA: 47 Hastane HAP: 24 Hastane
İspanya	1981 Katolonya (Ulusal 1988)	Devlet Kuruluşu	*Sosyal güvenlik sistemine giriş için gereklilik. *Sigorta geri ödemesi için gereklilik.	% 82 hastane (Katolonya)
Hollanda	1970	Devlet Lisans sistemi. CBO: Kalite Güvencesi Org.	*Sağlık fonundan geri ödeme için gereklilik.	Özel sektör hariç
Yugoslayva	1980	Devlet özel komitesi.	*Maj. problemlerde Hastaneyi kapatma	Bilinmiyor

Kaynak: Young Soo Shin, World Hospital Vol: 31, No: 1, P.23

tanelerin Standardizasyonu Programı" olarak 1918 yılında başlatılmıştır (Heidemann, E.G.; 1993). Başlangıçta 1 sayfadan oluşan standartlar bugün 600 sayfanın üzerindedir. İlk uygulanan hastanelerin standardizasyonu programı etkili hasta bakımı için gerekli olan temel prensipleri içermektedir. 1945 yılında % 93.6'lık bir katılım ile program beklenenin çok üzerinde bir ilgi görmüştür. Daha sonra artan başvurulara cevap verebilmek için daha geniş tabana yayılmış bir organizasyonun kurulması fikri 1940'larda ortaya atılmış, 1951 yılında da American Hospitals Association (AHA), American Medical Association (AMA), American College of Surgeons (ACS) biraraya gelerek Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) kuruluşunu meydana getirmişlerdir (Heidemann, E.G.; 1993, JCAHO, AMH; 1994, Young, S.S.; 1995, Al-Assaf, A.F.; 1993).

JCAH ilk başlarda doktor ağırlıklı bir kuruluş özelliği taşımaktaydı ve ilk standartlar da üç ana fonksiyon üzerinde yoğunlaşmaktaydı (Heidemann, E.G.; 1993):

1. İdari (Fiziksel özellikler, İdari büro, İdareciler, Tıbbi kayıt, Yiyecek, ilaç vb.)

2. Tıbbi Personel.

3. Hemşirelik Departmanı.

1987 yılında daha geniş bir alana hizmet verebilmek için komisyon adını Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) olarak değiştirdi (Melum, M.M., Siniorus, M.K.; 1992, Al-Assaf, A.F.; 1993). Bugün ABD'de hastanelerin % 80'i JCAHO tarafından akredite edilmiş durumdadır (Melum, M.M., Siniorus, M.K.; 1992, Al-Assaf, A.F.; 1993). ABD'de akreditasyon sistemi tüm hastane departmanları ve fonksiyonlarını, sağlık programlarını, poliklinikler ve evde bakım üniteleri gibi tüm sağlık hizmeti veren kuruluşları kapsayacak şekilde yürütülmektedir.

JCAHO'nun misyonu da "Topluma sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin sürekli iyileştirilmesi" olarak belirlenmiştir (JCAHO, AMH; 1994). Akreditasyon çalışmaları 1960 ve 70'li yıllarda "Klinik Kalite Güvencesi" çalışmaları çerçevesinde yürütülmekteyken, 1980'li yılların ortalarından itibaren "Toplam Kalite Yönetimi" (TKY) felsefesinin sağlık kuruluşlarında benimsenerek uygulanmaya

başlanması sonucunda standartlarda değişiklik yapılması ihtiyacını ortaya çıkarmıştır.

JCAHO bu dönemde metodları'nın pahalı, uzun ve zor bulunduğunu ve sağlık kuruluşlarının benimsedikleri yönetim anlayışına uyum göstermediğini tespit ederek, 1987 yılında "Değişim Gündemi" başlıklı reform hareketini başlatmıştır (Melum, M.M., Sinioris, M.K.; 1992). Bu hareketin odak noktasını ise temelinde "Tam Hasta Memnuniyetinin Sağlanması"nın yattığı TKY felsefesi oluşturmaktaydı. Yeni anlayış ile sağlık bakım hizmetlerinde yönetsel ve kalite odaklı değişimlere adaptasyon süreci başlatıldı. Bu değişimin ana başlıkları: 1. Standartların revizyonu ve azaltılması. 2. İnceleme sürecinin yeniden tasarımı. 3. Performans ölçümü için kriterlerin geliştirilmesi konularıdır (Heidemann, E.G.; 1993). 1992 yılında standartların sayısında 1/4 oranında azaltma yapılarak daha çok performansa odaklanan bir anlayış geliştirildi (Melum, M.M., Sinioris, M.K.; 1992, Al-Assaf, A.F.; 1993). JCAHO'nun geliştirdiği yeni metodlar daha çok eğitim ve danışmanlık ağırlıklı programlardan oluşmaktadır. 1987 yılında başlatılan bu çalışma 1994 yılında tamamlanmıştır.

JCAHO'da incelemeler için tam zamanlı çalışan konularında uzman doktor, idareci ve hemşirelerden oluşan geniş bir kadro görev yapmaktadır (Heidemann, E.G.; 1993). Bu denetçiler bir takım gibi fonksiyon görmekte kuruluşlar için eğitici, bilgilendirici ve yönlendirici rol oynamaktadırlar. Denetçilerin eğitimi için de sürekli konferans, workshop ve yayınlar hazırlanmaktadır (Young, S.S.; 1995, Melum, M.M.; 1992, Al-Assaf, A.F.; 1993).

JCAHO'da geliştirilen standartlar alt komisyonlar aracılığı ile sürekli olarak gözden geçirilmekte, iyileştirmeler yapılmaktadır. Bu çalışmalar doğrultusunda da hizmet verilen kuruluşlar ile etkili bir iletişim, işbirliği ve bilgi akışı sağlanmıştır.

Sağlık kuruluşlarının denetimi iki başlıkta yapılmaktadır: 1. **Peryodik Denetim:** Tam denetimdir ve akreditasyonun tekrar zamanı geldiğinde veya ilk akreditasyonda uygulanır. 2. **Odaklı Denetim:** Kısmi bir denetimdir. Peryodik denetim sırasında saptanan bazı eksikliklerin denetimi için yapılmaktadır. Ayrıca hastanelerin eksikliklerini tamamlamaları için gerekli eğitim ve danışmanlık konularında destek de sağlanmaktadır (Gregory, C.B.; 1995:3-6, Young, S.S.; 1993:22-28).

ABD'de akreditasyon periyodu olarak 1 yıllık durumsal akreditasyon ve 3 yıllık tam akreditasyon süreleri kabul edilmiştir. Hastanelerin, sağlık kuruluşlarının akredite olup olmadıklarını kamuoyuna da açıklama zorunlulukları getirilmiştir (Young, S.S.; 1995:22-28). Devlet sigorta programaları olan Medicare ve Medicaid'den hasta kabul edebilmek ve para alabilmek için akreditasyon şartı aranmaktadır. Ayrıca 40 eyalette de sağlık kuruluşunun çalışma lisansı için akreditasyon bir zorunluluktur (Young, S.S.; 1995:22-28).

ABD JCAHO değişim deneyimi akreditasyon programlarının dinamik olması, değişime hızlı uyum sağlaması, hizmet verilen kuruluşların ihtiyaçlarının karşılanması ve kuruluşların sürekli izlenerek değerlendirilmesi gerekliliğini de ortaya koymaktadır.

Kanada:

Kanada'nın sahip olduğu sistem ABD sistemine çok benzemektedir. 1950'li yıllara kadar ABD ile ortak olarak akreditasyon çalışmaları yürütülmüştür. 1959 yılında Canada Council on Hospital Accreditation kurulmuştur. Bu kuruluş bağımsız, gönüllü ve kar amacı olmayan bir kuruluştur (Young, S.S.; 1995:22-28, Heidemann, E.G.; 1993). Kuruluş faaliyete geçtikten sonraki yıllarda ismini Canadian Council on Health Facilities Accreditation (CCHFA) olarak değiştirmiş ve geniş bir alana hizmet vermeye başlamıştır. Kurularda hizmet veren denetçiler tam zamanlı çalışmazlar ve yılda en az 2 hafta denetim yapmaktadırlar. Denetçiler doktor, idareci ve hemşirelerden oluşmaktadır (Heidemann, E.G.; 1993:14-15). Kuruluşun idari yapısı ABD benzeri kamu ve özel kuruluş temsilcileri ve dernek temsilcilerinden oluşmaktadır. Kanada da akreditasyon 2 ve 4 yıllık süreler için verilmektedir. 4 yıllık akreditasyon tam akreditasyondur. Kanada da eğitim hastanelerinin sisteme girmesi zorunlu tutulmakta ve yeni sağlık programlarına ödeme yapılmasına da akredite olma şartı getirilmiştir (Young, S.S.; 1995:22-28).

Avustralya:

1950 yılında Avustralyada Australian Council on Health Care Standards'ın kurulması ile başlatılan standardizasyon çalışmaları ancak 1974 yılında pratik alanda uygulanmaya başlanarak ilk akreditasyon çalışması gerçekleştirilebilmiştir (Heidemann, E.G.; 1993, Young, S.S.; 1995:22-28). Kuruluşun Devlet, hastaneler, doktor ve hemşire birlikleri vb. den oluşan 21 üyesi bulunmaktadır.

Avustralya, ABD ve Kanada benzeri standartlara sahip bulunmaktadırlar. 1988 yılında sisteme hastaneler dışında kalan poliklinikler, ev bakım üniteleri vb. kuruluşlar da dahil edilmiştir. Standartlar "core standartlar" ve "özel hizmetlere ait standartlar" olarak iki grupta ele alınmaktadır (Heidemann, E.G.; 1993). Core standartlar, sağlık kuruluşlarının hasta bakımı için uyması gerekli zorunlu standartları içermektedir. Özel hizmetler için olan standartlar ise sağlık kuruluşlarının özellikleri ve vermiş oldukları hizmetlere göre değişim gösteren standartlardır. Avustralya da sisteme katılımı teşvik eden özel uygulamalar yoktur fakat sistem yaygın bir özdenetim mekanizması olarak benimsenmektedir (Young, S.S.; 1995:22-28).

Sistem içinde gönüllü olarak hizmet veren 200 denetçi görev yapmaktadır. 1 yılda yaklaşık 140 inceleme yapıl-

maktadır (Heidemann, E.G.; 1993). Denetçiler klinik ve idari alanda uzman kişilerdir. Avustralya da akreditasyon 1 ve 5 yıllık süreler için verilmektedir. 5 yıllık akreditasyon alanlarında mükemmel olan hastaneler için tam akreditasyondur (Young, S.S.; 1995:22-28). Yeni Zellenda standardizasyon sisteminin geliştirilmesi sürecinde de Avustralya aktif yardımda bulunmuştur (Heidemann, E.G.; 1993).

Birleşik Krallık:

1980'lerin sonlarına doğru hastaneler için Ulusal akreditasyon programı geliştirilmesi çalışmalarının fizibilitesine başlandı. Bu çalışmalarda standartlar üç grupta toplandı (Heidemann, E.G.; 1993):

1. Yönetim ve destek hizmetleri (Hastane yönetimi, yemek hizmetleri, çevre hizmetleri, tıbbi kayıt, kütüphane vb.)
2. Çalışanların yönetimi (Tıbbi personel, hemşireler, yardımcı personel)
3. Bölümlerin yönetimi (Acil, lab., cerrahi, dahiliye vb.)

Geliştirilen standartlar 1989 yılında tüm sisteme geri bildirim amacı ile gönderildi ve 1991 yılında "King's Fund Organizational Audit" (KFOA) çerçevesinde büyük kentlerdeki büyük hastaneler için, "Hospital Accreditation Programme" (HAP) ile de küçük hastanelerin değerlendirilmesine başlandı (Heidemann, E.G.; 1993, Young, S.S.; 1995:22-28).

Kuruluşlarda ki temsil yapısı sağlık kuruluşları ve hükümet ortaklığı şeklindedir. Denetçiler doktor ve hemşirelerden oluşmaktadır ve akreditasyon programı kapsamına sadece hastaneler alınmıştır (Heidemann, E.G.; 1993, Young, S.S.; 1995:22-28). Sisteme katılım için herhangi bir teşvik yoktur.

İspanya:

İspanya da 1980'lerde sağlık bakım hizmetlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi çalışmaları Devlet tarafından bir kuruluşun oluşturulması ile başlatıldı (Young, S.S.; 1995:22-28). 1981 yılında Katolonya bölgesinde uygulamaya kondu (Heidemann, E.G.; 1993). İspanyada hastanelerin sosyal güvenlik programı kapsamında hasta kabul edebilmeleri ve geri ödeme yapılması için sisteme girmeleri zorunlu tutulmaktadır (Young, S.S.; 1995:22-28).

Akreditasyon süresi İspanya da 1 yıldır ve denetçiler sadece doktorlardan oluşmaktadır. 1988 yılında ülke genelinde standardizasyon uygulaması başlatılmış ve eğitim hastanelerinin standardizasyonu programı uygulamaya konmuştur (Young, S.S.; 1995:22-28).

Çin:

Devlet Halk Sağlığı Bakanlığı tarafından bir program başlatılmıştır. Bugün 1. Semt ve kasaba düzeyi 2. Endüstri kompleksleri ve bölgeler düzeyi 3. Büyük şehir ve eğitim hastaneleri düzeyinde çalışmalar yürütülmektedir (Heidemann, E.G.; 1993).

Çin standartları dört ana konudadır (Heidemann, E.G.; 1993):

1. Hastalıklardan korunma.
2. Sağlık bakımının yeniden yapılandırılması.
3. Hastalıkların önlenmesi ve hasta bakımına destek ve katılım.
4. Sağlık bakım hizmeti aktiviteleri.

Çin de hedef her üç yılda bir kez akreditasyon verilmesi olarak belirlenmiştir. Başlangıçta kuruluşların yetersizliklerine destek ve teşvik verilmekte fakat makul bir süre içinde standartlara ulaşamaz ise hastanenin kapatılması gündeme gelmektedir (Heidemann, E.G., 1993).

Çin'in en büyük sorunu ise nüfusunun büyüklüğü nedeni ile yeterli sayıda eğitilmiş ve uzman denetçiye sahip olmamasıdır.

Latin Amerika ve Karayipler:

Eylül 199'de Pan American Health Organization ve Latin American Federation of Hospitals ilk sağlık standartlarını yayınladı. Standartların temelini Arjantin Sağlık Bakanlığının ve Arjantin Tıbbi Değerlendirme Birliği'nin hazırladığı standartlar oluşturmaktadır. Bu standartlar ülkelerdeki hastaneler, sağlık güvenliği kurumları, sağlık Bakanlıkları, çeşitli meslek gruplarına dağıtılmış ve fikirleri alınarak geliştirilmiştir. Sistem içinde 14.000 hastanenin akreditasyonu düşünülmektedir (Heidemann, E.G.; 1993).

Standartlar iki başlık altında toplanmıştır (Heidemann, E.G.; 1993).

1. Zorunlu olan minimum standartlar (Tıbbi bakım'ın organizasyonu, Teknik destek, Dökümantasyon, Fonksiyonel fiziki yapı vb.)
2. Zorunlu olmayan standartlar (Kritik bakım, Neonatoloji, Nükleer tıp)

Fransa:

1990 başlarında Sağlık Bakanlığı Ulusal sağlık bakımının değerlendirilmesi sürecini başlattı. 1990 yılında

Ulusal Tıbbi Değerlendirme Ajansı kuruldu. 1991 yılında kamu ve özel sağlık kuruluşlarının profesyonel uygulamalarının değerlendirilmesi için politika geliştirmelerini, sağlık bakımı kalitesi ve etkinliği için organizasyonel aktivitelerin belirlenmesini gerekli gören Ulusal Hastane Reform kanunu çıkarıldı (Heidemann, E.G.; 1993).

Malezya:

1981-1985 yıllarını kapsayan 4. malezya kalkınma planında sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi sürecinin kuvvetlendirilmesi gündeme getirilmiştir. 1985 yılında Ulusal gösterge sistemi geliştirilmesi çalışmaları başlatılmış ve bunun için bir komite oluşturulmuştur. Komitenin altı adım izlemesine karar verilerek 1986 yılında veriler toplanmaya başlanmıştır (Heidemann, E.G.; 1993).

Gösterge sistemi oluşturma adımları (Heidemann, E.G.; 1993):

1. Sağlık bakımı ile ilgili değişik göstergelerin tanımı:
2. Hastanelerden veri toplanması.
3. Ortalamaların ve sapmaların tespiti için karşılaştırmaların yapılması.
4. Hastane bölümlerine yönelik araştırmaların yapılması.
5. Düzeltme işlemleri ve ölçümlerin yerleştirilmesi.
6. Peryodik izlemelerin yapılması.

Hollanda:

Çalışmalar 1970 yılında başlatılmıştır. Sistem Devlet lisans sistemi olarak başlatılmış ve uygulanmaktadır. Özel sektöre ait sağlık kuruluşları bu lisans sistemine dahil edilmemiştir. Devlet hastanelerinin Kalite Güvencesi çalışmalarını koordine eden bir kuruluşta (CBO) sistemde yer almaktadır (Young, S.S.; 1995:22-28).

Devlet hastanelerinin açılması, faaliyet göstermesi ve sağlık fonundan para alabilmeleri için sisteme girmeleri zorunlu tutulmuştur.

Yugoslavya:

1980 yılından bu yana çalışmalar yürütülmektedir. Ülkenin dağılmasını takiben sistem yeni Yugoslavya'da devam etmektedir. Devletin oluşturduğu özel bir komite tarafından çalışmalar değerlendirilmektedir. Sisteme sadece hastaneler dahil edilmiştir. Yugoslavya'da uygulanan sistemde major bir problem tespit edilince hastane kapatılmaktadır (Young, S.S.; 1995:22-28).

Sonuç: Yukarıda özet olarak verilen ülke uygulamalarının dışında Suudi Arabistan, Mısır, Pakistan, Kore, Japonya, gibi ülkelerde de farklı çalışmalar yürütülmektedir.

Türkiye'de ise mevcut sağlık sistemine bakıldığı zaman sağlık kuruluşlarının standardizasyonuna ihtiyaç duyulması ve bunun gerekliliği kabul edilmesine rağmen ihtiyacın eski kanun, tüzük ve yönetmeliklerin izin verdiği çerçevede karşılanmaya çalışıldığını görmekteyiz. Bu gerekliliğin yerine getirilmesi için de başlatılmış herhangi ciddi bir çalışma ve atılmış gerçekçi bir adım da görülmektedir. Bugün, Türkiye benzer bir sistemi oluşturacak yeterli bilgi, insan gücü ve teknolojiye de sahip bulunmaktadır.

Yurt dışı uygulama örneklerinden yola çıkarak ülke ihtiyaçlarına en uygun cevabı verecek modern, değişim ve gelişime açık, Devlet-sağlık kuruluşları-gönüllü kuruluşlar-meslek kuruluşlarının katılımı ile geniş tabanlı bağımsız bir akreditasyon kuruluşunun oluşturulmasına ve akreditasyon konusunda stratejik planlamaların yapılması, ulusal politikaların geliştirilmesi ve bu doğrultuda çalışmaların taviz verilmeden sürdürülmesini sağlayacak süreçlerin de biran önce başlatılmasına sağlık sistemimiz acil olarak ihtiyaç duymaktadır.

KAYNAKLAR:

Al-Assaf A.F., (1993) "Total Quality in Health Care" St. Lucie Press.

Cambridge International Dictionary of English, (1995)Cambridge University Press.

Donabedian A.,(1985)" Explorations in Quality assesment an Monitoring: Vol III", Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.

Donabedian A., (1982)" Explorations in Quality assesment an Monitoring: Vol II, The criteria and Standarts of Quality" Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.

Errol P., (1995)"Evaluating the benefits and limitations of an accreditation system", World Hospitals, Vol.31, No.1,p.31-35.

Gregory C. Becker, (1995)"A model Hospital Standarts and accreditation system for Pakistan", World Hospitals, Vol.31, No.1,p.3-6.

Heidemann E.G., (1993)"The Contemporary Use of Standarts in Health Care", WHO Press.

Melum M.M., Sinioris M.K., (1992)"Total Quality Management: The Health Care Pioneers" AHA Publishing.

The 1994 Accreditation Manual for Hospitals, JCAHO, Vol. 1. Standarts.

TSE Faaliyet Tanıtım Broşürü, (1996).

Young S. S., (1995)"Hospital Accreditation- A Universal Perspective", World Hospitals, Vol.31, No.1, p.22-28.