

Aile Hekimliği ve Kalite: Fırsatlar ve Uygulanmayı Bekleyen Araçlar

Zekeriya Aktürk¹, Turan Set²

¹ Prof. Dr, ²Yrd. Doç. Dr. ; Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı /Erzurum

Özet

Aile hekimliği disiplini toplumla iç içe olmayı ve toplum ihtiyaçlarını takip edip uyum sağlamayı gerektirir. Bunun da ötesinde Türkiye’de sağlık alanında son zamanlarda gerçekleşen hızlı değişimler de sürekli adaptasyonu ve kalite artırımını mecbur kılmaktadır.

Bu makalede aile hekimlerinin kalite iyileştirme çalışmaları çerçevesinde hayata geçirebilecekleri uygulamalara yer verilmiştir. Değişime açık olmakla başlayan ve kalite sistemleri kurma ve kalite standartları tanımlama gibi Türkiye’de birinci basamak için henüz gelişme aşamasında olan uygulamalara kadar geniş bir yelpazede yapılabilecekler incelenmiştir.

Aile hekimlerinin kalitelerini artırmak için kullanabilecekleri çok sayıda araç mevcuttur. Bunların yanında sağlık otoritesi ve/veya meslek örgütlerinin kurumsal destekleriyle gelişimi hızlanabilecek kalite çemberleri ve akademik çalışma gerektiren kalite standartlarının tanımlanması da sırada bekleyen hedeflerdir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, kalite iyileştirme, kalite araçları.

Quality in Family Practice: Opportunities and Tools Ready for Application

Summary

Family medicine is a population-based discipline, which requests to be open for change and adaptation. Beyond that, Turkey is recently undergoing rapid changes in the health system which requires family physicians to be alert and flexible all the time.

Quality improvement activities applicable for Turkish family physicians will be explained in this article. Different approaches in an array from being open to change to more difficult practices such as implementation of quality systems and setting quality standards are reviewed.

There are lots of ready tools to be used by family physicians in an attempt to improve the quality of their services. However, there are also some tools, which necessitate a push by external organizations such as the health authority and/or professional organizations. Academic work is required to set up quality standards for family practice.

Key words: Family medicine, quality improvement, quality tools.

Aktürk Z, Set T. Aile Hekimliği ve Kalite: Fırsatlar ve Uygulanmayı Bekleyen Araçlar. TJFMPC 2010;4(1):1-7.

Giriş

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de aile hekimliği en hızlı değişen ve dinamik tıp disiplini. Bu değişime açık olma özelliğinin, aile hekimliği disiplininin “Topluma dayalı olma”, “Birey merkezli bakım sunma”, “Sağlık hizmetlerinin koordinasyonu rolünü üstlenme”¹ gibi kendi doğasından kaynaklanan özelliklerle ilgili olduğunu söyleyebiliriz.

Diğer taraftan, sağlık sistemlerindeki değişimlerden de en fazla etkilenen disiplinlerden biri aile hekimliğidir. Özellikle son yıllardaki kanun ve yönetmelik

değişiklikleri en fazla aile hekimliğini ilgilendirmektedir. 01.01.2004-01.11.2010 tarihleri arasında Resmi Gazete’de “aile hekimliği” anahtar kelimesiyle arama yapıldığında 117 kayıt bulunurken “iç hastalıkları” için 38 “genel cerrahi” için 47 kayıt bulunmaktadır.²

Aile hekimliğinin yukarıda bahsedilen dinamik yapısı bazılarımız taraftan bir tehdit olarak algılanabilirse de bu durum aslında bir fırsat olarak ta değerlendirilebilir. Çünkü kalite “daha iyiye doğru bir değişim”dir.³ Uygun plan ve yöntemler geliştirip uygulayabilmemiz halinde aile hekimliği pratiğindeki kalitemizi hem disiplinimizin toplum ve bireydeki değişimlere adapte olma gerekliliğini yerine getirerek, hem de sağlık sistemindeki hızlı değişimleri fırsata dönüştürerek artırabiliriz.

İletişim Bilgileri:

Zekeriya AKTÜRK, Prof. Dr.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı /Erzurum

e-mail:

Makale geliş tarihi:11.12.2009

Makale kabul tarihi: 26.01.2010

Bu makalede aile hekimliği uygulamasında kalite artırımı için faydalanabileceğimiz araç ve yöntemlerden bahsedilecektir.

Aile hekimliği pratiğinde, Kutu 1’de maddeler halinde belirtilen “kalite iyileştirme çalışmalarını” yapabiliriz.

Kutu 1: Aile hekimliği pratiğinde yapılabilecek “kalite iyileştirme çalışmaları”.

1. Değişime açık olmak
2. Misyon ve vizyonu belirlemek
3. Sistem analizi yapmak
4. Başvuran görüşlerini almak
5. Kalite çemberleri oluşturmak
6. Eğitimler yapmak/katılmak
7. Kalite standartlarına uymak
8. Kalite sistemleri kurmak
9. Temel kalite iyileştirme araçlarını uygulamak

Kalite iyileştirme çalışmaları içerisinde yer alan “temel kalite iyileştirme araçlarını” alt başlıklar halinde inceleyebiliriz (Kutu 2).

Kutu 2: Temel kalite iyileştirme araçları.

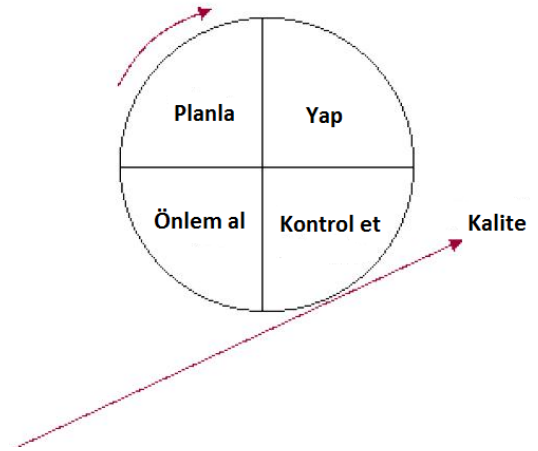
- a. Balık kılıçığı diyagramı (cause and effect diagram)
- b. Denetleme listesi (check sheet)
- c. Kontrol çizelgesi (control chart)
- d. Akış çizelgesi (flow chart)
- e. Histogram
- f. Pareto çizelgesi
- g. Serpiştirme diyagramı

Kalite iyileştirme Çalışmaları

1. Değişime açık olmak

Kalite denince akla gelen klasik bilgi Deming döngüsüdür (Şekil 1). Deming döngüsü “Yapacağın kalite değişimini planla” (Plan), “Planını uygulamaya geçir” (Do), “Uygulama sonuçlarını kontrol et ve ölç” (Control) ve “Kaliteyi artırmak için önlem al” (Act) şeklinde özetlenebilecek PDCA bileşenlerinden oluşur. Bu döngü bir kere uygulamaya mahsus olmayıp sürekli iyileşme için sürekli tekrar edilmesi ve her defasında küçük adımlarla kalite artırımı sağlamak anlamına gelir.

Sürekli kalite iyileştirme prensipleri ancak değişime açık olan zihinler tarafından uygulanabilir. Onun için öncelikle değişime açık olmalıyız.



Şekil 1: Plan (Planla), Do (Yap), Study (Kontrol et), Act (Önlem al) bileşenlerini gösteren Deming döngüsü(4).

Değişime açık olma toplumda olumlu bir etiket olduğundan hangimize sorulsa değişime açık olduğumuzu söyleriz. Ancak şüphesiz değişime açık olmak sözlü ifadeden ileriye gidebilmelidir. Değişime açık bir aile hekiminin birlikte çalıştığı meslektaşlarına, hastalarına ve yöneticilerine yaklaşımı “Nasıl geliştirebiliriz?”, “Başka düşünceler var mı?”, “Uygun seçenekleri kontrol edelim”, “Başka kim katkıda bulunabilir?”, “Neden hep böyle yapıyoruz?” ve “Teşekkürler, güzel fikir!” gibi tümcelerle özetleyebileceğimiz bir tutum şeklinde olmalıdır.

2. Misyon ve vizyonu belirlemek

Başarılı olabilmemiz için öncelikle kendimizi ve işimizi iyi tanımlamak zorundayız. Ne yaptığımız ve nereye varacağımızı doğru tanımlamadan kalitemizi artırmamız mümkün değildir (5). Herhangi bir işte olduğu gibi aile hekimliği uygulamasında da işe ne yaptığımızı tanımlamakla başlamalıyız. Böylece kalitemizin temelini de belirlemiş oluruz. “Biz kimiz ve ne yaparız?” Bu sorunun cevabını tercihen iş arkadaşlarımızla birlikte düşünerek verebilirsek misyon tanımımızı yapmış oluruz. Bunun dışında hekim ve kuruluş olarak gelecekte nerede olacağımızı, neleri hedeflediğimizi de belirleyerek gelecekle ilgili vizyonumuzu da tanımlamalıyız. Vizyon ve misyon (=görev, amaç) yazımı konusunda danışman firmalardan, kitaplardan (6) veya web kaynaklarından (7) yararlanabilirsiniz.

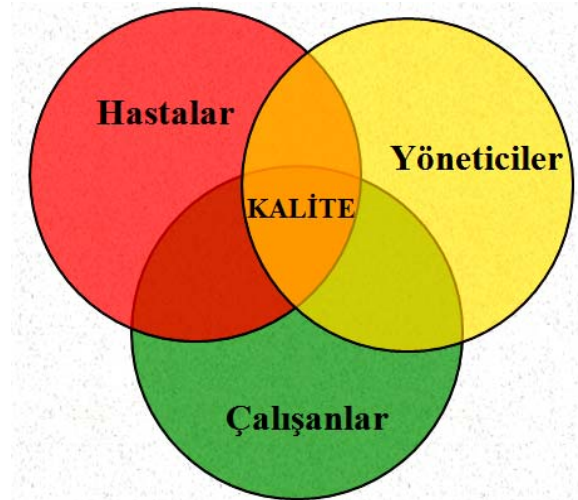
3. Sistem analizi yapmak

İyi ya da kötü her kuruluşun bir işleyiş sistemi vardır. Kaliteyle ilgili sorunlarımızın birçoğu sistemimizin doğru kurulmamış olması/iyi işlememesi veya çalışanların iş tanımlarının doğru yapılmamış olmasından kaynaklanmaktadır.

Kalite iyileştirme serüvenimize başlarken misyon ve vizyonumuzu tanımladıktan hemen sonra iş yerimizde kimin ne yaptığını ve nasıl yaptığını tanımlayarak devam edebiliriz. Bu amaçla her çalışana "Siz ne yaparsınız?" ve "Siz bu yaptığınız işi nasıl yaparsınız?" sorularını yönelmek uygun olacaktır. Bu çalışma sonunda iş yerimizde neyin nasıl yürüdüğünün bir fotoğrafını çıkarmak mümkün olacaktır. Ancak neyi nasıl yaptığımızı ortaya koyduktan sonra nasıl daha iyi yapabileceğimizin üzerinde çalışmaya başlayabiliriz.

4. Başvuran görüşlerini almak

Güncel bir kalite terimi olan Toplam Kalite Yönetimi basit olarak "Çalışanlar, işverenler ve müşterilerin işbirliğiyle ürün/hizmet kalitesinde artış oluşturulması" olarak tanımlanmaktadır (8). Sağlık hizmetleri için burada hastalar (başvuranlar), yöneticiler ve çalışanlar ifadelerini kullanabiliriz (Şekil 2).

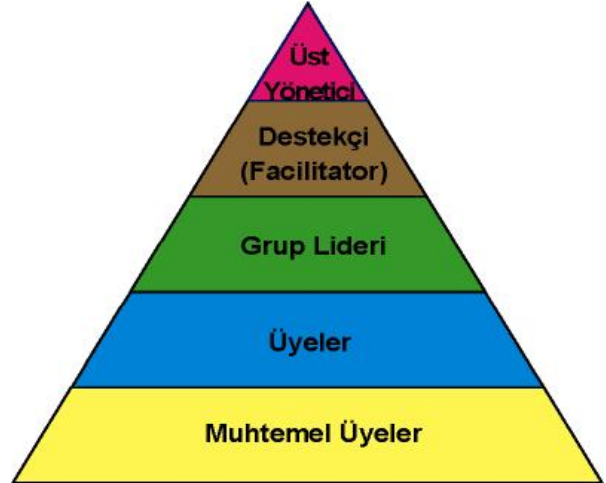


Şekil 2: Çalışanlar, hastalar ve yöneticilerin işbirliğini gerektiren toplam kalite yönetimi modelinin şematik gösterimi.

TKY tanımından da anlaşılacağı üzere başvuran görüşlerinin alınması kalite artırma çalışmalarımız için vazgeçilmezdir. Hizmet verdiğimiz nüfus biz aile hekimlerinin varlık nedenidir; onları her fırsatta çalışmalarımıza katmalıyız. Başvuran görüşlerini almak ikili görüşmeler sırasında subjektif yöntemlerle veya dilek kutusu gibi uygulamalar aracılığıyla yapılabileceği gibi, bu amaçla geliştirilmiş yapılandırılmış ölçekler de kullanılabilir. Bu ölçeklerden birisi EQUIP (www.equip.ch) tarafından geliştirilen EUROPEP ölçeğidir (9).

5. Kalite çemberleri oluşturmak

Kalite çemberleri, işle ilgili problemleri çözmek üzere düzenli olarak bir araya gelen aynı iş kolunda çalışan gönüllü insanların oluşturduğu bir sistemdir(10). Kalite çemberleri, bir çeşit sürekli mesleki gelişim etkinliği olması nedeniyle hekimlerin kişisel gelişimlerine yardımcı olduğu gibi bireylerin aldığı hizmet kalitesine de katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle birçok Avrupa ülkesinde kalite çemberleri sağlık otoritesi ve/veya meslek örgütleri tarafından desteklenmektedir (11).



Şekil 3: Kalite çemberlerinin örgütlenme şeması.

Kalite çemberi üyeleri 1 hafta – 1 ay gibi değişen sıklıklarla bir araya gelir ve kendi belirledikleri bir gündem çerçevesinde sorunlarını tartışır, çözüm önerileri geliştirmeye çalışırlar. Grup lideri toplantıların tutanaklarını tutar ve yöneticilere iletilmesi gereken konular varsa bu iletişimi sağlar. Çember üyelerinin rahat çalışabilmesi için bir destekçi gerekir. Bu kişi, sağlık müdürü veya yardımcılardan birisi olabileceği gibi bir akademisyen veya kıdemli meslektaş da olabilir. Kalite çemberlerine katılım gönüllülük esasına göre olmalıdır ve dileyen herkesin katılması mümkün olmalıdır. Kalite çemberlerinin örgütlenme şeması şekil 3'de görülmektedir. Türkiye'de henüz tanımlanan anlamda kalite çemberleri uygulaması bulunmamaktadır.

6. Eğitimler yapmak/katılmak

Şüphesiz kaliteli bir sağlık hizmetinin olmazsa olmazı iyi yetişmiş, konusunda uzman, bilgi ve beceri sahibi sağlık personelinin varlığıyla mümkündür. Klinik hizmet sunumu konusunda bilgi düzeyimizin yetersiz olması halinde hangi kalite iyileştirme tekniğini kullanırsak kullanalım istenilen başarıyı elde edemeyeceğiz.

Aile hekimleri kendilerinin ve birlikte çalıştıkları elemanların sürekli mesleki gelişimlerini sağlamak için iyi bir plan yapmalı ve bunu uygulamaya koymalıdır. Eğitimler aile hekimliği biriminde belli aralıklarla iç eğitim etkinliklerini içerebileceği gibi, ulusal ve uluslararası kurs ve kongrelere katılma ve/veya uzaktan eğitim kaynaklarından faydalanma şeklinde de olabilir.

Eğitim etkinlikleri para ve zaman gerektiren çalışmalar olduğundan bunların sağlık otoritesi tarafından gerek yönetsel anlamda, gerekse ekonomik olarak desteklenmesi de önem arz etmektedir.

7. Kalite standartlarına uymak

“Kalite standartları” ve kalite güvencesi” ifadeleri “kalite iyileştirme” ifadelerinden önce literatürümüze girmiştir. Zaten mantıklı olanı da önce bir temel kalite standardı tanımlamak ve sonra bunun üzerine daha fazla gelişim için çalışmalar yapmaktır.

Kalite standartları, aile hekimlerinin klinik hizmet sunumunda bir asgari düzeyi garanti edecektir. Bunun da ötesinde kalite standartlarını kullanarak hem hekimler kendi düzeylerini ölçebilirler, hem de hizmet alıcılar tercihlerini daha bilgilenmiş bir şekilde yapabilirler.

Türkiye’de aile hekimliği için belirlenmiş kapsamlı kalite standartları henüz yok. Sağlık Bakanlığı’nın Mayıs 2010’da yürürlüğe koyduğu Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (12) aile sağlığı merkezlerini dört gruba ayırmaktadır (Ek 1). Her ne kadar bu standartlar daha çok fiziksel koşullarla ilgili olsa da aile hekimleri bu standartları temel alarak daha ileri çalışmalar yapabilirler.

Aile hekimlerine standart belirlemede yardımcı olabilecek başka bir uygulama da Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından geliştirilen “Hizmet Kalite Standartları”dır (13). Hastaneler için geliştirilmiş olmakla birlikte, 21 başlık altında toplanan ve 400’e yakın maddeden oluşan bu standartlar da aile hekimlerine fikir vermesi açısından incelenmeye değerdir (Kutu 3).

Bunların dışında, birinci basamak için geliştirilmiş değerlendirme araçları da vardır. European Practice Assessment (EPA) aracı, aile hekimliği muayenahanelerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (14). EPA ölçeği “Kalite ve Güvenlik”, “Enformasyon”, “İnsan”, “Altyapı” ve “Finans” olmak üzere beş boyutta yine 400’e yakın madde üzerinden değerlendirme yapmaktadır.

Mevcut ulusal ve uluslararası standartlar ışığında Türkiye’ye uygun aile hekimliği kalite standartlarının belirlenme ihtiyacı vardır.

8. Kalite sistemleri kurmak

Önceleri sanayide başlayan kalite sistemleri çalışmaları giderek sağlık hizmetlerini de kapsar hale gelmiştir.

Birçok hastane kalite sistemleri kurma faaliyetlerini tamamlamış ve International Organization for Standardization (ISO) ve/veya Joint Commission International (JCI) akreditasyonu başta olmak üzere belgelendirme çalışmaları yapmış/yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler için bu faaliyetler Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı’nın

(<http://www.performans.saglik.gov.tr/>) desteği ve yönlendirmesi çerçevesinde yürütülmektedir.

Belli hastane zincirlerinin parçası olanlar dışında aile hekimliği ofislerinde kalite sistemleri oluşturma çalışmaları henüz yaygın değildir. Bunun önemli bir sebebi, kalite sistemleri kurmanın masraflı ve zaman alıcı olması olabilir. Aile hekimliği ofisleri için belgelendirme ve akreditasyon henüz maliyet etkin görünmemekle birlikte, sağlık otoritesi ve dernekler gibi kurum ve kuruluşların lojistik ve maddi destek sağlaması halinde, grup muayenahaneleri için bu durum ileride gündeme gelebilir.

Kutu 3: Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı hizmet kalite standartları ana başlıkları

1. Poliklinik hizmetleri
2. Laboratuvar hizmetleri
3. Görüntüleme hizmetleri
4. Ameliyathane hizmetleri
5. Klinikler
6. Yoğun bakım üniteleri
7. Diyaliz hizmetleri
8. Acil servis hizmetleri
9. Ambulans ve ambulans hizmetleri
10. Eczane hizmetleri
11. Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi
12. Hasta ve çalışan güvenliği
13. Kurumsal hizmet yönetimi
14. Hastane bilgi sistemi
15. Hasta kayıtları ve dosyası
16. Arşiv
17. Tesis yönetimi ve güvenlik
18. Depolar
19. Mutfak
20. Çamaşırhane
21. Morg

9. Temel kalite iyileştirme araçlarını uygulamak Kalite hedeflerine ulaşmak için çeşitli araçlardan yararlanılması önerilmiştir. Bu kalite araçları kullanılarak kalitenin sürekli artırılması ve hasta beklentilerinin daha iyi karşılanmasının sağlanması

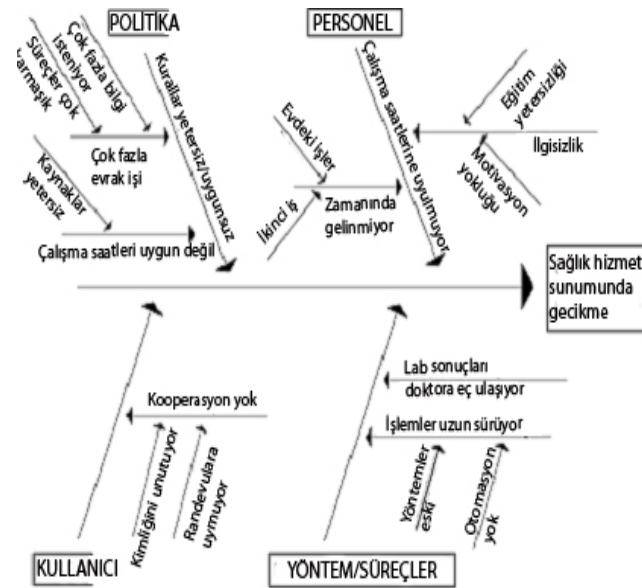
amaçlanır. Literatürde 7 adet temel kalite iyileştirme aracı (Basic Tools of Quality) tanımlanmıştır (Kutu 2). Bu makalede bu araçlardan kısaca bahsedilecektir. Daha ayrıntılı okuma için başka kaynaklara (15) bakılabilir.

Kutu 2: Temel kalite iyileştirme araçları.

- Balık kılıcı diyagramı (cause and effect diagram)
- Denetleme listesi (check sheet)
- Kontrol çizelgesi (control chart)
- Akış çizelgesi (flow chart)
- Histogram
- Pareto çizelgesi
- Serpiştirme diyagramı

a. Balık kılıcı diyagramı (cause and effect diagram): Bir probleme yol açan sebeplerin saptanması amacıyla kullanılır. Beyin fırtınası yöntemiyle sorunlar saptanır ve afinite tekniği kullanılarak hangi nedenlerin probleme yol açabileceği gruplandırma yapılarak belirlenmeye çalışılır (Şekil 4).

b. Denetleme listesi (check sheet): Bir kontrol listesi aracılığıyla yapılan işlerin takip edilmesi şeklindeki uygulamadır. Poliklinik sayılarının çetelenmesi, mekan temizliklerinin yapıldığının işaretlenmesi gibi kullanımları olabilir (Kutu 4).

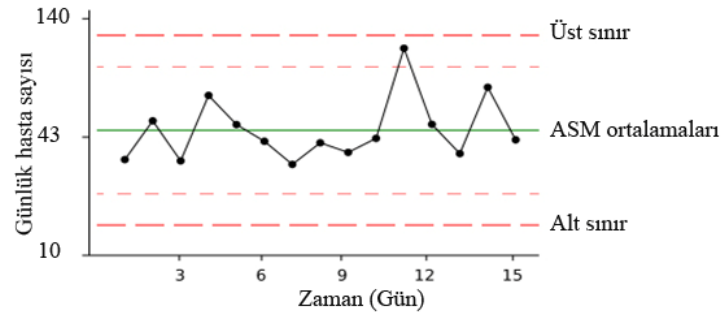


Şekil 4: Balık kılıcı diyagramı örneği.

c. Kontrol çizelgesi (control chart): Verilerin karşılaştırmalı olarak zaman içerisinde gösterilmesi şeklinde bir uygulamadır (Şekil 5). Bireylerin vücut kitle endekslerinin zaman içerisinde takip edilmesi ve bunun toplum değerleriyle karşılaştırılması örnek olarak verilebilir.

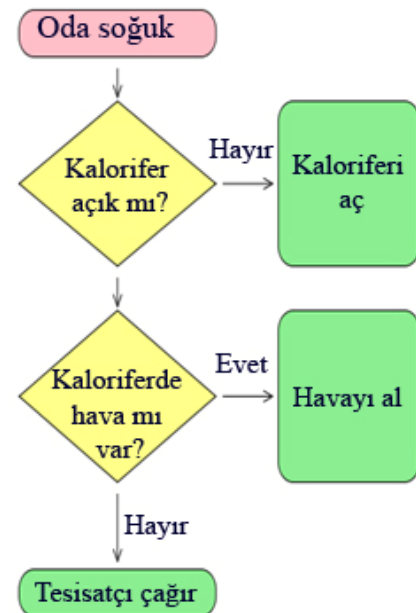
Kutu 4. Kontrol listesi örneği.

Oda Temizliği Denetleme Listesi		
Tarih	Yapılma durumu	Temizliği yapan
01.10.2010	Yapıldı	AK
04.10.2010	Yapıldı	ZA
05.10.2010	Yapıldı	ZA
06.10.2010	Yapıldı	ZA
07.10.2010	Yapıldı	ZA
08.10.2010	Yapıldı	ZA



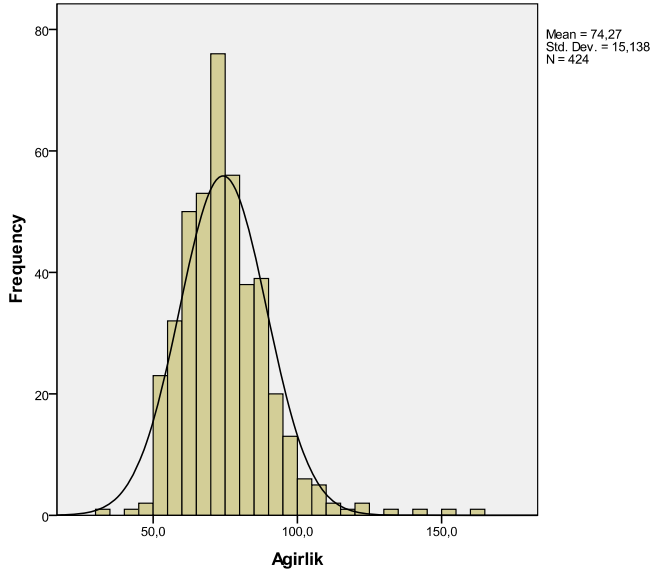
Şekil 5: Kontrol çizelgesi örneği.

d. Akış çizelgesi (flow chart): İş akışlarını düzenlemek için kullanılır (Şekil 6).



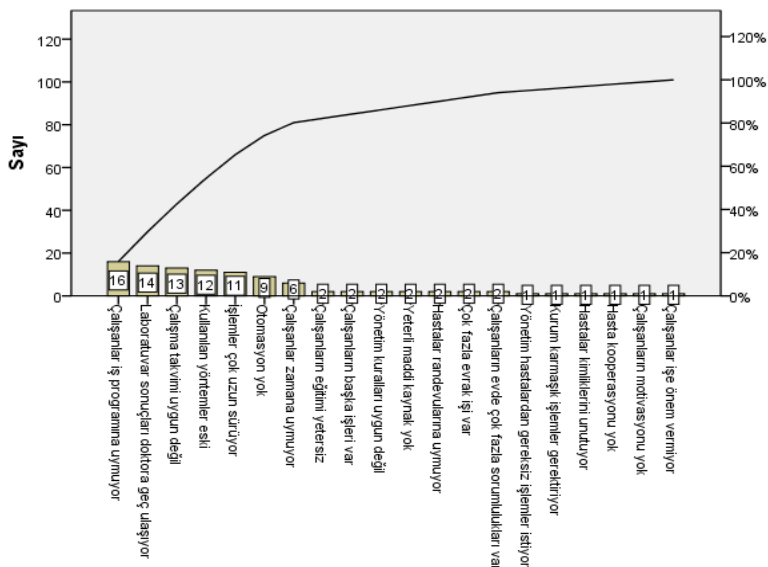
Şekil 6: İş akış çizelgesi örneği.

- e. **Histogram:** Nümerik ölçümlerde ölçümün dağılımını göstermek için kullanılır. Örn. aile hekimi hizmet verdiği bireylerin ağırlık dağılımlarını görmek ve buna göre plan yapmak isteyebilir (Şekil 7).



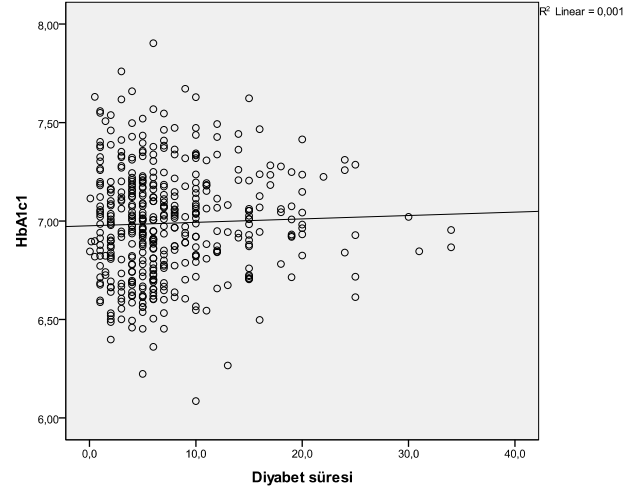
Şekil 7: Histogram örneği.

- f. **Pareto çizelgesi:** Pareto prensibi bir probleme yol açan nedenler ne kadar çok olursa olsun bunların içerisinde en önemli birkaç sebebi (genellikle 6) ortadan kaldırmamız halinde problemin %80'inin çözüleceğini söyler (Şekil 8). Başka bir yaklaşımla, sebeplerin %20'si problemin %80'inden sorumludur. Aile hekimine karşılaştığı problemleri analiz etmede ve çözümede yol gösterebilir.



Şekil 8: Pareto çizelgesi örneği.

- g. **Serpistirme diyagramı:** İki nümerik değişken arasındaki ilişkiyi incelemek için kullanılır. Aile hekimine plan yapmada yardımcı olabilir. Hekim, diyabet süresi arttıkça hastalarının hemoglobin A1c düzeylerinin de arttığından şüpheleniyorsa bunu grafikte göstermek için serpistirme diyagramı iyi bir yöntem olabilir (Şekil 9).



Şekil 9: Serpistirme diyagramı örneği.

Kaynaklar

- (1) Rakel RE. Principles of Family Medicine. In: Rakel RE, editor. Textbook of Family Medicine. 7 ed. Philadelphia: Saunders; 2007. p. 1-136.
- (2) TC Resmi Gazete. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü 2010 [cited 2010 Nov 5]; Available from: URL: <http://rega.basbakanlik.gov.tr/>
- (3) Chilgren AA. Managers and the new definition of quality. J Healthc Manag 2008 Jul;53(4):221-9.
- (4) Pujo P, Pillet M. Control by quality: proposition of a typology. Qual Assur 2001 Apr 20;9(2):99-125.
- (5) Drury I, Slomski C. Mission statements and vision documents in medical practices. J Med Pract Manage 2006 Sep;22(2):84-7.
- (6) Çetin N. Vizyon ve Misyon. Ystanbul: Etap Yayınevi; 2010.
- (7) Misyon Yazmak Zamanı Gelince. Geli?Trend - Giri?imcinin el kitabı 2010 [cited 2010 Nov 4]; Available from: URL: <http://www.gelistrend.com/misyon-yazmak-zamani-gelince/>

- (8) Mishra DP. Total quality management in health services: historical development, conceptual meaning, and comprehensive model. *J Ambul Care Mark* 1994;5(2):27-46.
- (9) Dagdeviren N, Aktürk Z. An evaluation of patient satisfaction in Turkey with the EUROPEP instrument. *Yonsei Med J* 2004 Feb 29;45(1):23-8.
- (10) Aktürk Z, Dagdeviren N, Sahin EM, Ozer C. Use of quality circles among first year medical students and impact on student satisfaction. *Swiss Med Wkly* 2002 Mar 23;132(11-12):143-7.
- (11) Gerlach FM, Beyer M, Romer A. Quality circles in ambulatory care: state of development and future perspective in Germany. *Int J Qual Health Care* 1998 Feb;10(1):35-42.
- (12) Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 27591, Sağlık Bakanlığı, (10 A.D.).
- (13) TC Sağlık Bakanlığı. Hizmet Kalite Standartları Rehberi. Ankara: Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı ; 2009.
- (14) Grol R, Dautzenberg M. Quality Management in Primary Care: European Practice Assessment. Bielefeld: Verlag Bertelsmann Stiftung; 2004.
- (15) Mizuno S. Management for Quality Improvement: The 7 New QC Tools. New York: Productivity Press; 1988.