

ÇEŞİTLİ ÜLKELERDEKİ HASTANELERDE UYGULANAN TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ/SÜREKLİ KALİTE İYİLEŞTİRME ÇALIŞMALARINDAN ÖRNEKLER

Sıdıka KAYA *

Özet: Toplam kalite yönetimi, müşteri ihtiyaçlarını karşılama ve aşma sürecidir. Bu yazıda, toplam kalite yönetimi (TKY) ve sürekli kalite iyileştirme (SKİ) terimleri aynı anlamda kullanılmıştır.

Diğer örgütlerden ya da diğer ülkelerden öğrenmenin değeri gittikçe daha fazla fark edilmektedir. Diğer ülkelerdeki örgütlerden öğrenme, kalite iyileştirme repertuarında, kıyaslama (benchmarking) gibi fakat daha global bir yöntem haline gelmektedir. Bu yöntem, daha hızlı ve daha maliyet-etkili kalite iyileştirmeleri yapmamızı olanaklı kılar.

Bu yazıda Fransa, Almanya, Rusya, Kore ve ABD'deki hastanelerde uygulanan TKY/SKİ çalışmalarından örnekler verilmekte ve bu ülkelerin deneyimleri ile hastanelerde TKY'nin başarılı olabilmesi için gereken kritik faktörler açısından Türkiye'deki durum irdelenerek öneriler getirilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Toplam kalite yönetimi, sürekli kalite iyileştirme, hastaneler, Türkiye, diğer ülkeler

GİRİŞ

Toplam kalite yönetimi (TKY), müşteri ihtiyaçlarını karşılama ve aşma sürecidir (Gaucher ve Coffey, 1993: 20).

Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) toplam kalite yönetimi ve sürekli kalite iyileştirme (SKİ) terimleri çoğu kez birbirinin yerine kullanılmakla birlikte, Avrupa'da SKİ'yi, TKY şemsiyesi altındaki bir çok yaklaşımdan biri olarak, belirli bir kalite yaklaşımı şeklinde görme eğilimi vardır (Ovretveit, 1997: 12). Bu yazıda, SKİ ve TKY terimleri aynı anlamda kullanılmıştır.

Sürekli kalite iyileştirme/ toplam kalite yönetimi:

* Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu

- Örgütsel süreçlerin iyileştirilmesi yoluyla sürekli iyileştirme felsefesine sahiptir.
- Problemleri teşhis etmek ve gelişmeyi izlemek için istatistiksel yöntemleri katarak yapısal problem çözme süreçlerini kullanır.
- İyileştirme çalışmasını başlatmak için ana mekanizma olarak farklı fonksiyonları olan ya da farklı departmanlarda çalışan ekipleri kullanır.
- Kalite problemlerini ve iyileştirme fırsatlarını belirlemek ve gerekli faaliyetlerde bulunmak için çalışanları güçlendirir.
- Hem dış hem de iç müşterilere açıkça odaklanır (Shortell vd., 1995: 14-15).

Geleneksel kalite güvencesi programları, ortalamadan düşük kalitede hizmet sunanları “kötü” sunucular olarak görür ve onlardan kurtulmaya çalışır. Bu da ortalamayı “kaliteli” bakıma sadece biraz yaklaştırır. Oysa TKY prensiplerini izleyerek ve sunucuların kendilerini varyasyonun nedenlerini anlamaya katarak, davranış değişir, bakım iyileşir ve bütün hizmet sunucu grubu “kaliteli” bakıma doğru ilerler (Richards, 1994: S20; Berwick, 1989: 54).

Diğer örgütlerden ya da diğer ülkelerden öğrenmenin değeri gittikçe daha fazla fark edilmekte ve bu öğrenmenin daha sistematik ve etkili olarak yapılması için çaba sarf edilmektedir. Aslında, diğer ülkelerdeki örgütlerden öğrenme, kalite iyileştirme repertuarında, kıyaslama (benchmarking) gibi, fakat daha global bir yöntem haline gelmektedir. Bu yöntem, daha hızlı ve daha maliyet-etkili kalite iyileştirmeleri yapmamızı olanaklı kılar. Diğerlerinin deneyimlerine ve çözümlerine baktığımızda kendi çalışmalarımızda ve kurumlarımızda kalite yöntemlerini nasıl kullanacağımız hakkındaki anlayışımız gelişir ve yeni fikirler ediniriz (Ovretveit, 1997: 7).

Bu yazıda Fransa, Almanya, Rusya, Kore ve ABD’deki TKY/SKİ çalışmalarından örnekler verilmekte ve Türkiye’deki durum irdelenerek öneriler getirilmektedir.

FRANSA

Kaliteye, özellikle bakımın değerlendirilmesine ilgiyi artırmak için 1990 yılında Fransız hükümeti, misyonu “değerlendirme ile kazanılan bilgiyi paylaşmak, artırmak ve değerlendirme, kalite iyileştirme ve sağlık hizmetlerinin düzenlenmesini birleştirerek mekanizmaların daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunmak” olan bir kuruluş (ANDEM) kurmuştur. 1994 yılında, Fransız Sağlık Bakanlığı ANDEM’e, kalite güvencesi ve sürekli kalite iyileştirme yöntemlerine dayanan bir ulusal demonstrasyon projesi başlatma görevini vermiştir. Hastanelerde bu tür programların uygulanmasında kritik başarı faktörlerini belirlemek için bir program düzenlenmiştir. Program 260 öneri arasından seçilen 28

adet 18 aylık SKİ projesini içermiş ve her bir proje için 400.000 frank civarında fon sağlanmıştır.

Projeler, şu konular arasında seçilen bir konuyla ilgiliydi: Nasokomiyal enfeksiyonların önlenmesi, anestezi hastası güvenliği, tıbbi kayıtlar, kan transfüzyonunda güvenlik, ilaç dağıtımında güvenlik, psikiyatri servislerindeki şiddetin kontrolü. Katılan hastanelerin süreçlerdeki varyasyonu incelemesi ve departmanlar arası kalite yönetimi programlarıyla varyasyonu azaltmaya çalışması gerekiyordu. ANDEM yönetime ilişkin destek sağlamış fakat her hastane projenin uygulanmasında tam bir kontrole ve doğacak faydalar üzerinde tüm haklara sahip olmuştur. Her hastanede, SKİ yöntemlerini ve araçlarını kullanmak üzere hekimler, hemşireler ve eczacılardan oluşan bir ekip oluşturulmuştur.

Her ekibin genel proje yönetimi yöntemi, Planla-Uygula-Kontrol Et-Önlem Al döngüsünü yakından izlemiştir:

- Sürecin belirlenmesi ve tanımlanması,
- Kalite kriterlerinin belirlenmesi (sürecin başlıca özelliklerinin belirlenmesi ve iyileştirme için bir faaliyet planının yapılması)
- İyileştirme faaliyetlerinin uygulanması,
- Sonuçların değerlendirilmesi ve faydaların yayılması.

Her bir aşamanın başlangıcında, konferansları ve kalite araçlarının kullanımıyla ilgili alıştırmaları içeren bir günlük eğitim ve uygulama boyunca da özel eğitim verilmiştir. 28 projenin lideri ve her hastanenin üst yönetiminden bir temsilci eğitime katılmıştır. İlk deneyimler katılan hastanelerin aynı modeli izlemekten ve gelişmeleri paylaşmaktan faydalandıklarını göstermiştir.

Katılan hastanelerin çoğunda ekipler oldukça motive olmuş ve SKİ projelerini başlatabilmiştir. Bazı hastanelerde süreçler basitleştirilmiş ve bu da zamandan önemli tasarruflar sağlamıştır. 1996 yılında, Sağlık Bakanlığı projenin ikinci serisini başlatmıştır (Maguerez, 1997: 35-36).

ALMANYA

Bazı hastaneler ve diğer sağlık bakım örgütleri kendi kalite yönetimi kavramlarını ve programlarını geliştirmiştir. Bunların en iyi bilinenlerinden biri Alman Asklepios Hastanelerinin “Entegre Kalite Yönetimi Modeli”dir. Asklepios modeli, süreç kalitesinin yönetimi için ISO-9001 normu ve yeniden yapılandırma (reengineering) araçlarına dayanan bir hastane elkitabı kullanır. Hastane elkitabı (ISO sistemi) üç ana kısımdan oluşur:

- Kısım I, yönetim politikalarını ve kalitenin nasıl ele alındığını anlatır.
- Kısım II, süreçleri örgütsel ya da yönetsel açıdan listeler.

- Kısım IIII, çalışanın bakış açısıyla rehberler ya da standartları (standart çalışma prosedürlerini) içerir.

Süreç tanımları, departmanlarda neler olduğunu çabucak kavramayı sağlar ve hem süreç tanımları hem de standart çalışma prosedürleri yeni çalışanlar için kendilerini sorumluluklarına alıştırmada kullanacakları değerli bilgiler sağlar.

Bir sürecin iyileştirmeye ihtiyacı olup olmadığına, dokümantasyonla ya da çıktılarının ve sonuçlarının değerlendirilmesiyle açığa çıkan, süreç düzeyindeki problemlere dayanarak karar verilir. Çıktılar çoğunlukla tıbbidir fakat hasta memnuniyeti, çalışan memnuniyeti veya diğer müşterilerin memnuniyetiyle ilgili çalışmaların sonuçlarını da içerir. Gerçekte, tıbbi çıktılar hasta memnuniyetinin dolaylı sonuçları olarak görülür, çünkü hastalar mümkün olan en iyi tıbbi çıktıyı isterler fakat çoğu kez bunu değerlendiremezler.

Proje gruplarında ya da kalite çemberlerinde, süreçten etkilenen farklı departmanlardan süreç sahipleri, potansiyel problem faktörlerini incelemek için birlikte çalışırlar ve daha sonra sürecin nasıl iyileştirileceğini düşünürler. Örneğin, hekimler ve hemşireler, iletişim problemlerini ve tekrarlanan tıbbi istemleri azaltmak için tedavi planı (pathway) olarak uygulanacak yeni bir ilaçla tedavi standardı konusunda anlaşabilirler. Yönetim, önerilen iyileştirmeleri gözden geçirir ve küçük değişiklikler yaparak veya yapmayarak imzalar. Kalite koordinatörü belgelerde (hastane elkitabında) süreç değişikliklerini yansıtan değişiklikler yapar. İyileştirmenin miktarını değerlendirmek için, kalite ve maliyet açısından çıktılar ve sonuçlar yakından izlenir. İstenen sonuçlara ulaşıncaya kadar sürekli çıktı yönetimi uygulanır.

Aşağıda, Wiesbaden, Almanya'daki Asklepios Paulinen Hastanesinin 1996 yılında yaptığı bir yeniden yapılandırma (reengineering) çalışması örnek olarak verilmiştir. Diğer bir çok hastanede olduğu gibi, ameliyathane, genel hasta bakım sürecinde bir darboğaz olarak belirlenmiştir. Ameliyathane çeşitli klinik departmanları tarafından kullanıldığı için, optimal yönetim cerrahlar, anestezi uzmanları, anestezi teknisyenleri ve hemşirelerin işbirliğine dayanır.

Farklı departmanlardan süreç sahipleri aşağıdaki problem faktörlerini ve iyileştirme fırsatlarını belirlemiştir:

- Sabit tahsis yüzünden ameliyathanenin yetersiz kullanımı;
- Yetersiz koordinasyon yüzünden uzayan iş süreleri
- Geç başlamalar yüzünden personelin fazla mesai yapması ve iptal edilen prosedürler;
- Uzun bekleme süreleri yüzünden hastaların memnuniyetsizliği (ve bazen durumun kötüleşmesi).

Bekleme süreleri, personel maliyetleri ve ameliyat süreleri gibi konularda toplanan objektif veriler bu gözlemleri doğrulamıştır. Kalite koordinatörü, süreç

sahiplerinden oluşan proje grubu ve diğer personelle çeşitli görüşmeler yapmıştır. İyileştirilmiş ameliyathane yönetimi konusunda anlaşmaya varılmış ve bu daha sonra hastane elkitabının bir parçası haline gelmiştir.

Anlaşma, aşağıdaki önlemlerin alınmasına yol açmıştır:

- Anesteziyoloji başkanı tarafından yönetilen yeni bir disiplinlerarası ameliyathane yönetimi,
- Sabit ve esnek ameliyathane tahsisinden oluşan karma sistem,
- Ameliyathaneyi kullanan herkese tutarlı bilgi verilmesi,
- İlave teknik donanım,
- Alınan önlemleri gözden geçirmek üzere proje grubunun izleme toplantıları.

İki buçuk ayda proje şu sonuçları vermiştir,

- Personel maliyetlerinde azalma,
- Ameliyathane personeli arasında vardiyalarda dalgalanma olmaması,
- Yapılan ameliyat sayısında artış,
- Planlanan sürelerle daha fazla uyum,
- Artan çalışan memnuniyeti (Paeger, 1997: 41-44).

RUSYA

Rusya'nın pazar ekonomisiyle birlikte istikrarlı demokrasiye barış içinde geçişini teşvik etmek için Amerikan hükümetinin geniş yardım çabalarının bir parçası olarak, USAID, Rus sağlık bakım sisteminin reformuna yardımcı olmak üzere büyük bir projeye fon sağlamıştır. ZdrawReform (Sağlık Reformu) Programı (ZRP) 1993'te başlamıştır ve üç ana ögesi bulunmaktadır:

- Sağlık bakım finansman ve organizasyonunda reform,
- Tıbbi bakımın kalitesinin iyileştirilmesi,
- Diğer iki ögenin ihtiyaçlarını destekleyecek tıbbi bilgi sistemlerinin kurulması.

ZRP'nin hastanelerdeki SKİ ögesi için oblast'ların (kabaca Amerika eyaletlerine eşittir) sağlık bakım departmanları tarafından hekim kalite iyileştirme liderleri atanmıştır. Bunların sorumlulukları, yerlerin ve projelerin seçimini koordine etmek, hastane SKİ ekiplerinin kurulmasını denetlemek ve bu ekiplerle ZRP arasında ilişkiyi sağlamaktır.

Oblastlararası koordinasyon konferansında, oblast sağlık bakım liderleri SKİ projelerinin seçimi için kriterler belirlemiştir. Konferansa katılanlar, yönetsel verimliliği iyileştirmeye odaklanan projelerden çok kalite iyileştirme yöntemlerinin klinik uygulamalarıyla ilgilenmişlerdir. Oblastlar, projeleri; topluma sağlık yükü, topluma ve sağlık bakım sistemine mali ve kaynak yükü, mevcut uygula-

malarla karşılaştırıldığında iyileştirme potansiyeli ve uygulanabilirliğine dayanarak seçmeye teşvik edilmişlerdir.

Oblastlar, hastanelerle çalışarak demonstrasyon projelerini tanımlamışlardır. Bu projelerin başlıkları şunlardır: Myokard infarktüs'ten sonraki ortalama yatış süresinin azaltılması, hipertansiyonun tedavisi, toplumda kazanılmış pnömoninin yönetimi, hasta memnuniyeti araştırmaları, ülser tedavisi, cerrahi yara enfeksiyonlarının azaltılması, nasokomiyal pnömoninin kontrolü, hastane yönetiminde SKİ, iatrojenik hepatitin azaltılması, rasyonel eczane kullanımı.

Aşağıda, Troitsk Merkez Kırsal Hastanesindeki ekibin yaptığı çalışma, o toplum için önemli olan bir klinik problem için kırsal hastanede uygulanan SKİ tekniklerine örnek olarak verilmiştir. Bu projeye yerel sağlık liderleri ile hastanenin ve bölgenin tıbbi personelinden güçlü destek ve aktif katılım sağlanmıştır. SKİ ekibinin çalışmasına veri sağlayan analiz, sadece hastaneye kabul edilen hastaların değil bölgedeki bütün nüfusun sağlık ihtiyaçlarına dayalı olması açısından örnek teşkil etmektedir. Bu topluma dayalı ihtiyaç değerlendirmede, temel bakım düzeylerindeki erken teşhis, uygun seçip ayırma (triage) ve daha ileri düzeydeki bakıma uygun sevk, hasta bakımının sürekliliği konularına önem verilmiştir. Hasta bakımının bütün yapısı ve kırsal acil bakım istasyonlarından merkez hastaneye kadar potansiyel akışı, yatışta veya çıkıştaki teşhisi pnömoni olan ya da ölüm nedeni olarak pnömoni belirtilen hastaların tıbbi kayıtları üzerinden yapılan araştırma temel alınarak incelenmiştir. Komplikasyon ya da yanlış teşhisin olduğu vakalara özellikle önem verilmiştir.

Raporun sonuçları, 3 yılda pnömoniden mortalite oranında bir artış göstermiştir (1993'te binde 0.10'dan 1995'te binde 0.18'e). Oysa bildirilen pnömoni insidansı gerçekte düşmekteydi (binde 4.8'den 2.5'e). Bu farklılık, vaka sayısının çokluğu ve uygun tedaviyle çıktıkların iyileştirilme potansiyeli, akut pnömoninin bu SKİ projesinin konusu olarak seçilmesine yol açmıştır.

SKİ ekibinin tıbbi kayıtları incelemesi, aşağıdaki alanlarda tıbbi bakım standartlarından önemli sapmalar olduğunu açığa çıkarmıştır (rakamlar sapma yüzdesini göstermektedir):

Öykü alma ve muayene	% 13
Teşhisin doğruluğu	% 69
Tedavinin yeterliliği	% 42
Bakımın sürekliliği	% 11

SKİ ekibi, bölge hastanesinde ve kırsal tıbbi ayakta bakım kliniklerinde tedavi edilen her iki hastadan birinin yanlış tedavi gördüğünü ve merkez bölge hastanesinde tedavi edilen her üç hastadan birinin yetersiz tedavi gördüğünü belirtmiştir. Daha ileri analiz, her 3-4 akut pnömoni hastasından birinin ampiyem gibi komplikasyonlar geliştirdiğini göstermiştir. Analizi yapan Troitsk

hastanesinin hekimleri sonuçların en önemli nedeninin yerel hekimlerin yetersiz eğitimi olduğuna inanmaktaydı.

SKİ ekibi klinik kalite iyileştirme için aşağıdaki önerileri yapmıştır:

- Bütün bakım düzeylerindeki tıbbi ve paramedikal personelin bakım standartları konusunda eğitilmesi,
- Hastalığın şiddeti ve hastanın risk faktörlerine dayanarak muayene ve tedavi algoritmalarının geliştirilmesi,
- Kaliteli bakım indikatörlerinin geliştirilmesi ve uygulanması, tıbbi ve paramedikal personele bakımın ara ve son çıktıları konusunda geri bildirim verilmesi (Tillinghast, 1998: 280, 289-291).

KORE

Kore hastanelerinde bakımın kalitesini iyileştirmeye yönelik örgütsel çabalar yakın zamanda başlamıştır. Üç grup, bakımın kalitesinin iyileştirilmesi için hastanelere baskı yapmaktadır: Tüketiciler, hükümet ve sağlık uzmanları. Bu baskılar sonucunda hastaneler yeni kalite iyileştirme kavramlarını uygulamaya başlamışlardır. Özellikle, 400 ya da daha fazla yataklı büyük hastaneler, hastanede kalite iyileştirme programlarının geliştirilmesinden sorumlu bir departman kurmuşlardır.

1997 yılında yapılan bir araştırmaya göre, 400 ya da daha fazla yataklı hastanelerin (100 hastane) % 28'inde kalite iyileştirme departmanı bulunmaktadır. Departmanlar ortalama bir yıl önce kurulmuştur. “Hasta memnuniyetinin artırılması” ve “tıbbi bakımın değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi” departmanların misyonlarında en çok belirttikleri amaçlardır.

Kalite iyileştirme departmanlarının en göze çarpan faaliyeti, performansın izlenmesidir. Performansın izlendiği alanlar şunları içeriyordu: İlaç ve kan kullanımının gözden geçirilmesi, hasta memnuniyeti, çalışanların memnuniyeti, tıbbi kayıtların yönetimi, hastane enfeksiyon kontrolü ve kalite indikatörleri. Hastanelerin çoğu kalite indikatörlerini, Kore Sağlık Bakımında Kalite Güvencesi Derneği tarafından başlatılan ulusal bir projeye katılım yoluyla izlemekteydi. Kalite indikatörleri; planlanmamış tekrar yatışlar, planlanmamış tekrar ameliyatlar, acil serviste kalış süresi, yeni doğan komplikasyon oranları ve yara enfeksiyonlarını içermektedir.

Karmaşık departmanlar arası problemleri çözmek için hastanelerin çoğu kalite iyileştirme ekipleri kurmuştur. Proje ekipleri, problemin doğasına göre çeşitli iş sınıflarından çalışanlardan oluşturulmuştur. Ekipler en çok çalışma süreçlerinin yeniden dizaynına odaklanmıştır. Diğer bir yeniden düzenleme faaliyeti “rutinleştirme”dir. İki hastane, belirli hastalıklar ya da prosedürlerle ilgili protokoller ve klinik rehberler geliştirmiştir.

Hastanelerin çoğu, tıbbi personel dahil çalışanlarının kalite iyileştirme kavram ve yöntemleriyle ilgili eğitim programlarına katılmalarını sağlamıştır. Çalışanlara hastane gazeteleri ve diğer eğitici materyal yoluyla bütün hastanedeki kalite iyileştirme faaliyetleri hakkında bilgi de verilmiştir. Bazı hastaneler, kalite iyileştirme departmanlarının, performans izleme sonuçlarıyla ilgilenen personel ve bölümlere bilgi vereceği geribildirim mekanizmaları geliştirmiştir. Bir hastane, kalite iyileştirme faaliyetlerinin sunulduğu toplantılar düzenlemiş ve en iyi ekiplere ödüller vermiştir.

Kore’de kalite iyileştirmeyi asıl başlatan hükümet gibi görünmektedir. Ulusal hastane değerlendirme programları, hastanelerde kalite iyileştirme faaliyetlerinin uygulanmasında en etkili faktör olmuştur. Bu programlara hazırlanma, kalite iyileştirme departmanlarının en önemli fonksiyonlarından biriydi. Hastanelerin kalite iyileştirme personeline göre, hükümetin baskın rolü, hastanelerin kalite iyileştirme faaliyetleri üzerinde hem pozitif hem de negatif etkilerle sonuçlanmıştır. Kalite iyileştirme personeli hükümetin politikalarının, üst yönetimin ve hastane personelinin kalite iyileştirme programlarını uygulamasını kolaylaştırdığına inanmaktadır. Araştırmaya katılanlar, kalite iyileştirme çabalarının başarılı olduğu hastaneler için mali teşvikler geliştirilmesinin yararlı olacağını belirtmiştir. Hükümet politikalarının önemli bir negatif etkisi hastanelerin kalite iyileştirme faaliyetlerinden uzun süreli etkililikten çok kısa süreli faydalar elde etmeye çalışmaya zorlanmaları olabilir.

Başarılı bir kalite yönetimi sisteminin uygulanması için hastanelerin, kalite iyileştirme sistemlerini başlatmadan önce stratejik liderlik, vizyon perspektifi ve pozitif kültürü içeren “örgütsel hazırlık” stratejilerini dikkate almaları gerekmektedir. Ancak, araştırmaya katılanlara göre, hükümetin kalite iyileştirme programları konusunda yaptığı düzenlemelerle bağlantılı büyük miktardaki iş ve kaynaklar, hastanelerin kalite iyileştirme faaliyetlerine örgütsel hazırlık için zaman ayırmalarını ve çaba harcamalarını engelleyebilir. Kore hastanelerinin katılımcı liderlik ve demokratik süreç konusunda çok az deneyimi olduğu düşünüldüğünde, örgütsel hazırlık, Kore’de kalite iyileştirme programlarının başarılı şekilde uygulanması için kritik bir öngereklilik olmaktadır.

Hastane personelinin hasta memnuniyetinin artmasını kalite iyileştirmenin tek indikatörü olarak görebilmesi, diğer bir negatif etki olabilir. Kalite iyileştirme departmanlarının amacı olarak ve bir araştırma konusu olarak çok sık bahsedildiği için hasta memnuniyetine çok fazla önem verildiği gözlenmiştir. Hastanelerin kalitenin teknik alanına da önem vermeleri gerekir. Kalite indikatörleri konusundaki ulusal projenin, bakımın klinik kalitesine odaklanan kalite iyileştirme programlarını güçlendirmesi beklenir.

Bu araştırmanın küçük hastanelere genellenemeyeceğini belirten yazarlar, sonuç olarak, Kore hastanelerinde kalite iyileştirme programlarının tamamen

kurumsallaşmadığını, gelecekte bunun gerçekleştirilmesi için kalite iyileştirme yapısı ve hem ulusal hem de örgütsel düzeylerde örgütsel hazırlık için daha fazla destek gerektiğini belirtmektedirler (Kim ve Cho, 2000: 419-423).

AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ

Amerikan Hastane Derneği ve Arthur Andersen tarafından desteklenen ulusal hastane kalite iyileştirme araştırmasına göre, ABD’de araştırmaya katılan 1,928 hastanenin % 93’ü SKİ/TKY yöntemlerini kullanmaktadır. Sağlık sistemleri bu yöntemlerle parasal tasarruf sağlamakta ve bazı hasta çıktılarında iyileşme sağlamaktadır. Ancak, hastane personelinin sadece % 35’i, hekimlerin % 22’si, SKİ ya da TKİ yöntemleri konusunda eğitilmiştir (Tablo 1). Araştırmayı yönlendiren araştırmacı Stephen Shortell’e göre, hastaneler hâlâ, bütün personelin kalite programları hakkında eğitildiği Motorola gibi üreticilerin yer aldığı diğer endüstrilerin gerisindedir (Hudson, 1999: 32).

Çizelge 1. ABD’de Sürekli Kalite İyileştirme/Toplam Kalite Yönetimi

	1993	1998
SKİ/TKY Yöntemlerini kullanan hastaneler	% 67	% 93
Dört yıldan uzun süredir programları devam eden hastaneler	% 4	% 41
Ayrı bir SKİ/TKY departmanı olan hastaneler	% 48	% 79
SKİ/TKY konusunda eğitilen personel	% 22	% 35
SKİ/TKY ekiplerine katılan personel	% 11	% 22
SKİ/TKY konusunda eğitilen hekimler	% 13	% 22
SKİ/TKY ekiplerine katılan hekimler	% 9.5	% 22
Şimdiye kadar SKİ/TKY nedeniyle maliyet tasarrufu olmayan hastaneler	% 60	% 25
SKİ/TKİ nedeniyle bir milyon dolardan fazla maliyet tasarrufu yapan hastaneler	% 2	% 7
Hastane başına ortalama maliyet tasarrufu	≤ 75,000 \$	250,000 \$

Önemli, ölçülebilir maliyet tasarrufu yapıldığı en sık bildirilen üç alan:

Hemşire bakım evleri hizmetleri: % 33,

Anestezi: % 28

Evde bakım hizmetleri: % 28

Hastanelerin en çok veri topladığı ve kullandığı üç durum/prosedür:

Koroner arter bypass ameliyatı: % 94

Akut Myokard infarktüs: % 80

Sezeryan ameliyatı: % 76

Hasta çıktılarında iyileşme sağlandığı en sık bildirilen üç alan:

Hastaların kendileri tarafından bildirilen fonksiyonel statülerinde artış: % 31

Şiddete göre düzeltilmiş genel mortalite oranlarında azalma: % 30

Duruma-özel, şiddete göre düzeltilmiş mortalite oranlarında azalma: % 23

1998 yılında hastanelerin SKİ/TKY faaliyetlerine yaptığı harcamalar:

Hastane başına toplam ortalama: 201, 000 \$

Yatak başına ortalama: 1, 167 \$

Yatak başına klinik bilgi sistemlerine yapılan ortalama harcama: 5, 342 \$

Kaynak: Hudson, 1999: 32.

Literatürün gözden geçirilmesi, sağlık bakımı ve diğer alanlardaki SKİ uygulamaları arasında önemli bir fark olduğunu ortaya koymaktadır: Diğer alanlardaki uygulamaların çoğu firmanın en önemli stratejik öncelik alanlarındaki merkezi süreçlerine yönlendirilmiştir. Aksine, 1990'ların ilk yıllarına kadar, ABD'de sağlık hizmetlerindeki SKİ uygulamalarının çoğu klinik süreçlerden çok hasta bakım hizmetlerine idari destek sağlayan fonksiyonlara odaklanmıştır. Bunun nedeni, karmaşık sağlık bakım örgütlerinin, birçok farklı profesyonel grubun uzmanlaşmış ilgilerini içeren karmaşık ve farklı "üretim süreçlerini" içermesi ve bakımın çıktılarını güvenilir biçimde ölçmenin güçlüğüdür. Ayrıca, anahtar "üreticilerin" (yani hekimlerin) çoğu örgütün çalışanları değildir. Bununla birlikte, kalite girişimlerinin nihai sonucu, hasta bakımıyla ilgili en önemli klinik süreçleri iyileştirme becerisinde yatar (Shortell vd., 1995: 16).

1987 yılında 21 sağlık bakım örgütü ve endüstriyel kalite yönetimi uzmanları "sağlık bakımında kalite iyileştirme ulusal demonstrasyon projesini" başlatmak üzere ilk kez Boston'da bir araya gelmiştir. John A. Hartford Foundation tarafından desteklenen ve Harvard Community Health Plan tarafından evsahipliği yapılan bu proje, şu soruyu cevaplamak üzere düzenlenmiş bir deneydi: Diğer endüstrilerin onlarla performansta atılımlar gerçekleştirdiği modern kalite iyileştirme araçları sağlık bakımında da yardımcı olabilir mi? Katılan sağlık bakım örgütleri, kendilerine atanan kalite uzmanının yardımıyla, belirli pilot projeler yoluyla kendi işleyişlerinde bu soruyu yerel olarak cevaplamak üzere ekipler oluşturmuşlardır. Haziran 1988'de raporlarını sunmuşlardır.

Ulusal demonstrasyon projesinde kalite iyileştirmeye uzun seyahat küçük adımlarla başlamıştır. Projeyi başlatanlar, proje süresinin -başından sonuna sekiz ay- köklerin yetişmesi için çok kısa olduğunu, katılanların yöntemleri öğrendiklerini fakat sadece birkaçının gerçek başarı gösterdiklerini düşünmüştür. Birkaç proje gerçekten başlamadan önce bitmiştir. Bir katılımcı, ilk konferanstan hemen sonra yönetici ayrılacağını açıkladığından projesini ertelemiştir. Bir diğeri,

uzaklık ve zaman kısıtları yüzünden kalite danışmanıya bağlantı sağlayamadığından devam etmemiştir. Üçüncüsünü, projenin finansal gerekleri vazgeçirmiştir; küçük olmakla birlikte bu gerekler, sıkı bütçe yılında sıkıntı yaratmış ve proje devam etmemiştir. Bir proje, hedeflediği problem bir açıklama olmaksızın ortadan kalktığından bitmiştir. Fakat projelerin çoğu devam etmiştir ve sonunda 21'inden en az 15'i başarılı sayılmıştır. Bu erken başarılarla daha ileri gitmek isteyenler için dersler bulunmaktadır.

Bu demonstrasyon projesinden, kalite iyileştirme için on anahtar ders çıkarılmıştır:

- Kalite iyileştirme araçları, sağlık bakımında çalışabilir.
- Sağlık bakım süreçlerini iyileştirmede fonksiyonlararası ekipler değerlidir.
- Sağlık bakımında kalite iyileştirmede için faydalı pek çok veri bulunmaktadır.
- Kalite iyileştirme yöntemlerini kullanmak eğlencelidir.
- Kötü kalitenin maliyeti yüksektir ve tasarruflar yapılabilir.
- Hekimleri katmak zordur.
- Eğitim gereksinimi erken ortaya çıkar.
- Klinik olmayan süreçler erken ilgi çeker.
- Sağlık bakım örgütleri kalitenin daha geniş bir tanımına gerek gösterebilir.
- Endüstride olduğu gibi, sağlık bakımında da kalite iyileştirmenin yazgısı, her şeyden önce liderlerin ellerindedir (Berwick vd., 1990: xvi, 144-158).

ABD'deki 38 hastanede 1995 yılında tamamlanan en son SKİ/TKY projelerinden bazılarının isimleri şunlardır:

- Temelde klinik olduğu düşünülen projeler
 - Normal vajinal doğum için erken taburcu programı
 - Acil serviste göğüs ağrısı olan hastaların belirlenmesi ve tedavisi
 - Epidural anestezi
 - Doküman tamamlanma süresi
 - Aynı gün cerrahi süreci
 - Hasta nakli ekibi
 - Yiyecek dağıtımı projesi
 - Stres ülserleri
 - Ventilatör kullanımı
 - Teşhise yönelik filmlere ulaşılabilmesi
- Temelde klinik olmadığı düşünülen projeler
 - Acil servisten diğer yerlere transfer

- Tıbbi kayıtlar
- Ödül ve çalışanların takdir edilmesi programının yeniden düzenlenmesi
- Etkili olmayan faturalama süreci
- Kurumlararası hasta transferi
- Hasta memnuniyeti
- Alma ve gönderme
- Poliklinikte bekleme süresi

Proje yöneticilerine göre, bu projelerin hepsi hastane için çok önemli sonuçlar vermiştir. Projelerin süresi 1 aydan 66 aya kadar değişmektedir (ortalama 10,7 ay) (Sales vd., 2000: 482-483).

Michigan Üniversitesi Tıp Merkezinde gerçekleştirilen 19 kalite iyileştirme projesinden (4 yıllık program) 17'sinde TKY faydalarının masraflardan büyük ya da eşit olduğu, bütün personelin yaşam kalitesinde ve hasta memnuniyetinde artış sağlandığı; Melbourne'deki Royal Victoria Göz ve Kulak hastanesinde, TKY ile 1991/1992 mali yılında 351,589 \$, 1992/1993 mali yılında 326,787 \$ tasarruf sağlandığı, planlanmamış hastaneye tekrar yatış, ameliyat sonrası enfeksiyon ve hastanede kapılan enfeksiyon oranlarında düşüş sağlandığı; Massachusetts Genel Hastanesinin göğüs cerrahi departmanında belirli bir ameliyat için standart hasta tedavi planı (pathway) oluşturularak, hasta başına ortalama maliyette % 8 azalma, tekrar yatış ve mortalite oranlarında değişme olmaksızın ortalama yatış süresinde azalma olduğu belirtilmiştir (Jarlier ve Charvet-Protat, 2000: 127).

1995 yılında ABD ve Kanada'da yapılan bir araştırmada, SKİ uygulayan hastane yöneticilerinin, SKİ'nin geçici bir moda olmadığına ve hastanelerinin yaşaması için gerekli olduğuna inandıkları bulunmuştur (Chan ve Ho, 1997: 525).

TÜRKİYE

2000 yılı itibarıyla Türkiye'de toplam 1226 hastane bulunmaktadır. Bunların yaklaşık dörtte üçü Sağlık Bakanlığına ya da Sosyal Sigortalar Kurumuna (SSK) aittir. Sağlık Bakanlığına bağlı 744 hastane toplam hastanelerin % 60.7'sini, SSK'ya bağlı 118 hastane ise toplam hastanelerin % 9.6'sını oluşturmaktadır. Toplam hastane yataklarının % 49.9'u Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, % 16.2'si SSK hastanelerinde bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2001: 70).

1998 yılında Sağlık Bakanlığında "kalite yönetimi şube müdürlüğü" kurulmuştur. Şubenin amacı; Bakanlığa bağlı yataklı tedavi kurumlarındaki hizmet sunumu ile ilgili vizyon, misyon ve ilkeleri belirlemek, hizmet alanları, insan kaynakları, hasta memnuniyeti, maliyet ölçümleri, hasta hakları, akreditasyon, hizmet kalitesi, vb. çalışmalar ile sağlık alanındaki değişim ve gelişmeler doğ-

rultusunda hizmetlerin standardize edilmesi ve toplam kalite yönetimi felsefesinin Sağlık Bakanlığı yataklı tedavi kurumlarına profesyonel bir yaklaşımla adaptasyonunu ve kurumsal değişimi sağlamaktır.

Sağlık Bakanlığına bağlı 32 kurumda TKY çalışmaları sürdürülmektedir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerden 2 tanesi ISO-9001, 5 tanesi de ISO-9002 Kalite Güvence Belgesi almıştır.

Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumlarında sunulan bütün hizmetlerin ve yürütülen faaliyetlerin, toplam kalite yönetimi anlayışı ile; kalite, güven, yüksek verim, motivasyon, süreklilik, rekabet, ekip anlayışı ve kalite kültürü içinde yürütülmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanan “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi” (T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2001) 30 Ekim 2001 tarihinde yürürlüğe girmiş ve tüm valiliklere gönderilmiştir. Böylece, TKY anlayışının kurum bünyelerinde yerleştirilmesi çalışmalarına resmen başlanmıştır (saglik.gov.tr, 2002).

Yönergenin birinci bölümünde amaç, kapsam, dayanaklar ve tanımlar, ikinci bölümünde kalite yönetiminin uygulama esasları, üçüncü bölümünde kalite konseyinin oluşturulması, görev ve sorumlulukları, dördüncü bölümünde kalite geliştirme ekibi, eğitici ekip ve kalite kontrol çemberleri üzerinde durulmaktadır. Yönergenin son bölümünde ise “Yataklı tedavi kurumları mevcut branşlarına, personel durumuna ve iş yoğunluğuna göre kendi Kalite Yönetimi Çalışma Sistemi İç Hizmet Yönergesini hazırlar ve Bakanlığın onayını takiben yürürlüğe koyar” hükmü yer almaktadır.

Yönergeye göre, yataklı tedavi kurumlarında kalite yönetimi uygulaması ile ilgili faaliyetler, aşağıda belirtilen esaslar çerçevesinde yürütülür:

- Kalite konseyi tarafından, kalite yönetimi uygulamaları konusunda bir plan geliştirilmesi,
- Sağlık hizmetlerinden yararlananların memnuniyetlerini sağlayıcı tedbirlerin alınması,
- Personelin katılımını sağlayarak, ekip ruhunu oluşturacak planlama ve uygulamaların yapılması,
- Kalite uygulamaları çerçevesinde kaynakların etkili ve verimli kullanılması,
- Hedeflere ulaşmak amacıyla hizmetlerin sürekli ölçülmesi,
- Faaliyetlerin kayıt ve dokümanite edilerek, sonuçların tüm personele duyurulması,
- Sistemin sürekli gözden geçirilmesi, geliştirilmesi, iyileştirilmesi ve bu amaçla hizmet etmesi için kalite yönetiminin uygulanması,
- Personelin potansiyelini kullanabileceği çalışma ortamının sağlanması,

- Kalite yönetimi konusundaki değişim ve gelişmelere paralel olarak, hizmet kalitesinde sürekliliğin sağlanması amacıyla, personelin sürekli öğrenmesine yönelik bir sistem getirilmesi ile personel niteliğinin yükseltilerek, hizmet kalitesinde mükemmelliğin yakalanmaya çalışılması,
- Personele çözümün bir parçası olmak anlayışının benimsenmesi,
- Hizmet sunumunda iş görenlere kalitenin geliştirilmesinin bütün personelin işi olduğu anlayış ve yaklaşımının benimsenmesi,
- Kurumsal ve bireysel amaçlar arasında denge sağlayarak iş tatmininin göz önünde bulundurulması,
- Kurumda kalite kültürünün oluşturulması.

Sağlık Bakanlığı tarafından üst düzey yönetimin TKY konusunda bilgilendirilmesi ve kalite anlayışının geliştirilmesi amacıyla tüm bölgeleri kapsayacak Bölgesel Eğitim Toplantıları başlatılmıştır. Ayrıca, kalite geliştirme ekibi üyelerine yönelik TKY bilinçlendirme eğitim programı ile denetim ve değerlendirme programının başlatılması; çerçeve dokümantasyon hazırlık komisyonu, kalibrasyon çalışmaları değerlendirme komisyonu, kalite yönetimi danışma komisyonu oluşturulması ve TKY sorun-çözüm bankası kurulması planlanmaktadır (Gökmen, 2002).

Ülke nüfusunun yaklaşık yarısına sınırlı kaynaklarla sağlık hizmeti veren SSK sağlık tesislerinde sunulmakta olan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik olarak, öncelikle alt yapısı uygun olan 32 hastanede ISO 9000 grubu standartların uygulanması çalışmaları başlatılmıştır. Diğer yandan konu ile ilgili olarak Türk Standartları Enstitüsü ile işbirliği içine girilerek söz konusu Enstitüden eğitimler alınmıştır. ISO 9000 çalışması yürütülen 3 SSK hastanesinde ayrıca "Sürekli Kalite İyileştirme Modeli"nin uygulanması planlanmış olup, söz konusu uygulamanın diğer hastanelerde de ISO 9000 çalışmaları ile birlikte yaygınlaştırılması amaçlanmıştır.

30.11.2001 tarihi itibarı ile hizmet standardını ISO-9002 Kalite Güvence Belgesi ile belgelendirmeye hak kazanmış hastane sayısı 13'e ulaşmıştır. 2002 yıl sonu itibarıyla en az 40 hastaneye ISO-9002 Kalite Belgesi alınması hedeflenmektedir. Bu amaçla söz konusu 32 hastane dışında 62 sağlık tesisi tarafından kalite çalışması yapmak üzere gönüllü olunduğuna dair Sağlık İşleri Genel Müdürlüğüne başvuruda bulunulmuş ve bu sağlık tesislerinde de eğitim çalışmaları sürdürülmektedir.

Konu ile ilgili alınan eğitimler ve yapılan çalışmalar hastane personeli ve hastaneler arası iletişimi artırmış, kurum kültürü oluşmasına yardımcı olmuş ve çalışanların hastanelerini benimsemelerine, bir takım olarak çalışmalarına katkıda bulunmuştur (T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2001: 368-369).

SONUÇ

Fransa, Almanya, Rusya, Kore ve ABD'deki uygulamalar TKY'nin farklı sağlık sistemlerinde nasıl kullanılabileceğinin örneklerini göstermektedir. Bir ülkedeki kalite iyileştirme faaliyetleri, ülkenin sağlık bakım sistemi, sosyal değerleri, sağlık reformu, kalite güvencesinin tarihçesi, kalite dili ve politikalarından etkilenmekle birlikte (Ovretveit, 1997: 7), başarı için bazı faktörlerin bulunması gerektiği söylenebilir.

Hastanelerde TKY'nin başarılı olabilmesi için dört kritik faktör vardır. Eğer bunlar olmazsa büyük bir olasılıkla süreç duracak ya da başarısız olacaktır. Kritik başarı faktörleri şunlardır: müşteri odaklı vizyon, değişim kapasitesi, değişim eşiği ve değişim planı. Örgütsel liderlik kalite iyileştirme sürecini uygulamaya karar verdiğinde, müşteri odaklı bir vizyon cümlesi ve örgütü vizyon doğrultusunda yönlendirecek bir stratejik plan gereklidir (Gaucher ve Coffey, 1993: 103).

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesine göre, kurumun kalite yönetimi konusundaki misyon, vizyon ve ilkelerini belirleyerek hizmet sunumuna yönelik politikalar geliştirmek ve bu politikalara uygun stratejik planlamaları yapmak, kalite konseyinin görev ve sorumlulukları arasında yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2001: Madde 10).

TKY'nin uygulanması için gereken büyük örgütsel değişim, insanlara değişim kapasitesi ve yeteneği sağlayan bir destek sistemi olmaksızın gerçekleşmeyecektir. Örgütsel kapasite güçlü bir eğitim programı ile artırılır. Kalite araçları ve bilgi sistemleri de kapasiteyi artırabilir (Gaucher ve Coffey, 1993: 105-107). Gerek Sağlık Bakanlığı gerekse SSK konu ile ilgili eğitime önem vermektedir.

Değişim için gereken enerjiyi yaratmak için bir ağırlık eşiğine ulaşılması ve bunun fark edilmesi gerekir. Değişim ihtiyacı hissedilmelidir yoksa değişim olmayacaktır. Sağlık Bakanlığının hazırladığı yönerge ve başlattığı eğitim toplantıları, değişim ihtiyacını hissettirmede önemli adımlar olarak nitelenebilir.

Değişim çok hızlı ya da çok yavaş olmamalıdır. Eğer insanlar değişim için gereken yetenek ve niteliklere sahip olmadıklarına inanıyorlarsa değişim gerçekleşmeyebilir. Kalite konseyi, atılacak adımları ve bu adımların sırasını belirlemek için çevreyi ve değişime hazırlık durumunu değerlendirmelidir. "Örgütsel hazırlık" durumuna aşağıda tekrar değinilmektedir.

Açık, adım-adım belirlenmiş bir stratejik plan yoksa, kalite sürecinde yanlış başlangıçlar ve bir çok hayal kırıklıkları olacaktır. Çoğu kişi, plansız bir ev inşa etmeyi düşünemez. Fakat bir çok hastane plansız kalite iyileştirme sürecine başlamıştır. Bir plan olmaksızın araçlar problemlere uygulandığında, kaos ortaya

çıkabilir. Ekipleri oluşturmada önce baştan bir plan geliştirmek, zaman ve enerji tasarrufu sağlayacaktır.

Bir kalite planı geliştirme, stratejik planlama sürecini izlemelidir. Önce, yönetici grup, geniş örgütsel amaçlar ve bunlara ulaştıracak araçları geliştirmelidir. Sonra, sorumluluklar verilmeli ve bu sorumlulukları karşılayacak kaynaklar sağlanmalıdır. Daha sonra, gereken değişiklikleri destekleyecek eğitim programları geliştirilmeli ve yeni davranışları pekiştirecek bir ödül ve tanınma süreci yaratılmalıdır. Son olarak, amaçlara göre performansı gözden geçirmek için bir değerlendirme süreci oluşturulmalıdır (Gaucher ve Coffey, 1993: 108-109).

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesinde stratejik planlamaların yapılacağı, kalite yönetiminde görev alacak organların nasıl oluşturulacağı, görev ve sorumlulukları, eğitimin ve iç kalite tetkikinin nasıl sağlanacağı, gerekli kaynak ve imkanların harekete geçirileceği belirtilmekte; ancak, bir ödül ve tanınma sürecinden bahsedilmemektedir. Oysa, TKY yaklaşımı kaliteyi iyileştirenlerin tanınmasını ve ödüllendirilmesini gerektirir.

Parasal bedel, ödül sisteminin sadece bir parçasıdır. Çalışanlar kendilerine adil bir şekilde ödeme yapıldığını hissettikten sonra diğer faktörler önemli hale gelir. Çalışanların çoğu gelişme fırsatları, artan sorumluluk, tanınma ve başarı ile iyileştirmeye motive olurlar. Etkili bir ödül ve tanınma programının ilk adımı şimdiki çevrenin incelenmesidir. Kültürün, yenilik, yaratıcılık ve ekip çalışması için uygun iklimi yaratacak şekilde değiştirilmesi gerekebilir (Gaucher ve Coffey, 1993: 281-283).

Sağlık Bakanlığı ve SSK'nın desteği, Kore'de olduğu gibi, üst yönetimin ve hastane personelinin kalite iyileştirme programlarını uygulamasını kolaylaştırabilir. Ancak, devlet hastanelerinin katılımcı liderlik ve demokratik süreç konusunda çok az deneyimi olduğundan, Kore'deki gibi, "örgütsel hazırlık," TKY/SKİ programlarının başarılı şekilde uygulanması için kritik bir önemlilik olabilir.

Bir TKY ya da SKİ çerçevesini başlatmadan önce örgütsel hazırlık stratejilerine zaman ve çaba harcayarak başarı olasılığı anlamlı şekilde artırılabilir. Bu stratejiler hem zamandan hem de paradan tasarruf sağlarken gereksiz karışıklık ve direnci azaltabilir. Bir kalite yönetimi yaklaşımına hazırlık; stratejik liderlik, vizyon perspektifi ve pozitif kültürden oluşan çevresel faktörler üzerine odaklanmalıdır. Geleneksel otokratik yönetim hiyerarşisini kullanan örgütlerin, bir kalite sistemini başarılı olarak uygulayabilmek için, tutumlar ve işleyişle ilgili büyük değişiklikler yapmaları gerekecektir (Penland, 1997: 69-70).

TKY ya da SKİ sistemini uygulamayı düşünen örgütlerin böyle bir çaba için şimdiki hazırlık durumlarını değerlendirmeleri gerekir. Bu örgütler, personelin örgütün vizyonunu anlayıp anlamadıklarını ve buna ulaşmak için gerekli iyileş-

tirmeleri yapmaya istekli olup olmadıklarını belirlemelidir. Şimdiki liderliğin, liderlik sürecini paylaşmak üzere, hiyerarşik pozisyonlarına bakmaksızın örgütteki tüm çalışanları güçlendirmek için yeterince esnek olup olmadığı da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu iki faktör, şimdiki çevresel kültürün değerlendirilmesiyle birlikte, karar vericilerin, kalite yönetimi yapısını başlatma ya da örgütü bu büyük değişikliğe hazırlayacak daha az masraflı ilk adımları uygulama sırasında seçim yapmalarına yardım edecektir. Gelecekteki yönleri hakkında açık bir görüşe sahip olmayan, katı bir merkezi kontrolü olan ve negatif çevresel kültüre sahip olan örgütler, TKY ya da SKİ sistemlerini uygulamaya koymadan önce, pozitif stratejik liderlik tarzları, vizyon, misyon ve kültür oluşturmaya yardım edecek eğitim ve geliştirmeye ilgili faaliyetleri uygulamayı düşünmelidir (Penland, 1997: 71-72).

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yapılan bir örgüt kültürü araştırmasında; amaçlarda birlik, iletişim, çalışanların karar vermeye katılımı, insan kaynaklarının etkili kullanımı, örgütsel birlik ve bütünlük, çalışanların morali, özerklik, problem çözme, yenilikçilik ve adaptasyon yeterliliği düzeylerinin “orta” derecede olduğu bulunmuştur (Özdemir ve Yalın, 1998: 1-49). Bu araştırma, Sağlık Bakanlığı hastaneleri için örgütsel hazırlığın önemini ortaya koymaktadır.

Türkiye’de de, Fransa, Rusya ve ABD’de olduğu gibi bir “sağlık bakımında kalite iyileştirme ulusal demonstrasyon projesi” başlatılarak, hastanelerde TKY/SKİ programlarının uygulanmasında kritik başarı faktörleri belirlenebilir ve bu tür yaklaşımların uygulanabileceği, başarılı olabileceği gösterilerek hastaneler motive edilebilir. Projeler, Rusya’da olduğu gibi, topluma sağlık yükü, topluma ve sağlık bakım sistemine mali ve kaynak yükü, mevcut uygulamalarla karşılaştırıldığında iyileştirme potansiyeli ve uygulanabilirliğine göre seçilebilir.

Kalite iyileştirme faaliyetleri ulusal çapta uygulanmadan önce pilot hastanelerde uygulanırsa, Sağlık Bakanlığı, kalite yönetimi stratejisini daha geniş uygulamadan önce değiştirme ve uyarılama imkânı bulabilir (Kaya, 2000: 14). Demonstrasyon projesi, bu amaca da hizmet edebilir.

Kalite yönetimine artan ilgi, Sağlık Bakanlığı ve SSK’nın bu doğrultudaki çabaları, Türkiye’deki hastanelerde TKY’nin uygulanması için pozitif güçleri oluşturmaktadır. Ancak, yöneticilerin, TKY’nin uygulanacağı hastanelerde, örgütsel hazırlık durumunun yeterli olduğundan, özellikle örgüt kültürünün TKY’nin uygulanması için elverişli olduğundan ve TKY faaliyetleri için -TKY altyapısı, bilgi sistemleri, ödül sistemleri, vb. gibi- yeterli kaynakların ayrıldığından emin olmaları gerekmektedir.

SKİ, yabancı otlarla dolu bir bahçede yetişen güzel bir gül olarak düşünülebilir. “Yabancı otlar” herkes tarafından iyi bilinir: profesyonel siperler, rekabet eden öncelikler, örgütsel atalet, uygun bilgi sistemlerinin olmayışı, bunlardan sadece birkaçıdır. SKİ gülünün yetişmesi için; verimli bir toprağa (kabul edici

bir örgüt) dikkatle dikilmesi, sürekli ilgi gösterilmesi (sürekli liderlik), yeterli miktarda ışık (eğitim ve destek) ve su (ölçüm ve veri sistemleri) verilmesi ve zararlı haşarattan (çok külfetli düzenlemeler ve dar fikirler) korunması gerekir. (Shortell vd., 1998: 605).

KAYNAKÇA

- Berwick, Donald M. (1989), "Continuous Improvement as an Ideal in Health Care", *The New England Journal of Medicine*, Vol. 320, No: 1, Jan. 5, s. 53-56.
- Berwick, Donald M.-Godfrey, A. Blanton.-Roessner, Jane (1990), *Curing Health Care*, Jossey-Bass Inc., Publishers, San Francisco, California.
- Chan, Yee-Ching Lilian ve Ho, Shih-Jen Kathy (1997), "Continuous Quality Improvement: A Survey of American and Canadian Healthcare Executives", *Hospital & Health Services Administration*, Vol. 42, No: 4, Winter, s. 525-544.
- Gaucher, Ellen J ve Coffey, Richard J. (1993), *Total Quality in Health Care From Theory to Practice*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, California.
- Gökmen, Ceyhan (Sağlık Bakanlığı Kalite Yönetimi şube Müdürü) ile yapılan görüşme, 28.5.2002.
- Hudson, T. (1999), "Chartbook. Quality Checkup", *Hospitals and Health Networks*, Vol. 73 No: 8, Aug., s. 32.
- Jarlier, Agnes ve Charvet-Protat Suzanne (2000), "Can improving quality decrease hospital costs?", *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 12, No: 2, s. 125-131.
- Kaya, Sıdika (2000), "Developing a Quality Management Program for the Ministry of Health Hospitals in Turkey", Research Paper, Takemi Program in International Health, Harvard School of Public Health, Boston, USA.
<http://www.hsph.harvard.edu/takemi/index.html> (27.5.2002).
- Kim, Chang-Yup ve Cho, Sung-Hyun (2000), "Institutionalization of quality improvement programs in Korean Hospitals", *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 12, No: 5, s. 419-423.
- Maguerez, Georges (1997), "The CQI/TQM Journey in France", *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, Vol. 23, No: 1, January, s. 33-37.
- Ovretveit, John (1997), "Would It Work for Us? Learning from Quality Improvement in Europe and Beyond", *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, Vol. 23, No: 1, January, s. 7-22.
- Özdemir, Servet ve Yalın, H. İbrahim (1998), *Sağlık Bakanlığı Örgüt Kültürü Araştırması*, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü,
<http://www.spgk.saglik.gov.tr/dokuman.html> (27.5.2002).
- Paeger, Axel (1997), "Quality Improvement in Germany", *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, Vol. 23, No: 1, January, s. 38-46.

- Penland, Teck (1997), "A Model to Create "Organizational Readiness" for the Successful Implementation of Quality Management Systems", *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 9, No: 1, s. 69-72.
- Richards, Kent F. (1994), "Developments in total quality management in the United States: the Intermountain Health Care perspective", *Quality in Health Care*, Vol. 3, Supplement, s. S20-S24.
- (<http://www.saglik.gov.tr> 10.6.2002).
- Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2001), *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2000*, Yayın No: 634, Ankara.
- Sales, Anne- Moscovice, Ira- Lurie, Nicole (2000), "Implementing CQI Projects in Hospitals", *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, Vol. 26, No: 8, August, s. 476-487.
- Shortell, Stephen M- Levin, Daniel Z.- O'Brien, James L.- Hughes, Edward F.X. (1995), "Assessing the Evidence on CQI: Is the Glass Half Empty or Half Full?", *Hospital & Health Services Administration*, Vol. 40, No: 1, Spring, s. 4-24.
- Shortell, Stephen M- Bennett, Charles L- Byck, Gayle R. (1998), "Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice: What It Will Take to Accelerate Progress", *The Milbank Quarterly*, Vol. 76, No: 4, s. 593-624.
- T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı. (2001), *Yeniden Yapılanma ve Yeni Atılımlar*, 1. Baskı, Semih Ofset Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2001), *Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi*, Tarih: 30.10.2001, Sayı:10311.
- Tillinghast, Stanley J. (1998), "Can Western Quality Improvement Methods Transform the Russian Health Care System?", *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, Vol. 24, No: 5, May, s. 280-298.