

1.BİRİNCİ BÖLÜM

1.1.ÇALIŞMANIN AMACI

Sağlık hizmetlerinde kalite değerlendirmesinde hizmet alanların memnuniyetinin ölçülmesi, diğer alanlardaki hizmet niteliklerinin değerlendirilmesine oranla büyük sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Buradaki başlıca neden, hizmet alan kişilerin, hizmetin niteliğini değerlendirecek bilgi ve birikime sahip olmamalarıdır. Sağlık hizmeti ve tıp hizmeti niteliği itibariyle, karmaşık ve sağlık alanı dışında kalan kişilerce değerlendirilmesi imkansız bir hizmettir. Burada doğru ayırıcı tanı yapıp yapılmadığı, tanıya varmak için hangi testlerin kullanılacağı, bu testlerin nerelerde yaptırılacağı, tedavinin neleri içerdiği, ne kadar süreceği, iyileşme olup olmayacağı, iyileşmenin ne kadar zaman alacağı gibi birçok önemli konu vardır.

2005 yılında Sağlık Bakanlığı'nın kendine bağlı hastanelerde kurduğu kurumsal performans sistemi konusunda yaygın tartışmalar vardır. Burada hastanelerde üretilen hizmet büyük ölçüde niceliksel olarak ele alınmaktadır (www.saglik.gov.tr). Diğer taraftan sağlıkta kalite kavramının yaygınlaşmasıyla, hastane performans göstergesi olarak hasta memnuniyeti, önemli bir performans değerlendirme kriteri olarak sunulmaktadır. Bu iki değişkenin geçerliliği ve ilişkileri konusunda yeterli sayıda araştırma yoktur.

Tezimizin amacı hasta memnuniyetinin güvenilirliğini, memnuniyetin hastaya ve hastaneye ait hangi faktörlerden etkilendiğini araştırmaktır. Ayrıca ölçebildiğimiz hastane performans göstergeleriyle hasta memnuniyet ilişkisini göstermeyi amaçladık. Sonuçta hasta memnuniyetinin hastane performansını ne ölçüde yansıtabileceğini göstermek istedik.

Sağlıkta kalite ve hasta memnuniyetlerini çeşitli yönleriyle inceleyen çalışmamız beş ana bölümden oluşmaktadır. İlk bölümünde çalışmamızın amacını belirttik.

İkinci bölümde, sağlık hizmetleri hakkında bilgi vererek sağlık hizmetlerinde kalite, hastanelerdeki hizmet kalitesi, hizmet kalitesinin ölçülmesi, hastane performans göstergeleri, hasta ve hasta yakınlarının memnuluk anketleri ele alınmaktadır.

Üçüncü bölüm materyal ve yöntemden oluşmaktadır.

Dördüncü bölümde yapılan anketler sonucunda elde edilen bulgulardan ve objektif performans sonuçlarından bahsettik.

Son bölümde ise, tartışma ve sonuç yer almaktadır.

2.İKİNCİ BÖLÜM

2.1.ÇALIŞMANIN KAPSAMI

2.1.1.Tanımlamalar ve Genel Bilgiler

Son yıllarda tüm dünyada sağlık hizmetlerinde değişim çok önemli bir konu haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Dünya Bankası, Ulusal ve Uluslar arası ilgili kurumlar sağlık hizmetlerinde değişime dikkati çekmekte ve raporlar yayınlamaktadırlar. Bu raporların hemen hepsinde bazı ortak noktalar dikkati çekmektedir.

Küresel olarak değerlendirildiği zaman sağlık hizmetinde üç ana amacın olması gerektiği ortaya çıkmaktadır:

- 1) Herkese gerekli ve uygun hizmeti sunmak.
- 2) İsrafi ortadan kaldırmak ve gerekli hizmeti daha etkin sunmak.
- 3) Kalite düzeyini iyileştirmek ve klinik uygulamalardaki farklılıkları azaltmak.

Sağlık hizmeti sunanların ve bu hizmeti ödeyenlerin (devlet, sigorta kurumları, işveren, v.b.) herkese gerekli ve uygun olan sağlık hizmetini belirlemesi ve bunun sunulmasını sağlaması gerekir. Sağlık hizmeti kullanımında “fazla kullanım, az kullanım ve yanlış kullanım” en sık karşılaşılan kullanım şekilleridir. Bunların hepsi de sonuç olarak sağlık hizmeti harcamalarında israfa yol açar. Amaç, israfı en aza indirmek ve verilmesi gerekli hizmeti en etkin şekilde sunmaktır. Sağlık hizmetlerinde maliyeti ve verilen hizmetin kalitesini etkileyen en önemli faktör, klinik uygulamalardaki farklılıklardır. Hizmet sunumunun belli bir standartta olması hem maliyetteki hem de kalitedeki farklılıkları en aza indirecektir (Ak ve Sevin, 2000: 25-32).

Sağlık hizmetinde bir değişimi gerçekleştirebilmek için öncelikle şu üç soruya cevap aramak gerekir:

Sağlık hizmetini nasıl sunuyoruz?

Sunulan sağlık hizmetini nasıl değerlendiriyoruz, ölçüyoruz?

Sunulan sağlık hizmetini nasıl iyileştireceğiz?

Bu sorular sorulduğunda bugün sağlık hizmetinin içinde olduğu sorunlar çok açık olarak ortaya çıkacaktır. Ancak bu soruların sorulması sadece sorunların ortaya çıkmasına yardımcı olmayacak, bazı önemli çözüm yöntemlerinin de tanımlanmasını beraberinde getirecektir.

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için altı öncelikli konuya dikkat çekilmektedir.

1) Daha güvenli sağlık hizmeti sunumu: Özellikle son beş yıldı tıbbi hatalar, nedenleri ve önleme yöntemleri konuları çok önem kazanmıştır. Hastalara ve tüm sağlıklı kişilere daha güvenli bir sağlık hizmeti sunulması en önemli öncelik haline gelmiştir.

2) Sunulan hizmetin en etkili tanı, tedavi veya koruyucu yöntem olması: Bugün sağlıklı olma, sağlıklı kalma ile sağlık hizmeti kavramlarının birleştirilmesi gerekmektedir. Toplum ne kadar sağlıklı ve sağlıklılık süresi ne kadar uzun ise, toplumun kazancı o kadar fazla olacaktır. Hastalık tanısının ve tedavisinin en etkili yöntemlerle en kısa sürede ve en doğru şekilde yapılması da israfı en aza indirecektir.

3) Hasta odaklı sağlık hizmeti: Sağlık hizmetlerinde değişimin özü hasta odaklı olmakla başlamaktadır. Önemli olan hastanın değerleri ve hastanın ihtiyaçlarıdır. Sağlık hizmeti sunanın hastanın ihtiyaçlarını kanıtı dayalı şeffaf bir sistemde, hastanın da içinde bulunduğu bir karar verme mekanizması ile çözmesi gerekmektedir.

4) Hizmetin zamanında verilmesi: Sağlık hizmetine ulaşabilme ve zamanında yararlanabilme yeni sağlık hizmeti kavramının temel taşlarından birisidir.

5) Sağlık hizmetinde verimlilik: Sunulan hizmetin verimliliğinin ölçülmesi gerekmektedir. İsrafın önlenmesi için uygulamalar arasındaki farklılıkların en aza indirilmesi gerekmektedir.

6) Sağlık hizmeti sunumunda eşitlik: Sağlık hizmeti sunumunun bölge, cinsiyet, ırk, renk ayrımı yapılmaksızın her ihtiyacı olana eşit olarak sunulması gereklidir.

2.2.KALİTE KAVRAMI

Yaşanan sürekli değişimler kalitenin farklı şekillerde tanımlanmasına neden olmuştur. Günlük hayatımızda sıkça kullandığımız bir sözcük olan kalite, genellikle subjektif bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır. Bir mal ya da hizmet, amacımıza uygun olduğu, istenilen zaman, miktar ve düzeyde olduğu yani tatmin sağladığı sürece kaliteli olarak nitelendirilmektedir (Subaşilar, 1999: s:1)

Sosyal bilimlerdeki diğer yaygın kullanımı olan kavramlar gibi “kalite” kavramı konusunda da ortak bir tanımdan söz etmek pek mümkün değildir. Farklı bakış açlarına göre farklı tanımlara gidilmektedir. Bunlardan bazıları şöyledir:

Kalite bir düşünce veya madde değildir. Tanımlanamaz fakat ne olduğu bilinir.

İhtiyaçları karşılama yeteneğidir (Edwards, 1968).

Belli bir ürünün, belli bir müşterinin ihtiyacını karşılama derecesidir (Gilmore, 1974).

Ürünün, müşteri tercihlerine uygunluğudur (Kuenh & Day, 1962).

Kullanıma uygunluktur (Juran, 1988).

İsteklere uygunluktur (Crosby, 1979).

İlk seferde doğrusunu yapmaktır (Price, 1985).

Kabul edilebilir bir maliyete sahip mükemmellik derecesidir (Broh, 1982).

Belli bir ürünün, tasarım veya spesifikasyonlara uygunluk derecesidir (Feigenbaum, 1983).

Kalite, bir mal veya hizmetin belirli gerekliliği karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerin tümüdür (ASQC - Amerikan Kalite Kontrol Derneği).

Kalite, ürün ya da hizmeti ekonomik bir yoldan üreten ve tüketici isteklerine cevap veren bir üretim sistemidir (JIS - Japon Sanayi Standartlar Komitesi).

Kalite, ürünün sevkiyattan sonra toplumda neden olduğu en az zarardır (Genichi, Taguchi).¹

Bu tanımlardan hareketle burada bizim çalışmamız bağlamında operasyonel bir tanım yapmak gerektiğinde şunu söyleyebiliriz:

Sağlıkta kalite, kalite yönetimi anlayışı ile gerçekleştirilebilecek bir hedef olarak değerlendirilmektedir. Kalite yönetimi; organizasyonda liderlik, yönetim, insan, sistem ve ürün kalitesinin bir arada sürekli olarak geliştirilmesini; kalite geliştirme, kalite planlama ve kalite kontrol çalışmalarının yapılmasını ve aynı zamanda kalite

¹ Konu İle İlgili Ayrıntılı Bilgi İçin Bkz. Ridvan Bozkurt, Aynur Odaman, “ISO 9000 Kalite Güvence Sistemleri”, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları No:549, Ankara 1997, s:4-5.

güvence sistem standartlarının oluşturulmasını amaçlayan yönetim anlayışı olarak tanımlanabilir (Aktan, 1999: s:1). Bunun sağlık sektöründeki karşılığı “hasta mutluluğu” biçiminde tarif edilebilir. Doğru teşhis, doğru tedavi, beklemeksizin ve güler yüzlü hizmet, temiz hastane, ferah bir ortam, uygun fiyat, vb. gibi hastanın mutluluğuna dönük faaliyetler bütünü, sağlıkta kalitenin unsurları olarak değerlendirilebilir (Morgil ve Küçükçirkin, 1995: s:33).

Kamu hastaneleri ve kalite kavramlarını bir arada düşünmeye alıştığımız günümüzde kaliteli sağlık hizmetinin verilebilmesi için, her basamakta hizmeti gerçekleştiren personelde kalite anlayışının yerleşmesi temel şarttır (Aksel, 2004; s:92).

Günümüzde yaşanan hızlı değişim ve gelişime uyum çabası, rekabet ortamı ve mevcut ekonomik koşullar Toplam Kalite Yönetimi olgusunu gündeme getiren faktörler olarak değerlendirilmektedir

2.3.SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE KALİTE YÖNETİMİ

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yaratılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin farklı özellikleri bulunmaktadır. Öncelikle sağlık hizmetinin arz ve talebi arasında eşitsizlikten söz edilebilir. Sağlık piyasalarında tüketicilerin satın alacakları mal ve hizmetlerin miktar ve kalitesini tayin etmeleri zordur. Sağlık hizmetleri, diğer piyasalardaki mal ve hizmetlerin aksine standart değildir ve tüketiciler çoğunlukla satın aldıkları hizmetin özellikleri hakkında ya yanlış ya da iyi ihtimalle yanlış bilgi sahibidirler. Öte yandan sağlık hizmetinin tüketimi rastlantısaldır ve hastanın, hastalık riskine bağlı olarak yapacağı masraflar belirsizdir. Bu durum sağlık hizmeti talebinin belirsiz olmasına neden olmaktadır. Bireyler hizmetin niteliği ve niceliği hakkında çoğunlukla bilgi sahibi değildir ve yine onların pazarlık şanslarından söz etmek pek mümkün değildir. Ayrıca, kâr amacı güden ve gütmeyen kurumlarca sağlanmaktadır ve sağlık hizmetlerinin maliyetleri ile fiyatları arasında zayıf bir korelasyondan söz edilebilir (Ak ve Sevin, 2000: 25-32).

Bu özelliklerde özgün bir hizmetin sunulduğu sağlık kurumlarında kalite, birçok kuruma göre çok daha hayati ve öncelikli bir öneme sahiptir. Sağlık; Dünya Sağlık Örgütü'nce (WHO) ölçümlenmesi oldukça karmaşık bir tanımlama biçimi ile "bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hali" olarak ifade edilmektedir. Sağlık Sistemi ise, sağlık tanımı kapsamındaki gereksinimleri içeren, karmaşık ve birbiri ile etkileşim halindeki öğeler bütünü olarak ifade edilebilir (Özalp ve diğerleri, 2000; s:244).

Sağlıkta kalite için sağlık sistemi ile ilişkili sektörlerin, yüksek kaliteyi minimum maliyette ve en kısa sürede sunmayı hedefleyen bir biçimde lojistik unsurları sağlamaları bir gerekliliktir. Sunulan hizmetin ulaşılabilir, etkili ve kaliteli olması, sağlık hizmeti talep eden tarafların memnuniyetini arttıracak önemli bir konudur.

Kalite, sağlık sektöründe farklı anlamlar içermektedir. Kaliteyi sisteme hakim kılmanın yolu, farklı beklentilerin dikkate alınması ve izlenmesidir. Tedarikçilerin, hastaların ve doktorların farklı beklentileri arasında mutlaka denge kurulmalı ve "hesap verebilir" niteliklere sahip bir sistem tasarlanmalıdır (McGlynn, 1997; s:7; Aktaran, Asunakutlu; tarihi belirtilmemiş).

Doğal olarak 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerinin görüldüğü hastaneler de sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından önemli bir yere sahiptir. Hastanelerde sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin artırılması konusu, çalışmamız boyunca ele alınmaktadır.

Öncelikle kalite; müşteri isteklerini önceden tahmin ederek, beklentilerinin ötesine geçmek, ürünün ve hizmetin doğal yaşamı boyunca müşteriye memnun etmek olarak tanımlanabilir (Yamak, 1998; s:86). Sağlık açısından değerlendirildiğinde, hasta beklentilerinin karşılanması ve bunun bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik halinin ölçülmesi oldukça güç ve karmaşık bir süreçtir. İyilik haline erişim, iyilik sonucunu doğuran hizmetlerin kalitesine bağlıdır. Kalite sözcüğü hangi ürün ve hizmet için kullanılıyorsa, onun gerçekte ne olduğunu belli etmek amacını taşımaktadır. Ancak iyilik haline yol açan en önemli hizmet alanı olarak sağlıkta iyinin ve kalitenin ne olduğu konusunda hizmeti alanın bilgi ve değerlendirmesi zaman zaman yeterli gelmemektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastaneleri; “hastaları kontrol altında tutan, tanı ve tedavilerinin yanı sıra rehabilitasyon hizmetleri veren sağlık kuruluşları” olarak tanımlamıştır. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde hastaneler, “hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar” olarak tanımlanmaktadır (Özgülbaş, 1995; s:20).

Hastaneler, tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanı sıra doktorların ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi, tıbbi araştırma ve toplum sağlığı gibi hizmetleri de yerine getirmektedirler. Bu nedenle hastaneleri tıbbi bir kuruluş, ekonomik bir işletme, doktor ve diğer personeline eğitim veren bir eğitim kurumu, bir araştırma ünitesi, birçok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı sosyal bir örgüt olarak tanımlamak mümkündür. Hastaneler toplumdaki karmaşık ve dinamik kurumlar arasında yer alırlar. Hastane, sağlık ve bakım sisteminin merkezi olarak düşünülür. Hastaneler, hasta ve yaralıların tedavi edildikleri merkezler olmaları yanında, toplum sağlığının yükseltilmesinde de önemli rol oynarlar. Hasta ve yaralıların tedavisi dışında kalan hizmetler de önemlidir ve ayrıca bireylerin ve toplumun sağlığı üzerinde büyük etkide bulunmaktadır. Hastaneler, dinamik değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme sürecinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir. Hastanenin girdileri, maddi, mali ve beşeri kaynaklardan oluşmaktadır (Özgülbaş, 1995; s:21).

Hastanelerin amacı, belli düzeydeki sağlık hizmetlerini en düşük maliyette ve en yüksek kalitede sunmak olmalıdır. Hastaneler, hizmetlerini eksiksiz yerine getirebilmek için etkili bir yönetime sahip olmak zorundadırlar.

2.3.1.Sağlıkta Kalite Kontrol Programları

Kalite programlarının bazı önemli aşamaları bulunmaktadır bu aşamalardan sırasıyla söz etmek gerekirse şunları söyleyebiliriz:

a) 1. Aşama: Kriterlerin Oluşturulması

Teknolojik bilimlerde kesin çizgilerle belirlenen kalite, sağlık alanlarında bir veya birden fazla kriter yoluyla dolaylı olarak tanımlanmaktadır. Bu kriterler çeşitli özel sağlık alanlarına ait yapısal ve fonksiyonel ögeler için ayrı ayrı belirlenebilir.

b) 2. Aşama: Kriterlerde Önceliklerin Saptanması

Her özel alan için belirlenen kriterlerden hangisinin veya hangilerinin öncelikli olduğu konusunda uzlaşmaya varılır. Bu uzlaşma için bazen uzun ve geniş tabanlı tartışmalar gerekli olabilir (Williamson, 1979; 239:631-639).

c) 3. Aşama: Standardların Belirlenmesi

Öncelikleri saptanan kriterler için kabul edilebilir Standardlar belirlenir (Selbmann, 1988; 6-9).

Cerrahi girişimlerde kabul edilebilir mortalite ve morbidite oranları, eğitimlerde kazanılması gereken minimal bilgi ve beceri düzeyleri bu konu için örneklerdir. Amaç uluslar arası normlara ulaşmak olmasına karşın bazen yapısal ögeler, ülkeye ait faktörler göz önünde tutularak standardlar düşük tutulabilir.

d) 4. Aşama: Veri Toplama

Öncelikleri belirlenen kriterler çerçevesinde veri toplama çalışmaları yapılır. Bu konuda değişik yöntemler kullanılabilir:

- Varolan istatistikler (tarama sonuçları, çocuk ölümleri, ölüm istatistikleri).
- Özel olarak hazırlanan standard formların uygulanması.
- Örneklemeye alınan dosyaların, muayene kartlarının, reçetelerin incelenmesi (Random sample test).
- Hizmet ve eğitim verilen gruplara uygulanan anket formlarının değerlendirilmesi.

e) 5. Aşama: Toplanan Verilerin Standartlarla Karşılaştırılması

Özel alana ait veriler uluslar arası ve ulusal standardlarla karşılaştırılır. Bazen klinikler arası karşılaştırmalar yapılır veya örneğin aynı şehirde bulunan verilerin istatistiksel ortalaması bir standard olarak ele alınır.

f) 6. Aşama: Verilerin Ayrıntılı Analizi Çerçevesinde Geliştirme ve Düzeltme Girişimleri

Özellikle standardın altında kalan veriler yakın analize tabi tutulur. Eksiklikler yapısal öğelere bağlıysa parasal kaynak sağlama yönüne gidilir. Bazen yasal düzenlemeler, geniş kapsamlı sağlık reformları için uzun vadeli mücadeleler gereklidir. Fakat bazen çok basit tedbirlerle kısa sürede eksiklikleri gidermek ve standarda ulaşmak olasıdır. Yapılan çalışmalar, kalitede yetersizliklerin pek çoğunun hekim, hemşire ve sağlık personelinin yönetim, organizasyon ve davranış özelliklerine bağlı olduğunu göstermiştir (Reerink, 1988;14-25). Beklenenin aksine, sağlık personelinin bilgi ve beceri düzeyi, organizasyon ve davranış faktörlerinden daha az önemli bulunmuştur. Örneğin Almanya'da bir cerrahi kliniğinde inguinal herni ameliyatı komplikasyonu, standard %5 olması gerekirken %9 bulunmuş, yapılan ayrıntılı analizler sonucunda septik kat hekiminin bu ameliyatlardan muaf tutulmasına karar verilmiştir (Scheibe, 1986;10:4-5). Sadece bu uygulama sonucunda bir yıl sonra komplikasyon oranı %6.1'e inmiştir. İsviçre'de ise sadece EKO isteme formlarında ayrıntılı endikasyon belirtme zorunluluğu getirilmesi, gereksiz orderleri %31'den %20'ye indirmiştir (Conen, 1988; 10-13). Bazen hiçbir aktif girişim olmasa dahi, sadece sonucun değerlendirildiğini bilmek daha titiz bir uygulamayı beraberinde getirmektedir. Amerika'da bir hastanede kalite kontrol çalışmalarının başlamasıyla pelvik cerrahi girişimlerde uygulama hataları %80'den %30'a indirilmiştir (Baker, 1991; 303:32-4). Yine bir sigorta şirketinin ayaktan hastalarda verilen enjeksiyonların endikasyonla uyumluluğunu araştırması yanlış endikasyonlu enjeksiyonlarda %60'a varan azalmaya yol açmıştır (Brook, 1976;85:509-15).

Tüm bu aşamalardan sonra düzeltmek veya geliştirmek konusunda aktif girişim olsun veya olmasın belirli aralıklarla veri analizi devam eder ve kalite kontrol programları biyolojik geri dönüşüm sistemleri gibi çalışır (Seelos, 1989; 86:1698-1701).

2.3.2.Kalite Kontrol Programlarının Uygulanması

Değişik ülkelerde değişik organizasyonlar tarafından yürütülmektedir. Almanya'da kalite kontrol programlarını koordine eden tabip odaları, eyaletlerde çeşitli uzmanlık dalları için tabib odası, hastane başasistanları ve dernek temsilcilerinden komisyonlar kurmuştur (Selbmann, 1988;6-9). Hollanda'da ise bu komisyonlarda devlet (Sağlık Bakanlığı), sağlık sigortası temsilcilikleri de yer almaktadır (Reerink, 1988;14-25). Amerika Birleşik Devletleri'nde bir devlet

kurumu (National Institute of Health) kalite kriterlerini geliştirmekte, Standardlara uygunluk ise değişik kuruluşlar tarafından denetlenmektedir. Ayrıca bu ülkelerde, kalite kontrol programlarına yasal çerçeve sağlanarak güvenceye alınmiştır. Kalite kontrol çalışmalarının ülkemizde de başlatılması sağlık sorunlarımızın çözümünde çok önemli bir adım olacaktır. 1993-1994 döneminde Türk Tabipler Birliği adına düzenlenen “Türkiye’de Hekim İstihdamı Kurultay’ı”nın her üç toplantısında da sağlık alanında nitelik değerlendirmesinin önemi vurgulanmiş ve bu konuda ulusal bir kurumun oluşturulması talep edilmiştir.²

Sağlık hizmetlerinin bütün dünyada daha çok kamu tarafından sunulan hizmetler olması nedeniyle devlet bu konuda etkileyici rol oynamaktadır. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı’nın bu konuda önemli yeri vardır. Bunun dışında müşterilerin sağlıkta kalite konusunda talepleri söz konusu olmaktadır. Son olarak da hastane yönetimlerinin inisiyatifleri neticesinde artan bir ilgi gündeme gelmiştir. Devletin sistemde ağırlıklı olarak hizmet sunucusu biçiminde yer alması, kalite çalışmalarına ilgisini arttırmıştır. Başlangıçta birçok hükümet maliyetleri üstlenirken, bugün organizasyon, yönetim ve kalite ile ilgilenmekte ve birçok ülkede iyileştirme konularında görev üstlenmektedir (Kunst ve Lemmink, 2000: 1124).

² Türk Tabipler Birliği ve İstanbul Tabip Odası. Türkiye’de Hekim İstihdamı Kurultayı, Toplantı Dizisi I, II, III Toplantı Raporu, Sonuç Bildirisi, 1993-1994.

2.4.HASTANELERDE HİZMET KALİTESİ VE HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜMÜ

Performans değerlemede amaç kişiyi bir bütün olarak tüm yönleriyle ele almak ve başarılarını ödüllendirmek, eksikliklerin giderilmesine olanak hazırlamaktır. Temel ilke başarısızlıklardan hareket edip kişiyi cezalandırmak değil, başarılarından hareket edip kişiyi ödüllendirmektir. Böylece kurumda toplam kalite anlayışına hizmet edilmiş olunacaktır. Çünkü performans değerlendirme hangi konumda olursa olsun herkesin kendini gözden geçirmesini sağlayacaktır (Fındıkçı, 2003; s:297).

Performans değerlendirilmesi noktasında, sağlık sektörü özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde en önemli güçlük, personelin performans standartlarının objektif olarak belirlenebilmesidir. Bu konuda bütün dünya ülkelerinde yoğun çalışmalar yapılmasına karşın sıkıntı devam etmektedir. Çok güvenilir ve objektif bir yönetimin varlığından söz etmek olası değildir. Performansı değerlendirmenin en uygun yolu olarak kullanıcı memnuniyetini saptamak gösterilmektedir. Burada en kritik tartışma noktası kullanıcının süreç memnuniyetinin mi? yoksa sonuç memnuniyetinin mi? baz alınacağıdır. Ancak son zamanlarda üzerinde çok durulan, “Algılanan Sağlık” kavramı ile birlikte geliştirilen parametre ve formüller yanlılığı en aza indirirken, hemen her toplumda ve yaş grubunda hizmetin kalitesini ölçmek için kullanılacak bilgiler sağlayabilmektedir.

Avustralya, İskoçya ve Amerika’daki yakın tarihli raporlar performans ölçümü için harici mekanizmaların dahili gelişmeye ve kamu sorumluluğuna nasıl katkıda bulunabileceğini incelemiştir. Genel sonuçlar şunlardır (www.saglik.gov.tr):

- Gönüllü kuruluşlar (sivil toplum kuruluşları) ve resmi kurumlar karşılıklı ve uyum için aktif biçimde koordine edilmeli.

- Hastalar ve geri ödeme kuruluşları belirgin biçimde dahil edilmeli.

- Ulusal programlar uluslararası olarak karşılaştırılabilir olmalı.

- Harici değerlemelerin standart, süreç ve sonuçları şeffaf ve kamuya açık olmalı

Hastane hizmetleri iyileştirme çalışmalarının izlenmesi açısından “Hastane performansı nasıl ölçülür ve izlenir?” sorusunun cevabı Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Avrupa Ofisi raporları ve bu konunun uygulandığı ülke örnekleri analiz edilerek verilmeye çalışılmıştır (www.saglik.gov.tr).

- Ölçme, kalite geliştirme konseptinin temeli olarak kabul edilmektedir.

- Ölçme yöntemiyle, hastanelerin sağlık hizmetlerini iyileştirmesi konusunda gerçekte ne yaptıklarının tanımlanması ve hastanelerin iyileştirmeler konusunda yaptıklarının belirlenmiş hedeflerle karşılaştırılması mümkün olacaktır.

- Ölçme stratejilerinin etkisi bazı unsurlara bağlıdır. Bunların başlıcaları; ölçümün amaçları, ulusal kültür, tekniklerin nasıl uygulandıkları ve elde edilen sonuçların nasıl kullanıldıklarıdır.

- Performans ölçüm sistemlerinin kurgusu, nihai hedef olarak bireysel hataları belirlemeden çok hastane performansını iyileştirmeyi amaçlamalıdır.

- Performans ölçüm sistemleri sadece tek veri kaynağına dayanmamalı, farklı bilgiler kullanılmalıdır.

- Performans ölçüm sistemlerinde hastalar sisteme belirgin biçimde dahil edilmeli ve hastaların vermiş oldukları görüşlerin sonuçları şeffaf olmalı ve halkın serbestçe erişimine açık olmalıdır.

- Hastanelerin, bağımsız kuruluşlarca yapılan değerlendirmeler için zamanında, doğru ve tam veri temin etmelerini motive etmek üzere, şeffaflık, profesyonellik ve sorumluluk kültürünün geliştirilmesi gerekmektedir.

- Denetim standartları, yaptırım gücüne ve şeffaflığa sahip olmalıdır.

- Zor da olsa zamanında güncellenmeleri gerekir.

- Standartlar, hastanenin çalışması ve hastalara yeterli hizmet sunmaları için asgari standartları gösterirler.

- Standartlar hastane performansı konusunda yeterince yol göstermezler (www.saglik.gov.tr).

2.4.1 Mevcut Mevzuatlar Çerçevesinde Yapılan Denetimler Ve İncelemeler

Performans ölçüm kavram ve metodlarından bazılarının hastanelerimiz tarafından uygulanması için “Sağlık Bakanlığı yataklı tedavi kurumları kurumsal kaliteyi geliştirme ve performans değerlendirme yönergesi” hazırlanarak yürürlüğe sokulmuştur.

İl idare kurulunun her yıl Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile ilgili düzenlemesi gereken rapor, ölçülebilir hususları içeren bir süreci tanımlayan değerlendirme formu haline getirilmiştir. İl Sağlık Müdürlüğü, hastanenin fiziki, personel, yönetim, cihaz, hizmet süreçleri gibi hususları içeren bir değerlendirme formu ile hastaneleri değerlendirerek il idare kuruluna sunacaktır. İl idare kurulu raporu inceleyerek karara bağlar, il idare kurulu ildeki hastaneleri karşılaştırılabilir, ölçülebilir kriterlerle değerlendirme imkanına kavuşacaktır. Bu şekilde hastanelere il

imkanları ile aktarılacak kaynakların paylaşılması daha objektif olacaktır. Yerel yönetimlerin bu değerlendirmelerle sağlık kuruluşları konusunda sorumluluklarını geliştirmeleri de sağlanmış olacaktır.

- Hastanelerin genel olarak yayınlanmış düzenlemelere uygunluğunu izlemek için yasalarla belirlenmiş inceleme mekanizmaları bulunmaktadır. Bunun dışında daha özellikli olan yangın, hijyen, radyasyon, enfeksiyon kontrolü, kan nakli ve tıbbi alet ve ilaç denetimleri de vardır.

- Lisans vermek için yapılan denetimler yeni hastanelerde, özellikle de özel sektör hastanelerinde yapılır.

- Mevcut mevzuatlar çerçevesinde yapılan denetimler ve incelemeler, yerel olarak bir hükümet kuruluşu tarafından yapıldığında personel veya hastalarla paylaşılırlar. Denetimler ve incelemeler merkezileştirildiğinde sonuçlar genelde personel veya hastalarla paylaşılmaz.

- Mevcut mevzuatlar çerçevesinde yapılan hastane denetimi ve incelemeleri satandartlara uygunluğu arar. Yeterlilik için asgari gereklilikler cinsinden performansı ölçer. Yenilikleri teşvik etmez ve hasta ve hastanelerin bilgilerini geliştirmez (www.saglik.gov.tr).

2.4.2. Bağımsız Kuruluşlarca Yapılan Değerlendirmeler

Farklı derecede gönüllü ve bağımsız olan bu programlar ziyaretler, anketler, değerlemeler veya denetimler yoluyla dahili öz değerlemeyi harici görüşle birleştirmek için açık standartlar kullanırlar.

2.4.2.1.ISO Sertifikasyonu

- ISO sertifikasyonu hastane performansını hastane fonksiyonu ve amaçlarına göre değil , kalite sistemleri için uluslararası standartlara uygunluğuna göre ölçer.

- Değerlemenin detayları kamuya açık değildir.

- ISO 9000 hastane performansından çok yönetsel prosedürlerle ilgili olmaktadır.

- Standartların terminolojisini sağlık bakımıyla ilişkilendirmek zordur ve yorumlar ulusal kurumlar arasında değişiklik gösterir.

- Denetim süreci, standartlara uygunluğu test eder ve organizasyonel gelişmeyle ilgilenmez. Az sayıda hastane ISO sertifikasına sahiptir ve az sayıda ülkede bu hastanelerin ulusal tescili vardır (www.saglik.gov.tr).

2.4.2.2. Akreditasyon

Uluslararası akreditasyon standartlarının (Joint Commision International Accreditation) başlangıçta belirli sayıda (100) kriteri alınarak bir öz değerlendirme formu hazırlanmıştır. Her ne kadar harici bir değerlendirme olmasa da başlangıçta hastanelerin bu süreci gündemlerine almaları sağlanmıştır. Kurumlar bu şekilde bir öz değerlendirme ile uluslararası bir standardın ne kadarını karşıladıklarını belirlemiş olacaklardır. Ulusal akreditasyon kurumlarının kurulması ile harici bir değerlendirme süreci de başlamış olacaktır (www.saglik.gov.tr).

- Akreditasyon programları hastane performansını yayınlanmış organizasyonel (ve artan bir şekilde kliniksel) süreç ve sonuçlara uygunluk açısından ölçer.

- Genellikle bağımsızdırlar ve düzenlemeden çok organizasyonel gelişimi hedeflerler ama ulusal performans ölçüm sistemlerine güvenilir veri teminine katkıda bulunabilirler.

- Değerlendirme standartları özellikle sağlık hizmeti için geliştirilmiştir.

- Hastanelerin değerlendirilmesinde, dahili öz değerlendirme, farklı disiplinlerden gelen sağlık profesyonellerinin yaptığı harici anketler ve sınırlı sayıda istatistikî göstergeler referans alınır

Amerika Birleşik Devletleri'nde Quality Healthcare Resources (QHR) 1983 yılında kuruldu. Joint Commission of Acredititation for Hospital (JCAH) olarak isim değiştirdi.

- Hastane Akreditasyon El Kitabı yayınlanarak (Commision, 1995: 7-451) kuruluşların olanakları yerine, gerçek performanslarını ele aldı.

- Resmi olmayan, kâr amacı olmayan bağımsız bir kuruluştur.

Bu dökümanlarda şu standartlar yayınlandı:

- Kalite Yönetimi ve İyileştirme.

- Yönetim, Liderlik ve İdare.

- Tesis Yönetimi ve Güvenlik.

- Personel Nitelikleri ve Eğitimi.

- Bilgi Yönetimi.

- Enfeksiyon Kontrolü ve Korunma.

2.4.2.3.Sağlıkta Sürekli Kalite Geliştirme

EFQM mükemmellik modeli Temel Mükemmellik Kavramlarına göre kuruluşları 1000'nin üzerinden değerlendirir (www.kalder.org.tr).

- Sonuçlara dayalı.
- Müşteri odaklı.
- Liderlik ve hedefte kararlılık.
- Süreçlere ve gerçeklere dayalı yönetim.
- Çalışanların gelişimi ve katılımı.
- Sürekli öğrenme, yenilik ve iyileştirme.
- İşbirlikleri geliştirme.
- Kamu sorumluluğu.

2.5. HASTANE PERFORMANS GÖSTERGELERİ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 21. yüzyılın sağlık hedefleri belirlenmiş, Kopenhag’da yapılan 48. Avrupa Bölge Komitesi Toplantısında ise 21 hedef tanımlanmıştır. Bu hedefler ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından “Sağlık 21” adı altında Sayın Bakanın önsözüyle yayınlanmıştır (www.saglik.gov.tr/Saglik_21-2000).

Türkiye’nin de altına imza attığı bu dökümanın 16. maddesi hizmette kalite yönetimini öngörmektedir.

Madde 16

2010 yılına kadar üye ülkeler, topluma dayalı hizmet programlarından klinik düzeyde bireysel hasta bakımına kadar hizmet sektörü yönetiminin elde edilmek istenen sonuçlara yönelik olmasını sağlamalıdır.

Bu maddenin 2. alt paragrafında ise şöyle denmektedir:

Tüm ülkeler sağlık üzerine etkinin ölçülmesi, maliyet-etkililik ve hasta memnuniyeti dahil en az 10 kalite göstergesinin sürekli izlenmesi ve geliştirilmesi için ülke çapında mekanizmaya sahip olmalıdır.

Dünya Tabipler Birliği’de bu görüşü desteklemektedir. 49. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu’nda benimsenen “Sağlık Bakımından Devamlı Kalite Geliştirme” konusunda ana hatlar Kasım 1997’de yayınlanmıştır. Bu belgede hekimlerin hastanelerle ilgili göstergeleri ve standartları belirlemeleri, sürekli ölçümlerle iyileştirme çalışmalarını yürütmeleri gerekliliği üzerinde önemle durulmaktadır.

- İstatistiksel göstergeler performans yönetimi, kalite geliştirilmesi ve ileriki araştırmalar için fikir verebilir. İstatistikler mutlak mesajlardan çok göreceli mesajlar verirler.

- Kullanılan tanımlar ve dayandıkları verilerin kalitesiyle orantılı olarak dikkatlice yorumlanmalıdırlar.

- Göstergeler hastane performansını dahili veya harici olarak değerlemek için kullanılan araçlardır. Önceden belirlenmiş hedeflere uygunluğu ölçmek için tasarlanmalıdırlar, ancak uygulamada genellikle rutin biçimde sağlanacak her datayı baz alacak şekilde seçilirler.

- Standardizasyon hastane içindeki ölçümler için gereklidir ve hastaneler arası karşılaştırmalar için önemlidir.

- Farklı hastanelerden performans ölçümleri hesaplanmış göstergeler veya ham veriler işlenip, toplanıp, analiz edilip merkezi bir kuruluş tarafından yayınlanabilirler.

- Sonuçlar genellikle hükümet yayını, web sitesi veya bağımsız medyada hastaları hedef alacak şekilde yorumlanır ve rehberlik edilecek şekilde yayınlanır.

- İstatistiksel göstergeler performans ölçümünün erişilebilir, oldukça ekonomik ve potansiyel olarak standart yollarını gösterir. Ancak kullanımlarıyla ilgili birçok uyarı vardır. Hastane performansı üzerine ham verinin yorumlanması hastanenin kontrolünün dışında birçok sosyal ve ekonomik değişkene dayanır. Üstelik hastaneler harici hedefleri gerçekleştirmek için dahili veri toplama işlemini değiştirebilir ve çıktılarını iyileştirmek için yüksek riskli bireylere müdahaleyi reddedebilirler. Birbirinden farklı faaliyetlerin bileşik ölçümleri, özelliği olan ögelerin katkılarının anlaşılmasını güç hale getirir. Birçok hastanenin standart göstergeleri derlemek için uygun verisi yoktur, veri toplamanın maliyeti değerini aşabilir.

Hastanelerde izlenmesi gereken göstergeler aşağıda belirtilen yöntemlerle ölçülür (Abdelhak ve diğ., 1996; 290):

1) Gross Mortalite Hızı

Belli bir aralıkta o hastaneye yatan hastalar arasında yaşı ve hastalığın ağırlığı gözönüne alınmaksızın ölenlerin yüzdesi

$$\frac{\text{Ölenlerin sayısı} \times 100}{\text{Ölenler dahil olmak üzere tüm taburcu olan hastaların sayısı}}$$

Ölenler dahil olmak üzere tüm taburcu olan hastaların sayısı

2) Net Mortalite Hızı

Hastaneye yatıştan sonra ilk 48 saat içinde ölenleri kapsamayan mortalite hızıdır.

$$\frac{\text{Tüm ölenlerin sayısı} - 48 \text{ saat içinde ölenlerin sayısı} \times 100}{\text{Ölenler dahil olmak üzere tüm taburcu olan hastalar} - 48 \text{ saat içinde ölenler}}$$

Ölenler dahil olmak üzere tüm taburcu olan hastalar – 48 saat içinde ölenler

3) Hastane İnfeksiyon Hızı

Hastaneye başvurudan 72 saat sonra görülen infeksiyonlar x 100

$$\frac{\text{Hastaneye başvurdan 72 saat sonra görülen infeksiyonlar} \times 100}{\text{Tüm taburcu olan hastaların sayısı}}$$

4) Beklenmeyen Cerrahi Girişimler

Beklenmeyen cerrahi girişimlerin sayısı x 100

$$\frac{\text{Beklenmeyen cerrahi girişimlerin sayısı} \times 100}{\text{Tüm cerrahi girişimler}}$$

5) Yatış Süresi

Genel veya belirlenecek tanılar için ölçülecektir.

6) Aynı Hastalık Nedeniyle Beklenmeyen Yeniden Yatış

Aynı hastalık nedeniyle taburcu oluştan sonra ilk 30 gün içinde yeniden yatanların sayısı x 100

$$\frac{\text{Aynı hastalık nedeniyle taburcu oluştan sonra ilk 30 gün içinde yeniden yatanların sayısı} \times 100}{\text{Tüm taburcu olan hastaların sayısı}}$$

7) Komplikasyon Yüzdesi

Sadece hastaneye yatışı 1 günden fazla uzatan komplikasyonlar ölçülecektir

Tüm komplikasyonların sayısı x 100

Tüm taburcu olan hastaların sayısı

8) Anestezi Mortalitesi

Anestezi ölümlerinin sayısı x 100

Tüm verilen anesteziler

9) Cerrahi Mortalitesi

Cerrahi girişimden sonraki 10 gün içinde olan ölümlerin sayısı x 100

Tüm cerrahi girişimler

10) Anne Ölüm Hızı

Doğum nedeniyle ölen kadınların sayısı x 100

Ölenler dahil olmak üzere tüm doğum yapan kadınların sayısı

11) Neonatal Mortalite

27 gün, 23 saat ve 59 dakika içinde ölen yeni doğanların sayısı x 100

Tüm yeni doğanların sayısı

12) Sezaryen Doğum Oranı

Sezaryenle yapılan doğumların sayısı

Tüm doğumlar

2.6.HASTA VE HASTA YAKINLARI MEMNUNLUK ANKETLERİ

Kalite insan performansı ile belirlenir ve onunla ilişkilidir. Hastanelerde çalışanların sayısı göz önüne alındığında kalite kontrol tekniklerinin bu sektöre uygulamanın kaçınılmazlığı ortaya çıkmaktadır. Sunulan hizmetin kalitesinin tatmin edici olup olmadığı kararını hastalar vermektedir. Hasta tatmini büyük bir hızla değişmekte olduğundan, hastaneler hasta tatminine odaklı bir sistem geliştirmek durumundadırlar.

Hastanelerin verdiği tıbbi bakım ve tedavi hizmetlerinde hastaların beklentilerini karşılamak, tıbbi hatalardan uzak, günün gelişmiş tanı ve tedavi olanaklarını kullanmak, kaliteli ve etkin bir şekilde hizmet sunmak hastane yönetiminin amacı olmalıdır.

Sağlık sektöründe seksenli yıllarda başlayan Toplam Kalite Yönetimi (T.K.Y) uygulamalarında, "hasta tatmini", sağlık hizmeti sunumundaki kalitenin önemli bir boyutu olarak ele alınmış ve hastaların sağlık hizmeti ile ilgili geri bildirimlerinin ölçümü önem kazanmıştır. Hastaların, hizmet kalitesine ilişkin algı ve değerlendirmelerinin yalnızca kendi tercihlerinde değil, çevrelerindeki kişilerin tercihlerinde de rol oynadığı, hastane seçiminde, arkadaş ve yakınlarının tavsiyelerinin giderek daha etkili olmaya başladığı araştırmalarda saptanmaktadır. Teknik ve kompleks özellikleri nedeniyle tıbbi hizmetlerin hastalar tarafından bilinmesi ve anlaşılması mümkün değildir. Bu sebepten, hastaların hastane hizmetlerine bakışı özel niteliklere sahip konaklama hizmetleri şeklinde olmaktadır. Hastaların hastanelerin hizmet kalitesinden başlıca beklentilerini sıralayacak olursak (www.siteetky.com).

- Hastane personelinin hastalara kibar ve saygılı davranması
- Hastaların hastane personeline güven duyması
- Hasta ihtiyaçlarının zamanında giderilmesi
- Hastanede kullanılan cihazların modern olması
- Verilen yemeklerin yeterli olması
- Fiziki mekanın (oda, banyo, tuvalet vb.) temiz olması
- Bekleme odalarında yeterli oturma yerlerinin olması
- Hastane ortamının gürültüsüz olması

Burada hasta beklentisinin ne olduğu önem kazanmaktadır. Hastaların, ne tür bir tıbbi bakım alması gerektiği ile ilgili tercih ve değerlendirme yapma olanağı, diğer hizmetlere oranla yok denecek kadar azdır. Hasta yalnızca bakım çevresi ve sağlık

profesyonellerinin davranış biçimleri hakkında bir değerlendirme yapabilmektedir. Sadece bu değerlendirmelere dayalı olarak kalite ölçümü yapmak, yanıltıcı sonuçlar verebilir (Kavuncubaşı ve Esatoğlu, 1998; s:270). Örneğin, hastaların beklentileri çok düşük ise, bu beklentilerinin karşılanması, verilen hizmetin kaliteli olduğu anlamına gelmemektedir (Kavuncubaşı, 2000; s:270).

Sağlık hizmetlerinde ise; hasta hakları, etik, sağlık hizmetlerinin planlanarak uygulanması, çalışanların motivasyonu, hizmet alanların ve paydaşların tam memnuniyetinin izlenmesi ve ölçülmesi, sonuçların dikkate alınması ve kalite yönünden sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi, kalite yönetimi anlayışı ile mümkün olabilecek beklentiler olarak ön plana çıkmaktadır. Sağlık alanında hastaların bilgi düzeyinin ve beklentilerinin artması TKY konusunun önemini arttırmaktadır (www.canaktan.org). Sağlık sektöründe hizmeti talep edenlerin belirleyiciliği ön plana çıkmakta ve kalite yönündeki talepleri sektörün yapısal olarak değişmesine neden olmaktadır (Kunst, 2000: 1125).

Kamu hastanelerinde hasta memnuniyetinin düşük olması uzun süredir kabul edilen bir gerçektir. Dünyadan yansıyan toplam kalite ve sürekli iyileştirme akamı ile Türkiye’de tüm sektörlerde kaliteli hizmet ve iyileştirme anlayışı doğmuş ve ilk adımlar atılmıştır (Aksel, 2004: s:90).

Anketler ile hasta ve hasta yakınları bu sürece dahil edilmiştir. Bu şekilde kamuoyu ve hastaların neye değer verdikleri ile sağlık bakım ve sonuçlarının hastalar ve aileleri tarafından nasıl algılandığı standart olarak ortaya konmuş olacaktır.

- Hasta ve yakınlarına yönelik standardize edilmiş anketler hastane performansını ulusal düzeyde belirgin biçimde ölçülebilir.

- Hastane performansı sağlık eğitimi, hastanın yetkilendirilmesi-güçlendirilmesi, konfor, şikayet mekanizmaları, bakımın sürekliliği gibi konulara daha odaklı hale getirilmelidir.

- Hükümet, sivil toplum örgütleri ve yerel yönetimler hastaları haklarından haberdar etmenin ve bazen çok düşük olan beklentilerini arttırmanın arayışı içinde olmalıdırlar. Bu hastaların beyanlarını yayınlamak ve hasta haklarının korunmasını yasalılaştırarak yapılabilir. Bu şekilde hasta ve hasta yakınlarına yönelik anketler, sağlık bakım ve sonuç deneyimlerini hastaların ve ailelerin algıladığı şekilde değerlendirir.

- Hastaların algılayışlarına yönelik sistematik değerlendirmeler yapılması önem kazanmaktadır.

- Anketler, yerel kağıt-kalem anketlerinden, ulusal kapsamlı dijital anketlere uzanan bir skalada belirlenebilir.

- Ulusal anketler standart tekniklerle, bağımsız kuruluşlar tarafından yürütülür. Yayınlanan sonuçlar hastanelerin performansını belirlemede etkilidir.

- Bu metodun avantajları, kamuoyu ve hastaların neye değer verdiğinin kolayca ölçebilmesidir.

- Hükümetler kamu hastaneleri için olumsuz sonuç veren anketleri açıklamakta isteksiz olmaktadır.

-Aslında hastaların büyük çoğunluğunun düşük beklentileri vardır ve memnun edilmeleri oldukça kolaydır (www.saglik.gov.tr).

Hasta memnuniyetinin sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinde bir gösterge görevi yaptığı kabul edilmektedir. Hasta memnuniyeti hakkında elde edilen bilgilerin, sağlık hizmetlerinin tasarımında ve yönetiminde de çok önemli bir yeri olduğu ifade edilmektedir. Hizmeti “alan” kişi olarak hastanın, hizmet süreci ile ilgili görüşleri önem kazanmakta; hasta memnuniyeti, kaliteli hizmetin ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmektedir. hatta, Donabedian (www.nlm.nih.gov.tr) daha da ileri giderek hasta memnuniyetini “sağlıklılık halinin bir ögesi” olarak nitelendirmektedir.

Memnun olmayan hastanın verilen tedaviyi uygulamaması ve ilişkili düzenli olarak sürdürmemesi olasılığı artmaktadır. Çünkü, memnun edilen ve edilmeyen hastalar farklı şekilde davranmaktadırlar. Bu nedenle, memnuniyet hasta uyumunun ön şartı sayılmaktadır. Kaliteli sağlık hizmeti için hasta memnuniyetinin sağlanması ve geliştirilmesi hedeflenmelidir. Geliştirmenin yolu da onu ölçmekten geçmektedir.

Sağlıkta kalite, eğer sadece bir tıbbi bilgi-beceri konusu olsaydı, bütünüyle hizmet verenin sorumluluğunda olurdu. Bu durumda hastaların bu çok özgül mesleğin uygulanması konusunda söyleyecek pek bir şeyleri olamazdı. Bu nedenle, hizmet verenin hizmette baskın ve tek yanlı rolünün azaltılması için, hizmet kalitesi hakkında hizmet alanın görüşüne başvurmak zorunlu hale gelmiştir. Böylece, son 10 yılda bir kalite ölçüsü olarak tüketici memnuniyeti önem kazanmıştır. Bu görüş sanayi alanından sağlık alanına kolayca girebilmiştir. Sonuçta, sağlık alanında da hasta ve toplumun beklenti ve algısına göre hizmetin ne kadar iyi verildiğine karar vermek bir yönetim yaklaşımı haline gelmiştir.

Burada “beklenti” ve “algı” anahtar sözcüklerdir. Memnuniyet “algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonu” olarak ifade edilmektedir. Bir hastanın hizmeti almadan önce bazı beklentileri bulunmaktadır. Hizmeti kullandıktan sonra ise geçirdiği tecrübeye dayalı olarak birtakım algılara sahip olmaktadır. Hasta algıladığı kalite ile beklediği kalite arasında yaptığı karşılaştırma sonucunda memnun olup olmadığına karar vermektedir.

Hastaların beklentileri ise aşağıdaki faktörlerden etkilenmektedir.

- Gereksinimler
- Deneyimler
- Teknolojiye ilişkin bilgi
- Yakınlarının deneyimlerine ilişkin bilgi
- Mevcut seçeneklere ilişkin bilgi
- Kültürel özellikler / yaşam tarzı

Algılamayı etkileyen faktörlerin başlıcaları ise şu şekilde sıralanabilir:

- Bireyin, hizmetin verildiği sıradaki, mental ve fiziksel sağlık durumu
- Bireyin ruhsal durumu
- Sağlık sorununun doğası. Tedaviye ihtiyaç olup olmaması, tedavi edilebilirliği, erken veya geç dönemde olması
- Hastanın kendisiyle ilgili kararlara katılma durumu
- Kültürel özellikler / yaşam tarzı

Hasta memnuniyeti sağlık bakım sürecinin bir çıktısıdır. Hastanın memnun olmaması durumunda, hizmetin kalitesi de tam olmamaktadır. memnuniyetin sağlığı geliştirici etkisi olduğu ileri sürülmektedir. Hatta Donabedian, hasta memnuniyetini sağlık tanımının bir parçası olarak ele almaktadır.

Sağlık kurumlarının, hastaların hizmetlerden memnun olup olmadığı üzerinde yoğunlaşmasını gerektiren bazı temel, özgül nedenler bulunmaktadır:

1) İnsani Boyut

Hastalar hassas, incinebilir durumdadırlar ve fiziksel, duygusal ve ekonomik durumları ile ilgili kaygıları bulunmaktadır.

2) Etkililik Boyutu

Memnun olana hizmet vermek daha kolay olmakta; hizmet daha etkili olmaktadır. Çünkü, hasta uyumu sağlanabilmektedir.

3) Ekonomik Boyut

İnsanların artık daha çok seçeneği bulunmaktadır. Tercih edilmek için hastayı ve yakınlarını memnun etmek zorunludur.

4) Pazarlama Boyutu

Hizmet alan hastalar ve yakınları deneyimlerini başkalarına aktarmaktadırlar. Bazı çalışmalar, insanların sağlık hizmeti konusundaki bilgilerini gittikçe artan oranda arkadaşlarından, yakınlarından, çevreden aldığını ortaya koymaktadır.

Son iki boyut esas olarak özel sektör için büyük önem taşımaktadır. Hastalar memnun olmadığında “müşteri erimesi” denen olayla karşı karşıya kalılabilmektedir.

Sonuç itibariyle, kalite ölçütü olarak hasta memnuniyetinin geçerliliğini tartışmanın gereksiz olduğu savunulmaktadır. Artıları ve eksileri ne olursa olsun memnuniyete ilişkin bilginin, kalite değerlendirmesinde olduğu kadar sağlık bakım sistemlerinin şekillenmesinde ve yönetiminde de çok değerli olduğu kaydedilmektedir. İster kâr motifinin ağır bastığı, isterse sosyal devlet anlayışının yansıtıldığı türden olsun, sağlık hizmeti sunumunda hasta memnuniyeti çalışmalarına daha fazla ağırlık verilmesi, yukarıda sözü geçenler başta olmak üzere birçok yararı beraberinde getirme potansiyelini taşımaktadır.

3.ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3.1.OLGULAR VE YÖNTEM

3.1.1.Hastalar

Çalışmamızda yatan hastaların ve poliklinikten izlenen astım hastalarının klinik hizmetlerinden ve çalışanlardan memnuniyetleri değerlendirilmiştir. Hastalara çalışmamız için herhangi bir ek tetkik veya tedavi yapılmamıştır. İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalımız kliniğinde yürümekte olan kalite sistemi çerçevesinde bu hastalara düzenli olarak memnuniyet anketi yapmaktayız. Bu tezde hasta memnuniyet anketleri sonuçlarını poliklinikte izlem sonuçlarımızla karşılaştırdık. Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Akademik Kurulu verilerin bu tezde kullanılması konusunda izin vermiştir (Ek 1).

Çalışmamıza İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları'nda 01.01.2005 – 31.03.2005 tarihleri arasında yatan 71 hasta alındı. Ayrıca poliklinik izlemi açısından memnuniyeti ölçmek amacıyla Anabilim Dalı'nın en önemli kronik hastalık polikliniği olan Astım Polikliniği'ne 01.10.2004 – 31.01.2005 tarihleri arasında devam eden 163 hasta incelendi.

3.2.YÖNTEM

3.2.1.Yatan Hastaların Objektif Sağlık Göstergeleriyle Değerlendirilmesi

Hastalar hastane hizmetlerinin objektif performansının gösterilmesi açısından standardize bir Hasta Çıkış Formu aracılığıyla incelendi (Ek 2). Bu form hastayı takip eden asistan doktor tarafından doldurularak hastanın çıkışı sırasında hasta kayıt bölümüne teslim edildi. Buradaki formlar toplanarak hastanın yaşı, cinsiyeti, yatış süresi gibi demografik veriler elde edildi. Ayrıca hastanın kliniğe yatışına neden olan şu anki tanı ve zeminde yatan esas tanı kaydedildi. Çünkü KOAH, Akciğer Kanseri, Kronik Bronşektazi gibi tanıları olan hastalar çok değişik nedenlerle hastaneye yatabilmektedir. Şöyleki esas tanısı kanser olan bir hasta zatürre tanısı ile hastaneye yatabilmektedir. KOAH esas tanısı olan bir hasta akciğer embolisi geçirerek yatış yapabilmektedir. En sık görülen tanıları ve esas tanıları 1'den 11'e kadar kodlandı. Diğer tanıları ise 12 kodu adı altında toplandı. Hastaların geçmişte veya halen sigara içip içmedikleri kaydedildi.

Yatış süresinin sonunda Asistan Doktorun hastayı iyileşme açısından değerlendirmesi istendi. Çıkış durumu:

- 1) İyileşme-düzelme
- 2) Aynen kaldığı durumda, haliyle
- 3) Başka bir yere gönderildiğinde sevk olarak belirtildi.

Hastaya uygulanan ameliyat ve diğer işlemler ve bunun sonucunda oluşan komplikasyonlar kaydedildi. Ayrıca hastane enfeksiyonu serviste bu konuda eğitim almış olan bir hemşire tarafından değerlendirildi ve çıkış formuna hekim tarafından kaydedildi. Çıkış formunda son soru olarak hastanın son 30 gün içerisinde hastanede aynı yada ilişkili bir tanıyla yatıp yatmadığı yer almaktaydı. Hasta Çıkış Formuna ek olarak hasta kayıt elemanları tarafından hastanın yatış statüsü kaydedildi. Hastalar şu kategorilere ayrıldı:

- 1) SSK
- 2) Özel sigorta
- 3) Emekli sandığı
- 4) Özel

3.2.2.Yatan Hastaların Memnuniyet Anketi

Yatan hastaların taburcu işlemlerini tamamlayarak hastanemizden ayrılmasından 21 gün sonra bir telefon anketi uygulandı (Ek 3). Hastalara fakültemizin merkezi halkla ilişkiler biriminden arandıkları söylendi. Bu ankette hastalardan hekimleri, hemşireleri, diğer personeli, laboratuvarları, kayıt memurlarını, sekreterleri Dört Ölçekli Likert Skalası'na göre değerlendirmeleri istendi. Hasta ayrıca yemekleri ve temizliği değerlendirdi. Hastalık iyileşme algılamasını ölçmek için soru soruldu. Ayrıca kliniği başkalarına tavsiye edip etmeyeceği sorusu vardı.

3.2.3.Ayaktan Hastaların Objektif Sağlık Göstergeleriyle Değerlendirilmesi

Çalışmaya Astım Polikliniğine devam eden ayaktan hastalar alındı. Astımlı hastanın uygulanan tedaviye ne derecede cevap verdiği ve hastalığın ne derecede kontrol altına alındığı hastadan son bir yılı değerlendirmesi istenerek aşağıdaki kriterlerle belirlendi:

- 1) Gündüz astım şikayeti
- 2) Gece astım şikayeti
- 3) Son bir yıl içinde acil polikliniğe başvuru
- 4) Son bir yıl içinde acil hekim başvurusu
- 5) Kortizon tableti kürü sayısı
- 6) Antibiyotik kürü sayısı
- 7) Hastalığı nedeni ile işe veya okula devam edemediği gün sayısı

Ayrıca hastalarda solunum fonksiyon testleri uygulanarak buradaki zorlu vital kapasite, zorlu vital kapasite 1. saniye ve maksimal akım hızı belirlendi. Olması gereken değere göre bu ölçümlerin yüzdeleri saptandı.

3.2.4.Ayaktan Hastaların Memnuniyet Anketi

Yukarıda objektif göstergelerle değerlendirilen Astımlı hastalara telefonla anket uygulandı. Yine fakültenin merkezi bir biriminden arandıkları söylenerek tedavi gördükleri hastaneyi değerlendirmeleri istendi. Hastalar karşılaştıkları hekimi, hemşireyi, laboratuvarı ve kayıt birimini toplu olarak Dörtlü Likert Ölçeği ile değerlendirdiler.

3.2.5. İstatistiksel Yöntemler

Tüm veriler excel programında kaydedildi. Daha sonra SPSS programına çevrildi. T Student Testi, Ki Kare Testi, Pearson's R Değeri, Spearman Korelasyon Testi uygulandı.

İki nominal verinin numerik verilerle karşılaştırılması "t-testi" ile yapıldı. Numerik verilerin ilişkilerinin değerlendirilmesinde bivaryant korelasyon testi kullanıldı. "Pearson korelasyon" sayısı hesaplandı. Gruplar içindeki hasta sayısı 20'nin altında ise "spearman korelasyon" katsayısı hesaplandı. Tüm testlerde hesaplanan $p < 0,05$ ise istatistiksel olarak ilişki olduğu bildirildi.

4.DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4.1.BULGULAR

4.1.1.Demografik Veriler

Hastanede yatan hasta sayımız 71'di. Bu hastalardan 32'si kadın, 39'u erkekti. Yaş ortalaması $58,9 \pm 15,2$ 'di.

4.2.ÇIKIŞ FORMUNA GÖRE OBJEKTİF PERFORMANS SONUÇLARI

Hastaların ortalama yatış süreleri $14,7 \pm 15,4$ idi. Hastaların tanıya göre dağılımı ve bu tanılarda hastanede yatış süreleri şöyleydi.

TANI	HASTA SAYISI (n)	YATIŞ SÜRESİ
KOAH	17	$10,5 \pm 8,7$
Astım	7	$12,4 \pm 6$
Pnömoni, Bronkopnömoni	5	$11,2 \pm 11,1$
Akciğer Kanseri	7	$19,2 \pm 14,9$
Pulmoner Emboli	3	10 ± 3
İnterstisyel Fibroz	1	6
Plevra Hastalığı	1	26
Tüberküloz	9	$9 \pm 27,6$
Bronşektazi	2	$7,5 \pm 7,7$
Diğer Akciğer Hastalıkları	11	$12,1 \pm 9$
Diğer Hastalıklar	8	$14,7 \pm 22,3$

Tablo 1: İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yatan hastaların tanılara göre dağılımları ve bu tanılarla hastanede yatış süreleri.

En sık saptanan tanı olan KOAH'lı hastalarda yatış süresi ortalaması ile diğer hastalıkların yatış süresi arasında anlamlı bir fark olup olmadığı Student T testi ile araştırıldı. Anlamlı bir fark bulunmadı.

Akciğer hastalığı dışında ek hastalığı olanlarda yatış süresi $16,00 \pm 17,218$ bulundu. Ek hastalığı olmayanlarda ise bu süre $12,740 \pm 11,957$ idi. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi.

28 hastada ek olarak diabetets mellitus, 27 hastada hipertansiyon + diabetes mellitus, 23 olguda diabetes mellitus + hipertansiyon + konjestif kalp yetmezliği tanıları birlikte gözlemlendi. 9 hastada diabetes mellitus olmaksızın hipertansiyon vardı. 36 hastada başka hastalıkla birlikte veya tek başına hipertansiyon tanısı konulmuştur.

Hastaların %57,7 (n=41)'i sigara içmişti. Sigara içimi ile yatış süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Çıkış formunda hekimler hastaların taburcu olduğu sıradaki durumlarını aşağıdaki şekilde belirtmişti:

Hastaların %42,3'ü (n=30): İyileşme-düzelme

Hastaların %43,7'si (n=31): Haliyle

Hastaların %9,9'u (n=7): Sevk

İncelenen sürede iki hastamız ölmüştü. Bir hastanın çıkış kodu yazılmamıştı. Bu hastalar değerlendirmeye alınmadı.

47 hastaya invaziv işlem yapılmadı (%66). 8 hastada komplikasyon tespit edildi (%11). 1'i cerrahi alana bağlı, 3'ü cerrahi müdahale dışı olmak üzere toplam 4 hastada hastane infeksiyonu saptanmıştı (%5,6).

Sadece 3 hasta (%4,2) son 30 gün içerisinde hastanemize aynı yada benzer tanıyla başvurduğunu beyan ediyordu.

4.2.1.Çıkan Hastaların Memnuniyet Anketleri

Çıkan hastalarımızdan elde edilen memnuniyet sonuçları şöyleydi

	ORTALAMA	STANDART SAPMA	N
Yatış Süresi	14,8	± 15,4	71
Hekim Memnuniyeti	3,59	± 0,55	71
Hemşire Memnuniyeti	3,25	± 0,63	71
Personel Memnuniyeti	3,03	± 0,68	71
Laboratuvar Memnuniyeti	2,86	± 0,64	71
Kayıt Memuru Memnuniyeti	2,90	± 0,56	71
Sekreterlerden Memnuniyet	3,13	± 0,61	71
Yemeklerden Memnuniyet	2,41	± 0,58	71
Temizlik Memnuniyeti	3,04	± 0,56	71

Tablo 2: İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yatan hastaların memnuniyet dağılımları.

Dört puan üzerinden değerlendirilmiştir.

4.2.2.Yatan Hastaların Algılaması, Memnuniyeti, Demografik Veriler Ve Objektif Sonuçlar Arasındaki Etkileşmeler

Hastaların yatış süreleri ile memnuniyet puanları arasında korelasyon Pearson testiyle araştırıldı. Ancak yatış süresinin memnuniyet üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmadı.

Hastanın yaşı ile memnuniyet arasında ilişki araştırıldı. Yaşlı hastaların çalışanlardan memnuniyetinin anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü ($p=0,009$). Yaş arttıkça memnuniyet artmaktaydı. Hastanın cinsiyeti ile memnuniyet derecesi arasında ilişki araştırıldı, anlamlı bir ilişki bulunmadı. Hizmet (temizlik ve yemeklerden memnuniyet) ile yaş arasında daha düşük olmakla birlikte anlamlı bir ilişki vardı ($p=0,029$).

Sigara içiciliğinin hasta memnuniyetini etkileyip etkilemediği araştırıldı. Ancak herhangi bir ilişki bulunamadı.

Hekimlerin taburcu olan hastaları iyileşme ve haliyle değerlendirmeleri ile hastaların kendi durumlarını algılamaları karşılaştırıldı. Hekimlerin belirledikleri iyilik durumu ile hastanın belirlediği durum, hekimce iyi düzelme olduğunu söyleyenlerde uyumlu bulundu. Ancak durum değişikliği olmadan yani hekimlerin haliyle terimiyle taburcu olanlarda paralellik yoktu. Genel durumun hekim tarafından değişmediği söylenmesine rağmen de hasta iyi olduğunu belirtmekteydi. Ancak tüm sonuçlar değerlendirildiğinde istatistik anlamlılık bulunmamıştır.

Yatış statüsü ile memnuniyet arasında ilişki araştırıldı. 10 SSK'lı hasta, 51 emekli sandığı hastası, 10 ücretli yatan hasta vardı. Hastaların yatış süreleri ve memnuniyetlerinin bu statü ile ilişkisine bakıldı. Anlamlı bir ilişki saptanamadı.

Hastaların iyileşme algılarının memnuniyet düzeylerini etkileyip etkilemediğine Sperman Korelasyon ve Pearson R testleri ile bakıldı. Hastaların iyileşme algılarının

hekim, hemşire ve diğer çalışanlardan memnuniyetini etkilemediği saptandı. Ancak burada ilgi çekici olan sonuç 12 (%27) hastanın iyileşmediğini söylemelerine rağmen hekimlerden çok memnun olmalarıydı.

Kliniğimizi yeniden öneren 63 kişinin çalışanlardan memnuniyet ortalaması $3,2 \pm 0,3$, yemek ve temizlik hizmetlerinden memnuniyeti $3 \pm 0,3$ idi. Yeniden önermeyeceklerin bu ortalamaları sırasıyla $2,5 \pm 0,1$ ve $2,45 \pm 0,1$ ($p=0,0001$) idi. Memnuniyet oranlarının kliniği başkalarına tavsiye etme eğilimini etkilediği bulundu.

Kliniği tavsiye etme eğilimi ile yatış süresi arasında ilişki olup olmadığı araştırıldı. Tavsiye edenler 15 ± 16 gün, tavsiye etmeyenler 11 ± 7 gün yatmışlardı. Ancak arada anlamlı bir fark yoktur.

Hastalara uygulanan ameliyat ve diğer girişimci işlemlerin hasta memnuniyetini düşürüp düşürmediği ve yatış süresini artırıp artırmadığı araştırıldı. İnvaziv işlem uygulaması ortalama yatış süresini $18,6 \pm 17$ günden $12,7 \pm 14$ güne çıkartıyordu. Ancak bu artış istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,1$). İnvazif işlem uygulaması çalışanlardan memnuniyeti ve hastane hizmetlerinden memnuniyeti 0,1 puan düşürüyordu. Ancak bunun da istatistiksel bir anlam taşımadığı görüldü ($p=0,12$). İnvazif işlem uygulanan hastaların %87'si ($n=21$) yeniden kliniği tavsiye edeceklerini bildirdiler.

Ameliyat ve diğer girişimci işlemlerden sonra komplikasyon gelişen olgularla başarılı ve komplikasyonsuz işlem geçiren hastaların memnuniyet dereceleri incelendi. Ancak komplikasyon gelişen olguların memnuniyet dereceleri ile genel ortalama arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

4.2.3. Ayaktan Hastaların Demografik Verileri

Çalışmaya Astım Polikliniğinden takip edilen 241 hasta alındı. Hastaların 163'üne telefonla ulaşılarak memnuniyet anketi yapıldı. Bu 163 hastanın verileri alındı. Memnuniyet anketi yapılan hastaların 40'ı erkek, 123'ü kadındı. Yaş ortalaması 41.7 ± 13.3 idi. Hastaların astım öyküsü 11.5 ± 8 yıldan beri devam etmekteydi. 98 hastada bazı verilerde eksiklik vardı.

4.2.4. Ayaktan Hastaların Objektif Performans Göstergeleri

Hastalar astım kontrol durumunu gösteren uluslar arası kabul edilmiş olan şu kriterler açısından sorgulandı. 241 hastada sonuçlar şöyleydi:

Gündüz astım şikayeti olan hastaların 103'ü (%63) haftada bir, 34'ü (%20.6) haftada iki, 19'u (%11.9) haftada üç, 3'ü (%2.1) dört kez yakınma bildiriyordu.

Gece yakınma tanımlayan hastaların 168'inde (%69.1) haftada bir, 21'inde (%8.6) haftada iki, 30'unda (%12.3) haftada üç, 16'sında (%6.6) dört kez yakınma vardı.

KONTROL DURUMU GÖSTERGESİ	HASTA SAYISI (n)	TOPLAM HASTA SAYISINA ORANI (n=163)
Son bir yıl içinde acil polikliniğe başvuran hasta sayısı	28	% 17
Son bir yıl içinde acil hekime başvuran hasta sayısı	76	% 46
Kortizon tableti kürü alan hasta sayısı	25	% 15.3
Antibiyotik kürü uygulayan hasta sayısı	34	% 21
Hastalığı neden ile işe veya okula devam edemeyen hastalar	32	% 19

Tablo 3: İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine gelen astımlı hastaların kontrol durumu.

İşe veya okula devam edemeyen hastalarda yıllık işgücü kaybı 9.44 ± 11.9 bulundu.

ZVK: 85.2 ± 20

ZVK1: 85.3 ± 20

PEF: En son PEF 353 ± 106

En iyi PEF 403 ± 120

4.2.5. Ayaktan Hastaların Memnuniyeti Ve Objektif Sonuçlar Arasındaki Etkileşmeler

Ayaktan başvuran hastalara uygulanan anket sorularında klinikten genel memnuniyetleri sorgulanmıştır. Uygulanan ankette hastaların kliniği “çok iyi (4)”, “iyi (3)”, “orta (2)”, “kötü (1)” şeklinde değerlendirmeleri istenmiştir.

KLİNİK MEMNUNİYETLERİ	HASTA SAYISI (n)	TOPLAM HASTA SAYISINA ORANI (n=163)
1	7	% 4.2
2	21	% 13.3
3	57	% 34.6
4	78	% 47.9

Tablo 3: İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine gelen astımlı hastaların klinik memnuniyet durumu.

Ayaktan hastalarda kliniğimizden genel memnuniyet ortalaması $3.12 \pm 0,89$ bulundu. Hastaların kontrol altında olma durumları ve solunum fonksiyonları ile memnuniyetleri arasında ilişki olup olmadığı araştırıldı. Kontrol dışı başvuru ile FEV1 arasında ve iş gücü kaybı ile FEV1 arasında ters ilişki saptandı. Sırasıyla $p=0.003$, $p=0.02$ idi.

Diğer verilerle FEV1 arasındaki ilişkide istatistiksel bir ilişki yoktu.

Hastaların klinik memnuniyeti ile kontrol durumları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmedi.

5.BEŞİNCİ BÖLÜM

5.1.TARTIŞMA VE SONUÇ

Kliniğimizde yatan hastalarda objektif performans bir hasta çıkış formu çerçevesinde ölçülmüştür. Burada tüm verilerde hastayı takip eden asistan hekimin değerlendirmesine güvenmek zorunluluğu vardır. Asistan hekimin hastanın verilerini ne derecede objektif olarak değerlendirdiği tartışmalıdır. Bu açıdan konunun uzmanlarından kurulu bir hekim kurulunun hastayı bağımsız olarak değerlendirmesi daha objektif olabilir. Ayrıca bu hekim kurulunun hastayı takip eden hekimlerden oluşmaması gerekir. Hasta takibi yapan hekimlerin komplikasyon oranlarını ve hastane infeksiyonu oranlarını ne derecede güvenli olarak vereceği konusunda kuşklar bulunmaktadır. Bu yüzden akreditasyon, mükemmellik modeli ve ISO 9000 değerlendirmelerinde bağımsız bir kuruluşun hastaneyi değerlendirmesi söz konusudur.

Çalışmamızda böyle bağımsız bir kuruluşun hastayı ve hastalığı değerlendirme verileri kullanılmayıp hastayla ilgili asistanın beyan ettiği çıkış formu verilerine dayanılmıştır. Halen ülkemizde bu tür objektif performans verileri konusunda yayın bulunmamaktadır. Kalite değerlendirme sistemi uygulayan özel hastanelerde objektif performans ölçülse dahi sonuçları kişiler tarafından özel değerlendirilmekte ve ulaşılması imkansız bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde birçok hastanede bu ölçümler zorunlu olarak yapılmakta ve internet sitelerinden halka duyurulmaktadır. Hastalar hastane seçiminde internetten hastaneyi, yatış süresi, komplikasyon ve iyileşme ortamına göre gidecekleri ve ameliyat olacakları hastaneleri seçmektedirler. En önemli objektif performans göstergeleri olarak hastanenin mortalite oranları, hastane infeksiyon oranları, beklenmeyen cerrahi girişimler, komplikasyon yüzdesi, yatış süresi ve aynı hastalık nedeniyle beklenmeyen yeniden yatış oranları belirlenmiştir (Abdelhak ve diğ., 1996; 290).

Çalışmanın içerdiği hasta sayısında kısıtlılık nedeniyle mortalite hızı ölçülememiştir. Hastane infeksiyon hızı ise istatistiksel korelasyonlar açısından oldukça düşük düzeyde kalmıştır. Yine çalışmamızda aynı hastalık nedeniyle beklenmeyen yeniden yatış sadece iki hastada söz konusu olmuştur. Bu açıdan sadece yatış süresi, hekimin hastalık iyileşmesi konusunda olan beyanı, çeşitli işlemlerdeki komplikasyon oranları çalışmamızda en önemli objektif performans göstergeleri olarak kabul edilmiştir (Abdelhak ve diğ., 1996; 290). Yatan hastalarda net performans göstergeleri bulunmamasına rağmen, tüm dünyada astımlı hastaların objektif performans göstergeleri üzerinde uzlaşma sağlanmıştır. Herhangi bir tedavi yönteminin astım hastalığında etkinliğinin ölçümü hastalığın kontrol durumunu gösteren parametrelere dayanmaktadır. Çalışmamızda bu parametreler çok güvenli olarak ölçülmüş bulunmaktadır. Objektif performans göstergelerinin hasta hizmetinin en güvenilir kriterleri olmasına rağmen ülkemizde başta özel hastaneler olmak üzere birçok hastanesinde hasta memnuniyet anketleri tek izleme kriteri olarak kullanılmaktadır. Oysa sağlık hizmetinin niteliği nedeniyle kullanıcı tarafından kalitesinin değerlendirilmesi imkansızdır (Hasan, 2000; 3).

Çalışmamızda hasta memnuniyet anketlerinin hastane ve hekim başarısını yansıtmadığı bazı karşılaştırmalar ile kanıtlanmış bulunmaktadır. Şöyleki cerrahi ve diğer girişimsel işlemlerde komplikasyon gelişen hastaların memnuniyeti ile genel hasta memnuniyeti arasında herhangi bir anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum hastanın kendisine uygulanan işlemin başarısızlığından haberinin olmadığına göstergesi sayılabilir. Yine yatış süresi ile memnuniyet arasında ilişkinin bulunmayışı önemli bir saptama olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca hastaların memnuniyeti ile iyileşme algıları arasında da herhangi bir ilişki bulunmamıştır. %27 hasta iyileşmediklerini söylemelerine rağmen hekimlerden yüksek derecede memnun

olduklarını belirtmiştir. Bu hastalar hastalıklarının iyileşmesinin imkansız olduğu konusunda aydınlatılmış olabilirler. Buna rağmen iyileşme ile memnuniyet arasında korelasyon olmadığı gösterilmesi ilginçtir. Diğer çalışmalarda cinsiyetin hasta memnuniyetini etkilediği gösterilmiştir. Çalışmamızda ise cinsiyet ile memnuniyet arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Ayrıca çalışmamızda memnuniyet ile yatış statüsü arasında ilişki gösterilmemiştir (4. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 2001; s:377-381). Demirtaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada statü ile memnuniyet düzeyi arasında ilişki bulunmaması, ülkemizde hekim davranışını açısından umutlu bir görünüm arz etmektedir.

Sonuç olarak çalışmamız tek başına hasta memnuniyetinin hastane performans göstergesi olarak ele alınmasının çok yüzeysel ve yetersiz kalacağını ortaya çıkmaktadır.

6.ALTINCI BÖLÜM

6.1.KAYNAKLAR

AKTAN, Coşkun Can; Yeni Yönetim Tekniklerinin Kamu Yönetiminde Uygulanması, Türk İdare Dergisi, Yıl 71, Sayı:425, Aralık 1999.

AK Bilal; SEVİN H. Dilek; “Hizmet Sektörünün Genel Yapısı ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri” I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi – Bildiriler, Ankara 20-21 Mayıs 2000, Hacettepe Kültür Merkezi.

ABDELHAK Mervat; GRISTICK Sara; HANKEN Mary Alice; JACOBS Ellen; W. B. Saunders Company, 1996.

BAKER, R; Audit and Standards in New General Practice BMJ 1991.

BOZKURT, Ridvan; ODAMAN, Aynur; “ISO 9000 Kalite Güvence Sistemleri”, Milli Prodüktivite Yayınları, No:549, Ankara 1997.

BROOK, R. H.; Williams K. N. Effect of Medical Care Review On The Use of Injections. Ann Intern Med 1976.

BİEDERMAN, A; CARANEL, S; YEHEKEL, A. Measuring Patient Satisfaction In Primary Care: A Joint Project Of Community Representativesclinic Staff Members And A Social Scientist, Fam,1994.

CONEN, D; Ansatzpunkte der Qualitätssicherung in der Nichtoperativen Medizin. Arzteblatt Baden-Württemberg 1988.

DEVEBAKAN, Nevzat; Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi Ve Ölçümü, İzmir, 2005.

ESATOĞLU, A; ERSOY, K; Hasta Tatmininin Ölçülmesi, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü. Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 1996.

FACHE John R. Griffith; Measuring Comparative Hospital Performance, Volume 47, Number:1, January – February 2002.

FINDIKÇI, İlhami; İnsan Kaynakları Yönetimi, Yönetim Dizisi, 5. Baskı, Nisan 2003.

GESUNDHEITSDIREKTION des Kantos Zürich, Publick 6, Outcome 98.

GÖKMEN, Ceyhan; Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, 2001.

İNANOĞLU, I; AKGÜN, S; ARAT, Z. Ve ark.; Hemodiyaliz Hastalarının Verilen Tedavi Hizmetlerinden Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi, Haberal Eğitim Vakfı, 1999.

- KAVUNCUBAŞI, Ş; ESATOĞLU, A. E; “Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinin Hemşirelik Hizmetleri Açısından Değerlendirilmesi”, Hemşirelik ve Ebelik Eğitimi ve Uygulamalarında Toplam Kalite Yönetimi (Der: Y. Öztürk), Erciyes Üniversitesi Yayınları, Kayseri 1998.
- KAVUNCUBAŞI, Ş; Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000.
- KUNTS, Paul; LEMMINK, Jos, Quality Management and Business Performance in Hospitals. A Search for Success Parameters, Total Quality Management, Vol. 11, No:8, 2000.
- KUŞ, Hasan; Hastane Yönetimi Dergisi, Cilt:4, Sayı:2, Mart-Nisan 2000.
- MORGİL, Orhan; KÜÇÜKÇİRKİN Mehmet; “TOBB’in Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı”, 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Ed.: Nihat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara 1995.
- ÖZALP, Sinan; ŞAHİN, Ümit; ÜNLÜOĞLU, İlhami; “Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Eğitim İle İlişkisi”, I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi-Bildiriler, Ankara; 20-21 Mayıs, 2000, Hacettepe Kültür Merkezi.
- ÖZGÜLBAŞ, Nurgül; Hastanelerde Finansal Yönetim: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1995.
- ÖĞÜT, Şebnem; İnsana Yatırım Programı El Kitabı, Batlaş-Baltaş Yönetim, Eğitim, Danışmanlık A.Ş., 2000.
- REERINK, E; Qualitätssicherung in den Nideerlanden. Arzteblatt 50 Baden-Württemberg, 1998.
- SCHEİBE, O; Qualitätssicherung Klinischer Chirurgie Arzteblatt Baden-Württemberg, 1986.
- SEELOS, H. J; Qualitätssicherungsprogramme in der Krankenhausmedizin: Quo vadis? Dt. Arztebl. 1989.
- SELBMANN, H. K; Versuch Einer Systematisierung der Qualitätssicherung in der konservativen Medizin. Arzteblatt Baden-Württemberg. Sonderveröffentlichung, 1988.
- SUBAŞILAR, Birgün; Hastanelerde ISO 9000 Kalite Güvence Standartları Ve Uygulamadan Bir Örnek, Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. İşletme Fakültesi, İstanbul, 1999.

WILLIAMSON, J.W. Formulating priorities for quality assurance activity. JAMA 1979.

YAMAK, Oygur; Kalite Odaklı Yönetim, Panel Matbaacılık, İstanbul, 1998.

Türk Tabipleri Birliği ve İstanbul Tabip Odası. Türkiye’de Hekim İstihdamı Kurultayı, Toplantı Dizisi I, II, III Toplantı Raporu, Sonuç Bildirisi.

UZ, M. Hulki; ÖZBAKIR, İ. Deniz; ERGİN, Cemil; Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: Bir Saha Çalışması, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, 1996.

Editorials, BMJ 1997, 19 July.

Hastane Dergisi; Eylül-Ekim 2004, Yıl:6, Sayı:30.

Hastane Dergisi; Kasım-Aralık 2004, Yıl:6, Sayı:31.

Hastane Dergisi, Ocak-Şubat 2005, Yıl:6, Sayı:32.

Hastane Dergisi, Eylül-Ekim 2005, Yıl:7, Sayı:36.

Hastane Dergisi; Kasım-Aralık 2005, Yıl:7, Sayı:37

The Joint Commission, Accreditation Manual for Hospitals, Volume II, 1995.

4. Ulusal Sağlık Ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, İstanbul, 27-28 Eylül 2001.

www.saglik.gov.tr

www.canaktan.org

www.kalder.org

www.fatih.edu.tr

www.ekutup.dpt.gov.tr

www.diyarbakir.gov.tr

www.siteetky.com

www.saglikbakanligi.gov.tr

7.1.EKLER

7.1.1.Toplantı Tutanağı

TOPLANTI ADI : Akademik Kurul Toplantısı

TARİH : 28 Ekim 2005 Cuma

KARARLAR

Anabilim Dalı'mız Akademik Kurul'u 28 Ekim 2005 tarihinde saat 10:00'da 1.Kat Kuddusi Gaziolu Dershanesinde toplanmıştır. Aşağıdaki kararı almıştır:

Astım polikliniğinde hasta takibi sonuçlarımızın ve memnuniyet anketi verilerimizin kliniğimiz sekreteri Ayşıl Yanmaz'ın Haliç Üniversitesi İşletme Fakültesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde hazırlamakta olduğu tezinde kullanılmasında sakınca görülmemiştir.

Doç.Dr.Mustafa Erelel

Doç.Dr.Esen Kıyan

Doç.Dr. Çağlar Çuhadaoğlu

Doç. Dr. Tülin Çağatay

Prof. Dr. Levent Tabak

Prof. Dr. Turhan Ece

Prof. Dr. Ziya Gülbaran

Prof. Dr. Feyza Erkan

Prof. Dr. Zeki Kılıçaslan

Prof. Dr. Orhan Arseven
 Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
 Başkanı

7.1.2.Hasta Çıkış Formu

1.Hasta adı soyadı:	
2.Protokol no:	
3.Yaşı:	4.Cinsiyeti:
5.Yatış tarihi:	
6.Çıkış tarihi:	
7.Bu yatışa neden olan tanı:	
8.Esas tanı:	
9.Diğer tanıları:	
Diabetes mellitus <input type="checkbox"/>	Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Konjestif kalp yetmezliği <input type="checkbox"/>
İskemik kalp hastalığı <input type="checkbox"/>	Diğer.....
10.Ahşkanlıklar:	
Sigara <input type="checkbox"/>	
11.Çıkış durumu:	
İyileşme-Düzelme <input type="checkbox"/>	Haliyle <input type="checkbox"/> Sevk <input type="checkbox"/> Ölüm <input type="checkbox"/>
12.Hastaya uygulanan ameliyat/diğer işlemler:	
13.Komplikasyonlar:	
14:Hastane enfeksiyonu:	
Ventilasyona bağı pnömoniler <input type="checkbox"/>	
Cerrahi alan enfeksiyonu (yüzeyel veya derin) <input type="checkbox"/>	
Santral venöz katetere bağı bakteriyemi <input type="checkbox"/>	
Diğer belirtiniz.....	
15.Hasta son 30 gün içerisinde hastaneye aynı ya da ilişkili bir tanıyla yattı mı?	
Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Evet ise;	
- Daha önceki çıkış tarihi:...../...../.....	
- Daha önceki tanı/yapılan işlem:.....	
16.Yatış statüsü:	
SSK <input type="checkbox"/>	Özel sigorta <input type="checkbox"/> Emekli sandığı <input type="checkbox"/> Özel <input type="checkbox"/>

Ek 2: İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yatan hastaların çıkışlarında doldurulan "Hasta Çıkış Formu"

7.1.3.Yatan Hasta Memnuniyet Anketi

1.Hastanede yattığınız sürece hekimlerden ne kadar memnun kaldınız?	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü
2.Hastanede yattığınız sürece hemşirelerden ne kadar memnun kaldınız?	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü
3.Hastanede yattığınız sürece diğer personelden ne kadar memnun kaldınız?	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü
4.Hastanede yattığınız sürece hekimlerden ne kadar memnun kaldınız?	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü
5.Hastanede yattığınız sürece kayıt memurlarından ne kadar memnun kaldınız?	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü
6.Hastanede yattığınız sürece sekreterlerden ne kadar memnun kaldınız?	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü
7.Hastanede yattığınız sürece yemeklerden ne kadar memnun kaldınız?	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü
8.Hastanede yattığınız sürece temizlikten ne kadar memnun kaldınız?	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü
9.Hastalığınız tamamen iyileşti mi?	Evet Tamamen	Evet Biraz	Hayır	
10.Bu kliniği diğer tanıdıklarınıza tavsiye eder misin?	Evet	Hayır		

Ek 3: İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıklarında yatan hastalara uygulanan “Yatan Hasta Memnuniyet Anket” formu

8. SEKİZİNCİ BÖLÜM

8.1.ÖZGEÇMİŞ

1975 yılında İstanbul'da doğan Ayşıl YANMAZ, ortaokulu Oruçgazi İlköğretim Okulu'nda, liseyi Pertevniyal Lisesi'nde tamamladı. 1999 yılında Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Halkla İlişkiler bölümünden, 2003 yılında da Haliç Üniversitesi İşletme Fakültesi Türkçe İşletme Bölümünü'nden mezun oldu. Aynı zamanda 1995 yılından beri İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'nda sekreter olarak görev yapmaktadır.