

Kalite Geliştirme

Değişim Zorunluluğu

A.B.D. kişi başına en fazla sağlık harcamasının yapıldığı ülkedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün istatistiklerine göre; 2000 yılında GSMH'sinin % 13'ü sağlık harcamalarına ayrılmıştır. Bu harcamaya rağmen, A.B.D'deki yaşam beklentisi, dünyada 24. sırada yer almaktadır. Tüm ülkedeki sağlık hizmetleri performansında ise A. B. D daha aşağılarda, 37. sırada. Amerikalılar her zaman kendi ülkelerindeki sağlık hizmetlerinin en iyi olduğunu söylerler. Ancak Dünya İlaç Enstitüsü'nün hazırladığı " Crossing the Quality Chasm " adlı detaylı rapora göre, "Amerikan Sağlık Hizmetleri, bazı köklü değişikliklere uğramak durumundadır".

Sağlık hizmetlerinin amaçladıklarıyla sağladıkları arasında büyük boşluklar vardır. Bu da kalitenin geliştirilmesi için bir fırsat demektir. İşbirliği yapmak, bu hizmeti geliştirebilecek bir konsepttir. Başarılı olabilmek için, işbirliği içinde çalışmak, geleneksel sağlık hizmetlerini sürekli olarak geliştirmek gerekir.

Nelerin gelişmesi gerekir? Özellikle 2 kategorinin, ölçülüp, izlenerek geliştirilmesi gerekir: bakımın kendisi (ör: istenen tedaviyi neticelendirebilmek) ve hizmet sistemleri (ör: bekleme süreleri ve gecikmeler). Dünya İlaç Örgütü'nün Amerika raporunda, sağlık hizmetlerindeki en temel 6 noktanın, olması gerekenden daha düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir. Bunlar:

- Güvenlik: Yardım etmek amacıyla bir zarar vermekten kaçınmak.
- Etkin Olmak: Bilimsel yaklaşımı olan hizmetler sağlamak.
- Hasta Odaklı olmak: Hastanın bireysel değerlerini ve ihtiyaçlarına saygılı olarak hizmet vermek.
- Zaman: Hizmeti veren ve alan kişiler için zararlı olan bekleme zamanlarını ve gecikmelerini en aza indirmek.
- Verimlilik: Ekipman, stok, fikir ve enerjiyi boşa harcamamak.
- Adil olmak: Cinsiyet, etnik, coğrafya ve sosyo-ekonomik statü gözetmeksizin kaliteli hizmet vermek.

Güvenlik

Daha önceki hasta güvenlik sorunları hastanelerdeki çalışmalarda incelenmiştir. Yayımlanan pek çok dokümanda, ilaç güvenliği ele alınmıştır. Gurwitz, ilaç yan etkilerini ve aksilikleri ele alan bir çalışma yapmıştır. 12 aylık bir sürede 30 397 kişinin gözlemlendiği bir çalışmada, 1523 kişide yan etkiler ortaya çıkmıştır. Bunlardan 421'i (%27.6) önceden önlenilebilir vakalar olarak kaydedilmiştir. Toplam yan etkiler 1000 kişiden 50'si ve bunların % 13.8'i önceden önlenilebilir olaylardır. Birçok yan etki ciddi, yaşam tehlikesi ya da ölümcül boyutu olan yan etkiler olarak belirlenmiştir. Bu ciddi yan etkilerin çoğunun önceden önlenilebilir olduğu kaydedilmiştir. Reçetelerdeki hatalar sonucunda karşınıza çıkan yan etkilerin sayısı ise 246'dır. Bunları izleme dönemindeki 256 (%60.8) hata takip etmektedir. Hastalarla uyum problemi olan 89 hasta (%21.1) tanımlanmıştır. Yan etki durumları genellikle kardiyovasküler tedavilerde (%24.5), diüretiklerde (%22.1), nonopioid analjeziklerde (%15.4), hipoglisemiklerde (%10.9) ve antikoagulanlarda (%10.2) ortaya çıkmıştır. Organ sistemleri, ilaçlar tarafından yan etkilere maruz kalabilmektedir. Bunlar; elektrolit / renal (%26.6), gastrointestinal kanal (%21.1), kanama (%15.9), metabolik / endokrin (%13.8), ve nöropsikiyatrik (%8.6) sistemler olarak belirlenmiştir. Otörler yan etkilerin sık görüldüğünü ve ambulatuvar klinik ortamda yaşlı hastalarda sıklıkla önlenilebilir olduğu sonucuna varmışlardır.

Gandhi'nin, yan etkilerin önceden önlenmesi için yönettiği çalışma, yan etkilerin tiplerini, yüzdelerini, ve stratejileri kapsamaktadır. En az bir kere reçete kullanan 1202 hastadan 661'i (%55), gözleme cevap vermiştir ve 162'si (%25)'i yan etkilere maruz kalmıştır. Toplam 181 yan etkiden rapor edilen 24'ü ciddi, 51'i orta şiddette ve 20'si önlenebilir yan etkiler olarak rapor edilmiştir. 51 orta şiddette vakadan 32'si doktor hatası ve 19'u hasta hatası (semptomları doktorlara söylememek) olarak kaydedilmiştir. Tedavi sınıflandırmalı genellikle seçici serotonin inhibitörleri (%10), beta-blokerler (%9), ACE inhibitörleri (%8) ve nonsteroidal antiinflamatuar ajanlar (%8) olmuştur. Hastalar ve hizmetliler arasındaki bağın güçlendirilmesi, şüphesiz yan etkilerin önlenmesine yardımcı olacaktır.

Etkinlik

Etkin olmak, sistematik çalışmayla birlikte, müdahale veya alternatiflerinin seçimidir. Kanıt bazlı uygulamalar, en iyi deneysel klinik araştırma metodudur. Bazı klinik uygulamalarının, kanıt bazlı uygulamalardan saptığı örnekler mevcuttur. Bu örnekler, miyokard enfarktüsü olan hastalarda beta adrenerejik reseptör blokerlerinin kullanımı ve atriyal fibrilasyonu olan hastalarda oral antikoagulanların kullanımı olabilir. Tip 1 diyabeti olup da kan şekeri konsantrasyonu ölçmeyen ve insülin terapisini takip etmeyen hastalar da başka örneklerdir.

Kottke, 65 yaş ve üstü hastaların % 35'inin pneumococcal aşının tavsiye edilmesine rağmen hiç kullanmadıklarını rapor etmiştir. Bu çalışmada ayrıca, % 53 sigara içen kişinin % 47'sinin sigarayı bırakmasını tavsiyesine edildiğini saptamıştır.

Zamanlama

Sağlık sektöründe hizmet veren ve alanların bekleme ve gecikme durumlarını belirten yayınlar azdır. Bu hem bir klinik konusu hem de müşteri hizmetleridir. Hava alanlarındaki uçak gecikmelerini bir düşünün. Yalnızca sağlık hizmetini verenlerin planlaması doğru yapılırsa, odalarda bekleyen hastaları gör-

mek artık mümkün olmayacaktır. Hastaların gözüyle, sağlık hizmetin verenlerden bir randevu almak ve beklemek haftalar bazen aylar sürer. Bu durum hastanın vakit kaybına ya da daha pahalı kurumlara başvurmasına yol açar. Sağlık Hizmetlerini Geliştirme Enstitüsü bekleme zamanları ve gecikmeler konusunda çalışmalar yapmıştır.

Verimlilik

Genel anlamda verimlilik, en az maliyetle en çok kaynağın kullanılmasıdır. İsraf, verimliliğin zıttı olup, hastalara bir yarar sağlamaz. Verimlilik kaliteyi artırarak, gereksiz çalışmaları azaltarak veya üretim ve yönetim maliyetlerini düşürerek yapılabilir. Potansiyel israf örnekleri şunlardır:

- Gereği olmayan ilaçların kullanımı, ör: antibiyotikler.
- Gereği olmayan ve pahalı ilaçların kullanımı.
- Yaşam risklerini göze almadan tedavi
- Zararı olmayan yan etkileri tedavi etmek.

Geliştirme modeli

Örgütlerin performansını arttırmak için Sağlık hizmetlerine uygulanan modele Geliştirme Modeli denir. Bu üç temel sorunun sorulmasına dayanır:

- Bizler neyi başarmaya çalışıyoruz?
- Bir değişimin gelişme sağladığını nasıl bilebiliriz?
- Gelişme sağlayacak olan değişimleri nasıl anlarız?

Amaç: Neyi Başarmaya Çalışıyoruz?

Gelişim modelindeki ilk adım belirgin ve nicel bir amaç veya hedef belirlemektir. Böyle yaparak bir gelişimin sonuçlanabilmesi için bir gelişimden faydalanması beklenen ve aktivitelerini ve tavırlarını değiştirmekle sorumlu olan kişiler arasında bir anlaşmaya varmak önemlidir. Böylece gelişimden sonuç alınmış olur. İlaç tedavisi güvencesindeki gelişi-

min bir örneği aldıkları ilaçlara karşı bilinen bir alerjisi olan hastaların sayısını azaltmak olabilir. Bu pek çok hastayı etkileyebilecek bir amaçtır. Ancak, sorumluluk üstlenmek için kişisel yükümlüklerini düşündüklerinde veya amaca ulaşmak için daha fazla çalışmak zorunda kalırlarsa reçeteyi yazan kişiler, eczacılar veya hemşireler için o kadar çekici olmayabilir.

İlaç tedavileri hakkında danışmanlık hizmeti verilen hastaların yüzdesini artırmak bir başka olası amaçtır. Fakat pek çok hasta bir eczacının ilaç tedavileri hakkında onlarla konuşmasını daha fazla beklemek isteyebilir ve bazı eczacılar hastalara danışmanlık yapmak için fazla meşgul olduklarını düşünebilirler.

Hedefler gelişimden yararlananlar ve gelişimi gerçekleştirmekle yükümlü olanlar arasında bir anlaşma olmadıkça ulaşılması zordur. Üstelik hedeflerin hem zaman hem de performans hedefleri nicel terimlerle belirtilmiş olmalıdır, böylece süreç dahil olan kişiler amacın gerçekleştiğini anlayabilirler.

Ölçüm: Bir Değişimin Gelişimle Sonuçlandığını Nasıl Anlayacağız?

Her bir gelişim bir değişim gerektirir. Fakat her değişim gelişimle sonuçlanmaz. Bir ölçüm sistemi kullanmak değişimin gelişime ulaşp ulaşmadığına karar vermeye yardımcı olabilir. Bu sistem kalite ve güvenlik ölçülerini ve belki de bir müşterinin bakış açısıyla bir ürünün veya hizmetin ölçütleri veya hasta güvenliğini temsil eden sonuçların ölçütlerini kapsayabilir. INR laboratuvar testlerinin warfarin alan hastalar için tedavi alanının dışında pi sayısını takip etmek bir örnek olabilir.

Bir ölçüm sisteminin, hem değişim ve beklenen sonuç arasında ilişki kurmak için tam hem de kolay olması gerekir. INR testi tam bir ölçümün örneğidir. Çünkü niceldir ve işbirliğine dayalı uygulamada bakım testinin amacını kullanarak ölçülebilir. Anormal sonuçlar neredeyse her zaman warfarin terapisindeki düzeltilebilecek bir problemi yansıtır. Diğer yandan ilaç tedavisi güvenliğini hatalı bir

şekilde yansıtan bir ölçüm, hazırlanan K vitamini dozlarının sayısıdır. Bu sayı warfarindeki aşırı dozları düzeltme ihtiyacının ölçümü olarak görülebilir. Fakat K vitamini warfarin alanlar dışındaki hastalara da verilir.

Bir ölçüm sisteminin basit ve personel için fazla zaman harcamayan bir sistem olması da gerekir. Çizelge incelemeleri ve dikkat temelli çalışmalar, hasta güvenliğini gözlemek için kesin yöntemlerdir fakat klinik kuruluşlarda kullanılabilme için fazla zaman kaybettirir.

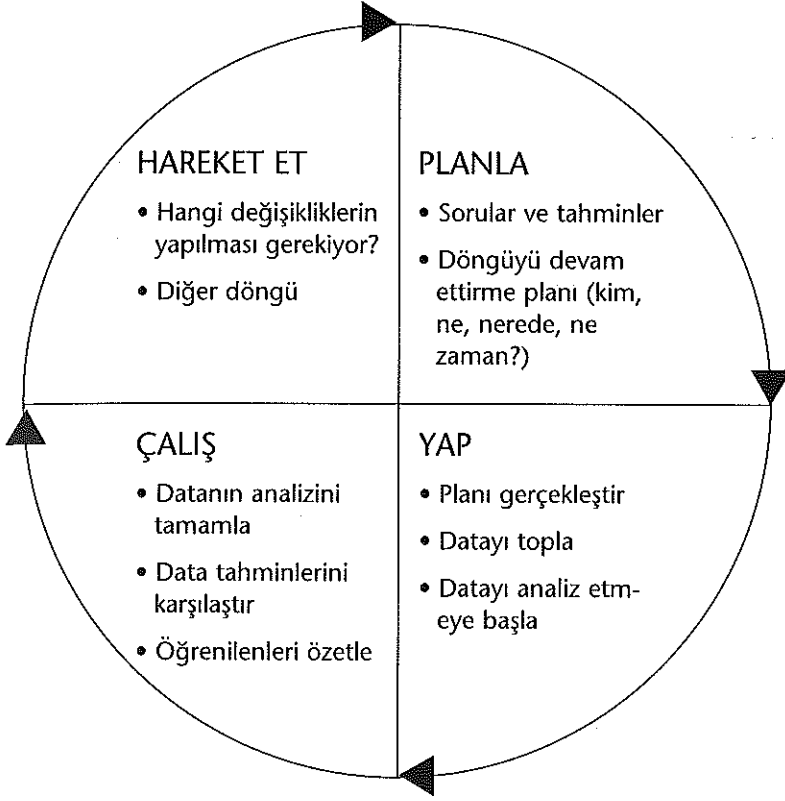
Değişim Konseptleri: Gelişimin Sonuç Verip Vermediğini Anlamak İçin Ne Gibi Değişimleri Deneyebiliriz?

Gelişimi kontrol etmek için kullanılabilen değişim konsepti listesi geliştirmek için çözülmesi gereken problemlere sahip olan kişileri de kapsamak gerekir. Değişim konseptleri zaman zaman "önsezi" olarak adlandırılırlar ve beyin fırtınası seanslarında oluşturulabilirler. Warfarin alan hastalar için tedavi sonuçlarını geliştirecek konsept önerileri aşağıda listelenmiştir.

Değişim Konsepti Örnekleri

Warfarin kullanan hastaların tedavi sonuçlarını geliştirmek için önerilen değişim konseptleri aşağıdakileri kapsayabilir:

- Warfarin terapisi hakkında doktorlar için bir eğitim programı oluşturmak.
- Warfarin reçetesi yazarken doktorların kullanabileceği klinik bir rehber geliştirmek.
- Warfarini daha yakından gözlemleyebilmek için işbirliğine dayalı uygulama içerisinde bakım testi amacını tanıtmak.
- Warfarin kullanan hastalara önerilebilecek antikoagülan yönetimi hizmeti geliştirmek.



Tedavi Sürecindeki Performansı Ölçen Araçlar

Gelişme yolundaki problemleri nasıl tespit ediyor ve tedavi performans sistemlerini nasıl ölçüp yönetiyoruz? Bu süreçte problemler 4 adımdan oluşmakta. Reçete, dağıtım, yönetim ve izleme. Bu sistemler her bir performans adımını ölçebilecek şekilde dizayn edilmelidir.

Araştırmacılar, tedavi konulu sorunları saptamak için farklı yollar izlemişlerdir. Bu yollar, şemalar, bilgisayarlar ve çeşitli metodların kombinasyonlarıdır. Raporlama sistemlerinin en iyi kombinasyonları bile bazı performans eksikliklerine maruz kalabilir. Fırsatların gelişimi için yeteri kadar bilgi toplanabi-

lirse ancak o zaman ölçüm sistemi değer kazanabilir.

Bu sınırlamalara karşın, gönüllü raporlama sistemleri, performansı izlemek adına uygun bir yol olabilir. Çünkü bunlar zaman harcayan ve ecza personeli meşgul edecek nitelikte değildir. Çalışanlar performans hakkında rapor sunduklarında, gelişimin şart olduğunu ve bunun kendilerini de ilgilendirdiğini belirtirler. Gözlem bazı çalışmalar, genelde "yanlış şeyler yapan insanları yakalamak" olarak algılanır. Bu yüzden, performans problemlerini rapor etmek güçtür ve çalışanlar motivasyonu ve sorumlulukları azalır.

AMAÇ

- Amaç için uzlaşmaya varmak

ELDEKİ BİLGİ

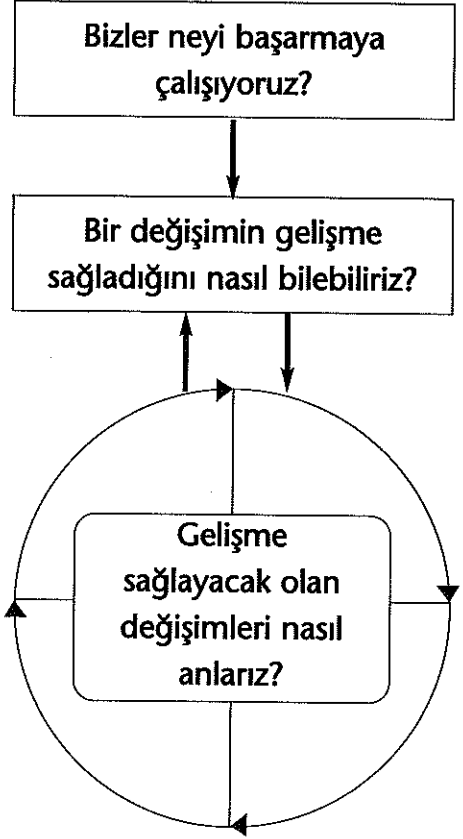
- Kalite seviyesini belirlemek
- Temel oluşturmak

ÖĞRENİM VE GELİŞTİRME DÖNGÜSÜ

- Bilgiyi arttırarak bir değişim geliştirmek
- Bir değişim yaratarak test etmek (küçük ölçek)
- Bir değişimi uygulamak.

Gözlem bazı çalışmalar belki daha doğru ve hedefi bulan çalışmalar olsa da bazı olağan dışı durumlar gözden kaçabilir. Eğer çok ciddi sorunlar yılda 5 ya da 6 sefer oluyorsa, küçük çapta bir popülasyonda göze batmaz. Öbür yandan, nicel analiz gerektiren durumlar varsa, önce-sonra değerlendirmesi yararlı olabilir.

İşbirliği içinde yapılan bir çalışma sonucunda, performans geliştirme amacı örneği, hastaların bekleme zamanlarını azaltabilir. Gönüllü bir raporlama sistemi, gözlem bazı çalışmaya kıyasla, gelişimin değişim(ler)den kaynaklanıp kaynaklanmadığını saptayabilir. Gelişim için bir başka yol ise, tedavi incelemeleridir. Eczacılar tedavi kaynaklı bir sorundan şüphelendiklerinde, problem alanına odaklanan bir rapor nicel bir fayda sağlayabilir.



İlaç kullanım değerlendirmeleri (ilaç değerlendirilmeleri veya kriter temelli denetimler olarak da adlandırılır) gelişim fırsatları bulmanın bir başka yoludur. Eczacı ilaçla ilgili bir problemden şüphelendiğinde, özel olarak o problem alanına odaklanmış bir değerlendirme kantitatif bir değerlendirme sağlayabilir.

Warfarin kullanımının değerlendirilmesi, tedavi incelemelerine bir örnektir. Antikoagulan terapisine uyum sağlayamayan hastalar, reçetelerine warfarin yazılan 30 hastayı harekete geçirebilir. Bazı durumlarda, bazı doktorların protrombin veya INR kullanması yerine kısmi tromboplastin kullanması, ya da K vitamini (warfarin içeren) yerine çok daha pahalı, çok daha güvensiz taze, donmuş plazma kullanımı, güvenlik sorunlarına en güzel örneklerdendir.

Bilgisayar bazlı saptama programları, tedavi sorunlarını saptama konusunda alternatif bir seçenek oluşturur. Bu programların çoğu, sağlık hizmetleri çevresince geliştirilmiş olup mobil servislere uygulanamaması için hiçbir neden yoktur.

Bir bilgisayar bazlı alarm sistemi, doktorun ve eczacının tedavi sorunlarını çabuk bir şekilde bulmasını sağlar. Programların temeline koyulan bu alarmlar " vekil izleyiciler" olarak adlandırılırlar. Bunları; Narcan düzenlemeleri, vitamin K düzenlemeleri, taze, donmuş plazma yönetimi ve Kayexelate düzenlemeleri şeklinde örneklendirebiliriz. Bunlar yan etkisi yüksek ilaçlardır. Diğer vekil izleme örnekleri ise, anormal serum digoksin , diğer ilaç konsantrasyonları ve protrombin zamanı ve INR gibi ilaçların yan etki göstergelerini ölçmektir.

Vekil izlemelerinin uyumu, laboratuvar ölçümlerini ve tedavi neticelerini değerlendirerek yapılabilir. (Kolesterol düşüren ilaçları alan hastalara kolesterol serumu gibi...). Bilgisayar alarm sistemlerinin yalnızca olağandışı durumlarda veya antidot kullanımında devreye girdiğini bilmek gerekir. Bütün tedavi bazlı sorunlar bilgisayar tarafından tespit edilemez.

Jha, stimule edilmiş gönüllü raporları ve incelemeler sayesinde, bilgisayar bazlı görüntüleme yoluyla tedavi sorunlarının tip ve yüzdelerini kıyaslayabilmiştir. Bilgisayar bazlı alarm izleme sistemleri bir problemin ortaya çıkabileceği durumlarda alarm verir - örneğin, naloksom gibi bir antidot reçetesi ile. Daha sonra eğitilmiş bir değerlendirici klinik bir problemin gerçekten ortaya çıkıp çıkmadığını belirlemek için kaydı inceler.

Tedavi sorunlarının saptanması konusunda kullanılan bu sistem, çizelge ya da eczacılar ve hemşireler tarafından yapılan gönüllü raporlamalar ile karşılaştırılmıştır. Bilgisayar bazlı program, bir hastanede 8 ay içerisinde 2620 kez alarm vermiştir. Çizelge sisteminde ise 398 sorun bulunmuştur (23'ü gönüllü). 617 sorun en az bir metotla bulunmuş, sadece 76 sorun ise iki metot tarafından saptanmıştır.

Çizelge yolu ile saptanan sorunlar, bilgisayar ile saptanan sorunlardan farklıdır. Çizelge yöntemi, akli durumdaki değişiklik, bulantı, hipotansiyon ve kusma gibi daha çok semptomatik durumları saptamada etkili olup. Bilgisayarla izleme yöntemi ise, ilaçta tedavi gerektiren durumlarda ve laboratuvar gözlemlerinde daha güvenilir olmuştur. Bu kombinasyon tekniklerini kullanarak, 1000 yatılı hastadan 17.8'inde önemli klinik tedavi sorunları saptanmıştır. Bilgisayar metotlarını kullanarak, tedavi sorunlarının 1000 hastadan 50.1'ini etkilediği gözlenmiştir.

İlaç Tedavisinde Kalite Testi

Sistem Performansı

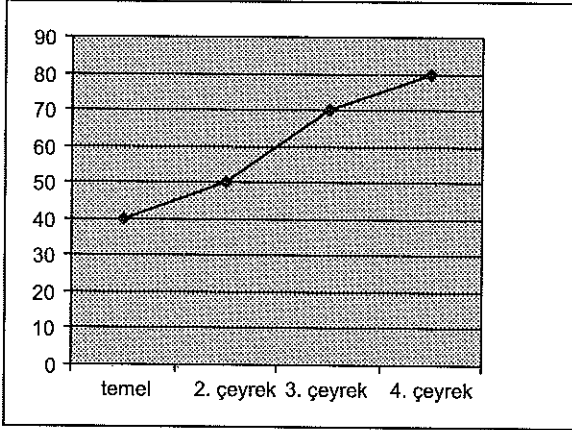
İlaç tedavi sisteminin performansını ölçerken, kalite testi prensiplerine başvurulması, -kesin hata oranlarının sayıca ölçülebilir olduğu zannedilerek tedavi rapor hataları kıyaslamasıyla sonuçlanabilir. Bu doğru değildir, bildirim oranları hata oranları değildir. Gerçek şudur ki; korkunun ve utançın olduğu bir ortamla kıyaslandığında, gelişmenin cesaretlendirildiği çevrelerde bildirim oranları daha yüksektir.

Performans ölçümü için kullanılan bilimsel çalışmalar, yalnızca kalite testinin yer aldığı sistemlerde mevcuttur. Gözlem bazlı tedavi hatalarını izleme metodunda, ilaç dağıtım sistemlerinin kalite testi, birim ilaç dağıtım sistemi olarak değişmiştir. Yatılı hastalar için % 5 hata payı sağlar. Bu pay, zamanlama hataları veya ilaç prosedürlerinin standardizasyonu dışında % 1'e indirilebilir. Bates, gönüllü, bilgisayarlı ve çizelgeli sistemlerin ortak kullanıldığı bir ortamda, 1000 hastadan 4. 86'sında tedavi sorunu gözlemlendiğini belirtmiştir. Bir başka hastanedeki oranları aynı metot ile kıyaslamak uygun olmayabilir.

İlaç tedavisi sorunu olan dış hastalar hakkında bilgi daha azdır. Gurwitz ve Gandhi'nin dış hastalardaki ilaçla tedavi sorunları konusundaki çalışmaları vardır. Ancak metotları karşılaştırılabilir değildir.

Örneğin Gurwitz gönüllü bildirimlerden, elektronik klinik notlarından ve olay raporlarından faydalanmıştır. Gandhi ise hasta gözlemlerini ve çizelgeleri kullanmıştır. Bu metodların her ikisi de ilaçla tedavi sorunlarında kullanılan kullanışlı yöntemler olsalar da, uygulamaların performansını ölçebilecek ve veri tabanı oluşturabilecek nitelikte değillerdir.

Bundan dolayı, şu anda mevcut olan performans ölçüm sistemleri en nihayetinde yarı-niceldir. İlaç tedavi sorunlarının tipleri ve gelişme fırsatları için iyi bilgi sağlarlar. Daha nicel ölçümler gözlem teknikleri ile yapılabilir. Dış hastalarda ilaç tedavisinin performansını test etmek mümkün değildir. Metod ve bilgiler yoktur. Geliştirme Model'i uygulanarak, ölçüm, yönetim ve gelişim yapılabilir.



Şekil 1-2: Evde glukoz monitorizasyonu

2. Çeyrek.....Önerilen
3. Çeyrek.....Beklenen

Vaka Çalışması

5 dahiliye uzmanı ve 2 hemşire ile ortak bir çalışma yaptığınızı düşünelim. Bu çalışmada sağlık hizmeti alan hastalar 1. ve 2. tip diyabete karşı tedavi ediliyor. 1. ve 2. tip diyabeti olan tüm hastaların, günlük kan glukoz ölçümlerini yaptırmaları gerektiği bilinen bir gerçektir. Buna rağmen, diyabeti olan hastaların sadece % 40'ının evde glukoz takibi yaptığını biliyorsunuz.

Çalışanlar toplantısında, evde ölçülen glukozun faydalarına dair bir sunum yaptınız. Diğer çalışanlar da sizinle aynı fikirde ve bu uygulamanın artırılmasının bir gelişim fırsatı olduğuna karar veriliyor. Ve amaç şu % 40'luk oranı 12 ayda % 80'e taşımak.

Amacın ne olduğu belirlendikten sonra, çalışanlardan bu konu hakkında kafa yormaları isteniyor. Bazı fikirler şu şekilde olabilir;

- Her hastaya, bir sonraki ziyaretlerinde glukoz izleme sistemini satın almalarını tavsiye etmek.
- İmalatçıdan glukoz izleme sistemini satın alması tavsiye edilen hastalar için indirim kuponları temin etmek.
- Glukoz izleme araçlarını klinikte doğrudan hastaya satmak.
- Hastalara diğer ziyaretlerinde glukoz gözlem sonuçlarını getirmelerini tavsiye etmek.
- Şeker hastaları için uzmanlık yönetim programı geliştirmek.

Bu önerilerin zorluklarına ve masraflarına göre listelendiğini biliniz. Daha pahalı ve iddialı bir yöntem denemeden önce, en kolay olan içerik değişikliğiyle başlamak en iyisidir. Hedefin belirlendiğini düşünerek gelişim metodlarında 3. adım ölçümdür. Ölçüm sistemi hem uygulamada hem de uygulamasız olabilir.

Hastaların glukoz testlerini kullanıp kullanmadıklarını ölçmenin basit ancak doğruluğu kesin olmayan bir yolu da onlara sormaktır. Eğer hastaların anlattıkları güvenilir hikayelerse bu yeterli olabilir. Daha doğru ancak daha maliyetli ölçüm sistemi de hastalardan glukoz tutanağı tutmalarını ve kliniğe gelirken bunları da getirmelerini beklemektir. En pahalı ama en doğru ölçüm veri izleme kapasiteli glukoz gözleme aletinin kullanılmasıdır. Bu veri klinikte kaydedilebilir veya incelenebilir.

Performans geliştirme, en iyi şekilde zamanı ölçen not çizelgesiyle doküman haline getirilir. Bir içerik değişikliği olduğu zaman bu çizelgeye not edilir. Böylece değişimin performans üzerindeki etkisi ölçülebilir.

çülebilir. Bu gelişim projesinde hedef, 12 ay boyunca 2 değişik içerik kullanılarak başarılmıştır: Hastalara glukoz izlemeyi önermek ve her ziyaretlerinde günlük kan glukozu ölçümlerini kaydetmelerini tavsiye etmek. Her birinin bir etkisi vardır.

Daha fazla gelişimin bir hedef olduğu kararlaştırılırsa (%90 veya %100), glukoz izleme sistemini kullanan hastaların iki değişik içerik kullanarak gelişime gösterdiği gözlenecektir.

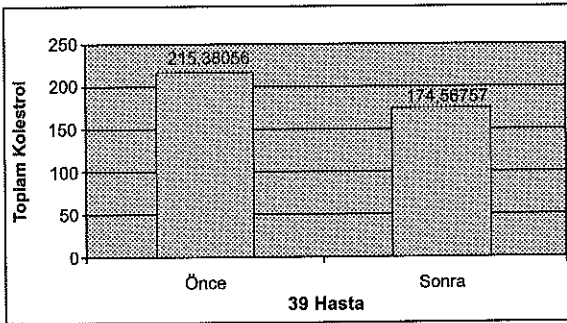
(Not: Bütün hastalar deneme süresi içerisinde klinikte görülebilirler). Başka içerik değişiklikleri de değişimde ilerlendiğini test etmek için kullanılır. (Şekil 1-2 sayfa 74)

Tablo 1-2
Antikoagulasyonda İşbirliğine Dayalı Bir Programın Sonuçları: Etki Örneği

| | Programdan önce (22 hasta kaydı incelendi) | Programdan sonra |
|--|---|------------------|
| 1. Anti koagülasyon döküm kağıdının varlığı | %0 | %100 |
| 2. En son gelişim belirtilerinin içerisinde bulunan warfarin dozu | %36 | %100 |
| 3. Bugüne kadarki ilaç listesi | %26 | %80 |
| 4. Belitilen INR hedef alanı | %10 | %100 |
| 5. En yakın ziyaretteki hedef alanı INR'si | %27 | %75 |
| 6. Embolik olay yaşayan subterapötik INRli hastalar | %14 | %0 |
| 7. Klinik olarak belirgin kanama yaşayan hastalar | %14 | %0 |
| 8. Sağlık kuruluşu tarafından programlandırılan zamanlı klinik ziyaretler (ACCP kriteri) | %18 | %100 |
| 9. Terapötik alandaki zaman (TTR)-bu kalite ve etkinliğin bir ölçümüdür (Amaç > %60) | mümkün değil (genel bakım %30-50) | %62 |

Tennessee Sağlık Bilimi Merkezi Üniversitesi Eczacılık Hizmetleri, Memphis, Tennessee, nezaketine teşekkür ederiz.

Klinik Aracılıktan Önce ve Sonraki Ortalama Toplam Kolesterol



Şekil 1-3 : Kolesterol için işbirliğine dayalı programın sonuçları: Etki örneği (Allen Nichols, PharmD, Grandview Family Practice, Columbus, Ohio nezaketine teşekkür ederiz.)

Özet

Amerika'daki IOM komitesinin sağlık hizmetleri raporunda, güncel bakım hizmetlerinin uygulanmasıyla daha kaliteli bir sağlık bakımının olamayacağı belirtilmiştir. Sonra, daha fazla denemenin işe yaramayacağı belirtilmiştir. "Bakım sisteminin değişmesi işe yarayacaktır". Bu cümlelerde iki ima vardır. Sağlık bakımının değişikliklere ihtiyacı vardır ve bakım sisteminin ihtiyacı olan şey değişimdir.

Topluca yapılan uygulamalar, bakım sistemindeki değişiklikleri gösterir. Bu sistemle işlemsel değişiklikler, güvenlik, etkinlik, hasta odaklılığı, zamanlama, tesir ve sağlık bakımı gelişimi açısından devamlı test edilir. Eczacılar, bu düzenlemelerle yeni bir sağlık sistemi oluştururlarsa 21. y. y. da öncü olabilirler. Başarılması gerekenleri tanımlayıp, yardımcı olurlar. Uygulamanın yönetilmesi ve ölçülmesi için sistemler oluştururlar ve sağlık bakımı gelişimi için gereken değişiklikleri test etmeyi teşvik ederler.

Uygulama Alanının Geliştirilmesi

Farmasötik Bakım için Personel Modifikasyonları

Eczacılar sürekli olarak zaman kısıtlamalarının farmasötik bakım yolunda bir engel olduğunu savunurlar. Netice olarak, ecza çalışma ortamlarını modernize etmek, hasta etkileşimlerinde kritik bir stratejidir. Pek çok eczanede, genel çalışma ilaçların dağıtımını konusundadır. Hastalar danışmanlık hizmeti söz konusu olmaz. Tipik olarak eczacının en önemli görevi ilaç dağıtmak, doktorlarla görüşmeler yapmak, ilaç sorunlarıyla ilgilenmek ve müşterilerin sorularını yanıtlamaktır. Ürün odaklı hizmetten hasta odaklı hizmete yönelmek, ecza hizmetlerinde olduğu gibi, bir dizi operasyondan oluşur; iş akışı, personel aktiviteleri ve iş gücü gereksinimi.

Çalışma ortamında yapılan kapsamlı değişikliklere "yeniden planlama" denir. Hammer ve Champy bunu kritik performans ölçümleri olan maliyet, kalite, hizmet ve hızın tekrar düşünülerek radikal bir şekilde dizayn edilen iş süreçlerinin dramatik gelişmeleri olarak nitelendirir. Bir eczanede yeniden planlamanın amacı, işlemsel verimliliği ortaya koymaktır. Bu, eczacıya hastaya odaklanma konusunda daha çok serbestlik verdiği gibi yeni personel alımını en aza indirir. Eczacının aktivitelerini yeniden tanımlayarak ve basit matematik analizleri uygulayarak, operasyonlar daha geniş alanlarda uygulanabilirler.

Çalışma Aktivitelerini Tanımlamak

Mevcut bir süreci değiştirmek için ilk yapılması gereken, eczanede yapılan tüm çalışmaları tanımlayıp kategorize etmektir. Bu çalışmalar;

- İlaç ve reçetelerin dağıtımını ilgilendiren hizmetler
- İlaç satın alımı ve stok kontrolü
- Sağlıkla ilgili olmayan ürünlerin satımı
- Müşteri ilişkileri
- Bütçe
- Planlama
- Satış ve pazarlama

İlaç ve reçete dağıtımını, eczacının en çok vaktini alan aktiviteler olduğundan, bunları hastalara vermeden önceki hazırlıklarla başlamak en iyisidir. Bir eczaneden diğerine, ilaç dağıtımını genel olarak aynıdır. Her bir aşamayı inceleyerek, işlerin nasıl yapıldığını anlamak, neden belli bir düzen içinde yapıldığını kavramak ve bu işleri en iyi yapanları bilmek, alternatif yaklaşımların oluşmasına sebebiyet verir.

Tipik reçete dağıtım süreci, bir ilacı talep yüz yüze, telefonla veya faksla etmekle başlar (1., 2., 3. adım). Her 3 adım da bir veya bütün personel tarafından yürütülebilir. Alım metodlarını değiştirmek, daha