

BİRİNCİ BASAMAK**SAĞLIK HİZMET ARAŞTIRMALARINDA
FARKLI BİR YAKLAŞIM:
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ***Meltem ÇİÇEKLIOĞLU****ÖZET**

Temel Sağlık Hizmeti (TSH) sağlık hizmetinin tümünü içeren bir yaklaşımdır. TSH'nin içerdiği kavramlar felsefi, strateji, aktivite alanı ve hizmet düzeyi açısından değerlendirilmelidir. Birinci basamak sağlık hizmeti TSH'lerinin tüm özelliklerini taşıyan merkezi bir parçasıdır. Bu çerçevede değerlendirilen birinci basamak sağlık hizmetinin dört temel özelliği vardır. Bu özellikler; ilk başvuru yeri olması, sürekli sağlık hizmeti alınan yer olması, koordinasyon ve kapsayıcılık özelliklerinin olmasıdır. Birinci basamak sağlık hizmeti değerlendirmesi de bu temel özellikler temel alınarak yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Temel Sağlık Hizmeti, Birinci Basamak, Hizmet Kalitesi, İlk başvuru.

SUMMARY**AN EVALUATION MODEL OF PRIMARY CARE**

Primary Health Care forms an integral part of both the country's health system of which it is the central function and the main focus of the overall social and economic development of the community. Primary care is the fundamental part of primary health care. The major features of primary care are : first contact , longitudinality, comprehensiveness, and coordination. Social systems that are supported by and entrusted with public funds must be accountable for their performance. The aim of this study is to describe the evaluation model of four elements of primary care.

Key Words: Primary health Care, Primary Care, Quality of Care, First Contact.

Sağlık politikalarının geliştirilmesi ve buna yönelik yönetim stratejilerinin oluşturulması aşamalarında alınan her karar verilere dayanmalıdır. Bu amaçla gerek duyulan her türlü bilgiyi elde etmek için yürütülen çalışmalar sağlık hizmet araştırmalarıdır (Öztek Z., 1992). Bu anlamda sağlık hizmetinin değerlendirildiği araştırmalar da sağlık hizmet araştırmaları kapsamında yer alır. Sağlık hizmet sistemindeki gelişmelerin ölçülebilmesi, başka hizmet sistemlerinden farklılıklarının ortaya konması ve değişiklik önerilerinin yapılabilmesi için sağlık hizmet değerlendirilmesinin temel kavramlar çerçevesinde ve aynı standartlar kullanılarak yapılması gerekmektedir. Bu yazıda birinci basamak sağlık hizmeti açısından bir sağlık hizmet değerlendirilmesi modeli anlatılacak, konuyla ilgili temel kavramlar üzerinde durulacaktır.

*Uzm. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D.

I- Temel Sağlık Hizmeti Kavramı İçinde Birinci Basamak Sağlık Hizmeti

Birinci basamak sağlık hizmeti kavramını tanımlayabilmek için öncelikle Temel Sağlık Hizmeti kavramının çok iyi anlaşılması gerekmektedir. TSH yaklaşımının oluşturulmasındaki temel amaçlardan birisi toplumun her kesiminin ulaşabileceği bir sağlık bakım hizmetinin oluşturulmasıdır. 1979 yılında Alma-Ata'da yayınlanan bildiriye TSH şöyle tanımlanmıştır; "Çağdaş sağlık hizmetini herkese eşit olarak, toplumun gelenek ve gereksinimlerine uygun, her basamakta bireylerin ve toplumun katılımı sağlanarak, uygun bir teknolojik düzeyde ve etkin olarak halka sunmaya TEMEL SAĞLIK HİZMETİ denir" (Ebrahim G.J., 1985). Bu tanımlama ile kısaca ifade edilen TSH'nin içerdiği kavramların farklı açılardan değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu yaklaşımlar şunlardır (Levine S., 1985).

1. Felsefi yaklaşım: TSH sağlık hizmetinin tümünü içeren bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımın temel ilkeleri şunlardır.

1) Fırsat eşitliği: Sağlık hizmeti toplumu oluşturan tüm bireylere sosyal adalet anlayışı içinde eşit olarak götürülmelidir (Öztek Z., 1992).

2) Kendi sorumluluğunu taşıma : Kişiler kendi sağlıkları konusunda sorumlu olduklarını bilmeli ve bu konuda üzerlerine düşeni yapabilmelidirler (Öztek Z., 1992). Bu da kişi ve toplumların genel eğitim düzeyinin artırılmasıyla birlikte sağlık eğitiminin de sağlanması ile gerçekleşebilir.

3) Sağlık, sosyal ve ekonomi alanındaki değişimlerden kolaylıkla etkilenir: Toplumdaki sosyal değişimler, ekonomik sorunlar sağlık sistemini olduğu kadar toplumdaki kişilerin sağlık düzeylerini de etkiler.

4) Sağlık fizik, sosyal ve psikolojik bileşenlerden oluşur: Bilindiği gibi sağlık tanımı kişilerin sadece fiziksel olarak iyi olmalarını kapsamaz. Kişinin sağlıklı olabilmesi için sosyal ve psikolojik açıdan da sorunlarının olmaması gereklidir.

5) Kurum içi ve kurumlar arası ilişki: Sağlığı etkileyen bunca etken varken toplumun sağlığını iyileştirme yönündeki tüm hizmetlerin sağlık sektörü tarafından verilebileceğini düşünmek hayalcilik olur. Bu yüzden sağlık sektörü ile ilgili diğer sektörler arasında ilişki olmak durumundadır. Ayrıca sağlık sektörü kişilerin ve toplumun sağlığını iyileştirmek için örgütlenme yapısı içindeki tüm kurumlar arasındaki iletişimi ve eşgüdümü sağlamak zorundadır.

2- Stratejik yaklaşım: Felsefe açısından tanımlanan TSH yaklaşımının herkes için sağlık amacına nasıl ulaşacağını tanımlar. Stratejik olarak TSH şu ilkelere sahip olmalıdır.

1) Sektör içinde iletişim olmalıdır,

2) Sektörler arası iletişim olmalıdır,

3) Aile, kişi ve toplum bazında karar verme ve organizasyon aşamalarına katılım sağlanmalıdır,

4) Sağlık hizmeti değerlendirilebilir olmalı ve bunların sonucuna göre değişiklikler yapılabilir olmalıdır,

5) Sağlık hizmeti toplumun her kesimi tarafından kullanılabilir ve maliyeti karşılanabilir olmalıdır,

6) Toplumun gereksinimlerine ve geleneklerine uygun, değişen şartlara uyum sağlayabilecek esneklikte olmalıdır,

7) Yerinden yönetim özelliğini taşımaktadır.

3-Aktivite alanı: TSH nin aktivite alanı Alma-Ata'da şöyle tanımlanmıştır (Ebrahim G.J., 1985, Levine S., 1985).

1) Sağlık sorunları ve hastalıklardan korunma konusunda eğitim,

2) Yeterli besin sağlanması ve dağıtımı,

3) Yeterli ve temiz içme suyu sağlanması, temel sanitasyon,

4) Anne ve çocuk sağlığı, aile planlaması,

5) Bağışıklama,

6) Yöresel endemik hastalıkların tedavisi,

7) Sık görülen hastalık ve yaralanmaların tedavisi,

8) Temel ilaçların sağlanması.

4-Hizmet düzeyi: TSH kişilerin sağlık ihtiyaçları için ilk başvurdukları yerden başlar. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet düzeylerini de kapsar.

Görüldüğü gibi TSH ulusal sağlık sistemi ve hizmetinin tümünü kapsayan bir çatıdır. Birinci basamak sağlık hizmeti ise bu yapının tüm özelliklerini taşıyan merkezi bir parçasıdır (Levine S. 1985, Stafield B. 1992, Weiner J.P., 1982).

II- BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

Her sağlık sisteminin iki temel amacı vardır; birincisi hastalıkların nedenleri, izlenmesi, sağlığın geliştirilmesi konularında daha çok bilgi sahibi olarak tüm toplumun sağlığını geliştirmektir. En az birincisi kadar önemli olan ikinci amaç ise, sağlık hizmeti ve sağlığın iyileştirilmesini toplumun tüm kesimlerine eşit olarak ulaştırmaktır. Birinci basamak sağlık hizmeti, sağlık hizmet sistemlerinin iki ana hedefini karşılamak anlamında dengededir. Temel düzeyde bakım herkese eşit olarak sunulur. Sağlığı ve iyilik halini en üst düzeye çıkararak toplumda yaygın olan sorunların çözümü sağlanır (Stafield B. 1992).

TSH yaklaşımı çerçevesinde tanımlanan birinci basamak sağlık hizmeti topluma cinsiyet, hastalık ya da organ sistemi farkı gözetmeksizin, sağlık eğitimi, danışmanlık, hastalıklardan korunma, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini içeren kapsayıcı bir hizmet vermelidir. Birinci basamak sağlık hizmeti ilk başvuru yeri olma özelliğini ta-

şırken, gerekli olduğu durumlarda sevk ve konsültasyon sürecinde koordinasyonu sağlayan sürekli bir sağlık hizmeti de sunmalıdır. Buna göre birinci basamak sağlık hizmetinin olmazsa olmaz diye tanımlanabilen 4 temel özelliği vardır (Stafield B., 1992).

1-İlk başvuru: İlk başvuru her hangi bir problem ya da problemin yeni bir yönü söz konusu olduğunda sağlık bakımı almak için başvuran kişinin hizmete erişebilmesi ve hizmeti kullanması anlamındadır. Kişiler sağlık hizmeti veren kurumu erişilebilir olarak kabul edip bunu kullanımlarıyla yansıtmadıkça bu kurum ilk başvuru hizmetini sağlayamaz (Stafield B. 1992, Weiner J.P., 1982).

Pek çok kişi sağlık sorunu olduğunda teknik olarak yeterli bilgi sahibi olmadığından nereye başvuracağına karar veremez. Bu da hizmetin eşit olarak kullanımını engellediği gibi pahalıya mal olmasına da neden olur. Birinci basamak sağlık hizmetinden alınacak öneri ile en iyi hizmet verecek olan kaynağı bulmak mümkün olabilir (Weiner J.P., 1982). Ayrıca doğrudan uzmana başvurulduğunda alınacak hizmet daha pahalıya mal olabilir. Diğer yandan birinci basamak sağlık bakım hizmeti veren hekim hastayı ailesi içinde değerlendirmeye, belirti ve bulguları daha rahat yakalamaya göre eğitildiği için hastalığa tanı koyma açısından daha etkilidir.

2- Süreklilik: Düzenli bir bakım kaynağının varlığı ve bunun kullanımı olarak algılanır. Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurum uygun popülasyonu tanımlayabilmesi ve bu popülasyondaki kişilerin konsültasyonu gerektiren sorunları dışındaki tüm sağlık hizmetlerini sağlayabilmelidir.

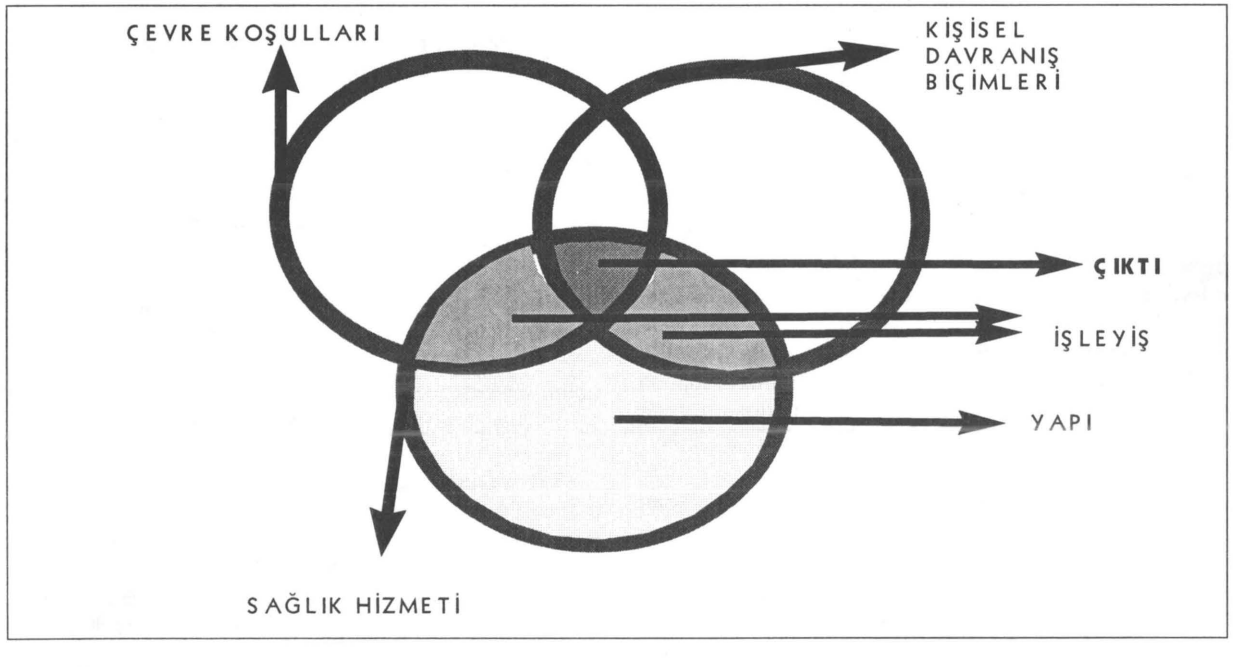
Birinci basamak sağlık hizmetinin başarıya ulaş-

bilmesi için, kişilerin bir sağlık sorunu olsun ya da olmasın sürekli sağlık bakım kaynağı olarak bu hizmeti veren bir kurumu kullanmaları gereklidir. Sürekli bakımın anlamı kişilerin sağlık hizmeti aldıkları kaynağı kendilerinin diye tanımlaması, uygulayıcı kişi ya da kurumun da hizmet verdiği kişi ya da toplumu tanımlaması bu etkileşimin belirli bir zaman periyodu ya da değişiklik olana kadar devam etmesidir. Sürekliliğin esası bir süre boyunca devam eden kişisel ilişkilere, sağlık probleminin tipine hatta varlığına bakılmaksızın hasta hekim ya da hasta ile hekim olmayan personel arası ilişkilere, bu ilişki yoluyla hekim hastasını tanıyarak, hasta da hekimi tanıyarak. Bu özelliğin yararı farklı yolların işleme olasılığını artırmasıdır. Örneğin hasta telefonla sorunlarını çözdüğü için "visit" sayısını azaltır hatta hastaneye yatış bile azalabilir.

3-Kapsayıcı hizmet: Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar tüm sağlık bakım hizmetini hatta kurum içinde veriliyor olmasa da sağlayabilmelidir. Bu kavram ikinci basamağa konsültasyona yollamayı, üçüncü basamakta özel hastalıkların tanımlanmasını, evde bakımı ve toplum hizmetini kapsar.

Birinci basamak sağlık hizmetinde kapsayıcılık yaklaşımı en azından tıbbi bakım sürecinin dört basamağını içermelidir; gereksinimin ya da sorunun tanımlanması, tanı, izlem ve yeniden değerlendirme. Ama birinci basamak sağlık hizmeti tedavi edici hizmet kadar koruyucu hizmet de kapsadığı için sorunların tanımlanması önemlidir. Koruyucu hizmetler açısından büyük sorun hangi koruyucu hizmetin hem ihtiyaç, hem de gerekli olduğuna karar vermektir. Birinci basamakta sağlık sorunlarının çeşitleri diğer basamaklardan daha geniştir. Bunun nedeni de koruyucu hizmetlerin daha geniş olmasındandır. Koruyucu hizmet ihtiyaç duyulduğunda sadece hasta kişilere

Şekil 1: Kişilerin ve toplumun sağlık durumunu etkileyen faktörler ve etkileşimleri



ve tıbbi bakım alanlara yönelik bir çaba olmayıp, sağlıklı kişileri ve bakıma ihtiyacı olanları tesbit etmeyi de içermektedir. Toplum düzeyinde kapsayıcılık hizmet yelpazesinin toplumun ihtiyacına göre belirlenmesi ve bu hizmetin topluma ulaşmasının derecesi ile ölçülür.

"Dünya Sağlık Örgütü" ne göre birinci basamak sağlık hizmetinin kapsayıcı olabilmesi için tüm kalkınma etkinlikleri ile toplum ve sağlık sistemi tarafından hedeflenen sorunlara yönelmesinde ilişki ve denge olmalıdır. Ayrıca kültürel olarak kabul edilebilir, teknik olarak uygun, yönetilebilir ve seçilen belli aralıklarla uygulanarak bölgesel ihtiyaçları karşılayabilir olmalıdır. Tek bir amaca yönelik programlar hızla birinci basamak sağlık hizmetine entegre edilmelidir (Starfield B., 1992).

Her bir birinci basamak sağlık hizmeti veren kurum hizmet yelpazesini farklı tanımlasa da herbiri hasta ve personel açısından verdiği hizmeti tanımlamalıdır. Birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık personeli koruyucu hizmet kadar semptomlar ve hastalık tanıları ile de ilgilenmelidir. Sosyal, fonksiyonel ve organik her tip sorunun tanımını eşit olarak yapabilmelidir. Sosyal yaklaşım özellikle önemlidir. Çünkü sosyal olaylar hastalıklara zemin hazırlayabildiği gibi doğrudan hastalıkların sebebi de olabilir.

4-Koordinasyon: Koordinasyon, hekim, tıbbi kayıtlar ya da her ikisi tarafından hizmetin kesintisiz olarak sağlanmasını böylece toplumda ya da kişide ortaya çıkan sağlık sorunlarının daha kolay ve doğru olarak ortaya konmasını içerir. Örneğin başka bir hekime yollanan hastanın bu hekimden aldığı tedaviden hastayı sevkeden hekimin haberdar olması gereklidir. Eğer hekim hastayı izlemiş ya da tıbbi kayıtlar soruna ışık tutmuşsa hastanın sorunlarının tanımlanması kolaylaşabilir..

III- BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kişilerin ve toplumun sağlık durumunu etkileyen dört temel etmen genetik faktörler , çevre koşulları, kişisel davranış biçimi ve sağlık hizmetidir. Genetik faktörler diğerlerinden farklı bir öneme ve yere sahiptir. Diğer üç faktör birbirleriyle yakından ilişkilidir. Hatta bazen ilgi alanları kesişir (Şekil 1). Sağlık hizmet sistemleri konusunda yapılan araştırmalar genellikle diğer iki faktörle ortak olmayan alanlarda gerçekleştirilir. Fakat bu hiçbir zaman diğer faktörlerden etkilenmedikleri anlamına gelmez (Starfield B., 1973).

1- Sağlık hizmetleri kalite değerlendirmesinde Donabedian modeli:

Sağlık hizmet sistemlerinin kalitesinin değerlendirilmesi konusunda ilk çalışmaları yapan araştırmacılardan biri olan Donabedian sağlık hizmet sisteminin diğer iki faktörle kesişmeyen parçasının **sağlık hizmet sisteminin yapısı** olarak değerlendirmiştir. Donabedian'ın modelinde ikinci eleman kişi davranışları ile sağlık hizmet sisteminin kesiştiği alanı tanımlayan **sağlık hizmet sisteminin**

işleyişidir. Üçüncü eleman ise **sağlık hizmet sisteminin diğer iki alanla kesiştiği sağlık hizmet sisteminin çıktısıdır**. Sağlık hizmet sistemlerinin değerlendirmesi ile ilgilenen araştırmacıların pek çoğu tarafından bu model desteklenmektedir (Starfield B., 1973).

a- Sağlık Hizmetinin Yapısı

Yapı; tıbbi hizmetin verildiği alan ve bu hizmetin verilmesini sağlayan bütün elemanlar olarak tanımlanır. Bu elemanlar ve değerlendirmeye alınacak özellikleri şunlardır:

*Personel; sayısı, niteliği, eğitim düzeyi ve süreci,

*Bina; sayısı, özellikleri, güvenilirliği ve standartları,

*Ekipman; verilen hizmete uygun, verimli ve maliyet etkin teknoloji kullanımı,

*Organizasyon; verilen sağlık hizmetinin topluma ve kişiye uygunluğu, kullanılabilir olup olmadığı, sürekliliği ve koordinasyonu,

*Bilgi akış sistemleri ve kayıtlar; yeterliliği, kullanılabilirliği, güvenilirliği,

*Finansman; hastaların aldıkları hizmetin bedelini ödeme şekilleri,

Yapısal elemanların hepsi sağlık sisteminin oluşturulmasında ve işletilmesindeki tüm harcamaları içerdiği gibi, kişinin hizmetten yararlanmak için harcadığı zamanı ve parayı da kapsar.

b- Sağlık hizmetinin işleyişi

Sağlık hizmetinin işleyişinin sağlık hizmet değerlendirilmesinde kullanımı daha nadirdir. Sağlık hizmet sistemi ile hasta arasındaki etkileşim ve ilişkiyi yansıtır. Bu ilişkinin sağlık hizmet sistemi açısından değerlendirilen basamakları; sorunun tanımlanması, tanısal süreç, teşhis, tedavi, izlem ve değerlendirmedir. Hasta davranışları açısından değerlendirilen ise kişinin her basamakta verilen hizmeti anlayıp, kabul ederek, kolaylıkla kullanıp kullanmadığıdır.

Teorik olarak hastalıklardan korunma, akut ve kronik sorunlar için sağlık hizmet sistemi ve kişilerin davranışları yukarıda saydığımız özelliklere uygun olarak gerçekleşiyorsa etkin bir sağlık hizmeti sağlanmış olur.

c- Sağlık Hizmet Çıktısı

Sağlık hizmetinin etkinlik ve aktivitesinin en son değerlendirilmesi, hastanın sağlık hedefine ulaşmasıdır. Unutulmamalıdır ki sağlık sisteminin ürünü olan çıktı, sağlık sisteminin kendisi kadar sosyal, fiziksel çevre ve kişisel davranışlardan da etkilenir.

2- Birinci basamak sağlık hizmeti değerlendirme modeli

Amerika Ulusal Tıp Enstitüsü tarafından önerilen birinci

basamak sağlık hizmetinin değerlendirilmesinde kullanılan yaklaşımlardan ilki hizmetin erişilebilirlik, devamlılık, kapsayıcılık, koordinasyon ve ödenebilirlik özellikleri açısından araştırılmasıdır. Birinci basamak sağlık hizmet değerlendirilmesi konusunda yoğun çalışmaları olan Starfield ise birinci basamak sağlık hizmetinin özellikleri olan ilk başvuru, süreklilik, koordinasyon ve kapsayıcılık açısından değerlendirilmesini önermiştir (Stafield B., 1992). Bu değerlendirmede esas alınacak olan , bu özelliklerin başarı potansiyelini ölçmekten çok şu anki düzeyini ölçmektir. Starfield bu dört temel özelliği Donabedian'ın yapı, işleyiş, çıktı modeli üzerinden değerlendirmiş ve bu bileşenleri yeniden sınıflamıştır (Stafield B., 1992).

A- Birinci basamak sağlık hizmetinin yapısal elemanları

a-Erişilebilirlik: Var olan hizmete ulaşmak için karşılaşılan tüm sorunlar erişilebilirlik kavramı içinde yer alır. Sosyal ve örgütsel erişilebilirliği coğrafik erişilebilirlikten ayırmıştır (Stafield B., 1992). Sosyal ve örgütsel erişilebilirlik hizmet veren kurumdan kaynaklanan ya da hizmete ulaşmaya çalışan kişilerin karşılaştıkları engelleri tanımlar . Örneğin kişinin hizmeti almak için ödeyeceği para bir engel olabilir. Genellikle açıkça gözlenmeyen diğer sosyal engeller; ırk, yaş ya da sosyal sınıf farklılıklarıdır. Coğrafi erişilebilirlik ise; hizmete uzaklığı, ulaşmak için gerekli zamanı ve hizmetin hazır bulunmasını içerir. Buna göre erişilebilirlik hizmet verilen yerin ulaşılabilirliği , hizmetin veriliş günleri ve saatlerinin kabul edilebilirliğinden toplum içindeki farklı grupların hizmeti ne kadar erişilebilir gördüğüne kadar uzanır.

b-Hizmet yelpazesi: Sağlık hizmet sisteminin verdiği her türlü sağlık hizmetini kapsar. Verilen hizmetler toplumun sağlık ihtiyacını karşılayabilirliği , kabul edilebilirliği ve uygun teknoloji kullanımı kriterleri açısından değerlendirilir. Hizmet yelpazesi ülkeden ülkeye hatta toplumdan topluma farklıdır; fakat her sağlık hizmet sistemi , hangi hizmeti verip hangisini vermeyeceğine yukarıda saydığımız kriterler açısından karar vermelidir.

c-Uygun nüfusun seçilmesi: Sağlık hizmet sisteminin sorumluluğunu aldığı toplumu , kişilerin de hizmet aldıkları yeri tanımlama becerisini içerir. Kurum hizmet verdiği toplumu sosyodemografik ve sağlık düzeyi açısından en iyi şekilde tanımlayabilmelidir. Kurumun tanımladığı toplum içindeki bireyler de aynı kurumu sürekli sağlık hizmeti aldıkları yer olarak tanımlamalı ve kurumda verilen her türlü hizmetten haberdar olmalıdır.

d-Kesintisizlik: Verilen hizmetin kesintiye uğramadan sonuca ulaşma başarısını tanımlar. Kesintisizlik kişinin kuruma ya da kurum dışındaki bir yere yaptığı bir önceki başvurunun ve sonuçlarının hekim tarafından bilinmesiyle gerçekleşir. Bu amaca ulaşmanın temel olarak iki yolu vardır. Bunlardan birincisi kişiye her türlü sağlık hizmetinin tek bir hekim tarafından verilmesi, gerek duyulduğunda alınacak uzman bakımı için yine bu hekimin

gerekli iletişimi sağlamasıdır. İkincisi ise hasta izlem kayıtlarının yeterli ve verimli bir şekilde kullanılmasıdır.

B- Birinci basamak sağlık hizmetinin işleyiş elemanları:

a-Hizmetin Kullanılması: Sağlık hizmet kullanımı kavramı, sağlık hizmeti veren kurumun sunduğu hizmetlerin, hizmet verdiği toplum tarafından amaca uygun olarak kullanımını tanımlar. İlk defa ortaya çıkan bir sağlık sorunu için gerçekleşen başvurudan, kronik bir hastalığın izlemi ya da koruyucu hizmet almak için gerçekleştirilen başvuruya kadar tüm hizmet alımları kullanım kavramı içinde yer alır. Kullanım doğrudan hastanın isteğiyle olabileceği gibi diğer sağlık otoritelerinin yönlendirmesi ile gerçekleşebilir.

b-Sorunun Tanımlanması: Sorunun tanımlanması kavramı toplumda ve kişide var olan sağlık sorunlarının ya da gereksinimlerinin ortaya çıkarılmasını kapsar. Tanısal süreçten önce gelen basamaktır. Eğer sağlık sorunu tanımlanamazsa tanısal süreç oluşmaz ya da uygun olarak gelişmez.

Birinci basamak sağlık hizmetini tanımlarken belirtilen temel özelliklerden herbirinin başarısını ölçmek için dört yapısal ve iki işlevsel elemandan birer tanesine ihtiyaç vardır (Stafield B., 1992).

1- İlk başvurunun değerlendirilmesi

İlk başvurunun değerlendirmesi yapısal elemanlardan erişilebilirliğin ve işlevsel elemanlardan kullanımın ölçülmesi ile sağlanır.

Erişilebilirliğin ölçülmesinde kullanılan yöntemlerden birisi hizmetin kullanımındaki engellerin izlenmesidir. Bunun için öncelikle sağlık hizmetinin toplumun her kesimi tarafından sosyal, ekonomik, kültürel ve coğrafi açıdan erişilebilirliğinin boyutunun incelenmesi gereklidir. Diğer bir yöntem ise erişilebilirliğin dolaylı yoldan ölçülmesidir. Burada sağlık hizmetinin kullanıma yansıyan boyutu açısından erişilebilirlik değerlendirilir. Bunun için Kullanım/Hastalık Oranı, Semptom/Cevap Oranı ve Hastalık Analiz Epizodu gibi pek çok değerlendirme yöntemi kullanılmıştır. Bu değerlendirme yöntemlerinin ortak özelliği gerekli olan başvuru ihtiyacı ile gerçekleşen başvuru arasındaki farkı ortaya çıkararak erişilebilirliği ölçmektir (Anderson R., Aday R., 1978, Anderson R., 1978).

Hasta davranışı olarak kullanımı ölçmek amacıyla ya sağlık hizmeti almak için gerçekleştirilen en son başvuru ya da belli bir zaman periyodunda gerçekleşen başvurular ilk başvuru özelliği taşıması açısından değerlendirilir (Anderson R., Aday R., 1978, Anderson R., 1978).

2- Sürekliliğin değerlendirmesi

Sürekliliğin değerlendirilmesinde kullanılan yapısal

eleman uygun toplumun seçilmesi, işleyiş elemanı ise kullanımdır.

Yapısal eleman olan uygun toplumun değerlendirilmesinde kişilerin sürekli bakım kaynağı olarak birinci basamak sağlık hizmetini kullanıp kullanmadığı araştırılır.

İşleyiş elemanı olan kullanımın değerlendirilmesinde belli bir zaman diliminde gerçekleşen başvurular öncelikle süreklilik açısından tanımlanır, daha sonra da bunların ne kadarının birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruma yapıldığı incelenir (Starfield B., 1994).

3- Kapsayıcılığın değerlendirilmesi:

Kapsayıcılığın değerlendirilmesinde yapısal eleman olan hizmet yelpazesi ve işlevsel eleman olan sorunların tanımlanması kullanılır.

Hizmet yelpazesinin değerlendirmesinde birinci basamak sağlık hizmetinin tümelci yaklaşımı ile verilmesi gereken koruma ve tedaviye yönelik hizmetlerin ne kadar verilebildiği araştırılır. Bu değerlendirme ya var olan standart bir hizmet yelpazesi ile ya da birinci basamak sağlık hizmeti veren farklı iki kurumun hizmet yelpazelerini karşılaştırmak şeklinde olabilir.

Sorunların tanımlanmasında kullanılan bir yaklaşım toplumda sık rastlanan sorunları tanımlayıp birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumun bu hastalıkları bulabilme başarısını ölçmektir. Diğer bir yaklaşım ise eşit ve kapsamlı hizmet veren sağlık kurumlarının sağlık hizmeti verdiği kişiler arasında sağlık düzeyi açısından farklılıkların olup olmadığının ölçülmesine dayanır (Wilkins R., Adams O., 1983).

4- Koordinasyonun değerlendirilmesi

Kesintisizlik ve sağlık sorunlarının tanımlanması hizmetin koordinasyonunun değerlendirilmesinde sırayla yapısal ve işlevsel elemanlardır.

Koordinasyon açısından kesintisizlik birbirini izleyen başvurulardan ne kadarının aynı hekime yapıldığı ya da kayıtlarda var olduğudur. Steinwich birbirini izleyen başvuruların aynı hekime olanların oranını kesintisizlik ölçütü olarak değerlendirirken (Steinwich D., 1979) Smedby bir önceki başvuruda aynı doktorun olup olmasına bağlı bir skorlama geliştirerek kesintisizliği bu skora göre değerlendirmiştir (Smedby O., 1986).

Koordinasyonun işleyiş elemanı olan sorunların saptanmasının değerlendirmesinde esas olan birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimin hastasının başka bir yerden aldığı tedavi ya da tanıdan haberdar olmasıdır. Bu bilgi doğrudan hastalardan öğrenilebileceği gibi koordinasyonu sağlayan kayıt ve bilgi akış sistemlerinin incelenmesi ile de öğrenilebilir.

Sağlık hizmetinin kalitesinin değerlendirildiği pek çok

çalışmada Donabedian'ın modelinde açıklanan yapı ve işleyişin çıktıyla olan ilişkileri araştırılmıştır. Fakat yapı ve işleyiş arasındaki etkileşimi bilmeden ya da bu iki bileşenin var olan durumlarını tanımlamadan çıktıyla olan ilişkilerinin net olarak ortaya konulması oldukça güçtür. İşte bu yüzden Starfield'in modelinde irdelenen sağlık hizmet sisteminin yapı ve işleyiş arasındaki etkileşimdir. Doğrudan çıktıyla ilgilenmediği için de kalite yaklaşımından çok birinci basamak sağlık hizmetinin şu anki durumunu inceleyen bir değerlendirme modelidir.

Kişiyi değil tüm toplumu, hastalığı değil sağlığın devamını hedefleyen tümelci bir yaklaşım olan birinci basamak sağlık hizmetinin değerlendirilmesi de yine aynı yaklaşımla yapılmalıdır. Oysa pek çok kalite değerlendirmesi yaklaşımlarında belirleyici olan bireysel olarak hasta memnuniyeti ve hastalık halinin olmamasıdır. Buraya kadar incelediğimiz değerlendirme modeli ise hedef olarak toplumu, amaç olarak da sağlığı geliştirmeyi aldığı için birinci basamak sağlık hizmetinin anlam ve içeriğine oldukça uygundur. Bu model üzerinden yapılacak bir değerlendirme ile sistemde var olan eksiklikler ortaya çıkarılabileceği gibi aynı hizmeti veren farklı kuruluşlar da birbiriyle karşılaştırılabilir.

KAYNAKLAR

Anderson R., Aday L.A., (1978), "Access to Medical Care in the U.S.: Realized and Potential", Med. Care, Vol.16, No. 7, 533-546.

Anderson R., (1978), "Health Status Indices and Access to medical Care", Am. J. Public Health, Vol. 68, No. 5, 458-463.

Ebrahim G.J., Ranken J.P., (1985) "Primary Health Care and Change" in Primary Health Care: Reorienting Organisational Support, Macmillan Publishers Ltd., Hong Kong.

Levine S., (1985), "Primary Health care in Peri-Urban Areas" Workshop on Housing Hygiene and Environmental health Problems in Urban Fringes.

Öztek Z., (1992), "Temel Sağlık Hizmeti", Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, No.92\2, Meteksan A.Ş., Ankara.

Smedby O., Eklund G., Eriksson E., Smedby B., (1986), "Measures of Continuity of Care: A Register Based Corelation Study". Med. Care, 24,511-18.

Starfield B., (1973), "Health Services Research: A Working Model", N. Engl. J. Med., 289,132-36.

Starfield B., (1992), "Primary Care; Concept, Evaluation and Policy" Oxford University Press, New York.

Starfield B., (1994), "Is Primary care Essential?", The Lancet, 344(22), 1129-1133.

Steinwich D., (1979), "Measuring Provider Continuity in Ambulatory Care: An Assesment of alternative Approaches", Med. Care, 17, 551-65.

Weiner J.P., Starfield B., (1982), "Measurement of the Primary Care Roles Of Office -Based Physicians", Am. J. Public Health., 73, 666-71.

Wilkins R., Adams O., (1983), "Health Expectancy in Canada, late 1970s: Demographic, regionaland social dimensions"., Am. J. Public Health, 73,1073-80.