

**HASTANELERDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARINDA,
KARŞILAŞILAN ENGELLER**

BÜLENT ATMACAN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
İşletme Anabilim Dalı
Danışman: Prof.Dr. Hikmet SEÇİM**

**Eskişehir
Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Haziran 1999**

84

**HASTANELERDE TOPLAM KALİTE
YÖNETİMİ UYGULAMALARINDA
KARŞILAŞILAN ENGELLER**

Bülent ATMACAN
(Yüksek Lisans Tezi)

Eskişehir - 1999

YÜKSEK LİSANS TEZ ÖZÜ

HASTANELERDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARINDA KARŞILAŞILAN ENGELLER

Bülent ATMACAN

İşletme Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Haziran 1999

Danışman: Prof.Dr. Hikmet SEÇİM

Endüstrideki başarılı uygulamaları ile istenilen amaçlara uygun sonuçlar elde edilmesini sağlayan toplam kalite yönetiminin sağlık sektöründe de uygulanması görüşleri gittikçe artmaktadır. Bugün Türkiye’de toplam kalite yönetimini uygulamak için çalışmalara başlamış ve kalite güvence belgesi almış bir çok özel ve kamu hastanesi mevcuttur.

Türkiye’deki özel hastanelerin sayısının artmasıyla birlikte sağlık sektöründe hizmet rekabeti gündeme gelmiştir. En iyi sağlık hizmetini sunarak rakiplerine üstünlük sağlamak isteyen hastaneler, Amerika’daki ve Avrupa’daki hastanelerin istenen kalitede sağlık hizmeti sunumunda ve hasta memnuniyetini sağlamada toplam kalite yönetimini uyguladıklarını görmüşler ve bu yönetim tarzını kendi hastanelerinde de uygulamak için çalışmalara başlamışlardır. Özel hastanelerden sonra yeni bir yönetim anlayışına ihtiyaç duyulan kamu hastanelerinde de hizmet kalitesinin yakalanması için toplam kalite yönetimi kısa zamanda benimsenmiştir. Ancak Türkiye’deki kamu hastaneleri ve özel hastaneler toplam kalite yönetimi uygulamalarında kendi yönetim ve organizasyon yapıları içinde bir takım engellerle karşılaşmaktadırlar. Bu çalışmada hastanelerin toplam kalite yönetimi uygulamalarında karşılaştıkları engellerin ortaya konması amaçlanmıştır.

ABSTRACT

The idea that total quality management which has made the collection of the desired results possible through its successful applications in industry-should be used in health sector as well, has become widespread. Today, in Turkey many private and state hospitals have started to use total quality management and have got their “licence of quality”.

With the increasing number of private hospitals in Turkey, a competition in terms of health services has come out. Private hospitals which compete with one another in terms of health services have observed that UK and USA hospitals use total quality management in presenting health services and satisfying patients needs. Consequently, they have started to work in order to use the same method. Like the private hospitals, the state hospitals, which need a new model of management have adopted the total quality management method. However, hospitals in Turkey have had some problems originating from their structures of management and organizations. The aim of this study is to present the problems which hospitals have in their applications of total quality management.

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bülent ATMACAN'ın “**Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Karşılaşılan Engeller**” başlıklı tezi **25 Haziran 1999** tarihinde, yukarıdaki jüri tarafından Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca, **İşletme** Anabilim Dalında yüksek lisans tezi olarak değerlendirilerek kabul edilmiştir.

İmza

Üye (Tez Danışmanı) : Prof.Dr.Hikmet SEÇİM
Üye : Prof.Dr.Mehmet ŞAHİN
Üye : Yrd.Doç.Dr.Çiğdem KIREL

ÖNSÖZ

Türkiye’de sağlık bilinç düzeyinin yükselmesi sonucu insanların hastanelerden daha kaliteli hizmet beklentisinde olması, hastaneleri kaliteli hizmet üretiminde toplam kalite yönetimini uygulamaya yöneltmiştir. Ancak hastaneler toplam kalite yönetimine geçiş ve uygulama sürecinde birçok engelle karşı karşıya kalmaktadır. Bu çalışmada hastanelerin toplam kalite yönetiminde karşılaştıkları engellerin ortaya konması amaçlanmıştır.

Çalışmamda beni yönlendirerek bana destek olan sayın danışman hocam Prof.Dr.Hikmet SEÇİM’e sonsuz teşekkür ederim. Toplam Kalite Yönetiminin uygulanması konusunda bilgi ve verileri sağlayan Hava Hastanesi Başhekimisi Dr. Ekrem Abaylı’ya, Dr. Ender Tukay’a, Necip Sadık Erdem’e, Osmangazi Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Bütçe Planlama ve İdari İşler Müdürü Sayın Ümit Şahin’e, Bayındır Tıp Merkezi Kalite Koordinatörleri Hemser Aydın ve Yeşim Taş Türköz’e teşekkür ederim. Çalışma süresi boyunca bana sabır gösteren eşime, ilgi ve destekleri ile beni yalnız bırakmayan Açıköğretim Fakültesi Test Araştırma Birimi’ndeki tüm arkadaşlarıma ve Filiz Duttibi’ne teşekkür ederim.

Bülent ATMACAN

İÇİNDEKİLER

ÖZ	ii
ABSTRACT	iii
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	iv
ÖNSÖZ	v
ÖZGEÇMİŞ	vi
TABLolar LİSTESİ	xv
ŞEKİLLER LİSTESİ	xvii
GİRİŞ	1

BÖLÜM 1

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1.KALİTENİN TANIMI VE BOYUTLARI	4
2.KALİTE KONTROL	6
3.KALİTE GÜVENCESİ	7
4.TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ	11
4.1.Toplam Kalite Yönetiminin Gelişimi	14
4.2.İşletmelerde Toplam Kalite Yönetimine Geçiş Süreci	17
4.3.Toplam Kalite Yönetiminin Başarısına Etki Eden Faktörler	18
4.3.1.Üst Yönetimin Desteği	18
4.3.2.Müşteriye Odaklanma	18
4.3.2.1.İç Müşteriler	19
4.3.2.2.Dış Müşteriler	21
4.3.3.Eğitim	23

4.3.4.Katılımcılık	25
4.3.5.Ekip Çalışması	26
4.3.5.1.Kalite Çemberleri	26
4.3.5.2.Kalite Takımları	28
4.3.6.İletişim	29
4.3.7.Sürekli Gelişme ve İyileştirme	30
4.3.8.Ödüllendirme	32
4.3.9.Örgütsel Kültür	34
4.4. Kalite Yönetiminde Toplumsal Sorumluluk	35

BÖLÜM 2

HASTANELERDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

1.HASTANELERİN TOPLUM YAŞAMINDAKİ YERİ, ÖNEMİ VE YÖNETİMİNDE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER	36
2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE	37
2.1.Kalitenin Öngördüğü Kaideler	40
2.2.Sağlık Bakım Kalitesinde Bulunması Gereken Özellikler	40
3. HASTANELERDE KALİTE GÜVENCE SİSTEMİNİN KURULMASI	41
3.1.ISO'da Sertifikasyon Süreci	43
3.2.ISO 9000 Kalite Güvence Sisteminin Hastanelere Sağladığı Yararlar	44
3.3.Türkiye'de ISO 9000'e Göre Belgelendirme	44
4. HASTANELERDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ	47
5. HASTANELERDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMA ÇALIŞMALARI	49
5.1.Kalite Politikasının Belirlenmesi	49

5.2. Stratejik Planların Hazırlanması	50
5.3. Kaliteli Hizmet Sunumu İçin Çalışanların Görev ve Sorumluluklarının Belirlenmesi	51
5.4. Kalite Organizasyon Yapısının Oluşturulması	54
5.5. Müşteri Tanımının Yapılarak, Hasta İhtiyaç ve Beklentilerinin Belirlenmesi	55
5.6. Hizmet Çeşitlerinin Belirlenmesi	56
5.7. İletişim Sisteminin Kurulması	56
5.8. Kalitenin Sağlanması ve Değerlendirilmesi İçin Komitelerin Kurulması	58
5.9. Personele Kalite Eğitimlerinin Verilmesi	61
5.10. Akreditasyon Sisteminin Oluşturulması	64
5.11. Gelişmiş İstatistik Sisteminin Kurulması	65
5.12. Kurumsal Kalite Performansının İzlenmesi, Değerlendirilmesi ve Geliştirilmesi	66
5.12.1. Performans Yönetim Sisteminin Oluşturulması	66
5.12.2. Performans Standartlarının Belirlenmesi	67
5.12.3. Klinik Performansının Artırılmasında Bilgi Sistemlerinin Kullanılması	70
5.12.4. Personel Performansının Geliştirilmesinde Verimlilik ve İş Hayatı Kalitesinin Yükseltilmesi ...	71
5.13. İç ve Dış Müşteri Memnuniyeti Ölçüm Çalışmalarının Yapılması	73
5.13.1. Hasta Memnuniyeti ve Ölçümü	74
5.13.2. Personel Memnuniyeti ve Ölçümü	76
5.14. Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi	82
5.15. Ekip Çalışmalarının Organize Edilmesi	84
5.15.1. Kalite Çemberleri	84
5.15.2. Kalite Takımları	85

5.16. Kaliteli Hizmete Uygun Tıbbi Cihaz, Teknoloji, Malzeme Temini ve Kullanımının Sağlanması	86
5.16.1.Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri	87
5.16.2.Uygun Teknoloji Kullanımı	88
5.16.3.Yüksek Tıbbi Teknolojilerin Verimliliğini Etkileyen Faktörler	89
5.16.4.Tıbbi Malzeme ve Araç Gereçlerin Alımında Dikkat Edilmesi Gereken Özellikler	90
5.17. Rakip Hastanelerle Karşılaştırmaların Yapılması (Benchmarking)	91
5.18. Örgütsel Kültür Yapısının Biçimlendirilmesi	92

BÖLÜM 3

HASTANELERDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNDE KARŞILAŞILAN ENGELLER

1.DOKTORLARIN KATILIMININ SAĞLANAMAMASI	95
2.SAĞLIK PERSONELİ EĞİTİMİNDEKİ SORUNLAR	97
3.LABORATUVAR ÇALIŞMALARINDA KALİTELİ HİZMET ARZINI ENGELLEYEN ETKENLER	98
4.DEĞİŞİME OLAN DİRENÇ	99
5.YÖNETİMİN ALGILAMA HATASI	102
6.KAMU HASTANELERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN UYGULANMASINA ENGEL TEŞKİL EDECEK MEVCUT YÖNETİM VE ORGANİZASYON SORUNLARI.....	102
7.İŞGÜCÜ PLANLAMASI VE İŞE ALMA PROBLEMLERİ	103
8.HASTANE YÖNETİCİLİĞİ ALANINDA KARŞILAŞILAN PROBLEMLER	105

9.BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDEKİ AKSAMALAR	107
10.TIBBİ TEKNOLOJİNİN KULLANIMINDAN KAYNAKLANAN SORUNLAR	107
11.ÜLKEMİZDE ULUSAL AKREDİTASYON STANDARTLARININ VE AKREDİTASYON KURULUŞLARININ BULUNMAMASI	108
12.TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARINDA SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET ÖZELLİĞİNDEN KAYNAKLANAN ENGELLER	109
13.KLİNİK UYGULAMALARDA KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER	111
14.İLETİŞİM EKSİKLİĞİ VE İLETİŞİMİ ENGELLEYEN FAKTÖRLER	111
15.ÜST YÖNETİMLE ÇALIŞANLAR ARASINDAKİ ÇATIŞMA	112
16.HASTANENİN GENEL PERFORMANSINDAN ÇOK BÖLÜMLERİN PERFORMANSINA ÖNEM VERİLMESİ	113
17.İSTATİSTİKSEL KONTROL METODLARININ KULLANILMASINA GÖSTERİLEN DİRENÇ	113
18.TÜRKİYE’DE TKY UYGULAMALARINA ETKİ EDEN SAĞLIK SİSTEMİ SORUNLARI	113
19.ARAÇ ODAKLI OLUNMASI	115
20.HASTANE YÖNETİCİLERİNİN DANIŞMANLA ÇALIŞMA ALIŞKANLIĞININ OLMAMASI	115
21.BİRİMLER ARASI VE BİRİM YÖNETİCİLERİ ARASINDAKİ REKABET	115
22.YÖNETİMİN TKY’Nİ ASKIYA ALMA EĞİLİMİNDE OLMASI	116

23.KAMU HASTANELERİNDEKİ FİNANSAL	
PROBLEMLER	116
24.HEMŞİRELİK MESLEĞİNE İLİŞKİN SORUNLAR	117
25.SAĞLIK KURUMLARI ARASINDA REKABET	
ORTAMININ YARATILMAK İSTENMEMESİ	118
26.YÖNETİME KATILIMIN ÇALIŞANLAR	
TARAFINDAN YANLIŞ ANLAŞILMASI	119
27.HASTANE İŞLETMECİLİĞİNDE ECZACILIK	
HİZMETLERİNDE KARŞILAŞILAN SORUNLAR	119
28.SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞINA YÖNELİK	
MESLEKİ RİSKLER	120
29.ÖZEL HASTANELERİN HİZMET SUNUMUNU	
OLUMSUZ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	122
30.KARMAŞIK VE DEĞİŞKEN KÜLTÜR YAPISI	123
31.HASTANELERDE MEVCUT ÖLÇME VE	
DEĞERLENDİRME SİSTEMLERİNİN	
YETERSİZ OLMASI	124
32.KATILIMCILIĞIN GÜÇLENDİRİLMESİNDE	
KARŞILAŞILAN PROBLEMLER	124

BÖLÜM 4

ESKİŞEHİR HAVA KUVVETLERİ HASTANESİ, OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İLE BAYINDIR TIP MERKEZİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARINDA KARŞILAŞILAN ENGELLER

1.DOKTORLARIN KATILIMININ SAĞLANAMAMASI	129
2.DİĞER PERSONELİN KATILIMININ	
SAĞLANAMAMASI	130

3.PERSONELİN SAYICA YETERSİZ OLMASI	131
4.PERSONELİN TKY KONUSUNDA YETERİNCE EĞİTİMİNİN OLMAMASI	132
5.PERSONELİN TKY KONUSUNA YETERİNCE İLGİ GÖSTERMEMESİ	133
6.PERSONELİ MOTİVE EDECEK ÖDÜLLENDİRME SİSTEMİNİN OLMAYIŞI	134
7.ÜST YÖNETİMİN TKY KONUSUNDA İSTEKSİZ DAVRANMASI	135
8.TKY’NİN KAMU HASTANELERİNDE UYGULANMAYA ELVERİŞLİ OLMAMASI	136
9.MEVcut YÖNETİM YAPISININ KATILIMA UYGUN OLMAMASI.....	137
10.HASTANELERİN FARKLI KÜLTÜR YAPISINDAKİ BİREYLERİN BİRARAYA GELMESİYLE HİZMET VERMESİ	138
11.HASTANEDE GELİŞMİŞ İSTATİSTİK SİSTEMİNİN BULUNMAMASI	139
12.TIBBİ CİHAZ VE TEÇHİZAT YETERSİZLİĞİ	140
13.TKY’NİN ZAMAN KAYBI OLARAK GÖRÜLMESİ	141
14.TKY’NİN KIRTASIYECİLİĞİ ARTIRMASI	142
15.ÜLKEMİZDE KALİTELİ SAĞLIK HİZMET SUNUM STANDARTLARININ BULUNMAMASI	143
16.KISA DÖNEMDE SONUCA ULAŞILMAK İSTENMESİ	144
17.FİNANSMAN YETERSİZLİĞİ	145
18.ÜST YÖNETİM İLE PERSONEL ARASINDAKİ İLETİŞİM EKSİKLİĞİ	146
19.EKİP ÇALIŞMASI EKSİKLİĞİ	147
20.ÜST YÖNETİMİN BASKISIYLA GERÇEKLEŞTİRİLMEK İSTENMESİ	148

21.HASTANENİN PROFESYONEL YÖNETİCİLER	
TARAFINDAN YÖNETİLMEMESİ	149
22.PERSONELİN İŞ YÜKÜNÜ ARTIRMASI	150
23.PERSONELİN TKY ÇALIŞMALARI İLE BİRLİKTE	
KENDİNİ SIKI DENETİME ALINMIŞ GİBİ	
HİSSETMESİ	151
24.İSTATİSTİKSEL PROSES KONTROL YÖNTEMLERİNİN	
SAĞLIK KURUMLARINDA UYGULANMASININ	
GÜÇ OLMASI	152
25.KAMU HASTANELERİNİN KÂR AMACI GÜTMEMESİ	153
SONUÇ	160
EKLER	163
KAYNAKÇA	190

TABLÖLAR LİSTESİ

BÖLÜM 2 TABLÖLAR

Tablo 1. Ek İşe Ek Ücret Ödenmesinin Kuruma Bağlılığa Etkisi	77
Tablo 2. Mesleki Tatmin Düzeyi	78
Tablo 3.Ücret Açısından Tatmin Düzeyi	78
Tablo 4.Çalışma Esnasındaki Moral Düzeyi	79
Tablo 5.Kararlara Katılmanın Kuruma Bağlılığa Etkisi	79
Tablo 6.Hekim ve Hemşirelerin Uzun Vadeli Planlarının Dağılımı	80
Tablo 7.Hekim ve Hemşirelere Göre Kuruma Bağlılık Yorumları	81

BÖLÜM 4 TABLÖLAR

Tablo 1-2. Doktorların Katılımının Sağlanamaması	129
Tablo 3-4. Diğer Personelin Katılımının Sağlanamaması	130
Tablo 5-6. Personelin Sayıca Yetersiz Olması	131
Tablo 7-8. Personelin TKY Konusunda Yeterince Eğitiminin Olmaması.	132
Tablo 9-10. Personelin TKY Konusuna Yeterince İlgi Göstermemesi	133
Tablo 11-12. Pesroneli Motive Edecek Ödüllendirme Sisteminin Olmayışı	134
Tablo 13-14. Üst Yönetimin TKY Konusunda İsteksiz Davranması	135
Tablo 15. TKY'nin Kamu Hastanelerinde Uygulamaya Elverişli Olmaması	136
Tablo 16-17. Mevcut Yönetim Yapısının Katılıma Uygun Olmaması	137
Tablo 18-19. Hastanelerin Farklı Kültür Yapısındaki Bireylerin Bir araya Gelmesiyle Hizmet Vermesi	138
Tablo 20-21. Hastanede Gelişmiş İstatistik Sisteminin Bulunmaması	139
Tablo 22-23. Tıbbi Cihaz ve Teçhizat Yetersizliği	140

Tablo 24-25. TKY'nin Zaman Kaybı Olarak Görülmesi	141
Tablo 26-27. Kırtasiyeciliği Artırması	142
Tablo 28-29. Ülkemizde Kaliteli Sağlık Hizmet Sunum Standartlarının Bulunmaması	143-144
Tablo 30-31. Kısa Dönemde Sonuca Ulaşılmak İstenmesi	144-145
Tablo 32-33. Finansman Yetersizliği	15-146
Tablo 34-35. Üst Yönetim İle Personel Arasındaki iletişim Eksikliği	146-147
Tablo 36-37. Ekip Çalışması Eksikliği	147-148
Tablo 38-39. Üst Yönetimin Baskısıyla Gerçekleştirilmek İstenmesi	148-149
Tablo 40-41. Hastanenin Profesyonel Yöneticiler Tarafından Yönetilmemesi	149-150
Tablo 42-43. Personelin İş Yükünü Artırması	150-151
Tablo 44-45. Personelin TKY Çalışmaları İle Birlikte Kendini Sıkı Denetime Alınmış Gibi Hissetmesi	151-152
Tablo 46-47. İstatistiksel Proses Kontrol Yöntemlerinin Sağlık Kurumlarında Uygulanmasının Güç Olması	152-153
Tablo 48. Kamu Hastanelerinin Kâr Amacı Gütmemesi	153

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.Kalite Yönetim Sistemi	13
Şekil 2.Kalite Çemberlerinin İşleyiş Süreci	27
Şekil 3.Deming Döngüsü	31
Şekil 4.Hastanelerde TKY Organizasyon Yapısı	55
Şekil 5.Organizasyonda Kalite Yönetim Komitesinin Yeri	61
Şekil 6.Bayındır Tıp Merkezi Kalite Organizasyon Yapısı	85

GİRİŞ

Dünya genelinde işletmeler arasında artan rekabet işletmeleri yeni yönetim teknikleri uygulamaya ve bu tekniklerle rakiplerine üstünlük sağlama konusunda çalışmalar yapmaya mecbur bırakmıştır. Bu yönetim tekniklerinden son yıllarda uygulaması hızla artan toplam kalite yönetimi önce endüstriyel işletmelerde daha sonra da hizmet işletmelerinde kabul görmüştür. Toplam kalite yönetiminin işletmelerde bu kadar yaygın olarak uygulanmasının ve yöneticiler tarafından tercih edilmesinin bir çok sebebi vardır. Bunlardan ilki toplam kalite yönetiminin müşterilerin istek ve ihtiyaçlarına üst düzeyde önem veren bir yönetim yaklaşımı olmasıdır. İşletmelerin rakiplerine üstünlük sağlamadaki en önemli silahı ürettikleri mallar ve hizmetlerle müşterilerini diğer işletmelerden daha fazla memnun edebilmeleridir. Toplam kalite yönetimi işletmelerin sürekli olarak müşteri istek ve ihtiyaçlarını takip altında tutmalarını üretilen mal ve hizmetlerin müşterilere satılmasından sonra da müşterilerin tatmin düzeylerinin takip edilmesini gerekli kılmaktadır. Rekabetin şiddetlenmesi sonucu ortaya çıkan toplam kalite yönetimi işletmelerin sürekli olarak rakiplerinin çalışmalarını kontrol altında tutmalarını ve kendi çalışmaları ile kıyaslamalarını da gerekli görmektedir. Toplam kalite yönetiminde müşterilerle birlikte işletme çalışanlarının da istek ve ihtiyaçlarına önem verilmekte kendi çalışanlarını tatmin edemeyen bir işletmenin ürettiği mal veya hizmet ile asla müşterilerini mutlu edemeyeceği ve müşteri mutluluğunun çalışanların mutluluğu ile sağlanabileceği düşünülmektedir. Bunun için çalışanların kendilerini güven içinde hissettikleri ve çalışırken zevk duyacakları bir iş ortamının hazırlanmasının zorunlu olduğu, sürekli olarak çalışanların kendilerini geliştirebilmelerini sağlayıcı eğitim çalışmaları ile birlikte, yapmış oldukları işlerle ilgili görüş bildirmelerini sağlayıcı ekip çalışmalarının yapıldığı bir yönetim biçiminin üst yönetim tarafından benimsenmesinin gerekliliği

ortaya konmaktadır. Müşterileri memnun etmenin tek yolunun kaliteli üretimden geçtiği, kaliteli üretim yapmanın da ancak işletmedeki tüm çalışanların katılımı ile mümkün olabileceği düşünülmekte ve bu sorumluluğun yalnızca üst yönetime bırakılmadan tüm çalışanların aynı sorumluluğu paylaşması gerekli görülmektedir. Toplam kalite yönetiminin başarı ile gerçekleştirilmesi ise işletmelerde sürekli eğitim çalışmaları, müşteri memnuniyeti ve personel memnuniyeti ölçüm çalışmaları ile mümkün olmaktadır.

Toplam kalite yönetiminin hastanelerde uygulanmaya başlaması 1980'li yılların sonuna rastlamaktadır. Türkiye'deki hastaneler tarafından kısa zamanda benimsenen ve uygulamasına geçmek için çalışmalara başlayan bir çok özel ve kamu hastanesi bulunmaktadır. Toplam kalite yönetiminin Türkiye'deki hastanelerde çok çabuk ve sevilerek benimsenmesinin nedeni olarak sağlık hizmetlerine bu güne kadar gereken önemin verilmemiş olması ile hastane yöneticileri, çalışanları ve hastanelerin müşterisi olan hastaların özledikleri ve bekledikleri hastane ortamının bu yönetim sistemi ile sağlanabileceği inancından kaynaklandığı düşünülmektedir. Son yıllarda sağlık hizmetlerinde değişime neden olan faktörlerde toplam kalite yönetiminin hastanelerde uygulanmasına sıcak bakılmasına neden olmuştur. Bu faktörlere örnek olarak nüfus artışı, sağlık bilinç düzeyinin yükselmesi sonucu insanların hastanelerden daha kaliteli hizmet beklentisinde olması, sağlık hizmetlerinden yararlanma sıklığının artması, tıbbi uygulama ihtiyaçlarının artması, tıp teknolojilerindeki ilerlemeler, teknolojiye dayanan pahalı tıbbi uygulamaların günlük işlemlerde hızla yaygınlaşması, akut hastalıkların öneminin azalmasıyla birlikte tedavisi pahalı olan kronik hastalıkların önem kazanması ve bunun sonucu maliyetlerin artması gösterilmektedir. Ancak hastanelerde toplam kalite yönetiminin uygulanmasında hastanelerin hem yapısından hem de hizmet özelliğinden kaynaklanan bir çok engel bulunmaktadır. Toplam kalite yönetimini uygulayarak hastalarına daha iyi ve kaliteli hizmet sunmak isteyen hastanelerin öncelikle bu engelleri aşacak çözüm yolları bulmaları gerekmektedir. Mevcut engelleri görmemezlikten gelen, sorunları önemsemeyen ve iyi analiz etmeyen

hastanelerin toplam kalite yönetiminde başarılı olmaları ve çalışanları ile hastalarını memnun etmeleri mümkün olmayacaktır.

Bu çalışmanın birinci bölümünde toplam kalite yönetimi ile ilgili temel kavramlar detaylı şekilde sunularak, toplam kalite yönetiminin başarısına etki eden faktörler incelenmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde hastanelerin toplum yaşamındaki önemi ile hastanede kalite güvence sisteminin kuruluşu ve toplam kalite yönetiminin uygulanmasında yapılması gereken çalışmalar sunulmuştur. Tezin dördüncü ve son bölümünde hastanelerde toplam kalite yönetimi uygulamalarında karşılaşılan engellerin ortaya konması amacıyla gerçekleştirilen anket sonuçlarına yer verilmiş, özel ve kamu hastanelerinde toplam kalite yönetimi uygulamalarında görülen engellerin karşılaştırması yapılmıştır.

BÖLÜM 1

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1. KALİTENİN TANIMI VE BOYUTLARI

Günümüzde kalite, bir malı kullanan veya bir hizmetten faydalanan müşterilerin görüşlerine göre şekillenmektedir. Piyasada artan rekabet sonucu müşterilerini ürettikleri mal veya hizmet açısından en fazla memnun eden ve mutlu kılan işletmeler ayakta kalabilmekte diğerleri ise yok olmaktadır. Bu nedenle son zamanlarda yapılan tüm kalite tanımlarında müşteri (kullanıcı) memnuniyetine son derece önem verilmektedir. Bunlara örnek olarak aşağıdaki tanımlar verilebilir:

Kalite "müşterilerin beklentilerini karşılayan özelliklerdir."¹

Kalite "müşteri veya kullanıcının bir ürün veya servis hakkında verdiği hükümdür."²

Kalite "müşteri bakış açısıyla önemli olan herşeydir."³

Kalite "her türlü durum ve halde, karakteristik özellikleriyle müşteri ihtiyaç veya beklentilerini tatmin edebilme yetenek ve başarısına sahip ürün veya hizmettir."⁴

Kalite "Bir ürünün veya hizmetin pazarlama, mühendislik ve imalat çalışmalarının işletme tarafından müşterilerin istediği düzeyde gerçekleştirilip, tüketici gereksinimlerinin mümkün olan en ekonomik düzeyde karşılanmasıdır."⁵

¹ Mina ÖZEVREN, **Toplam Kalite Yönetimi, Temel Kavramlar ve Uygulamalar** (İstanbul: Alfa Basın Yayın, 1997), s.39.

² A. Erhan MERGEN, "Toplam Kalite Yönetimi", **Eskişehir Anadolu Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fak. Dergisi** (C:11, 1993), s. 1-2.,

³ Mark S. CARY, "How to Become a Quality Person", **Quality Progress** (Milwaukee: C. 28, S. 6, Haz 1995), s. 75.

⁴ Katryn M. BARTOL and David C. MARTIN, **Management** (Boston: McGraw-Hill Companies, Inc, 1994), s.544.

⁵ Besim AKIN, **ISO 9000 Uygulamasında İşletmelerde İstatistik Proses Kontrol Teknikleri** (İstanbul: Bilim Teknik Yayınevi, 1996), s.1.

Görüldüğü gibi tanımlar içerik olarak birbirlerinin benzeri olup, sadece söyleniş olarak farklılıklar taşımaktadır. Bu tanımların ışığında artık işletmeler iyi mal veya hizmet üretmekle kalmayıp, müşterilerinin arzu ettiği ve daha çok satın aldığı ürün veya hizmetleri üretmelidirler.⁶ Mal veya hizmet üretiminde kaliteye verilen önemin artması piyasada rekabetin artmasıyla doğru orantılı olarak ortaya çıkmıştır. 1950'li yıllarda özellikle ABD endüstrisinde artan rekabet, işletmeleri birbirlerine üstünlük sağlayabilmeleri için kaliteli mal ve hizmet üretmeye mecbur bırakmış, artan tüketici istekleri ve rakip firmaların kaliteli mal üretmeleri karşısında tüm işletmeler birbirlerinden daha kaliteli mallar üreterek, pazar paylarını korumaya çalışmışlardır.

Artan rekabetin yanısıra eğitim düzeyi her geçen gün yükselen tüketicilerin farklı beklenti ve isteklerinin ortaya çıkmasıyla birlikte, gelişen iletişim olanakları sonucunda tüketiciler geniş bilgilenme ve seçme imkanına sahip olmuşlardır. Bir ürünün veya hizmetin kaliteli olup olmadığının söylenebilmesi için ne tür özelliklere sahip olduğunun bilinmesi gerekir. Bu özellikler fonksiyonel özellikler ve kalite özellikleri olarak ikiye ayrılmaktadır:

a.Fonksiyonel özellikler ürün veya hizmetin müşterinin belirlediği amacı yerine getirebilmesi için sahip olması gereken özellikleri belirtir.

b.Kalite özellikleri ise ürün veya hizmetin görevini ya daha iyi yapmasını ya da zaman içerisinde performansında düşme göstermeden süreklilik taşımasını ifade etmektedir.

Kalite subjektif bir kavramdır ve kişisel değerleri içerir bu da ürün veya hizmet hakkında kişilerin farklı kanılar ileri sürmelerine neden olur. Kalite anlayışları insanların eğitim, yaşam düzeyi, zevk, gelenekler, toplumsal yapı gibi birçok faktörün etkisi altında değişimler gösterir. Ancak ürünün ölçülebilen genellikle de kalite standartları veya mevzuatlarla belirtilen kalitesi ise objektif kalitedir. Kalite ölçülmek istendiğinde, kaliteyi iki perspektiften ele almak gerekir, bunlardan ilki müşteri tatmini ikincisi ise üretimde hatasızlıktır. Hatasız üretilen mal ve hizmet, hem üreticisini, hem de tüketicisini memnun eder.⁷

⁶ Erhan BİLGİN, "Kalite ve Verimlilik", **Macro Dergisi** (İstanbul:S 23, Eylül 1996), s. 35.

⁷ Muhittin ŞİMŞEK, **Kalite Yönetimi** (İstanbul: Marmara Üniversitesi Teknik Eğitim Fak. Matbaası, 1996), s.5-7.

Bir mal veya hizmetin kaliteli olduğunun söylenebilmesi için birtakım özelliklere sahip olması gerekir. Bunlar;⁸

Performans: Ürünün birincil işleyiş özelliğidir.

Diğer unsurlar: Ürünün çekiciliğini sağlayan ikincil özelliklerdir.

Güvenilirlik: Ürünün belli bir zaman içerisinde düzgün ve fonksiyonlarına uygun çalışma özelliği ile performansın sürekliliğini ifade eder.

Uygunluk: Ürünün yapı ve işleyiş özelliklerinin belirlenmiş standartları karşılama derecesidir.

Dayanıklılık: Ürünün kullanılabilirlik süresidir.

Hizmet Görürlük: Ürüne ilişkin sorun ve şikayetlerin kolay çözülebilirliğidir.

Estetik: Ürünün duygulara hitap ediş derecesidir.

İtibar: Müşteri ya da kullanıcıların yargılarına dayanan geçmiş performans ölçümüdür.

2.KALİTE KONTROL

Kalite kontrolü işletmelerin üretmiş oldukları hizmet veya üründe, planlanan kaliteye ulaşıp ulaşamadığının araştırmalar ve karşılaştırmalar yapılarak belirlenmesi ve düzeltici tedbirlerin alınması işlevi olarak tanımlanmaktadır. Bu işlemin yapılabilmesi için öncelikle müşterilerin ürünlerde ve hizmetlerde görmek istedikleri kalite düzeyleri işletme tarafından belirlenmekte, daha sonra belirlenen kalite düzeyleri standart haline getirilmektedir. Kontrol bu bağlamda standartlara uyabilmek için uygulanan bir dizi işleme işaret etmekte olup, bu işlemler, örgütün mevcut performansının gözlenmesinden, performansın bazı standartlarla karşılaştırılmasından ve standartlara uymayan bir davranış gözlemlendiyse hemen düzeltici hareketlere başlanmasından oluşmaktadır.⁹

Kalite kontrol faaliyeti altı aşamada gerçekleşmektedir.¹⁰

1. Kontrol alanının seçilmesi (neyin düzeltilileceğine karar vermek)

⁸ Warren R. PLUNKETT and Raymond F. ATTNER, **Introduction to Management** (California: Wadsworth Publishing Company, 1994), s. 562.

⁹ Donald DELMAR and George SHELDON, **Introduction to Quality Control** (St. Paul: West Publishing Company, 1988), s.25.

¹⁰ J.M. JURAN and Frank M.GRYNA, JR., **Quality Planning and Analysis** (Boston: McGraw-Hill Inc, 1980), s.3.

2. Ölçüm biriminin seçilmesi
3. Kontrol alanı için standartların ve hedeflerin belirlenmesi
4. Ölçüm birimleri doğrultusunda kontrol alanını ölçebilen hassas bir aracın seçilmesi
5. Mevcut işlemlerle standartlar arasındaki farkların yorumlanması
6. Eğer farklılık varsa hemen düzeltici harekete geçilmesi.

3. KALİTE GÜVENCESİ

Kalite kontrol üretilen ürünlerden belli aralıklarla numune alınmasını alan bu numunelerin muayenesini ve analizini gerektirmektedir. Bu işlem sırasında emek, para ve zaman harcanmakta bu da kalite kontrolü pahalı bir işlev haline getirmektedir. Bu kadar pahalı bir işlev sonunda son kontrolde ortaya çıkan hataların çoğu zaman telafisi güç olmakta, kontroller sırasında bazı ürünler tahrip edilmektedir. Kalite kontrolün bu dezavantajları görüldükten sonra kalitenin üretimden sonra değil de üretim süreci içinde sağlanması amaçlanarak üretim sonunda kalite güvence altına alınmak istenmiş ve kalite güvencesi kavramı ortaya çıkmıştır.

Kalite güvencesi, ürün veya hizmetin, kalite için belirlenen istekleri karşılamak maksadıyla, yeterli güveni sağlaması için gereken planlı ve sistematik faaliyetlerin bütünü olarak tanımlanmaktadır.¹¹

Günümüzde işletmelerin sadece kaliteli ürün ürettiğinin bilinmesi ve duyurulması yeterli olmamakta, işletmelerin bu güvenceyi müşterilerine somut olarak göstermeleri istenmektedir. Bu olgu geleneksel kalite kontrol anlayışının terkedilerek, tüm işletme birimlerinin kalite sağlama sorumluluğunu üstlenecek şekilde yeniden yapılanmalarını gerektirmektedir.¹² Yeni yapılanmayla birlikte işletmeler kalite kontrol birimlerini kalite güvenliği departmanlarına dönüştürmektedirler. Kalite güvence sistemi kalite kontrol fonksiyonunun etkin bir şekilde yerine getirilip getirilmediğine dair bilgiler

¹¹ TSE, **Kalite Güvencesi Eğitim Kitabı** (Ankara: 1995), s.12.

¹² A. Ekrem ÖZKUL, **Sağlık Sistemleri Planlama ve Kontrolü, Kalite Kontrolü ve Kalite Güvence Sistemi** (Eskişehir: Açıköğretim Fak. Yayınları, 1994), s.202.

verirken, kalite kontrol programının yeterliliğini ve etkinliğini de gerektiğinde düzeltici olmak üzere sürekli denetler.¹³

Kalite kontrol ile kalite güvencesi arasındaki en önemli fark birincisinin ürün üzerine, ikincisinin ise üretim sistemi üzerine odaklanmasıdır. Kalite kontrol işlemi ile üretilen ürünlerin son hali kontrol edilmektedir. Bu tarz çalışma ürün üretilirken süreç içindeki hataların kaynağını teşhis etmek yerine, hatalı ürünlerin üretim tamamlandıktan sonra ayıklanmasını öngörmektedir. Bu da işletmeleri hurda ve fire maliyetleri ile karşı karşıya bırakmaktadır. Kalite güvencesinde amaç kaliteyi sağlamaya yönelik sistem oluşturmaktır. Oluşturulacak sistemde sonuçlara değil, işlemlerin doğru yapılmasına önem verilir. Bu sayede üretim sırasındaki hatalı işlemlerin teşhis edilmesiyle problemlerin kaynağına inilerek hatasız mal ve hizmet üretilmeye çalışılmaktadır.¹⁴

Bir hizmet veya ürünün kaliteli olduğunun söylenebilmesi için birtakım özelliklere sahip olması ya da standartlara uygunluğunun sağlanması zorunluluğu gündeme gelmiştir. Bu ihtiyaca yönelik olarak ISO (International Standart Organization) tarafından 1987 yılında ISO 9000 serisi Kalite Güvence Sistemi Standartları her mal veya hizmet grubu için aşamalı olarak yayınlanmıştır. Aynı standartlar Avrupa Standartlar Komitesi tarafından da 1988 yılında kabul edilmiştir. ISO 9000 standart dizisi, ülkemizde TSE tarafından Temmuz 1988 yılında TSE 6000 standartları, Aralık 1991 yılında da TSE\ISO 9000 standartları olarak kabul edilmiştir.¹⁵

Bu gelişmeler sonucunda ülkemizde ve dünyada ilk önce üretim ve daha sonraları hizmet işletmeleri olmak üzere bir çok kuruluş ISO belgesi alabilmek için çalışmalara başlamıştır.

Toplam Kalite Yönetimine geçişte önemli bir basamak olan, ISO 9000 Kalite Güvence Sistemine uyum sağlayarak belge alan, bu sayede müşterilerinin gözünde, onaylanmış kalitede ürün ve hizmet sunan işletmeler, rakipleri karşısında önemli rekabet gücü elde etmektedirler.

¹³ A. Ekrem ÖZKUL ve Nimetullah BURNAK, "Günümüzde Kalite Kontrol Anlayışı", **Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Müh. Mim. Fak. Dergisi** (C.4, 1988), s. 98.

¹⁴ İbrahim KAVRAKOĞLU, **Kalite Güvencesi ISO 9000 ve Toplam Kalite** (İstanbul: Rekabetçi Yönetim Dizisi, 1993), s.30.

¹⁵ Andaç ATILLA, **Çağdaş Kalite Anlayışı İçerisinde ISO 9001 Kalite Güvencesi Sistemi Standardının Yorumu ve Uygulama Örnekleri** (İstanbul: Çağlayan Kitabevi, 1996), s.10.

Türkiye’de gerek TSE, gerekse yabancı belgelendirme kuruluşlarınca, toplam 700’e yakın işletme ISO 9000 Kalite Güvence Sistemine dahil edilmiş bulunmakla birlikte bu sayı her geçen gün daha da artmaktadır.¹⁶

ISO 9000 standartları etkin bir kalite sisteminin nasıl kurulabileceği, dokümanite edilebileceği ve sürekliliğinin nasıl sağlanabileceği konularında yol gösterdiği gibi beklenen kalite sisteminin modelini kolaylık ve verimlilikle uygulayabilmek amacıyla konu bazında belirli bölümlere ayrılmaktadır. Bu sisteme göre üretimin her aşamasında uygulanabilecek kayıt yöntemi ile ürün ve işlemlerin geliştirilmesinin yanında ürün sorumluluğundan doğabilecek sorunları da asgariye indirme imkanı vermektedir.¹⁷ Kalite Güvence Sistemi ile ilgili olarak ISO 9000 serileri rehber bazında bilgiler içermekte ve beş dizi standarttan oluşmaktadır.¹⁸

ISO 9000 : Kalite yönetimi ve güvencesi standartları seçim ve kullanım kılavuzudur. ISO 9001/2/3’e ait genel bakış ve tanımları içerir. İşletmeler hangi standartları seçeceklerine bu kılavuz yardımıyla karar verirler.

ISO 9001 : Yönetim, tasarım, geliştirme, üretim, tesis, satınalma, kalite kontrol ve hizmet adımlarını içerir. Bu kalite güvencesi modeli bu standartta belirtilen şartlarla birlikte tasarımdan servise kadar, bütün aşamalarda öncelikle uygunsuzlukların önlenmesi amacına yöneliktir.

ISO 9002: İstenen şartlara uygun üretimin sağlanması için gerekli düzenlemeleri belirleyen bir standarttır. Üretim ve tesiste kalite güvencesi modelidir. Bu standart, tasarımı kapsamamaktadır.

ISO 9003 : Son muayene ve deneyler aşamalarını içerir. İstek ve ihtiyaçlara uygunluğun tedarikçi tarafından, sadece son muayene ve deneylerde sağlanması gerektiği durumlarda kullanılır. Bu model ISO 9001 ve 9002 standartlarında yer alan yönetim sorumluluğunu da içerir.

ISO 9004 : Kalite yönetimi ve kalite sistemi elemanları kılavuzudur. ISO 9001/2/3’e ulaşmak amacıyla kalite sistemini geliştiren üreticiler için hazırlanmış bir

¹⁶ İlhan OĞUZ, “Sanayici Kalitesini Belgeliyor”, *İstanbul Sanayi Odası Dergisi* (İstanbul: Mayıs 1997), s.26.

¹⁷ OĞUZ, a.g.m., s.27.

¹⁸ Atilla BAĞRIAÇIK, *Belgelerle Uygulamalı ISO 9000 Nedir? Nasıl Kurulur?* (İstanbul: Bilim Teknik Yayınevi, 1995), s.14; ATILLA, a.g.e., s.11; TSE, a.g.e., s.16.

rehberdir. Belirlenen hedeflerle, standartları gerçekleştirmek için ürün ve hizmet kalitesini etkileyen teknik, idari, insan faktörlerini kontrol altında tutmak için nasıl organize olunması gerektiğini tanımlar.

ISO 9000 standartlarının sağladığı yararlar maddeler halinde şu şekilde verilebilir;¹⁹

- Ürün ve hizmet kalitesi artar,
- Verimlilik artar,
- Etkinlik artar,
- Satınalma işlemlerinde tasarruf sağlanır,
- Malzeme tasarrufu sağlanır,
- Uygunsuzluk maliyetleri iyileştirilir,
- Kalite maliyetleri kontrol altında tutulur,
- Maliyetler azalır,
- Rekabet gücü artar,
- Kâr artar,
- Müşteriler tatmin edilir,
- Takım ruhu ve çalışmalar geliştirilir,
- Kaliteye bağlılık ve sahiplenme artar,
- Firma saygınlığı artar,
- Etkin bir yönetim sağlanır,
- Motivasyon artar, çalışanların moralleri yükselir ve böylece huzurlu bir iş

ortamı sağlanır,

■ İstatistiksel tekniklerin kullanımı ile ürün ve proseslerin güvenilirliği sağlanır,

- Uygulanan eğitimler sonucu nitelikli personel gücü artar.

ISO'nun tüm bu yararlarının yanısıra toplam kalite yönetimini amaç edinmiş olan ve bu doğrultuda ISO çalışmalarına başlayan işletme yöneticilerinin, dikkat etmesi gereken birtakım hususlar bulunmaktadır. ISO 9000 içindeki standartlardan bir veya birkaçı için belge alındığında, bunun belge alan kuruluşlar içerisinde toplam kalite

¹⁹ TSE, TS-ISO 9000 Kalite Sistem Dokümantasyonu Eğitim Notları, (Ankara: 1995), s.5, ATİLLA, a.g.e., s.13.

yönetiminin uygulandığına dair yanlış bir inanış sözkonusu olmaktadır. Uzmanlar ISO 9000 serisinin belgelediği kaliteyi, olması gereken en alt ürün kalite düzeyinin biraz daha gelişmiş olarak tanımlamaktadırlar. Oysa toplam kalite yönetiminin işletmelere oturtmak istediği kalite anlayışı çok daha genel ve gelişmiş olup, firma içindeki mal veya hizmet üretimiyle direkt ilişkisi olsun olmasın tüm işlemleri ve yönetim prensiplerini kapsamaktadır.²⁰

Bunlardan daha önemlisi, işletme yöneticileri, ISO belgesini aldıklarında herşeyin bitmiş olduğunu düşünerek hareket etmemeli, yani bunu bir sonuç olarak görmemeli, ISO belgesinin alınmasının, toplam kalite yönetimine giden yolda, sadece bir basamak olduğunu bilerek, asıl amacın kalite geliştirmenin ve kalite yönetiminin devrimci bir şekilde sürekli sağlanması gerektiğinin bilincine varmaları gerekmektedir.²¹

4. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Kalite kontrol ile başlayan kalite yolculuğu, kalite güvence sistemi ile devam etmekte ve son aşama olarak Toplam Kalite Yönetimi gündeme gelmektedir. Kalite güvence sistemi kalite kontrolün eksik ve yetersiz kaldığı alanları tespit ederek, bu eksiklikleri tamamlamaktadır. ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi belgesi alan bazı işletmeler Toplam Kalite Yönetimini uyguladıklarını düşünmektedirler. Oysa Toplam Kalite Yönetimi kalite kontrol ve kalite güvence sistemini içeren çok geniş bir yönetim tarzı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu anlamda ISO 9000 belgesi alan işletmeler bu belgeyi alarak Toplam Kalite Yönetiminin hazırlık aşamasını geçmiş bulunmaktadır.²²

Toplam Kalite Yönetimi ile ilgili bir yanlış anlayışta kalite kontrol ve kalite güvence sistemindeki gibi yalnızca standartlara ve belirlemelere uygunluk gibi görülmesinden ileri gelmektedir. Kalite kontrol ve kalite güvence sisteminde iki tür kaliteden söz edilmektedir. Bunlar üretim kalitesi ve ürün kalitesidir. Üretim kalitesi, kötü işçiliği ve iş yöntemlerini gecikmeleri ve israfı önleyerek üretimde sağlanacak verim

²⁰ MERGEN, a.g.m, s.32.

²¹ Nükhet YETİŞ, “Kalite Kontrolü ve Toplam Kalite Yönetimi: Kalite Organizasyonu, Eğitim ve İnsan Gücü Geliştirme”, **ISO-9000 ve Kalite Sistemleri Seminerleri** (İstanbul: Sanayi Odası, 1993, Bildiriler), s.29.

²² Serdar TAN, “Toplam Kalite ve Verimsizlik”, **Verimlilik Dergisi**, (Ankara: Özel Sayı, 1996), s.7.

olarak tanımlanmaktadır. Ürün kalitesi ise daha gelişmiş ürün standartları ile müşteriye, kuruluşça belirlenen niteliklere en uygun ürünü sunmada sağlanan performans olarak tanımlanmaktadır.²³

Ürün kalitesi tanımında müşteriye kuruluşça belirlenen niteliklere uygun ürün sunulmaktadır. Toplam Kalite Yönetimi tam bu noktada devreye girmekte ve işletme ne üretirse müşteriye onu satar anlayışını değiştirerek işletmelerin işinin pazardaki müşterilerin istek ve ihtiyaçlarına göre üretim yapmak olduğunu belirtmektedir.

Toplam kalite yönetimi, bir organizasyonda, itici gücü müşteri memnuniyeti, hedefi kaliteye ulaşmak olan, çalışanların oluşturduğu bir felsefedir.²⁴ Amaç, organizasyona bağlı materyal ve servislerin sürekli geliştirilerek, müşteri ihtiyaçlarının en yüksek düzeyde karşılanması ve örgütteki performansın maksimum düzeye çıkarılarak, sıfır hatayla üretim ve hizmet sunulmasının sağlanmasıdır.²⁵

Kalite yönetimi, belirlenen kalite hedefine ulaşılabilmesi için gerekli kaynakların tahsis edilmesi, genel kalite politikalarının, stratejik planların ve kalite planlarının yapılması bu planların işlerliğinin sağlanması ve değerlendirilmesiyle görevlidir. Tüm bu çalışmalar yapılırken çalışanların katılımının sağlanması gerekir ki bunun yapılması da kalite yönetiminin en önemli görevidir.²⁶

Hizmetlerde ve ürünlerde kaliteyi safha safha artırabilme yolunda, kalite yönetimi, müşteri geribildirim yolundan yararlanır. Çünkü birçok yönüyle kalite yönetiminin bu anlayışı, müşterilerin ihtiyaçlarının önem sırasına koyulabilmesine yardım eder. Ayrıca kalite yönetimi, çalışanlar arasındaki işbirliğini, grup gelişimini, özel ve kamu sektörlerindeki ilişkileri düzenleyen parametrelerinde uyumlu hareket etmesini sağlar.²⁷

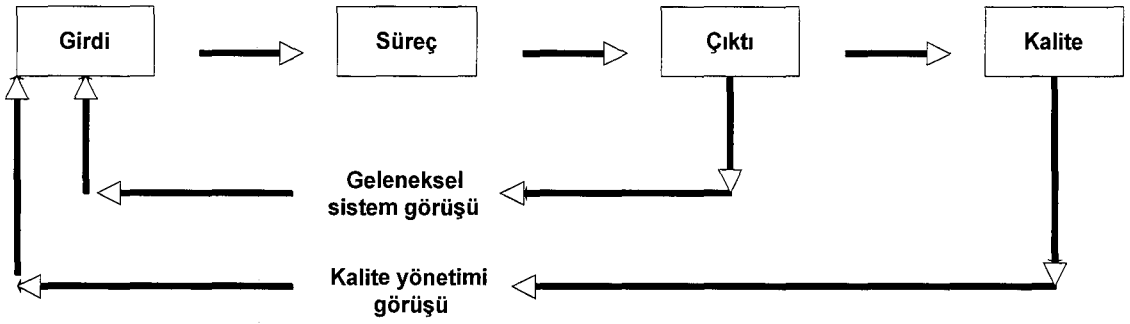
²³ Zühal AKAL, "Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçme ve Değerlendirme Sistemleri", **Verimlilik Dergisi**, (Ankara: Özel Sayı, 1996), s.83.

²⁴ William J. STEVENSON, **Production and Operations Management** (Chicago: Times Mirror Higher Education Group, Inc. Company, 1996), s. 101.

²⁵ Lawrence L. MARTIN, **Total Quality Management in Human Service Organizations** (California: Sage Publications, 1993), s. 10; Samuel C. CERTO, **Modern Management: Diversity, Quality, Ethics and the Global Environment** (New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1997), s.542.

²⁶ TSE, **Kalite Güvencesi**..., s.3.

²⁷ MARTIN, **a.g.e.**, s.38.



Şekil 1: Kalite Yönetim Sistemi

Kaynak:Lawrance L. MARTIN, *Total Quality Management in Human Service Organizations*, s. 38.

Şekil 1’de de görüleceği gibi kalite yönetimi görüşü ile birlikte geleneksel ve klasik sistem görüşündeki girdi, süreç ve çıktı aşamalarına bir de kalite süreci eklenmiştir. Bundan amaç, işletmelerin yalnızca hammadde alıp bunları işleyip çıktı haline dönüştürerek müşteriler tarafından alınmasını beklemek yerine, hammaddelerin çıktı haline dönüştürülmesine kadar geçilen her safhada, kalitenin ön planda tutularak müşterileri memnun edecek mal ve hizmet üretiminin gerçekleştirilmesidir. Kalite anlayışını sistem sürecine katmayan işletmeler, kendilerinden daha iyi ve kaliteli hizmet üreten işletmeler piyasaya hakim oldukça yetersiz kalacak ve entropi sürecine girecektir.

Toplam kalite yönetiminin daha iyi anlaşılabilmesi için klasik yönetim tarzı ile karşılaştırılması yararlı olacaktır. Klasik yönetim sisteminde amaç hedeflenen kârın elde edilmesidir. İnsan unsuru ise her zaman ikinci plandadır ve kalitenin yükseltilmesi, maliyetin yükselmesi ile eş anlamdadır. Bu yönetim tarzında kalite sıkı kontrol ile yani test ve muayene yöntemleri kullanılarak sağlanır. Çalışma hatalarının önlenmesi için kalite eksikliğinin kaynağını teşhis etmek yerine, hatalı ürünlerin üretim tamamlandıktan sonra ayıklanmasını öngörür. Burada ölçülebilen maliyetler hurda, fire ve kalite kontrol maliyetleridir. Ancak bunların yanısıra yapılan hataların ölçülemeyen maliyetleri de vardır. Bu maliyetler, işletmelere uzun dönemde ölçülebilenlerden daha fazla zarar verir. Bunlar ise pazar kaybı, müşteri kaybı ve prestij kaybı olarak işletmeye yansır. Toplam Kalite Yönetiminin amacı ise klasik yönetimin aksine, hataların ortaya çıkmadan önlenmesidir. Bu sayede hata maliyetleri ve hataların değerlendirilmesine yönelik kullanılan kontrol maliyetleri düşmektedir.²⁸

²⁸ Rıdvan BOZKURT ve Nilüfer ASİL, “Kalite Politikası Oluşturma Süreci”, *Verimlilik Dergisi* (Ankara: S.1995/3), s.32.

Toplam kalite anlayışında, klasik yaklaşımdan farklı olarak çalışanlardan beklenen rolde de önemli bir değişim yaşanmaktadır. Sadece kendisine söyleneni, söylenen şekilde yapan çalışanlar yerine görevlerini, çarkı aksatmayacak şekilde yerine getiren, ancak yaptığı işin daha verimli yapılması ve iş süreçlerinin sürekli geliştirilmesi konusunda sürekli düşünen ve belirlenmiş çeşitli katılım yöntemleri ile bu düşüncelerini sisteme katan, yeni bir çalışma davranışı geliştirmeleri beklenmektedir.²⁹Tüm bunların sağlanması için de çalışanların kendilerini geliştirebilecekleri, yaratıcılıklarını kullanabilecekleri ve çalışırken mutluluk duyacakları örgüt yapısı oluşturulmaya çalışılır. İstenen yapı oluşturulduğunda ise toplam kalite yönetimi işletmelere, kalite, maliyet ve hız üstünlüğü ile birlikte, daha fazla rekabet gücü sağlamaktadır.³⁰

4.1. Toplam Kalite Yönetiminin Gelişimi

Üretim sistemleri içinde kalite teknolojisinin ve anlayışının ilerlemesi II. Dünya Savaşı sırasında gerçekleşmiştir. Savaş sırasında askeri malzemelerde % 100 kontrol yönteminin, istenen sonucu vermediği görülmüş ve numune alma istatistiği geliştirilmiştir. 1950’li yıllarda kalite maliyetleri ile ilgili çalışmalar yapılırken JURAN, 1951 yılında kalite kontrol el kitabını yayınlamıştır. Juran’a göre TKY uygulaması için, organizasyonel değişimin yaşanması gerekmemektedir. Juran, kalite kontrolü, kalitenin geliştirilmesi ve istatistik tekniklerin TKY’nin uygulanması için gerekli olduğunu, kalite komitelerinin de organizasyonel amaçların belirlenmesinde önemli rol oynadığını savunur.³¹

Toplam kalite kontrolden ilk söz eden 1961 yılında FEIGENBAUM olmuştur. Feigenbaum kendi yaklaşımına toplam kalite kontrolü adını vermiştir ve daha çok kalite maliyeti üzerine çalışmalar yapmıştır. Verimlilik ile kalite arasındaki ilişkiye önem vermiş, verimlilik ve buna bağlı kârın elde edilebilmesinin ancak bütünsel kalite yönetimi ile gerçekleşebileceğini belirtmiştir.³²

²⁹ Ata GÖKÇE, “Kalite Yönetimi, Rekabet Gücü İçin Önem Taşımaktadır”, **TİSK İşveren Dergisi** (Ankara: Cilt: 35, Sayı: 1, Ekim 1996), s. 6.

³⁰ BOZKURT, **a.g.m**, s 32.

³¹ MARTIN, **a.g.e.**, s.14.

³² ATILLA, **a.g.e.**, s.4.

1961 yılında da P.CROSBY tarafından sıfır hata kavramı ortaya atılmıştır.³³

Crosby, TKY uygulamalarındaki stratejilerle ilgilenmiştir. Bu stratejilerin dayandığı ana prensip, kalitenin sürekliliğinin sağlanmasıdır. Crosby'e göre TKY programları, çok büyük organizasyonel çabalar gerektirir. TKY'nin bir işletmede uygulanabilmesi için aşağıdaki 14 çalışmanın yapılması gerekmektedir.³⁴

1. Yönetimin TKY'nin bilincine varması ve önem vermesi,
2. Kalite geliştirme gruplarının oluşturulması,
3. Değerlendirmelerin yapılması,
4. Kalite maliyeti çalışmalarının yapılması,
5. Kalite düzeyinin bilinmesi ve farkında olunması,
6. Düzeltici tedbirlerin alınması,
7. Sıfır hata planlamasının yapılması,
8. Çalışanların eğitimi,
9. Sıfır hata zamanlamasının yapılması,
10. Amacın belirlenmesi,
11. Hataların giderilmesi,
12. Süreçlerin yeniden tanımlanması,
13. Kalite komitelerinin oluşturulması,
14. Tüm bu safhaların tekrar edilmesi.

Japon kalite ve üretkenliğinde devrim yaratan Dr. Deming ise istatistiksel kalite kontrolüne önem vermiş, istatistiksel metodlar kullanarak servis ve süreçlerdeki farklılıkla birlikte, karmaşıklığı engelleyerek, hizmet ve ürünlerdeki kalitenin geliştirilmesi yönünde çalışmalar yapmıştır. Deming 1986 yılında yazdığı (Out Of The Crisis) adlı kitabında kalite yönetim felsefesini 14 noktada incelemiştir. Bunlar;³⁵

1. Üretimin ve hizmetin geliştirilmesi yolunda, saptanan amacın sürekliliğinin sağlanması,
2. Yeni ekonomik gelişmelere açık olunarak, yeni felsefelerin rahatça adapte edilebilmesi,

³³ ŞİMŞEK, a.g.e, s.2.

³⁴ MARTIN, a.g.e., s.14.

³⁵ Aynı, s.13.

3. Kalite sağlamada katı denetimden vazgeçilmesi,
4. Yapılan işin yalnızca paraya dayalı olarak ödüllendirilmemesi,
5. Üretim ve hizmet sistemlerinin basamaklı olarak geliştirilmesi,
6. İş üzerine verilen eğitimin kurumsallaştırılması,
7. Liderlik vasfının kurumsallaştırılması,
- 8 Korkunun önüne geçilerek, “yapamayız” kaygı ve düşüncelerinden uzak durulması,
- 9.Bölümlerarası iletişim engellerinin kaldırılması,
10. Sıfır hatalı üretime, karşı çıkışların ve hedef göstermelerin, elemine edilerek ortadan kaldırılması,
11. İş düzeyinde sınırlamaların kaldırılması,
12. İnsanların yaptıkları işlerle gurur duymalarını engelleyen bariyerlerin kaldırılması,
13. Kişi gelişimi ve eğitim programlarının kurumsallaştırılması,
- 14.Yeni oluşumun sağlanması yolunda, her çalışana görev verilerek katılımın sağlanması.

Kalite ile ilgili tüm bu çalışmalar, batıda gerçekleştirildiği halde başarılı şekilde uygulanması Japonya’da olmuştur. Fakat savaş yıllarında Japonya yönetimde geridir. Kalite kontrol tümüyle muayeneye dayanmaktadır ve her ürün yeterince sıkı bir şekilde denetlenememektedir. Bu dönemde Japonya dünya pazarında kaliteyle değil maliyet ve fiyatla rekabet etmekteyken, ürünleri de ucuz ve kalitesizdir. DEMİNG, JURAN ve FEIGENBAUM, ABD’nin bu alandaki deneyimini savaş sonrası Japon endüstrisinin kalkınmasında kullanmışlardır. Özellikle 1950’li yıllarda DEMİNG ve JURAN’ın vermiş oldukları seminerler sonucunda, Japonya batıda geliştirilen kalite kontrol ile ilgili tüm bilgiyi alarak kendi toplum ve kültür yapısıyla birlikte üretim yapısına uyarlamıştır. Japonya bu sayede dünya çapında ucuz ve kaliteli ürünler üreterek rekabet üstünlüğü sağlamıştır.³⁶

1970’li yıllarda kalite sistemleri müşteri merkezli değildir. Malların müşterilerin ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamadığında önem verilmeyerek kalite maliyetle

³⁶ Ömer PEKER, “Toplam Kalite Yönetimi”, *Amme İdaresi Dergisi* (Ankara: C.26, S.1, Mart 1993), s.198, ÖZEVREN, a.g.e, s.10.

ölçülmektedir. 1980'lerde ise kalite kavramı değişime uğramış, iç ve dış müşterilerin ihtiyaçlarına önem verilmeye başlanmıştır. Buna etken olarak Japonya'nın yüksek standartlara sahip mallar üretmesiyle tüketicilerin bu mallara yönelmesi ve ABD şirketlerinin pazar paylarını korumak için kalite standartlarını yükseltmeye karar vermesi gösterilmektedir.³⁷

4.2. İşletmelerde Toplam Kalite Yönetimine Geçiş Süreci

CHARLES N. WEAVER'a göre toplam kalite yönetiminin işletmelerde gelişimi dört aşamada ele alınmaktadır.³⁸ İlk aşama geleneksel aşama adını almaktadır. Bu aşamada bulunan işletmeler, genellikle otoriter ve dikey yapıda organize edilmiş olup, sadece üretimle ilgilenirler. Müşteri tatmin ve beklentilerine önem vermeyerek, ürettikleri ürün ve hizmetlerin satın alınmasını beklerler. İkinci aşama müşteri bilinci aşamasıdır. Bu aşamada ise, müşterilerin istek ve beklentilerine önem verilerek, işletmelerde müşteri şikayetleri bölümü veya departmanları kurulur. Müşteri bilinci oluşurken, müşteriye yönelik gecikme, istismar ve hakaretler önlenir. Ancak işletmeler bu aşamada müşteri memnuniyetinin sağlanmasının yalnızca şikayet departmanlarının oluşturulması veya müşteriyle bire bir ilgilenen çalışanlarının, güler yüzlü olmasının sağlanmasıyla mümkün olamayacağını görerek, eğitilmiş personelin yanısıra, tüm işlemlerin bir sistem dahilinde yapılmasının ve süreçlerinde sürekli iyileştirilmesinin gerektiğinin farkına varırlar. Üçüncü aşama olan süreç iyileştirme aşamasında üst yönetim düzeyinde kalite kurulu oluşturulur. Bu kurul süreçlerden en önemli olanlarını saptar ve sürekli iyileştirmeyi sağlamak amacıyla takımlar oluşturur. Takımlar iyileştirme çalışmalarıyla kalmayıp, sürekli iyileştirmenin işletme kültürü içinde temelini atarak, kuruluş tarafından bir yaşam biçimi olarak kabul edilmesini sağlar. Dördüncü ve başarılmaması zor olan, yenilik aşamasında ise, işletmeler, yaratıcılık güçlerini kullanarak, en yeni, hatta hayal edilmesi dahi güç olan, ancak müşterilerin ihtiyaçlarını maksimum derecede karşılayacak, müşteri memnuniyetini üst sınıra taşıyacak olan, mal ve hizmetleri üretmek zorundadırlar.

³⁷ Robert D. GATEWOOD, Robert R. TAYLOR, O. C. FERRELL, **Management: Comprehension, Analysis and Application** (Boston: Richard D. Irwin, Inc., 1995), s.183.

³⁸ Charles N. WEAVER, **Toplam Kalite Yönetimi'nin Dört Aşaması** (Çeviren: Tuncay Birkan, Osman Akınhay) (İstanbul: Sistem Yayıncılık, 1997), s. 3-4.

4.3. Toplam Kalite Yönetiminin Başarısına Etki Eden Faktörler

Toplam Kalite Yönetiminin başarısına etki eden faktörler genel olarak;

1. Üst yönetimin desteği
2. Müşteriye odaklanma
3. Eğitim
4. Katılımcılık
5. Ekip çalışması
6. İletişim
7. Sürekli gelişme ve iyileştirme
8. Ödüllendirme
9. Örgütsel kültür
10. Kalite yönetiminde toplumsal sorumluluktur.

4.3.1. Üst Yönetimin Desteği

İşletmelerde toplam kalite yönetiminin gerçekleştirilebilmesi için yönetimin istekli ve örnek olacak şekilde her türlü kalite geliştirme faaliyetlerine aktif olarak katılması gerekmektedir.³⁹

TKY uygulamalarında, özellikle üst yönetimin çalışanlara olan yaklaşımları önem taşımaktadır. Çalışanların fikir ve düşüncelerine önem veren, alınan kararlara onların katılımını sağlayan yönetim, çalışanların kalitenin sağlanmasında sorumluluk duymalarına neden olur.⁴⁰

4.3.2. Müşteriye Odaklanma

Müşterilerin istek ve beklentilerine uygun ürünlerin sunulması, kalitenin sürekli geliştirilmesi yoluyla sağlanabilmektedir. Bu düşünce tarzı işletmelerde hem bir

³⁹ Meral AŞIKOĞLU, "Japon İşletmecilik Kültüründe Toplam Kalite Yönetiminin Etkileri", **Anahtar** (Ankara: S.106, Ekim 1997), s.10.

⁴⁰ ŞİMŞEK, **a.g.e.**, s.104.

çıkış noktası, hem de problemlerin çözümüne giden yolda atılmış önemli bir adım olarak kabul edilmektedir. Her geçen gün eğitim seviyeleri daha da artan müşteriler kaliteli ve kalitesiz ürünleri daha rahat ayırt edebilmektedir. Düşük kaliteli ürünler firmalarda önemli ölçüde müşteri kaybına neden olmakla birlikte, düşük kalitedeki ürünlerde meydana gelen aksaklıkları gidermek için yapılan ekstra harcamalar, direkt üretim maliyetlerine yansımakta, bu nedenle işletmeler kalitesiz ürün üretmelerinin yanısıra ürettikleri malları olması gerekenden daha pahalıya pazara sunmaktadır. Toplam Kalite Yönetimini uygulayarak kaliteli ürün üreten firmalar pazar paylarını artırmakta ve aksaklıklarla ilgili maliyetlere de katlanmadan daha uygun maliyetlerle ürünlerini fiyatlayarak satabilmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi bugün müşteriler medya ve eğitim vasıtasıyla kalite konusunda bilinçlenmişlerdir ve hangi kalitedeki mala, ne kadar ücret ödeyeceklerini bilmektedirler. Bu yüzden müşterilerin kandırılması mümkün değildir. Müşterileri memnun etmenin tek yolu, kaliteli ürünlerin uygun fiyatlarla pazarlanmasıdır. Firmalar müşterilerini memnun ettikleri sürece, uzun vadede kârları artacaktır. Unutulmaması gereken diğer bir nokta da, asıl hedefin kârları artırmak olmadığı, müşteri memnuniyetinin sağlanması olduğunun bilinmesidir. Fiyat etiketi hiçbir zaman memnun edilmiş bir müşterinin firmayı övmesiyle getirdiği avantajları sağlamamaktadır.⁴¹

İşletmeler, ürün ve hizmet üretirken, müşteri tatminini ana hedef olarak seçmelidirler. Müşteri olarak yalnızca son kullanıcılar düşünülmemeli, bunun yanısıra şirket içi satıcı ve alıcı halkalarında da, tam müşteri memnuniyeti sağlanmalıdır. Dolayısıyla toplam kalite yönetimi anlayışında, müşteriler ikiye ayrılırlar, bunlar; iç müşteri ve dış müşterilerdir.

4.3.2.1. İç Müşteriler

İç müşteriler örgüt çalışanlarından oluşur. TKY sisteminde her çalışan örgüt içinde diğer çalışanın müşterisi olarak görülür ve iç müşteri kavramı örgütün gelişim sürecinin iyileştirilmesi açısından önem taşır. Dış müşteri memnuniyetinin sağlanması

⁴¹ Howard S. GITLOW and Shelly J. GITLOW, *The Deming Guide to Quality and Competitive Position* (New Jersey: Prentice Hall, Inc., 1987), s. 29.

birinci planda iç müşteri memnuniyetinin sağlanmasından geçer.⁴² Bu anlayışa göre bir üretim işletmesinde, üretim bölümü, hammadde bölümünün, pazarlama bölümü de, üretim bölümünün müşterisi olmaktadır. İlk müşteri memnuniyet basamağı da, bu bölümlerin birbirlerinin istek ve ihtiyaç duyduğu mamülleri, en iyi şekilde karşılamaya çalışmasıyla aşılmış olmaktadır. Bu örnek bölüm bazında değil de çalışanlarla, işletme arasındaki ilişki açısından incelediğinde, her çalışan işletmenin birer müşterisi olmakta ve müşteri olarak da işletmeden birtakım beklenti ve isteklerde bulunmaktadır. Bu istek ve beklentiler, yüksek ücret, çalışma güvencesi, huzurlu ve rahat bir çalışma ortamı, yükselme, çalışmaları sonucu ödüllendirilme vb. olabilmektedir. İşletmeler bu istekleri karşılayabildikleri ölçüde iç müşteri memnuniyetini sağlayabilmektedirler.

Örgütteki tüm sistemlerin adil olması, çalışanların düşüncelerine saygı, işyeri koşullarının iyileştirilmesi, sosyal ve kültürel aktiviteler, açık iletişim, duyarlı bir üst yönetim, iç müşterilerin örgüt içinde mutlu ve verimli olmalarını sağlayabilecek faktörler olarak belirtilmektedir.⁴³

Toplam Kalite Yönetiminde örgütlerin etkin ve verimli olamamalarının nedeni olarak çalışanların yeterliliklerinin harekete geçirilememesi ve potansiyellerinin ortaya çıkarılamaması gösterilmektedir. Çalışanların yetenek ve becerilerini keşfederek bu yetenek ve becerilerin eğitimler yoluyla geliştirilmesinin yöneticilerin en önemli görevi olduğu, çalışanların yaratıcılıklarını kullanmalarına izin verilerek, alınan kararlarda onların fikirlerinin alınması da çalışanları örgüte bağlayan ve daha istekli çalışmalarını sağlayan faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır.⁴⁴

Toplam Kalite Yönetimi insana önem veren, motivasyonun çalışanlara verilen ücretin dışında başka yollarla da gerçekleştirilebileceğini savunan, kişileri birbirleriyle yarıştırmayarak ekip ruhu oluşturan, yaşam boyu istihdamı garanti eden, yüksek ücreti kıdem ile bağdaştıran, tek bir işte uzmanlaşma yerine rotasyon yoluyla iş zenginleştirmeyi amaç edinen bir sistemdir.⁴⁵ Çalışanların çalıştıkları işyerlerinde sorumluluklarının,

⁴² Haldun ERSEN, **Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları Yönetimi İlişkisi** (İstanbul: Sim Matbaacılık, 1997), s. 25.

⁴³ Aynı, s.71.

⁴⁴ Aynı, s.48.

⁴⁵ Sumru TÜMER, "Toplam Kalite Yönetiminde Kuruluş Organizasyon Yapısı", **Verimlilik Dergisi**, (Ankara: Özel Sayı, 1996), s.46.

konumlarının ve çalışma sürelerinin ne olduğunu bilmelerinin onları rahatlattığı, kendilerinden ne beklendiğini ve ne yapmaları gerektiğini bildiklerinde de kendilerini güven içinde hissettikleri belirtilmektedir. Bu konulardaki belirginliğin aynı zamanda işgörenin gündelik hedeflerini belirleyip zamanını iyi yönetmesine, kendi yaşam kalitesini de artırmasına yardımcı olduğu, benzer şekilde içinde çalıştığı birimin takımın ve kuruluşun hedeflerini bilmesinin de kendisinin bu hedefler içindeki yerini, anlamını ve önemini farketmesine böylece kendini daha güvende hissetmesine yol açtığı kabul edilmektedir.⁴⁶

Bir kuruluştaki ücret politikaları da çalışanların tatmin düzeylerinde önemli rol oynamaktadır. Yapılan araştırmalarda bireylerin iş doyumunu ücretin kendisinden çok ücret politikalarının ve bununla birlikte işletme politikalarının etkilediği gösterilmektedir. İşletmenin hata ve başarısızlıklarının birlikte tartışılmasının sorunların daha gerçekçi ve kişileri suçlayıcılıktan uzak bir şekilde ele alınmasının da sistemin bütünlüğünün korunmasına yardımcı olduğu kabul edilmektedir.⁴⁷

Sonuç olarak çalışanlarıyla ilgili tüm bu faktör ve koşullara önem vererek, toplam kalite yönetiminin gerektirdiği mutlu ve huzurlu çalışma ortamları yaratan ve bu sayede çalışanlarının memnuniyetini sağlayan işletmeler daha verimli ve kârlı çalışacaklardır.

4.3.2.2. Dış Müşteriler

Dış müşteriler işletmelerin ürettikleri mal ve hizmetleri satın alanlardır. Günümüz rekabet koşullarında, müşteri memnuniyetinin sağlanması son derece önemlidir. Dış müşteri memnuniyetinin sağlanması, her şeyden önce kaliteli hizmet ve ürün dizaynı ile mümkün olmaktadır. Kaliteli mal ve hizmet üretmek ise ancak müşteri talep ve beklentilerini içeren pazar bilgilerinin elde edilmesiyle gerçekleştirilebilmektedir. Pazarla ilgili bilgiler ise pazarlama araştırması ile sağlanmaktadır. Pazarlama araştırması, “Müşterilerin çeşitli malları ele geçirmelerinden önce veya ele geçirdiklerinde ya da

⁴⁶ Hava Kuvvetleri Komutanlığı, *Personel Faaliyetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Stres, Motivasyon, İletişim ve Toplam Kalite Yönetimi*, s.39.

⁴⁷ Aynı, s.40.

ellerinden çıkarttıktan sonra, ne düşündüklerini, ne hissettiklerini, ne yapmak istediklerini ve ne yaptıklarını inceler, değerlendirir, açıklar; bu suretle, pazarlama kararlarının alınmasına yardımcı olur.”⁴⁸ Bu araştırma sonucunda müşteri memnuniyetini sağlayacak olan mal ve hizmetler üretilmeye çalışılır.

Toplam Kalite Yönetiminde müşteri talepleri doğrultusunda işletmenin tüm birimlerinin yönlendirilmesi, desteklenmesi ve müşteri beklentilerinin karşılanarak müşteri memnuniyetinin sağlanması amaçlanmaktadır.⁴⁹ Hızla değişen müşteri ihtiyaç ve beklentileri karşısında reaksiyon hızının yüksekliği kuruluşların müşteri ihtiyaçlarını karşılamadaki yeterliliğini belirlemektedir.⁵⁰

Kaliteye bakış ve değerlendirme biçimindeki bu tüketici ağırlıklı yaklaşım günümüzde ticari rekabetin hızla artan etkisi ile ortaya çıkmıştır. Giderek kızışan rekabet ortamında üretici kuruluşlar ürettikleri mal ve hizmetlerin satılabilir, tercih edilebilir olma özelliklerini geliştirmek zorundadır.⁵¹

Müşterilerin istek ve beklentilerinin öneminin anlaşılması, işletmelerin tecrübelerine de dayanmaktadır. Bir çok sektör müşteriler tarafından kabul görmeyen yeni ya da revize edilmiş ürünleri piyasaya sürme başarısızlığını yaşamış ve bu sorunlar ardında genellikle müşterilerin gerçek istek ve gereksinimlerinin anlaşılammış olduğu görülmüştür. Bununla birlikte işletme piyasaya oldukça başarılı ürünler sunsa dahi, müşteriler, yenilikçi yaklaşımları olan diğer ürün ve hizmetleri gördükçe beklentilerini değiştirebilmektedir. Bu nedenle sürekli başarıyı elde etmek isteyen işletmelerin müşterilerin istekleri, gereksinimleri ve memnuniyet seviyeleri hakkındaki bilgileri kesintisiz şekilde izleyecek ve güncelleştirebilecekleri proselere sahip olmaları gerekmektedir. Bu gün işletmeler organizasyonları dahilinde pazarlama ve pazar araştırma grupları oluşturmakta, bu gruplar müşterilerin istek ve gereksinimlerinin izlenmesine yönelik etkin yöntemlerin geliştirilmesi üzerinde çalışmaktadırlar. İşletmeler ürün tasarımıyla önce müşterilerin görüşlerine başvurmakta, müşterilerden ne tür bir ürün

⁴⁸ İlhan CEMALCILAR, **Pazarlama Araştırması** (Ankara: Sevinç Matbaası, 1971), s. 5.

⁴⁹ Harun ODABAŞI, “Toplam Kalite Yolculuğu Sizi Bekliyor”, **Zaman Gazetesi**, 4.Mayıs.1998, s.3.

⁵⁰ Nusret YALÇINKAYA, “Toplam Kalite Yönetimi ve Uygulamada Başarıyı Engelleyen Faktörler”, **Hava Kuvvetleri Dergisi**, (Ankara: S.329, Şubat 1998), s.19.

⁵¹ Nurettin PEŞKİROĞLU, “Toplam Kalite Yönetim Sistemi ve ISO 9000 Standartları” **Verimlilik Dergisi**, (Ankara: S.1994/1), s.96.

istedikleri konusundaki bilgileri anketler veya birebir görüşmeler yoluyla elde etmektedir. Elde edilen bu bilgiler bir araya getirilerek müşterilerin istekleri anlaşılmasına çalışılmakta ve müşterilerin isteklerine yönelik tasarımlar sonucu üretim yapılmaktadır. Ürünler pazarlandıktan sonra, yine müşterilerin beğenileri ile ilgili bilgiler elde edilmeye çalışılmakta ve yine bu bilgiler doğrultusunda üründe değişiklik ve yenilik yapılması gerekiyorsa bu işlemler yapılmakta ya da yepyeni bir ürün tasarımı gündeme gelerek bu süreç devam etmektedir.⁵²

4.3.3. Eğitim

TKY'nin başarısında en önemli konu eğitimidir. İşletmelerin sürekli gelişim sağlayabilmesi, bilgi düzeylerini çevrede meydana gelen değişimlere orantılı olarak geliştirmelerine bağlıdır. Bilgi düzeyinin gelişebilmesi de her kademedede, sürekli eğitim programları ile sağlanabilir.

Toplam Kalite Yönetimi, insana yönelik bir sistemdir ve bu sistemde insanın kalitedeki rolü diğer tüm faktörlerden çok daha fazladır. Bu nedenle çalışanlar sürekli olarak eğitime tabi tutulmakta ve işletmenin bu sayede çevrede meydana gelen gelişmelere çabuk uyum sağlaması gerçekleştirilmektedir.⁵³

Eğitim, işgörenlerin yetenek ve becerilerini geliştirmekle kalmayıp, onların iş ile ilgili kararlara katılma isteğini artırarak, yaratıcılıklarının harekete geçmesini ve yaratıcılığında verimlilik artışı ile sonuçlanmasını sağlar.⁵⁴

TKY'de eğitim, en üst düzeydeki yöneticilerden, ücretli personele kadar bütün çalışanları kapsayacak şekilde verilmektedir. Bu tür bir eğitim çalışması, işletmelerin hedef ve politikalarını bütün çalışanlara benimsettiği gibi, kalite geliştirme çabalarının da üst yönetimden başlayıp, tabana kadar yayılmasını sağlamaktadır.⁵⁵

⁵² Ronald G.DAY, **Kalite Fonksiyon Yayılımı**, (Çev: Enternasyonal Tercüme Hizmetleri Ltd.Şti.), (İstanbul: Marshall Boya ve Vernik Sanayi A.Ş., 1998), s.2.

⁵³ YETİŞ, a.g.m , s.32.

⁵⁴ Aylin GÜLGÜN, "İşyerinde İşgücü Veriminin Artırılmasında Eğitimin Rolü", **Anahtar Dergisi** (Ankara: S.104, 1997), s. 5.

⁵⁵ ŞİMŞEK, a.g.e, s. 106.

Eğitim kaliteyi sürdürme ve geliştirmede önemli bir faktör olarak görülmektedir. TKY'deki eğitim insanların kültürünü değiştirmek için kullanılmaktadır. TKY'de eğitim programları işletmedeki her bir departmanın ihtiyaçları göz önüne alınarak ve istatistiksel yöntemler ile pratik uygulamalar bütünleştirilerek gerçekleştirilmektedir. TKY eğitiminin amacı, yalnızca insanların davranışlarını değiştirmek olarak görülmemekte, bunun yanı sıra gelecekteki yeni işlere ve yeni işletme uygulamalarında ve çalışmalarında onlara yardımcı olmak için gerekli becerileri ve güveni sağlamaktır.⁵⁶

Toplam Kalite Yönetiminde gelişen teknoloji ve hizmetler kalitenin geliştirilmesi için yeterli görülmemekte, uygun şekilde eğitilmiş personel olmadan gelişmenin sağlanamayacağı düşünülmektedir. TKY'de örgütte herkesin kalite uzmanı olarak eğitilmesi sağlanmakta ve eğitim programları tüm seviyelerde kalite bilincini sağlayacak, ortak bir dil yaratacak, kalite yönetiminde bireylerin rolünü teşvik edecek ve çalışanlara teknik olarak problem çözme yetenekleri kazandıracak şekilde hazırlanmaktadır. TKY'de eğitim üç safhada gerçekleştirilmektedir. Birinci safhada üst kademe yöneticiler, ikinci safhada orta kademe, son safhada da kalite geliştirme gruplarının başarıları değerlendirildikten sonra diğer çalışanların eğitimine geçilmektedir. İşletmelerde önerilen eğitim programı örgütsel değerlendirme, üst ve orta kademe yöneticilere eğitim seminerleri ve kalite geliştirme gruplarının eğitiminden oluşmaktadır. TKY eğitim programı, örgütün kritik kalite alanlarının belirlenmesini içeren örgütsel değerlendirme ile başlamaktadır. Bu değerlendirmenin amacı işletmenin kültürünü ortaya koyabilmek ve geliştirilecek olan stratejilerle işletmenin başarısını maksimize etmektir. Eğitimler değerlendirme sonuçlarına göre organize edilmektedir.⁵⁷

Üst ve orta kademe yöneticilere verilecek eğitim seminerlerinin amaçları⁵⁸

1. İşletme misyonunun oluşturulması, değerlerin belirlenmesi
2. Hedeflerin belirlenmesi
3. TKY'nin felsefesi ile ilgili bilgi vermek ve almak

⁵⁶ M.KÖSEOĞLU, D.K. HARRISON, D.LINK, "TKY Sistemi Uygulamasının Arkasındaki İnsan Faktörü", **Verimlilik Dergisi**, (Ankara: S. 94/4), s.24.

⁵⁷ Zahide KOCADAĞ ve Hacer ÖZGEN, "Toplam Kalite Yönetimi: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri İçin Bir Model Önerisi", **1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler** (İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 1995), s.325.

⁵⁸ Aynı, s.332.

4. Kritik süreçlerin seçimi ve sahiplerinin belirlenmesi
5. Yönlendirme grubunun kurulması
6. Üst ve orta kademe yönetimin rollerinin belirlenmesidir.

Kalite geliştirme grupları ise grup dinamiği, sistematik problem çözümü, TKY’de kullanılan araçlar ve gelişim önerilerinin uygulanması konularında eğitilmektedir.

4.3.4. Katılımcılık

Katılımcılık, çalışanların her seviyede organizasyonun düşünme süreçlerine katılmasını sağlama yoludur. Aynı zamanda, tüm çalışanların örgüt için değer taşıyan aynı eğilimlere, aynı yeteneklere ve aynı yaratıcı düşünceye sahip olduğu fikridir. Toplam kalite yönetiminde çalışanların hem katılımı sağlanır, hem de çalışanlar katılım için güçlendirilir. Çalışanların güçlendirilmesi demek, yardımlaşma, paylaşma, ekip çalışması ve eğitim yolu ile kişilerin karar verme yetkilerini artırmaktır. Sonuçta güçlendirilmemiş personelden katılım yolu ile işletme istediği verimi elde edemeyecektir.⁵⁹

İşletmelerde insan potansiyelinden tam kapasitede yararlanabilmek, ancak her düzeyde çalışan işgörenlerin, kararlara ve uygulamalara katılımı ile sağlanabilir. Dr. Deming işletme içindeki süreçlerle ilgili bilgilerin, yönetim kademelerinden değil de, işçilerden elde edilebileceğini öğretmiş ve her işgörenin problem çözümlerinde küçük grup faaliyetlerine katılmasının bir zorunluluk olduğunu belirtmiştir.⁶⁰

Toplam kalite yönetiminde, sürekli iyileştirme, sorunların analizi ve çözümü, ekip oluşturma, hedef belirleme, hedeflere göre yönetim ve kalite sağlama görevinin tüm işletme fonksiyonlarına yayılımının gerçekleştirilmesi de katılım yolu ile sağlanabilir. Katılım ise organizasyonel yapıda yukarıdan aşağıya doğru zorlama ile değil, aşağıdan yukarıya doğru gelecek bir katılma isteği ile sağlanmalıdır. Katılma isteğinin yaratılması ve güçlendirilmesi işletmelerde üst yönetimin görevidir. Katılımcılığı destekleyen ve

⁵⁹ David L. GOETSCH and Stanley B. DAVIS, **Introduction to Total Quality: Quality Management for Production, Processing and Services** (New Jersey: Prentice Hall Inc, 1997), s.174; Graydon DAWSON, “Is Empowerment Increasing in Your Organization”, **Quality and Participation** (Cincinnati: C 21, S 1, OCAK 1998), s.46.

⁶⁰ Jaap J. DIK, “Kalite Geliştirme Stratejisinde Çağdaş Eğilimler”, **Standart Dergisi** (Ankara: S.Temmuz 1996), s. 46.

eğitimlerle personeli güçlendiren, yetki devretmeye hazır ve istekli olan yönetim, motive olmuş nitelikli, istekli ve yeterli sayıda personele sahip olacaktır.⁶¹

Çağdaş işletmelerde, insanların ekip çalışması ve işbirliği ile ortak hedefler üzerinde odaklaşmasının performans ve üretimi artırdığı görülmüştür. Birlikte çalışan bir grubun her zaman için tek başına çalışan insandan daha etkili olduğu, ekip çalışması ve işbirliğinin üst düzey başarıya ulaşmanın anahtarı olduğu kabul edilmiştir.⁶² İşletmelerde kararlara katılımın sağlanmasında yararlanılan ekip çalışmalarına, tezin ekip çalışması başlığı altında değinilmiştir.

4.3.5. Ekip Çalışması

Toplam kalite yönetiminde sorunların belirlenmesi ve çözümlerin geliştirilmesi, grup çalışmaları ile gerçekleştirilmektedir. Grup tarafından bilgi ve deneyimlerin birleştirilmesi ile ortaya konan çözümlerin bireylerin tek başlarına oluşturacakları çözümlerden daha üstün ve iyi olacağı düşünülmektedir.⁶³

Grup çalışmalarının işletme açısından çeşitli avantajları bulunmaktadır. Bu avantajlara örnek olarak sorun çözümünde çalışanların deneyimlerinin kaynak olarak kullanılması, farklı görüş açılarının ve algılamaların sorunların çözümünde çok yönlülüğü sağlaması, bir sorunun araştırılmasında bireylerin katılımının sağlanmasının çözümün uygulama hızını ve başarıyı artırması sıralanmaktadır.⁶⁴

Toplam kalite yönetiminde kullanılan grup çalışması teknikleri kalite çemberleri ve kalite takımları olarak ikiye ayrılmaktadır.

4.3.5.1. Kalite Çemberleri

Kalite çemberi kavramı, Amerikan istatistiksel kalite kontrol metodları ve Japon kalite kontrol uygulamalarının birleşiminin sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Japonlar

⁶¹ Nurettin PEŞKİROĞLU, “ Toplam Kalite Yönetimi ve Katılımcılık”, **Verimlilik Dergisi** (Ankara: Özel Sayı, 1996) s.35.

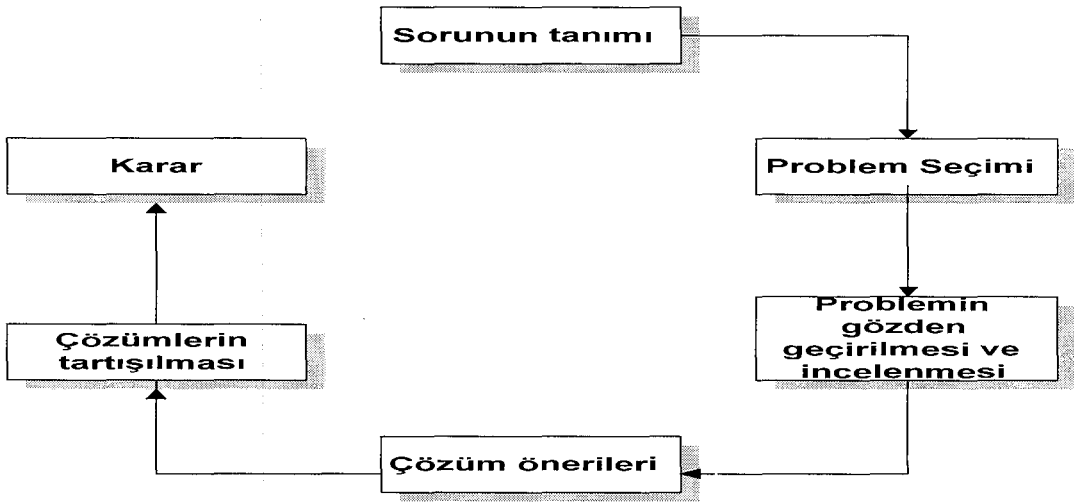
⁶² Rıdvan BOZKURT, “Toplam Katılımcılık”, **Verimlilik Dergisi** (Ankara: S. 1995/4), s. 19.

⁶³ Hava Kuvvetleri Komutanlığı Personel Faaliyetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Kalite Çemberleri, s.21.

⁶⁴ Aynı, s.20.

kalite kontrol kavramını kalite çemberleri için geliştirmişlerdir, ve onların anlayışına göre, bir organizasyonda üst düzey yöneticiden, en alt seviyedeki çalışana kadar, herkesin istatistiksel kalite kontrol kavramlarını öğrenmesi ve çalışmalara aktif olarak katılması gerekmektedir.⁶⁵

Kalite çemberleri uygulaması, işletmede aynı bölümde, kısımda ya da serviste, aynı işle meşgul olan 4 ile 12 arasında çalışanın, mesai saatleri içinde veya dışında, düzenli aralarla biraraya gelerek kendi işyerlerindeki sorunları ele alarak, çözüm önerileri geliştirmeleri, geliştirilen önerilerin yönetime sunulması ve yönetimce uygun görülen önerilerin yine çalışanlar tarafından gerçekleştirilmesi esasına dayanmaktadır.⁶⁶



Şekil 2: Kalite Çemberlerinin İşleyiş Süreci

Kaynak: Enver Özkalp, *Örgütsel Davranış*, s. 234.

Kalite çemberleri çember üyelerinin birbirleriyle olan iletişimlerini geliştirmekle, kalmayıp onların bu konudaki yeteneklerini artırmakta, onlara çeşitli kalite stratejilerini öğretmekle, sorunların ölçüm ve analiz tekniklerini göstermektedir. Bu çalışma sırasında işgörenler kendi kararları ile ilgili olarak sürekli geribildirim almakta, bu da yapılan hatalarda düzeltme olanaklarını artırmaktadır. Belirtilmesi gereken önemli konulardan biri de, çemberlerin önerilerde bulundukları konularda, son kararı alma

⁶⁵ Olga L. CROCKER, Syril CHARNEY and Johnny SIK LEUNG CHIU, *Quality Circles* (USA: Carswell Company Limited, 1984), s.5.

⁶⁶ Hikmet SEÇİM, "Kalite Çemberlerinin Başarı Koşulları", *Amme İdaresi Dergisi* (Ankara: C: 21, S.3, Eylül, 1988), s.102.

yetkisinin, örgüt yöneticilerinde olmasıdır. Yöneticiler, alınan kararları incelemekte ve onları bazen değiştirebilmektedirler.⁶⁷

4.3.5.2. Kalite Takımları

Bazı organizasyonlarda kalite çemberlerinin yerini, kalite geliştirme ve iyileştirme takımları almışlardır. Bu takımlar birkaç departmandan gelmiş yönetici ve çalışanların oluşturduğu bir gruptur ve bu çalışanların görevi bölümsel ve fonksiyonel hatlarda kesintiye yol açan problemleri belirlemek ve çözmektir. Sorumluluklarındaki tek bir ünite veya alan konusunda ortaya çıkmış problemleri çözmeyi amaçlayan kalite çemberlerinin aksine, kalite geliştirme ve iyileştirme takımları birçok fonksiyon ve çalışma ünitelerini kapsayan kalite konuları üzerine yoğunlaşır.⁶⁸

Toplam kalite yönetimi bir grup çalışmasıdır. Bu çalışmaya herkesin verimli katılımını sağlamak için, çalışan her bireye, kalite takımlarının bir üyesi olma fırsatı verilmektedir. Toplam kalite çalışmalarında, kalite kontrolü için, takımların oluşturulması yararlı olmaktadır, bu yolla gruplar üzerine düşen görevleri en kısa zamanda yapmaktadır ve çalışmalarını rapor etmektedirler. Kalite takımları, birkaç adla adlandırılmaktadır. Bunlardan ilki PİT (Proses Improvement Team) yani süreç geliştirme takımları, ikincisi ise QT (Quality Team) kalite takımlarıdır. Kalite geliştirme takımları ve kalite takımlarının üzerinde kalite konseyleri yer alır. Kalite konseyleri, kalite takımlarına üye atamakla sorumludurlar ve kalite takımlarının görevleri iki yolla belirlenir. Bunlardan ilkinde, kalite konsey üyeleri, kaliteyle ilişkili çözümlenmesi gereken sorunları saptar ve problemin araştırılması için bir takım oluşturur. Oluşturulan takım çalışma sonuçlarını kalite konseyine rapor eder. Kalite konseyi de bu raporları inceleyerek gerekli öğüt ve önerilerde bulunur. İkinci yolda ise toplam kalitenin sağlanmasında üst düzey yöneticiler, kimin nerede çalışması gerektiği konusunda kalite konseyine önerilerde bulunurlar.⁶⁹

⁶⁷ Enver ÖZKALP, Çiğdem KIREL, **Örgütsel Davranış** (Eskişehir: Etam A.Ş., Anadolu Üniversitesi, Eğitim, Sağlık ve Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı Yayınları, No: 111, 1996), s. 234.

⁶⁸ Courtland L. BOVEE, John V. THILL, Marian B. WOOD, George P. DOVEL, **Management: Quality, Productivity and Customer Satisfaction** (Newyork: Mc GRAW-HILL, Inc., 1993), s. 668.

⁶⁹ Richard M. HODGETTS, **Implementing TQM in Small & Medium-Sized Organizations** (New York: American Management Association, 1996), s. 72.

Kalite takımlarının herbirinde en az iki kişiden oluşan lider grubu yer alır. Liderler takım çalışmasında, takım üyelerine yardımcı olmakta ve onlara yön göstermektedir. Ayrıca bu takımlarda, liderlerin haricinde, hem TKY konusunda uzman, hem de takım çalışmalarını kolay kılacak metodları bilen, sürekli danışmanlar bulunmaktadır. Bu danışmanların sorumluluğu, takım üyelerinin dikkat, istek ve arzusunu belirlenen kalite amaçlarına doğru sevk etmelerine yardımcı olmaktır.

4.3.6. İletişim

TKY’de toplam katılım için açık ve geleneksel olmayan bir iletişim tarzı tercih edilerek, kişi ve birimler arasındaki yatay iletişimin güçlendirilmesi gerekmektedir.⁷⁰

Yatay iletişim, organizasyon içinde aynı düzeydeki yöneticiler veya çalışanlar arasında, belirli işlerde koordinasyonu sağladığı gibi herkesin ortak amaçlara doğru yürümesini sağlayan iletişim biçimidir. Özellikle aşırı işbölümü ve uzmanlaşma sonucu işletmelerde birimler kendi amaçları üzerinde çok fazla odaklaşırken, diğer birimlerin nasıl çalıştıklarından haberdar olamamaktadırlar. Yatay iletişim, birimler arasında bilgi alış-verişini sağlamakta, böylece her birim diğer birimlerin yapmış olduğu işlemler hakkında bilgi sahibi olabilmektedir. Bu tarz iletişim, işletmenin daha üst kademe yöneticilerini gereksiz yere meşgul etmemek ve zaman kaybına yol açmamak için oldukça yararlıdır.⁷¹

Bir işletmede TKY’nin uygulanabilmesi için, yetki ve sorumlulukların merkezleri ile kademe sayıları azaltılmakta ve yalın organizasyon prensipleri benimsenmektedir.⁷²

Yalın organizasyon kavramı ile anlatılmak istenen, müşterilerin istediği kalite ve standartlara daha çabuk cevap verebilmek için, organizasyon yapısının basitleştirilmesi, gereksiz ve katma değer yaratmayan faaliyet ve mevkiiler elimine edilerek, işi yapan ile karar verenlerin mümkün olduğu kadar birbirine yaklaştırılmasıdır. Amaç, sade, gereksiz

⁷⁰ PEŞKİROĞLU, a.g.m., (S. 1994/ 1), s. 105.

⁷¹ Mahmut PAKSOY, **Örgütsel İletişim** (Editör; İnan ÖZALP) (Eskişehir:Anadolu Üniversitesi Yayınları No:964, Açıköğretim Fak. Yayınları No: 593, 1996), s. 84.

⁷² Necati ARIKAN, “Toplam Kalite Yönetimi”, **TÜSİAD 1. Ulusal Kalite Kongresinde Sunulan Tebliğler** (İstanbul: 12 Kasım 1992), s. 36.

detaydan uzak, işleri geciktirmeyen, hemen reaksiyon gösterebilecek bir yapıya ulaşmaktır.⁷³

Organizasyon yapısının oluşturulmasında, basitlik ve mali verimlilik gözönünde bulundurulmaktadır. Basit ve mali verimliliğe dayalı bir yapının oluşturulması, dört aşamada gerçekleşir.⁷⁴ İlk basamakta çalışmaları kimin yöneteceğine karar vermek gerekir. Bu aşamada programın başarıya ulaşmasından sorumlu bir bireyin veya grubun göreve atanması, ilk yapılması gereken işlemdir. İkinci basamakta yararlı olabilecek örgütlenme seçenekleri gözden geçirilmektedir. Gözden geçirilecek seçeneklerin arasında, kalite kullanım konseyleri, kalite takım ve grupları, takım liderleri ve uygulayıcılar bulunmaktadır. Üçüncü basamakta daha önce bu konuda tescil veya ödül almış şirketlerin kalite yaklaşımlarının incelenmesi ve TKY çalışmalarının nasıl yönetildiğini gösteren yolların, verimli organizasyon tekniklerinin saptanması ve bunlardan en pratik olanının seçilerek örnek alınması mümkün olmaktadır. Dördüncü ve son basamakta, TKY yapısının oluşturulması için seçilen bilgilerin kullanılmaya başlanması, uygulamaya geçildikten sonra, amaç edinilen özel ihtiyaçların karşılanması için, örgütsel arajmanlar belirlenmektedir.

4.3.7. Sürekli Gelişme ve İyileştirme

Müşteri ihtiyaçları devamlı değişiklik ve gelişme göstermektedir. İşletmelerin de değişen ve yenilik gösteren, bu ihtiyaçları karşılayabilmesi, kendilerini yenileyebilmelerine ve geliştirebilmelerine bağlı olmaktadır. Bunun için dinamik işletme yapısının oluşturulması ve kalite geliştirme anlayışının sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir. Bu nedenle standart kalite seviyesine ulaşılsa bile yapılanla yetinilmeyip, daha iyisini yapmak için çalışılmalıdır.⁷⁵

Günümüzde işletmelerin rekabet yetenekleri, sürekli gelişmeleri ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Sürekli iyileştirme, süreç yönetimi ile sağlanmaktadır.

⁷³ Tamer KOÇEL, "İşletme Yönetimi ile İlgili Son Gelişmeler ve Çalışanlar Açısından Anlamı", **Mercek Dergisi**, s.33.

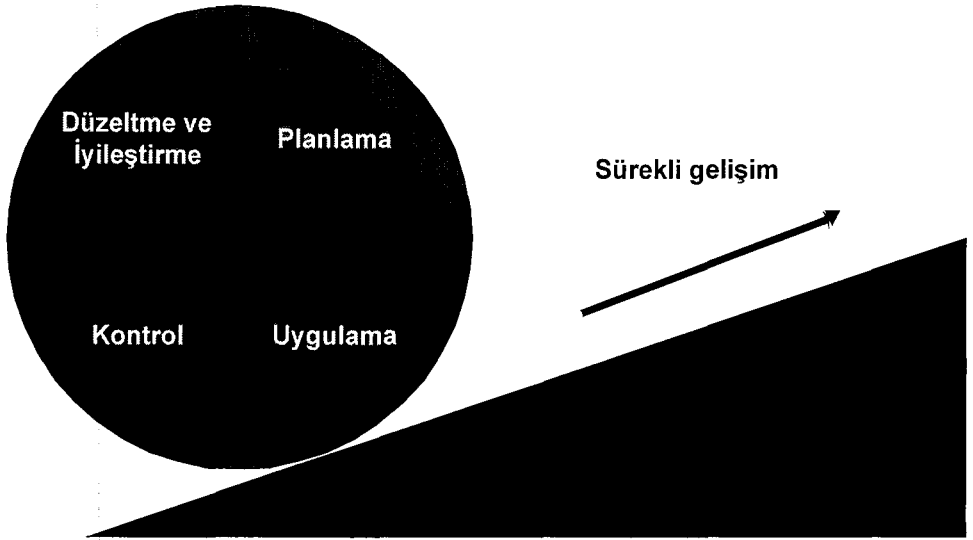
⁷⁴ M.HODGETTS, **a.g.e.**, s. 70.

⁷⁵ Kaya KONAKKURAN, **Yirmibirinci Asrın Temel Taşı Kalite**, (Eskişehir), s.28.

Çalışmalar sırasında müşterilerin memnuniyet düzeyi sürekli ölçülerek izlenmeli ve elde edilen bulgular, sürekli iyileştirme sağlanacak şekilde geri beslenmelidir. Sonuç olarak ölçüm ve istatistikle birlikte, grup çalışması olmadan sürekli gelişmenin sağlanması mümkün değildir.⁷⁶

Toplam kalite yönetiminin temeli sürekli gelişim çevrimine dayanır. Bu çevrimi ilk ortaya atan Dr. W.A.SHEWHART'tır. Bu çevrimi 1950 yılında Japonlara aktaran ise Dr. E.Deming olmuştur.⁷⁷

1950 yılında Japonlar tarafından Deming çevrimi olarak isimlendirilen çevrim Şekil 3'te de görüleceği gibi dört aşamadan oluşmaktadır. Bunlar; planlama, uygulama, kontrol etme, düzeltme ve iyileştirmedir.



Şekil 3: Deming Döngüsü

Kaynak: Gregory M:BOUNDS, Management: A Total Quality Perspective, s. 220.

Planlama: Müşteri gereksinimleri ile ürün kalitesi arasındaki farkın azaltılmasında, süreç değişkenleri ile ilgili bilgilerin toplanması çok önemlidir. Müşteri gereksinimleri konusunda toplanan bilgiler, tasarım kalitesi çalışmalarında kullanılmak üzere değerlendirilerek, ürün / süreç özelliklerine dönüştürülür. Ürün kalitesi ve müşteri gereksinimleri arasındaki fark hakkında bilgi toplarken, farkı ortaya çıkartan süreç değişkenlerinin, değişikliğe uğratıldığında, süreç üzerindeki etkilerini belirleyecek bir plan

⁷⁶ ŞİMŞEK, a.g.e, s. 107.

⁷⁷ PEKER, a.g.m, s. 203.

geliştirilmelidir. Bir iyileştirme yapmak istendiğinde ilk hareket noktası planlama olmalıdır. Planlamanın birinci amacı, müşteri gereksinimleri ile, üretilen ürün veya hizmet kalitesi arasındaki farklılığın azaltılmasıdır.⁷⁸

Uygulama: Birinci aşamada oluşturulan plan, deneme amaçlı olarak bu aşamada uygulanır. Deneme planı bir laboratuvarında, üretim düzeyinde ya da küçük ölçekli olarak müşteriler (iç ve dış) ile gerçekleştirilebilir. Bu testlerin sonuçları süreç değişkenlerinin değiştirilmesi için doğru plan hazırlanmasında kullanılacaktır.⁷⁹

Kontrol: Uygulama sırasında ve sonrasında toplanan veriler analiz edilir ve ne olduğunu anlamak üzere sonuçlar kontrol edilir. Hedeflerden sapmalar belirlenir.⁸⁰

Düzeltilme ve İyileştirme: Bu aşamanın amacı, kontrol aşamasında ortaya çıkan, plandaki düzeltmeleri ya da süreç iyileştirme çalışmalarını uygulamaktır. Bu aşamada, düzeltilmiş süreç değişkenleri, müşteri gereksinimleri ve süreç performansı arasındaki farkı azaltamazsa, çevrimde farkı azaltarak diğer süreç değişkenlerinin azaltılması için plan aşamasına geri dönlür. Diğer yandan düzeltme ve iyileştirme aşamasında düzeltilmiş süreç değişkenlerinin, istenilen sonuçlara ulaşılmasını sağladığı ortaya çıkarsa, ya plan aşamasına düzeltilmiş süreç değişkenlerinin optimal düzeyinin belirlenmesi amacıyla geri dönlür, ya da süreç iyileştirme çalışmaları sürdürülür.⁸¹

4.3.8. Ödüllendirme

Bütün çabalara verilen desteğin gelecekte de sürmesini garanti etmek amacıyla kalitenin ödüllendirilmesi gerekir.⁸² İnsanlara çeşitli teşvik ödülleri verilmesi, bir ödül aldıklarında ya da başarıları dolayısıyla takdir edildiklerinde, çabalarını artıracakları beklentisinden kaynaklanmaktadır. Ancak ödüllerin istenen sonucu verebilmesi için birtakım koşulların sağlanması gerekmektedir. Bunlar,⁸³

⁷⁸ ŞİMŞEK, a.g.e, s. 87.

⁷⁹ Rıdvan BOZKURT, "Kalitenin Esasları ve Deming'in Ondört İlkesi", *Verimlilik Dergisi* (Ankara: S.1994/3), s. 128.

⁸⁰ ATILLA, a.g.e, s. 132.

⁸¹ BOZKURT, a.g.m, s. 129.

⁸² Fred LUTHANS, Sang M.LEE, "New Paradigm Organizations: From Total Quality to Learning to Word-Class", *Organizational Dynamics* (Winter 1994), s.6.

⁸³ Kate KEENAN, *Yöneticinin Kılavuzu: Motivasyon*, (Çeviren: Ergin Koparan), (İstanbul: Remzi Kitabevi AŞ., 1996), s.35.

- Verilen ödül, gerçekten çaba harcamaya değer bulunmalı ve ayrıca ek bir çaba göstermeye de değmelidir.

- Ortaya konan ek performans nesnel olarak ölçülmeli ve bireysel kazanımlara doğrudan dayanıyor olmalıdır.

- Artan performansın ulaştığı nokta, yeni asgari standart olarak kabul edilmemelidir.

Eğer personelin davranışı örgüt açısından arzu edilen bir davranış ise, yönetici personelin bu davranışı tekrar göstermesini arzu edecektir. Bu ise ancak bu davranışın ödüllendirilmesi ile mümkün olmaktadır. Dolayısıyla örgüt için arzu edilen davranışlar ödüllendirilirse bunların tekrarlanma olasılığı yükselmektedir.⁸⁴

Ödüllendirme çeşitli şekillerde olabilmektedir. Örnek olarak ücret ve maaş artışı, üstler tarafından övülme, takdir, iş güvenliği sağlama, terfi, sorumluluğu artırma, statü geliştirme, çalışma koşullarını değiştirme, önemli kararlara ve bilgiye ortak etme, daha önemli görevler verme gibi hususların hepsi ödül olarak kullanılabilir.

İşletmelerde öncelikle ele alınması gereken ödüllendirme şekli olarak ücret ve maaş artışları görülmektedir. Uzmanlar az kazanan çalışanlar için en önemli konunun almış oldukları ücret miktarı olduğunu belirtmektedirler. Daha çok kazanan çalışanların ise yaptıkları işle daha fazla özdeşleştiği ve paraya daha az önem verdikleri, paranın yerine, başarılarının onaylanması, hareket serbestisi ve inisiyatif kullanma gibi konuların önem kazandığı, yine para kaygısı olmayan çalışanların insan ilişkilerinin yanısıra karşılıklı güven ve adaletle değerlendirildiklerini bilmelerinin onları daha da mutlu ettiği belirtilmektedir. Bu tip çalışanların yeni birşeyler öğrenme ve kendilerini geliştirme isteklerinin de yüksek olduğu kabul edilmektedir. Yukarıda anlatılanların sonucu olarak kendini geliştirmeye ve yeni birşeyler yaratarak örgütüne faydalı olacak çalışan tipinin ortaya çıkarılması için öncelikle çalışanların ekonomik problemlerinin ortadan kaldırılması gerektiği anlaşılmaktadır. Bu nedenle ekonomik ödüllendirmelerin diğer ödüllendirmelerin yanında öncelikli bir konuma sahip olduğu kabul edilmektedir. Ekonomik ödüllendirmelerin çalışanlar açısından önemli olmasının nedenleri olarak,⁸⁵

⁸⁴ Tamer KOÇEL, **İşletme Yöneticiliği**, (İstanbul: Beta Basım A.Ş., 1998), s.445.

⁸⁵ Hava Kuvvetleri Komutanlığı, **Personel Faaliyetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Stres, Motivasyon, İletişim ve Toplam Kalite Yönetimi**, s.49.

- Maaşın yaşam için gerekli seçimi sağlaması ve çalışmak için teşvik olması

- Maaş ölçüsünün çalışanın konumunu göstermesinin yanısıra sadece kurum içi değil aynı zamanda komşular, arkadaşlar ve toplumdaki diğer gruplar arasında da prestij göstergesi olması

- Maaş artışının işteki başarının onaylanması olarak görülmesi sıralanmaktadır.

Ödüllendirmeyi bir motivasyon aracı olarak kullanmak isteyen bir yöneticinin dikkat etmesi gereken hususlar dört başlık altında incelenmektedir. Bunlar⁸⁶1-Örgüt açısından arzu edilen ve edilmeyen davranışların açık ve seçik olarak belirlenmesi, 2-İstenen davranışların personele duyurulması, 3-Mümkün olan her fırsatta ödüllendirmenin kullanılması, 4-Davranışlara hemen karşılık verilerek, gösterilen davranışla ödüllendirme süresinin arasının uzun tutulmamasıdır.

4.3.9. Örgütsel Kültür

Kültür, varolma ve devamlılık gibi iç ve dış problemlerle başetmeyi öğrenmiş, bir grubun oluşturduğu davranışlar, değerler, inançlar ve kabullenmeler yapısıdır. Bu süreç üç aşamada gelişmektedir. Birinci aşamada organizasyon yapısı, belli amaçlar etrafında toplanmış insanlar tarafından oluşturulur. İkinci aşamada, bu yapı içindeki, değerlerin inançların ve davranışların çalışanların hareketlerine rehber olacak şekilde yapılandırılması yer alır. Üçüncü ve son aşamada oluşturulan yapı, öğrenme, değişme ve adaptasyon sayesinde problemlere çözüm bulur ve organizasyonun amacına ulaşmasına yardım eder.⁸⁷

Toplam kalite yönetiminde kültür değerleri açık iletişime, güvene, problemleri çözme isteğine, değişime açık olmaya ve adaptasyona dayanmaktadır. Daha da ötesi bu değerler müşteriler için kaliteyi sağlamada ilgili insanları, kaynakları destekleyip, kalite sürecine yönlendirir. Ayrıca toplam kalite yönetim kültürü çalışanlara, müşteri merkezli bir bakış açısı kazandırır.⁸⁸

⁸⁶ KOÇEL, a.g.e., s.446.

⁸⁷ Gregory M. BOUNDS, Gregory H. DOBBINS, Oscar S. FOWLER, **Management: A Total Quality Perspective**, (Cincinnati: South-Western College Publishing, 1995), s.350

⁸⁸ Aynı, s.372

4.4. Kalite Yönetiminde Toplumsal Sorumluluk

Kalite yönetiminde toplumsal sorumluluk, kaliteyle ilişkili bilgilerin diğer organizasyonlarla paylaşılmasını bu yolla ürün hasarlarının ve ürün sarfiyatının topluma olan olumsuz etkilerinin azaltılmasını öngörür. Organizasyon müşterilere olduğu kadar, satıcılara da işbirliği teklifinde bulunmalıdır. Bu yolla kaliteyi geliştiren ve maliyeti azaltan bir ortak çalışma ortamı yaratılmalıdır.⁸⁹

Toplam kalite yönetiminde en önemli faktör insandır. Kaliteli üretim ancak insanların becerilerinin eğitim yolu ile geliştirilmesi sonucu sağlanmaktadır. İnsanların eğitimleri ile birlikte çalıştıkları ve yaşadıkları ortamlarda mutlu kılınmaları kalitenin sağlanması için en önemli şart olarak görülmektedir. Çalıştıkları ortamda mutlu olan insanlar kaliteli mal ve hizmet üretecekler, kaliteli üretim sonunda müşteriler de kaliteli mal ve hizmetlerden faydalanacaklardır.

Toplam kalite yönetimi insan mutluluğuna önem veren, insanların mutlu olması için onların sürekli eğitimini öngören, yaşanabilir ve çalışılabilir ortamların yaratılmasının gerekliliğini savunan, yeniliklere açık, sürekli gelişim ile daha iyiye ulaşmanın yollarını araştıran bir yönetim biçimi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Toplam kalite yönetiminin üretim ve hizmet işletmelerinde yaygın olarak uygulanmaya başlanmasıyla toplum genelinde kalite bilinci artacak, işletmelerin rekabet güçlerinin artması sonucu, rakipler sürekli olarak birbirlerinden daha iyi ürünler ve hizmetler sunmak için sürekli yenilenme ve gelişmeyi amaç edineceklerdir.

Toplam kalite yönetiminin, özel işletmelerin yanında kamu kurumlarına da girmesi ile örneğin önemli hizmet alanlarından eğitim ve sağlık kuruluşlarında uygulanması sonucu bu hizmetlerden yararlanan insanlar daha iyi eğitim ve sağlık hizmeti alacaklardır.

Toplam kalite yönetimi ile birlikte zaman daha iyi kullanılacak, insanlar daha iyi eğitim alacak, sürekli gelişim yolu ile eğitimin devamlılığı sağlanacak, çalışanlar ve müşteriler memnun edilecek sonuçta toplum genelinde huzur ve mutluluk yaşanacaktır.

⁸⁹ LUTHANS, a.g.m, s.7

BÖLÜM 2

HASTANELERDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

1. HASTANELERİN TOPLUM YAŞAMINDAKİ YERİ, ÖNEMİ VE YÖNETİMİNDE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

Tarihin en eski organizasyonlarından biri olan hastanelerin toplumda önemi her geçen gün artmaktadır. Nüfus artışı, kentleşme, sanayileşme, sosyal güvenlik kapsamının genişletilmesi gibi çeşitli etmenlerle birlikte, kişilerin bilinç düzeyinin yükselmesi, hastanelere olan talebin artmasına neden olmaktadır. Hastanelere olan talebin artması, iktisadi açıdan artan işgücü kayıplarına neden olmakta, hastaneye başvuran her kişi 1,5-2 gününü hastanede geçirmektedir.⁹⁰

Hastaneleri önemli hale getiren ikinci neden hastanelerde verilen hizmetin değişik alanlarda ve yüksek düzeyde eğitim görmüş uzmanlara, modern teşhis, tedavi araç ve gereçlerine ihtiyaç göstermesidir. Tüm bu faktörler, verilen hizmetin maliyetini yükseltmektedir. Hastanede bir gün kalmanın bedeli, kişi başına ortalama milli günlük gelirin 4-5 katına eşittir.⁹¹ Sağlık hizmetlerinin GSMH'daki yeri Avrupa ülkelerinde % 7-8, ABD'de % 12'yi bulmuştur. Ülkemizde ise bu oranın % 5 civarında olduğu tahmin edilmektedir.⁹²

Toplumda bu kadar önemli yeri olan hastanelerin yönetiminde bir takım güçlüklerle karşılaşmaktadır. Hastane yönetiminde güçlüklerle karşılaşılmasına neden olan faktörlere örnek olarak çok sayıda ve farklı meslek gruplarından çalışanların kesintisiz olarak hizmet vermesinin hastane yapısında karmaşıklığa neden olması, verilen hizmetin üretildiği anda tüketilmesi nedeniyle stok yönetiminin zor olması, hizmet

⁹⁰ Hikmet SEÇİM, *Hastane Yönetim ve Organizasyonu* (İstanbul: Küre Ajans 1992), s.1.

⁹¹ Aynı, s.1.

⁹² Mithat ÇORUH, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Performans Kavramındaki Gelişmeler", *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu-Bildiriler*, (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 1996), s.4.

işletmeleri oldukları halde diğer hizmet işletmeleri gibi emek yoğun değil de sermaye yoğun işletmeler gibi çalışmaları, verilen hizmetin aşırı işbölümü ve uzmanlaşmayı gerektirmesi nedeniyle çalışanların eğitim ve kültür yapısının birbirinden farklı olması, farklı kültür yapısına sahip bireylerin de ortak amaçlar doğrultusunda birleştirilmesinin ve birlikte çalıştırılmasının güç olması, kimin ne zaman hasta olacağının bilinmemesi yada salgın hastalıkların ve doğal felaketlerin zamanının tahmin edilememesi nedeniyle talep tahmininde bulunulamaması gösterilmektedir.⁹³Hastanelerin hizmet özelliğinden kaynaklanan bu sorunlara ek olarak talep değişimlerine kısa dönemde ayak uydurulamaması, hastaların tedavi talebinin acillik özelliği göstermesi ve hastaların hastaneye geliş ve gidişlerinin düzensiz olması da hastane yöneticilerinin çözümü için çalışacağı sorunlar arasında yer almaktadır.⁹⁴

Hastane yönetiminde bu sorunların aşılmasında, ilk olarak endüstri işletmelerinde uygulanmaya başlayan toplam kalite yönetimi, 1980'li yıllardan itibaren hastane işletmelerinde de uygulanmaya başlanmıştır. Bugün Amerika'da pek çok hastane daha az kaynak kullanarak kaliteyi artırmak için toplam kalite yönetimini uygulamaktadır.⁹⁵

2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Sağlık hizmetlerinde kalitenin tanımını yapabilmek için öncelikle aşağıdaki soruların yanıtlanması gerekir;⁹⁶

- 1.Sağlık hizmetlerinde kalite yalnızca doktorların, hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin genel tutumları ile mi ilgilidir?
- 2.Kalite kavramı hastane tarafından sağlanan konuk etme hizmetlerini de kapsar mı?
- 3.Kullanılan tıbbi tekniklerin içinde kalitenin yeri nedir?
- 4.Tıbbi tekniklerin kullanışlılığı ve etkinliği kalite tanımı içine girer mi?

⁹³ Münevver MENDERES, "Hastanelerde Muhasebe, Maliyetleme Sorunları ve Finansal Yönetim", **Toplum ve Hekim Dergisi** (Ankara: C.10, S.69-70, 1995), s.49.

⁹⁴ Hikmet SEÇİM, **Hastane Yönetim ve Organizasyonu** (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fak. Yayın no:407, 1994), s.13.

⁹⁵ Hacer ÖZGEN, "Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme", **Toplum ve Hekim Dergisi** (Ankara: C.10, S.69-70, 1995), s.49.

⁹⁶ Richard G BROOKS, **Health Status Measurement** (London: Macmillan Press LTD., 1995), s.57.

5.Etkinlikten kastedilen, yüksek kalitedeki tıbbi müdahalenin hastayı normal günlük hayatına daha hızlı döndürmesi anlamına mı gelir?

6.Kalite mevcut kaynakların daha fazla hizmet sağlar hale getirilmesi olabilir mi?

7. Hastanın tıbbi süreçler hakkındaki duygu ve düşüncelerinin önemi nedir?

Bu sorulara verilecek her olumlu yanıt, kalitenin o soruyla ilgili alanda sağlandığının işareti olacaktır. Çünkü yukarıda sözü geçen her soru, sağlık hizmetlerinde bir alanı sorgulamaktadır.

Hizmet kalitesi bir hizmetin müşterilerin beklentilerini ne kadar karşılayıp karşılamadığını gösterir. Hizmet kalitesinin sağlanmasında örgütsel performansın önemi büyüktür. Bir örgütün performansı zayıftan mükemmele doğru hizmet kalitesi derecelerini içermektedir ve düşük performans düşük kaliteye işaret ederken, örgütün yüksek performansı iyi kalitede hizmet ürettiğinin göstergesi kabul edilmektedir. Örgütlerin amacı hizmet mükemmeliyetine ulaşmaktır. Hizmette mükemmellik ise ulaşılmak istenen en üst dereceyi gösterir. Hizmette mükemmelliğin yakalanması, hizmet geliştirme çalışmalarının başarıyla uygulanmasının sonucu mümkün olmaktadır. Hizmet gelişimi ise örgütün mükemmeliyeti yakalama konusunda çaba gösterdiği süreç olarak kabul edilmektedir.⁹⁷

Sağlık bakımında verilen hizmetin kalitesi, hizmet çıktılarının değerlendirilmesi sonucunda belirlenir. Bu kalite değerlendmesi hasta ve hastane personelinin anlaştığı bir nokta olarak ortaya çıkar. Bu nokta hem hastanın memnuniyeti, hem de hastanın bakımını yapan personelin memnuniyetinin kesiştiği alandır.⁹⁸ Sağlık bakım hizmetlerinde kalitenin tanımı çok eskilere dayanır. Hammurabi'nin yapmış olduğu tanımda sağlık bakım kalitesi, yaralanmalara sebebiyet verilmemesi, özellikle de sağlık hizmeti sunan doktorların iyileşebilecek bir hastanın ölümüne sebep olmamasıdır. Kalite, ölçme ile ilgili bir kavramdır ve tanımını yapmak oldukça güçtür, bunun nedeni de kalitenin insandan insana değişir özellik taşımasından ileri gelir. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi

⁹⁷ Wendy LEEBOV and Gail SCOTT, **Service Quality Improvement: The Customer Satisfaction Strategy for Health Care** (USA: American Hospital Publishing, Inc., 1994), s.13-14.

⁹⁸ Avedis DONABEDIAN, **Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume II, The Criteria and Standards of Quality** (Michigan: Health Administration Press Ann Arbor, 1982), s.5.

kavramsallaştırabilmenin en iyi yolu, kalitenin değişik görüş açılarına göre tanımının yapılabileceğinin kabul edilmesidir.⁹⁹

İlk görüş açısı profesyonel görüş açısidir. Bu açı, doktorlar, karar alma merkezi olan yöneticiler ile sağlık bakım personelinin bakış açısidir ve klinik araştırmalar sonucu tanımlanmış pratik usuller ile bakımın karşılığı olan genel kabul görmüş standartları içerir.¹⁰⁰ Doktorlar verilen hizmetin kalitesinde, maliyete pek önem vermezler, onlar için en önemli konu hastaneye gelen hastaların zamanında ve istenilen şekilde teşhis ve tedavisinin yapılarak iyileştirilmesidir. Hastane yöneticileri ise genellikle verilen hizmetin maliyetiyle ilgilenirler ve en az maliyetle en iyi hizmetin hastalara sunulmasını isterler, aynı zamanda, hastane personelinin çalışırken iyi derecede performans göstermesi de, onlar için verilen hizmetin kalitesinde önemli bir ölçüdür.¹⁰¹

İkinci görüş açısı hastalar veya bu hizmeti alanların görüş açısidir. Hastaların hastanenin kendilerine sunduğu hizmetin kalitesini, klinik standartlarla veya çıktılarla tanımlaması çok güçtür. Onlar kendilerine verilen hizmetin kalitesini genellikle hastanenin otelcilik hizmetleri ile değerlendirmeye çalışırlar; Koridorların, odaların, çarşafların ve yatakların temizliği, yemeklerin güzelliği gibi. Bunun yanı sıra hasta bakıcıların tavırları, hizmet bekleme süresi, iletişim açıklığı veya hastane çevresi gibi faktörler de hastalar için hastanelerde sunulan hizmet kalitesi ile ilgili yargılarda dikkate alınması gereken kriterlerdir.¹⁰²

Hem hastaların hem de hastane yöneticilerinin bir hastanede görmek istedikleri özellikler birleştirilerek kaliteli hizmet veren hastanenin basit bir tanımının yapılması gerekirse; çalışanlarının gülyüzlü olduğu, koridorları, odaları, yatakları, çarşafı temiz olan, yemekleri güzel olan, hastaların polikliniklerde sıra halinde bekletilmediği, çoğu hastanın doğru teşhis ve tedavi sonucu, en kısa zamanda tedavi edilerek iyileştirildiği, personelinin istenen düzeyde performans gösterdiği, en az maliyetle, en iyi hizmetin sunulduğu hastanelere kaliteli hizmet sunan hastane denilebilir.

⁹⁹ James E. ORLIKOFF and Mary K. TOTTEN, **The Board's Role in Quality Care: A Practical for Hospital Trustees**, (USA: American Hospital Publishing, Inc, an American Hospital Association Company, 1991), s. 6.

¹⁰⁰ Aynı, s.7.

¹⁰¹ ÖZGEN, a.g.m, s.51.

¹⁰² ORLIKOFF and TOTTEN, a.g.e, s.7.

2.1.Kalitenin Öngördüğü Kaideler

Hizmetlerde kalitenin sağlanması için gerekli olan bir takım kaideler vardır. Bunlar,¹⁰³

- Kalite, herhangi bir sorun oluşup, onu düzelttikten sonra değil, bu sorunlar oluşmadan, alınacak tedbirler sayesinde sağlanabilir.
- Kaliteli hizmete, çalışanlar ve çalışma esnasında kullanılan materyalleri sağlayanlar sayesinde ulaşılabilir. Çalışan herkes ürünün ve verilen hizmetin bir parçasıdır. Her insanın mutlaka kalite sürecinin bir kısmına ve sonuç olarak çıktılara etki ettiği unutulmamalıdır.
- Kalitede sağlanmış mükemmeliyet devamlı bir gelişim gerektirir. Bunun anlamı bir uygulama ne kadar iyi olursa olsun mutlaka zaman içerisinde eskiyecektir ve geliştirilerek yenilenmesi gerekir.
- Toplam kalite yönetimi mantığında, işletmede çalışan herkes birbirinin müşterisidir. Herkes birbirinden yaptığı işi daha iyi yapmasını ister.
- Kalite, müşteri tarafından tanımlanır. Müşteri, ürün ve hizmetlerin kendi istek ve beklentilerini karşılamasını ister. Hizmetlerde, müşterilerin istek ve beklentilerini karşıladığı ölçüde değer kazanır.

2.2.Sağlık Bakım Kalitesinde Bulunması Gereken Özellikler

Avedis DONABEDIAN, sağlık bakım kalitesinde bulunması gereken özellikleri altı başlık altında toplamıştır. Bunlar;¹⁰⁴

Etkenlik (Being Efficient): Sağlık durumunu yükseltebilecek en iyi bakımı sağlayabilme becerisidir.

Etkililik (Being Influencial): Sağlık durumunda sağlanabilir iyileştirmeyi gerçekleştirebilme derecesidir.

¹⁰³ D.H. STAMATIS, **Total Quality Management in Healthcare**, (Chicago: Times Mirror Higher Education Group, American Bar Association and a Committee of Publishers, 1996), s. 40.

¹⁰⁴ Avedis DONABEDIAN, "Kalite Güvencesi", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** (Ankara: C:1, S.1, 1992), s.20.

Verimlilik (Being Productive): Sağlıkta ulaşılabilir ilerlemeleri azaltmaksızın bakımın maliyetini düşürme yeteneğidir.

Optimallik (Being Optimum): Maliyet ve yararlar arasında en iyi dengenin sağlanmasıdır.

Kabul edirlilik (Being Acceptable): Hasta-hekim ilişkileri, kolay hizmet kullanabilme, bakım maliyeti vb. açılardan hastanın tercihlerine ve isteklerine uygunluktur.

Meşruluk (Being Legal): Toplumsal tercihlere uygunluktur.

Eşitlik (Equality): Hizmet sunumunda ve kullanımında adaletin sağlanmasıdır.

Bu özellikleri dikkate alarak sağlık bakım hizmeti veren hastaneler kaliteli hizmet vermede önemli bir aşamayı geçmiş bulunmaktadırlar. Kaliteli hizmette bulunması gereken özellikler olarak sıralanan bu başlıkların her hastane için bir hedef olarak algılanması ve bu hedefe ulaşmak için çalışmaları zorunlu görülmektedir.

Kaliteli hizmet sunmak isteyen hastanelerde bu hedeflere ulaşmanın yanısıra TKY'nin uygulanmasında hatasız hizmet vermenin ilk şartı olarak kabul edilen kalite güvence sisteminin kurulması gerekmektedir.

3. HASTANELERDE KALİTE GÜVENCE SİSTEMİNİN KURULMASI

Kalite güvencesi, temel amacıyla, fonksiyonel yeterlilik, hasta iyileştirilmesi, tüketici memnuniyeti, sağlık politikalarının belirlenmesi yoluyla kaynakların kullanılması ve çıktılar konusunda sağlık bakımının geliştirilmesi anlamına gelmektedir.¹⁰⁵

Kuzey Amerika'da ise kalite güvencesi terimi, tıbbi bakımın kalitesini ölçmek için kullanılan tıbbi kayıtların, geçmişe yönelik yeniden değerlendirilmeleri ile ilişkilendirilmiştir. Kalite güvencesi çoğunlukla düzenleyicilerin (hükümetlerin ve standart belirleme kuruluşlarının) hastanelere ve doktorlara benimsetmek istediği bir kavramdır. Genel olarak kalite güvencesi kavramı, tıbbi bakımın ve sınıflandırılmış vakaların birer birer incelenmesini içerir. Kalite güvencesi, klinik bakımın kalitesinin ölçümüne dayalı

¹⁰⁵ BROOKS, a.g.e., s. 66.

döngü sürecine işaret etmektedir. Bu da PDCA (Plan-do-check-act=Planlama-uygulama-kontrol etme-düzeltilme ve iyileştirme) döngüsünün iki elemanı çevresinde odaklanmıştır. Bunlar; 1- Yapılan işlerin sonuçlarının kontrol edilmesi 2- Yapılan hareket ve işlerin, daha önce hazırlanmış planlara uyumunun sağlanmasıdır.¹⁰⁶

Hastanelerde kalite güvence sistemi kurulurken ISO'nun belirlemiş olduğu kalite standartları serisi kullanılmaktadır. [TS-EN-ISO 9000 Kalite Standartları Serisi etkili bir yönetim sisteminin nasıl kurulabileceği, dokümanite edilebileceği ve sürdürülebileceği konularında yöneticilere yönlendirici bilgiler vermektedir. Belgelendirme kuruluşları ve müşteriler satın alacakları mal ve hizmetlerin TS-EN-ISO 9000 standartlarına göre kurulmuş bir kalite güvence sistemi ile üretilip üretilmediğinden emin olmak istediklerinde de bu standartları kullanmaktadırlar.¹⁰⁷

ISO (International organization for standardization) belirlenen standartları yakalayabilmek için oluşturulmuş uluslararası bir örgüttür. Bugün 90'dan fazla ülke ISO'ya bağlıdır. Amerika'daki adı Amerikan Ulusal Standartlar Enstitüsüdür. ISO'nun temel amacı Dünya çapında verimlilik ve düşük maliyetin sağlanmasıdır. ISO tamamen endüstriyel işletmeler için oluşturulmuş bir örgüt olmasına rağmen, çok kısa sürede kabul görerek diğer sektörlere de girmiştir.¹⁰⁸

ISO 9000 kalite güvencesinin mantığı bir organizasyonu oluşturan değişik birimlerin iş prosedürlerini önceden belirlenen şartlar altında yürütmesi, izlemesi çıkacak sorunların tanımlanarak bu sorunların düzeltilmesi ve iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesidir.¹⁰⁹

Türkiye'de sağlık kuruluşlarına TS-EN-ISO 9000 belgesini Türk Standartları Enstitüsü (TSE) vermektedir. Bu belgeyi almak için günümüzde birçok sağlık kuruluşu TSE'ne başvurmakta ve standartlara uygun hizmet sergileyenler kalite güvence belgesi almaktadırlar.¹¹⁰

¹⁰⁶ Lionel WILSON and Peter GOLDSCHMIDT, **Quality Management in Healthcare** (Sydney: McGraw-Hill Book Company, 1995), s.259.

¹⁰⁷ TSE, **TS-EN-ISO 9000 Kalite Broşürü**, TSE Halkla İlişkiler Müdürlüğü (Ankara: 1997), s.10.

¹⁰⁸ DONABEDIAN, **Explorations...**, a.g.e., s.168.

¹⁰⁹ Mithat ÇORUH, "Hastanelerde Kalite Belgesi Alma Girişimi ve Ötesi" **Modern Hastane Yönetimi** (İstanbul: Yıl:2, Sayı:4, Ocak 1998), s.4.

¹¹⁰ Aynı, s.4

3.1. ISO'da Sertifikasyon Süreci

ISO belgesinin alınmasında hastanelerin geçirmeleri gereken dört aşama bulunmaktadır. Bu aşamalar;¹¹¹

1.Hazır olma sürecinin belirlenmesi- İşletme yönetiminin sertifikasyon sürecinde ilk ele alması gereken konu, sertifikanın alınıp alınmamasına hazır olup olunmadığının belirlenmesidir. Bu aşamada işletme kendi içinde değerlendirmeye tabi tutulur. Yapılan değerlendirme ISO 9000 sürecinin öngördüğü değerlere göre belirlenir. Eğer organizasyon bu değerlendirme sonucunda hazır ise müracaat yapılır. Eğer hazır değilse yapılması gereken hazırlık safhasının başarılı bir şekilde geçirilmesinin sağlanmasıdır.

2.Hazırlanma çalışmaları- Bu safha prosedürlerin, talimatların ve örgüt politikasının, standardın yakalanması konusunda resmi bir yolla hazırlanması safhasıdır. Bütün bu hazırlık, organizasyonun kendi içindeki çalışanlar ya da dışarıdan gelen danışmanlarla birlikte gerçekleştirilir. Bu safhada dokümantasyon kontrolü, dizayn kontrolü, satın alma, denetleme, test etme ve süreç kontrolü ile ilgili birçok sorun ve problem belirlenir.

3.Dokümantasyonun yeniden gözden geçirilmesi ve değerlendirilmesi- Bu safhada kalite sistemi dokümantasyonu yeniden gözden geçirilerek, değerlendirmenin yeterli olup olmadığının tanımlanması için kalite sistemi faaliyete geçirilir. Gerçekleştirilen bu işlem, temel olarak son değerlendirme tarihinin altı ya da sekiz hafta öncesinde yapılır. Buradaki amaç ufak uyum problemlerinin bertaraf edilebilmesi için zaman kazanılmasıdır. Gerçek değerlendirmenin yapılması bir ya da iki haftayı geçmez ve sistemin etkinliğini bu değerlendirme biçimi ortaya koyar.

4.Değerlendirme, yeniden gözden geçirme ve tescil- Bu safhada son değerlendirme, daha önce yapılmış ISO 9000 kriterlerine göre yeniden gözden geçirilir ve herhangi bir uygunsuzluğun olup olmadığının tanımı yapılır. Eğer bir hata varsa problemin düzeltilmesi için gereken zaman süresi tespit edilir. Bu genellikle 30-60 gün arasında değişir. Eğer herhangi bir uygunsuzluk yoksa kuruluş ISO 9000 belgesiyle tescil

¹¹¹ STAMATIS, a.g.e, s.173.

edilir. Bu sertifikasyon süresi örgütün statüsüne göre 15 ve 24 ay arasında değişebilmektedir. Sertifika alındığında örgüt altı ayda bir standartlara uygunluğun devam edip etmediğini kontrol etmek zorundadır. Bu altı aylık denetim, daha önce yapılan değerlendirmelere göre kısa sürer ve belirli standart elemanlarına yöneliktir.

3.2. ISO 9000 Kalite Güvence Sisteminin Hastanelere Sağladığı Yararlar

ISO'nun hastanelere sağladığı yararlardan ilki, kalite ve verimliliğin artması, ikincisi ise maliyetin azaltılmasıdır. Hastanelerde maliyetin artmasının nedeni, yanlış yapılan işin tekrar edilmesi, yeniden yapılması, aksaklıkların düzeltilmeye çalışılması ve tüm bunlara rağmen verimli sonuç alınamamasından ileri gelir. ISO sayesinde sağlanacak kalite ve verimlilik işletmelerin tüm bu maliyetlerle ve maliyeti artıran konularla karşı karşıya kalmasını engelleyecektir. Bunu yaparken kalite yönetim sisteminin vurguladığı en önemli nokta, aksaklıkların doğmadan engellenmesidir. Böylece hem zamandan hem de yapılan işten tasarruf sağlanır.¹¹²

3.3. Türkiye’de ISO 9000’e Göre Belgelendirme

ISO 9000’e göre belgelendirme üç aşamada gerçekleştirilmektedir. Bu aşamalar:¹¹³

1.Öngörüşme

2.Dokümanların incelenmesi

3.Denetim’dir.

Belgelendirmede yapılan ilk işlem işletme yetkilileri ile belge vermeye yetkili kuruluşun (TSE’nin) ilgili elemanlarının öngörüşme yapmalarıdır. Bu, öngörüşme işletmenin gerekli hazırlıkları yapmış olduğu izlenimini bırakırsa, ilgili elemanlar işletmeden kalite sistemleri ile ilgili dokümanları kendilerine teslim etmelerini isterler. İşletmenin “Kalite Güvence Sistemi Kılavuzu” ile ilgili dokümanlarını inceleyen

¹¹² STAMATIS, a.g.e., s.171.

¹¹³ İbrahim KAVRAKOĞLU, *Kalite Güvencesi ISO 9000 ve Toplam Kalite* (İstanbul: Rekabetçi Yönetim Dizisi: 1 1993), s.78.

denetçiler bunları yeterli düzeyde buldukları takdirde kalite denetimine karar vermektedirler. Eğer dokümanlar yetersiz bulunursa gerekli eleştiriler ile birlikte işletmeye iade edilmekte ve yeterli düzeye getirildikten sonra müracaat etmeleri istenmektedir.

Son aşamada ise dokümanları yeterli bulunan işletmeye bir denetim uygulanmakta ve denetimde denetçiler dokümanlarda yazılı olanların gerçekte uygulanıp uygulanmadığını kontrol etmektedirler. Kontrol sonucunda uygulama tatminkar bulunursa şirket belgelendirilmekte, bulunmazsa sistemin istenen seviyeye çıkarılması için süre tanınmaktadır. Şirket gerekli hazırlığı veya iyileştirmeyi yaptıktan sonra ikinci bir denetim yapılmakta ve yeterli bulunursa belge verilmektedir.

ISO 9000'e göre belgelendirme sürecinde ISO belgesi almak isteyen bir işletme ile belgelendirme kuruluşu (Türkiye'de TSE) arasındaki resmi süreç yukarıda anlatıldığı şekilde işlemektedir. Ancak bunlardan daha önemlisi belgelendirme kuruluşuna başvurmadan önce hastanenin belgelendirmeye ilgili yapması gereken çalışmalar bulunmaktadır. Bu safhayı başarılı şekilde geçemeyen hastanelerin belge alması ve kalite güvencesine geçmesi mümkün olmamaktadır.

Bir hastanede kalite güvence sistemine geçişte yapılması gereken çalışmalar

ISO belgesi ile belgelendirilerek kalite güvence sistemine geçmek isteyen hastane yönetiminin yapması gereken çalışmalar dört bölüm altında incelenebilmektedir.¹¹⁴

1. Kalite yönetimin belirlenmesi ve kalite organizasyon yapısının kurulması
2. Personele ISO eğitimlerinin verilmesi
3. Kalite sisteminin kurulması
4. Kalite sisteminin faaliyete geçirilmesi ve değerlendirilmesi

1. Kalite yönetiminin belirlenmesi ve kalite organizasyon yapısının kurulması: Bir hastanede kalite yönetiminin belirlenmesi aşamasında ilk işlem olarak hastanede üst düzey yöneticilerden oluşan kalite yönetim kurulu oluşturulmaktadır. Kalite

¹¹⁴ Necip Sadık Erdem (Eskişehir Hava Kuvvetleri Hastanesi Kalite Güvence Sistemi Koordinatörü) ile 26.03.1999 tarihinde yapılan görüşme.

yönetim kurulu TS-EN-ISO 9000 kalite standartları serisinin hangisinin hastanede uygulanacağına karar verir. Karar alındıktan sonra standart serinin gerekliliklerinin yerine getirilmesi için çalışmalara başlanır. Kalite yönetim kurulunun içinden hastanenin kalite güvence sistemi çalışmalarını üstlenecek, koordine edecek ve kalite yönetim kuruluna çalışmalarla ilgili bilgi verecek, kuruluştan kuruluşa değişmekle birlikte çoğunlukla kalite güvence başkanı adıyla anılan ve kalite güvence departmanının da yöneticisi olacak bir kişi yönetim temsilcisi olarak seçilmektedir. Bu arada kalite yönetim kurulu hastanenin kalite hedef ve politikalarını belirler. Bu politika ve hedefler kalite güvence departmanı tarafından tüm alt birimlere iletilir. Alt birimlerden de, alt birim yöneticileri kendi birimlerinin kalite sorumlusu olarak görevlendirilir. Kalite güvence departmanı altında da kalite eğitim grubu, kalite denetim grubu ve kalite geliştirme grupları oluşturulmaktadır. Bu grupların sayısı ve isimleri hastanelerin büyüklüğüne ve çeşidine göre artırılabilir.

2.Personele ISO eğitimlerinin verilmesi: Kalite güvence sisteminin kurulmasında ilk olarak üst düzey yöneticiler eğitim almaktadır. Daha sonra hastanenin çeşitli birimlerinden seçilen personel TSE tarafından yada TSE'nin uygun gördüğü bir eğitim kuruluşu aracılığıyla eğitilirler ve sertifikalandırılırlar. Eğitim alacak olan personelin sayısı hastane yönetimi tarafından belirlenmektedir. Bu tür eğitimlerde eğitim alacak personel için belirlenmiş standart bir sayı olmamakla birlikte, her hastane kendi büyüklüğüne ve çeşidine göre çok az olmamak kaydıyla sayıyı kendisi belirlemektedir. Hastanede sertifikalı personel haricinde eğitim almamış olanlara eğitimleri kalite güvence departmanı bünyesinde bulunan sertifikalı kalite eğitim grubu tarafından verilmektedir.

3.Kalite sisteminin kurulması: Sistemin kuruluşu aşamasında belirlenen standart serisine (ISO 9001, 9002, 9004 gibi) uygun olarak kalite el kitabı, prosedürler ve talimatlarla birlikte seçilen serinin yerine getirilmesini istediği şartların nasıl, nerede, ne zaman yapılacağını gösteren yazılı yönergeler de hazırlanmaktadır. Kalite güvence departmanı bünyesinde çalışmalarını sürdüren kalite geliştirme grubu da birimlerden kalite standartlarını oluşturmalarını ve her birimin kendi işlem adımlarını yazılı hale getirmesini bu aşamada istemektedir.

4.Kalite sisteminin faaliyete geçirilmesi ve değerlendirilmesi: Son aşamada

kalite güvence sisteminin doğru kurulup kurulmadığının anlaşılması amacıyla sistem faaliyete geçirilir. Kalite güvence departmanı bünyesinde çalışmalarını sürdüren kalite denetim grubu (iç denetçiler) hastane faaliyetlerinin daha önce belirlenen prosedür ve talimatlara uygun olup olmadığının denetimini yaparlar. Bu esnada hastanede bulunan birimler denetime tabi tutularak eksiklikler ve aksaklıklar ile bunların nedenleri araştırılır. Denetçiler tarafından bulunarak birimlere iletilen sorunlar birim çalışanlarının da önerileriyle çözüme kavuşturulmaya çalışılır. Ancak birim tarafından çözilemeyen sorunlar kalite güvence departmanına, bu departmanında çözemeyeceği sorunlar, kalite sisteminin en üst yetkili organı olan kalite yönetim kuruluna iletilir. Kalite yönetim kuruluna, alt birimlerde ortaya çıkan ve birimler ile kalite güvence departmanı bazında çözüme kavuşturulan sorunlar da raporlar halinde bildirilir.

Hastane iç denetçilerine yaptırılan bu denetim ön denetim adını almaktadır. Bu denetim istendiği takdirde TSE çalışanlarına da yaptırılabilir. Ön denetim sonunda hastane yönetimi sistemde bir aksaklık olmadığına ve son denetim olan belgelendirme denetimine hazır olduğuna karar verirse, gerekli belgeler TSE'ne teslim edilerek, denetim için gün alınır ve denetim sonunda TSE tarafından belgenin verilip verilmemesine karar verilir.

4.HASTANELERDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Sağlık hizmetlerinin, Toplam Kalite Yönetimine ihtiyaç göstermesinin başlıca dört nedeni vardır. Bunlar 1-Bireylerin satınalma gücünün yükselmesi, 2-Tedavi kurumları arasında rekabetin artması, 3-Sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteğinin yaygınlaşması 4-Kalite-maliyet çelişkisine çözüm getirme isteğinin artmasıdır. Sağlık harcamalarında görülen hızlı artış, bazı tedavi kurumlarında gözlenen gereğinden fazla röntgen çekimleri, gereksiz laboratuvar tetkikleri ve ameliyatların sayısındaki artış, hasta yatırma, taburcu etme, tahakkuk ve tahsilatlarda meydana gelen gecikme ve hatalar, hasta bakımı hizmetlerinde, kalitenin iyileştirilmesi ve mevcut hastane yönetim yapısında reorganizasyonu gerektirmiştir. Tüm bu sorunlara çözüm olarak görülen Toplam Kalite

Yönetimi 1980'li yıllardan başlayarak özellikle gelişmiş ülkelerin hastane hizmetlerinde hızlı bir yayılma göstermiştir.¹¹⁵

Müşterilerin istek ve ihtiyaçlarına odaklanan ve süreç anlayışına önem veren TKY sağlık birimleri arasındaki bağlantısız, iletişimsiz ve koordinasyonsuz çalışma engelini ortadan kaldırmaktadır. Endüstriyel işletmelerde TKY çalışmaları doğrultusunda gerçekleştirilen devamlı kalite iyileştirme, problemlere neden olan sebeplerin belirlenerek çözüm yollarının uygulamaya konulması çalışmaları hastane işletmelerinde de kolaylıkla uygulanabilmektedir. TKY, dikey yerine, yatay yönetimi esas alarak, her kurumun kendi yapı ve olanakları doğrultusunda standartlarını belirlemesini gerektirmektedir. İş akışı süreç analizleri, kontrol çizelgeleri, sebep-sonuç diagramları gibi araç ve teknikler sağlık uygulamalarının tıbbi teşhis, tedavi ve bakım yaklaşımlarına uygun görülmektedir.¹¹⁶

Rekabetin korunması ve müşteri taleplerinde kalite garantisi aranması nedeniyle ülkemizdeki bazı özel ve kamu sağlık kuruluşları standart belgesi almak için yoğun bir çaba sarfetmektedir. Kalite güvencesi sistemi, önceden belirlenen standartları elde etmek ve korumak amacını güderken, mevcut standartların zaman içinde geliştirilmesini hedefler. Toplam kalite yönetimi, problemlerin süreç içinde çıkış nedenlerini araştırır ve hatasız hizmet sunumunu amaç edinir. En önemli özelliği ise devamlı iyileştirme faaliyetlerini gerektiren dinamik bir yaklaşımdır.¹¹⁷

Toplam kalite yönetiminin sağlık sektöründeki karşılığı, hasta mutluluğudur. Doğru teşhis, tedavi, gecikmeden verilecek güleryüzlü hizmet; temiz, hastane kokmayan bir ortam, uygun fiyat vb. faktörler hasta mutluluğunun sağlanmasında toplam kalitenin birer unsurudur. Sağlıkta toplam kalite felsefesi, uygun koşullarda çalışan, mutlu ve sağlıklı bir personel gerektirir. Hastanelerde toplam ya da topyekün kalite hastane personelinin ve hastaların mutluluğu çerçevesinde sağlanabilir.¹¹⁸

¹¹⁵Mithat ÇORUH, "Toplam Kalite Yönetimi Hastane Uygulamaları Gereçler ve Güçlükler", **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu-Bildiriler**, (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 1994), s.11.

¹¹⁶Mithat ÇORUH, "1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi", **1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu-Bildiriler** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 1995), s.24.

¹¹⁷ Aynı, s.27.

¹¹⁸ Orhan MORGİL ve Mehmet KÜÇÜKÇİRKİN, "TOBB'in Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı", **1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu-Bildiriler** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 1995), s.33.

5. HASTANELERDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMA ÇALIŞMALARI

Hastanelerde TKY uygulama çalışmaları dahilinde yapılması gereken işlemler hastaneden hastaneye farklılıklar taşımakla birlikte genel olarak:

1. Kalite politikasının belirlenmesi
2. Stratejik planların hazırlanması
3. Kaliteli hizmet sunumu için çalışanların görev ve sorumluluklarının belirlenmesi
4. Kalite organizasyon yapısının oluşturulması
5. Müşteri tanımının yapılarak hasta ihtiyaç ve beklentilerinin belirlenmesi
6. Hizmet çeşitlerinin belirlenmesi
7. İletişim sisteminin kurulması
8. Kalitenin sağlanması ve değerlendirilmesi için komitelerin kurulması
9. Personelin eğitilmesi
10. Akreditasyon sisteminin kurulması
11. Gelişmiş istatistik sisteminin kurulması
12. Kalite performansının izlenmesi, değerlendirilmesi ve geliştirilmesi
13. İç ve dış müşteri memnuniyeti ölçüm çalışmalarının yapılması
14. Hizmet kalitesinin ölçülmesi
15. Ekip çalışmalarının organize edilmesi
16. Kaliteli hizmete uygun tıbbi cihaz, teknoloji ve malzeme kullanımının sağlanması
17. Rakip hastanelerle karşılaştırma yapılması
18. Örgütsel kültür yapısının biçimlendirilmesi şeklinde sıralanabilmektedir.

5.1.Kalite Politikasının Belirlenmesi

Kalite politikası herhangi bir kuruluşun üst yönetimi tarafından resmi olarak belirlenen ve ulaşılmak istenen kalite düzeyini gösteren, amaç ve hedeflerdir. Belirlenen politikanın müşterilerin beklenti ve ihtiyaçlarına uygun olması, yalnızca üst yönetimin emirleriyle değil çalışanların da katılımı ile geliştirilmesi amaçlanır. Bu şekilde geliştirilen

politikanın en alt seviyedeki çalışanların dahi anlayabileceği bir dilde yazılması ve anlatılarak personelin ilgi ve desteğinin sağlanması, üst yönetimin de ne olursa olsun belirlenen politikaya sadık kalması ve astlarına örnek olması gerektiği vurgulanır.¹¹⁹ Konuya örnek olarak Hava Kuvvetleri Komutanlığı'na bağlı hizmet veren Eskişehir 600 Yataklı Hava Hastanesi baştabipliğinin, TKY çalışmaları dahilinde tüm personeline resmi yazı ile bildirdiği hava hastanesi kalite politikası başlığı altında dört ana amaca işaret edilmektedir. Bunlar;¹²⁰

1.Türk silahlı kuvvetleri personelinin ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin tüm sağlık ihtiyaçlarını, kişilerin beklentileri de göz önüne alınarak, modern tıbbın imkanları ile desteklemek,

2.Uçucu personelin sağlık yönünden her zaman göreve hazır halde bulunmalarını sağlamak, böylece Türk Silahlı Kuvvetleri'nin etkinliğine ve verimliliğine katkıda bulunmak,

3.Tüm klinik ve birimlerde sürekli bir gelişme sağlayarak standartlara uygun daha iyi ve kaliteli çağdaş hizmet vermek,

4.Hizmetlerde düşük maliyetle en yüksek verimi elde etmektir.

5.2. Stratejik Planların Hazırlanması

Etkin kalite yönetimini garanti altına almak için stratejik planlama gereklidir. Stratejik planlama uzun vadede kalite devamlılığını sağlayan sağlık okulları ve hastane gibi sağlık organizasyonlarında kalite inisiyatif ve aktivitelerinin gelişimini garanti altına alan bir yönetim aracıdır. Stratejik plan dört soruya karşılık gelen şu aşamalardan oluşur:

- 1-Mevcut durumun tanımlanması (Şu anda kalite açısından neredeyiz?)
- 2-Vizyon, amaç ve hedeflerin belirlenmesi (Nerede olmak istiyoruz?)
- 3-Hareket planının hazırlanması (İstedğimiz yere nasıl ulaşacağız?)
- 4-Değerlendirmenin yapılması; iki aşamadan oluşur:

¹¹⁹ Atıla BAĞRIAÇIK, **Belgelerle Uygulamalar ISO 9000 Nedir? Nasıl Kurulur?** (İstanbul: Bilim Teknik Yayınevi, 1995), s19-27.

¹²⁰ T.C:Hava Kuvvetleri Komutanlığı 600 Yataklı Hava Hastanesi Baştabipliği Kalite Güvence Başkanlığı'nın 9000-23-98/54 sayılı Kalite Politikası ve Kalite Sloganı ile ilgili resmi yazısı, 26 Mayıs 1998.

- a) İlk aşamaların değerlendirilmesi (İstenilen yere ulaşmakta olduğumuzu nasıl anlayacağız?)
- b) Toplam değerlendirme (İstenilen yere ulaşmış olduğumuzu nasıl bileceğiz?)

Bu yaklaşım hastanelerde, toplum ve eğitim alanlarında; organizasyon genelinde veya bölümler düzeyinde aktivitelerin planlanması için kullanılabilir.¹²¹

5.3. Kaliteli Hizmet Sunumu İçin Çalışanların Görev ve Sorumluluklarının Belirlenmesi

Kalite stratejisi içinde birey ve grupların yerine getirecekleri fonksiyonlar önem taşır ve bu fonksiyonların ayrıntılı şekilde belirlenmesi gerekir.¹²²

- Takım ve departmanların sorumluluk alanları ve görevleri:

- Departmanlarda verilen hizmetlerin kalitesindeki aksaklıkların tanımlanması ve geliştirme için değişikliklerin yapılması,
- Kalite belirleme ve izleme işlemlerine katılarak, gereksinim duyulan enformasyonun sağlanması,
- Yönetime ait kalite planının uygulanmasına ve gelişmesine katkıda bulunulması,
- Hastanenin hastalarına, ziyaretçilere ve toplum üyelerine karşı çizdiği olumlu imajın devamlılığının sağlanması,

-Kalite koordinatörlerinin sorumluluk alanları ve görevleri (Departman yönetim takımları ve üst yönetim ile beraber çalışarak):

- Yönetimin, kalite stratejisinin desteklemesini sağlamak,
- Çalışanların yerel ve ulusal standartların, kalite spesifikasyonlarının farkında olmasını sağlamak ve bunların karşılanmalarını garanti altına almak,
- Hastanenin genel planını destekleyen yönetim ve departman kalite planını hazırlamak,

¹²¹ Alison MORTON - COOPER and Margaret BAMFORD, **Excellence In Health Care Management** (Great Britain: Hartnolls Ltd., 1997), s.90-91.

¹²² Aynı, s.104.

- Çalışanların kalite planını karşılayabilmeleri için gereken, eğitimi tanımlamak,

- Kalite yönetim gruplarına rapor sağlamak,

- Müşteri incelemelerinden elde edilen geri bildirimlerin kaliteyi artırıcı yönde kullanılmasını sağlamak,

- Kalite danışmanlarının sorumluluk alanları ve görevleri:

- Kalite koordinatörleri ve eğitim departmanlarıyla eğitimin tanımlanması ve yürütülmesi için irtibat kurmak,

- Kalite sisteminin tanıtılması ve kalite aktivitelerinin raporlanması,

- Hastane genelinde özel kalite geliştirme aktivitelerinin yapılandırılması, uygulanması ve değerlendirilmesi,

- Kalite koordinatörlüğü departmanına çalışmalarında yardım edilmesi.

- Kalite yürütüm gruplarının sorumluluk alanları ve görevleri:

- Hastanenin kalite strateji ve planlarının geliştirilmesini, uygulanmasını ve değerlendirilmesini koordine etmek,

- Kontratlarda yer alması gereken kalite standartlarının tanımlanmasına ve kabul edilmesine öncülük etmek,

- Kalite belirleme çalışmalarını takiben hasta raporlarının elde edilmesi ve uygun hareketin yürürlüğe girmesinin sağlanması,

- Kalite aktiviteleri için öngörülen eğitimi ve kaynakları tanımlayarak öncelik sırasına koymak,

-Liderlerin sorumluluk alanları ve görevleri:

Liderler bir kurumda TKY çalışmalarını başlatan ve bu çalışmalarda en üst pozisyonda personeli yöneten kişilerdir. Avrupa'daki ve Türkiye'deki bazı özel hastanelerde lider konumunda olan kişiler hastanelerin genel müdürleri olurken, Türkiye'deki kamu hastanelerinde çoğunlukla başhekimler bu görevi üstlenmektedir.

Hastanelerin en büyük sorunlarından biri kalite uygulamalarında neyin ne zaman yapılacağının bilinmemesidir. Bu sorunun çözüm yolu ise hastanede liderlik pozisyonlarının oluşturulmasından geçmektedir. Hastane liderleri, hastane genelindeki

uygulamaları gözetmekle yükümlüdür. Bu liderler bir ticari şirketin işlerini değil hasta bakım faaliyetlerini düzenlediğini hiçbir zaman aklından çıkarmamalıdır. Hastane liderleri departman başkanlarına ve bünyesinde çalışanlara etkili uygulamaların önemini aşlamakla görevlidir. Kalite uygulamalarında daha etkili olmak için bu liderler organizasyonun ürettiği çıktılara daha fazla dikkat göstermelidir.¹²³

Hastanelerde liderlerin sorumlulukları ve görevleri şu şekilde sıralanmaktadır:¹²⁴

1.Kendine bağlı kurumlar içerisinde nitel ve nicel tüm kalite uygulama standartlarının oluşturulmasını sağlamak, (Laboratuvarların hızlı ve doğru tahlil sonuçları üretip üretmediği, ameliyathane enfeksiyon oranlarının kabul edilebilir sınırlar içinde olup olmadığı, iç hastalıkları tedavilerinin kritik düzeyde hasta olan insanların iyileşmesine katkıda bulunup bulunmadığı gibi alanlarda).

2.Departmanların kalite standartlarını belirlenmek (bu standartlar finansal performans ve müşteri ilişkilerine ait performanslarla ilgilidir.), çalışanların bu standartları tam olarak anlamalarını ve yürürlüğe koymalarını temin etmek için uygun politikaların, prosedürlerin ve eğitim programlarının oluşturularak, belirlenen politikaların uygunluğunu ve çıktıları üreten ekipmanın tatmin edici olup olmadığını, tespit etmek, ayrıca eğitim programlarının istenilen sonucu verip vermediğini kontrol etmek.

3.Liderlerin önemli görevlerinden bir diğeri de hangi çalışmaların ne kadar sıklıkla izlenip denetleneceğine karar vermektir. Bu izleme iki biçimde gerçekleşir: a) Nicel çıktıların izlenmesi (Tıbbi müdahale hata oranları, laboratuvar sonuçlarının ulaşma süresi, röntgen testlerinin tekrar oranları) b) Nitel çıktıların izlenmesi (Hastane personelinin hastaya güleryüzlü, sert, sinirli, anlayışlı yaklaşım tarzları)

4.Departman başkanlarının hazırladığı aylık raporları incelenmek (Bu raporlar departmanların finans ve uygulamalarının anahtar standartlarına dayanarak yapılandırılmış, finansal ve yönetsel raporların bir kombinasyonudur.)

5.Hizmet kalitesini sürekli kontrol etmek (Günlük gözlemler, doktorlar ve sağlık personeline daha da önemlisi hastalara sorulacak günlük sorular ile gerçekleşir.)

¹²³ Michael E. RINDLER, *Putting Patients and Profits into Perspective* (Chicago: Pluribus Press, 1987), s.72.

¹²⁴ Aynı, s.74 – 78.

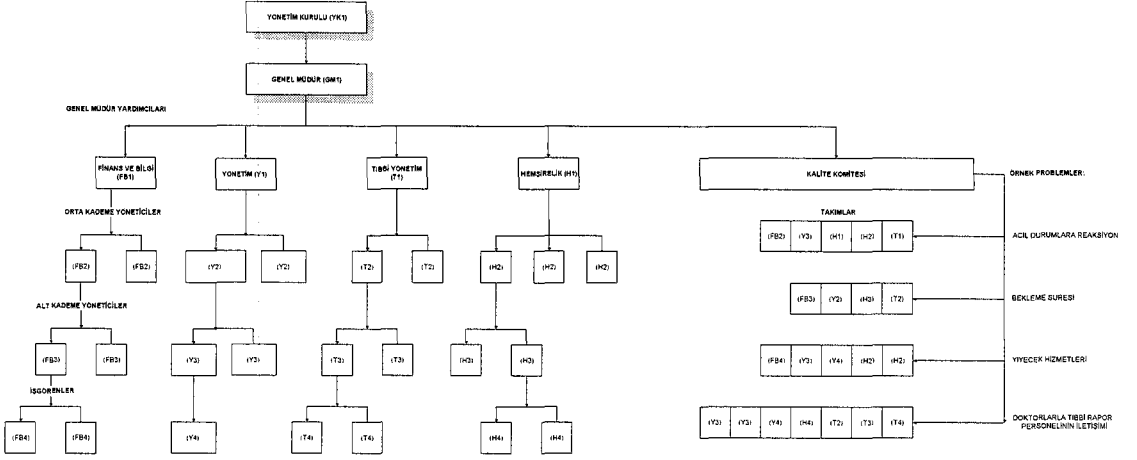
6.İzleme tekniklerini kullanarak planlama yapmak (Vak’a raporları, iç hizmet programlarında ve sistem değişikliklerinde oluşacak hataları en aza indirmek için kullanılabilir.)

7.Hasta banyolarının temizliği, laboratuvar testlerinin doğruluğu ve hastanın ihtiyacı olduğu anda hasta bakıcı personelin yaklaşımlarıyla doğrudan ilgilenmek.

5.4.Kalite Organizasyon Yapısının Oluşturulması

Sağlık hizmet organizasyonlarında fonksiyonel, bölümsel ve matriks gibi tipik organizasyon yapılarının yanı sıra, son yıllarda TKY anlayışı ile birlikte paralel yapı adı verilen, yeni bir organizasyon yapısı kullanılmaya başlanmıştır. Paralel yapı genel olarak organizasyonlardaki iş hayatı kalitesinin artırılması ve yürürlüğe girmesini sağlayan bir mekanizma olarak ortaya çıkmıştır. Paralel organizasyon yapısı şekil 4’te de görüleceği gibi iki bölümden oluşmaktadır. Şeklin solunda yer alan birinci bölüme fonksiyonel bölüm adı verilmekte ve bu bölüm, organizasyondaki rutin, bürokratik ve fonksiyonel çalışmaların yürütülmesiyle görevli bulunmaktadır. Şeklin sağında yer alan ve kalite komitesi ile kalite takımlarını gösteren ikinci bölüm ise paralel bölüm olarak adlandırılmaktadır. Paralel bölüm fonksiyonel bölüm çalışanlarının karışımından oluşan takımlardan meydana gelmekte ve problem çözümleri ile ilgilenmektedir.. Organizasyonda bulunan bu paralel yapı, bürokratik yapıyı düzenleyen üyeler arasından seçilmiş kişiler tarafından oluşan kalite komitesi tarafından yönetilir. Kalite komitesi geliştirmenin yapılacağı iş süreçlerinde, sürekli kaliteyi geliştirme ve toplam kalite takımlarının nerede görev alacağını belirlemekle yükümlüdür. Paralel dizayn bireysel katılımcılığı artırırken, organizasyonda kararların alınmasında çalışanlara daha fazla fırsat tanır. Yine bu yapı çalışanlara organizasyon çalışmalarında kendilerinin de pay sahibi olduğu inancını aşılayarak, motivasyonlarını da artırır, sonuç olarak performansta ve kalitede artış sağlar.¹²⁵

¹²⁵ Stephen M. SHORTELL and Arnold D. KALUZNY, **Health Care Management: Organization Design and Behavior** (New York: Delmar Publishers Inc, 1994), s.256; Kurt DARR and Conathon S. RAKICH, **Hospital Organization and Management: Text and Readings** (Maryland: National Health Publishing, 1989), s.107.



Şekil 4: Hastanelerde TKY Organizasyon yapısı (Paralel Dizayn)

Kaynak: Stephen M. SHORTELL, *Health Care Management: Organization Design and Behavior*, s.257.

5.5. Müşteri Tanımının Yapılarak, Hasta İhtiyaç ve Beklentilerinin Belirlenmesi

İşletmeler için müşterinin kim olduğunun bilinmesi çok önemlidir. Çünkü geniş anlamıyla müşteri, ya o gün için işletmenin ürününü kullanan, ya da gelecekte kullanacak olandır. Bu yöndeki bir tanımla hastaneler bir çok müşteriye sahiptir. Bunlar doktorlardan hastalara, aile üyelerine, ziyaretçilere ve gönüllülere kadar sınıflandırılabilir. Hastanelerin iç düzenine baktığımızda da her bölüm bir diğer bölümün müşterisidir. Bölümler üç tane birincil müşteriye sahiptir. Bunlar; hastalar, sağlık hizmetleri verenler ve diğer departmanlardır. Hemşireler, hastalara yarar sağlayıcı hizmet verirler ve bu yüzden onların direk müşterileri doktorlardır. Bu örnekten de anlaşılacağı gibi çalışanlar dolaylı olarak son müşteriye yani hastaya hizmet ederler. Müşteri beklentilerinin belirlenmesinde önemle üzerinde durulması gereken konu, müşteri gruplarının belirli birkaç yolla birbirinden ayrılarak sınıflandırılabilmesinin mümkün olmasıdır. Bir hastanede kadın doğum servisine başvuruda bulunan hastalarla, kardiyoloji servisine başvuruda bulunan hastalar farklı beklentilere sahiptirler. Hastanın tanınması beklenti ve ihtiyaçlarının belirlenmesine bağlıdır. Çünkü beklentiler müşteri memnuniyetinin sağlanmasında birer anahtardır. Hastaların genelde en büyük tasası maliyettir ve tıbbi bakımdan bekledikleri tek şey kalitedir. Hastalar kendilerine hizmet veren insanların ne kadar iyi olduklarını bilemezler. Hizmet kalitesini tanımlamada, hastalar üç yola başvururlar. Bunlardan

birincisi bilgi edinme, ikincisi nezaket, üçüncüsü ise hassasiyettir. Hassasiyet çok önemlidir. Her hastanın düşüncesine göre kendisinin ihtiyaçlarının karşılanması, çalışanların başlıca görevidir. Hastalara çalışanların başka işlerle de veya başka hastalarlada ilgilenmek zorunda olduğunu, sürekli kendileriyle ilgilenmelerinin mümkün olmadığını anlatmak çok güçtür. Bu nedenle her hastanın durumuna göre kendilerine ayrı hassasiyet ve özen gösterilmelidir.¹²⁶

5.6. Hizmet Çeşitlerinin Belirlenmesi

Hizmet çeşitlendirmesinin ana amacı, hastaların ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanmasıdır. Hizmetler müşteri beklentilerini ne kadar iyi derecede karşılar, sadece müşteriler memnun olmakla kalmayacak, aynı zamanda hizmetlerin kalitesinin devamı da sağlanacaktır. Hastane hizmetleri birincil hizmetler ve ikincil hizmetler olmak üzere iki kısımdan oluşur. Birincil hizmetler ilaç tedavisi, tıbbi bakım, ameliyat, diyet planlaması, egzersiz programları vb'dir. İkincil hizmetler ise hastanın misafir edilmesi sırasında ihtiyaç ve isteklerinin karşılandığı hal ve hareketleri içerir. Bu davranışlar, hasta bakıcıların gerekli ilgiyi göstermesi, hastanın anlaşılabilir terimlerle durumu hakkında bilgilendirilmesi ve hastane içindeki rahatını kapsar. Hastanenin herşeyden önce, hastaya önem verdiğini ve kendisine ciddiyetle hizmet verildiği imajını yaratması gerekir. Örneğin düşük kolesterolü yiyeceklerin verilmesi ve açık kalp ameliyatlarında kapalı devre televizyonların kullanılması, kalp hastalarının bakımında, hasta için ciddi girişimler olarak kabul edilebilir.¹²⁷

5.7. İletişim Sisteminin Kurulması

İletişim sistemleri, toplam kalite yönetim kavramlarının anlaşılmasını sağlayarak, kalite değer ve vizyonlarını sağlamlaştırmakta aynı zamanda takım çalışmasını destekleyerek katılımcılığı güçlendirmektedir. Kalitenin anlaşılmasını sağlamak için

¹²⁶ Kristine PETERSON, *The Strategic Approach to Quality Service in Healthcare* (Marylan: Aspen Publishers, 1988), s.28.

¹²⁷ Aynı, s.52.

organizasyon bünyesinde değişik iletişim kanalları kullanılabilir. Gazeteler, bülten panoları, ilan panoları, yeni çalışmaya başlayan personele uygulanan uyum programları, eğitim çalışmaları, şirket bünyesinde takım liderleri ve çalışanların katılımıyla gerçekleştirilen toplantılar kullanılan iletişim kanallarından bazılarıdır. İyi kalitede bir iletişim sisteminin oluşturulması toplam kalite yönetim sürecinde önemli bir basamaktır. Etkin bir iletişim planında bulunması gereken beş aşama vardır. Bunlar;¹²⁸

- İletişim içeriğinin belirlenmesi,
- İletişim kanallarının seçilmesi,
- İletişimin zamanlanması ve sürekliliğinin sağlanması,
- Bilgi kaynaklarının belirlenmesi ve elde edilmesi için gerekli çalışmaların yapılması,
- İletişimin değerlendirilmesi.

İletişim içeriğinin belirlenmesi- İletişim sisteminin içeriğinde bulunması gereken ilk ve en önemli konu organizasyonun kalite konusunda yapmış olduğu çalışmaların görünümüdür. Stratejik plan içindeki kalite hedefleri, toplam kalite yönetimi uygulama planı, gelişimle sağlanan ilerleme, uygulayıcıların atanması, karşılaşılan aksaklıklar ve müşteri geribildirimleri de içerikte bulunması gereken diğer önemli konulardır.

İletişim kanallarının belirlenmesi- Organizasyonda iletişim kanallarının belirlenmesinde dikkate alınması gereken ilk konu bilginin çabuk elde edilmesi ve akıcı olmasının sağlanmasıdır. Bu işlevin gerçekleşmesinde organizasyona yardımcı olacak en iyi kanalın seçilmesi üst yönetimin görevidir. Yeni bilgilerin iletilmesinde klasik iletişim kanallarının haricinde, yapılan çalışmalarla ilgili bilgileri içeren raporların, zarflarla çalışanlara verilmesi veya video monitörlerin kullanılması etkili olmaktadır.

İletişimin zamanlaması ve sürekliliğin sağlanması- Bilgilerin paylaşımı, sürekli öğrenim, uygulamada sürekli başarı ve ödüllendirme ancak iletişimin zamanlanması ve sürekliliğinin sağlanmasıyla mümkündür. Üstün başarı gösteren personel zamanında ödüllendirilmeli, çalışmalara yönelik bilgiler de geciktirilmeden çalışanlara iletilmelidir. Çalışanlarla üst yönetim arasındaki iletişim kanallarında mesajların iletilmesinde aksamalara ve kesintilere neden olmayacak bir kanal yapısı oluşturularak iletişimin

¹²⁸ Mara MINERVA MELUM and Marie KUCHURIS SINIORIS, *Total Quality Management: The Health Care Pioneers* (USA: American Hospital Publishing, Inc., 1992), s.229-230.

sürekliliği sağlanmalıdır. Kalite performansının belirlenmesinde de iletişim zamanlaması önem kazanmaktadır. Süreçte karşılaşılabilecek bir probleme anında müdahale edilebilmesi ve organizasyonda gerçekleştirilecek yeniliklerin de müşterilere ve çalışanlara zamanında iletilmesi, ancak iletişimin zamanında kurulması ve kullanılmasıyla mümkündür.

Bilgi kaynaklarının tespiti ve kullanımı için gerekli çalışmaların yapılması- Toplam kalite yönetiminin en önemli konusu yöneticilerin anında karar almasını sağlayacak olan bilgi kaynaklarının elde edilmesi ve raporlanmasıdır. Organizasyonda yöneticilerin ihtiyaç duyacağı kritik bilgilerin elde edilmesi için etkin raporlama sisteminin kurularak hızlı ve düzenli iletişimin sağlanması gerekmektedir.

İletişimin değerlendirilmesi- Organizasyonlar sürekli olarak iletişimlerinin etkinliğini işgücünden geri bildirim sağlayarak geliştirmelidir. Bunu yaparken organizasyon yöneticileri çalışanların şirket içinde yapılan çalışmalardan haberdar olup olmadıklarını tespit etmede anket formlarından yararlanarak, organizasyondaki mevcut iletişim hakkında fikir sahibi olmaktadır.

5.8. Kalitenin Sağlanması ve Değerlendirilmesi İçin Komitelerin Kurulması

Hastane hizmetlerinin kalitesinin yüksek olması, hastaların zamanında tedavi edilmeleri ve iyileşmeleriyle doğrudan ilgilidir. Kalite değerlendirme ise, verilen hizmetlerde kalite sağlamada istenen düzeye erişilip, erişilemediğinin belirlenmesidir. Gelişmiş ülkelerdeki hastanelerin çoğunda kalite sağlama ve değerlendirme programları yürütülmektedir. Bu tür programların yürütülmesi komiteler vasıtası ile gerçekleştirilmektedir. Hastanelerde bulunacak olan komite sayısı, hastanelerin büyüklüğüne ve türüne göre değişebilir, ancak her hizmet için bir komite kurulması hastane hizmetlerinin kalitesini artıracaktır. Herhangi bir kalite yönetim programının başarısı sadece komite sistemine değil aynı zamanda hastane personelinin, sistemin işleyiş ve uygunluğu konusunda yeterince bilgilendirilmesine de bağlıdır. Bu nedenle hastanelerdeki komitelerin etkin bir şekilde görev yapabilmesi için personelin komitelerin amacı hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir.¹²⁹

¹²⁹ Huriye ÇATALCA, "Hastane Hizmetlerinde Kalite Sağlamada ve Değerlemede Komitelerin Rolü", Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fak. Dergisi (C.1, S.1, 1994), s.13.

Hastanelerde bulunması gereken komiteler şunlardır;¹³⁰

•**Özlük hakları komitesi (Credentials committee):** Personelin yıllık haklarının değerlendirilmesinden sorumludur.

•**Personel alımına danışmanlık komitesi (Medical appointments advisory committee):** Hastaneye yeni alınacak olan tıbbi personelin atamalarına danışmanlık yapar.

•**Sağlık bakım komitesi (Quality of care committee):** Klinik bakım kalitesi için gereken kalite yönetim komitelerinin çalışmalarından sorumludur. Sağlık bakım komitesine bağlı çalışan komiteler şunlardır;

-**Kalite ölçme ve değerlendirme komitesi (Quality assessment/measurement committee):** Kalite ölçümüne ilişkin bir dizi aktiviteden sorumludur. Hasta memnuniyet tetkikleri, şikayetlerin raporlanması, kalitenin denetimi gibi.

-**Politika geliştirme komiteleri (Practice policies committee):** Hastanenin ihtiyaç duyduğu, pratik politikaların geliştirilmesinden sorumludur.

-**Tıbbi kayıt komitesi (Medical record committee):** Klinik bilgilerin kayıt edilmesi ve saklanmasıyla ilgili tüm aktivitelerden sorumludur. Hasta bakım verilerinin istendiği zaman yönetime iletilmesi ve kalite güvence sistemine uygun kayıt işlemlerinin yürütülmesi de yine bu komite sayesinde gerçekleştirilir.

-**Özel çalışma komitesi (Special studies committee):** Bu komite bakım çalışmalarının kalitesinden sorumludur ve bu çalışmalar içerisinde enfeksiyon tanımlarının yapılması da yer alır.

-**Enfeksiyon kontrol komitesi (Infection control committee):** Hastanenin, enfeksiyondan arındırılması amacıyla yapılan çalışmalardan sorumludur. Ayrıca bu komite sterilizasyon çalışmalarıyla ilgili prosedürlerin hazırlanmasına da danışmanlık yapar.

•**Teknoloji kullanım ve araştırma komitesi (Services technology and research committee):** Bu komite teknolojiyi elde etme ve kullanma politikalarını, prosedürlerini ve protokollerini geliştirir. Kullanılan teknolojinin değerlendirilmesine rehberlik eder. Mevcut teknolojinin verimli kullanılmasını sağlarken, yönetici sınıfında bulunan personele de teknoloji konusunda danışmanlık yapar.

¹³⁰ WILSON and GOLDSCHMIDT, a.g.e, s.473.

•**Klinik destek komitesi (Clinical support committee):** Laboratuvar ve eczane servislerinin kalitesinden sorumludur. Ayrıca eczane (ilaç) ve ameliyathane kullanım komitesinde bu komiteye bağlı olarak çalışmalarını sürdürür.

-**Eczane (İlaç) komitesi (Pharmacy committee):** Hastanedeki tüm ilaçların dağıtımı, stoklanması ve kontrolüne ilişkin kararlardan sorumludur.

-**Ameliyathaneleri kullanıma hazır bulundurma komitesi (Operating theatre committee):** Ameliyathanelerin verimli kullanımından sorumlu komitedir.

•**İdari komite (Housekeeping/administration committee):** Çamaşırhane, ev idaresi yönetimi, personel ve finans alanlarını içeren servislerin kalitesinden sorumludur.

•**Çalışanların sağlık ve güvenliğinden sorumlu komite (Occupational health and safety committee):** Tüm çalışanların çalışma güvenliğinin ve sağlığının korunmasından sorumlu komitedir.

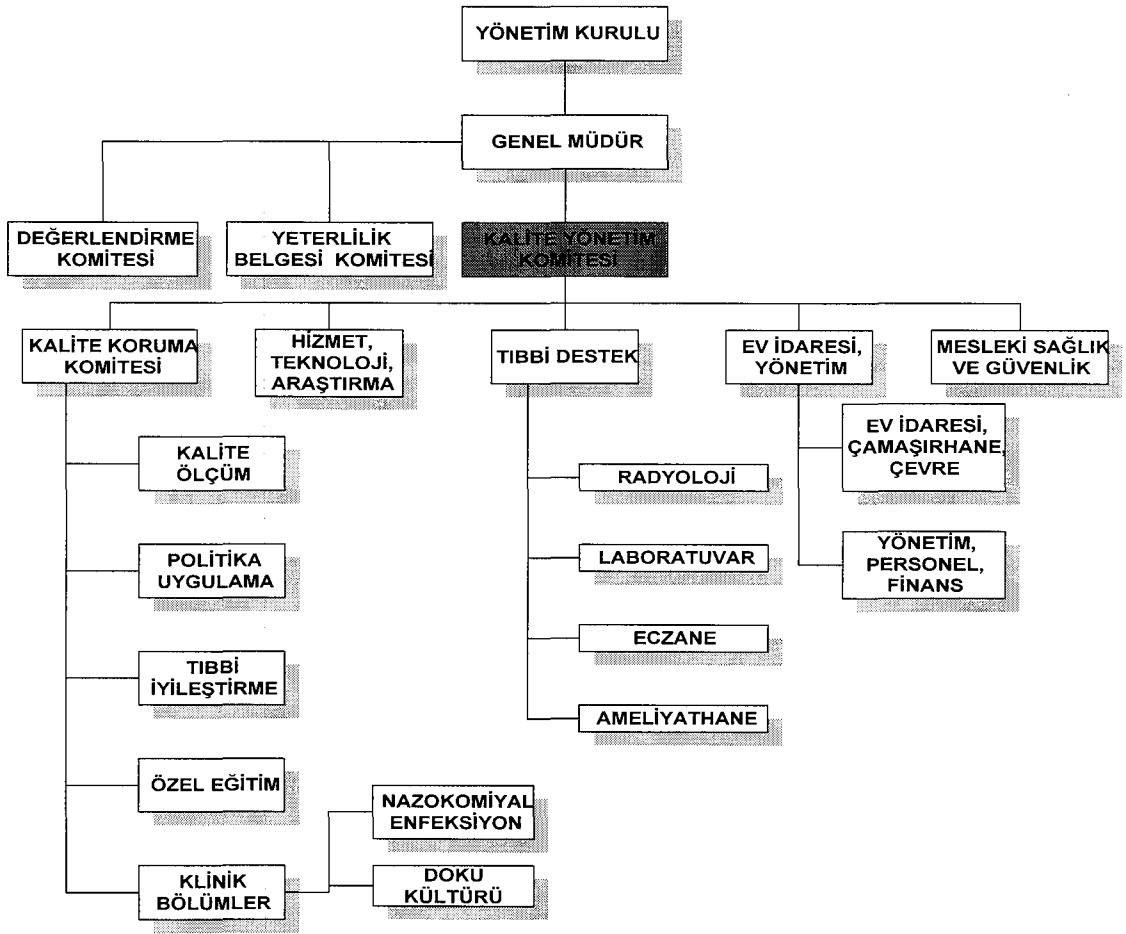
•**Kalite yönetim komitesi (Quality management committee):** Hastanelerde bulunması gereken en önemli komitedir. Şekil 5’de de görüleceği üzere yönetim kurulu ve genel müdürün bulunduğu hastanelerde genel müdüre bağlı olarak çalışır. Hastanede verilen tüm hizmetlerin kalitesinden ve koordinasyonundan sorumludur. Kalite yönetim komitesinin görevleri on başlık altında toplanır. Bunlar;¹³¹

- 1.İdari ve diğer yönetici personelin hareketlerine yön vermek,
- 2.Üst kurula ve yöneticilere danışmanlık yapmak,
- 3.Hastane genelinde kalite güvencesi, risk yönetimine ilişkin plan ve politikaları belirleyerek, bütün kalite yönetim aktivitelerini idare etmek,
- 4.Departmanlar ve bölümler arasındaki mevcut problemlerin çözümünü ve iletişimini sağlamak,
- 5.Klinik kalite aktivitelerinden, tüm hastane çalışanlarını haberdar etmek,
- 6.Kalite yöneticisinin ve kalite departmanları çalışmalarının, tüm personele bildirilmesini sağlamak,
- 7.Diğer oluşturulmuş komitelerden alınan, çalışma sonuçlarının kalite güvencesine alınmasını sağlamak,
- 8.Kalite yönetiminin tüm yönleri ile birlikte mali verimliliğini artırmak,

¹³¹ WILSON and GOLDSCHMIDT, a.g.e, s.476.

9.Hasta bakım kalitesi ve kalite yönetim aktiviteleriyle ilgili, diğer departmanlardan, bölümlerden ve kalite idarecisine bağlı alt komitelerden gelen raporları toplamak, incelenmek ve üzerinde gerekli çalışmaları yapmak,

10.Departman başkanlarına, kalite yönetimi ve kalite güvencesiyle ilgili yöneticilere, rehberlik ve danışmanlık yaparak onları desteklemek.



Şekil 5: Organizasyonda Kalite Yönetim Komitesinin Yeri

Kaynak: Lionel WILSON, Peter GOLDSCHMIDT, *Quality Management In Health Care*, s.474.

5.9. Personele Kalite Eğitimlerinin Verilmesi

Çalışanların eğitim ve öğretimi işletmenin her bölümü için önemlidir. TKY kapsamında çalışanlar kendi işlerine yönelik fonksiyonlarla birlikte kalitenin nasıl geliştirileceği konusunda da eğitime tabi tutulurlar. Verilen eğitimler sorunların çözülmesi ve süreçlerin geliştirilmesi esnasında kullanılacak olan neden-sonuç, pareto

ve akış şemaları ile beyin fırtınası teknikleri üzerinde yoğunlaşır. Personele önce teorik olarak verilen bu teknikler yardımıyla hastanede gözlenen birkaç problem çözüme kavuşturularak eğitimin pratik kısmı da tamamlanmaktadır.¹³²

Bir hastanede toplam kalite yönetimi ile ilişkili olarak verilecek olan eğitim programının en önemli amacı, hizmet sunum standartlarının ve ilkelerinin öğretilmesidir.¹³³ Hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinin verimli, kaliteli, süratli ve ekonomik bir şekilde yerine getirilebilmesi için en önemli üretim faktörü olan emeğin, yani personelin sürekli eğitimi şart koşulmaktadır. İnsan ancak yeterli bir eğitim, öğretim ve gelişmeden sonra değerli bir üretim faktörü ve örgütün önemli bir verimlilik etkeni olmaktadır. Verimlilik programlarının etkinliği, işgücü ve yöneticilerin kalitesine bağlıdır. Günümüzde insan kaynaklarının eğitimi, sürekli değişen ihtiyaçlara yönelik uygun becerilerin işgücüne kazandırılması, verimliliğin, üretim ve kalitenin artırılması konularında daha önemli hale gelmiştir.¹³⁴ Bu nedenle çalışanların kısa sürede örgütün verim ve kalitesine katkı sağlayacak şekilde hızla eğitilmesi gerekmektedir. Gerçekleştirilecek olan eğitimin amacı veya elde edilmek istenen sonuçlar şunlardır;¹³⁵

- Sürekli iyileştirme çabasına girilmesi
- Kalite düşüncesinde sınırsızlığın hakim olması
- Hatalı hizmet veya üretimin azaltılması
- İş yöntemlerinin geliştirilmesi
- İşgücü devir hızının azaltılması
- İşbirliği ve koordinasyonun kolaylaştırılması
- Fazla mesai giderlerinin azaltılması
- Bakım ve onarım giderlerinden tasarruf sağlanması
- İş kazalarının azaltılması
- Çalışanların morallerinin yükseltilmesi

¹³² Anthony R. KOVNER and Duncan NEUHAUSER, **Health Services Management** (Michigan: Health Administration Press, 1994), s. 211-212.

¹³³ Ayşe Dervişoğlu ve Arzu Köseli, "Sağlık Hizmetlerinde Teknik Eğitim", **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu-Bildiriler** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 1994), s.153.

¹³⁴ Vedat Işıkhhan, "Hastanelerde İşgücü Verimliliğinin Artırılmasında Eğitimin Rolü", **Kalkınmada Anahtar Dergisi** (Ankara: S.104, 1997), s.9.

¹³⁵ ERSEN, a.g.e, s.119.

- Değişen çevre koşullarına kısa sürede uyum sağlanması

Kalite geliştirme programında, sürekli başarının sağlanabilmesi için, kalitenin kritik öneminin anlaşılması, belirlenen programların yüksek kapasitede uygulanabilmesi, gerekli teknik ve metodolojiler üzerinde hakimiyete sahip olunması gerekmektedir.¹³⁶

Toplam kalite eğitiminin organizasyonunda kurumlar genellikle, organizasyon dışındaki danışmanlardan faydalanmaktadırlar. Bu tür eğitimlerin sürekliliğinin sağlanmasında kurum dışından gelen danışmanların yanısıra, kuruluş içinden de bu fonksiyonu sahiplenecek ve sürekliliğini sağlayacak bir ekibin oluşturulması işletmelere büyük yarar sağlamaktadır. Eğitim müfredatının çalışanların ihtiyaç ve beklentilerine uygunluğunun sağlanması amacı ile ölçüm ve analiz çalışmalarının yapılması gerekmektedir. Eğitim programlarının içeriğinde toplam kalite yönetimi, felsefesi ve metodolojisi konularının ayrı ayrı ele alınması gerektiği ve bu konuların sağlık sektöründen verilecek örneklerle desteklenmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır. Toplam kalite yönetimi felsefesi ile ilgili olarak kaliteli hizmet ve müşteri memnuniyetinin sağlık hizmetlerindeki önemi konuları, metodoloji ile ilgili olarakda istatistiksel kalite kontrolü ve araçları ile kalitenin sürekli iyileştirilmesi süreçleri en çok üzerinde durulması gereken konular olarak belirtilmektedir.¹³⁷

Türkiye’de kalite güvence sisteminin ilk aşaması olarak kabul edilen eğitimlerde, TSE’nin eğitim notları ve kitapları kullanılmaktadır. Bu eğitim not ve kitaplarının ana başlıkları, TS-ISO 9000 Kalite Sistem Dokümantasyonu, İç Kalite Tetkiki, İstatistiksel Proses Kontrol ve Kalite Güvencesi Yönetiminden oluşmaktadır.

İşletmelerin organizasyon yapılarına, ürettikleri ürün veya hizmet türüne, üretim süreçlerine göre farklılık gösterebileceği dikkate alınarak, personele verilen temel eğitim konuları ise işletmenin tanıtımı, beceri eğitimi, kalite sistemi, işgüvenliği, sürekli iyileştirmede kullanılan teknikler ve araçlar olarak belirtilmektedir.¹³⁸

¹³⁶ ERSEN, a.g.e., s.120.

¹³⁷ İbrahim ERDOĞAN, “Sağlık kuruluşlarında Toplam Kalite Eğitimlerinin Organizasyonu”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu-Bildiriler**, (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları 1996), s. 56.

¹³⁸ Ridvan BOZKURT ve Aynur ODAMAN, **ISO 9000 Kalite Güvence Sistemleri** (Ankara: MPM Yayınları, no: 549, 1996), s. 101.

5.10. Akreditasyon Sisteminin Oluşturulması

Akreditasyon, hastanelerde ve diğer sağlık bakımı verilen kuruluşlarda, hizmet kalitesi standartlarının oluşturulması, izlenmesi, denetlenmesi ve geliştirilmesidir.¹³⁹

Hastane hizmetlerinin standartlaştırılması uygulamasının yaygın olduğu ülkelerden ABD’de hastanelerdeki hasta bakımı kalitesinin, güvenliğinin izlenmesini ve denetlenmesini sağlayan ilk standartlar 1913 yılında American College of Surgeons adlı kuruluş tarafından gerçekleştirilmiştir. 1951 yılında, American College of Surgeons, American Medical Association ve American Association birleşerek, Joint Commission on Accreditation of Hospitals adlı akreditasyon kuruluşunu meydana getirmiştir. 1989 yılında bu kuruluşun adı, sağlık sektöründe daha geniş bir alanda hizmet sunabilmesi amacı ile Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) olarak değiştirilmiştir. Bu kuruluşun amacı hastanelerde ve sağlık bakımı veren kuruluşlarda, hizmet kalitesi standartlarını oluşturmak, izlemek ve denetlemektir. Akreditasyon uygulamalarında, 1960’lı yıllarda, yaşam güvenliği ve tıbbi kadro standartları ile kalite güvencesi odaklı yaklaşımlar, 1970’li yıllarda da spesifik tanı ve prosedürler ile ilgili standartlar ağırlık kazanmıştır. 1980’li yıllarda ise maliyet kontrolüne odaklı standartlar uygulanmıştır. JCAHO 1987 yılında “Agenda for Change” isimli reform niteliğindeki yönetmeliği yayınlarak, sağlık hizmetleri kalitesinin sürekli iyileştirilmesine odaklanan akreditasyon uygulama sürecini başlatmıştır. 1994 yılında tamamlanan yeniden yapılanma dönemi ile JCAHO tarafından akredite edilen kuruluşlara, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin ağırlıklı olduğu programların hazırlanması sağlanmıştır. JCAHO, 1.1.1994’ten sonra akredite olan kuruluşlara yönelik, hasta hakları, anestezi, beslenme-diyetetik, rehabilitasyon, hasta-aile eğitimleri, stratejik planlama, personelin yeterliliğinin değerlendirilmesi gibi alanları kapsayan bir performans raporu da hazırlamaya başlamıştır. Türkiye’deki özel hastanelerden Bayındır Tıp Merkezi’nde, sağlık hizmetleri sunan kuruluşlarda süreçlerin yönetimi için ISO 9000 standartlarının gerekli olmakla birlikte tek sistem olarak yeterli olmadığı görülmüş, bunun üzerine Bayındır Tıp Merkezi Kalite

¹³⁹ İlyas GÖĞEBAKAN, “Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirilmesi Sempozyumundan Özümlemeler”, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, (İstanbul: S:3, 1997), s.51.

Konseyi, 1996 yılından itibaren ISO 9000 ve akreditasyon standartlarını birarada yürütmeye karar vererek, JCAHO'nun 1996 yılı standartlarını temel almıştır.¹⁴⁰

ABD'de hastane organizasyonlarında sağlık standartlarını gözden geçirme komiteleri yer almaktadır. Bu komiteler verilen sağlık hizmetlerinin standartlara uygun olup olmadığını denetlemektedirler. Yapılan denetlemelerde kullanılan genel kabul görmüş standartlar şunlardır;¹⁴¹

1.Hastanelerde ortalama kalış süresi (Kısa süreli, genel hastanelerde):

Ortalama kalış süresi 6-10 gün arasında, yatak işgal oranı ise % 80-85 arasında olmalıdır.

2.Kaba ölüm oranı ve net ölüm oranı: Kaba ölüm oranının % 3'ü, net ölüm oranının ise % 2,5'u geçmemesi gerekir.

3.Enfeksiyon oranı: %1-2'yi geçmemelidir.

4.Anestezi ölüm oranı: Beşbinde bir'i geçmemesi gerekir.

5.Gereksiz ameliyat oranı: % 3-4'ü geçmemelidir.

6.Otopsi oranı: En az % 25 olmalıdır.

7.Ameliyat sonrası ölüm oranı: % 1'den az olmalıdır.

8.Anne ölüm oranı: Binde ikibuçuktan az olmalıdır.

9.Bebek ölüm oranı: % 2'yi geçmemelidir.

2.5.11. Gelişmiş İstatistik Sisteminin Kurulması

Ölçüm ve istatistik toplam kalitenin vazgeçilmez parçalarıdır. Günümüzde bilgiye ve istatistiğe dayanmayan bir hizmet düşünülememektedir. Bu nedenle sağlık hizmetleri içinde istatistik, hizmetin önemli bir parçası ve tamamlayıcısıdır.¹⁴² Kalite güvence sistemi ve toplam kalite yönetiminin teknik boyutu istatistiksel kalite kontrolü tekniklerinden oluşmaktadır. Günümüzde yöneticiler birkaç veriye bakarak karar vermek durumunda değillerdir. Karar verme aşamasında bir dizi verinin derlenmesi ve uygun

¹⁴⁰ İbrahim ERDOĞAN, "Sağlıkta Akreditasyon ve ISO Standartları", **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu-Bildiriler** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 1998), s.205.

¹⁴¹ Kadir SÜMBÜLOĞLU, **Sağlık Alanına Özel İstatistiksel Yöntemler**, (Ankara: Özdemir Yayıncılık, 1994), s.185 - 195

¹⁴² Ali Tekin ÇELEBİOĞLU, "Sağlık Hizmetlerinde İstatistiki Bilgi Yönetiminin Dünü ve Bugünü", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu-Bildiriler** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 1996), s.25.

araçlar haline getirilerek analiz edilmesi gerekmektedir. Bu nedenle gelişmiş istatistik sisteminin kurulması zorunlu görülmektedir.

5.12. Kurumsal Kalite Performansının İzlenmesi, Değerlendirilmesi ve Geliştirilmesi

TKY’de üzerinde önemle durulan konulardan biri de hastane genelinde, departmanlar ve servisler bazında gösterilen performans düzeyleridir. Performans düzeyleri yüksek olan hastaneler kaliteli hizmet verebilmektedirler. Hastane yönetimlerinin en önemli görevi hastanenin hizmet performansını yüksek tutmaktır. Bunun için TKY’ni hastanelerinde uygulayan yöneticiler öncelikle kurumlarında performans yönetim sistemi oluşturmakta daha sonra bölüm bazında ve hastane genelinde performans standartlarını belirlemekte, son olarakta performansın geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapmaktadırlar.

5.12.1. Performans Yönetim Sisteminin Oluşturulması

Hastane hizmetlerinde performansın ölçülmesi, geniş anlamda tedavi, bakım ve müdahale süreçlerinde etkin, uygun ve doğru işlevlerin hastalara zamanında, güvenli, devamlı, verimli ve saygılı bir şekilde sunulup sunulmadığının değerlendirilmesidir.

Toplam kalite yönetimi çerçevesinde etkin bir performans yönetim sistemi oluşturulmalıdır. Klasik uygulamalarda performans değerlendirmesi çoğu zaman yöneticiler ve çalışanlar için stres kaynağı oluşturabilmektedir. Gerçek anlamda ise performans yönetim sisteminin amacı, kuruluştaki amaçların ve stratejilerin çalışanlara iletilmesi ve paylaşımı ile kurumsal kültür ve amaç birliğinin oluşturulmasıdır. Toplam kalite yönetimi, performans yönetim süreci beş ana noktaya dikkat çeker. Bunlar kurumsal hedef ve stratejilerin açık olarak belirlenmesi, yatay organizasyon modeli ve açık iletişimin sağlanması, sürece çalışanların katılımının sağlanması ve sürecin ödül-

motivasyon-eğitim sistemleri ile desteklenmesidir. Bu anahtar noktalara işlerlik kazandıran organizasyonlar örgüt performanslarını artırmaktadırlar.¹⁴³

5.12.2.Performans Standartlarının Belirlenmesi

TKY uygulayan hastanelerde kalite indikatörleri adıyla da anılan performans standartlarının oluşturulma amacı, kurum genelindeki kalite performansının daha önceden belirlenmiş standartlara (ulusal\uluslararası\kamusal) ve hedeflere uygunluğun değerlendirilmesini sağlayan bir sistemin kurularak, iyileştirmeye açık olan alanların belirlenmesi bu alanlarda gerekli iyileştirmelerin yapılması ile elde edilen sonuçların izlenebilmesidir. Kalite performansının izlenmesi ve iyileştirilmesine yönelik çalışmalarda hastane genelinde ve birimler bazında performans standartları belirlenmektedir. Hastane genelinde belirlenen bazı standartlar şunlardır.¹⁴⁴

1. **Nazokomiyal enfeksiyon oranı:** Hastane yönetimince belirlenen ve görülmesi beklenen enfeksiyon yüzdesi
2. **Hasta memnuniyet düzeyi:** Hasta anketleri veya birebir görüşmeler yoluyla elde edilen ve hastane yönetimince olması beklenen hasta memnuniyet seviyesi
3. **Personel memnuniyet düzeyi:** Personel anketleri sonucu elde edilen ve hastane yönetimince olması beklenen personel memnuniyet seviyesi
4. **Bilimsel araştırma ve yayın sayısı:** Hastane personeline gerçekleştirilen bilimsel araştırma sayısı ile yazılan makale, kitap vb. Bilimsel içerikli daha önceden yönetim tarafından sayısı belirlenmiş yayın miktarı
5. **Kalite çember sayısı:** Hastanede bulunan kalite çemberlerinin sayısı
6. **Personel eğitimi:** Hastanede kalite eğitimi almış olan personel sayısı
7. **Hemşire / Hasta oranı:** Hemşire başına düşen hasta sayısı

¹⁴³ Murat TOKTAMIŞOĞLU, "Toplam Kalite Yönetiminde İç Müşteri Memnuniyeti ve Performans Değerlendirmesi", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 1996), s.125.

¹⁴⁴ Yeşim TAŞ TÜRKÖZ, "Bayındır Tıp Merkezi Kalite İndikatör Sistemi", **Modern Hastane Yönetimi Dergisi** (İstanbul: C.2, S.2, 1998), s.5.

Hastane genelinde kullanılan bu standartlardan bazıları birimler bazında da kullanılabilir. Birimler bazında ise standartlar belirlenmeden önce hizmetler ayrılmakta ve her bir hizmet türü için ayrı ayrı standartlar belirlenmektedir. Birimlere ait performans standartlarına birkaç örnek verilmesi gerekirse;¹⁴⁵

1. Tıbbi servislere ait performans standartları:

- **Nazokomiyal enfeksiyon oranı:** (yönetim tarafından yüzde olarak belirlenmiş kabul edilebilir oran)
- **Yatan hasta mortalitesi:** Yatan hasta ölüm oranı (yönetim tarafından yüzde olarak belirlenen standart oran)
- **Planlanmayan dönüşler:** Servislerden yoğun bakım ünitesine, servis yoğun bakım ünitesinden ameliyathaneye dönen hasta sayısı (yönetimce belirlenen standart % oranı)

2. Hemşirelik hizmetlerine ait performans standartları:

- **Hemşire / Hasta oranı:** Hasta başına düşen hemşire sayısı, bir hemşirenin işyükü, bir hasta günü için hemşirenin harcamış olduğu saat (yönetim tarafından belirlenmiş standart % oranı)
- **Hemşirelik hizmetlerinin sunumunda uygun olmayan olay sayısı:** Hastaya yanlış ilaç verilmesi, hastaya yanlış dozda ilaç verilmesi, hastaya müdahalede geç kalınması (yönetim tarafından yüzde olarak belirlenen kabul edilebilir hata oranı)

3. İdari hizmetlere ait performans standartları:

- **Eczane departmanına ait standartlar:** Servise yanlış giden ve dönen ilaç sayısı (yönetim tarafından sınırlandırılmış standart % oranı)
- **Finansman departmanına ait standartlar:** Hatalı düzenlenen fatura sayısı (yönetim tarafından yüzde olarak belirlenmiş kabul edilebilir hata oranı)
- **Teknik hizmetler müdürlüğüne ait standartlar:** Hasta odalarındaki arıza sayısı (yönetim tarafından yüzde olarak belirlenmiş kabul edilebilir arıza sayısı)
- **Ayniyat departmanına ait standartlar:** Depo stoğu sifıra düştüğü için servisler tarafından istendiğinde temin edilemeyen malzeme sayısı (yönetim tarafından belirlenen standart % oranı)

¹⁴⁵ TAŞ TÜRKÖZ, a.g.m., s.6.

- **Satınalma departmanına ait standartlar:** Planlanan tarihte teslim alınamayan malzeme sayısı (yönetim tarafından belirlenen standart % oranı)

Yukarıda örnek olarak verilen genel ve birimlere ait standartlar bir hastanedeki standart alanları ile oluşturulabilecek performans standartlarının küçük bir bölümünü göstermektedir. Oluşturulacak performans standartlarının sayısı ile standartlarda kabul edilecek yüzde oranları hastane yönetimlerinin kararına bağlı olduğu için hastaneden hastaneye farklılıklar taşıyabilmektedir.

Bir hastanede performans standartlarının belirlenmesi dört aşamada gerçekleşmektedir. Bu aşamalar:¹⁴⁶

1. **Planlama**
2. **Uygulama**
3. **İzleme ve değerlendirme**
4. **Karar ve standardizasyondur.**

1. **Planlama:** Bir hastanede standartlar ekip çalışmaları ile belirlenmektedir. Planlama aşamasında öncelikle ekip çalışmasına katılanlara performans standartlarının neden oluşturulmaya çalışıldığı ve amacının ne olduğu anlatılmakta, bu süreci destekleyen eğitim programları uygulanmaktadır. Daha sonra ekip üyelerinden bulunmuş oldukları birimlerle ilgili standart önerileri sunmaları istenmektedir. Öneriler yönetim ve birim elemanlarınca değerlendirilmekte ve her birim için yönetimin onayladığı hedef standartlar belirlenmektedir.
2. **Uygulama:** Uygulama aşamasında çalışanlara belirlenen hedef standartlar konusunda bilgi verilmekte ve belirlenen standarda ulaşmaları doğrultusunda yönlendirilerek çalışmaları sağlanmaktadır.
3. **İzleme ve değerlendirme:** Çalışmalar esnasında belirlenen zaman periyodu içinde çalışanlar izlenmekte ve çalışma sonuçları sürekli

¹⁴⁶ Tevfik TEZCANER, Işıl ÖZER, İbrahim ERDOĞAN, Yaman ZORLUTUNA, Bülent KİYMİR, "Kurumsal Kalite İndikatör Sistemi Oluşturulmasında Süreç Yönetimi Yaklaşımı", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu-Bildiriler** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 1996), s.94.

olarak değerlendirmeye tabi tutulmaktadır. Değerlendirmeler sonucunda hedeflenen standarda ulaşıp ulaşılamadığı belirlenmektedir.

4. **Karar ve standardizasyon:** Standartların belirlenmesi için önerilerde bulunan üyelerle yönetim personelinde oluşan standart belirleme ekibi uygulama ve değerlendirmeler sonucu ortaya çıkan verileri inceler. Çalışmalar bitiminde ulaşılmak istenen standart hedefin çok üstünde veya altında sonuçlar alınırsa yeniden standardın planlanması aşamasına geri dönlür. Ancak planlama aşamasında beklenen değerlerle uygulama ve değerlendirme sonuçları tutarlılık ve uyum gösterdiği taktirde uyum gösteren standartlar ekip kararı ile ilgili birimin veya hastane genelinin standardı olarak kabul edilir.

5.12.3. Klinik Performansının Artırılmasında Bilgi Sistemlerinin Kullanılması

Beklenti merkezli klinik performansı geliştirme programları klinik uzmanlarının hastaya uygulayacağı müdahaleleri seçmesinde ve uygulamasında yardımcı olarak bakımın değerini artırmaktadır. Böyle bir programı destekleyen sistem dört amaç için bilgi işlem sürecine girmektedir;¹⁴⁷

1.**Korunma:** Uygulayıcıların (personelin), herhangi bir yanlış hareket veya davranışını önlemek için hazırlanır. Bu programlar bir uygulamada karşılaşılabilecek hataları ayrıntılarıyla tanımlar. Uygulayıcılar da çalışmalarını düşebilecekleri bu hataları dikkate alarak düzenlerler.

2.**Mevcut durumu belirgin hale getirmek:** Performansla ilgili daha önceden oluşturulmuş standartlar tanımlanır. Daha sonra standartlar ile mevcut durum karşılaştırılır. Standartlardan sapmalar görülürse, bu sapmalara neden olan nedenler araştırılarak analiz edilir.

¹⁴⁷ John R. GRIFFITH, *The Well-Managed Health Care Organization* (Michigan: Health Administration Press Ann Arbor, 1995), s.480.

3.Standartların belirlenmesi ve geliştirilmesi: Zaman içerisinde daha önceden belirlenmiş olan standartların revizyonunu destekler ve geçmişteki standartların günün koşulları göz önüne alınarak yenilenmesini ve geliştirilmesini öngörür.

4.Eğitim: Önerilen veya varolan standartların tartışılmasını sağlayarak gelişen ve değişen durumlardan çalışanların haberdar edilmesi sağlanır.

5.12.4. Personel Performansının Geliştirilmesinde Verimlilik Ve İş Hayatı Kalitesinin Yükseltilmesi

Verimlilik genel hatlarıyla motive edilmiş personelin, genel performansa kişisel katılımlarının artırılması ile yararlı ve etkin hizmet üretilerek daha iyi çıktılar elde edilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Tanımda verimliliğin sağlanmasının ilk şartı olarak personelin motivasyonu gerekli görülmektedir. Personelin motive edilerek performans ve iş kalitesinin artırılması için kullanılan birtakım stratejiler bulunmaktadır. Bunlar:¹⁴⁸

- 1. Çalışanların işe ve işletmeye uyumunun sağlanması:** Etkin ve verimli çalışan bir örgütün oluşturulabilmesinin ilk şartı belirlenen amaç ve görevlerin kişilere, kişilerinde örgüt yapısına uygun seçilmesi ile mümkün olmaktadır. Bu stratejinin amacı işlerin çalışanlarla, çalışanların da birbirleriyle uyumlu olmasının sağlanmasıdır.
- 2. Çalışan beklentilerinin karşılanması:** Çalışanlar açısından bu strateji tamamen çalışılan ortamla ilgilidir. Çalışanlar çalıştıkları işletmelerden rahat ve huzurlu çalışma ortamları istemektedirler. İşletme yöneticilerinin de birinci görevi örgüte çalışanları çekecek ve çalışanların rahat ve huzurlu iş görmelerini sağlayacak ortamları hazırlamaktır.
- 3. Yönetim hedefleri ile çalışan hedeflerinin birleştirilmesi:** Yönetim hedefleri ile çalışanların hedefleri birleştirildiği takdirde işletmeler kârlı ve verimli çalışmaktadırlar. İşletme yönetimlerinin ana amacı yüksek

¹⁴⁸ Addison C.BENNETT, *Productivity and the Quality of Worklife in Hospitals* (California: American Hospital Publishing, 1983), s. 13.

kâr elde etmektir. Çalışanlarda işletme yönetiminin bu hedefi doğrultusunda verimli ve kaliteli hizmet ürettikleri takdirde, işletme amacına ulaşacak çalışanlarda daha rahat ve iyi şartlarda çalışma ortamlarına kavuşabilecek ekonomik düzeylerinde de artış olacaktır.

4. Çalışanlarla yöneticiler arasındaki iletişim sisteminin kurulması:

İşverenlerle çalışanlar arasındaki diyalogun sağlam temellere oturtulması gerekmektedir. Ancak bu sayede çalışanlar yöneticilerin kendilerinden ne istediğini, yöneticilerde çalışanların beklentilerini öğrenebilir ve anlayabilirler. Yine yöneticiler bu iletişim kanalı sayesinde hastanenin felsefesi ve görevleri ile gelecekteki amaç ve planlarını çalışanlara bildirebilirler. Bu konularda bilgilenen çalışanlarda belirsizlik ortamında çalışmaktan kurtulur ve hangi amaç doğrultusunda çalıştıklarını bilerek çalışma performanslarını durum ve şartlara göre ayarlayabilirler.

5. Çalışanların kendilerini geliştirmelerine fırsat verilmesi:

Bu stratejiye göre çalışanlara işlerinde gelişme fırsatları ve daha yüksek sorumluluk seviyelerine ulaşabilme olanakları önceden gösterilerek motivasyonlarının sağlanması, kurum içi düzenlenecek eğitim çalışmalarısıyla da gelişmelerinin sağlanması gerekmektedir.

6. Ödüllendirme sisteminin kurulması: Organizasyonlarda ödüllendirmenin birçok yararı vardır. Bunlar;

- Yönetici ve çalışanlar arasındaki diyalogu artırması,
- İş performansı standartlarını belirleyerek nasıl performans sağlanacağına açıklık getirmesi,
- Bireysel sorumlulukları tayin etmesi,
- Sağlıklı performans izlenimi ve geribildirimi sayesinde yapılan işlerin izlenebilmesi,
- Başarının tanımlanarak, ödüllendirilmesi,

7. Çalışanları motive edecek etkin yönetim yapısının oluşturulması: Yönetim yöneticiler sayesinde gerçekleşmektedir.

Yöneticilerin çalışanları ve yapılacak işleri destekleyecek bir tablo çizmesi gerekmektedir. Yöneticiler çalışanları motive edebilmeli, onların iş değerlerini anlamalı ve paylaşmalıdırlar. Çalışmalar iş merkezli yapıdan çok çalışan merkezli yapıda yürütülmeli, uğranılan başarısızlıklar karşısında daha ılımlı olunarak çalışanların sonuçlardan haberdar edilmeleri gerekmektedir.

8. Kararlara ve sorun çözümlerine çalışanların katılımının sağlanması:

Özellikle sorun çözümlerinde çalışanların katılımına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu konuda kalite çemberleri ve takımları başarılı sonuçlar vermiştir. Performansın geliştirilmesinde önemli bir motivasyon kaynağı olan katılımın sağlanması konusunda, bir yöneticinin sakınması gereken davranışlar üç maddede ele alınmaktadır. Bunlar;¹⁴⁹

- Çalışanların katılımının sağlanmasında karşılaşılan en önemli engel, yöneticilerin sadece kendilerinin çok değerli fikirlere sahip olduklarını düşünmeleridir. Yöneticilere tavsiye edilen, bu düşünce tarzından vazgeçerek, bireysel katkılara değer verdiğini çalışanlara göstermesidir.
- Yöneticilerin, problemleri sadece kendilerinin çözmeleri gerektiğine inanmaları da çalışan katılımının sağlanmasında karşılaşılan problemlerden biridir. Burada da yöneticiler istisnai durumların dışında mümkün olduğu kadar çalışanların projelerini ve problem çözüm önerilerini veto etmemelidir. Veto ettiği taktirde de gerekçesini açıklamalıdır.
- Bazı yöneticiler grupla çalışma tekniklerine karşı direnç göstermekle birlikte, bu çalışma biçiminin kendilerine uygun olmadığını düşünmektedirler. Bu tip yöneticilerde grupla çalışma tekniklerini öğrenmeli ve bu teknikleri kullanarak, diğer yöneticilere örnek olmalıdırlar.

5.13. İç ve Dış Müşteri Memnuniyeti Ölçüm Çalışmalarının Yapılması

Hastanelerin ana amacı hastalarının teşhis ve tedavisini yaparak en kısa sürede taburcu etmektir. Bu süre içerisinde hastaların hastaneden memnun olarak ayrılımları

¹⁴⁹ Richard TEARE, Cyril ATKINSON, Clive WESTWOOD, **Achieving Quality Performance**, (London: Fakenham Photosetting Ltd., 1994), s.18.

istenmektedir. Hastaların hastane hizmetlerinden memnun kalıp kalmadıkları hasta memnuniyeti ölçüm çalışmaları ile ortaya konmaktadır. TKY’de çalışanlar da hastanenin iç müşterileri olarak görülür. Personelin, çalıştığı hastanenin yönetiminden ve kendisine sağlanan imkanlardan memnun olup olmadığı da personel memnuniyeti ölçüm çalışmaları ile öğrenilmektedir.

5.13.1. Hasta Memnuniyeti ve Ölçümü

İşletmeler sonsuza kadar varolmak ve yaşamak isterler. Varolmak, müşteri varlığına; büyümek, müşteri sayısının artmasına ve rekabet gücüne sahip olmaya bağlıdır. Bunu sağlamanın yolu ise hastaların tatmin edilmesi ve beklentilerinin karşılanmasına bağlıdır.¹⁵⁰

Müşteri memnuniyetinin sağlanmasında yapılacak ilk iş hasta tatminini etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. Bu faktörler beş başlık altında incelenmektedir.¹⁵¹

1.Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve bulunabilirliği: Bu başlık altında incelenen faktörler, fiziksel uzaklık ve yakınlık, ulaşım kolaylığı, gece ve tatil günleri hizmet verebilme, uzman bulundurabilme, istendiği zaman doktorla görüşebilme, bekleme süresinin uzunluğudur.

2.Hasta bakım kalitesi: Hekimlerin mesleki beceri ve yeteneği, hastanede kalış süresi, akreditasyon, tedavi sonucu oluşan kalıcı rahatsızlıklar, zamanında müdahale, mortalite, ileri teknolojiye dayalı hizmet ve hizmetin yaygınlığıdır.

3.Hasta-Doktor ve personel ilişkisi: Bu başlık altında yer alan faktörler, hastaya yeterince zaman ayırabilme, ilgi ve arkadaşça tutum, samimiyet, güler yüzlülük, bilgilendirme ve gizlilik konularıdır.

4.Örgütsel ve fiziki yapı: Örgüt içi ilişkiler, çalışma ortamı, otomasyon, haberleşme imkanları, hizmetlerin maliyetleri, ödeme kolaylığı, refakat ve ziyaret, yemek ve ev idaresi, sosyal ve kültürel etkinlikler, otopark imkanları, aranılan yerin kolay bulunması gibi başlıkları içerir.

¹⁵⁰ Sibel ERYOLDAŞ ve Barış TURGUTLUOĞLU, “Hasta Memnuniyetinin Ölçümü”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu-Bildiriler** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 1996), s.145.

¹⁵¹ Dilaver TENGİLİMOĞLU, “Ankara’da Bir Üniversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu-Bildiriler** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 1996), s.105.

5.Devamlılık: Hastaneye tekrar gelme, başkalarına tavsiye etme gibi hasta

yargılarına dayanan ölçütleri içermektedir.

Tüm bu faktörleri müşterilerin istekleri doğrultusunda dikkate alarak birleşimini sağlayan hastaneler müşteri tatmini konusunda başarılı olabilmektedir. Aynı koşullar altında sunulan hizmetlerden bazıları tatmin edici olurken, bazıları da olmayabilmektedir. Hangi hizmetlerin müşteriler için tatmin edici, hangilerinin tatmin edici olmadığını anlayabilmek için yapılan müşteri tatmini ölçüm çalışmaları yararlı olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinden yararlanan insanların hastane veya organizasyonla ilgili düşünceleri bire bir konuşularak veya daha resmi yoldan (hastalara verilen anket formları yoluyla) elde edilir. Bu görüşmeler veya anketler sayesinde alınan geribildirimle verilen hizmetin kaliteli olup olmadığı ortaya çıkar. Ayrıca hastaların düşünceleri, medikal ilkyardım ve tıbbi bakımlarda, kaliteyi artırıcı rekabet ortamının oluşmasını sağlar. Hastaneden memnun olarak ayrılan hastalar ister istemez ağız yoluyla çevrelerindeki diğer insanlara hastanenin hizmetleri ile ilgili görüşlerini anlatırlar. İnsanların doğası gereği memnun olan hastalar, memnuniyetlerini daha az kişiye anlatırken, memnuniyetsiz hastalar bu memnuniyetsizliklerini daha fazla insana anlatırlar. Sağlık hizmetlerinde kalitenin ve müşteri memnuniyetinin sağlanmasının temelinde hastanın çabuk iyileşmesi yatar. Hastaların çabuk iyileşmesi ise sağlıklı bir ortamda hizmet görmeleri ile mümkündür. Sağlıklı ortamda hizmet gören hastalar daha çabuk iyileşir. Bu da hastaneye zaman ve maliyet tasarrufu sağlar.¹⁵²

Dış müşteriler olarak ele alınan hastaların memnuniyeti, sadece memnun olmamış müşterilerin şikayetlerini beklemek veya değerlendirmekle yapılmaz. Yöneticiler doğmuş ya da doğabilecek sorunlarla, geliştirilebilecek fırsatları araştırmalıdır. Organizasyonlar müşterilerinin memnuniyetini onlarla özel toplantılar yaparak, anket formları göndererek, şikayetlerini dinleyerek veya müşterilerin şikayetlerini bildirebilecekleri açık müşteri hatları kurarak ölçebilirler. Sunulan hizmeti takip eden en kısa zamanda müşterilerin görüşleri alınmalıdır. Müşterilerin düşüncelerinin öğrenilmesinde en fazla kullanılan yöntem anket formlarının düzenlenmesidir. Anket

¹⁵² PETERSON, a.g.e, s.25.

formları, belirli aralıklarla müşterilerin verilen hizmeti veya iş performansını değerlendirebileceği ve oranlayabileceği nitelikte hazırlanmalıdır. Bu nitelikte hazırlanan anket formları sayesinde gerçekleştirilen değerlendirme ve oranlama işlemleri ile rakip firmalarda verilen hizmetlerle de karşılaştırma işlemi yapılabilir. ¹⁵³

5.13.2. Personel Memnuniyeti Ve Ölçümü

Hasta bakım hizmetlerinin en önemli unsuru olan hastaneler, oldukça farklı eğitim, birikim, amaç ve beklentileri olan çok fazla çalışanın bir araya gelmesi sonucunda giderek karmaşık bir yapıya bürünmüşlerdir. Hastanelerde verimliliğin artırılmasında önemli unsurların başında insan faktörü gelmektedir. Özellikle hastaneler gibi daha çok insanlar tarafından ürün ya da hizmetlerin üretildiği kuruluşlarda bu unsur daha da önemli hale gelmektedir. Personelin hastane amaçları doğrultusunda yönlendirilmesi için, özelliklerinin bilinmesi gerekir. Çalışanlar, iş tatmin düzeyleri yüksek olduğu ve yönetsel kararlara katıldıkları oranda kurumlarına bağlı kalmaktadırlar. Örgütlerin başarısında motivasyon, insan davranışlarını ve performansını etkileyen ana faktörlerden biri olarak görülmektedir. Başarı, tanınma, ilerleme, işin kendisi, gelişme imkanları, yetki devri ve sorumluluk, ödüllendirme, ücret, çalışma şartları, statü ve iş emniyeti gibi faktörler sağlık personelinin motive edilmesinde çok önemli yere sahiptir. Sağlık personelinin iş tatminini etkileyen faktörlerin analiz edildiği bir çalışmada bu faktörler öncelik sırasına göre şu şekilde belirlenmiştir. ¹⁵⁴ 1.Maaş, 2.Ödüllendirme,3.Mesleki aletler, 4.Sosyal hizmetler, 5.Saygınlık, 6.Emeklilik güvencesi, 7.Kararlara katılma'dır. Hekimlerin özel muayenehane açma nedenlerinin incelendiği bir başka araştırmada ise, daha iyi ve kaliteli hasta bakım hizmeti verebilmek amacına yönelik maddi imkan, bağımsız çalışma, toplumda saygınlık, fiziki şartların iyi olması, yeterli ve uygun çalışma ortamı gibi nedenlerle hekimlerin özel muayenehane açma girişiminde bulundukları tespit edilmiştir.

Gülhane Tıp Akademisi Eğitim Hastanesi'nde 108 hekim ve 98 hemşire üzerinde yapılan bir araştırmada Ek işe ek ücret ödenmesinin kuruma bağlılığa etkisi,

¹⁵³ L.BOVEE, V. THILL, B. WOOD, P. DOVEL, a.g.e, s.692.

¹⁵⁴ Ruhi TORAMAN, Cesim DEMİR, Kadir GÜÇLÜ, İbrahim CANKUL, Hazım ÖZALTIN, "Uzmanlık Öğrencisi Hekimler ve Hemşireleri Hastaneye Bağlayan - Uzaklaştıran Faktörler", **Gülhane Askeri Tıp Akademisi Bülteni** (Ankara, C.39, S.4, 1997), s. 443.

mesleki tatmin düzeyi, ücret açısından tatmin düzeyi, çalışma esnasındaki moral düzeyi, kararlara katılmanın kuruma bağlılığa etkisi, hekim ve hemşirelerin uzun vadeli planlarının dağılımı konuları incelenmiştir. Araştırmanın evrenini, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesinde görev yapan uzmanlık öğrencisi hekimler (379) ve hemşireler (351) oluşturmaktadır. Örnek sayısının saptanmasında “Research Design Decision Aid” isimli program kullanılarak toplam 206 kişi araştırma kapsamına alınmıştır. Anket formları daha önce yapılan araştırmalardan yararlanılarak hazırlanmıştır. Gelişigüzel (Haphazard) örnekleme yöntemi ile 108 hekim (% 52.4) ve 98 hemşire (% 47.6)’ye bizzat araştırmacılar tarafından anket uygulanmıştır. Elde edilen veriler, SPSS for Windows 5.01 programında Ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların 107 (% 51.9)’si erkek, 99 (% 48.1)’u kadın ve 94 (% 45.6)’ü evli, 108 (% 52.4)’i bekar; 4 (% 1.9)’ü dul’dur. Yaş dağılımı 18-40 arasındadır. (Ortanca 28).

Ek işe ek ücret verilmesinin hastaneye bağlılığı çok olumlu - olumlu yönde etkileyeceğini hekimlerin 99 (% 91.6)’u, hemşirelerin 83 (% 84.7)’ü belirtmiş; iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.(Tablo1)

Tablo 1:

Ek işe ek ücret ödenmesinin kuruma bağlılığa etkisi

ETKİLEME DERECESE	HEKİM		HEMŞİRE		TOPLAM	
	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE
ÇOK OLUMLU	63	58.4	37	37.8	100	48.5
OLUMLU	36	33.3	46	47.0	82	39.8
ORTA	7	6.5	12	12.2	19	9.2
OLUMSUZ	1	0.9	1	1.0	2	1.0
ÇOK OLUMSUZ	1	0.9	2	2.0	3	1.5
TOPLAM	108	100.0	98	100.0	206	100.0

(P < 0.05, x = 9.02)

Başka bir kurumdan daha cazip teklif alınması halinde katılımcıların 189 (%88.3)’u ayrılmayı düşündüklerini; bir başka kuruma gitmek istemeyen 19 (% 11.7) katılımcıların % 78.9’u “kurumumu seviyorum” % 10.5’i “kariyer yapmak istiyorum”, %10.5’i ise “devlet güvencesi var” gibi gerekçelerle kurumlarından ayrılmak istemediklerini belirtmişlerdir.

Mesleki tatmin düzeyine hekimlerin 54 (% 50)'ü çok iyi, 31 (% 28.7)'i orta ve 23 (% 21.3)'ü kötü-çok kötü derken, hemşirelerin 26 (% 26.5)'si çok iyi-iyi, 44 (% 44.9)'ü orta ve 28 (% 28.6)'i kötü-çok kötü cevabını vermişlerdir. İki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.(Tablo-2)

Tablo 2:

MESLEKİ TATMİN DÜZEYİ						
TATMİN DÜZEYİ	HEKİM		HEMŞİRE		TOPLAM	
	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE
ÇOK İYİ	10	9.3	4	4.1	14	6.8
İYİ	44	40.7	22	22.4	66	32.0
ORTA	31	28.7	44	44.9	75	36.4
KÖTÜ	18	16.7	19	19.4	37	18.0
ÇOK KÖTÜ	5	4.6	9	9.2	14	6.8
TOPLAM	108	100.0	98	100.0	206	100.0

(P < 0.05, x = 12.87)

Ücret yönünden tatmin düzeyine hekim ve hemşirelerin hiçbiri çok iyi cevabını vermemişlerdir. Hekimlerin 5 (% 4.6)'i iyi, 21 (% 19.4)'i orta ve 82 (% 75.9)'si kötü-çok kötü derken, hemşirelerin 8 (% 8.2)'i iyi, 37 (% 37.8)'si orta ve 53 (% 54.1)'ü ise kötü-çok kötü cevabını vermişlerdir. İki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. (Tablo3)

Tablo 3:

ÜCRET AÇISINDAN TATMİN DÜZEYİ						
TATMİN DÜZEYİ	HEKİM		HEMŞİRE		TOPLAM	
	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE
İYİ	5	4.6	8	8.2	13	6.3
ORTA	21	19.4	37	37.8	58	28.1
KÖTÜ	43	39.9	15	35.7	78	37.9
ÇOK KÖTÜ	39	36.1	18	18.3	57	27.7
TOPLAM	108	100.0	98	100.0	206	100.0

(P < 0.05, x = 13.21)

Çalışma esnasındaki moral seviyelerine hekim ve hemşirelerin hiçbiri çok yüksek cevabı vermemişlerdir. Hekimlerin 33 (% 30.6)'ü yüksek, 50 (% 46.3)'si orta ve 25 (% 23.1)'i düşük derken, hemşirelerin 20 (% 20.4)'si yüksek, 64 (% 65.3)'ü orta ve 14

(% 14.3)'ü ise düşük cevabını vermişlerdir. İki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.(Tablo-4)

Tablo 4:

ÇALIŞMA ESNASINDAKİ MORAL DÜZEYİ

MORAL DÜZEYİ	HEKİM		HEMŞİRE		TOPLAM	
	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE
YÜKSEK	33	30.6	20	20.4	53	25.7
ORTA	50	46.3	64	65.3	114	55.3
DÜŞÜK	25	23.1	14	14.3	39	19.0
TOPLAM	108	100.0	98	100.0	206	100.0

(P < 0.05, x = 7.54)

Yönetmelik kararlara katılmanın kuruma bağıllığı etkilemesine hekim ve hemşirelerin 183 (% 88.9)'ü olumlu-çok olumlu cevabını vermişlerdir. İki grup arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. (Tablo5)

Tablo 5:

KARARLARA KATILMANIN KURUMA BAĞLILIĞA ETKİSİ

ETKİLEME DERECEİ	HEKİM		HEMŞİRE		TOPLAM	
	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE
ÇOK OLUMLU	32	29.6	25	25.5	57	27.6
OLUMLU	66	61.1	60	61.2	126	61.1
ORTA	9	8.4	11	11.2	20	9.8
ÇOK OLUMSUZ	1	0.9	2	2.1	3	1.5
TOPLAM	108	100.0	98	100.0	206	100.0

(P > 0.05, x = 1.05)

Hekim ve hemşirelerin uzun vadeli planları hakkındaki düşünceleri alındığında, hekimlerin % 42.6'sı akademik kariyer yapmayı planlarken, hemşirelerin %38.8'i emeklilik süresi dolduğunda ayrılmayı düşünmektedirler. Hekim ve hemşirelerin uzun vadeli planlarının farklılığı hekimlik mesleğinin daha fazla kariyer yapma imkanına sahip olmasından kaynaklanmaktadır. Kariyer geliştirme, personelin yeterlilik ve kendine

saygı gereksinimlerinin tatminine katkı sağlayan bilinçli bir etkinlik olarak kabul edilmektedir. Örgütler, çalışanların doyum ve verimliliklerini artırıcı faaliyetlerde bulunmak istiyorlarsa örgütsel bağlılığı artırıcı araçlar geliştirmelidirler. Araştırmanın daha önceki bulguları kuruma bağlılık açısından olumsuz görünmesine rağmen uzun vadeli planlarda hekimlerin % 74'ü ile hemşirelerin % 72'sinin daha uzun süre kuruma bağlı kalacaklarını gösteren cevaplar verdikleri görülmektedir.(Tablo 6)

Tablo 6:

HEKİM VE HEMŞİRELERİN UZUN VADELİ PLANLARININ DAĞILIMI

PLANLAR	HEKİM		HEMŞİRE		TOPLAM	
	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE
EMEKLİLİK	19	17.6	38	38.8	57	27.7
İSTİFA	15	13.9	10	10.2	25	12.1
GÖREVE DEVAM	9	8.3	16	16.3	25	12.1
KARİYER YAPMAK	46	42.6	18	18.4	64	31.1
KURUM DEĞİŞTİRMEK	13	12.0	11	11.2	24	11.7
DİĞER	6	5.6	5	5.1	11	5.3
TOPLAM	108	100.0	98	100.0	206	100.0

(P < 0.05, x = 21.37)

Kuruma bağlılık derecelerine hekimlerin 13 (% 12.8)'ü “çok bağıyım”, 79 (% 73.2)'u “bağlı-orta bağıyım” ve 16 (% 14.8)'sı “az bağı-bağı değilim” derken, hemşirelerin 3 (% 3.1)'ü “çok bağıyım”, 80 (% 81.7)'i “bağlı-orta bağıyım” ve 15 (% 15.3)'i ise “az bağı-bağı değilim” cevabını vermişlerdir. İki grup arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. (Tablo-7)

Tablo 7:**HEKİM VE HEMŞİRELERE GÖRE KURUMA BAĞLILIK YORUMLARI**

BAĞLILIK DERECESE	HEKİM		HEMŞİRE		TOPLAM	
	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE	SAYI	YÜZDE
ÇOK BAĞLI	13	12.0	3	3.1	16	7.8
BAĞLI	49	45.4	43	43.9	92	44.7
ORTA BAĞLI	30	27.8	37	37.8	67	32.5
AZ BAĞLI	7	6.5	7	7.1	14	6.8
BAĞLI DEĞİL	9	8.3	8	8.1	17	8.2
TOPLAM	108	100.0	98	100.0	206	100.0

(P > 0.05, x = 6.96)

Yapılan araştırma sonucunda hekim (% 91.6) ve hemşirelerin (% 84.7) hastaneye olan bağlılığının ek ücret verilmesi halinde olumlu yönde etkileneceği saptanmıştır. Araştırma sonucunda, bir başka kurumdan cazip bir teklif alınması halinde katılımcıların % 88.3'ünün kurumdan ayrılmayı düşündüğü saptanmış olup, bir hastanede görev yapan hekim ve hemşirelerin % 88.3'ünün kurumdan ayrılmayı düşünmelerinin personel devir hızını yükselteceği ve personel verimliliğine olumsuz etki yapacağı değerlendirilmektedir. Mesleki tatmin düzeylerini hekimlerin % 50'sinin çok iyi-iyi düzeyde nitelediği, hemşirelerin ise % 26.5'inin çok iyi-iyi düzeyde gördüğü saptanmıştır. Ücret yönünden tatmin düzeyi sorusuna hekimlerin % 75.9'unun ve hemşirelerin % 54.1'inin kötü-çok kötü cevabını vermelerinin kuruma bağlılığı olumsuz yönde etkileyeceği açıktır. Yapılan bir araştırmada katılımcıların % 59.1 gibi önemli bir diliminin orta üstü moral düzeyi gösterdiği saptanmıştır. Ancak bu araştırmada hekimlerin % 33'ünün, hemşirelerin % 20'sinin ortanın üstünde moral seviyesine sahip oldukları belirlenmiştir. Bu sonuç hekim ve hemşirelerin kuruma bağlılığının düşük olacağını göstermektedir. Yönetmelik kararlara katılmayı, hekim ve hemşirelerin % 88.9'unun olumlu ve çok olumlu gördüğü saptanmıştır. Bu sonuçtan da anlaşılacağı üzere hekim ve hemşirelerin işleri ile ilgili konularda kararlara katılmalarının sağlanması kuruma bağlılığı olumlu yönde etkileyecek bir faktördür. Hekimlerin uzun vadeli planlarında % 42.6 oranında akademik kariyer yapmak istediği, hemşirelerin ise % 38.8 oranında emeklilik süresi dolduğunda ayrılmak istediği saptanmıştır. Hekimlerin uzun vadeli planlarında

kuruma bağı kalacakları görülürken hemşirelerin uzun vadede kurumdan ayrılmayı düşünmelerinin nedeni kurumdan herhangi bir beklentilerinin olmamasıdır. Hemşirelerin de ileriye yönelik beklentilerinin olması halinde kuruma bağlılıklarının artacağı değerlendirilmektedir.¹⁵⁵

5.14. Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi

Kalitenin ölçülmesinde başlıca yardımcı geribildirimdir. Kalite ölçümü genellikle iki sistem dahilinde yapılır. Bunlar; 1.Kalite uygulamalarını değerlendirebilecek şekilde oluşturulmuş soru formlarıyla sonuçların yöneticiye haftalık olarak bildirilmesi 2.Tıbbi ve ameliyata dayalı uygulamalar alanında gösterilen performansın aylık istatistikler halinde bildirilmesidir. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi ölçmenin üç amacı vardır. Bunlar;¹⁵⁶

1.Hastanedeki bakımın sürekli gelişimine zemin hazırlamak amacıyla rutin olarak toplanabilecek verilerin belirlenmesi,

2.Yararlı, eğitici ve destekleyici olabilen bilgilerin geribildirim sisteminin geliştirilmesi,

3.Klinik bakım kalitesinin artırılması amacıyla, mevcut bilgilerin etkinliğini test edecek teknikler üzerine yoğunlaşarak, medikal bilgi sistemi içinde uygun maliyetle hizmet vermektir.

Kalitenin ölçümünde dikkate alınması gereken üç temel unsur vardır. Bunlar; Yapı-süreç-çıktı(sonuç)dır.¹⁵⁷

Yapı: Hastanelerin fiziksel faaliyetlerinde kullanılan ekipmanlar ve bunların kalitesi ile ilgilidir.

Süreç: Sağlık bakım hizmetinin veriliş tarzı ile ilgili olup, personellendirme biçimleri ve eğitim konularını içerir. Aynı zamanda belirlenen politikalar, geliştirilen

¹⁵⁵ TORAMAN, DEMİR, GÜÇLÜ, CANKUL, ÖZALTIN, a.g.m., s.444-448.

¹⁵⁶ Gordon MCLACHLAN, **A Questions of Quality?** (Oxford: Published for the Nuffield Provincial Hospital, Trust by the Oxford University Press, 1976), s.

¹⁵⁷ ORLIKOFF and TOTTEN, a.g.e., s. 40.

prosedürler, prosedürlerin uygulanış tarzı ile yürütülen terapötik ve diagnostik çalışma şekilleri de bu başlık altında incelenmektedir.

Çıktı: Hastaya verilen hizmet sonucunda, hastaneyle ilgili aktiviteleri izleyen hastaların durumunu içerir.

Kalite ölçümünde kullanılan üç tip yöntem vardır. Bunlar;¹⁵⁸

- **Geçmişe yönelik yeniden bakış (Retrospektif reviev)-** Bu ölçüm yöntemi, daha önce hastaneden taburcu edilmiş hastalara verilmiş olan, sağlık bakım kalitesini ölçen, birtakım aktivitelerden oluşur. Hastane kalitesinin güvence altına alınması ve daha da geliştirilmesi için çok güçlü ve yararlı bir araçtır. Yöntemde karşılaşılan en büyük sınırlılık ise geribildirim akışında geçen sürenin uzun olmasıdır. Süre uzadıkça problemin tanımlanması ve çözümünün bulunması arasındaki süre de uzamaktadır. Bu çalışmada kullanılan hasta ve değişken sayısı ne kadar çok olursa o kadar yararlı olur.

- **Anında değerlendirme (Concurrent review)-** Bu yöntem genellikle verilen sağlık hizmetinin anında değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin anında değerlendirilmesi çoğu zaman pratik ve mümkün olmamaktadır. Bu yüzden sağlıklı bir tanım vermek gerekirse, eş zamanda yapılan gözden geçirme hastanın hastanedeyken ya da en geç 24 saat içinde, hastaya verilen sağlık bakım kalitesinin tartışılmasıdır. Yöntemin en büyük avantajı geribildirim akış süresinin kısa olmasıdır. Böylece hastalara verilen hizmetle ilgili bilgiler de alınarak sorunların tanımlanması ve çözümlenmesi süreci kısılacaktır.

- **Geleceğe yönelik sağlık bakımının planlanması (Prospektif reviev)-** Geleceğe yönelik sağlık bakımının planlanması ile gelecekte kullanılacak prosedürler, teknikler ve izlenecek politikalar belirlenir. Bu yöntemin en büyük yararı ileride çıkabilecek potansiyel hata ve sağlık bakım kalitesinin geliştirilmesini engelleyecek problemlerin tanımlanarak, bunlara karşı önlem alınması ve hazırlıklı olunmasını sağlamasıdır.

158 ORLIKOFF and TOTTEN, a.g.e., s.43.

5.15.Ekip Çalışmalarının Organize Edilmesi

5.15.1.Kalite Çemberleri

Toplam kalite yönetiminin vazgeçilmez parçası olan kalite çemberleri uygulamasında en önemli husus, bu çalışmalar için uygun altyapının oluşturulması, bu altyapının yeniliklere açık olması ve sisteme asla müdahale ve baskının olmamasıdır. Kalite çemberlerinin başarıya ulaşması için yeterli düzeyde bilgi, deneyim ve kaynak gerekmektedir. Tüm bu imkanlar sağlandığında kuruluşun faaliyet performansı ve elde ettiği sonuçlarda gelişim olduğu gözlenmektedir.¹⁵⁹

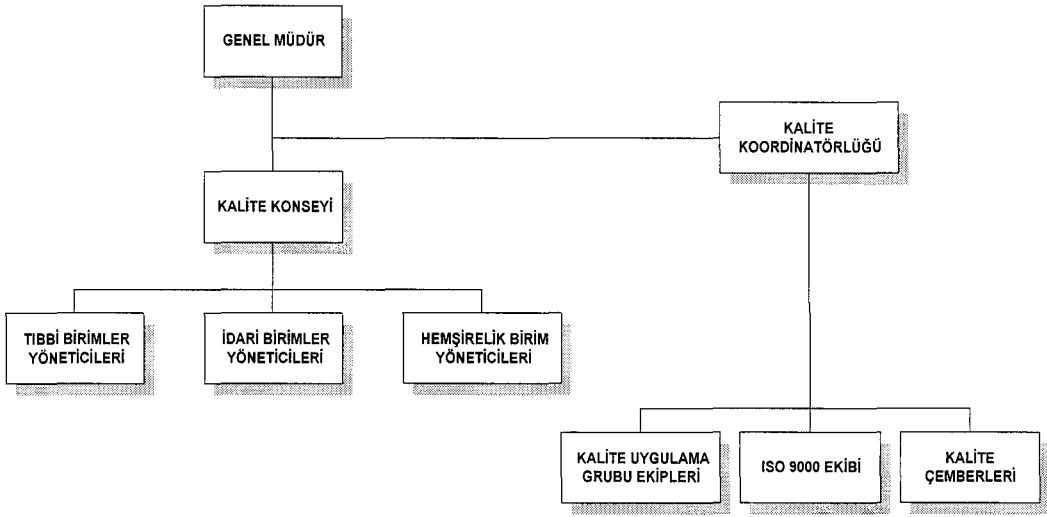
Konuya örnek olması açısından 1995 yılının Ekim ayında toplam kalite yönetimi çalışmalarına başlayan Bayındır Tıp Merkezi'nde, Ocak 1997'den itibaren değişik meslek gruplarından çalışanların yer aldığı ve kalite koordinatörlüğü tarafından desteklenen bir çalışma ile "kalite çemberleri hazırlık ekibi" kurulmuştur. Kalite çemberleri hazırlık ekibi, kalite çemberlerinin hangi hizmet alanlarında kurulacağını tespit etmek amacıyla, tüm çalışanların önerilerini toplamış ve geçiş sürecinin organizasyonunu tamamladıktan sonra dağılmıştır. Tüm çalışanlardan alınan öneriler kalite koordinatörlüğünde toplanarak değerlendirilmiş ve kalite konseyine sunulmuştur. Bu bilgiler doğrultusunda kalite konseyinin de onayı alınarak öncelikle dört ayrı konuda kalite çemberinin kurulmasına karar verilmiştir.

- Tıbbi kayıt işleminin iyileştirilmesi
- Tıbbi konsültasyon hizmeti süreçlerinin iyileştirilmesi
- Hasta kabul ve taburcu süreçlerinin iyileştirilmesi
- Kafeterya hizmetlerinin iyileştirilmesi

Kalite çember konuları belirlendikten sonra kalite konseyi her bir çemberde liderliği üstlenecek kişileri belirlemiş ve görevlendirmiştir. Liderlerin ve kalite koordinatörlüğünün biraraya gelerek gerçekleştirdikleri toplantılarda, çemberde yer alması gereken meslek grupları ve kişi sayıları belirlenerek, ilgili birim yöneticilerinden isim tespit etmeleri istenmiş, her birim yöneticisi de, gönüllülük esasını ön planda tutarak

¹⁵⁹ Hemser AYDIN, "Kalite Çemberlerinde Kuruluş Evresinin Tasarımı", **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu-Bildiriler** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 1998), s.227.

kendi birimlerinden, kalite çemberlerinde görev alacak kişileri belirlemişlerdir. Kalite çemberlerinin oluşumu tamamlandıktan sonra tüm çemberlerde görev alan kişilere kalite koordinatörlüğü tarafından organize edilen tanıtım toplantıları ve eğitim çalışmaları yapılmıştır. Eğitim çalışmalarında çalışanlara kalite çemberleri, kalite çember dokümanları ve istatistiksel kalite kontrol yöntemleri ile ilgili bilgilerin yer aldığı bir dosya hazırlanarak verilmiştir. Kalite çemberleri iyileştirme çalışmalarında planlama, uygulama, değerlendirme ve karar aşamalarından oluşan, kalitenin sürekli iyileştirilmesi sürecinden yararlanmaktadır.¹⁶⁰ (Bkz. Şekil 6)



Şekil 6: Bayındır Tıp Merkezi Kalite Organizasyon Yapısı

Kaynak: Hemser Aydın, Bayındır Tıp Merkezi Kalite Uzmanı

5.15.2. Kalite Takımları

Türkiye’de toplam kalite yönetimini benimsemiş olan hastanelerden Sevgi Özel Sağlık Hizmetleri A.Ş.’de takım çalışması türlerinden biri olan kendi kendini yöneten takımlar kullanılmaktadır. Kendi kendini yöneten takımlar, belirlenen bir çıktının elde edilmesi için kendi işlerini planlamak, uygulamak ve kontrol etmek üzere beraberce ve sürekli olarak çalışan gruplardır. Sevgi Hastanesi şu an 43 kendi kendini yöneten takım ve 2 yönetim kademesinden oluşan yatay organizasyon yapısı ile toplam kalite yönetimi ve ISO 9000 çalışmalarını sürdürmektedir. Her takımın varoluş nedeni sürecin en iyi

şekilde yürütülmesinin sağlanmasıdır. Örneğin hasta karşılama takımının görevi hasta karşılama sürecinin en iyi şekilde yürütülmesidir. Her takımın yaptığı ilk şey, katıldıkları süreçleri yazılı olarak tanımlamaktır. Kendi kendini yöneten takım organizasyonuna geçişte beş aşama mevcuttur. Bu aşamalar; 1.Araştırma- Kendi kendini yöneten takım sisteminin incelenmesi, 2.Hazırlık- Başarılı geçişin sağlanabilmesi için planlama, dizayn ve hazırlıkların yapılması 3.Uygulama- Yeni iş tanımlarının ve kurallarının oluşturularak uygun politika, prosedür ve ücret sistemlerinin tasarlanması 4.Geçiş-Uygulamanın tamamlanması ve yeni iş sisteminin yerleşmeye başlaması ile takımların maksimum organizasyonel verimlilik için sorumluluk üstlenmeleri, 5.Olgunluk- Oturmuş iş sistemlerinin sürekli iyileştirilmesi ve geliştirilmesidir. Klasik yapıdan takım çalışmasına geçişte değişim yönetimi önem kazanmaktadır. Başarılı bir değişim süreci için çalışanlara yeni durum açıklıkla izah edilmeli ve eski yapıdan farklılık gösteren yanları anlatılmalı, kişi yeni rolü için isteklendirilmeli, organizasyon bu konuda kişiyi desteklemeli ve kişinin diğer çalışanları nasıl etkilediğinin farkına varması sağlanmalıdır.¹⁶¹

5.16. Kaliteli Hizmete Uygun Tıbbi Cihaz, Teknoloji, Malzeme Temini ve Kullanımının Sağlanması

Hastaneler teknoloji yoğun işletmelerdir. Dolayısıyla teknoloji kullanımı hastanelerde toplam kalite yönetiminin başarısında önemli bir yere sahiptir. Bugün hastanelerde hemen hemen tüm teşhis ve tedavilerde üstün özelliklere sahip teknolojik cihazlar kullanılmaktadır. Yanlış tetkik sonucu veren bir kan sayım cihazı, ihtiyaç duyulduğu anda çalışmayan bir röntgen cihazı veya bir elektrokardiografi cihazı, hastaya konulacak olan teşhiste veya tedavide hataya neden olarak, hastanın hayatına mal olabilecek ağır sonuçlara sebebiyet verebilecektir. Bu nedenle tıbbi cihazları, çalışır ve doğru tetkik yapabilir halde tutmak yönetimin önemli görevlerinden biridir. Hastane yöneticileri bu görevi yerine getirirken uygun teknoloji kullanılmasını sağlamalı, biyomedikal mühendislik hizmetlerinden yararlanmalı ve teknolojik cihazların verimliliğini etkileyen faktörlere önem vermelidirler.

¹⁶¹ Sibel ERYOLDAŞ, “Sevgi Hastanesi’nde Kendi Kendini Yöneten Takım Organizasyonuna Geçiş”, **Yönetici Sorumluluklarında Astların Denetimi, Kongre, Bildiri**, 1997.

5.16.1. Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri

Tıbbi teknolojilerin hızla gelişmesi ile birlikte hastalıkların tanısına ve tedavisine getirdiği olumlu katkılar, sağlık kuruluşlarında özellikle hastanelerde tıbbi cihazların satın alınması, kullanımı ve çalışır halde tutulması önemli bir konu olarak gündeme gelmiştir. Sağlık teknolojisindeki hızlı gelişmeler, hastaların hizmet kalitesi beklentilerinin artması, hastanelerin topluma daha etkili sağlık hizmeti sunma arzusu, tanı ve tedavi ile ilgili cihazların kalitesinin gelişmesi sonucu bu alandaki harcamalarda önemli artışlar meydana gelmiştir. Buna paralel olarak tıbbi cihazların bakım ve onarım giderleri de artmıştır. Hastane yöneticilerinin yalnızca yeni teknoloji ürünü cihazlara yatırım yaparak hastanelerde verilen hizmetlerin verimliliğini ve kalitesini artırması mümkün değildir. Çünkü, cihazı çalıştıracak işgücüne, kullanılacak enerji ve malzemeye, kullanım aşamalarında; periyodik bakım-onarım ve kalibrasyon hizmetlerine de yatırım yapılması zorunluluğu vardır. Tüm bu faktörler gözardı edildiğinde, hastanelerde önemli finans ve zaman kayıplarının önüne geçilemeyecek, bu nedenle toplam kalite yönetimi felsefesinin sürekli gelişme ve daha iyi hizmet sunma kavramları yerine getirilemeyecektir.¹⁶²

Hekimlerin hem hekimlik mesleğini yerine getirmek hem de yüksek teknoloji ile geliştirilmiş cihazların; özelliklerini, çalışma ilkelerini, yakında hangi tiplerinin çıkacağını, normal fiyatlarının ne olduğunu, cihazların kullanım ve bakım sorunlarını öğrenmelerini beklemek yanlış olacaktır. Tüm bu işlevler, dalında uzmanlaşmış biyomedikal mühendislerce yerine getirilerek, kullanıcılara önemli bilgi, finans ve zaman kazandıracaktır. Biyomedikal mühendislik (Biomedical engineering), mühendislik ve fen bilimleri uzmanlıkları ile tıp ve biyoloji bilimlerinin birleşmesinden meydana gelen disiplinlerarası bir meslektir. Başka bir anlatımla biyomedikal mühendislik; mühendislik ilke, kavram ve yöntemlerin biyolojik ve tıbbi sorunların çözümüne uygulanması olarak da tanımlanmaktadır. Biyomedikal mühendisliğinin sağlık kuruluşlarındaki çalışma alanı; sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, iyileştirilmesi ve fiyat kontrolünün (ucuzlatılmasının) sağlanması amacıyla tıbbi cihazların satın alınması, bakım-onarımı,

¹⁶² Sema OĞLAK, "Hastanelerde Tıbbi Cihazların Verimliliğinde Umut Veren Bir Meslek: Biyomedikal Mühendislik", *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, (İstanbul: S.4, 1998), s.11.

güvenliği sağlama ve tıp personeline teknik konularda danışmanlık işlevlerini kapsamaktadır.

Hastaneler biyomedikal mühendislik hizmetlerini çeşitli yollardan sağlayabilirler. Bunlar;¹⁶³

- Hastanenin kendine ait bir biyomedikal mühendislik ünitesini ya da servisini oluşturması,
- Biyomedikal mühendislik hizmetlerinin servis olarak dışarıdan ticari kuruluşlardan satın alınması,
- Üretici ya da satıcı firmalardan ya da bunların servis birimlerinden satın alınması.

5.16.2.Uygun Teknoloji Kullanımı

Sağlıkta nitelikli hizmetten söz edilebilmesi için uzun vadede en iyi teknolojinin herkese, uygun zamanda ulaştırılabilmesi gerekir. Teknoloji; yöntemlerin, tekniklerin aletleri kullanan kişilerle birlikte, sağlık sorunlarını çözebilmek için biraraya getirilmesidir. Uygunluk ise bilimsel olarak akılcı bir teknolojinin, kullanan ve kullanılanca da benimsenerek uygulanmasıdır. Bir teknolojinin hastane için uygun olarak nitelenebilmesi için altı kriteri içermesi gerekir.Bunlar:¹⁶⁴

1.Bir teknolojinin hastaneye uygun olduğunun söylenebilmesi için o teknik ya da teknolojinin etkin olması gerekir. Yani kullanıldığı alanda ve durumda amaca en uygun biçimde çalışabilmelidir.

2.Teknoloji ya da teknik kültürel olarak kabullenilebilir olmalı, kullananın yaşamını olumsuz etkilememeli ve yerel koşullar elvermediği zaman yük olmamalıdır.

3.Teknoloji ya da teknik ekonomik olarak uygun olmalıdır. Bu uygun teknolojinin her zaman ucuz olması gerektiği anlamına gelmez. Etkinlik ve maliyet arasındaki ilişki göz önüne alınmalıdır.

¹⁶³ Hikmet SEÇİM ve Talat PEKELMAN, “Hastanelerde Verimliliği Yükseltici Uygulamalar: Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri”, **Hastane İşletmeciliği Seçme Yazılar**, (Editör Hikmet SEÇİM), (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları No:845, 1995), s.241.

¹⁶⁴ Füsun SAYEK, “Sağlık Alanında Uygun Teknoloji Kullanımı ve Teknoloji Değerlendirmesi”, **Toplum ve Hekim Dergisi** (Ankara, C.10, S.66, 1995), s.75.

4.Teknoloji yerel olarak elde edilebilmelidir. Bakım onarım için dışa çok fazla bağımlı kalınmamalıdır.

5.Teknolojinin yararlılığı ölçülebilmelidir. Bir teknolojinin performansı sık sık değerlendirilmeli ve bu değerlendirmeler sonucu uygun bulunursa ve gerekli görülürse sürdürülmelidir.

6.Yeni teknoloji durumu tümüyle değiştirerek dengeleri bozmamalı ve hastane için gerekli olmalıdır.

5.16.3.Yüksek Tıbbi Teknolojilerin Verimliliğini Etkileyen Faktörler

Türkiye’de sağlık teknolojisinin etkili, verimli ve uygun olarak kullanımının sağlanması gerekmektedir. Bugün Türkiye’de sağlıkla ilgili teknoloji yetersiz bulunmakta ve halihazırdaki teknolojilerde gereği gibi kullanılamamaktadır. Son derece ileri teknolojiye sahip bazı araç ve gereçler çeşitli nedenlerle atıl olarak bekletilmektedir. Böylece sağlık hizmetlerinin her düzeydeki sunumu sırasında uygun teknoloji ve cihazların kullanımına özen gösterilmesi gerekmektedir. Sağlık alanında kullanılacak teknolojinin tanımlanması, teknoloji standardının getirilmesi ve bununla ilgili olarak Sağlık Bakanlığı’nın bünyesinde bir kurulun oluşturulması, tıbbi cihazların onarımını ve bakımını yapacak ortam ve görevlilerin oluşturulması ve kurulması konularına önem verileceği Ulusal Sağlık Politikası olarak da tespit edilmiştir.¹⁶⁵

Yüksek tıbbi teknolojilerin verimliliğini etkileyen faktörler dört başlıkla toplanmaktadır. Bu faktörler; işgücü, enerji, malzeme ve bakım-onarım’dır. Her tıbbi cihaz yapısına ve yerine getirdiği işleve bağlı olmak kaydıyla bir kullanıcıya ihtiyaç duymaktadır. İnsandan kaynaklanan hataları ortadan kaldırmanın veya asgariye indirmenin tek yolu, bu teknoloji veya cihazları kullanan işgücünün iyi ve yeterli derecede eğitilmesiyle mümkündür. Enerji faktörünün verimlilik üzerindeki ters etkisini kaldırabilmek için uygun altyapı yatırımları (Jeneratör grupları, kesintisiz güç kaynağı sistemleri vb.) ile kolaylıkla kısa sürede azaltılabilir veya ortadan kaldırılabilir. Malzeme faktörünün verimlilik üzerindeki olumsuz etkileri ise kaliteli malzeme alımı

¹⁶⁵ Mustafa TAMER, “Mülki İdari Yönünden Ulusal Sağlık Politikası ve Sağlık Reformu Çalışmalarının Değerlendirilmesi”, **Türk İdare Dergisi**, (Ankara: S.404, 1994), s.109.

yapılmasında ve daha sonrada bu malzemelerin bozulmasına ve bayatlamasına meydan vermeden kullanılmasını düzenleyecek “stok kontrol yöntemleri” ile mümkündür. Tıbbi cihaz ve sistemlerin toplam verimliliğinin düşük olmasındaki en büyük pay sahibi faktörlerden bir diğeri bakım-onarım faktörüdür. Bakım-onarım faktöründen kaynaklanan verimlilik düşüşlerinin birinci nedeni uygun satın alım politikalarının belirlenmemesidir. Bu faktörün zararlı etkilerinden korunmanın en iyi yolu hastanelerde biyomedikal mühendisliği bölümlerinin süratle oluşturulması ve genişlemesini sağlayacak elemanların yetiştirilmeye başlanmasıdır.¹⁶⁶

5.16.4. Tıbbi Malzeme Ve Araç Gereçlerin Alımında Dikkat Edilmesi Gereken Özellikler

Tıbbi malzeme ve araç gereç alımında şu özelliklere dikkat edilmelidir,¹⁶⁷

- Mutlaka kullanacak kişilerin fikri ve istekleri göz önüne alınmalıdır
- Garanti sürelerine dikkat edilmeli,
- TSE, ISO, belgeli olanlar tercih edilmeli
- Bakım ve onarım garantisi olmalı
- Gerekiyorsa uzman kişi tarafından gerekli eğitim verilmeli
- Alınmış olan tıbbi araç-gereçleri belirli zamanlarda kalibrasyon yapılma garantisi verilmeli,
- Sarf malzeme alımında son kullanım tarihlerine dikkat edilmeli, özel durumlar hariç sıfır stokla çalışılmalı,
- Kalite ön planda tutulmalı,
- Malzemeyi daha önce kullanan kurumlardan referans alınmalıdır.

¹⁶⁶ SEÇİM, a.g.e, s.243.

¹⁶⁷ İlyas GÖĞEBAKAN, “Tıbbi Malzeme ve Araç Gereçlerin Alımında Dikkat Edilmesi Gereken Öneriler”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, (İstanbul: S.2, 1998), s.41.

5.17. Rakip Hastanelerle Karşılaştırmaların Yapılması (Benchmarking)

Toplam kalite yönetimi piyasa rekabeti sonucu ortaya atılmış bir kavramdır. İşletmeler rakipleri karşısında üstün duruma geçmek istiyorlarsa, mutlaka rakiplerinin de durumunu izlemeli, incelemeli ve kendi durumları ile karşılaştırmalar yapmalıdırlar.

En basit haliyle benchmarking, bir nesnenin bir başka nesneyle karşılaştırılmasıdır. Daha stratejik bir tanım yapmak gerekirse benchmarking, bir organizasyon performansının o alanda kendi sınıfının en iyisi olan organizasyonların performanslarıyla karşılaştırılması, bu organizasyonların yüksek performans düzeyine nasıl ulaştığının belirlenmesi ve elde edilen bilgilerin sözü geçen ilk organizasyonun hedefleri, stratejileri ve uygulamaları için bir temel olarak kullanılmasıdır. Benchmarking'in iki çeşidi vardır: **1-İç (internal) benchmarking**, **2-Dış (external) benchmarking**. Bunlardan ilki birçok sağlık bakım organizasyonlarında kullanılmaktadır. Genel olarak organizasyonun zaman içindeki gelişimini sağlayan fonksiyon ve süreçlerin karşılaştırılmasını içerir. Fakat iç benchmarking tek başına yeterli değildir. İç benchmarkingın yanı sıra dış benchmarkingın da yapılması gerekir. Dış benchmarking ile daha önce herhangi bir alanda mükemmel standartları yakalamış olan organizasyonlarla, karşılaştırmalar yapılır ve konum değerlendirmesine gidilir.¹⁶⁸

Dış benchmarking iki kısma ayrılır: **1-Rekabete dayalı (Competitive) benchmarking-** Bir organizasyonun aynı yönde hizmet ve ürün sunan, rakip organizasyonla karşılaştırmasının yapılmasıdır. Bu benchmarking bir hastanedeki hasta kalış süresinin bir başka hastanedeki kalış süresiyle karşılaştırılması kadar basit olabilir. Daha gelişmiş benchmarking örnekleri ölüm oranları, hasta taşınması, nazokomiyal enfeksiyon oranları gibi faktörlerle ölçülen en iyi hasta çıktılarının tanımlanması konularını da içerebilir. **2- Dünya çapında (World-class) benchmarking-** Bir organizasyonun kendi endüstrisinin dışındaki endüstrilerde üretim yapan organizasyonlarla karşılaştırılmasıdır. Bu tip bir benchmarking faaliyeti sağlık bakımında

¹⁶⁸ Nancy O. GRAHAM, *Quality in Health Care: Theory, Application and Evolution* (USA: Aspen Publishers, Inc., 1995), s.210-211.

faturalama ve tahsil işlemlerinde kullanılabilir. Çünkü bu faturalama ve tahsil işlemleri, birçok endüstriyel organizasyonda da mevcuttur.¹⁶⁹

5.18. Örgütsel Kültür Yapısının Biçimlendirilmesi

Örgüt kültürünün yeniden yapılandırılması veya değiştirilmesi, yöneticilerin patron olma rollerini bırakarak, lider-destekleyici-koordinatör olma rollerini benimsemelerini gerekli kılar. Ancak bu şekilde davranıldığında, iş tasarımı vasıtasıyla örgüt kültürüne, arzu edilen uygun özellikler kazandırılabilir.¹⁷⁰

Örgütsel kültür, zaman içinde gelişen paylaşılmış inançlar, değerler ve kabullenmeler bütünüdür. Organizasyon üyeleri hayatta kalma teknikleri (dış adaptasyon) ve iş ilişkilerinin oluşturulması ve düzeltilmesi (iç entegrasyon) hakkında bir ortak görüş oluşturdukça kültür biçimlenir. Örgütsel kültür zaman içinde öğrenilir ve en büyük yararı kültür üyelerine bir kimlik duygusu aşılmasıdır. Ayrıca organizasyon için önem kaydeden değerleri belirler. Organizasyona yeni katılanların mevcut aktiviteleri anlamasına ve yorumlamasına yardımcı olur. Çalışanların işlerinde istenmeyen bir durumla karşılaştıklarında davranışlarına rehberlik eder ve istedik davranışların oluşturulması için bir kontrol mekanizması görevini görür.¹⁷¹

Örgütsel kültürün biçimlenmesindeki önemli faktörler:¹⁷²

•**Organizasyonel misyon ve hedefler-** Hasta gereksinimleri misyon ve hedeflerin belirlenmesinde etkilidir. Bu misyon ve hedefler de müşteri gereksinimlerinden etkilendiği için her departmanda farklı kültür yapısı oluşturur. Örneğin acil servis kliniklerinde kültür hızı ve etkinliğe göre ayarlanmalıdır. Psikiyatri bölümlerinde ise kültür daha toleranslı ve hastanın psikolojik ihtiyaçlarına cevap verebilecek şekilde oluşturulmalıdır.

¹⁶⁹ GRAHAM, a.g.e., s.211.

¹⁷⁰ Duygu ALTUĞ, **Örgütsel Davranış: Toplam Kalite Yönetimi Anlayışı İçinde** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 1997), s.96.

¹⁷¹ Kerry D. CARSON, Paula Phillips CARSON and C. William ROE, **Management of Healthcare Organizations** (Cincinnati: South-Western College Publishing, 1995), s.124.

¹⁷² Kerry D. CARSON, Paula Phillips CARSON and C. William ROE, a.g.e., s.124-125.

•**Eski liderlerin ve yeni kurucuların katkıları-** Eski liderlerin organizasyonun sürekliliğini sağlamak için geliştirdikleri değerler ve prensipler, yeni liderler tarafından göz ardı edilmemeli, gerçekleştirilmek istenen yeniliklerde organizasyon üyelerine zaman tanınmalıdır.

•**Organizasyon üyelerinin özellikleri-** Örgütsel kültür içinde yer alan organizasyon üyelerinin deneyimleri ve backgroundları birbirine benzer özellikler gösteriyorsa kültür sağlam bir yapıya sahip olur. Organizasyona yeni girecek olan üyeler seçilirken birbirine benzer ve homojen kültüre sahip olup olmadıkları göz önünde tutulmalıdır.

•**Aşılanmış davranışlar-** Organizasyon içinde bazı davranış kalıplarının aşılması kültürün şekillendirilmesinde önemli yer tutar. Örneğin toplam kalite yönetiminde önemli yer tutan, personelin güçlendirilmesinde yaratıcılığın ödüllendirilmesi, yenilikçi kültür yapısının oluşmasını sağlar. Sağlık bakımlarında hasta bakımının takdir edilmesi hizmet kalitesi kültürünü geliştirir.

•**Yapısal düzenlemeler-** Organizasyon üyelerinin birbirine fiziksel ve davranışsal uzaklığı takım çalışmasını ve kültür yapısını etkiler. Örneğin farklı departmanlarda çalışanların ilişkilerinin kopuk olması, sağlık bakım sektöründe güçlü ve pozitif kültürün oluşmasına engeldir. Bu nedenle hastane yönetimi çalışanları belirli periyodlarla biraraya getirecek sosyal aktiviteler düzenlemeli, organizasyon içinde de departmanları birbirinden soyutlayacak dizaynlara yer vermemelidir.

•**Organizasyon yapısı-** Takım organizasyonlarında iş paylaşımı ve toplu destek ön planda olduğu için, örgüt kültürü sorumlulukların paylaşılması, güven ve çalışanlara olan inanç yönünde gelişir.

BÖLÜM 3

HASTANELERDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARINDA KARŞILAŞILAN ENGELLER

Toplam Kalite Yönetimi, sadece endüstride değil son yıllarda sağlık bakım hizmetlerinde de en ümit verici yeniliklerden biri olarak kabul edilmektedir. Toplam Kalite Yönetimi ile birlikte müşteri memnuniyetinin karşılığı olarak sağlık işletmelerinde hasta memnuniyeti ve hasta mutluluğu konuları gündeme gelmiş, sağlık çalışanlarına verilen önem artmış, hastanelerde kaliteli hizmet sunum standartlarının gerekliliği gündeme gelerek, bu konuda çalışmalar başlatılmıştır. Bunların ötesinde kamu hastanelerinde henüz rekabet ortamı mevcut olmadığı halde ISO çalışmalarının başlatılması ve ISO belgelerinin alınması sevindirici gelişmeler olarak yorumlanmaktadır.

Toplam Kalite Yönetimi'nin bu anlatılan yararlarının yanında işletmelere sağladığı daha birçok fayda vardır. Ancak sağlık işletmelerinde TKY'nin uygulanmasında karşılaşılan birçok engel bulunmaktadır. TKY'nin başarıyla uygulanabilmesi için öncelikle bu engellerin ortadan kaldırılması gerekmektedir.

Hastanelerde TKY uygulamalarında karşılaşılan engeller şu başlıklar altında toplanmaktadır.

- Doktorların katılımının sağlanamaması
- Sağlık personeli eğitimindeki sorunlar
- Laboratuvar çalışmalarında kaliteli hizmet arzını engelleyen faktörler
- Değişime olan direnç
- Yönetimin algılama hatası
- Kamu hastanelerinde TKY uygulamasına engel teşkil eden yönetim ve organizasyon sorunları
- İşgücü planlaması ve işe alma problemleri

- Hastane yöneticiliği alanında karşılaşılan problemler
- Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki aksamalar
- Tıbbi teknolojinin kullanımından kaynaklanan sorunlar
- Türkiyede ulusal akreditasyon standartlarının ve akreditasyon kuruluşlarının bulunmaması
- Sağlık sektöründe hizmet özelliğinden kaynaklanan engeller
- Klinik uygulamalarda karşılaşılan güçlükler
- İletişim eksikliği ve iletişimi engelleyen faktörler
- Üst yönetimle çalışanlar arasındaki çatışma
- Grup performansından çok bireylerin performansına önem verilmesi
- İstatistiksel kontrol metodlarının kullanılmasına gösterilen direnç
- Türkiyede TKY uygulamalarını olumsuz etkileyen sağlık sistemi sorunları
- Araç odaklı olunması
- Hastane yöneticilerinin danışmanla çalışma alışkanlığının olmaması
- Birimlerarası ve birim yöneticileri arasındaki rekabet
- Yönetimin TKY'ni askıya alma eğiliminde olması
- Kamu hastanelerindeki finansal problemler
- Hemşirelik mesleğine ilişkin sorunlar
- Sağlık kurumları arasında rekabet ortamının yaratılmak istenmemesi
- Yönetime katılımın çalışanlar tarafından yanlış anlaşılması
- Hastane işletmeciliğinde eczacılık hizmetlerinde karşılaşılan sorunlar
- Sağlık çalışanlarının sağlığına yönelik mesleki riskler
- Özel hastanelerin hizmet sunumunu olumsuz etkileyen faktörler
- Karmaşık ve değişken kültür yapısı
- Hastanelerde mevcut ölçme ve değerlendirme sistemlerinin yetersiz olması
- Katılımcılığın güçlendirilmesinde karşılaşılan problemler

1. DOKTORLARIN KATILIMININ SAĞLANAMAMASI

Hastanelerde toplam kalite yönetiminin uygulanmasında karşılaşılan ilk ve en önemli engel olarak doktorların katılımının sağlanamaması gösterilmektedir.¹⁷³ Bunun nedenleri olarak, geleneksel yapıları içinde doktorların dışarıdan gelecek müdahalelere karşı kapalı ve otonom bir davranış içinde oldukları, yüksek kalitede hizmet vermenin yalnızca kendi sorumlulukları olduğuna inanmaları ve TKY'ni mesleki özgürlüklerini kısıtlayıcı bir olgu gibi görmeleri gösterilmektedir.¹⁷⁴ Doktorlar TKY uygulamaları ile ilk karşılaştıklarında TKY'ni engelleyici düşünceler taşımaktadırlar. Zorlutuna'ya göre bu düşünceler:¹⁷⁵

- TKY'nin yararları neler olabilir?
 - TKY mesleğimi ve geleceğimi nasıl etkileyecektir?
 - TKY ile yapılmak istenen teoride doğru olabilir, ancak bu pratiğe nasıl yansıtılacak ? İnsanlar lüzumsuz yere bir masa etrafında oturup zaman mı kaybedecekler?
 - TKY'nin yönetim kademesinde bulunan idareciler tıp biliminden gerçekten anlıyorlar mı?
 - Sanayi sektörü gibi çok farklı bir ortamda doğmuş olan TKY tıp alanında yararlı olacak mı? Araba üretimi ile hasta iyileştirmenin ne gibi ortak yanı olabilir?
 - Böyle bir sistem gereksiz. Bizim için önemli olan “daha çok hemşire, daha az idareci ve daha modern ekipmandır” şeklinde belirtilmektedir.
- TKY çalışmalarına doktorların katılmasını engelleyen bu düşüncelere ek olarak,
- TKY programlarının uzun zaman alması ve doktorların bu programlara yeteri kadar zaman ayıramamaları,
 - Özellikle “yaptığım işi benden daha iyi kim bilebilir?” düşüncesinin hakim olması,

¹⁷³ Yaman ZORLUTUNA, “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu, Bildiriler** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 1998), s.185.

¹⁷⁴ Aynı, s.185

¹⁷⁵ Aynı.

•TKY programlarının kırtasiye yükünü artırması ve şemaların, grafiklerin, raporların en önemlisi de indikatörlerin hazırlanmasının çok fazla zaman alması doktorların TKY uygulamalarına katılmalarına engel teşkil etmektedir.

Hastanelerde hastaların kabulü doktorların kararlarına dayanmaktadır. Bu nedenle hastanelerin geliri doğrudan doktorların hasta kabul kararına endekslenmiştir. Doktorlar hastalarını çoğu zaman hastaneye yönlendirmek yerine muayenehanelerine yönlendirmektedirler. Bu durum da hastane gelirlerinde düşüslere neden olabilmektedir. Çoğu zaman doktorların vakitlerini hastane dışında kendi muayenehanelerinde geçirmeleri de TKY uygulamalarına doktorların ilgisini çekmeyi zorlaştırabilmektedir. Diğer taraftan doktorlar her bir hasta için gereken tedavi ve hizmetlerin belirleyicileri oldukları halde birçok hastanede onların bu çabalarını cesaretlendirecek değerlendirme ve ödüllendirme mekanizması bulunmamaktadır.¹⁷⁶

2. SAĞLIK PERSONELİ EĞİTİMİNDEKİ SORUNLAR

TKY uygulamalarının başarıya ulaşması ancak personelin katılımı sayesinde gerçekleştirilebilmektedir. Personel katılımının sağlanmasında önemle üzerinde durulması gereken konulardan biri de personelin eğitimidir. Oysa bugün ülkemizde sağlık personelinin ülke ihtiyacı doğrultusunda istenen biçim ve kalitede eğitim alamadığı vurgulanmaktadır. Sağlık personeli eğitiminde karşılaşılan ve hastanelerde TKY'nin başarısına büyük ölçüde etki edecek olan sorunlar yedi başlık altında toplanmaktadır. Bunlar;¹⁷⁷

- 1.Sağlık personeli eğitimlerinin, mesleki faaliyetlerin nitelikli olmasını sağlamak üzere standardize edilmemiş olması,
- 2.Uygulama alanlarının öğrenciler ve mezunlar için iyi örnek oluşturmaması
- 3.Mezuniyet sonrası eğitimlerin yok denecek kadar az olması,
- 4.Eğitim kapasitesinin belirlenmesini sağlayacak, sağlıkla ilgili insangücü planlamasının yapılmaması,

¹⁷⁶ GRAHAM, a.g.e., s.284.

¹⁷⁷ Enver OYMAK, "Sağlık Personeli Eğitiminde Kalite", **Standart Dergisi** (Ankara: S.376, 1993), s.18.

5.Hemşirelik ve ebelik kanununun çağın isteklerine yeterli cevap vermekten yoksun olması,

6.Değişik seviyelerdeki eğitim kurumlarında yönetici ve eğitici kadrolarda bulunan kişilerin sayılarının yetersiz, yönetim ve eğitim formasyonlarının az olması,

7.Kurumların laboratuvar ve uygulama alanları arasında farklılıklar bulunması nedeniyle dengeli uygulama eğitiminin verilememiş olması, olarak sıralanmaktadır.

3. LABORATUVAR ÇALIŞMALARINDA KALİTELİ HİZMET ARZINI ENGELLEYEN ETKENLER

Laboratuvarlar hastanelerin hizmet kalitesine etki eden önemli departmanlardan biridir. Hastalara konulacak olan teşhis ve tedavi laboratuvarlardan alınacak olan test sonuçları sonunda belli olmaktadır. Bu nedenle laboratuvarlardan istenecek olan tetkiklerin amaca uygun olmaması, laboratuvar bulgularının gerektiği biçimde yorumlanmaması ciddi problemlere yol açabilmektedir. Laboratuvar çalışmalarında oluşabilecek hatalar üç başlık altında toplanmaktadır.¹⁷⁸

1. Laboratuvar Öncesi Hatalar: Bu başlık altında, testin istenmesi, hastanın örnek alımına hazırlanması, örneğin alınması ve laboratuvara ulaştırılması aşamalarında karşılaşılabilecek hatalar incelenmektedir:

- Hekimin hatalı test isteğinde bulunması,
- Hemşirenin hekimin isteğini farklı biçimde yorumlaması,
- Hasta bilgilerinin yanlış kaydedilmesi,
- Yanlış hastadan örnek alınması,
- Hastanın yapılacak testin özelliklerine uygun biçimde hazırlanmaması,
- Alınan örneklerin uygun koşullarda laboratuvara iletilmemesi.

¹⁷⁸ Tuncay ALTUĞ ve Ömer GÜZEL, “Laboratuvar Çalışmalarında Kaliteli Hizmet Arzını Engelleyen Etkenler ve Test Sonuçlarının Değerlendirilmesi”, **Standart Dergisi** (Ankara: S:376, 1993), s.18.

2. Laboratuvar İçi Hatalar:

- Hasta örneğinin teste hazırlanması sırasında ön işlemlerin gerektiği biçimde yapılmaması,
- Laboratuvar teknisyenlerinin işlerinde yetersiz olması,
- Tetkik metodlarının doğru seçilememesi,
- Kaliteli ve talimatlara uygun malzeme kullanılmaması,
- Sonuçların doğru hesaplanmaması,
- Data, proses ve raporların doğru hazırlanmaması.

3. Laboratuvar Sonrası Hatalar:

- Laboratuvar test sonuçlarını bildiren raporların içeriğinin yetersiz olması,
- Referans (normal) değer aralıklarının doğru seçilmemesi,
- Test sonuçlarının abartılı yorumlanması,
- İlk teşhisi doğrular nitelikteki bulguların ön plana çıkarılarak diğer bulguların göz ardı edilmesi.

4. DEĞİŞİME OLAN DİRENÇ

Toplam kalite yönetiminin uygulanacağı işletmelerde ister istemez bir organizasyon yapısı değişimi veya en azından yönetime çalışanların katılımını sağlayacak bir sistem değişimi zorunlu olmaktadır.

İnsanlar yeni düşüncelere ve değişimlere çoğu zaman direnç gösterirler. Bu direncin başlıca nedeni çalışanların kendilerini bir bakıma tehdit edilmiş gibi hissetmeleridir. Çünkü bilgi eksikliği, iş yükünün artacağı korkusu, kendilerinden beklenen şeyin ne olduğunu bilmemeleri ve pozisyonlarındaki belirsizlik, çalışanları dirence itmektir.¹⁷⁹

Sağlık organizasyonlarında direncin arttığı bazı özel durumlar bulunmaktadır. Bunlar;¹⁸⁰

¹⁷⁹ MORTON ve BAMFORD, a.g.e., s.102.

¹⁸⁰ Wendy LEEBOW and Gail SCOTT, **Service Quality Improvement: The Customer Satisfaction Strategy for Health Care** (USA: American Hospital Publishing, Inc., 1994), s.330-331.

- Değişim amacının açık olmaması,
- Değişimin planlanması sürecinde çalışanların tam katılımının sağlanamaması,
- Çalışanların değişimi gerekli görmemesi ya da değişim sonucunun başarılı olacağına inanmamaları,
- Değişimin duygusal, zihinsel ve bedensel maliyetinin yüksek olması,
- Çalışanların değişim için harcanan kaynakların yetersiz olduğu kanısına varmaları,
- Çalışanların, değişimin kendi bütçelerini negatif yönde etkileyeceğine inanmaları,
- Değişimin başarılmasında destekleyici rol oynayan ödüllendirme sisteminin zamansız yürürlüğe konulması ve adaletsiz çalışması,
- Değişimin yürütülmesi sırasında çalışanların, yanlış yaptıkları hallerde uygun olmayan cezalara çarptırılmaları,
- Başarısızlık sonucu yüklenilen sorumluluğun ağır olması ya da bu sorumluluğun bir kişi üstüne yıkılması ihtimali,
- İnsanların değişimle birlikte gelecek görev ve yer değişikliklerine hazır olmamaları,
- Değişim için özellikle kamu hastanelerinde politik desteğin sağlanamamasıdır.

Yöneticilerin, biz emrederiz çalışanlar emirlerimizi yerine getirir anlayışında olduğu, çalışanların fikirlerinin değerli olmadığı bir ortamda TKY'ni uygulamak mümkün değildir. Bu fikir değişiminin hem çalışanlarda hem de yöneticilerde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Fakat bu değişim gerçekleştirilmeye çalışılırken bir çok engelle karşılaşılır. Bu engeller bireysel engeller ve organizasyonel engeller olmak üzere ikiye ayrılır.¹⁸¹

Değişime Olan Direncin Bireysel Nedenleri:

1. Alışkanlık: Çalışanlar her zaman yaptıkları işleri yaparken işlem sırasında düşünmek zorunda kalmazlar. Bu aynı işi yapmak için değişik yöntemler kullanmaktan daha kolaydır. Fakat çalışanlar işlem yaparken düşünmek zorunda bırakılırlarsa, ilk etapta yapmış oldukları işe karşı direnç gösterebilirler.

¹⁸¹ LEEBOW and SCOTT, a.g.e., s.329.

2. **İlgide seçicilik ve muhafaza:** İnsanlar kendi düşünce ve davranışlarına uyan şeyleri farketmek ve özümsemek gibi bir eğilime sahiptir. Kendi istek ve fikirlerine uymayan her türlü davranışı reddederler.
3. **Bağımlılık:** Özgüveni ve kendi iç tatmini az olan bireyler bağımlı oldukları insanlar değişimi kabullenmedikçe tüm süreçlerde direnç gösterirler.
4. **Bilinmezin verdiği korku:** İnsanlar her zaman bilinmeyeni beraberinde getiren belirsizliklere karşı öfke beslerler ve direnç gösterirler.
5. **Ekonomi:** Çalışanlar, normal olarak değişimlerin, içinde bulundukları pasta dilimini bozmasını ya da sonucunda işlerini kaybetmeyi istemezler ve değişimin kendilerine böyle bir tehlike yaratacağını düşünürlerse paniğe kapılırlar.
6. **Güvenlik:** Çalışanlar organizasyonların yararına olmasa bile işlerin her zaman olduğu gibi yürümesinden güven duyarlar.

Değişime Olan Direncin Organizasyonel Nedenleri:

1. **Güç ve yetki alanı:** Bazı insanlar değişimlere, kendi yetki alanlarında yeni düzenlemelere neden oldukları için direnç gösterirler. Örneğin bazı yöneticiler uğraştıkları sorunlar ve kendi departmanlarındaki çalışma sistemleri açığa çıkacağı için problem çözme takımlarını bir tehdit gibi görürler.
2. **Organizasyonel yapı:** Departmanlar, otorite zincirleri ve iş tanımları değişime direnç göstermeye meyillidir. Karmaşıklıkları ve birbirleriyle olan bağlantının kopması nedeniyle, hiç kimse değişim denen bu büyük yükün altında ezilmek istemez.
3. **Kaynak yetersizlikleri:** Her gün değişen ve gelişen teşhis ve tedavi teknikleri sağlık bakım organizasyonlarını, hizmet geliştirimi için yatırım yapma konusunda zorlamaktadır. Bazı sağlık organizasyonları, herkesin kendine özgü hizmet geliştirme önerilerini uygulamaya sokacak kaynakların olmadığını bildiği için değişime karşı koymaktadırlar.
4. **Gizli maliyetler:** Yöneticiler, iş süreçleri ve çalışanlar hakkındaki geçmiş hükümleri bir kenara atmak istemezler. Bu durum, 25 yıllık bir çalışanı organizasyon için zararlı bile olsa iş içinde tutma eğilimine neden olabilir. Sonuç değişime karşı dirençtir.

5. Organizasyonlar arası yapılan anlaşmalar: İnsanlar değişimi destekleseler bile, tedarikçilerle, diğer organizasyonlarla ve tabipler odası ile yapılan ve hizmetin ana amacına hitap etmeyen anlaşmalara bağlı kalmak zorunda olabilirler.

5. YÖNETİMİN ALGILAMA HATASI

Toplam Kalite Yönetimi, hastane yöneticileri tarafından, yalnızca kalite koordinatörlüğünün gerçekleştirmesi gereken bir faaliyet gibi görülebilmektedir. Oysa bir hastanede TKY uygulaması tüm çalışanların sorumluluğunda gerçekleştirilmesi gereken bir yönetim tarzıdır. TKY uygulamalarında, üst yönetimin çalışmaları sadece bir ast yöneticiye devrederek sorumluluklardan kaçmaması gerektiği vurgulanmaktadır.¹⁸²

6. KAMU HASTANELERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN UYGULANMASINA ENGEL TEŞKİL EDECEK MEVCUT YÖNETİM VE ORGANİZASYON SORUNLARI

Ülkemizde kamu hastaneleri geleneksel aşırı merkeziyetçi ve dikey yönetim anlayışı ile yönetilmektedir. Farklı uzmanlıklardaki bireyler arasındaki ilişkilerin yönetilmesinde dikey yönetim yapısının kullanılması TKY uygulamalarında engel teşkil etmektedir. Avrupa’da TKY uygulayan ve geçiş aşamasında olan hastaneler, öncelikle departmanlar arasındaki işbirliği mekanizmasını oluşturmak amacıyla, hiyerarşik yapıdaki yönetim sayılarını azaltmışlardır. Dikey yönetim tarzında departmanlar arasındaki ilişki çalışanların katılımından ve birebir sağlık bakımını sağlayan personelden uzak üst yönetim kademesinde sağlanmaktadır. Oysa TKY’de amaç departmanlar arasındaki ilişkilerde tüm çalışanların katılımının sağlanmasıdır. Eğer TKY uygulanmak isteniyorsa öncelikle bu aşırı merkeziyetçi yapıdan uzaklaşılması ve daha yatay yönetim tarzlarının benimsenmesinin gerektiği belirtilmektedir.¹⁸³

¹⁸² İsmail TÜRKMEN, “Toplam Kalite Yönetimine Geçiş ve Uygulamada Başarıyı Engelleyen Faktörler” **Verimlilik Dergisi Toplam Kalite Özel Sayısı**, (Ankara: 1996), s.143.

¹⁸³ Mithat ÇORUH, “1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, **1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Bildiriler** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 1995), s.24

Devlet hastanelerinin en üst yönetim organı olan başhekimlerle yapılan bir anket çalışmasından elde edilen verilere göre en önemli yönetim ve organizasyon sorunu, hastanelerde faaliyetlerin planlama ve denetimini etkin şekilde yapacak “üst kademe” yönetim organlarının bulunmamasıdır. Devlet hastanelerinde ve diğer kamu hastanelerinde merkez teşkilatı tarafından belirlenen kararlar, politikalar ve planlar çerçevesinde hastanede günlük faaliyetlerin yürütülmesi yetkisi başhekime verilmiştir. Bu arada hastanelerde başhekime bağlı müdür ve müdür yardımcıları bulunmasına rağmen hastanedeki her türlü idari, teknik ve tıbbi faaliyetlerle başhekimler bizzat ilgilenmektedirler. Bu da başhekimleri ağır ve anlamadıkları işlerle ilgilenmek zorunda bırakmaktadır.¹⁸⁴

Kamu hastanelerinin herhangi birinde TKY uygulaması kararı, yönetim kurulu bulunmadığı için, merkez teşkilatı veya başhekimin vereceği kararla uygulanmaya çalışılacaktır. Merkez teşkilatının yani Sağlık Bakanlığı’nın bu yönde bir talebi olmadığı düşünüldüğünde, başhekim alacağı karar konusunda, beklediği desteği üst yönetimden göremeyecektir. Mevcut organizasyon yapısında da tüm kararları başhekimin vermesi gerektiği için, TKY uygulaması kararını başhekim kendi kendine alacaktır. Bunun sonucunda da hastane çalışanları, TKY çalışmasını başhekimin emriyle gerçekleştirilmesi gereken bir proje gibi algılayacak, sadece kendilerinden istenileni yaptıktan sonra da sorumluluklarının tamamlanacağını düşüneceklerdir. Oysa TKY çalışanlar tarafından bir defada yapılarak bitirilecek bir proje olarak görülmemeli, hayat boyunca ulaşılması gereken bir hedef olarak algılanmalıdır. TKY’ne geçiş kararı alınırken çalışanlara TKY konusunda detaylı eğitimin verilmesi ve onların katılımının mümkün olduğunca sağlanmaya çalışılması uygun görülmektedir.

7. İŞGÜCÜ PLANLAMASI VE İŞE ALMA PROBLEMLERİ

Özel hastanelere nazaran kamu hastanelerinin en önemli sorunlarından biri de sağlık işgücü planlamasının yapılmaması ve atamaların hastanelerin ihtiyaçları ve istekleri doğrultusunda değil de, Sağlık Bakanlığı’nın takdirine göre yapılmasıdır. Durum böyle

¹⁸⁴ Hüseyin ÖZGEN ve Azim ÖZTÜRK, “Devlet Hastanelerinde Karşılaşılan Yönetim Sorunları ve Bir Model Önerisi”, *Verimlilik Dergisi* (Ankara: S.1, 1994), s.7.

olunca hastaneler istedikleri kalitede ve sayıda personelle çalışamayıp, bazı departmanlarda şişirilmiş kadrolarla ya da eksik personelle çalışmak zorunda bırakılmaktadır. Çözüm olarak hastanelerin istedikleri kalitede ve sayıda personeli kendilerinin temin etmesi uygun görülmektedir.¹⁸⁵

Kamu hastanelerinde TKY uygulamalarına engel teşkil eden diğer bir problem ulusal sağlık insangücü planlamasının yetersizliğidir. Hekim istihdamına yönelik yapılan bir işgücü planlaması çalışmasına göre, Sağlık Bakanlığı'nın elindeki mali kaynaklarla istihdam edebileceği hekim sayısı yakın bir zamanda gerekli ihtiyaca cevap veremeyecektir. Bu duruma karşılık iki alternatif önerilmektedir. Birincisi Sağlık Bakanlığı'nın hekim istihdamına ayrılan kaynağı artırması, ikincisi ise hekim ihtiyacının yeniden gözden geçirilmesidir. Birinci alternatif kısa vadede mümkün görülmemekte ve ikinci alternatif üzerinde durulmasının daha yararlı olacağından bahsedilmektedir. Hekim ihtiyacının belirlendiği bu çalışmada Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü tarafından belirlenmiş norm-kadro çalışması esas alınmıştır. Ancak bu normların sağlık kurumlarının gerçek ihtiyacını yansıtmadığı belirtilmekte, gerekçe olarak da normlar belirlenirken sağlık personelinin üretebileceği iş miktarının ve kurumların işyükünün dikkate alınmadığı ve tüm yüz yataklı hastanelerin personel ihtiyacının aynı olarak kabul edildiği gösterilmektedir. Öneri olarak sağlık kurumlarının işyüküne dayalı olarak personel ihtiyacının giderilmesi ve sağlık personelinin hangi işlere ne kadar zaman harcadığının araştırılıp, gerekirse görevlerde değişiklik yapılarak, bazı görevlerin çalışma maliyeti daha düşük olan genel idari veya teknik personele aktarılması düşünülmektedir. Sonuç olarak iyi yapılmayan bir sağlık insangücü planlaması sağlık çalışanı yetiştiren okullara gereğinden fazla yada eksik öğrenci alınmasına neden olacak bu durum kamu hastanelerinin yanısıra özel hastaneleri de etkileyecektir. Sonuçta belki de yukarıdaki örnekte olduğu gibi hastaneler ihtiyacın altında hekimle çalışmak zorunda bırakabilecektir. Eksik personelle çalışan bir hastanenin TKY çalışmalarında başarılı olması beklenemez.¹⁸⁶

¹⁸⁵ Ziyaettin BİLDİRİCİ, **Sağlık Kurumları Yönetimi**, (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fak Yayınları No: 715-351, 1998) s.69

¹⁸⁶ Niyazi ÇAKMAK, "Sağlık İnsangücü Planlama Aracı Olarak Arz ve İhtiyaç Projeksiyonları", **Sağlıkta Strateji Dergisi** (Ankara: S.3, 1994), s.11.

8. HASTANE YÖNETİCİLİĞİ ALANINDA KARŞILAŞILAN PROBLEMLER

Ülkemizdeki hastanelerde hastane yönetimi yalnızca tıp eğitimi alan, bunun yanı sıra hiçbir işletmecilik eğitimi almayan başhekimlerin elindedir. Yapılan bir araştırmada uzman hekimler başhekimlik pozisyonuna getirildiklerinde mesleki yönden olumsuz etkilendiklerini ve bu görev süresince meslekleriyle ilgisiz işlerle uğraştıklarını beyan etmişlerdir. Burada iki olumsuz durum dikkat çekmektedir. Birincisi hekimler uzmanlık dallarının dışında istihdam edilerek kaynak israfına neden olunmakta, ikinci olarakta hastane yönetiminin çağdaş yönetim anlayışına göre icra edilememesi, verimsizlik problemiyle karşı karşıya kalınmasına yol açmaktadır.¹⁸⁷ Hastanelerde TKY uygulamalarında en büyük problem olarak doktorların katılımının sağlanamaması gösterilmektedir. Kamu hastanelerinin en üst pozisyonundaki kişilerin doktor olduğu düşünüldüğünde kamu hastanelerinde TKY uygulamasının benimsenmesinde ilk olarak üst yönetim kademesinde dirençle karşılaşılması kaçınılmaz olacaktır.

Hastane yöneticileri seçilirken en iyi doktorların en iyi yöneticiler olabileceği düşüncesi ayrıca doktorluktan yöneticiliğe geçiş sürecinin normal olduğu ve bu sürecin yoğun bir eğitim gerektirmeyen dönüşüm aşaması olduğu düşüncesi TKY uygulamalarını baştan olumsuz yönde etkileyebilecek etkenler olarak kabul edilmektedir. Doktorların kendi alanlarındaki teknik bilgilerle yönetime katılması önemli olmakta ancak yeterli görülmemektedir.¹⁸⁸

Yöneticilerin yetersizliğinin yanı sıra, TKY'ne engel teşkil etmekle birlikte yöneticilerin sakınması gereken bir takım düşünceler bulunmaktadır. Bu düşünceler şu şekilde sıralanmaktadır: ¹⁸⁹

1. TKY'ni gelip geçici bir moda gibi algılamak,
2. Astları yalnızca verilen emirleri yerine getirecek çalışanlar gibi görerek, onların görüşlerine önem vermemek,

¹⁸⁷ Hüseyin ÖZGEN ve Azim ÖZTÜRK, "Türkiye'deki Devlet Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısını Verimlilik Açısından İnceleyen Bir Araştırma", **Hastane İşletmeciliği Seçme Yazılar**, (Editör: Hikmet Seçim), (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 845, 1995), s. 35

¹⁸⁸ GRAHAM, a.g.e., s.291-292.

¹⁸⁹ Nurdoğan ARKIŞ, "Kuruluşunuzda Toplam Kalite Yönetiminin Başarısızlığını Garanti Etmenin 20 Yolu" **Kalkınmada Anahtar Dergisi** (Ankara: S. 101, 1997), s.6.

3. Yetki devretmekten kaçınmak,
4. İşleri ve işlerle ilgili süreçleri ileride aleyhte kullanılacak belgeler gibi görerek yazılı hale getirmekten kaçınmak,
5. Personelin her hatalı eyleminde cezaya başvurmak,
6. Astların işleri ve kuruluşları ile ilgili fikir ve düşünce beyan etmelerine izin vermemek,
7. Çalışanlarla yeterince iletişimde bulunmamak,
8. Veri toplamadan, analiz etmeden, kendi inançları doğrultusunda karar vererek eyleme geçmek,
9. Eğitim harcamalarını gereksiz maliyet kalemleri gibi görmek,
10. Her zaman en iyiyi kendisinin düşünebileceğine inanmak,
11. Müşterilere önem vermemek, onların isteklerini anlamaya çalışmak için yapılacak olan işlemleri gereksiz kaynak ve zaman israfı olarak görmek,
12. Kurumdaki herkesi düşman gibi görmek,
13. Üstleri daima haklı görerek her zaman itaatkar olmak,
14. Başka departmanlarla bilgi paylaşmayıp, işbirliğine girişmemek ve her departmanın kendi işiyle ilgilenmesi gerektiğine inanmak,
15. Kuruluştaki yer alan alt düzey çalışanları, memurları ve diğer görevlileri bir makine gibi görüp onları konuşmaya ve selamlaşmaya değer insanlar olarak görmemek,
16. Astlara yaptıkları işlerde güvenmeyerek, yapılan her işi en ince detayına kadar incelemek ve kontrol etmek,
17. Uzun vadeli düşünmeyip, günlük ve kısa vadede sonuçları alınacak işlere önem vererek, yapılan çalışmanın getirisini en kısa zamanda almayı beklemek,
18. Kararlara uymanın başkalarının görevi olduğunu düşünerek, kendi almış olduğu kararlara uymamak,
19. Problemleri görmemezlikten gelerek, problemlerin nedenlerini çalışanların beceriksizliklerine bağlamak,
20. TKY'nin gereklerine uymak yerine, TKY'ni kendine uydurmaya çalışmak.

9. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDEKİ AKSAMALAR

Ülkemizde birinci basamak sağlık kuruluşları halka yeterince tanıtılmadığı için istenen etkinlikte çalışmamaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşları olan sağlık ocakları hastaların ilk başvuruda bulunması gereken yerlerdir. Hafif hastalığı olanların tedavileri ilk önce buralarda yapılmalı, gerekli görülenler hastaneye sevk edilmelidirler. Fakat ülkemizde sağlık ocaklarında tedavileri yapılabilecek olan hastalar, sağlık ocaklarına başvuruda bulunmadan doğrudan hastaneye gitmekte, bu da hastanelerde gereksiz beklemlere ve poliklinik önlerinde hasta yığılmalarına neden olmaktadır. Dolayısıyla doktorlar bu hastaları muayene ederken vakit kaybetmekte ve istenilen kalitede sağlık hizmeti sunulamamaktadır.¹⁹⁰

10. TIBBİ TEKNOLOJİNİN KULLANIMINDAN KAYNAKLANAN SORUNLAR

Hastaneler teknoloji yoğun işletmelerdir. Toplam Kalite Yönetimi'nin başarıyla uygulanmasına etki eden önemli konulardan biri de tıbbi teknolojinin kullanımı olmaktadır. Tıbbi teknolojinin kullanımından kaynaklanan sorunlardan önemlileri;¹⁹¹

- Tıbbi cihazların alımının ve değiştirilmesinin yüksek maliyetlere neden olması,
- Tıbbi cihazların bakım ve kalibrasyonlarının ciddi maliyetlere neden olması,
- Tıbbi cihazları kullanacak personelin mevcut olmaması veya eğitim yetersizliği,
- Tıbbi teknolojinin değişkenliği,
- Kullanılan tıbbi teknolojilerin servis hizmetlerinin yetersizliği ve satın alımlarda bir tek firmayla anlaşmanın tekel durumuna neden olması sebebiyle karşılaşılan olumsuzluklar olarak sıralanabilmektedir.

Bu sorunlara çözüm önerisi olarak tıbbi cihazların alımında iyi pazar araştırmasının yapılması, cihazların alımında teknik bakım garantisinin aranması ve sözleşme hükümlerine konması gerekmektedir.

¹⁹⁰ "Hastane Reformu", *Sağlıkta Strateji Dergisi* (Ankara: S:1, 1994), s.9.

¹⁹¹ Ümit ŞAHİN, Osmangazi Üniv. Tıp Fak. Planlama ve Mali İşler Şube Müdürü ile 10.12.1998 tarihinde yapılan görüşme.

11. ÜLKEMİZDE ULUSAL AKREDİTASYON STANDARTLARININ VE AKREDİTASYON KURULUŞLARININ BULUNMAMASI

Hastanelerde akreditasyon, hizmet sunumu için belirlenmiş standartlara uygunluğun, konularında uzman dış denetçiler tarafından değerlendirildiği bir sistem olarak tanımlanmaktadır. Akreditasyon uygulamasının yaygın olduğu ülkelerde hastaneler akredite olabilmek için kendi durumlarını değerlendirip hazırlık yaptıktan sonra akreditasyon kuruluna başvuruda bulunmakta, kurul tarafından hastanenin büyüklüğüne ve sunulan hizmetlere göre inceleme ekipleri oluşturularak, hastanenin belirlenmiş olan standartlara uygunluk derecesi saptanarak hastanenin akreditasyon statüsü belirlenmektedir. Akreditasyon uygulamış ülkelerde hastanelerde oluşan iyileşmelerle, hastanelerin TKY uygulamaları ile ulaşmak istedikleri hedefler arasında paralellik görülmektedir. Oluşan iyileşmeler şu şekilde sıralanmaktadır.¹⁹²

- Hastane içindeki bölümler arası yatay yöneticilerle çalışanlar arasındaki dikey iletişimin önemli oranda artması

- Önceden kullanılmadan atılan tıbbi kayıtlar tekrar değerlendirilmeye tabi tutulacağı için personel tutulan kayıtlara özen göstermeye başlamış ve tıbbi kayıtların kalitesi artmıştır.

- Önceden hastaneyi bir araç olarak gören çalışanlarda kuruma karşı bir sorumluluk duygusu oluşmuş ve çalışanların kuruluşa karşı olan tutumları olumlu yönde değişmiştir.

- Kalite kavramı gündeme gelmiştir.

- Çalışanların mesleki konularda, kalite konusunda, hastane yönetimi ve işletmeciliği konusunda eğitimi gündeme gelmiştir.

- Başvuru ve hazırlık sürecinin eğitici etkisi sonucu hastaneler kendi kendilerini denetlemeye başlamışlardır.

- Tıbbi disiplin konularında ilerleme kaydedilmiştir. Hastane, çalışanların performanslarını değerlendirmeye önem vermiş ve karşılaşılan sorunlar konusunda tedbirler almıştır.

¹⁹² Kemal HOŞGEÇİN, “Hastanelerde Akreditasyon”, *Sağlıkta Strateji Dergisi* (Ankara: S:13, 1997), s.17.

Sağlık reformları kapsamında Türkiye’deki hastanelerde akreditasyon sistemi kurmak için çalışmalar başlatılmıştır. Ancak bugün ülkemizde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik hizmet kalite standartlarını belirleyecek ve hastanelerin bu standartlarda hizmet verip vermediğini kontrol edecek bir kuruluş maalesef bulunmamaktadır.

12. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARINDA SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HİZMET ÖZELLİĞİNDEN KAYNAKLANAN ENGELLER

Sağlık sektöründe TKY uygulanmasında, hizmet özelliğinden kaynaklanan engeller şu şekilde sıralanabilmektedir,¹⁹³

1.Üretim sektöründe faaliyet gösteren kuruluşlar için talep artışı, gelir artışını beraberinde getirmektedir. Bu nedenle üretim sektöründe tüketici tatminine son derece önem verilmektedir. Oysa sağlık sektöründe ve özellikle kamu kuruluşlarında tüketici tatmini bir problem olarak görülmemektedir. Buna neden olarak bu sektörde serbest pazar rekabetinin olmaması gösterilmekte dolayısıyla kalite yönetim programları oluşturma ihtiyacının duyulmadığı belirtilmektedir.

2.Üretilen bir mal elle tutulur, gözle görülebilir nitelikte olmasına karşın sunulan hizmet tam tersidir. Sağlık hizmeti sunulan hastaların yargıları daha çok personelin nazık, kibar davranışlarına ve onların hastalarla kurdukları iletişimin kalitesine bağlanmaktadır. Hastanın tatmin olup olmaması yanlış anlama, belirsizlik, yeterli bilgi alamama gibi sebeplerle etkilenebilmektedir.

3.Hastalar hangi tedavinin kendileri için etkin ve yararlı olacağına karar veremeyebilir. Ya da kendisinden teşhis ve tedavi sürecinde alınacak kararlara katılması istendiğinde bilmediğini veya doktorun daha iyi bileceğini söyleyerek kendi değerleri ve beklentilerinin önemini farkında olmayabilir. Veya hasta sağlık kurumuna getirildiğinde katılımını engelleyecek bilincinin yerinde olmaması gibi olumsuz durumlar söz konusu olabilir.

¹⁹³ Hacer ÖZGEN, “Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme” **Toplum ve Hekim Dergisi** (Ankara: C.10, S.69-70), s.50-52.

4.Üretim sektöründe, üretilen malların stoklanması mümkün iken, hizmetlerin stoklanması mümkün değildir. Bir hizmet işletmesinde kullanılmayan kapasite tıkaşsız bir lavoboda akan musluğa benzetilmektedir. Hizmet alacak tüketiciler olmadığı takdirde hizmet akışı boşa gider. Bu konu özellikle özel sağlık kuruluşları açısından önemlidir.

5.Üretim sektörünün tüketicileri çok sayıda alternatif arasında seçim yapmaktadırlar. Bu sektördeki tüketiciler malları para vererek satın aldıklarından daha titiz ve eleştirici bir yapıya sahiptirler. Aynı özelliğin özel sağlık kuruluşlarından yararlanan hastalarda da mevcut olduğu söylenebilir. Fakat kamu sağlık kuruluşlarının hizmet sunduğu hastaların tümü, masrafları kendi ceplerinden ödemezler. Bu nedenle şikayette bulunma, kaliteli hizmet talep etme gibi kuruma ve sisteme baskı yapabilecek yapıda değildirler.

6.Endüstriyel sektörde üretilen mallar, tüketicilere ulaştırılmadan önce belirlenen kalite standartlarına uygunluk açısından kontrol edilebilir ve üretimde bir hata yapılmışsa hemen düzeltici önlemlere başvurulabilir. Oysa sağlık sektöründe yapılan hatanın geri dönüşü yoktur. Yanlış bir teşhis veya tedavi hastanın sakat kalmasına hatta ölümüne dahi neden olabilir. Sağlık hizmetlerinde bu tür istenmeyen durumların önlenmesi, çok sayıda genel ve özel kriterlerin önceden belirlenmesini zorunlu kılmaktadır. Fakat bunu yapmak da çok kolay değildir. Çünkü sağlık hizmetlerinde sonuç çok sayıda faktörden etkilenebilmektedir. Bu faktörler:

- Sağlık bakım müdahalesi sırasında bireyin temel mental veya fiziksel sağlık durumu,
- Bireyin psikososyal, ekonomik ve fiziksel çevresinin sağlığı,
- Tıbbi problemin doğası. Tedavi edilebilir nitelikte olup olmadığı ya da tedaviye ihtiyacı olup olmadığı, eğer tedavi edilebilirse erken dönemde mi yoksa geç dönemde mi olduğu,
- Teşhisin doğru konulup konulmadığı, ilave yanlış teşhisler olup olmadığı,
- Doğru tedavinin reçetelenip reçetelenmediği,
- Hastanın teşhis, tedavi sürecine tam olarak katkıda bulunup bulunmadığı,

7.Bir üretim işletmesinde tüm malların tek tipte üretimi, kompleks bir yapıya sahip olan ve her hastanın ayrı bir birey olarak ele alınmasını zorunlu kılan sağlık hizmeti

üretimi ile karşılaştırıldığında daha az kompleksir. Bu da sağlık hizmetlerinde kalite yönetiminde standartların oluşturulmasını zorlaştırmaktadır.

8.TKY felsefesine göre en önemli amaç koşulsuz müşteri memnuniyetinin sağlanmasıdır. Ancak sağlık sektöründeki tüketicilerin özelliklerinden ve hizmetin doğasından dolayı sadece hasta beklenti ve ihtiyaçlarının kriter olarak alınması kaliteli hizmet sunma amacını gerçekleştirmede yeterli görülmemektedir.

13. KLİNİK UYGULAMALARDA KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

Hastanelerde teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin büyük bir bölümü doktorlar ve hemşireler tarafından gerçekleştirilmektedir. TKY yapısı itibariyle planlamada esneklik ve ekip çalışmasını öngörmektedir. Oysa doktorlarda, teşhis ve tedavi fonksiyonlarında bireysel otorite ve sorumluluk, esnek olmayan planlama ve uygulama anlayışı mevcuttur. Klinik çalışmalar doktorlara ait bir alan olarak kabul edildiğinden hastane yöneticileri tarafından kontrol edilememektedir. Doktorlar kendi planları doğrultusunda kliniklerini yönetmekte ve ancak gerektiğinde diğer klinik sorumlularıyla işbirliği yapmaktadırlar.¹⁹⁴

14. İLETİŞİM EKSİKLİĞİ VE İLETİŞİMİ ENGELLEYEN FAKTÖRLER

Bir çok TKY çabası organizasyonların kalite hakkında nasıl iletişim sağlayacağını bilmemesi yüzünden başarısızlığa uğrayabilmektedir. Zayıf iletişim organizasyon içinde kaliteyi azaltmakta, verimliliği düşürmekte, strese ve güvensizliğe neden olmaktadır. İletişimi engelleyen faktörler çalışanlar açısından üç grupta ele alınmaktadır.¹⁹⁵

1.Çalışanların Bireysel Özellikleri: İnsanlar işleri ile ilgili konularda, kendi özel hayatları ve iletişim içinde oldukları herşey hakkında belirli bir fikre ve bu fikirlere ilişkin tavırlara sahip olmaktadır. Bazı insanlar savunmacı tavırlar sergilemekte ve aldıkları mesajları bir emir ya da tehdit unsuru olarak yorumlayabilmektedirler. Bu tür insanlar duygularını gizlemeye meyilli oldukları için mesajlara kapalı kalmakta veya

¹⁹⁴ Mithat ÇORUH, "Toplam Kalite Yönetimi, Hastane Uygulamaları Gerekçeler ve Güçlükler", **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu-Bildiriler** (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 1994), s.1.

¹⁹⁵ John M. IVANCEVICH, Peter LORENZI, Steven J. SKINNER, Philip B. CROSBY, **Management: Quality and Competitiveness** (Boston: Richard D.Irwin, Inc., 1994), s.418, 429-430.

agresif hareketlerle karşılık verebilmektedirler. Bu da TKY uygulamalarında iletişimin kesintiye uğramasına neden olmaktadır.

2.Kaynak Güvenilirliği: Kaynak güvenilirliği, mesajı alanın kaynaktan gelen mesaja duyduğu güvene işaret etmektedir. Eğer alıcı, kaynağın verdiği mesaja güvenmezse tarafların iletişim sağlaması mümkün olmamaktadır. Çalışanlar asılsız bilgilerle karşılaştığında ya da verilen direktifler sonucu başarısızlığa uğradığında, kaynaklara karşı güvenlerini kaybetmektedir. Bunun sonucunda kasıtlı iletişim kopukluğu meydana gelmektedir.

3.Algıda Seçicilik: Çalışanlar bazı zamanlarda aldıkları bilgilerin kendi background ve inançlarına uymadığını görünce iletişimi kesmekte veya bu bilgileri kendi inançlarına uydurmaya çalışmaktadırlar. Bunun sonucunda da iletişim zincirinde yanlışlar başlamaktadır.

15. ÜST YÖNETİMLE ÇALIŞANLAR ARASINDAKİ ÇATIŞMA

Sağlık çalışanları her ne kadar yüksek teknik ve yoğun eğitim geçmişine sahip olsalar da yapmaları gereken işlerin kapsamı bazı kurallar ve üst yöneticiler tarafından belirlenmiştir. Bazen sağlık çalışanları çalıştıkları organizasyonun değerlerini ve amaçlarını gözardı ederek kendi iş bilgi sistemlerine ve davranış kalıplarına uymayı tercih ederler. Sonuç olarak bu çalışanlar sağlık bakım organizasyonları içinde iş alanları arasında çok kolay yer değiştirebilirler bu da hastanedeki işgücü devir oranını yükseltirken, uzun sürede uzmanlık alanları (otorite, hasta bakım sorumluluğu ve kaynak kontrolü) arasında çatışmaya neden olur. Bu çatışma ise disiplinlerarası iletişimin, anlaşmaların ve sorun çözme tekniklerinin organizasyon kültürü ile entegrasyonuna engel olmaktadır.¹⁹⁶

¹⁹⁶ GRAHAM, a.g.e., s286.

16. HASTANELERİN GENEL PERFORMANSINDAN ÇOK BÖLÜMLERİN PERFORMANSINA ÖNEM VERİLMESİ

Hastanelerde departmanlar ve bireyler, kendi alanlarına ilişkin hizmetlerde kalitenin ve bu kalitenin kontrolünün tanımını ve ölçümünü yapmaktadırlar. Ne yazık ki bu dar görüşlü odaklanma, parçalanmış, sisteme yayılmamış bir kalite uygulaması ve kalite geliştirimi olarak kalmaktadır. Oysa ki sağlık bakım organizasyonlarında kalite, değişik disiplin gruplarının teknik işbirliği ve bilgi kombinasyonu sayesinde kazanılmaktadır. Parçalara bölünmüş kalite uygulamaları ve kalite geliştirimi sınırlı kazanç sağlamaktan ileriye gitmemektedir.¹⁹⁷

17. İSTATİSTİKSEL KONTROL METODLARININ KULLANILMASINA GÖSTERİLEN DİRENÇ

Sağlık çalışanlarına göre sağlık bakım hizmetleri bireysel ve kişilere özel uygulamalardır. Bir doktorun aynı teşhise sahip hastalara uyguladığı tedavi yöntemleri arasında farklılıklar yaşanırken, farklı doktorların aynı hasta üzerindeki teşhis ve tedavi yöntemleri de farklılıklar gösterebilmektedir. Hasta bakımı rutin bir iş olarak görülmemekte ve endüstriyel bir araç olan rutin çıktılar üzerinde kontrol olanağı sağlayabilen istatistiksel kalite kontrol metodlarının kullanılamayacağı düşüncesi taşınmakta ve her hastanın özel süreç kabul edilip edilmeyeceği konusunda bir açıklık bulunmamakla birlikte tartışmalar sürmektedir.¹⁹⁸

18. TÜRKİYE'DE TKY UYGULAMALARINA ETKİ EDEN SAĞLIK SİSTEMİ SORUNLARI

7 meslek grubundan 1000'er kişinin denek olarak alındığı ve 7255 sağlık personeli üzerinde uygulanan bir araştırmada deneklerden Türkiye'nin sağlık sisteminin

¹⁹⁷ GRAHAM, a.g.e., s.289-290.

¹⁹⁸ Aynı, s.293.

önemli sorunlarını kendilerince sıralamaları istenmiş ve alınan cevaplar doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır.¹⁹⁹

1. (%76.6) ücret ve özlük haklarının yetersizliği,
2. (%62.2) sağlık politikalarının olmaması,
3. (%54.1) sağlık alanına yapılan yatırımların yetersizliği,
4. (%45.9) halkın sağlık alanındaki eğitiminin yetersizliği,
5. (%41.0) bina ve malzeme yetersizliği olarak

önem sırasına göre ortaya konmuştur. Meslek gruplarının tercihleri incelendiğinde, ücret ve özlük haklarının yetersizliği ile ilgili seçenek, dış hekimleri ve eczacılar hariç %80'i tarafından seçilmiştir. Bu seçenek dış hekimleri ve eczacılar için de ikinci önemli sorun olarak ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlara göre TKY'nin ödüllendirme sisteminin ve huzurlu iş ortamının kamu hastanelerinde mevcut olmadığı, ödüllendirme bir yana sağlık personelinin ücret konusunda dahi tatmin edilemediği görülmektedir. Böyle bir ortamda TKY'nin başarıyla uygulanmasını beklemenin hata olacağı anlaşılmaktadır. Sağlık politikalarının olmaması, sağlık alanında yapılan yatırımların yetersizliği ve bina, malzeme yetersizliği TKY için önemli engellerdir. Bu sonuçlara göre halkın sağlık alanındaki eğitiminin yetersizliği de TKY uygulamasında karşılaşılan önemli engellerden biri olarak göze çarpmaktadır. TKY'nin birincil amacı müşteri memnuniyetidir. Hastanelerin TKY'ni uygulayarak ulaşmak istediği amaç halkın verilen hizmetten memnuniyetinin sağlanmasıdır. Ancak hastaneyi bu amaca yönlendirecek olan da halktır. Hastaların sağlık alanındaki eğitimlerinin yetersizliği sonucu, kendilerine verilen sağlık hizmetinin kalitesinin artırılması yönünde bir talep oluşturmamaları ve kendilerine sunulan hizmetin kalitesini de yeterince sorgulamamaları, hastanelerin TKY'ni uygulamalarında ve verdikleri hizmetin kalitesini artırma yolunda çalışma yapmalarında gecikmeye neden olmaktadır.

¹⁹⁹ Canan ERGİN, "Sağlık Personelinin Sağlık Alanındaki Uygulamalarla İlgili Tutumları", *Sağlıkta Strateji Dergisi* (Ankara: S:3, 1994), s.7.

19. ARAÇ ODAKLI OLUNMASI

Toplam Kalite Yönetimi'nin başarılmasını engelleyen önemli faktörlerden biri sistemin bütününe değil bazı araçların tek başına amaç olarak alınmasıdır. Hastane yöneticilerinin düşmüş olduğu en büyük yanılgı ISO belgesinin alınmasıyla veya kalite çemberlerinin tek başına uygulamaya konmasıyla Toplam Kalite Yönetimi'ni uyguladıklarını düşünmeleridir. Toplam Kalite Yönetimi'nde amaç sürekli gelişmenin sağlanması olmalıdır. Bu amaca ulaşırken yöneticilerin ISO ve kalite çemberleri çalışmalarını bir basamak olarak görmeleri ve araçlar ile amaçları karıştırmamaları gerekmektedir.²⁰⁰

20. HASTANE YÖNETİCİLERİNİN DANIŞMANLA ÇALIŞMA ALIŞKANLIĞININ OLMAMASI

Hastanelerin tepe yönetiminde hastane işletmeciliği konusunda çok fazla bilgisi ve eğitimi olmayan başhekimler bulunmaktadır. Başhekimler hastanelerini yönetirken kendi deneyim ve tecrübelerine dayalı olarak hareket etmektedirler. Durum böyle olunca başhekimlerin Toplam Kalite Yönetimi'ni çok iyi bilmeleri ve uygulamaları beklenmeyen bir durumdur. Sonuçta başhekimlerin yalan yanlış ve kulaktan dolma bilgilerle TKY'ni hastanelerinde uygulamaya çalışmaları onarılmaz hataların oluşumuna neden olabilecektir. Bu nedenle hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi uygulama kararı alındığında, konusunun uzmanı olan bir danışmanla çalışılması yararlı olacaktır.²⁰¹

21. BİRİMLER ARASI VE BİRİM YÖNETİCİLERİ ARASINDAKİ REKABET

Rekabet gelişmeyi sağlayan önemli bir unsur olmakla birlikte, örgüt içinde birimlerin ya da kişilerin, rekabet halinde değil de, işbirliği içinde olmaları istenen bir

200 İsmail TÜRKMEN, "Toplam Kalite Yönetimine Geçiş ve Uygulamada Başarıyı Engelleyen Faktörler" **Verimlilik Dergisi** (Ankara: Toplam Kalite Özel Sayısı, 1996), s.150.

201 Aynı, s.151.

durumdur. Kişiler veya birimler arasında oluşacak rekabet TKY için önemli unsurlar olan iletişim ve sorun çözmede gerekli ekip çalışmasını olumsuz yönde etkilemektedir.²⁰²

22. YÖNETİMİN TKY'Nİ ASKIYA ALMA EĞİLİMİNDE OLMASI

TKY'ne destek veren bazı yöneticiler kriz dönemlerinde desteklerini çekerek, yetki devretmek yerine merkezi yönetim anlayışına dönmektedirler. Bu davranış tarzı astların yöneticilerine olan güvenlerini kaybetmelerine, yetki ve sorumluluklarının neler olduğunu bilememelerine neden olmaktadır.²⁰³

23. KAMU HASTANELERİNDEKİ FİNANSAL PROBLEMLER

Ülkelerin sağlığa verdiği önemin en temel göstergeleri genel bütçeden sağlık için ayırdıkları pay ile ulusal gelir içindeki sağlık harcamaları oranının düzeyidir. GSMH içinde sağlık harcamalarının payı batılı ülkelerde %13'e kadar çıkmakta ve %6-13 arasında değişmekte iken yine bu payın %64 ile %96'sını kamu harcamaları oluşturmaktadır. Sağlık harcamalarının GSMH oranı orta gelir düzeyindeki ülkelerde %2.6-5.4, düşük gelir düzeyindeki ülkelerde ise %2-4.2 arasında bulunmaktadır. Orta gelir düzeyindeki ülkeler arasında gösterilen Türkiye bu açıdan Endonezya hariç son sırada yer almaktadır. Sonuç olarak Türkiye'de sağlık harcamalarına GSMH'dan ayrılan pay yetersiz olarak yorumlanmaktadır.²⁰⁴

Genel finansman sorunlarının yanısıra hastaneler özelinde de, merkezi finansal idare yapısı içinde yönetilmeleri nedeniyle karşılaşılan sorunlar bulunmaktadır. Hastane yöneticileri hızlı karar alma, esnek manevra kabiliyeti, problemlerin yerinden çözümlenmesi konularında zorlanmaktadır. Hastane bütçeleri merkezi idare tarafından yılbaşında belirlenmekte, yıl içinde karşılaşılan acil durumlar karşısında merkezle mutabakat sağlanmadan hareket edilememektedir. Bununla birlikte ihale usulü ile yapılan

²⁰² TÜRKMEN, a.g.e., s.151-153.

²⁰³ Aynı, s.152.

²⁰⁴ Türk Tabipleri Birliği, "Sağlık Hizmetlerinde Genel Değerlendirme" **Toplum ve Hekim** (Ankara: S.60-70, 1995) s.165.

alımlarda merkez onayı gerekmektedir. Suistimalleri engellemek amacıyla geliştirilen bu sistem günlük işlerin yürütülmesinde aksaklıklara ve zaman kayıplarına neden olmaktadır. Finansal hizmetlerin merkezden idare edilmesi nedeniyle karşılaşılan bu engellere ek olarak hastanelerde nitelikli finansal yöneticilerin bulunmaması büyük sorun teşkil etmektedir. Yapılan saha çalışmaların da hastanelerin finansal yapısında sınırlı karar yetkisine sahip saymanların ortaokul hatta ilkokul mezunu oldukları tespit edilmiştir. Bu tespit mevcut hastane personel yapısında finansal yöneticilik açısından istenen kalitede olmadığını gözler önüne sermektedir. 1992 yılında yapılan bir çalışmada da hastanelerde verilen hizmet için belirlenen fiyatların, toplam giderlerin sadece dörtte birini karşıladığı ortaya çıkmıştır.²⁰⁵

Bu sorunların çözümü için merkezi yapı yerine desantrilize yapının tercih edilmesinin gerektiği açıklanmaktadır. Desantrilizasyon, sorumluluk ve görev Sağlık Bakanlığında kalmak koşuluyla hastanelerin yetkilerinin artırılması olarak tanımlanmaktadır. Hastanelerin desantrilizasyonu özelleştirme ve özerkleştirme olarak iki ana grupta düşünülmektedir. Kamuya ait hastaneler ya belirli bir süre için kiralama ya da işletme hakkının devredilmesi yöntemiyle özelleştirilecektir. Özerkleştirme ile de hastanelerin kendi yönetim yapısını oluşturabilen, istediği sayıda ve nitelikte personeli istediği kişiler arasından seçebilen ve bunları sözleşmeli olarak istihdam edebilen, kredi kullanabilen, gerekli gördüğü malı satın alabilen veya satabilen yapıda özerk kuruluşlar olmaları sağlanacaktır.²⁰⁶

Finansal yönetici sorununa çözüm olarak da mevcut personelin gerek akademik eğitim gerekse tecrübe açısından niteliklerinin artırılması için eğitim çalışmalarının yapılması, finansman ve muhasebe konularında deneyimli, profesyonel yöneticilerin istihdam edilmesi öngörülmektedir.

24. HEMŞİRELİK MESLEĞİNE İLİŞKİN SORUNLAR

Hemşirelik “hasta insanın gereksinimlerini karşılamaya yönelik, her türlü hizmeti içeren bir bakım mesleği” olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetinin vazgeçilmez unsuru

205 “Sağlık Kuruluşları ve Hastanelerde Finansal Yapı”, *Sağlıkta Strateji Dergisi* (Ankara: S:3, 1994), s.15.

206 Aynı, s.16.

olan hemşirelerin bugün mevzuattan kaynaklanan, özlük haklarıyla ilgili, eğitimleri, istihdamları, yetki ve sorumlulukları, ekip çalışması yapamamaları gibi birçok sorunları bulunmaktadır. Mevzuattan kaynaklanan sorunlara örnek olarak hemşirelik kanununun 1954 yılından buyana güncelleştirilmemesi ve çağın gereklerine cevap verememesi, özlük haklarıyla ilgili sorunlarına örnek olarak ziraatçı, veteriner hekimler, makinistler vb. bazı işkollarına verilen 2 ile 6 ay arasında fazladan hizmet vermiş gibi çalışmalarına süre eklenmesine rağmen iş riskleri nedeniyle sağlanan bu imtiyazların sağlık çalışanlarına sağlanmaması, istihdamla ilgili sorunlarına örnek olarak hemşirelerin batıdaki illerde gereğinden fazla, doğudaki illerde ise gereğinden az istihdam edilmeleri, eğitim sorunlarına örnek olarak önlisans programlarından mezun hemşireler için lisans hakkının mevcut olmaması yetki ve sorumluluk sorunlarına örnek olarak, kendi işlerinin haricinde sekreterlik vb. işlerde çalıştırılmaları gösterilebilmektedir.²⁰⁷

Bu kadar çok sorunu olan meslek grubundan TKY çalışmalarında istenen yararın sağlanması yöneticiler için gerçekçi bir davranış olmayacaktır.

25. SAĞLIK KURUMLARI ARASINDA REKABET ORTAMININ YARATILMAK İSTENMEMESİ

Toplam Kalite Yönetimi Dünyadaki işletmeler arasındaki rekabet sonucu ortaya çıkmış olan bir yönetim kavramıdır. İşletmeler bu rekabet sayesinde birbirlerinden daha iyi hizmet ve mal üreterek, tüketicilerin ihtiyacını en iyi düzeyde karşılamaya çalışmaktadırlar. Yapılan çalışmalarda hastanelerin verimsiz çalışmalarının bir nedeni olarak rekabet ortamının mevcut olmaması gösterilmektedir.²⁰⁸ Oysa sağlık kurumları arasındaki rekabetin geliştirilmesi bazı kimseler tarafından eleştirilen konuların başında gelmektedir. Sağlık kurumlarının birbirleriyle rekabet etmek yerine birbirlerine yardım eden kuruluşlar olarak kabul edilmeleri istenmektedir.²⁰⁹

²⁰⁷ "Hemşirelik Mesleğine İlişkin Sorunlar", *Sağlık Dergisi* (Ankara: S: 73, 1998), s.48.

²⁰⁸ "Hastane Reformu", *Sağlıkta Strateji Dergisi* (Ankara: S:1, 1994), s.9.

²⁰⁹ Bülent KILIÇ ve Eriş BİLALOĞLU, "Hastanelerde Reform", *Toplum ve Hekim Dergisi* (Ankara: S:69-70, C: 10, 1995), s.144.

26. YÖNETİME KATILIMIN ÇALIŞANLAR TARAFINDAN YANLIŞ ANLAŞILMASI

Toplam Kalite Yönetiminin çalışanlara çağrıştırdığı ilk kavram katılımlı yönetimdir. Fakat katılımlı yönetim anlayışının TKY'ne geçmek isteyen hastanelerin yöneticileri ve çalışanları tarafından yanlış anlaşılabilirdiği görülmektedir. Bunun nedeni TKY konusundaki bilgi ve eğitim eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Katılımlı yönetim dendiğinde çalışanların kafasında anestezi teknisyeninin başhekimlik yapacağı gibi bir düşünce uyanmaktadır. Bu düşüncenin yanlış olduğu ama anestezi teknisyeninin de kendi hakları ve kendisiyle ilişkili olan birimlerle ilgili sorunlarda söz sahibi olması gerektiği hem yöneticilere, hem de çalışanlara açıkça belirtilmelidir.²¹⁰

27. HASTANE İŞLETMECİLİĞİNDE ECZACILIK HİZMETLERİNDE KARŞILAŞILAN SORUNLAR

Hastane eczanesi; hastanede yasal olarak bu işi yapabilecek işinin ehli bir eczacının yönetiminde, bakım üniteleri ve diğer servisler için bütün ilaçların tedarik edildiği, hastane içindeki ve dışındaki hastalar için özel reçetelerin hazırlandığı, ilaç preparatlarının büyük miktarda imal edildiği, narkotiklerin ve reçeteye verilen ilaçların dağıtıldığı, biyolojik maddelerin depolandığı ve sterilize edildiği ve diğer mesleki gereçlerin saklandığı ve dağıtıldığı bir bölüm olarak tanımlanmaktadır.²¹¹

Hastanelerde kaliteli hizmet, hekim-eczacı ve hemşire üçgeninde oluşan ekip hizmetine bağlanmaktadır. Hastanelerde sunulan hizmetin temel girdisi olan ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri ile ilişkili hizmetleri kapsayan eczacılık hizmetleri hastanede verilen hizmet kalitesini direk etkilemektedir. Hastalar eczacılık hizmetleri kapsamında ilaç ve tıbbi malzemeleri kullanmaktadırlar. İlaç tüketimi kamu sağlık harcamalarının %40'nı

²¹⁰ Eriş BİLALOĞLU, "Kurum Örnekleri: Ankara Numune Hastanesi" **Toplum ve Hekim Dergisi** (Ankara: C.10, S.69-70, 1995), s.80

²¹¹ Aysel SÜRÜCÜ, İlhami ÜNLÜOĞLU, Ümit ŞAHİN, "Hastane İşletmeciliğinde Eczane Hizmetlerinin Önemi", **Medikal Teknik** (S:144, 1998), s.86.

kapsamakta ve uygun olmayan ilaç kullanımı işgücü kayıplarına ve hastanelerin maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır.²¹²

Ülkemizdeki kamu hastanelerinin çağdaş işletmecilik yaklaşımlarından uzak çalışması, eczacılık hizmetlerinin de kaliteli şekilde verilmesini güçleştirmektedir. Hastanelerde eczacılık bölümlerine gereken önem verilmemekte, çalışanları da yalnızca gerektiğinde ilaç alımını belirten, ilaçları sayan ve dağıtımını sağlayan depo görevlileri gibi görülmektedir.

Oysa hastanelerde TKY uygulamasında ve kaliteli hizmet verilmesinde yapılması gereken, hekim-eczacı ve hemşire üçgeninde bulunan eczacı ve ecza bölümlerine gereken önemin verilerek, kalite komitelerine ve kalite kontrol gruplarına katılımının sağlanmasıdır.

28. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞINA YÖNELİK MESLEKİ RİSKLER

Toplam Kalite Yönetimi'ne göre çalışanlardan en yüksek verimin elde edilebilmesi onlara rahat, huzurlu ve güvenli bir iş ortamının sağlanmasıyla mümkündür. Hastane çalışanları sürekli olarak sağlıklarına yönelik mesleki risklerle karşı karşıyadırlar ve bu riskler çalışanların performanslarında düşüslere neden olmaktadır.

Sağlık çalışanlarının sağlığına yönelik mesleki riskler beş ana başlık altında incelenmektedir.²¹³

1-Fiziksel Faktörler: Bu faktörlerden kapalı alanlarda çalışan sağlık mensupları için ısı, nem, vibrasyon ve gürültü, açık ortamlarda çalışanlar içinse soğuk ve sıcak etkisi ile trafik kazaları önem taşımaktadır.

2-Kimyasal Faktörler: Sağlık çalışanları açısından kimyasal faktörlerden özellikle ilaçlar personel üzerinde alerjik etkilere neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra laboratuvarlarda tahlil esnasında kullanılan asit türevi kimyasal maddeler de laboratuvar çalışanlarını etkilemektedir. Anestezik, antiseptik ve dezenfektan maddelerde değişik şekillerde risk oluşturabilmektedir.

²¹² SÜRÜCÜ, a.g.e., s.86.

²¹³ Ayşe ERDAL, "Sağlık Çalışanlarının Sağlığı", *Sağlık Dergisi* (S:71, 1997), s.22.

3-Biyolojik Faktörler: Sağlık personeli için en önemli risk faktörleri biyolojik faktörlerdir. Biyolojik faktörler;

- Bakterilerle bulaşan (Şarbon, Brusellozis vb.)
- Virüslerle bulaşan (Hepatit, AIDS ve kuduz vb.)

Sağlık çalışanlarının biyolojik faktörler neticesinde maruz kaldığı hepatit B enfeksiyonu önde gelen sorunlardan biri olurken, tüberküloz, tifo, brusella, grip ve enterit gibi hastalıklara yakalanma riski de yüksektir. Son zamanlarda AIDS sağlık çalışanları için önemli bir risk unsuru olarak karşımıza çıkmaktadır.

4-Ergonomik Faktörler: Ergonomik faktörler arasında, özellikle hasta bakımı ile ilgili çalışanların, hastaların ve yaralıların taşınması, yatak yapımı sırasında karşılaştıkları sorunlar yer almaktadır. Özellikle dış hekimleri açısından uzun süre uygun olmayan pozisyonda çalışmak bel ağrılarına ve varislere neden olabilmektedir.

5-Psiko-sosyal Faktörler: Psiko-sosyal riskler de sağlık çalışanları açısından önem taşımaktadır. Çalışma ortamının hassaslığı (hastanın yaşamı konusunda duyulan kaygılar) ve işin niteliği (daima ölüm ve yaralanma gibi olaylarla karşı karşıya kalma, sürekli bulaşıcı bir hastalığı kapma korkusu) personeli strese sokmakta, bunun yanısıra vardiyalı ve gece nöbet tutma gibi unsurlar yorgunluğa ve vücudun dengesinin bozulmasına neden olmaktadır.

Hastanelerinde personelinden iyi performans bekleyen yöneticilerin, TKY'nin de şart koştuğu gibi rahat ve huzurlu bir iş ortamını sağlanması için tüm bu riskleri belirleyerek, en az seviyeye indirmesi gerekmektedir. Bunu yaparken de riskler konusunda personele verilecek eğitim yöneticilere yardımcı olacaktır. Güvenli iş ortamının sağlanmaması halinde çalışanların üst düzeyde performansla kaliteli hizmet vermesini sağlamak mümkün olmayacaktır.

29. ÖZEL HASTANELERİN HİZMET SUNUMUNU OLUMSUZ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Türkiye’de özel hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi’nin uygulanmasına ve kaliteli hizmet sunumuna engel teşkil edecek bir takım problemler bulunmaktadır. Bunlardan en önemlileri;²¹⁴

- Özel hastanelerin çağdaş işletme ve yönetim ilkelerine göre değil de, hastane sahiplerinin tercihleri doğrultusunda yönetilmesi,
- Gerçek kişilerin kendi mali imkanlarına dayalı olarak açılan özel hastanelerin yatak sayısı, malzeme ve personel yetersizliği,
- Özel hastanelerde çalışan hekimlerin düzenlediği raporların ancak İl Sağlık Müdürlüğü onayladığında geçerli olması nedeniyle çevrenin özel hastaneler olan güveninin azalması,
- Elektrik, su ve havagazı gibi kamu hizmetlerinden yararlanmakta olan özel hastanelerin ticarethane sıfatında değerlendirilmesi nedeniyle bu hizmetleri pahalı tarifeler üzerinden satın almaları,
- Kamuya ait hastaneler ve kamu yararına çalışan kuruluşlara ait hastanelerin ücretleri Katma Değer Vergisi kapsamı dışında bırakılırken, özel hastanelerin Katma Değer Vergisi kapsamına alınması nedeniyle gündelik hizmet ücretlerinin artması,
- Özel hastanelerin gündelik ücretlerinin dışında kalan operasyon öncesi ve sonrası hizmetleri, ameliyathane, tıbbi gaz kullanımları, tıbbi yardımcı personel ücretlerini kapsayan ve hastane fiziki alt yapı girdilerini dikkate alan ücret, tarife veya düzenlemelerinin mevcut olmaması,
- Özel hastanelerde yapılan tetkik, tahlil veya müdahalelerin fiyatları Tabip Odaları tarafından, Türk Tabipleri Birliği’nin asgari ücret tarifesine esas alınarak belirlenmektedir. Bu tarifeler muayenehane koşullarında hizmet veren hekimlerin ücretlerini belirlemeye yönelik olduğundan özel hastanelerin ihtiyacını tam olarak karşılayamaması,

²¹⁴ Kenan KAYA ve Sıdıka KAYA, “Türkiye’de Özel Hastanelere Genel Bir Bakış”, **Toplum ve Hekim** (Ankara: C.10, S.69-70, 1995), s.80

•Yatırım aşamasında teşvik edilen özel hastanelerin, işletme aşamasında gerektiği kadar desteklenmemesi nedeniyle verimsiz ve atıl kapasite ile çalışmalarına neden olunması.

Öneri olarak yasal düzenlemelerin güncelleştirilmesi, kalite standartlarının belirlenmesi ve özel hastanelerin çağdaş yönetim teknikleri ile yönetilmesinin tüm bu sorunların çözüme kavuşturulmasında gerekli olduğu vurgulanmaktadır.

30. KARMAŞIK VE DEĞİŞKEN KÜLTÜR YAPISI

Örgüt kültürü “bir takım değerlerden oluşmuş, bu değerlerin olduğu gibi kabul edildiği ve örgüt içinde çalışanlar tarafından ortaya atılmış bir kavramdır. Bu değerler örgüt içindeki çalışanların istedik ve istenmedik davranışlarını belirlerler ve işgörenlerin birbirleriyle kurmuş oldukları iletişim ile kazanılır ve öğrenilir.”²¹⁵

Kültürün örgüt üyelerinin davranışlarını düzenlemesi açısından işletmeye son derece olumlu katkılarının olduğu ancak örgütün çevresi değişken olduğunda kültürün negatif fonksiyon gördüğü vurgulanmaktadır.²¹⁶ Hastaneler sürekli değişen, dinamik bir çevre içinde hizmet vermektedirler. Hergün değişen ve yenilenen teşhis ve tedavi yöntemlerinin yanı sıra bu teşhis ve tedavilerde kullanılan teknolojinin de değişmesi örgüt çalışanlarının sürekli olarak kendilerini yenilemelerini ve geliştirmelerini zorunlu kılmaktadır. Farklı eğitim ve kültür yapısına sahip bireylerin bir araya gelmesiyle hizmet veren hastanelerde sürekli değişime açık kültür yapısının oluşturulması üst yönetimin görevidir. Toplam Kalite Yönetimi’nin amacı olan sürekli gelişme de ancak böyle bir kültür yapısının hastanede oluşturulmasıyla sağlanacaktır. Hastanede dinamik olmayan bir kültür yapısı Toplam Kalite Yönetimi için engel teşkil edecektir.

²¹⁵ Enver ÖZKALP ve Çiğdem KIREL, *Örgütsel Davranış* (Eskişehir: Etam A.Ş., 1996), s.161.

²¹⁶ Aynı, s.161.

31. HASTANELERDE MEVCUT ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME SİSTEMLERİNİN YETERSİZ OLMASI

Ölçülemeyen, nicel veya sayısal olarak ifade edilemeyen bir şeyin nitelik ve özellikleri konusunda konuşulamayacağı ve tartışma yapılamayacağı bilinmektedir. Bugün kamu hastanelerinde belirli hastalıklardan hastanede kalış süreleri, komplikasyon ve ölüm oranları, enfeksiyon oranları, gereksiz ameliyat ve girişim oranlarının belirlenmesini sağlayacak olan verilerin toplanmasını ve yorumlanmasını sağlayacak olan kayıt sistemleri ve istatistik biliminden istenen düzeyde anlayan personel bulunmamaktadır.²¹⁷ Tüm bunların gerçekleştirilmesi için hastanelerde ISO çalışmaları kapsamında gerçekleştirilen kayıt ve dokümantasyon uygulamaları olumlu görülmektedir. Bu kayıt sistemini ISO çalışmalarından önce gerçekleştiren hastanelerin ISO'ya geçiş süreci daha kolay olmakta, kayıt sistemi olmayan hastanelerde ISO çalışmaları başlatıldığında bu sistemin kurulması ve öneminin personele açıklanması uzun zaman kayıplarına neden olmaktadır. Kayıt sistemini oluşturmadan TKY'ni hastanesinde uygulamak isteyen yöneticiler, ellerinde sayısal veriler olmadan personel performansının ve hizmet kalitesinin ölçümünü, değerlendirmesini ve denetimini yapamayacaklardır. Sonuçta, hastanede kaliteli hizmetin verilip verilmediğinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi için gerekli verilerin toplanmasını sağlayacak kayıt sisteminin bulunmaması, Toplam Kalite Yönetimi'ni uygulayacak olan kamu hastaneleri yöneticilerinin karşılanacağı önemli engellerden biri olacaktır.

32. KATILIMCILIĞIN GÜÇLENDİRİLMESİNDE KARŞILAŞILAN PROBLEMLER

TKY'ni uygulayan işletmelerin yöneticileri yönetim kararlarına çalışanların mümkün olduğunca katılmalarını sağlamaya çalışmaktadırlar. Bunun gerçekleştirilmesi ise haberleşme ve iletişim, eğitim, karar alma gücünün paylaşılması ve motivasyon sistemlerinin istenen düzeyde hayata geçirilmesi ile mümkün olmaktadır. Ancak işletme

²¹⁷ Uğur YILMAZ, "Türkiye'de Kamu Sağlık Kuruluşlarının İşletmecilik Sorunları ve İşletmecilik Anlayışı", **Hastane İşletmeciliği Seçme Yazılar**, (Editör: Hikmet Seçim) (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, No: 845, 1995), s.169.

yöneticileri her aşamada katılımcılığın güçlendirilmesinde bir takım engellerle karşılaşmaktadırlar. Karşılaşılan engeller dört başlık altında incelenmektedir.²¹⁸

1. Haberleşme ve bilgi akışını engelleyici faktörler

- İletişime gereken önemin verilmemesi
- Astlarla bilgi paylaşımından kaçınılması
- Toplantıların boşa harcanan zamanlar olarak görülmesi
- Kuruluş içi haberleşme araçlarının yetersizliği

2. Eğitim ve yetenek geliştirmeyi engelleyici faktörler

- Herkesin eğitim ihtiyacı olduğuna inanılmaması
- Eğitime yeterli kaynak ve zamanın ayrılmaması
- Eğitim için ayrılan kaynakların yatırım olarak değil, masraf olarak görülmesi
- Eğitim plan ve programlarının bulunmaması

3. Karar alma gücünün paylaşılmasını engelleyen faktörler

- Otokratik yönetim
- Sadece belirli kişilerin isabetli ve etkili kararlar alabileceğine inanılması
- Astların karar alma mekanizmasına katılımı ile yönetici ve liderlerin güçlerini yitireceklerine inanılması
- Bireylerin alacakları kararların, ekiplerin alacakları kararlardan daha isabetli olacağına inanılması

4. Motivasyon ve ödüllendirmeyi engelleyen faktörler

- Çalışanların güvenlik, gelişme, kendini ispatlama ve sosyal ihtiyaçlarının motivasyon üzerindeki etkisinin yönetim tarafından gözardı edilmesi
- Organizasyonların yüksek performansa ulaşabilmesinde, motive olmuş personelin öneminin yönetim tarafından anlaşılamaması
- Organizasyonel kültürün motivasyon üzerindeki etkisinin yönetim tarafından anlaşılamamış olması

²¹⁸ Nurettin PEŞKİROĞLU, "Toplam Kalite Yönetimi ve Katılımcılık", **Verimlilik Dergisi Toplam Kalite Özel Sayısı**, (Ankara 1996), s.39

BÖLÜM 4

ESKİŞEHİR HAVA KUVVETLERİ HASTANESİ, OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İLE BAYINDIR TIP MERKEZİ'NDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARINDA KARŞILAŞILAN ENGELLER

TKY çalışmaları yapan üç hastanede engellerin ortaya konması amacıyla anket çalışması gerçekleştirilmiş olup, hastanelerle ilgili genel bilgiler aşağıda verilmiştir.

ESKİŞEHİR 600 YATAKLI HAVA KUVVETLERİ HASTANESİ

600 yataklı hava hastanesinin görevleri muvazzaf ve emekli Türk Silahlı Kuvvetleri personelinin ve aile efradının hastalıklarının teşhis ve tedavilerini yapmak, tüm uçucu personelin periyodik muayenelerini yaparak bu personele fizyolojik eğitim vermek için eldeki malzeme ve kaynağı en iyi şekilde kullanmak olarak sıralanmaktadır.

27 Ekim 1948 yılında hizmete açılan hastane bugün Türkiye'de uçuş tıbbının merkezi durumundadır. Hava sağlık muayene ve Fizyolojik eğitim merkez başkanlığını da bünyesinde bulunduran hastane mevcut bu merkezde pilotların uçuşta karşılaştıkları fizyolojik ve tıbbi zorlanmalara karşı bilgilendirilip eğitilmesi işlevini sürdürmektedir. Merkezde kullanılan cihazlar kendi alanında dünyada kullanılmakta olan en modern teknoloji ile üretilmişlerdir.

Hava hastanesinde halen 20 serviste 343 açılmış yatak adedi ile 52 doktor ve 148 diğer olmak üzere toplam 345 personel ile hizmete devam edilmektedir.

Toplam kalite yönetimine geçiş çalışmalarına 1997 yılının aralık ayında başlayan hava hastanesi 1998 yılının aralık ayında ISO 9001 belgesi almıştır.

OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Kuruluşu 1970’li yıllara dayanan Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 1000 yatak kapasitesi ile Eskişehir, Afyon, Kütahya ve Bilecik yöresinde referans hastanesi olarak hizmet vermektedir. 370 akademik ve 1209 idari personel olmak üzere toplam 1579 personelle hizmete devam eden hastanede 1999 yılı içinde ISO 9001 belgesinin alınması düşünülmekte ve bu amaç doğrultusunda çalışmalar sürdürülmektedir.

Osmangazi Üniversitesinin eğitim hastanesi olmasından kaynaklanan bir takım özellikleri bulunmaktadır. Bu özellikler:

- 1-Tıp öğrencisi ve sağlık profesyonellerinin eğitilmesi
- 2-Araştırmaya yönelik olunması
- 3-Eğitim ve hasta tedavisinin bir arada yürütülmesi’dir.

BAYINDIR TIP MERKEZİ

1992 yılının temmuz ayında Ankara’da hizmete giren Bayındır Tıp Merkezi özel sermayeli bir sağlık kuruluşudur. Kuruluşta 100 doktor, 250 hemşire ve 350 diğer olmak üzere toplam 700 personelle 25 serviste hizmet verilmektedir. Bayındır Tıp Merkezinde TKY çalışmalarına 1995 yılının ekim ayında başlanmış olup 1997 yılının Mayıs ayında ISO 9001 belgesi alınmıştır.

Bayındır Tıp Merkezinde en son bilgi ve teknoloji ışığında, doğru tanıya çabuk ulaşarak uygun tedavinin sunulması, her hastaya saygı, nezaket ve özenle davranıp hasta haklarını göz önünde tutarak yüksek standarttaki hizmetin kesintisiz şekilde sunulması, hizmet sektöründeki değişimlerin izlenerek hizmet kalitesinin yükseltilmesi, hasta memnuniyeti ve personel mutluluğunun her zaman temel hedef olarak alınması ve koşulsuz hasta memnuniyeti ilkesinin benimsenerek tüm hastalara bu doğrultuda hizmet sunulması amaçlanmaktadır.

ANKET ÇALIŞMASIYLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER

Yapılan çalışmada hastanelerde TKY uygulamalarında karşılaşılan engellerin neler olduğunun belirlenmesi amaçlanmıştır. Bunun için ISO ve TKY çalışmalarına başlayan ve çalışmalarını bu yönde sürdüren kamu hastanelerinden Eskişehir 600 yataklı Hava Kuvvetleri Hastanesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi ile özel hastaneleri temsilen Bayındır Tıp Merkezinde çalışan toplam 157 personele Ek 1’de verilen anket soruları yöneltilmiştir. Çalışmaya Eskişehir Hava Kuvvetleri Hastanesinden 17 doktor, 4 hemşire ve 21 diğer personel, Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesinden 2 doktor, 20 hemşire ve 19 diğer personel, Bayındır Tıp Merkezinden ise 15 doktor, 29 hemşire ve 30 diğer personel dahil edilmiştir.

Anket çalışmasında yer alan diğer personel grubunda doktor ve hemşireler dışında kalan, başta idari personel (müdür, müdür yardımcısı, personel müdürü, finansman müdürü vb.) olmak üzere eczacılar, teknisyenler, kalite koordinatörleri, kalite uzmanları, diyetisyenler ve diğer çalışanlar yer almıştır.

Anket çalışması Hava Hastanesi ve Osmangazi Üniversitesi Hastanesinde TKY konusunda eğitim almış tüm personele, Bayındır Tıp Merkezinde tüm personel TKY konusunda eğitilmiş olduğu için TKY çalışmalarına sürekli katılan kalite çember üyesi, lideri ve idari personele uygulanmıştır.

Anket sonuçları değerlendirilirken kamu hastanelerinde ve özel hastanelerde TKY uygulamalarında karşılaşılan engelleri karşılaştırabilmek amacıyla Osmangazi Üniversitesi ve Hava Hastanesi personelinin verdikleri cevaplar birlikte, Bayındır Tıp Merkezi personelinin verdiği cevaplar ayrı değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

Anket çalışmasında öncelikle hastanelerin TKY uygulamalarında genelde karşılaştıkları engeller saptanmıştır. Daha sonra bu engellerin TKY çalışmalarını hangi ölçüde etkilediğinin analizi yapılmak istenmiştir. Bu amaçla engeller anket sorusu haline getirilerek personele sorulmuştur. Anketi cevaplandıran personelden anket formunda yer alan engellerin kendi hastanelerinde mevcut olduğunu düşünüyorlarsa evet, mevcut olmadığını düşünüyorlarsa hayır, kısmen mevcut olduğunu düşündüklerinde kısmen, formda yer alan herhangi bir engel konusunda bilgi ve deneyimleri yoksa fikrim yok cevabı vermeleri istenmiştir. Analiz edilen engeller ve

anket çalışmasının yapıldığı hastanelerdeki personele sorulan sorular ve verdikleri cevaplar şu şekilde sıralanmaktadır.

1. Doktorların Katılımının Sağlanamaması

Tablo 1: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>EVET</i>		<i>KİSMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	3	15.7	9	47.3	5	26.3	2	10.5
HEMŞİRELER	20	83.3	3	12.5	-	-	1	4.1
DİĞER PERSONEL	21	52.5	14	35	3	7.5	2	5
TÜM PERSONEL	44	53	26	31.3	8	9.6	5	6

Tablodan da görüleceği üzere çalışan tüm grupların vermiş olduğu cevapların en yüksek yüzdeleri dikkate alındığında, doktorların % 47.3'ünün kısmen, hemşirelerin % 83.3'ünün evet, doktor ve hemşireler dışında çalışan personelin ise % 52.5 oranında evet cevabı verdikleri görülmektedir. Yüzdelere bakıldığında hemşirelerin büyük bir kısmı ile diğer personelin de yarısı için doktorların katılımının sağlanamaması kendi hastanelerinde TKY uygulamaları için engel teşkil etmektedir.

Tablo 2: Bayındır Tıp Merkezi(N=74)

	<i>EVET</i>		<i>KİSMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	4	26.6	8	53.3	3	20	-	-
HEMŞİRELER	21	72.4	4	13.7	1	3.4	3	10.3
DİĞER PERSONEL	10	33.3	14	46.6	3	10	3	10
TÜM PERSONEL	35	47.7	26	35.1	7	9.4	6	8.1

Bayındır Tıp Merkezinde uygulanan anket sonuçlarına göre ise doktorların aynı soruya %53.3' ü kısmen, hemşirelerin %72.4'ü evet, diğer personelin % 46.6'sı kısmen cevabı vermiştir. Hemşireler, kamu hastanelerinde çalışan hemşireler gibi doktorların katılımının sağlanamaması engeline yüksek oranda evet cevabı vermişlerdir.

2. Diğer personelin katılımının sağlanamaması

Tablo 3: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	5	26.3	11	57.8	3	15.7	1	5.2
HEMŞİRELER	7	29.1	13	54.1	2	8.3	1	4.1
DİĞER PERSONEL	10	25	25	62.5	4	10	1	2.5
TÜM PERSONEL	22	26.5	49	59	9	10.8	3	3.6

Tabloya göre diğer personelin TKY çalışmalarına katılımının sağlanamaması engeline doktorların % 57.8'i, hemşirelerin % 54.1'i, diğer personelin de %62.5'i kısmen cevabı vermiştir.

Tablo 4: Bayındır Tıp Merkezi (N=74)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	2	13.3	12	80	1	6.6	-	-
HEMŞİRELER	4	13.7	21	72.4	1	3.4	3	10.3
DİĞER PERSONEL	10	33.3	12	40	8	26.6	-	-
TÜM PERSONEL	16	26.1	45	60.8	10	13.5	3	4

Bayındır Tıp Merkezinde kamu hastanesinde çalışan personelin verdiği cevaplara paralel olarak diğer personelin katılımının sağlanamamasına kısmen yanıtı çoğunlukla verilmiştir. Tablodan da görüleceği üzere doktorlar bu engele % 80, hemşireler %72.4, diğer personelde % 40 oranında kısmen cevabı vermiştir.

3. Personelin sayıca yetersiz olması

Tablo 5: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	7	36.8	4	21	8	42.1	-	-
HEMŞİRELER	17	70.8	6	25	1	4.1	-	-
DİĞER PERSONEL	23	57.5	5	12.5	12	30	-	-
TÜM PERSONEL	47	56.6	15	18	21	25.3	-	-

Kamu hastanelerinde TKY uygulamaları için mevcut personelin yeterli olup olmadığının araştırıldığı bu anket maddesine doktorların % 42.1'i hayır cevabı verirken, %36.8'i evet cevabı vermiştir. Hemşirelerin % 70.8'i diğer personelin de %57.5'ine göre kamu hastanelerinde TKY uygulamaları için mevcut personel sayısı yetersiz görülmektedir.

Tablo 6: Bayındır Tıp Merkezi (N=74)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	-	-	2	13.3	13	86.6	-	-
HEMŞİRELER	17	58.6	6	20.6	6	20.6	-	-
DİĞER PERSONEL	10	33.3	3	10	17	56.6	-	-
TÜM PERSONEL	27	36.4	11	14.8	36	48.6	-	-

Tablodan görüleceği üzere doktorların % 86.6'sı Bayındır Tıp Merkezinde çalışan personelin TKY çalışmaları için yeterli olduğunu belirtmiştir. Fakat bunun tersine hemşirelerin % 58.6'sı personel sayısını yetersiz bulmuştur. Diğer personelin % 56.6'sı ise personel sayısını yeterli bulmuştur.

4. Personelin TKY konusunda yeterince eğitiminin olmaması

Tablo 7: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	11	57.8	7	36.8	1	5.2	-	-
HEMŞİRELER	15	62.5	7	29.1	2	8.3	-	-
DİĞER PERSONEL	31	77.5	6	15	3	7.5	-	-
TÜM PERSONEL	57	68.6	20	24	6	7.2	-	-

Osmangazi üniversitesi ve Hava hastanesinde çalışan doktorların % 57.8'i, hemşirelerin % 62.5'i ve diğer personelin % 77.5'i çalışan personelin TKY konusunda eğitiminin yeterli olmadığını ve bunun engel teşkil ettiğini belirtmişlerdir.

Tablo 8: Bayındır Tıp Merkezi (N=74)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	4	26.6	6	40	5	33.3	-	-
HEMŞİRELER	4	13.7	15	51.7	8	27.5	2	6.8
DİĞER PERSONEL	13	43.3	12	40	4	13.3	1	3.3
TÜM PERSONEL	21	28.3	33	44.5	17	22.9	3	4

Bayındır Tıp Merkezinde çalışanlar Osmangazi üniversitesi ve Hava hastanesi personeli gibi, personelin TKY konusunda eğitiminin olmamasına çoğunlukla evet cevabı vermemiştir. Bu soruya doktorların % 40'ı ile hemşirelerin % 51.7'si kısmen, diğer personelin de % 43.3'ü evet cevabı vermiştir.

5. Personelin TKY konusuna yeterince ilgi göstermemesi

Tablo 9: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	16	84.2	3	15.7	-	-	-	-
HEMŞİRELER	11	45.8	11	45.8	2	8.3	-	-
DİĞER PERSONEL	22	55	12	30	6	15	-	-
TÜM PERSONEL	49	59	26	31.3	8	9.6	-	-

İki kamu hastanesinde çalışan personelden doktorların % 84.2'si personelin TKY konusuna yeterince ilgi göstermemesi engelinin hastanelerinde mevcut olduğunu, bu soruya hemşirelerin % 45.8'i ile, diğer personelin de % 55'i evet cevabı vererek onlarda bu engelin hastanelerinde mevcut olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 10: Bayındır Tıp Merkezi (N=74)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	6	40	7	46.6	2	13.3	-	-
HEMŞİRELER	4	13.7	21	72.4	2	6.8	2	6.8
DİĞER PERSONEL	13	43.3	10	33.3	5	16.6	2	6.6
TÜM PERSONEL	23	31	38	51.3	9	12.1	4	5.4

Bayındır Tıp Merkezinde doktorların % 46.6'sı ile hemşirelerin % 72.4'ü kısmen, diğer personelin de % 43.3'ü evet cevabı vermiştir.

6. Personeli motive edecek ödüllendirme sisteminin olmayışı

Tablo 11: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	17	89.4	2	10.5	-	-	-	-
HEMŞİRELER	23	95.8	-	-	1	4.1	-	-
DİĞER PERSONEL	31	77.5	5	12.5	3	7.5	1	2.5
TÜM PERSONEL	71	85.5	7	8.4	4	4.8	1	1.2

Tablodan görüleceği üzere Hava hastanesi ve Osmangazi üniversitesinde çalışan doktorlardan % 89.4'ü, hemşirelerin % 95.8'i, diğer personelin de % 77.5'i personeli motive edecek ödüllendirme sisteminin hastanelerinde mevcut olmadığını veya mevcut sistemin yetersiz olduğunu ve bu engelin hastanelerinde mevcut olduğunu belirtmişlerdir. Evet cevabı altında yer alan yüzdelerin yüksekliğine bakılarak kamu hastanelerindeki mevcut ödüllendirme sisteminin TKY uygulamaları için yetersiz olduğu söylenebilir.

Tablo 12: Bayındır Tıp Merkezi (N=74)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	10	66.6	3	20	2	13.3	-	-
HEMŞİRELER	21	72.4	7	24.1	1	3.4	-	-
DİĞER PERSONEL	20	66.6	10	33.3	-	-	-	-
TÜM PERSONEL	51	68.9	20	27	3	4	-	-

Bayındır Tıp Merkezinde bu engele, kamu hastanelerinde çalışan personel kadar yüksek evet cevabı verilmesine de doktorların % 66.6'sı, hemşirelerin % 72.4'ü, diğer personelin de % 66.6'sı bu engelin özel sektörde de mevcut olduğunu belirtir biçimde evet cevabı vermiştir.

7. Üst yönetimin TKY konusunda isteksiz davranması

Tablo 13: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>EVET</i>		<i>KİSMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	1	5.2	7	36.8	11	57.8	-	-
HEMŞİRELER	2	8.3	5	20.8	15	62.5	2	8.3
DİĞER PERSONEL	8	20	5	12.5	24	60	3	7.5
TÜM PERSONEL	11	13.2	17	20.4	50	60.2	5	6

Tabloda görüldüğü üzere doktorların % 57.8'i, hemşirelerin % 62.5'i, diğer personelin de % 60'ı hayır cevabı vererek, iki kamu hastanesinde de üst yönetimin TKY konusunda isteksiz davranması durumunun söz konusu olmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 14: Bayındır Tıp Merkezi (N=74)

	<i>EVET</i>		<i>KİSMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	1	6.6	4	26.6	10	66.6	-	-
HEMŞİRELER	-	-	5	17.2	21	72.4	3	10.3
DİĞER PERSONEL	3	10	2	6.6	22	73.3	3	10
TÜM PERSONEL	4	5.4	11	14.8	53	71.6	6	8.1

Bayındır Tıp Merkezinde çalışan doktorların % 66.6'sı, hemşirelerin % 72.4'ü ve diğer personelin % 73.3'ü hayır cevabı vererek böyle bir engelin hastanelerinde mevcut olmadığını belirtmişlerdir.

8. TKY'nin kamu hastanelerinde uygulanmaya elverişli olmaması

Tablo 15: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	7	36.8	5	26.3	6	31.5	1	5.2
HEMŞİRELER	7	29.1	9	37.5	6	25	2	8.3
DİĞER PERSONEL	16	40	10	25	12	30	2	5
TÜM PERSONEL	30	36.1	24	28.9	24	28.9	5	6

Osmangazi üniversitesi ve Hava hastanesinde çalışan doktorların % 36.8'i TKY'nin kamu hastanelerinde uygulanmaya elverişli olmamasına evet cevabı vererek engel olarak görmüş, hemşirelerin % 37.5'i kısmen engel olarak görmüş, diğer personelin de % 40'ı evet cevabı vermiştir.

Bayındır Tıp Merkezi kamu hastanesi olmadığı için ankette bu engele verilen cevaplar değerlendirilmemiştir.

9. Mevcut yönetim yapısının katılıma uygun olmaması

Tablo 16: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	3	15.7	8	42.1	7	36.8	1	5.2
HEMŞİRELER	7	29.1	8	33.3	8	33.3	1	4.1
DİĞER PERSONEL	11	27.5	15	37.5	9	22.5	5	12.5
TÜM PERSONEL	21	25.3	31	37.3	24	28.9	7	8.4

Mevcut yönetim yapısının katılıma uygun olmaması engeline doktorların % 42.1'i ile hemşirelerin % 33.3'ü kısmen, diğer personelin de % 37.5'i kısmen cevabı vermiştir.

Tablo 17: Bayındır Tıp Merkezi (N=74)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	-	-	5	33.3	10	66.6	-	-
HEMŞİRELER	-	-	7	24.1	19	65.5	3	10.3
DİĞER PERSONEL	3	10	9	30	14	46.6	4	13.3
TÜM PERSONEL	3	4	21	28.3	43	58.1	7	9.4

Tabloda görüldüğü gibi doktorların % 66.6'sı ile hemşirelerin % 65.5'i hayır, diğer personelin de % 46.6'sı hayır cevabı vererek, Bayındır Tıp Merkezinde mevcut yönetim yapısının katılıma uygun olmaması gibi bir sorunun olmadığını belirtmiştir.

10. Hastanelerin farklı kültür yapısındaki bireylerin bir araya gelmesiyle hizmet vermesi

Tablo 18: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	3	15.7	7	36.8	9	47.3	-	-
HEMŞİRELER	11	45.8	7	29.1	6	25	-	-
DİĞER PERSONEL	12	30	12	30	15	37.5	1	2.5
TÜM PERSONEL	26	31.3	26	31.3	30	36.1	1	1.2

Hastanelerin farklı kültür yapısındaki bireylerin bir araya gelmesiyle hizmet vermesinin TKY için engel teşkil edip etmediğinin araştırılması amacıyla sorulan bu soruya doktorların % 47.3'ü hayır, hemşirelerin % 45.8'i evet, diğer personelin de % 37.5'i hayır cevabı vermiştir

Tablo 19: Bayındır Tıp Merkezi (N=74)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	3	20	6	40	5	33.3	1	6.6
HEMŞİRELER	9	31	11	37.9	9	31	-	-
DİĞER PERSONEL	9	30	13	43.3	5	16.6	3	10
TÜM PERSONEL	21	28.3	30	40.5	19	25.6	4	5.4

Aynı engele Bayındır Tıp Merkezinde çalışan doktorların % 40'ı, hemşirelerin % 37.9'u, diğer personelin de % 43.3'ü hastanelerin farklı kültür yapısındaki bireylerin bir araya gelmesiyle hizmet vermesini kısmen engel olarak görmüştür.

11. Hastanede gelişmiş istatistik sisteminin bulunmaması

Tablo 20: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>Evet</i>		<i>KİSMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	5	26.3	3	15.7	11	57.8	-	-
HEMŞİRELER	10	41.6	6	25	8	33.3	-	-
DİĞER PERSONEL	17	42.5	8	20	12	30	3	7.5
TÜM PERSONEL	32	38.5	17	20.4	31	37.3	3	3.6

Doktorlardan % 57.8'i, hastanelerinde gelişmiş istatistik sisteminin bulunmaması gibi bir engelin olmadığını, mevcut istatistik sisteminin yeterli olduğunu belirtir şekilde bu soruya hayır yanıtı vermiştir. Hemşirelerin % 41.6'sı ile diğer personelin % 42.5'i evet cevabı vererek bu engelin hastanelerinde mevcut olduğunu belirtmiştir.

Tablo 21: Bayındır Tıp Merkezi (N=74)

	<i>Evet</i>		<i>KİSMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	2	13.3	1	6.6	12	80	-	-
HEMŞİRELER	7	24.1	7	24.1	9	31	6	20.6
DİĞER PERSONEL	10	33.3	7	23.3	12	40	1	3.3
TÜM PERSONEL	19	25.6	15	20.2	33	44.5	7	9.4

Bayındır Tıp Merkezinde çalışan doktorların % 80'i bu soruya hayır yanıtı vererek böyle bir engelin hastanelerinde mevcut olmadığını belirtmişlerdir. Soruya hemşirelerin %31'i, diğer personelin de % 40'ı hayır cevabı vermiştir.

12. Tıbbi cihaz ve teçhizat yetersizliği

Tablo 22: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	6	31.5	6	31.5	7	36.8	-	-
HEMŞİRELER	15	62.5	4	16.6	5	20.8	-	-
DİĞER PERSONEL	13	32.5	11	27.5	14	35	2	5
TÜM PERSONEL	34	40.9	21	25.3	26	31.3	2	2.4

Doktorların % 36.8'i tıbbi cihaz ve teçhizat yetersizliğini engel olarak görmezken, % 31.5'i evet ve kısmen yanıtı vermiştir. Soruya en yüksek evet yanıtını % 62.5'le hemşireler vermiştir. Diğer personelin de % 32.5'i evet, % 35'ide hayır yanıtı vermiştir.

Tablo 23: Bayındır Tıp Merkezi (N=74)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	-	-	1	6.6	14	93.3	-	-
HEMŞİRELER	6	20.6	7	24.1	16	55.1	-	-
DİĞER PERSONEL	3	10	7	23.3	19	63.3	1	3.3
TÜM PERSONEL	9	12.1	15	20.2	49	66.2	1	1.3

Tablodan görüleceği üzere bu soruya doktorların % 93.3'ü, hemşirelerin % 55.1'i, diğer personelin de % 63.3'ü hayır yanıtı vermiştir. Yüzdelere bakıldığında tıbbi cihaz ve teçhizat yetersizliği engelinin Bayındır Tıp Merkezinde mevcut olmadığı söylenebilir.

13. TKY'nin zaman kaybı olarak görülmesi

Tablo 24: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	3	15.7	8	42.1	8	42.1	-	-
HEMŞİRELER	5	20.8	7	29.1	11	45.8	1	4.1
DİĞER PERSONEL	8	20	10	25	18	45	4	10
TÜM PERSONEL	16	19.2	25	30.1	37	44.5	5	6

TKY'nin zaman kaybı olarak görülüp görülmediğinin ortaya çıkarılması amacıyla sorulan bu soruya doktorların % 42'si kısmen, % 42.1'ide hayır cevabı vermiştir. Yine bu soruya hemşirelerin % 45.8'i hayır, diğer personelin de % 45'i hayır cevabı vererek böyle bir engelin mevcut olmadığını belirtmişlerdir. Ancak hayır cevabı veren hemşirelerin ve diğer personel sayısının yarısına yakını TKY'nin zaman kaybı olarak görüldüğünü bununda hastanelerinde TKY uygulamalarında engel teşkil ettiğini belirtir biçimde evet ve kısmen cevabını işaretlemiştir.

Tablo 25: Bayındır Tıp Merkezi (N=74)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	2	13.3	10	66.6	3	20	-	-
HEMŞİRELER	9	31	11	37.9	7	24.1	2	6.8
DİĞER PERSONEL	4	13.3	16	53.3	10	33.3	-	-
TÜM PERSONEL	15	20.2	37	50	20	27	2	2.7

Bayındır Tıp Merkezinde bu anket sorusuna verilen cevaplara bakıldığında doktorların % 66.6'sının, hemşirelerin % 37.9'unun, diğer personelin de % 53.3'ünün kısmen cevabı vererek, TKY'nin kısmen de olsa zaman kaybı olarak görüldüğünü ve bunun engel oluşturduğunu belirtmişlerdir.

14. Kırtasiyeciliği artırması

Tablo 26: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	6	31.5	4	21	9	47.3	-	-
HEMŞİRELER	10	41.6	6	25	7	29.1	1	4.1
DİĞER PERSONEL	16	40	12	30	10	25	2	5
TÜM PERSONEL	32	38.5	22	26.5	26	31.3	3	3.6

Bu soruya doktorların % 47.3'ü hayır cevabı vererek TKY'ni kırtasiyeciliği artıran bir unsur olarak görmemişlerdir. Bunun aksine hemşirelerin % 41.6'sı, diğer personelin de % 40'ı evet cevabı vererek bunun kendileri için bir engel olduğunu ileri sürmüşlerdir. Doktorlar ile hemşireler ve diğer personel arasındaki bu farkın hemşirelerin ve diğer personelin kırtasiye işleriyle daha fazla uğraşmasının neden olduğu söylenebilir.

Tablo 27: Bayındır Tıp Merkezi (N=74)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	1	6.6	10	66.6	4	26.6	-	-
HEMŞİRELER	16	55.1	7	24.1	5	17.2	1	3.4
DİĞER PERSONEL	8	26.6	11	36.6	8	26.6	3	10
TÜM PERSONEL	25	33.7	28	37.8	17	22.9	4	5.4

Bayındır Tıp Merkezinde çalışan doktorlardan % 66.6'sı TKY'nin kırtasiyeciliği artırdığını ve bunun kısmen engel teşkil ettiğini belirtirken, hemşirelerin % 55.1'i evet yanıtı vererek bunu bir engel olarak görmüş, diğer personelde % 36.6 oranında kısmen engel olduğu konusunda birleşmiştir.

15. Ülkemizde kaliteli sağlık hizmet sunum standartlarının bulunmaması

Tablo 28: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	12	63.1	5	26.3	2	10.5	-	-
HEMŞİRELER	17	70.8	5	20.8	2	8.3	-	-
DİĞER PERSONEL	20	50	11	27.5	7	17.5	2	5
TÜM PERSONEL	49	59	21	25.3	11	13.2	2	2.4

Sağlık hizmet sunum standartlarının bulunmamasının TKY çalışmalarını sürdüren hastanelerde engel olup olmadığının araştırılması amacıyla sorulan bu soruya Osmangazi üniversitesi ve Hava hastanesi doktorlarının % 63.1'i, hemşirelerin % 70.8'i, diğer personelin de % 50'si evet cevabı vermiştir. Yüzde dağılımlarına bakıldığında üç grubunda diğer cevaplara oranla yüksek düzeyde evet şikkını işaretlemeleri hizmet standartlarının mevcut olmamasının hastanelerde TKY uygulamalarında engel teşkil ettiğini göstermektedir.

Tablo 29: Bayındır Tıp Merkezi (N=74)

	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	10	66.6	4	26.6	1	6.6	-	-
HEMŞİRELER	21	72.4	5	17.2	2	6.8	1	3.4
DİĞER PERSONEL	14	46.6	12	40	4	13.3	-	-
TÜM PERSONEL	45	60.8	21	28.3	7	9.4	1	1.3

Bu soruya Bayındır Tıp Merkezinde çalışan doktorların % 66.6'sı, hemşirelerin % 72.4'ü diğer personelin de % 46.6'sı evet cevabı vererek engelin mevcut olduğunu belirtmişlerdir.

16. Kısa dönemde sonuca ulaşılacak istenmesi

Tablo 30: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	13	68.4	3	15.7	3	15.7	-	-
HEMŞİRELER	16	66.6	3	12.5	2	8.3	3	12.5
DİĞER PERSONEL	14	35	15	37.5	5	12.5	6	15
TÜM PERSONEL	43	51.8	21	25.3	10	12	9	10.8

Doktorların % 68.4'ü, hemşirelerinde % 66.6'sı TKY çalışmalarında kısa dönemde sonuca ulaşılacak istendiğini bununda TKY çalışmaları için engel oluşturduğunu evet cevabı vererek göstermişlerdir Doktorlar ve hemşireler dışında kalan diğer personelin de % 37.5'i kısmen % 35'ide engelin mevcudiyetine evet cevabı vermiştir.

Tablo 31: Bayındır Tıp Merkezi (N=74)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	6	40	7	46.6	2	13.3	-	-
HEMŞİRELER	12	41.3	12	41.3	3	10.3	2	6.8
DİĞER PERSONEL	12	40	15	50	2	6.6	1	3.3
TÜM PERSONEL	30	40.5	34	45.9	7	9.4	3	4

Tabloda görüleceği üzere bu soruya doktorların % 46.6'sı, hemşirelerin % 41.3'ü, diğer personelin de % 50'si kısmen cevabı vererek, hastanelerinde bu engelin kısmen mevcut olduğunu belirtmişlerdir.

17. Finansman yetersizliği

Tablo 32: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	7	36.8	6	31.5	6	31.5	-	-
HEMŞİRELER	14	58.3	4	16.6	2	8.3	4	16.6
DİĞER PERSONEL	17	42.5	7	17.5	12	30	4	10
TÜM PERSONEL	38	45.7	17	20.4	20	24	8	9.6

Kamu hastanelerinde çalışan personelin yarıya yakın kısmı (% 45.7) si finansman yetersizliğinin kendi hastanelerindeki TKY uygulamalarına engel teşkil ettiğini, finansman yetersizliği engeline evet cevabı vererek belirtmiştir. Tabloya göre hemşirelerin % 58.3'ünde finansman yetersizliğini engel olarak görmektedir.

Tablo 33: Bayındır Tıp Merkezi (N=74)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	3	20	6	40	5	33.3	1	6.6
HEMŞİRELER	6	20.6	7	24.1	8	27.5	8	27.5
DİĞER PERSONEL	8	26.6	8	26.6	13	43.3	1	3.3
TÜM PERSONEL	17	22.9	21	28.3	26	35.1	10	13.5

Bayındır Tıp Merkezinde finansman yetersizliği engeline verilen cevaplara bakıldığında, doktorlar haricinde kalan personelin değerlendirmelerinde hayır yanıtına verilen cevapların diğer yanıtlara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Doktorların % 40'ı finansman yetersizliğinin kısmen engel olduğunu düşünürken, % 33'ü finansman yetersizliğinin hastanelerinde mevcut olmadığını düşünmektedirler.

18. Üst yönetim ile personel arasındaki iletişim eksikliği

Tablo 34: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	7	36.8	9	47.3	3	15.7	-	-
HEMŞİRELER	17	70.8	5	20.8	2	8.3	-	-
DİĞER PERSONEL	26	65	8	20	6	15	-	-
TÜM PERSONEL	50	60.2	22	26.5	11	13.2	-	-

Osmangazi üniversitesi ve Hava hastanesinde çalışan tüm personelin % 60'ı üst yönetim ile personel arasındaki iletişim eksikliği engeline evet yanıtı vermiştir. Yine bu engele evet yanıtı veren hemşirelerin oranı % 70.8, diğer personelin oranı ise % 65'tir.

Doktorların % 36.8'i evet yanıtını verirken, % 47.3'ü ise kısmen yanıtını vermişlerdir. Oranlara bakıldığında kamu hastanelerinde üst yönetim ile personel arasında iletişim eksikliğinin mevcut olduğu, bununda TKY uygulamaları için engel teşkil ettiği söylenebilir.

Tablo 35: Bayındır Tıp Merkezi (N=74)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	5	33.3	7	46.6	3	20	-	-
HEMŞİRELER	16	55.1	7	24.1	5	20.8	1	4.1
DİĞER PERSONEL	14	46.6	10	33.3	5	16.6	1	3.3
TÜM PERSONEL	35	47.2	24	32.4	13	17.5	2	2.7

Tablodan da görüleceği gibi tüm personelin % 47.2'si üst yönetim ile personel arasındaki iletişim eksikliğine evet yanıtı vererek konunun Bayındır Tıp Merkezi TKY uygulamaları için engel teşkil ettiğini belirtmiştir. Doktorlar, kamu hastanelerinde olduğu gibi bu engele diğer çalışan gruplara göre daha az evet yanıtı verirken, daha çok kısmen yanıtı vermiştir.

19. Ekip çalışması eksikliği

Tablo 36: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	9	47.3	9	47.3	1	5.2	-	-
HEMŞİRELER	21	87.5	3	12.5	-	-	-	-
DİĞER PERSONEL	25	62.5	10	25	4	10	1	2.5
TÜM PERSONEL	55	66.2	22	26.5	5	6	1	1.2

İki kamu hastanesinde çalışan tüm personelden % 66.2'si ekip çalışması eksikliğinin kendi hastanelerinde TKY uygulamaları için engel teşkil ettiğini belirtmiştir. Ekip çalışması eksikliğine en yüksek evet cevabı veren grup % 87.5'le hemşireler olmuştur.

Tablo 37: Bayındır Tıp Merkezi (N=74)

	<i>EVE</i>		<i>KİSMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	3	20	8	53.3	4	26.6	-	-
HEMŞİRELER	11	37.9	14	48.2	3	10.3	1	3.4
DİĞER PERSONEL	12	40	12	40	6	20	-	-
TÜM PERSONEL	26	35.1	34	45.9	13	17.5	1	1.3

Bayındır Tıp Merkezinde ekip çalışması eksikliği engeline en fazla kısmen yanıt verilmiş olup, en yüksek kısmen cevabını veren çalışma grubu % 53.3'le doktorlar olmuştur. Bu engele hemşirelerin % 48.2'si, diğer personelin de % 40'ı kısmen yanıt vermiştir.

20. Üst yönetimin baskısıyla gerçekleştirilmek istenmesi

Tablo 38: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>EVE</i>		<i>KİSMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	5	26.3	6	31.5	7	36.8	1	5.2
HEMŞİRELER	12	50	8	33.3	4	16.6	-	-
DİĞER PERSONEL	8	20	13	32.5	17	42.5	2	5
TÜM PERSONEL	25	30.1	27	32.5	28	33.7	3	3.6

Kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin % 50'si TKY'nin üst yönetimin baskısıyla gerçekleştirilmek istenmesine, evet yanıtı vererek engel olarak görmektedir.

Tablo 39: Bayındır Tıp Merkezi (N=74)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	1	6.6	4	26.6	10	13.5	-	-
HEMŞİRELER	8	27.5	12	41.3	8	27.5	1	3.4
DİĞER PERSONEL	11	36.6	4	13.3	13	43.3	2	6.6
TÜM PERSONEL	20	27	20	27	31	41.8	3	4

Bayındır Tıp Merkezinde TKY'nin üst yönetimin baskısıyla gerçekleştirilmek istenmesine tüm personelin % 27'si hem evet, hem de kısmen yanıtını vermiştir. Personelin % 41.8'i ise hastanelerinde TKY'nin üst yönetimin baskısı olmadan gerçekleştirildiği yönünde görüşte bulunmuştur.

21. Hastanenin profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmemesi

Tablo 40: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	6	31.5	6	31.5	7	36.8	-	-
HEMŞİRELER	12	50	10	41.6	1	4.1	1	4.1
DİĞER PERSONEL	11	27.5	12	30	15	37.5	2	5
TÜM PERSONEL	29	34.9	28	33.7	23	27.7	3	3.6

Bu engele kamu hastaneleri personelinden % 34.9'u evet, % 33.7'si kısmen cevabını vermiştir. Hayır cevabını verenlerin oranı ise % 27.7'dir. Hastanenin profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmemesini çoğunlukla engel olarak gören çalışma grubu % 50 ile hemşirelerdir.

Tablo 41: Bayındır Tıp Merkezi (N=74)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	-	-	4	26.6	11	73.3	-	-
HEMŞİRELER	5	17.2	9	31.0	10	34.4	5	17.2
DiĞER PERSONEL	3	10	9	30	16	53.3	2	6.6
TÜM PERSONEL	8	10.8	22	29.7	37	50	7	9.4

Tablodan da görüleceği üzere Bayındır Tıp Merkezinde çalışan tüm personelin % 50'si bu anket sorusuna hayır yanıtı vererek yöneticilerini profesyonel ve yeterli olarak nitelendirmektedirler. Doktorlardan % 73.3'ü, diğer personelden de % 53.3'ü bu soruya hayır yanıtı vererek hastanelerinde böyle bir engelin olmadığını belirtmişlerdir.

22. Personelin iş yükünü artırması

Tablo 42: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	4	21	9	47.3	6	31.5	-	-
HEMŞİRELER	8	33.3	8	33.3	8	33.3	-	-
DiĞER PERSONEL	4	10	16	40	18	45	2	5
TÜM PERSONEL	16	19.2	33	39.7	32	38.5	2	2.4

Bu anket sorusuna doktorların % 47.3'ü kısmen, hemşirelerin % 33.3'ü evet, diğer personelin % 45'i hayır cevabı vermişlerdir.

Tablo 43: Bayındır Tıp Merkezi (N=74)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	1	6.6	10	66.6	4	26.6	-	-
HEMŞİRELER	12	41.3	11	37.9	5	17.2	1	3.4
DİĞER PERSONEL	4	13.3	14	46.6	11	36.6	1	3.3
TÜM PERSONEL	17	22.9	35	47.2	20	27	2	2.7

Aynı soruya Bayındır Tıp Merkezinde doktorların % 66.6'sı kısmen, hemşirelerin % 41.3'ü evet, diğer personelin de % 46.6'sı kısmen cevabı vermiştir.

23. Personelin TKY çalışmaları ile birlikte kendini sıkı denetime alınmış gibi hissetmesi

Tablo 44: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	1	5.2	11	57.8	7	36.8	-	-
HEMŞİRELER	9	37.5	8	33.3	7	29.1	-	-
DİĞER PERSONEL	7	17.5	10	25	18	45	5	12.5
TÜM PERSONEL	17	20.4	29	34.9	32	38.5	5	6

Bu engele doktorların % 57.8'i kısmen, hemşirelerin % 37.5'i evet, diğer personelin % 45'i ise hayır cevabı vermiştir.

Tablo 45: Bayındır Tıp Merkezi (N=74)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	4	26.6	6	40	5	33.3	-	-
HEMŞİRELER	16	55.1	9	31	3	10.3	1	3.4
DİĞER PERSONEL	10	33.3	9	30	10	33.3	1	3.3
TÜM PERSONEL	30	40.5	24	32.4	18	24.3	2	2.7

Bayındır Tıp Merkezinde aynı soruya doktorların % 40'ı kısmen, hemşirelerin % 55.1'i evet, diğer personelin de % 33.3'ü evet derken % 33.3'ü de hayır cevabını vermişlerdir.

24. İstatistiksel proses kontrol yöntemlerinin sağlık kurumlarında uygulanmasının güç olması

Tablo 46: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	2	10.5	8	42.1	9	47.3	-	-
HEMŞİRELER	9	37.5	9	37.5	3	12.5	3	12.5
DİĞER PERSONEL	10	25	11	27.5	12	30	7	17.5
TÜM PERSONEL	21	25.3	28	33.7	24	28.9	10	12

(İstatistiksel proses kontrol yöntemlerinin sağlık kurumlarında uygulanması güç mü?) sorusuna kamu hastanelerinde çalışan doktorlardan % 42.1'i kısmen, hemşirelerden % 37.5'i evet ve % 37.5'i kısmen, diğer personelin ise % 30'u hayır cevabı vermiştir.

Tablo 47: Bayındır Tıp Merkezi (N=74)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	3	20	5	33.3	7	46.6	-	-
HEMŞİRELER	8	27.5	14	48.2	2	6.8	5	17.2
DİĞER PERSONEL	7	23.3	10	33.3	6	20	7	23.3
TÜM PERSONEL	18	24.3	29	39.1	15	20.2	12	16.2

Aynı soruya Bayındır Tıp Merkezindeki doktorların % 46.6'sı hayır, hemşirelerin % 48.2'si ile diğer personelinde % 33.3'ü kısmen cevabını vermişlerdir.

25. Kamu hastanelerinin kâr amacı gütmemesi

Tablo 48: Hava Hastanesi+Osmangazi Üniversitesi (N=83)

	<i>EVET</i>		<i>KISMEN</i>		<i>HAYIR</i>		<i>FİKRİM YOK</i>	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
DOKTORLAR	15	78.9	3	15.7	1	5.2	-	-
HEMŞİRELER	9	37.5	7	29.1	7	29.1	1	1.1
DİĞER PERSONEL	17	42.5	7	17.5	12	30	4	10
TÜM PERSONEL	41	49.3	17	20.4	20	24	5	6

Kamu hastanelerinin kâr amacı gütmemesinin, kamu hastanelerinde TKY uygulamaları için engel teşkil edip etmediği sorusuna, doktorların % 78.9'u, hemşirelerin % 37.5'i, diğer personelin de % 42.5'i evet cevabı vermiştir.

Bayındır Tıp Merkezi kamu hastanesi olmadığı için bu engele verilen cevapların değerlendirmesi yapılmamıştır.

Diğer:Anket formunda yer alan “diğer” başlıklı seçeneğe 20 kişi cevap vermiş olup yanıtlar maddeler halinde aşağıda sıralanmıştır.

1. Sağlık kuruluşlarında, çalışmaların sonuçlarına yönelik verilerin karşılaştırılmasında (benchmark) yaşanan sıkıntılar,
2. TKY konusunda sağlık hizmetlerine yönelik, lisansüstü akademik çalışma olanaklarındaki kısıtlılık,
3. TKY’yi başarı ile uygulayan endüstri kuruluşları ile sağlık kuruluşları arasındaki işbirliği ve etkileşim eksikliği
4. TKY ile ilgili danışmanlık hizmetlerinin maliyetinin yüksek olması,
5. TKY felsefesinin personel ve yönetimce anlaşılamaması,
6. Sağlık sektörünün hızlı ve pratik çözümler gerektirmesi, ancak TKY’de kısa dönemde sonuca ulaşılmasının mümkün olmaması,
7. Üst yönetimin TKY’ni moda olarak görmesi
8. Örgütsel performans ölçümüne yönelik veri tabanının yetersizliği
9. Cihaz kalibrasyonlarının uzman kişiler tarafından yapılmaması
10. Birimler arasındaki koordinasyon eksikliği
11. Birinci basamak sağlık kurumlarının iyi çalışmaması nedeniyle, hastanelere başvuran hastaların gereksiz iş yükü getirmesi

BULGULAR

HAVA HASTANESİ, OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İLE BAYINDIR TIP MERKEZİ’NDE KARŞILAŞILAN ENGELLER

Bu bölümde Hava hastanesi ve Osmangazi Üniversitesi personeli ile Bayındır Tıp Merkezi personelinin ankette bulunan engellere % 50 ve daha üzerinde vermiş oldukları evet cevapları çalışma gruplarına göre ayrımlanarak, yukarıdan aşağıya doğru sıralanmıştır.

Burada % 50 ve daha üzerinde evet yanıtı almış olan engellerin diğer engellere göre daha önemli oldukları ve hastane personelinin TKY uygulamalarında en fazla bu engellerle karşılaştığı sonucuna varılabilir.

Hava Hastanesi ile Osmangazi Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde TKY Uygulamalarında Karşılaşılan Engeller

DOKTORLAR

1. Personeli motive edecek ödüllendirme sisteminin olmayışı (% 89.4)
2. Personelin TKY konusuna yeterince önem vermemesi (% 84.2)
3. Kamu hastanelerinin kâr amacı gütmemesi (% 78.9)
4. Kısa dönemde sonuca ulaşılmak istenmesi (% 68.4)
5. Ülkemizde kaliteli sağlık hizmet sunum standartlarının bulunmaması (%63.1)
6. Personelin TKY konusunda yeterince eğitiminin olmaması (% 57.8)

HEMŞİRELER

1. Personeli motive edecek ödüllendirme sisteminin olmaması (% 95.8)
2. Ekip çalışması eksikliği (% 87.5)
3. Doktorların katılımının sağlanamaması (%83.3)
4. Personelin sayıca yetersiz olması (% 70.8)
5. Ülkemizde kaliteli sağlık hizmet sunum standartlarının bulunmaması (%70.8)
6. Kısa dönemde sonuca ulaşılmak istenmesi (% 66.6)
7. Finansman yetersizliği (%58.3)
8. Üst yönetimin baskısıyla gerçekleştirilmek istenmesi (% 50)
9. Hastanelerin profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmemesi (% 50)

DİĞER PERSONEL

1. Personelin TKY konusunda yeterince eğitiminin olmaması (% 77.5)
2. Personeli motive edecek ödüllendirme sisteminin olmayışı (% 77.5)
3. Üst yönetim ile personel arasındaki iletişim eksikliği (% 65)
4. Ekip çalışması eksikliği (% 62.5)
5. Personelin sayıca yetersiz olması (% 57.5)
6. Personelin TKY konusuna yeterince ilgi göstermemesi (% 55)
7. Ülkemizde kaliteli sağlık hizmet sunum standartlarının bulunmaması (% 50)

Bayındır Tıp Merkezi'nde TKY Uygulamalarında Karşılaşılan Engeller

DOKTORLAR

1. Ülkemizde kaliteli sağlık hizmet sunum standartlarının bulunmaması (%66.6)
2. Personeli motive edecek ödüllendirme sisteminin olmayışı (% 66.6)

HEMŞİRELER

1. Doktorların katılımının sağlanamaması (% 72.4)
2. Personeli motive edecek ödüllendirme sisteminin olmayışı (% 72.4)
3. Ülkemizde kaliteli sağlık hizmet sunum standartlarının bulunmaması (%72.4)
4. Personelin sayıca yetersiz olması (% 58.6)
5. TKY'nin kırtasiyeciliği artırması (% 55.1)
6. Personelin TKY çalışmaları ile birlikte kendini sıkı denetime alınmış gibi hissetmesi (% 55.1)
7. Üst yönetim ile personel arasındaki iletişim eksikliği (% 55.1)

DİĞER PERSONEL

1. Personeli motive edecek ödüllendirme sisteminin olmayışı (% 66.6)

Anket çalışmasının sonunda iki kamu hastanesi ile Bayındır Tıp Merkezinde çalışan doktorların vermiş oldukları cevaplar dikkate alındığında TKY çalışmalarında en fazla karşılaşılan engel personeli motive edecek ödüllendirme sisteminin yetersiz olmasıdır. Yine Bayındır Tıp Merkezinde ülkemizde kaliteli sağlık hizmet sunum standartlarının bulunmaması da doktorlar tarafından TKY'ne engel teşkil eden konuların başında kabul edilmektedir. Kamu hastanelerinde ise doktorlar ödüllendirme sisteminin yetersizliği yanında personelin TKY konusuna yeterince ilgi göstermemesini, kamu hastanelerinin kâr amacı gütmemesini, kısa dönemde sonuca ulaşılacak istenmesini, ülkemizde kaliteli sağlık hizmet sunum standartlarının bulunmamasını ve personelin TKY eğitiminin yetersizliğini engel olarak görmektedir.

Hastanelerin önemli çalışma grubu olan hemşirelerin verdikleri cevapların değerlendirmelerine bakıldığında kamu hastanesinde çalışan hemşireler aynı doktorlar gibi personeli motive edecek ödüllendirme sisteminin yetersizliğini en önemli engel olarak görmektedirler. Kamu hastanelerinde çalışan hemşireler için TKY'ne engel olan faktörler önem sırasına göre ekip çalışmasının eksikliği, doktorların katılımının sağlanamaması, kaliteli hizmet sunum standartlarının bulunmaması, finansman yetersizliği, TKY'nin üst yönetimin baskısıyla gerçekleştirilmek istenmesi ve hastanelerin profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmemesidir. Kamu hastanelerinde çalışan doktorlar ve hemşireler dışında kalan diğer personelin anket sorularına verdiği cevaplara bakılacak olursa bu personel tarafından görülen engeller sırasıyla personelin TKY konusunda yeterince eğitiminin olmaması, üst yönetim ile personel arasındaki iletişim eksikliğidir.

BTM'de ise hemşireler tarafından TKY çalışmalarında karşılaşılan en önemli engel doktorların TKY çalışmalarına katılımının sağlanamamasıdır. BTM'deki hemşirelerin TKY'de engel olarak gördükleri diğer faktörler önem sırasına göre personeli motive edecek ödüllendirme sisteminin yetersiz olması, kaliteli sağlık hizmet sunum standartlarının bulunmaması, personel sayısının yetersiz olması, TKY'nin

kırtasiyeciliği artırması, personelin TKY çalışmaları ile kendini sıkı denetime alınmış gibi hissetmesi ve üst yönetim ile personel arasındaki iletişim eksikliğidir. BTM’de çalışan ve anket sorularına cevap veren diğer personel TKY çalışmalarında karşılaşılan en önemli engelin personeli motive edecek ödüllendirme sisteminin olmaması olarak görmektedir. Kamu hastanelerinde çalışan personel tarafından görülen engeller sadece TKY için engel teşkil etmemekte mevcut engeller kamu kurumlarının normalde de hizmet sunumunu olumsuz etkileyen faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Personel sayısının yetersizliği, tıbbi cihaz ve teçhizat yetersizliği gibi sorunlar doğal olarak TKY’nin de engelleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu engellerin kamu hastanelerinde görülmesinin yanısıra BTM’de uygulanan anket çalışmasında ise kamu hastaneleri için engel olarak görülen çoğu konu engel olarak nitelenmemektedir. BTM’de doktorların anket formunda kendi hastanelerinde engel olarak görmedikleri başlıklar personel sayısının yetersiz olması, mevcut yönetim yapısının katılıma uygun olmaması, tıbbi cihaz ve teçhizat yetersizliği, hastanenin profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmemesidir. BTM’de çalışan hemşirelerde Üst yönetimin TKY konusunda isteksiz davranması gibi bir durumun söz konusu olmadığını, mevcut yönetim yapısının katılıma uygun olduğunu belirtmişlerdir. Kamu hastanelerinde ise doktorlar ve çalışan diğer personel tarafından bu başlıklar büyük oranda engel olarak görülmüştür.

ÖNERİLER

Türkiye’deki hastanelerde TKY’nin sağlıklı bir şekilde uygulanabilmesi için devletin ve hastane yönetimlerinin öncelikle yapması gereken çalışmalar iki ayrı kısımda incelenebilir.

Devletin öncelikle yapması gereken çalışmalar; Sağlık Bakanlığı bünyesinde sağlık hizmet sunum standartlarını belirleyecek ve hastanelerin bu standartlara uygun hizmet verip vermediğini kontrol edecek bir akreditasyon kuruluşunun kurulması, kamu hastanelerinde çalışan sağlık personelinin ücret ve sosyal haklar yönünden iyileştirilmesi, özelleştirme ve özerkleştirme çalışmalarına hız verilerek hastanelerin hizmette birbirleriyle yarışacakları bir rekabet ortamının yaratılmasıdır. Aynı zamanda

merkezi yönetim yapısından vazgeçilerek yerinden yönetim ilkelerinin benimsenmesi ve bu sayede hastanelerin personel, cihaz ve malzeme ihtiyaçlarını kendilerinin temin etmesi sağlanmalıdır. Kamu kurumlarına ait hastanelerle, özel hastaneler TKY'ne geçmek için teşvik edilmeli ve bu konuda hastanelere gerekli yardımlar yapılmalıdır.

Hastane özelinde yapılması gerekenler ise özel hastaneler ve kamu hastanelerinde TKY'ne geçişte dikkat edilmesi gereken ve TKY felsefesinin temel ilke ve kurallarına uyulmasından oluşmaktadır. Öncelikle hastane üst yönetimi TKY'nin hastanede kaliteli hizmet sunulmasını sağlayacağına, mevcut sorunlara çözüm olacağına, hastaların ve personelin memnuniyet düzeyini yükselteceğine inanmalıdır. Hastane içinde otokratik yönetim tarzından uzaklaşarak çalışan personelin de kendi yapmış olduğu işlerle ilgili kararlara katılımı sağlanmalı, TKY'nin felsefesi eğitimler yolu ile verilerek amacı personele açıklanmalıdır. Yine eğitimler yolu ile personelin gelişimi sağlanmalı ve işiyle ilgili son gelişmeler konusunda bilgilendirilmelidir.

Anket çalışmasında hastanelerde çalışan doktor, hemşire ve bunların dışında kalan personelin vermiş olduğu cevaplara bakılarak TKY uygulamalarında karşışın en önemli engelin personeli motive edecek ödüllendirme sistemlerinin olmaması veya yetersiz olması sunucuna varılmaktadır. Bu engelin aşılabilmesi için hastanelerin personel yapısına uygun bir ödüllendirme sistemi geliştirmesi gerekmektedir. Kamu hastanelerinde çalışan personel için ödüllendirmede ekonomik ödüllendirme çeşitlerinin kullanılması faydalı görülürken, özel hastanelerde ücret düzeyi yüksek olan personel için sosyal ödüllendirme çeşitlerine ağırlık verilmelidir. İletişim konusuna ayrıca önem verilerek personelin sorunlarını ve isteklerini yönetime iletebileceği yönetiminde personelden beklentilerini rahatça ve sorunsuzca iletebileceği bir iletişim sistemi kurulmalıdır. Ekip çalışmaları teşvik edilmeli ve bir sorun üzerinde konuyla ilgili birden çok çalışanın fikirlerinin alınarak çözüme kavuşturulması amaçlanmalıdır.

SONUÇ

Bir hastanede toplam kalite yönetiminin uygulanıyor olması insan hayatına verilen değer ve önemin en önemli kanıtı olmaktadır. Hastaneye başvuruda bulunan hastaların hastane yönetimi ve personelinin beklediği tek şey kendi hayatına ve sağlığına önem verilmesi, kendisine saygı gösterilmesi, hastalığının veya sakatlığının iyileştirilmesidir.

Hastane yönetimi hastanın bu beklentilerini ancak bir tek yolla karşılayabilecektir. Bu yol kaliteli sağlık hizmetinin hastaya sunulmasıdır. Daha kaliteli sağlık hizmeti sunmanın yolu da toplam kalite yönetiminden geçmektedir. Toplam kalite yönetimi hem müşteriye hem de çalışana değer veren yönetim sistemlerinin başında gelmektedir. Toplam kalite yönetimindeki toplam sözcüğü yalnızca hastanelerde hastaların değil, çalışanların ve diğer tedarikçilerin de toplam memnuniyetini ifade etmektedir. Toplam kalite yönetimi uygulanırken kullanılan ve dikkat edilmesi gereken bir çok faktör ve araç vardır. Bunlardan önemlileri hata oluşmadan önlenmeye çalışılması, istatistiksel sorun çözme yöntemlerinin kullanılması, ekip halinde çalışılması, çalışanların kendi işleriyle ilgili kararlara katılımının sağlanması, iletişim sisteminin mükemmel şekilde kurulması ve kullanılması, sürekli gelişmeye önem verilmesi, yeni gelişmelerin sürekli takip edilmesi, en son yenilik ve teknolojilerle hizmet verilmesi, en düşük maliyetle en yüksek gelirin elde edilmesi, kalite standartlarının belirlenip bu standartların sürekli geliştirilmesi ve belirlenen standartlara uygun çalışılması, personelin iş hayatında hastaların ise hastanede misafir edildikleri esnada memnun edilmesi, sürekli olarak hizmet standartları ile birlikte hasta ve personelin memnuniyetinin ölçüm ve değerlendirme çalışmalarının yapılması vb.dir.

Bir hastanede kurulacak olan TKY sisteminin başarıyla çalışması tüm bu faktörlerin sürekli ele alınması, geliştirilmesi, iyileştirilmesi ve başarıyla yerine getirilmesi sayesinde gerçekleşecektir. Ancak Türkiye’de TKY’ni uygulamak isteyen hastaneler bu faktörlerin bazılarını istenen şekilde yerine getirirken, bazılarını kendi ellerinde olmadan, bazılarını da kendi ellerinde olduğu halde başarısız yönetim nedeni ile yerine

getirememektedirler. Kısaca TKY'ni uygularken bir takım engellerle karşılaşmaktadırlar. Bu engellerden bazıları kamu hastanelerinde hastane bünyesinde çözülemeyen genel sağlık sistemi sorunlarıdır. Özel hastanelerin de kamu hastanelerindeki ile aynı olmasa da karşılaştıkları birtakım engeller bulunmaktadır.

Türkiye'de kamu hastanelerinde karşılaşılan engeller genelde bu hastanelerin yönetiminde merkezden yönetim esasının benimsenmesi nedeniyle karşılaşılan engellerdir. Kamu hastanelerinde özellikle personel alımının, ve atamalarının, merkez teşkilatı tarafından yapılması karşılaşılan en önemli engeldir. Bunların TKY'ni uygulamak isteyen kamu hastanelerinde engel olmasının nedeni ise atamaların merkez teşkilatı tarafından yapılırken yerinden yönetim birimleri olan hastane yönetimlerine danışılmaması ve bunun sonucunda hastanelerin personel ihtiyacı olan bölümlerde aynı açıkla çalışmaya devam ederek ihtiyacı olmayan bölümlerde fazla personelle çalışmak zorunda bırakılmasıdır. Hastanelerde çalışan her personelin uzmanlık alanı farklı olduğu için fazla personelle çalışan bölümlerden ihtiyaç olan bölümlere personel transferi de mümkün olmamaktadır. Kamu hastanelerinde çalışan personelin çoğu memur statüsünde çalışmaktadır ve ücretleri devlet tarafından belirlenmektedir. Yapılan bu çalışmadan anlaşılmaktadır ki Türkiye'deki hastanelerin TKY çalışmalarında karşılaştıkları en önemli engel personelin motivasyonunun sağlanmasında kullanılacak ödüllendirme sisteminin olmayışı ve yetersizliğidir. Kamu hastanelerinde başarılı personelin ödüllendirilmesinde ekonomik ödüllendirme sistemi kullanılamadığı gibi başarısız personeline işten çıkarılması mümkün değildir. Kamu hastaneleri tıbbi malzeme ve diğer ihtiyaçlarını da istedikleri zaman temin edememektedir. Hastane bütçesinin onayı ve büyük miktarlardaki satın almalarda yetki merkez teşkilatına aittir. Bu aşırı merkeziyetçi yapı hastanelerde hizmet gecikmelerine ve verimliliğin düşmesine neden olmaktadır. Bunların yanı sıra kamu hastaneleri profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmemekte tüm sorumluluk hastane işletmeciliği konusunda çok fazla bilgisi olmayan başhekimlere verilmektedir.

Özel hastanelerde bu tür engellerle karşılaşılmazken Türkiye şartlarına uygun sağlık hizmet standardı belirleyecek bir kuruluşun olmaması önemli bir eksiklik olarak

görülmektedir. Karşılaşılan diğer engeller ise hastanelerin üst yönetimleri tarafından zaman içinde çözüme kavuşturulabilecek olan engellerdir.

Sonuçta Türkiye’de özel hastaneler TKY uygulamalarında kamu hastanelerine göre daha az engelle karşılaşmaktadırlar. Kamu hastanelerinde ise karşılaşılan tüm önemli engellere rağmen TKY çalışmalarını başlatan ve kalite güvence belgesi almış olan birçok hastane mevcuttur. Bu da hastane yöneticileri ve çalışanlarının TKY’nin felsefesini anladıklarını ve kaliteli sağlık hizmeti sunma isteğinde olduklarını gösteren sevindirici gelişmeler olarak karşımıza çıkmaktadır.

EKLER

HASTANENİZDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARINDA KARŞILAŞILAN ENGELLER NELERDİR?

Katılımcının Ünvanı:

	Evet	Kısmen	Hayır	Fikrim Yok
1. Doktorların katılımının sağlanamaması				
2. Diğer personelin katılımının sağlanamaması				
3. Personelin sayıca yetersiz olması				
4. Personelin TKY konusunda yeterince eğitiminin olmaması				
5. Personelin TKY'ne yeterince ilgi göstermemesi				
6. Personeli motive edecek ödüllendirme sistemlerinin olmayışı				
7. Üst yönetimin TKY konusunda isteksiz davranması				
8. TKY'nin kamu hastanelerinde uygulanmaya elverişli olmaması				
9. Mevcut yönetim yapısının katılıma uygun olmaması				
10. Hastanelerin farklı kültür yapısındaki bireylerin bir araya gelmesiyle hizmet vermesi				
11. Hastanede gelişmiş istatistik sisteminin bulunmaması				
12. Tıbbi cihaz ve teçhizat yetersizliği				
13. TKY'nin zaman kaybı olarak görülmesi				
14. Kırtasiyeciliği artırması				
15. Ülkemizde kaliteli sağlık hizmet sunum standartların bulunmaması				
16. Kısa dönemde sonuca ulaşılmak istenmesi				
17. Finansman yetersizliği				
18. Üst yönetim ile personel arasındaki iletişim eksikliği				
19. Ekip çalışması eksikliği				
20. Üst yönetimin baskısıyla gerçekleştirilmek istenmesi				
21. Hastanenin profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmemesi				
22. Personelin iş yükünü artırması				
23. Personelin TKY çalışmaları ile birlikte kendisini sıkı denetime alınmış gibi hissetmesi				
24. İstatistiksel proses kontrol yöntemlerinin sağlık kurumlarında uygulanmasının güç olması				
25. Kamu hastanelerinin kâr amacı gütmemesi				

DİĞER:

.....
.....
.....

BAYINDIR TIP MERKEZİ

PERSONEL MEMNUNİYETİ ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME ÇALIŞMASI 1. ANKET/ŞUBAT 1996

HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ PERSONELİ

Anket Ekibi

Ayşen Aksoy
Nesrin Erciyes
Gülizar Göl
Sibel Gönülsüz
Özgür Karaca

Tuğba Solukcu
Defne Özkal
Yeşim Taş
Cemalettin Yılmaz

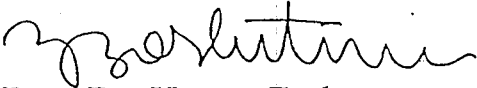
Bilgi için:

Ekip Sorumlusu Yeşim Taş (Tel:2031 - İç çağrı:2031)
Danışman Dr. İbrahim Erdoğan (Tel:6117)

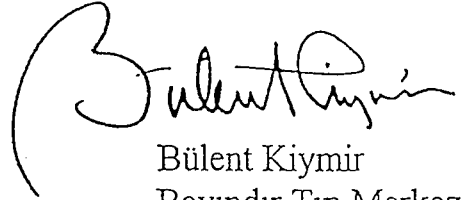
BAYINDIR TIP MERKEZİ TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ
PROJESİ

SAYIN BAYINDIR TIP MERKEZİ ÇALIŞANLARI,

İster tıp alanında, isterse bu alanın dışında bir eğitim almış olalım, eğer insan yaşamıyla ilgili bir sektörde çalışıyorsak, çok önemli bazı sorumlulukları üstlenmişiz demektir. Biz Bayındır Tıp Merkezi'nde çalışan tüm elemanların bu bilinç içinde olduğuna inanıyoruz. Bu nedenle de "Toplam Kalite Yönetimi" gibi, kişisel standartlarını ve buna bağlı olarak da verilen hizmetin niteliğini daha iyiye götürecek bir sistemin hiç birimize yabancı olmadığını düşünüyoruz. Biz biliyoruz ki; hastalarımızın mutluluğu bizim de mutluluğumuz olacaktır. Bu temel inanış doğrultusunda, her birimizin beyinlerinde dağınık halde bulunan daha iyiye erişme idealini bir sistematik içinde toplamak için, bir süre önce çağdaş bir yönetim biçimi olan "Bayındır Tıp Merkezi Toplam Kalite Yönetimi" projesini uygulamaya başladık. Amaç; hepimizin katkılarıyla daha iyiye ulaşmaktır. Bu konuda sizlerden gelecek olan fikirler uygulamanın şekillenmesinde önemli katkılarda bulunacaktır. Bu bağlamda, düşüncelerinizi proje yönetimine iletecek olan araçlardan biri olan anketleri cevaplandırmada göstereceğiniz duyarlılığa teşekkür eder, saygılar sunarız.



Doç. Dr. Yaman Zorlutuna
Bayındır Tıp Merkezi
Toplam Kalite Yönetimi
Projesi Tıbbi Direktörü



Bülent Kıymır
Bayındır Tıp Merkezi
Toplam Kalite Yönetimi
Projesi İdari Direktörü

GİRİŞ

Bu sayfadaki sorular, anket sonuçlarının net ve sağlıklı bir biçimde değerlendirilebilmesi amacıyla sorulmuştur. Örneğin, "çalıştığınız bölüm" ve "ünvanınız" gibi sorulara vereceğiniz yanıtlar, bölüm farklılığının ya da ünvan farklılığının, sonuçları etkileyip etkilemediğini göstermesi açısından önem taşımaktadır. Ancak yine de bu sorular arasından yanıtlamak istemediklerinizi boş bırakabilirsiniz. Yanıtlarınızın gizlilik içinde değerlendirileceğini belirtir, gösterdiğiniz özen için teşekkür ederiz.

EĞİTİM DÜZEYİNİZ:

- ☐ Sağlık Meslek Lisesi ☐ Ön Lisans ☐ Lisans
☐ Yüksek Lisans ☐ Diğer.....

ÇALIŞTIĞINIZ BÖLÜM:

- ☐ Kat ☐ Poliklinik ☐ Acil Servis
☐ Ameliyathane ☐ Yoğun Bakım ☐ Eğitim Bölümü
☐ Merkezi Sterilizasyon ☐ Hemşirelik Hizm. Müdürlüğü

ÜNVANINIZ:

- ☐ Sorumlu Hemşire ☐ Supervisor ☐ Vardiya Sorumlusu
☐ Servis Hemşiresi ☐ Eğitim Hemşiresi ☐ Diğer.....

BTM'DEKİ ÇALIŞMA SÜRENİZ:

- ☐ 1 yıldan az ☐ 1-2 yıl arası ☐ 2 -3 yıl arası
☐ 3 yıldan fazla

YİYECEK - İÇECEK HİZMETLERİ

BTM'de yiyecek-içecek hizmetleri, yapılan anlaşma doğrultusunda, Bayındır Holding'in bir diğer kuruluşu olan Aspen A.Ş. tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu hizmetler için, Hipokrat Restaurant (130 kişi kapasiteli), Atrium Cafe (80 kişi kapasiteli), Aspen Personel Yemekhanesi (20 kişi kapasiteli) ve İzmarit Cafe kullanılmaktadır.

Hastanemiz mutfağında, mesleki eğitim almış, yüksek standartlı kuruluşlarda çalışma deneyimi olan 30 kişilik bir kadro tarafından kaliteli ekipman ve malzeme kullanılarak günde 850-1000 porsiyon yemek üretilmektedir. Aspen A.Ş. tarafından hazırlanan Hipokrat Restaurant menüleri, BTM diyetisyenleri tarafından incelenerek onaylanmaktadır. Enfeksiyon Kontrol Komitesi, mutfak personeline uyguladığı periyodik sağlık kontrollerinin yanı sıra, besinlerin de mikrobiyolojik yönden düzenli olarak denetlemesini yapmaktadır. Yemek ücreti olarak bir kişi için aylık 3.380.000 TL + KDV ödeme yapılmaktadır. Ağustos 1995'ten itibaren personelimize ücretsiz çay / kahve fişi dağıtımı uygulanmaktadır ve bu hizmet için kişi başına aylık 840.000 TL+ KDV ödeme yapılmaktadır. Ayrıca gece nöbetine kalan personelimize kahvaltı hizmeti verilmektedir.

1-Hipokrat Restaurant, Atrium Cafe ve İzmarit Cafe'de verilen yiyecek-içecek hizmetlerini, aşağıda sıralanan boyutları açısından ayrı ayrı değerlendirerek ölçek üzerinde uygun kolona işaret koyunuz. Örneğin Hipokrat Restaurant'ın fiziksel ortamını **ideal** buluyorsanız ilk kolonu, **yetersiz** buluyorsanız son kolonu işaretleyiniz.

	Hipokrat Restaurant				Atrium Cafe				İzmarit Cafe			
	İdeal	Yeterli	Geliştirilmeli	Yetersiz	İdeal	Yeterli	Geliştirilmeli	Yetersiz	İdeal	Yeterli	Geliştirilmeli	Yetersiz
Fiziksel Ortam												
Servis Malzemeleri												
Hizmet Sunumu												
Menü Çeşitliliği												
Sunulanların Kalitesi												
Fiyatların Uygunluğu												
Genel Değerlendirmeniz												

2-Yiyecek-İçecek hizmetlerine ilişkin eleştirilerinizi ve bu hizmetlerin geliştirilmesi yönündeki önerilerinizi belirtiniz.

.....

.....

PERSONEL ULAŞIM HİZMETLERİ

Kurumumuz, çalışanlarına ulaşımında kolaylık sağlamak amacı ile, Bektaşlar firması ile anlaşma yaparak 38 aracın bu amaç doğrultusunda hizmete sunulmasını sağlamıştır. Günde yaklaşık olarak 450 BTM çalışanın yararlandığı ve ortalama 2000 km. yol kateden araçlar ile sağlanan ulaşım hizmetleri için firmaya, kişi başına ayda ortalama 1.3 milyon TL ödeme yapılmaktadır. Servis güzergahlarının, mevcut imkanlar çerçevesinde, çalışanların memnuniyetlerini sağlayacak şekilde düzenlenmesine çalışılmaktadır.

Ayrıca 1 ambulans ve 9 hizmet otosu, 11 şoför ile günde 24 saat BTM'deki tüm birimlere hizmet sunmaktadır. Mesai saatleri dışında acil olarak göreve çağrılan personelin transfer işlemleri de bu araçlar ile yapılmaktadır. Hizmet otolarının aylık akaryakıt ve bakım giderleri ortalama 178 milyon TL tutmaktadır.

1-Kullandığınız Servis güzergahını belirtiniz.....

2- Personel servisi hizmetlerini, aşağıda sıralanan boyutları açısından değerlendirerek, ölçek üzerinde uygun kolona işaret koyunuz.

	İdeal	Yeterli	Geliştirilmeli	Yetersiz
Servis Araçlarının Genel Düzeni				
Şoförlük Hizmetlerinin Yeterliliği				
Servis Güzergahlarının Düzeni				
Servis Duraklarının Uygunluğu				
Hareket Saatlerinin Uygunluğu				
Nöbetçi / icapçı / vardiyalı çalışanlara sunulan servis hizmeti				
Diğer.....				

3-Personel servisi hizmetlerine ilişkin eleştirilerinizi ve bu hizmetlerin iyileştirilmesi yönündeki önerilerinizi belirtiniz.

.....

.....

OTOPARK HİZMETLERİ

Hastanemiz giriş kısmında 10 araçlık bir alan ile, BTM Senior Doktorları ve Müdürlerinin kullanımına ayrılmış otopark alanı bulunmaktadır. Çalışanlarımızın ve hastalarımızın kullanımına yönelik olarak, ek bina yanında bulunan arsa da otopark alanı olarak düzenlenmiştir. Ancak, bu arsanın mülkiyeti kurumumuza ait olmadığından arzu edilen nitelikte düzenlemeler yapılamamaktadır. Hastanemiz girişinde trafik düzenini sağlayan bir otopark elemanı da görev yapmaktadır.

1-Otopark hizmetlerine ilişkin genel değerlendirmenizi ve bu hizmetlerin iyileştirilmesine yönelik önerilerinizi belirtiniz.

.....

.....

TEMİZLİK HİZMETLERİ

Hastanemiz genel temizlik hizmetleri 34 kişilik personel kadrosu ile Aspen C&C tarafından, klinik temizlik hizmetleri de 19 kişilik personel kadrosu ile Destek Hizmetler Müdürlüğü tarafından verilmektedir. Aylık temizlik giderimiz 1.7 milyar TL'dir. Temizlik ürünlerinin uygunluğu Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından denetlenmektedir.

1-Temizlik hizmetlerine ilişkin genel değerlendirmenizi ve bu hizmetlerin iyileştirilmesine yönelik önerilerinizi belirtiniz.

.....

.....

ÇAMAŞIRHANE HİZMETLERİ

Personel üniformalarının yıkanması hizmeti, modern makinaların kullanıldığı ve 12 kişinin görev yaptığı çamaşırhanede, Aspen C&C tarafından verilmektedir. Üniformaların yıkanması, ütülenmesi ile bakım ve onarımlarının yapılması personel başına ayda ortalama 1 milyon TL tutmaktadır.

1-Çamaşırhane hizmetlerine ilişkin genel değerlendirmenizi ve bu hizmetlerin iyileştirilmesine yönelik önerilerinizi belirtiniz

.....

.....

LOJMAN HİZMETLERİ

1992 yılında Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü personelinin hizmetine sunulmuş olan lojmanımız toplam 60 kişi kapasiteli olup, bir, iki ve dört kişilik odalardan oluşmaktadır. Mutfak ve banyo gibi alanlar her dairede ortak kullanıma açık bulunmaktadır.

1-Lojman hizmetlerinden yararlanıyor musunuz ya da daha önce yararlandınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

1.a-Eğer cevabınız evet ise lojman hizmetlerine ilişkin eleştirilerinizi ve bu hizmetlerin iyileştirilmesi yönündeki önerilerinizi belirtiniz.

.....

.....

İŞYERİ HEKİMLİĞİ HİZMETLERİ

Kurumumuz İşyeri Hekimliği Hizmetleri, 1475 sayılı yasa hükümleri ve SSK Ankara Bölge Sağlık Müdürlüğü düzenlemeleri doğrultusunda gerçekleştirilmektedir.

Pazartesi - Perşembe günleri 7:30 - 8:30 saatleri arasında görev yapan işyeri hekimimiz tarafından yazılan ilaçlar, Destek Hizmetler Müdürlüğü organizasyonu ile SSK'dan temin edilerek % 20 bedel karşılığı çalışanlarımıza teslim edilmektedir.

1-İşyeri Hekimliği Hizmetlerinden ne sıklıkta yararlanıyorsunuz?

☐ Hemen hemen
her hafta

☐ Ayda bir iki
kez

☐ Nadiren

☐ Hiç yararlanmıyorum

2-İşyeri Hekimliği hizmetlerinin geliştirilmesi yönündeki önerilerinizi belirtiniz.

.....

.....

GRUP SAĞLIK SİGORTASI HİZMETLERİ

Bayındır Hayat Sigorta ile yapılan anlaşma çerçevesinde 15.9.1993 tarihinden itibaren, BTM çalışanları için, yıllık kişisel sağlık sigorta poliçeleri düzenlenmesi uygulamaları başlatılmıştır. Grup Sağlık Sigortası'nda hizmet standardı yönünden aynı kalitede olan ve personel ücretleri kriter alınarak düzenlenen üç gruba ayrılmış poliçe sistemi kullanılmaktadır. Dileyen, aradaki farkı ödemek kaydıyla alternatif gruplardan birine dahil olabilmektedir. BTM çalışanlarına bu hizmetin sağlanması için 1993-94 döneminde 1.5 milyar, 1994-95 döneminde 3 milyar ve 1995-96 döneminde 7 milyar TL prim yatırılmıştır.

1-Grup Sağlık Sigortası uygulaması konusundaki değerlendirme ve önerilerinizi belirtiniz.

.....

.....

KÜTÜPHANE HİZMETLERİ

Şubat 1993'de çalışanlarımızın hizmetine sunulan BTM Kütüphanesi'nde yabancı dildeki 44 süreli yayının yanısıra, çeşitli disiplinlerde mesleki kitaplar bulunmaktadır. 1994 yılında başlatılan Med-Line aboneliği ile de 1983-1995 dönemleri arasındaki bilimsel literatürün taranması ve makale özetlerinin incelenmesi olanağı sağlanmıştır.

1-BTM Kütüphanesi'nde sunulan hizmetlere ilişkin genel değerlendirmenizi ve bu hizmetlerin geliştirilmesi yönündeki önerilerinizi belirtiniz.

.....

.....

SOSYAL AKTİVİTELER

1-Çalışanlar arasındaki iletişimi geliştirmek amacı ile düzenlenen sosyal aktiviteleri (Happy Hour, yemek, vb.) ölçek üzerinde değerlendiriniz :

	İdeal	Yeterli	Geliştirilmeli	Yetersiz
Düzenlenme Sıklığı				
Ulaşım Olanakları				
Duyuru Şekli				
İkramlar				
Ortam				

2-Sosyal aktivitelerin geliştirilmesi yönündeki önerilerinizi belirtiniz.

.....

.....

BAYSEV ÇOCUKEVİ

Bayındır Sağlık Eğitim ve Araştırma Vakfı tarafından 28 Ekim 1995 tarihinde açılan Baysev Çocukeyi, 20 kişilik uzman kadrosu ile, toplumsallaşma sürecinin hız kazandığı 3-6 yaş grubundaki çocuklarımıza hizmet sunmaktadır. 1500 m2'lik kapalı alanda faaliyet gösteren Baysev Çocukeyi'nde, beş dersliğin yanısıra spor ve sanat etkinliklerine uygun olarak düzenlenmiş özel mekanlar bulunmaktadır.

1-Aşağıda belirtilen yaş gruplarında (eğer var ise) kaç çocuğunuz olduğunu ve Baysev Çocukeyi hizmetlerine yönelik beklenti ve önerilerinizi belirtiniz.

	Çocuk Sayısı
0-3 yaş grubu	
3-6 yaş grubu	
6 yaş üzeri	

.....

.....

ÇALIŞMA ORTAMI

KİŞİSEL MEMNUNİYET/MESLEKİ FORMASYON

1-Aşağıda belirtilen faktörlerin çalışma ortamınız ile ilgili memnuniyetinizin artmasında ya da azalmasında ne derece etkili olduğunu değerlendirerek her bir madde için, ölçek üzerinde uygun kolona işaret koyunuz. Örneğin, "Fiziksel Ortam" sizin memnuniyetiniz üzerinde çok etkili ise ilk kolonu, memnuniyetinizi hiç etkilemiyorsa son kolonu (etkisiz) işaretleyiniz.

FAKTÖRLER	Çok Etkili	Etkili	Biraz Etkili	Etkisiz
Fiziksel ortam				
Motivasyon				
Görev tanımınızdaki netlik				
Kararlara katılma payınız				
Ekip içi uyum ve işbirliği				
Diğer birimler ile iletişim ve işbirliği				
Problem çözme beceriniz				
Kişisel başarınız				
Ekibinizin başarısı				
Kurumsal başarı				
İş performansınızla ilgili size verilen bilgi (geribildirim)				
Teknolojik donanım ve ekipman				
Hasta ve hasta yakınları ile ilişkiler				
Diğer.....				
.....				

2- Çalışma ortamınızı aşağıda sıralanan boyutlar açısından değerlendirerek her bir madde için ölçek üzerinde uygun kolona işaret koyunuz. Örneğin, "ısı" yı gereğinden fazla buluyorsanız ilk kolonu, yetersiz buluyorsanız son kolonu işaretleyiniz.

ÇALIŞMA ORTAMINIZ	Gereğinden fazla	İdeal	Yeterli	Yetersiz
Isı				
Temizlik/düzen				
Teknolojik donanım				
Eşya/malzeme				
Çalışan sayısı				
İş yoğunluğu				
Üretilen hizmet miktarı				
Üretilen hizmetin kalitesi				
Üretilen hizmetin çeşitliliği				
Çalışma saatleriniz				

3-Çalışma ortamınızda karşılaştığınız en büyük problem nedir?

.....

.....

3.a-Bu problemin çözümü için önerileriniz nelerdir?

.....

.....

4-Çalışma ortamınızda sizi en hoşnut eden şey nedir?

.....

.....

5-Mesai saatleriniz dışında nöbet tutuyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

6-Gündüz mesaisi dışındaki çalışma koşullarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

☐ İdeal

☐ Yeterli

☐ Geliştirilmeli

☐ Yetersiz

6.a-Gündüz mesaisi dışındaki çalışma koşullarının iyileştirilmesi yönündeki önerileriniz nelerdir?

.....

.....

7-Çalışma ekibiniz aşağı yukarı kaç kişiden oluşmaktadır?.....

7.a-Çalışma ekibinizi oluşturan kişilerin görevlerini belirtiniz (lütfen isim yazmayınız).....

.....

8-Çalışma Ekibinizi bir bütün olarak aşağıda belirtilen özellikler açısından değerlendiriniz ve her bir madde için, ölçek üzerinde uygun kolona işaret koyunuz. Örneğin, "ekibin çalışma uyum ve işbirliği" **hoşnut edici düzeyde** ise ilk kolonu, **yalnızca işlerin yürümesini sağlayacak düzeyde** ise ikinci kolonu, **yetersiz** ise son kolonu işaretleyiniz.

Ekibinize Ait Özellikler	Hoşnut edici düzeyde	İşlerin yürümesi için yeterli	Yetersiz
Ekibin çalışma uyum ve işbirliği			
Ekibin çalışma hızı			
Zamanlama konusundaki titizlik			
Ekibin ortak motivasyonu			
Ekibin problemlere çözüm üretmedeki yeterliliği			
Ekibin mesleki bilgi ve beceri yeterliliği			
Ekip içi iletişim			
Ekibin diğer birimler ile iletişimi			
Ekip içindeki mesleki gelişim çabası			
Ekibin sunduğu hizmetin kalitesi			
Ekibin genel başarısı			

9-Sizce ekibinizin geliştirilmesi gereken yönleri nelerdir?

.....

.....

9.a-Bu konudaki önerilerinizi belirtiniz.

.....

.....

10-Birlikte çalıştığınız ekibin en güçlü tarafı nedir?

.....

.....

11-Biriminizde çalışmaktan memnun musunuz?

Çok				Pek		Hiç
Memnunum	Memnunum	Kararsızım	Memnun değilim	Memnun değilim		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12-Kendinizi mesleki yönden yenileme ve geliştirme konusunda kişisel çaba gösteriyor musunuz?

☐ Hemen hemen her zaman	☐ Sıklıkla	☐ Zaman zaman	☐ Nadiren	☐ Pek fırsat bulamıyorum
---	-----------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--

12.a-Bu konu ile ilgili olarak kurumunuzdan beklentileriniz nelerdir?

.....

.....

13.Klinik Mesleki Gelişim Programı'na ne ölçüde katılıyorsunuz?

☐	Konu sunumu yaparak katılıyorum
☐	Dinleyici olarak katılıyorum
☐	Hiç katılmadım

13.a-Klinik Mesleki Gelişim Programı'nın geliştirilmesi yönündeki önerilerinizi belirtiniz.

.....

.....

14-BTM Bilimsel Etkinlikleri Programı'nı nasıl buluyorsunuz?

☐İdeal ☐Yeterli ☐Geliştirilmeli ☐Yetersiz ☐Bilgim yok

14.a-Bu etkinliklerin geliştirilmesi yönündeki önerilerinizi belirtiniz.

.....

.....

15-Hemşirelik Hizmetleri Eğitim Bölümü'nde verilen eğitim programlarını aşağıdaki boyutlarda değerlendirerek her bir madde için uygun kolona işaret koyunuz.

EĞİTİM PROGRAMLARI	İdeal	Yeterli	Geliştirilmeli	Yetersiz
Program içeriği				
Derslerin işleniş biçimi				
Derslerin sıklığı				
Ders notları				
Sınavların niteliği				

15.a-Eğitim programlarının geliştirilmesi yönündeki önerilerinizi belirtiniz.

.....

.....

HİZMET SUNUMU KALİTESİ

1-Aşağıda belirtilen faktörlerin, sunduğunuz hizmetin kalitesi üzerinde ne derece etkili olduğunu değerlendirerek, her bir madde için, ölçek üzerinde uygun kolona işaret koyunuz. Örneğin "problem çözme beceriniz" in sunduğunuz hizmetin kalitesi üzerinde çok etkili olduğunu düşünüyorsanız ilk kolonu, hiç bir etkisi olmadığına inanıyorsanız son kolonu (etkisiz) işaretleyiniz.

FAKTÖRLER	Çok Etkili	Etkili	Biraz Etkili	Etkisiz
Fiziksel ortam				
Motivasyon				
Görev tanımınızdaki netlik				
Kararlara katılma payınız				
Ekip içi uyum ve işbirliği				
Diğer birimler ile iletişim ve işbirliği				
Problem çözme beceriniz				
Kişisel başarınız				
Ekibinizin başarısı				
Kurumsal başarı				
İş performansınızla ilgili size verilen bilgi (geribildirim)				
Teknolojik donanım ve ekipman				
Hasta ve hasta yakınları ile ilişkiler				
Diğer.....				
.....				

2-Sunduğunuz hizmetin standartlaşmasına yönelik olarak kullandığınız politika ve prosedür formlarının yeterlilik derecesini nasıl buluyorsunuz?

☐ Gereğinden fazla

☐ Yeterli

☐ Yetersiz

2.a-Bu konudaki görüş ve önerilerinizi belirtiniz.

.....

.....

3-Hemşirelik süreci uygulamalarını ve bakım standartlarını, verilen hizmetin kalitesi açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?

☐ İdeal

☐ Yeterli

☐ Geliştirilmeli

☐ Yetersiz

HASTA MEMNUNİYETİ

1-Aşağıda, hasta memnuniyeti üzerinde etkisi olduğu düşünülen bazı faktörler sıralanmıştır. Sizden, her bir faktörün, hasta memnuniyeti üzerinde ne derece etkili olduğuna ilişkin düşünceniz istenmektedir. Örneğin, "hastaya gösterilen ilgi ve nezaket"in hasta memnuniyeti üzerinde çok etkili olduğunu düşünüyorsanız ilk kolonu, hiç etkisi olmadığını düşünüyorsanız son kolonu işaretleyiniz.

FAKTÖRLER	Çok Etkili	Etkili	Biraz Etkili	Etkisiz
Hasta bekleme süreleri				
Muayene için ayrılan zaman				
Hasta ve hasta yakınlarına yapılan açıklamaların yeterliliği				
Hastaya gösterilen ilgi ve nezaket				
Tanı ve tedavi sürecinin yeterlilik ve uygunluğu				
Hemşirelik bakım sürecinin yeterlilik ve uygunluğu				
Hastanın hastanede kaldığı süre içindeki istek ve ihtiyaçlarının takibi				
Sunulan hizmetlerin ekonomik yönü				
Destek hizmetlerin yeterliliği				
Diğer.....				
.....				

2-Sizce BTM'de sağlık hizmeti alan hastalar, genel memnuniyet düzeyi açısından, merkezimizden nasıl ayrılıyorlar?

☐ Çok memnun

☐ Memnun

☐ Kararsız

☐ Memnuniyetsiz

3-Son bir ay içinde BTM'den memnuniyetsiz ayrılan hasta sayısı sizce nedir?.....

4-Hastalarımızın BTM'den memnuniyetsiz ayrılmasına hangi nedenler yol açmaktadır?

.....

.....

5-Hasta memnuniyetinin artırılması konusunda ilk yapılması gereken düzenleme sizce ne olmalıdır?

.....

.....

6-Hasta eğitimine yönelik çalışmaların hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini nasıl değerlendiriyorsunuz?

☐ Çok etkili ☐ Etkili ☐ Biraz etkili ☐ Etkisiz

7-Hasta eğitimi fonksiyonunun geliştirilmesi konusundaki önerileriniz nelerdir?

.....

.....

8-Kliniğinizde hastalara verilen eğitimin yeterlilik derecesini nasıl değerlendiriyorsunuz?

☐ İdeal ☐ Yeterli ☐ Geliştirilmeli ☐ Yetersiz

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ PROJESİ

Toplam Kalite Yönetimi (TKY), bütün dünyaya yayılan çağdaş bir yönetim felsefesi olarak tanımlanmakta ve bunun da ötesinde, bir yaşam tarzı olarak benimsenmektedir. Bu anlayışa göre, kalitenin sürekli olarak iyileştirilmesi, bir yandan çalışanların iş doyumunun artırılmasını, bir yandan da işletme içindeki sistemin, değişen müşteri beklentilerini zamanında yakalayıp, kendini aralıksız yenilemesini ve geliştirmesini esas alır. TKY'nin odak noktası, "müşteri memnuniyeti"dir. Kalite anlayışında çıtanın sürekli yükseltilmesi müşteri memnuniyetini arttıracak, bu da çalışanlara kazanç olarak geri dönecektir.

Sağlık hizmeti sunumunda daima öncülük yapmayı kendine hedef seçmiş olan BTM, Toplam Kalite Yönetimi Projesini başlatarak, sağlık sektöründeki ilerlemesine hız kazandırmıştır. Tüm BTM çalışanlarının katılımı ile yürüyecek olan bu proje, hastane yönetimi ve hizmet sunumunda en sağlıklı ve en verimli çizgiyi yakalayabilmek için çıktığımız ve üzerinde durmaksızın ilerleyeceğimiz yolun başlangıç aşamasıdır.

1-BTM Toplam Kalite Yönetimi Projesi başlamadan önce TKY'nin ne olduğu konusunda bilginiz var mıydı?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Biraz

2-BTM Toplam Kalite Yönetimi Projesinin kapsamı ve uygulama planı konusunda bilginiz var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Biraz

3-Sizce bu proje BTM bünyesine ne düzeyde yarar getirecektir? Bu konuya ilişkin tahminlerinizi aşağıdaki ölçekte "hasta memnuniyeti" , "personel memnuniyeti" ve "kurumsal başarı" için ayrı ayrı belirtiniz.

	Çok yararlı olacaktır	Yararlı olacaktır	Biraz Yararlı olacaktır	Yararlı olmayacaktır
Hasta memnuniyeti				
Personel memnuniyeti				
Kurumsal başarı				

4-Bu projenin size sağlayacağı yarar düzeyine ilişkin tahmininizi, aşağıdaki ölçekte "iş doyumunuz", "sunduğunuz hizmetin kalitesi" ve "mesleki gelişiminiz" için ayrı ayrı belirtiniz.

	Çok yararlı olacaktır	Yararlı olacaktır	Biraz Yararlı olacaktır	Yararlı olmayacaktır
İş doyumunuz				
Sunduğunuz hizmetin kalitesi				
Mesleki gelişiminiz				

5-BTM Toplam Kalite Yönetimi Projesi konusundaki genel değerlendirmenizi ve önerilerinizi belirtiniz.

.....

.....

6-Sizce BTM'nin öncelikle geliştirilmesi gereken yanı nedir?

.....

.....

7-Sizce BTM'nin en güçlü yanı nedir?

.....

.....

8-Bu ankette size başka hangi soruların sorulmasını isterdiniz?

.....

.....

YATAN HASTA HİZMET DEĞERLENDİRME ANKETİ

Değerli Hastamız,

Bu anket, Bayındır Tıp Merkezi'nde (BTM) geçirdiğiniz süre içinde aldığınız hizmete ilişkin değerlendirmenizi öğrenmek amacıyla düzenlenmiştir. Anketi eksiksiz olarak doldurmanız, BTM hizmet kalitesinin sürekli gelişimine önemli bir katkı sağlayacaktır. Doldurduğunuz anketin, kurumumuz Kalite Koordinatörlüğü tarafından dikkatle inceleneceğini belirtir, gösterdiğiniz işbirliğine şimdiden teşekkür ederiz.

Saygılarımızla

Cinsiyetiniz: ☐ K ☐ E

Yaşınız:.....

Eğitim Düzeyiniz: ☐ İlk ☐ Orta ☐ Lise ☐ Üniv./Y. Okul

İşiniz / Mesleğiniz:.....

Anketin Doldurulduğu Tarih:/...../.....

Oda Numaranız:.....

Sürekli Oturduğunuz Şehir:.....

BTM'yi Tercih Nedeniniz:.....

Aşağıda, BTM'ye yatışınızdan, taburcu olana kadar geçen süre içinde size sunulan bazı hizmetler ve hizmetlerin sunum biçimine ilişkin çeşitli ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadeyi dikkatle okuyunuz okuduğunuz ifadeye ne derece katıldığınızı , yandaki ölçek üzerinde uygun kolona işaret koyarak belirtiniz. Örneğin ilk cümledeki, “Yatış işlemlerimi yapan resepsiyonist bana karşı ilgili ve nazik bir yaklaşım içinde idi” ifadesine tamamen katılıyorum iseniz ilk kolonu; kesinlikle katılmıyorum iseniz son kolonu işaretleyiniz. Lütfen aynı ifade için birden fazla kolona işaret koymayınız ve işaretsiz ifadeleri bırakmayınız. Ayrıntılı açıklamada bulunmak istediğiniz konular için, “Eklemek istediklerim” bölümünü kullanabilirsiniz.

RESEPSİYON VE SEKRETERLİK HİZMETLERİ

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Yatış işlemlerimi yapan resepsiyonist, bana karşı ilgili ve nazik bir yaklaşım içinde idi.					
Yatışım yapılmadan önce ödeme konusunda yeterince bilgilendirildim.					
Yatışım yapılmadan önce, hastane kuralları (ziyaret saatleri, sigara yasağı, vb.) hakkında yeterince bilgilendirildim.					
Yatış işlemlerimin tamamlanması için geçen süreyi uygun buldum.					
Yatışım yapıldıktan sonra, Yatan Hasta Sorumlusu beni ziyaret ederek konumumla ilgili bilgilerini tanıttı.					
BTM’de yattığım süre içinde, kat resepsiyonisti (kat sekreteri) bana nazik ve ilgili bir yaklaşım içinde idi.					
Kat resepsiyonisti tarafından, kat kuralları ve yönlendirmeleri hakkında yeterince bilgilendirildim.					
Yatış ettiğimde Hasta Hizmetleri Sorumlusu’na ulaşabileceğimi biliyorum.					
Kat resepsiyonisti, taburcu olduğumda konumum hakkında bana yeterince bilgi aktardı.					
Resepsiyon ve sekreterlik hizmetlerinin genel kalitesini yeterli buldum.					

Eklemek istedikleriniz.....

TEŞHİS ve TEDAVİ SURECİ

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Teşhis ve tedavi sürecinin anda, doktorumun beni yeterince ediğini ve anladığını düşün- üm.					
Doktorum, muhtemel teşhislerim usunda bana ayrıntılı açıklamada andı.					
Yapılacak tetkikler ve tedavinin ntıları konusunda doktorum findan bana verilen bilgi yeterli					
Hastalığım ve tetkik sonuçlarım ım de anlayabileceğim sözcük- e anlatıldı.					
Doktorlarım tarafından yapılan ler düzenli ve yeterli idi.					
Şu anda, tedavimin başlangıcına sla hastalığım konusunda daha a bilgiye sahibim.					
Hastanede kaldığım süre içinde, torlarım tarafından psikolojik ımda da desteklendiğime inanı- um.					
Hastalığımın tedavisi için gereken şeyin yapıldığına inanıyorum.					
Evde uygulamam gereken tedavi usunda (ilaç, egzesiz vb.) torumdan yeterli bilgiyi aldım.					
Doktorlarım bana karşı ilgili ve ik bir yaklaşım içinde idi.					
Tedavi ekibimi başkalarına da siye ederim.					
Doktorlarımın verdiği hizmetlerin el kalitesini yeterli buldum.					

Ekleme istedikleriniz.....

.....

HEMŞİRELİK HİZMETLERİ

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Odaya kabulüm yapıldıktan ra hemşire tarafından odanın likleri konusunda yeterince ilendirildim.					
Hemşire çağrı sistemi konusunda a yeterli açıklama yapıldı.					
Kat Sorumlu Hemşiresi beni ret ederek kendisini tanıttı.					
Yapılacak işlemlerden önce şire tarafından bana işlemle ilgili lamada bulunuldu.					
İstediğim her an hemşireye abildim.					
Hemşirelerim bana karşı ilgili ve ık bir yaklaşım içinde idi.					
Akşam hemşirelerim (16:00- 00) bana yeterli bakımı ve ilgiyi adılar.					
Gece hemşirelerim (24:00- 00) bana yeterli bakımı ve ilgiyi adılar.					
Hemşireleriıme sorduğum soru- aldığım cevaplar yeterli idi.	--	--			
Bakımımı sağlayan tüm şireler bana kendilerini tanıttılar.					
Beslenme, kişisel temizlik, eket etme, tuvalet ihtiyacımın şılınması gibi konularda yardıma yaç duyduğumda hemşirelerden erli yardımı gördüm.					
Hastanede kaldığım süre içinde şirelerim tarafından psikolojik amda da desteklendiğime nıyorum.					
Hastaneden ayrıldıktan sonraki umım konusunda, (evde kulla- ağım ilaçlar, bakımına yönelik ulamalar vs.) hemşirelerim afından yeterince bilgilendirildim.					
Hemşirelik hizmetlerinin genel itesini yeterli buldum.					

Ekleme istedikleriniz.....

.....

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Hastanede kaldığım süre içinde t uzmanı tarafından ziyaret dim.					
Diyet uzmanı bana karşı ilgili ve k bir yaklaşım içinde idi.					
Hastanede kaldığım süre içindeki enme düzenim konusunda rince bilgilendirildim.					
Diyetisyenlik hizmetlerinin genel tesini yeterli buldum.					

Ekleme istedikleriniz.....

.....

DİĞER HİZMETLER

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Hastanenin genel temizlik ve enini yeterli buldum.					
Odamin ısı ve havalandırma eminden memnun kaldım.					
Odamin konforu yeterli idi.					
Yiyecek-içecek servisi kalitesini erli buldum.					

Ekleme istedikleriniz.....

.....

BTM HİZMETLERİ GENEL DEĞERLENDİRMESİ

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Bayındır Tıp Merkezi'nin genel hizmetini yeterli buluyorum.					
Eğer ihtiyaç duyarsam BTM'yi tercih ederim.					
BTM'yi yakınlarıma da tavsiye ederim.					

SİZCE BTM'NİN ÖNCELİKLİ OLARAK GELİŞTİRİLMESİ GEREKEN YANI NEDİR?

EKLEMEK İSTEDİKLERİNİZ.....

DOLDURDUĞUNUZ ANKETLE İLGİLİ DÜŞÜNCELERİNİZ.....

Hizmet kalitemizin sürekli iyileştirilmesine yönelik sağladığınız katkı ve destek için teşekkür ederiz. Sağlıklı günler dileriz.

BTM Kalite Koordinatörlüğü

KAYNAKÇA

- AKAL Zühal, "Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçme ve Değerlendirme Sistemleri", **Verimlilik Dergisi**, Ankara, 1996.
- AKIN Besim, **ISO 9000 Uygulamasında İşletmelerde İstatistik Proses Kontrol Teknikleri**, Bilim Teknik Yayınevi, İstanbul, 1996.
- ALTUĞ Tuncay ve GÜZEL Ömer, "Laboratuvar Çalışmalarında Kaliteli Hizmet Arzını Engelleyen Etkenler ve Test Sonuçlarının Değerlendirilmesi", **Standart Dergisi**, S.376, Ankara, 1993.
- ALTUĞ Duygu, **Örgütsel Davranış: Toplam Kalite Yönetimi Anlayışı İçinde**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1997.
- ARIKAN Necati, "Toplam Kalite Yönetimi", **TÜSİAD 1.Ulusal Kalite Kongresinde Sunulan Tebliğler**, İstanbul, 1992.
- ARKIŞ Nurdoğan, "Kuruluşunuzda Toplam Kalite Yönetiminin Başarısızlığını Garanti Etmenin 20 Yolu", **Kalkınmada Anahtar Dergisi**, S.101, Ankara, 1997.
- AŞIKOĞLU Meral, "Japon İşletmecilik Kültüründe Toplam Kalite Yönetiminin Etkileri", **Anahtar Dergisi**, S.106, Ankara, 1997.
- ATILLA Andaç, **Çağdaş Kalite Anlayışı İçerisinde ISO 9001 Kalite Güvencesi Sistemi Standardının Yorumu ve Uygulama Örnekleri**, Çağlayan Kitabevi, İstanbul, 1996.
- AYDIN Hemser, "Kalite Çemberlerinde Kuruluş Evresinin Tasarımı", **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu-Bildiriler**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1998.
- BAĞRIAÇIK Atilla, **Belgelerle Uygulamalı ISO 9000 Nedir? Nasıl Kurulur?**, Bilim Teknik Yayınevi, İstanbul, 1995.
- BARTOL Katryn M., MARTIN David C., **Management**, McGraw-Hill Companies Inc, Boston, 1994.
- BENNETT C. Addison, **Productivity and the Quality of Worklife in Hospitals**, American Hospital Publishing, California, 1983.
- BİLALOĞLU Eriş, "Kurum Örnekleri: Ankara Numune Hastanesi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, S.69-70, Ankara, 1995.

- BİLDİRİCİ Ziyaettin, **Sağlık Kurumları Yönetimi**, Anadolu Üniv. Açıköğretim Fak. Yayınları No:715-351, Eskişehir, 1998.
- BİLGİN Erhan, "Kalite ve Verimlilik", **Macro Dergisi**, S.23, İstanbul, 1996.
- BOUNDS Gregory M., DOBBINS Gregory H., FOWLER Oscar S., **Management: A Total Quality Perspective**, South-Western College Publishing, Cincinnati, 1995.
- BOVEE Courtland L., THILL John V., WOOD Marian B., DOVEL George P., **Management: Quality, Productivity and Customer Satisfaction**, McGraw-Hill, Inc, Newyork, 1993.
- BOZKURT Rıdvan, "Toplam Katılımcılık", **Verimlilik Dergisi**, Ankara, 1995.
- BOZKURT Rıdvan ve ASİL Nilüfer, "Kalite Politikası Oluşturma Süreci", **Verimlilik Dergisi**, Ankara, 1995.
- BOZKURT Rıdvan, "Kalitenin Esasları ve Deming'in Ondört İlkesi", **Verimlilik Dergisi**, Ankara, 1994.
- BOZKURT Rıdvan ve ODAMAN Aynur, **ISO 9000 Kalite Güvence Sistemleri**, MPM Yayınları no: 549, Ankara, 1996.
- BROOKS Richard G, **Health Status Measurement**, Macmillan Press LTD, London, 1995.
- CARSON D.Kerry, CARSON Pavla Phillips and ROE William, **Management of Healthcare Organizations**, South-Western College Publishing, Cincinnati, 1995.
- CARY Mark S., "How to Become a Quality Person", **Quality Progress**, C.28, S.6, Milwaukee, 1995.
- CEMALCILAR İlhan, **Pazarlama Araştırması**, Sevinç Matbaası, Ankara, 1971.
- CERTO Samuel C., **Modern Management: Diversity, Quality, Ethics and the Global Environment**, Prentice-Hall, Inc, New Jersey, 1997.
- CROCKER Olga L., CHARNEY Cyril and SIK LEUNG CHIU Johnny, **Quality Circles**, Carswell Company Lim., USA, 1984.
- ÇAKMAK Niyazi, "Sağlık İnsangücü Planlama Aracı Olarak Arz ve İhtiyaç Projeksiyonları", **Sağlıkta Strateji Dergisi**, S.3, Ankara, 1994.
- ÇATALCA Huriye, "Hastane Hizmetlerinde Kalite Sağlamada ve Değerlemede Komitelerin Rolü", **Anadolu Üniv. Açıköğretim Fak. Dergisi**, C.1, S.1, Eskişehir, 1994.

- ÇELEBİOĞLU Ali Tekin, "Sağlık Hizmetlerinde İstatistiki Bilgi Yönetiminin Dünü ve Bugünü", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu-Bildiriler**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1996.
- ÇORUH Mithat, "1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi", **1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu-Bildiriler**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1995.
- ÇORUH Mithat, "Hastanelerde Kalite Belgesi Alma Girişimi ve Ötesi", **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, Yıl:2, S.4, İstanbul, 1998.
- ÇORUH Mithat, "Toplam Kalite Yönetimi Hastane Uygulamaları Gerekçeler ve Güçlükler", **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu-Bildiriler**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1994.
- ÇORUH Mithat, "Sağlık Hizmetleri Kalite ve Performans Kavramındaki Gelişmeler", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu-Bildiriler**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1996.
- DARR Kurt and RAKICH Conathon S., **Hospital Organization and Management: Text and Readings**, National Health Publishing, Maryland, 1989.
- DAWSON Graydon, "Is Empowerment Increasing in Your Organization", **Quality and Participation**, C.21, S.1, Cincinnati, 1998.
- DAY Ronald G., **Kalite Fonksiyon Yayılımı**, (Çeviren:Enternasyonel Tercüme Hizmetleri Ltd. Şti), Marshall Boya ve Vernik Sanayi A.Ş., İstanbul, 1998.
- DELMAR Donald and SHELDON George, **Introduction to Quality Control**, West Publishing Company, St.Paul, 1988.
- DERVİŞOĞLU Ayşe ve KÖSELİ Arzu, "Sağlık Hizmetlerinde Teknik Eğitim", **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu-Bildiriler**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1994.
- DIK, Jaap J., "Kalite Geliştirme Stratejisinde Çağdaş Eğilimler", **Standart Dergisi**, Ankara, 1996.
- DONABEDIAN Avedis, "Kalite Güvencesi", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C.1, S.1, Ankara, 1992.
- DONABEDIAN Avedis, **Explorations in Quality Assesment and Monitoring**, Volume II, The Criteria and Standarts of Quality, Health Administartion Press Ann Arbor, Michigan, 1982.

ERDAL Ayşe, "Sağlık Çalışanlarının Sağlığı", **Sağlık Dergisi**, S.71, 1997.

ERDOĞAN İbrahim, "Sağlıkta Akreditasyon ve ISO Standartları", **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu-Bildiriler**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1998.

ERDOĞAN İbrahim, "Sağlık Kuruluşlarında Toplam Kalite Eğitimlerinin Organizasyonu", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu-Bildiriler**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1996.

ERGİN Canan, "Sağlık Personelinin Sağlık Alanındaki Uygulamalarla İlgili Tutumları", **Sağlıkta Strateji Dergisi**, S.3, Ankara, 1994.

ERSEN Haldun, **Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları Yönetimi İlişkisi**, Sim Matbaacılık, İstanbul, 1997.

ERYOLDAŞ Sibel ve TURGUTLUOĞLU Barış, "Hasta Memnuniyetinin Ölçümü" **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu-Bildiriler**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1996.

ERYOLDAŞ Sibel, "Sevgi Hastanesinde Kendi Kendini Yönetim Takım Organizasyonuna Geçiş", **Yönetici Sorumluluklarında Astların Denetimi, Kongre, Bildiri**, 1997.

GATEWOOD Robert D., TAYLOR Robert R., FERRELL O.C., **Management: Comprehension, Analysis and Application**, Richard D., Irwin, Inc, Boston, 1995.

GITLOW Howard S. and GITLOW Shelly J., **The Deming Guide to Quality and Competitive Position**, Prentice Hall, Inc, New Jersey, 1987.

GOETSCH David L. and DAVIS Stanley B., **Introduction to Total Quality: Quality Management for Production, Processing and Services**, Prentice Hall Inc, New Jersey, 1997.

GÖĞEBAKAN İlyas, "Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirilmesi Sempozyumundan Özümlemeler" **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, S.3, İstanbul, 1997.

GÖĞEBAKAN İlyas, "Tıbbi Malzeme ve Araç Gereçlerin Alımında Dikkat Edilmesi Gereken Öneriler", **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, S.2, İstanbul, 1998.

GÖKÇE Ata, "Kalite Yönetimi Rekabet Gücü İçin Önem Taşımaktadır", **TİSK İşveren Dergisi**, C.35, S.1, Ankara, 1996.

GRAHAM O. Nancy, **Quality in Health Care: Theory, Application and Evolution**, Aspen Publishers Inc., USA, 1995.

- GRIFFITH R.John, **The Well-Managed Health Care Organization**, Health Administration Press Ann Arbor, Michigan, 1995.
- GÜLGÜN Aylin, "İşyerinde İşgücü Veriminin Artırılmasında Eğitimin Rolü", **Anahtar Dergisi**, S.104, Ankara, 1997.
- "Hastane Reformu", **Sağlıkta Strateji Dergisi**, S.1, Ankara, 1994.
- "Hemşirelik Mesleğine İlişkin Sorunlar", **Sağlık Dergisi**, S.73, Ankara, 1998.
- Hava Kuvvetleri Komutanlığı, **Personel Faaliyetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Kalite Çemberleri**.
- Hava Kuvvetleri Komutanlığı, **Personel Faaliyetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Stres, Motivasyon, İletişim ve Toplam Kalite Yönetimi**.
- HODGETTS Richard M., **Implementing TQM in Small & Medium-Sized Organizations**, American Management Association, New York, 1996.
- HOŞGEÇİN Kemal, "Hastanelerde Akreditasyon", **Sağlıkta Strateji Dergisi**, S.13, Ankara, 1997.
- İŞIKHAN Vedat, "Hastanelerde İşgücü Verimliliğinin Artırılmasında Eğitimin Rolü", **Kalkınmada Anahtar Dergisi**, Ankara, S.104, 1997.
- IVANCEVICH John M., LORENZI Peter, SKINNER Steven J, CROSBY Philip B., **Management: Quality and Competitiveness**, Richard D.Irwin Inc, Boston, 1994.
- JURAN J.M and GRYNA Frank M., **Quality Planning and Analysis**, McGraw-Hill Inc, Boston, 1980.
- KAVRAKOĞLU İbrahim, **Kalite Güvencesi ISO 9000 ve Toplam Kalite**, Rekabetçi Yönetim Dizisi, İstanbul, 1993.
- KAYA Kenan ve KAYA Sıdıka, "Türkiye'de Özel Hastanelere Genel Bir Bakış", **Toplum ve Hekim Dergisi**, S.69-70, Ankara, 1995.
- KEENAN Kate, **Yöneticinin Kılavuzu: Motivasyon**, (Çeviren: Ergin Koparan), Remzi Kitabevi A.Ş, İstanbul, 1996.
- KILIÇ Bülent ve BİLALOĞLU Eriş, "Hastanelerde Reform", **Toplum ve Hekim Dergisi**, S.69-70, Ankara, 1995.

- KOCADAĞ Zahide ve ÖZGEN Hacer, "Toplam Kalite Yönetimi: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri İçin Bir Model Önerisi", **1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler**, Dokuz Eylül Üniversitesi Matbaası, İzmir, 1995.
- KOÇEL Tamer, "İşletme Yönetimi ile İlgili Son Gelişmeler ve Çalışanlar Açısından Anlamı", **Mercek Dergisi**.
- KOÇEL Tamer, **İşletme Yöneticiliği**, Beta Basım A.Ş., İstanbul, 1998.
- KONAKKURAN Kaya, **Yirmibirinci Asrın Temel Taşı Kalite**, Eskişehir.
- KOVNER R.Anthony and NEUHEAUSER Duncan, **Healt Services Management**, Health Administration Press, Michigan, 1994.
- KÖSEOĞLU M., HARRISON D.K., LINK D., "TKY Sistemi Uygulamasının Arkasındaki İnsan Faktörü", **Verimlilik Dergisi**, Ankara, 1994.
- LEEBOV Wendy and SCOTT Gail, **Service Quality Improvemenet: The Customer Strategy for Health Care**, American Hospital Publishing Inc, USA, 1994.
- LUTHANS Fred, LEE Sang M., "New Paradigm Organizations: From Total Quality to Learning to Word-Class", **Organizational Dynamics**, 1994.
- MARTIN Lawrance L., **Total Quality Management in Human Service Organizations**, Sage Publications, California, 1993.
- MCLACHLAN Gordon, **A Questions of Quality?** Published for the Nuffield Provincial Hospital, Trust by the Oxford University Press, Oxford, 1976.
- MENDERES Münevver, "Hastanelerde Muhasebe, Maliyetleme Sorunları ve Finansal Yönetim", **Toplum ve Hekim Dergisi**, C.10, S.69-70, 1995.
- MERGEN A.Erhan, "Toplam Kalite Yönetimi", **Anadolu Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, C.11, Eskişehir, 1993.
- MINERVA MELUM Mara and KUCHURIS SINIORIS Marie, **Total Quality Management: The Health Care Pioneers**, American Hospital Publishing Inc.,USA, 1992.
- MORGİL Orhan ve KÜÇÜKÇİRKİN Mehmet, "TOBB'in Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı", **1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu-Bildiriler**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1995.
- MORTON Alison and BAMFORD Margaret, **Excellence In Health Care Management**, Hartnolls Ltd., Great Britain, 1997.

- ODABAŞI Harun, "Toplam Kalite Yolculuğu Sizi Bekliyor", **Zaman Gazetesi**, 4 Mayıs 1998.
- OĞLAK Sema, "Hastanelerde Tıbbi Cihazların Verimliliğinde Umut Veren Bir Meslek: Biyomedikal Mühendislik", **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, S.4, İstanbul, 1998.
- OĞUZ İlhan, "Sanayici Kalitesini Belgeliyor", **İstanbul Sanayi Odası Dergisi**, İstanbul, 1997.
- ORLIKOFF James E. and TOTTEN Mary K., **The Board's Role in Quality Care: A Practical for Hospital Trustees**, American Hospital Publishing Inc, an American Hospital Association Company, USA, 1991.
- OYMAK Enver, "Sağlık Personeli Eğitiminde Kalite", **Standart Dergisi**, S.376, Ankara, 1993.
- ÖZEVREN Mina, **Toplam Kalite Yönetimi Temel Kavramlar ve Uygulamalar**, Alfa Basın Yayın, İstanbul, 1997.
- ÖZGEN Hacer, "Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme", **Toplum ve Hekim Dergisi**, C.10, S.69-70, 1995.
- ÖZGEN Hüseyin ve ÖZTÜRK Azim, "Devlet Hastanelerinde Karşılaşılan Yönetim Sorunları ve Bir Model Önerisi", **Verimlilik Dergisi**, S.1, Ankara, 1994.
- ÖZGEN Hüseyin ve ÖZTÜRK Azim, "Türkiyedeki Devlet Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısını Verimlilik Açısından İnceleyen Bir Araştırma", **Hastane İşletmeciliği Seçme Yazılar**, Editör:Hikmet SEÇİM, Anadolu Üniversitesi Yayınları no:845, Eskişehir, 1995.
- ÖZKALP Enver ve KIREL Çiğdem, **Örgütsel Davranış**, Anadolu Üniversitesi Eğitim, Sağlık ve Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı Yayınları, No:111, Etam A.Ş., Eskişehir, 1996.
- ÖZKUL A. Ekrem, **Sağlık Sistemleri Planlama ve Kontrolü Kalite Kontrolü ve Kalite Güvence Sistemi**, Anadolu Üniv. Açıköğretim Fak. Yayınları, Eskişehir, 1994.
- ÖZKUL A.Ekrem ve BURNAK Nimetullah, "Günümüzde Kalite Kontrol Anlayışı", **Anadolu Üniversitesi Müh. Mim. Fak. Dergisi**, C.4, Eskişehir, 1988.
- PAKSOY Mahmut, **Örgütsel İletişim**, (Editör: İnan ÖZALP), Anadolu Üniv. Yayınları no:964, Açıköğretim Fak. Yayın no:593, Eskişehir, 1996.
- PEKER Ömer, "Toplam Kalite Yönetimi", **Amme İdaresi Dergisi**, C.26, S.1, Ankara, 1993.

- PEŞKİROĞLU Nurettin, "Toplam Kalite Yönetimi Sistemi ve ISO 9000 Standartları", **Verimlilik Dergisi**, Ankara, 1994.
- PEŞKİROĞLU Nurettin, "Toplam Kalite Yönetimi ve Katılımcılık", **Verimlilik Dergisi**, Özel Sayı, Ankara, 1996.
- PETERSON Kristine, **The Strategic Approach to Quality Service in Healthcare**, Aspen Publishers, Marylan, 1988.
- PLUNKETT Warren R. and ATTNER Raymond F., **Introduction to Management**, Wadsworth Publishing Company, California, 1994.
- RINDLER Michael E., **Putting Patients and Profits Into Perspective**, Pluribus Press, Chicago, 1987.
- "Sağlık Kuruluşları ve Hastanelerde Finansal Yapı", **Sağlıkta Strateji Dergisi**, S.3, Ankara, 1994.
- SAYEK Füsün, "Sağlık Alanında Uygun Teknoloji Kullanımı ve Teknoloji Değerlendirmesi" **Toplum ve Hekim Dergisi**, C.10, S.66, Ankara, 1995.
- SEÇİM Hikmet ve PEKELMAN Talat, "Hastanelerde Verimliliği Yükseltici Uygulamalar: Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri" **Hastane İşletmeciliği Seçme Yazılar**, Editör: Hikmet Seçim, Anadolu Üniversitesi Yayınları no: 845, Eskişehir, 1995.
- SEÇİM Hikmet, "Kalite Çemberlerinin Başarı Koşulları", **Amme İdaresi Dergisi**, C.21, S.3, Ankara, 1988.
- SEÇİM Hikmet, **Hastane Yönetim ve Organizasyonu**, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fak Yayın no:407, Eskişehir, 1994.
- SEÇİM Hikmet, **Hastane Yönetim ve Organizasyonu**, Küre Ajans, İstanbul, 1992.
- SHORTELL Stephen M. and KALUZNY Arnold D., **Health Care Management: Organization Design and Behavior**, Delmar Publishers Inc, New York, 1994.
- STAMATIS D.H., **Total Quality Management in Healthcare**, Times Mirror Higher Education Group, American Bar Association and a Committee of Publishers, Chicago, 1996.
- STEVENSON William J., **Production and Operations Management**, Times Mirror Higher Education Group, Inc, Company, Chicago, 1996.
- SÜMBÜLOĞLU Kadir, **Sağlık Alanına Özel İstatistiksel Yöntemler**, Özdemir Yayıncılık, Ankara, 1994.

- SÜRÜCÜ Aysel, ÜNLÜOĞLU İlhami, ŞAHİN Ümit, "Hastane İşletmeciliğinde Eczane Hizmetlerinin Önemi", **Medikal Teknik Dergisi**, S.144, 1998.
- ŞİMŞEK Muhittin, **Kalite Yönetimi**, Marmara Üniversitesi Teknik Eğitim Fak Matbaası, İstanbul, 1996.
- TAMER Mustafa, "Mülki İdare Yönünden Ulusal Sağlık Politikası ve Sağlık Reformu Çalışmalarının Değerlendirilmesi", **Türk İdare Dergisi**, S.404, Ankara, 1994.
- TAN Serdar, "Toplam Kalite ve Verimsizlik", **Verimlilik Dergisi**, Ankara, 1996.
- TAŞTÜRKÖZ Yeşim, "Bayındır Tıp Merkezi Kalite İndikatör Sistemi", **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, C.2, S.2, İstanbul, 1998.
- TEARE Richard, ATKINSON Cyril, WESTWOOD Clive, **Achieving Quality Performance**, Fakenham Photosetting Ltd., London, 1994.
- TEZCANER Tefik, ÖZER Işıl, ERDOĞAN İbrahim, ZORLUTUNA Yaman, KIYMİR Bülent, "Kurumsal Kalite İndikatör Sistemi Oluşturulmasında Süreç Yönetimi Yaklaşımı", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu-Bildiriler**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1996.
- TENGİLİMOĞLU Dilaver, "Ankara'da Bir Üniversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu-Bildiriler**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1996.
- TOKTAMIŞOĞLU Murat, "Toplam Kalite Yönetiminde İç Müşteri Memnuniyeti ve Performans Değerlendirmesi" **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1996.
- TORAMAN Ruhi, DEMİR Cesim, GÜÇLÜ Kadir, CANKUL İbrahim, ÖZALTIN Hazım, "Uzmanlık Öğrencisi Hekimler ve Hemşireleri Hastaneye Bağlayan-Uzaklaştıran Faktörler" **Gülhane Askeri Tıp Akademisi Bülteni**, C.39, S.4, Ankara, 1997.
- TSE, **Kalite Güvencesi Eğitim Kitabı**, Ankara, 1995.
- TSE, **TS-ISO 9000 Kalite Broşürü**, TSE Halkla İlişkiler Müdürlüğü, Ankara, 1997.
- TSE, **TS-ISO 9000 Kalite Sistem Dokümantasyonu Eğitim Notları**, Ankara, 1995.
- TÜMER Sumru, "Toplam Kalite Yönetiminde Kuruluş Organizasyon Yapısı", **Verimlilik Dergisi**, Ankara, 1996.

- Türk Tabipleri Birliği, "Sağlık Hizmetlerinde Genel Değerlendirme", **Toplum ve Hekim Dergisi**, S.69-70, Ankara, 1995.
- TÜRKMEN İsmail, "Toplam Kalite Yönetimine Geçiş ve Uygulamada Başarıyı Engelleyen Faktörler", **Verimlilik Dergisi Toplam Kalite Özel Sayısı**, Ankara, 1996.
- WEAVER Charles N., **Toplam Kalite Yönetimi'nin Dört Aşaması**, (Çeviren: Tuncay Birkan, Osman Akınhay), Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1997.
- WILSON Lionel and GOLDSCHMIDT Peter, **Quality Management in Healthcare**, McGraw-Hill Book Company, Sydney, 1995.
- YALÇINKAYA Nusret, "Toplam Kalite Yönetimi ve Uygulamada Başarıyı Engelleyen Faktörler", **Hava Kuvvetleri Dergisi**, S:329, Ankara, 1998.
- YETİŞ Nükhet, "Kalite Kontrolü ve Toplam Kalite Yönetimi: Kalite Organizasyonu, Eğitim ve İnsan Gücü Geliştirme", **ISO-9000 ve Kalite Sistemleri Seminerleri Bildiriler**, İstanbul, 1993.
- YILMAZ Uğur, "Türkiye'de Kamu Sağlık Kuruluşlarının İşletmecilik Sorunları ve İşletmecilik Anlayışı", **Hastane İşletmeciliği Seçme Yazılar**, Editör: Hikmet SEÇİM, Anadolu Üniversitesi Yayınları no:845, Eskişehir, 1995.
- ZORLUTUNA Yaman, "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi", **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu-Bildiriler**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1998.