

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ İLE KALİTE
YÖNETİM SİSTEMİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
ANALİZİ**

Ali ÇAKIR

Danışman
Doç.Dr. Özkan TÜTÜNCÜ

2007

Yemin Metni

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Hasta Güvenliği Kültürü İle Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi ” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

.../.../.....

Ali ÇAKIR

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

Öğrencinin

Adı ve Soyadı : Ali ÇAKIR
Anabilim Dalı : Toplam Kalite Yönetimi
Programı : Toplam Kalite Yönetimi
Tez Konusu : Hasta Güvenliği Kültürü İle Kalite Yönetim Sistemi
Arasındaki İlişkinin Analizi
Sınav Tarihi ve Saati :

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen öğrenci Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün tarih ve sayılı toplantısında oluşturulan jürimiz tarafından Lisansüstü Yönetmeliği'nin 18. maddesi gereğince yüksek lisans tez sınavına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini dakikalık süre içinde savunmasından sonra jüri üyelerince gerek tez konusu gerekse tezin dayanağı olan Anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin,

BAŞARILI OLDUĞUNA O OY BİRLİĞİ O
DÜZELTİLMESİNE O* OY ÇOKLUĞU O
REDDİNE O**
ile karar verilmiştir.

Jüri teşkil edilmediği için sınav yapılamamıştır. O***
Öğrenci sınava gelmemiştir. O**

* Bu halde adaya 3 ay süre verilir.
** Bu halde adayın kaydı silinir.
*** Bu halde sınav için yeni bir tarih belirlenir.

Tez burs, ödül veya teşvik programlarına (Tüba, Fulbright vb.) aday olabilir.	<input type="radio"/> O	Evet
Tez mevcut hali ile basılabilir.	<input type="radio"/> O	Tez
gözden geçirildikten sonra basılabilir.	<input type="radio"/> O	
Tezin basımı gerekliliği yoktur.	<input type="radio"/> O	

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

..... Başarılı Düzeltme Red

..... Başarılı Düzeltme Red

..... Başarılı Düzeltme Red

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi
Hasta Güvenliği Kültürü İle Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin
Analizi

Ali ÇAKIR

Dokuz Eylül Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı
Toplam Kalite Yönetimi Programı

Günümüz toplumlarının sosyo-ekonomik gelişme düzeylerinin en önemli göstergelerinden birisi de sağlık hizmetlerinin sunumudur. Risk faktörünün yüksek olması nedeniyle, hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi ve geliştirilmesi, sağlık hizmeti veren kurumların başarısında önemli bir yer tutmaktadır. Güçlü güvenlik kültürleri, bireylere zarar verebilecek hataların önlenmesinde kurum kültürü ile birbirini tamamlayıcı birer unsurdur.

Son yıllarda sağlık hizmetlerinin verimli ve kaliteli bir şekilde sunulabilmesi için Toplam Kalite Yönetimi uygulamaları hız kazanmıştır. Bu çalışmada, hastanelerde uygulanan kalite yönetim sistemlerinin hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkisi incelenmiştir. Birinci bölümde sağlıkta kalite ve hastanelerde uygulanan kalite sistemleri, ikinci bölümde kurum kültürü ve hasta güvenliği kültürü üzerinde durulmuştur. Son bölümde ise, hastanelere yönelik yapılan araştırmada elde edilen verilerin analiz ve değerlendirmeleri yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Toplam Kalite Yönetimi, Kalite Yönetim Sistemi, Hasta Güvenliği, Tıbbi Hata, Hasta Güvenliği Kültürü

ABSTRACT

Thesis Master's Program

**An Analysis of the relationship between quality management systems
and the culture of patient safety.**

Ali ÇAKIR

**Dokuz Eylul University
Institute Of Social Sciences
Department of Total Quality Management**

One of the most important indicators of today's socio-economic situation is the degree to which a good health service is available to the society in question. And the establishment and development of a patient safety culture within a health services plays an important role in the success of that service in reducing patient risk factors. A strong patient safety culture, that helps prevent mistakes that could threaten lives, when established as part of the existant culture, is beneficial.

In recent years the promotion of productive and high-quality health services through the application of total quality management methods has gained speed. This study investigates the effects of the adoption of quality management systems in hospitals on the culture of patient safety. The first part of the study focuses on the quality of health and the quality systems applied in hospitals and the second part concentrates on both existant culture and patient safety cultures. In the final part, the results and data analysis from hospitals is discussed.

Key Words: Total Quality Management, Quality Management System, Patient Safety, Medication Error, Patient Safety Culture

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK	i
YEMİN METNİ	ii
SINAV TUTANAĞI	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	ix
TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKTA KALİTE VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

1.1. SAĞLIK İŞLETMECİLİĞİ	3
1.1.1. Sağlık ve Sağlık İşletmesi Kavramı	3
1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	3
1.2. HASTANE İŞLETMELERİ	7
1.3. KALİTE KAVRAMI	11
1.3.1. Kalitenin Özellikleri	12
1.4. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ	13
1.5. KAMUDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ	22
1.6. SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ	26
1.6.1. Hizmet Kavramı ve Özellikleri	26
1.6.2. Hizmet Kalitesi	28

1.6.3. Hizmette Toplam Kalite Yönetimi	31
1.6.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	33
1.7. HASTANELERDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ	34
1.8. HASTANELERDE KALİTE SİSTEMLERİ	40
1.8.1. ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi	40
1.8.2. Akreditasyon	60
1.8.3. EFQM Mükemmellik Modeli	67
1.8.4. Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü Kriterleri	75

İKİNCİ BÖLÜM

HASTANELERDE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

2.1. KÜLTÜR KAVRAMI	83
2.2. KURUM KÜLTÜRÜ	85
2.1.1. Kurum Kültürünün oluşumu ve Gelişimi	86
2.1.2. Kurum Kültürünü Etkileyen Faktörler	89
2.1.3. Kurumsal Kültürün Yararları	91
2.1.2. Kurumsal Kültürün Değişim	92
2.1.2. Kurum Kültürü ve Kurumsal İletişim	96
2.1.2. Kurum Kültürü ve Kurumsal Öğrenme	100
2.1.2. Kalite Odaklı Kurum Kültür	107
2.3. GÜVENLİK KÜLTÜRÜ	111
2.3. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ	115

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
HASTANE İŞLETMELERİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	148
3.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	148
3.3. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI	149
3.4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	150
3.5. VERİ TOPLAMA VE ÖLÇÜM ARACI	151
3.6. ARAŞTIRMA BULGULARI	152
3.6.1. Frekans Analizleri	152
3.6.2. Tanımlayıcı İstatistikler	156
3.6.3. Geçerlilik ve Güvenilirlik	157
3.6.4. Faktör Analizleri	159
3.6.5. Korelasyon Analizleri	166
3.6.6. T-Testi	171
3.6.7. Regresyon Analizleri	174
TARTIŞMA	180
SONUÇ	198
KAYNAKLAR	204
EKLER (Anket)	226

KISALTMALAR

AHRQ	: Agency for Healthcare Research and Quality (Kalite ve Sağlık Araştırmaları Kurumu)
EFQM	: European Foundation for Quality Management (Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı)
IAEA	: International Atomic Energy Agency (Uluslar arası Atom Enerjisi Kurumu)
IOM	: Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)
ISO	: International Organization for Standardization (Uluslar arası Standartlar Teşkilatı)
JCAHO	: Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu)
JCI	: Joint Commission International (Uluslar arası Birleşik Komisyon)
KAİZEN	: Sürekli İyileştirme Yaklaşımı
Kalder	: Kalite Derneği
KİT	: Kamu İktisadi Teşebbüsleri
PUKÖ	: Planla-Uygula-Kontrol et-Önlem al
NPSG	: National Patient Safety Goals (Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri)
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
TQM	: Total Quality Management (Toplam Kalite Yönetimi)
v.d.	: ve diğerleri
WHO	: World Health Organization

TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Tablo 1. Ocak 1995 ile Haziran 2006 tarihleri arasında tespit edilen beklenmedik olaylar.....	3
Tablo 2. Araştırma yapılan hastaneler.....	150
Tablo 3. Örneklem Profiline Sayısal ve Yüzdesel Dağılımı.....	154
Tablo 4. Olay Raporu Doldurma Sıklığına Ait Bulgular.....	155
Tablo 5. KYS Belgesine Sahip Olma Durumuna Göre Olay Raporu Doldurma Sıklığı.....	155
Tablo 6. Tanımlayıcı İstatistikler.....	156
Tablo 7. Faktör Analizi (Kalite Yönetim Sistemi).....	161
Tablo 8. Faktör Analizi (Hasta Güvenliği Kültürü).....	164
Tablo 9. Bağımlı Değişken Setler Arası Korelasyon Analizi (Hasta Güvenliği Kültürü&Kalite Yönetim Sistemi).....	166
Tablo 10. Korelasyon Analizi(Kalite Yönetim Sistemi).....	167
Tablo 11. Korelasyon Analizi(Hasta Güvenliği Kültürü).....	168
Tablo 12. ISO 9001:2000 KYS belgesine sahip olmaya göre grup istatistikleri.....	172
Tablo 13. ISO 9001:2000 KYS belgesine sahip olmaya göre hasta güvenliği derecelendirmesi grup istatistikleri.....	174
Tablo 14. Kalite Yönetim Sistemini Etkileyen Kalite Yönetim Sistemi Değişken Gruplarının Regresyon Analizi.....	174

Tablo 15. Sunulan Hizmetin Kalitesini Etkileyen Kalite Yönetim Sistemi Değişken Gruplarının Regresyon Analizi.....	175
Tablo 16. Hasta Güvenliği Derecesini Etkileyen Kalite Yönetim Sistemi Değişken Gruplarının Regresyon Analizi.....	176
Tablo 17. Hasta Güvenliği Derecesini Etkileyen Hasta Güvenliği Kültürü Değişken Gruplarının Regresyon Analizi.....	176
Tablo 18. Hasta Güvenliği Derecesini Etkileyen Tüm Değişken Grupların Regresyon Analizi.....	177
Tablo 19. Kalite Yönetim Sistemini Etkileyen Tüm Değişken Grupların Regresyon Analizi.....	178
Tablo 20. Hizmet Kalitesini Etkileyen Tüm Değişken Grupların Regresyon Analizi.....	179
Şekil 1. Deming Döngüsü.....	17
Şekil 2. Kalite Yönetim Sistemi Modeli.....	45
Şekil 3. EFQM Mükemmellik Modelinin Kriterleri.....	70
Şekil 4. Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü Kriterleri.....	76

GİRİŞ

Günümüzün en karmaşık yapıdaki işletmeleri olan hastanelerde sunulan sağlık hizmetleri, bir yandan tüm çağdaş toplumlarda bireylerin doğuştan elde edilen bir hak olması yanında diğer yandan da o ülkenin gelişmişlik ve kalkınma düzeyini yansıtan bir ölçüt durumundadır. Sanayi işletmelerinde yönetimdeki yanlış kararlar, en kötü ihtimalle üretimde azalma veya maddi zarar ile sonuçlanırken, sağlık kuruluşları yönetimindeki kararlar toplumun sağlık düzeyinde bozulma ve insan hayatının kalitesinde azalma ile neticelenebilmektedir.

Sağlık sektöründe sunulan hizmet yüksek güvenilirliğe sahip olmalıdır. Bu sektörde sunulan hizmetin diğer hizmetlere oranla daha yüksek kalite olması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin birey sağlığı ile doğrudan ilgili olduğu göz önüne alınırsa hizmet sunan kişilerin niteliği ve güvenilirliği oldukça önemli hale gelmektedir. Çalışanlar tarafından yapılacak küçük bir hata bazen öldürücü olabilen sonuçlara yol açabilmektedir. Bu nedenle bu sektörde hedeflenen başarı düzeyi “sıfır hata” olmalıdır.

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde meydana gelebilecek hatalar nedeniyle kişilerin uğrayacağı zararları önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan önlemlerdir. Hasta güvenliğinde amaç, hizmet süreçlerindeki önlenemez nitelikteki basit hataların hastalara zarar vermesini engellemektir. Bu amaç doğrultusunda yeni tasarımlar yapılarak, hataların hastaları etkilemesinden önce tespit edilip kayıt altına alınması ve düzeltilmesini sağlayacak önleyici faaliyetler yapılandırılmalıdır. Bu nedenle yönetim sistemlerinin insan hatalarını önleyecek şekilde tasarlanmasının önemi artmaktadır. Sistemler hataya açık ise güvenlikle ilgili şartlara uygun olarak çalışmak çoğu zaman mümkün olamayacaktır.

Hastane yönetim sisteminde kurum kültürü, kalite kültürü ve hasta güvenliği kültürünün oluşması birbirini tamamlayıcı birer unsurdur. Sistemlerin hasta güvenliği odaklı olarak geliştirilmesi için içinde bulunulan kurum kültürü, organizasyon yapısı ve yönetim anlayışının hasta güvenliği çerçevesinde oluşturulması gerekmektedir. Hasta güvenliği çalışmaları ancak güvenlik kültürünün kurum kültürü ve kalite kültürünün parçası olduğunda mümkün olabilecektir.

Son yıllarda sağlık hizmetlerinin verimli ve kaliteli bir şekilde sunulabilmesine yönelik kalite yönetim çalışmaları hız kazanmıştır. Özel hastanelerin yanı sıra kamu hastaneleri de kalite yönetim sistemlerini kurarak, hizmetlerinin kalitesini belgelendirme yoluna gitmektedir. Bu çalışmada hastanelerde uygulanan kalite yönetim sistemlerinin hasta güvenliği üzerindeki etkisi incelenmeye çalışılmıştır. Birinci bölümde genel olarak kalite olgusu ve Toplam Kalite Yönetimi, ikinci bölümde hastanelerde uygulanan kalite yönetim sistemleri ele alınmış, üçüncü bölümde de hasta güvenliği ve hasta güvenliği kültürü üzerinde durulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKTA KALİTE VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

1.1. SAĞLIK İŞLETMECİLİĞİ

1.1.1. Sağlık ve Sağlık İşletmesi Kavramı

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan, genel kabul görmüş tanımlamaya göre; " sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir" (Sur, 1998:359).

Ruhen, beden ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin sağlanması için bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini sunmak üzere bazı işletmeler kurulmuştur. İnsanların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere, üretim faktörlerini bilinçli ve uyumlu bir şekilde bir araya getirerek sağlık hizmeti arzını gerçekleştirmek ve pazarlamak için faaliyette bulunan bu kuruluşlara sağlık işletmesi denilmektedir (Akar ve Özalp, 1998:41).

Bu tanım kapsamındaki hizmetler birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak gruplandırılarak, ilişkilendirilmektedir. Bu paralelde sağlık bakım hizmetleri sistemi veya entegre sağlık hizmetleri denildiğinde, ayaktan ve yataklı tedavi kuruluşları ile evde bakım kuruluşlarının ürettiği hizmetler ve bu hizmetlerin karşılıklı geri bildirimini topladığı bir sağlık bakım hizmetleri sistemi anlaşılmaktadır. Entegre sağlık hizmetleri ya da sağlık bakım hizmetleri sistemleri; birinci basamak hizmetlerini üreten, aile hekimleri ya da sağlık ocakları; ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini üreten yataklı tedavi işletmeleri (hastaneler) ve evde bakım hizmeti üreten işletmelerden oluşan bir sistemin koordinasyonunu içermektedir.

1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık işletmeleri, sağlık hizmeti üreten birer kuruluş olmalarına rağmen, hizmet üreten diğer kurumlara göre çoğu yönden farklılık içermektedir. Diğer işletmelerden

ayıran belirleyici özellikler şu şekilde sıralanabilir (Kavuncubaşı, 2000:285; Devebakan, 2001:4):

1.1.2.1. Yapısal Özellikler

- Sağlık İşletmelerinde Uzmanlaşma Seviyesi Çok Yüksektir.

Sağlık hizmeti veren kuruluşlarda belli bir alanda uzmanlaşma düzeyi oldukça yüksektir. Modern tıpta yaşanan gelişmeler, hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde değişiklikler meydana getirmiştir. Bunun sonucu olarak ta yeni uzmanlık alanları ortaya çıkmış ve sağlık hizmetlerinde yapısal anlamda karmaşıklar oluşmaya başlamıştır.

- Sağlık işletmelerinde farklı meslek grupları arasında "karşılıklı bütünüleyici bağımlılık " yüksek düzeydedir.

Bu bağımlılık bir işin yapılabilmesi için diğer kişi veya birimlerden hizmet desteği alınması demektir. Bir sağlık kurumuna başvurduğunuzda hasta kabulden çıkış işlemlerine kadar geçen sürede çok sayıda birim ve kişiden hizmet alınmaktadır. Özellikle yataklı tedavi hizmeti veren kurumlarda bu bağımlılık oldukça belirgin düzeydedir. Rahatsızlığı nedeniyle başvuran bir hastaya sağlıklı teşhis konabilmesi için yapılan radyoloji ve laboratuvar tetkiklerinden başlayarak, ameliyat sürecinde anestezi, sterilizasyon desteği, tedavi sürecinde eczane desteği gibi tıbbi birimlerden destek alınmaktadır. Bunların yanı sıra otelcilik hizmetleri, satın alma, temizlik vb. gibi idari hizmetlere de bağımlılık söz konusudur. Bu nedenle tüm süreçlerin yöneticiler tarafından eş güdümlenmesinin yapılması gerekmektedir.

- Sağlık İşletmelerinde görev yapan personel kurumsal hedefler yerine, kişisel mesleki hedeflere önem vermektedir.

Sağlık hizmetlerinde çalışanlar eğitim düzeyleri yüksek profesyonel kişilerdir. Son çıkan yasalar çerçevesinde hemşirelerin de üniversite mezunu olma zorunluluğu göz önüne alındığında, çalışanların büyük çoğunluğu sağlık profesyonellerinden oluşmaktadır. Profesyonel kişiler, genellikle mesleki hedefleri üzerinde yoğunlaşmaktadır ve etik kurallar çerçevesinde görevlerini yürütmektedirler. Mesleki amaçlar, kurumsal amaçlardan daha önceliklidir. Örneğin bir hekimin öncelikli amacı kurumun para kazanmasından çok, tedavisini üstlendiği hastanın sağlığına kavuşmasıdır.

- Sağlık işletmelerinde hekimler üzerinde etkili olabilecek yönetsel bir denetim mekanizması eksikliği söz konusudur.

Sağlık işletmeleri hekim odaklı hizmet veren kuruluşlardır. Bu nedenle hizmet miktarını ve sağlık harcamalarını hekimlerin faaliyetleri belirlemektedir. Ancak uygulamanın bu şekilde olması yönetsel bazı boşlukların oluşmasına neden olmaktadır. Mevcut kaynakların etkili ve verimli kullanılabilmesi için hekimlerin davranışlarını denetleyen yönetsel denetim sistemine ihtiyaç bulunmaktadır.

- Başta yataklı tedavi kurumları olmak üzere, sağlık işletmelerinde ikili otorite hattı bulunmaktadır.

Meslekleşme düzeyinin yüksek olması nedeniyle sağlık işletmelerinde profesyonel kişilerin önemli ölçüde özerk oldukları görülmektedir. Sağlık profesyonellerinin mesleki bilgi ve deneyimlerine bağlı olarak oluşan bu otoriter yapı, bir takım eş güdümlenme, denetim ve çatışma sorunlarını beraberinde getirmektedir.

1.1.2.2. Süreç

- Sağlık işletmelerinde oldukça değişken ve karmaşık bir yapı söz konusudur.

Sağlık hizmetlerinde karmaşıklık, çok sayıda amacın var olması ve bunun neticesinde yapılan işlerin, birimlerin ve yönetim departmanlarının artması anlamına gelmektedir. Bazı sağlık işletmeleri temel görevlerinin dışında eğitim ve araştırma hizmetlerini de sağlamaktadır. Bu tür işletmelerde verilen hizmetin sayısına bağlı olarak işlevsel bir karmaşıklık söz konusudur. Bunun yanı sıra hizmet alan kişilerin farklı özelliklere sahip olması ve farklı hizmet beklentisinin olması nedeniyle bu işletmelerde standardizasyon sorunu yaşanmaktadır.

- Sağlık işletmelerinde yürütülen tıbbi faaliyetler acildir, bu nedenle ertelenemez.

Bireylerin sağlık durumlarını ruhsal ve bedensel yönden tehdit edebilecek unsurların her an oluşabilme ihtimalinin olması, sağlık işletmelerinin sürekli hizmet vermeye hazır bulunmalarını gerekli kılmaktadır. Aciliyet durumlarına göre yapılan bu hizmet taleplerinin geri çevrilmesi veya ertelenmesi hem hukuki hem de etik açıdan olanaksızdır.

- Sağlık işletmelerinde verilen hizmetler hata ve belirsizliklere karşı hassas bir yapıdadır.

Sağlık hizmetleri insan hayatıyla doğrudan ilgilidir. Bu yüzden hata yapma toleransı çok dardır. Bu yüzden bu işletmelerde verilen hizmetin ilk defada ve her defada hatasız ve zamanında verilmesi gerekmektedir.

1.1.2.3. Sonuç

- Sağlık işletmelerinde elde edilen sonuçların tanımlanması ve ölçülmesi güçtür.

Sağlık hizmetlerinde üretimin ana girdisi ve çıktısı insan sağlığıdır. Önleyici bir yaklaşım olan koruyucu sağlık hizmetlerinin ve hastalıklardan kurtulmaya

yönelik olan tedavi edici sağlık hizmetlerinin sonuçları genellikle uzun vadede ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle kısa bir süre içinde sonuçları görmek ve değerlendirmek zordur. Koruyucu sağlık hizmetlerinin başarısı her hangi bir salgın durumunda kendini gösterebilecektir. Aynı şekilde tedavi edici hizmet alan bir hastada görülebilecek etkiler de uzun sürelerde ortaya çıkabilmektedir.

1.2. HASTANE İŞLETMELERİ

1.2.1. Hastane Tanımı

Günümüzde tedavi etmeye yönelik sağlık hizmeti sunumunun en önemli yapı taşları hastanelerdir. Koruyucu sağlık hizmeti sunmak üzere yapılanan I. Basamak sağlık kuruluşlarında (sağlık ocakları, aile hekimliği merkezleri vb.) kısmen hastalıkların tedavisine yönelik faaliyetler yapılıyor olsa da, gelişen teknoloji ve uzmanlaşmayla birlikte bu hizmetler çoğunlukla hastanelerde yürütülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastaneleri “müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetlerini sunan, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kurumlar” şeklinde tanımlamıştır (1.Ulusal Sağlık Kongresi Raporları, 1992:193).

Bir başka tanımda hastaneler, sadece tedavi hizmetlerinin değil, her türlü sağlık hizmetinin kesintisiz olarak üretildiği, toplum sağlığı hizmetinin yürütüldüğü, eğitim ve araştırmaların yapıldığı, kar amacı gütmeyen hizmet işletmeleridir (Akar ve Özalp, 1998:58).

Brown da hastaneleri, tedavi hizmetlerini gerçekleştirmeleri nedeniyle tıbbi bir kuruluş, ekonomi kurallarına göre yönetildikleri için ekonomik işletme, sağlık profesyonellerinin eğitiminde üstlendikleri rol nedeniyle eğitim ve araştırma kurumu, sosyal fayda sağlamaları nedeniyle de sosyal bir kurum olarak tanımlamıştır (Şahin, 2003:5).

T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde yer alan tanıma göre ise Yataklı Tedavi Kurumları(hastaneler), “Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır.” (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983:2)

Bu tanımlamalardan yola çıkarak hastaneleri şu şekilde tanımlamak mümkündür: Hastaneler, bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin sağlanması ve sürdürülmesi için, kesintisiz olarak koruyucu ve tedavi edici hizmetleri sunmalarının yanı sıra, mesleki eğitim ve araştırma yapılan, sosyo-ekonomik hizmet işletmeleridir.

Yönetim açısından bakıldığında ise hastaneler, sadece sağlık hizmetleri sunan fiziksel mekânlar olmadığı gibi, refah seviyesi, tüketim alışkanlıkları, toplumun eğitim düzeyi, aile yapısı, kültürel durumu, sağlık sisteminin yapısı, sosyal güvenlik, siyasal sistem, ekonomi ve sağlık politikaları gibi birçok bireysel, çevresel ve üst sisteme ait unsurların etkisine açık bir alt sistemdir (Kurtulmuş, 1998:232).

1.2.2. Hastanelerin Görevleri

Karmaşık örgüt yapısında birer hizmet işletmesi olan hastanelerin temel işlevlerini 4 ana başlık altında toplayabiliriz: 1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri, 2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri, 3.Eğitim, 4.Araştırma

1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Toplum sağlığını korumaya yönelik olarak yürütülen bağışıklama hizmetleri, sigara ve alkolle mücadele, beslenme ve ana çocuk sağlığı hizmetleri bu kapsamdaki hizmetlerdir.

2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri: Tedavi hizmetleri, hastanelerin en temel görevidir. Hastalanan bireylere ayakta veya yatarak tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir.

3. Eğitim: Hastaneler bir anlamda sağlık alanında sürekli eğitim merkezleri konumundadır. Yapılanmasına göre eğitim hastanesi olan kurumlarda, sağlık profesyonellerinin uzmanlık eğitimleri tamamlanmaktadır. Ayrıca eğitim hastanesi olmayan diğer hastanelerde de, sağlık alanında eğitim veren ortaöğretim kurumu öğrencilerinin eğitimleri, hasta ve yakınlarına yönelik eğitimler ve sağlık personeline yönelik hizmet içi eğitimler verilmektedir.

4.Araştırma: Sağlık alanında sürekli gelişme unsurunun bir parçası olarak hastanelerde değişik konularda, yeni tıbbi tedavi olanaklarını araştırma faaliyetleri de yürütülmektedir.

1.2.3. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler birçok araştırmacı tarafından değişik ölçütlere göre sınıflandırılmışlardır (Kavuncubaşı, 2000:77-79; Seçim, 1991:7-9).

Bu ölçütlere göre hastaneler;

- Mülkiyetinin hangi kurum ve kuruluşlar ait olduğunu göre; kamu hastaneleri, özel hastaneler, KİT'lere bağlı hastaneler, Üniversite hastaneleri, vakıf ve dernek hastaneleri, askeri hastaneler şeklinde sınıflandırılabilir.
- Eğitim statülerine göre; sağlık profesyonellerine eğitim verilen ve eğitim amaçlı olmayan hastaneler olarak ayrılır.
- Verilen hizmet durumuna göre; genel hastaneler ve dal hastaneleri şeklinde ayrılmaktadır.
- Yatak sayılarına göre; 25, 50, 100, 1000 vb. yataklı hastaneler şeklinde derecelendirilir.
- Hastaların yatış sürelerine göre; akut bakım ve kronik bakım hastaneleri olarak ayrılabilir. Yatış süresi 30 günün altında ise akut bakım, üzerinde ise

kronik bakım hastaneleri(akıl ve ruh sağlığı hastaneleri, kemik hastaneleri vb) olarak tanımlanmaktadır.

- Akreditasyon durumlarına göre; akreditasyon kurumları tarafından akredite olanlar ve olmayanlar şeklinde ayrıma tabi tutulmaktadır.
- Dikey Bütünleşme Basamaklarına göre hastaneler, I.basamak hastaneler; günü birlik ayaktan tanı ve tedavi hizmeti sunanlar, II.basamak hastaneler; kısa süreli yatış yapılan hastaneler, III.basamak hastaneler; diğer hastanelerde tedavi edilemeyen hastalıkların gelişmiş teknoloji ve ileri araştırmalar ile tedavi edildiği hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı ise 2005 yılında yayımladığı yönetmelik ile kamu hastanelerinin sınıflamalarında değişiklik yapmıştır. 25806 sayılı Resmi Gazete yayımlanan bu yönetmeliğe göre hastaneler şu şekilde sınıflandırılmıştır (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2005:2 md.3) :

a) *İlçe / belde hastanesi*: Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.

b) *Gün hastanesi*: Birden fazla branşta, gününbirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.

c) *Genel hastaneler*: Her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.

d) *Özel dal hastaneleri*: Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların veya bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.

e) *Eğitim ve araştırma hastaneleri*: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.

1.3. KALİTE KAVRAMI

Kalite, müşteriye sunulan ürün veya hizmetin, o müşteriler tarafından belirlenen veya daha sonra ortaya çıkabilecek ihtiyaçlarını karşılama yeteneğine dayanan özelliklerinin bütünüdür (Tütüncü ve Doğan, 2003:28).

Kalite kavramı, objektif ve subjektif özellikleri bir arada bulunduran bir kavramdır. Kalitenin objektif olma özelliği, kişisel hislerden bağımsız olarak somut kriterlerin olması ve önceden yapılan somut tanımlamalara, standartlara ve spesifikasyonlara bağlı olarak ölçülebilir olmasıdır. Subjektif olma özelliği ise, bireylerin beğenilerinden, değer yargularından, algılamalarından ve psikolojilerinden etkilenmesinden kaynaklanmaktadır (Bozkurt, 1996:181).

Kalitenin bu subjektif bir kavram olma özelliği, birçok kişi tarafından farklı şekillerde tanımlanmasına neden olmaktadır. İlgili kaynaklar incelendiğinde kalitenin tanımının yapılmasında tam bir fikir birliği oluşmadığı söylenebilir. Diğer yandan bu tanımların çoğunluğunda, kalitenin müşterileri dikkate aldığı görülmektedir (Devebakan, 2001:18).

Çok boyutlu olması nedeniyle tam bir görüş birliğine varılamayan kalite tanımını, günümüze kadar yapılmış tanımlar doğrultusunda şu şekilde özetleyebiliriz (Bozkurt ve Odaman, 1995: 4):

- Kalite, bir mal veya hizmete ihtiyacı olan müşterinin bu ihtiyaçlarına uygunluk derecesidir.
- Kalite, bir mal veya hizmetin, belirlenmiş veya olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamıdır.
- Kalite bir ürün veya hizmetin piyasaya sunulmasından sonra toplumda neden olduğu en az zarardır.
- Kalite müşterinin kullanımına uygundur.
- Kalite bir ürünün gerekliliğine uygunluk derecesidir.

1.3.1 Kalitenin Özellikleri:

Kalitenin analiz edilmesinde önemli çalışmalar yapan David A.Garvin, kalitenin 8 boyutta analiz edilebileceğini ortaya koymaktadır (Tütüncü ve Doğan, 2003:28-30; Devedbakan, 2001:20-22). Bunlar:

1. Performans: Ürün veya hizmetin sahip olduğu temel özellikleri içerir. Bu özellik bir otomobildeki hız veya konfor olabilirken, hizmet işletmelerinde verilen hizmetin hızı, bekleme süresi olabilmektedir.
2. Diğer Özellikler: Ürün/Hizmetin sahip olduğu temel özelliklerini tamamlayan ikincil özelliklerdir. Örneğin, ulaşım araçlarında verilen ikramlar bu tür özelliklerdendir.
3. Güvenilirlik: Ürünün kullanım periyodu içerisinde kendisinden beklenen şartları yerine getirme özelliğidir. Örneğin, ürünün belli bir sürede bozulmaması, arızalanmaması gibi.
4. Uygunluk: Bu özellik, ürünün tasarımının ve çalışma özelliklerinin önceden belirlenen standartlara uyumunu kapsamaktadır. Başka bir ifadeyle şartlara uygun olup olmadığıdır.

5. Dayanıklılık: Ürünün kullanım ömrüdür. Kullanıcının ürünü fiziksel olarak deforme olmadan ne kadar süre kullanabildiğinin ölçüsüdür. Başka bir deyişle, sürekli onarımdan geçirmektense, yenisinin alınmasına kadar geçen sürenin ölçümüdür.

6. Hizmet Görme Yeteneği: Ürünün onarılmasıyla ilgili olarak ustalık, hızlı hizmet, kolaylık gibi özellikleri ifade etmektedir.

7. Estetik: Ürünün subjektif olarak sahip olduğu görünüş, yarattığı haz, ses, koku, tat gibi kullanıcıların beş duyusuna hitap eden özellikleridir.

8. Algılanan Kalite: Ürün veya hizmetin kullanıcılar tarafından kendine özgü algılanışına dayanmaktadır.

1.4.TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Toplam Kalite Yönetimi'ne Dr.Deming'in yaptığı bir tanımlama ile adım atıldığını söyleyebiliriz: *"İnsanlar belirli bir sistem içinde çalışırlar. Bu sistemde yöneticinin görevi, tüm çalışanların katılım ve desteği ile sistemi sürekli iyileştirmektir"* (Peşkircioğlu, 1997:35).

Deming'ten sonra da Toplam Kalite'nin birçok tanımı yapılmıştır. Bu tanımlardan birine göre Toplam Kalite Yönetimi (TKY); müşterilerin gereksinimlerini karşılamaya yönelik olarak eldeki kaynakların en verimli şekilde değerlendirilmesini hedefleyen bir yönetim şekli olarak tanımlanabilir (Tütüncü ve Doğan, 2003:36).

Bir diğer tanıma göre TKY, müşteri ihtiyaçlarını karşılamanın ötesinde daha fazlasına olanak sağlayan, organizasyonlarda koordinasyonu sağlayan yönetim biçimi ve disiplindir (Balcı,1998;213).

Toplam Kalite Yönetiminin temelini, toplumda mal veya hizmet üretmek için kurulmuş olan kuruluşların, o mal veya hizmeti sundukları müşterilerin beklentilerine uygun standartlarda mal veya hizmet götürerek onları memnun etmek ve bunu sağlarken, kuruluş içinde çalışanlar ve tedarikçiler ile kuruluş arasındaki ilişkileri müşteri memnuniyeti ilkesi ile en tatminkâr düzeyde tutacak bir yönetim anlayışı oluşturmaktadır (Eren, 2001:106).

Toplam Kalite Yönetimi;

- Müşteri odaklı bir yönetim anlayışıdır,
- Üst yönetimin liderliğine ve sorumluluğuna ihtiyaç duymaktadır,
- Herkesin katılımını öngörür,
- Sürekli gelişme ve hedeflere göre yönetime dayanır (Demirkan ve Arıdur, 1999:35).

Yukarıdaki tanımlara göre Toplam Kalite Yönetiminin temel ilkelerini dört başlık altında gruplandırabiliriz. Buna göre; müşteri odaklılık, sürekli gelişme ve öğrenme, toplam katılım ve liderlik TKY' nin temelini oluşturmaktadır:

- Müşteri Odaklılık

Toplam Kalite Yönetiminin en temel ilkesi, müşteri odaklı olmasıdır. Bu anlayışın amacı, müşterilerin ihtiyaçlarını en iyi şekilde giderecek hatta beklentileri aşacak biçimde ürün ve hizmet kalitesini artırmaktır. Müşterilerin beklentilerinin daha iyi karşılanması için, değişimin izlenerek sürekli olarak değerlendirmelerin ve analizlerin yapılması gerekmektedir. Ancak değişimin sürekli olması nedeniyle, müşterilerin sadece şimdiki mevcut ihtiyaçlarını bilmek yeterli olmayacaktır. Bu nedenle bugünkü ihtiyaçlardan yola çıkarak gelecekteki beklentileri de karşılamaya yönelik faaliyetleri tahmin etmek ve planlamak gerekmektedir (Tütüncü ve Doğan, 2003:39).

Ürün veya hizmet kalitesinin işletme içi kalite kontrol yöntemleriyle ölçülmesinin çok fazla bir katma değeri bulunmamaktadır. Kalite müşteriye uygun ve müşteri tarafından algılanabilecek şekilde ortaya konulmadığı sürece, gelişme çabaları boşa gidecektir. Bu nedenle ürün veya hizmet sunanların, müşterilerinin beklentilerini karşılama düzeyini sürekli gözden geçirmesi, beklentileri karşılama açısından uygun olmayan ürün veya hizmet söz konusu olduğunda bunun nedenlerini araştırması ve çözümler üretmesi gerekmektedir. Diğer bir deyişle, işletmeler gerçek performans düzeyi ile müşterinin beklediği performans düzeyini karşılaştırmalı, müşterinin algısı ile beklentisi arasındaki farkı öğrenmelidir (Dale, 1999:169; Vavra, 1999:32).

Müşterilerin beklentilerinin belirlenmesinin en önemli yollarından birisi, pazarlama araştırmalarıdır. Ancak ihtiyaçların tahmin edilmesi, hizmet sektöründe endüstri sektörüne göre daha zordur. Müşterilerin bir hizmetten neler beklediklerini ölçerek, bu doğrultuda performansları değerlendirmek üzere hizmet kalite araçlarından faydalanılabilir. Müşteri beklentileri ile bu beklentilerin karşılanamayan kısımları arasındaki fark, bir hizmet işletmesinin kalitesini geliştirebileceği yönleri ortaya çıkaracaktır (Öztürk, 1996:110).

- Sürekli Gelişme Ve Öğrenme

Toplam Kalite Yönetimi, müşterilerin şimdiki ve gelecekte olabilecek beklentilerinin önceden tespit edilerek tam olarak karşılanmasını amaçlayan, bu nedenle de sürekli gelişmeyi ve iyileştirmeyi ilke edinen bir yönetim anlayışıdır.

İmai, Japonya'nın rekabetteki başarısının anahtarı olarak Kaizen felsefesini görmektedir. Kaizen Japonca'da Kai=değişim, Zen=iyi kelimelerinin bir araya gelmesiyle oluşan "sürekli gelişmeyi" ifade etmektedir. Bu felsefeye göre gelişme, küçük iyileştirmelerle olmaktadır. Büyük sıçramaların yerine küçük ama sık adımlarla gelişme öngörülmektedir. Kaizen, kademeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri ile standartları sürekli geliştirmek ve oluşturulan bu standartları her defasında aşmaktır (İmai,2003). Kaizen, Toplam Kalite Yönetiminin itici gücü

konumundadır. Bu yüzden toplam kalite etkinliklerinden beklenen faydanın elde edilmesinin gerekliliklerinden birisi de, 'kaizen' felsefesinin doğru anlaşılması ve benimsenmesidir (Yayla,1992:9).

Sürekli gelişmeyi gerçekleştirmek için, 3 temel koşulu sağlamak gerekir:

1-Mevcut durumu yetersiz bulmak: Bir sistem ne kadar kusursuz bir şekilde çalışsa da, iyileştirecek yönler mutlaka vardır. Ayrıca, bilim ve teknolojideki gelişmeler ile müşteri beklentileri her geçen gün ileriye taşınmaktadır.

2-İnsan kaynağını geliştirmek: İşletmelerde her şeyi yapan "insan"dır. İnsan kaynağı, bir kuruluş için en değerli varlıktır. Ancak klasik yönetim biçimlerinde bu kaynağın verimli kullanımı oldukça yetersizdir. Oysa her çalışanı, bu geliştirme etkinliklerinin bir üyesi haline getirmek gerekir (Kavrakoğlu, 1998:13).

3-Sorun çözme yöntemlerini kullanmak: Problemleri çözmekte yapılan en büyük hata, su yüzüne çıkan belirtilerin dikkate alınıp onlar üzerinde yoğunlaşılmasıdır. Bu nedenle, sorunların altında kalan temel nedenler görülememektedir. Problemleri iyi bir biçimde çözmek için, her problemi kök nedene ulaşınca kadar izlemek ve temeldeki sorunu bir daha ortaya çıkmayacak biçimde çözmek gerekir. Problemin nedeni araştırılırken sürekli sorgulayıcı olmak, problemin görünür nedeninden ziyade, gerçek nedenlerin ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Yamak, 1998:162).

Deming'in 14 maddelik yönetim teorisinin 5.maddesi şöyledir: Maliyetleri azaltmak, kalite ve verimliliği artırmak için, üretim ve hizmet süreçlerini sürekli ve sonsuza kadar iyileştirin (Aktan, 1997:399). Deming sürekli iyileştirme derken, bir sorunu giderip, daha sonra her zamanki çalışma düzenine geri dönmeyi ifade etmemektedir. Sürekli iyileştirme bir kurum kültürü haline gelmeli, çalışanlar sürekli iyileştirmeyi bir iş yapma tarzı olarak benimsemelidir (Weaver, 2003:152).

Sürekli iyileştirmede kurumun izlemesi gereken temel akış, Deming ve Shewart tarafından ortaya atılan, "Deming Döngüsü" olarak bilinen PUKÖ(Planla-Uygula-Kontrol et-Önlem al) döngüsüne göre yapılmalıdır (Pakdil, 2004:177).

PUKÖ(PDCA) döngüsünü ilk ortaya koyan Shewart olmasına rağmen, bu döngüyü Japonya'da aktararak benimsenmesini sağlayan Deming olduğundan, literatürde Deming Döngüsü olarak yer almaktadır (Geçikli, 1999:228).

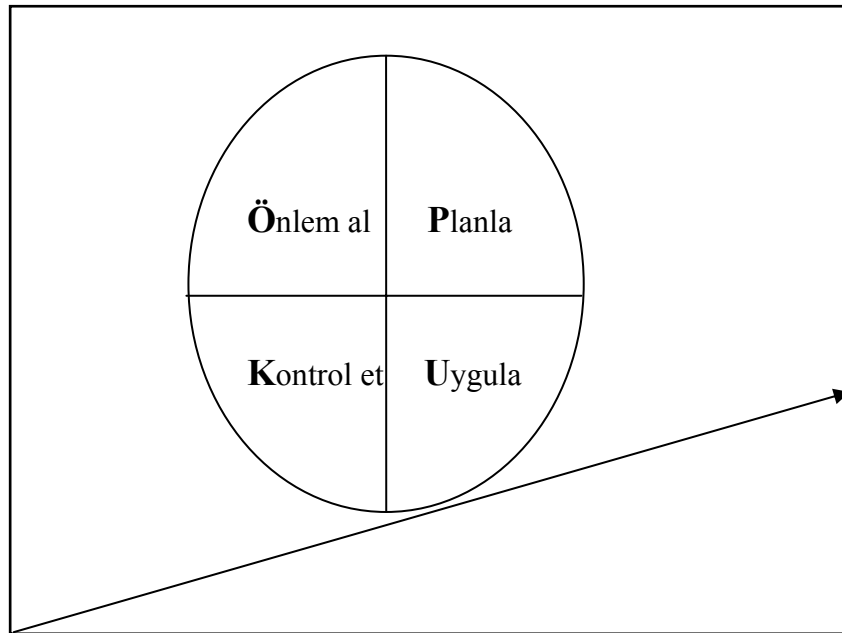
Deming'in PUKO çevrimi tüm süreçlere uygulanabilir. Bu yöntemi kısaca şu şekilde açıklayabiliriz (Millioğlu, 2005):

Planla: Müşteri istekleri ve kuruluşun politikası ile uyumlu hedefleri ve süreçleri planla.

Uygula (Yap) : Oluşturulan planlar doğrultusunda süreçleri uygula. Veri topla. Küçük çapta değişikliği uygula.

Kontrol et (Doğrula): Uygulama sonuçlarını kontrol et. Süreçleri, ürünü, hizmeti, politika ve hedeflere göre ölç ve sonuçlarını rapor et.

Önlem al(Karar ver): Doğrulama sonuç raporuna göre değişikliği standart hale getir veya sonuç başarısızsa tekrar başa dön. Süreç performansını sürekli iyileştirmek için gerekli tedbirleri al.



Sürekli gelişim, dairesel ve sonu gelmeyen bir harekettir. Bu gelişme döngüsünün toplam kaliteyi sağlayabilmesi için, toplam kalitenin sonu olan bir program değil, kuruluşun her çalışanın günlük davranışına yansıyan bir kültür olduğunu kabul etmeye bağlıdır. Böyle bir anlayışta sürece katkıda bulunan bir iyileştirme fırsatının değerlendirilmesi ve ölçülenmesinin sonuçları, sürece katkıda bulunacak diğer fırsatların belirlenip geliştirilmesi için kullanılır (Pira, 2000:61).

- Toplam Katılım

Toplam Kalite Yönetiminde toplam katılım, bir kuruluşta çalışan herkesin işini daha iyi yapabilmesi ve müşterilerin talep ve beklentilerini karşılayabilmesi için, kararlara etkin katılımı ve etkin paylaşım olarak tanımlanabilir (Akat vd., 1999).

Toplam Kalite Yönetiminde kuruluştaki tüm çalışanların etkin katılımı önemlidir. Katılım, sadece kalitede yüksek gelişim için değil, motivasyonu artırıcı ve eğitsel katkısı bakımından da önemlidir. Personelin motivasyonu, yerine getirecekleri görevleri ve bunların tüm faaliyetleri destekleme şeklini anlamaları ile başlar. Çalışanlar, bütün seviyelerdeki mükemmel iş performanslarının avantajları, diğer çalışanlar üzerindeki olumlu etkileri, müşteri tatmini, maliyetlerin azalması, işletmenin ekonomik açıdan iyileştirilmesi gibi etkileri konusunda bilinçlendirilmelidir (Öztürk, 1993:63).

Çalışanların yönetime katılımı, çağdaş yönetim düşüncesinin temel unsurlarından birini oluşturur. Genel olarak çalışanların katılımı dendiğinde, organizasyonu ilgilendiren problemlerin çözümünde tüm çalışanların yaratıcıklarından ve enerjilerinden azami düzeyde yararlanmak anlaşılmaktadır (Efil, 1999:143). Personelin yetkinliğinin artırılarak, karar alma ve süreç iyileştirme faaliyetlerinde onların da fikrinin alınması gerekir. TKY anlayışı, işi en iyi bilen, o işi yapan kişi olduğu varsayımını benimser ve ekip çalışmasına önem verir (Kavuncubaşı, 2000:285).

Toplam Kalite Yönetimi herkesin oynaması gereken bir oyundur. Kuruluş içinde bölümler arası etkili bir iletişim sisteminin olmaması, üst yönetim tarafından yukarıdan aşağıya anlaşılmayan bir iletişimin tercih edilmesi durumunda, TKY hiçbir zaman çalışmayacaktır (Balci, 1998:222).

Türköz tarafından özel bir hastanede yapılan araştırma, çalışanların işe ve kuruma yönelik tutumları ile toplam kalite kültürünün oluşumuna katkıları arasındaki ilişki konusunda önemli sonuçlar ortaya koymuştur. Buna göre, kalite kültürünün oluşumuna katkıda bulunan çalışanların işlerine ve çalıştıkları kuruluşa yönelik olarak daha olumlu bir tutum içinde olduklarını göstermektedir (Türköz, 2003:63-91).

Katılımcılık yeterince ve yaygın sağlanamadığı sürece, kuruluş içinde ve dışında müşteri odaklılık, sürekli iyileştirme anlayışının tüm süreçlere yerleştirilmesi ve toplumsal sorumluluğun paylaşılmasının sağlanamayacağı açıktır. Bu nedenle Toplam Kalite Yönetimi sürecine adım atmayı planlayan kuruluşlarda, öncelikle katılımcılığın analiz edilerek mevcut durum itibarıyla hangi düzeyde olduğunun tespit edilmesi gerekir.

- Yönetimin Sorumluluğu ve Liderlik

Toplam Kalite Yönetimi felsefesinin bir işletmede yerleşebilmesi ve uygulanması için en büyük görev üst yönetime düşmektedir. Katılımcı yönetimin başarısı, büyük ölçüde yöneticilerin tutumuna bağlıdır. Üst yönetim, TKY felsefesini herkesten daha iyi öğrenmeli, araştırmalı, sorunları iyi anlamalıdır. Üst yönetim öncelikle kendini yenilemeli, sürekli geliştirmeli ve TKY anlayışının başlatılmasında ve yerleşmesinde aktif rol oynamalıdır.

Toplam Kalite Yönetimi, liderlikte kalite, kalitede liderlik önermektedir. Bu da üst yönetimden başlayarak tüm yönetim kademesinin bilgi, beceri, katılım, iş ahlakı, yaşam tarzı gibi her konuda örnek davranışlarda bulunması demektir. Yönetimde en büyük sorunlardan birisi, yöneticilerin lider olma gayreti içinde

bulunmamalarıdır. Yani, atanmış otoriter kolaycılığı bırakıp, benimsenmiş yönetici pozisyonuna geçmek için çaba göstermemeleridir (Yatkın ve Gökhan, 2003:59).

Organizasyonda değişiklikler üst yönetim seviyesinde başlamalıdır. Eğer temel değişiklikler ara kademelerde başlatılırsa, ilerleyen süreçte daha üst seviyedeki yönetim tarafından uygun görülmebilir. Bu yüzden TKY'nin ilk adımı üst yönetimin felsefesini ve davranışlarını değiştirmesi olmalıdır (Biçer ve Erertem, 1994:113).

Kuruluş çalışanları, geleneksel hiyerarşik sistemlerden katılım kültürlerine gerekli sıçramayı yapamazlarsa, TKY sisteminin başarısızlığı kesindir. Bu katılımı sağlayacak olanlar ise güçlü liderlerdir. Liderler değişmezse, kimse değişmeyecektir (Ferreira, 1996:133).

TKY uygulamasında başarılı olmak için, yönetimin bağlılığı ve liderliği ile sürekli iyileştirme ve kültürel değişim gerçekleşecek, bu da örgütsel performansa hizmet kalitesi olarak yansiyacaktır. Yöneticilerin TKY'ye olan uzun dönemli inancı, organizasyondaki temel inançları, değerleri ve kültürünü değiştirme stratejisi ile ilgilidir (Erdil vd., 2003:45).

Üst yönetim ve diğer liderler, kalite felsefesi gereği sürekli iyileştirme faaliyetlerinin içinde bulunmalı ve çalışanlarında bu faaliyetler içinde yer almalarına destek vermelidirler. Kaliteyi ve sürekli iyileştirmeyi destekleyen bir liderlik yaklaşımı, kurumda çalışan diğer kişilere örnek olacak ve bu yöndeki kararlılık kurumu başarıya götürecektir (Pakdil, 2004:172).

Deming, yöneticilerin organizasyonel değişimi gerçekleştirmek için izleyebilecekleri yol haritasını 14 maddede açıklamıştır. Deming, "yönetim için 14 madde" olarak adlandırdığı bu ilkelerle, geleneksel yönetim tarzından Toplam Kalite Yönetimine geçiş için yöneticilerin yapması gerekenleri listelemiştir (Aktan, 1997:39-40; Weaver, 2003:296-319):

1. Organizasyonun amaçlarını belirleyin. Ürün veya hizmet kalitesini geliştirmek için organizasyonun amaçlarını tespit edin ve hedef sürekliliğini yaratın.
2. Yeni bir yönetim felsefesi benimseyin. Değişim için liderliği ve yönetimi, öğrenme sorumluluklarını üstlenerek, çağa ayak uydurabilecek yeni yönetim felsefesini benimseyin ve uygulayın.
3. Organizasyonda geleneksel ve gözleme dayalı denetimlere bağımlı kalmayın. İstatistiksel araçlara önem vererek, kitlesel muayene ve kontrolden vazgeçip, kalitenin ölçülmesini sağlayın.
4. Fiyata dayalı olarak iş değerlendirmesi yapmayın. Düşük kalitenin olduğu üretim sürecinde, düşük fiyatı başarı olarak kabul etmeyin. Bunun yerine toplam maliyeti azaltın ve mal ve hizmet sunumunda tüketici ile uzun vadeli bir ilişki kurmaya çalışın.
5. Sürekli ve sonsuza kadar gelişmeyi sağlayın. Kaliteyi ve üretimi artırmak, maliyetleri düşürmek için üretim ve hizmet sistemlerini sürekli ve geriye dönüş olmayacak şekilde iyileştirin.
6. İş eğitimini kurumsallaştırın. Çalışanlara iş üzerinde modern yöntemlerle eğitim verin.
7. Liderliği kurumsallaştırın. İşin nasıl daha iyi yapılacağına yönelik denetim ve gözetim yaparak, modern yöntemlerin kullanılmasında yol gösterici olun.
8. Çalışanlar üzerindeki korkuyu yok edin. Çalışanların daha etkili çalışabilmesi için korkuyu ortadan kaldırıp güven ortamı yaratın.
9. Bölümler arasındaki engelleri kaldırın. Tüm bölümlerin birlikte hareket ederek sorunları daha etkin şekilde çözümlenmelerine imkân sağlayın.
10. Çalışanlara yönelik sloganları, uyarıları ve sayısal hedefleri ortadan kaldırın. Sorunlar kişilere değil sisteme ait olduğundan, kişilere yönelik uyarılar olumsuz etki eder. Bunun yerine çalışanların kendi sloganlarını kendilerinin oluşturmalarına izin verin.
11. Sayısal kotalarla belirlenmiş standartları ve sayısal hedefleri ortadan kaldırın. Hedeflerle yönetim yerine liderliği geliştirin.
12. Çalışanların yaptıkları işten gurur duymalarını önleyen her türlü engeli ortadan kaldırın.

13. Etkin bir eğitim programı uygulayın. Çalışanların kendilerini geliştirmelerine fırsat verin.

14. Organizasyonel değişimi gerçekleştirmek için herkesin katılımını sağlayın.

1.5. KAMUDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Kamu hizmetleri, toplumu oluşturan bireylerin istek ve ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik genel fayda amacı taşıyan ve siyasi kurumlarca karara bağlanan hizmetlerdir. Bir diğer tanıma göre, devlet bütçesiyle yapılan ve herkesin yararlandığı ekonomik olmayan faaliyetlerdir (Cansız, 2001:291).

Günümüzde meydana gelen hızlı değişimin sonucunda, artık kamu hizmetlerinde de kalite sorgulanmaktadır. İlk olarak özel sektörde ortaya çıkan bu kavramın verimlilikte temel bir unsur olduğu gerçeğinden hareketle, yönetimin sürekli geliştirilmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Kamu yönetiminde kalite, kamu kurum ve kuruluşlarında tüm çalışanların müşteri memnuniyeti sağlamak üzere aynı ortak amaç ve hedeflere yönelmelerini, üretilen mal veya hizmetin tüm süreçlerine tüm çalışanların katılmalarını ve sürekli gelişmeyi amaçlayan bir anlayışı içermektedir (Toprak, 2000:173).

Özel sektörün içinden doğan bu kavramı kamu sektörü ve kamu hizmeti için de uygulamak mümkündür. Ancak özel sektör ile kamu sektörünün hitap ettiği müşteriler ve onların beklentilerinin farklılık göstereceği unutulmamalıdır. Yine de kamu hizmeti verilen vatandaşların beklenti ve ihtiyaçlarının dikkate alınıp alınmadığının, hizmetlerin kaliteli olup olmadığının ve gerekli performansın gösterilip gösterilmediğinin dikkate alınması gerekmektedir.

Kamu hizmetlerinin kaliteli ve verimli bir şekilde yerine getirilmesi, her ne kadar özel sektördeki kârlılık gibi bir sonuç getirmese de, hizmetin iyi görülmesi sonucu vatandaşın memnuniyeti artacak, kalitenin artması ile verimliliğin artması söz

konusu olacaktır. Ancak, kamu kuruluşlarında yeni olan bu uygulamanın uygulanmasında toplumsal ve siyasal kültürümüzden, devletin, yönetimin, siyasetin yapılanmasından, bürokrasi kültürü ve anlayışından, devlet-vatandaş ilişkisi ve kamu hizmetinin niteliğinden kaynaklanan bazı engellerin de olduğu bir gerçektir.

Kamu sektörünün yapısından kaynaklanan bu uygulama güçlükleri şu başlıklar altında toplanabilir (Hayran ve Uz, 1998:158):

Toplam Kalite Yönetimi anlayışı doğası gereği kamu sektörüne uygun değildir:

TKY esas olarak sanayi ve üretim sektöründe ortaya çıkmıştır. Tüketiciler için üretilen fiziksel ürünlerin kaliteli olması temeline dayanmaktadır. Oysa kamu sektörü fiziksel ürün üretmemekte, ağırlıklı olarak hizmet sunmaktadır ve pazar kavramı sektör için oldukça yenidir. Pazara mal olarak verilecek olan bir ürünün, üretim aşamasında bazı standartlara uygun olması sağlanabilir. Ancak kamunun sunduğu hizmetler, hizmeti alan müşterinin beklentilerine göre farklılık gösterebilmektedir.

Kamu sektörü, doğası gereği TKY uygulamalarına uygun değildir:

Bu görüşü savunanlara göre, kamu sektörü, değişime dirençli olması sabit bütçesi nedeniyle performansa değer vermemesi, kamu yöneticilerinin performans nedeniyle ödüllendirilmemesi ve yöneticilerin yönetsel kararlarda özel sektör kadar özgür olmaması gibi yapısal özellikler nedeniyle TKY uygulamalarına elverişli değildir.

Kamu sektöründeki meslek gruplarının iş kültürü, TKY'ye aykırıdır:

Kamu sektöründe görev tanımları yapılmış, yetki ve sorumlulukları düzenlenmiş çok sayıda meslek mensubu yer almakta ve her meslek kendi yetki alanını koruma konusunda tutucu davranmaktadır. Öte yandan, sağlık, eğitim gibi bazı kamu hizmetlerinin sunumu birebir ilişki gerektirdiğinden bireycilik ön plana çıkmakta ve TKY için gereken birlikteliği gerçekleştirmek güçleşmektedir. Ayrıca,

geleneksel hiyerarşik yapılanmaya bağılı olarak, daha üst basamakta olanların TKY'nin gerektirdiği değişimlere kapalı olması söz konusudur.

Kamu sektörünün müşterisi daha sorunludur:

Kamunun sunduğu hizmetlerden yararlanan müşterilerin çeşitliliği fazla olup birbirinden farklı, hatta birbirine ters düşebilen beklentilere sahiptir. Bu tür bir müşteri grubunun tatmini konusunda güçlüklerin olması kaçınılmazdır.

Kamu sektörü yapı olarak daha karmaşıktır:

Kamu sektörünce sunulan hizmetlerde maliyeti artırmadan kaliteyi iyileştirmenin mümkün olmadığı ileri sürülmektedir. Bu görüşü savunanlara göre, politik etkilerle atanan kamu yöneticilerinin, rekabetten ve ödüllendirmeden yoksun olarak, çoğu zaman kendi görüşleri dışında belirlenmiş bir bütçe ile, beklentileri birbirinden oldukça farklı olan insan gruplarına kaliteli hizmet sunması oldukça güçtür.

Kamu sektöründe TKY uygulamalarının önünde engel olarak duran bu güçlüklerle rağmen, maliyetleri düşürmek, verimi ve kaliteyi artırmak, müşteri memnuniyetini en üst düzeye çıkarmak gerekmektedir. Son yıllarda kamu sektöründe yaşanan gelişmeler bunun mümkün olduğunu göstermektedir.

Kamu yönetimini oluşturan birimler, özel sektördeki gibi kendi başlarına hareket edebilme, politika belirleme yetkilerine sahip olmadıklarından dolayı, yönetimde ilk dikkat edilmesi gereken unsur, yönetimin kalitesinin artırılması olacaktır. Çünkü yönetim, birçok birimlerden oluşan bir bütündür. Bu açıdan bakıldığında toplam yönetim kalitesi, yönetimin tüm işlevlerinde yerine getirmesi gereken bir ölçüt olmaktadır. Yani planlama, örgütleme, yönetim, eşgüdüm ve denetim safhalarında ve bir bütün olarak uygulanmalıdır (Özşen, 1996:284).

Toplam Kalite Yönetimi, bir kuruluşta dikey hiyerarşi kademelerinin mümkün olduğunca azaltılıp, yatay örgütlenmeye ağırlık verilmesini, birimlerin doğrudan kendi görev alanları ile ilgili konularda kendi kendilerini yönetmelerini,

çalışanlara görevleri ile ilgili hesap verme anlayışına dayalı yalın ve etkin bir yönetim anlayışıdır ve toplam yönetim kalitesinin gerçekleşmesi her şeyden önce sistemin bir bütün olarak ele alınmasını gerekli kılmaktadır.

Deming'in kamu sektörü için bir TKY felsefesi oluşturmaya yönelik ortaya koyduğu ilkeler ışığında, TKY'nin kamuda sektöründe uygulanabilmesi için yapılması gerekenler özetle şöyledir (Leblebici ve Ömürgönülşen, 1999:70):

- Örgütün felsefesinin ve amaçlarının bütün çalışanlara anlatılması ve benimsetilmesi
- Çalışanların kalitenin önemi ve artırılması yönünde eğitilmesi
- Motivasyonu artıracak ve kendini geliştirmeyi sağlayacak davranışsal yönetim tekniklerinin örgüt kültürünün değiştirilmesinde kullanılması
- Yönetime katılma, takım ruhu ve örgüte bağlılığın özendirilmesi
- Kamu çalışanlarının kaliteli hizmet sunmak zorunda olduklarının bilincine kavuşturulması ve vatandaş tatmininin kurumların en önemli amaçlarından birisi haline getirilmesidir.

Toplam kalite yönetimi felsefesi kamu sektöründe uygulandığı takdirde, toplumun isteklerinin karşılanması yönünde, bürokrasinin örgütlenme yapısında ve kültüründe, yönetim işlevinin niteliğinde, insan kaynaklarının niteliğinde ve sunulan hizmetin kalitesinde bir iyileştirme sağlayacaktır. TKY, kamuda yalın ama etkili, merkeziyetçi olmayan, katılımcı, müşteri odaklı ve kalite öncelikli örgütlenmeyi kolaylaştırır. TKY ilkelerinin hayata geçirilmesi için uygun atmosferin oluşturulması, üst düzey kamu yöneticilerden başlamak üzere, örgütsel dengelerin, ilişkilerin ve alışkanlıkların değiştirilmesi gerekir. Üst düzey kamu yöneticileri öncelikle kendilerini değişen koşullara uygun olarak sürekli olarak yenilemeli, TKY anlayışının başlatılması ve yerleştirilmesinde aktif rol üstlenmelidir (Leblebici ve Ömürgönülşen, 1999:72).

1.6. SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

1.6.1. Hizmet Kavramı Ve Özellikleri

Hizmet kavramı yapısı itibariyle soyut bir kavram olması nedeniyle, farklı tanımları bulunmaktadır. Araştırmacılar, genel kabul görmüş bir tanımın bulunmadığını ve böyle bir tanımın geliştirilemeyeceğini savunmaktadırlar (Uyguç, 1992:12).

Amerikan Pazarlama Birliği hizmeti, “bir malın satışına bağlı olmaksızın tüketicilere ve işletmelere pazarlandığında istek ve ihtiyaç doyumunu sağlayan ve bağımsız olarak tanımlanabilen eylemlerdir” şeklinde tanımlamıştır (Öztürk, 1998:3; Gürüz, 1999:153).

Collier hizmeti “üretildiği yerde tüketilen bir iş veya eylem, bir performans, sosyal olay veya çaba” olarak tanımlarken (Uyguç, 1998:8), Kurilof, “tüketici ihtiyaçlarının tatmin edilmesi amacıyla meydana getirilen maddi olmayan bir ürün” olarak tanımlamıştır (Devebakan, 2001:36).

Bu tanımlardan yola çıkarak hizmet kavramını; insan istek ihtiyaçlarını gidermek amacıyla, belirli bir malın üretilmesine bağlı kalmaksızın, belirli bir fiyattan pazara sunulan ve sunuldukları yerde tüketilen faaliyetlerdir şeklinde tanımlayabiliriz.

Araştırmacılar hizmetin tanımı konusunda farklı ifadeler kullansalar da, hizmetin özellikleri konusunda hemfikir oldukları söylenebilir. Kısaca hizmetin özellikleri şöyle sıralanabilir (Uyguç, 1998:12-13); Tütüncü ve Doğan, 2003:4-5; Dinçer, 1998:434-435; Devebakan, 2001:36):

- Soyutluk

Hizmetler, elle tutulamayan, gözle görülemeyen, hissedilmeyen, kısacası duyu organlarıyla algılanamayan, soyut etkinliklerdir. Bu yüzden hizmetlere fiziksel

olarak sahip olunamaz. Hizmetten sağlanan yarar, deneyimlere dayalıdır. Müşteri hizmetin değerini ve niteliğini, ancak satın aldıktan sonra ya da satın alınması sürecinde değerlendirebilir.

Hizmetin soyut olması nedeniyle bazı önemli noktalar açığa çıkmaktadır. Bunlar;

- Hizmetler, mallar gibi teşhir edilip tanıtılamaz.
- Hizmetleri depolama olanağı yoktur.
- Hizmetlerin fiyatlandırılması zordur.
- Hizmetler patent vasıtasıyla koruma güvenliğinde olmadığı için taklit edilmesi de olasıdır.
- Hizmetin fiili maliyetini belirlemek güçtür.

- Dayanıksızlık

Hizmetlerin çoğunun yararı kısa sürelidir. Önceden çok sayıda üretilip stoklanamazlar, saklanamazlar, geri iade edilemezler. Hizmetler üretildikleri anda tüketilmektedir. Eğer üretilip pazara sunulduğu anda tüketilmezlerse, ortaya bir takım ekonomik kayıplar çıkacaktır ve bu kayıplar sonradan giderilemez.

Hizmetlerin bu dayanıksız olma özelliği nedeniyle, hizmet sunan işletmeler arz-talep dengesini kurmakta güçlük çekmektedirler. Talebin zaman içinde farklı yayılışı ve dalgalanışı, bu işletmelerin atıl kapasite ile çalışmalarına neden olabilmektedir.

- Ayrılmazlık

Hizmetin üretimi ve tüketimi aynı anda gerçekleşmektedir. Malların üretim ve tüketim süreçlerinde izlenen aşamalar zaman ve yer bakımından ayrılabilmesine rağmen, hizmetin üretimi, satın alınması, kullanılması ve değerlendirilmesi aynı zamanda gerçekleşir.

Üretim ve tüketim aşamalarının aynı zamanda olması, onu sağlayanlar ile kullananların bir bütün olarak ele alınmasını gerekli kılmaktadır. Müşterilerle

kurulacak olumlu iletişim, hizmetin özelliklerinden kaynaklanan bazı problemlerin giderilmesi ve talebin sürekliliğın sağlanması açısından önemlidir. Bu yüzden müşteri ile devamlı temas halinde olan işletmeler, onların ihtiyaçlarını karşılama içerisine girmeli ve talebin sürekliliğini sağlamak için yeni fırsatlar sunabilmelidir.

- Değişkenlik

Bir hizmetin içeriği ve kalitesi, hizmeti sunan kişiye göre, onu talep eden müşteriye göre ve bazen sunulduğu zamana göre değişebilmektedir. Aynı kişi tarafından farklı zamanlarda sunulan hizmette bile farklılık olabilmektedir.

Hizmetler, birçok alt hizmet sistemlerinden oluştuğu için, müşteri bu alt sistemlerin toplamını değerlendirir. Bu nedenle hizmetin kalitesi ve çekiciliği, müşterilerin toplam değerlendirmesine bağlı olacaktır. Hizmetin kalitesi ise, hizmetin nerde, nasıl ve ne zaman verildiğine ve özellikle de hizmet sunan kişilere bağlıdır. Başka bir deyişle hizmet sunanlar, müşterinin hizmet kalitesi algısını etkileyecektir.

Hizmetin değişkenlik özelliği nedeniyle, hizmetlerde standardizasyonun sağlanamaması, işletmeler açısından önemli ölçüde kalite kayıplarına ve kalite kontrol sorunlarına neden olmaktadır. Ancak son dönemlerde teknolojik gelişmeler neticesinde bu sorunlar en alt düzeye indirilmeye başlanmıştır.

1.6.2. Hizmet Kalitesi

Kalite tanımları genel olarak hizmet sektöründen ziyade, ürün üreten işletmelere uygundur. Hizmetin soyut ve değişken olması, üretim ve tüketiminin aynı anda gerçekleşmesi gibi özellikleri nedeniyle yapılan bu tanımlar, hizmet kalitesinin anlaşılmasını zorlaştırmaktadır (Uyguç, 1998:26).

Hizmet kalitesi, bir kuruluşun müşteri ihtiyaçlarını karşılayabilme ya da üzerine çıkabilme yeteneği olarak ifade edilmektedir.(Öztürk, 1996:66) Bir diğer tanıma göre ise hizmet kalitesi, müşteri beklentilerini karşılamak için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesidir (Odabaşı, 2000:93).

Collier'e göre, mükemmel hizmet ve kalite düzeyi, müşteri beklentilerinin (işletme dışı standartlar) ve hizmet sunumu standartlarının (işletme içi standartlar) sürekli olarak karşılanmasını ifade etmektedir. İşletme içi performans standartları, işletmenin müşteri tarafından görülmeyen faaliyetleri ile ilgili standartlardır. Bu standartların ölçümü daha objektiftir. İşletme dışı standartlar ise, işletmenin müşteriler tarafından görülebilen ve müşterinin mal ve/veya hizmeti kullanırken beklediği ve algıladığı faaliyetler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Ölçme genellikle algılamaya dayalıdır (Uyguç, 1998:27).

Hizmet kalitesini daha iyi kavrayabilmek için, 'algılanan hizmet kalitesi' üzerinde durmak gerekir. Parasuraman, Zeithaml ve Bery'e göre algılanan hizmet kalitesi, müşterinin hizmeti almadan önceki beklentileri(beklenen hizmet) ile yararlandığı gerçek hizmet deneyimini(algılanan hizmet) kıyaslamasının bir sonucu olup, müşterilerin beklentiler ile algılanan performans arasındaki farklılığın yönü ve derecesi olarak değerlendirilmektedir (Devebakan, 2001:39).

Beklenen ve algılanan hizmetin kıyaslanması, malların kıyaslanmasından oldukça farklı ve zordur. Hizmetin soyut olması, standartlaştırılamaması ve üretiminin tüketimden ayrılmaz oluşu, bir hizmetin satın alınmadan değerlendirilmesini olanaksız kılmaktadır. Hizmetin satın alınmadan önce başvurulacak özelliklerinin çok olması ve değerlendirmenin zaman alması nedeniyle müşteriler genellikle deneyimden faydalanmaktadır.

Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen, algılanan hizmet kalitesine dayalı bu modele göre, beklenen hizmet, algılanan hizmetten büyük olursa algılanan kalite tatmin edici olmaktan uzak olacaktır. Beklenen hizmetin algılanan hizmete eşit olması durumunda ise, algılanan kalite tatmin edici olacaktır. Müşteriler tarafından algılanan kalitenin ideal kalite olarak kabul edilmesi için ise; beklenen hizmetin algılanan hizmetten küçük olması gerekmektedir (Devebakan, 2001:39).

1.6.2.1. Hizmet Kalitesinin Boyutları

Hizmet kalitesinin boyutları genel olarak 5 ana başlıkta toplanabilir (Öztürk, 1998:141):

- 1.Tepkisellik
- 2.Güvenilirlik
- 3.Güvence
- 4.Kendini müşteri yerine koyma
- 5.Fiziksel varlıklar

Bu beş boyutu oluşturan hizmet bileşenleri ise, şu şekilde sıralanabilir (Özalp ve Tonus, 2000:12):

- Erişilebilirlik; müşterinin satıcıyla kolaylıkla ilişki kurabilmesi anlamındadır. Telefonla kolaylıkla iletim kurulabilmesi, hizmeti almak için sürenin az olması, çalışma saatlerinin uygun olması gibi unsurları içerir.
- Tepkisellik; işletmenin müşteriye tepki gösterme derecesidir. Randevuları hemen ayarlamak, sözleşme belgelerini hemen postalamak, hızlı servis vermek gibi unsurları içerir.
- Zamanlılık; işin müşterinin tanımladığı, beklediği zaman çerçevesinde tamamlanabilmesi anlamındadır.
- Doğruluk; işin ilk defada doğru yapılmasıdır.
- Profesyonellik; müşteriyle ilişkilerde gösterilen tutum ve davranışlardır. İşletmedeki personelin bilgi ve becerisini ifade eder.
- Güvenilirlik; işletmenin sahip olduğu imaj ile faaliyetlerinin uyumlu olmasıdır. İnanırlılık ve dürüstlük anlamındadır.
- Güvenlik; tehlikeden, kuşkudan ve riskten uzak olma anlamındadır.
- Anlaşılabilirlik; üretilen hizmetin ve müşterinin anlaşılabilmesi için harcanan çaba anlamındadır. Hizmeti açıklamak, müşterinin gereksinimlerini öğrenmeyi kapsar.

- Süreklilik; hizmetin müşteri beklentilerinin değişimi doğrultusunda değiştirilebilir olmasını ifade eder.
- Ortam; hizmetin oluşturulduğu ortamın psikolojik ve sosyal durumudur. Müşteriye saygılı davranmak, çalışanların birbirleriyle saygılı ilişkileri anlamındadır.

1.6.3. Hizmette Toplam Kalite Yönetimi

Hizmetin soyutluk ve değişkenlik özellikleri nedeniyle tanımlanması ve ölçülmesi oldukça zordur. Bu nedenle daha çok endüstri sektörü için geçerli olan klasik yönetim anlayışının kalite kontrol ve teknikleri, hizmet sektöründe sınırlı düzeyde uygulanabilmektedir. Bu yüzden müşterilere sürekli ve kaliteli hizmet sunumu için, işletmelerin toplam kalite yönetimi felsefesini yerleştirmesi gerekmektedir.

Toplam kalite felsefesi endüstri sektörünün ihtiyaçlarından doğmuş olmasına rağmen, bugün gittikçe artış göstererek hizmet sektöründe de uygulanmaya başlandığı görülmektedir. Daha önceki bölümde ele aldığımız Toplam Kalite Yönetiminin hizmet sektöründe de uygulanabilmesi için işletmeler tarafından bazı temel koşullar yerine getirilmelidir. Bu koşullar (Ecer vd., 2002:70; Uyguç, 1998:87):

1. Yönetimin desteği: Kalite geliştirmenin sorumluluğu, tepe yönetime aittir. Fakat uzun dönemde her düzeydeki tüm yöneticilerin katılımı başarı için zorunludur.
2. Toplam katılım: Hizmetlerde kaliteyi etkileyen tek faktör, kuruluşun çalışanları değildir. Çalışan personelin yanı sıra müşteriler, tedarikçiler, ortaklar da kaliteyi etkilemektedir. Hizmetlerde müşterilerin davranışları, üretime katıldığı için, kaliteyi doğrudan etkilemektedir. Bu yüzden endüstri sektöründeki uygulamalardan farklı olarak müşteriler işletme personeli olarak görülmeli ve belirlenen hedefler doğrultusunda müşteriler yönetilmelidir.

3. Tüm süreçlerde kalitenin sağlanması: Hizmetin üretilmesi, her biri müşterinin yararlandığı hizmetin kalitesini etkileyen süreçlerden meydana gelmektedir. Esas süreç, hizmetin üretilmesinde müşterinin izleyeceği yoldur. Süreçler, tüm birimleri ve kuruluşun bütününe ilgilendirmektedir. Dolayısıyla doğru kalite, örgüt ve birimler arasındaki ilişkilere bağlıdır.
4. Strateji olarak kalite: Kalite stratejidir. Bu hem bir hizmet işletmesinin kalite geliştirme stratejisine sahip olması hem de bu kalite stratejisinin işletmenin pazara yönelik genel işletme stratejisinin parçasını oluşturması gerektiğini ifade etmektedir. Çünkü kalite, verimlilik ve karlılığın itici gücüdür.
5. Hataları önlemeye yönelme: Bir hizmetin kalitesi hizmet üretildikten sonra kontrol edilemez. Bunun için, kalitesizliğin temel nedenlerini öngörmek gerekir. Ortaya çıkabilecek hatalar ise, çok yönlü ve kapsamlı planlama ile önlenir.
6. Tasarım yoluyla kalite: Kötü kalite, genellikle, üretim süreçlerinin yanlış tasarlanmasının sonucudur. Kalitede öncü olabilmek için mevcut hizmetlerin yeniden tasarlanması ve yeni hizmetlerin tasarlanması gerekir. Hizmet tasarımı sistemdeki hatalardan kurtulmanın bir yoludur.
7. Sürekli gelişme: Küçük adımlarla fakat sürekli olarak gelişmeyi ifade etmektedir. Bu, işletmeye rekabet gücü kazandırır. Zira rakiplerin düzeyine ulaşmak ve onları geçmek sürekli gelişme ile mümkündür.
8. Sıfır Hata: İlk defa endüstri işletmeleri için ortaya atılan bu kavram, hizmetlerde de TKY'nin bir elemanıdır. Sıfır hata bir stratejidir. Amaç, bir şeyi bir defada doğru olarak yapmaktır. Sıfır hata, müşteri gereksinimlerinin temelini oluşturan ve buna göre geliştirilen hizmet özellikleri ile ilgilidir.
9. Müşteri gereksinimlerinin karşılanması: Verilen hizmet müşterilerin istek ve beklentilerine uygun olmalıdır. Böylece müşteri memnuniyetsizliği önlenmiş olur.

Müşterilerin beklentilerini öğrenmek için ise, müşteri şikayetleri dikkate alınmalı, müşterilerle sürekli diyalog içinde bulunulmalıdır.

10. İyileştirme: Müşteri memnuniyetsizliğine yol açan hataları ele almak ve çözüm getirmektir. Örneğin, herhangi bir hata olduğunda müşteriye makul bir şekilde açıklamak, müşterinin zararını karşılamak, müşteriye sorunun bir daha olmayacağı konusunda teminat vermek gibi.

11. Karşılaştırma: Bir hizmet işletmesinin, hizmet ve hizmet özellikleri(örneğin zaman, hata ve müşteri şikayetleri) ile ilgili standartlarını belirli alanda en iyi olan standartlarla karşılaştırmasıdır. Amaç, daha iyi standartları yakalamak, sürekli gelişmek ve rekabet üstünlüğü elde etmektir.

1.6.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetlerinde kalite denilince bugün en çok kabul gören tanım, ABD Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) tarafından yapılmıştır. Enstitüye göre sağlık hizmetlerinde kalite; sağlık hizmetinin bireylere ve topluma, eldeki en son bilginin ışığında ve istenilen sağlık sonuçlarına ulaşacak şekilde sunulmasıdır (Gezen vd., 2007).

Bir diğer tanımlamaya göre ise sağlık hizmetlerinde kalite, dış müşteri olarak adlandırabileceğimiz hastaların ihtiyaçlarının önemini kavranarak, sürekli ve istikrarlı şekilde giderilmesidir. Bu bakımdan toplam kalite yönetiminin sağlık hizmetlerindeki karşılığı hasta mutluluğudur denilebilir. Doğru teşhis, tedavi, beklemeksizin ve güler yüzlü hizmet, temiz ve hijyenik ortam, uygun fiyat vb. hastanın mutluluğuna dönük faaliyetler bütünü, sağlıkta kalitenin birer unsurudur (Morgil ve Küçükçirkin, 1995:30-33)

Ancak sağlık hizmetlerinde diğer hizmetlerden farklı olarak müşteri(hasta) beklentisinin ne olduğu daha fazla önem arz etmektedir. Hastaların, ne tür bir sağlık hizmeti alması gerektiği ile ilgili tercih ve değerlendirme yapma olanağı, diğer

hizmetlere oranla yok denecek kadar azdır. Hasta yalnızca hizmeti sunanların tutumları hakkında bir değerlendirme yapabilmektedir. Sadece bu değerlendirmelere dayalı olarak kalite ölçümü yapmak, yanıltıcı sonuçlar verebilir Öyle ki; hastaların beklentileri çok düşük ise, bu beklentilerinin karşılanması, verilen hizmetin kaliteli olduğu anlamına gelmeyebilir (Kavuncubaşı, 2000:270).

Sağlık hizmetlerinin her birey için ayrı tasarlanması zorunluluğu nedeniyle, hizmet yönetimi karmaşıklaşmakta, sağlık sisteminin çok çeşitli kuruluşları kapsayan çoğulcu yapısı ve bu kuruluşların yönetimlerinin diğer uzmanlık alanlarında benzeri görülmeyen çeşitlilik gerektirmekte ve sağlık yöneticilerinin çok farklı özelliklere sahip sağlık profesyonelleri ile ekip çalışması içinde çalışmak ve üretim sürecinin sorumluluğunu onlarla paylaşmak durumunda olması da, sağlık yöneticilerinin işini daha da karmaşık hale getirmektedir (Sarvan, 1995:20).

Sağlık hizmetleri sistemindeki tüm ögeler, toplumdaki bireylerin hastalanmadan önceki sağlıklarını korumak üzere koruyucu sağlık hizmetleri ile başlayan, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile devam etmekte olan iç içe geçmiş hizmetler bütünüdür. Kaliteli sağlık hizmetinin hedefi, toplumu oluşturan bireylerin sağlıklarını korumalarını ve sürdürmelerini sağlamak, hastalık halinde en kısa sürede kaliteli ve uygun sağlık hizmetini ve doğru bir şekilde sunarak, onların eski sağlıklarına kavuşturmadır.

1.7. HASTANELERDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Sağlık hizmetlerinde kalite, bu alanda müşteri sınıflamasına giren tüm tarafların memnuniyeti ya da en basit tanımı ile “doğru, tam ve zamanında, en düşük maliyetle verilen sağlık hizmeti ile hastanın memnun ayrılmasını sağlamak” olarak tanımlanabilir. Çoruh’a (1994: 103) göre sağlıkta kalite, doğru tanının gecikmeden konmasıdır. Burada etkili olan faktörler de, tanıyı koyacak sağlık personelinin eğitimi, yardımcı dalların, doğru neticeyi kısa sürede en ucuza üretmeleri, verileri

doğru yorumlamaları ve hizmetin karşılığını ödeyen kurumların bekleneni aldığını doğrulamasıdır (Çoruh, 1994: 33) .

Sağlık Hizmetleri, Toplam Kalite yönetimi felsefesi ve uygulamaları ile bir ölçüde gecikmeli olarak tanışan sektörlerdendir. Sağlıkta kalitenin bugün ulaştığı yer, sürekli kalite iyileştirme yaklaşımıdır. Bu alandaki uygulamaların başlıca özellikleri; kurumsal performansı değerlendirmeye yönelik olmaları, bu amaçla ölçülen ve değerlendirilen aktiviteleri organizasyonun bütünüyle ilişkili olarak ele almaları ve kalitenin sürekli geliştirilmesi zorunluluğunu benimsemeleridir.

Gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerine büyük değişiklikler getiren kalite iyileştirme ve performans ölçümü gibi sistemlerin ortak noktası, hizmetin gereğinin yapılması ve hizmeti alanın sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan tatmini konularına odaklanmaktadır. Sağlıkta TKY'nin de amacı, sağlık sisteminin yararlarını ve maliyet etkililiğini arttırmaktır. Burada unutulmaması gereken önemli bir nokta da, maliyet etkililiği sağlarken, hizmet çıktısının kalite düzeyini düşürmemektir.

TKY ile sağlık hizmetlerinde bir yandan olumsuz kalite unsurları sıfıra indirilmeye çalışılırken, diğer yandan olumlu kalite özelliklerinin sürekli olarak iyileştirilmesi ve buna bağlı olarak tasarruf sağlanarak maliyet düşüşünün sağlanması esastır.

Mc Laughlin ve Kaluzny'e göre sağlık hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin belli başlı özellikleri şunlardır (Sarvan ve Berk, 1995:19):

I) TKY, değişimin sağlık hizmeti sunanların değer yargılarına değil, müşterilerin ihtiyaçlarına dayandırılmasını gerekli görür. Tüm personel bu sürece anlamlı biçimde katılmalı ve tepe yönetim katılımlarda bulunan personelin önerilerine hızlı ve anlamlı biçimde tepki vermelidir.

II) TKY, değer yargılarında bir değişimden ve tepe yönetimin hızlı tepki verebilme becerisinden daha fazlasını başarmayı gerektirir. Güçlü bir süreç akışı ve

istatistik analizi ile ilgili değerlendirme yapılmalı ve organizasyonda bireyleri ve grupları etkileyen psikososyal ilkeler saptanarak uygulanmalıdır. Kabul edilmesi gereken temel varsayım, sağlık kurumunda karşılaşılan problemlerin çoğunun yönetsel ya da klinik profesyonellerin hatalarından değil, personelin içinde faaliyet gösterdiği yapının yeterli performansı göstermemesinden kaynaklandığıdır.

III) TKY içerdii müsamaha tanımaz kalite arayışı nedeniyle profesyonel özerkliğin yerleşmiş normları ile açık çatışma kaynağıdır. Bu yalnızca yöneticilerle klinik profesyoneller arasında kalan bir çatışma değildir. TKY bütün profesyonellerin kalite hakkında düşünme, kendilerini değerleme ve denetleme, kendi profesyonel alanlarını ve özerkliklerini kazanma ve koruma şekillerine karşı meydan okumalıdır. TKY mevcut profesyonel standartlara saygı duymamakta, sürekli olarak yenilerini istemektedir.

IV) TKY’de sorunların kaynağı bireyler değil, sistemdir. Deming’in tahminlerine göre bir süreçte ortaya çıkan hataların yüzde 85’i bireylerin neden olduğu tesadüfi hatalardan değil, sistemle ilgili problemlerden kaynaklanmaktadır. Bu görüş, sağlık hizmetlerinde yaygın olan, belli bir problemin bireyin içinde faaliyet gösterdiği daha geniş yapının ya da sistemin değil bireyin hatası olduğu yaygın inancının tersini yansıtmaktadır.

V) TKY’ de müşterinin kim olduğunu tanımlayan model de sorgulanmaktadır. Müşteri yalnızca hasta değil, birimlerin çıktılardan yararlanan tüm farklı kullanıcılardır. Bunlar, hastanede çalışan doktorlar, sağlık personeli, hastaların yakınları ve hastane ile ilişkisi olan tüm kişilerdir (Tarım, 2000;1034). Burada da kriter, yapılan çalışmaların profesyonel standartlarını karşılayıp karşılamadığı değil, genellikle farklı meslek üyesi olan kullanıcının zamanlılık ve kullanışlılık açısından tatmin olup olmadığıdır.

Hastanelerin temel müşterileri olan hastaların memnuniyeti, diğer hizmet işletmelerine göre farklılık göstermektedir. Hastaların çeşitli tatmin düzeylerinin olması nedeniyle, sürekli iyileştirmeye tabi tutulacak konuların değerlendirilmesi de

zor olmaktadır. Yapılan çalışmalarda, hastaların tatmin düzeyleri ile ilgili bazı boyutlar bulunduğu ortaya konulmuştur (Çoruh, 1998:57). Bu boyutlar:

- İnsani boyut: Hastalar hassas, incinebilir durumdadır ve fiziki duygusal ve ekonomik durumları ile ilgili kaygıları bulunmaktadır.
- Etkinlik boyutu: Memnun olan hastanın davranışları ile memnun olmayan hastanın davranışları farklı olmaktadır. Memnun olmayan hasta hizmeti veren iç müşteriye yardımcı olmamaktadır. Tatmin olana hizmet vermek daha kolaydır, çünkü hasta uyumu sağlanabilmektedir.
- Ekonomik boyut: Gelişen kalite ile birlikte rekabetin doğması sonucunda, alternatif hizmet bulma imkanı olan hastayla birlikte yakınlarını da memnun etmek gerekmektedir. Bu en düşük maliyetle, en iyi kalitede hizmet sunmayı zorunlu kılmaktadır.
- Pazarlama boyutu: Hizmeti alan hastalar ve yakınları, deneyimlerini başkalarına aktarmaktadır. İletişimin hızla gelişmesiyle, sağlık hizmeti konusundaki gelişmeler herkes tarafından duyulmaktadır. Gelişmeleri takip ederek müşterilerine daha kaliteli hizmeti sunan kuruluşlar kısa sürede ön plana çıkmaktadır. Hastalar memnun olmadığında ise müşteri erimesi denen olayla karşı karşıya kalınabilir.

Toplam Kalite Yönetimin hastanelerde uygulanması için, öncelikle bu anlayışın temel koşullarının yerine getirilmesi gerekmektedir (Uz, 1997:123-126).
Bu koşullar kısaca;

- a) Mevcut kalite düzeyinin ölçülmesi
- b) Kalite düzeyinin sürekli iyileştirilmesi
- c) Süreç planlama ve yönetimi
- d) Sorumluluk paylaşımı ve katılımın sağlanması
- e) Hastaların ve çalışanların memnuniyeti
- f) Toplumun bilinçlendirilmesi
- g) Dış çevreyle işbirliği ve iletişim

Bu koşullar çerçevesinde Toplam Kalite felsefesinin hastanelerde hayata geçirilmesi dört adımda mümkün olabilir (Uz, 1997:126-129):

I) Değişiklik İhtiyacının Belirlenmesi

Hastanelerde kalitenin artırılmasına yönelik değişiklikle ilgili çalışmaların ilk adımı, değişiklik ihtiyacının hissedilmesidir. Bu ihtiyacın ışığında ilk temasta tek tek servislerde/birimlerde veya tüm hastanedeki personel ile kaliteli bakımın ne olduğu veya olması gerektiğinin belirlenmesi konusunda tartışmalı toplantılar yapılır. Bu ilk aşamada katılımcı toplantıların yapılması hem uyumluluk hem de daha sonraki aşamalarda yapılacak çalışmaların başarısı için çok önemlidir.

II) Sorunların Belirlenmesi ve Tanımlanması

Bütün hastane personelinin katıldığı daha detaylı toplantılarda i ve dış müşterilerin, süreçlerin ve beklenen çıktıların belirlenmesi gibi müşteriyle ilgili sistemlerin tanınmasına ve bunlarla ilgili sorunların ortaya konulmasına çalışılır. Böylece başka alanlarda da karşılaşıldığı gibi belki de o ana kadar görüşleri hiç sorulmayan, dikkate alınmayan, hatta bunları dile getirmesi engellenen personelin yönetime katılımı sağlanmış olacaktır. Birçok disiplinin temsil edildiği bu toplantılarda, farklı bakış açıları ile aynı olaya yaklaşım sağlanabilir. Bu da sorunların daha detaylı tanımlanmasına, yanlış anlamaların ortadan kaldırılmasına, personelin bir ekip olma ruhuna kavuşmasına ve diğer çalışanların görev ve sorumluluklarının daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

III) Planın hazırlanması

Sorunlara zm üretmek için bir araya gelen personel, yapılan araştırmaların sonuçları, bu sonuçlardan doğan fikirler ve bu fikirlerin yararlılığını, uygulanabilirliğini değerlendirerek hareket planı hazırlamalıdır. Bu planların oluşması için temel insan kaynağı olan personelin, karşılaştıkları problemleri tanımlamak ve çözüm üretmek için, alternatif fikirler üretmeleri teşvik edilmeli ve bu alternatifler değerlendirilmelidir.

IV) Harekete Geçme

Toplantılar sonucu alınan kararlar hayata geçirilir. Ancak önemli olan ilk adımın atılmasıyla hastanedeki belli bölümlerde kalite çalışmalarına başlanması değil, bunların sürekliliğinin sağlanması ve standartlaştırılarak tüm hastaneye yayılmasıdır. Bunun başarılması için ise hastane çalışanlarının istekli çalışmaları ve diğer arkadaşlarına örnek olup tam katılımın sağlanması gerekmektedir.

Sağlık kuruluşlarının karmaşık ilişkilerden oluşan, kendine özgü yapılarına Toplam Kalite Yönetimini kolaylıkla uyarlanmasını sağlayan modeller, kalite sistemlerini iyileştirmeyi amaçlayan hastaneler için önemli araçlardır (Kiyim,1997;37).

Ancak, sağlık hizmetlerinde kalitenin yönetiminde takip edilecek tek bir teknik veya yaklaşım, daha doğrusu tek bir yol yoktur. Her kurum veya örgüt kendi içinde yapacağı değerlendirmelerin ışığında örgüt yapısına, çalışanlarının ve diğer kaynaklarının özelliklerine, yönetim biçimine, içinde bulunduğu çevreye göre kendisine uygun olan bir yöntem veya yöntemlerin bileşimini seçip uygulamalıdır. Kaliteyle ilgili yaklaşımlar günü birlik, geçici, belli bir dönemi içine alan veya ek bir iş gibi değil, diğer yönetsel işlevlerin temel parçası olarak ele alınmalıdır (Hayran ve Uz, 1998:172).

1.8. HASTANELERDE KALİTE SİSTEMLERİ

1.8.1. ISO 9001 : 2000 Kalite Yönetim Sistemi

ISO Uluslar arası Standartlar Organizasyonu (International Standardization Organization) olup merkezi Brüksel'dedir. Temeli 1963 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde savunma teknolojisindeki yüksek kaliteyi yakalayabilmek için hazırlanan MIL-Q-9858' e dayanmaktadır (Tütüncü ve Doğan, 2003:50). 1987 yılında ISO tarafından beş adet uluslar arası standartlar serisi hazırlanmış, daha sonra standartlar üzerinde bir takım revizyonlar yapılmıştır (Şahin, 2002:12). Kalite gelişimine uygun olarak ISO 9000 standardı da, kendi içerisinde gelişim göstermiş ve gerçekleştirilen revizyonlar ile yeni versiyonları yayımlanmıştır. İlk revizyon 1994 yılında yapılmış olup, standardın güncel versiyonu 2000 yılında revize edilmiştir.

1.8.1.1. ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi İlkeleri

ISO 9001:2000 Standardı sekiz adet kalite yönetim ilkesine göre tasarlanmıştır (Şahin, 2002:17; Tütüncü ve Doğan, 2003:54; Almeman, 2001:37; Serin, 2005):

1.8.1.1.1. Müşteri Odaklılık

Kuruluşlar, müşterilerinin bugünkü ve gelecekteki ihtiyaç ve beklentilerini anlamalı, bu ihtiyaç ve beklentileri karşılamalı ve aşmaya çalışmalıdır.

Müşteri odaklı olabilmek için kuruluşlar;

- Ürün, teslimat, fiyat, güvenilirlik ve diğer konularda müşterilerin tüm ihtiyaç ve beklentilerini anlamalı
- Müşteriler ve diğer paydaşların (sahipler, çalışanlar, tedarikçiler, toplum) ihtiyaç ve beklentilerine dengelendirilmiş bir yaklaşımı benimsemeli

- Bu ihtiyaç ve beklentileri kuruluş geneline iletmeli
- Müşteri memnuniyetini ölçmeli ve sonuçlarına göre hareket etmeli
- Müşterilerle ilişkileri yönetmeli

1.8.1.1.2. Liderlik

Liderler, kuruluşun amaç ve yönünü belirlerler. Çalışanların, kuruluşun hedeflerine ulaşmasına tamamiyle katılabileceği çalışma iklimi yaratmalı ve muhafaza etmelidirler.

Liderlik ilkesinin uygulanması için;

- Proaktif olmalı ve örnek oluşturmali
- Dış ortamdaki değişiklikleri anlamalı ve cevap vermeli
- Tüm paydaşların ihtiyaçlarını göz önüne almalı
- Kuruluşun geleceği hakkında açık bir vizyon belirlemeli
- Kuruluşun bütün seviyelerinde paylaşılan değerleri ve etik rol modellerini belirlemeli
- Güven tesis etmeli, korkuyu bertaraf etmeli, çalışanlara sorumlu bir şekilde hareket etmeleri için gerekli kaynak ve özgürlüğü sağlamalı
- Çalışanların katılımını teşvik uyarmalı, desteklemeli ve takdir etmeli
- Açık iletişimi desteklemeli
- Çalışanların eğitim ve öğretimini sağlamalı
- İddialı amaç ve hedefler belirlemeli
- Bu amaç ve hedeflere ulaşmak için stratejiler belirleyip uygulamalı

1.8.1.1.3. Çalışanların Katılımı

Çalışanlar, kuruluşun temelini oluşturmaktadır ve onların katılımı, yeteneklerinin kuruluşun yararına kullanılmasını sağlar.

Çalışanların katılımı ilkesinin uygulanabilmesi için;

- Problemleri ve onları çözüme sorumluluğunu kabul etmeli
- Geliştirme için fırsatlarını aramalı
- Takım içinde bilgi ve deneyimlerini özgürce paylaşmalı
- Müşteriler için değer yaratmaya odaklanmalı
- Yetkinlik, bilgi ve deneyimlerini artırma fırsatlarını aramalı
- Kuruluş hedeflerini ileri götürmede yenilikçi ve yaratıcı olmalı, işlerinden tatmin olmalı
- Kuruluşa bağlı olmaktan dolayı hevesli ve gururlu olmalı

1.8.1.1.4. Süreç Yaklaşımı

Faaliyetler birer süreç olarak yönetildiğinde istenen sonuca daha etkin şekilde ulaşılır.

Süreç Yaklaşımı ilkesinin uygulanabilmesi için;

- Hedeflenen sonuçlara ulaşmak için gerekli faaliyetler sistematik bir şekilde tanımlanmalı
- Sürecin girdi ve çıktıları tanımlanmalı ve ölçülmeli
- Ana faaliyetlerin birbirleri ve kuruluşun fonksiyonları ile bağlantısı tanımlanmalı
- Faaliyet risklerinin, sonuçlarının etkileri değerlendirilmeli
- Süreçleri yönetmek için yetki ve sorumluluklar belirlenmeli
- Süreçleri oluştururken, istenilen sonuca ulaşmak için gerekli her türlü kaynaklar göz önünde bulundurulmalı

1.8.1.1.5. Yönetimde Sistem Yaklaşımı

Birbirleriyle ilişkili süreçlerin bir sistem olarak belirlenmesi, anlaşılması ve yönetilmesi, organizasyonun amaçlarını gerçekleştirmeye yönelik olarak etkililiğe ve etkinliğine katkı sağlayacaktır.

Sistem yaklaşımı;

- Sistemi, belirli bir hedefi etkileyen süreçleri tanımlayarak veya geliştirerek tarif etmeyi,
- Sistemi, hedefe en etkin şekilde ulaşacak biçimde yapılandırmayı
- Sistemin süreçlerindeki karşılıklı dayanışmaları anlamayı
- Faaliyetten önce uygun kaynak ihtiyaçlarını belirlemeyi gerektirir.

1.8.1.1.6. Sürekli Gelişme

Kuruluştaki sürekli iyileştirilmesinin sağlanması, sürekli bir hedef olmalıdır.

Sürekli iyileştirme için;

- Kuruluştaki çalışan her personelin, sistemi iyileştirme için katkıda bulunması sağlanmalıdır.
- Sistem etkin bir şekilde iyileştirilmeli, potansiyel iyileştirme alanları için, iyileştirme kriterleri kullanılarak periyodik değerlendirmeler yapılmalıdır.
- İyileştirmeler tanımlanarak, iyileştirme hedefleri konularak bu hedefler ölçülmeli ve izlenmelidir.
- Önemli faaliyetler desteklenmelidir.

1.8.1.1.7. Gerçeklere Dayalı Karar Verme

Etkin kararlar, elde edilen verilerin analiz edilerek bilgi elde edilmesi temeline dayanır.

Bu ilkenin uygulanabilmesi için;

- Hedefe uygun ölçümlerin yapılması, veri ve bilgilerin toplanması
- Veri ve bilginin yeterince doğru ve güvenilir olmasının sağlanması
- Veri ve bilgilerin geçerli yöntemlerle analiz edilmesi

- Analiz sonuçlarını deneyim ve sezgi ile dengeleyerek karar alınması ve harekete geçmenin gerçekçi analizlere dayandırılması gerekmektedir.

1.8.1.1.8. Tedarikçilerle Karşılıklı Faydaya Dayalı İşbirliği

Kuruluş ve tedarikçileri birbirleri ile bağımlıdır ve karşılıklı fayda sağlayan bir ilişki her iki tarafında değer yaratma kabiliyetini artırır.

Bu ilke;

- Tedarikçilerin tanımlanması ve seçilmesini
- Kuruluşun kısa vadeli kazançlarla uzun vadeli planlarını dengeleyen tedarikçi ilişkilerinin oluşturulmasını
- Açık ve anlaşılır iletişimin kurulmasını
- Ortak geliştirme ve iyileştirme faaliyetlerinin oluşturulmasını
- Bilgilerin ve gelecekteki planların paylaşılmasını
- İyileştirmelerin ve başarıların esin kaynağı olması, cesaretlendirilmesi ve tedarikçilerin iyileştirme ve başarılarından haberdar edilmesini gerektirir.

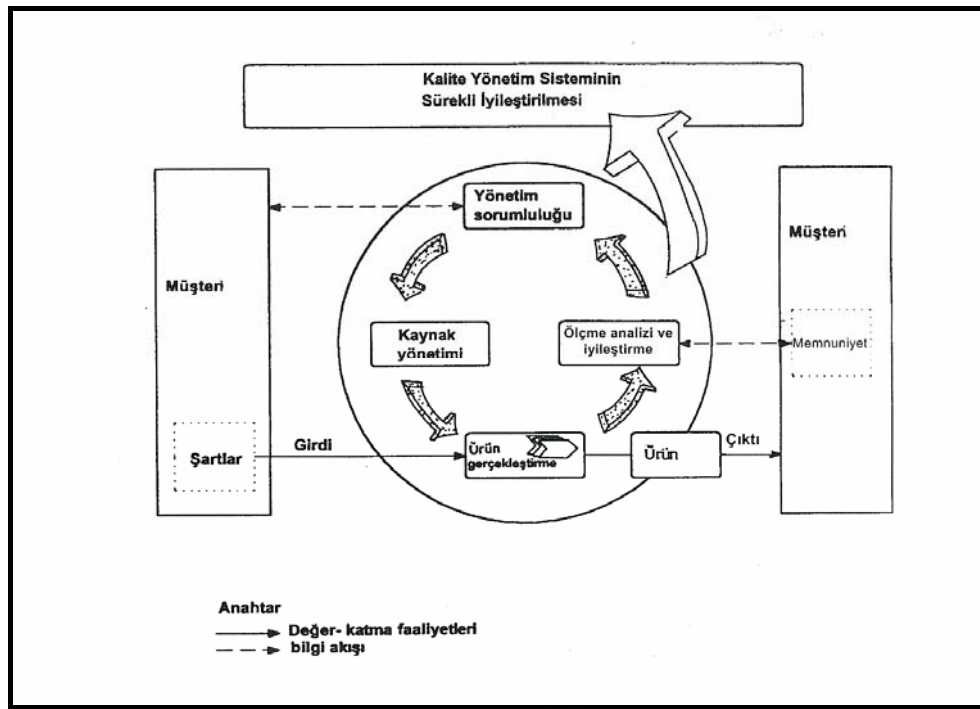
1.8.1.2. ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi Standardı

ISO 9000 standardı, tanımlandığı model ile bir kuruluşun ürettiği ürün veya hizmetin kalitesini güvence altına almak ve kalite sistemini yönetmek için uyulması gereken “asgari” şartları ortaya koymaktadır. Bu nedenle ISO 9000, bir kuruluşun ürettiği ürün veya hizmetin kalitesini değil, söz konusu kaliteyi oluşturan ve güvence altına alan sistemin kalitesini ifade etmektedir.

ISO 9001:2000’ in süreçlere dayalı kalite yönetim sistemi modelinde sistemin çıktısı olarak ürün gösterilmekte ve metinlerde ürün sözcüğü yer almaktadır. Bu durum standardın hizmeti kapsamadığı şeklinde yorumlanabilmektedir. Ancak standardın 3.maddesi olan ‘Terimler ve Tarifler’ bölümünde “standardın bütün

metninde her nerede 'ürün' terimi yer alıyorsa bu 'ürün' terimi aynı zamanda 'hizmet' anlamını da taşıyabilir" ifadesi yer almaktadır (TS EN ISO 9001:2000).

Hizmet olarak alıcıya sunulan şeyin, ürün olarak nitelendirilmesi yerinde olacaktır. Sonuçta standartların metinlerinde kullanılmış olan ürün sözcüğü ve ürüne ilişkin ifadelerin yerine hizmete ilişkin karşılıkları konulduğunda, koşutluk hemen belirginleşir (Esin, 2002:49).



Şekil 2. Kalite Yönetim Sistemi Modeli (TS EN ISO 9001:2000).

Şekil 2' de gösterilen süreç temeline dayanan kalite yönetim sistemi modeli Madde 4'ten Madde 8'e kadar verilen süreç bağlantılarını gösterir. Bu gösterim, şartların girdi olarak tanımlanmasında müşterinin önemli bir rol oynadığını gösterir. Müşteri memnuniyetinin izlenmesi, müşteri algılamaları ile ilgili bilgilerin, kuruluşun müşteri isteklerini karşılayıp karşılamadığı açısından değerlendirilmesini gerektirir. Şekil 2' de gösterilen model, bu standardın tüm şartlarını kapsar, ancak bu süreçleri detaylı seviyede göstermez.

Yukarıda ana maddeler halinde ele alınan sekiz kalite yönetim prensibi temelinde oluşturulan ISO 9001:2000 Standardı, dokuz maddeden oluşmaktadır. Standardın sıfırıncı maddesi, standardın dayandığı yaklaşımı, daha önceki standartlarla ilişkileri ve diğer yönetim sistemleri ile uyumu açıklamaktadır. Birinci madde, standardın kapsamını ve uygulama alanını, ikinci madde atıf yapılan standart ve/veya dokümanları, üçüncü madde de terimler ve tarifleri içermektedir.

Standardın dört ila sekizinci maddeleri arasındaki bölümünde ise Kalite Yönetim Sisteminin gereklilikleri yer almaktadır. Bu maddeler aşağıda sadece ana başlıkları ile verilmiş olup, standart metni ekte sunulmuştur(TS EN ISO 9001:2000):

4. Kalite yönetim sistemi

4.1 Genel şartlar

4.2 Dokümantasyon şartları

4.2.1 Genel

4.2.2 Kalite el kitabı

4.2.3 Dokümanların Kontrolü

4.2.4 Kayıtların Kontrolü

5. Yönetimin Sorumluluğu

5.1 Yönetimin taahhüdü

5.2 Müşteri Odaklılık

5.3 Kalite Politikası

5.4 Planlama

5.4.1 Kalite hedefleri

5.4.2 Kalite Yönetim Sisteminin Planlaması

5.5 Sorumluluk, yetki ve iletişim

5.5.1 Sorumluluk ve yetki

5.5.2 Yönetim Temsilcisi

5.5.3 İç İletişim

5.6 Yönetimin Gözden Geçirmesi

5.6.1 Genel

5.6.2 Gözden Geçirme Girdisi

5.6.3 Gözden Geçirme Çıktısı

6. Kaynak Yönetimi

6.1 Kaynakların Sağlanması

6.2 İnsan Kaynakları

6.2.1 Genel

6.2.2 Yeterlilik, Farkında olma(bilinç) ve Eğitim

6.3 Alt Yapı

6.4 Çalışma Ortamı

7. Ürün Gerçekleştirme

7.1 Ürün Gerçekleştirmenin Planlaması

7.2 Müşteri İle İlişkili Prosesler

7.2.1 Ürüne Bağlı Şartların Belirlenmesi

7.2.2 Ürüne Bağlı Şartların Gözden Geçirilmesi

7.2.3 Müşteri İle İletişim

7.3 Tasarım ve Geliştirme

7.3.1 Tasarım ve Geliştirme Planlaması

7.3.2 Tasarım ve Geliştirme Girdileri

7.3.3 Tasarım ve Geliştirme Çıktıları

7.3.4 Tasarım ve Geliştirmenin Gözden Geçirilmesi

7.3.5 Tasarım ve Geliştirmenin Doğrulanması

7.3.6 Tasarım ve Geliştirmenin Geçerli Kılınması(geçerliliği)

7.3.7 Tasarım ve Geliştirme Değişikliklerinin Kontrolü

7.4 Satın Alma

7.4.1 Satın Alma Prosesi

7.4.2 Satın Alma Bilgisi

7.4.3 Satın Alınan Ürünün Doğrulanması

7.5 Üretim ve Hizmetin Sağlanması(sunulması)

7.5.1 Üretim ve Hizmet Sağlamanın Kontrolü

7.5.2 Üretim ve Hizmet Sağlanması İçin Proseslerin Geçerliliği

- 7.5.3 Belirleme ve İzlenebilirlik
- 7.5.4 Müşteri Mülkiyeti
- 7.5.5 Ürünün Muhafazası
- 7.6 İzleme ve Ölçme Cihazlarının Kontrolü

8. Ölçme, Analiz ve İyileştirme

- 8.1 Genel
- 8.2 İzleme ve Ölçme
 - 8.2.1 Müşteri Memnuniyeti
 - 8.2.2 İç Tetkik
 - 8.2.3 Proseslerin İzlenmesi ve Ölçülmesi
 - 8.2.4 Ürünün İzlenmesi ve Ölçülmesi
- 8.3 Uygun Olmayan Ürünün Kontrolü
- 8.4 Veri Analizi
- 8.5 İyileştirme
 - 8.5.1 Sürekli İyileştirme
 - 8.5.2 Düzeltici Faaliyet
 - 8.5.3 Önleyici Faaliyet

1.8.1.2.1. Kalite Yönetim Sistemi Dokümantasyonu

Kuruluş, kalite yönetim sistemini standardın şartlarıyla bağlantılı biçimde oluşturmalı, dokümante etmeli, sürekliliğini sağlamalı ve sürekli iyileştirmelidir. Kalite yönetim sistemi için ihtiyaç duyulan süreçler ve bu süreçlerin kuruluşta nasıl uygulanması gerektiği belirlenmelidir. Bu gereklilikler prosedürler, talimatlar ve kalite el kitabında belirlenebilir. Süreçlerin sıralaması ve etkileşimi belirlenmeli, kontrol etkinliğinin güvence altına alınması için ihtiyaç duyulan metotlar belirlenmelidir. Kuruluşlar bu süreçleri izlemeli, ölçmeli, analiz etmeli ve planlanan sonuçlara ulaşılması için sürekli iyileştirmesini sağlamalıdır.

Kuruluşlar karmaşık bir dokümantasyon yerine, sistemin etkin şekilde uygulanmasına odaklanmalıdır ve kalite yönetim sistemi dokümantasyonu, kalite

politikası ve kalite hedefleri kuruluşlar tarafından belirlenmelidir. Kalite el kitabı, standardın şartlarının gerektirdiği şekilde hazırlanmalı ve dokümanite edilmiş prosedürler oluşturulmalıdır. Ayrıca söz konusu standardın gerektirdiği kalite kayıtlarını tutulmalıdır. Bir kalite yönetim sisteminin dokümantasyonunun içeriği kuruluşun büyüklüğü ve faaliyetlerin özelliği, süreçlerin karmaşıklığı ve bunların aralarındaki etkileşime göre farklılık gösterir

Kalite yönetim sisteminin gerektirdiği tüm dokümanlar sadece hazırlanıp bırakılmamalı ve sürekli olarak kontrol edilmelidir. Dokümanite edilmiş prosedürde tanımlanmak üzere, yayınlanmadan önce dokümanların yeterlilikleri için onaylanması, dokümanların gözden geçirilmesi, gerektiğinde güncellenmesi ve tekrar onaylanması gerekmektedir. Dokümanlarda değişikliklerin ve güncel revizyon durumunun belirlenmesinin güvence altına alınması gerekmektedir. İlgili dokümanların uygun revizyonlarının kullanım noktalarında bulundurulması, okunabilir olması ve kolaylıkla belirlenebilmesinin sağlanması gerekmektedir. Kuruluş yazılı, elektronik gibi ortamlarda, kuruluşla ilgili ve kuruluşa yön veren bilgileri oluşturmalı ve sürekliliğini sağlayabilmelidir. Güncelliğini yitirmiş dokümanlar kullanılmamalıdır. Bu dokümanların herhangi bir amaçla saklanması durumunda, gerekli kontrolleri tanımlamak gerekmektedir (TS EN ISO 9001:2000).

Kalite kayıtları, kalite yönetim sisteminin şartlarına uygunluğunu kanıtlamak için oluşturulmalı ve gerektiğinde güncellenmelidir. Kalite kayıtlarının okunabilir, depolanabilir, korunabilir ve tekrar ulaşılabilir olması gerekmektedir. Saklama süresi ve elden çıkarılması için gerekli prosedürler oluşturulmalıdır (TS EN ISO 9001:2000).

1.8.1.2.2. Yönetimin Sorumluluğu

Yönetim, belirlenen amaçlara ulaşmak için gerekli faaliyetlerin etkili ve verimli bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlayabilmelidir. Bunun yanı sıra kuruluş içinde işbirliğini ve koordinasyonu sağlamaya yönelik çalışmaların tümünü planlamalıdır (Alpugan, 1988:159). Üst yönetim, çalışanlara, yasal şartlar da dâhil

olmak üzere müşteri şartlarının yerine getirilmesinin önemini iletmelidir. Yönetim kalite politikasını oluşturmak ve kalite hedeflerinin oluşturulmasını sağlamalıdır. Gözden geçirme toplantıları yaparak, kalite yönetim sisteminin uygulanması ve etkinliğinin sürekli iyileştirilmesini kontrol etmesi gerekmektedir. Yöneticilerin iki temel görevi vardır. Bunlar (Efil, 1999:141):

- Kuruluşun performansını yükseltmek ve geliştirmek,
- Mevcut sistemi, belirlenen hedeflere uygun çalıştırmaktır.

1.8.1.2.3. Kalite Politikası ve Kalite Hedefleri

Kalite politikası oluşturulması ve duyurulması, üst yönetimin sorumluluğundadır. Üst yönetim, kalite politikasının amacına uygunluğunu, sürekli iyileşme taahhüdü içermesini, kalite hedeflerinin oluşturulmasını sağlamalıdır (Bozkurt ve Asil, 1995:36). Kalite politika ve hedeflerinin belirlenmesi, çalışanların hangi rolü üstlenmesi ve kuruluşun tüm etkinliklerine en yüksek düzeyde katkıda bulunmak için hangi sonuçlara ulaşması gerektiğini bilmesini sağlayan yönetim sürecidir. Üst yönetim, şartlarının yerine getirilmesi için gerekli olanlar da dâhil olmak üzere, kalite hedeflerinin kuruluşun bütün birimlerinde oluşturulmasını sağlamalıdır. Oluşturulan bu hedefler kalite politikasıyla uyumlu ve ölçülebilir olmalıdır. Kalite hedefleri belirlenirken müşteri beklentileri de dikkate alınmalıdır (Tütüncü, 1998:90).

1.8.1.2.4. Planlama, Sorumluluk, Yetki ve İletişim

Kuruluşlar, kalite hedefleri ile birlikte kalite yönetim sisteminin planlanmasını da yapmalıdır. Bu planlama kalite yönetim sisteminin bütününe kapsamalıdır. Planlamada tüm çalışanların katkısı önemli bir faktördür. Bu katkı müşteri beklentilerinin ürün veya hizmete yansıtılabilmesi için gereklidir. Üst yönetim, sorumlulukları, görevleri, yetkileri ve yetki devirlerini tanımlayarak çalışanlara duyurmalıdır.

Üst yönetim, kalite yönetim sistemi içerisinde süreçlerin oluşturulması, uygulanması, sürdürülmesi ve iyileştirme için ihtiyaçları raporlamalıdır (TS EN ISO 9001:2000). Kuruluş, müşteri şartlarının bilincinde olunması ve yaygınlaştırılmasının sağlanmasını için, kuruluş içinden birini yönetim temsilcisi atmalıdır. Yönetim, kuruluşta uygun iletişimin gerçekleştirilmesi ve iletişimin kalite yönetim sisteminin etkinliği ile bağlantılı yapılmasını sağlamalıdır. Kuruluşların dış çevre ile etkin iletişim kurabilmeleri için, öncelikle kendi içlerinde kurumsal iletişimi sağlamaları gerekmektedir (Sabuncuoğlu, 1984:9).

Kuruluşun üst yönetimi, planlanan periyotlarda gözden geçirme toplantıları yapmalıdır ve bunlara ilişkin kayıtları muhafaza etmelidir. Bu gözden geçirme toplantıları, iyileştirme fırsatlarının değerlendirilmesini, kalite politikası ve kalite hedefleri de dâhil olmak üzere kalite yönetim sistemindeki değişiklik ihtiyacını içermelidir. Kalite yönetim sistemini etkileyebilecek planlı değişiklikler ve iyileştirme için öneriler bu gözden geçirmelerde dikkate alınmalıdır. Yönetimin gözden geçirme faaliyetleri, kalite yönetim sistemi ve süreçlerin iyileştirilmesi, müşteri şartlarıyla ilgili ürün/hizmetin iyileştirilmesi, kaynak ihtiyaçları ile ilgili kararları ve eylemleri içermelidir (TS EN ISO 9001:2000).

Bireylerin toplum içinde bir arada yaşayabilmelerinin temelinde iyi bir iletişim süreci yatmaktadır. Aynı şekilde insanların ortak bir hedefte birleşebilmeleri ve ihtiyaçlarını karşılayacak organizasyonlar kurabilmeleri ancak iyi bir iletişimle gerçekleşebilir (Dicle, 1974:14). Bilgi, fikir, düşünce aktarımı bir kişiden diğerine anlam aktarımı sayesinde gerçekleşir. Ancak iletişim sadece anlam aktarımı değildir, aynı zamanda bu anlamın anlaşılması gerekir. Kuruluşlar kurumsal iletişimi sağlamak zorundadırlar ve bu iletişim anlaşılır olmalıdır (Paksoy, 2002:117).

1.8.1.2.5. Kaynak Yönetimi

Kuruluşlar dış çevre şartlarında meydana gelen değişimlerden kolay etkilenir etkilenirler. Bu yüzden, kalite yönetim sisteminin uygulanması, sürdürülmesi ve etkinliği sürekli iyileştirilmelidir. Müşteri şartlarının yerine getirilmesiyle müşteri

memnuniyetinin arttırılması için gerekli kaynaklar belirlenmeli ve sağlanmalıdır. Müşteri memnuniyeti için ortak bir amaç etrafında toplanılmalı ve katılımcı olunmalıdır. Bilginin yönetildiği müşteri odaklı bir kurum olunmalıdır (Peker,1994:78).

Kaliteyi sağlamada donanım, uygulama ve insan, üç önemli yapı taşı oluşturmaktadır. Ancak, insan ögesi olduğunda diğer ikisinden bahsetmek mümkün olabilir. İnsan kalitesinin iyileştirilmesi ise eğitimin ana hedefidir (Peker,1994:67). Kuruluş, ürün kalitesini etkileyen işleri yapan personel için gerekli yetkinlikleri belirlemelidir ve ihtiyaçların karşılanması için eğitim sağlamalı veya diğer faaliyetleri başlatmalıdır. Başlatılan faaliyetlerin etkinliğini değerlendirmeli, personelin, faaliyetlerinin uygunluğunu denetlemelidir (Cafoglu, 1996:2).

Ürün veya hizmete bağlı şartlarının yerine getirilmesi için gerekli altyapı kuruluşlar tarafından sağlanmalıdır. Binalar, çalışma alanı ve ilgili yardımcı ürünler altyapının bir parçası olarak değerlendirilmelidir. Donanım ve yazılım, ulaştırma veya iletişim gibi destekleyici hizmetlerde bu kapsamda değerlendirilebilir. Kuruluş ürün veya hizmet şartlarının uygunluğunu sağlamak için gerekli çalışma ortamını hazırlamalıdır. Çalışma ortamı, kuruluşun içinde bulunan her türlü demirbaş ve teçhizatı kapsamaktadır.

1.8.1.2.6. Ürün/Hizmet Gerçekleştirme

Kuruluşlar daha kaliteli ürünün veya hizmetin sunulması için gerekli süreçleri planlanmalı ve geliştirmelidir. Bu gerçekleştirme planlaması, kalite yönetim sisteminin şartlarıyla ve kalite hedefleriyle uyumlu olmalıdır. Ürün ve hizmetler, müşterilerin gereksinim ve beklentileri temel alınarak tasarlanabilir ve geliştirilebilir olmalıdır (Bozkurt, 2001:63). Ürün/hizmet gerçekleştirme planlamasında, kuruluş gereklilikleri belirlemelidir. Kuruluş kalite hedefleri ve ürün için şartları, süreçlerin, dokümanların oluşturulması ve ürüne özel kaynakların sağlanması için ihtiyaç duyulan materyallerin sağlanması planlanmalıdır. Bu planlamanın çıktısı, kuruluşun yöntemlerine uygun olmalıdır. Kuruluşlar, önceden görülemeyen risklerin en aza

indirilmesini sağlayacak yönetim stratejilerinin önemi kavramalı ve ürün/hizmeti gerçekleştirebilmelidir.

Kuruluş, ürün/hizmetle ilgili şartları gözden geçirmelidir. Bu gözden geçirme, kuruluşun müşteriye ürün veya hizmeti sunma taahhüdünden önce gerçekleştirilmelidir. Sözleşmenin kapsamı, içerdiği şartları yerine getirmek için neler yapılabileceği araştırılmalıdır. Müşteri şartları, kuruluş tarafından kabul edilmeden önce doğrulanmalıdır. Ürün şartlarının değişmesi durumunda, kuruluş ilgili dokümanların düzeltilmesini ve ilgili personelin bu değişen şartlardan haberdar edilmesini sağlamalıdır (TS EN ISO 9001:2000). Kuruluş, ürün veya hizmetle ilgili değişiklikler, başvurular, sözleşmeler ve müşteri şikâyetleri de dâhil olmak üzere, müşteriden elde edilen bilgiler ile ilgili, müşterilerle olan iletişim için etkin düzenlemeleri belirlemeli ve uygulamalıdır.

Müşteri odaklı olmak, kuruluşların kendilerini müşterinin yerine koyabilmeleri anlamına gelmektedir. Müşteri odaklılık, müşteri beklentilerinin anlaşılması ve bu beklentileri karşılayacak ürün ya da hizmetin sunulması için gerekenlerin yapılmasını amaçlayan bir süreçtir (Bozkurt, 1996:33).

1.8.1.2.7. Üretim ve Hizmetin Sağlanması

Kuruluş üretimi ve hizmet sunumunu planlamalı ve müşteri şartlarına uygun bir biçimde yürütmelidir. Kontrollü şartlar, ürün/hizmet karakteristiklerini, çalışma talimatlarını, uygun ekipman kullanımını, izleme ve ölçme cihazlarının kullanımını, izleme ve ölçmenin uygulanmasını, teslimat ve teslimat sonrası faaliyetlerin uygulanmasını içerir.

Ürün veya hizmetin yetersizliği durumunda, üretim ve servis sunumu süreçleri harekete geçirilmelidir. Servis sunumu ürün kullanılmaya başlandıktan veya servis sunulduktan sonra ortaya çıkar. Üzerinde durulması ve olması gereken, hataları ayıklamak yerine, hata yapmamak olmalıdır (Tümer, 1995:44).

Kuruluş kendi tarafından kullanılıyorsa, müşteri mülkünün korunmasına özen göstermelidir. Müşteri mülkü belirlenmeli, doğrulanmalı, korunmalı ve güvenliği sağlanmalıdır. Herhangi bir müşteri mülkü kaybolur, hasar görür veya kullanıma uygun olmama durumunda ise, bu müşteriye raporlanmalı ve kayıtlar muhafaza edilmelidir (TS EN ISO 9001:2000). Fikri mülkiyet de müşteri mülkiyeti kapsamında değerlendirilmelidir.

Ölçme cihazları, belirlenmiş zaman aralıklarında veya kullanımdan önce ölçme cihazlarıyla ve standartlarıyla kalibre edilmeli veya doğrulanmalıdır. Sonuçlar belirtilen standartla uymuyorsa, kalibrasyon ve doğrulamada esas alınan hususlar kaydedilmelidir. Gerekğinde tekrar ayarlanmalı, kalibrasyon durumunun belirlenebilmesi için tanımlanmalı, ölçüm sonuçlarını geçersiz kılacak ayarlamalardan korunmalıdır. Cihazlar ve donanım şartlara uygun olmadığı zaman, kuruluş önceki ölçüm sonuçlarının geçerliliğini değerlendirmeli ve kaydetmelidir. Kalibrasyon kayıtları muhafaza edilmelidir (TS EN ISO 9001:2000).

1.8.1.2.8. Kontrol Etme ve Sürekli İyileştirme

Kuruluş, problemleri belirmeli, teorik bilgileri toplamalı, önceden yapılmış araştırmaları incelemeli, çözüm için gerekli verileri toplamalı, bu verileri düzenlemeli, istatistik teknikleri kullanabilmeli ve elde edilen sonuçları yorumlayabilmelidir (Gavcar, 2001:9). Kalite yönetim sistemi performansının ölçümlerinden biri olarak, kuruluş, müşteri şartlarını yerine getirip getirmediğine dair müşteri algılamasıyla ilgili bilgileri izlemelidir. Kuruluş bilgilerin elde edilmesi ve kullanılması için gerekli metotları belirlemelidir.

İç tetkik, faaliyetlerin uygulanıp uygulanmadığının, sistemli ve tarafsız olarak incelenmesi anlamına gelmektedir. Tetkik programı, önceki tetkik sonuçları da dâhil olmak üzere tetkik yapılacak alanların durumu ve önemi dikkate alınarak planlanmalıdır. İç tetkikte çıkan uygunsuzluklar açıklanmalı ve son değerlendirme sonrasında tetkik edilen birime iletilmelidir. Tetkikin kapsamı, sıklığı ve metotları tanımlanmalıdır. Tetkik esnasında bir uygunsuzluk tespit edildiğinde raporlanmalı ve

sebebi araştırılmalıdır. Tetkikçiler kendi işlerini tetkik etmemelidir (TS EN ISO 9001:2000). Tetkikin planlanması, yürütülmesi, sonuçların raporlanması, kayıtların muhafaza edilmesi için sorumluluklar bir prosedür içerisinde tanımlanmalıdır.

Kalite yönetimi sürekli iyileştirme süreci ile üretilen mal veya hizmetin kalite kontrolünü en son aşamada yapmak yerine, tüm çalışanların katılımı ile başlangıcından itibaren, her aşamasında kaliteli ürün veya hizmete özen göstermeyi gerekli kılmaktadır. Tetkik yapılan birimden sorumlu yönetim, tespit edilen uygunsuzlukların ve nedenlerinin ortadan kaldırılması için gecikmeden düzeltici faaliyetlerin başlatılmasını sağlamalıdır (Erkoç, 2004:183). Amaç tetkikin yapılması değil, sistemin düzgün bir şekilde çalışmasını sağlayarak kalitenin sürekli iyileştirilmesi olmalıdır. Burada sistemin süreç temelli kurulması gereği ortaya çıkmaktadır. Prosesler, planlanan sonuçlara ulaşabilme yeteneğini göstermelidir.

Kuruluş, ürün/hizmet karakteristiklerini izlemeli ve ölçmelidir. Bu, ürün/hizmet gerçekleştirme sürecinin uygun aşamalarında planlanan düzenlemelere uyumlu bir biçimde yapılmalıdır.

Kuruluş, ürün veya hizmet şartlarına uymayan ürün veya hizmetin yanlışlıkla kullanımının veya teslimatının önlenmesini, belirlenmesini ve kontrol edilmesini sağlamalıdır. Bu kontroller ve uygun olmayan ürünün/hizmetin ele alınmasıyla ilgili sorumluluklar ve yetkiler, dokümanede edilmiş prosedürde tanımlanmalıdır (TS EN ISO 9001:2000). Kuruluşlar tespit edilen bir uygunsuzluğun ortadan kaldırılması için faaliyet başlatarak, tedbir almak zorundadırlar. Uygunsuzluğun ve gerçekleştirilen düzeltici faaliyetlerin kayıtları muhafaza edilmelidir. Uygun olmayan ürün/hizmet düzeltildiğinde, şartlara uygunluğunu göstermek için tekrar doğrulanmalıdır. Teslimden veya kullanılmaya başlandıktan sonra uygun olmayan ürün/hizmet tespit edildiğinde, kuruluş, uygunsuzluğun sonuçlarına uygun faaliyeti başlatmalıdır (TS EN ISO 9001:2000).

Kuruluş, kalite yönetim sisteminin uygunluğunu ve etkinliğini göstermek için gerekli verileri toplamalı ve analiz etmelidir. Sürekli iyileştirme, sistemi yönetme

şekli olarak ele alınmalıdır. Kuruluşlar, kalite politikası, kalite hedefleri, tetkik sonuçları, veri analizi, düzeltici ve önleyici faaliyetleri kullanmak yoluyla kalite yönetim sisteminin etkinliğini sürekli iyileştirmelidir.

Düzeltilici faaliyet, saptanan bir uygunsuzluğun sebebini veya diğer istenmeyen sonuçları ortada kaldırmak için gerçekleştirilen faaliyettir. Bir uygunsuzluğun birçok sebebi olabilir. Düzeltici faaliyetlerin amacı bir daha aynı uygunsuzlukla karşılaşmamak olmalıdır. Tespit edilen sorunlar düzeltici ve önleyici faaliyetlerle sürekli giderildiğinden dolayı sürekli gelişen dinamik bir kuruluş yapılanmasının tesis edilmesi sağlanmaktadır (Sözer, 2002:71)

Sürekli gelişen ve öğrenen bir kuruluşun temelinde hataları ayıklamak yerine hata yapmama yaklaşımı vardır ve kapsamlı, doğru bir plânlama ile sonradan oluşabilecek hataların çok büyük bir bölümü, daha ortaya çıkmadan önlenmektedir (Peker, 1994:200). Sadece süreçteki yapılan hataları gidermek yerine, doğrudan hatanın kaynağına yönelmek ve onu ortadan kaldırmak, kalite hedefleri arasında olmalıdır. Kuruluş yapılan hataların düzeltilmesinin yanı sıra tekrarını önlemek amacıyla, hataların nedenini ortadan kaldıracak önleyici faaliyetleri uygulamaya çalışmalıdır.

1.8.1.3. ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi Uygulamannın Kuruluşa Faydaları

Yukarıda genel olarak ele aldığımız standardın belirli maddelerinden yola çıkarak, kuruluşların elde edebileceği faydalar kısaca şöyle özetlenebilir (Şahin, 2002:110-112; Baş, 2002:229-238):

Madde 4.1: Yönetim Sistemleri ve Süreçler

Sürekli olarak performansını iyileştiren bir kuruluşu idare etmek ve çalıştırmak için sistematik ve görünür bir tarz sağlar. Süreçlerin etkileşimini gösterir ve sürecin kendi içinde yönetilmesini sağlar.

Madde 4.2: Dokümantasyon

Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğinin ve veriminin bilgilerini ve destekleyici delilini sağlar. Bir işin ilk seferde doğru yapılmasını sağlar. İsimlere bağımlılığı ortadan kaldıran önleyici faaliyettir. Kişileri ortak doğrularda birleştirir.

Madde 5.1: Yönetimin Sorumluluğu

Üst yönetimin katılımını sağlayarak, sistemde en önemli fonksiyon olduğunu gösterir.

Madde 5.2: Müşteri Odaklılık

Etkin ve verimli bir sistem elde etmek için kalite yönetim sisteminin, bütün ilgili tarafların ihtiyaçlarını ve beklentilerini dikkate almasını sağlar.

Madde 5.3: Kalite Politikası

Bütün ilgili tarafların ihtiyaçlarını, vereceği mesajlar ile anlaşılmasını sağlar ve kuruluşun tümünde somut ve beklenen sonuçları sağlayan yöntemi oluşturur.

Madde 5.4: Planlama

Kalite politikasını ölçülebilir hedeflere dönüştürür ve kuruluştaki önemli alanlar üzerinde açık odaklanmayı sağlamak için planlama yapar. Hedeflere ulaşılması ve kalite yönetim sisteminin başarılması için stratejidir.

Madde 5.5: Sorumluluk, Yetki ve İletişim

Kuruluşun büyüklüğüne göre tutarlı ve kapsamlı yaklaşım sağlar ve bütün ilgili taraflar için görevleri, sorumlulukları ve bağlantıları açıklar. Kalite yönetim sisteminde etkin iletişim ve bilgi alışverişi sağlar.

Madde 5.6: Yönetimin Gözden Geçirmesi

Kalite yönetim sisteminin iyileştirilmesinde üst yönetimin katılımını sağlayacak kuruluş ile ilgili performansı değerlendirerek etkin karar alınmasını sağlar. Planların gerçekleşip gerçekleşmediğini değerlendirir ve iyileştirme için uygun faaliyeti gösterir.

Madde 6.1: Kaynak yönetimi

İnsan, alt yapı, çalışma ortamı, bilgi, doğal kaynaklar ve mali kaynaklar türünden yeterli kaynakların bulunabilirliğini sağlar. Böylece kuruluşun amaçlarına ulaşılabilir.

Madde 6.2: İnsan Kaynakları

Görevlerin, sorumlulukların ve hedeflerin daha iyi anlaşılmasını sağlar ve performans iyileştirme hedeflerinin başarılması için kuruluşta her düzeyde katılımı artırır. Tanınmayı ve ödülü teşvik eder.

Madde 6.3: Alt Yapı, Madde 6.4: Çalışma Ortamı

Beşeri kaynaklardan başka kaynakların etkin kullanımını sağlar. Hedeflerin ve planların başarılabılır olmasını sağlamak için, sınırlamaların ve imkânların anlaşılmasını artırır. Alt yapının yeterliliğini sağlayarak, uygun çalışılabilir ortamın yaratılmasını sağlar. Kuruluşun hedeflerinin etkin ve verimli olarak başarılmasına yönelik iyileştirmeyi teşvik eder.

Madde 7.1: Ürün/hizmet Gerçekleştirme

Beklenen sonuçları almak için kuruluşun işlemlerini oluşturur.

Madde 7.2: Müşteri ile İlgili Süreçler

Kaynakların ve faaliyetlerin süreçlerle yönetilmesini sağlar. Kuruluşta, ilgili bütün tarafların ihtiyaçlarının ve beklentilerinin iyi anlaşılmasını sağlar.

Madde 7.3: Tasarım ve Geliştirme

Müşterilerin ve diğer ilgili tarafların ihtiyaçlarına ve beklentilerine etkin ve verimli olarak cevap vermek için, tasarım ve geliştirme süreçlerini oluşturur.

Madde 7.4: Satın Alma

Tedarikçilerin seçilmesini, değerlendirilmesini ve etkin satın almayı, kuruluşun kalite politikası ve hedefleri ile uyumlu olmasını sağlar.

Madde 7.5: Üretim ve Hizmetin Sağlanması

Müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerini karşılayan ürünlerin üretilmesi, hizmetlerin sunulması ile müşteri tatmininin artırılmasını sağlar.

Madde 7.6: İzleme Ve Ölçme Cihazlarının Kontrolü

Analiz için verilerin doğru olmasını sağlar. Ölçülen sonuçların güvenilirliğini geçerli kılar.

Madde 8.1: Ölçme, Analiz ve İyileştirme

İyileştirme için verilerin etkin ve verimli ölçümünü, toplanmasını ve ilgiye dönüşümünü sağlar.

Madde 8.2: İzleme ve Ölçme

Süreçlerin izlenmesi ve ölçülmesi için kontrollü metotlar sağlar. Kalite yönetim sistemi ve ürün/hizmet gerçekleştirme için etkin veri sağlar.

Madde 8.3: Uygun Olmayan Ürün/Hizmetin Kontrolü

Üründeki veya süreçteki uygunsuzlukların etkin bir şekilde giderilmesini sağlar.

Madde 8.4: Veri Analizi

Verilere dayalı gerçekçi karar vermeyi sağlar.

Madde 8.5: İyileştirme

Sürekli iyileştirme ile kuruluşun ve kalite yönetim sisteminin etkinliğini ve verimini artırır.

1.8.2. Akreditasyon

Akreditasyon, belirli amaç ve hedefler doğrultusunda tanımlanmış hizmet kalitesini korumak ve geliştirmek amacıyla belirli standart veya kriterler bazında, kurumun/birimin/bireyin performansını ölçerek (Erdoğan, 2003:97) uygulamaların ne derecede uygun olduğunun bağımsız ve kar amacı gütmeyen bir kuruluş tarafından belgelenmesidir (Sur, 2005:14).

Akreditasyon çoğunlukla gönüllüdür (JCI, 2003:1). Gönüllü olmasına rağmen sağlık hizmeti veren kuruluşların içinde bulunduğu rekabet koşulları, ödeme sistemleri ile bağlantısı ve farkındalığın artması sonucu yoğun bir şekilde uygulanmaya başlanmıştır (Demirbaş, 2005:17).

Akreditasyon ilk olarak sağlık hizmeti sunumundaki büyüyen standardizasyon ihtiyaçlarını karşılamak üzere 1913 yılında Amerika’da başlamıştır. Bu programa giderek katılımın artması sonucu, sağlık sektöründeki ilk akreditasyon kurumu 1951 yılında ‘Joint Commission on Accreditation of Hospital’ olarak kurulmuştur. Hastaneler dışındaki sağlık kuruluşlarının da kapsama alınmasıyla 1987’ de ismi “Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations”(JCAHO) olarak değiştirilmiştir (Kuş, 2000:3).

A.B.D.’de başlayan bu uygulama giderek yaygınlaşarak, önce Kanada, Avustralya, daha sonra İngiltere başta olmak üzere diğer Avrupa ülkelerine ulaşmıştır. Günümüzde Avrupa Birliği’ne üye ülkelerin çoğu ya akreditasyon programlarını uygulamakta ya da akreditasyon programı geliştirmeye ilgi duymaktadır (Kaya, 2005:33). Yaklaşık 40 ülkede uygulanan akreditasyon , isteğe bağlı veya zorunlu olmasına; devlete bağlı kurumlarca verilip verilmediğine; optimal mi yoksa temel gereksinimlere mi odaklandığına; çıktılarına mı yoksa sürece mi odaklandıklarına; cezalandırıcı mı yoksa geliştirici mi olduklarına; inceleme süreci sırasında sunulan danışmanlık ve eğitim düzeyine; ve akreditasyon belgesinin süresine göre ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir (Demirbaş, 2005:19). Diğer farklılıklar, akredite edilen sağlık bakım örgütleri hakkında kamuya duyurulan

bilginin miktarı ve ayrıntı düzeyi ile programın devlet tarafından desteklenmesi ya da özel olarak işletilmesi, özel olarak işletiliyor ise, akredite eden kuruluşun bağımsız olması ya da belirli sağlık bakım derneği tarafından işletilmesi ile ilgilidir (Kaya, 2005:33).

Akreditasyon standartları, hastanın bakım kalitesinin geliştirilmesi, güvenilir bir ortamın sağlanması, hastalar ve hizmet verenlerin risklerinin azaltılması ve çalışmaların devamlılığı için gözle görülebilir bir kurum taahhüdüdür (Çakmak, 2005:25). Diğer bir deyişle akreditasyon standartları, kaliteyi sürekli kılmak için bir yönetebilme metodudur. Akreditasyonun amaçları genel olarak şunlardır (Demirbaş, 2005:19):

1. Sağlık hizmeti sunan kuruluşlara yönelik standartları karşılamada, uygun başarı hedefleri koyarak, sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmek
2. Sağlık hizmetlerinin yönetim yapısını geliştirmek
3. Sağlık hizmeti sunan kuruluşların karşılaştırmalı veri tabanını oluşturmak
4. Hizmetlerin artan verimliliği üzerine odaklanarak, sağlık hizmeti maliyetini düzenlemek
5. Sağlık kuruluşlarına, yöneticilerine ve sağlık çalışanlarına, sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme stratejileri ve en iyi uygulamalar konusunda eğitim sağlamak
6. Halkın sağlık hizmetlerinin kalitesine olan güvenini artırmak
7. Hastalar ve personelle ilgili olarak yaralanma ve enfeksiyonlara bağlı riskleri azaltmak

A.B.D. merkezli Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (JCAHO)' nun dünya çapında akreditasyon hizmetlerini sağlayarak, uluslar arası toplumda sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmeye yönelik Uluslar arası Birleşik Komisyonu (JCI) 1998 yılında kurulmuştur (JCI, 2003:5). Hastaneyi bir bütün olarak değerlendiren JCI standartları,

1. Organizasyonel Standartlar
2. Hasta Odaklı Standartlar

olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır. 11 başlıkta toplanan standartların ana başlıkları şöyledir (Öcal, 2005:30; JCI, 2003):

Organizasyonel Standartlar :

- Yönetim, Liderlik ve İdare
- Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği
- Bilgi Yönetimi
- Tesis Yönetimi ve Güvenlik
- Personelin Nitelikleri ve Eğitimi
- Enfeksiyon Kontrolü ve Korunma

Hasta Odaklı Standartlar :

- Hizmete Erişim ve Hizmetin Sürekliliği
- Hasta Değerlendirmesi
- Hasta Bakımı
- Hasta ve Ailesinin Hakları
- Hasta ve Ailesinin Eğitimi

1.8.2.1. JCI Standartları

Bu bölümde Joint Commission International (JCI) standartları genel bakış açısıyla kısaca ele alınacaktır.

1.8.2.1.1. Organizasyonel Standartlar

1.8.2.1.1.1. Yönetim, Liderlik ve İdare

Mükemmel bir bakım hizmetinin sağlanması, etkin bir liderlik gerektirmektedir. Bir sağlık kuruluşunda liderlik çeşitli kaynaklarda ortaya çıkmaktadır: İdari yöneticiler, kliniklerin başında bulunan ilgili süreçten sorumlu

kişiler, belli alanlarda sorumluluk üstlenmiş kişiler vb. Buna göre her sağlık kuruluşu öncelikle liderlik yapmasını beklediği kişileri belirlemelidir.

Liderler kuruluşun misyonunu belirlemeli ve bu misyonu yerine getirmek için gereken kaynakların var olup olmadığını tespit etmelidir. Yetersiz kaynakların olması durumunda var olan kaynakların etkin kullanımı için gereken tedbirlerin alınması sağlanmalıdır. Liderler birlikte koordinasyon içerisinde çalışmalı ve kuruluşun tüm faaliyetlerini organize etmelidir. Liderler kuruluşta görev yapan kişilerin görev yetki ve sorumluluklarını belirlemeli, entegre bir yönetim anlayışının kuruluşta hakim olmasını sağlamalıdır (Öcal, 2006; JCI, 2003:121-132).

1.8.2.1.1.2. Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği

Bu standartta kalite yönetimi ve geliştirmeye kapsamlı bir yaklaşım tanımlanmıştır. Kalitenin iyileştirilmesine tamamlayıcı olan bir unsur, hastalara ve çalışanlara yönelik risklerde sürekli azalmadır.

Bu yaklaşım aşağıdaki süreçleri içermektedir:

- Klinik ve idari süreçleri iyi tasarlamak
- Gösterge verilerin toplanması aracılığıyla süreçlerin ne derecede iyi çalıştığını izlemek
- Verileri analiz etmek
- İyileştirme ile sonuçlanan değişimleri yürütmek ve sürdürmek

Bu standart, klinik ve idari süreçlerin sürekli izlenmesinin, analiz edilmesinin ve iyileştirilmesinin iyi organize olması gerektiğini ve azami faydaya erişmek için açık liderliğe ihtiyaç bulunduğunu vurgulamaktadır. Bu yaklaşım, klinik süreçlerinin çoğunun birden fazla departmanı veya birimi içerdiğini ve çok sayıda bireyin mesleğini içerebileceğini dikkate almaktadır. Aynı zamanda klinik ve idari kalite konularının çoğunun birbirleriyle ilişkili olduğunu göz önüne almaktadır. Bu nedenle, bu süreçleri iyileştirme çabaları, kuruluştaki kalite yönetiminin ve

iyileştirme faaliyetlerinin genel çerçevesi tarafından yönlendirilmelidir (Kutluat, 2006; JCI, 2003:97-109).

1.8.2.1.1.3. Bilgi Yönetimi

Bilgi yönetimi bir süreç olarak bilginin belirli amaçlar için üretim ve kullanımını içerir. Bilgi yönetiminin odak noktası, bilginin kullanıcılara sürekli aktarılmasıdır. Dolayısı ile yönetilmesi planlanan ve istenen bilginin, son derece karmaşık yapıya sahip olan sağlık kurumlarında organizasyonu da gerekmektedir.

Hasta bakımı sağlamak, bilgiye yüksek derecede bağımlı bir hizmettir. Her kurum hasta bakım sonuçlarını ve kurum performansını geliştirmek için bilgiyi elde etme, yönetme ve kullanma arayışı içindedir. Hizmetlerini sağlamak, koordine etmek ve bütünleştirmek için sağlık kurumları bakım bilimi, sağlanan bakım ve sonuçları ve kurumun kendi performansı ile ilgili tüm bilgileri kullanmak zorundadırlar. Diğer kaynaklar gibi bilgi de liderler tarafından etkin biçimde yönetilmesi gereken bir kaynaktır (Esatoğlu, 2005:42).

Bilgi yönetimi şu konuları içerir:

- Bilgi ihtiyaçlarının tespit edilmesi
- Bir bilgi yönetim sisteminin tasarlanması
- Veriyi ve bilgiyi tanımlama ve ele geçirme
- Veriyi analiz etme ve bilgiye dönüştürme
- Bilginin gizliliğini ve güvenliğini sağlama
- Veri ve bilgiyi aktarma ve raporlama
- Bilgiyi bütünleştirme ve kullanma

1.8.2.1.1.4. Tesis Yönetimi ve Güvenlik

Sağlık kuruluşları hasta, hasta yakınları, personel ve ziyaretçiler için güvenli, fonksiyonel ve çeşitli kolaylıklar sağlayan bir yapıya sahip olmalıdır. Bu hedefe

ulaşmak için fiziksel imkanlar, tıbbi ve diğere teçhizatlar ve çalışanlar etkin bir biçimde yönetilmelidir. Bu amaçla yönetim şu hususlara önem vermelidir: Tehlike ve riskleri azaltma ve kontrol altında tutma, kazaları ve yaralanmaları önleme, güvenli bir ortam sağlama. Yönetim belirtilen hususlarda gerekli planlama, eğitime ve izleme faaliyetlerini gerçekleştirmelidir (Saran, 2006; JCI, 2003:133-143).

1.8.2.1.1.5. Personel Nitelikleri ve Eğitimi

Sağlık kuruluşunun klinik ve yönetsel liderleri tarafından kuruluşun hangi niteliklere sahip, ne kadar çalışana olması gerektiği yazılı olarak belirlenmelidir. İşe alma ve değerlendirme süreci etkin bir biçimde koordine edilmeli ve bu amaçla standart prosedürler uygulanmalıdır. Bunların yanı sıra kuruluş çalışanlarına kendilerini kişisel ve mesleki anlamda geliştirme imkanı tanınmalıdır (JCI, 2003:145-156).

1.8.2.1.1.6. Enfeksiyon Kontrolü ve Korunma

Bu başlık altında yer alan standartlar, sağlık kuruluşunun bulunduğu yerleşim merkezine, hasta kapasitesine, sunduğu klinik hizmetlere ve çalışan sayısına göre değişebilmektedir. Bununla beraber standartlar, sağlık kuruluşunu şu hususlarda belirli davranışları sergilemeye zorlamaktadır: Enfeksiyon kontrolü faaliyetlerinin kimin liderliğinde yürütüleceğinin belirlenmesi, bu amaçla uygun politika ve prosedürlerin oluşturulması, personelin eğitilmesi, kuruluş genelinde koordinasyonun sağlanması (JCI, 2003:111-119; Çetinkaya, 2006).

1.8.2.1.2. Hasta Odaklı Standartlar

1.8.2.1.2.1. Hizmete Erişim ve Hizmetin Sürekliliği

Sağlık hizmeti sunan bir kuruluş, hasta bakım hizmetini, diğere hizmetlerin

yanı sıra sağlık personeli ve bakım düzeylerinden oluşan bir bütünüün parçası olarak ele almalıdır. Amaç, hastanın bakım ihtiyacını uygun hizmetlerle karşılayabilmek, hastaya sunulan hizmetleri koordine edebilmek ve izleme faaliyetlerini planlayabilmektir. Bu amaçla hangi ihtiyaçların karşılanabileceği, hizmet akışının en etkin nasıl olabileceği ve hastanın başka birimlere, evine ya da başka bir kuruluşa transferinin en uygun nasıl gerçekleştirilebileceği konularında bilgi sahibi olunmalı ve planlama yapılmalıdır (JCI, 2003:11-23).

1.8.2.1.2.2. Hasta Değerlendirmesi

Etkin bir hasta değerlendirme süreci, hastanın acil bakım ihtiyaçları ile süreklilik arz eden bakım ihtiyaçlarına ilişkin kararları içerir. Hasta değerlendirme sürekli ve dinamik bir süreçtir ve aynı anda birden fazla birimde gerçekleşebilmektedir. Bu amaçla sağlık kuruluşlarının üç temel sürece hakim olmaları gerekmektedir: Hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal durumu ve sağlık öyküsü hakkında bilgi toplama; elde edilen bilgilerin analiz edilerek, hastanın bakım ihtiyaçlarını belirlemede kullanılması; belirlenen ihtiyaçlara göre hastaya uygun bakım planı geliştirilmesi (JCI, 2003:41-61).

1.8.2.1.2.3. Hasta Bakımı

Hastalar için en uygun bakım hizmetinin sağlanması yüksek düzeyde planlama ve koordinasyon gerektirmektedir. Bu amaçla sağlık kuruluşu hasta bakımının temelini oluşturan faaliyetlere hâkim olmalıdır: her hasta için bakım hizmeti planlama ve bakım hizmeti sağlama, ihtiyaç olduğunda bakım planını değiştirme, bakımı tamamlama, takip işlemlerini planlama.

Bu faaliyetler değişik sağlık hizmetlerini içerebilmektedir. Her bir sağlık hizmeti sağlayıcısının hastanın bakımındaki rolü, kişinin sahip olduğu sertifikaya, bilgi ve becerilere ve kuruluşun oluşturduğu politika ve iş tanımlarına uygun olarak belirlenmelidir (JCI, 2003:63-79).

1.8.2.1.2.4. Hasta ve Ailesinin Hakları

Sağlık kuruluşu hastalarıyla açık iletişim kurmalı ve hastalara güven vermelidir. Bunun yanı sıra hastanın kültürel, psikososyal ve ruhsal değerlerine anlayışla yaklaşmalı ve onları korumalıdır.

Bir sağlık kuruluşunda hasta haklarını yerleştirmek için yapılması gereken, öncelikle bu hakların tanımlanması, daha sonra da hastaların ve personelin bu konuda eğitiminin sağlanmasıdır. Bu amaçla; sağlık kuruluşunun hasta haklarını belirlemesi ve koruma altına alması, hasta ve yakınlarını sahip oldukları haklar konusunda bilgilendirmesi, uygun olduğu durumlarda hasta yakınlarının hasta bakım kararlarına katılmasının sağlanması, hastanın yapılacak işlemler için onayının alınması ve personelin hasta hakları konusunda eğitilmesi gerekmektedir (JCI, 2003:25-40; Çakmak, 2006a).

1.8.2.1.2.5. Hasta ve Ailesinin Eğitimi

Hasta ve hasta yakınlarının eğitimi, hastalara kendi bakımlarına daha iyi katılmada ve bilgilendirilmiş bakım kararları almalarında yardımcı olur. Eğitim faaliyetleri, hastanın kendisine sağlık hizmeti sunan kişilerle karşılaşmasıyla birlikte başlamalıdır. Etkin bir eğitim, hasta ve yakınlarının eğitim ihtiyaçlarının doğru tespit edilmesine bağlıdır. Eğitimler, hastanın hem bakım hizmeti süresince ihtiyacı olan bilgileri kapsamlı hem de hastanın başka bir birime ya da evine transfer edilmesinden sonra ihtiyacı olabilecek bilgileri içermelidir.

1.8.3. EFQM Mükemmellik Modeli

EFQM Mükemmellik Modeli, Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı(EFQM) tarafından geliştirilen bir modeldir. Vakıf, Avrupa'nın önde gelen 14 şirketinin genel müdürleri tarafından 1988 yılında kurulmuştur. Bugün 800'den fazla üyesi bulunan vakfın misyonu, Avrupa'daki şirketlerin sürdürülebilir iş mükemmelliğine erişmelerinde itici güç oluşturmaktır (www.kalder.org). Bu doğrultuda

organizasyonların iş sonuçlarını, toplum üzerindeki etkiyi, müşteri ve çalışanların tatminini, erişilebilecek son nokta olan mükemmellik seviyesine yönelik yapılan gelişim aktivitelerine katılmasını yakalamaya teşvik etmek ve bu konuda onlara yardımcı olmayı amaçlamaktadır (Önce Kalite Dergisi, 1998:43).

EFQM Mükemmellik Modeli, kuruluşlara mükemmelliğe giden yolun neresinde olduklarını gösteren, dar boğazlarını saptamalarını sağlayan ve uygun çözümleri teşvik eden pratik bir araçtır. EFQM Avrupa'daki ve dışarıdaki kuruluşlardan gelen geri bildirimler ve en iyi uygulamaları doğrultusunda modelin sürekli gelişmesi ve güncelleşmesi konusunda çalışmalar yapmaktadır. Böylece modelin dinamik ve güncel yönetim anlayışı ile uyum içinde olması sağlanmaktadır (www.kalder.org).

EFQM Mükemmellik Modeli'nin ayrıntılı ve koşullandırıcı tanımlarla sınıflandırılmamış olması, uygulayacak kuruluşları kendi koşul ve gereksinimleri doğrultusunda gerekli yorum ve değişiklikleri yapabilmelerine olanak tanımaktadır. Böylece modelin kendisi de sürekli gözden geçirilmiş olmakta ve modeli kullanan kuruluşlardan ve değerlendiricilerden gelen geri bildirimler çerçevesinde iyileştirilmesi ve güncelleştirilmesi sağlanmaktadır (Seçkin, 1999:6).

EFQM Mükemmellik Modeli, sürekli mükemmelliği yakalamanın pek çok değişik yaklaşımı kullanarak da mümkün olabileceğini kabul eden ve reçete sunmayan bir çerçevedir. Bu reçete sunmayan çerçevenin altyapısını oluşturan sekiz temel kavram bulunmaktadır (www.kalder.org ; Dağ, 2002:41-43) :

- Sonuçlara Yönlendirme: Mükemmelliğin temel şartı, tüm paydaşların (hissedarlar, çalışanlar, müşteriler, tedarikçiler ve genel anlamda toplum) gereksinimlerinin dengelenmesi ve karşılanmasıdır. Bu kapsamda tüm paydaşlar için katma değer yaratmak kuruluşların temel hedefi haline gelmektedir.
- Müşteri Odaklılık: Ürün ve hizmet kalitesini en son noktada değerlendirecek olan müşteriler olduğundan, kuruluşların varlıklarını sürdürebilmeleri ve başarılı olabilmeleri, mevcut ve potansiyel müşterilerin gereksinimlerini karşılayabilme

yeteneğine bağlıdır. Bu nedenle, müşteri sadakatini sürdürebilmek için, müşteri üzerinde odaklanması gerekmektedir.

- **Liderlik ve Amacın Tutarlılığı:** Liderlik, çalışanlara öncülük etmeyi gerektirir. Liderin amaca yönelik açık ve tutarlı davranışları, çalışanlarının mükemmelliğe erişebilecekleri bir ortam yaratması, çalışanlar arasında da amaç birliğinin güçlenmesini sağlar.

- **Süreçler ve Verilerle Yönetim:** Müşterilerin ihtiyaçlarının karşılanma derecesi, işletme süreçlerinin mükemmelliği ile ilişkilidir. Dış müşterilerin tatmininin sağlamak için, öncelikle iç müşterilerin yani çalışanların tatminini sağlamak, hem kuruluşun kalitesini hem de verilen hizmetin kalitesini artıracaktır. Çalışanlar, birbirleri ile ilişkili tüm faaliyetleri, süreç mantığı içinde, bütünsel bir bakış açısıyla değerlendirdiklerinde, istenilen sonuçlara ulaşmak daha da kolaylaşacaktır. Bunun yanında paydaşların görüşlerinin değerlendirilerek planlama çalışmalarına katılması, güvenilir hedeflerin saptanmasını sağlayacaktır.

- **Çalışanların Geliştirilmesi ve Katılımı:** Çalışanlar bir kuruluşun en değerli sermayesidir. O yüzden çalışanların potansiyellerinin tam olarak hayata geçirilmesi için, paylaşılan değerler ile bir güven ve yetkilendirme kültürünün olması gerekir (Arat, 2001:64). Böyle bir ortam, motivasyonun artırılarak herkesin tam katılımına olanak sağlar.

- **Sürekli Öğrenme, Yenilikçilik ve İyileştirme:** Kuruluşların performanslarını etkileyen temel faktör sürekli öğrenmektir. Öğrenme sonucu elde edilen bilgi ve davranış değişimlerinin, sinerjik bir etkiyle, kuruluş içinde yenilik ve iyileştirme faaliyetlerinde kullanılması, kuruluşun bilgi birikimini artırmasına ve kuruluşun çevresel etkileri göz ardı etmesinden kurtulmasına imkân tanır. Sürekli öğrenme, aynı zamanda kuruluşların esneklik kazanmasına, çevresindeki fırsatları değerlendirmesine ve çalışanların kendilerini geliştirmesini sağlar.

- **İşbirliklerinin geliştirilmesi:** Bir kuruluşun en iyi performanslarını ortaya koyması işbirliği yaptığı kuruluşlarla güvene, bilgi birikimin paylaşılmasına ve bütünleşmeye dayalı, karşılıklı fayda sağlayan ilişkiler kurmasına bağlıdır. Günümüzde “benchmarking(kıyaslama)” olarak adlandırılan yaklaşım sonucunda kuruluşlar, karşılıklı fayda yaratarak, değer yaratma becerilerini geliştirmiş olurlar. İşbirliği kapsamında, tedarikçilerin ve müşterilerin de sisteme dâhil edilmesiyle

oluşturulacak yapıda, daha kaliteli girdilerin sağlanması sonucu, müşteri beklentilerini karşılayacak çıktıların kalitesi yükselecektir.

- Toplumsal Sorumluluk: Kuruluşlar toplumsal sistemlerin vazgeçilmez bir parçası olarak, varlıklarını sürdürebilmek için toplumun kendilerinden bekledikleri sorumlulukları yerine getirmekle yükümlüdürler. Toplumun değer yargılarına ters düşen faaliyetler kuruluşun saygınlığını zedeleyerek, toplumdaki güveni de sarsacaktır. Bu yüzden kuruluşlar, toplumsal sorumlulukları kapsamında, toplumun ve paydaşlarının uzun vadeli çıkarlarını korumak amacıyla etik bir yaklaşım sergilemek zorundadırlar.

1.8.3.1. EFQM Mükemmellik Modelinin Kriterleri



Şekil 3 : EFQM Mükemmellik Modelinin Kriterleri (www.kalder.org)

EFQM Mükemmellik Modeli dokuz kriterden oluşmaktadır (www.kalder.org; EFQM, 2000:15-35). Her bir ana kriter, alt kriter ve ilgili alanları içerir. Girdiler tarafında, yönetimin ve çalışanların işleri yapma biçimi, uygulamalarda kullanılan teknik, araç, yöntemler ve sonuçlara nasıl ulaşıldığı değerlendirilir. Sonuçlar tarafında, girdilerdeki faaliyetlerin sonucunda neler elde edildiği, hangi sonuçlara ulaşıldığı değerlendirilir (EFQM, 2000:15).

1.8.3.1.1. Liderlik

Bu kriter, liderlerin kuruluşun misyonunu ve vizyonunu nasıl oluşturmakta olduğu ve bunların gerçekleştirilmesini nasıl kolaylaştırdıklarını incelemektedir. Bunun yanı sıra uzun vadede başarı için gerekli değerlerin nasıl geliştirildiği, kuruluşun yönetim sisteminin oluşturulması ve yaşama geçirilmesi konusunda kişisel olarak nasıl rol aldıkları sorgulanmaktadır.

Bu kriter gereği liderler, vizyonu ve misyonu geliştirirler ve onların gerçekleştirilmesini kolaylaştırırlar. Kalıcı başarı için gerekli olan kurumsal değerleri ve sistemleri geliştirirler ve bunları faaliyetleri ve davranışları ile yaşama geçirirler. Değişim dönemlerinde, amacın tutarlılığını sağlarlar. Böylece liderler, gerektiğinde, kuruluşun yönünü değiştirebilirler ve izlenmesi için diğerlerini cesaretlendirirler.

Liderler ayrıca;

- Kuruluşun misyon, vizyon ve değerlerini oluşturmalı ve bir mükemmellik kültürü doğrultusunda örnek olmalıdır.
- Kuruluşun yönetim sisteminin oluşturulması, bu sistemin yaşama geçirilmesi ve sürekli olarak iyileştirilmesi çalışmalarında kişisel olarak rol almalıdır.
- Müşterilerle, işbirliği yapılan kuruluşlarla ve toplumun temsilcileri ile ilişkileri yürütmelidir.
- Mükemmellik kültürünü, kuruluşun çalışanları ile sağlamlaştırmalıdır.
- Kurumsal değişim ihtiyacını belirlemeli ve değişime öncülük etmelidir.

1.8.3.1.2. Politika ve Strateji

Bu kriter, kuruluşun misyon ve vizyonunu, net bir biçimde paydaşlara odaklanmış bir strateji ve bunu destekleyen uygun politikalar, planlar, amaçlar, hedefler ve süreçler yoluyla nasıl gerçekleştirdiğini sorgulamaktadır. Bu amaçla, politika ve stratejiler belirlenirken, paydaşların mevcut durumdaki ve gelecekteki beklentilerinin ne şekilde dikkate alındığı performans ölçümü, araştırma, öğrenme ve yaratıcılıkla ilgili çalışmalardan elde edilen bilgilerin nasıl temel alındığı, kilit

süreçler çerçevesi yoluyla nasıl gerçekleştirildiği, nasıl duyurulduğu ve yaşama geçirildiği incelenmektedir.

Bu kriter gereğince ayrıca;

- Politika ve strateji oluşturulmalı, gözden geçirilmeli ve güncelleştirilmelidir.
- Bu politika ve strateji, paydaşların mevcut durumdaki ve gelecekteki gereksinim ve beklentilerini temel almalıdır.
- Aynı şekilde, performans ölçümü, araştırma, öğrenme ve dış faaliyetlerden elde edilen bilgileri temel almalıdır.
- Oluşturulan politika ve strateji duyurulmalı ve kilit süreçler çerçevesi yoluyla yayılmalıdır.

1.8.3.1.3. Çalışanlar

Bu kriterde, kuruluşun, çalışanların bilgi birikimlerini ve tüm potansiyellerini bireysel düzeyde, ekip düzeyinde ve kuruluşun bütününde nasıl yönetmekte, geliştirmekte ve özgürce kullanılmalarını sağlamakta olduğu gözlenmektedir. Buna ek olarak, kuruluşun faaliyetlerini, politika ve stratejisini, süreçlerinin etkin bir biçimde işlenmesini destekleyecek şekilde nasıl planladığı ön plana çıkmaktadır. Bu amaçla bu kriter, insan kaynaklarının nasıl planlandığını, yönetildiğini ve iyileştirildiğini, çalışanların bilgi birikimlerinin ve yetkinliklerinin nasıl belirlendiğini, geliştirildiğini ve sürdürüldüğünü, çalışanların katılımı ve yetkilendirmesinin nasıl sağlandığını, çalışanlar ile kuruluş arasında nasıl bir iletişim olduğunu, çalışanların nasıl takdir edilmekte olduğunu incelemektedir.

Bu kriter doğrultusunda, kuruluş,

- İnsan kaynaklarını planlamalı, yönetmeli ve iyileştirmelidir.
- Çalışanların bilgi birikimlerini ve tüm potansiyellerini bireysel düzeyde, ekip düzeyinde ve kuruluşun bütününde yönetmeli, geliştirmeli ve özgürce kullanılmalarını sağlamalıdır.

- Tüm çalışanlara adil ve eşit davranılmalı, onların faaliyetlere katılımını sağlamalı ve onları yetkilendirmelidir.
- Beceri ve bilgi birikimlerini kuruluşun çıkarları doğrultusunda kullanmaları için çalışanlara önem verilmeli, başarıları takdir edilmeli ve motive edilmelidir.

1.8.3.1.4. İşbirlikleri ve Kaynaklar

Bu kriterde kuruluşun, politika, strateji ve süreçlerinin etkin bir biçimde işlemlerini destekleyecek biçimde işbirliklerini ve kaynaklarını nasıl planlamakta ve yönetmekte olduğu incelenmektedir. Bu amaçla, kuruluş dışı işbirliklerinin nasıl yönetildiği; finansal kaynakların nasıl yönetildiği, alt yapının, teknoloji ve bilginin nasıl yönetildiği sorgulanmaktadır.

Bu kriter gereğince kuruluşlar, politika ve stratejilerini ve süreçlerinin etkin bir biçimde işleyişini destekleyecek biçimde dış işbirliklerini, tedarikçilerini ve iç kaynaklarını planlamalı ve yönetmelidir. Bu aşamada, kuruluşun, toplumun ve çevrenin mevcut durumdaki ve gelecekle ilgili gereksinimlerini dengelenmelidir.

1.8.3.1.5. Süreçler

Bu kriter, kuruluşun, politika ve stratejisini destekleyecek, müşterilerini ve diğer paydaşlarını tam olarak tatmin edecek, onlar için katma değer artmasını sağlayacak biçimde süreçlerini nasıl tasarlamakta, yönetmekte ve iyileştirmekte olduğunu sorgulamaktadır. Bu amaçla kriter, süreçlerin sistematik olarak nasıl tasarlandığı, yönetildiği ve iyileştirildiği, ürün ve hizmetlerin müşteri gereksinim ve beklentileri temel alınarak nasıl tasarlanmakta ve geliştirilmekte olduğu, ürün ve hizmetlerin nasıl üretildiği ve sunulduğu, müşteri ilişkilerinin nasıl yönetilmekte ve geliştirilmekte olduğu konularını içermektedir.

Bu doğrultuda;

- Süreçler, sistematik olarak tasarlanmalı ve yönetilmelidir.

- Süreçler, müşterileri ve diğer paydaşları tam olarak tatmin etmek ve onlar için giderek artan bir değer yaratmak amacıyla gerektiğinde yenilikçi yaklaşımlar kullanılarak iyileştirilmelidir.
- Ürün ve hizmetler müşteri gereksinim ve beklentileri temel alınarak tasarlanmalı ve geliştirilmelidir.
- Ürün ve hizmetlerin üretimi ve sunumunda, müşteri ilişkileri yönetilmeli ve geliştirilmelidir.

1.8.3.1.6. Müşterilerle İlgili Sonuçlar

Bu kriter, kuruluşun, dış müşterileri ile ilgili olarak ne gibi sonuçlar elde etmekte olduğunu sorgulamaktadır.

Bu amaçla;

- Algılama ölçümlerinden (dış müşterinin kuruluş hakkındaki algılamalarına ilişkin müşteri anketleri, odak grupları, müşterilerin yaptığı tedarikçi değerlendirmeleri, şikayet ve teşekkür gibi yöntemlerle elde edilmiş veriler)
- Performans göstergelerinden (kuruluşun kendi performansını izlemek, anlamak, tahmin etmek ve iyileştirmek, dış müşterinin algılamalarını tahmin etmek amacıyla kullandığı iç göstergeler) faydalanılmalıdır.

1.8.3.1.7. Çalışanlarla İlgili Sonuçlar

Bu kriter, kuruluşun, çalışanları ile ilgili olarak ne gibi sonuçlar elde etmekte olduğunu sorgulamaktadır. Bu amaçla çalışanlarla ilgili olarak kapsamlı performans ve algılama göstergeleri kullanılmalı ve başarılı sonuçlar elde etmelidir.

1.8.3.1.8. Toplumla İlgili Sonuçlar

Bu kriter, kuruluşun, içinde bulunduğu toplumla ilişkili olarak ne gibi sonuçlar elde etmekte olduğunu sorgulamaktadır. Bu amaçla kuruluşun algılama ölçümlerinden (toplumun kuruluş hakkındaki algılamalarına yönelik anketler,

raporlar, kamuya açık toplantılar, toplum örgütlerinden elde edilen veriler) ve performans göstergelerinden (kuruluşun kendi performansını izlemek, anlamak, tahmin etmek amacıyla kullandığı iç göstergeler) faydalanılmaktadır.

1.8.3.1.9. Temel Performans Sonuçları

Bu kriter, kuruluşun planlanmış olan performansı ile ilgili olarak ne gibi sonuçlar elde etmekte olduğunu sorgulamaktadır. Bu amaçla kuruluşun temel performans çıktıları(kuruluşun amaç ve hedefleriyle doğrudan bağlantılı, kuruluş tarafından planlanmış olan temel sonuçlar) ve temel performans göstergelerinden(kuruluşun temel performansına ilişkin olası çıktıları izlemek, değerlendirmek, tahmin etmek ve iyileştirmek amacıyla kullanılan göstergeler) yararlanılmaktadır.

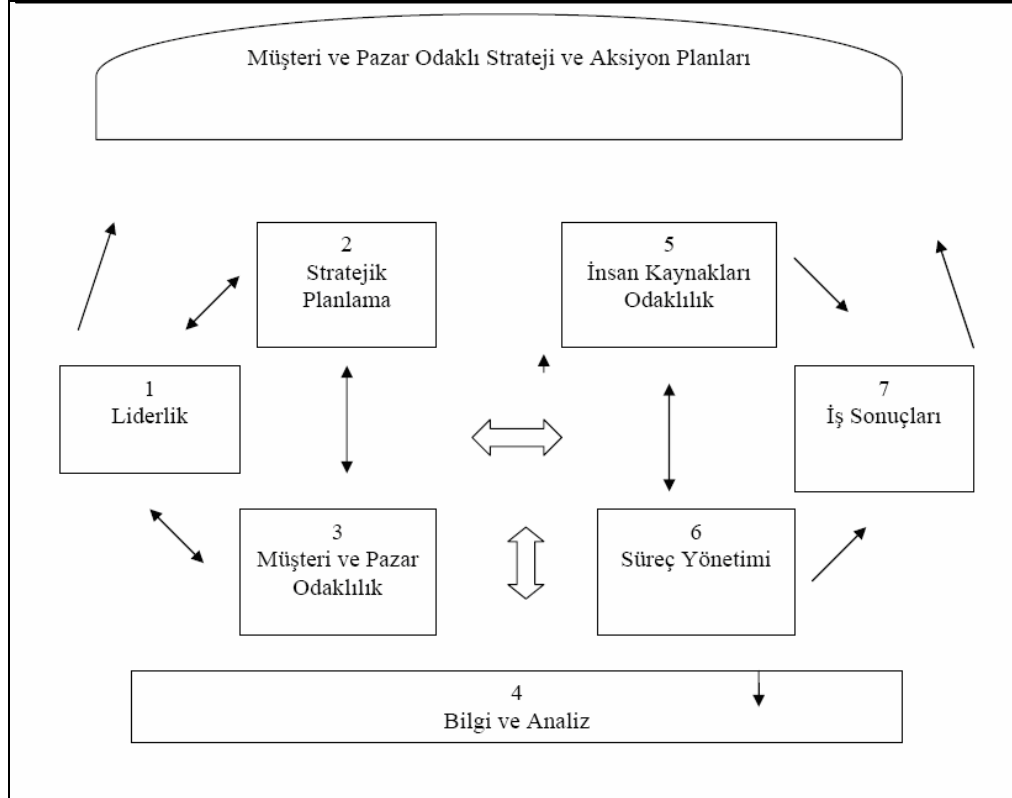
1.8.4. Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü Modeli

Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü, A.B.D.'de 1987 yılında yasallaşmış bir ödüldür. Dönemin A.B.D. başkanının 1982 yılı ekim ayını 'kalite' ayı ilan etmesinin ardından, iş dünyasından bir grup yöneticinin ulusal bir kalite iyileştirme programı kurulması için bir araya gelerek başlattıkları çalışmalar, 1987 yılında imzalanan 'The Malcolm Baldrige National Quality Improvement Act' ile ulusal bir kalite ödülüne dönüşmüştür. İsmi ise bu çalışmalar sırasında hayatını kaybeden dönemin Ticaret Bakanından almaktadır (Dobyns ve Crawford-Mason, 1994:159).

Bu kalite programı bir yönüyle, işletme yöneticilerinin elinde güçlü bir performans geliştirme, planlama, eğitim ve değerlendirme aracı olarak iş görürken, diğer taraftan da firmaları, kalite hedeflerini yakalamak bağlamında yaratıcı ve özgün metotlar geliştirmeye zorlayan bir mükemmellik yarışmasıdır. Her yıl yapılan değerlendirmeler sonucunda firmaların kalite ve iş mükemmelliği seviyeleri derecelendirilmekte, ödül alan kuruluşlar, kendi deneyim ve kazanımlarını diğer şirketlerle paylaşmaktadırlar. Ödüllerin devlet başkanı tarafından sahiplerine verildiği Baldrige Ödülü, bugün Amerika'da iş mükemmelliği alanında en itibarlı

ödül kabul edilmektedir. Zira ülkedeki büyük firmaların çoğunluğu bu ödüle ait kriterleri kendine rehber edinmiş ve uzun vadede iş performansını artırmıştır (Irgat, 2005).

Şekil 4. Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü Kriterleri



Kaynak: Baldrige Ödülü Kriterleri (Okes ve Westcoot, 2001:370) The Certified Quality Manager Handbook

1.8.4.1 Temel Karakteristikler

Firmaların kalite sistemlerini değerlendirmek için referans alınan kriterler, Toplam Kalite Yönetimi felsefesi doğrultusunda seçilmiş olup, firma yönetim biçimine ait birtakım karakteristik özelliklerin sorgulanmasını sağlarlar. Bu karakteristikler aşağıdaki şekilde özetlenebilir (Irgat, 2005):

1.8.4.1.1. Müşteri Odaklı Kalite

Kuruluşta uygulanan yönetim sisteminin analizinde, müşteriye katma değer sunan her türlü ürün ve hizmetin sahip olduğu karakteristik özelliklerin dikkate alınmasını gerekli kılmaktadır. Fiyat, zamanında teslim, ürün performansı, satış sonrası hizmetleri gibi çok çeşitli faktörler, müşterinin tercihinde rol oynamaktadır.

Bu nedenle kuruluşun;

- Müşteri ve pazar gereksinimlerini sürekli takip etmesi
- Teknolojik yenilikler ve rakiplerin sunduğu ürünler hakkında bilgi sahibi olması
- Müşterinin görüş ve isteklerini ölçerek elde ettiği verileri stratejik planlama ve sürekli iyileştirme süreçlerine geri besleme yapması
- Müşteri gereksinimlerini karşılama ve şikayetlerini azaltması şarttır.

Müşteri gereksinimlerini karşılama ve şikayetlerini azaltma bu yolda bir başlangıç olsa bile, esas başarı, müşteri gibi düşünüp onun kuruluşa olan ilgisini sürekli kılacak eylemleri ortaya koymakla elde edilecektir.

1.8.4.1.2. Liderlik

Firmanın üst düzey yöneticileri,

- Açık ve ulaşılabilir hedefler ortaya koymalı
- İmkan ve kabiliyetlerin artırılmasına ve iş mükemmelliğinin yakalanmasına yönelik strateji, sistem ve metotların oluşturulmasına ön ayak olmalıdır.
- Ortaya konan hedeflerin tüm çalışanlarca anlaşılması, benimsenmesi, sahiplenilmesi ve daha iyiye götürülmesini sağlayacak tedbirleri almalıdır.

1.8.4.1.3. Sürekli İyileştirme

Firmanın performansını en yüksek düzeye çıkarabilmesi için sürekli iyileştirme kavramına yaklaşımı çok önemlidir. İyileştirme isteği sadece daha kaliteli ürün ve hizmet elde etme amacı ile sınırlı kalmamalıdır. Fakat aynı zamanda pazarı

kaybetmemek için verimli üretimin ve değişikliklere tepki verebilecek, esnek ve uyumlu bir yapının şart olduğunun bilincinde hareket edilmelidir. Bu nedenle iyileştirme süreci, firmanın iş görme alışkanlıkları içinde entegre olmalıdır.

İyileştirme;

- Günlük faaliyetin normal bir parçası haline gelmeli
- En alt seviyede kişiden başlayıp, kısım, şube, daire vb. daha üst yapılanmada uygulanıyor olmalı
- Problemleri kaynağında çözümlenmeli
- Çözüm üretme, iş geliştirme ve yaratıcılığa fırsat ve teşvik sağlamalıdır.

İyileştirme süreci, Planlama, Uygulama, Kontrol ve Değerlendirme adımlarından oluşan bir çevrim olarak algılanmalı ve gelişmenin takibi için uygun veri toplama ve analiz tekniklerini içermelidir.

1.8.4.1.4. Çalışanların Katılımı

Bir firmanın performans iyileştirmedeki başarısı, büyük ölçüde çalışanlarının ustalık ve motivasyonuna bağlı olacaktır. Bu ise yeni becerilerin öğrenilmesi ve tatbik edilmesi için personele tanınan fırsatlarla doğru orantılıdır. Bu itibarla firmalar, işgücünün sürekli eğitimi için yatırım yapmak zorundadır. Ayrıca çalışanlara ait bilgi, beceri, tatmin, motivasyon, huzur ve iş güvenliği gibi konularda verilerin toplanması ve kullanılması gerekir.

1.8.4.1.5. Hızlı Hareket Etme

Piyasalarda rekabet arttıkça, yeni ürün geliştirme/pazara sunma döngüsünün süresi kısalmaktadır. Aynı zamanda müşteriye farklı ve esnek seçenekler sunabilmek önem kazanmaktadır. Firmanın pazar değişikliklerine tepki süresinin azaltılabildiği durumlarda, verimlilik ve ürün kalitesi üzerinde de iyileştirme sağlandığı görülmektedir. Bu da her şeyden önce kuruluş organizasyon yapısının basitleştirilmesine bağlıdır.

1.8.4.1.6. Önleme Faaliyetleri

Kalite maliyetlerini düşürmek ve problemleri azaltmak için, gerek ürün/hizmetin kendisi ve gerekse bunları oluşturan süreçler üzerinde kalite güvence fonksiyonları titizlikle uygulanmalıdır. Yapılan bir hatanın maliyetinin, bir sonraki süreçte katlanarak büyüdüğü göz önüne alındığında, problemlerin en erken safhada yakalanması ve hatta henüz oluşmadan önlenmesi gerekmektedir.

1.8.4.1.7. Uzun Vadeli Bakış :

Piyasada lider olmak ve liderliği koruyabilmek, gelecek odaklı düşünmeyi ve firmayla ilişkisi olan tüm taraflara karşı (müşteri, personel, hissedar, tedarikçi ve toplum) uzun vadeli taahhütlerde bulunabilmeyi gerektirir.

Firma yöneticileri planlama yaparken;

- Alıcıların ürün ve hizmetlere yönelik beklentilerini
- Teknolojideki gelişmeleri
- Müşteri profilini
- Faaliyet alanı ile ilgili mali ve hukuki düzenlemeleri
- Toplumdaki yönelimleri
- Rakiplerin durumunu hesaba katmak zorundadır.

1.8.4.1.8. Gerçek Verilere Dayalı Yönetim

İyi bir yönetim sisteminde performans iyileştirilmesine yönelik karar verme ve değerlendirme mekanizması, veri toplama ve analiz etme sürecine dayandırılmalıdır. Yönetim, bu süreçte kullanacağı performans göstergeleri oluşturmalıdır. Performans göstergeleri ürün, hizmet, süreç ve yöntemlere ait ölçülebilir karakteristik özellikler olup, firmanın performansının izlenmesi ve iyileştirmesinde referans alınmalıdır.

1.8.4.1.9. İşbirlikleri Geliştirme

Kuruluşların, müşteriler, sendika grupları, tedarikçiler ve eğitim organizasyonları ile ortak çalışma grupları oluşturmaları beklenir. Bu çalışma gruplarının üyeleri uzun vadeli hedefler oluşturmak ve bu hedeflere ulaşmada sağlanan ilerlemenin değerlendirilmesine yönelik düzenli iletişim teknikleri geliştirmek amacını taşımalıdır.

1.8.4.1.10. Toplumsal Sorumluluk

Kuruluşlardan, topluma karşı olan sorumluluk ve görevlerinin bilincinde olması beklenir. Kuruluş bu konuda sadece asgari gereklilikleri karşılamakla yetinmemeli, sürekli geliştirme felsefesi doğrultusunda diğer kuruluşlara örnek olmayı hedeflemelidir. Kamu yararı gözetilen alanlarda, tek başına veya başka kuruluşlarla beraber, kuruluşun maddi kaynaklarının elverdiği ölçüler dâhilinde destek vererek veya önderlik ederek katkıda bulunmak hedef alınmalıdır.

1.8.4.1.11. Sonuca Odaklılık

Kuruluşun performans değerlendirme sistemi, elde edilen sonuçları temel almalıdır. Sonuçlar, tüm ilgili tarafları memnun ediyorsa kuruluşun başarısından söz edilebilir. Ancak yukarıda bahsedilen tarafların çıkarları çoğu zaman çatışacağı için, tüm tarafların mutlak memnuniyetinden ziyade, çıkarların dengeli bir şekilde gözetilmesi hedef alınmalıdır. Burada ayrıca dikkat çekilecek bir husus ise, Malcom Baldrige Modelinin, birçok kalite değerlendirme sisteminin aksine, işletmenin mali yapısını da mercek altına almakta olmasıdır. Kâr oranları, ciro artışı, cari oran, pazar payı, bu konuda bakılan parametrelerin bazılarıdır.

1.8.4.2. Malcolm Baldrige Kriterlerinin Bir Yönetim Modeli Olarak Kullanılması

Malcolm Baldrige Ödül Kriterleri, kuruluşların müşterilere ve pazara olan

arzlarının değerini ve performanslarını artırmada yardımcı olmak üzere tasarlanmıştır. 1999 yılında sağlık kuruluşları için adapte edilen kriterler, yedi kategoriden oluşmaktadır (Okes ve Westcoot, 2001:369).

Baldrige kriterleri kalite yönetiminin uygulanmasında bir model olarak kullanılabilir. Bu kriterler (Malcolm Baldrige, 2000:22-38):

1) Liderlik

Liderlik kategorisi, bir sağlık kuruluşunun orta kademe yöneticilerinin değerlerini ve performans beklentilerini, hastalara, müşterilere, paydaşlara, yetki devrine, yenilikçiliğe ve öğrenmeye odaklanmalarını inceler.

2) Stratejik Planlama

Bu kriterde, sağlık kuruluşunun strateji geliştirme süreci, stratejik hedeflerini nasıl belirlediği, eylem ve insan kaynaklarını nasıl oluşturduğu incelenir. Bunun yanı sıra planların nasıl uygulandığı ve performansın nasıl takip edildiği de izlenir.

3) Müşteri ve Pazar Odaklılık

Bu kriter, hastaların, diğer müşterilerin ve pazarın taleplerini, beklentilerini ve tercihlerini nasıl belirlediğini inceler. Aynı zamanda bu kategoride, hastalarla nasıl ilişki kurulduğu ve onların memnuniyetlerinin nasıl belirlendiği araştırılır.

4) Bilgi ve Analiz

Bilgi ve analiz kriterleri, sağlık kuruluşunun performans ölçüm sistemini ve kuruluşun performans veri ve bilgilerini nasıl analiz ettiğini inceler.

5) İnsan Kaynaklarına Odaklılık

Bu kriter, sağlık kuruluşunun çalışanlarını iş hedefleriyle uyumlu şekilde nasıl geliştirdiği inceler. Bunun yanı sıra mükemmel performans için çalışanlara uygun iş ortamı ve iklim yaratılıp yaratılmadığını da inceler.

6) Süreç Yönetimi

Bu kriter, sağlık kuruluşunun süreç yönetiminin temel unsurlarını inceler. İncelenen alanlar, hasta/müşteri odaklı tasarım, sağlık hizmetlerinin dağıtımı, destek hizmetler, tedarik ve bütün iş birimlerini kapsayan işbirliği süreçleridir.

7) İş Sonuçları

İş sonuçları kriterleri, sağlık kuruluşunun temel iş alanlarındaki başarısını inceler. Bu alanlar, hasta/müşteri memnuniyeti, sağlık hizmetlerindeki performansı, mali performans, pazar performansı, insan kaynakları sonuçları, tedarikçi ve ortaklarla olan sonuçlar, operasyonel performans alanlarıdır.

İKİNCİ BÖLÜM

HASTANELERDE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

2.1. KÜLTÜR KAVRAMI

Kültür konusunda birbirinden farklı yaklaşımlar ve tanımlar söz konusudur. Bu olgu kimi araştırmacılar tarafından bir olumsuzluk olarak değerlendirilmesine rağmen, kimi araştırmacılar tarafından bu çeşitliliğin doğal ve yaklaşım zenginliği için gerekli olduğu savunulmaktadır.

Kültürün, bir kavram olarak herkesi tatmin edecek şekilde bir tanımı bugüne kadar yapılmış değildir. Bu yüzden kültürle ilgili alanlarda çalışan bilim adamlarından her birinin, kültürün bir kısmını ya da bir yönünü tanımlamaya çalıştıkları görülmektedir (Usal ve Kuşluvan, 2002:106). Kültür tanımı üzerinde tam bir anlaşma sağlanamamasının başlıca nedeni eldeki bilgi eksikliğinden değil “kültür” sözcüğünün çok anlamlı ve kapsamlı olmasından kaynaklanmaktadır (Güvenç, 1999:95).

Kültür, Latince bir sözcüktür ve sözcük anlamı; “el değmemiş doğanın, insan akli ve yapıcılığıyla işlenmesi ve yararlı hale gelmesi” dir (İşpiroğlu, 1991:27). Sosyal bilimler açısından kültür, genellikle bilgi, inanç ve adetleri içine alan bir katılım olarak tanımlanır. Bu yaklaşımda kültür, bir yandan bireylerin toplumsal yollarla edindikleri ve toplumsal yollarla ilettikleri bir değer, yargı, inanç, simge davranış ölçütleri düzeninden, diğer yandan da, böylece ortaya çıkan geleneksel davranış kalıplarının simgesel ve maddi ürünlerinden oluşmaktadır.

Shein’e göre kültür, bir grubun dış çevredeki yaşamsal sorunlarını ve içerideki bütünleşme problemlerini çözerken öğrendiği şeylerdir. Böyle bir öğrenme, kesintisiz bir davranışsal, anlayışsal ve duygusal süreçtir (Schein, 1990).

Bir diğer tanımlamaya göre ise kültür, bir toplumun duygu düşünce ve yargı birliğini sağlayan değerlerin tümü olup, kısaca “bilgi” anlamına gelmektedir (Okay, 2000:224).

İşletme yönetimi açısından kültür, kuruluşun çalışma şeklini ve faaliyetlerin sonucunu etkileyen, belirli insan topluluklarınca oluşturulan, inançlar, değerler, örf ve adetler ve diğer kişiler arası ilişkilerin sonuçlarının tamamıdır (Erdoğan, 1991:121).

Kültürün en klasik tanımını ise E.B.Taylor yapmıştır. Taylor’ un bu tanımı, yapılmış tüm tanımlar arasında en çok başvurulanı ve en çok söz edileni olmuştur. Taylor’a göre kültür, bir toplumun üyesi olarak insanoğlunun öğrendiği bilgi, inanç, ahlak, hukuk, sanat, gelenek-göreneklere ve benzeri alışkanlıkları içine alan karmaşık bir bütündür. Ona göre, insanın kendinden sonrakilere aktarılmak üzere öğrettiği her şeyi kapsamaktadır (Tezcan, 1991:22).

Birçok araştırmacı tarafından farklı tanımları yapılan kültürün özellikleri genel olarak şu şekilde sıralanabilir (Güvenç, 1999:101):

- Kültür, öğrenilmiş davranışlar topluluğudur.
- Kültür, tarihidir ve süreklidir.
- Kültür, toplumca benimsenmiştir ve toplumun yaşam biçimidir.
- Kültür, toplumun üyelerince paylaşılmıştır.
- Kültür, ideal ya da idealleştirilmiş kurallar sistemidir.
- Kültür, insanın biyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarını giderici yapıdadır.
- Kültür, bütünleştirici bir eğilime sahiptir.
- Kültür durgun olduğu kadar devamlıdır ve değişebilir. Bu değişim, teknolojik ve ekonomik faktörler, fiziki çevre faktörleri, başka kültürlerle temas, kültürün kendi gelişimidir.

2.2. KURUM KÜLTÜRÜ

Kültürün belirgin özellikleri, toplumun bütün alt birimlerine değişik boyutlarda yansımaktadır. Bu boyutlardan biri de, kurum kültürüdür. Bu kavram, organizasyonun özelliklerini anlamaya katkı sağlayan, ve organizasyon içindeki insanlar tarafından canlı tutulan bir kavramdır (Berberoğlu vd., 1998:29).

Kurum kültürü kavramı, oldukça yeni bir kökene sahiptir (Schein; 1990). Özellikle 1980’li yılların başından itibaren üzerinde durulan bu kavram, genel olarak organizasyon içindeki işlerin yapılış ve yürütülüş biçimini ifade eder (Şişman; 1994).

Erengül kurum kültürünü, “aynı kurumda çalışanların tutum, inanç, varsayım ve beklentileri ile, bireylerin davranışlarını ve bireylerarası ilişkileri belirleyen faaliyetlerin nasıl yürütüldüğünü gösteren normlar denetimidir” şeklinde tanımlamıştır (Erengül, 1997:25).

Schein’in birçok noktayı kapsayan pratik tanımına göre ise kurumsal kültür, belirli bir grup tarafından, kendisinin gerek çevreye uyumu gerekse iç bütünleşmesi sırasında öğrendiği, geçerliliği kanıtlanacak düzeyde olumlu sonuç vermiş olan ve bu nedenle yeni üyelere programları algılamanın, düşünmenin ve hissetmenin doğru yolu olarak öğretilen birtakım varsayımlardır (Schein, 1990).

Kurum kültürü hakkında çok çeşitli tanımların olması nedeniyle, bu tanımlardaki ortak noktaları şöyle özetlemek mümkündür:

- Öncelikle tanımlarda kurum üyelerince paylaşılan bir değerler bütününden bahsedilmektedir. Bu bütün, üyelere doğru ve kabul edilebilir davranışla, yanlış ve kabul edilemez olan davranışın ne olduğunu bildirir.
- İkinci ortak nokta, değerler bütünüünün tüm üyelerce, sorgulanmaksızın doğru kabul edilmesidir.
- Tanımlarda, kültürel yapıya genellikle işlevselci bir anlayışla yaklaşmaktadır.

- Bir diğer ortak yön de, değerlerin iletimi ve paylaşılmasında kullanılan yollara ilişkindir. Kurum içindeki sembollerin, bunlara yüklenen anlamların, hikayelerin ve geçmiş olayların hem ortak kültürün yaratımı ve iletimini sağlayan, hem de davranışları yönlendiren kültürel unsurlar olduğu belirtilmektedir (Sabuncuoğlu ve Tüz, 2001:38).

Bu tanımlardan yola çıkarak, kurum kültürünün özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

- Kurum kültürü, öğrenilmiş veya sonradan oluşturulmuş bir olgudur.
- Kurum kültürü, yazılı bir metin halinde değildir. Kurum üyelerinin düşünce yapılarında, bilinç ve belleklerinde inanç ve değerler olarak yer alır ve üyelerin örgüte bağlılıklarını artırır.
- Kurum kültürü, grup üyeleri arasında paylaşılır olmalıdır.
- Kurum kültürü, düzenli olarak tekrarlanan veya ortaya çıkarılan davranışsal kalıplar şeklindedir.
- Kültür, kurum üyeleri için bir kimlik oluşturur.
- Kültür, bir kurumu diğer kurumlardan ayıran sınırı çizer.
- Kurum kültürü, üyeler için kontrol mekanizmasıdır (Özkalp ve Kırıl, 2001:162).

2.2.1. Kurum Kültürün Oluşumu ve Gelişimi

Kurum kültürünün oluşumunda kurumsal sosyalizasyon, yeni çalışanların kültüre katılabilmeleri için kullanılan, sistematik bir süreçtir. Sosyalizasyon teriminin genel manası, bir toplumdaki yaşlı üyelerin, genç üyelerin o toplumda daha iyi işlev görmesi için toplumsal ustalık ve bilgilerini, bu genç üyelere aktarmasıdır. Kurumsal sosyalizasyon da, kıdemli yöneticilerin işe yeni giren çalışanlara kültürü aktarması, böylece kurum içindeki görev ve rollerin daha etkin bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlamaktır. Sosyalizasyon sayesinde işe yeni girenler kurumda işlerin nasıl yürüdüğünü daha iyi anlayabilirler. Bunun içinde, grup halinde çalışmayı öğrenme,

bölümsel ve kurumsal değerleri kavrama, kurallar, prosedürler ve normları öğrenme, iş ve sosyal ilişkileri geliştirme ve yeni işlerini gerçekleştirebilmek için yetenek ve bilgilerini nasıl geliştireceklerini öğrenmek vardır (Hellrigel vd., 1995:485).

Sosyalizasyon süreci toplam yedi adımdan oluşmaktadır:

Birinci adım: Giriş seviyesindeki elemanların doğru seçimi. Standart prosedürler kullanılarak, istenen performans seviyesini yakalayabilecek elemanların seçimi yapılmaya çalışılır. Burada özel eğitilmiş kişiler tarafından yapılan mülakatlar sonunda, adayların kişilikleri ve kişisel değerlerinin kurum kültürüne uyup uymayacağı anlaşılmasına çalışılır. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki, kültür hakkında gerçekçi bir öngörüye sahip kişiler, işlerinde daha başarılı olmaktadır (Yüksel, 2002:41).

İkinci adım: İşe yerleştirme. Yeni personel seçildikten sonra, bu kişilere birtakım önceden planlanmış deneyimler yaşatılır, böylece bu kişilerin kurumun değerlerini ve normlarını kabul edip edemeyecekleri anlaşılmasına çalışılır. Örneğin, güçlü kültürü olan birçok işletme, yeni elemanlarını yapabileceklerinden daha fazla iş vermek yoluyla onları denerler. Bu deneyimlerin amacı yeni gelene ne kadar iyi olursa olsun, bu işletme içinde daha hiçbir şey olduğunu anlatmaya çalışmaktır. Böylece bu kişiler zamanla çalışma arkadaşlarına daha fazla yakınlaşmaya başlayacaklardır (Luthans, 1995:570).

Üçüncü adım: İşte ustalaşma. Başlangıçtaki kültür şoku atlatıldıktan sonraki adım kişinin işinde ustalaşmaya başlamasıdır. Bu da iyi hazırlanmış eğitim programları ve saha deneyimleri ile gerçekleştirilecek bir olgudur. Kişi kariyer yolunda ilerledikçe performansı değerlendirilmekte ve gereken zamanlarda ek sorumluluklar verilmektedir.

Dördüncü adım: Performansın ölçülmesi ve ödüllendirilmesi. Sosyalleşme sürecinde bir sonraki adım ise titiz bir şekilde yapılan çalışmaların değerlendirilmesi ve bireysel performansın ödüllendirilmesidir. Bu sistemler, tutarlı, ayrıntılı ve işin

rekabet yönüne daha çok odaklanan sistemlerdir. Belirli kritik başarı faktörleri belirlenerek özellikle bunlara bakılır.

Beşinci adım: Önemli değerlere bağlılık. Bu adımda en önemli unsur işletmenin önemli saydığı değerlere bağlılıktır. Bu değerlerin tanımlanması yardımıyla, kişiler örgüt üyesi olmakla yaptıkları kişisel fedakârlıklarını daha iyi uzlaştırırlar. Bu şekilde kuruma güvenmeyi öğrenirler. İş içinde katlanılması gereken uzun çalışma saatleri, fazla mesai yapılan hafta sonları, patronlar, adil olmayan eleştiriler, atamalar ve rotasyonlar olabilir. Bu değerler sayesinde, bu tür olguların üstesinden gelebilmek için, daha insancıl değerler olan, topluma daha iyi ürün ve hizmet sunmak ön plana çıkar.

Altıncı adım: Hikâye ve gelenekleri güçlendirmek. Bir sonraki adımda hikâye ve gelenekleri güçlendirmek vardır. Hikâyeleri sürekli gündemde tutmak, kurum kültürünü sürekli hatırlatmak ve işlerin nasıl yapıldığı hakkında bilgi vermek açısından önemlidir. Bu gibi kavramlar sayesinde, ahlâki değerlerin her zaman daha önemli olduğu veya müşteri memnuniyeti için her şeyin yapılması gerektiği gibi dersler, yeni gelenlere verilmeye çalışılır.

Yedinci adım: Tanınmak ve yükselmek. Sürecin en son aşaması ise, işlerini iyi yapan ve yeni gelecekler için bir rol modeli olabilecek bireylerin tanınması ve ödüllendirilmesidir. Bu gibi kişilerin ortaya konması ile, diğer çalışanların da bu kişileri takip etmesi istenir. Rol modelleri, güçlü kültürlerde eğitim programlarının en önemli safhalarından biri olarak kabul edilir. Kurumsal sosyalizasyon sürecinden başarı ile geçen yeni çalışanlar daha yüksek performans gösterecek, daha iyi bir iş tatmini olacak ve kurumda kalma istekleri artacaktır. Bunun yanında kuruma yüksek derecede bağlılık da, yine bu sürecin önemli getirilerindedir. Ayrıca, yine bu süreç sayesinde kişiler kendi bilgi ve kişiliklerini kuruma uygun bir hale getirmişlerdir.

Pasquale Galgardi ise, kurumsal değerlerin oluşumunun dört aşamada gerçekleştiğini belirtmektedir (Üçok, 1989:317):

I) Kurumun kuruluşu sırasında liderlerin bilinçli bir görüşü vardır. Bu inançlar onu girişimde bulunmaya, insanları ve kaynakları bir araya getirecek bir ürün veya hizmeti ortaya çıkarmaya yönelir. Bu aşamalarda kurumun bütün üyeleri kendisi ile aynı düşünceyi paylaşmayabilir. Ancak liderler, bu aşamada davranışları istediği biçimde yönlendirme gücüne sahiptir.

II) Liderler tarafından yönlendirilen davranışlar, istenilen sonuca ulaştığında, tecrübeye dayandırılmış olan inançların bütün üyeler tarafından benimsenmesi ve bir referans kriteri olarak kullanılması beklenir.

III) İstenilen sonuçlara ulaşıldığını ve bunun devam edeceğine inanan üyeler, ilgilerini sonuçlardan çok nedenlere çevirir. Sonuçlar kurumda zamanla göz ardı edilir ve sadece nedenler ortada kalır. Böylece hangi nedenlerin ve yöntemlerin geçerli olduğu önem kazanır.

IV) Sorgusuz benimsenen değerler, giderek kurum üyeleri tarafından yaşanmaya çalışılır. Başlangıçta dışarıdan gelen değerler, dıştan gelme özelliğini kaybederek ortak olarak benimsenme özelliği kazanacaktır.

2.2.2. Kurum Kültürünü Etkileyen Faktörler

1. Liderlik

Liderlik, bir grup insanı belirli amaçlar etrafında toplayabilme ve bu amaçları gerçekleştirmek için onları harekete geçirme bilgi ve yeteneklerinin toplamıdır (Can, 1992:188).

Kuruma gelen çalışanların farklı çevrelerde yetişmiş olmaları, eğitim düzeyleri, inançlarının farklılığı gibi faktörler, onların amaçlarını farklı kılar. Bu nedenle liderler, farklı kültürlerden gelen çalışanlar için, onların benimseyecekleri veya en azından uyum sağlayabilecekleri ortak bir ortam oluşturmalıdır.

2. İletişim

İletişim, kültürel inançları kurumun bir başından diğer başına taşır. Kültürel iletişim ağı; inanç ve değerleri canlı tutar ve bölümler, kademeler, pozisyonlar ve insanlar arasında bunların paylaşımını sağlar (Hodgest, 1999:559). Kurumsal iletişim, kuruma yeni katılanların kurum kültürü ile bütünleşmelerinde önemli bir kanaldır.

3. Motivasyon

Motivasyon, kurumun ve bireylerin ihtiyaçlarını tatminle sonuçlanacak bir iş ortamı yaratarak, bireyin hareket geçmesi için etkilenmesi ve isteklendirilmesi süreci olarak tanımlanmaktadır (Okay, 2000:233). Çalışanlar işlerini verimli bir biçimde başarmak için motive edilmelidir.

Yaptığı işi severek ve isteyerek yapan kişiler, bu işlerinin daha başarılı bir biçimde sonuçlanmasını sağlayacaklardır ve iş ortamındaki memnuniyet kurum kültürüne de yansiyacaktır.

Motivasyon kurum kültürünü etkileyen bir faktör olduğu kadar, kurum kültürünün de motive edici bir etkisi vardır. Craft'a göre "kurum kültürü bir kuruluşun iç ve dış hedef kitleleriyle iletişim kurar, motive eder ve güvenini tazeler" (Okay, 2000:233).

4. Yönetim Süreci

Yönetim süreci de, tıpkı liderlik gibi çalışanların istek ve ihtiyaçları göz önünde bulundurularak düzenlenmelidir. Açıklığa ve kolay iletişime dayanan yönetim süreçlerine sahip olan kurumlar, kültürlerinin de gelişimine katkı da bulunacaktır.

Yeniliğe, ekip çalışmasına ve yaratıcı fikirlere önem veren bir yönetim süreci, kurumun kültürünün arzulanan hale gelmesini sağlayacaktır.

5. Organizasyon Yapısı ve Özellikleri

Kurumsal yapı ve bu yapının özellikleri, kurum kültürünü etkileyen diğer faktörlerdir. Kurum yapısı içerisinde yetkinin dağılımı, karar alma süreci de kurum kültürü ile yakından ilgilidir.

Kurumsal özellikler de kurum kültürünü etkilemektedir. Kurumlar, hacim ve karmaşıklık bakımından değişiklik göstermektedir. Kurum içerisindeki kişisel özgürlüğü etkileyen karar alma yetkilerinin merkezileşmesi de, kuruluşları farklı kılmaktadır. Bunların da dereceleri, kurum kültürünü şekillendirmektedir (Okay, 2000:237).

6. Yönetim Tarzı

Kurumlardaki yöneticiler başarıya ulaşmak için farklı yönetim tarzları uygularlar, bu yönetim tarzları da kurum kültürünü belirleyen faktörlerden birisidir. Yöneticilerin otoriter bir yönetim tarzı veya ortaklaşa yönetim tarzı benimsemelerine göre, kurum kültürü de etkilenecektir.

2.2.3. Kurumsal Kültürün Yararları

Kurumlarda belirli süreçler sonucunda oluşan kültürün, hem kuruma hem de çalışanlara bir takım yararları vardır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir (Okay, 2000:249-251; Özdevecioğlu, 1994:121; Eren, 2006:168-169):

- I. Kurum kültürü yüksek motivasyon ve bağlılık sağlamaktadır. Kurum kültürünün yönlendirici gücü ve değerlere karşı duyulan sürekli sorumluluk, kurum için harekete geçme ve onun değerlerini dışarıya karşı temsil etmek için çalışanlarda büyük bir istek ve hazırlık duygusu oluşturmaktadır.
- II. Kurum kültürü karmaşayı azaltarak davranış oryantasyonu sağlar. Çalışanların belirli standartları, normları, değerleri anlamalarını ve bu şekilde kendilerinden beklenen performans düzeyine ulaşmak için daha azimli ve tutarlı olmalarını ve üstleri ile uyum derecelerinin yükselmesini sağlar.

- III. Güçlü kurum kültürlerinde, şeffaflığa dayanan geniş iletişim ağları söz konusudur. Bu şekilde bilgiler çok daha güvenli biçimde yorumlanmakta ve yanlış anlamalar ortadan kalkmaktadır. Kurum içi açık iletişim bireyleri birbirlerine ve kuruma bağlar. Birliktelik sağlayarak takım ruhunu geliştirir.
- IV. Kurum kültürü, hızlı bilgi işleme ve karar vermeyi sağlamaktadır. Kurum için ortak bir dil, istikrarlı tercih sistemi ve kabul edilmiş bir vizyon, hızlı birlikteliğe ve sürdürülebilir uzlaşmalara zemin hazırlar.
- V. Kurum içinde ortaya çıkabilecek birtakım çatışmalar, kurum kültürünün getirdiği standart uygulamalar ile önlenabilir veya giderilebilir.
- VI. Kurum kültürü, plan ve projelerin hızlandırılmış uygulanmasını sağlar. Karar, plan, proje ve programların ortak ikna edilmişliğe dayanması durumunda, bunlar daha hızlı bir biçimde uygulanabilmektedir.
- VII. Kurum kültürü, düşük bir kontrol gereği sağlamaktadır. Çalışanlar üzerinde doğrudan bir denetim yapma zorunluluğuna gerek kalmaz.
- VIII. Kurum kültürü, yeni yöneticilerin bilgi, beceri ve davranış kazanmalarına yardımcı olarak gelişmelerine katkıda bulunur.
- IX. Kurum kültürü, kuruluşa süreklilik kazandırır. Süreklilik, kültürün nesilden nesile aktarılmasıyla sağlanır. Hatta yönetici değişse bile, kültür ve buna bağlı değerler devamlılık arz eder.

2.2.4. Kurumsal Kültürün Değişimi

Kurumsal kültür değişmez değildir. Dinamik bir yapıya sahip kurumlarda, hem iç hem de dış çevre şartları, kurumları değişime zorlayabilir. Bu durumda

kurumlar, değişmek ve yeniden yapılanmak zorundadırlar. Kurumun yaşam eğrisindeki (doğma, büyüme, olgunluk ve çöküş) dönemlere göre de kültürel değişim ihtiyacı oluşabilir (Eren, 2006:171).

Uzun bir geçmişe sahip, kültürü iyice yerleşmiş kurumlarda, mevcut kurum kültürü belli bir noktadan sonra kurumun rekabet gücünü desteklemeyebilir. Her ne kadar mevcut kurum kültürü, kurumun geçmişinde başarılı sonuçlar elde edilmesine yardımcı olmuş olsa da, dış çevre koşullarındaki değişim karşısında, kurumun şimdiki ve gelecekteki performansının önüne bir engel olarak çıkabilir. Kurum kültürünün, kurumsal amaçları destekleyip desteklememesi, devamlı kalite iyileştirmesini teşvik edip etmemesi veya öğrenen kurumu yaratıp yaratmaması gibi hususlar tahlil edilebilir. Sonucun olumsuz çıkması durumunda, kurum kültürünün değişimi gündeme gelir. Günümüzde kurum kültürünün değiştirilmesi ile kurumsal performansın yükseleceğine inanan yönetici sayısı oldukça fazladır. Ancak böyle bir değişimin başarılı olabilmesi için, tepe yöneticisi, mevcut kültürden hoşnut olan veya olabilecek diğer yönetici ve çalışanların desteğini kazanmalıdır (Yıldırım, 2002:70). Kilmann, kurum kültürünün, kurumun temel amaçlarını desteklememesi, kurumun başarısını için itici bir görevi üstlenmemesi, kurumdaki çalışanlar ile kurumun çıkarları arasında uyumu sağlamaması ve çalışanların sorunları çözme yönünde katılımcı olmamaları durumunda değişiminin kaçınılmaz hale geleceğini belirtmektedir (Kilmann, 1985:62).

İçinde yaşadığımız çağın temel eğilimleri daha fazla değişim ve daha hızlı hareket eden bir çevre olduğuna göre, her örgütün “kurum kültürümüz bu değişimlere ayak uyduracak nitelikte mi? yoksa engelleyici nitelikte mi?” sorularının cevaplarını kendi içinde araması gereklidir (Kırım, 1998:58). Başarıya ulaşmak için, kurum kültürü temel faktördür, ancak doğru kültürü oluşturmak kolay değildir. Yılların birikimi sonucu oluşan mevcut kültür, kurumun stratejileri ile çeliştiğinde değiştirilmesi kaçınılmaz olmaktadır (Erengül, 1997:336). Kurumların karşılaştıkları bir durum karşısında verdikleri tepkiler, kurum kültürünün özelliklerine göre değişiklikler gösterir. Bu nedenle farklı özelliklerdeki kurum kültürlerinin değişimini sağlamak için de, çok farklı süreçlere ihtiyaç duyulabilir. Bu süreçler kurumun

bulunduğu gelişme safhasına, değişim yeteneğine, farklı kültürel oluşumlar konusundaki deneyimlerine ve tarihine bağlı olarak farklılıklar gösterecektir (Yıldırım, 2002:72).

Kurum tarihi boyunca belli bir seviyede başarıyı sağlamış, kurum genelinde yaygın olarak paylaşılan ve kabul gören bir kültür yapısını değiştirmek oldukça zordur. Öncelikle, mevcut norm ve değerlerin yerine getirilmek istenen yeni norm ve değerlerin çalışanlarca öğrenilmesi ve benimsenmesi gerekir. Çalışanların bildikleri ve uyguladıkları norm ve değerlerden vazgeçmeleri kolay olmaz. Bilinen şeylerden vazgeçip, bilinmeyene doğru yol almak, çalışanlarda rahatsızlık ve endişe yaratır. Bunun sonucunda ise, çalışanlar değişime karşı direnç gösterirler. Kültürel değişimin sağlanması için, kurum üyelerinden öğrenilmiş tutum ve davranışlarını değiştirmeleri istenir, hatta zorlanır. Eski tutum ve davranışların unutulması, yeni tutum ve davranışların tam olarak yerleşmediği koşullarda, istikrarlı bir kurum kültürünün oluşması imkânsızdır. Öğrenilmiş kavramların unutulması, değişime karşı direncin yok edilmesinde önemli role sahiptir. Kültürün değişimi, kurumun temelini oluşturan sistematik değerlerin, ortak anlayışın ve karşılıklı sadakatin yeniden oluşturulmasını ve bunların herkes tarafından bilinmesini gerekli kılması nedeniyle zor bir işlemdir. Belli bir vizyon ve strateji ile çalışanların katılımının sağlanması ve onları daha iyi bir geleceğin beklediğine inandırılmaları halinde, kültürel değişim herkes tarafından benimsenebilir (Güzelcik, 1999:113).

Kurum kültürü kazanıldıktan ve benimsendikten sonra kolay değişim göstermemektedir. Yukarıda da değindiğimiz gibi, kültürü paylaşan çalışanlar, genellikle değişimlere direnç göstermektedir ve bunu kabullenmeleri zaman alabilmektedir. Bu yüzden, kültürün değişimi ancak etkili bir liderin öncülüğünde başarılı olabilir. Kurum kültürünün değişiminde anahtar rol üstlenen lider, kurumun vizyonunu çalışanlara iletmeli, müşteri ilişkileri, hizmet kalitesi ve verimlilik gibi konularda bilinç oluşmasını sağlamalı ve başarıyı ödüllendirecek sistemi geliştirmelidir. Kurum kültürünün değişimi için yöneticilerin hiyerarşik rollerini bırakıp, lider olma rollerini benimsemeleri gereklidir. Ancak böyle olduğu takdirde kurum kültürüne istenen uygun özellikler kazandırılabilir. Bununla birlikte, liderin

kurum içindeki yerleşik kültürü dikkate almadan değişimi başarması mümkün değildir (Şekercileroglu, 2001:86). Lider, değişime yönelik olarak oluşturduğu vizyonunu, kurum üyeleri ile paylaşarak kurumun gündemini oluşturabilir. Liderin değişime yönelik vizyonunu kurum üyelerine iletmesi ve paylaşması ile değişimin uygulama süreci başlamış olur. Değişimin vizyonu ve stratejisi lider tarafından sözlü olarak aktarılabilir, ancak çoğunlukla eylem ve tavırlar yoluyla aktarılması tercih edilir. Liderin ve üst yönetimin, kültürün değişimi için içten ve açık bağlılık göstermesi, çalışanların da onları takip etmesini sağlayacak ve böylece planlı bir kültür değişimi için ilk adım atılmış olacaktır (Döğerlioğlu, 1997:4).

Kurum kültürünün oluşması aşamasında olduğu gibi, değişim sürecinde de çalışanlarla kurulacak iletişim ağı, değişimin başarıyla gerçekleşmesini sağlayacaktır. Bu kültürel değişimin kurum içinde yaratacağı olumlu veya olumsuz etkiler, önceden analiz edilmeli, kültürel özellikler açık bir şekilde tanımlanmalıdır.

Kültürel değişimin başarıya ulaşabilmesi için;

- Yöneticilerin ve çalışanların yapılacak değişime nereden başlanacağını bilmesi,
- Eski kültüre ait önemli ve değiştirilemeyecek değerlerin belirlenmesi,
- Başarıyı sağlayacak yeni fikirlere açık olunması ve bunu öneren çalışanların desteklenmesi,
- Organizasyondaki en etkili alt kültürün belirlenerek, diğer çalışanların bu kültürü örnek almalarının sağlanması,
- Değişim ilkelerini rehber alarak, yeni kültürün oluşturulmasında yardımcı olacak çalışanların seçilmesi
- Kültürel değişimin beş veya on yıl gibi uzun bir süreci kapsayacağını bilmesi,
- Farklı değişim stratejilerinden yararlanılması,
- Bilgiyi temel alan çalışmaların yapılması,
- Amaçların, hedeflerin ve görevlerin açıkça belirlenmesi
- Kurumsal bağlılığın sağlanması

- Katılımcıları heyecanlandırmak için yüz yüze iletişim kurulması,
- Kurumdaki tüm çalışanların yeni kültürü benimsemesi ve onunla yaşayabilmelerinin sağlanması gerekmektedir (Redfern vd., 2003:225; Jones ve Redman, 2000:604).

2.2.5. Kurum Kültürü ve Kurumsal İletişim

Kültürel değişime başlarken, öncelikle iletişim sisteminden başlanmalıdır. İyi işleyen bir iletişim sisteminin varlığı, değişimin çalışanlar tarafından iyi anlaşılmasını sağlayacaktır. Yeni oluşturulacak kültürel yapıda öncelikle katılımçılık desteklenmeli ve çalışanların kendilerini ilgilendiren her türlü karara katılımları sağlanmalıdır. Yönetim yaptığı tüm işlerde çalışanlara güven vermeli ve çalışanların güvenlerini sarsacak hareketlerden kaçınmalıdır. Yöneticiler istedikleri kadar iyi planlar yapsın veya çok iyi kararlar alsınlar, bunları uygulamaya aktaramadıkça, çalışanlarla paylaşmadıkça, bir sonuca ulaşamazlar. Bu aktarma ve paylaşma işlemini iletişim sağlar.

İletişim hayatın ayrılmaz bir parçasıdır. Topluluk halinde yaşayan tüm insanlar, hayatlarını devam ettirebilmek için az veya çok diğer insanlarla mutlaka iletişime geçmek zorundadırlar. İletişimin tek ve geçerli bir tanımını yapmak güçtür. İletişimin çeşitli bakış açılarına göre birçok tanım yapılmıştır. Bunlardan bazıları şunlardır:

İletişim; gerçeklerin, hislerin, düşüncelerin, karşılıklı bir alışverişidir. Kişileri birbirine bağlayan bir süreçtir. Çeşitli amaçlarla karşılıklı bilgi alışverişi ve inandırma eylemlerinin bütünüdür. Bilgi ve iletilerin konuşma, yazışma veya simgelerle aktarılmasıdır (Aşıkoğlu, 1986:4).

İletişim; iki veya daha fazla sayıda kişi arasındaki etkileşim ve değişim sürecidir (Paksoy ve Acar, 2002:3). Literatürde geçen tanımlar doğrultusunda iletişim, “zamansal, nesnel ve sosyal boyutları olan ve kişilerin birlikte hareket

etmeleriyle tutum ve davranışlar gerçekleştirmelerine ve sosyal yapılar kurmalarına imkân sağlayan bir sistemdir” şeklinde tanımlanabilir.

İletişim, kurumsal anlamda, insan davranışını etkilemek için tasarılan mesajları, bu mesajları ileten kanallar ve mesajları alan alıcı veya dinleyici üzerinde odaklanır. Kurum içinde bir sistem olarak iletişimin temel amacı, kopuk ve dağınık ilişkileri bir düzen içine sokmak ve amaç birliğini sağlamaktır. Kurumsal iletişim, gerek işleyişini sağlamak ve kurumun amaçlarını gerçekleştirmek için kurumu oluşturan çeşitli bölüm ve ögeler ile, gerekse kurum ile çevresi arasındaki girilen sürekli bir bilgi ve düşünce alış-verisi ya da bölümler arasında gerekli ilişkilerin kurulmasına olanak sağlayan bir süreçtir.

Kurumun sahip olduğu en önemli kaynaklardan birisi, doğru ve zamanında üretilen bilgidir. Yönetim bilimciler, kurumların ve yöneticilerin karar verme ve doğru bilgiye ulaşmak için, iletilen bilgilerin doğruluğunun ve zamanında iletilmesinin gerekli olduğunu belirtmektedir. Sürekli değişen ve gelişen günümüz iş dünyasında, karar alma süreci kısalmış ve hızlanmıştır. Bu ortamda hatanın affedilmediği ya da pahalıya mal olduğu düşünülürse, kurumlarda iletişimin temel bir öge olması kaçınılmazdır (Bayrak, 1995:36)

Kurumsal iletişimin temel amacı, kopuk ve dağınık ilişkileri bir düzen içine sokmak ve kurumsal amaçlarla bireysel amaçlar arasında denge kurulmasını sağlamaktır. Bunun yanında kurumsal iletişimin diğer amaçları şunlardır (Gürgen, 1997:37-38; Tutar, 2003:118-119; Varol, 1993:129; Tosun, 1982:19):

- Kurumsal politika ve kararların çalışanlara duyurulması, anlatılması ve böylece dedikodu ve söylentilerin önlenmesi,
- Kurumun çalışma düzeni, hedefleri, ücret- prim sistemi, ödül-ceza sistemi, kariyer olanakları, sosyal haklar, kurumun bütçesi, projeleri, faaliyetleri hakkında çalışanları bilgilendirerek, kuruma bağlılığın ve güvenin sağlanması,

- Kurumda sürekli bilgi akısı sağlayarak, kurumda bir aile ortamının, kurumsal bütünlük ve dayanışmanın yaratılmasında dostluk, bağlılık ve sevgi ilişkilerinin gelişmesini sağlayarak, çalışanların motivasyonunun artırılması,
- Kurumun faaliyet alanına ilişkin her türlü mevzuat ve yeniliğin çalışanlara duyurulması ve olası hataların önlenmesi, karlılığın artırılması,
- Kurumsal tutumların yönlendirilmesinde ve iş görenlerin kurumsal amaçlar doğrultusunda güdülenmesinin sağlanması, iş tatmininin artırılması,
- Çalışanların, kurumun amaçlarını, hedeflerini, kurum kültürünü öğrenmesinin ve benimsemesinin sağlanması,
- Kurum çalışanlarının görev, yetki, sorumlulukları hakkında bilgilendirilmesi ve kontrolün sağlanması, sorunların tespit edilmesi, etkili kararların alınabilmesi için alternatiflerin ve farklı bilgilerin sağlanması,
- Kurumsal faaliyetlerin istikrar ve iş birliği içinde gerçekleşmesine katkıda bulunulması, koordinasyonu sağlanması,
- Bireyler, gruplar veya bölümler arasındaki çatışmaların giderilmesi,
- Çalışanların, kurumun etkinlikleri, önemli olaylar, kararlar ve başarılar konusunda bilgilendirilmesi,
- Çalışanların iş sırasında veya iş sonrasında kurumu temsil niteliklerinin geliştirilmesidir.

Bütün bu amaçlar, kurumda çalışanlara yeterlilik kazandırmak ve onların çalışma azmini arttırmaya yardımcı olabilmek için iletişimin gerekliliğini göstermektedir (Dalay, 2001: 93).

Kurum içindeki ilişkilerde başarıyı ya da başarısızlığı etkileyen önemli faktörlerden birisi de, iletişim süreci ve işleyişidir. Bir kurumda tatmin edici ilişkilerin kurulabilmesi, bireylerin düşüncelerini açıkça ve anlamlı bir biçimde iletebilmesi ve aynı şekilde algılayabilmesine bağlıdır (Argıç,2002;23). Kurumsal yapıdaki ekiplerin içinde iletişimin sağlanmasında liderin veya yöneticinin davranışları çok önemlidir. Kurumun amaçlarının üyelerce paylaşılması ve benimsenmesini sağlamak için iyi bir iç iletişimin olması gereklidir. Çünkü insanlar, ancak bildikleri ve benimsedikleri amaçlar doğrultusunda çaba gösterirler (Dengiz, 2000:175).

Kurumlarda uyumun ve dolayısıyla etkinliğin sağlanabilmesi için, işbirliğinde bulunan bireyler arasında etkin bir iletişimin bulunması gereklidir. İletişim, yönetimin en uygun karar ve önlemleri alması için gerekli bilgileri toplamasına, çalışanların yakınma, dilek ve önerileri hakkında bilgi edinmesine, çalışan kişinin kurum içinde olup bitenlerden haberdar olmasına hizmet eder. Düşüncenin, duygunun ve bilginin alış verişi, çalışma ortamının her evresinde bireyin etkin ve verimli çalışmasının gerçekleşebilmesi için temel ön koşul olma niteliğindedir. Kurumsal amaçlara ulaşmada kurum kültürünün önemi nasıl yadsınamazsa, bu kültürü oluşturan en önemli öge olan kurumsal iletişimin geliştirilmesi de gereklidir ve bu bir anlamda başta yönetim kademesi olmak üzere, tüm kurum çalışanları tarafından ortak olarak yerine getirilmesi gereken bir görevdir.

Kurumda nelerin nasıl yapıldığının, nelerin nasıl yapılacağına doğru olarak bilinmesi işlerin düzgün yürütülmesi için gereklidir. Bir kurumda görevler, iş tanımları ne kadar iyi düzenlenirse düzenlensin, çalışanlar arasında iletişim olmadan kurumun amaçlarına yönelik etkileşim olmaz. Yöneticiler ancak etkin bir iletişim sistemi kurabildiğinde, kurumda neler yapıldığını anlayabilir ve bu bilgilere dayanarak sağlam ve geçerli kararlar verebilirler (Gürgen, 1997:s.33). Kurum içinde varlığını gösteren ve kendini kabul ettiren iletişim sistemi, aynı zamanda kurumun başarısını da yansıtır. Bir kurumda sürekli isleyen bir iletişim sistemi varsa, o kurumun sağlıklı yürüdüğü ve başarılı çalıştığı söylenebilir (Sabuncuoglu, 1984:112). İletişim sisteminin etkin işlememesi, yönetimin çalışmalarını etkilemekte,

yönetimin bütünlüğünü bozmakta ve amaçlardan uzaklaştırarak, çeşitli sorunların doğmasına neden olmaktadır. Etkin işlemeyen bir iletişim sistemine sahip kurumların karşılaşılabileceği sorunlar şu şekilde özetlenebilir (Karatepe, 2005:74) :

1. Mevzuatın ve görevlerin yanlış anlaşılmasından dolayı ortaya çıkan hatalar,
2. Hata oranının yükselmesi,
3. Disiplinsiz davranışların artması,
4. Çalışanların işlerine ilgisiz olması,
5. Nitelikli çalışan bulunamaması,
6. Personel devir hızı oranının yükselmesi,
7. Maliyetlerinin artması,
8. Çalışan ve yöneticiler arasında karşılıklı sevgi ve saygının azalması,
9. Üretilen mal veya hizmet kalitesinde ortaya çıkan uygunsuzlukların ve buna bağlı şikâyetlerin artması,
10. Yöneticilerin yönetimde ortaya çıkan sorunları zamanında öğrenememesi ve gerekli önleyici faaliyetleri gerçekleştirememesi,
11. Kurumda çalışanları rahatsız edecek nitelikte söylentilerin ortaya çıkması,
12. Astın birden fazla üstten emir almaya başlaması,
13. Alınan kararların uygulanma süresinin aşılması,
14. Yönetimde etkinliğin, verimliliğin ve hizmet kalitesini düşmesi,
15. Birimler arası iletişim sağlanamaması nedeniyle, yapılması gereken bir işi bütün birimlerin birbirlerine havale etmesi sonucu hizmetin tıkanması ve yürümemesidir.

2.2.6. Kurum Kültürü ve Kurumsal Öğrenme

Kurumsal öğrenme, tutum ve davranışlarda değişime sebep olan bir bilgi işlemidir (Huber, 1996:125). Kurumsal öğrenme, kurum içindeki bilgi ve değer sistemlerinin değişimi, problem çözme yeteneğinin geliştirilmesi sürecidir (Probst ve Büchel, 1997:15).

Kurumsal öğrenme, bilginin elde edilmesini destekleme, uzun vadede bu bilgiyi tutma ve sürekli gelişmeyi sağlayacak sistemlerin kurulmasını içermektedir

(Kalder, 1998:32). Bu yönüyle elde edilen sonuçlar, hem bireysel öğrenme hem de takım halinde öğrenme sonuçlarının toplamından daha büyüktür (Stata, 1989:318). Kurumsal öğrenme, karmaşık problemleri çözmek için yeni düşünme yöntemleri önermektedir (Kalder, 1998:77) ve bireysel öğrenmeden farklı olarak bu problemlerin çözümünde iletişim ve işbirliği gerekmektedir.

Kurumlarda oluşan kültürel değişme ve gelişmelerin birçoğu öğrenmeye dayanır. Çalışanlar, sürekli olarak kurum hakkında düşünce ve duygularını değiştirdikleri gibi, uygulanan sistemde de değişiklik yaparlar. Çalışanlar hataları bularak ve düzelterek, çevredeki değişikliklere cevap vererek kurumsal öğrenmeyi gerçekleştirebilirler (Peker, 1993:216). Takım ruhu ve kurum kültürünün yerleştirilmesi, kurumsal öğrenmenin de kolaylıkla uygulanabilmesini sağlamaktadır (Bektaş, 2005:30).

Günümüzde yaşanan küresel değişimler, birçok kurumun yönetim anlayışlarının da değişmesini zorunlu hale getirmiştir. Bilgi yönetimi ve TKY, yeni yönetim modelleri olarak benimsenmeye başlanmıştır. Bunların yanı sıra kurumların geleceği öngörmeleri ve ayakta kalabilmeleri için kurumsal öğrenme anlayışını da benimsemeleri gerekmektedir. Çünkü öğrenen kurumlar, yaratıcılık ve yeni bilgi kaynaklarını paylaşmayı gerektirir (Akgemci ve Özgener, 1998:50).

Kurumsal öğrenme, değişimin ve gelişimin nasıl benimseneceğini ve gözetileceğini öğrenme olarak değerlendirip, değişme ve gelişmeyle birlikte kalite kavramını da ön plana çıkarır. Sürekli iyileştirme, öğrenen kurumlarda öğrenme sonucu ortaya çıkmaktadır. Sürekli iyileştirmenin gerçekleşmesi, öğrenilenlerin ortak bir vizyon etrafında amaçlara ulaşmak için kullanılmasına bağlıdır. Bu yüzden kaliteyi ortaya çıkarabilmek için, kurum içindeki herkesin bilgisine, isteğine ve enerjisine ihtiyaç vardır.

Öğrenen kurumlar, çalışanların gerçekten arzu ettikleri sonuçları elde etmek için, kapasitelerini sürekli olarak geliştirdikleri, sınırları zorlayan düşünce

şekillerinin ortaya atıldığı, insanların sürekli biçimde beraber öğrenmeyi öğrendikleri kurumlardır (Senge, 2002:11).

Öğrenen kurum, değişen dünyaya göre her yapıda ve her bölümde kendini değişime ayarlayabilen kurumdur. Değişmeyi kabul eden kurum, sürekli öğrenme ile kendi içinde değişim de yaratabilir. Öğrenen kurum bir yönetim modeli değil, bir yönetim anlayışıdır. Bu anlayış, geleceğin yönetiminde, eğitilmiş insana daima, kurumla beraber nasıl öğrenebileceğini ve öğrenilmesi gerekenin nasıl öğrenileceğini gösteren bir yönetim çekirdeğidir (Braham, 1999:14).

Kurumsal öğrenme, değişimin gerçekleşmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Bu değişim, kurumun sadece çevreye uyum açısından değişikliğe adapte olmayı öğrenmesi değil, aynı zamanda çalışanların kendilerini yenilemek suretiyle değişikliklere ayak uydurmalarını ifade etmektedir (Çelik, 1997:69). Başarılı bir kurumsal değişim, ancak etkili bir kurumsal öğrenme kültürünün oluşturulmasına bağlıdır. Değişimin olabilmesi, insanların değişmeye karşı tutum ve bilgisiyle başlar. Başarılı değişimler, bireysel davranışların öncülük ettiği ve daha sonra gruba yansıdığı, grubun ortak olarak hareket ettiği değişimlerdir (Lowenthal, 1994:132).

Öğrenen kurumlarda, öncelikle yöneticiler kalıplaşmış düşüncelerden uzaklaşmaya çalışmalıdır. Ardından çalışanlar gelişmeye ve düşünce yapılarını değiştirmeye yönlendirilmelidir. Çalışanlardan önce yöneticilerin değişmesi önemlidir. Çünkü bilinçaltına itilen ve farkında olunmayan düşünceler, bir süre sonra çalışan-yönetici ilişkilerini, çalışan-çalışan ilişkilerini ve genel olarak da kurum çalışmalarını etkileyecektir (Karababa, 2003:36-37). Burada liderlere tasarımcı rollerinin yanı sıra, çalışanların öğrenme süreçlerinde aktif bir rol olan öğretici ve bir hizmetkâr rolü de düşmektedir. Liderler, açık iletişimi ve diyalogu sağlayan, çalışanların problem çözme süreçlerinde aktif rol almalarını ve deneyim sonuçlarının analiz edip uygulanmaya konmasını sağlayan kişiler olmalıdırlar. Liderler bu yönde çaba sarf ettiklerinde, çalışanlar da öğrenme konusunda gönüllü olacaklardır (McGill ve Slocum, 1993:67-68).

Kurumsal öğrenme yollarından birisi, uygulama, süreç ve prosedürlerde bilginin sistematik hale getirilmesidir. Bireysel öğrenmede, öğrenen sadece bireydir. Birey, öğrendiği bilgiyi kullanmazsa ya da kurumdan ayrılırsa, kurumun yapabileceği bir şey yoktur. Bu da kurumda öğrenme olmadığı anlamına gelir. Kurumsal öğrenme ile bilgi sistematik hale getirilir ve kurumlar, yeni bireyleri işe almak yerine, tüm kurumu kadroya dahil ederek de öğrenebilirler (Mills, 1992:147).

Öğrenen kurumlarda kültürün en yüksek ölçüde performans sağlaması için, kişiler arasında güven duygusunun gelişmiş olması gerekmektedir. Bu güvenin, yönetimi ve çalışanlar arasında sağlanması, yönetici ve çalışanların iyi bir iletişim içinde olmasını da mümkün kılacaktır (Cafıoğlu, 1996:38). Güçlü kurum kültürü, çalışan tüm bireylerin ortak değerler ve inançlar etrafında birleşmeleri sonucu ortaya çıkar.

Öğrenen kurumlarda çalışanların ortak bir vizyona sahip olmaları, ortak amaçlar çevresinde, yaratıcılıklarını ön plana çıkararak, dayanışma içinde takım çalışması yapmalarına imkân verir. Paylaşımın, açıklığın, güvenin ve takım bilinciyle çalışmanın doğal bir sonucu olarak, sinerjik etkiler ortaya çıkar (Yazıcı, 2001:60). Bu sinerji, bilginin kurum içinde etkin şekilde paylaşılmasıyla oluşur. Kurum içinde çabuk ve etkin yayılan bilgi sinerjik etkiyle beraber öğrenmenin kalıcılığını sağlayacaktır.

Kurumlarda karşılaşılan problemlerin çözümünde, takım çalışmasının etkin bir rol oynayacağı görüşü, takım çalışmasının yaygınlaşmasını sağlamıştır. Takım ruhunun yerleştiği kurumlarda takım halinde öğrenme, öğrenen kurumlara giden yolda önemli bir aşamadır. Takım halinde öğrenmenin gerçekleşebilmesi için ilk aşama olarak diyalogun oluşması gerekir. Diyalog, takımın bireylerinin varsayımlarını askıya alıp, gerçek bir birlikte düşünme eylemine girme kapasitesi olarak tanımlanır. Bireylerin öğrenmeyi aksatan tüm engelleri keşfedebilmelerini sağlayan bir araçtır. Diyalogun amacı herhangi bir bireyin, o ana kadar sahip olduğu anlayışların ötesinde birtakım kavrayışlar elde etmesini sağlamaktır (Senge, 2002:12).

Öğrenen kurum felsefesi, uzun dönemli bakış açısıyla bir taraftan en ideal kültürel değişimi yaratmaya çalışırken, diğer taraftan acil ve olası gereksinimlerden yola çıkan, kısa ve orta dönemli bakış açılarıyla, en kısa sürede ulaşılabilecek hedefleri belirleyerek; hem içinde bulunulan zaman kesiti, hem gelecek için başarılı sonuçlar yaratmaya çalışır. Öğrenen kurumlarda bir sonraki aşama tasarlanırken, önceki dönemlerde öğrenilen bilgilerden faydalanılır (Pınar, 1999:37-78). Her aşamanın sonuçlarından edinilen bilgilerle, performans ölçümü ve bu sonuçların uygulamada daha etkin faydalar sağlaması için yeniden düzenlenmesi bakımından zengin bir bilgi birikimi yaratılır ve tüm bölümler düzeyinde kullanılır. Böylelikle sürekli bir öğrenme süreci gerçekleştirilir.

Büyüyen ve sürekli gelişen öğrenen bir kurum, insanların birbirlerinden, eski deneyimlerinden, yöneticilerden, yapılan işlerden gitgide daha az etkilenen bir kurum olmamalıdır. Bunun tam tersi, birbirlerinin deneyimlerinden etkilenen bir kurum olmalıdır.

Öğrenmenin, deneyim haline getirilip, genelleştirilmesi için, öğrenmenin kurum içerisinde çabuk ve etkin biçimde yayılması gereklidir. Fikirler yaygın olarak paylaşıldıkları zaman en büyük etkiye sahiptirler. Yazılı, sözlü ve görsel raporlar, ziyaretler ve geziler, personel rotasyon programları, eğitim ve yetiştirme programları gibi çeşitli mekanizmalar bu süreci desteklemektedir (Çam, 2002:114).

Kurumlarda öğrenme faaliyetlerine ve çalışanlara önem verilerek, öğrenen bir yapı oluşturulabilir. Öğrenen kurumlarda çalışanlar, kurumu benimsemelidir. Kurumu benimseyen çalışan, işine odaklanmalı ve işini en iyi şekilde yapmak için çaba sarf etmelidir. Kurumda çalışan herkes hata yapmamaya özen göstermelidir. Çünkü birim bazında yapılan çalışmalar, birbirlerini tamamlar niteliktedir. Çalışanların kendilerinden sonra gelecekleri düşünmeden, sadece kendi işlerini yapmaları, kurumda hataların ortaya çıkmasına sebep olacaktır (Senge, 2002:29).

Öğrenen kurumlarda, öğrenme kapasitesini arttırabilmenin bir yolu, kurumda bulunan çalışanların geçmiş tecrübelerinden faydalanabilmektir. Çalışanların yaşadıkları farklı tecrübeler ve hatalar paylaşıldığında, diğer çalışanlar bu hatalardan ve tecrübelerden ders alabilir. Başkalarından öğrenmek, farklı tecrübelere sahip olmak demektir. Çalışanların sistematik problem çözme yetenekleri, yeni ve farklı yaklaşımlardan yararlanmalarına olanak sağlayacak çalışma ortamları, onları yeni bilgileri sistematik bir şekilde aramaya ve test etmeye yönlendirecek ve farklı tecrübeleri yaşamalarını kolaylaştıracaktır (Yazıcı, 2001:117) Geçmişten ve hatalardan öğrenmek, aynı hataların tekrarlanmaması açısından önemlidir. İdeal olan, ilk seferde gerekli olanı doğru şekilde yapmaktır.

Ancak, insanın olduğu yerde hatanın olması doğaldır. Önemli olan bu hatalardan ders alınması ve tekrarlanmamasıdır. Öğrenen kurumlarda hatalar ve farklılıklar cezalandırılmamalıdır. Hatalar en büyük öğrenme fırsatı olarak görülmelidir. Çalışanların duygu, düşünce ve davranışlarındaki farklılıklara değer verilmesi, öğrenmenin en üst seviyede gerçekleşmesine sağlayacaktır.

Öğrenme, sadece yeni bilgilerin kazanılması olmayıp, deneyler yapma ve deneyimin oluşturduğu kolektif bir süreçtir. Deneyim, yeniliği eyleme dönüştürmenin en güçlü aracıdır. Birey, edindiği deneyimlerden sonuçlar çıkarır. Deneyim, en iyi öğretmendir. Birey, geçmişte yaşadığı deneyimleri, ileride yapacağı uygulamalarda kullanır. Aynı zamanda, bu deneyimleri başkalarına anlatıp yaygınlaştırarak, diğer kurum üyelerinin de öğrenmelerine katkıda bulunur (Töremen, 2001:13). Bireysel gelişme öğrenmeye dayalıdır, Sürekli gelişme de öğrenmeye dayalıdır. En güçlü öğrenme, deneyim yolu ile kazanılan öğrenmedir. Bir eylem yapılır, sonuçları görülür, daha sonra yeni ve farklı bir eyleme geçilir. Kurumlar da aynı insanlar gibi, deneyimlerini göz önünde bulundurarak öğrenirler. Deneyime dayalı öğrenme, temel olarak bireylerin algı, tutum ve davranışlarının değiştirilmesini gerektirip, bireylerin bir öğretici yerine kendisi ile aynı düzeyde bulunanlardan öğrenmeleri gerçeğine dayanır (Senge, 2002:165).

Geleneksel kurumlarda yapılan bir hata, kişinin öz güvenine zarar verebilir. Hataları, öğrenme olanakları olarak değerlendiren örgütler atipik örgütlerdir. Bu da elbette hatalar yapılacak demektir. Kurumun bu hatalara nasıl karşılık verdiği önemlidir. Çünkü hatalar bilgiye yol açar. Hatayı düzeltmek, suçluyu bulmak ya da zarar kontrolü yapmak uğruna hataları feda etmemek gerekir. Aksine, her hatanın bir öğrenme fırsatı olmasına izin verilmelidir (Braham, 1999:19). Bu, bir hatadan sonra o hatayı düzeltmek için, bir şey yapmamanız anlamına gelmez. Ancak, hatadan faydalanabilmek için kurumun durup ne olduğu ve neden olduğu konusunda düşünmesi ve şu soruların da cevabını araması gerekir.

- Bu hatanın tekrar olmasını önlemek için farklı ne yapılabilir?
- Bu hatalar kurumdaki diğer bölümler ve işler konusunda da aydınlatıcı olabilir mi?
- Bunlar paylaşılsa kurumda başkaları bundan faydalanabilir mi?
- Bu hatanın sonucunda işin içinde yer alan bireyler nasıl geliştiler?

Yapılan bir hata size, düzeltici faaliyetin yanı sıra önleyici bir yaklaşım da vermektedir. Böyle bir yaklaşımla, şirket genel öğrenme kapasitesini artırır. Bu durumda, suçlayacak birim aramak yerine bu süreci iyileştirmeye yoğunlaşmak daha uygun olacaktır. Geriye dönük öğrenmeyi değil, ileriye dönük öğrenmeyi benimsemek daha uygundur. Geriye dönük öğrenme kazara olur. Eğer elde edilen bir sonuç beklentileri karşılamazsa, öğrenmenin garantisi yoktur. Belki de deneyimin en iyi öğretmen olduğu doğrudur (Probst ve Büchel, 1997:23).

Kurumların sürekli olarak başarılarını ve başarısızlıklarını analiz etmeleri gereklidir. Bu değerlendirmeler sistematik bir bakış ile gerçekleştirilmeli ve elde edilen faydalı sonuçlar çalışanların yararlanabilmesi için, iletişim kanalları kullanılarak duyurulmalıdır. Eğer kurumlar, geride kaldı diyerek karşılaştıkları başarıya veya sorunlara karşı ilgisiz kalırlarsa, bu sonuçların sebebi olan pek çok yararlı bilginin de açığa çıkmasını engellemiş olurlar (Pınar, 1999:37-78).

2.2.7. Kalite Odaklı Kurum kültürü

Kalite kültürü, 5-10 yıllık yoğun bir çaba ile mevcut kültürün değişime uğraması sonucu, kaliteyi yaşayan bir kültürel yapıyı tanımlamaktadır. Kalite kültürü, yüksek güvene dayalı sosyal ilişkileri besleyen, kurumun tüm üyelerinin paylaştığı değerleri içeren ve sürekli iyileştirmenin, kurumun menfaatine olduğuna inanan bir yapıya sahiptir. Kalite kültürü, başarılı bir Toplam Kalite Yönetimi için gerekli altyapıyı oluşturmaktadır. Gryna'ya göre bu yapı içinde kalite kültürünü oluşturan temel yapı taşları 5 ana başlıkta toplanmıştır. Bunlar (Pakdil, 2004:169):

- Kalite hedeflerinin belirlenmesi ve her seviyesinde performans ölçümlerinin yapılması,
- Yönetim kademesinde yer alanların liderlik yapabilmesi,
- Çalışanların kendilerini geliştirmeleri için fırsat verilmesi ve yetkilendirme,
- Çalışan katılımının sağlanması,
- Çalışan başarısının tanınması ve takdir edilmesi.

TKY anlayışının özünde, işletmede çalışan bütün insanların kalite kültürünü bir yaşam biçimi olarak kabul etmeleri, benimsemeleri ve gönüllü olarak bu çabaya katılmaları vardır. Bu durumda, işletmede çalışan insanların tutum, değer ve inançlarını öğrenip, yavaş yavaş kurum kültürünü oluşturmak gerekir (Parlak, 2004:38). Çünkü kurum kültürü, işletmelerde davranışsal normları üreterek, insanlarla kurumsal yapılarının ve kontrol sistemlerinin etkileşimini sağlamakta, ortak direnç ve değerler sistemi yaratmaktadır. Bu bakımdan TKY'nin öngördüğü değişimin gerçekleşmesi için, buna uygun bir kurum kültürünün oluşturulması zorunlu görülmektedir (Yıldırım, 2002:194).

Katılımcı bir kültürel yapıda, çalışanlar kurum içinde kendilerini etkileyecek kararlara katılmak istegindedirler. Eğer çalışanların bu isteği gerçekleşirse, çalışanların kurumla bütünleşmeleri sağlanır. Şüphesiz ki, çalışanlar verilen kararlarda katılımcı oldukları durumda kurum amaçlarının gerçekleştirilmesi için daha hevesli ve daha verimli çalışacaklardır.

Ancak katılımcılık, genellikle bazı hak ve yetkilerle sınırlı algılanmaktadır. Katılımcılıkta, hak ve yetkilerin yanında sorumluluk ve yükümlülüklerde bulunmaktadır. Örneğin; bir grup içerisinde sadece eleştirmek ve talepte bulunmak suretiyle hak ve yetkiyi kullanmak katılımcılık değildir. Eleştirmenin ve talepte bulunmanın yanında, katkıda bulunmak gibi sorumluluk ve yükümlülükler de vardır (Coşkunoglu, 2004:39). Çalışanlar genellikle yaptıkları işi en iyi kendilerinin bildiklerini düşünürler. Bu nedenle, uygulanacak yeni usul ve yöntemlerin önceden çalışanlara duyurulması ve çalışanların konu hakkında fikirlerinin alınması, bireylerin özgüvenini ve kararlara katılım isteğini arttıracaktır. Çalışanların yönetime katılmalarının, yöneticiler ve çalışanlar açısından sağlayacağı faydaları aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz (Özkalp ve Kırel, 2001:154-155):

- İşler karmaşıklaştıkça, yöneticiler kimin hangi işleri, nasıl yaptığından tam olarak haberdar olamamaktadırlar. Katılım yoluyla yöneticiler, yapılan işlerden haberdar olabilmektedir.
- Çalışanlar, genelde yaptıkları işleri diğer bölümlerden yardım alarak yapmaktadırlar. Yani yapılan işler birbirine bağlı ortak bir çabanın sonucudur. Bu durum farklı bölümlerle grup toplantıları yapma ihtiyacını yaratmakta ve bu toplantılarda çalışanlar kendilerini etkileyen ortak sorunları çözüme kavuşturabilmektedirler.
- Çalışanların kararlara katılımı, onların işlerine ve alınan kararlara daha çok bağlanmasını ve iş veriminin artmasını sağlamaktadır.
- Katılım, çalışanlar için güdüleyici bir ödül olmakta, bu da onların yaptıkları işi daha anlamlı ve ilgi çekici kılmaktadır.

Kurumlarda kültürel değişim kararlarının alınması ve uygulamasında, takımlar yoluyla çalışanların katılımının sağlanması, kurum içerisinde oluşabilecek dirençleri önemli ölçüde azaltabilir. Yenilikten etkilenen çalışanlar bu şekilde yönetim ile iletişime geçecek ve değişime olan direnç karara katılma yoluyla önlenecektir (Robbins, 1994:161).

Kurumun bölümleri arasındaki etkileşim, işbirliğini, birlikte çalışmayı ve birbirine destek vermeyi sağlar. Sinerji denilen bu uyum ile çalışanlar ortak hedefler üzerinde odaklaştıklarında, çok önemli ve etkili sonuçlar elde edilmektedir. Kurum içindeki takım çalışmaları, katılımcı bir anlayış ile insan kaynaklarının yetenek ve becerilerinden büyük ölçüde yararlanır. Çalışanların katılımı sağlanmadan bir örgüt içerisinde sadece birkaç kişinin düşünce ve yeteneklerine bağımlı kalınacak ve katılım sonucu elde edilecek sinerjiden yoksun kalınacaktır (Bumin ve Erkutlu, 2002:95).

Katı bir hiyerarşik organizasyon yapısı, katılımcı kültürün önündeki en büyük engeldir. Katılımın oluşabilmesi için daha esnek bir yapılanma tarzı olan yalın kurum yapısına gidilmelidir. Katılmalı bir yönetim anlayışının kurum içinde yaygınlaşabilmesi için; kurumun karar merkezlerinin her hiyerarşik kademeye yayıldığı, hızlı ve güvenli bir iletişim sisteminin olduğu, çalışanların eğitilerek gerekli tüm bilgi ve becerilerle donatıldığı ve çalışanların işi gerçekleştirmek için ihtiyaç duyulan istek ve motivasyona sahip olduğu bir kurumsal yapının oluşturulması gereklidir.

Katılımcılık ve iletişim sistemi, kurum içinde takım çalışmalarının başarılı olabilmesi ve yüksek performansa ulaşmak için en önemli iki faktördür. Takım çalışmalarının başarısı için uygun bir kurum kültürü yapısının oluşturulması için öncelikle, kurum içinde katılımcılığın teşvik edilmesi ve tüm çalışanların kendilerini ilgilendiren her türlü karara katılımlarını sağlayacak bir ortamın oluşturulmasına ihtiyaç vardır. Kurum içinde katılımcılığın sağlanabilmesi için ise öncelikle sorunsuz işleyen bir iletişim sistemi gerekmektedir. İletişim sisteminin iyi işlediği ve katılımcılığın sağlandığı kurumlarda, çalışanların ve yöneticilerin birbirleri ile ilişkilerinin gelişmesi sonucunda zamanla karşılıklı güven oluşacaktır. Bu bakımdan yöneticilerin görevi, çalışanları teşvik etmek ve onlara imkân sağlamaktır. Bir iş ortamında kendi bireysel farkını, düşünceleri, önerileri ve yaklaşımları ile ortaya koyabilmesi izin verilen bir çalışanın kendini gerçekleştirebildiği bu iş ortamına daha fazla bağlanacağı açıktır. Böylece kendi kişisel hedefleri ile işletme hedeflerinin doğal olarak ve kendiliğinden birleştiğini hisseden çalışan bireyin, işletmeyi

benimsemesi ve ona bağlılığı artacaktır (Abuşoğlu, 2001:105). Katılımcı ve yöneticilerine güvenen çalışanların yaratıcılıkları artacak ve yönetim tarafından getirilen yeniliklere de dirençleri kalmayacaktır.

2.3. GÜVENLİK KÜLTÜRÜ

Sosyal ve ekonomik gelişmenin göstergelerinden biri olan iş sağlığı ve güvenliği düzeylerinin iyileştirilmesinde, toplumda güvenlik kültürünün oluşturulması büyük önem arz etmektedir. (Güven, 2007:141-147)

Güvenli olmayan çalışma koşullarının beklenmedik olaylara neden olduğu son derece açık bir gerçektir. Pek çok olayda, söz konusu güvenli olmayan çalışma koşullarının rolü ve önemi görülmektedir. Güvenli olmayan iş koşulları elbette bu tür olaylara neden olmaktadır ama bireyin güvenliğe uymayan davranışları, çok daha fazla sayıda beklenmedik olayın oluşmasına neden olmaktadır. Bu nedenle çalışma koşullarının en iyi düzenlenmiş hali bile, olayların bütün olarak ortadan kaldırılmasına yetmeyebilir. Beklenmedik olayları yok edebilmek için hem çevresel hem de insan faktörünün birlikte dikkate alınması bir zorunluluktur (Gödelek, 2007:115-127).

Güvenlik kültürü kavramı 1986 yılında Çernobil Nükleer Santralında yaşanan kazadan sonra, güvenlik iklimiyle beraber kamuoyunun gündemine girmiştir. Kamuoyunun dikkatinin bu kavramlara çekilmesinde, Uluslar arası Atom Enerjisi Kurumu (IAEA)' nun 1986 yılında yayınladığı raporun etkisi büyük olmuştur. Rapora göre, kazanın yaşanmasının nedenlerinden birisi de kurumun güvenlik kültürünün zayıflamış olmasıdır (Özkan ve Lajunen, 2003:3).

Kültür kavramında olduğu gibi, güvenlik kültürü konusunda da birçok tanım yapılmıştır. Bu tanımlardan birine göre güvenlik kültürü, bir kurumun sağlık ve güvenlik programlarının yeterliliğine, tarzına ve uygulamadaki ısrarına karar veren birey ya da grupların değer, tutum, yetkinlik ve davranış biçimlerinin bir ürünüdür (Tütüncü vd., 2006). Bir diğer tanıma göre güvenlik kültürü, çalışanların çalışma ortamları hakkında paylaştıkları temel algıların özetidir (Zohar, 1980:96).

Güvenlik kültürü, güvenliği tehdit edebilecek davranış veya uygulamalarla bunların yer aldığı ortak alanında bulunan canlıların ya da nesnelere zararını en aza

indirmeyi amaçlayan, güvenliğe öncelik veren algılar, inançlar, tutumlar, kurallar, roller, sosyal, teknik ve politik uygulamalarla, yetkinlikler ve sorumlulukların bütünüdür (Özkan ve Lajunen, 2003:3) Güvenlik kültürü yalnızca güvenliğe ilişkin taahhüt, iletişim stili ve hataları rapor etmeye yönelik açık kurallarla değil aynı zamanda çalışanların motivasyonu, morali, hataları algılama biçimleri ve hataları etkileyen faktörlere karşı tutumlar ile de ilgilidir. Bu nedenle olumlu bir güvenlik kültürüne sahip olan kurumlarda, karşılıklı güvene dayanan iletişim, güvenliğin önemi ve önleyici tedbirlerin yararlı olacağı yönündeki algılamalar ön plana çıkmaktadır (Tütüncü vd., 2006).

Güvenlik kültürü, kavram olarak iş güvenliği sisteminin temelleri olan; değerler, inanışlar, prensiplerle birlikte uygulama pratiklerini örneklerle açıklamaktadır. Bu anlayışlar ve uygulamalar, kuruluş çalışanları tarafından mesleki tehlikeler, kazalar ve güvenli iş gibi stratejilerin belirlenmesine yarar. Güvenli çalışma, çalışanların iş yaşamı kalitesinin genel hayat kalitesine olan etkisinin farkında olması, güvenlik ve sağlık konusunda bilgili olması ve çalışma davranışının güvenli olması halinde elde edilir. Bir sonuç olarak güvenli davranış ise, sağlık ve güvenlik kültürünün yerleştiği ortamlarda sağlanabilir (Şerifoğlu ve Sungur, 2007:297-312). Güvenlik kültürünün oluşturulması ile, sağlıklı ve güvenli davranış alışkanlık haline getirilebilir (Güven, 2007:141-147).

Güvenlik kültürünün oluşması için altı kriterden söz edilebilir(Şerifoğlu ve Sungur, 2007:297-312):

- Üst yönetimin taahhüdü
- Gözetimcilerin performansa odaklanması
- Çalışanların aktif katılımı
- Orta kademe yöneticilerin sürekli ilgisi
- Esnek bir sistem
- Güvenliğe ilişkin çalışanların olumlu algısı

Reiman ve Oedewald(2002) ise, olumlu güvenlik kültürünün kriterlerini şu şekilde sıralamıştır:

- Yönetimin güvenlik için kararlılığı ve yetkinliği,
- Güvenlik politikaları,
- Güvenlik öncelikli yönetim,
- Kalite kural ve düzenlemelerinin güncellenmesi,
- Sürekli iyileştirme,
- Güvenlik yönelimli olumlu değerler, tutumlar ve bunlara bağlılık,
- Otorite ile olan iş ilişkileri
- Zorunluluk ve sorumlulukların açık tanımı,
- Çalışanlar arasında karşılıklı güven,
- Düzenli ekipman bakımı,
- Beklenmedik olayların ve kazaların rapor edilmesi ve iyileştirme,
- Farklı kurumsal seviye ve görevlerden sağlıklı bilgi akışı,
- Yeterli kaynak.

İngiltere’ de düzenleyici otorite olan Sağlık ve Güvenlik Komisyonu (HSC), kurumların ‘Olumlu Güvenlik Kültürü’nü sürekli geliştirerek hataları önleyebilmelerini ve güvenli bir ortamı sağlayabilmelerini önermektedir. Kurumun güvenlik kültürü temel varsayımlar ve kurum üyelerinin güvenlik olaylarıyla ilgili inançlarıyla; yani yöneticileri, danışmanları, iş gücünü etkileyen inanış, değer ve davranış normları ile ilgilidir ve kurumun güvenlik politikası, kuralları ve prosedürlerinin delilidir. Olumlu güvenlik kültürü, herkesçe bilinen bir tanımlama olmasına rağmen, tanımlar yaygın olarak güvenliğin önceliğini anlamaya dayalıdır. ‘İyi Güvenlik Kültürü’, olumlu güvenlik davranışları ve iş gücünü anlamayı yansıtır. Çalışanların güvenli davranışlarının güvenlik kültürünün önemli bir parçası olduğu ve davranışları ölçmeye odaklanmış olan araçların ölçümü tartışılmaktadır. Çalışanların güvenli davranışlarının ölçümünün, deneye dayanmayan çalışmalarının özeti, şu temel alanlarla ilgili olduğunu destekler; güvenlik sisteminin ayarlanması, çalışma çevresi ve bireysel sorumluluk ya da yeterlilik. Geçerlik süresi, olumlu kültürel davranışlar ve daha iyi güvenlik kayıtlarının arasındaki ilişkiyi

desteklemektedir.

(http://www.osha.gov./SLTC/etoolssafetyhealth/comp1_review_program.html,

20.11.2007)

Çalışanlarda etkili iletişim (davranış odaklı programlar, güvenliğinin her kademedede yoğun ve ciddi şekilde işlenmesi, çalışmalarda güvenliğin birincil planda tutulması vb.) kurularak, sağlanacak kalıcı davranış değışiklikleri zaman içinde oluşabilecek sonuçlardır. Kısa vadede güvenlik iklimi olarak adlandırılan olumlu ortam koşullarının yaratılmasına katkı sağlanabilir. Ancak, çalışanlara sadece eğitim verilerek istenilen davranış değışikliğini elde edilmesi mümkün değildir. Çalışanların güvenli çalışmaya inanması, güvenli çalışmanın bir refleks haline getirilmesi gerekmektedir(Şerifoğlu ve Sungur, 2007:297-312) Eğitim, sağlıklı ve güvenli bir işyeri açısından, yıllardır sağlık ve güvenlik yönetiminin vazgeçilmez bir parçası olarak değerlendirilmiştir. İş sağlığı ve güvenliği alanında eğitim tek başına bir konu olarak ele alınmamalı, genel çalışma eğitiminin bir parçası olarak görülmeli ve süreçlere dahil edilmelidir. Yönetim süreçlerde sorumluluğu olan herkesin gerekli eğitimleri almasını sağlamalıdır (Güven, 2007:141-147).

İnsanlar yaşamları boyunca birçok riskle karşı karşıya kalabilmektedir. Ancak riskler fark edilebilir, öğrenilebilir, ölçülebilir, analiz edilebilir, değerlendirilebilir, azaltılabilir, yönetilebilir ve kontrol edilebilir (Güven, 2007:141-147). Riskin var olduğu durumlarda, profesyonel eğitimlerle ulaşılan yapısal gelişim ile erken tanı, değerlendirme ve müdahale etme imkânlarını artırmak, sorunun büyümesini önlemek, zarar azaltma stratejileri geliştirmek, problem çözme becerilerini geliştirmek amaçlanmaktadır. Böylece etkilenim azaltılabilmekte ve kontrol edilebilir olmaktadır (Güven, 2007:141-147).

Kazalar bir anlamda domino etkisi tarzında ortaya çıkar. Domino taşlarının ilki 'sosyal çevre' dir. İkinci domino taşı 'bireyin hatası' dır. Üçüncü taş, 'güvenli olmayan davranış ya da durum' dur. Dördüncü domino taşı 'kaza' dır. Beşinci ve son taş ise ' yaralanma veya ölüm'dür. Domino taşlarının ilki devrildiğinde ardı ardına sıralanan diğerleri de devrilmeye başlar. Bu devrilme olgularını durdurabilmenin

yolu, domino taşlarının en az birisini aradan çekebilmektir. Ancak bu yolla kazanın önüne geçilebilir ve istenmeyen yaralanma ve ölümler önlenebilir. Bu sıralama da ‘güvenli olmayan davranış veya durum’ u ortadan kaldırmak diğerlerine göre kazaları önlemede daha önemli bir işleve sahiptir. (Gödelek, 2007:115-127)

İşyerlerinin ve çalışma kültürlerinin, çalışma yaşamında sağlık ve güvenliği destekleyici yönde geliştirilmesi, böylece girişimlerin verimliliklerine olumlu katkıda bulunacak olumlu bir sosyal ortamın ve düzgün işleyişin sağlanması gerekmektedir. Çalışma kültürü, işletme tarafından benimsenen temel değerler sisteminin bir yansıması anlamındadır. Böyle bir kültür pratikte yönetim sistemlerinde, personel politikalarında, katılım ilkelerinde, eğitim politikalarında ve kalite yönetiminde ifadesini bulmalıdır (Güven, 2007:141-147).

Mesleki tehlikeler işyerinde ortaya çıktığından, çalışma ortamlarının sağlıklı ve güvenli olmasını sağlama sorumluluğu işverene aittir. Bu da, yöneticilerin mesleki riskleri önlemeleri, bireyleri bu risklerden korumaları gerektiği anlamına gelir. Yöneticilerin mesleki tehlikeleri bilmeleri, yönetim süreçlerinin işyerinde sağlığı ve güvenliği geliştirecek nitelikte olmasını sağlamaları gerekir (Güven, 2007:141-147).

Kurumsal güvenlik kültürünün oluşması ve etkinliği için amaca yönelik planlamanın, sürekliliğin ve etkinliğin sağlanmasında en önemli desteğin yönetimin güvenliğe inancı ve taahhüdü olacağı unutulmamalıdır (Şerifoğlu ve Sungur, 2007:297-312).

2.4. HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

Risk faktörünün yüksek olduğu endüstrilere örnek oluşturan sağlık sektöründe, güçlü güvenlik kültürleri, insan hayatına mal olabilecek tıbbi hataları önleme potansiyeline sahiptir (Institute of Medicine, 2000).

Sağlık sektörü, güvenlik çalışmalarını bakım sağlayıcısı bireyden uzakta yapıldığı bir sisteme doğru kaydırdıkça, suçlama kültürü (Krizek, 2000:135),

sessizlik kültürü (Hart&Hazelgrove, 2001:10) ve güvenlik kültürü gibi kavramlar ortaya çıkmaya başladı (Benner, 2001:10). Bu kavramlar çalışma ortamında ve işin kendisinin kurallarında, hataları ve ters giden işleri üreten bir mantık olduğu inancının var olduğunu göstermektedir (Gardner, 1999:27).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2000 yılında yayınlanan Institute of Medicine raporuna göre, bu ülkedeki hastanelerde her yıl 98.000 kişi tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Kohn vd., 2000). Bu rakam, sağlık sektöründeki hataların ne kadar önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır (Bulun, 2007). Ölüm nedenleri arasında 5. sırada yer alan tıbbi hatalar, trafik kazaları, AIDS, diabet, meme kanseri gibi nedenlerden daha fazla ölüme yol açmaktadır (Kohn vd., 2000).

Institute of Medicine tarafından yayınlanan rapor tüm dünyada yankı uyandırmış ve hasta güvenliğine verilen önem hızla artmıştır. Institute of Medicine'nin 2003 yılında yayınladığı diğer raporunda, sağlık hizmetlerinde kalite açısından öncelikli seçilen yirmi alandan üçünün hasta güvenliği ile ilgili olduğu görülmektedir. Bu alanlar medikasyon yönetimi, hastane enfeksiyonları ve yaşlı sağlığıdır (IOM, 2003). Görüldüğü gibi hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde iyileştirilmesi gereken alanların başında gelmektedir (Akalın, 2004:12).

Institute of Medicine tarafından yayınlanan To Error is Human, işlem hataları gibi doğrudan tedaviden kaynaklanan yaralanmalar üzerine odaklanmıştır. Ancak hasta güvenliği sadece bu hataları değil, hastanın işine yarayabilecek bir işlemin atlanması gibi ihmal hatalarını da kapsamaktadır (Preventing Medication Errors, <http://books.nap.edu>).

Sağlık hizmetlerinin özellikleri arasında yer alan “güvenli” sıfatı, sunulan hizmetin hastaya yarar yerine zarar vermesinin, yaralanma, sakatlık ve ölüme yol açmasının, hata yapılmasının önüne geçilmesi olarak tanımlanmaktadır (Akgün ve Al-Assaf, 2007:42).

Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kişilerin maruz kalabileceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır (Yıldırım, 2005:34). Sağlık hizmetleri kişilere zarar vermez. Burada belirtilen, hizmetin sunum süreçlerinde ortaya çıkabilecek riskler nedeniyle oluşabilecek zararlarıdır (Aydın, 2007:3).

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation)'nın tanımına göre hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta zararlarının azaltılmasıdır (NPSF, 2003).

Hasta güvenliği, insan hayatını doğrudan etkileyen olaylara ilişkindir. Endüstri işletmelerinin ve diğer hizmet işletmelerinin aksine sağlık sektöründe faaliyet gösteren kuruluşlar için hasta güvenliği süreçlerinin hayata geçirilmesi, maddi kazançların ötesinde sosyal faydalar yaratmaktadır (Tütüncü vd., 2006).

Sağlık sektöründe yapılan işlemler nedeniyle oluşan hatalar doğudan insanın ölümüyle veya önemli derecede zarar görmesiyle sonuçlanabilmektedir. Hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmalar, bu hataları ve buna bağlı ölümleri en aza indirmeye odaklanmaktadır (Kohn vd., 2000). Bir sağlık kuruluşunun hastaların güvenliğini sağlamasından daha önemli bir şey yoktur. Bu yüzden sağlık sektörü yöneticilerinin asli görevlerinden birisi, hasta güvenliğini artırmak olmalıdır (Graham vd., 2007.)

Hasta güvenliğinin amacı, sağlık hizmeti sunum süreçlerindeki basit hataların hastalara zarar vermesini engellemek için tasarımlar yapmak, hatalar hastaya ulaşmadan önce önlenmesini ve düzeltilmesini sağlayacak önlemleri almaktır (Yıldırım,2004).

Hata, önceden planlanan bir eylemin, tamamen istenen sonucu vermemesi (işlemden hata) veya hedefe ulaşmak için yapılan planın yanlış olması (planlama hatası) şeklinde tanımlanabilir (IOM, 2004). Tıbbi hata ise, tıbbi işlemler sonucunda oluşan her hangi bir hatadır.

Tıbbi hatalar, oluşma nedenlerine göre üçe ayrılırlar:

- İşleme bağlı hatalar: Yanlış işlemi yapma
- İhmale bağlı hatalar: Doğru işlemi yapmama
- Uygulamaya bağlı hatalar: Doğru işlemi yanlış uygulama (Akalin, 2007:32).

Beklenmedik olay, hastaya verilen veya verilmesinden vazgeçilen hizmetin bir sonucu olarak ölüm veya ciddi bir fiziksel ve/veya psikolojik zarar ile sonuçlanan veya böyle bir durum riskini taşıyan olaylardır (Yıldırım, 2005:35). Beklenmedik olaylar genellikle işlem ya da ihmal hatalarından meydana gelir. Örneğin; yanlış zamanda, yanlış dozda veya yanlış akışta ilaç kullanımı (Çakmak, 2006b). Literatürde beklenmedik olaylar ile tıbbi hatalar aynı anlamlarda kullanılabilir. Beklenmedik olay, her türlü hata, kaza ya da sapma olarak değerlendirilmelidir.

Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar son derece kompleks yapılanmaları olan ve çok değişik profesyoneller ile, pek çok farklı ve karmaşık süreçlerle hizmet sunan organizasyonlardır. İlgilendiği alan doğrudan insan hayatı olan bu karmaşık kuruluşlar, bazen insan kaynağı ve altyapı açısından çok da şanslı olamamaktadır. Dolayısıyla bu kadar kritik fonksiyonu olan bu kurumlarda hizmet veren sağlık personelinin gerek eğitim eksikliği, gerekse beceri yetersizliği ya da alt yapı ya da süreçlerdeki bazı yetersizlikler nedeniyle sıklıkla tıbbi hataların görülme olasılığı bulunmaktadır. Bu hatalar, hastalarda morbidite ve mortalite artışlarına neden oldukları gibi aynı zamanda finansal açıdan da maliyet artışlarına yol açabilmektedir.

Sağlık kuruluşlarında görev yapan personelin iş yükü hataların ortaya çıkmasında önemli bir etkidir. Yirmi dört saat hizmet veren bu kuruluşlarda çalışanlar bazen değişik shiftlerde çalışmak zorunda kalmaktadır. Bu da çalışanların çalışma koşullarını ve iş yüklerini etkilemekte, hataların oluşumuna zemin hazırlamaktadır. 168 hastaneyi kapsayan bir araştırma sonuçlarına göre; hemşire

başına düşen 1 hastalık artış, hasta mortalitesinde %7 artışa, hemşirelerde %23 oranında tükenmeye neden olmaktadır (Aiken vd., 2002).

Eğitim hastanesi olarak hizmet veren kuruluşlarda öğrenci ve asistan eğitimi de söz konusu olduğundan, eğitim döneminde olan bu kişilerin, uygulamaları sırasında uzman doktorların gözetimi altında olsalar da tıbbi hataların olmasının önüne geçilememektedir (Akgün ve Al-Assaf, 2007:42).

Beklenmedik olaylara yol açan önemli nedenlerden birisi de, hastanelerdeki her türlü cihazlardır. Cihazların doğru kullanılmamasından veya cihazların hatalı olmasından, ayarlarının düzgün olmamasından kaynaklanan hatalar olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2005 yılında yayınlanan bir raporda gelişmekte olan ülkelerdeki tıbbi cihazların yüzde 50'sinden fazlasının düzgün çalışmadığı belirtilmektedir. Bunun yanı sıra Amerikan Ulusal İlaç ve Gıda Dairesi(FDA)'ne 2005 yılına kadar olan 20 yıllık dönemde rapor edilmiş 413 adet yatağa bağlı ölüm bulunmaktadır(Bulun, 2007c)

Tıbbi hatalar hasta güvenliğinin temelini oluşturmaktadır. Hasta güvenliğine yönelik yapılan araştırmalarda genellikle tıbbi hatalara yönelik istatistiksel sonuçlar verilmekte, hasta güvenliğini sağlamaya yönelik oluşturulan programlarda bu tıbbi hataları önlemek için çözümler aranmaktadır. Yapılan bir araştırmada tıbbi hata yapıldığına inananların oranının Amerika Birleşik Devletleri(A.B.D)'nde %34, Kanada'da %30, Avustralya' da %27, Almanya'da %23, İngiltere'de %22 olduğu saptanmıştır (Schoen,2005).

A.B.D.'deki hastanelerde hasta güvenliğiyle ilgili olaylar, 2003 ile 2005 arasında yüzde 3 oranında artış göstermiş ve bu alanda en iyi hastaneler ile en kötü hastaneler arasındaki fark büyüklüğünü korumuştur. Yaklaşık 5 bin hastanedeki 40 milyondan fazla kayıtların incelendiği dördüncüsü yayınlanan Hasta Güvenliği Çalışmasına göre, çalışmanın yapıldığı 3 yıllık sürede 1.16 milyon hasta güvenliği olayı meydana gelmiştir. Bu da %2,86'lık insidans anlamına gelmektedir. Bu tıbbi hatalardan 247 bin 662'si ölümle sonuçlanmıştır. Buna göre hasta güvenliği ile ilgili

bir olaya maruz kalan hastalardan yaklaşık %25'nin ölme riski bulunmaktadır (www.nlm.nih.gov/medlineplus, 20.11.2007).

Bu dönemde yaşanan olayların maliyeti ise 8.6 milyar doları bulmaktadır. Araştırma bulgularına göre, eğer bütün hastaneler üst düzey hastaneler gibi hizmet verebilmiş olsalar, hasta güvenliği ile ilgili 206.286 olay, 34 bin 393 ölümün önlenilebileceği ve sağlık harcamalarında yaklaşık 1.74 milyar dolar tasarruf sağlanacağı belirtilmektedir (www.nlm.nih.gov/medlineplus, 20.11.2007).

Yine Amerika'da yayınlanan diğer bir rapora göre, "Medicare" popülasyonunda bulunan hastalarda 2000 ile 2002 yılları arasında 37 milyon hastaneye yatışta 1.14 milyon (%3.08) hasta güvenliği ihlali saptanmıştır. Bu rapora göre Amerikan hastanelerinde bir yılda 195,000 hastanın önlenilebilir hatalardan dolayı ölebileceği öngörülmektedir (Health Grades Quality Study, 2004).

Institute of Medicine(IOM)'nin 2000 yılında yayınladığı raporda ise A.B.D.'de her yıl 98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybettiği ileri sürülmektedir(Kohn vd., 2000). Aynı rapora göre ABD'de her yıl hastanede yatan 7000 kişi önlenilebilir ilaç hatasına bağlı olarak hayatını kaybetmektedir. Yine IOM tarafından yayınlanan "Preventing Medication Errors" adlı rapora göre; ABD'de her yıl 1.5 Milyon önlenilebilir ilaç yan etkisi meydana gelmektedir. İlaç hatalarına bağlı ekonomik kayıp ise, 2006 yılında yaklaşık olarak 3.5 Milyar USD'dir (Bulun, 2007b).

Avrupa'ya baktığımızda, Almanya'da her sene, 25.000 kişi yanlış uygulamalar nedeniyle ölmektedir. Genel Hasta Derneği'nin (Der Allgemeine Patientenverband) yapmış olduğu, 2006 yılında yayınlanan, "tıbbi sanat hataları" üzerine yapılan araştırma sonuçlarına göre;

10 000 kişi servislerdeki hijyen eksikliğinden,

6000 kişi yanlış ilaç verilmesinden ve/veya hiç ilaç verilmemesinden,

2000 kişi gereksiz ya da ilgisiz radyoloji istemlerinin yarattığı zararlı etkilerden,

7000 kişi ise sıklıkla, anestezi, kadın doğum, cerrahi ve ortopedi uzmanlık alanlarında gerçekleşen tıbbi yanlış uygulama hatalarından dolayı ölmektedir.

(<http://www.patienten-verband.de/25000.html>, 20.11.2007)

Sağlık hizmetlerindeki işlemler her ne kadar hastaların fayda görmeleri amacıyla yapılıyor olsalar bile, bazen onlar için zararlı da olabilmektedir. Avrupa Komisyonu da Avrupa'daki hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hatalarla ilgili Eylül-Ekim 2005 tarihlerini kapsayan bir çalışma yürütmüştür. Sağlık ve Müşteri Koruması Genel Müdürlüğü'nce yürütülen bu saha çalışmasının sonuçları Ocak 2006'da yayınlanmıştır. Çalışmada "Tıbbi Hatalar" ile ilgili Eurobarometer anketi, 25 üye ülke ve bunlara ek olarak da, üye olma aşamasındaki ülkeler ve aday ülkeler ile Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti de dahil edilerek uygulanmıştır.

Sağlık hizmetleri araştırma konuları genellikle biyomedikal alan üzerine yoğunlaşmıştır ve hasta güvenliğine yönelik hataların önlenmesi ise bunların arasında oldukça yeni bir alandır. Bunun öncesinde AB içerisinde tıbbi hatalara yönelik sistematik bir araştırma daha önceden yapılmamıştır ve yapılan araştırma bu alanda ilk olma özelliği taşımaktadır. European Commission, 2006), http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/eb_64_en.pdf ve www.hm.saglik.gov.tr). 20.11.2007

Eurobarometer anketi genel olarak şu temaları ile içermektedir:

- Tıbbi hataların algılanması
- Tıbbi hatalar ile ilgili yaşanan deneyimler
- Sağlık hizmetini sunanlara ve hastane tedavisine olan güven.

Saha çalışmasından şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- Tıbbi hatalar Avrupa'da belirgin bir problemdir. Ancak tıbbi hatalar konusunda genel algılamalar ve yaşanan tecrübeler, ülkeler arasında belirgin bir şekilde farklılıklar göstermektedir. Anket yapılan ülkelerde, Finlandiya haricinde anket katılımcıları, tıbbi hataları kendi ülkelerinde önemli bir olgu olarak görmektedirler.
- Avrupa ülkeleri yanlış tıbbi uygulamalar nedeni ile çekebilecekleri ıstırap konusunda daha az endişe duymaktadırlar. %40'ı kişisel olarak bir tıbbi hata ile karşılaşmak üzerine endişelerinin dile getirmişken, %58'i de tersini ifade etmiştir. Bu soru daha genel bir bağlamda hastane hastası ne kadar endişelenmelidir şeklinde sorulduğunda ise endişe duyanların oranı %8 puan artmıştır. Bu sonuç insanların beklenmedik olayların sıklıkla başkalarını etkilediğine olan inançlarının yüksek olması şeklinde yorumlanabilir.
- Avrupa halkı tıbbi hataların varlığından oldukça iyi düzeylerde haberdar görünmektedir. %78 oranında bir kesim en azından ara sıra konu ile ilgili haber okuduklarını veya duyduklarını ifade etmişlerdir.
- Bu farkındalık, genel olarak somut bir deneyime dayanmamaktadır. Çünkü anket yapılan her 5 kişiden sadece 1'i kişisel veya aile fertlerinden biri olarak hastane içerisinde tıbbi bir hataya maruz kalmışlardır. Yanlış ilaç reçete edilmesi açısından kendi yaşadıkları tecrübeler göz önüne alındığında ise oran %11'dir. Ankete katılanların herhangi bir tıbbi hataya maruz kalmış olma oranı, katılımcıların yaklaşık %23'ünü tutmaktadır.
- Hastanelerde sunulan hizmetlere bakıldığında, birçok Avrupalı ulusal sistemde sağlık hizmeti sunan profesyonellere güven duymaktadırlar. Bunun yanında, özellikle de doktorlar ve diğer tıbbi personel için büyük bir oranda kimse de güven eksikliğini ifade etmektedir.

- Avrupa halkının yarısı, kendi ülkelerinde bir hastanede iken tıbbi bir hatanın ortaya çıkmasını olası görürken, diğer yarısı da aldıkları tedavi konusunda kendilerinden emindirler. Bu sonuç, belirtilmiş olan tıbbi hata sonucunda ıstırap çekme korkuları ile oldukça tutarlılık göstermektedir. Tümü göz önüne alındığında ise her iki Avrupalıdan biri kendi ülkesindeki hastanede yanlış bir tedavi ile karşılaşılma olasılığı olduğunu ifade etmektedir.
- Her ne kadar bu anketin katılımcılarının azımsanmayacak bir çoğunluğu, hastanın da tıbbi hatadan kaçınma konusundaki rolünü tanımlıyor olsa da, birçoğunun sağlık sisteminin tedavi kalitesinin temininden sorumlu olduğuna inandığı görülmektedir. Bu soru ile elde edilen sonuçlara göre hastalar ile sağlık çalışanları arasında iyi bir iletişim gerekmektedir.
- Demografik değerlendirmelere göre; kadınlar, düşük düzey eğitimi olan katılımcılar, yaşlılar, işsizler ve emekli katılımcılar, tıbbi hatalar konusunda diğer kimselere nazaran daha çok endişe duymaktadırlar. Sağlık sistemi içinde daha önceden zarar görmüş olan kimseler, hasta güvenliğinin daha yüksek oranda önemli olduğunu ve tıbbi hata ile karşılaşma endişesi yaşadıklarını ve kendi ülkelerindeki sağlık sistemine daha az oranda güven duyduklarını ifade etmektedirler.

Saha çalışmasının bazı sorularına verilen cevapların AB ortalaması ve Türkiye karşılaştırması aşağıda verilmiştir:

Soru: Ülkenizde tıbbi hatalar ne kadar önemli bir problemdir

AB ortalaması; %78 önemli , %20 önemsiz

Türkiye ; %88 önemli , %10 önemsiz

Soru: Ciddi bir tıbbi hataya maruz kalmaktan ne kadar endişe duyuyorsunuz?

AB ortalaması; %40 endişeleniyor, %58 endişelenmiyor

Türkiye; %65 endişeleniyor, %35 endişelenmiyor

Soru: Ülkenizde ne sıklıkta tıbbi hatalar konusunda duyum alıyorsunuz veya okuyorsunuz?

AB ortalaması; %34 sıklıkla, %44 ara sıra, %18 nadiren

Türkiye; %42 sıklıkla, %34 ara sıra, %17 nadiren

Soru: Siz veya her hangi bir aile ferdiniz doktor tarafından verilmiş bir reçete sonucunda oluşan tıbbi bir hataya maruz kaldı mı?

AB ortalaması; % 18

Türkiye; % 14

Soru: Siz veya her hangi bir aile ferdiniz hastanede yapılan ciddi medikal hataya maruz kaldı mı?

AB ortalaması; % 11

Türkiye; % 10

Çalışanlar açısından bakıldığında, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından desteklenen bir çalışmaya katılan doktorların birçoğu, herhangi bir tıbbi hataya neden olduklarını belirtmiştir. Yüzde 56'sı ciddi bir tıbbi hataları olduğu ya da böyle bir hatada yer aldıklarını, yüzde 76'sı küçük tıbbi hataları olduğunu ve yüzde 66'sı da neredeyse hata yapmak üzere olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların yarısından fazlası (yüzde 54) tıbbi hataların bireylerin başarısızlıklarından değil sağlık hizmetindeki sistem sorunlarından kaynaklandığını belirten cümleye katıldıklarını ifade etmişlerdir. (www.ahrq.gov/news/pres, 20.11.2007).

Bir diğer çalışmaya göre ise, doktorların %35'i kendilerine veya yakınlarına uygulanan tedavide tıbbi hata yapıldığını belirtmektedir. Toplumun ise, %42'si kendilerine veya yakınlarına uygulanan tedavide tıbbi hata yapıldığını ifade etmektedir (Blendon, 2003:347).

Beklenmedik olayların nedenleri arasında yanlış ilaç uygulamaları, hastane enfeksiyonları, ameliyat komplikasyonları kimlik hataları, düşmeler, tedavinin

geciktirilmesi ve transfüzyon hataları gelmektedir. Bu hataların dağılımına baktığımızda, Sağlık Bakım Organizasyonlarının Akreditasyonunda Birleşik Komisyonu'na(JCAHO) Eylül 2005 yılında 3343 hastaneden bildirilen tıbbi hataların değerlendirilmesinde, hataların %12.8'inin ameliyat öncesi ve sonrası komplikasyonlara bağlı ortaya çıktığı, %12,5'inde yanlış taraf ameliyatlarının yapıldığı, %10,5'inin ilaç reaksiyonlarına bağlı olduğu, %7.6'sının tedavide gecikmelerden kaynaklandığı, %5,2'sinin hasta düşmeleri, %3.9'u ölümler, %3,1'i perinatal ölümler, %2.7'si transfüzyon reaksiyonları, %1,9'u hastane enfeksiyonları, %1,9'u yangınlar, %1.6'sı anesteziye bağlı komplikasyonlar, %1.4'ü uygulanan aletlerin kalibrasyonu ya da güvenli kullanılması gibi nedenleri ve %1.3'ünün de anne ölümleri gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıktığı görülmektedir.

Tablo 1: Ocak 1995 ile Haziran 2006 tarihleri arasında tespit edilen beklenmedik olaylar

Yatan hasta intiharları	501
Yanlış taraf cerrahisi	496
Ameliyat/ameliyat sonrası komplikasyonlar	473
İlaç hatalarına bağlı vakalar	369
Tedavide gecikme nedeniyle ölümler	286
Hasta düşmeleri	207
Kısıtlanmış hastaların ölümü	147
Perinatal ölüm/yaralanma	117
Transfüzyon bağlantılı vakalar	97
Enfeksiyon bağlantılı hatalar	78
Kaçma sonucu ölümler	71
Yangınlar	71
Anestezi bağlantılı vakalar	61
Diğer	714

Kaynak: (JCAHO, 2006)

Beklenmedik olayların temel nedenlerinin araştırılmasına inildiğinde, nedenler ile yönetim sistemi arasından sıkı bir bağın olduğu görülebilir. Yönetim

politikaları, prosedürler, denetlemenin etkililiği, eğitim gibi faktörlerin olayların nedenleri ile bağlantılı oldukları bilinmektedir. Bunun yanında uygun personel seçiminin yapılmaması da yönetim zayıflığıdır. O halde beklenmedik olayların oluşmasını sağlayan temel faktörler, aynı zamanda yönetim ve işletim problemlerinin de temel nedenidir(Gödelek, 2007:115-127).

Beklenmedik olayların raporlanması ile hastane yöneticileri, konu üzerinde çalışan komiteler, süreçlerdeki iyileştirmeye açık alanları belirlemeye, düzeltici veya önleyici faaliyetleri başlatmaya yönelik bilgiye sahip olurlar. Dikkatsizlik, yorgunluk, etkin olmayan iletişim, kötü tasarlanmış ekipman, ihmalkarlık, gürültülü çalışma ortamları insan hatalarını etkileyen faktörlerdir. Durum böyle olunca, sistemlerin insan hatalarını önleyecek şekilde tasarlanmasının önemi artmaktadır (Yıldırım, 2005:36).

Beklenmedik olayların raporlanması söz konusu iken, daha az etkili olan küçük olaylar genellikle göz ardı edilmektedir. Neredeyse hata (near miss) dediğimiz bu olaylar, yaralanmaya veya zarara yol açmayan, şans eseri kötü sonuçlanmayan, istenmeyen, planlanmamış olay olarak değerlendirilebilir. Kısaca zararsız atlatılmış hatalardır. (Şerifoğlu ve Sungur, 2007:297-312).

Tıbbi hataların zamanında saptanması ve nedenlerinin ortaya çıkarılması, sorunun çözümüne yönelik önerilerin belirlenebilmesi için son derece önem taşımaktadır. Ancak tüm bu hatalar insan sağlığına ciddi etkiler oluşturmadan tespit edilmelidir. Bu da uygun raporlama ile olasıdır. Raporlamanın, hemen deşifre edilemeyen, cezalandırıcı olmadan kişilerin hata bildirimini teşvik edici, bildirim yapan personeli koruyucu bir yapıda olması tercih edilir. Zorunlu tıbbi hata bildiriminden çok gönüllü bazda hata bildirimine odaklanmak ana stratejilerden birisi olmalıdır (Akgün ve Al-Assaf, 2007:44).

Sağlık hizmeti sunanların tıbbi hatalara ilişkin rapor hazırlama konusunu nasıl algıladıklarını inceleyen bir araştırmada, kurumsal iklim benzer bir takım faktörlerin etkili olduğu ortaya konulmuştur. Çalışanlar, iş arkadaşları tarafından

ayıplanma, hata yaptığını toplumda kabule zorlanma ve hata yaptığının sicil dosyasına işlenmesi kaygısı taşımaktadırlar(Wolf vd., 2000). Bunun yanı sıra, hatanın tam olarak tanımlanması konusunda ortak bir görüşe varılamaması, yönetimin desteğinin olmaması ve rapor hazırlamanın belirli bir çaba gerektirmesi de çalışanların hata raporu doldurmamasının nedenlerinden sayılabilir (Tütüncü vd., 2007:8).

Akins ve Cole tarafından 2005 yılında düzenlenen Delphi panelinde tıbbi hataların bildirimini etkileyen en önemli 6 neden ve bunları etkileyen faktörler şöyle sıralanmıştır (Akgün ve Al-Assaf, 2007:45-46):

1) Hasta güvenliğinin öncelik haline gelmediği sistemlerde kaynak yetersizliği de söz konusu ise diğer öncelikler hasta güvenliği programlarının önüne geçer. Burada engelleyici ana nedenleri ise;

- Kaynakların hasta güvenliği programlarının oluşturulması yerine insan kaynağına aktarılması

- Hasta güvenliği programlarının hasta bakımında 'sıfır hata' olacak şekilde yeniden düzenlenmesi için kaynakların yeniden aktarımı

- Hasta kayıtlarının, tıbbi kayıtların otomasyon sisteminde tutulması için bilgi sisteminin revizyonu olarak sıralayabiliriz.

Sağlık kuruluşlarının yöneticileri, kurumun kaynaklarını günlük işlerin yapılmasından veya çok ta gerekli olmayan altyapı yatırımlarından çok, hasta güvenliği programlarına odaklamalı ve hasta güvenliği kültürünü geliştirmek için gerekli olan kaynakları sağlamalıdır. Kuruluşun tüm fonksiyonlarını etkileyecek kalite çalışmalarında olduğu gibi hasta güvenliğinde de üst yönetimin desteği olmadan bu kültürün yerleştirilmesi olası değildir.

2) İnsan kaynağı yetersizliği : Sağlık kurumlarının en önemli sorunlarından bir diğeri de, yetersiz personele sahip olma veya çalışanların aşırı iş yüklerinin olmasıdır. Dolayısıyla bu personel, zaman yetersizliği ya da yardımcı insan gücü eksikliği nedeniyle hasta güvenliğine yeteri derecede önem verememekte,

hasta güvenliği için gerekli olan çalışma iklimi oluşturabilmek problem çözme teknikleri gibi hasta güvenliği programlarında kullanılan bazı yöntemleri öğrenmeye zaman ayırmaya istekli olmamaktadır.

3) Hasta güvenliği teknolojisine sahip olmama: Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğinin sağlanması için gerekli olan tesis ve teçhizat mevcut olsa bile, tüm bunları kullanabilmek için ek bir maliyet söz konusudur. Uygulamada gerekli olan kaynakları arasında, personelin konu ile ilgili eğitimleri almaları için ve elektronik sistemlerin kurulması için gerekli kaynaklar sayılabilir.

4) Değişime direnç: Tıbbi hataların raporlanmasında karşımıza çıkan engellerin en önemlilerinden birisi de, sağlık çalışanlarının birçoğunun hasta güvenliğine yönelik uygulamaları zaten yaptıklarını savunmaları ve iyileştirme çalışmalarına katılmayarak değişime direnç göstermeleridir.

5) Ayıplama kültürü: Günümüzde birçok ülkede şu an mevcut olan sağlık sistemleri doğaları gereği cezalandırıcı özellikler içermektedir. Bu yapılanma, tıbbi hataların bildirimini engelleyici bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık sistemi içerisindeki hiyerarşik yapılanma, mevcut standartların uygulanamaması, hasta bakımında kendi başına kurallar belirleme gibi uygulamalar sistemde son derece yaygındır. Sonuç olarak ortaya çıkan tıbbi hatalar sistemdeki eksiklikler açısından irdelenmek yerine, olay kişisel boyutlara indirgenmekte, saptanan herhangi bir hata sistemdeki eksiklik yerine çalışanların başarısızlığı şeklinde değerlendirilmekte ve hatayı yapan kişi cezalandırılabilir.

6) Deneyimli eski yöneticilerin hasta güvenliği kavramını anlamamaları ve uygulamalara katılmamaları: Hasta güvenliği oldukça yeni bir kavramdır. Kurumlarda hasta güvenliği hedef ve stratejilerini belirleme pozisyonunda olan eski yöneticilerin, yeni olan bu kavrama yönelik bir stratejiye sahip olmamaları ve bunun gerekliliğine inanmamaları bir diğer engeldir. Aslında bu yöneticilerin konu ile ilgili farkındalığın yaratılması, vizyon eksikliğinin giderilmesi, hasta güvenliği programlarının önemini anlamak, desteklemek ve stratejik planlama ve iyileştirme

projelerinin gerçekleştirilebilmesi için yönetici ve personelin motive edilmesi için olmazsa olmaz koşuldur. Bu nedenle öncelikle orta kademe yöneticiler bu konuda eğitilmelidir. Çünkü hasta güvenliği programlarının başarısında bu personelin katılımı anahtar rol oynayacaktır. (Akgün ve Al-Assaf, 2007:45-46).

Yöneticiler, hata habercisi olayların raporlanmasına çalışanların katılımında sorun olmayacağını düşünmektedir. Fakat gerçekte sonuçlar bu kadar iyimser değildir. Çalışanların bilgi düzeyleri yüksek olduğu halde, belirli tanımlama yapılmadığında katılımda istenilen seviyede olmamaktadır. Kuruluş, hata habercisi olayların saptanması ve kayıt altına alınması için herkesin kolaylıkla anlayabileceği şekilde tanımlama yapmalı ve çalışanlara iletmelidir (Şerifoğlu ve Sungur, 2007:297-312)

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)'nin Sağlık ve İnsan Hizmetleri bölümü tarafından desteklenen çalışmaya göre birçok doktor mevcut sistemin tıbbi hataların bildirilmesi ve bu konudaki bilgilerin paylaşılması için yetersiz kaldığını düşünmektedir. Çalışma, Missouri ve Washington eyaletlerinde, Haziran 2003 –Mart 2004 arasında, kırsal ve kentsel yörelerde çalışmakta olan binden fazla doktor ve cerrahın katılımı ile gerçekleştirilmiş ve Health Affairs adlı derginin Ocak/Şubat sayısında yayınlanmıştır (www.ahrq.gov/news/pres/20.11.2007).

Çalışma raporuna göre doktorlar, olay bildirimini yerine meslektaşlarıyla direkt konuşmayı tercih etmektedir. Tıbbi hatalarla ilgili bilgi ve bunların önlenme yolları, hastane ya da sağlık hizmeti kuruluşlarıyla paylaşılmamaktadır. Sonuç olarak elde edilen bilgiler, analiz ve iyileştirme için biriktirilmemektedir.

Doktorların büyük bölümü, hasta güvenliğini geliştirmek için tıbbi hataları hastanelerine ya da sağlık hizmeti örgütlerine bildirilmesi gerektiği konusunda hemfikir olduklarını ve yüzde 89'u tıbbi hataları meslektaşlarıyla tartışmaları gerektiğini belirtmişlerdir.

Katılımcıların yüzde 83'ü en az bir kere formal hata bildirim mekanizması kullandıklarını ifade etmiştir. Bunlar içinde en sık kullanılanı, tıbbi hatanın risk yönetimi birimlerine sözlü olarak bildirilmesi (yüzde 68) ya da bir olay bildirim raporu hazırlanması (yüzde 60) olarak göze çarpmaktadır. Doktorların az bir bölümü hasta güvenliğini arttırmak için tasarlanmış bir hata bildirim sistemine ulaşabileceklerine inandığını belirtirken, yaklaşık yarısı (yüzde 45) böyle bir sistemin varlığından bile haberdar değildir.

Doktorların %61'lik bölümü bir tıbbi hatayı bildirmek için en az bir kere resmi olmayan yol izlemişlerdir. Bu şekildeki bildirimler içinde, bir hastane yöneticisine bildirmek yüzde 40, başhekimine ya da klinik şefine bildirmek yüzde 38 oranında sıralanmaktadır. Doktorların büyük bölümü tıbbi hataları risk yönetim birimine bildirmektense meslektaşlarıyla tartışmayı daha çok tercih etmektedir (www.ahrq.gov/news/pres/ 20.11.2007)

Oğuz(2004)'a göre, tıbbi hataların önlenmesine yönelik klasik yaklaşım, günümüzde "suçlayıcı-cezalandırıcı model" olarak adlandırılan uygulamalardır. Tıbbi hatalarla yoğun olarak ilgilenen ülkelerde, bu hataların önlenmesine yönelik ilk uygulamalar, hata yapanı belirlemek ve cezalandırmak şeklinde olmuştur. Yıldırmanın amaç olarak hataları önlemenin önüne geçtiği bu sistemlerde, sağlık hizmetlerinin sunumunda doğrudan görev alan çalışanlar kendilerini savunmak için çeşitli stratejiler geliştirmişlerdir. Tıbbi hataları gizlemek, bu amaçla meslek içi dayanışma sağlamak, herhangi bir hata ortaya çıktığında yasal olarak suçsuz kabul edilebilmek için gerekli-gereksiz tıbbi işlemler yapmak ve bunların kaydını tutmak gibi pek çok tutum, sağlık çalışanlarının yaygın tutumları haline gelmiştir.

Hataların bildirilmesiyle ilgili yapılan bir çalışmaya katılanlar, tıbbi hataların rapor edilmesini engelleyecek faktörlere örnek olarak, olumsuz kurumsal yanıtlardan duyulan korku (örneğin ayıplama, disipline verme), dava açılmasından duyulan korku ve yönetimin verilen bilgileri ne yönde kullanacağı yönünde duyulan şüphe gibi faktörleri göstermektedir. (Uribe vd., 2002).

Olayları raporlamanın teşvik edilmesi istenirken, bu konudaki engelin, olumsuz odaklanmak olduğu hatırlanmalıdır. Hataları oluştuktan sonra kayıt etmek, bunu yaparken çalışanların korku ve çekinme duyguları ile baş etmek yerine, güvenliğe ilişkin doğru davranışa anında geri bildirim verilmesi, takdir edilmesi, ödüllendirilmesi ve sisteme yaygınlaştırılmasının sağlanması ile neredeyse hataların en hızlı biçimde rapor edilmesinin sağlanması olumlu olana odaklanarak mümkün olacaktır (Şerifoğlu ve Sungur, 2007:297-312).

Hataların önlenmesine yönelik suçlayıcı-cezalandırıcı modeli yetkin biçimde kullanan ülkeler, bu uygulamaların sağladıkları yarardan çok, birtakım olumsuzluklara yol açtığını saptamışlar ve yeni bir yaklaşımla “bildirici model” olarak tanımlanan uygulama biçimine geçme çaba göstermişlerdir. Hasta güvenliğini arttıran ve tıbbi hataları en aza indirmeyi amaçlayan sistemler, riski azaltarak tıbbi hataları önlemeye yönelik önemli bir işlev yüklenmektedirler. Bildirici modelin temel görüşü, hataların bir kişi tarafından gerçekleştirilse de aslında problemi oluşturan bir sürecin sonucunda ortaya çıktığıdır. Buna bağlı olarak temelde hataların sistemin sorunlu olduğunu görünür kılması, buzdağının altını yansıtması nedeniyle yararlıdır. Bu nedenle bildirici modeli savunanların önerisi tıbbi hata meydana geldikten sonra yapılan yargılamanın yerine, hatayı ortaya çıkaran sürece odaklanan, hatayı yapanın onu bildirmesini destekleyen bir sistemin getirilmesidir. Amaç hata nedenlerini yöntemlerle ortadan kaldırmak ve söz konusu hatanın bir daha meydana gelmesini engellemektir (Oğuz, 2004).

Hataları önlemeye yönelik bu çabaların ulaştığı temel noktalardan biri ve belki de en önemlisi, hatalara yaklaşımda ortaya çıkan değişikliklerdir. Tıbbi hataların çevresinde yapılan ekonomik sistem ve toplumda yerleşik duruma gelmiş olan tutumlar nedeniyle, yeni bir modelin uygulamaya konulmasının önünde pek çok engel bulunmaktadır. Dolayısıyla bu alandaki değişim istenildiği kadar hızlı olmamakta, bu nedenle de uygulama üzerindeki olumsuzluklar devam etmektedir.

Hasta güvenliği programlarının uygulanmaya çalışıldığı ülkelere yaşanmış deneyimlerden ortaya çıkan sonuç, “suçlayıcı-cezalandırıcı model”in belirlediği

tutumların, tıbbi hataları önlemek ve hasta güvenliğini sağlamak açısından yetersiz kaldığı, üstelik bu tutumları değiştirmenin de önemli zorluklar içerdiği. Bu olumsuzluklar, uygulamadaki yetersizliklerden değil, bizzat hata kavramının kendisine ilişkin özelliklerden dolayı ortaya çıkmaktadır. Bu nedenlerle “suçlayıcı-cezalandırıcı model” yerine “bildirici model”in benimsendiği bir sistemi kurmak daha doğru olacaktır (Oğuz, 2004)

Haberci olaylar, istenmeyen sonuçlara yol açabilme potansiyeli bulunan olayların belirlenmesi için kuruluşlara önemli fırsatlar sunar. Yapılması gereken, bu olayları tanımlayan, raporlanmasını sağlayan, kurum içi ve dışı iletişim yolları ile deneyimin paylaşıldığı düzenlemelerdir. Bu sistemler ise ancak olumlu güvenlik kültürünün hakim olduğu bir çalışma ortamında işlerlik kazanabilir. Hata habercisi olayların yönetilmesinde tanımlama ve standartların önemi olduğu kadar, sistemin iyi çalışmasında yöneticilerin çalışanları teşviki de önemlidir (Şerifoğlu ve Sungur, 2007:297-312).

Hasta güvenliği konusundaki olumsuzlukların pek çok nedeni vardır. Çalışan yetersizliği, kalite geliştirme konusundaki etkin yolları uygulamak için gerekli olan bilgi eksikliği veya bu bilginin gelişmesine olanak tanıyacak sistemin olmayışı, hataların fark edilmesindeki eksiklik, hataları izlemeye ve hatalardan ders almaya yardımcı olacak sistemlerin eksikliği, değişim ve yeni teknolojilerin ortaya çıkışındaki hızlılık, kurum kültüründeki engeller en çok karşılaşılanlar arasındadır (Yıldırım, 2005:36).

Hasta güvenliği ihlallerine neden olabilecek bu faktörler maddeler halinde şu şekilde sıralanabilir(Vincent, 2003:348):

- Çalışanlara bağlı faktörler
 - Yorgunluk
 - Motivasyon
 - Fiziksel veya ruhsal sağlık

- Hastalara bağlı faktörler
 - Hastanın içinde bulunduğu durum
 - İletişim sorunları
 - Kişilik yapısı ve sosyal faktörler

- İşleme ilgili faktörler
 - Protokollerin olması
 - Tetkik sonuçlarının güvenilirliği ve doğruluğu

- Takım ile ilgili faktörler
 - Vardiya değişikliği sırasında yazılı veya sözlü iletişim
 - Hasta bakımı sırasında yazılı veya sözlü iletişim
 - Kriz anında yazılı veya sözlü iletişim
 - Takım yapısı ve liderlik

- Eğitim ve deneyim
 - Bilgi, yetenek ve yeterlilik
 - Denetim ve yardım isteme
 - Kabul edilmiş protokollerin izlenmesi

- Kuruma bağlı faktörler
 - İnsan kaynağı
 - Alt yapı ve teknoloji
 - Zaman baskısı

Uluslar arası Birleşik Komisyon(JCI), her yıl hasta güvenliği hedeflerini yayınlamaktadır. Komisyon 2007 yılı için altı hedef belirlemiştir:

HEDEF: Hasta kimliğini doğru olarak tanımlamak.

Gereklilik 1: Hastalara ilaç vermeden, kan ve kan ürünleri uygulamadan, hastalardan kan vb. tahlil için örnek almadan ve her türlü tedavi ve işlemlerden önce

mutlaka hastanın kimliğini doğrulayın. Doğrulama işleminde en az iki kimlik bilgisini kullanın(adı-soyadı, protokol numarası). Hastanın oda numarası asla hasta tanımlamada kullanılmaz.

HEDEF: Etkili bir iletişim geliştirmek.

Gereklilik 2: Sözel ve telefon direktiflerinin alınması için ve kritik test sonuçlarının bildirilmesi ile ilgili bir prosedür oluşturun, bu prosedürde mutlaka alınan orderın veya test sonucunun, alan kişi tarafından bir yere yazılması, geri okunması gerektiği yazılı olsun.

HEDEF: Riskli ilaçların kullanım güvenliğini sağlamak.

Gereklilik 3: Konsantre elektrolit preparatları gibi riskli ilaçları hasta bakım alanlarından kaldırın.

HEDEF: Yanlış taraf, yanlış hasta, yanlış işlem cerrahisine engel olmak.

Gereklilik 4: Hemen ameliyat öncesini(time-out) kapsayacak şekilde doğru hasta, doğru taraf ve doğru işlem olduğuna emin olunmasını sağlayacak bir kontrol listesi kullanın.

Gereklilik 5: Cerrahi işlem için gerekli tüm ekipmanın ve dokümanların işlemden önce hazır olduğuna, doğruluğuna emin olunmasını sağlayacak bir kontrol listesi kullanın.

Gereklilik 6: Cerrahinin yapılacağı bölgeyi hastanın da bilgisi dahilinde, kolay anlaşılır şekilde çıkmaz kalem ile işaretleyin.

HEDEF: Hastane kaynaklı enfeksiyon riskini azaltmak.

Gereklilik 7: Güncel yayınlanmış ve genel olarak kabul görmüş el hijyeni rehberlerine uyun ve uyulmasını sağlayın.

HEDEF: Düşmelerden kaynaklanan, hastaların zarar görme riskinin azaltılması

Gereklilik 8: Tüm hastaların ilk değerlendirilmesinde düşme riski değerlendirmesi yapın ve hastaları bu yönden sürekli yeniden değerlendirin. Bu

değerlendirme esnasında kullandığı ilaçlara bağlı riskleri de göz önünde bulundurun ve değerlendirme sonuçlarınıza göre önlem alın (NPSG-2007).

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) Dünya Hasta Güvenliği İttifakı ve İşbirliği Merkezi de, tıbbi hataları azaltmak için yayınladığı dokuz maddeden oluşan çözüm paketi ile, hasta güvenliğini iyileştirme yolunda önemli bir adım atmıştır. Bu çözümler şu başlıklar altında sıralanmıştır: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/en/index.html>,20.11.2007

1. Ambalaj ve Okunuş Olarak Birbirine Benzeyen İlaç İsimleri

Benzer isimli ve ambalajlı ilaçlar, ilaç verme hatalarının en yaygın sebeplerinden biridir ve tüm dünya için bir kaygı konusudur. Piyasada halen bulunan onbinlerce ilaçla birlikte, benzer tür ve jenerik ilaç adları ve paketleri tarafından yaratılan hata potansiyeli önemlidir.

2. Hastaların Kimliği

Hastaların kimliklerinin doğru olarak saptanmasındaki yaygın ve devam eden başarısızlıklar, sıklıkla ilaç verme, transfüzyon ve test hatalarına, yanlış kişiye uygulanan işlemlere ve bebeklerin yanlış ailelere verilmesine yol açmaktadır.

3. Vardiya Değişikliği Esnasında İletişim

Tedavi birimleri ve hizmet ekipleri arasında devir etme ve devir alma esnasında yaşanan iletişim boşlukları, bakımın devamlılığında ciddi aksamalara, uygun olmayan tedaviye ve hasta için potansiyel zarara sebep olabilir.

4. Doğru Tarafa Doğru Girişim Uygulanması

Tamamıyla önlenemez olduğu düşünülen yanlış girişim veya yanlış taraf cerrahisi vakaları büyük ölçüde hatalı iletişim ve edinilemeyen veya doğru olmayan bilginin bir neticesidir. Bu tür hatalara büyük katkısı olan bir faktör, standardize edilmiş bir cerrahi öncesi kontrol sürecinin bulunmamasıdır.

5. Konsantre Elektrolit Solüsyonlarının Kontrolü

Tüm ilaçlar, biyolojik ajanlar, aşular ve kontrast maddelerin tanımlanmış bir risk profili bulunmasına karşın, enjeksiyon için kullanılan konsantre elektrolit solüsyonları özellikle tehlikelidir.

6. Hasta Nakillerinde Yapılan İşlemlerin Doğruluğunun Güvence Altına Alınması

İlaç verilmesindeki hatalar, en yaygın olarak nakiller esnasında görülür. ‘İlaç verimi uzlaşısı’, hasta nakil noktalarında doğabilecek hataları önlemek için tasarlanmış bir işlemdir.

7. Kateter ve Tüplerin Hatalı Bağlantılarından Kaçınmak

Halen kullanımda olan tüp, kateter ve enjektörlerin tasarımları, yanlış enjektör ve tüp bağlayıp, ilaç ve mayileri istenmeyen yanlış bir yoldan vererek hasta zararına sebep olabilecek şekildedir.

8. Enjeksiyon Araçlarının Sadece Bir Kez Kullanımı

En büyük küresel endişelerden biri, AIDS, Hepatit B ve Hepatit C hastalıklarının, enjektör iğnelerinin tekrar kullanımları sebebiyle yayılmasıdır.

9. Tedaviyle Bağlantılı Enfeksiyonu Önlemek İçin El Hijyeninin İyileştirilmesi

Zaman içerisinde tüm dünyada 1,4 milyondan fazla insanın hastanelerde edinilmiş enfeksiyonlardan mağdur olduğu tahmin edilmektedir. Etkili el hijyeni, bu problemden kaçınmak için birincil önleyici tedbirdir.

Hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi için ABD’de oluşturulan Ulusal Kalite Forumu tarafından açıklanan Hasta Güvenliği uzlaşısı raporuna göre izlenmesi önerilen temel stratejiler şu şekilde sıralanabilir (Akgün ve Al-Assaf, 2007:45):

- Sağlık kurumlarında hasta güvenliği konusunun yönetimin öncelikleri arasında yer alması, hasta güvenliği konusunun kurumsal kültür olarak benimsenmesi, ortaya çıkabilecek sorunlarda sorumluluğun üstlenilmesi,
- Sağlık kurumlarında hataların araştırılması,
- Güvenli uygulamaların yerleştirilmesi ve yaygınlaştırılması,
- Hasta güvenliği konusunda eğitimin artırılması ve kurumsal öğrenmenin gerçekleşmesi

Hasta Güvenliği hedeflerine ulaşmak ve hasta güvenliği kültürünü yerleştirmek için hastanelerde yapılabilecek uygulamalar şu şekilde sıralanabilir (Uslu, 2007) :

1. Hastanın Kimlik Bilgilerinin Doğru Tanımlanması

- Her hasta için yattığı sürece kol bandı takılması
- Hastaya ismi ile hitap edilmesi
- Hastanın tedavi ve bakım sürecinde tüm uygulamalardan önce hasta kimliğini kontrolü
 - ilaç uygulamalarından önce
 - kan ve kan ürünlerinin transfüzyonundan önce
 - laboratuvar ve radyoloji tetkiklerinden önce
 - ameliyattan önce
 - hasta transferinden önce

2. Bakım sağlayanlar arasında etkili iletişimin sağlanması

- Hastanın bakımı ve bakım sonuçları ile ilgili bilgiler; vardiya değişiminde, vardiyalar arasında, birimler arasında, nakiller sırasında doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanları arasında paylaşılmalıdır.
- Hastanın bakımı ile ilgili bilgiler, hastayla beraber nakledilmelidir.
- Hasta bilgileri mutlaka yazılı olmalıdır
- Sözel/telefon direktifleri ile ilgili politika ve yöntemler belirlenmelidir.
- Ortak dil kullanılmalıdır.

3. Önemli ilaçların kullanım güvenliğinin geliştirilmesi

- Yazılışları veya okunuşları benzer ilaçların belirlenmesi ve ayrı yerlerde muhafaza edilmesi
- Narkotik ilaçların çift kilit altında tutulması
- İlaç konsantrasyonlarının standart hale getirilmesi
- Acil ilaçların hazır bulundurulması
- Eczane kapalı iken ilaçları temin etmenin bir yöntemi belirlenmesi ve bu yöntemi tüm ekibin bilmesi
- Acil ilaçların, kayıp ve hırsızlıktan korunması

4. Yanlış hasta, yanlış taraf, yanlış işlem cerrahisinin önlenmesi

- Ameliyat öncesi klinikte
 - Ameliyathaneye transfer öncesinde
 - Ameliyathaneye kabulde
 - Anestezi öncesinde
- hastanın kimlik bilgilerinin ve cerrahi bölgenin kontrolü

5. Hastane enfeksiyonlarının önlenmesi

- Uygun sterilizasyon ve dezenfeksiyon yöntemlerinin belirlenmesi
- Enfeksiyon kontrol prosedürlerinin oluşturulması
- Risk yönetimi
- Yeterli kaynak sağlama ve kaynakların etkin kullanımı
- Çalışanların eğitimi

6. İlaç Hatalarının Önlenmesi

- İlaç-ilaç, ilaç-besin etkileşimlerinin takibi
- İlaç yan etkilerinin gözlenmesi
- Tüm ilaç ve enjeksiyonlara etiket yapıştırılması

- Uzun süreli kullanılacak ilaç flakonlarının üzerine açılma tarihi, saat ve açanın adının kaydedilmesi
- İlaçların uygun ortamda muhafazası
- Çift istem(order) kontrolü yapılması
- İlaçların hasta adına paketlenmesi
- İlaç hazırlıklarının yalnızca eczanede yapılması ya da hazır I.V. solüsyonlarının satın alınması
- Hastanın yatış öncesi kullandığı ilaçların tespiti
- Taburculuk sonrası kullanacağı ilaçlar konusunda hastanın eğitilmesi

7. Düşmelerin önlenmesi

- Düşme riskinin belirlenmesi
- Düşme riski olan hastaların tespiti
- Düşme önleme tedbirlerinin alınması
- Düşmelerin izlenmesi ve rapor edilmesi
- Hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi
- Düşme önleme uyarıcılarının kullanılması
- Güvenli ekipman kullanılması

8. Yanlış ve uygun olmayan malzemenin kullanımına bağlı hataların önlenmesi

- Tüm tıbbi cihaz ve ekipmanın düzenli bakımının yapılması
- Kalibrasyonlarının yapılması
- Kullanılan tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerinin kontrol edilmesi
- Sterilizasyon sürelerinin kontrol edilmesi
- Tüm sarf malzemelerinin kullanıcı tarafından uygunluğunun verilmesi
- Uygun ebatta malzemeler seçilmesi

9. Hastaların yetersiz izlenmesinden kaynaklanan hataların önlenmesi

- İlk hemşirelik değerlendirmesinin, hastane tarafından belirlenen bir zaman dilimi içerisinde yapılması ve hastanın dosyasına kaydedilmesi
- Hastanın tıbbi ve hemşirelik bakım ihtiyaçlarının ilk değerlendirmede belirlenmesi
- Hasta değerlendirmesinin analiz ve entegrasyonu için, bakımından sorumlu diğer sağlık çalışanları ile işbirliği sağlanması
- Yüksek riskli hastaların tespiti için belirlenmiş prosedür ve talimatların kullanılması
- Besinlerin depolanması, dağıtımı ve kullanılması için uygun yöntemlerin belirlenmesi ve uygulanması
- Hasta üzerinde ilaç etkilerinin takibi

10. Yabancı cisim unutulması ile ilgili hataların önlenmesi

- Operasyon öncesinde
- Operasyon esnasında
- Operasyon sonlanmadan hemen önce kullanılan tüm malzemelerin sayımı ve kaydedilmesi
- Operasyon için uygun ortamın hazırlanması

Güvenli bakım herkesin sorumluluğundadır ancak güvenli bir bakım ortamı sağlamak liderin işidir (Kocaman, 2007). Güvenli sağlık hizmetinin tasarlanmasında üst yönetimin bazı sorumluluklarını yerine getirmelidir (Yıldırım, 2005:37). Bunlar:

- Hasta güvenliğinin ortak hedef olması :

- Hasta güvenliği komitesi, tıbbi ve idari yöneticilerin katılımı ile desteklenen organizasyonun ortak bir hedefi olarak ortaya konulması,
- Hedeflerin ve gerçekleşenlerin sürekli izlenmesi,

- Üst yönetimin hasta güvenliğinin geliştirilmesi ve çalışanların katılımına dikkat çeken raporlamaları sıkça yapması,
- Yüksek riskli süreçlerin değerlendirilmesi(İlaç yönetimi, transfüzyon uygulamaları, cerrahi uygulamalar, hastayı mobilize etme ve hasta transferi),
- Yıllık iş planlarına güvenli ürün/hizmet geliştirilmesi için gerekli desteğin verilmesi,
- Hasta güvenliği planlarının üst yönetimin sorumluluğu tanımını da içerecek şekilde hayata geçirilmesi

- Hasta güvenliğinin herkesin sorumluluğu olması:

- Cesaretlendirmeyi bir araç olarak kullanarak bütün çalışanların hasta güvenliği çalışmalarına katılımının sağlanması,
- Hasta güvenliği konusundaki mesajların tekrarlanması, bütün organizasyona tutarlı bir şekilde aktarılması ve bu mesajlarında hasta güvenliği problemlerinin bir kalite problemi olduğunun vurgulanması
- Organizasyonun bir güvenlik sistemi olarak ele alınması

- Hasta güvenliği ile ilgili atamaların yapılması ve bu konudaki beklentilerin oluşturulması:

- Üst yönetimin hasta güvenliği konusunda amaç birliği sağlaması,
- Hasta güvenliği planlarının üst yönetimde dahil bütün çalışanların bu konudaki yetki ve sorumluluklarını içerecek şekilde oluşturulması,
- Planın hedefleri, bütçesi, insan kaynağı, veri toplama ve analiz tekniklerinin tanımlanması, komiteye düzenli raporlamanın yapılması.

- Hataların analizi ve sistemlerin yeniden tasarlanması için insan kaynağı ve finansal kaynakların sağlanması:

- Riskli sistemlerde güvenlik ile ilgili sorumlulukların multidisipliner ekiplere verilmesi

- Sistem tasarımının organizasyonun sorumluluğu olması,

- Hasta Güvenliği sağlamaya yönelik için planlamalar yapılması:

- Çalışma saatlerinin, iş yükü, çalışan oranları, iş arasında bölünme, vardiyalarda uykusuzluğun etkisine dikkat ederek belirlenmesi,

- Çalışan eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi, çalışanların devir hızının izlenmesi,

- Sadece bireyin işinin tasarımına değil, aynı zamanda ekiplerin eğitilmesine önem verilmesi,

- Uzun vardiyaların azaltılması,

- Tekrarlı fonksiyonları yerine getiren çalışanların rotasyona tabi tutulması

- Hafızaya güvenin önlenmesi:

- Uygun olduğunda kontrol listeleri ve protokollerin kullanılması,

- Klinik rehberlerin oluşturulması,

- İlaç-ilaç, ilaç-besin etkileşim kontrolleri için geliştirilen yazılımların kullanılması,

- Otomasyonda kullanıcının alarmlara dikkat etmesi, alarm nedenlerinin cihaz üzerinde görünmesi

- Kısıtların ve güç fonksiyonlarının kullanımı:

- Kullanıcıların uygun olan sonraki adıma veya karara ulaştırılması ve kritik işlerin hatasız yerine getirilmesine yardımcı olur. Özellikle tıbbi cihazların başlangıç değerlerinin tasarımında önemlidir.

Hasta bakımındaki güvenliği sağlamak için yüksek güvenlik önlemleri ve kurumsal kültürdeki faktörler ele alınmalıdır. Çünkü hatalar sadece bireylerden değil, sistemden de kaynaklanmaktadır. Sistemdeki iyileştirmeler, hataların en aza indirilmesini sağlayacaktır(AHRQ, 2003). Tıbbi hataların çoğu planlama aşamasında giderilebilmektedir (Kohn vd., 2000).

Kalitenin olmazsa olmaz koşullarından biri olan hasta güvenliğinin ölçülebilir hale getirilmesi için, bir takım kriterlerin ve ölçütlerin belirlenmesi gerekir. Hasta güvenliği göstergeleri kavramı, sağlık bakımı sistemine maruz kalmaktan dolayı hastaların yaşadıkları veya yaşayacakları potansiyel problemleri görüntüleyen ölçümleri tanımlamaktadır ve sistemde değişiklik yapmak yoluyla önlemeyi sağlamaktadır. (Akgün ve Al-Assaf, 2007:45).

Birçok çalışmada Toplam Kalite Yönetimi'nin hata yapmayı önlediği ve hataları azalttığı saptanmıştır (Cooper ve Philips, 1995). Sağlık kuruluşlarında bütün çalışanların katılımı ile “kalite” , “hasta güvenliği” ve “sürekli iyileştirme” anlayışının kurum kültürü haline getirildiği bir yapıdan söz edilmelidir. Burada önemli olan, hatalara ve kaynaklarına sistem yaklaşımı ile odaklanmaktır (Yıldırım, 2005:34). Kurumlar genellikle insanların davranışlarını etkilediğinden (Atkinson, 1990), hataların çoğu insanlardan değil sistemden kaynaklanmaktadır (Seddon, 1989).

Hasta güvenliğini ölçmeye yarayan göstergelerde, diğer performans göstergelerinde olduğu gibi sonuç veya süreç değerlendirilmesi kullanılabilir. Sonuç göstergesi, yerine getirilen süreç sonunda ne olduğunu veya olmadığını değerlendirir. Süreç göstergesi ise, bir kişinin bakımı ile doğrudan ilgili, örneğin, hastanın değerlendirilmesi gibi sayılabilir. Bu gibi göstergelerin en önemli yararı, hasta bakım sonuçları ile yakından ilişkili olan yani uygun olarak yerine getirildiği zaman spesifik bir bakım sonucunda iyileşmeye yol açacak süreçleri değerlendirmesidir. İster süreç göstergesi olsun ister sonuç göstergesi olsun, hasta güvenliğinin değerlendirilmesinde istenmeyen olayların saptanması ancak standart setleri ile olasıdır (Akgün ve Al-Assaf, 2007:44).

Hata olaylarının yönetimi, herhangi bir süreçte var olan zayıf noktaların belirlenmesinde kullanılabilecek çok güçlü bir sistemdir. Bu sistemin etkili olabilmesi için; yönetimin tüm kademelerde çalışanları cesaretlendirmesi ve tam desteği, haberci olayların sistematik analizi ve sonuçlarının sisteme entegrasyonu kalite sistemleri ile ilişkilendirilmesi önem taşıyan unsurlardandır. Bu olaylarla ilgili

yönetim ekibine verilecek eğitimlerde olayların öncelikli olanlarının belirlenmesi, izleme, performans ölçümleri ve sistemin iyileştirilmesine yönelik bilgi ve beceriler, çalışanlara verilecek eğitimlerde olayların türleri, raporlamanın nasıl yapılacağı ve kurumsal iletişim aktarılmalıdır (Şerifoğlu ve Sungur, 2007:297-312).

Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürünün yaratılmasında en temel koşullardan birisi, karşılıklı güvene dayanan kurumsal iletişim, hasta güvenliğinin öneminin çalışanlarca benimsenmesi ve kurumsal öğrenme, hasta güvenliğine yönelik uygulamalara aktif katılımın sağlanmasıdır. Güçlü bir hasta güvenliği kültürü tıbbi hataları en aza indirgeyebilir. Bu aşamada hastane yönetimine ve liderlere ciddi görevler düşmektedir (Akgün ve Al-Assaf, 2007:44).

Hasta güvenliği kültürünün yaratılması ve kalıcı olabilmesi için, öncelikle yönetici liderlerin bu konuyu benimsemeleri gereklidir. Bu kültüre sahip olan liderlerin göstermesi gereken davranışlardan bazıları şu şekilde sıralanabilir: hasta güvenliği konusunun herkesin sahiplenmesi gereken bir konu olduğunu ilan etmesi, hasta güvenliği konusunda liderler, çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişimi teşvik etmesi, çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden hataları önleme ve azaltma konusunda sorumluluk devretmesi, hasta güvenliği için kaynak ayırması ve tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda sürekli eğitilmelerinin sağlanarak öğrenen bir kurum yaratılması (Pronovost, 2004:59-68).

Sistemlerin hasta güvenliği odaklı olarak geliştirilmesi için, içinde bulunulan kurum kültürü, kurum yapısı, kurumsal iletişim kanalları, yönetim anlayışının “hasta güvenliği” kavramı çerçevesinde oluşturulması ve çalıştırılması gerekmektedir. Bir başka deyişle; hasta güvenliği ile ilgili uygulamaları hayata geçirmek ve kurum kültürünün bir parçası haline getirmek ancak hasta güvenliğinin stratejik hedef olarak konulması ve sürekli eğitimlerle desteklenmesi ile mümkündür (Yıldırım, 2005:36). Bunun yanı sıra hasta güvenliğinin sağlık alanında eğitim veren okullarda okutulması ile tıbbi hatalara bağlı uğranılan zararlar azaltılabilir (Kleinpeter, 151-163).

VanGeest ve Cummins(2003)'in hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesi için kurumsal öğrenme sürecinde hekimlere ve sağlık çalışanlarına verilmesini önerdiği eğitimlerden bazıları şunlardır:

Hekimler için önerilen eğitim konuları

- Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği tanımları
- Teknoloji ve hasta güvenliği
- İnsan faktörleri, yorgunluk, karmaşık sağlık sorunlarına yaklaşım, v.b.
- Hekim-hasta iletişimi, hekim-çalışan iletişimi
- Sağlık hizmeti sunumunda birimlerarası iletişim ve işbirliği
- Hatalardan ğrenme, hata bildirimini, analizi ve raporlanması
- Hasta ve hasta yakınlarına hataların bildirilmesi
- Finansal ve hukuksal etkileri
- Sistem ve kültür değişimi

Sağlık alışanları için önerilen eğitim konuları

- Etik-şeffaflık ve açık sözlülük
- Sağlık hizmetinde hatalara önleyici yaklaşım
- Hataların belirlenmesi
- Hataların bildirilmesi ve izlenmesi
- Hatalardan ders alarak ğrenme
- Personel sayısı/dağılımını ve tıbbi hatalar
- Teknoloji ve tıbbi hatalar
- Hasta güvenliğine yönelik hastaların eğitimi

Hasta güvenliği açısından sağlık çalışanlarının amacı, olaya sistem yaklaşımı ile yaklaşmak, idari ve klinik süreçleri de kapsayan hasta odaklı, hasta güvenliğini değerlendirerek mevcut durum analizi yapmak, haberci olaylar doğrultusunda gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetleri başlatmaktır. Bu faaliyetleri gerçekleştirmek konu ile ilgili üst yönetimin farkındalığının sağlanması ve hasta güvenliği programlarına katılımı artırmak amacıyla üst yönetim ve orta kademe yöneticilere eğitimler, iş ortamında hasta güvenliği odaklı kültürün oluşturulması, rutin i tetkikler ile

uygulanan faaliyetlerin izlenmesi ve denetlenmesi, çalışanlara hizmet içi eğitimler verilmesi, hasta güvenliği sorumluluklarının paylaşılması, gerektiğinde yetki devri yapılması, tüm birimlerle iletişim, raporlama sisteminin etkin çalışması konusunda çalışanları cesaretlendirme, ayrıca hasta güvenliğini destekleme, hasta değerlendirme, enfeksiyon kontrolü gibi güvenli ve standart uygulamalar olasıdır.

Hataların önlenmesini sağlayan, cezalandırma yerine ödüllendirecek bir kurumsal iklim yaratmak, bu amaçla çalışanların eğitimlerine önem vermek gerekmektedir. Çalışma ortamında tutum ve davranışlarda hataları ortaya çıkartacak, hataların ciddi hasarlara yol açmasını engellemek için, bunların saptanmasının öneminin vurgulandığı bir kurum kültürü oluşturmak gerekir. Bunun için bütün sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürünü algılama biçimlerini değiştirmek ve bu kültürü benimsemelerini sağlamak zorunludur.

Ancak değişimin önünde bazı engeller olduğu gibi, hasta güvenliği kültürünün oluşmasında da bir takım engel bulunmaktadır (Ünsal, 2006). Bu engeller:

- Hastaya yansıyan istenmeyen etkileri takip yöntemlerinin yetersiz olması veya hiç olmaması
- Hastadan ayrı çalışma kültürü
- Takip kriterlerinin yanlış vurgulanması (hata sayısı yerine hata oranı gibi)
- Sistemden önce çalışanı suçlama geleneği
- Hatalı kişi arama çabasının hasta güvenliği konusunda veri elde edilmesini zorlaştırması
- Hastaya odaklanmamış kalite sistemi
- Hataların açıkça tartışılması konusunda çalışanların endişeleri
- Gizli bir hatadansa açık bir hata aramaya doğal eğilim

Hasta güvenliğinin kurum kültürünün bir parçası olmasının önündeki bu engeller, etkin bir liderlik anlayışı ile ortadan kaldırılabilir. Ancak liderler sadece tepe yöneticiler düşünülmemelidir. Güvenli bakım için doğrudan hasta bakımından

sorumlu sağlık çalışanları, özellikle de hemşirelerin hepsi birer lider olmak zorundadır. Hemşireler, hastanelerde merkezi bir role sahiptir; hasta güvenliği stratejilerini oluşturmak ve sürdürmek konusunda ideal bir pozisyonları vardır. Kendini lider hissedenden hemşireler, güvenli olmayan durumlara direnir, risk alır ve mücadele ederler (Kocaman, 2007).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTANE İŞLETMELERİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

3.1. Araştırmanın Amacı

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, her aşamada birçok riskin bulunabilmesi nedeniyle, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi, sağlık hizmeti sunan işletmelerin başarısında oldukça önemli hale gelmiştir. Bu nedenle hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi ve değerlendirilmesi, sağlık kurumlarında daha sağlıklı sonuçların elde edilmesini sağlayacaktır. Araştırmanın amacı, bu kültürün oluşumunda ve gelişiminde rol oynayan faktörlerin önem düzeylerinin belirlenip, hastane yönetimlerinin güvenlik kültürü politikalarını belirlemelerinde dikkat edecekleri hususları saptamalarına yardımcı olmaktır. Bu doğrultuda İzmir ilinde faaliyet gösteren, kalite yönetim sistemi uygulayan ve uygulamayan hastanelerde çalışan personelin hasta güvenliği kültürüne yönelik tutumlarının belirlenerek, Kalite Yönetim Sistemleri ile Hasta Güvenliği Kültürü arasındaki ilişki analiz edilmiştir.

3.2. Araştırmanın Önemi

Günümüzün en karmaşık yapıdaki işletmeleri olan hastanelerde sunulan sağlık hizmetleri, bir yandan tüm çağdaş toplumlarda bireylerin doğuştan elde ettikleri bir hak olması yanında diğer yandan da o ülkenin gelişmişlik ve kalkınma düzeyini yansıtan bir ölçüt durumundadır. Sanayi işletmelerinde yönetimdeki yanlış kararlar, en kötü ihtimalle üretimde azalma veya maddi zarar ile sonuçlanırken, sağlık kuruluşları yönetimindeki kararlar toplumun sağlık düzeyinde bozulma ve insan hayatının kalitesinde azalma ile neticelenebilmektedir.

Sağlık sektöründe sunulan hizmet yüksek güvenilirliğe sahip olmalıdır. Bu sektörde sunulan hizmetin diğer hizmetlere oranla daha yüksek kalite olması gerekmektedir. Çalışanlar tarafından yapılacak küçük bir hata, bazen öldürücü olabilen sonuçlara yol açabilmektedir. Bu nedenle bu sektörde hedeflenen başarı düzeyi “sıfır hata” olmalıdır.

Hastane yönetim sisteminde kurum kültürü, kalite kültürü ve hasta güvenliği kültürünün oluşması birbirini tamamlayıcı birer unsurdur. Sistemlerin hasta güvenliği odaklı olarak geliştirilmesi için, içinde bulunulan kurum kültürü, organizasyon yapısı ve yönetim anlayışının hasta güvenliği çerçevesinde oluşturulması gerekmektedir. Hasta güvenliği çalışmaları ancak güvenlik kültürünün kurum kültürü ve kalite kültürünün parçası olduğunda mümkün olabilecektir.

Bu çalışmada, hasta güvenliği kültürü ile ilgili temel kavramlar ele alınarak, bunlar kurum kültürüyle değerlendirilip, sağlık alanında hizmet veren kurumlar ile toplam kalite yönetimi kapsamında ilişkilendirilmektedir. Araştırmada hastanelerde uygulanan kalite yönetim sistemlerinin hasta güvenliği üzerindeki etkileri analiz edilmeye çalışılmıştır.

3.3. Araştırmanın kapsamı ve sınırlılıkları

Araştırma İzmir ilinde bulunan kamu hastanelerini kapsamaktadır. İzmir il sınırları içinde Sağlık Bakanlığına bağlı 26 hastane hizmet vermektedir. Bu hastanelerden 3 tanesi ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi Uygunluk Belgesine sahiptir. Araştırmanın yapıldığı dönemde İzmir ilinde sadece üç kamu hastanesinin kalite yönetim sistemi belgesine sahip olması araştırmanın sınırlılığdır. Bu nedenle diğer hastanelerden de benzer özelliklere sahip üç hastane seçilmiştir.

Çalışma evreninin yalnızca İzmir ili ve ilçelerindeki kamu hastaneleri olarak belirlenmesi araştırmanın diğer sınırlılığıdır. Çalışma evreninin İzmir ile sınırlanmasının nedeni, öncelikle Türkiye genelinde bir örnekleme çalışmak için yeterli zamanın ve finansman kaynağının olmayışıdır. Ayrıca araştırmanın bireysel olarak yapılması gereği, insan gücü açısından da bir sınırlılık söz konusudur.

3.4. Araştırmanın Yöntemi

Çalışmada öncelikle alan yazın araştırması yapılmış, buradan hareketle ikincil verilerin analizi gerçekleştirilmiştir. Araştırmada alan araştırması yöntemi kullanılmıştır. Araştırma İzmir ilindeki 6 kamu hastanesinde Ekim 2006-Ocak 2007 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu tarihlerde İzmir’de 3 kamu hastanesi ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemine Uygunluk Belgesine sahip bulunmaktadır.

Araştırmanın evrenini seçilen hastanelerde çalışan tüm personel oluşturmaktadır. İzmir kent merkezindeki ve ilçelerdeki hastanelerin seçiminde sağlıklı kıyaslama için benzer özellikler göz önüne alınmıştır. Hastaneler öncelikle Kalite Yönetim Sistemi uygulayıp uygulamadıklarına göre bir ayrıma tabi tutulmuştur. Daha sonra kalite belgesine sahip hastanelerden yola çıkarak benzer büyüklük ve özelliklere sahip hastaneler seçilmiştir. Üç belgeli kuruma karşılık üç belgesiz hastane tercih edilmiştir. Bu seçimde Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik’te belirtilen hastane sınıflandırılmasına dikkat edilmiştir. Belgeli olan ilçe hastanesine karşılık belgesiz ilçe hastanesi, eğitim ve araştırma hastanesine karşılık eğitim ve araştırma hastanesi, özel dal hastanesine karşılık ta yine dal hastanesi araştırmaya dâhil edilmiştir. Bu hastaneler Tablo 2’de gösterilmiştir.

Kalite Yönetim Sistemi Uygulayanlar	Kalite Yönetim Sistemi Uygulamayanlar
Tire Devlet Hastanesi	Bergama Devlet Hastanesi
Behçet Uz Çocuk Hst.ve Cer. Eğt.ve Arş.Hst.	Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Konak Dr. E. Hayri Üstündağ Doğum Hst.	Ege Doğumevi Eğt.ve Arş.Hastanesi

Tablo 2. Araştırma yapılan hastaneler

Anket çalışması yapılmak üzere İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurulundan ve hastanelerin başhekimliklerinden resmi yazı ile araştırma izni alınmıştır. Anket

çalışmasına hastanelerde sağlık hizmetleri ve idari hizmetler sınıfı olmak üzere tüm personel dâhil edilmiştir. Araştırmanın yapıldığı dönemde bu hastanelerde yaklaşık 2300 personel görev yapmaktadır. Hastanelerin kalite birimlerinin desteğiyle dağıtılan anketlerden 803 tanesi geri dönmüştür(geri dönüş oranı %35).

3.5. Veri Toplama ve Ölçüm Aracı

Alan araştırmasında, yazından elde edilen bilgiler ışığında oluşturulan yapılandırılmış anket tekniği kullanılmıştır. Anket, katılımcıların yanıtlarını belirlenmiş seçenekler arasından seçerek daha önceden hazırlanmış bir forma kaydetmeleridir (Clark ve Riley, 1999:91). Anket tekniği, ulaşılmak istenen bilgilere mümkün olan en kısa sürede ulaşmak ve gerekli açıklamaların yapılabilmesine olanak tanıdığından en etkili ve en çok kullanılan tekniklerden biridir (Tütüncü, 2001:84).

3 bölümden oluşan ankette toplam 84 soru bulunmaktadır. İlk bölümde Kalite Yönetim Sistemine yönelik 39 soru yer almaktadır. İkinci bölümdeki Hasta Güvenliği Kültürüne yönelik hazırlanan 38 sorunun ardından, üçüncü bölümde Demografik Değerlendirmelerin yer aldığı 7 seçenek bulunmaktadır.

Hasta güvenliği kültürünün ölçülmesine yönelik birçok teknik geliştirilmiş olmakla birlikte, araştırmada Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından hazırlanan anket kullanılmıştır. AHRQ tarafından hazırlanan bu anketin geçerliliği ve güvenilirliği A.B.D.'de kanıtlanmıştır. Bu araç, genel olarak tüm hastanenin ya da hastane içindeki herhangi bir birimde güvenlik kültürünün ölçülmesinde kullanılmaktadır. Ankette 5'li likert ölçeği kullanılmıştır.

Elde edilen veriler doğrultusunda, geçerlilik ve güvenilirlik testleri, tanımlayıcı istatistikler yapılmış, veriler ayrıca çıkarımsal istatistik bazında ele alınmıştır. Bu bağlamda, faktör analizi, korelasyon analizi, T-testi, ve Regresyon Analizi kullanılmıştır. Veriler SPSS 13.0 (Statistical Programme for Social Sciencies) programı ile analiz edilmiştir.

3.6. Araştırma Bulguları

Bu bölümde, araştırma verilerine uygulanan frekans analizleri, tanımlayıcı istatistikler, geçerlilik ve güvenilirlik analizleri, faktör analizleri, korelasyon analizleri, T-Testi ve regresyon analizlerinin sonuçları ele alınacaktır.

3.6.1. Frekans Analizleri

Araştırma anketine katılanların demografik dağılımları ve profili Tablo 3'te gösterilmiştir. Araştırmaya toplam 803 kişi katılmıştır. Ankete katılanların 49'u 18–25 yaş arasında, 378'i 26-33 yaş arasında, 262' si 34-41 yaş arasında, 114' ü 42 yaş ve üzerindedir. Bu sonuçlara göre ankete katılanların çoğunluğu 42 yaşın altındadır. Bu da hastanelerin genel olarak genç çalışanlara sahip olduğunu göstermektedir.

Ankete katılan 803 kişinin 659'u kadın, 144' ü ise erkektir. Bu sonuca göre, ankete katılan çalışanların büyük bir çoğunluğunun bayan çalışanlar olduğu anlaşılmaktadır. Hemşire grubunun genellikle bayan olması, hastanelerde bayan ağırlıklı bir çalışma ortamının olmasına neden olmuştur.

Anketi cevaplayanların çoğunluğunu da hemşireler oluşturmaktadır. 477 hemşire, 113 doktor, 113 diğer yardımcı sağlık personeli (laborant, radyolog, sağlık memuru vs.) ve 87 diğer sağlık personeli ve idari personel ankete katılmıştır. Katılanların 13'ü ise bu soruyu cevaplamamıştır. Anketi cevaplayanlardan 739'u görevleri gereği hastalarla doğrudan iletişim kurduğunu, 64' ü ise kurmadığını belirtmişlerdir. Bu oran meslek gruplarının dağılımıyla da doğru orantılı görülmektedir.

Ankete katılan 803 kişiden 5' i İlköğretim mezunu, 179' u lise, 378'i Önlisans, 234'ü lisans ve lisansüstü mezunudur. 7 kişi bu soruyu cevaplamamıştır. Bu sonuçlara göre araştırmamıza katılanların büyük çoğunluğunun üniversite mezununu olduğu görülmektedir.

Ankete katılanların 311'i 5 yıldan az, 390'ı 6-15 yıl, 102'si ise 15 yıldan fazla aynı hastanede görev yapmaktadır.

Ankete katılanların 18'i haftada 40 saatten az çalıştıklarını, 587' si 40-59 saat, 198'i 60 saatten fazla çalıştıklarını belirtmişlerdir. Sağlık Bakanlığı mevzuatında haftalık çalışma süresi 45 saat olarak belirlenmiştir. Ancak sağlık sektöründe uygulanan nöbet sistemi ve icap sistemi nedeniyle, bu süre bazı kurumlarda mevzuatta belirtilen süreleri aşabilmektedir.

Ankete katılanların 380'i (%7,3) ISO 9001:2000 KYS Belgesine sahip hastanelerde, 423' ü (%52,7) belgesiz hastanelerde görev yapmaktadır. Belgeli-belgesiz hastanelerden katılım oranlarının birbirine yakın olduğu görülmektedir.

Demografik Özellikler	Sayı(n)	Yüzde%
<u>Cinsiyet</u>		
• Kadın	659	82,1
• Erkek	144	17,9
Toplam	803	100,0
<u>Yaş Grubu</u>		
• 18-25	49	6,1
• 26-33	378	47,1
• 34-41	262	32,6
• 42-49	88	11,0
• 50 ve üzeri	26	3,2
Toplam	803	100,0
<u>Meslek</u>		
• Hemşire	477	59,4
• Hekim	113	14,1
• Teknisyen	113	14,1
• Diğer	87	10,8
Toplam	790	98,4
<u>Eğitim Durumu</u>		
• İlkokul	2	0,2
• Ortaokul	3	0,4
• Lise ve dengi	179	22,3
• Önlisans	378	47,1
• Lisans	160	19,9
• Lisans Üstü	74	9,2
Toplam	796	99,1
<u>Çalışma yılı</u>		
• 1'den az	70	8,7
• 1-5 yıl	241	30,0
• 6-10 yıl	223	27,8
• 11-15 yıl	167	20,8
• 16-20 yıl	72	9,0
• 21 yıl ve üstü	30	3,7
Toplam	803	100,0
<u>Haftalık çalışma saati</u>		
• 20-39 saat	18	2,2
• 40-59 saat	587	73,1
• 60-79 saat	163	20,3
• 80-99 saat	25	3,1
• 100 saat ve daha fazla	10	1,2
Toplam	803	100,0
<u>Hastalarla doğrudan iletişim kurma</u>		
• Evet	739	92,0
• Hayır	64	8,0
Toplam	803	100,0
<u>KYS belgeli hastanede çalışan</u>		
• Belgeli	380	47,3
• Belgesiz	423	52,7
Toplam	803	100,0

Tablo 3. Örneklem Profilinin Sayısal ve Yüzdesel Dağılımı

Tablo 4. Olay Raporu Doldurma Sıklığına Ait Bulgular

Olay raporu doldurma sıklığı	Sayı(n)	Yüzde%
0 olay raporu	635	81.5
1 ya da 2 olay raporu	104	13.4
3 ya da 5 olay raporu	26	3.3
6 ya da 10 olay raporu	12	1.5
11 ya da 20 olay raporu	2	3
Toplam	779	100

Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu(%81,5) , herhangi bir beklenmedik olay bildiriminde bulunmadıklarını ifade etmişlerdir. 1-2 olay raporu dolduranların oranı % 13,4, 3-5 adet olay raporu dolduranların oranı %3,3, 6 ve daha üzeri sayıda olay raporu doldurduğunu ifade edenlerin oranı %1,8 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 5. KYS Belgesine Sahip Olma Durumuna Göre Olay Raporu Doldurma Sıklığı

Olay Raporlama Doldurma Sıklığı	ISO 9001:2000 Belgesi		Toplam
	Belgeli	Belgesiz	
0 olay raporu	281	354	635
1-2 olay raporu	63	41	104
3-5 olay raporu	16	10	26
6-10 olay raporu	9	3	12
11-20 olay raporu	2	0	2
Toplam	371	408	779

Tablo 5'i incelediğimizde belgeli hastanelerde çalışanların, belgesiz hastanelerde çalışanlara göre daha fazla olay raporu doldurdukları görülmektedir. Yapılan Pearson Chi-Square analizi sonucunda, olay raporu doldurma sıklığı, hastanelerin ISO 9001:2000 KYS Belgesine sahip olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir(F=17,713; p=,001). Belgesiz hastanelerden ankete katılan 408 kişiden sadece 54'ü(%13) herhangi bir olay bildirim raporu doldurduğunu ifade

ederken, belgeli hastanelerden katılan 371 çalışanın 90'ı(%24) olay raporu doldurduğunu belirtmiştir.

3.6.2. Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 6. Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Ortalama	Standart Sapma
KAİZEN	802	3,2059	,97923
Yönetimin Sorumluluğu	800	3,1959	,91864
Kalite Sistemi	699	3,3541	1,12676
Kaynak Yönetimi	796	2,7043	,94518
Hata Raporlama	799	2,6110	1,12594
Kurumsal İletişim	803	2,7055	,98259
Kurumsal Öğrenme	803	3,3349	,84163
Takım Çalışması	803	3,0886	,87732
Hata Değerleme	803	2,3371	,91150
Hataların Oluşumu	803	3,5435	,71886

Araştırmadan elde edilen verilerin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde KAİZEN ile ilgili bölümde sorulan sorulara ankete katılan çalışanların verdiği cevapların ortalaması 3,2059, yönetimin sorumluluğu ile ilgili soruların ortalaması 3,1959, kalite sistemi ile ilgili bölümün ortalaması 3,3541, kaynak yönetimi ile ilgili olanların 2,7043' tür. Ankete katılanlar kurumlarındaki kalite yönetim sisteminin 'ne iyi, ne kötü' olduğunu ifade etmişlerdir.

Hata raporlama bölümünün ortalaması 2,6110, kurumsal iletişim bölümünün ortalaması 2,7055, kurumsal öğrenme bölümünün ortalaması 3,3349, takım çalışması bölümünün ortalaması 3,0886, hata değerlendirme bölümünün ortalaması 2,3371, hataların oluşumu bölümünün ortalaması ise 3,5435' tir. Ortalamalar incelendiğinde hepsinin 4'ten düşük olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre, genel olarak hataların 'ara sıra' raporlandığı, hasta güvenliğine yönelik yönetim ve çalışanlar arasındaki iletişim ve bilgilendirmenin 'ara sıra' yapıldığı, hataların değerlendirilmesi aşamasında personelin sürecin aleyhlerine işleyeceğini düşüncesiyle endişeli oldukları söylenebilir.

3.6.3. Geçerlilik ve Güvenilirlik

Geçerlilik, bir ölçme aracının ölçmeyi planladığı özellikleri gerçekten ölçüyor olması anlamına gelmektedir. Aşağıda farklı geçerlik tipleri ve bunların doğrulamasında kullanılan yöntemler yer almaktadır(A.P.A.,1954:201-238):

- *Tahminsel geçerlik(predictive validity)*: Bir sorunun beklenen bir davranışı ya da yanıtı diğer bir diğer ilgili ölçümler kapsamında ne kadar doğru tahmin ettiği ile belirlenmektedir. Bir ölçme aracının geçerliliğini ortaya koymanın yollarından biri, bu ölçme aracından alınan sonuçların bir bireyin belli bir görevi yapabilecek yeteneği olduğunu veya belli bir şekilde davranacağını tahmin edebileceğini ispatlamaktır.
- *Eş-zamanlı geçerlik (concurrent validity)*: Bir ölçme aracının geçerliğinin o ölçme aracının başka bilinen ve kabul edilmiş ölçümlerle karşılaştırarak belirlenmesidir. Örneğin, yeni bir matematik tutum anketinin eş-zamanlı geçerliliği, bu anketi ve bilinen ve geçerliliği ispatlanmış bir anketi aynı gruba uygulayıp iki ankette alınan sonuçların korelasyonuna bakılarak ortaya konabilir. Yeni anket ile kıstas ölçüt (bilinen anket) arasında yüksek bir korelasyon varsa yeni anketin eş-zamanlı geçerliliğe sahip olduğu söylenebilmektedir. Burada en önemli olan nokta kriter ölçütün güvenilirliği ve geçerliği ispatlanmış bir ölçüt olmasıdır.
- *İçerik geçerliği (content validity)*: Bir ölçme aracının geçerliği, ölçme aracını oluşturan soruların içeriğinin, ölçülmesi amaçlanan özellikleri doğru olarak temsil edip etmediği ortaya konarak ispatlanabilmektedir. Bu ispat çalışması, kişilik, duygular ve davranışlarla ilgili teorileri ve o konuyla ilgili uzmanların yorumlarını temel almaktadır.
- *Yapı geçerliği (construct validity)*: Yapı geçerliliği ölçme aracının ölçtüğünü iddia ettiği teorik yapıyı ölçtüğünün ispatlanmasını içermektedir. Yapı geçerliliğini ortaya koymanın çeşitli yolları bulunmaktadır:

a. Faktör analizi: Faktör analizi ile ölçme aracını oluşturan soruların kendi aralarında nasıl kümelendikleri tespit edilir. Bulunan her faktörün (soru kümesinin) bir teorik yapıyı temsil ettiği düşünülür.

b. Madde analizi

Madde analizi ile ölçme aracını oluşturan soruların ölçme aracının toplam puanına ne kadar katkıda buldukları ve böylece ölçme aracının bütünüyle ne derecede ilişkili oldukları tespit edilir. Yüksek ilişki ölçülen teorik yapıyla bağlantının da yüksek olduğunu düşündürür.

Bu çalışmada kullanılan ölçeklerin içerik geçerliliği, daha önceden kullanılan ve kabul görmüş ölçekler olduğundan sağlanmıştır. Ancak, yapı geçerliliği faktör analizi ile sınanmıştır. Çalışmada 2 farklı ölçek kullanıldığından 2 faktör analizi ve buna bağlı olarak 2 güvenilirlik analizi yer almaktadır. Özdeğeri 1’den az olan değişkenler çalışmanın geçerliliğini artırmak amacıyla çıkarılmıştır. Kalite yönetim sistemiyle ilgili sette bulunan 39 ifadeden 1’i, hasta güvenliği kültürü ile ilgili sette bulunan 34 ifadeden 5 tanesi bu nedenle çıkarılmıştır.

Bir araştırmanın tutarlı ve istikrarlı olması durumunda, başka bir deyişle, soruların tahmin edilebilir ve kesin olması durumunda, güvenilirlikten söz edilebilmektedir. Moser ve Kalton’a göre, bir araştırma ölçümü aynı koşullar altında tekrarlandığında aynı sonuçları veriyorsa ölçüm güvenilir demektir (Moser ve Kalton,1971:549). Sosyal Bilimlerde araştırmacının %100 kesin sonuçlara ulaşması, soruların ifadelerindeki eksiklikler, fiziksel ortamdaki değişiklikler, yaklaşım farklılıkları, araştırmacı-katılımcı arasındaki etkileşim ve yöntemin güncelliğini yitirmesi gibi bazı etkenlerden dolayı mümkün olmamaktadır (Kumar,1999:138). İç uyum güvenliğinin sınanması için en sık kullanılan yöntem ise, “Cronbach’ın Alfa Katsayısı”dır. Bu yöntem, ölçekte yer alan maddelerin homojen yapı gösteren bir bütünü ifade edip etmediğini araştırmaktadır. Ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır ve bir ölçekteki k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile elde edilmektedir. Katsayı 0 ile 1 arasında değer almaktadır ve katsayının negatif çıkması, sorular arasındaki korelasyonun negatif olduğu anlamına gelmektedir ve bu durum

güvenirlilik modelinin bozulmasına neden olmaktadır. Alfa (α) katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenilirliği şu şekilde yorumlanmaktadır (Nunnally,1967:248):

- $.00 \leq \alpha < .40$ ise ölçek güvenilir değildir,
- $.40 \leq \alpha < .60$ ise ölçeğin güvenilirliği düşük,
- $.60 \leq \alpha < .80$ ise ölçek oldukça güvenilir,
- $.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Verilere öncelikle geçerlilik analizi uygulanmış, ardından güvenirlik testi yapılmıştır. Test sonucunda, KYS ölçeğinin genel Cronbach alpha değeri ,98 bulunmuştur. Hasta Güvenliği Kültürü ölçeğinin genel Cronbach alpha değeri ,93 bulunmuştur. Bu nedenle ölçekler yüksek derecede güvenilir bir ölçeklerdir.

Faktör analizlerinin uygunluğu belirlemek amacıyla her iki sette de uygulanan Küresellik testi (Barlett's Test of Sphercity) sonucu 0.0001 düzeyinde anlamlı, Kaizer-Mayer-Olkin örneklem değerleri de kabul edilebilir seviyenin üzerinde çıkmıştır. Buna göre faktör analizleri tabloları aşağıda yer almaktadır.

3.6.4. Faktör Analizleri

Yapılan faktör analizi sürecinde Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Ölçümü 0,974 olarak gerçekleşmiştir. Bu değer, örneklemin doğru seçildiğinin bir göstergesi olarak karşımıza çıkmakta ve faktör analizine uygunluğu vurgulamaktadır. Buna bağlı olarak, Barlett Test's of Sphericity değeri anlamlıdır. Barlett Test's of Sphericity sonucuna göre de maddeler arasında faktör analizi yapmaya yeterli düzeyde ilişki vardır ve test sonucu $\chi^2 = 14238,865$, $p=0,0001$ olarak gerçekleşmiştir.

Kalite Yönetim Sistemi setinin faktör analizinde;

İlk faktörün tanımladığı fark yüzdesi 58,730'dur ve 15 değişkenle ifade edilmektedir. Bu faktörün altında bulunan değişkenler incelendiğinde değişkenlerin

“KAİZEN” ile ilgili olduğu anlaşılmaktadır. Bu değişkenler, toplanan verilerin analiz edilmesi, uygun olmayan hizmet/ürün kontrolü, verilen hizmetin uygunluğunun ölçülmesi, süreç performanslarının ölçülmesi, iç tetkiklerin yapılması, hasta memnuniyetinin düzenli ölçülmesi, verilen hizmetin izlenebilirliği, düzeltici faaliyetlerin yapılması, ilaçların ve malzemelerin uygun depolanması, alınan malzemelerin güvenliğinin sağlanması, önleyici faaliyetlerin yapılması, kullanılan araçların kalibrasyonları, sürekli iyileştirme faaliyetleri, sağlanan hizmetlerin gözden geçirilmesi, hizmet verilen hasta ve birimlerle iletişim başlıklıdır.

İkinci faktörün tanımladığı fark yüzdesi 4,203’tür ve 12 değişkenle ifade edilmektedir. Bu değişkenler “Yönetimin Sorumluluğu” ile ilgili değişkenlerdir. Yönetimin müşteri odaklılık seviyesi, yetki ve sorumlulukların belirlilik seviyesi, yönetimin sorumluluklarını yerine getirmesi, satın alma işlemlerinin şartlara uygunluğu, kalite sisteminin planlaması, süreçlerin geçerliliğinin sağlanması, satın alınan ürünün muayenesinin yapılması, hizmetlerin uygunluğunun kontrolü, yasal şartlara ve diğer gerekliliklere uyulması, kalite politikası, hastane hizmetlerinin planlanması, iletişim sistemi faktörün alt değişkenleridir.

Üçüncü faktörün tanımladığı fark yüzdesi 3,060’tır. 6 değişken ile ifade edilmektedir. Bu değişkenler; sistemin dokümantasyonu, kayıtların kontrolü, dokümanların kontrolü, kaliteye yönelik el kitabı, tüm süreçlerin tanımlanması, kalite hedeflerinin belirlenmesidir. Bu değişkenler incelendiğinde “Kalite Sistemi” ile ilgili olduğu anlaşılmaktadır.

Dördüncü faktörün tanımladığı fark yüzdesi 2,640’tır ve 5 değişkenle ifade edilmektedir. Bu değişkenler, çalışan sayısının yeterliliği, altyapının (bina, yazılım, donanım) kalitesi, çalışma ortamının kalitesi, gerekli kaynakların sağlanması, çalışanların yetkinliği ve eğitimleri olup, “Kaynak Yönetimi” başlığı altında toplanmıştır.

Tablo 7. Faktör Analizi (Kalite Yönetim Sistemi)

	Faktör Yüklü	Öz değerler	Tanımlanan Farkın Yüzdeleri	M	F Değeri	Alpha	P
1.FAKTÖR Kaizen		22,318	58,730	3,69	11,183	,96	,0001
Toplanan verilerin analiz edilmesi	,721						
Uygun olmayan hizmet/ürün kontrolü	,713						
Verilen hizmetin uygunluğunun ölçülmesi	,691						
Süreç performanslarının ölçülmesi	,633						
İç tetkiklerin yapılması	,612						
Hasta memnuniyetinin düzenli ölçülmesi	,590						
Verilen hizmetin izlenebilirliği	,571						
Düzeltilici faaliyetlerin yapılması	,564						
İlaçların ve malzemelerin uygun depolanması	,540						
Alınan malzemelerin güvenliğinin sağlanması	,538						
Önleyici faaliyetlerin yapılması	,536						
Kullanılan araçların kalibrasyonları	,526						
Sürekli iyileştirme faaliyetleri	,518						
Sağlanan hizmetlerin gözden geçirilmesi	,465						
Hizmet verilen hasta ve birimlerle iletişim	,425						
2. FAKTÖR Yönetimin Sorumluluğu		1,597	4,203	3,47	12,906	,95	,0001
Yönetimin müşteri odaklılık seviyesi	,702						
Yetki ve sorumlulukların belirlilik seviyesi	,679						
Yönetimin sorumluluklarını yerine getirmesi	,659						
Satın alma işlemlerinin şartlara uygunluğu	,636						
Kalite sisteminin planlaması	,631						
Süreçlerin geçerliliğinin sağlanması	,583						
Satın alınan ürünün muayenesinin yapılması	,582						
Hizmetlerin uygunluğunun kontrolü	,582						
Yasal şartlara ve diğer gerekliliklere uyulması	,576						
Kalite politikası	,569						
Hastane hizmetlerinin planlanması	,541						
İletişim sistemi	,459						
3. FAKTÖR Kalite Sistemi		1,163	3,060	3,85	18,783	,94	,0001
Sistemin dokümantasyonu	,713						
Kayıtların kontrolü	,690						

	Faktör Yüğü	Öz değerler	Tanımlanan Farkın Yüzdesi	M	F Değeri	Alpha	P
3. FAKTÖR'ün devamı		1,163	3,060	3,85	18,783	,94	,0001
Dokümanların kontrolü	,678						
Kaliteye yönelik el kitabı	,654						
Tüm süreçlerin tanımlanması	,627						
Kalite hedeflerinin belirlenmesi	,547						
4. FAKTÖR		1,003	2,640	2,73	284,86	,88	,0001
Kaynak Yönetimi							
Çalışan sayısının yeterliliği	,801						
Altyapının(bina,yazılım,donanım) kalitesi	,775						
Çalışma ortamının kalitesi	,695						
Gerekli kaynakların sağlanması	,499						
Çalışanların yetkinliği ve eğitimleri	,495						

Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Ölçümü= ,974; Toplam farkın (Varyans) açıklama oranı : 68,633

Hasta Güvenliği Kültürü seti için yapılan faktör analizinde, Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Ölçümü 0,923 olarak gerçekleşmiştir. Buna bağlı olarak, Barlett Test's of Sphericity değeri anlamlıdır ve $\chi^2 = 13524.661$ $p=0,0001$ olarak gerçekleşmiştir.

İlk faktörün tanımladığı fark yüzdesi 36,894'tür ve hasta güvenliği artırmak amacıyla aktif olarak çalışmalar yapmaktayız, hastane yönetimi için hasta güvenliği en öncelikli konudur, hasta yönetimi hasta güvenliği ile ilgili çalışma ortamını sağlamaktadır, hasta güvenliğini artırmak için bir değişiklik yaptığımızda, değişikliğin etkinliğini değerlendiririz, hataların oluşmasını engellemek için prosedürlerimiz ve sistemimiz mevcuttur, hatalarımızdan ders alırız, daha çok işi yapabilmek için hasta güvenliğinden asla vazgeçilmez ifadelerini içeren 7 değişkenle ifade edilmektedir ve değişkenler incelendiğinde bunların "Kurumsal Öğrenme" ile ilgili olduğu anlaşılmaktadır.

İkinci faktörün tanımladığı fark yüzdesi 7,708'dir ve 6 değişkenle ifade edilmektedir. Bu değişkenler "Kurumsal İletişim" ile ilgili değişkenlerdir ve personelin alınan karar ve uygulamaları sorgulama özgürlüğü vardır, hasta

güvenliğine yönelik bir iş yapıldığında amirim takdir eder, amirim hasta güvenliği ile ilgili personel önerilerini ciddiyetle ele alır, hastanemizde tekrarlanmaması için hataları önleme yollarını tartışırız, hastanemizde oluşan hatalarla ilgili bilgilendirilmekteyiz, hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek bir olay olduğunda personel özgürce fikirlerini iletir, ifadelerinden oluşmaktadır.

Üçüncü faktörün tanımladığı fark yüzdesi 6,403'tür ve 6 değişken ile ifade edilmektedir. Bu değişkenler, hastanemizde herkes birbirine saygı göstermektedir, hastanemizde insanlar birbirini desteklemektedir, hastane birimleri en iyi düzeyde hasta bakımı sağlamak için birlikte uyum içinde çalışmaktadır, birlikte çalışması gereken birimler arasında iyi düzeyde işbirliği vardır, iş yükü ağırlaştığında işleri tamamlayabilmek için bir takım gibi çalışırız, hastane birimleri birbirleriyle koordinasyonlu çalışmamaktadır ifadeleridir ve bunlar "Takım Çalışması" başlığı altında toplanmıştır.

Dördüncü faktörün tanımladığı fark yüzdesi 6,147'dir ve 3 değişkenle ifade edilmektedir. Bu değişkenler; bir hata gerçekleştiğinde, hastaya zarar verebilecek düzeyde olmasına rağmen, zarar vermeden atlatılmışsa, bu durum hangi sıklıkla raporlanmaktadır; bir hata gerçekleştiğinde, ancak bunun hasta açısından olası tehlikesi yoksa bu durum hangi sıklıkla raporlanmaktadır; bir hata gerçekleştiğinde, fakat hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltilindiğinde, bu durum hangi sıklıkla raporlanmaktadır ifadeleri olup, "Hata Raporlama" başlığı altında toplanmıştır.

Beşinci faktörün tanımladığı fark yüzdesi 4,919'dur. "Hata Değerlendirme" 3 değişkenle değerlendirilmiştir. Bu değişkenler; her hangi bir olay rapor edildiğinde, olayın kendisi değil, hataya yol açan kişilerin rapor edileceği düşünülür; personel yaptığı hataların siciline işleneceğinden endişe duyar; personel yaptığı hataların kendi aleyhine kullanıldığını düşünür değişkenleridir.

Altıncı faktörün tanımladığı fark yüzdesi 4,147'dir ve 4 değişkenle ifade edilmektedir. Bu faktörün altında bulunan değişkenler incelendiğinde değişkenlerin "Hata Oluşumu" ile ilgili olduğu anlaşılmaktadır. Bu değişkenler; vardiya

değişiklikleri bu hastanedeki hastalar için sorun yaratmaktadır, önemli hasta bakım bilgileri vardiya değişikliklerinde kaybolmaktadır, daha ciddi hataların olmaması tamamen şans eseridir, hastanede sorunlar genellikle birimler arası bilgi alışverişi sırasında ortaya çıkmaktadır başlıklıdır. Hasta Güvenliği Kültürü ile ilgili yapılan faktör analizinden elde edilen veriler Tablo 8’te gösterilmiştir.

Tablo 8. Faktör Analizi (Hasta Güvenliği Kültürü)

	Faktör Yüklü	Öz değerler	Tanımlanan Fark Yüzdeleri	M	F Değeri	Alpha	P
1.FAKTÖR		10,699	36,894	3,33	209,135	,868	,0001
Kurumsal Öğrenme							
Hasta güvenliği artırmak amacıyla aktif olarak çalışmalar yapmaktayız.	,714						
Hastane yönetimi için hasta güvenliği en öncelikli konudur.	,684						
Hasta yönetimi hasta güvenliği ile ilgili çalışma ortamını sağlamaktadır.	,671						
Hasta güvenliğini artırmak için bir değişiklik yaptığımızda, değişikliğin etkinliğini değerlendiririz.	,643						
Hataların oluşmasını engellemek için prosedürlerimiz ve sistemimiz mevcuttur.	,606						
Hatalarımızdan ders alırız.	,597						
Daha çok işi yapabilmek için hasta güvenliğinden asla vazgeçilmez.	,572						
2. FAKTÖR		2,235	7,708	2,70	80,613	,894	,0001
Kurumsal İletişim							
Personelin alınan karar ve uygulamaları sorgulama özgürlüğü vardır.	,804						
Hasta güvenliğine yönelik bir iş yapıldığında amirim takdir eder.	,802						
Amirim hasta güvenliği ile ilgili personel önerilerini ciddiyetle ele alır.	,722						
Hastanemizde tekrarlanmaması için hataları önleme yollarını tartışırız.	,696						
Hastanemizde oluşan hatalarla ilgili bilgilendirilmekteyiz.	,631						
Hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek bir olay olduğunda, personel özgürce fikirlerini iletir.	,535						

	Faktör Yüklü	Öz değerler	Tanımlanan Fark Yüzdeleri	M	F Değeri	Alpha	P
<p>3. FAKTÖR</p> <p>Takım Çalışması</p> <p>Hastanemizde, herkes birbirine saygı göstermektedir. ,773</p> <p>Hastanemizde, insanlar birbirini desteklemektedir. ,748</p> <p>Hastane birimleri en iyi düzeyde hasta bakımı sağlamak için, birlikte uyum içinde çalışmaktadır. ,716</p> <p>Birlikte çalışması gereken birimler arasında, iyi düzeyde işbirliği vardır. ,709</p> <p>İş yükü ağırlaştığında, işleri tamamlayabilmek için bir takım gibi çalışırız. ,596</p> <p>Hastane birimleri birbirleriyle koordinasyonlu çalışmamaktadır. ,530</p>	1,857	6,403	3,08	34,921	,872	,0001	
<p>4. FAKTÖR</p> <p>Hata Raporlama</p> <p>Bir hata gerçekleştiğinde, hastaya zarar verebilecek düzeyde olmasına rağmen, zarar vermeden atlatılmışsa, bu durum hangi sıklıkla raporlanmaktadır? ,834</p> <p>Bir hata gerçekleştiğinde, ancak bunun hasta açısından olası tehlikesi yoksa, bu durum hangi sıklıkla raporlanmaktadır? ,825</p> <p>Bir hata gerçekleştiğinde, fakat hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde, bu durum hangi sıklıkla raporlanmaktadır? ,817</p>	1,783	6,147	2,61	44,795	,913	,0001	
<p>5. FAKTÖR</p> <p>Hata Değerlendirme</p> <p>Herhangi bir olay rapor edildiğinde, olayın kendisi değil, hataya yol açan kişilerin rapor edileceği düşünülür. ,823</p> <p>Personel yaptığı hataların siciline işleneceğinden endişe duyar. ,805</p> <p>Personel yaptığı hataların kendi aleyhine kullanıldığını düşünür. ,734</p>	1,427	4,919	2,33	56,360	,825	,0001	
<p>6. FAKTÖR</p> <p>Hataların Oluşumu</p> <p>Vardiya değişiklikleri bu hastanedeki hastalar için sorun yaratmaktadır. ,783</p>	1,203	4,147	3,54	82,838	,683	,0001	

	Faktör Yüklü	Öz değerler	Tanımlanan Fark Yüzdeleri	M	F Değeri	Alpha	P
6.FAKTÖR'ün devamı		1,203	4,147	3,54	82,838	,683	,0001
Önemli hasta bakım bilgileri vardiya değişikliklerinde kaybolmaktadır.	,762						
Daha ciddi hataların olmaması tamamen şans eseridir.	,622						
Hastanede sorunlar genellikle birimler arası bilgi alışverişi sırasında ortaya çıkmaktadır.	,547						

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Ölçümü= ,923 ; Toplam farkın (Varyans) açıklama oranı : 66,218

3.6.5. Korelasyon analizleri

Tablo 9. Bağımlı Değişken Setler Arası Korelasyon Analizi (Hasta Güvenliği Kültürü&Kalite Yönetim Sistemi)

		Hasta Güvenliği Kültürü	Kalite Yönetim Sistemi
Hasta Güvenliği Kültürü	Pearson Correlation	1	
	Sig. (2-tailed) N	803	
Kalite Yönetim Sistemi	Pearson Correlation	,723	1
	Sig. (2-tailed) N	,000 803	803

Tablo 9'da, bağımlı değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerinin yönünü ve derecesini gösteren korelasyon tablosu yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, değişkenlerin birbirleri ile pozitif yönde ve güçlü ilişkileri olduğu görülmektedir.

Kalite Yönetim Sistemi ile Hasta Güvenliği Kültürü arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,0001$ ve $r =,723$). Bu verilerden ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sisteminin hastanelerdeki Hasta Güvenliği Kültürünü güçlü şekilde etkilediği anlaşılmaktadır. Buna göre KYS uygulamalarının hastanelerde güvenlik kültürünün oluşmasına katkı sağladığı söylenebilir. Kalite Yönetim Sistemi standartlarının sürekli iyileştirme, önleyici faaliyetler, eğitim, yönetimin sorumluluğu gibi maddeleri içermesi hasta güvenliği kültürünün oluşmasını pozitif yönde etkilemektedir.

Tablo 10. Korelasyon Analizi(Kalite Yönetim Sistemi)

		Kaizen	Yönetimin Sorumluluğu	Kalite Sistemi	Kaynak Yönetimi
KAİZEN	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 802			
Yönetimin Sorumluluğu	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,905 ,000 800	1 800		
Kalite Sistemi	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,877 ,000 698	,867 ,000 696	1 699	
Kaynak Yönetimi	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,806 ,000 796	,794 ,000 794	,694 ,000 696	1 796

Kalite Yönetim Sistemi'nin alt değişkenleri arasında yapılan korelasyon analizi Tablo 10'da gösterilmiştir.

KAİZEN değişkeni ile Yönetimin Sorumluluğu değişkeni arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki ($p=0,0001$ ve $r = ,905$) olduğu görülmektedir. KAİZEN anlayışının benimsenmesinde yönetimin sorumluluğunun etkisi açıklanmaktadır.

KAİZEN değişkeni ile kalite Sistemi arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,0001$ ve $r = ,877$). Kalite sisteminin gerekliliklerinin KAİZEN anlayışını etkilediği görülmektedir. KAİZEN ile Kalite Sisteminin birbirini tamamlayıcı özellikte olduğu ve olumlu bir ilişkiyi açıkladığı anlaşılmaktadır.

KAİZEN ile Kaynak Yönetimi değişkeni arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,0001$ ve $r = ,806$). Sürekli iyileştirmeyi sağlarken gerekli kaynakların sağlanması gerekliliği nedeniyle böyle bir ilişkinin ortaya çıktığı söylenebilir.

Yönetimin Sorumluluğu ile Kalite Sistemi arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu görülmektedir ($p=0,0001$ $r =,867$). Kalite Sisteminin kuruluş geliştirilmesinde önemli bir etken yönetimin desteği ve sorumludur.

Yönetimin Sorumluluğu ile Kaynak Yönetimi arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,0001$ ve $r=,794$). Yönetimin kaynakların sağlanması ve kullanımında etkisi olduğu açıklanmaktadır.

Kalite Sistemi ile Kaynak Yönetimi arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmuştur ($p=0,0001$ ve $r=,696$). Kaliteli bir sistem için gerekli alt yapı, insan kaynağı gibi ihtiyaçların sağlanması gerekliliği pozitif yönde bir ilişkiyi açıklamaktadır.

Tablo 11. Korelasyon Analizi(Hasta Güvenliği Kültürü)

		Hata Raporlama	Kurumsal İletişim	Kurumsal Öğrenme	Takım Çalışması	Hata Değerlendirme	Hata Oluşum
Hata Raporlama	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 799					
Kurumsal İletişim	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,571 ,000 799	1 803				
Kurumsal Öğrenme	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,513 ,000 799	,609 ,000 803	1 803			
Takım Çalışması	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,396 ,000 799	,607 ,000 803	,605 ,000 803	1 803		
Hata Değerlendirme	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,383 ,000 799	,436 ,000 803	,398 ,000 803	,418 ,000 803	1 803	
Hata Oluşumu	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,213 ,000 799	,229 ,000 803	,367 ,000 803	,332 ,000 803	,233 ,000 803	1 803

Tablo 11’de, Hasta Güvenliği Kùltürü birbirleri ile ilişkilerinin yönünü ve derecesini gösteren korelasyon tablosu yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde, tüm değişkenlerin birbirleri ile pozitif yönde ilişkileri olduğu gör÷lmektedir.

Hata raporlama ile kurumsal iletişim arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,0001$ ve $r=,571$). Kurum içi iletişimin gücü ve güvenilirliği hata raporlamayı olumlu yönde etkileyebilmektedir.

Kurumsal öğrenme ile hata raporlama arasında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,0001$ ve $r=,513$). Öğrenen bir kurumda hatalara yaklaşım ve hatalardan dersler çıkartarak, bunları doğru değerlendirme pozitif ilişkiyi doğrulamaktadır.

Hata raporlama ile takım çalışması arasında pozitif bir ilişki olduğu gör÷lmektedir ($P=0,0001$ ve $r=,396$). İyi bir ekip çalışması ile hataların raporlanması birbirini tamamlayıcı olarak açıklanmaktadır.

Hata raporlama ile hata değerlendirme arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($P=0,0001$ ve $r=,438$). Hata raporlamanın kendileri aleyhine sonuçlar ortaya çıkaracağını düşünen çalışanların, raporlama konusundaki isteksizliği, bu ilişkiyi doğrular niteliktedir.

Hata oluşumu ile hata raporlama arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki gör÷lmektedir ($p=0,0001$ ve $r=,213$). Hataların oluşumu ve bunların raporlanması birbirini tamamlayan değerşkenlerdir.

Kurumsal iletişim ile kurumsal öğrenme arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,0001$ ve $r=,609$). Kurumsal öğrenmenin sağlanmasında iletişim kanallarının önemi, pozitif yönde bir etkiyi yansıtmaktadır.

Takım çalışması ile kurumsal iletişim arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,0001$ ve $r=,607$). Kurum içinde etkin iletişimin sağlanması takımlar ve bireyler arasında pozitif bir ilişkinin oluşmasını sağlamaktadır.

Kurumsal iletişim ile hata değerlendirme arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmektedir ($p=0,0001$ ve $r=,436$). Kurum içinde yönetim ve çalışanlar arasında iyi bir iletişimin olması hataların değerlendirilmesini olumlu yönde etkileyebilmektedir.

Hataların oluşumu ile kurumsal iletişim arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($p=0,0001$ ve $r=,229$). Açık iletişimin hataların oluşumu üzerindeki etkisi bu ilişkiyi doğrulamaktadır. Açık iletişim, iletişimsizliğe bağlı hataların oluşmasını engelleyebilir.

Kurumsal öğrenme ile takım çalışması arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki görülmektedir ($p=0,0001$ ve $r=,605$). Sürekli öğrenen takımlar, öğrenen bir kurumun oluşmasını etkilediği gibi, takım çalışmasının da öğrenme üzerinde pozitif etkisi açıklanmaktadır.

Kurumsal öğrenme ile hata değerlendirme arasında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,0001$ ve $r=,398$). Sürekli öğrenen kurumlarda hatalara yaklaşımda ve değerlendirilmesinde farklılık görülmektedir. İlişkinin pozitif yönde oluşması bu ilişkiyi açıklamaktadır.

Hata oluşumu ile kurumsal öğrenme arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,0001$ ve $r=,367$). Çalışmada bu iki değişkenin birbirleri ile pozitif yöndeki ilişkisi, hataların oluşmasını engelleme yönünde kurumsal öğrenmenin pozitif etkisini açıklamaktadır.

Takım çalışması ile hata değerlendirme arasında pozitif yönlü bir ilişki görülmektedir ($p=0,0001$ ve $r=,418$). Birimler arası işbirliği ve iletişim, hata değerlendirme üzerinde pozitif bir etkiye sahip olabilmektedir.

Takım çalışması ile hata oluşumu arasında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir($p=0,0001$ ve $r=,332$). Takımlar ve birimler arası işbirliği, vardiya değişiklikleri nedeniyle hasta bakımıyla ilgili bilgilerin paylaşılması yönünde hataların oluşumunu engelleyici nitelikte etki göstermektedir.

Hata oluşumu ile hata değerlendirme arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur($p=0,0001$ ve $r=,223$). Hataların oluşumu ve değerlendirilmesiyle ilgili değişkenler birbirlerini tamamlayıcı etkiye sahiptir.

3.6.6. T- Testi

T-testi, iki örneklem grubu arasında ortalamalar açısından fark olup olmadığını araştırmak için kullanılmaktadır. T-testi bir gruptaki ortalamanın diğer gruptaki ortalamadan önemli derecede farklı olup olmadığını belirlemektedir. Gruplar arası farklılıkların anlamlılık düzeyleri incelenirken, tek kuyruklu-yönlü (one tailed) veya çift kuyruklu (two tailed) olmaları söz konusudur. Çift kuyruk testinde farkın pozitif ya negatif yönde olması önemsizken, tek kuyruk testinde farkın yönü önemlidir. SPSS programında üç farklı T-testi alternatifi bulunmaktadır: Independent-Samples T Test (bağımsız iki örnek T-testi), Paired Samples T Test (Eşleştirilmiş gruplar arası T-testi) ve One Sample T Test (Tek grup T-testi). Uygulamalarda en çok kullanılan bağımsız iki grup arası T-testidir. Bu çalışmada da bu test kullanılmıştır.

ISO Belgeli ve Belgesiz olma durumuna göre hastane çalışanlarının bağımsız değişkenleri algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı yapılan T-testi ile sınanmıştır.

Çalışmada 2 adet T-testi yapılmıştır. Buna göre;

Tablo 12. ISO 9001:2000 KYS belgesine sahip olmaya göre grup istatistikleri

	ISO 9001:2000 Belgesi	N	Ortalama	Standart Sapma
KAİZEN	Belgeli	380	3,9413	,68066
	Belgesiz	422	2,5438	,69263
Yönetimin Sorumluluğu	Belgeli	380	3,8571	,68677
	Belgesiz	420	2,5978	,65389
Kalite Sistemi	Belgeli	380	4,0782	,67747
	Belgesiz	319	2,4915	,93101
Kaynak Yönetimi	Belgeli	380	3,3020	,89392
	Belgesiz	416	2,1583	,59638
Hata Raporlama	Belgeli	379	3,0321	1,09253
	Belgesiz	420	2,2310	1,01610
Kurumsal İletişim	Belgeli	380	3,0662	1,00428
	Belgesiz	423	2,3814	,84060
Kurumsal Öğrenme	Belgeli	380	3,8183	,64272
	Belgesiz	423	2,9006	,75877
Takım Çalışması	Belgeli	380	3,4084	,82229
	Belgesiz	423	2,8013	,82501
Hata Değerlendirme	Belgeli	380	2,6781	,89701
	Belgesiz	423	2,0307	,81090
Hataların Oluşumu	Belgeli	380	3,7373	,69597
	Belgesiz	423	3,3694	,69490

İlk T-testinde Kalite Yönetim Sistemi değişkenleri ve Hasta Güvenliği Kültürü değişkenlerine verilen yanıtlar arasında belgeye sahip olma durumuna göre farklılık olup olmadığı analiz edilmiştir. T-testine göre, ISO belgesine sahip olan ve olmayan grupların KAİZEN bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark vardır ($F=3,910$ ve $p=,0001$). Bu farklığı incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler yapıldığında belgeli hastanelerin KAİZEN ortalaması 3,94 iken, belgeli olmayanların ortalaması 2,54 'tür.

ISO belgesine sahip olan ve olmayan hastanelerde çalışanların Kalite Sistemi değişkenini algılamaları istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=67,122$ ve $p=,0001$). Tanımlayıcı istatistiklere göre belgeli hastanelerden katılanların Kalite Sistemi ortalaması 4,07 , belgesiz hastanelerin ortalaması 2,49' dur.

Kaynak Yönetimi değişkenini algılama ve değerlendirme de anlamlı farklılık göstermektedir($F=79,951$ ve $p=,0001$). Belgeli hastanelerin Kaynak Yönetimi ortalamaları 3,30 iken, belgesiz hastanelerin ortalaması 2,15' tir.

Yönetimin Sorumluluğu ile ilgili değerlendirmeler belgeli ve belgesiz hastanelere göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p=,842$). Belgeli hastanelerin bu değişkenle ilgili ortalamaları 3,85, belgesiz hastanelerin ise 2,59'dur.

T-testinde, hasta güvenliği kültürünün ISO belgesi olan ve olmayan hastanelere göre farklılık gösterip göstermediği de analiz edilmiştir. Buna göre, Hata Raporlama değişkenine verilen cevaplar, belgeli ve belgesiz hastanelerde anlamlı farklılık göstermektedir($F=4,214$ ve $p=,0001$). Hata Raporlamanın ortalaması belgeli hastanelerde 3,03 iken, belgesiz hastanelerde 2,23'tür.

Kurumsal İletişim değişkenine yönelik değerlendirmeler belgeli ve belgesiz hastanelerde anlamlı farklılık göstermektedir($F=14,429$ ve $p=,0001$). Bu değişkenin ortalaması belgeli hastanelerde 3,06, belgesizlerde 2,38'dir.

ISO belgesine sahip olan ve olmayan grupların Kurumsal Öğrenme bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark vardır ($F=24,652$ ve $p=,0001$). Kurumsal Öğrenme ortalamaları belgeli hastanelerde 3,81 iken, belgesiz hastanelerde 2,90'dır.

Takım Çalışması değişkeni hastanelerin belgeli veya belgesiz olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir($F=,743$ ve $p=,389$). Bu değişkenin ortalaması belgeli hastanelerde 3,40, belgesiz hastanelerde 2,80'dir.

Hata Değerlendirme değişkenine verilen cevaplar belgeli ve belgesiz hastanelere göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($F=3,636$ ve $p=,057$). Bu değişkenin ortalaması belgeli hastanelerde 2,67, belgesizlerde 2,03'tür.

Hataların Oluşumu değişkeninin değerlendirilmesinde belgeli ve belgesiz hastanelere göre anlamlı farklılık bulunmamaktadır($F= ,025$ ve $p= ,873$). Hataların Oluşumu ortalamaları belgeli hastanelerde 3,73, belgesizlerde 3,36'dır.

Tablo 13. ISO 9001:2000 KYS belgesine sahip olmaya göre hasta güvenliği derecelendirmesi grup istatistikleri

	ISO 9001:2000 Belgesi	N	Ortalama	Standart Sapma
Hasta Güvenliği derecesi	Belgeli	374	3,92	,04077
	Belgesiz	416	2,75	,04154

İkinci T-Testinde, Hasta Güvenliği derecelendirmesi değişkenine verilen yanıtlar arasında belgeye sahip olma durumuna göre farklılık olup olmadığı analiz edilmiştir. Buna göre, ISO 9001:2000 Belgesine sahip olan ve sahip olmayan hastanelerden katılanların, kurumlarındaki Hasta Güvenliğini derecelendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır($F=17,168$ ve $p= ,0001$). Bu değişkenin ortalaması belgeli hastanelerde 3,92 iken, belgesiz hastanelerde 2,75'tir.

3.6.7. Regresyon Analizleri

Çalışmada bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki önemlerini belirlemek amacıyla, regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo 14. Kalite Yönetim Sistemini Etkileyen Kalite Yönetim Sistemi Değişken Gruplarının Regresyon Analizi

DEĞİŞKENLER	β	t	Sig T
KAİZEN	,308	5,310	,0001
Yönetimin Sorumluluğu	,274	5,209	,0001
Kalite Sistemi	,201	4,271	,0001
Kaynak Yönetimi	,113	3,183	,0001
SABİT	,216	2,536	,0001

Not: Multiple R= ,845; R Square= ,714; Adjusted R Square= ,712 $F= 421,400$; Signif $F= ,0001$

Tablo 14 incelendiğinde F değerinin 421,400; Signif F değerinin ,0001 düzeyinde gerçekleştiği görülmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= ,845; ve R Square= ,714 olarak gerçekleşmiştir.

Regresyon analizinden elde edilen sonuçlara göre, Kalite Yönetim Sistemini en fazla etkileyen bağımsız değişken grubu, KAİZEN grubudur (p=,0001 ve β =,308). Bu değeri, Yönetimin Sorumluluğu izlemektedir. Diğer bir ifade ile Kalite Yönetim Sistemini etkileyen ikinci bağımsız değişken, Yönetimin Sorumluluğu'dur (p=, 0001 ve β =,274). Üçüncü değişken grubu Kalite Sistemi (p=,0001 ve β =,201), dördüncü değişken grubu ise Kaynak Yönetimi'dir (p=,0001 ve β =,113). Bu dört değişken, Kalite Yönetim Sistemini % 71 oranında açıklamaktadır (R^2 =,714).

Tablo 15. Sunulan Hizmetin Kalitesini Etkileyen Kalite Yönetim Sistemi Değişken Gruplarının Regresyon Analizi

DEĞİŞKENLER	β	t	Sig T
KAİZEN	,382	5,933	,0001
Kaynak Yönetimi	,174	3,921	,0001
Yönetimin Sorumluluğu	,221	3,579	,0001
SABİT	1,017	10,647	,0001

Not: Multiple R= ,737; R Square= ,544; Adjusted R Square= ,542 F= 268,603 ; Signif F=,0001

Tablo 15 incelendiğinde F değerinin 268,603; Signif F değerinin ,0001 düzeyinde gerçekleştiği görülmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= ,737; ve R Square= ,544 olarak gerçekleşmiştir.

Bu regresyon analizine göre, sunulan hizmetin kalitesini en fazla etkileyen Kalite Yönetim Sistemi'nin bağımsız değişken grubu, KAİZEN grubudur (p=,0001 ve β =,382). Bu değeri, Kaynak Yönetimi izlemektedir. Diğer bir ifade ile hizmet kalitesini etkileyen ikinci bağımsız değişken, Kaynak Yönetimi'dir (p=, 0001 ve β =,174). Üçüncü değişken grubu ise Yönetimin Sorumluluğu'dur(p=,0001 ve β =,221). Bu üç değişken, sunulan hizmetin kalitesini % 54 oranında açıklamaktadır (R^2 =,544).

Tablo 16. Hasta Güvenliği Derecesini Etkileyen Kalite Yönetim Sistemi Değişken Gruplarının Regresyon Analizi

DEĞİŞKENLER	β	t	Sig T
KAİZEN	,375	5,339	,0001
Kaynak Yönetimi	,158	3,235	,001
Yönetimin Sorumluluğu	,177	2,625	,009
SABİT	1,018	9,424	,0001

Not: Multiple R= ,675; R Square= ,455; Adjusted R Square= ,453 F= 188,978 ; Signif F=,0001

Tablo 16 incelendiğinde F değerinin 188,978; Signif F değerinin ,0001 düzeyinde gerçekteğiği görölmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= ,675; ve R Square= ,455 olarak gerçekteğmiğtir.

Regresyon analizi sonuçlarına göre, hasta güvenliği derecesini en fazla etkileyen Kalite Yönetim Sistemi'nin bağımsız değişken grubu, KAİZEN grubudur (p=,0001 ve β =,375). Bu değeri, Kaynak Yönetimi izlemektedir. Diğer bir ifade ile hizmet kalitesini etkileyen ikinci bağımsız değişken, Kaynak Yönetimi'dir (p=, 001 ve β =,158). Üçüncü değişken grubu ise Yönetimin Sorumluluğu'dur(p=,009 ve β =,177). Bu üç değişken, hasta güvenliği derecesini %46 oranında açıklamaktadır (R^2 =,455).

Tablo 17. Hasta Güvenliği Derecesini Etkileyen Hasta Güvenliği Kültürü Değişken Gruplarının Regresyon Analizi

DEĞİŞKENLER	β	t	Sig T
Kurumsal Öğrenme	,378	10,125	,0001
Hata Raporlama	,181	5,541	,0001
Hata Oluğu	,126	4,437	,0001
Kurumsal İletişim	,102	2,701	,007
Takım Çalışması	,092	2,590	,010
SABİT	,149	1,019	,308

Not: Multiple R= ,689; R Square= ,475; Adjusted R Square= ,471 F= 141,020 ; Signif F=,0001

Tablo 17 incelendiğinde F değerinin 141,020; Signif F değerinin ,0001 düzeyinde gerçekleştiği görülmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= ,689; ve R Square= ,475 olarak gerçekleşmiştir.

Bu regresyona analizine göre, hasta güvenliği derecesini en fazla etkileyen Hasta Güvenliği Kültürü'nün bağımsız değişken grubu, Kurumsal Öğrenme grubudur (p=,0001 ve β =,378). Bu değeri, Hata Raporlama izlemektedir. Diğer bir ifade ile hasta güvenliği derecesini etkileyen ikinci bağımsız değişken, Hata Raporlama'dır (p=, 0001 ve β =,181). Diğer değişken grupları sırasıyla, Hata Oluşumu(p=,0001 ve β =,126), Kurumsal İletişim(p=,007 ve β =,102) ve Takım Çalışması'dır(p=,010 ve β =,092). Bu beş değişken, hasta güvenliği derecesini %48 oranında açıklamaktadır (R^2 =,475).

Tablo 18. Hasta Güvenliği Derecesini Etkileyen Tüm Değişken Grupların Regresyon Analizi

DEĞİŞKENLER	β	t	Sig T
KAİZEN	,324	6,348	,0001
Kurumsal Öğrenme	,182	4,581	,0001
Hata Oluşumu	,176	5,796	,0001
Hata Raporlama	,145	4,574	,0001
Hata Değerlendirme	-,084	-2,830	,005
Kaynak Yönetimi	,127	2,759	,006
SABİT	,237	1,637	,102

Not: Multiple R= ,725; R Square= ,525; Adjusted R Square= ,521 F=123,819 ; Signif F=,0001

Tablo 18 incelendiğinde F değerinin 123,819; Signif F değerinin ,0001 düzeyinde gerçekleştiği görülmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= ,725; ve R Square= ,525 olarak gerçekleşmiştir.

Regresyon analizi sonuçlarına göre, tüm değişken grupları arasında hasta güvenliği derecesini en fazla etkileyen bağımsız değişken grubu, KAİZEN grubudur (p=,0001 ve β =,324). Bu değeri, Kurumsal Öğrenme izlemektedir. Diğer bir ifade ile

hasta güvenliği derecesini etkileyen ikinci bağımsız değişken, Kurumsal Öğrenme'dir (p=, 0001 ve β =,182). Diğer değişken grupları sırasıyla, Hata Oluşumu(p=,0001 ve β =,176), Hata Raporlama(p=,007 ve β =,145), Hata Değerlendirme(p=,005 ve β = -,084) ve Kaynak Yönetimi'dir(p=,006 ve β =,127). Bu altı değişken, hasta güvenliği derecesini %53 oranında açıklamaktadır (R^2 =,525).

Tablo 19. Kalite Yönetim Sistemini Etkileyen Tüm Değişken Grupların Regresyon Analizi

DEĞİŞKENLER	β	t	Sig T
KAİZEN	,248	4,280	,0001
Yönetimin Sorumluluğu	,236	4,549	,0001
Kurumsal Öğrenme	,167	5,851	,0001
Kalite Sistemi	,188	4,094	,0001
Kaynak Yönetimi	,097	2,805	,005
SABİT	-,078	-,795	,427

Not: Multiple R= ,853; R Square= ,727; Adjusted R Square= ,725 F= 357,095; Signif F=,0001

Tablo 19 incelendiğinde F değerinin 357,095; Signif F değerinin ,0001 düzeyinde gerçekleştiği görülmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= ,853; ve R Square= ,727 olarak gerçekleşmiştir.

Bu regresyon analizine göre, tüm değişken grupları arasında Kalite Yönetim Sistemini en fazla etkileyen bağımsız değişken grubu, KAİZEN grubudur (p=,0001 ve β =,248). Bu değeri, Yönetimin Sorumluluğu izlemektedir. Diğer bir ifade ile Kalite Yönetim Sistemini etkileyen ikinci bağımsız değişken, Yönetimin Sorumluluğu'dur (p=, 0001 ve β =,236). Diğer değişken grupları sırasıyla, Kurumsal Öğrenme (p=,0001 ve β =,167), Kalite Sistemi(p=,0001 ve β =,188) ve Kaynak Yönetimi'dir (p=,005 ve β =,097) Bu beş değişken, Kalite Yönetim Sistemi'ni %73 oranında açıklamaktadır (R^2 =,727).

Tablo 20. Hizmet Kalitesini Etkileyen Tüm Değişken Grupların Regresyon Analizi

DEĞİŞKENLER	β	t	Sig T
KAİZEN	,292	4,584	,0001
Takım Çalışması	,100	3,146	,002
Kurumsal Öğrenme	,175	4,607	,0001
Hata Oluşumu	,103	3,622	,0001
Yönetimin Sorumluluğu	,156	2,618	,009
Kaynak Yönetimi	,140	3,121	,002
Hata Raporlama	-,069	-2,379	,018
SABİT	,239	1,792	,074

Not: Multiple R= ,770; R Square= ,594; Adjusted R Square= ,589 F= 139,559; Signif F=,0001

Tablo 20 incelendiğinde, F değerinin 139,559; Signif F değerinin ,0001 düzeyinde gerçekleştiği görülmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= ,770; ve R Square= ,589 olarak gerçekleşmiştir.

Bu regresyon analizine göre, tüm değişken grupları arasında hizmet kalitesini en fazla etkileyen bağımsız değişken grubu, KAİZEN grubudur ($p=,0001$ ve $\beta=,292$). Bu değeri, Takım Çalışması izlemektedir. Diğer bir ifade ile hizmet kalitesini etkileyen ikinci bağımsız değişken, Takım Çalışması'dır ($p=,002$ ve $\beta=,100$). Diğer değişken grupları sırasıyla, Kurumsal Öğrenme ($p=,0001$ ve $\beta=,175$), Hata Oluşumu($p=,0001$ ve $\beta=,103$), Yönetimin Sorumluluğu ($p=,009$ ve $\beta= ,156$), Kaynak Yönetimi($p=,002$ ve $\beta=,140$) ve Hata Raporlama'dır ($p=,018$ ve $\beta= -,069$). Bu yedi değişken, hizmet kalitesini %59 oranında açıklamaktadır ($R^2=,594$).

TARTIŞMA

Yapılan çalışma sonucunda, anketlerin uygulandığı hastanelerde çalışanların, Kalite Yönetim Sistemi değişkeninin alt değişkeni olan “KAİZEN” faktörünü belirleyen değişkenlerden, toplanan verilerin analiz edilmesi değişkenini önemsedikleri anlaşılmaktadır. Çalışanların önemsedikleri diğer değişkenler ise, sırasıyla uygun olmayan hizmet/ürün kontrolü, verilen hizmetin uygunluğunun ölçülmesi, süreç performanslarının ölçülmesi, iç tetkiklerin yapılması, hasta memnuniyetinin düzenli ölçülmesi, verilen hizmetin izlenebilirliği, düzeltici faaliyetlerin yapılması, ilaçların ve malzemelerin uygun depolanması, alınan malzemelerin güvenliğinin sağlanması, önleyici faaliyetlerin yapılması, kullanılan araçların kalibrasyonları, sürekli iyileştirme faaliyetleri, sağlanan hizmetlerin gözden geçirilmesi, hizmet verilen hasta ve birimlerle iletişim değişkenleridir.

Elde edilen verilere göre sürekli iyileşmeyi sağlamak için öncelikle izleme ve ölçmenin yapılması gerekmektedir. Toplanan verilerin analiz edilerek anlamlı bilgiye dönüştürülmesi, hizmet süreçlerinin uygunluğunun periyodik olarak kontrol edilerek performanslarının ölçülmesi, kurum içi iç tetkiklerle sürekli izlenebilirliğin ve kontrolün sağlanması ve bu kontroller sonucunda tespit edilen uygunsuzlukların düzeltilmesi, sürekli gelişmenin sağlanmasında temel unsurlar olarak görülmektedir.

Kalite Yönetim Sisteminin ikinci alt değişkeni olan “yönetimin sorumluluğu” faktöründe en çok yönetimin müşteri odaklılık seviyesi önemsenmiştir. Bu değişkeni sırasıyla, yetki ve sorumlulukların belirlilik seviyesi, yönetimin sorumluluklarını yerine getirmesi, satın alma işlemlerinin şartlara uygunluğu, kalite sisteminin planlaması, süreçlerin geçerliliğinin sağlanması, satın alınan ürünün muayenesinin yapılması, hizmetlerin uygunluğunun kontrolü, yasal şartlara ve diğer gerekliliklere uyulması, kalite politikası, hastane hizmetlerinin planlanması, iletişim sistemi değişkenleri izlemektedir. Çalışanlar kurumlarını yönetenlerin en önemli sorumluluğunun hastaların beklentilerinin tam olarak karşılması olduğunu belirtmişlerdir. Bunu sağlarken, yönetim, çalışanların görev tanımlarını iyi belirlemeli, kaliteli hizmet sunumu için sorumluluklarını yerine getirmelidir. Önem

sirasına göre baktığımızda, çalışanlar kurumlarından, iç ve dış müşteriler dediğimiz çalışanlar ve hizmet alanların memnuniyetlerinin artırılmasını beklemektedir.

Kalite Yönetim Sistemiyle ilgili olan üçüncü faktör olan kalite sisteminde en çok, sistemin dokümantasyonu önemsenmiştir. Bu değişkenin dışında, faktörü etkileyen diğer değişkenler önem sırasına göre, kayıtların kontrolü, dokümanların kontrolü, kaliteye yönelik el kitabı, tüm süreçlerin tanımlanması, kalite hedeflerinin belirlenmesidir. Değişkenlerin önem derecelerine baktığımızda, kaliteli bir sistem için öncelikle dokümantasyon yapısının oluşturulması gerektiği üzerinde durulmuştur. Oluşturulan sistem dokümanlarının ve kalite kayıtlarının kontrolünün sağlanması da, Kalite El Kitabında yapılan tanımlamalar doğrultusunda gerçekleştirilmelidir. İyi bir dokümantasyon sistemi ile kalite sisteminin standardizasyonu ve sürekli iyileştirilmesi sağlanabilir.

Kalite Yönetim Sistemiyle ilgili bir diğer faktör, kaynak yönetimidir. Bu faktörle ilgili değişkenlerden en çok, çalışan sayısının yeterliliği önemsenmiştir. Altyapının kalitesi, çalışma ortamının kalitesi, gerekli kaynakların sağlanması, ve çalışanların yetkinliği ve eğitimleri önem düzeyine göre sıralanan diğer değişkenlerdir. Bu sonuca göre, hastanelerde görev yapan personel, daha iyi iş yapabilmek için, işgücünün yeterli olmasını gerektiğini düşünmektedir denilebilir. Kalite Yönetim Sisteminin başarılı şekilde yürütülebilmesi için, mutlaka çalışanların katılımının sağlanması gerekmektedir. Eğer çalışanlar sayıca yetersiz ve uygun olmayan alt yapı ve çalışma ortamlarında görevlerini yürütmeye çalışıyorlarsa, kalite çalışmalarına karşı bir direnç oluşabilir. Böyle durumlarda çalışanlar öncelikle kendi şartlarının iyileştirilmesini beklemektedir. Dış müşterilere kaliteli hizmet sunumu için, öncelikle iç müşterilerin memnuniyetinin ve katılımlarının sağlanması gerekmektedir.

Kalite Yönetim Sistemini oluşturan dört faktörün alt değişkenlerine önem derecelerine göre baktığımızda, kuruluşların, sürekli kaliteli hizmet sunumunu sağlamaları için, çalışan ve hasta odaklı bir yapı içerisinde gerekli dokümantasyonu

oluşturup, kurulan sistemin sürekli gözden geçirilerek, gerekli iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmeleri gerektiğini söyleyebiliriz.

Hasta Güvenliği Kültürü'nü etkileyen altı faktörden, kurumsal öğrenme faktörüyle ilgili en çok önemsenen değişkenin, 'hasta güvenliğini artırmak için aktif çalışmalar yapmaktayız' değişkeni olduğu görülmektedir. Bu değişkeni önem sırasına göre, hastane yönetimi için hasta güvenliği en öncelikli konudur, hasta yönetimi hasta güvenliği ile ilgili çalışma ortamını sağlamaktadır, hasta güvenliğini artırmak için bir değişiklik yaptığımızda, değişikliğin etkinliğini değerlendiririz, hataların oluşmasını engellemek için prosedürlerimiz ve sistemimiz mevcuttur, hatalarımızdan ders alırız, daha çok işi yapabilmek için hasta güvenliğinden asla vazgeçilmez değişkenleri izlemektedir. Bu verilerden, hasta güvenliği kültürünün oluşması ve gelişmesi için yönetimin desteği ile hasta güvenliğine yönelik aktif çalışmalar yaparak, kurumsal öğrenme sağlanabileceği sonucu çıkarılabilir. Güvenlik kültürünün oluşturulmasında en önemli sorumluluğun yönetimde olduğu görülmektedir. Yönetim hasta güvenliğinin önemini benimserse ve bu konuda sürekli öğrenme yoluyla iyileştirme çalışmalarını yürütürse, çalışanların hasta güvenliğini bir kurum kültürü olarak görmeleri daha kolaylaşacaktır.

Hasta Güvenliği Kültürünü etkileyen ikinci faktör, kurumsal iletişimdir. Bu faktörün değişkenlerinden en çok, 'personelin alınan karar ve uygulamaları sorgulama özgürlüğü vardır' değişkeni önemsenmiştir. Bu değişkenden sonra sırasıyla, hasta güvenliğine yönelik bir iş yapıldığında amirim takdir eder, amirim hasta güvenliği ile ilgili personel önerilerini ciddiyetle ele alır, hastanemizde tekrarlanmaması için hataları önleme yollarını tartışırız, hastanemizde oluşan hatalarla ilgili bilgilendirilmekteyiz, hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek bir olay olduğunda personel özgürce fikirlerini iletir değişkenleri önemsenmiştir. Önem sırasına göre il üç sıradaki değişkenlere baktığımızda, bunların çalışan personelle ilgili olduğu görülmektedir. Çalışanlar yönetime daha çok katılmak istemektedir. Kurum içinde açık bir iletişim sistemi ile, çalışanlar yönetim tarafından alınan hasta güvenliği ile ilgili kararları sorgulayabilmeyi ve kararlarda etkin rol üstlenmek üzere önerilerde bulunabilmeyi istemektedir. Bu nedenle hasta güvenliği kültürünün

oluşması aşamasında, yönetim şeffaf bir iletişimi tercih etmelidir. Çalışanlar dinlenmeli, katılımları sağlanmalı ve iyi uygulamalar sonucunda ödüllendirilmelidir. Kültürel değişimi sağlamak için yönetim ile birimler arası ve kişilerarası iletişim ağlarının güçlendirilmesi gerekir.

Hasta Güvenliği Kültürünü etkileyen bir diğer faktör, takım çalışmasıdır. Bu faktörün en çok önemsenen değişkeni ise, ‘hastanemizde herkes birbirine saygı göstermektedir’ değişkenidir. Diğer değişkenler ise önem sırasına göre, hastanemizde insanlar birbirini desteklemektedir, hastane birimleri en iyi düzeyde hasta bakımı sağlamak için birlikte uyum içinde çalışmaktadır, birlikte çalışması gereken birimler arasında iyi düzeyde işbirliği vardır, iş yükü ağırlaştığında işleri tamamlayabilmek için bir takım gibi çalışırız, hastane birimleri birbirleriyle koordinasyonlu çalışmamaktadır değişkenleridir. Bu verilere göre, kurumsal iletişimi sağlamak için, öncelikle çalışanlar birbirlerine saygı göstermelidir. Birbirine saygı gösteren insanlar aynı zamanda birbirlerini destekler ve hasta bakımı için uyum içinde çalışırlarsa, hasta güvenliği ile ilgili iletişim eksikliği nedeniyle oluşabilecek hatalar en aza indirilebilir, hatta tamamen önlenir.

Hasta Güvenliği Kültürü faktörlerinden hata raporlama değişkeninin alt değişkenleri arasında en önemli algılananı, ‘bir hata gerçekleştiğinde, hastaya zarar verebilecek düzeyde olmasına rağmen, zarar vermeden atlatılmışsa, bu durum hangi sıklıkla raporlanmaktadır’ değişkenidir. Bu değişkeni ‘bir hata gerçekleştiğinde, ancak bunun hasta açısından olası tehlikesi yoksa bu durum hangi sıklıkla raporlanmaktadır’; ‘bir hata gerçekleştiğinde, fakat hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde, bu durum hangi sıklıkla raporlanmaktadır’ ifadelerinden oluşan iki değişken izlemektedir. Değişkenlere baktığımızda tıbbi hataların hastaları etkileme derecesine göre sınıflandırıldığı görülmektedir. Buna göre, en önemli değişken hastaya zarar verme riski en yüksek olan değişkendir. Eğer hata hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiyse, çalışanlar tarafından daha az önemsenmektedir. Bu bağlamda, ciddi zarar riski olan tıbbi hatalar, çalışanlar tarafından mutlaka raporlanması gereken hatalar olarak görülmektedir. Hasta Güvenliği Kültürünün oluşturulmasında, sistemden veya bireylerden kaynaklansın,

tüm hataların raporlanması gerekir. Hatalardan ders alınarak, kurumsal öğrenme ile hasta güvenliğine yönelik önleyici çalışmalar daha kolay yürütülebilir.

Beşinci faktör olan hata değerlendirme faktöründe ise en çok önemsenen değişken, ‘her hangi bir olay rapor edildiğinde, olayın kendisi değil, hataya yol açan kişilerin rapor edileceği düşünülür’ değişkenidir. Bu değişkeni takiben, personel yaptığı hataların siciline işleneceğinden endişe duyar, personel yaptığı hataların kendi aleyhine kullanıldığını düşünür değişkenleri gelmektedir. Çalışanlar beklenmedik olayların raporlanmasında, yönetim tarafından desteklenme konusunda endişelenmektedir. Hata raporlamanın hasta güvenliği kültürü için bir katma değer sağlaması için, kişiler üzerine değil, hatanın kök nedenleri üzerine yoğunlaşılmalıdır.

Hasta Güvenliği Kültürünün son faktörü olan hataların oluşumu faktöründe, ‘vardiya değişiklikleri bu hastanedeki hastalar için sorun yaratmaktadır’ değişkeni en önemli algılanan değişken olmuştur. Önem sırasına göre bu değişkeni, önemli hasta bakım bilgileri vardiya değişikliklerinde kaybolmaktadır, daha ciddi hataların olmaması tamamen şans eserdir, hastanede sorunlar genellikle birimler arası bilgi alışverişi sırasında ortaya çıkmaktadır değişkenleri izlemiştir. İlk iki sıradaki değişkenlere bakıldığında vardiya değişikliklerinin hasta güvenliği açısından önemi görülmektedir. Çalışanlar vardiya değişikliklerinde bilgi paylaşımı ve iletişim eksikliği nedeniyle, hasta güvenliğini etkileyebilecek risklerin ortaya çıkabileceğini belirtmektedir. Hasta Güvenliği Kültürünün oluşması için, kurum içinde nöbet değişiklikleri ile ilgili bir standardizasyonun sağlanması gerekir.

Değişkenler arasında yapılan korelasyon analizi sonuçları üçüncü bölümde verilmiştir. Buna göre; setler arasında yapılan analizde, Kalite Yönetim Sistemi ile Hasta Güvenliği Kültürü arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki tespit edilmiştir. Bu sonuçlar çerçevesinde, hastanelerdeki ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi uygulamalarının hasta güvenliği kültürünün oluşmasını olumlu yönde etkilediği söylenebilir. Hasta Güvenliği Kültürünü etkileyen altı faktöre baktığımızda, kalite yönetim sistemi standartlarının bu faktörleri doğrudan etkileyeceği görülmektedir. Sürekli izleme ve ölçme ile hasta güvenliği ile ilgili veriler analiz edilmekte,

oluşturulan dokümantasyon sistemi ile hata raporlama ile ilgili sistematik oluşturulmaktadır. Düzeltici faaliyetlerin gerçekleştirilmesiyle hasta güvenliğini tehdit eden unsurlar ortadan kaldırılmakta, süreçlerin izlenmesi ile hatalar ortaya çıkmadan önleyici faaliyetler ile engellenebilmektedir. Yönetim, hasta güvenliği için gerekli kaynakları sağlayarak güvenli bir ortam için sorumluluk üstlenmekte, açık iletişim sistemi ve eğitimler ile kurumsal öğrenmeyi gerçekleştirerek, hasta güvenliği kültürünün oluşumu için sorumluluklarını yerine getirmektedir.

Kalite Yönetim Sistemi'nin değişkenleri arasında yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre, KAIZEN değişkeni ile yönetimin sorumluluğu arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Yönetim, sürekli iyileşmenin sağlanması için en önemli faktördür. Kalite sistemin başarısı yönetimin desteği olmadan sağlanamaz. Sistemin kurulması ve devam ettirilmesi aşamasında sürekli kontrollerin yapılması, tespit edilen uygunsuzlukların giderilmesinde çalışanlara yetki ve sorumluluklar verilerek katılımlarının sağlanması, yönetimin kalite sisteminin gelişmesindeki sorumluluklarını göstermektedir.

KAIZEN değişkeni ile kalite sistemi arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Kalite sisteminin gerekliliklerinin, KAIZEN anlayışını etkilediği görülmektedir. KAIZEN ile Kalite Sistemi birbirini tamamlayıcı özelliktedir. Sürekli iyileşmenin sağlanması ve hizmetin izlenebilirliğinin gerçekleşmesi için iyi işleyen bir dokümantasyon yapısının oluşturulması gerekmektedir. İzleme ve kontrol amacıyla analizler, öncelikle bu yapılanmanın sağlayacağı veriler doğrultusunda yapılabilecektir.

KAIZEN ile kaynak yönetimi değişkeni arasında da pozitif yönde güçlü bir ilişki görülmektedir. Kaliteli bir sistem kurularak sürekli iyileşmenin sağlanması için, başta insan kaynağı olmak üzere alt yapı, yazılım, donanım gibi diğer kaynaklar ile hem çalışanlar hem de hizmet alanlar için uygun bir iş ortamı oluşturulması gerekir.

Yönetimin sorumluluğu ile kalite Sistemi arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki tespit edilmiştir. Kalite sisteminin kurulması ilk başta yönetimin taahhüdü ve

desteği ile mümkün olabilmektedir. Yönetim, sistemin planlaması ve geçerliliğinin sağlanması konusunda sorumluluklarını yerine getirdiği sürece, çalışanların katılımı ve sistemin standardizasyonu daha kolay olacaktır. Etkin bir kalite sisteminin kurulup geliştirilmesinde en önemli etken, yönetimin desteği ve sorumludur.

Yönetimin sorumluluğu ile kaynak yönetimi arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki vardır. Yönetimin kaynakların sağlanması ve kullanımında en etkili karar mercii olması bu ilişkiyi açıklamaktadır. Hasta odaklı bir kurum oluşturulması ve hasta ve çalışan memnuniyetlerinin artırılması için gerekli alt yapı ve insan kaynağı, kaliteye inanmış bir üst yönetim tarafından sağlanabilecektir.

Kalite sistemi ile kaynak yönetimi arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmuştur. Kalite sisteminin oluşturulup geliştirilmesinde öncelikle yetişmiş insan gücü gerekmektedir. Sistemin başarıyla yürütülmesinde, bu insan kaynağının sürekli eğitilmesi de önemli olmaktadır. Aynı şekilde kaliteli bir çalışma ortamının sağlanması ve alt yapının kalitesi de, sistemin kurulması ve sürekli gelişmesi için önemli etkenlerdir.

Hasta güvenliği kültürünü etkileyen faktörlerin, birbirleri arasında yapılan korelasyon analizleri incelendiğinde, tüm değişkenlerin birbirleri ile pozitif yönde ilişkileri olduğu görülmektedir.

Hata raporlama ile kurumsal iletişim arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Kurum içi iletişimin gücü ve güvenilirliği hata raporlamayı olumlu yönde etkileyebilmektedir. Yönetimin hata raporlama konusunda teşvik edici roller üstlenmesi ve çalışanlara duyurulması, hata raporlama sıklığını olumlu yönde etkileyecektir. Açık ve güvenli bir kurumsal iletişimin varlığı, her türlü hatanın ve ‘neredeyse hata’ nın raporlanması konusunda olumlu bir çalışma ikliminin oluşmasını sağlayacaktır.

Kurumsal ğrenme ile hata raporlama arasında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Hatalardan ders alınması ve hasta güvenliği için öğrenen bir kurum yapısı

oluşturulması, her türlü beklenmedik olayın raporlanması konusunda çalışanların davranışlarını değiştirici rol üstlenecektir. Hastane yönetimi için hasta güvenliğinin en öncelikli konu olması, hataların raporlanmasını da doğrudan etkileyecektir.

Hata raporlama ile takım çalışması arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmektedir. İyi bir ekip çalışması ile hataların raporlanması birbirini tamamlayıcı olarak açıklanmaktadır. Birlikte uyum içinde çalışan bir ekibin varlığı, olası hataları engelleyebilir. Çalışanların birbirlerini desteklemeleri, yapılan hataların fark edilip düzeltilmesini dolaylı olarak etkilemektedir. Hata yapan kişiye destek olunması ve dışlanmaması, hata raporlama konusunda dolaylı olarak teşvik edici bir unsur olarak değerlendirilebilir.

Hata raporlama ile hata değerlendirme arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Hata raporlamanın kendileri için olumsuz bir geri dönüşe sebep olacağını düşünen çalışanlar, raporlama konusunda daha isteksiz davranmaktadır. Çalışanların, hatanın sebeplerinin değil de, hatayı yapan kişinin araştırılacağı ve yaptırım uygulanacağı konusundaki endişeleri, yapılan hatalar hastalara zarar vermemiş olsa bile, raporlamanın yapılmasını olumsuz etkileyecektir.

Hata oluşumu ile hata raporlama arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki görülmektedir. Hataların oluşumu ve bunların raporlanması birbirini tamamlayan değişkenlerdir. Hata raporlamanın yapılmaması, daha sonraki dönemde aynı hataların oluşmasını engelleme konusunda fırsatların değerlendirilememesi anlamına gelmektedir. Özellikle ‘neredeyse hata’ veya ‘ramak kaldı’ olarak adlandırdığımız hataların yapılmadan önce fark edilmesi, aynı hatanın tekrarlanmaması konusunda kurumsal öğrenmeyi sağlayacaktır. Hataların raporlanması ve ders alınması, vardiya değişikliklerinin daha sistemli şekilde yapılarak, olası hataların önüne geçilmesini sağlayacaktır.

Kurumsal iletişim ile kurumsal öğrenme arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Kurumsal öğrenme, elde edilen bilginin kurum içinde hızla paylaşılması ile mümkün olabilecektir. Hasta güvenliği ile ilgili konularda

değerlendirmeler yapılması, hatalardan ders alınması, hasta güvenliğinin yönetim açısından en öncelikli konular arasında olduğunun çalışanlara iletilmesi ve benimsetilmesi, etkin bir iletişim sistemi ile mümkün olabilecektir. Aynı şekilde hasta güvenliği konusunda alınan kararları uygulayacak olan ve hastalarla doğrudan ilişkisi olan çalışanların, kararlara katılmasının sağlanması ve önerilerinin dikkate alınması, hasta güvenliği kültürünün oluşmasında kurumsal öğrenme sürecini hızlandıracaktır.

Takım çalışması ile kurumsal iletişim arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki tespit edilmiştir. Kurum içinde etkin iletişimin sağlanması takımlar ve bireyler arasında pozitif bir ilişkinin oluşmasını sağlamaktadır. Birbirleriyle iyi iletişim ve işbirliği içinde olan takımlar, hasta güvenliğini sağlama konusunda yönetimin en büyük destekçisi olacaktır. Birimler arasında olduğu kadar, ekibi oluşturan kişiler arasında da iyi bir iletişim olması gerekmektedir. Yapılan hataların analiz edilmesi, birbirine önyargılı olmayan çalışanlar tarafından yapılırsa verimli bilgiye dönüşebilecektir.

Kurumsal iletişim ile hata değerlendirme arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmektedir. Kurum içinde yönetim ve çalışanlar arasında iyi bir iletişimin olması hataların değerlendirilmesini olumlu yönde etkileyebilmektedir. Çalışanların hasta güvenliği ile ilgili alınan kararlara katılması ve önerilerde bulunabilmesi, hata raporlamanın kendileri için olumsuz sonuçlar doğuracağı endişesini ortadan kaldıracaktır. İyi bir çalışma yapıldığında çalışanların takdir edilmesi, yönetimin cezalandırıcı bir sistemi benimsemediğinin çalışanlara iletilmesi, hataların raporlanması konusundaki isteksizliğin azaltılmasını olumlu yönde etkileyecektir.

Hataların oluşumu ile kurumsal iletişim arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Hataların çoğunun sistemden kaynaklandığı düşünüldüğünde, sistem içerisinde açık bir iletişimin, hataların oluşumu üzerinde negatif bir etki yaratacağı söylenebilir. Hataların oluşmasında en önemli sorunlardan birisi iletişim ve işbirliği eksikliğidir. Kişiler arası ve birimler arası iletişim hataları ortadan kaldırıldığında, tıbbi hatalar da kendiliğinden azalma eğilimine girecektir. Oluşan hatalarla ilgili tüm

Çalışanların bilgilendirilmesi ve tekrarlanmaması için nleme yollarının tartişılması, yönetim ile çalışanlar arasındaki iletişimin etkinliği doğrultusunda mümkün olabilecektir.

Kurumsal ğrenme ile takım çalışması arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki görülmektedir. Sürekli ğrenen takımlar yaratılması, kurumların başarısında önemli bir unsurdur. Hasta güvenliğine yönelik aktif çalışmaların yapılması bireysel çabalarla mümkün olamayacaktır. Kurumsal bir hasta güvenliği kültüründen bahsedebilmek için, kurum içinde birbirini destekleyen ve işbirliği içinde olan takımlar oluşturulması gerekmektedir.

Kurumsal ğrenme ile hata değerlendirme arasında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Kurumsal ğrenme ile yönetim ve çalışanlar tarafından hasta güvenliğinin öneminin benimsenmesi, hataların değerlendirilmesine yönelik yaklaşımları da etkileyecektir. Öğrenen kurumlarda cezalandırıcı olmayan bir değerlendirme sistemi uygulanabilir. Yönetim tarafından hasta güvenliğinin öneminin anlaşıldığı ve artırmak için aktif çalışmalar yapıldığının, hata raporlamanın sadece hataların analiz edilip tekrarını önlemek için gerekli olduğunun çalışanlara iletilmesi, doldurulan raporlar nedeniyle yaptırım uygulanacağını düşünen çalışanların, bu yöndeki kaygılarının giderilmesini olumlu yönde etkileyecektir.

Hata oluşumu ile kurumsal öğrenme arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Hastane yönetiminin hasta güvenliğini artırmak için aktif olarak çalışması ve gerekli çalışma ortamını ve çalışma sistemini oluşturması, hataların oluşma sebeplerini azaltıcı etki gösterecektir. Hasta güvenliğinin yönetim ve çalışanlar tarafından en öncelikli konular arasında değerlendirilmesi, bu konu da gerekli prosedürlerin oluşturularak çalışmaların etkinliğinin analiz edilmesi, genellikle sistemden kaynaklanan hasta güvenliği ihlallerini en aza indirecektir.

Takım alışması ile hata değerlendirme arasında pozitif yönlü bir ilişki görülmektedir. Birimler arası işbirliği ve iletişim, hata değerlendirme üzerinde pozitif bir etkiye sahip olabilmektedir. Birbirine saygı gösteren ve kurumsal başarıya

ulaşmak için sürekli işbirliği halinde bulunan çalışanlarda, hataların değerlendirilmesinde başkaları tarafından ayıplanacağı veya cezalandırılacağı hissi daha az uyanacaktır. Hata yapana diğer çalışanlar destektarafından olunmaması ve dışlama kültürü olduğu sürece, hataların rapor edilmeyerek kurumsal hasta güvenliği hedeflerine ulaşılması mümkün olmayacaktır.

Takım çalışması ile hata oluşumu arasında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Kişiler ve birimler arası işbirliği, vardiya değişiklikleri nedeniyle hasta bakımıyla ilgili bilgilerin paylaşılması yönünde hataların oluşumunu engelleyici nitelikte etki göstermektedir. İş yükü ağırlaştığında birbirine destek olan çalışanlar, yoğunluğa bağlı bireysel hataların oluşmasını engelleyebilirler. Hastane birimleri arasındaki iletişim ve işbirliği, doğru hastaya doğru işlemin yapılmaması veya doğru ilacın verilmemesi gibi önlenemez hasta güvenliği ihlallerinin ortaya çıkmadan önlenmesini sağlayabilir.

Hata oluşumu ile hata değerlendirme arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. Hataların oluşumu ve değerlendirilmesiyle ilgili değişkenler birbirlerini tamamlayıcı etkiye sahiptir. Oluşan hataların bildirimlerinin yapılması, tekrarını önlemek açısından kurumlara fırsatlar sunmaktadır. Siciline olumsuz yansıtacağı endişesi ile beklenmedik olayların raporlanmaması, önemli hasta bakım bilgilerinin bu nedenle paylaşılmaması, hasta güvenliğinin sağlanması ve güvenlik kültürünün oluşması için birer tehdit unsuru olmaktadır.

Çalışmada yapılan bir analiz ile Kalite Yönetim Sistemi değişkenleri ve Hasta Güvenliği Kültürü değişkenlerine verilen yanıtların, hastanelerin ISO 9001:2000 belgeli olup olmamasına göre farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır.

Yapılan T-testine göre, belge sahibi olan ve olmayan grupların KAİZEN bağımsız değişkenini algılamaları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Belgeli hastanelerde KAİZEN faktörünü oluşturan değişkenlerin, belgesizlere oranla daha yüksek ortalamalara sahip olduğu görülmektedir. Diğer bir değişle, belgeli olan hastanelerde KAİZEN faktörünü oluşturan değişkenler daha iyi uygulanmaktadır. Bu

sonuçlara göre, ISO belgesi olan hastanelerde sürekli iyileşmenin gereklilikleri daha iyi yerine getirilmektedir. Kalite Yönetim Sistemi standartları hastanelerin işleyişine doğrudan etki yapmaktadır.

KAİZEN faktörünü oluşturan değişkenler üzerinden analiz sonuçlarını değerlendirecek olursak, ISO 9001 Standartlarını uygulayan hastanelerde Deming Döngüsünün daha iyi işlediği söylenebilir. Bu hastaneler, sunulan hizmetin izlenebilirliğini sağlamakta, kontrol sistemleri ile hizmetin uygunluğu değerlendirilmekte, analizler sonucunda gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler ile önlemler alınmakta ve bu doğrultuda sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmektedir. Alınan ilaç ve malzemelerin güvenliği sağlanırken, kullanılan araçların bakım ve kalibrasyonları da periyodik olarak yapılmaktadır. Kalite belgesine sahip olmayan hastanelerde ise bu uygulamaların yeterince yapılamadığı görülmektedir.

ISO belgesine sahip olma durumuna göre kalite sistemiyle ilgili değişkenlere verilen cevaplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Buna göre, belge sahibi olan hastanelerde iyi işleyen bir dokümantasyon yapısı oluşturulmuş, hedef ve politikalar belirlenerek bu doğrultuda süreçler tanımlanmıştır. Kayıtların ve dokümanların kontrolü de, kalite belgesine sahip olmayan hastanelere oranla daha iyi yapılmaktadır.

Kaynak yönetimi de belge sahip olma durumuna göre farklılık göstermektedir. Çalışanların, kalite belgeli olan hastanelerde gerekli kaynakların sağlanmasının, alt yapı ve çalışma ortamının kalitesinin daha iyi olduğunu belirttikleri sonucuna ulaşılmaktadır. Belge sahibi olan hastanelerde standartların da bir gereği olarak, çalışanların eğitimleri ve gelişimlerine yönelik faaliyetler daha iyi yürütülmektedir.

Yönetimin sorumluluğu ile ilgili değerlendirmeler, hastanelerin belgeli olup olmamasına göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Bu sonuç tüm hastanelerin öncelikle yasal şartlar çerçevesinde yönetildiğini göstermektedir. Hastane yönetiminin hasta odaklı çalışmalar yapması, yetki ve sorumlulukların belirlenmesi,

satın alma işlemleri, satın alınan ürünün muayenesi, hastane hizmetlerinin planlanması gibi değişkenler, ancak yasal mevzuatlar çerçevesinde yürütülmektedir. ISO 9001:2000 standardı, öncelikle yasal şartlara uymayı zorunlu kılmaktadır. Bu doğrultuda hastaneler arasında yönetimin sorumluluğu kapsamına giren bu faaliyetlerin yürütülmesinde anlamlı farklılıklar bulunması beklenmemektedir. Farkın anlamlı çıkması, bazı hastanelerin yöneticilerinin yasal şartlara uymayarak disiplin suçu işledikleri şeklinde yorumlanabilecektir.

Yapılan T-Testi ile hasta güvenliği kültürünün, ISO belgesi olan ve olmayan hastanelere göre farklılık gösterip göstermediği de analiz edilmiştir. Bu sonuçlara göre, hata raporlama değişkenine verilen yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Belgeli hastanelerde çalışanların daha sık hata raporladıkları görülmektedir. Çalışanların bilgi düzeyleri yüksek olsa bile, hataların tanımlanması konusunda ortak bir tanımlamanın olmaması nedeniyle, çalışanlar tarafından hataların raporlanması yapılmamaktadır. ISO 9001:2000 sisteminde hataların tanımlanması ve dokümantasyon yapısı içerisinde standardize edilmesi mümkün olabilmektedir.

Bu analizi tamamlayıcı olması amacıyla yapılan ki-kare analizinde de çalışanların olay raporlama sıklığının belgeli ve belgesiz hastanelerde farklılık gösterdiği anlamlı bulunmuştur. Belgeli hastanelerde daha fazla sıklıkta olay raporlaması yapıldığı görülmektedir. Sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunsa da, belgeli hastanelerde çalışanların olay raporlama yüzdeleri de oldukça düşüktür (%24). Belgesiz hastanelerde çalışanların olay raporlama sıklığı ise %13 bulunmuştur. Tüm katılımcılar üzerinden değerlendirme yapıldığında, ankete katılan çalışanların %82'si hiç olay raporu doldurmadığını belirtmişlerdir.

Çalışanlar hata raporlama nedeniyle olumsuz kurumsal geri bildirimlerden duyulan korku, çalışanlar ve toplum tarafından ayıplanma, hukuki işlem yapılması endişesi ve yönetimin raporlamayı ne şekilde değerlendireceği konusundaki şüpheler nedeniyle olay raporlama konusunda direnç göstermektedir. Hata raporlama belgeli ve belgesiz hastanelere göre farklılık göstermesine rağmen, çalışanların hata

değerlendirme değişkeninde, bu endişeleriyle ilgili verdikleri cevaplar anlamlı farklılık göstermemektedir. Ankete katılan çalışanlar genel olarak hataların değerlendirilmesi konusunda belirsizlikler nedeniyle kaygılıdır. Ancak buna rağmen belgeli hastanelerde hata raporlama daha fazla yapılmıştır. Bu aradaki fark ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sisteminin başarısı olarak değerlendirilmelidir. Hata raporlama konusunda tüm çalışanların endişelerinin bulunmasına rağmen, belgeli hastanelerde daha fazla hata raporlamanın yapılması, tanımlamaların ve dokümantasyonun iyi yapılandırılmasının ve süreçlerin ölçülmesinin bir sonucudur. Buna göre, çalışanların hasta güvenliğini arttırmak için tasarlanmış bir hata bildirim sisteminin var olmasıyla, bu yönde tutum değişikliği gösterebilecekleri söylenebilir.

Hataların oluşumu değişkenine verilen yanıtlar da belgeli-belgesiz olma durumuna göre farklılık göstermemektedir. Çalışanlar genel olarak birimler arası nakiller ve vardiya değişiklikleri nedeniyle hasta güvenliğinin olumsuz etkilenmediğini belirtmişlerdir. Çalışanların kendilerinden sonra gelecekleri düşünmeden, sadece kendi işlerini yapmaları, kurumda hataların ortaya çıkmasına sebep olacaktır. Ancak ankete katılan çalışanlar, kurumlarında bu nedenlere bağlı olarak hataların olmadığını ifade etmişlerdir. Buna göre, kalite belgesinin gerekliliklerinin, bu tür hataların oluşmasını engellemede etkisinin olduğu anlamlı bulunmamıştır.

Hastanelerin belge sahibi olma durumuna göre kurumsal iletişim değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Katılımcı bir kültürel yapıda, çalışanlar kurum içinde kendilerini etkileyecek kararlara katılmak istegindedirler. Analiz sonuçlarına göre, belge sahibi olan hastanelerde çalışanların, alınan kararları sorgulayarak yönetim sürecine katıldıkları görülmektedir. ISO standartları gereği oluşturulan öneri sistemi ve iletişim sisteminin etkin işleminin, bu standartlara uygun hareket eden hastanelerde, hasta güvenliği kültürünün oluşmasına katkı sağladığı söylenebilir. Çalışanlar verilen kararlarda katılımcı oldukları durumda, kurum amaçlarının gerçekleştirilmesi için daha hevesli ve daha verimli çalışacaklardır. Bu nedenle, uygulanacak yeni yöntemlerin önceden çalışanlara duyurulması ve çalışanların konu hakkında fikirlerinin alınması,

bireylerin özgüvenini ve kararlara katılım isteğini arttıracaktır. Bu şekilde yönetim ile daha rahat iletişime geçecek olan çalışanların, hasta güvenliği kültürünün oluşmasına katkıları artacak, değişime karşı oluşabilecek direnç, karara katılma yoluyla önlenecektir.

Kurumsal öğrenme faktörünün değişkenlerine verilen yanıtlar, hastanelerin belge sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. Hasta güvenliği kültürünü en fazla etkileyen faktör, kurumsal öğrenme faktörü bulunmuştur. Buna göre belgeli hastaneler hasta güvenliği konusunda öğrenen kurumlardır. ISO 9001:2000 belgesine sahip hastanelerde, hasta güvenliği üst yönetim tarafından en öncelikli konular arasında değerlendirilmekte ve hasta güvenliği kültürünü oluşturmak için gerekli çalışma ortamı ve kaynaklar yönetim tarafından sağlanmaktadır. Bu hastanelerde hataların oluşmasını engellemek için prosedürler tanımlanmakta ve bu doğrultuda yapılan aktif çalışmaların etkinliği değerlendirilmektedir. Oluşturulan doküman yapısı ve hatalarla ilgili verilerin toplanması ile elde edilen bilgiler, analiz ve iyileştirme için biriktirilmektedir. Bu analizler, hatalardan ders alınarak önleme konusunda kurumlara fırsatlar sunmaktadır.

İkinci T-Testinde, Hasta Güvenliği derecelendirmesi değişkenine verilen yanıtlar arasında, belgeye sahip olma durumuna göre farklılık olup olmadığı analiz edilmiştir. ISO 9001:2000 Belgesine sahip olan ve sahip olmayan hastanelerden katılanların, kurumlarındaki hasta güvenliğini derecelendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Buna göre, ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi Uygunluk Belgesine sahip hastanelerde, hasta güvenliği, belge olmayan hastanelere göre daha iyi durumdadır. Diğer bir deyişle belgeli hastanelerde çalışanlar, kurumlarında hastalara daha güvenli bir sağlık hizmeti verildiğini belirtmektedirler. Bu değişkene verilen cevaplara bakıldığında, belgeli hastanelerin hasta güvenliği derecesi 'iyi' düzeyde iken, belgesiz hastanelerin derecesi 'ne iyi, ne kötü' şeklinde tanımlanmıştır. Bu sonuçlara göre, ISO 9001:2000 standartlarının hasta güvenliğinin sağlanmasında olumlu bir etkisi olduğu söylenebilir.

Regresyon analizi sonuçlarına göre, hasta güvenliği derecesini en fazla etkileyen Kalite Yönetim Sistemi'nin bağımsız değişken grubu, KAİZEN grubudur. Bu faktörle beraber kaynak yönetimi ve yönetimin sorumluluğu değişkenleri hasta güvenliği derecesini %46 oranında açıklamaktadır.

Bu sonuca göre hasta güvenliğinin artırılması için öncelikle sürekli iyileştirme faaliyetlerinin yürütülmesi gerekmektedir. İyileştirmenin sağlanması için öncelikle ölçümler yapılmalıdır. İzleme ve kontrollerin yapılması ile, hasta güvenliği ile ilgili mevcut durum ortaya konularak, güvenliği tehdit eden uygun olmayan durumların ortadan kaldırılması için düzeltici ve önleyici faaliyetler yürütülmelidir. Süreç tanımlamalarının iyi yapılması ve performanslarının ölçülmesi, ilaç ve malzemelerin uygun şartlarda depolanarak güvenli hizmet için kontrol edilmesi, kullanılan araçların bakım ve kalibrasyonlarının yapılarak olası sapmalar nedeniyle hastaların olumsuz etkilenmesinin önlenmesi, kurum içinde etkin bir iletişim ile birimler arası iletişim kopukluklarından kaynaklanabilecek hataların engellenmesi hasta güvenliğinin artırılmasını sağlayacaktır.

KAİZEN faktörüyle birlikte hasta güvenliği derecesini etkileyen diğer faktörler olan kaynak yönetimi ve yönetimin sorumluluğunun yanı sıra kalite sistemi değişkeni, Kalite Yönetim Sistemi faktörünü % 71 oranında açıklamaktadır. Buna göre bu faktörler aynı zamanda ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sisteminin temelini oluşturmaktadır. O halde her iki regresyon analizi sonuçlarına göre, Kalite Yönetim Sistemi değişkenleri hasta güvenliğini yüksek oranda etkilemektedir.

Hastanelerde sunulan hizmetin kalitesini de yine bu üç faktör (KAİZEN, kaynak yönetimi ve yönetimin sorumluluğu) % 54 oranında açıklamaktadır. Sunulan hizmetin kalitesinin artırılması için, bu faktörlerle ilgili iyileştirmelerin yapılmasına ağırlık verilmesi gerekmektedir.

Hasta güvenliği derecesini en fazla etkileyen Hasta Güvenliği Kültürü'nün bağımsız değişken grubu, kurumsal öğrenme grubudur. Bu faktörle birlikte hata

raporlama, hata oluşumu, kurumsal iletişim ve takım çalışması değişkenleri, hasta güvenliği derecesini %48 oranında açıklamaktadır.

Tüm değişken grupları arasında yapılan regresyon analizlerinde, hasta güvenliği derecesini en çok etkileyen değişken grubu KAİZEN olarak tespit edilmiştir. Bu gruba kurumsal öğrenme, hata oluşumu, hata raporlama, hata değerlendirme ve kaynak yönetiminin katılması ile hasta güvenliği derecesi %53 oranında açıklanmaktadır. Bu sonuçlara göre, yukarıdaki faktörlerle ilgili çalışmalar yapılması hasta güvenliğini derecesinin artmasını sağlayacaktır.

Tüm değişken grupları arasında Kalite Yönetim Sistemini en fazla etkileyen bağımsız değişkenin KAİZEN bulunmuştur. Bu faktörle birlikte yönetimin sorumluluğu, kurumsal öğrenme, kalite sistemi ve kaynak yönetimi değişkenleri Kalite Yönetim Sistemi'ni %73 oranında açıklamaktadır.

Tüm değişken grupları arasında hizmet kalitesini en fazla etkileyen bağımsız değişken grubu, KAİZEN grubudur. Takım çalışması, kurumsal öğrenme, hata oluşumu, yönetimin sorumluluğu, kaynak yönetimi ve hata raporlama, KAİZEN ile birlikte hizmet kalitesini %59 oranında açıklamaktadır.

Yapılan tüm regresyon analizlerinde en fazla etkisi olan bağımsız değişken grubunun KAİZEN olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre KAİZEN ile ilgili çalışmalar yapılması, hem hizmet kalitesini, hem kalite yönetim sistemini, hem de hasta güvenliği derecesini olumlu yönde etkileyecektir. O halde hastanelerde kaliteli ve güvenli sağlık hizmetlerini sunulabilmesi için sürekli iyileştirme faaliyetlerinin yürütülmesi gerekmektedir. KAİZEN faktörünün Kalite Yönetim Sisteminin en önemli faktörü olduğu göz önüne alınırsa, hastanelerde güvenlik kültürünün oluşması ve hizmet kalitesinin artırılmasında, ISO 9001:2000 Standartlarının önemli bir rol üstlendiğini söyleyebiliriz. Diğer bir deyişle, bu standartların etkin şekilde uygulanması hizmet kalitesini ve hasta güvenliğini olumlu yönde etkileyecektir.

Kurumsal öğrenme ve kaynak yönetimi bağımsız değişkenleri de, her üç değişkeni etkileyen diğer gruplar olarak sıralanmıştır. Buna göre, sürekli iyileşmeyi hedefleyen ve sürekli öğrenen kurumlarda, yönetim tarafından gerekli insan kaynağı ve diğer kaynakların sağlanması ile, kaliteli ve güvenli hizmet sunumu en üst düzeyde sağlanabilecektir.

SONUÇ

Sağlık hizmetlerinin insan hayatını doğrudan etkilemesi, bu hizmeti sunan kuruluşların, diğer sektörlerdeki kuruluşlara göre daha çok tartışılmasına neden olmaktadır. Bu yüzden sürekli göz önünde bulundurulanan bu işletmelerde, hizmetin girdi ve çıktılarının insan sağlığı olması nedeniyle, ilk defada hatasız sunulması gerekmektedir.

Günümüzde sağlık hizmetlerini sunan en önemli işletmelerin başında hastaneler gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu, hastanelere göre farklılıklar içerebilmektedir. Toplumların gelişmişlik düzeylerinin önemli göstergelerinden birisi de, bu hizmetlerin kalitesi olarak değerlendirilmektedir. Özellikle son yıllarda sağlık turizminin hız kazanması, bu savı destekler niteliktedir.

Hastanelerde sunulan hizmetin kalite göstergelerinden en önemlisi, hasta güvenliğidir. Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kişilerin maruz kalabileceği zararları önlemek amacıyla, hizmeti sunan kuruluşlar tarafından alınan önlemleri içermektedir. Hasta güvenliğinin temelini, tıbbi hatalar oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunulduğu anda tüketilmesi özelliği nedeniyle, yapılan hataların düzeltilmesi mümkün olamamaktadır.

Hataların düzeltilmesi mümkün olmamasına rağmen, bu hatalardan dersler çıkartılarak tekrarının önlenmesi mümkündür. Bu nedenle hasta güvenliğinin amacı, sağlık hizmeti sunum süreçlerindeki hataların hastalara zarar vermesini engelleyecek sistemler kurmak ve hatalar hastaya ulaşmadan önce önlenmesini ve düzeltilmesini sağlayacak önlemleri almaktır. Ancak sistemin kurulması hasta güvenliğinin sağlanacağı anlamına gelmemektedir. Eğer hasta güvenliği sistem içerisinde kurum kültürünün bir parçası olarak yer almıyorsa, sürekliliğin sağlanması oldukça zordur.

Kurumsal hasta güvenliği kültürünün hastanelerde oluşturulması ve yaşatılması için amaca yönelik planlamanın, sürekliliğin ve etkinliğin sağlanmasında en önemli destek, yönetimin güvenliğe olan inancı ve taahhüdüdür. Üst yönetim

olumlu güvenlik kültürünün oluşturulmasında sorumluluğu üstlenmeli ve çalışanların katılımları ile sürekliliğini sağlamalıdır.

Bu çalışmada hastanelerde hasta güvenliği kültürünün oluşmasına etki eden faktörler ele alınarak, ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sisteminin bu faktörler üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Bu amaçla kalite belgesine sahip olan ve olmayan hastanelerdeki hasta güvenliği yaklaşımları kıyaslanmaya çalışılmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre, hastanelerde uygulanan ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi'nin, hasta güvenliği kültürünün oluşumunda olumlu yönde etkisi olduğu tespit edilmiştir. Yapılan analizlerde kalite belgesine sahip hastanelerin hasta güvenliği derecesinin, belgesi olmayanlara göre daha iyi düzeyde olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre, araştırmanın yürütüldüğü hastanelerde çalışanlar, kalite belgesine sahip olan hastanelerde daha güvenli sağlık hizmeti sunulduğunu belirtmişlerdir.

Araştırma verilerinin birinci elden toplanması, hastanelerden kalitatif verilerin elde edilmesini de sağlamıştır. Analiz sonuçlarının yanı sıra bu verilerden elde edilen bilgiler de değerlendirmeye ışık tutacaktır.

Araştırmada hastanelerde uygulanan kalite yönetim sisteminin hasta güvenliğinin sağlanmasını olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Ancak belgeli hastanelerdeki hasta güvenliği çalışmaları da yeterli değildir. Bu nedenle sistemin hasta güvenliği odaklı olarak sürekli iyileştirilmesi gerekmektedir. Sürekli iyileştirme de ulaşılması gereken en üst nokta 'sıfır hatalı hizmet' olmalıdır. Bu doğrultuda oluşturulan kalite planlarına, hasta güvenliğinin de dahil edilmesi uygun olacaktır. Bu amaçla sistemin zorunlu kıldığı altı kalite prosedürüne ek olarak hasta güvenliği prosedürü de oluşturulmalı ve çalışmalar standart hale getirilmelidir.

Hasta güvenliği kurum kültürünün bir parçası olarak kalite kültürüyle beraber değerlendirilmelidir. Kurumsal bir güvenlik kültürünün olmaması özellikle kamu hastanelerinde hasta güvenliğinin başarısını olumsuz etkileyecektir. Mevcut siyasi

yapılanmalar, hastane yönetimlerinde sürekli görev değişikliklerini beraberinde getirmektedir. Eğer bu kurumlarda hasta güvenliği uygulamaları kurum kültürünün bir parçası olmayıp kişilere bağımlı olarak yürütülürse, her değişim döneminde farklı uygulamalar ortaya çıkacaktır. Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve geliştirilmesi için öncelikle her dönemde üst yönetiminin hasta güvenliğini benimsemesi ve desteği gerekir. Bunun yanı sıra çalışanlara yakın olan orta kademe yöneticilerin de hasta güvenliği konusunda yetki ve sorumluluklara sahip olması, hasta güvenliğinin çalışanlarca daha kolay benimsenmesini sağlayacaktır.

Hasta güvenliği kültürünün oluşmasında yönetim, çalışanlar ve hizmet alan hastaların yaklaşımları, birbirlerini tamamlayıcı olacaktır. Sadece yönetimin hasta güvenliği odaklı olması veya sadece çalışanların hasta güvenliğini önemsemeleri bu kültürün oluşması için yeterli olmayacaktır. Hizmet alan hastaların da güvenlikleri konusunda hastane çalışanlarına destek olmaları gerekmektedir.

Çalışanların hasta güvenliğini benimsemeleri için en kolay yol, eğitim çalışmalarınıdır. Yönetim tarafından planlanan hizmet içi eğitim programlarına, hasta güvenliği de dahil edilmelidir. Hastanede yeni göreve başlayacak olan çalışanlara verilecek oryantasyon eğitimlerinin içeriğinde de hastanenin hasta güvenliği hedefleri ve uygulamaları yer almalıdır. Bunun yanı sıra, sağlık çalışanlarının mesleki eğitim sürecinde, okullarda hasta güvenliği ile ilgili dersler müfredata alınmalıdır. Böylece hastaların emanet edileceği bu çalışanların, hastalarla ilk temasının olduğu dönemlerde hasta güvenliğinin önemini kavramaları, güvenlik kültürünün oluşmasını kolaylaştıracaktır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anketler üzerinde yapılan yorumlardan ve veri toplama sürecinde elde edilen kalitatif bilgilere göre, çalışanlar hasta güvenliği kavramının tek başına ele alınmasından rahatsızlık duymaktadır. Çalışanlar hasta güvenliğinin çalışan güvenliğinden daha fazla ele alınmasına tepki göstermektedir. Çalışanların güvenliğinin sağlamadığı çalışma iklimlerin de hasta güvenliğinin de başarılı olması mümkün değildir. Kurumdaki güvenlik kültürü herkesi kapsamalıdır. Çalışanların güvenlik kaygılarının olması ve

memnuniyetlerinin sağlanamaması, hasta güvenliği çalışmalarına aktif katılım oranını etkileyecektir. Bu nedenle güvenlik sistemi oluşturulurken, hasta güvenli ve çalışan güvenliği birlikte ele alınmalıdır.

Son dönemlerde hastanelerdeki bazı hizmetler, taşeron firmalar tarafından verilmektedir. Temizlik, güvenlik, yemek ve hasta nakil hizmetleri maliyet hesapları nedeniyle artık çoğu hastanede dışardan hizmet satın alınarak yürütülmektedir. Hasta güvenliğiyle ilgili sorunlarda buzdağının altında kalan kısmını bu hizmetlerin sunumu aşamasındaki güvenlik ihlalleri oluşturmaktadır. Bu hizmeti sunan taşeron firmalarda çalışanlar genellikle ehliyeteye göre işe alınmamaktadır. Bunun yanında, sağlık personeline hizmet içi eğitimlerle hasta güvenliğinin önemi anlatılsa bile, firma personeli olan çalışanlara herhangi bir eğitim verilmemektedir. Hatta sağlık personelinin dışındaki idari personelinde hasta güvenliği bilgi düzeyleri yeterli değildir.

Başta idari personel olmak üzere hastanelerde çalışanların birçoğu hasta güvenliğini sadece genel asayiş tedbirleri olarak değerlendirmektedir. Hasta güvenliği eğitimleri, tüm personelin en az bir kez hasta güvenliği eğitimlerine alınacak şekilde planlanmalıdır. Kilit süreçlerdeki çalışanların daha fazla eğitim alması sağlanmalı, yönetim düzeyindekilerin de belirli dönemlerde hasta güvenliği ile ilgili eğitim, kongre, sempozyum gibi organizasyonlara katılmaları teşvik edilmeli ve gerekli kaynaklar sağlanmalıdır.

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması için mevcut sistemin güvenlik odaklı yapılandırılması gerekir. Bunun için öncelikle hasta ve çalışan güvenliği komiteleri kurulmalıdır. Yasal mevzuat çerçevesinde kurulan hasta hakları birimleri ve enfeksiyon kontrol komitelerinin yanı sıra tesis güvenliği ve afet organizasyonları ile ilgili oluşturulan ekiplerin çalışmaları, bu komitenin gözetiminde yapılmalıdır. Komitede hasta güvenliğini doğrudan etkileyen birimlerde görev yapanlardan mutlaka temsilciler bulunmalıdır.

Kalite yönetim sisteminin uygulandığı hastanelerde verilen hizmetin uygunluğu, hem iç hem de dış denetim tetkikler ile gözden geçirilmektedir. Ancak denetimin sağlanması için mutlaka kalite yönetim sistemi belgesine sahip olmak gerekmemektedir. Yönetim tarafından oluşturulan hasta güvenliği komiteleri, verilen hizmetin güvenli olup olmadıklarını kontrol edebilirler. Bunun için kalite planları oluşturulup, hasta güvenliği indikatörleri belirlenmelidir. Bu indikatörler uygun olmayan hizmetin kontrolü sağlanabilir. Yapılacak değerlendirmeler ile sistemin darboğazları belirlenip düzeltici ve önleyici çalışmalar yapılabilir.

Hasta güvenliğinin temelini tıbbi hatalar oluşturmaktadır. Bu kavramın son dönemlerde daha fazla duyulmasında, tıbbi hatalarla ilgili yapılan çalışmaların etkisi büyüktür. Tıbbi hataların azaltılması hatta tamamen ortadan kaldırılması hasta güvenliğinin temel hedefidir. Hataların oluşmadan önlenmesi için öncelikli görev yönetimidir. Yönetim hasta güvenliğine yönelik daha fazla kaynak ayırmalıdır. Ayrıca hasta güvenliği odaklı sistemin oluşturularak, tüm çalışanların katılımını teşvik etmelidir. Hasta bakımıyla ilgili alınan kararlara çalışanların da önerileri ile katılmalarını sağlamalıdır. Ancak kamu hastanelerindeki hiyerarşik yapılanma ve dikey örgütlenme, çalışanların yönetime katılması önünde bir engel olarak durmaktadır.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre, hastanelerde meydana gelen hataların bildirimlerinin yapılmadığı görülmektedir. Çalışanlar hataların raporlanması konusunda direnç göstermektedir. Çalışanlar öncelikle kendi geleceklerini düşündükleri için, hataların değerlendirilmesinin, kendileri için olumsuz geri dönüşlere sebep olacağı endişesi ile bu konuda isteksiz davranmaktadır. Mevcut kültürel yapı içerisinde bu kaygıların olması doğaldır. Bu yüzden hastane yönetimi tarafından hastaların raporlanması konusundaki direktifler, bir sonuç vermeyecektir. Her ne kadar çalışanlara bu konuda taahhütte bulunulsa da, hataların raporlanmasıyla ilgili kültürel değişimin bir anda gerçekleşmesi beklenmemelidir. Bu yüzden çalışanlar öncelikle, 'ramak kaldı' ya da 'neredeyse hata' denilen olayların bildirim konusunda teşvik edilmelidir. Bu olaylar hastalara zarar vermeden fark edildiği için

raporlanması konusunda çalışanlar da katılımcı olabilecektir. Böylece ciddi hataların raporlanması konusunda da kültürel alt yapı oluşturulabilir.

Çalışanların hasta güvenliğini sağlama konusundaki her türlü çabasına rağmen bazen kişilerden kaynaklanmayan, alt yapı ve çalışma ortamıyla ilgili sebeplerden dolayı da nedeniyle hasta güvenliği ihlalleri olabilmektedir. Bu yüzden hasta güvenliğini sağlamaya yönelik çalışmalar, hastanelerin mimarı tasarımlarının yapılması aşamasında başlamalıdır. Bu nedenle sadece hastane mimarlığı üzerine bir sektörün oluşması gerekir. Üniversitelerde bu alanda verilecek eğitimlerde, hasta güvenliği ile ilgili konular da ele alınmalıdır.

Bu çalışma, ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sisteminin hizmet işletmelerine uygun olup olmaması tartışmalarına yeni bir boyut kazandırarak, bir hizmet işletmesi olan hastanelerde sunulan hizmetin kalitesine etkisini, elde edilen anlamlı bilgiler doğrultusunda ortaya koymuştur. Aynı zamanda, kamuoyunun gündemine oldukça yakın tarihlerde girmeye başlamış olan hasta güvenliğinin sağlanması konusunda, yeni açılımlar sunulmuştur. İleriki dönemlerde yapılacak çalışmalara kuramsal bir çerçeve oluşturulmaya çalışılarak, hasta güvenliği kültürel boyutta bir yaklaşımla ele alınmıştır.

KAYNAKLAR

Abuşoğlu, Hilal(2001). Toplam Kalite Yönetimi ve Örgüt Kültürü (Mobilya İmalat İşletmesinde Bir Uygulama), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

AHRQ(2003)-Agency for Healthcare Research and Quality,U.S. Department of Health and Human Services, The Effect Of Health Care Working Conditions on Patient Safety, Evidence Report/Teknoloji Assessment, Number 74, www.ahrq.gov (22.2.2007)

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH.(2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, The Journal Of American Medical Association, October 2002, 23-30;288(16):1987-93, ABD.

Akalın, Erdal(2004). Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?, ANKEM Dergisi 2004;18(Ek 2), s.12-13

Akalın, Erdal (2007). Klinik Araştırmalar ve Hasta Güvenliği, İku ,Yıl 2007, Sayı 17 s.32-35

Akar Ç. ve Özalp H.(1998). Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim, Somgür Yayınları, Ankara.

Akat İ.; Budak G.; Budak G.(1999). İşletme Yönetimi, Fakülteler Kitapevi, Barış Yayınları, İzmir.

Akgemci, T. ve Özgener, Ş.(1998). Öğrenen Organizasyon Anlayışı ile Toplam Kalite Yönetimi Anlayışı Eşdeğer mi?, Standard, Ekim 1998.

Akgün,S. ve Al-Assaf,A.F.(2007). Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Anlayışını Nasıl Oluşturabiliriz?, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Yaz 2007, Sayı:3 s.42-47

Aktan, Coşkun Can(1997). Değişim ve Yeni Global Yönetim, MESS yayını no:257, İstanbul.

Almeman, Arif Adnan(2001). ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemine Geçiş Rehberi, Unicon Yayınları, Ankara.

Alpugan, Oktay(1988). Küçük işletmeler; Kavramı, Kuruluşu, Yönetimi, Karadeniz Teknik Üniversitesi İİBF Yayınları, No:125, Trabzon.

A.P.A.(American Psychological Association)(1954). “Technical Recommendations for Psychological Tests and diagnostic Techniques”, Psychological Bulletin, Vol. 51,s.201-238

Arat, Melih(2001). Kalitenin Seyir Defteri, Kalder Yayınları, No:32, İstanbul.

Argıç, Maver (2002). “İşletmelerde Takım Oluşturma Süreci, Takım Çalışmasını Etkileyen Faktörler ve Türk Demirdöküm A.Ş.’de Bir Uygulama”, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniv. SBE., Eskişehir.

Asunakutlu, Tuncer(2004). Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarında Kalite Yönetimi, Nihai Rapor, T.C.Sağlık Bakanlığı, Ankara.

www.pydb.saglik.gov.tr/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=13 , (20.11.2007)

Aşıkoğlu, Meral (1986). İş gören Yönetiminde İletişim ve Şişe Cam Endüstrisinde Bir Uygulama Örneği, Anadolu Üniv. Yay., Eskişehir.

Atkinson, Philip E.(2000). Creating Culture Change: The Key to Successful Total Quality Management, IFS Publications, Bedford.

Aydın, Bilge(2007).Hasta Güvenliği Bülteni, Hasta Güvenliği Derneği Yayını,Sayı:1

Balcı, Asım(1998). Total Quality Management(TQM): A Communication Perspective, İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Yıl:1998, S.3(Güz), s.213-222, Süleyman Demirel Üniversitesi Yayınları, Isparta.

Baş, Türker(2002). ISO 9000:2000 Kalite Yönetim Sistemi, Sistem Yayıncılık, İstanbul.

Bayrak, Sebahat(1995). “Örgütlerde Etkili İletişim ve İletişim Yönetimi, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.

Bektaş, Çetin(2005). İşletme Becerileri ve Grup Çalışması, Afyon Eğitim Sağlık ve Bilimsel Araştırma Vakfı Yayını, Afyon.

Berberoğlu G., Besler S. ve Tonus Z.(1998). Örgüt Kültürü: Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Örgüt Kültürü Araştırması, Eskişehir Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi

Benner, Patricia.(2001). Creating a Culture of Safety and Improvement: A Key to Reducing Medical Error. Am J Crit Care 2001;10:(4):281-284.

Biçer İ.H. ve Erertem D.(1994).Toplam Kalite Yönetimi Türkiye Uygulamasından Örnekler Ve Öneriler, 2.Yönetim Kongresi, Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları:1,Kuşadası.

Bozkurt, R. ve Odaman.A(1995). ISO 9000 Kalite Güvence Sistemleri, MPM Yayınları No:549,Ankara.

Bozkurt, Rıdvan(1996a). Hizmet Endüstrilerinde Kalite, Verimlilik Dergisi, Toplam Kalite Özel Sayısı, Milli Prodüktivite Merkezi Yayını, Ankara.

Bozkurt, Rıdvan(1996b). Toplam Kalite Uygulamasında Performans Ölçümü, Önce Kalite Dergisi, KalDer Yayını, Sayı:26.

Bozkurt, Rıdvan ve Asil, Nilüfer(1995). Kalite Politikası Oluşturma Süreci, Verimlilik Dergisi, Sayı:95/3, Ankara.

Bozkurt, Rıdvan(2001). Örgütsel Mükemmellik Anlayışı, Toplam Kalite Yönetimi, Verimlilik Dergisi, MPM Yayını, Ankara.

Braham, Barbara J.(1999). Öğrenen Bir Organizasyon Yaratmak, Rota Yayınları, İstanbul.

Bulun, Mustafa (2007c).

<http://www.medimagazin.com.tr/mm-dr-bulun-hasta-guvenligi-kulturu-olusturmamiz-gerekli-h-42828.html>, (26-02-2007)

Bulun, Mustafa(2007a). Hasta Güvenliği Bülteni, Hasta Güvenliği Derneği Yayını, Sayı: 1

Bulun, Mustafa (2007b). İlaç: Dert mi? Deva mı?

<http://www.saglikyayincilik.com.tr/hbrkose/kosearsivdty.asp?koseid=215>

(21.12.2007)

Bumin,B. ve Erkutlu,H.(2002). “Toplam Kalite Yönetimi ve Kıyaslama (Benchmarking) İlişkileri”, Gazi Ün. İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt:4, Sayı:1, Ankara.

Cafoğlu, Zuhul(1996). Eğitimde Toplam Kalite Yönetimi, Avni Akyol Ümit Kültür Vakfı Yayınları, İstanbul.

Can, Halil(1992). Organizasyon ve Yönetim, Adım Yayıncılık, Ankara.

Cansız, Harun(2001). Kamu Hizmetlerinin Sunumunda Toplam Kalite Yönetimi, Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:2, Sayı:2, s.291-305, Afyon.

Clark, M. ve Riley, M.(1999). Researching and Writing Dissertations in Hospitality and Tourism, Thompson Business Pres, U.K.

Cooper, M.D. ve Philips, R.A.(1995). Killing Two Birds with One Stone: Achieving Total Quality via Total Safety Management, Leadership&Organization Development Journal, Sayı:16, s:3-9

Coşkunoglu, Osman(2004). “Üniversitelerde Performans Değerlendirmesi İçin Üç Temel Kavram”, 5.Kamu Kalite Sempozyumu Bildiriler, 9-10 Haziran 2004, Ankara.

Çakmak, Güler(2005). Akreditasyon Sağlık Kurumlarına Ne Sağlar?, SB Diyalog, T.C.Sağlık Bakanlığı Yayın Organı, Yıl: 2005, Sayı: 15, s.25, Ankara.

Çakmak, Güler(2006a). Hasta ve Yakınlarının Hakları(JCI), S.B. Kalite Geliştirme Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Eğitici Eğitimi, 8-11 Mayıs 2006, Ankara.

Çakmak, Güler(2006b). Hasta ve Çalışan Güvenliği, Uluslar arası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Performans Yönetimi Kongresi, 15-19 Kasım 2006, Antalya.

Çakmakçı, Metin(2003). Sağlıkta Yeni Kalite Göstergesi: Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar, Hastane Dergisi, Sayı : 21

Çam, Salim(2002). Öğrenen Organizasyon ve Rekabet Üstünlüğü, Papatya Yayıncılık, İstanbul.

Çelik, Vehbi(1997). Okul Kültürü ve Yönetim, Pegem A Yayıncılık, Ankara.

Çetinkaya, Yeşim(2006). İnfeksiyon Kontrolü ve Önlenmesi, S.B. Kalite Geliştirme Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Eğitici Eğitimi, 8-11 Mayıs 2006, Ankara.

Çoruh, Mithat(1994). Sağlıkta Toplam Kalite Yönetiminin Yeri, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara.

Dağ, Celal(2000). Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi ve Mükemmellik Yaklaşımı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Dalay, İsmail(2001). Yönetim Ve Organizasyon, Sakarya Üniversitesi Yayın No: 43, Adapazarı.

Dale, Baker(1999). Managing Quality, Blackwel, Oxford,UK.

Demirbaş, A.Rıza(2005). Başlangıçtan Bugüne Akreditasyon, SB Diyalog, T.C.Sağlık Bakanlığı Yayın Organı, Yıl: 2005, Sayı: 15, s.17-19, Ankara.

Demirkan M. ve Arıduru A.(1999). Toplam Kalite Yönetimi ve Türk Ekonomisine Katkıları, Ekonomik ve Teknik Dergi: Standard, Yıl:40 Sayı: 446, Türk Standartları Enstitüsü

Devebakan, Nevzat(2001). Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Dengiz, G.Murat(2000). Takım Çalışması Teknikleri, Academyplus Yayınevi, Ankara.

Dicle, Ülkü(1974). Bir İletişim Aracı Olarak Örgütsel Haberleşme, M.P.M. Yayınları, Ankara.

Dinçer, Ömer(1998). Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, Beta Yayınları, İstanbul.

Dobyns L. ve Crawford-Mason C.(1994).Thinking About Quality,Times Books, New York. Akt. Elçin Uzunkavak, Hastanelerde Kalite Yönetim Sistemleri ve Özel Hastaneler Üzerine Bir Durum Değerlendirme Araştırması, Yüksek Lisans Tezi-2002, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Döğerlioğlu, Özgür (1997) “Endüstri İşletmelerinde Kurum Kültürünün Kalite Kültürüne Dönüşümü”, IV.Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler, Ankara.

Ecer F.H. vd.(2002). Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimin Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma, Ekonomik ve Teknik Dergi: Standard, Ekim 2002,s.66-74, Türk Standartları Enstitüsü

Efil, İsmail(1999). Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvencesi, Alfa Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.

EFQM Mükemmellik Modeli 2000(2000).EFQM-Kalder, İstanbul.

Erdil O.,Keskin H., Zehir C.(2003). Firma İçi Kalite Bilgisi Kullanımı, İşgören Katılımı ve Tasarımda Kalite Yönetimi ile Ürün Performansı Arasındaki İlişkiler: Deneysel Bir Çalışma,Doğuş Üniversitesi Dergisi Cilt:4 Sayı:1İstanbul.

Erdoğan, İlhan(1991). İşletmelerde Davranış, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No: 242, İstanbul.

Erdem, Ferda(1996). İşletme Kültürü, Friedrich-Noumann Vakfı Yayını, Ankara.

Erdoğan, Ö.Nazan(2003). Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon Standartları, Hacettepe Üniveristesi, Ezacılık Fakültesi Dergisi, Temmuz 2003, Cilt:23, Sayı:2, s.95-107, Ankara.

Eren, Erol(2001).Yönetim ve Organizasyon(Çağdaş ve Küresel Yaklaşımlar).Beta Basım A.Ş., İstanbul.

Eren, Erol(2006). Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş, İstanbul.

Erengül, Bilge(1997). Kültür Sihirbazları, Evrim Yayınevi, İstanbul.

Erkoç, Zafer(2004). Kalite Yönetim Sistemleri İç Tetkik Rehberi, Beta Basımevi, İstanbul.

Esatoğlu, A.Ezel(2005). Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Yönetimi ve Akreditasyon, SB Diyalog, T.C.Sağlık Bakanlığı Yayın Organı, Yıl: 2005, Sayı: 15, s.42, Ankara.

Esin, Alp(2002). ISO 9001:2000 Işığında Hizmette Toplam Kalite, ODTÜ Geliştirme Vakfı Yayıncılık ve İletişim A.Ş. -METU PRESS- Yayınları, Ankara.

European Commission(2006) ,

http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/eb_64_en.pdf ve www.hm.saglik.gov.tr

Ferreira M.Dias(1996). Two Faces Of The Same oin Quality And Leadership, Ekonomik ve Teknik Dergi: Standard, Yıl:35, Sayı:412, Türk Standartları Enstitüsü

Gardner, Richard L.(1999). Benchmarking Organizational Culture : Organizational as an Primary Factor in Safety Performance, 1999;29:(2):14-20.

Gavcar, Erdoğan(2001). İstatistik Teknikler I, Muğla Üniversitesi Basımevi.

Geçikli, Fatma(1999). Sürekli İyileştirme(Kaizen) ve Sürekli İyileştirme İçinde Yönetimin Yeri, Yönetim ve Ekonomi Dergisi, Sayı:5, Celal Bayar Üniversitesi Yayınları, Manisa

Gezen A.K. Aydın B. ve Barsbay S. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite,

<http://www.kalite.saglik.gov.tr/makaleler/kalite.html> (22.06.2007)

Gödelek, Ertuğrul(2007). İnşaat, Otomotiz, Mobilya-Hızar Sektöründe Çalışanların Güvenli İş Davranışları Değişim Basamakları Yordanabilir mi?, IV. İş sağlığı ve Güvenliği Kongresi Bildirileri, 20-21 Nisan 2007, MMO yayınları, Yayın No: E/2007/424, Adana.

Graham, S., Brookey J. ve Steadman C.(2007). Patient Safety Exeutive Walkarounds,

<http://www.ahrq.gov.tr/downloads/pub/advances/vol4/Graham.doc> (12.02.2007)

Gürgen, Haluk (1997). Örgütlerde İletişim Kalitesi. Der Yayınları, İstanbul.

Gürüz, Demet(1999). Halkla İlişkiler ve Reklâm Ajansları İşletmeciliği ve Yönetimi, Ege Üniversitesi İletişim Fakültesi Yayınları, İzmir

Güven, Rana(2007). Güvenlik Kültürü, IV. İş sağlığı ve Güvenliği Kongresi Bildirileri, 20-21 Nisan 2007, MMO yayınları, Yayın No: E/2007/424, Adana.

Güvenç, Bozkurt(1999). İnsan ve Kültür, Remzi Kitabevi, İstanbul.

<http://www.das.org.tr/tr/dosya/kongre/kong2007/yazi/rabia.guven-das-2007-yazi.pdf>
(23.07.2007)

Güzelcik, Ebru (1999). Küreselleşme ve İşletmelerde Değişen Kurum İmajı, Sistem Yayınları, İstanbul.

Hart, E. ve Hazelgrove, J.(2001). Understanding the Organization context for adverse events in the health services: The Role of Cultural Censorship. Quality Health Care 2001;10:(4):157-262

Hayran O.ve Uz H.(1998). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, s.147-174, Ed.O.Hayran-H.Sur,Yüce Yayım,İstanbul.

Health Grades Quality Study, Patient Safety in American Hospitals, July 2004
www.healthgrades.com/media/english/pdf/HG_Patient_Safety_Study_Final.pdf,
(20.11.2007)

Hellrigel, D.; Slocum, J.; Woodman, R.W.(1995). Organizational Behavior, 7th Edition, West Publishing Co. ,USA.

Hodgest, R.M.(1999). Yönetim; Teori, Süreç ve Uygulama, Çev: Canan Çetin ve Esin Can Mutlu, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.

Huber, George P.(1996). Organizational Learning: The Contributing Process And Literature, Sage Publications.

Imai, Masaaki(2003). Kaizen: Japonya'nın Rekabetteki Başarısının Anahtarı, Kalder Yayınları No:21, İstanbul.

IOM-Institute of Medicine(2003). Priority areas for national action: Transforming Health Care Quality, <http://www.iom.edu> , <http://www.nap.edu> (22.6.2007)

IOM-Institute of Medicine(2004). Achieving a New Standard for Care, Washington, DC : The National Academy Pres. <http://www.iom.edu> , <http://www.nap.edu> (22.6.2007)

Irgat, Sema(2005). Sertifikalı Kalite Yöneticisi Eğitimi, 20-25 Haziran 2005, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

JCAHO(2006). Sentinel Event Statistics,
http://www.jointcommission.org/Library/TM_Physicians/tmp_11_06.htm
(20.02.2007)

Joint Commission International(2003). Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları, Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu Yayını, ABD.

Jones K.R. ve Redman R.W.(2000). Organizational Culture and Work Redesign, Journal of Nursing Administration, s.604-610

Karababa, Filiz.(2003). Öğrenen Organizasyonlar Ve Beksa Çelik Kord Sanayi Ve Ticaret A.Ş. Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi SBE, Eskişehir.

Karatepe, Selma (2005). Örgütlerde İletişim-Güdüleme İliksisi, Siyasal Kitabevi, Ankara.

Kavrakoğlu, İbrahim(1998). Toplam Kalite Yönetimi, Kalder Yayınları, İstanbul

Kavuncubaşı, Şahin(2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara.

Kaya, Sıdıka(2005). Sağlık Hizmetlerinde Bir Dışsal Kalite Değerlendirme Mekanizması: Akreditasyon, SB Diyalog, T.C.Sağlık Bakanlığı Yayın Organı, Yıl: 2005, Sayı: 15, s.33, Ankara.

Kayahan İ.K. ve Üstünsoy G.E.(2006). Bilgi Yönetimi, S.B. Kalite Geliştirme Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Eğitici Eğitimi, 8-11 Mayıs 2006, Ankara.

Kırım, Arman (1998).Yeni Dünyada Strateji ve Yönetim, Sistem Yayınları, İstanbul.

Kiyim, Bülent(1997). Hastane Yönetiminde TÜSSİAD-Kalder Toplam Kalite Ödül Modeli Uygulaması, Kongre sunumu, Ulusal Kalite Kongresi 1997, İstanbul.

Kilmann, Ralph H.(1985). Corporate Culture, Psychology Today, April 1985.

Kleinpeter, Myra A. Standardizing Ambulatory Care Procedures in a Public Hospital System to Improve Patient Safety,

<http://www.ahrq.gov.tr/downloads/pub/advances/vol4/Kleinpeter.doc> (12.02.2007)

Kocaman, Gülseren(2007). Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Liderlik, Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Paneli, 24 Şubat 2007, İzmir.

Kohn, Linda T., Corrigan, Janet M. ve Donaldson, Molla S., Editors.(2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System, Institute of Medicine, Washington, DC : The National Academy Pres. <http://www.iom.edu> , <http://www.nap.edu> (22.6.2007)

Krizek, Thomas J. (2000). Surgical Error: Ethical Issues of Adverse Events. Arch Surg 2000;135:1359-1366, Florida.

Kumar, Ranjit (1999). Research Methodology, Sage Publications, London.

Kurtulmuş, Sevgi(1998). Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.

Kuş, Hasan(2000). Sağlık Sektöründe Akreditasyon ve ISO Standartları, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Cilt: 4, Sayı:2, s.3-6

Kutluat, Senem(2006). Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği, S.B. Kalite Geliştirme Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Eğitici Eğitimi, 8-11 Mayıs 2006, Ankara.

Leblebici D.N. ve Ömürgönülşen U.(1999). Kamu Kesiminde Toplam Kalitenin Uygulanabilirliği, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:17, Sayı:1, s:63-75)

Lowenthal, Jeffrey N.(1994). Reengineering The Organisation: A Step Approach To Corporate Revitalization, ASQC Pres, Milwaukee.

Luthans, Fred(1995). Organizational Behavior (7 th ed.), Mc Graw Inc. Lisansı ile Literatür Yayıncılık, İstanbul.

Malcolm Baldrige 2000, Health Care Criteria for Performans Excellence,Akt. Elçin Uzunkavak, Hastanelerde Kalite Yönetim Sistemleri ve Özel Hastaneler Üzerine Bir Durum Değerlendirme Araştırması, Yüksek Lisans Tezi-2002, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

McGill, M.E. ve Slocum, J.W.(1994). The Smarter Organization: How To Build A Business That Learns And Adopts To Marketplace Needs, John Wiley And Sons, New York.

Millioğlu, A.Kaya(2005).Toplam Kalite Nedir, Gebze İleri Teknoloji Enstitüsü E-Bülteni, Ocak 2005, Sayı:4

Mills D. Q. ve Friesen, B.(1992). The Learning Organization, European Management Journal, Vol. 10 No:2, June 1992.

Morgil, O. ve Küçükçirkin M.(1995). TOBB'nin Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı, I.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Ed.: Mithat Çoruh, Haberal Vakfı Yayını,s.30-33, Ankara

Moser C.A. ve Kalton G.(1971). Survey Methods in Social Investigation, Heinemann Educational Books, London.

National Patient Safety Foundation, July 2003, www.npsf.org/ (16.05.2006)

NPSG (NationalPatientSafetyGoals) - Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri
<http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/>
(22.06.2007)

Nunnally, Jum C.(1967). Psychometric Theory, McGraw Hill, New York.

Odabaşı, Yavuz(2000). Satış ve Pazarlamada Müşteri İlişkileri Yönetimi, Sistem Yayıncılık, Ankara

Okay, Ayla(2000). Kurum Kimliği, MdiaCat Kitapları, Ankara.

Okes D. ve Westcoot R.T.(2001). The Certified Quality Manager Handbook, ASQ Quality Pres,Milwaukee,Wisconsin.

Oğuz, N.Yasemin(2004). Yüksek Riskli bir Mekan : Sağlık Kuruluşu, Tıp Dünyası, 15 ocak 2004 Sayı:116 <http://www.ttb.org.tr/TD/TD116/index.php> (20.11.2007)

Öcal Ergun, İrem(2005). JCI Satndartları ve Uluslar arası Kalite, SB Diyalog, T.C.Sağlık Bakanlığı Yayın Organı, Yıl: 2005, Sayı: 15, s.30, Ankara.

Öcal Ergun, İrem(2006). JCI Yönetişim, Liderlik ve Yönlendirme Standartları, S.B. Kalite Geliştirme Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Eğitici Eğitimi,8-11 Mayıs 2006, Ankara.

Önce Kalite Dergisi(1998).Uluslar arası Bir Kalite Organizasyonu: EFQM, Önce Kalite Dergisi, Kalder, Yıl:6, Sayı:27, s.43-46, İstanbul.

Özalp İ. ve Tonus Z.(2000). Toplam Kalite Yönetimi ve Hizmet İşletmelerinin Toplam Kalite Yönetiminde Koç Finans Örneği, Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi (Prof. Dr. Güneri Ergülen' in Hatırasına Armağan)Yayın No: 1258, İİBF Yayın No: 169, Cilt: XVI, Sayı: 1-2, s. 1-21,Eskişehir

Özdevecioğlu, Mahmut(1994). Organizasyon Kültürü, (Haz.)Mustafa Özel, Stratejik Yönetim ve Liderlik, İz yayıncılık, İstanbul.

Özkalp, E. ve Kırel, Ç. (2001) Örgütsel Davranış, Anadolu Üniversitesi Eğitim Sağlık ve Bilimsel Araştırma Vakfı Yayınları, No:111, Eskişehir.

Özkan T. ve Lajunen T.(2003). Güvenlik Kültürü ve İklimi, Pivolka Dergisi, Başkent Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Yıl:2, Sayı:10, s.3-4, Ankara

Özşen, Tayfur(1996).Toplam Yönetim Kalitesi, Türk İdare Dergisi, Sayı: 421,Ankara.

Öztürk,Nursel(1993). T.K.Y.'de Motivasyon, Eğitim ve Katılımın Önemi, Verimlilik Dergisi, Kalite Özel Sayısı, Milli Produktivite Merkezi yayını, Ankara.

Öztürk, Sevgi Ayşe(1996). Hizmet İşletmelerinde En Önemli Rekabet Unsuru: Kalite, Standart Dergisi, Yıl:35,s.411

Öztürk, Sevgi Ayşe(1998). Hizmet Pazarlaması, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir

Pakdil, Fatma(2004). Kalite Kültürünü Etkileyen Faktörler Üzerine Bir Derleme, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Cilt 6, Sayı:3

Paksoy, Mahmut(2002). Çalışma Ortamında İnsan ve Toplam Kalite Yönetimi, Çantay Kitabevi, İstanbul.

Paksoy, M. ve Acar, A.C.(2002). Örgütsel İletişim, Altıncı Basım, Anadolu Üniv. AÖF Yayınları, Eskişehir.

Parlak, Sıdıka (2004). İşletmelerde Toplam Kalite Yönetimi, Ekin Yayınları, Bursa.

Peker, Ömer(1994). Toplam Kalite Yönetiminin Eğitim Sistemine Uygulanabilirliği, Amme İdaresi Dergisi, Sayı:27, Ankara.

Peker, Ömer(1993). Yönetimi Geliştirmenin Sürekliliği, TODAİE, Ankara.

Peşkircioğlu, Nurettin(1997). Kalite Yönetiminde ISO 9000 Uygulamaları. Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları No:620,Ankara.

Pınar, İbrahim(1999). Öğrenen Organizasyonların Kültürel Çevresi, İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi, C: 28, S: 2/Kasım 1999, s. 37-78, İstanbul.

Pıra, Aylin(2000).Değişim Kesişim İletişim: Halkla İlişkiler Süreci Açısından Bir Değerlendirme, Üniversiteliler Ofset, İzmir.

Preventing Medication Errors,

http://books.nap.edu.tr/openbook.php?record_id=11623&page=1-26 (19.03.2007)

Probst G.B. ve Büchel B.S.T.(1997). Organisational Learning: The Competitive Advantage of The Future, Prentice Hall, London.

Pronovost PJ, Weast B, ve Bishop K.(2004). Senior executive adopt-a-workunit: A model for safety improvement, Jt Comm J Qual Saf 2004;30:59-68.

Redfern S. ve Cristian S.(2003). Achieving hange in Healt are Practice, Journal Of Evoluion in Clinical Practice, s.225-238)

Reiman T. ve Oedewald P.(2002). The Assesment of Organizational Culture: A Methodological study.VTT Research Notes 2140, Finland.

Robbins, Stephen P.(1994). Örgütsel Davranışın Temelleri (Çev: S.Ayşe Öztürk), ETAM Yayınları, Eskişehir.

Sabuncuoğlu Z. ve Tüz M.(2001). Örgütsel Psikoloji, Ezgi Kitabevi, Bursa.

Sabuncuoğlu, Zeyyat(1984). Çalışma Psikolojisi, Uludağ Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 3–042–0116, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa.

Saran, Çağlayan(2006). Tesis Yönetimi ve Güvenliği, S.B. Kalite Geliştirme Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Eğitici Eğitimi, 8-11 Mayıs 2006, Ankara.

Sarvan, Fulya(1995). Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Sağlık İşletmeleri Yöneticiliği, Hastane İşletmeciliği(Seçme Yazılar). Der.Hikmet Seçim, Anadolu Üniversitesi Yayınları No:845, s.18-27, Eskişehir

Sarvan F.ve Berk S.O.(1995). Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, Cilt:24, Sayı:2, s.9-35, İstanbul

Schein, Edgar H.(1990). Organizational Culture, American Psychologist Published, Vol.45, No:2, s.109-119. Çev: Atilla AKBABA, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Cilt 4, Sayı:3, İzmir.

Schoen,Christian(2005). Taking the pulse of health care systems: Experiences of Patients With Health Problem Six Countries, Health Affairs 2005; November issue

Seçim, Hikmet(1991). Hastane Yönetim ve Organizasyonu: Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları, No. 252, İstanbul.

Seçkin, Celal(1999). Sorular ve Cevaplar, Önce Kalite Dergisi, Kalder,Yıl;6, Sayı;6-7, İstanbul.

Seddon, John(1989). A Passion for Quality, Total Quality Management Magazine, Yıl:1, Sayı:5, s.153-157.

Senge, Peter M.(2002). (Çev. Aysegül İldeniz ve Ahmet Doğukan), Beşinci Disiplin, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul.

Serin, Nesrin(2005). Pillar Management Associates Kalite Yönetim Sistemi Baş Denetçi Eğitimi, İzmir.

Stata, Ray(1999). Organizational Learning: The Key to Management Innovation, Sloan Management Review, Boston.

Sur, Haydar(1998). Uluslararası Sağlık Kuruluşları, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, s.359-371, Ed.O. Hayran-H.Sur, Yüce Yayın, İstanbul.

Sur, Haydar(2005). Sağlık Yönetimi Gündeminin Yeni Gözdesi: Akreditasyon, SB Diyalog, T.C.Sağlık Bakanlığı Yayın Organı, Yıl: 2005, Sayı: 15, s.14-16, Ankara.

Şahin, Hidayet(2002). Proses Tabanlı Kalite Yönetim Sistemi: ISO 9001:2000, Polimer Matbaacılık, Ankara.

Şahin, Ümit(2003). Hastane İşletmeciliği, E-kitap,
<http://www.kaliteofisi.com/download/e-kitap.asp> (18.01.2007)

Şale, İsmail(2004). ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi ve Uygulamaları, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

Şekercileroğlu, Mehmet (2001). İnsan Kaynaklarının Etkinliğinde Örgüt Kültürünün Rolü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniv. SBE, Kütahya.

Şerifoğlu U.K. ve Sungur E.(2007). Kazaların Habercileri: Kaza Habercisi Olayların Yönetimi ve Sağlık&Güvenlik Kültürü İlişkisi, IV. İş sağlığı ve Güvenliği Kongresi Bildirileri, 20-21 Nisan 2007, MMO yayınları, Yayın No: E/2007/424, Adana.

Şişman, Mehmet(1994). Örgüt Kültürü. Anadolu Üniversitesi Yayınları No:732,Anadolu Üniversitesi Basımevi, Eskişehir.

Tarım, Mehveş(2000). Hizmet Organizasyonlarında (Hastanelerde) Kalite, Prof.Dr. Nusret Ekin'e Armağan, Türk Ağır Sanayi ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası Yayını, No:38, Ankara.

Tezcan, Mahmut(1991). Sosyolojiye Giriş-Temel Kavramlar, Bilgi Basım Merkezi, Ankara.

Toplam Kalite Yönetimi- Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı (EFQM) Mükemmellik Modeli <http://www.kalder.org/page.asp?PageID=696>(17.03.2007)

Toprak, Erkan(2000). Demokratik ve Etkin Bir Devlet İçin Türk Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Tosun, Kemal (1992). İşletme Yönetimi, Savaş Yayınları, İstanbul.

Töremen, Fatih(2001). Öğrenen Okul, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

Tutar, Hasan (2003). Örgütsel İletişim, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

Tümer, Sumru(1996). Toplam Kalite Yönetiminde Kuruluş ve Organizasyon Yapısı, Verimlilik Dergisi, Toplam Kalite Özel Sayısı, MPM Yayını, Ankara.

Türköz, Yeşim(2003). Bir Özel Hastane Çalışanlarının Kalite Çalışmalarına Katılımı İle İşe ve Kuruma Yönelik Tutumları Arasındaki İlişkinin Analizi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Sayı:3,s.63-91

Tütüncü, Özkan(2001). Yiyecek İçecek İşletmelerinde Müşteri Tatmininin Ölçülmesi, Turhan Kitabevi, Ankara.

Tütüncü Ö. ve Doğan Ö.(2003). Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında ISO 9001:2000 ve Bilgisayar Destekli Bir Uygulama. DEU Matbaası, İzmir.

Tütüncü Ö. , Küçükusta D. , Yağcı K.(2006). Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi, DEU Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, C.8, Sayı 4, İzmir.

Tütüncü, Özkan(1998). Konaklama İşletmelerinde Kalite Güvence Sistemi İçinde Kalite Maliyetlerinin Analizi, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Tütüncü, Ö., Küçükusta,D.ve Yağcı K.(2007). Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Ölçme Aracı, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 7 (1),İzmir.

1.Ulusal Sağlık Kongresi (1992). Çalışma Grupları Raporları, Sağlık Bakanlığı, Ankara)

Uribe, C., Schweikhart, S., Pathak, D.(2002). Perceived Barriers to Medical-Error Reporting: An Exploratory Investigation. J Health Manag , 47 (4), 263–80.

Usal, A. ve Kuşluvan Z.(2002). Davranış Bilimleri, Fakülteler Kitabevi Barış Yayınları, İzmir.

Uslu, Azime(2007). Hasta Güvenliği ve Hemşirelik, Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Paneli, 24 Şubat 2007, İzmir.

Uyguç, Nermin(1992). Hizmet Kalitesi Olgusunun Analitik bir yaklaşımla incelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir

Uyguç, Nermin(1998). Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi; Stratejik Bir Yaklaşım, Dokuz Eylül Yayınları, İzmir

Uz, Hulki(1997). Hastanelerde Kalite Yönetimi, Hastane Yöneticiliği, Ed.Osman Hayran-Haydar Sur, Nobel Tıp Kitapevleri, s.115-131, İstanbul.

Üçok, Tengiz(1989). Organizasyon Kültürünün Oluşumu, Dokuz Eylül Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi,Cilt:4, Sayı: 1-2, s.308-323, İzmir.

Ünsal, İbrahim(2006). Hasta Güvenliği Perspektifi ile Laboratuar Kalite Yönetimi ve ISO 15189, Uluslar arası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Performans Yönetimi Kongresi, 15-19 Kasım 2006, Antalya.

VanGeest and Cummins(2003). An educational needs assessment for improving patient safety, National Patient Safety Foundation, White Paper Report 3, 2003

<http://www.npsf.org/download/EdNeedsAssess.pdf>

Varol, Muharrem(1993). Örgüt Sosyolojisine Giriş, Ankara Üniversitesi Yayınları, Ankara.

Vavra, Terry G.(1999). Müşteri Tatmini Ölçümlerinizi Geliştirmenin Yolları, Kalder Yayınları No:28, Çev. Günhan Günay, İstanbul.

Weaver, Charles N.(2003).Toplam Kalite Yönetiminin Dört Aşaması, Sistem Yayıncılık, Çev.Tuncay Birkan-Osman Akınbay, İstanbul.

Vincent, Charles(2003). Understanding and responding to adverse events. NEJM 2003;348:1051-6

<https://content.nejm.org/cgi/content/extract/348/11/1051>. (20.11.2007)

www.nlm.nih.gov/medlineplus, (20.11.2007)

www.patienten-verband.de/25000.html, (20.11.2007)

www.ahrq.gov/news/pres/, (20.11.2007)

www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/en/index.html,(20.11.2007)

http://www.osha.gov/SLTC/etoolssafetyhealth/comp1_review_program.html,
(08.11.2006)

Wolf, Z.R., Serembus, J. 2000). Responses and Concerns of Healthcare providers to Medication Errors, Clin Nurse Spec, 14 (6), 278-287

Yamak, Oygur(1998). Kalite Odaklı Yönetim, Panel Matbaacılık, İstanbul

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Resmi Gazete Yayın Tarihi:13.01.1983, Sayı : 17927, T.C.Sağlık Bakanlığı.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik Resmi Gazete Yayın Tarihi:05.05.2005, Sayı : 25806, T.C.Sağlık Bakanlığı.

Yatkın A.ve Gökhan E.E.(2003). Toplam Kalite Yönetiminde Önce İnsan Kalitesi, Ekonomik ve Teknik Dergi: Standard, Yıl:43, Sayı:505, Türk Standartları Enstitüsü

Yayla, Nedret(1992). Kaizen, Önce Kalite Dergisi, Kalder Yayınları.

Yazıcı, Selim(2001). Öğrenen Organizasyonlar, Alfa Basım Yayım, İstanbul.

Yıldırım, Erhan (2002). Stratejik Yönetim ve Örgüt Kültürü İlişkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi SBE, İstanbul.

Yıldırım, Özlem(2004). Akreditasyon ve Hasta Güvenliği, Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon Programı, Aralık 2004, Bursa.

Yıldırım, Özlem(2005). Akreditasyon ve Hasta Güvenliği, SB Diyalog, T.C.Sağlık Bakanlığı Yayın Organı, Yıl: 2005, Sayı: 15, s.34-38, Ankara.

Yüksel, Ahmet H.(2002).“Örgüt Kültürünün Performans Üzerine Etkisi ve Aracı Kurum Personeli Üzerine Bir araştırma” Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniv. SBE, İstanbul.

Zohar, Dov(1980). Safety Climate in Industrial Organizations: Theoretical and Applied Implications. J Appl Psychol 1980;65:96–102.

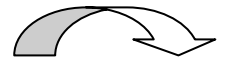
Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Toplam Kalite Yönetimi A.B.D. ve Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon A.B.D. tarafından yürütülmektedir. Çalışmanın amacı "Hastanelerde" Kalite Yönetim Sistemi ile Hasta Güvenliği Kültürü arasındaki ilişkiyi analiz etmektir. Çalışmanın sonuçları eğitim amaçlı kullanılacaktır. Göstermiş olduğunuz ilgiye şimdiden teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

Lütfen, aşağıda yer alan anket sorularını doğru bulma düzeyinize göre işaretleyiniz. Örneğin, ifadenin hastanenizde yapıldığını ve başarılı olduğunu belirtmek için; 'Çok iyi' seçeneğini, başarısız olduğunu belirtmek için "Çok kötü" seçeneğini "√" işaretleyiniz.

A-KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ		Çok iyi	İyi	Ne iyi Ne kötü	Kötü	Çok kötü
GENEL ŞARTLAR						
1	Hastanemizde tüm süreçlerin (prosesler) tanımlanması,					
2	Hastanemizde sistemin dokümantasyonu,					
3	Hastanemizde kaliteye yönelik bir el kitabı,					
4	Hastanemizde dokümanların kontrolü,					
5	Hastanemizde kayıtların kontrolü,					
YÖNETİMİN SORUMLULUĞU						
6	Yönetimin kalite ile ilgili sorumluluklarını yerine getirmesi,					
7	Yönetimin müşteri (hasta, hemşire, doktor vb) odaklılık seviyesi,					
8	Kalite politikamız,					
9	Kalite hedeflerimiz,					
10	Kalite sisteminin planlanması,					
11	Yetki ve sorumluluklarımızın belirlilik seviyesi,					
12	İletişim sistemi (tlf, pano,intranet vb.),					
13	Yönetimin kalite sistemini belirli aralıklarla gözden geçirmesi,					
HİZMETİN GERÇEKLEŞTİRİLMESİ						
14	Hastane hizmetlerinin planlanması,					
15	Hizmetle ilgili tüm yasal ve diğer gerekliliklerin yerine getirilmesi,					
16	Sağlanan hizmetlerin gözden geçirilmesi ve kayıtların tutulması					
17	Hizmet verilen hasta ve birimlerle işbirliği ve iletişim,					
18	Satın alma işlemlerinin şartlara uygunluğu,					
19	Satın alınan ürünün muayenesinin yapılması,					
20	Hizmetlerin uygunluğunun kontrolü,					
21	Süreçlerin geçerliliğinin sağlanması,					
22	Verilen hizmetin izlenilebilirliği(kod numarası vb.) için kullanılan yöntemler,					
23	Ödünç alınan (kurum içi veya dışından) malzemelerin güvenliğinin sağlanması,					
24	İlaçların ve malzemelerin uygun depolanması,					
25	Kullanılan araçların kalibrasyonları ve kontrollerinin yapılması,					

Lütfen Arka Sayfaya Geçiniz.



		Çok iyi	İyi	Ne iyi Ne kötü	Kötü	Çok kötü
KAYNAK YÖNETİMİ						
26	Kaliteli bir sistem için gerekli kaynaklar sağlanması,					
27	Çalışan sayısının yeterliliği,					
28	Çalışanların yetkinliği, bilinç seviyeleri ve eğitimleri,					
29	Altyapının (bina, donanım, yazılım vb) kalitesi,					
30	Çalışma ortamının kalitesi,					
ÖLÇME, ANALİZ VE İYİLEŞTİRME						
31	Hasta memnuniyetlerinin düzenli ölçülmesi,					
32	Verilen hizmete ve kaliteye yönelik yapılan iç tetkikler (denetimler),					
33	Süreçlerin performanslarının ölçümü,					
34	Verilen hizmetin ve ürünün uygunluklarının ölçülmesi ve kayıtların tutulması,					
35	Uygun olmayan ürün veya hizmet kontrolü,					
36	Toplanan verilerin analiz edilmesi,					
37	Sürekli iyileştirme faaliyetleri(eğitim vb) yapılması,					
38	Uygunsuzlukların çıkması durumunda yapılan düzeltici faaliyetler,					
39	Uygunsuzlukların oluşmasını engellemek için yapılan önleyici faaliyetler,					

B-HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ

- “Hasta Güvenliği”, tedavi ve/veya diğer hizmetlerden kaynaklanan hasta yaralanmaları ya da istenmeyen olaylardan kaçınma ya da korunma anlamına gelmektedir.
- “Olay”, hastanın zarar görmesiyle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın, herhangi bir hata türü, kaza ya da sapma olarak değerlendirilmektedir.

Genel olarak hasta güvenliğini, hastaneniz açısından derecelendiriniz.

40 Çok İyi İyi Ne iyi,Ne kötü Kötü Çok kötü

		Asla	Nadiren	Ara sıra	Çoğu zaman	Her zaman
RAPORLANAN OLAYLARIN SIKLIĞI						
<i>Aşağıdaki ifadeler hangi sıklıkta hastanenizde gerçekleşmektedir?</i>						
41	Bir hata gerçekleştiğinde, fakat hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?					
42	Bir hata gerçekleştiğinde, ancak bunun hasta açısından olası bir tehlikesi yoksa, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?					
43	Bir hata gerçekleştiğinde, hastaya zarar verebilecek düzeyde olmasına rağmen, zarar vermeden atlatılmışsa, bu durum hangi sıklıkta raporlanmaktadır?					
YÖNETİM VE İLETİŞİM						
44	Hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek bir olay olduğunda, personel özgürce fikirlerini iletir.					
45	Hastanemizde oluşan hatalarla ilgili bilgilendirilmekteyiz.					
46	Personelin alınan karar ve uygulamaları sorgulama özgürlüğü vardır.					
47	Hastanemizde tekrarlanmaması için hataları önleme yollarını tartışırız.					
48	Hasta güvenliğine yönelik bir iş yapıldığında, amirim takdir eder.					
49	Amirim hasta güvenliği ile ilgili personel önerilerini ciddiyetle ele alır.					

Lütfen Diğer Sayfaya Geçiniz.



		Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
GENEL GÜVENLİK ALGISI						
50	Daha çok işi yapabilmek uğruna hasta güvenliğinden asla vazgeçilmez.					
51	Daha ciddi hataların olmaması tamamıyla şans eseridir.					
52	Hastanemizde hasta güvenliği ile ilgili sorunlarımız vardır.					
53	Hataların oluşmasına engel olacak prosedürlerimiz ve sistemimiz mevcuttur.					
ÖRGÜTSEL ÖĞRENME						
54	Hasta güvenliğini geliştirmek amacıyla aktif olarak çalışmalar yapmaktayız.					
55	Hatalarımızdan ders alırız.					
56	Hasta güvenliğini artırmak için bir değişiklik yaptığımızda, değişikliğin etkinliğini değerlendiririz.					
TAKIM ÇALIŞMASI						
57	Hastanemizde, insanlar birbirini desteklemektedir.					
58	İş yükü ağırlaştığında, işleri tamamlayabilmek için bir takım gibi çalışırız.					
59	Hastanemizde, herkes birbirine saygı göstermektedir.					
HATALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ						
60	Personel yaptığı hataların, kendi aleyhine kullanıldığını düşünür.					
61	Herhangi bir olay rapor edildiğinde, olayın kendisi değil, hataya yol açan kişilerin rapor edileceği düşünülür.					
62	Personel yaptığı hataların siciline işleneceğinden endişe duyar.					
PERSONEL						
63	İş yükünü paylaşacak yeterli personelimiz vardır.					
64	Hasta bakımı için fuzuli olarak, gereğinden fazla personel takviyesi alırız.					
65	Daha çok işi daha hızlı yapabilmek için, sürekli aşırı yoğun bir tempoda çalışmaktayız.					
HASTANE YÖNETİMİ						
66	Hastane yönetimi hasta güvenliği ile ilgili çalışma ortamını sağlamaktadır					
67	Hastane yönetimi için, hasta güvenliği en öncelikli konudur.					
68	Hastane yönetimi, sadece ters bir olay olduğunda hasta güvenliği ile ilgileniyor izlenimi vermektedir.					
BİRİMLERARASI İLİŞKİLER						
69	Birlikte çalışması gereken birimler arasında, iyi düzeyde işbirliği bulunmaktadır.					
70	Hastane birimleri en iyi düzeyde hasta bakımı sağlamak için, birlikte uyum içinde çalışmaktadır.					
71	Hastane birimleri birbirleriyle eşgüdümlü (koordinasyonlu) çalışmamaktadır.					
GÖREV DEĞİŞİMİ						
72	Önemli hasta bakım bilgileri vardiya değişikliğinde kaybolmaktadır.					
73	Hastanede sorunlar genellikle birimlerarası bilgi alışverişi sırasında, ortaya çıkmaktadır.					
74	Vardiya değişiklikleri bu hastanedeki hastalar için sorun yaratmaktadır.					

Lütfen Arka Sayfaya Geçiniz.



		Çok iyi	İyi	Ne iyi Ne kötü	Kötü	Çok kötü
GENEL						
75	Genel olarak, hastanemizin kalite yönetimi sistemi,					
76	Genel olarak, hastanemizde sunulan hizmetin kalitesi,					

Geçtiğimiz 12 ay içinde, kaç tane olay raporu doldurdunuz ya da imzaladınız?

- a. 0 olay raporu
 b. 1 ya da 2 olay raporu
 c. 3 ya da 5 olay raporu
 d. 6 ya da 10 olay raporu
 e. 11 ya da 20 olay raporu
 f. 21 ya da daha fazla olay raporu

C-DEMOGRAFİK DEĞERLENDİRMELER

- Bu hastanede kaç yıldır çalışmaktasınız?

a. 1 yıldan az
 b. 1 - 5 yıl arası
 c. 6 -10 yıl arası
 d. 11 - 15 yıl arası
 e. 16 - 20 yıl arası
 f. 21 yıl ve daha fazla
- Ortalama olarak haftada kaç saat çalışmaktasınız?

a. Haftada 20 saatten daha az
 b. Haftada 20-39 saat arası
 c. Haftada 40-59 saat arası
 d. Haftada 60-79 saat arası
 e. Haftada 80-99 saat arası
 f. Haftada 100 saat ve daha fazla
- Çalıştığınız işin gereği olarak hastalarla doğrudan iletişim kuruyor musunuz?

a. EVET, hastalarda doğrudan iletişim kurmaktayım.
 b. HAYIR, hastalarla hiçbir şekilde iletişim kurmuyorum.
- Mesleğiniz aşağıdakilerden hangisidir?

a. Hemşire
 b. Hekim
 c. Teknisyen (yardımcı sağlık personeli)
 d. Diğer, lütfen yan tarafa belirtiniz:
- Yaşınız aşağıdakilerden hangisidir?

a. 18-25
 b. 26-33
 c. 34-41
 d. 42-49
 e. 50 ve üzeri
- Cinsiyetiniz aşağıdakilerden hangisidir?

a. Kadın
 b. Erkek
- Eğitim durumunuz aşağıdakilerden hangisidir?

a. İlkokul
 b. Ortaokul
 c. Lise
 d. Önlisans
 e. Lisans
 f. Lisansüstü

Yorumlarınız için lütfen bu alanı kullanınız:

İLGİNİZE TEŞEKKÜR EDERİZ