

T.C
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI
ULUSLARARASI KALİTE YÖNETİMİ BİLİM DALI

**JCI AKREDİTASYONU OLAN ÖZEL
HASTANELERDE PERSONEL TEMİNİ
VE UYGULAMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Nesrin ÖZDİL

İSTANBUL,2010

T.C
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI
ULUSLARARASI KALİTE YÖNETİMİ BİLİM DALI

**JCI AKREDİTASYONU OLAN ÖZEL
HASTANELERDE PERSONEL TEMİNİ
VE UYGULAMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Nesrin ÖZDİL

Danışman: Prof.Dr.Şadi Can SARUHAN

İSTANBUL,2010

Marmara Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Tez Onay Belgesi

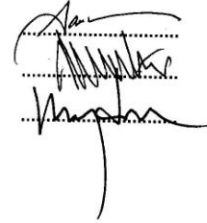
İŞLETME Anabilim Dalı ULUSLARARASI KALİTE YÖNETİMİ Bilim Dalı
Yüksek Lisans öğrencisi NESRİN ÖZDİL' nin JCI AKREDITASYONU OLAN ÖZEL
HASTANELERDE PERSONEL TEMİNİ VE UYGULAMASI adlı tez çalışması
Enstitümüz Yönetim Kurulunun 01.03.2010 tarih ve 2010-3/27 sayılı kararıyla
oluşturulan jüri tarafından oybirliğiyle Yüksek Lisans Tezi olarak kabul
edilmiştir.

Öğretim Üyesi Adı Soyadı

İmzası

Tez Savunma Tarihi : 16.03.2010

- 1) Tez Danışmanı : PROF. DR. ŞADİ CAN SARUHAN
2) Jüri Üyesi : PROF. DR. İNCİ ARTAN ERDEM
3) Jüri Üyesi : PROF. DR. HAYDAR SUR



ÖNSÖZ

Tezimin hazırlanışı sırasında benden ilgisini ve sevgisini esirgemeyip bilgi birikimini paylaşan yol ve yön gösteren sevgili hocam ve değerli danışmanım Prof. Dr. Şadi Can SARUHAN'a ve durağan zamanlarımda bana destek olarak, yardımlarını esirgemeyen, Seval MECİT ÇİMEN'e ve Kezban MERİÇ'e gönülden teşekkür ederim.

Nesrin ÖZDİL
İstanbul,2010

İÇİNDEKİLER

TABLolar.....	V
ŞEKİLLER.....	VII
KISALTMALAR.....	VIII

GİRİŞ.....	1
------------	---

1.BÖLÜM: TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA AKREDİTASYON SÜRECİ VE JCI... 5

1.1.Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tanımı.....	5
1.2.Türkiye’de Sağlık Reformları Süreci ve Kalite Çalışmaları.....	25
1.2.1.Türkiye Sağlık Hizmetleri Tarihçesi.....	25
1.2.2.Türkiye’de Sağlık Reformları Süreci.....	30
1.2.3.Kalite Çalışmaları.....	38
1.3. Akreditasyonun Tanımı ve Tarihçesi.....	44
1.3.1. Tanımı.....	45
1.3.2.Tarihçesi.....	48
1.4. JCI’ın Tanımı, Amacı ve Hedefleri.....	54
1.4.1. JCI’ın Tanımı.....	54
1.4.2.JCI’ın Amacı ve Hedefleri.....	54
1.5.Sağlık Hizmetlerinde JCI Akreditasyonu Uygulayan Ülkeler ...	58

2.BÖLÜM: SAĞLIK HİZMETLERİNDE SEÇME VE YERLEŞTİRME SÜRECİ 62

2.1.Seçme ve Yerleştirme Altyapısının Oluşturulması.....	63
2.1.1. İnsan Kaynakları Envanter Çalışması	68
2.1.1.1. Sağlık Personelinin Personel Dosya Sistemi....	68
2.1.1.2.Sağlık Hizmetlerinde Kadro Çalışmaları.....	73
2.1.1.2.1. Sağlık Hizmetlerinde İş Analizi Çalışmaları	77
2.1.1.2.3.Sağlık Hizmetlerinde İş Tanımlarının	
Yapılması.....	81
2.1.1.2.2. Sağlık Hizmetlerinde İş Gereklilerinin	
Belirlenmesi	86

2.1.1.2.4.Sağlık Hizmetlerinde Norm Kadro	
Planlamaları.....	89
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Yerleştirme Süreci.....	93
2.2.1.Dışarıdan Temin.....	93
2.2.1.1.Özgeçmişlerin Toplanması ve Adayların Kabulü	95
2.2.1.3.İlk Görüşme.....	96
2.2.1.4. Önceki İşlerin Soruşturulması ve İş Görüşmesi	97
2.2.1.5.İlk Seçim ve Yeterlilik Değerlendirilmesi.....	102
2.2.1.6.Son Seçim ve İşe Alma ile Atama Prosedürleri	104
2.2.2. İçerden Temin.....	105
2.2.2.1. İçerden Teminde Performans Değerlendirme Süreci	107
2.2.2.2. İçerden Teminin Yararları ve Sakıncaları...	113
3.BÖLÜM:JCI AKREDİTASYONU ODAKLI SEÇME VE YERLEŞTİRME	115
3.1.JCI Uygulayan Hastanelerde Personel Seçiminde Üst Yönetim ve	
Departman Yöneticisinin Sorumluluğu.....	115
3.1.1.Üst Yönetimin Sorumluluğu.....	116
3.1.2.Departman Yöneticisinin Sorumluluğu.....	121
3.2.JCI Uygulayan Hastanelerde Kadro Planlamaları ve Transferler...	123
3.2.1.Kadro Planlamaları.....	124
3.2.2.Transferler (Departmanlar Arası Yeniden Atama).....	126
3.3.JCI Uygulayan Hastanelerde Seçme ve Yerleştirmede Aranılan	
Özellikler.....	128
3.3.1.Standardın Yetkinlikle İlgili Maddeleri.....	129
3.3.2.Medikal Personelin Yetkinliği, Yetkinliğin Doğrulanması	131
3.3.2.1.Yasa ve Mevzuatlara Uygunluk.....	134
3.3.2.2.Hekimlerin Görev Yetki ve Sorumluluğu... ..	136
3.3.2.3.Hemşirelerin Görev Yetki ve Sorumluluğu...	137
3.3.2.4.Diğer Medikal Personelin Görev Yetki ve	
Sorumluluğu.....	139

4.BÖLÜM:UYGULAMA.....	141
4.1.Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	141
4.2.Araştırmanın Yöntemi.....	141
4.3.Araştırmanın Temel Kısıtları.....	146
4.4.Analiz ve Bulgular.....	148
5.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	209
EKLER.....	220
KAYNAKÇA.....	221

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa</u>
1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite- Tarihsel Yaklaşımlar	7
2. Kalite Boyutlarına Göre Kalite Standartları ve Göstergeleri	23
3. 1923 Yılı Türkiye’de ki Yataklı Tedavi Kurumları Sayısı	27
4. Türkiye’de Nüfus ve Yataklı Tedavi Kurumlarının Sayısal Gelişimi ..	35
5. Ruhsatlandırma ve Akreditasyon	47
6. Ülkelerin Sağlık Alanında Faaliyet Gösteren Akreditasyon Programları ve Başlangıç Yılları.....	53
7. JCAHO Örgütünün Resmi Akreditasyon Karar Raporu	57
8. JCI Akreditasyonu Uygulayan Ülkeler ve Akredite Olmuş Kuruluş Sayısı	61
9. Sağlıkta İnsan Kaynakları Düzeyi	63
10. 10.000 Nüfus Başına Sağlık Alanında Çalışan Sayısı	74
11. Kardiyoloji Polikliniği Servis Hemşireliği İş Tanımı Formu	84
12. Kardiyoloji Polikliniği Servis Sorumlu Hemşiresi İş Gereklileri Formu ...	88
13. Türkiye’de Sağlık Personeli Gelişimi 1930-2002	89
14. Rasch Skalasının Alt Parametreleri	90
15. Özel Hastaneler Yönetmeliğine Göre Bulunması Gereken Personel Sayıları	91
16. Marmara Bölgesi Sınırları İçerisinde Yer Alan Akredite Hastaneler.....	147
17. Hastanelerin Bağlı Olduğu Gruplar.....	148
18. Kalite Çalışmaları	150
19. JCI Nedir?.....	151
20. İK Çalışmalarında JCI’dan Öncesi ve Sonrası	154
21. Personel Seçme ve İşe Alma Süreci	158
22. İş Analizi Çalışmaları.....	159
23. Kadro Planlamaları.....	164
24. Üst Yönetimin Planlama, Personel Seçimi ve Performanstaki Rolü.....	167
25. Departman Yöneticisinin Planlama, Personel Seçimi ve Performanstaki Rolü .170	
26. Departmanlar Arası Transferler.....	173
27. İşe Alma ve Yerleştirme Süreci.....	176
28. Dışarıdan Temin Süreci.....	178

29. İş Görüşmesi.....	182
30. Hemşirelerin Seçimi.....	184
31. Hekimlerin Seçimi.....	188
32. Diğer Medikal Personelin Seçimi.....	190
33. İçerden Temin Süreci.....	192
34. Hastanelerdeki Terfiler ve Kariyer Planlama.....	194
35. Performans Değerlendirme Süreci.....	196
36. Performans ve Kariyer İlişkisi.....	199
37. Yeterlilik Değerlendirmesi ve Kanunlara Uygunluk.....	201
38. Kadro Yeteneklerinin Değerlendirme Süreci.....	205
39. Personelin Özlük Dosya Sistemi.....	207

ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa</u>
1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	11
2. Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri	17
3. İnsan Kaynağı İhtiyacı Tespiti ve Aday Toplama Süreci	65
4. Personel Seçimi Hazırlık Çalışmaları	67
5. İş Analizi Kullanım Alanları	78
6. İş Analizi Çalışmaları Süreci	81
7. İş Hakkında Bilgi Kaynakları	86
8. İç Yayın Süreci	106
9. Personel Alım Süreci	107

KISALTMALAR

AB	:	Avrupa Birliği
ACHS	:	Australian Council on Healthcare Standards Avusturalya Sağlık Güvenliği Standartları Konseyi
ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
B.C.	:	Milattan Önce
CBA	:	Joint Commission / Concorsio Brasileiro de Acreditação Brezilya Akreditasyon Birliği Konseyi
CSBS	:	Clinical Standards Board For Scotland İskoçya Klinik Standartları Kurulu
CPR	:	Cardio Pulmoner Resütasyonu
ÇNE	:	Çalışanların Niteliği ve Eğitimi
DPT	:	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
EEG	:	Elektro Ensefalografi
EFQM	:	Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı
EMG	:	Elektromiyografi
EN	:	Europeane Norm Avrupa Standartları
EURO	:	Europa, Avrupa
FAD	:	Fundatio Avedis Donabedian, Spain Avedis Donabedian Vakfı
GSMH	:	Gayri Safi Milli Hasıla
HAP	:	İngiltere Sağlık Akreditasyonu için kullanılan sistemlerden biri.
HEDIS	:	Healthcare Effectiveness Data and Information Set Efektif Sağlık Bakım Bilgi Veri Sistemi
HQS	:	The Health Quality Service Sağlık Kalite Servisi
ISO	:	International Organization for Standardization Uluslararası Standartlar Organizasyonu
I.V.	:	İntra venöz (Damar İçi)

İAB	:	İşten Ayrılma Bildirgesi
İK	:	İnsan Kaynakları
İ.Ö.	:	İsa'dan Önce
İŞ K.	:	İş Kanunu
JCAH	:	The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Hastanelerin Akreditasyonu Üzerine Ortak Komisyon
JCAHO	:	The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Sağlık Hizmetleri Organizasyonlarının Akreditasyonu için Birleşmiş Komisyon
JCI	:	Joint Commission International Uluslararası Birleşik Komisyon
JCR	:	Joint Commission Research Birleşik Komisyon Araştırması
KalDer	:	Kalite Derneği
KPSS	:	Kamu Personeli Seçme Sınavı
m.	:	Madde
NCQA	:	The National Committee for Quality Assurance (İngiltere) Ulusal Kalite Güvencesi Komisyonu
OECD	:	Organisation for Economic Co-operation and Development, Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü
Prat.H.	:	Pratisyen Hekim
QHR	:	Quality Health Research Sağlıkta Kalite Araştırması
QIC	:	Quality Improvement Council, Australia Kalite Geliştirme Konseyi
RDS	:	Respiratuvar Distres Sendrom
SABEM	:	Sağlık Bilgi Erişim Merkezi
Sağlık Mem.	:	Sağlık Memuru
SB	:	Sağlık Bakanlığı
SSK	:	Sosyal Sigortalar Kurumu
sy.	:	Sayı
TC.	:	Türkiye Cumhuriyeti

TJCHA	:	Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation (or the Commission) Tayvan Hastane Akreditasyonu Birleşik Komisyonu
TSE	:	Türk Standartları Enstitüsü
TTB.	:	Türk Tabipler Birliği
TÜR-KAK	:	Türk Akreditasyon Kurumu
TÜSİAD	:	Türk Sanayici İş Adamları Derneği
US	:	İngiltere Sağlık Akreditasyonu için kullanılan sistemlerden biri
Uzman H.	:	Uzman Hekim
vb.	:	ve benzerleri
vd.	:	ve diğerleri
VKV	:	Vehbi Koç Vakfı
WHO	:	Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde ihtiyacın ortaya çıkması planlı bir şekilde gerçekleşmez. Beklemedik bir şekilde ortaya çıkabilen bir ağrı veya şikayet veya herhangi bir kaza durumu sağlık hizmeti ihtiyacını doğurur. Hastaların daha önce almış oldukları sağlık hizmetleri, beklentilerin oluşmasında çok etkilidir.¹ Beklentilerin oluşmasında hastanın kendi tecrübeleri etkili olabileceği gibi yakınlarının tecrübeleri de etkili olabilmektedir.

Hastaneler çoğu zaman ürün kalitesi bakımında sıfır hata ile çalışmak zorunda olan kurumlardır. Çünkü hizmet kalitesinde yapılacak küçük bir hata bile telafisi mümkün olmayan sonuçlar doğurabilmektedir. Bu bakımdan sağlık bakımından kalite tanımlanması zor bir kavramdır. Klasik görüş kaliteyi: sağlık sistemlerinin çeşitli öğelerinin, standartlara uygunluk yada mükemmellik derecesi olarak tanımlamaktadır.²

Hastalar verilen hizmet kalitesini çoğu zaman bilinçli bir şekilde değerlendiremezler. Çünkü verilen hizmetle ilgili yeterli bilgiye sahip değildirler. Hastalar hizmet kalitesini daha çok hizmetin sunulmuş biçimi; fiziksel koşullar, personelinin yaklaşımı, hastanede bekleme süreleri gibi açılardan değerlendirmektedir. Ancak hastalar kaliteyi hangi açıdan değerlendirmiş olursa olsun hizmeti kaliteli algıladıkları sürece tercihlerini aynı kurumdan yana kullanacaklardır.

1966-1990 yılları arasında hasta memnuniyetiyle ilgili yapılan 221 araştırmanın değişik boyutlarda incelenmesi sonucu yayınlanan bir makalede, hasta memnuniyetini etkileyen faktörler öncelikle; %65 ile hizmet sunucularının hastalarına karşı gösterdikleri ilgi, %50 hastaları hastalıkları oranında bilgilendirme,%45 yakın ilgi ve hizmet sunucu ile sağlık kuruluşlarının güvenilirliği,%43 profesyonel yeterlilik,%28 uzun bekleme süreleri gibi bürokratik işlemler,%27 ulaşılabilirlik,%16 teknolojik yeterlilik gibi fiziksel özelliklerin varlığı belirtilmiştir.³

¹Sedat Bostan,"Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti Sunumu", **Sağlık Hakkı**, Sayı.1, Nisan 2006, s.23.

²Ümit Şahin, Hastane İşletmeciliği, http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/display.aspx?id=1484 (29/11/2008)

³H.Seval Akgün, Rengin Erdal, "Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü", Mithat Çoruh (Ed), **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme** içinde (219-225), Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1997, s.220.

Hastalık tanı ve tedavi sürecinin etkinliği üzerinde önemli etkisi bulunan hasta-sağlık personeli iletişimi hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktördür.⁴ Özellikle 1980’li yıllardan itibaren kalite programlarının uygulanmaya başlaması ve müşteri memnuniyetini ön plana çıkmasıyla birlikte sağlık personeli-hasta etkileşimi de önem kazanmıştır. Bu yıllardan itibaren müşteri memnuniyetini etkileyen faktörler üzerinde durulmaya başlanmış ve en önemli faktörün hasta-personel etkileşimi olduğu ortaya çıkmıştır.

Hasta- hekim ilişkisi genellikle beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan bir rahatsızlık sonucu kurulan ve zorunluluktan doğan bir ilişkidir. Hasta bu beklenmedik durum karşısında endişeli, mutsuz ve hatta öfkeli olabilir. Hekimin hastaya yaklaşımı, verdiği bilgilerin anlaşılabilir ve tatmin edici olması hasta memnuniyetini büyük ölçüde etkilemekte ve hastaların tedaviye yaklaşımını ve uyumunu artırmaktadır. Hasta-hekim ilişkisinde geçerli olması gereken; karşılıklı saygı, zarar vermeme-yarar sağlama, özerlik, adalet-hakkaniyet, dürüstlük-güven gibi etik değerler aynı zamanda hasta haklarına temel oluşturan ilkelere dir.⁵

Hasta-doktor ilişkisinde, bazı araştırma sonuçlarına göre, hasta memnuniyetini aşağıdaki nedenlere bağlandığı görülmektedir.⁶

- Doktorun hastaya sıcak, nazik, dostça, destekleyici ve güven verici tarzda davranması
- Doktorun hastanın beklenti ve kaygılarını ortaya koyacak şekilde yüreklendirici ve empatik bir yaklaşımla sorgulaması
- Doktorun aldığı yanıtları açıklaması, özetlemesi ve hastanın anlayabileceği bir dille ona daha fazla bilgi vermesi
- Hasta odaklı görüşme olması ve doktorun etkileşimde baskın olmaması
- Hastalara tıbbi durumlarıyla ilgili karar vermede daha fazla fırsat verilmesi

⁴ Nuray Uzkesici, **Sağlık Kurumları Yönetimi**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, s.305.

⁵ Tevfik Özlü, **Hasta Hakları Hakkınız Var Çünkü Hastasınız**, 1.Baskı, İstanbul:Timaş Yayınları, 2005, s.21.

⁶ Mustafa Öz, “Hasta Memnuniyeti ve SSKB Ankara Eğitim Hastanesinde Bir Uygulama, (Yükseklisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2004),s.68.

- Hasta ihtiyaçlarının ifade edilmesi
- Görüşmede hastanın psiko-sosyal sorunlarının tartışılması ve kaygılarının giderilmesidir.

Sağlık alışanları içinde hemşireler genellikle hasta hizmetlerini sağlayan ve hastalarla en çok yüz yüze gelen grubu oluşturmaktadırlar. Hemşireler hastalarla birlikte hizmetin hemen hemen her aşamasını birlikte yaşarlar. Hastalar fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarının hemşirelerin bilgi ve becerileriyle karşılanmasını istemektedirler. Hasta-hemşire iletişiminde; her iki tarafında sosyo-kültürel özellikleri, kültürel düzeyleri, iletişim becerileri önemli rol oynamaktadır.⁷ Hemşire-hasta iletişiminde, bilgilendirmenin iletişimi pozitif yönde etkileyen önemli bir unsur olduğu belirtilmektedir. Hekim- hasta arasındaki bilgilendirme ile, hemşire-hasta arasındaki bilgilendirmenin birbirinden farklı olduğu daha duygusal bir alt yapıya sahip olduğu ifade edilmektedir.⁸ Hasta memnuniyetini sağlanması hemşire-hasta ilişkisi çok önemlidir.

Sağlık hizmetleri bir ekip işidir. Başarılı bir hizmet sunumu hem tıbbi hem de diğer personelin nitelikli olması sonucu sağlanabilir. Sunulan hizmetin kaliteli olması sadece doktor ve hemşirenin değil tüm personelin sorumluluğudur. Sunulan hizmetin herhangi bir bölümünde oluşan ufak bir aksaklık, hastaların memnuniyetini olumsuz etkileyebilmektedir. Sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojik ve bilimsel ilerlemelere karşın, iletişim hala hastalıkların teşhis ve tedavisinde klinik işlemlerin özü olarak kabul edilmektedir. Çünkü hastaların sağlık personeliyle ilişkilerinin niteliği, sunulan hizmetten memnuniyeti önemli ölçüde etkilemektedir⁹. Hastaya gösterilen ilgi, nezaket ve anlayış hastanın rahatlamasını ve tedaviye daha iyi uyumunu sağlamaktadır.

JCI akreditasyonu olan özel hastanelerin personel temini sürecinin nasıl işlediğini tespit etmeyi amaçlayan çalışma dört bölümden oluşmaktadır:

⁷Burhan Tkel, “Yatan Hasta Memnuniyeti: Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi’nde Bir Uygulama”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,2001), s.54.

⁸İlkay Topcu, “Ankara zel Güven Hastanesinde Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi,” (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005), s.35.

⁹ Mustafa z, s.72.

Birinci Bölümde; Sağlık hizmetlerinde, kalitenin tarihçesine de değinerek kaliteli sağlık hizmetinin tanımı yapılmış, JCI'nın ve Akreditasyonun tanımı yapılarak Türkiye'de sağlıkta akreditasyon süreci ve JCI açıklanmaya çalışılmıştır.

İkinci Bölümde; Seçme ve işe almanın alt yapı süreçleri incelenerek sağlık hizmetlerinde personel sayısının gelişimi, önemi ve kadro planlamaları ile sağlıkta iş analizi çalışmalarının açıklanması ve personel temin sürecinin belirtilmesi amaçlanmıştır.

Üçüncü Bölümde; JCI akreditasyonunu uygulayan hastanelerin çalışanların niteliği ve eğitimi kriterlerini karşılayabilmesi için yapması gereken maddelere değinilmiştir.

Dördüncü Bölümde; ise Türkiye'de JCI ile akredite olmuş özel hastanelerden Marmara Bölgesi içerisinde bulunan hastanelerin insan kaynakları sorumluları ile görüşmeler yapılmış, bir çok ülkede kaliteli sağlık hizmeti sunumunun göstergesi kabul edilen, özellikle sağlık turizmi açısından güvenilir bulunan JCI Akreditasyonuna sahip hastanelerde personel temini nasıl yapılmaktadır? Hangi kriterler önemli olmakta? Nelere dikkat edilmekte, görev yetki ve sorumluluklar nasıl paylaşılmaktadır? Sorularına yanıt aranmıştır.

1.TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA AKREDİTASYON SÜRECİ VE JCI

Gelişen ülkeler ile gelişmekte olan ülkelerin sağlık politikaları kıyaslandığında büyük farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Gelişmişlik düzeyi arttıkça sağlığa yapılan yatırımlar, hasta memnuniyeti, ulaşılabilirlik ve güvenilirlik artmaktadır. Kalite olgusunun bir yönetim felsefesi haline gelmesi ile birlikte uygulamada işletmelere rehberlik etmek üzere bir takım ölçütler veya standartlar geliştirilmiştir. Uluslararası Standartlar Örgütü’ne göre kalite; bir ürün veya hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama yeteneğine dayanan özelliklerinin toplamıdır.¹⁰

Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışının oluşturulması ve bu kalitenin sürekli kılınması için sağlık politikaları oluşturulmaya başlanmıştır. Ülkelerin, tüm dünyada kabul gören birtakım sistemler ve standardizasyonlara uyum programları ile sağlık hizmetlerinde ilerleme sağladıkları görülmektedir. Bu bölümde sağlık hizmetlerinde kalitenin tanımını yaparken, Türkiye’de ve dünyada sağlık reform süreçleri ile akreditasyonun tanımı ve tarihçesine de değinerek JCI akreditasyonunu tanımayı amaçlıyoruz.

1.1.SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTENİN TANIMI

Sağlık hizmetleri her zaman bir kavram karmaşası içersinde olmuştur. Sağlık hizmetlerinde yoğun bilgi birikiminin ve teknolojinin kullanılması bu tanımlamayı yapmaktaki karmaşayı daha da arttırmaktadır. Sağlık hizmetini tanımlamamız gerekirse;

“Sağlık hizmetleri, bireyin bedensel olarak organizmasının tıp bilimleri tarafından kabul edilmiş standartlar dahilinde bütünlük, düzen ve uyum içinde olması ve ancak bununla birlikte ve psikiyatri bilimi tarafından kabul görmüş ölçüler içindeki ruhsal durumlar anlamına gelen sağlığını korumak, tedavi ve rehabilite etmek, toplumun sosyal ve çevresel yaşam standartlarını yükseltmek amaçlarını toplam kalite politikalarının odağı olarak görüp, bunların biri, birkaçı veya hepsini gerçekleştirmek

10 Nihal Türkoğlu, Saliha Gün, “Uluslararası Akreditasyon Standartlarına Göre Yoğun Bakım Ünitelerinde Hemşirelik Hizmetleri Kalite Yönetimi”, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, Cilt:1, No:2, 2006 Ekim, s.14

gayesiyle, konularında uluslararası standartlara uygun yüksek öğrenim görmüş nitelikli insan kaynaklarını, ulaşılan bilimsel bilgi birikimlerini, ileri teknoloji ürünü her türlü faydalı cihazları kullanmak suretiyle harekete geçiren ve sağlık konusunda başta tıp ve işletme bilimleri olmak üzere bütün uluslararası kabul görmüş bilim dallarını kullanan kamuya, özel girişimcilere, sivil toplum kuruluşlarına, yerel yönetimlere ve diğer kuruluşlara ait değişik fiziksel kaynaklar aracılığıyla sunulan evrensel nitelikli hizmetlerin toplamıdır.¹¹” denilebilir.

Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi ile ilgili çalışmalar oldukça eskilere dayanmaktadır. Paris Louvre Müzesi’nde bulunan Babil Kralı Hamburabi’ye ait bir metinde “doktor, gözünde apse bulunan bir hastayı iyileştirirse 10 sikke, eğer hasta köleyse 2 sikke alır, fakat apse açılırken neşterin körlüğünden dolayı hasta görme duyusunu kaybederse doktorun eli kesilir” denilmesi tıbbi bakım konusundaki bir takım beklenti ve yaptırımların İ.Ö.2000 yıllarına dayandığı belgelenmektedir.¹² Sağlık hizmetlerinde kaliteye olan tarihsel yaklaşımlar Tablo:1’de sunulmuştur.

Sağlık hizmetleri hastanın sağlık sistemine girmesiyle başlayan ve iyileşerek sistemden çıkmasıyla son bulan bir süreçtir. Bu süreç anemnez almayla başlar ve tanı, tedavi, rehabilitasyon ve hasta takibiyle devam eder.¹³

11 Mehmet Öztürk, “Hastane İşletmeciliğinde Yeni Bir Verimlilik Ölçme Modeli Olarak Menü Verimlilik Modeli Sunulması ve İlişkin Bir Araştırma” MTM, Yayın No:2, Mayıs, 2000, İstanbul, s.5
http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&subid=125&Ib=H
(24.11.2008)

12Seval Akgün, “Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme, Başkent Üniversitesi Örneği”, Standart Ekonomik ve Teknik Dergi, Cilt:44, No:527, Kasım 2005, s.75

13 Kadriye Karakaş, “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında İç Müşteri Kavramının Anlam ve Önemi”,Sağlık Bilgi Erişim Merkezi,(SABEM), s.138
http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&subid=125&Ib=H
(24.11.2008)

Tablo: 1**Sağlık Hizmetlerinde Kalite - Tarihsel Yaklaşımlar**

Kurallar	Bilimsel Yaklaşım	Yönetim Bilimi Odaklı
Hamburabi (2100 B.C 3.yüzyıl B.C)	Hipokrat Kontrollü klinik araştırmalar (1840'lar)	Endüstriyel devrim (1800) Taylor'un bilimsel yönetim modeli(1900)
Kanunlar	Nightingale (19.yüzyılın ikinci yarısı) Osler (19-20 yüzyıl)	
Devlet kurulları	Codman (20.yüzyıl başları) Amerikan Cerrahi Derneği Hastaneler Standardizasyonu(1917)	Shewhart
Kurallar yaklaşımının bilimsel yaklaşımı etkileme dönemi	Morbidite/mortalite Klinopatolojik konferanslar	4 sigma-Amerika endüstri sektörü 1940'lar
Hastanelerin akreditasyonu üzerine ortak komisyon JCAH:1951-1980'ler	Avedis Donobedian (1970)	Deming, Juran, Japonya çalışmaları (1930'lar- 1980'ler) 6 Sigma'ya ulaşım
JCA Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu üzerine Ortak Komisyon (1980'ler)	Çıktılar hastalık yönetimi (1980- 1990'lar)	Toplam Kalite (1980'ler 1990'lar) (Baldrige ISO 9000)
JCAHO/PRO/NCQA(1990)		Öğrenen organizasyonlar insan faktörü(1990'lar)
Raporlama kartları HEDIS/oryx/etc.		Komplex oluşumlar teorisi 2000'ler

Kaynak: Seval Akgün, "Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme, Başkent Üniversitesi Örneği"

Standart Ekonomik ve Teknik Dergi, Cilt:44, No: 527, Kasım, 2005,s:75

Sağlık hizmetlerinde kalite ve kalite yönetimi kavramlarının açıklık kazanması için önce hizmet sektöründe kalite kavramına açıklık getirmek gerekir. Parasuraman ve Haywood-Farmer ve daha başka yazarlara göre, hizmetlerin başlıca üç özelliği bulunmaktadır:¹⁴

1.Soyutluk: Hizmetler soyuttur, çünkü ölçülemez, sayılamaz ve test edilemezler. Herhangi bir hizmeti depolamak söz konusu olmadığından, üretim sektöründe yapıldığı gibi son aşamada kalite kontrolü yapmak ta mümkün değildir.

2.Heterojenlik: Hizmetler, birbirinden çok farklı ihtiyaçları olan müşteriler içindir. Aynı hastalığa sahip farklı kişilerin, hastane ortamı, tedavi ve bakım konularında farklı beklentilere sahip olacağı ortadadır.

3.Bütünlük: Üretim sektöründe olduğu gibi, ürüne fabrikada iken birtakım yöntemlerle kalite kazandırmak ve daha sonra müşteriye sunmak söz konusu değildir. Tersine, hizmet verilirken o anda kalite gerçekleşir ya da gerçekleşmez.

Hemen her ülkede sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine yönelik olarak ortaya çıkan reform arayışları, bilinen belli sayıda temel unsur etrafında odaklanmıştır. Bunlara göre, öncelikle erişimi kolay, kaliteli bir sağlık hizmetine ulaşmak için yeterli derecede yaygınlaştırılmış, hizmet yükü ile hizmet sunanların dengeli olduğu, en azından bu dengeyi sağlayacak şekilde yüksek motivasyonla, verimli bir hizmetin üretildiği ortamın sağlanması gerekir. Unutulmamalıdır ki, yüksek kalite, iyi şeyleri yapmayı kolaylaştıran, kötü şeyleri yapmayı zorlaştıran bir sistemden geçer. Sağlık bakım kalitesini arttıracak ve bu artışı sürekli gözleyecek bir yapının kurulması şarttır. Sağlık profesyonellerine kaliteli sağlık hizmeti verme sorumluluğu kazandırılmalıdır.¹⁵

Sağlık hizmetlerinde kalitenin tanımını yapabilmek için sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık işletmelerinin ve hastanelerin ayırt edici özelliklerini özetlemek gerekmektedir. Hastaneler, yaralı ya da hastalık şüphesi ile sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyen kişilerin ayaktan veya yatırılarak muayene edildiği, gözlem altında

14 Osman Hayran, Hulki Uz, "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi",Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği, s.4, [http://skid.org.tr/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=35&Itemid=85\(24.11.2008\)](http://skid.org.tr/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=35&Itemid=85(24.11.2008))

15 Sağlık Bakanlığı "Sağlıkta Performans Yönetimi Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi",1.Baskı, Ankara, Onur Matbaacılık,2006, s.19

tutulduğu, hastalık tanılarının konulduğu, tedavi ya da rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği; tıbbi bir kuruluş, ekonomik bir işletme, doktor ve diğer sağlık personeline eğitim veren bir kurum, araştırma ünitesi, birçok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı bir örgüt, sosyal ve toplumsal birimler olarak tanımlanmaktadır. Hastanelerin özelliklerine değinecek olursak;¹⁶

1-Sağlık hizmetlerinin sonuçları olan çıktıları diğer sektörlerde olduğu gibi kısa sürede görmek ve değerlendirmek mümkün olmadığı için sağlık işletmelerinin çıktılarının tanımlanması ve ölçülmesi zordur.

2-Hastanelerde birbirinden çok farklı tıbbi hizmetlerin yanında otelcilik, teknik hizmetler, eğitim, araştırma, bilgi işlem gibi farklı hizmetler de sunulduğu için, hastanelerde çok sayıda meslek grubu birlikte hizmet vermektedir.

3-Sağlık hizmetleri kişiye özgü olup standardize edilemediği için hastanelerde yapılan işler karmaşık ve değişkendir.

4-Hastanelerde yapılan faaliyetlerin çoğu acil ve ertelenemeyecek özelliktedir.

5-Yeni tedavi metotları ve tıpta teknolojinin hızlı gelişmesi nedeniyle hastanelerde yüksek düzeyde uzmanlaşma vardır.

6-Hastanelerde farklı meslek grupları arasında "karşılıklı bütünüleyici bağımlılık" yüksek düzeyde olup, farklı birimlerin koordinasyon içinde çalışması çok önemlidir.

7-Mesleki bilgi ve deneyimleri profesyonellere yönetime karşı otorite kazandırdığı için hastanelerde çatışmaya yol açan ikili otorite yapısı vardır.

8-Hastanelerdeki insan kaynakları ağırlıklı olarak, kurumsal hedeflerden çok mesleki hedefleri önceleyen profesyonellerden oluşmaktadır.

9-Hastanelerde hizmetin belirleyici bölümünü oluşturan hekimlik fonksiyonları, tümüyle denetlenebilir özellikte değildir.

¹⁶Özkan Dalbay, “ ISO 90001-2000 Kalite Yönetim Sistemi ve Kamu Hastanelerinde Uygulamaya Yönelik Model Önerisi”, (Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, SBE, 2002), s.21

10-Hastanelerde yapılan işlemlerin, yanlışlık ve belirsizliklere karşı toleransı dardır.

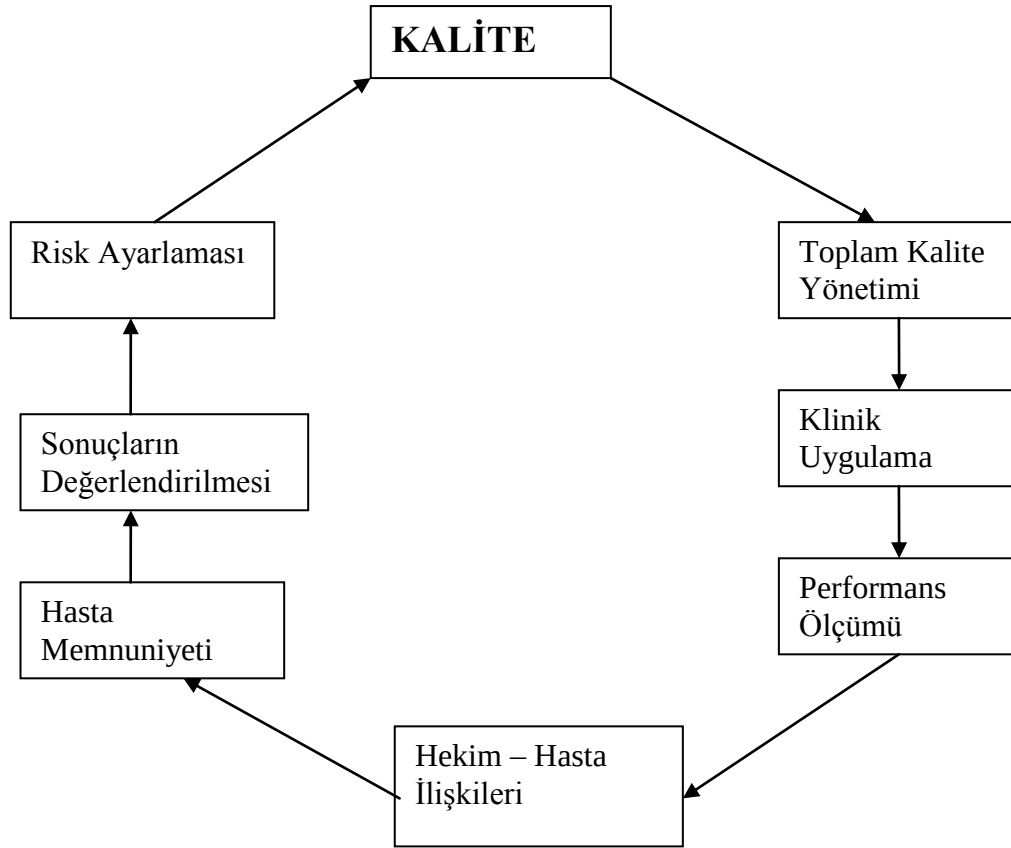
Bu sebeplerden dolayı sağlık hizmetlerinde kalitenin tanımını yapmak oldukça zordur. Bugünkü bilgilere uygun olarak, kişilere veya topluma sunulan sağlık hizmetleri düzeyini arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaşmak için gerekli düzeye getirme amacı ile uygulanan programlar kalite iyileştirme kavramı içine girmektedir. Kaliteli bir sağlık hizmetine ulaşmak istediğimizde; genellikle bir cerrahi girişim için kısa bir süre sonrasında randevu alabilmeyi, acil servislerde gerçek acil hizmetine ulaşabilmeyi, klinik uygulamalarda farklılıkların minimum seviyede olmasını, yetersiz ve yanlış uygulamalara maruz kalmamayı isteriz. Teknolojiden zamanında faydalanarak günümüzün bilimsel doğrularına göre sağlık hizmetine ulaşmayı, hekim hasta ilişkilerinin iyi olduğu, sadece birey olarak değil toplum sağlığının da iyileştirildiği bir hizmet bekleriz.¹⁷

Sağlık hizmetlerinde kalite Şekil 1’de gösterildiği gibi uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra tüm hizmet süreçlerinde hasta ihtiyaç ve beklentilerinin tam olarak karşılanması olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetinin kendine özgü özellikleri şunlardır:¹⁸

- Hizmet doğrudan doğruya insandan insanadır.
- Müşteri ile hizmeti veren arasında doğrudan bir ilişki vardır.
- Hizmetin zamanında yapılması esastır.
- Hizmet kusursuz ve mükemmel olmalıdır.
- Hizmette verimliliği ve başarıyı ölçmek zordur.
- Hizmeti gerçekleştirirken dış etkenler nedeniyle sosyal problemler fazladır.

17Erdal H Akalın. “Yoğun Bakım Ünitelerinde Kalite İyileştirme” Yoğun Bakım Dergisi, Cilt:1, No:2, 2001; s.69

18 Akgün, s.76



Şekil.1.
Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Kaynak: Erdal Akalın, “Antibiyotik Kontrolünde Kalite ve Denetleme”, s.29
[www.gata.edu.tr/infkom/dosyalar/26SUBAT_SUNULARI/Antibiyotik%20Kontrolünde%20Kalite%20ve%20\(24.11.2008\)](http://www.gata.edu.tr/infkom/dosyalar/26SUBAT_SUNULARI/Antibiyotik%20Kontrolünde%20Kalite%20ve%20(24.11.2008))

Kalite kavramı pazarlama biliminde “müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması” olarak tanımlanmaktadır. Bu yaklaşım, tıbbi bakımın bilimsel – teknik yönünü göz ardı etmektedir. Hastaların ne tür bir tıbbi bakım alması gerektiği konusunda tercih ve değerlendirme yapma olasılığı diğer hizmetlere (Örneğin beslenme, otel hizmetleri) oranla yok denecek kadar azdır. Bu duruma hizmeti sunanla alan arasında ortaya çıkan bilgi asimetrisi sebep olmaktadır. Hasta yalnızca bakım çevresini (temizlik, gürültü, bürokrasi) ve sağlık profesyonellerinin davranış biçimleri hakkında

bir değerlendirme yapabilmektedir. Hastaların beklentisi çok düşükse bu beklentilerin karşılanması, kaliteli bir hizmet verildiğini saptamaz.¹⁹

Hasta tatmini; hastanın bakıma uyumu, sunulan hizmetin teknik ve fonksiyonel yönünü ve verilen hizmetin maliyetlerini de kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Rekabetçi çevreden uzak olan sağlık kurum ve kuruluşları talebin arzı aştığı durumlarda hastalarına tatminkâr olmayan hizmet sunarlar. Çünkü başka alternatifleri olmadığı gerekçesiyle hastaların mevcut hizmetleri kabul edeceğini düşünürler.²⁰ Hastalar, sağlık bakım kalitesini değerlendirmek için gerekli teknik bilgilere sahip değildir. Hasta tatmini, hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri faydalara, hastaların katlanmaktan kurtulduğu külfetlere, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunuluşunun kendi ve aile kültürüne, sosyal sınıf statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam tarzına ve ön yargılarına bağlı bir fonksiyondur. Hasta tatmini tıbbi bakımın değerlendirilmesinde kullanılabilecek en önemli kriterlerden bir tanesidir. Bu nedenle, sağlık personeli, kalite değerlendirme ve geliştirme çalışmalarında hasta tercihlerini ve toplumsal beklentilerini dikkate almak, verilen hizmetin hastaların istek, değer ve beklentileri ile uyumlu olmasını sağlamak zorundadırlar. Hasta memnuniyetini etkileyen üç temel faktör vardır: Bu faktörler hastaya, personele, fiziksel ve çevresel özelliklere bağlıdır. Hastanın yaşı, eğitimi, mesleği, geliri, cinsiyeti, dili, dini, ırkı, ve aile düzeni gibi sosyodemografik özellikleri hastaların hizmetlerden duyacağı tatmin derecesinde ayrı ve farklı roller oynamaktadır. Kişiden kişiye farklılıklar gösteren bu kriterler sağlık hizmetlerinden duyulan tatmin derecesi ile yakından ilgilidir.²¹ Bu nedenle hastaların deneyimini ölçen sistemler giderek yaygınlaşmakta ve hastalara memnun olup olmadıkları değil tedavi esnasında neler olduğunu sormak hasta memnuniyetini ölçmede daha rasyonel sonuçlar vermektedir.²²

Kalite amaca uygunluktur. Amaç hem müşterinin hem de üreticinin tatmin edilmesidir. Burada ise gerçek kalite ile algılanan kalite kavramları önem

19 Şahin Kavuncubaşı, Adnan Kısa, “Sağlık Kurumları Yönetimi” Anadolu Üniversitesi Yayın no: 1429.1.Baskı, Siyasal Kitabevi,2000, s.225

20 Bilal Ak, “Hasta Memnuniyeti Değerlendirmesinde Yeni bir yaklaşım: Hasta deneyiminin Ölçümü” Standart Ekonomik ve Teknik Dergi, Yıl:41, Sayı:486, Haziran 2002, s.61

21Abidin Özçelik, “Sağlık İşletmelerinde Kalite Güvence Sistemi”,SABEM, s.2

[http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&subid=125&lb=H\(24.11.2008\)22Ak, s.62](http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&subid=125&lb=H(24.11.2008)22Ak, s.62)

kazanmaktadır. Örneğin bir sağlık görevlisinin hastaya enjeksiyon uygularken hastanın canını yakmaması, algılanan kalite olurken görevlinin ilaçları karıştırmış olabileceği, yanlış uygulama yapma olasılığı gerçek kalitedir. Sağlık işletmelerinin amacı her iki kalite düzeyini de aynı düzeye getirmek olmalıdır.²³

Dünya Sağlık Örgütü, muayene süresini (hastanın doktorla birlikte geçirdiği süre) hastanın ihtiyacına verilen cevabın bir göstergesi olarak kabul etmektedir ki bu sağlık sistemi kalitesini gösteren önemli bir boyuttur. Amerika'da bu sürenin ortalama 19-21 dakika arasında olduğu bildirilmektedir. Bu yüzden bir yandan hastaların erişimini kolaylaştıracak adımlar atarken, bir yandan da aşırı talebi frenleyecek mekanizmalar geliştirmek gerekmektedir. Diğer yandan, ülkedeki bütün hekimlerin sistemde aktif olarak yer aldığı ve talebi karşılamak için yükün olabildiğince eşit paylaşıldığı bir yapı oluşturulması, hastaların hekimlere yaygın dağılımını ve böylece hasta başına daha fazla zaman ayırma imkânını sağlayacaktır. Bütün doktorların sistemde aktif olarak yer aldığı ve talebi karşılamak için yükün olabildiğince eşit paylaşıldığı nokta, hastaya en fazla sürenin ayrılabilirdiği noktadır.²⁴

Sağlıkta kalite konusunda uzman olan ABD'li Donabedian'a göre "sağlık hizmetlerinde kalite, teknik, kişiler ve çevresel etkenlerin bir ürünüdür." Bu yaklaşım İngiltere'deki Ulusal Sağlık Hizmetleri sisteminin düzeltilmesi için de resmen kabul gören bir yaklaşımdır. Hizmetlerdeki kalite için "Hizmet Kalitesinde Denge Üçgeni"nin göz önünde tutulması gerekir.²⁵

- İnsan,
- İşlemler, çevre ve süreç,
- Teknoloji ve profesyonel özellikler,

Bunların herhangi birine ağırlık veya öncelik vermek kaliteyi etkileyecektir.

23 Huriye Çatalca, "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi", İstanbul, Beta Yayınları, 2003, s.4

24Sağlık Bakanlığı, s.27

25 O.Hayran, H.Uz, s.6

Örneğin, işlem ya da süreçlere ağırlık vermek, müşteriye şu mesajı verecektir: *“Sen bizim için bir sayısın ve biz burada senin gibiler için uğraşıyoruz.”* İnsan bileşenine ağırlık vermenin anlamı ise: *“Biz seni seviyoruz ve senin için çalışıyoruz. Ancak, ne yaptığımızı tam olarak bilemiyoruz.”* olabilecektir. Teknik ve profesyonel konulara ağırlık vermenin vereceği mesaj da: *“Biz ne yaptığımızı ve nasıl yapacağımızı çok iyi biliyoruz. Ancak, senin bir birey olarak bizim açımızdan fazlaca önemin yok.”* şeklinde olacaktır. Bu denge üçgeninin sağlık hizmetleri için de yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir.

Klasik görüş kaliteyi, sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin, standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesi olarak tanımlanmaktadır.²⁶ Kalite felsefesi, kabul edilen standartlarda hastanın ihtiyaçlarına odaklanmak, hastanenin tıbbi ve idari bölümlerinde iyileşmeyi ve sürekli gelişmeyi sağlamak, birimler arası iletişim ve işbirliği içinde bütünleşmiş bir organizasyon oluşturmaktır.²⁷

Sonazzura’ya göre kalite ise, “hastanın mümkün olabilecek en iyi fonksiyonel ve psikososyal iyileşmesini sağlayan teknik veya ilmi olanaklarla, iyi insan ilişkilerinin bir araya konmasıdır.”²⁸

İngiltere’de “National Health Service” kalite için şu tanımı kullanmaktadır: *“..doğru işleri doğru kişilere doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında doğru yapmak”.*²⁹

Sağlık hizmetleri alanında ilk kez 1914 yılında Ernest Codman tarafından ABD’de hastaların memnuniyetine odaklı olmasa bile, hastanelerin standartlarını belirleyecek istatistiki çalışmalar yapılması, sağlıkta kalite ölçümüyle ilgili ilk uygulama olarak kabul edilmektedir. Bu tür çalışmalar sağlık hizmetlerinde kalite oluşturmada bir alt yapı oluşturmuştur.³⁰ Doğrudan sağlık hizmetlerini standardize etmek amacıyla kurulmuş olan en eski ve en klasik standardizasyon sistemi, Amerika

26 Sağlık Bilgi Erişim Merkezi http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=2409 (04.11.08)

27 Bülent Kıymir “Sağlık Kuruluşlarında Kalite Yönetimi”, 1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu; 4-7 Mayıs, 1994; Kuşadası, Aydın,Türkiye: Aydın; 1994.

28 Sağlık Bilgi Erişim Merkezi http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=2409 (04.11.08)

29 Akalın, s.70

30 Akgün, s:75

Birleşik Devletleri’nde tanımlandığı 1917 yılından bu yana geliştirilerek kullanılmakta olan “The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations” (JCAHO)’dır. JCAHO’ya göre kalite; günün bilgileri ışığında verilen bakımın hastalardan istenilen sonuçların alınmasını artırma ve muhtemel istenmeyen sonuçları azaltma derecesidir.³¹

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde ise, “Institute of Medicine” tıbbi bakımda kaliteyi şu şekilde tanımlamaktadır: “Bugünkü bilgilere uygun olarak, kişilerin veya toplumun sağlık hizmetleri düzeyini arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaştırmak”. Bu tanım içinde kalite kavramının³²;

- Ölçülebilir ve tüm sağlık hizmetlerini içine alan, kişilere ve topluma uygulanabilen,
- Belli bir amaca yönelik, verilen hizmetin yararının sonuçların ölçülebilmesi ile sağlanabilen,
- İşlemlerle sonuçları birbirine bağlayan, hastaların ve toplumun değerlerine önem veren,
- Teknik, mekanik ve bilimsel bilgi ile sınırlı ve sürekli değişikliğe uğrayan bir yapı içinde olması gerekmektedir.

1984 yılında Amerikan Tıp Birliği yüksek kaliteli sağlık hizmetini; yaşam kalitesini ve süresini iyileştirmeye veya sürdürmeye sürekli olarak katkıda bulunan hizmet olarak tanımlamıştır.³³

Amerikan Hemşireler Birliği hemşirelikte kaliteyi, hastaya mümkün olabilecek en iyi hemşirelik bakımını sağlamada yer alan tüm aktivitelerin bir özeti olarak tanımlar.³⁴

31 Ayşe Gürel. “Sağlıkta Kalite Yönetimi Ve Bilişim Teknolojileri.”

http://www.saglik.gov.tr/flashson/html%20dosyaları/makalelerhtmldosyası/saglıkta_kalite_sürecleri_ve_bil.htm (18 of 18)22.09.2005 18:45:41(29.05.2008)

32 Akalın, s.70

33 Nazan Erdoğan, “Hastane Eczacılığı Hizmetlerinde Performans Geliştirme” (Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, 2001) s.16

Sağlık bakımının beklenen kalitesinin tanımlanmasında yazılı standartların önemi açıktır. Standartlar ölçmeyi beraberinde getirir. Bu yüzden standartların kaliteyi tanımladığı ve ölçtüğünü söylemek doğru bir yaklaşımdır. Standartlar; kuralları, durumları, hasta ya da personel ile ilgili hareketleri ve sistemleri belirler. Standartlar hastaların nasıl hizmet alacağını, personelin fonksiyonlarının nasıl olacağını ve sistemlerin nasıl çalışacağını tanımlamalıdır.³⁵

Hizmet kalitesi nesnel olarak, verilen hizmetin hastanın sağlık durumunda yarattığı gelişme (teknik kalite) temel alınarak ölçülebilmektedir. Bu açıdan kalite kavramını, verilen hizmetin bilimsel standartlara uygunluk derecesi olarak tanımlamak olanaklıdır. Ancak hizmetten yararlanan kişilerin sosyal ve psikolojik istek, beklenti ve gereksinimlerini göz ardı eden bir hizmet sunumunda da -ne kadar bilimsel olursa olsun- kalite hedefini gerçekleştirme bakımından yetersiz kalacağı ileri sürülebilir.³⁶

Vincent K. Omachonu tarafından geliştirilen sentezci yaklaşım, kalitenin teknik (bilimsel norm ve standartlara uygunluk) ve sanatsal (müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması) boyutlarını bir arada ele almaktadır.

Bu yaklaşıma göre sağlık hizmetinin kalitesi, teknik kalite ve tedavi sanatı tarafından (uygulama sanatı) belirlenmektedir. Taylor, hizmet kalitesini şu şekilde formüle etmektedir:

Sağlık Hizmeti'nin Kalitesi = Teknik Kalite + Tedavi Sanatı.

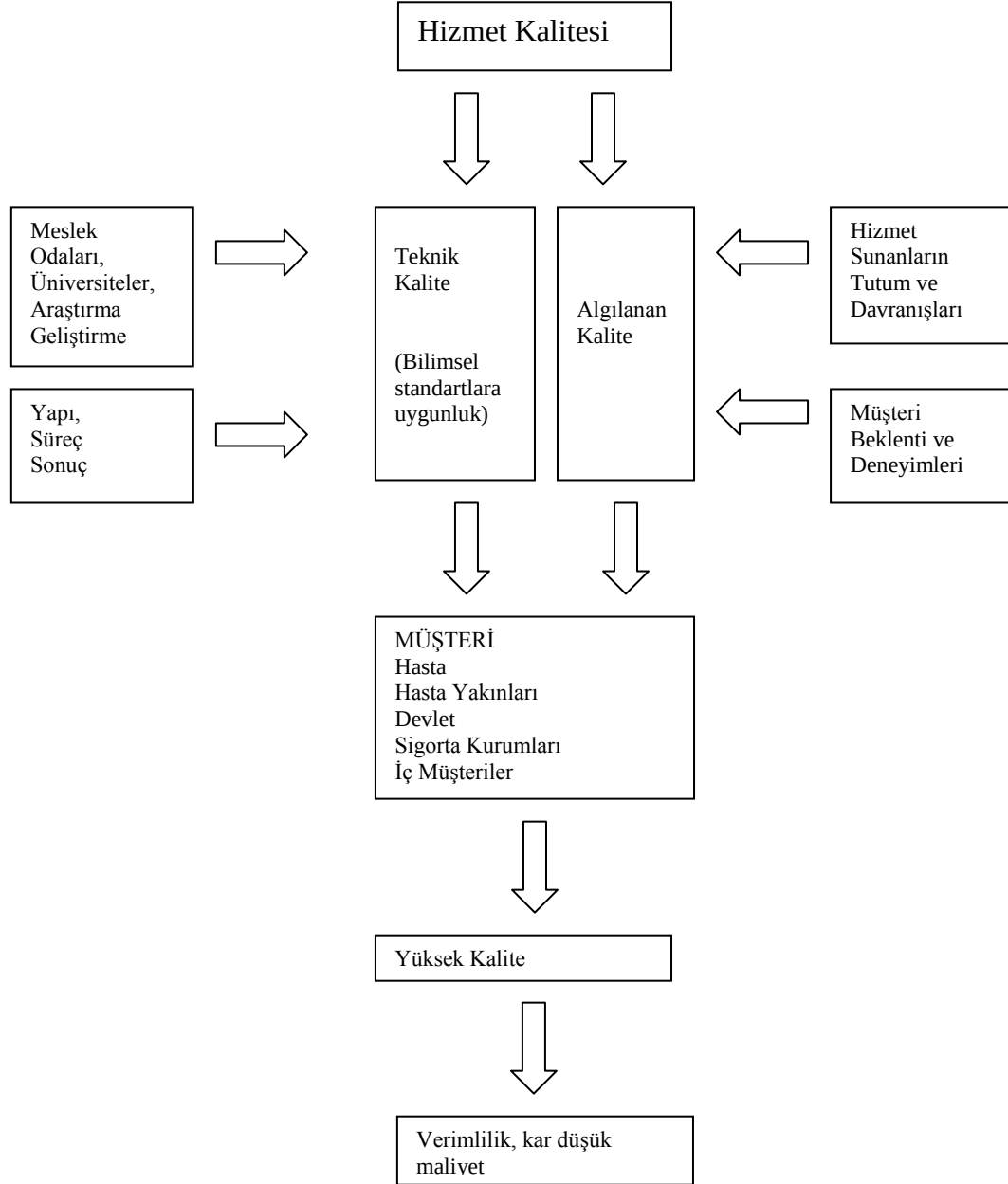
Kalitenin teknik yönü, “teşhis ve tedavi hizmetlerinin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olmasını” sanatsal yönü de, verilen hizmetlerin hasta beklentilerini karşılamasını” içermektedir. Tedavi sanatı, sağlık hizmeti ortamının genel özellikleri ve hizmet sunanların müşterilere yönelik tutum ve davranışlarını kapsamaktadır. Bireylerin geçmiş deneyimleri ve beklentileri, sağlık hizmeti sunanların tutum ve davranışları, kişisel kalite algısına yol açmaktadır. Algılanan kalite ve teknik kalitenin bileşimi de, genel kalite düzeyini (yüksek, düşük) belirlemektedir. Yüksek

34 Gülten Uyer, “Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı”. 1.Baskı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları; 1996 s 138

35 Füsün Eroğlu ve Diğerleri, “Yoğun Bakımda Hasta Sağlık Bakım Kalitesini Geliştirebilir miyiz?”, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2001; Sayı:8, s.9-11

36Kavuncubaşı, Kısa, s.225

kaliteli hizmet sunumu da sonuçta kurumun verimliliğini ve karlılığını olumlu yönde etkilemektedir.³⁷ Tanımlama Şekil 2’de açıklanmıştır.



Şekil.2.
Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri

Kaynak: Şahin Kavuncubaşı, Adnan Kısa, “Sağlık Kurumları Yönetimi” Anadolu Üniversitesi Yayın no: 1429.1.Baskı, Siyasal Kitabevi, 2000, s.226

³⁷Kavuncubaşı Kısa, s.226

Tıbbi kalite güvencesi öncüsü olan Donabedian'a göre tıbbi bakım kalitesi bakım sürecinin bütün safhalarında beklenen kazanç ve kayıp dengelerini göz önüne aldıktan sonra hasta iyiliğini ifade eden kapsamlı bir ölçüyü arttırması beklenen bakım türüdür. Bu tanıma göre yüksek kaliteli tıbbi bakım hastanın en yüksek fonksiyonel duruma ve psikososyal sonuçlara erişmesini mümkün kılan bilimsel yada teknik bir unsur ile kişilerarası unsursun bileşkesi olarak kabul edilir. Burada teknik performans ve kişilerarası performans önem kazanmaktadır.³⁸

Sağlık hizmetlerinde kalite 3 temel direk üzerinde oturur. Donabedian'ın 1980 yılında tanımladığı bu direkler şunlardır:³⁹

1. Sağlık kuruluşunun yapısı (structure): Sağlık kuruluşunun fiziksel, teknolojik ve mekanik yapısı, çalışanlarının bilgi, yetenek, profesyonel karakterleri, yönetim felsefesi ve hizmet verdiği toplumun demografik özellikleri yapının kalitesini etkiler.

2. Sağlık kuruluşunda yapılan işlemler (processes): Tanı ve tedavide izlenen yolun, karar verme işlevinin o gün için geçerli olan bilimsel ve teknolojik doğrulara uygunluğu, bu teknik öğelerin uygulanmasında hasta ile olan iletişim ve etkileşimler hizmetin kalitesini etkileyen diğer önemli faktörlerdir.

3. Sağlık hizmetinden elde edilen sonuçlar (outcomes): Alınan sonuçların klinik, ekonomik ve humanistik açıdan değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi hizmet sonucu elde edilen kalitenin ölçülmesi ile mümkün olabilir. ABD'de bazı kuruluşlar sağlık hizmetlerinde kalite indikatörlerini tanımlamış ve bunların izlenimini yapmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerinde kalitenin farklı olmasına veya düşmesine neden olan başlıca faktörler arasında, verilen sağlık hizmetlerindeki farklılıklar yer almaktadır. Kalite ve maliyeti en fazla etkileyen faktör belli tıbbi uygulamalardaki farklılıklardır. Bu farklılıkların yerel uygulamalar, kaynaklar, hasta tercihi veya klinik yaklaşım farklılıkları ile açıklanması doğru ve uygun değildir. En güzel örnekler arasında aynı tanı konan belirli bir hasta popülasyonunda hastanede yatış süresinin farklı olması, sezaryenle doğum oranlarındaki farklılıklar (%0-40 arasında) ve diyabet bakımındaki

38 Çatalca, s.9

39 Akalın, s.70

farklılıklar sayılabilir. Bütün bunlar sağlık hizmetlerinin sunumunda belirli ölçümlerin yapılması ve kıyaslanması gerçeğini açıkça ortaya koymaktadır. Kalite ölçümü diye tanımlanan da budur. Bu ölçümler yapıldıktan sonra, verilen hizmetin gerçek kalitesinin ne olduğu ortaya çıkacaktır. Kalite ölçümü yapılmadan kalite iyileştirme programlarının yapılması imkânsızdır⁴⁰. Bütün bir sağlık sisteminin kalitesini belirleyecek pratik, uygulanabilir bir kalite ölçüm biliminden söz etmek mümkün değildir⁴¹.

Donabedian kaliteli bakım verilirken birtakım faktörlerden bahseder ki bunlar⁴²;

Yeterlilik; Kaynaklarla ihtiyaçların uygunluk ilişkisidir. Kaynakların ihtiyaçlara cevap verebilmesi gerekir. Sağlıkta yeterlilik mevcut hizmetlerle toplum ihtiyaçları arasındaki ilişkidir.

Verimlilik; En az harcama ile en fazla çıktı elde etmektir. Veya kaynaklarla daha çok üretim yada daha az kaynakla maksimum çıktı elde edilmelidir. Sağlıkta verimlilik ise en düşük maliyetle belirli bir kalite düzeyinde bakım sağlanmasıdır.

Etkinlik; Amaca ulaşma derecesidir. Hastanelerde etkinlik ise hastane hedeflerini gerçekleştirme derecesidir.

Eşitlik; Herkesin sağlık hizmetlerini eşit olarak faydalanacağını gösterir. Her birey hasta olarak eşit haklara sahiptir. Herkes hastalığının gerektirdiği ölçüde ve şekilde sağlık hizmetlerinden faydalanmalıdır. Sağlık hizmetleri ve eldeki kaynaklar adil dağıtılmalıdır.

Ovretveit'e göre ise sağlık hizmetlerinde kalite, üst otoriteler ve sağlık hizmetini satın alanlar tarafından konulan kurallar ve sınırlar içinde, ihtiyaç duyulan hizmetlerin kuruluşu en düşük maliyetle ve tamamıyla karşılanmasıdır. Ovretveit, bir kalite sistemi olmadan sağlıkta Toplam Kalite Yönetimini uygulamanın mümkün

40 Akalın, s.70

41 Sağlık Bakanlığı, s.18

42 Çatalca, s.12-19

olmadığını öne sürmekte ve sağlık hizmetlerinde kalitenin üç boyutu olduğunu belirtmektedir. Bunlar;⁴³

- Müşteriler ve tedavi görenlerin hizmetten beklentileri yani müşteri kalitesi,
- Sağlık profesyonelleri ve uzmanları tarafından, müşteriler için gerekli olduğu belirtilen kurallar ve tekniklerden oluşan profesyonel kalite
- Üst otoriteler ve sağlık hizmetlerini satın alanlar tarafından konulan kurallar ve sınırlar içinde kaynakların verimli ve etkili kullanılması anlamındaki yönetim kalitesidir.

Sağlık hizmetlerinde kalitesizliğin maliyeti üretimi yapan ya da hizmeti sunan işletmece değil, doğrudan doğruya hizmeti alan bireyin sağlığına yansıyan olumsuzluklarla ödenmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda başlatılan bir kalite çalışmasının başarı ya da başarısızlığının sorumluluğunun yukarıdan aşağıya tüm personele ait olduğu unutulmamalıdır.⁴⁴

Deming'e göre sağlık hizmetleri kalitesinin tanımını yapmak basit görünmekte fakat bunu yapmak her zaman sorun olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesi tıbbi testler için kullanılan ekipmanlarla, doktor veya hemşirelerin eğilimleriyle ölçülmekte, hizmetin etkinliği ihmal edilmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetinin kalitesi altyapı ve çalışanların profesyonelliği açısından değerlendirildiğinde mükemmel olduğu halde hastalar verilen hizmetten memnun olmayabilmektedirler. Bir diğer açıdan Roemer ve Aguilar'a göre ise sağlık hizmetlerinde kalite, özel standartlara uygun hizmet ve kaynakların derecesi ile ilgili bir şey veya aktivitenin kusursuzluğu veya değeridir. Kaynak kullanımında verimliliği, hasta memnuniyetinde de artışı sağlayacak şekilde, kuruluşun kendi belirlediği, yasalar tarafından veya mesleki kuruluşlar tarafından

43 Dalbay, s;76

44Mehmet Bıçkes, “Sağlık Hizmetlerinde Toplam kalite Yönetimi” Standart ekonomik ve Teknik Dergi, yıl:39, No; 458, Şubat, 2000,s:33

konulan kuralların tamamının karşılandığı sağlık hizmetini zamanında ve hatasız olarak sunmaktır.⁴⁵

Çoruh'a göre, sağlık hizmetlerinde kalite kavramı, hizmeti talep eden kurum, toplum veya kişinin (müşteri) ihtiyaç ve isteklerini karşılamanın yanında, bilimsel ve teknik olanakların kullanımını da içermektedir. Hizmet sunumunda amaçlanan neticenin elde edilebilmesi için;⁴⁶

1. Klinik (tıbbi teşhis tedavi ve bakım),
2. Altyapı (laboratuvar, görüntüleme vb.),
3. Destek hizmetler (kurum ev idaresi, beslenme, güvenlik, ulaşım vb.) gibi, tüm hizmet birimlerinde devamlı veri/bilgi toplama, değerlendirme ve iyileştirmelerin bir koordinasyon içinde yürütülmesi gerekmektedir.

Sağlık sektöründe müşteriye sunulan şey, önceden belirlenmiş standartlara uygun olarak üretilmiş bir ürün değil, nitelikleri her hastaya göre değişiklik gösterebilen, üretildiği anda tüketilen, elle tutulamayıp gözle görülemediği için de kalitesi kolay denetlenemeyen bir hizmettir.⁴⁷

Tüm bu verilere dayanarak kalitenin altı boyundan bahsedebiliriz. Bunlar, Bakıma ulaşabilme güvenlik, uygunluk, teknik kalite, tıbbi etkinlik, hasta tatminidir. Kalite boyutları ile ilgili örnekler Tablo 2’de gösterilmiştir.⁴⁸

Sağlık alanında iyi bir kalite kontrol mekanizması, verilen hizmetten hastanın algıladığı memnuniyetle birlikte klinik süreçlerin ve çıktıların farklı boyutlarını da kapsamına almalıdır. Bugün için sağlık hizmetinde gerçek bir “kalite” ölçümü, çoğu

45Dalbay, s;76

46Mithat Çoruh, “Kaliteli Sağlık Hizmetlerinde Dokümantasyonun Yeri”, (SABEM), s.2,

[http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&subid=125&lb=H\(24.11.2008\)](http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&subid=125&lb=H(24.11.2008))

47 Osman Hayran, Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi, Hekimler mi Profesyonel Yöneticiler mi? Hastane Yönetim

Makaleleri <http://site.mynet.com/hastaneyonetimi/HastaneYonetimi/id2.htm>(5.11.2008)

48 Çatalca, s. 19-21

zaman kalitenin önemli boyutlarını ölçmek üzere özel eğitim almış klinik uzmanların veya bu alanda özelleşmiş uzmanların birikimi ile sınırlı kalabilmektedir.⁴⁹

Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara, hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına gelir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması için mesleki yeterlilik, kişisel kabul edilebilirlik, yani bireyin beklentilerine değer ve normlarına uygunluk ile verilen hizmetin meslek odaları ve kalite kurumları tarafından belirlenmiş standartlara uygun olması beklenir.⁵⁰

49Sağlık Bakanlığı, s.23

50 Kavuncubaşı, Kısa, s.12

Tablo.2
Kalite Boyutlarına Göre Kalite Standartları ve Göstergeleri

Kalite Boyutları	Standartlar	Kalite Göstergeleri
Bakıma Ulaşabilme	Hastalar poliklinik hekiminden hemen ilgi görmelidirler.	Hekimden randevu almak için beklenen gün sayısı.
Uygunluk	Daha önce sezaryenle doğum yapmış annelerin hepsinde normal doğum için hekim çaba sarf etmelidir. Kalp krizi geçiren hastalar aksi söz konusu oluncaya kadar pıhtı çözücü ilaçlar kullanılmamalıdır.	Tüm canlı doğumlarda sezaryen oranı Hastaneye varıştan sonraki ilk iki saat içinde pıhtı çözücü ilaçlar alan kalp hastalarının oranı.
Teknik Kalite	Ameliyatlar doğru olarak yürütülmelidir. Hastalar hekimin önerdiği biçimde ilaçlarını kullanmalıdır.	Kroner bypasslı hastaların önceki ameliyattan sonraki on gün içinde tekrar ameliyat olma oranı. Yatan hastalarda en az bir ilaç alım hatası. Ör: Hatalı seçilen ilaç, veriliş zamanının ya da dozunun hekimin önerisine uygun olması.
Tıbbi Etkinlik	Kalp krizi geçiren hastalar aksi söz konusu oluncaya kadar pıhtı çözücü ilaçlar kullanmamalıdır. Hastanede uzun süreli yatan hastalar yatak yaraları açısından izlenmeli ve önlem alınmalıdır. Tüm gebe kadınlar doğum öncesi bakıma almalıdır. Kalça kırıklı hastalar bir yıl sonra yardımsız yürüyebilmelidir.	Kalp krizi geçiren hastaların aynı sebepten 20 gün içinde ölüm oranı. Kalça kırığı olan hastalarda en az bir kez yatak yarası olma oranı. 1000 canlı doğumla 1 yaşımdan önce bebek ölüm oranı. Kalça kırıklı hastalara yapılan anket sonucu kırıktan 1 yıl sonra bir odada yardımsız yürüyebildiklerini söyleyenlerin oranı.
Hasta Tatmini	Hastalar hekime gitmelerine neden olan ihtiyaçlarının karşılandığının hissetmelidirler.	X polikliniğindeki hekime son gittiğinizde muayenesinden genel olarak ne kadar memnun kaldınız? Sorusuna “çok memnun kaldım” cevabını verenlerin oranı.
Güvenlik	Enfeksiyonu azaltmak için sağlık çalışanlarının her hastasıyla temastan sonra ellerini yıkamaları gerekir.	Hastayla temastan önce ellerini yıkayan hemşirelerin oranı.

Kaynak: Huriye Çatalca, “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, İstanbul, Beta Yayınları,

2003, s21

J Braitwaite sağlık alanında bu konuların değişmekle birlikte birçoğunun uygulanmasının mümkün olduğunu sağlık yöneticileri arasında yaptığı bir çalışma ile ortaya koymuştur. Bu alışma sonucunda yine 8 ana başlık ortaya çıkmıştır. Bunlar⁵¹;

1. Düzenli iş planı ve stratejik planların yapılmasına önem verilmesi; burada yönetim geleceğe yön vermekte ve örgütün amaçlarını ve hedeflerini ortaya koymaktadır.

2. Kalite kavramını kucaklamaya ve geliştirmeye ve kalite geliştirme programlarını uygulamaya ve geliştirmeye istekli olmak; burada odak çeşitli stratejilerle hizmet kalitesini geliştirmektedir.

3. Gelişmiş yönetimin, özellikle insan gücü yönetiminin çok önemli olduğuna inanma; bu etkili insan gücü yönetim programlarının ve yöntemlerinin, enformasyon sistemlerinin, etkili eğitim programlarının, etkili değişim yönetimi programlarının geliştirilmesi ile sağlanır.

4. Örgütsel esnekliğe ve gelişmiş örgütsel ortama destek vermek; sadece cevap vermek değil değişimi hoş karşılamak, ortamın kontrolünü elde tutmak ve girişimci olmak.

5. Özellikle klinisyenlere bütçe sorumluluğu verme ihtiyacını kabul etmek ve tıbbi ve yönetsel endişeleri birbirine yaklaştırmak; hastanelerdeki geleneksel doktor hastalarını yönetir ve idareciler örgütü yönetir ayrımını çözmeyi hedeflemek.

6. Enformasyon sistemlerini geliştirmeye yönelik kararlılık; enformasyon sistemlerine kaynak ayırmak, yönetimi geliştirecek etkili enformasyon sistemlerini seçmek ve uygulamak.

7. Hastaneler arasındaki rekabetin verimliliği getireceğine inanmak; rekabeti anlamak ve hoş karşılamak, hastane yönetimi ve hizmet sunumunda en iyi olabilmek için abalamak.

51 Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğu, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi”, Ankara, 2001, s.14

8. Devamlı maliyetleri düşüren ve üreticiliği geliştiren bir odağa sahip olmak; hastanede kalış süresini azaltarak, hizmetleri özelleştirerek ve her fırsatta verimliliği ve üretkenliği artırıcı programlar geliştirmek.

1.2.TÜRKİYE’DE SAĞLIK REFORMLARI SÜRECİ VE KALİTE ÇALIŞMALARI

Halkın sağlık bilgisi, kendi sağlık hakkına olan inancı ve buna paralel olarak sağlık hizmetlerinden beklentileri artarken, diğer yandan sağlık hizmetleri bakım ve tedavi kapasitesi ve aynı zamanda bunların maliyetleri de hızla yükselmektedir. Yükselen maliyetler ve artan beklentiler; hem bölgeler arasındaki sağlık hizmet farklılıklarının daha geç kapanmasına, hem sağlık personelinin geleneksel rolünün değişmesine ve hem de kamu ve özel sektörün sağlık hizmetleri sunma kapasitesinin aşılmasına yol açmaktadır. Sağlıkta değişim ihtiyacı, bu nedenle, sadece ülkemizde yapılmakta olan tartışmalarla sınırlı değildir. Sağlıklı toplumun sağlıklı bireylerden oluşmasını talep eden bu değişim baskıları sonunda, her ülke kendi kaynakları ve öncelikleri doğrultusunda sistemlerini gözden geçirmektedir.⁵² Bu yeniden yapılanma çalışmasında dünyanın ortak ilkeleri; hizmetin nüfusun tamamını kapsamı, hizmet sunumunda çeşitlilik ve dolayısıyla hizmette yarış, tanımlanmış nüfus gruplarına ihtiyaçları oranında düzenli sürekli ve kontrollü hizmet, sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu kontrolü, maliyet etkililik, harcanana değer olma, hizmeti alanların hizmetin yönetimine katılımı şeklinde özetlenebilir.⁵³

1.2.1. Türkiye Sağlık Hizmetleri Tarihçesi

Ülkemizin sağlık politikalarına tarihsel bir süreçte baktığımızda; Selçuklular döneminde 1206 yılında ilk sağlık kuruluşu Kayseri’de Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve Tıp Medresesi adı altında kurulmuştur. Aynı yüzyıl içerisinde ülkenin çeşitli illerinde

52 Sağlık Bakanlığı, “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” Gönüllü Çalışma Grubu, İstanbul 2003, SABEM, s. 19-20 www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=1406 (22.11.2008)

53 S.Haluk Özseri, “Sağlık ve Sigorta” s.13 http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/659_1saglik_sigorta.pdf (25.11.2008)

hastaneler kurulmuş, cüzzam yurtları açılmıştır. Diğer ülkelerden hekimler getirilerek usta çırak yöntemi ile hekim yetiştirilmesine önem vermişlerdir.⁵⁴

Osmanlı İmparatorluğu döneminde 1826 öncesi dönemde hekimbaşılık dönemi olarak bilinir ve sağlık hizmetlerini yönetmekten sorumlu hekimbaşılar sistemin görevlerini ilgilendiren konularda hazırladıkları fermanları, sadrazam ve padişahın onay alarak yürürlüğe koyarlardı. 380 yıl süren hekimbaşılık sisteminin yetkileri 1850 yılında kurulan Mekteb-i Tıbbiye Nezaretine (Tıp Okulu Bakanlığı) aktarılmıştır.⁵⁵

Fatih Sultan Mehmet tarafından Sağlık hizmetlerinde büyük aşamalar kaydedilmiş olup, 1826 yılında II. Mahmut dönemiyle birlikte, idari yapılanma tamamen değişmiştir. 1862 yılında çıkarılan bir tüzük tıp okullarından (iç veya dış) diploma alma ve tescil ettirme zorunluluğu getirilmiştir. II.Sultan Mahmut batıda olduğu gibi, İstanbul'da Süleymaniye Tıp Medresesi'nden ayrı olarak, 1827'de Tıphane (Tıphanei Amire)yi açmıştır. Tıphaneye ilaveten 1831 'de Topkapı Sarayı dahilinde Yıldızlı Kapı'da bulunan üç koğuşlu bir binada "Cerrahhane" açılmıştır. Ayrıca 1839 yılında Tıphane ve Cerrahhane Galatasaray'da birleştirilerek "Darü'lulumülhikemiyei Osmaniye ve Mektebi Tıbbiyei Adliyei Şahane", 1867'de Türkçe olan ve askeri kuruluşlar haricindeki kuruluşların hekim, cerrah, ve eczacı ihtiyacını karşılamak amacı ile "Mektebi Tıbbiyei Mülkiye" açılmıştır. 1870 yılında 'Sivil Tıp İşleri Bakanlığı' kurulmuştur. 1871 yılında "Memleket Hekimlikleri" kurulmuştur. Memleket hekimleri; bulaşıcı hastalıklar ile mücadele etmek, aşı uygulaması yapmak, zengin ve fakir ayırt etmeksizin hasta bakmak, bölgesindeki hastane ve eczaneleri denetlemek, adli tıp hizmetlerini vermek gibi görevleri yürütmüşlerdir. Hekimler bu hizmetleri verirken hastadan ücret almazlar, böyle bir durumun tespitinde hekimlik görevine son verilirdi. Tüzük, sağlık hizmetlerinin hükümet eli ile etkili bir şekilde yürütmek için organizasyonda atılan ilk adım olması bakımından önem taşımaktadır. 1914 yılında, sağlık hizmetlerinin yönetilmesi görevi zamanın İçişleri Bakanlığı'na bağlı olarak kurulan Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü'ne verilmiştir.⁵⁶

54 Sağlık Bakanlığı, "Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 80. Yıl" Ankara, 2000, s.5

55 Haluk Özseri, "Sağlık Projesi" Seminer Notu Milli Güvenlik Akademisi Müdavimleri, Sağlık Bakanlığı, 28 Ocak 1999,SABEM,.s. 6-9 www.sabem.saglik.gov.tr/rapor_proje/goto.aspx?id=4665 (24.11.2008)

56 Sağlık Bakanlığı, "Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 80. Yıl", s.6

Sağlık hizmetlerinin batılı ve modern anlamda bir devlet görevi olarak ele alınmasının temeli Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümetinin kuruluşu ile atılmıştır. 3 Mayıs 1920 tarihinde Sağlık Bakanlığı kurulmuştur. Sağlıkla ilgili düzenli hiçbir kaydın olmadığı bu dönem, sağlık mevzuatı geliştirmek, cepheden gelen yaralıları tedavi etmek, iç ve dış göçmeni yerleştirmekle geçmiştir.⁵⁷ 1923 yılı itibariyle ülkemizde mevcut olan sağlık kurumları sayısı Tablo 3’de verilmiştir.

Cumhuriyetin ilanı sonrası Sağlık Bakanı Refik Saydam’ın 1937 yılına kadar süren Bakanlığı süresince, 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu (1930), Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu (1936), 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928) gibi halen yürürlükte olan kanunlar çıkarılmıştır. Dr. Saydam, 1946 yılına kadar, bir yandan sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere Tıp Fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulaması, yatılı tıp talebe yurtları gibi uygulamaları yürürlüğe sokarken, diğer taraftan sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programları başlatmıştır. Yapılan kanuni düzenlemelerle; koruyucu hekimlik kavramı getirilmiş, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilmiştir.⁵⁸

Tablo 3.
1923 Yılı Türkiye’deki Yataklı Tedavi Kurumları Sayısı

Kurumun Cinsi	Sayısı	Yatak Sayısı
Devlet hastanesi	3	950
Belediye Hastanesi	6	635
Özel İdare Hastanesi	45	4520
Özel, Yabancı ve Azınlık Hastanesi	32	2402
Toplam	86	6437

Kaynak: Sağlık Bakanlığı “80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003)”, Ankara, 2004, s.6

57 Haluk Özseri, “Sağlık Projesi” Seminer Notu Milli Güvenlik Akademisi Müdavimleri, Sağlık Bakanlığı, 28 Ocak 1999.SABEM,s. 6-9 www.sabem.saglik.gov.tr/rapor_proje/goto.aspx?id=4665 (24.11.2008)

58 Sağlık Bakanlığı, “Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 80. Yıl”, s.12

Dolayısıyla 1923-1946 yılları arasında her ilçede hükümet tabipliği kurulmuş, o gün için sağlık sorunu olan konularda dikey yapılanma olarak tanımlanan verem-sıtma-frengi-trahom-cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklara yönelik programlar yürütülmüştür. Aynı dönemde dünya pratiğine bakıldığında da tek amaçlı, sağlık yapılanmasına uygun düzenlemelerin ağırlıklı olduğu görülmektedir. 1946 yılında Milli Sağlık Politikası çalışmaları yapılmış, nüfusa düşen yatak sayısının artırılarak yaklaşık 40.000 nüfusa 10 yataklı sağlık merkezleri ile koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir arada verilmesini sağlamıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrası dünyada, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bütünleşmiş verilmesi genel anlayışına paralel olarak, ülkemizde de nüfus esaslı bütünleşmiş sağlık hizmeti vermek üzere sağlık merkezleri kurulmuştur. Hastanecilik hizmetleri sağlık hizmetlerinin özelliğinden ve sağlık personelinin hizmet sunumundaki öneminden dolayı yerel yönetimlerden alınarak Sağlık Bakanlığı'na verilmiş, tüm bunlara ek olarak sigortacılık hizmetlerinin sağlanması için SSK kurularak sağlık yapılanmasına gitmesine ve işletmesine yetki verilmiştir⁵⁹

Bu amaçla; 1947 yılında hazırlanan Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı'nda koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde karşılaşılan sorunların çözülmesi ele alınmış ve özellikle hizmetin köysel bölgelere yöneltilmesi tespit edilmiştir. Büyük ümitlerle ve ileriye gören bir düşünce ile hazırlanan bu plan uygulanamamıştır. Daha sonra 1954 yılında her ilçe merkezinde bir Sağlık Merkezi, 7 bin nüfus için köyler grup merkezi olacak şekilde örgütlenmeyi öngören bir uygulama da ilçe seviyesinden öteye gidememiştir.⁶⁰ 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile; sağlık hizmetlerinin yurdun ücra köşesindeki vatandaşın ayağına kadar götürülmesini hedef tutan yeni bir hizmet anlayışı ve uygulaması getirilmiştir. Toplum sağlığını ilgilendiren her türlü koruyucu sağlık hizmetlerinin önem kazanmış, bunun için gereken denetimlerin yapılması sağlanmıştır. Hizmetin yürütülmesinde ve hedefine ulaşmasında öncelikle sorumluluk sağlık ocakları ve sağlık evlerine verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerdeki hizmet

59 Haluk Özseri, "Sağlık Projesi" Seminer Notu Milli Güvenlik Akademisi Müdavimleri, Sağlık Bakanlığı, 28 Ocak 1999.s. 6-9 www.sabem.saglik.gov.tr/rapor_proje/goto.aspx?id=4665 (24.11.2008)

60 Sağlık Bakanlığı "Cumhuriyet Döneminde Sağlık Hizmetleri 1923-1973" Ankara, 2004,s.43 www.sabem.saglik.gov.tr/rapor_proje/goto.aspx?id=4665 (24.11.2008)

ünitelerinde, hizmetin nasıl ve kimler tarafından yönetileceği yönetmelik ve yönergelerle belirlenmiştir. Kabul edilen 15 yıllık plana göre bu hizmetin uygulanmasında, pilot bölge olarak seçilen Muş İlinde 1963 yılından itibaren 19 sağlık ocağı ve 35 sağlık evi ile başlanmıştır.⁶¹

1972 yılında hasta yatakları temel dallara göre belli nüfus kriterlerine ayrılmıştır. Buna göre 10.000 nüfusa 16 genel hasta yatağı, 2,5 doğum yatağı, 2,5 göğüs yatağı, 3 ruh ve sinir yatağı, 1,5 onkoloji yatağı ve 0,5 diğer dal yatakları esas alınmıştır. Bu kriterlerin 2003 yıl sonundaki durumu ise; genelde 20.6, doğumda 1.35, göğüste 1.12, ruh sağlığında 0.85, onkolojide 0.13, diğer özel dalda 1.33 olarak gerçekleşmiştir. Göğüs hastalıkları, doğum, ruh sağlığı ve onkoloji dalında hedef oranlara ulaşamadığı görülmektedir.⁶²

Planlı döneme girdiğimiz 1960 yılından itibaren, yeni bir görüş ve hizmet anlayışı ile sağlık politikamızın ana ilke ve hedeflerini tespit etmeye başlamıştır. İlke ve hedeflere ulaşmak için yeni bir sağlık organizasyonu ve uygulaması saptanarak sağlık hizmetleri 5.1.1961 tarih ve 224 sayılı Kanun ile sosyalleştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinde reform meydana getiren bu hizmetin uygulamasına 1963 yılında başlanılmıştır ve halen devam etmektedir. Sağlık hizmetlerinin kesintisiz 24 saat devam ettirilmesi amacıyla 29.6.1978 tarih ve 2162 sayılı "Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun" yürürlüğe konmuş, bu Kanun 31.12.1980 tarih ve 17207 sayılı "Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun" ile yürürlükten kaldırılmıştır. 1982 Anayasası, sağlık hizmet ve yönetiminde 1961 Anayasasına paralel düzenlemeler içermektedir. 60.maddesi herkesin "sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu ve devletin bu sorumluluğu üstlendiğini" içerir. Genel Sağlık Sigortası 1982 Anayasasının 58.maddesinde "Genel Sağlık Sigortası kurulabilir" ifadesiyle yer almıştır. 1980'li yıllar 1961'de başlayan sosyalleştirme politikalarının genişletilmesi gayretlerine şahit olmuştur. Sağlıkta finans yönetiminin öneminin artmasıyla genel sağlık sigortası 1987 yılında tekrar gündeme gelmiş, ancak bu

61 Sağlık Bakanlığı, "Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 80. Yıl", s.20-23

62 Sağlık Bakanlığı "80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003), Ankara, 2004, s.7

hususdaki hukuksal düzenlemeler gerçekleştirilememiştir. Aynı yıl Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır.⁶³

1982 yılında kabul edilen Anayasamız, Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler başlığı altında, sağlık alanındaki düzenlemeleri ele almıştır. Anayasanın 41. maddesi ile aile, Türk toplumunun temeli olarak kabul edilmiş ve devlet, ana ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri almakla yükümlü kılınmıştır. Anayasanın 56'ncı maddesi ile ise, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamak hak olarak kabul edilmiştir. Bu hakkın kullanılması için çevrenin geliştirilmesi ve korunması devlete ve vatandaşlara ödev olarak yüklenmiştir.⁶⁴

1.2.2.Sağlık Reformları Süreci:

Sağlık reformları, ulusal sınırları aşan küresel eğilimlerden ortaya çıkmıştır. Bunda, iki tip etken önemli rol oynamıştır. İlki, sağlık sektörü dışındaki baskıların, sağlıkla ilgili politikaları kesin ve açık olarak etkilemesidir. Birçok durumda, sağlık reformları ayrı bir olgu değildir; aksine çeşitli devlet destekli yardım programlarının ve sosyal sektörlerin iyileştirilmesi amacıyla daha geniş yapısal çabaların bir bölümünü oluşturmaktadır. Reform süreci, politik, ideolojik, toplumsal, tarihsel ve ekonomik faktörlerden etkilenmektedir ve reform karşısındaki baskıların kavranması için bu faktörlerin her birinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. İkinci grup baskılar ise mevcut sağlık ve sağlık sektörü sorunları ile ilgilidir. Bunlar, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetleri için modeller, sağlık harcamalarındaki artan baskılar ve birçok örgütsel ve yapısal zorlukları içeren, Avrupa nüfusunun sağlığı karşısındaki engellerdir.⁶⁵

Son birkaç yılda "reform" terimi oldukça popüler olmaya başlamıştır. Bazı durumlarda, ulusal politika belirleyicileri ve politikacılar sağlık sistemi organizasyonundaki küçük değişiklikleri "reform" diye niteleyerek bunu olduğundan daha büyük gösterme çabası içinde olmuşlardır. Yapısal reformların küçük değişikliklerden ayrı tutulmalıdır. Cassels, *“sağlık sektörü reformu, sağlık politikalarını ve kuruluşlarını değiştirmeye yönelik yürürlüğe giren faaliyetler”* olarak

63Sağlık Bakanlığı “80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003), s.7

64 Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 3. Bölüm, Madde 41, Madde 56.

65 Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi ve T.C. Sağlık Bakanlığı “Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi” Ankara, Aralık 1998, s.2

tanımlamaktadır. Politika hedeflerinin tek başına yeniden tanımlanması yeterli değildir. Sağlık sektöründeki kısıtlamaların üstesinden gelmek için, mevcut kuruluşlarla, örgütsel yapılarla ve yönetim sistemlerindeki değişikliklerle birlikte bir kurumsal reforma ihtiyaç duyulmaktadır. Böylece, sağlık reformu *"önceliklerin belirlenmesi, politikaların geliştirilmesi ve bu politikaların uygulanacağı kurumlarda reform yapılması"*nı kapsamaktadır.⁶⁶

Ülkemizde insanlar gelişmiş ülkelere göre, en az 10 yıl daha az yaşamakta, bebek ölümlerimiz, en az 6 misli daha fazla, ana ölümlerimiz, en az 8 kat daha fazladır. Bir yıl içinde hekime başvuru sıklığımız en az iki kat daha az, gayrisafi milli hasıla içindeki sağlık payımız en az iki kat daha azdır. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı İnsani Kalkınma Endeksi sıralamasında, ülkemiz, sadece son beş yılda, 174 ülke arasında, 74.'lükten 85.'liğe düşmüştür.⁶⁷ Sağlık hizmetlerine dünyanın her yerinde GSMH'nin % 3'ü ile % 10'u arasında değişen oranlarda kaynak aktarılmaktadır. Türkiye'de, 1960 yılında GSMH'nin % 2.3'ü olan toplam sağlık harcamaları, 1996 yılında kişi başına 105 ABD Doları ve toplam 6.9 milyar ABD Doları olmak üzere GSMH'nin % 3.8'ine yükselmiştir. Buna karşılık, Sağlık Bakanlığının sağlık harcamalarındaki payı GSMH'nin % 1.04'ü oranında seyrederek nispeten sabit kalmıştır. Ancak, nüfus artışı, demografik değişiklikler, daha pahalı hastalıkların yaygınlaşması, halkın beklentileri ve teknolojik yenilikler ile gelişmeler sağlık kaynakları üzerinde artan bir baskı oluşturmaktadır.⁶⁸

Türkiye'de ilk kez, 1990'lı yılların ilk yarısında, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından yaptırılan ve yayınlanan Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması sonucunda elde edilen bilgiler iki ana grup altında toplanır. Birincisi hizmeti kullananların özelliklerinin belirlenmesi, ikincisi ise hizmet kullanımını etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılmasıdır. Yapılan çalışmada 7500 hane araştırma kapsamına alınmış, 6672 haneye ulaşılmıştır (ulaşma oranı %89). Bu hanelerde mevcut olan 30.155 kişinin %91'ni oluşturan 27.408 kişiye anket uygulanmıştır. Toplam cevap oranı %81'dir.

66 Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi ve T.C. Sağlık Bakanlığı, s.2

67 DPT, "Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005", DPT, Ankara, 2000. s:85-89

68 Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, "Türkiye Sağlık Reformları 1998", 1.Basım, Ankara, 1998, s.19

Araştırma'nın önemli sonuçları şunlardır⁶⁹:

- Senelik ortalama hekime başvuru oranı 2.44, sigortasız kişilerde 1.57'dir.
- Ortalama hastaneye yatma oranı %4.2, sigortasız kişilerde ise %3 dür.
- Kullanıcıların yüzde 57.6'sı ilk temas yeri olarak hastaneyi tercih etmektedir.
- Toplumun hekime başvuru oranı batıdan doğuya ve kentsel kesimden kırsal kesime gittikçe azalmaktadır.
- Kadınlar (2.8) erkeklerden (2.1) daha çok hekime başvurmaktadır.
- Doğurganlık dönemindeki kadınlar (2.7) aynı yaş grubu erkelere (1.5) göre hekime daha sık başvurumaktadırlar.
- Hekime en az başvuru okul çağı çocuklarındadır (1.1).
- Kentsel kesimde tüm yaş gruplarında (3.1) hekime başvuru; kırsal kesimde aynı yaş gruplarındaki başvurudan (1.6) daha fazladır.
- Herhangi bir sağlık sigortasına sahip olmayan kişiler (1.6) hekimlik hizmetlerini (3.3) diğerlerinden daha az kullanmaktadırlar.
- Nüfusun %48.7'si ilk başvuru merkezi olarak hastaneleri tercih etmektedir. Bu oran kentsel kesimde %57.6'dır.
- Eğitim düzeylerine bakılmaksızın kırsal kesimde bütün gruplar kentsel kesimlere oranla sağlık ocaklarını daha çok kullanmaktadırlar.

Sağlık sektöründe süregelen sıkıntılar Devlet Planlama Teşkilatını sektörde kapsamlı araştırma ve planlamaya yöneltmiştir. Nihai halini 1990 Aralık ayında alan “*Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü*” bu tarihe kadar sektörde yapılan en kapsamlı

69 Özsarı, “Sağlık ve sigorta” s.8

çalışma olarak Sağlık Reformları sürecinin başlangıcı ve temel taşı olmuştur. 1990’da tamamlanan “Mevcut Durum Raporu”nda sektördeki mevcut durumun nereden kaynaklandığı belirlenmiştir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sorunlarını şöyle sıralayabiliriz;⁷⁰

1. Politika Geliştirilmesi İle İlgili Sorunlar; Ülkemizde uzun vadeli, uyumlu ve istikrarlı sağlık politikalarının olmayışı, sağlık politikası ile çok sayıda kurum/kuruluş ilgilenmesi, politika geliştirilmesine bilimsel destek sağlayacak bir kuruluş olmaması, politika geliştirmek için nitelikli personel eksikliği çekilmesi bu maddenin içinde yer almaktadır.

2. Hizmetlerin Sunumu İle İlgili Sorunlar; Birinci basamak sağlık hizmetine yeterince önem verilmemekte bu yüzden sağlık hizmetleri hastane ağırlıklıdır. Hastane yönetiminin merkezi oluşu, profesyonel yönetici sıkıntısı olması sebebiyle, hastaneler atıl kapasite ile verimsiz yönetilmektedir. Coğrafi uzaklık ve hizmet kalitesi açısından eşitsizlikler vardır.

3. Finansman İle İlgili Sorunlar; Nüfusumuzun % 10.96’sının sağlık sigortası bulunmamaktadır. Sağlık harcamalarının yaklaşık üçte biri doğrudan cepten ödemelerdir Kamu sektöründe hizmet sunan ve finansmanını sağlayan aynı kurumdur. Sağlık finansmanı hem düşüktür hem de verimsiz kullanılmakta, koruyucu, sağlıklı geliştirici hizmetler için yeterli kaynak ayrılmamaktadır.

4. İnsan gücü İle İlgili Sorunlar; Sağlık personelinin coğrafi dağılımı dengesiz ve personelinin alanına göre fonksiyonel dağılımı ihtiyaca uygun değildir. Sağlık göstergeleri ile hizmet kullanımına dayalı rasyonel bir insan kaynakları planlaması yoktur. Sağlık personelinin mezuniyet öncesi eğitimi hizmet gereklerini karşılamamakta, mezuniyet sonrası eğitim programları da yetersiz kalmaktadır. Sağlık çalışanlarının istihdam, ücret ve haklar gibi konularda çeşitli sorunları olmakla birlikte performansı artırmak için bir teşvik sistemi yoktur. Sağlık mesleklerinin görev ve sorumluluklarını tanımlayan mevzuat günün ihtiyaçlarına cevap verememektedir ve bazı mevcut meslekler bu mevzuata bulunmamaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan

70 Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, “Türkiye Sağlık Reformları 1998”, s.20-21

birçok ülke örnekleri ile kıyaslandığında ülkemizde görev yapmakta olan doktor ve hemşirelerin ne derecede az sayıda olduğu görülmektedir. Böyle bir kadroyla muayenede hastalara daha uzun zaman ayrıldığı, hasta bakımında güler yüzle ilgilenen hemşirelerin hastalara sahip çıktığı, özlenen kalitede bir sağlık hizmeti verilebilmesinin ne derecede mümkün olduğu tartışılmak zorundadır.⁷¹

5. Yönetim İle İlgili Sorunlar; Sağlık Bakanlığı hem kural koymakta, hem hizmet üretmekte, hem de bunları denetlemektedir. Bu nedenle sağlık yönetiminin merkeziyetçi ve çok başlı olması, mevcut olan az sayıdaki sağlık yöneticisinin uygunsuz şekilde istihdam edilmesini beraberinde getirmektedir. Sağlık yönetimi ve karar verme mekanizması bilgiye dayanmamaktadır.

6. Mevzuat (yasal düzenlemeler) İle İlgili Sorunlar; Mevcut sağlık mevzuatı 1930’lu yıllarda hazırlandığı için günümüz ihtiyaçlarına cevap vermemektedir, Mevcut kanunlar arasında uyumsuzluklar ve mükerrerlikler vardır, Bazı kanunlar, değişen ihtiyaçlara cevap veremeyecek kadar fazla ayrıntılıdır,

7. Bilgi İle İlgili Sorunlar; Sağlık göstergeleri, hizmet maliyetlerine ilişkin veriler sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi eksikliği vardır. Verileri kontrol etmek için düzenli bir kayıt bildirim sistemi yoktur. Toplanan verilerin güvenilirliği ve doğruluğu şüphelidir. Sağlık sektörünün farklı bölümleri hizmete yönelik olarak bazen aynı verileri toplamakta ancak koordinasyon eksikliğinden dolayı bu veriler birleştirilememektedir.

Yukarıda yer alan maddeleri özetleyecek olursak; uygun olmayan veya yetersiz strateji ve politikalar, etkili bir biçimde planlanmamış veya iyi koordine edilmeyen politikalar, ilk sırada yer alır. Sağlık hizmetleri temininde hedeflere ve kaynaklara uygun olmayan yapı ve organizasyon özellikleri, zayıf veya yanlış sağlık sistemi yönetimi önemlidir. Etkili bir şekilde kullanılamayan veya yetersiz miktarda bulunan kaynaklar, gerekli beceri ve eğitime sahip olmayan veya doğru bir şekilde bir araya getirilmemiş personel, etkili bir sağlık hizmeti sağlamak için gerekli, yeterli ve uygun bir şekilde gelişmeyen ilaç üretimi veya tıbbi cihaz gibi alt unsurları sayabiliriz.⁷² Kaldı

71 Sağlık Bakanlığı, “Sağlık Performans Yönetimi”, s.26

72 Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, “Türkiye Sağlık Reformları 1998”,s.19

ki ülkemizde tüm bu süreç içerisinde 2003 yılına kadar olan yataklı sağlık kurumlarının nüfus artışına hangi paralellikte artmış olduğu Tablo.4’de incelenmiştir.

Tablo.4
Türkiye’de Nüfus Ve Yataklı Tedavi Kurumlarının Sayısal Gelişimi,
(1923-2003)

Yıllar	Kurum Sayısı	Yatak Sayısı	Nüfus	10 Bin Nüfusa Düşen Yatak
1923	86	6437	12.359.040	5,1
1925	167	9561	13.002.960	7,3
1930	182	11398	14.361.480	7,8
1935	176	13038	16.158.018	7,0
1940	198	14383	17.820.950	8,0
1945	197	16133	18.790.174	8,5
1950	201	18837	20.947.188	9,0
1955	426	34526	24.064.820	14,4
1960	566	450807	27.754.820	16,6
1965	626	55451	31.391.421	17,8
1970	746	71876	35.605.176	20,3
1975	798	80264	40.347.719	20,3
1980	827	99117	44.736.957	22,2
1985	722	103918	50.664.458	20,2
1990	899	136638	56.473.035	24,0
1995	1051	252972	61.644.000	24,6
2000	1226	172449	67.853.000	25,8
2003	1172	180797	70.877.000	25,5

Kaynak: Sağlık Bakanlığı “**80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003)**”, Ankara, 2004, s35

Not:1-1925-1945 yılları arası hekim sayısı mezun sayısına göre hesaplanmış tahmini rakamdır.

2-1923, 1925, 1930, 1995 Yılları nüfusları tahminidir.

3- Bazı yıllardaki kurum ve yatak sayısında görülen azalma Sağlık Merkezlerinin Sağlık Ocaklarına dönüştürülmesinden kaynaklanmaktadır.

Mevcut durumda, Türkiye, vatandaşlarının bütün tıbbi ihtiyaçlarını karşılayamamaktadır ve diğer birçok ülkede olduğu gibi kısıtlı kaynaklar için artan talep ortamında, halk kamu sektörü sağlık hizmet sunumunda artan etkinlik ve harcanan paranın karşılığının alınmasını talep etmektedir. Öte yandan, özel sektör de benzeri amaçlara ulaşmaya çalışmaktadır. Türkiye’de özellikle⁷³;

- kaynakların yetersizliği,
- hizmet kalitesinde istikrarsızlık,
- tıbbi standartlarda düşüş,
- kısıtlı arza rağmen kaynakların kötü kullanımı ve
- sağlık sisteminde düşük verimlilik reformların gerekçesini oluşturmaktadır.

Neticede sağlık hizmetlerinde mükemmele ulaşmak mümkün değildir. Günün şartları içinde ortaya çıkan ihtiyaç ve sorunların sınırlı kaynaklarla çözülmesi gerekmektedir. Sağlık reform süreci incelendiğinde, başarıyı etkileyen unsurların başında mevcut hükümetin istikrarlı olup olmadığı, hükümet içerisinde ortak görüşün bulunup bulunmadığı, Başbakan ve Bakanlar tarafından bu çalışmaların desteklenip desteklenmediği, hükümetlerin görev süreleri, yeni görev başına gelen hükümetlerin geçmişte başlatılan çalışmalara ve birikimlere yaklaşımı, bürokrat ve teknokratların konuya sahip çıkması, yapılacak çalışmalardan elde edilecek sonuçlar ve bu sonuçlardan etkilenecek veya faydalanacak kesime bunun çok iyi bir şekilde anlatımı ve desteklerinin sağlanması, çalışmanın sosyal pazarlaması, medya tanıtımı ve desteğinin sağlanmasının olduğu görülmektedir. Başarıyı getiren diğer önemli bir özellik de, sistemde asıl sorunun belirlenerek küçük de olsa etkili müdahalelerin yapılabilmesi, tamamen yeni bir oluşum yerine eksik işleyen noktalarda gerekli düzenlemeleri gerçekleştirerek adım adım sürekli iyileştirmenin sağlanabilmesidir. Gelişmekte olan ülkelerle gelişmiş ülkelerdeki sağlık reformları arasındaki en önemli fark budur. Sağlık reformlarının başarısını etkileyen temel faktörü bu fark oluşturmaktadır. Bundan dolayı

73 Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, “Türkiye Sağlık Reformları 1998”, s.19

gelişmekte olan ülkelerde adım adım ve sürekli bir iyileştirme olamadığı için bazı kesimlerde sağlık reformlarına antipati, inançsızlık veya ümitsizlik doğmaktadır. Uygulamalarda gösterilecek başarı ile halkın antipatisi de ortadan kalkacaktır.⁷⁴

Sağlık reformu stratejileri Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) için yürütülen Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü, kapsamlı bir rapor ile, sağlık sektörünün mevcut durumunu ana yönleriyle tanımlamış ve sağlık reformları için dört ana strateji seçeneğini ortaya koymuştur⁷⁵:

- Mevcut Statü'nün İyileştirilmesi
- Serbest Pazar Stratejisi
- Ulusal Sağlık Hizmetleri Stratejisi
- Uzlaştırma Seçeneği

Türkiye Sağlık Reformlarının amacı; sağlık hizmetlerinde hakkaniyet, fiziksel ve finansal erişebilirlik, kalite, verimlilik ve etkililik, ilkeleri doğrultusunda tüm Türk halkının sağlık statüsünün geliştirilmesidir. Bu amaca ulaşmak için saptanan stratejiler aşağıda belirtilmiştir⁷⁶.

- Sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetlere ve birinci basamak tedavi hizmetlerine daha çok önem verilmesi ve kaynak ayrılması,
- Hizmeti satın alanın ve sunanın ayrılması,
- Hizmet sunucular arasında rekabet ortamının oluşturulması,
- Teknolojinin doğru kullanımı,
- Sağlık hizmetlerinde sektörler arası işbirliğinin güçlendirilmesi,
- Sağlık sektöründe yönetim kapasitesinin iyileştirilmesi,

74 Sağlık Bakanlığı "80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003), s33

75 Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, "Türkiye Sağlık Reformları 1998", s.22

76 Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, "Türkiye Sağlık Reformları 1998", s23

- Bilgiye dayanan karar alımlarının sağlanması için etkin, zamanında ve doğru bilgi toplanması,
- İnsan kaynaklarının yetenek, zaman, yer, sayı ve birleşim olarak doğru kullanımı,
- Karar verme yetkisinin hizmet birimlerine verilmesi.

1.2.3.Kalite Çalışmaları

Sağlık Hizmetlerinde kaliteden bahsedebilmek için öncelikle; sağlam bir yönetim biçimi ve organizasyonun var olması, İşlerin kim, ne zaman nerede, hangi vasıtalar kullanılarak, ne yöntemle yapıldığının bilinmesi, üst yönetimin kaliteye inanmış ve destekleyici olması personel nitelik ve alt yapısının güçlü olması ve sürekli eğitimle bu gücün devamlılığının sağlanması gerekir.⁷⁷

Sağlık kurumlarında kalite güvenirliğinin garanti edilmesi diğer tüm sektörlerden daha önemli hale gelmiştir. Ancak bu tespit yönünden geriye dönüp ülkemiz sağlık hizmetleri sektörüne baktığımızda, ülkemiz sağlık sisteminin kalite kavramı ile ilk ciddi buluşması 1995 yılında Başkent Üniversitesinin düzenlediği 1.Basamak sağlık hizmetlerinde kalite sempozyumu ile olmuştur. İlk pratik uygulamalar ise 1997 yılında bir özel hastanenin ISO 9002 belgesi alması ile gerçekleşmiştir. ISO 9000 gibi önemli bir pazarlama aracı olabilecek belgeye, özel sektör kurumları yerine kamu sağlık kurumlarının ilgi göstermeleri ve bundan sonraki süreçte ise kamu hastaneleri arasında bir yarışa dönüşme süreci, sistematik ve bilimsel bir kalite yönetim sisteminin ülkemiz sağlık sisteminde yerleşmesine yeterli olmamıştır.⁷⁸

Ülkemizde mevcut olan sağlık mevzuatında kalite standartlarına yönelik bulunan maddeler özel hastaneler yönetmeliğinde yer alan ruhsatlandırmaya yönelik maddelerle sınırlı olup⁷⁹, yataklı tedavi kurumları yönetmeliğinde buna yönelik

⁷⁷ Kemal Özgirgin, Yeşim Taş, “Hastane Yönetiminde Kalite Uygulamaları ve Toplam Kalite Yönetimi Projesi Kapsamında Personel Memnuniyeti Ölçme Çalışması”, SABEM s.34

[http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&subid=125&lb=H\(24.11.2008\)](http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&subid=125&lb=H(24.11.2008))

⁷⁸“Sürdürülebilir Kalite Yönetim Sistemi Kavramı”, SABEM,

http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=2409 (04.11.08)

⁷⁹Özel Hastaneler Yönetmeliği. Resmi Gazete. Sayı:24708.

<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/20981.html>.(24.11.2008)

maddeler bulunmamaktadır.⁸⁰ Sadece 2001 yılında yürürlüğe giren yataklı tedavi kurumlarında kalite yönergesi kalite çalışmalarına yön vermektedir⁸¹

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (2001-2005) insan sağlığı toplumsal kalkınmanın temeli olarak tanımlanmakta olup, yaşam kalitesinin ve süresinin artırılması esas olarak alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinin eşitlik ve hakkaniyet içinde, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kaliteli, ulaşılabilir, verimli bir şekilde, bölgeler ve sosyoekonomik gruplar arası sağlık düzeyi farklılıklarını azaltıcı, çağdaş yaşamın gerekleriyle uyumlu, hasta haklarına saygılı bir şekilde sunulması temel ilkeleri oluşturmaktadır. Bu planda, bireylerin ve ailelerin bilinçlendirilmesi, bilgilendirilmesi yoluyla toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi hedeflere ulaşmada önde gelen stratejilerdendir.⁸²

Sağlık hizmet sunumunda eşitlik ve kalite, birbirleri ile rekabet eden ve biri diğerini etkileyen iki önemli hedef olduğundan, ikisi arasında uygun dengeyi bulmak sağlık sisteminin başarısına bağlıdır. Eşitliğe dikkat etmeksizin az bir kesim için yüksek kalitede hizmet sunumu, bütün için hayat kalitesini iyileştirmek şöyle dursun, daha da kötüleştirir. Toplumun her tarafına eşit sağlık hizmeti sunma gayesi ile nüfusa endeksli sağlık ocağı dağılımına rağmen, yeterli sayıda, motivasyonlu ve eğitilmiş insan gücü sağlanamaması eşit ve kaliteli hizmet anlayışını daha da kötüleştirir.⁸³

Sağlık çalışanlarına verimli ve kaliteli bir sağlık hizmeti verme sorumluluğunu aşılacak ön şart olmakla birlikte bunun tek başına yeterli olmadığını bilinmektedir. Bu sorumluluğun devamını sağlayacak ve insanları sürekli bu sorumluluk alanına itecek model arayışı sağlık politikacılarının gündeminde yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı son birkaç yılda sağlık sistemimizde hızlı değişikliklere imza atmıştır. Bu değişikliklerde, hizmet verenlerde motivasyonu yüksek tutmanın yollarını içinde barındıran, verimli ve kaliteli bir sağlık hizmeti ortamını sağlayacak araçları kullanma yeteneğine sahip bir

80 Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi.

<http://www.saglik.gov.tr/performans>. (24.11.2008)

81 Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. Resmi Gazete Sayı: 17927,

http://www.tusak.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=118&Itemid=31 (24.11.2008)

82 Sağlık Bakanlığı "80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003), s24

83 Sağlık Bakanlığı "Temel Sağlık" Yıl:1, Sayı:1, Ocak-Mart, 2004, s:13

sistem oluşturma gayesi göze çapmaktadır.⁸⁴ Çünkü ülkemizde proje yöneticileri tarafından tasarlanan sağlık hizmetinin teknik kalitesi izlenmemekte ve çoğunlukla kişiler arası ilişkiler (emosyonel boyut) ve fiziki mekânlar ön plana çıkmaktadır⁸⁵

Sağlık sistemi reformu ile ilgili geniş çaplı bir çalışmaya ülkemizde de 1991 yılında başlanmış ve pilot uygulamalara 1993 yılında geçilmesi öngörülmüştür.⁸⁶ Sonraki yıllarda ülkemizde görülen özel hastane sayısındaki hızlı artış, vatandaşların kendilerinin ve ailelerinin sağlıklarına giderek daha fazla önem vermeleri ve nitelikli sağlık hizmeti beklentilerine bir reaksiyon olarak açıklanabilir. Hastaların sağlık bakımı ihtiyaçlarını tatmin edici bir düzeyde karşılamak amacıyla önceleri özel hastanelerde başlayan ve kısa bir zaman içinde kamu hastanelerinde de yaygınlaşma eğilimi gösteren kaliteli hizmet sunum çabaları, sağlık hizmetleri kalitesinin tarafsız bir dış kuruluş tarafından belgelenmesi düzeyine gelmiştir.⁸⁷

Türk Standartları Enstitüsü (TSE), TS-EN-ISO 9000 kalite belgelerini sağlık organizasyonlarına vermektedir. Bu belgeyi almak için günümüzde birçok sağlık kuruluşu TSE'ne başvurmakta ve standartlara uygun hizmet sergileyenler TS-EN-ISO-9000 kalite güvence belgelerini almaktadırlar. Kalite güvence belgesine sahip olan bir organizasyon, toplumun güveninin kazanmakla kalmayıp, hastanenin değişik birimleri arasında gelişen işbirliği, bireysel ve kurumsal düzeyde hizmet performanslarını arttırmaktadır.⁸⁸

Sağlık Bakanlığı kalite uygulamalarına geçiş işlemlerine 2001 yılında başlamıştır. Bakanlığa bağlı yataklı tedavi kurumlarında sunulan hizmetlerin ve yürütülen faaliyetlerin, Toplam Kalite Yönetimi anlayışı ile; kalite, güven, yüksek verim, motivasyon, süreklilik, rekabet, ekip anlayışı ve kalite kültürü içinde yürütülmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla 2001 yılında “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi” hazırlanmış ve bu çerçevede

84 Sağlık Bakanlığı “Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007” Ankara, 2007,s.131

85Osman Hayran, Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi, Hekimler mi Profesyonel Yöneticiler mi? Hastane Yönetim Makaleleri <http://site.mynet.com/hastaneyonetimi/HastaneYonetimi/id2.htm>(5.11.2008)

86 Mithat Çoruh, “Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağının Düşündürdükleri”, Modern Hastane Yönetimi, Sayı 2, Sayfa 3-5, 1997

87 Mithat Çoruh, “Hastanelerde Kalite Belgesi Alma Girişimi ve Ötesi”,SABEM, s.1,

[http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&subid=125&lb=H\(24.11.2008\)](http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&subid=125&lb=H(24.11.2008))

88 Mithat Çoruh, “Toplam Kalite Yöntemine Nasıl Geçilebilir?”, Modern Hastane Yönetimi, Sayı 3, Sayfa 3-6, 1997.

birçok kurum ISO 9000 Kalite Güvence Belgesi almış, birçok kurumun da TSE ile görüşmeleri devam etmektedir. Ayrıca 2004 yılı için 121 kurumda Yönerge çerçevesinde konseyler oluşturulmuş, eğitim ve belgelendirme çalışmaları için hazırlık yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı kurumlarınca yürütülmekte olan bu çalışmalar kapsamında, söz konusu faaliyetlerin desteklenmesi amacıyla, Toplam Kalite Yönetiminin kurum bünyelerine yerleştirilmesi sürecinde yapılacak olan harcamaların döner sermayeden karşılanması uygulaması getirilmiştir. Sağlık bakanlığı kurumlarının kalite yönetimi uygulamalarına standart getirmek amacıyla, “TS EN ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemleri Danışmanlık-Eğitim Hizmetleri Satın Alınması Teknik Şartname” ve “Kalibrasyon Hizmetleri Satın Alınması Teknik Şartnamesi” ile “ ISO 9001:2000 Kalite Güvence Sistemi Uygulama Kılavuzu” hazırlanmıştır. Kalite yönetimi uygulamalarının gerçekleştirilmesi yönündeki çalışmalara temel oluşturmak, uygulama ve belgelendirme çalışmaları öncesi kurumların alt yapılarının standardizasyonunu belirlemek ve Bakanlık tarafından denetimini sağlamak amacıyla “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Uygulamaları Temel ve Belgelendirme Öncesi Kriterler” hazırlanmıştır. Uygulamaların hayata geçirilmesine destek sağlamak amacıyla “Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi”nde pilot uygulama çerçevesinde kalite çalışma yönetimi çalışmaları yürütülmüştür. Ayrıca, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde kalite yönetim sisteminin kurulması amacıyla bir çalışma başlatılmış olup bu konudaki çalışmalar sürdürülmektedir.⁸⁹

1998 yılında Sağlık Bakanlığında “Kalite Yönetimi Şube Müdürlüğü” kurulmuştur. Şubenin amacı; Bakanlığa bağlı yataklı tedavi kurumlarındaki hizmet sunumu ile ilgili vizyon, misyon ve ilkeleri belirlemek, hizmet alanları, insan kaynakları, hasta memnuniyeti, maliyet ölçümleri, hasta hakları, akreditasyon, hizmet kalitesi, vb. çalışmalar ile sağlık alanındaki değişim ve gelişmeler doğrultusunda hizmetlerin standardize edilmesi ve toplam kalite yönetimi felsefesinin Sağlık Bakanlığı yataklı tedavi kurumlarına profesyonel bir yaklaşımla adaptasyonunu ve kurumsal değişimi sağlamaktır.⁹⁰

89Sağlık Bakanlığı “80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003), s23

90 Sıdika Kaya, “Çeşitli Ülkelerdeki Hastanelerde Uygulanan Toplam Kalite Yönetimi, Sürekli Kalite İyileştirme Çalışmalarından Örnekler”, Amme İdaresi Dergisi, Cilt;36, Sayı;4, Aralık 2003, s85

2003 yılında Sağlık Bakanlığı Temel sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Daire Başkanlığı kurulmuş, Başkanlık Kalite Uygulamaları ve Standardizasyon Şube Müdürlüğü, Kalite Araştırma Ölçme ve Değerlendirme Akreditasyon Şube Müdürlüğü'nden oluşmaktadır.⁹¹ 2003 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerden 2 tanesi ISO-9001, 5 tanesi de ISO-9002 Kalite Güvence Belgesi almıştır⁹²

1999 yılında kurulan Türk Akreditasyon Kurumu (TÜR-KAK) günümüz İtibariyle oldukça önemli bir mesafe almıştır. Ulusal Akreditasyon Kurumu oluşturan her ülkenin yaşaması gereken süreçler TÜRKAK için de geçerlidir ve bu süreçler kurulduğu günden bu yana yaşanmaktadır. Bu süreçlerin tamamlanması yolunda TÜRKAK ciddi adımlar atmıştır. Bu noktada TÜRKAK'taki sağlıklı yapılanmaya biz ve benzer kurumların akreditasyon için müracaatta bulunması da ciddi katkı sağlayacaktır.⁹³

Günümüzde sağlık bakım hizmetlerden daha etkili ve verimli sonuçlar alabilmek için Amerikan (JCAHO) ve Avrupa (EFQM, ISO 9000) kalite güvence modellerinden hangisinin daha uygun olduğu tartışmaları yapılmaktadır. Bir kısım hastane yöneticileri uyguladıkları kalite güvence sisteminden arzu edilen sonuçlar alamadıklarından yakınlarak yeni bir kalite sistem modeli aramaktadır.⁹⁴ Sağlık Bakanlığının, hastanelerin akreditasyon sürecine hazırlanmalarını sağlamak amacını taşıyan “Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” içerisinde JCI'nın hastane akreditasyon standartlarından yararlanılarak hazırlanan Kalite Geliştirme ve Değerlendirme Kriterleri yer almaktadır. Bu yönerge hastanelerin sağlık akreditasyon sistemine hazırlanmalarını sağlayacaktır. Şu an Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastaneler Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve

91 Kemal Macit Hisar, “Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Personelinin ISO 9001-2000 Kalite Yönetim Sistemi Verilen Eğitimin Öncesinde ve Sonrasında Görüş ve Düşünceleri” SABEM, s.2 <http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/3390.pdf> (24.12.2008)

92 Sıdika Kaya” “Sağlık hizmetlerinde Kalite Yönetimi Çeşitli Ülkelerdeki Uygulamalara Genel Bir Bakış”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, s.6

http://skid.org.tr/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=35&Itemid=85(24.11.2008)

93 Mustafa Aydın Çevik, “Kalite ve Akreditasyon”, s.5, <http://www.rshm.saglik.gov.tr/Referans/sayi2/default.htm> (24.11.2008)

94 Mithat Çoruh, “Kalite Güvence Sistemleri Felsefesi, Hastane Hizmetlerinde Hangi Kalite Güvence Sistemi Seçilmeli”, SABEM s.1,

http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&subid=125&lb=H(24.11.2008)

Performans Değerlendirme Yönergesinde tanımlanan kriterleri yerine getirmek ve kriterler doğrultusunda yapılanmak üzere çalışmalarını sürdürmektedir.⁹⁵

Çağdaş kalite felsefesinin ülkemizde etkinlik kazanması veya yaygınlaştırılması amacıyla 1991 yılında Kalite Derneği (KalDer) kurulmuştur. TKY'yi uygulayan ve uygulamak üzere hazırlıklarını sürdüren kuruluşları bünyesinde toplayan derneğe, sağlık kuruluşlarından da katılımlar olmuştur. KalDer, 1992 yılından bu yana her yıl kalite profesyonellerinin buluştuğu, ülkemizdeki tüm özel/kamu kurum ve kuruluşları ile sivil toplum kuruluşlarının uygulama ve deneyimlerini paylaştığı Ulusal Kalite Kongresi düzenlemektedir. TKY'yi başarı ile uygulayan kuruluşların örnek modeller olarak ortaya çıkartılması ve TKY'nin daha yaygın bir biçimde Türkiye'de uygulanmasının teşvik edilmesi amacı ile KalDer ve TUSİAD tarafından, her yıl TUSİAD-KalDer Kalite Ödülü verilmektedir. Türkiye'de Kurumsal Mükemmellik anlayışının yaygınlaştırılması ve bu alanda başarılı örneklerin ortaya çıkarılarak kazanılan deneyimin paylaşılması amacıyla 1993 yılından bu yana yürütülen Ulusal Kalite Ödül süreci, ülkemizde bu açıdan geline aşamaya önemli katkılarda bulunmuştur. Ulusal Kalite Ödülü değerlendirmeleri, Avrupa Kalite Ödülü'nde de kullanılan EFQM (Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı) Mükemmellik Modeli esas alınarak ve bu konuda özel yetiştirilmiş değerlendiricilerden oluşan ekipler tarafından yapılmaktadır. 2001 yılında, kamu sektörü kategorisinde T.C. Sağlık Bakanlığı Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, başarı ödülü kazanmıştır. 2005 yılında Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne jüri teşvik ödülü verilmiştir.⁹⁶

01.09.2008 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi” kapsamlı değişiklikleriyle birlikte yürürlüğe girmiştir. Eski bilinen ismi ile Kurum Altyapı ve Süreç Değerlendirmesi için hazırlanmış olan kriterler yeniden gözden geçirilerek Hizmet Kalite Standartları adını almış ve çalışmalar

95 Bilge Aydın, “Sağlık Sektöründe Kalite Çalışmaları ve Akreditasyon” 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi-2007, s.10,
[http://docs.google.com/gview?a=v&q=cache:39GN8BRNgn8J:www.das.org.tr/tr/dosya/kongre/kong2007/yazi/bilge.aydin-das-2007-yazi.pdf+bilge+ayd%C4%B1n+5.+dezenfeksiyon&hl=tr&gl=tr&sig=AFQjCNGAdxQ0WN-K8IJ2xNhsYH9ED51vZQ\(20.04.2008\)](http://docs.google.com/gview?a=v&q=cache:39GN8BRNgn8J:www.das.org.tr/tr/dosya/kongre/kong2007/yazi/bilge.aydin-das-2007-yazi.pdf+bilge+ayd%C4%B1n+5.+dezenfeksiyon&hl=tr&gl=tr&sig=AFQjCNGAdxQ0WN-K8IJ2xNhsYH9ED51vZQ(20.04.2008))

96Kalder, Yıllık Faaliyet Raporları, 2001 Yılı s.12, 2005 Yılı s.15
[http://www.kalder.org/kalder_hakkında/detay.aspx?SectionID=lvS9vO9Cf3XgPSDvZ8NVDA%3d%3d&ContentId=kmmBz7YCWkHDqaAkrJ284w%3d%3d\(12.01.2009\)](http://www.kalder.org/kalder_hakkında/detay.aspx?SectionID=lvS9vO9Cf3XgPSDvZ8NVDA%3d%3d&ContentId=kmmBz7YCWkHDqaAkrJ284w%3d%3d(12.01.2009))

tamamlanmıştır. Hizmet Kalite Standartları hastaneler, 112 Acil Servis ve Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri için oluşturulmuştur. Bu konudaki çalışmalar saha ve merkezin işbirliği içerisinde, sürekli iyileştirme ve yenileştirmeye açık olması gereken, dinamik bir değerlendirme temelinde yürütülmüştür.⁹⁷

1.3. AKREDİTASYONUN TANIMI VE TARİHÇESİ

Sanayi devrimi ile birlikte ürün ve üretici firmaların sayıları artmış, ürün veya hizmetin kullanıcıya veya müşteriye beğendirilmesini sağlamak amacıyla sürekli iyileştirme ihtiyacı ortaya çıkmış ve üretici firmalar arasında rekabet ortamı doğmuştur. Satışlardan daha büyük pay almak için ürüne yeni özellikler katma gayretlerini 1980’lerde müşterinin talep ve beklentilerini karşılamak izlemiştir. Üretim ve hizmet kalitesini artırmak için geliştirilen kalite standartları uygulamaları ürün kalitesini kurum dışı bir kuruluşa onaylatmak ihtiyacını doğurmuş ve bunun bir neticesi olarak akreditasyon kurumları oluşmuştur. Akreditasyon kelimesinin kullanıldığı yerlere göre değişik anlamları (meslek kuruluşları: uzmanlık eğitimi kalitesinin tanınması, uluslararası standartlar organizasyonları: kurum/kuruluşlar için kalite belgesi standartları güvencesini veren) vardır.⁹⁸

Kamunun istenilen kalitede hizmet sunamaması: Özellikle sağlık ve eğitim alanlarında kamudan beklediği hizmeti alamayanlar, özel okul, özel hastanelere yönelmişlerdir.⁹⁹ Hizmette özellikle sağlık hizmetlerinde, hastaların sağlık bakım ihtiyaçlarını tatmin edici bir düzeyde karşılamak amacıyla önceleri özel hastanelerde başlayan ve kısa bir zaman içinde kamu hastanelerinde de yaygınlaşma eğilimi gösteren

97 Performans ve Kalite Ajansı, “Hizmet Kalite Standartlarında Yeni Dönem”, sayı:1 2008, s.3

98 Mithat Çoruh, “Kalite Güvence Sistemleri Felsefesi: Hastane Hizmetlerinde Hangi Kalite Güvence Sistemi Seçilmeli?” Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü 28-29 Eylül 2000 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, SABEM, s.2, http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&subid=125&lb=K (24.11.2008)

99 Halil Ergün, “Türkiye’de Hizmet Sektörünün Gelişimi” Standart Ekonomik ve Teknik Dergi, Yıl; 43, Sayı;511, Temmuz 2004, s.33

kaliteli hizmet sunum çabaları, sağlık hizmetleri kalitesinin tarafsız bir dış kuruluş tarafından belgelenmesi ihtiyacını doğurmuştur¹⁰⁰

1.3.1. Tanımı:

Kurumların başarılı kabul edilmesi için resmi olarak kabul edilen ödüllendirmeler, uyumun değerlendirilmesi ve standartların tanımlanması için, özellikle hastaneler bazında üç temel sistemden bahsedilir; akreditasyon, belgelendirme ve ruhsatlandırma. Bu sistemlerin birbirleri ile iç içe olmaları tanım karmaşasını da beraberinde getirmektedir. Kısaca bu terimlerin anlamlarına bakacak olursak;¹⁰¹

Belgelendirme: Yetkili bir denetçi tarafından dış denetim için onaylanmış bir standart seti ile (örneğin kalite sistemleri için ISO 9000 serisi) muvafakatin sağlanmasının kamu otoritesi tarafından resmi bir belge ile tasdik edilmesidir.

Ruhsatlandırma: sağlık alanında herhangi bir uygulamada bulunan bir sağlık çalışanına (örn. Tabip, diş tabibi vd.) ilgili alanda mesleğini icra etmek için bireysel olarak ya da sağlık hizmeti sağlayan bir kurum ya da kuruluşa söz konusu sağlık hizmetinin verilmesi için yapılan işlemler hakkında kurumsal olarak, genellikle asgari yasal standartların tespiti için yapılan bir denetimi takiben idari bir yetkili merci tarafından izin ya da belgelendirme verilmesine ilişkin gerçekleştirilen süreçtir.

Akreditasyon: Bir sağlık kurumu ya da kuruluşunun performans düzeyinin, ilgili standartlar çerçevesinde söz konusu kurum ya da kuruluşun bağımsız bir dış denetim ile ortaya konması yoluyla akreditasyon standartlarını karşılayıp karşılamadığının tespit edilmesinin ulusal bir akreditasyon kurumu ile belgelendiğinin kamu otoritesi tarafından tanınmasıdır.

Ülkemizde ve dünyada sağlıkta özellikle akreditasyon ile ruhsatlandırma kavramı karıştırılmaktadır. Yukarıda tanımları verilen bu iki terim eşanlamli olarak kullanılsa da, aslında farklı kavramları, farklı hedefleri, farklı kaynakları gerektirirler ve farklı tipteki kurumlar tarafından yürütülürler. Dünyada pek çok ülke, sağlık hizmeti

100 Nuran Akyurt, “Hastanelerde Akreditasyon Standartları”, 1. Basım İstanbul, 2008, s.4

101 Charles D. Shaw, “Avrupa’da Hastane Akreditasyonunun Geliştirilmesi” Sağlık Bakanlığı, 2008, Ankara, s.8

tesisleri ve sağlık çalışanları için bir çeşit ruhsatlandırma sistemi kullanmaktadır, daha az sayıda ülke ise (yaklaşık 40) sağlık hizmetleri tesisleri için aynı zamanda akreditasyon sistemini de kullanmaktadır. *Ruhsatlandırma* işlemi, tesisin güvenilir biçimde çalışması ve hastayı zarardan koruması için gerekli *minimum standartları* belirleyen bir grup standarttan oluşmaktadır. Sağlık tesislerine ilişkin ruhsatlandırma standartları, güvenli tıbbi bakım için gerekli ekipman tipi ve kalitesini, asgari personel seviyesi ve niteliklerini, fiziksel tesislerin hacmini ve özelliklerini belirlemektedir. Ruhsatlandırma gereksinimleri genelde “yapısal” veya “fiziksel” standart şeklindedir ve özellikle hasta güvenliğine ilişkin spesifik konularda uygulanmaktadır. Örneğin oda büyüklüğü, ekipman hasta ve tesis güvenliği ile ilgili kriterleri yerine getirenlere ruhsat verilir ve bu ruhsat tesisin hastalara hizmet vermesi için hükümetin verdiği izin anlamına gelir.¹⁰² Yani Ruhsatlandırma tesisin güvenli biçimde çalışması ve hasta ve çalışanları zarardan koruması için gerekli minimum kriterleri belirleyen bir grup standartla bir sağlık hizmeti tesisini yargılama sürecidir. Sağlık tesislerine ilişkin ruhsatlandırma standartları, güvenli tıbbi bakım gerekli ekipman tipi ve kalitesini asgari personel sayısını ve niteliklerini, fiziksel tesisin hacmini ve özelliklerini belirlemektedir. Her zaman devlet tarafından yerine getirilir, her zaman zorunludur.¹⁰³

Akreditasyon, “kamu veya özel bir kurumun gönüllü olarak sağlık kurumlarına verdiği yapı, süreç ve çıktılarda sürekli olarak gelişimi gerektiren belli standartları karşılayan tanınma, kabul özelliğini vermesinin gönüllü süreci” olarak tanımlanmaktadır. Roa ve Rooney’e göre ise akreditasyon, “sağlık hizmetleri sunan kurumun, hizmet kalitesini geliştirmek için tasarlanmış bir takım koşulları sağlayıp sağlamadığını belirlemek amacıyla o sağlık kurumunun değerlendirildiği bir süreçtir”. Aynı zamanda akreditasyon işlemi, hasta bakım kalitesini arttırmak için ihtiyaç duyulan bir dizi standartların sağlık kurumlarındaki uygulama yeterliliğinin, bağımsız ve kâr amacı gütmeyen uluslararası bir kuruluş tarafından belgelendirilmesidir. Etkin bir yönetim ve işletim modeli olarak başta Amerika Birleşik Devletleri olmak üzere bütün dünyada kabul görmekte olan akreditasyon standartları, genellikle optimum seviyede hasta bakım kalitesinin geliştirilmesi, güvenilir bir hasta bakım ortamı sağlanması, hasta

102 Akyurt, s.6

103 Bilge Aydın, “Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi” Seminer notu s.9
<http://www.almanhastanesi.com.tr/haberler/images/akr1.pdf> (12.01.2009)

ve hizmet verenlerin risklerinin azaltılması prensiplerini taşıyan, iyileştirme ve geliştirme çalışmalarının devamlılığını sağlayan ve sağlık kurumunun kurum taahhüdü olduğunu tanımlanmaktadır.¹⁰⁴

Akreditasyon, tamamen isteğe bağlı olması, kuvvetle teşvik edilmesi ya da zorunlu olması; temel gerekliliklerden optimal beklentilere kadar değişebilen standartların katılığı; inceleme süreci sırasında sunulan danışmanlık ve eğitim düzeyi; ve akreditasyon belgesinin süresi bakımından ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Diğer farklılıklar, akredite edilen sağlık bakım örgütleri hakkında kamuya duyurulan bilginin miktarı ve ayrıntı düzeyi ile ve programın devlet tarafından desteklenmesi ya da özel olarak işletilmesi, özel olarak işletiliyorsa, akredite eden kuruluşun bağımsız olması ya da belirli bir sağlık bakım derneği tarafından işletilmesi ile ilgilidir.¹⁰⁵ Ruhsatlandırma ve Akreditasyon arasındaki farklar Tablo 5.'de daha net görünmektedir.

Tablo 5.
Ruhsatlandırma ve Akreditasyon

Ruhsatlandırma	Akreditasyon
Minimum	Optimum
Zorunlu	Gönüllü
Devlet	Bağımsız Kuruluşlar
Fiziksel Yapı, Tıbbi, Cihaz Personel	Süreçler, Organizasyonel Yapı, Hizmet Kalitesi

Kaynak: Bilge Aydın, “Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi”, Sağlık Bakanlığı, s.8, <http://www.izleme.saglik.gov.tr/aa/ab1.ppt>(24.12.2008)

Akreditasyon, klinik uygulama için doğru çevreyi yaratabilir. Hastanenin güvenliği ve başarısı için bir izleme aracı olarak kullanılabilir. Akreditasyon sisteminin çıktısı, halkı ve hizmeti satın alanları hastanelerinin ya da yerel sağlık hizmetlerinin akreditasyon statüsü hakkında bilgilendirmek ve güvenlikle ilgili bütün olası önlemlerin

104 Akyurt, s.7

105 Kaya, “Sağlık hizmetlerinde Kalite Yönetimi Çeşitli Ülkelerdeki Uygulamalara Genel Bir Bakış”, s.5

alındığı konusunda güvence vermek için kullanılabilir. Akreditasyon statüsü, halka ve hizmeti satın alanlara bir hastanenin diğerleriyle karşılaştırıldığında ne kadar iyi çalıştığı konusunda karşılaştırmalı bilgi sağlayacak, seçime yardımcı olacak ya da sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için yerel baskı yapılmasını teşvik edecek şekilde sınıflandırılabilir.¹⁰⁶

Akreditasyon, bir kurumun kaliteli hasta bakımının sağlaması güvenli bir çevrenin temin edilmesi hastalara ve personele yönelik risklerin azaltılması için sürekli olarak çalıştığı yönünde gözle görülür bir taahhütte bulunmasıdır. Akreditasyon, sağlık kuruluşlarına uluslararası alanda kabul görmüş spesifik standartlar sağladığından iyi bir yönetim aracı olmasının yanı sıra iyi bir risk kontrol tekniğidir. Başarılı bir akreditasyon¹⁰⁷:

- Hizmet kalitesini iyileştirmekte,
- Maliyetleri düşürmekte,
- Verimliliği artırmakta,
- Kuruma olan güvenirliliği sağlamakta,
- Sağlık hizmetinin yönetimini iyileştirmekte,
- Sürekli eğitimi gerçekleştirmektedir.

Bunun sonucunda gerek kurumda çalışanların, gerekse hizmet alanların tatmin düzeyi yükselmektedir.

1.3.2.Tarihçesi

Hastanelerde akreditasyon düşüncesinin ilk oluşumu 1917’de Amerika Birleşik Devletleri’nde ortaya atılmış olup bu düşüncüyü ilk benimseyip üzerinde çalışan ülkeler arasında Kanada ve Avustralya bulunmaktadır.¹⁰⁸ Akreditasyon ilk olarak sağlık hizmeti

106 Kaya, “Sağlık hizmetlerinde Kalite Yönetimi Çeşitli Ülkelerdeki Uygulamalara Genel Bir Bakış”, s.5

107 Murat Yonuç, “Ra Danışmanlık Seminer Notu I-II.” Ankara, 2007, s.3

108 Akyurt, s7

sunumundaki büyüyen standardizasyon ihtiyaçlarını karşılamak üzere 1913 yılında Amerika’da başlamıştır. Temelde akreditasyon ihtiyacı hastanelerin memnuniyet kayıtlarını tutarak rekabet ortamı oluşturmak arzularından kaynaklanmıştır. Bu ihtiyacın sonunda Amerikan Cerrahlar Birliği 1917 yılında Hastane Standardizasyon Programını devreye sokmuştur. Bu adım akreditasyon sistemlerinin temelini oluşturması bakımından önemli olmuştur. Başlangıçta sadece 5 tane olan bu standartlar hastanelerdeki klinik süreci denetlemeyi amaçlamakta ve hastanelerin uygulamaları açısından denetçiler tarafından değerlendirilmesini içermektedir. Bu süreç organizasyonları kayıtları yeterli ve düzenli tutmaya sevk etmiştir.¹⁰⁹

1951’de ABD’de American College of Surgeons, American College of Physicians, American Hospital Association, American Medical Association ve Canadian Medical Association’ın katılımıyla “Joint Commission on Accreditation of Hospitals” olarak kurulmuştur. Bu müessesenin faaliyetleri 1913’te kurulan American College of Surgeons tarafından 1917 yılında başlatılan hastane standardizasyon programının devamı olarak kabul edilmektedir. 1987 yılında hastaneler dışındaki sağlık kuruluşları için de akreditasyon programları geliştirilince komisyonun ismi “Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations” (JCAHO) olarak değiştirildi.¹¹⁰ Joint Commision on Accreditation of Hospitals 1917–1950 yılları arasında 3000 sağlık kuruluşunu akredite etmiştir. Bu rakam ABD’deki sağlık kuruluşlarının % 50’sine tekabül etmektedir.¹¹¹ Ulusal akreditasyon kuruluşları Avusturalya’da 1973 ve Yeni Zelanda’da 1987’de kuruldu. İngiltere’de 1988 yılında Güneybatı Bölgesel Sağlık Otoritesi tarafından küçük devlet hastanelerini denetlemek üzere Bristol Üniversitesi’nde hastane akreditasyon programı başlatıldı. 1989 yılında da King’s Fund Organizational Audit genel hastaneleri değerlendirmek için kuruldu. Dünyadaki en büyük akreditör 1994 yılı içinde 4264 organizasyonu denetleyen JCAHO’dur.¹¹²

109 Ali Rıza Demirbaş, İ.Ercan.Bal, ve Serkan.Barsbay “Başlangıçtan Bugüne Akreditasyon” SB Diyalog Yıl:2, sayı:15, Eylül,2005, s.17

110 Hasan Kuş, “Sağlık Sektöründe Akreditasyon ve ISO Standartları” Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 4, (2), 2000, s.6,

111 Akyurt, s.7

112Kuş, s.6,

1959 yılında Kanada ve Avustralya, JCAHO'dan çekilme kararı almıştır. Kanada ve Avustralya “The Canadian Council on Health Facilities Accreditation and the Australian Council on Health Care Standards” adı ile kendi ulusal akreditasyon organizasyonlarını kurmuş ve standartlarını oluşturmuşlardır. Amerika Birleşik Devletlerinde sağlık alanında akreditasyon hizmetlerini sunan JCAHO yanında, kâr amacı gütmeyen, sağlık hizmetlerinde standartlar oluşturan, bunların gelişimine katkıda bulunan çeşitli kuruluşlar bulunmaktadır. Tüm bu kuruluşlar topluma sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini güvence altına almada önemli rol oynamaktadırlar. ABD’de sağlık alanında başlayan bu hareket 1990 yılından itibaren dünya ülkelerinin dikkatini çeken bir çalışma olmuştur. Joint Commission International (JCI), JCAHO’nun bir alt bölümü, bir alt kuruluştur. JCI ilkeleri oluşturulurken öncelikle var olan standartlar ele alınmış ve görevliler ISO ve EFQM’nun oluşturduğu standartları da gözden geçirmişlerdir. Standartlar oluşturulurken dikkat edilen diğer konular ise hastalar, uygulama standartları, gider ve gelir düzeyleri, kalite yönetimi ve asıl gereksinimler olarak belirlenmiştir. Standartların hazırlanmasından sonra 4 farklı ülkede yapılan anket ve araştırmalar sonrasında gerekli düzenlemelerin yapılmasıyla Çalışma Kolu’nun kabulü ile Eylül 1999’da JCR standartları onayladı.¹¹³

Yukarıda da bahsettiğimiz gibi 1999 yılına kadar JCAHO ABD ve diğer ülke sağlık kuruluşlarını denetleyen bir kuruluş iken, yeni bir yapılanma sürecine girerek, Amerika dışındaki sağlık kuruluşlarını denetlemek üzere yeni bir örgüt olan Joint Commission International’ı (JCI) kurmuştur. Joint Commission International dünya genelinde sağlık kuruluşlarına akreditasyon hizmeti vermeye başlamıştır. Joint Commission International, JCAHO ile Quality Health Research (QHR) ortaklığı sonucu doğmuştur. JCAHO ile QHR, Amerika’da faaliyet gösteren kâr amacı gütmeyen organizasyonlardır. Amerika dışında bulunan diğer hastaneleri akredite etmeye yönelik oluşturulan JCI yeni yapılanma sürecini tamamlarken, dünya ülkelerinin sağlık kurumlarında da akreditasyona olan ilgi hızla artmıştır. Akreditasyon standartlarının özel veya genel sağlık bakım hizmeti veren bütün kuruluşlara hitap ediyor olması, etkili bir kalite değerlendirme ve yönetim aracı olarak son yıllarda dünya çapında önem

113K.Tina Donahue and Paul VanOstenberg, “Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation” USA, International Journal for Quality in Health Care 2000; V:12, Number 3 pp.243-246,

kazanmıştır. 1951 yılında Amerika’da JCAHO ile başlayan akreditasyon hareketinden etkilenen ve ulusal akreditasyon programlarını JCAHO ve JCI akreditasyon örgütlerince oluşturan ülkeler, program isimleri ve başlangıç yılları Tablo 6.’da verilmektedir.¹¹⁴

JCI Akreditasyon Standartlarının diğer modellerle kalite yönünden karşılaştırmak gerekirse; JCI programı uygulanan ülkenin ekonomik, politik ve sosyal gerçeklikleri ve durumu göz önüne alınarak oluşturulmuştur. JCI uygulandığı bütün ülkelerde, özellikle son 6 yıl içerisinde sağlık sistemi ve sağlık uygulamalarının gelişmesini ve kaliteleşmesini sağlamıştır. Hasta ve Aile Hakları standartları, gelişimle ilgili verilebilecek iyi bir örnektir. Bu standartlar, söz konusu ülkelerin kendi yasal düzenlemesinde de yer bulmuş ayrıca insan hakları açısından da olumlu değişikliklere zemin hazırlamıştır. Bu bağlamda JCI standartlarının yasal, kültürel, sosyal ve denetleyici özellikte bir sistem olduğundan bahsedilebilir. JCI bu açıdan diğer EFQM ve ISO gibi standartlarla karşılaştırıldığında sağlık sektöründe öncelikli olarak daha sistemsel ve organize edilmiş bir yapı ortaya koymaktadır. Ayrıca JCI uygulama safhasının dışında, uygulamanın ortaya çıkardığı sonucu da dikkate alır ve değerlendirir. Sağlık sistemini bir bütün olarak görerek, hasta, hasta yakını, doktor, hastane çalışanı gibi tüm öğeleri içeren ve bu öğelerin beklentileri doğrultusunda oluşmuş bir akreditasyon sistemiyle hareket eder. JCI, EFQM sisteminde olduğu gibi ilerici ve üst düzey kalite yönetim sistemine sahiptir ve ISO’nun sahip olduğu kalite kontrolünü sağlar. JCI’nın farklı olan yanı, diğer sistemlerde bulunan bu iki özelliği ve ziyaret sisteminde bulunan kalite sistemini bir araya getirmesidir. Bu yönüyle JCI iyi organize edilmiş bir akreditasyon sistemi olarak görünmektedir. JCI için hasta sağlığı ve güvenliği ilk planda gelir ve hasta ile ilgili yararlı olabilecek tüm olanakları yaratmaya çalışır ve pratik olarak da bunun uygulanmasını sağlar. Sağlık hizmetinde bulunan tüm öğelerin güvenliği, sağlamlığı ve kalitesi birbiriyle bağlantılı olduğundan, tüm öğeler JCI için ayrı ayrı ele alınır. JCI sistemini diğer sistemlerle karşılaştırdığımızda görülebilecek bazı farklar şunlardır:¹¹⁵

- Ziyaret programı her ülke için geçerli değildir ve uygulamada sorunlar yaşanabilir;

114 Akyurt, s.9

115Donahue and VanOstenberg, pp.243-246

- ISO sistemi ise kriterlerin ÷lkelerde uygulanışına göre farklı sonuçların meydana gelmesine sebep olabilir,;
- EFQM ise genel olarak Avrupa Birliği için üretilmiş ve birliğin içindeki ÷lkeler baz alınarak oluşturulmuş bir sistemdir.

JCI standartları, farklı kültür ve ÷lkeler için uygulanabilir ve sonuçlar genellikle birbirine yakındır. Ayrıca JCI, uygulandığı ÷lkeye göre gerekli araştırmalar ve düzenlemeler yapıldıktan sonra tekrar gözden geçirilir. Uygulama öncesi araştırmalarda, sağlık sektörü çalışanları görev alır ve görüşleriyle önerilerini bildirirler. Bu aşamada hasta bakıcıdan, yöneticiye ve başhekiye kadar herkesin görüşleri alınır.

Tablo 6.
Ülkelerin Sağlık Alanında Faaliyet Gösteren Akreditasyon Programları ve
Başlangıç Yılları

İlk Yıl Denetimi	Programlar	Program Adedi
1951	ABD (JCAHO)	1
1958	Kanada	1
1974	Avustralya (ACHS)	1
1979	ABD (AAAH)	1
1986	Tayvan (TJCHA)	1
1987	Avustralya (QIC)	1
1989	Yeni Zelanda	1
1990	Birleşik Krallık (HAP)	1
1991	Birleşik Krallık (HQS), US (NCQA)	2
1994	Güney Afrika	1
1995	Finlandiya, Kore, Endonezya	3
1996	Arjantin, İspanya (FAD)	2
1997	Çek Cumhuriyeti, Japonya	2
1998	Avustralya (AGPAL), Brezilya (CBA), Joint Commission International, Polonya, İsviçre	5
1999	Fransa, Malezya, Hollanda, Tayland, Zambiya	5
2000	Portekiz, İngiltere (CSBS), Filipinler	3
2001	Bulgaristan, Almanya, İtalya, İrlanda	4
Henüz İşlevsel Değil	Kolombiya, Slovakya, Moğolistan, Bosna	4
TOPLAM		38

Kaynak: Aydın “Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi”, s.13

1.4. JCI'IN TANIMI, AMACI VE HEDEFLERİ

Sağlık hizmetleri kalitesinin tarafsız bir dış kuruluş tarafından belgelendirilmesi ihtiyacı ilk defa Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ortaya çıkmıştır. Bu ihtiyacının arkasında çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bunlar globalleşme neticesinde çok uluslu şirketlerin değişik ülkelerde bulunan çalışanlarına güvenli ve etkili sağlık hizmeti sunulması için gösterdikleri çaba ve hassasiyet, devletlerin toplum sağlığını iyileştirme isteği ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi yolundaki eğilimi, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık çalışanlarının mesleki anlamda kendilerini geliştirme ihtiyaçları gibi eğilimler beraberinde sağlık hizmet kalitesinin tarafsız bir dış kuruluş tarafından belgelenebilmesi ihtiyacını ortaya çıkarmıştır.¹¹⁶

1.4.1. JCI'n Tanımı

JCAHO kalite değerlendirme yaklaşımı, hastaya odaklı ve performans bazlıdır. JCAHO kuruluşunun temel performans alanları; “Hastanın tedavi ve bakım hizmetleri ile profesyonel yönetim fonksiyonlarıdır”. ABD’ de sağlık alanında başlayan bu hareket hastane akreditasyonu yapmak üzere kurulmuştur JCI, dünya çapında sağlık hizmetlerinde standartlara dayalı değerlendirme için giderek büyüyen bir talebe yanıt olarak tasarlanmış yeni bir inisiyatiftir.¹¹⁷

JCAHO standartları, hasta bakımının sağlanmasıyla ilgili olan “hasta merkezli standartlar” ile sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli sunumunu sağlayan “sağlık kuruluşu standartları” olarak iki kısımdır.¹¹⁸

1.4.2.JCI'n Amacı ve Hedefleri

JCI'n amacı uluslararası topluma sağlık hizmet kuruluşlarının değerlendirilmesi için standartlara dayalı objektif bir süreç sunmaktır.¹¹⁹ JCI'n misyonu dünya çapında akreditasyon hizmetleri sağlayarak uluslararası alanda sağlık

¹¹⁶ Akyurt, s.5

¹¹⁷ Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu “Uluslararası Birleşik Komisyon Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları” ABD, Ocak 2003,s.1

¹¹⁸ Türkoğlu, Gün, s.14

¹¹⁹ Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu,s.1

hizmetlerinin kalitesini geliştirmek ve iyileştirmektir.¹²⁰ JCI uluslararası düzeyde akreditasyon standartlarını belirleyen bölgesel farklılık ve gereksinimlere göre bunları adapte eden bir kuruluştur. JCI'nın amacı uluslararası arenada başta hastaneler ve sağlık sektöru olmak üzere uluslararası düzeyde akreditasyon standartları oluşturmak, var olan standartları yükseltmek ve kaliteleştirmektir.¹²¹ Akreditasyonun bölgelere göre değişmeyen, uluslararası ortak standartları vardır. Bu standartların uygulanmasında, toplam kalite yönetimi ve sürekli iyileştirme ilkeleri esas alınmıştır. Temel ve değiştirilmez standartlar dışında akreditasyon süreci ölkelerin yasal ve kültürel şartlarına göre düzenlenebilmektedir.¹²²

Akreditasyon sürecinin temel amaçlarını sıralayacak olursak¹²³;

- Sağlık hizmetleri kuruluşlarına yönelik standartları karşılamada optimal başarı hedefleri koyarak sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmek.
- Sağlık hizmetlerinin yönetim yapısını geliştirmek,
- Seçilmiş yapı, süreç ve sonuç standartlarını veya kriterlerini karşılayabilmek için sağlık hizmetleri kuruluşlarının karşılaştırmalı veri tabanını oluşturmak,
- Hizmetlerin artan verimliliği ve etkililiği üzerine odaklanarak sağlık hizmetleri maliyetlerini düzenlemek,
- Sağlık hizmetleri kuruluşlarına, yöneticilerine ve sağlık çalışanlarına; sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme stratejileri ve “en iyi uygulamalar” konusunda eğitim ve danışmanlık sağlamak,
- Halkın, sağlık hizmetlerinin kalitesine olan güvenini sağlamak,

120 “Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Joint Commission Standards”, [http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/\(01.01.2009\)](http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/(01.01.2009))

121 Donahue and VanOstenberg, pp.243-246,

122 Yoncu, s.2

123 Bilge Aydın, “Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon ve Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi” s.13-14 <http://www.das.org.tr/tr/dosya/kongre/kong2007/sunu/bilge.aydin-das-2007-sunu.pdf> (11.11.2008)

- Hastalar ve personelle ilgili olarak yaralanma ve enfeksiyonlara bağlı riskleri azaltmak.

Bu programın hedefi, uluslararası konsensus standart ve göstergeleri uygulayarak sağlık hizmet kuruluşlarında sürekli, kalıcı bir iyileşmenin uyarılmasıdır. Akreditasyon hizmetleri yerel ihtiyaçlara uyarlanabilir uluslararası bir standartlar çerçevesinden oluşmaktadır.¹²⁴

Akredite olmak isteyen sağlık kuruluşu akreditasyon kararı verilmeden önce çok basamaklı bir değerlendirme sürecinden geçer. Bu değerlendirme sürecinin ana elementleri;¹²⁵

- Kurumun kendi kendini değerlendirme safhası,
- Akreditasyon örgütü çalışanlarınca yapılan saha denetimidir

JCAHO'nun kendi ülkesindeki hastaneleri akredite etmek üzere sağlık örgütlerine vermiş olduğu rapor 6 grupta değerlendirilmektedir. En yüksek akreditasyon kararı "Tartifli Akreditasyon" olup en yüksek akreditasyon kararı olarak yüzdelik oranla (% 12) ifade edilmektedir, "Akredite değil" raporunda ise yüzdelik oran % 0.5 ifade edilip standartların kesinlikle karşılanamadığı şeklindedir.

JCAHO'nun Amerika'da bulunan sağlık kuruluşları için verilen akreditasyon kararı Tablo 7'de incelenmiştir. Bununla beraber JCAHO uluslararası arenada hastane akreditasyonu yapan JCI akreditasyon kararı akredite, akredite değil şeklinde olabilmektedir. Uluslararası hastane akreditasyonunu kazanabilmek için tüm sağlık kuruluşlarının geçmek (yerine getirmek) zorunda olduğu "çekirdek" veya "eşik" standartlar koyarlar, akreditasyon denetimini talep eden sağlık kuruluşu "çekirdek" standartları yerine getirebilmelidir. Bir akreditasyon kararı, JCI tarafından feshedilmedikçe üç yıl geçerlidir. Akreditasyon kararı, JCI tarafından kuruluşun araştırmasını tamamladığı ilk günden itibaren veya eğer takip gerekli ise, herhangi bir gerekli araştırmanın tamamlanması ile geriye dönük olarak yürürlüğe girmektedir.

124 Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu, s.1

125 Akyurt, s.29

Sağlık kuruluşunun üç yıllık akreditasyon döngüsünün sonunda, akreditasyon belgesinin yenilenebilmesi için o kuruluşun yeniden değerlendirmeye alınması gerekmektedir. Sağlık kuruluşunun yeniden akreditasyon değerlendirmesinden başarılı ile geçebilmesi için tüm faaliyetlerinin sürekliliği ve bu faaliyetlerin geliştirilmesi önemli olmaktadır.¹²⁶

Tablo 7
JCAHO Örgütünün Resmi Akreditasyon Karar Raporu

Akreditasyon Kararı	Oran	Açıklama
Tarifli Akreditasyon	%12	En yüksek akreditasyon kararıdır. Tüm yönleriyle örnek kuruluş olduğunu gösterir.
Akreditasyon	%10	Tüm performans alanlarında standartlara tam uygunluk gösterir.
Tavsiyeli Akreditasyon	%7.4	En az bir alan dışında, genel olarak standartlara uygun olduğunu gösterir.
Şartlı Akreditasyon	%0.5	Standartlara genel olarak uygun olmamakla birlikte, belirlenen süre içinde uyumun sağlanacağına dair oluşan kanaati içerir.
Ön Yeterlilikli Akreditasyon	%0.3	Seçilmiş alanlarda standartlara uygun olduğunu ve yeni servislerin de işletmeye açılması ile 6 ay içinde tam tetkik yapılacağını gösterir. (Yeni açılan kuruluşlara uygulanır).
Akredite Değil	%0.5	Standartların kesinlikle karşılanamadığını gösterir.

Kaynak: Nuran Akyurt, “Hastanelerde Akreditasyon Standartları” İstanbul, 2008, s.30

126 .Akyurt s.30-31

Mayıs 2006’da, Uluslararası Yardım Programı (International Outreach Program) hemşire ve hasta bakımı ile ilgili düzenlemeler için JCI ile çalışmalara başlamıştır. Standartlar tüm dünya kıtaları ve bölgeleri düşünülerek oluşturulmuş ve değerlendirilmiştir. Standartlar sadece A.B.D. içerisinde değil tüm ülkelere uyum sağlayabilmesi için gözden geçirilmiştir. Hasta bakımı ve hemşirelik standartları JCI’nın altı maddesi baz alınarak meydana getirildi. Bunlar:¹²⁷

1. Bakıma ulaşım ve bakımın sürekliliği
2. Hasta tespiti
3. Hasta bakımı
4. Hasta ve Aile Eğitimi
5. Enfeksiyonun engellenmesi ve kontrolü
6. Çalışanların yeterliliği ve eğitimi.

Sadece bu standartlar, hemşirelerin ve hasta bakımı çalışanlarının ve bakımın uygulanmasında akreditasyon sağlar. Günümüz JCI akreditasyon standartlarının tanımlamaları iki kısımda açıklanabilir. Bu standartlardan ilki, hastanelerde yönetsel akreditasyon standartlarıdır. JCI örgütünün “yönetsel akreditasyon standartları” arasında;¹²⁸

- Kalite İyileştirme ve, Hasta Güvenliği
- Yönetişim, Liderlik ve Yönlendirme
- Tesis Yönetimi ve Güvenliği,
- Çalışanların Niteliği ve Eğitimi
- Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü

127 Sara W.Day and Others, “ Quality Assessment of Pediatric Oncology Nursing Care in a Central American Country: Findings, Recommendations, And Preliminary Outcomes” Pediatric Nursing, September-October 2008, Vol.34, No.5,pp.367-373

128 Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu, s.63-157

- Bilgi Yönetimi konuları yer almaktadır.

İkinci kısım olan JCI örgütünün “kliniklere yönelik hasta odaklı akreditasyon standartları” arasında;

- Hizmete Erişim ve Hizmetin Sürekliliği
- Hasta ve Yakınlarının Hakları
- Hastaların Değerlendirilmesi
- Hastaların Bakımı
- Hasta ve Yakınlarının Eğitimi konuları yer almaktadır.

1.5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE JCI AKREDİTASYONU UYGULAYAN ÜLKELER

Akreditasyon ABD, Avustralya, Kanada, İspanya ve İngiltere dahil az sayıda ülkede iyi yerleşmiştir. Fakat Tayvan, Latin Amerika bölgesi, Polonya, Rusya, Slovanya, İsveç, İsviçre, Hollanda, Almanya, Güney Afrika, Yeni Zelanda, Çek Cumhuriyeti, İsrail, Japonya ve diğer birçok ülkede de gelişmiş ya da gelişmektedir.¹²⁹ Sağlık örgütlerinde akreditasyon programlarının ilk başlangıcı 1951 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde gerçekleşmiştir. 1951– 1999 yılları arasında Amerika’da ve uluslararası arenada sağlık kuruluşlarının akreditasyonu ve ulusal sağlık akreditasyon programlarının oluşturulması, JCAHO tarafından gerçekleştirilmiştir.¹³⁰ 1958 yılında Kanada, 1974, 1987 yılında Avustralya (ACHS, QIC), 1989 yılında Yeni Zelanda JCAHO desteği ile kendi ulusal sağlık akreditasyon sistemlerini geliştirmişlerdir. ABD, Kanada ve Avustralya’da sağlık alanındaki bu oluşum diğer dünya ülkelerinin de dikkatini çekmiştir. 1986 yılında Tayvan (TJCHA), 1990-91 yıllarında Birleşik Krallık (HAP, HQS, US, NCQA), 1994 yılında Güney Afrika, 1995 yılında Finlandiya, Kore,

129 Kaya “Sağlık hizmetlerinde Kalite Yönetimi Çeşitli Ülkelerdeki Uygulamalara Genel Bir Bakış”, s.6

130 Akyurt, age, s.12

Endonezya, 1996 yılında Arjantin, İspanya (FAD), 1997 yılında Çek Cumhuriyeti, Japonya, 1998 yılında Brezilya (CBA), JCI, Polonya, İsviçre, Fransa, Malezya, Hollanda, Tayland, Zambiya ve 2000 yılında Portekiz, İngiltere, Filipinler ve Bulgaristan, Almanya, İtalya İrlanda sağlık akreditasyon programlarını başlatmışlardır. JCI aracılığıyla ulusal sağlık akreditasyon sistemini kuran ve başarı ile işleten ülkeler arasında Avustralya, Fransa, Almanya, İspanya, İtalya, Kanada, Hindistan, Japonya, Hollanda, Zambiya, Tayvan, İskoçya, Arjantin, Yeni Zelanda, Çin, Kore ve İsviçre bulunmaktadır. Yukarıda sıralanan bu ülkeler sağlık alanında faaliyet gösteren akreditasyon programlarını işletmeye başlamışlardır.¹³¹ Dünyada teknoloji ve deneyimle birlikte bir çok hastaneyi akredite eden JCI. Amerikan Medikal Derneği'nin raporuna göre bugüne kadar 100'ün üzerinde yabancı kuruluşa akreditasyon sağlamıştır¹³².

Ülkemizde henüz akredite olan bir kamu hastanesi bulunmamakla birlikte bazı kamu hastanelerinin bu yönde çalışmaları devam etmektedir. Özel hastanelerden ilk olarak İstanbul Memorial Hastanesi 2002 yılında JCI (Joint Commission International) tarafından akredite edilerek Uluslararası Akreditasyon Belgesi almıştır.¹³³ Ülkemizde şuan 28 kuruluş JCI tarafından akredite edilmiştir.¹³⁴ Akredite olmuş ülke ve kuruluşlar Tablo 8'de sunulmuştur.

131 "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Joint Commission Standards", [http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/\(01.01.2009\)](http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/(01.01.2009))

132 Diane York, "Medical Tourism: The Trend Toward Outsourcing Medical Procedures to Foreign Countries" Journal of Continuing Education In The Health Professions, 2008, 28(2):pp.99-102

133 Kaya "Sağlık hizmetlerinde Kalite Yönetimi Çeşitli Ülkelerdeki Uygulamalara Genel Bir Bakış", s.8

134 "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Joint Commission Standards", [http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/\(01.01.2009\)](http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/(01.01.2009))

Tablo 8.
JCI Akreditasyonu Uygulayan Ülkeler ve Akredite olmuş Kuruluş Sayısı;

Ülkeler	Akredite Kuruluş Sayısı	Ülkeler	Akredite Kuruluş sayısı
Avusturya	4	İtalya	12
Bangladeş	1	Ürdün	4
Barbados	1	İngiltere	20
Bermuda	1	Kore	1
Brezilya	15	Lübnan	1
Şili	1	Malezya	1
Çin	6	Meksika	4
Kosta Rica	2	Pakistan	1
Çek Cumhuriyeti	3	Filipinler	2
Danimarka	7	Portekiz	1
Mısır	1	Katar	5
Etiyopya	1	Singapur	14
Almanya	6	İspanya	17
Hindistan	11	İsviçre	1
Endonezya	1	Tayvan	4
İrlanda	11	Tayland	4
İsrail	3	Birleşik Arap Emirlikleri	16

Kaynak: [http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/\(01.10.2009\)](http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/(01.10.2009))

Seyahat sağlık bakımı ya da medikal turizm olarak adlandırabileceğimiz, insanların seyahat ederken aldıkları sağlık hizmetleri her geçen gün daha da büyümektedir. Kar amaçlı bir kuruluş olmayan Uluslararası Sağlık Hizmetleri Turizmi, 2006 yılından beri seyahat esnasında alınacak sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek için çalışmaktadır. Bu nedenle belirli bir standart oluşturmak için JCI ile beraber çalışarak, uluslararası arenada, belirlenmiş standartlar üzerinden aynı kalitedeki sağlık hizmetinin alınmasını garantisini vermektedir.¹³⁵

¹³⁵ HealthCare Tourism International Inc. "Accreditation agency keeps an eye on medical tourism " Medical Ethics Advisor, November 2007, USA, p.123-124 [http://www.healthcaretrip.org/\(12.08.2009\)](http://www.healthcaretrip.org/(12.08.2009))

2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE SEÇME VE YERLEŞTİRME SÜRECİ

Yönetim “belirli bir işbirliği ve ilişki sistemi içinde bir araya gelen insanların, ortak amaçlarını gerçekleştirmek üzere yapacağı faaliyetlerin düzenlenmesi süreci olarak tanımlanabilir” Bu açıdan yönetim değişik unsurlarda teşekkül eden bir sistemdir. Bu unsurlar örgüt, çalışan, araç gereç, mali kaynak ve yasal statüdür. Bu unsurların tümü, yönetimin aktif unsuru olan insanla anlamlı hale gelir ve gelişir. İnsan gücü, örgütü belirli amaçlar için işleten, mali kaynaklarla amaç ve gerekçeleri en iyi şekilde kullanmak suretiyle mal ve hizmet üretimini gerçekleştiren faktördür. Bu nedenle yönetimin en önemli ve aktif unsuru, insan gücüdür.¹³⁶

Personel seçim işlevinin amacı, iş gören yetenekleri ile iş gerekleri arasındaki en iyi ilişkiyi kurmak için; çalışmak üzere örgüte başvurmuş adayların, kişiliklerini, görmüş oldukları eğitimi, yeteneklerini ve ilgi duydukları konuları inceleyerek, onlar arasından en uygun yeteneklere sahip olanları göreve çağırmaktır.¹³⁷

Seçim işlevindeki amacın, iş ile iş gören nitelik ve yetenekleri arasında bir uyum sağlamak olduğu belirtilmişti. Şu halde, bu işlev içinde iki önemli ögenin saptanabilmesi gerekmektedir. Bunlardan birincisi, işe ait özelliklerdir. İkincisi ise, bu özelliklere uyacak kişi yetenekleridir. Bu iki öge hakkında bilgi toplama olanağı yoksa seçim işlevinden söz etmek yersiz olur. Bu nedenle seçim işlevinin, üstü örtülü olarak da olsa kabul ettiği temel varsayım, kişi yetenek düzeyinin ve işe ait özelliklerin ölçülebilir olduğu noktasında toplanmaktadır.¹³⁸

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2008 yılı ilk üç ayında sağlık sektörünün büyüme hızı yüzde 11.8, ikinci üç ayda yüzde 5.6 olmuş. Ortalama yıllık büyüme oranı yüzde 8.6 civarında olan sektörde 400’e yakın özel hastane bulunuyor. Bunun yanı sıra 200’ün üzerinde kurum farklı ruhsatlandırma aşamalarında bekliyor.

136 Mehmet Tank, “Türkiye’de Kamu Hizmetlerine Giriş ve Hizmete Alma Politikaları” (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Sakarya Üniversitesi, SBE, 2002), s.18

137 Ural Sözen, “Yönetici Değerlemesinde Personel Seçiminin Bir Faktör Olarak Kullanılması”, Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Yayınları, Ankara, 1. Baskı, 1973, s.38.

138 Öncel Sağlam “Örgütlerde Personel Seçiminin Önemi ve Seçim İşlevinin Başarısının Değerlendirilmesi” (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Süleyman Demirel Üniversitesi SBE, 1996,) s.7

Ayrıca, özel poliklinik, tıp ya da uzmanlık merkezlerinin toplam sayısı 1850 civarında. Sağlık kuruluşlarında hizmet sunumunun temel belirleyicisi ise insan gücünün yönetimidir. 2007 yılı itibariyle Sağlıkta insan kaynaklarının düzeyi Tablo 9’de sunulmuştur. Personel özlük işleri ve işe alımların yanı sıra sağlık personeline yönelik stratejilerin geliştirilmesi de büyük hassasiyet taşıyor.¹³⁹

Tablo 9.
Sağlıkta İnsan Kaynakları Düzeyi

Sağlıkta İnsan Kaynakları Kategorisi	Doktor			Hemşire	Ebe	Diğer
	Uzman	Pratisyen	Asistan			
Toplam	50.732	29.923	18.014	80.836	42.916	160.278
Personel/10,000	7,7	4,5	2,7	12,2	6,5	24,2
Kamu Sektörü Oranı Sağlık Bakanlığı%’si	%48	%88	%42	%75	%95	%73

Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, “Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi” Ankara, 2007,s.4

2.1.SEÇME VE YERLEŞTİRME ALTYAPISININ OLUŞTURULMASI

İnsan kaynakları yönetiminin temeli personelin istihdamıdır. Bunun için bir işletmede hangi niteliklere sahip kaç personelin istihdam edileceğinin tespiti (istihdam planlaması) için öncelikle; işletmenin misyon ve stratejilerinin belirlenmesi, bu misyon ve stratejilere göre ana ve alt hizmet birimlerinin, yani, örgüt yapısının çok iyi belirlenmesi, belirlenen bu birimlerin görev tanımlarının en ince detayına kadar kesin ve net bir şekilde yapılması, bu görevler için çalıştırılacak kişinin eğitim, ihtisas, özel beceri ve yeteneklerinin tespiti, her bir iş için gerekli olan birim zaman ve birim iş gücünün hesaplanması, gerekmektedir.

İnsan gücü ekonomik açıdan etkin (aktif) nüfus içinde mal ve hizmet üretimine dönük bilgi ve beceri kazanmış olan gruptur. Ekonomik anlamda etkin olan bu gruba kalkınma planlarımızda “işgücü” denmekte, bu grubu 15-64 yaş grubunun oluşturduğu

¹³⁹ İşte İnsan,İş Dünyası ve Yönetim Portalı,
http://www.isteinsan.com.tr/egitim/bu_egitim_saglik_sektorune_ik_yoneticisi_yetistiriyor.html(04.04.2009)

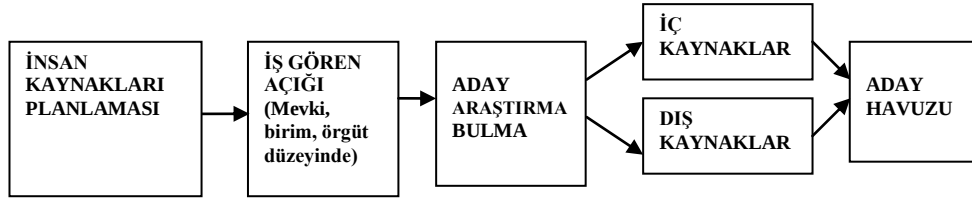
belirtilmektedir. Planlama ise önceden ne yapılacağını nasıl ve ne zaman yapılacağını, kimler tarafından hangi araçlarla yapılacağını karar altına almak olarak tanımlanabilir veya işe en uygun alternatifin tespiti de diyebiliriz. “İnsan gücü planlaması ise gelecekte ne nitelikte ve sayıda İnsan gücü gereksinme duyulacağı ve bu gereksinmelerin ne ölçüde ve nasıl karşılanabileceğinin kestirilmesidir.”¹⁴⁰ Nitekim P. Drucker örgütlerin başarısı için çalışanların işe alınmasında ve yükseltilmesinde dikkate alınması gereken temel ilkeleri şöyle özetlemektedir:¹⁴¹

- En uygun elemanı işe al; Farklı görevler farklı özelliklere, beceri ve yeteneklere sahip kişilerin işe alınmasını gerektirir.
- Potansiyel olarak işe uygun elemanlar arasından seçim yap. Etkin bir karar için potansiyel olarak bir birine yakın beceri ve yeteneğe sahip olan kişiler arasından seçim yapılmalıdır.
- İşe alınacak adayları değerlendirirken çok iyi ve etraflıca düşün. İşe alınması planlanan kişilerin sahip olduğu güçlü ve zayıf yönleri iyi analiz et. Teknik bilgi itibarıyla yeterli olan bir aday işin gereği eğer organizasyonda grup çalışmasını yönetecek kapasiteye ve özelliklere sahip değilse, o kişinin işe uygun olduğu söylenemez.
- Her adayı daha önce birlikte çalıştığı kişilerle birlikte değerlendir. Bir tek yöneticinin değer yargıları anlamsız ve değersiz olabilir. Bu bakımdan mümkün olduğu takdirde adayın durumunu daha önceki yöneticileri ve çalışma arkadaşları ile görüşmeler yaparak değerlendir.
- İşe alınan elemanın işten anlayıp anlamadığını ilk aylarda kontrol et. Adaylar arasından seçim yapıldıktan sonra işin sona erdiğini düşünme. Çalışmaya başlayan elemana yardımcı ol ve iş hakkındaki durumunu değerlendir. Buradan hareketle insan kaynakları yönetimi bir sistem olarak ele alındığında, planlamanın birinci girdi olduğu söylenebilir. O halde İnsan

140Tank, s.23

141 Toplam Kalite Yönetiminde İnsan Kaynakları Planlaması,
http://www.odevarsivi.com/dosya.asp?islem=gor&dosya_no=134959(14.05.2009)

kaynakları planlaması, temel olarak insan kaynakları popülasyonunun mevcut durumunun bir profili ve bu popülasyonla ilgili gelecekteki gereksinmelerin ve koşulların bir projeksiyonu olmaktadır.



Şekil 3. İnsan Kaynağı İhtiyacı Tespiti Ve Aday Toplama Süreci

Kaynak: Kemal Çiftiyıldız, “İşletmelerde İnsan Kaynağı Seçim Süreci ve Bir Uygulama Araştırması”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi Bölümü, 2006,s.17

Şekil 3’te verilen aday toplama sürecinde personel seçimiyle görevli uzmanların karşı karşıya kaldıkları bir sınırlama vardır. O da başvuran adaylar arasından en uygun kişiyi seçme zorunluluğudur. Şayet, personel bulma işlevi sonucu belirli niteliklere sahip, yeterli sayıda bir aday grubu oluşturulamamışsa, bu adaylar arasında yapılan bir seçim başarılı bir seçim olmayacaktır. Bu nedenle personel bulma işlevi seçimin etkinliğinde önemli rol oynar. Özellikle, ücreti düşük, gece çalışmayı gerektiren, mesai saatleri uzun, yükselme olanakları kısıtlı ve çalışma koşulları ağır olan işlere yeterli sayıda aday bulmak her zaman mümkün olmayabilir.¹⁴²

İnsan kaynakları seçim sürecinin başarıya ulaşabilmesi için insan kaynakları politikalarının, gerek organizasyonun kendi içindeki diğer fonksiyonlarıyla, gerekse de hissedarlar ve müşteriler gibi faktörlerin beklenti ve anlayışlarıyla yek ahenk olması başarı açısından hassasiyet gösterilmesi gereken bir konudur. Bu çerçevede her firma kendi içerisinde birbirinden farklı insan kaynakları politikaları belirleyebilmektedirler. Bu da sosyal bilimlerin doğası gereği, son derece doğal bir durumdur. Her şirket için geçerli, her yapıya uygun tek bir insan kaynakları politikasının belirlenip, tüm organizasyonlarda aynı şekilde uygulanması

¹⁴² Ramazan Geylan, “Personel Yönetimi”, Birlik Ofset Yayıncılık, Eskişehir, 1994, s.70

mümkün değildir. Söz gelimi bir firma yüksek ücretler ödeyerek tecrübe sahibi elemanları istihdam etmek suretiyle oryantasyon sürecini ve bu aşamada harcanan zamanı kısaltmayı tercih edebilirken, diğer bir firma yeni mezun bir adayı, daha düşük ücret ile istihdam edip, daha uzunca bir oryantasyon sürecini göze alabilmektedir. Ya da özellikle işsizlik oranının yüksek olduğu durumlarda, yine düşük ücret politikası izlemeyi tercih edip hızlı bir aday sirkülasyonu göze alabilmektedir.¹⁴³

Personel seçiminde amaç, işe en uygun personeli uygun zamanda işe almaktır. Bu amaca ulaşmak ise, ancak plânlı ve düzenli bir hazırlık çalışması sonucunda mümkün olabilir. İdeal bir personel seçim çalışmasının süreç olarak aday davetinden önce başladığını kabul etmeliyiz. Personel seçiminin Şekil 4.'de görülen aşamalardan oluşan bir hazırlık çalışması olmalıdır. Öncelikle işletmenin belirlenmiş personel politikasının bulunması ve bu politika uyarınca personel plânlaması yapılması gerekir. Daha sonra, seçilecek personelin yapacağı işin çok iyi tanımlanması ve bu tanıma uygun olarak da işin gerektirdiği bireysel özelliklerin belirlenmesi ve adayların bu özelliklere göre seçilmesi uygun olacaktır. Tabii, bu aşamaların bazılarında tamamlayıcı çalışmalar da gerekecektir. Bu ön hazırlık çalışmaları personel seçiminin etkinliğini önemli ölçüde belirleyici olup, hazırlık çalışmalarının yetersizliğine bağlı olarak seçimin başarısı da düşecektir.¹⁴⁴

İnsan gücü planlamasının iki amacı vardır. Bir yandan insan kaynağının en yararlı biçimde istihdamını sağlamaya çalışırken, diğer yandan örgütün gelecekteki İnsan gücü ihtiyacını nitelik ve nicelik yönünden karşılamaktır. Buradan hareketle insan gücü planlamasının amaçlarını şu şekilde sıralayabiliriz ¹⁴⁵

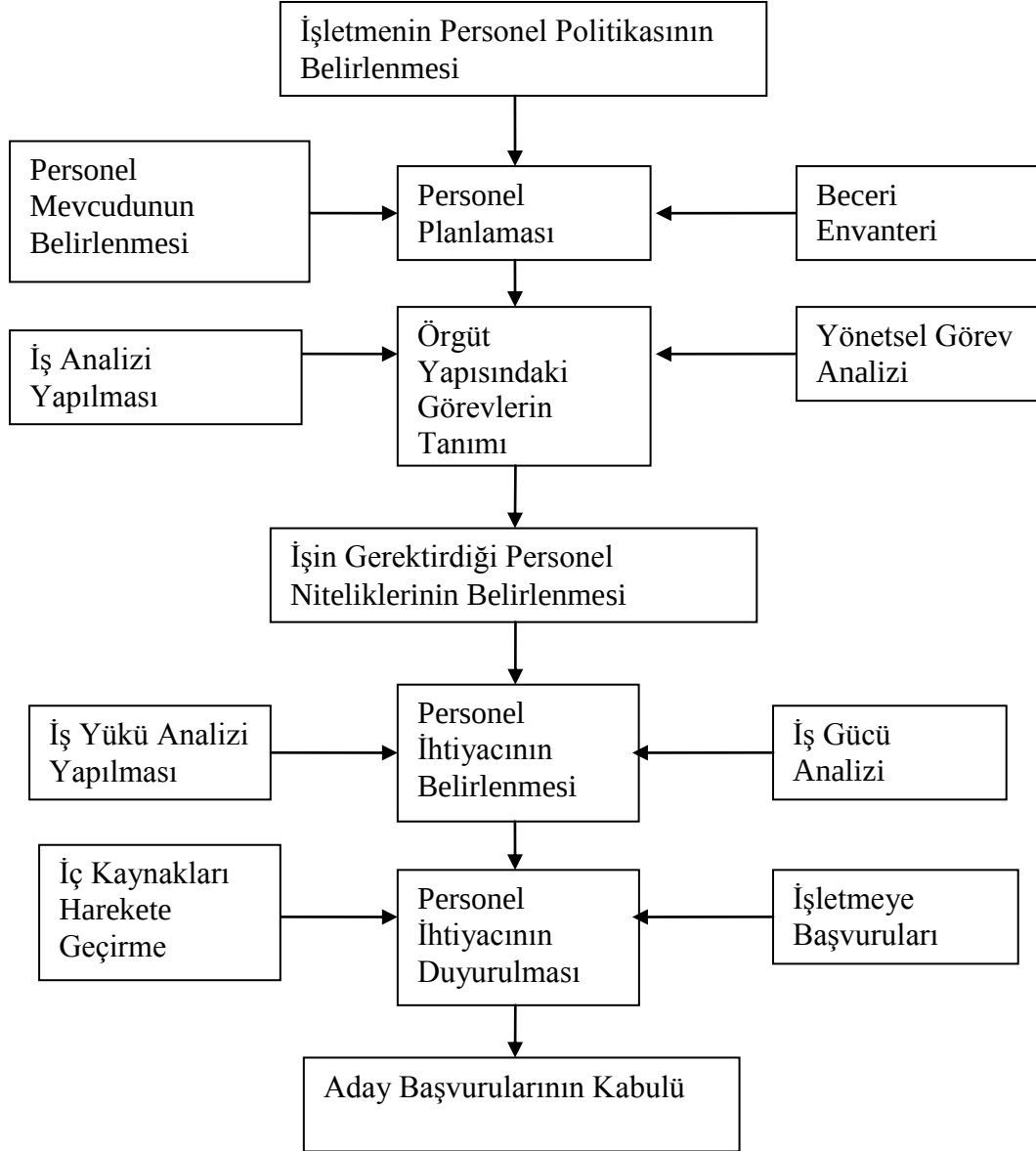
- İhtiyaç duyulan kişileri istediği kalite ve sayıda sağlama ve elinde bulundurma, ve insan kaynaklarının en iyi şekilde kullanılmasını sağlama,
- Muhtemel fazlalık problemlerini veya kişilerin eksikliklerini önceden görebilme,

143 Kemal Çiftçiyıldız, “İşletmelerde İnsan Kaynağı Seçim Süreci ve Bir Uygulama Araştırması”,(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, SBE 2006),s.17

144 Ali Gülen “Örgütsel Etkinlik Açısından Personel Seçimi ve İşe Almada Başarı” ”,(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi SBE, 1995), s.94-95

145 Tank, s.24

- Belirsiz ve değişken çevreye örgütün uyumunu sağlamak için esnek ve iyi yetiştirilmiş işgücünü geliştirebilmesi.
- İstenilen kabiliyette eleman için dışa bağımlılığı azaltma.



Şekil 4.
Personel Seçimi Hazırlık Çalışmaları

Kaynak: Ali Gülen, “Örgütsel etkinlik Açısından Personel seçimi ve İşe Almada Başarı”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi”, Gazi Üniversitesi, SBE, 1995),s.95

2.1.1. İnsan Kaynakları Envanter Çalışması

İnsan gücü planlaması sırasında en sık kullanılan teknik insan gücü envanteri tekniğidir. İşletmede meydana gelebilecek insan gücü açıklarını saptamak üzere çalışanların nitelik ve nicelik yönünden incelenmesini ve sınıflandırılmasını içeren bir tekniktir. Bu inceleme ve sınıflandırma yaş, cinsiyet, yapılan iş, eğitim düzeyi, ücret, sahip olunan yetkinlikler gibi konuları içerir.¹⁴⁶

Günümüzde, özellikle sağlık kuruluşlarında rekabette üstünlük sağlanabilecek en önemli unsurlardan birinin “çalışanlar” olduğunu düşündüğümüzde, insan kaynağının önemi ortaya çıkıyor. Sağlık kuruluşlarında, hizmeti alan ile veren doğrudan bir ilişki içerisinde olduğundan, hizmet kalitesinin doğrudan çalışanın niteliğiyle ilişkili olduğunu söyleyebiliriz. Dolayısıyla, hastanelerin kurumsal performans göstergelerinin yüksekliğiyle, çalışan verimliliği arasında çok önemli bir ilişki olduğunu dile getirebiliriz. Son yıllarda özel sağlık sektöründeki hızlı gelişmeler, insan kaynakları yönetimi alanındaki ilerlemeler, sağlık sektörü insan kaynakları uygulamalarına da yansıdı; insan kaynakları son yıllarda da etkinliğini artırdı. Günümüzün en karışık işletmeleri konumunda olan hastaneleri, diğer kurumlardan farklı kılan en önemli unsur, çok çeşitli bir çalışan yapısına sahip olmalarıdır. Hastanelerin, hedeflerine etkin olarak ulaşabilmeleri için, eğitim ve deneyimleri birbirinden farklı meslek gruplarını ve farklı faaliyetleri yönetmeleri gerek ve bu da sağlık kuruluşlarında insan kaynakları yöneticilerinin göz önünde bulundurması gereken önemli faktörlerden biridir¹⁴⁷. İnsan gücü envanter çalışmasını sağlık hizmeti veren işletmelerinin büyük bir titizlikle hazırlamaları gerekmektedir.

2.1.1.1. Sağlık Personelinin Personel Dosya Sistemi

Sağlık Bakanlığı’na bağlı kuruluşlarda çalışan sağlık personeli, devlet memurları kurumlarınca tutulacak memur kütüğüne kaydolurlar. Her memura bir sicil numarası verilir. Her memur için bir memur cüzdanı düzenlenir ve bir özlük dosyası tutulur. Sicil amirleri tarafından düzenlenecek sicil raporları ile varsa müfettiş raporları

146 Şadi Can Saruhan, Ayla Öncer Özdemir, “Değer Hedefli İşletmecilik” Marmara Üniversitesi Nihad Sayar Eğitim Vakfı Yayını, 1.Baskı, 2005, s.175

147 Yeni Bir İş İnsan Kaynakları Hizmetleri A.Ş.

[http://www.insankaynaklari.com/ikdotnet/IcerikDetay.aspx?KayitNo=7654&Kwd=sağlık\(01.04.2009\)](http://www.insankaynaklari.com/ikdotnet/IcerikDetay.aspx?KayitNo=7654&Kwd=sağlık(01.04.2009))

ve memurların mal beyannameleri sicil dosyalarına konulur. Özlük ve sicil dosyaları devlet memurlarının ehliyetlerinin tespitinde, kademe ilerlemelerinde, derece yükselmelerinde, emekliye ayrılmalarında ya da hizmetle ilişkilerinin kesilmesinde başlıca dayanaktır.¹⁴⁸

İşletmelerde İnsan Kaynakları Müdürlüğü'nde her personel için bir özlük dosyası tutulur. Kişilerin işletmeye başlarken vermekle yükümlü olduğu belgeler, iş başvuru, mülakat ve referans formları, görevlendirme, terfi, ödüllendirme, yetersizliği ve davranışlarıyla ilgili uyarı yazıları, alım tutanakları, savunma yazıları ile izin, hastalık, disiplin cezaları ile ilgili yazışmalar ve belgeler başlıca özlük unsurlarıdır. Özlük dosyalarının gizliliği esastır, ve bu dosyalar İnsan Kaynakları Müdürlüğü'nce saklanır.

Burada kanunlarca işverene getirilmiş yükümlülükler kapsamında düzenlenmesi zorunlu olan başlıca belgelere yer verilmiştir. Sıralananların yanı sıra birçok farklı belgenin de olabileceğini vurgulamak gerekir. Ayrıca belirtilen her belgenin her personelin dosyasında olması söz konusu değildir. Personelin yaşına, cinsiyetine, uyruğuna, istihdam şekline ve yaptığı işe göre farklı belgelere ihtiyaç duyulabileceği gibi bazılarında olması gereken belgelere başkalarında gerekli görülmeyebilir. Bu çerçevede başlıca zorunlu belgeleri şöyle belirleyebiliriz:¹⁴⁹

İşçiye ait kimlik bilgileri (İş K. m.75),

İşe giriş bildirgesi (506 sy. SSK. m. 9),

Yabancı uyruklu işçiler için çalışma izni (4817 sy. Kanun),

Süresi bir yıl ve daha fazla olan asgari ve azami müddetli belirsiz süreli iş sözleşmesi ile çalışma var ise bir örneği (İş K. m.8/2)

Belirli süreli iş sözleşmesi ile çalışma var ise bir örneği (İş K. m.11),

148 Zafer Öztekin, Adil Yüksel ve İbrahim Sakabaş, "Birinci Basamak sağlık Personeli İçin Sağlık Hizmetleri ve Çalışanlar Açısından Yasal Düzenlemeler" Sağlık Bakanlığı, 8.Basım, Ankara, 2001, s.37

149 Personel Özlük Dosyası ve İşverenin İş İlişkisinde Temin Etmesi Gereken Belgeler
http://www.turkhukuk sitesi.com/makale_896.htm(24.08.2009)

Çağrı üzerine çalışma var ise sözleşmenin bir örneği (İş K. m.14),

Yazılı iş sözleşmesi yapılmamış ise işe aldıktan sonra en geç iki ay içinde işçiye verilmesi zorunlu olan “iş koşullarını içeren yazılı belgenin” işçinin bu belgeyi aldığını gösteren şerhini ve imzasını taşıyan örneği (İş K. m.8/3),

Her ay işçiye verilmesi zorunlu olan “ücret hesap pusulasının” işçinin imzasını taşıyan örneği(İş K. m.37),

İşçiden alınan fazla saatlerle çalışmaya onay belgeleri (İş K. m.41),
Sözleşmede hüküm bulunmayan hallerde işçiden alınan Ulusal Bayram ve Genel Tatil Günlerinde çalışmaya onay belgeleri (İş K. m.44),

Ağır ve tehlikeli işlerde çalıştırılacak işçi için alınması zorunlu doktor raporu (İş K. m.86),

Çalıştırma yaşındaki çocukları işe almadan önce alınması zorunlu doktor raporu(İş K. m.87),

Ağır ve tehlikeli işlerde çalışanlar ile çocuklar için belirli periyotlarda alınması zorunlu işe devamda engel olmadığını gösteren kontrol muayene raporları(İş K. m.86 ve 87),

Hamile kadınların doğumdan önce üç hafta kalıncaya kadar çalışması halinde gerekli olan doktor onayı (İş K. m.74/1), Doğum öncesi ve sonrası izinlerin artırılması gerektiğini gösteren doktor raporu (İş K. m.74/2),

Yıllık ücretli izinleri gösteren ve işçinin imzasını taşıyan izin kayıt belgesi (İş K. m.56/son),

İş sözleşmesi sona erdiğinde işçiye verilmesi zorunlu olan “çalışma belgesi”nin bir örneği ile belgenin işçiye verildiğini gösteren ve işçinin imzasını taşıyan ispat belgesi (İş K. m.28),

İşsizlik Sigortası Kanunu uyarınca verilmesi zorunlu olan (İAB) İşten Ayrılma Bildirgesi (4447 sy. İSK. m. 48/4).

Dosyada bulunması gereken belgeler, işverenin yasal yükümlölükleri ve borçları ile iş sözleşmesinden kaynaklanan borçları çerçevesinde özellikle işin kanuna uygun; verimli ve doğru yönetimi, işin kanunlara uygun düzenlenmesi, iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin uygulanması, denetim veya çekişme hallerinde ispat ya da delil bildirme yükünü yerine getirmeye yardımcı olması gibi amaçlarla toparlanan belgeler niteliğindedir. Elbette bu nitelikte belgeler de burada sayılanlarla sınırlı değildir.

İşçi işe alınırken yaptığı iş başvurusunun formu, işe alma sırasında işçiyle yapılan mülakat, görüşme ve test sonuçları, İşe alınmış adayın başvuru formu personel sicil dosyasının hazırlanmasında bilgi kaynağı olarak kullanılmaktadır.¹⁵⁰

Yazılı belirsiz süreli iş sözleşmesi yapılmış ise işçinin imzasını taşıyan bir örneği,

Sendika üyesi işçi bakımından üyelik belgesi ve üye olmayanlar bakımından dayanışma aidatı ödeyerek Toplu İş Sözleşmesi'nden yararlanma talebini içeren dilekçe,

İşçinin ücretinde ve sosyal haklarında ortaya çıkan değişiklikleri gösteren belgeler,

İşçi için uygulanan “performans ve verimlilik değerlendirme sisteminin” periyodik sonuçlarını gösteren belgeler,

İşçiye iş sürecinde yapılan bildirimler, uyarılar, kurallara göre verilmiş cezalar, işçiye yapılmış savunma vermesi çağrıları, işçinin vermiş olduğu savunmalar, bildirimleri tebliğden kaçınan işçiye ilişkin tutanaklar,

Serbest zaman kullanmak isteyen işçinin istek dilekçeleri ve serbest zaman çizelgesi,

Denkleştirme esasının uygulandığı günlerde işçinin periyodik (en fazla iki aylık) çalışma sürelerini ve ücretli boş zamanlarını gösteren çizelgeler,

150 Ron Coleman, Giles Barrie, “Yöneticinin Kılavuzu-İyi Bir Yönetici Olmak İçin 525 Kural” I. Basım, Remzi Kitapevi, İstanbul, 1994, s.84

İşçiye verilen her türlü izne ilişkin talep dilekçeleri ve izin kullandırma çizelgeleri,

Terfi ve nakil işlemlerini gösteren belgeler,

Esaslı değişiklik anlaşmaları,

İş sağlığı ve güvenliği önlemlerine ilişkin gerekli bilgilerin, araç ve gereçlerin verildiğini gösteren, araç ve gereçlerin listesini içeren, işçinin imzasını taşıyan belgeler,

İş sağlığı ve güvenliğine ilişkin işyerinde yapılmış ve yapılacak eğitimleri ve işçinin bu eğitimlere katıldığını ve katılacağını gösteren çizelgeler,

İşyerinde ilan edilen ara dinlenmeleri çerçevesinde işçiden haftalık yâda aylık alınacak ara dinlenmeleri kullandığına ilişkin belge,

Vizite kâğıtlarının örnekleri,

İstirahat raporlarının örnekleri,

Gece çalışması yaptırılan işlerde gece çalışmalarının 7,5 saatten fazla yapılmadığını gösteren ve işçinin imzasını taşıyan gece çalışma çizelgeleri,

İşçinin gece ve gündüz postalarında çalışması halinde haftalık posta değişikliğini gösteren bireysel posta çizelgesi,

Geçici iş ilişkisi ile devredilecek işçiden devir sırasında alınmış olan yazılı rıza,

Kadın işçiler bakımından; çoğul gebelik varsa bunu gösteren doktor raporu, hamilelik için periyodik kontrollerin ne zaman yapılacağını gösteren kadın doğum uzmanının raporu, süt iznini nasıl kullanmak istediğini gösteren işçinin imzasını taşıyan dilekçe, bu isteğe göre oluşturulmuş süt izni çizelgesi,

Bunların dışında işçiyle ilgili departmanlar arası yazışmalar ve gerekli görülen diğer belgeler

İş sözleşmenin feshine veya diğer sona erme nedenlerine ilişkin belgeler ve nihayet iş sözleşmesi sona erdiğinde işçiye yapılması zorunlu ödemelerinin yapıldığını gösteren işçinin imzasını taşıyan ödeme makbuzları ve ibraname.

JCI'in standartlarını incelediğimizde ÇNE.3.2 standardında “Her eleman için kişisel bilgilerin kayıtlı olduğu bir belge olmalıdır.” denmektedir. Kurumdaki her kadro üyesinin yetenekleri, değerlendirme sonuçları, çalışma geçmişi bilgilerine ilişkin bir kayıt mevcut olmalıdır. Bu kayıtların standardize olması ve güncel tutulması gerekir.¹⁵¹

2.1.1.2.Sağlık Hizmetlerinde Kadro Çalışmaları

İnsan kaynakları (personel), sağlık kurumlarında üretim faaliyetini doğrudan veya dolaylı biçimde gerçekleştiren kişileri ifade eder. İnsan Kaynakları Yönetimi, sağlık kurumlarında çalışanların etkili ve verimli biçimde çalıştırılmasıyla ilgili faaliyetler bütünü veya sistemi olarak tanımlanabilir. Sağlık kurumlarında faaliyetler, eğitim ve deneyimi birbirinden çok farklı personel grubunun eşzamanlı çalışmalarıyla yürütülür. Makine ve teknik donanım oldukça bağımlı olan endüstriyel kurumların tersine, sağlık kurumları, yeterli sayı ve nitelikte insan gücüne sahip olmadan faaliyetlerini gerçekleştiremez. Sağlık kurumlarında verilen hizmetin kalitesini, büyük ölçüde, sağlık insan gücü belirler.

Sağlık hizmetlerinde kalite beklenirken en önemli girdilerden olan sağlığa ilişkin insan gücünün yeterliliği önemli bir husus olarak önümüze çıkmaktadır. Nüfus başına doktor ve hemşire sayıları bu açıdan son derece önemlidir. Özellikle yatak başına hemşire sayısı klinik bakım kalitesinin önemli bir ölçütüdür. Türkiye'de yatak başına 0,5 hemşire düşmektedir. Bu seviyeye Sağlık Bakanlığı'nın son zamanlardaki sözleşmeli personel politikaları sayesinde ulaşılabilmiştir. Tablo 10'da da görüleceği gibi bu oran, Tayvan'da 0.62, Japonya'da 7,9 dur. Amerika'da 1000 kişiye 2,3 doktor düşmektedir. OECD ülkelerinde ortalama 1000 kişiye 2,9 doktor düşerken, bu sayı Avrupa'da daha yüksektir. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nde bulunan 52 ülke arasında Türkiye 1000 kişi başına 1,4 doktorla sonuncu sırada yer almaktadır.¹⁵²

151 Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu, s146

152 Sağlık Bakanlığı, “Sağlıkta Performans Yönetimi”, s.26

Tablo 10.
10.000 Nüfus Başına Sağlık Alanında Çalışan Sayısı

Karşılaştırma Grubu	Doktor	Hemşire	Ebe	Eczacı	Diş Hekimi
Türkiye	14,9*	12,2	6,5	2,9	2,7
WHO-EURO	33,8	67,9	4,4	5,1	5,1
AB	31,8	70,0	3,6	7,2	6,1
Avrupa B+C	30,7	64,1	5,1	2,8	3,2

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, “Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi” Ankara, 2007,s.5

*Uzman hekimler, pratisyen hekimler ve asistan hekimleri içermektedir.

Personel kadroları ile personel mevcudunun karşılaştırılması sonucu personel ihtiyacı belirlenir. Bir organizasyonun, mevcut personel ihtiyacının yanında gelecekteki personel ihtiyacını da tespit edebilmesi gerekir. Personel planlamasının konusunu oluşturan bu tür faaliyetlerin gerçekleştirilebilmesi için, organizasyonun gelecekte alacağı şeklin ve personel ayrılma oranlarının tahmin edilmesi gerekir. İnsan gücü kaynağı planlamasının iki amacı vardır; bir yandan, insan kaynağının en yararlı biçimde istihdamını sağlamak, öte yandan örgütün gelecekteki işgücü ihtiyacını nitelik ve nicelik yönünden karşılamaktır.¹⁵³ Sağlık hizmetlerinin personel politikasında iki karşıt görüş vardır. Bunlardan biri örgütte hizmeti en iyi görecekt olanların çalıştırılması, diğeri herkese hizmet verecek biçimde personel yetiştirme ve çalıştırmadır.¹⁵⁴

Bir işletmenin en değerli sermayesi olarak kabul edilen insan kaynağı, çok iyi bir şekilde değerlendirilme ve yararlanılma gerektiren özellik arz eder. Kadrolama çalışmalarında, hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın, işe alınan personelin bilgi ve yeteneklerinin tamamının işle uygunlaştırılmasını sağlamak oldukça güçtür. Bu güçlük seçim yönteminden çok, insanların karmaşık yapısı ve bu yapıları net olarak açığa çıkarma zorunluluğundan kaynaklanmaktadır. Rekabette insanlar sayesinde başarıya ulaşıyorsa, bu insanların becerileri büyük önem kazanır. Başarının temellerinin

153Çiftçiyıldız,s.17

154Rahmi Dirican “Prof. Dr.Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları Çocuk Sağlığı Yönünden Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi ve Yönetim”, Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi, 1998,
http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_2/4.html (13.05.2009)

değiştiğini gösteren en belirgin ipuçlarından biri de gerekli becerilere sahip bir işgücünün öneminin artmasıdır.¹⁵⁵

İnsan gücü Reformu; Hizmet kalitesi, etkililiği ve verimliliğine katkıda bulunmak amacıyla doğru sayıda kişinin, doğru becerilerle, doğru tutum ve motivasyonla, doğru yer ve zamanda ve doğru maliyette istihdamını sağlayacak bir sistemin oluşturulmasını kapsamaktadır. İnsan gücü Reformunun özel amaçları şunlardır;¹⁵⁶

- Epidemiyolojik, demografik ve hizmet kullanımı kriterleri ile birlikte finansal kısıtlılıkları da dikkate alan ve iş yükü prensibine dayalı rasyonel bir İnsan gücü planlama sisteminin oluşturulması;
- İnsan gücü planlama araçlarını geliştirerek, Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmetlerinin sunumu ve yönetiminde sağlık reformlarını uygulayacak konuma getirmek;
- Desantralize İnsan gücü planlama ve yönetim kapasitesi geliştirerek illerdeki sağlık yöneticilerinin insan gücü planlama sürecine aktif katılımını sağlamak;
- Performansa dayalı ve bölgesel farklılıkları dikkate alacak ödül sistemini içerecek bir ücretlendirme sisteminin geliştirilmesi;
- Performansa dayalı kariyer gelişim sisteminin oluşturulması;
- Çağdaş profesyonel uygulamaları ve DSÖ’nün “ Herkes için Sağlık Hedefleri”ni içerecek şekilde sağlık personeli iş tanımları ve sorumluluklarının güncelleştirilmesi;
- Sağlık personeli temel eğitim sisteminin geliştirilmesi;

155 Olcay Gürdal, “Toplam kalite Yönetiminde Seçme ve İşe Almanın Önemi”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi SBE, 2001), s.100

156 Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, “Türkiye Sağlık Reformları 1998”,s.29

- Sağlık personeli temel eğitiminin standardizasyonuna yönelik sistem geliştirilmesi;
- Sağlık personeli sürekli eğitim sisteminin geliştirilmesidir.

Sağlık insan gücü reformu çerçevesinde gerçekleştirilen çalışmalar planlama, eğitim ve yönetim olmak üzere üç ana başlık altında sürdürülmektedir. Sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirerek sürekliliğini sağlamak ve halkımızın sağlık hizmetinin kalitesine olan güvenini arttırmak için sağlık akreditasyon sisteminin kurulması gündeme gelmiştir. Sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılması aşamasında Türkiye için sağlık hizmetlerinin standartlarının belirlenmesi ve geliştirilmesi planlanırken sağlık hizmetlerinde insan kaynakları standartlarının oluşturulması, gibi ihtiyaçlar da göz önünde bulundurulmuştur.¹⁵⁷

Kadro planlamaları yapılırken, hastanede ya da hastanenin bir ünitesinde hizmet üretimini gerçekleştirebilmek için gerekli iş gücü miktarının adam/saat cinsinden tespitine yönelik işlemler dizisi İş Yüğü Analizi ile bulunur. Hastanelerde iş ölçümü; bir işlemin örneğin; hastanın tansiyonunun ölçülmesi, hastanın hikâyesinin alınması veya işlemler dizisinin (laboratuarda bir şeker tahlili) belirli çalışma koşullarında ve belirli yöntemlerle, yeteri kadar eğitim, bilgi ve beceriye sahip bir personel tarafından bir işgücü veya vardiya boyunca aşırı yorgunluk yaratmayacak bir çalışma hızı ile yapılması için gereken sürenin tespiti amacıyla uygulanan tekniktir. Bu süreye personelin kişisel ihtiyaçları ve beklenmeyen gecikmeler için eklenen toleranslarla standart zamanlar bulunmuş olur. Yapılan işlemler hastaya bağlı olduğundan, gelen hasta sayısı ile standart zamanların çarpımı hasta yüküne bağlı iş gücü ihtiyacını verir.¹⁵⁸

157 Aydın, “Sağlık Sektöründe Kalite Çalışmaları ve Akreditasyon” 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi – 2007”, s.10,

158 Sağlık Bakanlığı, “Sağlık İşletmeciliğinde İş Yüğü Analizi ve Bir Uygulama O.G.Ü Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği” SABEM, [http://www.sabem.saglik.gov.tr/akademik_metinler/linkdetail.aspx?id=3608\(26.03.2008\)](http://www.sabem.saglik.gov.tr/akademik_metinler/linkdetail.aspx?id=3608(26.03.2008))

2.1.1.2.1. Sağlık Hizmetlerinde İş Analizi Çalışmaları

İş analizi, gözlem, anket, mülakat gibi teknikler kullanılarak bir işin içeriğini, yapısını, türünü, o işi yapmak için gereken zamanı, yöntemi, ve bireysel yetkinlikleri belirleme sürecidir. Yani iş analizi işe ait tüm detayların ortaya çıkarılmasıdır¹⁵⁹. İş analizi, işin yapımı için gerekli olan işleri, görevleri ve sorumlulukları sistematik olarak araştırma ve tanımlamadır Bir örgütün yaptığı işler ile ilgili bilgileri toplama, işleri detaylı olarak inceleme, analiz etme ve diğer İnsan Kaynakları Yönetim fonksiyonları için temel oluşturma faaliyetidir. İş analizi çalışması ile tüm işler ayrıntıları ile incelenir, işlerin yapılması için gerekli ortam, gerekli alet ve makineler, çalışan özellikleri gibi önemli unsurlar belirlenir. Daha sonra bu bulgular iş tanımları ve iş gerekleri biçimine dönüştürülerek özet bilgi haline getirilir ve ihtiyaç olduğunda kullanılmak üzere belirli bir dosyalama sistemi esasına göre depolanır. Her kurum kendi bünyesinde farklı yollarla iş analizi yaptığı ve iş analizi sonuçlarını farklı tasniflediği için birçok iş analizi tanımları bulunmaktadır. Çeşitli iş analizi tanımları şunlardır:¹⁶⁰

- İş analizi, işleri tanımlama ve kaydetme ile işi ifşa etmek için zorunlu olan becerileri ve diğer gerekleri belirtme süreci, daha açık bir ifade ile ise insan kaynakları yönetimi programının esasıdır.¹⁶¹

- İş analizi bir iş ile ilgili bilgilerin sistematik olarak toplanması, değerlendirilmesi ve örgütlendirilmesidir.¹⁶²

- İş analizi, mühendislik ve sosyal bilimlerden yararlanılarak, örgütte yürütülen işlerin teknik ve sosyal analizlerinin yapılmasıdır.¹⁶³

- İş analizi, işi oluşturan unsurların çözümlenmesi yoluyla işin etkin yapılmasında belirleyici olan faktörlerin ortaya konulması işin özellikleri, inceliği, gerekleri ve çalışma koşullarını çeşitli yöntemlerle araştıran bilimsel bir çalışmadır.¹⁶⁴

159.Saruhan, Özdemir, s.177

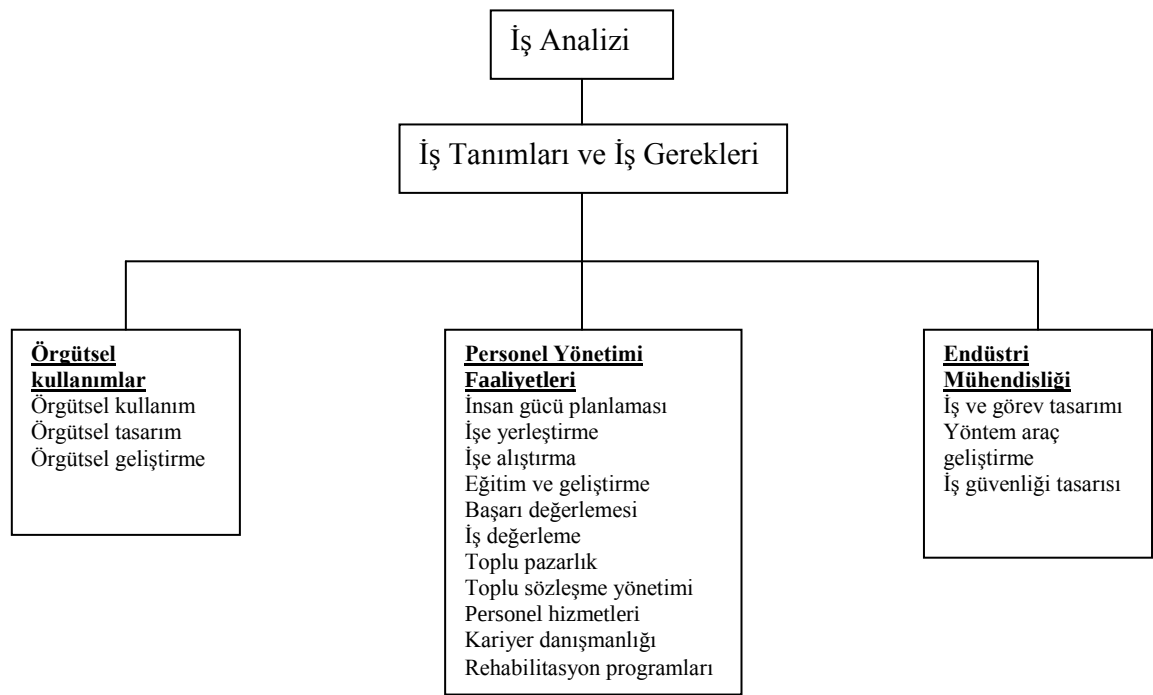
160 Betül Gümüş, “İş Analizi’nin İnsan Kaynakları Açısından Önemi ve Diğer İnsan Kaynakları Fonksiyonları İle Olan İlişkisi” (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Anadolu Üniversitesi SBE,2005) s.10

161 Dursun Bingöl, “İnsan Kaynakları Yönetimi” İstanbul, Beta, 5. Basım, 2003, s.75

162 Meryem Akoğlu Kozak, “Konaklama İşletmelerinde İş Analizi” Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 1325, Eskişehir, 2001, s6

163 Necdet Hacıoğlu ve diğerleri. “Balıkesir Üniversitesi İdari Teşkilatında İş Analizi Uygulaması ve İş Tanımı El Kitabı” Balıkesir Üniversitesi, 1992, s.13

İş analizi çalışmalarına başlanmadan önce, öncelikle üst yönetim tarafından iş analizi sonucu ulaşılmak istenen amaçlar belirlenmelidir. İş analizi ekibi oluşturulur ve gerekli görülürse bu ekip eğitime tabi tutulur. İş analizi ekibi, iş analizcisinin temel amacının öz bilgilere ulaşmak olduğu bilincine vakıf olmalıdır. Bu yüzden iş analizi ekibi temel amacı olan öz bilgilere ulaşma üzerine odaklanmalı, kullanılacak yöntemin yalnızca bir araç olduğunu unutmamalıdır.¹⁶⁵



Şekil 5.
İş Analizi Kullanım Alanları

Kaynak: Öznur Yüksel, “İnsan Kaynakları Yönetimi” Gazi Kitapevi, Ankara, 2000, s.83

İşletmeler iş analizi çalışmalarına birtakım hedeflere ulaşabilmek amacıyla başlarlar. İş analizi ile ulaşılmaya çalışılan hedefler işletmeden işletmeye farklılık gösterir. Bu amaçlardan birkaçı şu şekilde özetlenebilir:¹⁶⁶

- Verimliliği arttırmak,
- Aksaklıkları giderecek bilgilere ulaşmak,
- İşler ile bu işi yapacak bireyler arasında uyum sağlamak,
- İş ile iş yükü arasında bir denge kurmak
- Gelecekteki insan kaynakları ve eğitim ihtiyaç analizine dayanak olacak verilere ulaşmak,
- İş değerlemesi verilerine ulaşmak,
- Kariyer planlamasına zemin olabilecek verilere ulaşmak
- Performans standartlarına zemin olabilecek verilere ulaşmak,
- Yasal dayanak noktaları oluşturmak,
- Meslek geliştirme çabalarına destek olmak.

Yapılan bir araştırma sonucuna göre; Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde iş analizi çalışmaları yapılmamaktadır. Bundan dolayı da iş tanımı ve ölçümü de bulunmamaktadır. Oysa iyi bir hizmetin verilebilmesi için bu çalışmaların yapılması gereklidir. Bilhassa son günlerde bu konuda çalışmalara hız verildiği ve gerek iş tanımlarının yapılmasına gerekse iş gereklerinin belirlenmesine gayret edildiği görülmüştür. Ancak iş tanımları formel olarak henüz yapılmamıştır. İşler ve işlerin

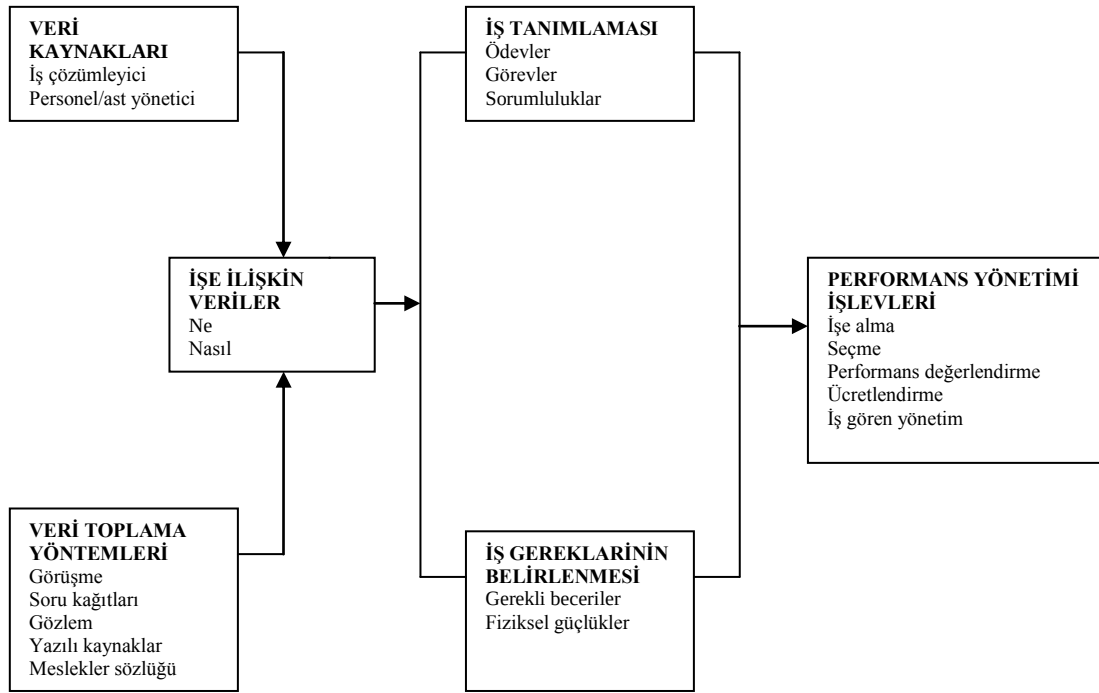
166 Necdet Hacıoğlu ve diğerleri, s.14 – 15; Kozak, s.49.;

taşıdığı görev ve sorumluluklar eskiden gelen alışkanlıklar ve adetlerle devam etmektedir.¹⁶⁷

Sağlık Bakanlığı kendi bünyesinde çalışan personel açısından görev tanımlarının revizyonuna gitmiştir. Yeni görev tanımları ile hekim, hemşire ve diğer personel daha verimli kullanılabilecek, gereksiz iş yükünün ortadan kaldırılmasıyla hizmet kalitesinde bir artış olacaktır. Özellikle yetişmiş hekim ve hemşirelerin idari kadrolarda ve diğer bazı uygulama dışı görevlerde gerekenin üzerinde istihdamı, sağlık hizmetlerinin sunumu için yetişmiş iş gücünün etkinliğini azaltmaktadır. Bu nedenle iş gerekleri net olarak belirlenmeli ve kadro atamaları bu gereklere göre yapılmalıdır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde var olan yapıyı temel alarak, her birim kendi gereksinimine paralel iş tanımlarını ve iş gereklerini iç genelge ile belirlemelidir. Bununla birlikte iş yükünün fazlalığıyla ilgili verilerin subjektif olduğu, iş yükü analizlerinin objektif yöntemlerle yapılarak her bir hastanenin kendine has düzenlemeler yapması gerektiği yönünde de görüşler vardır.¹⁶⁸

167 Serap Karapınar, “İş Akışı Analizi Yoluyla Bir Hastane İşletmesinde Süreç İyileştirme Çalışması” (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi SBE 2006), s.197

168 Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, “Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalışmayı”, Ankara, 2007, s.43



Şekil 6.
İş Analizi Çalışmaları Süreci

Kaynak: Serap Karapınar, “İş Akışı Analizi Yoluyla Bir Hastane İşletmesinde Süreç İyileştirme Çalışması” (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi SBE, 2006), s.6

2.1.1.2.2. Sağlık Hizmetlerinde İş Tanımlarının Yapılması

İş tanımları iş analizi çalışmaları sonucunda ortaya konan yazılı bir belgedir; dolayısıyla iş analizinin ayrılmaz bir parçasıdır. İş tanımları, işin kapsamına giren eylem ve işlemlerin sorumluluk ve ödevler ile olan ilişkilerinin ve birbiriyle olan ilişkilerinin kaydedildiği formlardır.¹⁶⁹ İş tanımlarında işin adı, kısaca hangi görevleri içerdiğine ilişkin açıklamalar, çalışma şartları, işin gerektirdiği yetkinlik ve tecrübe düzeyleri bulunur. İş tanımı içerisinde işin temel işlevi, bağlı olduğu bölüm, işin kodu, unvanı, işin gerektirdiği eğitim ve tecrübe seviyesi, fiziksel ve zihinsel özellikler ve işi yapacak olanın görev, yetki ve sorumlulukları bulunur.¹⁷⁰

¹⁶⁹ Bingöl, s.89

¹⁷⁰ Saruhan, Özdemir, s.177

Başka bir tanıma göre ise iş tanımları, iş analizinde toplanan bilgileri sistematik ve bilinçli bir biçimde sunan bir tekniktir.¹⁷¹ İş tanımları personelin seçimi, terfisi, performans değerlendirmesi, başarı standartlarını oluşturma, iş değerlemesi, eğitimi, kariyer yönetimi gibi pek çok alanda yönetimin işini kolaylaştırmaktadır.¹⁷² İş tanımları verileri, işler ile ilgili detaylı bilgileri kullanıcıya aktarır. İş tanımlarında işi yapan kişi, işin süresi, yapıldığı yer, iş için kullanılan donanımlar, işin fiziksel ve sosyal çevresi, işi oluşturan görev ve işlevler ile ayrıntılı bilgiler olduğu için iş tanımına bakan kişi o iş ile ilgili bilgilere anında ulaşabilme imkânına sahip olur. İş tanımlarında her görev için harcanan iş yüzdesi bulunması nedeniyle en verimsiz işler, en çok zaman harcanan işler iş tanımına bakılarak belirlenebilir; ayrıca, iş tanımları genel toplantılarda çalışanları bilinçlendirmek amacıyla kullanılırsa örgüt bilincinin geliştirilmesine olumlu katkı sağlar.¹⁷³ İş tanımlarının hukuki yönden de örgüte sağladığı katkılar vardır. Örgütte astların haklarını savunmaları gerektiğinde, astlar kendilerine fazladan iş yüklendiğini ispat etmek istediklerinde iş tanımları verilerinden yararlanabilmektedirler. İş tanımları iş analizinde de olduğu gibi toplu pazarlık sürecinde, örgüt devlet ilişkilerinde yasal dayanak olarak da kullanılabilir.¹⁷⁴

İş tanımlarında belirli başlıklar bulunmalıdır. İşin kimliği başlığında işin adı, işin bağlı bulunduğu bölüm adı, işi tanımlayan kişi, işin girdiği sınıf, doğrudan emir alınan yöneticinin unvanı, ücret bilgileri gibi bilgilere yer verilir. İş tanımlarında bulunan işin amacı bölümünde işin niçin yapıldığı anlatılır. İşin amacı başlığı altında iş tanımlarında mutlaka yer almalıdır ve işin amacı yazılırken, bu işin örgütün genel amaç ve hedeflerinin bir parçası olduğu unutulmamalıdır. İşin özeti başlığında işin ne olduğu ve nasıl yapıldığı kısaca anlatılmaktadır. İşin kapsamına giren görev ve sorumluluklar başlığı altında görev ve sorumluluklar yazılırken hangi görevlerin ne şekilde yapıldığının açık bir şekilde anlatılmasına, görevlerin yapılış sırası ile ele alınmasına dikkat edilmelidir. Çalışma koşulları başlığı altına bir işin hangi koşullarda yapıldığını ve iş görenin bu koşullarda çalışmaya uygun özelliklerde olmasını ifade eder. İş tanımlarının çalışma koşulları bölümünde sadece işin yapıldığı fiziksel ortam dikkate

171 Zeyyat Sabuncuoğlu, ve Hikmet Seçim. "Personel ve İnsan Kaynakları Yönetimi", Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No:831, 1994 .s.43

172 Bingöl, s.89-90

173 Kozak, s.94

174 Gümüş, s54

alınmaz. Çalışma saatleri, işin neden olabileceği sağlık ve güvenlik tehlikeleri, seyahat etme zorunluluğu gibi faktörlerin de çalışma koşulları içinde irdelenmesi gerekir. İşin yapımı sırasında kullanılacak olan makine, araç gereç ve malzeme başlığı koyulmasının nedeni, işin yapımı için mutlaka gerekli olan malzemelerin yazılması ve iş tanımlarını okuyan kişilerin iş ile ilgili malzemeleri hemen görebilmesinin sağlanmasıdır. Bu bölümde, işin yapılması sırasında kullanılan makine, araç ve malzemelerin neler olduğu belirtilir.¹⁷⁵ Sağlık hizmetlerinde örnek iş tanımı Tablo.11’de sunulmuştur.

Hastanelerde iş tanımları yapılırken hemşirenin direkt ve endirekt hizmetlerinin tanımlanması işleyişi kolaylaştıracaktır. Hastaya yönelik olarak yürütülen teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri direkt hizmet üretimi olarak görülebilse de, aslında bu hizmetler de kendi içinde doğrudan hastaya yönelik bireyselleştirilmiş hizmetler ve bütün hastalara yönelik bireyselleştirilmemiş hizmetler olarak ikiye ayrılır. Hemşirelik hizmetlik ile ameliyathane hizmetleri bu ayrıma iyi birer örnektir. Bir hemşirenin X servisinde hasta A için yürüttüğü derece alma, pansuman gibi hizmetler direkt hizmet üretimidir.(doğrudan tek bir hastaya yönelik). Aynı hemşirenin X servisindeki bütün hastalar için yürüttüğü hizmetler, örneğin derecelerin sterilizasyonu, ecza dolabından ya da eczaneden ilaç alımı ise endirekt hizmet üretimidir.¹⁷⁶

Hastanelerde yapılan bazı araştırmalar, mesleki çalışma şartlarının yetersizliği, bireylere verilen rol ve görevlerin belirsizliği, rol çatışması, rolün fazla yüklü olması ve kaynak yetersizliği gibi faktörlerin personel devir oranını etkilediğini göstermektedir.¹⁷⁷

¹⁷⁵ Gümüş, s55-59

¹⁷⁶ Sağlık Bakanlığı, “Sağlık İşletmeciliğinde İş Yükü Analizi ve Bir Uygulama O.G.Ü Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği”

¹⁷⁷ Sevil Aykanat, Dilaver Tengilimoğlu, “Hastanelerde Sağlık Personelini Motive Eden Faktörlere İlişkin Bir Alan Çalışması”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi Cilt:6, Sayı:2 2003, s.75

Tablo 11.
Kardioloji Polikliniği Servis Hemşireliği İş Tanımı Formu

Bölüm	Kardioloji Polikliniği
İşin Adı	Servis Hemşireliği
Kodu	SH1
Bağlı Olduğu Birim	Başhekimlik, Başhemşirelik
İşin Özeti; Hastanenin amaç, hedef ve politikası doğrultusunda hemşirelik hizmetlerini iş ortamında uygulamak	
Görevler: Klinik ortamına uygun seçilmiş kıyafetleri giymek Klinik çalışmalarında ekip ile iş birliği yapmak Hastane Başhemşireliği tarafından iş yükünün artması ve olağanüstü durumlarda başka kliniklerde görev almak Gündüz mesaisi sırasında servis sorumlu hemşiresi, gece mesaisinde ise süpervisör hemşire ile iş birliği oluşturmak Asepsi, sterilizasyon ve izolasyon tekniklerini bilmek, uymak ve uygulanmasını sağlamak Acil durumlar için hazırlanmış prosedürleri bilmek, buna uygun organizasyonu sağlamak ve gerekli tedbirleri almak Hasta bakımının devamlılığını sağlamak için diğer ekipler ile işbirliğinde bulunmak ve genel vizitlere katılmak Yatış işlemleri tamamlanan hastayı servise kabul etmek, oda ve üniteyi tanıtmak Hastane kuralları hakkında hasta ve hasta sahiplerini bilgilendirme Yatışı yapılan hastanın dosyasını, yatış prosedürleri açısından kontrol etmek, hasta ve hastalığı hakkında bilgi almak ve “Hemşire Gözlem, Hasta Tanımlama” formlarını doldurmak Çalışma süresince bakımını üstlendiği hastalar için enfeksiyon ve kazalara karşı güvenli bir çevre sağlamak ve bunu sürdürmek Klinikte bulunan tüm cihaz ve malzemelerin yeterli ve kullanıma hazır olmasını sağlamak ve bölümdeki tüm cihazların kullanımı hakkında bilgi sahibi olmak. Günlük hasta bakımı gereksinimlerini bağımsız olarak planlamak, uygulamak, değerlendirmek ve kaydetmek. Hekim tarafından yazılı ve imzalı verilen hasta orderlarına göre hastanın tedavisini planlamak, uygulamak ve bilgi ve tecrübesine dayanarak verilen order’u sorgulamak. Hastayla ilgili kritik durumlarda hastayı izlemek ve doktoru bilgilendirmek. Hastaya yapılan hemşirelik girişimlerini kurum prosedürlerine uygun olarak zamanında ve doğru bir şekilde kaydetmek. Hastayı Anjio, kolonoskopi gibi özellikli tetkikler için hazırlamak. CPR uygulaması dışında sözel order uygulamamak Yatan hastayı kabul etmek ve yapılan tetkik ve tedavi hakkında hastayı bilgilendirmek. Yatan hastayı ilgilendiren laboratuvar işlemleri için numune almak, uygun şekilde etiketlemek ve en kısa zamanda yerine ulaştırılmasını organize etmek ve	

sonuçlarını takip etmek

Hastanın tedavisine ilişkin ilaçların etkileri ve yan etkilerini bilmek ve gerekli bulguları kaydetmek Narkotik ilaçların kullanımını kontrol etmek ve bunlara ilişkin talimatlara uymak.

Serviste kullanılan ilaçların temin edilmesini ve uygun şekilde korunmasını sağlamak.

Nöbet değişimlerine gelen ekibe hasta hakkındaki bilgileri, hemşire formları ile birlikte önce nöbet odasında teslim etmek ve sonrasında hasta basında teslim etmek.

Ameliyat öncesi hastayı ameliyata hazırlamak, ilgili ameliyat hazırlık formunu doldurmak ve istendiğinde premedikasyonunu yapmak.

Ameliyat sonrası hastayı kabul etmek ve gerekli hemşirelik bakımını planlamak ve uygulamak.

Terminal dönemindeki hastaya uygun ortamı sağlamak, gerekli bakımı sağlamak ve aileye destek olmak, hastane prosedürüne göre morga gönderilmesini sağlamak.

Hastanın hastanede kaldığı ve taburcu edildiği sırada eğitim gereksinimlerini belirleyerek hasta ve ailesine gerekli eğitimi vermek.

Öğrenci hemşirelerin stajları süresince öğretmenleri ile işbirliği içinde bulunmak ve eğitimlerine yardımcı olmak.

Eğitim koordinatörlüğünün hizmet içi eğitimlerine katılmak ve yapılan çalışmalara katkıda bulunmak.

Hastanın beslenmesi hakkında bilgi sahibi olmak, gerekli girişimlerde bulunmak.

Kongre, seminer gibi eğitimlere katılarak mesleki ilerleme ve kişisel gelişimi sağlamak.

Hastane Başhemşireliğinin oluşturduğu kalite çemberlerine katılmak.

Hastane Başhemşireliğinin bilimsel ve sosyal faaliyetlerine katılmak ve görev almak.

Tüm uygulama ve işlemleri etik kurallara uyarak hasta hakları doğrultusunda yapmak.

Servis sorumlu hemşiresinin bulunmadığı zamanlarda yöneticilik görevini üstlenmek.

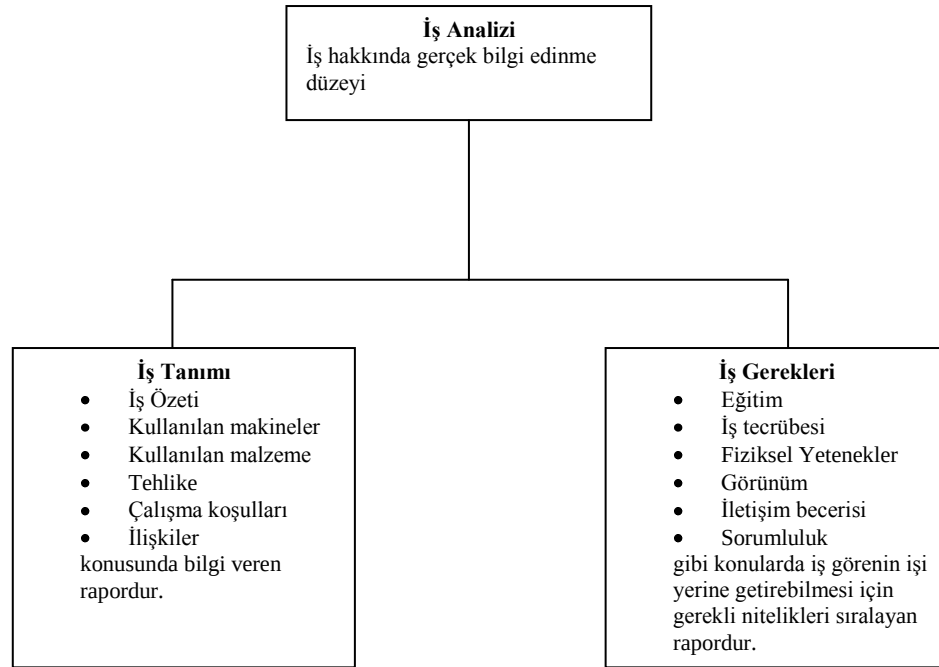
Amirinin verdiği işle ilgili görevleri yerine getirmek.

Kullanılan araç Gereçler	Tıbbi araç gereçler ve büro malzemeleri
Kullanılan Malzemeler	Tıbbi malzemeler
Gözetim	Stajyer hemşireler gözetimleri altındadır
Mali Sorumluluk	Yok
Çalışma Koşulları	Hastane ortamı
Tehlikeler	Yanlış tedavi uygulanması
Kişisel Nitelikler	Bilgisayar kullanmayı bilmek

Kaynak: Karapınar, s.191

2.1.1.2.3. Sağlık Hizmetlerinde İş Gereklerinin Belirlenmesi

İş gerekleri, iş analizi sonucu oluşturulan ve işi yapan kişide gereksinim duyulan özelliklerin neler olduğu bilgilerini içeren şablonlara verilen addır. İş tanımları ile tanımlanan işin özellikleri iken, iş gereklerinde tanımlanan, işi yapan personelde bulunması gereken nitelikler yani personel özellikleridir. İş gerekleri çoğunlukla iş tanımları ile aynı dokümanda yer alırlar.



Şekil 7.
İş Hakkında Bilgi Kaynakları

Kaynak: Karapınar, s.42

İş gerekleri işin kimliği bölümü hariç olmak üzere genellikle yetenek gerekleri, çaba gerekleri ve sorumluluk gerekleri olmak üzere üç kısımdan oluşur. İşletmeler isterlerse çalışma koşulları ve işin yapımı sırasında kullanılan makine, araç, malzemeler

bölümlerini de iş gereklerine ekleyebilirler. Bu kısımlar kısaca şu şekilde incelenebilir¹⁷⁸:

Yetkinlik (yetenek) gerekleri; Yetkinlik, yatkınlık ve öğrenime bağlı olarak bir işi başarma ve bir işlemi amaca uygun olarak sonuçlandırma yeteneği ya da maharetidir. Yetkinlik gereklerinde işin yapılabilmesi için işi yapan ya da yapacak personelde bulunması gereken niteliklerden bahsedilir. Öğrenim, deneyim ve özel bilgi.

Çaba gerekleri; bir işin amaçlara uygun biçimde gerçekleşmesi için harcanan güç ve enerji olarak tanımlanmaktadır. Çaba gerekleri bedensel çaba ve düşünsel çaba olmak üzere iki kısma ayrılır.

Sorumluluk Gerekleri; Sorumluluk gerekleri içinde malzeme ve donanım sorumluluğu, gözetim sorumluluğu, iş ilişkileri sorumluluğu ve mali sorumluluk yer alır.

Çalışma koşulları; İş tanımlarında yazılan çalışma koşullarına ait bilgiler iş gerekleri için de geçerlidir. Sağlık hizmetlerinde kullanılabilecek İş Gerekleri Formu Tablo 12’de sunulmuştur.

İşin yapımı sırasında kullanılan makine, araç ve malzemeler; Bu bölüm iş tanımlarına konulmaksızın yalnızca iş gereklerine konulabilir. İş gereklerine bu bilgilerin konulmasının en önemli nedeni, bu işi yerine getirecek kişilerin, belirtilen makineleri, araçları ve malzemeleri kullanabilecek özelliklere sahip olmalarını sağlamaktır. Bu bilgilerden personel bulma, seçme ve yerleştirme sürecinde ve personel eğitimi ve yetiştirilmesinde yararlanılmaktadır.

178 Gümüş, s.59-62

Tablo 12.
Kardioloji Polikliniği Servis Sorumlu Hemşiresi İş Gerekleri Formu

Bölüm	Kardioloji Polikliniği
İşin Adı	Servis Hemşireliği
Kodu	SH1
BECERİ GEREKLERİ Eğitim: Lisans, 2 yıllık hemşirelik ön lisans, sağlık koleji mezunu olmak. Klinik ile ilgili alınan her türlü eğitim tercih sebebidir. Deneyim: En az 6 ay servis hemşiresi olarak çalışmak Özel Bilgi ve Yetenek: İşini sevmek Algılama ve kavrama yeteneğine sahip olmak, Hızlı düşünüp sonuca çabuk varabilmek, Bulunduğu ortamda varlığı ile otorite sağlayabilmek, Hızlı reaksiyon gösterebilme yeteneğine sahip olmak, Titizlikle çalışabilmek ve iş akışını organize edebilmek, Gözlem yapabilmek, Bilimsel araştırmalara ve yeniliklere açık olmak, Çalışma anında sakin ve güven, telkin edici olmak, Problem çözücü olabilme, Bedensel Yetenek: Fiziki dayanıklılık gösterebilmek. İşin Gerektirdiği İnsan İlişkileri: Hastane yönetimi, başhemşirelik, servis sorumlu hemşiresi, hekimler, hasta ve hasta sahipleri, diyetisyenler, teknik servis, güvenlik, yemek ve temizlik şirketleri, stajyer öğrenciler, firma temsilcileri, diğer birimler	
ÇABA GEREKLERİ Düşünsel Çaba Yapılan iş göz-el-ayak koordinasyonunu, iki el koordinasyonunu, duyu organları ile fiziksel hareket koordinasyonunu gerektirir. Bedensel Çaba Fiziki dayanıklılık gösterebilmeyi gerektirir. Yürüme, ayakta durma sık yoğunlukta gerekli bedensel çabalar. Yerinde durma, parmak-el-hareketleri, el-kol hareketleri seyrek yoğunlukta gerekli bedensel çabalar. Ayakta %60, Oturarak %20, Dolaşarak %20.	
SORUMLULUK GEREKLERİ Malzeme Makine Sorumluluğu: Arızaları haber verme sorumluluğu vardır. Gözetim Sorumluluğu: İş, Başhekimlik ve Başhemşireliğin gözetimi altındadır. Mali Sorumluluk: Araçların hatalı kullanımından kaynaklanan mali kayıpların karşılanması gereklidir. Hizmetin Sürekliliği Sorumluluğu: Yapılan işin aksaması halinde verilen hizmet aksar, işlemler uzar ve hastalarla diğer çalışanların da işleri aksar. Yapılan işin aksaması kurum prestijini sarsar; personelin moralinin bozulmasına neden olur. İş Güvenliği Sorumluluğu: Kendine verebileceği zarar, stres ve ortopedik rahatsızlıklar.	
ÇALIŞMA KOŞULLARI: İş Çevresi: İş hastanede, poliklinik ve kliniklerde yapılmaktadır. İş Riski: Bulaşıcı hastalıklardan korunamamaktır.	

Kaynak: Karapınar, s193

2.1.1.2.4.Sağlık Hizmetlerinde Norm Kadro Planlamaları

Personel ihtiyacı değişik biçimlerde kendisini gösterebilir. Tablo 13 bize ülkemizdeki sağlık personeli gelişimini göstermektedir. Bunlar; gerçek, yedek, ek ve yeni personel ihtiyacı biçiminde sınıflandırılabilir. İşletmenin ekonomik amaçlarına ulaşabilmesi için çıkarılması gereken işi fiilen gerçekleştiren işgücü, gerçek personel ihtiyacı olarak tanımlanır. Burada “olan personel miktarı” ile “olması gereken personel miktarı”nın birbirine denk düşmesi amaçlanmaktadır. İşletmede devamsızlık, hastalık, kaza, izin ve benzeri durumlarda ortaya çıkacak işgücü boşluğunun doldurulması amacıyla ortaya çıkan ihtiyacı ifade eder. Yedek personel olgusu genellikle işe devamsızlıktan kaynaklanırken, ek personel ihtiyacı işten çıkarmalar nedeniyle ortaya çıkar. Sirkülasyon oranı, bir işletmenin ek personel ihtiyacını belirlemektedir. Bir işletmede yeni ya da ek yatırımların yapılması sonucu üretim ve satıştaki artışlar, organizasyon yapısındaki değişimler, gerek teknik gerekse idari yeni personelin işe alınmasını gerekli kılabilir. ¹⁷⁹

Tablo 13.
Türkiye’de Sağlık Personeli Gelişimi 1930-2002

Yıl	Uzman H.	Prat.H.	Diş Hekimi	Eczacı	Sağlık Mem.	Hemşire	Ebe
1930	1182			127	1268	202	400
1935	1625			125	1365	325	451
1940	2387			129	1493	405	616
1945	3886			116	1632	409	806
1950	3647	3248	910	130	4018	721	1285
1955	3192	3885	1175	1256	3927	1525	2001
1960	4181	4033	1395	1390	3550	1658	3219
1965	6657	4283	1932	1771	4676	4592	4329
1970	8818	5025	3245	3011	9954	8796	11321
1975	12698	9016	5046	7002	11021	14806	12975
1980	16699	10542	7077	11578	11664	26880	15880
1985	20878	15549	8305	12202	10525	30854	17987
1990	24900	25739	10514	15792	21547	44984	30415
1995	29846	39503	11717	19090	39342	64243	39551
2000	38064	47053	16002	23266	46528	71600	41590
2002	43660	51530	17.108	22322	49324	79059	41513

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2003

179 Çiftçiyıldız, s.17

Hastaların bağımlılık düzeylerini belirleyen Tablo 14'deki Rasch Skala kriterleri kullanılarak kaç hasta başına düşmesi gereken hemşire ve diğer sağlık çalışan sayısı belirlenebilmektedir. Burada yine hastaların kendi aralarında da bakım gereksinimlerine göre gruplandırılmış olması muhtemeldir.

Bir hemşirenin 7'den çok hastaya bakması halinde ameliyat olmuş bir hastanın hata dolayısıyla ölme tehlikesi yüzde 31 artmaktadır. Bir doktor haftada 85 saatten fazla çalışırsa yaptığı hata oranı kabul edilebilir sınırın üzerine çıkmaktadır.¹⁸⁰

Tablo 14.
Rasch Skalasının Alt Parametreleri

Parametreler	Puan
Servise kabul edilme	3
Taburcu edilme	2
Şuursuz	24
İnkontinans	18
Oryantasyonu bozuk	15
İzolasyon	9
Kısmi hareketsizlik	9
Tam hareketsizlik	24
Monitöre bağlı	24
Respiratöre bağlı	24
Kapsamlı yara deri bakımı	24
Total vücut temizliği gereksinimi	4
Beslenme sondası ile beslenme	3
Oral beslenme	10
Aldığı çıkardığı izlenimi	2
Numune toplanması	2
Endotrakeal tüp bakımı	8
Kısmi yara deri bakımı	8
Oksijen tedavisi	6
2 saat arayla yada daha sık vital bulgu izlemi	12
I.V. girişimler	12
Özel eğitim gerekli	12
Tanı testi hazırlığı	3
Özel emosyonel destek	12

Kaynak:Derya Büyükkayhan ve Diğerleri, “Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Servisinde Gerekli Hemşire Sayısının Belirlenmesi” C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi Sayı;24(3), Yıl 2002,s.199-122

180 Ali Rıza Kalyan, “Toplam Kalite Yönetimi ve Sağlıkta Dönüşüm”, Önce Kalite Dergisi, Eylül-Ekim 2009, Yıl:18, sayı:138, s.10(10-12)

Tablo 13 incelendiğinde örneğin bir yenidoğan servisinde hastalar I.,II: ve III. Düzey olarak gruplandırılır. I.düzeyde (anne yanında izlenebilen 2000gr'ın altındaki sadece fototerapi alan bebekler) 6-8 bebeğe bir hemşire, II.Düzeyde (gebelik haftası 32.haftadan büyük prematüreler, grade 1 asfiksik bebekler, hafif ve orta derecede respiratuar distres sendrom'lu bebekler ile süpheli yenidoğan sepsisi olan bebekler) 3-4 hastaya bir hemşire, III.Düzeyde (32 haftadan ve 1500gr'dan küçük, ağır RDS, persistan pulmoner hipertansiyon ve majör konjenital anomalili bebekler) 1-2 hastaya bir hemşire olması halinde hemşirelik hizmetleri aksatılmadan yürütülebilecektir.¹⁸¹

Gürsoy'a göre, hekim sayısının artırılmasından önce eğitim kalitesine öncelik verilmesi, altyapı uygulamaları dahil tüm unsurların gözden geçirilerek bir istihdam planı yapılması gerekmektedir. Asıl olarak yardımcı sağlık personelinde, özellikle hemşire ve ebelerde yetersizlik olduğu bilinen bir gerçektir.¹⁸²

Sağlık Bakanlığı bir hastanenin açılabilmesi ve ruhsat alarak işler hale gelebilmesi için bulundurulması gereken asgari medikal personel ve kadro sayısını belirlemiştir. Bu norm kadro sayıları Tablo 15'de sunulmuştur.

Tablo 15.
Özel Hastaneler Yönetmeliğine Göre Bulunması Gereken Personel Sayıları.

I-MESUL MÜDÜR Hastanede kadrolu olan ve muayenehane veya başka bir sağlık kurum/kuruluşunda çalışmayan tabip veya uzman tabiplerden biri mesul müdür olabilir.
II-MESUL MÜDÜR YARDIMCISI Mesul müdür ile aynı çalışma durumunda olan tabip veya uzman tabiplerden en az bir mesul müdür yardımcısı olabilir.
III-UZMAN TABİP Genel hastaneler: Kadrolu çalışan üçü cerrahi uzmanlık dalında olmak üzere ayrı dallarda asgari altı klinik uzman tabip Dal Hastaneleri: Hastanenin ana faaliyet dalında kadrolu çalışan asgari dört uzman tabip ile varsa ana faaliyeti ilgilendiren diğer uzmanlık dallarında kadrolu en az birer uzman tabip
IV-ANESTEZİ VE REANİMASYON UZMANI Cerrahi uzmanlık dalı bulunan her hastane için tüm genel anestezi işlemlerine katılmak şartıyla kısmi zamanlı en az bir uzman
V-BİYOKİMYA VE KLİNİK BİYOKİMYA UZMANI

181 Derya Büyükkayhan ve Diğerleri, "Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Servisinde Gerekli Hemşire Sayısının Belirlenmesi" C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi Sayı:24(3), Yıl 2002,s.199

182Yeni Bir İş İnsan Kaynakları Hizmetleri A.Ş.

[http://www.insankaynaklari.com/ikdotnet/IcerikDetay.aspx?KayitNo=7654&Kwd=saglik\(01.04.2009\)](http://www.insankaynaklari.com/ikdotnet/IcerikDetay.aspx?KayitNo=7654&Kwd=saglik(01.04.2009))

Hasta kabul ve tedavi edilen uzmanlık dallarına göre en az bir uzman (Laboratuvarın sorumluluğunu aksatmayacağını yazılı olarak beyan etmek kaydıyla, mesul müdürün izniyle kısmi zamanlı çalışabilir veya laboratuvar kurdurmak suretiyle hizmet alımı durumunda hastane bünyesinde ayrıca istihdamı gerekmez)
VI-MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI Hasta kabul ve tedavi edilen uzmanlık dallarına göre en az bir uzman (Laboratuvarın sorumluluğunu aksatmayacağını yazılı olarak beyan etmek kaydıyla, mesul müdürün izniyle kısmi zamanlı çalışabilir veya laboratuvar kurdurmak suretiyle hizmet alımı durumunda hastane bünyesinde ayrıca istihdamı gerekmez)
VII-RADYODİAGNOSTİK UZMANI Ağız ve diş sağlığı ile göz hastalıkları dal hastaneleri haricindeki hastanelerde en az bir uzman (Laboratuvarın sorumluluğunu aksatmayacağını yazılı olarak taahhüt etmek kaydıyla, mesul müdürün izniyle kısmi zamanlı çalışabilir veya laboratuvar kurdurmak suretiyle hizmet alımı durumunda hastane bünyesinde ayrıca istihdamı gerekmez)
VIII-Yönetmeliğin 28 inci maddesinin ikinci fıkrasının (c) ve (d) bendinde belirtilen laboratuvarlar var ise ilgili dalda bir uzman tabip (Hastane bünyesine kurulmuş ise, laboratuvarın sorumluluğunu aksatmayacağını yazılı olarak taahhüt etmek kaydıyla, mesul müdürün izniyle kısmi zamanlı çalışabilir veya laboratuvar kurdurmak suretiyle hizmet alımı durumunda hastane bünyesinde ayrıca istihdamı gerekmez)
IX- TABİP Acil ünitesinde en az dört tabip çalıştırılır. Mevcut kadrolu uzman tabipler, mesul müdürce düzenlenen nöbet listesine göre acil ünitesinde pratisyenlik yetkisini de kullanarak nöbet tutabilirler. Veya pratisyen tabip, aile hekimliği uzmanı veya acil tıp uzmanı istihdam edilebilir.
X-DİŞ TABİBİ Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren hastaneler için her diş ünitesi için en az bir diş tabibi
XI-BAŞHEMŞİRE Her hastane için bir başhemşire
XII-HEMŞİRE VEYA SAĞLIK MEMURU (Toplum Sağlığı Bölümü) -Her beş hasta yatağı için en az bir, - Ameliyathanelerde her ameliyat masası için en az iki, -Yenidoğan yoğun bakım da dahil yoğun bakımlarda, Bakanlıkça belirlenen yoğun bakım sınıflandırmasına uygun sayıda, -Doğum kliniğinde beş bebek hasta yatağı için en az iki (Başlangıçta Neonatal Resüsitasyon Programı eğitimi almış en az bir kişi olması gerekir. Burada çalıştırılacak personel, faaliyet izin belgesinin düzenlenmesinden itibaren en geç bir ay içinde olmak kaydıyla, sırasıyla neonatal resüsitasyon programı eğitimine gönderilir), -İlave her üç bebek yatağı için en az bir, -25/A. maddeye oluşturulan gözlem ünitesinde her üç gözlem yatağına en az bir.
XIII-EBE Her doğum masası için en az bir
XIV-ECZACI 50 ve üzeri yatağı olan her hastane için en az bir
XV-FİZYOTERAPİST Fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları için en az bir (Eğer fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı, tedavi kapsamındaki uygulamaları bizzat kendisi yapacak ise fizyoterapist istihdamı zorunlu değildir)
XVI-DİYETİSYEN Her hastane için en az bir

XVII-TIBBİ TEKNİSYENLER -Anestezi teknisyeni, çalıştırılan her anestezi cihazı için en az bir, -Laboratuar teknisyeni, her laboratuar için en az bir, -Röntgen teknisyeni, sabit her röntgen teşhis cihazı için en az bir, -Diş protez teknisyeni, diş protez laboratuvarı bulunan hastaneler için en az bir, -Acil tıp teknisyeni, acil ünitelerde en az üç ve her ambulans için en az bir
XVIII-FİZİK MÜHENDİSİ veya RADYASYON FİZİKÇİSİ -Radyoterapi ünitesi bulunan her hastane için en az 1
XIX-DİĞER PERSONEL Yeterli sayıda hizmetli personel ve güvenlik görevlisi,
NOT: -Uyku laboratuvarı bulunan hastanelerde Nöroloji uzman tabibi dışında başka bir uzman tabip çalışacak ise bu tabibin konuyla ilgili sertifikası istenir. -EEG ve EMG bulunan hastanelerde bu alanda çalışacak sağlık personelinin sertifikası istenir.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 27.03.2002 tarih ve 24708 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan **Özel Hastaneler Yönetmeliği** EK-1 (Değişiklik RG:11.03.2009 Sayı:27166)

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE YERLEŞTİRME SÜRECİ

Özel sağlık kuruluşlarından hizmet alınabilmesini sağlamlıkta atılan çok olumlu bir adım olarak nitelendiren Özel Hastaneler ve sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD) Genel Sekreteri, Çamlıca Alman Hastanesi Genel Direktörü Yaşar Yıldırım’a göre, kaliteli hizmet nedeniyle bu kuruluşlara artan talep, işgücünü de arttırmaktadır. Sağlık alanında devlet, üniversite, vakıf ve özel hastanelerin toplam işgücü, planlı bir yönlendirmeyle organize edilebilirse yeterlidir. Yüksek tıp teknolojisi ve hasta memnuniyeti odaklı hizmet geliştikçe, hem istihdam artmakta hem de nitelikli eleman yetişmektedir, nitelikli çalışanlara arz-talep dengesi doğrultusunda her zaman iş talebi bulunmaktadır. Sağlık kuruluşları içerden ve dışarıdan personel seçiminde günümüzde daha özenli davranmaya başlamıştır.¹⁸³

2.2.1.Dışarıdan Temin

İşletmelerin birçoğunda önceliğin iç kaynaklara verilmesine karşın, iç kaynaklardan iş gören bulma olanağı yoksa zorunlu olarak dışa açılma ve dış

¹⁸³Yeni Bir iş İnsan Kaynakları Hizmetleri A.Ş.
[http://www.insankaynaklari.com/ikdotnet/IcerikDetay.aspx?KayitNo=7654&Kwd=saglik\(01.04.2009\)](http://www.insankaynaklari.com/ikdotnet/IcerikDetay.aspx?KayitNo=7654&Kwd=saglik(01.04.2009))

kaynaklara başvurulma gerekecektir. Dış kaynaklara başvurma nedenleri şu şekilde özetlenebilir:¹⁸⁴

- İşletme yeni kuruluyorsa veya yapılan yatırımlar nedeniyle büyüme söz konusu ise dışarıdan yeni eleman bulma zorunluluğu doğar.
- Yeni değişme ve gelişmeler sonucu teknik ve uzman elemanlara gereksinme duyuluyorsa dış kaynaklara başvurulur.
- Dış kaynaklara başvurma bir başka nedeni tamamen psikolojik olabilir. İşletmeye yeni giren iş görenler kendilerini kabul ettirmek için olağanüstü çalışma göstererek verimliliği ve üretimi kişisel olarak arttırdığı gibi, diğer iş görenleri de aynı düzeyde çalışmaya veya yarışmaya özendirerek grup verimliliğini kamçırlar. İşletmeler çalışma temposunu böylelikle arttırmak amacıyla yeni iş gören alımına yönelebilmektedirler.
- Öte yandan işletmeler dış kaynaklara, iş gücü arzının bol ve ucuz olduğu dönemlerde, ekonomik nedenlerle başvurabilir. Bazı işletmeler pahalı elemanı işten çıkararak ve ucuz iş gücü sağlayarak işçilik maliyetini düşürme yolunu seçebilir ve bu amaçla dış kaynaklara sık sık başvurabilir.
- İç kaynaklarda ısrar edilmesi halinde tabandan gelen bir işçinin yüksek düzeyde bir eğitim ve bilgiyi gerektiren üst basamak yöneticiliğine kadar yükselmesi gerekir. Sadece uzun yıllar iş görgüsüne dayanarak kazanılan deneyim ve bilginin yükselmek için yeterli olmayacağı açıktır. Bu durumda özellikle yöneticilik kadroları için gerektiğinde dışa açılmaktan kaçınılmalıdır.
- Bir başka neden olarak da, iç kaynaklardan iş gören bulma ve seçmenin güçlüğü sayılabilir. Özellikle üst mevkilere eleman yükseltilirken benzer pozisyonda birden çok aday varsa ve bunlar arasında birinin

184Sağlam, s.20

tercih edilmesi diğerlerini moral açısından olumsuz yönde etkileyecekse bu durumda en geçerli ve gerçekçi yol olarak dış kaynaklardan eleman bulmak yeğlenebilir. Bu yola başvurmakla üstelik yakın ilişkiler nedeniyle duygusal kararlar ve kayırcılık gibi etkenler de önlenmiş olur.

- Dış kaynaklardan eleman sağlanması iç kaynaklara göre işletmeye daha geniş bir eleman seçme olanağı tanır. İşin gereklerine en uygun kişiyi bulmak ve ondan en verimli biçimde yararlanmak ancak geniş bir aday kitlesi arasından en iyisini seçmekle olasıdır.

Ayrıca, şu gibi durumlarda da dış kaynaklara başvurma söz konusu olur:¹⁸⁵

- Var olan işçilerde bulunmayan yetenek ve becerilerin aranması, -Yeni düşüncelere ihtiyaç duyulması,
- İçteki promosyonlardan sonra boş kalan pozisyonlar oluşması,
- Yeni coğrafik yerleşimlerde genişlenmesi.

2.2.1.1.Özgeçmiş'lerin Toplanması ve Adayların Kabulü

İş başvurusu; bireylerin işe alınmak için örgütten talepte bulunmalarıdır. Bu talepler, örgütün kamuoyuna personel aradığını bildirmesinden sonra veya böyle bir bildirim olmadığı halde kişilerin kendiliğinden, bizzat gelerek yada posta yoluyla başvurmaları şeklinde olabilir.

Bu aşamada, önceden ve aday bulma faaliyetleri sonucu yapılan başvurular alınır ve incelenir. Bu inceleme ve değerlendirme, yazılı başvuruların incelenmesi ilk (ön) görüşme ile yapılır. Bu aşamada amaç, işin gerektirdiği ve kolayca saptanabilen asgari nitelikleri taşımayan adayların elenmesidir. Başvuru dilekçeleri ve özgeçmiş (cv) belgelerinde ya da ilk görüşmede, istediği işin gerektirdiği asgari eğitime, deneyime ve fizik şartlarına sahip olmadığı belirlenen kişiler elenir. Bazıları farklı bir pozisyonda boş bulunan iş için önerilebilir. Hiçbir işe uygun olmayanların özgeçmiş'leri

185 Sağlam, s.20

değerlendirmeye alınmaz. Bu aşama da değerlendirmeye alınan adaylara başvuru formları doldurtulur. Başvuru formu adayların eğitimi, iş deneyimi, ve aranan diğer özellikleri hakkında bilgi toplamak için kullanılan bir yöntemdir. Uygun bulunan adaylar ilk görüşmeye davet edilir.¹⁸⁶

2.2.1.3.İlk Görüşme

Ayrıntılara inmeksizin yapılan bu görüşmede güdülen amaç, adaylar arasından işe yarayanları seçmekten çok, işin niteliklerine uygun düşmeyenleri elemektir. Karşılıklı konuşma yoluyla detaylara inilmeksizin bilgi alışverişinde bulunulur. iş nitelikleri ile adayın eğitimi, askerlik durumu, dış görünüşü, deneyimi gibi özellikleri arasındaki uyum tespit edilmiş olur. Aynı zamanda bir nezaket görüşmesidir ve nasıl sonuçlanırsa sonuçlansın bir tür halkla ilişkiler faaliyeti olarak değerlendirilmeli ve müşteri odaklı bir yaklaşımla yürütülmesi gereken bir seçimdir.¹⁸⁷ İlk görüşmede elenenin ilişki kesme işlemi hemen yapılmalı, bu işlem yapılırken dikkatli bir üslup kullanılmalıdır. Zira ilk görüşme aşaması, işletme açısından bir halkla ilişkiler faaliyetidir. Başvuruları reddedilen adaylara sonuç, yazılı ya da sözlü olarak ve uygun bir biçimde belirtilmelidir.

İş gören yöneticileri, insancıl (beşeri) yeteneklerin değerlemesinde, şimdi en elverişli araçlardan biri durumuna gelen görüşmeye bel bağlamak zorundadırlar. Çünkü görüşme, sakıncaları ve sınırlamaları ile, işe almaya yol açan olaylar zincirinde önemli bir halkayı oluşturmaktadır. İş aramanın en kritik bölümü görüşmedir. Görüşme; aday ile işveren arasında yüz yüze bir toplantıdır, bilgi alışverişidir, iki yönlü iletişimidir. İşverenin amacı adayın geçmişi, bilgisi, yetenekleri ve kariyer hedefleriyle ilgili bilgi toplamak ve özelliklerinin işin gereklerine uygun olup olmadığını anlamaktır. Adayın amacı ise özelliklerini işverene anlatmak, işin kendine uygun olup olmadığını anlamak ve işe alması konusunda işvereni ikna etmektir. İşvereni 3 konuda ikna etmek gereklidir.¹⁸⁸

186 Cavide Uyargil, Z. Adal ve diğerleri, “İnsan Kaynakları Yönetimi”, 3. Baskı, Beta Yayınları, İstanbul, s.154

187 Cavide Uyargil, s.155

188 Suat Soysal, “İş Ararken Etkili Özgeçmiş Yazmanın ve Başarılı Görüşmeler Yapmanın Yolları”, I. Baskı, Remzi Kitabevi A.Ş., İstanbul, 1995, s. 129.

- Ben bu işi yapabilirim.
- Ben bu işi istiyorum.
- Ben bu işe ve firmaya uyum sağlarım.

Görüşmenin başarısı büyük ölçüde görüşmeyi yapanın ustalığına bağlıdır. Becerikli bir görüşmeci, iyi bir izlenim bırakmak isteyen adayın gerçek yüzünü keşfeder."¹⁸⁹

2.2.1.4. Önceki İşlerin Soruşturulması ve İş Görüşmesi

Adayın çalışma yaşamını yorumlayan referanslara "istihdam referansları" adı verilir. İstihdam referansları, adayın bir önceki işinde, sorumlu olduğu ilk yönetici tarafından verilir. Şayet aday ilk kez çalışmaya başlıyorsa, adayın eğitim kurumundaki öğretim üyelerinden alacağı bir referans istihdam referansı yerine geçebilir. Pek çok personel uzmanı istihdam referanslarına da şüpheyile bakarlar. Çünkü bu referanslar adayın kötü yönlerini ortaya çıkarmaktan daha çok, iyi yönlerini belirlemeyi hedef alırlar. Aday hakkında olumsuz bilgiler vermek sevimsiz ve yasal açıdan riskli bir iştir. Bu nedenle referans sahipleri, özellikle yazılı olarak, olumsuz bilgi vermekten kaçınırlar. Bu nedenlerden dolayı pek çok işletme personel seçme sürecinde referansların kontrolü aşamasını pas geçer. Şayet referanslar kontrol edilecekse, bunun telefonla yapılması maliyet ve zaman kazandırır. Referans kontrolünün telefonla yapılmasının diğer bir yararı da ses tonundaki değişikliklerden ve duraksamalardan adayın olumsuz yönleri hakkında ipucu elde etme olanağının bulunmasıdır¹⁹⁰

Özgeçmiş araştırmasına başlamadan önce işletmenin eski başvuruları taranarak adaydan daha önce alınmış form veya formlar varsa karşılaştırma yapılarak bilgilerin tutarlılığı kontrol edilir.¹⁹¹

Referans kontrolü ve özgeçmiş araştırması yapılırken hangi yöntem seçilirse seçilsin, adayın eski işiyle ilgili olarak sorulması gereken sorular şunlardır:¹⁹²

189 Sağlam, s.49

190 Sağlam, s.64

191 Gülen, s.142

- Çalışma süresi,
- Görev unvanı,
- Yürüttüğü işin tanımı,
- Aldığı ücret,
- Son 12 ay içindeki işe devamsızlığı,
- İş arkadaşlarına uyumdaki başarısı,
- Adayın tekrar işe alınıp alınmayacağı, alınmaz ise nedeni.
- Şüphesiz bu sorular içerisinde en önemlisi, sonuncusudur.

İş gören seçiminde en çok kullanılan değerlendirme araçlarından biri de görüşme yöntemidir. Görüşme de görüşmeci ve görüşülen adaylar olarak iki taraf vardır ve bir seçim görüşmesinin amaçları, üç grupta toplanabilir. Birincisi, görüşmeci, adayın örgütteki boş kadro için uygun olup olmadığını belirlemek amacıyla aday hakkında yeterli bilgi elde etmeye uğraşır. Birçok kişi, bunun bir iş görüşmesinin tek amacı olduğuna inanır. Oysa görüşme iki yönlü bir meseledir. Sadece işveren bir iş göreni seçmez, aynı zamanda iş arayan kişi de, söz konusu işin ihtiyaçlarına uygun olmadığı kanısına vararak, o işi reddedebilir. Bu nedenle ikinci olarak, görüşmede adayın kendisine iş önerilmesi durumunda, adayın o işin kabul veya reddi konusunda akılcı bir karar verebilmesi için örgüt tarafından, iş ve hali hazırda çalışanlar hakkında yeterli bilgi adaya verilmelidir. Görüşmenin üçüncü amacı ise, işletme ve onun yönetimine karşı iyi niyeti yaratıp sürdürmek üzere adayla temasa geçmektir.¹⁹³

Görüşme sürecinde kullanılabilecek altı ana mülakat yöntemi vardır. Bunlar:¹⁹⁴

Yapılandırılmış Görüşme Yöntemi: Yapısal görüşmelerde her adayın, önceden belirlenmiş bir dizi soruyu yanıtlaması beklenir. Bu yöntemin en büyük avantajı bütün

192 Toker Dereli. - Ülku Uzunçarşılı. "İşletmelerde Personel Tedarik ve Seçimi," MESS Yayın No. 147, Bizim Büro Basımevi, Ankara, 1990, s. 31

193 Bingöl, s.112-113.

194 Gürdal, s.126

adayların aynı şekilde değerlendirilmesini sağlaması ve hiçbir noktanın atlanmamasını garanti etmesidir. Genellikle adayın hayatı veya kariyerindeki tercihleri, başarıları, araştırmaları, eğitimi v.b. başlıklar üzerinde duran biyografik bir yaklaşımdır.

Yapılandırılmamış Görüşme Yöntemi: Görüşmeci, işin gerektirdiği niteliklerin kişilerde olup olmadığını araştırırken adaylara sorulacak sorular önceden kesin olarak saptanmamıştır. Görüşme dostane bir yapı içinde geçerken görüşmeci adayın konuşma biçimini, olaylara yaklaşımını, kendisini ve fikirlerini savunma biçimini saptamaya çalışır.

Karma Görüşme Yöntemi: Daha etkin bir görüşme tekniği geliştirmek amacıyla görüşmelerde yapılandırılmış ve yapılandırılmamış görüşme tekniklerinin birlikte uygulandığı görülmektedir. Bu tür görüşmelere Karma Görüşmeler adı verilir. Başlangıçta belirlenmiş sorular adaya yöneltilir, gerekli görülürse ek sorular sorularak yapılandırılmamış görüşme tekniği uygulanabilir. Ancak yapılandırılmamış görüşme tekniğine kaymamaya, sonraki cevaplardan etkilenerken önceki cevapları unutmamaya özen gösterilmelidir.

Grup Görüşme Tekniği: Bazı durumlarda adaylar tek tek değil grup olarak görüşmeye alınabilirler. Bundan amaç zaman kaybını engellemek ve karşılaştırma yaparak değerlendirme olanağına kavuşmaktır. Bu tür görüşmelerde adayların liderlik özelliği, fikirlerini savunma ve yeni fikirler geliştirme yönleri, sorun çözme yaklaşımları gibi özellikleri ölçülmeye çalışılır.

Stres Görüşme Yöntemi: İş, nitelikleri dolayısıyla stresli bir ortamda gerçekleştiriliyor ve adayın baskı altında başarılı olması bekleniyorsa bu görüşme yöntemi uygulanır. Adaya çabuk çabuk, dostça olmayan bir tavırla sorular yöneltilir, adayın sık sık sözü kesilir ya da uzunca bir süre sessiz kalınır, adayı zorlayacak sorular sorulabilir. Adayın tepkileri ve gerginliği gözlenerek stresli durumlara nasıl tepki verdiği saptanır. Görüşmecinin iyi yetişmiş olması, karşısındakini yönlendirmesi gerekir. Aksi takdirde görüşme kolayca kontrol dışına çıkabilir.

Sorun Çözme Görüşmesi: Adayların bilgilerini ve mesleki deneyimlerini belirli şartlar altında nasıl kullandıklarına dönük bir yöntemdir. Adaylara bir sorun verilerek çözüm üretmeleri istenir. Adayın önerdiği çözüm ile birlikte değerlendirme yapılır. Ancak, bu yöntemin adayları dar bir çerçevede değerlendirdiği gözden kaçırılmamalıdır.

Hangi tip görüşme türü uygulanırsa uygulansın, bir görüşmenin başarılı bir biçimde tamamlanması belirli aşamalardan geçilmesini gerektirir. Görüşme süreci beş aşamadan oluşur.¹⁹⁵

1.Aşama: Hazırlık, görüşmeci tarafından yapılması gereken ön hazırlıktır. Bu aşamada öncelikle görüşmenin özel amaçlarının belirlenmesi gerekir. Daha sonra bu amaçlar doğrultusunda görüşmede kullanılacak en uygun yöntem seçilir. Aynı zamanda kimlerin görüşmeye katılacağı belirlenir. Görüşme yapılacak kişi veya kişiler hakkında ayrıntılı bilgiler edinmelidir. Bu aşamada görüşmenin yapılacağı yerin fiziki ortamının görüşmeye uygun bir şekilde düzenlenmesi dikkate alınması gerekir.

2.Aşama: İletişim Kurma Aday hakkında sağlıklı bilgiler edinmek, kişiye rahatlık ve huzur verici bir ortam içinde, dostça iletişim kurularak gerçekleştirilir. Aday odaya girdiği zaman, sıcak ve içten bir gülümseme, kuvvetli bir el sıkış ve iş yaşamıyla ilgili bir sohbet böyle bir iletişimin kurulmasına yardımcı olur. Görüşmeci görüşme sırasında adayı rahatlatmak için sözsüz iletişim ile beden dilini de kullanmalıdır ve söz konusu iletişim görüşme boyunca sürdürülmelidir.¹⁹⁶

3.Aşama: Bilgi Alış veriş Görüşme sürecinin bu aşamasında aday, iş ve işletme hakkında bilgi edinirken görüşmeci de adayın potansiyel performansı hakkında bilgi edinir.

4.Aşama: Bitirme Görüşmeci, bu aşamada adaya bir sonraki aşamayla ilgili bilgiler vererek (genellikle, kendisine telefonla sonucun bildirileceği) görüşmeyi tamamlar.

5.Aşama: Değerleme Görüşmenin bitiminden hemen sonra görüşmecinin kanısına göre görüşülen kişinin işe alınacak nitelikte olup olmadığı saptanmalıdır.

Görüşmenin hazırlanmasında ve yürütülmesinde uyulması gereken başlıca ilkeler aşağıdaki gibi sıralanabilir.¹⁹⁷

195 Geylan s.78

196 Sağlam, s.53

197 Erol Eren, “İşletme Örgütleri Açısından Yönetim Psikolojisi”, Meter Matbaası, İstanbul, 1979 s.168-169.

- Görüşme amacını belirlemeli ve neyin araştırıldığına kesinlikle karar verilmelidir.
- Adayı tanımalı, görüşmeden evvel aday hakkında müracaat fişinden başlayarak gerekli tüm bilgiler toplanmalıdır.
- Adaya bir randevu vermeli, adayın işletme hakkında ilk olumlu intiba edinmesi için bu randevuya uymalıdır.
- Görüşme özel ve gizli olarak yapılmalıdır. Çünkü görüşme konusu önemlidir ve nezaket ise gizlilik kurallarına uymayı gerektirir.
- Aday tarafından kabul edilebilecek görüşme tekniği uygulanmalıdır. Bu tutum duyguların ve sinirli havanın giderilmesine yardım edecektir.
- Peşin değer yargılarının etkisinde kalmamalıdır.
- Adayların güvenini kazanmalı ve görüşme süresince bu duyguyu korumalıdır.
- Adaya karşı nazik ve anlayışlı davranılmalıdır. Bu güven ortamının yaratılmasına yardımcı olacaktır.
- Adayın kendisini rahat hissetmesine ve konuşmaya hazır olmasına yardım etmeli, hoşla gidecek müşterek bir konu ile söze başlamalı ve adayın yere alışması için zaman vermelidir.
- Görüşmeci dinlemeyi bilmelidir. Dinlemekten çok konuşmayı tercih etmek aday hakkında çok az bilgi elde edilmesine neden olacaktır.
- Görüşmeyi yeter ölçüde normal sürede bitirmelidir.
- Görüşmenin yönetimini elde bulundurmalı, görüşme ana sorundan uzaklaştığında tekrar görüşme konusuna çekilmelidir.

- Görüşmeye bir soruşturma havası yerine, tartışma ortamı verilmelidir. Sorular işitilebilir bir tonda sorulmalıdır. Sorular adayı düşündürecek ve bir sonuca vardırarak özellikte olmalıdır. Adayın sorulara yanıt verememesinden dolayı, meydana gelen bir gerginlik görüşmenin sonunda kolay bir soru sorularak giderilmelidir.¹⁹⁸
- Görüşme sonunda, yeni bilgilere gerek kalmadığına emin olmalıdır. Aday veda ederek ayrılırken talip olduğu işe uygunluğu hakkında yeterli bilgi edinildiğine kanaat getirilmelidir.

Seçim sürecinin iş görüşmesi aşamasında işe alma kararını kimin vereceği önem kazanır. Sonuçta, yeni alınacak personelden sorumlu olacak kişi onun bağlı olduğu ilk yönetici olacaktır. Bu nedenle işletmeler genelde işe alma kararını personelin bağlı olacağı ilk yöneticinin almasını tercih ederler. Bu durumda personel bölümünün görevi, adayları seçim sürecinin daha önceki aşamalarından geçirerek işe en uygun iki veya üç adayı ilk yöneticinin kararına sunmak olacaktır. Adaydan sorumlu ilk yönetici, son kararı kim verirse versin seçme işine katkıda bulunmalıdır. En iyi yol, ilgili yöneticinin işe alınma ihtimali yüksek adaylarla görüşmesidir. İlk yönetici, adayın teknik yeteneğini, potansiyel performansını ve işe uygun olup olmadığını en iyi değerleyecek kimsedir. Bunun için yöneticiyle görüşme oldukça önemlidir. Görüşmenin diğer bir yararı da; adayların, işle doğrudan ilgili yöneticiye, işin teknik yönleriyle ilgili sorular sormasına olanak tanınmasıdır. İlk yöneticinin adaya vereceği bilgiler, aydınlatıcı, anlaşılır ve teknik olmalıdır. İlk yöneticinin seçim sürecine katkıda bulunması, onun yeni alınacak personele ilgi göstermesine neden olacaktır. Bu ilgi yeni personelin işletmeye, işe ve çalışma arkadaşlarına daha çabuk uyum sağlamasına yardımcı olacaktır.¹⁹⁹

2.2.1.5. İlk Seçim ve Yeterlilik Değerlendirilmesi

Yeterli başvuru sağlandığı takdirde normal şartlarda referans kontrolünden sonra kalan aday sayısı, işe alınacak eleman sayısının birkaç katından fazla olacak ve bu

¹⁹⁸ Nuri Tortop, "Personel Yönetimi", Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 1992, s.57.

¹⁹⁹ Sağlam, s.65

sayı personel bölümünün yapacağı ilk seçim sonucunda her açık iş için en az üç kişiye düşürülecektir. Bu aşamadan sonra seçilen adaylar çalıştırılacakları bölüm amirlerine bildirilerek, bunların içinden uygun gördüklerini kendi yapacakları seçimle belirlemeleri istenir. Belirlenen adaylar değerlendirme merkezi çalışmalarına alınırlar. Bu çalışmalarda amaç, adayları muhtemel işleriyle ilgili kısa süreli çalışmaları esnasında işe ve işletmeye yatkınlıkları açısından gözlemektir. Değerleme merkezi çalışmalarında genellikle uygulanan yöntem şöyledir:²⁰⁰

Aynı iş için seçilecek 10 veya 12 aday, merkeze aynı zamanda davet edilirler.

Adaylar merkezde 3-5 gün kadar, muhtemel işleriyle ilgili çeşitli faaliyetlere katılırlar. Liderless grup tartışmaları, bilgi alma ve kullanma çalışmaları, işe ilişkin özel konularda çalışmalar ve simülasyon teknikleri ile ilgili çalışmalar, bu faaliyetler arasında yer alabilir.

Adaylar bu çalışmalar sırasında yöneticiler, personel değerlendirme uzmanları ve psikologlar tarafından izlenirler.

Yapılan tüm gözlem ve izleme çalışmaları sonrasında elde edilen bilgiler ışığında, adaylardan işe alınacakların listesi çıkarılır.

Bazı işletmelerce deneme süresi adı altında uygulanan bu tür çalışmalarda, adaylar da iş ve işletme hakkında daha geniş bilgi elde edebilmektedirler. 6 ay veya 1 yıla kadar uzayabilen bu değerlendirme döneminde "aday" veya "stajyer" unvanıyla çalıştırılan adaylar, eğitim döneminin sonunda bir değerlemeye tabi tutularak başarılı görülen ve yöneticilerin de beğenisini kazananların asaleti onaylanmakta; diğerlerinin ise işyeri ile ilişkisi kesilmektedir. Benzer durum, kamu kurumlarına işe almada da "bir yıllık adaylık süresi" uygulamasında görülmektedir.

Değerleme ve seçmede kullanılan ölçütler her işin gereklerine bağlı olarak değişiklik göstermekle birlikte, üç ana grupta toplanabilir. Bunlar; eğitim, deneyim ve işle ilgili kişisel özelliklerdir. Bunlardan eğitim, işte iyi performans gösterebilmek için gerçekten gerekli olan düzeyi yansıtmalıdır. Yeni işe alınan personelin deneyimi işe

200 Gülen, s.145

zenginlik, işyerine de tazelik ve canlılık katar. İşle ilgili olumlu kişisel özellikler ise, personelin işini yaparken kullanacağı bilgi ve becerilerine katkıda bulunarak performansını artırır. Aynı durum, boy ve cüsse gibi fiziksel özellikler için de geçerlidir. Yapılan bir araştırmada, seçme ve değerlemede önde gelen ilk dört unsur; "duygusal kararlılık ve olgunluk", "mülakatta gösterilen mesleki ilişki", "kendini ifade gücü" ve "görünüm" olarak bulunmuştur.²⁰¹

2.2.1.6.Son Seçim ve İşe Alma ile Atama Prosedürleri

Yeterlilik değerlendirilmesinden sonra adayın işe uygunluğu onaylanmış ve personel seçim süreci tamamlanmış olur. Artık bu duruma ulaşmış bireylerin seçimi kazanmış adaylar olarak açıklanması gerekir. Ancak seçimi kazanarak işe alınmasına karar verilen adaylardan çeşitli nedenlerle işe girmekten vazgeçenlerin olabileceği göz önünde tutularak, kazananlar genellikle asil ve yedek listeler hâlinde ilân edilirler. Seçimi kazanan adaylara ayrıca telefonla ön bildirim yapıldıktan sonra, işe davet mektubu yazılır. Bu mektupta işe başlamaları istenilen tarih ile varsa tamamlamaları gereken eksik belgeler bildirilir. Asil ve gerektiğinde yedek listelerden seçimi kazanan adaylar işe alındıktan sonra, başarısız adaylara da birer mektup yazılarak ilgileri için teşekkür edilir ve başvuru sırasında verdikleri özel evrakları iade edilir. Yeni personelin işe yerleştirilmesinde temelde biçimsel ve biçimsel olmayan yaklaşımlardan söz edilir. Biçimsel olmayan yaklaşımda, adaylar doğrudan seçildikleri işe başlatılırlar. Biçimsel yaklaşımda ise yeni personel genellikle kapsam ve süre açısından değişebilen bir oryantasyon programından sonra işe başlatılırlar.²⁰²

Personel daha sonra işe alıştırma sürecine alınır. İşe alıştırma, işe yeni alınan personelin örgütle, işiyle, amirleriyle ve çalışma arkadaşlarıyla tanıştırılması demektir. İşe alıştırma programı, işletmenin faaliyet konusu ile ürettiği mal ve hizmetler hakkında verilecek bilgilerle başlar. Bu konuda; film, video, el kitabı, gezi gibi araçlar kullanılabilir. Program daha sonra; işyerini dolaşmayı, günlük çalışma düzeni, örgütün politikaları ve çalışma güvenliği için uyulması gerekli kural ve düzenlemeler hakkında bilgi almayı içerir. İşe yeni alınan kişiye ayrıca, personele sağlanan hizmetler, primler, sosyal aktiviteler vb. konularda bilgi verilmelidir. Ancak, bu bilgilerin birbirine

201Ali. Balcı, "Örgütlerde Personelin Seçimi", Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi, Cilt 22, Sayı 1, Yıl 1989 s. 424

202Uyargil ve Diğerleri, s.178

karışmaması için her gün birkaç saatlik bir süreyi geçmemesi gereklidir. İşin gerektirdiği hangi özel kurallara uyması ve nasıl bir performans göstermesi gerektiği, yeni elemana çalıştığı bölümün yöneticisi tarafından açıklanır. İşe yeni alınan bireyin çalışma arkadaşları tarafından kabul edilmesini sağlamak da, amirin görevlerindendir. Yeni elemanın işe başlamasından birkaç hafta sonra işe alışıp alışmadığı ve işinden memnun olup olmadığı sorulur. Bu sırada kendisinin işiyle olan uyumluluğu da değerlendirilir. Eğer durum tatminkâr değilse, sorunun ne olduğunu anlayıp çözmek için harekete geçilmesi gerekir. Elemanın kendisiyle ilgilenildiğini görmesi bile, durumun düzelmesi yönünde önemli bir etki yapabilir²⁰³

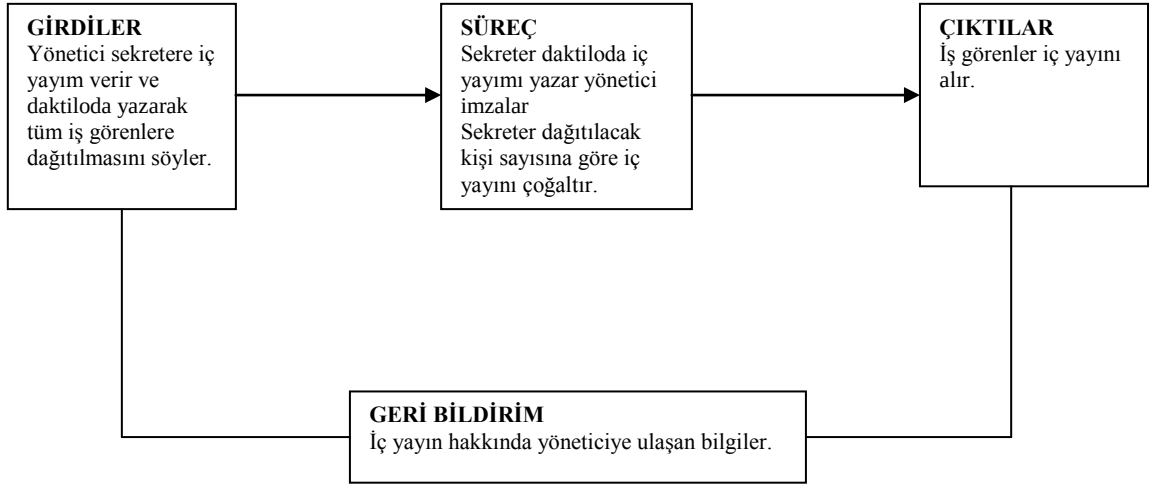
İşe alınmış adayın başvuru formu muhafaza edilmelidir. Personel sicil dosyasının hazırlanmasında bu form bilgi kaynağı olarak kullanılacaktır.²⁰⁴

2.2.2. İçerden Temin

İşletmenin İnsan kaynağı ihtiyacını, şirketin kendi çalışanlarından temini yoluna gittiği durumdur. İçerden temin de tedarik süreci, iki ana yöntemden biriyle tamamlanabilir. Birincisi, personel kayıtlarının, iş gücü envanterinin ve değerlendirme formlarının personel departmanı yöneticisi ile ilgili departman temsilcileri tarafından gözden geçirilmesidir. Ayrıca yeni başarı değerlemeleri yapılarak bir toplantı düzenlenir. Belirtilen belgelerin incelenmesi ile kimlerin söz konusu işler için uygun olduklarına karar verilir. Ancak seçim biçimsel olarak bildirilinceye kadar, neler olup bittiği hakkında açıklamada bulunulmaz. Bunun dışında yönetici ve amirlerden astlarını gözden geçirerek, uygun olanların isimlerini personel departmanına bildirmeleri istenebilir. İkinci yöntem ise, örgüt içerisinde yayınlanan bültenlerde veya duyuru panolarında bütün boş işlerin duyurulmasıdır. Bu duyurularda işin unvanı, ücret haddi ve iş görenin sahip olması gereken nitelikler belirtir.

203Gülen, s.148-149

204 Coleman, Barrie, s.84



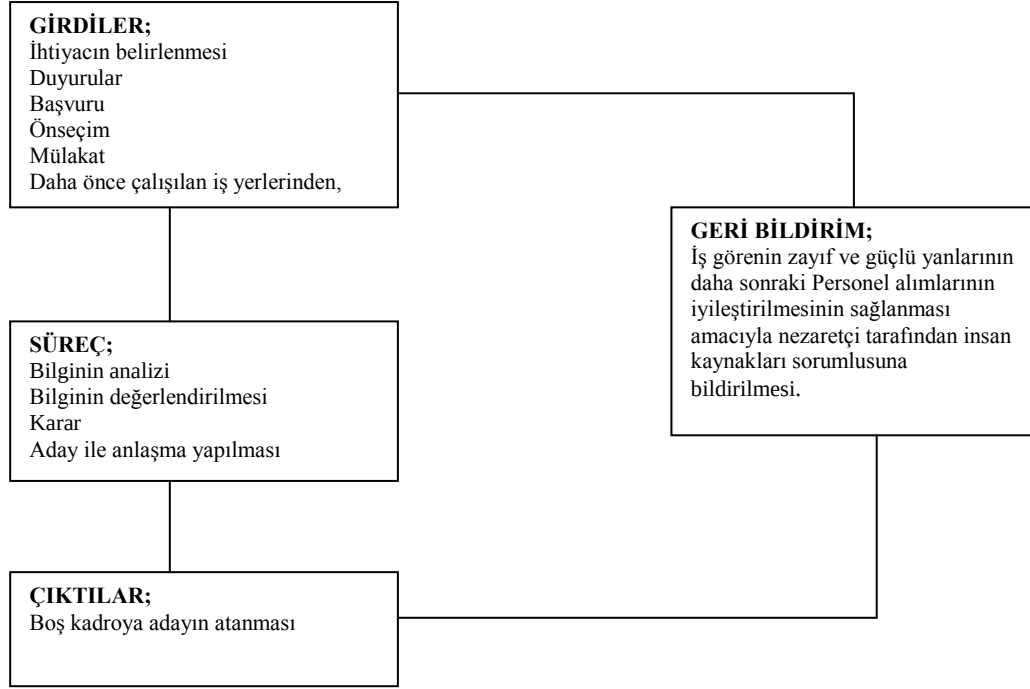
Şekil 8.
İç Yayın Süreci

Kaynak: Karapınar, s.102

Belirtilen bu iki ana yöntemin dışında uygulamada karşılaşılan başka yöntemler de bulunmaktadır. Bunlardan birisi de iş bildirimidir (job posting). İş bildirimi işçilere şirket içinde başka pozisyonlar için iş başvurusu yapma olanağı sağlayan işçilerine duyurulara ve ilânlara yanıt verme ve değerlendirilme hakkını sanki onlar o şirkette çalışmıyormuşçasına sunan bir sistemdir. Bireysel özellikler göz önüne alınarak işletme yöneticisi, mülakat sonrası alımını yapar. Örneğin, Amerika Bankası haftalık "Job Oppartunities Bulletin" adıyla iş olanakları bülteni basar. Bültende yeni iş olanaklarını, işin özelliklerini ve gereklerini belirtir. Ayrıca maaş, derece, departmanlar, prim ve iş kolları da bu bültende yer alır. Bültenin baskıları, personelin dinlenme salonlarına koridorlara bırakılır bültenin arkasında başvuru formu bulunur.²⁰⁵ Bütün bunların yanında; gayri resmi aday araştırılması, geri besleme verilerinin kullanımı, personelden bilgi akışı şirket içinden eleman bulmak için kullanılan etkin yöntemlerdir. Gayri resmi araştırma daha kişisel ve sınırlıdır. Geri besleme planlaması ise genellikle formal bir yaklaşımla ele alınır. Daha çok tercih edilen yaklaşım, personelin bir işten diğerine terfi ettirilmesine dayalı geri besleme planlaması yapmaktır.²⁰⁶

²⁰⁵ Bingöl, s.80.

²⁰⁶ Sağlam, s.18



Şekil 9.
Personel Alım Süreci

Kaynak: Karapınar, s.101

2.2.2.1. İçerden Teminde Performans Değerlendirme Süreci

Çalışanların belirli bir dönemdeki fiili başarı durumlarını ve geleceğe ilişkin gelişme potansiyellerini belirlemeye dönük çalışmalar olan performans değerlendirme sistemleri, sonuçları ile çalışanlara ait bir takım kararların alınmasına etki eder. Ana amacının değerlendirme ve geliştirme olması yanında, değerlendiren ve değerlendirilen arasında iyi bir iletişim, işbirliği ve dayanışmayı da öngörmektedir. Çalışanların iş performansı üzerine odaklanmalarını sağlayan, işletmede işlerin iyi gidip gitmediğinin nesnel bir ölçüsü olan performans değerlendirmenin amaçlarını şöylece sıralayabiliriz.²⁰⁷

- Ücret ya da maaş yönetimi,

207 Gürdal, s.94

- İnsan kaynakları planlaması,
- Çalışanların eğitim ve geliştirme ihtiyacının tespiti,
- Organizasyon içi iletişimin artırılması,
- İşten ayırma kararlarının verilmesi.

İşyerindeki insan kaynaklarında performans sorunlarına yol açan bu sorunlar yönetim, yapılan iş, iş yeri ve çalışma şartları ile ilgili norm ve kurallardan ya da çalışanların kendilerinden kaynaklanabilmektedir. Genel olarak bu karmaşa ya da sorunların temelinde şu nedenler yer almaktadır:²⁰⁸

- İşletme içi ve dışında yatay ve dikey transfer, nakil ve terfiler.
- İşletmedeki iş dizaynına bağlı olarak statü ve rollerdeki belirsizlik.
- Bireysel kariyer hedeflerinde değişimler ve gelişmeler.
- Çalışma şartlarındaki değişimler ve sosyal etkileşimler.
- Çalışma arkadaşları ve iş atmosferinden kaynaklanan nedenler. İşletmelerdeki insan kaynakları performans geliştirme/değerleme sürecinin esasını bu olgular oluşturmaktadır.

Kalite ve performansın izlenmesi: Tüm süreçlerin izlenmesini ve performanslarının takibini sağlayacak, hasta güvenliği programını da içine alan bir kalite iyileştirme ve performans iyileştirme planı hazırlanmalıdır. Kalite endikatörleri her departmanla görüşülerek belirlenmeli ve; anestezi, cerrahi prosedürler, güvenli ilaç Kullanımı, hasta güvenliği, enfeksiyon kontrolü gibi tıbbi endikatörlerin yanında, satın alma, tesis yönetimi, risk yönetimi, personel memnuniyeti, tıbbi cihazların kullanımı

208 Adnan Akın, “İşletmelerde İnsan Kaynakları Performansını Değerleme Sürecinde Coaching (Özel Rehberlik)” C.Ü. İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt 3, sayı 1, 2002, s.98

gibi organizasyonel başlıkları da içermelidir. Kalite Planı kurumun tüm çalışanları tarafından benimsenen ve paylaşılan bir program olmalıdır.²⁰⁹

İşletmelerde potansiyel olarak, genel amaçlar ile çalışanların özel amaçlarını dengeli ve uyumlu bir iklime sokacak, kısa veya uzun süreli değerlendirme sistemine gerek duyulmaktadır. Bireysel iş potansiyelini ortaya koyan performans ölçütleri, işin kendisinden iş ortamına hatta bireyin birikim ve kapasitesine kadar çok farklı etkenlerden konjonktürel olarak etkilenebilmektedir. Öte yandan, işletmelerdeki insan kaynakları performansının değerlendirilmesinde geçerli performans ölçütleri adil, genel-geçer ve güvenilir olmak zorundadır. Aynı şekilde, iş tanımları, iş başarı standartları ve iş gerekleri de performans değerlemesinde belirleyici etkiye sahip olmaktadır.²¹⁰

Performans değerlendirme birçok işletmede uygulanmamakta, yeterince önemi anlaşılamamakta ya da sübjektif ölçütler kullanılarak kısa vadeli uygulanmaktadır. Oysaki ideal ölçütler içeren teknikler kullanılarak değerlendirilen performans değerlendirmenin, ücret düzenlemeleri, terfiler, örgüt ve örgüt elemanları hakkında bilgi sunmak, hizmet içi eğitim ve uyumlaştırma çalışmalarında bilgi vermek gibi uygulamalara yönelik birçok yararı bulunmaktadır.²¹¹

Sosyal boyutu ağırlıklı olan bir kritere göre işletmelerde aşağıda ifade edilen şu ölçekler kapsamında insan kaynaklarının performans değerlemesi gerçekleştirmenin daha sağlıklı sonuçlar vereceği belirtilmektedir:²¹²

Tam Değerleme: Tutum ve davranışlara ilişkin fiziksel ve sosyal kriterler ile yorumlar performans değerlendirme kapsamındadır. Potansiyel durumun güvenilir, istekli ve kabul edilebilir bir personel olma açısından bilgi ve yorumları kapsayıcı boyutta olmasına dikkat edilir.

Prensip Değerleme: Değerleyicinin yargıları, örgütsel bağlılık, uyum, güven, işbirliği, inisiyatif kullanabilme, iş bilgi ve becerisi, gibi çok sayıdaki değişken ile ilgili bilgi ve yorumları içermektedir.

209 İrem Ergun Öcal, “JCI Standartları ve Uluslararası Kalite”, SB Diyalog, Sayı:15, Yıl:2, Eylül 2005,s.32(30-33)

210 Akın, s.100

211 Said Kınır, Erkan Taşkiran, “Performans Değerlendirme Çalışmalarına İlişkin İşgören Görüşlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma” Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi, C.VIII, Sayı.1., 2006, s.196

212 Akın, s.101

Dereceleme: Personel, performans potansiyeli açısından çok sayıda değişken çerçevesinde değerlendirilir. Bireyin iş gereklerini yerine getirmedeki başarı grafiği sonuçlara etkisi itibarıyla değerlemeye tabi tutulur.

Geçerlilik Kriteri: İş gereklerine göre başarı ölçüsü kabul edilen performans düzeyi, iş tutum ve davranışının standardını gösterir. Bu standart geçerli kriter olarak kabul edilir. İş performansı ölçmeye dayanak teşkil eden bu yöntemler ile potansiyel performansın değerlendirilmesine çalışılmaktadır. Performans değerlendirme sisteminde aktif değerleyici olarak üst, ast, çalışma arkadaşları, bireyin kendisi ve organizasyon dışı uzman ya da kurumları saymak mümkündür. Bu değerleyiciler, sorumluluk ve yetkileri kapsamında ilgili performans durumunu ölçütler kullanarak değerlendirilmektedirler

İşletmelerin faaliyet alanları, türü ve kapasiteleri ne olursa olsun, yönetici pozisyonunda görev yapan kişilerin en önemli sorumluluk alanlarından birisi, personel performansının değerlendirilmesi ve artırılmaya çalışılmasıdır. Yöneticiler nasıl değerlendirilmeli ve ödüllendirilmeli tartışması ise yıllardır sürmektedir.²¹³ Sağduyusu yüksek yöneticilerin marjinal çıktıları yüksek olmakta ve işletme performansında olumlu etki yaratmaktadırlar.²¹⁴

Başarı değerlendirme olarak da adlandırılan performans değerlendirme; bir personelin yapmakla yükümlü olduğu görevindeki etkinliği ve yeterliliği hakkında bilgi veren ve bu doğrultuda gösterdiği performansını ölçmeye imkan sağlayan bir süreç olarak tanımlanabilir. Performans değerlendirmesi, birey ya da grubun iş ile ilgili güçlü ve zayıf yönlerini sistematik bir biçimde analiz etmek ve işletmenin belirlediği amaçlar doğrultusunda yönlendirmektir.²¹⁵ Bir başka tanıma göre performans değerlendirme; bir yöneticinin, önceden belirlemiş standartlarla karşılaştırma ve ölçme yoluyla personelin iş başarımını değerlendirmesi sürecidir.²¹⁶ Bu tanımda da ifade edildiği gibi performans değerlendirmesi doğrudan insan kaynakları işlevi ile ilişkilidir. Değerlendirme süreci

213Kıngır, Taşkiran, s.197

214 Lale Tüzüner, “İşletmelerde Tepe Yönetime Yapılan Ödemelerle İlgili Ücret Stratejileri ve İşletme Performansı Arasındaki İlişki”, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, Sayı.1, No.32, Nisan, 2003, s.27.

215Kıngır,Taşkıran, s.198

216 Halil Can, Ahmet. Akgün ve Şahin. Kavuncubaşı, “Kamu Ve Özel Kesimde Personel Yönetimi”, 2.Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara, 1995, s.73

sonunda, çalışanların geçmişteki performanslarına ilişkin veriler elde edilmektedir. Bu veriler, çalışanların performanslarının önceden belirlenmiş standartlara uygunluğunu ölçmede ve çalışanların geliştirilmeleri ile ilgili faaliyetlerde, çalışanların hedefleri ile işletmenin hedeflerinin uyumunun sağlanmasında yardımcı olmaktadır.²¹⁷

Yükselme bireyin daha üst hizmetler için çeşitli yükselme kuralları, verimlilik, beklenen hizmetler dizinidir, başarı olarak da düşünülebilir.²¹⁸ Dikey bir transfer olarak da nitelendirilebilecek yükselme, her çalışanın arzuladığı bir durumdur. Her ne kadar bulunduğu pozisyondan memnun olan kişiler bulunsa da, çalışanların çoğu terfi yolu ile daha iyi olanaklar elde etmeyi, daha iyi yaşam standartlarına kavuşmayı hedefler. İşletmelerde boşalan üst pozisyonların nasıl doldurulacağının bir plan ve programa bağlanması şarttır. Boşalan kadroların gelişigüzel, ciddi bir araştırma yapılmaksızın doldurulması, çalışanların tatminsizliği, çatışma ve verimsizlik gibi işletme içi sorunlara neden olacaktır.²¹⁹

Performans değerlendirmenin önemini kavrayan işletmeler süreklilik tanıyan ve performans planlaması, değerlendirilmesi ve geliştirilmesi faaliyetlerini içeren bir performans sistemi kullanmaktadır.²²⁰ Yaygın olarak birinci derece amirler tarafından yapılan performans değerlendirmeleri için olası diğer kaynaklar içerisinde, çalışanın kendisi, çalışma arkadaşları, astları, birinci derecedeki amirlerin üzerindeki daha üst amirler ve müşteriler de sayılabilmektedir.²²¹

Performans değerlendirme çalışmalarından edinilen bilgilerin oldukça geniş bir kullanım alanları vardır. Bunları; İnsan gücü planlama, seçim ve işe yerleştirme kararlarını alma, ücret, ikramiye, prim ve diğer yan ödemeleri belirleme, eğitim ihtiyaçlarını belirleme, eğitim-geliştirme programlarını hazırlama ve değerlendirme,

217 Hakan Turgut, "Geleneksel Performans Değerleme Yöntemlerine Yeni Bir Alternatif:360 Derece Performans Değerleme Yöntemi", Sayıştay Dergisi, Temmuz- Eylül, 2001, s.57-58.

218 İsmail Durak Ataay "İş Değerleme ve Başarı Değerleme Yöntemleri", İşletme Fakültesi Yayın No:235, İstanbul, 1990 I.cilt ,s.269.

219 Gürdal, s.114

220 Yasin Boylu ve Alptekin Sökmen, "Sınır Birim İşgörenlerin Performans Değerlendirme Kriterlerine Bakışı: Ankara'daki Otel İşletmeleri Üzerine Bir Uygulama", Gazi Üni. Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Cilt.2, 2002, s.169

221 Deniz Tarlan ve Özkan Tütüncü, "Konaklama İşletmelerinde Başarım Değerlemesi ve İşdoyum Analizi", Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı.3, No.2, 2001, s.144.

mesleki yükselmeler ve transferler, işten çıkarma ve kariyer planlama olarak belirtmek mümkündür.²²²

Kalite konusunda hangi yaklaşım kullanılırsa kullanılsın mutlaka somut ve objektif ölçüm ve değerlendirme yöntemleri kullanılmak zorundadır. Performans değerlendirme noktasında sağlık sektöründeki en önemli güçlük personelin performans standartlarının objektif olarak belirlenememesidir. Günümüzde bu konuda en güvenilir yol olarak kullanıcı memnuniyetini saptamak gösterilebilir.²²³

JCI uygulayan hastanelerde personel ile ilgili gereklilikler de akreditasyon çalışmalarının önemli parçasıdır. Tüm çalışanlarının performanslarının ölçüleceği bir program oluşturulmalıdır. Bu program oluşturulurken doktorlar, hemşireler, diğer tıbbi ve idari kadrolar için ayrı ayrı olmasına dikkat edilmelidir.²²⁴ Kadronun kritik rolü, onların kurumun klinik kalite geliştirme programına aktif olarak katılımını gerektirir. Eğer klinik kalite takibi esnasında, değerlendirme ve geliştirme süreçlerinin herhangi bir noktasında bir kadro üyesinin performansı sorgulanıyor ise kurum o bireyin performansını değerlendirmek (veya kısıtlamak) için bir prosedüre sahip olmalıdır. JCI'nın ÇNE.9 standardında; *“Tıbbi kadroların, kalite iyileştirme çalışmalarına bireysel performans değerlendirmesine ve tüm tıbbi kadroların performanslarının düzenli olarak yeniden değerlendirilmesine katılımını sağladığı etkin bir süreci olmalıdır.”*denir. Yine ÇNE. 12. Standardında *“Hemşirelerin, kalite iyileştirme çalışmalarına, bireysel performans değerlendirme sürecine katılımlarının etkin olarak tanımlandığı bir süreç olmalıdır.”*denir²²⁵.

Hastanede her düzeyde görev yapan personele çalışma sırasında ortaya çıkan sorunları çözme beceri ve alışkanlığı kazandırmak için sürekli bir eğitimin, kalite sistem uygulamalarında deneyim kazanmış uzmanlarca verilmesine ihtiyaç vardır. Eğitim sistemimiz çalışma ve sosyal yaşamda karşılaşılan sorunları kolaylıkla tanımlamayı öğretebilmektedir. Fakat çözümün "nasıl" yapılacağı konusunda bir yaratıcılık ve yapıcılık kazandırmada yetersiz kalmaktadır. Bu eksikliğin giderilmesi yollarının

222 Ayşe O. Özçelik, “Performans Etkinliği Üzerine Bir Holdinge Bağlı Kuruluşlarda Çalışanların Görüş Ve Tutumlarının İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma”, Yönetim Dergisi, Sayı:35, 2000, s.41

223 Akgün, s.82

224 Öcal, s.32

225 Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu, s.147

bulunup kullanılması ile kalite sistemi uygulamalarında JCAHO yaklaşımı, kaliteli bir hizmet performansı için hazır bir reçete vermektedir. Reçete içeriğinin ve talimatlarının yerine getirilmesi minimum bir kalite standardını karşılamak için yeterlidir. Bu yaklaşımla sürekli proses iyileştirme faaliyetlerinde başarıya ulaşabilmesi için hedefler belirlemek ve planlanan süreler sonucunda planlanan hedeflere varıldığını performans ölçümleri ile kanıtlamak gerekmektedir²²⁶

VKV Amerikan Hastanesi'nde Performans Değerlendirme, çeşitli açık pozisyonlar için uygun kişilerin tespiti (iç transfer, kariyer planlama fırsatları, vb.) eğitim ve gelişim ihtiyaçlarının belirlenmesi gibi insan kaynakları uygulamalarına baz teşkil etmektedir.²²⁷

2.2.2.2. İçerden Teminin Yararları ve Sakıncaları

İçerden temin konusundaki politikanın işletmeye kazandırdığı bazı üstünlüklerini şöyle sıralayabiliriz:²²⁸

- Çoğu insan meslek yaşamı boyunca daha yüksek ücret ve statü sağlayan pozisyonlara yükselmeyi bekler. Bu beklentiyi gerçekleştirme olanağını sağlayan bir politika, iş görenlerin moraline olumlu katkıda bulunur. Üst bir kademedeki boşalma, bir seri bireysel ilerlemelere neden olabilir,
- Yönetim, kendi iş görenlerinin becerilerini, bilgi durumlarını ve kişilik özelliklerini, dışarıdan başvuran adaylarınkinden daha doğru olarak değerleyebilir. Çünkü yönetim, kendi iş görevlerini daha yakından tanımakta, onların durumlarını yıllarca izleme olanağına sahip olmaktadır. Bu suretle seçim ve yerleştirmede hata yapma riski daha az olur,

226 Mithat Çoruh, "Hastanelerde Kalite Belgesi Alma Girişimi Ve Ötesi", s.3,

227Amerikan Hastanesi, "Performans Değerlendirme"

<http://www.amerikanhastanesi.com.tr/TR/InsanKaynaklari/PerformansDegerlendirme.aspx> (11.10.2009)

228 Sağlam, s.17

- Tedarik ve seçim sorunu basitleştirilir ve bu işlev daha az masrafla yerine getirilmiş olur
- İç kaynaklardan seçilen çalışanlar, işletme, çalışma ortamı, işin niteliği konusunda zaten bilgi sahibi oldukları için işletme içinde yeni olanların yaşadıkları oryantasyon v.b. gibi sorunlarla karşılaşmayacaklardır.
- Uzun süreli istihdam düşünen dışarıdaki adaylar açısından da işletmeyi çekici kılar. İşletmenin imajına katkıda bulunur. İyi planlandığında, orta ve üst düzey yöneticileri için bir eğitim yolu olarak da kullanılabilir.²²⁹

İçerden temin yoluyla personel sağlamanın bazı sakıncaları bulunmaktadır.²³⁰

- Kıdeme göre terfi sisteminin benimsenmesi sonucunda işletmelerin fazlaca iç kaynaklara ağırlık vermesi, çalışan ihtiyacının yeterince uygun olmayan kişilerle giderilmesine yol açabilir.
- Dışarıdan alınacak yeni personelin sağlayabileceği yeni görüş, bilgi ve becerilerin yanı sıra farklı bakış açıları getirilmesine de engel olur.
- Birbirine rakip adaylar arasında tartışmalara ve moral bozukluklarına neden olur.
- Politik baskılara çok açık bir durum olan terfi, bazı adayların karar vericiyi etkilemesi sonucu en uygun adayın seçilmesine engel oluşturur.

229 Nihan Büyükbayramoğlu, “Personel Temininde iç Kaynaklardan Yararlanma Politikası ve iş Tatminine Etkisine Yönelik Bir Örnek Olay Çalışması” (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi İstanbul Üniversitesi, SBE, 1999) s28.

230 Büyükbayramoğlu, s28.

3. BÖLÜM:JCI AKREDİTASYONU ODAKLI SEÇME VE YERLEŞTİRME

Bu bölümde akredite olmuş hastanelerin personel seçme ve yerleştirmede uyması gereken standartlar ile bu kriterlerin uygulanabilmesi ve önemi incelenecektir.

3.1. JCI UYGULAYAN HASTANELERDE PERSONEL SEÇİMİNDE ÜST YÖNETİM VE DEPARTMAN YÖNETİCİSİNİN SORUMLULUĞU

Kurumların, kuruluşların amacına ulaşmasında yeterli ve uygun kaynaklar temin edilmelidir. Bu kaynakların en önemlisi insan gücüdür. Kurumlar, nitelikli, işe uygun eleman ile başarıya ulaşabilir. Bunu sağlamak için işletme yönetimi her iş için gerekli olan uzmanlık, tecrübe, eğitim seviyesi ve özellikleri belirlemeli ve bu çerçevede eleman alınmalıdır.²³¹ Bu bağlamda personel seçimi çabaları, potansiyel personel adayların toplam kalite felsefesine uygun nitelikler taşıyıp taşımayacağını belirlemesi bakımından büyük önem taşır. Yönetim, personel seçimi aşamasında gösterdiği çaba kadar işe alınmasına karar verilen personelin işe alıştırılması uygulamasına da özen göstermelidir. Oryantasyon çalışmaları işletme ve çalışanın karşılıklı beklentilerini bütünleştirirken, verimliliğe ilişkin potansiyeli de arttırmaktadır. Kalite konusunda bilgi düzeyi yüksek yöneticilerin personel seçimin ve insan kaynaklarının diğer fonksiyonlarına da olumlu yaklaşmaktadırlar.²³²

Hastaneler, oldukça kişisel bir hizmet sağlamak için profesyonel, yarı profesyonel ve profesyonel olmayan çok sayıda grubun çaba ve hünelerlerini seferber eden örgütlerdir. Valente'a göre, sağlık bakım sistemleri, kendileriyle birlikte çalışan personele önem vermedikçe amaçlarına ulaşamazlar. Hastanelerde hasta bakımının kalitesinde, fiziki alet ve donanımların modernizasyonu, yanında çalışan personelin niteliği de büyük önem arz etmektedir. Bu nedenle, hastane yöneticisi, personelin bilgi, beceri ve tecrübesini tümü ile örgüte vermesini sağlayabilmeli ve bunun için de insanı iyi tanımalı, insan psikolojisini çok iyi bilmeli ve insanları yönlendirip

231 Ramazan Usta ve Ahmer Tekin Akın, “ Kamu ve Özel Sektörde Yeniden Yapılanma” Standart Ekonomik Ve Teknik Dergi, yıl: 44, no: 521, Mayıs, 2005, s.93

232 Kazım Develioğlu, Gürkan Haşit ve Üstün Güven Bağcı, “Toplam Kalite Yönetimi Çerçevesinde Yöneticilerin İnsan Kaynakları Yönetimine Bakışları: Bursa’da bir Uygulama”, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı:15, Ağustos 2006, s.195-201

isteklendirebilmelidir. İnsanları anlamak ve onları çalışmaya sevk etmek zor bir iştir. Çünkü insanların bilgi, beceri ve tecrübelerini tümü ile örgüte vermelerini engelleyen etmenler vardır. Hastane yöneticisi bu etmenleri, etmenlerin nedenlerini ve çarelerini bilmek ve uygulamak zorundadır.²³³

Günümüz işletmelerinde insan kaynakları yönetiminin personel seçme ve çalışanların performansını iyileştirme aşamalarında yönetime birtakım görevler düşmektedir.²³⁴

- Yönetim ekibinin koşullar, öncelikleri en iyi şekilde değerlendirerek, yetenekli işgücünden en verimli şekilde faydalanabilmesi
- Yönetimin, işbirliği çalışmasını gözden geçirme ve değişim gereksiniminin zamanında farkına varması
- Performans değerlendirme, ödül sistemleri ile öncelikli amaçlar arasında bağlantı kurabilme
- Yöneticilerin ehliyet ve liderlik becerilerine sahip olması

İşletmeyi başarıya ulaştırmada bu görevlerin yöneticiler tarafından iyice benimsenmesi gerekmektedir. İşletmede uygulanan stratejiler ile işletmenin hedefleri arasında iyi bir denge oluşturması, çalışanlarla yöneticiler arasında güçlü bir iletişimin sağlanması gerekmektedir.

3.1.1.Üst Yönetimin Sorumluluğu

Bir kalite sisteminde akıllı yöneticiler, bütün beyinlerin hiyerarşisinin tepesinde toplanmadığını bilirler. Süreçleri iyileştirecek en uygun kişilerin o süreçlerde çalışanlar olduğunu kabul ederler. Bu çalışanlar bir takım halinde bir araya getirilir ve kendilerine süreçleri iyileştirme görevleri verilir. Böylece bu sorumluluğu benimseyen

233 Aykanat, Tengilimoğlu, s.3

234 Değer Yılmaz, “İnsan Kaynakları Yönetiminin Mükemmellik Modelindeki Rolü”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Dokuz Eylül Üniversitesi, SBE, 2006), s.100

Çalışanlar kendilerine olan güveni tazeleyerek örgüt kültürüyle hareket ederler.²³⁵ Bir işletmede maksimum kalitede mal veya hizmet üretecek olan birim personeldir. Dolayısıyla bu kaliteyi anlayacak ve yakalayabilecek niteliklere haiz kalifiye personelin varlığı esastır. Kaliteli hizmet ancak kaliteli insanlarla mümkün olur. İşletmelerin kalite hedeflerine ulaşmaları için işletmeye bağlı, iyi eğitilmiş ve işletmenin kendisini geliştirme faaliyetlerine motive olmuş işgücüne ihtiyaı vardır. Bu nedenle yönetimce personel adayı uzun bir süre tetkik ve takibe tabi tutulmaktadır.²³⁶

Hastanede kaliteyi etkileyen tüm işleri yöneten ve yürüten personelin sorumlulukları tanımlanmalı ve işlerin gerektiği şekilde gerçekleşmesini doğrulamak üzere eğitilmiş personel görevlendirilmelidir. Bu konudaki yönetici gerekli yetki ve yeteneğe sahip olmalıdır. Yönetim kaliteden sorumlu kişileri belirlerken sorumlulukla birlikte gerekli yetkiyi de vermelidir. Bölümler arası ve bölüm içi koordinasyon belirlenmeli, kalitenin gerçekleşebilmesi için gerekli kaynaklar da temin edilmelidir. Personelin karar vermeye katılımını sağlamak ve personelin işe bağlılığını ve verimliliğini zendirmelidir.²³⁷ Yönetim tarafından çalışanların iş tanımları yapılarak, görev ve sorumlulukları belirlenmelidir.²³⁸ Gelişmiş yönetimin, özellikle insan gücü yönetiminin çok önemli olduğuna inanması gereklidir. Bu da etkili İnsan gücü yönetim programlarının ve yöntemlerinin, enformasyon sistemlerinin, etkili eğitim programlarının, etkili değişim yönetimi programlarının geliştirilmesi ile sağlanır.²³⁹

Juran, bir örgütün performansını; sistem ve insan olmak üzere iki faktörün belirlediğini ifade etmekte ve bu faktörlerin sonuç üzerindeki etkilerini genelde, %85 ve %15 olarak belirtmektedir. Böylece uzun vadede insan kaynakları sistemini planlama ve uygulamaya koyma görevi yönetime ait önemli bir konu olmaktadır. İnsan kaynakları planlaması, örgüt ve birey açısından uzun vadede maksimum fayda ile sonuçlanacak

235 şemsettin Uslu, Yavuz Demirel, “Toplam Kalite Yönetiminde alışanların Tatmini ve Bir Uygulama”, Standart Ekonomik ve Teknik Dergi, Yıl:42, Sayı:495, Mart 2003, s.57

236 Ali Erbaşı, Süleyman Ersöz, “Toplam Kalite yönetimi ahilik ilişkisi” Standart Ekonomik ve Teknik Dergi, yıl:43, Sayı:515, Kasım 2004, s.33

237 Ceyhan Gökmen, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi”, Sağlık Bakanlığı, 2001, Ankara, s.11-12

238 Bilge Aydın, “Kalite Yönetim Sistemi” s.20. <http://www.das.org.tr/tr/dosya/kongre/kong2007/sunu/bilge.aydin-das-2007-sunu.pdf> (11.11.2008)

239 Gökmen, s.14

şeyleri yapmak üzere doğru sayıda ve doğru nitelikte insanı doğru zamanda doğru yerlerde istihdam etmek olarak tanımlanmaktadır.²⁴⁰

A.V. Feigenbaum “Total Quality Control” adlı eserinde kalite sistemini “Müşterilerin kalite ile ilgili beklentilerini en ekonomik kalite maliyet düzeyinde karşılayacak şekilde insan, makine ve bilgi kaynakları arasındaki ilişkilerin en uygun biçimde koordinasyonu ile teknik ve yönetsel prosedürlerin kuruluş düzeyinde yapılması” olarak tanımlamıştır. Sistem geliştirmek, sadece yönetim görevini yürütenlere özgü bir sorumluluktur; diğer çalışanlar ise yönetimin tespit ettiği sistem içinde çalışırlar. Yönetim kademesi yükseldikçe, sistem geliştirme yetki ve sorumluluğu artar. Kalite, kendisine inanan, onu benimseyen ve ona bağlanan örgütler ve kaliteli çalışanlar ile birliktedir. Kalite, kaliteli yönetim ve çalışanların sorumluluk duygularıyla gerçekleşir. İşletme yönetimi öncelikle kalite ortamını yaratacak çalışanlardan oluşacak bir örgüt yapısının tasarımını gerçekleştirmelidir. Kalite kavramında insan unsuru, işletme prosesinin merkezinde yer almaktadır. Uygulanacak kalite sistemi ne olursa olsun çalışanların davranış ve tavırlarını etkileyecek unsurların geliştirilmesi ve tatbik edilmesi ile ilgili kültürel değişikliklerin yönetilmesi açısından gerekli olan deneyime sahip olmalıdır. Kalite girişimleri; eğitim, öğretim, iletişim, performans yönetimi programlarının tasarlanması ve teşkilatlandırılmasında kullanılan mevcut davranışlar, tavırlar, akideler ve yeterlilik araştırmaları ve analizleri üzerinde temellendirilmelidir. Bunların hepsi insan kaynakları fonksiyonunun tasarrufunda olan konulardır. Kalite Yönetimi bir grup çalışmasıdır ve tek olarak bireyler tarafından yürütülemez, ekip çalışması gereklidir. Bu katkıların önem derecesi, stratejik ve işletimsel seviyelerde ve insan kaynakları ve personel fonksiyonunun kendi içinde belirlenmelidir.²⁴¹

İşin üç yapı taşı vardır: Donanım (hardware), uygulama kuralları (software) ve insandır.(humanware). Kalite insanla başlar. Donanım ve uygulama kurallarından ancak insan doğru yerine yerleştirildikten sonra söz edilebilir. İş ortamında her departmanın çalışmasında ve departmanlar arası ortak çalışma da problemler vardır, bunların belirlenebilmesi için insanlara yardım edilmelidir. Çalışanlar problem çözme araçlarının

240 “Toplam Kalite Yönetiminde İnsan Kaynakları Planlaması”,
http://www.odevarsivi.com/dosya.asp?islem=gor&dosya_no=134959(14.05.2009)
241 Gökmen, s.34-40

kullanımı konusunda eğitilmeli ve belirledikleri problemleri bu araçları kullanarak çözmeleri sağlanmalıdır. Problem bir kez çözüldükten sonra ileride tekrarlanmasını önlemek üzere, ulaşılan sonuçlar standartlaştırılmalıdır. Yönetim örgüt kültürünü, insanlara kaliteyi işleyerek değiştirebilir; bu değişiklik ancak kararlı bir önderlik ve eğitimle sağlanabilir. Daha iyi sistemleri üretebilmek için, daha fazla ürün /hizmet üretmek yerine, kaliteli insanlar, başka bir deyişle bu sistemleri üretecek yetenekte insanlar üretmeye yönelmelidir.²⁴²

Sağlık Bakanlığı'nın 2001 tarih ve 10311 Sayılı Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi Bölüm İki Madde Beş ve © Bendinde de;

“Personelin katılımını sağlayarak, ekip ruhunu oluşturacak planlama ve uygulamaların yapılması”²⁴³ olarak belirtildiği gibi ekip ruhuna sahip ve uyumlu personelin temininde de üst yönetimce, insan faktörünün sistem üzerindeki etkisi göz önüne alınarak personel seçiminde gerekli özen gösterilmelidir.

Üst yönetim, hasta güvenliği konusunda da sorumlu olduğundan; hasta güvenliği planlarının (üst yönetim dahil) bütün çalışanların bu konudaki yetki ve sorumluluklarını içerecek şekilde oluşturulması, planın hedefleri, bütçesi, insan kaynağı, veri toplama ve analiz tekniklerinin tanımlanması, icra komitesine düzenli raporlamanın yapılmasını da sorumluluğu altında bulundurmaktadır.²⁴⁴

JCI Standartları Çalışanların Niteliği ve Eğitimi ÇNE1 standardında hastane yöneticilerine düşen sorumlulukları şöyle belirtmiştir:²⁴⁵

“ÇNE. 1.Hastanenin yöneticileri, tüm kadrolu elemanlar için istenilen eğitim, beceri, bilgi ve diğer ihtiyaçları tanımlamalıdır.

. ÇNE.1 ve ÇNE.1.1İN amacı: Kurum yöneticileri, kadro pozisyonlarının belirli gereksinimlerini karşılamalıdır. Aynı zamanda kurum yöneticilerinin, aranan eğitim, yetenek, bilgi ve diğer gereksinimleri belirleyip, gelecekte hasta ihtiyaçlarına yanıt

242 Gökmen, s.41

243 Sağlık Bakanlığı'nın 2001 Tarih ve 10311 Sayılı “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi” Bölüm İki Madde 5 © s.22

244 Özlem Yıldırım, “Akreditasyon ve Hasta Güvenliği” SB Diyalog, , sayı:15, Yıl:2, Eylül 2005 s.35(34-39)

245Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu s148.

vermek için kadro planlamaları yapmaları gerekir. Yöneticiler, kadrolama ihtiyaçlarını planlamak için;

Kurumun misyonunu,

Kurum tarafından hizmet verilen hastaların karışımını ve ihtiyaçlarının karmaşıklığı ve ağırlığını,

Kurum tarafından sağlanan hizmetleri, ve

Hasta bakımında kullanılan teknolojiyi göz önünde bulundurmalıdır.

Bireysel kadro üyelerinin görev tanımında belirlenmiş sorumlulukları olmalıdır. Görev tanımı, atanmalarını, işlerine oryantasyonunu ve iş sorumluluklarını ne ölçüde karşıladıklarının temelini oluşturmaktadır.

Kurum, bireylerde bulunması gereken eğitim seviyelerini, yetenekler ve diğer gereksinimleri kanun ve düzenlemelere uygun olarak tanımlamalıdır. Kurum aynı zamanda kadronun işine son verilmesi konusunda kanunlara uymalıdır. Kurum, kanun ve düzenleme gereksinimlerine ilave olarak kurumun misyonunu ve hastaların ihtiyaçlarını da dikkate almalıdır.”

StandartÇNE2 Standardında yine yöneticilerin sorumlulukları yer almaktadır:

“ÇNE. Hastanenin yöneticileri, işe alma, değerlendirme ve atama prosedürleri ile hastane için gerekli olan diğer prosedürleri, tasarlamalı ve uygulamalıdır.

ÇNE.2'nin Amacı: Kurum, aşağıdaki süreçler için etkin, koordine veya merkezi bir işleyiş sağlamalıdır;

Bireyleri mevcut pozisyonlara başlatmak,

Adayların eğitim, yetenek ve bilgilerini değerlendirmek,

Bireyleri kurum kadrosuna atamak ve

Gereğinde işi sonlandırmak.”

Çalışanların işe alınması, değerlendirilmesi ve atanması ancak koordineli, etkin ve standart bir sürecin başarılması ile mümkündür. Hastane yönetimi adayın becerilerini, bilgisini, eğitimini ve öncelikli deneyimini yazılı hale getirmesine önem vermelidir. Bu kadroların ve hemşirelerin yeterliliklerini özellikle gözden geçirmek gerekmektedir, çünkü bu kadrolar teknik bakım süreçlerine doğrudan katılırlar ve doğrudan hastalarla çalışırlar. Hastane yöneticileri çalışanlarına öğrenmeleri ve gelişmeleri için fırsatlar sağlamalı, hizmet-içi eğitim ve başka öğrenme fırsatları da çalışanlara verilmelidir. Hastane yöneticileri, hastane bünyesinde çalışacak bireylerde bulunması gereken eğitim durumunu, yeteneklerini ve diğer gereksinimlerini kanun ve düzenlemelere uygun olarak tanımlayabilmelidir. Hastane, zam yönetimi ve kadroda bulunan elemanların işine son verilmesi konusunda mevcut kanunlara uymalıdır. Bunu yaparken, belirtilen kanun ve düzenleme gereksinimlerine ilave olarak kurumun misyonu ve hastaların ihtiyaçları da dikkate alınmalıdır. Her üretim ve hizmet organizasyonunda olduğu gibi, hastanelerin de en büyük hazinesi, sağlık hizmetlerini sunan çalışanlarıdır. Onların kendi alanlarındaki bilgi ve becerilerini, bireysel ve kurumsal gelişme ihtiyaçlarını desteklemek hastane yararınadır. Personelin işe alım kararlarından başlayarak eğitim düzeyleri ve deneyimleri belirgin olmalı ve ön seçimlerinde titizlikle üzerinde durulmalıdır.²⁴⁶

3.1.2. Departman Yöneticisinin Sorumluluğu

Stephan R. Covey, kalite yada mükemmelliği deniz feneri gibi değişmez bir ilkeye benzeterek, bu gibi ilkelerin diğer bir ilkeye hizmet etmek yada katkıda bulunmak görevi olduğunu vurgulamakta ve sürekli yaptıklarımızın bizi yansıttığını, mükemmelliğinde bir eylem değil, bir alışkanlık olduğunu belirtmektedir. Covey'e göre alışkanlık, bilgi, beceri ve arzunun kesişmesidir. Kalite yönetimi girişimleri etkin bir biçimde uygulanması en güç olan konulardan biridir.²⁴⁷ Bu sebeple personel seçiminde kurum kültürüne yakın bireylerin tercih edilmesi, gerek üst yönetim gerekse departman yönetimi tarafından belirlenen yetki ve sorumlulukta net çizgiler belirlenerek alışkanlıkların kazanılmasına yardımcı olunabilir.

246 Akyurt, age.s.114

247 Stephan R. Covey, "Etkili İnsanların 7 Alışkanlığı", Varlık/Özel Yayın İstanbul 1996, s.135

2005 yılından beri akredite olmuş olan Acıbadem Sağlık Grubu, hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin sürekli gelişimi, standardizasyonu ve işlerliğini sağlayabilecek yeni eğitim/gelişim/araştırma modelleri kuran ve işleten, dünyadaki gelişmelere paralel hasta/ailesi/toplum ve kurum çalışanlarının eğitim ihtiyaçlarını belirleyen, kurumun ihtiyacı olan hemşirelik hizmetleri yöneticileri/liderlerin yetiştirilmesinde insan kaynakları departmanı ile işbirliği içinde çalışan ve eğitim ihtiyaçlarını belirleyen, eğitim programını oluşturan, uygulama ve değerlendirme süreçlerinde öncülük eden Hemşirelik gelişim Müdürlüğü'nü oluşturmuştur.²⁴⁸

JCI Akreditasyonuna sahip Anadolu Sağlık Merkezi'nde hemşirelik hizmetleri yönetimi direktörlük olarak temsil edilmektedir, hemşirelik direktörü, hemşirelik personelinin seçimine, bütçenin planlanmasına ve anahtar noktalarda karar verme süreçlerine diğer direktörler ile birlikte katılır. Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü yönetici ve sorumlu hemşireler ile klinik hemşireler ve bakım destek personellerinden oluşmaktadır. Yönetici Hemşireler, Hemşirelik Hizmetleri Direktörü'nün yardımcıları olarak, hemşirelik hizmetine ilişkin süreçlerin tasarlanması, standartların tanımlanması, eğitimlerin planlanması, geliştirme çalışmalarının yürütülmesi ve kriz durumlarının çözümünden sorumludurlar. Sorumlu hemşireler her bir kliniğe özel olarak seçilmiş olup, kliniğin hemşirelik personeli yönetimi, bakım ve hastanın yönetimi, malzeme ve ilaç yönetimi, hasta eğitim ve takiplerini yönetmekten sorumludurlar.²⁴⁹

Departman yöneticisi, işletme eğer süreç merkezi değil ise, benzer kriterler, işlemler ve formlar tüm kurum çapında tek tip işlem yürütülmesini sağlayacaktır. Departman ve hizmet yöneticilerinin, klinik hizmetleri sağlamak için gereken kadronun sayısı ve nitelikleri hakkındaki tavsiyeleri alınmalıdır. Departman ve hizmet yöneticileri aynı zamanda kadroya atanacak bireyler hakkında karar vermeye yardımcı olmalıdır. Bu nedenle, JCI'nın ilgili standartları bir departman veya hizmet yöneticisinin

248Acıbadem Sağlık Grubu,

<http://www.acibademkariyer.com/AcikPozisyonlarDetay.asp?pozId=15063&vacId=403>(24.09.2009)

249Anadolu Sağlık Merkezi "Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü"

http://www.anadolusaglik.org/Content.aspx?id=hemsireligeyonelikhosgeldiniz&m_id=2&s_id=136(24.09.2009)

sorumluluklarını tanımlayan Yönetişim, Yöneticilik ve Yönlendirme standartlarının da tamamlayıcısıdır.²⁵⁰

Departman yöneticileri servisleri işleyişi ve çalışma kurallarına göre personelde istedikleri özellikleri insan kaynaklarına iletmelidirler. Örneğin acil servislerde personel normal servislerde çalışan personelden daha fazla fiziksel şiddete maruz kalmakta ve diğer bölümlerde çalışan personele oranla daha yüksek stres algılandığını ortaya koymaktadır. Bu yüzden acil servislerde istihdam edilecek personelin seçiminde, bilimsel bilgi ve beceri yanında stresle başa çıkma, hızlı karar verebilme gibi değerlere de önem verilmesi yararlı olacaktır. Acil serviste çalışacak personel seçiminde “Baskıcı görüşme” yöntemi kullanılabilir. Eğer test yönetimi tercih edilecekse stresle başa çıkma ve zorlukları aşabilme yollarını ölçen testler kullanılmalıdır.²⁵¹

3.2.JCI UYGULAYAN HASTANELERDE KADRO PLANLAMALARI VE TRANSFERLER

Özel sağlık kuruluşları sektörde öne çıkmak, rakiplerinden farklılaşabilmek için, her şeyden önce, daha nitelikli personel istihdam etmeleri gerektiğini artık bilmektedir. Sağlık Sektöründe, başta hemşire, acil tıp uzmanı ve tekniker olmak üzere ciddi eleman sıkıntısı yaşanmaktadır. Türkiye’de 30 bin olan hemşire açığı fizyoterapist konusunda 56 bini bulmaktadır. Buna acil tıp uzmanı ve belirli uzmanlık alanlarındaki doktorları da dâhil edince, rakam 100 bine ulaşmaktadır. Sağlık sektörü manevi değerlerin ön planda olduğu bir alan olduğundan dolayı işe yerleştirilecek kişinin karakteri, davranışı ve kendini ifade şekli en az deneyimi kadar önem taşımaktadır.²⁵² Kurumların en önemli değeri çalışanlardır. Çalışanların nitelikleri, yetkinlikleri ne kadar

250 Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu, s.148

251 Şahin Kavuncubaşı, “Acil Servis Başarısında Kritik Faktör: İnsan Kaynakları” 112 Acil Sağlık Trafik Yönetim ve Eğitim Dergisi, Yıl:1, Sayı:1 Mart 2009, s.47

252Yeni Bir İş İnsan Kaynakları Hizmetleri A.Ş.

[http://www.insankaynaklari.com/ikdotnet/IcerikDetay.aspx?KayitNo=10228&Kwd=hastane\(12.06.2009\)](http://www.insankaynaklari.com/ikdotnet/IcerikDetay.aspx?KayitNo=10228&Kwd=hastane(12.06.2009))

yüksek olursa kurum da o kadar yükselir. Önemli olan o nitelikleri ortaya çıkarabilecek çalışma kültürü ve ortamını yaratabilmektir.²⁵³

3.2.1.Kadro Planlamaları

JCI Standartlarına göre; hastanenin kadro planlamaları, istenilen sayı, iş türü ve nitelikleri içermeli ve klinik ve idari yöneticilerin iş birliği ile yapılmalıdır. Bu kadro planı sürekli gözden geçirilmeli ve gerektiğinde güncelleştirilmelidir. Burada, hasta bakımı için uygun ve yeterli kadrolama kritik önem taşır. Kadro planlaması, kurumun medikal yönetimi ve idari yöneticiler tarafından yürütülmelidir. Planlama, kadrolama düzeylerini belirlemek için uygulanan bilinen yöntemleri içermelidir. Kadronun türü ve sayısının ilgili kanun ve düzenlemelerle uyumlu olması gerekir. Plan yazılı olmalıdır ve her departman ve servis için gerekli kadro sayısı ve türü, yetenek, bilgi ve diğer gereksinimleri belirlenmelidir. Plan aşağıdakileri içerir;²⁵⁴

Servis ihtiyaçlarına veya kadro yetersizliğine cevap olarak kadronun bir departman veya servisten başka bir yere atanmasını, (Transferler)

Kültürel değerler ve dini inanışlara göre kadrodan gelen yeniden atanma isteklerinin göz önüne alınmasını,

Bir bireyin normal sorumluluk bölgesi dışına çıktığında, sorumluluğu üzerinden kalktığı zaman, bir bireyden bir başkasına sorumluluğun devredilmesi politikası ve prosedürünü (örneğin ilk yanıt veren, paramedik, hemşire, ve/veya doktor arasında).

Planlanmış ve gerçek kadrolama sürekli bir temelde takip edilmeli ve plan gerek oldukça güncelleştirilmelidir. Planlama ve gerçek kadrolama departman ve hizmet düzeyinde takip edildiği zaman, kurumun medikal yönetimi ve idari yöneticileri genel planı güncellemek için birlikte hareket etmelidirler.²⁵⁵ JCI'nın ÇNE.3 Standartında; *“Hastanede, kadroların bilgi ve becerisinin hasta ihtiyaçlarına uygun olduğundan emin olmak için bir süreç olmalıdır”* der.

253 Nilsen Altıntaş, “Çalışanların Yüksek Yetkinliği”, Önce Kalite, Yıl:17, Sayı:130, Aralık, 2008,s.17

254Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu, .s.148-149

255 Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu, s.149

Kaliteli sağlık hizmeti felsefesine dayanan bir yaklaşım biçimi ile hasta/hemşire oranının belirlenmesi, bakım standartlarının netleştirilmesi ve hemşirelik uygulama talimatlarının oluşturulması güvenli bakımın temelini oluşturur. Gerçekten de kaliteli hasta bakımı verilebilmesi için, hastaların bağımlılık düzeylerinin ‘hasta sınıflandırma yöntemi’ kullanılarak tespit edilmesi; her hastanın ne kadar ve ne tipte hemşirelik bakımına ihtiyaı olduğunun dikkatle değerlendirilmesi ve en uygun bakımı verebilmek için üzere kaç hemşire gerektiğinin hesaplanması gereklidir.²⁵⁶

Anadolu Sağlık Merkezi’nde her klinik için hasta bağımlılık düzeylerine göre belirlenmiş hemşire sayıları ile, kaliteden ödün vermeden ve hasta memnuniyetini daima yüksek tutmak üzere yeterli sayıda klinik hemşireler çalışmaktadır. Hemşireler sürekli eğitimler ile desteklenmekte, mesleki ve bireysel gelişim ve iş doyumları için fırsatlar yaratılmaktadır. Ayrıca bakımda hemşirelere yardımcı bakım destek personelleri ile hastanın konforu ve bakımın devamlılığı st düzeyde sađlanmaktadır²⁵⁷.

Akredite olmuş diğer bir kurum olan Ankara Güven Hastanesi etkili bir kadro yapısı için insan kaynakları olarak;²⁵⁸

Kadro oluşturma, geliştirme ve takip sürecinde, hastane içersinde diğer bölüm yöneticilerine insan unsuruyla ilgili tüm konularda tavsiyelerde ve yardımlarda bulunmakta olduğunu,

Çalışanlar, niteliklerine ve kişisel yetkinliklerine göre seçilmekte ve görevlendirilmekte, kişisel gelişim ve ilerleme imkânı sağlandığı, iş ortamındaki çalışanların, işletme organizasyonu içindeki yeri ve ilişkileri ile ele aldığını,

İnsan kaynaklarının personel seçimi, oryantasyon, eğitim v.b. faaliyetlerde aktif rol oynadığını, bunların yapılmasında bir danışman olarak "kurmay" rolünde yer aldığını,

256Bşra etmin, “Hemşirelik Bakımında Kalite”, Hisar Sağlık, Yıl:1, sayı:3,Eeyll-Kasım 2007, s.26

257Anadolu sağlık Merkezi,

http://www.anadolusaglik.org/Content.aspx?id=hemsireligeyonelikhosgeldiniz&m_id=2&s_id=136(24.09.2009)

258Ankara Güven Hastanesi, <http://www.guven.com.tr/toplnks.php?id=8> (24.09.2009)

Bir taraftan işletmenin insan gücünü ve kaynağını en etkin ve verimli bir şekilde kullanırken diğer taraftan, çalışanların kişisel olarak, maddi ve manevi tatminini göz önünde tuttuğunu,

Çalışanın yeteneklerinden, bilgi ve tecrübesinden yararlanma ve sürekli olarak geliştirilmesi yolunda çaba gösterdiğini,

İnsan kaynağından yararlanılması, İnsan kaynağının teşvik edilmesi ve İnsan kaynağının korunması için kılavuzluk ettiğini web sitesinde beyan etmiştir.

3.2.2. Transferler (Departmanlar Arası Yeniden Atama)

Transfer, işletmedeki personelin aynı ücret, aynı sorumluluk ve olanakları içeren başka bir göreve aktarılmasıdır. Başka bir deyişle transfer, bir görevden diğer bir göreve yatay geçiştir. Personel transferinden güdülenen temel amaç, insan kaynaklarının en etkin biçimde kullanılmasıdır. Yükselme gibi transfer işlemi de, personelin en fazla doyum elde edebileceği ve işletmeye en fazla katkıyı yapabileceği makam ya da işe yerleştirmeyi hedefler. İşletme açısından en ucuz ve kolay yoldan eleman bulma olanağı sağlar. Aynı işletme içinde bir iş değişikliği söz konusu olduğundan, uyum sorunu yaşanmaz.²⁵⁹

Pigors ve Myers transferleri 5 ana grupta toplamıştır.²⁶⁰

1-)Üretim Transferleri; Personel fazlası bulunan, işgücü gereksiniminin olduğu birimlere personel aktarılmasıdır. Bu tür transferler iş gücü dağılımının ayarlanmış olması ile işten çıkarma ve yeni personel alımı gibi çeşitli giderlerde tasarruf sağlar. Üretim transferleri benzer iş grubu için söz konusudur. İş yükü ve personel arasındaki dengelemeyi sağlar.

2-)Yer Değiştirme; Amaç olarak işten çıkarmanın önlenmesi olduğundan, üretim transferleri ile benzerlik gösterir. Ancak yer değiştirmelerde kıdemi yüksek bir personel, aynı işin yapıldığı ve üretim sorunlarının bulunduğu bir diğer bölüme atanır.

²⁵⁹ Gürdal, s.114

²⁶⁰ Büyükbayramoğlu, s.26,27

Yer değiştirme programı, üretim etkinliklerinde sorunlar ortaya çıktığında kullanılır ve kıdemi yüksek personeli olanaklı olduğunca uzun süre işte tutmak için tasarlanır.

3-)Çok Yönlü Transferler; Amaç yönetime dinamik personel grubu sağlamaktır. Bu transferler bir personelin tüm çalışma süresini doldurmayacak kadar az işin olduğu küçük iş yerlerinde uygulanmaktadır. Bu tür transferler sürekli eğitim programının bir parçası olarak yaygın biçimde gerçekleşmektedir.

4-)Vardiya Transferleri; Rotasyonun söz konusu olmadığı vardiya sisteminde bir personel çeşitli nedenlerle bir diğer vardiyaya geçmek isteyebilir. Vardiya transferlerinde personelin yaptığı iş değişmemekte, çalışma saatleri değişmektedir.

5-)İyileştirici Transferler; Personelin çeşitli nedenlerle yanlış işe yerleştirilmiş olması veya gözetmeni yada çalışma arkadaşları ile iyi ilişkiler kuramamış olması durumunda uygulanır. Bu durumda personel kendi potansiyelini en üst düzeyde uygulayabileceği bir gözetmenin emri altına verilir. Amaç mevcut işte etkili olmayan, ancak örgüte yararlı olacağına inanılan bir personelin başka bir göreve daha başarılı olması umuduyla atanmasıdır.

Transferlerde kullanılan bir başka yöntem ise rütbe indirimidir. Terfinin tersi bir uygulamadır. İş görenin yetki, sorumluluk, ücret v.b. bakımından daha alt bir göreve kaydırılması olarak tanımlanabilir. Örgütteki yapısal bir takım değişikliklerden sonra bazı birimler kapatılabilir. Bu birim personeli işten çıkarmak yerine başka bir birimde daha düşük sorumluluk ve pozisyonda görevlendirilebilirler. Bu durumda rütbe indirimi söz konusudur. Bir diğer faktör ise çalışanın bulunduğu pozisyonda görev gereklerini yerine getirmemesi iş ve örgüte ilişkin tutum ve davranışlarında olumsuzluklar saptanması ve görevinde başarısızlık gibi nedenlerdir. Çalışan cezalandırılarak bir alt pozisyondaki bir göreve getirilebilir.

Kadro planlamaları yapılırken servis ihtiyaçlarına veya kadro yetersizliği neticesinde kadronun bir departman veya servisten başka bir yere atanmasını, kültürel değerler ve dini inanışlara göre kadrodan gelen yeniden atanma isteklerini de değerlendirmeye almak zorundadır.

3.3. JCI UYGULAYAN HASTANELERDE SEÇME VE YERLEŞTİRMEDE ARANILAN ÖZELLİKLER

Bir hastane kendi misyonunu yerine getirmek ve hasta ihtiyaçlarını karşılamak için uygun becerilere ve niteliklere sahip insanlara ihtiyaç duyar. Yetkin ve nitelikli çalışanlara sahip olmak, yetkinliğin değerlendirilmesini sağlamak, kişisel gelişimi ve öğrenimi teşvik etmek ile yükümlüdür.²⁶¹

2002 yılında ilk kez JCI Akreditasyonu alan ve 2008 yılında akreditasyonunun devamına karar verilen Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi; Seçme ve yerleştirmede ana ilke hiçbir ayırım yapmadan ve ayrıcalık tanımadan işin gerektirdiği yetkinliklere (bilgi, beceri, davranış) sahip kişilere eşit fırsat vererek ve ilerleme olanağı sağlayacağını web sitesinde taahhüt etmektedir. Kişilerin işin teknik gereksinimlerine uygun özellikler taşımasının yanında; çok yönlü, öğrenmeye ve yeniliklere açık, insan ilişkilerinde başarılı ve inisiyatif sahibi olmalarına da önem vermektedir.²⁶²

2005 yılında 3 hastanesi JCI Akreditasyonu alan Acıbadem Sağlık Grubu, web sitesinde yayınlamış olduğu iş ilanların da aranan nitelikler bölümünde; hemşire ve sağlık memurları için hemşirelik yüksekokulu, sağlık yüksekokulu veya sağlık meslek lisesi mezunu olma, tanımlamasıyla öğrenim durumunda derecelendirme şartı aramamaktadır. Ekip çalışmasına yatkın hasta memnuniyetini işinin her aşamasında ön planda tutabilecek, erkek adaylar için askerlik hizmetini tamamlamış olması adaylardan istenen diğer özelliklerdir.²⁶³

Anadolu Sağlık Merkezi'nde Yönetici hemşireler yüksek lisans, sorumlu hemşireler ve hemşireler lisans düzeyinde eğitime sahip olmak zorundadır. Her yılın başında yapılan “İnsan Gücü Planları” doğrultusunda belirlenen boş kadrolar için öncelikle hastane ve Anadolu Grubu içinde uygun çalışanlar aranır. İşgücü ihtiyacının kurum veya Grup içinden karşılanamaması durumunda başvurular değerlendirilir. Hastanedeki her bir pozisyon için, pozisyonun gerektirdiği nitelikler tanımlanmıştır. İş

²⁶¹ Akyurt, s.114

²⁶² VKV Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Olmak

<http://www.amerikanhastanesi.com.tr/TR/InsanKaynaklari/AHCalisaniOlmak.aspx>(24.09.2009)

²⁶³ Acıbadem Sağlık Grubu,

<http://www.acibademkariyer.com/AcikPozisyonlarDetay.asp?pozId=15063&vacId=403>(24.09.2009)

tanımlarından hareketle belirlenen özel tecrübe, yabancı dil bilgisi, eğitim durumu gibi özelliklere sahip adaylar mülakat sürecine dahil edilir. Adayların kurum kültürüne uygun, paylaşımcı, katılımcı, girişimci, ekip çalışmasına inanan, mükemmeli hedefleyen, yenilikçi ve yaratıcı, hizmet kalitesini ve hasta-hasta yakını memnuniyeti tatminini gözeten bireyler olmaları beklenmektedir. Mülakat sürecinde, tanımlanan bu niteliklerin adaylarda varlığı ve düzeyi incelenmektedir. Pozisyon gerekliliğine göre adaylara mesleki yeterlilik gibi sınavlar da uygulanmaktadır.²⁶⁴

Akredite olmuş diğer bir kurum olan Ankara Güven Hastanesi de seçme ve işe almada uyguladığı politikayı web sitesinde ASM ile aynı talimatları uyguladığını belirtmiştir²⁶⁵.

2007 yılında akredite olan Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde sözleşmeli personel alım süreci sözleşmeli personel çalıştırılmasına ilişkin olarak 28 Haziran 2007 Tarihli Resmi Gazete'de 26566 Sayı ile yayımlanan esasların Ek 2. Maddesi (b) bendinde belirtilen yöntemle göre Kamu Personeli Seçme Sınavı (B) grubu puan sırası esas alınmak suretiyle yürütülmektedir.²⁶⁶

3.3.1.Standardın Yetkinlikle İlgili Maddeleri

Hizmet, insan davranışları ile yönlendirilen bir dizi aktiviteden oluşur. Hizmet, herhangi bir şeyin sahiplenilmesiyle sonuçlanmayan, temelde maddi olamayan, bir tarafın bir diğer tarafa sunduğu fayda veya faaliyetler şeklinde tanımlanmaktadır. Bu nedenle insan ilişkilerinin hizmetin önemli bir parçası olduğunu unutmamak, kaliteyi geliştirmek ve hasta beklentilerini yerine getirmek için, personelin bilgi ve yeterliliğini kabul etmek ve motive edilmesi gerektiğini dikkate almak gerekir.²⁶⁷

JCI'nın Çalışanların niteliği ve eğitimi standartlarında öncelikle çalışanların sorumlulukları belirlendikten sonra yetkinlikle ilgili maddelerine değinilmiştir.²⁶⁸

264Anadolu Sağlık Merkezi,

http://www.anadolusaglik.org/Content.aspx?id=hemsireligeyonelikhosgeldiniz&m_id=2&s_id=136(24.09.2009)

265 Ankara Güven Hastanesi <http://www.guven.com.tr/toplnks.php?id=8>(25.09.2009)

266Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, <http://www.hacettepe.com.tr/insankaynaklari.aspx>(25.09.2009)

267 Filiz Aslantekin,ve Diğerleri, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi, Dr. Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği", Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007 Cilt.2 sayı.6 s.61

268Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu, .s.146-156

“ÇNE. 1.1 Her elemanın sorumluluğu, yürürlükteki iş tanımında belirtilmelidir.

ÇNE. 3.1 Her elemanın iş tanımında belirtilen sorumluluğu taşıyabilme becerisi, atama aşamasında ve düzenli olarak daha sonrasında değerlendirilmelidir.

ÇNE.3-ÇNE3.2’nin amacı: *Kalifiye kadro üyeleri, pozisyonun gerektirdiği niteliklerin ve kadro üyesi adayının niteliklerinin birbirine uyumu açısından değerlendirilmelidir. İş başladıktan sonra personelin görev tanımında belirtilmiş olan sorumlulukları gerçekten sahiplenmesini sağlamak üzere deneme sürecindeki personel daha detaylı olarak değerlendirilir. Bu değerlendirme, iş başlamadan önce veya ilk olarak iş sorumluluklarını yerine getirmeye başlarken yapılmalıdır. Kadro üyesinin atandığı departman veya servis tarafından gerekli yetenekleri, bilgi ve iş davranışının değerlendirmesi yapılmalıdır. Kurum, kadro yeteneklerinin değerlendirmesi için işlem tanımlamalı ve değerlendirme sıklığını belirlemelidir. Sürekli değerlendirme, eğitimin ihtiyaç duyulduğu zaman yapılmasını ve kadro üyesinin yeni veya değiştirilmiş sorumluluklarını sahiplenmesini sağlamalıdır. En iyisi bu değerlendirmeyi sürekli bir temelde yürütmektir ve her kadro üyesi için yılda en az bir kez yazılı değerlendirme yapılmalıdır”*

Yetkinlik değerlendirilirken iletişim becerileri, alınan eğitimlerin uygulamaya konulabilmesi gibi birçok faktör değerlendirilmektedir. Hastanede bakım sağlayanlar arasında etkili iletişimin sağlanması gereklidir. Bunun için vardiya değişimlerinde hastanın bakımı ve sonuçları ile ilgili bilgiler çalışanlar arasında paylaşılmalı ve hastayla birlikte nakledilmelidir. Çalışanlar ortak bir dil kullanmalı ve bilgiler yazılı olmalıdır.²⁶⁹

JCI standartları uyarınca, bir hastanedeki tüm enfeksiyon kontrol aktivitelerinin bu konuda eğitim, tecrübe ve sertifika sahibi bir ekip tarafından izlenmesi gerekmektedir. Standardın diğer önemli bir maddesi hastalara, yakınlarına ve tüm personele enfeksiyon kontrol uygulamaları konusunda eğitim verilmesidir Oryantasyon

269 Bilge Aydın, “Kalite Yönetim Sistemi” s.36

programında enfeksiyon kontrolü, sürekli hizmet içi eğitim, yenilikler ve değişiklikler konusunda bilgilendirme bulunmalıdır.²⁷⁰

Akreditasyon standartlarının bir bölümünü oluşturan Tesis Yönetimi ve Güvenlik Kriterleri ile sağlık tesislerinin yöneticileri, tehlike ve riskleri azaltmak ve kontrol altına almak için programlar yapmalıdır. Hastanede meydana gelebilecek her türlü kaza ve yaralanmaya karşı önlemler alınmalı, emniyet koşulları sağlanmalıdır. Tüm hastane personeline risk oluşturabilecek durumların (enfeksiyon, düşme, yangın, sel, deprem vb) gözlemlenmesi, raporlanması ve risklerin veya risk sonucu oluşan durumda etkilerinin azaltılması amacı ile eğitimler verilmeli ve tatbikatlar yaptırılarak gerekli becerinin oluşması sağlanmalıdır. Akreditasyon standartları çalışanları, hastaları, yakınlarını ve tesiste yer alan ekipmanlar her türlü olumsuz durumdan koruyacak uygulamaları da gerektirmektedir.²⁷¹

3.3.2. Medikal Personelin Yetkinliği, Yetkinliğin Doğrulanması

Hastanede medikal kadrolar ve diğer personel de görev almaktadır. Yeterlilik, görevlerin layığı ile yapılabilmesi için personelin sahip olması gereken bilgi, beceri ve tutumlar bütünüdür. İnsan kaynakları yönetiminin temel görevi personelin yeterlilik düzeyinin geliştirilmesidir²⁷². Sağlık çalışanlarının yetkinliğini (okul, eğitim, öğrenim ve deneyim) doğrulayan ve değerlendiren etkin bir süreç olmalıdır Hastanede çalışan sağlık personelinin yetkinlik belgeleri kurulu yönetimince toplanıp doğrulanmalıdır. Hastane yönetimi aynı zamanda bu bireylerin yürütecekleri aktivite ve hizmetleri de tanımlar. Bunu, karşılıklı sözleşmeler görev tanımları ya da diğer metotlarla yapabilir. Ayrıca kanun ve mevzuata uyacak şekilde bu bireylerin çalışmalarının nasıl denetleneceğini de saptar.²⁷³ Belirlenmiş aralıklarla, özellikle tıbbi kadroların yeterliliklerinin değerlendirilmesi de gerekmektedir

270 Yeşim Ç.Şardan, “Sağlık Kuruluşlarında Akreditasyon ve Enfeksiyon Kontrolü”, SB Diyalog, Eylül 2005, Sayı:15, Yıl:2,s.45

271 Feza Şen, “Akreditasyonda Tesis Yönetimi ve Güvenlik” SB Diyalog, Eylül 2005, sayı:15, yıl:2, s.47

272 Şahin Kavuncubaşı, “Acil Servis Başarısında Kritik Faktör: İnsan Kaynakları”, s.46

273 Akyurt, s.115-116

Standardı uygulayan kurum misyonuna, kaynaklarına ve hasta ihtiyaçlarına tam olarak uygun kalifiye personele sahip olmayı garantilemek zorundadır. Kadro acil hasta müdahalelerini ve, doğrudan hasta bakımı sunmak, kısaca hasta sonuçlarına katkısı bulunan her şeyden sorumludurlar. Kurum kadronun kalifiye olmasını sağlamak ve kadroların uygulamalarına izin verilen görev türlerini belirlemekle yükümlüdür. Bu uyumu sağlamak için kurum her kadro üyesinin kimlik ve yeterlik belgelerini kadroya katılmasından itibaren değerlendirmelidir. Bir bireyin kimlik-yeterlik belgeleri doğru ve güncel profesyonel lisans, eğitimin tamamlanmış olması, herhangi ilave eğitim ve deneyimi varsa belgelerinin bulunması gerekir, Kurum bu bilgiyi toplamak için bir işlem geliştirir, doğruluğunu mümkünse ilk kaynağından teyit eder ve kurumun ve hastaların ihtiyacına göre bilgiyi değerlendirir. Bu işlem kurum tarafından veya dışarıdan bir aracı-kurum tarafından yürütülebilir. İşlem kadrolu ve sözleşmeli personel için geçerlidir. Örneğin kurum, hastaları tedavi eden kadroya ait mevcut profesyonel lisansları, sertifikaları, eğitim ve öğretimi teyit etmelidir. Kurum tarafından yapılan atamalar klinik bakım ile ilişkili kanun ve düzenlemelere uygun olmalıdır.²⁷⁴

Standardın ÇNE. 7.1maddesinde “*hastanede, kanunlara ya da kendi standartlarına göre gerekli olan, tüm tıbbi kadroların geçerli diplomaların profesyonel lisanslarının, sertifikalarının veya üyeliklerinin kaydı olmalıdır*”denir.

ÇNE. 7.2 standardıyla “*Tıbbi kadroların yetkinliği, hasta bakım hizmetini verme yeteneğinin devam edip etmediğini görmek amacıyla, her üç yılda bir gözden geçirilmelidir*”. şeklinde gözden geçirme süresi belirtilmiştir.

ÇNE. 8 standardında ise “*Tüm tıbbi kadroların, nitelikleri doğrultusunda, hasta kabul ve tedavi etme ve diğer klinik hizmetleri verebilmeleri için organizasyonun, etkin bir yetkilendirme süreci olmalıdır.*” şeklinde yetkilendirme sürecine değinilir.²⁷⁵

Akreditasyon standartları hasta ve yakınlarına/çalışanlara/tedarikçilere/ paydaşlara; hastalara sunulan teşhis ve tedavi hizmetlerinin tıbbi literatürde tanımlanmış en yeni ve en ileri uygulamaları içermesi, hizmet sunan tüm kadroların ehliyet sahibi olduklarının resmi makamlarca onaylanmasını takiben yetkilendirilmesi, sağlık hizmeti

274 Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu, s.146-156

275 Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu, s.146-156

sunan tüm kadroların sürekli mesleki eğitimlerinin yaptırılmasını garanti etmektedir.²⁷⁶ Kaliteli sağlık hizmeti vermede yeterlilik her bakımdan öne çıkmaktadır.

Akreditasyon standartlarının %50'den fazlası hasta güvenliği ile ilgilidir ve bu standartlar, sistem yaklaşımı ile oluşturulmuş, önemli idari ve klinik fonksiyonları içeren hasta odaklı, organizasyonun yapısına, süreçlere ve çıktılarına yönelik optimal ve ölçülebilir gereklilikleri içerir. İşte bu gerekliliklerin büyük çoğunluğu hasta değerlendirme ve yeniden değerlendirme, hastanın bakımı, hasta kimliğinin tanımlanması ve doğrulanması, medikal gaz sistemlerinin kontrolü, çalışanlar arasında etkin iletişim, güvenli ve standart uygulamalara işaret eder. Konuyu mikro boyuttan makro boyuta taşıyacak olursak aslında söz edilen sağlık kuruluşlarında bütün çalışanların katılımı ile “kalite”, “hasta güvenliği” ve “sürekli gelişim” anlayışının organizasyon kültürü haline getirildiği bir yapıdan söz etmekteyiz. Hasta güvenliği konusunda hataların temel nedenleri; insan, sistem ve organizasyon yapısı olarak sınıflandırılabilir. Hataların yalnız %1'i yetkin olmayan çalışanlardan kaynaklanır. Kalan %99 ise, iyi niyetle çalışan, görevlerinde iyi olan kişilerin yaptığı hatalardır. Dikkatsizlik, yorgunluk, etkin olmayan iletişim, kötü tasarlanmış ekipman, ihmalkarlık, gürültülü çalışma ortamları insan hatalarını etkileyen faktörlerdir. Güvenli olmayan uygulamalar yapan kişileri belirlemeye ve bunlarla başa çıkmaya yönelik etkin mekanizmaların geliştirilmesi, sistem tasarımının organizasyonun sorumluluğu olması, çok nadir de olsa yetkin olmayıp da hataya neden olan profesyonellerin belirlenmesi ve bu kişiler ile ilgili yasal önlemlerin alınması, gerekmektedir. Bu değerlendirmelerin yapılması için klinik yetkiler ve haklar sisteminin işe alma çıkış ve terfi amaçlı kullanılması, hataların analizi ve sistemlerin yeniden tasarlanması için insan kaynağı ve finansal kaynakların sağlanması oldukça önemlidir.²⁷⁷

2006 yılında Akredite olmuş Mesa Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin eşit bilgi ve beceriye sahip olabilmesi için sürekli eğitimler düzenlenmektedir. Hemşirelerin yetkinlikleri düzenli olarak değerlendirilmekte ve gereksinim duydukları eğitimleri sağlanmaktadır. Bu bilinçle tüm hemşirelerin doktora programlarına, yüksek lisans

276 Güler Akmak, “Akreditasyon Sağlık Kurumlarına Ne Sağlar?” SB Diyalog, Sayı:15 Yıl:2 Eylül 2005, s.25
277Yıldırım, s.35

programlarına, mesleki kurslara, kongrelere ve sempozyumlara katılımları desteklenmektedir.²⁷⁸

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi'nde yetkinliğin doğrulanması için hekim ve hemşirelerin tek tek diploma doğrulamaları yapılmış, üniversitelere konuyla ilgili yazışmalarla durum takibi yapılmıştır. Hastane Başhekimliği tarafından tüm hekimlere işlemler bazında yetkilendirmeler verilerek her hekimin uzmanlık alanında eğitim vermesi hedeflenerek gerekli yetkilendirmeler ve kısıtlamalar oluşturulmuştur.²⁷⁹

3.3.2.1.Yasa ve Mevzuatlara Uygunluk

Sağlıkla ilgili yazılı hukuk kuralları sağlık mevzuatı olarak tanımlanır. Sağlık mevzuatı, sağlık hizmetlerinin nasıl örgütleneceği, nasıl yürütüleceği, nasıl finanse edileceği; sağlık personelinin görev, yetki ve sorumluluklarının ne olduğu; görevlerini yapmayanlara uygulanacak yaptırımların ne olacağı gibi konuları kapsar. Mevzuat, anayasadaki ilgili hükümlere aykırı olmamak kaydıyla çıkarılan kanunlar ile bu kanunlara aykırı olmamak üzere yürürlüğe konan tüzük, yönetmelik, yönerge, genelge ve diğer yazılı metinlerden oluşur.

Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun; (1928 yılında çıkarılan 1219 sayılı yasa): Bu kanunla hekimler, diş hekimleri, ebeler, sünnetçiler, hasta bakıcılar ve hemşireler ile ilgili hükümler vardır. Anılan meslekleri uygulamak için gerekli koşullar bu kanunda belirtilmiştir. Halk hekimi–mutatabbip- diye anılan diplomasız kişilerin, insanlara sağlık hizmetinde bulunmaları yasaklanmıştır. Bu kanuna göre Türkiye’de sadece T.C. uyruklu hekimler mesleklerini uygulayabilir ve mahkemelerde bilirkişilik yapabilirler. Bir kişinin sağlık durumu hakkında da ancak T.C. uyruklu bir tabip rapor verebilir. Yabancı tabip çalıştırılması ve yabancı ülkelere alınan diplomaların geçerli olabilmesi için bazı koşullar ileri sürülür. Bu kanuna dayalı olarak çıkarılan “Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde uzmanlık dalları ve nasıl uzman olunacağına dair hükümler vardır.

278 Mesa Hastanesi, http://www.mesahastanesi.com.tr/tr_hemsirelik.aspx?id=6 (24.09.2009)

279 Selami Sözübir, “Türkiye’nin Tüm Sistemiyle Tüm Standartlara Akredite Olan İlk Üniversite Hastaneler Grubu”, Yeditepe Sağlık, No:32008,, s.22

Madde 1 - Türkiye Cumhuriyeti dahilinde tababet icra ve her hangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için Türkiye Darülfünunu Tıp Fakültesinden diploma sahibi olmak ve Türk bulunmak şarttır.²⁸⁰

1960 yılında “Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi” yürürlüğe girmiştir.

1943 yılında 4459 sayılı Köy Ebeleri ve Köy Sağlık Memurları Teşkilatı Yapılmasına Dair Kanun, 1954 yılında Hemşirelik Kanunu çıkarılmıştır. Hemşirelik Kanununa göre;

Madde 1 – (Değişik: 25/4/2007-5634/ 1. md.) Türkiye’de üniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksek okullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında hemşirelik ile ilgili, Devlet tarafından tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere Hemşire unvanı verilir.

Madde 3 – (Değişik: 25/4/2007-5634/ 2. md.) Türkiye’de hemşirelik mesleğini bu Kanun hükümleri dahilinde hemşire unvanı kazanmış Türk vatandaşı hemşirelerden başka kimse yapamaz.²⁸¹

Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953 yılında kabul edilen 6023 sayılı yasa): Bu kanunun amacı, Türk Tabipleri Birliği (TTB) ile ilgili hükümler getirmektir. TTB, tabipler arasında deontolojiyi ve dayanışmayı korumak, mesleğin kamu ve kişiler yararına uygulanıp geliştirilmesini sağlamak ve meslek mensuplarının hak ve yararlarını gözetmek amacıyla kurulmuş, kamu kurumu niteliğinde mesleki bir oluşumdur. Bu birlik, yerel tabip odaları, Merkez Konseyi, Yüksek Haysiyet Divanı ve Büyük Kongre’den oluşan bir tüzel kişiliktir. 8.1.1985 gün ve 3144 sayılı kanun ile bu tür meslek örgütlerinin siyaset yapmaları yasaklanmıştır. Tabip odaları, meslektaşlarının ikinci iş bulmalarında ve bunun üyeler arasında hakkaniyetle dağıtımında da görevlidirler. Odaya, serbest çalışan tabiplerin üye olması zorunlu olup resmi işlerde çalışıp da muayenehanesi olmayan hekimlerin üye olmaları isteğe bağlıdır. Askeri

2801219 Sayılı R.G. tarihi 04.04.1928 R.G. sayısı:863 Tababet Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, [http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAAF6AA849816B2EF2A50B7665CCB91F6\(02.06.2009\)](http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAAF6AA849816B2EF2A50B7665CCB91F6(02.06.2009))

281 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu 02.03.1954-8647

[http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=502&Itemid=28\(02.06.2009\)](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=502&Itemid=28(02.06.2009))

tabipler ise odaya üye olamazlar, ancak mesleklerini yürütürken aynı disiplin ve deontoloji kurallarına tabidirler. Sağlık Bakanlığı'nın TTB ile tabip odaları üzerinde idari ve mali yönden denetim ve gözetim yetkisi var olup, bu organlar, Bakanlığın tasarruflarına uymakla yükümlüdürler. Keza mahallin en yüksek mülki amirinin devlet güvenliği, ülke bütünlüğü, toplum huzuru gerekçeleriyle bu organların faaliyetlerini geçici olarak durdurma yetkileri var olup, nihai karar asliye hukuk mahkemelerininindir.²⁸²

3.3.2.2.Hekimlerin Görev Yetki ve Sorumluluğu

Sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık kuruluşu, müşteri/hasta ile sağlık ekibini ve doktoru bir araya getiren ve tedavi için uygun ortamı sağlayan bir aracı rolü üstlenmektedir. Güven unsurunun son derece önemli olduğu sağlık etkileşiminde, müşteri sadakati doğrudan doktora yönelik olup, kurum ikinci plânda kalmaktadır²⁸³. Hastanenin klinik yetkilerle donatılmış, sağlık hizmetinin kalitesinden tümüyle sorumlu, örgütlü bir hekim kadrosu bulunmalıdır. Hekimler, kendilerinin yönetimini ve üst yönetime karşı sorumluluklarını bir yönetmelikle tanımlar.²⁸⁴

Hekim mesleğini uygularken deontoloji, tıbbi etik, uluslararası nitelikteki belgeler, anayasalar ve yasalarda belirtilen kurallara vicdani, insani ve de yasal gerekçelerle uymalıdır. Uygulamada hekimler sağlık hizmetinden kaynaklanan sorunlar dışında ek olarak olağanüstü koşulların eklendiği durumları da sıkça yaşamaktadır. Hekim yeterliliği (competence): Eğitim programlarından önce ve sonra bilgi ölçüm sonuçları, eğitim programlarının sıklığı, eğitim/geri bildirim toplantılarına katılan doktor %'desi bize bu anlamda az da olsa fikir verebilmektedir.²⁸⁵

Hekimler hasta ile karşılaştığında hastanın ve koşullarının durumunu ayrıntılı olarak değerlendirmeli ve hastanın yararına olan her şeyi yapmakla yükümlü olduklarını bilmelidir. Hastadan müdahale izni aldıktan sonra bu yardımı yapabilmesi için "klinik

282 Türk Tabipler Birliği Kanunu 6023 Sayılı, R.G. 31.01.1953/8323

[http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=14&Itemid=28\(02.06.2009\)](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=14&Itemid=28(02.06.2009))

283 Burak Bekaroğlu, "Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarının ve ISO 9000 Kalite Güvencesine Sahip Olmanın Hastane Performansına Etkileri: İstanbul'daki Özel Hastaneler Üzerine Bir Araştırma", Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt.5 sayı.9 Mayıs 2005, s.19

284 Akyurt, s.114

285 Akalın, s.72

özgürlük" koşullarını sağlamalı, kimliğini hastaya açıklamalı ve hastanın kimliğini de tespit etmelidir. Eğer hastada bilinç kaybı varsa hekim herhangi bir acil vakada uygulanacak etik kurallara uygun biçimde müdahale etmelidir. Tedaviyi kabul eden ve bilincini kaybetmiş hastaya tıbbi yardım yapmamak da işkence anlamına gelir. İşkence sırasında sağlık durumu bozulan kişiye tedavi istenebilir. Böyle bir durumda hekim hastaya müdahale etmezse ve bundan dolayı hastanın sağlığında düzelmeyecek bir sonuca yol açacak bir bozulma meydana gelirse sorumlu olur.

Acil müdahale durumunda kalan hekimin, başvurunun resmi olmasını, tıbbi müdahalenin kendi inisiyatifinde ve belirlediği ortamda yapılmasını, müdahale sonrası izleme olanağının verilmesini, muayene ve tedavi ortamında güvenlik görevlilerinin bulunmamasını sağlamaya çalışması ve en kısa süre içinde durumu meslek örgütüne bildirmesi ilkesel bir davranış biçimidir.²⁸⁶

3.3.2.3.Hemşirelerin Görev Yetki ve Sorumluluğu

Bir hemşirenin en önemli sorumluluğu hastasının gereksinimlerine uygun şekilde doğru teknikler kullanarak ve çağdaş bilimsel veri ve yaklaşımlar doğrultusunda bakım vermektir. Bu nedenle hemşirelik mesleği, sağlık hizmetlerinde bakımın kalite güvencesi ile sunulmasında belirleyici konumdadır.²⁸⁷

Hastanelerde üretilen tedavi hizmet sürecinin en önemli iş görenleri hekim ve hemşirelerdir. Hemşireler;²⁸⁸

- Hastanelerin tedavi, eğitim, araştırma-geliştirme ve toplum sağlık seviyesini yükseltme işlevleri ile ilgili tüm süreçlerde yer almaktadırlar.
- Hastanenin 24 saatlik kesintisiz hizmet sürecinde yer alan tek meslek grubu üyeleridir.

286 Yaşar BİLGE ve Diğerleri,"Hekimlerin Yasal Hakları" İstanbul Tabip Odası, <http://www.ttb.org.tr/eweb/adli/1.html>(25.09.2009)

287 Çetmin, s.25

288 Sağlık Bakanlığı, "Sağlık İşletmeciliğinde İş Yükü Analizi ve Bir Uygulama O.G.Ü Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği" http://www.sabem.saglik.gov.tr/akademik_metinler/linkdetail.aspx?id=3608(26.03.2008)

- Hastane personelinin önemli bir kısmını, yaklaşık üçte birini oluşturan en kalabalık personel grubudur.
- Tedavi sürecinde hastalarla en uzun süreli birlikteliği ve iletişimi olan personel grubudur.

Yukarıda yer verilen özellikler dolayısıyla hemşirelik hizmetleri, hastanelerde sunulan tedavi hizmetlerinin kalitesinde en önemli faktörlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Yukarıdaki tüm açıklamalar bağlamında ise hasta bakım kalitesinin en önemli boyutlarından biri olan hemşire personellerin hizmet ünitelerindeki iş yüklerinin belirlenmesi önemli bir konu haline gelmektedir.

Günümüzde hemşire lisans ve lisansüstü eğitimlerle donanım kazanmış, yüksek teknolojiyi çalışması sırasında kullanabilen, kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları ile bakım etkinliğini, hasta ve çalışan güvenliğini hedefleyen, araştırmacı, sürekli kendini geliştiren, uygulama alanlarında branşlaşarak, kazandığı profesyonel tecrübesini sağlık hizmeti kalitesini yükseltici çalışmalarda kullanan, sağlık ekibi içinde önemli ve vazgeçilmez bir yeri olan sağlık ekibi üyesidir.²⁸⁹

Türkiye'de üniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksek okullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında hemşirelik ile ilgili, devlet tarafından tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere Hemşire unvanı verilir. Türkiye'de hemşirelik mesleğini bu Kanun hükümleri dahilinde hemşire unvanı kazanmış Türk vatandaşı hemşirelerden başka kimse yapamaz.²⁹⁰

Hemşirelik Kanunu Madde 4'de mesleki tanım olarak “Hemşireler; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar

289 Elif Akbal, “Hemşirelik Hizmetleri”, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, <http://www.yeditepehastanesi.com.tr/v2/Icerik/Saglik-Profesyonelleri/Hemsirelik-Hizmetleri.aspx>(25.09.2009)

290 Hemşirelik Kanunu, madde 1-3.

çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir” denir. “Ayrıca aile hekimliği uygulamasına ilişkin kanun hükümleri ile bu kanuna dayanılarak yürürlüğe konulan mevzuattaki görevleri de yaparlar. Hemşirelerin birinci fıkrada sayılan hizmetlerde çalışma alanlarına, pozisyonlarına ve eğitim durumlarına göre görev, yetki ve sorumlulukları Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir” denir.²⁹¹

Yüksek kalite standartlarını hedefleyen sağlık kurumlarının hastalara verilen her tanı ve tedavi hizmetini bilimsel kanıtlara dayalı olarak savunabilmesi gereklidir. Akredite olmuş hastanelerde genellikle tüm alanlarda olduğu gibi hemşirelik hizmetlerinde de gelişmiş ülkelerde görülenlere denk olacak şekilde yüksek kalite standartları benimsemiştir ve uygulamaktadır. Standartlar bilimsel veriler ışığında oluşturulmakta ve sürekli meslek içi eğitimlerle kalite geliştirme çalışmaları yapılmaktadır. Ülke çapında hemşirelik hizmetlerini iyileştirme çabalarının artmasıyla, hem hastalara verilen bakımın düzeyinin yükselmesi hem de hemşirelerin mesleklerini daha fazla tatmin duyarak uygulayabilmeleridir.²⁹²

JCI’nın ÇNE.10 standardında “*Hastanenin, hemşirelerin yetkinliğini (diploma, eğitim, öğrenim ve deneyim) doğrulayan ve değerlendiren etkin bir süreci olmalıdır.*” Denir. ÇNE.10.1.’standardı “*Hastanede, kanunlara ya da kendi standartlarına göre gerekli olan, tüm hemşirelerin geçerli profesyonel lisanslarının, sertifikalarının veya üyeliklerinin kaydı olmalıdır.*” Şeklindedir. ÇNE. 11’de “*Kanuni düzenlemelere ve hemşirelerin yetkinliklerine dayanarak iş sorumlulukları belirlenip, klinik görevler verilmelidir.*”Denir.²⁹³

3.3.2.4.Diğer Medikal Personelin Görev Yetki ve Sorumluluğu

JCI’nın ÇNE. 13.-14 ve 15 numaralı standartları diğer medikal personelin yetkinliklerini düzenlemektedir. Burada hastanenin diğer sağlık çalışanlarının yetkinliğini (okul, eğitim, öğrenim ve deneyim) doğrulayan ve değerlendiren etkin bir sürecinin olması gerektiğini vurgular. Hastanede, kanunlara ya da kendi standartlarına

291 Hemşirelik Kanunu, madde 4

292 Çetmin, s.27

293 Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu, s.146-156

göre gerekli olan, tüm diğer sağlık çalışanlarının geçerli profesyonel lisanslarının, sertifikalarının veya üyeliklerinin kaydının olması belirtilir. Diğer sağlık çalışanlarına kanuni düzenlemelere ve yetkinliklere göre iş sorumlulukları ve klinik görevler verilmelidir. Diğer sağlık çalışanlarının, kalite iyileştirme çalışmalarına katılımının sağlandığı etkin bir süreç olmalıdır denir.²⁹⁴

294Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu, s.146-156

4.BÖLÜM:UYGULAMA

4.1.Araştırmanın Amacı ve Önemi

Sağlık hizmeti sağlayan, performans iyileşmesini destekleyen, uluslararası kuruluşlarda sağlık hizmetlerinin kalitesini sürekli iyileştirmeyi hedef alan, kalite çalışmalarının değerlendirilmesinde kullanılan JCI Akreditasyonunun personel ile ilgili yeterlilik ve gerekliliklerinin sağlık kurumlarında personel temini aşamasında ne derece göz önüne alındığının incelenmesi araştırmanın amacını oluşturmaktadır. Yine bu araştırma JCI akreditasyonunu benimsemiş hastanelerde medikal personelin seçme ve işe alma uygulamalarının ne düzeyde sistematik ve biçimsel bir niteliğe sahip olduğunu ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır.

Araştırma JCI'nın kriterlerinden biri olan Çalışanların Niteliği ve Eğitimi ilkesinin uygulanması için sağlık hizmetlerinin uygulanması aşamasında JCI Akreditasyonu almış hastanelerde akreditasyon öncesi ve sonrasında çalışacak medikal personel seçimindeki farklılıkların ya da benzerliklerin iş tanımlarının, görev yetki ve sorumluluklarının öneminin ayrıca, medikal personelin seçim aşamasında kaliteli seçilebilmesinin etkilerini ortaya koyma açısından önem taşımaktadır.

4.2.Araştırmanın Yöntemi:

Nitel araştırma yöntemlerinden yapılandırılmış görüşme yöntemi uygulanarak bireylerin verdikleri bilgiler arasındaki paralelliği ve farklılığı saptayarak ve buna göre karşılaştırmalar yapılmıştır. Bunun için öncelikle bilimsel makaleler ve tezler taranarak literatür incelemesi yapıldıktan sonra Araştırmanın amacını ortaya çıkarmak için 22 adet soru hazırlanmıştır. Bu sorulardan 1. 2.ve 3. soru hastane ve insan kaynaklarının JCI'a bakış açıları, akreditasyonu ne kadar benimsedikleri hakkında fikir sahibi olmayı amaçlayan sorulardır. İnsan kaynakları yöneticilerinin hastane akreditasyonuna ilişkin görüşlerinin belirlenmesi ve akredite olmuş hastanelerin personel seçiminde dikkat

ettikleri kriterlerin ortaya konması amacı ile tarafımızdan oluşturulan diğer ifadeler, JCI örgütü tarafından Ocak 2003’de akredite olmak isteyen hastaneler için hazırlanan ve yayınlanan “Hastaneler için akreditasyon standartları” kitabında, yönetim odaklı akreditasyon standartları içinde yer alan *çalışanların niteliği ve eğitimi* bölümüdür. Görüşme sorularında yer bulan ifadelerde, JCI akreditasyon örgütünün *çalışanların niteliği ve eğitimi* bölümünde, tanımlamış olduğu 15 adet standarttan ve standartlar için hazırlanan ölçülebilen bileşenlerden yararlanılmıştır.

Akredite olmuş özel hastanelerin görevli insan kaynakları yöneticilerinden önce telefon ile randevu alınmıştır. Yapılan telefon görüşmesinde yöneticilere kısaca yapacağımız çalışma hakkında bilgi verilmiş ve görüşmenin içeriği anlatılmıştır. İsteyen yöneticilere görüşme soruları maile gönderilmiş, 1 hastanenin de insan kaynakları sorumlusu Medikal direktörlüklerinden yazılı başvurarak izin alınmasını istemiştir. Tüm bu çalışmalar tamamlandıktan sonra Aralık 2009 içersinde İK yöneticisinin bize vermiş olduğu kendi açılarından en uygun zaman dilimi içerisinde hastanelere yada genel merkezlere gidilerek görüşme yapılmış, görüşmeler, sorumlulardan izin alınarak ses kayıt cihazına kaydedilmiş daha sonra da çözümlenmiştir. Acıbadem Sağlık Grubu ve Alman Hastanesi ses kaydına izin vermediğinden not tutularak görüşme tamamlanmıştır.

Görüşme sorularına ve araştırmamıza temel teşkil eden standartlar “Hastaneler için akreditasyon standartları” kitabında; yönetim odaklı standartlar arasında ve sağlık kuruluşu yönetim standartları çalışanların niteliği ve eğitimi (ÇNE)standardıdır. Standardın sayı ile ifadeleri (1, 1.1...vd) düzenindedir. JCI örgütü tarafından çalışanların niteliği ve eğitimi için geliştirmiş standartlar “ÇNE.1, ÇNE 1.1, ÇNE 2, ÇNE 3, ÇNE 3.1, ÇNE 3.2, ÇNE 4, ÇNE 4.1, ÇNE 7, ÇNE 7.1, ÇNE 7.2, ÇNE.8, ÇNE 9, ÇNE 10, ÇNE 10.1, ÇNE 11, ÇNE 12, ÇNE 13, ÇNE13.1, ÇNE 14ve ÇNE.15” şeklindedir. Standardın çalışanların eğitimi ile ilgili olan kısımları araştırma kapsamında

olmadığından aşağıda belirtilmemiştir. JCI'n Çalışanların Niteliği ve Eğitimi ile ilgili kriterleri şunlardır:²⁹⁵

ÇNE. 1. . . Hastanenin yöneticileri, tüm kadrolu elemanlar için istenilen eğitim, beceri, bilgi ve diğer ihtiyaçları tanımlamalıdır.

ÇNE. 1.1. . Her elemanın sorumluluğu, yürürlükteki iş tanımında belirtilmelidir.

ÇNE. 2 Hastanenin yöneticileri, işe alma, değerlendirme ve atama prosedürleri ile hastane için gerekli olan diğer prosedürleri, tasarlamalı ve uygulamalıdır

ÇNE. 3 Hastanede, kadroların bilgi ve becerisinin hasta ihtiyaçlarına uygun olduğundan emin olmak için bir süreç olmalıdır.

ÇNE. 3.1. . Her elemanın iş tanımında belirtilen sorumluluğu taşıyabilme becerisi, atama aşamasında ve düzenli olarak daha sonrasında değerlendirilmelidir.

ÇNE. 3.2. Her eleman için dokümanite edilmiş personel bilgileri olmalıdır.

ÇNE. 4 Hastanenin kadro planlamaları, istenilen sayı, iş türü ve nitelikleri içermeli ve klinik ve idari yöneticilerin iş birliği ile yapılmalıdır.

ÇNE. 4.1. . Bu kadro planı sürekli gözden geçirilmeli ve gerektiğinde güncelleştirilmelidir.

²⁹⁵ Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu, s.146-156

ÇNE. 7 Hastanenin tıbbi kadrolarını süper vizyona ihtiyaç olmaksızın çalıştırabilmesi için kişilerin yetkinliğini(diploma, eğitim, okul ve tecrübe) doğrulayan, değerlendiren etkin bir süreci olmalıdır.

ÇNE. 7.1. Hastanede, kanunlara ya da kendi standartlarına göre gerekli olan, tüm tıbbi kadroların geçerli diplomaların profesyonel lisanslarının, sertifikalarının veya üyeliklerinin kaydı olmalıdır.

ÇNE. 7.2. Tıbbi kadroların yetkinliği, hasta bakım hizmetini verme yeteneğinin devam edip etmediğini görmek amacıyla, her üç yılda bir gözden geçirilmelidir.

ÇNE. 8 Tüm tıbbi kadroların, nitelikleri doğrultusunda, hasta kabul ve tedavi etme ve diğer klinik hizmetleri verebilmeleri için organizasyonun, etkin bir yetkilendirme süreci olmalıdır.

ÇNE. 9 Tıbbi kadroların, kalite iyileştirme çalışmalarına bireysel performans değerlendirmesine ve tüm tıbbi kadroların performanslarının düzenli olarak yeniden değerlendirilmesine katılımını sağladığı etkin bir süreci olmalıdır.

ÇNE. 10. Hastanenin, hemşirelerin yetkinliğini (diploma, eğitim, öğrenim ve deneyim) doğrulayan ve değerlendiren etkin bir süreci olmalıdır.

ÇNE. 10.1. Hastanede, kanunlara ya da kendi standartlarına göre gerekli olan, tüm hemşirelerin geçerli profesyonel lisanslarının, sertifikalarının veya üyeliklerinin kaydı olmalıdır.

ÇNE. 11. Kanuni düzenlemelere ve hemşirelerin yetkinliklerine dayanarak iş sorumlulukları belirlenip, klinik görevler verilmelidir.

ÇNE. 12. Hemşirelerin, kalite iyileştirme çalışmalarına, bireysel performans değerlendirme sürecine katılımlarının etkin olarak tanımlandığı bir süreç olmalıdır.

ÇNE. 13. Hastanenin diğer sağlık çalışanlarının yetkinliğini (okul, eğitim, öğrenim ve deneyim) doğrulayan ve değerlendiren etkin bir süreci olmalıdır.

ÇNE. 13.1. Hastanede, kanunlara ya da kendi standartlarına göre gerekli olan, tüm diğer sağlık çalışanlarının geçerli profesyonel lisanslarının, sertifikalarının veya üyeliklerinin kaydı olmalıdır.

ÇNE. 14. Diğer sağlık çalışanlarına kanuni düzenlemelere ve yetkinliklere göre iş sorumlulukları ve klinik görevler verilmelidir.

ÇNE. 15. Diğer sağlık çalışanlarının, kalite iyileştirme çalışmalarına katılımının sağlandığı etkin bir süreç olmalıdır.

Yapılan çalışma ile

1. JCI Akreditasyonu almış sağlık kurumlarında JCI Akreditasyonundan önceki ve sonraki medikal personelin seçimi, eğitim düzeyleri ve yetkinlik değerlendirilmesi ile görev tanımlarında fark yoktur.

2. JCI Akreditasyonu almış sağlık kurumlarında JCI Akreditasyonundan önceki ve sonraki medikal personelin seçimi, eğitim düzeyleri ve yetkinlik değerlendirilmesi ile görev tanımlarında fark vardır.

Şeklindeki tanımlamalarının hangisinin akredite olmuş hastaneler tarafından geçerli kabul edildiğini saptamaya çalışılmıştır.

4.3.Araştırmanın Temel Kısıtları

Araştırmada ana kütle olarak Tablo 16’da sunulan Marmara Bölgesi içersinde bulunan akredite olmuş tüm hastane grubu seçilmiştir. Akredite olmuş olan bu 23 hastaneden 6’sı Acıbadem Sağlık Grubu’na, 3 tanesi Florence Nightingale Hastaneler Grubu’na, 2 tanesi Medicana Hastaneler Grubu’na, 3 tanesi Medicalpark Hastaneler Grubu’na, bağlı olduğundan her grup için bir hastanenin İK sorumlusu yada genel merkez İK sorumlusu ile görüşülmüştür. Grup hastanelerinin neler olduğu Tablo 17’de sunulmuştur. Adı geçen hastaneler, insan kaynağı temininde tek tip bir süreç izlemekte ve tek bir merkezden işe alımları gerçekleştirmektedirler. Marmara Bölgesi içinde kısıtlamalar dışında kalan akredite olmuş 10 hastanenin insan kaynakları sorumluları ile görüşme talebinde bulunulmuştur. Sema Hastanesi ile birkaç kez görüşme talebinde bulunulmuş, ancak kabul edilmemiştir. Görüşmeyi kabul eden 9 hastanenin insan kaynakları sorumluları ile görüşme yapılmıştır.

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi; üniversite hastanesi ve eğitim, araştırma kurumu olduğundan geneli yansıtmayacağı için kapsam dışında tutulmuştur.

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi; üniversite hastanesi ve eğitim, araştırma kurumu olduğundan ve personeli KPSS sonuçlarına göre aldığından kapsam dışında tutulmuştur.

Dünya Göz Hastanesi özel dal hastanesi kategorisinde yer aldığından çalışanlarının da tek bir dala bağlı olması gerektiği ve verdiği hizmetin özellikli olması nedeniyle yine araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

Bunlara ek olarak JCI Akreditasyonu almış ancak Marmara Bölgesi dışında bulunan diğer hastaneler de araştırmanın kısıtlarını oluşturmaktadır.

Tablo 16

Marmara Bölgesi Sınırları İçerisinde Yer Alan Akredite Hastaneler

No	İl / İlçe	Sağlık Kuruluşunun Adı	Akreditasyon Tarihleri
1	İstanbul / Kadıköy	Özel Acıbadem Hastanesi	2005-2008
2	İstanbul / Kadıköy	Özel Acıbadem Kozyatağı Hastanesi	2005-2008
3	İstanbul / Bakırköy	Özel Acıbadem Bakırköy Hastanesi	2005-2008
4	Bursa	Acıbadem Bursa Hospital	2008
5	Kocaeli	Acıbadem Kocaeli Hospital	2008
6	İstanbul / Bakırköy	Özel International Hospital İstanbul Hastanesi	2008
7	İstanbul / Beşiktaş	Özel Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi	2003-2006-2009
8	İstanbul / Kadıköy	Özel Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi	2009
9	İstanbul / Şişli	Özel Şişli Florence Nightingale Hastanesi	2004-2007
10	İstanbul / Üsküdar	Özel Medicana Hospitals Çamlıca	2007
11	İstanbul / Bahçelievler	Özel Medicana Hospitals Bahçelievler	2008
12	İstanbul / Bahçelievler	Özel Medical Park Hospital Bahçelievler	2008
13	İstanbul / Kadıköy	Özel Medicalpark Göztepe Hastane Kompleksi	2008
14	Bursa	Medicalpark Hastanesi	2008
15	İstanbul / Maltepe	Özel Sema Hastanesi	2008
16	İstanbul / Ümraniye	Özel Hisar Intercontinental Hospital Hastanesi	2007
17	İstanbul / Bakırköy	Özel Dünya Göz Hastanesi Ataköy	2006
18	İstanbul / Beyoğlu	Özel Alman Hastanesi Universal Hospitals Group	2006
19	İstanbul / Şişli	Özel Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi	2002-2005-2009
20	İstanbul / Şişli	Özel Memorial Hastanesi	2002-2005-2008
21	İstanbul / Ataşehir	Yeditepe üniversitesi	2007
22	Bursa	Uludağ Üniversitesi Sağlık Kuruluşları	2007
23	Kocaeli / Gebze	Anadolu Sağlık Merkezi	2007

Kaynak:<http://www.jointcommissioninternational.org/JCI-Accredited-Organizations/>(01.12.2009)

Tablo 17
Hastanelerin Bağlı Olduğu Gruplar

No	İl / İlçe	Sağlık Kuruluşunun Adı	Sağlık Grubu
1	İstanbul / Kadıköy	Özel Acıbadem Hastanesi	ACIBADEM SAĞLIK GRUBU
2	İstanbul / Kadıköy	Özel Acıbadem Kozyatağı Hastanesi	
3	İstanbul / Bakırköy	Özel Acıbadem Bakırköy Hastanesi	
4	Bursa	Acıbadem Bursa Hospital	
5	Kocaeli	Acıbadem Kocaeli Hospital	
6	İstanbul / Bakırköy	Özel International Hospital İstanbul Hastanesi	
7	İstanbul / Beşiktaş	Özel Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi	GROUP FLORANCE NIGHTINGALE
8	İstanbul / Kadıköy	Özel Kadıköy Florance Nigtingale Hastanesi	
9	İstanbul / Şişli	Özel Şişli Florence Nightingale Hastanesi	
10	İstanbul / Üsküdar	Özel Medicana Hospitals Çamlıca	MEDİCANA SAĞLIK GRUBU
11	İstanbul/ Bahçelievler	Özel Medicana Hospitals Bahçelievler	
12	İstanbul/ Bahçelievler	Özel Medical Park Hospital Bahçelievler	MEDİKAL PARK HASTANELER GRUBU
13	İstanbul / Kadıköy	Özel Medical Park Göztepe Hastane Kompleksi	
14	Bursa	Medical Park Hastanesi	

4.4.Analiz ve Bulgular

Medikal personelin seçme ve işe alma sürecini, olması gereken JCI kriterleri ve ölçülebilir bileşenleri ile yapılan görüşmeler açısından incelediğimizde sonuçları 5 bölüme ayırmak mümkündür. Bunlar;

- 1. Kalite Çalışmaları ve JCI,**
- 2. İş Analizi, Kadro Planlamaları, Üst Yönetim ve Departman Yöneticisinin Sorumluluğu, ve Departmanlar Arası Transferler,**
- 3. İşe Alma ve Yerleştirme ve Dışarıdan Temin Süreci,**

4. Performans Değerlendirme ve İçerden Temin Süreci,

5. Personel Bilgi Dosyası, Yetkinlik Yeterlilik Değerlendirmesi ve Kanunlara Uygunluk,

1 Kalite Çalışmaları ve JCI: Ülkemizdeki duruma bakıldığında, son beş yıl içerisinde, özel hastane sayısındaki hızlı artış, vatandaşların kendilerinin ve ailelerinin sağlıklarına giderek daha fazla önem vermeleri ve nitelikli sağlık hizmeti beklentilerini arttırmıştır. Hastanelerin kuruluş yılları ve buna müteakip kalite çalışmalarının başlayış yılları genel bilgi amaçlı sorulmuştur.

Dünya ülkelerindeki hastaların sağlık bakım ihtiyaçlarını tatmin edici bir düzeyde karşılamak amacıyla önceleri özel hastanelerde başlayan ve kısa bir zaman içinde kamu hastanelerinde de yaygınlaşma eğilimi gösteren kaliteli hizmet sunum çabaları, sağlık hizmetleri kalitesinin tarafsız bir dış kuruluş tarafından belgelenmesi ihtiyacını doğurmuştur. JCI'ın ne olduğu sorularak kurumun akreditasyonu ne kadar benimsemiş olduğu ve JCI'ın nasıl algılandığı araştırılmıştır.

Hastanelerin personel seçmede JCI'dan önceki uygulamaları ile şimdiki uygulamalar arasındaki farklar anlaşılmaya çalışılmış, insan kaynaklarının konuya olan hakimiyetleri nedir sorusuna cevap aranmıştır. (İlgili Sorular; 1,2,3)

Tablo 18
Kalite Çalışmaları

1	SORU 1	Hastanenizde kalite çalışmaları ne zaman başladı?
1	MEMORİAL HASTANESİ	1992 yılında hastane kuruldu. Kalite çalışmaları kuruluşla başladı. 2002’de JCI akreditasyonunu alan ilk hastane oldu.
2	ALMAN HASTANESİ	1994 yılında hastane Azmi Ofluolu tarafından alındı. Kalite çalışmaları 2005 yılında başladı.
3	ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ	2005 yılında kuruldu. 2005 yılında entegre yönetim sistemleri onaylandı. 2006 yılında JCI ile akredite oldu.
4	AMERİKAN HASTANESİ	1920 yılında kuruldu. Kalite çalışmaları 90’lı yıllarda başladı ve kalite departmanı kuruldu. Önce ISO 9001, ISO 14001,ve JCI üzerine çalışmalar yapıldı.
5	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	2007 Mayıs ayında kuruldu. Grup hastanesi olduğu için diğer hastanelerde devam eden prosedürler ve uygulanan formlar entegre edilerek uygulamaya başlandı.
6	MEDİKALPARK HASTANESİ	Haziran 2008’de açıldı, Kasım 2008’de JCI ile akredite oldu.
7	MEDİCANA HASTANESİ	1999’da Hastanenin ilk açılışı yapıldı. Hayat grubu 2004 yılında lokasyon hastaneleri olmaktan vazgeçilip, işletmesel ve iletişimsel sebeplerle bir şehir hastanesi olma, kent hastanesi olma düşüncesi ile isimlerini Medicaana olarak değiştirdi. 2007 yılında tam anlamıyla kalite çalışmaları başlamış olsa da çok daha önceleri de grupta kalite çalışmaları bulunmaktadır. 2007’de Çamlıca Medicaana, 2008’de Bahçelievler Medicaana JCI ile akredite olmuştur.
8	HİSAR HOSPİTAL	2005 yılında hastane kuruldu. 2006’da kalite çalışmaları başladı, 2007’nin Ocak ayında JCI ile akredite oldu.
9	ACIBADEM HASTANESİ	1991 yılından bu yana, genel amaçlı dokuz hastane, altı tıp merkezi ve poliklinikleri, merkez laboratuvar ve şubeleriyle Acıbadem 1.200’ü aşkın hekim olmak üzere 7.500’den fazla çalışanı ile toplam 24 şubede yaygın biçimde hizmet veriyor JCI ile 2005 yılında akredite olmuştur.

Verilen cevaplar ışığında şu noktalara değinilebilir:

İncelenen hastanelerin açılış yılları 1920-2008 arasındadır. Hastanelerin açılış yılları farklı olsa da genel itibariyle sağlık ve kalite kavramı 1990'lı yıllarda ortaya çıkmış, ve özel hastaneler yavaş yavaş bu alanda çalışmalara başlamışlardır.

- İki hastane JCI'dan önce entegre yönetim sistemine sahip olduğunu belirtmiş, bu sistemin kendilerine kalite anlayışını benimsettiğini, bu alanda çalışmalarını hızlandırdığını açıklamışlardır.
- Ülkemizde ilk JCI akreditasyonu 2002 yılında onaylanırken, 2000'li yıllarda sayısı hızla artan özel hastanelerin açılışlarının hemen akabinde kalite çalışmalarına başlanmış, hatta kuruluş aşamasında bu yönde prosedürler oluşturdukları gözlenmiştir.

Tablo 19
JCI Nedir?

	SORU 2	Sizce JCI nedir?
1	MEMORİAL HASTANESİ	Kurum kültürümüzü oluşturan etmenlerden biri JCI, biz buna uygun elemanlar seçmeye çalışıyoruz.
2	ALMAN HASTANESİ	Hasta güvenliği ve hastanelerin kontrolü açısından gereklidir. Ancak SB'nın Kalite Hizmet Standartları bizim kültürümüze daha uygun bir kalite denetim sistemidir. JCI yurt dışı bağlantılı hastalarımız için önemlidir. (2009 yılında süresi dolan JCI Akreditasyonu yenilenmemiştir.)
3	ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ	Sağlıkta kalite. Sağlığa özgü bir kalite yönetim sistemi, sağlığa özgü bir çevre yönetim sistemi kuruyorsunuz. Bunları çok daha detaylı incelemenize değerlendirmenize yarayan bir araçtır. Entegre yönetim sistemi bize bir kalite temeli vermiş oldu.

4	AMERİKAN HASTANESİ	Uluslararası hastaneler standartları doğrultusunda insan kaynağının eğitimi, planlanması ve aynı zamanda diplomalarının teyitlerinin alınmasıdır. Çünkü sağlık sektörü çok ciddi bir sektör. Çalıştırdığımız kişinin gerçekten o okuldan mezun olması da çok önemli. Ana hatlarıyla aynı kaliteyi tüm dünyada yaygınlaştırmayı amaçlayan bir kuruluş. Aslında bizim yaşadığımız hayatı bir şekilde onlar standardize ediyorlar. Kaliteyi özümseyen bir hastaneyiz ve bizim hayat standardımız bu şekilde. JCI'a uyum sağlamak bizim için çok keyifli bir süreç oldu. İlk başta zorlandık ama ortaya çıkan sonuçtan da memnunuz.
5	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	Bağımsız bir denetleme kuruluşu tarafından, dünya standartlarında hastanelerin belli standartlara göre denetlenmesidir.
6	MEDİKALPARK HASTANESİ	Tüm verilerin çok daha düzenli ve kaliteli biçimde sunulması ve ona göre personel istihdam edilmesidir. JCI'ın bir çok kriteri bizim için tam anlamıyla yerine getirilememektedir. SB kriterleri daha zor ve önemlidir.
7	MEDİCANA HASTANESİ	Yaşam tarzı. Bu mantıkla yürümek istiyoruz. Bu yüzden de hastanemizde ki tüm süreçleri bu mantığa uygun yapmaya çalışıyoruz. Biz sağlıkta kalite programını takip eden bir kuruluşuz ve belgelendirmesini JCI tarafından yapıyoruz. JCI bu belgelendirmeyi yapan kuruluşlardan bir tanesi. Sonuçta kalite programımızı JCI ile belgelendirdik ama Avrupa kalite programına bakarsanız o kriterleri de karşılıyoruz.
8	HİSAR HOSPİTAL	Sağlık kuruluşları için uluslararası standartlara sahibiz.
9	ACIBADEM HASTANESİ	Ancak İK açısından değerlendirebilirim. İşe alımda seçim kriterlerini neye göre belirliyoruz? Bu sorunun cevabını arıyor JCI. Mesleki bilgileri neye göre ölçüyorsunuz, diploma yetkinliğini nasıl ve neye göre yapıyorsunuz? İşe aldıktan sonra hangi eğitimleri vereceksiniz? gibi soruların cevabını arıyor. Sorguluyor.

Akreditasyon işlemi, hasta bakım kalitesini arttırmak için ihtiyaç duyulan bir dizi standartların sağlık kurumlarındaki uygulama yeterliliğinin, bağımsız ve kâr amacı gütmeyen uluslararası bir kuruluş tarafından belgelendirilmesidir. Etkin bir yönetim ve işletim modeli olarak başta Amerika Birleşik Devletleri olmak üzere bütün dünyada kabul görmekte olan akreditasyon standartları, genellikle optimum seviyede hasta bakım kalitesinin geliştirilmesi, güvenilir bir hasta bakım ortamı sağlanması, hasta ve hizmet verenlerin risklerinin azaltılması prensiplerini taşıyan, iyileştirme ve geliştirme

alışmalarının devamlılığını sağlayan ve sağlık kurumunun kurum taahhüdü olduğunu tanımlanmaktadır.²⁹⁶ İK yöneticileri tarafından JCI'ın nasıl algılandığına dair verilen cevaplar doğrultusunda;

- Bir çok hastane JCI'ın sağlığa özgü olduğun doğruluğunu teyit etmiştir.
- Ancak standardın anlamına dair sadece hastanelerin kontrolü açısından gerekli olduğu, yapılan uygulamaların yazılı hale getirilmesi ve” kurum kültürü” yada “yaşam tarzları” gibi yuvarlak ve yetersiz cevaplar verilmiştir.
- Genellikle JCI'ın tam anlamıyla benimsendiğini, anlaşıldığını belirten cevap sayısı oldukça azdır. Konuşmacıların tamamının verilerini bir cevap da toplayacak olursak; standart için, “sağlığa özgü ve uluslararası bir standart olduğunu ve hasta güvenliği kapsamında personelin de bilgi ve becerisinin sorgulanarak gerekli eğitimlerin verilmesidir” tanımı ortaya çıkacaktır.

Standartlaşma ile akreditasyona uygun olmayan durumların belirlenmesi ve faaliyetlerin düzeltilmesi için öz-değerlendirme yapılması gerekmektedir. Çünkü

- Kalite çalışmalarına daha çok bir markalaşma ve güvenilirlik ölçütü olarak bakılmaktadır. Diğer hastanelerdeki deneyimli personelle veya akreditasyon belgesini almış kurumlarla görüşerek akreditasyon denetimine hazırlanırken geçirilen zamanı öğrenmek ve iyi uygulamalarla kıyaslama yapabilmek, akredite olmuş hastanelerde özellikle sağlık turizmi açısından JCI önemli kabul edilmektedir.

²⁹⁶ Akyurt.s.7

- Birkaç hastane özellikle Sağlık Bakanlığı'nın bu yıl hayata geçirmeye çalıştığı kalite standartlarının uygulanmasının daha yerinde olacağını, JCI'ın sadece yurt dışı bağlantılı hastaları için uyguladıklarını dile getirmişlerdir. Çünkü JCI için bazı hastaneler tarafından bizim ülke kültürümüze uymadığı, bir çok kriterin yeterince, yada gerektiği şekilde yerine getirilemediği söylenmiştir.

Tablo 20
İK Çalışmalarında JCI'dan Öncesi ve Sonrası

	SORU 3	Hastaneniz insan kaynakları departmanı olarak JCI size ne getirdi? Seçme ve işe alma açısından JCI'dan öncesi ve sonrası uygulamalar arasındaki farklar nelerdir?
1	MEMORIAL HASTANESİ	Önemli olan kurum kültürü, uygun olabilecek kişileri almaya çalışıyoruz. İK sistemi geliştirildi. Yazılım ve süreç desteği oluşturuldu. Her şey yazılı hale getirildi, herkes tarafından aynı algılanıyor. Kim alınacak ne zaman alınacak bunlar süreçler ile belli hale getirildi.
2	ALMAN HASTANESİ	Hastanenin zaten mevcut olan bir personel alım süreci vardı. Yenilendi ve uyumlu hale getirildi, JCI bunu yazılı hale getirdi. Prosedür netleşti.
3	ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ	İş tanımları zaten hazırды. Çok büyük bir değişiklik olmadı. Mülakat değerlendirme formları oluşturuldu, yazılı hale getirildi. JCI mülakat sistemini sorguluyor neye bakıyorsunuz? Neyi sorguluyorsunuz? Biz bunu uyumlu hale getirdik, kağıt üzerinde göstermeyi amaçladık.
4	AMERİKAN HASTANESİ	Öncesinde belirli prosedürler doğrultusunda bu kadar sistematik değildi. Biz öncelikle JCI sonrasına baktığımızda teknik etkinliklerimizi çıkardık. Bu etkinlikler doğrultusunda bazı alımlarımızı yapılandırılmış soru formatlarımız bazında bakmaya başladık. Tıbbi çalışanlarda özellikle bu anlamda mülakatlarımız yapılandırılmış oldu, belirgin sistematik hale getirildi.
5	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	Kıyaslayamıyorum, çünkü açıldığımız günden beri amacımız JCI almak olduğu için hep bu yönde çalıştık. Bu bize hem çalıştığımız birimde hem İK'da hem de hastanemizin diğer birimlerinde de bir sistem geliştirmemizi ve yapılan her şeyin yazılı olmasını ve bunu pratikte uyguluyor olmayı sağladı.

6	MEDİKALPARK HASTANESİ	Özellikle eğitim bazı kişilerin istihdam edilmesi eğitimsiz olanların eğitilmeleri ve sertifikalandırılması. JCI almış hastanelerin personeline ciddi farklar var. Her zamankinden daha iyi. Ona göre seçim yapıyoruz sertifikası olan bir hemşireyi seçiyoruz. İş biliyor ve eğitebiliyor o yüzden daha mantıklı bir seçim. JCI olması gerekli.
7	MEDİCANA HASTANESİ	Çalışma arkadaşlarımızın seçiminde yapacağı iş için kalifiye kişilerle çalışmaya başladık. Ve bu kişilerin çalışma süreci içinde değerlendirmelerini yapmaya başladık daha net bir şekilde ve bunları takip etmeye başladık. Daha önce de bunlar yapıyordu ancak şimdi yazılı hale getirdik. Yani şimdi bunları belgeleyebiliyoruz. Her yıl mutlaka yapılan performans değerlendirmeleri var ve biz bunlardan yıllık olarak eğitilerini görebilmekteyiz. Nereye gidiyoruz, beraber çalışma arkadaşlarımız ne durumda ve İK aracılığıyla, aldıkları ve alması gereken eğitimleri planlıyoruz, İK bu kayıtları tutuyor. Takip ediliyor ve tüm çalışan arkadaşların planlanması sağlanıyor. Ayrıca daha önce belgelenmeyen ve yapılan oryantasyon süreci vardı, ancak bu hastaneyi genel tanıtım idi. Şimdi ise her çalışan için çalıştığı bölüme ait bir oryantasyon veriliyor, ayrıca hastanenin işeyle ilgili, hastanenin süreçleri ile ilgili, hastanenin kalite politikası ile ilgili, çalışan güvenliği, hasta güvenliği, bunların hepsini kapsayan bir oryantasyon eğitimi veriliyor. Her ay kuruma başlayan yeni personel sayısına göre oryantasyon eğitimi planlanıyor ve uygulanıyor. Eğer katılım sayısı az ise oryantasyon eğitimi bir sonraki aya kalmaktadır. JCI'dan önce bireysel başvurulardan gidiyorduk, şimdi her başvuranın referans değerlendirmesi yapılıyor ve ilgili formlar dolduruluyor.
8	HİSAR HOSPİTAL	JCI öncesi yeni kurulan bir hastane de dört dörtlük bir personel istihdamı olmayabilir. Ama şu anda ki kriterlerimiz öncesinde bir ortaokul mezunu işe alınabiliyorken, şundaki mevcut kriterimizde çok fazla ortaokul mezunlarına yer vermiyoruz. Eğitim düzeylerine biraz daha dikkat ediyoruz.
9	ACIBADEM HASTANESİ	İç denetim birimimiz ve kalite departmanımız zaten vardı.

İK'da JCI'ı öncesi ve sonrası olarak sorguladığımızda, akreditasyonun neler getirdiği, kuruma kazandırdıklarını şöyle özetleyebiliriz;

- JCI hastaneler arasında bir kurum kültürü olma yolunda ilerlemektedir.

- Hastaneler bir kadro planlama süreci oluşturmuşlar ve süreçleri bu yönde uygulamaya koymuşlardır.
- Daha sistematik ve yazılı bir insan kaynakları süreci oluşturulmuş, planlanan sayıda ve süre içerisinde kalifiye eleman seçimi yoluna gidilmiş, mevcut elemanların da eğitimlerle seviyelerini yükseltilmesine önem verilmiştir.
- İK süreci açısından yapılmış olan her tür iş ve eylemler yazılı hale getirilmiştir.
- Kuruma yeni başlayanlar için uygulanan oryantasyon süreci daha uzun ve yerinde uygulanır olmuştur.
- Eğitim seviyeleri yüksek kalifiye elemanın seçimi ve çalışanın süreç içerisinde periyodik olarak değerlendirilmesi önem kazanmıştır.
- Kalite bu hastanelerin bir çoğunda amaç değil daha fazla hasta popülasyonuna ulaşmak için gerekli görülen bir araç gibi görünmektedir.

Akreditasyonun sağlık kurumları açısından faydaları incelendiğinde tüm kalite sistemlerinde olduğu gibi; pazarlama ve reklam amaçlı kullanılmakta olduğu (her ne kadar akreditasyonu duyurma zorunluluğu olsa da) ve sağlık kuruluşunun toplumdaki imajını arttırma, alıcılarla personeli kuruma çekmek için gerekli bir mıknatıs etkisi sağlamak şeklinde algılanmaktadır.

Bu anlamda İK tarafından JCI'nın tam olarak anlaşılmış olduğunu söyleyemeyiz. Çünkü yapılması gereken prosedürler yada uygulamalar olarak

algılanmakta sadece bu yönleri bilinmektedir. Tam ekip çalışması ve ekip içi tutarlılık, profesyonel gruplar, uzmanlık birimleri, klinik ve destek hizmetleri, yöneticiler ve klinisyenler arasında daha fazla iş birliği kurumun ve geliştirilen klinik ve idari prosedürlerle ilgili iç görüşmelere ve bunların getirdiklerine değinilmemektedir.

JCI'dan önce ve sonraki uygulamalara bakıldığında yapılanların yazılı hale getirilmesi dışında çok da belirgin cevaplar verilmemiştir. Sağlık kuruluşunda çalışan farklı uzmanlık bilgi ve becerisine sahip personelin kalite faaliyetleri ile becerilerini bir araya getirmeye yönelik çalışmalar, sürekli kalite ve iyileştirmenin kuruma entegrasyonu sebebiyle yapıldığını belirtmeseler de hastaneler bu bağlamda sadece personelin eğitim düzeylerinin önemli olduğu vurgulanmışlardır.

2 İş Analizi, Kadro Planlamaları, Üst Yönetim ve Departman Yöneticisinin Sorumluluğu, ve Departmanlar Arası Transferler; İş analizlerinde görev tanımlarının oluşturulmuş olması, kanunlara uygun görev yetki ve sorumluluk verilmesi, iş için gerekli olan eğitim, bilgi ve becerilerin tanımlanmış olması, bağlı olunan amirlerin önceden planlanmış olması gerekmektedir.

Akreditasyon denetimini isteyen hastanelerde tepe yönetimince oluşturulan kalite iyileştirme konseyinde bir başkan, kalite koordinatörü, insan kaynakları sorumlusu, idari işler sorumlusu, tıbbi işler sorumlusu ve sağlık eğitim sorumlusu görev almaktadır. Hastane tepe yönetimince oluşturulan kalite iyileştirme konseyi, bir takım anlayışı içinde hastanenin vizyon, misyon, politika ve hedefleri doğrultusunda, kalite yönetim sisteminin tüm faaliyetlerini planlamak, bütçelemek, yönlendirmek, takip etmek, organize ve koordine etmek amacıyla bir araya gelmiş hastanede görev alan liderlerden oluşmaktadır. Kuruluşun örgüt şemasını ve kadroların oluşturulmasını, görev/ yetki/ sorumlulukların belirlenmesini sağlamak bu konseyin görevlerinden

biridir. Bu bağlamda hastanelerin kadro planlamaları, klinik ve idari yöneticilerin iş birliği ile yapılmalı ve istenilen sayı, iş türü ve nitelikleri içermelidir²⁹⁷.

Hastanelerin personel seçme ve işe alma için önceden planladıkları ve genellikle yıllık olarak kadro planlamaları sonrasında gözden geçirdikleri bir yazılı süreçleri olmalıdır. İlgili JCI Standartları şunlardır; ÇNE.2, ÇNE.3, ÇNE.4, ÇNE.4.1, ÇNE.1, ÇNE.1.1, ÇNE.8, ÇNE.11 İlgili görüşme soruları;(4, 5, 6, 7, 8, 22)

Tablo 21
Personel Seçme ve İşe Alma Süreci

	SORU 4	Hastanenizde personel seçme ve işe alma için önceden planlanmış bir süreç var mı?
1	MEMORİAL HASTANESİ	Evet yazılı olarak her departmanın kaç kişi ile çalışılacağını belirlediği norm kadrolarımız var. Departmanlar buna göre talep yapabiliyorlar. Boşalan kadro mu? Yeni doğan bir kadro mu? Bunu nedenleri ve sayısal analizleri ile İK'ya bildiriyorlar. İK eğer uygun görürse işe alım sürecini başlatıyor. İşe alım sürecinin yazılı bir süreci var o uygulanıyor.
2	ALMAN HASTANESİ	Evet yazılı bir sürecimiz var. Kalite, üst yönetim ve bölüm yöneticileri tarafından ihtiyaç listeleri verildi.
3	ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ	Kadro planlamaları var, her yıl ekim kasım ayında gözden geçirilir. Envanter çıkarılır. Kim nerde hangi görevde çalışıyor? Bölümlere gönderiliyor. Bölümler ön gördükleri bir iş yoğunluğu var mıdır? Azalması mevcut mudur? Sonuçta hastanesiniz kat açılır, kat kapanır, büyürsünüz. Planlı açılışlar yaptık ancak bürokrasi yüzünden bazı gecikmeler yaşadık.
4	AMERİKAN HASTANESİ	Evet bir prosedürümüz var o doğrultuda işe alımlar yapılıyor. Belirli pozisyonları içeride açıyoruz, belirli pozisyonları dışarıdan temin yoluna gidiyoruz. Önce İK görüşüyor, sonrasında departmana yöneliyor, sonrasında belirli pozisyonlar üst yönetim kanalına kadar çıkabiliyor. Son aşamada işe alım sürecimiz oryantasyonla devam ediyor.
5	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	Yazılı bir işe alma prosedürümüz var.

²⁹⁷ Akyurt, s.86-88

6	MEDİKALPARK HASTANESİ	Evet yazılı bir prosedürümüz var.
7	MEDİCANA HASTANESİ	Evet yazılı bir prosedürümüz var.
8	HİSAR HOSPİTAL	Bizim kalite doküman sistemimiz vardır. Bütün prosedür, talimatlar, görev tanımları, iş analizleri, iş süreçleri, hepsi kayıt altındadır. Hepsinin süreçleri vardır.
9	ACIBADEM HASTANESİ	Evet yıllık olarak hazırladığımız bir sürecimiz var.

Çalışanların işe alınması, değerlendirilmesi ve atanması ancak koordineli, etkin ve standart bir sürecin başarılması ile mümkündür Personelin işe alım kararlarından başlayarak eğitim düzeyleri ve deneyimleri belirgin olmalı ve ön seçimlerinde titizlikle üzerinde durulmalıdır.

Soru 4’de sorulmuş olan seçme ve işe alma sürecinin yazılı olup olmadığına dair sorulan soruya, hastaneler mevcut kadro planlarını uygularlarken veya gözden geçirme sonrasında ortaya çıkan bir ihtiyaca binaen personel alımında bulunduklarını ve yazılı bir sürece sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 22
İş Analizi Çalışmaları

	SORU 5	Hastanenizde iş analizi çalışmaları var mı? İş türü ve nitelikleri kim tarafından belirlendi? Her kadro ve pozisyon için bir iş tanımı var mı? İş gereklerinde bireysel yetkinliklerde unvan farklılıkları ile servis farklılıkları belirtilmiş mi?
1	MEMORİAL HASTANESİ	Gerektiğinde iş analizi çalışmaları yapılıyor. İK ve ilgili birim yöneticileri ile birlikte hazırlandı. Öncelikle İK gözlem yapıyor, sonra ilgili birim yönetici ile paylaşıyor ve ortak bir yorum getiriliyor. İş tanımları yazılı olarak mevcuttur. İş gereklerinde unvan farklılıkları ve sahip olunması gereken eğitim düzeyleri belirtilmiştir.

2	ALMAN HASTANESİ	İş tanımları var. En önem verilen konu işin kapsamlı olarak yazılmış olması. İş gereklerinde yazıyorsa önemlidir.
3	ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ	İş türü ve niteliklerini, bölüm yöneticileri ve Anadolu Grubu'ndan yardım alarak sağlığa uyumlaştırdık. İçeriden danışmanlık aldık. Her kadro için bir iş tanımı var ancak daha fazla bir çeşitlendirme yaptık, Örneğin hemşirelik tanımlarında A,B,C hemşireleri olarak ayırdık ve iş gerekleri atadık. Örneğin A hemşiresi; 3 yıldan fazla iş deneyimi olan B hemşiresi; 13-36 ay arası deneyimi olan, C hemşiresi; yeni başlayan ve 12 aya kadar deneyime sahiptir. Bu kişilere vardiyada görev verirken A Hemşiresi sorumlu olurken C hemşiresi hemşire asistanı şeklinde çalışabilir. Ama ABC her bölüm için yeterli olmamakta veya özellikli bölümlere uymamaktadır. Özellikle alanlar için ayrı iş tanımları yarattık. Tekrar değerlendirmeye aldık. Servis hemşireleri hasta grubu farklı olsa da aynı bakımı veriyor ancak, ameliyathane, yoğun bakım, eğitim ve sterilizasyon hemşireleri çok farklı işler yapmaktadır. Bunlara göre yeni iş tanımları oluşturduk.
4	AMERİKAN HASTANESİ	İş analiz çalışmaları belirli bir grup şeklinde yapıldı. KOÇ Grubu hastanesi olduğumuz için sadece İK değil, kaliteden, departmanlardan ve bunun dışında dışarıdan da aldığımız bir danışmanlıkla entegre şekilde iş analizi çalışmalarımız yapıldı. İş analizi çalışmalarımız Hem KOÇ Grubu, hem dışarıdan bir danışman firma ve bizim kendi içimizde kurduğumuz bir komite aracılığı ile oluşturuldu. Bunun sonuçları doğrultusunda bir kademelendirme belirlendi ve bu kademelendirme doğrultusunda da görev tanımları ve organizasyon şemaları alt başlıklar halinde oluşmuş oldu. Mutlaka her kadro ve pozisyon için bir görev tanımı var. En önem verilen konu işi doğru anlatabiliyor olmak. Ne istendiğinin bilinmesi ve işteki bütün kalemlerin yazması önemli, bunun dışında iş tanımlarının altında biz genel yetkinliklerinin neler olması gerektiğini ve teknik yetkinliklerinin neler olması gerektiğinin tanımını da koyuyoruz. O görev için olmazsa olmaz kriterler nelerdir o pozisyona gelebilmek için hangi okuldan mezun olmak, tecrübe süresi detayına kadar bilgi veriyoruz. İç ve dış müşterileri hakkında bilgi veriyoruz ve tecrübe deneyim hakkında da en alt kısımda da bilgi veriyoruz. Her çalışan o pozisyona gelebilmek için sahip olması gereken nitelikleri görüyor.
5	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	İK ve kalite tarafından belirlendi. Kalite sorumlumuz hemşirelik kökenli bu sebeple İK ile birlikte hazırladık. Evet her kadro ve pozisyon için bir iş tanımımız var. En çok işin tanımı ve görev yetki ve sorumluluklar önemli. Unvan farklılıkları ve servis farklılıkları ayrı ayrı belirtilmiş durumda.

6	MEDİKALPARK HASTANESİ	İş analizlerini bizim merkezimizden gelen iş analistleri yaptı. Ona göre raporlar hazırlandı. İş analistlerinin içerisinde sağlıkçıları olduğu tahmin ediliyor. Her kadro ve iş tanımı için iş tanımı var. En önem verilen konu işinde özellikle ne yapacağı, işin neyi gerektirdiği ve daha sonrasında alacağı eğitimlerdir. Belirtili.
7	MEDİCANA HASTANESİ	Her departman için ayrı ayrı ilgili departmanlar tarafından hazırlanmış bir planı var. Bu ayrıma göre de görev tanımları süreçler yazılmış durumda. Departman direktörü yönetiminde kurumunda katıldığı bir çalışma 2007 de yapıldı. Zamanla sistem üzerinden her yıl revizyon yapılıyor. Her departman için ayrı ayrı görev tanımları var. En çok görev tanımları ve buna göre yapılan bir değerlendirme var. Hekimler için ayrı bir yetkilendirme yapılmış durumdadır. Ör: Bir profesör kendi branşında her girişimi uygulayacak diye bir kural yok. Yetkilendirme bazında bir uzman hekimin yaptığı bir uygulamayı profesörde yapar diye bir uygulama yok. Yetkilendirme bireysel yetenekler ve yetkinlikler göz önüne alınarak yapılmış durumda.
8	HİSAR HOSPİTAL	Kalite yönetim çerçevesinde bizim kalite koordinatörlüğümüz var. Dolayısıyla her departmanın kendine özgü çalışmaları yapıldı. O çalışmalar kalite koordinatörlüğünde değerlendirildi ve yönetim tarafından onaylandığı takdirde süreçleri başlamış oldu. İş analizi çalışması kağıt ortamında yapılmadı. Fakat departmanlar kurulurken oranın departman yöneticisi, kalite koordinatörü, üst düzey yöneticilerden ve orada çalışanların desteği alınarak süreç başlatıldı. En çok eğitim ve yetkinliğe önem verdi. Yöneticilerin dahi yetkinlik bazlı belgeleri vardır. Her profesörün, her doçentin, her sağlık çalışanının bir yetkilendirme prosedürü vardır.
9	ACIBADEM HASTANESİ	İş analizi çalışmaları var. İş tanımları İK, ilgili birim yöneticisi, tıbbi direktörlük, hemşirelik direktörlükleri ile birlikte hazırlandı. Her kadro ve pozisyon için ayrı birer iş tanımı mevcut. Her unvanın iş gereklerinde yaptırımı farklıdır. Uzman yardımcısının, servis görevlisinin uzmanın görev ve yetkinlik farkları iş tanımlarında belirtilmiştir.

Hastane yönetimi adayın becerilerini, bilgisini, eğitimini ve öncelikli deneyimini yazılı hale getirmesine önem vermelidir. Bireysel kadro üyelerinin görev tanımında belirlenmiş sorumlulukları olmalıdır. Görev tanımı, atanmalarını, işlerine oryantasyonunu ve iş sorumluluklarını ne ölçüde karşıladıklarının temelini oluşturmaktadır. Hastanede görev alan her elemanın sorumlulukları, yürürlükteki iş

tanımlarında belirtilmeli, kuruluş yöneticileri, işe alma, değerlendirme ve atamalarda, sahip olduğu personel kadrosunun bilgi ve becerisinin hasta ihtiyaçlarına uygunluğunu kontrol etmek için bir yöntem tanımlamalıdır.

Hastane yöneticileri, hastane bünyesinde çalışacak bireylerde bulunması gereken eğitim durumunu, yeteneklerini ve diğer gereksinimlerini kanun ve düzenlemelere uygun olarak tanımlayabilmelidir. Bunu yaparken, belirtilen kanun ve düzenleme gereksinimlerine ilave olarak kurumun misyonu ve hastaların ihtiyaçları da dikkate alınmalıdır. Her üretim ve hizmet organizasyonunda olduğu gibi, hastanelerin de en büyük hazinesi, sağlık hizmetlerini sunan çalışanlarıdır. Onların kendi alanlarındaki bilgi ve becerilerini, bireysel ve kurumsal gelişme ihtiyaçlarını desteklemek hastane yararınadır.

İş analizi ve iş tanımlarının yapılması her hastanede farklılıklar göstermektedir. Bunları sıralayacak olursak;

- Her hastanede iş tanımlarının hazırlanmasında ilgili İK ve birim yöneticilerinin katılımı ile gerçekleşmiştir. Bazı hastanelerde iş tanımlarının hazırlanmasına hemşirelik direktörlüğü, kalite departmanı çalışanları, medikal direktörlüğün katılımı ile gerçekleşmiştir. Yine herhangi bir gruba ait olan hastanelerde (KOÇ, ANADOLU, vb.) grup içerisinde çalışan iş analistlerinden veya dışarıdan bir danışman firmadan da yardım alındığı söylenmiştir.
- Her kadro, her servis, her iş kolu için çalışma koşulları, iş gerekleri, yetkinlik ve yeterliliklerin iş tanımlarında yer aldığı görüşme esnasında sözel olarak belirtilmiştir.
- İş tanımlarının çeşitlendirilmesine yönelik olarak farklı çalışmaların yapıldığı bir iki hastane tarafından belirtilmiştir. Bu hastanelerce

özellikli işler olan ameliyathane, yoğun bakım, eğitim, sterilizasyon vb. durumlarda iş tanımlarının daha ayrıntılı yapıldığı söylenmiştir.

- Hastanelerin bir kaçında çalışma süreleri ve tecrübelerine göre kategorilere ayırma ve buna uygun sorumlulukların bulunulduğu belirtilmiştir. Oluşturulan kategorilere göre görev tanımları ve organizasyon şemasına göre alt başlıklar halinde iş tanımlarının oluşturulduğu da belirtilmiştir. Sayısı oldukça az olan bu hastanelerin iş tanımlarında; aynı servis içersinde kademelendirilmiş bir yetki ve yetkinlik düzeyinin olduğu, bu kademelerin yapabileceği ve gelebileceği pozisyonların belirtildiği, genel yetkinliklerin yanında teknik yetkinliklerinde en ince ayrıntısına kadar belirtildiği ve o görev için olmazsa olmaz kriterlerin belirtilmesinin yanında o pozisyona gelebilmek için eğitim, iş tecrübesi gibi konuların da belirtildiği vurgulanmıştır.
- Bazı hastaneler iş tanımlarında “servis hemşiresi”, gibi genellemelere giderken, bazı hastaneler servis farklılıklarını göz önüne alarak branşlaşma yoluna gitmişler ve her servis çalışanları için ayrı iş tanımları oluşturulduğu belirtilmiştir.
- İş tanımlarının hazırlanmasında en önem verilen konunun, tanımın işi doğru ve tam anlatabilmesi olarak belirtilmiştir.
- Olması gereken genel yetkinliklerin, teknik yetkinliklerin neler olduğu, kademelendirilmiş hizmetlerde aranılan eğitim şartının ne olduğunun belirtildiği hastaneler mevcuttur.

- Ayrıca görüşme anekdotlarına baktığımızda çalışanlara belirli bir pozisyona gelebilmek için sahip olunması gereken niteliklerin belirtildiği söylenebilir.

Tablo 23
Kadro Planlamaları

	SORU 6	Hastanenizin kadro planlaması nasıl hazırlandı? Ne sıklıkla gözden geçirilip güncelleniyor? Hemşire-hasta oranı nasıl hesaplandı?
1	MEMORİAL HASTANESİ	Departmanların kaç kişi ile çalışılacağına belirlendiği norm kadrolarımız var. Departmanlar buna göre talep yapabiliyorlar. Boşalan kadro mu? Yeni doğan bir kadro mu? Boş kadroyu nedenleri ve sayısal analizleri ile İK'ya bildiriyorlar. İK eğer uygun görürse işe alım sürecini başlatıyor. Kadro planlamaları hastane büyüdüğünde, departmanlar büyüdüğünde, hasta potansiyeli arttığında, oranlar gözden geçiriliyor, ihtiyaç olup olmadığı belirleniyor. Yani büyüme, gelişme ve değişim durumlarında gözden geçiriliyor Hemşirelik hizmetleri bu oranı uluslararası standartlara uygun bir formülle belirliyor.
2	ALMAN HASTANESİ	Norm kadroyu kalite hazırladı. Yeni bir eleman işe alındığında veya ayrılış olduğunda gözden geçiriliyor. Hemşirelik hizmetleri sınırda tutuluyor.
3	ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ	Kadro planları çok uzun vadeli yapılmıyor. Haftalık değerlendirmelerle sorumlu hekim veya hemşirenin teklifiyle ve hasta sayısının azalıp artmasına göre günlük çalışan sayısı değiştiriliyor. Fazla mesai sayıları bizim için personel gerekliliğinde bir gösterge olmuş oluyor. İK yöntemleri kullanılarak iş ve zaman etütleri yapılarak, krometre ile ölçüm yapılıyor ve personel ihtiyacı olup olmadığı hesaplanmaya çalışılıyor. Hemşire hasta oranları RACH skalasına göre hesaplandı.

4	AMERİKAN HASTANESİ	Kanunda belirli kriterler var. Asgari hasta ve çalışan sayısı belirlenmiş durumda. Bu sayı üzerinden gidiyoruz ancak o sayının üzerinde bir personel çalıştırıyoruz. Mükemmel hasta bakımını hedefleyen kriterler doğrultusunda plan oluşturmaya çalışıyoruz. Her sene Ekim Kasım döneminde yıllık olarak kadro planlaması yapıyoruz. Sonrasında onaylanan bütçelerimiz çıkıyor ve biz bir sonraki yılı da ona göre gerçekleştiriyoruz. Hemşire hasta oranını hemşirelik direktörlüğü ile birlikte hesaplıyoruz. Hemşirelik birim yöneticimiz hemşirelik bilim profesörüdür. Tamamen bilimsel çalışmalar doğrultusunda hesaplandı.
5	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	Hemşirelik hizmetleri için kullandığımız bir metodumuz var. Hemşirelik hizmetleri buna göre çalışan sayısını belirledi, diğer bölümleri İK hazırladı. İş gücü ve çalışma saatleri formüle edilerek hazırlandı. Çalışma saati ve yapılan görev, yetki, sorumluluklar üzerinden yaptıkları işlemler ve bu işlemleri ne kadar sürede yaptıklarına dair bir analiz çıkarıldı. Asgari sayının üzerinde bir rakam çıktı. Hemşire hasta oranı RACH skalası ile hesaplandı.
6	MEDİKALPARK HASTANESİ	Yıllık olarak planlar hazırlandı. İK merkezimiz çerçeveli ve birim müdürlerince, olabilecek personel ihtiyacına göre kadrolar belirlendi. Belirli aylarda 6 ayda bir güncelleniyor. Hasta-hemşire oranının nasıl hesaplandığı konusunda fikrim yok.
7	MEDİCANA HASTANESİ	Departman direktörü yönetiminde kurumunda katıldığı bir çalışma 2007 de yapıldı. Zamanla sistem üzerinden her yıl revizyon yapılıyor. Departman planları çıkartılırken, hastanenin genel yatak sayısı ve yoğun bakım yatak oranlarına göre yönetmelikte belirtilen sayıdan fazla olarak hemşirelik direktörlüğünce hazırlandı.
8	HİSAR HOSPİTAL	Şuanda dört dörtlük bir kadro planımız yok diyebilirim. Hasta sayısı ile orantılı olduğu için standart bir norm kadroya girişemiyoruz. Yani hasta sayısının aylara göre veya mevsime göre veya o anki global şartlara göre değişebiliyor. Şuanda RACH çalışması çerçevesinde hemşirelik hizmetleri direktörlüğümüzün yapmış olduğu bir norm kadro düzeni var, o düzeni sağlıklı bir şekilde yürütmeye çalışıyoruz. Sayı altında olabiliyor, üstünde olabiliyor. Genelde hasta potansiyeli ve doluluk oranlarına göre değerlendirmeyi yapıyoruz.
9	ACIBADEM HASTANESİ	Yıllık olarak her yıl gözden geçirilerek hazırlanıyor. Öngörülen ihtiyaca ve geçmiş yılın verilerine göre hazırlanan planlama bütçe komisyonuna sunuluyor. Onaylanıyor. Hemşire hasta oranı hemşirelik direktörlüğünce hesaplanıyor.

Hastanelerin norm kadro planları mevcuttur. Sadece 1 hastane tam anlamıyla norm kadro uygulayamadığını belirtmiştir. Bu verilere göre;

- Kadro planlarındaki oranlar yıllık olarak ve hastane büyüdüğünde, yeni bir bölüm açıldığında, hasta sayısı arttığında gözden geçirilmektedir.
- Yani öngörülen ihtiyaca ve geçmiş yıllardaki verilere, mevsimlere, hastanenin büyümesine veya küçülmesine, global şartlara göre oluşan değişime uygun hazırlanan planlar bazen kısa dönemli de olabilmektedir.
- Özel Hastaneler Yönetmeliğinde belirtilmiş oranların altında personel çalıştırılmamakta ancak bu sınırdaki personel çalıştırılabileceği düşünülmektedir.
- Kadro planları yapıldıktan sonra bütçe onaylanmaktadır.
- Bölümler bu kadro planlarına uygun, gerekçeli olarak personel isteğinde bulunabilmektedirler. İstedikleri kadroların yeni oluşan bir kadro mu, yoksa boşalan bir kadro mu olduğu personel istem formunda belirtilmesi gerekmektedir.
- Hemşire hasta oranlarının hemşirelik direktörlüklerince uluslararası standartlar çerçevesinde veya bilimsel çalışmalar sonucunda hesaplandığı belirtilirken, 3 hastane bu oranları RACH skalası ile hesapladığını açıklamıştır.
- Hastanelerin bu oranların nasıl hesaplandığı sorusuna verdikleri ketum yanıtlar akıllara soru işaretleri getirmektedir. Bu hesaplama bilimsel bir

araştırma için bile paylaşamayacak kadar gizli bir bilgi midir? İK ya oranların nasıl hesaplandığını bilmemektedirler ki bu anlamda verilen cevaplar da bulunmaktadır. Yada oranların hesaplanma süreci tatmin edici değildir.

- İK'nın kadro planlamalarında kullanılan direkt bir bilgi olan bu süreci bilmiyor oluşu işe alımlarda ve kadro sayılarında söz hakkının olmadığı ve de kurumun İK'sının kadro planlamalarına yeterince hakim olmadıkları anlamına gelmektedir. Bir hastane hemşire hasta oranlarının sınırda tutulduğunu belirtmiştir.

Tablo 24

Üst Yönetimin Planlama, Personel Seçimi ve Performanstaki Rolü

	SORU 7	Hastanenizde insan kaynakları çalışmalarında (kadro planlamaları, personel seçimi, performans değerlendirme) üst yönetimin rolü nedir?
1	MEMORİAL HASTANESİ	Kadro planlamada onaylarını alıyoruz. Personel seçiminde bire bir etkileri yok. Performans değerlendirmede sonuçları ile ilgili rapor sunuluyor.
2	ALMAN HASTANESİ	Üst yönetim kadro planlamalarını onaylıyor, personel seçiminde personeli görmezler, performans değerlendirmede yine bir rolü bulunmuyor. Ancak hiyerarşi listesine göre alttan yukarıya doru bir değerlendirme süreci var.
3	ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ	Üst yönetimin kadro planlamasında; İK'nın ve bölüm yöneticisinin ortaklaşa belirledikleri kadro planlama sayılarını onaylar. Personel seçmede kendisine raporlanacak durumlarda bilgi verilir. Performans değerlendirmede genel müdür ve genel direktör seviyesinde kendisine raporlayan kişilerin değerlendirmesini yapıyorlar.

4	AMERİKAN HASTANESİ	Kadro planlamada onaylayıcıdır. Yürürlüğe sokmadır. Personel seçme aşamasında belirli pozisyonlardaki personeli görür. Performans değerlendirmede rolü vardır. Bazı hedeflerimiz, genel müdür kartında da bulunur hemşirenin kartında da, haberleşme elemanının kartında da görülür. Hastanenin genelini ilgilendiren hedeflerimiz vardır. Hedefler hep bir üst kademenin onayı ile gerçekleştirilir. Üst yönetimden de aşağıya yayıldığı için onaylama mekanizması da yine üst yönetimdir. Bu şekilde koordineli gideriz.
5	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	Kadro planlamada aday ihtiyaç bildirim formunu onaylıyor. İK'ya geri dönebiliyorlar. Personel seçiminde bazı bölümlerde ve hekim seçiminde görüyor. Sorumluları görüyorlar. Raporlama istedikleri bölümlerde yine seçilecek personeli görüyor. Performansta sadece rapor sunuluyor, ancak performans kriteri oluşturulurken soruluyor.
6	MEDİKALPARK HASTANESİ	Üst yönetimin planlamadaki rolü bilinmiyor, personel seçmede oryantasyon eğitiminde personelle tanışıyorlar. Performans değerlendirme raporlarını görüyorlar.
7	MEDİCANA HASTANESİ	Kadro planlama sürecinde bilgilendirilme ve onay alınır. Seçme ve işe alma bir rolü yoktur. Performans raporları sunulur.
8	HİSAR HOSPİTAL	Kadro planlamada onaylayıcı durumdadırlar. Personel seçiminde; seçim – icra kurulundan en az iki kişi görüşme yapıyor. İK'nın işe alacağı aday netleştikten sonra icra kurulu adayı görüyor ve oradan onay çıkıyor.
9	ACIBADEM HASTANESİ	Kadro planlamalarında karar aşamasında katılıyorlar. Personel seçiminde sadece üst düzey personeli görüyorlar. Performans değerlendirmede bir etkisi bulunmuyor.

Görüşmeye katılan hastanelerin kadro planlamalarında üst yönetimin rolüne baktığımızda;

- Tüm hastaneler için kadro planlamalarında onaylayıcı ve yürürlüğe sokma pozisyonundadırlar. Bunun dışında bir görev ve sorumluluk taşıdıkları belirtilmemiştir.

Hastane yöneticileri, kadro pozisyonlarının belirli gereksinimlerini karşılamalıdır. Aynı zamanda kurum yöneticilerinin, aranan eğitim, yetenek, bilgi ve diğer gereksinimleri belirleyip, gelecekte hasta ihtiyaçlarına yanıt vermek için kadro planlamaları yapmaları gerekmektedir. Tüm bu yaklaşımlar hastanelerde üst yönetimce değil, bölüm yöneticileri tarafından yapılmaktadır.

- Personel seçiminde üst yönetimin rolüne baktığımızda hekim seçimlerinde veya üst düzey personelin seçiminde işe alınacak personelle görüşüyorlar. Bunun dışında aktif rol almazlar.
- Hekim veya üst düzey olmayan personel ile oryantasyon sürecinde tanıştığını belirten hastane sayısı ile adayla görüşme yapıldığını belirten hastane sayısı iki tanedir. Uygulamanın böyle olması dikey iletişimin baskın olduğunun bir göstergesidir.

Çalışanlar işe başlarken dahi tanışamadıkları yönetim ile çalışırken nasıl iletişim içine girebileceklerdir? Yönetici emir veren ve kontrol eden durumundaki ulaşılması zor pozisyonundan, vizyon ve hedefleri oluştururken çalışanlarını bu hedeflere ulaşılması konusunda yüreklendiren, çalışanları ile daha kolay bir iletişim içersine giren, ulaşılabilir hale gelmelidir.

- Performans değerlendirme sürecine üst yönetimin direkt katıldığı hastane sayısı oldukça azdır. Genellikle üst yönetim performans raporlarının sunulduğu bir merci durumundadır.
- İlgili raporlar sunulurken, bir iki hastanede de hiyerarşik sıralamaya göre kendisine raporlayan kişilerin değerlendirmesini yaptıkları bilgisine ulaşılmıştır.

- Sadece bir hastane tarafından performans değerlendirme sürecinde, raporların sunulması dışında üst yönetime performans değerlendirme kriterleri oluşturulurken fikirlerinin sorulduğu belirtilmiştir.

Tablo 25
Departman Yöneticisinin Planlama, Personel Seçimi ve Performanstaki Rolü

	SORU 8	Hastanenizde insan kaynakları çalışmalarında (kadro planlamaları, personel seçimi, performans değerlendirme) departman yöneticisinin rolü ve sorumlulukları nelerdir?
1	MEMORİAL HASTANESİ	Kadro planlamasında önerilerini sunuyorlar, personel seçiminde personeli görüyorlar ve onaylıyorlar, İK'nın oluşturduğu sistemi çalışanlara uygulayarak performans değerlendirme yapıyorlar.
2	ALMAN HASTANESİ	Bölüm yöneticisi, kadro planlamalarında ihtiyaç belirliyor, personel seçiminde adayı görüp değerlendiriyor, performans değerlendirme de yine hiyerarşi sırasına göre personeli değerlendiriyor.
3	ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ	Envanter çalışması yapıldığında bölüm yöneticilerinden 1 yıllık ön görülen personel sayısı istenir. Bölüm yöneticileri ile birlikte gözden geçirilir. Personel seçmede birinci ve ikinci amirin mutlaka onayı alınır. Performans değerlendirmede birinci amir değerlendirir, ikinci amir onaylar.
4	AMERİKAN HASTANESİ	Her sene bölümlerle kadro planlama toplantıları yaparız. Ekim kasım kadro planlama dönemimizdir. Departmanlarla yapılan toplantılar bazında planlama yaparız. Sonra yönetime onaya sunulur. İK destek birimidir. Personel seçiminde adayı görür. Performans değerlendirme sürecinde, hedefler üstten aşağıya doğru yayılır. Bölüm yöneticisi, sene başında hedefleri çalışana vermekten sorumludur ve sonrasında onların ne kadar gerçekleştiği, gerçekleşmediğini aylık bazda yada yıllık bazda takip etmektedir.
5	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	Bire bir kadro planlamada önemli rolü var. Personel seçiminde adayı görüyorlar, performans değerlendirme sürecinin de adayı onlar değerlendiriyor.

6	MEDİKALPARK HASTANESİ	Bölüm yöneticisi kadro planlamalarında İK ile birlikte çalışıyorlar. Personel seçiminde birim amiri personeli mutlaka görüyor. Performans değerlendirmede çalışanı değerlendiriyor.
7	MEDİCANA HASTANESİ	Kadro planlama sürecinde departman yönetici çalışanları ile beraber departman planını çizer. Yani hemşire kapasitesini hemşirelik hizmetleri ile görüşerek planlar. Seçme ve işe alma genellikle görür. Son kararı veren kişi bölüm yöneticisidir. Seçimi ve görüşmeleri yapar. Performans Deneme süresi içerisinde ve sonrasında değerlendirme sürecine katılır. Ancak hemşire seçimini Hemşirelik direktörü yaparken performans değerlendirme sürecini bölüm sorumlusu hoca yapmaktadır.
8	HİSAR HOSPİTAL	Kadro planlama sürecinde departman yöneticisi personel talep edecek olduğu zaman personel talep formunu gerekçeleri ile beraber İK'ya gönderir. İK'da bunun analizini yaparak, uygunluk denetimi yaparak piyasadaki sayı uygunluğu için analiz çalışması yapılır, eğer uygun görüldüğü takdirde İK tarafından direktörlük onayına çıkılır. Direktörlükte onay alması için icra kurulunda değerlendirilir. İcra kurulundan çıktıktan sonra da personel alımına başlanır. Seçme birebir görüşmelere katılır. Performans sürecinde sadece yönetici tarafından değerlendiriliyor.
9	ACIBADEM HASTANESİ	Bölüm yöneticisi kadro planlamada birebir İK ile ortak çalışır. Personel seçiminde personelle direkt görüşerek görüş belirtir. Performans değerlendirmede değerlendirmeyi yapar.

Hastanelerin bölüm yöneticilerinin kadro planlamalarındaki personel seçimindeki ve performans değerlendirme süreci içerisindeki rolü üst yönetime göre süreç içerisinde daha etkin uygulanıyor görülmektedir. Şöyle ki;

- Bölüm yöneticileri bazı hastanelerin kadro planlama çalışmalarının tamamında bir fiil çalışmanın içinde yer almışlar, fikirlerini sunmuşlar, İK ile birlikte ortaklaşa çalışmışlar, hatta bazı hastanelerde tek başlarına bu kadro planlamalarını ve kadro sayılarını hazırlamışlardır.

- Bölüm yöneticisi ihtiyaç belirleyen ve İK ile birlikte plan hazırlayan durumundadırlar.
- Ancak bazı hastanelerde bu işleme katılma sadece sayı bildirmek, öneri sunmak, ihtiyaç belirlemek şeklinde de olabilmektedir.
- Hastanelerin bölüm yöneticileri işe alım görüşmesinde personeli mutlaka bir değerlendirmeye tabi tutmaktadırlar. Bu değerlendirme süreci mesleki ve teknik yeterliliklerinin değerlendirildiği bir süreç olarak da düşünülebilir.
- Personelin işe alımının onaylanabilmesi için bölüm yöneticisinin mutlak surette olumlu oyu gerekmektedir. İK ile ortak bir çalışma ile personel seçimini yürütülmektedir.
- Hastanelerin bölüm yöneticisi ile ilgili anlam farklılıkları olduğu anlaşılmıştır. Örneğin, hemşirelik direktörlüğü, servis sorumlu hekimi veya servis sorumlu hemşiresi bölüm yöneticisi olarak anlaşılmaktadır. Hastaneler bu durumda birinci ve ikinci amir şeklinde ayrımlara gitmişlerdir. Ancak hemşirelerde bölüm yöneticisi olarak anlaşılması gereken hemşirelik direktörlüğü, diğer medikal personelde çalışacağı bölümün sorumlu hekimidir.
- Hekimler de ise seçim aşamasında Medikal Direktörlük bölüm yöneticisi olarak değerlendirilmektedir.

Standarda göre hastanelerde bölüm yöneticileri, kendi bölümleri tarafından verilen hizmetleri yazılı olarak tanımlamalı bölümlerinin ya da servislerinin performansı ile çalışanlarının performansını izlemelidirler.

- Bu anlamda görüşme yapılan hastanelerin bölüm yöneticisi bulunduğu bölümdeki personeli değerlendiren durumundadır.

Tablo 26
Departmanlar Arası Transferler

	SORU 22	Servis ihtiyaçlarına veya kadro yetersizliğine bağlı olarak başka bir servis veya departmanda çalışılması durumunda uygulanan yazılı bir süreç var mı?
1	MEMORİAL HASTANESİ	Kişinin rızası alınıyor, bölüm yöneticilerinin onayı ve kişinin onayı ile yapılıyor.
2	ALMAN HASTANESİ	Görevlendirmelerde kişinin yazılı rızası mutlaka alınıyor. Alt kadroya döndürme görevlendirmeler pek uygulanmıyor.
3	ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ	Servis değişikliklerinde kişinin rızası mutlaka alınıyor. Help sistemi denilen günlük iş gücü yardım çizelgesinde günlük olarak hangi servis için nereden eleman çekebileceğiniz belirtilmiş durumda. Kişi bu gibi durumlarda nerede çalışacağını biliyor.
4	AMERİKAN HASTANESİ	Kişisel durum değişikliği formumuz var. Bu form doğrultusunda kişi o departmana gidiyor. Gittikten sonrada o departmanla ilgili bölüm içi oryantasyona tabi tutuluyor. Bunun yapılıp yapılmadığı İK kontrolünde takibi yapılıyor. Kişinin rızası ve onayı alınıyor.
5	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	Rıza ve onay alınır. Görev yada bölüm durum değişikliği formu mevcut. Doldurularak imzalatılır.
6	MEDİKALPARK HASTANESİ	Kişinin rızası alınıyor. Öncelikle sözel söyleniyor, sonra yazılı tebliğ yapılıyor.
7	MEDİCANA HASTANESİ	İş tanımlarımızda belirtilen çalıştığı alan değiştirilecekse kişi ile görüşülür ve düzenlemeyle yapılır. iş tanımlarında farklı hangi alanlarda çalışabileceği yazılıdır.

8	HİSAR HOSPİTAL	Hemşirelik hizmetleri direktörlüğü tarafından ihtiyaca göre hemşire dağılımı yapılıyor. Servislerin yatak ve doluluk oranlarına göre hasta sayısına göre kaydırmalar kendi iç bünyemizde yapılıyor. Yazılı değil. Kişinin rızası sözleşmelerde çalışabileceği alanlar belirlenmiştir. Branş bazlı hemşirelerde ör. Yeni doğan hemşiresini poliklinik hemşiresi olarak kullanamazsınız, ancak poliklinik hemşireleri kendi iç bünyelerinde servis olarak değişiklik yapılabilir.
9	ACIBADEM HASTANESİ	Bu şekilde ortaya çıkan personel ihtiyaçları diğer Acıbadem Grubu Hastaneleri'nden giderilmeye çalışılmaktadır.

Hastanelerin kısa dönemli eleman ihtiyacı için her hastanenin farklı bir uygulaması olduğu görülmüştür. Bu uygulamalara göre;

- Aynı görev tanımına sahip başka bir servisten çalışan görevlendirilebilirken, grup hastanelerinde; personel ihtiyacı bulunan servis için, diğer hastanelerin ilgili servisinden personel temin edilebildiği de belirtilmiştir.
- Yine iş tanımlarında kişilere çalışabileceği diğer servisler daha önceden de belirtilmiştir.
- Çok haz hastane tarafından oluşturulmuş olan, kendilerince “Help Sistemi” yada benzer isimler verdikleri bir acil, günlük yada kısa dönemli görevlendirme planları oluşturan hastanelerde personel önceden hangi serviste nasıl çalışılacağını bilmektedir.
- Oryantasyon sürecinde çalışana bu tür görevlendirme bilgileri verilmektedir.

- Genellikle yer değiştirmelerde kişinin yazılı olarak rıza ve onayının alındığını söyleyebiliriz.

3 İşe Alma ve Yerleştirme ve Dışarıdan Temin Süreci: Bir sağlık kuruluşu kendi misyonunu yerine getirmek ve hasta ihtiyaçlarını karşılamak için uygun becerilere ve niteliklere sahip insanlara ihtiyaç duyar. Organizasyonun klinik ve idari yöneticileri departman ve servis yöneticilerinden gelen tavsiyelere göre gereken çalışan sayısını ve türünü ayırt etmelidir. Çalışanların işe alınması, değerlendirilmesi ve atanması ancak koordineli, etkin ve standart bir sürecin uygulanmasıyla başarılıdır. Adayın becerilerini, bilgisini, eğitimini ve öncelikli deneyimini yazılı hale getirme önem taşır. Tıbbi kadroların ve hemşirelerin yeterliliklerini özellikle gözden geçirmek gerekmektedir, çünkü teknik bakım süreçlerine doğrudan katılırlar ve doğrudan hastalarla çalışırlar. Sağlık kurumları çalışanlarına öğrenmeleri ve gelişmeleri için fırsatlar sağlamalı, hizmet-içi eğitim ve başka öğrenme fırsatları da çalışanlara verilmelidir.²⁹⁸

Personel seçim işlevinin amacı, iş gören yetenekleri ile iş gerekleri arasındaki en iyi ilişkiyi kurmak için; çalışmak üzere örgüte başvurmuş adayların, kişiliklerini, görmüş oldukları eğitimi, yeteneklerini ve ilgi duydukları konuları inceleyerek, onlar arasından en uygun yeteneklere sahip olanları göreve çağırmaktır. Açık pozisyonların doldurulmasında işletmenin doğru işe doğru eleman politikasına sahip olması, işe alma sürecini nasıl uyguladığı sorularına cevap aranmıştır. Hastanenin yöneticileri, işe alma, değerlendirme ve atama prosedürleri ile hastane için gerekli olan diğer prosedürleri, tasarlamalı ve uygulamalıdır. Konuyla ilgili JCI standartları şunlardır; JCI Standartları ÇNE.2. İlgili görüşme soruları;(9, 10, 11, 16, 17, 19)

²⁹⁸ Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu, s.145

Tablo 27
İşe Alma ve Yerleştirme Süreci

	SORU 9	Hastanenizde boşalan iş veya kadroların doldurulmasında, nasıl bir yol izlenir?
1	MEMORİAL HASTANESİ	Öncelikle içeriye duyuru yapılıyor. İçeriden gönüllü aday varsa onlarla görüşülüyor. Uygun olup olmadığı kontrol edildikten sonra dışarıya da talep açılıyor.
2	ALMAN HASTANESİ	Genellikle dışarıdan alım tercih ediliyor. İnternet ilanları, "yenibiris.com." ve hastane başvuruları ile referanslarla adaylara ulaşıyor.
3	ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ	Tıbbi personelde dışarıdan temine daha eğilimliyiz. Kariyer planlamada içerden temin tercih edilirken servis ihtiyacına binaen ortaya çıkan eksiklikte dışarıdan temin edilir.
4	AMERİKAN HASTANESİ	Pozisyona göre değişir. Bazı pozisyonları içerden hızlıca temin ederken bazılarını da dışarıya direkt açıyoruz.
5	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	Sorumlu bazında pozisyon boşalmışsa içerden temin tercih edilir. Kıdemi en iyi olanı tercih edebilmek için hemşirelik hizmetleri direktörü atama yapar. Ancak servis çalışanı ayrılmışsa dışarıdan temin yoluna gidilir.
6	MEDİKALPARK HASTANESİ	Secret Özgeçmiş ilanları çıkartılıyor. Hastane başvuruları değerlendiriliyor.
7	MEDİCANA HASTANESİ	Kariyer planlamada uygun şartlarda biri varsa tercih sebebidir. Öncelik içerden temindir. Uygun kişi yok ise dışarıdan temine yönelinilir.
8	HİSAR HOSPİTAL	Öncelikle kurum içersindeki havuzumuza bakıyoruz. Kurum içersinde yerine gelebilecek o yetkinliğe sahip, o yere gelebilecek eleman varsa onu değerlendiriyoruz. Yoksa çevremizdeki refere edebilecek kişiler varsa onu değerlendiriyoruz. Yoksa da ilan çıkarıyoruz, ilan üzerinden gidiyoruz. İnternet portalı, "yenibiris.com", genel başvuru ve hastanemize başvuru kaynaklarından yararlanarak.
9	ACIBADEM HASTANESİ	Öncelik iç kaynaklara verilir. Web sayfasında pozisyon iş tanımlarıyla birlikte ilan edilir.

Hastanelerde bir kadro boşaldığı zaman;

- Öncelikle kadronun, pozisyonu ve boşalma sebebi değerlendirilmektedir.
- Hastaneler boşalan pozisyonu değerlendirirken kariyer planlama olarak uygulanabilecek bir pozisyon ise sorumluluk gerektirecek bir pozisyon ise genellikle içerden temin yöntemi ile personel seçerler denilebilir.
- Ancak ara bir kadro boşalmış ise örneğin bir servis hemşiresi işten ayrılmış veya laboratuarda görevli tekniker işten ayrılmış ise bu açığı başka servisten personel çekerek gidermenin doğru olmadığını, bunun yerine dışarıya ilan vererek, uygun elemanı bulmanın daha doğru olduğu belirtilmiştir.
- Genellikle hastaneler önceliğin kendi personeline olduğunu belirtirken bir hastane genellikle dışarıdan temine yöneldiklerini belirtmiştir.

Hastanelerde kariyer planlama ve terfi işlemleri düşünüldüğünde yapılan uygulamanın doğru olduğunu söyleyebiliriz. Çalışan üst kadroda bir pozisyon boşaldığında kendisine öncelik verilmesini bekleyecektir. Adil olan, olması gereken bir uygulamadır. Yapılan bu tercih kurum personelin kuruma olan bağlılıklarını arttıracak, işten ayrılmaları azaltacak ve kurum kültürünün yerleşmesine katkıda bulunacaktır.

Tablo 28
Dışarıdan Temin Süreci

	SORU 10	Dışarıdan teminde izlenen yol ve hangi araç-yöntem kullanılıyor? Referansların işe alımda önem derecesi nedir? Nasıl yapılıyor?
1	MEMORIAL HASTANESİ	Gazete ilanı düşük düzeyde kullanılıyor. Genelde iş arama siteleri kullanılıyor. Özgeçmiş'ler eleniyor, genel yetenek testi yapılıyor. İK görüşüyor, uygun görürse bölüm yöneticisine yönlendiriyor. Bölüm yöneticisi gerek görürse bir üst yöneticisine yönlendiriyor. Daha sonra referans araştırması yapılıyor. Referans araştırması mutlaka yapılıyor. Telefonla referanslara geri dönülüyor ve olumsuzluklar veya uyumsuzluklar varsa dikkate alınır.
2	ALMAN HASTANESİ	Özgeçmişler İK'da eleniyor, birim amiri adayları görüyor burada bir eleme daha oluyor, İK ikinci bir elemeye tabi tutuyor, tekrar birim amirine gönderilen adaylar burada kabul görürse işe alımları onaylanıyor. Test uygulanmıyor. Mülakat ile aday değerlendiriliyor. Referanslar önemli telefon ile mutlaka geri dönülerek araştırma yapılıyor.
3	ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ	İlan sürecinde elden başvuru, internet ilanları, Kariyer net, hekim başvuruları gazete ilanı ile yapılır. Özgeçmişler iş tanımlarına bakarak (yaş, eğitim v.s) elenir, Bölüm tarafından yöneticisi mesleki kriterlere ve sağlık sektöründe çalıştığı yerlere bakılır. 2 görüşme yapılır. mülakatlar bölüm yöneticileri ve İK ile birlikte yapılır. Birinci amirle İK ilk görüşmeyi yapar daha sonra ikinci amirle İK son görüşmeyi yapıyoruz. (Örneğin hemşirelik hizmetlerinde servis sorumlu hemşiresi birinci amir, başhemşirelik ikinci amirdir.) İş alımlarında branşlaşma yoluna gidiliyor. Bebek bakım hemşiresi alıyoruz, yada nöroloji hemşiresi alıyoruz şeklinde iş tanımlarına uygun eleman alınıyor. Radyoloji teknikeri alınacaksa radyolojinin sorumlu personeli ile birlikte aday değerlendiriliyor. Adaylar 40 soru içeren bir mesleki sınava tabi tutuluyor, en az 20 soruya doğru cevap vermesi bekleniyor. Referanslar JCI açısından çok önemli. Referans kontrol formu oluşturduk. Hem eğitmeninden hem de önceki iş yerinden bir referans göstermesini istiyoruz.

4	AMERİKAN HASTANESİ	İntranet portalımızda ve anlaşmalı olduğumuz internet alanında ilan yayınlanır. Özgeçmişler incelenir. Mülakat sonrasında İngilizce testleri yapılır. Genel yetkinlik testlerimizi şuan yenileme dönemindeyiz. Biz öncelikle JCI sonrasına baktığımızda teknik etkinliklerimizi çıkardık. Bu etkinlikler doğrultusunda bazı alımlarımızı yapılandırılmış soru formatlarımız bazında bakmaya başladık. Tıbbi çalışanlarda özellikle bu anlamda mülakatlarımız yapılandırılmış oldu, belirgin ve sistematik durumda. Önce İK olarak adayın genel yetkinliklerini değerlendiriyoruz, sonrasında olumlu olan kişileri bölüme yönlendiriyoruz, bölümde de teknik yetkinlikler üzerine yapılandırılmış sorular soruluyor ve mülakatlar yapılıyor. Sonrasında da bir genel değerlendirme yapılıyor. Hemşirelik müdürlüğü yada diğer departmanların müdürlüğü ve İK koordinasyonunda olumlu ise işe alım süreçleri olumsuz ise mutlaka geri dönülerek bildiriliyor. Referans kontrolü yapmadan hiç kimseyi işe başlatmayız. Genelde başvuru formunda yazan referanslara değil de daha önce çalıştığı yerlerdeki ilgili yöneticilerinin referansları alınır. Referans kontrol formu mutlaka doldurulur.
5	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	İlk önce birimler, örneğin hemşirelik hizmetleri direktörü, gerekçesiyle beraber aday ihtiyacı bildirme formuyla İK'ya başvurur. Bu formu İK tıbbi direktörlüğe onaylatır. İş yoğunluğu, personel azlığı, yada boşalan bir pozisyon için, gerekçelerimizle tıbbi direktörlüğe sunuyoruz. tıbbi direktörlük onaylarsa İK süreci başlar. Webde ilan veriyoruz. "yenibiriş com", AKKARİYER ile anlaşmamız mevcut. Çok spesifik bölümlerde mikrobiyoloji, fizyoterapist gibi birimler için internetten personel bulamıyoruz. Bu durumda AKKARİYER'den hizmet alıyoruz. Aranılan kriterlere göre İK eleme yapar. Elenen özgeçmişleri mutlaka birim sorumlusuna yada ilgili direktörlüğe ulaştırıyoruz. Birim yöneticileri özgeçmiş üstünden inceleme yapıp öncelik sırasına göre eleme yapılıyor. Sonrasında mülakata çağrılan adayla 2 kez görüşülüyor. İK ve ilgili direktörlük tek tek adayları görüyor. Şartlar oturmuşsa 3. görüşme ile hastane ile ilgili bilgilendirme ve diğer detaylar konuşularak oryantasyon gibi bir başlangıç yapılır. Referanslar önemli ancak görüşmeden sonra referans kontrolü yapıyoruz.
6	MEDİKALPARK HASTANESİ	Özgeçmişlerin ve başvuru formlarının incelenmesi, ilk görüşme ve ikinci görüşmeyi geçen adaylar birim müdürleri ile görüştürüldükten sonra işe başlatılıyor. Referanslar çok önemli mutlaka telefonla geri dönülüp bilgi alınıyor.
7	MEDİCANA HASTANESİ	İlan sürecinde web sitesinden yararlanılıyor ve bireysel başvurular değerlendiriliyor. Adayla ilk görüşmeyi İK yapar, sonra ilgili departman özgeçmiş üzerinden değerlendirir. Sonra minimum iki kez görüşülerek işe alım sürecine devam edilir.

8	HİSAR HOSPİTAL	Havuza düşen tüm özgeçmişler asistan arkadaşlar tarafından incelenir. Sonra İK müdürü bir değerlendirme yapar. Uygun olmayan adaylar orda da bir elemeye tabi tutulur. Geri kalan adaylar mülakat çalışması çerçevesinde bir mülakat hazırlığı yapılır, mülakatta birim yöneticisi değerlendirir, ondan sonra uygun görülen adayı İK'ya yönlendirir. Bazen da birebir hem İK hem birim yöneticisi ile aynı anda görüşmeler yapılır. Görüşme esnasında standart bir sorusu yok, ama kendi iç bünyemizde soracak olduğumuz çapraz sorularla doğrulama sorularla beraber mülakatı bitiriyoruz. İkinci bir aşamada uygun görmüş olduğumuz adaya görev teklifi ile ilgili teklifi yapıyoruz. Referans araştırması yapılıyor. Formdaki referanslar veya daha önceki çalışma yerlerine İK veya ilk yöneticisinden telefonla dönülüyor. Kayıt altına alınıyor.
9	ACIBADEM HASTANESİ	Web üzerinde ve gazetede ilanlar çıkartıyoruz. Başvurular İK tarafından incelenir. Adaylar, yetkinlik bazlı, teknik bazlı, genel yetenek, algı, dikkat, teknik testlere tabi tutulurlar. Geçen adaylar mülakata alınırlar. Referanslar çok önemli. Önceki işlerine dönerek birim amirlerinin görüşleri alınır.

Hastanelerin dışarıdan temin sürecini incelediğimizde;

- 1-) İlan verme, 2-) Özgeçmişlerin incelenmesi ve eleme, 3-) Mülakat, 4-) İkinci bir eleme süreci, 5-) 3 hastane tarafından uygulanan teknik veya genel testler, 6-) Referans kontrolü, ve 7-) Son seçim ve işe alma süreci olduğunu görüyoruz.
- İlan verme aşamasında kurumlar, kendi internet sitelerinde, “kariyer.net”, “yenibiris.com”, “Akkariyer” gibi internet portallarına verdikleri ilanlarla veya hastaneye genel başvuru sonucu bırakılmış özgeçmişlerin incelenmesi ile ve hekim alımlarında gazete ilanı kullanarak personel aradığını duyurmaktadırlar. Dışarıdan temin de gazete ilanları çok düşük düzeyde kullanılmaktadır.

- Toplanan özgeçmişler üzerinde ilk olarak yaş, eğitim gibi genel kriterler üzerinden bir eleme yapılmaktadır.
- Bu aşamadan sonra her kurumda farklılık gösterecek bir süreç başlamaktadır. Bazı hastaneler bölüm yöneticilerine, birim amirlerine gönderdikleri özgeçmişler üzerinden teknik ve mesleki kriterlerin incelenmesi ile ikinci bir eleme yaparak görüşmeye çağrılacak aday sayısını belirlemektedirler.
- Her kurum referans kontrolünü mutlaka yaptığını, referansların önemli olduğunu ve bunu referans kontrol formu olarak kayıt altına aldıklarını belirtmiştir.
- Bazı hastaneler referanslarda adayın belirtmiş olduğu kişiler dışında daha önce çalıştığı yerdeki birim amirlerine dönerek daha sağlıklı bilgi aldıklarını, yeni mezunlarda ise okuldaki öğretmenlerinden bilgi almayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir.
- Referans kontrolleri adayla en az bir kez görüşüldükten sonra yapılmaktadır. Tüm hastaneler telefon ile referans kontrolü yaptığını belirtmişlerdir.

Tablo 29
İş Görüşmesi

	SORU 11	İş görüşmesi yapılırken kurum içersinden görüşmeye kimler katılıyor? İşe alma kararını kim veriyor?
1	MEMORİAL HASTANESİ	İşe almanın planlama aşamasında üst yönetimin onayı alınıyor ancak aday değerlendirilmedi ve görüşmelerde bölüm yöneticisi ve İK yer alıyor. Ancak hekim alımlarında üst yönetim mutlaka aday görüşüyor. Genellikle ortak bir karar ile personel işe başlatılıyor.
2	ALMAN HASTANESİ	Birim amiri ve İK adayları ayrı ayrı görüşüyor. Ortak kararlar aday işe başlatılıyor.
3	ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ	Birini amiri ve İK ilk görüşme, İkinci amir ve İK ikinci görüşme yapılır. İşe alma kararını İK ile birlikte veriliyor. Her iki tarafında olumlu oy vermesi gerekiyor. Mesleki kişilik envanterleri kullanılarak karar veriliyor.
4	AMERİKAN HASTANESİ	İlk görüşme İK' nın ikinci görüşme departman yöneticisidir. Ayrı ayrı personelle görüşülür. İşe alma kararını İK ve bölüm yöneticisi birlikte verir.
5	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	İK ve birim yöneticisi görüşmeyi ayrı ayrı yapar. İşe alma kararı ortak verilir. Ancak genelde direktörler karar verir.
6	MEDİKALPARK HASTANESİ	İK, birim müdürleri ve sorumlular adayla tek tek görüşüyorlar. İşe alma kararı ortaklaşa yürütülüyor.
7	MEDİCANA HASTANESİ	Adayla ilk görüşmeyi İK yapar, sonra ilgili departman ÖZGEÇMİŞ üzerinden değerlendirir. Sonra minimum iki kez görüşülür.
8	HİSAR HOSPİTAL	İK kendi iç bünyesindeki kişinin kişisel özellikleri, kuruma uygunluğu, kültürü, yönüyle bakıyor. Birim yöneticisi de teknikle ilgili kısımları uygun gördüğü takdirde her iki görüş de örtüşüyorsa uygun adaydır diye düşünüyoruz.
9	ACIBADEM HASTANESİ	İK ve birim yöneticisi ayrı ayrı görüşüyor. İşe alma kararını İK ve birim yöneticisi ortaklaşa veriyorlar.

İş Görüşmesinin yapılma aşamaları hastaneler arasında farklılıklar göstermekte ilk görüşen ve son görüşenin önem dereceleri değişmektedir. Bu aşamalar hastaneler için şu şekilde sıralanmıştır:

- İlk görüşme genellikle İK tarafından yapılmaktadır. İK adayları genel kurallar ve kurum kültürü, iletişim gibi alanlarda değerlendirerek bir eleme gerçekleştirmektedir.
- İlk görüşme 2 hastanede bölüm yöneticisi tarafından gerçekleştirilirken, 1 hastane tarafından da bölüm yöneticisi ve İK ile birlikte yapıldığını belirtilmiş, bir hastane ise bu aşamada görüş belirtmemiştir.
- İlk görüşme sonrasında uygun bulunan adaylar bölüm yöneticilerine teknik ve mesleki yeterlilik değerlendirilmesi için yönlendirilirken, ilk görüşmeyi bölüm yöneticileri yapmış ise İK'ya genel durum değerlendirilmesi için yönlendirilmektedir.
- Bu aşamalarda sonra elenen adaylardan geriye kalan ve uygun olduğu düşünülen adayların 3 hastane için her biri için farklı alanlarda uygulanan, genel yetenek, teknik yetkinlikler, ve mesleki bilgi sorularının olduğu bir teste tabi tutulduğunu, test sonucuna göre uygun olanların ikinci görüşmeye alındıklarını belirtilmiştir.
- Bir hastane tüm görüşmeleri İK ve bölüm yöneticileri ile birlikte yapıldığını, ilk görüşmede birinci birim amiri ile ikinci görüşmenin ise ikinci birim amiri ile yapıldığını belirtmiştir. İkinci görüşme sonrasında adayların sayısı azalmıştır ve bu aşamadan sonra referansların kontrolü uygulanacaktır.

- İşe alma kararları İK ve bölüm yöneticisi ile ortaklaşa verilmektedir.
- Bölüm yöneticisinin kararı İK'nın kararına oranla daha baskındır.
- Eleme aşamalarından sonra mutlaka adaylara bilgi verilirken işe uygun adaya da görüşmeden hemen sonra değil bölüm yöneticileri ile ortaklaşa verilen karardan sonra telefonla adaya dönülerek işe kabul edildiği bilgisi verilmektedir.

Tablo 30
Hemşirelerin Seçimi

	SORU 16	Hemşirelerin seçiminde aranılan eğitim şartı nedir?(Lise, önlisans, lisans, yüksek lisans). Eğitim düzeyleri çalıştığı pozisyonlarda ne kadar belirleyici rol oynuyor? Eğitim düzeyi kariyer planlamada ne kadar belirleyicidir? Hemşirelerin seçiminde tecrübe ne derece önemlidir?
1	MEMORİAL HASTANESİ	Özellikle lisans mezunu tercih ediliyor. Ancak deneyimli ve örgüt kültürüne uygun aday varsa lise mezunu bir adayda değerlendirilebiliyor. İş ilanlarında eğitim şartı lisans olarak çıkıyor. Kurum içersinde yüksek lisans imkanları sunuluyor. Ön lisans mezunu hiç yok, lise mezunları ise hastanenin ilk kuruluşunda alınmış olanlar. Lise mezunları tecrübe düzeylerine göre kariyer hedeflerinde ilerleyebilseler de lisans mezunları yoğunlukta olduğundan eğitim çalıştığı pozisyon için önemli yer tutuyor. Kariyer planlamada önemli örneğin koordinatör olarak çalışabilmesi için belirli bir eğitim seviyesi belirtiliyor. Yeni mezun ilk tercihimiz oluyor, çünkü kendi beklentilerimize ve kültürümüze göre yetiştiriyoruz.
2	ALMAN HASTANESİ	Her bir eğitim düzeyi gerekli, tamamından seçim yapılıyor, çalışacağı bölüm eğitim düzeylerine göre belirleniyor. Eğitim düzeyleri çalıştığı pozisyonda belirleyicidir. Kariyer planlamada öncelik eğitim düzeyi yüksek olanındır. Tecrübe önemli, yeni mezun tercih etmemeye çalışıyoruz.
3	ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ	En az ön lisans mezunu olması tercih ediliyor. Yeni mezunsu Lisans mezunu olması isteniyor. Lise ise en az 5-6 yıllık bir deneyim isteniyor. Yabancı dil bilgisi önemli. Sorumlu hemşirelik için en az ön lisans mezunu olmalı, yönetici hemşire olması için en az lisans

		mezunu olması isteniyor. Ama tercih sorumlu hemşirelikte lisans, yönetici hemşirelikte yüksek lisans olması yönündedir. Tecrübe önemli ancak onlarda daha fazla ayrıcalık istiyorlar. Kariyer planlamada eğitim önemli. Ücrette büyük fark yaratıyor.
4	AMERİKAN HASTANESİ	Lisans ve üstü aranır. Çok uzun yıllar tecrübesi varsa lise mezunu da alınabilir. Şu anki profilimizin %80-90'ı lisans ve üstüdür. Kariyer planlamada lise mezunu performansı çok yüksekse ve ciddi iyiye önü kesilmese de öncelik lisans ve üstünüdür. Tecrübe lise mezunu olması durumunda önemlidir. Onun dışında lisans mezunlarını geliştirme ve oryantasyon programı sonrasında (6 ay) işe başlatılırlar. Her yıl Koç Üniversitesi'nden 22 yeni mezun işe başlatılır.
5	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	Lise mezunu ise deneyime bakılıyor. Onun dışında bir ayırım yapılmıyor. Kariyer planlamada ilerleyebilir deneyim önemlidir. Tecrübeli eleman tercihi şartlara göre değişiyor. Devlet atamalarına göre sıkıntılı olunan zamanlarda yeni mezunda seçilebiliyor.
6	MEDİKALPARK HASTANESİ	Bütün mezuniyet durumlarının tercih edildiği noktalar var. Hepsini alabiliyoruz. Deneyim ve iş tecrübesine göre herkes yükselme imkanına sahip. Lise mezunu da servis sorumlusu olabiliyor. Kariyer planlamada eğitim düzeyi yerine tecrübe daha önemli. Yeni mezun alıyoruz ancak tercihimiz tecrübeli personelden yanadır.
7	MEDİCANA HASTANESİ	Eğitim şartı yüksek lisans tercih edilir. Ara eleman olarak lise mezunu da alınır ancak tecrübeye dikkat edilir. Buna zorlanıyoruz. Çünkü yeterli sayıda yüksek lisans mezunu yok. Gerektiğinde içerde eğitilir. İlerleme imkanı var. İnsan ilişkileri, performansı, çalışma düzeni kariyer planlamasında etkili. Başarılı olan adayın önü kesilmiyor.
8	HİSAR HOSPİTAL	Şuan ATT tercih edilmiyor yasa gereği, lise daha çok arka planda kalıyor. Daha çok lisans ve ön lisans. Tecrübe alana ve pozisyona göre değişir. Yeni bir ihtiyacımız çok acil durumda tecrübeli ihtiyacımız varsa tecrübeli tercih edilir. Aksi takdirde yetiştirme amaçlı düşünüyorsak yeni mezun tercih ediyoruz. Kariyer planlamada ilerleyebilirler.
9	ACIBADEM HASTANESİ	Lise mezunu çalışabilir ancak tercih lisanstan yana. Kariyer planlamada ilerleme imkanına sahipler ancak özellikle bölümlerde (yoğun bakım, ameliyathane, v.b alanlarda) tercih edilmezler. Lise mezunları poliklinik ve acilde çalışabilirler. Bu anlamda eğitim düzeyleri kariyer planlamada oldukça önemli. Tecrübe şartı ise bölüme göre değişmektedir. Bölüm içersinde tecrübeli eleman çok ise ve tecrübesiz eleman temini sorun yaratmayacak ise tecrübesiz yeni mezun tercih edilir.

Eğitim kademelendirilmesinin en yoğun olduğu grup hemşirelerdir. Mesleki anlamada sorumluluk kapsamında yasalar önünde hiçbir farkı bulunmayan lise, ön lisans, lisans ve yüksek lisans eğitim düzeylerinin tamamı hemşire olarak değerlendirilmektedir. Bu anlamda hastaneler açısından;

- Hemşire seçiminde özellikle lisans veya yüksek lisansın tercih nedeni olması yanında genellikle her kadronun çalışabileceği düzeyler ve kademeler farklılık göstermektedir.
- Genellikle acil gibi, poliklinik gibi alanlarda lise mezunu hemşireler çalıştırılırken, yoğun bakım, ameliyathane, yeni doğan gibi sorumluluk ve bilgi düzeyleri yüksek alanlarda lisans mezunu ve yüksek lisans mezunu istenmektedir.
- Lisans ve üstü bir eğitimi olan hemşirelerin seçiminde referans ve tecrübe kısmı ikinci planda kalırken, lise mezunu kişilerin bu alanlarda çalışabilmesi için ise tecrübe ve referans ön şart olmaktadır.
- Lisans mezunları için kurum içersinde yüksek lisans gibi veya sertifikalı branş eğitimleri gibi eğitim imkanları da sunulduğu görülmüştür.
- Bazı hastaneler için Sağlık Bakanlığı'nın personel alımı yaptığı dönemlerde artan hemşire sıkıntısı sonrasında lisans mezunu veya yüksek lisans mezunu uygun aday bulunamamakta, bu sebeple mezun olunan okulun önemi azalmaktadır.
- Kariyer planlamada lise mezunlarının önleri kesilmese de tecrübe ve performans da çok çok iyi olmaları karşılığında ilerleyebilmektedirler.

- Genellikle sorumlu pozisyonlarında çalışabilmek için lisans mezunu olma şartı gerekmektedir.
- Bu durumda eğitim düzeyleri çalıştıkları pozisyon için önemli bir koşul olsa da belirli koşullar altında esneyebilmektedir. Eğitim düzeyleri aldıkları ücretlerde de belirleyici durumdadır.
- Yeni mezunları ilk tercih olarak belirten hastaneler, kendi kurum kültürlerini daha kolay yerleştirebildiklerini, daha uyumlu çalıştıklarını da belirtmişlerdir. Özellikle iki hastane yeni mezunu tercih ettiğini belirtmiştir.
- Bir hastane yeni mezun işe alımı yaptığında oryantasyon sürecini 6 aya kadar çıkarabilmekte ve de kendi kurumlarının, hemşirelik okulu mezunu adaylarına öncelik tanımakta, her yıl mutlaka 22 yeni mezun hemşireyi işe başlattıklarını açıklamaktadır.
- Tecrübeli olma şartı, adayın lise mezunu olması durumunda, Sağlık Bakanlığı atamalarının olduğu dönemlerde, servis de bulunan tecrübeli personel sayısı gibi durumlarda değişkenlik göstermektedir. Aday açığı olan birimde tecrübeli personel bulunuyorsa yeni gelecek olan adayı yetiştirme ve eğitme imkanı ve süresi varsa yeni mezun aday tercih edilmektedir. Tecrübeli personeli olmayan bir birime personel alınacak ise tecrübeli olma şartı önem kazanmaktadır.

Tablo 31
Hekimlerin Seçimi

	SORU 17	Hekimlerin seçiminde aranılan bir özellik var mıdır? Tecrübe veya bilimsel yayın şartı var mıdır?
1	MEMORIAL HASTANESİ	Referanslar önemli, deneyimleri önemli.
2	ALMAN HASTANESİ	Medikal direktör seçimi yapıyor. İK sadece işleyiş için gerekli prosedürleri hazırlıyor.
3	ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ	Hekimlerde bilimsel yayın şartı aranıyor, ancak mezun olunan okul önemli değil. Hekim görüşmelerinin ilk görüşmeleri mesleki yönü önemli olduğu için Medikal Direktörlük tarafından yürütülüyor, ancak ikinci görüşmeye İK dahil oluyor fakat çok etkili olamıyor. Kişiyle tanışıp, ileride kişinin kuruma katkıları ne yönde olur bu anlamda bir bildirimde bulunuyorlar. Referans bilimsel yayına göre daha önemlidir.
4	AMERİKAN HASTANESİ	Hekim seçimlerini medikal direktörlük yapıyor. Tecrübe ve bilimsel yayın şartı mutlaka aranıyor.
5	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	Tıbbi ve medikal direktörlük yapıyor. İsim yapmış ve referans kontrolü ile tercih ediliyor. İK sadece görüşmeleri ayarlıyor.
6	MEDİKALPARK HASTANESİ	Hekim seçimleri medikal direktörlük tarafından yapılıyor.
7	MEDİCANA HASTANESİ	Her kriter kendi içinde farklıdır. Hangi branş ve ne bekleniyor. Özellikli bir alana alınacaksa (örneğin pediatrik kardio vasküler cerrahi) uzmanlık eğitimi aldığı yerde bu uygulama eğitimi verilmiş olma şartı aranır. Referans kontrolü yapılır.
8	HİSAR HOSPİTAL	Medikal direktörlük seçimi yapar. Özlük dosyası İK'dadır. Tecrübe aranıyor.
9	ACIBADEM HASTANESİ	Medikal direktörlük seçim işlevini yapıyor. İK özlük işleri ve ilanlarını takip eder. Tecrübe tercih sebebidir.

Hekim seçimlerinde;

- İK'nın aktif bir rolü ve söz hakkı yok gibidir. Özlük dosyalarının tutulmasında işe başlayış ve ayrılışlarında rol almaktadırlar.

- Seçimler medikal direktörlükçe yapılmakta, bitirdiği okuldan ziyade tecrübe ve referans önem kazanmaktadır.
- İsim yapmış hekimlerin tercih sebebi olduğu görüşmelerde belirtilmiştir.
- Bir çok hastanenin İK yöneticileri hekimlerin görüşme sürecinde bile yer almamaktadırlar.
- Hastanenin diğer tüm personelinin seçiminde önemli olan kurum kültürüne yatkınlık, iletişim becerileri, genel yetenek ve kişilik testlerinin hekimlerin seçimi söz konusu olduğunda bir önemi kalmamaktadır.

Şüphesiz ki; hekimler her hastane için farklı olan bu kurum kültürüne, iletişim becerilerine doğuştan sahip değildirler ve ekip çalışmasına uygunluk, tutarlılık gibi parametreleri de ölçen kişilik testlerine uygunluk için tıp fakültelerinde test edilip eğitim almamaktadırlar. Diğer personel için eksik olabileceği düşünülen, eleme kriteri olarak kabul edilen genel yetenekler hekimler için göz ardı edilmektedir.

- Hekim seçimleri için bitirilen tıp fakültesi, uzmanlık alınan hastanenin ismi de çok önemli bir kriter değil gibidir.
- Bir hastane de İK sorumlusu hekimlerin ancak ikinci görüşme sürecine dahil olduklarını fakat çok etkili olmadıklarını belirtirken, sadece iki hastane tarafından bilimsel yayın şartının önemli olduğu belirtilmiştir.
- Yine bir hastane tarafından hekim seçiminde özellikle iş tanımında belirtilmiş bir yan dal gibi özellikli bir alana dair bilgi var ise kişinin

uzmanlığını tamamladığı kurumda bu özelliğin bulunmasına dikkat edildiği belirtilmiştir.

Tablo 32
Diğer Medikal Personelin Seçimi

	SORU 19	Diğer medikal personelin seçiminde aranılan özellikler nelerdir?
1	MEMORİAL HASTANESİ	Tekniker olmaları, ilgili alandan mezun olmaları, kurumun işe alım sürecinden geçmiş olmaları gerekiyor. Referansların olumlu olması ve kurum kültürüne uygun olması gerekiyor.
2	ALMAN HASTANESİ	Okulun diploma alan uygunluğu önemlidir. Lise mezunu, ön lisans mezunu olmaları gerekiyor, tecrübe ve referans önemlidir.
3	ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ	Lise mezunu tercih edilmiyor, ön lisans mezunu yada lise mezununun çok deneyimli olması bekleniyor. Daha önce çalıştığı cihazlar araştırılıyor, kurum cihazları ile benzerlikleri karşılaştırılıyor. Yabancı dil bilmesi tercih ediliyor.
4	AMERİKAN HASTANESİ	İlgili alan mezunu olması gerekiyor. Farklı bölüm mezunu kesinlikle alınmıyor. Deneyim aranıyor. Tecrübe bizim için avantaj sağlıyor. Üniversitelerin kariyer günlerine giderek hedef gruplarımıza tanıtım yapıyoruz ve o aşamada da belirlenmiş olabiliyor.
5	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	Tecrübe şartı ve tabi ilgili okul mezunu olma şartı vardır.
6	MEDİKALPARK HASTANESİ	Okul, mezuniyet düzeyleri ve deneyimleri aranılan özelliklerdir.
7	MEDİCANA HASTANESİ	Mesleki yeterlilik, ve tecrübeye bakılıyor. Diplomalarını görüyoruz.
8	HİSAR HOSPİTAL	Kendi alanıyla ilgili, yetkilendirme ile değerlendiriliyor. Birim yöneticisi tarafından hangi özelliklerde bir çalışan isteniyorsa, biz o yönde bir çalışan arıyoruz.
9	ACIBADEM HASTANESİ	Üniversite mezunu olması şartı vardır. Diğer seçim işlemleri hemşirelerle aynı özellikleri göstermektedir.

Diğer medikal personelin seçiminde;

- Yasalara uygunluk çok önemlidir. Mutlaka ilgili alan mezunu olmasına, mesleki yeterliliğine ve diplomalarının uygunluğuna bakılarak seçme ve yerleştirme yapılmaktadır.
- JCI'dan önce laboratuarlarda biyologlar çalıştırılmakta iken JCI'dan sonra mutlaka ilgili alan mezunu olmasına dikkat edilmektedir.
- Bazı hastaneler için yabancı dil bilgisi ve tecrübe oldukça önemlidir.
- Referansların kontrolü esnasında olumlu görüş bildirilmesi, daha önceki iş deneyimleri önemlidir.
- Daha önce çalışmış olduğu kurumdaki alet ve malzemenin başvurduğu hastane ile uygun olması oryantasyon sürecini azaltacaktır.
- Bir hastane üniversitelerin kariyer günlerine giderek tanıtım yaptıkları esnada da belirledikleri adaylara mezuniyet sonrasında eğitimlerle destekleyerek, kurumlarına hazırlayarak sonrasında işe başlatabildiğini belirtmiştir.

4- Performans Değerlendirme ve İçerden Temin Süreci: Adil bir performans değerlendirme sisteminin var olması, performans değerlendirmenin çalışanların kariyerleri üzerinde doğrudan etkili olması ve içerden teminde kullanılıyor olması gerekmektedir. İlgili JCI Standartları şunlardır; ÇNE.3.1, ÇNE.9, ÇNE.12, İlgili görüşme soruları; (12, 13, 14, 15)

Tablo 33
İçerden Temin Süreci

	SORU 12	Kurum içersinden personel temini hangi sıklıkla kullanılıyor? Seçim nasıl yapılıyor?
1	MEMORIAL HASTANESİ	Öncelik her zaman içerden temin yoluna gidiliyor. Bölüm yöneticisinin referansı, onayı ve performans sonuçları kararı etkiliyor.
2	ALMAN HASTANESİ	İşlevini yitirmiş birimdeki personel başka alanlara kaydırılıyor. İçeride uygun aday varsa öncelikle içerden temin kullanılıyor. Seçim için özlük dosyaları inceleniyor, öğrenim durumları, kıdem, daha önceki iş yaşamı ve birim amirinin önerisiyle aday değerlendirme sürecine alınıyor.
3	ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ	Pozisyonun açılmasıyla doru orantılı olarak kullanılıyor. Seçimde dışarıdan alınacak olan personele uygulanan süreç içerdeki aday içinde aynı sıraya göre uygulanıyor.
4	AMERİKAN HASTANESİ	Pozisyona göre değişmekle birlikte yaklaşık olarak 10 da 3 veya 4 tanesini içeriden temin ediyoruz. İntranet ortamda yayınlanan kurum içi transfer formuna başvuruları yapıyorlar. Başvuru süresinin sona erdiği gün tüm formlar toplanır. Değerlendirme yapılır. İK'nın veri tabanından kişinin tüm niteliklerini kapsayan veriler çıkartılır. Performans değerlendirmelerine bakılıyor. Tüm bunlar entegre edildikten sonra adaylarla görüşme kısmı olur. Bunun sonucunda da neticelenir.
5	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	Direktörün kararıyla oluyor. Çünkü performansını da o değerlendirmiş oluyor. Performansın dışında sadece yaptığı iş olmayıp yöneticilik vasıfları ve liderlik vasıflarına sahip belli kişiler o kadronun yetenekleriyle olabilecek kişiler zaten belli oluyor. Kendi içlerinde kişiyi hazırlıyorlar. Genel tavır ve davranışlarıyla bu sinyali veriyorlar. Pozisyon için öncesinde bir kaç isim belirlenmiş oluyor. Bu kişilerin iş planları yapılırken diğerlerinden farklı olarak bir yükleme yapılır. Alanda bir şekilde test edilir. Gizli gizli kişi farkına varmadan yedekleme yapılarak yetişmesi sağlanır.
6	MEDİKALPARK HASTANESİ	Performans sonuçlarına göre terfilerde içerden temin kullanılıyor.

7	MEDİCANA HASTANESİ	Hemşirelik hizmetleri değerlendirmeleri denilen aylık bir sistemimiz var. Bu programlarla yıllık geniş perspektiften bakılınca ortaya çıkan veriye göre terfi ve ek ödüllennmeler yapılıyor. Uygun görülen adaya yatırım yapılıyor. Her adayın aldığı eğitimler dışında kariyer planlaması düşünülen kişiye ek eğitimler verilir.
8	HİSAR HOSPİTAL	Pozisyona bağlıdır. Sorumlu pozisyonunda ise kendi iç bünyemizden karşılama yoluna gidiyoruz. Bölüm yöneticisi tarafından bize sunulan kişiyi uygun görüyoruz, değerlendiriyoruz. Uygun görülüyorsa yönetim ve direktörlük tarafından kişinin yeni pozisyonu 2 ay deneme süreci olarak intranet üzerinden tüm çalışanlara duyurulur. Süre sonunda yetkinliğini ispat ettiği takdirde asaletini takdim ediyoruz.
9	ACIBADEM HASTANESİ	Öncelik içerden temine gidilir. Haftalık olarak web sayfasında açık pozisyon ilan edilir. 2008 yılı içersinde pozisyonların içerden doldurulma oranı %82 olarak gerçekleşmiştir. Aday kendisine uygun bir pozisyon görüyorsa bölüm yöneticisinin onayını alarak görev değişikliği formunu doldurarak, İK ya iletir.

Tüm hastaneler için kurum içersinden personel temini kariyer planlamada önemli yer tutmakta ve uygulanmaktadır. Görüşmelerde;

- Hastaneler genellikle kariyer planlama veya terfi olanakları olan pozisyonlarda içerden temin yöntemi ile kurum personeline öncelik vermektedirler. %82 gibi oldukça yüksek bir oranda içerden temini kullandığını belirten hastane mevcuttur.
- Üç hastane açık olan pozisyonu kendi intranet ortamlarında ilan ederek gelen başvurular üzerinden değerlendirmeye giderken, üç hastane de ilgili bölüm yöneticisinin referansı ve onayı ile aday gösterme sonrasında seçim yapılmaktadır. Üç hastane ise performans sonuçlarına göre uygun olabilecek adayları yetiştirerek, eğiterek içerden temin sürecini uygulamaktadır.

- Dışarıdan temin sürecinin aynısını içerden temin sürecine de uyguladığını beyan eden hastanede başvurular toplandıktan sonra içlerinde bir elemeye tabi tutulup sonrasında İK ile ilgili birim yöneticileri tarafından mülakata alınmaktadır. Bu aşamalardan geçen aday uygun ise boş olan pozisyona başlatılmaktadır.
- Seçimi için özlük dosyalarının incelenmesi ile ortaya çıkan eğitim durumları, kıdem, daha önceki iş yaşamı ve birim amirinin önerileri sonrasında içerden temin sürecini uygulayan hastanelerde mevcuttur.

Tablo 34
Hastanelerdeki Terfiler ve Kariyer Planlama

	SORU 13	Hastanenizde terfiler ve kariyer planlama nasıl gerçekleşiyor?
1	MEMORİAL HASTANESİ	Öncelikle içerden temin kullanılır. İçerde uygun adaylar varsa onlar değerlendirilir ve gelişmeleri sağlanır. Yada bölüm yöneticilerinin bilgisi dahilinde İK uygun adaylar için bir plan yapar. İçerde uygun aday yoksa dışarıdan yönetici alma yoluna gidilir. İlk işe alımlarda kariyer planlama hakkında adaylara bilgi verilir.
2	ALMAN HASTANESİ	İçerden temin ile gerçekleşiyor, aday ilk işe başladığında bilgilendiriliyor.
3	ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ	Performans değerlendirme sürecimiz sonrasında, çalışana kariyer ve eğitim hedefleri sorulur. SAP sistemi kullanıyoruz. Daha önceden bölüm kat hemşiresinden beklentiler sisteme girilmiştir. Kişi sistemin üstünde bir not almışsa sistem adayı bize ek değerlendirme için sunar. Adayda yöneticilik vasıfları mevcutsa kariyer için yedek havuzuna alınarak eğitimlere tabi tutulur. Yada sistemin altında bir not almışsa bunun nedeni sorgulanır, sebep eğitim eksikliği ise desteklenir, servisle ilgili yada takım arkadaşları ile ilgili bir durumsa çalışma bölgesinin değiştirilmesi yoluna gidilir. Kariyer planlamasında öncelikle içeride yedeklediğimiz personeli kullanmak için öncelikle içeriye duyuru yapılır.

4	AMERİKAN HASTANESİ	İçerden temin terfi ve kariyer planlamadır.
5	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	İçerden temin süreciyle gerçekleşiyor.
6	MEDİKALPARK HASTANESİ	Performans sonuçlarına göre gerçekleşiyor.
7	MEDİCANA HASTANESİ	Hemşirelik hizmetleri değerlendirmeleri denilen aylık bir sistemimiz var. Bu programlarla yıllık geniş perspektiften bakılınca ortaya çıkan veriye göre terfi ve ek ödüllennmeler yapılıyor. Uygun görülen adaya yatırım yapılıyor. Her adayın aldığı eğitimler dışında kariyer planlaması düşünülen kişiye ek eğitimler verilir.
8	HİSAR HOSPİTAL	İçerden temin süreciyle gerçekleşiyor.
9	ACIBADEM HASTANESİ	İçerden temin süreciyle gerçekleşiyor.

Kariyer planlaması içerden temin için kullanılan yegâne amaçtır. Bu aşamada;

- Hastaneler tarafından kariyer planlaması düşünülen kişilere ek görevler ve eğitimler verilmektedir.
- İK bölüm yöneticilerinin de yönlendirmeleri ile uygun adaylar için geleceğe yönelik yatırımlar yapmakta aslında bir nevi yönetici olabilecek personellerini yedeklemektedirler.
- Kariyer planlamada performans değerlendirme sonuçları genelde direkt etki yaparken aslında personeller hakkında önemli bir data sağlayıcı olmaktadır.
- Bir hastane performansın dışında aylık olarak yaptıkları bir değerlendirme sürecinin olduğunu bununla birlikte diğer sistemlere

geniş bir perspektiften bakılarak ödöl ve terfilerin yapıldığını belirtmiştir.

- Personelin performansının yanında bölüm yöneticisinin görüşleri, kişinin liderlik ve yöneticilik vasıfları da oldukça önemlidir.
- Duyuru sonucunda bu yerleştirmeyi yapacak olan hastanelerde mülakat ve değerlendirme süreci başlamakta, bir hastane için personelin bu pozisyona başvurabilmesi bölüm yöneticisinin onayı ile gerçekleşmektedir.
- Genellikle terfiler ve kariyer planlama içerden personel temini ile olabilmekte, ilk işe başlayışlarda adaylar bu konuda bilgilendirilmektedirler.

Tablo 35
Performans Değerlendirme Süreci

	SORU 14	Kurumun performans değerlendirme süreci nasıl çalışıyor?
1	MEMORIAL HASTANESİ	Kişi önce kendini değerlendirir. Sonra bölüm yöneticisi kişiyi değerlendirir. Daha sonra kişi ile bölüm yöneticisi bir araya gelerek her iki formu değerlendirerek ortak bir form oluşturuyorlar. Bu formu İK'ya yönlendiriyorlar.
2	ALMAN HASTANESİ	Performans Değerlendirme hiyerarşik piramide göre yapılıyor.

3	ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ	Performans değerlendirme yılda bir defa kasım ayında yapılıyor. Temel yetkinlikler, yönetsel yetkinliklere bakılıyor. Hemşirelik hizmetleri için sayısal hedefler mevcut. İndikatörler var puanlar eşit miktarda tüm takım üyelerine dağıtılıyor. Örneğin yılda 2 defa eğitim şartı var ne derece yerine getirilmiş ona bakılıyor. Hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için performans değerlendirmenin indikatörleri olarak kullanıyoruz. Değerlendirmeyi yönetici yapar, çalışana kariyer ve eğitim hedefleri sorulur. SAP sistemi kullanıyoruz. Daha önceden bölüm kat hemşiresinden beklentiler sisteme girilmiştir. Kişi sistemin üstünde bir not almışsa sistem adayı bize ek değerlendirme için sunar. Adayda yöneticilik vasıfları mevcutsa kariyer için yedek havuzuna alınarak eğitimlere tabi tutulur. Yada sistemin altında bir not almışsa bunun nedeni sorgulanır, sebep eğitim eksikliği ise desteklenir, servisle ilgili yada takım arkadaşları ile ilgili bir durumsa çalışma bölgesinin değiştirilmesi yoluna gidilir. 90 derecelik performans değerlendirme sistemi uygulanıyor. Birinci amir değerlendirir, ikinci amirin onayına sunulur.
4	AMERİKAN HASTANESİ	Bazı hedeflerimiz, genel müdür kartında da bulunur, hemşirenin kartında da, haberleşme elemanının kartında da görülür. Hastanenin genelini ilgilendiren hedeflerimiz vardır. Hedefler hep bir üst kademenin onayı ile gerçekleştirilir. Üst yönetimden de aşağıya yayıldığı için onaylama mekanizması da yine üst yönetimdir. Bu şekilde koordineli gideriz. Hedefler üstten aşağıya doğru yayılır. Sene başında hedefleri çalışana vermekten ve sonrasında onların ne kadar gerçekleştirdiği, gerçekleşmediğini aylık bazda yada yıllık bazda takip etmektedir. Çalışanla mutlaka el sıkışılır. İlk önce hedefleri verildiğinde çalışanın onayı alınır. İmzası alınır, sene sonunda da performans değerlendirmelerini yine yöneticisi yapar, aynı şekilde personelinde imzası alınır, sonrasında da personelle geri bildirim seansı yapılmaktadır. Karşılıklı nerelerde sıkıntılar yaşandı, nerelerde çok iyi bunun bilgisi de çalışana verilir. Yılda bir kez yapılır.
5	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	Otomasyon üzerinden girilmiş kriterler üzerinden yapılıyor. İlgili bölüm yöneticisi adayı değerlendiriyor. Personel, sorumlusunun değerlendirmesini görür ve altına yorum yazar.
6	MEDİKALPARK HASTANESİ	İlk iki ayda bir değerlendirme yapılır, sonra her 6 ayda bir performans değerlendirme yapılıyor. İlk amirleri ve iki üst amirleri çalışanı değerlendiriyor. Aday kendini değerlendiriyor. Üçüncü formda aday ve birim amiri ortaklaşa bir değerlendirme yapıyorlar.
7	MEDİCANA HASTANESİ	Değerlendirme programımız var yılda 2 kez yapılıyor. Ek planlama var, her departmanlarda bireyi değerlendirme süreci var. Bölüm yöneticisi sisteme girerek değerlendirmeyi yapar. Değerlendirilen birey bu değerlendirmeyi görmez.

8	HİSAR HOSPİTAL	Performans- 2007 de yapıldı, çok fazla sağlıklı olmadı, 2008’de çok sağlıklı olmadı. Çünkü 2007 de sorular daha çok düz mantıkla yapılmıştı. 2008 de bu soruların daha çok ayrıştırılmasına gidildi. Görev eksenli sorular sorularak performans değerlendirmesi yapıldı. Çıkan sonuç, çalışanla gerekçeleri ile paylaşarak form üzerinden yöneticinin görüşleri, çalışanın görüşleri adı altında formumuz vardır. Çalışanın görüşleri de alınır. Bu dosya halinde saklanır. Performans yılda 1 kez yapılıyor.2009 da 2008’in sonuçları çok fazla yansıtılmadı, global kriz nedeniyle maddi anlamda bir yansıtılma olmadı, ama 2009 da hedefimiz, ekonomik duruma göre performansını çalışanlarımıza yönetimin alacağı bir kararla yapılabilir.
9	ACIBADEM HASTANESİ	Bölüm yöneticisi yılda bir defa adayı değerlendirir. Son aşamada adayla form üzerinden ortaklaşa bir değerlendirme daha yapılır. Ortaklaşa doldurulan form İK'ya iletilir. Yetkinlik bazlıdır. 6 ayda bir yapılabilmesi için çalışmalar devam etmektedir.

Kurumlar performans değerlendirme süreçleri ile ilgili sorulara genellikle yüzeysel cevaplar vererek detaylı bilgi vermekten kaçınmışlardır. Performans değerlendirme;

- Genelde yılda bir kez yapılmaktadır.
- Araştırmada iki hastane tarafından, her yıl yapılan planlamalar esnasında, kişilere hedefler verildiği, kendisine ait beklentilerin neler olduğunun anlatıldığı, kariyer ve eğitim hedeflerinin sorulduğu yani kişinin kendisini de yıl içinde bir öz değerlendirmeye tabi tutabileceği bilgileri çalışanları ile paylaştıklarını belirtmişlerdir.
- Tüm hastanelerde çalışanı bölüm yöneticisi değerlendirmektedir. Üç hastanede, bölüm yöneticisi ve çalışan ayrı olarak birer değerlendirme formu doldururlar. En son aşamada çalışan ile bölüm yöneticisinin bu iki formdan yola çıkarak ortaklaşa doldurdıkları üçüncü bir form İK’ya gönderilmektedir.

- Araştırmada bir hastane de çalışanın performans sonucundan ve sürecinden haberinin olmadığı anlaşılmıştır. İki hastanede bölüm yöneticisinin doldurduğu form üzerinden adaya bilgi verilir ve adayında bu forma yorum yapmasına izin verilmektedir. İki hastanede çalışana yıllık olarak hedefleri hakkında bilgi verilir ve onayı alınmaktadır.
- Yılsonunda ise çalışana bölüm yöneticisinin yapmış olduğu değerlendirme üzerinden yine bilgilendirme yapmaktadır.

Tablo 36
Performans ve Kariyer İlişkisi

	SORU 15	Performans değerlendirme sonuçları, hastaneniz çalışanlarının kariyerinde ne derece etkilidir?
1	MEMORİAL HASTANESİ	Oldukça önemli bir yer tutuyor.
2	ALMAN HASTANESİ	Performans değerlendirme %30-40 önemli.
3	ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ	Performans değerlendirme önemli bir data sağlayıcısı durumunda.
4	AMERİKAN HASTANESİ	Çok etkili, ABCDE değerlendirmeleri mevcut. C geçerli bir performans. C'nin altındakileri değerlendirmeye alınmamaktadır. Geliştirme eğitim programları düzenlenir.
5	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	Direkt etkili olmaktadır.
6	MEDİKALPARK HASTANESİ	Kariyer planlamada direkt etkili olmaktadır.
7	MEDİCANA HASTANESİ	Diğer sistemle birlikte performans birlikte kullanılır. İki sistem de eşit derecede kullanılır.
8	HİSAR HOSPİTAL	Performans sağlıklı bir şekilde kullanılamayacağı geldi ama çok fazla net bilgi sunmayacağım, çünkü yansıması olmuyor.
9	ACIBADEM HASTANESİ	Önemlidir. Çünkü performansın iki alana etkisi vardır. Kariyer ve eğitim.

Performans değerlendirmesinin kariyer planlama üzerine etkileri sorgulandığında;

- Kariyer planlamada asıl önemli olanın bölüm yöneticisinin görüşleri olduğu ortaya çıkmaktadır.

Performans değerlendirme sürecini de bölüm amirinin yaptığı düşünülürse, personelin kariyer gelişimi aslında tek bir kişinin görüşüne bırakılmış olmaktadır. Kaldı ki bazı hastanelerde pozisyona başvuru da bile bölüm yöneticisinin onayının alınması gerekmektedir. Personel bu durumda zorunlu olarak bölüm yöneticisi ile iyi geçinmek zorunda bırakılmaktadır. Bölüm amiri ile olabilecek en küçük bir sürtüşme bile kişinin gelecek iş yaşamında oldukça önemli izler bırakabilecektir.

- Sadece üç hastane çalışan ile bölüm yöneticisinin görüşlerinin eşite yakın olabileceği anlamında ortaklaşa ve diğer hastanelere oranla daha adil olabilecek bir değerlendirme yapılmasına izin verirken iki hastanede personelin görüşlerinin alınması adayın en azından kendisine tanınan bir savunma hakkı olduğu söylenebilir.
- Senenin başında personele hedeflerinin verilerek kendi performansını kendisinin öz değerlendirme şeklinde yapması, sonuçtan çıkabilecek sürtüşmeleri azaltabileceği söylenebilir.

Yılsonunda sadece sonuçtan haberdar edilmek veya geribildirimde bulunmamak çok da adil bir kariyer planlama imkânı sunulmadığının, performans sonuçlarının en azından çalışan açısından ne kadar güvenilir olduğunun bir göstergesi olabilir.

- Bir hastane düşük alınan performans puanının nedenini sorguladığını, gerektiğinde kişinin çalıştığı yerin değiştirildiği veya eksik olunan alanlara yönelik eğitimler verildiği belirtilmiştir.

Performans değerlendirme sistemlerini hastanelerin gözden geçirerek, daha adil, uygulanabilir ve personelin güvenini kazanacak bir sürece geçmeleri gerekmektedir.

5 Personel Bilgi Dosyası, Yetkinlik Yeterlilik Değerlendirmesi ve Kanunlara Uygunluk: Personel için standart bir dosyanın olması, bilgilerinin doğruluğunun araştırılması ve bilgilerin güncellenmesi gerekmektedir. Hastane, hemşirelerin yetkinliklerini, yeterliliklerini ve kanunlara uygunluğunu değerlendiren bir sürece sahip olmalıdır. İlgili JCI Standartları şunlardır; ÇNE.3.2, ÇNE.7, ÇNE.7.1, ÇNE.7.2, ÇNE.10, ÇNE.10.1, ÇNE.11, ve ilgili görüşme soruları; (18, 20, 21)

Tablo 37

Yeterlilik Değerlendirmesi ve Kanunlara Uygunluk

	SORU 18	Medikal personelin diplomalarının ve eğitim sertifikalarının geçerliliğinin kontrolü yapılıyor mu? Nasıl ve hangi sıklıkla?
1	MEMORIAL HASTANESİ	Noter tasdikli alınıyor, okullara geri dönülerek doğrulama yapılıyor. İşe ilk girişte bu uygulama yapılıyor. Diğer eğitimleri kurum tarafından veriliyor ve sertifikalar dosyalarına konuluyor.
2	ALMAN HASTANESİ	Hekimler için Sağlık Bakanlığı'nın doğrulama sistemi uygulanıyor. Diğer personelde okullara yazılıp, sorgulanıyor.

3	ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ	Hekimler için Sağlık Bakanlığı'nın sistemi kullanılıyor. JCI noter onayını kabul etmiyor. Hemşire ve teknikerlerde okullara dönülüyor. Başvurularda eğitmen referansı alınıyor. Eğitime döndüğünüzde size sadece o okulda öğrenci olduğu konusunda bilgi veriyor ancak mezun olup olmadığını doğrulamıyor. Çalışma belgesini Sağlık Bakanlığı hazırlıyor, hatta bize hazırlatıp sadece onaylıyorlar. Ancak sahte diploma ile karşılaşıldığında deneme süresinde mesleki yeterliliğinin az olması nedeniyle, kişi farklı gerekçelerle kurumdan çıkarılıyor. Okullar çok doğrulayıcı bilgi vermiyorlar. Önce iş başlayışı yapılıyor, okuldan yazı gelmesi bekleniyor. Şimdiye kadar 1 tane sahte diploma ile karşılaşılmış, kişi yasal sürenin sonunda mesleki yeterliliği az olduğu gerekçesi ile işten çıkarılmıştır.
4	AMERİKAN HASTANESİ	Noter tasdikli alınıyor. Okullara teyit mektubu gönderiyoruz. Okullardan cevap geliyor. SB sistemini kullanmıyoruz. Hekimlerde de mutlaka okullara yazılıyor. Çünkü bu JCI'da çok net bir bilgi. Bizde aynı şekilde tüm çalışanlar için bu işlemin tamamını yapıyoruz. 3 yılda bir tekrar bu diploma geçerlilik kontrolünü yeniden yapıyoruz.
5	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	Yazılı ve telefonla diploma doğrulama yapılıyor.
6	MEDİKALPARK HASTANESİ	Telefonla ve yazışmalarla kontroller yapılıyor.
7	MEDİCANA HASTANESİ	SGK'da bir diplomaların geçerlilik kontrolü için sistem var. Daha önce internet üzerinden üniversitelerin sayfalarından TC kimlik numarası girerek Ad Soyadı ile diploma numarasını görebiliyorduk, buradan döküm alıyorduk. Eski dosyalarımızda böyle. İlgili bakanlık ve okullara telefon ederek yazışma istiyorduk. Şu an internet üzerinden alınmış Sağlık Bakanlığı onay formları var. Hemşirelik hizmetleri için de TC kimliğini girerek sorgulayabiliyorsunuz. Yeni mezunlarda okula dönülüyor. Sağlık Bakanlığı ile yazışmalarla sorgulanıyordu. Son bir yıldır yazışma yolu yerine internet üzerinden sorgulanıyor.
8	HİSAR HOSPİTAL	İlk kaynaktan doğrulama. Okulla yazışma yapılıyor. Hekimler için bilgi bankası kullanılıyor. Güncelleme sürecini yaşamadık.
9	ACIBADEM HASTANESİ	Geçerlilik kontrolü adayın diplomasının arkasında Sağlık Bakanlığı' onayının olup olmadığına bakılıyor. Onay varsa süreç burada sona eriyor. Onay yok ise okullarına yazılarak bilgi doğrulaması yapılıyor.

Sağlık personelinin yeterliliklerini özellikle gözden geçirmek gerekmektedir, çünkü bu kadrolar teknik bakım süreçlerine doğrudan katılırlar ve doğrudan hastalarla çalışırlar JCI ile akredite olmuş hastaneler diplomaların doğruluğunun kontrolünde yardımcı sağlık personelinde ve hekimlerde farklılıklara rastlanmaktadır;

- Hekimlerin diploma kontrollerinde dört hastane Sağlık Bakanlığı'nın bilgi doğrulama bankasını kullandığını belirtmiştir.
- Araştırmada dört hastane tarafından mutlaka mezun olunan okullara yazılarak doğrulama yapıldığı belirtilmiştir.
- Görüşülen bir hastane ise diplomaların arkasında Sağlık Bakanlığı onayının bulunmadığı durumlarda okullara yazarak teyit almakta, onay var ise bunu yeterli görmektedir.
- Noter tasdikli olması JCI için yeterli olmamaktadır. Okullardan yazışmalar ile diploma teyidi istenmesi gerekmektedir.
- Diğer medikal personel ve hemşirelerde mezun olunan okullara yazılarak diploma teyidi istenmektedir.
- Yazılı bilgi doğrulama daha güvenilir bulunmaktadır, çünkü telefon ile yapılan aramalarda eğitmenler genelde adayın o okulda okuduğunu doğrulanmış olsa bile mezun olup olmadıkları konusunda net bir bilgi paylaşamamaktadırlar. Bu sebeple yazışma yolu tercih edilmekte ancak bunun da uzun bir süreç olmasından dolayı aday işe başlatılmakta bu sırada kontrol işlemlerine devam edilmektedir.
- Ülkemizde meslekten men cezası da uygulanmaktadır. Bunun sorgulamasının yapıldığına dair hiçbir açıklamaya rastlanmamıştır. Hekimler için Tabipler Odası veya İl Sağlık Müdürlüklerinden yapılması gereken bu sorgulama diğer yardımcı sağlık personeli için de İl Sağlık Müdürlüklerinden sorgulanmalıdır. Kişinin ilgili okuldan

mezun olmuş olması aynı mesleki yeterliliği aynı kalitede yıllarca taşıdığı anlamına gelmemelidir.

- Bir hastane tarafından TC kimlik numarası ile yardımcı sağlık personelinin SGK tarafından sorgulandığı belirtilmiştir. Bu sorgulamanın ssk sicil sorgulama olduğu düşünülmektedir. Yapılan bu sorgulama sonrasında o kişinin daha önce çalışmış olduğu alanlar, süreler görülmekte diploma geçerliliğine dair bir bilgiye ulaşılamadığından tarafımda bu amaç için uygulanmaması gereken bir yöntemdir.
- Sertifikaların kontrolü hakkında da bir bilgiye ulaşılamamıştır. Sadece bir hastane gerekli sertifikalama sürecinin kendilerince yapıldığını bu sebeple doğruluğunu denetlemeye gerek olmadığını belirtmiştir.
- JCI standartlarına göre her 3 yılda bir tekrarlanması gereken bu geçerlilik kontrolü bizim ülkemizde daha kısıtlı uygulanmakta, 1 hastane dışında 3 yılda bir bunu tekrarladığını belirten kurum olmamıştır.
- Diplomaların geçerliliğinin kontrolü sadece işe ilk giriş aşamasında yapılmaktadır. Bir hastane de bu süreç içerisinde sahte diploma ile karşılaşmış kişinin mesleki yeterliliğinin bulunmadığı gerekçesiyle yasal süre zarfında işten çıkarılmış, fakat kişiye işten çıkarma gerekçesinin asıl nedeni söylenmemiştir.

Tablo 38**Kadro Yeteneklerinin Değerlendirme Süreci**

	SORU 20	Hastanenizde kadro yeteneklerini ve iş tanımlarında belirtilen sorumluluğu değerlendiren bir süreç mevcut mu? Kadro yetenekleri ne zaman ve hangi sıklıkla değerlendiriliyor?
1	MEMORİAL HASTANESİ	Kanuni deneme süresi sonunda bölüm yöneticileri tarafından bir değerlendirme yapılıyor. Performans değerlendirme süreci bu ölçümü sonrasında sağlamaktadır.
2	ALMAN HASTANESİ	Yasal süre olan 2 ay içerisinde sıkı gözlemleniyor. Yeterli mi, gelişmeye yatkın mı değerlendiriyor. Birim amiri ile görüşülüyor, eğitimler verilir. Sonrasında personel performans değerlendirme ve verilen eğitimlerin sonundaki değerlendirmelerle yeterlilikleri sorgulanıyor.
3	ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ	Yasal sürede değerlendirme. Ayrıca teknikerlerde bir süreç vardır, sonrasında performans da mesleki yeterlilikleri değerlendiriyoruz. Her yıl kritik değerlendirme yapılır. Yılda 1-2 kez yapılan bir iş ve görev yetkinliğini, eğitimlerle değerlendiriyoruz. Organizasyon şemasında yeni bir pozisyon açıldığında yatay ve dikey tüm yetenekler değerlendiriliyor, ayrıca 3 yılda bir bu yönde değerlendirme yapıyoruz.
4	AMERİKAN HASTANESİ	Aylık hedefler var. Tıbbi kadroda bazı performans değerleri aylık olarak tutuluyor. Oradaki hedeflerin konsolidasyonu yıllık performansımızı oluşturuyor. Aylık olarak değerlendirilir ve çalışanla paylaşılır. Bunun dışında bölüm yöneticilerinin yaptığı teknik yetkinliklerin değerlendirmesi var. Yaptıkları her işle ilgili çok detaylı teknik yetkinliklerimiz var, onlarla detaylı bir şekilde yılda bir kez değerlendiriliyor. Sonrasında bunlarda performans değerlendirmeye yansıyor.
5	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	Performans ile değerlendiriliyor. Yılda bir kez uygulanıyor.
6	MEDİKALPARK HASTANESİ	Yasal süre sonrasında değerlendiriliyor. Yılda iki kez yapılan performans değerlendirme bize bunun için yeterli veri sunuyor. Bunun dışında ek bir değerlendirme sistemimiz yok.
7	MEDİCANA HASTANESİ	Performansla değerlendiriliyor.
8	HİSAR HOSPİTAL	İlk iki ay, birim yöneticisinin önceliğinde verecek olduğu kararlar bizim için önemlidir.
9	ACIBADEM HASTANESİ	Performans değerlendirmenin 6 ayda bir uygulanması çalışmalarını bunun için devam etmektedir.

Kadro yeteneklerini değerlendirme sürecinde;

- İş tanımlarında belirtilen sorumluluğu değerlendirirken ilk iki ay olan yasal süre sonrasında bir değerlendirme yapılmaktadır.
- Bu sürenin dışında uzun süredir çalışan personelde ise genellikle yılda bir veya iki kez uygulanan performans değerlendirme süreci yeterli bulunmuştur.
- Hastanelerden bir kaçı bu değerlendirme sürecini de göz önünde bulundurarak performans değerlendirme sistemini yılda iki kez uygulamayı düşünmektedirler.
- Bir hastane performansa ek olarak vermiş oldukları hizmet içi eğitimlerin sonunda yaptıkları değerlendirmeler ile de yeterliliklerini sorgulamaktadır.
- Bir hastane performans da genel yetkinlikleri değerlendirdiklerini, mesleki yeterlilik değerlendirmesi için ise çalışanı eğitimlerle değerlendirmiş ve organizasyon şemasında yeni bir pozisyon açıldığında yatay ve dikey tüm yetkinlikleri değerlendirdiğini belirtmiştir.
- Bir hastane ise aylık olarak yaptığı hedef değerlendirmelerini ve bölüm yöneticilerinin yapmış olduğu teknik yeterlilik değerlendirmelerini yeterli bulmaktadır.

Tablo 39
Personelin Özlük Dosya Sistemi

	SORU 21	Sağlık personelinin özlük dosya sistemi içeriği nelerdir? Ne sıklıkla güncelleniyor? Standart mı?
1	MEMORIAL HASTANESİ	Özel bilgiler, yetenek bilgileri var. Aldığı eğitimler ve performans bilgileri dosyasına eklendiğinde ve ikametgah değiştirdiğinde güncelleniyor.
2	ALMAN HASTANESİ	Her personel için standart, performans sonuçları yerleştirirken, adaptasyon formları yerleştirilirken, terfilerde, kanuni durumlarda, ISO denetimlerinde, yıllık izinlerde dosyalar güncelleniyor.
3	ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ	Yaşayan bir şey, eğitim kayıtları içine girdiğinde, performans sonuçları girdiğinde, yılda bir entegre yönetim sistemi denetiminde, Sağlık Bakanlığı ve SGK denetimlerinde dosyalar elden geçiriliyor.
4	AMERİKAN HASTANESİ	SGK evrakları, iş başvuru formları, işe alım evrakları, referans kontrolü, diploma, diploma teyit mektupları, ikametgah, savcılık temiz kağıdı, vs. Teşekkürler, şikayetler, ikazlar, eğitim kayıtları, performans değerlendirme evrakları, standarttır. Senede bir kez tüm dosyalar gözden geçiriliyor.
5	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	Aday ihtiyaç bildirim formunu koyuyoruz, onaylanmış. İş başvuru evrakları, arkasına değerlendirme ve görüşlerle beraber, işe başlama onay formu, oryantasyon, eğitim evrakları, yasal olarak istenen belgeler, sözleşme vs. Standart. Herhangi bir ekleme yapılacağı zaman, "eğitim gibi", güncellenmiş oluyor.
6	MEDİKALPARK HASTANESİ	Eğitim sicil kartı, sertifikaları, referans değerlendirmeleri, JCI'nın istediği her şey var. Sürekli güncelleniyor. Aslında eğitim sicil kartları sürekli güncelleniyor.
7	MEDİCANA HASTANESİ	Diplomalar, sertifikalar, eğitimler, eğitim formları girildikçe güncelleniyor.
8	HİSAR HOSPİTAL	Her şey var, JCI'nın bizden istediği tüm istekler dahil olmak üzere kendi iç bünyemizde yasayla ilgili olarak ne kadar evrak gerekiyorsa hepsi mevcuttur. İkametgah, evlenenlerin evlilik cüzdan fotokopileri ile güncellenir. Bunun dışında bir güncelleme yapılmaz.
9	ACIBADEM HASTANESİ	Yasal olarak bulunması gereken tüm evraklar var. Güncelleme sağlık bilgilerinin değişmesi, eğitimleri ve performans değerlendirme sürecinin sonunda yapılır.

Personelin özlük dosya sistemlerinde;

- Her personel için standarttır ve yasal olarak bulunması gereken evraklar mevcuttur.
- Bunların dışında performans sonuçları, eğitimler vb. kurumda yapmış oldukları işlemler dosyalara eklenmektedir.
- Güncelleme genellikle eğitim, performans, veya medeni hal değişikliği gibi durumlarda yapılmakta ayrıca bir güncelleme süreci yaşanmamaktadır.
- Yine güncelleme ancak değişen evrak için yapılmakta, örneğin eğitim sonrasındaki güncellemeler eğitim kartları üzerinden yürütülmektedir. Aksi halde dosya içerisinde bulunan diğer evraklarda güncelleme yapılmamaktadır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerin kalitesini geliştirmek için kullanılacak birçok kalite yönetim sistemi, model ve standart seti bulunmaktadır. ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi, EFQM Mükemmellik Modeli ve Akreditasyon Standartları sağlık kuruluşlarında yaygın bir biçimde kullanılan kalite araçlarıdır. Sağlık kuruluşları bu araçlardan yararlanarak kalite yönetim sistemi altyapısını oluşturmalı ve kalite çalışmalarına süreklilik kazandırmalıdır. Son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz sağlık kuruluşlarında da genellikle akreditasyon standartları kalite yapılanmalarında tercih edilmektedir. Yapılan araştırmada bunun sebebi olarak standartların sağlık hizmetinin özellikli yönlerini kapsamaması, denetim sisteminin hizmet süreçlerine odaklanmasını ve uluslararası tanınırlığının etkin olmasını özellikle sağlık turizmi açısından gerekliliğini gösterebiliriz.

Sağlık sektörü 24 saat sürekli hareket halinde olan dinamik, canlı bir sektördür. 2000’li yıllara girerken globalleşme sağlık üzerinde de etkisini göstermiş ve değişen yasa tasarıları, uygulanan fark ücretleri, sağlık kuruluşlarının çeşitliliği, bu çeşitlilik sayesinde hastane başına düşen hasta sayısındaki azalma, sağlık turizmi ve dolayısıyla oluşan rekabet ortamındaki zenginlik zorunlu bir standartlaşmayı, kaliteli yönetim biçimini, uluslararası alanda kabul görmüş bir akreditasyonu da beraberinde getirmiştir. Uzun hastane kuyrukları, kargaşa ve karışıklık nedeniyle karışan tahlil sonuçlarının konu edinildiği Türk filmleri geride kalmıştır. Artık film ve dizilerde bile şık parlak geniş koridorlarda hastasına ulaşmak için acele eden temiz, şık beyaz önlüklü güler yüzlü çalışanlar ve başarılı operasyonlar izlemekteyiz. Bu dinamik ve göz önünde olan gündemi sürekli meşgul eden sektörde çalışmak isteyen, sağlık meslek liseleri, tıp fakülteleri, biyoloji, kimya, sağlık yönetimi gibi sağlığa özel bölümleri bitiren insan sayısı, işsizlik oranlarındaki tırmanış nedeniyle her geçen gün artmaktadır. Bu sebeple diğer mesleklere oranla iş bulma imkanı daha fazla olan sosyal hizmet uzmanı, doktor, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memurluğu gibi mesleklere ilgi üniversiteye giriş tercihlerinde de her geçen gün artmaktadır.

Hastane işletmelerin başarısı ile insan kaynağının niteliği arasında doğrudan ilişki olduğu hiçbir zaman unutulmamalıdır. Sağlık gibi geri dönüşü olmayan bir sektörde insan kaynağı ne kadar nitelikli olursa hastane işletmeleri de o kadar başarılı olurlar. Hastanelerin personel teminini nasıl karşıladıklarına dair yapılan bu çalışma ile şu sonuçlara ulaşılabilmektedir;

1. Kalite Çalışmaları ve JCI Algılama Sonuçları; (İlgili Sorular, 1,2,3)

- Kuruluş yılları 1990 öncesine dayanan hastanelerde kalite çalışmaları 90'lı yıllarla başlamıştır.
- 1990 Sonrası kurulan hastaneler ise kalite çalışmalarına kuruluşları ile birlikte başlamışlardır.
- JCI'nın genel algılanma şekli için sağlığa özgü bir kalite sistemi ve uluslar arası kabul gören bir akreditasyon olduğunu söyleyebiliriz.
- JCI sonrasında personel temini için uygulanan tüm prosedürler yazılı hale gelmiştir.

2. İş Analizi, Kadro Planlamaları, Üst Yönetim ve Departman Yöneticisinin Sorumluluğu, ve Departmanlar Arası Transferler Sonuçları; (İlgili Sorular, 4,5,6,7,8,22)

İş analizleri, kadro planlamaları ve bu çalışmalarda yöneticilerin rolünün değerlendirilmesi insan için yapılan çalışmalardan biridir ve bu bakımdan hastaneler için personelin uzmanlaşması yolunda önemli bir yatırımdır. Bu başlık altında aşağıdaki verilere ulaşılabilmektedir;

- İş analizinde genellikle hem hastanedeki tüm işler, hem de işleri yapan kişilerde bulunması gereken özellikler ile ilgili ayrıntılı veriler mevcuttur.
- İşler ile ilgili (işin özellikleri, önem ve zorluk derecesi, riskleri, görev listesi gibi veriler) ve görevler ile ilgili (işin yapılması için kişinin sahip olması gereken eğitim düzeyi, nitelikleri, özel bilgi ve yetenekleri gibi) detaylı veriler iş analizlerinde mevcuttur.
- Genellikle bu bilgiler hastanelerin kadro planlamalarından başlayarak, personel temini, seçimi, performans değerlendirme, kariyer planlama, ücret yönetimi vb. tüm insan kaynakları faaliyetlerinde temel bilgi kaynağı olarak kullanılmaktadır.
- İş analizi verileri, hastanelerin tamamında tüm servis ve özel bölümleri için bir nevi veri bankası görevi görmektedir.
- Kadro planlamaları yapılırken ve personelin seçimi aşamasında üst yönetimin daha fazla sürecin içinde yer alması sağlanmalıdır. Genellikle üst yönetim bu aşamada personeli sadece sayısal bir ifade olarak değerlendirmekte ve bu sayıları onaylamaktadır.
- Üst yönetimin medikal personelden sadece hekim ve sorumlu bazındaki personel ile tanışıyor olması kurum içi çalışan diğer personelde olumsuz duygular yaratabileceği düşünülerek, yönetimin bu aşamada dikkatli olması gerekmektedir.
- Hastanelerin iş tanımlarının, iş akış şemalarının, kadro planlamalarının oluşturulması aşamasında bölüm yöneticilerinin İK

ile ortaklaşa çalışarak, personelin unvanlarını belirleyerek, gereksinim duyulan personel sayısını ve niteliklerini saptaması, uygulanabilir ve gerçeği yansıtan iş tanımlarının belirlenmesini, yetki ve sorumlulukların yerinde kullanılmasını sağlamaktadır.

- Bu aşamada hastanenin akreditasyon standartlarına uyma zorunluluğu, yasal zorunluluklar, yatak sayısı ve çeşitliliği, düşünülen bakım modelleri, hastanenin mimari yapısı, hastaların hemşirelik hizmetlerinden beklentileri, iklim ve hükümetin politika değişiklikleri, hasta çeşitleri, kullanılan tıbbi malzemeler de göz önünde bulundurularak kadro planlamaları, mutlak surette İK, üst yönetim ve bölüm yöneticileri ile ortaklaşa yapılmalıdır.
- Hemşire-hasta oranlarının izlenmesinde kullanılan yöntem genellikle RACH Skalası olup, diğer hastanelerin bu konudaki çalışmaları belirsiz veya bilgileri yetersizdir. Ancak yönetmeliğin altında olmadığı belirtilmiştir.

3. İşe Alma ve Yerleştirme ve Dışarıdan Temin Süreci Sonuçları (İlgili Sorular, 9,10,11,16,17,19)

Teknolojideki ilerlemeler, firmaları nitelikli personel almaya ve çağa uyum sağlamaya zorlamaktadır. Nicelik sorunu niteliksizlik sorununu beraberinde getirmekte, sağlıktaki rekabet ve bürokrasi kuralları personele yatırımdan çok biran önce pozisyonları doldurma ve boşaldığında ise durumu algılamaya vakit bulamadan yeni sağlık çalışanı bulmaya çalışma olarak sürüp gitmektedir. Bu kısır döngü içerisine girmiş olan birçok sağlıkçının iş tatminsizliğinin belki de büyük orandaki sebebi mezuniyet sonrasında ne yapacaklarını, ilerisi için ne hedeflemesi gerektiğini bilmemeleridir. Bu nedenledir ki tıp ya da hemşirelik mezunu bireyler arasında yüksek lisans veya doktora yapmış kişi sayısı çok azdır. Eğitim çeşitliliğinin çok fazla olduğu

bir meslek dalı olan hemşirelikte hastanelerde iş tanımlarında zorluklar yaşanmaktadır. Bir çok kademelendirme ve sorumluluk devirleri ortaya çıkmakta kariyer planlamada ve eğitimde sorunlarla karşılaşilmektedir. Hastanelerin tamamı lisans ve lisansüstünü tercih edeceğini söylerken bu personeli bulmanın ve elde tutmanın da zor olduğu bir gerçektir. Öncelikle eğitim farklılıkları azaltılmaya çalışılmalı, bunun için hastaneler sosyal ve kurumsal sorumluluk kapsamında sağlık meslek liselerine ve üniversitelerin tanıtım ve kariyer günlerine giderek hemşirelerin eğitimlerini her zaman bir üst seviyeye taşımaları anlamında özendirici ve öncü bir görev üstlenmelidirler. Yapılacak olan bu özendirici tanıtımlar aslında gelecekte çalışmak isteyecekleri bir meslek grubunu mesleki anlamda bilinçlendirecek ve geliştirecektir. Uzun vadede sağlık işletmelerinin kendilerine yapmış olacakları karlı bir yatırım olacaktır.

Hastanelerin boşalan kadroların doldurulması yöntemleri incelendiğinde şu ana başlıklara ulaşılabilir:

- Kariyer planlamayı gerektiren bir kadro ise içerden personel temini önceliklidir. Ara kadro boşalmış ise dışarıdan temin yoluna gidilmektedir.
- Dışarıdan temin yoluna gidilecek ise süreç, İlan, özgeçmiş incelenmesi ve ilk eleme, mülakat, ikinci eleme, referansların kontrolü, ikinci görüşme ve işe alım süreci ile oryantasyon süreci şeklinde işlemektedir.
- İş görüşmesi İK, bölüm yöneticisi ile birlikte veya ayrı ayrı yapılmaktadır. İşe alma kararı birlikte veriliyor olsa da bölüm yöneticisinin kararı daha fazla kabul görmektedir.

- Hemşirelerin seçiminde lisans ve yüksek lisans tercih sebebidir. Ancak SB alımlarının olduğu dönemlerde istenildiği gibi personel bulamama sıkıntısı yaşandığı gerekçesi ile lise mezunu da alınmaktadır.
- Eğitim düzeyleri genellikle çalıştıkları pozisyonda belirleyici durumdadır. Ancak lise mezunu çalışanın diğer mezunlara göre performans sonuçlarına ve deneyim süresinin uzunluğuna göre terfi imkanına sahiptir.
- Hemşire seçiminde lise mezunu olması durumunda tecrübeli olma şartı oldukça üst sıralarda yer almaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça tecrübenin önem derecesi azalmaktadır.
- Hekim seçiminde İK'nın rolü genellikle özlük işlerinin takibi ile sınırlı tutulmaktadır.
- Hekim seçimini medikal direktörlük yapmaktadır. Yapılan görüşmelerde hekim seçimlerinde bilimsel veya kişisel gelişim alanında teste veya yeterlilik değerlendirmesine tabi tutulduklarına dair bir veriye rastlanmamıştır.
- Deneyim ve referans seçim için eşit öneme sahipken, bilimsel yayın şartı genellikle aranmamaktadır.
- Diğer medikal personelin seçiminde izlenen yol hemşirelerin seçiminde uygulanan süreç ile benzerlik taşımaktadır. İlgili alan mezunu olmaları gerekmektedir. Referans ve tecrübe önemlidir.

Tıp aşırı derecede bilgi ve uzmanlık gerektiren bir alan olduğu için İK'nın tüm medikal personeli objektif olarak değerlendirmeleri zordur. Hekimler ve hemşireler dışında kalan diğer medikal personelin (radyoloji ve anestezi teknisyeni veya teknikeri, laborant, psikolog, vb.) seçiminde de hemşirelerin seçiminde yaşanan sıkıntıların benzerleri yaşanmaktadır. *Ancak işe alım esnasında medikal personel; hekimler ve diğerleri olarak ayrılmakta ve her iki gruba çok farklı ve adil olmayan bir işe alma mekanizması yürütülmektedir. Bu anlamda sağlık personeli ve hekimlerin işe alım esnasında uygulanan prosedürler arasındaki farkın azaltılması yoluna gidilmeli, İK'nın hekim seçmelerindeki rolü arttırılmalıdır. Hekimler sadece referanslara göre ve deneyimlere göre değerlendirilirken, diğer sağlık personeli için daha uzun ve titiz bir seçim aşaması izlenmektedir. Tüm hastane personelinin ayırım gözetmeksizin çalışma süreleri boyunca iletişim becerileri ve yönetim konularında da değerlendirilmeleri yapılmalı, gerekli eğitimleri almaları sağlanmalıdır. Örneğin hasta hakları aydınlatılmış onam, hukuki mevzuat, hastanın sosyal durumuna uygun iletişim ve bilgilendirme yapılması konusunda hekimlerin de farkındalıkları arttırılmalıdır. Hatta tıp fakültelerinde hasta hekim iletişimini geliştirmek, yönetim ve organizasyon bilgilerini arttırmak amacıyla gerekli ders düzenlemeleri yapılmalıdır.*

4. Performans Değerlendirme ve İçerden Temin Süreci, (İlgili Sorular, 12,13,14,15)

Bir kurumda 3 yıl çalışmak adaya ve kuruma ne katacak gibi soruların cevabı hem çalışan hem de hastane tarafından daha işe alım esnasında verilebilmelidir. Eğer kurumda çalışana verilen değer hissettirilemiyorsa ve yasal haklar göz ardı ediliyorsa (yönetim ile rahat iletişim, çalışma saatleri, mesai, yetkilendirme, adil performans değerlendirme kariyer planlama v.b) çalışan ve açıkta bulunan sağlık personeli Sağlık Bakanlığı personel alımı dönemlerinde devlete doğru kaymaktadır. Sonuç; olarak da devlette iş garantisi ama mutsuz çalışanlar, personelini iş tanımlarına ve eğitim gereklerine uygun olarak bulamayan ve seçemeyen kuruluşlar ve bu döngüyü statükoyu devam ettirmek veya kağıt üzerinde belirli sayılara sahip görünmek için varmış gibi gösteren aslında İK sı olmayan sağlık kuruluşları ortaya çıkmaktadır.

Kariyer planlama ve terfiler için çalışanların mesleki konularda, kalite konusunda ve hastane yöntemi / işletmeciliği konusunda eğitimi önemli hale gelmiştir. Hastane, çalışanların performanslarını değerlendirmeye önem vermiş ve karşılaşılan sorunlar konusunda tedbirler alınmıştır. Başlıkla ilgili genel sonuçlara baktığımızda şunları söyleyebiliriz.

- Kurum içersinden personel temini pozisyonun önemi ile ilişkili olmakla birlikte öncelik kurum personeline verilmektedir. Hastaneler ilerleme imkanı bulunan kadroların boşalması durumunda genelde içerden personel teminine yönelmektedir. Bunun için kurum içine boş olan pozisyonu duyurulmaktadır. Yine gelecekteki kadrolar düşünülerek yapılan yedekleme yöntemi bu anlamda uygulanabilir gibi gözükmektedir.
- Seçim için personelin özlük dosya bilgileri, performans sonuçları oldukça önemlidir.
- Performans değerlendirme süreçleri hastaneler arasında değişkenlik gösterse de bölüm yöneticisi değerlendirilen kişi üzerinde tek söz sahibi gibi görünmektedir.
- Performans değerlendirme sonuçlarının içerden personel temininde özellikle kariyer planlama da uygulanıyor olması nedeniyle değerlendirmenin adil ve güvenilir bir şekilde yapılması gerekmektedir.
- Bazı sağlık kuruluşlarınca uygulanmakta olan hedeflerin önceden saptanarak çalışana bildirilmesi ve değerlendirme süreci içerisinde çalışanında yer alması, değerlendirilme kriterlerinden hatta

sonuçlarından bile haberdar edilmeyen performans değerlendirme sürecine göre daha adil görünmektedir.

- İşe alımlar esnasında kariyer planlama ve performans değerlendirme süreci adaya açıklanmalı, kişinin beklentileri sorulmalı ve çalışılacak olan kişiyle ortak bir kariyer planlama yapılmalıdır.
- Kaliteli bir sağlık sisteminin en önemli belirleyicilerinden biri de güçlü bir hemşirelik sisteminin olmasıdır. Personel seçiminde, kadro planlamalarda ve performans yönetiminde bölüm yöneticisi olan bir hemşire kendi çalışma arkadaşlarının değerlendirilmesinde de söz sahibi de olmalıdır.

5. Personel Bilgi Dosyası, Yetkinlik Yeterlilik Değerlendirmesi ve Kanunlara Uygunluk,(İlgili Sorular, 18,20,21)

Sağlık sisteminde personelin kanunlara uygun çalıştırılması ve yeterliliğinin belgelenmesi kurumda kalifiye personelin varlığının tespiti durumundadır. Bu başlık altında incelenebilecek sonuçlar aşağıdaki gibidir.

- Yetkinlik ve yeterlilik alanındaki sorgulamalar; okullara yazışmalarla dönülerek, SB bilgi sistemi kullanılarak, veya diplomanın SB veya noter onaylı olması yeterli kabul edilerek yapılmaktadır. Tüm bu kontrol şekilleri uygulamada hemen hemen her kurum için oldukça farklılıklar içermektedir.
- Yetkinlik ve yeterlilik değerlendirilmesi alanındaki mevcut uygulamalar bu alanda oldukça yetersiz ve eksik görünmektedir.

Tek taraflı yapılan yetkinlik kontrolleri kişinin sadece o okuldan mezun olduğunu belgelemektedir. Dolayısıyla 3 yıl sonra da aynı kişi için okulla yapacağınız yazışma sonrasında yine aynı bilgiye ulaşabilirsiniz.

- Sağlık gibi çok ciddi bir iş kolunda verilen meslekten men cezalarının, süreli verilen mesleki sertifikalarının geçerliliğinin tek bir sorgulama sisteminden kontrol edilebilir olması gerekmektedir. Meslekten men cezalarına yönelik herhangi bir sorgulama yaptığını belirten hastane olmamıştır.
- Sağlık Bakanlığı'na ait veri bankasında sadece hekimlerin diploma bilgilerine ulaşılmaktadır. Bu anlamda Tabipler Odası, Sağlık Bakanlığı, İl Sağlık Müdürlüğü ve üniversiteler ile tüm sağlık personel kadro ve unvanları için ortaklaşa ve sürekli güncellenen güvenilir bir veri bankası oluşturulmalıdır.
- Personelin diplomalarının ve sertifikalarının geçerlilik değerlendirilmesinde tek bir standart yol belirlenmeli ve bu alanda araştırmalar yapılmalıdır.
- Kadro yeteneklerinin devam edip etmediği yönündeki değerlendirme işe ilk başlayış aşamasından sonraki yasal süre olan 2 ay içerisinde yapılmaktadır. Sonrasındaki değerlendirmeler performans değerlendirme süreci içerisinde yer almaktadır.
- Standart bir özlük dosya sistemleri tüm hastaneler mevcuttur. Yapılan eğitim sonuçlarının eklenmesi gibi durumlarda güncellenmiş olmaktadır.

Sonuç olarak;

1. JCI Akreditasyonu almış sağlık kurumlarında akreditasyon önceki ve sonraki medikal personelin seçiminde; eğitim düzeylerinde ***lisans ve lisansüstü hedeflenmekte*** ancak zorunluluk halinde ***tecrübeli lise mezunları da alınabilmektedir***. Akredite olsun veya olmasın tüm hastaneler için böyle bir genellemeye gidilebilir. JCI ile akredite olan veya olmayan özel hastaneler açısından bakıldığında ***İşe alımlarda eğitim düzeyleri açısından bir fark görülememektedir***.
2. Yetkinlik değerlendirmesinin JCI Akreditasyonundan önce yapılıp yapılmaması kurumun inisiyatifinde iken akreditasyon sonrasında en azından mezun olunan okul bazında bir değerlendirme yapılmaktadır. ***Böylelikle diplomaların sahte olup olmadığı belirlenirken bu değerlendirme mesleki sorumluluğun devam edip etmediği konusunda çok yetersiz ve eksik kalmaktadır***.
3. JCI Akreditasyonu öncesinde ***iş analizleri, görev tanımları, kadro planlamaları*** yok iken veya yeterince uygulanmıyorken akreditasyon sonrasında tüm hastanelerce uygulanmaya başlanmıştır. ***Bu anlamda akreditasyon ciddi anlamda bir fark yaratmıştır***.

Akredite olmuş çok az hastanenin akreditasyon öncesinde de akreditasyona ait standartların benzerlerini uyguladığı, nitelikli personeli seçtikleri veya eğiterek bu nitelikleri kazandırdıkları, ***akreditasyonun bunu sadece belgelediği veya yazılı hale getirdiği*** gözlenirken, bazı hastaneler için ***ise nitelik ve eğitimin arttırılması yönünde akreditasyonun iyi bir itici güç*** olduğu söylenebilir.

EKLER

1.GÖRÜŞME SORULARI

1	Hastanenizde kalite çalışmaları ne zaman başladı?
2	Sizce JCI nedir?
3	Hastaneniz insan kaynakları departmanı olarak JCI size ne getirdi? Seçme ve işe alma açısından JCI'dan öncesi ve sonrası uygulamalar arasındaki farklar nelerdir?
4	Hastanenizde personel seçme ve işe alma için önceden planlanmış bir süreç var mı?
5	Hastanenizde iş analizi çalışmaları var mı? İş türü ve nitelikleri kim tarafından belirlendi? Her kadro ve pozisyon için bir iş tanımı var mı? İş gereklerinde bireysel yetkinliklerde unvan farklılıkları ile servis farklılıkları belirtilmiş mi?
6	Hastanenizin kadro planlaması nasıl hazırlandı? Ne sıklıkla gözden geçirilip güncelleniyor? Hemşire-hasta oranı nasıl hesaplandı?
7	Hastanenizde insan kaynakları çalışmalarında (kadro planlamaları, personel seçimi, performans değerlendirme) üst yönetimin rolü nedir?
8	Hastanenizde insan kaynakları çalışmalarında (kadro planlamaları, personel seçimi, performans değerlendirme) departman yöneticisinin rolü ve sorumlulukları nelerdir?
9	Hastanenizde boşalan iş veya kadroların doldurulmasında, nasıl bir yol izlenir?
10	Dışardan teminde izlenen yol ve hangi araç-yöntem kullanılıyor? Referansların işe alımda önem derecesi nedir? Nasıl yapılıyor?
11	İş görüşmesi yapılırken kurum içersinden görüşmeye kimler katılıyor? İşe alma kararını kim veriyor?
12	Kurum içersinden personel temini hangi sıklıkla kullanılıyor? Seçim nasıl yapılıyor?
13	Hastanenizde terfiler ve kariyer planlama nasıl gerçekleşiyor?
14	Kurumun performans değerlendirme süreci nasıl çalışıyor?
15	Performans değerlendirme sonuçları, hastaneniz çalışanlarının kariyerinde ne derece etkilidir?
16	Hemşirelerin seçiminde aranılan eğitim şartı nedir?(Lise, önlisans, lisans, yüksek lisans) Eğitim düzeyleri çalıştığı pozisyonlarda ne kadar belirleyici rol oynuyor? Eğitim düzeyi kariyer planlamada ne kadar belirleyicidir? Hemşirelerin seçiminde tecrübe ne derece önemlidir?
17	Hekimlerin seçiminde aranılan bir özellik var mıdır? Tecrübe veya bilimsel yayın şartı var mıdır?
18	Medikal personelin diplomalarının ve eğitim sertifikalarının geçerliliğinin kontrolü yapılıyor mu? Nasıl ve hangi sıklıkla?
19	Diğer medikal personelin seçiminde aranılan özellikler nelerdir?
20	Hastanenizde kadro yeteneklerini ve iş tanımlarında belirtilen sorumluluğu değerlendiren bir süreç mevcut mu? Kadro yetenekleri ne zaman ve hangi sıklıkla değerlendiriliyor?
21	Sağlık personelinin özlük dosya sistemi içeriği nelerdir? Ne sıklıkla güncelleniyor? Standart mı?
22	Servis ihtiyaçlarına veya kadro yetersizliğine bağlı olarak başka bir servis veya departmanda çalışılması durumunda uygulanan yazılı bir süreç var mı?

KAYNAKÇA

Kitaplar

- Akgün Seval, Rengin Erdal, “Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü”, Mithat Çoruh (Ed), **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme** içinde, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1997
- Akyurt Nuran, “**Hastanelerde Akreditasyon Standartları**,” 1. Basım, İstanbul: Ege Basım, 2008.
- Ataay İsmail Durak “**İş Değerleme ve Başarı Değerleme Yöntemleri**”, Cilt.1, İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları, 1990.
- Bingöl Dursun, “**İnsan Kaynakları Yönetimi**,” 5. Basım, İstanbul: Beta Yayınları, 2003
- Can Halil, Ahmet Akgün ve Şahin Kavuncubaşı, “**Kamu ve Özel Kesimde Personel Yönetimi**,” 2. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi, 1995.
- Coleman Ron, Giles Barrie, “**Yöneticinin Kılavuzu-İyi Bir Yönetici Olmak İçin 525 Kural**,” 1. Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi, 1994.
- Covey Stephan R., “**Etkili İnsanların 7 Alışkanlığı**,” İstanbul: Varlık/Özel Yayın, 1996.
- Çatalca Huriye, “**Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**,” İstanbul: Beta Yayınları, 2003.
- Dereli Toker, Ülkü Uzunçarşılı, “**İşletmelerde Personel Tedarik ve Seçimi**,” Ankara: Bizim Büro Basımevi, 1990.
- DPT, **Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005**,” Ankara: DPT, 2000.
- Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi ve T.C Sağlık Bakanlığı, “**Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi**,” Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Aralık 1998.
- Eren Erol, “**İşletme Örgütleri Açısından Yönetim Psikolojisi**,” İstanbul: Meter Matbaası, 1979.
- Geylan Ramazan, “**Personel Yönetimi**,” Eskişehir: Birlik Ofset Yayıncılık, 1994.
- Gökmen Ceylan, “**Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi**,” Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2001.
- Hacıoğlu Necdet ve Diğerleri, “**Balıkesir Üniversitesi İdari Teşkilatında İş Analizi ve İş Tanımı El Kitabı**,” Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi, 1992.

- Kavuncubaşı Şahin, Adnan Kısa, “**Sağlık Kurumları Yönetimi**,” 1.Baskı, Ankara:Siyasal Kitapevi, 2000.
- Kozak Meryem Akoğlan, “**Konaklama İşletmelerinde İş Analizi**,” Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2006.
- Özlü Tevfik, **Hasta Hakları Haklarınız Var Çünkü Hastasınız**, 1.Baskı, İstanbul:Timaş Yayınları, 2005.
- Öztek Zafer, Adil Yüksel ve İbrahim Sakabaş, “**Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin Sağlık Hizmetleri ve Çalışanlar Açısından Yasal Düzenlemeler**,” 8 Basım, Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2001.
- Sabuncuoğlu Zeyyat, Hikmet Seçim, “**Personel ve İnsan Kaynakları Yönetimi**,” Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1994..
- Sağlık Bakanlığı, “**Sağlıkta Performans Yönetimi Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi**,” 1. Baskı, Ankara: Onur Matbaacılık, 2006.
- Sağlık Bakanlığı, “**80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923-2003)**,” Ankara:Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2004.
- Sağlık Bakanlığı, “**Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 80.Yıl**,” Ankara:Sağlık Bakanlığı temel Sağlık hizmetleri, 2000.
- Sağlık Bakanlığı, “**Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007**,” Ankara:Bölük Ofset Matbaacılık Oto.Reklam. San.Tic.Ltd.Şti., 2007.
- Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, “**Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı**,” Ankara: Yücel Ofset Matbaacılık Turizm Sanayi Tic.Ltd.Şti., 2007.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, “**Türkiye Sağlık Reformları**,” 1.Basım, Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1998.
- Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “**Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi**,” Ankara:Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2001.
- Saruhan Şadi Can, Ayla Öncer Özdemir, “**Değer Hedefli İşletmecilik**,” 1.Baskı, İstanbul: Marmara Üniversitesi Nihat Sayar Eğitim Vakfı Yayını, 2005.
- Shaw Charles D., “**Avrupa’da Hastane Akreditasyonun Geliştirilmesi**,” Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2008
- Soysal Suat, “**İş Ararken Etkili Özgeçmiş Yazmanın ve Başarılı Görüşmeler Yapmanın Yolları**,” 1.Baskı, İstanbul:Remzi Kitapevi, 1995.

Sözen Ural, “**Yönetici Değerlemesinde Personel Seçiminin Bir Faktör Olarak Kullanılması**”, 1. Baskı, Ankara: Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Yayınları 1973

Tortop Nuri, “**Personel Yönetimi**,” Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, 1992.

Uyargil Cavide, Z.Adal ve Diğerleri, “**İnsan Kaynakları Yönetimi**,” 3. Baskı, İstanbul:Beta Yayınları,2009

Uyer Gülten, “**Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı**,” 1. Baskı, İstanbul:Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 1996.

Uzkesici Nuray, **Sağlık Kurumları Yönetimi**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları,2002

Yüksel Öznur, “**İnsan Kaynakları Yönetimi**,” Ankara: Gazi Kitapevi, 2000.

Sürekli Yayınlar

- Altıntaş Nilsen, “Çalışanların Yüksek Yetkinliği”, **Önce Kalite**, Yıl.17, Sayı.130, Aralık 2008,ss.17.
- Ak Bilal, “Hasta Memnuniyeti Değerlendirmesinde Yeni Bir Yaklaşım: Hasta Deneyiminin Ölçümü” **Standart Ekonomik ve Teknik Dergi**, Yıl:41, Sayı:486, Haziran 2002, ss.60-64
- Akalın Erdal H. “Yoğun Bakım Ünitelerinde Kalite İyileştirme” **Yoğun Bakım Dergisi**, Cilt:1, Sayı.2,2001, ss.69-74.
- Akgün Seval, “Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme, Başkent Üniversitesi Örneği,” **Standart Ekonomik ve Teknik Dergi**, Cilt.44, Sayı.527, Kasım 2005, ss.75-83.
- Akın Adnan, “İşletmelerde İnsan Kaynakları Değerleme Sürecinde Coaching(Özel Rehberlik),” **C.Ü.İ.İ.B.F Dergisi**, Cilt.3, Sayı.1, 2002, ss.97-113
- Akmak Güler, “Akreditasyon Sağlık Kurumlarına Ne Sağlar?” **SB Diyalog**, Sayı:15 Yıl:2., 2005, ss.25.
- Aslantekin Filiz, Bayram Gökteş ve Mesude Uluşen Ramazan Erdem, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi, Dr. Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği”,**Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, Cilt.2, Sayı.6, 2007, ss.55-77.
- Aykanat Sevil ve Dilaver Tengilimoğlu, “Hastanelerde Sağlık Personelini Motive Eden Faktörlere İlişkin Bir Alan Çalışması”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt.6, Sayı.2 2003, ss.71-97
- Balcı Ali, “Örgütlerde Personelin Seçimi,” **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi**, Cilt.22, Sayı.1, 1989, ss. 421-433
- Bekaroğlu Burak, “Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarının ve ISO 9000 Kalite Güvencesine Sahip Olmanın Hastane Performansına Etkileri: İstanbul’daki Özel Hastaneler Üzerine Bir Araştırma”, **Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi**, Cilt.5,Sayı.9,Mayıs 2005, ss.18-32.
- Biçkes Mehmet, “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi” **Standart Ekonomik ve Teknik Dergi**, Yıl.39, No.458, Şubat, 2000, ss.29-36
- Bostan Sedat,”Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti Sunumu”, **Sağlık Hakkı**, No.1, Nisan 2006.
- Boylu Yasin ve Alptekin Sökmen, “Sınır Birim İşgörenlerin Performans Değerlendirme Kriterlerine Bakışı: Ankara’daki Otel İşletmeleri Üzerine Bir Uygulama”, **Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, Cilt.2, Sayı.2, 2002, ss.167-182

- Büyükkayhan Derya ve Diğerleri, “Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Servisinde Gerekli Hemşire Sayısının Belirlenmesi” **C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi**, Sayı:24, Cilt.3, 2002, ss.119-122.
- Çetmin Büşra, “Hemşirelik Bakımında Kalite”, **Hisar Sağlık**, Yıl.1,Sayı.3, Eylül-Kasım 2007, ss.25-27.
- Çoruh Mithat, “Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağının Düşündürdükleri”, **Modern Hastane Yönetimi**, Sayı 2, 1997, ss. 3-5
- Çoruh Mithat, “Toplam Kalite Yöntemine Nasıl Geçilebilir?”, **Modern Hastane Yönetimi**, Sayı. 3, 1997, ss. 3-6,.
- Day Sara W. and Others, “ Quality Assessment of Pediatric Oncology Nursing Care in a Central American Country: Findings, Recommendations, And Preliminary Outcomes” **Pediatric Nursing**, Vol.34, No.5, September-October 2008, pp.367-373.
- Demirbaş Ali Rıza, İ. Ercan Bal ve Serkan Barsbay, “Başlangıçtan Bugüne Akreditasyon,” **SB Diyalog**, Yıl:2, sayı.15, Eylül 2005, ss.17-19
- Develioğlu Kazım, Gürkan Haşit ve Üstün Güven Bağcı, “Toplam Kalite Yönetimi Çerçevesinde Yöneticilerin İnsan Kaynakları Yönetimine Bakışları: Bursa’da bir Uygulama”, **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Sayı:15, Ağustos 2006, ss. 191-204.
- Donahue K.Tina and Paul VanOstenberg, “Joint Commission International Accreditation: Relationship To Four Models Of Evaluation” **USA, Intemational Journal for Quality in Health Care**,Vol.12, No. 3, 200, pp243-246.
- Erbaşlı Ali ve Süleyman Ersöz, “Toplam Kalite Yönetimi Ahilik İlişkisi” **Standart Ekonomik ve Teknik Dergi**, Yıl:43, Sayı. 515, Kasım 2004, ss.27-37
- Ergün Halil, “Türkiye’de Hizmet Sektörünün Gelişimi” **Standart Ekonomik ve Teknik Dergi**, Yıl. 43, Sayı:511, Temmuz 2004, ss.30-33.
- Eroğlu Füsün ve Diğerleri, “Yoğun Bakımda Hasta Sağlık Bakım Kalitesini Geliştirebilir miyiz?”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, Sayı:8, 2001, ss.9-11.
- Kalyan Ali Rıza, “Toplam Kalite Yönetimi ve Sağlıkta Dönüşüm”, **Önce Kalite Dergisi**, Yıl:18, Sayı:138, Eylül-Ekim 2009, ss.10-12
- Kavuncubaşı Şahin, “Acil Servis Başarısında Kritik Faktör: İnsan Kaynakları” **112 Acil Sağlık Trafik Yönetim ve Eğitim Dergisi**, Yıl.1, Sayı.1,Mart 2009, ss.44-47.
- Kaya Sıdıka, “Çeşitli Ülkelerdeki Hastanelerde Uygulanan Toplam Kalite Yönetimi, Sürekli Kalite İyileştirme Çalışmalarından Örnekler”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt.36, Sayı.4, Aralık 2003, ss.83-101.metinde

- Kıngır Said ve Erkan Taşkiran, “Performans Değerlendirme Çalışmalarına İlişkin İşgören Görüşlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma” **Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, C.VIII, Sayı.1, 2006, ss.195-216.
- Öcal İrem Ergun, “JCI Standartları ve Uluslararası Kalite”, **SB Diyalog**, Yıl:2,Sayı:15, Eylül 2005, ss.30-33.
- Özçelik Ayşe O., “Performans Etkinliği Üzerine Bir Holdinge Bağlı Kuruluşlarda Çalışanların Görüş Ve Tutumlarının İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma”, **Yönetim Dergisi**, Yıl.11, Sayı:35, Ocak 2000, ss.41-54
- Performans ve Kalite Ajansı, “Hizmet Kalite Standartlarında Yeni Dönem,” Sayı.1, 2008, ss.3
- Sağlık Bakanlığı “Temel Sağlık” Yıl:1, Sayı:1, Ocak-Mart 2004, ss.12-13.
- Şardan Yeşim Ç., “Sağlık Kuruluşlarında Akreditasyon ve Enfeksiyon Kontrolü”, **SB Diyalog**, Yıl.2,Sayı.15, Eylül 2005,ss.44-46.
- Şen Feza, “Akreditasyonda Tesis Yönetimi ve Güvenlik” **SB Diyalog**, Yıl.2 Sayı.15, Eylül 2005, ss.47.
- Tarlan Deniz ve Özkan Tütüncü, “Konaklama İşletmelerinde Başarım Değerlemesi ve İş Doyum Analizi”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt.2, Sayı.3, 2001, ss.141-163
- Turgut Hakan, “Geleneksel Performans Değerleme Yöntemlerine Yeni Bir Alternatif:360 Derece Performans Değerleme Yöntemi”, **Sayıştay Dergisi**, Temmuz- Eylül 2001, ss.57-58.
- Türkoğlu Nihal ve Saliha Gün, “Uluslararası Akreditasyon Standartlarına Göre Yoğun Bakım Ünitelerinde Hemşirelik Hizmetleri Kalite Yönetimi”, **Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi**, Cilt:1, Sayı.2,Ekim 2006,ss.14-18.
- Tüzüner Lale, “İşletmelerde Tepe Yönetime Yapılan Ödemelerle İlgili Ücret Stratejileri ve İşletme Performansı Arasındaki İlişki”, **İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi**, Cilt.32, Sayı.1, Nisan 2003, ss.25-44
- Uslu Şemsettin ve Yavuz Demirel, “Toplam Kalite Yönetiminde Çalışanların Tatmini ve Bir Uygulama”, **Standart Ekonomik ve Teknik Dergi**, Yıl:42, Sayı:495, Mart 2003, ss.52-59.
- Usta Ramazan ve Ahmer Tekin Akın, “ Kamu ve Özel Sektörde Yeniden Yapılanma” **Standart Ekonomik ve Teknik Dergi**, Yıl: 44, No: 521, Mayıs, 2005, ss.90-94.
- Yıldırım Özlem, “Akreditasyon ve Hasta Güvenliği” **SB Diyalog**, Sayı:15, Yıl:2, Eylül 2005 ss.34-39.
- York Diane, “Medical Touri9m: The Trend Toward Outsourcing Medical Procedures to Foreign Countries” **Journal of Continuing Education In The Health Professions**, 28(2), 2008, pp.99-102.

Diğer Yayınlar

Acıbadem Sağlık Grubu,

<http://www.acibademkariyer.com/AcikPozisyonlarDetay.asp?pozId=15063&vacId=403>
(24.09.2009)

Akbal Elif, “Hemşirelik Hizmetleri”, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi,

<http://www.yeditepehastanesi.com.tr/v2/Icerik/Saglik-Profesyonelleri/Hemsirelik-Hizmetleri.aspx>(25.09.2009)

6283 sayılı Hemşirelik Kanunu 02.03.1954-8647

http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=502&Itemid=28(02.06.2009)

Amerikan Hastanesi, VKV “Performans Değerlendirme”

<http://www.amerikanhastanesi.com.tr/TR/InsanKaynaklari/PerformansDegerlendirme.aspx> (11.10.2009)

Anadolu Sağlık Merkezi “Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü”

http://www.anadolusaglik.org/Content.aspx?id=hemsireligeyonelikhosgeldiniz&m_id=2&s_id=136(24.09.2009)

Ankara Güven Hastanesi, <http://www.guven.com.tr/toplnks.php?id=8> (24.09.2009)

Aydın Bilge, “Kalite Yönetim Sistemi”

<http://www.das.org.tr/tr/dosya/kongre/kong2007/sunu/bilge.aydin-das-2007-sunu.pdf>
(11.11.2008)

Aydın Bilge, “Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi” Seminer

Notu, <http://www.almanhastanesi.com.tr/haberler/images/akr1.pdf> (12.01.2009)

Aydın Bilge, “Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon ve Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi”

<http://www.das.org.tr/tr/dosya/kongre/kong2007/sunu/bilge.aydin-das-2007-sunu.pdf>
(11.11.2008)

Aydın Bilge, “Sağlık Sektöründe Kalite Çalışmaları ve Akreditasyon” **5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi–2007,**

<http://docs.google.com/gview?a=v&q=cache:39GN8BRNgn8J:www.das.org.tr/tr/dosya/kongre/kong2007/yazi/bilge.aydin-das-2007-yazi.pdf+bilge+ayd%C4%B1n+5.+dezenfeksiyon&hl=tr&gl=tr&sig=AFQjCNGAdxQ0WN-K8lJ2xNhsYH9ED51vZQ>(20.04.2008)

Ayşe Gürel. “Sağlıkta Kalite Yönetimi Ve Bilişim Teknolojileri.”

22.09.2005.http://www.saglik.gov.tr/flashson/html%20dosyaları/makalelerhtmldosyası/saglikta_kalite_sürecleri_ve_bil.htm (1 of 18) (29.05.2008) ss.1-18

- Bilge Yaşar ve Diğerleri, "Hekimlerin Yasal Hakları" İstanbul Tabip Odası,
<http://www.ttb.org.tr/eweb/adli/1.html>(25.09.2009)
- 1219 Sayılı R.G. tarihi 04.04.1928 R.G. sayısı:863 Tababet Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun,
[http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAAF6AA849816B2EF2A50B7665CCB91F6\(02.06.2009](http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAAF6AA849816B2EF2A50B7665CCB91F6(02.06.2009)
- Büyükbayramoğlu Nihan, "Personel Temininde iç Kaynaklardan Yararlanma Politikası ve iş Tatminine Etkisine Yönelik Bir Örnek Olay Çalışması," **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul Üniversitesi SBE, 1999.
- Çevik Mustafa Aydın, "Kalite ve Akreditasyon",
<http://www.rshm.saglik.gov.tr/Referans/sayi2/default.htm> (24.11.2008)
- Çift yıldız Kemal, "İşletmelerde İnsan Kaynağı Seçim Süreci ve Bir Uygulama Araştırması," **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Sakarya Üniversitesi SBE, 2006.
- Çoruh Mithat, "Hastanelerde Kalite Belgesi Alma Girişimi ve Ötesi", SABEM,
[http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&subid=125&lb=H\(24.11.2008](http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&subid=125&lb=H(24.11.2008)
- Çoruh Mithat, "Kalite Güvence Sistemleri Felsefesi, Hastane Hizmetlerinde Hangi Kalite Güvence Sistemi Seçilmeli", SABEM, 28-29 Eylül 2000
[http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&subid=125&lb=H\(24.11.2008](http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&subid=125&lb=H(24.11.2008)
- Çoruh Mithat, "Kaliteli Sağlık Hizmetlerinde Dokümantasyonun Yeri", SABEM,
[http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&subid=125&lb=H\(24.11.2008](http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&subid=125&lb=H(24.11.2008)
- Dalbay Özkan, " ISO 9001-2000 Kalite Yönetim Sistemi ve Kamu Hastanelerinde Uygulamaya Yönelik Model Önerisi," **Yayınlanmamış Doktora Tezi**, İstanbul Teknik Üniversitesi SBE, 2002.
- Dirican Rahmi "Prof. Dr.Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları Çocuk Sağlığı Yönünden Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi ve Yönetim", Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi, 1998, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_2/4.html (13.05.2009)
- Erdoğan Nazan, "Hastane Eczacılığı Hizmetlerinde Performans Geliştirme," **Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Hacettepe Üniversitesi, 2001.Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Gülen Ali "Örgütsel Etkinlik Açısından Personel Seçimi ve İşe Almada Başarı," **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Gazi Üniversitesi SBE, 1995.
- Gümüş Betül, "İş Analizi'nin İnsan Kaynakları Açısından Önemi ve Diğer İnsan Kaynakları Fonksiyonları İle Olan İlişkisi," **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Anadolu Üniversitesi SBE,2005.

Gürdal Olcay, “Toplam kalite Yönetiminde Seçme ve İşe Almanın Önemi,” **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Marmara Üniversitesi SBE, 2001.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi,
<http://www.hacettepe.com.tr/insankaynaklari.aspx>(25.09.2009)

Hayran Osman, “Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi, Hekimler mi Profesyonel Yöneticiler mi?”
Hastane Yönetim Makaleleri
<http://site.mynet.com/hastaneyonetimi/HastaneYonetimi/id2.htm>(5.11.2008)

Hayran Osman, Hulki Uz, “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, Sağlıkta Kalite
İyileştirme Derneği
http://skid.org.tr/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=35&Itemid=85(
24.11.2008)

HealthCare Tourism International Inc. “Accreditation Agency Keeps An Eye On Medical
Tourism ” Medical Ethics Advisor, November 2007, USA,
<http://www.healthcaretrip.org/>(12.08.2009)

Hisar Kemal Macit, “Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Personelinin
ISO 9001-2000 Kalite Yönetim Sistemi Verilen Eğitimin Öncesinde ve Sonrasında
Görüş ve Düşünceleri”SABEM, <http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/3390.pdf>
(24.12.2008)

İşte İnsan, “İş Dünyası ve Yönetim Portalı,”
[http://www.isteinsan.com.tr/egitim/bu_egitim_saglik_sektorune_ik_yoneticisi_yetistiriyo](http://www.isteinsan.com.tr/egitim/bu_egitim_saglik_sektorune_ik_yoneticisi_yetistiriyor.html)
[r.html](http://www.isteinsan.com.tr/egitim/bu_egitim_saglik_sektorune_ik_yoneticisi_yetistiriyor.html)(04.04.2009)

“Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Joint Commission Standards”,
<http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/>(01.01.2009)

Kalder, Yıllık Faaliyet Raporları, 2001-2005
[http://www.kalder.org/kalder_hakkinda/detay.aspx?SectionID=lvS9vO9Cf3XgPSDVZ8](http://www.kalder.org/kalder_hakkinda/detay.aspx?SectionID=lvS9vO9Cf3XgPSDVZ8NVDA%3d%3d&ContentId=kmnBz7YCWkHDqaAkrJ284w%3d%3d)
[NVDA%3d%3d&ContentId=kmnBz7YCWkHDqaAkrJ284w%3d%3d](http://www.kalder.org/kalder_hakkinda/detay.aspx?SectionID=lvS9vO9Cf3XgPSDVZ8NVDA%3d%3d&ContentId=kmnBz7YCWkHDqaAkrJ284w%3d%3d) (12.01.2009)

Karakaş Kadriye, “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında İç Müşteri
Kavramının Anlam ve Önemi” SABEM,
[http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&s](http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&subid=125&lb=H)
[ubid=125&lb=H](http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&subid=125&lb=H)(24.11.2008)

Karapınar Serap, “İş Akışı Analizi Yoluyla Bir Hastane İşletmesinde Süreç İyileştirme
Çalışması,” **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Gazi Üniversitesi SBE 2006.

Kaya Sıdika” “Sağlık hizmetlerinde Kalite Yönetimi Çeşitli Ülkelerdeki Uygulamalara Genel
Bir Bakış”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7,
http://skid.org.tr/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=35&Itemid=85(
[24.11.2008](http://skid.org.tr/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=35&Itemid=85))ss.1-13

- Kuş Hasan, “Sağlık Sektöründe Akreditasyon ve ISO Standartları” Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Cilt.4, Sayı.2, ss.3-6, 2000, <http://www.merih.net/m1/whaskus02.htm> (12.03.2008)
- Mesa Hastanesi, http://www.mesahastanesi.com.tr/tr_hemsirelik.aspx?id=6 (24.09.2009)
- Öz Mustafa, “Hasta Memnuniyeti ve SSKB Ankara Eğitim Hastanesinde Bir Uygulama”, **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Gazi Üniversitesi SBE, , 2004.
- Özçelik Abidin, “Sağlık İşletmelerinde Kalite Güvence Sistemi”,Sağlık Bilgi Eğitim Merkezi, http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&sucid=125&lb=H(24.11.2008)
- Özel Hastaneler Yönetmeliği. Resmi Gazete. Sayı:24708. <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/20981.html>.(24.11.2008)
- Özgirgin Kemal, Yeşim Taş, “Hastane Yönetiminde Kalite Uygulamaları ve Toplam Kalite Yönetimi Projesi Kapsamında Personel Memnuniyeti Ölçme Çalışması”,SABEM http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&sucid=125&lb=H(24.11.2008)
- Özsarı S.Haluk, “Sağlık ve Sigorta”SABEM, http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/659_1saglik_sigorta.pdf (25.11.2008)
- Özsarı Haluk, “Sağlık Projesi” Seminer Notu Milli Güvenlik Akademisi Müdavimleri, Sağlık Bakanlığı, 28 Ocak 1999,SABEM, www.sabem.saglik.gov.tr/rapor_proje/goto.aspx?id=4665 (24.11.2008)
- Öztürk Mehmet, “Hastane İşletmeciliğinde Yeni Bir Verimlilik Ölçme Modeli Olarak Menü Verimlilik Modeli Sunulması ve İlişkin Bir Araştırma” MTM, Yayın No:2, Mayıs, 2000, İstanbul, s.5 http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&sucid=125&lb=H (24.11.2008)
- Personel Özlük Dosyası ve İşverenin İş İlişkisinde Temin Etmesi Gereken Belgeler http://www.turkhukuk sitesi.com/makale_896.htm(24.08.2009)
- Sağlam Öncel “Örgütlerde Personel Seçiminin Önemi ve Seçim İşlevinin Başarısının Değerlendirilmesi,” **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Süleyman Demirel Üniversitesi SBE, 1996.
- Sağlık Bakanlığı “Cumhuriyet Döneminde Sağlık Hizmetleri 1923-1973” Ankara, 2004, www.sabem.saglik.gov.tr/rapor_proje/goto.aspx?id=4665 (24.11.2008)
- Sağlık Bakanlığı, “Sağlık İşletmeciliğinde İş Yükü Analizi ve Bir Uygulama O.G.Ü Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği” SABEM, http://www.sabem.saglik.gov.tr/akademik_metinler/linkdetail.aspx?id=3608(26.03.2008)

Sağlık Bakanlığı, “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” Gönüllü Çalışma Grubu, İstanbul
2003,SABEM, www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=1406
(22.11.2008)

Sağlık Bilgi Erişim Merkezi
http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=2409 (04.11.08)

Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu “**Uluslararası Birleşik Komisyon
Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları**” ABD, Ocak 2003,

Sözübir Selami, “Türkiye’nin Tüm Sistemiyle Tüm Standartlara Akredite Olan İlk Üniversite
Hastaneler Grubu,” Yeditepe Sağlık, 2008 Kış Sayısı No:3., ss. 18-23,
<http://www.yeditepehastanesi.com.tr/YeditepeHastanesi/Turkish/edergi.aspx>

Sürdürülebilir Kalite Yönetim Sistemi Kavramı,
http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=2409 (04.11.08)

ŞahinÜmit, “Hastaneİşletmeciliği”,http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/display.aspx?id=1484 (29/11/2008)

Tank Mehmet, “Türkiye’de Kamu Hizmetlerine Giriş ve Hizmete Alma Politikaları,”
Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi SBE, 2002.

25/2/1954 – 8647 Tarihli ve 6283 Sayılı Hemşirelik Kanunu, Tertip: 3 Cilt: 35 Sayfa: 460
(02/05/2007-26510 Tarihli Resmi Gazete),

*Topcu İlkay, “Ankara Özel Güven Hastanesinde Yatan Hasta Memnuniyetinin
Değerlendirilmesi,” **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Gazi Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Enstitüsü, 2005.*

Toplam Kalite Yönetiminde İnsan Kaynakları Planlaması, 2007
http://www.odevarsivi.com/dosya.asp?islem=gor&dosya_no=134959(14.05.2009)

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 3. Bölüm, Madde 41. Madde 56.

Türk Tabipler Birliği Kanunu 6023 Sayılı, R.G. 31.01.1953/8323
http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=14&Itemid=28(02.06.2009)

Tükel Burhan, “Yatan Hasta Memnuniyeti: Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi’nde Bir
Uygulama”, **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Ankara Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Enstitüsü,2001.

VKV Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Olmak
<http://www.amerikanhastanesi.com.tr/TR/InsanKaynaklari/AHCalisaniOlmak.aspx>(24.09.2009)

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. Resmi Gazete Sayı: 17927,
http://www.tusak.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=118&Itemid=31 (24.11.2008)

Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi. <http://www.saglik.gov.tr/performans>.(24.11.2008)

Yeni Bir İş İnsan Kaynakları Hizmetleri
A.Ş.<http://www.insankaynaklari.com/ikdotnet/IcerikDetay.aspx?KayitNo=7654&Kwd=saglik>(01.04.2009)

Yılmaz Değer, “İnsan Kaynakları Yönetiminin Mükemmellik Modelindeki Rolü,”
Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi SBE, 2006.

Yonguç Murat, “**Ra Danışmanlık Seminer Notu I-II.**” Ankara, 2007, s.3