

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**ÖZEL HASTANELERDE KALİTE GÖSTERGELERİNİN
GEÇERLİLİĞİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**
Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan: **Tuğba IŞIK**

İSTANBUL, 2010

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**ÖZEL HASTANELERDE KALİTE GÖSTERGELERİNİN
GEÇERLİLİĞİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**
Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Tuğba IŞIK

Öğrenci No:
070746149

Danışman:
Doç. Dr. Nihat KAYA

İSTANBUL, 2010

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “ Özel Hastanelerde Kalite Göstergelerinin Geçerliliği Üzerine Bir Araştırma “ başlıklı bu çalışmanın, bilimsel, ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tümünün kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

18.02.2010

Tuğba IŞIK

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

01.10.2010

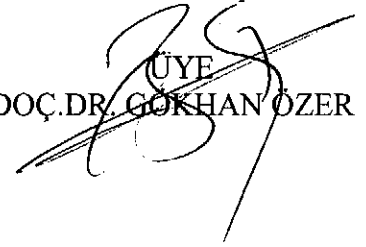
Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden 070746149 numaralı *Tuğba Işık'ın* "Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**ÖZEL HASTANELERDE KALİTE GÖSTERGELERİNİN GEÇERLİLİĞİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 19.02.2010 tarih ve 2010/06 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (60) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
DOÇ.DR. NİHAT KAYA



ÜYE
DOÇ.DR. GÖKHAN ÖZER



ÜYE
YRD.DOÇ.DR. HAKAN KİTAPÇI



ÖZEL HASTANELERDE KALİTE GÖSTERGELERİNİN GEÇERLİLİĞİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

TEZİ HAZIRLAYAN: Tuğba IŞIK

ÖZET

Kalite, müşteri isteklerini önceden tahmin ederek, beklentilerinin ötesine geçmek ve ürünün/ hizmetin doğal yaşamı boyunca müşteriye memnun etmek olarak tanımlanabilmektedir. Kalite kavramı dinamik bir yapıya sahiptir. Kalite kavramı tüketicinin ihtiyaçları doğrultusunda gelişmekte ve sürekli yenilenmektedir. Toplam Kalite Yönetimi sürekli gelişmeyi, iyileşmeyi ve müşteri memnuniyetini esas almış katılımcı bir yönetim anlayışıdır.

Toplam Kalite Yönetimi son yıllarda dünya sağlık sektöründe yaşanan en büyük değişikliklerden biridir. Sağlık hizmeti veren kuruluşları sayısındaki artış, sağlık harcamalarının giderek artması, hastaların beklediği hizmeti alamaması, sağlık çalışanların iş ortamında yaşadığı mutsuzluk ve sağlık hizmetlerinde düşük üretim gibi bir çok neden yeni yönetim arayışlarını beraberinde getirmiştir. Sağlık Hizmetleri kalite çalışmalarında kullanılan en önemli kriterlerden biri hasta memnuniyetidir. Sağlık kuruluşları hizmet sunumları sonrasında hizmet alan dış müşterilerinde yeterli memnuniyeti sağlamalıdır. Hasta yani dış müşteri memnuniyetini esas alan kuruluşlar bir yandan hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve izlenmesi ile ihtiyaç ve şikâyetlerin saptanmasına yönelik sistemler oluşturmaktadır. Sistemler, kurumların stratejik planlarına uygun göstergeler ile istenilen sonuca ulaşmasına yardımcı olmayı hedeflemektedir. Bu çalışma; ocak 2009 ve aralık 2009 tarihleri arasında özel bir hastanede takip edilen veya edilebilecek göstergelerin geçerliliğini ölçmek amaçlanmış, kalite dokümanları ve müşteri memnuniyet anketleri incelenmiş, karşılıklı görüşme ve gözlem metoduyla gerçekleştirilmiştir. İşleyişin aksadığı veya eksik olan basamakları tespit edilmiş, önlemeye ve düzenlemeye yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Kalite Kavramı, Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Kalite Göstergeleri.

A RESEARCH REGARDING THE VALIDITY OF QUALITY INDICATORS FOR PRIVATE HOSPITALS

Presented by: Tuğba IŞIK

ABSTRACT

Quality can be defined as exceeding beyond expectations by forecasting customer requests in advance and to satisfy the customer throughout the natural life of the product/ service. The quality concept has a dynamic structure; it is continuously developed and renewed in line with the customer needs. Total Quality Management is a cooperative management approach that is based on continuous development, improvement and customer satisfaction.

Total Quality Management has been one of the major changes seen in the world healthcare sector. Many reasons such as increase in the number of institutions that provide healthcare service, increase in healthcare expenses, patients' not receiving the service they expect, the unhappiness encountered by healthcare workers in the work environment and low output in the healthcare services brought new management approaches together. Patient satisfaction is one of the most important criteria used in quality Works in the healthcare services. The healthcare institutions should provide sufficient satisfaction to their external customers after providing service. The institutions that put patient, i.e. customer satisfaction first establish systems towards both measuring and monitoring patient satisfaction and determining needs and complaints. The sytems aims to help in order to achieve the desired results via the strategic plans of institutions. In this work; it has aimed determining the validity of indicators which has been follow ed up by a Private Hospital between January 2009 and December 2009, customer satisfaction surveys and quality documents has been reviewed with a Method bilateral meeting and observation. The incomplete or limped processes and steps have been defined and it has been advised in order to proaktivite recommendations and prevention.

Key Words: Quality Concept, Total Quality Management, Quality in Healthcare Services, Quality Indicators.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZET.....	i
ABSTRACT	i
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR.....	viii
1.GİRİŞ	1
2.KALİTE KAVRAMI	2
2.1. Kalitenin Tanımı	2
2.2. Kaliteyi Oluşturan Temel Özellikler.....	5
2.2.1. Dizayn Kalitesi.....	5
2.2.2. Uygunluk Kalitesi	5
2.2.3. Performans Kalitesi.....	6
2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Özellikleri.....	6
2.3. 1. Etkenlik	7
2.3. 2. Etkililik.....	7
2.3. 3. Verimlilik	7
2.3. 4. Optimal Olma.....	8
2.3. 5. Kabul Edilebilirlik.....	8
2.3. 6. Yasallık	8
2.3. 7. Eşitlik	8
2.4. Toplam Kalite Yönetimi	9
2.4.1. Toplam kalite yönetiminin önemi ve amacı.....	11
2.4.2. Toplam Kalite Yönetiminin Temel Esasları	12
2.4.3. Toplam Kalite Yönetiminin İlkeleri.....	12
2.4.4. TKY Uygulamasında Karşılaşılan Güçlükler	13
2.5. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi	13
2.5.1. Müşteri Odaklı Olma.....	14
2.5.2. Her Yerde Ve Her Şeyde Önce Kalite	15
2.6. Sağlık Hizmetlerinin Belirgin Özellikleri	16
2.7. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tanımları	18
2.8. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Arayışlarının Nedenleri	19
2.9. Kaliteli Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	20
3. SÜREÇ YÖNETİMİ	22
3.1. Bölümler Arası İşbirliğine Dayalı Yönetim.....	22
3.1.1. Personel Katılımı Ve Ekip Çalışması.....	22

3.1.2. Sürekli Geliştirme	22
3.1.3. Standardizasyon	23
3.1.4. Veri ve araçların kullanımı.....	23
3.1.5. Eğitim.....	23
3.1.6. Değişkenlik Ve İstatistiğin Kullanılması	24
3.1.7. Önleme	24
3.1.8. Ölçme Ve İzleme	24
3.2. Süreç Akış Çizelgesi	28
3.3. Akreditasyon	31
3.3.1. JCI Akreditasyon Standardı	31
3.3.2. JCI Kalite Göstergeleri İçin Standartları.....	35
4. SAĞLIKTA KALİTE GÖSTERGELERİ.....	37
4.1. İndikatör (Gösterge) Tanımı	37
4.2. İndikatörlerin Gelişme Süreci	37
4.3. Özel Bir Hastanenin İndikatörleri	43
4.4. Hasta Kayıt Kabul Bankosu	48
4.5. Poliklinik.....	48
4.6. Radyoterapi Poliklinik.....	50
4.7. LAB poliklinik	50
4.8. Tüp Bebek	51
4.9. FTR	52
4.10. Acil.....	52
4.11. Klinik	53
4.12. Radyoterapi Klinik.....	54
4.13. GYBÜ	54
4.14. Ameliyathane	54
4.15. Merkezi Sterilizasyon Ünitesi.....	55
4.16. Anjio.....	56
4.17. Radyoloji.....	56
4.18. Patoloji	57
4.19. Eczane.....	57
4.20. Kemoterapi Eczanesi.....	59
4.21. Bilgi Sistemleri.....	60
4.22. Biyomedikal.....	60
4.23. İşleyiş Şemaları.....	61
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	86

KAYNAKÇA.....	91
ÖZGEÇMİŞ.....	94

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. JCI Akreditasyon Standardı 2008.....	33
Tablo 2. JCI Hastane Akreditasyon Standardı 2008.....	33
Tablo 3. Özel Bir Hastanenin Performans Göstergeleri.....	43

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Akış Çizelgesi Sembolleri.....	29
Şekil 2. Radyoterapi İşleyiş Şeması.....	61
Şekil 3. Radyoterapi Poliklinik İşleyiş Şeması.....	63
Şekil 4. Laboratuvar Poliklinik İşleyiş Şeması.....	64
Şekil 5. Patoloji İşleyiş Şeması.....	65
Şekil 6. Kemoterapi Eczanesi İşleyiş Şeması	66
Şekil 7. Eczane İşleyiş Şeması.....	67
Şekil 8. Poliklinik İşleyiş Şeması.....	68
Şekil 9. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon İşleyiş Şeması.....	69
Şekil 10. Merkezi Sterilizasyon Ünitesi İşleyiş Şeması.....	70
Şekil 11. Acil Servis İşleyiş Şeması.....	71
Şekil 12. Tüp Bebek İşleyiş Şeması.....	73
Şekil 13. Hasta Kayıt Kabul Bankosu İşleyiş Şeması.....	74
Şekil 14. Klinik İşleyiş Şeması.....	75
Şekil 15. Radyoloji İşleyiş Şeması.....	77
Şekil 16. Bilgi Sistemleri İşleyiş Şeması.....	78
Şekil 17. Anjio İşleyiş Şeması.....	79
Şekil 18. Biyomedikal İşleyiş Şeması.....	81
Şekil 19. Ameliyathane İşleyiş Şeması.....	82
Şekil 20. Genel Yoğun Bakım Ünitesi İşleyiş Şeması.....	84

KISALTMALAR

AML	: Ameliyathane
GYBÜ	: Genel Yoğun Bakım Ünitesi
LAB	: Laboratuvar
RAD	:Radyoloji
TKY	:Toplam Kalite Yönetimi

1. GİRİŞ

Global düzeyde sağlık eşitsizliklerinin ekonomik, siyasal ve sosyal olmak üzere birçok düzeni bulunmaktadır. Ancak insanların kolay erişilebilir, ekonomik ve kaliteli sağlık hizmeti alma hakları göz ardı edilemez. Tüm Dünya’da sağlık hizmetinin erişilebilir, ekonomik ve kaliteli olması konusunda bir duyarlılığa ihtiyaç bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite sorunları ve kalite standartları bütün Dünya’da gündemde olan ve ciddi olarak araştırılan güncel bir konudur.

Buna karşılık sağlık hizmetlerinde kalite kavramı Toplam Kalite Yönetiminin öngördüğü kalite kavramından çok farklı bir yapıdadır. Enformasyon teknolojisinin hem sağlık hizmeti veren kuruluşlar hem de sağlık hizmeti alan kuruluşlar tarafından yoğun olarak kullanılması ve büyük ölçekli sağlık data bankalarının oluşması, bu hizmetlerin fiyatlandırılmasında ciddi tutarsızlıkların olduğunun ve doğum gibi standart sayılabilecek durumlarda dahi açıklanması güç fiyat farklılıklarının gözlenmesine yol açmıştır.

Bunun soncunda sağlık hizmeti satın alıcıları (kişiler yanında büyük kuruluşlar da olabilmektedir) paranın karşılığında aldıkları kalite düzeyinin ne olduğunu ve nasıl ölçüldüğünü bilme eğilimine girdiler. Bu eğilimin yakında ülkemizde de geçerli olacağı kuşkusuzdur. Bu eğilim standartlarının gözden geçirilmesi (Akreditasyon) ve kalite ölçeklenmesi çabalarının yoğunlaşmasına yol açtı. Sağlık hizmetlerinde kalite konusunun son yıllarda sıklıkla gündeme gelmesinin belirli sebepleri bulunmaktadır. Bunlar içinde öncelikli 3 sebepten söz edilebilir.

Sağlık hizmetlerinin tüm Dünya’da ağırlıkla kamu tarafından sunulan hizmetler olması nedeni ile devlet bu konuda etkileyici rol oynamaktadır. İkinci olarak müşterilerin ve diğer paydaşların sağlıkta kalite konusunda talepleri söz konusu olmaktadır. Son olarak da Hastane yönetimlerinin inisiyatifleri neticesinde artan bir bilgi gündeme gelmiştir. Devletin sistemde ağırlıklı olarak hizmet sunucusu biçiminde yer alması, kalite çalışmalarına ilgisini artırmıştır. Başlangıçta birçok hükümet maliyetleri üstlenirken bugün organizasyon, yönetim ve kalite ile ilgilenmekte ve birçok ülkede iyileştirme konularında görev üstlenmektedir.

2. KALİTE KAVRAMI

Geleneksel yaklaşıma göre kalite, ürünün/hizmetin üretici tarafından belirlenen bazı standartları taşıması olarak nitelendirilmekte ve üretim faaliyetlerinde yaygın olarak kullanılmaktadır. (Pekdemir, 1992, s. 5-11)

Günümüzde ise kalite, ürünün/hizmetin müşteri tarafından tercih edilmesini sağlayan tüm özelliklerin bileşimi olarak ele almakta, müşterinin istek ve beklentilerini karşılama derecesi olarak nitelendirilmektedir. Geleneksel yaklaşımda kalite pahalıdır. Günümüzde ise, bu yaklaşım önemini kaybetmiş, kalitenin maliyet düşürücü ve verimliliği arttırıcı rol oynadığı ortaya çıkmıştır. (Çatalca, 2003, s. 3)

Türkiye’de yapılan kalite çalışmalarında, müşteri tatmini büyük ölçüde kabul gördüğü, bu konuda sürekli gelişime önem verildiği söylenebilir. Özellikle hastaneler gibi hizmet alanlarında, hastaların ne tür bir tıbbi bakım alması gerektiği ile ilgili tercih ve değerlendirme yapmaları olanağı, diğer hizmetlere (otercilik, beslenme) oranla oldukça düşüktür. Kavuncubaşı (2000) ‘na göre, hasta yalnızca bakım çevresini (temizlik, gürültü, bürokrasi) ve sağlık profesyonellerinin davranış biçimleri hakkında bir değerlendirme yapabilmektedir. Sadece bu değerlendirmelere dayalı olarak kalite değerlendirmesi yapmak yanılgılı sonuçlar verebilir. (s. 270)

2.1. Kalitenin Tanımı

“Latince nasıl oluştuğu anlamına gelen “Qualis” kelimesinden türemiş ve “Qualitas” kelimesiyle ifade edilmiştir”. (Şimşek, 2007, s. 5)

Esasta kalite sözcüğü hangi ürün veya hizmet için kullanılıyorsa, onun gerçekte ne olduğunu ifade etmektedir. Literatürlerde kalite ile ilgili birçok tanıma rastlanmaktadır. Konunun önde gelen isimleri ve kuruluşları kaliteyi belirli noktalarda birbirini tamamlayıcı aynı zamanda da ayırıcı tanımlar yapmışlardır.

Bunlar;

- Müşterilerin gelecekteki beklentilerinin doğru tahminine göre yapılan yeniliklerdir. (W. Edwards Deming) (Doğanay, 2008)
- Kullanıma uygunluktur. (Joseph M. Juran) (Özkan, 2008, s. 3)

- Gerekliliklere uygunluk derecesidir. (Philip B. Crosby) (Özkan, 2008, s. 3)
- Tüketici istek ve ihtiyaçlarını en ekonomik düzeyde karşılamayı amaçlayan mühendislik ve imalat karakteristiklerinin toplamıdır. (Armand V. Feigenbaum) (Doğanay, 2008)
- Geliştirilebilecek her şeydir. (Masaki Imai) (Şimşek, 2007, s. 7)
- Doğru ürün veya hizmeti müşterinin eline doğru zamanda, doğru fiyatla koymaktır. (Charles A. Mills) (Aktan, 2009).
- En ekonomik, en kullanımlı ve tüketiciyi daima tatmin eden kaliteli ürün geliştirmek, tasarımını yapmak, üretmek ve satış sonrası hizmetlerini vermektir. (Kaoru Ishikawa) (Doğanay, 2008)
- Ürünün sevkıyatından sonra toplumda neden olduğu minimal zarardır. (Genichi Taguchi) (Özkan, 2008, s. 3)
- Belli bir ürünün, belli bir müşterinin ihtiyacını karşılama derecesidir. (Gilmore) (Nursoy, 2001)
- İnsan gereksinimlerinin karşılanması hatta aşılmasıdır. (Noriaki Kano) (Doğanay, 2008)
- Kusurlarla yaşamak değil, kusurları düzeltmek ve önlemektir. (Hoshin) (Doğanay, 2008)
- Üretici ve tüketici açısından memnuniyet ve tatmin yaratacak nitelikleri ve fiyat üstünlüğünü sağlayan bir ölçüttür. (M. Gershon) (Toprak, 2002)
- Kabul edilebilir bir maliyete sahip mükemmellik derecesidir. (Broh) (Doğanay, 2008)
- Bir hizmetin veya ürünün tüketicinin isteklerine uygunluk derecesidir. (EOQC – Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu) (Kurt, 2007)
- Bir ürün veya hizmetin belirli bir gerekliliği karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerinin tümüdür; ürün ya da hizmetin kusursuzluğudur. (ASQC – Amerikan Kalite Kontrol Derneği) (Özkan, 2008, S. 4)
- Mal veya hizmeti ekonomik bir yoldan üreten ve tüketici isteklerine cevap veren bir üretim sistemidir. (JIS - Japon Sanayi Standartlar Komitesi) (Özkan, 2008, S. 4)
- Bir ürünün öngörülen ve şart koşulan gerekliliklerine uyum kabiliyetidir. (DIN – Alman Standartları Enstitüsü) (Özkan, 2008, S. 4)

- Bir ürün, hizmet veya sürecin müşteri tarafından belirlenen ihtiyaçları karşılama ile ilgili özellik ve karakteristiklerinin bütünlüğüdür. (BS 4778) (Doğanay, 2008)

- Bir ürün veya hizmetin belirlenen ya da olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamıdır. TS- ISO 9005 (8402 Kalite Sözlüğü:1986) (Kalite Tanımı Ve Kavramları, Anonim, 2006)

- Nitel veya nicel olabilen, fiziksel, duyuşal ve davranış ile ilgili, zamana ait, ergonomik ve fonksiyonel ayırt edici özellikler takımının kuruluşu ve müşterilerin ve diğer ilgili tarafların, genellikle ima edilen veya zorunlu olarak beyan edilen, ihtiyaç ve beklentilerini yerine getirme derecesidir. (TS EN ISO 9000:2000 Kalite Yönetim Sistemleri)

Kaliteyi genel çerçevede şu şekilde tanımlayabiliriz: “Kalite; bir ürünün tüketici ihtiyaçlarını en ekonomik düzeyde karşılayacak özellikler bütünüdür. Kalitenin çeşitli açılardan incelenmesinde en kapsamlı çalışmalardan birini yapan Garvin, tüketicinin algıladığı kaliteyi sekiz boyutta incelemektedir”: (Ertuğrul, 2006, S. 7)

- Performans,
- Özellikler,
- Güvenirlilik,
- Uygunluk,
- Dayanıklılık,
- Hizmet görme yeteneği,
- Estetik,
- Algılanan kalite.

2.2. Kaliteyi Oluşturan Temel Özellikler

Şimşek (2007) ‘ e göre, müşterilerin istek ve ihtiyaçları, yönetimin uyguladığı politikalar, ürünün kullanım amacı, ürünün tasarımı, fiyat, üretimde kullanılan hammadde ve malzemeler, işgücünün sahip olduğu eğitim ve tecrübe düzeyi, üretimde kullanılan tezgah, kalıp ve aparatların durumu, test ve muayene işlemleri vb. gibi çok sayıdaki faktörün bir kalite karakteristiğinin oluşmasında etkisi vardır” (s. 5, 6) .

Ürün/hizmetin kalitesini, ürünün kullanım amacı ve ürünün fiyatı belirlemektedir. (Ertuğrul, 2006, s. 12)

2.2.1. Dizayn Kalitesi

Dizayn kalitesi, ürünün tüketici ihtiyaçlarını karşılayabilme derecesini ifade eder. Dizayn kalitesi, müşteri araştırmaları ve hizmet/satış ziyaretleri ile başlar ve müşteriyi tatmin edecek bir ürün/hizmet kavramının belirlenmesi ile sürdürülür. (Ertuğrul, 2006, s. 12) Dizayn kalitesi, ürünün fiziksel yapısı ve özellikleri ile beraber tasarlanır. Boyut, ağırlık, hacim v.b. fiziksel nitelikler gibi dizayn kalitesi de ölçülerle belirlenir. Dizayn kalitesinin saptanmasında, müşteri açısından değeri ve üreticiye olan maliyeti arasındaki optimum nokta hedeflenir. (Şimşek, 2007, s. 20, Özkan, 2008, s. 6)

2.2.2. Uygunluk Kalitesi

Uygunluk kalitesi, bir işletme ve tedarikçilerinin, müşteri gereksinimlerini karşılamak için gerekli olan tasarım spesifikasyonlarının, ürünün kabulü için gerekli koşulları belirten dokümanları karşılayabilme ölçüsüdür. Ölçülebilir bir karakteristiktir, bilimsel olarak tespit edilebilmektedir. (Ertuğrul, 2006, s. 13-14, Şimşek, 2007, s. 22)

2.2.3. Performans Kalitesi

Performans kalitesi, işletmenin ürün/hizmetlerinin pazardaki performans düzeylerinin müşteri araştırmaları, satış/hizmet analizleri ile belirlenmesidir. Bu çalışmalar; satış sonrası hizmet, bakım-güvenirlilik ve lojistik destek analizi ile müşterilerin neden işletmenin ürün/hizmetlerini satın almadıklarının araştırılmasını içerir. (Ertuğrul, 2006, s. 15)

2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Özellikleri

Sağlık hizmetlerinde kalitenin zaman içinde birçok tanımı yapılmıştır. Bu tanımlar, tanımı yapan kişilerin bakış açılarını ve yaklaşımlarını yansıtmaktadır. Aşağıda çeşitli kalite tanımları verilmiştir. (Sarvan ve Berk, 1995) Birleşik Devletler Tıp Enstitüsü'nün kalite tanımı ise, birey ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin arzulan sağlık çıktılarına ulaşma ihtimalini artırma ve günün profesyonel bilgi birikimi ile tutarlı olma derecesidir. (Özcan, 1995)

Tıbbi kalite güvencesinin öncülerinden olan Donabedian'a göre, tıbbi bakımın 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. (Çatalca, 2003, s. 9) Asunakutlu (2007, s. 437) 'nun belirttiği gibi, "sağlık hizmetlerinde kalite, mevcut bilimsel bilgi düzeyi temel alınarak, tasarlanan hizmet sunum sürecinin, müşteri talep nedeni olan hastalığı ve/veya sağlığı ile ilgili istenmeyen sonuçların azaltılmasına ne ölçüde katkı sağladığıdır" . Sağlık hizmetlerinin kaliteli olmasını etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörlerden bazıları kaliteyi belirleyen asgari koşullardır. Bu koşullar olmadıkça kaliteli bir sağlık hizmetinden söz etmek mümkün değildir. Bu koşullar:

- Her kesime yaygınlaştırılan sağlık hizmeti sunmak,
- Kaynak tahsisinde ve dağılımında adil davranmak,
- Halka karşı sorumluluk taşımak,
- Sağlık tüketicilerine olan davranışlar,
- Bireysel bakım hizmetleri,
- Medyanın etkileri. (Çatalca, 2003, s. 11)

Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri

Donabedian' a göre; kalite, tanımlanması güç olmakla birlikte, yedi özellik tarafından belirlenen bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu değişkenler, hizmetlerin kaliteli olup olmadığını ortaya koymada yol gösteren temel özellikler olarak kabul edilebilir. (Kavuncubaşı, 2000, S. 273)

2.3.1. Etkenlik

Etkenlik, mevcut bilimsel bilgi çerçevesinde ve mevcut olanaklarla hastanın sağlık durumunda yapılabilecek maksimum gelişmeyi ifade etmektedir. Başka bir ifade ile etkenlik, sağlık kurumunun potansiyelini yani, mevcut teknolojiye ve bilimsel bilgiye dayalı olarak en iyi yapabileceği şeyleri içermektedir.

(Kavuncubaşı, 2000, s. 273)

2.3.2. Etkililik

Etkenliğin tersine etkililik hastaların sağlık durumunda gerçekleştirilen veya gerçekleştirilmesi beklenen somut gelişmedir. Bir sağlık hizmeti, hastanın sağlık durumunda olumlu değişiklik yaratmış ise bu hizmetin etkili olduğu söylenebilir. Hastanın sağlık durumunda herhangi bir değişikliğe yol açmayan hizmetin, diğer özellikleri iyi olsa bile, kaliteli olarak kabul edilmesi mümkün değildir.

2.3.3. Verimlilik

Etkili bir hizmetin en az maliyet ile üretilmesi anlamına gelir. Sağlık hizmetlerinde kalite değerlendirmesinde öncelikli olarak hizmetin etkililiği üzerinde durulmalıdır. Etkililik kavramı, insan hayatı ile yakından ilişkilidir. Bununla birlikte, yönetsel rasyonalite açısından benimsenmesi gereken temel ilkelerden birincisi, en iyi hizmetin en az maliyetle üretilmesidir. Aynı sonucu veren iki hizmetin düşük maliyetli olanı, pahalı olan hizmete göre daha kalitelidir.

2.3.4. Optimal Olma

Optimallik, kullanılan hizmet miktarına paralel olarak değişen payda ve maliyetler arasında optimum dengenin sağlanmasıdır.

2.3.5. Kabul Edilebilirlik

Verilen hizmetlerin, hastaların ya da yakınlarının değerleri, istekleri ve beklentileriyle uyumlu olması anlamına gelmektedir. Bu hizmetin kabul edilebilir olması için,

- Hastaların hizmetlere kolayca ulaşabilmesi ve kullanabilmesi,
- Hizmet veren personelin hastalara karşı duyarlı olması; hasta istek ve beklentilerine yanıt vermesi,
- Hizmet ortamının rahatlatıcı ve güven verici olması,
- Hizmetlerin etkili ve ucuz olması gerekmektedir.

2.3.6. Yasallık

Verilen hizmetlerin toplum tarafından kabul edilmesi olarak tanımlanabilir. Bir sağlık kurumunu verdiği hizmetler, sosyal ilgi ve tercihlerle uyumlu değilse, toplum tarafından kabul görmeyecektir.

2.3.7. Eşitlik

Tüm bireylere adil biçimde hizmet edilmesi, bireyler arasındaki ayrımcılık yapılmaması ve bireylerin elde ettiği faydanın eşit olması anlamına gelir.

2.4. Toplam Kalite Yönetimi

Toplam kalite yönetimi kavramının, günümüzde pek çok tanımı bulunmaktadır. Bunların bazılarını ele alacak olursak; TKY, bir kuruluştaki herkesin katılımı ile süreçlerin ürünleri ve hizmetlerin sürekli iyileştirilmesi suretiyle, iç ve dış müşteri kalite gereksinimlerinin karşılanması ve müşteri tarafından tanımlanan kaliteyi, ürün ve hizmet yapısında oluşturmaya çalışan bir yönetim biçimidir. (Ertuğrul, 2006, s. 85)

“TKY, tüketici isteklerini en ekonomik düzeyde karşılamak amacıyla işletme içindeki pazarlama, mühendislik, üretim ve müşteri hizmetleri gibi çeşitli ünitelerin kalitelerinin oluşturulması, yaşatılması ve geliştirilmesi yolundaki çabaları birleştirip koordine eden etkin bir sistemdir”. (Şimşek, 2000)

Aydinceren (1993), TKY’ ni beklentilerini her şeyin üstünde tutan ve müşteri tarafından tanımlanan kaliteyi, tüm faaliyetlerin yürütülmesi sırasında ürün ve hizmet bünyesinde oluşturan bir yönetim biçimidir şeklinde tanımlamıştır.

En basit açıklaması ile TKY;

Toplam= herkesin katılımı,

Kalite= müşteri gereksinim ve beklentilerinin tam olarak karşılanması,

Yönetim=kaliteli ürün ya da hizmet için bütün koşulların sağlanmasıdır.

TKY dar anlamda “mal ve hizmet kalitesini”, geniş anlamda ise kurum, örgüt ya da organizasyon kalitesini sürekli olarak iyileştirmek için organizasyonda yapılması gereken tüm çabaları ifade etmektedir.

“Kalite yönetimi” kelimelerinin başına “toplam” kelimesinin eklenmesinin nedeni, organizasyonel performansı ve verimliliği arttıracak tüm alanlarda kalite geliştirilmesinin amaçlanmasıdır. (Yatkın ve Gökhan, 2004)

TKY'nin başında insan faktörü yatmaktadır. TKY'de yer alan sürekli iyileştirme, sorunların analizi ve çözümü, ekip oluşturma, hedefleri belirleme ve kalite sağlama gibi görevlerin kurum çapında yayılımının sağlanması, ancak tüm çalışanların katılımıyla gerçekleştirilebilir.

TKY'nin temeli, bazı basit kavramlardan oluşmuştur. İşletmenin başarılı olabilmesi için karlı satışlar yapması gerekir. Bunun içinde müşterisi olmalıdır. İşletmeler, hem şimdiki müşterilerini elde tutmak, hem de gelecekte müşteri bulabilmek için gayret etmelidir.

İşletme müşterilerini belirledikten sonra, onların gereksinimlerini, beklentilerini belirlemeli, işletme süreçlerini bu gereksinimleri doğru ve zamanında karşılayacak şekilde düzenlemelidir.

Çoğu yönetim uzmanları, yeni yaklaşımlar ve teoriler geliştirmiştir. TKY de, korkunç bir rekabetin olduğu günümüzde, işletmenin uzun zaman hayatta kalmasını sağlayan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımın temel unsurları, Figenbaum ve Ishikawa gibi çeşitli kalite yöneticileri tarafından aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

- Kalite odaklı olmak,
- Müşteri odaklı olmak,
- Süreç odaklı olmak,
- Kalite maliyetlerini hesaplamak,
- Deming döngüsünü bir yönetim modeli olarak kullanmak,
- Gerçek istatistikleri kullanarak karar vermek,
- Sürekli gelişme (Kaizen),
- Hedeflerle yönetim,
- Günlük yönetime ağırlık vermek,
- Katılımcı yönetim ve grup çalışması,
- Her girdi ve kaynağın kontrolü,
- İç müşteri kavramı, “bir sonraki süreç müşterinizdir!” kavramı,
- Önlemeye yönelik yaklaşım. (Özveren, 1998, s. 4)

Bu çalışmalarla işletme, kendini devamlı geliştirerek daha iyi rekabet edebileceği bir konuma gelecektir. Rekabet edebilir bir duruma gelebilmek için işletme, esnek ve çevre şartlarına hemen cevap verebilecek bir durumda olmalıdır. Bunun için işletmenin çeşitli faaliyetlerde bulunması gerekir. Tüm bu faaliyetler, toplam kalite yönetimi şemsiyesi altında toplanabilir. (Özveren, 1998, s. 5)

2.4.1. Toplam Kalite Yönetiminin Önemi Ve Amacı

TKY'nin temel amacı, kalite yönetimi faaliyetlerinin işletme içinde, işletmenin bütününe ilişkin kaliteyi sağlamaya yönelik olarak yapılmasıdır.

Bunu sağlayabilmek için de, örgütün tüm bölümlerinin ve en üst düzeydeki yöneticilerinden en alt kademelerdeki operatörlerine kadar tüm personelinin kalite faaliyetlerinde bir araya gelip işbirliği yapmaları gerekmektedir. Bu şekilde uygulanan bir toplam kalite yönetimi, kusurları önlemek için planlama, müşterilerin isteklerini araştırıp bulma, tasarlama, satın alma, üretme, muayene ve pazarlamayı organize etme anlamına gelmektedir. (Ertuğrul, 2006, s. 91)

TKY ile ilgili amaçları genel olarak şu şekilde sıralamak mümkündür:

(Bozkurt, 1994)

- İşletmenin Pazar payını, verimlilik, rekabet ve karlılık düzeyini arttırmak,
- Çalışanların moral düzeyini arttırarak ve iş barışı sağlayarak motivasyonunu arttırmak,
- Malzemeyi, zaman kaybını, yeniden işlemeyi, stokları, müşteri şikayetlerini ve maliyetleri azaltmak,
- İşletmenin her kademesinde, çalışanlar arasında dikey ve yatay iletişimi sağlamak,
- Satıcılar ve yan sanayi ile ilişkileri kuvvetlendirmek,
- Alıcıların güvenini kazanmak ya da var olan güveni sürdürmek.

2.4.2. Toplam Kalite Yönetiminin Temel Esasları

Klasik yönetim modeli yaklaşımının temel amacı, belirli bir standardı oluşturmak, belirlenen standarda göre üretimi gerçekleştirmek ve denetim altına almaktır. (Peker, 1993, S. 50)

Oysa çağdaş bir yönetim felsefesi olan TKY, hiçbir standardı kabul etmeyen sürekli gelişme ve iyileştirmeyi amaçlamaktadır. İşletmelerde TKY'nin, gün geçtikçe daha fazla önem kazanması sonucunda, yönetim faaliyetleri yeni boyutlar kazanmış ve klasik yönetim modeline göre önemli değişimler kaydedilmiştir.

2.4.3. Toplam Kalite Yönetiminin İlkeleri

TKY felsefesinin gereği gibi uygulanabilmesi için, ilkelerinin bir bütün olarak uygulanması gerekmektedir. Toplam kalite yönetiminin başarıya ulaşabilmesi için, bu bir zorunluluktur. Bu ilkelerden bir kısmının uygulanıp, bir kısmının gereği gibi uygulanmaması durumunda dahi, toplam kalite yönetiminin başarı şansı yoktur. TKY'yi başarıya ulaştıracak bu ilkeler şunlardır; (Sevim, 1999, S. 14)

- İşletmenin kalite amaç ve politikalarının belirlenmesi,
- Çalışanların tümünün, müşteri tatminine öncelik vermesi,
- Çalışmaların ileriye yönelik ve bilinçli bir biçimde programlanması,
- Sürekli eğitim faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi,
- İstatistiksel ve süreç kontrol çalışmaları,
- Kalite çemberleri,
- Verimlilik çalışmaları,
- Toplam kalite maliyetlerinin hesaplanması,
- Planlı bakım,
- Satıcılarla ilişkiler, Kalite tetkiki.

2.4.4. Toplam Kalite Yönetimini Uygulamasında Karşılaşılan Güçlükler

TKY'yi uygulamada ortaya çıkan sorunları iki grupta incelemek mümkündür. Birincisi, kalite konusunda var olan yanlış düşünceler; ikincisi ise toplam kalitenin anlaşılması ve uygulamasında yapılan yanlışlar ve eksikliklerdir. Bu özellikler, işletmeler açısından oldukça önemli olan TKY felsefesinin etkili olarak çalışmasını engellemekte ve başarısız uygulamalara sebep olmaktadır.

Bu tür uygulamaların maliyetlerde yükselmeye neden olması, daha da önemlisi TKY sisteminin geçerliliği konusunda güvensizlik yaratması, üzerinde durulması gereken önemli bir konudur. (Ertuğrul, 2006, S. 100)

TKY'nin uygulanmasında karşılaşılan ve başarısızlığa yol açan sorunlar ise;

- Tepe yöneticilerinin aktif katılımı olmaksızın, bir program olarak uygulamaya konulması,
- Kaliteyi geliştirmenin, şirket yönetiminin ara sıra slogan olarak ortaya attığı ve sonra da takipçisi olunmayan sıradan bir konu olarak algılanması, bir kalite politikasının ve sorumluluğunun yeterince olmayışı,
- Yönetim ve özellikle çalışanların kalite ve rekabetin bilincinde olmamaları, sürekli gelişmenin önemli olduğunun tam olarak anlaşılamaması,
- Yönetimin kabulü olsa dahi, felsefeyi uygulamak için gereken örgütsel düzenlemeler yapılmadan ve gerekli olan liderlik anlayışı geliştirilmeden uygulamaya geçilmesi,
- TKY'nin tamamıyla bir değişim faaliyeti olduğu ve özel bir kültürel bir ortama ihtiyaç duyduğu gerçeğinin yeterince fark edilememesidir.

2.5. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi

Sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerini içerir. Tedavi edici hizmetlerin verildiği hastaneler ise hastaların teşhis tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı kompleks organizasyonlardır. Sağlık alanının kendine özgü ve karmaşık bir yapısı vardır. Hizmetlerin üretildiği ve sunulduğu süreç içerisinde, hizmet kalitesinin etkilendiği çok sayıda etmen vardır.

Sağlık sektörünün yapısı, örgütlenme biçimi, ayrılan bütçe ve bu bütçenin hizmet türlerine göre dağılımı kaliteyi doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle, her ülkenin bilimsel, kendi koşullarına uygun gerçekçi, ölçülebilir, değiştirilebilir ve uyarlanabilir kalite standartlarına sahip olması gereklidir. (Sarp, 2009) Sağlık sektöründe, özellikle de hastane hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi 1980' li yıllardan sonra hızlı bir yayılma göstermiştir.

Sağlık harcamalarında görülen hızlı tırmanış, bazı tedavi kurumlarında gözlenen gereğinden fazla röntgen çekimleri ve görüntülemeler, sezeryan, histerektomi, kroner by-pass gibi ameliyatlar, hasta yatırma, taburcu etme, tahakkuk ve tahsilatlarda meydana gelen gecikmeler ve hatalar gibi nedenler hasta bakım hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesi ve sistem reorganizasyonunu gerekli kılmıştır.

(Doğanay, 2008)

TKY ülkemizdeki sağlık hizmetleri sunumunda, 1990' lı yıllardan itibaren gündeme gelmiş ve sektöre canlılık katmıştır. Sağlık hizmetleri, TKY felsefesi ve uygulamaları ile gecikmeli olarak tanışan sektörlerdendir. Bunun nedeni sağlık sektörünün yapısının karmaşıklığı ve değişime olan dirençlerdir.

Sağlık sektöründe kalite uygulamalarının başlatılmasının başlıca nedenleri ;
(Doğanay, 2008)

- Bireylerin satın alma gücünün artması,
- Tedavi kurumları arasında rekabetin başlaması,
- Sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteğinin yaygınlaşması,
- Kalite – maliyet çelişkisine çözüm getirerek etkili ve verimli hizmet sunumu sağlanması, olarak gösterilebilir.

2.8.1. Müşteri Odaklı Olma

TKY yaklaşımına göre müşterilerin tatmin edilmesi, en önemli başarı kriteridir. TKY teknik anlamda kaliteli hizmet sunumunun zorunlu olduğu ancak bunun müşterileri tatmin etmede yeterli olmayacağını varsaymaktadır.

TKY, yalnızca dış müşteri olarak adlandırılan ve sağlık kurumundan hizmet alan kişilerin tatmini üzerinde odaklaşmamakta, aynı zamanda iç müşteri olarak adlandırılan kurum personelinin tatminini de ön planda tutmaktadır.

2.8.2. Her Yerde Ve Her Şeyde Önce Kalite

TKY yaklaşımı, sistem düşüncesine dayanır. Sistem yaklaşımı, sağlık kurumunu birbiriyle ilişkili ögeler (bölümler, faaliyetler) bütünü olarak görmektedir. Dolayısıyla her hangi bölümde gerçekleştirilen yanlış veya hatalı faaliyet, diğer bölümlerle de olumsuz yönde etkilemektedir.

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde ve korunmasında büyük bir öneme sahiptir. Sağlık hizmetleri, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkilemektedir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı ile ilk çalışmaların 19. yy da başladığı varsayılabilir. Florans Nightingale, 19. yy da İngiltere’de hastane hizmetlerinin iyileştirilmesi ile ilgili çalışmalar yapmıştır. ABD de sağlık alanında iyileştirme çalışmaları da 1900’lü yıllarda başlamıştır.

Bu çalışmaların devamında, ABD de kalite konusunda, kar amacı gütmeyen önemli bir kuruluş, Joint Comission for Accreditation of Healthcare (JCAHO) kurulmuştur. Ayrıca, 1950 li yıllarda Avedis Donebedian’ın sağlık alanında kalite çalışmaları önemlidir. Dünyada sağlık hizmetleri konusundaki hassasiyet her geçen gün artmakta, birçok ülke sağlık alanında ciddi çalışmalar yürütmektedir. Örneğin 1997 yılında İngiltere’de işbasına gelen İşçi Partisi hükümeti sağlık reformuna yönelmiş ve bu reformun ana temasını kalite olarak belirlemiştir. Kalite konusundaki reform çalışması üç başlık altında toplanmıştır. Bunlar;(Kaya, 2005, s. 18.)

- Kalite standartlarının tanımlanması
- Bu standartlara uygun kaliteli hizmetin sunulması
- Her yerde en yüksek kalitede sağlık hizmetinin sunulduğunun izlenmesi biçiminde belirlenmiştir.

Reform çalışması tümüyle bu üç beklentinin gerçekleştirilmesine yönelik politika, strateji ve taktiklerden oluşturulmuştur. Bununla birlikte ikinci safhada kültürel dönüşümün gerçekleştirilmesi hedef olarak seçilmiştir.

İngiltere dışında birçok ülkede benzer çalışmalar, benzer hedeflere ulaşmak üzere, benzer içeriklerde planlanmış ve hayata geçirilmiştir. Gelişen teknoloji, insan hakları, kişilerin hak ve sorumluluklarına karşı bilinçlenmesi sunulan sağlık hizmetlerinde kalite düzeyinin sorgulanmasına neden olmuştur. Sağlık hizmeti sunan işletmelerde zamanla sektöründeki maliyet artışları ve bunu önlemek için başlatılan arayışlar çerçevesinde sağlık hizmetlerinde kalite çalışmalarına olumlu katkılar sağlamışlardır. Tüm bu gelişmeler, kaliteli hizmet sunumu anlayışının önem kazanmasına neden olmuştur. Artan sağlık harcamaları, yetkililerin ve sağlık sigortalarının tedavi yapan kuruluşların, belirli standartlarda hizmet vermesini zorunlu hale getirmektedir.

Gerek imalat işletmeleri için, gerekse hizmet işletmeleri için kalite sağlamaya zorlayan sıkı rekabet ve maliyetlere verilen önem, sağlık işletmelerinde kalite sağlamanın önemini daha da artırmıştır. Bu nedenle son yıllarda hizmet kalitesi, sağlık işletmelerinin başarısı için sağlık hizmetleri sunucuları, pazarlamacılar ve araştırmacılar tarafından önemli bir konu olarak ele alınmaktadır.

2.6. Sağlık Hizmetlerinin Belirgin Özellikleri

Sağlık, insanların yaşam kalitelerinin yükseltilerek mutlu bir şekilde sürdürülmesinde en önemli yere sahiptir. Sağlık hizmetleri, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle de sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin farklı özellikleri bulunmaktadır. Öncelikle sağlık hizmetinin arz ve talebi arasında eşitsizlik vardır. Sağlık piyasalarında tüketiciler satın alacakları mal ve hizmetlerin miktar ve kalitesini tayin edemezler.

Bununla birlikte sağlık hizmetleri, diğer piyasalardaki mal ve hizmetlerin aksine standart değildir ve tüketiciler çoğunlukla satın aldıkları hizmetin özellikleri hakkında sınırlı veya yanlış bilgiye sahiptirler. Sağlık hizmetinin tüketimi tesadüfidir

ve hastanın, hastalık riskine bağılı olarak yapacağı masraflar belirsizdir. Bu durum sağıık hizmeti talebinin belirsiz olmasına neden olmaktadır. Bireyler hizmetin niteliğı ve niceliğı hakkında bilgi sahibi değıildir ve pazarlık şansları bulunmaz. Sağıık hizmetlerinde homojenlik sağılamak güçtür ve bu hizmetler ikame edilemediğı gibi aynı zamanda ertelenemezler. Ayrıca kâr amacı güden ve gütmeyen kurumlarca sağılanmaktadır ve sağıık hizmetlerinin maliyetleri ile fiyatları arasında zayıf bir korelasyonun bulunduğı ifade edilebilir.(Ak ve Sevin, 2000, s. 25.)

Sağıık kuruluşlarının kalite çalışmaları, sağıık hizmetlerin karakteristik özellikleri nedeni ile hizmet sektöründe yer alan diğier işletmelere göre daha farklı yaklaşımlar içerisinde sürdürölmektedir. Bahsedilen hizmetlerin özellikleri söyle sıralanabilir:

- Hastaneye gelen her hasta farklı tanı ve tedavi özellikleri göstermektedir. Belli bir zaman için hastaneye olan ya da olacak talep doğru tahmin edilememektedir.

- Hastaneler talep değıişikliğine kısa dönemde uyum sağılayamamaktadır.

- Hizmetin üretimi stoklanamamaktadır. Üretildiğı anda tüketilmektedir.

- Sağıık işletmelerinde aşırı işbölümü ve uzmanlaşma, nitelikli personel artışı ile beraber işgücü maliyetlerindeki artışı da getirmektedir.

- Her hastaya uygulanan sağıık hizmetinin bileşiklik göstermesi hizmetin tanımlanmasını imkânsızlaştırmakta, çıktıların standart olmasını engellemektedir.

Amerikan Tıp Birliğı Konseyi tarafından hazırlanan bir raporda yüksek kaliteli sağıık bakımının özellikleri söyle sıralanmıştır.(Yaman 1997, s. 185.)

1-Hastanın psikolojik bakımında, fiziksel fonksiyonunda, ruhsal ve entelektüel performansında ve rahatında, hastanın ilgilileri ile tutarlı mümkün olan en kısa sürede optimal gelişme sağılanması.

2-Sağıığın yükseltilmesi, çeşitli rahatsızlıklardan kaynaklanan sınırlılıkların önlenmesi ve erken teşhis ve tedavi üzerinde durulması.

3-Bakımın tam zamanında verilmeye başlanması ve sürekli olması, uygun olmayan tedavinin verilmemesi ve gereksiz bir şekilde uzatılmaması

4-Bakım sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda hastanın bilinçli bir şekilde işbirliği yapmasını ve katılımını sağlanmanın yollarının aranması

5-Tıp biliminin kabul edilmiş ilkelerine ve uygun teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanılmasına dayanması

6-Bakımın kişinin kendisini hasta hissedebileceği strese karşı duyarlılıkta ve hastanın tam anlamıyla iyi olması düşüncesi ile sunulması

7-İstenilen tedavi çıktısına ulaşmak için ihtiyaç duyulan teknoloji ve diğer sağlık sistemi kaynaklarının etkili kullanılması

8-Bakımda sürekliliğin sağlanması ve hastanın tıbbi kayıtlarının yeterince iyi olmalıdır.

2.7. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tanımları

Sağlık Hizmetlerinde kalitenin birçok tanımı yapılmıştır. Her tanım, tanımı yapan kişilerin bakış açılarını ve konuya yaklaşımlarını dile getirmiştir. Bu tanımlardan bazılarını sıraladığımızda: sağlık hizmetlerinde kalite genel olarak, sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin, standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesi olarak tanımlanmaktadır. Başka bir tanım da; sağıkta kaliteli hizmet, kabul edilen standartlarda bakım vermek, hastaların ve sağlık personelinin hizmet değerlendirilmesi ve planlaması yetkisinde ve karar aşamasında eşit olanaklara sahip olmaları, hastaların can ve sağlık güvenliğine çok önem ve öncelik vermek, seklinde yapılmıştır. (Özgen, , 1993, s. 49.)

Sağlık Hizmetlerinde kalite; uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanmasıdır. Sağlık Hizmetleri kalitesini yalnızca tıbbi faaliyetler açısından değerlendiren bir tanıma göre sağlık hizmetlerinde kalite:

Bir hastalık ya da benzer bir durumun fonksiyonu olarak bireyin sağlık durumunda meydana gelebilecek bir gerilemeyi en azından durduracak ya da iyileşme sağlayacak bir biçimde belli faaliyetlerin yerine getirilmesidir. Bu tanıma göre sağlık hizmetlerinin kalitesi doğru tıbbi faaliyetlerin en iyi sonucu verecek şekilde yerine getirilmesidir.

2.8. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Arayışlarının Nedenleri

Rekabetin artması ve bireylerin sağlık hizmetlerinin kalitesi hakkında giderek artan ölçüde haberdar olmaları ve bunun sonucunda aldıkları sağlık hizmetlerinde kalite garantisi aramaları nedeniyle kalite gelişimi kavramı sağlık hizmetlerinin de gündemine girmiş ve sağlık işletmeleri kalite standart belgesi almak için bir arayış ve çalışma içine girmişlerdir.(T.C. sağlık Bakanlığı, sağlıkta Dönüşüm, Ankara, Haziran 2003, s. 15.)

Sağlık hizmetlerinin sıklıkla gündeme gelme sebepleri;

1. sağlık hizmetlerinin bütün dünyada ağırlıkla kamu tarafından sunulan hizmetler olması nedeniyle devlet bu konuda etkileyici rol oynamaktadır.
2. Müşterilerin ve diğer paydaşların sağlıkta kalite konusunda talepleri söz konusu olmaktadır.
3. Hastane yönetimlerinin inisiyatifleri neticesinde artan bir ilgi gündeme gelmiştir. Devletin sistemde ağırlıklı olarak hizmet sunucusu biçiminde yer alması, kalite çalışmalarına ilgisini arttırmıştır.

Türkiye’de bu bağlamda kapsamlı olarak kamu yönetiminde yeniden yapılanma konusunda çalışmalar yapılmaktadır. Başbakanlık tarafından planlanan ve reform olarak öngörülen bu çalışmalarda akademik çevreler, sivil toplum kuruluşları, medya ve bireylerin katkılarıyla bir zihniyet dönüşümünün gerçekleşeceği öne sürülmektedir. Bu kapsamda bir reform sürecine hazırlanan kamu hizmetleri, değişik alanlarda toplumun gereksinimlerini karşılamaktadır. Sağlık hizmetleri de, önemli kamu hizmet alanları arasında yer almaktadır.

İdari otorite tarafından benimsenen yeniden yapılandırma çalışmalarında ihtiyaçlara uygunluk, yönetim, vatandaş odaklılık, stratejik yönetime geçiş, performansa dayalı değerlendirme, denetimde etkililik, etik kurallara ve insana güven esaslı bir anlayışın benimsenmesi sağlık hizmetleri açısından da büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimi için önemi dikkate alındığında, reform çalışmalarının bu alanda öncelikle uygulanması gerekli görülmektedir.

2.9. Kaliteli Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Amerikan Tıp Birliği Konseyi tarafından hazırlanan bir raporda yüksek kaliteli sağlık hizmetinin taşınması gereken özellikler şöyle sıralanmıştır:

1-Hastanın psikolojik durumunda, fiziksel fonksiyonunda, ruhsal ve entelektüel performansında ve rahatında hastanın ilgileriyle tutarlı mümkün olan en kısa sürede optimal gelişme sağlanması.

2-Sağlığın yükseltilmesi, hastalık ve benzeri durumların erken teşhisi ve tedavisi.

3-Zamanında sunulmuş olması, bir başka ifadeyle, bakımın zamanında verilmeye başlaması, sürekli olması uygun olmayan tedavinin verilmemesi ve gereksiz bir şekilde uzatılmaması.

4-Bakım sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda hastanın bilinçli bir şekilde işbirliği yapması ve katılımını sağlamanın yollarının bulunması.

5-Tıp Biliminin kabul edilmiş ilkelerine uygun teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanımına dayanması.

6-Hastalığın meydana getirebileceği stres ve endişeye karşı duyarlılıkta ve hastanın tam anlamıyla iyi olması düşüncesiyle sunulması.

7-İstenilen tedavi çıktısına ulaşmak için ihtiyaç duyulan teknoloji ve diğer sağlık sistem kaynaklarının etkili kullanılması.

8-Bakımda sürekliliğin sağlanması ve aynı mesleğe mensup bireylerin de değerlendirebilmesi için hastanın tıbbi kayıtlarının da yeterince iyi olması gerekir.

3. SÜREÇ YÖNETİMİ

Süreçlerin tanımlanması, sahiplerinin, tedarikçilerinin, müşterilerinin, vatandaş ihtiyaçlarının belirlenmesi, gerekli adımlarda ölçümler alınarak performansının izlenmesi ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasını içeren faaliyetlerin tümüdür. (Anonim, 2010)

TKY’ de süreç yönetimini belirleyen basamaklar

3.1. Bölümler Arası İşbirliğine Dayalı Yönetim

Sağlık kurumlarının temel özelliklerinden birisi, bölümler arası yoğun işlevsel bağımlılığın bulunmasıdır. Bir hizmet birden fazla birimin eş anlı ve ortaklaşa faaliyeti ile gerçekleştirilmektedir. Dolayısıyla sağlık kurumunda bölümler veya işlevler arasında karşılıklı bağlantılar bulunmaktadır. Bu bağlantıların etkili biçimde yönetilmesi için bölümler arasında karşılıklı işbirliğini esas alan bir yönetim anlayışı gereklidir. TKY, bölüm yöneticilerini içeren bir yönetim ekibinin oluşturulmasını ve bu ekibin bölümler arasındaki ilişkileri düzenlemesini savunmaktadır.

3.1.1. Personel Katılımı Ve Ekip Çalışması

TKY yaklaşımı, personel yeterliliğinin yüksek olmasını, karar alma ve süreç iyileştirme faaliyetlerinde personelin fikrinin alınmasını savunmaktadır. TKY, işi yapan personelin, işi en iyi bilen kişi olduğunu varsaymakta; işin daha iyi yapılabilmesi için personelin yaratıcılığını kullanabileceği bir ortamın yaratılmasını gerektirmektedir.

3.1.2. Sürekli Geliştirme

TKY, sürekli geliştirmeyi esas almaktadır. Sürekli geliştirme, kalite ve performansın sürekli gözden geçirilerek, yükseltilmesi anlamına gelmektedir. Sürekli geliştirme için, döngüsel yaklaşım benimsenmelidir.

Bu yaklaşımı, Amerika'lı bilim adamı Edward Deming geliştirmiştir. Deming döngüsü olarak da adlandırılan bu yaklaşımın, dört aşaması bulunmaktadır:

Planlama, uygulama, denetim ve düzenleme. Planlama aşamasında, sürecin iyileştirilmesine yönelik olarak yapılması gereken değişiklikler belirlenir. Uygulama aşamasında bu değişiklikler gerçekleştirilir. Denetim aşamasında uygulanan değişikliğin arzulan sonuçları verip vermediği gözden geçirilir ve sonuçlar arzulan nitelikte ise süreç standartlaştırılır. Sonuçlar olumlu değil ise tekrar planlama aşamasına geçilir. Sürecin standartlaştırılması gelişmenin sonlanacağı anlamına gelmez; süreç yeniden analiz edilerek, gelişme potansiyeli araştırılır ve sonuçta yeniden planlama aşamasına geçilir.

3.1.3. Standardizasyon

Kota ve benzeri sayısal standartlar TKY kültürü ile uyumlu olmamakla birlikte, TKY süreçlerin standartlaştırılmasını zorunlu kılmaktadır. Standartlaştırma ilkesi, herhangi bir zamanda en iyi iş sürecinin saptanmasını ve standartlaştırılmasını, süreçle ilgili tüm personelin bu standartlara uygun olarak çalışması anlamına gelmektedir. Standartlaştırma ve sürekli gelişimin bir arada gerçekleştirilmesi, TKY yaklaşımının uygulanmasını güçleştiren önemli bir faktördür.

3.1.4. Veri ve araçların kullanımı

Toplam kalite yönetimi, sürekli gelişmeyi sağlamak ve ölçmek için sayısal ve niteliksel verilerin kullanımını içerir. TKY kapsamında kullanılan başlıca araçlar, balık kılçığı, pareto, kontrol listeleri, eğilim analizi dağılım diyagramları, histogramlardır. Bu araçlar genelde görsel araçlardır. Bu araçların kullanma gerekçesi ise, "bir resmin binlerce kelimedenden daha değerli kabul edilmesidir".

3.1.5. Eğitim

TKY yaklaşımına göre, personel kendi çalışmalarının gerekse grup etkinliklerinin kalitesinden sorumludur. TKY'nin başarıyla uygulanması için gerekli koşullardan birisi, personelin TKY felsefesi TKY araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesidir.

Temel kalite yönetimi konularında eğitildikten sonra kurumun tüm personelinden eğitim yoluyla edindiklerini günlük yaşamlarına aktarmaları beklenir. Böylece toplam kalite bir “ortak dil”e, diğer bir anlatımla, kurumsal kültür anlayışına dönüşür.

3.1.6. Değişkenlik Ve İstatistiğin Kullanılması

Hizmet üreten sağlık kurumlarında yapım (imalat) kurumlarında olduğu gibi üretim sürecünü standardize etmek oldukça zordur. Aynı hastalığı bulunan ve benzer özellikleri taşıyan iki bireye sunulan hizmetler aynı değildir. Müşteri katılımı, doğal olarak hizmet üretim sürecinde değişkenliğe yol açar. Bu değişkenlik, şansa bağlı olabileceği gibi, belirli etkenlerden de kaynaklanabilir. TKY hizmet sunumundaki değişkenliği açıklamak ve yönetmek için istatistiksel araçları kullanır. İstatistiksel araçlar (örneğin denetim çizelgeleri) kullanılarak değişkenliğin belirli özel nedenlerden mi kaynaklandığı ya da yoksa şansa bağlı olarak mı ortaya çıktığı belirlenir. Değişkenliğin kaynağına göre, uygun düzeltme araçları kullanılarak, değişkenlik denetim altında tutulur.

3.1.7. Önleme

TKY, sorunların, ortaya çıkmadan önlenmesini gerektirir. Bir sorunun ortaya çıkmadan önlenmesi, o sorunu çözmekten daha ekonomiktir.

3.1.8. Ölçme Ve İzleme

TKY, ölçme ve izleme faaliyetlerine ağırlık verir. “ölçemezseniz geliştiremezsiniz” veya “ölçemezseniz yönetemezsiniz” sloganları, bu özelliği ortaya koymaktadır. Süreç, ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi standardında “girdileri çıktı haline getiren birbirleriyle ilgili ve etkileşimli faaliyetler takimi” olarak tanımlanmıştır (TSE, 2001, s. 2). Bu temel tanımın kapsamı genişletilirse, süreç tanımı içerisine aşağıdaki özellikler de dahil edilebilir (Ayanoğlu ve Turan, 2003, s. 195):

- Girdileri olan, bunlara müşterileri için değer ekleyen ve çıktı üreten bir faaliyetler dizisidir.
- Belirli bir çıktı (ürün ya da hizmet) elde etmek için birbirleriyle etkileşim içinde bulunan insan, malzeme, ekipman, yöntem ve çevrenin toplamıdır.
- İşletme girdilerini işletme çıktılarına dönüştüren etkinliklerin bileşimidir.

Süreçler, üç temel faaliyet çeşidinin bir kompozisyonudur.

Değer yaratan yani müşteriler için önem taşıyan faaliyetler; temel olarak fonksiyonel, departmansal, veya örgütsel sınırlar arasında iş akışını sağlayan faaliyetler ile kontrol faaliyetlerinin bileşimidir.

- Bir organizasyonel süreç, başı ve sonu olan bir iş demektir. Yani bu işi yapmak için gerekli alt işlerin ve detay işlerin oluşturduğu kümedir.
- En yalın açıklama ile süreçler bir işletmenin müşterileri için ne yaptığıdır.
- Süreçler işletmenin ürün/hizmetini yaratan mantıksal iş toplamıdır.
- Bir iş süreci, bir veya birkaç çeşit girdinin alınıp bunlardan müşteri için değer oluşturacak bir çıktının yaratıldığı faaliyetler toplamıdır. Bu tanıma göre, örneğin "siparişin yerine getirilmesi" bir süreçtir. Bu süreçte sipariş girdi olarak alınır ve sonunda sipariş edilen malların müşterilere teslimi ile süreç tamamlanır. Teslim sürecin yarattığı değerdir.
- Süreçler birbirini izleyen durum değişikliklerinin analizinden doğarlar, yani bir süreç, ilgili bir veya daha fazla varlığın durumunu değiştirme yoluyla, girdilerin çıktılara dönüştüğü faaliyetler dizisidir.

Bir süreç, beş temel özelliği taşımalıdır (Özay, 2003, s. 19):

- Tanımlanabilirlik: Sürecin temel unsurlarının belirlenebilmesi özelliğidir.
- Ölçülebilirlik: Sürecin performans ölçütleri ile izlenebilme özelliğidir.
- Yinelenebilirlik: Süreci harekete geçiren aynı veya değişen girdilerin işlenmesi sonucunda oluşan çıktının müşteri ihtiyaç ve beklentilerini sürekli karşılayabilme özelliğidir.

- Kontrol edilebilirlik: Süreç sorumlularının sürecin performansı hakkında her zaman için bilgi sahibi olabilmesi ve gerektiğinde düzeltici faaliyetlerin yerine getirilmesi özelliğidir.
- Katma değer yaratma: Sürecin, çıktının kalitesi ve çıktıyı kullanan müşterinin tatmini üzerinde olumlu etki yaratabilme özelliğidir.

Süreçler ana hatları ile üç grupta sınıflandırılır (Turan, 1998, s. 89-90):

a. Temel Süreçler:

Doğrudan kuruluşun dış müşterilerinden gelen talep üzerine başlayan ve dış müşteriye bir ürün ya da hizmet sunulmasını sağlayan süreçlerdir.

b. Yönetim Süreçleri:

Tüm süreçlerin ortak hedefler doğrultusunda faaliyetler planlamasını, bunlarla ilgili performans göstergelerinin düzenli gözden geçirilmesini ve raporlanmasını içeren süreçlerdir.

c. Destek Süreçleri:

Şirket genelinde kaynakların en uygun kullanımının sağlanması amacıyla ortak çatı altında toplanmış değişik uzmanlık alanlarından oluşur. Süreç hiyerarşisi süreçlerin kademeli olarak yapılandırılmasıdır. Bu yapılandırmada esas olan süreçlerin kapsamlarıdır. Hiyerarşi kapsamı en büyük olan süreçten başlayarak detaylara inilecek şekilde yapılandırılır. Süreç hiyerarşisinde ana süreçler, süreçler, alt süreçler ve süreç aktiviteleri olarak dört kademe vardır (Ayanoğlu ve Turan, 2003, s. 196-197):

Süreç aktiviteleri (detay süreçler):

Aynı fonksiyon içinde bir veya birkaç kişi tarafından gerçekleştirilen ve alt süreçleri oluşturan faaliyetlerdir.

Süreç sahibinin görevleri:

- Süreç tanımını oluşturmak ve güncel tutmak,
- Sürecin iyileştirme çalışmalarına liderlik etmek,
- Süreci periyodik olarak gözden geçirmek,

- Periyodik olarak süreç gözden geçirme raporu hazırlamak (zamanlama; birime sürece göre değişebilir),
- Sürecin performansını ölçmek,
- Süreç değişikliğini duyurmak,
- Süreç müşterilerinin memnuniyetini ölçmek.

Kurumda süreçler belirlendikten sonra tanımlanır.

Sürecin öğeleri;

- Sürecin no.su,
- Sürecin adı,
- Sürecin sahibi,
- İçinde yer aldığı süreç,
- Alt süreçleri,
- Süreçler arasındaki yerinin belirlenmesi,
- Girdileri,
- İşlemleri,
- Çıktıları,
- Tedarikçileri,
- Müşterileri,
- Sürecin standardı,
- Sürecin iyileştirilmesi.

Süreç yönetiminin yararları;

- Süreçlere odaklanma vatandaşa daha iyi hizmet sunmayı sağlar ve vatandaş memnuniyetini artırır.
- Zaman ve diğer kaynaklar daha iyi kontrol edilebilir, daha etkin kullanılır.
- Gereksiz tekrarlar (değer katmayan faaliyetler) saptanıp ayıklanabilir.
- Süreçler bazında fayda–maliyet-verimlilik (katma değer) analizi rahatça yapılabilir, performans daha kolay izlenebilir.
- Bilgiye ulaşım kolaylığı ve verilere dayalı karar alma imkanı sağlar.
- Sürekli iyileştirme (PUKÖ döngüsü) uygulaması kolaylaşır.

Süreç yönetiminin kendisi de bir süreçtir.

Ana aşamaları :

- Düşünme Aşaması ; bu aşama sonucunda süreçler, süreç sahipleri ve süreç takımları belirlenmiş olur.
- Kavramsal Planlama ; öncelikle tüm süreçler sergilenir, içinden öncelikli olanların tanımı yapılır.
- Anlama Aşaması ; sonucunda süreçlerin akış diyagramı ve haritaları oluşturulmuş olur.
- Analiz Yapma Aşaması ; süreçler yeniden tasarlanır. Yeni akış diyagramları ve haritalar oluşturulur.
- Hazırlama Aşaması; esas olarak süreçlerin projelendirilmesini açıklamaktadır.
- Uygulama Aşaması; uygulama öncesinde süreçler izlenir ve gerçekleştirilir.

3.3. Süreç Akış Çizelgesi

Bu tekniğin kullanılışı süreç girdilerinin ve akışın tamamen anlaşılmasını veya bir anlamda neyin yapıldığının öğrenilmesini sağlar. Bunu anlamadan ve öğrenmeden sürecin doğru akış çizelgesini çizmek mümkün değildir.

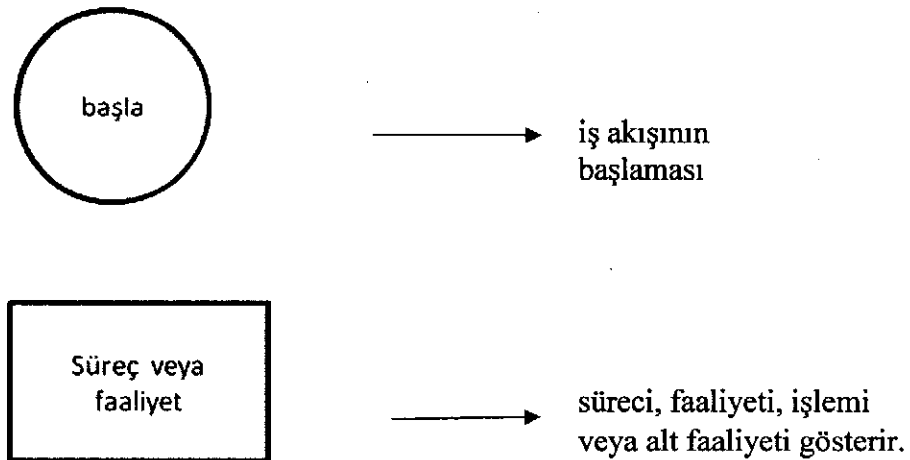
Akış çizelgeleri veya süreç haritaları, süreçlerin ve problemlerin resimleridir. Bir süreç incelenirken tüm olay ve faaliyetlerin serisi kayıtlanarak aşama ve kararlarda herkesin anlayabileceği bir form belirlenir. İş akışı veya seçenek faaliyetleri belirlenmek istendiğinde her aşamada akış çizelgesi kullanılabilir.

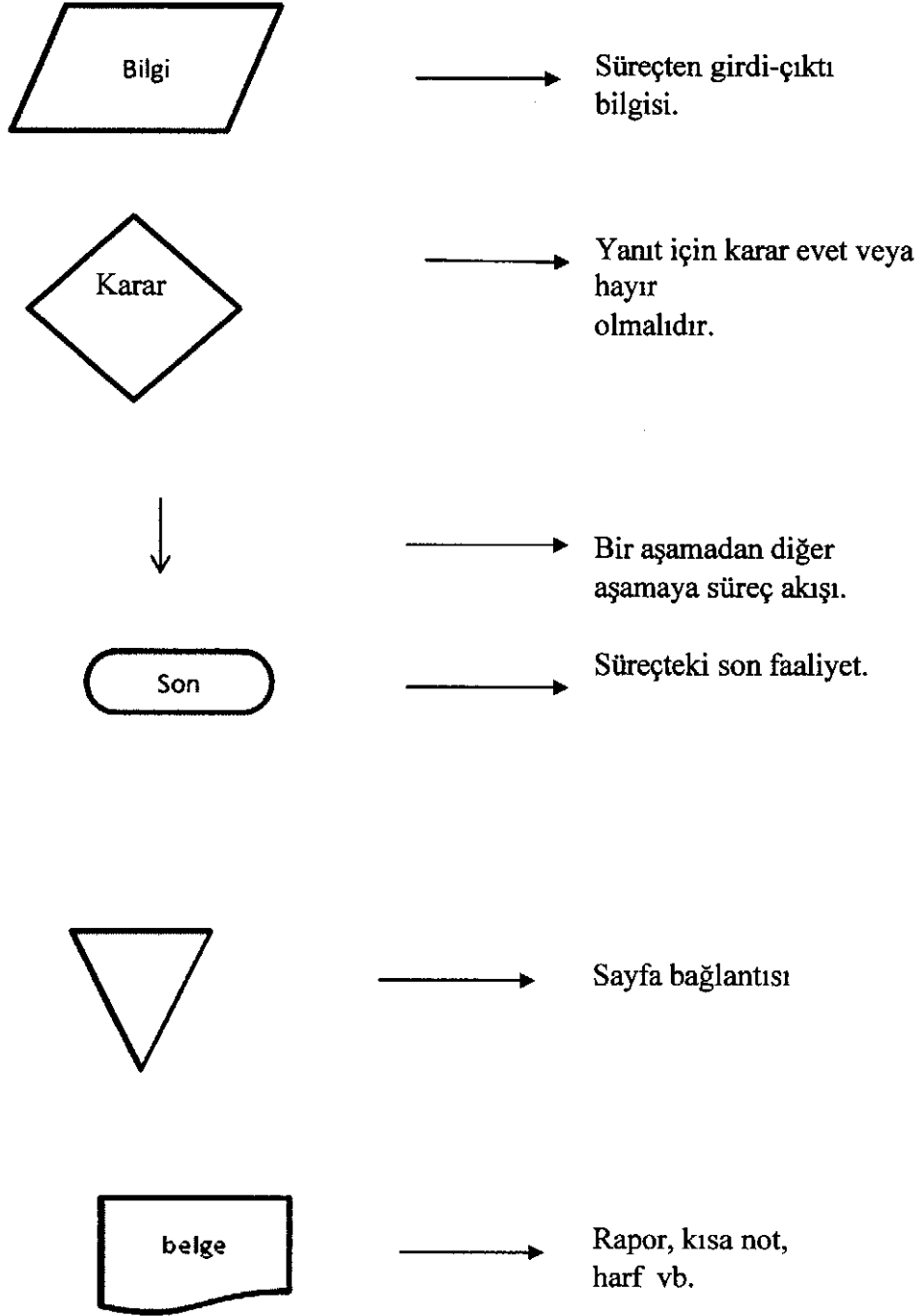
Akış çizelgeleri her zaman problem çözme sürecinin başlangıcında kullanılarak sürekli gelişme sağlanır. Süreç ve problemin tüm takım tarafından açık ve net bir şekilde anlaşılması ve takımın istediği sürekli bilgilerin sağlanmasında akış çizelgeleri önemli rol oynar.

Sürecin grafiksel gösterimi olan akış çizelgeleri:

- Sürecin nerede başladığını,
- Olayların sırasını,
- Sürecin ayrıntısını,
- Adımlar arasındaki ilişkiyi,
- Süreç sırasında alının herhangi bir kararı,
- Sürecin nerede sona erdiğini,
- İleride problem çözme takımına konu olabilecek diğer problemleri,
- Sorunun potansiyel kaynağı olan süreçteki kaçamak noktaları,
- Nereden ve hangi konuda veri toplandığı hakkında bilgiler sağlar. (Öztürk, 2009, S. 366)

Akış çizelgeleri, üretimden fatura düzenlemesine, eğitim programına, satışlara dek her türlü sürece uygulanabilir. Bu çizelgeler, “toplam kalite yönetimi” sürecinde tüm takım tarafından inceleneceği için tutarlı olmalı ve aynı semboller kullanılmalıdır. Genellikle şekil 1.’de görülen belirli standart semboller çizelgede kullanılır.





Şekil 1.Akış Çizelgesi Sembolleri

Sürecin başlama noktası bir daire ile gösterilir. Her süreç adımı veya işlem, bir dikdörtgen ile ve sürecin sona ermesi de bir oval ile gösterilir. Karar nedeniyle süreç dallanmasının olduğu nokta baklava biçiminde gösterilir.

Paralel kenar, süreç adımlarında olmayan faydalı bilgileri içerir. Ok çizgisi sembolleri bağlamak ve akış yönünü göstermek için kullanılır.

Akış çizelgelerini oluşturmada sıralama şöyle olmalıdır: (Öztürk, 2009, S. 368)

- Sürecin sınırlarının belirlenmesi,
- Mümkün olduğunca en basit sembollerin kullanılması,
- Her geri besleme döngüsü bir yeri göstermeli,
- Süreç kutusundan sadece bir ok ve kenar kutusundan da sadece iki ok çıkmalı,
- Sonraki aşamada ne yapılacağı hakkında bir kuşku duyulursa konuyu bilen başka elemanların da takıma dahil edilmesi gerekir.

3.3. Akreditasyon

Bir ürünün yada hizmetin, piyasanın talep ettiği şartlara, standartlara, yönetmeliklere uygunluğunu göstermek üzere o ürün veya hizmet için yapılan deney, analiz, muayene ve belgelendirme işlemlerini yapan kuruluşların (Uygunluk Değerlendirme Kuruluşları) resmi bir otorite tarafından uluslararası kriterlere göre denetlenerek teknik ve idari yeterliliklerinin onaylanması ve belli aralıklarla denetlenmesi işlemidir. (Anonim, 2009)

3.3.1. JCI Akreditasyon Standardı

1951'de kar amacı gütmeyen bir organizasyon olarak kurulan Sağlık Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu "Joint Commission on

Accreditation of Healthcare Organization” (JCAHO) 57 yıldan fazla sürede 19.000'in üzerinde sağlık kuruluşunun akreditasyonunu gerçekleştirmiştir.

Sağlık kuruluşlarının JCI Akreditasyonları aşağıdaki alanlarda yapılmaktadır:

- Ayakta hasta/Birinci basamak hizmetleri,
- Kendi Başına Yaşayan Hastaların Bakımı,
- Davranışsal Sağlık Hizmetleri,
- Ev Bakımı ve yatılı Bakımı,
- Hastaneler,
- Laboratuvarlar,
- Uzun Süreli Bakım,
- Sağlık Hizmet Ağları,
- Yönlendirilmiş Davranışsal Sağlık Hizmetleri,
- Muayenehane ve Cerrahi uygulamaları,
- Tercihli Hizmet Kuruluşları. (Anonim, 2009)

JCI, kalite sistemindeki altyapının etkinleştirilmesine ve verimleştirilmesine ek olarak hasta bakımının kalitesini iyileştirmek, güvenli bir çevre sağlamak ve hastalarla çalışanlara yönelik riskleri azaltmak için tasarlanmış bir dizi standardın, sağlık kurumu içinde etkin şekilde karşılanmasını hedeflemektedir. Uluslararası Birleşik Komisyon tarafından akredite olmayı isteyen sağlık kuruluşları, aşağıda yer alan standartları karşılamak zorundadır.

Sağlık Kuruluşuna getirdiği Etketiflik ve Standartlaşmanın yanı sıra kurum dışında da Saygınlığın ve Prestijin bir ölçüsü olarak kullanılan JCI akreditasyon standardı Organizasyon ve Hasta Odaklı standartlar olarak iki temel gruba ayrılmaktadır. Sağlıkta akreditasyon kriterleri olarak tanımlanan ve Türkçeye de çevrilen standardın 2003 yılı versiyonu şu başlıklardan oluşur. (JCI Akreditasyon Standardı, Anonim, bt,)

JCI AKREDİTASYON STANDARDI 2008	
HASTA ODAKLI	ORGANİZASYON ODAKLI
Hizmete Erişim ve Hizmetin Sürekliliği	Kalite İyileştirme ve Hasta güvenliği
Hasta ve Yakınlarının Hakları	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü
Hastaların Değerlendirilmesi	Yönetişim Liderlik ve Yönlendirme
Hastaların Bakımı	Tesis yönetimi ve Güvenliği
Hasta ve Yakınlarının Eğitimi	Çalışanların Niteliği ve Eğitimi
Anestezi ve Cerrahi Bakım	İletişim ve Bilgi Yönetimi
İlaç Yönetimi ve Kullanımı	

Tablo. 1. JCI Akreditasyon Standardı 2008 (JCI Akreditasyon Standardı, Anonim, bt,)

JCI HASTANE AKREDİTASYON STANDARTLARI – 2008			
BUS	Bakıma Ulaşım ve Bakımın Sürekliliği	Access to Care and Continuity of Care	ACCC
HYH	Hasta ve Yakınlarının Hakları	Patient and Family Rights	PFR
HD	Hastaların Değerlendirilmesi	Assesment of Patients	AOP
HB	Hastaların Bakımı	Care of Patients	CP
ACB	Anestezi ve Cerrahi Bakım	Anesthesia and Surgical Care	ASC
İYK	İlaç Yönetimi ve Kullanımı	Medication Management and Use	MMU
HYE	Hasta ve Yakınlarının Eğitimi	Patient and Family Education	PFE
KİG	Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği	Quality Improvement and Patient Safety	QPS
YLY	Yönetişim, Liderlik ve Yönlendirme	Governance, Leadership and Direction	GLD
TYG	Tesis Yönetimi ve Güvenlik	Facility Management and Safety	FMS
ÇNE	Çalışan Nitelikleri ve Eğitim	Staff Qualifications and Education	SQE
İBY	İletişim ve Bilgi Yönetimi	Management of Communication and	MCI

		Information	
EKÖ	Enfeksiyon Kontrolü ve Önleme	Infection Control and Prevention	ICP

Tablo. 2. JCI Hastane Akreditasyon Standartları 2008 (JCI Akreditasyon Standardı, Anonim, bt,)

JCI Akreditasyonunun Hasta ve Yakınlarına, Kuruma ve Çalışanlara Kazandırdıkları;

- Sağlıkla ilgili farklı ISO standartlarının belirlenmesini ve daha etkin olarak uygulanmasını sağlar.
- Hasta bakım hizmetlerinin kurum içinde devamlılığını ve sağlık çalışanları arasında işbirliğini, uyumu sağlayarak hasta ve yakınlarına her aşamada kaliteli hizmet sunumunu sağlar,
- Hastaların devam eden bakım gereksinimlerinin karşılanabilmesi için kurum içinde ya da başka bir kuruma uygun şartlarla transferlerinin yapılması için politikalar belirlenmesini ve böylece güvenli hasta transferini sağlar,
- Hastanenin tüm hizmetlerinin performansı hakkında, iyileştirme yapabilmek için sürekli bilgi toplanmasını, ölçülmesini ve değerlendirilmesini sağlar,
- Hasta kayıtlarının, hastayı tanımlamak, tanıyı desteklemek, tedaviyi doğrulamak, tedavinin gidişatını ve sonuçlarını belgelemek, bakımın devamlılığını desteklemek için gerekli ve yeterli bilgileri eksiksiz olarak içermesini sağlayarak, hizmetin hasta ve yakınlarına en üst düzeyde sunulmasını sağlar,
- Hasta, çalışanlar ve ziyaretçileri korumak amacıyla, risk yönetimi oluşturur,
- Oluşturulan politika ve prosedürler ile tüm hastaların aynı tipte bakım almasını sağlar,

- Hasta ve ailesinin eğitim ihtiyacının saptanarak bakım ve tedavi süresince beslenme, ilaç kullanımı, hareket, egzersiz gibi konularda gereken etkin planla sağlar,
- Hastanın bakım ve tedavi sürecinin her aşamasında hasta ve ailesinin haklarının desteklenmesini sağlar,
- Hasta ve ailesinin, yapılacak her türlü riskli işlemler öncesinde, etkin iletişim mekanizmaları oluşturulması sağlanır,
- Hastaların ihtiyaçlarını karşılamak üzere standartlara uygun, güvenilir hizmetlerin sunulmasını sağlar,
- Hastaların beslenme durumlarının taranıp, gerekirse daha ileri değerlendirme için uzman kişilere refere edilmelerini sağlar,
- Hastanedeki tüm süreçlerin çok iyi tasarlanarak, ölçülerek değerlendirilmesini ve sürekli iyileştirilmesini sağlar,
- Çalışan tüm personelin sürekli eğitimle gelişimlerinin desteklenmesi için uygun ve etkin stratejiler oluşturulmasını hedefler,

Hasta ve ailesinin, çalışanların ve hastane ortamında bulunan diğer kişilerin güvenliklerini tehdit edecek tüm risklerin önceden tespit edilip, yangın, doğal afetler gibi acil durumlarda yapılacakların planlanarak kontrol altına alınmasını güvenli bir çevre oluşturulmasını sağlar.

(JCI Akreditasyonunun Hasta ve Yakınlarına, Kuruma ve Çalışanlara

Kazandırdıkları, b.t.) (20.12.2009)

3.3.2. JCI Kalite Göstergeleri İçin Standartları

Organizasyonlarda kalite göstergeleri belirlenirken, JCI aşağıdaki süreçlerin her birinden en az bir göstergenin seçilip takip edilmesini öngörmüştür.

- Tıbbi süreçlerin izlenmesi hasta değerlendirilmesini kapsar.

- Tıbbi süreçlerin izlenmesi laboratuvar ve radyoloji güvenlik ve kalite kontrol programlarını kapsar.
- Tıbbi süreçlerin izlenmesi cerrahi uygulamaları kapsar.
- Tıbbi süreçlerin izlenmesi antibiyotiklerin ve diğer ilaçların kullanımını ve ilaç hatalarını kapsar.
- Tıbbi süreçlerin izlenmesi anestezi kullanımını kapsar.
- Tıbbi süreçlerin izlenmesi kan ve kan ürünlerini kapsar.
- Tıbbi süreçlerin izlenmesi enfeksiyon kontrolü, surveyans ve raporlamasını kapsar.
- Tıbbi süreçlerin izlenmesi klinik araştırmaları kapsar.
- Tıbbi süreçlerin izlenmesi hasta kayıtlarının ulaşılabilirliği, içeriği ve kullanımını kapsar.
- İşletme ile ilgili süreçlerin izlenmesi hasta ihtiyaçlarını karşılamak için zorunlu ilaçlar ve rutin olarak gereken malzemelerin temin edilmesini kapsar.
- İşletme ile ilgili süreçlerin izlenmesi faaliyetlerin kanun ve yönetmeliklerin gerektirdiği gibi raporlanmasını kapsar.
- İşletme ile ilgili süreçlerin izlenmesi risk yönetimini kapsar.
- İşletme ile ilgili süreçlerin izlenmesi verimlilik yönetimini kapsar.
- İşletme ile ilgili süreçlerin izlenmesi hasta ve ailelerinin beklentileri ve memnuniyetlerini kapsar.
- İşletme ile ilgili süreçlerin izlenmesi çalışanların beklenti ve memnuniyetini kapsar.
- İşletme ile ilgili süreçlerin izlenmesi hastaların demografik özellikleri ve tanıları kapsar.
- İşletme ile ilgili süreçlerin izlenmesi finans yönetiminin kapsar.

- İşletme ile ilgili süreçlerin izlenmesi hasta, aileleri ve çalışanların güvenliğini tehdit eden olayların dağılımını, kontrolünü ve koruyucu önlemlerin alınmasını kapsar.
- Veri toplanması gelecekte çalışılması ve geliştirilmesi hedeflenen daha fazla çalışma alanlarını destekler.
- Veri toplanması tamamlanan gelişmelerin etkinliğinin değerlendirilmesini destekler. (JCI Standartlar, 2008)

4. SAĞLIKTA KALİTE GÖSTERGELERİ

4.1. İndikatör (Gösterge) Tanımı

Süreç performansının ya da bir standardın ne kadar karşılandığına dair arzu edilen ya da edilmeyen sonuçları için kullanılan bir tanım, karakteristik ya da değişkendir. (Şuekinci, 2008)

4.2. İndikatörlerin Gelişme Süreci

2000 yılında, sağlık hizmetlerinin mevcut sisteminin bakım kalitesini arttıracak şekilde yeniden yapılandırılması gerektiğine dair endişeler hız kazanmaya başladı. Başta Amerika ve Avrupa olmak üzere pek çok ülkede sağlıkta kalite indikatörlerinin belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılmaya başlandı. IOM'ın 1999 yılında yayınlanan raporunun bu gelişmelere büyük katkısı olmuştur. IOM (Institute Of Medicine)'ın 1999 yılında yayınlanan raporuna göre; her yıl Amerika'da tıbbi hatalara bağlı 98.000 önlenebilir ölüm meydana geldiği ve son beş yılda ise tıbbi hataları önleme sürecinde çok fazla bir ilerleme olmadığı ve yaklaşık 490.000 kişinin daha hayatını kaybettiği görüldü. (Şuekinci, 2008)

Yine IOM'ın 2001 yılında yaptığı “ulusal sağlık hizmetleri kalite raporu tasarısı” isimli çalışmada; bu ölçümlerin sadece akut bakımı değil sağlıklı olmak,

iyileşmek, bir hastalık veya özürle yaşamak ve ölümle başa çıkmak gibi diğer boyutları da kapsamalarının önemi vurgulanmıştır.

OECD ülkelerinde hasta güvenliğine yönelik temel indikatörlerin belirlenmesine yönelik çalışmalara 2001 yılında başlandı. (health care quality indicator Project) OECD üyesi 23 ülkenin verilerinden yararlanılarak 59 indikatör adayı belirlendi ve çalışmanın sonunda bunlardan 21 tanesi ana indikatör olarak seçildi. Sonuçlar 2006 yılı ocak ayında yayınlandı. Beş ana alanda toplam 21 indikatör oluşturuldu. (Şuekinici, 2008)

Bu alanlar:

- Hastane kaynaklı enfeksiyonlar,
- İn-operatif ve post-operatif komplikasyonlar,
- Sentinal olaylar,
- Kadın doğum ve diğer bakım alanlarıdır.

JAMA’da 2000 yılında yayınlanan bir çalışma, ilk kez hasta güvenliği indikatörleri ile uzamış yatış gün sayısı ve mortalite oranlarını ele almıştır. Bu çalışma, Amerika’daki hastanelerin %20sinden alınan yatan hasta verilerini kapsamaktadır. (Zhan and Miller, 2000)

Bu çalışma da, 18 hasta güvenliği indikatörü değerlendirilmiştir.

AHRQ, bu çok boyutlu ihtiyaca istinaden bir takım indikatörler belirlemek üzere, Kaliforniya Üniversitesi Stanford kanıta dayalı tıp uygulamaları merkezi ile birlikte çalışmıştır. AHRQ, bu çalışma sonunda kalite indikatörlerini üç modül halinde gruplandırmıştır: (Kalite İndikatörleri Çalışması, Anonim, b.t.)

- Önleyici kalite indikatörleri,
- Yatan hasta kalite indikatörleri,
- Hasta güvenliği indikatörleri.

AHRQ, bu üç modülü bir seri halinde yayınlamıştır. 2001 yılında önleyici kalite indikatörleri, 2002 yılında yatan hasta kalite indikatörleri, hasta güvenli kalite indikatörlerini ise 2003 yılında yayınlamıştır. Bu modüller, hastanelerde tedavi

gören, hastanelerde meydana gelen önlenmesi olası komplikasyonlara ve iatrojenik olaylara odaklanmaktadır. Son olarak da 2006 yılında dördüncü modül olan pediatrik kalite indikatörleri eklenmiştir.

Önleme Kalite Göstergeleri

- Diyabet, kısa vadeli komplikasyonlar (PQI 1)
- Perfore apandisit (PQI 2)
- Diyabet, uzun vadeli komplikasyonlar (PQI 3)
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (PQI 5)
- Hipertansiyon (PQI 7)
- Konjestif kalp yetmezliği (PQI 8)
- Düşük doğum ağırlığı (PQI 9)
- Dehidratasyon (PQI 10)
- Bakteriyel pnömoni (PQI 11)
- Üriner enfeksiyonlar (PQI 12)
- Angina prosedürü olmadan (PQI 13)
- Kontrolsüz diyabet (PQI 14)
- Yetişkin astım (PQI 15)
- Şeker hastalığı olan hastalarda alt ekstremitte amputasyon (PQI

16)

Yatan hasta kalite göstergeleri

IQIs aşağıdaki 32 önlemler şunlardır:

1. Medikal Koşullar (7 Göstergeler) için ölüm oranları
 - Akut miyokard infarktüsü ölüm oranı (AMI) (IQI 15)
 - AMI, transfer durumu olmadan ölüm oranı (IQI 32)
 - Konjestif kalp yetmezliği ölüm oranı (IQI 16)
 - Felç ölüm oranı (IQI 17)
 - Gastrointestinal kanama ölüm oranı (IQI 18)
 - Kalça kırığı ölüm oranı (IQI 19)
 - Pnömoni ölüm oranı (IQI 20)
2. Cerrahi Prosedürleri (8 Göstergeler) için ölüm oranları

- Özofagus rezeksiyonu ölüm oranı (IQI 8)
 - Pankreatik rezeksiyon ölüm oranı (IQI 9)
 - Abdominal aort anevrizması tamiri ölüm oranı (IQI 11)
 - Koroner arter bypass greft ölüm oranı (IQI 12)
 - Translüminal perkütan koroner anjiyoplasti ölüm oranı (IQI 30)
 - Karotis endarterektomi ölüm oranı (IQI 31)
 - Kraniotomi ölüm oranı (IQI 13)
 - Hip değiştirme (IQI 14)
3. Hastane düzeyinde Prosedürü kullanım oranları (7 Göstergeler)
- Sezaryen oranı (IQI 21)
 - Birincil sezaryen oranı (IQI 33)
 - Vajinal doğum sonrası sezaryen komplikasyonsuz (IQI 22)
 - Normal doğum, Bütün (IQI 34)
 - Laparoskopik kolesistektomi (IQI 23)
 - İkincil geç teşhis edilen apandisitler (IQI 24)
 - Bi-lateral kardiyak kateterizasyon (IQI 25)
4. Alan düzey kullanım oranları (4 Göstergeler)
- Koroner arter bypass greft (IQI 26)
 - Translüminal perkütan koroner anjiyoplasti (IQI 27)
 - Histerektomi (IQI 28)
 - Laminektomi veya spinal füzyon (IQI 29)
5. Prosedürleri (6 Göstergeler) hacmi
- Özofagus rezeksiyonu (IQI 1)
 - Pankreatik rezeksiyon (IQI 2)
 - Abdominal aort anevrizması tamiri (IQI 4)
 - Koroner arter bypass greft (IQI 5)
 - Translüminal perkütan koroner anjiyoplasti (IQI 6)
 - Karotis endarterektomi (IQI 7)

Hasta Güvenliği Genel Göstergeler

1. Hastane düzeyinde Hasta Güvenliği Göstergeler (20 Göstergeler)
- Anestezi komplikasyonlar (PSI 1)

- Düşük mortaliteli hastalıklarda ölüm oranı (PSI 2)
- Decubitus ülser (PSI 3)
- cerrahi ölüm oranı (PSI 4)
- işlem sırasında yabancı cisim unutulması (PSI 5)
- Iatrojenik pnömotoraks (PSI 6)
- Seçilen enfeksiyonlar, tıbbi bakım nedeniyle (PSI 7)
- Ameliyat sonrası kalça kırığı (PSI 8)
- Ameliyat sonrası kanama ya da hematoma (PSI 9)
- Postoperatif fizyolojik ve metabolik dengesizlikler (PSI 10)
- Ameliyat sonrası solunum yetmezliği (PSI 11)
- Postoperatif pulmoner emboli ve derin ven trombozu (PSI 12)
- Postoperatif sepsis (PSI 13)
- Postoperatif yara açılması. (PSI 14)
- Yanlışlıkla delinme ve yırtılma (PSI 15)
- Transfüzyon reaksiyon (PSI 16)
- Doğum travması - yaralanma Yenidoğanda için (PSI 17)
- Obstetrik travma - aletle vaginal (PSI 18)
- Obstetrik travma - enstrüman olmadan vaginal (PSI 19)
- Obstetrik travma - sezaryen teslim (PSI 20)

2. Alan düzey Hasta Güvenliği Göstergeleri (7 Göstergeler)

- işlem sırasında vücutta Yabancı cisim unutulması(PSI 21)
- Iatrojenik pnömotoraks (PSI 22)
- Seçilen enfeksiyonları tıbbi bakım için (PSI 23) nedeniyle
- Postoperatif Abdominopelvik cerrahi hastalarda (PSI 24) yara açılması
- Yanlışlıkla delinme ve yırtılma (PSI 25)
- Transfüzyon reaksiyon (PSI 26)
- Post-operatif kanama veya hematoma (PSI 27)

Pediyatrik Kalite Göstergeleri Genel

Sağlayıcı düzeyinde Pediyatrik Kalite Göstergeleri (13 Göstergeler)

- Yanlışlıkla Delinme veya yırtılma (PDI 1)
- Decubitus Ülseri (PDI 2)

- işlem sırasında Yabancı cisim unutulması (PDI 3)
- Iatrojenik Pnömotoraks yenidoğanlarda Risk (PDI 4)
- Iatrojenik Pnömotoraks Olmayan-yenidoğan (PDI 5)
- Pediatrik Kalp Cerrahisi Mortalite (PDI 6)
- Pediatrik Kalp Cerrahisi Hacim (PDI 7)
- Postoperatif Kanama veya Hematom (PDI 8)
- Postoperatif Solunum Yetmezliği (PDI 9)
- Postoperatif Sepsis (PDI 10)
- Postoperatif Yara açılması (PDI 11)
- Seçilen Enfeksiyonlar Medical bakım (PDI 12) nedeniyle
- Transfüzyon reaksiyonu (PDI 13)

Alan düzey Pediatrik Kalite Göstergeleri (5 Göstergeler)

- Astım Kabul Oranı (PDI 14)
- Diyabet Kısa Vadeli Komplikasyon Oranı (PDI 15)
- Gastroenterit Kabul Oranı (PDI 16)
- Perfore apandisit Kabul Oranı (PDI 17)
- İdrar yolu enfeksiyonu Kabul Oranı (PDI 18)

4.3. Özel Bir Hastanenin Performans İndikatörleri

HPI . 01	Yatış Takiben İlk Hemşirelik Tanılamasında Ağrı Değerlendirmesi Yapılan Hasta Oranı	İlk Hemşirelik Tanılamasında Ağrı Değerlendirmesi Yapılan Hasta Sayısı	Toplam Yatan Hasta Sayısı	$(A/B)*100$	Aylık
HPI . 02	Yatışı Takiben 24 Saat İçinde Doktor Tarafından Anamnezi Tamamlanmış Hasta Oranı	Anemnezi Tamamlanmış Hasta Sayısı	Toplam Yatan Hasta Sayısı	$(A/B)*100$	Aylık
HP . 03	Yattığı Her Gün İçin Progress Notu Yazılmış Hasta Oranı	Yattığı Her Gün İçin Progress Notu Yazılmış Hasta Sayısı	24 Saatten Uzun Yatan Hasta Sayısı	$(A/B)*100$	Aylık
HPI . 04	Taburcu Olmayı Takiben 15 Gün İçerisinde Yeniden Yatış Oranı	Taburcu Olmayı Takiben 15 Gün İçinde Tekrar Yatan Vaka Sayısı	Toplam Taburcu Olan Hasta Sayısı	$(A/B)*100$	Aylık
HPI . 05	Laboratuvar Testlerinin Zamanında Raporlama Oranı	Zamanında Raporlanan Tüm Laboratuvar Testleri Sayısı	Zamanında Raporlanması Gereken Toplam Laboratuvar Testleri Sayısı	$(A/B)*100$	Aylık
HPI . 06	Radyoloji Raporlarının Zamanında Yazılma Oranı	Zamanında Yazılan Görüntüleme Hizmetleri Rapor Sayısı	Zamanında Yazılması Gereken Toplam Rapor Sayısı	$(A/B)*100$	Aylık
HPI . 07	Cerrahi Alan Enfeksiyon Oranı	Sezaryen,kardiyak cerrahi+uzuv cerrahi alan enfeksiyonu toplamı	Sezaryen+kardiyak+uzuv cerrahisi toplam sayısı	$(A/B)*100$	Aylık

HPI . 08	Cerrahi ölüm oranı	Ameliyat esnasında ölen hasta sayısı.	Toplam Ameliyat Olan Hasta Sayısı	$(A/B)*100$	3 aylık
HPI . 09	Cerrahi öncesi ve sonrası tanı uyum oranı	Ameliyat öncesi ve sonrası aynı tanısı olan hasta sayısı.	Toplam Ameliyat Olan Hasta Sayısı	$(A/B)*100$	3 Aylık
HPI . 10	Antibiyotiklerin enfeksiyon hastalıkları uzmanı onayı ile kullanılması oranı	Enfeksiyon hastalıkları uzmanı onayı ile yapılan tedavi sayısı.	Antibiyotik order edilmiş hasta sayısı.	$(A/B)*100$	3 Aylık
HPI . 11	Ünite Dozun Günde En Az Bir Kez Hasta Yataklarına Verilme Oranı	Hizmet Verilen Hasta Yatağı Sayısı	Serviste Yatan Hasta Sayısı	$(A/B)*100$	Aylık
HPI . 12	İlaç Hataları	İlaç Hatası Sayısı	-	A	Aylık
HPI . 13	Pre-Op Anestezi Değerlendirmesi Olan Hasta Oranı	Ameliyat Öncesi Anestezi Değerlendirmesi Yapılan Hasta Sayısı	Toplam Ameliyat Olan Hasta Sayısı	$(A/B)*100$	Aylık
HPI . 14	Uygun Olmayan Kan Transfüzyonu Oranı	Uygun Olmayan Kan Transfüzyonu Sayısı	Toplam Uygulanan Kan Transfüzyonu Sayısı	$(A/B)*100$	Aylık
HPI . 15	Yanlış Hastaya Kan Transfüzyonu Oranı	Yanlış Kan Transfüzyonu Sayısı	Toplam Uygulanan Kan Transfüzyonu Sayısı	$(A/B)*100$	Aylık
HPI . 16	"Bilgilendirilmiş Onay Formu" Olan Hasta Oranı	"Bilgilendirilmiş Onay Formu" Olan Yatan Hasta Sayısı	Toplam Yatan Hasta Sayısı	$(A/B)*100$	Aylık

HPI . 17	Ameliyatı Takiben 24 Saat İçinde Ameliyat Raporu Yazılmamış Hasta Oranı	Ameliyatı Takiben 24 Saat İçinde Tamamlanmamış Ameliyat Notlarının Sayısı	Toplam Ameliyat Sayısı	(A/B)*100	Aylık
HPI . 18	Taburcu Olmadan Önce Epikrizi Tamamlanmamış Hasta Oranı	Taburcu Olmadan Önce Epikrizi Tamamlanmamış Hasta Sayısı	Toplam Taburcu Olan Hasta Sayısı	(A/B)*100	Aylık
HPI . 19	Taburculuk Zamanında Hastaya Verilen İlaç Eğitim Oranı	İlaç Eğitimi Verilen Taburcu Olacak Hasta Sayısı	Toplam Taburcu Olan Hasta Sayısı	(A/B)*100	Aylık
HPI . 20	Santral Venöz Kateter Takılan Hastalarda Enfeksiyon Oranı	Santral Venöz Kateter İlişkili Bakteremi Sayısı	Santral Venöz Kateter Günü	(A/B)*1000	3 Aylık
HPI . 21	Üriner Kateter Takılan Hastalarda Enfeksiyon Oranı	Üriner Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu Sayısı	Üriner Kateter Gün Sayısı	(A/B)*1000	3 Aylık
HPI . 22	Ventilatörle İlişkili Pnömoni Hızı	Ventilatörle İlişkili Pnömoni Sayısı	Ventilatör Gün Sayısı	(A/B)*1000	3 Aylık
HPI . 23	Stokta tutulmayan ilaçların temin oranı				
HPI . 24	Kaba ölüm oranı				
HPI . 25	Hastaneden Kaynaklı Bası Yarası Oluşma Oranı	Bası Yarası Gelişen Hasta Sayısı	Toplam Yatan Hasta Sayısı	(A/B)*100	Aylık

HPI . 26	Kimlik Tespiti Doğru Yapılan Hasta Oranı	Gözlemler Sonucunda Kimlik Doğrulama Yapıldığı Tespit Edilen Hasta Sayısı	Kimlik Doğrulama Gözlemi Yapılan Toplam Hasta Sayısı	$(A/B)*100$	Aylık
HPI . 27	Doğru Bölge Doğru Hasta Cerrahisi Oranı	Gözlemler Sonucunda Time- Out Yapılan Hasta Sayısı	Gözlem Yapılan Toplam Hasta Sayısı	$(A/B)*100$	Aylık
HPI . 28	Cerrahiden Önce Bölgeyi İşaretleme Oranı				
HPI . 29	Yaralanmaya Neden Olan Hasta Düşmeleri	Yaralanmaya Neden Olan Toplam Düşme Sayısı	Toplam Hasta Yatış Günü/1000	(A/B)	Aylık
HPI . 30	Tıbbi Cihazların Kalibrasyon Programına Uygunluk Oranı	Kalibrasyon Programına Uygun Olarak Kalibre Edilen Tıbbi Cihaz Sayısı	Kalibrasyon Programına Göre Kalibre Edilmesi Gereken Toplam Cihaz Sayısı	$(A/B)*100$	Aylık
HPI . 31	Ortalama Doluluk Oranı	Yatılan Gün Sayısı	Yatışın Mümkün Olduğu Yatak Sayısı*Aylık Gün Sayısı	$(A/B)*100$	Aylık
HPI . 32	Ayakta Hasta Memnuniyet Oranı	Ortalama Ayakta Hasta Memnuniyet Skoru	Alınabilecek Maksimum Skor	A/B	Aylık

HPI . 33	Yatan Hasta Memnuniyet Oranı	Ortalama Yatan Hasta Memnuniyet Skoru	Alınabilecek Maksimum Skor	A/B	Aylık
HPI . 34	En Sık Görülen 5 Hastalık Tanısındaki Hasta Oranları	En Sık Görülen 5 Hastalık Tanısındaki Hasta Oranları	-	A	Aylık
HPI . 35	Hastaların Yaşlarına Göre Dağılımı	Kuruma Gelen Bütün Hastaların Yaş Aralıklarına Göre Dağılımı	-	A	Aylık
HPI . 36	Ortalama Tahsilat Süresi	Ticari Alacaklar	Ortalama Günlük Satış (Son Üç Ay)	(A/B)*100	3 Aylık
HPI . 37	El Hijyeni	Gözlemler Sonucunda Elini Yıkadığı Tespit Edilen Toplam Çalışan Sayısı	El Yıkama Gözlemi Yapılan Toplam Çalışan Sayısı	(A/B)*100	Aylık
HPI . 38	6 Saat İçinde Biyomedikal Arızaya Müdahale Etme Oranı	6 Saat İçinde Biyomedikal Arızaya Müdahale Etme Sayısı	Toplam Arıza Sayısı	(A/B)*100	Aylık
HPI . 39	Etkin İletişim Oranı				Aylık
HPI . 40	Kesici Materyal İle Yaralanan Çalışan Oranı	Enfekte Materyal İle Yaralanan Çalışan Sayısı	Hastanede Bordrolu + Kontratlı Çalışan Personel Çalışma Saati	(A/B)*1000000	Aylık
HPI . 41	İş Kazası Sıklık Hızı	Meydana Gelen İş Kazası Sayısı	Hastanede Bordrolu + Kontratlı Çalışan Personel Çalışma Saati	(A/B)*1000000	Aylık

Tablo. 3. Özel Bir Hastanenin Performans Göstergeleri

4.4. Hasta Kayıt Kabul Bankosu

- Hasta kabul sürecini standardize eden politika ve prosedürler mevcuttur.
- Personel politika ve süreçleri biliyor ve uyguluyor.
- Politika ve süreçler, acil hastaların kabul standartlarını içeriyor.
- Politika ve prosedürler, hastaların gözlem amacıyla organizasyonda tutulma standartlarını içeriyor.
- Politika ve prosedürler hastaya, organizasyonda boş yatak olmadığı durumlarda uygulanacak standartları içeriyor.
- Organizasyonda ilgili prosedür ve dokümanların gerektiğinde rahatça ulaşılabilceği, intranet sistemi mevcuttur.
- Hasta yatış bilgileri, kurum içi internet postası şeklinde ilgili bölümlere duyurulmaktadır. Hasta yatışı bölümün haberi dahilinde olduğundan, gerekli hazırlıkların yapılması konusunda katkı sağlamaktadır.

4.5. Poliklinik

- Hasta kabul sürecini standardize eden politika ve prosedürler mevcuttur.
- Personel politika ve süreçleri biliyor ve uyguluyor.
- Tüm politika ve süreçlere ulaşılabilmektedir.
- Poliklinikte verilen hizmet kalitesi, anketlerle ölçülmektedir.
- Bölüm bazında takip edilen indikatörler vardır. Bunlar;
 1. Hasta memnuniyet oranı,
 2. Anket doldurma oranıdır.

Bu indikatörler, bölümlere başvuran hasta sayısı ve toplanılan anketler

üzerinden aylık değerlendirilmektedir. İyileştirilmesi gereken alanların tespiti açısından, tam katılım sağlanmasının önemi büyüktür.

Ancak anket doldurma oranları, %8 civarlarında olmaktadır. Özellikle hasta danışmanlarının, bu konuda teşvik edilmesinin önemi büyüktür.

Cerrahi bilimlere bağı bankolarda, randevuya zamanında alınmamaktan kaynaklanan memnuniyetsizlikler görülmüştür. Memnuniyetsizliğin giderilebilmesi için;

- Ameliyat randevu listesinin poliklinik randevusu yazılırken dikkatlice incelenmesi, cerrahların ameliyathanede bulunması öngörülen saatlerde hastalara randevu verilmemesi açısından dikkate alınması gerekmektedir.
- Acil çıkan ameliyatlardan hasta danışmanlarının da bilgilendirilmesi, randevu saati yakın hastalara bekleme sebepleri ve ne kadar bekleyecekleri açıklanmalıdır. Eğer ameliyat uzun süreceyse, ileriki randevulu hastalar aranarak bilgilendirilmeli, uygunsa başka bir güne randevu verilmelidir.

Hasta danışmanları, faturalandırma işlemleri esnasında senet düzenlemeleri gerektiğinde ilgili prosedürlerde belirttiği üzere, yöneticilerinden onay almaları gerekmektedir. Ancak bu gibi durumlarda yöneticilere ulaşmada sıkıntılar yaşandığı ve hastaların beklemleri dolayısıyla memnuniyet oranları düşmektedir.

Bu gibi durumlarda;

- Onay yetkisi olan başka yöneticilerin alternatif olarak belirlenmesi,
- Belirli meblağlardaki ödemelerde danışmanların inisiyatif kullanabilmesi,

hastaların danışman hizmetinden memnuniyetlerini arttıracaktır.

Poliklinik muayenesi sonucu ameliyat olması kararlaştırılan hastaların, konsültasyon ve tetkik istemleri ayrı birimlerde gerçekleştirildiğinden, bu işlemleri tamamlamak uzun zaman aldığı ve hizmet memnuniyetini düşürdüğü gözlenmiştir. Bu durumu ortadan kaldırmak için, ameliyat hazırlık polikliniği kurulmuş ve bütün hizmetler ameliyat olacak hastalar için tek bir birimden sıra beklemeden gerçekleştirilmektedir.

4.6. Radyoterapi Poliklinik

- Hasta kabul sürecini standardize eden politika ve prosedürler mevcuttur.
- Personel politika ve süreçleri biliyor ve uyguluyor.
- Tüm politika ve süreçlere ulaşılabilir.
- Poliklinikte verilen hizmet kalitesi, anketlerle ölçülmektedir.

Yabancı uyruklu hastaların sıkça başvurduğu bir poliklinik. Bu konuda önlemler alınmıştır.

- Yabancı dil kartları,
- Yabancı dil bilen personel listesi.

Dil kartlarından hastanın hangi dili bildiği tespit edilir. Personel listesinden uygun kişi tercümanlık yapmak üzere polikliniğe davet edilir.

4.7. Laboratuvar

- Hasta kabul sürecini standardize eden politika ve prosedürler mevcuttur.
- Personel politika ve süreçleri biliyor ve uyguluyor.
- Tüm politika ve süreçlere ulaşılabilir.
- Hasta ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik yeterli, düzenli ve uygun laboratuvar serisi bulunmaktadır.
- Laboratuvar güvenlik programı vardır, olası risklere ve tehlikelere karşı güvenlidir.
- Tehlikeli maddeler ve enfekte atıkların manipasyonu ve yok edilmesini tanımlayan yazılı politika ve prosedürler mevcuttur.
- Normal servis saatleri dışında da acil laboratuvar servisi verilir.
- Bağlantı halinde bulunan dış kaynaklar kanun ve yönetmeliklerine uygunluğuna göre seçilmektedir.
- Laboratuvar personeli yeni prosedürler yada tanımlanan tehlikeli maddeler hakkında eğitim almaktadırlar.
- Yapılan tetkiklerin ne kadar sürede sonuçlanacağı ile ilgili rehber, sistemde mevcuttur.
- Laboratuvar cihazları yönetim programı vardır.

- Laboratuvar için kalite kontrol programı sistemde vardır.
- Dışarıdan sağlanan kaynakların kaliteleri düzenli olarak kontrol edilir.
- Poliklinikte verilen hizmet kalitesi, anketle ve kalite departmanı tarafından LAB testlerinin zamanında raporlanması ve damara ilk defada girme yüzdeleri indikatörleri ile takip edilmektedir.
- Hasta memnuniyet anketlerinde, iletişimden kaynaklanan düşüş gözlenmiştir. Personele iletişim teknikleri ile ilgili eğitim planlanması önerilmiştir.
- Acil istenen tetkiklerin raporlanmasında gecikmeler olduğu tespit edilmiştir. Laboratuvar istemleri, intranet ortamından yapılmaktadır. İstemler sisteme order edilmeden çalışma yapılmamakta, order edilip sisteme düşmesi zaman almaktadır. Acil istemlerde hastanın hekimi veya hemşiresinin telefon ile birimi bilgilendirmesi, sözel order kabul edilmesi önerilmiştir.
- Acil istem yapılan laboratuvar tetkiklerinin raporlanma süresi indikatörü takibi önerilmiştir. Böylece gecikmelerin sebepleri tespit edilip, gerekli işlemler basamaklarında düzenlemeler yapılabilir.

4.8.Tüp Bebek

- Hasta kabul sürecini standardize eden politika ve prosedürler mevcuttur.
- Personel politika ve süreçleri biliyor ve uyguluyor.
- Tüm politika ve süreçlere ulaşılabilir.
- Hizmet kalitesi, hasta anketleri ile ölçülmektedir.
- Bölümde hemşirelik hizmetleri kadrosundaki personelin devir hızı yüksektir. Kalifiye eleman olmamasından kaynaklanan hastalarla iletişim güçlükleri yaşandığı tespit edilmiştir. Tedavi aşamaları pahalı ve zor olduğu göz önüne alınarak, personelin iletişim becerileri geliştirilmelidir. İletişim ve problem çözme eğitimi planlanmalıdır.

4.9. FTR

- Hasta kabul sürecini standardize eden politika ve prosedürler mevcuttur.
- Personel politika ve süreçleri biliyor ve uyguluyor.
- Tüm politika ve süreçlere ulaşılabilir.
- Hizmet kalitesi, hasta anketleri ile ölçülmektedir.
- Memnuniyet oranında düşüş olduğu, anket sonuçlarında belirlenmiştir.
- Konsültasyon süreçlerinde aksamalar olmaktadır. Konsültasyon randevuları, poliklinik randevuları saati arasında verilmemesi, hastaların bekletilmesi durumunda bilgilendirilmesi hasta danışmanı tarafından yapılmalıdır.

4.10. Acil Servis

- Hasta kabul sürecini standardize eden politika ve prosedürler mevcuttur.
- Personel politika ve süreçleri biliyor ve uyguluyor.
- Tüm politika ve süreçlere ulaşılabilir.
- Organizasyon acil hastaları tanımlamıştır ve onlara öncelikli bakım vermek için prosedürleri mevcuttur.
- Acil personeli özel eğitimler almaktadır.
- Acil hastalara göre öncelik tanınmaktadır.
- Hizmet kalitesi, hasta anketleri ve kalite departmanı tarafından indikatörler ile ölçülmektedir.
- Organizasyonun mevcut acil işleyiş şeması vardır. Fakat şemada, exduhul halinde gelen hastaya yaklaşımda CPR uygulama aşaması dahil edilmemiştir. Acile her exduhul başvuran hastaya mutlaka CPR yapılmalıdır. Koşul şemaya eklenmiştir.
- Acil hizmetlerinde, ortopedi gece acilleri konsültasyon hizmeti şeklinde yürütülmektedir. Konsültasyon hizmetlerinde kabul edilen, doktorun hastayı görme süresi 30 dakikayı aşmamalıdır.
Ancak ortopedi gece acillerinde, hastanın 30 dakikadan fazla bekletilmesinden kaynaklanan şikayetler oluşmuştur.

Şikayetler tıbbi hizmetler direktörlüğüne iletilmiştir. Acil servis konsültasyonuna 30 dakika içinde müdahale oranı, yeni indikatör olarak değerlendirmeye alınmıştır.

4.11. Klinik

- Hasta kabul sürecini standardize eden politika ve prosedürler mevcuttur.
- Personel politika ve süreçleri biliyor ve uyguluyor.
- Tüm politika ve süreçlere ulaşılabilir.
- Tüm politika ve prosedürler tüm hastaların aynı tipte bakım almasını sağlayıcı niteliktedir.
- Bakım planlanması ve sunumu servisler ve departmanlar arasında koordine planlanmıştır.
- Her hasta için bakım planlanması yapılır ve kayıt edilmektedir.
- Order sistemi yazılı yapılmaktadır. Telefonla order verileceği ya da sonuç bildirileceği zaman karşılıklı tekrarlar yapılarak yanlış anlaşılmalara engelleyici sistem kullanılmaktadır.
- Hastalar sürekli değerlendirilmekte, değişen gereksinimlerine uygun bakım planları uygulanmaktadır.
- Kurumun enfeksiyon kontrol ve önlenmesine yönelik prosedürleri mevcuttur.
- Kliniklerde resusitasyonlar için mavi kod sistemi kullanılmakta ve bu sistem tüm personelce bilinmektedir.
- Kliniklerde normal doğum sürecinin acil sezeryana gerek olduğu durumlarda kırmızı kod sistemi uygulanmakta ve tüm personelce bilinmektedir.
- Kliniklerde yaşam bulguları normal değerlerin dışında olan hastalar için sarı kod sistemi uygulanmakta, herkes tarafından bilinmektedir.
- Kliniklerde kan ve kan ürünleri taşınması, kullanımı ve uygulanması konusunda yeterli prosedür mevcuttur ve uygulanmaktadır.
- Yaşlı hastalar ve çocuk hastalarda özel bakım prosedürleri tanımlanmıştır.
- Hizmet kalitesi, hasta anketleri ve kalite departmanı tarafından indikatörler ile ölçülmektedir.

4.12. Radyoterapi Klinik

- Hasta kabul sürecini standardize eden politika ve prosedürler mevcuttur.
- Personel politika ve süreçleri biliyor ve uyguluyor.
- Tüm politika ve süreçlere ulaşılabilir.
- Tüm politika ve prosedürler tüm hastaların aynı tipte bakım almasını sağlayıcı niteliktedir.
- Hizmet kalitesi, hasta memnuniyet anketleri ve kalite departmanı tarafından indikatör takibi ile yapılmaktadır.

4.13. GYBÜ

- Hasta kabul sürecini standardize eden politika ve prosedürler mevcuttur.
- Personel politika ve süreçleri biliyor ve uyguluyor.
- Tüm politika ve süreçlere ulaşılabilir.
- Tüm politika ve prosedürler tüm hastaların aynı tipte bakım almasını sağlayıcı niteliktedir.
- Her hasta için bakım planlanır ve kayıt edilir.
- Yaşam desteği alan veya komada olan hastaların bakımına yönelik ilgili süreçler tanımlanmıştır.
- Resüsitasyon politika ve süreçleri tanımlıdır.
- Yüzeysel ve derin sedasyon politikaları vardır ve uygulanmaktadır.
- Kurumun enfeksiyon kontrol ve önlenmesine yönelik prosedürleri mevcuttur.
- Nitelikli elemanlar mevcuttur. Yeni başlayan personel, uyum ve adaptasyon sürecine tabi tutulup bakıma katılması için adapte edilmektedir.
- Hizmet kalitesi, hasta memnuniyet anketleri ve kalite departmanı tarafından indikatör takibi ile yapılmaktadır.

4.14. Ameliyathane

- Hasta kabul sürecini standardize eden politika ve prosedürler mevcuttur.
- Personel politika ve süreçleri biliyor ve uyguluyor.
- Tüm politika ve süreçlere ulaşılabilir.

- Tüm politika ve prosedürler tüm hastaların aynı tipte bakım almasını sağlayıcı niteliktedir.
- Kurumun enfeksiyon kontrol ve önlenmesine yönelik prosedürleri mevcuttur
- Doğru taraf cerrahisi prosedüründe eksiklikler mevcuttu. Taraf işaretlenmesi x işareti konularak yapılıyor. Dünya güvenli cerrahi listesinde, hastanın adının ve soyadının baş harflerinin boyanıp örtüldüğünde görünecek şekilde işaretlenmesi öneriliyor. Prosedürde düzeltme yapılması önerildi.
- Taraf cerrahisi işaretlemeleri yapılmadan hastaların ameliyathaneye teslim edildiği gözlenmiştir. Perioperatif formlara not düşülmüyor ve uygunsuzluk bildirimi yapılmıyor. Ameliyathanede oluşabilecek hataları önlemek amacıyla, ameliyata taraf işaretlenmesi yapılmadan teslim edilen hasta oranı indikatörünün takip edilmesi ve yanlış hasta, yanlış taraf cerrahisi eğitiminin ilgili personele verilmesi önerilmiştir.
- Frozen çalışılan hastalarda, işlem sonrası bazı patolojilerin laboratuvara gönderilmediği tespit edilmiştir. Prosedürler revize edilmiş, frozen sonrası dokuların ameliyathane hemşirelerine teslimi kurumca kararlaştırılmıştır. Patoloji formlarının uygun doldurulması ve dokuların laboratuvara gönderilmesi hemşirelerin sorumluluğuna verilmiştir.
- Ameliyathanede kullanılan formlardan perioperatif hemşire formu ile mola formu aynı içerikte maddelerden oluşmaktadır. Formlar doldurulurken personele zaman kaybı oluşturmaması açısından içeriklerinin düzenlenmesi önerilmiştir.
- Ameliyatta kullanılan spanç, batın ve alet sayımları yazılan forma tek sarıdan açılan malzemeler kısmı eklenmiştir.

4.15. Merkezi Sterilizasyon Ünitesi

- Malzeme kabul ve uygulanacak işlemlerle ilgili süreçleri standardize eden politika ve prosedürler mevcuttur.
- Personel politika ve süreçleri biliyor ve uyguluyor.
- Tüm politika ve süreçlere ulaşılabilir.
- İşlem yapılan malzemeler, formlarla takip edilmektedir. İlgili bölümlere takibi formlarla imza karşılığı yapılmaktadır.

- Ameliyathaneden gelen setler içerisinde kesici aletler unutulduğu gözlemlenmiştir. Bölüme ameliyathaneden kesici aletlerle gönderilen set oranı indikatör olarak takip etmesi önerilmiştir.
- Ameliyathaneden gönderilen setlerde eksiklikler olduğu gözlenmiştir. Eksik gönderilen set oranı indikatörünün bölümde takibi ve sonuçların ameliyathane yöneticisi ile belli periyotlarla paylaşarak, çözüm önerisi getirmeleri önerilmiştir.
- Ünite çalışanlarının iş kazalarını raporlamadığı gözlenmiştir. Bu konuda çalışanların yüreklendirilmesi ve iş kazaları eğitimi almaları gerektiği hususu ilgili bölüm yöneticisine önerilmiştir.

4.16. Anjio

- Hasta kabul sürecini standardize eden politika ve prosedürler mevcuttur.
- Personel politika ve süreçleri biliyor ve uyguluyor.
- Tüm politika ve süreçlere ulaşılabilir.
- Bölüm gündüz mesaisi ile çalışan bir bölümdür. Gece icap şeklinde çalışılmaktadır. İcaplara geliş süresi indikatör olarak takip edilmesi önerilmiştir.

4.17. Radyoloji

- Hasta kabul sürecini standardize eden politika ve prosedürler mevcuttur.
- Personel politika ve süreçleri biliyor ve uyguluyor.
- Tüm politika ve süreçlere ulaşılabilir.
- Hasta kabulünde hasta veya ailesini bilgilendirmeye yönelik bir prosedür vardır.
- İşlem öncesi hasta tanılamaya yönelik prosedürler vardır ve personel tarafından uygulanmaktadır.
- Hastaların aciliyetine göre öncelik tanınır.
- Hasta kayıtları sadece çalışanlara açıktır.
- Yapılan her işlem için hastalardan onam alınır.

- Çalışanlar dozimetre kullanır ve ölçümleri yıllık takip edilir.
- Kurumda hastaların güvenliğini sağlayan politikalar mevcuttur.
- Kurumda hastaların eşyalarının güvenliğini sağlayan politikalar mevcuttur.
- Rapor sonuçları hastane tarafından belirlenmiş sürede hastaya iletilmektedir.
- Tekrar çekim sayıları takibi yapılmamaktadır. Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması için, tekrar çekim sayılarının azaltılarak hasta ve çalışanın fazla radyasyon almasının önlenmesi sağlanmalıdır.

4.18. Patoloji

- Hasta kabul sürecini standardize eden politika ve prosedürler mevcuttur.
- Personel politika ve süreçleri biliyor ve uyguluyor.
- Tüm politika ve süreçlere ulaşılabilir.
- Tanısal test sonuçlarının hastanın kabulüne, nakline veya refere edilmesine karar verecek olan kişiye ulaşmasını sağlayan bir proses vardır.
- Kabulden önce hangi testin gerekli olduğunu belirleyen bir kriteriyadır.
- Testler sonuçlanmadan hastaların kabulü, nakli veya refere edilmesine karar verilmez.

4.19. Eczane

- Eczane işleri işleyiş süreçleri yazılı dokümantasyonu mevcuttur.
- Kurumda stoklanmış veya dış kaynaklardan hemen temin edilebilecek ilaçların bir listesi vardır.
- Listeyi geliştirmek için bir iş birliği süreci uygulanmaktadır. (tedarikçi ve hekimlerle)
- Kurumda ilaç kullanımını izleyen bir metot vardır.
- Kurumdaki ilaç kullanımı, hasta gereksinimlerini etkin bir şekilde karşılamaya yönelik organize edilmiştir.
- Reçete edilmek için uygun olan ilaçlar stokta ve kullanıma hazırdır.

- Politika ve süreçler ilaçların kurum içerisinde emniyetli yazılması, order edilmesi, uygulanması ve monitörizasyonu yönlendirir.
- Sözel order kullanımı belirtilmiştir.
- Kişilerin ilaç yazma ve order etme uygulamalarını gerektiğinde limitler getiren bir süreç vardır.
- Politika ve süreçler hastaların kendi kendine ilaç kullanmasını yönlendirmektedir.
- Kurumun, hasta tarafından yada hasta için kuruma getirilen ilaçların, dökümantasyon ve idaresini yöneten prosedür ve politikaları mevcuttur.
- Kurumun, parenteral ve enteral tüp beslenme ürünlerinin depolanması, hazırlanması ve dağıtımını yönlendiren politika ve prosedürleri mevcuttur.
- Kurumda ilaçlar uygun şekilde etiketlenir ve depolanır.
- İlaçların hazırlanması, temiz ve emniyetli alanlarda sağlanmaktadır.
- Eczane kapalı iken, ilaçları temin etmek için bir yöntem vardır.
- Yüksek riskli ilaçların yönetimini belirleyen prosedürler mevcuttur.
- İlaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimini yöneten prosedürler mevcuttur.
- İlaç güvenliği koşulları sağlanmıştır ve eczane personeli bu konuda eğitilmiştir.
- Kurumun, radyoaktif, deneysel veya diğer ilaçların depolanması, dağıtımı, taşınması ve atılmasını yöneten politika ve prosedürleri mevcuttur.
- Politika ve süreçlerde, son kullanma süresi biten veya zamanı geçen ilaçların imha edilmesini belirtilmektedir.
- Kurumda tek tip ilaç kullanıma sunum ve dağıtım sistemi mevcuttur.
- İlaç kullanım hatalarını belirleyen, rapor eden bir sistem mevcuttur ve hata raporları ilaç kullanım sürecini geliştirmek için kullanılmaktadır.

4.20. Kemoterapi eczanesi

- Eczane işleri işleyiş süreçleri yazılı dokümantasyonu mevcuttur.
- Kurumda stoklanmış veya dış kaynaklardan hemen temin edilebilecek ilaçların bir listesi vardır.
- Listeyi geliştirmek için bir iş birliği süreci uygulanmaktadır. (tedarikçi ve hekimlerle)
- Kurumda ilaç kullanımını izleyen bir metot vardır.
- Kurumdaki ilaç kullanımı, hasta gereksinimlerini etkin bir şekilde karşılamaya yönelik organize edilmiştir.
- Reçete edilmek için uygun olan ilaçlar stokta ve kullanıma hazırdır.
- Politika ve süreçler ilaçların kurum içerisinde emniyetli yazılması, order edilmesi, uygulanması ve monitörizasyonu yönlendirir.
- Yüksek riskli ilaçların yönetimini belirleyen prosedürler mevcuttur.
- İlaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimini yöneten prosedürler mevcuttur.
- İlaç güvenliği koşulları sağlanmıştır ve eczane personeli bu konuda eğitilidir.
- Kurumun, radyoaktif, deneysel veya diğer ilaçların depolanması, dağıtımı, taşınması ve atılmasını yöneten politika ve prosedürleri mevcuttur.
- Kurumun, kemoterapi ilaçlarını hazırlanması için özel standartlara uygun ilaç hazırlama kabini mevcuttur.
- Kurumda kemoterapi ilaçları hazırlanırken, gerekli şartlar yerine getirilir.
- Kurumda yetkili personel, kemoterapide kullanılan ilaçlar konusunda eğitim almış, ilaçların etkileşim ve özellikleri konusunda bilgilidir.
- Kurumun, kemoterapi ilaçlarının dökülmesi veya saçılması halinde yapılması gerekenlerle ilgili yazılı dokümantasyonu mevcuttur ve personel bu konuda eğitilidir.

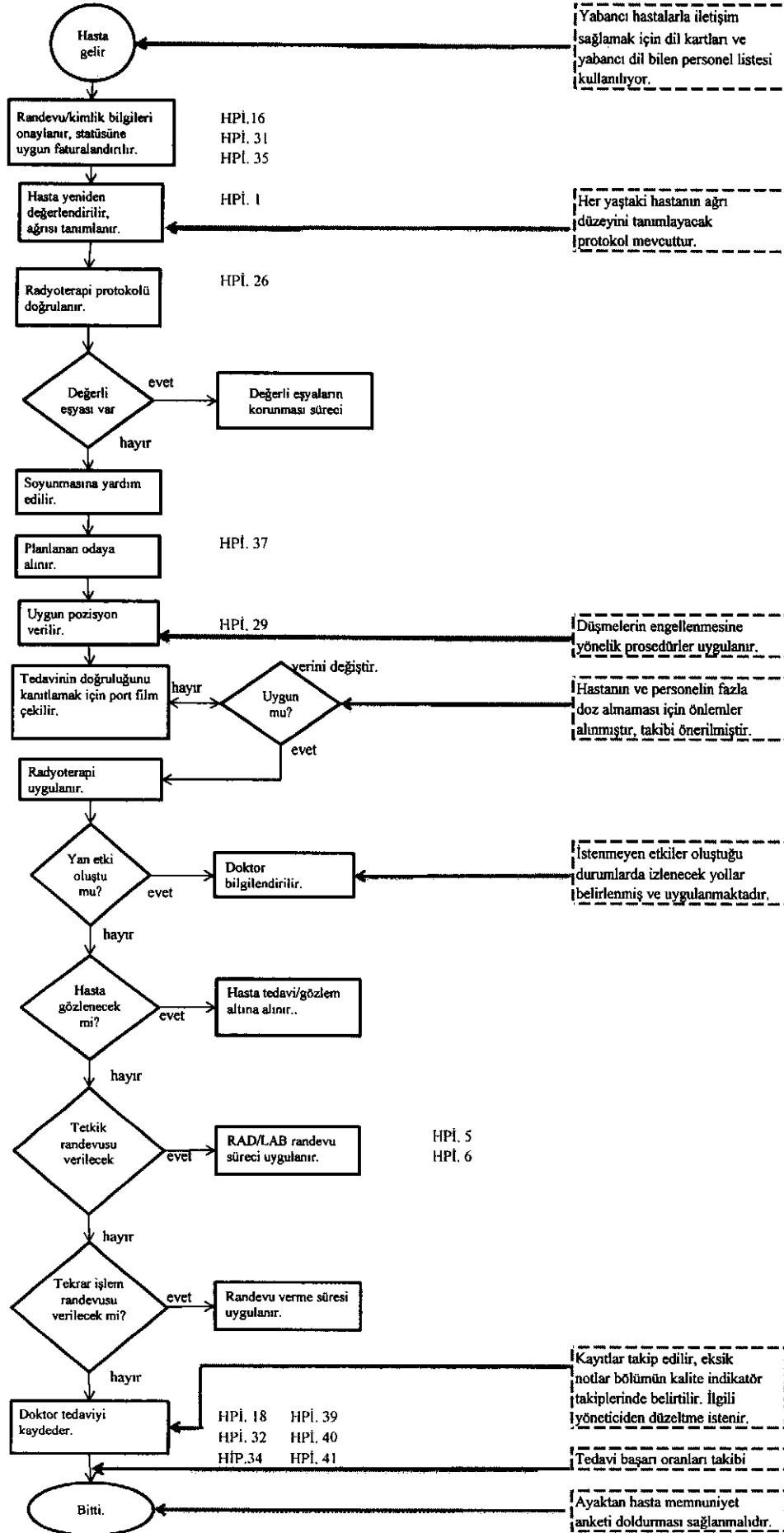
4.21. Bilgi Sistemleri

- Kurumda, tüm klinik servislerde çalışanların, kurumun dışında olup kurum hakkında veri ve bilgiye ihtiyacı olanların bilgi ihtiyaçlarını karşılayacak mekanizmaları planlanmış ve uygulanmıştır.
- Klinik servisler arası veri akışını sağlayan bir sistem mevcuttur.
- Bilgi yönetimi planı kurumun büyüklüğüne adapte edilmeye çalışılmaktadır. Sistemde değişimler olmaktadır, kullanıcıların adaptasyonu sağlanması için daha sık eğitimler yapılmalıdır.
- Verilerin gizliliğinin, güvenliğinin ve bütünlüğünün sağlanması ile ilgili uygulamalar mevcuttur.
- Hastaların dosyalarına giriş yapabilecekler, kurumun politikaları yönünde belirlenmiştir.
- Kurumun kayıtların, verilerin ve bilgilerin saklama süresine dair politikaları vardır.
- Klinik personel bilgi teknolojileri kararlarına katılır.
- Personel, görev ve sorumluluklarının gerektiği kadar bilgiye ulaşma yetkisine sahiptir.
- Kayıtlar ve bilgiler, kayıp, hasar görme, çalma ve yetkisiz kişilerce kullanmaya karşı koruma altındadır.
- Bilgi sistemleri ile ilgili arızalarda, kliniklerin önceliklerine göre arızaya müdahale politikaları mevcuttur.

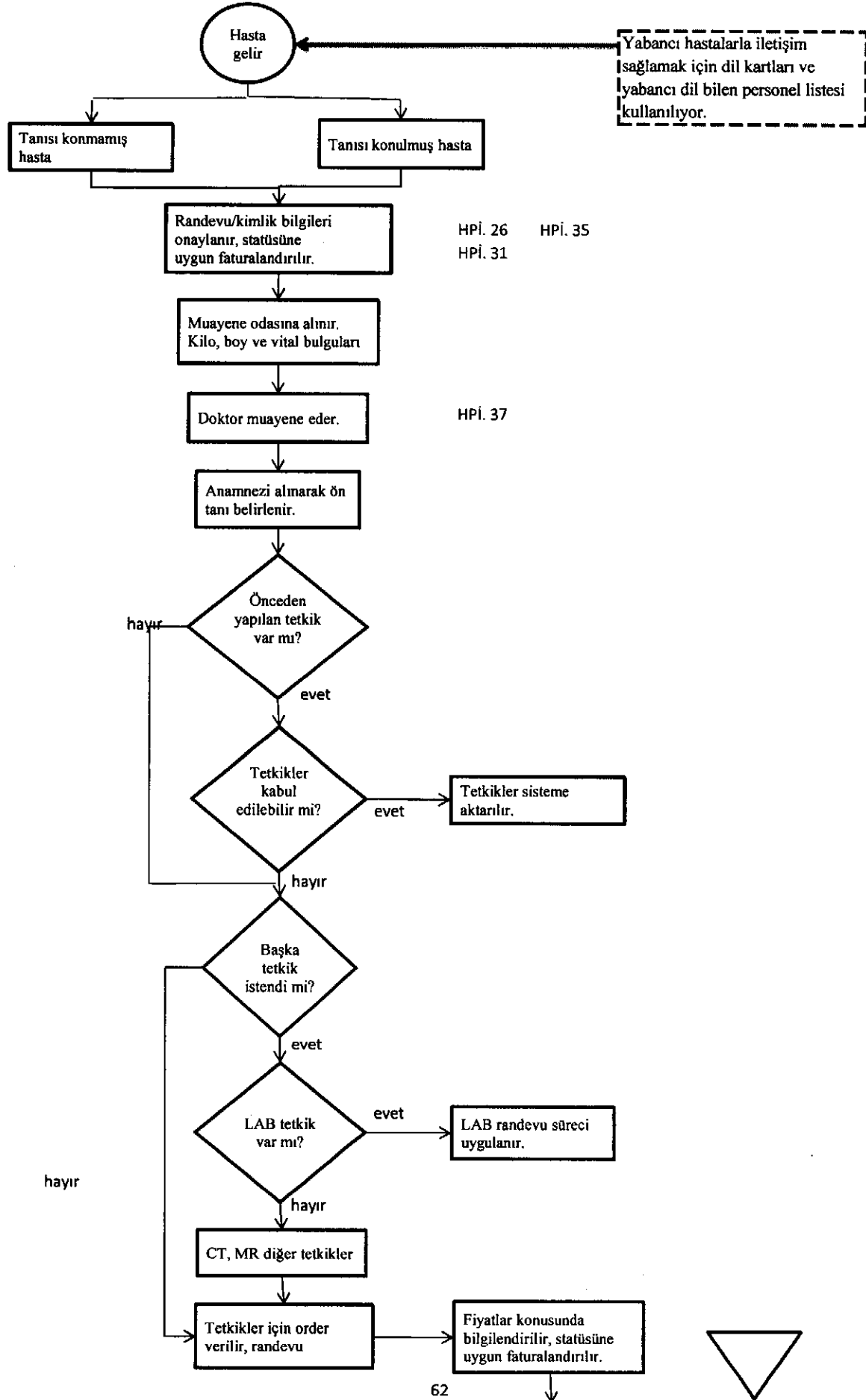
4.22. Biyomedikal

- Tıbbi ekipman için envanter mevcuttur.
- Tıbbi envanter düzenli olarak denetlenmekte, koruyucu bakım uygulanmaktadır.
- Tıbbi ekipman yeni alındığında ve daha sonra uygun aralıklarla test edilmektedir.
- Bakım ve arızalar, yetkin personelce yada dışarıdan hizmet alımı şeklinde yapılmaktadır.
- Tıbbi ekipman yönetim programı için izleme verileri toplanmakta ve yazılı raporlanması yapılmaktadır.
- Arıza bildirimi ve takibi politikaları belirlidir.

2. Radyoterapi İşleyiş Şeması



3. Radyoterapi Poliklinik İşleyiş Şeması



HPl. 34

Doktor tetkik sonuçlarını değerlendirir.

Tetkiklerin çıkış süresine uygun kontrol randevusu

HPl. 5
HPl. 6

Similasyon ve tedavi planlaması yapılır.

Hastaya uygun radyoterapi protokolu hazırlanır.

Öntanı ile tanı uyumu takip edilmesi önerilmiştir.

hayır

Blok kesim yapılacak mı?

evet

İşlem yapılır.

Radyoterapi randevu planı yapılır, hastadan onam alınır.

Hastaya yazılı ve sözlü eğitim verilir.

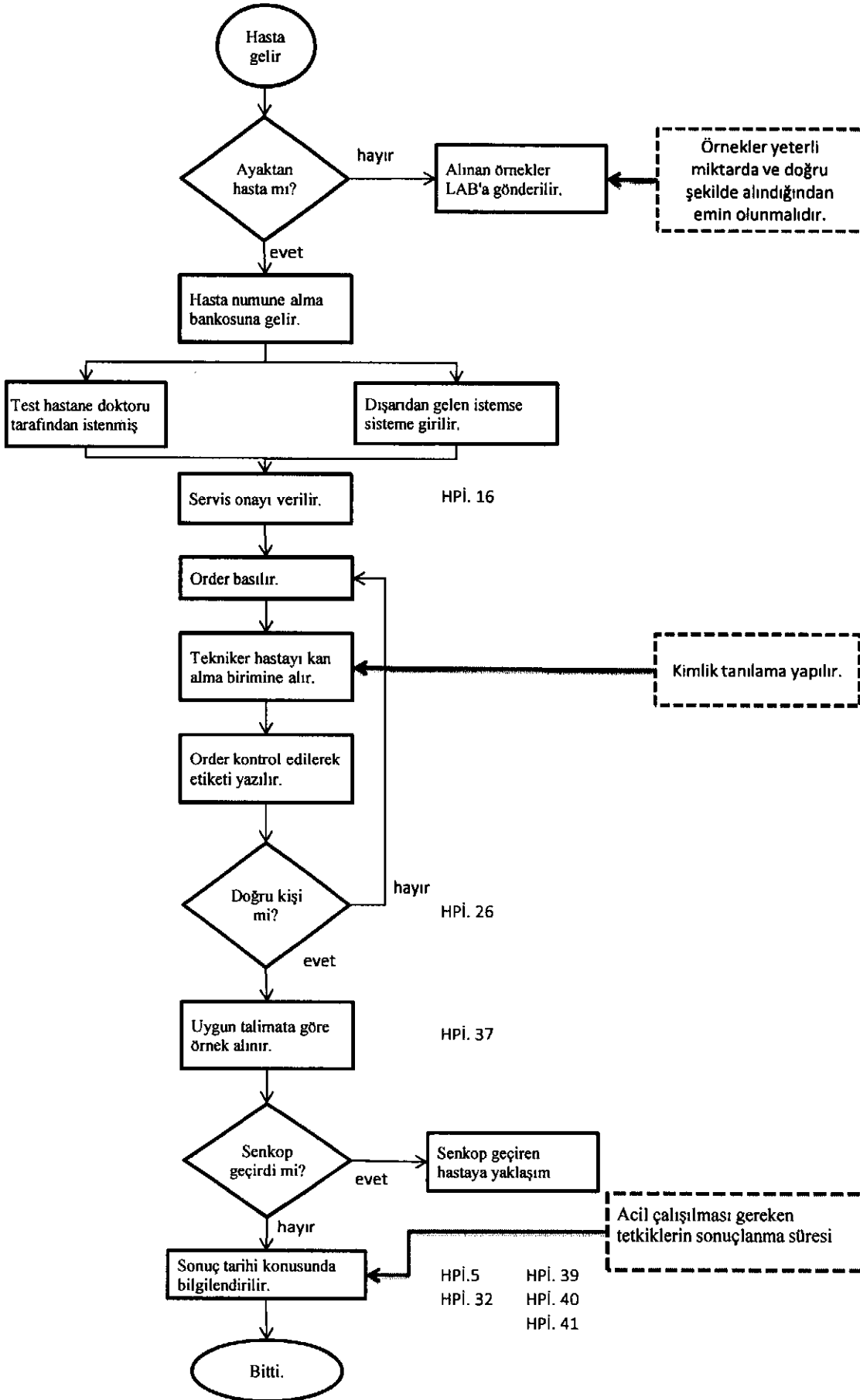
Tedavi planı fiyatları hakkında hasta

HPl. 19 HPl. 39
HPl.32 HPl. 40
HPl. 41

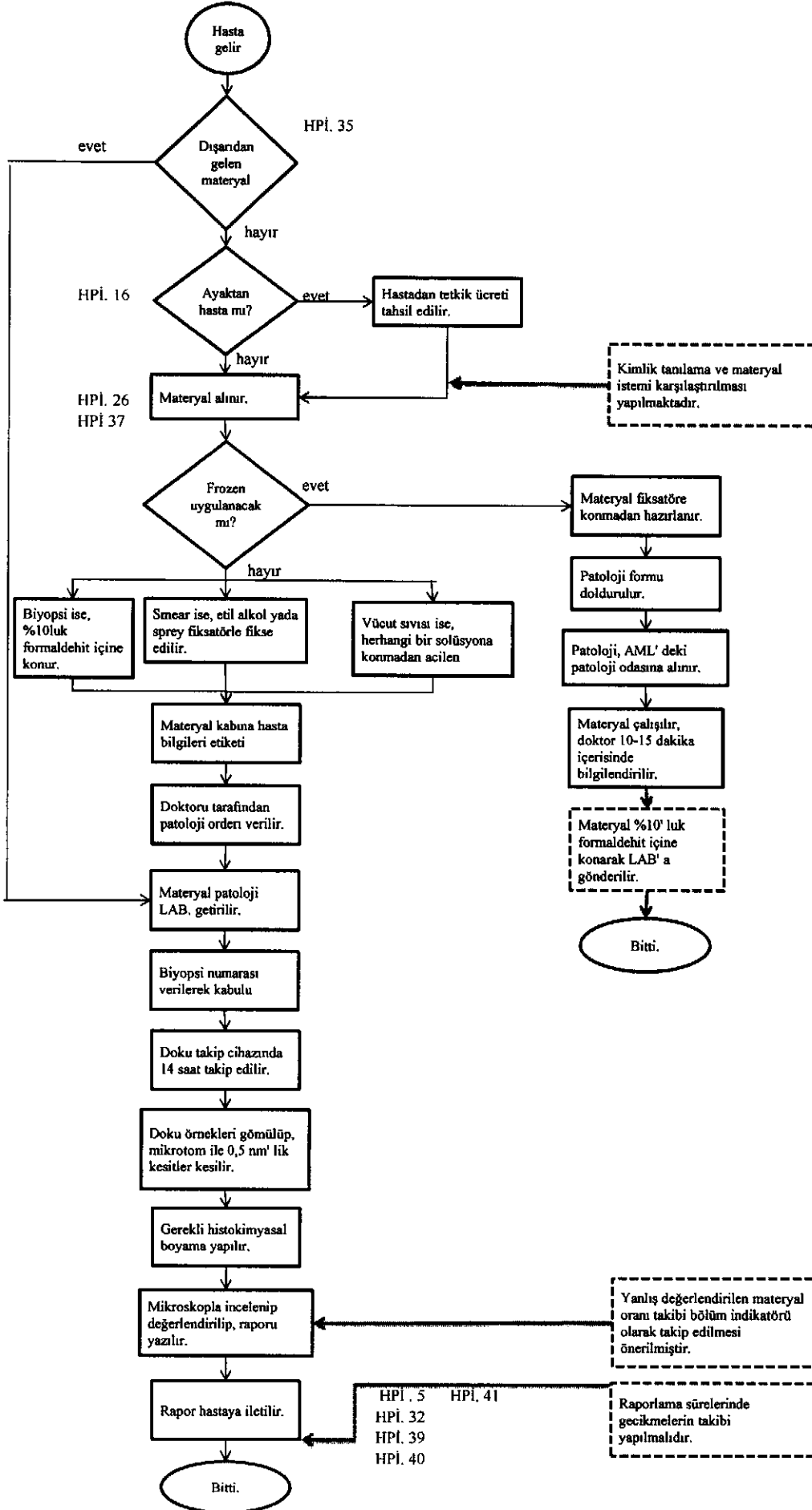
Hasta uğurlanır.

Ayaktan hasta memnuniyet anketi doldurması sağlanmalıdır.

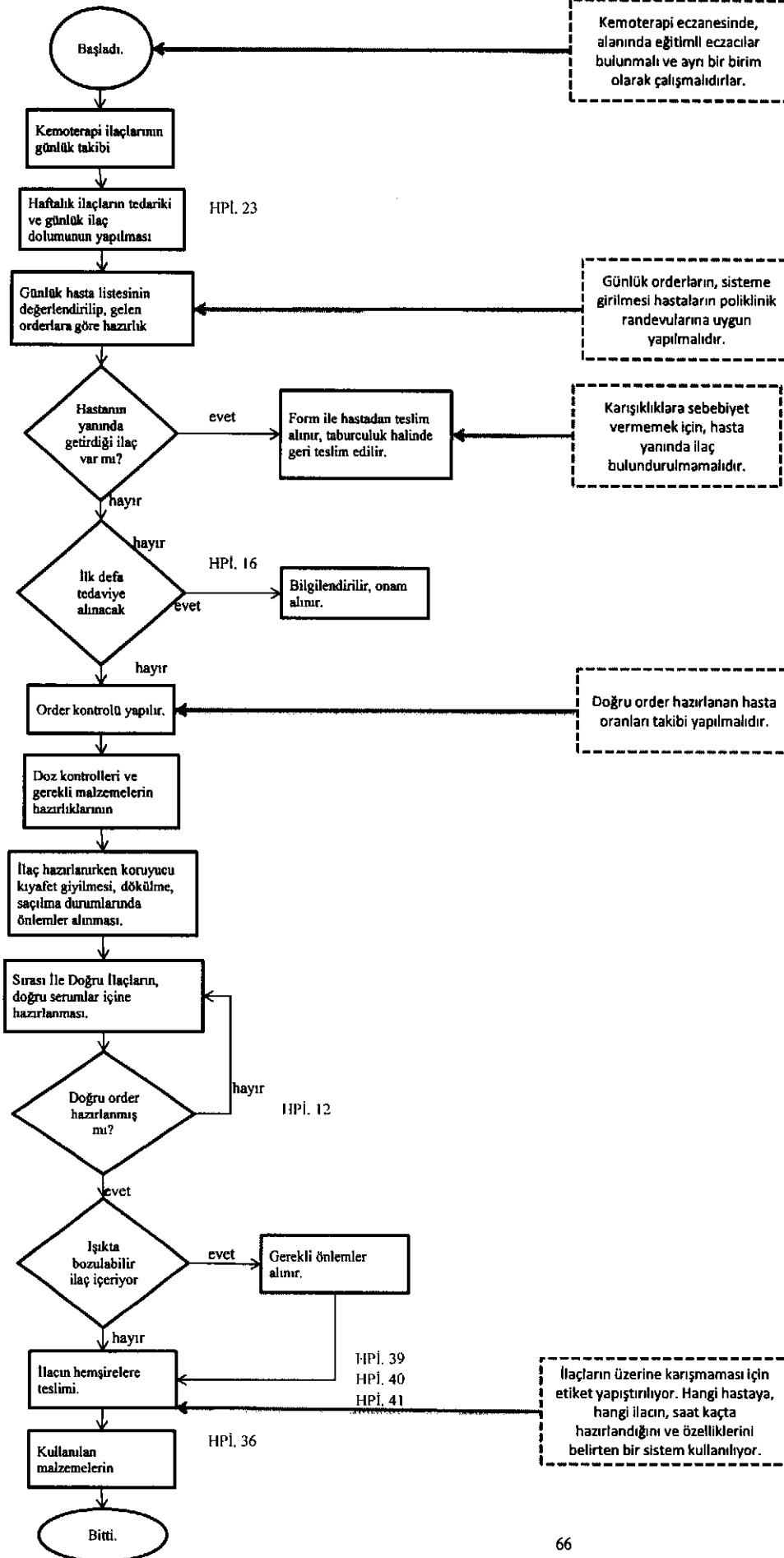
4. Laboratuvar Poliklinik İşleyiş Şeması.



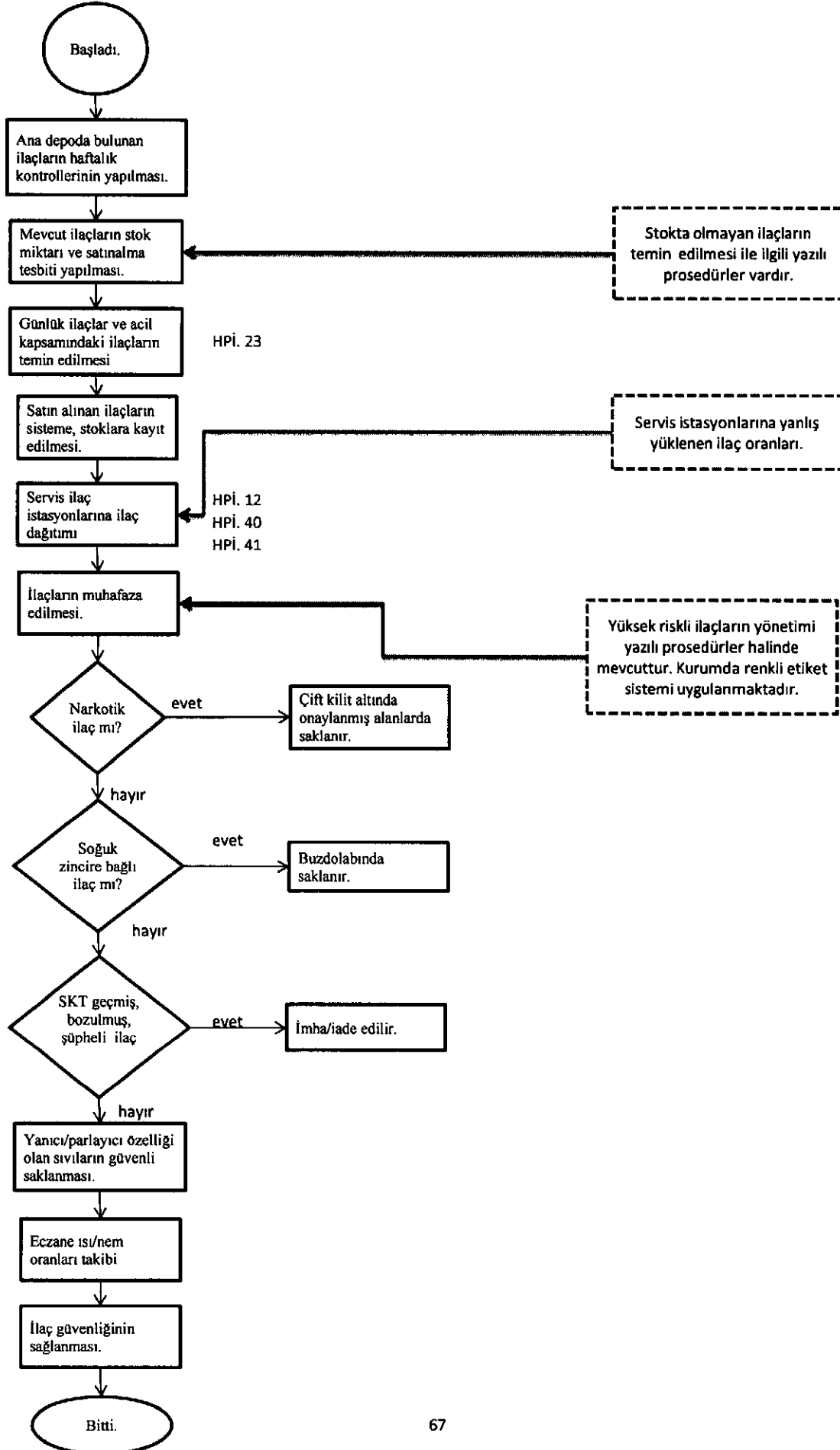
5. Patoloji İşleyiş Şeması.



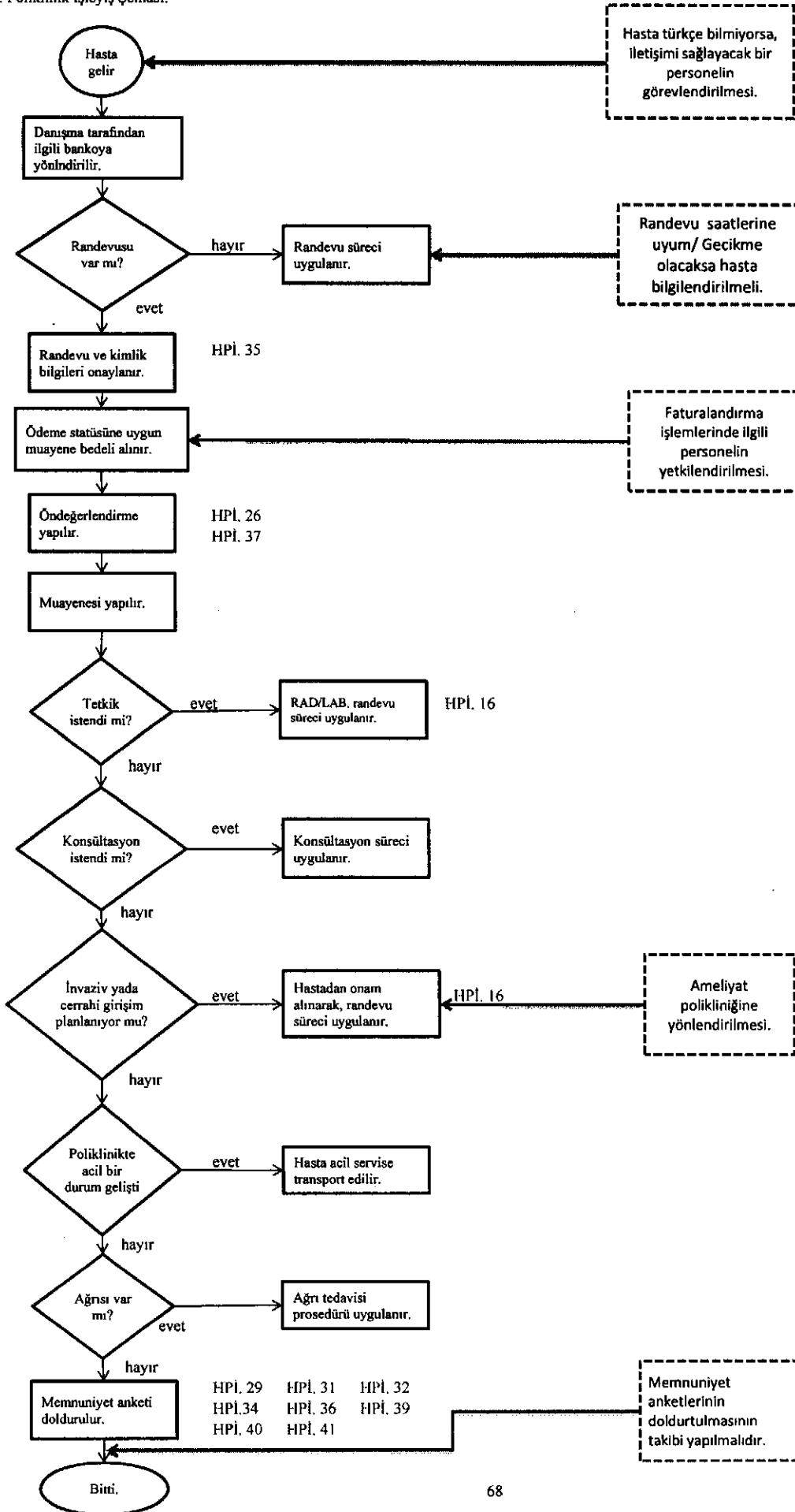
6. Kemoterapi Eczanesi İşleyiş Şeması.



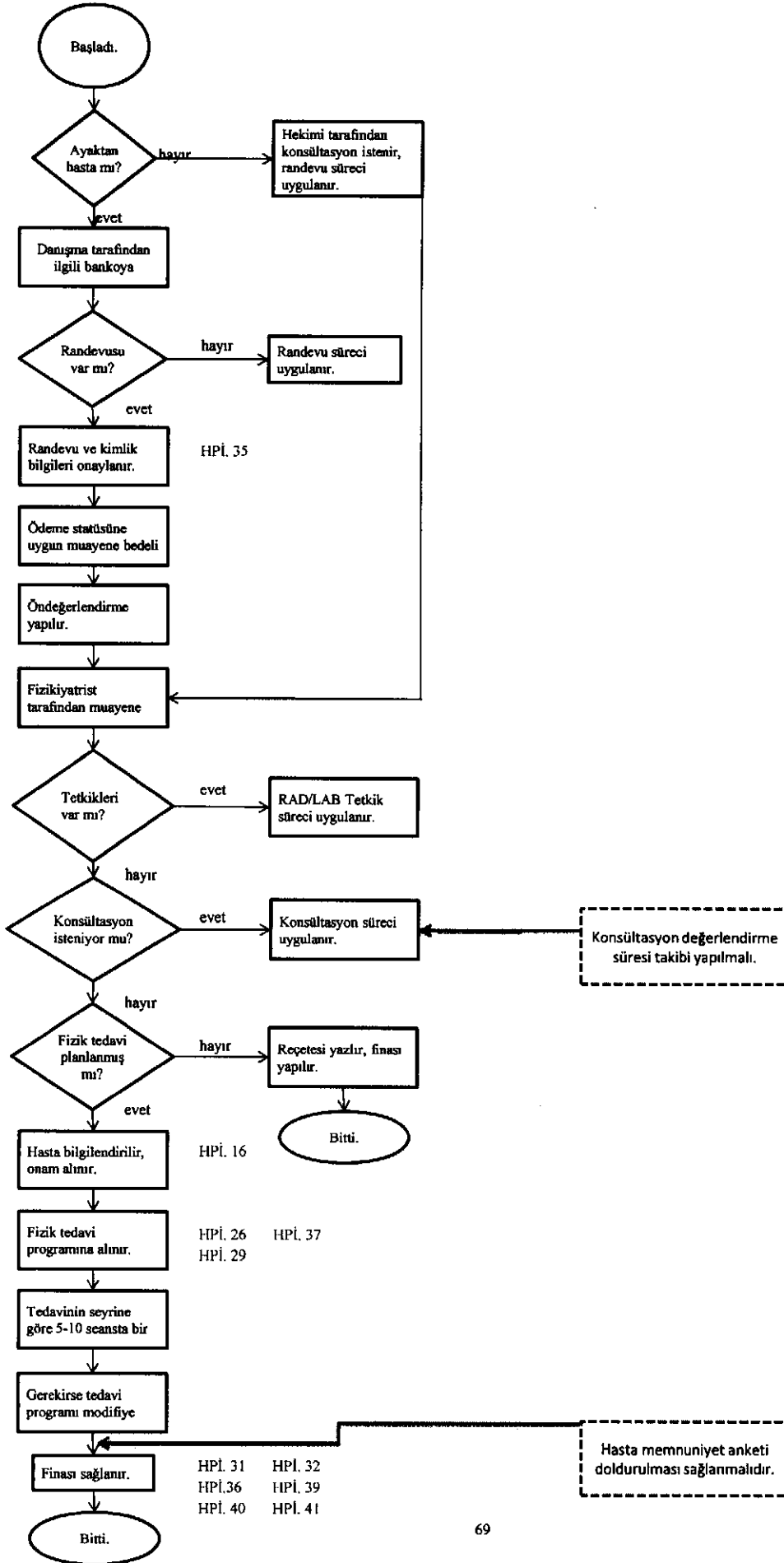
7. Eczane İşleyiş Şeması.



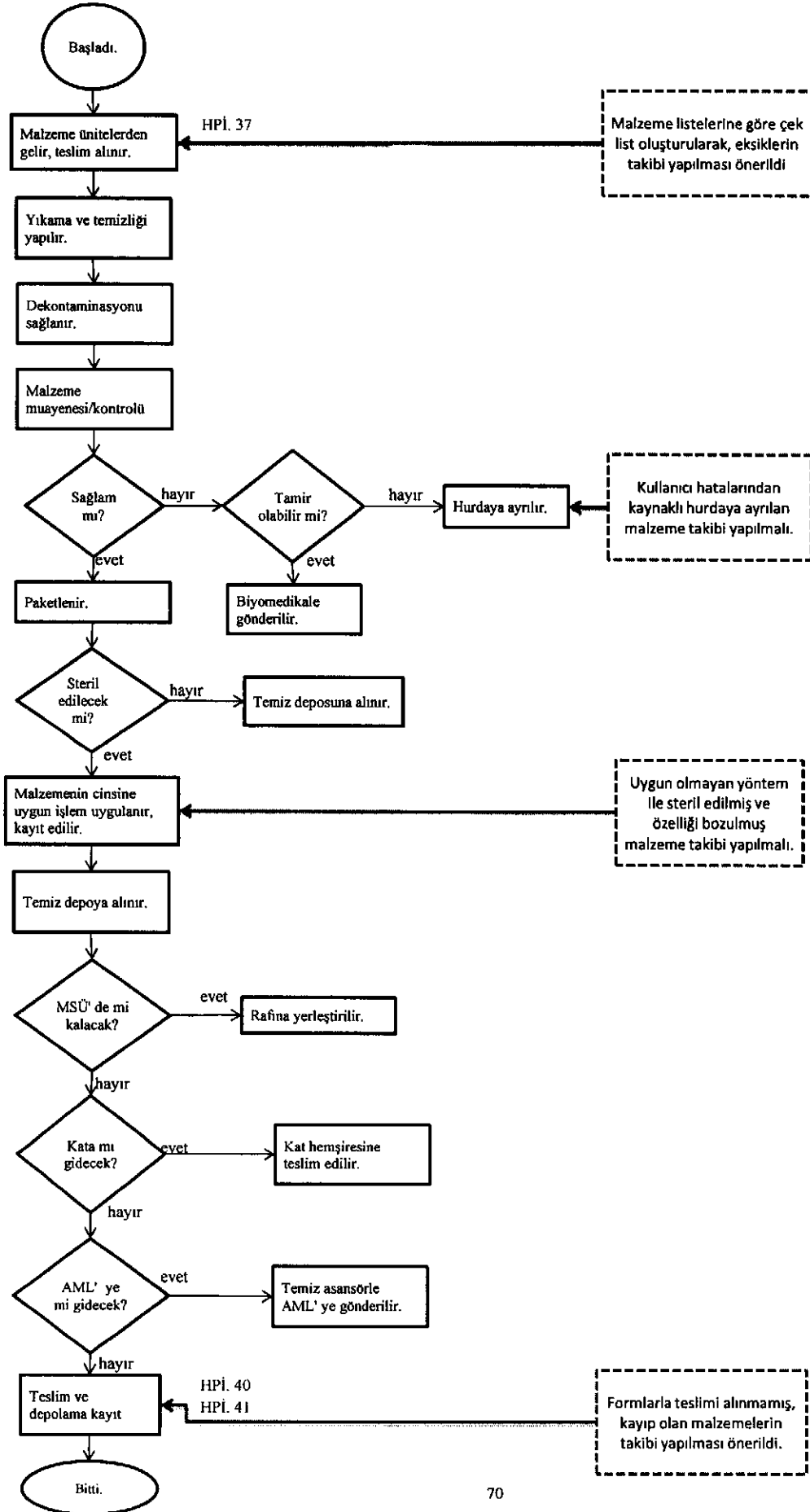
8. Poliklinik İşleyiş Şeması.



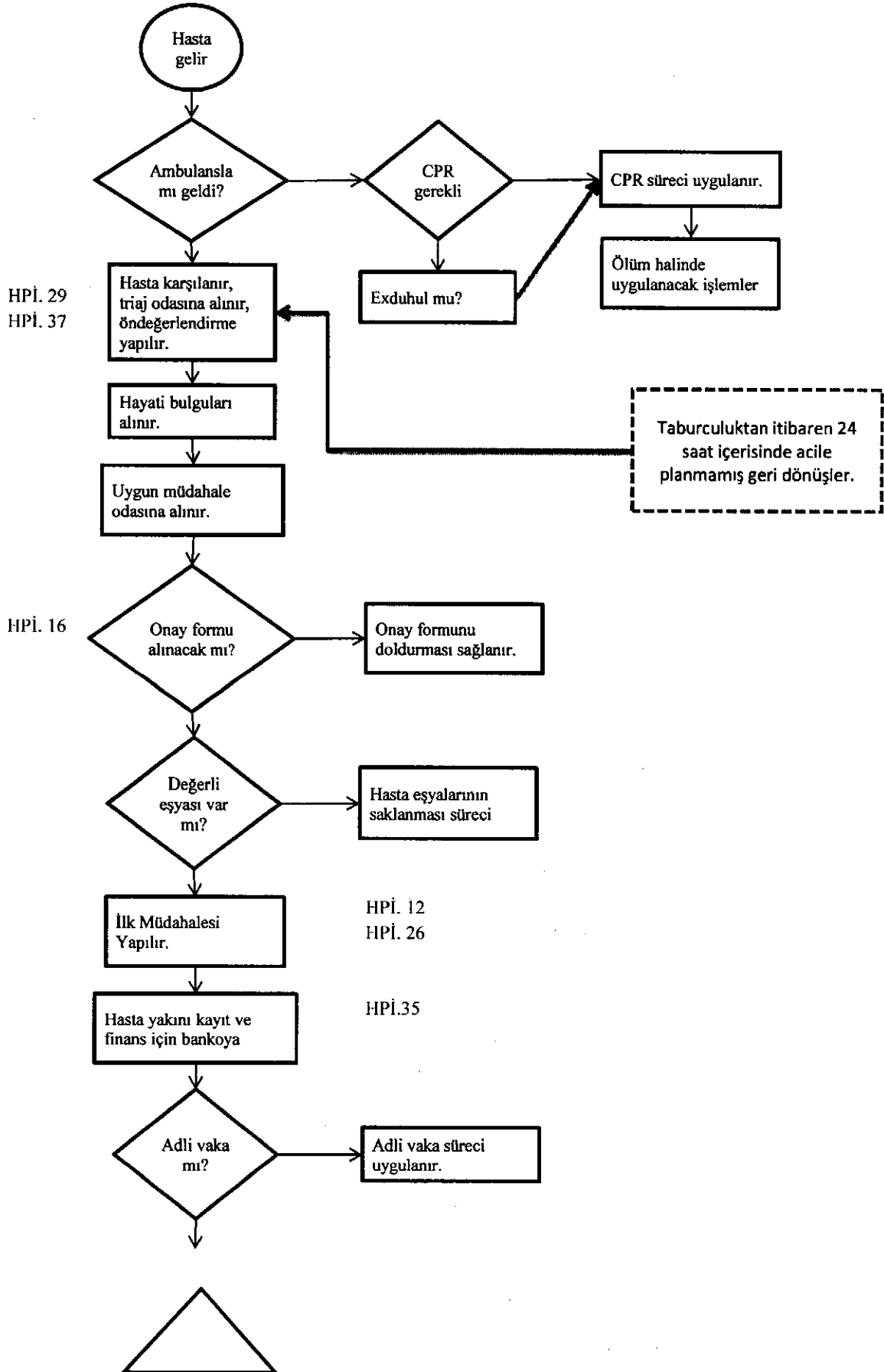
9. Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon İşleyiş Şeması.

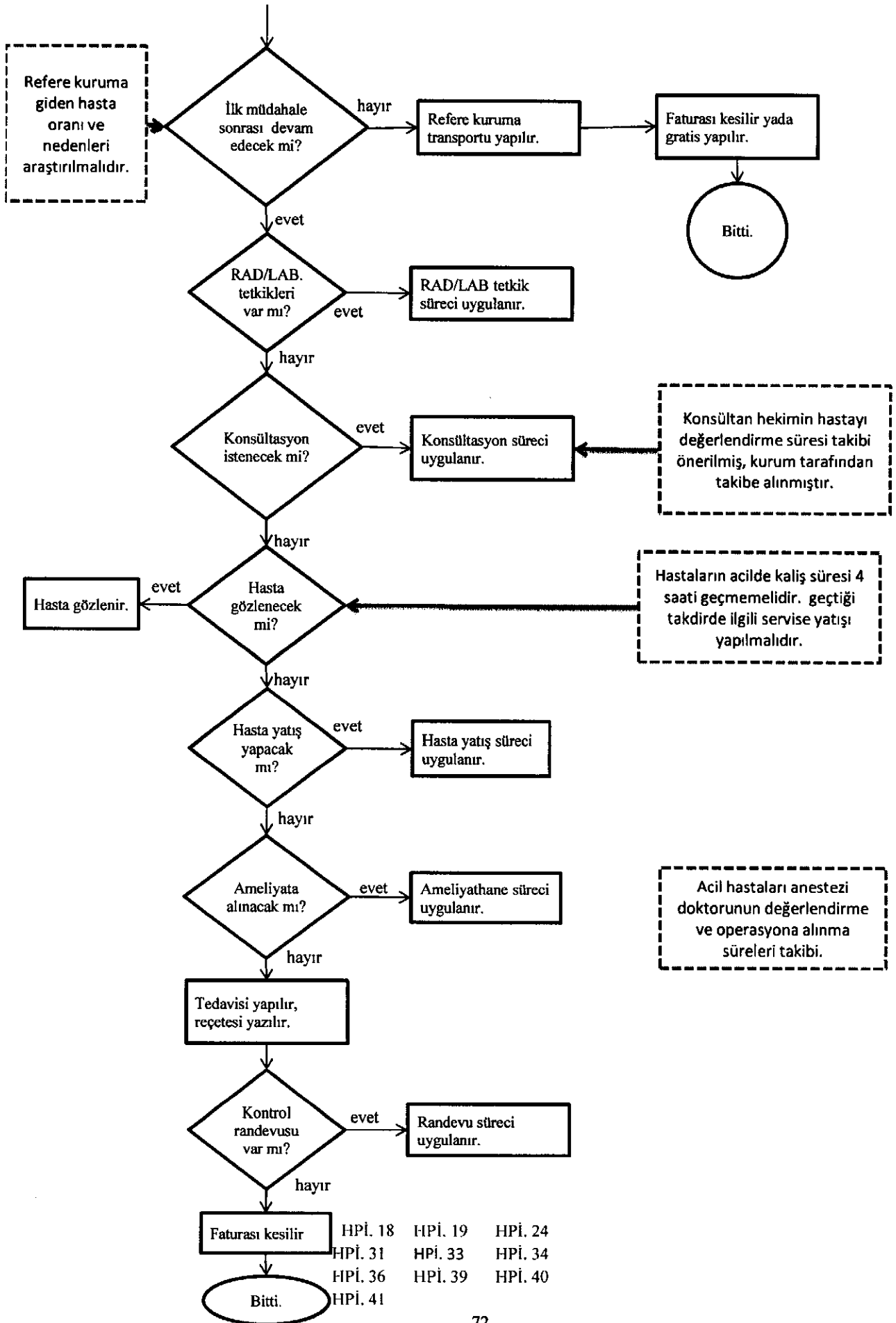


10. Merkezi Sterilizasyon Ünitesi İşleyiş.

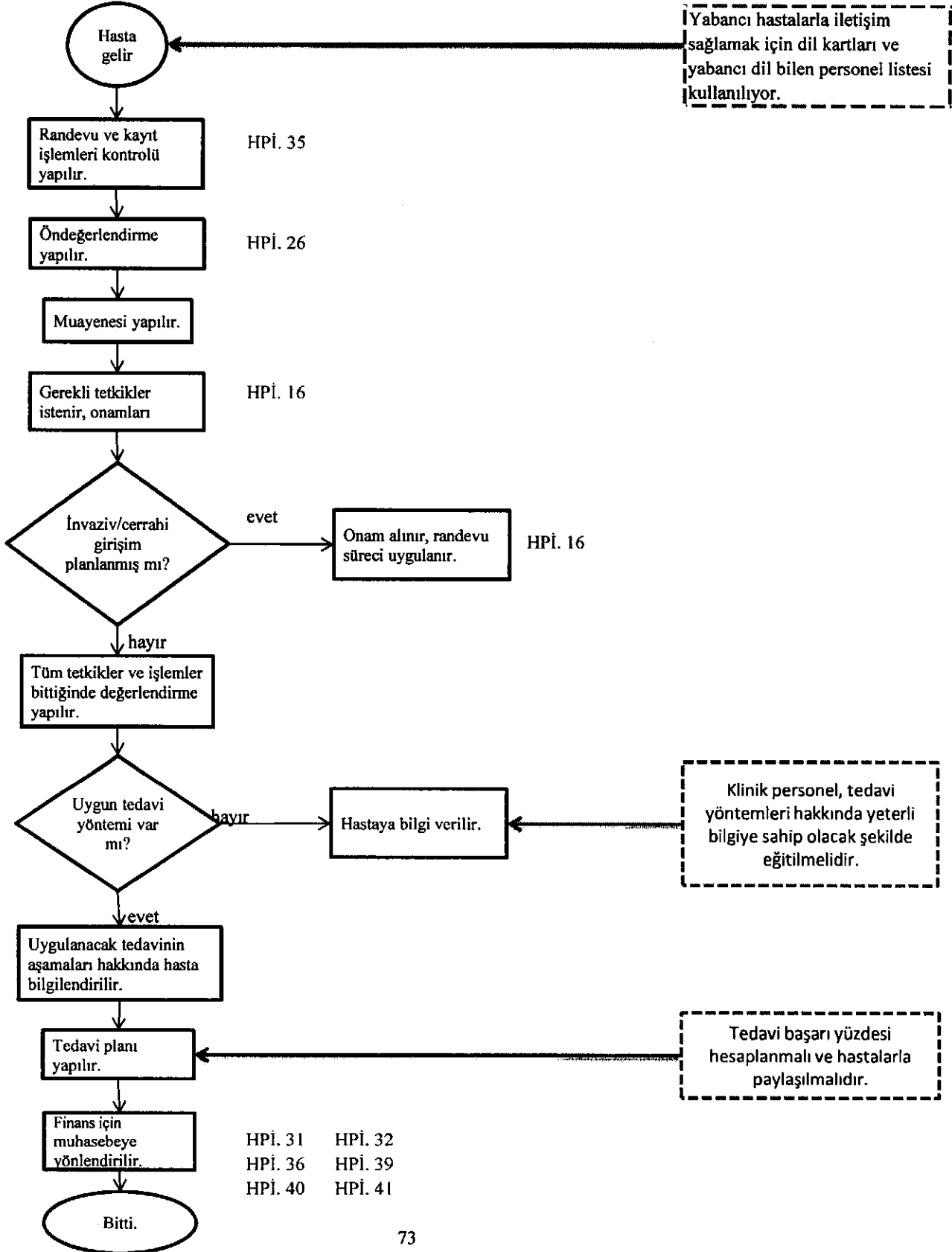


11. Acil Servis İşleyiş Şeması.

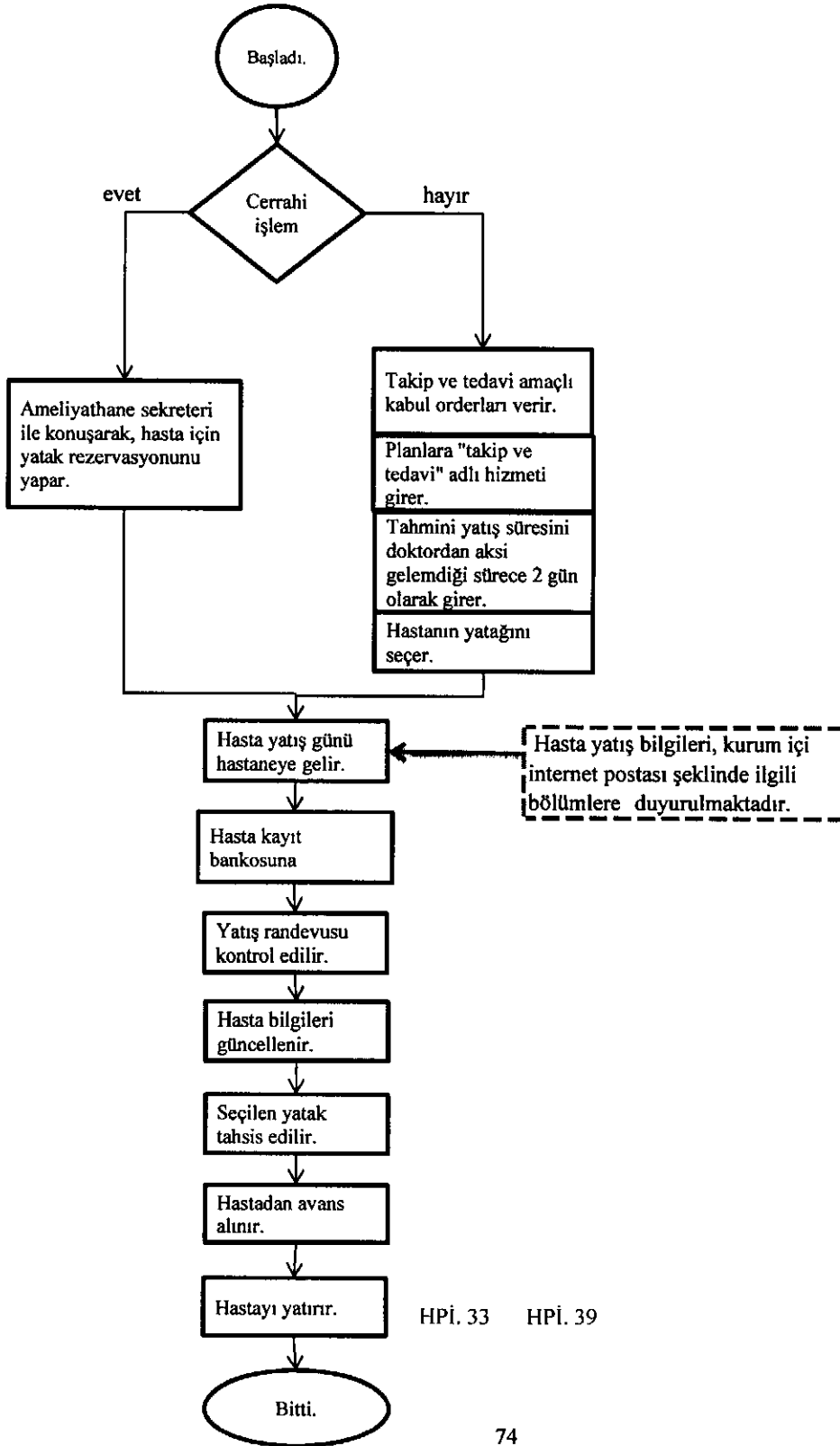




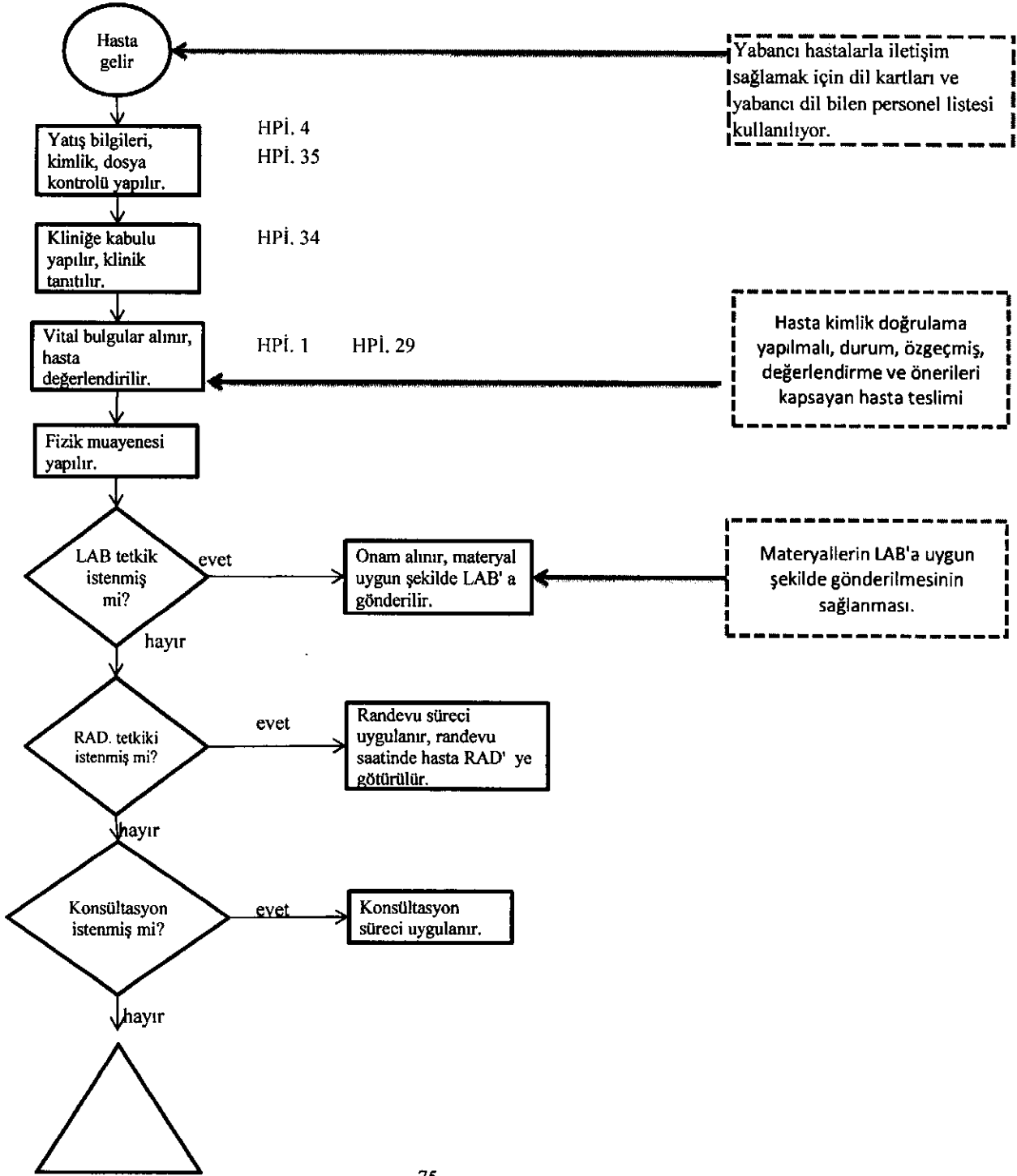
12. Tüp Bebek İşleyiş Şeması.

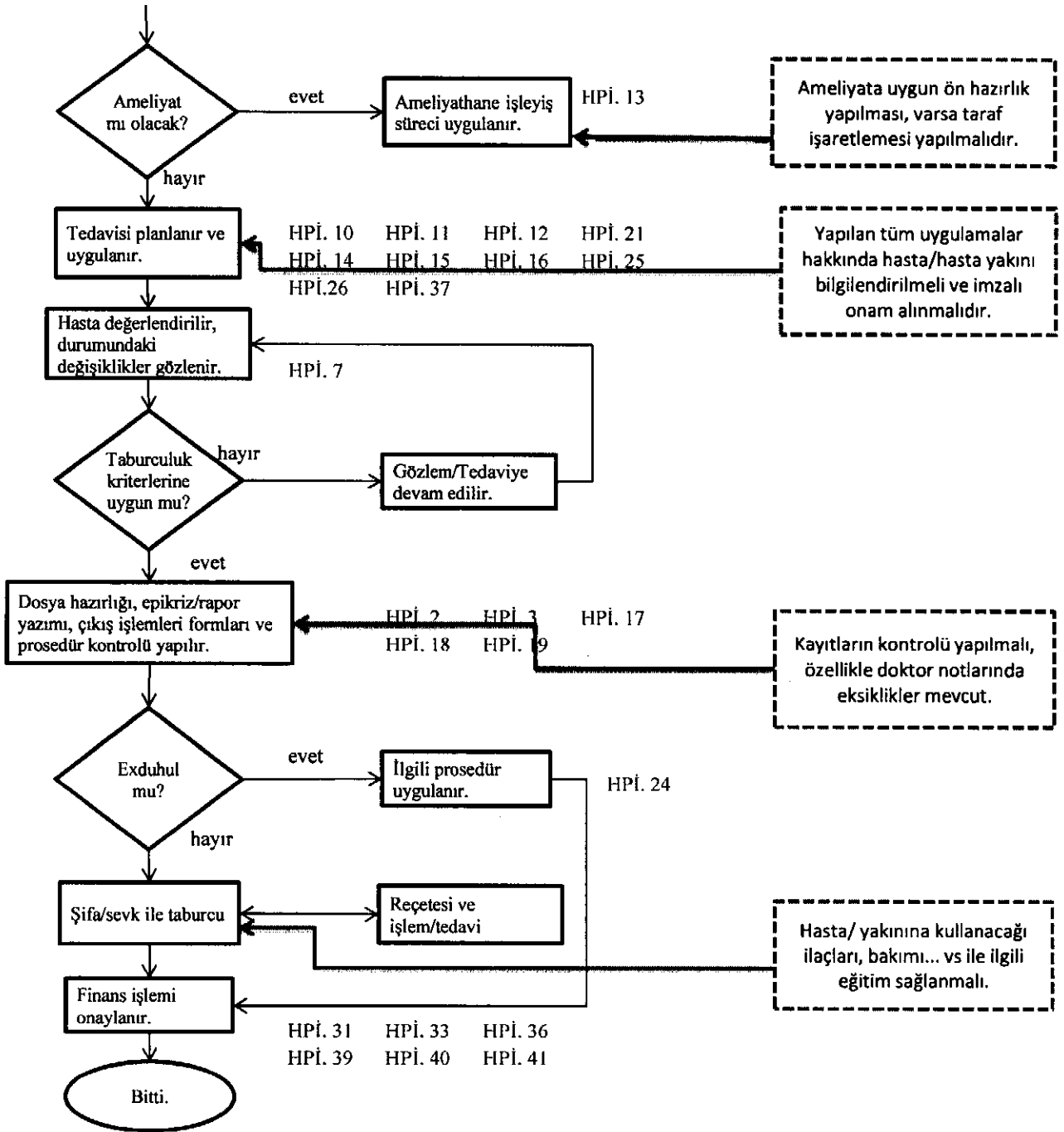


13. Hasta Kayıt Kabul Bankosu İşleyiş Şeması.

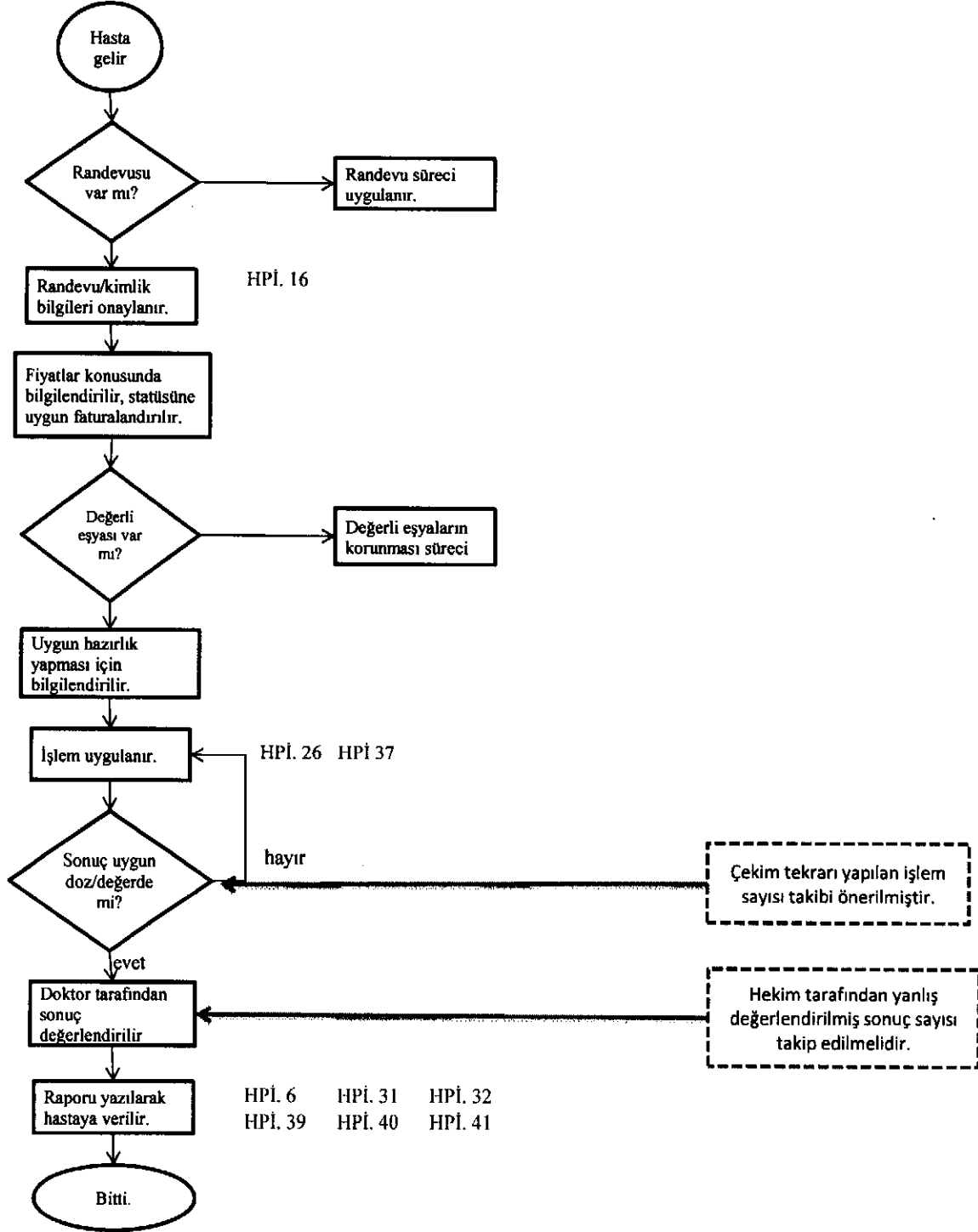


14. Klinik İşleyiş Şeması.

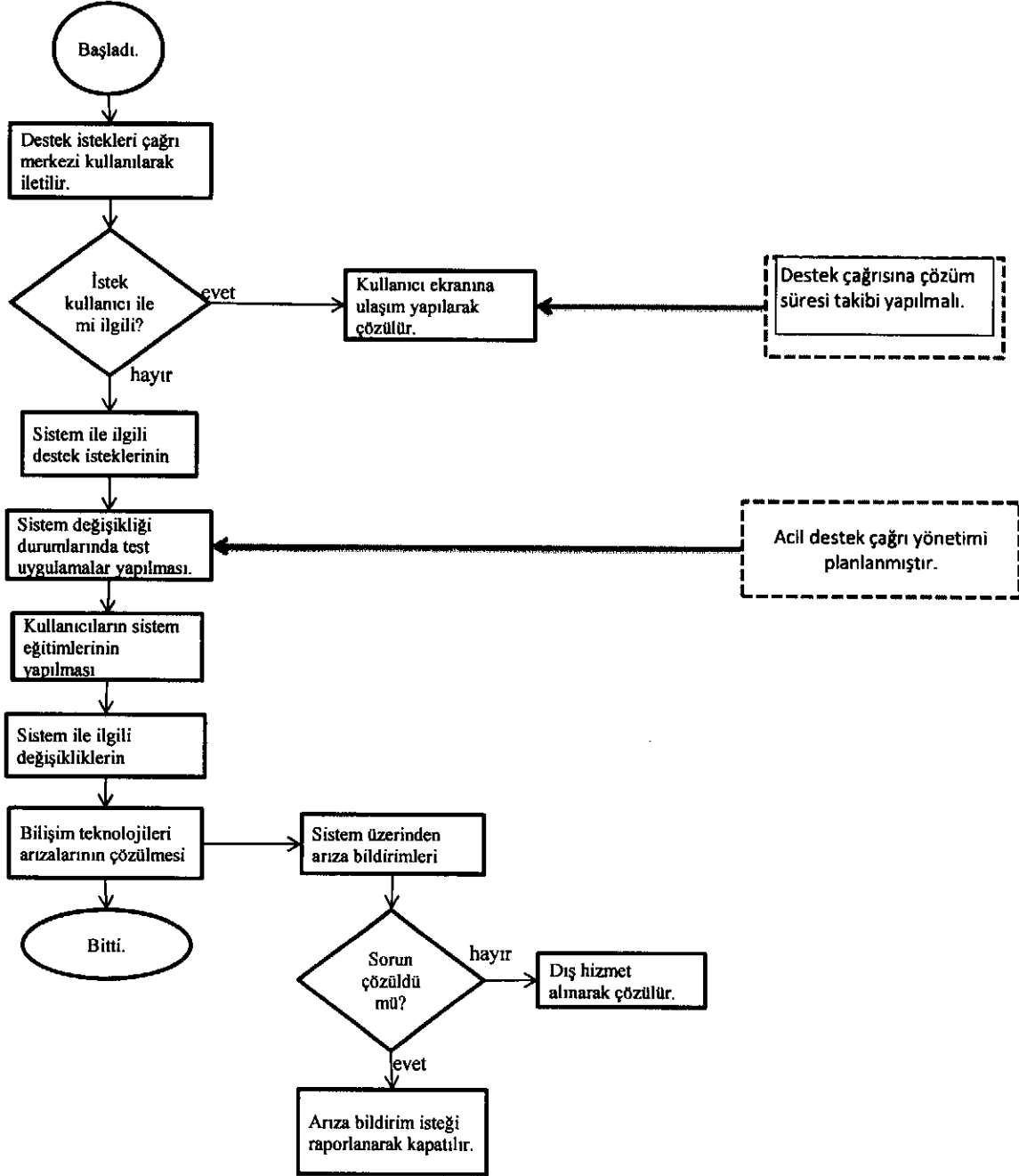




15. Radyoloji İşleyiş Şeması.

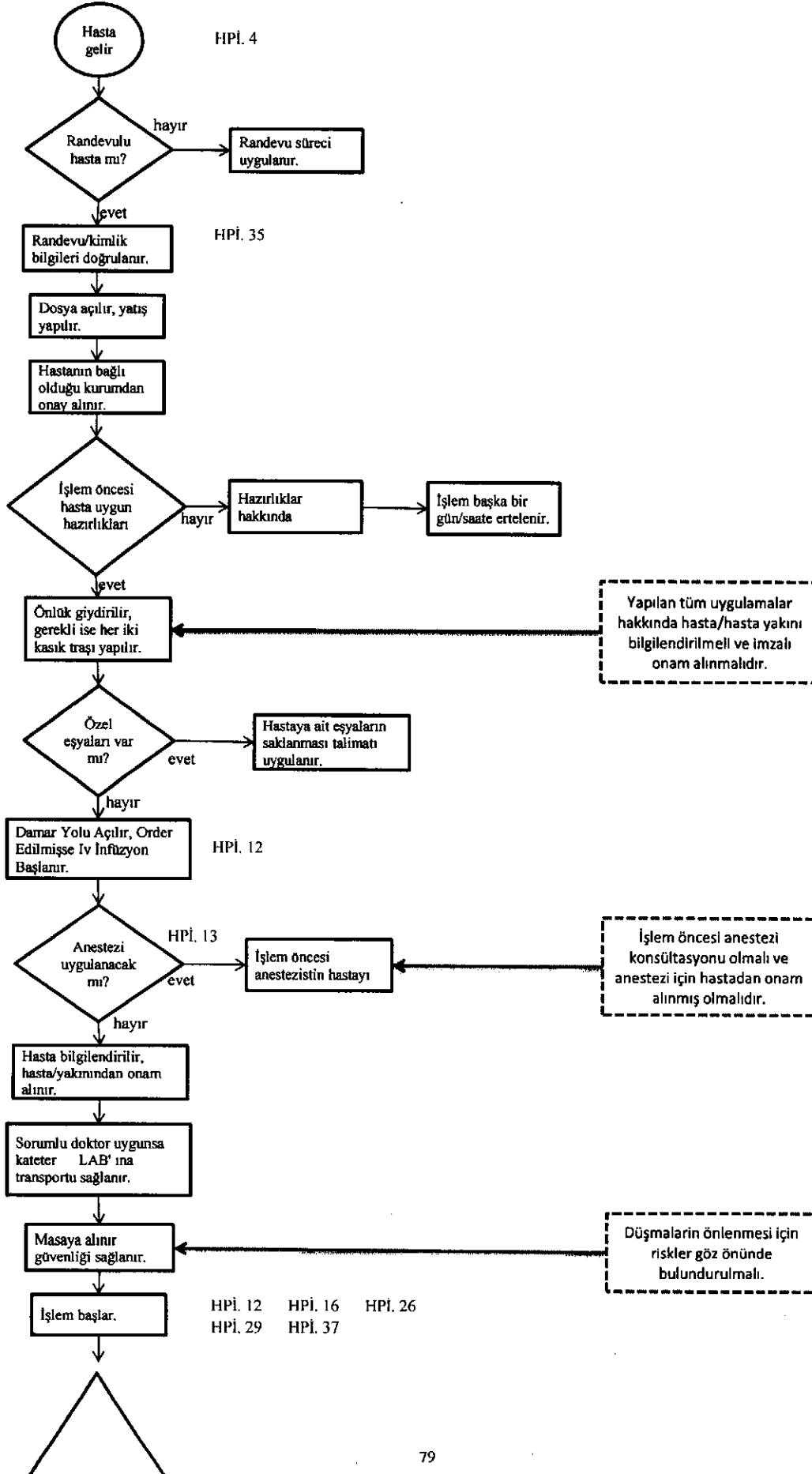


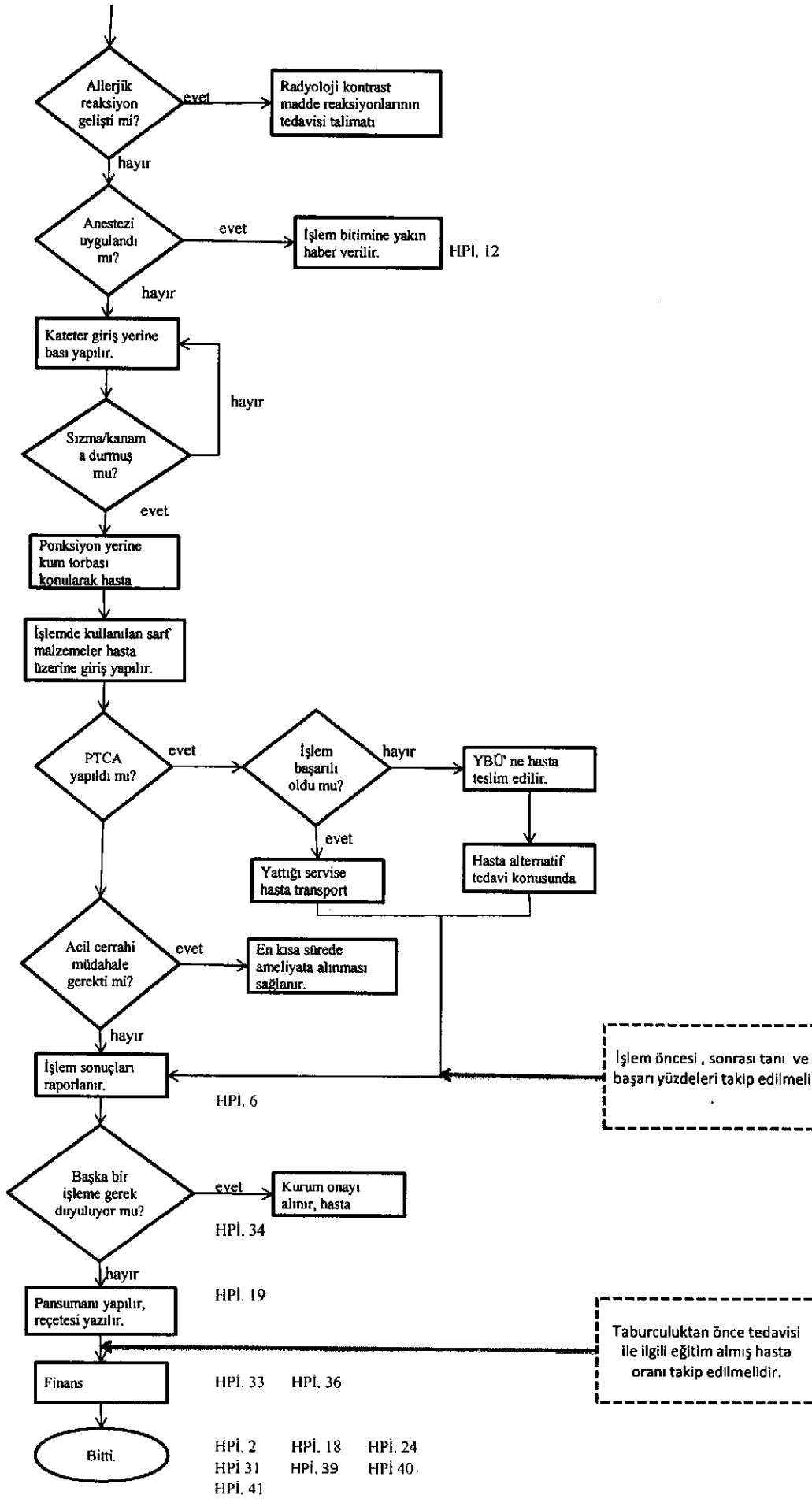
16. Bilgi Sistemleri İşleyiş Şeması.



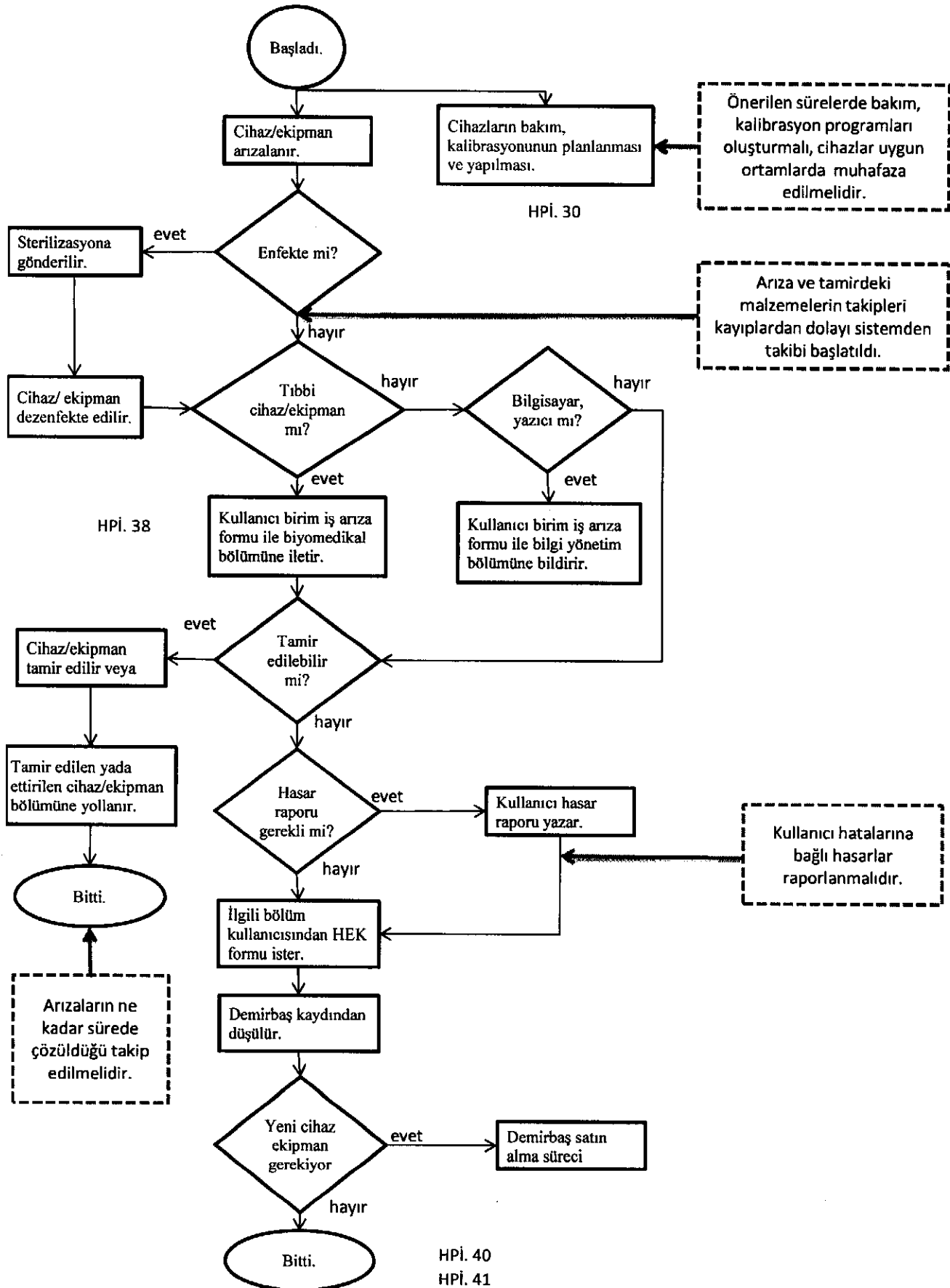
TAKİP EDİLEN İNDİKATÖRLERİ BULUNMAMAKTADIR.

17. Kateter Labratuarı İşleyiş Şeması.

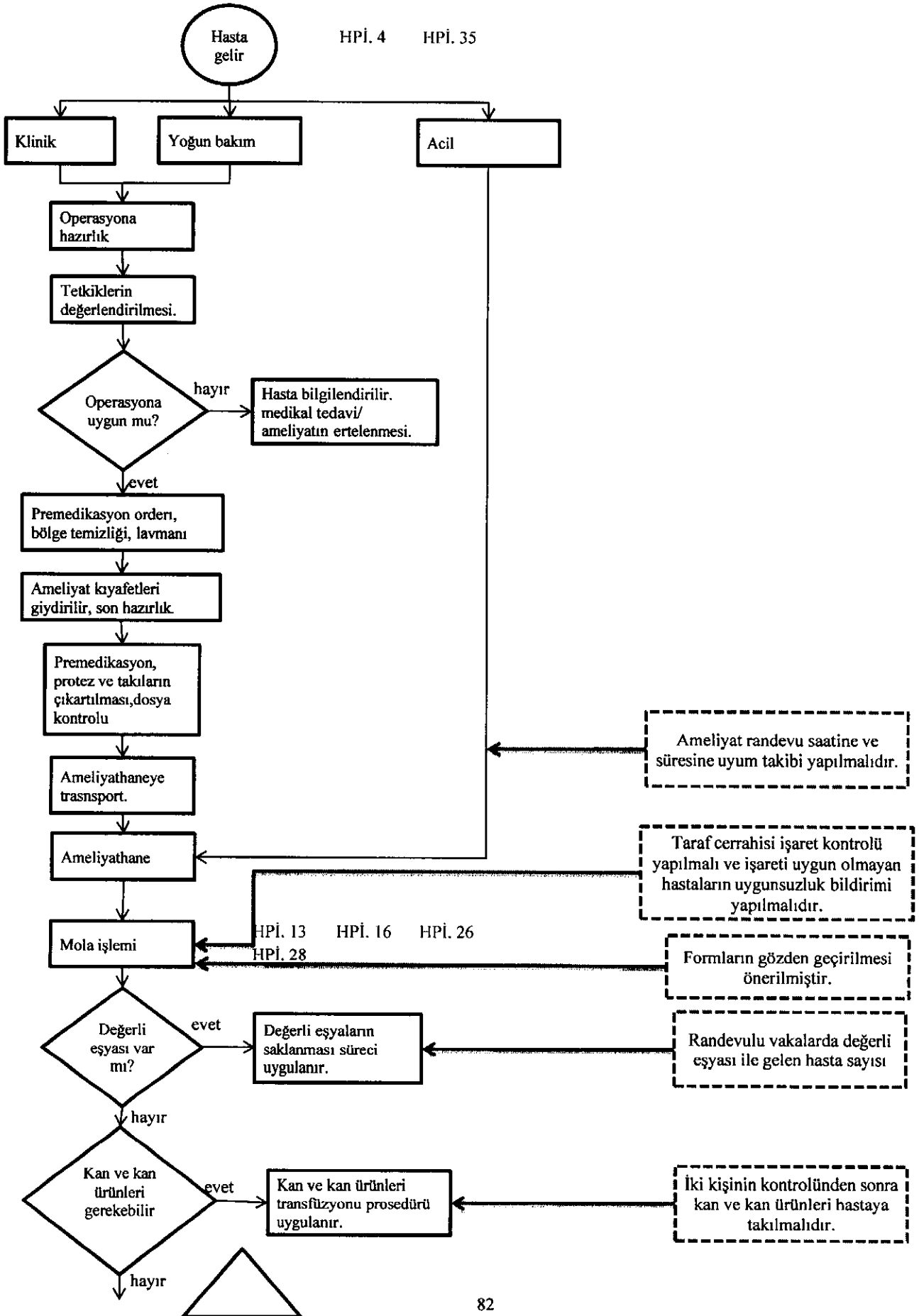


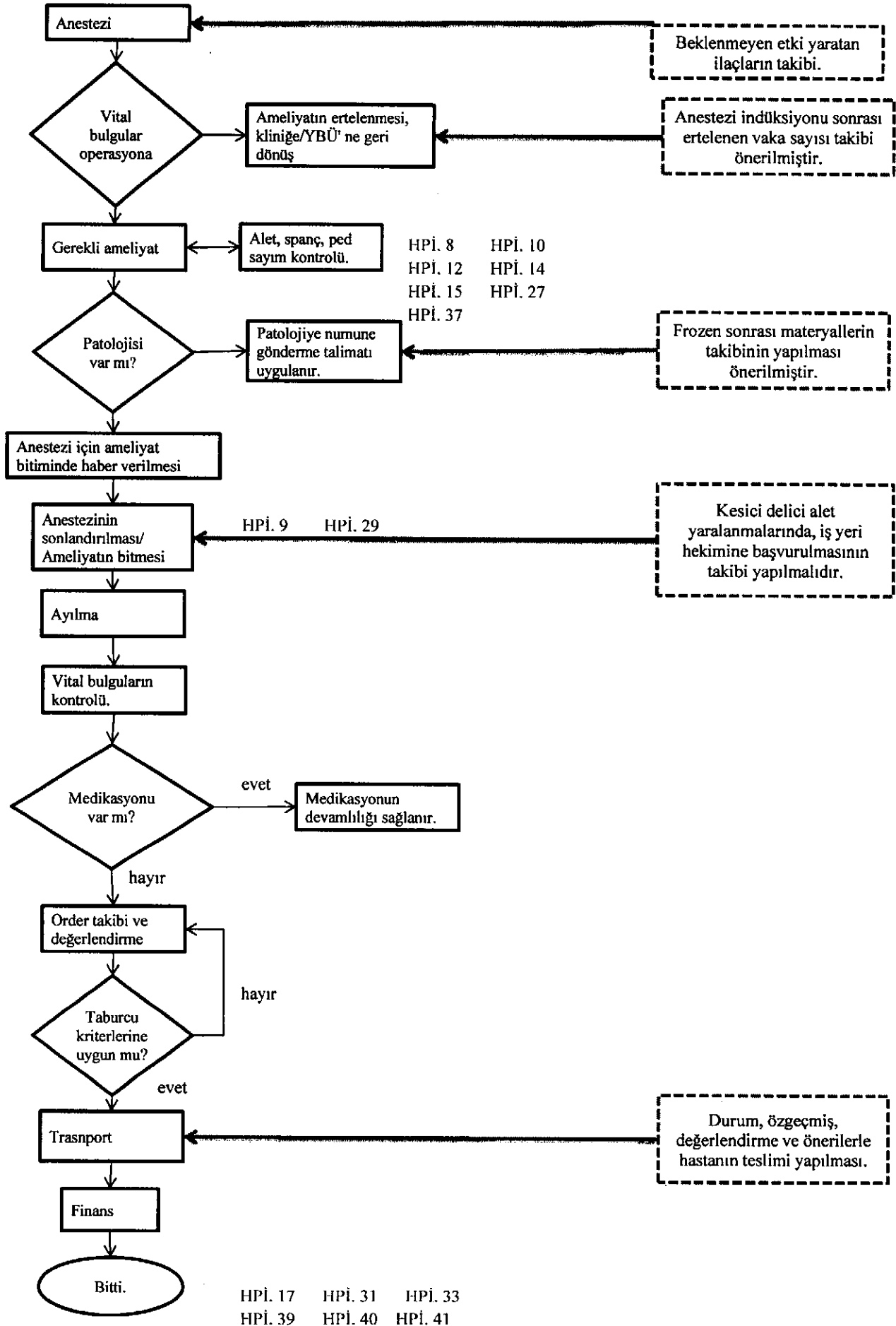


18. Biyomedikal İşleyiş Şeması.

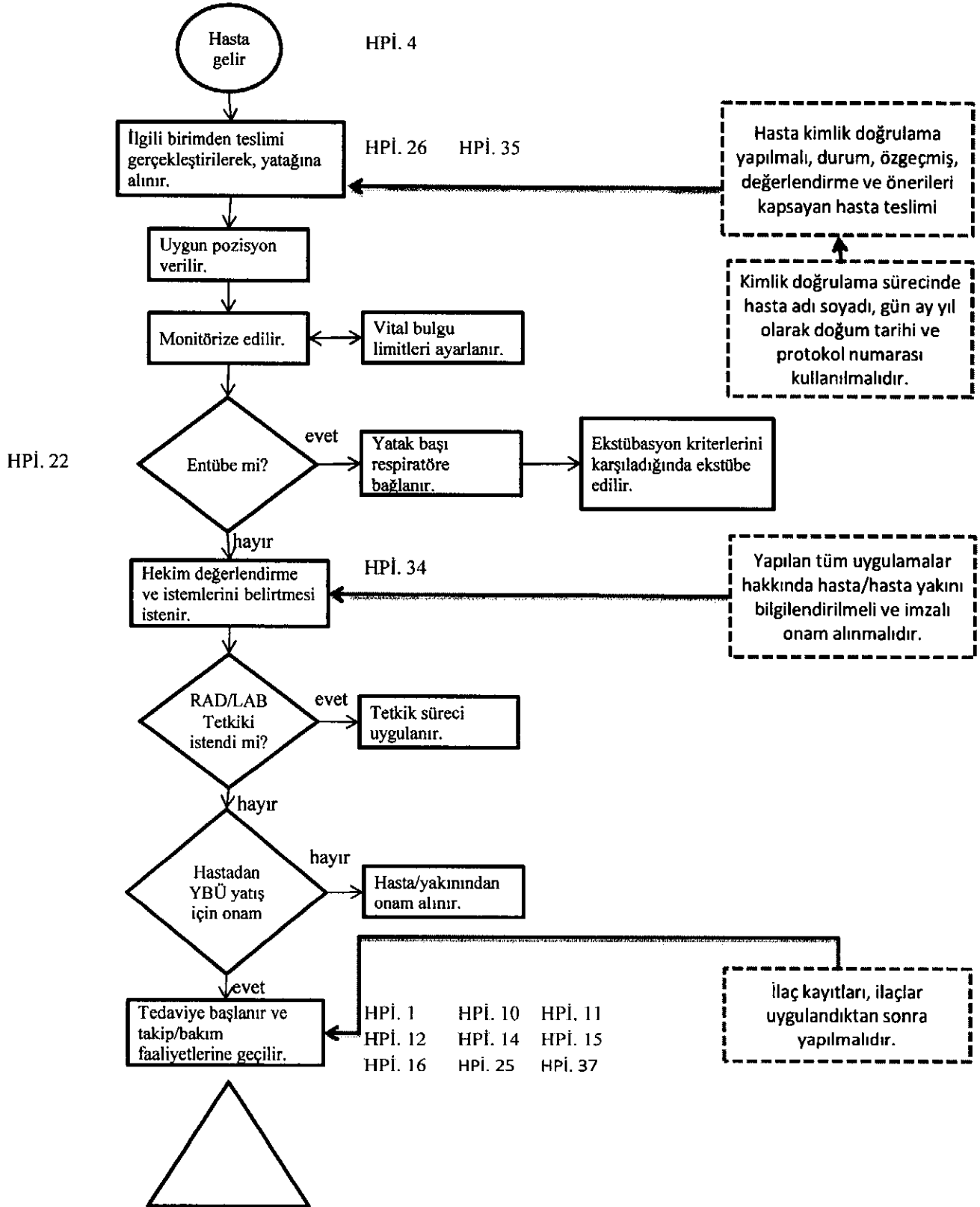


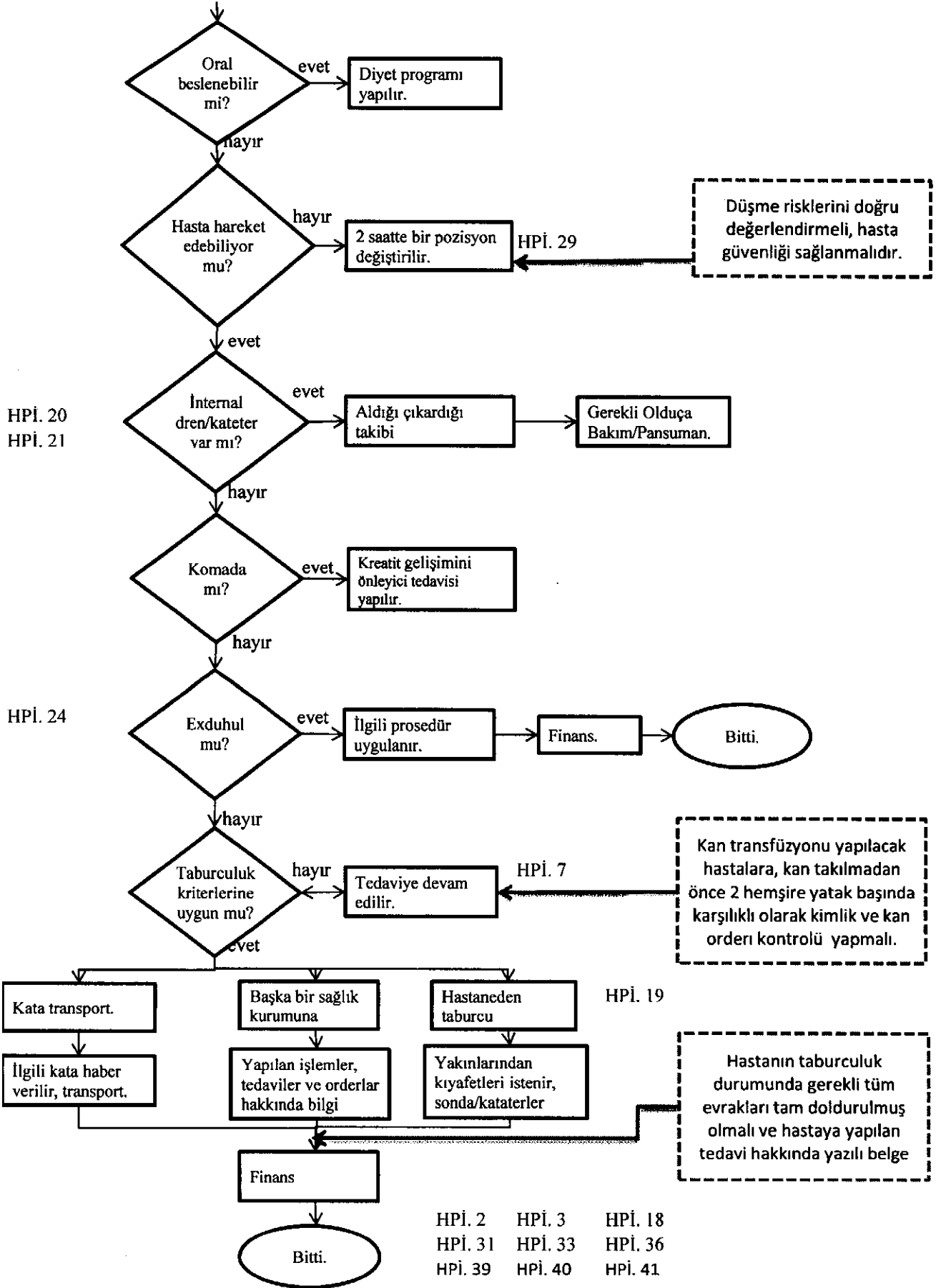
19. Ameliyathane İşleyiş Şeması.





20. Genel Yoğun Bakım Ünitesi İşleyiş Şeması.





5.SONUÇ VE ÖNERİLER

Kalite Yönetimi her şeyden önce bir yönetim felsefesidir. İnsanın mutluluğunu esas alan her türlü yönetim aracı, bu felsefe kapsamında değerlendirilebilir. Kalite Yönetimi, tüm sosyal paydaşların dengeli bir şekilde mutlu kılınmasını amaçlamakta ve iletişime büyük önem vermektedir. Tüm çalışanlarla çift yönlü ve sağlıklı iletişim kurulması gereklidir. Özellikle kurumun vizyon ve misyonunu tüm çalışanların bilmesi, hedefe ulaşmada sinerjiyi sağlar. Bu iletişimi hızlandırmak için yalın organizasyona geçilmeli, hiyerarşi yok edilmeli ve açık kapı politikaları uygulanmalıdır.

Çalışanların önerilerini dinleme, onlara değer vermek ve ödüllendirmek gerekir. Kalite Yönetimi “devamlı iyileştirme” yi esas alır. Tüm süreçlerin yeniden gözden geçirilip nasıl daha iyi olabilir, nasıl daha hızlı olabilir diye sorgulamak ve devamlı iyileştirme yapmak gerekir. Bunun için ekip çalışmalarına, çalışanların önerilerine gereksinim vardır. Aynı zamanda kıyaslama ve ölçümler gereklidir. Kalite Yönetiminde iç ve dış müşteriler belirlenmeli, onların beklentileri karşılanmalıdır.

Planlama ve uygulama kültürünün yeterince gelişmiş olmaması, kalite yönetimi sürecinde karşılaşılan en önemli engellerden biridir. Böyle bir süreçte, kaliteye dayalı bir kurum kültürünün oluşturulmasından personelin motivasyonunun artırılması ve teşvik edilmesine kadar üst yönetime pek çok görev düşmektedir. Üst yönetim, kalite çalışmalarının başlatılmasında ve sürdürülmesinde sorumluluk üstlenmeli, hastanenin kalite vizyonu, amaçları ve değerlerinin oluşturulmasında aktif rol almalıdır. Aynı zamanda, kalite çalışmalarına yeterli zamanı ayırarak kaydedilen, ilerlemeyi gözden geçirmelidir.

ÖNERİLER:

Araştırmada, 150 yataklı özel bir hastanenin yazılı prosedür ve görev tanımları incelenmiş, çalışan personelinde görüşleri alınmış gözlem yapılarak değerlendirmelerde bulunulmuştur. Önerileri olarak aşağıdaki maddeler sunulmuştur:

- Hastalara randevu verme sürecinde çalışan personelin, bölümleri ve hekimleri çok iyi bilmeleri gereklidir. Kuruma uyum programlarına bu bölüm eklenmelidir.
- Hastalara randevu verme ve takibini yapan personelin, hekimlerin ameliyat programlarını, konsültasyon randevularını sistemden kontrol ederek vermeleri aksamaları engelleyecektir.
- Hasta danışmanları, faturalandırma işlemleri esnasında senet düzenlemeleri gerektiğinde ilgili prosedürlerde belirttiği üzere, yöneticilerinden onay almaları gerekmektedir. Ancak bu gibi durumlarda yöneticilere ulaşmada sıkıntılar yaşandığı ve hastaların beklmeleri dolayısıyla memnuniyet oranları düşmektedir.

Bu gibi durumlarda;

- Onay yetkisi olan başka yöneticilerin alternatif olarak belirlenmesi,
- Belirli meblağlardaki ödemelerde danışmanların inisiyatif kullanabilmesi, hastaların danışman hizmetinden memnuniyetlerini arttıracaktır.
- Poliklinik muayenesi sonucu ameliyat olması kararlaştırılan hastaların, konsültasyon ve tetkik istemleri ayrı birimlerde gerçekleştirildiğinden, bu işlemleri tamamlamak uzun zaman aldığı ve hizmet memnuniyetini düşürdüğü gözlenmiştir. Bu durumu ortadan kaldırmak için, ameliyat hazırlık polikliniği kurulmuş ve bütün hizmetler ameliyat olacak hastalar için tek bir birimden sıra beklemeden gerçekleştirilmektedir.
- Yabancı hastalara etkin iletişim kurabilmek için, her bölümde dil kartları olmalı, personel hastanın hangi dili konuştuğunu öğrenmelidir. Yabancı dil bilen personel listesine tüm personel rahatça ulaşabilmeli ve gerektiğinde yardım alabilmelidir.
- Acil istem yapılan laboratuvar tetkiklerinin raporlanma süresi indikatörü takibi önerilmiştir. Böylece gecikmelerin sebepleri tespit edilip, gerekli işleyiş basamaklarında düzenlemeler yapılabilir.
- Yeni başlayan personelin oryantasyon programına alınması, yoğunluk nedeniyle hemen başlatılmıyor. Bazı bölümlerde danışman personel

atanmıyor. Bu durum personelin kuruma adaptasyon süreci uzamasına ve kaliteli bakımın verilmesini engelliyor. Yeni başlayan tüm personelin, kliniklere uyum sürecinde kurum kültürünü benimsemesi için en kısa sürede oryante edilmelidir.

- Hasta bakım kliniklerinde, hekim ve hemşire kadrosunun hastaları değerlendirme süreleri belirlenmeli, bu konuda personel eğitilmeli ve bu süreçlere uyum takip edilmelidir.
- Konsültasyon süreçlerinde, hekimin hastayı değerlendirme süresi indikatörü takip edilmesi önerilmiştir.
- Acil servis konsültasyonuna 30 dakika içinde müdahale oranı, yeni indikatör olarak önerilmiş ve kurumca yeni takip indikatörü olarak değerlendirmeye alınmıştır.
- Kurum el hijyeni indikatörünün kontrolünü, enfeksiyon komitesi çalışanlarınca yapmaktadır. Ancak sahada, bu kişilerin gözlemlerinin yetersiz kaldığı gözlenmiştir. Alanlardan gönüllü denetçilerle takibe alınması, daha verimli sonuçlar elde etmek için önerilmiştir.
- Kurumda düşmelerin önlenmesi için, oda kapılarına uyarı levhası asılmakta ve hasta ve yakınlarına eğitimler verilmektedir. Bu hastaların mümkün olduğunca oda kapıları açık bırakılmalı, bakımı veren sağlık çalışanlarının hastayı kontrolü sağlanmalıdır.
- Doğru taraf cerrahisi prosedüründe eksiklikler mevcuttu. Taraf işaretlenmesi x işareti konularak yapılıyor. Dünya güvenli cerrahi listesinde, hastanın adının ve soyadının baş harflerinin boyanıp örtüldüğünde görünecek şekilde işaretlenmesi öneriliyor. Prosedürde düzeltme yapılması önerildi.
- Taraf cerrahisi işaretlemeleri yapılmadan hastaların ameliyathaneye teslim edildiği gözlenmiştir. Perioperatif formlara not düşülmüyor ve uygunsuzluk bildirimi yapılmıyor. Ameliyathanede oluşabilecek hataları önlemek amacıyla, ameliyata taraf işaretlenmesi yapılmadan teslim edilen hasta oranı indikatörünün takip edilmesi ve yanlış hasta, yanlış taraf cerrahisi eğitiminin ilgili personele verilmesi önerilmiştir.
- Ameliyathanede kullanılan formlardan perioperatif hemşire formu ile mola formu aynı içerikte maddelerden oluşmaktadır. Formlar doldurulurken

personeler zaman kaybı oluşturmaması açısından içeriklerinin düzenlenmesi önerilmiştir.

- Ameliyathaneden gelen setler içerisinde kesici aletler unutulduğu gözlemlenmiştir. Bölüme ameliyathaneden kesici aletlerle gönderilen set oranı indikatör olarak takip etmesi önerilmiştir.
- Ameliyathaneden gönderilen setlerde eksiklikler olduğu gözlenmiştir. Eksik gönderilen set oranı indikatörünün bölümde takibi ve sonuçların ameliyathane yöneticisi ile belli periyotlarla paylaşarak, çözüm önerisi getirmeleri önerilmiştir.
- Kimlik doğrulama sürecinde hasta adı soyadı, gün ay yıl olarak doğum tarihi ve protokol numarası kullanılmalıdır.
- Hasta kimlik doğrulama yapılmalı, durum, özgeçmiş, değerlendirme ve önerileri kapsayan hasta teslimi gerçekleştirilmelidir.
- Yapılan tüm uygulamalar hakkında hasta/hasta yakını bilgilendirilmeli ve imzalı onam alınmalıdır.
- İlaç kayıtları, ilaçlar uygulandıktan sonra yapılmalıdır.
- Çalışanların, iş kazalarını raporlamadığı gözlenmiştir. Bu konuda çalışanların yüreklendirilmesi ve iş kazaları eğitimi almaları gerektiği hususu önerilmiştir.
- İcamlı çalışan bölümlerde, sıkışmalar ve aksamalar olabilmektedir. Bu bölümlere, icaba geliş süreleri indikatör olarak takibi önerilmiştir.
- Tekrar çekim sayıları takibi yapılmamaktadır. Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması için, tekrar çekim sayılarının azaltılarak hasta ve çalışanın fazla radyasyon almasının önlenmesi sağlanmalıdır. İndikatör olarak takibi önerilmiştir.
- Kemoterapi eczanesi, her hastaya uygun ilaç karışımını boy, kilo oranına göre hesaplama yapmaktadır. Polikliniğe gelen hastaların muayenesi yapılmakta ve hekimi tarafından order verilmektedir. Ancak orderlar hastaların tümü için aynı anda verilmekte ve ilaç hazırlarken hasta ilaçlarının karışmasına neden olabileceği tespit edilmiştir. Orderların muayene sonrası hemen verilmesi, karışıklığı önleyecektir. Bölüme indikatör olarak takibi önerilmiştir.
- Bilgi sistemlerini personelinin, kuruma yeni başlayan personele sistem eğitimi vermesi uyumu kolaylaştıracağından önerilmiştir.

- Arıza takipleri, formlarla yapılmaktadır. Tamiri olan malzemenin iadesi yine formla yapılmaktadır. Ancak formların kaybolmasından kaynaklanan ekipman kayıpları olmuştur. Takip ve kayıpların önlenmesi için, intranet üzerinden yeni bir sisteme geçilmiş, ekipmanın nerede olduğu sistemden takibi yapılmaya başlanmıştır.
- Biyomedikal işleyiş şemasına, cihaz bakım ve kalibrasyonunun yapılması ibaresi eklenmiştir.
- Enfekte olan cihaz yada cerrahi malzemenin kontrolü için, biyomedikal çalışanı direkt sterilizasyon ünitesine yönlendirilmesi önerilmiştir.
- Tüm kliniklerde kalite çalışmalarının sıkı takibi için, kalite çemberleri oluşturulması önerilmiştir.

KAYNAKÇA

Ak, B., ve Sevin, H.,2000. Hizmet Sektörünün Genel Yapısı ve sağlık Hizmetlerinin Özellikleri, I.Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi Bildiriler, Ankara.

Asunakutlu T. 2007, Sağlık Kurumları Yönetiminde Küresel Değişim, C.C. Aktan-U. Saran (editörler) Sağlık Ekonomisi Ve Sağlık Yönetimi İçinde (435-455), İstanbul, İdil Matbaacılık.

Aydinceren A., 1993. Toplam Kalite Yönetimi, öncü kalite dergisi, S:2.

Bozkurt, R., 1994., Toplam Kalite Kontrolü, Öncü Kalite Dergisi, Kalder Yayınları, yıl:2.

Caldwell C., Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim, (Çev. O. Akınhay), Sistem Yayıncılık, s. 159, 160, 161, 1. Baskı, İstanbul.

Çatalca, H. 2003. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Beta Yayım Dağıtım a.ş. , S. 3, 18, 1. Bası, İstanbul.

Doğanay, P., 2008. Kaizen-Sürekli İyileştirme İle Hastanelerde İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilimdalı, Hastane İşletmeciliği.

Ertuğrul, İ., 2006, Toplam Kalite Kontrol, Ekin Kitabevi, Bursa.

Elvinaz, T., 2002. Toplam Kalite Yönetiminde Çalışanların İş Tatmini İle Bireysel Başarısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma, Gebze, GYTE Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.

JCI Standartları Klavuzu, 2008

Kavuncubaşı, Ş., 2000, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi, s. 271-289 siyasal kitabevi, Ankara.

Kaya, S.,2005. Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme, Ankara: Pelikan Yayıncılık.

Nursoy, M., 2001. Toplam Kalite Yönetiminde Performans Ölçümü Ve Bir Uygulama, İstanbul, Marmara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Makine Eğitimi Anabilim Dalı, Doktora Tezi.

Özcan, Y. 1995. Kalite Semineri, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, İstanbul.

Özgen, H., 1993., Hasta Bakım Kontrolünün Hastane Yönetimi Açısından Önemi, (Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Özveren, M., 1994, Toplam Kalite Yönetimi, Alfa Yayınları, İstanbul.

Pekdemir ,I. 1992. İşletmelerde Kalite Yönetimi, Beta Yayım Dağıtım a.ş., İstanbul.

Peker, Ö., 1993, Toplam Kalite Yönetimi ve TS-ISO 9000 Standartları, verimlilik Dergisi, M.P.M. Yayınları, s. 50.

Sarvan, F., ve Berk, O. 1995. Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, cilt:24, sayı:2.

Sevim, A., 1999, TKY' de bir araç olarak T.K.M. sisteminin kurulması, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, s. 14.

Şimşek, M., 2000. Kalite Ve Sürekli Gelişme Kaizen, Standart Dergisi, yıl:40 sayı:471.

Şimşek, M.,2007. Toplam Kalite Yönetimi, Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti. Ekim 5. Basım, İstanbul.

Şuekinçi, S., 2008, Kalite Göstergelerine Genel Bakış ve Hasta Güvenliği İndikatörleri, Kent Sağlıkta Akreditasyon Günleri, İzmir.

T.C. sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Ankara, Haziran 2003, s. 15.

Yatkın A. ,Gökhan E., 2004. Toplam Kalite Yönetiminde Önce İnsan Kalitesi, Standart Dergisi Yıl:43 sayı:505.

Yılmaz, Ö. 2008. Toplam Kalite, Sakarya Yayıncılık, Adapazarı,2. Baskı.

Zorluğuna, Y., 1997. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Hizmetlerinde Devamlı Kalite İyileştirme, Editör Mithat Çoruh: Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.

Sarp, N., Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimi
<http://www.nilgünsarp.com/saglik-hizmetlerinde-toplam-kalite-yonetimi/>

(21.10. 2009)

Kalite tanımları, Anonim 2006, (10. 01. 2010) , kalite kontrol portalı,
http://www.kalitekontrol.org/forum/kalite-tanimivekavramlari_74.10.0.html;msg842#msg842.

<http://www.kalder.org/genel/SAGLIK%20ISLETMELERINDEAHKVEOLCUMU.df>

Aktan, C., http://www.canaktan.org/canaktan_personel/can_aktan_arastirmalari/ozlu_sozler/aktan-kalite.pdf (20.12.2009)

<http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf>.

Kalite indikatörleri AHRQ, anonim, bt. (15.01.2010),

<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/TechnicalSpecs41.htm#PQI41>

Süreç yönetimi, b.t., (15.01.2010)

<http://www.tkgm.gov.tr/turkce/dosyalar/diger%5Cicerikdetaydh239.pdf>

Akreditasyon, b.t. (20.12.2009)

http://www.standartkalite.com/iso17025_akreditasyonu.htm

JCI standartları, b.t. (20.12.2009),

<http://www.hastaguvenligimiz.com/standart.htm>

JCI Akreditasyonunun Hasta ve Yakınlarına, Kuruma ve Çalışanlara Kazandırdıkları, b.t. (20.12.2009)

http://www.hastanekalitesi.com/index.php?option=com_content&view=article&id=120:jci-standard&catid=55:jci-standard&Itemid=177

ÖZGEÇMİŞ

25.01.1980 tarihinde, Bursa doğmuştur. İlk, orta ve lise eğitimimi Bursa'da tamamlayan Işık, 2003 yılında Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu'ndan mezun olmuştur. 2008 yılında Beykent Üniversitesi Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi'nde yüksek lisansa başlamıştır. Özel sektörde hemşire olarak görev yapmaktadır.

Aday: Tuğba IŞIK