

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

SAĞLIK İŞLETMELERİNDE BÜTÜNLEŞİK SAĞLIK TESİS YÖNETİM SİSTEMİ İÇİN MODEL ÖNERİSİ

ERMAN GEDİKLİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Yeter DEMİR USLU

İSTANBUL - 2021

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi

Programın Seviyesi : Yüksek Lisans ( ) Doktora (X)

Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi

Tez Sahibi : Erman GEDİKLİ

Tez Başlığı : Sağlık İşletmelerinde Bütünleşik Sağlık Tesis Yönetim Sistemi İçin Model Önerisi

Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi

Sınav Tarihi : 22.11.2021

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman	**Kurumu**	**İmza**
Prof.Dr. Yeter DEMİR	İstanbul Medipol Üniversitesi	

Sınav Jüri Üyeleri

Prof.Dr. Hasan DİNÇER	İstanbul Medipol Üniversitesi
Dr.Öğr.Üyesi Pakize YİĞİT	İstanbul Medipol Üniversitesi
Doç.Dr. Fahriye Oben ÜRÜ	İstanbul Arel Üniversitesi
Prof.Dr. Emrah ÖNDER	İstanbul Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Doktora Tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun ……/……/ …… tarih ve ……..…../……. - …..…. sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür Vekili

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Erman GEDİKLİ

İTHAF

Bu çalışmamı tez sürecinde dünyaya gelen ve hayatıma anlam katan sevgili kızım Gökçe'ye ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Akademiye attığım ilk adımından itibaren bana akademik bilgileriyle ve tecrübeleriyle önemli katkılar sunan ve istikbalimin önünü açan danışman hocam Sayın Prof. Dr. Yeter DEMİR USLU'ya,

Doktora tezimin araştırma sürecinin yürütülmesine değerli zamanlarını ayırarak destek olan ve akademik gelişim sürecime önemli katkıları olan kıymetli hocalarım Prof. Dr. Hasan DİNÇER, Doç. Dr. Serhat YÜKSEL ve Dr. Öğretim Üyesi Pakize YİĞİT'e,

Araştırmamın planlanmasından uygulanmasına kadar destek ve yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Öğr. Gör. Adnan BAÇ'a ve kıymetli arkadaşım Öğr. Gör. Ersin KOCAMAN'a

Araştırmanın Tekirdağ Çorlu Devlet Hastanesinde yürütülmesinde desteklerini esirgemeyen Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Ayten KALANER ve ekibi olmak üzere, Başhekimlik nezdinde tüm hastane personeline ve Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü çalışanlarına,

Desteklerini en içten şekilde hissettiren başta Arş. Gör. Emre YILMAZ, Arş. Gör. Sefer AYGÜN, Dr. Fzt. Burak MENEK, Öğr. Gör. Kerem ERSİN ve Öğr. Gör. Yasin YILDIRIM olmak üzere değerli çalışma arkadaşlarıma,

Hayatımın tüm dönemlerinde koşulsuz sevgi ve desteklerini sunan ve beni devamlı motive etmek için çaba sarf eden kıymetli annem ve babama,

Tanıştığımız günden itibaren bana olan inancını, desteğini ve sevgisini esirgemeyen, tezimi ve diğer akademik çalışmalarımı yürütürken bana sabırla katlanan ve beni motive eden sevgili eşime teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU ..... **i**

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI ..... **ii**

İTHAF ..... **iii**

TEŞEKKÜR ..... **iv**

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ ..... **xi**

TABLOLAR LİSTESİ ..... **xiii**

ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **xv**

1. ÖZET **1**

2. ABSTRACT **2**

3. GİRİŞ VE AMAÇ **3**

4. GENEL BİLGİLER **5**

4.1. Tesis Yönetimi 5

4.1.1 Tesis yönetimi tanımı 5

4.1.2. Tesis yönetiminin amacı 7

4.1.3. Tesis yönetiminin kapsamı 9

4.1.4. Tesis yönetiminin gelişimi 16

4.1.4.1 Uluslararası tesis yönetim örgütlenmeleri *19*

4.1.5. Türkiye'de tesis yönetimi 20

4.1.6. Çağdaş tesis yönetimi uygulamaları 22

4.1.7. Tesis yönetiminde tesis yöneticisinin rolü 25

4.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sağlık Tesisleri 26

4.2.1. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve hizmet veren kuruluşlar 26
4.2.1.1 Koruyucu sağlık hizmetleri 27
4.2.1.2 Tedavi edici sağlık hizmetleri 28
4.2.1.3 Rehabilite edici sağlık hizmetleri 29
4.2.1.4 Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri 30
4.2.2 Sağlık tesislerine genel bakış 30
4.2.2.1 Sağlık tesis türleri *31*
4.2.2.2 Hastanelerde verilen hizmetler ve tesis yönetimi *34*
4.2.3 Hastanelerde tesis yönetimi ve güvenliği 43
4.2.4 Hastanelerde tesis yönetimi faaliyetlerinin kapsamı 46
5. METOT VE MATERYAL 52
5.1. Problemin Tanımı 52
5.2. Araştırmanın Özgünlüğü 53
5.3. Araştırmanın Amacı ve Önemi 58
5.4. Araştırmanın Deseni 59
5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları 59
5.6. Nitel Aşama 60
5.6.1. Nitel aşamada evren ve örneklem 61
5.6.2. Nitel aşamada veri toplama araçları 64
5.6.2.1. Ses kaydı 65
5.6.2.2. Araştırmacı Günlüğü 66
5.6.2.3. Yardımcı Araştırmacı Notları 66
5.6.3. Nitel aşamada verilerinin analizi 67
5.6.4. Nitel aşamada geçerlik ve güvenirlik 69

5.7. Nicel Aşama 70
5.7.1. Nicel aşamada evren ve örneklem 71
5.7.2. Nicel aşamada veri toplama araçları 71
5.7.3. Nicel aşamada verilerin analizi 72
5.7.4. Nicel aşamada geçerlik ve güvenirlik 75
6. BULGULAR 76
6.1. Hastane Hakkında Genel Bilgiler 76
6.2. Nitel Araştırma Bulguları 78
6.2.1. Araştırma amacına yönelik oluşturulan temalara ilişkin bulgular 78
6.2.2. Acil durumlara hazırlık ve iş sürekliliği temasına ilişkin bulgular 85
6.2.2.1. Hastane acil afet planı kategorisine ilişkin bulgular 85
6.2.2.2. Tren kazası kategorisine ilişkin bulgular 88
6.2.3. Alan yönetimi temasına ilişkin bulgular 92
6.2.3.1. Birim alanın işlevselliği kategorisine ilişkin bulgular 92
6.2.3.2. Dinlenme odaları kategorisine ilişkin bulgular 96
6.2.3.3. Kaynak yönetimi kategorisine ilişkin bulgular 98
6.2.3.4. Koridor/geçiş alanları kategorisine ilişkin bulgular 99
6.2.3.5. Yapısal düzenlemeler kategorisine ilişkin bulgular 100
6.2.4. Bakım ve onarım yönetimi temasına ilişkin bulgular 102
6.2.4.1. Yönetim ve takip kategorisine ilişkin bulgular 102
6.2.4.2. Kullanıcı tutumları kategorisine ilişkin bulgular 105
6.2.4.3. Önleyici bakım kategorisine ilişkin bulgular 106
6.2.4.4. Düzeltici bakım kategorisine ilişkin bulgular 108
6.2.5. Çevresel yönetim ve sürdürülebilirlik temasına ilişkin bulgular 112

6.2.5.1. Atık yönetimi kategorisine ilişkin bulgular 112
6.2.5.2. Çevre sağlığı kategorisine ilişkin bulgular 116
6.2.6. Finans ve işletme temasına ilişkin bulgular 118
6.2.6.1. Bütçe ve fonlama kategorisine ilişkin bulgular 118
6.2.6.2. Kaynak yönetimi kategorisine ilişkin bulgular 119
6.2.6.3. Satın alma kategorisine ilişkin bulgular 122
6.2.6.4. Stok yönetimi kategorisine ilişkin bulgular 125
6.2.7. Gayrimenkul Yönetimi Temasına İlişkin Bulgular 128
6.2.7.1. Tasarım ve kapasite tercihleri kategorisine ilişkin bulgular 128
6.2.7.2. Yer seçimi kategorisine ilişkin bulgular 130
6.2.8. İletişim temasına ilişkin bulgular 133
6.2.8.1. İletişim araçları kategorisine ilişkin bulgular 133
6.2.8.2. İletişimi bozan etmenler kategorisine ilişkin bulgular 137
6.2.9. İnsan faktörleri temasına ilişkin bulgular 141
6.2.9.1. Motivasyon kategorisine ilişkin bulgular 141
6.2.9.2. İnsan kaynakları planlaması kategorisine ilişkin bulgular 152
6.2.9.3. İş yükü kategorisine ilişkin bulgular 157
6.2.10. Kalite yönetimi temasına ilişkin bulgular 163
6.2.10.1. Kayıt sistemi kategorisine ilişkin bulgular 163
6.2.10.2. Komite ve komisyonlar kategorisine ilişkin bulgular 167
6.2.10.3. Performans yönetimi kategorisine ilişkin bulgular 168
6.2.10.4. Risk yönetimi kategorisine ilişkin bulgular 173
6.2.10.5. Uygulama ve denetimler kategorisine ilişkin bulgular 178
6.2.11. Koordinasyon temasına ilişkin bulgular 185

6.2.11.1. Birim içi koordinasyon kategorisine ilişkin bulgular 185
6.2.11.2. Birimler arası koordinasyon kategorisine ilişkin bulgular 190
6.2.11.3. Kurumlar arası koordinasyon kategorisine ilişkin bulgular 198
6.2.12. Liderlik ve strateji temasına ilişkin bulgular 201
6.2.12.1. Birim yönetimi ve planlama kategorisine ilişkin bulgular 201
6.2.12.2. Değişim yönetimi kategorisine ilişkin bulgular 212
6.2.12.3. Karar verme yöntemleri kategorisine ilişkin bulgular 215
6.2.12.4. Sorunların çözümü kategorisine ilişkin bulgular 216
6.2.12.5. Süreç yönetimi kategorisine ilişkin bulgular 223
6.2.12.6. Yönetsel sürdürülebilirlik kategorisine ilişkin bulgular 228
6.2.13. Mimari ve mühendislik hizmetleri temasına ilişkin bulgular 236
6.2.13.1. Altyapı kategorisine ilişkin bulgular 236
6.2.13.2. Birim ihtiyaçları kategorisine ilişkin bulgular 241
6.2.13.3. Otopark alanı kategorisine ilişkin bulgular 246
6.2.13.4. Birimlerin tasarımı kategorisine ilişkin bulgular 247
6.2.13.5. Teslim ve işletme kategorisine ilişkin bulgular 248
6.2.14. Teknoloji yönetimi temasına ilişkin bulgular 251
6.2.14.1. Bilgi yönetim sistemleri kategorisine ilişkin bulgular 251
6.2.14.2. HBYS kategorisine ilişkin bulgular 253
6.2.14.3. Dış kaynak kullanımı kategorisine ilişkin bulgular 257
6.2.15. Tıbbi cihaz ve tıbbi sarf malzemeleri yönetimi temasına ilişkin bulgular 258
6.2.15.1. Mevcut sorunlar kategorisine ilişkin bulgular 258
6.2.15.2. Tedarik yönetimi kategorisine ilişkin bulgular 260
6.2.16. Çalışanlar açısından hastanenin güçlü ve zayıf yönleri 263

6.2.17.1. Güçlü yönler 263

6.2.16.2. Zayıf yönler 267

6.3. Tespit edilen ihtiyaçlar 270

6.4. Nicel Araştırma Bulguları 280

6.4.1. Katılımcılara yönelik bilgiler 280

6.4.2. AHP analizi 280

7.TARTIŞMA 295

8.SONUÇ VE ÖNERİLER 319

8.1. Uygulayıcılara yönelik öneriler 324

8.2. Araştırmacılara yönelik öneriler 330

9.KAYNAKLAR 331

10.EKLER 348

11.ETİK KURUL ONAYI 361

12. ÖZGEÇMİŞ 364

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AMATEM	Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi
BIFM	İngiliz Tesis Yönetimi Enstitüsü (British Institute of Facilities Management)
BIM	Yapı Bilgi Modellemesi (Building Information Modeling)
BOMA Int.	Building Owners and Managers Association
BSI	İngiliz Standartları Enstitüsü (British Standards Institution)
CAD	Bilgisayar Destekli Dizayn (Computer Aided Design)
CAFM	Bilgisayar Destekli Tesis Yönetimi ve İşletimi (Computer Aided Facility Mangement)
CEN	Avrupa Standardizasyon Komitesi (European Committee for Standardization)
CIFM	Bilgisayarla Entegre Tesis Yönetimi ve İşletimi (Computer Integrated Facility Mangement)
CMMS	Bilgisayarlı Bakım Yönetim Sistemi (Computerized Maintenance Management System)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EuroFM	European Facility Management Network
Global FM	Global Facility Management Association
HVAC	Isıtma, Havalandırma ve Soğutma (Heating, Ventilation, and Air conditioning)

IFMA	Uluslararası Tesis Yönetimi Derneği (International Facility Management Association)
IHFMM	Entegre Sağlık Tesisi Yönetim Modeli (Integrated Healthcare Facility Management Model)
ISO	Uluslararası Standardizasyon Örgütü (International Organization for Standardization)
IWFM	İşyeri ve Tesis Yönetimi Enstitüsü (Institute of Workplace and Facilities Management)
JCI	Joint Comission International
KETEM	Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri
KÖİ	Kamu Özel İşbirliği
RICS	Royal Institution of Chartered Surveyors
SHKS	Sağlık Hizmet Kalite Standartları
SKS	Sağlıkta Kalite Standartları
TRFMA	Tesis Yönetim Derneği
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1.3.1: IFMA'ya Göre Tesis Yönetiminin Kapsamı 14
Tablo 4.1.3.2: IFMA'ya Göre Tesis Yönetiminin Kapsamı-2 15
Tablo 4.2.2.2.1: Hastanelerde Verilen Hizmetler ve Alt Başlıkları 37
Tablo 4.2.2.2.1.1: Şehir Hastanelerinde Yükleniciler Tarafından Verilen Hizmetlerin Sınıflandırılması 42
Tablo 4.2.4.1: Sağlık Sektöründe Tesis Yönetimi Faaliyetleri 47
Tablo 4.2.4.2: Sağlık Sektöründe Tesis Yönetimi Faaliyetleri Karşılaştırması 48
Tablo 4.2.4.3: Bütünleşik Sağlık Tesis Yönetimi İçin Belirlenen Araştırma Kapsamı 49
Tablo 5.2.1: Sağlık Tesislerinde Strateji Geliştirmeye Yönelik Yapılan Çalışmalar.....55
Tablo 5.5.1.1: Görüşme Yapılan Yöneticiler (Pilot Çalışma).....62
Tablo 5.5.1.2: Görüşme Yapılan Yöneticiler 63
Tablo 5.6.1.1: AHP Anketi Uygulanan Yöneticiler 71
Tablo 5.7.2.1: AHP'de Kullanılan Saaty'nin Önem Dereceleri Skalası 72
Tablo 5.6.3.1: Kriterler için İkili Karşılaştırmalar Matrisi (163) 73
Tablo 5.7.3.2: Rassallık İndeksleri (RI) 74
Tablo 6.2.1.1: Bütünleşik Tesis Yönetim Sistemi Kapsamında Oluşturulan Tema, Kategori ve Kod Listesi 80
Tablo 6.3.1: Nitel Analiz Sonucunda Belirlenen İhtiyaçlar ve Gerekçeleri 270
Tablo 6.4.1.1: AHP Anketine Katılan Yönetici Bilgileri.....280
Tablo 6.4.2.1: Araştırma Kapsamında Oluşturulan Karşılaştırma Matrisi 281
Tablo 6.4.2.2: Katılımcı 1'e Ait İkili Karşılaştırma Matrisi 283
Tablo 6.4.2.3: Katılımcı 2'e Ait İkili Karşılaştırma Matrisi 283
Tablo 6.4.2.4: Katılımcı 3'e Ait İkili Karşılaştırma Matrisi 284
Tablo 6.4.2.5: Katılımcı 4'e Ait İkili Karşılaştırma Matrisi 284
Tablo 6.4.2.6: Katılımcı 5'e Ait İkili Karşılaştırma Matrisi 285
Tablo 6.4.2.7: Katılımcı 6'ya Ait İkili Karşılaştırma Matrisi 285
Tablo 6.4.2.8: Katılımcı 7'e Ait İkili Karşılaştırma Matrisi 286

Tablo 6.4.2.9: Katılımcıların İkili Karşılaştırma Matrislerinden Türetilen Entegre Matris 287
Tablo 6.4.2.10: Normalizasyon Tablosu 288
Tablo 6.4.2.11: Göreli Ağırlık (Weights – w) Matrisi 289
Tablo 6.4.2.12: Tüm Öncelikler Matrisi (Tutarlılık Matrisi) 290
Tablo 6.4.2.13: λ max Değerinin Hesaplanması 291
Tablo 6.4.2.14: Temaların AHP Skor Matrisi Sonuçları 293
Tablo 8.1.1: Uygulayıcılara Yönelik Öneriler 325

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1.3.1: Kincaid'in Sınıflandırmasına Göre Entegre Tesis Yönetiminin Kapsamı 10
Şekil 4.1.3.2: Tesis Yönetiminin Kapsamı 13
Şekil 4.1.4.1: Tesis Yönetiminin Gelişimi 18
Şekil 4.1.6.1: Entegre Kontrol Sistemi 24
Şekil 4.2.1.1: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması ve Hizmet Veren Kurumlar 27
Şekil 4.2.1.2.1: Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kıyaslanması 29
Şekil 5.4.1: Kullanılan Araştırma Deseni Süreç Şeması 59
Şekil 5.6.3.1: Nitel Aşamada Kodlama Süreci 68
Şekil1 5.6.3.2: Nitel Aşamada Kodlama Hiyerarşisi 68
Şekil1 5.7.3.1: AHP'nin Hiyerarşik Yapısı 73
Şekil1 6.1.1: Türkiye Sağlık Hizmet Bölgeleri 76
Şekil 6.1.2: Tekirdağ İlinde Yer Alan Hastaneler, Özellikleri ve Bölgesel Nüfus Değişimi 77
Şekil 6.2.1.1 Bütünleşik Tesis Yönetim Sistemi-Temalar 79
Şekil 6.2.2.1: Acil Durumlara Hazırlık ve İş Sürekliliği Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar 85
Şekil 6.2.3.1: Alan Yönetimi Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar 92
Şekil 6.2.4.1: Bakım ve Onarım Yönetimi Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar 102
Şekil 6.2.5.1: Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar 112
Şekil 6.2.6.1: Finans ve İşletme Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar 118
Şekil 6.2.7.1: Gayrimenkul Yönetimi Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar 128
Şekil 6.2.8.1: İletişim Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar 133
Şekil 6.2.9.1: İnsan Faktörleri Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar 141
Şekil 6.2.10.1: Kalite Yönetimi Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar 163
Şekil 6.2.11.1: Koordinasyon Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar 185

Şekil 6.2.12.1: Liderlik ve Strateji Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar.....201
Şekil 6.2.13.1: Mimari ve Mühendislik Hizmetleri Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar 236
Şekil 6.2.14.1: Teknoloji Yönetimi Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar.....251
Şekil 6.2.15.1: Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar.....258
Şekil 6.2.16.1: Çalışanlar Açısından Hastanenin Güçlü ve Zayıf Yönleri, Kategoriler ve Kodlar.....263
Şekil 6.4.2.1.: AHP Skor Matrisi Grafiği 294

1. ÖZET

SAĞLIK İŞLETMELERİNDE BÜTÜNLEŞİK TESİS YÖNETİM SİSTEMİ İÇİN MODEL ÖNERİSİ

Çalışmamızın amacı ikinci basamak sağlık hizmeti sunan A2 rolündeki bir kamu hastanesinde etkin, verimli ve hasta güvenliğini temin eden bir tesis yönetiminin sağlanabilmesi amacıyla stratejiler önermektir. Bu araştırma 23. Sağlık Hizmet Bölgesi içinde yer alan Tekirdağ Çorlu Devlet Hastanesinde yürütülmüştür. Araştırmanın deseni keşfedici sıralı karma yöntemdir. İki temel bölümden oluşan çalışmanın ilk aşamasında nitel, ikinci aşamasında ise nicel yöntemler kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini hastanenin tüm personeli oluşturmaktadır. Nitel araştırma aşamasında, amaçlı örneklem yöntemlerinden biri olan ölçüt (kriter) örnekleme yönetimi kullanılmıştır. Kriter veya ölçüt olarak hastanenin en az bir biriminin yöneticisi veya sorumlusu olunması belirlenmiştir. Üst, orta ve alt düzey olmak üzere toplamda 51 yönetici ile birebir derinlemesine görüşme planlanmış ancak 39 yönetici ile görüşme sağlanmıştır. Veri toplama tekniği olarak bireysel görüşme yöntemi kullanılmıştır. Çalışmada elde edilen veriler için MAXQDA 2020 Pro programı kullanılarak yönlendirilmiş içerik analizi yapılmıştır. Nihai olarak 14 farklı ihtiyaç grubu ve 43 farklı ihtiyaç belirlenmiştir. Nicel araştırma aşamasında, nitel analiz sonucu oluşan veriler kullanılarak belirlenen ihtiyaç gruplarının hastane açısından önceliğini belirlemek amacıyla nihai karar verici pozisyonda yer alan (orta ve üst düzey) 12 farklı yöneticinin görüşünün alınması hedeflenmiştir. Bu aşamada veri toplama tekniği olarak AHP (Analitik Hiyerarşi Prosesi) anketi kullanılmış ve 7 farklı yöneticiye uygulanabilmiştir. İhtiyaç gruplarının önceliklerinin belirlenmesi Microsoft Excel programı ile AHP yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre karar vericilerin (hastane yönetiminin) öncelikli olarak, sırasıyla acil durumlara hazırlık ve iş sürekliliği, insan faktörleri ve iletişim başlıkları altında belirlenen ihtiyaçlara yönelik önlemler alması gerekliliği doğmuştur. Çevresel yönetim ve sürdürülebilirlik ihtiyaç grubu ise son öncelikli grup olarak belirlenmiştir. Araştırmada tespit edilen ihtiyaç gruplarının belirlenen öncelikleri çerçevesinde öneriler aktarılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çok kriterli Karar Verme, hastane, karma yöntem araştırma, strateji geliştirme, tesis yönetimi

2. ABSTRACT

MODEL PROPOSAL FOR AN INTEGRATED FACILITY MANAGEMENT SYSTEM IN HEALTHCARE ENTERPRISES

The purpose of this study is to develop strategies to provide an effective, efficient, and patient safety facility management in a public hospital in the role of A2 providing secondary health care services. This research was carried out in Tekirdağ Çorlu State Hospital, which is in the 23rd Health Service Region. The design of the research is the exploratory sequential mixed method. In the first stage of the study, qualitative methods were used, and in the second stage, quantitative methods were used. The universe of the research consists of all the staff of the hospital. In the qualitative research phase, criterion sampling method, which is one of the purposive sampling methods, was used. As a criterion, it has been determined to be the manager or responsible of at least one unit of the hospital. It was aimed to conduct one-to-one in-depth interviews with a total of 51 managers, including upper, middle, and lower level, but only 39 managers were interviewed. Individual interview method was used as data collection technique. For the data obtained in the study, directed content analysis was performed using the MAXQDA 2020 Pro program. Finally, 14 different need groups and 43 different needs were determined. In the quantitative research phase, it was aimed to get the opinions of 12 different managers who are in the final decision-making position (middle and senior) to determine the priority of the need groups determined by using the data obtained as a result of the qualitative analysis. At this stage, the AHP (Analytical Hierarchy Process) questionnaire was used as a data collection technique and could be applied to 7 different managers. AHP method was employed to analyse of priority of need groups by Microsoft Excel program. Finally, decision makers (hospital management) should primarily take measures for the needs determined under the headings of emergency preparedness and business continuity, human factors, and communication, respectively. The environmental management and sustainability need group was determined as the last priority group. In the research, suggestions were given within the framework of the determined priorities of the identification need groups.

Key Words: Facility management, hospital, mixed methods research, multi-criteria decision making, strategy development

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Tesis yönetimi genel olarak organizasyonun temel faaliyetleri dışında kalan ve bu faaliyetler ile doğrudan ilgisi olmayan destek faaliyetlerini içermektedir. Hizmetlerin yürütülmesi sırasında ihtiyaçların hızlı, etkili ve kesintisiz bir şekilde karşılanabilmesi adına bakım programlarına gereksinim duyulması tesis yönetimi kapsamı içerisinde örneklendirilebilir (1).

Tesis yönetiminin personel yönetiminin yanında hastanelerde sunulan hizmetlerin maliyetine, kalitesine ve finansal performansına etkilerinin bilinmesi yönetsel kararlar açısından önemli bir faktördür (2). Buna ek olarak, tesisler etkin bir şekilde değerlendirilmediği sürece, kuruluşun eksikliklerin nerede yattığını ve nerelerde iyileştirmeler yapılabileceğini bilmesi neredeyse imkansızdır (3). Bu minvalde, sağlık tesislerinin yönetiminde kanıta dayalı yönetim sürecinin uygulanabilmesi, hastanelerin sürdürülebilirliğinin ve hastane yönetim süreçlerinde entegrasyonun sağlanabilmesi adına öncelikle doğru verinin, doğru kaynaklardan doğru yöntemlerle elde edilmesi, enformasyona ve bilgiye dönüştürülmesi gereklidir.

Genel tesis yönetimine kıyasla (piyasa rekabetine odaklı) sağlık tesisleri yönetimi hasta odaklı bakım hizmeti sunmak adına yapılandırılmıştır. Hasta ve çalışan güvenliğinin merkezde olduğu verimli ve etkin sağlık hizmet sunumu temel amaçlar arasında değerlendirilebilir. Nitekim sağlık sektöründe hasta beklentilerinin artması ve rekabetin yoğunlaşması yöneticilerin bu alanlarda stratejik kararlar almasını zorunlu kılmıştır. Bu çerçevede sağlık tesisleri yöneticileri klinik ve klinik olmayan hizmetlerin yönetimini ve kontrolünü entegre ederek, hasta bakım süreçlerine dinamik olarak bağlanan bir yönetim anlayışı ile karar sisteminin oluşturulması mümkün olabilir.

Tesislerin verimli kullanımı genel sağlık bakım kalitesini iyileştirmeye yardımcı olmaktadır (3). Bu çerçevede tesislerin sürekli gelişmesi ve karmaşık yapıları, uygun çalışma koşullarının sağlanması gereği nedeniyle özellikle son yıllarda bina bakımı daha önemli hale gelmiştir. Bakım işlemleri hastanelerin kritik faaliyetleri arasında yer alır; hastaların ve çalışanların güvenliği ile yakından ilgilidir.

Ayrıca yoğun kullanımla ilişkili olarak yüksek maliyetler yaratabilir. Ayrıca mevcut literatür de hastane bakımının, optimal koşullar altında gerçekleştirilmediğinde yüksek maliyetler ve verimsizliğe neden olan bir unsur olduğu belirtilmiştir. (4)

Hasta merkezli bir hastanenin her bir biriminin bütünsel olarak desteklenmesi, verimlilik, etkinlik ve kalitenin yükselmesi ve efektif yönetişim için bilgi teknolojileri, medikal, iletişim ve teknolojilerin arasında kurumsal entegrasyonun sağlanması, tıbbi ve tıbbi olmayan ekipmanlardan gelen veri akışının klinik ve klinik olmayan karar verme süreçlerinde kullanılması günümüz yönetim anlayışının bir gerekliliğidir. Sağlık tesislerinin yönetiminde kanıta dayalı yönetim sürecinin uygulanabilmesi, hastanelerin sürdürülebilirliğinin ve yönetim süreçlerinde entegrasyonun sağlanabilmesi adına öncelikle doğru verinin, doğru kaynaklardan, doğru yöntemlerle elde edilmesi, enformasyona ve bilgiye dönüştürülmesi gerekir.

Sağlık sektöründeki temel amaç tesis yönetimi süreçleri ile çekirdek süreç için en iyi çalışma ortamını sağlamaktır. Tesis yönetiminde verilen hizmetlerde ergonomiden işletmeye, mimariden tekniğe kadar pek çok disiplinden faydalanıldığından hizmeti veren profesyonellerin de kendi alanlarında uzman kişiler olması kaçınılmazdır. Bu uzmanlık fiziki yapıyı kullanan ve yaşayanlar ile tesis yönetimini stratejik bir noktada birbirine bağlayan bir özelliktir (5). Ayrıntılı bir şekilde yapılacak süreç analizi temel ve ikincil süreçler arasındaki çakışmaları azaltacaktır. Entegre (birleşik) süreçlerin optimizasyonunun sağlanması, sağlık tesisinin hasta odaklı olmasını ve hastaların tedavisi için en uygun düzenin oluşmasını sağlayacaktır (6)

Bu çalışmanın amacı ikinci basamak sağlık hizmeti sunan A2 rolündeki bir kamu hastanesinin etkin, verimli ve hasta güvenliğini temin eden bir tesis yönetimi anlayışı ile yönetilmesinde karar destek sistemi olarak kullanılabilecek bütünleşik bir tesis yönetim sistemi bakış açısı geliştirmeye yönelik stratejiler önermektir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Tesis Yönetimi

Rekabetin yoğun olması ve işletme çevresinde yaşanan hızlı değişimler örgütlerin temel işlerine odaklanmasını zorunlu hale getirmektedir. Bu kapsamda işletmelerin ana faaliyetleri dışında kalan tesis yönetimi hizmetlerinin kaliteli olması, işletmeler için bir lüks olmaktan ziyade hayatta kalabilmek adına bir zorunluluktur (7).

Tesis yönetimi, özellikle çok çeşitli süreçleri, hizmetleri, faaliyetleri; işletme, mimarlık, davranış ve mühendislik bilimlerini kapsar ve bütünleştirir (8,9). Organizasyonlardaki çalışanların, iş alanları, süreçler ve teknolojiler ile ilgili tüm unsurları birleştirme amacı bulunduğundan çok disiplinli bir alandır (10).

4.1.1 Tesis yönetimi tanımı

Kamu ve özel ya da üçüncü sektör mal veya hizmet üretimi yapılan tesislerin birincil faaliyetlerini beslemek için binalarda destekleyici hizmetler yer almaktadır. Temel faaliyetlerin başarıyla sürdürülebilmesi için destek hizmetlerinin de organize bir şekilde değer üretimine katılması gerekmektedir. 2000'li yıllardan itibaren bir bilim disiplini haline gelen tesis yönetimi destek hizmetlerini içermekte olup, işletmelerin faaliyetlerine devam edebilmesi için tesis yönetiminin gerekliliği ve önemi son zamanlarda daha fazla önem kazanmıştır. Tesis yönetiminin farklı tanımları literatürde yer almaktadır:

Tesis yönetimi en kısa tanımıyla *"Organizasyonun performansını artırmak için işyerinin entegre yönetimi"* dir (11).

Başka bir tanıma göre ise tesis yönetimi: *"bir kuruluşun değişen stratejik iş hedeflerini en iyi maliyetle karşılamak için kaliteli bir ortamda mükemmel destek hizmetlerini planlama, sunma ve sürdürme süreci"* dir (12).

Dikmen ve Üstündağ (2002) *"Özel bir amaca hizmet etmek üzere kurulmuş, tesis edilmiş veya yapılandırılmış bir işi beceriyle bir amaca yöneltmede kullanılan idare sanatıdır."* şeklinde açık ve basit bir tanımlama yapmıştır (13).

Barret ve Baldry (2003) tesis yönetimini: *"Bir organizasyonun temel amaçlarını güçlü bir şekilde destekleyen bir ortam oluşturmak için binalarını korumak, iyileştirmek ve uyarlamak için entegre bir yaklaşımdır."* şeklinde tanımlamıştır (14).

Gustin (2005) ise çevreyi de katarak tesis yönetiminin tanımını; fiziki çevreyle ve o çevrede bulunan, yaşayan ve canlılar arasında etkileşimin ve entegrasyonun sağlanması için yerine getirilen yönetsel faaliyetleri de ekleyerek genişletmiştir (15).

2009 yılında De Toni ve Nanino, tesis yönetimini ana ticari hizmetlerin dışındaki hizmetleri yönetmek için bir uygulama olarak görmüş ve "açık tesis yönetimi" adlı yeni model sunarak *"çekirdek olmayan hizmetlerin entegre ve koordineli bir şekilde tasarımı, planlaması ve yönetimi"* şeklinde bir tanım yapmıştır (16).

Avrupa Standardizasyon Komitesi (European Committee for Standardization – CEN) tarafından yapılan ve İngiliz Standartları Enstitüsü (British Standards Institution – BSI) tarafından da onaylanan (BS EN 15221-1:2006) tanıma göre tesis yönetimi *"bir organizasyon dahilinde o organizasyonun öncelikli etkinliklerini geliştiren, destekleyen, üzerinde mutabık olunan hizmetleri sürdürmesi ve ilerletmesi açısından ihtiyaç duyulan süreçlerin bütünleştirilmesi"* şeklindedir (7).

İngiliz Tesis Yönetimi Enstitüsü (British Institute of Facilities Management - BIFM), şimdiki adıyla İşyeri ve Tesis Yönetimi Enstitüsü (Institute of Workplace and Facilities Management- IWFM) tesis yönetimini *"Çok disiplinli faaliyetlerin yapılı çevreye entegrasyonu ve bu faaliyetlerin insanlar ve işyeri üzerindeki etkilerinin yönetimidir."* şeklinde tanımlamıştır (17).

Uluslararası Standartlar Örgütü (International Organization for Standardization – ISO) (2017) tanımında tesis yönetimi *"insanların yaşam kalitesini ve ana işin*

verimliliğini artırmak amacıyla insanları, mekanı ve süreci yapılı çevreye entegre eden kurumsal bir işlevdir." ifadeleriyle tanımlanmıştır (18).

En çok tercih edilen ise Uluslararası Tesis Yönetimi Derneğinin (International Facility Management Association-IFMA) meslek olarak ifade ettiği tanımıdır. IFMA, (2020) tesis yönetimini, *"insanları, mekanı, süreci ve teknolojiyi birleştirerek yapılı çevrenin işlevselliğini, konforunu, güvenliğini ve verimliliğini sağlamak için birden fazla disiplini kapsayan bir meslek"* olarak tanımlanmıştır (19).

Tesis yönetimi, tesisin tasarımının da öncesinde etkili olmaya başlar ancak tesisin teslimiden sonra daha da önemli hale gelir. Tesis yönetimi, sağlanan hizmetlerin kalitesi ile tesislerin ihtiyaç ve gerekliliklerini bağdaştıran bir sorumluluk taşır. Bu geniş bir süreç, hizmet, faaliyet ve tesis yelpazesini kapsamaktadır (7,8).

4.1.2. Tesis yönetiminin amacı

Başta kamu sektörü olmak üzere inşaat maliyetlerinde yaşanan artış, tesis alanlarının üretkenlik üzerindeki etkilerinin daha iyi tanınması, performans gereksinimlerindeki yükseliş, bina performanslarının yüksek oranda bakım ve onarım faaliyetlerine bağlı olması, yeni inşaat projelerinin önündeki bürokratik ve yasal kısıtlamalar tesis yönetimini işletmelerin başarılı olabilmesi adına önemli bir faktörlerden biri haline getirmiştir (20). Küresel rekabetin artmasıyla işletmeler asıl işlerine odaklanmış, ana faaliyet unsuru oluşturmayan, destekleyici faaliyet ve sorumlulukları dış kaynak kullanım yoluyla farklı yüklenicilere transfer ederek daha rekabetçi ve esnek bir yapıya ulaşmayı hedeflemiştir. Bu noktada dış kaynak kullanımı açısından tesis yönetimi en iyi seçenekler arasında değerlendirilmeye başlanmıştır (7).

Tesis yönetiminin öncelikle iş hedeflerinin tanımlanması gerekir. Sonrasında, organizasyonel etkinliği sağlamak için bir organizasyonun fiziksel varlıklarının ve diğer kaynaklarının sistematik bir yönetim sürecini oluşturulması evresi vardır. Amaç, çalışma ortamını bütünsel olarak fiziksel, kültürel ve örgütsel yönlerine ele almaktır (21).

Tesis yönetiminin amacıyla ilgili temelde iki konu üzerinde yoğunlaşılmıştır. Birincisi, tesis yönetimin temel amacı örgütsel etkinliğin ve verimliliğin en üst seviyede sağlanmasıdır. Bu kapsamda organizasyonların değişim taleplerini karşılayacak şekilde imkan sunmak, yürütmek ve sürdürülebilir kılmak adına stratejik işbirlikleri kurarak nihai amaca entegre bir şekilde hizmet etmektir (22). İkincisi ise, gerçekleştirilen çözüm ortaklığıyla ortaya çıkan sinerjinin ve uzmanlık gücünün pazardaki rekabeti etkileyebilme gücü bulunmasıdır. Bu kapsamda değişimle gelen her aşamada sinerjinin bozulmadan stratejik bir şekilde yürütülmesi gerekir. Tesisler ve tesislerin yönetimi konusu sadece fiziki gereksinimleri karşılayan yapılardan ziyade organizasyonların hedeflerine ulaşması noktasında amaçlara hizmet eden ve onlara en uygun hizmeti sunan canlı bir organizmaya dönüştürülmelidir (23). Yani, en uygun çalışma ortamlarının sağlanabilmesi için tesis yönetimi hizmetini talep edenlerle arz edenler kendi uzmanlık alanlarından hareketle yeni stratejik çözümler üretebilmelidir (7).

Tesis yönetiminin yukarıda ifade edilen iki ana konu altında beş amacı bulunur. Bunlar (13):

1. Uygun yol ve yöntemlere esas işi mümkün/yapılabilir hale getirmek,
2. Maliyeti de dikkate alan en etkin alternatifi seçerek esas işi kolaylaştırmak,
3. Değişen mevzuata ayak uydurmak ve gerekli düzenlemeleri yapmak,
4. Organizasyona pozitif katkı vererek piyasada daha başarılı hale getirmek,
5. Organizasyonlara yeterli seviyede esneklik sağlamak.

Avrupa Standardizasyon Komitesi (24) ise, tesis yönetiminin amaçlarını aşağıdaki gibi ifade etmiştir.

1. Paydaşlar arasındaki iletişimi geliştirmek,
2. Şirketin birincil faaliyetlerinin ve tesis yönetimi süreçlerinin etkinliğini iyileştirmek,
3. Şirketin çıktı kalitesini iyileştirmek.

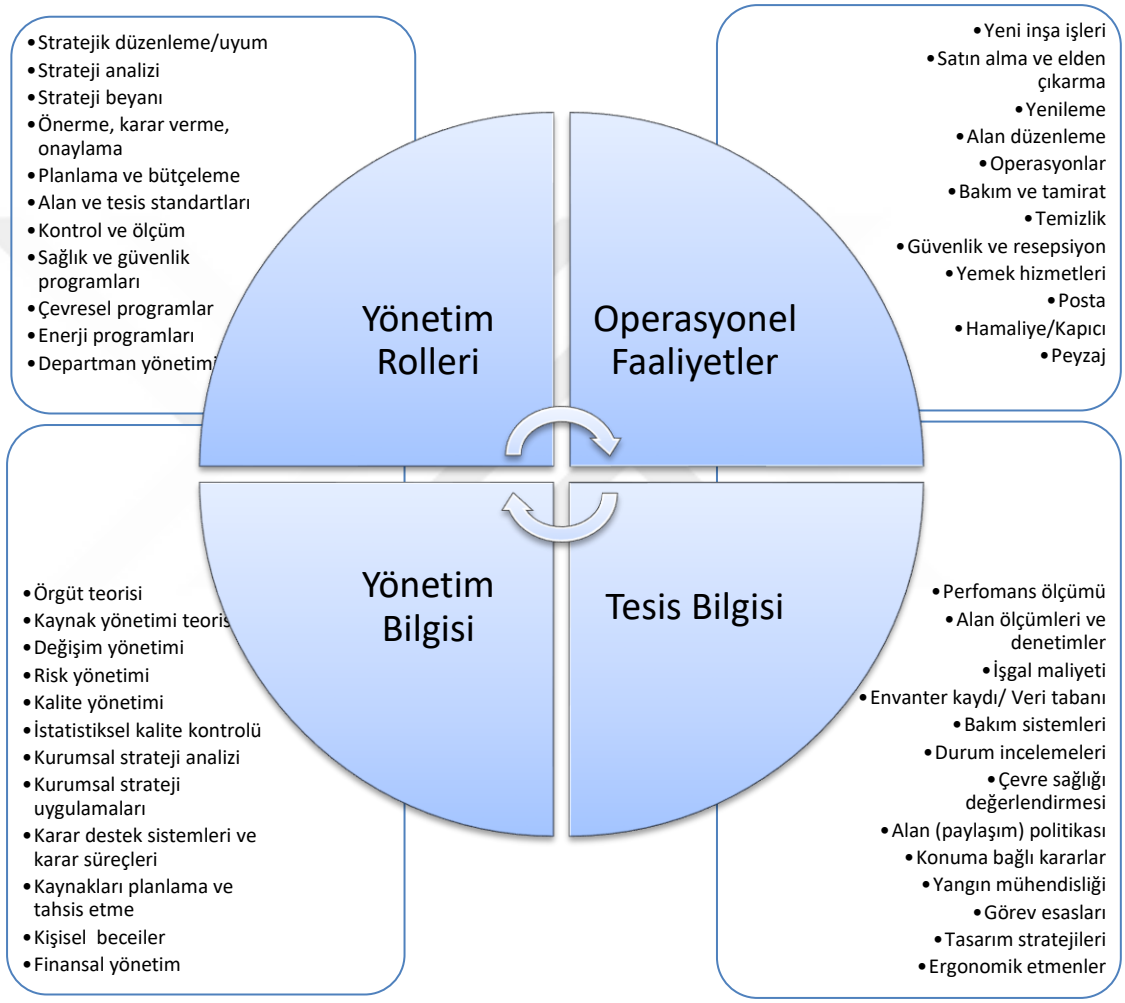
4.1.3. Tesis yönetiminin kapsamı

Tesis Yönetimi, hızlı değişen çevresel şartlarda organizasyonların rekabet gücünü geliştirmek için binaları, binaların sistemlerini, ekipmanlarını ve mobilyalarını planlama, tasarım ve yönetme ile ilgili tüm çabaların koordinasyonundan sorumludur. Bu kapsamda tesis yönetimi organizasyonların asıl işinin yapılmasında gerekli olan etkili ve verimli çalışma ortamlarını yaratmaya çalışır. Profesyonel açıdan tesis yönetiminin sorumluluk alanı oldukça geniştir. Bu sorumluluk alanlarında iletişim altyapısı, gayrimenkul stratejisi, yönetim ve kontrol, temizlik, yemek, güvenlik, idari ve mali işler, enerji yönetimi, teknik yönetim vb. alan girmektedir. Tesis yönetiminin geniş çaplı bir kavram olması sorumluluk alanlarının fazla olmasından kaynaklanır. Ayrıca işlerin durumuna ve talep edilen hizmetin türüne göre bu alanlar değişebilmektedir. Tesis yönetiminin temel ilkesi, organizasyonların ana faaliyetleri dışında kalan veya bu faaliyetlerle doğrudan ilgili olmayan destek hizmetleri niteliğindeki alanlardan sorumlu olmasıdır (7). Bu ifadelerin aksine, organizasyonların ana faaliyet alanları arasında yer almasa da güvenlik, haberleşme vb. kritik önem taşıyan alanlar, yapılan anlaşmanın kapsamına ve içeriğine göre, tesis yönetimi kapsamı dışında tutulabilir (25).

Tesis yönetimi inşaat ve yer seçimi aşamasından başlayarak son kullanıcıya hizmet verene kadar geniş bir alanı kapsayan faaliyetler dizisidir. Yani tesis yönetimi tesisi kurmayı, işletmeyi, işleyişteki performansı devamlı takip etmeyi içine alan kısa, orta ve uzun vadeli kararlar ve faaliyetler bütününden oluşan bir yaklaşım biçimidir (7). Tesis yönetim süreci, sadece ortaya çıkan kaza ve olaylar üzerinden gerçekleştirilen reaktif bir mücadele yöntemi olarak görülmemelidir. Aynı zamanda risk yönetimi ve genel yönetimin de bir parçasıdır (1). Tesislerde verilen hizmetler o tesisin şartlarına ve organizasyonun vizyon ve misyonuna uygun olarak dizayn edilmeli ve sürdürülebilirliğin sağlanması gereklidir. Bu sayede tesis yönetimi organizasyonların küçülme ve büyüme stratejilerini uygulaması noktasında esneklik sağlamaktadır.

Tesis yönetiminin kapsamı ile ilgili farklı sınıflandırmalar ve tanımlamalar yapılmıştır. Kincaid (1994) tesis yönetiminin kapsamını ifade ederken tüm faaliyetleri; faaliyet alanları ve bilgi (üreten) alanları çerçevesinde dikkate alarak

genel bir değerlendirme yapmış ve entegre tesis yönetimini dört ana bileşenden oluştuğunu ifade etmiştir (26). Bunlar operasyonel faaliyetler, yönetim rolleri, tesis bilgisi ve yönetim bilgisidir. Kincaid'e göre tesis yönetiminin kapsamı Şekil 4.1.3.1'de gösterilmiştir.



Şekil 4.1.3.1: Kincaid'in Sınıflandırmasına Göre Entegre Tesis Yönetiminin Kapsamı

Yönetim açısından bakıldığında, tesis yönetimi binaların yönetiminden etkilenebilecek tüm paydaşların ihtiyaçları ile bina kullanıcılarının ihtiyaçlarını göz

önünde bulundurmalıdır. Dolayısıyla, aşağıdaki kişilerin ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır (21).

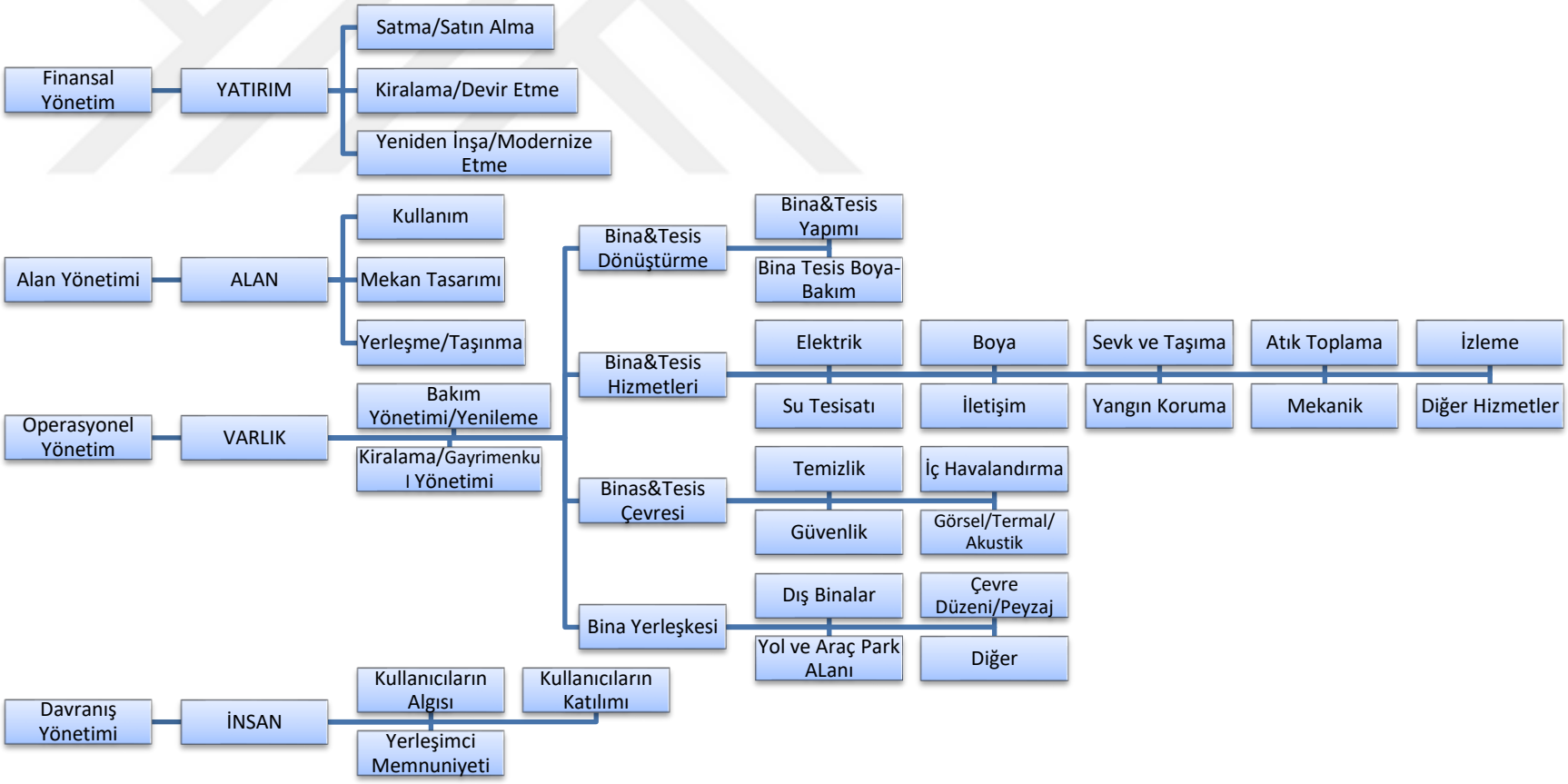
- Hissedarlar; iş ve mülk değeri ile ilgilenir. Hissedar açısından varlık değeri artırılmalı hizmet standartlarının korunması ve geliştirilmesi önemlidir.
- Çalışanlar; verimli bir çalışma ortamına ihtiyaç duyar. Verimli ve etkin çalışan bir ortam yüksek motivasyonu ve yüksek kalite ve üretkenliği sağlar.
- Müşteriler; sadece hizmet alımı değil bunun yanında tesiste bulunmaktan da mutlu olmalı ve fayda sağlamalıdır. Bu işletmenin müşteriler üzerindeki iyi imajına da kuvvetlendirici yönde etki yaratır.
- Tesisin varlığından yerel halkın etkilenmesi de olası bir durumdur. Özellikle binanın görsel görünümü, çevreye olan kirliliği, trafik etkisi, istihdam olanakları ve yerel geleneklerin teşvik edilmesi gibi yönlerin tümü yönetilmelidir.
- Tesisin kalitesinin sürdürülebilirliğini sağlayan güvenilir tedarikçiler, herhangi bir başarı için çok önemlidir. Hizmet, personel, ekipman veya malzeme sağlanması yoluyla tedarikçilerle kurulan stratejik ortaklıkların da amaca uygun olarak yürütülmesi gerekir.

Jones ve Jowet (2001) yukarıda ifade edilen paydaşları da göz önünde tutarak tesis yönetiminin kapsadığı alanları aşağıdaki gibi ifade etmiştir (21):

- Temizlik
- Bina/yapı
- Sözleşme yönetimi
- Enerji yönetimi
- Mobilya tercihleri
- İnsan kaynakları
- (İşçi) Sağlığı ve güvenliği
- İç tasarım
- Aydınlatma
- Bilgi teknolojileri yönetimi
- Çamaşır ve kuru temizleme
- Bakım
- Makine mühendisliği
- Örgütsel davranış
- Proje yönetimi
- Reprografi ve dizayn
- Güvenlik
- Alan yönetimi
- Malzeme yönetimi
- Tedarik yönetimi

- Seyahat yönetimi
- Muhasebe
- Ses dağılımı
- Mimari
- Bilgisayar destekli tasarım
- Filo yönetimi (araç)

Birbirini tamamlayan tüm bu alanları iyi ve başarılı bir süreçle yöneten organizasyonlara rekabet üstünlüğünü sağlama konusunda tesis yönetimi büyük bir avantaj sağlayabilir. Sadece bu durum bile tesis yönetiminin kapsamımı, değişen çevre şartlarına göre, genişletmekte ve derinleştirmektedir. Then (2004) tesis yönetiminin kapsadığı alanları aşağıdaki gibi şematize etmiştir:



Şekil 4.1.3.2: Tesis Yönetiminin Kapsamı (7,27)

Ancak Uluslararası Tesis Yönetimi Birliği (International Facility Management Association-IFMA), etkili bir tesis yönetiminin asgari kapsamını ve yöneticilerin sorumluluklarını Tablo 4.1.3.1'deki gibi tanımlamaktadır (28).

Tablo 4.1.3.1: IFMA'ya Göre Tesis Yönetiminin Kapsamı (28)

Bina Bakım ve Onarım Operasyonları	**Gayrimenkul Yönetimi**
Mobilya bakımı	Bina kiralanması
Önleyici bakım	Yer seçimi
Arıza bakımı	Kazanç ve kullanım
Harici-dış bakım	Bina satın alma
Gözetim	Mülk değerleme
Manzara	Kiralayıcı
Yönetim Hizmetleri	**Tesis Planlama**
Posta servisi	Operasyonel plan-acil durum planlaması
Sevkiyat alım ve gönderim	Stratejik planlama
Kayıt tutma	Enerji planlaması
Güvenlik	
Fotokopi	
İletişim	
Alan Yönetimi	**Finansal Planlama**
Alan envanteri	Faaliyet bütçelemesi
Alan idaresi	Sermaye bütçelemesi
Alan tahsisi	Temel finansman
İhtiyaçların tahmini	
Mobilya alınması	
Mobilya şartnamesi	
Mobilya envanteri	
İçsel plan	
Dizayn yenileme	
Katı atık kontrolü	
Tehlikeli materyaller	
Mimari-Mühendislik Hizmetleri	**Sağlık ve Güven**
Kanunlara uyma	Ergonomi
Yapı yönetimi	Enerji yönetimi
İnşaat sistemi	İç hava kalitesi
Mimari tasarım	Dönüşüm programı
	Emisyon

IFMA tesis yönetiminin asgari kapsamını ifade etse de; çevresel etmenler, hizmet verilen sektör, taraflar arası sözleşmenin kapsamı vb. faktörlere göre kapsamın dinamik bir şekilde daha dar ya da daha geniş olabileceğini ayrıca belirtmiştir. Özellikle bilgi teknolojilerinin gelişmesi ve tesis yönetiminde aktif olarak kullanılması yeni alan ve sorumlulukları da tesis yönetiminin kapsamına dahil etmektedir ve etmeye devam edecektir. Nitekim, IFMA 2015 yılında yayımladığı bir makale ile bir tesis yöneticisinin başarılı olması için gerekli özelliklerini Tablo 4.1.3.2'deki kriterler üzerinden özetlemiştir. Böylelikle tesis yönetiminin kapsamı da çağın gerekliliklerine göre yeniden dizayn edilmiştir (29).

Tablo 4.1.3.2: IFMA'ya Göre Tesis Yönetiminin Kapsamı-2 (29)

Acil Durumlara Hazırlık ve İş Sürekliliği	**İşletme ve Bakım**
Tüm kuruluşun acil durum hazırlık ve iş sürekliliği programının planlanması, desteklenmesi, yönetilmesi ve denetlenmesi sağlanmalıdır.	Tesisin durumunun değerlendirilmesi, tesis operasyonlarının ve bakım faaliyetlerinin, bina sakinlerinin hizmetlerinin *(otopark, temizlik hizmetleri, yemek hizmetleri, kapıcı, tesis yardım masası, güvenlik ve güvenlik),* bakım sözleşmesi sürecinin ve tesisin operasyonel planlama gereksinimlerin *(sıcaklık kontrolü, aydınlatma, ekipman değişimi vb.)* yönetilmesi ve denetlenmesi sağlanmalıdır.
Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik	**Kalite Yönetimi**
Tüm kuruluşun çevreyi koruma taahhüdünün yönetilmesi, denetlenmesi, desteklenmesi ve sürdürülebilir olması sağlanmalıdır.	Tesis organizasyonu için standartların oluşturulması ve uygulanmasının geliştirmesi, sağlanan hizmetlerin kalitesinin ölçülmesi, iş süreçlerinin iyileştirilmesi ve kurallara, düzenlemelere, politikalara ve standartlara uyumun sağlanması için yönetim ve denetim yapılmalıdır.

Tablo 4.1.3.2: IFMA'ya Göre Tesis Yönetiminin Kapsamı-2 (Devamı)

Finans ve İşletme	**Liderlik ve Strateji**
Tesis organizasyonunun finansal yönetiminin yani sözleşmelerle ilgili finansmanının satın alma ve geri ödeme prosedürlerinin yönetimi ve denetlenmesi sağlanmalıdır.	Tesis organizasyonuna ve tüm organizasyona liderlik edilmeli ve stratejik planlarla desteklenmelidir
Gayrimenkul Yönetimi	**Proje Yönetimi**
Gayrimenkul ana planını geliştirilmesi, uygulanması ve gayrimenkul varlıklarının yönetilmesi ve denetlenmesi sağlanmalıdır.	Projelerin planlanması ve yürütülmesinin yönetilmesi ve denetlenmesi sağlanmalıdır.
İletişim	**Teknoloji Yönetimi**
Tesis iletişim planının geliştirilmesi aktif olarak kullanılması yönetilmesi ve denetlenmesi sağlanmalıdır.	Tesis yönetimi iş ve operasyonel teknolojilerin yönetilmesi ve planlanması sağlanmalıdır.
İnsan Faktörleri	
Tüm organizasyonun performans ve hedefleri ile tesis organizasyonunun performansını destekleyen uygulamalar geliştirilmesi ve uygulanması sağlanmalıdır.	

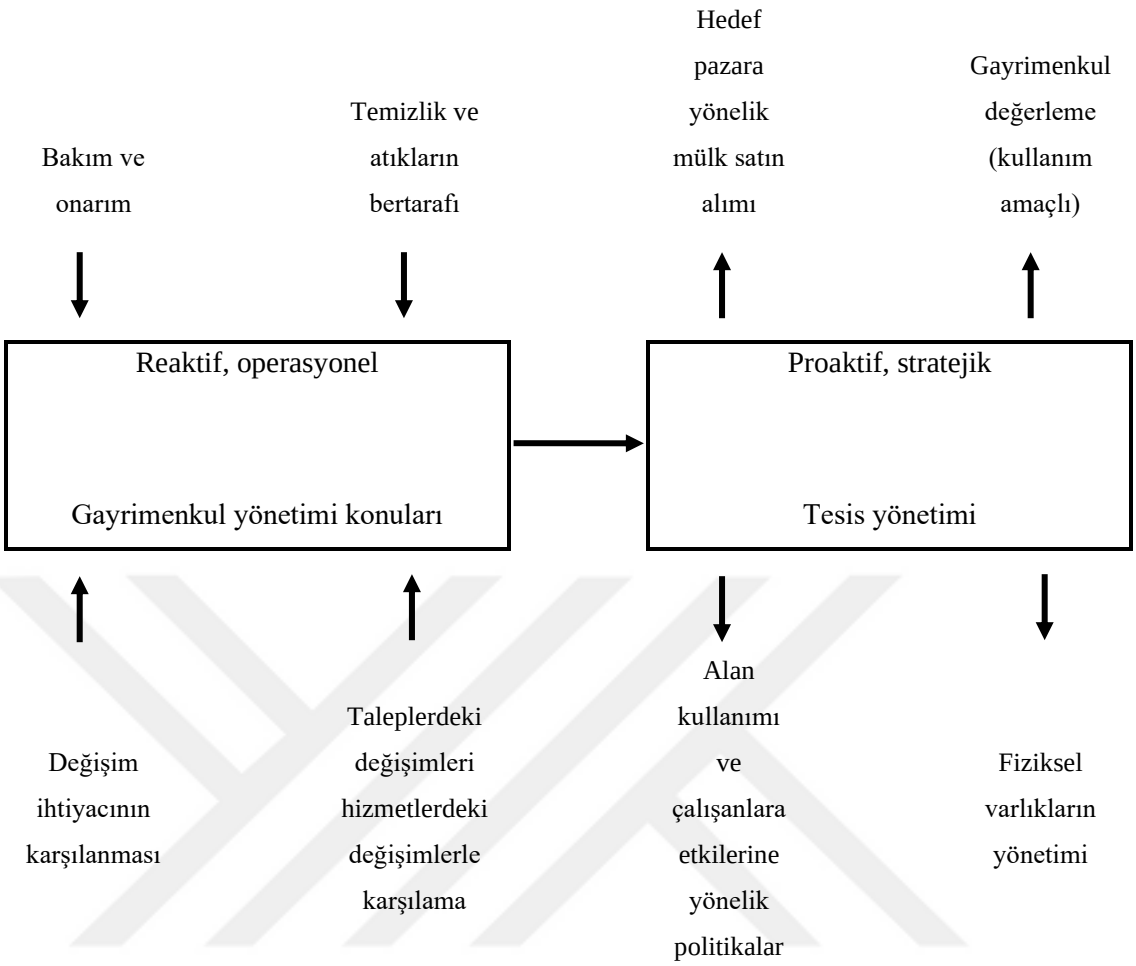
4.1.4. Tesis yönetiminin gelişimi

Ortaya çıkış tarihi tam olarak bilinmeyen tesis yönetimi teorisi, 50 yıl önce iktisat literatürüne tanımlanmıştır. Bazı uzmanlar, bilgi teknolojisi ve dış kaynak kullanımının ortaya çıkmasıyla 1960'lı yıllarda ortaya çıktığını, bazı uzmanlar ise 1800'lü yılların ortalarından itibaren kabul gördüğünü savunmaktadır. (30). Dünyanın her yerinde tesis yönetiminin gelişimi ve odak noktası aynı temel değerleri paylaşmamaktadır. Örneğin; Avrupa'da tesis yönetimi uygulamalarının yaşam kalitesi ve konfor odak noktası iken, ABD'dekilerin daha çok endüstriyel amaçlar etrafında geliştiği söylenebilir (7).

Tesis yönetimine yönelik ilk çalışmalar ve uygulamalar ABD menşelidir. ABD'de çok katlı binaların yapılmasıyla profesyonel tesis yönetimi de ortaya çıkmış ve bu tür binalarda gereksinim duyulan güvenlik, temizlik, teknik bakım-onarım gibi işlere zamanla çevre peyzajı, iklimlendirme, ses ve ısı izolasyonu, konforun

sağlanması işleri eklenerek bu işlerin insan odaklı planlanarak sürdürülebilir şekilde yürütülmesi gerekli olmuştur (9). ABD'deki uygulamalar ilk ortaya çıktığı zamanlarda insan odaklı olmaktan ziyade endüstriyel verimliliği ve etkinliği artırmak amaçlı odaklarla yürütülüyordu. Ancak modern yönetim anlayışında insanın ön planda tutulması tesis yönetimi uygulamalarında da insan odaklı uygulamaları öncelikli hale getirmiştir.

Tesis yönetimine duyulan gereksinim bu alanda kurumsal olarak standartların belirlenmesi ihtiyacını da ortaya çıkarmıştır. 1970'li yıllardan itibaren tesis yönetimi uygulamaları ile birlikte belirlenen standartlar uluslararası alanda kabul edilmeye başlanmıştır. Bu standartların belirlenmesi ve uluslararası arenada kabulü, yine o dönemde kurulan tesis yönetimi derneklerinin katkısıyla olmuştur. 1980 yılında ABD'de yapılan konferans sonrası Ulusal Tesis Yönetim Derneği (National Facility Management Association) kurulmuş, 1981 yılında ise bu organizasyon Uluslararası Tesis Yönetim Derneği (IFMA) olarak adını değiştirmiştir. Avrupa'da tesis yönetimi çalışmaları ve örgütlenmeler 1980'li yılların ortasında başlamıştır. 1987 yılında Avrupa Tesis Yönetim Ağı (European Facility Management Network – EuroFM) kurulmuştur. İlk olarak Hollanda'da ortaya çıkan örgütlenme 1993 yılında Danimarka ve İngiltere menşeli tesis yönetim derneklerinin de katılımıyla daha güçlü bir yapıya ulaşmıştır. 2006 yılına gelindiğinde EuroFM 29 ülke iştirakiyle yapısını güçlendirmiş bununla birlikte idari düzenleyici bir kurum haline gelmiştir (7,31).



Şekil 4.1.4.1: Tesis Yönetiminin Gelişimi (21)

Genel olarak tesis yönetimi hizmetleri dış kaynak kullanımı ve taşeron kullanma yöntemlerinden çok daha ileriye taşınarak tesislerin yönetsel süreçlerinde kendine yer bulan ve devamlı olarak gelişen bir yere sahip olmuştur. Yani reaktif anlayıştan proaktif bir anlayışa geçilmiştir. Bu alanda hizmet sağlayıcılar ile talep edenler arasındaki etkileşimin çerçevesini belirleyecek hukuki ve idari sistemin yasal düzenlemesi yeterli seviyede değildir. Bu düzenlemelerin artmasıyla sektörün gelişmesine engel olan boşluk ve eksiklikler giderilecek ve gelecekte çok daha fazla alanda tesis yönetimi kendine alan yaratacaktır (7).

Günümüzde bilgi teknolojileri, gerekli çevresel koşulları korumak, alan yönetimine ve diğer birçok tesis yönetimi işlevine yardımcı olmak için kullanılmaktadır. 1980'li yıllarda çeşitli hizmet paketlerinin sunulmasıyla başlayan tesis yönetimi serüveni günümüzde çok farklı boyutlara ulaşmıştır. Bu gelişime en büyük katkıyı hiç kuşkusuz tesis yönetimi hizmetlerinin farklı sektörlerdeki kazanımları sunmuştur. Günümüzde tesis yönetimi bir organizasyonun tamamını etkileyebilmektedir. Öyle ki artık, akıllı binaların yönetimi, işyeri değişim yönetimi, sürdürülebilirlik ve çevresel performansı da tesis yönetiminin kapsamına dahil edilmektedir (32).

4.1.4.1 Uluslararası tesis yönetim örgütlenmeleri

Tesis yönetimi alanında faaliyet gösteren ve farklı yetki ve yaptırım gücüne sahip olan sivil veya kamu örgütlenmeleri mevcuttur. Endüstriyelleşmenin yüksek seviyede olduğu, geniş kapasiteye sahip binaların fazla olduğu ülkelerde tesis yönetiminin kapsamı ve gelişimi daha hızlı olmuştur. Tesis yönetimine öncülük eden bu birlikler, sektörün geleceğine yön verecek standartları belirleme, geliştirme ve kalifiye personel yetiştirme yönünde çeşitli misyon ve vizyonlara sahiptir. Bu örgütlenmelerin en kapsamlı ve en fazla paydaşa sahip olanları aşağıda sıralanmıştır.

IFMA (International Facility Management Association): Uluslararası Tesis Yönetim Birliği küresel olarak faaliyet gösteren en geniş kapsamlı sivil tesis yönetimi örgütlenmesidir. 1980 yılında ABD'de yapılan konferans sonrası Ulusal Tesis Yönetim Derneği (National Facility Management Association) kurulmuş, 1981 yılında ise bu organizasyon Uluslararası Tesis Yönetim Derneği (IFMA) olarak adını değiştirmiştir. Günümüzde IFMA, 23 bini aşkın üye ile 100'den fazla ülkede faaliyet göstermektedir. İlk zamanlarda mesleki bir örgütlenme şeklinde ortaya çıkan IFMA artık araştırma ve geliştirmeye ve eğitime de önem vererek tesis yönetiminin geleceğine ışık tutmaktadır (33).

EuroFM (European Facility Management Network): Avrupa Tesis Yönetim Ağı 1987 yılında kurulmuştur. İlk olarak Hollanda'da ortaya çıkan örgütlenme 1993 yılında Danimarka ve İngiltere menşeli tesis yönetim derneklerinin de katılımıyla

daha güçlü bir yapıya ulaşmıştır. 2006 yılına gelindiğinde EuroFM 29 ülke iştirakiyle yapısını güçlendirmiş bununla birlikte idari düzenleyici bir kurum haline gelmiştir (7,31).

BOMA International (Building Owners and Managers Association): 1907 yılında kurulan Bina Sahipleri ve Yöneticileri Derneği, bu alandaki ilk örgütlenmelerden biridir. ABD yerel dernekleri ve uluslararası iştiraklerinden oluşan bir federasyondur. Bu alandaki profesyonellerin, ofis, endüstriyel, tıbbi, kurumsal ve karma kullanım dahil olmak üzere tüm ticari bina türlerinin sahiplerini, yöneticilerini, hizmet sağlayıcılarını ve diğer mülk profesyonellerini temsil eden bir yapıdır (34).

Global FM (Global Facility Management Association): 2006 yılında uluslararası, bölgesel ve ulusal düzeydeki tesis yönetimi örgütlenmeleri arasında ağ kurmak ve bunu sürdürülebilir hale getirmek amacıyla kurulmuştur. Birliğin IFMA başta olmak üzere Amerika, Avrupa, Orta Asya, Avustralya ve Güney Afrika'dan bölgesel ve ulusal olmak üzere çeşitli üyeleri bulunmaktadır (35).

RICS (Royal Institution of Chartered Surveyors): Kurumun temelleri 1792 yılında kurulan Surveyors Club'a dayanmaktadır. 20 Harita uzmanının bir araya gelmesiyle mevcut organizasyonun altyapısı oluşturulmuştur. 1868 yılı ise üye sayısının artması ve kurumsal yapının oluşturulmasıyla kuruluş yılı olarak kabul edilmiştir. 140 yıllık geçmişi olan RICS, küresel çapta kabul edilen standartları olan, arazi, gayrimenkul, inşaat ve altyapının geliştirilmesi ve yönetiminde söz sahibi bir kuruluştur. Arazi seçimin tesislerin tasarımına kadar tüm süreci inceleyen bir yaklaşıma sahiptir. Tesis yönetimi pazarları için kurumun oluşturduğu standartlar bir temel sağlar, daha iyi yaşama ve çalışma yerlerine öncülük eder (36).

4.1.5. Türkiye'de tesis yönetimi

Türkiye'de tesis yönetimi ilk olarak küreselleşmenin de etkisi ile 1980'li yılların sonunda çok yıldızlı zincir otellerin tesis yönetimi hizmetlerinin ihtiyacını karşılamak amacıyla yurtdışında paydaş oldukları yabancı firmaları getirmeleriyle başlamıştır. Profesyonel anlamda tesis yönetiminin ilk örnekleri ise 1990'lı yılların

başında inşa edilen Yapı Kredi Plaza ve Sabancı Kulelerinin güvenlik ve temizlik hizmetlerinin giderilmesi için kurulan yönetim şirketleridir (37). Takip eden yıllarda akıllı binaların artması, otellerin bu alanlara olan ihtiyacı ve konut yapısının değişmesiyle birlikte rekabet gücünü artırmak adına farklı hizmet paketleri sunulmaya başlanmıştır. Ayrıca, lojistik sektörünün gelişmesi, tedarik zinciri yönetiminin öneminin ortaya çıkması, yabancı yatırımlar, teknoloji vadileri, otel yerleşkeleri, alışveriş merkezleri, siteler, toplu konut projeleri ve rezidanslar tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sektörün büyümesine ve gelişmesine yardımcı olmuştur (7,38).

Büyükşehirlerde konutların site şeklinde dışa kapalı ve büyük alan kaplaması öncelikle güvenlik hizmetleri, sonrasında da konutların ve peyzaj alanlarının temizliğinin yapılması ve bu tür faaliyetlerin gerçekleştirilebilmesi için profesyonel yöneticilere ihtiyaçları sektörün hızlı bir şekilde gelişmesine katkı sağlamıştır. Özellikle son dönemde dış kaynak kullanımı ve yardımcı idari işler gibi kavramlardan farklılaşarak kendine özgü bir alan haline gelmeye başlamıştır (7).

2010 yılında Uluslararası Tesis Teknik Müdürleri Derneği kurulmuş ve modern, etkin tesis yönetimine geçişin hızlandırılması için otel, AVM, hastane, fabrika gibi binaların tesis teknik yöneticilerini bir araya getirmeyi hedeflemiştir. Modern tesis yönetimi tüm parametrelerine katkı sunmanın ve bunları geliştirmenin yanında ülke ekonomisine de katkı sunacak projelerde görev almayı amaçlamaktadır (39).

Türkiye'de tesis yönetiminin örgütlenmesine yönelik en büyük adım 2017 yılında 15 tesis yönetimi firmasının bir araya gelerek Tesis Yönetim Derneği'ni (TRFMA) kurmasıyla atılmıştır. TRFMA sektörün problemlerini çözmeyi ve var olan hizmetlerin geliştirmesini hedeflemektedir (40).

Türkiye'deki tesis yönetim hizmetlerinin en çok kullanıldığı alanlar son yıllarda inşa edilen büyük şehirlerdeki toplu konutlar, büyük hacimli siteler, rezidanslar, şehir hastaneleri, vakıf üniversiteleri, stadyumlar ve özellikle de alışveriş merkezleridir.

4.1.6. Çağdaş tesis yönetimi uygulamaları

İşletmelerin tesis yönetimi stratejik entegrasyonunun olmaması tesis amaç ve hedeflerinde çelişkilerin ortaya çıkmasına yol açabilir (3). Bu sebeple tesis yönetiminin stratejik değerinin göz ardı edilmesi açık bir risk oluşturmaktadır.

Teknolojinin gelişmesi tesis yönetimi açısından da oldukça fazla avantaj sağlamaktadır. Kapsam içerisine giren ürünlerin ve süreçlerin bilgisayar destekli takibinin sağlanması yöneticilere anlık ve sürekli bilgi sunmaktadır. Bilgi erişiminin sağlanmasının yanında karar destek sistemlerinin de oluşturulması tesis yönetiminin etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesine olanak sağlamaktadır. Bu amaçla dünyanın farklı yerlerinde farklı teknolojik araçların kullanıldığını görmek mümkündür. Bir binada kullanılan bütün teknik ekipmanın sistem üzerinde seri numarası kolaylıkla kaydedilebilir ve görüntülenebilir. Bu teknik ekipmanların bakım gereksinimleri ve bakım periyotlarını içeren günlük-haftalık-aylık veya yıllık programlar oluşturulabilmektedir. Bu altyapı sayesinde bütün iş emirleri izlenebilir, güncellenebilir ve "İş Emri Stok Raporları" oluşturmak da mümkün olur (41). Bunun yanında, tesis yönetimi bilgi sistemlerinde kullanılan dört önemli stratejik veri tabanı bulunmaktadır. Bunlar (41):

1. Alan Yönetimi
2. İş Emri Yönetimi
3. Varlık ve Tedarik Zinciri Yönetimi
4. Proje Yönetimi (Kritik Zincir Proje Yönetimi)

Tesis güvenliğinin geleceği; bilgi teknolojileri, güvenlik ve tesis yöneticilerinin üçünü de içerir. Tesisin fiziksel güvenlik programının verimli ve etkili bir şekilde çalışması, bu üç bileşen arasındaki koordinasyon ve iş birliğinin yapılmasına bağlıdır. Erişim kontrolü, can güvenliği sistemleri, ısıtma, havalandırma ve iklimlendirme (Heating, ventilation, and air conditioning-HVAC), aydınlatma vb. sistemlerinin iç içe geçmişliği, tesis bakımlarını planlarken iletişim ve iş birliğinin önemini göstermektedir. Acil durum hazırlığı, hasar değerlendirmesi, tesislerin yapısal bütünlüğü ve tahliye planları, tesis yöneticilerinin işlevsel ihtiyaçlar hakkında daha fazla bilgiye sahip olmasını gerektirir (42).

Teknolojinin gelişmesi ile enformasyon kaynakları, tesis yöneticilerinin ve kuruluşun bir işi verimli bir şekilde tamamlamak için kullandığı verileri içeren stratejik faktörlerden biri haline gelmiştir. Elektronik bilgi gereklilikleri ve kullanımı son on yılda katlanarak artmıştır. Günümüzde şirketlerin karşılaştığı en büyük güvenlik tehdidi doğası gereği elektroniktir (42).

Teknolojinin muazzam gelişimi hemen her alanda olduğu gibi tesis yönetimi alanında da önemli bir araç olarak kullanılmasına imkan vermiştir. Bilgisayar sistemlerinin tesis yönetiminde kullanılmasıyla gerekli verilerin toplanması, raporlanması, analiz edilmesi ve karar vericilerin hizmetine sunulmasını mümkün kılmıştır. Bilgisayar destekli bazı yönetim sistemler aşağıdaki gibidir (43,44):

1. Bilgisayar Destekli Tesis Yönetimi ve İşletimi (Computer Aided Facility Management-CAFM)
2. Bilgisayarla Entegre Tesis Yönetimi ve İşletimi (Computer Integrated Facility Management-CIFM)
3. Bilgisayarlı Bakım Yönetim Sistemi (Computerized Maintenance Management System-CMMS)

Bu tür sistemler yöneticilere anlık ve/veya dönemsel veriler üreterek kesintisiz ve tam kontrol sağlama imkanı sunmaktadır. Bu imkanlarla yöneticiler; yönetim, işletim, bakım ve onarım maliyetlerini düşürebilme ve denetleyebilme, gerçek bütçe verilerine ulaşma ve bu veriler ışığında bütçe stratejileri belirleme, envanter bilgileri sayesinde varlıkları kontrol etme, departmanlar ve birimler arasındaki eksik ve kopuk bilgi alışverişini önleme, riski azaltma, iş emir takibini yapma gibi amaçlara ulaşabilirler. Bu sistemler, yöneticilere rekabet gücünü artıracak stratejileri geliştirmek için kanıt oluşturmada ve cari dönemin de en etkin ve verimli şekilde yönetilmesinde kilit rol üstlenmektedir (44).

Tesis yönetimi işlevlerinin stratejik düzeyde entegrasyonu, yalnızca maliyet etkinliklerini göstermesinin yanı sıra, tesislerin işlevlerinin örgütsel operasyonlara getirebileceği bir değer de katmaktadır (3). Tesis yöneticileri entegre sistemlerle bir tesisi güvence altına alabilir, ısı yüklerini tespit edebilir, ısıtma ve soğutmayı buna göre ayarlayabilir, asansör kullanımını çalışanların en yüksek varış ve kalkış

zamanlarına göre ayarlayabilir, park sıkışıklığına neden olabilecek etkileri en aza indirmek için satıcı teslimat sürelerini ayarlayabilir ve temizleme gibi bakım destek programlarını da düzenleyebilir. Aynı şey aydınlatma için de yapılabilir. Tesis sadece fiziksel olarak güvenli olmakla kalmaz, aynı zamanda ana bina sistemleri temel faaliyetlere en etkin şekilde yardımcı olacak biçimde ayarlanabilir (42). Şekil 4.1.6.1'de de gösterildiği gibi bir tesisin bütün süreç ve faaliyetlerinin kontrol edilmesi mümkündür. Ancak bu sistem her binanın ve sunulan hizmetlerin özelliklerine göre farklılık gösterebilmektedir.



Şekil 4.1.6.1: Entegre Kontrol Sistemi (42)

4.1.7. Tesis yönetiminde tesis yöneticisinin rolü

Tesis yöneticileri, binaların inşaatı ve yenilenmesi, alan yönetimi, bakım ve işletilmesi, bilgi teknolojisi ve destek hizmetleri gibi çok çeşitli uzmanlık alanlarını kapsayacak şekilde bu unsurların koordine edilmesinden ve yönetilmesinden; stratejik, taktik ve operasyonel kararların alınmasından sorumludur. Bu, özellikle yönetilmesi, bakımı ve işletilmesi için en karmaşık tesis türlerinden biri olarak kabul edilen sağlık bakım tesislerinde de geçerlidir (9,45).

Tesis yöneticisi en iyi uygulamaları desteklemek, sahayı ilerletmek ve vaatleri ile performansı arasındaki boşluğu kapatmak için kendi ayırt edici bilgi tabanını oluşturmakla yükümlüdür (46). Tesis yöneticileri aynı zamanda kritik sistemlerin sorumluluğunu da taşımaktadır. Bu sebeple yöneticiler acil durumlara proaktif yaklaşımlarla etkili kararlar alabilmelidir (1).

Tesis yöneticilerinin ana önceliği insanları canlı ve güvenli tutmak ve hizmet almalarını sağlamaktır. Bu kapsamda tesis yöneticilerinin iki düzeyde faaliyetlerini gerçekleştirmesi gerekir:

- *Stratejik ve taktiksel:* Müşterilerin, hissedarların ve son kullanıcıların kararlarını alan, hizmet, maliyet ve iş riski sağlama üzerindeki potansiyel etkisini anlamalarına yardımcı olmak.
- *Operasyonel:* Bina sakinlerinin işlemesi için kurumsal ve uygun maliyetli ortamın sağlanmak.

Tesis yöneticileri kuruluşların stratejilerine ve çıktılarına; operasyon verimliliklerini etkileyerek, tesisin/tesislerin ve personelin verimli çalışmasını destekleyerek, riskleri yöneterek, çevresel etkiyi azaltarak, teknolojik çözümlerden yararlanarak ve olağanüstü durumların (doğal afetler) etkilerini azaltarak veya ortadan kaldırarak katkıda bulunabilir (19). Tesis yönetimi için yöneticilerde olması gereken beceriler ayrıca, IFMA'nın Sertifikalı Tesis Yöneticisi yeterlilik bilgisi için temel yetkinlikler listesinde yer almaktadır. Buna göre tesis yöneticisinin sahip olması gereken özellikler aşağıda sıralanmıştır (47):

- İletişim
- Acil durumlara hazırlık ve iş sürekliliği

- Çevresel yönetim ve sürdürülebilirlik
- Finans ve işletme
- İnsan faktörleri
- Liderlik ve strateji
- İşletme ve bakım
- Proje yönetimi
- Kalite yönetimi
- Gayrimenkul ve emlak yönetimi
- Teknoloji

Bu temel yetkinliklerin her biri, sürdürülebilirliğin sağlanması ve teknoloji alanlarında, profesyonelleri gelişmeye ve güncel kalmaya zorlamaktadır.

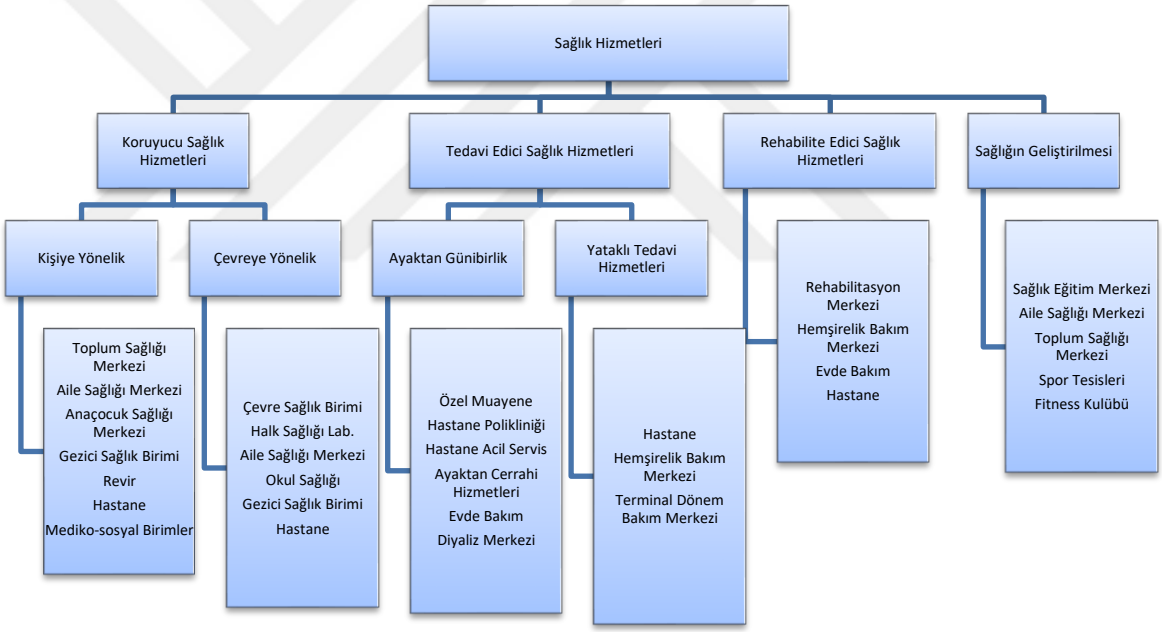
Yukarıda ifade edilen özelliklerden de anlaşılacağı gibi tesis yöneticileri iyi bir dinleyici olabilmeli ve etkili iletişim kurabilmelidir. Nitekim yöneticilerin personel üzerindeki etkililiğini ve paydaşlarla yürütülen süreçlerin sürdürülebilirliğini etkili iletişim yeteneği yakından etkilemektedir. Ayrıca tesis yöneticileri stratejik yönetim süreçlerine hakim olmalı ve stratejik değerin nasıl yaratılacağı konusunda da yetkin olmalıdır (48).

4.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sağlık Tesisleri

4.2.1. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve hizmet veren kuruluşlar

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığa *"yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali"* şeklinde bir tanımlama yapmıştır. Bu tanım 1948 yılında kabul edilen DSÖ Anayasası'nın giriş kısmında yer alır ve 1946 yılında düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansında kabul edilmiştir (49). Sağlık için *"kişinin fiziksel, biyolojik ve sosyal çevresi arasındaki denge ve hal, hareket ve davranışlarının uyumlu olması"* şeklinde bir tanımlama da mevcuttur.

Sağlık hizmetleri ise bireylerin ve/veya toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesine yönelik; hastalıklarının teşhis ve tedavi edilmesi, rehabilitasyon faaliyetleri ile ilgili sunulan hizmetlerin tamamını kapsamaktadır. Sağlık kavramı ruhsal ve sosyal boyutları ile dikkate alındığında sağlık hizmetlerinin kapsamının genişlemesi de mümkündür (50,51). Sağlık kurumları sağlık hizmetlerinin sunumu görevini üstlenir ve ürettikleri hizmet ölçütlerine göre sınıflandırılır. Bu sınıflandırmalar; koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak dört ana başlıkta toplanmaktadır (52). Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması ve bu hizmetleri veren kuruluşların özeti Şekil 4.2.1.1'de gösterildiği gibidir.



Şekil 4.2.1.1: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması ve Hizmet Veren Kurumlar (51)

4.2.1.1 Koruyucu sağlık hizmetleri

Bireylerin hasta olmalarının önlenmesi, sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve yaşam sürelerinin uzamasını sağlamak koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacıdır.

Bu amaca ulaşabilmek için çevreye ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri verilmektedir. Bu hizmetler tedavi edici hizmetlere göre daha kolay, etkili ve ekonomiktir. Rasyonel bakış açısından değerlendirildiğinde bu tür hizmetlere daha fazla öncelik ve önem verilmesi gereklidir. (52–54).

a) *Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri:* Çevre sağlığının olumsuz yönde etkileyen faktörlerin (biyolojik, fiziki ve kimyasal) tespit edilip bu sorunların giderildiği hizmetlerdir. Bu amaçla yapılan faaliyetler *"çevre sağlığı hizmetleri"* olarak adlandırılmaktadır. Bu kapsama giren hizmetlere; bataklıkların kurutulması, katı atıkların denetimi, besin sağlığı, hava kirliliğinin denetimi vb. örnek verilebilir.
b) *Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri:* Hekim, ebe, hemşire ve sağlık memuru gibi sağlık çalışanları tarafından yürütülür ve bağışıklama, beslenme, erken tanı, aile planlaması, kişisel hijyen, sağlık eğitimi ve sağlığa zararlı alışkanlıklarla mücadele vb. hizmetleri kapsar.

4.2.1.2 Tedavi edici sağlık hizmetleri

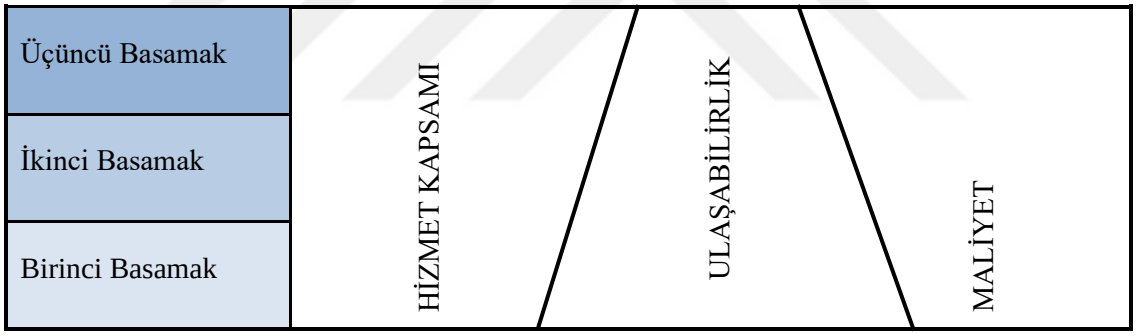
Hastalık, kaza ve yaralanmaya maruz kalan bireylerin tanı ve tedavilerinin yapıldığı sağlık hizmetlerine tedavi edici sağlık hizmeti denir. Bireylerin vücudundaki zararların ve ölümlerin önlenmesi için hekim ve yardımcı sağlık personelinin katkılarıyla uygun teknolojiler kullanılarak yapılan hizmetlerdir. Bu hizmetler özelliklerine göre üç basamakta yerine getirilir (52,53,55,56):

a) *Birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri:* Genellikle hastaların hastaneye gitmeden önce başvurduğu, tedavilerinin günübirlik ve ayaktan yapıldığı, ilk yardım, hasta sevk ve izleme, ambulans ve evde bakım şeklinde olan hizmetlerdir. Bu hizmetler hastane polikliniği, hastane acil servisi, ayaktan cerrahi hizmetleri, evde bakım hizmetleri ve diyaliz merkezleri, aile sağlığı merkezleri ve sağlık evlerinde verilebilmektedir.
b) *İkinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri:* Birinci basamakta hastalıkları giderilemeyen hastaların uzman doktorlar tarafından muayene ve tedavi edilmesini kapsar. Yoğun tıbbi ve teknoloji gerektirmeyen genellikle yatarak teşhis ve tedavilerin yapıldığı sağlık hizmetleridir. Tam teşekküllü devlet

hastaneleri, yataklı sağlık merkezleri ve özel ve vakıf hastaneleri bu basamakta yer alır.

c) *Üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetleri:* Birinci ve ikinci basamakta tedavi edilemeyen hastaların yoğun bilgi ve teknolojiyle teşhis ve tedavisini kapsar. Bu basamakta ayrıca eğitim ve araştırma faaliyetleri yürütülür. Üniversite hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve kanser hastaneleri bu basamakta yer alır.

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri kapsam, ulaşılabilirlik ve maliyetler açısından farklılık göstermektedir (Şekil 1). Birinci basamakta yer alan hizmetler oldukça basit teknoloji gerektirdiği ve yaygın olduğu için ulaşılabilirlik ve maliyet açısından avantajlı iken, üçüncü basamakta yer alan hizmetler pahalı sağlık teknolojileri kullanıldığı için en yüksek maliyete sahiptir. Ancak bu maliyetler hizmet kapsamının da en geniş düzeyde verilmesini sağlamaktadır.



Şekil 4.2.1.2.1: Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kıyaslanması (52)

4.2.1.3 Rehabilite edici sağlık hizmetleri

Hastalık veya kazalar neticesinde bireylerin bedensel ve zihinsel yetilerinde yaşanan gerilemenin günlük yaşamını etkilemesini engellemek veya en aza indirgemek amacıyla verilen sağlık hizmetleridir. Bireylerin bedenen ve ruhen başkalarına bağımlı olmadan yaşamlarını sürdürmeleri amaçlanmaktadır. Bu tür

hizmetler hastanelerde, bakım merkezlerinde veya evde bakım şekline yürütülebilmektedir. Rehabilite edici sağlık hizmetleri *tıbbi rehabilitasyon* ve *sosyal rehabilitasyon* olarak iki başlık altında toplanmaktadır (57).

a) *Tıbbi Rehabilitasyon:* Hastalarda bedensel olarak ortaya çıkan engellerin ve sakatlıkların düzeltilerek yaşam kalitesini yükseltmek amaçlanmaktadır. İşitme cihazı, protez vb. araçlar kullanılabilir.
b) *Sosyal Rehabilitasyon:* Hastaların mevcut durumlarına veya yeniden topluma kazandırılmasına yönelik yapılan çalışmaları kapsar. Buradaki amaç insanların günlük yaşamlarında başkalarına olan bağımlılığını azaltmak ve yaşama daha aktif katılımlarını sağlamaktır. Örneğin; iş bulma, iş veya meslek öğretme vb.

4.2.1.4 Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi sağlık hizmetlerinin bütüncül bir hizmet sunumu şeklinde yapılması ve bilgilendirme faaliyetlerini içine alan bir yapıya sahiptir. Bu sebeple; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yanında sağlığın geliştirilmesi hizmetleri de yer almaktadır. Sağlığın geliştirilmesine yönelik yapılan hizmetler, bireylerin ve toplumun sağlığını riske atan olumsuz etkileyen faktörlerin ortadan kaldırılmasına yöneliktir. Temel amaç yaşam kalitesinin ve yaşam süresinin uzatılması, sağlık düzeyinin yükseltilmesidir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri aile sağlığı merkezlerinde, ana çocuk sağlık merkezlerinde ve sağlıklı yaşam merkezlerinin yanında akredite olmuş spor tesislerinde verilebilmektedir (52).

4.2.2 Sağlık tesislerine genel bakış

Sağlık hizmetlerinin sunumunda farklı özellik ve amaçlara göre çeşitli nitelik ve nicelikte sağlık tesisleri bulunmaktadır ve bunların sayısı da gün geçtikçe artmaktadır. Rolleri ve işlevleri her geçen zaman diliminde genişleyen sağlık kurumlarında bu genişlemeye bağlı olarak gözle görülen yapısal karmaşıklaşma ve yönetimsel güçlükler ortaya çıkmaya başlamaktadır.

4.2.2.1 Sağlık tesis türleri

Ülkelerin yasal düzenlemeleri ve sağlık sistemlerinin özelliklerine göre çok çeşitli sağlık tesisi örnekleri bulunmaktadır. Bu kapsamda hemen hemen tüm ülkelerde görülen sağlık tesisleri bu başlık altında aktarılacaktır. Bunlar (51,58–60);

1. ***Klinikler/Tıbbi Ofisler/Özel Muayenehaneler:*** Bu tür tesisler; ayakta tedavi gören hastaların teşhis ve tedavisi ile ilgilenir. Bu tür tesislere bir hekimin özel muayenehanesi, bir grup muayenehanesi veya daha büyük bir sağlık sistemi veya hastaneye bağlanabilen kurumsal bir klinik (poliklinik) örnek olabilir. Spesifik örnekler olarak ise; dişçi muayenehanesi, diyetisyen polikliniği, fizik tedavi kliniğini veya pediatrik konuşma terapisi kliniğini de eklenebilir.

   Türkiye'de örneği olmasa da yurt dışında marketlerin, alışveriş merkezlerinin veya havaalanlarının içinde sağlık hizmeti sunan bu tür sağlık tesislerine rastlamak mümkündür. Bu tür klinikler hız, rahatlık, düşük maliyet gibi konularda avantaj sağlayabilmektedir.

2. ***Aile Sağlığı Merkezleri:*** Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu bu kuruluşlar; 25.01.2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre, *"Bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu"* olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin topluma ulaştırılmasında, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan sağlık tesislerinin yükünü azaltma noktasında Aile Sağlığı Merkezleri ayrıca önem taşımaktadır.

3. ***Toplum Sağlığı Merkezleri:*** Bireylere yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin kapsamadığı temel sağlık hizmetlerini sunmak üzere kurulmuştur (61). Toplum sağlığı merkezleri Resmi gazetede *"Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek maksadıyla sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bunlarla ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştiren; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eden ve*

bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşu" şeklinde tanımlanmıştır (62).

4. ***Hastaneler:*** Hastaneler hasta ve yaralı olan kişilerin teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının ayaktan veya yatarak, sağlık profesyonelleri tarafından yürütüldüğü tesislerdir. Sundukları hizmetlerin mülkiyetine, kapsamına ve hizmet türüne göre hastanelerin farklı çeşitleri bulunmaktadır.

5. ***Tıp Merkezleri:*** Klinik uzmanlık dallarında en az iki tam ve iki kısmî zamanlı uzman hekim çalışması gereken, faaliyet dallarının gerekli şartlara sahip ayaktan teşhis ve tedavilerin yapıldığı özel mülkiyetli sağlık tesisleridir.

6. ***Diyaliz Merkezleri:*** Böbrek hastalığı olan hastalar genellikle düzenli diyaliz tedavisine ihtiyaç duyar. Diyaliz, böbreklerin işleyişini üstlenerek, kanı yapay olarak filtreleyen ve temizleyen bir süreçtir. Türkiye'de de oldukça fazla örneği bulunun bu tesisler hasta ihtiyaçlarını hızlı ve etkin karşılayabilmekte ve hastaneler üzerindeki yükü azaltmaktadır.

7. ***Yaşlı Bakım Evleri:*** Terminal dönemde bulunan hastaların tedavi ve bakımlarının yapılması amacıyla hizmet veren sağlık tesisleridir. Bu tesislerde hastalara ve ailelerine sadece tıbbi destek değil aynı zamanda duygusal ve hatta ruhsal destek sağlayabilmektedir. Bu tesislerde hekim, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanları ve yardımcılar hatta din görevlileri dahi istihdam edilebilmektedir.
8. ***Görüntüleme ve radyoloji merkezleri:*** Hastalara tanısal görüntüleme hizmetleri sunan bu tesislerde; BT taramaları, Ultrason çekimleri, MR'lar vb. hizmetler sunulabilmektedir. Özel muayenehaneler ve ayakta tedavi hizmeti sunan tesislerin maliyetlerini düşürmeye yardımcı olmaktadırlar**.**

9. ***Göçmen Sağlığı Merkezleri:*** 05.02.2015 tarihli ve 29258 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği çerçevesinde; Toplum Sağlığı Merkezi ek birimi olarak hizmet vermektedir.

10. ***Halk Sağlığı Laboratuvarları:*** 09. 03. 2019 tarihli ve 30709 sayılı Resmi Gazete'de bu laboratuvarlar *"Halk sağlığının korunması ve iyileştirilmesi kapsamında birey ve toplum sağlığını etkileyen ve etkileyebilecek etmenleri inceleyen ve görev alanıyla ilgili klinik ve klinik dışı laboratuvar hizmetleri sunan Bakanlık laboratuvarı"* şeklinde tanımlanmıştır (63).

11. ***Optisyenlik Müesseseleri:*** Numaralı (mihraklı) gözlük camı ve gözlük çerçevesi satmak, gözlük montajı ve her türlü reçeteli lens satışı yapmak üzere optisyenlik mesleğini icra edebilmek için ve aynı zamanda toplumun ve bireylerin sağlığını korumak amacıyla kurulan işletmelerdir (64).

12. ***Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM):*** İl Devlet Hastanelerine entegre bir şekilde ve gerekli durumlarda hastanenin tüm imkanlarından faydalanacak şekilde organize edilen tesislerdir. Bu merkezlerde tanımlanmış risk gruplarına, oluşturulmuş tarama standartları doğrultusunda yapılacak toplum tabanlı tarama programlarıyla (meme, serviks (rahim ağzı), kolorektal kanserler, vb.) erken dönemde tanı konulması, hasta takip ve değerlendirmelerinin yapılması, olanaklar ölçüsünde sosyal, ruhsal ve tıbbi destek sağlanması ve kanser tanısı konan hastalara gerekli tıbbi yönlendirme ve tedavi merkezlerine sevki hedeflenmektedir (65). İlk açılan KETEM'ler çoğunlukla hastane yerleşkelerinde bulunmakta iken, 2012 yılında 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile hastane dışına çıkarılarak kendi bölgelerindeki toplum sağlığı merkezlerine bağlanmış ve aile sağlığı merkezleri ile yakın işbirliği içerisinde çalışmalarına devam etmektedir (66).

13. ***Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri:*** Ruhsal problem yaşayan hastalara (şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar , şizoaffektif bozukluk ve bipolar duygulanım bozuklukları) psikososyal destek hizmeti sunan, takip ve tedavilerin yapıldığı, gerekli durumlarda evde takip, tedavi ve hasta-aile eğitiminin yapıldığı sağlık tesisleridir. 2006 yılından sonra Türkiye'de ulusal ruh sağlığı politikasındaki değişiklikle hastane temelli modelden toplum temelli modele geçme kararı alınmış ilk aşamada da 2009 yılı itibariyle Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açma kararı alınmış ve projelendirme sürecine başlanmıştır (67).

14. ***Verem Savaş Dispanserleri:*** Aile sağlığı merkezlerinden ve diğer sağlık kuruluşlarından gönderilen verem hastası ve şüphelilerin klinik, radyolojik ve bakteriyolojik muayenelerinin yapıldığı ve tedavi endikasyonunun oluşturulduğu, hastaların kontrolünün yapıldığı verem ile savaştaki uç örgütlerdir (68).

15. ***Eczaneler:*** Bir eczacının sahip ve mesul müdürlüğünde, Kanuna göre açılmış sağlık hizmeti sunan, ilaçların temin ve satışının yapıldığı sağlık kuruluşlarını ifade etmektedir.

4.2.2.2 Hastanelerde verilen hizmetler ve tesis yönetimi

Hastaneler hasta ve yaralı olan kişilerin teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının ayaktan veya yatarak, sağlık profesyonelleri tarafından yürütüldüğü tesislerdir. Daha geniş bir bakış açısıyla Ağırbaş (2019) hastaneleri *"ekonomik, verimli ve etkili olarak her türlü sağlık hizmetinin kesintisiz üretildiği, eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü, çevreden etkilenen ve çevreyi etkileyen, karmaşık, pahalı ve kendine özgü özellikleri olan ve profesyonel yönetim gerektiren sosyal kurumlar"* şeklinde tanımlamıştır (69). Hastaneler diğer hizmet sunumu yapan örgütlerden farklı olarak karmaşık yapılı, aşırı iş bölümü ve uzmanlığa bağlı ve teknoloji yoğun yapılardır. Ayrıca sunulan hizmetlerin sürekliliği (7/24) bulunmaktadır. Matriks yapıdaki örgütlerin en önemli örneklerinden biridir. Bu yapı sebebiyle hastanelerde kumanda birliği ilkesinin işletimi oldukça zordur. Kamusal

hizmet sunumunun ön planda olduğu hastaneler iyi bir örgüt yapısı ve etkili bir yönetim gerektirir. Bu anlamda yönetişimin profesyonel bir şekilde işletilmesi gerekir. Hastaneleri diğer örgütlerden ayıran bu tür özelliklere ayrıca aşağıdaki maddeler de eklenebilir (53,70):

- Uzmanlık düzeyi çok yüksektir.
- Farklı meslek grubu faaliyeti arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir.
- İnsan kaynakları profesyonel kişilerden oluşur ve çalışanlar kurumsal hedeflerden daha çok mesleki hedeflere önem verir.
- Hizmet miktarını ve sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü hekimler belirler. Ancak yönetsel ve kurumsal denetim mekanizması idari kısmın görevidir.
- Yürütülen işler oldukça karmaşık ve değişkendir.
- Sunulan hizmetler acil ve ertelenemez niteliktedir.
- Sunulan hizmetlerde hata ve belirsizliğe tolerans gösterilemez.
- Hizmet çıktılarının ölçümü oldukça güçtür.

Yukarıda ifade edilen özellikler dikkate alındığında hastane yönetiminin tanımı da farklı bir şekilde yapılmalıdır. Bu çerçevede Ağırbaş (2019) hastane *yönetimini "hastanelerin amaçlarını ekonomik, verimli ve etkili olarak gerçekleştirilebilmesi için planlama, örgütleme, yürütme, koordinasyon ve denetim fonksiyonlarına ilişkin kavram, ilke, teori, model ve tekniklerin sistematik ve bilinçli bir şekilde uygulanması ile faaliyetlerin tümü"* şeklinde tanımlamıştır. En önemli fonksiyonu "yataklı tedavi hizmeti" sunmak olan hastanelerin çekirdek hizmetini klinik hizmetleri oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki uzmanlaşma hastanelerde tek bir klinik hizmetin değil farklı klinik hizmetlerinin bir arada sunulmasını sağlamaktadır. Öyle ki Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'ne göre kırk üç farklı uzmanlık bulunmaktadır. Artan uzmanlaşma seviyesi, sağlık tesislerinin yönetiminde bilimsel kurulların ve komitelerin kurulmasını ve aktif bir şekilde faaliyet yürütmesini zorunlu kılmaktadır (71). Çekirdek hizmetlerin en etkin, en verimli ve kesintisiz bir şekilde yürütülebilmesi için sadece klinik ve klinik destek hizmetlerinin iyi yürütülmesi yeterli değil; aynı zamanda hastane destek hizmetlerinin de uygun şekilde yürütülmesi gerekir. Bütün bu süreçlerin iyi yönetilmesine ek olarak karar verme ve

problem çözme süreçlerinin de yöneticilere destek olacak şekilde tasarlanması ayrıca önem taşımaktadır.

Hastanelerde yönetsel sorumluluğu olmayan sağlık çalışanları ile yönetsel sorumluluğu olan fonksiyonel yöneticiler hedeflere ulaşmak için birlikte ve koordineli olarak çalışmak zorundadırlar. Ancak birlikte çalışma beraberinde çatışma ortamlarının oluşmasına da neden olabilmektedir. Yapılan işlerin ve sorumlulukların uyum göstermemesi bu çatışma ortamlarının oluşmasındaki temel sebeplerdendir. Örgütte sağlanacak güven ortamı ve iletişimin kuvvetli olması bu tür sorunların önlenmesine katkı sunacaktır (71).

Hastanelerin sahip olduğu misyon ve özellikleri farklılık gösterse de genel olarak hizmet üretimlerini dört ana başlık altında toplamak mümkündür. Bunlar (69);

1. Tıbbi hizmetler
2. Hasta bakım hizmetleri
3. Eğitim ve araştırma hizmetleri
4. İdari, mali ve teknik hizmetler şeklindedir. Bu genel başlıkların altında verilen hizmetler ise Tablo 4.2.2.1'de özetlenmiştir.

Sağlık kuruluşlarının hastaları ve yakınlarını, çalışanları ve ziyaretçileri için güvenli, işlevsel ve destekleyici bir tesis ortamını yaratması gerekir. Bu amaca ulaşmak adına yapısal unsurların ve kaynakların etkin bir şekilde yönetilmesi gerekir. Yönetimin tehlike ve risklerin azaltması ve kontrol edilmesi, kaza ve yaralanmaların önlenmesi ve güvenli koşulların sağlanması konusunda çaba göstermesi önem arz etmektedir (72).

Tablo 4.2.2.2.1: Hastanelerde Verilen Hizmetler ve Alt Başlıkları (69)

Tıbbi Hizmetler	**Hasta Bakım Hizmetleri**	**Eğitim ve Araştırma Hizmetleri**	**İdari, Mali ve Teknik Hizmetler**
Acil Servis Hizmetleri Poliklinik Hizmetleri Yataklı Servis Hizmetleri Laboratuvar Hizmetleri Görüntüleme Hizmetleri Konsültasyon Hizmetleri Ameliyathane Hizmetleri Sterilizasyon Hizmetleri Yoğun Bakım ve Reanimasyon Hizmetleri Doğumhane Hizmetleri Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Diyaliz Hizmetleri Evde Bakım Hizmetleri Ambulans Hizmetleri Tıbbi Sosyal Hizmetler Beslenme Hizmetleri Sağlık Raporu Hizmetleri Eczane Hizmetleri	Hastaların hak ve mahremiyetlerine uygun olarak tıbbi tedavilerin uygulandığı bakım tekniklerin bütünüdür. Bu hizmetlerden sağlık bakım hizmetleri müdürü sorumludur.	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri tarafından sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetlere Bakanlık bünyesinde yer alan Tıpta Uzmanlık Kurulu yön vermektedir. Bu kurulun farklı paydaşlar (Türk Tabipleri Birliği, Türk Diş Hekimleri Birliği, Sağlık Bakanlığı vb.) tarafından seçilen 9 üyesi bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde eğitim görevlileri, üniversite hastanelerinde ise Anabilim Dalı ve Bilim Dalı başkanları sorumludur.	***1. İdari Hizmetler*** İnsan Kaynakları Evrak Yönetim Birimi Arşiv Sivil Savunma Hizmetleri Basın ve Halkla İlişkiler İletişim Hizmetleri Temizlik Hizmetleri Ulaştırma Hizmetleri Çamaşırhane Hizmetleri Güvenlik Hizmetleri Bilgi İşlem Hizmetleri ***2. Mali Hizmetler*** Bütçe ve Kesin Hesap İşlemleri Gelir Gerçekleştirme İşlemleri Gider Gerçekleştirme İşlemleri Tedarik Yönetimi Hizmetleri ***3. Teknik Hizmetler*** Hastane hizmet binasının kendisinin eklentilerinin inşaat, elektrik, elektronik, sıhhi-mekanik tesisat, jeneratör, tıbbi cihaz vb. tüm yapısal ve destekleyici unsurların işletilmesi, bakım ve onarım işlerini kapsar.

Çağdaş yönetim süreçleri dikkate alındığında hastanelerde çekirdek hizmet dışında kalan bütün süreçleri tesis yönetiminin kapsamına dahil etmek mümkündür. Tesis yönetimi personel yönetiminin yanında hastanelerde sunulan hizmetlerin maliyetine, kalitesine ve finansal performansına etkilerinin bilinmesi yönetsel kararlar açısından önemli bir faktördür (2). Bu unsuru destekleyecek şekilde, tesis yönetimi kapsamına giren hizmetlerin toplam maliyetlerde %30'a yakın payının olmasına karşın; tesis yönetimi maliyetleri şimdiye kadar pek çok ülkedeki sağlık hizmeti sağlayıcılarından ve politika yapıcılardan büyük ilgi görememiştir (8).

Tüm ülkeler artan sağlık harcamalarına kaynak bulmakta ve sürdürülebilirliğin sağlanmasında bazı zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Sağlık sistemi içerisinde hastaneler genel sağlık harcamlarının yaklaşık olarak %20-30'unu oluşturmaktadır. Ancak hastanelerin tesis yönetimi maliyetleri yeterince araştırma konusu olmamıştır. Hastanelerin toplam maliyetlerinin %20-30'luk kısmı çekirdek hizmetlerin dışındaki faaliyetlerden oluşmaktadır. Doğrudan hasta bakımıyla ilgili olmayan tüm hizmetler, tesis yönetimi hizmetleri veya ürünleri olarak tanımlanabilir. Tesis yönetimi, kararlaştırılan destek hizmetlerinin (tesis hizmetleri) sağlanmasını koordine etmek için stratejik ve taktiksel düzeyde entegre yönetim sağlamayı amaçlamaktadır. Bu, belirli yeterlilikler gerektirir (8).

IFMA tesis yönetiminde başarıya ulaşılabilmesi için destek hizmetleri, güvenlik, temizlik, ısıtma, soğutma, havalandırma, peyzaj ve çevre düzenlemeleri, bakım ve onarım bilişim sistemleri ve lojistik süreçlerinin koordinasyonunun sağlanması, izleme ve değerlendirme yapılması ile mümkün olacağını ifade etmektedir. Bu faktörler hiç kuşkusuz sağlık tesisleri için de kullanılabilir. Ancak sağlık hizmetlerinin sürekliliği, kendine has özellikleri bu alanda daha fazla alt parametrelerin olmasını gerekli kılmıştır.

Sağlık tesisi yönetimi, ofis binaları veya eğitim veya sanayi tesisleri gibi diğer sektörlerden veya bina yönetimi türlerinden bir ölçüde farklıdır. Sağlık sistemleri kendi özelliklerine göre tesislerini planlama, inşa etme, sahip olma, işletme ve bakımını yapma eğilimindedir. Sağlık tesisleri, tüm toplumun sağlık hizmetinin karşılandığı hizmet işletmeleri olarak görülmektedir. Her türlü sağlık hizmetinin hiçbir kesintiye uğramadan ve belirli maliyetler çerçevesinde üretildiği, toplum

sağlığı adına eğitim ve araştırmaların yapıldığı, bazı girdilerle çıktıların elde edildiği ve kendine özgü birtakım farklılıklar gösteren tesis; yani hizmet işletmesidir. Hastaneyi sadece tedavi veren bir kurum olarak görmek eksik olmakla birlikte, hastaneler, hastalara tedavinin verildiği yerlerdir. Ayrıca doktor ve hemşire gibi yardımcı sağlık personeline eğitimin verilip yetiştirildiği, farklı birçok iş mensubunun bir arada bulunduğu, araştırmaların gerçekleştiği; sadece kamu kuruluşunun olabileceği gibi aynı zamanda kamu ve özel ortak bir kuruluşunda olabileceği hizmet işletmeleridir. Hastaneler kendilerini bir işletme olarak görüp, her işletmenin amacı olan en az maliyetle en yüksek kaliteye ulaşma hedefi doğrultusunda hareket etmeli ve elinde bulundurduğu imkanları en etkin ve verimli şekilde kullanmalıdır. Hastane faaliyetlerinin devamlılığının sağlanabilmesi için tesis yönetimi hizmetlerinin ayrıca önemi bulunmaktadır. Çünkü destek hizmetlerinin kesintiye uğraması sağlık bakım sürecini ve dolayısıyla da hasta güvenliğini riske sokabilmektedir. Tesis yönetiminin stratejik amacı, hastanelerin temel faaliyetlerinin desteklenmesi için tesis kaynaklarının ve hizmetlerinin etkin ve verimli yönetimidir (1,73). Sağlık tesisleri ile ilgili olarak doğrudan hasta bakım ve tedavisi ile ilgili olmayan tüm hizmetler, tesis yönetimi hizmetleri olarak tanımlanabilir. Tesis yönetimi, üzerinde anlaşmaya varılan destek hizmetlerinin (tesis hizmetleri) sağlanmasını koordine etmek için stratejik ve taktik düzeyde entegre yönetim sağlamayı amaçlamaktadır (8).

Hastanelerin tesis yönetimi maliyetlerinin planlanmasıyla diğer işletmelerin tesis yönetimi maliyet planlaması birbirinden farklı olmalıdır. Bunun nedeni de hastaneleri diğer işletmelerden ayıran bazı faktörlerdir. İlk olarak sağlık tesisleri (ikinci ve üçüncü basamak hastaneler, tıp merkezleri vb.) 7 gün 24 saat hizmet veren kurumlardır. İkincisi hastaneler karmaşık hizmetin üretildiği yerlerdir. Üçüncüsü ve belki de en önemlisi ise hastanelerde yapılacak en ufak bir hatanın insan hayatına mal olma riski taşımasıdır. Tüm bu özellikler hastanelerin olağanüstü koşullar statüsünde yer almasına neden olmaktadır ve özel hastane açmak isteyen girişimcilerin bu karmaşıklıkta kar elde etme isteğini azalmasına neden olmaktadır. Yine de hastane yöneticileri rekabet edebilmek ve sürdürülebilirliği sağlayabilmek için maliyetli olmasına rağmen en son teknolojik ürünleri almalı ve hastanesini sürekli olarak güncel tutmalıdır.

Hasta merkezli bir hastanenin her bir biriminin bütünsel olarak desteklenmesi, verimlilik, etkinlik ve kalitenin yükselmesi ve efektif yönetişim için bilgi teknolojileri, medikal, iletişim ve teknolojilerin arasında kurumsal entegrasyonun sağlanması, tıbbi ve tıbbi olmayan ekipmanlardan gelen veri akışının klinik ve klinik olmayan karar verme süreçlerinde kullanılması günümüz yönetim anlayışına uygundur. Sağlık tesislerinin yönetiminde kanıta dayalı yönetim sürecinin uygulanabilmesi, hastanelerin sürdürülebilirliğinin ve yönetim süreçlerinde entegrasyonun sağlanabilmesi adına öncelikle doğru verinin, doğru kaynaklardan doğru yöntemlerle elde edilmesi, enformasyona ve bilgiye dönüştürülmesi gereklidir.

Sağlık tesisi yönetimi, sağlık hizmetlerinin başarılı bir şekilde sunulmasında kilit unsurlardan biri olarak düşünülebilir (10). Hastanelerde tesis yönetimi ile ilgili süreçleri optimize etmek ve diğer süreçlerle entegre olmasını sağlamak sağlık bakım hizmetinin kalitesini ve performansını artırırken sağlık bakım maliyetlerini de azaltacaktır. 7/24 verilen sağlık hizmetlerinde sıfır hata hedefine ulaşabilmek için tesis yönetiminin de başarılı olması gerekir (1,74)

Sağlık tesisleri hastaları, personeli ve ziyaretçileri için tehlikeli koşullar yaratabilir. Bu nedenle enfeksiyon kontrolü için önlemler alınması; risk değerlendirmesinin yapılması; can güvenliği; inşaat sırasında binada bulunanların korunması (planlanan veya planlanmayan kesintiler, enkaz hareketi, trafik akışı, temizleme vb. dahil); hizmetlerin aksamamasına yönelik planlar; hastane personeli, çalışanları, ziyaretçileri ve inşaat personelini eğitmek için alınacak önlemler önemlidir (75)

Yüksek güvenlik ve hijyen standartlarına duyulan ihtiyaç nedeniyle, ameliyathane vb. özellikli alanların inşası yüksek derecede spesifikasyon gerektirir ve maliyetlidir. Buna ek olarak, beraberindeki teknik ekipman, havalandırma ve iletişim sistemleri gibi kesinlikle güvenilir bir ortam hazırlanmalıdır (8).

4.2.2.2.1 Şehir hastaneleri örneği

Dünyada özel teşebbüs girişimleri ile örnekleri görülen tesis yönetim anlayışının sağlık sektöründeki örneği Türkiye'nin günümüzde uygulamaya almaya

başladığı Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) yönetimiyle işletilen Şehir Hastaneleri'dir. KÖİ modeli, kamunun sunmak zorunda olduğu bazı hizmetlerin özel sektör temsilcileri tarafından sunulması amacıyla kaynak, risk, ödül, yetki ve sorumluluklarını içeren bir süreç olarak tanımlanabilir (76). Şehir Hastaneleri örneği sağlık sektörünün KÖİ örneğidir.

2005 yılında kanun ile düzenlemelerin yapıldığı KÖİ yoluyla sağlık tesisi yaptırılması çalışmaların temelinde; kamuya ait taşınmazlara sağlık tesisi yapmaları gayesi ile ihale usulüyle belirlenen kişilere tahsis edilmesini, yüklenicilerin ise belirlenen taşınmaz üzerinde Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen özelliklerde sağlık tesisi yapmaları, belirlenen süreler içerisinde Sağlık Bakanlığına kiralamaları ve belirlenen süreler sonrasında ise bedelsiz olarak devredilmesi yatmaktadır (77).

Yeni bir şehir hastanesi açılırken; Yüksek Planlama Kurulu, sağlık tesisinin yapılması gerekliliğine ve nereye yapılacağına karar vermektedir. Halkın beklenti ve ihtiyaçlarının en yakın mesafede karşılanması ve Ankara, İstanbul, İzmir gibi illerdeki aşırı hasta yoğunluğunun azaltılması amacıyla ülkemizde 30 sağlık hizmet bölgesi belirlenmiştir. Şehir hastanelerinin hizmet vermeye başladığı illerde eski kamu hastanelerinin kapatılmasına yönelik standart bir uygulama bulunmamaktadır. Bazı illerdeki şehir hastaneleri sonrasında mevcut devlet hastaneleri kapanırken, bazı illerde ise mevcut devlet hastaneleri hizmete devam etmekte hatta yeni devlet hastanesi inşaatları bulunmaktadır.

Şehir Hastaneleri kapsamındaki yatırımlar ve ihale süreci, Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü Kamu Özel İş birliği Daire Başkanlığı'nca yürütülmektedir. Bakanlık şehir hastanelerinin yapımı için ön seçim başvuruları alır. Bu aşamada projenin temel bileşenleri, Bakanlığın talep ettiği hizmetler, yatırım ve işletme süreleri duyurulur. İhale süreçleri ile ilgili ayrıntılar "ticari sır" olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle ihale ve sözleşme detaylarına erişilememektedir. Ayrıca, farklı yüklenici firmalar ile yapılan sözleşme içeriklerinde ve dolayısıyla karşılıklı hak ve sorumluluklarda önemli farklılıklarla karşılaşılmaktadır. Örneğin; ortak alanlarda kullanılan elektrik giderleri sözleşme ile bir şehir hastanesinde yüklenici firmaya verilmişken bir diğerinde kamu tarafına yüklenmiştir. Bu durum

sözleşme içerikleriyle ilgili daha büyük farklılıkların da olabileceği konusunda soru işaretleri yaratmaktadır.

KÖİ'nin bir örneği olan Şehir Hastaneleri sözleşmeleri özel hukuk sözleşmesi niteliğindedir. Sözleşme detaylarının hem kamu hem de yüklenici firma tarafından içeriği ve detayları paylaşılmamakla birlikte genel hatları; 19 hizmet kaleminin (P1 ve P2) yer aldığı anlaşma hükümleri, yüklenici firma ile alt yüklenicilerin hangi husus ve hizmet kalemleri üzerinde anlaştıklarını gösteren hükümler yer almaktadır. Yüklenici firma; finansmanın sağlanması, hastane inşaatının yapılması ve sözleşmede belirtilen süre boyunca hastanelerin otelcilik hizmetlerini, belirli tıbbi cihaz ve yardımcı sağlık hizmetlerinin sağlanmasından sorumludur.

Tablo 4.2.2.2.1.1: Şehir Hastanelerinde Yükleniciler Tarafından Verilen Hizmetlerin Sınıflandırılması (78)

İsteğe Bağlı Olmayan Hizmetler			**İsteğe Bağlı Hizmetler**		
P1	S1	Bina ve Arazi Hizmetleri	P2	S6	İlaçlama Hizmetleri
P1	S2	Olağanüstü Bakım ve Onarım Hizmetleri	P2	S7	Otopark Hizmetleri
P1	S3	Ortak Hizmetler Yönetimi	P2	S8	Temizlik Hizmetleri
P1	S4	Mefruşat Hizmetleri	P2	S9	Hastane Bilgi Yönetim Sistem Hizmetleri
P1	S5	Yer ve Bahçe Bakım Hizmetleri	P2	S10	Güvenlik Hizmetleri
P1	S12	Diğer Tıbbi Ekipman Destek Hizmetleri	P2	S11	Hasta Yönlendirme ve Refakat Hizmetleri/Resepsiyon/Taşıma Hizmetleri
			P2	S13	Çamaşır ve Çamaşırhane Hizmetleri
			P2	S14	Yemek ve Yemekhane Hizmetleri
			P2	S15	Laboratuvar Hizmetleri
			P2	S16	Görüntüleme Hizmetleri
			P2	S17	Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetleri
			P2	S18	Atık Yönetimi
			P2	S19	Rehabilitasyon

S: Hizmet kalemi

P1: Yüklenici firma tarafından 25 yıl boyunca mecburi olarak görülecek hizmetler

P2: İdarenin iradesi ile yüklenici firmaya verilecek hizmetler

Şehir hastaneleri projelerinde yer alması durumunda otel, restoran, eczane vb. ticari alanlar ise P3 hizmetleri adı altında yüklenici firma tarafından işletilebilmektedir. Söz konusu ticari alanların bedeli yatırım tutarından mahsup edilir, bu sebeple ticari alanların kira veya işletilmesinden elde edilen gelirler ise kaynağıdır (78).

Şehir hastanelerinde "çekirdek tıbbi hizmetler" olarak adlandırılan hizmetler Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte, kalan hizmetler ise yüklenici firmaya devredilmektedir. Hastane binası bakım, onarım ve yenilenmesini teyit eden yüklenici firmanın devlete sözleşmede belirttiği 25 yıllık güvencesi mevcuttur. Kamunun bu durum özelinde ekstra bir tedbir almasına gerek kalmamaktadır. Sadece oluşan arızaları ve yıpranmaları yüklenici firmaya bildirmekle sorumlu tutulmaktadır. Yüklenici firma ise bakım onarım çalışmalarını yapmakla yükümlüdür. Bu konuda tesisin hizmetleri sürdürülebilirliği esas alınmaktadır.

Yüklenici firmaların üstlendiği radyoloji, laboratuvar gibi özellikli tıbbi destek hizmetlerinde çalıştırılacak personel sayısı ve niteliği konusunda firma tamamen özgür bırakılmıştır. Bu konuda kamu tarafından bir denetim mekanizmasının olmayışı bu alanlarda verilen sağlık hizmetlerinde kalite, hız ve standardizasyonun yakalanamamasına neden olmaktadır.

Şehir hastanelerinin işletilmesi güncel tesis yönetim modeline uygundur. Çekirdek hizmetin dışında kalan bütün hizmetleri yüklenici tesis yönetim firmaları tarafından yürütülmektedir. Ancak tezin konusu ve amacı gereği ikinci ve üçüncü basamak kamu hastanelerine odaklanılmıştır.

4.2.3 Hastanelerde tesis yönetimi ve güvenliği

Tesis güvenliğinin ve hasta güvenliğinin tesis edilmesinde ulusal ve uluslararası boyutta, bireysel ve kurumsal performans değerlendirmeleri yapılabilmekte ve kalite standartlarına uygunluğu test edilebilmektedir. Bireysel ve kurumsal performansın değerlendirilmesinde günümüzde modern, esnek ve farklı bakış açılarını içeren yöntemler kullanılmaktadır. Bunlara; bireysel performans

değerlendirilmesinde 360 Derece Performans Değerlendirme Yaklaşımı, kurumsal performans değerlendirmesinde ise Dengeli Puan Cetveli örnek olarak verilebilir (79).

Tesis güveliği hizmetleri, hastalar, hasta yakınları, ziyaretçiler ve çalışanlar için kesintisiz, güvenli ve işlevsel sağlık tesisinin oluşturulmasına yöneliktir. Hastanelerde tesis güvenliğini iyileştirme faaliyetlerinin dört temel amacı vardır. Bunlar (1):

1. *Risk Yönetimi:* Tesisin yapılması ve yenilenmesi dönemlerini de içeren tehlike ve risklerin azaltılması ve kontrolü ile binaların, ekipmanların ve kritik sistemlerin fiziksel bütünlüğünü korumak.
2. *Hasta ve Çalışan Güvenliği:* Yaşam güvenliğinin sağlanması, kaza ve yaralanmaların önlenmesi.
3. *İşleyişin Sürekliliği:* Hastanelerin acil durumlar ve afetler sırasında ve sonrasında devamlı sağlık hizmeti sunmasına devam etmelerini sağlama.
4. *Proaktif Yaklaşım:* Hastaneleri iklim değişikliğini de kapsayacak şekilde gelecekteki risklere karşı güvenli ve esnek hale getirmek.

Yukarıda ifade edilen dört temel amaca ulaşabilmek için aksaklıkların tespit ve denetiminin sağlanması bina turlarının yapılmasıyla mümkündür. Sağlık Hizmet Kalite Standartları (SHKS) gereğince sağlık kurum ve kuruluşlarında *"Tesis Güvenliği Komitesi"* nin kurulması zorunluluk haline getirilmiştir. Bu komite düzenli periyotlar halinde toplanmalı, riskleri tespit edip düzenleyici-önleyici ve mükemmelleştirici faaliyetler ile hasta ve çalışanların güvenliğini güvence altına almalıdır. Ayrıca bu sürecin yönetiminde görevli personelin tamamının görev ve sorumlulukların açık ve net bir şekilde ifade edilmesi gerekir. Ayrıca mevzuatta oluşturulacak komitede Başhekim ve/veya yardımcısı, idari mali işler ve/veya yardımcısı, hasta bakım hizmetleri ve/veya yardımcısı, destek ve kalite hizmetleri müdürü ve/veya yardımcısı, halkla ilişkiler ve basın birimi, başteknisyen ve/veya mühendis, afet ve acil durum yönetim sorumlusu, tıbbi cihaz sorumlusu, hastane güvenlik amiri ve ilgili birimlerin temsilcileri bulunmalıdır. Bu noktada tesis güvenliğinin sağlanabilmesi için yapılan Tesis Yönetimi Planlaması aşağıdaki konuları içermelidir (80);

1. Yangın Güvenliği Sağlanması
2. Tehlikeli Maddelerin Yönetimi
3. Acil Durum Yönetimi
4. Tıbbi Ekipmanların Yönetimi
5. Emniyetin Sağlanması ve Güvenlik Hizmetleri
6. Destek Sistemlerin Sağlanması
7. Eğitim

Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar faaliyetlerini yerini getirirken hastalarına güvenli bir tesisi garanti etmelidir. JCI standartlarına göre sağlık kuruluşları, hastalar, hasta yakınları, personel ve ziyaretçiler için güvenli, işlevsel ve destekleyici bir tesis sunma yönünde çaba göstermelidir (81). Bu kapsamda yöneticiler JCI göstergelerine göre "Tesis yönetimi ve güvenliği" konusunda aşağıdaki görevleri yerine getirmelidir (82);

- Yöneticiler klinik hizmetlerin sunulmasında ihtiyaç duyulan güvenli ve etkin şekilde desteğin sağlanabilmesi için yer (alan), ekipman ve kaynakların planlanması,
- Çalışanların tesis hakkındaki risklerin nasıl azaltılacağı ve mevcut risk durumlarını nasıl analiz edileceği ve raporlanacağı konusundaki eğitimleri,
- Performans kriterlerinin oluşturulması, izlenmesi ve gerekli düzenlemelerin yapılması için tespitte bulunulmasıdır.

JCI'nin "Tesis yönetimi ve güvenlik" başlıklı geliştirmiş olduğu standardı olup, akredite sürecine dahil olan tüm hastanelerin yerine getirmekle zorunlu olduğu ana standart olarak bu kriteri belirlemiştir[1](72). JCI tesis yönetimi ve güvenliği standartlarını liderlik ve planlama, güvenlik ve emniyet, tehlikeli maddeler, afete hazırlık, yangın güvenliği, tıbbi cihazlar, altyapı sistemleri oluşturulan programların takibi ve çalışanların eğitimi konuları altında belirlemiştir.

Hastanelerin bu başlıklar altında başarılı olabilmesi için, hastane binasının fiziki yapısı ve diğer ekipmanlar ile çalışanların etkin ve sürdürülebilir bir şekilde

[1] *"Kurum, ilgili kanun, düzenlemeler ve tesis denetim gereklerini yerine getirmelidir"*

yürütülmesi önem taşımaktadır. Yönetim özellikle tehlike ve riskleri kontrol altına almalı, kaza ve yaralanmaları önlemelidir. Bu sebeple, örgüt kültürünün de bu mantık çerçevesinde şekillenmesine dikkat edilmeli, risk durumlarının gözlenmesi, raporlanması ve risklerin azaltılması için performans kriterleri oluşturulmalıdır.

4.2.4 Hastanelerde tesis yönetimi faaliyetlerinin kapsamı

Sağlık tesisleri yönetimi, yönetilmesi karmaşık ve zorlu alanlardandır. Verilen hizmetlerde yaşanacak herhangi bir eksikliğin insan hayatına mal olması; bu, tesislerin her zaman mükemmel bir şekilde işletilmesi ve yönetilmesini zorunlu kılar (83). Bu noktada çekirdek hizmetlerin dışında kalan hizmetlerin de en iyi şekilde yürütülmesi ayrıca önem taşımaktadır.

Sağlık tesisleri ile ilgili olarak doğrudan hasta bakım ve tedavisi ile ilgili olmayan tüm hizmetler, tesis yönetimi hizmetleri olarak tanımlanabilir. Örneğin; hizmetlerin yürütülmesi sırasında ihtiyaçların hızlı, etkili ve kesintisiz bir şekilde karşılanabilmesi için bakım programlarına gereksinim olması tesis yönetimi kapsamı içerisinde yer almaktadır. Okoroh ve ark. sağlık sektörü kapsamında tesis yönetimi hizmetleri için yayımladıkları kapsam Tablo 4.2.4.1'deki gibidir (84).

Tablo 4.2.4.1: Sağlık Sektöründe Tesis Yönetimi Faaliyetleri (84)

Kapsam	**Kapsamın Konuları**
Alan Yönetimi	Alan kullanımı, Alan tahsisi, Alan denetimi
Çevre Yönetimi	Sağlık ve Güvenlik, Kirlilik, Kontrol, Yangın önlemleri, Atık yönetimi, Atık bertarafı
Gayrimenkul Yönetimi	Zemin ve bahçe işleri, Enerji ve altyapı, Mülkiyet yönetimi, Mülkiyet bakımı, Dizayn, İnşaat işleri/hizmetleri
Otelcilik Hizmetleri Yönetimi	Yemek hizmetleri, Karşılama (Resepsiyon) Yerleştirme, Ev idaresi
İşletme Destek Hizmetleri	Boş zamanı değerlendirme, Stratejik bakım, İş sağlığı ve güvenliği, Reprografik üretim, Bilgi teknolojileri, Ulaşım/Ulaştırma, Satın alma, Pazarlama, Şikayet/Öneri taleplerinin yönetimi
Kompleks/Site Yönetimi	Hamallık, Güvenlik, Otopark, Konaklama, Temizlik, Hijyen

Ayrıca ulusal ve uluslararası düzeydeki kalite ve akreditasyon kuruluşları da tesis yönetimi ve güvenliği kapsamında çeşitli gereklilikler ve bu gereklilikler çerçevesinde göstergeler belirlemiştir. Bu çalışmada tesis yönetiminin bütün sektörleri kapsayacak şekilde hazırlanan kapsamından ziyade sağlık tesislerine özgü kapsamının değerlendirilmesi için IFMA tarafından yayımlanan ve akademik çalışmalarda ifade edilen kapsama ek olarak JCI ve SKS'nin tesis yönetim kapsamları ve sınıflandırması dikkate alınmıştır.

JCI, "Tesis Yönetimi ve Güvenliği" standartlarını liderlik ve planlama, güvenlik ve emniyet, tehlikeli maddeler, afete hazırlık, yangın güvenliği, tıbbi cihazlar, altyapı sistemleri, oluşturulan programların takibi ve çalışanların eğitimi konuları altında belirlemiştir. SKS'de ise tesis yönetim faaliyetleri "Destek Hizmetleri" başlığı altında; tesis yönetim, otelcilik hizmetleri, bilgi yönetim sistemleri, malzeme ve cihaz yönetimi, tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri, atık yönetimi, dış kaynak kullanımı alt başlıklarında toplanmıştır (72,85).

Tablo 4.2.4.2: Sağlık Sektöründe Tesis Yönetimi Faaliyetleri Karşılaştırması (29,72,84,86)

Okoroh vd. (2001)	**IFMA (2004)**	**IFMA (2015)***	**JCI (2017)**	**SKS (2020)**
Alan Yönetimi	Alan Yönetimi	Acil Durumlara Hazırlık ve İş Sürekliliği	Liderlik ve Planlama	Tesis Yönetim
Çevre Yönetimi	Bina Bakım ve Onarım Operasyonları	Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik	Güvenlik ve Emniyet	Otelcilik Hizmetleri
Gayrimenkul Yönetimi	Finansal Planlama	Finans ve İşletme	Tehlikeli Maddeler	Bilgi Yönetim Sistemleri
Otelcilik Hizmetleri Yönetimi	Gayrimenkul Yönetimi	Gayrimenkul Yönetimi	Afete Hazırlık	Malzeme ve Cihaz Yönetimi
İşletme Destek Hizmetleri	Mimari-Mühendislik Hizmetleri	İnsan Faktörleri	Yangın Güvenliği	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri
Kompleks/Site Yönetimi	Sağlık ve Güven	İşletme ve Bakım	Tıbbi Cihazlar	Atık Yönetimi
	Tesis Planlama	İletişim	Altyapı Sistemleri	Dış Kaynak Kullanımı
	Yönetim Hizmetleri	Kalite Yönetimi		
		Liderlik ve Strateji		
		Proje Yönetimi		
		Teknoloji Yönetimi		

** Bu sütunda yer alan ifadeler başarılı bir tesis yöneticisinde olması gereken yetkinlikleri ifade etmektedir.*

Genel bir değerlendirme yapıldığında, klasik ve sağlık sektörü için tesis yönetim hizmetlerinin ve kapsamının benzer alanları olsa da önemi ve amacı minvalinde farklılaşmalarda görülmektedir. Bu kapsamda araştırmanın bütünleşik tesis yönetim sistemi vizyonuna uygun olacak şekilde tesis yönetiminin işlevleri, sağlıkta kalitenin artması için kalite güvencesi sunan ulusal ve uluslararası boyuttaki sistemlerin tesis yönetimi ve güvenliği işlevleri de dikkate alınarak Tablo 4.2.4.3'teki gibi sınıflama yapılmıştır.

Tablo 4.2.4.3: Bütünleşik Sağlık Tesis Yönetimi İçin Belirlenen Araştırma Kapsamı (29,72,84,86)

Kapsam	**Kapsamın Konuları/İçeriği**	**Kaynak**
Acil Durum ve İş Sürekliliği	Tüm kuruluşun acil durumlara hazırlık ve iş sürekliliği programının planlanması, desteklenmesi, yönetilmesi ve denetlenmesi	IFMA (2015) JCI (2017)
Alan Yönetimi	Tesis içi alanların envanteri, idaresi, tahsisi, ihtiyaçlarının tahmini, duran varlık temin süreçlerinin yönetilmesi, alanların dizaynının yenilenmesi ve katı atıkların kontrolünün yapılması	Okoroh vd. (2001) IFMA (2004)
Bakım ve Onarım Yönetimi	Tesisin mevcut durumunun değerlendirilmesi, bakım faaliyetlerinin yönetilmesi, bakım sözleşmesi sürecinin yönetilmesi ve geliştirilmesi; tesisin operasyonel planlama gereksinimlerinin *(sıcaklık kontrolü, aydınlatma, ekipman değişimi vb.)* takibinin ve süreç yönetiminin yapılması	IFMA (2004) IFMA (2015) SKS (2020)
Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik	Tüm kuruluşun çevreyi koruma taahhüdünün yönetilmesi, denetlenmesi, desteklenmesi ve sürdürülebilir olmasının sağlanması	Okoroh vd. (2001) IFMA (2015) JCI (2017) SKS (2020)

Tablo 4.2.4.3: Bütünleşik Sağlık Tesis Yönetimi İçin Belirlenen Araştırma Kapsamı (Devamı)

Kapsam	Kapsamın Konuları/İçeriği	Kaynak
Finans ve İşletme	Tesisin mali yönetiminin, sözleşmeler kapsamındaki finansman süreçlerinin, satın alma prosedürlerinin ve geri ödemelerinin planlanması, yönetilmesi ve denetlenmesi	IFMA (2004) IFMA (2015)
Gayrimenkul Yönetimi	Gayrimenkul ana planının geliştirilmesi, uygulanması ve gayrimenkul varlıklarının yönetilmesi ve denetlenmesi sağlanmalıdır.	Okoroh vd. (2001) IFMA (2004) IFMA (2015)
İletişim	Tesis iletişim planının geliştirilmesi ve kullanımının/uygulamanın denetlenmesi ve geri bildirimlerin yapılması	IFMA (2015)
İnsan Faktörleri	Tüm organizasyonun performans ve hedefleri ile tesis organizasyonunun ve bireylerin performansını destekleyen uygulamalar geliştirilmesinin ve uygulanmasının sağlanması	IFMA (2015)
Kalite Yönetimi	Tesis organizasyonu için standartların oluşturulması ve uygulanmasının geliştirmesi, sağlanan hizmetlerin kalitesinin ölçülmesi, iş süreçlerinin iyileştirilmesi ve kurallara, düzenlemelere, politikalara ve standartlara uyumun sağlanması için yönetim ve denetim yapılması	IFMA (2015)
Koordinasyon*	Tesis organizasyonundaki birim içi ve birimler arasındaki koordinasyonun sağlanması ve tüm organizasyon ile koordineli çalışmalar için stratejik planların hazırlanması	***Bu kapsam başlığı nitel araştırma kısmındaki analiz bulguları çerçevesinde eklenmiştir.***
Liderlik ve Strateji	Tesis organizasyonuna ve tüm organizasyona liderlik edilmesi ve stratejik planlarla desteklenmesi	IFMA (2004) IFMA (2015) JCI (2017) SKS (2020)

Tablo 4.2.4.3: Bütünleşik Sağlık Tesis Yönetimi İçin Belirlenen Araştırma Kapsamı (Devamı)

Kapsam	Kapsamın Konuları/İçeriği	Kaynak
Mimari Mühendislik Hizmetleri	Tesisin mimari tasarımının, yapı yönetiminin ve inşaat sisteminin planlanması ve mevzuatlara göre uygunluk durumuna göre stratejilerin yönetilmesi	IFMA (2004) JCI (2017)
Teknoloji Yönetimi	Tesis kapsamında verilen hizmetlerin altyapısını oluşturan teknolojilerin planlanması, yönlendirilmesi ve yönetilmesi	IFMA (2015) SKS (2020)
Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi	Tesisteki sağlık hizmeti sunumuna yönelik kullanılan malzeme ve cihazların, hasta ve çalışan ihtiyaçları gözetilerek temini ile güvenli, verimli ve etkin kullanılması	SKS (2020)

Not: Kapsam başlıkları farklı olan ancak içerikleri benzer olan alanlar tek bir başlık altında toplanmıştır.

Günümüz şartlarında hastanelerde tıbbi hizmetlerin tesis yönetim hizmetlerinin desteği olmadan yeterince yürütülemeyeceğini söylemek mümkündür. Bunun temel nedeni olarak tesis yönetimi hizmetleri hasta bakımı için sağlıklı ve güvenli bir ortam yaratmasının yanında hastane personeli ve diğer sağlık hizmetleri için de güvenli bir çalışma ortamı sağlayabilmesidir. Bu minvalde tesis yönetimi klinik ve diğer hizmetlerin sunulmasını destekleyen doğru olanakları yaratmak için gerekli bir unsurdur. (87).

5. METOT VE MATERYAL

5.1. Problemin Tanımı

Başta kamu sektörü olmak üzere inşaat maliyetlerinde yaşanan artış, tesis alanlarının üretkenlik üzerindeki etkilerinin daha iyi tanınması, performans gereksinimlerindeki yükseliş, bina performanslarının yüksek oranda bakım ve onarım faaliyetlerine bağlı olması, yeni inşaat projelerinin önündeki bürokratik ve yasal kısıtlamalar, tesis yönetimini işletmelerin başarılı olabilmesi adına önemli bir alan haline getirmiştir (20).

Sağlık sistemi içerisinde hastaneler genel sağlık harcamalarının yaklaşık olarak %20-30'unu oluşturmaktadır. Hastanelerin de toplam maliyetlerinin %20-30'luk kısmı çekirdek hizmetlerin dışındaki faaliyetlerden oluşmaktadır. Buna rağmen hastanelerin çekirdek hizmeti dışındaki hizmetlerini kapsayan tesis yönetimi maliyetleri yeterince araştırmaya konu olmamıştır. Bunun yanı sıra günümüzde birçok sağlık tesisinin profesyonel şekilde yönetilememesi veya deneme yanılma şeklinde tecrübe kazanılması ulusal anlamda sağlık hizmet sunumunda maliyetleri ilave artırmaktadır. Hastanelerde tesis yönetimi ile ilgili süreçleri optimize etmek ve diğer süreçlerle entegre olmasını sağlamak, sağlık bakım hizmetinin kalitesini ve performansını artırıp hasta güvenliği riskini düşürürken; sağlık bakım maliyetlerini de azaltır. 7/24 kesintisiz verilen sağlık hizmetlerinde sıfır hata hedefine ulaşabilmek için tesis yönetiminin de başarılı bir şekilde yürütülmesi gerekir (1,74). Bu doğrultuda sağlık tesis yönetiminin stratejik amacı da hastanelerin temel faaliyetlerinin desteklenmesi için tesis kaynaklarının ve hizmetlerinin etkin ve verimli yönetimidir (1,73).

Yöneticiler yükselen hastane maliyetlerini önlemek ve bunu yaparken de sunulan hizmetin kalitesini düşürmemek için ellerindeki bütün kaynakları en uygun şekilde kullanmalı ve koordine etmelidir. Tesis yönetiminin etkin bir şekilde icra edilmesinde, temel sağlık hizmetlerinin desteklenmesi; olumsuz- verimsiz- gereksiz süreçlerin elimine edilerek destek hizmetlerinin süreç içerisinde yer alması gibi hususlar önem taşımaktadır. Literatür incelendiğinde, hastaların aldığı bakım (tıbbi

tedavi (çekirdek hizmetler) dışında) kalitesine en fazla tesis kalitesinin etki ettiği tespit edilmiştir. Buna ek olarak tesislerin verimli kullanımı genel sağlık bakım kalitesini iyileştirmeye yardımcı olmaktadır. Bu nedenle tesis yönetiminin stratejik değerinin göz ardı edilmesi açık bir risk oluşturmaktadır (3).

Başarılı bir tesis yönetimi ile binaların varlık ömrümün uzatılması, bakım maliyetlerinin azaltılması ve kontrolü, ekipman ve arızaların önlenmesi ve tahmin edilmesi, iş verimliliğinin artırılması, hasta-hasta yakınları ve personel güvenliğinin sağlanması mümkün olabilir. Hastane binalarının performansı ve sağlık hizmet sunumunda kalitenin sağlanması büyük ölçüde sürekli ve planlı periyodik bakıma bağlıdır, bu da yöneticiler için iyi yapılandırılmış bakım planlaması yapmayı zorunlu kılmıştır (88).

Günümüz kamu sağlık kuruluşlarında yapısal ve yapısal olmayan unsurların ve süreçlerin takip edilebileceği entegre bir tesis yönetim sisteminin olmayışı, var olan sistemlerin (Hastane Bilgi Sistemleri) veri üretme ve karar destek sistemlerine destek olma konusunda eksik kalması ve bunlara bağlı olarak hastane yönetiminde yaşanan yönetim süreçlerindeki verimsizlikler araştırmanın önemini ortaya koymaktadır.

5.2. Araştırmanın Özgünlüğü

Hasta merkezli bir hastanenin her bir biriminin bütünsel olarak desteklenmesi, verimlilik, etkinlik ve kalitenin yükselmesi ve efektif yönetişim için bilgi teknolojileri, medikal ve iletişim ağları arasında kurumsal entegrasyonun sağlanması, tıbbi ve tıbbi olmayan ekipmanlardan gelen veri akışının klinik ve klinik olmayan karar verme süreçlerinde kullanılması modern sonrası yönetim anlayışına göre gereklidir. Ancak kamu işleyişi içerisinde, yasal düzenlemelerin getirdiği sınırlılıklar sebebiyle, mevcut güçlüklerin aşılması ve verimliliği artırıcı dinamik çözümlerin üretilmesi oldukça zordur. (6).

Sağlık tesislerinin yönetiminde kanıta dayalı yönetim sürecinin uygulanabilmesi, hastanelerin sürdürülebilirliğinin ve hastane yönetim süreçlerinde entegrasyonun sağlanabilmesi adına öncelikle doğru verinin, doğru kaynaklardan doğru yöntemlerle elde edilmesi, enformasyona ve bilgiye dönüştürülmesi gereklidir. Nitekim, tesisler değerlendirilmediği sürece eksikliklerin nerelerden kaynaklandığı, neler olduğunu ve nerelerde iyileştirme yapılabileceğinin bilinmesi neredeyse imkansızdır (3).

Günümüzde kamu hastanelerinde kullanılan Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)'nin entegre bir tesis yönetimini kapsayacak düzeyde olmaması, bu hizmeti verebilecek düzeyde başka bir sistemin faal olarak kullanılmaması ve bu konuda özellikle ülkemizde yeterince araştırmanın olmaması, var olan literatürün de söz konusu bir ihtiyacın varlığını tespit noktasında güncel sayılmaması araştırmanın özgün değerini ve önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

Literatüre genel olarak bakıldığında, sağlık tesislerine yönelik strateji geliştirme çalışmalarının belirli konulara odaklandığı söylenebilir. Nitekim sağlık tesislerinde strateji geliştirmeye yönelik yürütülen çalışmalar genel olarak insan kaynakları yönetimi, performans yönetimi, kaynak yönetimi, tedarik yönetimi, atık yönetimi, yönetim ve organizasyon, teknoloji yönetimi, kalite yönetimi, finansal yönetim, hasta odaklı hizmet sunumu, hastane enfeksiyonların kontrolü, yemekhane hizmetleri, olağanüstü durumların yönetimi, bina bakım yönetimi ve pazarlama konuları ile sınırlı kalmıştır. Konu ile ilgili yürütülmüş çalışmalar Tablo 5.2.1'de gösterilmiştir.

Alanda gerçekleştirilen mevcut çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada, hastanelerde strateji geliştirme süreçleri tesis yönetimi hizmetleri kapsamında değerlendirilmekte ve bu sürecin karma yöntem araştırma tasarımıyla gerçekleştirilmesi araştırmanın özgünlüğünü yansıtmaktadır.

Tablo 5.2.1: Sağlık Tesislerinde Strateji Geliştirmeye Yönelik Yapılan Çalışmalar

Kapsam	Yazar	Strateji Geliştirme Konusu
Yönetim ve Organizasyon	Schrader (2019) (89)	Hastanelerin matriks yapıları özelinde stratejik konuların değerlendirilmesi
	Scholten ve ark. (2019) (90)	Hastane yönetiminde belirsizliğin yapılandırılması ve kontrolü
	Ravaghi ve ark. (2019) (91)	Hastane verimsizliklerinin kaynakları ve çözüm yolları
	Al Kuwaiti ve Al Muhanna (2018) (92)	Sağlık hizmetlerinin sunumunun iyileştirilmesi ve akreditasyon için öğrenen hastanelerde liderlik
	Galiano ve ark. (2020) (93)	Kanıta dayalı yönetim stratejilerinin geliştirilmesi ve uygulanması
	Al Hammadi ve Hussain (2019) (94)	Örgütsel performansın sürdürülebilirliği
	Matthias ve Brown (2016) (95)	Sağlık hizmetlerinde yalın yönetim aracılığıyla operasyonel süreçlerin uygulanması
	Pasqualini Blass (2016) (96)	Sağlık bakım sistemlerini ve süreçlerini iyileştirmek için örgütün çevre performansının izlenmesi ve değerlendirilmesi
İnsan Kaynakları Yönetimi	Yun ve Yu (2021) (97)	Hemşirelerin personel devir hızının azaltılması
	Phillips ve ark. (2018) (98)	Hemşirelik hizmetlerindeki personel yedekleme sürecinde maliyet etkin planlama
	Phukubye ve ark. (2021) (99)	Hemşirelerin triyaj bilgi ve becerilerini geliştirme
	Melby ve Haland (2021) (100)	Bir hastanede yürütülen kanser tedavilerinin sürdürülmesinde tedavi planlarına uygun personel çalışma takviminin planlanması

Tablo 5.2.1: Sağlık Tesislerinde Strateji Geliştirmeye Yönelik Yapılan Çalışmalar (Devamı)

Hasta Odaklı Yaklaşımlar *(Hasta memnuniyeti, hasta güvenliği, tedavi hizmetlerinin geliştirilmesi)*	Lahijanian ve Alvarado (2021) (101)	Tedavileri tamamlanan hastaların hastaneye yeniden yatışlarını azaltılması
	Maher ve ark. (2019) (102)	Sağlık tesislerindeki hasta güvenliğini tehdit eden faktörlerin azaltılması
	Muray ve Ark. (2018) (103)	Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak için öncelikli olarak acil servisteki düşmeleri önlenmesi
	Jaladanki ve ark. (2021) (104)	Yüksek kaliteli pediatrik astım bakımını sürdürülebilirliği
	Luo ve ark. (2019) (105)	Hastanenin ameliyat hizmetlerinden faydalanan hastaların deneyimlerini pozitif yönlü geliştirme
	Shea ve ark. (2019) (106)	Felçli hastalara sağlık hizmetlerinin sunumunda teletıp kullanımının geliştirilmesi
Teknoloji Yönetimi	Hwabamungu, ve ark. (2018) (107)	Bilgi teknolojilerinin kullanım kapasitesinin artırılması
	Zhao ve Canales (2021) (108)	Sağlık hizmetlerinin sunumunda bilgi yönetimi ve dijitalleşme faaliyetleri
	Mikhailova (2018) (109)	Hastanelerde yeni teknolojilerin benimsenmesi ve uygulanması
	Lee (2018) (110)	Genel hasta karşılama ve yönlendirmelerde teknolojinin efektif kullanımı
Kalite Yönetimi	Anderson ve ark. (2019) (111)	Kalite iyileştirme çalışmaları
	Nates ve ark. (2020) (112)	Bir kamu hastanesinde Sepsis protokolü uygulamak için bir strateji olarak kalite iyileştirme modelinin kullanımı
	Balding ve Leggat (2020) (113)	Sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sunulması için örgütsel stratejilerin geliştirilmesi

Tablo 5.2.1: Sağlık Tesislerinde Strateji Geliştirmeye Yönelik Yapılan Çalışmalar (Devamı)

Atık Yönetimi	Fletcher ve ark. (2021) (114)	Plastik atık yönetimi stratejilerinin sürdürülebilirliği ve dijital altyapısına yönelik genel değerlendirme
	Barsbay (2020) (115)	Hastanelerde veri tabanlı atık yönetimi
	Thakur ve Ramesh, (2017) (116)	Sağlık hizmetleri atıklarının bertaraf stratejisinin seçimi
Hastane Enfeksiyonları	Haque ve ark. (2020) (117)	Sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyonları engelleme
	Chang ve ark. (2020) (118)	COVID-19 virüsünün hastane içindeki bulaşını engelleme
Kaynak Yönetimi	Dai ve Shi (2019) (119)	Hastane yataklarının planlanması, fazla hasta sayısını kontrol edebilme
	Chabouh ve ark. (2021) (120)	Ameliyathane randevu sisteminin geliştirilmesi
Tedarik Yönetimi	Alshahrani ve ark. (2020) (121)	Hastane ve tedarikçi entegrasyonunun hastane performansının artırılması için stratejiler
	Almutairi ve ark. (2021) (122)	Tedarik yönetiminde mevcut sorunların tespiti ve öncelikli çözüm önerilerinin belirlenmesi
Bina Bakım Yönetimi	Yousefli ve ark. (2017) (123)	Sağlık tesislerinin ve hastane binalarının bakım yönetimine ilişkin literatür ve uygulamaların değerlendirilmesi
Finansal	Sanz (2016) (124)	Sürdürülebilir büyüme için finansal stratejiler geliştirilmesi
Olağanüstü Durumlar	Egodage ve ark. (2020) (125)	Yüksek binalarda farklı engelli topluluklar için yangın acil tahliye prosedürlerinin geliştirilmesi
Pazarlama	Exprua ve Barberena (2016) (126)	Müşteri kaybıyla karşı karşıya kalan hastaneler için pazarlama faaliyetleri
Yemekhane Hizmetleri	Goggins (2018) (127)	Büyük hastanelerde arz ve talep dengesinde yemekhane hizmetlerinin sürdürülebilirliği

5.3. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın amacı ikinci basamak sağlık hizmeti sunan A2 rolündeki bir kamu hastanesinin etkin, verimli ve hasta güvenliğini temin eden bir tesis yönetimi anlayışı ile yönetilmesinde karar destek sistemi olarak kullanılabilecek bütünleşik bir tesis yönetim sistemi bakış açısı geliştirmeye yönelik stratejiler önermektir. Çalışma tamamlandığında geliştirilen stratejiler ile yöneticiler açısından tesis yönetiminin etkin bir şekilde yürütülmesi ve bu sayede geçmişte yaşanan kurumsal hafıza eksikliği kaynaklı olumsuz durumların da önlenmesi hedeflenmektedir.

Bu genel amaç doğrultusunda, çalışmanın başlıca amaçları şu şekilde gruplandırılabilir:

1. Hastanede var olan ve tesis yönetimi kapsamına giren hizmetlerin mevcut durumunun incelenmesi ve ihtiyaçların belirlenmesi:

Ülkemizin sağlık sisteminin farklı özellikler taşıması (özellikle sağlık tesisleri yönetiminde çalışmalara sahip ülkelere göre) ulusal özellikler çerçevesinde devşirme bir sistem oluşturulmasının yerine yeni bir modelin gerekliliğini ortaya koyar. Bu kapsamda modelin altyapısını oluşturmak için öncelikle, JCI'ın tesis yönetimi ve güvenliği göstergelerinin çerçevesinde, temel işletme fonksiyonlarının, tesis yönetimi kapsamının ve sağlık tesislerine özgü parametreler çerçevesinde uzman görüşü alınarak belirlenen yarı yapılandırılmış sorularla hastane (alt-orta ve üst düzey) yöneticilerine yapılacak bireysel görüşmeler neticesinde ihtiyaç analizi yapılması planlanmıştır.

2. Belirlenen ihtiyaçların önem sıralamasının yapılması:

Amaca uygun araştırma yöntemleriyle verilerin analiz edilmesi sağlanarak belirlenen ihtiyaçların akabinde uzman görüşleriyle birlikte öncelik sıralaması yapılmıştır.

3. İhtiyaçların önemlerine göre strateji önerisinde bulunulması:

İhtiyaçların önem sıralamasının yapılması ile önem derecelerine göre hastane için strateji önerisinde bulunulmuştur.

5.4. Araştırmanın Deseni

Bu araştırmada "Keşfedici Sıralı Karma Yöntem" deseni kullanılmıştır. Bu desende nitel aşamada elde edilen veriler nicel aşamanın gerçekleştirilmesine yardımcı olur ve ona veri sağlar. Nitel verilerin toplanması ve çözümlenmesi ilk aşamayı oluşturur. Keşfedilen sonuçlar üzerinden nicel aşama uygulanmaya başlanır ve birinci sonuçlar test edilerek genelleştirilir. Nicel analiz kısmında istatistiksel testlerden yararlanılır. Nitel ve nicel aşamaların ayrı olarak yürütülüyor olması tanımlama, uygulama ve raporlama açısından desenin kolay uygulanabilirliğini sağlar. Birleştirme işlemi nitel aşamadan elde edilen sonuçların nicel aşamada veri toplamak için bir araç geliştirildiği esnada olur. Böylelikle nitel aşama nicel aşama ile ilişkilendirilmiş olur (128). Araştırma desenine ait süreç Şeması Şekil 5.4.1'de gösterilmiştir.



Şekil 5.4.1: Kullanılan Araştırma Deseni Süreç Şeması

5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örnekleminde yer alan bazı katılımcıların sağlık ve/veya diğer özel durumları sebebiyle izinli olmaları katılım düzeyini düşürmüştür. Ayrıca görüşmeler pandemi döneminde çalışanların yoğun iş yükü altında iken gerçekleştirildiğinden çalışmamızda bu durum önemli bir kısıttır. Bu sebeple bazı çalışanların kısa ve ilgisiz cevaplar vererek mülakatı bitirmeye yönelik davranışlar

sergilediği tespit edilmiştir. Ayrıca alt düzey yöneticilerle yapılan görüşmelerde üst yönetim tarafından denetim/sorgulama yapıldığı algısı çalışanların özgür ifadelerini aktarmalarına engel teşkil etmiş, bu durum katılımcıların jest ve mimiklerinden anlaşılmıştır.

Bu çalışma tek bir hastanede yürütülmüştür; sonuçların genellenebilmesi için daha kapsamlı ve farklı hastane türlerinde de daha fazla çalışmanın yürütülmesi önerilir.

5.6.Nitel Aşama

Çalışmanın ilk aşamasında nitel araştırma yönteminin uygulanması tercih edilmiştir. Nitel araştırmanın en önemli özelliklerinden biri olan araştırmaya katılan bireylerin ilgilenilen olgu ya da olayla ilgili algılarının ve deneyimlerinin ortaya konması, bu araştırma yönteminin seçilmesinde etkili olmuştur (129). Nitel araştırmalar tek bir tür değil farklı desenlerinin olduğu geniş kapsamlı araştırmalardır (130). Genel olarak araştırma süreci veri toplamak amacıyla görüşme formunun/soruların geliştirilmesi, verilerin toplanması, tümevarımsal veri analizinin gerçekleştirilmesi ve araştırmacının ulaşılan verileri yorumlaması ve rapor etmesi şeklindedir (131).

Araştırmanın bu kısmında katılımcıların mesleki tecrübelerini ve olgu ile ilgili görüşlerini toplayabilmek adına için olgubilim (fenomenoloji) deseninden faydalanılmıştır. Fenomenolojik araştırmalar kişilerin tecrübe ettikleri bir fenomeni konu alır. Buradaki amaç bireylerin tecrübelerini ortak bir olguya indirmektir (132).

Araştırmanın amacına uygun olarak tesis yönetim sistemi için strateji oluşturulması niyetiyle öncelikle, JCI'ın tesis yönetimi ve güvenliği göstergelerinin çerçevesinde, temel işletme fonksiyonlarının, tesis yönetimi işlevlerinin ve sağlık tesislerine özgü parametreler çerçevesinde uzman görüşü alınarak belirlenen görüşme formu (soru kılavuzu) kullanılmıştır.

5.6.1. Nitel aşamada evren ve örneklem

Araştırmanın ikinci basamak sağlık hizmet sunumu yapan A2 rolünde ve 500 yatak kapasite üzerinde olan 23. Sağlık Hizmet Bölgesi içinde yer alan Tekirdağ Çorlu Devlet Hastanesinde yürütülmesi planlanmıştır. Araştırmanın yapılış amacını hedef evrene ilişkin yargılar oluşturmaktır. Hedef evren, araştırmacının incelediği, ilgi duyduğu ve yaptığı çalışma sonucunda belirlediği sonuçları genellemek istediği evrendir (133). Bu sebeple bu araştırmanın evrenini hastanenin tüm çalışanları oluşturmaktadır. Ancak süre kısıtı ve nitel araştırma tasarımı yürütülmesi gereği çalışmada amaçlı örnekleme yaklaşımı tercih edilmiştir. Amaçlı örneklem yaklaşımında araştırmacının araştırdığı probleme dair en iyi bilgileri alacağı şekilde kasıtlı seçilen bir grup belirlenir (131). Nitekim amaçlı örneklemin varsayımı da araştırmacının keşfetmek, anlamak, iç görü kazanmak istediği ve çoğu şeyi öğrenebileceği bir örneklem seçimine mecbur olmasıdır (134). Bu çalışmada amaçlı örneklem yöntemlerinden biri olan ölçüt (kriter) örnekleme yönetimi kullanılmıştır. Ölçüt örnekleme yönteminde önceden belirlenmiş bir dizi kriteri sağlayan bütün durumlar çalışılır. Kriterler araştırmacı tarafından belirlenebilir ya da var olan özellikli kriter listesi kullanılabilir (135). Ölçüt örneklemesinde araştırma konusu olan herhangi bir durum kriter olarak belirlenebilmektedir (136). Bu çalışmada kriter veya ölçüt olarak hastanenin en az bir biriminin yöneticisi veya sorumlusu olunması belirlenmiştir. Aynı birimin birden farklı sorumlusu olması durumunda ise sadece bir kişi araştırmaya dahil edilmiştir. Tüm çalışanların bağlı bulundukları birimlerin yöneticileri ve sorumluları ilgili personelin ve birimin sorunları ile yakın etkileşime sahip olması örneklem grubu olarak seçilmelerinin en önemli nedenini oluşturmuştur. Üst orta ve alt düzey olmak üzere toplamda 51 yönetici ile birebir derinlemesine görüşme yapmak hedeflenmiştir. Bu hastanede görüşülmesi planlanan yöneticiler aşağıdaki gibidir:

1.Başhekim
2.Başhekim Yardımcıları
3.İdari ve Mali İşler Müdürü
4.İdari ve Mali İşler Müdür Yardımcıları
5.Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
6.Sağlık Bakım Hizmetleri Yardımcısı

7.Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü
8.Destek ve Kalite Hizmetleri Yardımcısı
9.Tıbbi Hizmet Birim Sorumluları
10.Destek Hizmetleri Birim Sorumluları

Çalışmada ölçüt örnekleme yöntemi ile belirlenen yöneticilere ulaşmak hedeflenmiştir. Bu kapsamda yapılan görüşmeler için oluşturulmuş yarı yapılandırılmış sorular öncelikli olarak alt yönetici grubundaki 6 kişiye uygulanmıştır. Hastanede 16/03/2020 tarihinde yapılan görüşmeler neticesinde pilot çalışma tamamlanmıştır. Genel cerrahi servisi, Ameliyathane, Yenidoğan Yoğun Bakım, Çocuk Hastalıkları Servisi Sorumlu Hemşireleri, Tıbbi Sekreter Sorumlusu ve Teknik Hizmet Sorumlusu ile toplamda 4 saat 16 dakikalık görüşme yapılmıştır. Ortalama mülakat süresi 43 dakika olarak gerçekleşmiştir. Bu görüşmelerin transkripti ile toplamda 101 sayfalık ham veri ortaya çıkmıştır. Görüşme yapılan yöneticiler ve pozisyonları Tablo 5.5.1.1'de belirtildiği gibidir.

Tablo 5.5.1.1: Görüşme Yapılan Yöneticiler (Pilot Çalışma)

No	Departman	Görüşme Süresi
1	Genel Cerrahi Servisi	00:36:17
2	Ameliyathane	00:46:00
3	Teknik Servis Sorumlusu	00:54:10
4	Yeni Doğan Yoğun Bakım	00:33:21
5	Çocuk Hastalıkları Servisi	00:22:24
6	Sekreter Sorumlusu	01:04:15

Çalışma takvimine uygun olarak Tekirdağ Çorlu Devlet Hastanesinde 33 alt, orta ve üst düzeyde bulunan yöneticilerle daha görüşme yapılmıştır. Çalışma grubu içerisinde yer alan bazı yöneticiler katılmak istememiş, bazıları ise raporlu veya izinli olduğu için çalışmaya dahil edilememiştir. Söz konusu görüşmeler 19 Ekim-28 Ekim 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerin bir katılımcı hariç tamamının ses kayıtları alınmıştır. Söz konusu görüşmeler toplamda 16 saat 37

dakika sürmüştür. Ortalama görüşme süresi ise 32 dakikadır. Görüşme yapılan yöneticiler ve pozisyonları Tablo 5.5.1.2'de belirtildiği gibidir.

Tablo 5.5.1.2: Görüşme Yapılan Yöneticiler

No	Departman	Görüşme Süresi
1	Başhekim	00:11:40
2	Başhekim Yardımcısı 1	00:20:18
3	Başhekim Yardımcısı 2	00:15:25
4	Başhekim Yardımcısı 3	00:13:75
5	(Başhemşire) Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü	01:07:10
6	(Başhemşire Yard.) Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı	00:34:00
7	İdari ve Mali Müdürü	00:44:00
8	Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü	00:58:00
9	Destek ve Kalite Hizmetleri Müdür Yardımcısı	00:27:10
10	Destek ve Kalite Hizmetleri Müdür Yardımcısı	00:31:07
11	Acil Servis (Acil Tıp Uzmanı)	00:20:29
12	(Koroner) Yoğun Bakım (Anestezi Uzmanı)	00:22:28
13	Biyokimya	00:36:23
14	Enfeksiyon Servisi	00:15:30
15	Radyoloji	00:22:44
16	Acil Servis Sorumlu Hemşiresi	00:35:00
17	Atık Birimi	00:47:23
18	KVC/Kardiyoloji Servisi	00:21:50
19	Dahiliye/Nefroloji Servisi	00:30:00
20	Ortopedi/Beyin Cerrahi/KBB Servisi	00:29:50
21	KVC Yoğun Bakım	00:29:00
22	Yoğun Bakım Koordinatörü	00:52:45
23	Anestezi Birimi	00:28:30
24	Psikiyatri Servisi/ Enfeksiyon Komitesi Hemşiresi	00:26:00
25	Diyaliz Ünitesi	00:27:30

Tablo 5.5.1.2: Görüşme Yapılan Yöneticiler (Devamı)

26	Göğüs Hastalıkları/Üroloji Servisi	00:19:30
27	Temizlik Personel Sorumlusu	00:59:00
28	Anjiyo Ünitesi	00:24:00
29	Doğumhane/Doğum Ünitesi (Ebe)	00:21:45
30	Enfeksiyon/Nöroloji/Cildiye Servisi	00:20:20
31	Sterilizasyon Ünitesi	00:17:55
32	Klinik Mühendislik Hizmetleri/Biyomedikal	00:52:40
33	Yanık Servisi Sorumlusu	00:15:00

Asıl çalışma ile toplamda 39 yönetici ile görüşme tamamlanmıştır. Bu görüşmeler toplamda 20 saat 54 dakika sürmüştür. Ortalama mülakat süresi ise 34 dakikadır.

5.6.2. Nitel aşamada veri toplama araçları

Araştırmada, nitel çalışmalarda en çok kullanılan veri toplama tekniği olarak bireysel görüşme (yüz yüze mülakat) yoluyla veriler toplanmıştır. Görüşme, veri kaynağı ile karşılıklı olarak konuşmaların içeriğini veri olarak esas alır ve görüşme formu kullanılır. Bireylerin deneyimlerini, tutumlarını, görüşlerini, şikayet, duygu ve inançlarını anlamak ve bu yönde bilgi elde etmede etkili bir yöntemdir (137). Bu kapsamda araştırmacılar yarı yapılandırılmış mülakat yapmıştır. Bu sayede araştırmacılar önceden hazırlanan soruların (görüşme formu) yanında, katılımcıların cevapları ve yorumlarına göre görüşmede ek sorular sorabilmektedir. Araştırmacı gerekli gördüğü durumlarda soruları çeşitlendirerek amaç doğrultusunda yeni bilgiler edinebilmektedir (138). Yine bu kapsamda, araştırmanın amacına uygun olarak alt düzey yöneticilerden başlayıp hiyerarşik düzene uygun olarak ilgili kişilerle mülakatların yapılması planlanmıştır. Böylece karar verici pozisyonda bulunan üst düzey yöneticilere ulaşana kadar araştırma sorularının daha olgun hale getirilmesi hedeflenmiştir.

Nitel araştırmalarda iç geçerliliğin sağlanması adına farklı özelliklere sahip katılımcıların araştırmaya dahil edilmeleri, uzman incelemesinin yapılması ve içerik analizi tamamlandıktan sonra katılımcıların teyidi ile sağlanabilir (139). Çalışmamızda iç geçerliliğin sağlanması için, araştırmaya dahil eden kamu hastanesinde görev yapan ve farklı konumlarda bulunan (alt-orta ve üst düzey) yöneticiler ile görüşme yapılmıştır.

Nitel araştırmalarda erken veri analizi yapabilmek de ayrı bir önem taşımaktadır. Bu analiz, veri toplarken eş zamanlı olarak veri analizinin de yapılmasını ifade etmektedir. Yani bir nitel araştırmada veri toplama sürecinde gerçekleştirilen gözlemler analiz edilerek, bir önceki görüşmeden elde edilen verilere dayalı olarak görüşme formunda yer alan sorular yeniden oluşturulabilir (140). Bu kapsamda araştırmada bireysel görüşmeler yapılırken gözlem de yapılmış, araştırmacı günlüğü ve yardımcı araştırmacı notları ile görüşmelerin takibi yapılmıştır.

Pilot çalışma sonucu elde edilen veriler neticesinde görüşme formunda değişiklik yapılmamıştır. Bu sebeple pilot çalışmada elde edilen veriler ana kütleye dahil edilmiştir.

5.6.2.1. Ses kaydı

Araştırmacının mülakat esnasında toplantıyı ve konunun gidişatını yönlendirebilmek için katılımcıya odaklanmalıdır. Özellikle sondaj soruların kullanıldığı mülakat türlerinde araştırmacının hakimiyeti daha da önem kazanmaktadır. Bu kapsamda araştırmacı not almaya fazla odaklanırsa görüşmenin derinliğini kaybedebilir; görüşmeye fazla odaklanırsa da eksik not alma kaygısı güdebilir (141). Bu tür kaygıların ve muhtemel veri kayıplarının önlenebilmesi için görüşmelerin kaydedilebileceği kayıt cihazlarının kullanılması önerilmektedir (142).

Araştırma kapsamında görüşmelere başlamadan önce tüm katılımcılardan onay alınarak ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Katılımcılardan sadece biri ses kaydının alınmasına müsaade etmemiş sadece not tutulmuştur. Özellikle alt düzey yöneticilerde ses kaydının alınmasının tedirginlik yarattığı tespit edilmiştir. Bu

tedirginliklerin giderilmesi amacıyla; katılımcılara imzalatılan aydınlatılmış onam formundaki kısımlar tekrardan sözlü bir şekilde ifade edilmiş ve araştırma konusundan farklı alanlarda yapılan sohbetler yapılmıştır. Bu sayede katılımcıların güveni araştırmacıya karşı güven katılımcıların büyük bir çoğunluğunda sağlanmıştır.

Görüşmeler tamamlandığında toplamda 20 saat ve 54 dakikalık (1254.24 dk.; ortalama 33.54 dk.) ses kaydı elde edilmiştir. Ses kayıtlarının görüşmeler sonrasında deşifre edilmesiyle 400 sayfa ve 149.796 sözcüğün yer aldığı doküman oluşturulmuştur. Bu deşifreler araştırmacı tarafından okunarak veriler ve katılımcılar arasındaki bağlantılar kurulmuş ve amaca uygun oluşturulması muhtemel kod ve kategoriler için zihinsel altyapı oluşturulmuştur. Öncelikli olarak yazılı metin üzerinde sonrasında da analiz programı üzerinden kodlamaya başlanmıştır.

5.6.2.2. Araştırmacı Günlüğü

Araştırmacı günlüğü, araştırmanın veri toplama aşamasında araştırmacının katılımcılara yönelik niteleyici ifadeleri not tuttuğu günlüktür. Katılımcıların görüşme esnasında dikkatini dağıtan veya jest mimiklerinden araştırmacının yaptığı çıkarımlar kayıt altına alınabilir. Böylece verilerin analiz edilmesinde bu unsurlar dikkate alınarak yanlılık minimum düzeye indirilebilir. Araştırmacı günlükleri verilerin analiz edilmesi aşamasında ön yargıların da dikkate alındığı önemli bir belge niteliği taşımaktadır (143).

Bu çalışmada her katılımcı için ayrı notlar tutulmuştur. Söz konusu notlarda görüşme yapılan yer ve saat, katılımcıların gözlemlenebilen ruh halleri ve stres düzeyleri, görüşme esnasında dış etmenlere bağlı gelişen durumlar ve katılımcının tepkileri yer almaktadır.

5.6.2.3. Yardımcı Araştırmacı Notları

Araştırmacının veri toplama aşamasında katılımcılara yönelik niteleyici ifadelerinde eksiklik olmaması ve araştırmanın geçerliliğine katkı sunması adına tüm görüşmelerde yardımcı araştırmacı yer almıştır. Yardımcı araştırmacının notlarında

katılımcıların ifadelerinin yanlılık olmadan tüm dış etkenler dikkate alınarak (katılımcıların ruh halleri, görüşme yapılan odaya giriş-çıkışların yapılması, telefon görüşmeleri vb.) kayıt tutulmuştur.

5.6.3. Nitel aşamada verilerinin analizi

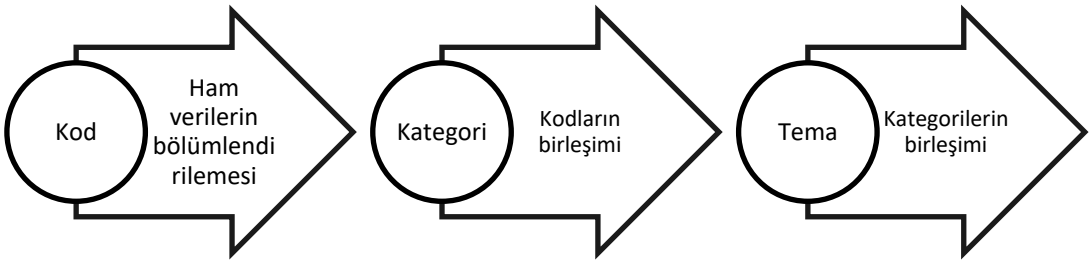
Nitel araştırma sonucu toplanan veriler MAXQDA 2020 Pro programı ile analiz edilmiştir. Çalışmada elde edilen verilerin çözümlenmesinde görüşme formlarındaki sorulara verilen cevaplar ışığında içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizi, metnin içeriğinden anlamın yorumlanması ve metinlerin altındaki olguyu anlamak için ve yaygın olarak kullanılan bir araştırma tekniğidir (144).

Bu araştırmada üç içerik analizi yaklaşımından (klasik-geleneksel, yönlendirilmiş ve bütüne yönelik-özetleyici) biri olan yönlendirilmiş içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Bu yaklaşımın amacı bir teoriyi ya da bununla ilgili çerçeveyi doğrulamak ve bunu kavramsal olarak geliştirmektir. Araştırmada kelimesi kelimesine ham notları oluşturan mülakat dökümleri üzerinden analiz yapılmıştır. Ancak bu karmaşık verinin oluşturduğu kaosu düzene çevirmek ve bunlardan anlam çıkarmak için kodlamaya ihtiyaç vardır (145).

Kod bir nesne veya olgunun soyut olarak temsilini ifade etmektedir (146). Araştırmada önceden belirlenmiş kodlara göre uzman görüşü de alınarak görüşme formunun kullanılması, bu analiz yönteminin seçilmesini desteklemektedir. Yönlendirilmiş içerik analiziyle önceden belirlenmiş kodlarla, kodlamaya başlanır. Akabinde ilk kodlama şeması ile kategorize edilmeyen bir metne yeni bir kod verilir. Ya da kodlanmayan veriler yeni bir kategori mi yoksa bir kodun alt kategorisini mi temsil ettikleri analiz edilir. Yeni tanımlanmış kategoriler teoriyi ya da olguyu iyileştirebilir, genişletebilir ve zenginleştirebilir (139). Bu noktada kodlamalar, araştırmanın amacına uygun olarak geliştirilmesi, planlanan modelin mevcut durum analizinin yapılarak iyileştirilmesi ve zenginleştirilmesi amaçlarıyla birebir örtüşmektedir.

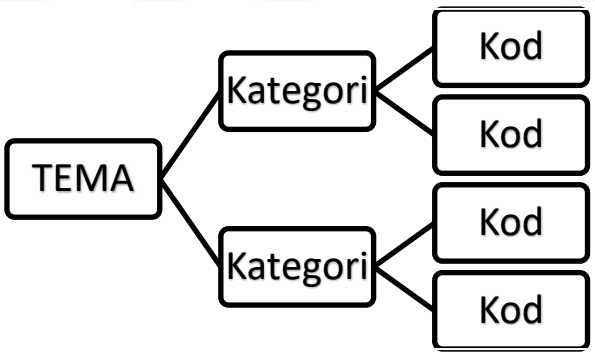
Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler anlamlı bölümlere ayrılarak her bir bölümün kavramsal olarak neyi ifade ettiğinin tespiti yapılır. Anlamlı bir bütün

oluşturan bölümler isimlendirilir. Bu şekilde hiyerarşik bir kodlama yapısı oluşturulur (Şekil 5.6.3.1.) (147).



Şekil 5.6.3.1: Nitel Aşamada Kodlama Süreci

Araştırma kapsamında oluşturulan kod hiyerarşisi 5.6.3.2 şeklinde ifade edildiği gibi tasarlanmıştır.



Şekil 5.6.3.2: Nitel Aşamada Kodlama Hiyerarşisi

5.6.4. Nitel aşamada geçerlik ve güvenirlik

Nitel araştırmalarda geçerlik araştırmacının araştırılan olguları yanlılığa sebebiyet vermeden ve olduğu biçimiyle gözlemesini ifade etmektedir. Araştırma bulgularının doğruluğu, sonuçların yaşanılan gerçeği ne derece etkili gösterdiği ile ilgilidir (148). Nitel araştırmalarda geçerliliği artırmak için farklı stratejiler uygulanabilir. Creswell ve Miller (2000) stratejilerin sekiz tanesine odaklanmıştır (149). Bu stratejiler;

- Uzun süreli katılım ve sürekli gözlem,
- Üçgenleme,
- Akran incelemesi veya sorgulaması,
- Olumsuz durum analizi,
- Araştırmacı önyargılarının açıklanması,
- Üye kontrolü,
- Zengin, yoğun betimleme,
- Dış denetimler şeklindedir.

Creswell'e (2015) göre nitel araştırmalar için yukarıdaki stratejilerin iki tanesinden faydalanılması yeterli olacaktır. (150) Araştırmada akran incelemesi veya sorgulaması kriterine uyumun sağlanabilmesi adına; araştırma soruları, temalar ve katılımcılar yönetim ve strateji, yönetim ve organizasyon, sağlık yönetimi ve tesis yönetimi alanındaki beş farklı uzman görüşleri alınarak tasarlanmıştır.

Ayrıca bir diğer kriter olan üye kontrolünün sağlanabilmesi için görüşme yapılan katılımcılara bulgu ve yorumların sunumu yapılmış, görüş ve önerileri talep edilmiştir. Bu kapsamda yapılan geri dönüşler çerçevesinde tekrar değerlendirilme yapılarak son hali verilmiştir.

Bunlara ek olarak araştırma geçerliliğinin artırılması amacıyla ayrıntılı zengin ve yoğun betimleme yapılmıştır. Ayrıntılı betimleme *"ham verinin ortaya çıkan kavram ve verilere göre yeniden düzenlenmiş bir biçimde okuyucuya yorum katmadan ve verinin doğasına mümkün olduğu ölçüde sadık kalınarak aktarılması"* şeklinde ifade edilmektedir (147). Bu çerçevede Yıldırım ve Şimşek (2011) doğrudan

alıntıların bulgu kısmına eklenebileceğini aktarmıştır. Nitekim bu araştırmada da geçerliliği artırmak adına doğrudan alıntılara yer verilmiştir.

Nitel araştırmanın güvenirliği farklı zamanlarda ya da farklı kişiler tarafından yürütülmesi durumunda aynı ya da benzer sonuca ulaşma durumu olarak tanımlanır. Ancak insan davranışlarının farklılıkları, karmaşık ve değişken yapısı, araştırılan konunun gerçeği yansıtma derecesi güvenirliğin sağlanmasını güçleştirmektedir. Bu nedenlerden ötürü nitel araştırmalarda farklı gruplara tekrarlanan araştırmaların aynı sonuçlara ulaşmayacağı baştan kabul edilir (148).

Nitel araştırmalarda güvenilirliğin sağlanabilmesinin bir farklı yöntemi de çalışılan ortamdaki her şeyin kaydedilmesiyle mümkündür (ses ve görüntü kaydının alınması, katılımcılara yapılan alıntılara herhangi bir şekilde eklenti yapılmaması vb.)(141). Bu sebeple araştırmada hem ses kaydı alınmış hem de katılımcıların jest ve mimiklerini, olayları karşılama durumu ve verdikleri tepkilerin de kaydedilmesi amacıyla yardımcı araştırmacı notları ve araştırmacı günlüğü tutulmuştur. Araştırmanın tüm aşamaları ve metodolojisi ayrıntılı bir şekilde görüşmelere başlamadan önce tüm katılımcılara aktarılmıştır. Bu sayede güvenilirliğin ayrıca artırılması hedeflenmiştir (151).

5.7. Nicel Aşama

Çalışmanın nicel kısmında nitel analiz sonucu oluşan veriler kullanılarak belirlenen ihtiyaçların önem sıralaması yapılmıştır. Bu kapsamda belirlenen ihtiyaçların önem sıralamalarının yapılabilmesi için çok kriterli karar verme yöntemlerinden Analitik Hiyerarşi Prosesi (Analytic Hierarchy Process-AHP) kullanılmıştır. Bazı çalışmalarda bu yöntem Analitik Hiyerarşi Süreci olarak Türkçe ’ye çevrilmiştir (152).

Thomas L. Saaty (1980) tarafından geliştirilen AHP çok kriterli karar vermede en çok kullanılan yöntemler arasında yer almaktadır. İkili karşılaştırmaya dayalı bir karar verme yöntemidir ve kriterlerin ağırlıkları uzman görüşüne bağlı olarak belirlenmektedir Birden fazla karar vericinin, alternatifin ve kriterin yer aldığı karar

verme problemlerinde kullanılan AHP alternatiflerin ortak bir kritere göre ikili olarak karşılaştırmasının yapıldığı ölçüm teorisi olarak değerlendirilmektedir (153–156).

5.7.1. Nicel aşamada evren ve örneklem

Nitel aşama kısmında belirlenen ihtiyaçların önem sıralamasının yapılması amacıyla AHP yöntemi kullanılmıştır. Birinci aşamada nitel analiz sonucu belirlenen tema kodlarının hastane açısından öneminin belirlenmesi amacıyla oluşturulan anketin, hastanenin orta ve üst düzey yönetici kadrosunda yer alan 12 farklı yöneticiye uygulanması hedeflenmiştir. Ancak katılımcıların bir kısmının izinli, bir kısmının ise araştırmaya dahil olmak istememesi sebebiyle yalnızca 7 yöneticiye anketler uygulanabilmiştir. Araştırmanın bu kısmına dahil edilen katılımcılara ait bilgiler Tablo 5.6.1.1'de gösterilmiştir.

Tablo 5.6.1.1: AHP Anketi Uygulanan Yöneticiler

Katılımcı	**Yönetici Pozisyonu**	**Operasyon**
Katılımcı 1	Üst Düzey	Başhekim Yardımcısı
Katılımcı 2	Üst Düzey	Başhekim Yardımcısı
Katılımcı 3	Üst Düzey	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
Katılımcı 4	Orta Düzey	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı
Katılımcı 5	Üst Düzey	İdari Mali İşler Müdürü
Katılımcı 6	Üst Düzey	Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü
Katılımcı 7	Orta Düzey	Destek ve Kalite Hizmetleri Müdür Yardımcısı

5.7.2. Nicel aşamada veri toplama araçları

AHP yönteminde ikili karşılaştırmalarda bir faktörün diğer faktöre göre ne kadar daha önemli veya baskın olduğunu belirlemeye uygun bir ölçek kullanılmalıdır. Bu kapsamda oluşturulan anketlerde Saaty'nin 1-9 ölçeğine göre karşılaştırma yapılır (157). Söz konusu değerler Tablo 5.6.2.1'de gösterilmiştir.

Tablo 5.7.2.1: AHP'de Kullanılan Saaty'nin Önem Dereceleri Skalası (152,157)

Önem Derecesi	Tanım	Açıklama
1	Eşit Önemde	İki faktör de aynı öneme sahiptir.
3	Biraz Daha Önemli	Tecrübe ve yargılara göre bir faktör diğerine göre biraz daha önemlidir.
5	Oldukça Önemli	Bir faktör diğerine göre kuvvetle daha önemlidir.
7	Çok Önemli	Bir faktör diğerine göre yüksek derecede kuvvetle daha önemlidir.
9	Son Derece Önemli	Bir faktör diğerine göre çok yüksek derecede önemlidir.
2,4,6,8	Ara Değerler	İki faktör arasında küçük farklar olduğunda kullanılmaktadır.
Kaşılık Değerleri	İki faktör kaşılaştırıldığında atanan x değeri, ters karşılaştırma yapıldığında atanan değer 1/x'tir.	

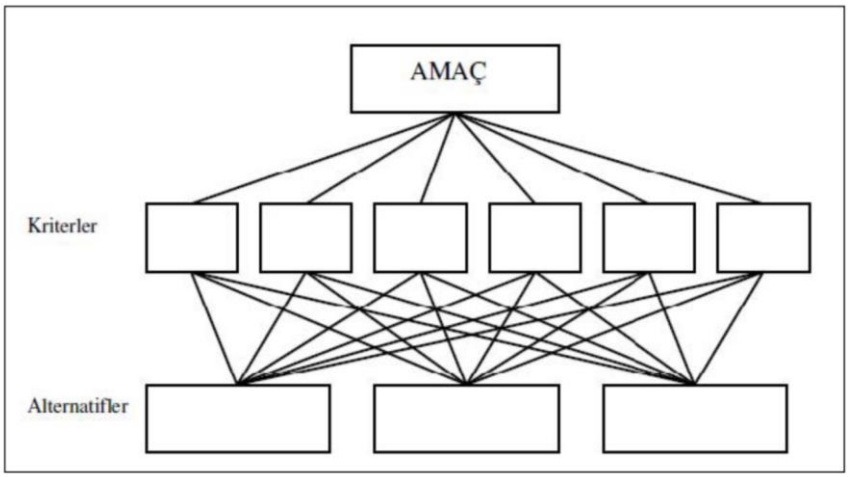
Tablo 5.6.2.1'de belirtilen önem dereceleri skalasına göre oluşturulmuş ölçekler EK-3'te'de ifade edildiği şekildedir.

5.7.3. Nicel aşamada verilerin analizi

Bu aşamada veriler Microsoft Excel programı ile analiz edilmiştir. Karar problemine göre oluşturulan hiyerarşik yapının ardından, oluşturulan her bir hiyerarşik düzeydeki kriterlerin önceliklerinin belirlenmesi gereklidir. Bu amaçla aynı seviyede yer alan kriterlerin ikili karşılaştırmaları yapılır. AHP tekniği ile karar problemlerinin çözümünde aşağıdaki aşamalar izlenir (152,158,159);

1. *Karar probleminin hiyerarşik yapısının oluşturulması,*

Analitik Hiyerarşi Süreci'nde sisteme etki eden faktörler bir hiyerarşi olarak düzenlenir. Daha sonra karar alternatiflerinin değerlendirilmesi için hiyerarşinin her seviyesindeki elemanların ikili karşılaştırmaları yapılır (160). Elde edilen kriter ağırlıkları amaca ulaşma noktasında hangi kriterin daha önemli olduğunu göstermektedir. Çalışmanın amacına uygun olarak oluşturan hiyerarşik yapı Şekil 5.6.3.1'de gösterilmiştir.



Şekil 5.7.3.1: AHP'nin Hiyerarşik Yapısı (161)

2. *Karşılaştırma matrisinin oluşturulması,*

İkili karşılaştırma, karar vericilerin değerlendirmelerine göre kriterlerin birbirleri ile karşılaştırılmasının yapılmasını ifade etmektedir. Bu işlem, karar kriterleri ile alternatiflerinin öncelik dağılımının kurulabilmesi amacıyla yapılır. Bu karşılaştırmalar yapılmasında Tablo ..'deki ikili karşılaştırma matrisi kullanılır (162).

Tablo 5.6.3.1: Kriterler için İkili Karşılaştırmalar Matrisi (163)

	Kriter 1	**Kriter 2**	**…**	**Kriter N**
Kriter 1	w_1/w_1	w_1/w_2	…	w_1/w_n
Kriter 2	w_2/w_1	w_2/w_2	…	w_2/w_n
.	.	.	.	.
.	.	.	.	.
.	.	.	.	.
Kriter N	w_n/w_1	w_n/w_2	…	w_n/w_n

Not: w_i/w_j *amaca ulaşmak için* ***i.*** *kriterin* ***j.*** *kriterden ne kadar daha önemli ya da önemsiz olduğunu ifade etmektedir.*

3. *Karşılaştırma matrisi normalize edilmesi,*

İkinci adımda oluşturulan matrisin standardizasyonu sağlanır. Bu aşamada sütun toplamları alınır ve her değer kendi sütun toplamına bölünür. Böylece standartlaştırılmış matris elde edilir.

4. *Ağırlıkların elde edilmesi,*

Ağırlıkların elde edilmesi için matrislerde yer alan verilerin satır ortalaması alınır ve öncelik vektör matrisi elde edilir.

5. *Tutarlılık analizi yapılması,*

Bu aşamada birincil olarak $A.w = \lambda_{max} * w$ eşitliğini sağlayan λ_{max} vektörü elde edilir. Yukarıdaki formülde yer alan A karşılaştırma matrisini, w ise elde edilen ağırlık matrisini ifade etmektedir. (1) ve (2)'de gösterilen formüller yardımı ile gerekli hesaplamalar yapılır ve "tutarlıklık oranı (CR)" elde edilir (164).

CI: $(\lambda max - n)/(n-1)$ (1)

CR: CI/RI (2)

CI: Tutarlılık Göstergesi

RI: Rassallık İndeksi

AHP modeli için farklı değerlere sahip RI değerleri yer almaktadır. Bu çalışmada aşağıdaki tabloda (Tablo 5.7.3.2) yer alan değerler dikkate alınmıştır (165).

Tablo 5.7.3.2: Rassallık İndeksleri (RI)

n	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
RI	0,000	0,000	0,525	0,882	1,110	1,250	1,341	1,404
n	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	
RI	1,451	1,486	1,514	1,536	1,555	1,570	1,584	

AHP'de, tutarlılık oranını ifade eden CR'nin, 0,1'den daha az olması yapılan uygulamanın tutarlı olduğunu gösterir (164).

6. *Alternatiflerin genel puanları elde edilmesi,*

Kriterlerin göreli önem ağırlıkları ve her bir kritere göre alternatiflerin göreli önem ağırlıkları matrisi bu aşamada elde edilir ve alternatif matrisi ile kriterlerin göreli önem ağırlıklarının çarpımı sonucu nihai sonuca ulaşılır (159). Ancak bu araştırmanın problemi gereği nihai olarak kriterlerin göreli önem ağırlıklarının elde edilmesi ile belirlenen ihtiyaçlardan hangisinin ve/veya hangilerinin göreli daha önemli olduğu tespit edilmiştir.

5.7.4. Nicel aşamada geçerlik ve güvenirlik

Yöneticiler tarafından toplanan veriler neticesinde doldurulan matrislerin her biri için ayrı ayrı tutarlık testleri yapılmış, tutarlık oranları (Consistency Rate-CR) tespit edilmiştir. Böylece çalışmanın güvenirlik düzeyinin bu yolla artırılması hedeflenmiştir. Tutarlılık oranının her bir matris için 0,1'den küçük olması beklenir (159); bu sebeple tutarlılık oranı dışında kalan matrisler analize dahil edilmemiştir.

6. BULGULAR

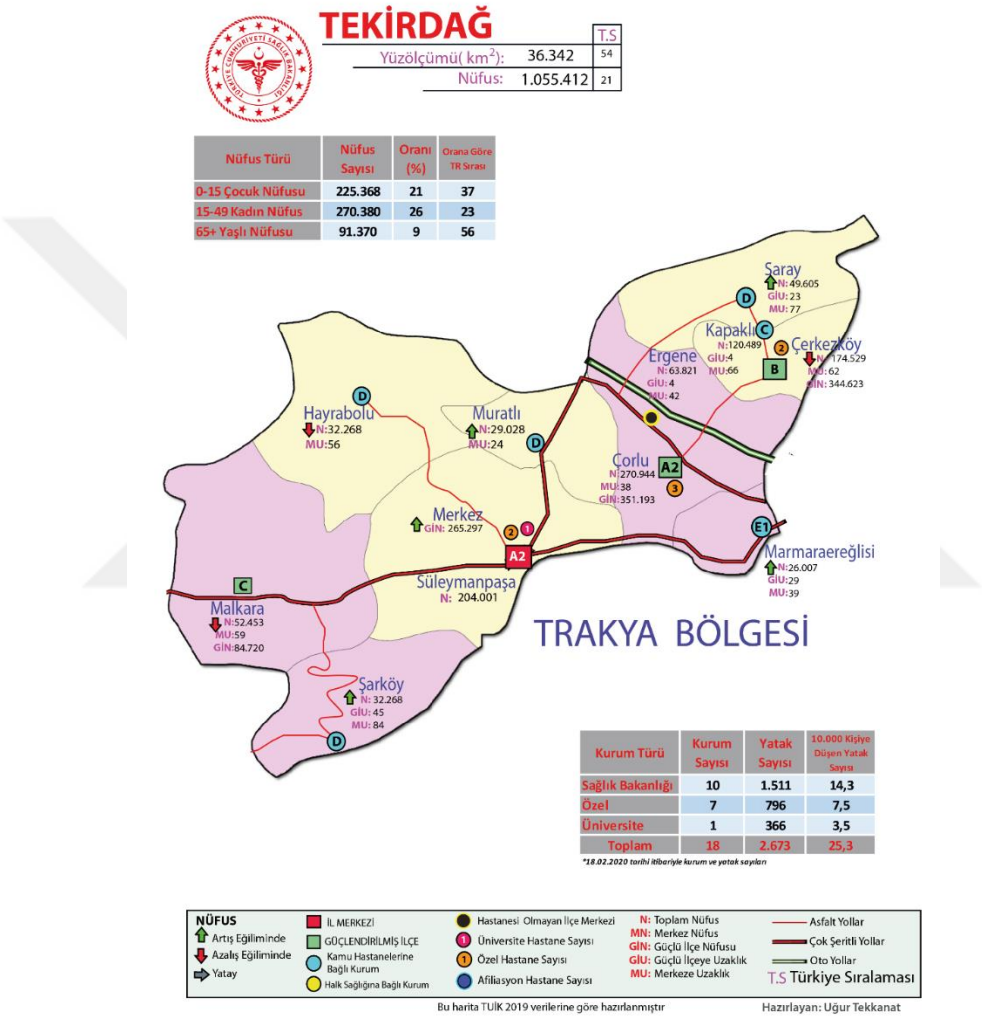
6.1. Hastane Hakkında Genel Bilgiler

Sağlık için ayrılan kaynakların akılcı kullanımı perspektifinde bina, sağlık insan gücü ve tıbbi donanım ihtiyaçlarının doğru bir şekilde tespit edilmesi, en uygun sağlık planlamasının yapılması ve atıl kapasitenin oluşmaması amaçlanmaktadır. Bu minvalde Türkiye sağlık bölgelerine ayrılır ve sağlık hizmetlerinin sunumu bu belgeler çerçevesinde yürütülür. Bölgenin merkeze alındığı sağlık planlamasında nüfus yoğunluğu, sosyo-ekonomik yapı, ulaşım, sanayileşme ve kentleşme, ayrıca sağlık hizmet sunumunun kalitesi ve kapasitesi gibi temel göstergeler temel alınarak bazı iller bölgelerin merkez ili olarak belirlenir. Bu illerden ileri seviyede sağlık hizmeti almak üzere alt bölgeler ve sağlık hizmet sunumunda illere bağlı güçlendirilmiş ilçeler belirlenir. Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye sağlık hizmet sunumu ve sağlık planlaması dikkate alınarak 30 sağlık hizmet bölgesine ayrılmıştır (Şekil 6.1.1).



Şekil 6.1.1: Türkiye Sağlık Hizmet Bölgeleri (166)

Araştırma kapsamında 23. Sağlık Hizmet Bölgesinde yer alan Tekirdağ ilindeki A2 rolündeki kamu hastanesi[2] üzerinde çalışma yapılması hedeflenmiştir. Sağlık Bakanlığının sağlık bölge planlamasına göre belirlediği hastane grupları EK-1'de ayrıca ifade edilmiştir. Tekirdağ ilinin bu bilgiler kapsamında özellikleri Şekil 2'deki gibi özetlenmiştir.



Şekil 6.1.2: Tekirdağ İlinde Yer Alan Hastaneler, Özellikleri ve Bölgesel Nüfus Değişimi (166)

[2] Bölge sağlık merkezi konumundaki illerde veya bu merkezlere bağlı il ve/veya ilçelerde hizmet veren, eğitim ve araştırma misyonu bulunmayan ve Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen spesifik kriterlere uygun hastanelerdir.

Tekirdağ Çorlu Devlet Hastanesi 29 Ekim 1963 tarihinde 50 yataklı Doğum ve Çocuk Bakımevi olarak hizmete açılmış, 1965 yılında Devlet Hastanesi'ne dönüştürülmüştür.

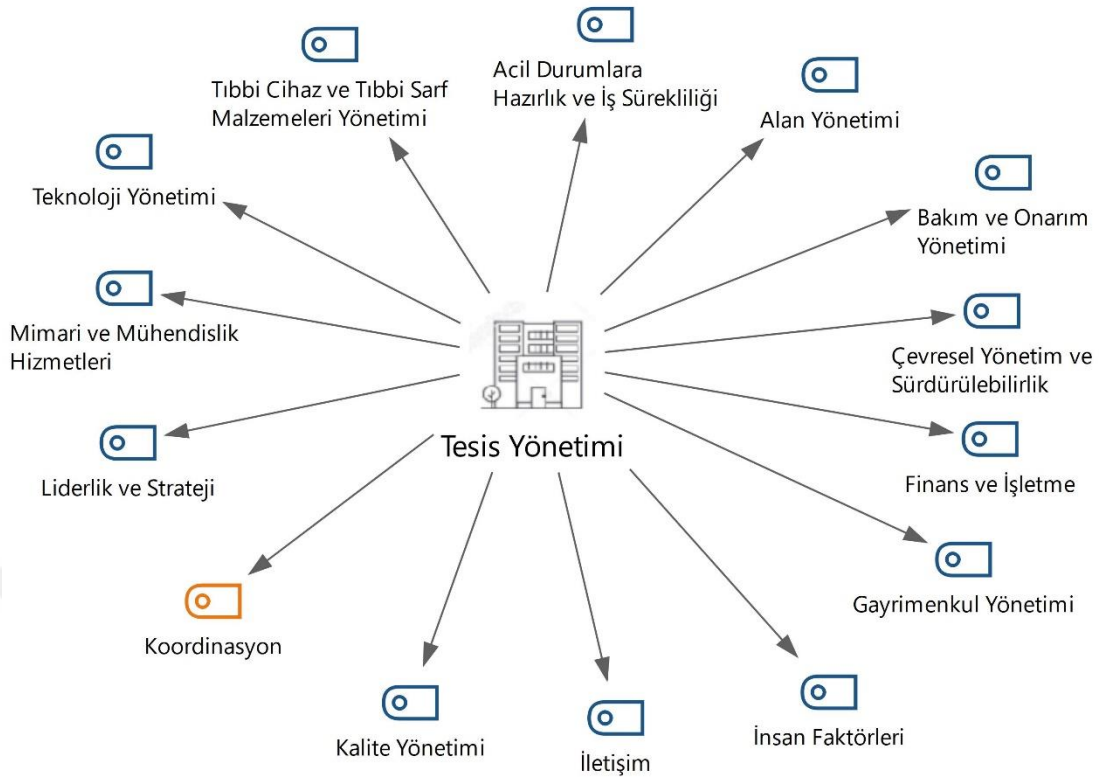
1997 yılına kadar 100 yatak kapasitesi ile hizmet veren hastanenin farklı dönemlerde yapılan eklemelerle kapasitesi 300 yatağa çıkarılmıştır. Ancak eski binanın ekonomik ömrünü bitirmesi ve depreme dayanıksız hale gelmesi sebebiyle yıkımı gerçekleştirilmiştir. Mevcut hizmet binalarının yetersiz kalması sebebiyle 2007 yılı (13 Ocak 2007 Tarihli ve 26402 Sayılı Resmî Gazete – Mükerrer) yatırım programında yer alan 300 Yataklı Ek Hastane Binasına 104.893,20 m2 arsa tahsisinin yapılarak projelendirilmesi yapılmış ve 28/07/2013 tarihinde kesin kabulü yapılmıştır. Sağlık hizmet ihtiyaçlarının artması neticesinde hastanenin yatak sayısı 30/12/2013 tarihinde 350'ye, 08/05/2014 tarihinde 400'e, 17/10/2017 tarihinde de 500'e çıkartılmıştır.

Tekirdağ Çorlu Devlet Hastanesi 25-27, Şubat 2019 tarihleri arasında tabi tutulduğu değerlendirme sonucunda Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartlarındaki tüm kriterler üzerinden 100 üzerinden 99,23 kalite puanı vermiştir.

6.2. Nitel Araştırma Bulguları

6.2.1. Araştırma amacına yönelik oluşturulan temalara ilişkin bulgular

Bu kısımda yönlendirilmiş içerik analizine göre önceden belirlenen ve analiz sırasında eklenen temalar, kategoriler ve kodların yanı sıra katılımcıların yorumları aktarılmıştır. Görüşme formu çerçevesinde elde edilen verilerin kodlanmasıyla analiz yapılmış ve bu kodlar tesis yönetimi, sağlık tesisleri yönetimi ve sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi literatürü çerçevesinde (Tablo 4.2.4.3) belirlenen temaların altında sınıflandırılmıştır. Şekil 6.2.1.1'de araştırma kapsamında oluşturulan temalar gösterilmiştir.



Şekil 6.2.1.1 Bütünleşik Tesis Yönetim Sistemi-Temalar

Belirlenen temalar doğrultusunda katılımcılardan elde edilen veriler ile yönlendirilmiş içerik analizi yapılmıştır. Yönlendirilmiş içerik analiziyle önceden belirlenmiş kodlarla, kodlamaya başlanır. Akabinde ilk kodlama şeması ile kategorize edilmeyen metin veya metinler yeni kodlar verilir (139). Hastanenin birim içi ve birimler arasındaki ve ayrıca farklı kurumlarla koordinasyonun sağlanmasına yönelik katılımcı ifadeleri doğrultusunda bu çalışmada önceden belirlenen temalara ek olarak "Koordinasyon" teması oluşturulmuştur.

Tablo 6.2.1.1: Bütünleşik Tesis Yönetim Sistemi Kapsamında Oluşturulan Tema, Kategori ve Kod Listesi

TEMA (n=15)	KATEGORİ (n=48)	KOD (n=186)
Acil Durumlara Hazırlık ve İş Sürekliliği	Hastane Acil Afet Planı	Bilgi düzeyi Eğitimler Süreç yönetimi Öngörülemeyen acil durumlar
	Tren Kazası	Bilgi kirliliği Gönüllü vatandaşlar Kriz yönetimi Sürecin değerlendirilmesi
	Kaynak Yönetimi	Bilgi paylaşımı Yeterli ve zamanında tedarik Yönetici uygulamaları
	Koridor/Geçiş Alanları	Alanların büyüklüğü
	Yapısal Düzenlemeler	Alan yaratma Merkezi ve yerinden yönetimlerin talepleri Yapısal düzenlemelere yönelik hafıza
Bakım ve Onarım Yönetimi	Düzeltici Bakım	Arıza talebi Dışardan hizmet alımı Ortak alanlar Sorunun kaynağını tespit etme
	Önleyici Bakım	Hizmet alımı Maliyet Rutin bakımlar
	Kullanıcı Tutumları	Hasta ve hasta yakınları Personel
	Yönetim ve Takip	Birim yönetiminin kararı Dinamik veri üreten sistem Diğer kurumların desteği Sürecin takibi
Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik	Atık Yönetimi	Birim içi atık yönetimi Depolama Dış paydaşlar Eğitimler Maliyet Personel Veri kaydı
	Çevre Sağlığı	Atıkların bertarafı Atık deposu

Tablo 6.2.1.1: Bütünleşik Tesis Yönetim Sistemi Kapsamında Oluşturulan Tema, Kategori ve Kod Listesi (Devamı)

Finans ve İşletme	Bütçe ve Fonlama	Bağışlar Bütçe-fon dengesi Döner sermaye
	Kaynak Yönetimi	Araştırma geliştirme Birimler arası koordinasyon/iletişim Kaynak yönetim sistemleri
	Satın Alma	Ürün/hizmet kalitesi Satın alma yöntemi Teknik şartname Zamanlama/Tedarik yönetimi
	Stok Yönetimi	Depolama Sınıflandırma Zaman yönetimi/İş planı
Gayrimenkul Yönetimi	Tasarım ve Kapasite Tercihleri	Değişen ihtiyaçlar Karar vericilerin tercihleri
	Yer Seçimi	Eksi rakım Karar vericilerin tercihleri Okullar bölgesi Trafik yoğunluğu
İletişim	İletişim Araçları	Telsiz Telefon HBYS Yüzyüze WhatsApp Zoom (Görüntülü görüşme)
	İletişimi Bozan Etmenler	Hasta ve hasta yakınlarının tutumu İş yükü Personelin tutumu HBYS'nin verimli kullanılamaması Yetki ve sorumluluk alanlarının net olmaması
İnsan Faktörleri	Motivasyon	Motivasyonu düşürücü unsurlar Motivasyonu artırıcı unsurlar
	İnsan Kaynakları Planlaması	Daimi kadroya geçiş İşe alım süreçleri Kaynak yönetimi Personel yeterliliği/Kalifiye Personel eksikliği Oryantasyon
	İş Yükü	Hasta ve hasta yakınları Personel Kalite biriminin talepleri Yapısal Unsurlar/Cihaz ve Sarf Malzemeleri

Tablo 6.2.1.1: Bütünleşik Tesis Yönetim Sistemi Kapsamında Oluşturulan Tema, Kategori ve Kod Listesi (Devamı)

Kalite Yönetimi	Kayıt Sistemi	Basılı dosyalama Bilgi yönetim sistemleri Elektronik dosyalama
	Komite ve Komisyonlar	Bilgilendirme İşlevsellik Pandemi dönemi
	Performans Yönetimi	Kurumsal hafıza Performans sisteminin önemi Sorunlar Takip
	Risk Yönetimi	Bilgilendirme Hasta güvenliği İş sağlığı ve güvenliği
	Uygulama ve Denetimler	Kalite sisteminin avantajları Geri bildirimler Sağlıkta kalite standartları Sorunlar
Koordinasyon	Birim İçi Koordinasyon	Meslekler arası Tedarik Rutin toplantılar Yönetişim
	Birimler Arası Koordinasyon	Bilgi paylaşımı Birim yöneticilerinin tutumu Hiyerarşik yapı Personel
	Kurumlar Arası Koordinasyon	112 Acil hizmetler Hizmet sağlayıcı özel işletmeler Kamu kurumları
Liderlik ve Strateji	Birim Yönetimi ve Planlama	Birim içi planlama Rotasyon Örgütlenme-hiyerarşik yapı Personel beklentileri ve yeterlilikleri İş planı/Rehber Yönetim becerisi
	Değişim Yönetimi	Değişime direnç Değişimin kaynağı/niteliği Kurum aidiyeti
	Karar Verme Yöntemleri	Beyin fırtınası Birim çalışanlarının görüşlerinin alınması

Tablo 6.2.1.1: Bütünleşik Tesis Yönetim Sistemi Kapsamında Oluşturulan Tema, Kategori ve Kod Listesi (Devamı)

Liderlik ve Strateji	Sorunların Çözümü	Alternatif üretme Hiyerarşik çözüm yolu İnformal ilişkiler İleriye yönelik önlem almama Tecrübe/Sorun çözüm algoritması hafızası Kriz yönetimi Rutin toplantılar Sorunların tespiti ve yönetimi Yönetişim
	Süreç Yönetimi	Diğer birimlerle etkileşim Entegre süreçler İş takibi
	Yönetsel Sürdürülebilirlik	Bilgiye erişim Devir-teslim Kişiye bağlı sistem Kurumsal hafıza Mesleki tecrübe
Mimari ve Mühendislik Hizmetleri	Altyapı	Asansörler Dijital altyapı Elektrik İklimlendirme sistemi PVC Pnömatik sistem[3] Sıhhi tesisat Zemin
	Birim İhtiyaçları	Birimler Birimler arası bağlantılar Hasta ve hasta yakınları Personel
	Birimlerin Tasarımı	Hasta güvenliği Temizlik Yorgunluk İş sağlığı ve güvenliği
	Otopark Alanı	Mevcut alanların düzeltilmesi Personele tahsis edilmiş alan
	Teslim ve İşletme	Sorumluluk reddi Yapısal hafıza Zorunlu değişiklikler

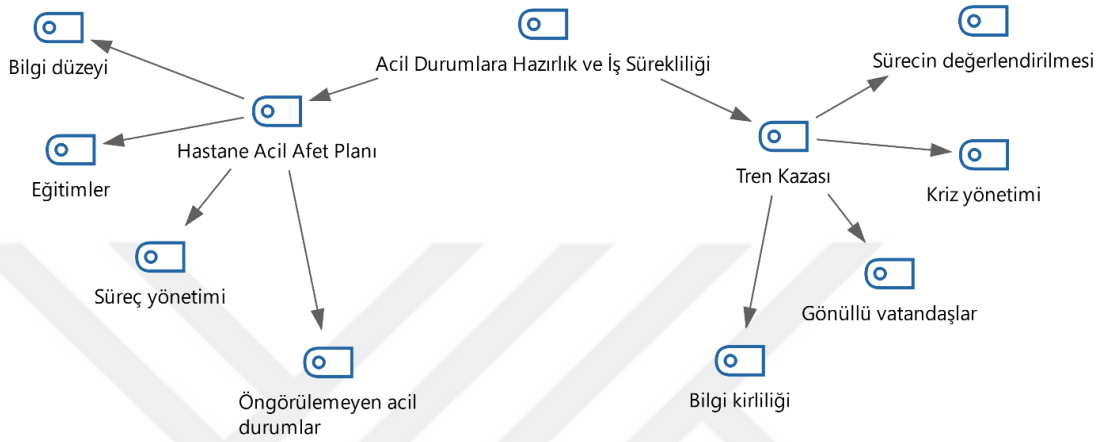
[3] Pnömatik sistemler, sıkıştırılmış (basınçlı) hava ile çalışan sistemler olarak tanımlanmaktadır. Pnömatik sistemler, mevcut havayı mekanik harekete çevirerek itme gücü elde edilir (234). Bu sayede tesis içerisinde taşıma işlemleri zaman ve maliyet tasarrufuyla gerçekleştirilebilmektedir.

Tablo 6.2.1.1: Bütünleşik Tesis Yönetim Sistemi Kapsamında Oluşturulan Tema, Kategori ve Kod Listesi (Devamı)

Teknoloji Yönetimi	Bilgi Yönetim Sistemleri	ÇKYS (Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi)/MKYS (Malzeme Kaynak Yönetim Sistemi) EKAP (Elektronik Kamu Alımları Platformu) MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi)
	Dış Kaynak Kullanımı	Maliyet Mevzuat (yasal güvenceler)
	HBYS	Efektif kullanım Maddi hatalar Sistemin etkin çalışmaması
Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi	Mevcut Sorunlar	Çamaşırhane Dışarıdan hizmet alımı Yapısal tehditler
	Tedarik Yönetimi	İş sürekliliği Maliyet Stok Yönetimi Yeterli donanım
Çalışanlar Açısından Hastanenin Güçlü ve Zayıf Yönleri	Güçlü Yönler	Enfeksiyon hızı Hastaların kalite algısı Koordinasyon kabiliyeti Malzeme tedariki Mimari tasarım Personel Temizlik Yönetim
	Zayıf Yönler	Hekim ve hemşire başına düşen hasta sayısı İklimlendirme sistemi, nem ve rutubetlenme Hastane çevresi Meslekler arasındaki uyumsuzluk/koordinasyon eksikliği Personel sayısı Peyzaj/Çevre düzenlemesi Yer seçimi

6.2.2. Acil durumlara hazırlık ve iş sürekliliği temasına ilişkin bulgular

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda "Acil Durumlara Hazırlık ve İş Sürekliliği" temasına ilişkilendirilmiş kategoriler "Hastane Acil Afet Planı" ve "Tren Kazası" bağlamındadır.



Şekil 6.2.2.1: Acil Durumlara Hazırlık ve İş Sürekliliği Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar

6.2.2.1. Hastane acil afet planı kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar acil durumlar ile ilgili sürecin yönetimi konusunda "Hastane Acil Afet Planı" bağlamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Bilgi düzeyi", "Eğitimler", "Süreç yönetimi" ve "Öngörülemeyen acil durumlar" olmak üzere üç farklı kodlama yapılmıştır.

A. Bilgi düzeyi

Konu ile ilgili yöneltilen sorulara Katılımcı 33 *"Tabi hastane acil afette, acil birim üzerine gerekli olan şeylerde yetkilerim var sorumluluklarım var; atıyorum transfer konusunda işte acil alınması konusunda müdahale konusunda veya sahra çadırlarının kurulması gibi süreçlerde görev alıyorum."* ve Katılımcı 6 *"Yani o şeye göre değişiyor her afette, afet şimdi bir sürü afete göre biz hastane afet planımızı yaptık, yangına göre yaptık, hastane yangın, ilçede yangın beklenen büyük Marmara depremine yönelik yaptık planımızı, onun dışında tren kazası trafik kazalarına*

yönelik, büyük bir kimyasal patlamaya yönelik fabrikalarda bunlara yönelik hastane afet planımıza hazırlık yaptık…" şeklinde açıklama yapmıştır. Bu açıklamalarla aynı doğrultuda Katılımcı 38 ve Katılımcı 5'in yaptığı ifadelerden de katılımcıların acil afet planına hakim olduğu;

Katılımcı 34'ün *"Bildiğim kadarıyla tatbikatlar yapılıyor zaten yangın merdivenleri her zaman faal onun dışında işte sel olsun, deprem olsun, yangın olsun bunlarla ilgili arada tatbikatlar yapılıyor, bildiğim kadarıyla bu yangın için püskürtmeler faal durumda…",* Katılımcı 18'in *"HAP planını okumadım, sadece kimin ne görev yaptığını gördüm, hani orada o aşamayı takip ettim, şemayı gördüm yani, ya da kime başvurulacak, kim görecek. Hepsini gördüm."* ve Katılımcı 20'nin ise *"Zaman zaman arkadaşlar işte bilgilendiriyorlar ama birebir ben katılmadım o yüzden çok bir bilgim yok."* ifadelerinden sınırlı bilgiye sahip oldukları;

Katılımcı 14 *"Benim bilgim yok"* ve Katılımcı 7 *"Yani birebir bana şey yapılan olmadı…"* ifadelerinden ise katılımcıların acil afet planı konusunda bilgisiz olduğu çıkarımına varılmıştır.

B. Eğitimler

Konu ile ilgili yöneltilen sorulara Katılımcı 10'un "*"Baya bir şey yaptık yani böyle haberleşip hatta söylenmeyen arkadaşlar anlayamadı kırmızı yapmışlar kan yapmışlar kafasına kan akmış, birkaç tanesi fazla abarttı fazla bağırdı, ölü taklidi yaptı falan filan, bir değişik deneyim yaşadık yani"* ifadesiyle benzer görüşlerini ileten Katılımcı 20 ve Katılımcı 5'ten uygulamalı tatbikatların yapıldığı; Katılımcı 33'ün *"Önce masa başı yapıyoruz sonra sahada da uygulamasını yapıyoruz."* ifadelerinden ise hem masa başı hem de uygulamaların tatbikatların yürütüldüğü anlaşılmıştır. Bunlara ek olarak Katılımcı 33'ün *"Masa başında bir şeyi ne kadar uygularsak uygulayalım ama sahada bunun uygulaması olmadığı zaman pratikte bir anlam ifade etmiyor."* şeklindeki ifadesiyle sadece masa başı tatbikatların etkin olmadığı ayrıca belirtilmiştir.

Ayrıca Katılımcı 17'nin *"Hastanenin acil afet planıyla alakalı tatbikatlar oldu ama bizim vaka durumumuz genellikle gün içinde yoğun oluyor biz çok acil afet planına katılamıyoruz açıkçası…"* ve Katılımcı 35'in *"Acil afet planı ile ilgili bir tatbikat yapılmıştı ama, hani, bazı kişiler görevlendirildi, görevlendirilen kişiler o*

gün için oradaydı…" şeklindeki ifadeleri katılımcıların iş yüklerinin ve eğitimlerin zamanlamasının tatbikatlara olan katılım düzeyini azalttığı belirtilmiştir.

C. Süreç yönetimi

Konu ile ilgili yöneltilen sorulara verilen cevaplar ile katılımcılar süreç yönetiminde koordinasyonun, Himms sürecinin ve finansal kısıtlılıkların önemli derecede etkiye sahip olduğunu belirtmiştir. Öyle ki; Katılımcı 15'in "*zaten birbirimizle koordine bir şekilde grup içerisinde kim nereye bakacak planını hemen yapıp koordinasyonu sağlayıp hızlı bir şekilde tahliye işlemini yapıyoruz."* ve Katılımcı 37'nin "*Evet, buradaki yani benim o anda ki tek planım hastayı zaten yoğun bakımda aynı kattayım entübe ise yoğun bakıma asansöre gerek yok, yoğun bakım için entübe değilse de aynı kattaki servislerden birini hastanın transferini gerçekleştiririm."* ifadelerinden birim içi koordinasyonun;

Katılımcı 1'in *"Hastayı taşıyabilmeli çok böyle dallanmış bir şey aslında 112'yle senkronize olmanız lazım çünkü hastayı gerektiğinde aynı sağlık imkanı verebilecek nereye vereceksiniz hastayı. İstanbul'a mı götüreceğiz örnek, orada ki kapasite daha önce örneğin Vatan Hastanesinin yoğun bakımı 3. Seviye için uygundur, 2.basamak yoğun bakım için REYAP'ınki uygundur atıyorum, yine doluluk oranından dolayı soru işareti? Onu anlık senkronize olmanız sormanız lazım."* ifadelerinden ise birim dışı koordinasyonun süreç yönetimi açısından önemini ortaya koyduğu; acil afet durumlarında hasta güvenliğinin sağlanmasına katkı sunan sürecin yönetilmesinde Himss'in de aktif olarak kullanıldığı Katılımcı 38 *"Afet planıyla ilgili hastalara şey yapıyoruz bizim Himms sistemi diye bir sistemimiz var oradan hastalar afet durumunda çıkabilir mi yardımla mı çıkar yoksa çıkamaz mı diye bir bölümümüz var onu işaretliyoruz, böylelikle hastaları kayıt altına alıyoruz."* ifadelerinden açıkça anlaşılmaktadır.

Ayrıca acil afet planlamasında net bir planlama yapmanın mümkün olmadığı ve sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için karar vericilerin durumsallığı dikkate alması gerektiği Katılımcı 6*"bu hazırlık planı yaptığımızda tabi ki farklı personeller gerekiyor hepsinde yani her birine çağıracağımız doktor grubu hemşire grubu aynı değil, o gün müsait olanlar aynı olmayacak yani şimdi burada Salı günü burada bir afet olmasıyla Çarşamba günü çağırabileceğim elemanlar aynı değil çünkü Salı*

günü nöbet olan Çarşamba günü nöbet ertesi nasıl çağıracağım. Gün gün de değişen bir şey planlaması bunun mükemmele ulaştırılması gerçekten imkânsız düzeyde, biz o tren kazasında da bütün personelleri davet ettik burada sonra ihtiyaç olmayanları gri gönderdik." ve Katılımcı 1'in *"...boş sahada kim? Ki Sağlık Bakanlığı'nın bütün tesislerinde sürekli yatan doluluk alanıyla ilgili, bu pandemiyle alakalı değil önceden de böyleydi, kaç yatağım boş kaç yoğun bakım yatağım boş hangi seviyedeki boş, çünkü siz acile gelen hasta, sevkli gelebilecek hastayı, kendi kapasitenizi sürekli paylaşmak zorundasınız. 112 de ona göre doğru paylaşım yaptırabilsin, atıyorum devlet hastanesinde boş yer varken özel hastaneye götürülmesinin bir anlamı yok."* ifadeleriyle aktarılmıştır.

Ayrıca Katılımcı 1'in *"...hani ventilatör durdu ki pahalı malzemedir bataryaları, almayalım dedik nasılsa UPS var, jeneratör var dedik; elektrik gittiği gibi onuncu dakikada durdular. Nasıl solutacağız, yani hepsini öngörmeniz lazım. Felakete göre öngörmemiz lazım, burada sizin kendi idarenizin yarattığı maddi imkan kabiliyeti doğrultusunda şimdi ben talep ettim ama para yok olmadı alamadık ki. Hedefe ulaşamadık, istediğin kadar talep etmiş ol."* ifadeleriyle olağanüstü durumlar için strateji geliştirme imkanı bulunsa da finansal kaynakların kısıtlı olması iş sürekliliğini sağlamada engelleyici bir unsur olarak değerlendirilmiştir.

D. Öngörülemeyen Acil Durumlar

Acil afet planları ile olması muhtemel durumların yönetimini kolaylaştırmak amaçlanmaktadır. Ancak bazı durumların öngörülmesi mümkün değildir. Velev ki; Katılımcı 13, *"Biz bugüne kadar hiç elektrik kesilirse hastanede be yaparız diye bir eylem planı yapmamıştık. Dedik ki, bunun tatbikatını yapalım, en yakın zamanda. Ki yapamadık hala da yapacağız, onun çalışmalarını yapıyoruz."* ifadelerinden bu sonuçları çıkarımsamak da mümkündür.

6.2.2.2. Tren kazası kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar acil durumlar ile ilgili sürecin yönetimi konusunda "Tren Kazası" bağlamında değerlendirme yapmıştır. "Tren Kazası" kategorisinin oluşmasındaki en önemli faktör araştırmanın yapıldığı tarihten kısa bir süre önce (8 Temmuz 2018) bir tren kazasının gerçekleşmesi ve hastanenin bu kazada en büyük misyonu

üstlenmesidir. Dolayısıyla konu ile ilgili tüm katılımcılar acil afet ile ilgili tren kazasına atıf yapmıştır.

A. Bilgi kirliliği

Katılımcılar acil afetlerin yönetilmesi başlığında yöneltilen sorulara genelde tren kazası bağlamında cevap vermiştir. Nitekim; Katılımcı 18'in *"...işte orada bir sıkıntı yaşadık, neden yaşadık çünkü belli bir planımız yoktu; işte belli bir sayıda sekreter ayarlamadık. Bu sefer ne oldu? Bütün herkes evinden geldi. Burada bir sekreter bolluğu, yığılma, zaten hasta yoğunluğu, bilgi kirliliği, işte o onun herkes bir şeye yardımcı olabilmek için çalışırken daha farklı sıkıntılar ortaya çıktı."* ifadelerinden kurum içi planlamanın bazı meslek grupları açısından eksik olduğu ve Katılımcı 5'in*"...sendikalar mesaj attı, zaten herkes bir hani, gelme isteğinde bulundu gerçekten ..."* ifadelerinden ise çalışanların üye oldukları sendikaların *"hastane ile koordinasyonsuz şekilde"*(Araştırmacı Günlüğü) üyelerine göndermiş olduğu bilgilendirme mesajlarının bilgi kirliliğine neden olduğu; bu sebeplerle yaşanılan yoğunluğun koordinasyon sağlama noktasında yöneticilere zorluk yarattığı Katılımcı 18'inn *"İşte bilgi kirliliği olsun, kimin ne iş yaptığı belli değil, koordinasyon sıkıntısı oldu"* ifadelerinden anlaşılmaktadır.

Bilgi kirliliği ve tecrübesizlik (yaşanan olağanüstü durumla ilgili) sonucu Katılımcı 3'ün *"Herkes gönüllü olarak geldi, dışarıdan, nöbetinden çıkan, izinli olan bütün arkadaşlarımız sağ olsunlar geldiler."* ifadelerinden ve yine aynı şekilde görüş beyan eden Katılımcı 1 ve Katılımcı 26'nın ifadelerinden hastane yönetiminin bu olağanüstü durumu (tren kazası) yönetmek adına belirlenen personeli çağırdığı ancak kamu ve sendikalar tarafından haberin herkese ulaştırılmasıyla imkanı olan tüm personelin yardım etmek amacıyla; bunun yanı sıra hastanede görevli olmayan sağlık personelinin dahi katkı sunmak amacıyla sağlık tesisine geldiği Katılımcı 33'ün *"...izin de olan da geldi İstanbul'da olan da geldi, plastik cerrah da geldi yani o bir kriz ama daha da büyüğü olabilirdi bunun, ona ben çok sevindim gururlandım, kimisi olsa hiç kolunu kıpırdatmaz, İstanbul'dan plastik cerrah geliyor, izinde adam ya, burada çalıştı, istifa etti özele geçti..."* ifadelerinde ayrıca belirtilmiştir. Bu noktada aslında çağırılmayan sağlık personelinin ve bilgi kirliliğinin krizi yönetme konusunda yöneticilere zorluk yaşattığı Katılımcı 6'nın *"Biz aslında daha çok*

onlardan sıkıntı yaşadık yoksa personeli görevlendirdik gerek olmayanlara gerek yok dedik geri gönderdik." şeklindeki ifadelerinden anlaşılmaktadır.

B. Gönüllü vatandaşlar

Tren kazasının kamuoyuna duyurulmasının akabinde sadece sağlık personelleri değil vatandaşların da bilgi kirliliği ve yardım etme iç güdüsüyle sağlık tesisine gittiği Katılımcı 6'ın *"Bunlardan ziyade esas kan ihtiyacı olduğuna yönelik söylentiler çıkmış ve hastaneye kan bağışlamaya gelen insan da çoktu sıkıntıyı onlar yarattı hani Kızılay'a gitmesi gereken insanlar hani yönlendirmeyle ilgili bilgilendirmeyle eksik olduğu için geldi. Biz aslında daha çok onlardan sıkıntı yaşadık yoksa personeli görevlendirdik gerek olmayanlara gerek yok dedik geri gönderdik."* ve Katılımcı 26'nın *"İnsanlar işte gerek kan vermek için gerek işte bende ne yapabilirim düşüncesiyle hareket etti…"* ifadelerinden tespit edilmiştir. Sağlık personeli hastaların tedavilerini sürdürmenin yanı sıra kalabalığı yönetmek amacıyla da görevlendirilmiştir. Bu süreç yönetimi Katılımcı 26'nın *"Evet herkes gönüllü olarak yapmak istiyor hatta vatandaşı bile durdurmak için hatta ekibin bazılarını sırf o çağırılmayan grubu geri göndermek için kullanıldı…" ve* Katılımcı 10'un benzer ifadelerinde de ayrıca belirtilmiştir.

C. Sürecin değerlendirilmesi

Yaşanan tren kazasının akabinde hastanenin yönetim ekibinin krizi yönetme konusunda analizinin yapıldığı ve ileriye yönelik önlemler oluşturma kapsamında kararlar alındığı Katılımcı 5'in "*Hani, güzel yönetildiğini düşünüyorum; sonrasında biz toplantılar yaptık, çıkarımlarda bulunduk, neler yanlıştı, neler eksikti, bir daha bir şey olsa neler yaparız diye.."* ve Katılımcı 18'in "*Bu işten sonra zaten bu eylem şeyden sonra eylem planında tren kazasından sonra böyle bir uygulama yapıldı.."* ifadelerinden anlaşılmaktır.

D. Kriz yönetimi

Tren kazasının yaşandığı dönemde Katılımcı 10'un "*Ben genel cerrahiyi çağıracağım göreve başlayacağız çünkü bir hastaya 10 kişi muayene ediyoruz ben ediyorum film istiyorum, filme giderken o muayene ediyor o da aynı şeyi istiyor aynı hastanın filmine 5 doktor aynı anda bakıyor."* ifadelerinden fazla personelin müdahalede bulunmak istemesi sonucu kriz ortamının oluştuğu anlaşılmaktadır.

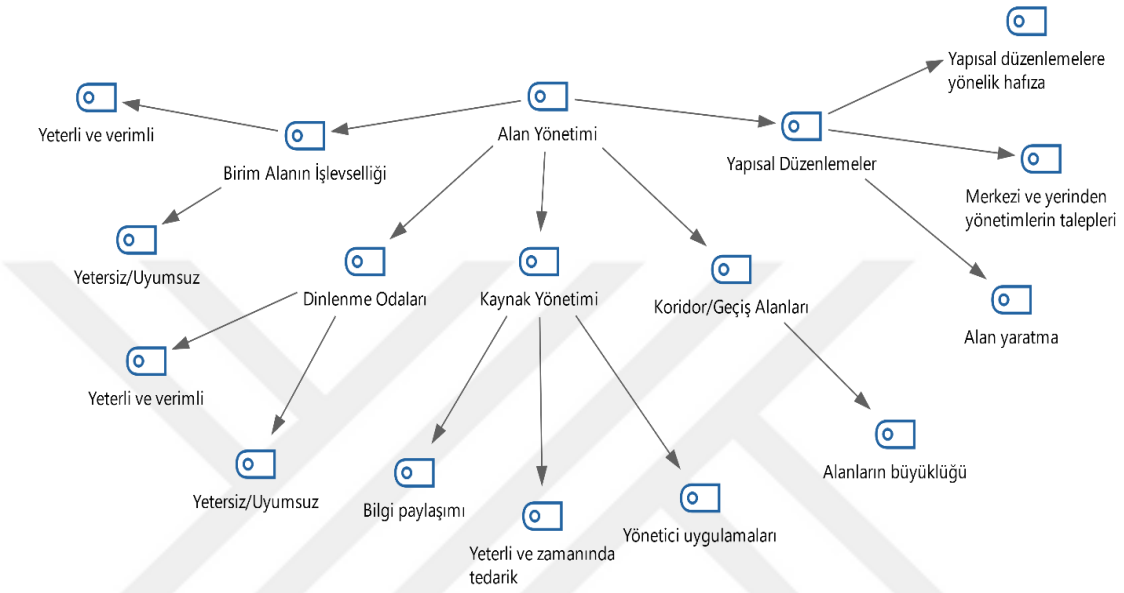
Ancak yöneticilerin kriz yönetimi kabiliyeti ile sürecin nasıl yürütüldüğü Katılımcı 26'nın *"... hani ön göremiyorsunuz kaç kişi gelecek, nerede duracak daha devam edecek mi hani bilmiyorduk onun için tekrar aramızda bir organizasyon yaparak işte bir grup eve gitsin yatsın sabah gelsin gibi organizasyonlar yaptık yani çok kötü atlatmadık şey olarak"* ve *"Fazlalık oldu aynen çünkü çağırılmayanlarda geldi demiştim ya hani onları geri gönderme işi, geriye kalanlarla işte siz şu kısımda durun şunları yapın siz bu kısma geçin onları yapın gibi organizasyonlar yapıldı."* ifadelerinden anlaşılmaktadır.

Kriz yönetiminde başarılı süreç yönetiminin en önemli parçaları arasında yer alan çalışanlar, alan yönetimi, teçhizat ve ekipmanların hızlı bir şekilde organize edildiği Katılımcı 6'ın *"... hastanenin multidisipliner olarak bütün hastanenin iyi işlemesi gerekiyor radyolojisiyle, aciliyle, ameliyathanesiyle, servisiyle, doktoruyla, hemşiresiyle o da bizim başarılı geçirdiğimizi düşündüğüm, keşke olmasaydı ama odluktan sonra bizim başarılı olarak geçirdiğimizi düşündüğümüz bir sınav oldu bizim için çünkü acil hizmetlerinde bir aksama olmadı gelen hastaların hızlıca kabulü yapıldı girişleri yapıldı"* ifade edilmiştir. Hızlı bir şekilde organize olabilme yeteneği ise sürecin yönetilmesinde hastane yönetiminin başarılı bir performans sergilemesine katkı sunmuştur. Bu çıkarım Katılımcı 3'ün "*İyi yönetildi yani, o kadar yoğunluğa Çorlu Devlet Hastanesi tek başına demeyeyim ama büyük bir çoğunluğunu organize bir şekilde kaldırdı"* ve Katılımcı 28'in *"...hem birim sorumlularımız olsun hani bizim hemşireye ihtiyacımız var biz sonuçta hemşireyiz, hani her yerde görev yapabiliriz yani ona yönelik ben organizasyonun gerçekten güzel yapıldığını düşünüyorum."* ifadelerinden de ayrıca anlaşılmaktadır.

Genel olarak değerlendirilme yapıldığında tren kazasının yönetilmesinde bilgi kirliliğinin sağlık personeli ve vatandaşların gönüllü faaliyetlerinin kriz durumuna sebebiyet verdiği ancak hastane yönetiminin öncelikli olarak kalabalığın yönetimini sağlayarak hastaların kabul, tedavi ve taburculuk sürecini, hastanenin tüm imkanlarının hızlı bir şekilde organize edilmesiyle başarılı bir şekilde tamamladığı katılımcıların ifadelerinden tespit edilmiştir.

6.2.3. Alan yönetimi temasına ilişkin bulgular

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda "Alan Yönetimi" temasına ilişkilendirilmiş kategoriler "Birim Alanın İşlevselliği", "Dinlenme Odaları", "Kaynak Yönetimi", "Koridor/Geçiş Alanları" ve "Yapısal Düzenlemeler" bağlamındadır.



Şekil 6.2.3.1: Alan Yönetimi Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar

6.2.3.1. Birim alanın işlevselliği kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar alan yönetimi konusunda "Birim Alanın İşlevselliği" kapsamında değerlendirme yapmıştır. "Birim Alanın İşlevselliği" kategorisinde "Yeterli ve Verimli" ve "Yetersiz" olmak üzere iki farklı kodlama yapılmıştır.

A. Yeterli ve verimli

Hastanenin farklı birim yöneticileri ve sorumluları ile yapılan görüşmeler neticesinde birimler için ayrılan alanların yeterli olduğunu aşağıdaki ifadelerle aktarmıştır:

Acil servis hizmetlerinin sunumu için ayrılan alanın yeterli olduğu Katılımcı 12'nin *"Bizim acilimiz şu anda gerekli hizmeti, yani dediğim gibi 2500 hastaları gördüğü dönemde bile bir şekilde aksatmadan tedavimize devam ettik yani aslında burada acil serviste en önemli şey personel arası iletişim"* ve Katılımcı 10'un *"yardımcı oluyor, alanımız geniş. Bizim hastanemizde acil birçok hastaneden geniş o yönden ekipman konusunda da o yeterlilik konusunda baya yeterli."* ifadeleriyle belirtilmiştir.

Birim için geniş alanların tahsis edilmesi ve bölümlendirilmesinin özellikle hasta odaklı hizmet sunumuna katkı sunduğu ancak büyük alanın personel sayısının az olduğu dönemlerde çalışanların daha fazla yorulmasına sebebiyet verdiği Katılımcı 10'un *"...az hekimken çok az kişiyken zor oluyordu yönetmek zor oluyordu alanı ama şu an da sayımız iyi, alana o şekilde daha iyi yapabiliyoruz ama asıl handikap bizi yoran bir şey çünkü çok fazla adım atıyoruz. Çok adım atıyoruz 15-20 bin adım arası gibi günde baya fazla adım atıyoruz ama şöyle bir durum var hasta açısından iyi oluyor geniş alan olması, sıkışık tepişik olmamaları iyi. Yatan hastayla yatırmaya karar verdiğimiz müşahede hastalarıyla ilk başvuran hastaların ayrı olması da bizim açımızdan daha iyi oluyor. Alan genişliği bizim işimize yarıyor aslında bizi yoruyor ama olsun yani."* ifadelerinden tespit edilmiştir.

Acil hizmetlerin yanı sıra hastanenin sterilizasyon, diyaliz, psikiyatri, ameliyathane, radyoloji, servisler ve hasta odaları başta olmak üzere katılımcılar alanların yeterli ve verimli şekilde kullanıma uygun olduğunu aşağıdaki ifadeleriyle aktarmıştır:

Katılımcı 14 *"fiziki ortamınızın/sizin için tahsis edilen alanın tüm bu işlemlerinizi yapmak için yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?*" sorusuna *"hiç düşünmeden ve gayet emin bir şekilde"* (Araştırmacı Günlüğü) *"Yeterli, yeterli"* ifadeleriyle cevap vermiştir. Diğer katılımcıların Katılımcı 14 ile aynı doğrultudaki cevapları ise aşağıdaki gibidir;

> *"Hastanemizin ameliyathaneleri, önceki yıllarda çalıştığım tüm büyük hastanelerle karşılaştırılması yapıldığında; bence yeterli fiziki ortam yeterli."* – Katılımcı 24

"Fiziksel olarak odalarımız bence gayet yeterli güzel gayet geniş odalar gördünüz mü bilmiyorum, tuvalet banyo içinde, buzdolabı televizyonu var iki ve tek kişilik odalarımız onlar güzel" – Katılımcı 36

"Hasta için kesinlikle." – Katılımcı 20 *"Alanların hasta odaklı hizmet üretimine uygun olduğunu vurgulamak maksadıyla…"* (Araştırmacı Günlüğü)

B. Yetersiz/Uyumsuz

Katılımcı 18'in *"sıcak üflediği için camlar açıldı mı bazen klima motorları falan kimi dahiliyede özellikle birkaç odanın önünde de klima motorları var, havalandırma motorları, oradan içeri ses geldikleri için cami açamıyorlar. O 2-3 poliklinikten öyle bir şikayet aldık."* ifadeleriyle yapısal tasarım kaynaklı durumların ses kirliliğine neden olmasıyla alanın verimli kullanılamadığı,

Katılımcı 16'nın *"...müşahede daha farklı olabilir. Daha ergonomik olabilir, acil obstetriğin işte alan olarak lavabo eklenebilir geliştirilebilir daha ayrıntılı olabilir."* ve Katılımcı 35'in "*Yani zamanında lavabo su kaçırıyor etrafa elimizi yıkadığımızda, hemşire deskinin arkasında ki şöyle bir şey yapılmış; silikonla ekstra tahtalar yapılmış onun etrafı şu an çok kirli, yani hijyen açısından hiç uygun değil."* ifadeleriyle alanların ergonomik açıdan eksik yönlere sahip olduğu,

Katılımcı 33'ün *"Orada tabi ki bunların geçmesiyle birlikte bir kalabalık gürültü ortamı ister istemez bir yoğunluk oluşuyor orada. Laboratuvar ve radyoloji şeyi konuşlandırmamız normalde bana göre yani hastanenin fiziki yapılandırmasında yanlış yerde."* ifadelerinden belirli alanların giriş çıkışlarının hem personele hem de hasta ve hasta yakınlarına etkin bir şekilde sınırlandırılamaması özellikle pandemi döneminde bulaş riski taşıması açısından risk oluşturduğu, laboratuvar ve radyoloji gibi alanlarının konumu bu alanlardan hizmet alan hastaların hareketliliğini artırması ve bekleme alanlarının yetersiz kalmasıyla alanlardaki kalabalığa neden olduğu anlaşılmaktadır. Bu konuda yaşanan sorunlar için Katılımcı 33 nasıl çözüm ürettiklerini *"hadi enjeksiyon ayağını çözdük yeşil alan muayenesinin olduğu yere bir hemşire arkadaşımızı konuşlandırdık, 2 yıl kadar oldu biz o sorunu öyle çözdük ama diğer işlemlerde de mutlaka geçiyor, hastaların yine yüzde 50'ye yakınından mutlaka bir şeyler isteniyor yeşil alan da olsa."* ifadeleriyle aktarmıştır.

Özellikle sağlık bakım hizmetlerinin verilmesinde alanların etkin yönetiminin sağlanması (hastaların takibi, acil müdahale vb.) konusunda alan metrekaresinin büyük olması ve U tasarımının dezavantajları katılımcılar tarafından aşağıdaki ifadelerle belirtilmiştir;

"20 odamız var ama bankonun bulunduğu konum işte 1 ve 20 numaradakini göremiyorsunuz işte çok geniş bir alana yayılmışlar." – Katılımcı 20

"U şeklinde ama tam ortadayız işte biz de köşeler görünmüyor hiçbir şekilde zaten hep bankoda oturuyoruz dinlenme süreçlerinde ama yine de oralara hâkim olmak biraz daha zor." – Katılımcı 20

"Katılımcı kendisini daha iyi anlatabilmek ve durumun önemini araştırmacıya aktarabilmek için kağıt ve kalem kullanarak görselleştirmiştir." (Araştırmacı Günlüğü)

"En azından U şeklinde olmasının verimli olmadığını biliyoruz." – Katılımcı 30

Birimlerin U tasarımından ve metrekare büyüklüğünden kaynaklı dezavantajları giderebilmek amacıyla birim yöneticilerinin uygulamalar yaptıkları ve durumun önemini aşağıdaki ifadelerle aktarılmıştır;

"... bizde sadece hemşire çağrı zili var bizde ekran yanıyor işte 7 numara zile bastı oraya gidiyoruz veya genelde refakatçili olduğu için refakatçısı geliyor hastamın size ihtiyacı var diyor, hastam şöyle oldu böyle oldu diyor o şekilde görüşebiliyoruz." – Katılımcı 27

"... çok büyük bir alan olduğu için servis bölünüp farklı bir dizayn yapılıp ama şu binada artık yapılacak bir şey yok, yani projelerin buna yönelik düşünülerek yapılması gerekiyor, çünkü burası yapılmış yeni bir hastane zaten 10 yıllık bir bina burası, düşününce artık bu binayı yıkıp yapamayacaklarına göre çok aktif bir çözüm olduğunu düşünmüyorum." – Katılımcı 30

6.2.3.2. Dinlenme odaları kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar alan yönetimi konusunda "Dinlenme Odaları" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Dinlenme Odaları kategorisinde "Yeterli ve Verimli" ve "Yetersiz/Uyumsuz" olmak üzere iki farklı kodlama yapılmıştır.

A. Yeterli ve verimli

Birim yöneticileri ile yapılan görüşmeler neticesinde dinlenme alanlarının yeterli ve verimli kullanıma uygun olduğu Katılımcı 31'in *"Çalışanların dinlenme odalarının yeterli ve verimli olduğunu düşünüyorum."* ve Katılımcı 24'ün *"Yok yani olan (mevcut dinlenme odası) yetiyor bize*." ifadeleriyle aynı doğrultuda görüş beyan eden Katılımcı 7 ve Katılımcı 33'ün açıklamalarından tespit edilmiştir.

B. Yetersiz/Uyumsuz

Bazı katılımcıların dinlenme alanları konusunda yeterli ve verimli olduğu yönünde fikri bulunuyorken katılımcıların büyük bir çoğunluğu bu alanların yetersiz olduğu düşüncesi bulunmaktadır. Farklı birim yöneticilerinin dinlenme odalarının yetersiz olduğu kanısına varmasında çeşitli unsurlar (ergonomi, gün ışığından faydalanma, havalandırma, yerleşim, ses kirliliği, ısıtma-soğutma vb.) öne çıkmaktadır.

Destek hizmetlerinde görevli temizlik personelinin hastanenin birçok bölümünde dinlenme odasının dahi olmadığı ve üst değiştirdikleri alanların ergonomik açıdan uygun olmadığı Katılımcı 19'un "*şöyle söyleyeyim birçok ekibimin çalıştığı alanlarda kendilerine ait dinlenme alanları yok. En büyük sıkıntıları bu, giyinip soyundukları alan çok uygun değil."* ifadelerinden anlaşılmaktadır.

Bunun yanı sıra çoğunlukla hemşire ve ebelerin kullandığı dinlenme odaları için alanların ergonomik açıdan uygun olmadığı; Katılımcı 28'in *"... yani fiziki şartlardan dolayı da hani bina o şekilde yapıldığı için çok müdahil olamıyoruz hani o konuda yerini değiştirmek konusunda daha doğrusu ergonomik açıda gerçekten onlar hani ergonomik açıdan zayıf diye düşünüyorum yani."* ve Katılımcı 29'un *"Dinlenme odamız olarak bir mutfağımız var küçük bir yer, ayakta duruyoruz hatta nöbetçiler için biz iki tane tekli koltuk koyduk bir uçlara çünkü bütün gün bir*

sandalyede oturmak kötü…" ve Katılımcı 28'in *"…yerini değiştirmek konusunda daha doğrusu ergonomik açıda gerçekten onlar hani ergonomik açıdan zayıf diye düşünüyorum yani."* ifadelerinden;

Odaların gün ışığından istifade edemediği ve çalışanların da bu durumdan olumsuz etkilendiği; Katılımcı 20'nin*"Penceremiz, havalandırmamız yok soyunma odaları dahil dinlenme odalarımız da dahil."* ve *"Hasta odalarımız her yer dışarıya bakıyor, hasta odalarımız ferah ama hemşire odalarının öyle olduğunu düşünmüyorum."* ve Katılımcı 22'nin "*Yani personel dinlenme alanları dışarıya bakan camlı bir odada değil o büyük sıkıntı bu çalışanı da* ***mutsuz ediyor****."* ifadeleriyle, odaların havalandırmalarının yetersiz olduğu Katılım 2'nin " *"…oradaki o taze havayı solumak hakikaten çalışan açısından 24 saat nöbet tuttuğunuzu düşünün arada bir gelip nefes almak çok çok önemli burada maalesef o şartları sağlamıyor şeyler dinlenme alanları olarak."* ve aynı doğrultuda görüş beyan eden Katılımcı 20'nin ifadelerinden;

Ayrıca dinlenme odalarının küçük olması sebebiyle yetersiz olduğu düşüncesi Katılımcı 20'nin *"İlk başta dediğim gibi hemşire odalarımızın durumundan, soyunma odalarımızın işte 12 kişiyiz dediğim gibi de zaten dolaplar yeni işte düzene girdi yeni geldi ama onun dışında çok küçük"*, ve Katılımcı 25'in*"hastaya yatak var şimdi A ile B'nin arasında 10 tane kişi çalışıyor ama çok küçük bir oda var dinlenme odası."* açıklamalarıyla aynı doğrultuda görüş beyan eden katılımcı 28'in ifadeleriyle aktarılmıştır. Yine Katılımcı 23'ün*"çok şikayetlerimiz oluyordu hemşirelerin kullandığı dinlenme odası dinlenmek dediğim; mutfak çay kahve içebilecekleri, 5 dakika nefes alacak bir alanda zaten ısıtma sistemi yok şu ayar sistemleri yok burası en soğuk alanları işte banko genelde çalışmıyordu."* ifadelerinden ise merkezi sistem ısıtma ve soğutma sistemlerinin döneme göre odaları verimsiz kıldığı anlaşılmaktadır.

Dinlenme odalarında yer alan serverlerin çıkardığı sesin ayrıca rahatsız edici unsur olduğu ve dinlenmeyi verimsiz kıldığı Katılımcı 38'in *"…hemşire odası dediğimiz yerde bir tane alet var çok ses çıkarıyor o da gürültü kirliliğine neden oluyor. Hastane yapılırken kurulduğu için bir sürü de kablo olduğu için tabi*

değişmedi. O hala o sorun öyle devam ediyor." görüşlerini destekler nitelikte Katılımcı 29'un ifadelerinden anlaşılmaktadır.

Ancak serverlerin dinlenme odasında bulunması çalışanların dinlenme faaliyetlerini olumsuz yönde etkilerken bir otokontrol mekanizmasının oluşmasına imkan verdiği Katılımcı 1'in *"bilgi işlem diyor ki ne kadar çok personel olduğu yerde gözlemleyebileceği yerde olursa ilk müdahalem daha kolay olur. Kapalı bir odaya koyduğunuzu düşünün mesela, fan aslında çalışmıyor cihaz ısınıyor ısınıyor onun bir tanesi ufak bir rakam değil. Onun işine geliyor."* ifadeleriyle belirtilmiştir. Bu noktada iki tarafın farklı bakış açısı sürecin çözümüne sınırlayıcı bir etki yaptığı ifade edilebilir.

6.2.3.3. Kaynak yönetimi kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar alan yönetimi konusunda "Kaynak Yönetimi" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Kaynak yönetimi kategorisinde "Bilgi paylaşımı", "Yeterli ve zamanında tedarik" ve "Yönetici uygulamaları" olmak üzere üç farklı kodlama yapılmıştır.

A. Bilgi paylaşımı

Bütüncül olarak değerlendirildiğinde birimler arasındaki kaynakların etkin kullanılabilesi için birimlerin transfer öncesi ve sonrasında bilgi paylaşımının varlığı da önem taşımaktadır. Nitekim, Katılımcı 33'ün "*Hocam şimdi son günlerde yer sıkıntımız oluyor, yer bulmakta zorlanıyoruz, bir şekilde sürece süpervizör nöbetleri de tutuyoruz zaten .... ama servis yatışlarında yer varsa yatış konusunda sıkıntı olmuyor."* , Katılımcı 35'in ise *"Orda yatan hastaları ve orada yatan hasta sayısını oradan görebiliyoruz. Kaç tane boşları var görülebilir. Evet görme imkanı var o şekilde."* ifadeleri bu açıklamaları doğrular niteliktedir.

B. Yeterli ve zamanında tedarik

Hizmet sunumunda hastanenin yapısal unsurlarının yanında ekipmanların yeterli ve zamanında tedarik edilmesi konularında hastanenin başarılı olduğu ve yeteli ekipmanın sağlandığı Katılımcı 24'ün *"Onun haricinde ne ilaçla ne anestezi cihazıyla ne sarf malzemeyle ilgili hiçbir sıkıntı yok bizim."* ve *"Tıbbi ekipmanlar*

da yeterli.", Katılımcı 34'ün ise *"Yani ben düşünüyorum, gerekli ekipman var koruyucu, çalışma ortamlarımız da zaten radyoloji standartlarında yapılmış.."* ifadelerinde aktarılmıştır.

C. Yöneticileri uygulamaları

Yöneticilerin mevcut kaynakları hizmet sunumuna en uygun şekilde tahsis etmek amacıyla farklı alanlarda çeşitli ve akılcı uygulamalar yaptığı katılımcıların ifadelerinden tespit edilmiştir. Bu kapsamda altyapı ile ilgili düzenlemeler; Katılımcı 24 "*... 3-4-5-7-9-10-12-11-13-14, 10 tane aktif masa var 8. masa şu anda durumda depo olarak kullanıyoruz biz orayı. Birtakım sıkıntıları var tavanla alakalı orayı yapılacak orayı bekliyoruz. 6.masayı da biz steril depo olarak çevirdik çünkü ihtiyacımız olmadığı için 2 tane de diğer tarafta lokal ameliyathanemiz var."* ve Katılımcı 19'un*"...mesela tüm tuvaletleri değiştirmek durumunda kaldılar ahşap değişik bir malzemedendi tezgâhları zamanla kullandıkça suyla çöktü. Oranın yıkaması ve temizlenmesi birçok alanda, laboratuvar katına klozet yapmışlar tuvaletleri tamam insanları düşünüyorlar yaşlılarımız şeylerimiz insanlar hani klozeti daha rahat kullanır diye ama tahlil verecek büyük dışkıyı verecek ya yere yapıyor ya taşa yapıyor ya klozetin üzerine yapıyor."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Hastanenin mevcut kaynaklarının hizmetlerin sunumunda etkin olarak kullanılması için yönetici veya sorumluların, Katılımcı 24'ün *"6.masayı da biz steril depo olarak çevirdik çünkü ihtiyacımız olmadığı için 2 tane de diğer tarafta lokal ameliyathanemiz var."* ve Katılımcı 37'nin *"Kullanılmayan var yani iki tanesi kullanılmıyor. Kullanılmıyor derken ameliyat yapmak için kullanılmıyor. Bir tanesi depo, yani, evet depo olarak kullanıyoruz."* ifadeleriyle atıl yerlerin değerlendirildiği anlaşılmaktadır.

6.2.3.4. Koridor/geçiş alanları kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar alan yönetimi konusunda "Koridor/Geçiş Alanları" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoriye ait kodlama ise "Alanların büyüklüğü" şeklindedir.

A. Alanların büyüklüğü

Bu kapsamda koridorların geniş yapısının çalışanlar tarafından eleştirildiği ancak hastane yoğunluğu dikkate alındığında alanların genişliğinin ihtiyaç olduğu Katılımcı 36'nın *"...şimdi görünce kimisi diyor ki çok büyük koridorlar yapmışlar buradan kamyon mu geçirecekler falan, yani böyle eleştirilerde geliyor ama inanın yoğun zamanlarda onu görüyorsunuz yani o koridor gerçekten lazım."* ifadelerinden anlaşılmaktadır. Ancak geniş alanların hasta odaklı sağlık hizmeti sunumuna uygun iken çalışanların iş gördüğü vakitlerde yorulmalarına sebebiyet verdiği de ayrıca belirtilebilir.

6.2.3.5. Yapısal düzenlemeler kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar alan yönetimi konusunda "Yapısal Düzenlemeler" bağlamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoriye ait kodlamalar ise "Alan yaratma", "Yapısal düzenlemelere yönelik hafıza" ve "Merkezi ve yerinden yönetim organlarının talepleri" şeklindedir.

A. Alan yaratma

Konu ile ilgili yöneltilen sorulara Katılımcı 17'nin *"Birimin iç planlaması ile alakalı da başından beri ufak hatalar var, ilk geldiğimizde depo sorunu vardı depo sorununu biraz düzelttik." ve* Katılımcı 21'in *"...sadece eksik olarak su sistemi odası koymamışlardı, büyük ihtimalle projeyi çizen mühendis arkadaş mı bilmiyordu ya da yönetmeliği mi okumadı bilmiyorum, o dönemde bir sıkıntı yaşamıştık, odalardan birini iptal ettik, hekim odası iptal edildi, su sistemi koyduk, oradan bir odayı da hekim odası olarak dizayn ettik yani."* şeklindeki ifadelerinden, hastanede birimler için tahsis edilen alanların gerçek ihtiyaçları karşılama noktasında eksik ve/veya yetersiz kalması durumunda yeni alan yaratma veya alan düzenleme işlerinin yapıldığı anlaşılmaktadır

B. Yapısal düzenlemelere yönelik hafıza

Alanların ihtiyaçlara uygun olarak donatılması ve/veya düzeltilmesine yönelik katılımcılardan elde edilen bulgular neticesinde hastanenin kuruluşundan itibaren yapılan düzenlemelerin kaydedildiği (kurumsal hafıza) bir standart sistemin olmadığı araştırmacının aşağıdaki ifadelerinden de anlaşılmaktadır.

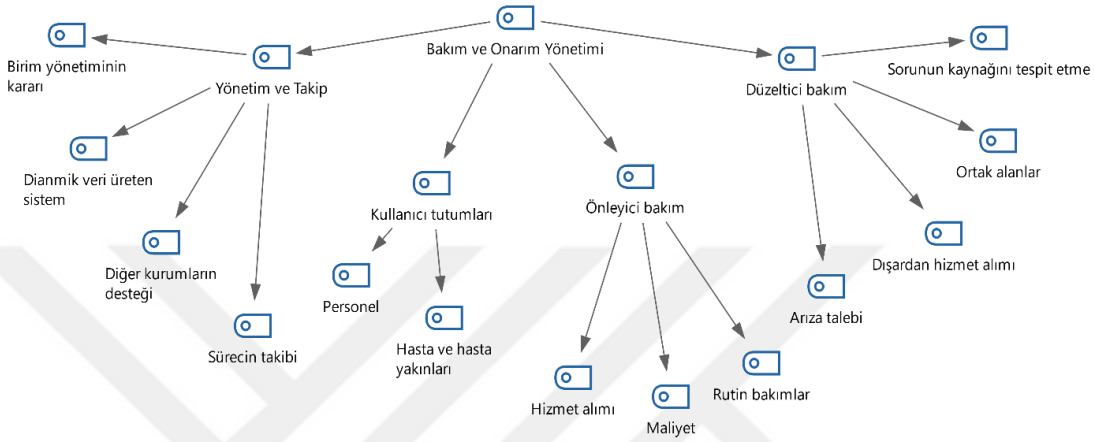
"Alanla ilgili yapılan düzenlemeler hakkında bilgi birikimi aktarımı yok. Yönetici ya da personel değiştiğinde neler yapıldığına dair bilgiler de onlarla gidiyor." (Araştırmacı Günlüğü)

C. Merkezi ve yerinden yönetim organlarının talepleri

Sağlık hizmeti sunumunda hastanenin üstlendiği misyonların merkezi yönetimlerin taleplerine göre değişiklik gösterdiği ya da göstermek zorunda kaldığı Katılımcı 36'nın *"...ama yine getirip de yani intaniye servisini bozmayalım dedik ... zorla, zorla, zorla en sonunda diyorsun ki yapacak bir şey yok çünkü yukarıdan emir geliyor. Bu bir an önce olacak, olacak, olacak olunca da böyle oluyor işte."* ve *"AMATEM'i yani günübirlik böyle vay efendim uyuşturucu vakaları arttı hemen bir AMATEM yapalım en kısa yoldan hastanenin şuradan şurasını yapıştıralım falan, işte bakanlık öyle istiyor bakanlık öyle istediği için şuradan yerel yöneticiler olarak sıkıştıralım hastaneyi hemen yağlama yıkama bir şey, oldu bitti maşallah öyle bir mantık olmaması lazım..."* ifadelerinden anlaşılmaktadır.

6.2.4. Bakım ve onarım yönetimi temasına ilişkin bulgular

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda "Bakım ve Onarım Yönetimi" temasına ilişkilendirilmiş kategoriler "Yönetim ve Takip", "Kullanıcı Tutumları", "Önleyici Bakım" ve "Düzeltici Bakım" bağlamında kategoriler oluşturulmuştur.



Şekil 6.2.4.1: Bakım ve Onarım Yönetimi Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar

6.2.4.1. Yönetim ve takip kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Bakım ve Onarım Yönetimi" konusunda "Yönetim ve Takip" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride ise "Dinamik veri üreten sistem", "Birim yönetiminin kararı", "Diğer kurumların desteği" ve "Sürecin takibi" olmak üzere iki farklı kodlama yapılmıştır.

A. Dinamik veri üreten sistem

Bakım ve onarımlarda takiplerin yapılmasında kullanıcı veyahut cihaz temini yapan firmalarla yaşanan sıkıntıların önlenmesi için kullanıcılara bağımlı kalmadan yürütülen dinamik veri üreten bir sistem yardımıyla hafızanın oluşturulması gerekliliği katılımcıların ifadelerinden tespit edilmiştir. Nitekim, Katılımcı 1'in *"Söylüyorum, ben baktığımda çalışıyordu diyor adam ya. Hadi bir tane sustu sen baktıktan sonra 3 tanesinin susma şansı yok kardeşim, 4 tane cihaz var bir tanesi kalmış üçü susmuş onları devreye almıyorlar."* ve *"Sağlık Bakanlığı'nda künye*

numarası vardır aynı bizim T.C. numaralarımız gibi, künye numarasından örtüştürebiliyorum artık her şeyi yapılan işlem olsun. Beni aştı mı işlem; firmaya mı gitmesi gerekti; işte onun bile oradaki süreci anlık olarak sürekli takip edilebilir. Firmada ne kadardır duruyor, firmaya ne zaman teslim etmemiz lazım malzeme neyse bununla ilgili de çıkışı evrakların, ne zamandır adamda duruyor yani bunu hiç kimse yarına çıkacağının garantisi yok. Hani ben yazılı olduğu sürece, burada yokuz diyelim gelen adam her şeyi görebilmeli. Şu cihaz bu firmadaymış ve şunun için gitmiş, böyle bir teklif vermiş o onu hesaplasın." ifadelerinden bu ihtiyaçlar net bir şekilde anlaşılmaktadır.

B. Birim yönetiminin kararı

Bakım ve onarım faaliyetlerinin yürütülmesinde Sağlıkta Kalite Standartlarının kurumlara çeşitli düzeyde esneklik tanıdığı ve süreçlerin kurumun ve/veya birimin yönetimine bırakıldığı yani kurumun özel şartlarına göre belirlendiğini Katılımcı 1'in *"Müdahale ettiğiniz andan itibaren değerleri değişiyor ve ben o yüzden mesela burayı işletirken bile bakımlarımı bakım tarihlerimi, kalibrasyondan önceye alıyorum. Bana şimdi şunu diyemiyorlar benden sonra bakım yapılmış o yüzden benim yaptığım bakıma göre geçerli değil oynamışsınız diyemiyor çünkü resmi olarak bakım yapılan tarih kalibrasyondan öncesi."* ifadelerinden anlaşılmaktadır.

C. Diğer kurumların desteği

Bakım ve onarım faaliyetlerinin yürütülmesi noktasında bazı konularda diğer kurumlardan destek alındığı Katılımcı 39'un *"Bunun dışında sürekli çalışıyoruz açıkçası, hafta sonu bile full buradaydım ben mesela hem Cumartesi hem Pazar geldik işte Belediye'den destek alıyoruz bazen gücümüz yetmiyor. İşte diğer kurumlardan rica ediyoruz, personel talebinde bulunuyoruz."* ve *"Mesela diş hastanesi şu an çalışmıyor onlardan talebimiz oldu."* ifadelerinden anlaşılmaktadır.

D. Sürecin takibi

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bakım ve onarım ile ilgili süreçlerin yönetimi ve takibinin farklı şekillerde yürütüldüğü ifade edilmiştir. Söz konusu takiplerin, arıza talebi yapan birim tarafından yapıldığı Katılımcı 22'in *"Ellerinde yoksa ama varsa mutlaka o gün gelirler işleri yoksa ama varsa ertesi gün tabi ki hep söyleyip takip de etmek gerekiyor tabi ki hani arıza atıp bırakmamak*

lazım." ve Katılımcı 23 ve Katılımcı 34'ün aynı doğrultudaki ifadelerinden anlaşılmaktadır. Bunun yanı sıra takibin yapılmasında onarım, bakım ve garanti sürecinin bu faaliyetleri yürüten birim tarafından cihaz sicil kayıtları kullanılarak yapıldığı Katılımcı 1'in *"Biz de her cihazın sicil kartı vardı yani sabıkası gibi düşünün. Cihazı verdiğiniz gibi sicil kartını çıkartıyoruz cihazın tanımlaması ile ilgili evraklar, o cihazın bir dosyası var."* ve *"Örnek veriyorum cihazı verdim daha garantisi devam ediyor ama arıza yapmış, firmayı çağırmışız garantili cihaz arızalı; adam tespit yapmış demek ki şu kart değişmesi lazım, garantide olduğu için zaten değişmesi lazım tamam oradan oraya evrakı arkasına koyuyoruz oraya da bunu yazıyoruz tarihini. Şu tarihte şu kartın değişimi şu firma tarafından yapıldı garantideyken."* ifadelerinden anlaşılmaktadır. Ayrıca bazı alanlardaki takiplerin kalite birimi tarafından yapıldığı da Katılımcı 15'in Araştırmacının *"Bunların yönetim ve takibiyle teknik hizmetler mi ilgileniyor, siz mi ilgileniyorsunuz?"* sorusuna verdiği *"Onlarla ilgili kalite birimi ilgileniyor. Takibini onlar yapıyor."* şeklindeki cevaptan anlaşılmaktadır.

Bunların yanı sıra yöneticilerin büyük bir çoğunluğu söz konusu takiplerin HBYS üzerinden yapıldığı hem talep eden hem de arz edenin etkileşimde bulunduğu bu sistemin aktif olarak kullanıldığı belirtilmiştir. Bu kapsamda hastanenin otomasyon, biyomedikal ve teknik servis birimlerinin hizmet sunduğu ifade edilirken, özellikle Biyomedikal biriminin bu süreçleri yönetme kabiliyetinin çalışanlar tarafından tatmin edici düzeyde olduğu Katılım 33, Katılımcı 17, Katılımcı 21, Katılımcı 23 ve Katılımcı 34 tarafından belirtilmiştir. Konu ile ilgili bazı katılımcı ifadeleri aşağıdaki gibidir:

> *"Var Sisoft'a arıza bildirimi butonumuz var; oradan sekreter arkadaşımız ya da doktor, hemşire, idareci, yönetici, kim ise, arıza bildirimine girip bilgi işlerine ondan sonra tesisata elektrik-elektroniğine, telekomünikasyona hepsine ayrı ayrı arıza bildirimi yapıp gönderebiliyorlar, oradan geriye dönüş yapılıyor. Bilgi işlem işte teknik ekip olarak yüzde 80 iş yani işlevsel aktif kullanıyorlar."* – Katılımcı 18

"Biyomedikal bölümümüz var, onlara arıza bildirim var sistemde oradan arıza bildirimi atıyoruz malzememizi de oraya işte ortopedi servisine aittir diye arıza bu cihaz arızalıdır barkodu yapıştırıp oraya yolluyoruz …" - Katılımcı 27

"otomasyon ise otomasyona atıyoruz. Ondan sonra işte malzeme veya aletleri gerekli yerlere transferini sağlıyoruz onlarda tamiratını yaptıktan sonra bizi bilgilendiriyorlar ve gidip alıyoruz" – Katılımcı 33

"Sisoft üzerinden tabi ki arızalarımızı atıyoruz ilgili biyomedikalse biyomedikale, teknik servisse teknik servise" – Katılımcı 33

6.2.4.2. Kullanıcı tutumları kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Bakım ve Onarım Yönetimi" konusunda "Kullanıcı Tutumları" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Hasta ve hasta yakınları" ve "Personel" olmak üzere iki farklı kodlama yapılmıştır.

A. Hasta ve hasta yakınları

Hasta ve hasta yakınlarının bakım sürelerini kısaltma ve arızaların oluşması noktasında olumsuz yönlü davranışlarının bulunduğu Katılımcı 39'un *"bunu hasta açısından bakarsanız da tuvaleti kullanmaya, tuvalet terbiyesi bile almamış insanlarımız geliyor bu hastaneye. Klozetin üzerine affedersiniz, ayaklarıyla çıkıp o şekilde kullanan insanlarımız var o cahiliyette insanlarımız var."* şeklindeki ifadesinden anlaşılmaktadır.

B. Personel

Personelin dikkatsiz ve özensiz tutumlarının da bakım ve onarım faaliyetlerini olumsuz yönde etkilediği Katılımcı 39'un *"Zaten bizim teknik birim, en çok çalışan birimlerimizden bir tanesi şu an. Sürekli arıza çıkıyor, sürekli bu kadar insanın olduğu bir yerde istediğimiz gibi kullanmıyor malzemeyi ya da kullandığı eşyasını. Bilgisayarını adam kapatmadan gidiyor, belki aylarca o bilgisayar çalışıyor ya da kendi kullandığı kişisel masasını dahi silmiyor bakım yapmıyor. Yani her şeyi başkalarından bekliyor o tarz insanlarımız da var, bizimle çalışan personel açısından söylüyorum ya da…"* ifadeleriyle aktarılmıştır.

6.2.4.3. Önleyici bakım kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Bakım ve Onarım Yönetimi" konusunda "Önleyici Bakım" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Hizmet Alımı", "Maliyet" ve "Rutin bakımlar" olmak üzere üç farklı kodlama yapılmıştır

A. Hizmet alımı

Konu ile ilgili yöneltilen sorulara katılımcıların verdiği cevaplar neticesinde hizmet alımları yoluyla tedarikçi firmaların tıbbi cihazların bakımlarını ve kalibrasyonlarını üstlendiği ifade edilmiştir. Katılımcı 8'in *"Şöyle Tekirdağ genelinde biz hizmet alımıyla daha doğrusu bir şekilde sürecimizi devam ettiriyoruz mevcut pipetler santrifüjler vesaire genelde şey sorumluluğundadır firmanın, bize hizmet veren firmanın sorumluluğundadır. Sorumluluğunda olduğu için kalibrasyonun cihazların kalibrasyonunun pipetlerin santrifüjlerin dereceleri falan vesaire kalibrasyon açısından firma bu tarz tedbirleri almak zorunda. Senelik olarak cihazların kalibrasyonları falan vesaire yapılır onların etiketleri var.."* şeklindeki ifadesinden bu sürecin nasıl yürütüldüğü ve hizmet alımlarının hastane özelinde değil il genelinde yapıldığı ifade edilmiştir. Bunların yanı sıra bakım sözleşmeleri yoluyla alınan hizmetler ile de diğer cihazların bakımlarının yapıldığı Katılımcı 13'ün *"Dışarıdan hizmet alımıyla. UPSler aynı şekilde, jeneratörler aynı şekilde, bakım sözleşmemiz var, trafo yine aynı şekilde. Bunların bazılarının aylık bakımları var bazılarının üç aylık bakımları var. Onları geldiğinde firma özel bir servis formuyla doldurup arızası varsa tekrar bize bildiriyor, arıza varsa hemen gideriliyor."* şeklindeki ifadelerden anlaşılmaktadır.

B. Maliyet

Konuyla ilgili yöneltilen sorulara katılımcıların verdiği cevaplar neticesinde onarıcı bakımların yürütülmesindeki en önemli sorunların başında maliyet unsurunun yer aldığı tespit edilmiştir. Katılımcı 3'ün *" Bakım onarım miktarı derken şöyle aslında her sene yapılan bütçenin yüzde 5 yüzde 10 fazlasıyla hareket etmeye çalışıyoruz, orada öngörülüyor, bütçeden ne kadar harcadıysak o belli, yıl sonunda ne kadar harcandığı belli olduğu için ona göre bir sonra ki yılın planlaması yapılıyor."* şeklindeki ifadelerinden bakım bütçesinin ayrıldığı ifade edilse de

uygulama noktasında Katılımcı 19'un *"...iş üretme anlamında fakat bakımlarımızı düzenli yapamıyoruz çünkü neden hep bir maliyet hep bir maliyet. "* ifadeleri bakım faaliyetlerinin maliyet kısıtları sebebiyle düzenli olarak yapılamadığını göstermektedir.

C. Rutin Bakımlar

Konu ile ilgili yöneltilen sorulara katılımcıların verdiği cevaplar neticesinde yöneticilerin sadece cihazların değil binanın yapısal unsurlarının tamamı için rutin bakımlarının önemine haiz olduğu Katılımcı 2'nin *"Yani, şu algı vardı burası zaten yeni bina çok sırıtacak bir şey yok öyle bir şey yok, o yeni binanın bir yılda harabeye dönüşebiliyor mu dönüşebildiğini gördük. Dönüşebildiğini gördük ne kadar yeni olursa olsun ne kadar malzemeler alanlar ergonomik olursa olsun bir iki ay odayı kendi haline bırakın tamamen harabeye dönüşüp şeye dönüşebiliyor."* ve aynı doğrultuda görüş beyan eden Katılımcı 8, Katılımcı 13, Katılımcı 14, Katılımcı 15 ve Katılımcı 21'in ifadelerinden anlaşılmaktadır. Ayrıca söz konusu rutin bakım ve kalibrasyonlarının bakım yapılacak alanların özelliklerine göre biyomedikal, teknik servis, otomasyon ve hizmet alımı yapılan firmalar tarafından yürütüldüğü Katılım 23'ün *"Şimdi normalde onu aralıklı olarak denetimlerini yapıyor, teknik servis, bakımlarını; işte bozulduğunda ya bir parça eksiktir diye geri dönüş alıyoruz biz de, ya da ameliyathane asansörü çoğu zaman kısa süre tamir olabiliyor."*; Katılımcı 34'ün *"Cihazın kendi servisleri yapıyor zaten anlaşmalı servisler var."*; Katılımcı 21'in *"Yapılıyor, bizim diyaliz ünitelerinde makinelerimizin bakımı için sözleşme yapılıyor, dış farklı bir firmadan onlar da rutin olarak her ay gelirler, 15 yıldır aynı firmayla çalışıyoruz neredeyse hiçbir sıkıntı yaşamadık."*; Katılımcı 8'in "*Ölçümün doğru olduğunu görmeniz lazım. Hani biz kendi cihazlarımızda mesela bunu takibini yapıyoruz işin açıkçası hani firmanın kendi cihazlarımız olduğu zaman biyomedikal, firmanın cihazı olduğu zaman firma onu takip ediyor."* ifadeleriyle aktarılmıştır.

Söz konusu bakımların sürecinin ve takibinin yapılmasında özellikle görev devir teslimi neticesinde halef ve selef arasında yeterince bilgi paylaşımının olmaması çalışanlarda farklı algıların oluşmasına sebebiyet vermektedir. Nitekim; Katılımcı 38'in "*Yani açıkçası ben yeni sorumlu oldum. Kalibre edilen hiçbir cihazım olmadı şimdiye kadar. Ama sistemden kalibre edildi diye çıktı alacağım.*

Şimdi mesela biyomedikalden öyle bir mesaj geldi ama cihazım kalibre edilmedi." ifadeleri bu açıklamaları destekler niteliktedir.

6.2.4.4. Düzeltici bakım kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Bakım ve Onarım Yönetimi" konusunda "Düzeltici Bakım" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Arıza talebi", "Dışarıdan hizmet alımı" ve "Ortak alanlar" ve "Sorunun kaynağını tespit etme" olmak üzere dört farklı kodlama yapılmıştır

A. Arıza talebi

Konu ile ilgili yöneltilen sorulara katılımcıların verdiği cevaplar neticesinde yöneticilerin düzeltici bakım taleplerini sistem veya telefon üzerinden yaptıklarını aktarmıştır. Bu yöndeki açıklamalar Katılımcı 7'nin *"Rutin geldikleri dönemlerde var ama çoğunlukla talep ediyoruz yani arıza bildiriyoruz ve ilgileniyorlar.",* Katılımcı 13'ün *"Şimdi bu sistem şöyle, Sisoft üzerinden atılan sistem; kapısının kolu kırık, kişi kapısının kolu kırık diye arıza atıyor. Priz yerinden açılmış, musluğum damlatıyor diye arıza atıyor."* ve Katılımcı 15'in *"Otomasyonla ilgiliyse mesela bugün şey yaptık otomasyona arıza atıyoruz, telefonla ulaşıp hemen o sorunun giderilmesini sağlıyoruz"* ifadelerinden anlaşılmaktadır.

Ayrıca sistemin iyi işlediğini Katılımcı 18'in *"Var Sisoft'a arıza bildirimi butonumuz var; oradan sekreter arkadaşımız ya da doktor, hemşire, idareci, yönetici, kim ise, arıza bildirimine girip bilgi işlerine ondan sonra tesisata elektrik-elektroniğine, telekomünikasyona hepsine ayrı ayrı arıza bildirimi yapıp gönderebiliyorlar, oradan geriye dönüş yapılıyor. Bilgi işlem işte teknik ekip olarak yüzde 80 iş yani işlevsel aktif kullanıyorlar."* ve Katılımcı 34'ün *"hastanenin biyomedikal kısmı olsun kendi servisi olsun müdahil oluyor orada da yine genel geçer bir aksama olmuyor."* şeklindeki ifadesinden ve Katılımcı 1, Katılımcı 15, Katılımcı 30, Katılımcı 35 ve Katılımcı 38'in yukarıdaki ifadelerle aynı doğrultudaki beyanlarından anlaşılmıştır. Ayrıca sadece hastane içerisindeki arıza bildirimi yapılan birimlerin değil dışardan hizmet alımlarında da sürecin hızlı yürütüldüğü Katılımcı 17 *"o şekilde sadece o gün Siemens'e bakım için ayrılıp Siemens gelip*

bakıyor, bakımla ilgili hiçbir sıkıntı çekmiyoruz hani cihaz arızalandığı zaman direkt olarak Siemens görebiliyor." ifadeleriyle aktarılmıştır.

Arızalara müdahale eden birimlerin iş işleyiş şekilleri ve planlamaları Katılımcı 13'ün *"Sisoft denen sistemde arıza bildirim kaydı vardır, günlük arızalar oraya atılır, oradan biz her gün arızaları tarayıp; o arıza kimi ilgilendiriyorsa, bizim personelimizden, ilgili kişileri, bugün; Ahmet şu arıza var KBB'de sen buraya gidiyorsun; işte Mehmet nükleer tıpta şu var, sen buna gidiyorsun deyip arızaları paylaştırıyoruz (akşamdan gelen arızaları). Gün içinde gelen, bize intikal eden arızalara da arkadaşları yönlendiriyorum ben"* ifadeleriyle aktarılmıştır. Teknik servis, biyomedikal ve otomasyon birimlerinin aynı şekilde çalışması sürecin iyi şekilde yürütülmesine olanak tanımıştır.

B. Dışarıdan hizmet alımı

Hastanenin arıza taleplerini karşılayan birimlerin yanı sıra kullanılan sistem ve cihazların yüklenicilerinin hastanede personel bulundurarak, uzaktan kontrolle müdahale ederek veyahut teknik personel göndererek arızaları giderdiği katılımcıların aşağıdaki ifadelerinden tespit edilmiştir.

> *"Sisoftun kendisiyle, bizim hastanedekilerle görüşüyoruz. Zaten onların hepsi sisoft elemanı, kendi elemanları…"* - Katılımcı 18

> *"…eğer uzaktan çözülemeyecek biyomedikalin yapamayacağı bizim yapamayacağımız bir şeyse, Siemens direkt olarak kendisi geliyor servis elemanlarını gönderip yapıyoruz."* – Katılımcı 17

> *"Siemens'in ayrıca uzaktan erişim modülü de var uzaktan cihaz arızasında direkt olarak Almanya'da ki merkezlerine dahil sistem üzerinden düşüyor. O yüzden sıkıntı yaşamıyoruz onunla ilgili."* – Katılımcı 17

C. Ortak Alanlar

Hastanedeki personelin ve hastaların sıkça kullandığı asansörler, bunun yanında sağlık hizmetlerinin kesintisiz sunumunda oldukça kritik önem taşıyan UPS, jeneratör vb. makinelere yönelik arıza durumlarının takip edilememesi ve bu durumun önemi Katılımcı 13'ün *"Bizim için önemli olan biraz önce saydığım asansör, UPS, jeneratör bunların arızasını, kimse Sisofttan arıza atmıyor.*

Jeneratörün arızalı olduğunu, Sisofttan arıza atacak kimse yok, yani arıza olduğunu kimse bilmez zaten, bunu biz biliyoruz sadece asansör arıza yaptı mı telefon ediyorlar sadece, arıza atacak asansörün bir sahibi yok. Sisofttan arıza atan kim? O odanın sahibi, servisin sorumlu hemşiresi, servisinde bir sıkıntı olduysa arızasını atıyor." İfadelerinde aktarılmıştır.

Özellikle asansörlerin kullanımında yaşanan arızalar birçok katılımcı tarafından ayrıca ifade edilmiştir. Bu konudaki Katılımcı 17'nin *"ufak tefek hastalar için konuşuyorum bu kısmı bazen asansörler arızalı olabiliyor çok fazla miktarda olabiliyor özellikle o çok fazla sıkıntı.",* Katılımcı 19'un *"baktığınız zaman ne asansörü doğru ve yeterli"* ve Katılımcı 26'nın *"Asansörler de sık sık bozuluyor merdivenler hani şöyle hani normalde riskli mesela aralar çok açık merdivenlerde."* şeklindeki ifadelerine ek olarak Katılımcı 29, Katılımcı 30 ve Katılımcı 33 de benzer şekilde görüş aktarmıştır.

Konuyla ilgili sorunların nasıl çözülebileceğine yönelik katılımcıların görüşleri istendiğinde ise teknik servis HBYS üzerinden yeni modüllerin açılması veya sekreter istihdam edilmesinin faydalı olacağı görüşü Katılımcı 13'ün *"Onun için Sisoft üzerinde bu tür arızalar görünmüyor işte. Bu, biraz önce dediğim o idi. Hani bir sekreter olsa, bizim de bir modülümüz olsa, teknik hizmetlere ait yapılan her şey oraya işlense jeneratörün bir modülü, asansörlerin bir modülü bak, her şeyi bilgisayar ortamında yapılsın. Dediğim gibi kişilere bağlı kalmış olmaz burası. Ben 10 yıl önce asansörün ne kartı değişmiş görebilirim yani. Veya benden sonraki kişi, bu asıl sorun neyi değişmiş, jeneratörün neyi değişmiş…"* ifadelerinde açıkça belirtilmiştir. Bu sayede kurumsal hafızanın oluşturulmasıyla bireylere bağlı sistem yerine kurumsallaşmanın artırılması sağlanabileceği de ayrıca katılımcılar tarafından aktarılmıştır.

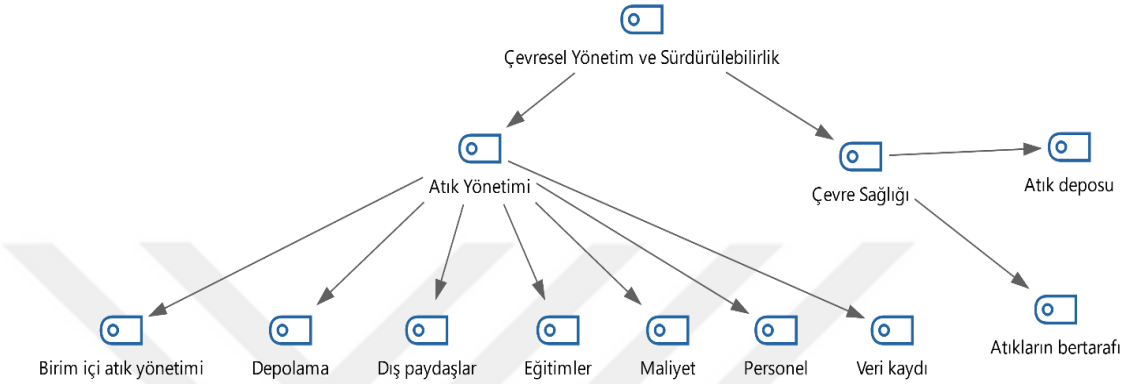
D. Sorunun kaynağını tespit etme

Mevcut düzen içerisinde özellikle yapısal unsurlar başta olmak üzere birçok alanda geçmişe yönelik yeterli düzeyde hafızanın olmaması sorunların kaynağı tespit etme noktasında da farklı problemleri de beraberinde getirdiği, kurumdaki veya mesleki tecrübe ile paralel olarak gelişim gösterildiği Katılımcı 13'ün *"Tamamen tecrübeyle yaşadıkça bu önlemleri alıyorsunuz. Biz o şalteri oradaki UPS'in*

kurduğunu bilmiyoruz, elektrik mühendisi de bilmiyor bunu jeneratörcü bilmiyor. Biz 3 gün arıza aradık, o gece biz onun önlemini aldık, jeneratörcüyü çağırdık, trafocuyu çağırdık, elektrik mühendisi çağırdık, herkesi; sabaha kadar buradaydık. Ama bunu 3 gün sonra bulabildik biz" ve *"Bu şalter nasıl kuruluyor, takip takip elimizde bir proje yok, bir şema yok. Tamamen uğraşa uğraşa o şalteri o UPSnin kurduğunu, elektriğini oradan aldığını tesadüfen, demeyelim tesadüfen, arayarak bulduk yani."* ve Katılımcı 17'nin *"Kendi çözümleyebileceğimiz bir şeyse kendimiz çözüm üretiyoruz cihazın tabi ki garanti kapsamında veya anlaşması olduğu için servisle herhangi bir parçasına dokunmadan uzaktan çözülebilecek bir şeyse çözülmeye çalışıyor eğer uzaktan çözülemeyecek biyomedikalin yapamayacağı bizim yapamayacağımız bir şeyse, Siemens direkt olarak kendisi geliyor servis elemanlarını gönderip yapıyoruz."* ifadelerinde aktarılmıştır.

6.2.5. Çevresel yönetim ve sürdürülebilirlik temasına ilişkin bulgular

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda "Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik" temasına ilişkilendirilmiş kategoriler "Atık Yönetimi" ve "Çevre Sağlığı" bağlamındadır.



Şekil 6.2.5.1: Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar

6.2.5.1. Atık yönetimi kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik" konusunda "Atık Yönetimi" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride ise "Birim içi atık yönetimi", "Depolama", "Dış paydaşlar", "Eğitimler", "Veri kaydı" ve "Personel" olmak üzere altı farklı kodlama yapılmıştır.

A. Birim içi atık yönetimi

Konu ile ilgili yöneltilen sorulara katılımcıların verdiği cevaplar neticesinde birimlerin atık yönetimi konusunda farklı uygulamalar yürüttüğü, kontamine olmaları engellemek için atık ayrıştırma, renkli poşet, uyarı resimleri vs. kullanımıyla sürecin yürütüldüğü kullanıcıların aşağıdaki ifadelerden tespit edilmiştir.

> *"Sarı siyah ayrı olsun dedik mesela bir şey el işareti vardı gözünüzün önüne getirirsiniz bir kuru kafa işareti olur ya elektrikten…"* – Katılımcı 32

> *"Atıklar ayrıştırılıyor. Plasentalar ayrı, doku parçası olarak ayrı toplanıyor tıbbi atık dışında. Kodlar yazılıyor üzerine o şekilde aşağıya, teslim ediliyor*

zaten görevli var tıbbi atıkları ayrı alan özel kıyafetini giymiş görevli, belirli saatlerde gelip alıyor." – Katılımcı 16

"Mesela örnek veriyorum şey, kesici delici alet kutumuz var tıbbi atıkla beraber aslında bu. Bu poşete atılmıyor, kesici deliciden bahsettiğim de iğne ucu maket bıçağı vesaire bunların hepsi kesici deliciye ait veya makas." – Katılımcı 32

B. Depolama

Depolama için tahsis edilen alanın mevcut ihtiyaçların karşılanması noktasında yeterli olmadığı Katılımcı 32'nin *"Ya büyüklüğü şu anda aslında yeterli değil diyeyim size çünkü yanlış söylemek olmasın şey hastane sürekli büyüyor bunun üstüne de korona geldiği için şu anda covid-19'la beraber, geçen senenin üstüne iki katı diyebilirim şu an kilolar iki katı."* ve alanın yetersizliğine ek olarak atık toplayıcı firmaların gecikmesinin sıkıntılara sebebiyet verdiği yine Katılımcı 32'nin *"...depomuz iki günde bir dolacağına örnek veriyorum bir günde çok rahat dolabiliyor. Yani bunun üstüne de firma da geciktirdiği zaman bir sıkıntı yaşayabiliyoruz."* ifadelerinden anlaşılmaktadır.

Sürecin yönetilmesinde yaşanan bu tür sorunların neden olduğu depolama alanındaki sıkıntıları Katılımcı 32 *"telefonuyla atık deposunun fotoğrafını da göstererek"* (Araştırmacı Günlüğü)*, "Bu nedir biliyor musunuz? Burası bizim tıbbi atık depomuz burası g eri dönüşüm zaten. Tıbbi atığın içinde şöyle, havadandı bu. Şimdi burası tıbbi atık aslında içerisi bu tek kapı tıbbi atık şurası tehlikeli atık şurası da evsel atık. Burasının içi tamamen dolu."* ifadeleriyle aktarırken, ek olarak atık deposundaki durumu *"Evet, evet içerisi mesela belki de bir aydır en dibi alınmamıştır öyle söyleyeyim."* beyanıyla aktarmıştır.

C. Dış paydaşlar

Atıkların depolanması, transferi ve bertarafı konularında dış paydaşlarla yürütülen koordinasyon çalışmaları atık yönetimini etkilemektedir. Bu kapsamda tek bir paydaş ile değil tıbbi ve tehlikeli atıklar için ayrı firmalardan hizmet alındığı Katılımcı 32'nin *"Tıbbi atık için anlaşmalı firma var o geliyor bir de tehlikeli atıklarımız var onun için de ayrı bir anlaşmalı firma var o geliyor."* şeklindeki ifadelerinden anlaşılmaktadır. Bunun yanı sıra belediyenin de evsel atıkların

toplanmasında katkı sunduğu yine aynı katılımcının *"Ondan sonra günlük olarak, çıkışa doğru da bu evsel atıklarımız da yaklaşık olarak günlük 2 kere belediye tarafından alınıyor bir sabah alınıyor bir akşam alınıyor."* beyanından anlaşılmıştır.

Atıkların bertarafı konusunda hizmet alımı için ihalelerin hastane özelinde yapılmadığı Katılımcı 32'nin *"Evet İl Sağlık Müdürlüğü yapıyor diye biliyorum. Yani biz ihale sürecinde yoktuk ben kendim açısından kendim söylüyorum yani İl Sağlık yapıyor diye biliyorum yapmıyorsa bu konuda bilgim yok öyle söyleyeyim size."* şeklindeki beyanında aktarılmıştır.

Atık firmasının il genelinde hizmet vermesinin ise koordinasyon konusunda sıkıntılar yarattığı yine aynı katılımcının *"Daha sonra saat yaklaşık 10 gibi veya 10'dan sonra atıkçıların şu anda atık firmasının saat kaç gibi geldiklerinden emin olamıyoruz çünkü Tekirdağ genelinde bir sıkıntı var."* açıklamasıyla aktarılmışken, bu tür koordinasyon eksikliklerinin özellikle depolama konusunda ciddi sıkıntılar yaşattığı Katılımcı 32'nin *"Daha sonra burası dışarı taşıyor arkadaşımız da aslında becerikli bir arkadaşım o açıdan kendisini takdir ediyorum. Yani iyi diziyor atıkları da yer kaplamayacak şekilde daha sonra taşıyor buraya kadar. Bu yaklaşık kaçtı, bir haftalık bir haftadır tıbbi atık firması gelmedi."* ifadelerinden açıkça anlaşılmaktadır.

D. Eğitimler

Birimlerde atıkların ayrıştırılması ve toplanmasıyla ilgili eğitimlerin atık birimi ve eğitim hemşiresi tarafından koordineli bir şekilde başta yeni başlayan çalışanlar olmak üzere diğer çalışanlara da yüz yüze yapıldığı ve bunların da tutanak ile kayıt altına alındığı Katılımcı 32'nin *"biz de zaten senede 1 kere uyum eğitimi dahilinde bütün çalışanlara bunları veriyorduk yine aynı şekilde ben bütün her yeri gezdiğim için acilleri, yoğun bakımları vesairesini bunların hepsini gittiğim yerde konuştuğum kişilerle beraber eğitimi vermiş oluyorum ben yüz yüze eğitimi vermiş oluyorum. Kendim de zaten tutanaklarımı alıyorum o şekilde."* ve *"Eğitimin tamamını eğitim hemşiremiz Nevin Hanım, kendisi başhemşire yardımcısı oldu şimdi, eğitimi onlar planlıyordu"* ifadelerinde aktarılmıştır.

E. Veri kaydı

Atıkların ayrıştırılması ve toplanması sürecinin barkodlama sistemi ile kontrol edildiği Katılımcı 32'nin *"belirlediğimiz yerler hakkında zaten bunların poşetlerin hepsine barkod yapıştırıyoruz biz nereden geldiğine dair."* ve *"biz bunların hepsini barkodla belirlediğimiz için sıkıntı yaşamıyoruz o konuda yani çalışan arkadaşımız da bir sıkıntı yaşamadığını söyledi şimdiye kadar."* ifadeleriyle aktarılmış ve herhangi bir olumsuz durum yaşanması sonucunda sorun yaşanan birimin bu sistem ile kolaylıkla tespit edilip gerekli geri bildirimlerin yapıldığı yine aynı katılımcının *"Anında yerini belirliyoruz bunlar hakkında ben tutanağımı yazıyorum idari işlere veriyorum onlar ilgileniyor artık bu konuyla ilgili."* şeklindeki ifadelerinde belirtilmiştir.

Ayrıca atık birimi tarafından atıkların günlük ölçümlerinin belirli saatler aralığında birimin kendi imkanları ile oluşturulan standart formlar aracılığıyla yapıldığı Katılımcı 32'nin *"daha sonra şu anda atıklarla ilgili girişlerini yapıyoruz sisteme. Girişleri de şöyle mesela saat 4 gibi falan arkadaşımız aşağıda tartıların tartma işlemlerini yapıyor."* ve *"Bizim kendimizin yaptığı formlar, Sağlık Bakanlığı'nın bu konuda belirlemiş olduğu form yok bildiğim kadarıyla tam olarak araştırmasam da. Yani bizim hastanenin fiziki koşullarına göre ayarlamış mesela örnek veriyorum cerrahi yoğun bakım, ondan sonra çocuk servis falan bunların hepsi var bizde yirmi kalem var yaklaşık yanılmıyorsam."* açıklamasından anlaşılmaktadır.

Ancak mevcut ölçümlerin hastanede kullanılan HBYS sistemine değil manuel olarak bilgisayarlara kaydedilerek kayıt altına alındığı Katılımcı 32'nin *"O kendisi sisteme girmiyor, kendi formu var bütün bizim hazırladığımız formlar var Word üzerinden diyeyim size."* şeklindeki ifadesinden anlaşılmaktadır.

F. Personel

Atıkların yönetimi kapsamında hastanede iki personelin istihdam edildiği ve bu sayının yeterli olduğu Katılımcı *32'nin "2 personel bize şu an yeterli, 2 personelimiz yeterli yani diğer Tekirdağ hastanesinde de yanılmıyorsam şu an 2 kişi var. Yani şu an yeterli."* ifadelerinden, ancak sertifikalarının olmadığı bunun için İl Sağlık Müdürlüğü ile koordineli bir süreç yürütüldüğü yine aynı katılımcının *"Zaten bir sıkıntımız vardı aslında bununla ilgili sertifika alamamış bu arkadaşlar bununla*

ilgili ben geldiğimden beri takip ettim ama işte şimdi geçen hafta yaklaşık görüştük il sağlıkla, sertifikaları online verilebilecekmiş bir şekilde yazıyı bekliyoruz bununla ilgili" şeklindeki açıklamasından tespit edilmiştir.

G. Maliyet

Atıkların bertaraf edilmesinde katlanılan maliyetler ile ilgili tıbbi atıkların ve tehlikeli atıkların fiyatlandırılması konusunda farklılıkların olduğu Katılımcı 32 *"Yaklaşık 2.94 müydü tıbbi atık en son geçen aylarda konuşmuştuk da 2.94 olması lazım tıbbi atığın yanılmıyorsam. (katılımcı arşivinde eski kayıtları göstererek-Araştırmacı Günlüğü) Şurada da zaten şu şey vardı, bizim eski hah eski faturalardan. 2.6 diyor ama tarihine bakayım değiştirildi…"* ve *"Yani tehlikeli atığımız da var o da ayrı fiyatlanıyor hepsinin…"* şeklinde açıklamalarıyla aktarılmıştır.

6.2.5.2. Çevre sağlığı kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik" konusunda "Çevre Sağlığı" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride ise "Atık deposu" ve "Atıkların bertarafı" olmak üzere iki farklı kodlama yapılmıştır.

A. Atık deposu

Mevcut kullanılan atık deposunun özellikle dış paydaşlarla yaşanan problemlerden ötürü temizlenemediği Katılımcı 32'nin *"Evet, evet içerisi mesela belki de bir aydır en dibi alınmamıştır öyle söyleyeyim.";* bu durumun atık deposunun konumu gereği hayvan ve insanların etkileşimine açık olması yine aynı katılımcının *"Dışarıdan belki insanlar da bir şekilde kontak halinde olabiliyor yani bunları bir şekilde kontrol etmek lazım."* ve *"sokak hayvanları bunları karıştırıyor bir de herhangi haşereler vesaire bunların üremesine de çok müsait bir ortam."* açıklamalarıyla aktarılarak çevresel tehdidin boyutunu ifade etmiştir. Bunların yanı sıra Araştırmacı Günlüğüne kaydedilen *"Atık deposunun temizliğinin istenilen seviyede olmaması, özellikle hayvanların ulaşımına imkan vermesi ve yemekhanenin bulunduğu eksi kattaki konumu çalışanları tedirgin ediyor"* şeklindeki not konunun önemini ayrıca vurgulamaktadır.

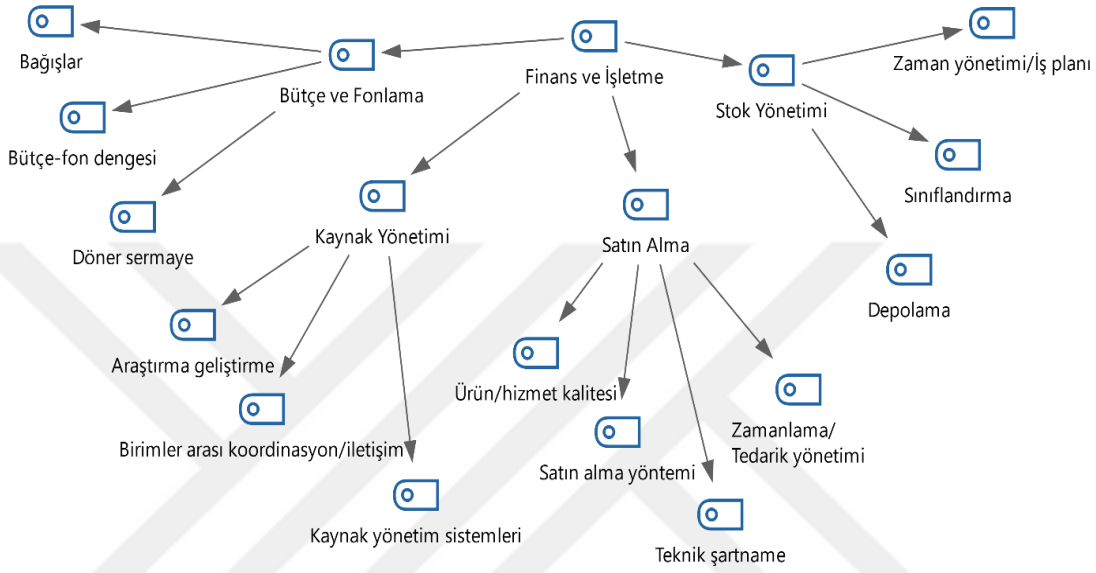
B. Atıkların bertarafı

Servis ve ameliyathane kullanılan suyun normal giderlere aktarılması yoluyla bertaraf edildiği ve bunlarla ilgili yasal düzenlemelerin bulunmadığı Katılımcı 21'in *"Suların atık yönetimiyle ilgili yani onlar direkt normal gidere atılıyor, yani ekstradan bir şey yapılmıyor benim bildiğim." ve "Evet yönetmelikte herhangi bir şey yok atık sularıyla ilgili yani şöyle yapılması gerekiyor böyle yapılması gerekiyor diye herhangi bir şey yok çünkü şöyle düşünün normal fizyolojideki bir insanın atığını çok özür diliyorum lavaboya gidiyorsanız bizde hastanınkini aynı şekilde yapıyoruz yani burada hani ekstra kimyasal bir şey almıyor hasta, hani kimyasal herhangi bir toksik madde yok böyle bir şey olamaz bir hasta açısından."* ifadeleriyle aktarılmıştır.

Ayrıca pandemi döneminde de kullanımı önemli derecede artan dezenfektanların bertaraf edilmesinde sorumluların kendi imkanları ile çevresel zararı en aza indirmek amacıyla araştırma yaptığı Katılımcı 21'in "*Sadece dezenfektanı araştırıyorum dün akşam bununla ilgilendim ama pek bir şey yok firmayı aramayı düşünüyorum. Kullandığım dezenfektanın bertarafını internette araştırdım bulamadım, firmayı arayacağım hani özellikle bir şey var mı diye."* şeklindeki açıklamalarla ifade edilmiştir.

6.2.6. Finans ve işletme temasına ilişkin bulgular

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda "Finans ve İşletme" temasına ilişkilendirilmiş kategoriler "Bütçe ve Fonlama", "Kaynak Yönetimi", "Satın Alma" ve "Stok Yönetimi" bağlamındadır.



Şekil 6.2.6.1: Finans ve İşletme Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar

6.2.6.1. Bütçe ve fonlama kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Finans ve İşletme" konusunda "Bütçe ve Fonlama" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Bağışlar", "Bütçe-Fon dengesi" ve "Döner Sermaye" olmak üzere üç farklı kodlama yapılmıştır.

A. Bağışlar

Konu ile ilgili katılımcılara yöneltilen sorular neticesinde hastanenin finansman kaynağının bir kısmını vatandaşlar tarafından yapılan bağışların oluşturduğu Katılımcı 3'ün *"Evet ama bir de şu var halk sağ olsun bu konuda biraz destekleyici durumda hastanemize bağış yapıyorlar sağ olsunlar."* ve bu bağışların devamlı yapıldığı yine aynı katılımcının *"Sürekli geliyor tabi ki, vatandaşlar destekliyor sağ*

olsunlar, yoğun bakımın cihazlarına kadar destek olmuşlar." ifadelerinde aktarılmıştır.

B. Bütçe-fon dengesi

Yıllık bazda hastane için belirli tutarda bütçe ayrılmasına karşın bu bütçenin fonlanması noktasında sıkıntıların yaşandığı ve bütçenin öngörülen harcamaların miktarını ifade ettiği Katılımcı 3'ün *"Hastane bütçesi aslında yeterli yani bütçe konusunda sıkıntı yok fakat ödeme fonlarında sıkıntı var bütçenin karşılığının kuruma tedariki konusunda diyeyim açıkçası. Kurum karşısında bütçe planlamasıyla bütçeyi görüyor ama o sanal bir bütçe kasada aktif bir paran yok, örnek vereyim 100 milyon bütçesi var hastanenin 100 milyon bütçe planlanmış daha doğrusu ama 100 milyon bütçe senin kasanda ki mevcut paran değil, öngörülen harcaman gereken veya bu hastane için öngörülen onaylanmış bütçe."* şeklindeki açıklamasında belirtilmiştir.

C. Döner sermaye

Genel bütçeye nazaran hastane giderlerinin önemli bir kısmının döner sermaye kaynaklarından karşılandığı Katılımcı 3'ün *"Genel bütçeden çok fazla gelmez genel bütçeden pandemi dolayısıyla koruyucu malzemeler açısından geliyor ama onun dışında tüketim kalemleri var elektrik su giderleri gibi, gelirse oralardan gelir onun dışında genel bütçeden değil daha çok döner sermayeden gelir bizim gider kalemlerimiz."* ifadelerinden tespit edilmiştir. Ayrıca Katılımcı 36'ın *"Çok emekleri oldu yani hem personelin ek ödeme yapması yönünde güçlenmesini istedi hem de yatırımlar yapabilmesi ve mali güçlerinin kuvvetlenmesi nedeniyle öyle bir önem verdi döner sermayelere."* şeklindeki ifadesinden de döner sermayenin oluşturulma amacının hem personelin hem de sağlık tesislerinin mali açıdan güçlendirilmesi olduğu açıkça ifade edilmiştir.

6.2.6.2. Kaynak yönetimi kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Finans ve İşletme" konusunda "Kaynak Yönetimi" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Araştırma ve geliştirme", "Birimler Arası

Koordinasyon/iletişim", "Kaynak Yönetim Sistemleri" olmak üzere üç farklı kodlama yapılmıştır.

A. Araştırma geliştirme

Güncel ihtiyaçları karşılama noktasında mevcut kaynakları farklı amaçlar için kullanabilmek ve hızlı çözüm üretmek için hastane yönetiminin teknik personelin de katkılarıyla araştırma geliştirme faaliyetlerini yürüttüğü ve üretilen cihazların aktif kullanıma dahil edildiği katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde aktarılmıştır;

> *"Biz biraz fazla ilgileniyoruz, araştırıyoruz nasıl olur, nasıl yapılır, yapılabilir mi? Böyle güzel şeyler yaptık yani hastane bu bir tanesi örnek yani."* – Katılımcı 13

> *"...pandemi döneminde monitörlerimiz vardı bunları da bir hastaneden devralmıştık, şu anda da alanda kullanmıyorduk bunları biyomedikal sorumlumuzla konuştuk bunları tansiyon aleti olarak kullanamaz mıyız, kullanabiliriz gerçekten de çok şeyleri kalibrasyonları da yapıldı eski malzeme olmasına rağmen çok sağlam ve..."* – Katılımcı 2

> *"Yani hani sorunla karşılaştığımızda alternatifler yani karşılaşmadan önce alternatif çözümler biz bulmuştuk o anlamda da sıkıntı yaşamadık hemen geçtik bu uygulamaya arkadaşlar için de daha elverişli oldu onlar daha şey yaptılar. Bir diğer şeyde mesela şey alanlarında boks önlüğü giymek hem sayısal olarak sıkıntı olacaktı hem de arkadaşlar onu biraz daha kalın buluyorlardı yine Münir Alkan'dan bize gebelere giydirilen gömlekler varmış biz de onları gebelere giydiriyoruz ama çok sayıda, sarı çizgili hemen onları servislere alanlara koyduk. Mesela o yarı kritik dediğimiz alanda o sarı gömlekler giyiliyordu, hasta odasında mavi gömlekler gibi renk ayrımını da yapmış olduk o açıdan."* – Katılımcı 2

B. Birimler arası koordinasyon/iletişim

Olağanüstü dönemler başta olmak üzere yöneticiler mevcut kaynaklar ile (satın alma yapmadan) ihtiyaçları karşılamak için farklı birimler ile iletişim halinde ve koordineli olarak yeni çözüm yolları üretme arayışında olduğu Katılımcı 2'nin *"Çözmüş olacağız çünkü bir bağlarken şey yapacak uzaktan basacak nabzını şeyini*

bir şeyde ölçüp çıkacak, sadece işte aletin temizlenmesi; en son biyomedikalle ilk önce araba altına nasıl portatif bir şey yapabiliriz diye onu da hemen dediler ki hani şey şeklinde üstüne monitör oturtacağımız 4 tekerlekli olması yeterli. Teknik servisle görüştüm kaynak cihazımız falan bunu yapabilir miyiz diye çünkü eğer biz bunu hazır almak istesek listenin sonlarına kalacak. Çok gerekli hani acil ihtiyaç olarak görülmeyecek hemen onu kendi imkanlarımızla eldeki işte şeyler var hani demir gibi aparatlar var teknik servis o şekilde bir araba ayarladı. Biyomedikal onu üzerine oturttu vidaladı ve servislere bunu 10 tane şeyimiz vardı servislere bunu hemen aldırdık servislerde kullanmaya başladı." şeklindeki ifadelerinden anlaşılmaktadır.

Bazı alanların hastane ihtiyaçlarına göre yeniden tasarlanması ihtiyacının, kaynakların yeterli olmadığı durumlarda, koordineli çalışmanın önemine ek olarak mevcut kaynakları kullanılabilir hale getirmenin de idari mali işler üzerinde baskılar oluşturduğu Katılımcı 6'nın "*Şu anda da yine yeni yoğun bakım açmaya çalışıyoruz fakat oranın iklimlendirme konusunda satın alma birimi çalışıyor işte nasıl bir klima santraline ihtiyacımız olacak diye bunlar da tabi maliyetli üniteler o bakımda sıkıntı olabiliyor sorun olabiliyor tabi mevcut ihtiyacı karşılamak da sorun değil ama ek birimler ek başlangıçta da o düşünülmeden ya da doğal olarak sadece mevcudiyet planlanarak yapıldığından dolayı eksik kalmış şu anda da eksikliğini hissediyoruz öyle sorun olabiliyor*" ifadeleriyle aktarılmıştır.

Hizmet sunumunda var olan kaynakların döngüsü/tekrar kullanıma hazır olma durumu da malzemelerin sayısı ve birimlerin koordineli çalışmasına bağlı olduğu Katılımcı 1'in *"Diyor ki sterilizasyona gitti gelmedi diyor. Bunun bir döngü süresi var yedeğin var mı diyorum, sterilizasyon süresince cihaz var ama hasta bağlayamıyoruz."* ifadeleriyle de aktarılmıştır.

C. Kaynak yönetim sistemleri

Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastanelerin mevcut kaynaklarının kayıtlı olduğu sistem üzerinden ülke bazında maliyeti oldukça yüksek olan medikal cihazlar başta olmak üzere kaynak paylaşımı yapıldığı, maliyetsiz veya düşük maliyetli olarak bu sistem üzerinden cihaz temin edilebileceği Katılımcı 1'in *"ÇKYS çok geniş, personel yönetimi de var, genel malzeme yönetimi var işte; Biyomedikal için olunca veya sadece Biyomedikal için demiyim diğer ayniyat dediğimiz döşeme demirbaş ilgili*

MKYS'de bölüm var; o ayniyat diye geçiyor, biz Biyomedikal depo geçiyoruz. Aynı sistemi eczane kullanıyor, ilaç için veya tıbbi sarf malzeme için. Aynı sistem işletiliyor girişi, çıkışı, vergilendirme hep aynı, hastaneler arası geçişi, ister cihaz olsun ister ilaç olsun aynı sistemden biri çıktı yapıyor biri aldım diyor; onun birim fiyatı üzerinden bedelsizi var bedellisi var; yıl sonunda sizin toplam amortismanlarınız onun üzerinden hesaplanıyor." ifadelerinde aktarılmıştır.

Bunun yanı sıra akılcı laboratuvar sistemleriyle de kaynakların efektif kullanımının sağlanması amaçlanmaktadır. Söz konusu sistem ile ilgili Katılımcı 8 *"akılcı laboratuvar sistemi denilen bir şey çıktı bunları mecburi olarak işin açıkçası yapmak durumundasınız ve bunlar denetleniyor yani kimi zaman mesela aldığınız puan mesela hastane genel döner sermayeyi etkileyebiliyor…"* ve *"o nedenle mümkün olduğunca her şeyi doğru yapmaya zamanında yapmaya çalışıyoruz imkanlar el verdiğince ne kadar görünüyor veyahut işte ne bileyim diğer branşlar arasında mesela bizim öne çıkan doktorlarımız her şey sayısal veya bireysel olarak gözünüzün önüne gelir ama bu yukarısı tarafından ne kadar bilinir bu soru işareti neyse. Aynı zamanda verimliliği de düşünmek zorundasınız yani test çalışırsınız ama bu sizin hastanenize ne kadar bir katkı sağlar ne kadar bir gideri veya geliri olur onları da düşünmek zorundasınız yani."* şeklinde ifadelerini aktarmıştır.

6.2.6.3. Satın alma kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Finans ve İşletme" konusunda "Satın Alma" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Satın Alma Yöntemi", "Ürün/Hizmet Kalitesi", "Zamanlama/Tedarik Yönetimi" ve "Teknik şartname" olmak üzere dört farklı kodlama yapılmıştır.

A. Satın alma yöntemi

Mevcut ve gelecekteki ihtiyaçlara yönelik yapılan satın alımlarda mevzuat çerçevesinde ihale, pazarlık ve doğrudan temin yöntemlerinin kullanıldığı ve ürünlerin bu yöntemlerle tedarik edildiği Katılımcı 3'ün *"Tabi tabi, kanun çerçevesinde her şey bellidir, nasıl usulle yapacağımız, hangi yolu izleyeceğimiz açık açık belli zaten"* ve "*hangi ihale yöntemiyle alacağımıza karar veririz o şekilde bütçeye bakılır, bütçede eğer maddi karşılığı varsa ona göre alım yöntemini seçip*

tedarik ederiz." ifadelerinden, bazı durumlarda ise doğrudan temin yolluyla yapıldığı yine aynı katılımcının "*Büyükşehirde ki doğrudan temin limitleri var, yani normal büyükşehir olmayan şehirler ile büyükşehirler arası fark var bizde 97 bin bu senenin öngörülen doğrudan temini, yani devlet bu kamu ihale mevzuatıyla 97 bine kadar KDV hariç alım yapabilirsiniz diyor zaten. Bizde 22d'yi kullanarak böyle ufak tefek acil gereken ihtiyaçları buradan karşılıyoruz."* ifadelerinden tespit edilmiştir.

İhale usulleri ile satın alımlar kamu yararını gözetse de bazı durumlarda kur baskısının maliyetleri yükseltmesi nedeniyle ihalelerin iptal olduğu Katılımcı 3'ün *"Yaklaşık maliyetin üzerinde kaldığı için tabi ki ihale iptal oluyor"* şeklindeki ifadesiyle aktarılmışken hem bu sebepten hem mevzuat gereklerinden kaynaklanan sürecin uzaması da kurum için ayrıca maliyetlere sebebiyet vermektedir. Bu durum Katılımcı 1'in *"İhtiyaç derken olması gerekiyor çünkü ihale mevzuatının belli bir süreci var, yani ihaleyi anında yapıp sonuçlandıramazsınız, ihalede ilan giderleri var, yani bazen 50 liralık ürün 3 bin-4 bin liraya da gelebiliyor bu ilanlar bunu zaten hiçbir firma ihaleyi gelip te almazsa…"* açıklamalarıyla net bir şekilde ifade edilmiştir.

B. Ürün/Hizmet kalitesi

Hizmet sunumunda kullanılmak üzere yapılan cihaz, sarf malzemesi gibi ürünlerin bir kısmını kapsayan ortak hizmet alımlarının kamu yararı gözetilerek İl Sağlık Müdürlüğü tarafından, hastane özelindeki ihtiyaçların ise hastanenin yaptığı ihalelerle temin edildiği Katılımcı 3'ün *"Tabi tabi il sağlık müdürlüğü bünyesinde yapılıyor yani, tüm hastanelerin ortak hizmetleri gibi alımlar merkezden yapılır. Bireysel hastane ihtiyaçları genellikle kendi kurumlarınca ihale ve alım yöntemine göre karar verilerek yapılır."* şeklindeki ifadesinde açıkça belirtilmiştir. Özellikle ortak hizmet alanları için yapılan satın alımlarda kalite kontrolünün yapılamadığı ve genel olarak ürün kalitesinin düşük olduğu bunun da uzun vadede daha fazla maliyete katlanmayı gerektirdiği Katılımcı 19'un *"İl bunu yaptığı zaman, il kendi derecelendirmesini kendileri yapıyor ürünleri arasında ve onların seçtiği firmadan ürünleri geliyor. Dolayısıyla da istediğiniz ürüne ulaşmanız çok zor oluyor bazen o kadar kötü kimyasallı temizlik malzemeleri geliyor ki çamaşır suyu ama bırakın alanı temizlemeyi su niyetine döküyorsunuz kullandım oluyor adı. Çamaşır deterjanlarımız*

kesinlikle kanı çıkartmayan deterjanlar onun daha iyi temizleyebilmesi için klor tabletler mi atmıyoruz içine, kan sökücü ayrıca alıp ekletmiyor muyuz ayrı beklet tekrar makineye at…" açıklamalarında iletilmiştir.

Ayrıca satın alma işleminde farklı birimlerin kendi süreçlerini kapatmak istemesi de kalite kontrolünün yapılmasını engelleyebildiği Katılımcı 1'in *"Şimdi o süreçte şöyle işliyor, malzeme geliyor mesela satın almacılar da hemen işi sonlandırmak istiyorlar. Hani iş yoğunluğundan dolayı, imzalar açılmış diyorlar ki bunu imzala. Diyorum hayır, ben bunu takacağım, gözlemlemem gerekir anlık değil hatta 2 güne 3 güne kadar gözlemlemem lazım arıza yapacak mı diye, ne zaman ki tamam ben o zaman diyorum ki evrakı gönder imza atayım. Şu an atabilirim, çünkü attığımız her imzanın sorumlusususunuz. O imza niye atılıyor öteki türlü. Ben gördüm, uygun nitelikte olduğuna karar verdim, bunun ödemesinin yapılmasında bir sakınca yoktur bu durumda diyorsunuz. Ödeme süreci de bizden ayrı işliyor zaten o satın almanın işi."* ifadelerinden anlaşılmaktadır.

Özellikle geçmiş dönemde kaliteden ziyade (yetkili firma olsa bile) fiyatın öncelik verildiği bazı satın almalarda uzun vadede daha fazla maliyetlere katlanıldığı Katılımcı 13'ün *"Biz iletişime geçiyoruz buluyoruz bir şekilde yetkili firmasını. Zaten şöyle yetkili firma haricinde birkaç olay yaşadık. Asansörleri bir firmaya verdik, 3 ayda mahvetti geri zor toparladık … Düşük fiyat verdiği için yaptıracağız dedi, ben yaptırmayalım dememe rağmen yaptırdık ve bu olayı yaşadık"* şeklinde aktardığı tecrübesiyle kritik alanlardaki satın alımların kalite öncelikli olmaması durumunda yaşanan tecrübeler aktarmıştır.

C. Zamanlama/Tedarik Yönetimi

Hastanede kullanılan tüm ürünlerin bakım ve onarım faaliyetleri, cihazların ekonomik ömürleri ve muhtemel riskler dikkate alınarak satın alımların yapılmasının gerekliliği Katılımcı 13'ün *"Şöyle; olaydan 3 gün önce biz firmanın sözleşmesini fesih etmiştik, zaten. Bu olayların yaşanacağını hissettik, öngördük. Çok acil, hemen diğer firmayla sözleşme yaptık. O dediğim cihazın akülerini sipariş verdik. Artık tedarik aşamasındaydı, biz inşallah dedik 3-4 gün içinde bir şey olmaz dedik, yani, çöp batar derler, üçüncü günün sabahına aküler gelecek sekizine gelecek bize. Akşam saat yedide büyük bir patlama oldu, trafo patladı, elektrikler kesildi."*

şeklinde ifade ettiği tecrübesiyle aktarılmıştır. Bu tarz sorunların yaşanmasının akabinde zamanlamanın öneminin anlaşılmasıyla en küçük ürünlerin tedarik edilmesinde dahi farklı stratejiler geliştirilmiştir. Nitekim, Katılımcı 13 bu süreci *"Bunun için işte ihale yaptık, elektrik ve hırdavat olmak kaydıyla iki bölümde, yaklaşık 7- 8 yüz bin liralık hırdavat malzemesi aldık. Yani şu an kırıldığı anda döküğü anda arıza olduğu anda aynı dakika içinde bize intikal ettiğinde arıza gideriliyor, öyle söyleyeyim, hastanenin."* şeklinde yaptığı açıklamalar ile ifade etmiştir.

Satın alım süreçlerinde tedarikçilerle yaşanan problemlerin nasıl çözüme kavuşturulduğuna yönelik yöneltilen sorulara Katılımcı 3 "*Önüne geçmiyoruz, şartlar belli ihalemizde ödeme gün süresi neyse onun üzerine ekleyip onun üzerinden çıkıyoruz. Kurumun elinde olan bir durum değil açıkçası."* şeklindeki açıklamasıyla hastane yönetiminin strateji geliştiremediği aktarmıştır.

D. Teknik şartname

Satın alımların gerçekleştirilmesinden önce satın alma birimi ile ihtiyaç talebinde bulunan birimlerin etkileşim içerisinde çalıştığı ve teknik şartnamelerin yine alınacak ürünün kullanıcısı tarafından hazırlandığı veya görüşünün alındığı, hastane yönetiminin bu konuda destekleyici olduğu Katılımcı 7'nin *"Tabi, tabi. Şartnamesini kendim hazırladığım bizzat monitörlerimiz var gelen, ventilatörler konusunda da aslında malzemelerle ilgili de. Onlarla ilgilide, şartname verdiğim oldu."* şeklindeki ifadesiyle aynı doğrultuda kendi birimleri için ifadeler kullanan Katılımcı 8, Katılımcı 7, Katılımcı 18 ve Katılımcı 26'nın açıklamalarında aktarılmıştır.

6.2.6.4. Stok yönetimi kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Finans ve İşletme" konusunda "Stok Yönetimi" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Sınıflandırma", "Bütçe-Fon dengesi" ve "Döner Sermaye" olmak üzere üç farklı kodlama yapılmıştır.

A. Sınıflandırma

Hastanelerde mevcut stokların yönetimi ve sınıflandırılması konusunda farklı uygulamaların yarattığı problemler elde tutulan cihazların sayısını fiziken değil ancak sistemde farklı gösterebilmektedir. Bu sıkıntılar en başta kullanıcıların sisteme girerken net fikre sahip olmamasından kaynaklandığı Katılımcı 1'in *"Şimdi orada ki tek eksik ne, sisteme girilmekle ilgili karar verilmiş Sağlık Bakanlığı tarafından. Bu, bu isimle girilecek deniliyor. Girse o cihazların hepsi kullanılmış bir kere zaten atıyorum 400 tane veri düzgün girilecek. Biri diyor ki ben bunu buna mı gireyim, öteki diyor ki şunu şuna mı gireyim. O diyor ki böyle bir şey var buraya girsek olmuyor mu? Şimdi neden yorum yapıyoruz ki bunu alırken sen, karar vermişsin ne amaçla kullanacağına öyle değil mi?"* ifadeleriyle aktarılmıştır.

Bu problemin yol açtığı diğer sorunlar ise özellikle stok yönetimi konusunda farklı sorunlara neden olmaktadır. Nitekim, Katılımcı 1 bu durumu *"Cihaz sayıları da öyle mesela geçenlerde yetişkin ventilatör sayısı kaç denildi, 55 dedim hemen hızlı cevap verdin dedi. Yahu dedim 55 dedim ama yine de sisteme bakayım dedim çünkü tür kategorisini değiştiriyorlar bir anda sanki o kategoride yokmuş gibi oluyor. ... Çünkü; tür-tanım değişiyor başka bir şeye geçmiş oluyor. Atıyorum, respiratör-ventilatör diye grup yapmış altına listelemiş veya daha çarpıcı örnek vereyim, Ultrason diye liste yapmış şimdi ultrason biliyorsunuz ekokardiyografi, ultrason tanımı altına koyduğu için buna ne koymuş, fizik tedavi amaçlı ultrason. Bende ne gözüküyor bu sefer, atıyorum 25-30 tane, diyorum bu kadar yok ki. Sisteme bir giriyoruz al işte, fizik tedavi olanı o gruba yazmışlar."* ve *"Çok basit ama şu anda açıkta hani biri girerken yetişkin tip ventilatör diye giriyor, biri respirator ventilatörün altına giriyor. Şimdi ama neonatal dediğimiz, pediatrik ve yetişkin dediğimiz olanlar geliyor diyor ki ben bunu çocukta kullanıyorum çünkü içinde hani neonatal olduğu için, ben bunu yeni doğan ventilatör olarak mı gireyim diyor, yahu ventilatör değişmiyor ki aslında."* şeklindeki ifadeleriyle aktarmıştır.

B. Depolama

Gelir gider dengesinin kurulamadığı durumlarda tedarik edilen ürünlerin ücretlerinin tedarikçi firmaya gecikmeli yapılması uzun vadede tedarik süreçlerini aksattığı Katılımcı 13'ün *"Her seferinde hırdavatçıdan gidip bunu alamıyorsun, alıyorsun o adam işte 6-7 ay para ödemiyorsun sıkıntı yaratıyor. Daha geçen*

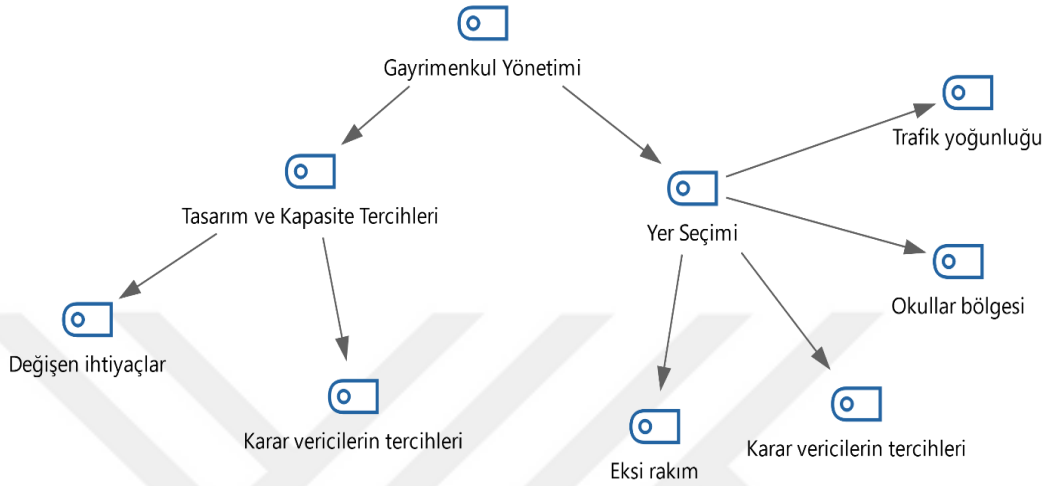
aldığınızı ödemediniz diyor." ifadelerinden anlaşılmaktadır. Bu sebeplerden ötürü devamlı satın alım işlemleri yapılan hırdavat vb. gereçler için büyük bir ihale ile toplu alımların yapıldığı Katılımcı 13'ün *"Bunun önüne geçmek için musluk her gün 4 5 tane musluk kırılıyor, hatta kırılmayı bırak geçen hafta 11 tane musluğu çaldılar, kırıp hastaneden. Bunları anında takmak zorundasın, tuvalette musluk yok diyemezsin. Bunun için işte ihale yaptık, elektrik ve hırdavat olmak kaydıyla iki bölümde, yaklaşık 7- 8 yüz bin liralık hırdavat malzemesi aldık. Yani şu an kırıldığı anda döküğü anda arıza olduğu anda aynı dakika içinde bize intikal ettiğinde arıza gideriliyor, öyle söyleyeyim, hastanenin"* ifadelerinden ve bu tür malzemelerin depolanarak saklandığı da yine aynı katılımcının *"Tabi tabi, şu an depoladık o malzemeyi; kapı kilidi ee, kapı kilidi günde dört beş tane arıza kapı kolu arıza yapıyor."* şeklindeki açıklamasından anlaşılmaktadır.

C. Zaman yönetimi/İş planı

Mevcut stokların iyi yönetilemediği durumlarda özellikle ameliyathanelerdeki tedavi ilaç bekleme sürelerinin uzamasının iş planını aksattığı ve zaman kaybına neden olduğu Katılımcı 30'un *"Çünkü bu bizim işleyişimizi, zaman açısından vakit kaybına neden oluyor. Ben aslında belki 9-10 arasında bir saat boş kalıyorum o işleri yapabilecekken ilaç beklediğim için başka işlerle ilgileniyorum ama tabi ki boş kalmıyoruz ama yine de aktif etkin kullanamıyorum sonradan daha çok sıkışabiliyorum."* ifadelerinden ve aynı doğrultuda açıklama yapan Katılım 37'nin açıklamalarından anlaşılmaktadır.

6.2.7. Gayrimenkul Yönetimi Temasına İlişkin Bulgular

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda "Gayrimenkul Yönetimi" temasına ilişkilendirilmiş kategoriler "Tasarım ve Kapasite Tercihleri" ve "Yer Seçimi" bağlamındadır.



Şekil 6.2.7.1: Gayrimenkul Yönetimi Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar

6.2.7.1. Tasarım ve kapasite tercihleri kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Gayrimenkul Yönetimi" konusunda "Tasarım ve Kapasite Tercihleri" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride ve "Değişen tercihler" ve "Karar vericilerin tercihleri" kapsamında iki farklı kodlama yapılmıştır.

A. Değişen İhtiyaçlar

Değişen ihtiyaçları karşılama noktasında yaşanan zorluklar Katılımcı 11'in *"Hastane ilk yapıldığı anda tabi ki mevut ihtiyacı karşılayacak şekilde planlama yapılmış ama sonra tabi ilçenin nüfusunun artması hizmet, hizmetin artması ihtiyacın artması nedeniyle de yoğun bakım planları yapabiliyorsun; keza biz Covid döneminde 41, 3.basamak yoğun bakım inşa ettik kurduk bu süreç tabi ki iklimlendirme yeni hava işte klima santralleri gerekebiliyor."* ve Katılımcı 6'nın *"....mevcut ihtiyacı karşılamak da sorun değil ama ek birimler ek başlangıçta da o düşünülmeden ya da doğal olarak sadece mevcudiyet planlanarak yapıldığından*

dolayı eksik kalmış şu anda da eksikliğini hissediyoruz öyle sorun olabiliyor." ifadelerinde aktarılmıştır.

Hastane ilk planlandığında şehir dışında bir yer seçimi yapılsa da ilçenin gelişmesi ve şehrin hastanenin konumuna doğru genişlemesi olumsuz etkiler ortaya çıkarmasına rağmen özellikle ulaşım konusunda avantaj yarattığı ancak ilçenin gelişmeye devam etmesinin gelecekte farklı ihtiyaçlar doğurabileceği Katılımcı 34'ün *"Konumu şu an için yani normalde zaten şehir planı içeride kapsamlı bir yeri kapsayacak bir yer yok gibi tahmin edelim, şu an için ulaşım kolay, personel için olsun hastalar için olsun benim için yani çok sorun teşkil eden bir şey değil ama ileride burası da yetmez daha büyük bir alan istenir mi Çorlu burası, burası büyüyen bir yer belli olmaz"* ifadelerinde aktarılmıştır.

B. Karar vericilerin tercihleri

Hastanenin geçmiş dönemdeki planlamasına yönelik tarihsel arka plan ve mevcut projenin karar vericilere kabul ettirilmesinde yaşanan zorluklar Katılımcı 36'nın *"...biz yeni hastane lazım diyoruz onlar diyorlar ki bak işte orada 250 yataklı hastane var işte orayı şey yapalım bitirelim falan ama orası şehir öyle bir sıkıştı ki yani şu an ki diş hastanesinin olduğu yere eğer bu hastaneyi oraya kursaydık biz daha doğrusu o yatırımı 250 yataklı olan ona evet deseydik, biz büyük hastane yapmasaydık Çorlu'nun önündeki bu sağlık şeyini iyice ötelemiş olacaktık ve şu anda işin içinden çıkılamaz hale gelecekti şu anda bu hastane bile yetmiyor."* ifadelerinden ve bunun akabinde talep edilen projenin yatırım planlamasının ilçede yer alması sebebiyle yapılan düzeltmeler yine aynı katılımcının *"İşte hepsini düşünülmesi lazım hastane mimarisinde hepsini düşündük çizdirdik ancak Çorlu ilçe diye yatırım planlamasından 400 yataklı proje geçmedi bunun üzerine bize tekrar projeyi iade ettiler dediler ki bunu 300 yatağa düşürün"* ifadeleriyle aktarılmıştır. Söz konusu düzeltmelerin kamu için ekstra maliyeti ve planlanan projenin bazı kısımlarından feragat etme zorunluluğu Katılımcı 36'nın "*Evet, para verip 25 bin lira o zamanın parası para verip çizdirdiğimiz yani o mimarların güzel güzel düşüne düşüne çizdirdiği şeyi oturduk bir daha tadil ettik işte orayı kıs burayı kıs falan, bir daha gönderdik artık öyle olunca da bloğun biri gitti mesela idari birimler gitti falan derken sıkıntılı bir hal aldı yani o bizim ilk düşündüğümüz şeyler gerçekleşmedi…"* açıklamalarıyla aktarılmıştır.

6.2.7.2. Yer seçimi kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Gayrimenkul Yönetimi" konusunda "Yer Seçimi" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Karar vericilerin tercihleri", "Değişen ihtiyaçlar", "Eksi rakım" ve "Okullar bölgesi" olmak üzere üç farklı kodlama yapılmıştır.

A. Karar vericilerin tercihleri

Hastanenin yer seçiminin yapılmasında karar vericilerin birincil öncelik olarak maliyet kıstasına göre tercih yaptığı bu sebeplerle mevcut kamu arazilerinden yer seçildiği söz konusu sürecin yönetilmesinde bilgi sahibi olan Katılımcı 36 tarafından *"Hayır biz seçmedik şöyle, bizim amacımız yine yol boyunda yani E5 üzerinde biraz böyle yüksekçe çukuru olmayan, tecrübeyle sabit hep su basıyor şöyle böyle falan ama maalesef hazine arazisi yoktu yani"* ve *"Yani emlak konutları tarafında olsun istedik orayı yüksek yerlerde falan. Oralarda hiçbir hazine arazisi kalmadı burayı da tesadüfen işte bizim bir kaymakamımız vardı dedi ki oraya yapalım, yani artık yapacak bir şey yok başka yer yok çünkü…"* ifadeleriyle aktarmıştır. Yer seçiminin akabinde binanın kot verilmesi aşamasında da yapılan hatalar yine Katılımcı 36 tarafından *"Şimdi, sorumluluk belediyede o yol kotu verme olayı artık hesaplayamadıklarını söylüyorlar ama orada hiç olmazsa bir buçuk metre, iki metre bile yukarıya alsa çok fark edecek…"* ifadeleriyle açıklanmıştır.

Ayrıca yaşadığı tecrübeler neticesinde kamunun kamusal arazi üretme konusunda esnek olamadığını Katılımcı 36 *"O da öyle, bilmiyorum yani bu konuda nasıl bir tabi şey de var tabi arazi hani arsa üretme konusunda da sıkıntılar var iyice hazine arazisi kalmadı kamu kurumlarına tahsis edilecek yer kalmadı onun da sıkıntısı böyle nereye bulunursa oraya yapılıyor ama bunu artık aşması lazım bizim bakanlık bunu aşacak ki nasıl olacak bilmiyorum bir sıkıntı var."* şeklinde ifade etmiştir.

B. Eksi rakım

Konu ile ilgili katılımcılarla yapılan görüşmelerde hastanenin eksi rakımda bulunmasının getirdiği problemler Katılımcı 19'un *"…bina bir kere coğrafya bu coğrafi konumda yapıldığı yer tamamen yanlış eksi rakımına bir yere hastane yapmışsınız -1'ini de açmışsınız laboratuvar koymuşsunuz kesinlikle baktığımız*

zaman mühendislik anlamında tamamen yanlış bir bina dolayısıyla kökünden yanlış bir şeyin neresi doğru derseniz…" ifadelerinde, eksi rakım ve topografik özellikler nedeniyle su basmalarının meydana geldiği Katılımcı *3'ün "Yağmur yağdığında su basması en çok gördüğüm unsur, zaten tüm hastanede gezdiyseniz aynı şeylerden bahsetmiştir."* ve Katılımcı 36'nın *"…şimdi tam kapı da dere ağzı gibi tam kuzeye o araziye doğru açık, yani o sanayiden falan toplanan sular sanki öğretmişsin gibi kapıdan içeri girip sanki şey gibi ön taraftan geçiyordu buradan arka tarafa geliyordu."* ifadelerinde ve aynı doğrultuda açıklama yapan Katılımcı 32, Katılımcı 21, Katılımcı 15, Katılımcı 13 ve Katılımcı 8'in ifadelerinde aktarılmıştır.

Su basmaları ve eksi rakım aynı zamanda rutubetlenme ile binanın yapısal unsurlarına ve tıbbi cihazlara zarar verdiği Katılımcı 19'un *"Neler yapıldı neler denendi artık daha başka mimari ve mühendislik yapılacak bir şeyler var mı bilmiyorum ama önüne geçilemedi dolayısıyla -1'den yukarıya çıkan bir rutubetlenme nemlenme var."* ve *"Nükleer tıp alttan resmen çökecekti artık; su ala ala Nükleer Tıp'ın her tarafı nem içinde idi."* ifadelerinde ve Katılımcı 3'ün *"Bence zeminlerin su alması. Yani bina yavaş yavaş çürüyor artık."* şeklindeki açıklamalarıyla aktarılmıştır. Ancak bu sorunların çözülebilmesi için yapılan çalışmalar neticesinde sorunların bir kısmının çözüme kavuşturulduğu Katılımcı 13'ün *"Şimdi Nükleer Tıpta bir tane nem bulamazsınız. Dışarı yaklaşık 2 metre bir beton döktürdük suyun geldiği yeri kestik. İçeri de bir pompa koyduk işte dışarı, nükleer tıp tertemiz oldu, zeminini de yaptırdık. Kokudan giremiyorduk oraya zehirlenecekti adam. PVC'nin de zaten alttan çekmiş nemi, kokudan giremiyorduk herkes maske ile dolaşıyordu, şimdi en temiz yerimiz nükleer tıp."* ve aynı katılımcının *"Gider verdik. Daha önce alt katı devamlı lağım basıyordu. Her hafta o lağımı temizleyene kadar bunu, nasıl bir çare bulabiliriz derdine gitmiyorlar. Böyle olunca çözüm noktasına ulaşamıyorsun. Sadece anlık arızayı gideriyorsun. Biz yaşadığımız her sıkıntıda, bunu bir daha yaşamayalım, nasıl yaşamayız? bir yandan onu giderken arızayı bi yandan da önlemini almaya çalışıyoruz. Bu arıza bir daha nasıl olmaz, nasıl gideririz burayı nasıl lağım basmaz? Şimdi ön tarafta çökme olmuş, ziyaretçi girişinden haftada bir çağırıyoruz, haftada bir çağırıyoruz, gider tıkanıyor alttan küçük bir yer çalışıyor, oraya aynı pompadan bir tane daha koyduk."* açıklamalarıyla aktarılmıştır.

C. Okullar bölgesi

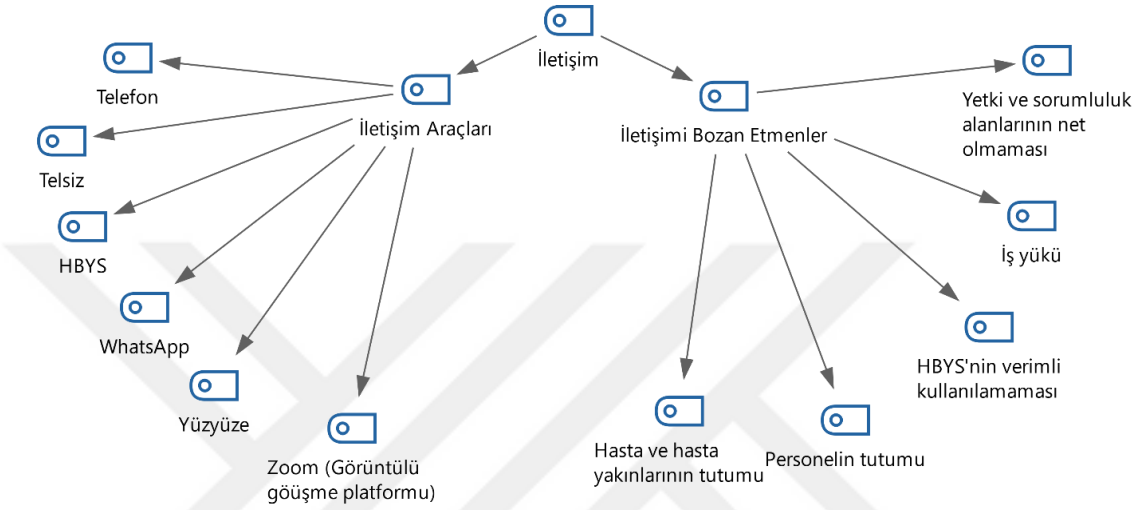
Hastanenin konumu okullar bölgesine yakın olması çeşitli açılardan farklı sorunlar yarattığı katılımcılar tarafından aktarılmıştır. Öyle ki; hastanenin okullar bölgesinde yer almasının öğrencilerin sağlığını tehdit ettiği Katılımcı 26'nın *"..okullara çok yakın olması sıkıntı çünkü hastaneye gelen insanlar acil olarak geliyorlar arabayı düzgün kullanmıyorlar çoluk çocuk var."* ve Katılımcı 21'in *"öğrencilerin olduğu dönemde çok sıkıntılı oluyordu gerçekten her an birine çarpıverecekmişiz gibi bir his oluyordu*" ifadelerinden, öğrencilerin acildeki vakaları görmesinin travmatik sonuçlar yaratabileceği Katılımcı 27'in *"ve çocukların sınıfları buraya bakıyor ve acili buradan görüyor. Ambulanstan inen sedyeli hastayı görüyor, siren sesleriyle burada sürekli çocuklar ders çalışmak zorunda kalıyorlar yani bu bana göre çok büyük bir sıkıntı hastane ve okullar bölgesi. Kavga çıkıyor ve bütün sınıflar şu okulun ve yanına yeni bir okul yapıldı hastane bahçesini görüyor ve acil tarafını görüyor işin enteresan tarafı da acil tarafını görüyor yani bu nasıl bir sistemdir."* ifadelerinden anlaşılmaktadır.

D. Trafik yoğunluğu

Hastaneye ulaşımda trafik yoğunluğunun yarattığı problemler Katılımcı 27'nin *"Ben mesela buraya her giriş çıkışımda şuradaki trafikten ciddi anlamda sıkıntı yaşıyorum, yani buraya dönme noktasında sürekli aman vurduk mu vuracağız mı şu olacak mı bu olacak mı diye."* ifadeleriyle ve aynı doğrultuda açıklama yapan Katılımcı 31'in ifadeleriyle aktarılmışken, hastane girişinin trafiğini düzeltici önlemlerin alınması gerekliliği (üst geçit vb.) Katılımcı 21'in *"trafik açısından farklı düzenlenmesi gerekebilir bence bir üst geçit mi olur üst geçit mi olur bir şey yapılması lazım kesinlikle çünkü neden sadece hastane olarak biz yokuz burada yanında 3 tane 5 tane okul var öbür tarafta adliye var…*" şeklindeki ifadeleriyle aktarılmıştır.

6.2.8. İletişim temasına ilişkin bulgular

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda "İletişim" temasına ilişkilendirilmiş kategoriler "İletişim Araçları" ve "İletişimi Bozan Etmenler" bağlamındadır.



Şekil 6.2.8.1: İletişim Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar

6.2.8.1. İletişim araçları kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "İletişim" konusunda "İletişim Araçları" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "WhatsApp", "Yüz yüze", "Telsiz", "Zoom (Görüntülü Konuşma Platformu)", "HBYS" ve "Telefon" olmak üzere altı farklı kodlama yapılmıştır.

A. WhatsApp

Birim içi iletişimde kullanılan en önemli araçlardan birisi WhatsApp uygulamasıdır. Özellikle ivedi ve etkin iletişim kurulması, uyarı ve duyuruların yapılması ve çözüm bulunması gereken durumlarda kullanılmaktadır. Konuyla ilgili katılımcılar aşağıdaki ifadelerinde bu durumları aktarmıştır:

"WhatsApp grubumuz var direk oradan 160 kişinin de hepsinin WhatsApp'ı var, aktif bir şekilde bütün herkes kullanıyor, gerekli önlemleri, uyarıları, duyuruları hepsini oradan yapıyoruz." – Katılımcı 18

"WhatsApp grubunu da onlar için kolaylık olsun diye bilgilendirme amaçlı kurdum ama sadece ben yazabiliyorum çünkü onlara yazmaya müsaade edersem WhatsApp grubu baya bir amacını aşar." – Katılımcı 19

"Şimdi WhatsApp grubumuz var ama onları genel anlamda hani işleyişle ilgili tam işleyiş de demiyim aslında ama hani onların nöbet listesi falan bakacaksak çünkü tek tek ulaşmak zor oluyor kişilerin de o dönem için işte farklı talepleri olabiliyor onları değerlendirmek adına. Bir de ani herkese ulaşamayacağımız duyurular gibi bir şeyler yapmamız gerekiyorsa o zamanlarda kullanıyoruz…" - Katılımcı 28

"…evet, hemen sorumlu hemşirelerle ilgili WhatsApp grubumuz var. Serviste kalan sedyeleri derhal ameliyathaneleri istiyoruz diye.." – Katılımcı 37

"Genelde yüz yüze iletişim yöntemi kullanıyoruz. Ayrıca whatsapp grubumuz var. Genel acil durumlarda kullandığımız. Tabi bu gruplarlar iki tane hekimin olduğu ve olmadığı şeklinde. Hekim bey genelde fotoğraf paylaşımı yapıyor." – Katılımcı 31

Yönetici ve sorumlular tarafından görevlendirilen personelin iş takibinin yapılması noktasında da WhatsApp kullanıldığı Araştırmacı Günlüğüne not edilen *"yapılan görevlendirmelerin yerine getirilip getirilmedi görsel kanıtlarla WhatsApp üzerinden yöneticiler tarafından talep ediliyor. Bu sayede hızlı bir iş takip süreci yürütülüyor*" ifadeleriyle tespit edilmiştir.

B. Yüz yüze

Yöneticilerin büyük bir çoğunluğu iletişim kurarken yüz yüze ve birebir görüşmeleri tercih etmektedir. Konuyla ilgili yöneltilen sorulara katılımcıların cevapları aşağıdaki gibidir:

"…oradaki arkadaşlarla fırsat bulabildiğimde sohbet etmeyi onların açısından hani bakış açısıyla olan sorunları ya da olumlu olumsuz olan tüm geri dönüşleri almaya çalışırım…" -Katılımcı 2

"Uzun süre direkt birebir yüz yüze iletişimi tercih ettim çünkü ekiple WhatsApp üzerinden iletişim, telefonla ya direkt arıyordum görüşemiyorsak ben hastane dışındaysam ya da onun nöbeti arkadaşın nöbetiyle aynı saatte burada bulunamıyorsam telefonla görüşme burada hastane içinde de özellikle bir sorun çözülecekse yüz yüze." – Katılımcı 19

"*Ya biz yüz yüze konuşmayı tercihe diyoruz yani sabahında yüz yüze konuşuyoruz bir de tabi yaptığımız etkinliklerle yani birlikte etkinlikler yapmaya başladık gittiğimiz dışarıda ki toplantılara mutlaka ameliyathane yoğun bakım ve servis olarak üçümüz aynı anda gidiyoruz ki hani birbirimizle insani ilişkiler kurduğumuz için birbirimize karşı biraz daha toleransımızı arttırmış oluyoruz çünkü yüz yüze konuşuyoruz birlikte yiyoruz birlikte içiyoruz. Şimdi öyle bir insana karşı toleransın artıyor, böyle şeyler de hani aramızda ki iletişimle çözdük."* – Katılımcı 26

"...bireysel anlamda bir şeyler yapacaksak da ben hani yüz yüze görüşmeyi tercih ediyorum hani zaten şeyse imkân varsa mutlaka birimine gidip görüşürüm arkadaşımla hani yerinde o şekilde bir işleyiş sürdürüyorum yani" - Katılımcı 28

C. HBYS

Birimlerdeki teknik arıza kayıtlarının oluşturulması, ürün talep edilmesi ve ilgili birimlerle iletişim kurulması amacıyla HBYS modülleri kullanılmaktadır. Ancak sürecin hızlandırılmasında sadece HBYS değil aynı zamanda telefon aracılığıyla da iletişim kurma ihtiyacının bulunduğu katılımcıların ifadelerinden tespit edilmiştir. Bu konuyla ilgili katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir;

"Aksatacak boyutta olmuyor biyomedikalle iletişim halindeyiz, biyomedikale arıza kaydını sisteminden atıyorum telefonla iletişim kuruyoruz" – Katılımcı 14

"Program üzerinden arıza bildirimi yapıyoruz." – Katılımcı 15

"...şimdi eczaneden sistem üzerinden istiyoruz diğerlerini laboratuvardan istediklerimizi malzeme isteme defterimiz var..." – Katılımcı 15

"Biyomedikalle iş birliği yapıyoruz eğer biyomedikal grubuysa, sağ olsun arkadaşlar hemen geri dönüş yapıyor biz de arıza attıktan sonra zaten hemen temizletip malzemeyi gönderiyoruz." – Katılımcı 21

"Arıza bildirimimiz var bizim Sisoft'ta arıza bildirimi bölümüne işte arızanın nedenini ne olduğunu yazıp gönderiyoruz ilgili birime işte bu biyomedikal ise biyomedikale gönderiyoruz daha sonra zaten arkadaşlar gördüğü zaman bizi arıyorlar ve malzemeyi istiyorlar hani gönderebilirsiniz diye o şekilde işte biyomedikalle yapıyoruz." – Katılımcı 20

"Evet, sisoft üzerinden arıza atıyoruz arıza kaydı oluşturuyoruz." – Katılımcı 23

"Yani şöyle oluyor, biz istek atıyoruz onlar görmüyor ya da onlar gönderiyor ilacı ya da göndermiyor" – Katılımcı 38

D. Telefon

Katılımcıların büyük bir çoğunluğunun iletişim aracı olarak telefonu HBYS üzerinden talep ettikleri arıza onarım sürecinin hızlandırılması ve takip edilmesi amacıyla kullandığı Katılımcı 7'nin *"Evet HBYS üzerinden arıza atıyoruz. Tabi telefonları da var, hızlandırmak için arıyorum da."* ve benzer ifadeler kullanan Katılımcı 5'in, Katılımcı 14'ün, Katılımcı 15'in, Katılımcı 18'in, Katılımcı 19'un, Katılımcı 20'nin, Katılımcı 22'nin, Katılımcı 23'ün ve Katılımcı 38'in açıklamalarında aktarılmıştır. Orta ve üst düzeyde iş süreçlerinin takip edilmesi amacıyla telefonla iletişimin sağlandığı Katılımcı 39'un *"Biz gün içinde sizlerin de şahit olduğu gibi zaten diğer müdürlerle, sağlık bakım hizmetleri müdürlüğüyle belki 100 defa telefonla, dahili telefon ya da cep telefonu şeklinde iletişim halinde oluyoruz ya da idari mali işler müdürümüzle."* Ayrıca kurum tecrübesi fazla olan çalışanlar telefon aracılığıyla informal ilişkilerini daha etkin kullanabileceği düşüncesiyle bu iletişim aracını tercih etmektedir. Katılımcı 25'in *"...çözülmediği zamanlar da oluyor ne yapıyorum direkt telefonla arıyorum diyorum gel, işte oradaki sorumlu arkadaşlar da hep bana, Abla sen ara sen ara sen ara diye çünkü onların o kadar zamanı olmuyor."* ifadeleri bu durumu kanıtlar niteliktedir.

E. Telsiz

Yönetici ve sorumluların hastanenin bir kısmında telsiz kullanarak iletişim kurduğu Katılımcı 31'in *"HBYS kullanıyoruz. Arıza atılıyor sistem üzerinden ve telsizle ulaşılıyor. Bazen problem yaşadığımız oluyor. Özellikle bilgi işleme ulaşmak zor alabiliyor."* ifadelerinden ve yönetimin de telsiz kullanımı desteklediği Katılımcı 6'nın *"Benim gözlemlediğim kadarıyla 1 aydır gözlemlediğim kadarıyla kullanılabilecek her şey en iyi şekilde kullanılmaya çalışılıyor yani o noktada vesaire geçen gün böyle bir şey olmuştu şu birimde bir telsiz mi olsa gibi bir istek oldu, değerlendirdik gerçekten iyi bir şekilde olur diye düşündük zaten sağ olsun bizim kalite destek müdürümüz bunu hemen hayata"* ifadeleriyle aktarılmıştır.

F. Zoom (Görüntülü konuşma)

Pandemi süreciyle birlikte birimlerde gerçekleştirilemeyen toplantılar katılımın yüksek olması amacıyla Katılımcı 2'nin *"Olabilir tabi onları hep düşündük ama henüz gerçekleştiremedik yani bundan sonraki aşamada onu da… mesela şey yaptık en son ki toplantımızda evden gelmesin dedik arkadaşlar izinli olan arkadaşlar onlar zoom üzerinden bağlandı biz burada odada üç beş kişi dışarıdan diğer arkadaşlarda toplanarak o şekilde toplantıyı yaptık yani."* ifadelerinde aktardığı şekliyle yapıldığı tespit edilmiştir.

6.2.8.2. İletişimi bozan etmenler kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "İletişim" konusunda "İletişim Bozan Etmenler" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Hasta ve hasta yakınlarının tutumu", "Personelin tutumu", "İş yükü", "Yetki ve sorumluluk alanlarının net olmaması" ve "HBYS'nin verimli kullanılamaması" olmak üzere altı farklı kodlama yapılmıştır.

A. Hasta ve hasta yakınların tutumu

Hasta ve hasta yakınları ile bazı durumlarda etkin iletişim kurulmasını bu kişilerin şiddet içerikli davranış tutumları, hastaların ileri yaşlarından ötürü hareket ve görme kısıtlılığının olması veya okur yazarlık becerilerinin zayıf olması durumundan kaynaklandığı Katılımcı 34'ün *"Şimdi birçok tipte hasta var atıyorum en ufaktan biz hasta çağırdığımızda biz dijital şekilde yapıyoruz bilgisayardan, yaş grubu ileri olan hastalar var bazı hastaların okuması yazması yok, takip edemiyorlar*

ya da bazen asabi hastalar gelebiliyor haliyle şimdi rahatsız olduğu için hastalarla yaşadığımız sorunlar genelde bu daha fazlası olmuyor." ifadelerinde aktarılmıştır.

B. Personelin tutumu

Hastane personelinin kendi arasındaki etkin iletişim zemininin oluşmasında personelin iş görme davranışları, gerekli özenin herkes tarafından aynı oranda gösterilmemesi, mesai mevhumuna dikkat edilmemesi ve olumsuz iletişim tarzı gibi unsurların etkili olduğu tespit edilmiştir. Özellikle etkin iletişim kurulması ve koordinasyon sağlanması noktasında hekimlerin dikkatsiz davranışları Katılımcı 24'ün *"en büyük problemlerden bir tanesi koordinasyon eksikliği var, çok ciddi koordinasyon eksikliği var ve mesai mevhumuna hekim arkadaşların uymasıyla ilgili sıkıntılar var."* ifadeleriyle aktarılmıştır. Ayrıca tetkik ve tedavilerin yapılmasının akabinde gerekli (kalite vb.) süreçlerin takibinde yine çoğunluklu olarak hekimlerin özensiz ve isteksiz davranışları Katılımcı 16'nın *"Doktor iş birliği yok, doktorlar burasını çok geçici görüyor, yani kalite geliyor değerlendirmeye hiçbir doktora bu sorulmuyor. Yani niye kim geliyor havasında onlar, hemşireler aman sayı tutsun aman şurası düzgün görünsün, son kullanma tarihi geçmemiş olsun, kaygısı yaşarken özellikle sorumlular iyi göstermeye çalışırken, hekim bunun bilincinde bile değil ne yapıldığının farkında bile değil. İş birliği kesinlikle yok, hasta bakımında da çok az zaman geçiriyor hekimler hastalarla."* ifadelerinde açıkça belirtilmiştir. Hekimlerin bu tarz tutumları neden devam ettirdiği yönündeki sorulara katılımcıların yukarıdaki ifadelerine ek olarak yaptırımların olmaması veya yetersiz kalmasının da kaynak teşkil ettiği Katılımcı 16'nın *"İcap tuttukları için. Yaptırım olmadığı için"* şeklindeki ifadesinden de anlaşılmaktadır.

Hekimler ve diğer sağlık personeli arasında yaşanan iletişim kaynaklı koordinasyon problemleri tüm katılımcılarla yapılan görüşmelerde genellikle üstü kapalı şekilde, çok fazla derine inmeden yapılan açıklamalarla geçirilmiştir. Bu tutum Katılımcı 16'nın *"Doktorlarla iletişim, bu hastanede genel sorumlulardan alacağımız geri dönüşler, herkes benim kadar net konuşursa, yüklenmiş sırtında götüren kesim hemşireler her alanda."* ifadeleriyle de ispatlanmıştır. Sadece hekim ve personel arasında değil hemen her alanda çalışanların olumsuz yönlü üsluplarının iletişimi bozduğu Katılımcı 15'in *"...kendi üsluplarına dikkat etmedikleri zaman oluyor sıkıntılar."*, Katılımcı 25'in *"arkadaşa karşı taraf yüksek ses çıkarırsa tabi ki*

moral bozukluğu oluyor ister istemez orada bir sıkıntı var…" ve Katılımcı 38'in *"…ben çağırdım yukarıdan sorumlusunu. Geldi serviste hiç hak etmediğim bir şekilde davrandı"* şeklindeki ifadelerinde aktarılmıştır.

Bunlara ek olarak yapılan işlerin öneminin benimsenmesinin de iletişimi bozucu etki yarattığı Katılımcı 13'ün *"Şimdi şöyle biz xxx Bey'le koordineli çalıştığımızda, ikimiz de aynı meslek kökenliyiz, birbirimizin dilinden anlayabiliyoruz. Bir ara ben farklı bir birime bağlandım, şimdi o kişiye anlatamıyoruz tamam mı…"* ifadelerinden tespit edilmiştir.

Ayrıca, birim yöneticilerinin tutumu birim personeli ile diğer çalışanların iletişimini yakından ilgilendirmektedir. Bu konudaki Katılımcı 23'ün *"Evet, olabilir. Çünkü ben katılıyorum ona servisin başını bir kişi çekerse sonrası da öyle gider. İletişimin senin ne kadar iyi olursa karşı tarafında öyle olur…"* ve Katılımcı 38'in *"şu an için yok, eskiden dediğim gibi çok vardı, yönetim değişti başları da gidince şey oldu, düzeldi."* şeklindeki ifadeleri yöneticilerin tutumlarının iletişimdeki önemini göstermektedir.

C. İş yükü

Birimlerin iş yüklerinin hasta yoğunluğu veya personel eksikliği sebebiyle fazla olması etkin iletişim kurma noktasında olumsuz etkilere sebebiyet vermektedir. Nitekim, Katılımcı 30'un *"Çünkü devamlı telefon çalıyor, devamlı sedye ihtiyacı var. Onların hepsi, hastaların bir yerlere gönderilmesi personellere bağlı devamlı personel eksik."* ve *"bu kadar işte bir iki sirkülasyonu çok yoğun servisin bir araya getirilmemesi gerekiyordu, bu kadar da üç tane iki yoğun bakımdan alıyoruz artı anjiyoyla aktif yani tek bir aktif birimle çalışsak onun isteklerin daha çok karşılayabilirdik."* ifadeleri bu durumu destekler niteliktedir. Katılımcı 2 ise *"..iş yoğunluğu açısından gerçekten çok yere bölünmekten dolayı hani ben istediğim ölçüde ya da istediğim saatlerde onu yapamıyorum veya istediğim zamanı ayıramıyorum."* şeklindeki açıklamasıyla iş yoğunluğunun, Araştırmacı Günlüğüne not alındığı gibi *"iş yükünün fazla olması, işleri yerine getirmesini engellemesi sebebiyle iletişim konusunda problemler yaşanıyor"* iletişimi olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir.

D. Yetki ve sorumluluk alanlarının net olmaması

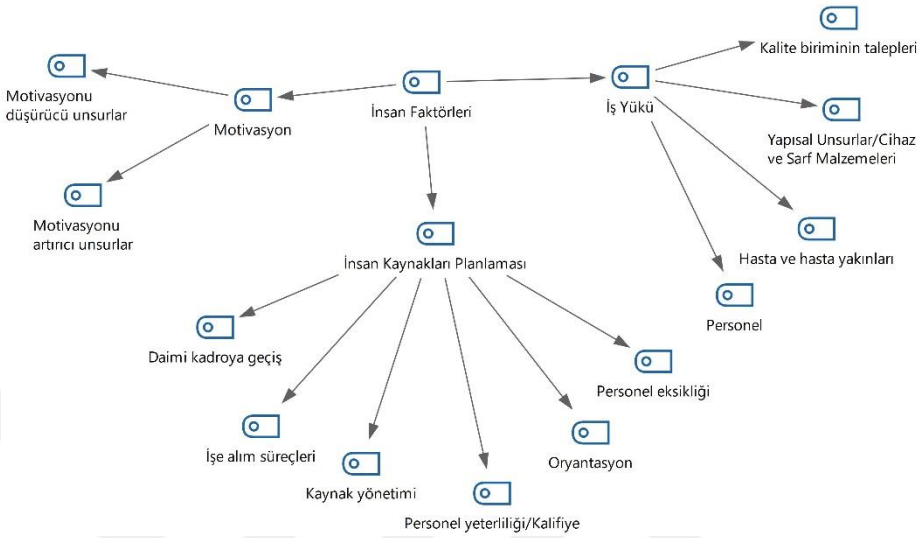
Başta hekimler ile diğer personel arasında yaşanan yetki ve sorumlulukların yerine getirilmemesi konusu katılımcıların stres düzeyini artırarak etkin iletişim kurmalarını engellemekte ve tedavi sürecini etkilemektedir. Nitekim, Katılımcı 27'nin *"..paraf işareti mesela bizim ortopedi de bu çok önemli. Mesela doktorlardan da bu sıkıntıyı yaşıyoruz mesela diz protezi olacak hasta sağ dizinden olacak diyor oranın işaretlenmesi gerek paraf, bazen ameliyathane diyor ki bize paraf işareti yok. Biz koyuyoruz ama bu benim işim değil doktor da diyor ki siz işaretleyiverin ama yani ya sağ değilse sol ise.."*, Katılımcı 29'un *"endoskopiden bir hemşire seni aradığından evet o zaman aslında bizim kendi hemşirem de bu bizim değil sizin göreviniz ama yine de biz yapıyoruz, üstüne bir de yapılmamış diye laf söylenmesi sıkıntı oluyordu o zaman; sıkıntı."* ve Katılımcı 38'in *"Ben demirbaş bir cihazın bilmediğim bir şeyini nasıl keseyim habersiz değil mi? Ha sen biliyorsun onun yöntemini müdahale ediyorsun ama ben ona nasıl müdahale edeyim yani."* ifadeleri yetki ve sorumluluklarının yerine getirilmemesinin etkilerini göstermektedir.

E. HBYS'nin verimli kullanılamaması

Birimler arasındaki iş süreçlerinin takip edilmesinde HBYS en çok kullanılan iletişim araçları arasında yer almaktadır. Ancak HBYS'nin verimli kullanılamaması, sistemin tüm süreçleri desteklememesi veyahut sisteme yeterince hakim olamama iletişimi olumsuz yönde etkilemektedir. Nitekim Katılımcı 38'in *"Yani şöyle oluyor, biz istek atıyoruz onlar görmüyor ya da onlar gönderiyor ilacı ya da göndermiyor günü geçti oluyor falan böyle sıkıntılar"* şeklindeki ve Katılımcı 26'nın *"HBYS'de acil kodlaması var aslında ama şimdi belki başında değil o kişi belki onu görmüyor olabilir diye biz hemen arıyoruz arkadaşlar hemen müdahale ediyorlar aciliyet sırasına göre."* açıklamaları bu durumu açıkça ifade etmektedir.

6.2.9. İnsan faktörleri temasına ilişkin bulgular

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda "İnsan Faktörleri" temasına ilişkilendirilmiş kategoriler "Motivasyon", "İnsan Kaynakları Planlaması" ve "İş Yükü" bağlamındadır.



Şekil 6.2.9.1: İnsan Faktörleri Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar

6.2.9.1. Motivasyon kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "İnsan Faktörleri" konusunda "Motivasyon" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Motivasyonu düşürücü unsurlar" ve "Motivasyonu artırıcı unsurlar" olmak üzere iki farklı kodlama yapılmıştır.

A. Motivasyonu düşürücü unsurlar

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde çalışanların motivasyonunu düşüren yapısal ve yapısal olmayan unsurlar aşağıdaki gibidir;

1. Altyapının yetersiz olması
2. Değer görme isteği
3. Dinlenme alanlarının yetersiz olması
4. Hizmet denetiminin yetersiz olması
5. Bazı çalışanlarda kurumsal aidiyetin düşük olması
6. Maddi hata yapma riski

7. Meslekler arasındaki iletişim tarzı
8. Sadece hekimleri dikkate alan performans değerlendirme sistemi
9. Servislerin mimari tasarımı
10. Sorumluluk alanının net olmaması
11. Sorunların çözülememesi
12. Stres (Başka mesleklerin sorumluluklarını üstlenme)
13. Stres (Bireysel Sorumluluktan kaçınma)
14. Stres (Düşük kalitede teçhizat ve sarf malzemeleri kullanma)
15. Yemekhane hizmetlerinin kalitesi
16. Ödül veya ceza sisteminin etkin olmaması
17. Bazı alanlarda icap-nöbet sisteminin olmayışı

Altyapının çeşitli problemleri çalışanların motivasyonunu düşürücü etki yaptığı Araştırmacı Günlüğünde *"İklimlendirme, sıcak su temini, ısıtma, soğutma vb. yetersiz altyapı argümanları çalışanları olumsuz yönde etkiliyor"* şeklinde ifade edilmiştir. Ayrıca Katılımcı 30'un *"...yerler hep kabarık, yıpranmış bir muşamba türü var onu yapmışlar yani kaliteli malzeme kullanmamışlar, normal bir mermer olsa yıpranması imkansız o zift gibi atılan muşambamsı..."* ve bu tür sorunların yöneticilere aktarıldığı Katılımcı 28'in *"Bunlar çalışanlar arasında ciddi manada size çünkü gelip dertlerini anlatıyorlar bizi zor durumda bırakıyorlar."* şeklindeki ifadeleriyle aktarılmıştır.

Başta temizlik personeli olmak üzere, düşük eğitim seviyesindeki personelin değer görme isteğinin karşılanmamasının motivasyonu düşürücü etkiye sahip olduğu Katılımcı 19'un *"Bu çok üzücü ki gerçekten bunu söylemek buranın çalışanı olarak acı veriyor bana, biz buranın çalışan ekibi olarak görmemiz gereken değeri gördüğümüzü düşünmüyoruz. En basitinden muayene olmaya kalktığımızda bize kıymet veren hekim sayısı bir elin parmaklarını geçmez."* ve *"Dışarıdan vatandaş olarak gelmiş olduğumuzda daha iyi hizmet alıyoruz ama ekip arkadaşlarım formalarıyla gittiği zaman bazen mesela işlerini çabuk halledebilmek adına öyle bir algı var formayla gidersem buranın personeliyim daha çabuk işimi görürüm"* ifadelerinde aktarılmıştır.

Dinlenme alanlarının işlevsiz olmasının (havalandırma, gün ışığı, ergonomi vs.) motivasyonu düşürücü etkiye sahip olduğu Katılımcı 22'nin *"Yani personel dinlenme alanları dışarıya bakan camlı bir odada değil o büyük sıkıntı bu çalışanı da mutsuz ediyor"* ve *"...ama ne önemlisi de hemşire arkadaşların oturma odalarının konforlu olmaması"*, Katılımcı 20'nin *"Ve biz havalandırmayı görmediğimiz zaman daha da kötü şeyler oluyor. Hani bunların daha düzenli yapılmış olsaydı herkes daha düzenli çalışırdı hemşireler açısından bakıyorum."* ve bu açıklamalarla aynı doğrultuda Katılımcı 8 ve Katılımcı 28'in ifadelerinde aktarılmıştır.

Sağlık personeline yönelik hizmet denetimlerinin eksik olması veya yaptırımın olmamasının motivasyonu düşürücü etkiye sahip olduğu Katılımcı 22'nin *"...birincil mesai mevhumu herkes 8'de işinin başında olacak hani bunun hiçbir alternatifi yok herkes 8'de ameliyathanede, servisteysen serviste vizit gezmen gerekiyorsa orada olacak, herkes işinin başında olacak ve herkes hizmet denetimine tabi tutulması lazım."* ve Katılımcı 24'ün *"Ben artık bunu bilmek zorunda değilim kazandım bitti gibi bir şey var bizde ama kimsede demiyor ki ben bu konuda yetersizim ayın 15'inde eksik maaş alayım demiyor ve devlet memurluğunda ben şunu gördüm 13 yıl hayatımda hep bilene kalıyor iş, hep bilene kalıyor; e bilmeyen, onu idare edelim hayır idare etmeyelim aslında bunun bir yaptırımının olması lazım."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Her çalışanda aynı düzeyde kurumsal aidiyet düzeyinin olmamasının motivasyonu düşürücü etkiye sahip olduğu Katılımcı 8'in *"Sistem hani bu performans siteminin şey yaptığı bence daha doğrusu baltaladığı en büyük daha doğrusu şey husus bu, aidiyeti yani adam geliyor tetkik yapıyor sonra dükkânı kapatıp gidiyor yani"* ifadelerinde aktarılmıştır.

Sağlık personeli arasındaki yaş farkının doğurduğu sosyokültürel farklılıkların yani kuşak farklılıklarının bazı konularda motivasyonu düşürücü etkiye sahip olabildiği Katılımcı 33'ün *"Yani yeni jenerasyonda da var, yeni nesilde de var bu yani biz hadi bizim kuşak olarak dışarda bir yerlerde bir araya geliyoruz ama yeni kuşak biraz daha bağımsız, bireysel takılmayı da seviyor ama yine de bir bizden bir şeyler katmaya çalışıyoruz elimizden geldiği kadarıyla bizi dinleyen, anlayan varsa iyi yönde bir şeyler vermeye çalışıyoruz hocam."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Yoğun iş yükü ve diğer etkenlerin sebep olduğu yorgunluk neticesinde personelin maddi hata yapma riskinin arttığı ve bu risk faktörü sebebiyle çalışanların motivasyonlarının olumsuz yönde etkilendiği Katılımcı 4'ün *"Bunların mesela hani diyoruz ya, çalışanlar bir yerde motivasyonsuz çalışıyor, iş yükleri artmış oldu bu durumlarda kendilerini riskli durumda hissediyor. Tabi motivelerini kaybolunca dikkatleri de kaybolabilir, hatalar artınca da muhakkak ki direkt sorumlu olarak sizi görüp size bu şikayetleri iletebilir."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Başta hekimler ve diğer personel ile kurulan iletişimlerde olmak üzere meslekler arasındaki negatif yönlü iletişim tarzının da çalışanların motivasyonlarını düşürdüğü Katılımcı 25'in *"Bu arada hemşire arkadaşa karşı taraf yüksek ses çıkarırsa tabi ki moral bozukluğu oluyor ister istemez orada bir sıkıntı var yani"* ifadelerinde aktarılmıştır.

Performans değerlendirme sisteminin sadece hekimleri kapsamasının diğer sağlık personeli üzerindeki motivasyon düşürücü ektisi Katılımcı 16'nın *"Tabi ki, hekim tamamen puana endekslenmiş durumda puan getirecek işler yapıyor. Öbür tarafta servisin iş yükü artıyor o ameliyatı yaptığı servisin."* ve Katılımcı 25 *"Düşünüyorum, neden doktor evet doktor çok okumuştur mesleği ayrıdır hemşire bütün yük hemşirenin üstünde. Siz de çalıştınız hemşire olarak biliyorsunuz, gerçekten işi yapan hemşiredir. Hastayı ayağa kaldıran hemşiredir doktor yazıyor gidiyor hemşire hep çalışıyor hep hastanın başında."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Hastanenin servis ve diğer alanlardaki mimari tasarımın yorgunluğa sebep olması, bazı alanların basık ve havasız olması, gün ışığından faydalanmaması vb. faktörler neticesinde personelin motivasyonunu olumsuz yönde etkilediği Katılımcı 10'un *"alana o şekilde daha iyi yapabiliyoruz ama asıl handikap bizi yoran bir şey çünkü çok fazla adım atıyoruz. Çok adım atıyoruz 15-20 bin adım arası gibi günde baya fazla adım atıyoruz",* Katılımcı 22'nin *"Yani biraz havasız gibi geldiği için personel biraz şikayetçi sıcaklarda hani fiziki şartlardan biraz mutsuz."* ve Katılımcı 30'un *"genelde güneşlenme alanı daha fazla ama bizim bulunduğumuz ortamda güneşlenme hemşire bankosu, desk işte mutfak kullandığımız ortak alanların hiçbirinde güneşlenme alanı yok sadece bir aydınlatmaya bakıyor ve bu ortamın*

karanlık olmasına neden oluyor ve bunun da motivasyonu çok düşürdüğünü düşünüyorum." ifadelerinde aktarılmıştır.

Hizmet sürekliliğinin sağlanabilmesinde bir çok farklı mesleğin sorumlu olmadığı alanlarda görev alması durumunun çalışanların motivasyonlarını düşürdüğü Katılımcı 19'un *"Ona bakarsak iş kollarında bizim ekibimiz, benim arkadaşlarım bina temizliği bina işçisi olarak görünüyor ofis, büro, bina ama biz hasta bakımlarında da hemşire ekibimizle birlikte çalışıyoruz hasta transferlerinde de birçok şeyi yapıyoruz dolayısıyla bir klinik destekçi gibi çalışıyoruz bir klinik destekçi de bir temizlik personeli gibi çalışmak durumunda kalıyor.",* Katılımcı 27'nin *"Biyokimya dedin biyokimya deyince ben ne isterim işte AST-ALT işte, AST'yi neden istediniz diyor mesela ben bilemem ki senin ne istediğini o zaman yazacaksın mesela biyokimya şunları, şunları istiyorum şunlar bakılsın. İşte böyle sıkıntılar yaşıyoruz. Ne oluyor bütün gün burada stresli ve gergin bir çalışma ortamında çalışıyoruz."* ve aynı doğrultuda görüş beyan eden Katılımcı 38'in ve Katılımcı 29'un ifadelerinde belirtilmiştir.

Sorunların zamanında ve etkili bir şekilde çözülemediğine şahit olan çalışanların motivasyonlarının düştüğü Katılımcı 2'nin *"Sorunlarının çözülmediğini gören çalışan demoralize oluyor, motivasyonu bozuluyor nasıl olsa söylesem de bir şey değişmeyecek moduna giriyor ve herkes elindekini bırakıp aman benden de bu kadar ne olursa olsun deyip kenara çekiliyor olan bu oluyor."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Personelin sorumlusu ve/veya yetkisinin olmadığı alanlarla ilgili işleri yaptığında oluşan stres motivasyonu düşürebilmektedir. Bu durum Katılımcı 24'ün *"o işin yürüyebilmesi için belki de bütün sıkıntıları olması gerektiğinden daha fazla sorumluluk alarak yapıyorsunuz. Şöyle oluyor iş çözüleceği zaman XXX Bey oluyor iş çözülemeyeceği zaman sen anestezi teknisyenisin oluyor.."* ve *"Evet almak zorunda kalıyorsunuz ve güvendiğiniz arkadaşlara bu sorumlulukları yüklemek zorunda kalıyorsunuz ama dediğim gibi bu sıkıntılar söylendiği zaman dile getirildiği zaman bir çözüm mekanizması oluşturulamıyor*" ve Katılımcı 25'in *"...diyelim ki başka bir daha büyük bir olay olduğu zaman hastayla ilgili diyelim ki sorumluluk sıkıntısı yaşayabilir mesela ben hemşire olsam tedirgin davranırım yani her konuda.*

Genelde imza atmak istemiyor hemşire" ifadelerinde ve aynı doğrultuda açıklama yapan Katılımcı 18, Katılımcı 19'un ifadelerinde durumun önemi aktarılmıştır.

Bir diğer stres kaynağı olarak motivasyonu düşüren unsur ise özellikle eğitim seviyesi düşük personelin bireysel sorumluluklardan kaçınmak istemesi veya sorumlulukların cezai yaptırımlarının olacağı düşüncesidir. Bu durum Katılımcı 19'un *"Arkadaşlara sorumluluk verdiğimiz zaman almak istemiyorlar tedirgin oluyorlar en basitinden kullandığımız araç gereçlerin zimmetlerini yapalım dedik yıkama makinelerini her kata verdiğimizde almak istemediler zimmeti çünkü taşerondan kalma bir zihniyet var bozulur onun parası bize ödetilirse ya da ben sorumluyum bir şey olursa bana ceza verilirse."* ve Katılımcı 39'un *"Şimdi bakıyorum küçücük bir iş yapıyor personelimiz, başka bir işe bulaşmak istemiyor. Ben istemiyorum diyor, strese girmek istemiyorum diyor, işte bir işin ucundan sizde tutun işte bir sorun var çok ciddi bir salgın hastalık var. Görev dağılımlarını biraz daha personel arasında artırarak yapmaya çalışıyorum ama dirençle karşılaşıyoruz."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Hasta ve hasta yakınların davranışları, iletişim tarzları ve sağlıkta şiddet olaylarının çoğalması da çalışanlar üzerinde stres yaratarak motivasyonu düşürebilmektedir. Bu durumu Katılımcı 8 *"sağlık çalışanlarına karşı işte malum farklı bir tutum var sosyal medyada haberlerde görüyoruz yani ne o sağlık çalışanıysan ezilmeli bir şekilde sindirilmeli nasıl, artık verenler ne kadar vergi veriyor bilmiyorum ama artık maaşımızı onların verdiğini dair söylentiler var ondan sonracığıma bu tarz durumlar sağlık çalışanlarının moralini bozuyor işin açıkçası"* ve Katılımcı 18 *"Ama randevusuz muayene olduğu zaman biraz gerginlik oluyor. Doktorlarımız kabul etmiyor randevusuz çalışmayı, ama bunu hastaya sekreterler açıklamak zorunda kalıyor."* ifadeleriyle aktarmıştır.

Tedavi hizmetlerinin sunumunda kullanılan malzemelerin kalitesi ve kullanma prosedüründe yaşanan aksaklıklar çalışanların hasta güvenliğini riske atacak bir durum olması nedeniyle stres yaşamasına sebebiyet verebilmektedir. Nitekim bu durum Katılımcı 26'nın *"Yani. Onu kendimize de hastaya da belki bende var ona onda var bana bilmiyoruz hani ya da mesela bir kateter takacaksınız tam takarken kateter çıkıyor zaten zor bulunan bir şey olabiliyor bu da hasta güvenliğini riske*

atıyor" ifadelerinde ve Araştırma Günlüğünde *"...kullanılan malzemelerdeki kalite düşüklüğü hasta güvenliğini riske atabiliyor, özellikle hemşireler üzerinde bu durum stres oluşturmakta..."* ifadeleriyle aktarılmıştır.

Yemekhanede sunulan hizmetlerin başta yemeklerin kalitesinden kaynaklı olmak üzere yetersiz olduğu düşüncesi personelin motivasyonunu düşürücü etkiye sahiptir. Nitekim Katılımcı 5 bu durumu *"hani genel anlamda bir insanı tatmin etmiyor, bu da ister istemez bir, hani, motivasyon düşüklüğüne neden oluyor. Hafta sonu arkadaşlar mesela çok kötü olduğunu söylüyor yemeklerin, 24 saat çalışan bir arkadaş, 24 saat aynı yemek çıkıyor gibi, bunlar biraz rahatsız edici durumlar."* ifadeleriyle aktarmıştır.

Etkin bir ödül ve ceza sisteminin olmamasının çalışanların motivasyonları üzerindeki olumsuz etkisi Katılımcı 19'un *"birinci tutanakta da uyarıldı geçti onun bir yaptırımı olsaydı o çocuk geldiği zaman yine serviste uyumuyor olacaktı ben tek başıma ne kadar daha tutanak tutabilirim sıkıntı bu."*, Katılımcı 24'ün *"ve ben bunu şu şekilde düşünüyorum bir yaptırım yok bir denetleme kontrol mekanizması yok bana kalırsa tüm devlet memurları 5 yılda bir sınava tabi olsun, mesleki yeterlilik sınavına tabi olsun."* ve aynı doğrultuda görüş beyan eden Katılımcı 37'nin ve Katılımcı 10'un ifadelerinde aktarılmıştır.

İcap türü nöbet sisteminin karşılığının olmayışının çalışanların motivasyonunu düşürdüğü Katılımcı 21'in *"...icap nöbetleri sıkıntılı geçiyor, yoğun bakımlarda çok hasta çıktığı için oraya geliyor arkadaşlar, gece gündüz 5'ten sonra hiç belli olmuyor, icap nöbetinin karşılığı olarak normalde bir ücret talebi ediliyor, mesela onlar ödenmediği için sürekli arkadaşlarla bunun bir şeyi yaşanıyor yani, neden ödenmiyor ödenmesi daha iyi"* ifadelerinde, özellikle biyomedikal biriminde ise icap türü nöbet sisteminin dahi olmayışının ve sadece gönüllü olarak hizmet verilmesinin talebinin motivasyon üzerindeki olumsuz etkisi Katılımcı 1'in *"Nöbet yok, icap da yok aslında tamamen vicdan sistemi var."* ve *"Şöyle, olması aslında gerekir ama onunla ilgili de Sağlık Bakanlığı ile ilgili, onu mesai olarak veya ücretlendirme olarak verme şeklindeki sıkıntılarıyla ilgili onlar yok saymış oluyor. Bir de şu var biz 1 lira bile ekstra almadan geliyoruz, vicdanen arandığımız için geliyoruz"* ifadelerinde aktarılmıştır.

B. Motivasyonu artırıcı unsurlar

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde çalışanların motivasyonunu artıran unsurlar aşağıdaki gibidir;

1. İdari yönetimin desteği
2. Sosyal faaliyetler
3. Personele sağlık hizmet sunumundaki rolünün aktarılması
4. Üst yönetim erişim ve kolay iletişim kurabilme
5. Karar verme sürecine dahil edilme
6. Çalışanların özverisi
7. İdareciler arasındaki koordinasyon
8. Eşitlik ve Hakkaniyet
9. Ekip ruhu
10. Birimde ve kurumda kültür oluşması
11. Üstlerin çalışanlarla birebir görüşmesi
12. Birimlerdeki aile ortamı

Üst yönetimin gelen şikayet ve/veya bildirimlere karşı belirli sınırlar dahilinde çalışanlara destek olması motivasyonu artırma konusunda önemli bir etkiye sahiptir. Nitekim Katılımcı 19'un *"böyle bir şikâyet hakkınızda diye bazen disipline gidiyorum orada cevaplıyorum şikayetleri bunlar yaşanıyor olacak. Ben şöyle bakıyorum olaya meyve veren ağaç taşlanır. Her idarecimden haklarını helal etmesini istiyorum giderken özellikle başhekimlerden benim BİMER ve CİMER şikayetlerimle onlar ilgilendiği için, sürekli şikâyet ediliyorum personel olarak personel sorumlusu olarak..."* ifadeleri bu durumu açıkça göstermektedir. Ayrıca Katılımcı 39'un ifadelerinde de *"...ben Çorlu Devlet Hastanesi için söylersem ben mesai arkadaşlarım özellikle idareci yönetici düzeyindeki kişilerle gerçekten iş birliği içerisinde çok iyi işlerimizi yönetebiliyoruz."* iş birliği sağlama konusunda yöneticilerin desteğinin önemi vurgulanmıştır.

Personelin iş dışında çeşitli faaliyetlerle sosyalleşmesinin motivasyonu arttırdığı Katılımcı 26'nın *"Var yani dışarıda da görüşüyoruz özel günlerini kimsenin atlamıyoruz, ara ara doktorlarımızla da konuşup onların hani böyle bir gönlünü almak için işte birlikte bir yerlere gidiyoruz"* ve Katılımcı 33'ün *"Yani burada çalışanın dinlenmesini ve sosyalleşmesine yönelik aktivitelerin de*

planlanması gerekir, çünkü bunlar gerçekten etkiliyor moralleri…" ifadelerinde aktarılmıştır.

Eğitim seviyesi düşük veya alt pozisyonlarda çalışan personelin yöneticiler tarafından sağlık hizmet sunumundaki üstlendiği rolün önemini anlatması çalışanların motivasyonunu arttırabilmektedir. Nitekim, Katılımcı 39 bu durumu *"Herkesi bu bilinçle yönlendiriyorum zaten; yaptıkları işi de, temizliği yapana diyorum ki evindeki temizliği yapıyormuş gibi yap ki gelen hasta da personel de memnun kalsın. Güvenliklere diyorum ki gelen herkes bizim misafirimizmiş gibi davranın ki memnun kalsınlar. Yani biraz özel hastane, açıkçası kültürüyle ben kendi personellerimi yönlendirmeye çalışıyorum. Son 2 aydır hep bu konuları onlara empoze etmeye çalışıyorum, motivasyonlarını artırmaya çalışıyorum…"* ifadeleriyle aktarmıştır.

Personelin üst yönetimine erişimde sıkıntı yaşamaması, kolaylıkla iletişim kurması çalışanları ayrıca motive etmektedir. Bu konuda Katılımcı 18 *"Başhekimimize kadar birebir muhatap olabiliyoruz, hani, giremezsin konuşamasın ekstra bir engel olmuyor önümüzde. Herkese, bütün idarecilerle rahatlıkla görüşebiliyoruz."* ifadelerinde ve aynı yönde fikir beyan eden Katılımcı 10, Katılımcı 25, Katılımcı 32, Katılımcı 39, Katılımcı 28 ve Katılımcı 2'nin ifadelerinde aktarılmıştır.

Birimlerdeki çalışanların karar verme sürecine dahil edilmesi, çözümün bir parçası olarak görülmesi ve bu konuda eşit davranılması da personelin motivasyonunu artırıcı etkiye sahiptir. Nitekim Katılımcı 2'nin *"Şimdi hangi işi yaparsanız yapın siz o alanla ilgili o alanda çalışan yetkili kişiyle ilgili, onun görüşünü, onun fikrini veya onu olaya dahil ederek yapmazsanız birimler arası kırgınlıklar küsmeler ve hani sen kendi kafana göre her şeyi, ben her şeyi bilemem tabi ki her şeyin uzmanı olamam bu da bir gerçek tabi ki fakat onları işin içerisine dahil etmek bu şey açısından da değil farklı birimlerden ziyade aynı işi yapsanız bile diyelim ki A servisi B servisi, A servisine sordunuz ama B servisini bıraktınız kenara bu da küskünlüğe neden olabiliyor yani dolayısıyla o koordinasyonu o sinerjiyi yakalayabilmek için bütün arkadaşların eşit şekilde fikrini olarak olaya dahil ederek çünkü ne kadar kararın içinde olursa çalışanlar her birimle alakalı bu durum o*

kadar iyi iş çıkıyor." ifadelerinde aynı yönde fikir beyan eden Katılımcı 10, Katılımcı 23, Katılımcı 32 ve Katılımcı 5'in ifadelerinde aktarılmıştır.

Kurumlardaki çalışanların özverili davranışları diğer tüm çalışanları da etkileyerek onların da motivasyonunu artırabilmektedir. Nitekim Katılımcı 26'nin *"Onun işi varsa gerekiyorsa kendimiz de hastayı taşıyoruz hani onun yükü hafiflesin diye yani şöyle hiçbir zaman aramızdaki mesafeyi tamamen ortadan kaldırmadan bir abla kardeş gibi çalışıyoruz ama bu sadece şey olarak yoksa hiçbir zaman mesafenin de kapanmasına da izin vermiyoruz çünkü biz sonra eğer onu da kapatırsanız personelin başka talepleri olmaya başlıyor ama şey olarak onlarla da çok uyumlu çalışıyoruz"* ifadeleri ve aynı yönde fikir beyan eden faklı meslek grubuna dahil Katılımcı 1, Katılımcı 2, Katılımcı 8, Katılımcı 13, Katılımcı 19, Katılımcı 25, Katılımcı 33, Katılımcı 34, Katılımcı 38'in ifadelerinde aktarılmıştır.

Orta ve üst düzey yönetimin koordinasyon halinde çalışması çalışanların motivasyonlarını artıran bir başka faktördür. Nitekim bu durum Katılımcı 39 tarafından *"Siz böyle ekip ruhuyla hareket edince personelleriniz de çalışanlarınız da bu ahengi görünce sizin özverili çalıştığınızı görünce sizin birlikte çalıştığınızı görünce parçalayalım mantığıyla bakıyorlar yapamıyorlar. O zaman işe sarılıyorlar hani ben şu an onu gözlemliyorum tek istediğim de o açıkçası."* ifadeleriyle aktarılmıştır.

Çalışanlar arasında eşitlik ve hakkaniyetle değerlendirilme yapılmasının motivasyonu artırabileceği Katılımcı 39'un *"Amacım bu olacak, burada bunu da kırmadan dökmeden yapmak için elimden geleni yapacağım çünkü bazıları gerçekten çok az çalışıyor bazıları çok, çok, çok çalışıyor bu sefer ne oluyor krizler çıkıyor ortaya sıkıntılar çıkıyor. Kuruma işte çalıştırdığımız insanların da bir süre sonra faydası olmamaya başlıyor."* ve Katılımcı 37'nin *"Şimdi üroloji ile ortopedideki kişiyi aynı kefeye koyamam, eğer sen sürekli 13. salon yani ortopediye çalışacaksın dersem; o adam akşama kadar orada ameliyattan çıkamayacağı belli bir şey ama ürolojinin öğlende biteceği belli bir şey."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Hizmet sunumunda farklı meslek grubunda olsa dahi her personelin ekibin önemli bir üyesiymiş gibi çalışması, ekip ruhunun oluşması çalışanların motivasyonlarını artırabilmektedir. Nitekim bu durum Katılımcı 39'un *"Bu nedenle*

açıkçası bir ekip işi olarak görüyorum sağlığı ben ve bizim bulunduğumuz alanda çalışma alanımızdaki herkesin de ekibin önemli bir parçası olduğunu düşünüyorum." ve Katılımcı 25 *"Yani bu aslında hemşirenin işi değil ama ekibiz ekip olduğumuz için birbirimize yardım etmeliyiz, etmeliyiz ki, moralimizi yüksek tutalım"* ifadelerinde aktarılmıştır.

Personelin aynı duyarlılıkla veya bakış açısıyla iş görmelerinin ve olayları değerlendirmelerinin motivasyonu artırıcı etkiye sahip olduğu Katılımcı 2'nin *"Benim açımdan olan değişiklikleri söylersem ben iletişim açısından bu anlamda hiçbir sorun yaşamıyorum ama üzüldüğüm tek nokta sizin de aynı şekilde, aynı bakış açısıyla işe bakmak kurum kültürünü veya işte şeye bakma durumu aynı olmayınca bakış yönleri farklı olunca o sinerjiyi yakalayamıyorsunuz yakalayamadığınız için de hem çalışma ergonomisi açısından hem de motivasyon açısından olabildiğince sevimsiz hale geliyor. Onu yakaladığınızda da hep çalışıyoruz zaten çalışacağız da daha yorulmadan daha yıpranmadan gerçekten bir şey içerisinde sinerji içerisinde işe devam ediyorsunuz bence bu açıdan çok çok önemli…"* ifadelerinde aktarılmıştır.

Üst yönetimin çalışanlarla çeşitli iletişim araçları veya aracılar kullanarak iletişim kurması yerine birebir görüşme usulüyle, alan vizitleriyle iletişim kurulması çalışanlarda değer görme vb. etkilerle motivasyonu artırabilmektedir. Nitekim bu durum Katılımcı 26'nın *"Hani bir sıkıntı varsa olay büyümeden o olayı durduralım diye mutlaka toplantı yapıyoruz ama onun dışında bireysel olarak sıkıntı gördüğümüzde mutlaka o kişiyle görüşürüm çünkü bireysel sıkıntı her zaman toplumsal sıkıntıya dönüşüyor ve diğer arkadaşlarını da psikolojik olarak etkilemeye başlıyor onun için mutlaka özel görüşmelerde yapıyoruz."* ifadelerinde ve aynı yönde fikir beyan eden Katılımcı 2 ve katılımcı 25'in ifadelerinde aktarılmıştır.

Uzun yıllar beraber çalışmanın etkisiyle birimlerde oluşan aile ortamı, uyumlu çalışmayı mümkün kılarak çalışanları motive edebilmektedir. Nitekim bu durum Katılımcı 9'un *"Yok; biz o yönden de şanslıysan serviste daha az personelle çalışıyoruz, hani, genelde oturmuş, bu kültür arkadaşlarımızda da o yüzden aile ortamımız var yani."* ifadelerinde ve aynı yönde fikir beyan eden Katılımcı 5, Katılımcı 19, Katılımcı 20 ve Katılımcı 39'un ifadelerinde aktarılmıştır.

6.2.9.2. İnsan kaynakları planlaması kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "İnsan Faktörleri/Davranış Yönetimi" konusunda "İnsan Kaynakları Planlaması" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Kaynak Yönetimi", "Personel Eksikliği", "Personel yeterliliği/kalifiye", "İşe alma", "Oryantasyon" ve "Daimi kadroya geçiş" olmak üzere altı farklı kodlama yapılmıştır.

A. Kaynak yönetimi

Hastanenin farklı alanlarında istihdam edilen personelin sahip olduğu haklara göre yönetim esnek davranabilmektedir. Ancak taşeron kadrolarının daimi kadroya dahil edilmesiyle bu esneklik de ortadan kalkmıştır. Nitekim Katılımcı 18 *"Şimdi bunu araştırmak tabii daha farklı oluyor. Nasıl oluyor, biz şöyle, taşeron firmada iken daha önceden, gebelerin yerine ondan sonra süt izninde olanların raporluların yerine hemen eleman alabiliyorduk. Onda bir problem yaşanmıyordu."* ifadelerinde taşeron kadroda istihdam edilen personelin işe gelememesi durumunda yeni personel istihdam edilebildiği aktarılmıştır.

Ancak insan kaynaklarının kullanımındaki en önemli sorun hastanede kadrosu bulunan sağlık personelinin geçici görevle farklı hastanelerde görevlendirilmesi durumu münhal kadro bulunmamasına sebep olmaktadır. Akabinde ise hastane yönetiminin münhal kadroları gerekçe göstererek kadro talep etmesi bu sebeple engellenmektedir. Nitekim durum katılımcı 28'in *"bizim evet kadromuzda hemşirelerimiz görünüyorlar PDC dolu olduğu için gelemiyorlar yalnız işte geçici görevle kurumlarda çalışıyor arkadaşlarım yani kadro bizde olduğu için bizim kadromuz dolu görünüyor hani bu şekilde geçici görev değil aslında hani gidecekse kişi kadrosuyla gitse de en azından yerine gelen kişiyle biz aktif olarak kullanabilsek, kişiler aktif görünüyorlar ama normalde pasifteler. Yani bir yani 100'e yakın personel geçici görevde olabilir."* ifadelerinde açıkça belirtilmiştir.

B. Personel eksikliği

Katılımcılar hastanenin personel eksikliğini en önemli sorunların başında göstermektedir. Nitekim hastanenin büyük bir bölümünde farklı meslek grupların istihdamındaki eksiklikler dile getirilmiştir. Bu alanlar arasında ameliyathanelerdeki anestezi uzmanı eksikliği Katılımcı *24'ün "Biz burada şeyde, ameliyathane de 10*

aktif masayla çalışıyorduk covid öncesinde 10 tane genel anestezi verilen masa bu, ikinci bir sıkıntı şu hekim, anestezi uzamanı sayısı yetersiz. Anestezi teknisyenleri ve hemşireleri görevi dışında işler yapmak zorunda kalıyorlar." ifadelerinde, güvenlik ve tıbbi sekreterlikte yaşanan eksiklik Katılımcı 5'in *"Zaman zaman iletişim problemleri oluyor, en büyük sıkıntı, personel eksikliği; tesis yönetiminde. Hani, destek duruma baktığımızda şuan için hemşire sayımız yeterli belki ama personel, sekreter sayımız çok eksik, güvenlik keza, hani ona istinaden böyle olunca da sorunlar..."* ***(Katılımcının ifadeleri arasında yer alan "personel" ifadesi konuşmanın seyri itibariyle "temizlik personeli"ni ima etmektedir. – Yardımcı Araştırmacı Notu)*** ifadelerinde aktarılmıştır. Temizlik personelin eksik olduğunu Katılımcı 8, Katılımcı 18, Katılımcı 19, Katılımcı 23 ve Katılımcı 30 ayrıca ifadelerinde belirtmiştir.

C. Personelin yeterliliği/kalifiye

Hastanenin altyapısal özellikleri; pnömatik sistem, elektrik, sıhhi tesisat ve biyomedikal gibi teknik alanlarda çalışan personelin yetkinliği sağlık hizmet sunumunun sürekliliği açısından önem taşımaktadır. Nitekim tecrübe ve bilgi birikiminin önemi Katılımcı 1'in *"Keşke çok Biyomedikalci olsa da hastanelerin bünyesinde hem oraya da versek doğru, hani, malzemeyi tanıyan tanımıyla ilgili hiçbir şeyi sormaya gerek olmayan kişiler veya tüketimini hesaplamayla bile ilgili Biyomedikalcinin problemi olmaz. Diyelim ki EKG kablosu, SpO2 croup'una göre daha az sürümü olur. Ama SpO2 sürekli dezenfekte edilirken optiğine zarar verme veya kauçuk yapısına örnek veriyorum; belki SpO2 biraz daha fazla alıyor."* ve *". Şimdi bunların hepsini bütünleştirdiğiniz zaman çok donanımlı olması lazım, şimdi hastanede elektrik sistemine bakan adamı düşünün ne kadar fazla bilmesi lazım aslında çok donanım lazım. Bir şekilde en azından tolere edebileceğimiz bir şey var ama diğerlerinde öyle değil. Pnömatik bile ayrı branş konusudur bu normalde, senin o sembolleri okuyabilmen lazım hangisi tetiklemeyle ilgili hangisi yol veriyor onları bilmen gerekiyor. Aynı cihazla bakıyorsun bir anda basınç bilmen gerekiyor onu, ondan doğru veri geliyor mu analiz edebilmen lazım."* ifadelerinde, idari kısımlarda çalışan personelin ise ayrıca mevzuata hakim olması gerektiği Katılımcı 3'ün *"şimdi satın alma belli kurallar çerçevesinde giden bir yer, yani orada mevzuatı, alım*

yöntemini, nasıl yapılacağını, takibini hepsini bilmek gerekiyor. Yani kısacası mevzuata hakim olması gerekiyor." ifadelerinde aktarılmıştır.

D. İşe alma süreçleri

İnsan kaynakları yönetiminde işe alma prosedürlerinin Bakanlık tarafından yürütülmesi uygulamada bazı problemleri de beraberinde getirmektedir. Nitekim son dönemde destek personeli olarak istihdam edilen personel ile birlikte lisans seviyesinde eğitim alan birçok personel de havuza dahil edilmiştir. Bu durumun hizmet sunumunda yarattığı sorunlar Katılımcı 19'un *"Evet hem iş yükü açısından hem oraya verilecek personellerin kapasite ve performansları açısından gelen işçiler sağlık kurumunda çalışmaya uygun olmuyor çoğu kez özellikle son alımlar İŞKUR üzerinden Sağlık Bakanlığı'nın sadece bir başvuruyla alınmış kişileri. Evet üniversite mezunları var içlerinde ben ilkokul seviyesindeki personel ekibinden bir anda lisansa zıpladık bir anda müthiş bir geçiş."* ifadelerinde aktarılmıştır.

İŞKUR programlarından yararlanıldığı dönemlerde işe alınan personelin eğitim seviyesine göre farklı alanlarda görevlendirildiği Katılımcı 18'in *"Şimdi bizim IŞKUR programımız TYP diye geçiyor, toplum yararını diye geçiyor program diye geçiyor. Onlar kura sistemiyle geliyor orada kurada işte 20 kişi, 30 kişi, 40 kişi 50 kişi diye gönderiyorlar bize, bu arkadaşlardan eğitim durumuna göre temizlik personeline belli bir grubu veriyoruz, eğitim durumuna göre biz de alıyoruz, sekreterlik olarak çalıştırabileceksek eğer, böyle iki bölme de çalıştırıyoruz arkadaşları."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Yukarıda da ifade edildiği üzere Bakanlık tarafından yapılan atamalarda etkin bir işe alım ve kadrolama süreci yürütülemediği, ancak önceki dönemlerde yine İŞKUR üzerinden yapılan alımlarda gerekli mülakatların ve kadrolamaların ektin bir şekilde yürütüldüğü Katılımcı 19"un *"...alım işte ilk kez geçen sene bu İŞKUR üzerinden başvuruyla gelenler oldu insanları biz önceden alırken yüz yüze konuşuyorduk. Ne işler yapacaklarını deneme süreleri oluyordu insanlar alanda deneniyordu ve gerçekten yapabilen kalıyordu yapamayan işe ne kadar ihtiyacı olursa olsun buraya uygun olmadığını zaten anlıyordu."* ve *"...burada çalışmayı sevdikleri için ulaşıyordum ve ben onlara zaman içinde emeklilerim ayrıldıkça kalıcıya döndürüyordum. Sistem böyleydi."* ifadelerinde açıkça belirtilmiştir.

E. Oryantasyon

Çalışanların istihdam edilmesiyle öncelikli olarak kurum oryantasyon eğitimi almaktadır. Katılımcı 6'nın *"Yani başlangıçta bir eğitim ve oryantasyon süreci var ama bu eğitim birimimiz yapıyor bunu hastanenin genel işleyişi, hastane bilgi yönetim sisteminin kullanılması, hastanedeki kullanılan formların nasıl kullanılacağı, hastane içindeki birimler, birimlerle iletişim genel eğitim veriliyor"* ifadelerinde sürecin eğitim birimi tarafından planlandığı ve içeriği aktarılmıştır. Kurum oryantasyon eğitimlerinin rutin bir şekilde tüm personeli kapsayarak yapıldığı Katılımcı 4, Katılımcı 19 Katılımcı 24, Katılımcı 25, Katılımcı 27 ifadelerinde aktarılmıştır. Pandemi döneminde istihdam edilen adayların oryantasyon eğitimlerinin aksatılmadığı ve uzaktan eğitim şeklinde devam ettirildiği Katılımcı 4'ün *"Bilgi işlem belirli aralıklarla eğitim veriyor şimdi pandemi sürecinde olduğumuzdan dolayı bir araya gelip herkesi bir araya toplayıp eğitim de veremiyoruz. Genellikle online eğitimler düzenliyoruz ki gruplarda paylaşalım."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Öncelikli olarak kurum oryantasyon eğitimlerinin tamamlanmasıyla birimlerde görevlendirilen personelin birim oryantasyon eğitimleri yapılmaktadır. Bu eğitimler uygulamalı/iş başı, uzaktan ve birim oryantasyon rehberleri aracılığıyla yürütülmektedir. Söz konusu eğitimler hakkında katılımcıların ifadeleri aşağıdaki gibidir;

> *"Şu aşamada yok zaten, zaten normalde çalışan arkadaşlarımız zaten tecrübeli, çalışmayanlarsa yani yeni başlayanlarsa zaten belli bir aplikasyon eğitimi alıyorlar cihazların oryantasyon eğitimi alıyorlar."* – Katılımcı 34

> *"Alanda hem uygulamalı eğitimler birebir onlarla birlikte temizlik kurallarıyla birlikte hem de anlatarak onlara dağıttığımız zaman çeşitli şeyleri kuralları ne şekilde yapılacağını soru cevap şeklinde yaptığımız da onlar da aslında kendi yaptıkları işin ne kadar önemli olduğunu fark ettiler."* – Katılımcı 19

> *"Şimdi ilk önce hastane bir oryantasyon eğitimi veriyor ondan sonra biz bir rehber eğitimi çıkarmıştık her servisin kendi oryantasyon eğitim rehberi diye bir kitapçık hazırlamıştık."* – Katılımcı 27

Oryantasyon eğitimlerinin yapılmasında belirli bir sistematik oluşturulsa da uygulama noktasında bazı problemler yaşanabilmektedir. Birim içi oryantasyon eğitimleri her birim için farklı özellikler taşımaktadır. Birim personelin yetmediği durumlarda farklı birimlerden gelen personelin söz konusu eğitimlere hakim olmaması sebebiyle problemler yaşanabilmektedir. Nitekim katılımcı 7'nin *"Hani bazen çok yoğun oluyor gözümüzden kaçanlar falan oluyordur ama genel olarak biliyorlar yani burada çalışan personeller genelde sabit olmaya çalışıyor ama bazen nöbetler vesaire yetmediği zaman dışarıdan personelde geldiği oluyor hafta sonları ama çoğunlukla bizim ekip burada oluyor ve artık biliyorlar öğrendiler yani herkes"* ifadesi bu durumu desteklemektedir.

Bazı alanlarda sirkülasyonun fazla olması oryantasyon eğitimi alan personelin ayrılma vb. nedenler süreçteki bir farklı sorun olduğu Katılımcı 19'un *"sürekli ekipler değişiyor değişme sebebi de sürekli emeklilerin oluşu yıllık izinler raporlar bunların yerine hep başka birimden personel tamamladığımız için kliniklerde 4 kişi çalışıyorsa 3'ü oranın personeli 1'i dışarıdan."* ve *"...hayalimiz kliniklerde yatan hastaların servislerimizde çalışan ekiplerin sorumluları da eğitip vermekti ama çok fazla sirkülasyonuz olduğu için bunu başaramadık."* ifadelerinde aktarılmıştır.

F. Daimi kadroya geçiş

Daimi kadroya geçişin olmasıyla birlikte destek personelin işten çıkarılma korkusunun azalması işlerini daha fazla benimsemesine ve daha verimli çalışmalarını sağlamıştır. Nitekim bu durum Katılımcı 18 tarafından *"...kendi elemanlarımızda olunca kadro işte sözleşmeli işçi altında çalıştığı için bizim eleman arkadaşlar çalışan arkadaşlarımız daha fazla adapte oluyor. Neden?, kendi işleri gibi benimsemeye başladılar işte çıkarılma korkusu yok ya da kendi işimiz deyip daha farklı sarılıyorlar."* ifadeleriyle aktarılmıştır. Ancak kadro güvencesinin sağlanmasıyla bazı çalışanların Katılımcı 18'in ifadeleriyle örtüşmeyecek şekilde işlerinde disiplinsiz davranışlar sergilediği Katılımcı 19'un *"Dolayısıyla ne oluyor biz elemanlarla birlikte orada işi planlayıp yapmazsak istediğimiz gibi olmuyor çünkü gerçekten ekibimiz bu sürekli işçilik olayından sonra daha disiplinsiz çalışıyor çünkü yaptırım(!) ben hep bunu diyorum."* ifadelerinde aktarılmıştır.

6.2.9.3. İş yükü kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "İnsan Faktörleri/Davranış Yönetimi" konusunda "İş Yükü" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Hasta ve hasta yakınları", "Personel", "Yapısal unsurlar", "Cihaz ve sarf malzemeler" ve "Kalite biriminin istekleri" olmak üzere beş farklı kodlama yapılmıştır.

A. Hasta ve hasta yakınları

Acil servislerde hastaların acil olmayan nitelikteki tedavilerini süre avantajı sağlaması sebebiyle tercih ettiği ve dolayısıyla iş yükünün arttığı Katılımcı 33'ün *"Bundaki de sıkıntı insanlar 1. Basamağı kullanmak istemiyorlar işte poliklinikte sıra beklemek istemiyorlar, acile geldikleri zaman da işleri 2 saat gibi bir sürede halloluyor hasta grubunun…"* ifadelerinde, ayrıca acil hizmetlerin kullanımında triaj sisteminin bilinçli olarak istismar edilmesi Katılımcı 6'nın *"Yani birazcık aslında insanların bu konuda özverili değil insanların çoğunun acil olmadığı halde acil servisi işgal etmesi bizi bu anlamda çok zorluyor."* ve *"Ben acil serviste şuna da rastladım, sarı alanda bunu belirtmeye. Bir gün kapımızın önünde çok büyük bir kalabalık vardı sarının işte sedye getirmişler şey yani ambulans getiriyor şey, herkesin arasından geçip herkesin arasından geçip size acil bir şey sorabilir miyim deyip, ne sıkıntın var dediğimde, ben ya cebinden bir kâğıt çıkarıp bunlar kedimin ilaçları da burada yazabilir misiniz diyen insan gördüm."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Acil hizmetlerin suiistimal edildiği Katılımcı 33 *"Şimdi şöyle bir uygulamaya geçtik yeşil alan normalde reçete verilip gitmesi gereken hasta grubu ama insan doktor arkadaşlarımız da bu hastalarla uğraşmadığı için bunlar işte atıyorum enjeksiyon yapılması gibi işlemlerde ilave ediyor, yani reçete yazılıp 500 hasta geldiyse reçete yazılıp evine giden tahminim 50 hastayı bulmuyor."* ifadelerinde de ayrıca belirtilmiştir.

Hastanenin diğer bölümlerinde de alanların tahlil verecek hastalar için uygun olmaması bulunmaması ve temizlik konusunda hassas davranmamalarının özellikle temizlik personelinin iş yükünü arttırdığı Katılımcı 19'un *"laboratuvar katına klozet yapmışlar tuvaletleri tamam insanları düşünüyorlar yaşlılarımız şeylerimiz insanlar hani klozeti daha rahat kullanır diye ama tahlil verecek büyük dışkıyı verecek ya yere*

yapıyor ya taşa yapıyor ya klozetin üzerine yapıyor. Ondan sonra temizlik personeline buralar temizlenmiyor diye baskı yapılıyor." ifadelerinde aktarılmıştır.

Hastaların suiistimallerinin yanı sıra bilgi eksikliği sebebiyle de acil hizmetleri kullandığı Katılımcı 6'nın *"...hani eğitim noktasında yani acil servisin aslında ne durumlarda kullanılması gerektiğini yani çok, yani çok böyle hassas bir şekilde belirlemesi lazım ve insanlara bunu aktarması lazım"* ifadelerinde aktarılmıştır.

Bunların yanı sıra bireylerin çalıştıkları kurumlardan veya iş yerlerinden izin alamaması, ailedeki her bireyin çalışıyor olması, sevk zincirinin oluşturulamaması ve acil servisi gereksiz kullanımın cezai yaptırımının olmaması, Katılımcı 6'nın, Katılımcı 12'nin ve Katılımcı 33'ün ifadelerinde aktarılmıştır. Bu tür durumlar gerçekten acil hizmete ihtiyaç duyan hastaların tedavi süreçlerini aksattığı ve servis personelin iş yükünü artırdığı Katılımcı *6'nın "...hadi tamam gelsin de diğer hastaları bekletiyor orada 10 kişi bekliyor o 9. kalp krizi. Sen bertaraf edene kadar biraz tartışana kadar, diyorsun ki ortopedi görmesi lazım. Yapacak bir şey yok, yani onlarla konuşuyoruz, konuşuyoruz, konuşuyoruz aslında pek, öbürü kalp krizi geçiriyor. Acil müdahale etmemiz gerekiyor 45 dakikada her şeyini bitirmemiz lazım o hastanın."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Yukarıda ifade edilen durumlar çalışanların iş yükünü artırırken diyaliz vb. kronik hastaların tedavisinin hastaların tanınması ve hastaların da süreci tecrübe etmeleri ile Katılımcı 21'in *"Yani dönem dönem olabiliyor ama şöyle söyleyeyim bizde hep kronik hasta bazlı gidildiği için ve gelen hastaları bildiğimiz için çok fazla sıkıntılı dönemler yaşamıyoruz ama şöyle yaşıyoruz şimdi söyleyeyim*" ifadelerinde aktarılmıştır.

B. Personel

Hizmet sunumunda personel eksikliği diğer personelin iş yükünü arttırdığı Katılımcı 39'un *"yalnız eleman sayısı sıkıntısından dolayı örnek vereceğim yine acilde ki tuvaleti örnek vereceğim, üç haftadır neredeyse orada çalışmalar devam ediyor fakat branşı atıyorum, elektrik olan arkadaşımı da orada görevlendirmek durumunda kalıyorum niye diğer personele yardım etsin diye ya da ne bileyim fayansçıya yardım ediyor tesisatçıya yardım etsin diye ben oraya diğer işte branşı olmayan, bir işlem ya da otomasyonda çalışan arkadaşı da görevlendiriyorum. Böyle*

yaptığım için kendi alanları çalışma ya da bir takip açısından sıkıntı oluyor" ifadelerinde aktarılmıştır. Personel eksikliği sebebiyle destek personelinin birden fazla misyona sahip olma zorunluluğu doğmaktadır. Bu sebeple mevcut personelin iş yükünün arttığı Katılımcı 10'un *"Evet, evet ne yazık ki öyle. Diyelim ki yeri siliyor, hasta MR'a gidecek MR'a gidiyor, kırmızı alan hasta geliyor üstünü kes diyoruz üstünü makasla kesiyor. Tam gaz çalışıyoruz gidiyor geliyor, terliği değiştiriyor onların işi biraz zor"* ve Katılımcı 19'un *"Hani hemşire hastasıyla ilgileniyor mesela 10 yataklı bir serviste 3 tane hemşire varsa her hemşire 3'er tane hasta alıyor bir tanesi 4 tane alıyor. Personel 10'uyla da ilgileniyor ve personelden de oranın temizliği rutin temizliği hakkında da beklentiler oluşuyor."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Mevcut performans değerlendirme sisteminin hekim merkezli olması ve hekimlerin de bu minvalde hizmet verme çabalarının diğer personelin iş yükünü artırdığı Katılımcı 16'nın *"Tabi ki, hekim tamamen puana endekslenmiş durumda puan getirecek işler yapıyor. Öbür tarafta servisin iş yükü artıyor o ameliyatı yaptığı servisin."* ve *"Yani ameliyatı yapıyor puanını alıyor, takibi hemşirenin işi 5 gün mü 10 gün mü yattı serviste, geri kalan hemşirenin işi, her şeyi, hastanın kaprisi, her türlü bakımı hemşirenin."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Ayrıca hekim dışındaki sağlık personelinin performansının ölçüldüğü ve takip edildiği bir sistemin olmayışı da özellikle ameliyathanelerde sadece sorumluların takibi ile yapıldığı bunun da iş yükünde eşitsizliklere sebebiyet verdiği Katılımcı 37'nin *"Yok sistem yok, benim sadece kişisel takibimle; ben sürekli ameliyathane içinde dolanıyorum kimin vakası iptal oldu, ne oldu az mı çalıştı çok mu çalıştı... "* ifadelerinde aktarılmıştır.

Yeni ataması yapılan sağlık personelinin mesleki bilgisinin yetersizliği sonucu diğer personelinin iş yükünün arttığı ve bu sorunun gün geçtikçe büyüdüğü Katılımcı 24'ün *"Yani mesleki yeterliliği yoksa yapmasın bu işi maalesef böyle değil ben size şöyle bir örnek vereyim, anestezi uzmanı geliyor ben çocuk entübe edemem diyor peki yaptırımı var mı yok. 7 yaşındaki ortopedi acil vakasını almıyor bırakıyor yaptırımı var mı yok, 2 yaşındaki bebek acilde şey yapılıyor yanık entübe edilmesi gerekiyor ben bunu entübe edemem diyor böyle bir şey var mı?"* ve *"Çok boş*

geliyorlar inanılmaz boş geliyorlar. Mesleki bilgi olarak yetersizler hiçbir şey bilmiyorlar. Yani antibiyotiğe kas gevşetici diyen var." ifadelerinde aktarılmışken son dönemde yapılan atamalarda bu durumun boyutu yine aynı katılımcının *"pandemi döneminde bir sürü atama yapıldı atama yapılanların içerisinden belki %9 oranında bir mesleki yeterliliğe sahip vardı, %91 oranında mesleki yetersizlik söz konusu yani pandemi sürecinde atanan arkadaşların bize hiçbir yardımı olmadı."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Kamu personeli olmanın verdiği avantaj ile hizmet sunumunda yeterli özenin gösterilmemesinin diğer çalışanların iş yükünü artırdığı Katılımcı 25'in *"Ben artık bunu bilmek zorunda değilim kazandım bitti gibi bir şey var bizde ama kimsede demiyor ki ben bu konuda yetersizim ayın 15'inde eksik maaş alayım demiyor ve devlet memurluğunda ben şunu gördüm 13 yıl hayatımda hep bilene kalıyor iş, hep bilene kalıyor; e bilmeyen, onu idare edelim hayır idare etmeyelim aslında bunun bir yaptırımının olması lazım."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Yukarıda ifade edilen faktörlerin yanı sıra pandemi döneminde stajyer öğrencilerin istihdam edilememesi, bu öğrencilere verilen görevlerin sağlık personeli tarafından görülmesine sebep vererek iş yükünü artırmaktadır. Nitekim Katılımcı 16 bu durumu *"...bir dönem öğrencilerimiz vardı pandemiden dolayı öğrencilerimiz yok, bu tür işlerde öğrenci kullanabiliyorduk o da sıkıntı. Tabi ciddi bir destek sağlıyorlardı. Şu an tamamen 2 ebenin ve 1 temizlik personelinin üzerinde..."* ifadeleriyle aktarmıştır.

C. Yapısal unsurlar/Cihaz ve sarf malzemeleri

Bazı cihaz ve sarf malzemelerin tedarik edilmediği durumlarda tedarik sürecinin sorumlu personelin Katılımcı 16'nın *"Sürekli işte şey istem talep çözemediğimiz durumlarda işte başka hastanelerden getirme ama yorucu defalarca telefonla muhatap olmak, yani."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Tedarik edilen ürünlerin hizmet kalitesinin de aynı zamanda iş yükünü artırabildiği Katılımcı 19'un *"...aldığınız deterjan kalitesiz aldığınız makineler müteahhittin koydukları çöp oldu zaten birkaç yılda yükünü kaldırmıyor çünkü devlet hastanesi olarak baktığımız ve hizmet verdiğimiz hasta sayısı doğru orantılı olarak iş yüküne de öyle yansıyor. Ona göre çamaşır kirleniyor ona göre kullanmak*

durumundasınız, makineler kaliteli değilse kullanılan tekstiller de ona keza zaten belli bir süre sonra yırtılmalar oluyor daha büyük kayba dönüşüyor çünkü kimyasalı fazla kullanıyorsunuz. Makinede kaç kere yıkamak durumunda kalıyorsunuz özellikle yoğun bakımlardan gelen…" ve Katılımcı 26'nın *"Mesela eldiveni alıyorsunuz ekinize giymeden yırtılıyor mesela enjektörü açıyorsunuz ya da ne bileyim kateteri açıyorsunuz kateter ucu keskin olmuyor cilde girmiyor. Enjektörü açıyorsunuz şeyinden çıkıyor bu tarz sorunlar olabiliyor yani…"* ifadelerinde aktarılmıştır.

Birimler arasındaki mesafelerin uzun olması tedavi sürecinin öncesinde ve sonrasında görevli personelin daha fazla mesafe kat etmesine ve dolayısıyla da iş yükünün artmasına sebebiyet verebilmektedir. Nitekim bu durum Katılımcı 24'ün *"Evet var, ameliyathanede hastayı burada çıkardıktan sonra post-operatif odadan çıkardıktan sonra servise götürürken yaklaşık 85 metre hastayı sergiliyoruz, bu çok yanlış",* Katılımcı 26'nın *"Mesela biz çok kan ile çalışan bir birimiz, çok fazla kan merkezine gidip kan alıp geliyoruz gibi e tabi bu da fiziksel olarak yoruyor bir üç kat iniyorsunuz alıyorsunuz geri geliyorsunuz hastayı bırakıyorsunuz yanınızdaki arkadaşa."* ifadelerinde aktarılmıştır.

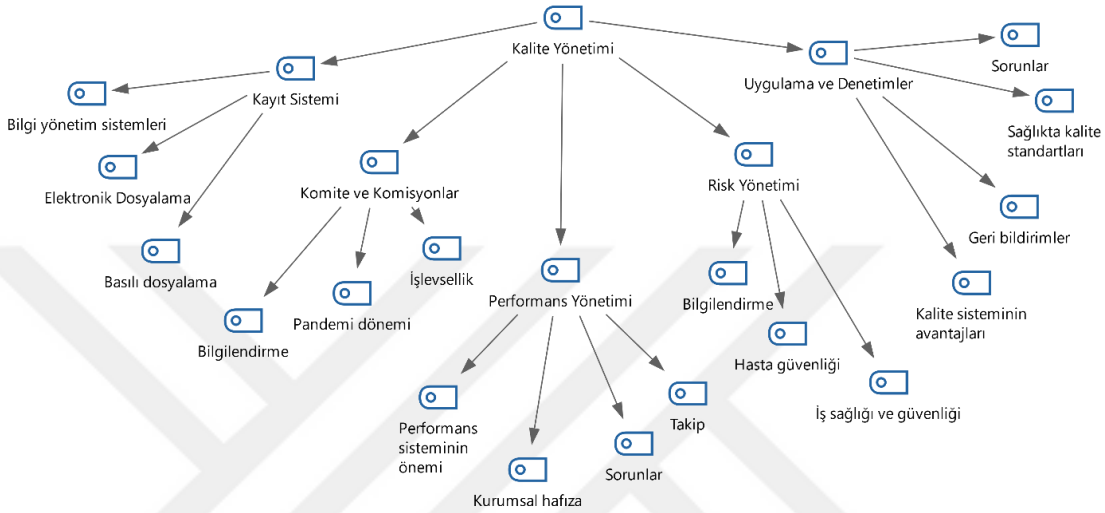
D. Kalite biriminin talepleri

Kalite biriminin birimlerden yerine getirmesini istediği zorunluluklar personel tarafından iş yükü olarak değerlendirilmektedir. Bu algının en büyük sebebi ise primer görevini engelleyeceği veyahut erteleyeceği düşüncesidir. Nitekim Katılımcı 7'nin "*Tabi bir taraftan onları da yapmaya yetiştirmeye çalışıyorum, o yüzden iş yükümüz daha arttı. Kalitenin herhalde belli dönemlerde oluyordu yani ben geldiğimden beri 4 kere kalite denetimi kontrolü olmuştu. Yani bunları yapmaya çalışıyoruz"* şeklindeki ifadesi kalitenin iş yükünü artırdığını ifade ederken, Katılımcı 33'ün *"Kalitenin istediği bir sürü şey var, her gün her gün bir şeyler istiyor yani 1500 hastanın geldiği bir yerde ne kadar kaliteli hizmet verirsin ben arkadaşlara hep şunu diyorum, önceliğimiz bizim burada hasta, hastaların içinden de gerçekten ihtiyacı olana dokunmak gerekiyor yani"* şeklindeki ifadesi bu durumun öncelik sıralamasını vurgulamaktadır. Bu yöndeki açıklamalar aynı zamanda Katılımcı 10, Katılımcı 17, Katılımcı 24, Katılımcı 25, Katılımcı 28 ve Katılımcı 29 tarafından da aktarılmıştır.

Kalite ile ilgili formların aynı zamanda birden fazla yere kaydedilmesi de iş yükünü artırmaktadır. Bu durum Katılımcı 7'nin *"Kâğıt üstünde yani ben epikrize falan yazıyorum, yani bir kısmı HBYS'de bir kısmı da kâğıt üzerinde devam ediyor."* ve Katılımcı 10'un *"Onu ben yaptırıyorsam benim imzam, benim kağıdım yani bizi koruyan çoğu zaman ama tabi hem bilgisayardan onaylatıyoruz hem kâğıda basıyoruz altına imzalar kaşeler uzatıyor yani."* ifadelerinde aktarılmıştır.

6.2.10. Kalite yönetimi temasına ilişkin bulgular

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda "Kalite Yönetimi" temasına ilişkilendirilmiş kategoriler "Kayıt Sistemi", "Komite ve Komisyonlar", "Performans Yönetimi", "Risk Yönetimi" ve "Uygulama ve Denetimler" bağlamındadır.



Şekil 6.2.10.1: Kalite Yönetimi Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar

6.2.10.1. Kayıt sistemi kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Kalite Yönetimi" konusunda "Kayıt Sistemi" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Basılı dosyalama", "Elektronik dosyalama" ve "Bilgi yönetim sistemleri" olmak üzere üç farklı kodlama yapılmıştır.

A. Basılı dosyalama

Katılımcılar kalite standartları gereği tutmak zorunda oldukları kayıtları internet ve bilgisayar tabanlı dosyalama sisteminin güvenir olmadığı düşüncesiyle sisteme ve bilgisayara kaydetmenin yanı sıra basılı olarak da dosyalama yaptığı Katılımcı 3'ün *"...aslında yönetici ekranları da var, takip ekranlarımız var yani yapılması gerekenler hastanenin verisinin döküldüğü dokümanlar var, bizde envanter var ama biz oradan değil daha çok alışkanlık ta diyebilirim fiziki evrak,*

yarın öbür gün yazılım çökebilir biz kendimizi garantiye almamız lazım." ifadelerinde;

Mevcut düzende basılı dosyalama ile sistemin yürütüldüğü Katılımcı 14'ün *"yani bana o şekilde teslim etmediler. Varsa bilmiyorum ama kâğıt üstünde ve dosyalarda oluyor."* ve aynı zamanda tıbbi cihazlara ait kayıtların sadece sicil kartları vasıtasıyla basılı olarak kaydedildiği Katılımcı 23'ün *"Sicil kartları var, online bir uygulama yok. Bir dolabım var kendi adıma kullandığım. Bireysel tuttuğum kayıtlarım orada hepsini dosyalıyorum sene sene.."* ifadelerinde;

Dışarıdan hizmet alımı yapıldığı durumlarda gerekli kayıtların manuel olarak tutulduğu Katılımcı 13'ün *"Manuel olarak, Diğer dediğim, asansör bakım sözleşmesi var. Dışarıdan hizmet alımıyla. UPSler aynı şekilde, jeneratörler aynı şekilde, bakım sözleşmemiz var, trafo yine aynı şekilde. Bunların bazılarının aylık bakımları var bazılarının üç aylık bakımları var. Onları geldiğinde firma özel bir servis formuyla doldurup arızası varsa tekrar bize bildiriyor, arıza varsa hemen gideriliyor"* ifadelerinde ve hastanenin diğer birimlerin yukarıda ifade edilen şekliyle basılı dosyalamanın tercih edildiği Katılımcı 15, Katılımcı 18, Katılımcı 20, Katılımcı 21, Katılımcı 24, Katılımcı 28 ve Katılımcı 38'in ifadelerinde aktarılmıştır.

B. Elektronik Dosyalama

Katılımcılar birimlerin yürütülen kritik işlerin bilgisayar ortamında muhafaza edildiği Katılımcı 34'ün "*Excel dosyası, elimizde onları öyle arşivliyoruz. Bildiğim kadarıyla şu an ki sistemde yok biz kendimiz normalde dozimetreyi ölçüme yolladığımızda dozimetreyle ilgili atom enerjisinin şeyiyle zaten burada mevcut ölçüler her zaman var, bizde ki nüshalarda bizde arşivli şekilde saklanıyor. Çünkü devletin verdiği o isteniyor bizden"* ifadelerinde;

Birimin stokların takibinin barkod sistemiyle takip edildiği Katılımcı 37'nini *"Tabii tabii tabii barkodları var. Ancak ben şunu, tabii tabii stok takibimiz kesinlikle... Zaten şöyle; yani ilk gelen den son gelen o takibimiz yapımız o yönden çok şeydir, dikkatli, ilk gelen ilk çıkar, ona kesinlikle çok dikkat ediyoruz. Onların şey, bu dijital ekranda bir.. çok güzel bir dosyalama sistemleri var, her şeyi bütün evrakları..."* ifadelerinde aktarılmıştır. Ancak barkodlama sistemi kullanılsa da bu sisteme entegre cihazların bulunmadığı yine aynı katılımcı *"Evrak kayıtları oluyor*

dediğim gibi en başta daha tam dijitale geçmeden defter kayıtlarımız oluyordu, ya da barkod sistemi yeni geldi mesela ona entegre cihazlar gerekiyor" ifadelerinde aktarılmıştır.

Yukarıdaki "Basılı dosyalama" koduyla ifade edilen güven sorununun kaynağı geçmişte yaşanan bilgi yönetim sistemin çökmesine bağlı olarak verilerin kaybedilmesidir. Nitekim bu tecrübe ile katılımcılar birden fazla yedek dosyalama yapma ihtiyacında bulunduğu Katılımcı 20'nin *"Sıfırlandı, Allah'tan kurtardılar; yurtdışından bir veri mühendisi kurtardı bilgileri. Kurtarılmayabilirdi de yani yüzde 50 şansınız vardı. Yani bunlar çok önemli şeyler bunları biz şimdi ne yaptık; yedeğin yedeğinin yedeğini yaptık."* ve Katılımcı 5'in *"Çökme ihtimali oluyor işte şey oluyor mesela anlaşma oluyor 3-4 yıl sonra yeni bir şeye geçiyorsun, veriler kayboluyor ya da ne bileyim yeterli cihaz yok ki bir tane bilgisayar var oda açıldı açılacak hani bu yüzden olsa sıkıntıları yaşıyorken hem dosyalı olması güzel bir şey."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Kalite biriminin isteklerinin kaydedilmesi noktasında standardın olmaması hem bilgi yönetim sistemine, hem de basılı formlara kaydedilmesi durumunu ortaya çıkarmaktadır. Bu durum verilerin güvenliğini sağlasa da aynı kaydın bir fazla çeşitle tutulmasına neden olmaktadır. Nitekim bu durum Katılımcı 29'un *"...bazen bazı şeyleri birkaç yere yazıyorsun yani o bir kalem olmalı, bir yerde olmalı hani bilgisayara isteniyor forma isteniyor, dün anestezi konsültasyon sonucun forma yazdı, sistemde ki boş kaldı kızlara bile şey dedim söz uçar yazı kalır ama hangi yazı. Bir yerde bir yazı var ama dosya gittiği zaman orada ki her şey de bitiyor aslında ama bilgisayara da depolamaya ne kadar güvenebilir çünkü dönem, dönem bu en son kullandığımız sistemi sisoft programını bayadır kullanıyoruz ama ondan önce ki her şey gitti yani, benim kendi şahsi sonuçlarım falan…"* ifadelerinde aktarılmıştır.

C. Bilgi yönetim sistemleri

Kalite standartları gereği tutulması gereken verilerin bir kısmının takibi ve yönetilmesi HBYS ile sağlanmaktadır. Sistemin bu anlamda kullanıcı dostu olduğu Katılımcı 5'in *"Şimdi şöyle Sisoft'u kullanıyoruz. Çok güzel bir şey yani bilgisayar ekranında veri oluşturulması."* ve Katılımcı 8'in *"Yok hayır yani sisteme de atıyor biz de burada onay yapmadan çalışılan kontrollerin seviyelerini görebiliyoruz,*

bunun belirli aralıkların, çıkan iş kalite kontrol sonuçlarının belli aralıklarda olması gerekiyor. Aylık olarak gönderdiğimiz dış kalite programları, dış kalite kontrol sonuçlarımız var. Belirli programlar var o sizi çalışmanızı değerlendiriyor..." ifadelerinde;

Neredeyse tüm süreçlerin HBYS üzerinden takip edildiği laboratuvarlarda sistemin sağladığı takip ve yönetim kolaylığı Katılımcı 8'in *"...birkaç numune çalışıldı bunların performansları nedir verimlilikleri nedir vesaire yani o aya ait ne kadar hani preanalitik, analitik ve postanalitik sürece dair herhangi bir sıkıntı varsa zaten onu gözlemliyoruz o çalışmayı yaparken işin açıkçası."* ifadelerinde;

Birimlerin veri kaydının tek bir araçla değil hem bilgi yönetim sistemleri üzerinden hem basılı dosyalama üzerinden tutulduğu Katılımcı 15'in *"olay olduğunda bildirdiğimiz sistemde var, sistem üzerinden de form üzerinden de bildirdiğimiz alanlar da..."* ve Katılımcı 24'ün *"Ameliyathane deposu da bunları bilgisayar üzerinden HBYS'ye kaydediyor. Biz depodan alıyoruz masayı kuruyoruz, masalarda cep stoklarımız var orayı biz manuel kontrol ediyoruz."* ifadelerinde;

Hastanede verilerin kaydedilmesi noktasında çeşitli program ve altyapıların kullanıldığı katılımcılar tarafından aktarılmıştır. Nitekim web tabanlı infline kullanıldığı Katılımcı 22'nin *"Rutin verilerimizi giriyoruz, el hijyeni, antibiyotik profilax verilerimizi giriyoruz, enfeksiyonlar giriliyor, kesici delici alet yaralanmaları giriliyor bunlar hani hepsinin kaydı tutuluyor rutin. Onun bir sitesine, infline sitesine de kaydı yapılıyor raporlarını, toplantı kararıyla sunuluyor"*; intranet kullanıldığı Katılımcı 18'in *"Bütün bilgisayarlarımızda idarede olmak üzere hepsine intranet programı diye bir programımız var bizim hastaneye ait. Orada gerekli olan bütün evrakların işte evrakların yedekleri vesaire her şey var."* ve MKYS'nin kullanıldığı ise Katılımcı 3'ün *"MKYS sistemi üzerinden her fatura ister mal olsun ister hizmet almış olalım, bunu siz o künye numarası üzerinden sisteme işliyorsunuz. Zaten bir taşınır işlem fişi kesildiği zaman otomatik o kurum MKYS' ye işlenmiş oluyor."* ifadelerinde belirtmiştir.

6.2.10.2. Komite ve komisyonlar kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Kalite Yönetimi" konusunda "Komite ve Komisyonlar" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "İşlevsellik", "Bilgilendirme" ve "Pandemi dönemi" olmak üzere üç farklı kodlama yapılmıştır.

A. İşlevsellik

Katılımcılarla yapılan görüşmelerin neticesinde komite ve komisyonlara dahil olan personel işlevsel olduğunu Katılımcı 6'nın *"Komitelerin düzgün çalıştığını ve yeterli olduğunu düşünüyorum yani sistem güzel işliyor"* ifadelerinde olduğu gibi aktarmıştır.

Ancak bazı personel komite ve komisyonların işlevsiz olduğunu aktarmıştır. Nitekim Katılımcı 13 bu durumu *"Ya dediğim gibi o komisyon tamamen göstermelik. Uygulamaya girdiğinde öyle bir şey yok. Yani bunlar tamamen birimlerin ilgi alakasıyla alakalı, kişide bitiyor işte… çıkıp koridorda bir tur atıp geliyoruz, başka bir şey yapmıyoruz."* ifadeleriyle aktarmıştır.

B. Bilgilendirme

Komite ve komisyonlarda tespit edilen durumlar ve alınan önlemler birim yöneticileri aracılığıyla personele aktarıldığı Katılımcı 5'in *"Toplantılarımız oluyor bizim, aylık sorumlu hemşire toplantıları, ortak komitede alınan kararlar da bizim önümüze yazı şeklinde gidiyor. Biz de onları okuyoruz"* ve Katılımcı 23'ün *"…dönüş yapıyorlar bunlar yanlış, bunlar eksik komitede bir karar alındı, bundan sonra süreçte böyle olacaksın diye, işleyişleri nasıl hiçbirine üye olmadığım için bilmiyorum sadece dönüşlerde takip ediyoruz biz de… "* ifadelerinde aktarılmıştır.

C. Pandemi dönemi

Pandemi döneminde iş yükünde yaşanan artışlar, yönetim kadrosunun değişikliği gibi sebeplerin komite ve komisyon oluşturma süreçlerini sekteye uğrattığı Katılımcı 3'ün *"Biz daha komisyon kuramadık açık söyleyeyim çünkü hastanemiz yeni bir ekip, yeni bir ekip olduğu için pandemi dolayısıyla da fazla toplantı yapıp bir araya gelmek fazla öngördüğümüz bir durum değil, inşallah ülkemizde de olduğu gibi pandemiden kurtulursak daha aktif bir şekilde çalışırız diye düşünüyorum."* ifadelerinde aktarılmıştır.

6.2.10.3. Performans yönetimi kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Kalite Yönetimi" konusunda "Performans Yönetimi" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Performans sisteminin önemi", "Kurumsal hafıza", "Takip" ve "Sorunlar" olmak üzere dört farklı kodlama yapılmıştır.

A. Performans sisteminin önemi

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde etkin bir performans sisteminin önemi vurgulanmıştır. Nitekim Katılımcı 6'nın *"çünkü ölçmediğini bilemezsin, bilmediğini yönetemezsin hani insanların hangisinin hak ettiğini hangisinin hak etmediğini ayırt etmen gerekiyor."* ifadesin bu durum aktarılmıştır. Ayrıca sahadaki personelin değerlendirilmesinin yapılması için performans sisteminin etkin bir şekilde tüm çalışanları kapsaması gerektiği böylece idarecilerin değerlendirme yapabileceği Katılımcı 24'ün *"Gün içerisinde de ben şuna inanıyorum bu benim kendi inancım, sahada olmayan bir yönetici sahadakinin halini anlamaz."* ifadesinde aktarılmıştır.

Katılımcılarla yapılan görüşmelerde dinamik olarak takip edilen bir sistemin faydalı olup olmayacağı sorulduğunda sistemin eksikliği ve oluşturulması durumunda sağlayacağı faydalar vurgulanmıştır. Nitekim Katılımcı 4'ün *"Evet, evet gerçekten öyle doğru ama bu personelle alakalı sizin bahsettiğiniz böyle bir şey düşünüyoruz dediğiniz performans değerlendirmek açısından o harika bir iş olur çünkü hepsi aynı işi yapmıyor hepsine oturtup bir veriler girdirmiyorsunuz, gün sonunda açıp kim kaç tane girmiş nasıl çalışmış hangi saatler arasında veri girmişler gibi bilmiyorsunuz dolayısıyla o çok güzel bir sistem olabilir çalışanın da hakkını vermek adına."* ifadeleri bu konunun önemini vurgulamaktadır.

B. Kurumsal hafıza

Etkin bir performans değerlendirme sistemi oluşturmanın yanında oluşturulan sistemin de dinamik olarak kayıt altına alınması kurumsal hafızayı oluşturmanın temel unsuru olarak değerlendirilmiştir. Nitekim mevcut durum ve bu durumun yaşattığı sıkıntılar Katılımcı 19'un *"Bakayım şöyle bir düşüneyim, hayır. Performans anlamında yok sadece bir kere yaptım personeli belli kriterler doğrultusunda değerlendirdim puanladım ve bunları idareye verdim tek bunların kayıtları var. 8 yılda 1 kere"* ifadelerinde aktarılmıştır. Ayrıca etkin bir performans değerlendirme

sisteminin olmayışının yöneticilerin insiyatifinde kaldığı ve bu sebeple sürdürülebilirliğinin sağlanmasının mümkün olmadığı Katılımcı 18'in "*Evet yöneticiye göre değişebilir, çünkü neden değişebilir? Ben biraz daha ortadan giden bi insanım. Hani benim kankacılık falan o tarz bu arkadaşım şu bu falan ayrım yapmıyorum erkek olduğun için de olabilir. Gelen benden önceki bütün arkadaşlar bayandı. Bayanla bayan daha çok iyi anlaşıyor daha bi böyle alt daha alıyor ya da kadınsal mevzuları daha rahat konuşuyorlar ama ben de öyle değil düz mantık iş var mı yok mu hani net; nedir."* ifadelerinde aktarılmıştır.

C. Takip

Birimlerin ve personelin performans değerlendirmesinin dinamik olarak takip edilmesinin yöneticiler açısından önemi tomografi örneğiyle Katılımcı 6 tarafından *"mesela tomografi de bekleme süresi tomografinin radyolog tarafından yorumlanma süresi, kanın da alınma süresi, alındıktan sonra laboratuvara ulaşma süresi, ulaştıktan sonra cihaza koyulma süresi, cihazdan sonucun çıkma süresi, cihazdan sonuç çıktıktan sonra biyokimya uzmanının onaylama süresi hepsi ayrı ayrı ölçülüp hedef değerlere uygunluğu analiz ediliyor ve eksik olduğumuz yerlerde de oraya müdahale etmemiz bekleniyor kalite olarak"* ifadeleriyle aktarılmıştır. Ayrıca üst yönetimin mevcut göstergeler kapsamında değerlendirme yapabildiği yine Katılımcı 9'un *"...öncelikle şöyle söyleyeyim yani sağlık hizmetiyle alakalı burada hangi servis, hangi klinik, ne kadar doktor, günlük sayımız, günlük ameliyat sayımız, acil başvuru sayımız yatak doluluk oranımız işte yoğun bakımlarda ki hastalarımız yatak doluluk oranımız diyebiliriz, bunun dışında işte nedir kurumun satın almayla ilgili bakarsak bu ödeme gün sayısı…"* ifade edilmektedir.

Hastane yönetiminin performans değerlendirmelerinin dengeli puan kartları ile yapıldığı Katılımcı 4'ün *"onun dışında onların yaptığı bütün çalışmalarla ilgili yöneticilerin karne puanları olur sağlık sistemi içerisinde muhakkak bilirsiniz, dolayısıyla entegre bir sistem…"* ifadelerinde, diğer sağlık personelinin değerlendirilmesinin ise oluşturulan formlar üzerinden manuel olarak takip edildiği Katılımcı 18'in *"İş yoğunluğu değerlendirmesi yapıyoruz…"* ve Katılımcı 19'un *"Yok hayır tamamen aslında çok güzel oluşturduğumuz şablonlarımız var günlük denetimlerimizde hangi bölümde ne iş yapılması gerekiyorsa kriterlerimiz var, her birimi aynı gün dolaşma imkânımız yok o kriterlere bakabilmek için belli günlerde*

belli katlar, belli günlerde belli katlar şeklinde bölündüğü planlarımız var. O planlar doğrultusunda mesela genel cerrahi servisiyle, ortopedi beyin aynı kattalar o katın dolaşıldığı günler bellidir bakılacak kriter bellidir bakılacak kriterler bellidir yapılmışsa artıdır, değilse sebebi ve notu." ifadelerinde, bu form ve kartların elektronik herhangi bir sisteme kaydedilmediği ise Katılımcı 28'in *"Formlar üzerinde yani elektronik sisteme zaten kaydedilmiyor ama formun hani çıktısını alıp öyle bir hemşire takip formumuz var yani. Performans değerlendirme hani öyle söyleyeyim."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Üst yönetimin dinamik veri takibini yapabildiği alanların yönetimini ve değerlendirmesini HBYS'nin yönetici takip ekranından kolaylıkla yapabildiği ve bu değerlendirmelere göre strateji geliştirebildiği Katılımcı 6'nın *"Yazılı olarak bizim hastane bilgi yönetim sistemimiz üzerine yönetici takip ekranı dediğimiz bir ekranımız var o ekranda bunların sekmeleri var ayrı ayrı oradaki istatistikler bu veri tabanından otomatik olarak çekiliyor. Veriler dinamik tabi, günlük her gün geliyor oraya saat bazında ekleniyor o veriler oraya yansıtıyor ve biz oradan o verileri takip ediyoruz. Bizden beklenen de hedef sürelerin ya da hedeflerin dışına istatistiksel olarak çıktığımızda oradaki sorunu tespit etmemiz müdahale edip hedefe ulaştırmamız, böylelikle de kaliteyle ilgili dinamik bir takip sürecimiz oluşmuş oluyor."* ifadelerinde aktarılmıştır. Yine aynı katılımcı süreci örneklendirmek adına aşağıdaki açıklamayı yapmıştır.

> *"...biyokimyadan kan sonuçlarının çıkması da uzun sabah 9 da kanını veren hastanın sonucu 4 de çıkmıyor. Bana istatistik bunu veriyor program orada da ben onun analizini yaptığımda acaba kan mı geç alınıyor yoksa alındığı yerden cihaza mı geç konuluyor doktor mu geç onaylıyor bunu ayrı ayrı bütün basamaklarını takip edebildiğim için görüyorum ki diyelim ki kanın alındığı yerden laboratuvarda teslimat aşamasında bir sıkıntı var o zaman kalite destek müdürüyle konuşuyoruz destek elemanlarının bunu daha hızlı teslim edeceği şekilde bir düzenleme yapması gerekiyor diye oturup konuşuyoruz ayrılmış oluyor. Yani hangi meslek alanında nerede sorun çıktığını tespit ettiğimizde oraya yönelik bir planlamayı kolaylıkla yapabiliyoruz."* – Katılımcı 6

Manuel olarak oluşturulan form ve kartların ve sistem üzerinden yapılan değerlendirmelerin haricinde hasta ve hasta yakınlarının geri dönüşlerinin de dikkate alındığı Katılımcı 4'ün *"...ancak sahadaki geri dönüşlerden veya işte hasta şikayet kutularımız var her yerde oradan yine kimin sekreterlerle memnuniyetlerini, memnun olmadıkları noktaları hastalar yazdıkça öğrenmiş oluyoruz aslında"* ifadelerinde aktarılmıştır.

Özellikle destek hizmetleri personelinin yaptığı işlere yönelik veri üreten bir sistemin ve performans ölçüm aracının olmaması, personeli değerlendirmede birim yöneticilerinin rolünü artırmaktadır. Bu durum kurumsal hafızanın oluşmasını, iş sürekliliğini ve personel arasındaki adaleti olumsuz yönde etkileyebilmekte ve ayrıca yöneticilerin yanlı tutumlarına zemin oluşturabilmektedir. Nitekim konuyla ilgili bazı katılımcıların ifadeleri aşağıda belirtilmiştir;

> *"...tabi biliyoruz aslında kimin daha çok çalışkan olduğunu aktif olduğunu, kimin daha pratik olduğunu kimin daha az beklentiyle işi yürüttüğünü biliyoruz ama bunu hani resmi anlamda kanıtlayabilir misiniz derseniz onu kanıtlayabilecek durumda değiliz."* – Katılımcı 4

> *"Yani onun gibi onu çok net görebileceğimiz bir platform yok açıkçası ama işte arkadaşları tanıdıkça, hekimlerden gelen yorumlardan hastalardan gelen yorumlardan, bende dolaştığım zaman gördüğüm zaman tespit edebiliyorum bir şeyleri o şekilde."* - Katılımcı 8

> *"Şimdi diğer personeller aslında biraz daha dediğiniz gibi oluyor iyi çalışıyor kötü çalışıyor gibi, geri bildirimler de oluyor aksaklıklara müdahale ediyoruz dediğim gibi ama o çok teknik bir iş yani onu çok kalite denilecek iş yapmıyor personel."* – Katılımcı 10

> *"Performansını karakterine göre, yapabilecek iş alanına göre ölçüyoruz. Mesela bir bankocu arkadaşı poliklinikte çalıştıramam, çünkü neden?, hasta kaydı biliyor."* – Katılımcı 18

> *"Evet. Gözlemliyoruz arkadaşları ama hiçbir zaman yani bu burada yapamıyor buraya alalım demiyoruz."* – Katılımcı 25

D. Sorunlar

Tüm personeli kapsayan, her birimin kendi özelliklerine göre tasarlanmış bir performans değerlendirme sisteminin olmaması, buna ilaveten sadece hekimleri değerlendiren performans sistemi üzerinden teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bazı endişeler güderek verilmesi performans yönetimi açısından değerlendirilmesi gereken en önemli sorun olarak nitelendirilmiştir. Ayrıca hekimler tarafından da mevcut performans değerlendirme sisteminin etkin olmadığı Katılımcı 6'nın *"Mevcut performans sistemi nitelikten ziyade niceliğe bakıyor yani hani hasta sayısı işlem sayısı fazla olanın puan aldığı ve ona göre ek ödeme aldığı sistem ama bu işlemleri yaparken ne kadar nitelikli hizmet verdiğini sorgulamıyor açıkçası. Böyle bir sıkıntısı var yani ben performans sisteminin olması gerektiğini ama nicelikten ziyade daha niteliğe yönelik bir dönüşüm yapılması gerektiğini düşünüyorum."* ifadelerinde aktarılmışken, yine aynı katılımcı etkin bir sistemin gerekli olduğunu "*... bununla ilgili performans sistemi bu şekilde olmalıydı mı o ayrı bir şey ama bir sonuçta hekimin performansını ölçen bir sistem gerekli…"* ifadeleriyle belirtmiştir.

Katılımcılar hali hazırda uygulanan performans değerlendirme sistemini geçerli ve güvenilir olarak değerlendirmemektedir. Hekim merkezli değerlendirme sisteminin yanı sıra her bir birimin farklı özelliklere sahip olması, birim içinde iş yüküne bağlı değerlendirmenin yapılamaması vb. durumlar katılımcılar tarafından aktarılmıştır. Konuyla ilgili bazı katılımcıların açıklamaları aşağıdaki gibidir;

> *"...çünkü hepsi aynı işi yapmıyor hepsine oturtup bir veriler girdirmiyorsunuz, gün sonunda açıp kim kaç tane girmiş nasıl çalışmış hangi saatler arasında veri girmişler gibi bilmiyorsunuz dolayısıyla o çok güzel bir sistem olabilir çalışanın da hakkını vermek adına. Yani yavaş yavaş tespit ediyor insan ama gözle görülür bir sistem yok takip edebileceğimiz ne yazık ki."* - Katılımcı 4

> *"Performans kriterlerimiz var. Belki siz de çalışırken sizde vardı o kriterler; bizim de ona istinaden kriterleriniz var ama açıkçası bence çok bir şey ifade etmiyor, anlam ifade etmiyor, çok fazla bilmiyorum ya da ben anladım..."* – Katılımcı 5

"...birim sorumlularının aylık şeylerde performans hani hemşire izleme değerlendirme diye şeyimiz var... herkesin artı eksi yönleri var hani bunu işine yansıtabilir veya yansıtamaz hani illa ki her meslekte olduğu gibi bizde de var. Öyle bir çizelgemiz var hemşireleri değerlendirmeye yönelik."- Katılımcı 28

"...sistem yok, benim sadece kişisel takibimle; ben sürekli ameliyathane içinde dolanıyorum kimin vakası iptal oldu, ne oldu az mı çalıştı çok mu çalıştı..." – Katılımcı 37

Birimlerin ve personelin performansının etkili bir şekilde ölçülmemesi neticesinde yöneticilerin bu tür durumları tespit etmesi de zorlaşmaktadır. Yöneticilerin önlem alamadığı bu süreçler neticesinde diğer birimler kendi işleyişinin aksamaması için farklı birimlerin sorumluluklarını yerine getirmek durumunda kalmaktadır. Söz konusu süreç Katılımcı 2'nin *" Hastanenin işleyişini sağlamak için eğer bir mekanizma kangrene dönüşmüşse diğer iki mekanizma onun işlerini üstlenmeye çalışıyor. İşler düzeldiği için otomatik olarak o da yüksek alıyor o yüzden gerçekçi değil."* ve *"Yani bireysel bakamadığınız için kurumum kaybetmesin kurumum kazansın gözüyle baktığınız için olaya bütün olarak bakıp oradan tabi ki o arkadaşın, oradan performans puanının düşmesi gereken arkadaşımın yerine yükseliyor ve hiç olmayacak bir puan alarak da çok başarılı gözükebiliyor veya da yapılan değerlendirmeler bakanlığın genelde SKS denetimleri, verimlilik denetimleri."* ifadelerinde açıkça belirtilmiştir.

6.2.10.4. Risk yönetimi kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Kalite Yönetimi" konusunda "Risk Yönetimi" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "İş sağlığı ve güvenliği", "Hasta güvenliği" ve "Bildirim" olmak üzere üç farklı kodlama yapılmıştır.

A. İş Sağlığı ve Güvenliği

Hastanenin atık deposunun bulunduğu bölümde zeminlerin fayans olması ve buna ek olarak çatı genişliğinin yeterli büyüklükte olmaması zeminin kaygan olmasına sebep olduğu ve dolayısıyla iş sağlığı ve güvenliğini riske attığı Katılımcı 32'nin *"1 buçuk senedir bizim arkadaşımız aşağıda söylüyor tıbbi atık toplayan arkadaşımız, bu çatı biraz daha uzatılmalı öne doğru. Çünkü çatı şu açıdan söylüyor,*

zemin orda tıbbi atığın oradaki şey fayans, bu fayans kış aylarında yağmur yağabiliyor, buzlanma olabiliyor. Bizim arkadaşımızın da ayağı kayabilir, herhangi bir iş kazası geçirebilir Allah korusun orada. İşte biz bu çatının da uzatılmasını…" ifadelerinde aktarılmıştır.

Acil serviste kolluk kuvvetlerinin birim içerisinde merkezi bir yere konumlandırılmasını çalışan güvenliğini artırdığı Katılımcı 12'nin "*Yani şöyle, şey yaptık bizim hastane polisimiz acil servisin biraz dışındaydı hastane jandarması da keza, yani biz dedik bizim bunu bir şekilde çözmemiz lazım yani biz buraya sıkıntı olduğunda polisin anında durup anında müdahale etmesi lazım bunu nasıl çözeriz, sonra acil servisin ortasına polis ve jandarmalarını kurduk."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Destek personelinin iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için görevlerinin net bir şekilde ayrılması gerekliliği Katılımcı 19'un *"Biz orada bakım personeli ve temizlik personelini ayıramadığımız sürece ne oranın gerçekten %90-95 temizlendiğine inanabiliriz yapamayız zaten imkansız şu anda ekip; bakım, hasta transferi, birisi ex olduysa indir onun yatağını temizle, yeni hastanın alımı, onun malzemesi çünkü eczane malzemesi de onlarla geliyor ilaç da onlarla geliyor cihazlar da onlar tarafından temizleniyor baktığınız zaman duvar temizlendi mi yok, pencere silindi mi yok, tül perde yıkandı mı hayır, ara koridor ne kadar silindi yer nasıl silindi. 24 saat geçiyor sürekli orada sürekli sirkülasyon var sürekli insanlar oradaki ekip sonuçta evine gidiyor 24 saat nöbetli yenisi geliyor…"* ifadelerinde aktarılmıştır.

Ayrıca servislerin geniş ve U şeklindeki tasarımının risk unsuru olduğu Katılımcı 27'nin *"Ki tehlikesi de çok fazla yani, acil olduğunu düşündüğümde çalışan güvenliğini riske atabilecek bir durum."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Hastanenin yapısal özellikleri gereği zemin katlarda yaşanan rutubet ve nemlenmelerin alanda çalışan personelin sağlığını riske attığı Katılımcı 6'nın *"…hastaların sağlığı açısından ciddi bir problem yarattığını söyleyemem ama çalışanların sağlığı açısından nemli ortamda çalışmak bir riskli bir durum oluşturdu fakat onların da önlemleri alındı."* ifadelerinde belirtilmiştir.

Hastane içerisinde yer alan otomatik kapıların etkin çalışmaması iş sağlığı ve güvenliğini riske atan bir başka unsurdur. Bu durum Katılımcı 26'nın *"Mesela zeminlerin yerleri bozuk takılıp düşmeye mesela kapılar zaman zaman otomatik kapılarla ilgili ciddi sıkıntılar yaşanıyor mesela arada kalmaya sebep oluyor bu hasta açısından da personel açısından da zaman zaman bize çarptığı oluyor kapıların."* ifadelerinde açıkça aktarılmıştır.

Hasta güvenliğini riske atan zemin kaplaması mineflolar aynı zamanda çalışanların sağlığı için de risk oluşturmaktadır. Nitekim bu durum Katılımcı 29'un *"Zeminler konusunda bir kere sıkıntılıyız, mineflo kaplı o mineflolar artık kalktı, hepsinden kösteklenip, kösteklenip düşüyoruz"* ifadelerinde olduğu gibi birçok katılımcı tarafından (Katılımcı 19, Katılımcı 23, Katılımcı 27 ve Katılımcı 15) dile getirilmiştir. Zemin kaplamasına ek olarak zeminlerde fayansların da risk oluşturduğu Katılımcı 19'un *"...ikinci olarak da hastanenin fiziki yapısından bahsediyorduk ya döşenen taşlar kesinlikle hastane ortamına uygun değil en ufak bir ıslanmada kayıp düşebiliyoruz."* ifadelerinde ayrıca belirtilmiştir.

Yukarıda ifade edilen tüm durumlar hastanenin bünyesinde oluşturulan çalışan sağlığı birimi tarafından rutin ölçümlerin ve işlemlerin yapıldığı, önlemlerin alındığı ve kurum adına avantaj sağladığı Katılımcı 6'nın *"Çalışan sağlığı birimimiz var bizim yıllık var bizim çok tehlikeli iş yeri olduğumuz için. Çalışanlarımızın periyodik muayenelerini takip ediyorum, periyodik muayene takibinde herhangi bir sorun saptanan hasta olduğunda bunun hani hangi birimde çalıştığı o birimde çalışanlarda benzer hastalıklar oluşuyor mu, analizi yapılıyor. O birimlerde alt katta o birimlerde çalışan personellerle de sistematik olarak böyle bir hastalıklarda astım, bronşit gibi daha çok görülebilecek hastalıklarda bir artış tespit etmedik."* ifadelerinde aktarılmıştır.

B. Hasta güvenliği

Hekimlerin yetki ve sorumluluklarında bulunan bazı görevleri gayri resmi olarak diğer sağlık personeline devretmesi hasta güvenliğini riske atabilmektedir. Bu durumun örneklerine Katılımcı 27'nin *"paraf işareti mesela bizim ortopedi de bu çok önemli. Mesela doktorlardan da bu sıkıntıyı yaşıyoruz mesela diz protezi olacak hasta sağ dizinden olacak diyor oranın işaretlenmesi gerek paraf, bazen*

ameliyathane diyor ki bize paraf işareti yok. Biz koyuyoruz ama bu benim işim değil doktor da diyor ki siz işaretleyiverin ama yani ya sağ değilse sol ise…" ifadelerinde aktarılmıştır.

Hasta güvenliğinin sağlanması noktasında bütün personelin veya birimlerin aynı hassasiyeti göstermemesi diğer personelin risklere daha fazla dikkat etmesine sebebiyet vermektedir. Burada birim bazında değil personel bazında değerlendirme yapmanın gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Nitekim Katılımcı 24 bu durumu *"…bu sıkıntılar söylendiği zaman dile getirildiği zaman bir çözüm mekanizması oluşturulamıyor ve tamamen seni vicdanınla baş başa bırakılıyor ve yapmazsan kalacak, biz burada hasta hayatıyla ilgileniyoruz yani motor tamiri yapmıyoruz"* ifadeleriyle aktarmıştır.

Tedavi hizmetlerinin sunumunda kullanılan malzemelerin kalitesinin düşük olması hasta güvenliğini tehdit edebilmektedir. Bu durumu Katılımcı 26 *"Şimdi tabi malzemenin kötü olması hastanın güvenliğini riske atıyor yani bir dediğimiz gibi bir kateteri tutuyoruz falan ama bu sürede hani mesela eldivenin yırtık olması mesela biz bu eldiveni giyerken görüyoruz yırtık olduğunu zaman zaman ama görmediğimiz zaman olabilir"* ifadeleriyle örnek olarak göstermiştir. Ayrıca malzeme eksikliği sebebiyle yaşanan enfeksiyonların da hasta güvenliğine riski oluşturduğu Katılımcı 22'nin *"…malzeme eksiğinden dolayı enfeksiyon kaynağı olabiliyor."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Destek personelin oryantasyon eğitimlerinin yeterli çıktısının sağlanamamasının da hasta güvenliği için ayrıca dezavantaj oluşturduğu Katılımcı 24'ün *"Başlı başına bir sıkıntıdır o çünkü temizlik personeliyle hiçbiri oryantasyona hizmet içi eğitime tabi ben size şöyle bir olaydan bahsedeyim steril masamız var ameliyattayız yeni bir tane arkadaş geldi geçerken örtüye dokundu, ne yaptın kirlettin örtüyü böyle bir hareketle temizliyor."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Tedavi hizmetlerinin sunumunda hastaların tedavi geçmişlerinin bilgisine erişmek hasta güvenliği ve tedavinin seyri açısından oldukça kritik bir öneme sahiptir. Bu noktada kalite standartları gereği tutulan formlar ve hastaların bilgilendirilmesi hasta güvenliğini sağlamada önemli bir unsur niteliği taşımaktadır. Bu durum Katılımcı 25'in *"hemşire çalışma esnasında uyarıcıları da var yanlış ilaç*

yapmamak için işte hasta tanımı kabul etmesi karşı tarafı bilgilendirme. Eskiden hasta geliyordu yatıyordun işte odaya geç yat çek git telefondur bilgidir hiçbir şey yoktu şimdi bunlar daha güzel işleyiş var." ve Katılımcı 29 *"...o hastada ne varmış çünkü bir olay oluyor hastayla ilgili iki gün sonra gelen kişi hiçbir şey bilmiyor, en yol gösterici şey hemşire gözlem formları ki hekimlerin de birçoğu özellikle bizim aldığımız hasta anamnezinin olduğu form buna mutlaka bakıyorlar çünkü poliklinik te kaçırdığı şeyleri orada biliyor biz özgeçmişini alıyoruz, şu an ki sıkıntılarını alıyoruz, ben bir sorumlu olarak kalite formlarının gerekliliğine inanıyorum"* ifadelerinde aktarılmıştır.

Zeminlerde kullanılan mineflolar hasta güvenliğini tehdit eden bir faktör olduğu birçok katılımcı tarafından dile getirilmiştir. Katılımcı 30'un *"Yani ondan kaynaklığını olduğunu o olduğunu bilsek bile şu an hastada bir sıkıntı bir problem olmadığını için şey yapmadık işte o yüzden de bildirdik bunları hasta düştü, şeye takıldı, odanın içerisinde ki zemine takıldı, düştü diye bunları da bildirdik..."* ifadelerinde ve aynı yönde açıklama yapan Katılımcı 23, Katılımcı 25 ve Katılımcı 29'un ifadelerinde aktarılmıştır.

Ameliyathanelerin iklimlendirilmesinde yaşanan sıkıntılar neticesinde tedavi sürecinde yer alan personelin havasız ve çok sıcak ortamlarda çalışmak zorunda kalabilmektedir. Bunun sonucunda kısa süreliğine ameliyathane kapısının açılması hasta güvenliğini riske atabilmektedir. Nitekim bu durum Katılımcı 37'nin *"...bazen ben teknisyenlere ulaşıyorum tabii ki hemen anında birden o ısıyı indiremiyorlar, o süresi arasında eğer ısı inmezse, bir arıza falan söz konusu olduğunda bazen doktorlar, hani bir havalandırma olsun bari diye yani böyle bir iki dakika açıp... "* ifadelerinde açıkça belirtilmiştir.

Birimler arasındaki mesafenin uzun olması ve izolasyonun sağlanamamasının hasta güvenliğini riske attığı Katılımcı 24'ün *"Evet var, ameliyathanede hastayı burada çıkardıktan sonra post-operatif odadan çıkardıktan sonra servise götürürken yaklaşık 85 metre hastayı sergiliyoruz, bu çok yanlış. ...ameliyathaneyle yataklı servisler aynı yol üzerinde olması gerekir."* ifadelerinde, aktarılmıştır. Yine ameliyathaneler ile yoğun bakımların bitişik olmasının hasta güvenliği açısından sağladığı avantaj aynı katılımcının *"Ameliyathanenin 3.katta olması yoğun*

bakımlarla birleşiyor olması çok güzel çünkü yoğun bakım hastasını direkt hiç gezdirmeden yani servis etmeden" ifadelerinde aktarılmıştır.

C. Bilgilendirme

Kalite birimi hizmet sunumunda karşılaşılması muhtemel riskleri ve bunlara yönelik önlemlere yönelik bilgilendirmeli yapmaktadır. Bu durum Katılımcı 15'in kendi birimiyle ilgili süreci aktardığı *"Kalitenin şey yaptığı riskli durumlarla ilgili önlemlerin alındığı şeyler var mesela her birimin riskli olduğu, görüşleri var neler nelerle ilgili risk edeceğine dair, onları zaten doküman haline getiriyorlar. Oradan şeyleri riski kaldırmaya çalışıyoruz mesela ortada kablo varsa onu kaldırıyoruz, dolaplar sabit değilse onu sabitliyoruz, gibi şeyler."* ifadelerinde aktarmıştır.

Ayrıca HBYS üzerinden bilgilendirme yapıldığı Katılımcı 5'in *"Şey, mesela genel anlamda bir şey olacaksa Sisoft üzerinden mesaj geliyor yine, hani, herkesi bilgilendiren bir durum olursa. "* ifadelerinden, bunun yanı sıra yüzyüze iletişimle gerekli bilgilendirme ve eğitimlerin verildiği Katılımcı 32'in *"...ben bütün her yeri gezdiğim için acilleri, yoğun bakımları vesairesini bunların hepsini gittiğim yerde konuştuğum kişilerle beraber eğitimi vermiş oluyorum ben yüz yüze eğitimi vermiş oluyorum."* ifadelerinde aktarılmıştır.

6.2.10.5. Uygulama ve denetimler kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Kalite Yönetimi" konusunda "Uygulama ve Denetimler" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Kalite sisteminin avantajları", "Sağlıkta Kalite Standartları", "Geri bildirimler" ve "Sorunlar" olmak üzere üç farklı kodlama yapılmıştır.

A. Kalite sisteminin avantajları

Kalite standartları sayesinde mevcut malzemelerin etkin bir şekilde kullanıldığı Katılımcı 31'in *"Kalite sayesinde sarf ve diğer malzemeleri çok daha etkin kullanabiliyoruz. Ancak depo sayımı yapmak tabi ki zor geliyor."* ifadelerinde;

Hasta güvenliği açısından değerlendirildiğinde tutulan formların önemli sağlık personeline önemli ölçüde yardımcı olduğu ve sağlık personelinin de bunun bilincine vakıf olduğu Katılımcı 21'in *"Hani hastanın mesela en basitinden fistül bakımıyla*

alakalı söylüyorum ya bizde çok önemli bir hastanın fistülü, yani o hastanın hayat damarı gibi bir şey öyle söyleyeyim, mesela hastayla bir problem çıktığında geriye döndüğümüzde tarihsel olarak artık onları görebiliyoruz" ve Katılımcı 25'in eski dönem uygulamalarına atıf yaptığı *"Hastaya vizite gidiyorduk hastaya soruyordu ilacını içtin mi diye. Refakatçi diyor ki bilmiyorum ben akşam yoktum ertesi gün gidiyoruz doktor hanım gene soruyor ilacı içtin mi öteki refakatçinin de haberi yok hasta gene içmemiş ilacını."* ifadelerinde aktarılmıştır. Ayrıca bu tür kalite araçlarının hasta güvenliğine ve sağlık personelinin öz denetimine sağladığı katkılar, hasta ve hasta yakınlarının eğitimi vb. unsurlar katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde de ayrıca belirtilmiştir;

> *"Bir iki, yani benim açımdan şeyse kendi öz denetlememize aslında imkân veriyor. Öz denetlememizi gerçekleştirebiliyoruz şöyle ki işte hani işte birtakım formlar var kan transfüzyon formu ya da ilaç güvenliği vesaire gibi ilaçların takibiyle ilgili hani oralarda bir aksaklık yaşanmışsa biz geriye dönük acaba bu işte kişiden mi faydalanıyor bizim işleyimiz de mi sıkıntı var ya da hani neresinden hatayı neresinden döndürebiliriz diye bir çek etmek hani kendimizi çek etmek adına o şekilde olumlu buluyorum ben açıkçası."* – Katılımcı 28

> *"...beslenmesini değerlendirdiğimiz nutrisyon değerlendirmesini yapıyoruz, hasta ve yakınının eğitimi var, oda tanıtımı hemşirenin kendisinden başlayıp oda ve işleyişe odasında bulunan malzemelere, hekimin ne zaman geleceğini, neler yapacağı ile ilgili formları dolduruyoruz."* – Katılımcı 29

> *"Şimdi hastaya kültür aldık kalite formu var ona yapıyorsunuz ama hangi gün kültür aldığınızı yaparsanız hepsinin gözlemde hastanın bakım ihtiyaçları, o hastada ne varmış çünkü bir olay oluyor hastayla ilgili iki gün sonra gelen kişi hiçbir şey bilmiyor, en yol gösterici şey hemşire gözlem formları ki hekimlerin de birçoğu özellikle bizim aldığımız hasta anamnezinin olduğu form buna mutlaka bakıyorlar çünkü poliklinik te kaçırdığı şeyleri orada biliyor biz özgeçmişini alıyoruz, şu an ki sıkıntılarını alıyoruz, ben bir sorumlu olarak kalite formlarının gerekliliğine inanıyorum."* – Katılımcı 29

B. Sağlıkta kalite standartları

Sağlıkta kalite standartlarının getirdiği standartların uygulanabilirliği açısından sağlık tesislerine esneklik sağlandığı ancak bu esnekliğin yöneticilerin bilgi ve tecrübesi minvalinde iyi veya kötü örneklerinin olabildiği ve bu konuda daha fazla standartların geliştirilmesi gerekliliği Katılımcı 2'nin "*Yani evet bakanlığın bir standardize ettiği bunların yanı sıra her kurumda kendi içerisinde birçok işler yapılıyor o işlerin de belki standart hale getirilip en güzeli de o kimsenin bakış açısına göre inisiyatifine göre her hastanenin rolüne göre büyüklüğüne göre birtakım hem yönetsel anlamda birtakım standartları getirilmesi lazım hem de sağlık bakım anlamında sağlık bakım hizmetleri alanındaki uygulamalar açısından bir standardın getirilmesi lazım. Öbür türlü tamama A yerinde bu işi A kişisi çok güzel yapıyor B yerinde B kişisi o işi yapamıyor gibisine dönüyor.*" ifadelerinde aktarılmıştır.

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde sadece kalite biriminin kalite standartlarını takibi ile değil aynı zamanda diğer birimlerin de SKS güncellemelerini takip ettiği Katılımcı 25'in *"kalite her sene kitapçık çıkarıyor her sene yeni şeyler ekliyor biz bunlar daha çıkar çıkmaz kalite bize gelene kadar biz çalışmaya başlıyoruz. Toplantılarımızı yapıyoruz bunu yaptık mı, bunu yaptık mı artık tekrar tekrar yaptığımız için bazılarını hızlı geçiyorsun yenilere hazırlık yapıyorsun bu şekilde çalışmaya devam ediyoruz."* ve Katılımcı 28'in *"Şimdi şöyle, biz hani daha çok yani kalite bizden istemeden biz görevimizi yerine getiriyoruz diyelim aslında. Şimdi SKS tekrar güncellendi biliyorsunuz hani bir SKS 5'ti ama biz tekrar işi de devraldık birazcık daha hani sistemi oturtup, hani SKS versiyonlarından bizim sağlık hizmetleri ilgili neler veriliyorsa hani neler talep ediliyorsa biz onları uygulamada sahaya döküp hani ona göre birazcık kaliteye bunu iletiyoruz yani nasıl diyeyim kalite birimi direkt istemesine gerek kalmadan diyeyim yani."* ifadelerinde aktarılmıştır. Birim yöneticilerinin bu süreçlerde aktif davranması yönetimin kalite standartlarının gerekliliklerini yerine getirmede önemli katkı sağladığı söylenebilir. Nitekim sözleşme istihdam usulü neticesinde değişen yönetim kadrosunun bu süreci yönetmesi zorlaşabilmektedir. Söz konusu durum Katılımcı 39'un *"Şimdi, kaliteyle ilgili çalışmalara açık konuşayım daha tam giremedik, başlayamadık yani versiyon 6'ya yönelik ben sürekli oturup kendi adıma birim birim gözden geçiriyorum ama*

sahada bunun uygulamasını daha başlamadık neden başlamadık derseniz, yani planlamam var bununla ilgili ama aktif olarak kaliteyle ilgili çalışmalara detaylı bir şekilde birlikte sürdürebileceğimiz bir ekip çalışması lazım o ekibe henüz başlamadı kalite yönetimi birimimiz." (Sürecin uzamasındaki en önemli faktör pandemi döneminde yapılan yönetim değişikliğidir-Araştırmacı Günlüğü) ifadelerinde açıkça belirtilmiştir.

C. Geri bildirimler

Kalite süreçlerinin takibi ve denetimleri neticesinde elde edilen bulguların personel ile paylaşımı sağlanarak gerekli düzeltmelerin istendiği veyahut herhangi bir düzeltme ya da iyileştirme talebinin bulunmadığı aktarılmaktadır. Bu süreç Katılımcı 18'in *"Evet geri dönüş yapılıyor, herhangi bir sıkıntı yaşamadığımız denetlemelerde bir problem olmadan her şey düzenli yolunda gittiği anlamında…, genelde bizim idarecilerimiz takdir ediyor, hani, yapılan bir durumu ya da bir hata, bir eksik, bir şey olduğu zaman yorum yaptığınız zaman direk birebir görüşebiliyoruz zaten herhangi bir sıkıntı olmuyor …"* ve Katılımcı 4'ün *"Geriye dönüp düzeltmelerimizi yaptırıyoruz ve eksik gördüğümüz noktalarda da dediğim gibi online eğitimlerle eksiği tamamlamaya gayrete ediyoruz sekreterler o anlamda çok etkili."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Hasta memnuniyeti anlamında düzenli olarak hasta memnuniyet anketleri analiz edilmektedir. Elde edilen bulguların geri bildirimler ile ilgili birimlere aktarıldığı ve gerekli talep ve takdirlerin iletildiği Katılımcı 9'un *"…hasta memnuniyet anketleri hastaların bu konuda beklentileri talepleri, kalite ile ilgili süreçler, kaliteden aldığımız puan, kalitenin gördüğü eksik aşamadığımız noktalar neler, gibi yani örnek verecek çok şey var, bunlar belki haftalar alıyor belki adaptasyon kurumunu tanımak bir ayı belki daha uzun ayrıntısıyla tanıman yani zihninde oturman bir aydan uzun zaman alabiliyor."* ve Katılımcı 4'ün *"O arkadaşlar 3 ayda bir mi 6 ayda bir mi çok hâkim değilim kalite kısmına ama çalışanlara form dağıtıp çalışanlardan geri toplayıp geri dönüşleri değerlendiriyorlar, her hastanede yapılan bir şey bu aslında ama burada en son ne zaman yapıldı pandemi süresinde yapıldı mı ama genellikle bunun kontrolü bu şekilde olur tüm personele, onların hatta bir adı vardır ama kaliteciler daha iyi*

bilirler onu o formları dağıtıp çalışan memnuniyeti anketi aslında. Yapılan geri dönüşlerle ölçmeye çalışırız." ifadelerinde aktarılmıştır.

D. Sorunlar

Kalite standartları gereği oluşturulan form vb. araçların pratikte karşılığının olmadığı farklı birimlerdeki farklı meslek mensubu katılımcılar tarafından aşağıdaki gibi ifade edilmiştir:

> *"Bunun sayılması güç olmuyor mu tek bir yere koysanız işte oradan sadece alınıp gelse. Depo bir uçta, TDL'ler bir uçta, çalışan bir ebeyi düşünün ben bir damar yolu denedim olmadı koş depodan bir tane daha al getir. Yani sahadan bir insan beni denetliyor olsa ya da saha geçmişi olsa bunu zaten önermez bana."* – Katılımcı 16

> *"Şimdi masa başında aldığı kararları bana burada uygulatmaya çalışıyor. Dedim siz ne iş yapıyorsunuz dedim; hemşireyim dedi. "Yoğun bakımda elektrik kesintisinde çalıştırabileceğimiz seyyar jeneratörün var mı?" dedi. Dedim ki seyyar jeneratör ben gittim aldım 2000 Liralık bir şey, koydum. Yoğun bakım içinde seyyar jeneratör ya benzinle çalışıyor ya da mazotla dizel çalışacak. Çalıştırma şansın var mı ağabey, yoğun bakımın içinde?"* – Katılımcı 13

> *"Dedim uygun mu orada çalıştırılması, steril bir ortamda. "Kağıtta yazıyor, ben kağıtta yazana bakarım"* diyor. *Kağıtta yazıyor diye yanlışa yanlışla müdahale etmenin anlamı yok ki. Bunu birileri yazdı, gökten zembille inmedi bu, birileri yazdı, gidin düzelttirin o zaman siz dedim denetleyicisiniz. Kardeşim bunu yazmışsınız ama bunun uygulanabilirliği yok sahada."* – Katılımcı 13

Pratik ve teori uyumsuzluğunun giderilmesi için uzman görüşlerinin alınması gerekliliği Katılımcı 33'ün *"Uzman görüşü alınması lazım, çalışanın görüşünün alınması lazım."* ve Katılımcı 16'nın *"Yani gelen kişiler sahadan kişiler olmadığı için önerileri de hiç akıl almaz oluyor. Sahadaki uzmanların görüşleri alınmalı muhakkak..."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Birimlerin kalite işleyişlerinden sadece yardımcı personelin sorumlu olduğu algısının olduğu ve personelin bundan dolayı demotive olduğu Katılımcı 16'nın *"Doktor iş birliği yok, doktorlar burasını çok geçici görüyor, yani kalite geliyor değerlendirmeye hiçbir doktora bu sorulmuyor."* ve *"Yani niye kim geliyor havasında onlar, hemşireler aman sayı tutsun aman şurası düzgün görünsün, son kullanma tarihi geçmemiş olsun, kaygısı yaşarken özellikle sorumlular iyi göstermeye çalışırken, hekim bunun bilincinde bile değil ne yapıldığının farkında bile değil. İş birliği kesinlikle yok, hasta bakımında da çok az zaman geçiriyor hekimler hastalarla."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Pandemi dönemi iş yükünün artması ve yönetim değişikliği nedeniyle kalite süreçlerinin ertelenmek durumunda kaldığı Katılımcı 39'un *"Şimdi, kaliteyle ilgili çalışmalara açık konuşayım daha tam giremedik, başlayamadık yani versiyon 6'ya yönelik ben sürekli oturup kendi adıma birim birim gözden geçiriyorum ama sahada bunun uygulamasını daha başlamadık neden başlamadık derseniz, yani planlamam var bununla ilgili ama aktif olarak kaliteyle ilgili çalışmalara detaylı bir şekilde birlikte sürdürebileceğimiz bir ekip çalışması lazım o ekibe henüz başlamadı kalite yönetimi birimimiz. Ama saha gezmelerimiz başladı son zamanlarda, sahaları gördükçe özellikle işte şu pandemiyle ilgili süreci biraz daha rayına oturduktan sonra bu işe biraz daha ağırlık vererek bu süreci devam ettireceğiz"* ifadelerinde aktarılmıştır.

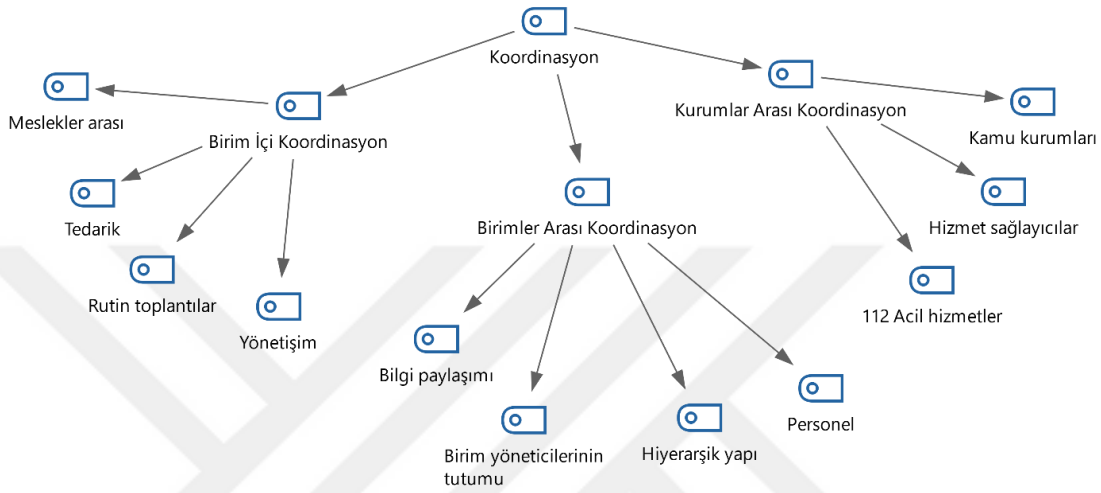
Özellikle hekimlerin bir kısmının kalite standartlarının yerine getirilmesi noktasında yeterli özeni göstermediği ve bunun temel sebebi olarak iş yükünü gösterdiği Katılımcı 25'in *"...biraz sıkıntı var doktorlar yetişemedikleri için yazamıyoruz diyorlar, serviste poliklinikte hasta bakıyorlar, vizit yapıyor bir de bunu yazacağım çok zaman istiyor diye bazıları yetişemediği için yazamıyoruz diyorlar. "* ifadelerinde ve bu sebeple denetimlerden eksik puan verildiği yine aynı katılımcının *"Dolayısıyla ben yazacak halim de yok dolayısıyla oradaki arkadaş gördü eksik dedi o puan bizim eksik yazıldı."* ifadelerinde aktarılmıştır. Bunlara ek olarak yaptırım mekanizmasının olmadığı (en azından hekimler için) Katılımcı 24'ün *"Kayıt altına alınıyor ama dediğim gibi bunların bir takibi ve yaptırımı yok. Kontrol mekanizması yok."* ve *"Evet bunu eğitimini aldı ama bu şekilde söyleniyor ve bir yaptırımı yok*

aynı şekilde bazen hemşirelerin de bazı şekilde sonda takmayı bilmeyen bir hemşire olabilir mi yoğun bakımda…" ifadelerinde aktarılmıştır.

Personelin yoğun iş yükü sebebiyle kalite ile ilgili form ve evrakların istenildiği şekliyle doldurulabildiği ve mevcut sistemin de buna müsaade ettiği Katılımcı 24'ün *"Tabi biz bunu kaliteye yapıyoruz diyoruz evet sizin istediğiniz gibi yapıyoruz diyoruz."*, Katılımcı 13'ün *"Öyle bir şey ki; diyelim ki akredite olmak için yöneticiler geldiğinde bile doldurulabilir."* , Katılımcı 17'nin *"...kaliteden gelen bazı şeyler bazen evet bugün 15 hasta varken mesela hiç oturup şu evrakları doldurayım diyemiyorum. Ne oluyor diyelim ki akşam nöbetçiyim o zaman evrakları vesaire yapabiliyorum. İş yükü müdür, eğer benden hafta içi yoğun günde talep ederlerse evet iş yükü olur bana çünkü önce hastanın sağlığı vardır onu halletmem lazım sonra evrak işlerini hafta sonu veya boş kaldığım günlerde halledebiliyorum sıkıntı olmuyor"* ifadelerinde aktarılmıştır.

6.2.11. Koordinasyon temasına ilişkin bulgular

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda "Koordinasyon" temasına ilişkilendirilmiş kategoriler "Birim İçi Koordinasyon", "Birimler Arası Koordinasyon" ve "Kurumlar Arası Koordinasyon" bağlamındadır.



Şekil 6.2.11.1: Koordinasyon Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar

6.2.11.1. Birim içi koordinasyon kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Koordinasyon" konusunda "Birim İçi Koordinasyon" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Meslekler Arası", "Tedarik", "Rutin Toplantılar" ve "Yönetişim" olmak üzere üç farklı kodlama yapılmıştır.

A. Meslekler arası

Birim içi koordinasyonun sağlanması noktasında ekip çalışmasını kötü yönde etkileyen davranışlar farklı meslek grupları tarafından yapılmaktadır. Özellikle destek hizmetleri personeli ile yaşanan koordinasyon eksiliğinin eğitim eksikliğinden kaynaklandığı Katılımcı 24'ün *"Kesinlikle bilgisizlikten ve bilgilendirilmemekten yani bu personel arkadaşın da suçu değil. Bizim taleplerimiz hizmet içi eğitim doğrultusunda taleplerimiz yerine getirilmiyor."* ifadelerinde; tıbbi sekreterler

bağlamında tecrübe eksikliği ve alan dışı istihdam kaynağını Katılımcı 18'in *"Böyle sıkıntılı durumlarda bankoyu kapatıp içeri çekebilirim hastayı yani arkadaşı ama arkadaş bilmediği için içeri geçince doktorla da problem yaşıyor, hasta ile de problem yaşıyor, işle de problem yaşıyor."* ve *"Eee bizden kan tahlilleri veri girişleri alındı, tetkik girişi, diğer yöntem vesaire alındı kısıtlamalar getirildi, sekreter arkadaşlarda olan. Alan dışı atama olduğu için bir dönemde literatüre yabancı oluyor arkadaşlar."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Mesai kurallarına riayet edilmemesi özellikle ameliyatların gerçekleşeceği durumlardaki ekip çalışmasını negatif yönlü etkilemekte ve diğer tüm süreçlerin de aksamasına sebebiyet vermektedir. Nitekim bu durum Katılımcı 24'ün *"Bu hastanede yaşanılan en büyük problemlerden bir tanesi ameliyathane için en büyük problemlerden bir tanesi koordinasyon eksikliği var, çok ciddi koordinasyon eksikliği var ve mesai mevhumuna hekim arkadaşların uymasıyla ilgili sıkıntılar var."* ve *"Hekim tarafından var hekim tarafından şöyle bir sıkıntı var benim bildiğim benim yetiştirildiğim ameliyathane de saat 8'de herkes ameliyathane de olur. 8 çeyrekte de bıçakvurulur, bana öğretilen buydu ama farklı gerekçeler ve sebeplerle ameliyatların başlama saatleri ya da ameliyatlar arasında cerrahların ameliyatları terk etmesiyle alakalı, ameliyathanelerde ciddi aksaklıklar meydana geliyor"* ifadelerinde aktarılmıştır.

Ayrıca hastaların servislere kabulünde ve/veya reddinde hekimler arasında yaşanan anlaşmazlıklar da aynı meslek grupları içerisinde yer alan personelin koordineli çalışamamasına neden olmaktadır. Bu durum Katılımcı 12'nin *"...biz de bunu mesela geçen gün istişare ettik bu noktada eğer gerçekten 4 saati geçtiysek genelde en büyük sıkıntı hocalar arasında yani uzmanlar arasında sen mi yatıracaksın ben mi yatıracağım yani bir nörolojiyle beyin cerrahi ters düşebiliyor bu noktada veya bir genel cerrahiyle dahiliye.."*, "Katılımcı 24'ün *"Evet hekim arkadaşların birbiriyle konslarıyla aralarındaki ciddi bir sıkıntı var bu hastayı anestezi uzmanı görmüyor, cerrah görmüyor hasta onam alıyor almıyor burada da bir karmaşa var"* ve Katılımcı 33'ün "*yani hastalar acile geldiği zaman branşlar arasında sıkışıp kalıyor, işte bu benimle ilgili değil diyor, bu benimle ilgili değil diyor hastaların bekleme süreleri bir şekilde uzuyor"* ifadelerinde, koordinasyonun sağlanmasında üst yönetimin en çok zorlandığı meslek grubunun geneline yayılmasa

da hekimler olduğu ise Katılımcı 12'nin *"Güvenlikten temizlik personeline sekreterinden hemşiresine kadar hepsi için geçerli ama en büyük aslında fikir ayrılıkları belki en çok uğraştığımız birim olduğu için hekimler arasında oluyor tabi ki doğal olarak. En çok fikir ayrılığına düştüğümüz en çok iletişim zorunluluğu yaşadığımız doğal olarak en çok iletişim kurduğumuz grup olduğu için bizim hekimler diyebilirim."* ve *"Hekimlerden de çok rahat iletişim kurduğumuz insanlar olduğu gibi iletişim kurmakta çok çok zorlandığımız insanlar da var"* ifadelerinde aktarılmıştır.

Tedavi hizmetleri sunumda hekimlerin yerine getirmek zorunda olduğu sorumlulukları yerine getirmemesi, hekimlerin performans kriterlerine uyma amacıyla hareket etmesi vb. durumların neticesinde geriye kalan işlerin tamamının hemşire ya da ebeler tarafından yürütülmek durumunda kalınması bu meslek grupları arasındaki koordinasyonu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Nitekim katılımcılar bu ve benzeri durumları aşağıdaki ifadelerle aktarmıştır.

> *"...biraz belki doktorlarla, hani, bizi anlamalarından ya da bizi yargılandıklarını düşündüğümüz ufak çaplı bir şeyimiz var."* – Katılımcı 5

> *"Doktor iş birliği yok, doktorlar burasını çok geçici görüyor, yani kalite geliyor değerlendirmeye hiçbir doktora bu sorulmuyor."* – Katılımcı 16

> *"Doğumlarda mesela icap çalışıyoruz dedim, icaplarda bunun için de mi arıyorsun şeklinde, yani ben barkod kestiriyorum hasta olarak, barkodu kime kestiriyorum A hekime kestiriyorum, beni hekimin görmesi beklentim başvurduğumda."* – Katılımcı 16

> *"Şimdi şöyle kendi servisimizde çalıştığımız doktorları biliyoruz daha organize çalışıyoruz biliyoruz ne istediğini ettiğin ama konsülte eden hekim bakıyor geliyor diyor bu tetkiki ben istememiştim. Biyokimya dedin biyokimya deyince ben ne isterim işte AST-ALT işte, AST'yi neden istediniz diyor mesela ben bilemem ki senin ne istediğini o zaman yazacaksın mesela biyokimya şunları, şunları istiyorum şunlar bakılsın. İşte böyle sıkıntılar yaşıyoruz."* – Katılımcı 27

Hemşire ve ebeler kendi aralarında yaşadıkları koordinasyon eksikliğinin kaynağı olarak birim veya kurum kültürüne alışamama, oryantasyon sürecini

tamamlamama vb. olduğu Katılımcı 29'un *"Evet serviste hemşireler arasında da çok sıkıntı yaşamıyorum, yani belki tabi ki uyum sağlayamadığım özellikle daha yeni arkadaşlardan sıkıntı yaşadıklarım oldu dönem dönem..."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Destek hizmetleri personeli ile hemşire veya ebe grubu arasında yaşanan koordinasyon eksikliğinin kaynağı olarak personel eksikliği veya rotasyonun gösterildiği Katılımcı 19'un *"Biz de kliniklerde bunu yaşıyoruz bir yerde acil bir durum olduğunda klinikten personel çekmeye çalıştığımızda çekmek zorunda kaldığımızda sağlık grubu bize elemanımı nereye alıyorsun, eleman hastanenin elemanı oranın elemanı değil yani belli dönemlerde kırabildik bu zinciri ama bazen işte aynı eski adetlere dönmeye çalışıyorlar."* ifadelerinde aktarılmıştır.

B. Tedarik

Tedavi hizmetlerinin planlanmasında gerekli malzeme ve teçhizatın temin edilememesi durumlarının yaşandığı ve bunun da dolaylı olarak koordineli çalışma iklimini olumsuz yönde etkilediği Katılımcı 24'ün *"Sonradan eklenenler bu şekilde sıkıntı çıkarıyorlar diğer bir sıkıntı, bence benim gözlemlediğim serviste hastalarının yeterli takip etmemesi, mesela şöyle bir örnek vereyim ortopedi vakası eklenmiş listeye, ameliyata alınacak sabah geliyorsun hasta masada, anestezi uzamanı, masada teknisyen anestezist arkadaşlar masada firma yok. Firma neden yok malzemesi alınmamış, malzemesi alınmayan hastanın ameliyathanede ne işi var gibi, böyle böyle sıkıntılar yaşıyoruz. Hekim arkadaşların aralarında bence çok ciddi diyalaog sıkıntısı var."* ifadelerinde aktarılmıştır.

C. Yönetişim

Birimler sorunların çözümünde veyahut planlama aşamasında koordinasyonun sağlanabilmesi için iletişim, etkileşim ve yönetim üçgeninde yani yönetişimle hareket ettiği böylece birimlerdeki herkesin dahil olduğu bir ekosistem ile sürelerin yürütüldüğü katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde aktarılmıştır:

> *"Birimlerde bu toplantılar tabi ki hem ekip içi iletişim, sorunların daha büyümeden giderilmesi, ekibin önerileri görüşleri bir de kendilerini ifade edebildikleri için ulaşabildikleri için biraz daha anksiyete düşmesine neden oluyor. Bunların çok faydası oluyor."* – Katılımcı 2

"Burada da bir araya gelip bir takım vizit sırasında veya tespit ettiğim sorunlar işleyişle ilgili gelen bazı sıkıntılar veya da idareden bizim bildirimde bulunmamız gereken birtakım sorunları o toplantılarda konuşuruz arkadaşlar kendi açılarından yaşadıkları sıkıntıları dile getirirler ve geri bildirimde bulunmamız gereken konuları hani o toplantılarda konuşuruz ve toplantıları karar olarak alırız bir sonraki toplantı da devam eden bir durum varsa yine onun da geri dönüşünü sağlarız." – Katılımcı 2

"Acil sekreterlerine de içeride ki poliklinik sekreterlerine de o anlamda onlarla sürekli irtibat halindeyiz. Zaten yukarıda gelir birimimizde oradan sorumlu arkadaşımız da var oradan sorumlu bilgi işlemcimiz de var onunla da sık sık irtibat kuruyoruz." – Katılımcı 4

"Poliklinik alanlarımız var bizim kan alma alanlarımız var işte poliklinik gözlem alanlarımız var işte pansuman alanlarımız var diğer destek alanlarımız var ben he gün sabah geldiğimde rutin olarak gidiyorum hem arkadaşlarımın halini hatırını soruyorum bana iletmek istedikleri olabilir benim gözümden kaçan bir şey olabilir hani iletmek istedikleri bir şey var mıdır bugüne dair gözlemledikleri bir şey var mıdır hani onları soruyorum. Hani nasılsınız iyi misiniz işle ilgili" – Katılımcı 28

Vardiyalı çalışma düzenine sahip birimlerde koordinasyon sağlanması adına belirli zaman aralılarında alan vizitleri ile birim sorumluları tarafından denetim yapıldığı Katılımcı 19'un *"Bir de genelde şey yapmaya çalışıyorum 3 vardiyayı da aynı gün içinde belirli dönemlerde görmeye çalışıyorum. Şimdi 7, 7'yi 10 geçe geliyorum zaten derdi olan bana orada yansıtıyor bir acilin kapısında. Sabah işe gelenler zaten burada 8 saat beni görüyorlar, ben onları görüyorum alan denetimlerinde. 3-11 vardiyası gelirken muhakkak onları görmeye çalışıyorum. Sabahçılar gidiyor, 3-11 geliyor bazen daha geç saatlere kadar çalışıp 11 de vardiya değişimini görüp gececiler geliyor onlarla görüşüyoruz bir saat onlarla kalıyorum alanda ne olacağını görüyorum sonra evime gidiyorum."* ve Katılımcı 28'in *"...herhangi bir aksaklık var mı, ne bileyim fiziki düzende hani arkadaşların mesai düzenine hani arkadaşlar mesailerine zamanında gelmişler mi orayla ilgili bir sıkıntı var mı aksaklık var mı onları bir gözden geçiriyorum kontrol ediyorum. Ona göre*

hani en azından bir durum tespiti yapmış oluyorum açıkçası. Hani ona yönelik de en azından planımızı çiziyoruz o gün ki günlük planımızı diyelim yani." ifadelerinde aktarılmıştır.

D. Rutin toplantılar

Birim içerisindeki koordinasyonun sağlanabilmesi adına rutin toplantıların yapıldığı, pandemi döneminde ara verilen bu faaliyetlerin koordineli çalışmayı etkilememesi adına uzaktan katılımın sağalabileceği rutin toplantıların planlandığı Katılımcı 2'nin *"Olabilir tabi onları hep düşündük ama henüz gerçekleştiremedik yani bundan sonraki aşamada onu da… mesela şey yaptık en son ki toplantımızda evden gelmesin dedik arkadaşlar izinli olan arkadaşlar onlar zoom üzerinden bağlandı biz burada odada üç beş kişi dışarıdan diğer arkadaşlarda toplanarak o şekilde toplantıyı yaptık yani."* ifadelerinde aktarılmıştır.

6.2.11.2. Birimler arası koordinasyon kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Koordinasyon" konusunda "Birimler Arası Koordinasyon" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Birim yöneticilerinin tutumu", "Bilgi paylaşımı", "Hiyerarşik yapı" ve "Personel" olmak üzere dört farklı kodlama yapılmıştır.

A. Birim yöneticilerinin tutumu

Hizmet sunumunda her birimin görevlerini zamanında ve eksiksiz olarak yerine getirmesi diğer birimleri de doğrudan veya dolaylı olarak etkileyebilmektedir. Bu kapsamda birim yöneticilerinin iş takibindeki yetkinliğinin önemi Katılımcı 2'nin "*Yani bunun hekim ayağı destek hizmetleri olmak üzere şimdi destek hizmetleri dediğimizde mesela bir servisi örnek verirsek serviste çalışan hemşire, personeli iyi bir şekilde çalışıp oranın temizliğinden tutun da işte hasta sirkülasyonunu çok iyi koordine edemezse birtakım işleri hızlı bir şekilde yapmazsa direkt bunun yansıması direkt hemşireye oluyor. Nasıl oluyor, hastanın şikayetleri geri dönüşleri direkt hemşireye olduğu gibi; yatak temizlenecektir hasta çıkmıştır oradan ya da hastanın alınabilmesi için odanın bir an önce temizlenmesi gerekir eğer orada o hizmet gerçekten etkin bir şekilde yürümüyorsa pat, pat, pat hemşirenin diğer işlerini*

etkileyip gün sonunda işlerini tamamlayamadan sonuçlandırmasına geliyor." ifadelerinde aktarılmıştır.

Yöneticiler birimlerin iş takibini ve sorunların tespitini alan vizitleriyle yaptıklarında etkin bir süreç yönetiminin yapıldığı Katılımcı 39'un *"Notlar alıyoruz, birebir gördüğümüz yanlışları varsa not alıyoruz işte orada problemlere anında müdahale ederek çözmeye çalışıyoruz. Özellikle sabah saatleri hastanemiz çok yoğun oluyor zaten bununla ilgili mutlaka müdür yardımcılarımdan birini alıyorum beraber saha çalışması yapıyoruz geziyoruz yani koordinasyonu sağlamaya çalışıyoruz yani çünkü oturduğun yerden bizim birimimiz yönetilmez, bizzat gözle görmeniz lazım ben yaptığım her işi de böyle yapmaya çalışıyorum"* ifadelerinde aktarılmıştır.

Birimler arası koordinasyonun sağlanmasında yöneticiler farklı birimlerin sorunlarını da çözmek zorunda kaldığı Katılımcı 2'nin *"Dediğim gibi hani oradaki o personel sorununu ben çözmezsem hemşirenin işini rahatlatamıyorum dolayısıyla onun bütün işi farklı bir şekilde bana yöneltiliyor yansıyor veya da onun önünü açmazsam o orada çalışamaz hale geliyor gibi.",* Katılımcı 6'nın *"Aslında bunların sorumlu oldukları personel ve görev alanlarının dağılımı çok net; fakat idareciler arasında koordinasyon eksikliği uyum bozukluğu olduğunda bazı görevler görev tanımında olmayan insanlara kalabiliyor. Resmi olarak görevli olmadığın işi yaparken de aslında sorumlusu resmi olduğu için koordinasyonda bir bozukluk oluşabiliyor yani böyle bir sorun yaşanabiliyor bunun dışında koordinasyonda çok büyük sorun yaşanmıyor."* ve Katılımcı 12'nin *"Personeller arası iletişim yani orada gerçekten herkes bir işin ucundan tutmaya çalıştığı zaman bu iş oluyor ama gerçekten birileri işten kaçmaya çalışırsa ya da kendi işini başkasına kitlemeye çalışıyorsa o yoğun zamanda bu iş idare edilemiyor kolay kolay."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Birimler arası koordinasyonun sağlanmasında özellikle üst yönetimin organizasyonu ve ulaşılabilirliği, katı hiyerarşinin olmamasının olumlu etkiye sahip olduğu Katılımcı *1'in "Hani öyle yönlendirmeler yapıyoruz mesela başhemşire var, hastanemizin cihaz yer değiştireceği zaman bana danışmadan mesela yapmıyor. Soruyor, kendine göre bir harmanlıyor değişi karar verebilir ama biz onunla paslaşıyoruz hani ikimizde birbirimizin, onu şey yaptık hani benim bilgim olsun*

diyor. Diyorum ki sizde karar vereceğiniz zaman benim önden bilgim olsun. Tamam dediğim için sıkıntısız yürüyor. Ama ben idareciyim buna ben karar veririm dediği zaman onun geri dönüşü olmuyor sıkıntı olarak.", Katılımcı 18'in *"Yani biz direkt bilgi işlem sorumlusu ile görüşüyoruz. Hani direkt müdür, müdür yardımcısı değil de, hani aşamadığımız bir şey oldu mu tabii ki de onları soruyoruz ama aşabildiğimiz bir şeyse direk idare kısmına geçmiyoruz."* ve Katılımcı 39'un "*Ne yapabiliriz işte bunu şöyle bir akıntı var mesela şey, yani bu çözülmesi lazım ne yapıyorum beraber gezerken diyorum ki bunu değişmesi lazım. Hemen diyor teklifinizi hazırlayın şartnamenizi getirin bununla ilgili araştırmalarını yapalım işleme koyalım mesela bu söylediğim bir hafta, 10 günlük bir süreçte halloldu. İletişimimizi bu şekilde de sağlıyoruz hani yerinde görerek, giderek, istişare ederek karar veriyoruz."* ifadelerinde aktarılmıştır. Aynı zamanda idarecilerin personel üzerinde sağladığı güvenin birimler arasındaki koordinasyona olumlu etkisi katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde aktarılmıştır:

> *"...oradaki arkadaşlarla fırsat bulabildiğimde sohbet etmeyi onların açısından hani bakış açısıyla olan sorunları ya da olumlu olumsuz olan tüm geri dönüşleri almaya çalışırım şimdi oda da olduğunuzda şimdi bunlar..."* – Katılımcı 2

> *"Bunları genelde hemşirelik hizmetleri işte başhemşire hanımla iletişim kuruluyor onunla ayarlanıyor yani değişken, bazen oluyor ama çoğunlukla kendi içimizde hallediyoruz"* – Katılımcı 7

> *"...hani ellerinde malzeme yoksa malzeme için tekrar idareyle görüşüyorum ne zaman alınır ne olur, hani bunu hızlandırabiliyoruz koordine edebiliyoruz."* – Katılımcı 22

İdarecilerin iş süreçlerini yönetme konusunda diğer birim yöneticileri ile başarılı yönetişim iklimini oluşturmasının birimler arasındaki koordinasyona olumlu etkisi katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde aktarılmıştır:

> *"...yani sürçen yanlarımızın fazla olduğu konularda ay boyunca yani diğerlerini sürdürmekle birlikte bütün yoğunluğu şeyimizi ana enerjimizi ona yöneltiyoruz ve dolayısıyla sonrasında da şunu konuşuyoruz evet bunun ne kadar etkinliği oldu ne kadarını oturtabildik hala devam eden servisler nereler*

şeklinde şimdi hem süpervizör tüm birimleri dolaşarak tüm yoğun bakımlarda ki geri dönüşleri hem kendi akanında çalışan diğer arkadaşlarla birlikte o standardı oturtana kadar üzerinde çalışıyoruz." – Katılımcı 2

"…laboratuvarda teslimat aşamasında bir sıkıntı var o zaman kalite destek müdürüyle konuşuyoruz destek elemanlarının bunu daha hızlı teslim edeceği şekilde bir düzenleme yapması gerekiyor diye oturup konuşuyoruz ayrılmış oluyor. Yani hangi meslek alanında nerede sorun çıktığını tespit ettiğimizde oraya yönelik bir planlama…" – Katılımcı 6

"Yani yaşanır, dediğiniz gibi bizde öyle bir sorun yok çok şükür ama arkadaşların hepsi işte iyi niyetli çalışkan insanlar şu anda bizde öyle bir problem yok ama duyuyoruz çoğu yerde böyle problemler olduğunu duyuyoruz görüyoruz bu sefer ne oluyor bu yönetime yansıyor iş birliği içerisinde çalışamadıkları nedeniyle…" – Katılımcı 36

"…yani güvenlikle ilgili bir sorun olduğunda nihai kararı yine ben veriyorum. Bana iletiyorlar işte şöyle bir durum var, bu yaptığımız iş atıyorum işte hem temizlik birimini hem sekretaryayı ilgilendiriyorsa da bunların sorunlarıyla da çağırıp davet ediyorum, aynı zamanda kendi işlerinden de sorumlular bunlarda, onlarla da durumu paylaşarak beraberce karar alıyoruz, birlikte hareket ediyoruz." – Katılımcı 39

B. Hiyerarşik yapı

Birimlerin hiyerarşik yapısının da birimler arasındaki koordinasyonu sağlamada önemli bir etken olduğu katılımcıların ifadelerinden tespit edilmiştir. Birden fazla birimin bir müdürlükte toplanması farklı birimleri ilgilendiren iş süreçlerinin hızlı ve etkin yönetilmesini sağlayabilmektedir. Nitekim Katılımcı 39'un "*Yani şöyle oluyor bir çatı altında toplanınca destek hizmetleri aslında işin hızlandırılması ve birbirinden destek alınması açısından çok faydalı oluyor bir taraf yıkarken dedim temizlik ekibinin de çağırdım hemen sorumlusunu. Dedim 3 elemanı buraya görevlendiriyorsun, yıkılan her şeyi anında temizleniyor. Hem acil kirlenmiyor orayı bir de bu büyük firmaların yaptığı gibi naylondan şey gerdirdim, rahatsızlık veriyoruz kusura bakmayın gibisinden, bunun da faydası oluyor toz da geçmedi öbür tarafa acil kısmına. Bir an önce de ekipleri yönlendirip birlikte*

çalışmalarının bir ahenk sağlamış olduk yani hocam orada." ifadelerinde bu süreç aktarılmıştır. Ancak yine aynı katılımcının "*O yönden tek çatı altında toplanması iyi ama kaliteyle ilgili söylediğim kısım yani içinde ne kadar olsa da biraz daha dokümantasyon işleri, biraz daha ayrıntıcı söyleyeyim yani işler olduğu için kalite işleri ayrılmış olabilir.*" şeklindeki ifadelerinde ise kalite ile ilgili süreçlerin müdürlükten ayrılması önerisi aktarılmıştır.

Sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda sorumlu hemşirelerin başhemşireye sağladığı avantajlar ve koordinasyona olumlu etkisi Katılımcı 2'nin *"...şunu söyledim hani 25-30 arası benim yardımcım var; ben her birine yardımcı gibi düşünüp o şekilde çalışıyoruz biz çünkü herkes kendi alanında ilgili işlere, işleyişe tam anlamında yetkili oradaki çıkabilecek en ufak bir olumsuzlukta veya işte hani aksaklıkta ya da olabilecek bir durumda bana kendileri geri dönüyorlar zaten. Koordinasyonda biz uzun süre bir sorun yaşamadan gerçekten geniş bir alanda kontrolü sağlayarak gidebildik."* ifadelerinde aktarılmıştır.

C. Bilgi paylaşımı

Birimler arası hasta transferinin sağlanmasında dolu-boş yatak bilgisine erişimde yaşanan sıkıntılar birimler arası koordinasyonu da olumsuz yönde etkilemektedir. HBYS üzerinden bilgiye erişim mümkün olsa da bazı kullanıcıların sistemi ektin kullanamadığı veya sınırlı erişimi olduğu Katılımcı 20'nin *"Yok biz göremiyoruz. İşte telefonlarla, arkadaşları arıyoruz servis sorumlularını işte hastanın durumunu belirtiyoruz yer olmadığını söylüyoruz onlar da zaten mutlaka yerleri varsa kabul ediyorlar hastayı."* ve Katılımcı 25'in *"Şimdi bu konuyu biz böyle çözdük nasıl çözdük, sistemden acil nerede boş yatak varsa buraya bakacak yok oraya bakacak yok hep bakacak mı? Zaman kaybı. Supervisorler ilk başta yaptığımız şey servislere hızlı bir şekilde dolaşıp yatak sayısını alıyoruz bunu pandemiye aktarıyoruz."* ifadelerinde veya zamanında veri girişinin yapılmamasının koordinasyonu olumsuz yönde etkilediği Katılımcı 23'ün *"Yok Sisofttan bütün servislerin yatak durumunu görüyorum ben ama bazen yatağa belirtilmemiş hastalar da olabiliyorlar."* ifadelerinde aktarılmıştır.

D. Personel

Teknik ve sağlık bakım alanlarında personelin sorumluluktan kaçınma davranışlarının birimler arasındaki koordinasyonu olumsuz etkilediği Katılımcı 1'in *"Hani onlar işleyişte ayrı ama bir sıkıntı olduğunda da birbirleriyle koordine oluyorlar. Bu neye sebep oluyor, örnek veriyorum yoğun bakım sisteminde merkezi var, diyor ki 4 ve 6 numaralı yataktan veri gelmiyor. Ben biyomedikal olarak diyorum ki hemen gidip değiştiriyorum yerini, cihaz 3 numarada etmeye başladı bu sefer cihazın senin alanında problemin var, serverinde problem var veya o cihazın yazılımında sıkıntı var. O kimin, bilgi işlemin, bilgi işlem diyor ki ama monitör ile ilgili bu, istediği kadar monitör desin, oradaki şey ağ ile ilgili, ağı çeken sensin."* ve Katılımcı 39'un *"Ama genel bu kültürü alamamış açıkça söylüyorum bunu da dürüstçe konuşuyorum biraz daha disiplin alamamış ya da mesaisini tamamlayıp bir an önce eve kaçayım zihniyetinde olan insanlarımız var"* ifadelerinde aktarılmıştır.

Meslek gruplarının veya entegre süreç içerisindeki birimlerin sorumluluklarını yerine getirmemesi sebebiyle koordinasyonun olumsuz etkilendiği Katılımcı 2'nin *"...sekreterin veya işte temizlik görevlisinin birim amiri bu arkadaş ama birçok konuda şu an ki arkadaş biraz daha etkili ama gerçekten o alanda çalışan yetkili biri ve süreci yakından takip eden biri olmazsa kendimizi onun bütün şeyleriyle biz uğraşıyor halde buluyoruz olayın içinde buluyoruz.",* Katılımcı 24'ün *"...mesela paraf işareti mesela bizim ortopedi de bu çok önemli. Mesela doktorlardan da bu sıkıntıyı yaşıyoruz mesela diz protezi olacak hasta sağ dizinden olacak diyor oranın işaretlenmesi gerek paraf, bazen ameliyathane diyor ki bize paraf işareti yok. Biz koyuyoruz ama bu benim işim değil doktor da diyor ki siz işaretleyiverin ama yani ya sağ değilse sol ise"* ve Katılımcı 27'nin *"Onam formu en çok sıkıntı yaşadığımız hasta ameliyata alınacak doktorun onam formu imzalaması gerekiyor, yok. Yani hemşireden değil de bizden hep birilerinin işini yapmaktan biz yoruluyoruz."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Personel arasında iletişim konusunda yaşanan sorunların da ayrıca koordinasyonu olumsuz etkilediği ancak zamanla bu sorunların aşıldığı Katılımcı 5'in *"Evet bilgi işlemle çok problem yaşadık; ekip değişti, kadro değişti Sisoft değişmedi ama, Sisoftun kadrosu değişti kişiselmiş demek ki; onlar gitti hani şu an sorun yaşamıyoruz gerçekten, ilgili ve... "* ve Katılımcı 39'un *"Valla iş o zaman çok*

zorlaşırdı bir kere çalışma düzeni bozuk olduğunda iş yürütmek de zor olurdu. Yani işin rengi değişirdi o zaman ben kendimi, kendi açımdan değerlendirirsem bu durumu eğer yani zorlu insanlarla çalıştım. Onlarla baş etme yöntemlerine de bir nevi hakimim ama iş huzuru ya da iş yapma isteğim ya da iş motivasyonum bu kadar olmazdı açıkça konuşmak gerekirse" ifadelerinde aktarılmıştır. Ayrıca tecrübeli personelin sayıca fazla olması birimler arası koordinasyonun artmasına imkan tanımaktadır. Nitekim bu durum Katılımcı 33'ün *"...farklı işlerde ki sorunlardan dolayı sıkıntı yaşanıyor ama yine de eskiye nazaran iyiyiz, o dokunuşu yapıyoruz, uzun zamandır burada acilde olduğumuz için bir şekilde düzene işleyişe dahil olmalarını sağlıyoruz, bazen zorlanıyoruz bazen kolay oluyor ama bir şekilde sürece dahil ediyoruz.",* Katılımcı 34'ün *"Şu aşamada koordinasyon eksikliğimiz yok zaten, zaten normalde çalışan arkadaşlarımız zaten tecrübeli"* ve Katılımcı 39'un *"Yani onlar da bize açıkçası yol gösteriyorlar ben o yönden kendimi şanslı hissediyorum. Bende her türlü desteği onlara veriyorum bu şekilde."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Birimlerin diğer birimlerdeki aynı veya farklı meslek gruplarında iş gören çalışanların işlerine yeterli saygıyı göstermediği durumlarda birimler arası koordinasyon zorlaşabilmektedir. Bu bakımdan karşılıklı saygı (uzmanlık ve birey olarak) ve eşitlik koordinasyon açısından oldukça önem taşımaktadır. Nitekim Katılımcı 2'nin *"O da çok önemli bir konu yani bence yönetimin püf noktası. Şimdi hangi işi yaparsanız yapın siz o alanla ilgili o alanda çalışan yetkili kişiyle ilgili, onun görüşünü, onun fikrini veya onu olaya dahil ederek yapmazsanız birimler arası kırgınlıklar küsmeler ve hani sen kendi kafana göre her şeyi, ben her şeyi bilemem tabi ki her şeyin uzmanı olamam bu da bir gerçek tabi ki fakat onları işin içerisine dahil etmek bu şey açısından da değil farklı birimlerden ziyade aynı işi yapsanız bile diyelim ki A servisi B servisi, A servisine sordunuz ama B servisini bıraktınız kenara bu da küskünlüğe neden olabiliyor yani dolayısıyla o koordinasyonu o sinerjiyi yakalayabilmek için bütün arkadaşların eşit şekilde fikrini olarak olaya dahil ederek çünkü ne kadar kararın içinde olursa çalışanlar her birimle alakalı bu durum o kadar iyi iş çıkıyor"* ve Katılımcı 39'un *"Bu ahenk tek taraflı değil kesinlikle hep söylüyorum yönetimin, ekip olayı çok önemli. İdarecilerin iyi bir ekip olması birbirlerine güven içinde çalışması, birbirlerini anlaması, güvenmesi çok önemli*

bence ben hep bunun çok önemli olduğunu düşünüyorum ki çünkü personelde bunları kullanmaya çok müsait." ifadelerinde aktarılmıştır.

Birimler farklı olsa da aynı amaca hizmet edildiği düşüncesiyle ekip ruhu ile çalışabilmek koordinasyon önemli katkılar sağlayabilmektedir. Nitekim bu durum Katılımcı 6'nın *"Personeller arası iletişim yani orada gerçekten herkes bir işin ucundan tutmaya çalıştığı zaman bu iş oluyor"*, Katılımcı 12'nin *"Bir çıktığı zaman iş bozuluyor bu doktor için de geçerli hemşiresi için de gerçi bu oradaki temizlik elemanı için de geçerli o noktada hani bence buranın en büyük güzelliği hani herkesin birbirinin elinden tutan bir ekip olması bu noktada yani"*, Katılımcı 39'un *"Bu ahenk tek taraflı değil kesinlikle hep söylüyorum yönetimin, ekip olayı çok önemli. İdarecilerin iyi bir ekip olması birbirlerine güven içinde çalışması, birbirlerini anlaması, güvenmesi çok önemli. Siz böyle ekip ruhuyla hareket edince personelleriniz de çalışanlarınız da bu ahengi görünce sizin özverili çalıştığınızı görünce sizin birlikte çalıştığınızı görünce parçalayalım mantığıyla bakıyorlar yapamıyorlar."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Birimlerin işleyişlerinin ve iş süreçlerinde zamanlamaların diğer birimler tarafından yeterince bilinmemesi koordinasyonu olumsuz etkilen bir başka unsurdur. Bu durum Katılımcı 19'un *"Yani bir şeylere para bulunuyor ama onlara gelince olmuyor baktığınız zaman herkes kendi penceresinden işe bakıyor.",* Katılımcı 24'ün *"Diğer bir sıkıntı şu servislerin ameliyathane çalışma düzenini bilmemesi, servisten bir hasta ameliyathaneye istendiği zaman birincil önceliğinin eğer arrest durumu falan yoksa bu olması gerekiyor, servisin ameliyathaneye hastayı geç göndermesi demek ameliyathanenin boş kalması demek."* ve Katılımcı 25'in *"Ceplerini de açamıyorlar orada iş yapıyorlar büyük ihtimalle herkes haklıdır ama karşı tarafın bir iş yaptığını bilmediği için o da onu suçluyor."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Farklı birimleri ilgilendiren ve uzmanlık gerektiren konularda ilişkili birimlerin uzmanlık bilgisinin karar verme sürecine dahil edilmesi birimler arasındaki koordinasyonun sağlanmasında önemli bir konudur. Nitekim Katılımcı 1'in *"Hani öyle yönlendirmeler yapıyoruz mesela başhemşire var, hastanemizin cihaz yer değiştireceği zaman bana danışmadan mesela yapmıyor. Soruyor, kendine göre bir harmanlıyor değişi karar verebilir ama biz onunla paslaşıyoruz hani ikimizde*

birbirimizin, onu şey yaptık hani benim bilgim olsun diyor. Diyorum ki sizde karar vereceğiniz zaman benim önden bilgim olsun. Tamam dediğim için sıkıntısız yürüyor. Ama ben idareciyim buna ben karar veririm dediği zaman onun geri dönüşü olmuyor sıkıntı olarak." ve Katılımcı 39'un *"Biz gün içinde sizlerin de şahit olduğu gibi zaten diğer müdürlerle, sağlık bakım hizmetleri müdürlüğüyle belki 100 defa telefonla, dahili telefon ya da cep telefonu şeklinde iletişim halinde oluyoruz ya da idari mali işler müdürümüzle. İşte onunla ilgili bir alanda ya da benimle ilgili bir alanda bir şey olduğu zaman biz yine iletişim halindeyiz beraber karar verip beraber hareket ediyoruz yani bunu da mutlaka yüz yüze görüşerek ya da telefonda görüşerek biz gün içinde mutlaka görüşerek bunu kendi aramızda yapıyoruz."* ifadelerinde bu durumun önemini aktarılmıştır.

6.2.11.3. Kurumlar arası koordinasyon kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Koordinasyon" konusunda "Kurumlar Arası" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Hizmet sağlayıcılar", "Kamu kurumları" ve "112 Acil Hizmetler" olmak üzere üç farklı kodlama yapılmıştır.

A. Hizmet sağlayıcılar

Sağlık hizmet sunumunun etkin bir şekilde yerine getirilmesi için hastanenin bakım ve onarım, hizmet sağlama ve diğer alanlarda dış kaynak yoluyla temin edilen hizmetlerde koordinasyonun önemi katılımcılar tarafından aktarılmıştır. Örneğin asansörlerin bakımı ve tamir edilmesinde hizmet sağlayıcılar ile yapılan koordineli çalışmalar Katılımcı 13'ün *"Eğer ki sıkıntı varsa, bunun halatı değişmesi lazım. Ben bunun bakımını yaptım, işte halatı değişecek veya kapı rulmanı değişecek, kartında arıza var. Onları bildiriyor, tamam diyoruz biz hemen teklif at, teklifini atıyor, teklifini onaylıyoruz ertesi gün gelip değiştiriyor."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Pandemi dönemiyle birlikte tıbbi atık ve tehlikeli atıkların bertarafı için il genelinde hizmet sunumu yapan firmalar ile yaşanan koordinasyon eksikliğinin (zamanlama vb.) iş sağlığı ve güvenliği, çevre güvenliği vb. alanlarda olumsuz etkilerinin olduğu Katılımcı 32'nin *"Daha sonra saat yaklaşık 10 gibi veya 10'dan sonra atıkçıların şu anda atık firmasının saat kaç gibi geldiklerinden emin olamıyoruz çünkü Tekirdağ genelinde bir sıkıntı var."* ve *"Geçen hafta ve sadece*

bize de değil Tekirdağ genelinden bahsediyorum ve büyük sıkıntı yaşandı bununla ilgili müdürlerimiz devreye girdi. Yani firma çalışanıyla ben zaten sürekli görüşüyorum orada çevre mühendisleri var hanımefendiler. Ben onları aradığımda kendisi de hatta bana şikâyet etti ben yıllık izindeyken oluyor bunlar hatta ben görüşüyorum hepsiyle. Kendisi de artık şikâyet edin benim de yapabileceğim bir şey yok cihazlarımız arızalı diyor, işte bertaraf cihazlarımız arızalı diyor ondan sonra yanılmıyorsam iki haftada, iki haftada bir bunların araçları da bozuluyor sürekli bir şeyleri bozuluyor aslında bir gecikme oluyor. Yani tam bir rutine oturamadık ben korona döneminde bunu arkadaşlara da söylemiştim, bizim atacak yeni genelge de yayınlandı buna yönelik araçlarınızı ya arttırırsınız yani bu şekilde gelirseniz bize biz sıkıntı yaşarız." ifadelerinde aktarılmıştır. Bu noktada hizmet sunum sürecinin kalitesinin önemi ayrıca vurgulanmaktadır.

B. Kamu Kurumları

Bakım ve onarım başta olmak üzere diğer kamu kurumlarından destek alındığı Katılımcı 39'un *"Bunun dışında sürekli çalışıyoruz açıkçası, hafta sonu bile full buradaydım ben mesela hem Cumartesi hem Pazar geldik işte Belediye'den destek alıyoruz bazen gücümüz yetmiyor. İşte diğer kurumlardan rica ediyoruz, personel talebinde bulunuyoruz."* ifadelerinde, atıkların toplanmasında iletişim halinde koordineli çalışıldığı Katılımcı 32'nin *"Saatleri sabah 7'de geliyorlar ondan sonra öğleden sonrada 2'den sonra geliyorlar 2'den sonra. Bizde bu saatleri koordinasyon olarak yani kendi elemanlarımızla görüşüyoruz zaten sürekli belediye de bir çalışmamız devam ediyor."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Aynı zamanda kalite güvencesi adına diğer kamu kurumları tarafından yerine getirilen işlerde koordinasyon halinde iş görüldüğü Katılımcı 21'in *"son 2 sene daha çok rutine girdi, şu an tamamen sağlık müdürlüğü üstlendi bu olayı, sağlık müdürlüğü artı ilçe sağlık zamanı geldiği zaman onlar yazışmalarını yapıyorlar, şişelerini her şeylerini onlar temin ediyorlar günü geldiğinde geliyorlar biz sadece yol gösteriyoruz."* ve Katılımcı 34'ün *"Bildiğim kadarıyla şu an ki sistemde yok biz kendimiz normalde dozimetreyi ölçüme yolladığımızda dozimetreyle ilgili atom enerjisinin şeyiyle zaten burada mevcut ölçüler her zaman var, bizde ki nüshalarda bizde arşivli şekilde saklanıyor. Çünkü devletin verdiği o isteniyor bizden."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Özellikle pandemi döneminde personel eksikliği sebebiyle yaşanan veya yaşanması muhtemel sorunların önlenebilmesi adına diğer hastanelerden personel talep edildiği Katılımcı 39'un *"İşte diğer kurumlardan rica ediyoruz, personel talebinde bulunuyoruz. Mesela diş hastanesi şu an çalışmıyor onlardan talebimiz oldu."* ifadelerinde aktarılmıştır.

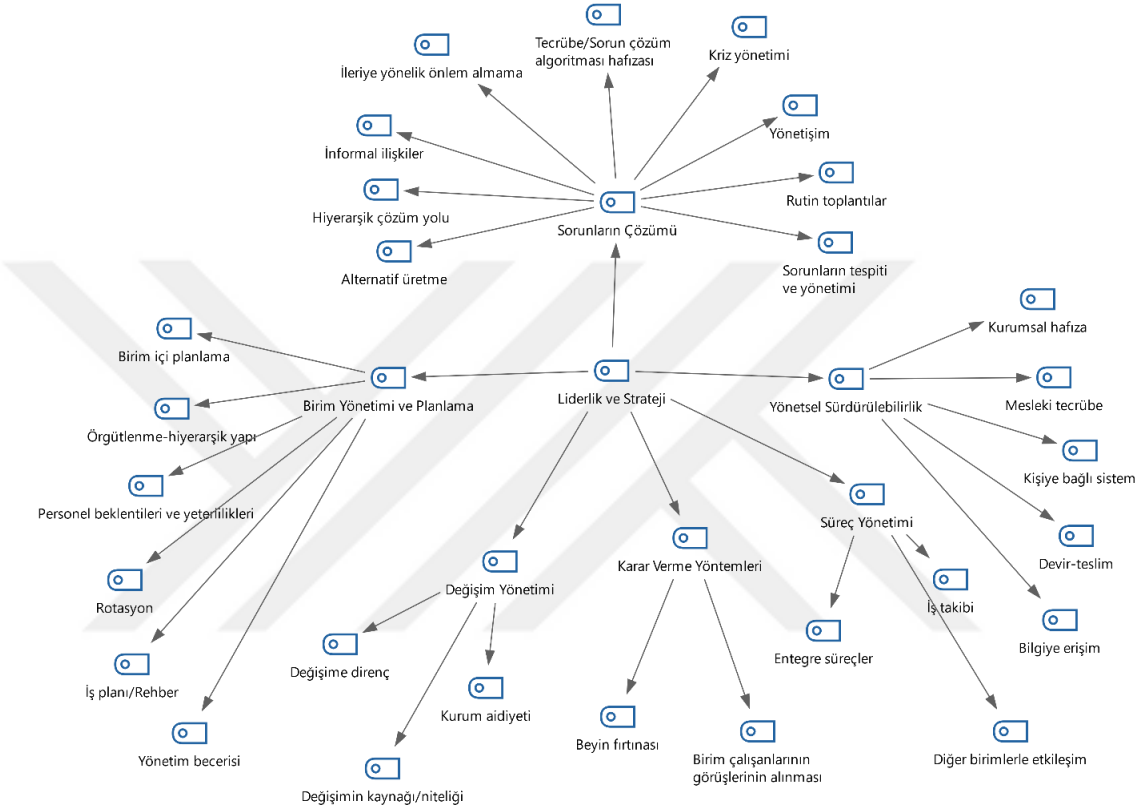
C. 112 Acil hizmetler

Acil ve diğer sağlık hizmetlerin sunumunda 112 Acil Hizmetler ile koordinasyon halinde çalışmak, gerekli bilgi aktarımı ve iletişimin kurulması oldukça önemli bir konu olarak nitelendirilebilir. Nitekim hastanede bu alandaki koordinasyonun etkin olduğu Katılımcı 1'in *"Gir araya sıkıştır, yazılanlara doğru olanlar, ama tomografi de tekiz mesela ben 112'ye haber veriyorum. Diyorum kazada benim buraya yönlendirme cihazım arızalı, diye en yakın sağlık kuruluşuyla ona göre protokol yapıyorum hızlıca.",* Katılımcı 9'un *"Bazen bir üst basamak daha üst bir bilgi gereksinimi doğabiliyor bu gereksinim doğduğunda da bunun rutin ayakları var, 112 vesaire işte bunlarla iletişim halinde sorun çözülmeye çalışılıyor."* ve Katılımcı 17'nin *"Bugüne kadar çok böyle büyük bir arıza, tüp değişimi oldu, tüple alakalı bir şey o gün anjiyo tamamen kapatılıyor hiç hasta alınmıyor öncesinde 112'ye haber veriliyor biz hatsa kabul edemeyeceğiz diye..."* ifadelerinde aktarılmıştır.

112 Acil Hizmetler ile yaşanan en büyük sorun hasta kabulü aşamasında gerçekleşmektedir. Hekimlerin iş yükü sebebiyle zaman ayırmak istememesi, diğer salık personelinin ise vekalet sorumluluğunu üstlenmek istememesi durumunda hasta tesliminin uzaması 112 Acil Hizmetler personelinin işini aksattığı için çeşitli problemler yaşandığı Katılımcı 25'in *"...anestezi doktoru yoğun bakım doktoru yoğunsa ona bir şekilde zaman ayırması gerekiyor. Kesinlikle hekim olacak, o vekillik kısmı gerçekten çok şey olabilir diyelim ki başka bir daha büyük bir olay olduğu zaman hastayla ilgili diyelim ki sorumluluk sıkıntısı yaşayabilir mesela ben hemşire olsam tedirgin davranırım yani her konuda. Genelde imza atmak istemiyor hemşire, orada da 112 sıkıntı çıkartıyor."* ifadelerinde aktarılmıştır.

6.2.12. Liderlik ve strateji temasına ilişkin bulgular

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda "Liderlik ve Strateji" temasına ilişkilendirilmiş kategoriler "Birim Yönetimi ve Planlama", "Değişim Yönetimi", "Karar Verme Yöntemleri", "Süreç Yönetimi", "Yönetsel Sürdürülebilirlik" ve "Sorunların Çözümü" bağlamındadır.



Şekil 6.2.12.1: Liderlik ve Strateji Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar

6.2.12.1. Birim yönetimi ve planlama kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Liderlik ve Strateji" konusunda "Birim Yönetimi ve Planlama" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Birim içi planlama", "Örgütlenme-hiyerarşik yapı", "Personel beklentileri ve yeterlilikleri", "Rotasyon", "İş planı/Rehber" ve "Yönetim becerisi" olmak üzere altı farklı kodlama yapılmıştır.

A. Birim içi planlama

Hastane üst yönetiminde sunulan hizmetlerin takibi ve yönetilmesi noktasında efektif görev paylaşımı yapıldığı ve koordineli çalışıldığı Katılımcı 6'nın *"Ağırlıkla Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi, CİMER'in şikayetlerini kurum içinde inceleme araştırmasını raporlanmasını yoğun bakımlardaki hasta takiplerini yatış endikasyonlarını problemleri sorunları takip etmekte görevliyiz. Onun dışında tabi ki ayaktan gelen hasta şikayetlerini ve personelin taleplerini değerlendirmekte ve sonuca kavuşturmaktayız ama ana başlık yoğun bakım olarak söyleyebiliriz."*, Katılımcı 12'nin *"Hasta haklarıyla ilgili sıkıntıları elimizden geldiğince çare olmaya çalışıyoruz şimdilik görev tanımında böyle ama zaman geçtikçe artık daha çok tecrübelendikçe bende büyüklerimden öğrendikçe daha çok bir şeyler yapmaya çalışacağım."* ve Katılımcı 11'in *"...ben genellikle pandemiyle ilgili konularda yoğunlaştım işte pandemi poliklinikleri işte pandemiyle ilgili servislerden hasta sevkleri işte bu ilaçların yazılması, gitmesi, pcr laboratuvarı onlarla ilgileniyorum."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Sağlık personelinin birimde kesintisiz hizmet sunumu yapılması için nöbet usulüyle çalıştığı, personel sayısının yetersiz olması veya mesleki yeterliliğin eksik olması durumunda bazı personelin üzerinde daha fazla iş yükünün oluştuğu katılımcılar tarafından iletilmiştir. Bu duruma örnek olarak özellikle pandemi döneminde yeni istihdam edilen sağlık personelinin nöbet sistemine dahil edilemediği ve tüm personeli kapsayacak şekilde planlanma yapılamadığı aktarılmıştır. Nitekim bu durum Katılımcı 24'ün *"...pandemi döneminde bir sürü atama yapıldı atama yapılanların içerisinden belki %9 oranında bir mesleki yeterliliğe sahip vardı, %91 oranında mesleki yetersizlik söz konusu yani pandemi sürecinde atanan arkadaşların bize hiçbir yardımı olmadı. Nöbete yazamıyorsun, vakaya koyamıyorsun, kan almaya göndereceksin gönderemiyorsun ben size daha ne diyeyim ya pratisyen hekim subcuton enjeksiyonu bilmiyor.."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Birimlerde hemşire sorumluları acil durumları dikkate alarak planlama yapmaktadır. Nöbet süresince gerçekleşmesi muhtemel tüm durumların dikkate

alınmasıyla eğitim planlamalarının dahi yapıldığı Katılımcı 37'nin *"Evet, hemşire iş yükü planlamasını nasıl nasıl yapıyorum, şöyle, şimdi ben branşlarımıza öre mesela ortopedi, kalp damar cerrahisi ve göz, genel cerrahi bu branşlara göre o branşlarla ilgili, yani, bütün personelime her branşa yani nöbet tuttuğumuz için her branş konusunda eğitim alabilecek şekilde, hani, ameliyatların az olduğu günlerde diğer branşlar konusunda onları eğitmeye çalışıyorum çünkü biz 3 kişi 3 hemşire olarak nöbet tutuyoruz ve bu 3 hemşire de özellikle kalp damar cerrahisi acil geldiği zaman acil baypas geldiği zaman çoğunlukla tek hekim ile başlamak durumunda kalıyor ve oradaki benim en az iki arkadaşımın baypası kalp damar cerrahisini bilmek zorunda çünkü biri doktorun karşısında asiste edecek diğeri de belki de saten çıkaracak bu bilgiye sahip olmak zorunda, o yüzden ben mesela nöbet listesini yaparken ki 3 kişiden 2 kişi kalp damar cerrahisi bilecek şekilde olmalı diye nöbet listesi yapıyorum."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Birim yöneticilerinin işin niceliğinden ziyade görülen işlerin niteliği, nöbet ve özel durumları minvalinde değerlendirme yaparak planlama yaptığı Katılımcı 37'nin *"Şuna da dikkat ediyorum: mesela bugün çok uzun bir ameliyatta çalıştırdığım kişiler var işte. diyelim ki kadın doğum salonunda bugün yaklaşık 10 vaka oldu, 10 vakaya da iki hemşire hiç değiştirilmeden girmek durumunda kaldı, mecbur kaldılar diğer salonlar ve işte nöbetten çıkanlar söz konusu olduğu için, yarın onları daha kısa olan, daha hafif vakaya vermeye çalışıyorum."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Bakım ve onarım faaliyetleri, teknik işleri ve koordinatörlük işleri yürüten birimlerde iş planlamasının günlük sorunların ve ihtiyaçların durumuna göre yapıldığı Katılımcı 9'un *"...güncel, yakın vadede çözülmekte olan sorunlarla ilgili bir iş bölümü yaparız. Yani güne ilk başlangıç bu şekilde gün içerisinde var olan iş akışının takibiyle sürecin yürümesiyle alakalı adımlar atılır."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Personelin aile planlamaları ve diğer özel durumlarının birim içi planlamada yöneticileri zorladığı ve bu minvalde planlama yapıldığı ve diğer birimlerle koordineli çalışıldığı Katılımcı 4'ün *"Yani şöyle, karşılaştığımız sorunların en büyüğü evde çocuğunun olması, eşinin gündüz vardiyasında çalışan birini geceye yazdığımız zaman gerçekten problemler oluyor, özel hayatlarında da sıkıntıları var*

birçoğunun. Her birinin özel hayatıyla ilgili bir şeyler öğrendikçe ona göre şekillendirmeye çalışıyoruz geceye yazamadığımız arkadaşlarımız var idare edebiliyoruz ne bileyim. Çocuğu vardır hiç kimsesi yoktur hafta sonu mesai yazmamaya gayrete diyoruz. Hepsini aramızda idare ediyoruz açıkçası." ve Katılımcı 18 *"şu an eleman eksikliğimizden dolayı işte doğum izinleriniz var; doğum öncesi doğum sonrası izin arkadaşlarımız var. Tedavi gören arkadaşlarımız oluyor, bu durumda sekreter eksikliği çekiyoruz. Şu anda da olduğu gibi… Kriz döneminde ya doktor poliklinik sayısını azaltıyoruz, idarenin bilgisi dahilinde, yani kendileri azaltıyor, gerekli doktorlarla görüşerek ya da sekreter arkadaşı bankoya alıp iki doktorla birden ilgilendirebiliyoruz."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Pandemi dönemiyle birlikte koronavirüs hastalığına yakalanan veyahut temaslı olan çalışanların sayısının artmasının birim içi planlamada zorluk yarattığı ve yöneticilerin günlük planlama yapmak zorunda kaldığı Katılımcı 4'ün *"Şimdi tabi pandemi sürecinde onların idaresi çok zor oluyor işte pozitif çıkanlar oluyor, temaslılar oluyor onları çalıştıramıyoruz gibi sıkıntılarımız var"* ve Katılımcı 39'un *"Açıkçası biraz dinamik bir yapımız var, ki bu süreçte pandemi sürecinde yaşadığımız bu son 7 aydır sıkıntılar en çok bizi etkiliyor. İnanın personel dağılımımızı bile günlük değiştirmek durumunda kalıyoruz öncelik sıralamalarını bile, bazen gün içinde değiştirmek zorunda kalabiliyoruz. Her an bir şey değişebilir, sistem değişebilir, aşağıda bir pandemi servisimiz polikliniğimiz var oranın yapısından geldiğinden beri 3 defa değiştirmek durumunda kaldık mesela"* ifadelerinde aktarılmıştır.

B. Rotasyon

Pandemi dönemiyle birlikte geçmişte yapılan rotasyonun yerine getirilemediği ve rotasyon yapılmasının çalışanlarda olumsuz algı yarattığı Katılımcı 19'un *"Şimdi pandemi sürecinde bunu pek yapamıyoruz ama belli periyotlarda yaptığımız rotasyonlarımız oluyor maalesef çok eskiden oluşmuş bir algı var yeni değişen personel problemli personel gözüyle bakılıyor. Bir dönem bunu kırdık bir oturuyorduk 20-22 kişinin birden yerini değiştiriyorduk düzenli tam bunu düzene oturtmuştuk bazı şeyler değişti zincir kırıldı tekrar o zincirin halkalarını bir araya getirir miyiz bilmiyorum ama rotasyondan yanayım."* ifadelerinde aktarılmışken, izin dönemlerinin rotasyon planlarını aksattığı Katılımcı 34'ün *"İşleyiş şöyle söyleyeyim*

kendi içimizde rotasyonumuz var, izin dönemlerimiz var bizim ekstra izin dönemlerimiz oluyor çünkü diğer sağlık personellerinin dışında, o dönemki işte yaz dönemleri biraz izinler çok olduğu için öyle yoğunlaşma oluyor onun haricinde rotasyonlu bir şekilde çalışıyoruz." ifadelerinde aktarılmıştır.

Hemşire ve ebelerin birim içinde ve birimler arasında rotasyonu mevcut şartlar oluştuğunda mümkün iken tıbbi sekreterlerin rotasyonu için bilgi eksikliği vb. sebeplerle uygun zeminin olmadığı Katılımcı 18'in "*Mesela bir bankocu arkadaşı poliklinikte çalıştıramam, çünkü neden?, hasta kaydı biliyor. Ben poliklinikçi arkadaşın yerine koyarsam hem doktor mağdur olur hem hasta mağdur olur, hem oraya oturdum arkadaş psikolojik anlamda etkilenir. İş kaybı olarak bize döner. Bankocu arkadaşları bankoda değerlendirmeyi düşünüyorum, genelde öyle yapıyorum. Hani, ortopedi bankoda ise dahiliye bankoya rahatlıkla çekebiliyorum ama poliklinikçi arkadaşı hem bankoda hem poliklinikte değerlendirebiliyorum, onlar çünkü daha hakim oluyor da aktif oluyor, daha hızlı çalışıyorlar ama bankocu arkadaşlar polikliniğe girdiği zaman bocalıyor, hani, onların öğrenmesi taraftarıyım biraz arkadaşlar da öğrenmek istemiyor."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Tıbbi sekreterlerin rotasyon planlamasında bir diğer önemli engel ise hekimlerin beraber çalıştıkları personelin başka birimlerde görevlendirilme konusunda rijit olmalarıdır. Ancak bu tür durumlar gerekli ilişkilerin kurulmasıyla çözüme kavuşturulmaktadır. Nitekim bu süreç Katılımcı 4'ün *"Bu noktada yaşanan sıkıntılar, aslında hekimlerle bir ara çalıştıkları için hekimlerle her zaman çok iyi görürüm ben tıbbi sekreterlerin ilişkileri hatta öyle ki birisinin başka bir sahaya çekmeye çalışsam anında hekimi burada biter katiyen müsaade etmez öyle bir şey. O onun sağ kolu olmuş artık, hekiminde birçok görevini bu arkadaşlarımız yaptığı için hiçbiri sekreterinden vazgeçmek istemiyor."* ve *"Çok yaşıyoruz bu tür durumları, gerekli hocaya artık böyle gerekli sevimliliklerle durumu izah edip müsaade isteyip bir şekilde alıyoruz (informal ilişkilerle). Gerçekten en büyük sıkıntılardan biri o diyebilirim hangi hastaneye giderseniz gidin, tıbbi sekreterlere bakan yöneticiyle konuştuğunuzda bunu yaşıyordur muhakkak eminim. Öyle bir durumları oluyor ama yani karşılıklı konuştuğumuzda çözemeyeceğimiz hiçbir şey yok neticede anlayışla karşılıyorlar bir müddet sonra."* ifadelerinde aktarılmıştır.

C. Örgütlenme-hiyerarşik yapı

Hastanenin mevcut hiyerarşik yapısının ve örgütlenmesinin yönetim açısından uygun olduğu özellikle orta ve üst düzey yöneticiler tarafından belirtilmiştir. Katılımcı 3'ün *"Yok yok organizasyonu zaten oturmuş."* ve Katılımcı 6'nın *"Şöyle, planlanması koordine edilmesiyle ilgili hem çalışma idarecilik hayatımın başından beri söyleyecek olursam; aslında Sağlık Bakanlığı gören tanımlarını ve paylaşımlarını çok güzel bir şekilde yapmış. Hastane bünyesinde başhekimliğin altında başhekimliği temsil eden başhekim yardımcıları ve müdürler var. Kalite ve destek müdürü özellikle A2 rolündeki hastanelerde oluyor kalite ve destek hizmetleri müdürü, sağlık bakım hizmetleri müdürü ve idari mali işler müdürü var."* ifadeleri bu açıklamaları desteklemektedir.

Personel sayısının fazla olduğu ve aynı zamanda hastanede geniş alanda görev yapan destek hizmetleri personelinin yönetilmesinde farklı yöntemlerle oluşturulan formal veya informal hiyerarşik yapıların kurulduğu Katılımcı 19'un *"...benim birlikte çalıştığım bir arkadaşım daha var XXX Hanım, personelin içinden yetiştirdim onu yanıma çünkü tek başıma yetişmem imkânsız koca alana. Şey diyoruz artık biz, beddualarla hayır dualarıyla… Birbirini dengeliyoruz nötrleşip gidiyoruz bu yolda. Her türlü bakacak şeyimiz yok özellikle bayram dönemleri zor geçiyor bizim için o yüzden biz dini bayramlarımızdan gittikçe uzaklaşıyoruz sevemiyoruz tatil günlerini maalesef hele hele idari tatillerle birleştirilirse hastanede işkenceye dönüşüyor bizim için."* ve yine ekibin niteliklerinden kaynaklanan zorlukların yaşandığı aynı katılımcının "*Zor bir ekiple çalışıyorum o yüzden onlara sorumluluk verdikçe alanlarda aslında normalde baktığınızda işinin kolaylaşması lazım en baştaki kişilerin fakat bizim daha zorlaşıyor."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda oluşturulan hiyerarşik yapının (sorumlu hemşire) yönetimi kolaylaştırdığı Katılımcı 9'un *"Her birimin kendi sorumlusu var sorumluya işin içeriğiyle alakalı bilgi verilir, sorumlu zaten alanında yetkin olan, deneyimli ve tecrübeli arkadaşlar, arkadaşlarına kendi alt kadroları vardır. Kendi alt kadrolarıyla var olan bu sürecin, konunun veya işin gerçekleşmesiyle alakalı onlar da gerekli paylaşımı yapıp, kendi iş bölümlerini yapıp konuyla alakalı"* ve Katılımcı 4'ün *"...ama günübirlik işleyişlerde işte çocuğum ateşlendi hemen gidip gelmem lazım işte, aşağı inip şunu bunu yazdırıp geleceğim gibi şeylerde noktalarda,*

bizler çok yoğun olduğumuz için arkadaşların da bize ulaşması daha zor olabiliyor dolayısıyla sorumlu bu gibi işlerde çok işe yarıyor diyebilirim. Günübirlik işlerde diyebilirim yani o gün doktoru gelmemiştir o arkadaş boştadır, onun planlamasını o yapar bana da bilgisini verir uygunsa orada devam eder uygun değilse başka bir alana ben yönlendiririm gibi…" ifadelerinde aktarılmıştır.

D. Personel beklentileri ve yeterlilikleri

Destek hizmetlerine İŞKUR üzerinden yapılan atamalarda iş görevleri hakkında yeterince bilgisinin olmaması ve farklı beklentiler içerisinde olması görevlendirme konusunda çeşitli sorunlar yarattığı Katılımcı 19'un *"Ben temizlikten bahsediyorum şu anda gelen ekibimde 44 kişinin içinde 10-15 tane önlisans-lisans mezunu arkadaş var ve ben bunlara hasta bakımı yaptırıyorum kişiler geldiğinde ne iş yapacaklarını bilmiyordu. İŞKUR üzerinden hastanelere personel için başvurmuşlar klinik destek yazıyor başvuruda ama yaptığı işi o malzeme getir götürü olarak yorumluyor tıbbi cihaz taşıyacağım ben dosya taşıyacağım ben ya da masa başında sekreter olacağım ben."* ifadelerinde aktarılmıştır.

İstihdam edilen personelin yeterli mesleki bilgiye sahip olmaması yöneticilerin planlamalarını olumsuz etkileyen ayrıca bir unsurdur. Bu sebeplerle rotasyon, planlama ve görevlendirmelerde mesleki bilginin önemi Katılımcı 24'ün *"...pandemi döneminde bir sürü atama yapıldı atama yapılanların içerisinden belki %9 oranında bir mesleki yeterliliğe sahip vardı, %91 oranında mesleki yetersizlik söz konusu yani pandemi sürecinde atanan arkadaşların bize hiçbir yardımı olmadı"* ve *"Nöbete yazamıyorsun, vakaya koyamıyorsun, kan almaya göndereceksin gönderemiyorsun ben size daha ne diyeyim ya pratisyen hekim subcuton enjeksiyonu bilmiyor. Arkadaşımla beraber çalıştım kendisi gördü yoğun bakımdaki sıkıntıları. Değişmiyor inşallah bundan sonra değişecek"* ifadelerinde aktarılmıştır.

Yöneticilerin hizmet sunumunda zorlandığı konulardaki bir farklı konu ise personel yetersizliğidir. Bu tür sorunlar en fazla temizlik personeli istihdamında yaşanmaktadır. Personel yetersizliğinin yanı sıra var olan personelin farklı görevleri de yerine getirmek durumunda kalmasının yetersizliğin temel nedeni sayılabileceği temizlik personeli açısından Katılımcı 16'nın *"Yani, şöyle sadece temizlik hizmeti değil getir götür ayak işleri de temizlik personelinden bekleniyor bir kişi acil*

sezaryenler, sedye alınması, TDL odalarının temizliği, sterilizasyona malzeme götürülmesi, haftalık alınacak rutin, işte sarf malzemenin alınması, her şey temizlik personelinden bekleniyor ve yeterli değil.", Katılımcı 10'un *"Temizlik personeli falan onlar uğraşıyorlar yazık yani ama şöyle bir sıkıntı var onu da söyleyeyim birçok hastanede aslında temizlik personeli ayrıdır, hasta taşıyan ayrıdır bizde hepsini aynı kişi yapıyor."* ve Katılımcı 23'ün *"2 kişi gündüzde temizlik hizmeti sunuyor, 1 kişi aynı zamanda ameliyatı taşıyıcı kişi de onun için personellerimin de görevi çok fazla üzerinde"* ifadelerinde, yemekhane hizmetleri açısından bu durum Katılımcı 19'un *"Yemeğin dağıtılması daha büyük acı, yemeğin dağıtılması daha büyük acı. Hizmet niçin tamamen handikap hastanede çünkü yemeği personel yemek arabalarıyla katlara çıkarıyor ve o gün sabahtan beri temizlik yapan personeller tarafından dağıtılıyor."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Personelin eğitim seviyesinin birimlerin yönetimi ve planlamasında önemli bir faktör olduğu Katılımcı 19'un *"Öyle olunca her iki tarafa birden birini sorumlu yapamıyorsunuz bir de ekibin eğitim düzeyi biraz sıkıntı."* ve Katılımcı 25'in "*Dolayısıyla biz bir personele anlata anlata hani ben bir şeyi diyorum bak her zaman mutlu olması lazım tekrarlanmaması lazım ama nedense hep tekrarlanıyor. Yani hiç ilerleyemiyorsun biraz daha eğitim almış insan da buraya çalışamaya gelmek istemiyor."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Meslekler arası çatışmaların birimlerde yönetimi zorlaştırdığı katılımcıların ifadelerinde aktarılmıştır. Nitekim personelin kendi işini yapabilmek için farklı meslek gruplarının görevini yapmak ve riskine katlanmak durumunda kaldığı Katılımcı 24'ün *"Anestezi teknisyenleri ve hemşireleri görevi dışında işler yapmak zorunda kalıyorlar."* ve "*Ekip çalışması diyoruz ama mesleği haricinde riskler almak zorunda kalıyor, bunların hepsi bu bence sadece bizim sıkıntımız da değil tüm Türkiye'nin sıkıntısı."* ifadelerinde, hekimlerin tutumlarının bu konudaki en önemli örneği ise Katılımcı 25'in *"...onun dışında hekimlerle bir şey daha var konsültasyon meselesi şimdi konsültasyonu kim istiyor hekim istiyor kimin istemesi gerek hekimin istemesi gerek orada kimin istediğine onun yazması gerekiyor ama şimdi öbür tarafta vizit geçiyor ona nörolojik konsültasyon bilmem ne devam ediyor ona o sırada yazmaya bu arada biz konsültasyon atabiliyoruz ama atsak da yetersiz kalıyor. Ya da karşıdaki doktor diyor ki bana hastayı anlatır mısın niçin istedin ya da başka doktor*

diyor ki niye beni aramadın niye beni sormadın" ifadelerinde aktarılmıştır. Bu konularla ilgili diğer katılımcıların ifadeleri ise aşağıdaki gibidir:

> *"...kan istemesi gereken kişi doktor ama sistemden biz istiyoruz işte evrakını alıp kan çantasını alıyoruz gidiyoruz kan merkezine onlar çıkışını yapıyor alıyor geliyoruz."* – Katılımcı 26

> *"Onam formu en çok sıkıntı yaşadığımız hasta ameliyata alınacak doktorun onam formu imzalaması gerekiyor, yok. Yani hemşireden değil de bizden hep birilerinin işini yapmaktan biz yoruluyoruz."* – Katılımcı 27

> *"Doğumlarda mesela icap çalışıyoruz dedim, icaplarda bunun için de mi arıyorsun şeklinde, yani ben barkod kestiriyorum hasta olarak, barkodu kime kestiriyorum A hekime kestiriyorum, beni hekimin görmesi beklentim başvurduğumda."* – Katılımcı 16

Hekimlerin diğer meslek grupları ile ilişkilerinin yanı sıra etkileşim içerisinde olan hemşire ve tıbbi sekreterlerin yaşanan problemler Katılımcı *28'in "Her bölüm için geçerli bu bazen hani sekreterler hemşirenin görevini yaptığından çatışmalar olabiliyor ya da mesela hemşire hem sekreterin hem hekimin görevini yapabildiğinden dolayı bazı alanlarda çünkü çakışıyor tam bir ayrım söz konusu değil. Onunla ilgili tabi ki birtakım sıkıntılar yaşayabiliyoruz yani."* ifadelerinde, hemşireler ile temizlik personeli arasındaki yaşanan problemler ise Katılımcı 19'un *"Hekim veri girişlerle daha çok iletişim halindeler ve sorunlar daha çok onlar arasında hekim iyi bir sekreter istiyor yanında işini daha çabuk bitirebilmek için ve daha çok hasta bakabilmek için. Hemşire de iyi bir temizlik ve yardımcı destek personeli istiyor işinin daha büyük yükünü ona yaptırabilmek için."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Aynı meslek grupları arasında ise bireysel karşılaştırmaların yapıldığı ve yöneticilerin bunları dikkate alarak planlama ve yönlendirme yapması gerekliliği Katılımcı 39'un *"Şöyle, oluyor ister istemez görüyorum da hani önceden de gelen geçmişe yönelik iki, aynı işi yapan kişiler arasında her yerde var sıkıntılar ve kıyaslamalar bu yaşanıyor yaşanacakta. Zaten beni şu aşamada en çok yoranlardan birisi de bu açık konuşayım personel ilişkileri çünkü insanlar kendi yaptığı işten çok başkasının yaptığı işi sürekli kıyaslıyor. Bu neden bu işi yapıyor da ben neden bu işi*

yapıyorum gibi kıyaslıyorlar. Personelle ilgili ikili ilişkiler kendi aralarında yaşamış oldukları sıkıntılar maalesef hat safhada." ifadelerinde aktarılmışken farklı sosyokültürel yapıdaki bireylerin özelliklerinin de dikkate alınması gerekliliği yine aynı katılımcının *"...sorumluluk alanımızda ki insanların yapısı da durumları da etkili işte sosyokültürel seviyeleriyle de alakalı yani bunları bir şekilde en aza indirmek amaç. Yani ne kadar aza indirebilirsem ne kadar onları da huzurlu çalıştırabilirsem ben en büyük kazancı öyle elde etmiş olacağım diye düşünüyorum."* ifadelerinde aktarılmıştır.

E. Yönetim becerisi

Birim yönetimi ve planlamasında alt ve orta düzey yöneticilerin yönetim kabiliyetinin ve liderliğin önemli olduğu Katılımcı 8'in *"Bu nedenle sağlık çalışanlarının mümkün olduğunca moral motivasyonunu da hani ben sonuçta amir olarak şey yapıyorum. Çalışanların moral motivasyonlarının da bir şekilde yüksek tutulması gerektiğine inanıyorum."*, Katılımcı 13'ün *"Aslında, yaptığımız işin mesleğimizle alakası yok ama şöyle ki; bu iş meslekten daha çok yöneticilik gerektiren bir şey. Eleman var ama elemanı yönetmek bambaşka bir şey."* ifadelerinde ve ayrıca objektif değerlendirme yapmanın zorunluluğu Katılımcı 28'in *"Yani bilgi eksikliği derken genel olarak aslında biliyorsunuz işleyişi ama bir idareci olunca biraz daha farklı unsurlar ortaya çıkabiliyor. Farklı pencereden bakmak zorundasınız herkese eşit bakmak zorundasınız. Evet öncesinde de hani ben mesleki hayatımda kesinlikle böyle bencil bireysel bir yaklaşım olmadım çünkü hani ekip anlayışının onu gerektirmediğine inanıyorum. Hani burada da biraz daha konum itibariyle birazcık daha ekibi gözetmek gerekiyor"* ifadelerinde aktarılmıştır.

Yöneticilerin hastanenin nerdeyse tüm yönetim kademesinde yönetim, etkileşim ve iletişim yani yönetişim ile yönetimi başarılı bir şekilde sağladığı ve karar verme süreçlerine çalışanları dahil ettiği, katılımcıların tecrübelerini de anlattığı aşağıdaki ifadelerinde aktarılmıştır;

> *"Hangi serviste hangi sürçmeler daha çok yaşanıyorsa gruplamalar sonrasında arkadaşları topladık, hani neden takma dişi atlıyoruz acaba hani buradaki bir şey farkındalığımız mı eksik bu şekilde eğitimlerle geri dönüşlerle hani başlarda olan o sıkıntıları olabildiğince çok minimaliz etmiştik ve şu anda*

hala aynı şekilde aynı kültür oturdu gidiyor. Yani o kültürü oturtabilmek, oturttuğunuzda gerçekten sistem, sürçmeler zaman zaman olsa da başka bir şey olmuyor." – Katılımcı 2

"Daha sonra oturup o şeyi onlarla geri dönüş sağlayarak çözüm önerileri sunarak yaptığımız değişiklikler oldu. Onların mesela hakikaten kendi çalıştıkları alan olduğu için onun çözümü yani doğruya daha yakın çözümler bulabiliyorlar hani bunu sadece önemli olan objektif bakabilmelerini sağlamak bazen…" – Katılımcı 2

"…birimlere geçiyorum sonra müdürlere bireysel, sonuçta ekip çalışması olduğu için tüm ekip birlikte çalışması gerekiyor, bir yerde bir yapmamız gereken varsa o anda müdahale etmiş oluyoruz."- Katılımcı 3

"Şimdi sabah nöbetçiler hastaları bütün herkese bütün hemşireler dinleyecek şekilde anlatıyor, daha sonra hasta paylaşımı yapıyoruz eşit sayıya bölerek, daha sonra günlük rutin order ya da dünden kalan işler kan vs. ne varsa o şekilde başlıyoruz işe." – Katılımcı 38

Orta düzey yöneticilerin büyük bir çoğunluğunun yönetimde babacan liderlik tarzını sergilediği katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde aktarılmıştır:

"O yüzden ben şahsi fikrim her şey böyle moda mod kural bir kural iki kural üç diye olmasından ziyade özellikle sağlık alanındaki yöneticiler için söylüyorum bunu belki farklı alanlarda olabilir. Biraz daha insanların ruhuna dokunabilmek önemli, onları gerçekten anladığını hissettirmek önemli, dinlemek gerçekten çok önemli, onun derdiyle dertlenmek gerçekten önemli hani çalışma koşulları gerçekten zor." – Katılımcı 2

"Evet, tabi ki illa ki onun deneyimi zaten şey tecrübesi artık idarecilikte hem hemşirelikte olsun, hem idarecilikte olsun her zaman hani yardımını desteğini arkamızda hissedebildiğimiz birisi hem bir abla olarak hem bir idareci olarak hissedebildiğimiz birisi." – Katılımcı 28

"O yüzden benim için çok daha önemli bu ahenk inşallah yaşadığımız 2 aydır, ahenk devam eder. Bu abi kardeş diyalogu bu ikili ilişkiler bu şekilde sürüdüğü sürece kuruma çok faydalı işler yaparız diye ümit ediyorum." – Katılımcı 39

F. İş planı/rehber

Birimlerdeki yönetim süreçlerinin kolaylaştırılması adına iş planı ve rehberlerin oluşturulduğu ve aktif olarak kullanıldığı Katılımcı 5'in *"Evet, böyle planlarımız var zaten kalite biriminden de geçmiş şekilde, yeni doğan yoğun bakım işleyiş süreci diye; bu hemşirelere yönelik plan, burada da bizim işte tıbbi bilimsel çalışmalar, işte rutinde yapılması gereken şeyler tarzında işleyişimiz var. Hasta kabulünden tutun, her şeye yönelik zaten kalite standartları gereği de böyle bir plan oluşturduk.*" ve *"Atıyorum; pazartesi günü bebek emzirme odasına gündüzcü personel temizleyecekse, yoğun bakım solanlarının içini komple 3-11'de gelecek personel temizleyecek tarzında bir küçük çizelge oluşturduk, ona göre de personelimiz temizliyor."* ifadelerinde aktarılmıştır. Konu ile ilgili birim bazında oluşturulan rehber ve/veya standardizasyona yönelik diğer katılımcıların ifadeleri ise aşağıdaki gibidir:

> *"Sterilizasyon ünitesinin temizliğiyle alakalı temizlik planlarımız hepsi var, işleyişin düzeni var. Hazırlanan solüsyonların standardı var, temizlenecek malzemenin durumuna göre işte kirlilik oranına göre, sabah ve akşam vardiyasına göre, aylık haftalık günlük yapılacak işlerin standardı var."* – Katılımcı 14

> *"Hangi bölümler pandemi hangi bölümler temiz daha sonra oradaki pandemi de bakan doktor pozitifleri negatifleri nereye yatıracağını hangi doktora yatıracağını zaten doktorların da listesi var hangi doktorlar kabul ediyor onu idare tarafı zaten paylaşıyor. Onlar da oradan hastaların tek tek servislere boş yerlere tıkır tıkır giriyor."* – Katılımcı 25

6.2.12.2. Değişim yönetimi kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Liderlik ve Strateji" konusunda "Değişim Yönetimi" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Değişimin kaynağı/Niteliği", "Değişime Direnç" ve "Kurum Aidiyeti" olmak üzere üç farklı kodlama yapılmıştır.

A. Değişimin kaynağı/niteliği

Katılımcılarla yapılan görüşmelerde değişimin kaynağının, değişim yönetiminde önemli bir unsur olduğu ve bu kaynakların gelişen teknolojiler, İl Sağlık

Müdürlüğü ve/veya Bakanlığın istekleri ve değişen toplum ihtiyaçları şeklinde sıralandığı aktarılmıştır. Nitekim Katılımcı 5'in *"Onun dışında tabii ki eksikler bu arada, hani teknoloji çok gelişen bir şey, tıp teknolojisi, hani biz bunun bayağı bir gerisindeyiz ama çok da kötü değiliz; güzeliz. Yeni küvezlerimiz, geldi."*, Katılımcı 8'in *"...böyle yani çok ciddi bir sorun yok bir de hani mesela mutlaka zaman ve çağ gelişiyor ama benim gördüğüm diğer bir problem devamlı oluşan yeni isteklere yönelik farklı çözümler üretilmeye çalışıyor bu da esasında, bir şekilde karmaşa oluşturuyor farzımahal yeni bir oda gerektiği zaman oraya yönelik bir yıkım tekrardan inşaat çalışması başlatılıyor"* ve Katılımcı 34'ün *"...şöyle dışarıyla koordineli şimdi nüfus artıyor, cihazlar kendini geliştiriyor, değişik teknolojiler ortaya çıkıyor."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Gelişen teknolojilerin değişimi zorunlu kıldığı ve değişime kaynak olduğu aktarılırken, İl sağlık Müdürlüğü veya Bakanlığın istekleri neticesinde hastanenin yapısal ve yapısal olmayan unsurlarında değişimlerin olduğu Katılımcı 36'nın *"AMATEM'i yani günübirlik böyle vay efendim uyuşturucu vakaları arttı hemen bir AMATEM yapalım en kısa yoldan hastanenin şuradan şurasını yapıştıralım falan, işte bakanlık öyle istiyor bakanlık öyle istediği için şuradan yerel yöneticiler olarak sıkıştıralım hastaneyi hemen yağlama yıkama bir şey, oldu bitti maşallah öyle bir mantık olmaması lazım. Biz o zaman da söyledik AMATEM böyle olmaz, AMATEM ne olur işte madem istiyorsanız bahçemiz büyük biraz daha ileriye bir bina yapılabilir AMATEM binası kendi içerisinde ayrı bir şekilde. Hastaneye yakın olur yine"* ifadelerinde aktarılmıştır.

Ayrıca hastanenin hizmet sunduğu bölgedeki toplumun dönemsel veya uzun vadeli ihtiyaçlarında yaşanan değişimlerin de kaynak unsuru olduğu Katılımcı 6'nın "*Hastane ilk yapıldığı anda tabi ki mevut ihtiyacı karşılayacak şekilde planlama yapılmış ama sonra tabi ilçenin nüfusunun artması hizmet, hizmetin artması ihtiyacın artması nedeniyle de yoğun bakım planları yapabiliyorsun; keza biz covid döneminde 41, 3.basamak yoğun bakım inşa ettik kurduk bu süreç tabi ki iklimlendirme yeni hava işte klima santralleri gerekebiliyor."*, Katılımcı 12'nin "*Düşüncem o, poliklinik sayımız eksik yani planlandığında yeterliymiş ama şu an full kapasite çalıştığımızda poliklinik açacak hekim sayısı ucu ucuna yetiyor belki branşların sayısına hekimlerin sayısı bir %3-5 artsa yetmeyecek duruma gelecek.*

Poliklinik sayısıyla ilgili bir artık güzel olurdu başka aklıma gelen bir şey yok." ve Katılımcı 34'ün *"Hastaneden beklentiler şöyle dışarıyla koordineli şimdi nüfus artıyor, cihazlar kendini geliştiriyor, değişik teknolojiler ortaya çıkıyor."* ifadelerinde aktarılmıştır.

B. Değişime direnç

Personelin başta yaş faktörü olmak üzere değişime farklı nedenler ile direnç gösterdiği ve yöneticilerin bu durumu kabullendiği Katılımcı 26'nın *"Valla açıkçası kabullenmek oluyor yani çözemiyorsak sorunu kabulleniyoruz çünkü kabullenmezsek psikolojik olarak yıpranmaya başlıyoruz sürekli o şeyin üzerine gidersek mesela bir kişinin karakterinden kaynaklanıyor o çözülemeyen sorunlar o karakteri değiştiremiyoruz gelmiş kişi 55 yaşına değiştiremiyoruz artık onun karakteri o bizde kabulleniyoruz ona göre kendimize yön çizip bu böyledir tamam diyoruz."* ifadelerinde, değişimin uygulanmaya başlanmasıyla personelin tepki gösterdiği de Katılımcı 2'nin *"Değil kalite bu sene koymuş yeni sürümüne bizden gördü dedim. Şeye o bireysel performanslarla neyi hedefledik şimdi dediğimiz gibi bölüm içerisinde birtakım uygulamalar oturtuyoruz ama bazı arkadaşlar da bazı şeyler çok değişmiyor o yüzden dedik ki biz onları ilk kurduğumuzda çok tepki aldık…"* ifadelerinde aktarılmıştır.

C. Kurum aidiyeti

Yöneticilerin ve diğer personelin kuruma aidiyetlerinin yüksek olması ve katkı sunabilecek her türlü uygulamayı gerçekleştirmesi değişimin yönetilmesi açısından önem taşımaktadır. Nitekim Katılımcı 10'un *"He ben buraya geldim, dedim ki ben burayı değiştirebilirim. Değiştirebileceğimi düşündüm çünkü ben burada kalmaya karar verdim"* ve Katılımcı 39'un *"Görevimde olmamasına rağmen sabaha kadar duramadım da yani hep bir taraflara koşturup el attım yani. Ki görevim de değildi, idareci veya yönetici de değildim ama içim rahat etmedi. Biz her zaman farklı yetiştirildik. Bizim çoğumuzda görev bilinci üst düzeyde."* ifadelerinde değişimin öncelikli olarak kuruma aidiyet ve görev bilincinin yüksek olmasıyla yakından ilişkili olduğu ve değişim yönetimi olumlu etkilediği aktarılmıştır.

6.2.12.3. Karar verme yöntemleri kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Liderlik ve Strateji" konusunda "Karar Verme Yöntemleri" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Beyin fırtınası" ve "Birim çalışanlarının görüşleri" olmak üzere iki farklı kodlama yapılmıştır.

A. Beyin fırtınası

Yöneticiler farklı birimlerin dahil olduğu ve aynı yönetim düzeyindeki diğer yöneticilerle karar verirken beyin fırtınası yöntemini kullandığı Katılımcı 2'nin *"Çözmüş olacağız çünkü bir bağlarken şey yapacak uzaktan basacak nabzını şeyini bir şeyde ölçüp çıkacak, sadece işte aletin temizlenmesi en son biyomedikalle ilk önce araba altına nasıl portatif bir şey yapabiliriz diye onu da hemen dediler ki hani şey şeklinde üstüne monitör oturtacağımız 4 tekerlekli olması yeterli. Teknik servisle görüştüm kaynak cihazımız falan bunu yapabilir miyiz diye çünkü eğer biz bunu hazır almak istesek listenin sonlarına kalacak."* ve Katılımcı 8'in *"...şöyle yani birim sorumluluğu var esasında bunlar ben yönetim şeyi itibariyle hekim arkadaşlarımız var; bir karar verileceği zaman sorumlu olarak ben varım ama yine ortaklaşa daha doğrusu beyin fırtınası ona göre..."* ifadelerinde aktarılmıştır.

B. Birim çalışanlarının görüşlerinin alınması

Yöneticiler birim bazında karar alırken veyahut farklı birimler hakkında üst düzey yöneticilerin verdiği kararlarda birim çalışanlarının kararlarının dikkate alındığı ve bazı durumlarda personele yetki verildiği katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde aktarılmıştır;

> *"Sizden bu konudaki görüşleri düşünceleri, şimdi bunu böyle yaptığınız zaman veya da bir sorunu iletiyorlar diyorum ki tamam sorun bu, bu konuda sizin karar almanızı istiyorum."* - Katılımcı 2

> *"Kendi kullandığım malzemelerle ilgili dahil oldum şimdiye kadar hep talebimi ilettim, şartnamemi verdim. Yerine getirmeye çalışıyorlar."* – Katılımcı 7

> *"Evet, evet. Doktorla beraber anjiyodaki birkaç sorumlu arkadaşım da oradaki vakaya bakan tecrübeli arkadaşlar kimlerse onların da görüşlerini alarak o şekilde ekliyoruz."*- Katılımcı 17

"Şimdi, çalışma gücünü de gene arkadaşlarla öncelikle sorumlularla toplantı yapıyoruz arkadaşlar daha işimizi nasıl daha kendimizi yormadan arkadaşları yormadan hangi yolu izleyelim nasıl yapabiliriz diye fikir alışverişinde bulunuyoruz." – Katılımcı 25

"Tabi ki yani çünkü biz bu sahada olan biz olduğumuz için direk bize soruyorlar konuyla ilgili. Şu anda da yeni başladılar tam olarak her yer hâkim olamazlar çünkü bizim mesela Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürlüğüne bağlıyız hastanede." – Katılımcı 32

6.2.12.4. Sorunların çözümü kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Liderlik ve Strateji" konusunda "Sorunların Çözümü" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Alternatif üretme", "Hiyerarşik çözüm yolu", "İnformal ilişkiler", "İleriye yönelik önlem almama", "Tecrübe/Sorun çözüm algoritması hafızası", "Kriz yönetimi", "Yönetişim", "Rutin toplantılar" ve "Sorunların tespiti ve yönetimi" olmak üzere dokuz farklı kodlama yapılmıştır.

A. Alternatif üretme

Sorunların tespitinin ve çözümünün uzun süre aldığı durumlarda farklı alternatif çözüm yollarıyla hizmet sürekliliğinin sağlandığı Katılımcı 9'un "*Ne yaparım, alternatif üretirim biz hastalara nasıl hizmet vereceğiz diye, var olan farklı imkanlarla sorun çözülebilir mi bunun kararı alınır veya dışarıdan bir hizmet gerekiyorsa bunun kararı alınır ve hızlıca uygulamaya konulur."* ve Katılımcı 2'nin *"çalışana hem alanda çalış hem malzeme yok demek mümkün değil böyle bir şey de hani böyle bir durumla karşı karşıya kalırsam onun ezikliğini ve paniğini biz de yaşadık işin açıkçası. Dolayısıyla ben böyle B, C, D alternatifleri üretmek belki de işin içinde uzun süredir olmamdan kaynaklı ne yapabiliriz böyle bir durumla karşılaşırsak"* ifadelerinde aktarılmıştır.

B. Hiyerarşik çözüm yolu

Sorunların çözümünde hiyerarşik yapı üzerinden sürecin işletildiği ve bu yöntemin birim içinde çözülemeyecek sorunların yaşandığı durumlarda tercih edildiği katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde aktarılmıştır:

"Evet, başhemşire ile de konuştum, arkadaşlarım da isteğiydi bu şekilde bir düzenleme yaptık, o yoğun dönemi bu şekilde geçirdik." – Katılımcı 35

"Kendi kişisel telefonlarımızla ya da yeri geldiğinde de yönetimiyle de ileterek başhekim aracılığıyla, ben sorumlu olduğum için arkadaşlar bana iletiyor bende bunu üst merkeze önce kendim konuşuyorum çözemezsem baş hemşire hanıma gidiyorum o da halledemezse beni yönlendiriyor zaten uygun şekilde hani ilet söylemen lazım diye bunun sonucunda başhekim başhekim yardımcıları o tarz yöneticilere gidiyorum." – Katılımcı 30

"Şimdi işleyiş, arkadaşlar bana çok daha çabuk ulaştıkları için ben eski olduğum için işleyişi bildiğim için hani onlara aksaklıklara çözüm ürettiğim için daha çabuk oluyor. Ha be çözemediğim bir olay varsa ben direkt başhemşireyle muhatap oluyorum." – Katılımcı 25

"Yani tabi ki benim yetki ve sorumluluğumu aşan durumlarda ben başhemşire hanıma danışıyorum, o beni yönlendiriyor kendi yardımcı oluyor. O şekilde gidiyor yani işler." – Katılımcı 20

Yöneticiler personelin birim içerisinde sorunlarını çözüme kavuşturması için belirli alanlarda yetki devri yaptığı ve bu konuda başarıya ulaşıldığı Katılımcı 2'nin *"Yani bu şekilde çalışma yaptığımız 2 servis 3 servis oldu mesela palyatif servisinde dedik ki kendi içinizde yani ekibin içinde oradaki çalışan hemşireler olarak. Burada ki her yönüyle riskler nelerdir, sorunlar, bunların çözüm önerileri neler olabilir bu şekilde bir çalışma yapın dedik ve o çalışmayı yaptılar arkadaşlar. Daha sonra oturup o şeyi onlarla geri dönüş sağlayarak çözüm önerileri sunarak yaptığımız değişiklikler oldu. Onların mesela hakikaten kendi çalıştıkları alan olduğu için onun çözümü yani doğruya daha yakın çözümler bulabiliyorlar hani bunu sadece önemli olan objektif bakabilmelerini sağlamak bazen çünkü…"* ifadesinde aktarılmıştır.

C. İnformal ilişkiler

Sorunlara çözüm üretme noktasında bireysel ilişkilerin çokça kullanıldığı katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde aktarılmıştır:

"…burada ekstra çözüm ilişkiden başka çözüm yok çünkü kimsenin bireysel durumuyla ilgili bir durum değil, hani ne olabilir." – Katılımcı 30

"...arızayı tespit ettiğimden kendi telefonumla ekstra dönüş yapıyorum ben teknisyenlere arıza attım ama böyle bir sıkıntı var, hani bir önce değerlendirsin. İyi ilişkilerle çözüyorum..." – Katılımcı 23

"Çok yaşıyoruz bu tür durumları, gerekli hocaya artık böyle gerekli sevimliliklerle durumu izah edip müsaade isteyip bir şekilde alıyoruz (informal ilişkilerle). Gerçekten en büyük sıkıntılardan biri o diyebilirim hangi hastaneye giderseniz gidin, tıbbi sekreterlere bakan yöneticiyle konuştuğunuzda bunu yaşıyordur muhakkak eminim. Öyle bir durumları oluyor ama yani karşılıklı konuştuğumuzda çözemeyeceğimiz hiçbir şey yok neticede anlayışla karşılıyorlar bir müddet sonra." – Katılımcı 4

D. İleriye yönelik önlem almama

Sorunların çözümünde bir kısım personel mevcut sorunları kabullenerek iş görmeye devam ettiği Katılımcı 26'nın *"Valla açıkçası kabullenmek oluyor yani çözemiyorsak sorunu kabulleniyoruz çünkü kabullenmezsek psikolojik olarak yıpranmaya başlıyoruz sürekli o şeyin üzerine gidersek mesela bir kişinin karakterinden kaynaklanıyor o çözülemeyen sorunlar o karakteri değiştiremiyoruz gelmiş kişi 55 yaşına değiştiremiyoruz artık onun karakteri o bizde kabulleniyoruz ona göre kendimize yön çizip bu böyledir tamam diyoruz."* ifadelerinde ve özellikle yapısal unsurlara yönelik proaktif bakış açısına sahip olmadığı için ileriye yönelik önlem alma konusunda rijit davranabildiği Katılımcı 13'ün *"Daha önce alt katı devamlı lağım basıyordu. Her hafta o lağımı temizleyene kadar bunu, nasıl bir çare bulabiliriz derdine gitmiyorlar."* ifadelerinde aktarılmıştır.

E. Tecrübe/Sorun çözüm algoritma hafızası

Geçmişte yönetilen süreçlerin kazandırdığı tecrübeyle ve sorunların çözümünde daha önce uygulanıp başarıya ulaşılan algoritmaların işletildiği katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde aktarılmıştır:

"Evet, yani olduğunda nasıl reaksiyon göstereceğimi yaşanmışlıklardan dolayı çok hızlı çözmeyle ilgili adımı atarım ama bunu planlayamazsın çünkü arızanın ne zaman olacağı belli değil." – Katılımcı 1

"...daha önceden bu konuyla alakalı bir algoritma varsa, bu algoritmanın yönetilmesiyle alakalı karar alıp ilgili kişilerle gerekiyorsa telefonla yada kişileri bir araya getirerek burada toplantı yaparak çözülebilir." – Katılımcı 9

"*Şimdi işleyiş, arkadaşlar bana çok daha çabuk ulaştıkları için ben eski olduğum için işleyişi bildiğim için hani onlara aksaklıklara çözüm ürettiğim için daha çabuk oluyor."* – Katılımcı 25

"Tabi ki, hafıza oluşmuyor bir de üstün körü yapmaktan ziyade bu işi daha evvelden bu problemi bilimsel olarak mutlaka daha evvelden bu tarz sorunlarla şeylerle karşılaşılmıştır, hani bunlara yönelik çözümler de üretilmiştir bunlara bakarak faydalanmak lazım diyerekten düşünmekteyim işin açıkçası an itibariyle böyle yani çok ciddi bir sorun yok." - Katılımcı 8

F. Kriz yönetimi

Olağanüstü durumların yaşandığı dönemlerde mevcut sorun çözüm algoritmalarının işletilemediği bu sebeple kriz yönetimi şeklinde sorunların çözülmeye çalışıldığı Katılımcı 39'un *"Aynen kriz yönetimi şeklinde, yoksa diğer türlü standart olmuş olan bir olay olsa hiç uğraşmadan sistem üzerinden görebilirsiniz o tarz bir şeyleri iletişime bile gerek kalmadan yönetebilirsiniz ama bu gibi durumlarda biraz bu var yani."* ve *"...pandemi sürecinde bu tarz bir şey yapmak zor olabilir, açık konuşayım telefonla bile zor yetişiyoruz birçok şeye çok dedim ya dinamik bir yapıdayız hastane olarak. Her an her dakika değişebiliyor hani genel anlamda bir sürdürülebilir bir şey olsa dediğiniz gibi dijital ortamda olabilir ama şu an daha çok telefonla çözebiliyoruz"* ifadelerinde aktarılmıştır.

G. Yönetişim

Birim yöneticileri ve personel arasındaki güçlü iletişim sayesinde birim içindeki ve kurumun tamamında farklı birimleri ilgilendiren sorunlar yönetişimin başarıyla uygulanmasıyla çözüme kavuşturulmaktadır. Katılımcılar sorunların çözümünde yönetişimin başarıyla uygulandığı aşağıdaki ifadelerinde aktarılmıştır:

"Sıkıntı olur olmaz hemen birbirimizle konuşuyoruz daha sabahında çünkü olay büyütürsek olayı o an çözmezsek, olay çok büyük yerlere gidiyor birbirleriyle savaş haline giriyorlar artık o sorunu yaşamıyoruz çünkü birbirimizle, yaşadık ilk 3 yıl yaşadık çok yaşadık bu sorunu ama şimdi

birbirimizle kuruduğumuz iletişim sayesinde şimdi birbirimizle konuşuyoruz onlar bize söylüyorlar biz mutlaka çözüyoruz yani artık servisle de yaşamıyoruz bir şey olduğunda işte arkadaşlar şunu yaptı dediklerinde tamam biz çözeriz diyoruz mesela onlar da zaten sakinleşiyorlar biz de zaten çözüyoruz mutlaka üçümüz bir ortak nokta buluyoruz." - Katılımcı 26

"Kaynağa indikten sonra da sorumlusuyla planlama yapılıyor bir örnek vermem gerekirse mesela benim hastanemde ultrason randevu verme sürelerinin 3 günü aşmaması gerekiyor ben bakıyorum ki yeni randevular 3 günün üzerinde veriliyorsa burada çalışma yapıyorum neden dolayı bu böyle, bir hekimim şua izninde bir hekimim senelik izinde, radyolog sayım azalmış ondan dolayı randevu sürelerim uzamış o zaman hekim konusunda belki il sağlık müdürlüğüne geçici görevlendirme yapılması konusunda bir planlama yapabiliyorum ya da mevcut hekimlerin radyasyona maruziyetini arttırmayacak şekilde bir çalışma planında değişiklik yapabiliyorum ya da izin planlamalarını ona göre yönlendirebiliyorum yani hekim bazında yapabiliyorum." – Katılımcı 6

"Bu noktada hani biz de zaten biz hani doktor eğer bu hasta senin dedikten sonra hiçbir şeye karışmıyor, hep birlikte el ele vererek onu yönetmeye çalışıyoruz yani sonuçta ama dediğim gibi hastanın orada beklemesi gerekiyor ve bir şekilde edilmesi gerekiyor yani." – Katılımcı 12

"İş o anlamda, tek noktadan ama biz kendi aramızda bunları çözebildiğimiz için bir sıkıntı olarak görmüyoruz bunları. Beraber gidiyoruz çünkü ben kendim ispatlıyorum ona cihazımın veri akışıyla ilgili bir problem olmadığını. O da diyor ki o zaman ağdan. Sadece kablo mu yoksa devamı mı o kendi işiyle ilgili bakıyor veya kabloyu test ediyor sıkıntıyı çözmüş oluyoruz." – Katılımcı 1

H. Rutin toplantılar

Birimlerdeki sorunların tespitinin yanı sıra sorunların çözümünün rutin toplantılar yoluyla personel ile etkileşim halinde çözüldüğü Katılımcı 20'nin *"...toplu bir şeye karar vereceksek tabi ki toplantılar düzenliyoruz mesela benim en yakın pazartesi günü bir toplantım var."* ve Katılımcı 2'nin *"Bölüm toplantılarımız bizim yine rutinimizdir yani bölüm sorumlularıyla toplantılar artı, bölümlerin kendi*

içlerinde mutlak suretle ayrı toplantıları olur ve ben onlara her ay dönüşerek tüm birimlere katılmaya çalışıyorum kendi bölüm toplantılarına. Birimlerde bu toplantılar tabi ki hem ekip içi iletişim, sorunların daha büyümeden giderilmesi, ekibin önerileri görüşleri bir de kendilerini ifade edebildikleri için ulaşabildikleri için biraz daha anksiyete düşmesine neden oluyor. Bunların çok faydası oluyordu." ifadelerinde aktarılmıştır.

İ. Sorunların tespiti ve yönetimi

Yöneticiler hizmet sunumunda ortaya çıkan sorunların çözümünde kök neden analizi yaparak, bilimsel araştırmalar yürüterek ve bireysel ilişkilerle tespit etmektedir. Sorunların tespitinde kök neden analizi yapıldığı Katılımcı 6'nın *"Yani burada hekimle alakalı olduğunda ama şu da olabiliyor benim kan alma merkezinden şimdi bakıyorum ki biyokimyadan kan sonuçlarının çıkması da uzun sabah 9 da kanını veren hastanın sonucu 4 de çıkmıyor. Bana istatistik bunu veriyor program orada da ben onun analizini yaptığımda acaba kan mı geç alınıyor yoksa alındığı yerden cihaza mı geç konuluyor doktor mu geç onaylıyor bunu ayrı ayrı bütün basamaklarını takip edebildiğim için görüyorum ki diyelim ki kanın alındığı yerden laboratuvarda teslimat aşamasında bir sıkıntı var o zaman kalite destek müdürüyle konuşuyoruz destek elemanlarının bunu daha hızlı teslim edeceği şekilde bir düzenleme yapması gerekiyor diye oturup konuşuyoruz ayrılmış oluyor. Yani hangi meslek alanında nerede sorun çıktığını tespit ettiğimizde oraya yönelik bir planlama"* ve Katılımcı 12'nin *"Sürecin öncelikle şöyle sorun analiz etmek gerekiyor ki hani sorun nereden geliyor kök analizini yapmak gerekiyor. Kaynağa indikten sonra da sorumlusuyla planlama yapılıyor"* ifadelerinde aktarılmıştır.

Sorunların tespiti için bilimsel çalışmaların yürütüldüğü ise Katılımcı 2'nin *"Toplam 2000 hastada bir yaptığımız çalışmada, aynı servisten arkadaşı oraya sabitledik teslim alan arkadaşı aynı arkadaş hangi serviste hangi sıkıntılar oluyor. Mesela A servisinde, sürekli takma dişler unutuluyor işte B servisinde yerinde yüzükler küpeler yani bu şekilde gruplandırdık. Hangi serviste hangi sürçmeler daha çok yaşanıyorsa gruplamalar sonrasında arkadaşları topladık, hani neden takma dişi atlıyoruz acaba hani buradaki bir şey farkındalığımız mı eksik bu şekilde eğitimlerle geri dönüşlerle hani başlarda olan o sıkıntıları olabildiğince çok minimaliz etmiştik ve şu anda hala aynı şekilde aynı kültür oturdu gidiyor. Yani o kültürü oturtabilmek,*

oturttuğunuzda gerçekten sistem, sürçmeler zaman zaman olsa da başka bir şey olmuyor." ifadelerinde aktarılmıştır.

Dinamik veri üreten sistemlerin olduğu birimlerde sorunların kolaylıkla tespit edilebildiği Katılımcı 6'nın *"Yani burada hekimle alakalı olduğunda ama şu da olabiliyor benim kan alma merkezinden şimdi bakıyorum ki biyokimyadan kan sonuçlarının çıkması da uzun sabah 9 da kanını veren hastanın sonucu 4 de çıkmıyor. Bana istatistik bunu veriyor program orada da ben onun analizini yaptığımda acaba kan mı geç alınıyor yoksa alındığı yerden cihaza mı geç konuluyor doktor mu geç onaylıyor bunu ayrı ayrı bütün basamaklarını takip edebildiğim için görüyorum ki diyelim ki kanın alındığı yerden laboratuvarda teslimat aşamasında bir sıkıntı var o zaman kalite destek müdürüyle konuşuyoruz destek elemanlarının bunu daha hızlı teslim edeceği şekilde bir düzenleme yapması gerekiyor diye oturup konuşuyoruz ayrılmış oluyor. Yani hangi meslek alanında nerede sorun çıktığını tespit ettiğimizde oraya yönelik bir planlama yapıyoruz"* ifadelerinde aktarılmıştır.

Sorunların çözümünde soruna dahil olan tüm personelin katılımıyla çözüm üretme yoluna gidilmekte ve prosedürle standart hale getirilerek uzun vadede kurum kültürü oluşturulmaktadır. Bu süreç Katılımcı 2'nin "*Hangi serviste hangi sürçmeler daha çok yaşanıyorsa gruplamalar sonrasında arkadaşları topladık, hani neden takma dişi atlıyoruz acaba hani buradaki bir şey farkındalığımız mı eksik bu şekilde eğitimlerle geri dönüşlerle hani başlarda olan o sıkıntıları olabildiğince çok minimaliz etmiştik ve şu anda hala aynı şekilde aynı kültür oturdu gidiyor."* ifadelerinde oryantasyon süreçlerin yukarıda ifade edilen süreçler de aktarılarak personelin desteklendiği yine aynı katılımcının *"Yaşıyoruz yani onlar için o yüzden oryantasyon süreci belirledik, tabi ki bu kişiye göre servise göre değişiyor ama en az en minimali diyeyim bir ay boyunca gündüz çalıştırıp servis işleyişini servis kurallarını sorumlu birebir kendisi onunla çalışarak onu oraya oturtmaya çalışıyor."* ifadelerinde aktarılmıştır.

6.2.12.5. Süreç yönetimi kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Liderlik ve Strateji" konusunda "Süreç Yönetimi" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Diğer birimlerle etkileşim", "Entegre süreçler", "İş takibi" ve "Günlük rutinler" olmak üzere üç farklı kodlama yapılmıştır.

A. Diğer birimlerimle etkileşim

Birimlerle etkileşim noktasında en büyük sıkıntıların bilgi aktarımı veya paylaşımı sürecinde yaşandığı ve koordine olmayı engellediği, bu durumun en fazla hasta transfer süreçlerinde yaşandığı ise katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde aktarılmıştır:

> *"Yani telefondan kurduğumuz grupla oradan iletişimi sağlıyoruz sorumlu grubumuz var, bir de küçük gruplarımız var biraz daha aktif hani sürekli bir şeyler paylaşıp, geri dönüşü, yoğun bakımları ayırdım hani yoğun bakımlar ayrı bir grup bir de sorumlular şeklinde. Birçok konuyu buradan hani genel duymamız gereken konuları buradan paylaşıyoruz."* – Katılımcı 2

> *"Ne oluyor, asansör o sırada diğer servislerden de çıkacak oluyor, asansör dolu oluyor ortopedininkini çıkarırken beyin cerrahı bekliyor diyor ki benim hastam nerede diyor. KBB'nin ki çıkacak o diyor ki benim hastam nerede diyor işte sürekli biz bu hasta sirkülasyonuyla gün içerisinde hani bizim dışımızda gelişen sıkıntılar yaşıyoruz."* – Katılımcı 27

> *"Stok bizde bazı ilaçların stoku var ama bu Covid ilaçlarının stoku yok, bunların stoklarını göremiyorum"* -Katılımcı 38

> *"ameliyathane yoğun çalışıyor, hastayı hemen istiyor, asansör sıkıntımız oluyor, asansöre hastayı bindiremiyoruz bir 10-15 dk asansör beklemek zorunda kalıyoruz, oraya gidiyor diğer hasta ameliyathane hastanın geciktiği için sıkıntılar yaratıyor başka ne gibi yaşayınca onları şey yapıyoruz."* – Katılımcı 27

> *"Evet servise geldiğinde anlıyoruz ki post-opumuz geldi, o habersiz geliyor bize, bazen sorun oluyor, yukarıya çıkmayan hasta yakınları özellikle soruyorlar işte 9 da verdik saat 12 oldu hala hastam gelmedi. Biz onu*

göremediğimiz için yukarısını da çok rahatsızlık edemiyoruz telefon anlamında çünkü hepsi vakada oluyorlar." – Katılımcı 23

"O temizlik konusunda tabii gecikmeler oluyor, gelen pre-opları bekletmek zorunda kalıyoruz. Hasta oda temizlenmeden giremeyecekler. Hem transferci aynı zamanda bir personel orada zorlanıyoruz." – Katılımcı 23

B. Entegre süreçler

Hizmet sunumunda entegre süreçlerin yönetilmesi farklı birimleri ilgilendirdiği için çeşitli sorunlar yaşanabilmektedir. Bu süreçlerin yönetiminde yapısal ve yapısal olmayan unsurların doğrudan etkisi olabilmektedir. Nitekim katılımcıların yapısal unsurların süreçteki konumu katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde:

"...çünkü mesela şu an burada kullandığımız monitörlerimiz çok yeni monitörler değiller. Sıkıntı çok yaşıyoruz açıkçası, öyle bir sirkülasyon var yani biyomedikale sürekli bir monitörümüz ya da ventilatörümüz gidiyor, diğeri geliyor şeklinde." – Katılımcı 7

"Asansörler çoğu zaman bozuluyor, ayrı bir asansör var aslında taşımak için ama bozulduğunda hepimizin kartı orasını çalıştırmıyor, bir parçasının eksik olduğu söyleniyor bize. Orada çok beklemeler oluyor maalesef." - Katılımcı 21

"Bunu yönetime bildirmemize rağmen sorunu çözmüş değiliz mesela yemek taşıyor adam, yemek taşıma asansörü ayrı olmasına rağmen, ya da personel kendisi kullanıyor."- Katılımcı 24

"...asansöre hastayı bindiremiyoruz bir 10-15 dk asansör beklemek zorunda kalıyoruz..." – Katılımcı 27

Entegre süreçlerin aksamasında personel eksikliği, personelin asansörleri gereksiz kullanımı, mesai kurullarına uyulmaması, yoğun iş yükü, bazı personelin sorumluluklarını yerine getirmesine neden olmaktadır. Katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde aktarılmıştır:

"Çok karşılaştığımız sorunlar mesela ameliyata hasta gönderirken bazen hastanın hasta hazır olmuyor geç kalıyor ameliyathane yoğun çalışıyor, hastayı hemen istiyor, asansör sıkıntımız oluyor." - Katılımcı 27

"Bunu yönetime bildirmemize rağmen sorunu çözmüş değiliz mesela yemek taşıyor adam, yemek taşıma asansörü ayrı olmasına rağmen, ya da personel kendisi kullanıyor." – Katılımcı 24

"...ameliyatlar arasında cerrahların ameliyatları terk etmesiyle alakalı, ameliyathanelerde ciddi aksaklıklar meydana geliyor ben bunu yönetimle de paylaşmıştım." - Katılımcı 25

"...hastayı ameliyathaneye teslim edebilmek için onam formunun imzalanması gerekiyor, o benim dışımda olan bir şey ama onam formunun tam olması gerekiyor çünkü herkes bir şeyleri tam istiyor ama bir tek biz isteyemiyoruz tam." – Katılımcı 27

"Bütün servislere de hizmet verdikleri için onlar için de yetersiz bu sayı orayı da yeterli yapabilirler tabi ki bir kişi fazla vererek ama şu herhalde maksat yani orada bir kişi ben onların gözünden de bakmak arada olduğumuz için onların gözünden de bakıyorum mesela, oraya bir kişi ayıracağımıza ihtiyaç olduğunda bir kişi görevlendirelim ki diye bakıyorlar işe. Yani mantıklı mı bilmiyorum." – Katılımcı 26

Personel kaynaklı sorunların yanı sıra hasta ve hasta yakınlarının istismarının da entegre süreçlerin aksamasında doğrudan veya dolaylı etkiye sahip olduğu katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde aktarılmıştır:

"İlk aklıma gelen, hastalar; Covid döneminden önce 1.500 hastamız varken Covid varken 250'ye düştü demek ki bunun 1.250'si zaten hasta değil." – Katılımcı 10

"Ziyaret, bu ziyaretler çok önemli bizim servis adına, sirkülasyon çok olduğu için çok kalabalık çok zorlaştırıyor işte sedye geliyor koridor dolu hasta çıkaracağız hasta odası dolu, mahremiyeti sağlamak o kadar zor ki; ilk önce hasta yakınlarını dışarı çıkarıyorsun da içeri sokmaya çalışıyorsun, giyinmeleri için, bana bunlardır herhalde... " – Katılımcı 23

"...bir bakıyorsunuz asansörden hasta iniyor, refakatçiler iniyor bunları üstlerimize iletiyoruz ne kadar çözülebilirse onları çözmeye çalışıyoruz." – Katılımcı 27

"En sık karşılaştığımız sorun, yani aslında hasta kaynaklı olabilir, hastaların yakın hasta yakınları ile ilgili kaynaklı olabiliyor." – Katılımcı 35

Entegre süreçlerin aksamasında önemli bir faktörde makine ve teçhizatların, sarf malzemelerin tedarikinde yaşanan gecikmelerden kaynaklandığı katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde aktarılmıştır:

"Arada işte bakanlıktan beklediğimiz henüz gelmeyen malzemelerimiz vesaire oluyor, bunları bu süreçler biraz hızlı ilerleyebilir. Yani mesela satın almalarını beklerken bazen arada birkaç haftalık boşluklar oluyor malzeme bulmakta vesaire yaşadığımız sıkıntılar oluyor bunlar konusunda diyebilirim. Personel sayımızı arttırabiliriz." – Katılımcı 7

"Ya şimdi bunların kaynağı muhtemelen şey, şey sürecinin iyi ilerlememesi çünkü hani kısa süreli alımlar yapabiliyoruz eskisi gibi değil tabi devlette bunun çok hani fazla malzeme biriktiği için ve çok yazık olduğu için kısa süreli alımlar yaptırılmasına izin veriyor tabi kısa süreli alımlar yapıldığı zaman da biz muayeneyi çok iyi yapamıyoruz bazen elimizde hiç malzeme kalmıyor gelinceye kadar bazen malzemeyi çekiyoruz. O da muayenenin iyi olmadığı için malzemenin kötü olmasına sebep oluyor böyle durumda tabi ki kabullenmiyoruz tutanağımızı tutuyoruz ve de eczaneye veriyoruz onlar da firmayla görüşüp öyle." -Katılımcı 26

C. İş takibi

Yöneticiler birimlerinde işlerin takibini günlük gerçekleştirilen rutin olmuş toplantılarla yaptığı katılımcıların aşağıdaki ifadelerinden;

"Bölüm toplantılarımız bizim yine rutinimizdir yani bölüm sorumlularıyla toplantılar artı, bölümlerin kendi içlerinde mutlak suretle ayrı toplantıları olur ve ben onlara her ay dönüşerek tüm birimlere katılmaya çalışıyorum kendi bölüm toplantılarına. Birimlerde bu toplantılar tabi ki hem ekip içi iletişim, sorunların daha büyümeden giderilmesi, ekibin önerileri görüşleri bir de kendilerini ifade edebildikleri için ulaşabildikleri için biraz daha anksiyete düşmesine neden oluyor." – Katılımcı 2

"Şöyle, biz çok sık toplantı yapıyoruz gün sonu toplantılarımız oluyor, gün içinde yaptığımız faaliyetleri zaten gün içince kendi çalışma alanımızla ilgili ya

da diğer müdürlüklerle alakalı sık sık toplanıyoruz ama günün sonunda başhekimimiz toplantı yapıyor mutlaka. Orada gündemi değerlendiriyoruz hem kendi birimler neler yapmış aynı beni teknik birimlere yaptığım gibi başhekimimiz de kendi müdürlüğümüz altındaki birimlerin neler yaptığıyla ilgili soruları bizlere soruyor." – Katılımcı 39

HBYS üzerinden işlerinin büyük bir kısmının yürütüldüğü teknik personelin iş takibini sistem üzerinden takip ettiği Katılımcı 1'in *"Arıza olduğunda doğru müdahale şekli ve her şeyin yazılı, izlenebilir olma mantığı. Diyelim ki sözlü arıza var tamam ama sistemde arıza atın o bana yazılı düşsün. Ben ona bugün içerisinde ki işçilik olarak bakarsak olaya da izah edilebilir olurum nereye ne yaptığımla ilgili, malzeme kullanacağım zaman da dayanağım olacak. Ben niye kullandım bu malzemeyi. Bu bana talep edildi, tespitini yaptım bu malzemeyi de oraya kullandım, yani yazılı olan hiçbir şey sonlanmaz istediğiniz kadar geriye gidin oradan hepsine bakarak izah edebilirsin."* ifadelerinde aktarılmıştır.

İş takibinin telefon ve telefona kurulu programlar üzerinden (WhatsApp vb.) yapıldığı Katılımcı 32"nin *"Bize telefonla ulaşılıyor herhangi bir atıklarla ilgili bir değişiklik yaptığımız zaman da ben servislerin hepsine gidip bütün çalışanlarımıza ulaşmak adına bu bilgilendirme formunu hazırlıyorum bir de üstünde dahili numaramı yazıyorum o şekilde ulaşıyorlar bana genelde."* ve Katılımcı 19'un *"Mesela personele görev veriyorsunuz burası şöyle olacak şu düzene getirilecek, bana telefonla resmini çek gönder"* ifadelerinde aktarılmıştır.

İş takibinin gerekli olduğu durumlarda alan vizitleriyle yapıldığı ise katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde aktarılmıştır:

"...benim rutinimde alan vizitleri yani servis ve alan vizitleri mutlak surette hani en gidemediğim dönemlerde bile 2 servis, 3 servis ziyaret etmeyi ve iş takibini yapmaya özen gösteririm." – Katılımcı 2

"Sabah mutlaka bir alan gezmemiz gerekiyor bizim personelin giriş çıkış saatlerini kontrolü, hani herhangi bir problem var mı çünkü yardımcı personelin olmaması demek işin tamamen durması demek aslında." – Katılımcı 4

"Şöyle yani, bunu kesinlikle yapıyorum bunu arkadaşlarıma da ben zaten yapmaları yönünde ricada bulundum. Bugün hatta XXX Hanım'la biz beraber gezdik sahayı. Ben mesela geldiğimde hiç odaya girmeden, mutlaka bir sahayı geziyorum çevreden, dış çevreden tutun, katları, poliklinikleri, servisleri, laboratuvarları, her yeri kendi alanımızla alakalı insanlarımızın olduğu her yeri mutlaka birebir ziyaret ediyoruz. Notlar alıyoruz, birebir gördüğümüz yanlışları varsa not alıyoruz işte orada problemlere anında müdahale ederek çözmeye çalışıyoruz…" – Katılımcı 39

Bunlara ek olarak iş takibi, koordinasyon ve sorunların çözümünde alan ziyaretlerinin çokça kullanılmasının ve en efektif olmasının nedeni olarak personelin kendini daha rahat ifade etmesi gösterilmiştir. Nitekim Katılımcı 2'nin *"…hani bu şekilde gelmek isteyen arkadaş istediği zaman ulaşabiliyor hani bu açıdan çok kısıtlamamız yok ama kendi çalıştıkları alanda kendilerini çok daha rahat ifade ediyorlar ve bazı sorunları daha net görmemi sağladığı için daha doğru tespit yapmamı sağladığı için ben alan vizitlerini önemsiyorum ve mutlak surette olması gerekir diye düşünüyorum. Hani bir sorunu yerinde görmek yerinde değerlendirmek çok daha önemli, arkadaşların da bu anlamda görüşlerini aldım. Bu açıdan en hani vazgeçemediğim rutinlerimden birisi alan vizitleri."* ifadeleri de bu şekildedir.

Yukarıda ifade edilen unsurların yanı sıra yoğun iş yükünün yönetim işlevlerini yerine getirmede özellikle de iş takibinde verimli olmayı zorlaştırdığı Katılımcı 2'nin *"Yani planlama açısından değil de iş yoğunluğu açısından gerçekten çok yere bölünmekten dolayı hani ben istediğim ölçüde ya da istediğim saatlerde onu yapamıyorum veya istediğim zamanı ayıramıyorum."* ifadelerinde aktarılmıştır.

6.2.12.6. Yönetsel sürdürülebilirlik kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Liderlik ve Strateji" konusunda "Yönetsel Sürdürülebilirlik" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Bilgiye erişim", "Devir-teslim", "Kişiye bağlı sistem", "Kurumsal hafıza" ve "Mesleki tecrübe" olmak üzere beş farklı kodlama yapılmıştır.

A. Bilgiye Erişim

Yönetimin ihtiyaç duyduğu bilgiye erişimde farklı araçlar kullanabilmektedir. Üst düzey yöneticilerin bilgiye erişimde sorumlularla irtibat kurulduğu Katılımcı 9'un *"bir kısmına ilgili birim sorumlularından ulaşabiliyorsunuz"* ifadelerinde, bilgi yönetim sistemlerinin kullanıldığı aynı katılımcının *"bir kısmına HBYS üzerinden ulaşabiliyorsunuz"* ifadelerinde aktarılmıştır. Ayrıca yukarıda ifade edilen şekliyle bilgiye ulaşılamaz ise alan vizitleriyle gerekli bilgilerin toplandığı yine aynı katılımcının *"bir kısmına da bunların ikisinden ulaşamayıp saha, alan ziyaretlerinde ulaşabiliyorsunuz"* ifadelerinde aktarılmıştır.

B. Devir-teslim

Hastane organizasyon yapısında alt, orta ve üst düzey yönetim kadrolarındaki devir teslim sürecindeki oryantasyonun önemi (birimi ve birim personeli tanıma vb. açısından) bazı katılımcıların tecrübelerini paylaştığı aşağıdaki ifadelerinde aktarılmıştır:

> *"Ben kendim zaten meslek büyüklerimiz burada benden önce XXX Hanım çalışıyordu o da kendisi zaten idare kısmında çalışıyor. Kendisi de o şekilde söyledi bende bir yaptığım işleri şey altına almak için tutanak altına kâğıt altına yazılı şeyler altına almak için o şekilde çalışıyorum yani."* – Katılımcı 32

> *"Onları hala geliştirmeye çalışıyorum yani şöyle şimdi arızalar, eee, yahut yapılacak olan istemler ya da işte işte yaptığımız nöbet listeleri ve tuttuğumuz tutanaklar, bunların hepsi bilgisayar üzerinden olduğu için ben de daha önce hiç böyle bir görevde bulunmadığım için tabii bunlarla ilgili, hani bazı eksikliklerim oldu. İdari işlerle ilgili hiç bir bilgim ve tecrübem yoktu, onlarla ilgili biraz sıkıntı çektim."* - Katılımcı 37

> *"Eğer onların yapamayacağı bir şeyse reddedildi yazıyor mesela ilk görevi aldığımda teslim aldığımda el aletleriyle ilgili sürekli, şeye, biyomedikale arıza kaydı attım. Tabii ki başka bir bölüme atmam gerekiyormuş veya yanlış yere attığım için, adam da sürekli reddedildi, reddedildi yazmış çünkü kapatması gerekiyor bir şekilde verdiğim kaydı."* – Katılımcı 38

Oryantasyonun önemi sadece birim yönetimindeki devir teslim süreçlerinde değil idare kısmına ataması yapılan personelin de etkin bir oryantasyon sürecine ihtiyaç duyduğu Katılımcı 36'nın mesleki hayatındaki tecrübesini aktardığı *"...hocalarımızın hepsi bu işin duayeni ama saha öyle değil ki sahaya gittiğin zaman bir ihale alamıyorsun yani ben ilk görev yerine gittiğimde kimse yok ben isterdim keşke benim gibi tecrübeli bir hastane müdürünün yanında sağlık idarecisinin yanında hatta öyle diyelim. Onunla beraber hemhal olmayı mesleği ondan öğrenmeyi yanında oturmayı falan isterdim ama maalesef öyle bir imkanım olmadı gittim böyle yapayalnız kaldım ihalesiyle de şeyiyle de şey geliyor yılın sonunda ihale geliyor ihaleyi biliyorsunuz teorik olarak ama teknik pratiği bilmediğin için ne oluyor işte bocalamaya başlıyorsun işte oradan mal müdürüne gidiyorsun falan eziyet çekiyorsun."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Değişim sürecinin bazı birimlerde iki tarafın da dahil olduğu efektif bir şekilde yapılamadığı ve bu konunun önemi Katılımcı 2'nin *"Şimdi yetki devri yaptılar mı birebir yani böyle bir teslim yaptılar mı çok etkin efektif yapılmadı böyle bir şey görmedim veya da ben işin açıkçası, yapılmalı mı kesinlikle yapılmalı"* ve Katılımcı 28 *"Evet XXX Hanım vardı evet şimdi devir teslimde aslında şeyi XXX Hanım'ın gidişi ve bizim görev alma sürecimiz birazcık hızlı oldu o süreçte tam bir devir teslim olamadı aslında. Hani biz XXX Hanım'ın tecrübesinden daha çok faydalanarak çünkü XXX Hanım'ın tam teslim alacağımız zaman da bizim görevlendirmemiz yapılmıştı. O süreçte de Meryem Hanım geçici göreve çekilince 1 gün kadar 2 gün kadar diyelim maksimum yani öyle bir süreç oldu ama onun da tabi kendi işlerini toparlamıştı vesaire kısa süreçli bir devir teslim söz konusu oldu."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Devir teslim sürecinde kurumsal hafızanın önemi Katılımcı 2'nin *"Yapılmalı mı kesinlikle yapılmalı çünkü şu ana kadar ki gelen süreçle ben de tamam devretmedim belki bir daha ki döneme nasip olur devretmek ama ben devretmek üzere tüm evraklarımı hani bir gün gittiğimde benden önce ki çalışmalar neler yapılmış ne olmuş ne bitmiş yani hem klasörlerim hem burada da bilgisayarda da şeylerimi ona göre hazırlıyorum hemen yarın devredecekmiş gibi böyle de olması gerekir çünkü yapılan hem tüm uygulamalar kurum hafızası dediğimiz bir hafıza oluşuyor ve bu kurum hafızasının güncelliğinin korunmasını sağlamak ileride*

atacağımız adımlar açısından çok çok önemli." ve Katılımcı 9'un "*Şöyle, buraya şu an daha önceden idari görev yaptığım için kurumu biraz tanıyor olabilirim ama bir önceki geldiğimde de yeni gelmiştim. Hiçbir şeyi tanımıyordum hastane içerisinde gerek idari ekipten, gerek işte sağlık çalışanlarından hekimlerden tanıdığımız kimse yoktu."* ifadelerinde ayrıca vurgulanmıştır.

C. Kişiye bağlı sistem

Birim yöneticilerinin birim yönetimi ve diğer birimlerle olan etkileşimlerinin tamamen bireysel ilişkileri ile yürütmesi, gerekli standardizasyon ve arşivleme gibi süreçlerin eksik işletilmesi birimlerde hafızanın oluşmamasına neden olabilmektedir. Nitekim bu konunun önemi ve tecrübeler katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde aktarılmıştır:

> *"Ama yazılı bir şekilde doğru işlettiğiniz şekliyle kişilere bağlı kalmıyorsunuz. Kişiyle işiniz yok ki, evrakına bakarsınız orda."* – Katılımcı 1

> *"Tabi ki, hafıza oluşmuyor bir de üstün körü yapmaktan ziyade bu işi daha evvelden bu problemi bilimsel olarak mutlaka daha evvelden bu tarz sorunlarla şeylerle karşılaşılmıştır, hani bunlara yönelik çözümler de üretilmiştir bunlara bakarak faydalanmak lazım diyerekten düşünmekteyim işin açıkçası an itibariyle böyle yani çok ciddi bir sorun yok bir de hani mesela mutlaka zaman ve çağ gelişiyor ama benim gördüğüm diğer bir problem devamlı oluşan yeni isteklere yönelik farklı çözümler üretilmeye çalışıyor bu da esasında, bir şekilde karmaşa oluşturuyor farzımahal yeni bir oda gerektiği zaman oraya yönelik bir yıkım tekrardan inşaat çalışması başlatılıyor."* – Katılımcı 8

> *"Aynen yürümüyor. Yani bu satın alma birimi olsun, yönetici birim olsun, hepsi birbiriyle koordineli çalışabilmeli, birbirlerine, yani işten anlamıyorsan o işi anlayan kişiyi bırakmak zorundasın. Ya, ben işte müdürüm, ben başlattım, benim dediğim olacak, dersen olmuyor yani."* – Katılımcı 13

> *"Yani her şey kontrol altında olur. UPSnin aküsü şu tarihte değişti. Jeneratörün filtresi şu saatte değişti. Şu kadar mazot alındı, aslında onların hiçbirinin kaydını tutmuyoruz şuan. Servis sorumlularıyla devam ediyoruz. Ben onları biliyorum ama ben gittikten sonra takibini yapan kişi olmayacak. Yeniden bir düzen kurulacak, yeniden bir takip olacak."* – Katılımcı 13

"Yani tamamen bunlar ikili ilişkilere bağlı, her aldığınız kişiyle bağlantınız varsa, arkadaşlığınız, dostluğunuz, muhabbetiniz varsa bu tarz kurumsal şeyler bilgiler alınılabiliyor, edinilebiliyor ama yoksa kendiniz kendi çabanızla ne kadar uğraşıp ne kadar emek sarf ederse…" – Katılımcı 39

D. Kurumsal hafıza

Yöneticiler kurumsal hafızanın oluşmaması neticesinde araştırma yapılan hastanede ve önceki tecrübelerinde yaşadıkları sorunları ve tecrübeleri kapsamında hafızanın oluşması gerekliliğini ifade etmiştir. Katılımcılar gerekli bilgilere ulaşamasa da geçmiş tecrübelerinden edildikleri bilgilerle süreci yönettiklerini aktarmıştır. Nitekim Katılımcı 17'nin *"Size bunlar aktarıldı mı bu şekilde devralırken?* [*Katılımcı kaşlarını kaldırarak aktarılmadığını ifade ediyor-* (Araştırmacı Günlüğü)] *Neden aktarılmadı?"* , Katılımcı 20'nin "*Ya benim geldiğim süreçte arkadaş çok çabuk bırakıp gitti hani ben ondan bir devir alamadım açıkçası ama ben önceki çalıştığım yerde kaliteyle de ilgilendiğim için birçok şeyi biliyordum."*, Katılımcı 23'ün *"çok düzgün teslim almadım tabii ki sadece zimmet üzerime pat diye geçirildi vs. o süreci çok rahat takip edemedim burada tabi biraz da tecrübeyle herhalde ben de tecrübe kazandıkça neyin nasıl işleyeceğini daha iyi biliyorum"* ve Katılımcı 37'nin *"O konuyla ilgili yani şimdi, performans işini hiç girmiyorum ama zimmetlerle ilgili; evet ben, yani, devralırken yani inanılmaz kaos, kaos yaşadım"* ifadeleri bu açıklamaları desteklemektedir.

Birimlerdeki bazı yöneticilerin kurumsal hafıza oluşmasını destekler nitelikte kendi çabaları ile sistem oluşturduğu Katılımcı 39'un *"…dostluğunuz, muhabbetiniz varsa bu tarz kurumsal şeyler bilgiler alınılabiliyor, edinilebiliyor ama yoksa kendiniz kendi çabanızla ne kadar uğraşıp ne kadar emek sarf ederse…"* ve "*Arşiv oluşturuyorum bununla ilgili, yani bilgisayara aktarıyorum tüm mesela her personelime görev verdim. Yaptığı çalıştığı alanla ilgili işte nasıldı ne hale geldi mesela bir örnek veriyorum şu şekilde resimler atıyorlar bana bunları ben arşivletiyorum şimdi yapılan çalışmalar vesaire."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Kurumsal hafızanın oluşturulması için hastanenin yapısal unsurlarının tamamına yakınına müdahalesi olan teknik hizmetleri biriminin müdürlük yapılması veyahut teknik birimlerin sistem üzerinden ayrı modülünün oluşturulması gerekliliği

Katılımcı 13 "*Ya işte diyorum bakın bir müdürlük kurulursa buraya, altında 2-3 kişi kadrolu eleman olursa, daha iyi ben gitsem de benim altımdaki adam veya benim üstümdeki adam burada işleyiş sadece bende kalmaz yani, ben gittiğimde de her şey bende gitmez, burada. Süreklilik arz eden bir birim olur, her şey kontrol altında olur. Şimdi bu işle kimse ilgilenmiyor benden başka, UPSnin aküsünün ne zaman değiştiğini, jeneratörün filtresinin ne zaman değiştiğini ben biliyorum, ben gittiğimde her şey benimle beraber gidecek. Burası bir birim olursa, 4-5 kişi mesela, bir tane sekreter olsun bir tane kayıt defteri, bilmem ne olsa her şey kayıt altında olsa, kişilere bağımlı kalınmaz."* ve *"Hani bir sekreter olsa, bizim de bir modülümüz olsa, teknik hizmetlere ait yapılan her şey oraya işlense jeneratörün bir modülü, asansörlerin bir modülü bak, her şeyi bilgisayar ortamında yapılsın. Dediğim gibi kişilere bağlı kalmış olmaz burası. Ben 10 yıl önce asansörün ne kartı değişmiş görebilirim yani. Veya benden sonraki kişi, bu asıl sorun neyi değişmiş, jeneratörün neyi değişmiş…"* ifadelerinde aktarılmıştır.

Kurumsal hafızanın oluşmaması sebebiyle geçmişte yapılan hataların tekrar edilmesinin kamuyu zaman ve maliyet açısından olumsuz etkilediği Katılımcı 39'un *"Tabi yani birçok şey çünkü nihayetinde hepimizin cebinden çıkan vergilerle yapılıyor, boşa ziyan olmasın istiyorum ben. Geldiğim de ilk yaptığım şeylerden biri de ilk o oldu mesela tasarruf, ya kaç kere faturamız geliyor bir baktım çok yüksek"* ifadelerinde aktarılmıştır.

Kurumsal hafızanın yeterli olmadığı düzeyde yöneticilere en büyük avantajı kurumdaki tecrübeli personelin desteği sağlamaktadır. Nitekim bu durum Katılımcı 22'nin *"Evet vakıftı. Birebir de her şeyi anlattım tabi idari kısım farklı bir şey. O hani hemşire normal nöbetlerdeydi, hastayla temastaydı. O yüzden o konuda zaten bilinçliydi ben idari açıdan da devrimi yaptım."*, Katılımcı 28'in *"Evet, tabi ki illa ki onun deneyimi zaten şey tecrübesi artık idarecilikte hem hemşirelikte olsun, hem idarecilikte olsun her zaman hani yardımını desteğini arkamızda hissedebildiğimiz birisi hem bir abla olarak hem bir idareci olarak hissedebildiğimiz birisi."* ve Katılımcı 39'un *"Evet inşaat işleriyle uğraşan buranın ta temelinden itibaren burada bulunmuş artık binaya da çok iyi hakim olmuş, çok iyi tanıyor, her şeyi de çok iyi biliyor. O bana adım adım anlattı nereden geçiyor, nasıl yapılmış işte nerede sıkıntı var işte şurada bir arıza oluştu, şu şekilde yapılmıştı gibi süreklilik arz eden*

bir şey aslına bakarsanız. Yani buna benzer şeyleri bir sonraki gelen yönetime ya da sizden bir sonraki gelen atıyorum bir teknisyene aktarılması kurumsal açıdan çok faydalı olabilir tabi ki." ifadelerinde aktarılmıştır.

Kalite biriminin talepleri doğrultusunda ve hizmet sürekliliği bilinciyle ve kendi çabalarıyla çeşitli dosyalama sistemleri ile kayıtların tutulduğu ve bu şekilde kurumsal hafızanın oluşturulduğu katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde aktarılmıştır:

> *"…ben devretmek üzere tüm evraklarımı hani bir gün gittiğimde benden önce ki çalışmalar neler yapılmış ne olmuş ne bitmiş yani hem klasörlerim hem burada da bilgisayarda da şeylerimi ona göre hazırlıyorum hemen yarın devredecekmiş gibi böyle de olması gerekir çünkü yapılan hem tüm uygulamalar kurum hafızası dediğimiz bir hafıza oluşuyor ve bu kurum hafızasının güncelliğinin korunmasını sağlamak ileride atacağımız adımlar açısından çok çok önemli."* – Katılımcı 2

> *"Ya şimdi bazen gerekebiliyor ben kendi adıma yaptığım her şeyi kayıt altına almaya çalışıyorum kalitenin aslında böyle bir isteği yok yani bunları toplayıp herhangi bir yere gönderildiğini de görmedim ben. Ben kendim zaten meslek büyüklerimiz burada benden önce XXX Hanım çalışıyordu o da kendisi zaten idare kısmında çalışıyor. Kendisi de o şekilde söyledi bende bir yaptığım işleri şey altına almak için tutanak altına kâğıt altına yazılı şeyler altına almak için o şekilde çalışıyorum yani."* – Katılımcı 32

> *"Arşiv oluşturuyorum bununla ilgili, yani bilgisayara aktarıyorum tüm mesela her personelime görev verdim. Yaptığı çalıştığı alanla ilgili işte nasıldı ne hale geldi mesela bir örnek veriyorum şu şekilde resimler atıyorlar bana bunları ben arşivletiyorum şimdi yapılan çalışmalar vesaire."* – Katılımcı 39

Yönetsel sürdürülebilirliğin sağlanması adına sadece dosyalama veya kalite süreçlerinin işletilmesi değil aynı zamanda birim ekibini de karar alma ve uygulama süreçlerine katıldığı katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde aktarılmıştır:

> *"Yok hani biz o anlamda kurumsallığa önem veriyoruz. Hani, XXX sadece yürütmüyor işi. Yani hani sorumlu olarak ben oradayım. Gidince aynı sorumluluk aynı şekilde devam edecektir. Bizim şöyle bir güzel avantajımız var iki gündüzde arkadaşımız var mesela. Ben yokken o da bütün durumları, bütün*

olayları biliyor, ben yokken o devreye giriyor ve aynı şekilde devam ediyor. Ben varken o normal hemşire olarak çalışıyor, o raporlu çünkü nöbete geçmiyor o yüzden öyle ama, ben de değil herhangi bir durumda onlar mutlaka bildirimde bulunuyorum." – Katılımcı 5

"Şöyle arkadaşlarla sürekli paylaşıyorum eee, bunu XXX abilere de çok paylaşıyorum yapılan her şey işte abi sen burada kalıcısın bil diye. Artık buraya getirmezler herhalde de. En azından arkadaşlar bilsin diye onlarla bunları sürekli paylaşıyorum, her şeyi hafızasında tutar tutamaz ama, en azından bilmesi açısından elektrikçi arkadaşlarla paylaşıyorum. Onları da çoğu zaman çağırıyorum arızanın gelin sizde görün başında bekleyin ben geliyorum ama onları da çağırıyorum gerekirse gece mece." – Katılımcı 13

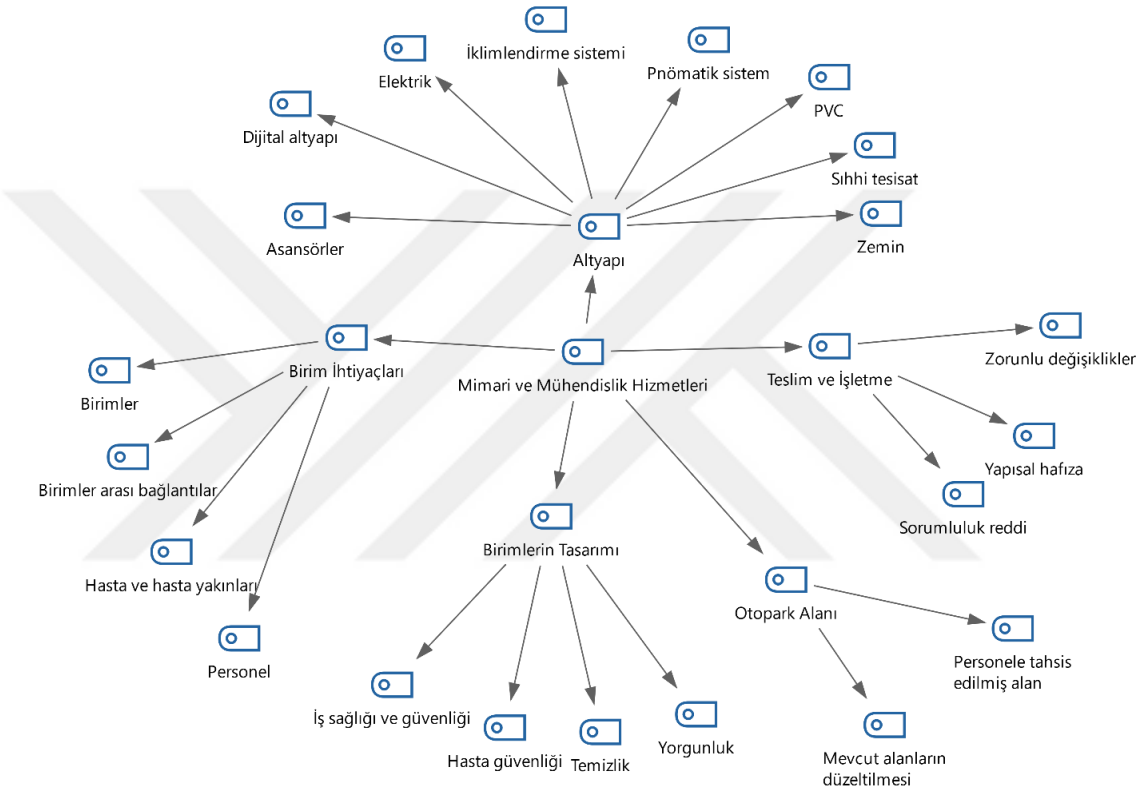
"XXX Bey mesela uzun süre kalacak burada bildiğim kadarıyla, yani ona yönelik yani ben gideceğim diye de şey yapmıyorum aslında daha zamanım var burada yani XXX Bey'i de şey yapıyoruz, yetiştiriyoruz aslında bu konuda yavaş yavaş. Benim şansım dediğiniz gibi." – Katılımcı 32

E. Mesleki tecrübe

Personelin geçmişten gelen mesleki tecrübesinin yönetsel sürdürülebilirliğinin sağlanması adına veyahut yeni idarecilere bu tecrübelerin aktarılması gerekliliği Katılımcı 36'nın *"Bilemiyorum ki bu artık kronik bir duruma geldi doğru söylüyorsunuz yani bu geçmişten ders alma sıkıntımız var ve bunu gelecekteki yatırımlarımıza sıkıntı olarak devam etmemesi açısından sıkıntılarımızın bu tür hatalara düşmemek adına geçmişten aldığımız dersleri uygulayacak şeyimiz yok maalesef yani böyle el yordamıyla gidiyoruz."* ifadelerinde aktarılmıştır.

6.2.13. Mimari ve mühendislik hizmetleri temasına ilişkin bulgular

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda "Mimari ve Mühendislik Hizmetleri" temasına ilişkilendirilmiş kategoriler "Altyapı", "Birim İhtiyaçları", "Otopark Alanı", "Pandemi Dönemi", "Servislerin Tasarımı" ve "Teslim ve İşletme" bağlamındadır.



Şekil 6.2.13.1: Mimari ve Mühendislik Hizmetleri Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar

6.2.13.1. Altyapı kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Mimari ve Mühendislik Hizmetleri" konusunda "Altyapı Kategorisi" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Asansörler", "Dijital altyapı", "Elektrik", "İklimlendirme sistemi", "Pnömatik sistem", "PVC", "Sıhhi tesisat" ve "Zemin" kapsamında altı farklı kodlama yapılmıştır.

A. Asansörler

Katılımcılar asansörlerin nicelik, konum ve yönlendirmeler açısından yetersiz kaldığı ve bu sebeplerle hasta transferini de zorlaştırdığı Katılımcı 28'in *"...biraz asansörler biraz fazla olabilirmiş girişte hani buradan evet yataklı birimlere girişler var evet ama asansör yani hastaların transferi açısından olabilirmiş vesaire hani onunla ilgili bir sıkıntı gözlemliyorum"* ve *"...ben hani ulaşım açısından bir de hastane çok büyük olduğu için evet hani biz yönlendirmeler yapıyoruz ama insanlar biraz bulmada sıkıntı çekiyorlar."* ifadelerinde aktarılmıştır.

B. Dijital altyapı

Katılımcılar hasta odaklı hizmetlerin sunumunda kullanılan teknolojilerin etkin bir şekilde kullanılabilmesi için yeterli teknolojik altyapı imkanlarının da oluşturulması gerekliliği Katılımcı 34'ün *"...ileriki aşamalarda hastalar artık dijital ortamdan çağırdığımız için yine onunla ilgili gerekli ekipman altyapı gerekebiliyor. Bunlar gerekli oldukça biz yerine koymaya çalışıyoruz. Çünkü bunların bir standardı olmuyor."* ifadelerinde aktarılmıştır.

C. Elektrik

Hastanenin yapısal unsurları üzerinde yapılan değişikliklerin altyapısal düzenlemelerin dikkate alınmaması durumunda farklı durumları ortaya çıkarmaktadır. Bu tür sorunlar en fazla altyapısının değiştirilmesi elektrik sisteminin kullanımını etkilemektedir. Bu durum Katılımcı 22'nin *"İş olarak AMATEM tabi ki yan komşu sonuçta ortak bahçeyi kullanıyoruz, elektrikler bağlantısı bir şalterler attığı zaman falan hep birlikte onlar bize biz onlara muhtaç gibi öyle yani AMATEMLE çok iç içe olan bir servis."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Bunun yanı sıra hastanenin farklı bölümlerindeki düzeltmelerin yapılması da yine yukarıda ifade edilen sorunların yaşanmasına kaynak oluşturabilir. Bu tür sorunların önüne geçebilmek adına katılımcılara yöneltilen *"şema veya dijital şema oluşturmak mümkün müdür?"* şeklindeki soruya Katılımcı 13'ün *"Şema oluşturma ihtimaliniz yok. Kurulmuş bir sisteme burada şema çizemezsin. Şemaya göre, projeye göre elektrik tesisatını döşersin ama döşenmiş tesisatın projesini çizemezsin sonradan. Duvarın arasından bin tane kablo geçiyor o kabloları nasıl takip*

edeceksin, nereye gittiğini. Hangi kablo nereye gidiyor mümkün değil bulamazsın onu." şeklindeki cevabı durumun önemini ortaya koymaktadır.

D. İklimlendirme sistemi

Katılımcılar hastanenin mimari ve mühendislik hizmetleri kapsamında diğer altyapı unsurlarına nazaran en fazla iklimlendirme sistemlerinin etkin çalışmadığını veya her alan için etkin olmadığını aktarmıştır. Konu ile ilgili katılımcılar ısıtma ve soğutma konusunda yaşanan problemleri aşağıdaki ifadelerle aktarmıştır;

> *"...ısı dengesi sıkıntısı yaşıyoruz zaman zaman çünkü yoğun bakımlar merkezi bir sistemle yönetiliyor yarısının kenarında cam var o hesaba katılmamış mühendislik olarak o taraf hesaba katılmamış bir taraf ısınırken bir taraf soğuyor."* – Katılımcı 26

> *"...bazen sıcak olabiliyor bazen soğuk olabiliyor yani cihazlarla da bunlar doğrudan onlarda çalışma süresince ısınma durumu oluyor soğuma durumu gerekiyor o durumlarda genelde bizde dikkatli çalışıyoruz."* – Katılımcı 34

> *"Onun dışında biraz ısıtma ve iklimlendirme ile ilgili bu şey yapısal problemlerimiz varmış, çözülemeyen; genel anlamda hastanenin genelinde de varmış."* - Katılımcı 5

> *"KVC yoğun bakım tarafının komple bir ısınma sorunu var orda, elektrik sobası ile besleniyorduk işte. Arkadaşların söylediği müteahhit burayı yarım bırakmış hat çekmemiş, çalışmıyor."* – Katılımcı 13

> *"Fiziksel durum bizim servis çok soğuk oluyor aşırı soğuk oluyor. Klimaları çalışmıyor donuyoruz, yazın sıcaktan şey yapıyoruz öyle yani."* – Katılımcı 38

> *"Isıtma ile ilgili sorun yaşıyoruz aslında, yaz döneminde, yani iki yıldır yaz döneminde mesela bir hep bir sıkıntı oldu."* – Katılımcı 35

Özellikle ameliyathanelerde merkezi sistem kontrolünün hasta bakımını zorlaştırdığı Katılımcı 26'nın *"ısı problemi çözülebilirdi daha merkezi olabilirdi herkes kendi ısısını kendi ayarlayabilirdi çünkü yoğun bakımların tarzları birbirinden çok farklı, birisi daha az ısıya ihtiyaç duyuyor biri daha fazla ihtiyaç duyuyor. Bizim hastalarımızın her yerinde korseler olduğu için vücutları hava*

almıyor çok daha terliyorlar, hastayla hemşirenin durduğu yer bile bence ayrılabilirdi ki ısıyı ayarlayabilsin onun dışında da aklıma bir şey gelmiyor." şeklindeki ifadelerinde, hastanenin mimari tasarımı gereği U şeklinde planlanmış ameliyathane salonlarının güneş görme seviyesine göre sıcaklık ayarlamalarının farklı olduğu ve merkezi sistem kontrolünün bu tasarıma uygun olmadığı Katılımcı 37'nin *"...yani havalandırma da şöyle; mesela giriş kısmı işte atıyorum üçüncü, dördüncü salonla başlıyoruz, sonunda da on dördüncü salon var numara olarak 14. salon çok soğukken 3. salon çok sıcak olabiliyor, ben sürekli 3. salonu soğutun, 14. salonu diye sürekli teknik servisle görüşme durumundayım."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Ayrıca merkezi kontrolün devrede olmadığı kısımların varlığı ise bu sistemin daha rasyonel kullanılabileceği yine Katılımcı 18'in *"O ne olabilir, en basit yöntem ile odalardaki on-off düğmeleri yani yada kendimiz ayarlayabileceğimiz zaman olsun yani otomatik bir yerden merkeze bir sistem olmasın. Kimi bölümlerde merkezli sistem, kimileri de kendi doktor polikliniğinden ayarlayabiliyor o pek aktif değil her poliklinikte."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Bunun yanı sıra iş sağlığı ve güvenliği açısından iklimlendirme sisteminin gerekli teçhizatının çalıştığı yerde iş gören personelin gürültü kirliliği nedeniyle sağlığını tehdit ettiği Katılımcı 14'ün *"Şöyle, tekstil katlama alanını atladık o arka tarafta, tekstil katlama alanımız için bir düzenleme daha önce temiz alanın içindeymiş ancak buranın havası yeterli olmadığı için camlı bölüme geçirmişler arka tarafta. Orada gürültü kirliğine maruz kalıyor arkadaşlarım çünkü kompresörler var orada, Kompresör de 10 dakika da bir yaklaşık 1 dakika 40 saniye kadar ses çıkartıyor, çünkü hava basıyor."* ifadelerinde aktarılmıştır.

E. Pnömatik sistem

Hastanenin aktif olarak kullanıldığı pnömatik sisteminin etkin çalıştırılamadığı pandemi döneminden önce stajyer öğrenciler ile bu tür sorunlara kısmen çözüm üretildiği *"Var, mesela pnömatik sisteminin çok sık arızalanması yine bir iş gücü kaybı, personelin oraya gidip alınan her kan için tek tek götürmesi işte bir dönem öğrencilerimiz vardı pandemiden dolayı öğrencilerimiz yok, bu tür işlerde öğrenci kullanabiliyorduk o da sıkıntı. Öğrencilerin olmaması."* ifadelerinde aktarılmıştır.

F. PVC

Katılımcılar hastanede kullanılan PVC sistemlerinin kalitesinin yeterli olmadığı Katılımcı 23'ün *"Şimdi, en problemli canlarımız, asla bu sene değişti benim canlarım çok problemliydi, hocamızda bilir hastane için tek sıkıntı camlardı çoğu zaman. Bu sene değiştiler ama tabii ki onlarda gelişigüzel yapıldı, şimdi bir hastam çok şikayetçiydi silikonla kapattık etrafını…"* ve Katılımcı 29'un *"…pencere olayı çok sıkıntılı, yeni pencereler değişti geçen yıl yine böyle alüminyum ya onlar çabuk bozuluyor, hastalar bize şikayet ediyor"* ifadelerinde aktarılmışken, bu konunun aylık maliyetleri ayrıca arttırdığı Katılımcı 13'ün *" PVCler hatalı yapmış, o dönem. ... şöyle: biz aylık 15 16 milyar, bin lira diyelim, sadece camcıya ödüyoruz."* ifadelerinde aktarılmıştır.

G. Sıhhi Tesisat

Katılımcılar hastanenin kurulu sıhhi sisteminin farklı ihtiyaçları karşılama noktasında yetersiz kaldığı aktarılmıştır. Nitekim; mevcut altyapının hastanenin tüm alanlarında temizliğin sağlanmasına yardım etmediği Katılımcı 19'un *"Alanların temizliği konusunda belli alanlarda çeşme olmayışı hatta biz bazı dönemlerde bunu yayınlamayın yangın hortumlarıyla temizlik yapıyoruz alanda, başka türlü yapamıyoruz."* ve bunun yanı sıra mimari tasarımın da temizliğe yeterince imkan vermediği yine aynı katılımcının *"Geçen hafta sonu ön cepheler yıkandı tamamen poliklinik girişleri ön bahçeye varana kadar, yangın hortumlarını uzatma yangın hortumunu taktırdık teknik servise ve bunlarla yaptık temizliği senede en az 2 kere yapıyoruz bunu"* şeklindeki ifadelerinde aktarılmıştır.

Bunun yanı sıra kadın doğum servisinde sıcak su temininde yaşanan sıkıntılar ve bunun hizmet sunumundaki önemi ise Katılımcı 16'nın *"odaların içi bebek açısından anne açısından bir 25 derecenin üstü olması lazım, sıcak su sürekli akıyor olması lazım, sıcak suyun doğumda ki etkisi kesin yani"* şeklindeki açıklamasında belirtilmiştir.

Sterilizasyon ünitesinde ise yapılan sıhhi tesisatta yapılan mimari ve mühendislik hatasının nasıl düzeltildiği Katılımcı 21'in *"bizim tek sıkıntımız, ilk kurulduğunda ki o planlamadan burada ki mühendisin hatasıydı herhalde bilemeyeceğim şimdi o zamanı, sadece eksik olarak su sistemi odası koymamışlardı,*

büyük ihtimalle projeyi çizen mühendis arkadaş mı bilmiyordu ya da yönetmeliği mi okumadı bilmiyorum, o dönemde bir sıkıntı yaşamıştık, odalardan birini iptal ettik, hekim odası iptal edildi, su sistemi koyduk, oradan bir odayı da hekim odası olarak dizayn ettik yani." şeklindeki ifadesinde açıkça anlatılmıştır.

H. Zemin

Katılımcılar neredeyse hastanenin tümünü kapsayan, zeminlerdeki yapı ve kullanılan malzemeye yönelik sorunları aktarmıştır. Bu kapsamsa Katılımcı 26 "*Tabi ki oluyor mesela zeminler kalkıyor muhtemelen zamanında yapılan bir yapı hatası sebebiyle düz olmadıkları için onlar zamanla yerleri kaldırıyor"* şeklindeki ifadesiyle zeminlerin yapısal hatasına vurgu yapmış ve Katılımcı 29 ise kullanılan malzemeden kaynaklı hataları "*Zeminler konusunda bir kere sıkıntılıyız, mineflo kaplı o mineflolar artık kalktı, hepsinden kösteklenip, kösteklenip düşüyoruz, süpürgelikler kalktı, günün birinde bir hasta refakatçımız bize onları çiviledi düşmeyelim diye"* ifadeleriyle aktarmıştır. Ancak söz konusu hataların düzeltilmesi amacıyla çalışmaların devam ettiği Katılımcı 28'in *"Evet zeminle ilgili çalışmalarımız var devam ediyor, şimdi zeminle ilgili sorunumuz yoğun bakımlarda ve birazcık ameliyathane kısmında şimdi oranın yapılabilmesi için de hastaların olmaması gibi bir şey söz konusu olamıyor o yüzden parça parça halledilebiliyor işte."* ve Katılımcı 13"ün *"Mevcut alttaki zemin malzemesi hatalı bir üretim malzemesi kullanmış, yani hatalı yapılmış derken malzemeden kaynaklanan bir hatadan dolayı hastanenin zeminleri şu an rezil durumda, yavaş yavaş yeniliyoruz. Acilden başladık, şimdi bu yoğun bakımı teker teker taşıyıp diğer yoğun bakımları tadilata alacağız."* ifadelerinde aktarılmıştır.

6.2.13.2. Birim ihtiyaçları kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Mimari ve Mühendislik Hizmetleri" konusunda "Birim İhtiyaçları" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Birimler", "Birimler arası bağlantılar", "Personel" ve "Hasta ve hasta yakınları" kapsamında altı farklı kodlama yapılmıştır.

A. Birimler

Katılımcılar birimlerin bina içerisindeki konumuyla ilgili uygunluğuna yönelik olumlu ve olumsuz değerlendirmeler yapmıştır. Nitekim, Katılımcı 11'in *"Bu noktada hani polise ve jandarmaya çok iş düşüyor o noktada da biz de dedik hani bu iş ne kadar hızlı olsa, yani burada 2 saniyede bile hayat kurtarılabilir. Biz de tam ortaya aldık yani acil servisin tam ortasındadır herkesin ulaşabileceği bir noktada."* ifadesinde acil servis içine konumlandırılmış kolluk kuvvetlerinin sağladığı avantajlar aktarılmıştır.

Hastanenin yer seçimi ve eksi rakımının da etkisiyle laboratuvarların bodrum katlara konuşlandırılması bu birimlerin güvenliği (cihazların ekonomik ömrü) açısından dezavantaj yarattığı Katılımcı 8'in *"bence tesisler daha doğrusu yapılacak laboratuvar klinik veyahut şeylerin hiçbirisi zemin altında olmamalı depolar da dahil olmak üzere"* ve *"sonra cihazlar çok pahalı çalıştığımız cihazlar anında yeni, temin falan gibi bir imkânda olmuyor giriyorsunuz bakıyorsunuz dizinize kadar su basmış olabiliyor."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Bunun yanı sıra anjiyo ünitesinin hastane içerisindeki mevcut konumunun sağlık hizmet sunumunda dezavantaj yarattığı Katılımcı 17'nin *"anjiyo kurulmuş yer olarak planlanırken, bizim kendi kuruluş açımızdan aslında uygun değil. Bir anjiyo bölümü genellikle ameliyathanenin içinde olur genel merkezde ameliyathaneye yakın olması gerekir. Biz ameliyathanenin içinde değiliz bu eksi bir avantaj ameliyathaneye yakın değiliz bu eksi bir avantaj çünkü ameliyathane salonlarıyla iç içedir böyle. Yoğun bakımlara yakınız artı ama genelde."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Yukarıdaki ifadelerin aksine Katılımcı 33 *"Servislerin konumuyla ilgili bir şey yok esasında servislerin konuşlanması dikkat ettiysen hep bir katta toplanmış, yoğun bakımların yeri ayrı, ameliyathane biriminin işte servisleri farklı bir bloğa kaydırmışlar o yönden bir problem yaşanmıyor, kolaylığı da var esasında, sıfırdan başlıyor bir, iki, üç, dört diye gidiyor kat kat üst üste gidiyor"* şeklindeki açıklamasıyla servislerin konumunun uygun olduğu ifade edilmiştir.

Birimlerin konumunun yanı sıra ihtiyaçları karşılama noktasında da mevcut alanlarda farklı düzenlemelerin yapıldığı Katılımcı 17'nin "*Birimin iç planlaması ile alakalı da başından beri ufak hatalar var, ilk geldiğimizde depo sorunu vardı depo*

sorununu biraz düzelttik." ifadelerinde aktarılmıştır. Ancak bazı durumlarda ise altyapının tesis güvenliği riske attığı Katılımcı 8'in *"Evet yani mesela orada yeni bir oda kuracaksınız yeni bir birim kuracaksınız daha düşünülmemiş hani ne o anlık çözümler yapılıyor ancak bu gelecekte problem yaratabilir mesela farzımahal yeni düşük bir priz çekiyorsunuz orada bir kablo karmaşası oluyor kablo yerlerde oluyor orada bir internet hattı yeterince çalışmıyor ek hat çekiyorsunuz falan, ben eminim ki yani burada böyle ciddi sistematik bir yaklaşım yok yani günü kurtarmak adına geçici çözümler yarın öbür gün başınıza bela olabilir yani ne o kısa devre olur elektrik hattı çekersiniz oradan bir yangın çıkma ihtimali olabilir daha böyle şey olması lazım yani sistematik çalışmak lazım…"* ifadelerinde aktarılmıştır.

Hastane binasının tesliminden sonra yukarıda da örnekleri verilen birim içi ihtiyaçlara yönelik düzeltmelerin finansal kaynağının temin edilmesinin kurumun sorumluluğunda olduğu Katılımcı 3'ün *"Alanların yapılması, hazır ve kullanılır hale getirilmesi tamamen kurumun sorumluluğunda, kurum planlamayı gelen hasta yoğunluğuna göre planlar, yine var 10 yataklı bir yoğun bakım planımız var şu an tamamen kurumuzun bütçesi ve tasarrufuyla alakalı bir durumdur."* ifadeleriyle aktarılmıştır.

B. Birimler arası bağlantılar

Birimeler arası bağlantılar konusunda yöneltilen sorulara katılımcılar özellikle acil servisten hastanenin diğer alanlarına serbest geçişlerin olmasının yarattığı dezavantajlar Katılımcı 10'un *"Yani şöyle bizim sol tarafta acile girilen bir kapı var, oradan polikliniklere de giriliyor, hastaneye de giriliyor, servise de giriliyor orası ana kapı; yani ilk girişte girene kadar sola dönene kadar hastane ortak oluyor işte o bizim için handikap oluyor. Sadece biz isteriz ki acil koridoru olsun, hasta acile gelen hasta oradan girsin veya o servise gibi yakınını görmeye giden, lavaboya giden oradan geçmesin isterdik konum olarak."* ifadelerinde aktarılmıştır. Acil servisin yanı sıra bir çok alandan hastaneye giriş yapılmasının kontrol edilebilirliği düşürdüğü ve giriş-çıkışların sınırlandırılması gerekliliği Katılımcı 18'in *"Acilden, servislerden işte yangın merdivenlerinden bütün bu belirttiğim bütün her yerde kapı var, En kötü sıkıntı bence bu, giriş çıkışlar sabit bir kapıdan olmalı, personel kapısı ayrı olmalı, giriş çıkışı ayrı olmalı, hasta ve hasta yakınlarının giriş çıkışı ya da*

ziyaretçi girişi 3 kapıdan olmak üzere; ama yalnız bizim şimdi baktığımızda her yerde kapı var, her yerden rahatlıkla girip çıkıp, yani giriş çıkış yapabiliyorum" ifadeleriyle aktarılmıştır.

Ayrıca acil servis içinde bölümlendirilmiş alanlara geçişlerin sınırlandırılamamasının da dezavantaj yarattığı Katılımcı 33'ün *"Yeşil alanımız, bu triyaj alanımızın olduğu yerde ayaktan hastanın olduğu yere konuşlandırdık biz, birim olarak ayrı, girdikleri yer aynı ama laboratuvar, radyoloji veya enjeksiyon uygulaması gerektirdiği zaman sarı alana geçmek zorunda kalıyorlar. Orada tabi ki bunların geçmesiyle birlikte bir kalabalık gürültü ortamı ister istemez bir yoğunluk oluşuyor orada."* şeklindeki ifadelerinde aktarılmıştır.

Hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla acil ve diğer birimlerden farklı alanlara geçmek durumunda kaldığı, bulunan çözümlerin ise yeterli olmadığı Katılımcı 33'ün *"Bence bu ayaktan hastaları beklettiğimiz bekleme alanı var orada olsa daha da şeye yakın olacak, atıyorum tetkikini yaptırır içeri fazla içeri fazla bu hastalar bulaşmamış olur, kan alma birimi orada olmuş olsa ya biz o hastaların yüzde 90'ı içeride, kan vermeye laboratuvara içeriye geçmek zorunda kalıyor sarı alan dediğimiz kesime, radyolojiye geçmesi gerekiyorsa o tarafa geçiyor, hadi enjeksiyon ayağını çözdük yeşil alan muayenesinin olduğu yere bir hemşire arkadaşımızı konuşlandırdık, 2 yıl kadar oldu biz o sorunu öyle çözdük ama diğer işlemlerde de mutlaka geçiyor, hastaların yine yüzde 50'ye yakınından mutlaka bir şeyler isteniyor yeşil alan da olsa."* ifadelerinden anlaşılmıştır. Bunun yanı sıra hasta ve hasta yakınlarının da doğrudan birimler arası bağlantıları etkin kullanamadığı Katılımcı 30'un *"Yok her katın her katla bağlantısı var, koridorları da gayet geniş, sadece yönlendirmeler var ama hastaların çoğunun okuma yazmalarının tam ya da tabelalara bakmadıkları için sıkıntı yaşıyor olabilirler."* şeklindeki ifadelerinde aktarılmıştır.

C. Personel

Birimler arasındaki bağlantıların personelin geçişlerindeki sınırlandırmaları sağlayamadığı Katılımcı 16'nın *"Koridor havasında, yol geçen hanı diyeyim yani anne dostunun şöyle bir kriteri vardır. Hastane çalışanları dahil giriş çıkışlar engellenmelidir şifreli çift şifreli kapı sistemi olmalıdır anne dostunda."* ifadelerinde

ayrıca personelin hasta güvenliğini tehdit edecek şekilde transfer sağladığı ve bu sebeple sterilize alan oluşturulamadığı Katılımcı 24'ün *"Evet var, ameliyathanede hastayı burada çıkardıktan sonra post-operatif odadan çıkardıktan sonra servise götürürken yaklaşık 85 metre hastayı sergiliyoruz, bu çok yanlış."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Birimlerin konumlandırılmasında ise hastane personelin görüşlerinin dikkate alınmadığı ancak alınması gerektiği Katılımcı 2'nin *"Zaman zaman bazı konularda görüşüp danışıldı ama ben daha hani projenin ilk aşamasında bence sağlık hastanede çalışan tüm branşların görüşleri alınmalı diye düşünüyorum çünkü bu projeleri çizen muhtemelen mimar olabilir ama hastanenin işleyişini içeride çalışma şeklini hani bunlara çok vakıf olamıyorlar*." ifadelerinde aktarılmıştır.

D. Hasta ve hasta yakınları

Hasta ve hasta yakınlarının birimlerin konumunu bulması için gerekli yönlendirmelerin eksik olduğu Katılımcı 16'nın "*Kapı şurasının bir altı bizim giriş kapımız çok ara bir yerde, hastaların burayı bulması acilden gelip başvurusu zorlaşıyor yönlendirme olarak eksik"* ve Katılımcı 28'in *"hani ulaşım açısından bir de hastane çok büyük olduğu için evet hani biz yönlendirmeler yapıyoruz ama insanlar biraz bulmada sıkıntı çekiyorlar."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Psikiyatri servisi için tahsis edilen bahçenin yetersiz kaldığı aynı zamanda sosyal alanların da oluşturulması gerektiği Katılımcı 22'nin *"Fiziki açıdan çok ihtiyaçları var. Bahçe yoktu hani bahçeyi AMATEM'le birlikte kullanmak için talepte bulunduk o oldu falan, aslında değil uygun değil, yani hastaların vakit geçirebileceği bir sosyal alan olması lazım psikiyatri servisinde, spor yapabilirler, yürüyüş yapabilirler, bahçede oturabilirler ama öyle bir alan yok."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Hastaların ihtiyaçlarını giderme ve/veya tahlil vermek amaçlı kullandığı laboratuvar alanındaki tuvaletlerin türünün kullanıma uygun olmadığı ve özellikle yoğun dönemlerde temizlik konusunda sıkıntı yarattığı Katılımcı 19'un *"...yıkaması ve temizlenmesi birçok alanda, laboratuvar katına klozet yapmışlar tuvaletleri tamam insanları düşünüyorlar yaşlılarımız şeylerimiz insanlar hani klozeti daha rahat kullanır diye ama tahlil verecek büyük dışkıyı verecek ya yere yapıyor ya taşa yapıyor ya klozetin üzerine yapıyor. Ondan sonra temizlik personeline buralar*

temizlenmiyor diye baskı yapılıyor." ifadelerinde; hasta ve hasta yakınlarının bu sebeplerden ötürü temizlikte aksaklık yaşanan tuvaletler için şikayette bulunduğu ise yine aynı katılımcının *"Günde kaç kişinin tahlil verdiğini biliyorlar mı acaba ben bir kere öyle yazmıştım bir şikâyete. Çok da kalabalık değil bence temizlik personeli iyi takip edilip cezalandırılmalı suiistimal ediyorlar çok rahat çalışıyorlar, onun dediği gün ki hasta sayılarını çıkardım günlük giriş çıkışları 12 bin kişi miydi, 13 bin kişi miydi neydi polikliniklerden yararlanan. Bunlar sadece birer kişi gelse 13 bin kişi…"* şeklindeki ifadelerinde aktarılmıştır.

6.2.13.3. Otopark alanı kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Mimari ve Mühendislik Hizmetleri" konusunda "Otopark Alanı" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Mevcut alanların düzeltilmesi" ve "Personele tahsis edilmiş alan" kapsamında altı farklı kodlama yapılmıştır.

A. Mevcut alanların düzeltilmesi

Hastanenin mevcut otopark alanlarının düzenleme ihtiyacının olduğu Katılımcı 20'nin *"yol kenarlarına çift taraflı park etmeleri gerçekten büyük sorun bence hem hastalar için de sorun ki bence karşıdan karşıya geçilen yer park yerleri. Güvenlik beklemesine rağmen o kadar şeritler çizilmesine rağmen insanlarımız çift taraflı park yapmış ve o kadar park alanımız var aslında arkada ama yürümeyi çok sevmiyoruz herhalde hani park ettikten sonra yürüme mesafesi var."* ifadesinde aktarılmıştır.

B. Personele tahsis edilmiş alan

Hastanenin mevcut otopark alanı içerisinde personel için ayrılmış bir alan ihtiyacı olduğu Katılımcı 8'in *"An itibariyle bu şekilde yani personele ayrı bir otopark yapılabilir, sonra otopark aramak zorunda kalmaz",* Katılımcı 20'nin *"işte bence çalışanlar için ayrı bir otopark olmasını isterim. Arabama 3 kez burada çarpıldı yani hani en azından bir güvenliğin ya da böyle bir şey bile olsa kart bile olsa geçebileceğimiz."* ve Katılımcı 33'ün *"Bir iki sefer ben de bunu dillendirdim yani personele yönelik kapalı veyahut ne bileyim güvenliğin konuşlandırıldığı bir yer olabilir dedik ama ona yönelik bir adım atamadık."* ifadelerinde aktarılmıştır.

6.2.13.4. Birimlerin tasarımı kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Mimari ve Mühendislik Hizmetleri" konusunda "Birimlerin Tasarımı" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Hasta güvenliği", "İş sağlığı ve güvenliği", "Standartlara göre tasarım", "Temizlik" ve "Yorgunluk" kapsamında beş farklı kodlama yapılmıştır.

A. Hasta Güvenliği

Zeminlerle ilgili yukarıda da ifade edildiği gibi sadece iş sağlığı ve güvenliği değil hasta güvenliği için de risk oluşmaktadır. Nitekim bu durumdan ötürü geçmişte yaşanmış bir olay Katılımcı 27'nin *"Yani ondan kaynaklığını olduğunu o olduğunu bilsek bile şu an hastada bir sıkıntı bir problem olmadığını için şey yapmadık işte o yüzden de bildirdik bunları hasta düştü, şeye takıldı, odanın içerisinde ki zemine takıldı, düştü diye bunları da bildirdik."* şeklindeki ifadeleriyle aktarılmıştır.

Hastaların transferlerinin gerekli olduğu durumlarda birimler arası mesafenin uzak olması bunun yanında izole olmamasının hasta güvenliği riske attığı Katılımcı 24'ün *"Evet, ameliyathaneden çıkan post-op mesela KVC yoğun bakım çok yakın olması mesela çünkü KVC hastasının transferinin çok çabuk gerçekleşmesi lazım entübe çıkarttığı için onu çok hızlı şekilde geçirebiliyorsun ama gelelim diğer olaylara diğer vakalara yani karidyovasküler cerrahi veya yoğun bakıma gitmeyecek vakalara, bu bölgede yaptığı ameliyatı operasyonun odasına götürüyorsun dinlenme odasından yataklı servislere giderken 70-80 metre hastayı sergiliyorsun ameliyathaneyle yataklı servisler aynı yol üzerinde olmaması gerekir."* ifadeleriyle, ayrıca yataklı servislerin U şeklindeki tasarımı sağlık personelinin görsel takibini zorlaştırabilmektedir. Nitekim Katılımcı 30 söz konusu durumu *"Yani şöyle uzak, alandan uzak mesela eğer 1 numaradan hasta gitse ki gitmiştir bizim fark etmemiz daha zaman alır. Şimdi gözümüzün önünde ki odalarla arkada hiç deskin, kocaman bir U düşünün arkada şuralar odalar, alanınızın kontrolünüzün dışında çıkışa da yakın hani oradaki hastanın yakını olmasa hani tedavi saati haricinde sonuçta yarım saate bir odaya da giremediğimiz için başına bir şey gelse ya da odadan çıkıp gitse istediğini yapsa fark etmeyebiliriz, tabi ki belli bir süre saatlerce sabahtan akşama kadar fark etmeme durumu olamaz çünkü ortalama saat başı her şekilde o odaya giriliyor"* ifadeleriyle aktarmıştır.

B. İş sağlığı ve güvenliği

Hastanenin büyük bir bölümünde zemin kaynaklı (minefloların yıpranması vb.) iş sağlığı ve güvenliğini riske atan durumların oluştuğu Katılımcı 27'nin *"Zeminde sıkıntılarımız var yer zeminleri böyle yapışkan bir şey onun adını bilmiyorum onlar sürekli kalktı yani temizleye temizleye, ıslana ıslana kabardı eklenen yerlerinden kabardı e bunu ilettik çünkü bizim ortopedi servisi hastalarımız yürüme zorluğu çeken hastalar, personel sıkıntı yaşayabiliyor."* ifadelerinde aktarılmıştır.

C. Temizlik

Hastanenin özellikle büyük alana sahip ortak alanlardaki mimari yapının, camların ulaşılabilirliğinin etkin temizlik yapılmasını önlediği Katılımcı 19'un *"Yani binanın zaten fiziki yapısı gerçekten temizlik düşünülmeden yapılmış ulaşılamayan alan dolu bir örümcek ağını almanız için arka eğer fırsatınız olursa bakın çinili alanda, kafanızı kaldırın o şeye uzanma erme ulaşma imkânınız sıfır…"* ve *"…ön cephesinin tamamen cam olması güneş ışığından yararlanmayı sağlamış ama hiçbiri ulaşılabilir ve temizlenebilir değil. Camlar kesinlikle açılabilen ve temizlenebilen sistemde değil, şimdi fileler kurdular güvenlik açısından ama file ne kadar insanların önüne geçer kişiler bu kadar yerden atlayıp intihar etmek istediği zaman edebiliyor. Yani biz şimdi o file takılırken hemen şeye bakıyoruz nasıl temizlenecek o mantıktayız…"* ifadeleriyle aktarılmıştır.

D. Yorgunluk

Birimler arasındaki mesafelerin uzun olması personelin gün boyu fazla adım atmasına ve dolayısıyla yorgunluğu neden olmaktadır. Nitekim, Katılımcı 30'un *"Yani nöbet sırasında çok koşuşturmamız oluyor, hani nasıl bir örnek vereyim. Mesafeler çok uzak…"* ifadelerinde ve Araştırmacı *Günlüğünün "bazı çalışanlar günde yirmi bin adımın üstünde ortalamaya sahip, özellikle yaşı ilerlemiş çalışanlarda aşırı yorgunluğa sebebiyet veriyor."* şeklindeki notlarında açıkça ifade edilmiştir.

6.2.13.5. Teslim ve işletme kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Mimari ve Mühendislik Hizmetleri" konusunda "Teslim ve İşletme" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Sorumluluk reddi",

“Yapısal hafıza” ve “Zorunlu değişiklikler” kapsamında üç farklı kodlama yapılmıştır.

A. Sorumluluk reddi

Hastane teslim alındıktan sonra altyapıyla ilgili çözülmesi zor sorunlarla karşılaşıldığında sorumlu personel veya yüklenici sorumluluk almayı reddetme eğilimi göstermektedir. Nitekim bu durum Katılımcı 13’ün *“İşte kuzey cephe demişler, güneş görmediği için ısınmıyor; müteahhit, sistem çekmedi falan filan. Ya eee, bu işi taşeronun şeyine bırakırsan adam diyor ki; ben çalışmayayım müteahhidin üstüne atayım, hastane nasılsa yeni hastane şimdi çalışan bir sistem arıza yaparsa onu adam çalıştırmak zorunda; ama çalışmayan bir sitem olunca hep müteahhit üstüne atmışlar”* ifadelerinde aktarılmıştır.

B. Yapısal hafıza

Hastanenin hizmet verdiği ilk günden itibaren çeşitli alanlarda yapısal düzeltmeler hem ergonomi hem de onarım maksadıyla gerçekleştirilmiştir. Ancak geçmişe yönelik sistematik bir hafıza altyapısının oluşmaması kişilere bağlı bir yapının oluşmasına neden olmuştur. Bu durum Katılımcı 8’in *“Tabi ki, hafıza oluşmuyor bir de üstün körü yapmaktan ziyade bu işi daha evvelden bu problemi bilimsel olarak mutlaka daha evvelden bu tarz sorunlarla şeylerle karşılaşılmıştır, hani bunlara yönelik çözümler de üretilmiştir bunlara bakarak faydalanmak lazım diyerekten düşünmekteyim”* şeklindeki ifadelerinde aktarılmıştır.

C. Zorunlu değişiklikler

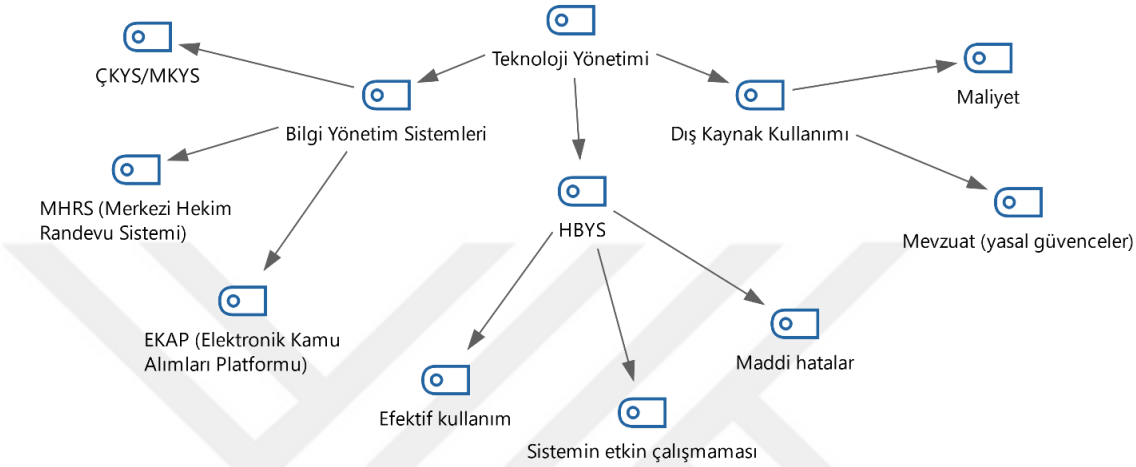
Hastane binasının tasarlanmasında dikkatlice düşünülüp hayata geçirilen iş sağlığı ve güvenliğini ve hasta güvenliğini koruyan tasarımlar personel eksikliği sebebiyle istenilen düzeyde uygulanamamaktadır. Nitekim Katılımcı 36’nın *“Aynen öyle, bir de şeyi özellikle yine izlemişsinizdir, KBB’nin kendine göre şeyi var diyelim ki box ı var. Burada içinde tek tek poliklinikleri var, kan alması içinde işte orada pnömatik sistem var kan alma işini gerçi arkadaşlar bozmuşlar. İnsanlar gezmesin diye her polikliniğin kendi bölgesinin içine bir tane kan alma koyduk, ne yapacak tabi öğlen çıkan hastaya kan lazımsa buradan hemşire alacak pnömatik sistemden gönderecek söyleyenin adına laboratuvarın gönderecek orada da çalışılacak böylece insanlar ortada gezmesin istedik, kan alma neredeydi ya falan diye ama sonradan*

yine merkezi bir yere eski usul birleştirmişler kan alma diye niye yeterli personel olmadığı için…" şeklindeki ifadeleri durumu açıkça göstermektedir.

Ayrıca Katılımcı 26'nın *"bizim ilk düşündüğümüz şeyler gerçekleşmedi mesela malzeme depolarımız vardı aşağıya koyduğumuz eczane mesela şu an şey depo yok sonra yine dedik ki alt kat olmasın, alt katımız boş olsun orası araba garajı olsun", "Şey olmasın yani 1.kattan başlasın ve mümkünse çok gömmeyelim hastaneyi şeye kot diyorlar ona, belediyeyle görüştük kotu çok düşük almayalım, kazıklar üzerinde olsun, bodrum kat olmasın özellikle görüntüleme işte tüm bu MR'ları falan aşağıya koymayın. Sel basıyor su basıyor tüm cihazlar heba oluyor, yani ne söylediysek tam tersi oldu. Yani biraz yükseğe koyun kotu dedik onlar iyice gömdüler ne diyeyim yani. Nasıl anlatayım."* ifadelerinden planlanan mimari tasarım ile işletilen tasarım arasında farkların olması yine uzun vadede devşirme çözümler üretme ihtiyacını ortaya çıkardığını göstermektedir. Bu tür yapısal hataların yanında çevreyle uygun bir tasarıma sahip olmamak hastanenin yapısal unsurlarının nemlenme, su basmaları vb. unsurlar yüzünden ekonomik ömrünün kısalmasına neden olduğu Katılımcı 36'nın "*Dışarıdan izolasyonu doğru yapmadığı için hastanenin içine alt tarafa su sızıyor su sızdığı için de derzlerin arasından içeriye devamlı bir nem geliyor. Yeniden duvarla şeyin arasını böyle açtık işte özel yalıtım maddeleriyle içeriden bir enjeksiyon sistemiyle yalıtımını yaptırdık yeniden kapattırdık bunların hepsi maliyet tekrar tekrar ve yeni bina yaptırdığın için yeni binaya şey de yaptıramıyorsun"* ifadelerinde, ve yine su basmaları ve nemlenmelerin maliyeti yüksek tıbbi cihazlar için de ayrıca risk oluşturduğu yine aynı katılımcının *"Su basmasa bile hocam şöyle, biliyorsunuz yani hepsi karttan elektronik devrelerden oluşuyor aşağıda nükleer tıp cihazı var mesela nükleer tıp cihazı şu anda bir milyon lira falandır yani ne bileyim yüksek bir bedeldir yenisini almaya kalksan."* ifadelerinde aktarılmıştır.

6.2.14. Teknoloji yönetimi temasına ilişkin bulgular

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda "Teknoloji Yönetimi" temasına ilişkilendirilmiş kategoriler "Bilgi Yönetim Sistemleri", "HBYS" ve "Dış Kaynak Kullanımı" bağlamındadır.



Şekil 6.2.14.1: Teknoloji Yönetimi Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar

6.2.14.1. Bilgi yönetim sistemleri kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Teknoloji Yönetimi" konusunda "Bilgi Yönetim Sistemleri" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "EKAP (Elektronik Kamu Alımları Platformu)", "MHRS (Merkezi Hakem Randevu Sistemi)" ve "ÇKYS (Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi)/MKYS (Malzeme Kaynak Yönetim Sistemi)" kapsamında üç farklı kodlama yapılmıştır.

A. EKAP (Elektronik Kamu Alımları Platformu)

Hastanelerin ihale usulüyle satın alım işlemlerinin gerçekleştirilmesinde Kamu İhale Kurumu ile entegre kullanılan Elektronik kamu alımları platformu üzerinden mevzuat gereklerine göre yapıldığı katılımcı 3'ün *"EKAP direkt kamu ihale kurumunun bir programı o zaten entegre bir program direkt mevzuatın uygulandığı bir program olduğu için onda sıkıntı yok"* ifadeleriyle aktarılmıştır. Bu sayede

yöneticilerin şeffaf ve kamu yararı gözetilerek süreci yönetmesi de mümkün olmaktadır. Ancak *"sürecin ihale kurumuyla entegre işletilmesi kurumun esnekliğini azaltmaktadır"* (Araştırmacı Günlüğü).

B. MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi)

MHRS sağlık sistemi içerisinde kamu hastanelerinin aktif olarak kullandığı bir sistemdir. Ancak uygulama aşamasında çeşitli sıkıntıların yaşandığı Araştırmacı Günlüğünde yer alan *"bazı dönemlerde hasta bilgisine ulaşamama sıkıntısı yaşanıyor."* ifadesinde aktarılmıştır. Ayrıca sürecin MHRS birimi tarafından yönetildiği ve tıbbi sekreterler ile etkileşimli bir süreç yönetildiği Katılımcı 18'in *"Biz sadece içerideki arkadaşlar devam eden randevuları veriyoruz, hastalar bir dahaki geldiğinde randevu almada sıkıntı yaşamasın diye; içeride özellikle kardiyoloji, endokrin, yan dal nefroloji, bu üç bölüm genelde daha yoğun veriyor, çünkü ileriye dönük tahlileri yapılıyor vs. bunu içeriden devam eden randevu olarak biz de verebiliyoruz sekreter arkadaşlara. Onun dışında hepsi MHRS birimine ait."* ifadelerinde aktarılmıştır.

C. ÇKYS (Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi)/MKYS (Malzeme Kaynak Yönetim Sistemi)

Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastaneleri bilgi paylaşımı sistemi hastanenin belirli bölümleri için, biyomedikal, eczane vb. aktif olarak kullanılmaktadır. Bu sayede etkin kaynak kullanımı sağlanarak maliyet ve zaman tasarrufu yapılması mümkün olmaktadır. Nitekim bu konuda Katılımcı 1'in "*Sağlık Bakanlığını; ÇKYS dediğimiz, onun altında, Sağlık Bakanlığı'nın sistemi var onun üzerinden çalışıyoruz."* ifadelerinden sistemin aktif olarak kullanıldığı ve yine aynı katılımcının *"ÇKYS çok geniş, personel yönetimi de var, genel malzeme yönetimi var işte; Biyomedikal için olunca veya sadece Biyomedikal için demiyim diğer ayniyat dediğimiz döşeme demirbaş ilgili MKYS'de bölüm var; o ayniyat diye geçiyor, biz Biyomedikal depo geçiyoruz. Aynı sistemi eczane kullanıyor, ilaç için veya tıbbi sarf malzeme için. Aynı sistem işletiliyor girişi, çıkışı, vergilendirme hep aynı, hastaneler arası geçişi, ister cihaz olsun ister ilaç olsun aynı sistemden biri çıktı yapıyor biri aldım diyor; onun birim fiyatı üzerinden bedelsizi var bedellisi var; yıl sonunda sizin toplam amortismanlarınız onun üzerinden hesaplanıyor."* ifadelerinde aktarılmıştır.

6.2.14.2. HBYS kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Teknoloji Yönetimi" konusunda "Bilgi Yönetim Sistemleri" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Efektif kullanım", "Maddi hatalar" ve "Sistemin etkin çalışmaması" kapsamında dört farklı kodlama yapılmıştır.

A. Efektif kullanım

HBYS kaynakların en uygun şekilde kullanımının sağlanması ve bu sayede enerji ve kaynak israfının önlenmesinde HBYS'nin efektif şekilde kullanılabilir olmasının önemi Katılımcı 8'in *"Hastane sisteminde sistem süreleri var işte farzımahal hemoglobin bakılacak 3 aydır da bakılmadı mesela orayı bir uyarı sistemi konulmalı hekim bakıldıysa tekrardan istediğiyse farzımahal veya tekrardan istediyse farklı bir test için hekime uyarı gidiyor tamam mı hekim bunu dinlemez de isteyebilir mi, sistem buna müsaade ediyor ama ben dediğim gibi yani kendi adıma gerekeni yaptım bunula alakalı da bazen tedavi değişimi olabilir belki insüline başlanmış olabilir vesaire vesaire."* ifadelerinde aktarılmışken yine aynı katılımcının *"Tabi bunun ne kadar etkisi olur ama biz yukarının bize bildirdiği ne bileyim işte ölçüm aralıklarını vesaire sisteme giriyoruz bunları mümkün olduğunda takip etmeye çalışıyoruz. Herkes aynı şekilde davranırsa daha iyi yerlere ulaşırız gibi geliyor."* şeklindeki ifadeleri ilişkili tüm birimler arasında aynı özenin gösterilmesi gerekliliği aktarılmıştır.

Hekimlerin birincil önceliği olan tetkik ve tedavi hizmetlerini yerine getirirken sistem üzerinden yapması gereken işlemlere yeterince zaman ayırmaması çalışanları farklı çözüm yollarına yöneltmiştir. Nitekim Katılımcı 18 e-reçete düzenleme işlemlerinin sürecini aktardığı *"Doktor şifresiyle kullanıyorum, çünkü e-reçetelerimiz olduğu için e-reçeteler kendi sistemimizden gitmiyor, e-reçete doktor-2 monitörlerimiz var polikliniklerimizde, doktor hem bizim yazdığımız tanıyı, reçeteyi vesaire hepsini gözetliyor, hani kontrol ediyor, kendi müdahale ediyor, gerekirse kendi bilgisayarının monitöründen, okey verdikten sonra biz ondan sonra reçetesini gönderiyoruz, o doktor okey vermeden bir reçete göndermiyoruz."* ifadeleri sistemin efektif kullanılması için farklı yöntemlerin uygulanması gerekliliğini ortaya

koymuştur. Velev ki, hekimlerin bilgilerinin paylaşılması farklı amaçlar için kullanılmasına sebebiyet verebilme ihtimalini de beraberinde getirmektedir.

Yoğun iş yükü sebebiyle bazı durumlarda Türkiye Cumhuriyeti kimlik numarası ile yapılan sorgulamalarda yanlışlık yapılabildiği ve dikkatli olunmaması durumunda hasta mahremiyetini tehlikeye atan bu durum Katılımcı 18'in *"Eee, kimlik bilgilerinde sıkıntı çıkıyor bazen, TC'sini yazıyoruz ama başka hasta atıyor bazen. Onu kontrol etmedikmi, o da bir sıkıntı oluyor. TC'leri yakın olduktan sonra öyle farklı bir sıkıntı yaşamadık, hani tek tek kontrol ettikten sonra sıkıntı olmuyor şu ana kadar öyle bir şey yaşamadık ama ben kendi karşılaştığım hatayı görüyorum hani TC yazıyoruz o hasta bizim. Hızlı hızlı yazdığınız zaman direk entera bastık bu hasta geliyor mu farklı hastanın TC'sini atmış oluyor bazen."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Sistemin kullanılmasında zamanlamaya dikkat edilmemesi entegre süreçleri de olumsuz etkilemektedir. Nitekim hasta bakım veya tedavi sürecinin bir aşamasında veri girişinde yaşanan bir gecikme diğer süreçlerinin tamamını etkileyebilmektedir. Bu durum Katılımcı 23'ün *"Yani günübirlikçiler evet ama mesela evet sekreter yatağa yatırmadıysa, tıbbi sekreter sadece servise yatışını yapıp yatağa kullanmadıysa ya ta belirtilmemiştir kalır hasta. Yatağı boş diye görürüm ben ama aradığımda servis dolu çıkar. Bu sefer gördüğümde uyarıyorum, zaten yatağınız boş gözüküyor çünkü hiç yer bulamadığımda ben de Başhemşire hanıma dönüyorum hastanede yer bulamadım hastanın yatıramıyorum."* ifadelerinde de açıkça belirtilmiştir. Bu sebeplerle sistemin efektif kullanımının sağlanabilmesi ve süreçlere katkı sunması için ilişkili tüm personelin aynı özeni göstermesi gerekir.

Ayrıca hasta ve hasta yakınlarının istismarı neticesinde de sistemin efektif kullanımının engellendiği, sağlık personelini yanıltıcı davranışların sergilenebileceği durumların yaşandığı Katılımcı 18'in *"Bunda bir sıkıntı yaşadık, daha önceden arkadaşımız gebe tanısı girmişti bir hastaya, küçük bir hatanın çok büyük etkileri olabiliyor; yani bütün ülke genelinde Türkiye'nin her yerinde görüyor yani bizim burada yaptığımız tanıyı. Bütün sağlık ocakları işte kontrollere çağrılmış vs."* ifadeleriyle aktardığı tecrübelerinde sabittir. Hastanın bu tür davranışının kaynağında

"*sağlık sigortasından yararlanma isteği"*nin olduğu Araştırmacı Günlüğünde ifade edilmiştir.

Özellikle hastanedeki personel ve hastaların sıkça kullandığı asansörler, bunun yanında sağlık hizmetlerinin kesintisiz sunumunda oldukça kritik önem taşıyan UPS, jeneratör vb. makinelere yönelik arıza durumlarının takip edilebilmesi oldukça önem taşımaktadır. Bu durumun önemini Katılımcı 13 *"Bizim için önemli olan biraz önce saydığım asansör, UPS, jeneratör bunların arızasını, kimse Sisofttan arıza atmıyor. Jeneratörün arızalı olduğunu, Sisofttan arıza atacak kimse yok, yani arıza olduğunu kimse bilmez zaten, bunu biz biliyoruz sadece asansör arıza yaptı mı telefon ediyorlar sadece, arıza atacak asansörün bir sahibi yok. Sisofttan arıza atan kim? O odanın sahibi, servisin sorumlu hemşiresi, servisinde bir sıkıntı olduysa arızasını atıyor."* şeklinde ifade etmiştir. Bu kapsamda söz konusu alanların takibinin yapılması için sistemde yeni modüllerin oluşturulmasının önemi ortaya çıkmıştır. Böyle bir modülün olmadığı ve araştırmacının *"ortak alanlardaki yapılan düzenleme ve onarımların da sisteme girilmesi fayda sağlar mı?"* şeklindeki sorusuna Katılımcı 13'ün *"Tabi ki, kesinlikle, aküler ne zaman değişmiş bunları görebilir yani. Ama böyle bir modülümüz yok dediği gibi onlar bende şu an"* şeklindeki cevabı durumun önemini ayrıca ifade etmektedir.

Hastanenin yoğun çalıştığı dönemlerde veya personelin eksik olduğu dönemlerde HBYS üzerinden oluşturulan arıza taleplerini takip etmesi sahada iş görmesi sebebiyle zorlaşmaktadır. Nitekim sadece sistemdeki kayıtları takip eden bir personelin istihdam edilmediği Katılımcı 15'in *"Farklı birimlerle, tabi faydalı olur ama şimdi farklı birimlerle mesela her yerde bir kişinin beklemesi lazım bilgisayar başında o çok mümkün olmaz. Mesela teknik servislerde o çok mümkün olmaz çünkü hepsi birden iş paylaşımı yapıp, bir yerlere gidiyorlar."* ifadelerinde aktarılmıştır. Bu sebeple teknik personelin kullanabileceği mobile entegre sistemin oluşturulması sistemin efektif kullanılmasına katkı sunacaktır. Nitekim Katılımcı 15'in *"Olabilir evet avantajlı olur. Hem de anında görürler anında çözüme ulaştırabileceklerse çözüme ulaştırırlar olmazsa en azından bir anında görüldüğünden dolayı bir yarım saat aksaklık olmuş olur."* ifadelerinde de bu durum aktarılmıştır.

B. Maddi hatalar

Sistem üzerinden yapılan maddi hataların günlük tespitinin yapılabildiği ve belirli zaman dilimleri içerisinde düzeltilmesine imkan verdiği Katılımcı 4'ün *"yani öyle büyük bir krizle karşılaşmadık açıkçası ama ufak tefek kaçaklar olabiliyor onları günlük tespit edebiliyoruz. Anında direkt düzeltiyoruz onları, ertesi gün de düzeltebiliriz."* ifadelerinden ve yine aynı katılımcının *"aslında o faturalandırmanın alanı, onlar geriye dönük düzeltmelerin bazılarını yapabiliyorlar eğer büyük meblağalarsa özellikle mecburen yapıyorlar ama hani böyle üzerinden bir iki ay geçtikten sonra karşılaşamayız çünkü onun bir süresi var 45 gün gibi bir süre içerisinde zaten faturalandırmaya düştüğü için iş en kötü ihtimal faturalandırmada ki arkadaşım fark edip geri dönüş yapıyor hemen revizyonunu yapabiliyoruz bir onun. Fatura kapanmadan önce değiştirebiliyoruz."* şeklindeki ifadelerinden ise birimler arasındaki kontrol mekanizmasının da bu tür hataların önüne geçmek için önemini ifade etmektedir.

C. Sistemin etkin çalışmaması

HBYS'nin kullanımında yaşanan sıkıntılar katılımcılar tarafından yavaş çalışma, bilgilere ulaşamama, sistemin cevap vermemesi şeklinde sıralanmıştır. Katılımcıların bu konudaki ifadeleri aşağıdaki gibidir;

> *"...yavaş çalışıyor birazcık sistem. Ağır çalışıyor, arıza versek de sistem kaynaklı diyorlar."*- Katılımcı 15

> *"...ne bilim sistem gidiyor anlık, belki 5 dakikalık iş ama 15-20 dakika gelmiyor"* – Katılımcı 18

> *"Herhangi bir sıkıntımız yok. Sistemin gitmesi dışında, sistem gittiği zaman o da zaten bizim hastaneyle alakalı bir durum değil direk bağlı olduğu kurumla alakalı..."* – Katılımcı 18

Sistemde yaşanan bu tür sorunlar özellikle hasta ve hasta yakınlarının kurumdaki ilk iletişim kurduğu tıbbi sekreterler açısından şiddete kaynak oluşturabildiği Katılımcı 18'in *"Doktorun yaptığı işlemde farklı aksaklıklar oluyor; ne bilim sistem gidiyor anlık, belki 5 dakikalık iş ama 15-20 dakika gelmiyor; o arada hasta tabii geriliyor mağdur oluyor. Bizde aynı şekilde mobbing*

uygulanıyoruz hastalar tarafından, bizim çalışan arkadaşlarımız." ifadelerinde aktarılmıştır.

6.2.14.3. Dış kaynak kullanımı kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Teknoloji Yönetimi" konusunda "Dış Kaynak Kullanımı" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Maliyet" ve "Mevzuat (yasal güvenceler)" olmak üzere iki farklı kodlama yapılmıştır.

A. Maliyet

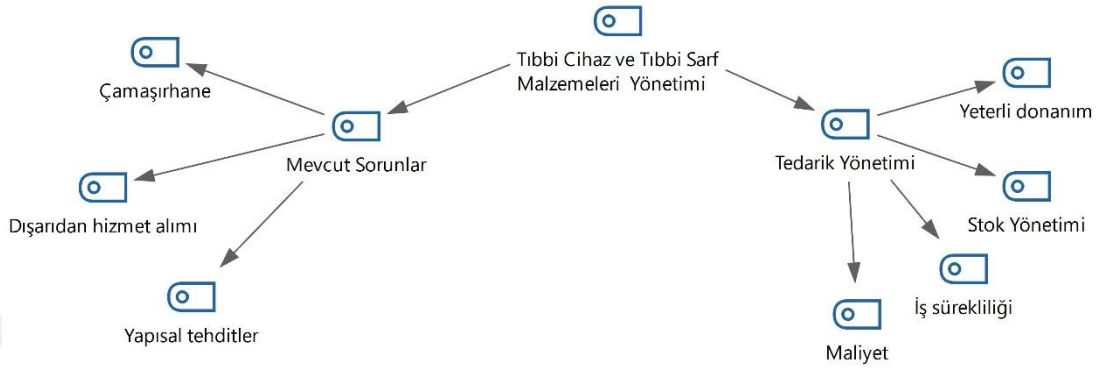
Teknolojik altyapının oluşturulması, kullanılması ve işletilmesi noktasında ve yüksek teknolojili cihazların temin edilmesinde dış kaynak kullanımı başta maliyet (bakım, amortisman vb.) olmak üzere çeşitli avantajlar sağladığı Katılımcı 3'ün *"Daha mantıklı, 10 yılda bir cihazların ömrü var yenilenmesi gerekiyor sık kullanıldığı için, sık arıza yapıyor, bunların bakımı, takibi, tamiri, masrafı gibi firmaların dışarıdan hizmet alımı yapması daha iyi"* ifadelerinde aktarılmıştır.

B. Mevzuat (yasal güvenceler)

Dış kaynak yoluyla temin edilen teknolojik altyapı ve cihazlar hizmet satın alım sürecinde mevzuatın zorunlu kıldığı sözleşmelerle kurumu yasal bir güvence sağladığı, aksayan hizmet alım süreçlerinde cezai yaptırımlar bulunduğu Katılımcı 3'ün *"Yok bizim sözleşmemiz var, sözleşmelerimizde yasal sürelerimiz mevcut zaten, ne gibi arızalara ne kadar sürede müdahale etmesi, arızanın mesela neyden kaynaklandığını tespit edip parça tedariki gibi şeyler açıkça sözleşmelerimizde mevcut, bu yüzden hiçbir sıkıntı yaşamıyoruz. Ayrıca mesela firma her zaman olduğu gibi tedarik edemeyebilir ürünleri bunlarda cezai yaptırım oluyor."* ifadelerinde aktarılmıştır.

6.2.15. Tıbbi cihaz ve tıbbi sarf malzemeleri yönetimi temasına ilişkin bulgular

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda "Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri" temasına ilişkilendirilmiş kategoriler "Mevcut Sorunlar" ve "Tedarik Yönetimi" bağlamındadır.



Şekil 6.2.15.1: Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi Temasına Ait Kategoriler ve Kodlar

6.2.15.1. Mevcut sorunlar kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi" konusunda "Mevcut Sorunlar" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Çamaşırhane", "Dışarıdan hizmet alımı" ve "Yapısal tehditler" kapsamında üç farklı kodlama yapılmıştır.

A. Yapısal tehditler

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde hastanenin yapısal sorunlarının nemlenme, su basmaları vb. etkilerle tıbbi cihazların ekonomik ömrünü kısalttığı Katılımcı 36'nın *"Yerin altında geldik diğer taraf demin aşağılarda falan gezdiyseniz görmüşsünüzdür nem, rutubetlenme şimdi mühendis diyor ki biyomedikal mühendisi bu cihazı buraya koyarsak bu cihaz 2 senede gider."* ve Katılımcı 3*'ün "Yağmur yağdığında su basması en çok gördüğüm unsur, zaten tüm hastanede gezdiyseniz aynı şeylerden bahsetmiştir."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Bu tür sorunların önlenmesi amacıyla nem giderici, yalıtım ve giderlerin kapasitelerinin artırılması gibi çeşitli önlemler alındığı Katılımcı 36'nın "*Yeniden*

duvarla şeyin arasını böyle açtık işte özel yalıtım maddeleriyle içeriden bir enjeksiyon sistemiyle yalıtımını yaptırdık yeniden kapattırdık bunların hepsi maliyet tekrar tekrar ve yeni bina yaptırdığın için yeni binaya şey de yaptıramıyorsun" ve *"...sonra içeriye nem alıcı yani nemi alıp dışarıya atan bir cihaz aldık bunların hepsini öyle getirdik, bunların hepsi şey sıkıntı."* ifadelerinden, Katılımcı 8'in ise*"...kısmen önlemler alındı yani çok ciddi bir hali hazırda o tarz bir sıkıntı görmüyorum çünkü buna yönelik giderlerin sayısının arttırılması veya gelecek olan daha doğrusu hacmin farklı yerlere yönlendirilmesi farklı alanlara yönlendirilmesiyle alakalı çalışmalar yapıldı"* ifadelerinde aktarılmıştır.

B. Çamaşırhane

Hastanenin birimleri arasında doğumhanenin sirkülasyonuna çamaşırhanenin yetersiz kaldığı Katılımcı 16'nın *"Çamaşırhane sorunu biraz evet, yeterli değil dönmesinde işte ne bileyim yeşil kompresler ben doğumlarda çok fazla kullandığım yeşil kompresler hastanın altına atmaya çok sık kirlenir çünkü doğum takibinde. Hastane buna hiçbir zaman yeterli olmaz."* ve bunun en büyük nedeninin ise malzemelerin niceliksel olarak az olmasından kaynaklandığı yine aynı katılımcının *"Toplamda sayı azlığından bahsediyorlar, toplamda sayı az olduğu için bize işte geldiğinde malzemenin işte belki de başka servislerde kaybolması ya da hurdaya çıkması durumundan azaldığını söyleyerek."* ifadelerinde aktarılmıştır.

C. Dışardan hizmet alımı

Hastanenin teknik personelinin tıbbi cihazlardaki arızaları gideremediği durumlarda dışardan hizmet alımı yapıldığı ve bu durumun süreci uzattığı Katılımcı 14'ün *"Geçen hafta bir cihazın yazılım problemi vardı firma bekliyoruz, o işte kaç gün oldu 5 ya da 6 gün oldu kapalı şu an. Onun dışında bu kadar uzun süreli, bizi sıkıntıya sokacak bir arızamız olmadı günlük olarak gidiyor."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Tıbbi cihazlardaki arızaların teknik personel tarafından giderilebildiği durumlarda ise akılcı süreç yönetiminin hizmet sürekliliğini güvence altına aldığı Katılımcı 1'in *"oluyor mesela bir kart değişmesi lazım, biz o karta sahipsek ilk anda müdahale edebiliyorsak zaten o kartı niye değiştiriyor öyle değil mi. Onarırım geçerim, ama onaramayacağımı hissettim veya hızından dolayı onarım süresi en az 1 ay uğraşmam*

lazım diyelim ki bu süreçte ben talebi yapıyorum ki bir an önce kart gelsin, çıkan kartla uğraşıyorum. Ben onu işte yedek parçam yapıyorum, ikinci defada zaten hiç beklemiyorum ama yine talep ediyorum yedeğini koyayım diye." ifadelerinde aktarılmıştır.

6.2.15.2. Tedarik yönetimi kategorisine ilişkin bulgular

Katılımcılar "Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi" konusunda "Tedarik Yönetimi" kapsamında değerlendirme yapmıştır. Bu kategoride "Maliyet", "Stok yönetimi", "İş sürekliliği" ve "Yeterli donanım" kapsamında dört farklı kodlama yapılmıştır.

A. Maliyet

Sağlık hizmet sunumunda kullanılan cihazların gün geçtikçe teknolojilerinin eskidiği ve yeni cihazların maliyetlerinin yüksek olması nedeniyle tedarik edilmesinin zor olduğu ancak ikamesi mümkün olamayan ürünlerin maliyetlerine rağmen tedarik edildiği Katılımcı 2'nin *"Bu açıdan, fakat şimdi bazı şeyler gerçekten olmazsa olmaz diye düşündüğümüz şeyler var hani maliyet ne olursa olsun takılmadan ama bazı şeyler de olduğunda çok daha iyi olur biraz daha konfor amaçlı yani onun yerine alabilecek bir malzeme vardır ama onun yerine alan malzeme diğer çünkü sürekli şeyde teknolojik malzemelerde de biyomedikal cihazlarda da işte ilerleme gelişme işte bugün A malzemesini kullanırken biraz daha ilkel ve şeyken yarın daha ergonomik rahat edebileceğiniz şeyler olabiliyor. Orada tabi ki maliyete takılıyoruz çünkü hem bazen bir tane almıyorsunuz çünkü."* ifadelerinde aktarılmıştır.

B. Stok yönetimi

Tıbbi cihazların stoklanması veya olağanüstü durumlarda iş sürekliliğinin sağlanabilmesi için hastane yönetiminin esnek olmadığı Katılımcı 1'in *"Biz böyle çalışıyorduk şimdi Sağlık Bakanlığı'nda ki şeye bakıyorum herhangi bir şeyin mesela cihazı almışım, sahada ben bu cihazdan 24 tane var bu cihazdan, 1 tane de fazlasını alayım dediğim zaman o işlem döngüsü Sağlık Bakanlığı'nda farklı işliyor diyor ki mesela sen bunu aldın 6 ay depoda duruyorsa, ben bununla ilgili işlem yaparım. Ben niye kendimi riske atıyorum neden bununla ilgili bana hani tenkitte bulunulsun bana."* ifadelerinde aktarılmıştır.

C. İş sürekliliği

Hasta bakım, tedavi ve diğer hizmetlerin sunumunda iş sürekliliğinin sağlanabilmesi teknik birimlerle koordineli olarak sürecin yürütüldüğü Katılımcı 15'in *"mesela önceden o sedyelerin arıza durumlarını tespit ediyoruz, onları teknik servisle irtibata geçiyoruz bizde yapılacak bir şeyse bizde çözüyorlar dışarıdan malzeme temin edilip öyle yapılacak bir şeyse dışarıdan malzemeyi hemen temin edip arızayı gideriyorlar."* ifadelerinde aktarılmıştır. Ancak bazı durumlarda tedarik sürecinin uzamasının talep edilen arıza ve bakımların yerine getirilmesini sekteye uğrattığı Katılımcı 27'inin *"...ne yazık ki zilimiz çalışmıyor bugün tekrar aynı konu oldu zilin pili yok ve arıyorum otomasyonu arıyorum, zilimiz bozuk e nerede pil yok. Onun bir pili değişikmiş onu alamıyorlarmış şu an o yüzden zil tamir olamıyor."* ifadelerinden, söz konusu süreçlerin mevzuata uygun olarak işletilmesi gerekliliği ve bu nedenle özellikle yüksek maliyetli cihazların tedarik edilmesinde sürecin uzadığı Katılımcı 33'ün *"Yok, parça olmadığı zaman veyahut parça ihtiyacının olduğu dönemlerde tabi ki devlet sisteminde ihaleye yönelik olduğu için bir de en uygun fiyatı kim verecekse onunla ihale kaldığı için süreç bazen uzayabiliyor ama bu süreç öyle bir iki aylık bir süreci de bulmuyor maksimum 2 hafta civarı..."* ifadelerinde aktarılmıştır.

Tıbbi cihazların tedarik edilmesinde tedarikçi ile hem garanti kapsamında hem de kurum ile yapılan sözleşmelerle güvence altına alınan hizmet sunumu Katılımcı 17'nin *"Cihazlarda oluyor anjiyo cihazında oluyor, anjiyo cihazıyla ilgili olduğu zaman zaten bizim cihazımız Siemens bu hangi cihazsa merkezlere göre değişiyor, bizim cihazımız Siemens direkt Siemens'le biyomedikalle iletişime geçiyoruz"* ve Katılımcı 34'ün "*Cihazın kendi servisleri yapıyor zaten anlaşmalı servisler var.*" ifadelerinde de aktarıldığı gibi cihazın kendi servisi tarafından yapıldığı aktarılmıştır.

D. Yeterli donanım

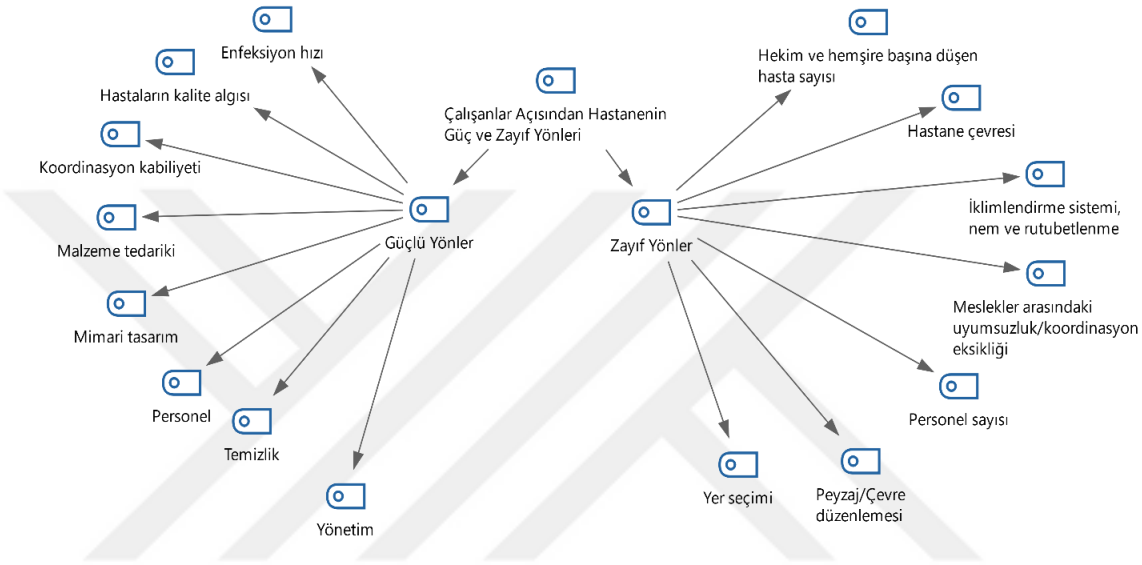
Hizmetlerin sunumunda gerekli sarf malzemelerin yeterli olduğu ve bir düzen içerisinde servislerde sarf depolarında muhafaza edildiği ve malzeme döngüsünün sunulan hizmeti aksatmadığı Katılımcı 27'nin *"Sarf depomuz var masamız işte sandalyemiz, serum askılarımız yani şeylerimiz serum askılarımız."*, Katılımcı 24'ün *"Tıbbi ekipmanlar da yeterli."* ve Katılımcı 33'ün *"Şimdi araç ve teçhizat olarak donanımımız yeterli hocam. Bu konuda yani eksi ya da negatif bir şey söyleme*

ihtimalim yok yani ne olması gerekiyorsa, neyi gerektiriyorsa çok şükür o konuda bir eksiğimiz gediğimiz yok. Tabi sürekli kullandığımız için arada şeylerimiz oluyor, eskidiği kırıldığı, arızalandığı oluyor ama bir şekilde tamirata çıkarsak bile yerine koyabileceğimiz yedek alet edevatımız var." ifadelerinde aktarılmıştır.

Ancak bazı dönemlerde özellikle eldiven tedarikinde sorunlar yaşandığı Katılımcı 16'nın *"Eldiven mesela son noktaya kadar bitene kadar yenisi alınmıyor. İşte sonra 4 kutu verebildim az kullanın, işte tek giyin falan, gibi önerilerle bize geri dönüşler olabiliyor"* ve tasarruflu kullanma yönündeki uyarıların ise sunulan hizmetlerin özelliği gereği öncelikli olmayacağı yine aynı katılımcının *"Bir dönem oldu, yani ben çalışırken tıbbi hizmet sunarken, kadının işte doğum seyrini bebeğini düşünürken, eldiven kaç tane kullanacağım kaygısıyla çalışmamam lazım."* ifadelerinde aktarılmıştır.

6.2.16. Çalışanlar açısından hastanenin güçlü ve zayıf yönleri

Katılımcılarla yapılan görüşmelerde tesis yönetimi kapsamında hastanenin güçlü ve zayıf yönlerini iletmeleri istenmiştir. Bu minvalde "Çalışanlar Açısından Hastanenin Güçlü ve Zayıf Yönleri" teması oluşturulmuştur. Bu temaya ilişkilendirilmiş kategoriler ise "Güçlü Yönler" ve "Zayıf Yönler" bağlamındadır.



Şekil 6.2.16.1: Çalışanlar Açısından Hastanenin Güçlü ve Zayıf Yönleri, Kategoriler ve Kodlar

6.2.17.1. Güçlü yönler

Katılımcılar "Çalışanlar Açısından Hastanenin Güçlü ve Zayıf Yönleri" konusunda "Güçlü Yönler" kapsamında yaptığı değerlendirme neticesinde bu kategoride "Enfeksiyon hızı" "Hastaların kalite algısı", "Koordinasyon kabiliyeti", "Malzeme tedariki", "Mimari tasarım", "Personel", "Temizlik" ve "Yönetim" kapsamında sekiz farklı kodlama yapılmıştır.

A. Enfeksiyon hızı

Katılımcı 5'in *"Yani, şey anlamında, enfeksiyon hızı olmaması anlamında çok iyi bir noktadayız. Biz çok fazla şu an için ağır vaka bakmıyoruz, daha böyle basit vakalara bakıyoruz; uzmanımız yok çünkü.*" ifadesinde hastanenin enfeksiyon hızının düşük olmasının en güçlü yönü oluğu aktarılmıştır.

B. Hastaların kalite algısı

Katılımcı 12'nin *"Geliyorlar yani 30-40 kilometreyi ben artık bir şekilde göze alıp buraya ki kendi merkezlerinde hastane olmasına rağmen biz buranın daha iyi olduğunu duyduk deyip buraya gelen çok insan oluyor."* ifadelerinde hastaların tesis hakkındaki kalite algısı ve bu algı sebebiyle uzak mesafelerden dahi hastaların tesise gelmeyi tercih etmesi hastanenin en güçlü yönü olarak değerlendirilmiştir.

C. Koordinasyon kabiliyeti

Tesisin birim içi ve birimler arası koordinasyon ve hızlı organize olabilme kabiliyetinin en güçlü yönlerinden biri olduğu Katılımcı 10'un *"Şimdi vaka bazlı çalışıyoruz biliyorsunuz genel cerrahımız burada, dahiliyemiz burada gece gündüz. Gerçek acil hastalarda organizasyon bence gayet iyi çok hızlı yatırıp çok hızlı ameliyata alabiliyoruz.",* Katılımcı 1'in *"mesela biz o an toplam ekibin hepsi toplandı biz biyomedikal dahil, temizlik dahil bile işi gücü olur diye oraya geliyor. Koordinasyon çok iyi o konuda. Mesela yani bir sıkıntı varsa eğer herkes koşar gelir buraya."*, ve Katılımcı 37'nin *"Evet, hızlı organize oluyoruz. Yani o durumda bayağı başarılı olduğumuzu söyleyebilirim."* ifadelerinde aktarılmıştır.

D. Malzeme tedariki

Hastanedeki süreçlerin yürütülmesinde gerekli malzemelerin zamanında ve gerekli miktarda tedarik edilmesi Katılımcı 30'un *"Biz çok oksijen tüpü kullanıyoruz şu ana kadar herhangi en çok oksijen monometresi bozuluyor, hemen gidiyoruz temin ediyoruz, malzeme sıkıntısı çok olan bir hastane değil burası hani genel anlamda benim isteyip te ulaşamadığım bir şey olmadı öyle diyeyim."*, Katılımcı 24'ün *"Onun haricinde ne ilaçla ne anestezi cihazıyla ne sarf malzemeyle ilgili hiçbir sıkıntı yok bizim."* ve Katılımcı 22'nin *"Yani benim olduğum süreç içinde pandemi dönemi olduğu için daha çok covid ağırlıklı eğitimler ama diğer türlü hastanemizde ama malzeme sıkıntısı hiç görmedim ben. Ki ben askeri hastaneden*

geldim orada çok daha zor alımlar olurdu çok beklenirdi burada çok rahat." ifadelerinde de belirttiği üzere en güçlü yön olarak değerlendirilmiştir.

E. Mimari tasarım

Hastanenin mimari tasarımının güncel ihtiyaçların karşılanmasında avantaj sağladığı katılımcılar tarafından güçlü yön olarak değerlendirilmiştir. Bu kapsamda altyapının yeterliliği Katılımcı 1'in *"Alt yapı güzel, kurgulanmış hani yiğidi öldür hakkını yeme diye bir şey var. Burayı kurgularken adamlar gerçekten iyi kurgulamışlar ihtiyaçlarla ilgili, klima santrali üzerinden iklimlendirme, HEPAfiltre olması gereken yerde HEPAfiltre olması, yani 8 yıl önce otomatik kapıların tek noktadan kontrolü hani herhangi bir klima santralinde değişiklikte bile otomasyondan müdahale edilebilecek şekilde teslim edilmiş."* ifadelerinde, fiziki yapının alan yaratma ve değişlik yapmaya imkan vermesi sebebiyle avantaj sağladığı ise Katılımcı 2'nin *"Şimdi, çok ciddi zorluk olmadı bu anlamda hastanenin fiziki yapısı gerçekten ergonomik bunları daha kolay uygulayabildik eski hastane şartlarını düşünseydik mümkün değil böyle bir ayrım yapmamız."* ifadelerinde aktarılmıştır.

F. Personel

Katılımcılar hastanede çalışan personelin birim olarak bir aile ortamını oluşturması, ekip ruhu ile çalışması, tecrübeli çalışanların çoğunlukta olması özelliklerini ve bunların yanı sıra hekimlerin alanlarında kalifiyeli olmasını hastanenin güçlü yanları olarak değerlendirmiştir. Bu kapsamda Katılımcı 31'in "*Çok uzun süredir beraber çalıştığımız için aile gibi bir ortamımız var. O yüzden problem yaşamıyoruz."* ve Katılımcı 26'nın *"Onun işi varsa gerekiyorsa kendimiz de hastayı taşıyoruz hani onun yükü hafiflesin diye yani şöyle hiçbir zaman aramızdaki mesafeyi tamamen ortadan kaldırmadan bir abla kardeş gibi çalışıyoruz ama bu sadece şey olarak yoksa hiçbir zaman mesafenin de kapanmasına da izin vermiyoruz çünkü biz sonra eğer onu da kapatırsanız personelin başka talepleri olmaya başlıyor ama şey olarak onlarla da çok uyumlu çalışıyoruz."* ifadeleriyle aile ortamını; Katılımcı 28'in "*Ekip anlayışının fazla olması, hani idarecilerimizin gerçekten özverili olmaları hani diğer hastanelerde de çalıştım gerçekten ekip anlayışı vardı ama biz bir de yeniliğe çok açığız.*" ifadeleriyle ekip ruhunu; Katılımcı 32 *"Hemşirelerimiz de yine aynı şekilde yıllarıdır burada çalışan aynı şekilde askeri*

hastaneden gelen personelimiz var bu askeri personellerimiz de çok iyi çalışıyorlar birebir şahit olduğum için söylüyorum. Başta doktorlarımız olmak üzere çalışanlarımız aslında şeyler Çorlu Devlet Hastanesinin yıldızılar diyebilirim" ve Katılımcı 32'nin *"doktorlarımız iyiler yani bana söylenen ve benim şahit olduğum kadarıyla çok iyiler konularında."* ifadeleriyle çalışanların tecrübesini ve kalifiye hekimlerin varlığını;

G. Temizlik

Hastanenin temiz olmasını en güçlü yönlerinden biri olarak değerlendiren Katılımcı 31 *"Bence temiz olması en iyi yönüdür. Bu yoğunluğa rağmen özellikle diğer hastanelere göre çok daha temiz olduğunu düşünüyorum"* şeklindeki ifadeleri kullanmıştır.

H. Yönetim

Hastane orta ve üst düzey yönetim ekibinin yeniliğe açık olması, özverili çalışması, tecrübeli olması, ulaşılabilir olması ve çözüm odaklı yaklaşımları nedeniyle tesisin en güçlü yönünü oluşturduğu ifade edilmiştir. Nitekim Katılımcı 28'in *"Hani bu kurumun yararına olabilecek tüm yenilikleri gerçekten kurumumuzda yerine getirmek istiyoruz"* ifadelerinde kurumun yenliğe açık olduğu, yöneticilerle güçlü bir iletişimin kurulduğu ve kolaylıkla ulaşılabilir oldukları Katılımcı 22'nin "*Hemen odasına gidebiliyorsun herkese açık kapısı, sorunun varsa hemen çözülüyor yani hemen demiyim çözüm oluyor yani kimse istemediği yerde çalışmaz."*, Katılımcı 7'nin *"Yani çok sık iletişimdeyiz neredeyse başhekimlikle vesaireyle her gün görüşüyoruz. İletişim halindeyiz ortak gruplarımız var oradan bildiriliyor"* ve *"Evet, yani bu hastane gerçekten öyle mesela buraya geldiğimde en beğendiğim özelliği bu oldu. Daha önce ki yönetimde ki arkadaşlarla da öyleydi yani sık sık görüş almak için kendi alanımla ilgili iletişim kuruyoruz, dinliyorlar aslında şikayetlerimizi vesaire sıkıntı yaşamadım şimdiye kadar bununla ilgili."* ifadelerinde ve son olarak da Katılımcı 28'in *"Ekip anlayışının fazla olması, hani idarecilerimizin gerçekten özverili olmaları hani diğer hastanelerde de çalıştım gerçekten ekip anlayışı vardı ama biz bir de yeniliğe çok açığız."* ifadelerinde aktarılmıştır.

6.2.16.2. Zayıf yönler

Katılımcılar ““Çalışanlar Açısından Hastanenin Güçlü ve Zayıf Yönleri” konusunda “Zayıf Yönler” kapsamında yaptığı değerlendirme neticesinde bu kategoride “Hekim ve hemşire başına düşen hasta sayısı”, “İklimlendirme sistemi, nem ve rutubetlenme”, “Hastane çevresi”, “Meslekler arasındaki uyumsuzluk/koordinasyon eksikliği”, “Personel sayısı”, “Peyzaj/Çevre düzenlemesi” ve “Yer seçimi” kapsamında yedi farklı kodlama yapılmıştır.

A. Hekim ve hemşire başına düşen hasta sayısı

Hastanenin yoğun sirkülasyonunun olması Katılımcı 25’in *“Yani şimdi benim düşüncem daha çok doktor olup şimdi hasta başına doktor ya da tersi, aynı şekilde hemşire başına düşen hasta sayısı…”* şeklindeki ifadelerinde aktarıldığı şekliyle hekim ve hemşire başına düşen hasta sayısının fazlalığı hastanenin zayıf yönü olarak değerlendirilmiştir.

B. İklimlendirme sistemi, nem ve rutubetlenme

Hastanenin iklimlendirme sisteminin etkin çalışmaması ve tesisteki nem ve rutubet sorunları Katılımcı 37’nin *“En zayıf olduğumuz nokta ısı-nem ve havalandırma.”* ve Katılımcı 36’nın *“O dönemde belki kurtarıyor bazı şeyleri ama şimdi bakıyorsunuz hastanenin mesela nemlenme durumu oluyor duvarları ya da amortismanı çok hızlı oluyor,”* ifadelerinde de aktarıldığı üzere zayıf yön olarak değerlendirilmiştir.

C. Hastane çevresi

Hastanenin konumu itibariyle yakın çevresinde eczane ve market olmaması Katılımcı 32’nin *“Eczaneler de aynı şekilde, benim gözüme çarpan ilk buydu aslında geldiğimde yani tamam hastane kantini var ama hastane kantini de veremeyeceği şeyler var yani onun da belli bir kapasitesi var. En yakın marketin bu kadar uzakta olması hasta yakınlarının da büyük sıkıntı çekmesine de yol açıyor aslında. Ulaşım konusunda bir sıkıntı yok ama biraz da yakın olmalı benim düşündüğüm kadarıyla.”* ifadelerinde, Katılımcı 30’un *“yakınında eczane yok çünkü yerleşim yeri daha uzak, hastalar en çok bundan şikayet ediyorlar, en yakın sitede ki bir yerin altında var haricinde karşısında olmadığı için sıkıntı...”* ifadelerinde zayıf yön olarak değerlendirilmiştir.

D. Meslekler arasındaki uyumsuzluk/koordinasyon eksikliği

Hastanenin meslekler arası ilişkilerde yaşanan aksaklıkların ekip çalışmasının kritik önem taşıdığı ameliyathaneler başta olmak üzere benzer alanlarda da zayıf yön olarak değerlendirildiği Katılımcı 24'ün *"Bu hastanede yaşanılan en büyük problemlerden bir tanesi ameliyathane için en büyük problemlerden bir tanesi koordinasyon eksikliği var, çok ciddi koordinasyon eksikliği var ve mesai mevhumuna bazı arkadaşların uymasıyla ilgili sıkıntılar var"* ifadelerinde aktarılmıştır.

E. Personel sayısı

Hastanenin iş yüküne bağlı olarak neredeyse tüm alanlarda personelin yetersiz kaldığı bu durumun iş bölümü ve adaleti zorlaştırması sebebiyle zayıf yön olarak nitelendirildiği Katılımcı 28'in *"hem personel açısından bir de personel sayımızın birazcık daha artması gerekiyor hem hemşireler hem diğer birimlerden, temizlikten tutunda çünkü bunlar zincirin birer halkası herkes özverili çalışıyor evet özverili çalışıyor ama bir yerde insanlar bir şey noktasına geliyorlar yani hep mi ben noktasına geliyorlar. Burada iş bölümünün ve işin adil dağılımı noktasında hastanenin yoğunluğu göz önüne alınarak personel sayısı arttırılabilir yani her basamakta."* ifadelerinde aktarılmıştır.

F. Peyzaj/Çevre düzenlemesi

Hastanenin peyzajının ve çevre düzenlemesinin yetersiz olduğu gerekçesiyle zayıf yön olarak nitelendirildiği Katılımcı 32'nin *"...onun dışında biraz da çevre şeyi açısından ben bir baktığım zaman da biraz ilgilenilmemiş açıkçası XXX Bey şu anda göreve yeni başladı onu tenzih ederek söylüyorum. Çevrede biraz ilgisizlik var şöyle söyleyeyim örnek veriyorum kaldırım taşları sökülmüş yerinden..."* ve Katılımcı 26'nın *"Yani tabi ki mesela bir çevre düzenlemesi kötü yani bir hastane bahçesine biraz daha yeşillik olması tercih, okullara çok yakın olması sıkıntı çünkü hastaneye gelen insanlar acil olarak geliyorlar arabayı düzgün kullanmıyorlar çoluk çocuk var"* ifadelerinde aktarılmıştır.

G. Yer seçimi

Katılımcı 32 tesisin yer seçiminin hastanenin zayıf yönlerinden birini oluşturduğu *"...zemini benim gözüme çarpmıştı ilk zemini sıkıntı olması şey bataklığa yapılmış olması dediğim gibi"* şeklindeki ifadelerinde aktarılmıştır.

6.3. Tespit Edilen İhtiyaçlar

Nitel araştırma sonucunda tespit edilen ihtiyaçlara katılımcıların görüşleri gerekçe gösterilmiştir. Bu kapsamda bütünleşik sağlık tesis yönetim sistemi için belirlenen ihtiyaçlar ve ihtiyaçların gerekçeleri Tablo 6.2.17.1'de verilmiştir.

Tablo 6.3.1: Nitel Analiz Sonucunda Belirlenen İhtiyaçlar ve Gerekçeleri

Kod	İhtiyaç
Acil Durum ve İş Sürekliliği	
İH1	**Tüm personelin acil afet planları hakkında bilgilendirilmesi**
Gerekçe	Katılımcıların ifadelerine göre hastanede görevli tüm personelin hastane acil afet planı ile ilgili aynı ve yeterli düzeyde bilgisinin olmadığı sonucuna varılmıştır.
İH2	**Acil afet planı takip ve yönetim sisteminin oluşturulması/geliştirilmesi**
Gerekçe	Her gün için farklı çalışma planlaması yapılması sebebiyle afet planlarında görev ve yetkilerin açık uçlu olması gerekliliği bulunmaktadır. Bu noktada (günlük değişen personele göre) dinamik takip ve yönetim sürecinin yapıldığı bir sistemin oluşturulmasının önemi ortaya çıkmıştır.
İH3	**Uygulamalı tatbikat simülasyonuna personelin çağrılması, kalabalık yönetimi vb. süreçlerin de eklenmesi**
Gerekçe	Tecrübe edilen tren kazasında yaşanan bilgi kirliliği neticesinde hem sağlık personeli hem gönüllü vatandaşların yarattığı kalabalık sağlık hizmetlerinin verilmesini zorlaştırmıştır. Bu sebeple yöneticiler öncelikli olarak kalabalığın kontrol altına alınmasını sağlamak durumunda kalmıştır. Süreç yönetiminin etkin yönetiminin sağlanabilmesi için kalabalık yönetimi süreçlerinin de eğitimlere dahil edilmesi gerekliliği doğmuştur.
Alan Yönetimi	
İH4	**Sağlık bakım hizmetleri personelinin kullandığı dinlenme odalarında ergonomiklik, gün ışından faydalanma, ses kirliliği, ısıtma ve soğutma vb. kriterlerinin dikkate alınması ve gerekli düzenlemelerin yapılması**
Gerekçe	Farklı birim yöneticilerinin dinlenme odalarının yetersiz olduğu kanısına varmasında ergonomi, gün ışığından faydalanma, havalandırma, yerleşim, ses kirliliği, ısıtma-soğutma vb. unsurlar öne çıkmıştır.

Tablo 6.3.1: Nitel Analiz Sonucunda Belirlenen İhtiyaçlar ve Gerekçeleri (Devamı)

İH5	**Temizlik personeli için ayrılan giyim odalarının ergonomik açıdan uygun hale getirilmesi ve belirlenecek lokasyonlarda dinlenme odalarının tahsis edilmesi**
Gerekçe	Destek hizmetlerinde görevli temizlik personelinin hastanenin birçok bölümünde dinlenme odasının dahi bulunmadığı ve üst değiştirdikleri alanların ise ergonomik açıdan uygun olmadığı katılımcılar tarafından ifade edilmiştir.
İH6	**Formal yapısal hafıza sisteminin oluşturulması**
Gerekçe	Alanların ihtiyaçlara uygun olarak donatılması ve/veya düzeltilmesine yönelik katılımcılardan elde edilen bulgular neticesinde hastanenin kuruluşundan itibaren yapılan düzenlemelerin kaydedildiği bir standart sistemin olmadığı tespit edilmiştir. Bu durum geçmişe yönelik sistematik bir hafıza altyapısının oluşmamasına ve netice olarak da kişilere bağlı bir hafıza sistemin oluşmasına neden olmuştur.
Bakım ve Onarım Yönetimi	
İH7	**Standart bir arıza/teknik altyapı özgeçmiş/hafıza sisteminin oluşturulması**
Gerekçe	Bakım ve onarımlarda takiplerin yapılmasında kullanıcı veyahut cihaz temini yapan firmalarla yaşanan sıkıntıların önlenmesi için kullanıcılara bağımlı kalmadan yürütülen dinamik veri üreten bir sistem yardımıyla hafızanın oluşturulmasının önemi ortaya çıkmıştır. Ayrıca onarıcı ve düzeltici bakımların sürecinin ve takibinin yapılmasında özellikle görev devir teslimi sırası halef ve selef arasında yeterince bilgi paylaşımının olmaması çalışanlarda farklı algıların oluşmasına sebebiyet vermektedir.
İH8	**Düzenli bakımların yapılabilmesi için aktif fonlama yapılması**
Gerekçe	Katılımcıların ifadelerinden bakımlar için bütçenin ayrıldığı fakat uygulama noktasında düzenli bakımların yapılmasındaki en önemli engelin maliyet/fonlama olduğu bu sebeple (bazı alanlarda) bakımların düzenli olarak yapılamadığı tespit edilmiştir.
İH9	**Ortak alanlardaki arızaların tespiti, bakım ve onarım faaliyetlerinin yürütülmesi için aktif bir yönetim ve takip uygulamasının geliştirilmesi**
Gerekçe	Birimlerde yer alan cihazların veyahut yapısal alanların arızası ve tamiratı için HBYS ve telefon gibi iletişim araçları kullanılarak süreç yönetiliyorken, hastanenin ortak alanlarında yer alan makine, cihaz vb. unsurların arızalanması durumunda arıza talebinde bulunacak bir birimin, personelin veya elektronik sistemin olmaması (IoT vb.) bu alanlardaki sorunların tespiti ve arızaların giderilmesinde çeşitli sıkıntıların yaşanmasına sebebiyet vermektedir. Özellikle hastanedeki personel ve hastaların sıkça kullandığı asansörler, bunun yanında sağlık hizmetlerinin kesintisiz sunumunda oldukça kritik önem taşıyan UPS, jeneratör vb. makinelere yönelik arıza durumlarının takip edilememesi sorunu oldukça önem taşımaktadır. Ortak alanlarda gerçekleşen arızalara yönelik arıza tespitlerinin yapılamamasının yanı sıra teknik birimlerin bu alanlardaki arızaları tespit edip onarım faaliyetlerini kayıt altına alması için HBYS sisteminde teknik birimler için ayrı bir modül oluşturulması gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Tablo 6.3.1: Nitel Analiz Sonucunda Belirlenen İhtiyaçlar ve Gerekçeleri (Devamı)

Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik	
İH10	**Atık deposunun kapasitesinin artırılması, fiziki yapısının revize edilmesi**
Gerekçe	Depolama için tahsis edilen alanın mevcut ihtiyaçların karşılanması noktasında yeterli olmadığı katılımcılar tarafından aktarılmıştır. Ayrıca atık deposunun bulunduğu bölümde zeminlerin fayans olması ve buna ek olarak çatı genişliğinin yeterli büyüklükte olmaması zeminin kaygan olmasına sebep olduğu ve dolayısıyla iş sağlığı ve güvenliğini riske attığı katılımcıların ifadelerinden tespit edilmiştir.
İH11	**Atık firmaları ile yaşanan veya yaşanması muhtemel koordinasyon eksiklikleri için alternatiflerin planlanması**
Gerekçe	Depolama alanın yetersizliğine ek olarak (tıbbi ve tehlikeli atık) atık firmaların planlanan sürece uymaması durumunda çeşitli sıkıntıların yaşandığı, bu durumun hem iş sağlığı ve güvenliğini hem de çevre sağlığını tehdit ettiği katılımcılar tarafından aktarılmıştır. Bu durumlar için alternatif oluşturulması gerekliliği doğmuştur.
İH12	**Atık birimine ait tüm verilerin dinamik takibinin yapılabileceği bir sistem oluşturulması**
Gerekçe	Atıklara yönelik mevcut ölçümlerin hastanede kullanılan HBYS'ye entegre değil manuel olarak birimin kendi imkanları ile oluşturulan standart formlar aracılığıyla bilgisayarlara kaydedilerek kayıt altına alındığı tespit edilmiştir.
Finans ve İşletme	
İH13	**İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılan ürün/teçhizat temininde kalite kontrol sürecine hastanenin de müdahalesinin sağlanması**
Gerekçe	Özellikle ortak hizmet alanları için yapılan satın alımlarda kalite kontrolünün yapılamadığı ve genel olarak ürün kalitesinin düşük olduğu bunun da hastane için uzun vadede daha fazla maliyete katlanılmaktadır.
İH14	**Uzun tedarik sürecinin olduğu alanların tespiti bu alanlar için tedarik stratejilerinin geliştirilmesi**
Gerekçe	Bazı durumlarda *(özel pili olan kapı zili, ihale usulüyle temin edilmesi gereken parçalar vb.)* tedarik sürecinin uzamasının talep edilen arıza ve bakımların yerine getirilmesini sekteye uğrattığı ve söz konusu süreçlerin mevzuata uygun olarak işletilmesi gerekliliği, bu nedenle de özellikle yüksek maliyetli cihazların tedarik edilmesinde sürecin uzadığı katılımcılar tarafından aktarılmıştır.
Gayrimenkul Yönetimi	
İH15	**Hastaneye ulaşımda üst geçit ve trafik planlamasının yeniden yapılması**
Gerekçe	Hastaneye ulaşımda trafik yoğunluğunun yarattığı problemlerin çözülebilmesi adına hastane girişinin trafiğini düzeltici önlemlerin alınması gerekliliği (kavşak düzenlemesi, üst geçit vb.) katılımcıların ifadelerinde aktarılmıştır.
İH16	**Hastane çevresinde peyzaj düzenlemelerinin yapılması**
Gerekçe	Hastanenin mevut peyzajının ve çevre düzenlemesinin yetersiz olduğu gerekçesiyle hastanenin zayıf yönlerinden biri olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 6.3.1: Nitel Analiz Sonucunda Belirlenen İhtiyaçlar ve Gerekçeleri (Devamı)

İletişim	
İH17	**Etkin iletişimin sağlanabilmesi için HBYS'nin mobil uygulamalarının geliştirilmesi**
Gerekçe	Birimlerdeki teknik arıza kayıtlarının oluşturulması, ürün talep edilmesi ve ilgili birimlerle iletişim kurulması amacıyla HBYS modülleri kullanılmaktadır. Ancak sürecin hızlandırılmasında sadece HBYS değil aynı zamanda telefon aracılığıyla da iletişim kurma ihtiyacının olduğu katılımcıların ifadelerinden tespit edilmiştir. Ayrıca, hastanenin yoğun çalıştığı veya personelin eksik olduğu dönemlerde; personelin HBYS üzerinden oluşturulan arıza taleplerini takip etmesi sahada iş görmesi sebebiyle zorlaşmaktadır. Teknik personelin kullanabileceği mobile entegre sistemin oluşturulması sistemin efektif kullanılmasına katkı sunacaktır.
İH18	**Personelin, hastalarla ve diğer personel ile iletişimini kuvvetlendirecek eğitim ve stratejilerin geliştirilmesi ve uygulanması**
Gerekçe	Hasta ve hasta yakınları ile bazı durumlarda pozitif yönlü etkin iletişim kurulması mümkün olmamaktadır. Bunun sebepleri arasında hasta ve hasta yakınlarının şiddet içerikli davranış tutumları, hastaların ileri yaşlarından ötürü hareket ve görme kısıtlılığının olması veya okur yazarlık becerilerinin zayıf olması durumunun olduğu tespit edilmiştir. Bunlara ek olarak personelin kendi arasındaki etkin iletişim zemininin oluşmasında personelin iş görme davranışları, gerekli özenin tüm personel tarafından aynı düzeyde gösterilmemesi, mesai mevhumuna dikkat edilmemesi, iletişim tarzı gibi unsurların etkili olduğu tespit edilmiştir.
İH19	**Tüm personelin yetki ve sorumluluk alanlarının teyidinin yapılması**
Gerekçe	Başta hekimler ile diğer personel arasında olmak üzere personel arasında yaşanan yetki ve sorumlulukların yerine getirilmemesi konusu çalışanların stres düzeyini artırarak etkin iletişim kurmalarını engellediği ve hastaların tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyebildiği katılımcılar tarafından aktarılmıştır.
İH20	**Meslekler arası iletişimin kuvvetlendirilmesi**
Gerekçe	Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde motivasyonu düşürücü unsurlar arasında meslekler arası zayıf iletişimin olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6.3.1: Nitel Analiz Sonucunda Belirlenen İhtiyaçlar ve Gerekçeleri (Devamı)

İnsan Faktörleri	
İH21	**Geçerliliği ve güvenilirliği olan ve her bir meslek grubu için farklı özelliklere sahip performans sisteminin oluşturulması**
Gerekçe	Hekim dışındaki sağlık personelinin performansının ölçüldüğü ve takip edildiği bir sistemin olmayışı, özellikle ameliyathanelerde sadece sorumluların takibi ile yapıldığı bunun da iş yükünde eşitsizliklere sebebiyet verdiği katılımcılar tarafından aktarılmıştır. Özellikle destek personelinin yaptığı işlere yönelik veri üreten bir sistemin ve performans ölçüm aracının olmaması, personeli değerlendirmede birim yöneticilerinin rolünü artırmaktadır. Bu durum kurumsal hafızanın oluşmasını, iş sürekliliğini ve personel arasındaki adaleti olumsuz yönde etkileyebilmekte ve ayrıca yöneticilerin yanlı tutumlarına zemin oluşturabilmektedir. Sahadaki personelin değerlendirilmesinin yapılması için performans sisteminin etkin bir şekilde tüm çalışanları kapsaması gerektiği böylece idarecilerin değerlendirme yapabileceği ve birim bazında hafızanın oluşmasının mümkün olabileceği katılımcılar tarafından aktarılmıştır.
İH22	**Ödül/ceza sisteminin daha etkin hale getirilmesi**
Gerekçe	Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde motivasyonu düşürücü unsurlar arasında ödül/ceza sisteminin etkin uygulanamadığı veya uygulanması halinde dahi istenilen sonuçlara ulaştırmadığı tespit edilmiştir.
İH23	**Destek hizmetlerindeki personel eksikliğinin giderilmesi** *(Temizlik, güvenlik, yemekhane personeli, tıbbi sekreterlik vb.)*
Gerekçe	Katılımcılar hastanenin personel eksikliğini en önemli sorunların başında göstermektedir. Nitekim hastanenin büyük bir bölümünde farklı meslek grupların istihdamındaki eksiklikler dile getirilmiştir. *(Örneğin; Temizlik personeli sayısının yetersiz olduğu Katılımcı 5, Katılımcı 8, Katılımcı 18, Katılımcı 19, Katılımcı 23 ve Katılımcı 30 ifadelerinde belirtmiştir.)*
İH24	**Geçici görevlendirme ile farklı hastanelerde görev yapan personelin atamalarının yapılması**
Gerekçe	İnsan kaynaklarının kullanımındaki en önemli sorun hastanede kadrosu bulunan sağlık personelinin geçici görevle farklı hastanelerde görevlendirilmesidir. Bu durum münhal kadro bulunmamasına sebep olmakta ve hastane yönetiminin münhal kadroları gerekçe göstererek kadro talep edememesine neden olmaktadır.
İH25	**Hastane yöneticileri tarafından engellenemeyen alan dışı personel istihdamının neden olacağı olumsuzluklara yönelik hizmet içi eğitim programlarının geliştirilmesi**
Gerekçe	Başta tıbbi sekreterler olmak üzere alan dışı istihdamların meslekli bilgi vb. (literatüre yabancı olma) eksikliğinden ötürü süreçleri aksatabildiği katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Bu sebeplerden ötürü mesleki oryantasyon önemi kazanmıştır.

Tablo 6.3.1: Nitel Analiz Sonucunda Belirlenen İhtiyaçlar ve Gerekçeleri (Devamı)

İH26	**Biyomedikal ve teknik birimler için nöbet/icap sisteminin oluşturulması**
Gerekçe	Tedavi sürecinde kritik öneme sahip cihazların takibini ve onarımını yapan biyomedikal ve diğer teknik birimlerin nöbetli çalışma sisteminin olmayışı (icap dahil), tamamen gönüllü olarak 7/24 hizmet vermeleri çalışanların motivasyonunu düşürmektedir. Bu kapsamda çalışanlar için en azından icap usulü nöbet sisteminin geliştirilmesi ihtiyacı doğmuştur.
İH27	**Yemekhane özelinde hizmet kalitesinin artırılması (Kalifiye personel istihdamı, personel sayısının artırılması vb.)**
Gerekçe	Yemekhane hizmetlerinin nitelikli personel (aşçı) azlığı, konumu ve yemeklerin dağıtımı noktasındaki yetersizliklerin personelin motivasyonunu düşürdüğü katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Kalite süreçleri gereğince verilerin kaydedilmesi noktasında standardın olmaması hem bilgi yönetim sistemine hem de basılı formlara kaydedilmesi durumunu ortaya çıkarmıştır. Bu durum verilerin güvenliğini sağlasa da aynı kaydın birden fazla çeşitle tutulmasına neden olmaktadır. Kalite ile ilgili formların aynı zamanda birden fazla yere kaydedilmesi de iş yükünü artırmaktadır.
Kalite Yönetimi	
İH28	**Tüm kalite süreçlerini içeren ve dinamik veri üreten bir sistemin ve standart bir veri dosyalama sisteminin oluşturulması**
Gerekçe	Dinamik olarak takip edilen bir sistemin eksikliği ve oluşturulması durumunda sağlayacağı faydalar katılımcılar tarafından vurgulanmıştır. Hastane yönetiminin performans değerlendirmelerinin dengeli puan kartları ile yapıldığı, diğer sağlık personelinin değerlendirilmesinin ise oluşturulan formlar üzerinden manuel olarak takip edildiği, bu form ve kartların elektronik herhangi bir sisteme kaydedilmediği ve anlık takibinin mümkün olmadığı katılımcıların ifadelerinden tespit edilmiştir.
İH29	**Komite ve Komisyon geri bildirimlerinin daha etkin bir yöntem ile yürütülmesi**
Gerekçe	Komite ve komisyonlara dahil olan ve görev alan personel komite ve komisyonların işlevsel olduğunu, bazı personel ise işlevsiz olduğunu aktarmıştır. Bu bilgi farklılıkları sebebiyle hastane genelinde geri bildirimlerin daha etkin yapılması gerekliliği ortaya çıkmıştır.
İH30	**Destek personelinin görev paylaşımının net bir şekilde yapılması**
Gerekçe	Destek personelinin birden fazla misyona sahip olması hem iş sağlığı ve güvenliği hem de hasta güvenliği açısından risk oluşturabilmektedir. Temizlik işlerinin tam anlamıyla yerine getirilememesi (diğer görevleri yerine getirmesi sebebiyle) ve enfeksiyon riski yüksek alanlara farklı görevleri yerine getirmek amacıyla sürekli giriş çıkış yapması risk kaynağı oluşturmaktadır. Bu sebeple destek personelinin görevlerinin net bir şekilde ayrılması gerekliliği katılımcıların ifadelerinde aktarılmıştır.

Tablo 6.3.1: Nitel Analiz Sonucunda Belirlenen İhtiyaçlar ve Gerekçeleri (Devamı)

Koordinasyon	
İH31	**İş akış süreçlerinde yaşanan aksaklıkların tespit edilmesi ve gerekli müdahalelerde bulunulması. Birimler arası işbirliğinin geliştirilmesi.**
Gerekçe	Birimlerin ve personelin performansının etkili bir şekilde ölçülmemesi neticesinde yöneticilerin personelin ve birimin performansını değerlendirmesi de zorlaşmaktadır. Yöneticilerin önlem alamadığı süreçler neticesinde birimler kendi iş süreçlerinin aksamaması için farklı birimlerin sorumluluklarını yerine getirmek durumunda kalmaktadır. Bu durumun koordinasyonu da olumsuz etkilendiği katılımcıların ifadelerinden tespit edilmiştir. Birimler arası koordinasyonun sağlanmasında yöneticiler farklı birimlerin sorunlarını da çözmek zorunda kaldığı ifadelerinde aktarılmıştır. Ayrıca, teknik ve sağlık bakım alanlarında personelin sorumluluktan kaçınma davranışlarının birimler arasındaki koordinasyonu olumsuz etkilediği katılımcıların ifadelerinde aktarılmıştır.
İH32	**HBYS'nin personel tarafından daha efektif kullanımın sağlanması**
Gerekçe	Hastanenin mevcut kaynaklarının *(yatak bilgisi, tekrar testler için uyarılar vb.)* en uygun şekilde kullanımının sağlanması ve bu sayede enerji ve kaynak israfının önlenmesinde ilişkili tüm birimler arasında aynı özenin gösterilmesi gerekliliği katılımcılar tarafından aktarılmıştır. Örneğin; birimler arası hasta transferinin sağlanmasında dolu-boş yatak bilgisine erişimde yaşanan sıkıntılar birimler arası koordinasyonu olumsuz yönde etkilemektedir. Bu konularda HBYS üzerinden bilgiye erişim mümkün olsa da bazı kullanıcıların sistemi ektin kullanamadığı veya sınırlı erişimi olduğu ifadelerinde veya zamanında veri girişinin yapılmamasının koordinasyonu olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir.
İH33	**Farklı birimlerin işleyişleri hakkında diğer birimlerin de bilgilendirilmesi, bütüncül hizmet sunumunun öneminin personele aktarılması**
Gerekçe	Birimlerin diğer birimlerdeki aynı veya farklı meslek gruplarında iş gören çalışanların işlerine yeterli saygıyı göstermediği durumlarda birimler arası koordinasyon zorlaşabilmektedir. Bu bakımdan karşılıklı saygı (uzmanlık ve birey olarak) ve eşitlik, koordinasyon açısından oldukça önem taşımaktadır. Birimlerin işleyişlerinin ve iş süreçlerinde zamanlamaların diğer birimler tarafından yeterince bilinmemesi koordinasyonu olumsuz etkileyen bir başka unsurdur.

Tablo 6.3.1: Nitel Analiz Sonucunda Belirlenen İhtiyaçlar ve Gerekçeleri (Devamı)

Liderlik ve Strateji	
İH34	**Değişime direnç gösteren veya gösterme eğiliminde olan personelin değişim konusunda bilgilendirilmesi ve teşvik edilmesi**
Gerekçe	Personelin başta yaş faktörü olmak üzere değişime farklı nedenler ile direnç gösterdiği ve bazı yöneticilerin bu durumu kabullendiği, değişimin uygulanmaya başlanmasıyla personelin tepki gösterebildiği katılımcıların ifadelerinden tespit edilmiştir.
İH35	**Tüm personel sorumluluklarını eksiksiz yerine getirme konusunda uyarılmalı ve bu yönde teşvik edilmeli**
Gerekçe	Personel kendi işini yapabilmek için farklı meslek gruplarının görevini yapmak ve riskine katlanmak durumunda kalmaktadır. Hastanenin hizmet sunum sürecin birimler arası etkileşimin olması kaçınılmazdır. Sağlık hizmet sunumunun bütüncül yapısı dikkate alındığında hastaların teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti aldığı birimlerin herhangi birinde bir aksama veya görev ifasında eksikliğin olması birim yöneticilerini/sorumlularını zorlamaktadır. Entegre süreçlerin aksamasında personel eksikliği, personelin asansörleri gereksiz kullanımı, mesai kurullarına uyulmaması, yoğun iş yükü, bazı personelin sorumluluklarını yerine getirmesine neden olmaktadır
İH36	**Yönetsel sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için birim bazında formal kurumsal hafızanın oluşturulması**
Gerekçe	Yönetsel sürdürülebilirliğin sağlanmasında devir-teslim sürecinin etkin yönetilmesi kritik önem taşımaktadır. Bu süreçte halef ve selef arasındaki bilgi aktarımı, oryantasyon süreci, geçmişe yönelik bilgilerin kayıt altına alınması veyahut raporlanması vb. faktörler en önemli unsurlar olarak tespit edilmiştir. Hastane organizasyon yapısında alt, orta ve üst düzey yönetim kadrolarındaki devir teslim sürecindeki oryantasyonun önemi (birimi ve birim personeli tanıma vb. açısından) ve bu değişim sürecinin bazı birimlerde iki tarafın da dahil olduğu (halef-selef) efektif bir şekilde yapılamadığı bu konunda standardizasyonun olmayışı katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Birim yöneticilerinin birim yönetimi ve diğer birimlerle olan etkileşimlerini bireysel ilişkileri ile yürütmesi, gerekli standardizasyon ve arşivleme gibi süreçlerin eksik işletilmesi birimlerde hafızanın oluşmamasına neden olabilmektedir. Bu sebeple yönetimde edilen tecrübeler bireylerle sınırlı kalmaktadır.

Tablo 6.3.1: Nitel Analiz Sonucunda Belirlenen İhtiyaçlar ve Gerekçeleri (Devamı)

Mimari Mühendislik Hizmetleri	
İH37	**İklimlendirme sisteminin etkin çalışır hale getirilmesi**
Gerekçe	Katılımcılar hastanenin diğer altyapı unsurlarına nazaran en fazla iklimlendirme sistemlerinin etkin çalışmadığını veya her alan için etkin olmadığını ve bunun motivasyonu düşürücü ektisinin olduğunu aktarmıştır. Örneğin, ameliyathanelerin iklimlendirilmesinde yaşanan sıkıntılar neticesinde tedavi sürecinde yer alan personelin havasız ve çok sıcak ortamlarda çalışmak zorunda kalabilmektedir. Bunun sonucunda kısa süreliğine rahatlamak adına ameliyathane kapısının açılması hasta güvenliğini riske atabilmektedir. Hem iş sağlığı ve güvenliği hem de hasta güvenliğinin sağlanması amacıyla iklimlendirme sisteminin etkin çalışır hale getirilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır.
İH38	**Mevcut otopark alanlarının daha kullanışlı hale getirilmesi ve personel için ayrılmış otopark alanının daha efektif kullanımının sağlanması**
Gerekçe	Hastanenin mevcut otopark alanlarının düzenlemeye ihtiyaç duyduğu sağlık personeli, hasta ve hasta yakınlarının geçiş alanlarına araçlarını park etmeleri sebebiyle geçişleri engellediği hem yaya hem de diğer araçlar açısından problem yarattığı katılımcılar tarafından önemli bir ihtiyaç olarak belirtilmiştir. Hastanenin mevcut otopark alanı içerisinde personel için ayrılmış bir alanın daha rasyonel şekilde kullanılması gerektiği; katılımcıların geçmişte yaşadığı maddi hasarlı kazalar ve park yeri bulma gibi sorunların yaşanması örnekleriyle ifade edilmiştir.
İH39	**Psikiyatri servisi için daha geniş bir bahçenin tahsis edilmesi**
Gerekçe	Psikiyatri servisi için tahsis edilen bahçenin hastaların tedavi edilmesi noktasında yetersiz kaldığı ve mevcut yapıya sosyal alanların da eklenmesi gerektiği katılımcılar tarafından ifade edilmiştir.
İH40	**Hasta ve hasta yakınlarının etkin bir şekilde yönlendirilmesinin sağlanabilmesi için yeni tasarımların gerekliliği**
Gerekçe	Hasta ve hasta yakınlarının doğrudan birimler arası bağlantıları yönlendirmelerin yetersiz olması sebebiyle etkin kullanamadığı katılımcıların ifadelerinden tespit edilmiştir.

Tablo 6.3.1: Nitel Analiz Sonucunda Belirlenen İhtiyaçlar ve Gerekçeleri (Devamı)

Teknoloji Yönetimi	
İH41	**HBYS'nin aktif, hızlı ve verimli çalışmasının sağlanması**
Gerekçe	HBYS'nin kullanımında yaşanan sıkıntılar katılımcılar tarafından yavaş çalışma, bilgilere ulaşamama, sistemin cevap vermemesi şeklinde sıralanmıştır.
İH42	**Personelin zamanında/anlık veri girişi yapabilmesi için stratejiler geliştirilmesi**
Gerekçe	HBYS'nin kullanılmasında zamanlamaya dikkat edilmemesi entegre süreçleri de olumsuz etkilemektedir. Nitekim hasta bakım veya tedavi sürecinin bir aşamasında veri girişinde yaşanan bir gecikme diğer süreçlerinin tamamını etkileyebilmektedir. Bu sebeplerle sistemin efektif kullanımının sağlanabilmesi ve süreçlere katkı sunması için ilişkili tüm personelin aynı özeni göstermesi gerekir.
Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi	
İH43	**Çamaşırhane kapasitesinin artırılması**
Gerekçe	Hastanenin birimleri arasında doğumhanenin sirkülasyonuna çamaşırhanenin yetersiz kaldığı ve bunun en büyük nedeninin ise malzemelerin niceliksel olarak az olmasından kaynaklandığı katılımcıların ifadelerinde aktarılmıştır.

Bu aşamada 14 temanın altında 43 farklı ihtiyaç tespit edilmiştir. Bu kapsamda en fazla ihtiyaç (n=7) "İnsan Faktörleri" teması altında en az ise (n=1) "Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri" teması altında tespit edilmiştir.

6.4. Nicel Araştırma Bulguları

Araştırmanın nitel analiz kısmında tespit edilen ihtiyaçların önem derecelerinin belirlenmesi adına çok kriterli karar verme yöntemlerinden biri olan AHP yöntemi kullanılmıştır.

6.4.1. Katılımcılara yönelik bilgiler

Çalışma grubu içerisinde yer alan bazı yöneticiler katılmak istememiş, bazıları ise raporlu veya izinli olduğu için çalışmaya dahil edilememiştir. AHP anketleri ile toplamda yedi farklı yöneticinin görüşleri alınmıştır. Katılımcılara yönelik bilgiler Tablo 6.4.1.1'de gösterilmiştir.

Tablo 6.4.1.1: AHP Anketine Katılan Yönetici Bilgileri

Katılımcı	Departman	Unvanı
Katılımcı 1	Başhekim Yardımcısı	Dr.
Katılımcı 2	Başhekim Yardımcısı	Dr.
Katılımcı 3	İdari Mali İşler Müdürü	Uzman
Katılımcı 4	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü	Hemşire
Katılımcı 5	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı	Hemşire
Katılımcı 6	Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü	Uzman
Katılımcı 7	İdari Mali İşler Müdür Yardımcısı	Uzman

6.4.2. AHP analizi

Hastanenin tesis yönetimi kapsamında tespit edilen ihtiyaçlarının temalar çerçevesinde grupları belirlenmiştir. AHP'nin ilk adımı kriterlerin önem derecelerini tespit etmektir. Nitekim bu kısımda kriter matrisi oluşturularak önem derecelerine göre puanlandırma Tablo 5.7.2.1'de de gösterilen Saaty'nin Önem Dereceleri Skalası'na göre yapılmıştır. Belirlenen temalar kapsamında oluşturulan karşılaştırma matrisi Tablo 6.4.2.1'de gösterilmiştir.

Tablo 6.4.2.1: Araştırma Kapsamında Oluşturulan Karşılaştırma Matrisi

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14
K1	1													
K2		1												
K3			1											
K4				1										
K5					1									
K6						1								
K7							1							
K8								1						
K9									1					
K10										1				
K11											1			
K12												1		
K13													1	
K14														1

Tabloda yer alan kriterlerin temsil ettiği ihtiyaç grupları (temalar) aşağıdaki gibidir:

K1 : Acil Durum ve İş Sürekliliği

K2 : Alan Yönetimi

K3 : Bakım ve Onarım Yönetimi

K4 : Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik

K5 : Finans ve İşletme

K6 : Gayrimenkul Yönetimi

K7 : İletişim

K8 : İnsan Faktörleri

K9 : Kalite Yönetimi

K10 : Koordinasyon

K11 : Liderlik ve Strateji

K12 : Mimari ve Mühendislik Hizmetleri

K13 : Teknoloji Yönetimi

K14 : Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi

Araştırma kapsamında belirlenen ihtiyaçların önceliklendirilmesi için karar verici pozisyonda yer alan hastane yöneticilerine ulaşılmıştır. Bu kapsamda her bir katılımcıya öncelikli olarak belirlenen ihtiyaçlar ve bu ihtiyaçların gerekçeleri aktarılmıştır. Tespit edilen ihtiyaçlarının temalar çerçevesinde grupları belirlenmiştir. Söz konusu gruplar çerçevesinde AHP anketleri oluşturulmuş; anketlerin nasıl doldurulması gerektiği ve ihtiyaçların öncelik analizinin nasıl yapılacağı konusunda eğitimler verilmiştir.

Katılımcıların belirlenen kategori (kriter) adeti sayısınca oluşturulan matris değerlerinin simetrik matris değerleri hesaplanarak aşağıdaki tablolar oluşturulmuştur (Tablo 6.4.2.2, Tablo 6.4.2.3, Tablo 6.4.2.4, Tablo 6.4.2.5, Tablo 6.4.2.6, Tablo 6.4.2.7, Tablo 6.4.2.8). Simetrik matris değerlerinin hesaplanmasında "1/DEĞER" formülü kullanılmıştır.

Tablo 6.4.2.2: Katılımcı 1'e Ait İkili Karşılaştırma Matrisi

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14
K1	1	5	5	3	1	5	3	1	5	3	5	3	3	1
K2	1/5	1	5	3	5	7	5	5	3	1	1	3	3	5
K3	1/5	1/5	1	1/3	1/5	1	1/3	1/5	1	1	1	1	1	3
K4	1/3	1/3	3	1	1/7	1/3	1/5	1/5	1/3	1	1	1	1/3	1/5
K5	1	1/5	5	7	1	1	5	5	5	3	1	5	3	3
K6	1/5	1/7	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1/3	1/5
K7	1/3	1/5	3	5	1/5	1	1	1	5	5	5	7	5	1
K8	1	1/5	5	5	1/5	1	1	1	5	5	5	5	3	3
K9	1/5	1/3	1	3	1/5	1	1/5	1/5	1	1	1	1	1	1/3
K10	1/3	1/3	1	1	1/3	1	1/5	1/5	1	1	1	1	1	1/5
K11	1/5	1	1	1	1	1	1/5	1/5	1	1	1	1	1/5	1/7
K12	1/3	1/3	1	1	1/5	1	1/7	1/5	1	1	1	1	1/3	1/7
K13	1/3	1/3	1	3	1/3	3	1/5	1/3	1	1	5	3	1	1/7
K14	1	1/5	1/3	5	1/3	5	1	1/3	3	5	7	7	7	1

Tablo 6.4.2.3: Katılımcı 2'e Ait İkili Karşılaştırma Matrisi

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14
K1	1	3	3	3	1	5	3	1	5	3	3	5	5	3
K2	1/3	1	1/3	3	1/3	7	5	5	3	1/3	1/3	3	1/3	5
K3	1/3	3	1	3	1/5	3	1/3	1/5	1	1/3	1/3	1	1	3
K4	1/3	1/3	1/3	1	1/7	3	1/5	1/5	1/3	1/3	1/5	1	1/3	1/5
K5	1	3	5	7	1	1	5	5	5	3	1	1/3	5	1
K6	1/5	1/7	1/3	1/3	1	1	1/3	1/3	1/3	1/5	1/5	1	3	3
K7	1/3	1/5	3	5	1/5	3	1	1	5	5	5	7	5	3
K8	1	1/5	5	5	1/5	3	1	1	5	1	1	5	3	3
K9	1/5	1/3	1	3	1/5	3	1/5	1/5	1	1	1/3	3	1	1/3
K10	1/3	3	3	3	1/3	5	1/5	1	1	1	1	3	3	3
K11	1/3	3	3	5	1	5	1/5	1	3	1	1	5	3	3
K12	1/5	1/3	1	1	3	1	1/7	1/5	1/3	1/3	1/5	1	1/3	1/5
K13	1/5	3	1	3	1/5	1/3	1/5	1/3	1	1/3	1/3	3	1	1
K14	1/3	1/5	1/3	5	1	1/3	1/3	1/3	3	1/3	1/3	5	1	1

Tablo 6.4.2.4: Katılımcı 3'e Ait İkili Karşılaştırma Matrisi

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14
K1	1	3	3	3	1	5	3	1	5	3	3	5	5	3
K2	1/3	1	1/3	3	3	7	5	5	3	1/3	1/3	3	1/3	5
K3	1/3	3	1	3	5	3	1/3	1/5	1	1/3	1/3	1	1	3
K4	1/3	1/3	1/3	1	3	3	1/5	1/5	1/3	1/3	1/5	1	1/3	1/5
K5	1	1/3	1/5	1/3	1	1	1/3	1/3	5	1/3	1	1/3	1	1/3
K6	1/5	1/7	1/3	1/3	1	1	1/3	1/3	1/3	1/5	1/5	1	3	3
K7	1/3	1/5	3	5	3	3	1	1	5	5	5	7	5	3
K8	1	1/5	5	5	3	3	1	1	5	1	1	5	3	3
K9	1/5	1/3	1	3	1/5	3	1/5	1/5	1	1	1/3	3	1	1/3
K10	1/3	3	3	3	3	5	1/5	1	1	1	1	3	3	3
K11	1/3	3	3	5	1	5	1/5	1	3	1	1	5	3	3
K12	1/5	1/3	1	1	3	1	1/7	1/5	1/3	1/3	1/5	1	1/3	1/5
K13	1/5	3	1	3	1	1/3	1/5	1/3	1	1/3	1/3	3	1	1
K14	1/3	1/5	1/3	5	3	1/3	1/3	1/3	3	1/3	1/3	5	1	1

Tablo 6.4.2.5: Katılımcı 4'e Ait İkili Karşılaştırma Matrisi

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14
K1	1	7	7	7	7	7	1/3	1/3	1/9	1/5	1/9	7	5	1
K2	1/7	1	1	1	1	1	1	1/9	1	1	1	1	1	9
K3	1/7	1	1	9	9	9	9	7	1	1	1	9	9	1
K4	1/7	1	1/9	1	1	1/5	1	1	1/5	1/5	1/5	1	1/5	1/5
K5	1/7	1	1/9	1	1	1	1/3	1/3	1	1	1	1	1/3	1
K6	1/7	1	1/9	5	1	1	1	1	1	1	1/3	1/5	1/3	1
K7	3	1	1/9	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
K8	3	9	1/7	1	3	1	1	1	5	3	1/5	1	1	1
K9	9	1	1	5	1	1	1	1/5	1	1	1/5	3	1	1
K10	5	1	1	5	1	1	1	1/3	1	1	1	3	1	1
K11	9	1	1	5	1	3	1	5	5	1	1	3	1	1
K12	1/7	1	1/9	1	1	5	1	1	1/3	1/3	1/3	1	1	3
K13	1/5	1	1/9	5	3	3	1	1	1	1	1	1	1	3
K14	1	1/9	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1/3	1/3	1

Tablo 6.4.2.6: Katılımcı 5'e Ait İkili Karşılaştırma Matrisi

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14
K1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
K2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1/3	1/3	1	1/3	1/5
K3	1	1/3	1	3	1/3	1	1	1/3	1	1/3	1/3	1	1/3	1
K4	1	1	1/3	1	1	1/3	1	1	1/3	1/3	1/3	1	1/3	1/3
K5	1	1	3	1	1	1	1/3	1/3	3	1	1	1	1/3	1/3
K6	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1/3	1/7	1/3	1/5
K7	1	1	1	1	3	1	1	1	5	1	1	1	1	1
K8	1	1	3	1	3	1	1	1	3	3	1/3	1	3	1
K9	1	1	1	3	1/3	1	1/5	1/3	1	1	1/3	3	1	1
K10	1	3	3	3	1	1	1	1/3	1	1	1	3	1	1
K11	1	3	3	3	1	3	1	3	3	1	1	3	1	1
K12	1	1	1	1	1	7	1	1	1/3	1/3	1/3	1	1	1/3
K13	1	3	3	3	3	3	1	1/3	1	1	1	1	1	1/3
K14	1	5	1	3	3	5	1	1	1	1	1	3	3	1

Tablo 6.4.2.7: Katılımcı 6'ya Ait İkili Karşılaştırma Matrisi

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14
K1	1	1/7	1/7	1/7	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1
K2	7	1	1	1	3	1	1/3	1/3	1	1/3	1/3	1	3	1/3
K3	7	1	1	5	3	1	1/3	1/3	5	3	3	1	5	7
K4	7	1	1/5	1	5	3	1/5	1/3	1/7	1/5	1/5	7	7	9
K5	1	1/3	1/3	1/5	1	1	1	1	1/3	1/3	1	5	3	3
K6	1	1	1	1/3	1	1	1/3	1	3	1	1	1	3	3
K7	1	3	3	5	1	3	1	1	3	1	1	3	5	3
K8	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	3	5	3
K9	1/5	1	1/5	7	3	1/3	1/3	1	1	1	1	1	1	1
K10	1	3	1/3	5	3	1	1	1	1	1	1	3	3	1
K11	1	3	1/3	5	1	1	1	1	1	1	1	5	3	1
K12	1	1	1	1/7	1/5	1	1/3	1/3	1	1/3	1/5	1	1/3	1/3
K13	1	1/3	1/5	1/7	1/3	1/3	1/5	1/5	1	1/3	1/3	3	1	1/5
K14	1	3	1/7	1/9	1/3	1/3	1/3	1/3	1	1	1	3	5	1

Tablo 6.4.2.8: Katılımcı 7'e Ait İkili Karşılaştırma Matrisi

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14
K1	1	5	3	3	7	7	1	1	3	1	3	5	1	1
K2	1/5	1	3	1	1/5	3	1	1	1/3	1/3	1	3	1	1/5
K3	1/3	1/3	1	1/3	1/5	1	1/5	1/5	1/7	1/3	1/3	1	1/3	1/5
K4	1/3	1	3	1	1/3	3	1/3	1/3	1/5	1/3	1/3	1/3	1/5	1/3
K5	1/7	5	5	3	1	5	3	1	3	3	5	3	1	3
K6	1/7	1/3	1	1/3	1/5	1	1/3	1/5	1/5	1/5	1/7	1	1/3	1/3
K7	1	1	5	3	1/3	3	1	1	1	1/3	1	3	3	1/3
K8	1	1	5	3	1	5	1	1	1	1	1/3	3	5	1/3
K9	1/3	3	7	5	1/3	5	1	1	1	1	1	5	3	1
K10	1	3	3	3	1/3	5	3	1	1	1	1	5	3	1
K11	1/3	1	3	3	1/5	7	1	3	1	1	1	3	1	1/3
K12	1/5	1/3	1	3	1/3	1	1/3	1/3	1/5	1/5	1/3	1	1/3	1/5
K13	1	1	3	5	1	3	1/3	1/5	1/3	1/3	1	3	1	1/5
K14	1	5	5	3	1/3	3	3	3	1	1	3	5	5	1

AHP'de katılımcıların ikili karşılaştırmalarının tek bir matriste toplanması için çoğunlukla geometrik ortalama kullanılmaktadır (167). Bu kapsamda yedi farklı yöneticinin her bir karşılaştırma matrisinin entegre edilmesi için geometrik ortalama yöntemi kullanılmıştır. Söz konusu değerler Tablo 6.4.2.9'da gösterilmiştir.

Tablo 6.4.2.9: Katılımcıların İkili Karşılaştırma Matrislerinden Türetilen Entegre Matris

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14
K1	1	2,17	2,02	1,87	1,74	3,48	1,37	0,85	2,14	1,27	1,47	3,08	2,33	1,37
K2	0,46	1	1,26	1,6	1,17	2,69	1,7	1,24	1,37	0,46	0,53	1,87	0,85	1,47
K3	0,5	0,79	1	2,02	0,86	1,87	0,58	0,38	0,95	0,62	0,62	1,37	1,26	1,68
K4	0,53	0,62	0,5	1	0,72	1,09	0,34	0,37	0,26	0,34	0,29	1,13	0,45	0,4
K5	0,57	0,85	1,16	1,39	1	1,26	1,16	0,99	2,33	1,17	1,26	1,35	1,26	1,17
K6	0,29	0,37	0,53	0,92	0,79	1	0,53	0,58	0,68	0,5	0,35	0,6	0,85	0,86
K7	0,73	0,59	1,72	2,93	0,86	1,87	1	1	2,93	1,7	1,99	3,15	2,93	1,37
K8	1,17	0,8	2,6	2,73	1,01	1,72	1	1	2,93	1,72	0,73	2,73	2,97	1,6
K9	0,47	0,73	1,05	3,92	0,43	1,47	0,34	0,34	1	1	0,5	2,36	1,17	0,62
K10	0,79	1,87	1,6	2,97	0,85	1,99	0,59	0,58	1	1	1	2,76	1,87	1,09
K11	0,68	1,87	1,6	3,43	0,79	2,86	0,5	1,37	2,02	1	1	3,19	1,27	0,89
K12	0,32	0,53	0,73	0,89	0,74	1,66	0,32	0,37	0,42	0,36	0,31	1	0,46	0,32
K13	0,43	1,17	0,79	2,25	0,79	1,17	0,34	0,34	0,85	0,53	0,79	2,19	1	0,48
K14	0,73	0,68	0,6	2,51	0,85	1,16	0,73	0,62	1,6	0,92	1,13	3,08	2,09	1
Toplam	8,67	14,06	17,16	30,42	12,64	25,30	10,50	10,04	20,50	12,60	11,98	29,86	20,77	14,33

Entegre matrisin oluşturulmasının akabinde standardizasyonun sağlanabilmesi için normalizasyon tablosu oluşturulmuştur. Bu tabloda yer alan her bir değer hücrenin yer aldığı sütundaki değerlerin toplamına bölünerek bulunur. Normalizasyon matrisi içerisinde yer alan her bir kriterin değeri sütun içerisindeki ağırlığını ifade etmektedir. Oluşturulan normalizasyon tablosunda her bir sütunun toplamı "1" e eşit olur. Bu sayede işlemin sağlamasını yapmak mümkündür.

Tablo 6.4.2.10: Normalizasyon Tablosu

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14
K1	0,115	0,154	0,117	0,062	0,138	0,137	0,130	0,085	0,105	0,101	0,123	0,103	0,112	0,096
K2	0,053	0,071	0,073	0,053	0,093	0,106	0,162	0,124	0,067	0,036	0,045	0,063	0,041	0,103
K3	0,057	0,057	0,058	0,066	0,068	0,074	0,055	0,038	0,046	0,050	0,052	0,046	0,061	0,117
K4	0,062	0,044	0,029	0,033	0,057	0,043	0,032	0,037	0,012	0,027	0,024	0,038	0,021	0,028
K5	0,066	0,061	0,067	0,046	0,079	0,050	0,110	0,099	0,114	0,093	0,105	0,045	0,061	0,082
K6	0,033	0,026	0,031	0,030	0,063	0,040	0,051	0,058	0,033	0,040	0,029	0,020	0,041	0,060
K7	0,084	0,042	0,100	0,096	0,068	0,074	0,095	0,100	0,143	0,135	0,166	0,106	0,141	0,096
K8	0,135	0,057	0,152	0,090	0,080	0,068	0,095	0,100	0,143	0,137	0,061	0,091	0,143	0,112
K9	0,054	0,052	0,061	0,129	0,034	0,058	0,032	0,034	0,049	0,079	0,041	0,079	0,056	0,044
K10	0,091	0,133	0,093	0,098	0,068	0,079	0,056	0,058	0,049	0,079	0,083	0,092	0,090	0,076
K11	0,078	0,133	0,093	0,113	0,063	0,113	0,048	0,136	0,098	0,079	0,083	0,107	0,061	0,062
K12	0,037	0,038	0,043	0,029	0,058	0,066	0,030	0,037	0,021	0,029	0,026	0,033	0,022	0,023
K13	0,049	0,083	0,046	0,074	0,063	0,046	0,032	0,034	0,042	0,042	0,066	0,073	0,048	0,033
K14	0,084	0,048	0,035	0,082	0,068	0,046	0,070	0,062	0,078	0,073	0,094	0,103	0,101	0,070

Normalizasyon matrisindeki her satırın ortalamasının alınmasıyla göreli ağırlık matrisi oluşturulmuştur. Oluşturulan matris 1x14 matris boyutundadır (Tablo 6.4.2.11). Ağrılık matrisindeki ilk satır değeri (0,1128) normalizasyon matrisinde yer alan bütün ilk satır değerlerinin aritmetik ortalamasıdır.

Tablo 6.4.2.11: Göreli Ağırlık (Weights – w) Matrisi

Kriterler	*w*
K1	0,1128
K2	0,0778
K3	0,0604
K4	0,0348
K5	0,0769
K6	0,0397
K7	0,1034
K8	0,1045
K9	0,0573
K10	0,0818
K11	0,0906
K12	0,0351
K13	0,0523
K14	0,0724

Kriterlerin ağırlıklarının belirlenmesinin ardından bu ağırlık değerlerinin gerçeği ne kadar yansıttığını veya kriter ağırlıkları ile model kurmanın mümkün olup olmadığını hesaplamak için ikili karşılaştırmaların tutarlılığı ölçülmüştür. Tutarlılığın ölçülebilmesi için öncelikli olarak 14x14 boyutunda Tüm Öncelikler Matrisi oluşturulmuştur.

Tüm Öncelikler Matrisi; Tablo 6.4.2.9'da yer alan 14x14 boyutundaki Entegre Matris ile Tablo 6.4.2.11'de yer alan 14x1 Göreli Ağırlık Matrisinin çarpımı ile oluşturulmuştur (Tablo 6.4.2.12).

Tablo 6.4.2.12: Tüm Öncelikler Matrisi (Tutarlılık Matrisi)

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14
K1	0,11	0,17	0,12	0,07	0,13	0,14	0,14	0,09	0,12	0,10	0,13	0,11	0,12	0,10
K2	0,05	0,08	0,08	0,06	0,09	0,11	0,18	0,13	0,08	0,04	0,05	0,07	0,04	0,11
K3	0,06	0,06	0,06	0,07	0,07	0,07	0,06	0,04	0,05	0,05	0,06	0,05	0,07	0,12
K4	0,06	0,05	0,03	0,03	0,06	0,04	0,04	0,04	0,01	0,03	0,03	0,04	0,02	0,03
K5	0,06	0,07	0,07	0,05	0,08	0,05	0,12	0,10	0,13	0,10	0,11	0,05	0,07	0,08
K6	0,03	0,03	0,03	0,03	0,06	0,04	0,06	0,06	0,04	0,04	0,03	0,02	0,04	0,06
K7	0,08	0,05	0,10	0,10	0,07	0,07	0,10	0,10	0,17	0,14	0,18	0,11	0,15	0,10
K8	0,13	0,06	0,16	0,09	0,08	0,07	0,10	0,10	0,17	0,14	0,07	0,10	0,16	0,12
K9	0,05	0,06	0,06	0,14	0,03	0,06	0,04	0,04	0,06	0,08	0,04	0,08	0,06	0,05
K10	0,09	0,15	0,10	0,10	0,07	0,08	0,06	0,06	0,06	0,08	0,09	0,10	0,10	0,08
K11	0,08	0,15	0,10	0,12	0,06	0,11	0,05	0,14	0,12	0,08	0,09	0,11	0,07	0,06
K12	0,04	0,04	0,04	0,03	0,06	0,07	0,03	0,04	0,02	0,03	0,03	0,04	0,02	0,02
K13	0,05	0,09	0,05	0,08	0,06	0,05	0,04	0,04	0,05	0,04	0,07	0,08	0,05	0,03
K14	0,08	0,05	0,04	0,09	0,07	0,05	0,08	0,07	0,09	0,08	0,10	0,11	0,11	0,07

Tutarlılık matrisinin oluşturulmasının akabinde her bir satırın toplamı alınarak 1x9 boyutunda toplam matrisi oluşturulmuştur. Toplam matristeki değerler kendisine karşılık gelen kriter ağırlıklarına bölünmüştür. Bulunan sonuçların ortalaması alınarak λ max değeri edilmiştir (Tablo 6.4.2.13).

Tablo 6.4.2.13: λ max Değerinin Hesaplanması

Kriterler	Toplam	Kriter Ağırlıkları	Toplam/Kriter Ağırlığı
K1	1,6612	0,1128	14,731
K2	1,1461	0,0778	14,724
K3	0,8874	0,0604	14,681
K4	0,5062	0,0348	14,541
K5	1,1408	0,0769	14,833
K6	0,5824	0,0397	14,671
K7	1,5347	0,1034	14,846
K8	1,5431	0,1045	14,765
K9	0,8449	0,0573	14,737
K10	1,2042	0,0818	14,724
K11	1,3392	0,0906	14,774
K12	0,5120	0,0351	14,576
K13	0,7715	0,0523	14,744
K14	1,0704	0,0724	14,781

λ max =14,723

"λ max" değerinin hesaplanmasının ardından Tutarlılık Oran denkleminin ilk bileşeni olan tutarlılık indeksi (Consistency Index – CI) hesaplanır. Söz konusu değerin hesaplanması aşağıdaki formül ile yapılmıştır.

$$CI = \frac{\lambda\,\max\, -\, \mathrm{n}}{\mathrm{n} - 1}$$

Formülde yer alan "n" değeri oluşturulan model içinde yer alan kriter sayısını ifade etmektedir. Çalışmada 14 farklı kriter yer aldığı için n=14 olarak kabul edilmiştir.

$$CI = \frac{14{,}723 - 14}{13} = 0{,}054$$

Tutarlılık Oran denkleminin ilk bileşeninin hesaplanmasının ardından matris boyutlarına göre sabit değere sahip Rassal Tutarlılık İndeksi (Random consistency Index – RI) tespit edilmiştir. AHP modeli için farklı değerlere sahip RI değerleri yer almaktadır. Bu çalışmada Franek'in (2014) çalışmasında belirttiği (Tablo 5.7.3.2) değerler dikkate alınmıştır (165). Çalışmada kapsamında katılımcılara yöneltilen 14 farklı kriter alternatifi olduğu için denklem hesaplamasına dahil edilecek RI değeri 1,570 olarak belirlenmiştir.

Tutarlılık oranının (Consistacy Rate- CR) hesaplanmasındaki son adım nihai sonuca ulaşılmasıdır. Bu kapsamda aşağıdaki denklem kullanılmıştır:

$$CR = \frac{CI}{RI} = \underline{0{,}035}$$

AHP'de, tutarlılık oranını ifade eden CR'nin, 0,1'den daha az olması yapılan uygulamanın tutarlı olduğunu gösterir (164). Bu çalışmada da tutarlılık oranının uyum sınırları içerisinde yer aldığı tespit edilmiştir. Yani karşılaştırmalardaki tutarsızlığın kabul edilebilir sınırlar dahilinde olduğu ve kriter ağılıklarıyla amaçlanan modelin kurulabilir olduğu tespit edilmiştir.

Özet olarak; araştırmanın birinci kısmında nitel yöntemlerle belirlenen ihtiyaçların ilgili alanlar kapsamında gruplandırılması yapılmıştır. Bu gruplar tesis yönetimi literatürü çerçevesinde oluşturulmuş ve 14 farklı başlık altında toplanmıştır. Söz konusu gruplar içerisinde yer alan ihtiyaçların önem sıralamasının yapılması için AHP anketleri kullanılmıştır. AHP modelindeki tutarsızlık kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu için ağırlık değerlerine göre yorumlama yapmak mümkündür. AHP için oluşturulan ankete yöneticilerin verdiği yanıtlara göre oluşturulan göreli ağırlık ve sıralama matrisi Tablo 6.4.2.14'te gösterilmiştir.

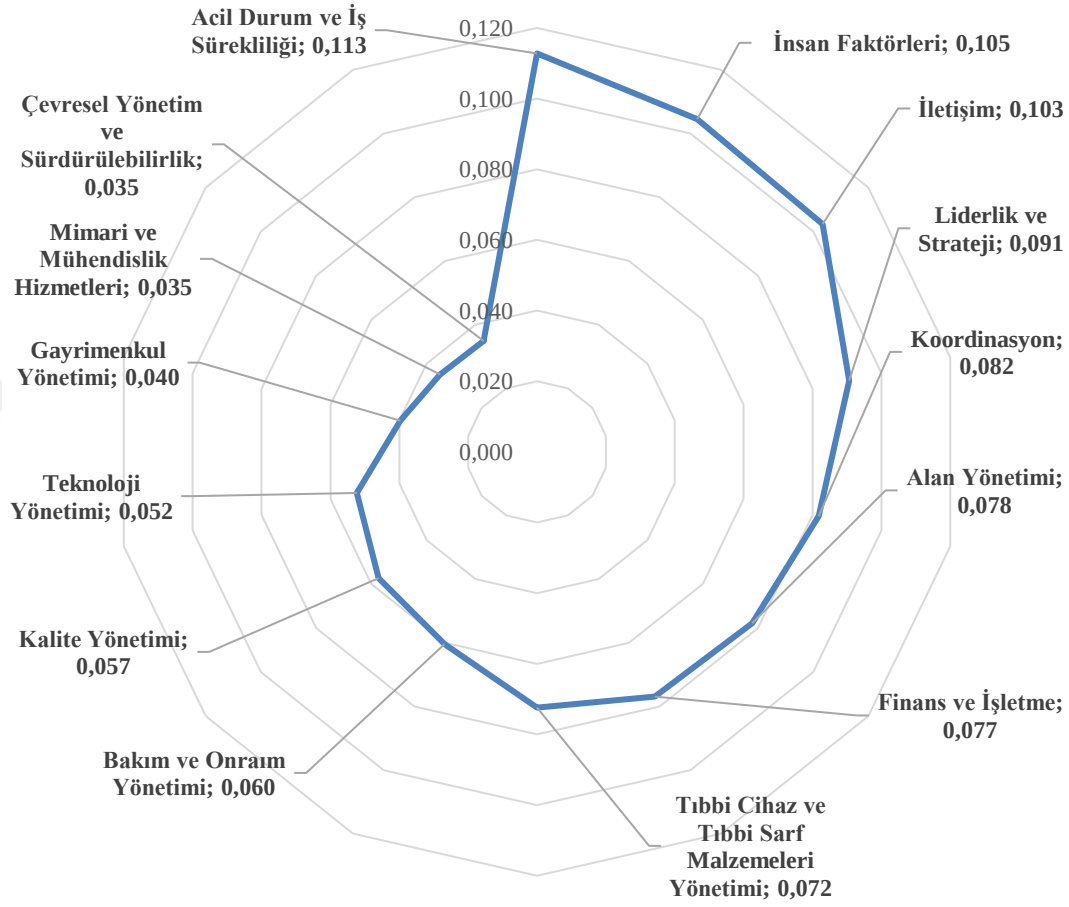
Tablo 6.4.2.14: Temaların AHP Skor Matrisi Sonuçları

Kriter No	Kriterler (Temalar)	Sıralama	Ağırlık
K1	Acil Durum ve İş Sürekliliği	**1**	0,11277
K2	Alan Yönetimi	**6**	0,07784
K3	Bakım ve Onarım Yönetimi	**9**	0,06044
K4	Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik	**14**	0,03481
K5	Finans ve İşletme	**7**	0,07691
K6	Gayrimenkul Yönetimi	**12**	0,03970
K7	İletişim	**3**	0,10338
K8	İnsan Faktörleri	**2**	0,10451
K9	Kalite Yönetimi	**10**	0,05733
K10	Koordinasyon	**5**	0,08179
K11	Liderlik ve Strateji	**4**	0,09065
K12	Mimari ve Mühendislik Hizmetleri	**13**	0,03512
K13	Teknoloji Yönetimi	**11**	0,05233
K14	Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi	**8**	0,07241

Katılımcılar tarafından en önemli ihtiyaç grubunun "Acil Durum ve İş Sürekliliği" olduğu ifade edilmiştir (0,113). Bu ihtiyaç grubunu sırasıyla "İnsan Faktörleri" (0,105), "İletişim" (0,103), "Liderlik ve Strateji" (0,091), "Koordinasyon" (0,082), "Alan Yönetimi" (0,078), "Finans ve İşletme" (0,077), "Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi" (0,072), "Bakım ve Onarım Yönetimi" (0,060), "Kalite Yönetimi" (0,057), "Teknoloji Yönetimi" (0,052), "Gayrimenkul Yönetimi" (0,040), "Mimari ve Mühendislik Hizmetleri" (0,035) ve son olarak "Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik" (0,035) takip etmektedir.

AHP için oluşturulan ankete yöneticilerin verdiği yanıtlara göre oluşturulan göreli ağırlıklarına göre oluşturulan grafik Şekil 6.4.2.1'de gösterilmiştir.

Şekil 6.4.2.1.: AHP Skor Matrisi Grafiği



7. TARTIŞMA

Bu çalışmada tesis yönetimi fenomeni bir sağlık tesisi kapsamında değerlendirilmiştir. Nihai amaca ulaşmak için ise keşfedici sıralı desen karma yöntem araştırması yürütülmüştür. Mevcut literatürde benzer tasarıma sahip çalışmaların olmaması sebebiyle tartışma bölümünde her bir ihtiyaç grubunda tespit edilen ihtiyaçlar ve grupların önem dereceleri temalar başlıkları altında ayrı ayrı tartışılmıştır.

Acil Durumlara Hazırlık ve İş Sürekliliği Teması

Araştırma sonucunda "Acil Durumlara Hazırlık ve İş Sürekliliği" teması altında belirlenen ihtiyaçların en önemli ihtiyaç grubu (%11,3) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Bu ihtiyaç grubunda hastanede görevli tüm personelin hastane acil afet planı ile ilgili yeterli düzeyde bilgisinin olmadığı gerekçesine binaen İH1 kodlu "Tüm personelin acil afet planları hakkında bilgilendirilmesi" ihtiyacı belirlenmiştir.

Hastanede vardiyalı/nöbetli çalışma düzeninin bulunması acil afet planlamasında net bir planlama yapmayı zorlaştırmaktadır. Katılım düzeyinin yükseltilmesi çalışanların iş yüklerinin ve çalışma takvimlerinin dikkate alınarak değerlendirilmesiyle mümkündür. İş sürekliliğinin sağlanabilmesi için karar vericilerin durumsallığı dikkate alarak planlama yapması gerekçesine binaen İH2 kodlu "Acil afet planı takip ve yönetim sisteminin oluşturulması" ihtiyacı belirlenmiştir.

Tecrübe edilen tren kazası vakasında ortaya çıkan bilgi kirliliği hem görevde olmayan sağlık personelinin hem de gönüllü vatandaşların hastanede kalabalık oluşturmasına neden olmuş ve bu durum da sağlık hizmetlerinin sunumunu zorlaştırmıştır. Bu sebeple hastane yöneticileri açısından öncelikli olarak engellenemeyen bilgi kirliliğinin neden olduğu kalabalığın yönetilmesi gerekliliğine binaen İH3 kodlu "Uygulamalı tatbikat simülasyonuna personelin çağrılması, kalabalık yönetimi vb. süreçlerin de eklenmesi" ihtiyacı belirlenmiştir.

Canatan (2020) çalışmasında hastanelerin acil afet durumlarında kriz yönetimi ve koordinasyonun etkin bir şekilde yürütülerek iş sürekliliğin sağlanabilmesi için

afet durumunda görevli üst düzey yöneticilerin kurumsal ortak dil eğitimlerini almaları ve aldıkları eğitimleri kurumlarında hayata geçirmeleri, tüm hastane personelinin sürece dahil edilerek kurum bazında davranış değişikliklerinin yapılması gerekliliğini vurgulamıştır (168).

Şen ve Ersoy (2017) bir üniversite hastanesinin afet ekibi ile yürütülen çalışmalarında ekiptekilerin yarısından fazlasının acil afet planındaki görevini (%59,3) ve planın yöneticisini (%79,3) bilmediği, çoğunluğunun temel afet bilinci ve hastane afet planı eğitimlerine (sırasıyla: %64,3; %57,1), afet tatbikatına (%72,9) katılmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca, ekipteki hiçbir çalışanın plandaki afet ve acil durumlarda verilmesi gereken kodları ve aranması gereken telefon numaralarını bilmediği tespit edilmiştir (169).

Balçık ve ark. (2014) Ankara ilinde hizmet veren bazı hastanelerde yürüttükleri çalışmalarında hazırlanan afet planlarının değişen çevresel koşullar ve gelişen teknoloji sebebiyle düzenli aralıklarla güncellenmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Afet durumlarında koordineli ve etkin süreç yönetiminin sağlanabilmesi için ilişkili diğer kuruluşlarla iş birliği ve bilgi paylaşımının olması gerekliliği ayrıca belirtilmiştir (174).

Yurdakul vd. (2013) üçüncü basamak bir hastanenin çalışanları üzerine yaptıkları çalışmada hastane personelinin büyük bir kısmının (%64) hastane afet planını inceleme fırsatlarının olmadığını, ayrıca personelin bir kısmının (%22) da hastanede yapılan tatbikatlar ile ilgili bir bilgisinin olamadığını tespit etmişlerdir. Bunun en önemli nedeni olarak tatbikatların sayısının az olması ve gerekli bilgilendirmelerin efektif bir şekilde yapılamaması gösterilmiştir. Nihayetinde bu planların daha fazla personele ulaştırılması için eğitim ve tatbikat planlamalarının gönüllülerin iş takvimine göre yürütülmesi gerekliliği ifade edilmiştir (175).

Lök ve ark. (2009) üçüncü basamak bir hastane çalışanları üzerinde yürüttükleri çalışmalarında acil durumların öngörülemez hali dikkate alınarak acil afet planlarının önceden hazırlanması ve bütün çalışanları bu plan hakkında bilgili olması gerektiği sonucuna varmıştır (176).

Habte ve ark. (2018) Etiyapya'da bazı hastanelerde yürüttükleri çalışmalarında sağlık hizmetlerinin sunumunda görevli personelin %49,2'sinin hastanelerinin afet

planı ve afet hazırlığına ilişkin programı konusunda bilgisinin yetersiz olduğu, yarısından fazlasının (%52,2) afet planının içeriğine ilişkin bilgisinin olmadığı ve afetler sırasında hastaneden ve kendilerinden beklenen rollere ilişkin farkındalığının olmadığı tespit edilmiştir (170).

Pouraghei (2017) 2012 yılında İran'da yaşanan Ahar depremine hastanelerin hazırlıklı olma durumları üzerine yaptığı çalışmasında afet yöneticilerinin karşılaştıkları sorunların başında ilk sırada hazırlık eksikliği olmak üzere iletişim, bilgi yönetimindeki eksiklikler, lojistik, teknik zorluklar, koordinasyon eksikliğinin geldiği ifade etmiştir (171).

Ricci ve ark. (2015) hastanelerde afet durumlarındaki iş sürekliliğinin ve afet yönetiminin hastaneler üzerinde oluşturduğu riskli karar alma baskısını azaltmak için kurumsal, yerel ve ulusal düzeylerde geçmiş afetlerden öğrenilen tecrübelerin toplanması, belgelenmesi ve paylaşılması için sistematik mekanizmaların oluşturulmasına şiddetle ihtiyaç duyulduğunu aktarmıştır (172).

Higgins ve ark. (2004) Amerika Birleşik Devleti Kentucky Eyaletinde yer alan hastaneler üzerine yaptıkları bir çalışmada, hastanelerin acil afet durumlarına hazırlıkları tespit edilmiş ve en önemli ihtiyaçların sırasıyla personelin acil afet konusunda eğitilmesi (%49), dekontaminasyonun etkin bir şekilde yapılması (%36) ve iletişim ekipmanlarının geliştirilmesi (%20) konularında olduğu tespit etmiştir (173).

Bu çalışmanın diğer çalışmalardan farkı ve özgünlüğünü ortaya koyan bir olay da, araştırmanın yapıldığı tarihten kısa bir süre önce (8 Temmuz 2018) hastanenin görev çevresinde gerçekleşen bir tren kazasının yaşanması, gerçek bir afet sonucunda hastanenin bizzat afet planını uygulamaya aktarması ve sürecin yönetimindeki sorunların tespit edilebilmesi ile sonuçlanmıştır.

İnsan Faktörleri Teması

"İnsan Faktörleri/Davranış Yönetimi" teması altında belirlenen ihtiyaçların ikinci en önemli ihtiyaç grubu (%10,5) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Hekimler haricindeki sağlık personelinin performanslarının ölçülüp ve takip edilebildiği bir mekanizmanın ve sağlık personeli haricindeki destek personelinin yaptıkları işlere yönelik veri üreten bir sistemin ve performans ölçüm aracının

olmaması, personel değerlemede birim yöneticilerinin rolünü artırmaktadır. Bu durum kurumsal hafızanın oluşmasını, iş sürekliliğinin sağlanmasını ve personeller arasındaki adaleti olumsuz yönde etkileyebilmekte, ayrıca yöneticilerin yanlı tutumlarına zemin oluşturabilmektedir. Bu gerekçelere binaen İH21 kodlu "Geçerliliği ve güvenilirliği olan ve meslek gruplarına özgü performans sisteminin oluşturulması" ihtiyacı belirlenmiştir.

Çalışanların motivasyonunu düşürücü unsurlar arasında ödül/ceza sisteminin yeterince uygulanamaması veya uygulanması halinde dahi istenilen sonuçlara ulaştırmaması vb. gerekçelerine binaen İH22 kodlu "Ödül/ceza sisteminin daha etkin hale getirilmesi" ihtiyacı belirlenmiştir.

Katılımcılar iş yüklerinin fazlalığını personel yetersizliği ile ilişkilendirmişlerdir. Nitekim hastanenin büyük bir bölümünde farklı meslek gruplarının istihdamındaki eksiklikler farklı yöneticiler tarafından da dile getirilmiştir. Bu gerekçelere binaen İH23 kodlu "Destek hizmetlerindeki personel eksikliğinin giderilmesi (Temizlik, güvenlik, yemekhane personeli vb.)" ihtiyacı belirlenmiştir.

İnsan kaynaklarının çalışması süreçlerinde en önemli sorunlar arasında yer alan hastanede kadrosu bulunan sağlık personelinin geçici görevle farklı hastanelerde görevlendirilmesi; bu durumun münhal kadro bulunmamasına sebep olması şeklinde olup Hastane yönetiminin münhal kadroları gerekçe göstererek kadro talep etmesini bu nedenlerle engellenmektedir. Bu gerekçeye binaen İH24 kodlu "Geçici görevlendirme ile farklı hastanelerde görev yapan personelin görevlendirildikleri hastanelere atamalarının yapılması" ihtiyacı belirlenmiştir.

Başta tıbbi sekreterler olmak üzere alan dışı istihdamların neden olduğu mesleki bilgi ve beceri eksikliği ve liyakat yetersizliği iş süreçlerini aksatabildiği katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Söz konusu kadroların atamasının merkezden yapılması hastanelerin esnekliğini ortadan kaldırmıştır. Bu sebeplerden ötürü mesleki oryantasyon programlarının gerekliliğine istinaden İH25 kodlu "Hastane yöneticileri tarafından engellenemeyen alan dışı personel istihdamının neden olacağı olumsuzluklara yönelik hizmet içi eğitim programlarının geliştirilmesi" ihtiyacı belirlenmiştir.

Tedavi sürecinde kritik öneme sahip cihazların takibini ve onarımını yapan biyomedikal birimi ile diğer teknik birimlerin nöbetli çalışma sistemlerinin olmayışı (icap dahil), gönüllülük esasına göre 7/24 hizmet sunmak durumunda kalmaları bu birimlerde çalışan personelin motivasyonunu düşürmektedir. Bu kapsamda nöbet sisteminin geliştirilmesi gerekliliğine istinaden İH26 kodlu "Biyomedikal birimi ile diğer teknik birimler için nöbet/icap sisteminin oluşturulması" ihtiyacı belirlenmiştir. Yemekhane hizmetlerinin sunumuna ilişkin niteliksel (Yemek sunumu, dağıtımı ve lezzeti vb.) ve niceliksel (personel (aşçı) azlığı ve yemekhanenin konumu vb.) yetersizliklerin personelin motivasyonunu düşürdüğü ve bu kapsamda İH27 kodlu "Yemekhane özelinde hizmet kalitesinin artırılması (Kalifiye personel istihdamı, personel sayısının artırılması vb.)" ihtiyacı belirlenmiştir.

Orhaner ve Mutlu (2018) sağlık personelinin iş tatmini ile motivasyonu ilişkisi üzerine yaptığı çalışmalarında; personelin motivasyonun arttırılması için; ücret, özlük haklarının kullanımı, kişisel başaranının ödüllendirilmesi, hastane tarafından sosyal aktivitelerin düzenlenmesi ve performans değerlendirme sisteminin daha açık ve anlaşılır olması konularında iyileştirme ve düzenleme yapılmasını önerilmiştir (174).

Çankaya (2017) çalışmasında hastanelerdeki hekim odaklı performans değerlendirme sisteminin farklı meslek gruplarında kazanç açısından haksızlıklara sebebiyet verdiği ve birlikte çalışma isteğine zarar verdiği tespit etmiştir. Nihayetinde ise sistem içerisinde yer alan herkese yönelik adil bir performans uygulaması, çalışanları mutlu edeceği ve iş motivasyonlarını arttırıcı bir etken olacağı ifade edilmiştir (175).

Öztunç ve Cural (2017) Zonguldak'ta yer alan Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı devlet hastanelerinde yürüttükleri çalışmalarında katılımcıların performans değerlendirmede özellikle girişimsel faaliyetlerin puanlaması sürecinde adil davranılmadığından ve bu durumun çalışanlar arasında çatışmalara ve adaletsizliklere neden olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışmada sağlık hizmetinin sadece hekimler ya da cerrahlar üzerinden yürütülmediğine ve nihayetinde de performansın hekim ağırlıklı değerlendirilmesinin büyük bir eksiklik olduğuna vurgu yapılmıştır. Nitekim yapılan çalışma sonucunda mevcut performans değerlendirme

sisteminin personel arasında çatışmalara yol açtığı katılımcıların %63,2'si tarafından ifade edilmiştir (176).

Kocabey'in (2014) hemşirelerin performans değerlendirme sistemi hakkındaki farkındalıklarının belirlenmesi üzerine yaptığı çalışmada, hemşirelerin performans değerlendirme sisteminin işgücü verimliliği üzerine etkili olduğunu düşündükleri, büyük oranda değerlendirme sonuçlarının geri bildirimlerinin yapılmasını istedikleri, değerlendirme sistemine göre ödül ve ceza sisteminin etkin bir şekilde kullanılmasını istedikleri, değerlendirme sistemlerine yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu, değerlendirmeyi daha çok ilk olarak üst sorumlu amirlerinin (sorumlu hemşire) yapmasını istedikleri saptanmıştır (177). Yine, Baykal Tatar ve Türkmen Ercan (2014) hemşireler üzerinde yürüttüğü çalışmasında performans değerlendirme sistemlerinin etkin bir şekilde yürütülen ödüllendirmesi sisteminin olması gerektiği katılımcılar tarafından aktarılmıştır (178).

Ayrıca Ateş ve Kırılmaz (2015) sağlık personeli üzerine yaptığı çalışmasında personelin performans sitemine ilişkin görüşlerinin genel olarak olumsuz olduğu ifade edilmiştir (179).

Öztürk ve Doğuç (2020) hastanelerin idari ve tıbbi kadrolarında yer alan personel üzerine yaptığı çalışmalarında performans değerleme sisteminin ne kadar adil, düzenli ve verimli olursa çalışan motivasyonun da o kadar artacağı ve çalışanlardan daha fazla verim alınacağı yönünde olacağı aktarılmıştır. Ayrıca çalışmada idari personel ile tıbbi kadrolarda yer alan personelin motivasyon kaynaklarının birbirinden farklı olduğu; tıbbi kadrolarda yer alan çalışan kendini değerli hissetme ihtiyacı duymazken, idari personel ise ücret ve ödül konusunda tıbbi kadrolarda yer alan çalışanlar kadar ihtiyaç duyduğu, bu sebeple de yöneticilerin çalışan motivasyonu için farklı motive kaynaklarını dikkate almaları gerektiğini ifade etmiştir (180).

Hekim dışı sağlık personelinin performansına yönelik dünyanın farklı bölgelerinde yapılan çalışmalar performans değerlendirme sisteminin önemini göstermiştir. Nitekim Molleman ve Vegt (2007) tarafından Hollanda'da işe yeni başlayan hemşirelerin performans değerlendirmesi üzerine yapılan bir çalışmada, işe yeni başlayan 92 hemşirenin performansları belirli aralıklarla değerlendirilmiştir.

Bakım işlevleri üzerinde yapılan çalışmada 18. ayda hemşirelerin yeterliliklerinin önemli ölçüde arttığı görülmüştür. Bakımla ilgili performansı artan hemşirelerin, doğrudan hasta bakımı dışındaki alanlarda da performanslarını yükselttikleri tespit edilmiştir (181).

Ayalew ve ark. (2019) çalışmalarında hemşirelerin iş tatminini ve motivasyonunu artırmak için kariyerlerinde ilerleme fırsatlarının gerekli olduğu ve memnuniyetsizliklerini azaltmak için ise adil maaş ve ilave haklarının artırılması gerekliliği ifade edilmiştir (182).

Özkan (2018)'ın çalışmasında ebe ve hemşirelerin motivasyon aracı olarak parasal ödüller yerine manevi ödüllere daha fazla önem verdiği, ayrıca yöneticiler tarafından adil disiplin uygulamalarının oldukça önemsendiği; yaptıkları işin takdir edilmesinin yanında görevlerinde ilerleme ve yükselme olanaklarının motivasyonlarını artırdığı ve alınan kararlara görüşlerinin katılmasının motivasyonlarını artırdığı aktarılmıştır (183).

Sağlık Bakanlığının 2017 yılında yayımladığı Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması isimli raporunda hemşirelik mesleğinin getirdiği iş yükünün fazla olmasının iş doyumunu ve motivasyonu azalttığı aktarılmıştır (184).

Öztürk ve ark. (2016) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmalarında katılımcıların %77,8'si personel sayısının azlığına bağlı olarak hastane yönetiminden şikayetçi olduğunu ifade etmiştir (185).

Aydoğdu ve Topçu'nun (2017) üniversitesi hastanesinde görev yapan veri giriş ve temizlik personeli özelinde yaptıkları çalışmalarında motivasyonu etkileyen ekonomik araçların yanında yönetime katılım, örgüt içi destek gibi araçlara yüksek oranda katılım gösterdiği ifade edilmiştir (186).

Yaşar'ın (2018) uluslararası hasta hizmetleri personeli üzerine yapılan çalışmasında ise etkili iletişimin sağlanması, yükselme olanakları, kararlara katılma faktörlerinin oluşturduğu yönetsel motivasyon araçlarının önemli tespit edilmiştir (187).

Saluvan ve Kaya'nın (2012) bir kamu hastanesinde doktor ve hemşireler üzerine yaptıkları çalışmalarında sağlık hizmetleri sunumu ile ilgili sorunların ikinci

ve üçüncü sırada olmak kaydıyla; %14'ünü aşırı iş yükü, %10'unu personel yetersizliğinin oluşturduğu tespit edilmiştir (188).

Künarcı (2016)'nın sağlık çalışanları üzerine yaptığı çalışmasında personelin kaliteli yemek hizmetlerinden memnun oldukları ve kendilerini motive ettiği aktarılmıştır (189).

İletişim Teması

"İletişim" teması altında belirlenen ihtiyaçların üçüncü en önemli ihtiyaç grubu (%10,3) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Birimlerdeki teknik arıza kayıtlarının oluşturulması, ürün talep edilmesi ve ilgili birimlerle iletişim kurulması amacıyla HBYS modülleri kullanılmaktadır. Ancak sürecin hızlandırılmasında sadece HBYSnin değil aynı zamanda informal iletişim (telefon, WhatsApp) aracılığıyla da iletişim kurmaya ihtiyaç duyulduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, personelin HBYS üzerinden oluşturulan arıza taleplerini takip etmesi teknik personelin sahada iş görmesi sebebiyle zorlaşmaktadır. Nitekim sadece sistemdeki kayıtları takip görevi olan bir teknik birim personelinin istihdam edilmemesi sistemin efektif kullanılmasını engellemektedir. Bu sebeple teknik personelin kullanabileceği mobile entegre sistemin bulunması gerekliliğine binaen İH17 kodlu "Etkin iletişimin sağlanabilmesi için HBYS'nin mobil uygulamalarının geliştirilmesi" ihtiyacı belirlenmiştir.

Hasta ve hasta yakınlarının şiddet içerikli davranış tutumları, hastaların ileri yaşlarından ötürü hareket ve görme kısıtlılığının olması veya okur yazarlık becerilerinin zayıf olması vb. unsurlar pozitif yönlü etkin iletişim kurulmasını engellemektedir. Bunlara ek olarak personelin kendi arasındaki etkin iletişim zemininin oluşmasında personelin iş görme davranışları, gerekli özenin tüm personel tarafından aynı düzeyde gösterilmemesi, iletişim tarzı gibi unsurların etkili olduğu tespit edilmiştir. Bu konuda yaşanan aksaklıkların giderilmesi gerekliliğine istinaden İH18 kodlu "Personelin, hastalarla ve diğer personel ile iletişimini kuvvetlendirecek sağlık iletişimi eğitimi ve stratejilerin geliştirilmesi ve uygulanması" ihtiyacı belirlenmiştir.

Başta hekimler ile diğer personel arasında olmak üzere personel arasında yaşanan yetki ve sorumlulukların yerine getirilmemesi konusu çalışanların stres

düzeyini artırarak etkin iletişim kurmalarını engellediği ve hastaların tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyebildiği katılımcılar tarafından belirtilmiştir. Meslekler arasındaki rol belirsizliği ve rol çatışmasının neden olduğu zayıf iletişim sorunlarının çözülmesi gerekliliğine binaen sırasıyla İH19 kodlu "Tüm personelin yetki ve sorumluluk alanlarının teyidinin yapılması" ve İH20 kodlu "Meslekler arası iletişimin kuvvetlendirilmesi" ihtiyaçları belirlenmiştir

Gagliardi ve ark. (2021) hastanelerdeki sağlık bakım hizmetlerinde hasta katılımının artırılması ve geliştirilmesi adına hizmet sunma faaliyetleri içerisinde yer alan bilgi ve iletişimi geliştirme unsurlarının en önemli faktörleri oluşturduğu ifade edilmiştir (190).

Lall ve ark. (2019) Hindistan genelinde yaptıkları çalışmada hekimlerin tedavi hizmetlerini sunması kadar hastalarla olan iletişimin de önemli olduğunu vurgulamıştır. Nitekim bu çalışmada hekimlerin iş yüklerini azaltmak ve iletişim için ayırdıkları süreyi artırarak bazı görevlerini birinci basamak hizmetlerde görevli diğer sağlık personeline aktarması gerektiğini ifade etmiştir (191).

Knobloch ve ark. (2018) çalışmalarında klinik ve idari yöneticiler ile sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alan personelin arasındaki etkileşimin artırılması ve çalışanlar arasındaki psikolojik güvenliğin artırılmasıyla iletişim ve diğer yapısal faktör kaynaklı sorunların tespit edilebileceği ve bu sayede sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyonların engellenebileceği aktarılmıştır (192).

Weldegebriel ve ark. (2016) Etiyopya'nın Batı Amhara bölgesindeki hastanelerde yaptıkları çalışmalarında sağlık personelini motive eden en önemli faktörler arasında iletişim kolaylığının olduğu ve motivasyonu pozitif yönlü tahminlediği aktarılmıştır (193).

Acheampong ve ark. (2016) Gana'daki üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan bir hastanenin acil servisinde yaptıkları çalışmalarında ilaç uygulama hatalarının nedenleri tespit edilmiş ve en önemli sorunlar arasında iletişimin olduğu tespit edilmiştir (194).

Pozantı (2019) hastane ve sağlık kuruluşlarında kurum içi iletişim konulu çalışmasında birimler arasındaki iletişimlerin etkinliğinin artırılması için tüm çalışanların iletişim eğitimi alması gerektiği, intranet kanallarının sadece formal

iletişim için değil bir iletişim portalı olarak kullanılması gerekliliği ve bağımsız bir iletişim departmanı kurularak hastane içinde iletişim bakımından sıkıntı yaşayan, engeller ile karşılaşan çalışanların başvurabileceği sorunların çözülebileceği kurumsal bir makamın olması gerekliliği aktarılmıştır (195).

Çetin ve ark. (2016) çalışmalarında hasta kayıt bölümünde numaratörlerin çalışmaması ve hastalara bilgisayar operatörleri tarafından sesli olarak numara verilmesi hasta ve/veya hasta yakınları ile olumsuz diyaloglar yaşamalarına yol açtığı ifade edilmiştir (196).

Isfahani ve ark. (2021) hemşireler üzerine yaptıkları çalışmalarında iş stresinin İran'lı hemşirelerin üçte birinden fazlasını etkilediğini aktarmıştır. Söz konusu iş stresinin azaltılması için ise mevcut iş tanımların yeniden tasarlanması, hemşirelerin karar verme süreçlerine katılmalarının sağlanması ve yöneticiler arasındaki iletişimi geliştirmek olduğu ifade edilmiştir (197).

Soysal ve ark. (2016) halk sağlığı müdürlüğünde çalışan yönetici ve sağlık personeli üzerine yaptığı çalışmasında yaş, tecrübe, meslek grubu, eğitim durumu vb. faktörlerin iletişim sorunlarına yönelik algıda herhangi bir farklılık olmadığı sadece statüye göre farklılıkların olduğu tespit edilmiştir. Nitekim çalışmada yöneticiler statü farkını sağlık çalışanları ile arasındaki iletişim sorunu olarak görmezken, çalışanlar bu durumu sorun olarak görmektedirler (198).

Çetin ve ark. (2016) bir hastanedeki destek hizmetleri personeli üzerine yaptıkları çalışmalarında çalışanların genel olarak iletişimi sorun olarak vurguladıkları ifade edilmiştir. Ayrıca, orta kademe yöneticilerin, iletişim sürecinde katı ve emredici bir tavır sergilemeleri ve üst kademe ile alt kademe arasındaki iletişimi sağlayamamaları çalışanlar üzerinde yeterli güveni oluşturamamakla sonuçlanmıştır (196).

Saluvan ve Kaya (2012) çalışmalarında yatan hasta servislerinin performansı ile servislerdeki doktor-hemşire etkileşiminin (iletişim, liderlik, koordinasyon ve çatışma yönetimi) arasında pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (188).

Kocaman (2015) aynı hastanede geçmiş dönemde hemşireler üzerinde yaptığı çalışmasında rol çatışması ve rol belirsizliğindeki artışın duygusal tükenme ve duyarsızlaşma gibi stres kaynaklarını da artırdığı tespit edilmiştir (199).

Öztürk ve ark. (2010) yönetici hemşireler üzerine yaptıkları çalışmalarında yasa ve yönetmeliklerden kaynaklarından sorunların akabinde en fazla görev dışı yapılması istenilen işlerin oluşturduğu ifade edilmiştir (200).

Liderlik ve Strateji Teması

"Liderlik ve Strateji" teması altında belirlenen ihtiyaçların dördüncü en önemli ihtiyaç grubu (% 9,1) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Personelin başta yaş faktörü olmak üzere değişime farklı nedenlerle direnç göstermesi ve bazı yöneticilerin bu durumu kabullenmesi, değişimin uygulanmaya başlanmasıyla personelin tepki gösterebilmesi gerekçesine binaen İH34 kodlu "Değişime direnç gösteren veya gösterme eğiliminde olan personelin değişim konusunda bilgilendirilmesi ve teşvik edilmesi" ihtiyacı belirlenmiştir.

Bazı personelin kendi işini yapabilmek için farklı meslek gruplarının görevini yapmak ve riskine katlanmak durumunda kalması (Örneğin hemşirenin görevini yerine getirebilmesi için hekimin de görevini üstlenmesi), mesai kurallarına uyulmaması, yoğun iş yükü vb. nedenler hastaların teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti aldığı birimlerin herhangi birinde aksama veya görev ifasında eksikliğe neden olabilmektedir. Bu durum birim yöneticilerini/sorumlularını karar verme süreçlerinde zor durumda bırakabilmektedir. Bu sebeple İH35 kodlu "Tüm personel sorumluluklarını eksiksiz yerine getirme konusunda bilgilendirilmesi ve bu yönde teşvik edilmesi" ihtiyacı belirlenmiştir.

Yönetsel sürdürülebilirliğin sağlanmasında devir-teslim sürecinin etkin yönetilmesi kritik önem taşımaktadır. Bu süreçte halef ve selef arasındaki bilgi aktarımı, oryantasyon süreci, geçmişe yönelik bilgilerin kayıt altına alınması veyahut raporlanması gibi faktörler en önemli unsurlar olarak tespit edilmiştir. Hastane organizasyon yapısında alt, orta ve üst düzey yönetim kadrolarındaki devir teslim sürecindeki oryantasyonun planlanmadığı (birimi ve birim personelini tanıma vb. açısından) ve bu değişim sürecinin bazı birimlerde iki tarafın da dâhil olduğu (halef-selef) efektif bir şekilde yapılamadığı ve bu konunda bir standardizasyonun olmadığı; ayrıca birim yöneticilerinin birim yönetimi ve diğer birimlerle olan etkileşimlerini bireysel ilişkileri ile yürütmesi, gerekli standardizasyon ve arşivleme gibi süreçlerin eksik işletilmesi, birimlerde yönetsel hafızanın oluşmamasına neden

olmaktadır. Bu durumda uygulamaların devamlılığı ile politikaların sürdürülebilirliği yöneticilerin tecrübeleriyle sınırlı kalmaktadır. Konuya ilişkin gerekçeye istinaden İH36 kodlu "Yönetsel sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için birim bazında formal kurumsal hafızanın oluşturulması" ihtiyacı belirlenmiştir

Karic ve ark. (2021) sağlık profesyonelleri ve yöneticiler üzerine yaptıkları çalışmalarında hastanedeki değişikliklere verilen önem dönüşümcü liderlik tarzını benimseyen yöneticilerde pozitif yönlü ilişkiye sahipken, temsilci (laissez-faire) liderlik ile negatif yönlü ilişkiye sahip olduğu ifade edilmiştir. Yani yönetim tarzının etkinliğini ve getirilen değişikliklerle ilgili memnuniyet değerlendirilirken hem çalışanlar hem de yöneticiler dönüşümcü liderlik önemli bir unsur olarak belirtilmiştir (201).

Korkmazer ve ark. (2020) çalışanların değişime karşı tutumlarının değerlendirildiği çalışmalarında çalışmamızla aynı doğrultuda sonuçlar elde edilmiştir. Nitekim çalışma sonucunda personelin çalışma süreleri arttıkça değişime karşı tutumlarında azalma görüldüğü ifade edilmiştir (202).

Özbalcı (2020) sağlık çalışanlarının bilişim sistemlerindeki değişime direnci konulu çalışmasında kişisel başarı hissi ile değişime karşı direnç ölçeği alt boyutlarından belirsizliğe karşı duyulan korku, bilinemeyene karşı duyulan korku ve başarısızlık korkusu arasında pozitif yönlü ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Yani değişime karşı direncin en önemli kaynağını belirsizlik ve belirsizliğin getirilerinin oluşturduğu ifade edilmiştir (203).

Çakıroğlu ve Seren (2019) hemşireler üzerine yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin, değişime direnç göstermedikleri, buna karşın hastane yönetimi ve yönetici hemşirelerin değişimi ele alış biçimlerinden rahatsız olduklarını ifade etmiştir. Bu sebeple değişim sürecinde başarılı olabilmek için bireyselleştirilmiş yaklaşımlar ile sürecin yönetilmesi gerekliliği aktarılmıştır (204).

Aras Beger ve Türker (2018) bir üniversite hastanesinde çalışan akademisyenler üzerine yaptığı çalışmasında değişime direncin alt boyutu olan rutini arama davranışının en yüksek açıklayıcılığa sahip olduğu ve belirsizlikten kaçınma isteğini temsil ettiği ifade edilmiştir. Bu şekilde değişime direnç gösterildiğinde ise

kaçınılmaz olan bir döngüyü reddederek daha fazla strese maruz kaldığı ifade edilmiştir (205).

Wyte-Lake ve ark. (2018) çalışanların iş ile ilgili korku ve tereddütlerini engellemek için en önemli aracın yöneticiler ile yüz yüze görüşme ve soru sorma fırsatının olduğu ve kurum içinde yapılan değişikliklerin kabullendirilmesinde yöneticilerin etkili iletişim tüm personeli güçlendirdiği aktarılmıştır (206).

Deniz ve ark. (2017) hastane çalışanları üzerine yaptıkları çalışmalarında kurumdaki çalışma süresi 6 yıl ve üzeri olan katılımcıların örgütsel değişim sinizmi düzeylerinin kurumdaki çalışma süresi 1-5 yıl olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (207).

Bostan ve Köse Ünal (2016) çalışmalarında sağlık çalışanlarının göstermiş olduğu direnç ile hissetmiş oldukları değersizlik ve yabancılaşma arasında anlamlı ilişkiler olduğu dolayısıyla alışılmış bir düzenin değişimiyle çalışanlar kendilerini değersiz hissettirdiği tespit edilmiş ve sağlık çalışanlarının mesleki saygınlıkları konusunda değişime pasif direnç gösterdikleri ifade edilmiştir (208).

Çetin ve Yayan (2020) çalışmalarında hemşirelerin büyük çoğunluğunun görev, yetki ve sorumluluklarını bilmelerine rağmen yönetici ve doktorlar tarafından mobinge maruz kalma korkusuyla kendi görevleri dışında çoğunlukla order yazdıkları, hastane otomasyon sisteminden doktor istemleri ve laboratuvar istemleri yaptıkları tespit edilmiştir (209).

Wrammet ve ark. (2017) yeni doğan ünitesi sağlık personeli üzerine yaptıkları çalışmalarında tıbbi sorumluluğun paylaşılması noktasında yapılandırılmış bir sürecin olması gerektiği ve şeffaf liderlik ile yöneticilerin sürecin tamamında yer alması gerekliliği ifade edilmiştir (210).

Koordinasyon Teması

"Koordinasyon" teması altında belirlenen ihtiyaçların beşinci en önemli ihtiyaç grubu (%8,2) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Birimlerin ve personelin performansının etkili bir şekilde ölçülememesi neticesinde yöneticilerin birim ve personelin performansını değerlendirmesi de zorlaşmaktadır. Yöneticilerin önlem alamadığı süreçler neticesinde birimler arasında iş akış süreçlerinin etkili işlememesi;

birimlerin kendi iş süreçlerinin aksamaması için farklı birimlerin sorumluluklarını da yerine getirmek ve sorunlarını çözmek durumunda kalmalarına neden olmaktadır. Bu durumun koordinasyonu da olumsuz etkilendiği katılımcıların ifadelerinden tespit edilmiştir. Bu gerekçeye binaen İH31 kodlu "İş akış süreçlerinde yaşanan aksaklıkların tespit edilmesi ve gerekli müdahalelerde bulunulması. Birimler arası iş birliğinin geliştirilmesi" ihtiyacı belirlenmiştir.

Hastanenin mevcut kaynaklarının *(yatak bilgisi, tekrar testler için uyarılar vb.)* en uygun şekilde kullanımının sağlanması ve bu sayede enerji ve kaynak israfının önlenmesinde ilişkili tüm birimler arasında aynı özenin gösterilmesi gerekliliği katılımcılar tarafından aktarılmıştır. Örneğin; birimler arası hasta transferinin sağlanmasında dolu-boş yatak bilgisine erişimde yaşanan sıkıntılar birimler arası koordinasyonu olumsuz yönde etkilemektedir. Bu konularda HBYS üzerinden bilgiye erişim mümkün olsa da bazı kullanıcıların sistemi ektin kullanamadığı veya sınırlı erişimi olması ve zamanında veri girişinin yapılmaması gibi sebeplerin koordinasyonu olumsuz yönde etkilediği gerekçesine binaen İH32 kodlu "HBYS'nin personel tarafından daha efektif kullanımın sağlanması" ihtiyacı belirlenmiştir.

Birimlerin diğer birimlerdeki aynı veya farklı meslek gruplarında iş gören çalışanların işlerine yeterli saygıyı göstermediği durumlarda birimler arası koordinasyon zorlaşabilmektedir. Bu bakımdan karşılıklı saygı (uzmanlık ve birey olarak) ve eşitlik, koordinasyon açısından oldukça önem taşımaktadır. Birimlerin işleyişlerinin ve iş süreçlerinde zamanlamaların diğer birimler tarafından yeterince bilinmemesi koordinasyonu olumsuz etkileyen bir başka unsurdur. Bu gerekçeye istinaden İH33 kodlu "Farklı birimlerin işleyişleri hakkında diğer birimlerin de bilgilendirilmesi, bütüncül hizmet sunumunun öneminin personele aktarılması" ihtiyacı belirlenmiştir.

Yavuz (2019) özel bir hastaneler kompleksinde yürüttüğü çalışmasının sonucunda kaliteli bir sağlık hizmetinin sunumu için kurum içerisindeki tüm birimlerde ortak değerlerin, tutumların aynı düzeyde olması gerektiği vurgulanmıştır. Bununla bağlantılı olarak hastalar bir üniteden diğerine nakledilirken bazı şeylerin gözden kaçırılarak kaybolduğu, nöbet değişimi sırasında hasta bakımıyla ilgili önlemli bilgiler kaybedildiği, diğer bölümlerden gelen kişilerle çalışmaktan

genellikle hoşlanılmadığı, birimler arasında bilgi aktarımında problemler oluştuğu aktarılmıştır (211).

Piper ve ark. (2019) hastanelerde ekip çalışmalarının gücünün yönetimin desteği, açık iletişim kültürü ile artacağını ifade etmiştir. Ancak standardize edilmiş iletişim araçları ve çerçevesinin/uygulamalarının olmasına rağmen yetersiz koordinasyonun ve bilgi eksikliğinin hasta güvenliğini riske atabildiği yazarlar tarafından ifade edilmiştir (212).

Mathole ve ark. (2018) Güney Afrika'nın kırsal kesimindeki iki farklı hastanede yürütülen çalışmada birimler arasındaki koordinasyonun zayıf olmasının nedeni olarak yöneticilere ulaşamama, rutin toplantıların yapılmamasını ve zayıf iletişimin olduğunu ifade etmiştir (213).

Baştürk ve Orhaner (2019) çalışmalarında hastanelerdeki koordinasyon modellerinin yetersiz mekanizmaları ve etki gücünün zayıflığının hastanedeki mevcut sorunları arttıran en etkili değişken olarak belirlendiği ifade edilmiştir (214).

Saluvan ve Kaya (2012) sağlık hizmetlerinin sunumda yaşanan sorunları tespit etmek amaçlı yaptığı çalışmasında çalışanlar ve hizmet birimleri arasındaki koordinasyonsuzluk beşinci önemli sorun (%5) olarak ifade edilmiştir (188).

Alan Yönetimi Teması

"Alan Yönetimi" teması altında belirlenen ihtiyaçların altıncı en önemli ihtiyaç grubu (%7,8) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Katılımcılarla yapılan görüşmelerde dinlenme odalarının yetersizliği ön plana çıkmıştır. Bu kapsamda ergonomi, gün ışığından faydalanma, havalandırma, yerleşim, ses kirliliği, ısıtma-soğutma vb. unsurlarının yetersizliği üzerinde değerlendirme yapılmıştır. Bu sebeple İH4 kodlu "Sağlık bakım hizmetleri personelinin kullandığı dinlenme odalarında ergonomiklik, gün ışından faydalanma, ses kirliliği, ısıtma ve soğutma vb. kriterlerinin dikkate alınması ve gerekli düzenlemelerin yapılması" ihtiyacı belirlenmiştir.

Destek hizmetlerinde görevli temizlik personellerinin hastanenin birçok bölümünde dinlenme odalarının bulunmadığı ve kıyafetlerini değiştirdikleri alanların ise ergonomik açıdan uygun olmadığı katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Bu

duruma binaen İH5 kodlu "Temizlik personeli için ayrılan giyim odalarının ergonomik açıdan uygun hale getirilmesi ve belirlenecek lokasyonlarda dinlenme odalarının tahsis edilmesi" ihtiyacı belirlenmiştir.

Mevcut alanların ihtiyaçlara uygun olarak donatılması ve/veya düzeltilmesine yönelik katılımcılardan elde edilen bulgular neticesinde hastanenin kuruluşundan itibaren yapılan düzenlemelerin kaydedildiği bir standart sistemin olmadığı tespit edilmiştir. Bu durum geçmişe yönelik sistematik bir hafıza altyapısının oluşmamasına ve netice olarak da kişilere bağlı bir hafıza sistemin oluşmasına neden olmuştur. Sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için bu kapsamda İH6 kodlu "Formal yapısal hafıza sisteminin oluşturulması" ihtiyacı belirlenmiştir.

Serbest Baz (2018) ameliyathanelerde çalışan anestezist, hemşire ve cerrahlar üzerine yaptıkları çalışmalarında personelin dinlenmek için zaman bulsalar da dinlenme alanlarının/odalarının ergonomik açıdan uygun olmadığını tespit etmiştir (215).

Alver (2011) ameliyathane hemşireleri üzerine yapmış olduğu çalışmasında hemşirelerin (%64,4) çalışma veriminin artırılması için öncelikle dinlenme odalarının dinlenmeye elverişli hale getirilmesi gerekliliğinin olduğu ifade edilmiştir (216).

Savaş ve ark. (2020) şehir hastanelerine yönelik yaptıkları çalışmalarında bu tür hastanelerin performansa dayalı ödemelerinin yapılması için hafıza sisteminin oluşturulduğu aktarılmıştır. Nitekim büyük alanların kontrolünün etkin bir şekilde sağlanabilmesi için alanların mahal numarası adı verilen kod ile yer tespitin yapıldığı ve sistem üzerinden taleplerin yapıldığı ve süreç yönetiminin yürütüldüğü ifade edilmiştir (217).

Finans ve İşletme Teması

"Finans ve İşletme" teması altında belirlenen ihtiyaçların yedinci en önemli ihtiyaç grubu (%7,7) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Özellikle ortak hizmet alanları için İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılan satın alımlarda kalite kontrolünün yapılamadığı ve zaman zaman ürün kalitesinin düşük olabildiği bunun da hastane için uzun vadede daha fazla maliyete katlanmaya neden olduğu katılımcılar tarafından aktarılmıştır. Bu gerekçeye binaen İH13 kodlu "İl Sağlık

Müdürlüğü tarafından yapılan ürün/teçhizat temininde kalite kontrol sürecine hastanenin de müdahalesinin sağlanması" ihtiyacı belirlenmiştir.

Bazı durumlarda *(özel pili olan kapı zili, ihale usulüyle temin edilmesi gereken parçalar vb.)* tedarik sürecinin uzamasının talep edilen arıza ve bakımların yerine getirilmesini sekteye uğrattığı ve söz konusu süreçlerin mevzuata uygun olarak işletilmesi gerekliliği, bu nedenle de özellikle yüksek maliyetli cihazların tedarik edilmesinde sürecin uzadığı katılımcılar tarafından aktarılmıştır. Bu sorunların giderilebilmesi için İH14 kodlu "Uzun tedarik sürecinin olduğu alanların tespiti bu alanlar için tedarik stratejilerinin geliştirilmesi" ihtiyacı belirlenmiştir.

Voeng ve Kritchanchai (2019) çalışmalarında hastanenin ürün (farmasötik ilaç) teminini etkileyen en önemli faktörlerin ağırlıkları hesaplanmış ve ürün kalitesi kriteri (%38) en önemli ve tedarikçi firmanın geçmişi ise en düşük öneme (%9) sahip faktör olarak tespit edilmiştir (218).

Öztürk ve ark. (2009) yönetici hemşireler üzerine yaptıkları çalışmalarında yaşadıkları sorunların en önemli kaynağının malzeme, araç ve gereçlerin temin, kalite ve kullanımı kaynaklı olduğu ifade edilmiştir (200).

Karakaş (2018) çalışmasında ise hastanelerin ürün tedarik sürecindeki önemli faktörler incelenmiştir. Bu kapsamda karar vericilerin %66'sı en önemli unsur olarak ürünün maliyetini belirttiği ifade edilmiştir (219).

Tengilimoğlu ve Yiğit (2017) çalışmalarında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmada etkin satın alma ve malzeme yönetiminin yıllık %2 tasarruf sağladığı, %10 oranında işletme karlılığını artırdığını aktarmıştır. Ayrıca, malzeme giderlerinde sağlanacak %10'luk tasarrufun işletme karlılığını %50 oranında artırdığı ifade edilmiştir (220).

Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi Teması

"Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi" teması altında belirlenen ihtiyaçların sekizinci en önemli ihtiyaç grubu (%7,2) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Hastanenin birimleri arasında doğumhanenin iş süreçlerinde çamaşırhanenin yetersiz kaldığı ve bunun en büyük nedeninin ise malzemelerin niceliksel yetersizliğinin olması katılımcıların ifadelerinde aktarılmıştır. Bu

gerekçeyle İH43 kodlu "Çamaşırhane kapasitesinin niteliksel ve niceliksel artırılması" ihtiyacı belirlenmiştir.

Yurtsever ve Karagözoğlu (2020) bir üniversite hastanesinde yürüttükleri çalışmalarında hemşirelerin %35'i bakım planlarının uygulanmasında malzeme yetersizliğinin etkili olduğunu ifade etmiştir (221).

Saluvan ve Kaya (2012) bir kamu hastanesinde yürüttükleri çalışmalarında hizmet sunumundaki sorunların %22'sinin (2. en önemli) teknolojik altyapı ve malzeme yetersizliği kaynaklı olduğu tespit edilmiştir (188).

Bakım ve Onarım Yönetimi Teması

"Bakım ve Onarım Yönetimi" teması altında belirlenen ihtiyaçların dokuzuncu en önemli ihtiyaç grubu (%6) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Bakım ve onarımlarda takiplerin yapılmasında kullanıcı veyahut cihaz temini yapan firmalarla yaşanan sıkıntıların önlenmesi için kullanıcılara bağımlı kalmadan yürütülen dinamik veri üreten bir sistem yardımıyla hafızanın oluşturulmasının önemi ortaya çıkmıştır. Ayrıca onarıcı ve düzeltici bakımların sürecinin ve takibinin yapılmasında özellikle görev devir teslimi sırası halef ve selef arasında yeterince bilgi paylaşımının olmamasına binaen İH7 kodlu "Standart bir arıza/teknik altyapı özgeçmiş/hafıza sisteminin oluşturulması" ihtiyacı belirlenmiştir.

Katılımcıların ifadelerinden bakımlar için bütçenin ayrıldığı fakat uygulama noktasında düzenli bakımların yapılmasındaki en önemli engelin maliyet/fonlama olduğu, bu sebeple (bazı alanlarda) bakımların düzenli olarak yapılamadığı tespit edilmiştir. Bu gerekçe ile İH8 kodlu "Düzenli bakımların yapılabilmesi için aktif fonlama yapılması" ihtiyacı belirlenmiştir.

Birimlerde yer alan teknik cihazların, yapısal alanların arızası ve tamiratı için HBYS ve telefon gibi iletişim araçları kullanılarak süreç yönetiliyorken, hastanenin ortak alanlarında yer alan makine, cihaz vb. unsurların arızalanması durumunda arıza talebinde bulunacak bir birimin, personelin veya elektronik sistemin olmaması (IoT vb.) bu alanlardaki sorunların tespiti ve arızaların giderilmesinde çeşitli sıkıntıların yaşanmasına sebebiyet vermektedir. Özellikle hastanedeki personel ve hastaların sıkça kullandığı asansörler, bunun yanında sağlık hizmetlerinin kesintisiz sunumunda oldukça kritik önem taşıyan UPS, jeneratör vb. makinelere yönelik arıza

durumlarının takip edilememesi sorunu oldukça önem taşımaktadır. Ortak alanlarda gerçekleşen arızalara yönelik arıza tespitlerinin yapılamamasının yanı sıra teknik birimlerin bu alanlardaki arızaları tespit edip onarım faaliyetlerini kayıt altına alması için HBYS sisteminde teknik birimler için ayrı bir modül oluşturulması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu gerekçelere istinaden İH9 kodlu "Ortak alanlardaki arızaların tespiti, bakım ve onarım faaliyetlerinin yürütülmesi için aktif bir yönetim ve takip uygulamasının geliştirilmesi" ihtiyacı belirlenmiştir.

Mete ve ark. (2020) çalışmalarında tesis güvenliğinin sağlanabilmesi için hastanenin tesis bakım planlarının oluşturulması ve asansörlerin, havalandırma sisteminin ve kazan dairelerinin denetimi ve bakımının düzenli olarak yapılması gerektiğini ifade edilmiştir (80).

Yousefli ve ark. (2020) çalışmalarında hastanelerin merkezi sistemlerinin bir geri bildirim mekanizmasından yoksun olmasının, hastanelerde merkezi sistemlerin bakımını ve takibini pratik hale getirecek şekilde yeniden formüle edilmesi gerektirdiğini ifade edilmiştir. Bu nedenle, tesis yöneticilerinin karar verme sürecini desteklemek için dağıtılmış bir bakım yönetim sistemi kurmaları gerekliliği araştırmacılar tarafından ifade edilmiştir (222).

Yousefli ve ark. (2017) çalışmalarında bütçe kısıtlamaları, yüksek harcamalar, hizmetlerin kritikliği, müşteri memnuniyeti, bilgi karmaşıklığı ve karar verme dahil olmak üzere hastane binalarında tesis bakım yönetimini etkileyen çeşitli konular tespit etmiştir. Nihayetinde ise sağlık tesislerinde bakım fonksiyonlarının performansının iyileştirilmesinin sadece maliyet ve kaynak verimliliği kazanımları sağlamakla kalmayıp, hizmetlerin kalitesini ve güvenilirliğini artırarak hastaların memnuniyetini de yükselteceğini ifade etmişlerdir (123). Ayrıca, Yılmaz (2019) şehir hastanelerinde yürüttüğü çalışmasında bakım onarım hizmetlerinin zamanında ve yeterli düzeyde alınamamasının (outsourcing) cihazların zarar görmesine ve hizmet sunumunun aksamasına neden olabildiği aktarmıştır (223).

Kalite Yönetimi Teması

"Kalite Yönetimi" teması altında belirlenen ihtiyaçların onuncu en önemli ihtiyaç grubu (%5,7) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Kalite yönetiminde kurum özelinde dinamik olarak takip edilebilen bir sistemin eksikliği ve

oluşturulması durumunda sağlayacağı faydalar katılımcılar tarafından vurgulanmıştır. Hastane yönetiminin performans değerlendirmelerinin dengeli puan kartları ile yapıldığı, diğer sağlık personelinin değerlendirilmesinin ise oluşturulan formlar üzerinden manuel olarak takip edildiği, bu form ve kartların elektronik herhangi bir sisteme kaydedilmediği ve anlık takibinin mümkün olmadığı katılımcıların ifadelerinden tespit edilmiştir. Bu gerekçeler ile İH28 kodlu "Tüm kalite süreçlerini içeren ve dinamik veri üreten bir sistemin ve standart bir veri dosyalama sisteminin oluşturulması" ihtiyacı belirlenmiştir.

Komite ve komisyonlara dahil olan ve görev alan personel komite ve komisyonların işlevsel olduğunu, bazı personel ise işlevsiz olduğunu aktarmıştır. Bu bilgi farklılıkları sebebiyle hastane genelinde geri bildirimlerin daha etkin yapılmadığı sonucuna varılmış ve bu gerekçeye istinaden İH29 kodlu "Komite ve Komisyon geri bildirimlerinin daha etkin bir yöntem ile yürütülmesi" ihtiyacı belirlenmiştir.

Destek personelinin birden fazla misyona sahip olması hem iş sağlığı ve güvenliği hem de hasta güvenliği açısından risk oluşturabilmektedir. Temizlik işlerinin tam anlamıyla yerine getirilememesi (diğer görevleri yerine getirmesi sebebiyle) ve enfeksiyon riski yüksek alanlara farklı görevleri yerine getirmek amacıyla sürekli giriş çıkış yapması risk kaynağı oluşturmaktadır. Bu sebeple destek personelinin görevlerinin net bir şekilde ayrılması gerekliliği katılımcıların ifadelerinde aktarılmıştır. Bu gerekçeye istinaden İH30 kodlu "Destek personelinin görev paylaşımının net bir şekilde yapılması" ihtiyacı belirlenmiştir.

Yavuz (2019) çalışmasında hasta güvenliğinin etkili bir şekilde yürütülebilmesi için çalışanlar tarafından tüm kalite süreçlerinin benimsenmesi gerektiği ve sağlık çalışanlarının aktif raporlama sürecine dahil edilmesi gerekliliği ifade edilmiştir (211).

Evans ve ark. (2006)'nın yaptıkları çalışmada hekimler ve hemşirelerin zarar uğratmayan hataları önemsemedikleri, iş yoğunluğu gibi sebeplerle hataları raporlamaktan kaçındıkları belirtilmiştir (224).

Çakır (2007) çalışmasında hasta güvenliğiyle ilgili sorunlarda en önemli kısmın destek hizmetlerinin sunumu aşamasındaki güvenlik ihlallerinin

oluşturduğunu, bu hizmetleri sunan taşeron firmalarda çalışanlara herhangi bir eğitim verilmediği tespit edilmiştir. Buna ek olarak sağlık personelinin dışındaki idari personelinde hasta güvenliği bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı aktarılmıştır (225).

Teknoloji Yönetimi Teması

"Teknoloji Yönetimi" teması altında belirlenen ihtiyaçların on birinci en önemli ihtiyaç grubu (% 5,2) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. HBYS'nin kullanımında yaşanan sıkıntılar katılımcılar tarafından yavaş çalışma, bilgilere ulaşamama, sistemin cevap vermemesi şeklinde sıralanmıştır. Bu gerekçelere istinaden İH41 kodlu "HBYS'nin aktif, hızlı ve verimli çalışmasının sağlanması" ihtiyacı belirlenmiştir.

HBYS'nin kullanılmasında zamanlılığa ilişkin aksaklıklar entegre süreçleri olumsuz etkilemektedir. Nitekim hasta bakım veya tedavi sürecinin bir aşamasında veri girişinde yaşanan bir gecikme diğer süreçlerinin tamamını etkileyebilmektedir. Bu sebeplerle sistemin efektif kullanımının sağlanabilmesi ve süreçlere katkı sunması için ilişkili tüm personelin aynı özeni göstermesi gerekmektedir. Bu gerekçelere istinaden İH42 kodlu "Personelin zamanında/anlık veri girişi yapması konusundaki kontrol ve denetimlerin sağlanması" ihtiyacı belirlenmiştir.

Konunun önemine binaen Kırılmaz ve ark. (2015) çalışmalarında bilgi teknolojilerinin efektif kullanımının örgütsel performansı pozitif yönde etkilediğini ve çalışanların performansını artırdığını tespit edilmiştir (179).

Gayrimenkul Yönetimi Teması

"Gayrimenkul Yönetimi" teması altında belirlenen ihtiyaçların on ikinci en önemli ihtiyaç grubu (%4) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Hastaneye ulaşımda trafik yoğunluğunun yarattığı problemlerin çözülebilmesi adına hastane girişinin trafiğini düzeltici önlemlerin alınması gerekliliği (kavşak düzenlemesi, üst geçit vb.) katılımcıların ifadelerinde aktarılmıştır. Bu gerekçe ile İH15 kodlu "Hastaneye ulaşımda üst geçit ve trafik planlamasının yeniden yapılması" ihtiyacı belirlenmiştir.

Hastanenin mevut peyzajının ve çevre düzenlemesinin yetersiz olduğu gerekçesiyle katılımcılar tarafından hastanenin zayıf yönlerinden biri olarak değerlendirilmiştir. Bu kapsamda İH16 kodlu "Hastane çevresinde peyzaj düzenlemelerinin yapılması" ihtiyacı belirlenmiştir.

Yılmaz (2017) çalışmasında insanların duyularına (görsel, algısal, duygusal, soyut) hitap edici özellikte tasarlanmış doğal ve sade görünümlü hastane/terapi bahçelerinin kullanıcıların iyi olma hallerine olumlu etkiler sağladığı sonucuna varılmıştır (226).

Mimari ve Mühendislik Hizmetleri Teması

"Mimari ve Mühendislik Hizmetleri" teması altında belirlenen ihtiyaçların on üçüncü en önemli ihtiyaç grubu (%3,5) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Katılımcılar hastanenin diğer altyapı unsurlarına nazaran en fazla iklimlendirme sistemlerinin etkin çalışmadığını veya her alan için etkin olmadığını, bu durumun ise motivasyonu düşürücü ektisinin olduğu ve iş verimliliğini etkilendiği aktarılmıştır. Örneğin, ameliyathanelerin iklimlendirilmesinde yaşanan sıkıntılar neticesinde tedavi sürecinde yer alan personel havasız ve çok sıcak ortamlarda çalışmak zorunda kalabilmektedir. Bunun sonucunda kısa süreliğine rahatlamak adına ameliyathane kapısının açılması hasta güvenliğini riske atabilmektedir. Hem iş sağlığı ve güvenliği hem de hasta güvenliğinin sağlanması amacıyla iklimlendirme sisteminin etkin çalışır hale getirilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Buna istinaden İH37 kodlu "İklimlendirme sisteminin etkin çalışır hale getirilmesi" ihtiyacı belirlenmiştir.

Hastanenin mevcut otopark alanlarının düzenlemeye ihtiyaç duyduğu sağlık personeli, hasta ve hasta yakınlarının geçiş alanlarına araçlarını park etmeleri sebebiyle geçişleri engellediği hem yaya hem de diğer araçlar açısından problem yarattığı katılımcılar tarafından önemli bir ihtiyaç olarak belirtilmiştir. Ayrıca mevcut otopark alanı içerisinde personel için ayrılmış bir alanın daha rasyonel şekilde kullanılması gerektiği; katılımcıların geçmişte yaşadığı maddi hasarlı kazalar ve park yeri bulma gibi sorunların yaşanması örnekleriyle ifade edilmiştir. Bu gerekçelere binaen İH38 kodlu "Mevcut otopark alanlarının daha kullanışlı hale getirilmesi ve personel için ayrılmış otopark alanının daha efektif kullanımının sağlanması" ihtiyacı belirlenmiştir.

Psikiyatri servisi için tahsis edilen bahçenin hastaların tedavi edilmesi noktasında yetersiz kaldığı ve mevcut yapıya sosyal alanların da eklenmesi gerektiği katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Bu gerekçe ile İH39 kodlu "Psikiyatri servisi için daha geniş bir bahçenin tahsis edilmesi" ihtiyacı belirlenmiştir.

Hasta ve hasta yakınlarının doğrudan birimler arası bağlantıları yönlendirmelerin yetersiz olması sebebiyle mevcut yönlendirmeleri etkin kullanamadığı gerekçesine bianen ise İH40 kodlu "Hasta ve hasta yakınlarının etkin bir şekilde yönlendirilmesinin sağlanabilmesi için yeni tasarımların gerekliliği" ihtiyacı belirlenmiştir.

Yabana Kiremit (2018) çalışmasında iklimlendirme koşullarının yetersizliğinin de bir faktör olarak yer aldığı Hasta Bina Sendromu'nun çalışanları olumsuz etkilediği ifade edilmiştir. Bu sendromun sağlık kurumları çalışanlarının önemli düzeyde olumsuz etkilediği, çalışanların verimliliğini azalttığı ve işe devamsızlıklarını arttırdığı ifade edilmiştir. Nitekim özellikle kapalı alanda çalışan insanların hasta bina sendromundan etkilenmemesi için, çalışma alanlarındaki havalandırma sistemleri bakımlarının yapılması, çalışılan ortamda gürültünün önlenmesi, bina yapı malzemesinin doğru seçilmesi gibi stres oluşturacak faktörlerin düzenlenmesi gibi önlemlerin alınması gerekliliği ifade edilmiştir (227).

Çetin ve ark. (2016) çalışmalarında hasta kayıt alanında yönlendirme ile ilgili bir çalışanın olmaması ve kayıt alan personelin hasta bilgilendirmesini zaman ayıramamasından kaynaklandığı belirtilmiştir (196).

Mimari ve Mühendislik Hizmetleri Teması

"Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik" teması altında belirlenen ihtiyaçların sonuncu sırada en önemli ihtiyaç grubu (%3,5) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Hastanede depolama için tahsis edilen alanın mevcut ihtiyaçların karşılanması noktasında yeterli olmadığı, atık deposunun bulunduğu bölümde zeminlerin fayans olması ve buna ek olarak çatı genişliğinin yeterli büyüklükte olmaması zeminin kaygan olmasına sebep olduğu ve dolayısıyla iş sağlığı ve güvenliğini riske attığı ve bu gerekçe ile İH10 kodlu "Atık deposunun kapasitesinin artırılması, fiziki yapısının revize edilmesi" ihtiyacı belirlenmiştir.

Depolama alanın yetersizliğine ek olarak (tıbbi ve tehlikeli atık) atık firmaların planlanan sürece uymaması durumunda çeşitli sıkıntıların yaşandığı, bu durumun hem iş sağlığı ve güvenliğini hem de çevre sağlığını tehdit ettiği katılımcılar tarafından aktarılmıştır. Bu gerekçeyle İH11 kodlu "Atık firmaları ile yaşanan veya yaşanması muhtemel koordinasyon eksiklikleri için alternatiflerin planlanması" ihtiyacı belirlenmiştir.

Atıklara yönelik mevcut ölçümlerin hastanede kullanılan HBYS'ye entegre değil manuel olarak birimin kendi imkanları ile oluşturulan standart formlar aracılığıyla bilgisayarlara kaydedilerek kayıt altına alındığı tespit edilmiştir. Sürdürülebilir bir sisteminin oluşturulabilmesi amacıyla İH12 kodlu "Atık birimine ait tüm verilerin dinamik takibinin yapılabileceği bir sistem oluşturulması" ihtiyacı belirlenmiştir.

Özeren (2019) çalışmasında tıbbi atık yönetiminin etkin bir şekilde yönetilebilmesi için ilgili tüm kuruluşlarının katılımıyla bilgi paylaşımı ve çözüm önerilerinin geliştirilmesi gerektiği ve sistemin devamlı denetiminin yapılması gerekliliği ifade edilmiştir. Güvenli ve etkin bir atık yönetim sistemi sağlanabilmesi için atığın oluşumundan bertarafına kadar geçen sürecin her aşamasını kapsayacak ve detaylı şekilde süreci yönlendirecek bir atık yönetim planı oluşturulması ve kurum içinde belli periyotlarla raporlama yapılması gerekliliği ayrıca ifade edilmiştir (228).

Tinni (2019) dört farklı özel hastanede yürüttüğü çalışmasında tıbbi atıklarla ilgili yaşanan sorunları tespit etmiştir. Bu kapsamda çalışanların %53,2'si yönetimsel sorunları, %55,1'i ayrım sonrası karşılaşılan sorunları, %47,3'ü toplanma ve taşıma sırasında yaşanan sorunları ve son olarak %49,88'inin depolama sırasında karşılaşılan sorunların olduğunu ifade etmiştir (229).

Topan (2017) bir ilin kamu hastanelerinde yaptığı çalışmasında ise atık yönetiminin başarılı bir şekilde yürütülebilmesi için hastanelerin bütçelerinden atık yönetimi için pay ayırmaları önerisinde bulunmuştur (230).

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada bir kamu hastanesinin tesis yönetimi bakış açısıyla öncelikli olarak ihtiyaçları belirlenmiştir. Toplamda 43 farklı ihtiyacın belirlendiği araştırmada bu ihtiyaçlar 14 farklı grup altında değerlendirilmiştir. Söz konusu ihtiyaçların temelini ise veri üretimi, verilerin karar verme sürecine dahil edilmesi, kurumsal hafızanın oluşturulması ve geliştirilerek sürdürülebilirliğinin sağlanması konuları oluşturmaktadır. Tespit edilen ihtiyaçların giderilmesi halinde mevcut hastane bilgi yönetim sistemleri ile entegre çalışacak bilgisayar destekli tesis yönetim modeli (CAFM) için gerekli altyapı oluşturulabilir (EK.6).

Hastanenin sınırlı kaynaklarının en uygun şekilde kullanmasını sağlamak amacıyla tespit edilen ihtiyaç gruplarının göreceli ağırlıkları hesaplanmış ve ihtiyaç grupları özelinde stratejiler belirlenmiştir. Analiz sonuçlarına göre karar vericilerin öncelikli olarak, sırasıyla, acil durumlara hazırlık ve iş sürekliliği, insan faktörleri ve iletişim başlıkları altında belirlenen ihtiyaçlara yönelik önlemler alması gerekmektedir. Çevresel yönetim ve sürdürülebilirlik ihtiyaç grubunun göreceli olarak en az öneme sahip olan gruptur.

Araştırma sonucunda "Acil Durumlara Hazırlık ve İş Sürekliliği" teması altında belirlenen ihtiyaçların en önemli ihtiyaç grubu (%11,3) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Bu ihtiyaç grubunda hastanenin acil afet durumları konusundaki durumu dikkate alınmıştır. Bu kapsamda; hastanede görevli tüm personelin hastane acil afet planı ile ilgili yeterli düzeyde bilgisinin olmadığı ve buna ek olarak acil afet planları ile ilgili yapılan eğitimlere katılım düzeyinin artırılması için çalışanların iş yükleri ve çalışma takviminin dikkate alınması gerekliliği, dinamik bir acil afet planı takip ve yönetim sisteminin oluşturulması, acil afet durumlarında yönetilmesi zor kalabalık ortamının oluştuğu aktarılmış ve bu kapsamda uygulamalı tatbikat simülasyonuna personelin çağırılması, kalabalığın yönetimi vs. süreçlerin de eklenmesinin önemi ortaya çıkmış ve bu yönde ihtiyaçlar belirlenmiştir.

"İnsan Faktörleri" teması altında belirlenen ihtiyaçların en önemli ihtiyaç grubu (%10) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Bu sebeple hastane yönetimi mevcut kaynaklarını ikincil olarak bu alanlardaki ihtiyaçların giderilmesine yöneltmelidir. Bu ihtiyaç grubunda çalışanların motivasyonlarını etkileyen faktörler ve kaynak kullanımı dikkate alınmıştır. Bu kapsamda, geçerliliği ve güvenilirliği olan ve her bir meslek grubu için farklı özelliklere sahip performans sisteminin oluşturulması, ödül/ceza sisteminin daha etkin hale getirilmesi, destek hizmetlerindeki personel eksikliğinin giderilmesi, geçici görevlendirme ile farklı hastanelerde görev yapan personelin atamalarının yapılması, alan dışı personel istihdamı için hizmet içi programlarının geliştirilmesi, biyomedikal ve teknik birimler için nöbet/icap sisteminin oluşturulması, yemekhane özelinde hizmet kalitesinin artırılması *(Kalifiye personel istihdamı, personel sayısının artırılması vb.)* ihtiyaçları belirlenmiştir.

"İletişim" teması altında belirlenen ihtiyaçların üçüncü en önemli ihtiyaç grubu (%10,3) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Bu sebeple hastane yönetimi mevcut kaynaklarını üçüncül olarak bu alandaki ihtiyaçların giderilmesine yöneltmelidir. Bu ihtiyaç grubunda birim içi, birimler arası ve kurumlar arası iletişimi etkileyen faktörler dikkate alınmıştır. Bu kapsamda, etkin iletişimin sağlanabilmesi için HBYS'nin mobil uygulamalarının geliştirilmesi, tüm personelin yetki ve sorumluluk alanlarının teyidinin yapılması, meslekler arası iletişimin kuvvetlendirilmesi ihtiyaçları belirlenmiştir.

"Liderlik ve Strateji" teması altında belirlenen ihtiyaçların dördüncü en önemli ihtiyaç grubu (%9,1) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Bu sebeple hastane yönetimi mevcut kaynaklarını öncelikli ihtiyaçlardan sonra bu alandaki ihtiyaçların giderilmesine yöneltmelidir. Bu ihtiyaç grubunda yöneticilerin liderlik davranışlarını etkileyen faktörler dikkate alınmıştır. Bu kapsamda ise değişime direnç gösteren veya gösterme eğiliminde olan personelin değişim konusunda bilgilendirilmesi ve teşvik edilmesi, meslekler arası çatışmalarını engellemek amacıyla hastanede çalışan tüm personelin sorumluluklarını eksiksiz yerine getirme konusunda uyarılması ve bu yönde yöneltilmesi ihtiyaçları belirlenmiştir. Yöneticiler hizmet sunumunda ortaya çıkan sorunların çözümünde kök neden analizi yaparak, bilimsel araştırmalar

yürüterek ve bireysel ilişkilerle tespit etmekte ve personelin süreçlere katılımıyla hafıza oluşturmaya çalışmaktadır. Ancak bu sistemin kanıt oluşturan bir sistem haline getirilmesi ve yönetsel sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için birim bazında formal hafıza yapısının oluşturulması ihtiyacı ayrıca belirlenmiştir.

"Koordinasyon" teması altında belirlenen ihtiyaçların beşinci en önemli ihtiyaç grubu (%8,2) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Bu sebeple hastane yönetimi mevcut kaynaklarını öncelikli ihtiyaçlardan sonra bu alandaki ihtiyaçların giderilmesine yöneltmelidir. Bu ihtiyaç grubunda birim içi, birimler arası ve kurumlar arası koordinasyonu etkileyen faktörler dikkate alınmıştır. Bu kapsamda, farklı birimlerin görevini üstlenmek zorunda kalınan durumların tespiti ve bunu engellemeye yönelik önlem alınması, HBYS'nin personel tarafından daha efektif kullanımın sağlanması ve farklı birimlerin işleyişleri hakkında diğer birimlerin de bilgilendirilmesi, bütüncül hizmet sunumunun öneminin personele aktarılması ihtiyaçları belirlenmiştir.

"Alan Yönetimi" teması altında belirlenen ihtiyaçların altıncı en önemli ihtiyaç grubu (%7,8) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Bu sebeple hastane yönetimi mevcut kaynaklarını öncelikli ihtiyaçlardan sonra bu alandaki ihtiyaçların giderilmesine yöneltmelidir. Bu ihtiyaç grubunda birimlere tahsis edilmiş ve hastanenin ortak alanlarının kullanımını etkileyen faktörler dikkate alınmıştır. Bu kapsamda, sağlık bakım hizmetleri personelinin kullandığı dinlenme alanlarının ve odalarının ergonomiklik, gün ışından faydalanma, ses kirliliği, ısıtma ve soğutma vb. kriterler dikkate alınarak değerlendirilmesi ve gerekli düzenlemelerin yapılması, temizlik personeli için ayrılan giyim odalarının ergonomik açıdan uygun hale getirilmesi ve belirlenecek kritik lokasyonlarda dinlenme odalarının tahsis edilmesi, yapısal düzenlemelere yönelik hafıza sisteminin oluşturulması ihtiyaçları belirlenmiştir.

"Finans ve İşletme" teması altında belirlenen ihtiyaçların yedinci en önemli ihtiyaç grubu (%7,7) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Bu sebeple hastane yönetimi mevcut kaynaklarını öncelikli ihtiyaçlardan sonra bu alandaki ihtiyaçların giderilmesine yöneltmelidir. Bu ihtiyaç grubunda ürünlerin tedarik yöntemlerini ve satın alma süreçlerini etkileyen faktörler dikkate alınmıştır. Bu kapsamda İl Sağlık

Müdürlüğü tarafından yapılan ürün/teçhizat temininde kalite kontrolüne hastanenin de müdahalesinin sağlanması, uzun tedarik sürecinin olduğu alanların tespiti bu alanlar için tedarik stratejilerinin geliştirilmesi ihtiyaçları belirlenmiştir.

"Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi" teması altında belirlenen ihtiyaçların sekizinci en önemli ihtiyaç grubu (%7,2) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Bu sebeple hastane yönetimi mevcut kaynaklarını öncelikli ihtiyaçlardan sonra bu alandaki ihtiyaçların giderilmesine yöneltmelidir. Bu ihtiyaç grubunda sağlık hizmet sunumunda tıbbi cihaz ve tıbbi sarf malzemelerinin teminini ve kullanımını etkileyen faktörler dikkate alınmıştır. Bu kapsamda, çamaşırhane kapasitesinin artırılması ihtiyacı belirlenmiştir.

"Bakım ve Onarım Yönetimi" teması altında belirlenen ihtiyaçların dokuzuncu en önemli ihtiyaç grubu (%6) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Bu sebeple hastane yönetimi mevcut kaynaklarını öncelikli ihtiyaçlardan sonra bu alandaki ihtiyaçların giderilmesine yöneltmelidir. Bu ihtiyaç grubunda hastanede yürütülen bakım ve onarım faaliyetlerinin durumunu ve süreci etkileyen faktörler dikkate alınmıştır. Bu kapsamda, standart bir arıza/teknik altyapı özgeçmiş/hafıza sisteminin oluşturulması, düzenli bakımların yapılabilmesi için aktif fonlama yapılması, ortak alanlardaki arızaların tespiti, bakım ve onarım faaliyetlerinin yürütülmesi için aktif bir yönetim ve takip uygulamasının geliştirilmesi ihtiyaçları belirlenmiştir.

"Kalite Yönetimi" teması altında belirlenen ihtiyaçların onuncu en önemli ihtiyaç grubu (%5,7) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Bu sebeple hastane yönetimi mevcut kaynaklarını öncelikli ihtiyaçlardan sonra bu alandaki ihtiyaçların giderilmesine yöneltmelidir. Bu ihtiyaç grubunda kalite yönetim süreçleri ve bu süreçleri etkileyen faktörler dikkate alınmıştır. Bu kapsamda, tüm kalite süreçlerini içeren ve dinamik veri üreten bir sistemin ve standart bir veri dosyalama sisteminin oluşturulması, komite ve komisyon geri bildirimlerinin daha etkin bir yöntem ile yürütülmesi, destek personelinin görev paylaşımının net bir şekilde yapılması ihtiyaçları belirlenmiştir.

"Teknoloji Yönetimi" teması altında belirlenen ihtiyaçların on birinci en önemli ihtiyaç grubu (%5,2) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Bu sebeple

hastane yönetimi mevcut kaynaklarını öncelikli ihtiyaçlardan sonra bu alandaki ihtiyaçların giderilmesine yöneltmelidir. Bu ihtiyaç grubunda teknolojik altyapıyı ve teknolojik cihazların kullanımını etkileyen faktörler dikkate alınmıştır. Bu kapsamda, HBYS'nin aktif, hızlı ve verimli çalışmasının sağlanması, personelin zamanında/anlık veri girişi yapabilmesi için yöneltilmesi ihtiyaçları belirlenmiştir.

"Gayrimenkul Yönetimi" teması altında belirlenen ihtiyaçların on ikinci en önemli ihtiyaç grubu (%4) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Bu sebeple hastane yönetimi mevcut kaynaklarını öncelikli ihtiyaçlardan sonra bu alandaki ihtiyaçların giderilmesine yöneltmelidir. Bu ihtiyaç grubunda hastanenin gayrimenkul değerini etkileyen faktörler dikkate alınmıştır. Bu kapsamda, hastaneye ulaşımda üst geçit ve trafik planlamasının yeniden yapılması, hastane çevresinde peyzaj düzenlemelerinin yapılması ihtiyaçlarının belirlenmişidir.

"Mimari ve Mühendislik Hizmetleri" teması altında belirlenen ihtiyaçların on üçüncü en önemli ihtiyaç grubu (%3,5) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Bu sebeple hastane yönetimi mevcut kaynaklarını öncelikli ihtiyaçlardan sonra bu alandaki ihtiyaçların giderilmesine yöneltmelidir. Bu ihtiyaç grubunda sağlık hizmetlerinin sunumunu etkileyen mimari ve mühendislik kaynaklı faktörler dikkate alınmıştır. Bu kapsamda, iklimlendirme sisteminin etkin çalışır hale getirilmesi, mevcut otopark alanlarının daha kullanışlı hale getirilmesi ve personel için ayrılmış otopark alanının daha efektif kullanımının sağlanması, psikiyatri servisi için daha geniş bir bahçenin tahsis edilmesi, hasta ve hasta yakınlarının etkin bir şekilde yönlendirilmesinin sağlanabilmesi için yeni tasarımların yapılması ihtiyaçları belirlenmiştir.

"Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik" teması altında belirlenen ihtiyaçların sonuncu sırada en önemli ihtiyaç grubu (%3,5) olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. Bu sebeple hastane yönetimi mevcut kaynaklarını öncelikli ihtiyaçlardan sonra bu alandaki ihtiyaçların giderilmesine yöneltmelidir. Bu ihtiyaç grubunda hastanenin çevresini doğrudan etkileyen atık yönetimi faaliyetleri ve sürecin yönetilmesinde birim içi, birimler arası ve kurumlar arasındaki koordinasyonlar dikkate alınmıştır. Bu kapsamda, atık deposunun kapasitesinin artırılması, fiziki

yapısının yenilenmesi, atık birimine ait tüm verilerin dinamik takibinin yapılabileceği bir sistem oluşturulması ihtiyaçları belirlenmiştir.

8.1. Uygulayıcılara yönelik öneriler

Çalışma kapsamında elde edilen veriler ve yapılan analizler sonucunda hastane yönetimi için oluşturulan öneriler Tablo 8.1.1'de gösterildiği gibidir.

Tablo 8.1.1: Uygulayıcılara Yönelik Öneriler

Araştırma Kapsamında Belirlenen Temalar	Temaların Göreceli Önceliği	Öneriler
Acil Durum ve İş Sürekliliği	1	→ Öncelikli olarak acil afet planı konusunda eğitimlere katılım düzeyinin artırılması ve personelin eğitim durumunun tespiti için çalışanların iş yükünün ve çalışma takviminin entegre edileceği bilgisayarla entegre dinamik bir takip ve yönetim sisteminin oluşturulmalıdır. → Sağlık hizmetlerinin sunumunu kolaylaştırmak için yöneticilere öncelikli olarak kriz dönemlerinde kalabalığın yönetilmesine yönelik eğitimler hazırlanmalıdır.
İnsan Faktörleri	2	→ Yardımcı sağlık personeli ve destek hizmetleri personeli başta olmak üzere hastanenin tüm çalışanlarının kendi işlerine özgü standartlar oluşturulmalı ve bu standartlar üzerinden performans değerlendirme sistemi geliştirilmeli ve kaydı tutulmalıdır. → Hastanenin mevcut ödül ve ceza sisteminin tüm personel üzerinde etkin bir şekilde uygulanması için gerekli önlemler alınmalıdır. → Destek hizmetlerinde yürütülen işlerin iş analizi yapılmalı ve gerekli personel ihtiyacının tespiti yapılarak personel temini sağlayacak politikalar geliştirilmelidir. → Hastanede kadrosu olduğu halde başka hastanelere geçici görevle transferi yapılan çalışanların kadrolarının kalıcı olarak transfer edilmesi için hem ilgili personel hem de il sağlık müdürlüğü ile iletişim kurulmalıdır. → Birim yöneticileri ile yapılacak toplantılar ile oryantasyon ve meslek içi eğitim ihtiyacı belirlenmeli ve eğitimler ivedilikle yapılmalıdır. → Biyomedikal ve teknik birimler için icap veya normal nöbet sistemi oluşturulmalıdır. → Yemekhane hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sunulması için mevcut personel sayısının artırılması ve aşçı kadrolarına kalifiye personel istihdamı sağlanmalıdır.

Tablo 8.1.1: Uygulayıcılara Yönelik Öneriler (Devamı)

Araştırma Kapsamında Belirlenen Temalar	Temaların Göreceli Önceliği	Öneriler
İletişim	3	→ HBYS yazılımının teknik personelin kullanımına açık mobile entegre modülleri oluşturulmalıdır. → Hastanede görevli tüm personele hastalarla ve çalışma arkadaşlarıyla etkin iletişimi kurmaya yönelik eğitimler planlanmalı ve uygulanmalıdır. → Hastanede görevli personelin yetki ve sorumluluk alanları ile bildirimler yapılmalı ve bu yetki ve sorumluluklar çerçevesinde performans standartları oluşturulmalıdır. → Farklı meslek grupları arasında iletişimi kuvvetlendirmek amacıyla alanında uzman kişilerden hizmet alımı yapılmalıdır.
Liderlik ve Strateji	4	→ Değişime direncin başlıca nedenleri tespit edilerek ve personelin yaş faktörü de dikkate alınarak bireyselleştirilmiş stratejiler geliştirilmelidir. → Her bir meslek grubunun sorumluluklarını eksiksiz yerine getirmesi için mevcut uygulamaların dışında yeni stratejiler geliştirilmelidir. → Tüm birimlerde standart bir yönetim sistemi oluşturularak kanıta dayalı yönetim desteklenmelidir.
Koordinasyon	5	→ Tüm birimlerin kendi yetki ve sorumlulukları dışında ne tür görevleri yerine getirdiği veya getirmek zorunda kaldığının tespiti yapılmalıdır. Durum tespitinin akabinde ise gerekli önlemler alınarak tüm çalışanlara bildirilmelidir. → Hastanenin kullandığı mevcut HBYS'nin efektif kullanımı ve zamanında veri girişinin sağlanması için öncelikli olarak çalışanlarda bilinç oluşturulmalı ve planlı eğitimler verilmelidir. → HBYS'nin etkin kullanımı için verilecek eğitimler özellikle sağlık hizmetlerinin bütüncül yapısına vurgu yapılarak birbirine entegre tüm birimlerin süreçleri ayrıca aktarılmalıdır.

Tablo 8.1.1: Uygulayıcılara Yönelik Öneriler (Devamı)

Araştırma Kapsamında Belirlenen Temalar	Temaların Göreceli Önceliği	Öneriler
Alan Yönetimi	6	→ Sağlık bakım hizmetleri personelinin dinlenme odalarının ergonomiklik, gün ışından faydalanma, ses kirliliği, ısıtma ve soğutma vb. kriterler dikkate alınarak değerlendirilmeli, gerekli alanlar için düzeltici, iyileştirici veya mükemmelleştirici faaliyetler yürütülmelidir. → Temizlik personeli için ayrılan giyim odalarının işlevselliğinin artırılması için bu alanlar yeniden tasarlanmalıdır. → Hastanenin stratejik noktaları belirlenerek temizlik personeli için dinlenme odaları yapılmalıdır. → Hastanenin tüm alanları için belirli standartlarda mahal kodları belirlenmeli ve dijital ortama aktarılmalıdır. Mahal kodları ile her bir alan için yapılan tüm düzenlemeler sistematik bir şekilde kayıt altına alınmalıdır.
Finans ve İşletme	7	→ İl Sağlık Müdürlüğü ile tedarik edilecek ürün ve hizmetlerin temini konusunda müzakereler yapılmalıdır. → Tedarik süresinin uzun olduğu ürünlerin (zaman içerisinde bozulmayacak) temin edilmesi için mevzuata uygun olacak şekilde toplu/yüklü alımlar yapılmalıdır.
Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi	8	→ Hastane özelinde özellikle doğumhanenin iş yükü ve gerekli teçhizat ve ekipman ihtiyaçları yeniden belirlenerek çamaşırhanenin kapasitesi geliştirilmelidir.
Bakım ve Onarım Yönetimi	9	→ Dış kaynak kullanımı yoluyla temin edilen hizmetlerde kullanılan cihazların da entegre olacağı standart bir bakım ve onarım yönetim ve takip sistemi oluşturulmalıdır. → Düzenli bakımların yapılabilmesi için hastane bütçesinden planlı ve aktif fonlama yapılmalıdır. → Tüm ortak alanlardaki bakım gerektiren cihaz ve ekipmanların tespiti yapılmalıdır. → Ortak alanda yer alan cihaz ve ekipmanlar için bakım ve onarım yönetim ve takip sisteminde ayrı bir modül oluşturulmalıdır.

Tablo 8.1.1: Uygulayıcılara Yönelik Öneriler (Devamı)

Araştırma Kapsamında Belirlenen Temalar	Temaların Göreceli Önceliği	Öneriler
Kalite Yönetimi	10	→ Kalite yönetimde verilerin kesitsel değil dinamik olarak takip edileceği bir sistem oluşturulmalı ve çalışanlar bu konuda bilinçlendirilmelidir. → Hastanenin komite ve komisyonlarının gerçekleştirdiği faaliyetlerin veya aldığı kararların personele ulaştırılması noktasında mevcut sorunlar tespit edilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır. → Destek personelinin görev alanları net bir şekilde belirlenmeli ve hasta güvenliğinin riske edilmemesi için gerekli eğitimler belirli aralıklarla verilmelidir.
Teknoloji Yönetimi	11	→ Mevcut HBYS'nin aktif, hızlı ve verimli çalışması için hizmet alınan firma ile toplantılar yapılmalı ve sistem iyileştirilmelidir. → Hasta bakım veya tedavi sürecinin bir aşamasında veri girişinde yaşanan bir gecikme diğer süreçlerinin tamamını etkileyebilmektedir. Bu konu HBYS kullanıcısı olan istisnasız tüm personele aktarılmalı, bu konudaki bilinç ve farkındalık düzeyleri artırılmalıdır.
Gayrimenkul Yönetimi	12	→ Hastaneye ulaşımda yaya güvenliğini sağlamak için engelli vatandaşların ihtiyaçlarını da karşılayacak özelliklere sahip üst geçit yapılmalıdır. → Mevcut peyzaj alanları görsel, algısal, duygusal ve soyut anlamda çalışanlarda ve hastalarda olumlu intiba bırakacak şekilde yeniden düzenlenmelidir.

Tablo 8.1.1: Uygulayıcılara Yönelik Öneriler (Devamı)

Araştırma Kapsamında Belirlenen Temalar	Temaların Göreceli Önceliği	Öneriler
Mimari ve Mühendislik Hizmetleri	13	→ Hastanenin merkezi iklimlendirme sisteminin çalışan ve hasta güvenliğini temin edecek şekilde çalışabilmesi için hangi alanlarda ne tür sorunlarının olduğu tespit edilmeli ve bu alanlar için ivedilikle önlem alınmalıdır. → Hastanenin mevcut otopark alanı efektif kullanım için yeniden tasarlanmalıdır. → Personel için ayrılmış otopark alanına kartlı geçiş veya diğer araçlar kullanılarak alan net bir şekilde ayrılmalıdır. → Psikiyatri servisi için tahsis edilen alan hem nicelik hem de nitelik açısından geliştirilmelidir. → Hasta ve hasta yakınlarının hastane içerisinde ve dışarısında yön bulma konusunda yaşadıkları problemler tespit edilmelidir. Akabinde mevcut sorunların önlenmesi için fiziki yönlendirmeler ve aplikasyonlar geliştirilebilir.
Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik	14	→ Mevcut atık deposunun kapasitesi hastane ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde artırılmalıdır. → İş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için zemin yapısının uygun materyaller kullanarak yeniden inşa edilmelidir. → Atık yönetiminde hastanenin her bir paydaşının geçmişte yaşanan sıkıntılar ve özellikli durumları dikkate alınarak alternatif planlar geliştirilmelidir. → Atık biriminde oluşturulan tüm veriler dinamik takip edilebilen bir sisteme entegre edilmelidir.

8.2. Araştırmacılara yönelik öneriler

Bu çalışma bir kamu hastanesinin tesis yönetimi kapsamındaki ihtiyaçlarını belirlemek ve bu ihtiyaçlar çerçevesinde strateji önerisinde bulunmaktır. Tesis yönetimi kavramının sağlık alanında yeni çalışılmaya başlanması ve konunun geniş kapsamlı olması her bir alan için ayrıntılı ve derinlemesine analiz yapmayı zorlaştırmıştır. Bu kapsamda araştırmacılar için öneriler aşağıdaki gibidir;

→ Bu çalışma gibi karma yöntem tasarımları ile farklı teknikler kullanılarak yeni araştırmalar yürütülebilir.

→ Tesis yönetimi konusunun her bir konu başlığı için ayrı ayrı ve derinlemesine analizler yapılabilir.

→ Tesis yönetimi konusunun ilgili konu ve kavramlarla (Kurumlar arası iş birliği, kalite ve akreditasyon, kurumsal hafıza, sağlık ekonomisi, gayrimenkul değerleme vb.) birlikte çalışılabilir.

→ Konuya ilişkin araştırmalar farklı türdeki hastanelerde de (Özel Hastaneler, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, Şehir Hastaneleri, 3. Basamak Hastaneler vb.) gerçekleştirilebilir ve bu sayede hastaneler arası karşılaştırmalar yapılabilir.

→ Tesis yönetimi hizmetlerinde IFMA vb. kuruluşların yayımladığı standartlar gibi Türkiye Sağlık Sistemine özgü standartların oluşturulmasına yönelik çalışmalar yapılabilir.

→ Bu araştırma alt, orta ve üst düzey yönetici örneklemiyle çalışılmıştır. Konuya ilişkin yeni çalışmalarda örneklem çeşitliliği ve büyüklüğü artırılabilir.

→ Tesis yönetimi bilgi sistemleri konusunda yapay zeka içerikli yeni çalışmalar yapılabilir.

→ Tesis yöneticileri için karar destek sistemlerinin oluşturulmasına yönelik çalışmalar yapılabilir.

→ COVID-19 pandemi sürecinin sonunda bu çalışma olağan süreçlerde tekrarlanabilir.

9. KAYNAKLAR

1. Palteki T. Sağlık Kuruluşlarında Tesis Yönetimi. Içinde: Şeker M, Bulduklu Y, editörler. Sağlık Kurumları Yönetimi-I. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi; 2017. s. 129–56.

2. Ayşe Tansel Ç, Gökhan Ö. Hastanelerde Tesis ve Personel Yönetiminin Maliyet,Kalite ve Finansal Performans Üzerindeki Etkileri. İktisat İşletme ve Finans. 2009;24(281):77–102.

3. Featherstone P, Baldry D. The value of the facilities management function in the UK NHS community health-care sector. Facilities. 2000;18(7):302–11.

4. Gómez-Chaparro M, García-Sanz-Calcedo J, Aunión-Villa J. Maintenance in hospitals with less than 200 beds: efficiency indicators. Build Res Inf [Internet]. 2019;0(0):1–12.

5. Erentürk K. Bulaşıcı Hastalık Yönetiminde Tesis Yönetiminin Katkıları. TURAN-SAM [Internet]. 2020 [kaynak 23 Ağustos 2021];12(46):324–8. Erişim adresi: http://www.turansam.org

6. Terzioğlu S, Tanrıvermiş Y. Dünyada Hastane Yönetiminin Tesis Yönetimi İlkeleri Açısından İncelenmesi. Içinde: Demir Uslu Y, editör. Sağlıkta Tesis Yönetimi. 1. baskı Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2020.

7. Erentürk K, Güven ÖF. Temel Kavram ve Uygulamaları ile Tesis Yönetimi. İstanbul: Beta Yayınları; 2018.

8. Lennerts K. Facility Management of Hospitals. Içinde: Rechel B, Rechel, B; Wright, S; Edwards, N; Dowdeswell, B; McKee M, editörler. Inversting in Hospitals of the Future. Observator. United Kingdom: World Health Organization; 2009. s. 167–86.

9. Bell J. Facilities Management and Changing Professional Boundaries. Facilities. 1992;10(10):21–2.

10. Lavy S, Fernández-Solis J. Complex healthcare facility management and lean construction. Heal Environ Res Des J. 2010;3(2):3–6.

11. Tay L, Ooi JT l. Facilities management: A “Jack of all trades”? Facilities. 01 Ekim 2001;19(10):357–63.

12. Arge K, Heywood C, Kaya S, Alexander K, Brawn G. World Class FM - Case Study Report. 2002.

13. Dikmen DC, Üstündağ N. Akıllı Bina ve Tesis Yönetimi. Yönetim. 2002;13(42):19–22.

14. Barret P, Baldry D. Facilities Management: Towards Best Practise. Second Edi. Blackwell Science Ltd. Blackwell Science Ltd; 2003. 298 s.

15. Gustin JF. Bioterrorism: A Guide for Facility Managers. Lilburn, GA: The

Fairmont Press, Inc.; 2005.

16. De Toni AF, Nonino F. The Facility Management: Non Core Services Definitions and Taxonomy. Business. Milan; 2009.

17. Noor MNM, Pitt M. A critical review on innovation in facilities management service delivery. Facilities. 01 Ocak 2009;27(5–6):211–28.

18. ISO. ISO 41011:2017(en), Facility management — Vocabulary [Internet]. International Organization for Standardization. 2017 [kaynak 27 Mayıs 2020].

19. IFMA. What is FM - Definition of Facility Management [Internet]. International Facility Management Association. 2020 [kaynak 27 Mayıs 2020]. Erişim adresi: https://www.ifma.org/about/what-is-facility-management

20. Shohet IM. Key Performance Indicators for Strategic Healthcare Facilities Maintenance. J Constr Eng Manag. 2006;132(4):345–52.

21. Jones C, Jowet V. Managing Facilities. Hospitality Managers' Pocket Books. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2001. 266 s.

22. Becker FD. Total Workplace: Facilities Management and the Elastic Organization. Van Nostrand Reinhold; 1990.

23. Alexander K. A strategy for facilities management. Facilities. 2003;21(11–12):269–74.

24. European Committee for Standardization. FACILITY MANAGEMENT - PART 1: TERMS AND DEFINITIONS [Internet]. Brussels; 2006 [kaynak 28 Aralık 2020]. Erişim adresi: http://www.nsai.iesaleshttp//www.standards.ie

25. Teicholz E. Facility Design and Management Habdbook. Içinde: McGraw-Hill. McGraw-Hill; 2004. s. 0.

26. Kincaid D. Integrated Facility Management. C. 12, Facilities. 1994. s. 20–3.

27. Then D. The future of professional facility management education in the Asia-Pacific region. Içinde: New World Order in Facility Management Conference. Hong Kong; 2004.

28. Springer T. Facility Management-An Introduction. Içinde: Teicholz E, editör. Facility Design and Management Habdbook. McGraw-Hill; 2004.

29. Kadzis R. Redefining the Executive View of Facility Management (FM). International Facility Management Association. Houston: IFMA; 2015. 18 s.

30. Azman Noor MN, Mohammed AH, Alias B. Facility Management History and Evolution. Int J Facil Manag. 2014;5(1):21.

31. EuroFM. About us • EuroFM [Internet]. European Facility Management Network. [kaynak 06 Haziran 2020]. Erişim adresi: https://eurofm.org/eurofm/about-us/

32. ISS. The evolution of facility management markets: past, present, future [Internet]. Service Futures, ISS. [kaynak 06 Haziran 2020]. Erişim adresi: https://www.servicefutures.com/evolution-facility-management-markets-past-present-future

33. IFMA. About IFMA : International Association for Managers of facilities, buildings, commercial, operations, and maintenance providers [Internet]. International Facility Management Association. [kaynak 07 Haziran 2020]. Erişim adresi: https://www.ifma.org/about/about-ifma

34. BOMA. About BOMA [Internet]. Building Owners and Managers Association International. [kaynak 07 Haziran 2020]. Erişim adresi: https://www.boma.org/BOMA/About-BOMA/BOMA/About-BOMA/Home.aspx?hkey=fb8af4e9-758e-4153-870a-6094beb03efb

35. GlobalFM. About FM – Global FM [Internet]. Global Facility Management Association. [kaynak 07 Haziran 2020]. Erişim adresi: https://globalfm.org/about-fm/

36. RICS. About RICS. 2007 [kaynak 02 Aralık 2020]; Erişim adresi: https://www.rics.org/uk/about-rics/?link=bottom-nav

37. Yurdakul B. Kamu Yapılarında Tesis Yönetimi. İstanbul: Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 2019.

38. Fitzsimmons MJ, Fitzsimmons JA. Service Management for Competitive Advantage. New York: McGraw-Hill; 1994.

39. UTTMD. uttmd.org - Uttmd.org [Internet]. [kaynak 02 Aralık 2020]. Erişim adresi: http://www.uttmd.org/index

40. TRFMA. Tesis Yönetim Derneği (TRFMA) Kuruldu – TRFMA – Tesis Yönetim Derneği [Internet]. Tesis Yönetim Derneği (TRFMA). 2017 [kaynak 07 Haziran 2020]. Erişim adresi: http://tr-fma.org/tesis-yonetim-dernegi-trfma-kuruldu-2/

41. Ay EV. Sürdürülebilir Tesis Yönetimi. Birinci Ba. İstanbul: Cinius Yayınları; 2012.

42. Cotts DG, Roper OK, Payant RP. The Facility Management Handbook. Third Edit. AMACOM. New York: AMACOM; 2010.

43. Watson JR, Watson R. Computer-Aided Facilities Management. Facilities O&M Committee. 2016 Ara.

44. Kılıç H. Akıllı Binalar, Kurulmaları ve İşletilmeleri. İstanbul Teknik Üniversitesi; 2007.

45. Lavy S, Shohet IM. Computer-aided healthcare facility management. J Comput Civ Eng. 2007;21(5):363–72.

46. Nutt B. Four competing futures for facility management. Facilities.

2000;18(3):124–32.

47. Tanrıvermiş H. Tesis Yönetimi: Küresel Değişimle Gelen Paradigmalar. Içinde: Demir Uslu Y, editör. Sağlıkta Tesis Yönetimi. 1. baskı Nobel Akademik Yayıncılık; 2020.

48. Demirsoy Ş. Sürdürülebilirlik Kapsamında Tasarlanan Yeşil Binaların Tesis Yönetimine Etkileri: Yozgat Şehir Hastanesi Binası Örneğinin İncelenmesi. Ankara; 2020.

49. WHO. What is The WHO Definition of Health? WHO. 1948.

50. Çoban H. Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması. İzmir; 2009.

51. Kavuncubaşı Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2000.

52. Sarp N. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmet Kuruluşları. Içinde: Şeker M, Bulduklu Y, editörler. Sağlık Kurumları Yönetimi-I. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi; 2017. s. 30–51.

53. Marşap A. Sağlık İşletmelerinde Kalite. İstanbul: Beta; 2014.

54. Akdur R. Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve AB'de Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu. Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi. 2003. 1–290 s.

55. Ateş M. Sağlık Sistemleri. İstanbul: Beta Yayınları; 2011.

56. Hayran O. Sağlık Yönetimi Yazıları. Ankara: Sage Yayıncılık; 2012.

57. Arslantaş D. Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı. Içinde: Arslantaş D, editör. Temel Sağlık Hizmetleri. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi; 2015.

58. Flavin B. 14 Types of Healthcare Facilities Where Medical Professionals Provide Care | Rasmussen College [Internet]. Rassmussen College. 2018 [kaynak 01 Ocak 2021]. Erişim adresi: https://www.rasmussen.edu/degrees/health-sciences/blog/types-of-healthcare-facilities/

59. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Kurumları [Internet]. 2021. Erişim adresi: https://istanbulism.saglik.gov.tr/TR,50448/saglik-kurumlari.html

60. Savaş H, Kesmez AG. Hizmet Kalitesinin SERQUAL Modeli ile. Pamukkale Univ J Soc Sci Inst. 2014;17(1–13).

61. Demir LS, Durduran Y, Uyar M, Şahin TK. Toplum Sağlığı Merkezi Mevzuatına Genel Bir Bakış. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Strat Araştırma Derg. 2017;3(2).

62. Resmi Gazete. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği [Internet]. 2015 [kaynak 04 Şubat 2021]. Erişim adresi:

https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150205-5.htm

63. Resmi Gazete. Halk Sağlığı Hizmetlerine Yönelik Laboratuvarların Çalışma Uslu ve Esasları Hakkındaki Yönetmelik [Internet]. 2019 [kaynak 04 Şubat 2021]. Erişim adresi: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/03/20190309-3.htm

64. Resmi Gazete. Optisyenlik Müesseseleri Hakkında Yönetmelik [Internet]. 28886 2014. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=19311&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5

65. Tuncer M, Özgül N, Olcayto E, Gültekin M, Dede İ. Ketem El Kitabı. 2009. 1–7 s.

66. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025 [Internet]. Ankara; 2017 [kaynak 02 Mayıs 2020]. Erişim adresi: www.kumbaski.com

67. Alataş G, Karaoğlan Ak, Arslan M, Yanık M. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. Arch Neuropsychiatry/Noropsikiatri Ars. 2009;46(2):25–9.

68. Uskun E, Öztürk M, Kişioğlu AN, Kırbıyık S, Yeşildağ M. Isparta ili Verem Savaş Dispanseri'ne Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 2005;12(4):1–5.

69. Ağırbaş İ. Hastane Yönetimi ve Organizasyon. 2. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2019.

70. Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2012.

71. Çelik Y. Poliklinik ve Klinik Hizmetleri Yönetimi. Içinde: Çelik Y, editör. Sağlık Kurumları Yönetimi-II. 3. baskı Eskişehir: Anadolu Üniversitesi; 2014.

72. JCI. Tesis Yönetimi ve Güvenliği (FMS). Içinde: Yazgan H, editör. Joint Comission International Hastane Akreditasyonu Standartları. 6. baskı 2017. s. 261–85.

73. Aksoylu S. Hastane İşletmelrinde Değer Akış Maliyetlemesi. Niğde Üniversitesi İİBF Derg. 2014;7(1):260–72.

74. Lennerts K, Abel J, Pfründer U, Sharma V. Reducing health care costs through optimised facility management-related processes. J Facil Manag. 2003;2(2):192–206.

75. Sarel L, José F-S. Complex Healthcare Facility Management and Lean Construction. Heal Environ Res J. 2010;3(2):3–6.

76. Chakravarty N, Sadhu G, Bhattacharjee S, Nallala S. Mapping private-public-partnership in health organizations: India experience. Int J Med Public Heal.

2015;5(2):128.

77. Atasever M. Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi (2002-2013). Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2014.

78. Atasever M. Şehir Hastaneleri Araştırması. Ankara: SASAM Enstitüsü; 2018.

79. Şahin B. Sağlık Kurumlarında Performans Yönetimi. Içinde: Çelik Y, editör. Sağlık Kurumları Yönetimi-II. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi; 2014.

80. Mete M, Ceylan B, Tatlıoğlu G. Hastanelerde Tesis Güvenliği ve Önemi. Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilim ve Araştırmaları Derg. 28 Ağustos 2020;80–102.

81. Öztürk N, Ayan B, Keser M, Halaç E. JCI'nin Tesis Yönetimi ve Güvenliğine Bakış Açı. Içinde: Tıp Teknolojileri Ulusal Kongresi. Kapadokya; 2014. s. 180–3.

82. Fruth R, Altman S. Tesis Yönetimi ve Güvenliği (TYG). Içinde: JCI Yöneticilik Konferansı. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı; 2005.

83. Amos D, Au-Yong CP, Musa ZN. Measurement of Facilities Management Performance in Ghana ' s Public Hospitals. Springer; 2021.

84. Okoroh M, Gombera P, John E, Wagstaff M. Adding value to the healthcare sector - a facilities management partnering arrangement case study. Facilities [Internet]. 2001 [kaynak 26 Ocak 2021];19(3/4):157–63. Erişim adresi: http://www.emerald-library.com

85. SHGM. Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (Sürüm 6.0). Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2020.

86. Yurtseven FM. T.C. Sağlık Bakanlığı Tarafından Uygulanan Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5 (SKS-Hastane V5)'in EFQM Mükemmellik Modeli (EFQM MM) ile Karşılaştırılmasına Yönelik Durum Çalışması. İstanbul; 2019.

87. Shohet IM, Lavy S. Healthcare facilities management: State of the art review. Facilities. 2004;22(7):210–20.

88. Shohet IM, Lavy-Leibovich S, Bar-On D. Integrated maintenance monitoring of hospital buildings. Constr Manag Econ. 2003;21(2):219–28.

89. Schrader JS. Strategy Formation in Complex Organizations: The Evolution of Strategic Issues in Hospitals. Int J Public Adm [Internet]. 17 Şubat 2019 [kaynak 30 Ekim 2021];43(3):262–76. Erişim adresi: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01900692.2019.1628056

90. Scholten G, Muijsers-Creemers L, Moen J, Bal R. Structuring ambiguity in hospital governance. Int J Health Plann Manage. 2019;34:443–57.

91. Ravaghi H, Afshari M, Isfahani P, Bélorgeot VD. A systematic review on

hospital inefficiency in the Eastern Mediterranean Region: sources and solutions. BMC Heal Serv Res 2019. 2019;19(1):1–20.

92. Al Kuwaiti A, Al Muhanna FA. Challenges facing healthcare leadership in attaining accreditation of teaching hospitals. Leadersh Heal Serv. 2018;32(2):170–81.

93. Galiano A, Simonetti M, Quiroga N, Larrain A. Development, implementation and evaluation of an evidence-based practice model in a new hospital in Chile. J Nurs Manag. 2020;28(7):1748–57.

94. Al Hammadi F, Hussain M. Sustainable organizational performance: A study of health-care organizations in the United Arab Emirates. Int J Organ Anal. 05 Mart 2018;27(1):169–86.

95. Matthias O, Brown S. Implementing operations strategy through Lean processes within health care: The example of NHS in the UK. Int J Oper & Prod Manag. 2016;36(11):1435–57.

96. Pasqualini Blass A, Gouvea da Costa SE, Pinheiro de Lima E, Borges LA. Measuring environmental performance in hospitals: a framework and process. Meas Bus Excell. 2016;20(2):52–64.

97. Yun MR, Yu B. Strategies for reducing hospital nurse turnover in South Korea: Nurses' perceptions and suggestions. J Nurs Manag. 2021;29(5):1256–62.

98. Phillips T, Evans JL, Tooley S, Shirey MR. Nurse manager succession planning: A cost–benefit analysis. J Nurs Manag. 2018;26(2):238–43.

99. Phukubye T, Mbombi M, Mothiba T. Strategies to Enhance Knowledge and Practical Skills of Triage amongst Nurses Working in the Emergency Departments of Rural Hospitals in South Africa. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(9).

100. Melby L, Håland E. When time matters: a qualitative study on hospital staff's strategies for meeting the target times in cancer patient pathways. BMC Heal Serv Res. 2021;21(1):1–12.

101. Lahijanian B, Alvarado M. Care strategies for reducing hospital readmissions using stochastic programming. Healthc. 2021;9(8).

102. Maher A, Ayoubian A, Rafiei S, Sheibani Tehrani D, Mostofian F, Mazyar P. Developing strategies for patient safety implementation: a national study in Iran. Int J Health Care Qual Assur. 14 Ekim 2019;32(8):1113–31.

103. Muray M, Bélanger CH, Razmak J. Fall prevention strategy in an emergency department. Int J Health Care Qual Assur. 2018;31(1):2–9.

104. Jaladanki S, Schechter SB, Genies MC, Cabana MD, Rehm RS, Howell E, vd. Strategies for sustaining high-quality pediatric asthma care in community hospitals. Health Serv Res. 2021;1–12.

105. Luo L, Forster AJ, Gartke K, Trickett J, Rubbens F. Developing a Strategy for the Improvement in Patient Experience in a Canadian Academic Department of Surgery. J Patient Exp. 2019;6(1):11–20.

106. Shea CM, Turner K, Alishahi Tabriz A, North S. Implementation strategies for telestroke: A qualitative study of telestroke networks in North Carolina. Telemed e-Health. 01 Ağustos 2019;25(8):708–16.

107. Hwabamungu B, Brown I, Williams Q. Stakeholder influence in public sector information systems strategy implementation—The case of public hospitals in South Africa. Int J Med Inform. 2018;109:39–48.

108. Zhao Y, Canales JI. Never the twain shall meet? Knowledge strategies for digitalization in healthcare. Technol Forecast Soc Change. 2021;170:120923.

109. Mikhailova O. Adoption and implementation of new technologies in hospitals: a network perspective. IMP J. 13 Ağustos 2018;12(2):368–91.

110. Lee DH. Strategies for technology-driven service encounters for patient experience satisfaction in hospitals. Technol Forecast Soc Change. 01 Aralık 2018;137:118–27.

111. Anderson JE, Robert G, Nunes F, Bal R, Burnett S, Karltun A, vd. Translating research on quality improvement in five European countries into a reflective guide for hospital leaders: the 'QUASER Hospital Guide'. Int J Qual Heal Care.2019;31(8): 87–96.

112. Katerine L, Nates C, Neto AC, Pereira AJ, Silva E. Quality improvement model (IHI) as a strategy to implement a sepsis protocol in a public hospital in Brazil. BMJ Open Qual. 2020;9:354.

113. Balding C, Leggat S. Making high quality care an organisational strategy: Results of a longitudinal mixed methods study in Australian hospitals: Heal Serv Manag Res. 2020;34(3):148–57.

114. Fletcher CA, St. Clair R, Sharmina M. A framework for assessing the circularity and technological maturity of plastic waste management strategies in hospitals. J Clean Prod. 2021;306.

115. Çakmak Barsbay M. A data-driven approach to improving hospital waste management. Int J Healthc Manag. 2020;14(4):1–12.

116. Thakur V, Ramesh A. Healthcare waste disposal strategy selection using grey-AHP approach. Benchmarking An Int J. 2017;24(3):735–49.

117. Haque M, Mckimm J, Sartelli M, Dhingra S, Labricciosa FM, Islam S, vd. Strategies to Prevent Healthcare-Associated Infections: A Narrative Overview. Risk Manag Healthc Policy. 2020; Erişim adresi: http://doi.org/10.2147/RMHP.S269315

118. Chang MC, Hur J, Park D. Strategies for the Prevention of the Intra-Hospital Transmission of COVID-19: A Retrospective Cohort Study. Healthcare.

2020;8(195).

119. Dai JG, Shi P. Inpatient Overflow: An Approximate Dynamic Programming Approach. Manuf Serv Oper Manag. 2019;21(4):894–911.

120. Chabouh S, Hammami S, Marcon E, Bouchriha H. A pull-strategy for the appointment scheduling of surgical patients in a hospital-integrated facility. Heal Syst. 2021; Erişim adresi: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/20476965.2021.1908851

121. Alshahrani S, Rahman S, Chan C. Hospital-supplier integration and hospital performance: evidence from Saudi Arabia. Int J Logist Manag. 2018;29(1):22–45.

122. Almutairi AM, Almanei M, Al-Ashaab A, Salonitis K. Prioritized Solutions for Overcoming Barriers When Implementing Lean in the Healthcare Supply Chain: A Saudi Perspective. Logistics. 2021;5(1):9.

123. Yousefli Z, Nasiri F, Moselhi O. Healthcare facilities maintenance management: a literature review. C. 15, Journal of Facilities Management. 2017.

124. Sanz L. Hospital Clínica Bíblica: Financial strategy for sustainable growth. J Bus Res. 01 Eylül 2016;69(9):3905–9.

125. Egodage N, Abdeen FN, Sridarran P. Fire emergency evacuation procedures for differently-abled community in high-rise buildings. J Facil Manag. 20 Ekim 2020;18(5):505–19.

126. Exprúa J, Barberena LR. The Caribbean Medical Center case: Marketing decision-making for hospitals facing customer attrition. J Bus Res. 01 Eylül 2016;69(9):3878–85.

127. Goggins G. Developing a sustainable food strategy for large organizations: The importance of context in shaping procurement and consumption practices. Bus Strateg Environ. 2018;27(7):838–48.

128. Işık KC. Televizyonlarda yayınlanan bankacılık reklamlarının tüketici açısından incelenmesi: Bir karma yöntem araştırması. [Sivas]: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Sivas; 2018.

129. Demir Uslu Y. Örgütlerde Yönetsel Etkinliğe Ulaşmada Yeni Bir Yaklaşım: Yaratıcı Liderlik. Sos Ekon Araştırmalar Derg. 2011;11(22):419–44.

130. Punch KF. Sosyal Araştırmalara Giriş Nicel ve Nitel Yaklaşımlar. Bayrak D, Aslan HB, Akyüz D, editörler. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2014.

131. Creswell JW. Araştırma Deseni Nitel, Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları. Demir SB, editör. Ankara: Eğiten Kitap; 2013.

132. Güler A, Halıcıoğlu MB, Taşğın S. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri [Internet]. C. 2. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2015.

133. McMillan JH. Educational Research: Fundamentals for the Consumer. 3.Baskı. New York: HarperCollins College Publishers.; 1996.

134. Merriam SB. Nitel Araştırma: Desen ve Uygulama için Bir Rehber. Turan S, editör. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2015.

135. Marshall C, Rossman GB. Designing Qualitative Research. New York: Sage Publishing; 2014.

136. Grix J. The Foundations of Research. London: Palgrave Macmillan; 2010.

137. Sevencan F, Çilingiroğlu N. Sağlık Alanındaki Araştırmalarda Kullanılan Niteliksel Veri Toplama Yöntemleri. Toplum Hekim Bülteni. 2007;26(1):1–6.

138. Savin-Baden M, Major CH. Qualitative research The essential guide to theory and practice. New York: Routledge; 2013.

139. Sığrı Ü. Nitel Araştırma Yöntemleri. 1. Baskı. İstanbul: Beta Yayınları; 2018. 512 s.

140. Kabakçı Yurdakul I, Çolak C, Dulkadir Yaman N. Nitel Veri Analizinde Adım Adım NVivo Kullanımı. 1. Baskı. Kabakçı Yurdakul I, editör. Ankara: Anı Yayıncılık; 2016. 466 s.

141. Alkan A. Örgütlerde İnformal Güç Olgusu: Hastane Çalışanları Üzerine Nitel Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi; 2018.

142. Merriam SB. Nitel Araştırma. Turan S, editör. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2015.

143. Bernard HR. Research Methods in Anthropology: Qalitative and Quantitative Approaches. AltaMira P. Oxford; 2006.

144. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005;15(9):1277–88.

145. Bazekey P, Jackson K. NVivo ile Nitel Veri Analizi (Çeviri). 2. Baskı. Bakla A, Demir SB, editörler. Ankara: Anı Yayıncılık; 2015. 308 s.

146. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods [Internet]. 3. baskı. SAGE Publications. London; 2002. 342 s. Erişim adresi: http://books.google.com/books/about/Qualitative_research_and_evaluation_meth.html?id=FjBw2oi8El4C

147. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 8. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2011.

148. Erdoğan S. Nitel Araştırmalar. Içinde: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN, editörler. Hemşirelikte Araştırma Süreç, uygulama ve kritik. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2017. s. 131–66.

149. Creswell JW, Miller DL. Determining validity in qualitative inquiry. Theory Pract. 2000;39(3):124–30.

150. Creswell JW. Nitel Araştırma Yöntemleri, Beş Yaklaşıma Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni. 2. Baskıda. Bütün M, Demir SB, editörler. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2015.

151. Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün E, Karadeniz Ş, Demirel F. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Pegem Akademi; 2018.

152. Önder G, Önder E. Analitik Hiyerarşi Süreci. Içinde: Yıldırım BF, Önder E, editörler. Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri2. İstanbul: Dora Yayınları; 2018. s. 21–74.

153. Ersoy Y. Bulanık AHP/Bulanık VZA Yöntemleri Kullanılarak Tedarikçi Performansının Ölçülmesi: Tekstil Sektöründe Bir Uygulama. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi; 2018.

154. Saaty TL. Decision Making with The Analytic Hierarchy Process. Int Serv Sci. 2008;1(1):83–98.

155. Saaty TL. Multicriteria Decision Making: The Analytic Hierarchy Process. New York: McGraw-Hill; 1980.

156. Duke J, Aull-Hyde R. Identifying public preferences for land preservation using the analytic hierarchy process. Ecol Econ. 2002;42(1–2):131–45.

157. Saaty TL. How to make a decision: The analytic hierarchy process. Eur J Oper Res. 05 Eylül 1990;48(1):9–26.

158. Timor M. Analitik Hiyerarşi Prosesi. İstanbul: Türkmen Kitabevi; 2011.

159. Karakaya G. Yerel Yönetimlerde Kurumsal Risk Yönetimi Uygulamalarının Analitik Hiyerarşi Süreci (AHP) Modeli ile İncelenmesi: İstanbul Büyükşehir Belediyesi (İBB) Örneği. İstanbul Ticaret Üniversitesi; 2019.

160. Ertuğrul İ. Bulanık Analitik Hiyerarşi Süreci ve Bir Tekstil İşletmesinde Makine Seçim Problemine Uygulanması. Hacettepe Univ J Econ Adm Sci. 2007;25(1):171–92.

161. Ömürbek N, Üstündağ S, Helvacıoğlu ÖC. Kuruluş Yeri Seçiminde Analitik Hiyerarşi Süreci (AHP) Kullanımı: Isparta Bölgesi'nde Bir Uygulama. Yönetim Bilim Derg. 2013;11(2):101–16.

162. Alp S, Engin T. Trafik Kazalarının Nedenleri ve Sonuçları Arasındaki İlişkinin TOPSIS ve AHP Yöntemleri Kullanılarak Analizi ve Değerlendirilmesi. İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilim Derg. 2011;10(19):65–87.

163. Vargas LG. An overview of the analytic hierarchy process and its applications. Eur J Oper Res. 05 Eylül 1990;48(1):2–8.

164. Güneri AF, Şahin H. AHP ve Fuzzy AHP ile Türkiye'de Uygun Tersane Yeri Seçimi. Gemi ve Deniz Teknol. 2007; 7–21.

165. Franek J, Kresta A. Judgment Scales and Consistency Measure in AHP. Procedia Econ Financ. 2014;12(March):164–73.

166. Tekkanat U. Sağlık Bölgeleri [Internet]. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. [kaynak 02 Kasım 2021]. Erişim adresi: https://rapor.saglik.gov.tr/TEKKANAT/saglikbolgeleri.html

167. Ramanathan R, Ganesh LS. Group preference aggregation methods employed in AHP: An evaluation and an intrinsic process for deriving members' weightages. Eur J Oper Res. 08 Aralık 1994;79(2):249–65.

168. Canatan H. Afetlerde sürdürülebilir sağlık hizmetleri için güvenli hastane kavramının önemi üzerine bir araştırma. Sağlık Akad Derg [Internet]. 2020 [kaynak 01 Kasım 2021];7(1):60. Erişim adresi: http://dergipark.gov.tr/sagakaderg

169. Şen G, Ersoy G. Hastane Afet Ekibinin Afete Hazırlık Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2017;6(4):122–30.

170. Habte A, Addisie A, Azazh A. Assessment of Knowledge, Attitude and Practice of Disaster Preparedness among Tikur Anbessa Specialized Hospital Health Care Workers, Addis Ababa, Ethiopia. Am J Nurs Sci. 2018;7(1):48.

171. Pouraghaei M, Jannati A, Moharamzadeh P, Ghaffarzad A, Far MH, Babaie J. Challenges of Hospital Response to the Twin Earthquakes of August 21, 2012, in East Azerbaijan, Iran. Disaster Med Public Health Prep. 2017;11(4):422–30.

172. Ricci KA, Griffin AR, Heslin KC, Kranke D, Dobalian A. Evacuate or Shelter-in-place? The Role of Corporate Memory and Political Environment in Hospital-evacuation Decision Making. Prehosp Disaster Med. 2015;30(3):233–8.

173. W H, C W, N L, R C. Assessing hospital preparedness using an instrument based on the Mass Casualty Disaster Plan Checklist: results of a statewide survey. Am J Infect Control. 2004;32(6):327–32.

174. Orhaner E, Mutlu S. Sağlık Personelinin İş Tatmininin Motivasyon Üzerine Etkisi. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Strat Araştırma Derg. 26 Nisan 2018;4(1):74–93.

175. Çankaya M. Hastane çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sistemine ilişkin görüşleri Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bir araştırma. Sağlık Akad Derg. 2017;4(4):272–82.

176. Öztunç İ, Cural M. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Kamu Sağlık Hizmetleri Memnuniyeti Üzerine Etkileri. Int J Manag Econ Bus. 2017;13(13):880–91.

177. Kocabey Y. Hemşirelerin performans değerlendirme sistemi hakkındaki

farkındalıklarının belirlenmesi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2014.

178. Baykal Tatar Ü, Türkmen Ercan E. Hemşirelik hizmetleri yönetimi (Nursing services management). 1. Basım. İstanbul: Akademi Basın; 2014.

179. Ates H, Kırılmaz H. Sağlık Personelinin Performans Yönetimine İlişkin Görüşleri Üzerinde Kişisel Faktörlerin Etkileri H. Amme İdaresi Derg. 2015;48(4):97–128.

180. Öztürk Z, Doğuç E. Hastanelerde Performans Değerleme Sisteminin Çalışan Motivasyonuna Etkileri Hakkında Çalışan Görüşleri (Çankaya İlçesi Örneği). Afyon Kocatepe Üniversitesi Sos Bilim Derg. 2020;22(2):519–36.

181. Molleman E, Vegt GS Van der. The performance evaluation of novices: The importance of competence in specific work activity clusters. J Occup Organ Psychol. 2007;80(3):459–78.

182. Ayalew F, Kibwana S, Shawula S, Misganaw E, Abosse Z, van Roosmalen J, vd. Understanding job satisfaction and motivation among nurses in public health facilities of Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Nurs. 2019;18(1):1–13.

183. Özkan O. Ebe ve hemşirelerin motivasyonunu etkileyen koşullar: Mersin ilinde bir çalışma. Toros Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Mersin; 2018.

184. SAGEM. Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması. Ankara; 2017.

185. Öztürk H, Kurt Ş, Mersinlioğlu Serin G, Bayrak B, Balık T, Demirbağ C. Hastanelerde İşe Yeni Başlayan Hemşirelerin Sorunları. ACU Sağlık Bil Derg. 2016;(4):189–201.

186. Topçu B, Aydoğdu ZD. Sağlık Personeli Dışında Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hastane Personelinin Motivasyonunu Etkileyen Faktörler. Namık Kemal Med J. 2017;5(1):26–35.

187. Yaşar M. Uluslararası Hasta Hizmetleri Personelinin Motivasyonunu Etkileyen Faktörler Fatih Üniversitesi Örneği. Fatih Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Projesi, İstanbul.; 2018.

188. Saluvan M, Kaya S. Doktor-Hemşire Arasındaki Etkileşim ile Hastanenin Performansı Arasındaki İlişki: Bir Kamu Hastanesi Örneği. Sağlıkta Performans ve Kalite Derg. 2012;3(1):63–92.

189. Künarcı Z. Sağlık çalışanlarının motivasyonunu etkileyen faktörlerin analizi. Pamukkale Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli; 2017.

190. Gagliardi AR, Martinez JPD, Baker GR, Moody L, Scane K, Urquhart R, vd. Hospital capacity for patient engagement in planning and improving health services: a cross-sectional survey. BMC Health Serv Res. 25 Şubat

2021;21(1):1–11.

191. Lall D, Engel N, Devadasan N, Horstman K, Criel B. Challenges in primary care for diabetes and hypertension: an observational study of the Kolar district in rural India. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):1–11.

192. Knobloch MJ, Chewning B, Musuuza J, Rees S, Green C, Patterson E, vd. Leadership rounds to reduce health care–associated infections. Am J Infect Control. 01 Mart 2018;46(3):303–10.

193. Weldegebriel Z, Ejigu Y, Weldegebreal F, Woldie M. Motivation of health workers and associated factors in public hospitals of West Amhara, Northwest Ethiopia. Patient Prefer Adherence. 2016;10:159–69.

194. Acheampong F, Tetteh AR, Anto BP. Medication Administration Errors in an Adult Emergency Department of a Tertiary Health Care Facility in Ghana. J Patient Saf. 01 Aralık 2016;12(4):223–8.

195. Pozantı S. Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Kurum İçi İletişim. SDÜ Sağlık Yönetimi Derg. 2019;1(1):46–63.

196. Çetin C, Kurban P, Bilici NM. Sağlık Kurumlarında Sağlıklı İletişim: Bilgisayar Operatörleri, Güvenlik Görevlileri ve Yönlendirme Çalışanları Örneklemi. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg. 29 Aralık 2016;19(4):503–10.

197. Isfahani P, Shamsaie M, Peirovy S, Bahador RC, Afshari M. Job Stress among Iranian Nurses: A Meta-Analysis. Nurs Midwifery Stud. 01 Ocak 2021;10(1):64.

198. Soysal A, Yağar F, Koz T, Tunç M. Sağlık Kurumlarında Yönetici ve Diğer Sağlık Personeli Arasındaki İletişim Sorunları: Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğü Örneği. İşletme ve Ekon Araştırmaları Derg. 2016;7(3):183–95.

199. Kocaman E. Hemşirelerde Tükenmişlik ile Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Arasındaki İlişki: Çorlu Devlet Hastanesi Örneği. Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi: Tekirdağ; 2015.

200. Öztürk H, Yılmaz F, Demir N. Hastanelerde Çalışan Yönetici Hemşirelerin Sorunları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg. 19 Şubat 2009;12(2):57–65.

201. Karic M, Starc A, Mesaric J. Assessment of the Choice of Management Method by Introducing Changes in the Healthcare Institution. Interdiscip Manag Res XVII. 2021;1382–96.

202. Korkmazer F, Aslan T, Ekingen E. Sağlık Çalışanlarının Değişime Karşı Tutumlarının İncelenmesi. İşletme Araştırmaları Derg. 2020;12(3):2580–91.

203. Özbalcı AA. Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyi ile Bilişim Sistemindeki Değişimlere Karşı Gösterdikleri Direnç Arasındaki İlişki: Samsun İli Örneği. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Karaman; 2020.

204. Çakıroğlu OÇ, Harmancı Seren AK. Hemşirelerin değişime yönelik tutumları ve beş faktör kişilik özellikleri arasındaki ilişki. Psikiyatr Hemşireliği Derg. 2019;10(3):211–7.

205. Aras Beger G, Türker D. Değişime Direnç ve Algılanan Stres İlişkisi: Sistematik Literatür Taraması ve Nicel Bir Araştırma. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sos Bilim Derg. 30 Haziran 2018;16(2):241–72.

206. Wyte-Lake T, Griffin AR, Dobalian A. Supporting Staff Through a Complete Hospital Evacuation and Extended Displacement Period. J Healthc Manag. 2018;63(3):195–209.

207. Deniz S, Yüksel O, Erkoç B, Çimen M. Hastane Çalışanlarında Örgütsel Değişim Sinizmi. Avrasya Sos ve Ekon Araştırmaları Derg. 01 Aralık 2017;4(12):219–31.

208. Bostan S, Köse Ünal A. Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkında Yönetici ve Çalışan Görüşlerinin Karşılaştırılması Üzerinden Değişime Direncin Ölçülmesi. J Product. 2016;(3):55–74.

209. Çetin Y, Yayan EH. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Hemşirelik Dışı Görevleri ve Nedenlerinin İncelenmesi. J Anatolia Nurs Heal Sci. 30 Haziran 2020;23(2):220–5.

210. Wrammert J, Sapkota S, Baral K, KC A, Målqvist M, Larsson M. Teamwork among midwives during neonatal resuscitation at a maternity hospital in Nepal. Women and Birth. 01 Haziran 2017;30(3):262–9.

211. Yavuz E. Bir Özel Hastaneler Kompleksinde Yürütülen Hasta Güvenliğine İlişkin Kalite Çalışmaları Konusunda Personel Bilgi ve Tutumalarının Belirlenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2019.

212. Piper D, Lea J, Woods C, Parker V. The impact of patient safety culture on handover in rural health facilities. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):1–13.

213. Mathole T, Lembani M, Jackson D, Zarowsky C, Bijlmakers L, Sanders D. Leadership and the functioning of maternal health services in two rural district hospitals in South Africa. Health Policy Plan. 2018;33(2).

214. Baştürk F, Orhaner E. Özel Bir Hastanede Organizasyonel Koordinasyonun Birim Kalite Sonuçları ile İlişkisinin Değerlendirilmesi. Türkiye Sağlık Bilim ve Araştırmaları Derg. 2018;1(2):8–20.

215. Serbest Baz AN. Ameliyathane Çalışanları Tarafından Ameliyathanelerde Ergonomik Risklerin Belirlenmesi. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2018.

216. Alver E. Ameliyathane hemşirelerinin fiziksel çevreden etkilenme durumlarının incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2011.

217. Savaş T, Kekeş R, Göktaş B. Kamu Özel İşbirliği Modeli Ankara Şehir Hastanesi Örneği. J Ankara Heal Sci. 2020;9(2):22–31.

218. Voeng S, Kritchanchai D. Factors Influencing Supplier Selection for Vendor Managed Inventory Adoption in Hospitals. Içinde: TIMES-iCON 2019 - 2019 4th Technology Innovation Management and Engineering Science International Conference. Institute of Electrical and Electronics Engineers Inc.; 2019. s. 1–5.

219. Karakaş G. Hastanelerde Tedarik Zinciri Yönetiminde Karşılaşılan Sorunlar Üzerine Bir Alan Araştırması. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2018.

220. Tengilimoglu D, Yiğit V. Sağlık İşletmelerinde Tedarik Zinciri ve Malzeme Yönetimi. 3. Basım. Ankara: Nobel; 2017.

221. Yurtsever İ, Karagözoğlu Ş. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hastanede Kullanılan Hemşirelik Bakım Planını İyileştirme Konusundaki Görüş ve Önerileri: Karma Modelde Bir Çalışma. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg. 2020;7(3):215–25.

222. Yousefli Z, Nasiri F, Moselhi O. Maintenance workflow management in hospitals: An automated multi-agent facility management system. J Build Eng. 01 Kasım 2020;32.

223. Yılmaz E. Yaygınlaşma dönemindeki şehir hastanelerinin sağlık yönetimi açısından iyi uygulama örnekleri. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul; 2019.

224. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. BMJ Qual \& Saf. 2006;15(1):39–43.

225. Çakır A. Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir; 2007.

226. Yılmaz E. Hastanelerde Terapi Bahçelerinin İyi Olma Haline Etkilerinin Araştırılması. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Mühendislik ve Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2017.

227. Yabana Kiremit B. Hasta Bina Sendromunun Sağlık Çalışanları Üzerine Etkileri. Hitit Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg. 2018;11(1):665–82.

228. Özeren Y. Sağlık Kuruluşlarında Atık Yönetimi ve Tıbbi Atıkların Bertarafı: Bursa Örneği. Bursa Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bursa; 2019.

229. Tinni S. Katı Atık Yönetimi ve Sorunları: Tıbbi Atıklar Üzerine Hastanede Yapılan Bir Uygulama. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir; 2019.

230. Topan L. Tıbbi Atık Yönetimi (Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Örneği). Toros Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin; 2017.

231. Iadanza E, Luschi A, Gusinu R, Terzaghi F. Designing a Healthcare Computer Aided Facility Management System: A New Approach. IFMBE Proc - C. 2019;73:159–63.

232. Drewett R. An Introduction to CAFM Systems [Internet]. 2020 [Erişim tarihi: 07 Kasım 2021]. Erişim adresi: https://www.fsifm.com/en-gb/insights/blog/introduction-to-cafm

233. May M. IT im Facility Management erfolgreich einsetzen. IT im Facility Management erfolgreich einsetzen. Springer Berlin Heidelberg; 2004.

234. Doğuş Hidrolik. Pnömatik Sistem Nedir? [Internet]. 2021 [Erişim tarihi: 24 Kasım 2021]. Erişim adresi: https://www.dogushidrolik.com.tr/blog/pnomatik-sistem-nedir

10.EKLER

EK.1: Görüşme Formu

1. Hastanenizdeki görevinizden bahseder misiniz?
2. Görevinizle ilgili gelecek düşünceleriniz nelerdir?
3. Hastanenizin misyonu ve vizyonu konusundaki düşünceleriniz nelerdir?
4. Hastanenizin tesis yönetimini değerlendirebilir misiniz?
    a. Tesis yönetiminde koordinasyon ve iletişim konusunda ne tür problemler yaşanmaktadır?
    b. Bu problemleri çözüme kavuşturmak adına ne tür faaliyetleriniz bulunuyor? Süreci nasıl yönetiyorsunuz?
5. Hastanenizde performans değerlendirmesi nasıl yapılmaktadır?
    a. Performans yönetiminde göstergeleriniz nelerdir?
6. Kurumunuzda iş akış süreçlerinde yaşanan aksaklıklar nelerdir?
    a. Tıbbi hizmetler ve idari hizmetlerde yaşanan aksaklıklar nelerdir?
7. Hastanenizdeki erişebilirlik ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?
8. HBYS sisteminin size sağladığı avantaj ve dezavantajlar nelerdir? Eksik veya geliştirilmeye açık yönleri nelerdir?
    a. Karar verme sürecine ne derecede etkisi bulunmaktadır?
9. Kurumunuzda dış kaynak kullanımını nasıl değerlendirirsiniz?
    a. Dış kaynak temini yoluyla aldığınız hizmetlerin, yönetim birliği sağlanması adına tesis yönetimi ile entegrasyonunu nasıl sağlıyorsunuz?
10. Kurumunuzda kalite ile ilgili çalışmalar nelerdir?
    a. Kurumunuz herhangi bir kurum yada kuruluş ile akredite midir?
    b. Tesis yönetimi açısından size ne tür avantajlar sağladı?
    c. Dezavantajları nelerdir?
11. Hastanenizde yapısal (Fiziksel) unsurların yönetimi nasıl yapılmaktadır?
    a. Hasta odalarının altyapı durumu, temizliği, bakımı ve oda içerisindeki ekipmanların kontrolü, bakımı ve tamiri nasıl sağlanıyor?
    b. Süreci nasıl yönetiyorsunuz?

c. Asansör, HVAC, trafo, jeneratör ve UPS vb. sistemleri nasıl yönetiyorsunuz?
d. Bakım, onarım, kontrol ve sürekli hizmet sunumu

12. Hastanenizdeki tıbbi hizmetlerin verimliliği nasıl değerlendirilmektedir?
    a. Hastanenizdeki çeşitli enfeksiyon hızlarını nasıl belirleyip, nasıl yönetiyorsunuz?
13. Hastanenizdeki komite ve komisyonlar nelerdir?
    a. Hastanenizde tesis yönetimi ve güvenliği komitesi oluşturuldu mu? Süreci anlatır mısınız?
    b. Ne sıklıkla toplanıyor?
    c. Eksik gördüğünüz yanları nelerdir?
14. HAP (Hastane Acil Afet Planı) oluşturulması Sağlık Bakanlığı tarafından tüm hastanelere zorunlu tutuldu; hastanenizdeki HAP hakkında bilgi verir misiniz?
15. Kurumunuzda gelir ve gider kalemleri nelerdir?
    a. Bina giderleri için ödediğiniz elektrik, su, medikal gaz, doğal gaz vb. giderleri nasıl takip ediyor ve nasıl yönetiyorsunuz?
16. Hastanenizin fiziki durumu hakkındaki (Kapasite ve amortisman) düşünceleriniz nelerdir?
    a. Hastane binası kuruluşunuzdan itibaren kaç kez büyük oranda bakıma girdi? Ya da ekleme yapıldı?
    b. Bunun mevcut sisteme etkisi ne oldu?

Not: İlk iki soru iletişimi güçlendirmek ve katılımcıyı alıştırmak için kullanılmıştır.

EK.2: Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma ile ilgili detaylı bilgiler yer aldığı bu formu dikkatli bir şekilde tamamını okuyunuz.

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırmaya katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, amacının ne olduğunu, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını ve çalışmanın neleri içerdiğini bilmeniz önemlidir. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, formu imzalayınız.

1- **"*Sağlık İşletmelerinde Bütünleşik Sağlık Tesis Yönetim Sistemi İçin Model Önerisi*"** adlı bilimsel araştırma Erman GEDİKLİ tarafından Prof. Dr. Yeter DEMİR USLU danışmanlığında İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı doktora tezi olarak yürütülmektedir.
2- Bu çalışmanın amacı ikinci basamak sağlık hizmeti sunan A2 rolündeki *(A2 Rolü olan hastaneler: Bölge sağlık merkezi statüsündeki illerde veya bu merkezlere bağlı illerde faaliyet gösteren, eğitim-araştırma statüsü bulunmayan ve aşağıdaki kriterlere uygun olan genel hastaneler)* bir kamu hastanesinin etkin, verimli ve hasta güvenliği açısından kanıta dayalı yönetilebilmesini sağlamak amacıyla entegre bir tesis yönetim sistemi modeli oluşturabilmek için strateji geliştirmektir.
3- Araştırmada nitel ve nicel araştırma yöntemleri kullanılacaktır. Araştırmanın amacına uygun olarak tesis yönetim sisteminin oluşturulması amacıyla belirlenen soru havuzu ile hastane yöneticilerine yapılacak görüşmeler neticesinde ihtiyaç analizi yapılması planlanmaktadır. İhtiyaç analizi aşamasında nitel araştırma tekniklerinden faydalanılacaktır. Analiz sonucunda belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde alt parametreler belirlenip, başarılı bir yönetim sürecinin sağlanabilmesi için entegre bir sağlık tesis yönetim sistemi modeline yönelik stratejiler geliştirilmesi planlanmıştır.
4- Araştırmanın nitel araştırma yöntemleri kısmında bireysel derinlemesine görüşme tekniği kullanılacaktır. Bu kapsamda size yöneltilen soruları çerçevenin dışına çıkmadan tüm açıklığıyla ve tüm alt parametreleriyle anlatmanız beklenmektedir. Bu koşullara uyulmadığı durumlarda araştırıcı sizi program dışı bırakabilir.
5- Araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü doğru ve tam bilgi vermekle sorumludur.
6- Araştırma deneysel bir çalışma değildir.
7- Bu çalışmada uygulanacak olan değerlendirme yaklaşımları hiçbir şekilde risk taşımamaktadır.
8-Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın sorumluları etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde kimliklerinize ulaşabilir.
9- Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

10- Araştırma hakkında ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun olduğunu düşündüğünüzde iletişim kurabileceğiniz sorumlu kişinin iletişim bilgileri formun sonunda belirtilmiştir.
11- Araştırmaya 57 gönüllünün katılması beklenmektedir.

İş bu formdaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli olarak veya gerekçe göstermeden araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

"SAĞLIK İŞLETMELERİNDE BÜTÜNLEŞİK SAĞLIK TESİS YÖNETİM SİSTEMİ İÇİN MODEL ÖNERİSİ" ***adlı araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.***

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

Araştırmacının Adı Soyadı	Gönüllünün Adı Soyadı
…/…./2020	…/…./2020
İmza	İmza

Sorumlu Araştırmacı: Erman GEDİKLİ
Adres: [redacted]
E-posta: [redacted]
Tel:

EK.3: AHP Anketi

"SAĞLIK İŞLETMELERİNDE BÜTÜNLEŞİK SAĞLIK TESİS YÖNETİM SİSTEMİ İÇİN MODEL ÖNERİSİ" BAŞLIKLI DOKTORA TEZİ AHP ANKETİ

Değerli katılımcı, bu anketin amacı hastanenizde yürütülen araştırmanın devamı olarak belirlenen ihtiyaç gruplarının önceliklerinin belirlenmesidir. Her bir seçenek araştırmacı tarafından size aktarılan bir ihtiyaç grubunu temsil etmektedir. Lütfen önem derecesine göre bu seçenekleri karşılaştırınız ve ilgili başlığa ilişkin görüşünüzü ölçek üzerindeki 1'den 9'a kadar sıralı rakamlardan birini işaretleyiniz. Ölçek üzerinde "1" Eşit Önemde, "9" Son Derecede Önemli düşüncesini ifade etmektedir.

	Son Derecede Önemli	Çok Önemli	Oldukça Önemli	Biraz daha önemli	Eşit Önemde	Biraz daha önemli	Oldukça Önemli	Çok Önemli	Son Derecede Önemli	
Acil Durum ve İş Sürekliliği	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Alan Yönetimi
Acil Durum ve İş Sürekliliği	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Bakım ve Onarım Yönetimi
Acil Durum ve İş Sürekliliği	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik
Acil Durum ve İş Sürekliliği	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Finans ve İşletme
Acil Durum ve İş Sürekliliği	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Gayrimenkul Yönetimi
Acil Durum ve İş Sürekliliği	9	7	5	3	1	3	5	7	9	İletişim
Acil Durum ve İş Sürekliliği	9	7	5	3	1	3	5	7	9	İnsan Faktörleri
Acil Durum ve İş Sürekliliği	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Kalite Yönetimi
Acil Durum ve İş Sürekliliği	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Koordinasyon
Acil Durum ve İş Sürekliliği	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Liderlik ve Strateji
Acil Durum ve İş Sürekliliği	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Mimari Mühendislik Hizmetleri
Acil Durum ve İş Sürekliliği	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Teknoloji Yönetimi
Acil Durum ve İş Sürekliliği	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi
Alan Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Bakım ve Onarım Yönetimi
Alan Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik
Alan Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Finans ve İşletme
Alan Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Gayrimenkul Yönetimi

	Son Derecede Önemli	Çok Önemli	Oldukça Önemli	Biraz daha önemli	Eşit Önemde	Biraz daha önemli	Oldukça Önemli	Çok Önemli	Son Derecede Önemli	
Alan Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	İletişim
Alan Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	İnsan Faktörleri
Alan Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Kalite Yönetimi
Alan Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Koordinasyon
Alan Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Liderlik ve Strateji
Alan Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Mimari Mühendislik Hizmetleri
Alan Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Teknoloji Yönetimi
Alan Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi
Bakım ve Onarım Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik
Bakım ve Onarım Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Finans ve İşletme
Bakım ve Onarım Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Gayrimenkul Yönetimi
Bakım ve Onarım Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	İletişim
Bakım ve Onarım Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	İnsan Faktörleri
Bakım ve Onarım Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Kalite Yönetimi
Bakım ve Onarım Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Koordinasyon
Bakım ve Onarım Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Liderlik ve Strateji
Bakım ve Onarım Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Mimari Mühendislik Hizmetleri
Bakım ve Onarım Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Teknoloji Yönetimi
Bakım ve Onarım Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi
Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Finans ve İşletme
Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Gayrimenkul Yönetimi
Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik	9	7	5	3	1	3	5	7	9	İletişim
Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik	9	7	5	3	1	3	5	7	9	İnsan Faktörleri
Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Kalite Yönetimi
Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Koordinasyon
Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Liderlik ve Strateji
Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Mimari Mühendislik Hizmetleri
Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Teknoloji Yönetimi
Çevresel Yönetim ve Sürdürülebilirlik	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi
Finans ve İşletme	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Gayrimenkul Yönetimi
Finans ve İşletme	9	7	5	3	1	3	5	7	9	İletişim

	Son Derecede Önemli	Çok Önemli	Oldukça Önemli	Biraz daha önemli	Eşit Önemde	Biraz daha önemli	Oldukça Önemli	Çok Önemli	Son Derecede Önemli	
Finans ve İşletme	9	7	5	3	1	3	5	7	9	İnsan Faktörleri
Finans ve İşletme	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Kalite Yönetimi
Finans ve İşletme	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Koordinasyon
Finans ve İşletme	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Liderlik ve Strateji
Finans ve İşletme	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Mimari Mühendislik Hizmetleri
Finans ve İşletme	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Teknoloji Yönetimi
Finans ve İşletme	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi
Gayrimenkul Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	İletişim
Gayrimenkul Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	İnsan Faktörleri
Gayrimenkul Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Kalite Yönetimi
Gayrimenkul Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Koordinasyon
Gayrimenkul Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Liderlik ve Strateji
Gayrimenkul Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Mimari Mühendislik Hizmetleri
Gayrimenkul Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Teknoloji Yönetimi
Gayrimenkul Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi
İletişim	9	7	5	3	1	3	5	7	9	İnsan Faktörleri
İletişim	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Kalite Yönetimi
İletişim	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Koordinasyon
İletişim	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Liderlik ve Strateji
İletişim	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Mimari Mühendislik Hizmetleri
İletişim	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Teknoloji Yönetimi
İletişim	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi
İnsan Faktörleri	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Kalite Yönetimi
İnsan Faktörleri	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Koordinasyon
İnsan Faktörleri	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Liderlik ve Strateji
İnsan Faktörleri	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Mimari Mühendislik Hizmetleri
İnsan Faktörleri	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Teknoloji Yönetimi
İnsan Faktörleri	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi
Kalite Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Koordinasyon
Kalite Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Liderlik ve Strateji
Kalite Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Mimari Mühendislik Hizmetleri
Kalite Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Teknoloji Yönetimi
Kalite Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi

	Son Derecede Önemli	Çok Önemli	Oldukça Önemli	Biraz daha önemli	Eşit Önemde	Biraz daha önemli	Oldukça Önemli	Çok Önemli	Son Derecede Önemli	
Koordinasyon	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Liderlik ve Strateji
Koordinasyon	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Mimari Mühendislik Hizmetleri
Koordinasyon	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Teknoloji Yönetimi
Koordinasyon	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi
Liderlik ve Strateji	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Mimari Mühendislik Hizmetleri
Liderlik ve Strateji	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Teknoloji Yönetimi
Liderlik ve Strateji	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi
Mimari Mühendislik Hizmetleri	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Teknoloji Yönetimi
Mimari Mühendislik Hizmetleri	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi
Teknoloji Yönetimi	9	7	5	3	1	3	5	7	9	Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Sarf Malzemeleri Yönetimi

EK.5: İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni

TEKİRDAĞ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - TEKİRDAĞ
EĞİTİM HİZMETLERİ BİRİMİ
26/02/2020 17:13 / 12641312 / 044 / 102
00113395851

T.C.
TEKİRDAĞ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 12641312-044
Konu : Araştırma İzin Talebi/Erman KEDİKLİ

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Erman KEDİKLİ'nin 20/02/2020 tarihli dilekçesi.

İlgide kayıtlı dilekçe ile, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Öğr. Gör. Erman KEDİKLİ tarafından, "**Sağlık İşletmelerinde Bütünleşik Sağlık Tesis Yönetim Sistemi İçin Model Önerisi**" başlıklı tez çalışmasını 01 Mart 2020-01 Mart 2021 tarihleri arasında 12 (oniki) ay süre ile Çorlu ilçe Devlet Hastanesinde alt, orta ve üst düzey yönetici pozisyonundaki çalışanlar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile veri toplayabilmek için gerekli izin talebinde bulunulmuştur.

Araştırma başvurusu komisyon tarafından incelenmiş ve uygulamanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, çalışma sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi, tamamlanan araştırma raporunun 2 nüsha olarak ve ayrıca CD formatında araştırmacı tarafından Müdürlüğümüz Eğitim Birimine teslim edilmesi şartıyla çalışmanın yapılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir. Bahsi geçen kurumlara bildirilmesi hususunda;

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır.
Zafer SOYKIRLI
Başkan

Ek:
1. Soru Formu (4 Sayfa)
2. Protokol (2 Sayfa)

Dağıtım:
Çorlu İlçe Devlet Hastanesi
Erman KEDİKLİ (e-posta: [redacted])

100. Yıl Hüseyin Mumcuoğlu Caddesi No:37 Süleymanpaşa/Tekirdağ
Telefon: Faks No: 0 (282)2624944
e-Posta: [redacted] İnternet Adresi: www.tekirdagism.saglik.gov.tr
Bilgi için: İlknur ÖZDEMİR
EBE
Telefon No: [redacted]

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden b63f20ae-9c5f-45ea-bfaf-9f808ee962ed kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK.6: Bilgisayar Destekli Tesis Yönetim Sistemi (CAFM) Genel Bilgiler

Geçmişten günümüze tesis yönetiminde mimari, teknolojik ve insanlarla ilgili parametreleri ölçerek hastaneyi izlemek için farklı teknik araçlar geliştirdi. Bu kapsamda geliştirilen Bilgisayar Destekli Tesis Yönetimi (CAFM) sistemleri, sağlık hizmeti yapısının performansını etkileyebilecek süreçler üzerinde indeksler sağlayan Entegre Sağlık Tesisi Yönetim Modellerine (IHFMM) dayalı karar destek araçlarıdır. Bu araçlar, performans ve risk değerlendirmeleri, iş yönetimi ve geliştirme için üst yönetim için çok yararlı olabilir (231).

CAFM kullanıcıların iş sürekliliğini etkileyen çeşitli varlıkları, araçları ve süreçleri yönetmelerine yardımcı olmak için tasarlanmış teknoloji terimidir. Tesis yönetimini ve bakımını düzene koymak, daha fazla verimlilik sağlamak, iş performansını artırmak ve genel olarak tesis yöneticileri, çalışanlar ve daha geniş tesis kullanıcıları için yönetimi kolaylaştırmak için geliştirilmiş ve geliştirilmeye de devam edilmektedir.

Yöneticiler tesis ile ilgili bilgilere işyerinden bağımsız olarak erişim sağlarlar. Nitekim, veriler ve planlar, bir internet veya intranet ağı üzerinden ortak bir tarayıcı kullanılarak web hizmetleri aracılığıyla alınabilir. Bu sistemler genellikle varlıklar, tesisler, istihdam ve diğer toplu veriler hakkında bilgi depolamak ve görsel çıktılar vermek için bir Bilgisayar Destekli Tasarım (CAD) altyapısı ile çalıştırır. Veriler genellikle haritaların bağlantılı olduğu özel veri tabanlarında depolanır. Ana bilgi birimi, yani maksimum ayrıntı derecesi, Homojen İşlevsel Alan (kullanım amacına göre bir araya toplanmış bir dizi oda/alan) veya odanın/alanın kendisi olabilir.

Ayrıca, sistemi merkezi bir kontrol aracı olarak kullanmak için kullanılan veri tabanı mevcut diğer veri tabanlarına bağlanabilir. Çıktılar, hastanenin yapısını ve organizasyonunu iyileştirmek ve ana iş akışı risklerini azaltmak için üst yönetim tarafından bir karar destek aracı olarak kullanılabilir (231).

CAFM araçları, CAD (Bilgisayar Destekli Tasarım) ve BIM (Yapı Bilgi Modellemesi) işlevselliğini entegre ve görsel bir şekilde tesis yöneticilerine sunmaktadır. Bu görsel gerçekleştirme, bir binanın yerleşimini anlamada, bakım

rotalarını çizmede ve bir yapıdaki alan kullanımını optimize etmede önemli faydalar sunar (232).

Sağlık tesislerinde bu sistemin kullanılmasına ve kapsamına yönelik çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Örneğin May ve ark. (2004) örneğin envanter dokümantasyonu, alan yönetimi, sözleşme yönetimi, temizlik yönetimi, taşınma yönetimi, enerji yönetimi, bakım yönetimi, ana anahtar sistem yönetimi, kiralama yönetimi ve kontrolünü CAFM'nin uygulama alanları olarak adlandırmıştır (233)

CAFM sisteminin temel işlevleri

Bir CAFM sisteminin yetenekleri tesis özelinde farklılık gösterebilir ve izlenecek evrensel bir şablon olmasa da kullanıcıların çözümlerinden beklemesi gereken bazı işlevler ve özellikler vardır. CAFM paketlerinin temel bir amacı, tesis yöneticilerinin sorumluluklarını organize etmek ve tesislerinin yönetimine ilişkin stratejik kararları desteklemektir. Bu sebeple sistemin etkileşimi kolay olmalı ve verileri erişilebilir, ilgi çekici bir şekilde sunması gerekir.

CAFM yapısı tesis özelliklerine göre farklılık gösterse de temel işlevleri aşağıda sıralanmıştır (232);

1. *Varlık yönetimi*

CAFM programları, bir binadaki fiziksel varlıkların konumlarını, tek tek sandalyeleri veya masaları bile kapsayarak, ayrıntılı bir düzeye kadar takip etmek için kullanılabilir. Bunun ötesinde, nereden temin edildikleri, hangi bakıma ihtiyaç duydukları ve diğer önemli ayrıntılarla ilgili kritik verileri içeren doğru ve güncel varlık kayıtlarını barındırabilir.

2. *Planlı önleyici bakım*

Varlıkları ve bu varlıklara özgü spesifik gereksinimler sistemdeki planlı önleyici bakım görevlerini organize edebilir. Varlıkların durumunu analiz etme ve doğru kanıta dayalı olarak bakıma öncelik verme bilgisine sahip olmak, zamandan tasarruf sağlar ve bir işletmenin operasyonel verimliliğini korur. CAFM sistemi ile tesis yöneticileri bakım çalışmalarını tahminlere göre değil, her bir varlığın özel ihtiyaçlarına göre daha etkin bir şekilde organize edebilirler.

3. *Stok kontrolü*

CAFM, birim yöneticilere stok seviyelerini gerçek zamanlı olarak net bir şekilde anlamada yardımcı olabilir. Bu, belirli bir kaynak azalıyorsa önceden plan yapmalarına ve belirli bir tetikleme noktasına ulaştığında bunun yeniden stoklanmasını otomatikleştirmelerine olanak tanır. Sonuç olarak, bu aynı zamanda bir kuruluşun bütçesi üzerinde olumlu bir etki yaratarak belirli bir öğeye aşırı harcama yapma riskini de azaltır.

4. *Yardım masası*

Bakım söz konusu olduğunda proaktif olmak faydalı olsa da bu sorunlar her zaman tahmin edilemez. Çoğu CAFM sisteminin yardım masası özelliği, bina ve varlıklarının durumu hakkında gerçek zamanlı güncellemelere erişim ile tesis yönetiminin proaktif ve reaktif yönleri arasında etkili bir denge sağlar.

5. *Alan yönetimi*

CAFM, bir binanın veya bir dizi yapının kat planlarını ve yerleşimlerini dahil ederek, bu alanların nasıl yönetildiğini ve kullanıldığını optimize edebilir. Bu sayede ekipler, en sık hangi alanların işgal edildiğini veya boşaltıldığını izleyebilir ve bu veriler, etkin bir şekilde kullanılmayan alanlar hakkında neler yapılabileceğini belirlemek için kullanılabilir. Bir CAFM çözümü, boş, dolu, yarı zamanlı ve sıcak masaları vurgulayarak, çalışanların mevcut alanlarını daha iyi kullanmalarını ve COVID-19 salgını gibi durumlarda insanları aşırı kalabalık riskini azaltacak şekilde organize etmelerini sağlayabilir.

6. *Oda rezervasyonları*

CAFM sistemleri oda rezervasyonlarının (hasta odalarının planlanması) düzenlenmesine/planlanmasına yardımcı olur, bir oda için çifte rezervasyon yapma riskini ortadan kaldırır. Sadece hasta odaları değil aynı zamanda çeşitli toplantı ve eğitimlerin yapılacağı odaların ve salonların içeriğe uygun hazırlanmasına (projektör, koltuk sayısı vb.) ve sonrasında ise alanın temizlenmesinin yönetimine olanak tanır.

7. *Bina operasyonları*

Bu sistemle tesis yöneticileri masalarından klimaları kontrol edebilir, pencereleri ve kapıları kilitleyip kilidini açabilir veya belirli planlar dahilinde otomatik olarak gerçekleştirilebilir. Bu sayede tesisin verimliliği artırılarak, enerji tasarrufu sağlanabilir ve tesis yöneticilerinin üzerindeki yükü azaltabilir.

8. *Gayrimenkul yönetimi*

CAFM çözümleri, herhangi bir zamanda emlak varlıklarının durumu ve operasyonlarının verimlilik derecesi veya başka bir şekilde gerçek bir resmini sağlayabilir. Bu sistem aynı zamanda kiralamaların, kiraların ve kullanım sürelerinin doğru kayıtlarını tutabilir ve hiçbir yenilemenin kaçırılmamasını sağlamak uyarı mekanizması geliştirebilir.

9. *Çalışan ve kullanıcı desteği*

CAFM sisteminin temel odak noktası bir binanın altyapısı olsa da içindeki çalışanları ve personeli desteklemekte de aynı derecede etkili olma potansiyeli bulunur. Bu, ister kendi çalışma ortamlarını kontrol altına almalarını ve onlara bakmalarını sağlayan self-servis işlevleri aracılığıyla olsun, ister ekip üyelerine çeşitli görevleri için özel iş akışları ve risk raporları sağlamaya kadar neredeyse bütün alanları desteklemektedir.

11.ETİK KURUL ONAYI

MEDİPOL UNV

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.66348
Konu : Etik Kurulu Kararı

27/12/2019

Sayın Erman KEDİKLİ

Üniversiteniz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Sağlık İşletmelerinde Bütünleşik Sağlık Tesis Yönetim Sistemi İçin Model Önerisi" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi OZBEK tarafından 27.12.2019 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrağınızı https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza linkinden FKB017138X1 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sağlık İşletmelerinde Bütünleşik Sağlık Tesis Yönetim Sistemi İçin Model Önerisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Erman KEDİKLİ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☒	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
Değerlendirilen Belgeler	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
Karar Bilgileri	**Karar No: 1146**	**Tarih: 25/12//2019**		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna **"oybirliği"** ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet ÖÇIŞIK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	

* :Toplantıda Bulunma