



**T.C. İSTANBUL TİCARET
ÜNİVERSİTESİ**

**DIŞ TİCARET ENSTİTÜSÜ
WORKING PAPER SERIES**

Tartışma Metinleri

WPS NO/ 82/ 2017-05

**BİR ÖZEL HASTANEDE KAN ALMA SÜRECİNİN ANALİZİ VE
İYİLEŞTİRİLMESİ**

Sinem GÜNDOĞDU*

*sinemgundogdu91@gmail.com, İstanbul Ticaret Üniversitesi, İşletme Yüksek Lisans Öğrencisi

Özet

Hastaneler insan sağlığı için önemli tesisler olmalarına rağmen, insanların genellikle bulunmak istedikleri yerler değildir. Bu hissiyatı kırabilmek adına insanlara hastanede değil de evlerindeymiş gibi hissettirecek bir ortamın yaratılması gerekmektedir. Hastanelerde bu ortamın sağlanabilmesi için hasta odaklı hizmet anlayışıyla hareket edilmeli ve buna uygun süreçler tasarlanmalıdır. Bu kapsamda hastaların sesine kulak verilmeli onlardan gelecek öneriler dikkate alınmalıdır. Yapılan çalışmada özel bir hastanede kan alma sürecine yönelik hasta beklentileri değerlendirilerek öneriler sunulmuştur. Hastanenin mevcut durumu, beklentiler ile gereksinimler arasındaki ilişkiler ve rakipler dikkate alınmış olup kalite fonksiyon yayılımı tekniği kullanılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hastane, Süreç İyileştirme, Kalite Fonksiyon Yayılımı.

Abstract

Although hospitals are important facilities for human health, they are not the places that people usually want to be in. It is necessary to create an environment that will make people feel like they are at home rather than at the hospital in order to break this feeling. In order to provide this environment in hospitals, patient-oriented service approach should be taken and appropriate processes should be designed. In this context, the opinions of the patients should be taken into account. In this research, the patient expectations regarding the blood collection process in a private hospital were evaluated. The current situation of the hospital, the relationships between expectations and requirements, and the competitors are taken into account and a quality function deployment technique is used.

Keywords: Hospital, Process Improvement, Quality Function Deployment.

Giriş

Günümüzde tedavi ihtiyacı olan bireyler, geçmişten farklı olarak her türlü bilgiye daha rahat ulaşabilmekte ve ihtiyacı olan sağlık hizmetleri konusunda daha fazla seçeneği değerlendirebilme imkânına sahip olmaktadır. Verilecek hizmetin daha kaliteli olması için hasta ve yakınlarının istekleri dikkate alınarak hastanedeki birimler bu beklentiler çerçevesinde yeniden düzenlenmelidir (Bodur, 2016, s.15-16).

Hasta beklenti ve ihtiyaçlarına uygun hizmetin üretilmesinde çeşitli teknikler kullanılmaktadır. Bunlardan birisi de Kalite Fonksiyon Yayılımı (KFY) tekniğidir. Literatürde, kalite fonksiyon yayılımı ile ilgili yapılan farklı çalışmalar mevcuttur. Kalite fonksiyon yayılımının sağlık sektöründe ilk kez kullanıldığı makalelerden biri olan çalışma Radharamanan ve Godoy'a (1996) aittir. Santa Maria Üniversite Hastanesinde yapmış oldukları çalışmada, hasta beklentilerinin nasıl karşılanacağını araştırmışlardır. Güllü ve Ulçay (2002) ise kablo üreten bir firmada gerçekleştirdikleri çalışmalarında, kalite fonksiyon yayılımını kullanmışlardır. Özveri ve Türksever (2006) kalite fonksiyon yayılımını kullandıkları çalışmalarında dekoratif cam üretimi konusuna odaklanmışlardır. Araştırmanın sonucunda en önemli müşteri beklentisini, desenin hatasız, düzgün ve simetrik olarak uygulanması olarak tespit etmişlerdir. Wang (2007) kalite fonksiyon yayılımını kullandığı çalışmada hizmet kalitesinin iyileştirilmesini ele almıştır. Doğan ve Arıcan (2008) kalite fonksiyon yayılımını kullandıkları çalışmalarında uzman doktorlarla görüşmeler yapmışlar ve hastaların bir miyorelaksan (kas gevşetici) ilaçtan beklentilerini irdelemişlerdir.

Chen ve Ko (2009) kalite fonksiyon yayılımını kullandıkları çalışmalarında yeni ürün tasarımı konusunu işlemişlerdir. Dinçel ve Yenen (2011) çalışmalarında otomotiv sektöründe araç sahiplerinin araçlarını satın alırken dikkat ettikleri unsurları tespit etmek amacıyla kalite fonksiyon yayılımını kullanmışlardır. Tunca ve Bayhan (2012) yaptıkları çalışmada bilgisayar sektöründe faaliyet gösteren bir işletmenin tedarikçi seçimi problemini irdelemişler ve firmaya en uygun tedarikçiyi tespit etmek amacıyla kalite fonksiyon yayılımını kullanmışlardır. Kurt ve Yenilmez (2017) ise yaptıkları çalışmada, kalite fonksiyon yayılımının alışveriş merkezlerinde kullanımını irdelemişlerdir.

Yapılan bu çalışma, hastaların kan alma sürecine yönelik beklenti ve ihtiyaçlarının neler olduğunun saptanması ve öneriler sunulması amacıyla yapılmıştır. İstanbul'da bulunan bir özel hastanede gerçekleştirilen çalışmada KFY tekniğinden yararlanılmıştır. Araştırmada

kullanılan veriler hastanedeki çalışanlarla yapılan görüşmeler ile elde edilmiştir. Çalışmanın sonucunda elde edilen verilere dayanarak kalite evi oluşturulmuş ve hangi iyileştirme alternatifleri üzerinde yoğunlaşılması gerektiği ortaya konulmuştur.

1. Kalite Fonksiyon Yayılımı

Kalite Fonksiyon Yayılımı, müşteri beklentilerini doğrudan ürün ve hizmet özelliklerine dönüştürmeyi amaçlayan bir tekniktir. Bu teknikte, müşterinin bir ürün veya hizmetten beklediği, ihtiyaç duyduğu özellikler tespit edilerek mevcut sistemin geliştirilmesi hedeflenmektedir (Demirbağ ve Çavdar, 2016, s.213). Müşteriyi dinlemek, anlamak ve müşterinin ne beklediğini yorumlamak bu tekniğin en önemli özelliğidir. İlk kez Japonya'da Yoji Akao tarafından kullanılmış olan bu teknik, Türkiye'de ise, Arçelik şirketi tarafından 1994 yılında bulaşık makinesi üretiminde uygulanmıştır (Olçay ve Esin, 2010, s.73).

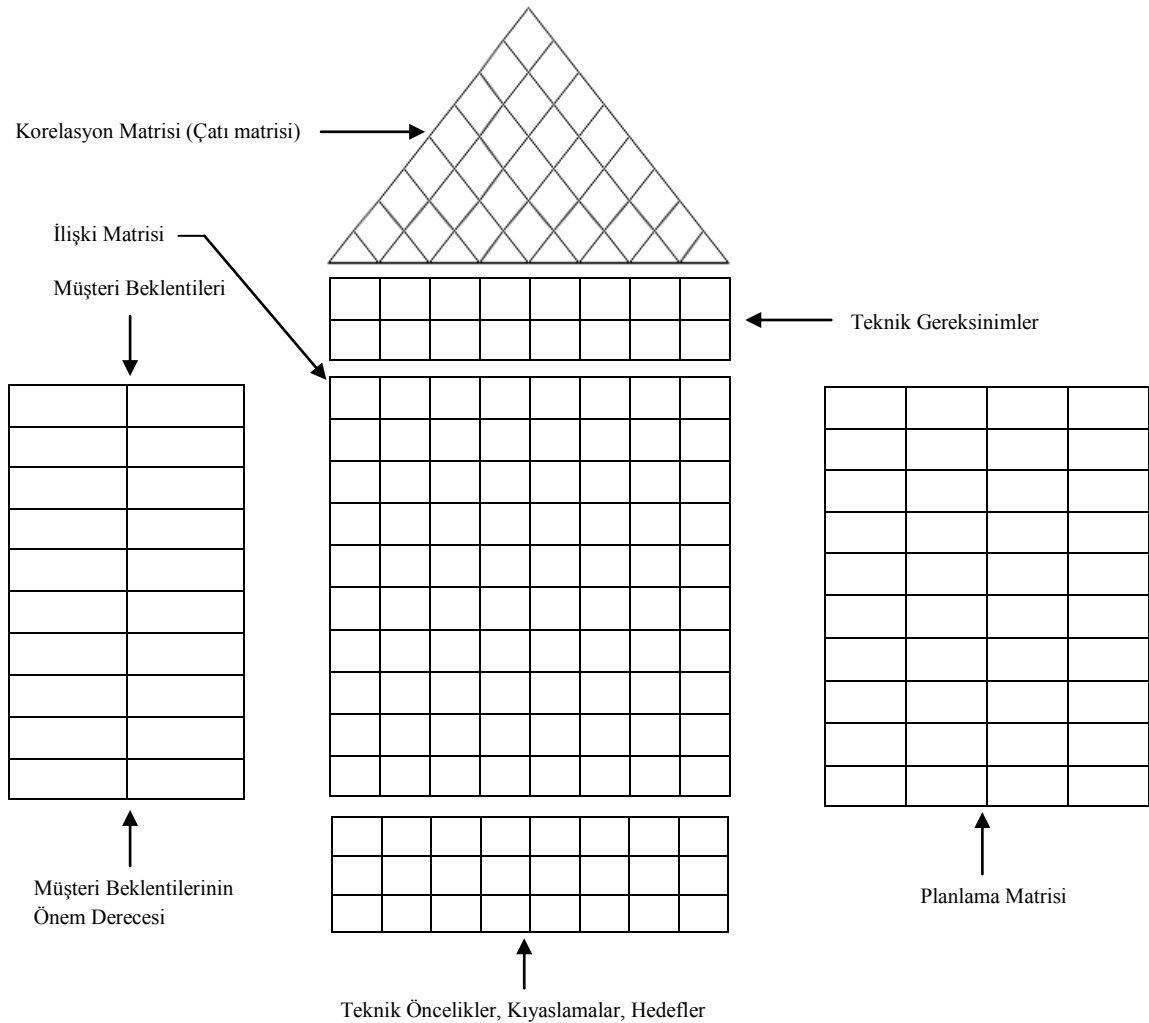
Müşteri memnuniyetini arttırmayı hedefleyen, detaylı fakat anlaşılması kolay bir teknik olan kalite fonksiyon yayılımı, müşterinin tatmin duygularını arttırmaya odaklanıp, memnuniyetsizliği ortadan kaldırmak üzerine yoğunlaşmaktadır (Savaş ve Ay, 2005, s.81). Kalite fonksiyon yayılımı tekniğinin ilk aşaması olan, müşterilerin beklenti ve ihtiyaçlarının teknik özelliklere dönüştürüldüğü planlama matrisi bir eve benzemesinden dolayı kalite evi olarak da adlandırılmaktadır. Kalite evi; ürün veya hizmet tasarımı ile ilgili önemli bilgilerin gösterilmesi için kullanılmakta olan ve bir dizi odalardan oluşan matrisler setidir (Tunca ve Bayhan, 2012, s.56).

1.1. Kalite Evi ve Analizi

İlk bakışta karmaşık gibi görünen kalite evi aslında basit bir yapıya sahiptir. Ev olarak adlandırılan yapının bölümleri, tek tek incelendiğinde daha iyi anlaşılabilir. Kalite evinin genel yapısı incelenecek olursa (Şekil 1):

- Evin dış duvarları müşterilerin beklentileri için tasarlanmıştır. Evin sol duvarında müşteri beklentilerinin bir listesi bulunmakta, sağ duvarında ise planlama matrisi yer almaktadır.
- Evin ikinci katı ya da tavan arası olarak da ifade edilen bölümü ise, teknik gereksinimlerden oluşmaktadır.
- Evin iç duvarları ise, müşteri beklentileri ile teknik gereksinimler arasındaki ilişkiyi göstermektedir.

- Çatı bölümünde, teknik gereksinimlerin arasındaki ilişkiler gösterilmektedir.
- Evin temelinde ise, öncelikli teknik gereksinimleri içeren bölüm yer almaktadır (Yapraklı ve Güzel, 2010, s.461).



Şekil 1. Kalite Evi (Akbaba, 2005, s.43)

2. Uygulama

Uygulamanın gerçekleştirildiği hastane uzun yıllar sağlık sektörünün içinde olan ve hastalara sağlık hizmeti sunan bir grup akademisyen doktor tarafından kurulmuştur. 1 Şubat 2011 tarihinde sağlık hizmetine başlamıştır. Hastanede, ortopedi, genel cerrahi, kadın doğum, kalp cerrahisi, kardiyoloji, pediatri, üroloji bölümlerinin yanı sıra tüm alanlardaki hastalara yönelik tedavi hizmeti sunulmaktadır. 60 doktor, 110 hemşire, 50 diğer sağlık personeli (radyoloji teknikeri, laborant teknikeri vb.), 80 hasta hizmetleri personeli (hasta danışmanı, sekreter vb.) 90 temizlik elemanı, 50 yardımcı sağlık personeli (hasta bakıcı vb.), 10 mutfak elemanı olmak üzere 450 çalışan bulunmaktadır.

2.1. Kan Alma Sürecinin İyileştirilmesi

Laboratuvar raporları hastalıkların tanı, takip ve tedavisinde son derece önemli bilgiler içermektedir. Doktorlar teşhislerinin büyük bir kısmını laboratuvarından gelen sonuçlara göre koymaktadırlar. Bu nedenle, hastadan kan alma işleminin yeterli, doğru, güvenli ve uygun teknikler kullanılarak yapılması gerekmektedir. Bu noktada ilk önce kan alma işleminin nasıl yapıldığının açıklanması gerekir. Kan alma işleminde izlenecek adımlar şu şekildedir: Hasta kan alma odasına alınır ve kan alma koltuğuna oturur. Hastanın kan alımı için uygunluğu sorgulanır ve hastanın kimlik doğrulaması yapılır. Kanı alacak personel ellerini yıkar ve eldiven giyer. İşlem sırasında kullanılacak malzemelerin son kullanma tarihleri de kontrol edildikten sonra kan alınmaya başlanır. Dirseğin üzerine turnike uygulanır ve hastadan elini yumruk yapması kolunu da aşağı doğru uzatması istenir. İşlemin yapılacağı damar saptanır ve damara girilecek alan temizlenir. İğne vacutainer adaptörüne takılır ve damara girilir. Tüpe kan akışı başlar başlamaz turnike çözülür ve hastadan yumruğunu açması istenir. Tüpe kan konulduktan sonra yavaşça alt üst edilir ve dik olarak portüpe konulur. Steril gaz spanç ile iğnenin girdiği alanın üzerinden hafifçe bastırılarak iğne tek hareketle damardan çıkarılır. İğne çıkarıldıktan sonra, kan alınan bölgenin üzerine basınç uygulanır. İğnenin giriş yerine steril yara bandının yapıştırılması ile işlem tamamlanır.

2.1.1. Hasta Beklentilerinin Belirlenmesi

Kalite fonksiyon yayılımı uygulaması ile sürecin analiz edilmesi için öncelikle hasta beklentileri belirlenmeye çalışılmıştır. Yapılan literatür taraması, incelenen sektörel yayınlar ve hastanedeki üç uzman (iki doktor ve bir laboratuvar hemşiresi) ile gerçekleştirilen görüşmeler sonucunda hastaların kan alma sürecine ilişkin beklentileri tespit edilerek, 13 maddede özetlenmiştir. Belirlenen beklentiler Tablo 1'in sol tarafında hasta beklentileri bölümünde gösterilmiştir. Tüm yapı tek bir tabloda özetlenmek istendiğinden belirtilen yaklaşım esas alınmıştır.

2.1.2. Hasta Beklentilerinin Önem Derecelerinin Tespiti

Hasta beklentilerinin önem derecelerini tespit etmek amacıyla, hastanedeki iki doktor ve bir hemşireden belirlenen hasta beklentilerini puanlamaları istenmiştir. Yarı yapılandırılmış anket puanlamasında 1 en önemsiz, 5 en önemli olmak üzere 1-5 ölçeğinden yararlanılmıştır. Hasta beklentilerinin önem dereceleri araştırmaya katılanların verdikleri puanların aritmetik ortalaması alınarak hesaplanmıştır. Bu değerler, Tablo 1'deki hasta beklentileri bölümünün sağında yer alan önem derecesi sütununda sunulmuştur.

2.1.3. Hasta Tatmin Düzeyinin Belirlenmesi

Aynı uzman gruba hastaların tatmin düzeyleri de sorulmuştur. 1 kötü, 5 mükemmel olmak üzere 1-5 ölçeği kullanılarak hasta beklentilerini puanlamaları istenmiştir. Verilen puanların aritmetik ortalaması alınarak hastanenin hastalar tarafından nasıl algılandığı belirlenmeye çalışılmıştır. Değerler, Tablo 1'de görüldüğü gibi hastanenin hasta tatmin (PS) derecesi sütununa yerleştirilmiştir. Ayrıca çalışma grubundan, 5'in altında puan alan her bir hasta beklentisi için ulaşılması hedeflenen değeri de belirtmeleri istenmiştir. Bu puanların da aritmetik ortalaması alınmış ve planlanan PS derecesi sütununa yerleştirilmiştir.

2.1.4. Rekabetçi Kıyaslama

Rekabet değerlendirmesi yapabilmek için iki tane rakip hastaneden hasta tatmini verileri toplamıştır. Bu hastanelerden 1 kötü 5 mükemmel olmak üzere belirlenen hasta beklentilerini puanlamaları istenmiştir. Rakip A ve Rakip B olarak adlandırılan hastanelerden elde edilen bilgiler Tablo 1'de görüldüğü üzere planlama matrisinin üzerine yerleştirilmiştir.

2.1.5. İyileştirme Faktörü

Her bir hasta beklentisi ile ilgili olarak hastanenin ve rakiplerinin mevcut durumunu değerlendirdikten sonra hastanede iyileştirme yapılabilecek alanlar belirlenmiştir. Belirlenen her bir hasta beklentisi için aşağıdaki eşitlik yardımıyla iyileştirme faktörü hesaplanmış ve planlama matrisinin üzerine yerleştirilmiştir (Goetsch ve Davis, 2016, s. 301).

İyileştirme Faktörü = $\{(Planlanan\ Hasta\ Tatmin\ (PS)\ Derecesi - Mevcut\ Hasta\ Tatmin\ (PS)\ Derecesi) \times 0,2\} + 1$

Lab'da sıra beklememek için, planlanan PS değeri, '5' ve mevcut PS değeri '3,33' ise, İyileştirme Faktörü: $\{(5 - 3,33) \times 0,2\} + 1 = 1,33$ olarak hesaplanır. Bu veriler Tablo 1'de gösterildiği gibi planlama matrisinin üzerine yerleştirilir.

2.1.6. Mutlak Ağırlık Değeri

Önem derecesi ve iyileştirme faktörünün çarpılmasıyla mutlak ağırlık değeri hesaplanmaktadır. Laboratuvarda sıra beklememek için önem derecesi '4,33' ve iyileştirme faktörü '1,33' ise, mutlak ağırlık değeri: $4,33 \times 1,33 = 5,76$ olarak hesaplanır. Hesaplanan mutlak ağırlık değerleri Tablo 1'de gösterildiği üzere planlama matrisine yerleştirilir.

2.1.7. Bağlı Ağırlık Yüzdesinin Hesaplanması

Her bir hasta beklentisi için ne kadar iyileştirme yapılması gerektiğinin daha iyi anlaşılması için mutlak ağırlık değerleri yüzdelere dönüştürülür. Bağlı ağırlık yüzdesi aşağıdaki denklemle hesaplanır (Goetsch ve Davis, 2016, s. 302).

$$\% \text{ Bağlı Ağırlık} = (\text{Mutlak Ağırlık Değeri} \div \text{Mutlak Ağırlık Değerleri Toplamı}) \times 100$$

Tablo 1'de yer alan mutlak ağırlık değerlerinin toplamı 67,61'dir. Laboratuvarda sıra beklememek için mutlak ağırlık değeri ise, 5,76'dır. Lab'da sıra beklememek için bağlı ağırlık yüzdesi: $(5,76 \div 67,61) \times 100 = 8,52$ şeklinde hesaplanır ve hesaplanan yüzde verisi Tablo 1'de görüldüğü üzere planlama matrisinin en son sütununa yerleştirilir. Bağlı ağırlık yüzdesinin de hesaplanması ile planlama matrisi tamamlanmıştır.

Tablo 1. Kalite Fonksiyon Yayılımı İçin Karşılaştırma Verileri Tablosu

| Hasta Beklentileri | Planlama Matrisi | | | | | | | | |
|---|------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|---------------------|----------------|-----------------------|--|
| | Önem Derecesi | Hastanenin PS Derecesi | Rakip A'nın PS Derecesi | Rakip B'nin PS Derecesi | Planlanan PS Derecesi | İyileştirme Faktörü | Mutlak Ağırlık | Bağıl Ağırlık Yüzdesi | |
| Lab'da sıra beklememek | 4,33 | 3,33 | 4 | 4 | 5 | 1,33 | 5,76 | 8,52 | |
| Uzman personel isteği | 4,67 | 5 | 4 | 5 | 5 | 1,00 | 4,67 | 6,91 | |
| Hızlı işlem yapılması | 5 | 4,33 | 4 | 5 | 5 | 1,13 | 5,65 | 8,36 | |
| Sonucun istenen sürede elde edilmesi | 4,67 | 3,67 | 4 | 5 | 5 | 1,27 | 5,93 | 8,77 | |
| Uygun fiyat | 4 | 2,33 | 3 | 4 | 5 | 1,53 | 6,12 | 9,05 | |
| Rahat bir koltuk | 4,33 | 4,33 | 5 | 5 | 5 | 1,13 | 4,89 | 7,23 | |
| Kolunda işlem izi kalmaması | 4 | 3,67 | 4 | 4 | 5 | 1,27 | 5,08 | 7,51 | |
| Hijyenik ortam (genel temizlik, steril eldivenle işlem yapılması vb.) | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 1,00 | 5 | 7,40 | |
| Nezaket ve gülyüz | 4,67 | 5 | 5 | 5 | 5 | 1,00 | 4,67 | 6,91 | |
| Fazla acı hissetmemesi | 4,33 | 3,67 | 4 | 4 | 5 | 1,27 | 5,50 | 8,13 | |
| Sonuçların güvenilirliği | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 1,00 | 5 | 7,40 | |
| Mahremiyet (gizlilik) | 4,67 | 5 | 5 | 5 | 5 | 1,00 | 4,67 | 6,91 | |
| Güvenlik | 4,67 | 5 | 5 | 5 | 5 | 1,00 | 4,67 | 6,91 | |

(Not: PS Hasta Tatminini ifade etmektedir.)

2.1.8. Teknik Gereksinimlerin Belirlenmesi

Yapılan çalışmalardan sonra, istekleri karşılayabilecek teknik gereksinimleri belirlemek için uzman çalışma grubu ile iki saat süren bir toplantı gerçekleştirilmiştir. Bu toplantıda tespit edilen her bir hasta beklentisinin nasıl karşılanacağına yönelik cevap aranmış ve kalite evinin

teknik gereksinimler kısmı için 8 adet teknik gereksinim belirlenmiştir. Belirlenen teknik gereksinimler Şekil 2'nin üst kısmında sunulmuştur.

2.1.9. İlişki Matrisinin Oluşturulması

Hasta beklentileri ile teknik gereksinimler belirlendikten sonra bunlar arasındaki ilişkinin derecesinin belirlenmesi, diğer bir ifade ile sayısallaştırılması ile ilişki matrisi oluşturulmuştur. İlişkiler belirlenirken, bu teknik kapsamında kullanılan, 1-3-9 ölçeğinden faydalanılmıştır. Beklentiler ile gereksinimler arasındaki güçlü dereceli ilişkiyi 9 rakamı, orta dereceli ilişkiyi 3 rakamı, zayıf dereceli ilişkiyi ise 1 rakamı temsil etmektedir. Eğer herhangi bir hasta beklentisi ile teknik gereksinim arasında ilişki yok ise, hücre boş bırakılmıştır. Toplantıya katılan iki doktor ve bir hemşire tarafından yapılan puanlama sonucunda Şekil 2'de sunulan ilişkiler belirlenmiş ve görsellerle ifade edilmiştir.

2.1.10. Teknik Gereksinimler Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Kalite evinin çatısını oluşturacak olan bu aşamada, teknik gereksinimlerin birbirini nasıl etkilediğini ve ilişkilerin derecesini gösteren korelasyon matrisi oluşturularak, Şekil 2'de görüldüğü gibi teknik gereksinimler bölümünün üst kısmında sunulmuştur.

2.1.11. Tasarım Hedefleri Matrisinin Oluşturulması

İlk önce teknik gereksinimlerden her birinin hasta beklentilerini karşılamadaki önemini ya da önceliğini belirlemek amacıyla öncelikler tespit edilmiştir. Öncelikler, sütunlarda yer alan her bir teknik gereksinime ait ilişki puanlarının ve bu puanların yer aldığı satırlara karşılık gelen hasta beklentilerinin mutlak ağırlıkları ile çarpımlarının toplanması ile hesaplanmıştır.

Uzman personel sayısının arttırılması teknik gereksinimi ile laboratuvarda sıra beklememek arasındaki ilişkinin, karşılıklı ilişkiler matrisi üzerinde 9 değeri ile gösterildiği görülmektedir. Bir başka deyişle personel sayısının arttırılması, sıra beklememeyi sağlayacak önemli bir gereksinimdir. Planlama matrisinin mutlak ağırlık sütununda laboratuvarda sıra beklememek satırına bakıldığında 5,76 değeri görülmektedir. Bu değerler birbirleri ile çarpıldıklarında 51,84 değeri elde edilir. Uzman personel sayısının arttırılması teknik gereksinimi için altı tane

daha karşılıklı ilişki değeri bulunmakta olup toplamda yedi çarpım yapıp sonrasında ise elde edilen değerler toplanmıştır.

| | |
|--|-------------------------|
| Lab'da sıra beklememek beklentisi için; | $9 \times 5,76 = 51,84$ |
| Uzman personel isteği beklentisi için; | $9 \times 4,67 = 42,03$ |
| Hızlı işlem yapılması beklentisi için; | $9 \times 5,65 = 50,85$ |
| Kolunda işlem izi kalmaması beklentisi için; | $1 \times 5,08 = 5,08$ |
| Fazla acı hissetmemesi beklentisi için; | $1 \times 5,50 = 5,50$ |
| Sonuçların güvenilirliği beklentisi için; | $3 \times 5 = 15$ |
| Mahremiyet (gizlilik) beklentisi için; | $3 \times 4,67 = 14,01$ |

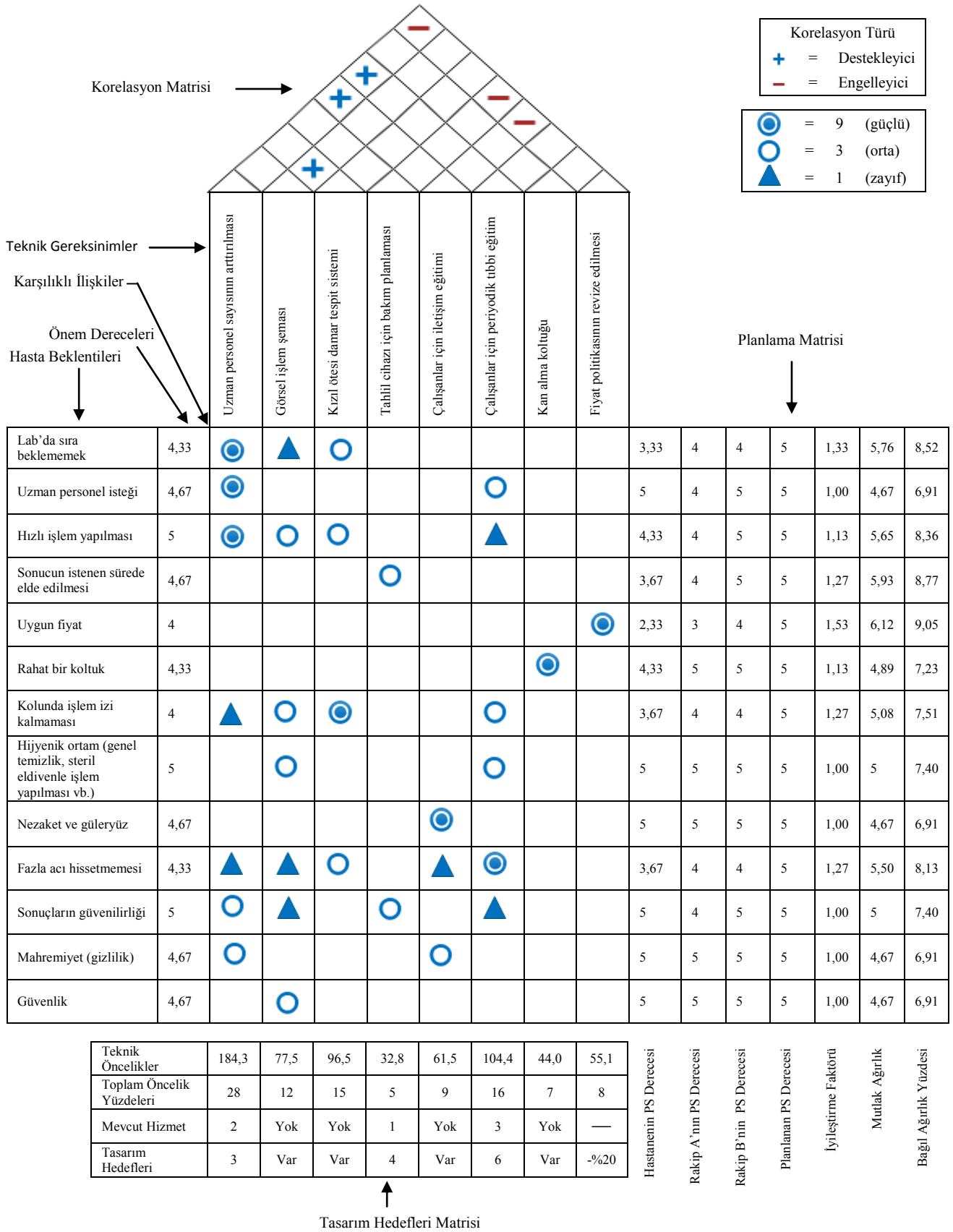
Bu değerlerin toplamı 184,3 şeklinde hesaplanmıştır ve uzman personel sayısının artırılması için olan sütunun altında yer alan tasarım hedefleri matrisinin teknik öncelikler satırına yazılmıştır. Teknik gereksinimlerin her biri için işlemin tekrarlanması ile teknik öncelikler satırı tamamlanmış ve Şekil 2'de gösterilmiştir. Teknik önceliklere ilişkin olarak hesaplanan bu değerler yüzdesel ifadeler kadar anlam ifade etmemektedir. Bu nedenle, öncelik değerleri yüzde değerleri içeren bir hale dönüştürülmüştür. Yüzde değer, teknik öncelik değerlerinin her birinin öncelik değerlerinin tümünün toplamına bölünüp sonrasında ise 100 ile çarpılması ile elde edilmiştir.

$$\% \text{ toplam öncelik} = (\text{Teknik Gereksinimin Önceliği} \div \Sigma \text{ Teknik Öncelikler}) \times 100$$

Uzman personel sayısının artırılması için toplam öncelik yüzdesi,

$$[184,3 \div (184,3 + 77,5 + 96,5 + 32,8 + 61,5 + 104,4 + 44,0 + 55,1)] \times 100 = 28 \text{ şeklinde hesaplanır.}$$

Toplam öncelik yüzdesi değerlerinin tümü hesaplanarak teknik öncelikler satırının hemen altında yer alan satıra yerleştirilmiştir. İki doktor ve bir hemşire tarafından her bir teknik gereksinim için hastane değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmeler Şekil 2'de yer alan mevcut hizmet satırında sunulmuştur. Son olarak tasarım hedefleri satırı yine iki doktor ve bir hemşire tarafından yapılan değerlendirme ile belirlenmiştir. Yapılan değerlendirmelerin mevcut hizmet satırının altına yerleştirilmesi ile kalite evinin son bölümü olan tasarım hedefleri matrisi de tamamlanmıştır. Şekil 2'de kan alma sürecinin analizi için oluşturulan kalite evinin son hali yer almaktadır.



Şekil 2. Kan Alma Süreci İçin Oluşturulan Kalite Evi

Sonuç ve Değerlendirme

Sağlık sektörü ve hastaneler, imalat sektöründe uzun yıllardır uygulanan süreç iyileştirme tekniklerinin yeni uygulama alanları haline gelmişlerdir. Bu noktada en büyük kazanım, şühesiz daha hatasız süreçlerle karşılaşacak olan biz müşterilerin olacaktır. Kalite fonksiyon yayılımı tekniğın kullanıldığı bu çalışmada, hastane yönetimine kan alma süreci ile ilgili iyileştirme önerilerinin sunulması hedeflenmiştir. Mevcut durumda kan alma odasında çalışan uzman personel sayısı ikidir. Kalite evindeki öncelik değerlerine baktığımızda bu sayının artırılması gerektiği açıktır. Finansal imkânlar göz önünde bulundurularak uzman personel sayısı ilk etapta üçe çıkarılabilir.

Önemli ölçüde öncelik puanına sahip eğitim gereksinimleri için de durum şu şekilde özetlenebilir: Hastanede çalışanlara verilen farklı türlerde eğitimler mevcuttur. Fakat temel iletişim eğitimi verilmemektedir. Kan alma işleminin hastalar açısından oldukça travmatik olduğu ve onları endişelendirdiği göz ardı edilmemelidir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının hastaların bu konudaki hassasiyetlerine empatik yaklaşımda bulunması amacıyla verilecek olan iletişim eğitimleri önemlidir. Çalışanlar için tıbbi eğitim ise yılda üç kez verilmektedir. Bu eğitimlerin sayısının artırılması da düşünülebilir.

Mevcut durumda hastanenin kan alma odasında görsel işlem şeması bulunmamaktadır. Böyle bir şemanın odanın duvarında bulunması kan alımında görevli personele yapacağı işlemin adımlarını hatırlatacaktır. Ayrıca kızıl ötesi damar tespit sistemi hastanede kullanılmamaktadır. Hasta memnuniyetinin sağlanması için kan alımı sırasında damarı kolay bulmak amacıyla böyle bir sistemin kullanılması fark yaratacaktır. Tahlil cihazı için ise, mevcut durumda cihaz arızası olduğunda bakım politikası belirlenmiştir. Yılda bir kez genel bakım yapılmaktadır. Problemin önüne geçilebilmesi için cihaz bozulmadan bakım düşünülmeli, bu kapsam bir planlama yapılmalıdır. Hastanede kan alma işleminde kullanılan standart koltuklar mevcuttur. Fakat hasta memnuniyetini sağlamak için daha fonksiyonel ve rahat bir koltuk temin edilebilir. Son olarak, mevcut durumda tahlil fiyatlarında her hangi bir indirim düşünülmediği yönetim tarafından ifade edilmiştir. Fakat analiz sonucu ortaya çıkan puanlara bakıldığında, fiyatlarda yapılacak bir indirim ile hasta tatmininin arttırılacağı öngörülebilir.

Çalışmanın kısıtlarından bahsetmek gerekirse, en temel kısıtın hastalarla birebir görüşme yapamamak olduğu söylenebilir. Özel kurumların bu konuda genel bir hassasiyeti söz konusudur. İkinci bir sınırlama ise, çalışma grubunda üç uzmanın yer almasıdır. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda bu sayının artırılması hedeflenmektedir. Rakip hastaneler de dikkate alınarak gerçekleştirilecek kapsamlı bir anket çalışması ile ele alınan süreç için genel bir beklenti ve iyileştirme önerisi kümesi ortaya çıkarılabilir. Ayrıca farklı süreç iyileştirme teknikleri de kullanılarak, hastanın hastaneye adım atışından çıkışına kadar bütünsel bir analiz yapılabilir.

Kaynakça

Akbaba, A. (2005). Yeni ürün geliştirme sürecinde kalite fonksiyon göçerimi (KFG): Turizm işletmeleri için KFG temelli bir ürün geliştirme süreci önerisi. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 5 (2), 38-59.

Bodur, G. (2016). Sağlık hizmetinde hasta odaklı liderlik. Empati: Hemşirelerin Bülteni, Mayıs 2016, 15-17.

Chen, L. H., & Ko, W. C. (2009). Fuzzy approaches to quality function deployment for new product design. Fuzzy Sets and Systems, 160 (18), 2620-2639.

Demirbağ, Ş. ve Çavdar, E. (2016). Kalite fonksiyon yayılımı planlama matrisinde kano modelinin kullanılması: Akıllı telefonlar üzerine bir uygulama. Ege Akademik Bakış, 16 (2), 211-226.

Dinçel, K. ve Yenen, V. Z. (2011). Ürün pazarlamasında kalite fonksiyon göçerimi (KFG) ve uygulanabilirliği. 11. Üretim Araştırmaları Sempozyumu, 23-24 Haziran 2011, 276-291.

Doğan, Ö. İ. ve Arıcan, R. I. (2008). İlaç sektöründe kalite fonksiyon göçerimi (KFG) matrisinin oluşturulması. İşletme Fakültesi Dergisi, 9 (1), 107-123.

Goetsch D. L., ve Davis, S. B. (2016). Toplam kalite yönetimi: Örgütsel mükemmellik için toplam kaliteye giriş. (Ö. İpekgil Doğan ve M. Topoyan, Çev.). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım. (Orijinal çalışma basım tarihi 2014.)

Güllü, E. ve Ulcay, Y. (2002). Kalite fonksiyonu yayılımı ve bir uygulama. Uludağ Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergisi, 7 (1), 71-91.

Kurt, H. S. ve Yenilmez, G. (2017). Kalite fonksiyon yayılımı: Alışveriş merkezleri üzerine bir uygulama. Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi, 9 (1), 14-29.

Olçay, Y. ve Esin, N. (2010). Toplu konut üretiminde kullanıcı tatmini yönelimli bir veri toplama modeli: Kalite fonksiyon yayılımı. İTÜ Dergisi, Seri A, 9 (2), 71-82.

Özveri, O. ve Türksever, T. K. (2006). Kalite fonksiyon yayılımının (KFY) dekoratif cam üretimine uygulanması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8 (4), 234-246.

Radharamanan, R., & Godoy, L. P. (1996). Quality function deployment as applied to a health care system. Computers & industrial engineering, 31 (1), 443-446.

Savaş, H. ve Ay, M. (2005). Üniversite kütüphanesi tasarımında kalite fonksiyon göçerimi uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 7 (3), 80-98.

Tunca, M. Z. ve Bayhan, M. (2012). Kalite fonksiyon göçerimi yönteminin tedarikçi seçiminde kullanımı. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (11), 53-69.

Wang, R. T. (2007). Improving service quality using quality function deployment: The air cargo sector of China airlines. Journal of Air Transport Management, 13 (4), 221-228.

Yapraklı, T. Ş. ve Güzel, D. (2010). Sağlık sektöründe bir kalite fonksiyon göçerimi uygulaması. Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, (19), 457-476.