



**T.C.
KADIR HAS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**İŞLETME ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**MÜŞTERİ ŞİKÂyetLERİ YÖNETİMİ VE
SAĞLIK SEKTÖRÜNE YÖNELİK BİR UYGULAMA**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**HAZIRLAYAN
HANİFE EREGEZ**

İSTANBUL,2009

**T.C.
KADİR HAS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**İŞLETME ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**MÜŞTERİ ŞİKÂyetLERİ YÖNETİMİ VE
SAĞLIK SEKTÖRÜNE YÖNELİK BİR UYGULAMA**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**HAZIRLAYAN
HANİFE EREGEZ**

**TEZ DANIŞMANI
PROF.DR. MÜJDAT ŞAKAR**

İSTANBUL,2009

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	I
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	IV
TABLolar LİSTESİ.....	V
KISALTMALAR LİSTESİ.....	VII
TEŞEKKÜR.....	VIII
ÖZET.....	IX
GİRİŞ.....	

1. KAVRAMLAR

1.1.Pazarlama, Kalite, Müşteri Ve Hasta Kavramları.....	1
1.1.1. Pazarlama.....	1
1.1.2. Kalite.....	2
1.1.3. Müşteri.....	3
1.2.Müşteri Tatmini ve Müşteri Tatminin Önemi.....	4
1.3.Müşteri Tatminini Etkileyen Faktörler.....	7
1.4.Müşteri Tatmini Ölçüm Yöntemleri.....	9
1.5.Müşteri Şikâyetleri ve Müşteri Şikâyetlerinin Önemi.....	9
1.6.Müşteri Şikâyetleri (Deneyimleri) ve Müşteri İlişkileri Yönetimi Arasındaki Farklar.....	12
1.7.Müşteri Odaklılık.....	14
1.8.Müşteri Sadakati.....	17

2. HASTA ŞİKÂyetLERİ YÖNETİMİ SÜREÇLERİ

2.1.Hasta Odaklılık ve Kalite İyileştirme.....	19
2.1.1. Liderlik.....	19
2.1.2. Şikâyet Politikası.....	20
2.1.3. Çalışanların Eğitimi ve Farkındalık Yaratma.....	22
2.1.4. İletişim ve Bilgilendirilmiş Onam.....	23
2.1.5. Şikâyet Yöneticisi.....	24
2.2.Erişebilirlik.....	27
2.2.1. İsimli Şikâyetler.....	29
2.2.2. Özel Önlemler.....	29
2.3.Cevap Verme.....	30
2.3.1. Sorumluluk.....	30
2.3.2. Yazlı Şikâyetler.....	31
2.3.3. Zaman Çerçevesi.....	32
2.3.4. Şikâyetlerin Alınması.....	33
2.4.Etkili Değerlendirme.....	34
2.4.1. Problemi Anlamak.....	34
2.4.2. Çözüm seçenekleri.....	34
2.4.3. Risk Değerlendirme.....	35
2.4.4. Bireylerin Performansı ve Dış Kurumlara Bildirim.....	36
2.5.Etkili Çözüm.....	39
2.5.1. Adalet.....	39

2.5.2.	Ortak Problemleri Çözme.....	42
2.5.3.	Şikayetlerin Araştırılması.....	42
2.5.4.	Şikayetçileri ve Diğerlerini Bilgilendirme.....	43
2.5.5.	Elde Edilen Sonuçlar.....	44
2.6.	Gizlilik ve Açık Beyan.....	46
2.6.1.	Mahremiyet.....	46
2.6.2.	Açık Bildirim.....	47
2.6.3.	Gizlilik.....	48
2.6.4.	Kayıtlara Erişim.....	48
2.7.	Bilgileri Toplama ve Kullanma.....	49
2.7.1.	Sözel İletilen Kaygılar.....	49
2.7.2.	Yazılı Şikayetler.....	50
2.7.3.	Şikayetlerin Raporlanması.....	51
2.7.4.	Personel ve Yönetim İçin Raporlama.....	51
2.7.5.	Kamu İçin Raporlama.....	52
2.8.	İzleme ve İyileştirme Yapma.....	53
2.8.1.	İyileştirme Amaçlı Şikayetlerin Kullanılması.....	53
2.8.2.	Rutin İzleme ve İnceleme.....	54
2.8.3.	Değerlendirme.....	55
2.8.4.	Klinik Tedavi Uzmanı, Personel ve Müşteri İlişkileri.....	56
2.8.5.	Sürekli İyileştirme.....	56
3.	HASTA ŞİKÂYETİ YÖNETİM REHBERİ	
3.1.	Şikâyeti Anlamak.....	57
3.2.	Şikâyetin Alınması.....	59
3.2.1.	Şikâyet Alındığında Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar.....	60
3.2.2.	Şikâyeti Anlama Boyutunda Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar.....	60
3.2.3.	Çözüm Aşamasında Dikkat edilmesi Gereken Noktalar.....	61
3.2.4.	Şikâyetin Alındığının Onaylanması.....	63
3.3.	Şikâyetin Değerlendirilmesi.....	64
3.4.	Şikâyetin Araştırılması.....	64
3.4.1.	Şikâyetçinin Beklentilerinin Yönetimi.....	65
3.4.2.	Konulara ve Suçlamalara Açıklık Kazandırma.....	66
3.4.3.	Araştırma Hareket Planı Oluşturma.....	66
3.4.4.	Bilgileri Toplama ve Analiz Etme.....	67
3.4.5.	Araştırma Raporu Hazırlama.....	67
3.4.6.	Araştırma Raporunun Yapısı ve Yazılı Cevap Hazırlama...68	
3.4.7.	Alınan Aksiyonlar.....	69
3.5.	Şikâyetin Çözümlemesi.....	70
3.5.1.	Uzlaşma.....	71
3.5.2.	Uzlaşma Sürecini Yönetme.....	71
3.5.3.	Uygun Aksiyona Karar Verme.....	74
3.5.4.	Yeniden İnceleme ve Temyiz.....	75
3.5.5.	Şikâyet Verileri Kayıt Etme ve Kullanma.....	75

4. HASTA ŐIKÂYETİ YÖNETİMİ PERFORMANSINA YÖNELİK ALAN ARAŞTIRMASI	
4.1.Araştırmanın Varsayımı.....	76
4.2.Araştırmanın Tipi.....	76
4.3.Evren Yer ve Zaman.....	76
4.4. Araştırmanın Sınırlamaları.....	77
4.5.Araştırmanın Yöntemi.....	77
4.5.1. Ana Kütlev ve Örnek Kütlev Seçimi.....	77
4.5.2. Anket Sorularının Hazırlanması.....	78
4.6.Araştırma Bulguları.....	78
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	111
6. ÖNERİLER.....	116
KAYNAKÇA.....	118
EKLER.....	125
EK 1. ŐIKAYET TAKİP FORMU.....	125
EK 2. ÖNEM DERECELENDİRME MATRİSİ.....	128
EK 3. ŐIKAYET YÖNETİMİ AKIŞ DİYAĞRAMI.....	130
EK 4. ÖNERİ GELİŞTİRME FORMU.....	131
EK 5. HASTA ŐIKAYETLERİ YÖNETİMİ DEĞERLENDİRME ANKETİ....	132
ÖZGEÇMİŞ.....	137
İZİN BELGELERİ.....	142

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1 Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri.....	2
Şekil 1.2 Hizmet Ve Bölümlere Göre Hasta Tatminin Ölçülmesi.....	6
Şekil 1.3 Müşteri Tatmininin Temelinde Yer Alan Faktörler.....	8
Şekil 1.4 Şikâyet Yaratabilecek Durumlara Ve İşletme Tepkilerine Yönelik Olasılık Matrisi	10
Şekil 1.5 Müşteri Penceresinden Şikâyet Süreci.....	11
Şekil 1.6 Müşteri Geri Bildirimleri Yönetim Süreci.....	15
Şekil 1.7 Hizmetleri İyileştirme Prosesinde Şikâyet Yönetimi.....	16
Şekil 1.8 Şikâyet Yönetimine Mekanik Ve Organik Yaklaşımın Çerçeve Ve Yapısı...	17
Şekil 2.1 Şikâyet Çözümündeki İlişkilerin İncelenmesi.....	40
Şekil 2.2 Şikâyetlere Verilen Tepkiler Ve Açıklamaları.....	44
Şekil 2.3 Şikâyet Literatüründe Verilen Modeller Ve Ortak Yönleri.....	45

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.1 Sağlık Kurumlarının İç Ve Dış Müşterileri.....	4
Tablo 1.2 Müşteri Deneyimleri Yönetimi İle Müşteri İlişkileri Arasındaki Farklar.....	13
Tablo 2.1 Önem Derecelendirme Matriksi.....	36
Tablo 2.2 Olasılık Sıklığını Belirleme.....	37
Tablo 2.3 Adaletin Unsurları, Tanımları Ve Farklı Araştırmalarda İncelenilen Değişkenler.....	41
Tablo 5.1 Araştırmaya Katılan Hastanelerin Şube, Yatak, Çalışan Sayıları Ortalamaları.....	78
Tablo 5.2 Araştırmaya Katılan Hastanelerin Kalite Belgeleri İle İlgili Durumları.....	79
Tablo 5.3 Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle İlgili Durumlar.....	79
Tablo 5.4 Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Şu Anda Yürüttükleri Göreve Göre Sıklık Dağılımları.....	80
Tablo 5.5 Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Yöneticilik Düzeylerine Göre Sıklık Dağılımları.....	80
Tablo 5.6 Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Yaş, Sağlık Sektöründe Çalışma Süresi Ve Şu Anda Çalıştığı Kurumdaki Toplam Görev Süreleri Ortalamaları.....	81
Tablo 5.7 Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Hasta Odaklılık Ve Kalite İyileştirme, Erişebilirlik, Cevap Verme, Etkili Değerlendirme, Etkili Çözüm, Gizlilik, Bilgi Toplama Ve Kullanma, İzleme Ve İyileştirme Puan Ortalamaları.....	81
Tablo 5.8 Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Hasta Odaklılık Ve Kalite İyileştirme İle İlgili İfadelere Katılma Durumları.....	82
Tablo 5.9 Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Erişilebilirlik İle İlgili İfadelere Katılma Durumları.....	84
Tablo 5.10 Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Cevap Verme İle İlgili İfadelere Katılma Durumları.....	87
Tablo 5.11 Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Etkili Değerlendirme İle İlgili İfadelere Katılma Durumları.....	88
Tablo 5.12 Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Etkili Çözüm İle İlgili İfadelere Katılma Durumları.....	89
Tablo 5.13 Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Gizlilik İle İlgili İfadelere Katılma Durumları.....	91
Tablo 5.14 Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Bilgi Toplama Ve Kullanma İle İlgili İfadelere Katılma Durumları.....	93
Tablo 5.15 Araştırmaya Katılan Yöneticilerin İzleme Ve Değerlendirme İle İlgili İfadelere Katılma Durumları.....	94
Tablo 5.16 Araştırmaya Katılan Hastanelerin TSE Belgesi Olup Olmama Durumlarına Göre Hasta Şikâyetleri Yönetimi Değerlendirme Puanları Karşılaştırması.....	96
Tablo 5.17 Araştırmaya Katılan Hastanelerin JCI Belgesi Olup Olmama Durumlarına Göre Hasta Şikâyetleri Yönetimi Değerlendirme Puanları Karşılaştırması.....	97
Tablo 5.18 Araştırmaya Katılan Hastanelerin ISO Belgesi Olup Olmama Durumlarına Göre Hasta Şikâyetleri Yönetimi Değerlendirme Puanları Karşılaştırması.....	98
Tablo 5.19 Araştırmaya Katılanların Cinsiyete Göre Hasta Şikâyetleri Yönetimi Değerlendirme Puanları Karşılaştırması.....	99

Tablo 5.20 Araştırmaya Katılanların Medeni Durumlarına Göre Hasta Şikâyetleri Yönetimi Değerlendirme Puanları Karşılaştırması.....	100
Tablo 5.21 Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumlarına Göre Hasta Odaklılık Ve Kalite İyileştirme Puanı Karşılaştırması.....	101
Tablo 5.22 Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumlarına Göre Erişebilirlik Puanı Karşılaştırması.....	101
Tablo 5.23 Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumlarına Göre Cevap Verme Puanı Karşılaştırması.....	102
Tablo 5.24 Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumlarına Göre Etkili Değerlendirme Puanı Karşılaştırması.....	102
Tablo 5.25 Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumlarına Göre Etkili Çözüm Puanı Karşılaştırması.....	103
Tablo 5.26 Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumlarına Göre Gizlilik Puanı Karşılaştırması.....	103
Tablo 5.27 Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumlarına Göre Bilgi Toplama Ve Kullanma Puanı Karşılaştırması.....	104
Tablo 5.28 Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumlarına Göre İzleme Ve İyileştirme Puanı Karşılaştırması.....	105
Tablo 5.29 Araştırmaya Katılanların Yöneticilik Düzeylerine Göre Hasta Odaklılık Ve Kalite İyileştirme Puanı Karşılaştırması.....	105
Tablo 5.30 Araştırmaya Katılanların Yöneticilik Düzeylerine Göre Erişebilirlik Puanı Karşılaştırması.....	106
Tablo 5.31 Araştırmaya Katılanların Yöneticilik Düzeylerine Göre Cevap Verme Puanı Karşılaştırması.....	106
Tablo 5.32 Araştırmaya Katılanların Yöneticilik Düzeylerine Göre Etkili Değerlendirme Puanı Karşılaştırması.....	106
Tablo 5.33 Araştırmaya Katılanların Yöneticilik Düzeylerine Göre Etkili Çözüm Puanı Karşılaştırması.....	107
Tablo 5.34 Araştırmaya Katılanların Yöneticilik Düzeylerine Göre Gizlilik Puanı Karşılaştırması.....	107
Tablo 5.35 Araştırmaya Katılanların Yöneticilik Düzeylerine Göre Bilgi Toplama Ve Kullanma Puanı Karşılaştırması.....	108
Tablo 5.36 Araştırmaya Katılanların Yöneticilik Düzeylerine Göre İzleme Ve İyileştirme Puanı Karşılaştırması.....	108
Tablo 5.37 Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Hasta Şikâyetleri Yönetimi Değerlendirme Puanları İle Kurumun Şube, Yatak Ve Çalışan Sayıları, Yöneticilerin De Yaş, Sektörde Ve Kurumda Çalışma Süreleri İle Karşılaştırılması.....	109

KISALTMALAR

TSE: Türk Standartları Enstitüsü

ISO: International Organization for Standardization (Uluslararası Standartlar Teşkilatı)

JCI: Joint Commission International

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezimin yazım sürecinde sağladığı katkı ve destekten dolayı ilk olarak danışman hocam Prof. Dr. Müjdat Şakar'a,

Tezimin anket formatının oluşturulmasın da, anketlerin kurumlarda dağıtılması da, verilerin analiz edilmesinde ve hepsinden önemlisi tezimin tamamlanması sürecinde ki psikolojik olarak güçsüz hissettiğim zamanlarda her zaman yanımda bulunmasından dolayı Didem Söylemez Sur ve beni tanımadığı halde desteğini esirgemeyen Prof. Dr. Haydar Sur'a,

Yüksek eğitimim boyunca her zaman tüm öğrencilere ve bana gerekli zaman ve enerjiyi harcayan hocam Birgül Şakar'a,

Bilime katkı sağlamak için kurumlarında anket uyulamama izin veren sağlık kuruluşlarının yöneticilerine,

Ve son olarak her koşulda maddi ve manevi desteğini benden esirgemeyen, tez çalışmam boyunca da bana anlayış ve sevgi veren aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Günümüz müşteri odaklı hizmet sunma anlayışında müşteri beklenti ve isteklerinin elde edilmesi, müşteri tatmin düzeylerinin ölçülmesi boyutunda müşteri şikâyetlerinin ölçümü oldukça önemlidir. Müşteri odaklı yaklaşım da müşteri şikâyetleri kalite yönetim süreçlerinden biri olarak ele alınmalı ve yönetilmelidir. Performansı iyileştirmenin temel taşlarından olan hasta şikâyetlerinin ideal ölçüde yönetilmesi kuruluşların devamlılığını sağlaması açısından oldukça önemlidir. Sağlık endüstrisinin müşterisi olan hastaların şikâyetlerinin yönetilmesi hasta tatminin hedeflenmesi gerekmektedir.

Bu çalışmanın ilk bölümünde pazarlama, müşteri / hasta ve hasta tatmini kavramları açıklanacaktır. İkinci bölümde hasta şikâyetleri yönetimin temel aşamaları olan hasta odaklı yaklaşım ve kalite iyileştirme, erişebilirlik, cevap verebilirlik, etkili değerlendirme, etkili çözüm, gizlilik ve açık beyan, bilgi toplama ve kullanma, izleme ve iyileştirme yapma süreçleri ayrıntılı olarak incelenecektir.

Üçüncü bölümde şikâyet yönetiminde şikâyetin alınması, araştırılması, değerlendirilmesi ve çözümlenmesi sürecinde dikkat edilecek davranışsal yaklaşımlar açıklanacaktır.

Son bölümde ise İstanbul ilinde özel hastanelerde uygulanmakta olan şikâyet yönetim sürecinin performansı ortaya konulacaktır.

Anahtar Sözcükler: *Müşteri tatmini, şikâyetleri yönetimi, hasta şikâyetleri yönetimi, şikâyet yönetimi performansı*

ABSTRACT

Today's customer-focused approach to serve the customer expectations and requests to obtain the level of customer satisfaction measurement on the size of the measurement of customer complaints is very important. Customer-focused approach to quality management processes of the customer complaints should be addressed as should be managed. To improve performance is a cornerstone of managing patients who complain of the extent of the ideal in terms of ensuring continuity is very important. Health industry clients to manage patients with complaints of the patient's goals must be satisfied.

The first part of this work in the marketing, client / patient and patient satisfaction concepts will be described. The second part of the patient complaint management basic stages of the patient-oriented approach and quality improvement, access, respond, effective assessment, effective solution, and the open statement privacy, information collection and use, monitoring and improvement to processes in detail will be reviewed.

In the third section of the complaints received in the management of complaints, investigation, evaluation, and behavioral approaches to be aware of the mapping process will be described.

In the last section in private hospitals in Istanbul province implemented a complaint management process which will be put in place performance.

Key words: *Customer satisfaction, complaints management, patient complaints management, complaints management performance*

GİRİŞ

Hasta tatmin düzeylerinin ölçümü sağlık endüstrisinde performansı iyileştirmenin temel taşlarından biridir. Hasta tatmininin önemli göstergelerinden olan hasta şikâyetlerinin günümüz hizmet anlayışı içinde özenle ele alınması ve yönetilmesi gerekmektedir. Kalite yönetim süreçlerinden biri olarak iyi şikâyet yönetimi kuruluşların devamlılığını sağlaması açısından oldukça önemlidir.

Hasta şikâyet yönetim süreci Sağlık Bakanlığı ve özel sağlık kuruluşlarının üzerinde özenle durduğu ve çeşitli çalışmalar yaptığı bir konudur. Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlarda Hasta Şikâyet Yönetim Süreci daha çok Hasta Hakları Ofisleri tarafından ve Bakanlık Çerçevesince yürütülürken özel sağlık kuruluşlarında Hasta İlişkileri ve kurumlara ait Etik Kurul çerçevesince yürütülmektedir.

Müşteri geri bildirimlerinin(Şikâyet&Öneri) iyi bir şekilde ele alınması ve yönetilmesi müşteri odaklı yaklaşımın olmazsa olmazıdır. Müşteri şikâyetleri değerlendiren ve süreçlerini gelen geri bildirimlere göre sürekli olarak gözden geçiren kurumların müşteri ilişkilerindeki etkinliği ve müşteri memnuniyeti daha yüksektir. Şikâyet yönetim sürecinin sınırlı sayıda kuruluşun kullanması nedeniyle kullanan kuruluşlar diğerlerine göre daha fazla rekabet ve reklâm avantajına sahiptir.

Sağlık kuruluşları hizmetlerini sunarken hastaları ile güvene dayalı karşılıklı beşeri ilişki içinde hizmet sunmalıdır. Bu ilişkinin sürekli olarak gözden geçirilmesi boyutunda müşteri/hasta hizmet değerlendirmelerinden elde edilen verilerin analizi yapılmalı ve bu analizler yönetsel anlamda kullanılmalıdır.

İlk bölümde pazarlama, müşteri / hasta ve hasta tatmini kavramları açıklanacaktır. İkinci bölümde hasta şikâyetleri yönetimin temel aşamaları olan hasta odaklı yaklaşım ve kalite iyileştirme, erişebilirlik, cevap verme, etkili değerlendirme, etkili çözüm, gizlilik, bilgi toplama ve kullanma, izleme ve iyileştirme yapma süreçleri ayrıntılı olarak incelenecektir. Üçüncü bölümde şikâyet yönetiminde şikâyetin alınması, araştırılması, değerlendirilmesi ve çözümlenmesi sürecinde dikkat edilecek davranışsal yaklaşımlar açıklanacaktır. Son bölümde ise İstanbul ilinde Özel hastanelerde uygulanmakta olan şikâyet yönetim sürecinin performansı ortaya konulacaktır.

1. KAVRAMLAR

1.1. Pazarlama, Kalite, Müşteri Ve Hasta Kavramları

1.1. Pazarlama

Pazarlama kavramı, ürünlerin üreticilerden tüketicilere doğru akışını, kişilerin ihtiyaçlarının tatminini sağlayacak biçimde geçekleştirmeye çalışan eylemleri kapsamaktadır¹ tanımının yanı sıra günümüzde daha geniş anlamıyla sadece alım-satımla sınırlı olmayan, pazarlama araştırmaları, yeni mal veya hizmetlerin geliştirilmesi, ambalajlama, markalama, dağıtım, fiyatlandırma, iletişim, satış sonrası hizmetler gibi birçok faaliyetten oluşur.² Pazarlama kişi ve kuruluşların gereksinimlerini sağlamalarına olanak veren ve kolaylaştıran sosyal ve yönetsel bir süreç olmakla birlikte müşteri tatminini ve mutluluğunu hedef almaktadır.³

Müşteri odaklılık ya da çağdaş pazarlama anlayışı kendi içerisinde bir evrim geçirmiş olan pazarlama kavramının on biçimidir. Böyle bir evrimin aşamaları şu deyimlerle açıklayabilmek olanaklıdır;

- Ne verilirse onu alırsın,
- Ne alabilirsen onu alırsın,
- Ne istersen onu alırsın.

Son aşamadaki “ ne istersen onu alırsın” deyimini müşteri tatmini ve karlılıkla gerçekleştirebilmektedir. Bu ise, güçlü ve etkin “müşteri ilişkilerini” oluşturup uygulamayı zorunlu hale getirmektir.⁴ Ancak bu süreç de müşteri deneyimlerinin öğrenilmesi hatta aktif olarak yönetilmesi çok daha önemli bir konuma gelmektedir.

Her ilişkide olduğu gibi, pazarlamada da uzun süreli ilişkiler kurabilmek tatmin duygusu ile mümkündür. Hatta son zamanlarda müşterileri tatmin etmenin ötesinde ‘mest etmenin- delighting’ ilkeleri ve işletmelere getirileri konuşulmaktadır.⁵

¹ Ömer Salan, “Müşteri İlişkileri Yönetiminin Üst Yönetime Katkıları ve Hizmet Sektöründe Bir Uygulama”, (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi SBE,2007), s.3.

² Mehmet Karafakıoğlu, **Pazarlama İlkeleri**, Literatür Yayınları, İstanbul,2005,s.1.

³ Karafakıoğlu, s.1.

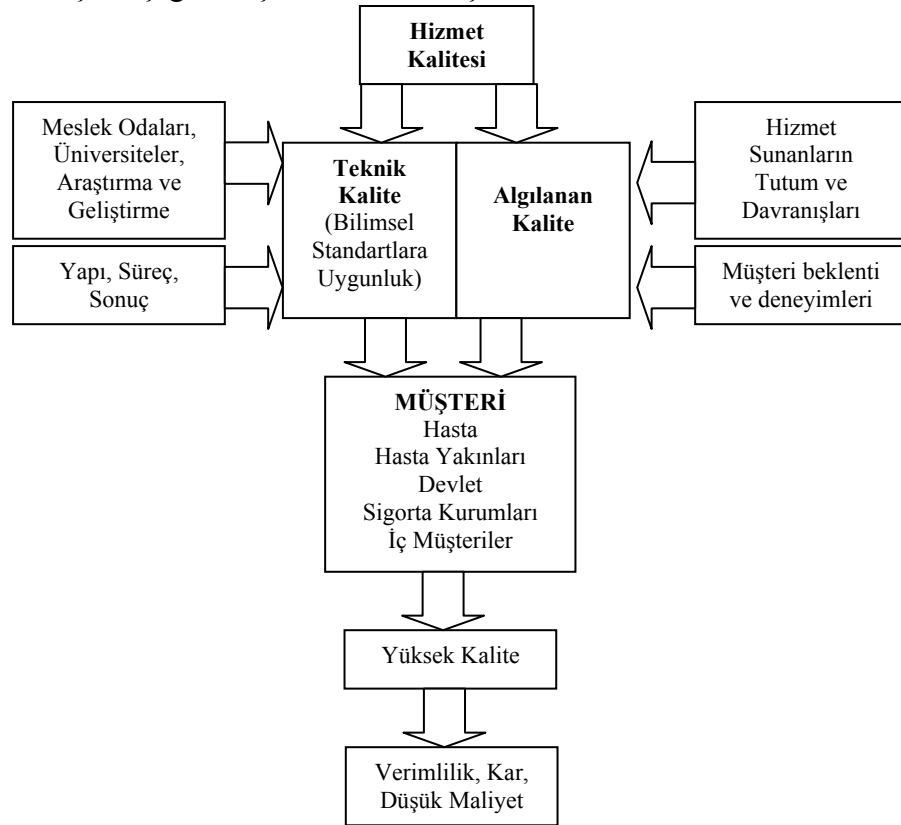
⁴ Yavuz Odabaşı, **Satışta ve Pazarlamada Müşteri İlişkileri Yönetimi**, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 2004, s.2.

⁵ Gülfidan Barış, **Kusursuz Müşteri Memnuniyeti için Şikâyet Yönetimi**, 2. Baskı, İstanbul: Mediacat kitapları, 2008, s.21

1.2. Kalite

Müşteri memnuniyeti kaliteli hizmetin en önemli göstergelerindedir. ⁶Kalite kavramı, pazarlama bakış açısıyla “müşteri beklenti ve isteklerinin karşılanması” olarak tanımlanmaktadır. ⁷ Müşteri odaklılığı temel olan bu tanım sağlık hizmetlerindeki önemli bir noktayı göz ardı etmektedir. Sağlık hizmetlerinin müşterisi olan hastanın alacağı bakım ve tedaviyi sağlık hizmeti temel sunucularından hekim belirlemektedir. Bu nedenle de “ hasta yalnızca bakım çevresi (temizlik, gürültü, bürokrasi) ve sağlık profesyonellerinin davranış biçimleri hakkında bir değerlendirme yapabilmektedir. ⁸

Sentezci yaklaşım kalitenin teknik (bilimsel norm ve standartlara uygunluk) ve sanatsal (müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması) boyutlarını bir arada ele almaktadır. Yaklaşım aşağıdaki şekilde sunulmuştur.



Şekil 1,1 Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri

⁶ Meryem Yılmaz, “Sağlık Bakım Kalitenin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti”, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Vol.5, No.2 (Mayıs 2001), s.69.

⁷ Şahin Kavuncubaşı, **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitapevi, Ankara, 2000, s.270.

⁸ Kavuncubaşı, s.270.

Müşteri beklenti ve deneyimlerinin anlaşılması ve hizmetlerin bu beklenti ve deneyimlerden elde edilen verilere göre gözden geçirilerek yeniden düzenlenmesi algılanan kalitenin olumlu yönde artmasını sağlayacaktır.

1.3. Müşteri

Çok çeşitli müşteri tanımları yapılmaktadır. Müşteri, belirli bir işletmenin belirli bir marka malını, ticari veya kişisel amaçları için satın alan kişi veya kuruluş⁹ olarak tanımlanmakla birlikte günümüzde anlam çerçevesi giderek genişlemektedir.

Hasta, müşteri mi veya değil mi? Soruları sağlık sektöründe tartışılan bir olgudur. Konuya farklı yaklaşımlar söz konusudur. Hastayı müşteri olarak görenler ve hastanın müşteri olarak görülmesine karşı olan görüşler vardır.¹⁰

Sağlık kuruluşlarının müşterileri olarak hastayı “sadece sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu hizmeti satın alan kişidir” şeklinde tanımlamak oldukça yetersizdir. Bu tanıma göre insanlar, ancak sağlık hizmeti satın aldıklarında ya da tükettiklerinde hasta tanımına uymaktadırlar. Hasta Hakları Yönetmeliğinde de hasta; “sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimse”¹¹ olarak tanımlanmıştır. En geniş anlamıyla hasta, bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar ve bu hizmetlerden yararlanma fırsatı olan veya daha önce bu hizmetlerden yararlanmış kişilerin tümüdür.¹²

Günümüzde sağlık kurumlarının tek müşterileri hastalar değildir. “Sağlık hizmetleri üretim sürecine katılan tüm birey ve kurumlar” da müşteri olarak kabul edilmektedir. Sağlık kurumlarının müşterileri dış ve iç müşteri olmak üzere iki ana grupta ele alınmaktadır. İç müşteri sağlık kurumunda çalışan ve sağlık kurumu ile organik ilişkisi bulunan kişi ve gurupları ifade ederken dış müşteri sağlık kurumunun temel çıktıklarından (hizmetlerinden) doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve

⁹ Erdoğan Taşkın, **Müşteri İlişkileri Eğitimi**, Papatya Yayıncılık, İstanbul, 2000,s.19.

¹⁰ Sedat Bostan, “Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti Sunumu” **Sağlık Hakkı Dergisi**.2006, s.29.

¹¹ Resmi Gazete, “Hasta Hakları Yönetmeliği”, 01.08.1998. Sayı: 23420

¹² Mehmet Ziya Kelat. “Kamu ve Özel Hastanelerin Müşteri İlişkilerine Bakışı”, (**Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi**. Gazi Üniversitesi SBE, 2007) s.82.

grupları içermektedir. Sağlık kurumlarının iç ve dış müşterileri aşağıdaki tabloda verilmiştir.¹³

Dış Müşteriler	İç Müşteriler
Hastalar, hasta ailesi ve çevresi	Kurum personeli (hekim, hemşire vb.) Pay Sahipleri Danışmanlar
Refakatçiler, ziyaretçiler	
Devlet	
Diğer Sağlık kurumları	
Anlaşmalı kuruluşlar	
Eczaneler	
Dernekler	
Medya	
Sigorta şirketleri	
Tıbbi malzeme ve ilaç firmaları	

Tablo 1,1 Sağlık Kurumlarının İç ve Dış Müşterileri

Toplam kalite yönetimi yaklaşımına göre müşterilerin tatmin edilmesi, en önemli başarı kriteridir. Teknik anlamda kaliteli hizmet sunumunun zorunlu olduğunu ancak bunun müşterileri tatmin etmede yeterli olmayacağını varsaymaktadır. Yalnızca dış müşteri olarak adlandırılan ve sağlık kurumundan kişilerin tatmini üzerinde odaklanılmamakta, aynı zamanda iç müşteri olarak adlandırılan kurum personelinin de tatminini ön planda tutmaktadır.¹⁴

1.2. Müşteri Tatmini ve Müşteri Tatminin Önemi

Müşteri tatmini genel olarak “müşteri istek beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi” olarak tanımlanmaktadır. Müşteri tatminini belirleyen iki önemli faktör bulunmaktadır. Birinci faktör olan müşteri beklentileri müşterilerin sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler, müşterilerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal kültürel özellikleri, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır. Müşteri tatminini belirleyen ikinci faktör, müşterinin aldığı hizmete ilişkin algısıdır. Algılar,

¹³ Şahin Kavuncubaşı, s.292.

¹⁴ MELUM, M.M., SINIORIS, K.M., : **Total Quality Management: The Health Care Pioners**, American Hospital Publishing Inc, 1992.s.7.

bireylerin aldıkları hizmetler ve hizmet üretim süreci ile ilgili görüş ve değerlendirmeleridir. Müşteri özellikleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır.¹⁵

Müşteri tatmini yukarıdaki açıklamalar ışığında, şu şekilde formüle edilebilir: Müşteri Tatmini=f(beklenti, algılama). Müşterinin beklentilerinin karşılandığını algıladığında (algılama düzeyi > beklenti düzeyi) müşteri tatmin olurken, beklentilerinin karşılanmadığını algıladığında (algılama düzeyi < beklenti düzeyi)¹⁶ tatmin olmayacaktır. Bu süreçte hasta beklentilerinin karşılanması kadar algı düzeyinin de yönetilmesi önemlidir. Nitekim Müşteri memnuniyeti Türk Standartları Enstitüsü tarafından “gerçekleştirilen müşteri şartlarının müşteri tarafından algılanma derecesi”¹⁷ olarak tanımlanmaktadır.

Müşteri tatminsizliği de “beklenen performans ile gerçekleşen performansın arasındaki fark” olarak tanımlanmaktadır. Müşteri beklentisinin karşılanmaması şikâyetin başlangıç noktasıdır. Tatminsizlik, yalnızca ürünün /hizmetin performansının müşteri beklentilerini karşılayamamış olması halinde yaşanmaz. Müşteri ile kurulan ilişkide tatminsizlik yaratabilir. Ürünün/hizmetin alımı anında çalışanların kabalığı, hizmet ortamının uygunsuzluğu, makul olmayan gecikmeler gibi nedenler ile istenilen ürünün/hizmetin mevcut olmamasında tatminsizlik, dolayısı ile şikâyet yaratır.¹⁸

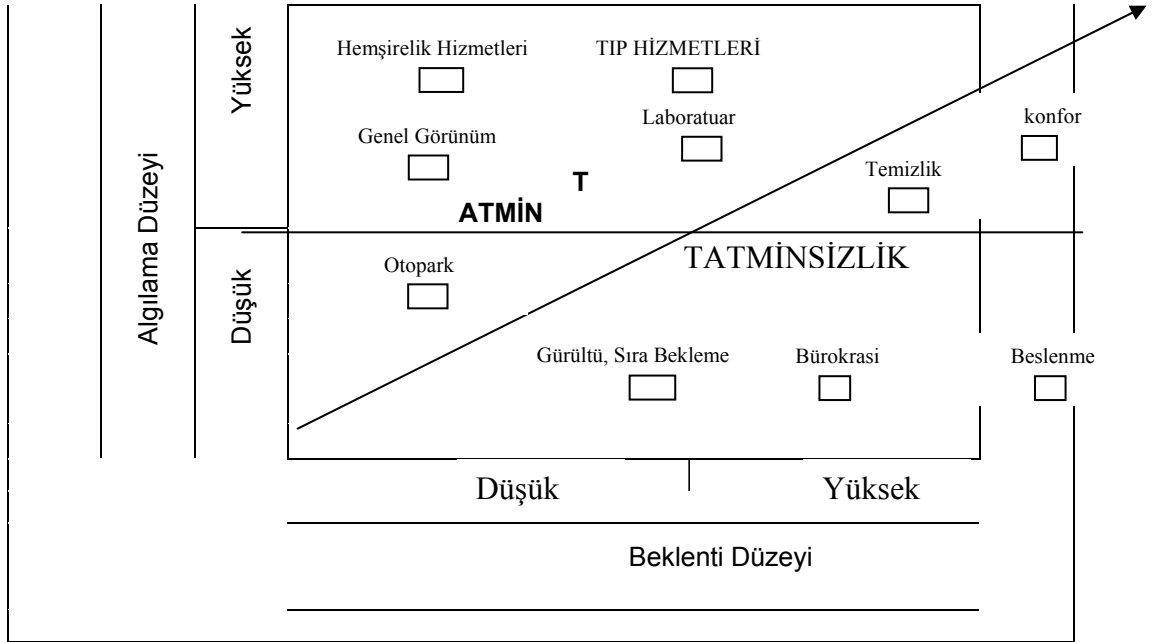
Sağlık kuruluşları hastalarına çok çeşitli hizmetler sunmaktadır. Bu hizmetler medikal hizmetler (hemşirelik hizmeti, hekim hizmeti, Laboratuvar hizmeti vb.) yönetsel hizmetler (otopark hizmeti, temizlik hizmeti, kafeterya hizmeti vb.)’dir. Hasta memnuniyetini artırmak için hangi hizmet biriminde tatminsizlik olduğu ve dolayısıyla şikâyet meydana geldiği belirlenerek o hizmet biriminin iyileştirilmesi boyutunda aksiyon almak oldukça önemlidir.

¹⁵ Kavuncubaşı, s.293

¹⁶ Kavuncubaşı, s.293.

¹⁷ TS ISO 10002, **Kalite Yönetimi-Müşteri Memnuniyeti-Kuruluşlarda Şikâyetlerin ele Alınması için Kılavuz Bilgiler**. Türk Standartları Enstitüsü, Ankara,2006,s.3.

¹⁸ Barış, 23



Şekil 1,2 Hizmet ve Bölümlere Göre Hasta Tatminin Ölçülmesi

Hizmet ve bölümlere göre hasta tatminin ölçümüne yönelik hastaların beklenti düzeyleri ve algılama düzeyleri çerçevesinde tatmin ya da tatminsizlik düzeyleri yukarıdaki şekilde görülmektedir. Kalın çizgini üzerinde bulunan hizmetler, müşterinin tatmin olduğu hizmetleri, altındaki hizmetler ise tatminsizlik kaynağı olan hizmetleri ifade etmektedir. Bir hizmete ilişkin tatmin veya tatminsizlik düzeyi, o hizmetin kalın çizgiye uzaklığı esas alınarak belirlenebilir.¹⁹

Hasta tatmini, sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel ölçütlerden biridir. Hasta tatminin insancıl nedenler, ekonomik nedenler, pazarlama ve etkinlik nedenlerinden dolayı önem taşıdığı ileri sürülmektedir. İnsancıl nedenlerin başında hasta hakları gelmektedir ki Türkiye’de 1998 yılında hasta hakları yönetmeliği hazırlanmış ve uygulamaya konulmuştur.²⁰ Ekonomik nedenler olarak hizmetin alıcısı konumunda olan hastanın diğer

¹⁹ Kavuncubaşı, s.294.

²⁰ Resmi Gazete, “Hasta Hakları Yönetmeliği”, 01.08.1998. Sayı: 23420

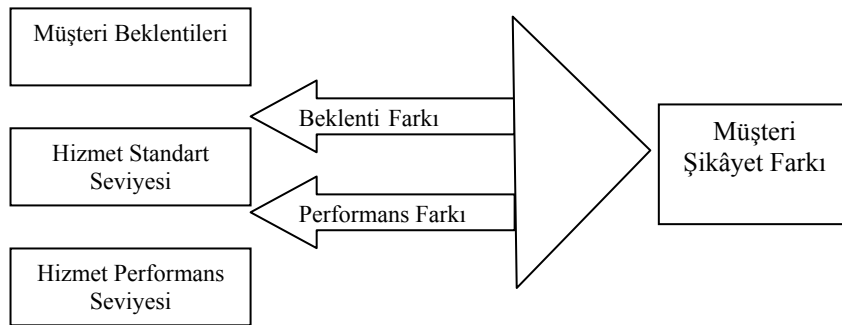
sektörlerdeki müşterilerden daha hassas olması ve tercihlerini daha ciddi yapmasıdır. Pazarlama açısından da tatmin olan hastaların, birer dış müşteri olarak sağlık kurumunun reklâm ve tanıtımını yaptıkları, sağlık kurumu hakkındaki olumlu görüşlerini başkaları ile paylaştıklarının saptanmış olmasıdır. Etkinlik nedeni olarak da tatmin edilen hastaların tedavi sürecinde daha olumlu davranışlar sergilemiş olmaları, hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uymalarıdır.²¹

1.3. Müşteri Tatminini Etkileyen Faktörler

Müşteri tatmini ölçümü sağlık endüstrisinin performans gelişiminde temel taşlardan biridir.²² Müşteri/ hasta hizmet alımı için para ve zaman harcamakta ve bunun için çaba göstermektedir. Hizmet alımı sonrasında elde edilenlerle harcananlar arasında olumsuz farkı müşteriler;

- Önceki alım deneyimlerini yaşadığı yeni deneyim ile kıyaslayarak;
- Alım deneyimi ile elde ettiklerini ideal durum ile kıyaslayarak;
- Satıcının vaatlerini dikkate alarak;
- Aldığı performansa bakarak yapmaktadır.²³

Temelde müşteri tatmini hizmet performans seviyesi, hizmet standart seviyesi ve müşteri beklentileri olmak üzere 3 temel faktöre dayanmaktadır.²⁴ Bu durum aşağıdaki şekilde daha açık olarak ifade edilmektedir.



²¹ Kavuncubaşı, s.296.

²² Allen, Lisa W., Emily Creer ve Mark Leggitt. "Developing a Patient Complaint Tracking System to Improve Performance", **Jornal on Quality Improvement**. Vol.26, No.4, 2000, s. 217–226

²³ Barış, s.23

²⁴ John Malley ve arkadaşları, "When the customer is Right", **Industrial Solution**. (May 23–26 1999),s. 37–38

Şekil 1,3 Müşteri tatmininin temelinde yer alan faktörler.

Çok boyutlu bir kavram olan hasta tatminini hangi faktörlerin etkilediği konusunda tam bir görüş birliği bulunmadığı belirtilmekle beraber hasta tatminini etkileyen faktörler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır.

- **Personel Hasta Etkileşimi:** Hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki etkileşim, hastaların sağlık durumu ve verilen hizmetin etkililiği,
- **Bilgilendirme:** Hastaların hastalık durumları hakkında bilgilendirilmeleri,
- **Beslenme Hizmetleri:** Yemeğin kalitesi, sunuluş biçimi, görüntüsü vb.
- **Fiziksel ve Çevresel Koşullar:** Aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, kolay ulaşılabilirlik, otopark, bekleme salonları vb.
- **Bürokrasi:** Randevu alma, resmi evraklarda ki onay süreçleri,
- **Güven:** Hasta mahrumiyetine özen gösterilmesi,
- **Ücret:** Sosyal güvencesi veya sağlık sigortası bulunmayan hastalar için kaliteli hizmetleri, düşük ücretle almak istemeleridir. Yüksek hastane faturaları, hastaların tatminsizliğini artırmaktadır.²⁵

Bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, farklı kişilere ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekilde tanımlanabilmektedir. Hasta beklentilerinin karşılanması hasta memnuniyetinin sağlanmasında çok hassas bir belirleyicidir. Beklenti ise; herhangi bir şeyin olacağını düşünmek ya da olacağına inanmak olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda fazla beklentisi olmayan ve bilgisi az olan hastaların daha fazla memnun oldukları, bunun yanı sıra sağlıkla ilgili konularda bilgili olan ya da beklentileri abartılı olan hastaların daha az memnun oldukları belirlenmiştir. Hastalar sağlık bakım sistemine çeşitli bireysel özellikleri, tutumları ve önceki deneyimleri ile girmektedirler. Hastanın memnuniyetini etkileyen faktörler; hastalara, hizmet verenlere, çevresel ya da kuruma yönelik faktörler şeklinde gruplandırılabilir.²⁶

²⁵ Kavuncubaşı, s.297.

²⁶ Yasemin Özkara, “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama”, (**Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi**, Akdeniz Üniversitesi SBE, 2006), s.83.

1.4. Müşteri Tatmini Ölçüm Yöntemleri

Hasta tatmini ile ilgili araştırmalar, kalitatif ve kantitatif araştırmalar olarak ikiye ayrılmaktadır. Odak grup görüşmesi, gözlem, video kayıtları, “bay müşteri” teknikleri kalitatif araştırmalarda kullanılan başlıca ölçme (veri toplama) teknikleridir. Yüz yüze yapılan (evde ve hastanede) anketler, posta ile gönderilen anketler, anket kullanarak yapılan telefon görüşmeleri ise kantitatif araştırmalarda kullanılan temel tekniklerdir.²⁷

1.5. Müşteri Şikâyetleri ve Müşteri Şikâyetlerinin Önemi

Şikâyet, tüketicinin olumsuz geri bildirimini olarak tanımlanmaktadır. Kelimelere dökülmüş sorunları dile getiren şikâyetler çok değerli uyarı sinyalleridir. Şikâyetler olmazsa, küçük sorunlar, aksilikler, performans düşüklükleri daha büyük sorunlara yol açmadan bulunamaz ve çözülemezler. Genellikle, şikâyetçi müşteriler işletmenin faaliyetlerini iyileştirme yolunda mesaj verirler, işletmeyi zor durumda bırakmazlar. Her şikâyet, müşteri ile işletme arasında tehlikeye giren ilişkiyi düzeltmek için fırsattır. Şikâyetçi müşteriler ile nasıl ilgilenildiği, işletmenin etkinliğinin belirleyicilerindedir.²⁸

İşletmelerin gerçekçi olmaları, hata yapılabilineceğini kabul etmeleri ve hataların getirebileceği problemleri saptamaları, düzeltmek için eylem planlarının olması gerekmektedir. Eylem planının ilk adımı, ortaya çıkabilecek problemler ile ilgili bir olasılık matrisi geliştirmektir. Aşağıda Barlow ve Moler’in önerdiği olasılık matrisi aşağıda mevcuttur.²⁹

²⁷ Kavuncubaşı, s.303–304.

²⁸ Pelin Özgül, “Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Şikâyetleri Üzerine Bir Alan Araştırması”, (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi SBE, 2007), s.29.

²⁹ Janalle Barlow ve Claus .Moller, **Her Şikâyet Bir Armağandır**, (Çeviren: Günhan Günay) 1. Basım, Rota Yayınlar, İstanbul:1999. s. 73.

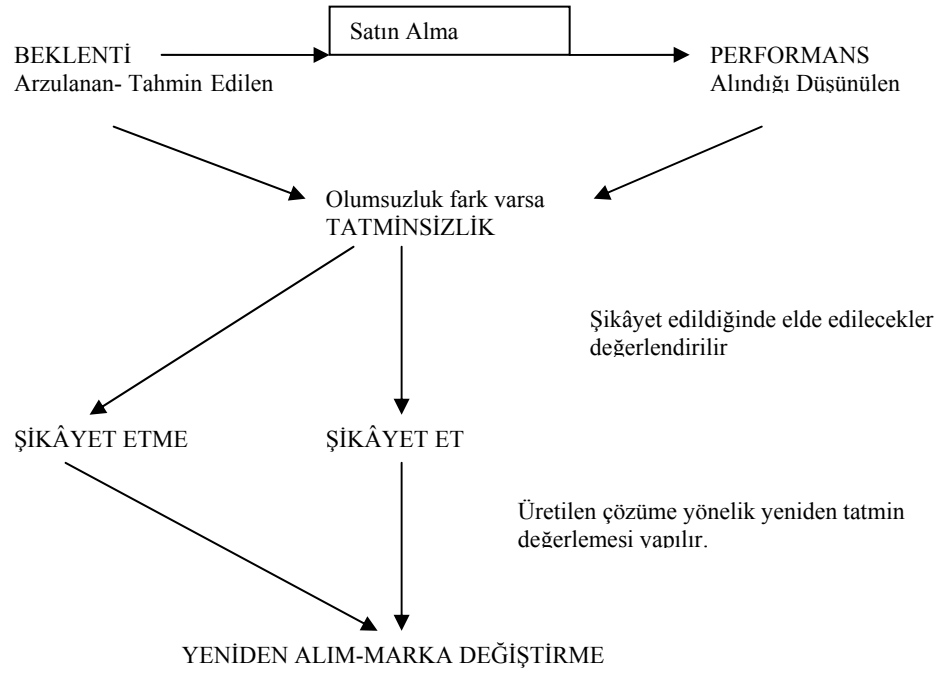
<p>Ürün / Hizmet Hatasız Müşteri Tepki Vermiyor</p> <p>İşletmenin Tepkisi: Kutlama</p>	<p>Ürün/ Hizmet Hatasız Müşteri memnun değil ve bunu dile getiriyor</p> <p>İşletmenin Tepkisi: Proaktif müşteri eğitimi</p>
<p>Ürün / Hizmet Başarısız</p> <p>İşletmenin tepkisi: Müşteriyi şikâyete cesaretlendirmek</p>	<p>Ürün/ Hizmet Başarısız Müşteri Memnun değil ve bunu dile getiriyor</p> <p>İşletmenin tepkisi: Düzeltici Eylemler</p>

Şekil 1,4 Şikâyet Yaratabilecek Durumlara ve İşletme Tepkilerine Yönelik Olasılık Matrisi

Beklenti düzeyini elde edemeyen, bir başka deyişle yaptığı alışverişin kendisi için ‘değer’ üretmediğini düşünen müşteri, öncelikle mutsuzluğunu şikâyet ederek dile getirip getirmeyeceğine karar verir. Bu karar neticesinde şikâyet etmeye karar verirse değişik yollarla (yazarak, telefon ederek, yüz yüze görüşerek) ürünü satana ya da hizmeti üretene başvurur.

Yalnızca tatmin olmamış müşteriler değil, aynı zamanda tatmin olmuş müşteriler de minik noktaları şikâyet ederek memnun oldukları kurumların, gurur duydukları markaların daha iyiye gitmesine, ömürlerinin uzamasına yol açmak isteyebilirler. Yani şikâyet etme davranışı sadakatten de kaynaklanıyor olabilir. Sadık müşteriler çok sevdikleri markaların ve işletmelerin başarıya ulaştıklarını görmek isterler. ³⁰

³⁰ Barış, s.23



Şekil 1,5 Müşteri Penceresinden Şikâyet Süreci

Müşteri şikâyetlerinin işletmenin planlarından ve planlamacılarından daha değerli olduğuna vurgu yapılmaktadır. Çünkü bu müşteriler bir ücret talep etmeksizin işletmeye, ürünleri ve hizmetleri hakkında geri bildirim sağlarlar. Onlara sırf bu yüzden müteşekkir olunmalıdır. Buna ek olarak;

- Tatmin olmamış müşteri şikâyet etmiyorsa; işletmeye veda etmiştir ya da etmek üzeredir.
- Şikâyet ediyorsa, onunla iş yapmaya devam edebileceğini de söylüyor demektir.

Her şirketin yaklaşık yılda % 18 müşteri kaybına uğradığı³¹ ve bu müşteriyi kaybetme nedenleri;

- Ölüm % 1,
- Taşınma %3,
- Tanıdıktan satın alma % 5,
- Çalışandan memnun olmama%68,

³¹Müşteri Memnuniyeti. www.psikolojikdanisma.net/sunular/iky/musteri_memnuniyeti.ppt (8 Haziran 2009)

- Fiyattan memnun olmama % 9,
- Şikâyetlerin çözümsüz kalması % 14 olarak bulunmuştur.³²

Kaybedilen bir müşterinin şirketin karını 118 dolar düşürdüğü, oysa bir müşteriyi tatmin etmenin maliyetinin sadece 20 dolar olduğu; tatminsiz müşterilerin işletmeyi terk etmeleri % 5 oranında azaltılırsa, işletmenin % 25 ile % 85 arasında kar iyileştirmesi elde edebileceği bulunmuştur.³³ Ayrıca müşterilerin yaşadıkları mutsuzlukları 9 kişiyle olumlu deneyimlerini ise 5 kişiyle paylaştıkları da söylenmektedir.³⁴

Kal-Der grubunun yaptığı bir araştırmaya göre; memnuniyetsiz müşterilerin %3-4'ü şikâyetlerini ilgili firmaya iletmekte olup, uygulamada aşağıdaki türden gelişmeler olabilmektedir.

- Şikâyeti olan her müşteri bunu ortalama 8–16 müşteriye söylemektedir. % 10'dan fazlası 20'den fazla kişiye anlatmaktadır.
- Memnun olmayan müşterilerin % 90'ı bir daha asla o satıcıdan ürün ve hizmet almamaktadır.
- Yeni bir müşteri kazanmanın maliyeti mevcudu muhafaza etmenin 5 katıdır.³⁵

Şikâyetlerden elde edilen deneyimlerine göre firmalar performanslarını tatminkâr müşterilerle geliştirmektedirler. Müşteri memnuniyetinin temel sonucu da müşteri sadakatidir

1.6. Müşteri Şikâyetleri (Deneyimleri) ve Müşteri İlişkileri Yönetimi Arasındaki Farklar

Müşteri beklenti ve deneyimlerinin anlaşılması boyutunda müşteri ilişkileri yönetimi ve müşteri deneyimlerinin yönetimi birbiri ile karıştırılmamalıdır. Bu bağlamda müşteri ilişkileri yönetimi ve müşteri deneyimleri yönetiminin

³²Müşteri Memnuniyeti. www.psikolojikdanisma.net/sunular/iky/musteri_memnuniyeti.ppt (8 Haziran 2009)

³³ Barış, s.23

³⁴ Ferah Coşar, “Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyetinin Ölçülmesi ve Bir Leasing Şirketinde Uygulama”, (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi SBE, 2006), S.14.

³⁵ Kal-Der Uzmanlık Grubu, **Müşteri Memnuniyeti Yönetimi**, Ankara: Mediacat, 2006, s.39.

farklılıklarına vurgu yapmak gerekir. Bir işletmenin doğru ürünü ya da hizmeti doğru müşteriye, doğru zamanda, doğru kanaldan, doğru fiyattan ulaştırmak suretiyle giderek artan düzeyde sadık ve karlı müşterileri belirleme, nitelendirme, kazanma, geliştirme ve elde tutma yolunda gerçekleştirdiği tüm faaliyetler³⁶ olarak tanımlanırken müşteri deneyimleri müşterilerin deneyimler çerçevesinde firma hakkındaki düşüncelerini içermektedir. Şikâyet yönetim sürecini, bu çerçevede müşteri ilişkileri yönetiminden ziyade müşteri deneyimlerinin yönetimi, çerçevesince incelemek gerekir.

Müşteri deneyimleri yönetimi (CEM) ve müşteri ilişkileri yönetimi (CRM)'in ana unsurları, zamanlama, izleyicileri, seyircileri ve amaçları arasında farklar vardır.³⁷ Müşteri deneyimleri yönetimi ve müşteri ilişkileri yönetimi arasındaki aşağıdaki tabloda ki gibi belirtilmiştir.

	Ne	Ne Zaman	Nasıl İzlenir	Kim Kullanır	İlerideki Başarısı İle İlişkisi
Müşteri Deneyimlerinin Yönetimi (CEM)	Bir müşterinin firma hakkında ne düşündüğünü ele geçirmek ve sınıflandırmak	Müşteri ile etkileşim: temas noktasında	Anketler, hedeflenen çalışmalar, gözlem çalışmaları, "müşterinin sesi" araştırmaları	İş ya da fonksiyonel liderler, hizmetler ve ürünler ile ilgili daha iyi bir deneyim ve karşılanabilir beklentiler yaratmak için	İleri gelen: beklentiler ve deneyimler arasındaki önerilen boşlukları eklemek için yerler bulmak
Müşteri İlişkileri Yönetimi (CRM)	Müşteri hakkında firmanın bildiklerini ele geçirmek ve sınıflandırmak	Müşteri etkileşiminden sonra yapılan bir kayıttır	Satış verileri, Pazar araştırmaları, web sitesi tıklanma takibi, satışın otomatik izlenmesi	Satış, pazarlama, servis sahası ve müşteri ilişkileri gibi müşteri ile karşı karşıya olan guruplar, daha verimli ve etkin yürütülmesi için	Geri kalan: talep olmadan eşantimon ürünler vasıtasıyla çapraz satış yapmak

Tablo 1,2 Müşteri Deneyimleri Yönetimi ile Müşteri İlişkileri Arasındaki Farklar

Çağdaş pazarlama anlayışına uygun bir biçimde hareket eden işletmeler, başarılı olmak için hedef aldıkları müşterilerin özelliklerini, ihtiyaçlarını, tutumlarını, tercihlerini ve sunulan mal veya hizmetler hakkındaki düşüncelerini, bunlardan ne

³⁶ Kelat, s.81.

³⁷ Mayer, Cristopher ve Andre Schwager. "Understanding Customer Experience", **Harvard Business Review**, Şubat 2007, s.120.

ölçüde tatmin duyduklarını sürekli olarak inceler ve bu bulgulara göre ürün, dağıtım, tutundurma ve benzeri pazarlama politikalarına yön verirler. Bu felsefeyi benimsemiş işletmeler için mal veya hizmet bir amaç değil, müşteriyi tatmin etmek için kullanılan bir araçtır.³⁸

1.7. Müşteri Odaklılık

Kuruluşlar müşterilerine bağlıdırlar dolayısı ile mevcut ve gelecekteki müşteri ihtiyaçlarını anlamalı, müşteri şartlarını yerine getirmeli ve müşteri beklentilerini de aşmak için çabalamalıdırlar. Müşteri odaklılık:

- Müşteri ve diğer fayda sağlayanların ihtiyaçlarının kuruluşta anlaşılması;
- Hedeflerin ve başarının müşteri ihtiyaç ve beklentileriyle ilişkilendirilmesi;
- Müşteri ihtiyaçlarını karşılama amacıyla kuruluşun performansını artırması;
- Müşterilerin memnuniyeti için kuruluşun, çalışanların bilgi ve becerilerini artırma³⁹ faydaları sağlayacaktır.

Müşteri memnuniyetini göstergelerinin beklenen yararı sağlayabilmesi için “sonuç odaklı olmaktan çıkartılıp hizmetlerin kullanıcı odaklı hale getirilmesi”⁴⁰ oldukça önemlidir. Kalite iyileştirme yaklaşımı müşterilerin kendi sağlıklarına katılımını desteklemektedir. Hastalar ve aileleri sağlık hizmeti sunan kişiler gibi tedavileri ve bakımlarına yönelik karar ve tartışmalara dâhil edilmelidirler. Bu hastaların kendileri ile ilgili kararların verilmesinde sorumluluk duymalarını sağlayacaktır. Bazı şeyler yanlış gittiğinde de hastaların bilgilendirilmesi, herhangi bir iyileştirici tedavi gerektiğinde tartışılması, araştırma bulgularının ve alınacak aksiyonların konuşulması gelecekteki hizmetlerin geliştirilmesini sağlayacaktır.

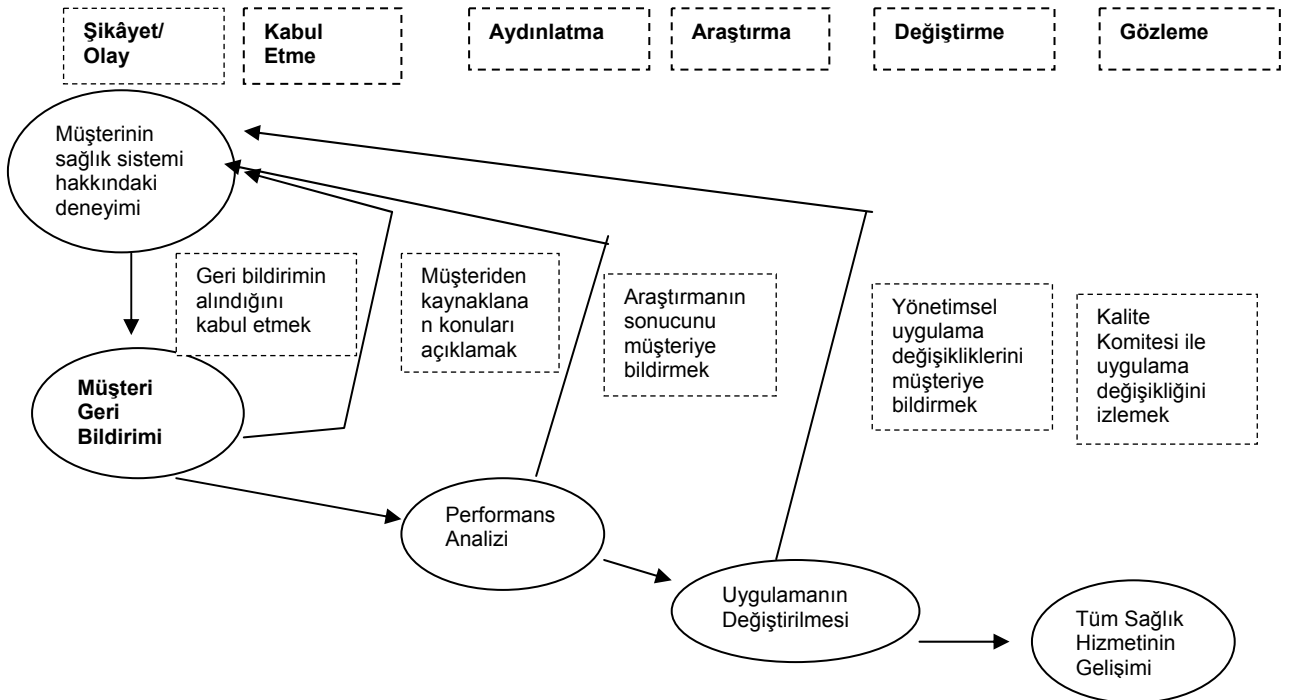
³⁸ Mehmet Karafakıoğlu, **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, İşletme Fakültesi Yayınları No:271, İstanbul, 1998, s.5.

³⁹ TS ISO 10002, s.23.

⁴⁰ Haydar Sur, **Sağlık Sektöründe Sağlık Yönetim**, 1. Baskı, İstanbul: Avrasya Global Yayınları, 2006, s.68.

Sağlık kurumları, sağlık hizmetlerini en iyi şekilde ve sürekli olarak hastalarına sunmak, değişen beklenti ve ihtiyaçlarını hasta haklarına uygun bir şekilde karşılamak zorundadırlar. Bu yüzden sağlık kurumlarında, hasta memnuniyetinin sağlanması, önleyici ve iyileştirici faaliyetlerin yapılabilmesi için hasta görüşlerine değer veren bir yönetimin olması gerekmektedir.⁴¹

Sağlık hizmetleri sunucuları, şikâyetçi olan hasta /yakını ile sonuçlar hakkında karşılıklı anlaşmaya varabilmesi için onun ne beklediğini öğrenmeli ve ne olduğu konusunda açık olmalıdır. Şikâyet eden şikâyet sürecinin sadece başlangıcında değil sürecin her aşamasına dâhil edilerek sürecin sonunda da bilgilendirilmelidir. Avustralya Sağlık Hizmeti Müşterileri Derneği kalite iyileştirme yaklaşımı çerçevesin de hasta şikâyetleri ve diğer geri bildirimlerin yönetim sürecini aşağıdaki şekilde özetlemiştir.⁴²



Şekil 1,6 Müşteri geri bildirimleri yönetim süreci

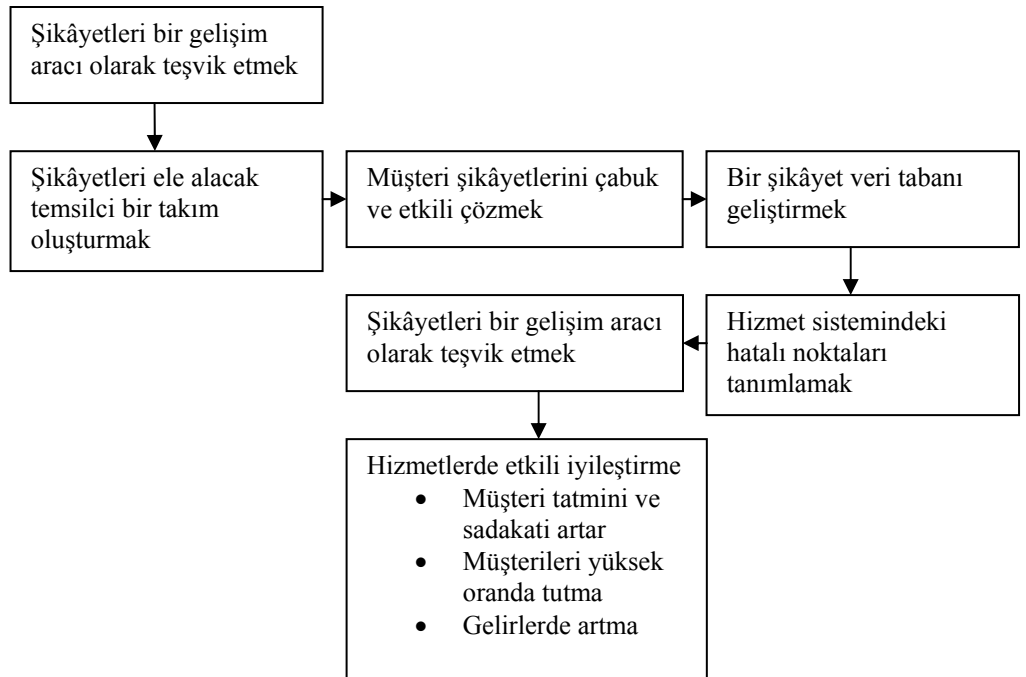
⁴¹ Semra Demirok, "Bir Özel Sağlık Kurumunda Yeni Kurulan Hasta İlişkileri Biriminin Hasta Memnuniyetine Katkısı", (Okul Bitirme Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Eğitim Fakültesi, 2006).s.75.

⁴² Australian Council For Safety And Quality In The Health Care, **Complaint Management Handbook for Health Care Services**, 2005.

<http://www.hccc.nsw.gov.au/downloads/aturning/complntmgmthbk.pdf> (10 Ekim 2008).

Hizmet iyileştirme prosesinde şikâyet yönetimin rolü altı adımda açıklanmıştır.

- 1- Kalite iyileştirmede şikâyetlerin desteklenmesi;
- 2- Şikâyetlerin ele alınması için sorumlu bir takımın oluşturulması;
- 3- Müşteri problemlerinin hızlı ve etkin çözülmesi;
- 4- Bir şikâyet veri tabanı oluşturulması;
- 5- Hizmeti sistem hatalarının tanımlanması ve
- 6- Hizmet proseslerini geliştirmek için bilgilerin kullanılması ve eğilimleri takip edilmesidir.⁴³ Sürecin özeti aşağıdaki şekildedir.

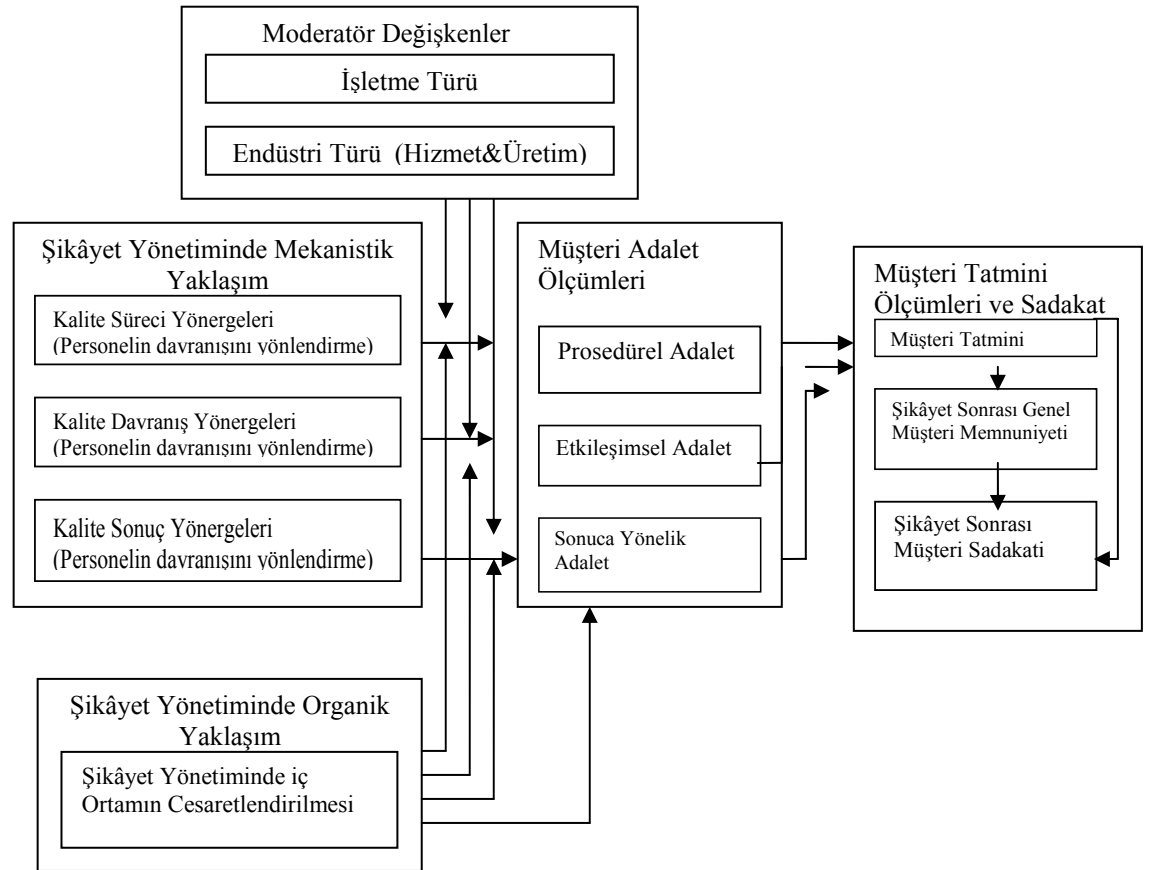


Şekil 1,7 Hizmetleri iyileştirme prosesinde Şikâyet Yönetimi

Müşteri şikâyetlerinin ele alınması sürecinde mekanistik (rehber oluşturulmasını temel alır) organizasyonel yaklaşımın (uygun iç ortamın oluşturulmasını temel alır) birbirini tamamlayan bir birleşimin kullanılmasının

⁴³ Dawn Bendall ve Tomas L. Power, “The Role of Complaint Management in the Service Recovery Process”, **Journal on Quality Improvement**, Vol.27,No.5 (May 2001), s.278–286.

müşteri sadakatini artırmada faydalı olacağına vurgu yapılmaktadır. Bu iki yaklaşımın iş ve endüstri (üretim & hizmet)çeşidine göre de değişebileceği ancak mekanistik yaklaşımın organik yaklaşıma göre daha güçlü olduğu da belirtilmektedir.⁴⁴ Bu iki yaklaşım arasındaki farklar aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.⁴⁵



Şekil 1,8 Şikâyet Yönetimine Mekanik Ve Organik Yaklaşımın Çerçeve ve Yapısı

1.8. Müşteri Sadakati

Günümüzde yaygın olan bir gerçek vardır ki; yeni müşteriyi kazanmak, mevcut müşteriyi elde tutmaktan 5 ila 15 kat arası daha pahalıya mal olmaktadır. Bu

⁴⁵ Cristian Homburg ve Andreas Fürst."How Organizational Complaint Handling Drives Customer Loyalty: An Analysis of the Mechanistic and the Organic Approach", **Jounal of Marketing**, Vol. 69, (Haziran 2005), ss.108-109

rakam elbette sektöre ve hedef pazara göre değişimler göstermektedir. Bu bilgiye sahip olan şirketler, yeni müşteri kazanmanın yanı sıra mevcut müşteriler için de yeni stratejiler geliştirmeye başlamışlardır.⁴⁶

Müşterilerin tatminini ve elde tutulmasını önemseyen işletmeler şu ya da bu şekilde şikâyetlere cevap vermektedirler. Ancak şikâyette “şikâyet sürecinin nasıl en iyi şekilde yönetileceği? Sorusu pek de bilinen bir konu değildir. Oysa şikâyet verileri ve yönetimi; üretim, insan kaynakları, dağıtım kanalı yönetimi ve finansman kararları açısından stratejik önemde olduğu kadar, küçülme, büyüme, marka yönetimi gibi diğer yönetsel kararlar açısından da hayli önemlidir.⁴⁷ İyi planlanmış şikâyet yönetim prosesi prosesleri iyileştirmede, müşteri tatmini ve sadakatini artırarak karlılıkta artış sağlamak amaçlı kullanılır.⁴⁸

Hasta şikâyetleri hastanelerin işletme olarak kendini geliştirmeleri için çok önemli bir araçtır. Ülkemizdeki hastaneler bundan yeterince yararlanamamaktadır. Kurumsal gelişim, tanıtım, pazarlama vb. adına türlü dolambaçlı yolları yürütmeyi göze alan, hatta ne gibi yarar sağlayacağı bilinmez bazı faaliyetleri yürüten hastaneler ellerinin altında her zaman var olan nimeti ele almamakta ısrar eder gibidir. Hasta şikâyetleri yalnızca hasta memnuniyeti açısından ele alınmakta ve genellikle yalnızca şikâyete neden olan kişi veya birim ile sınırlı önlemler ile dosya kapatılmakta, işlem tamamlanmaktadır.⁴⁹

Sağlık hizmetlerinde her şeyin mükemmel olması istenirken istenmeyen yan etkiler ya da komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Bu nedenle hastaların şikâyetlerinin yönetildiği bir sistem kurulması gerekmektedir (bununla ilgili tanımlanmış standart ISO 10002:2004 Müşteri memnuniyeti Kuruluşlarda Şikâyet Yönetimi Rehberi) Bu standartta bize önemli ölçüde yol göstermektedir Her şikâyet mutlaka yönetilmelidir.⁵⁰ 2. ve 3. bölümlerde hasta şikâyetlerinin daha etkili ve verimli bir şekilde ele alınması ve yönetilmesi için rehber bilgiler üzerinde durulacaktır.

⁴⁶ Umman Tuğba Şimşek, “Veri Madenciliği ve Müşteri İlişkileri Yönetiminde (CRM) Bir Uygulama”, (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi SBE, 2006), s. 95.

⁴⁷ Barış, s.98.

⁴⁸ Allen, s.217

⁴⁹ Didem Söylemez Sur, “Hizmet içi Eğitimler için Büyük Fırsat Hasta Şikâyetleri,” Hastane Dergisi. 50. Sayı. <http://www.hastanederGISi.com/50/haberdetay.asp?id=10>

⁵⁰ Ergun Şenel, Hastaların Şikâyetlerinin Yönetildiği bir Sistem Kurulmalıdır, Hastane Dergisi. <http://www.hastanederGISi.com/en/haberdetay.asp?id=4>

2. HASTA ŞİKÂyetLERİ YÖNETİMİ SÜREÇLERİ

Kuruluş, müşteri sadakatini ve memnuniyetini arttırmak, sağlanan ürünlerin kalitesini de iyileştirmek için etkili ve verimli bir şikâyetleri ele alma prosesini planlamalı ve tasarımılamalıdır. Bu süreç birbiriyle ilişkili faaliyetlerin bir setini kapsamalı ve şikâyetleri ele alma politikasına uyumu sağlamak ve hedefleri gerçekleştirmek için çeşitli personel, bilgi, malzeme, mali ve altyapı kaynaklarını kullanmalıdır. Kuruluş, diğer kuruluşların şikâyetlerin ele alınmasıyla ilgili en iyi uygulamalarını dikkate almalıdır.⁵¹

2.1. Hasta Odaklılık ve Kalite İyileştirme

Kuruluşun uyarlaması gerektiği müşteri odaklı yaklaşım şikâyetleri dâhil olmak üzere geri bildirimle açık olmalıdır ve yaptığı işlemlerle şikâyetleri çözme taahhüdünü göstermelidir.⁵²

2.1.1. Liderlik

Hizmetinizin güvenilirliği, kalitenin devamlılığı ve sürekli iyileştirmenin bir parçası olarak müşteri odaklı hizmet günümüzün geçerli yaklaşımıdır. Sağlık hizmetleri yöneticileri de kalite geliştirme programının bir parçası olarak şikâyetleri müşteri odaklı bir yaklaşımla teşvik etmelidirler.

Bu süreçte üst yönetimin yetki ve sorumlulukları:

- Kuruluş içerisinde şikâyetleri ele alma proseslerinin ve hedeflerinin kurulmasını sağlamak,
- Şikâyetleri ele alma proseslerinin kuruluşun şikâyetleri ele alma politikasına uygun olarak planlanmasını, tasarımılanmasını, uygulanmasını, sürdürülmesini ve sürekli iyileştirilmesini sağlamak;
- Etkili ve verimli bir şikâyetleri ele alma prosesi için ihtiyaç duyulan yönetim kaynaklarını belirlemek ve tahsis etmek;
- Şikâyetleri ele alma proseslerinden ve müşteri odaklı yaklaşımdan haberdar olunmasını sağlamayı teşvik etmek;

⁵¹ TS ISO 10002, s.5.

⁵² TS ISO 10002, s.4.

- Şikâyetleri ele alma proseslerinin müşterilere, şikâyetçilere ve uygulanabilir olduğunda, diğer doğrudan ilgili taraflara, kolayca erişilebilir bir tarzda bildirim konusunda bilgi sağlamak;

- Bir şikâyetleri ele alma yönetim temsilcisi atamak ve Madde 5.3.2’de verilen yetki ve sorumluluklara ilave olarak yönetim temsilcisinin sorumluluklarını ve yetkisini açıkça tayin etmek;

- Her bir önemli şikâyetin üst yönetime hızlı ve etkili şekilde bildirim için bir prosesin olmasını sağlamak;

- Şikâyetleri ele alma proseslerini etkili bir şekilde sürdürmeyi ve sürekli iyileştirmeyi sağlamak için, periyodik olarak gözden geçirmek.^{53 54}

Sağlık sektöründe ki en önemli akreditasyon kumru olan JCI’ da kurumun hastalar ve ailelerinin hasta bakımı konusundaki şikâyetlerini, anlaşmazlık ve düşünce farklılıklarının alınmasını ve bunlara yapılacak müdahale ile hastaların bu süreçlere katılma hakları ile ilgili süreçler konusunda bilgilendirilmelerini istemektedir.⁵⁵

2.1.2. Şikâyet Politikası

Şikâyetlerin nasıl ele alınacağına dair açık bir rehber olmadığında çalışanlar müşterilerin sorunlarını nasıl çözeceklerini bilemezler. Oysa çalışanlar şikâyet aldıklarında ne yapacaklarını bilmelidirler. Bu nedenle de işe bir rehber hazırlamakla başlanabilir. Hazırlanacak bu rehberin bazı temel özelliklere sahip olması gerekmektedir:

- İşletmedeki her çalışan kolayca ulaşabilmelidir,
- Sözlü değil yazıya dökülmüş olmalıdır,
- Sade ve anlaşılır bir dille ifade edilmiş olmalıdır,
- Hızlı, etkili ve güncel bir sistem ile desteklenmelidir,
- Müşteriye şikâyetinin çözüleceğine dair garanti vermelidir,

⁵³ TS ISO 10002, s.4.

⁵⁴ New South Wales Government Department Of Health, **Complaint Management Policy**, 2006. http://www.health.nsw.gov.au/policies/pd/2006/pdf/PD2006_073.pdf (10 Ekim 2008). s.3

⁵⁵ Joint Commission International, Joint Commision Acretion standards for Hospital. 3rd EditionUSA,2008, S.53.

- Müşteri isteklerine saygılı olmalıdır.⁵⁶

Üst yönetim, müşteri odaklı yaklaşımla açık bir şikâyetleri ele alma politikası oluşturmalıdır. Politika bütün personel tarafından elde edilebilir ve biliniyor olmalıdır. Bu politika müşteri ve diğer ilgili taraflarca da elde edilebilir olmalıdır. Politika, proses dâhilinde rol alan her bir fonksiyon ve personel için gerekli olan prosedürler ve hedeflerle desteklenmelidir.⁵⁷

Her sektörün kendi yapısına göre değişik şikâyet yönetim stratejileri olabilir, ama strateji ne olursa olsun belirli olması ve müşteriler tarafından da kolayca anlaşılabilmesi gerekir. Çünkü işletme her durumu anında değerlendirir, ayrı bir karar verirse müşterinin işletmeye güveni zedelenir.⁵⁸

Sağlık kurumların hekim ve diğer çalışanlardan ne beklediğini açıkça ortaya koyan resmi bir şikâyet yönetimi politika ve prosedürü oluşturmalıdırlar. Şikâyet yönetim politikası ve prosedürü açık olmalıdır ve aşağıdakileri içermelidir:

- Geri bildirim ve şikâyetleri teşvik edici;
- Risk değerlendirmesi ve takibi;
- Şikâyetlerin araştırılması;
- Şikâyetlerin kayıt edilmesi ve raporlanması;
- Ciddi şikâyetlerin soruşturulması;
- Şikâyetlerin hizmet kalitesinde iyileşmeye yol açabilecek şekilde yönetilmesi gerekmektedir.⁵⁹

Şikâyetleri ele alma prosesi için politika ve hedefler oluşturulurken aşağıdaki faktörler dikkate alınmalıdır:

- Yasal ve mevzuata dayalı şartlar,

⁵⁶ Nilson Sarıyer, “Müşteri Tatmin Aracı Olarak Şikâyet Toplama Yöntemleri- Otomobil bayilerinde bir Uygulama”, (**Yayınlanmış Doktora Tezi**, Anadolu Üniversitesi SBE, 2003), s.20.

Pelin Özgül, “Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Şikâyetleri Üzerine Bir Alan Araştırması”, (**Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi**, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi SBE, 2007), s.29.

⁵⁷ TS ISO 10002, s.4.

⁵⁸ Suat Soysal, Mağzacılık Mükemmel Müşteri Hizmeti ve Etkili Satış Teknikleri , 9. Baskı, İstanbul: Remzi Kitapevi A.Ş., 2004, s.258.

⁵⁹ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.15.

- Mali, işletmeye ait ve kuruluşla ilgili şartlar,
- Müşterilerin, personelin ve diğer ilgili tarafların girdileri dikkate alınmalıdır.⁶⁰

Üst yönetim, müşteri memnuniyetini sürdürmek ve arttırmak için yapılan şikâyetleri ele alma prosesinin planlamasını sağlamalıdır. Şikâyetleri ele alma prosesi, kuruluş kalite yönetim sisteminin diğer prosesleriyle bağlantılı ve uyumlu olabilir.⁶¹

2.1.3 Çalışan Eğitimi ve Farkındalık Yaratma

Müşteri şikâyetlerinin ele alınmasında ki organik yaklaşım çalışanların desteklenmesini öngörmektedir. İnsan kaynakları uygulamaları ve organizasyonel kültürün etkisi vardır. Bu yaklaşımın oluşturulabilmesi için çalışanlarla alakalı profesyonel/ teknik eğitim ve davranışsal liderlik gibi eğitimler ile özellikle müşteri şikâyetlerine müşteri odaklı yaklaşım sergilenmesi sağlanmalıdır.⁶² Şikâyetleri ele alma prosesinin etkili ve verimli bir şekilde çalışmasını sağlamak için, üst yönetim kaynak ihtiyaçlarını değerlendirmeli ve bunları temin etmelidir. Bunlar personel, eğitim, prosedürler, dokümantasyon, uzman desteği, malzemeler ve teçhizat, bilgisayar yazılımı ve donanımı ve mali kaynaklar gibi kaynakları kapsar. Şikâyetleri ele alma prosesine dâhil olan personelin seçimi, desteklenmesi ve eğitimi özellikle önemli faktörlerdendir.⁶³

Tüm hekimler ve çalışanlar kendi hizmet alanları ile ilgili şikâyetlerde risk yönetimi süreçlerini nasıl çalıştıracaklarını bilmelidirler. Şikâyetleri ele alma sürecine dâhil olan yöneticilerin sorumlulukları:

- Şikâyetleri ele alma proseslerinin uygulanmasını sağlamak,
- Şikâyetleri ele alma yönetim temsilcisiyle bağlantı kurmak,
- Şikâyetleri ele alma proseslerinden ve müşteri odaklı yaklaşımdan haberdar olunmasını sağlamayı teşvik etmek,
- Şikâyetleri ele alma prosesleri ile ilgili bilgilere kolayca erişilmesini sağlamak,

⁶⁰ TS ISO 10002, s.4.

⁶¹ TS ISO 10002, s.5.

⁶² Cristian Homburg ve Andreas Fürst, s. 97.

⁶³ TS ISO 10002, s.5.

- Şikâyetleri ele alma ile ilgili faaliyetleri ve kararları rapor etmek,
- Yapılan ve kaydedilen şikâyetleri ele alma proseslerinin izlenmesini sağlamak,
- Bir sorunu düzeltmek, gelecekte oluşmasını engellemek ve bu olayı kayıt altına almak için işlem yapılmasını sağlamak;
- Üst yönetimin gözden geçirmesi için şikâyetleri ele alma verisinin mevcut olmasını sağlamak ⁶⁴ gereklidir.

Üst yönetim şikâyet yönetim sürecinin devamlılığını sağlamak için çalışanların eğitimi ile sürecin farkındalığının artırılmasını sağlamalıdır. Hizmet sahasında sözel şikâyetlerle baş başa kalan personel müşteri ilişkileri, iletişim ve çatışma çözümü teknikleri konularında özellikle eğitilmelidir. Bu eğitimin kalitesi, kurum ortakları ve üst yönetimin kalitesinin seviyesini yansıtacaktır.⁶⁵

2.1.4. İletişim ve Bilgilendirilmiş Onam

Hastalarla iyi iletişim içinde olmak etkili sağlık hizmet sunmanın temel taşlarından biridir. Hastalarla kurulan zayıf ya da yetersiz iletişim şikâyetlerin yasal süreçlere yansımaya neden olmaktadır. İyi iletişim risk yönetiminin de önemli bir unsurudur.

Şikâyetleri ele alma prosesiyle ilgili bilgiler, broşürler, kitapçık veya elektronik ortamda olabilecek şekilde müşteriler, şikâyetçiler veya ilgili diğer taraflar için erişilebilir kılınmalıdır.⁶⁶ Şikâyetçiler için dezavantaj oluşturmaması için bu tip bilgiler, olabildiğince anlaşılır bir dilde ve herkes için erişilebilir formatlarda sağlanmalıdır. Bu tip bilgilere örnekler aşağıda verilmiştir:

- Şikâyetlerin yapılabileceği yer;
- Şikâyetlerin nasıl yapılabileceği;
- Şikâyetçi tarafından verilecek bilgiler;
- Şikâyetleri ele alma prosesi;
- Proseslerdeki çeşitli safhalarla ilgili süreler;

⁶⁴ TS ISO 10002, s.4.

⁶⁵ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.16.

⁶⁶ Barış, 110

- Dış kaynaklı araçlar dâhil olmak üzere şikâyetçinin düzeltmeye yönelik seçenekleri;
- Şikâyetin durumu hakkında, şikâyetçinin geri bildirimini nasıl elde edeceği olmalıdır.⁶⁷

Bilgilendirilmiş onam ve müşterilerle iletişime yönelik yazılı bir politika ve prosedürün oluşturulması uygulamaları desteklemeye yardımcı olur. Akreditasyon kurumları ve meslek odaları (TTB) bu uygulamaları desteklemektedir. Bilgilendirilmiş onam politikası;

- İletişim için etkili bir yaklaşım;
- Özellikle stresli durumlarda konunun doğasının kavranmasını;
- Bilginin anlaşılma düzeyini kontrol etme tekniği;
- Yazılı bilgi;
- Ne iletileceğinin detaylarını kayıt edilmesini sağlar.

Bilgilendirilmiş rıza uygulamalarının etkinliğinin kontrol edilmesi de önemlidir.⁶⁸

2.1.5 Şikâyet Yöneticisi

Şikâyet yönetiminde ki bir önemli nokta şikâyetleri kimin ve hangi birimin alacağıdır.⁶⁹ Şikâyet yönetiminin iyi şekilde işleme için özel sorumluluğu olan üst düzey bir klinik tedavi uzmanı veya personelin görevlendirilmesi gerekmektedir. Şikâyet yöneticisinin sorumlulukları;

- Performans izleme, değerlendirme ve rapor etme prosesini oluşturmak,
- İyileştirme için tavsiyeleri ile birlikte şikâyetleri ele alma prosesi hakkında üst yönetime rapor vermek,
- Uygun personelin temini ve eğitimi, teknoloji şartları, dokümantasyon, hedef zaman sınırlarını belirlemek ve karşılamak ve diğer şartlar dâhil olmak üzere,

⁶⁷ TS ISO 10002, s.4.

⁶⁸ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.16.

⁶⁹ Barış, s.112.

şikâyetleri ele alma prosesinin, etkili ve verimli işletilmesini ve prosesleri gözden geçirmeyi sürdürmektir.⁷⁰

Şikâyet yöneticisinin etkili olabilmesi için:

- Şikâyet konularını ele alabilmek için gerekli yetkiye sahip olması;
- Tüm hekimlerin ve çalışanların saygı duyacağı ve işbirliği yapacağı düzeyde bir pozisyonda olması;
- İcra kurulu ya da tepe yöneticilerin sorunların takibini yapabileceği raporlamayı yapabilmesi ve
- Hasta ve ailelerinin kolaylıkla erişebilecekleri bir konumda bulunması gerekmektedir.⁷¹

Bu pozisyonun risk yönetimi ve kalite iyileştirmeden sorumlu personel ve sistemlerle bağlantılı olmalıdır.

Şikâyet yöneticisinin işi,

- Şikâyet değerlendirme, bilgi toplama, zaman yönetimi ve insanlarla müzakere etme becerisi (çatışma çözümü stratejileri ile) sayesinde şikâyetin tatminkâr bir çözümünü sağlamak,
- Şikâyetçilerin endişelerini tanımlama ve şikâyet yönetim prosedürü ve yanıtlama sürecini anlamalarını sağlamak,
- Klinisyenler ve çalışanların bireysel şikâyetleri hakkında tarafsız bir şekilde bilgi toplamak ve sonuçta iyileştirme stratejileri oluşturulmasına katkı sağlamak,
- Klinisyenler ve çalışanların şikâyet politikasını anlamsını ve şikâyetleri nasıl ele alacaklarını bilmelerini sağlamak,
- Risk değerlendirmesi yapmak ve yüksek riskli her türlü şikâyetin üst yönetime iletilmesini sağlamak,
- Hizmetlerin iyileştirilmesinde kullanılan şikâyetlerden ders çıkarıldığından emin olmak,
- Şikâyette yer alan tüm tarafların eşit ve adil bir şekilde çözüm sürecine katılımını sağlamak,
- Gizliliği korumak,

⁷⁰ TS ISO 10002, s.4.

⁷¹ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.17.

- Dinleme ve sorgulama becerisi ile endişeleri belirlemek ve kabul etmek, uygun dil ve terminoloji kullanmak;

- Erişilebilir, organize ve tutarlı olmaktır.⁷²

Şikâyet yöneticisinin işini etkili ve verimli yapabilmesi için yeterli kaynağa ihtiyacı vardır. Şikâyetlerin iyi bir sistemde kayıt edilebilmesi ve raporlanması sisteminin kullanışlı bilgi üretmesi ve zaman kazandırması gerekmektedir.

Şikâyet yöneticileri ve yöneticiler sık karşılaşılan şikâyetleri incelerken:

- Şikâyetleri ele alma prosedürlerine ve referans materyallere kolay erişebilmelidir.

- Şikâyeti ele alma çevresinin iyi olması gerekmektedir. (Örneğin, görüşme için özel bir alan)

- Yeterli çalışma araçlarının bulunması önemlidir. (Örneğin, telefon, bilgisayar, yazıcı ve fotokopi)

- Şikâyetler hakkında ki bilgileri kaydetmek ve saklamak için güvenli bir sistem olmalıdır.

- Tıbbi kayıtları ve diğer bilgileri anlamada, yorumlamada ve nedenlerini anlamada klinik yardım alınmalıdır. Böylece yanlış anlamaların giderilmesi sağlanacaktır.

- Yüksek riskli şikâyetleri raporlarken üst yönetime rahatlıkla erişebilmelidir.

- Hastaların gerekli bilgilerini ortaya çıkarabilme yetkisine sahip olmalıdır.⁷³

Kurumdaki tüm Klinisyenler ve çalışanların hastalarla iletişim kurma, kendilerinden kaynaklanan kaygı ve şikâyetleri çözme girişiminde bulunma sorumluluğu olmalıdır. Şikâyet yöneticisinin işi kalite iyileştirme çerçevesinin bir parçası olarak şikâyetleri koordine etmektir.

⁷² Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.17-18.

⁷³ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.18.

2.2. Erişebilirlik

Technical Assistance Research Programs (TARP) tarafından yapılan araştırmaya göre, müşterilerin %95'i, bir sorunu olduğunda sessiz kalmayı tercih etmektedir. Aynı zamanda bu müşteriler, işletmeden bir daha ürün satın almamakta yani işletmeyi terk etmektedirler⁷⁴. Bu durumla karşılaşmak istemeyen işletmeler, müşterilerinin sessiz kalmasından ziyade konuşmasını tercih etmektedirler.⁷⁵ Bu amaçla da müşterilerinin şikâyetlerini dile getirmeleri için cesaretlendirilmeleri gerekmektedir.

Şikâyetlerin yapılması ve çözüme ulaştırılması için ayrıntıları hakkında bilgiler verilmelidir. Şikâyetleri ele alma prosesi ve destek bilgisi kolay anlaşılabilir ve kullanılabilir olmalıdır. Bilgi açık bir dilde olmalıdır. Şikâyet yapmaya yönelik bilgi ve yardım, şikâyetçiler için dezavantaj oluşturmayacak şekilde, büyük boy baskı, Braille veya teyp gibi alternatif formatlar dâhil olmak üzere, hizmetin sunulduğu veya sağlandığı format veya dilde, mevcut olmalıdır.⁷⁶ Kısaca erişebilirlik, hastaların kaygı ve endişelerini kolay bir şekilde dile getirmelerinin sağlanmasıdır. Şikâyetleri ele alma prosesi bütün şikâyetçiler için kolayca erişilebilir olmalıdır.

Genel olarak insanlar sağlık hizmetleri hakkında şikâyette bulunma konusunda isteksizlerdir. Kurumların sağlanan hizmet ve bakımın kalitesi hakkında hastalardan gelen görüş ve önerileri memnuniyetle karşılaması ve desteklemesi gerekmektedir. Hastalardan hizmet değerlendirmesi alma boyutunda ki en etkili yöntem görüşme esnasında yorumlarının sorulmasıdır. Bu boyutta yatan hastaların ziyaret edilmesi ya da hizmet sonrasında hastaların telefonla aranarak anket uygulanması önemli verilerin elde edilmesini sağlayacaktır.

⁷⁴ Judy Strauss ve Donna J. Hill, "Consumer Complaints by E-Mail: an Exploratory Investigation of Corporate Responses and Customer Reactions", **Journal of Interactive Marketing**, Cilt No:15 Sayı No:1 Kış, 2001, s.64.

⁷⁵ Necdet Timur ve Nilsun Sarıyer, "**Kayseri'deki Otomobil Bayilerinde Müşteri Tatmin Aracı Olarak Şikâyet Toplama Yöntemlerine İlişkin Bir Uygulama**", Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi", Sayı:17, No: 2, 2004, s.10.

⁷⁶ TS ISO 10002, s.3.

Şikâyet alma ve hastaların aldıkları hizmetlere yönelik geri bildirimde bulunmaları bilincini geliştirmek için broşür, web sitesine şikâyet politikasının özetinin konulması, genel alanlara işaret veya posterlerin yerleştirilmesi ya da tanıtım yapılması ⁷⁷ gibi çeşitli yöntemler önerilmektedir. Basılı bilgilerin basit ve kolay anlaşılmasının yanı sıra şikâyet yönetiminden sorumlu kişinin iletişim detayları ve adının belirtilmesi de önemlidir. Hastalardan hizmet değerlendirmesi alınması boyutunda tüm kurum çalışanlarının aktif olmaları için eğitim ihtiyaçlarının giderilmesi ve çabalarının desteklenmesi oldukça önemlidir.

Şikâyet politikasını ifade edilmesi için bir yakalama ifadesinin kullanılması, hatta bu cümlelerin sadece hastayı temel almayarak bakım ihtiyacı olan diğer aile üyelerini(şikâyetlerin % 40'ı onlardan gelmektedir), ziyaretçileri ve toplum üyelerini hedeflemesi yararlı olacağı ⁷⁸ belirtilmektedir. Tansaş Süpermarketler “ Bir Millet Uyanıyor” başlığı altında müşterilerini ve toplumu “akıl almaz müşteri hakları”⁷⁹ konusunda aydınlatmaktadır. Garanti Bankası ise “Haklı Müşteri Hattı” ⁸⁰ ile müşteri şikâyetleri, görüş ve önerileri, gizlilik politikası gibi konularda hem müşterilerini hem de toplumu bilgilendirmektedir.

Özel Sağlık kurumlarının çoğunluğu bu konuda web sitelerinde hasta hak ve sorumluluklarına yer vermektedir ancak yeterli vurgu yapılmamaktadır. “Eğer bir sorunuz varsa ya da memnun değilseniz bunu doktorunuzla ya da bir personelimizle görüşün ya da yazılı olarak iletin ki doğru şeyler yapabilelim.”⁸¹ gibi hasta ve yakınlarını cesaretlendirici cümlelere yer verilmemektedir.

Hastaların almış oldukları hizmetler hakkında geri bildirimlerinin elde edilmesi için en etkili yöntemler;

- Hekimlerin ve çalışanların gözlemlerinin ya da müşterilerin yorumlarının kaydedileceği formlar; (Ek 4 de Öneri Geliştirme Formu Sunulmuştur)

⁷⁷ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.18.

⁷⁸ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.19.

⁷⁹ Tansaş, Bir Millet Uyanıyor, <http://www.birmilletuyaniyor.com/> (25 Mayıs 2009)

⁸⁰ Garanti, Haklı Müşteri Hattı, http://www.garanti.com.tr/hakli_musteri_hatti/ (25 Mayıs 2009)

⁸¹ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.19.

- Geri bildirim Broşürleri;
- Dilek ve öneri kutuları;
- Müşteri Memnuniyeti anketleridir.⁸²

2.1.1. İsimsiz Şikâyetler

İnsanlar çeşitli nedenlerden dolayı şikâyette bulunmak konusunda istekli bir tutum sergilemezler. İnsanların sağlık hizmetlerinde şikâyet etmek için isteksiz olmalarının en müşterek nedeni hizmete erişimlerinin ya da gelecekteki tedavilerinin kötü yönde etkilenebileceği korkusudur. Şikâyetlerin her hangi bir ceza ile sonuçlanmayacağına garantisini sağlanırken isimsiz geri bildirimde bulunulabilme seçeneğinin sağlanması da oldukça önemlidir.⁸³ Şikâyetler ve diğer geri bildirimlerin isimsiz alınabilmesi sorunların tanımlanması ve eğilimlerinin takibi açısından önemli veriler elde edilemezsin sağlar.

İsimsiz şikâyetler kişilerin ileride kişilerin dış kurumlara başvurabileceği düşünülmektedir de araştırılmalıdır.⁸⁴ Alınan aksiyon veya geri bildirim imkânı içermediği halde kayıt altına alınmalı ve takibi yapılmalıdır.

2.2.2. Özel Önlemler

Kurumların müşteri tabanındaki herkesin geri bildirimde bulunmasını sağlayacak özel önlemler alması gerekmektedir. Örneğin yabancı dil nedeniyle şikâyetini yazamayan ya da ifade edemeyen hastalara tercüman desteği sağlanmalıdır. Şikâyet yönetim sürecinde kullanılan form ve bildirgelerin (broşürler) müşteri veri tabanında bulunan hastaların kullandıkları yabancı diller boyutunda oluşturulmalıdır.

Kültürel nedenden dolayı ya da sağlık hizmeti sunucusunun statüsünün bulunması (klinik şefi, bölüm başkanı vb) nedeniyle şikâyet etmeye çekinen ya da hizmet değerlendirmesi yapmayan hasta ve yakınları şikâyette bulunmaları ya da hizmet değerlendirmesine katılmaları boyutunda cesaretlendirilmelidir. Bazı

⁸² Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.19

⁸³ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.19.

⁸⁴ New South Wales Government Department Of Health, s.10.

insanların kültürel özelliklerinden dolayı şikâyet etmeme olasılıkları daha yüksektir. Örneğin; Amerikalı müşteriler aktif müşterilerdir ve şikâyetlerini işletmelere iletiler oysa Meksikalılar Amerikalılara kıyasla daha az aktiftirler, benzer kültürlerden dolayı Porto Rikolu'ların da şikâyet etmeye olumsuz yaklaştıkları söylenmektedir.⁸⁵

Diğer taraftan Hepatit C ya da akıl hastalığı gibi özel durumu olan hastalarda tatmin olmadıkları durumlarda daha yüksek sesle sıkıntılarını dile getirebilirler.

Bilgi toplarken ya da şikâyetleri değerlendirirken müşteri tabanındaki bazı grupların geri bildirimde bulunup bulunmadıkları, şikâyet bulunmadılar ise sebeplerinin araştırılması gerekmektedir. Engelli olduğu için geri bildirimde bulunamayan hasta ya da yakınları da bu konuda desteklenmeli ve engellerine göre ihtiyaçları karşılanmalıdır.

2.3. Cevap Verebilirlik

Şikâyetin alınmış olduğu şikâyetçiye derhal bildirilmelidir. Şikâyetlere aciliyetlerine göre kısa sürede cevap verilmelidir. Örnek olarak önemli sağlık ve güvenlik durumları derhal ele alınmalıdır. Şikâyetçilere nazikçe davranılmalıdır ve şikâyetlerin ele alınması prosesinde ilerlemeler hakkında bilgi verilmelidir.⁸⁶ Kısaca cevap verme bütün şikâyet ve kaygıları kabul edilmesi, kısa sürede ve hassasiyetle yanıtlanması sürecidir.

2.3.1. Sorumluluk

Şikâyet yönetiminde sağlık hizmetlerindeki herkesin sorumluluğu olmalıdır. Şikâyet yönetim politikasında klinisyenler, idari personel, yöneticiler ve üst yönetimin seviyelerinde, şikâyeti değerlendirme rollerinin aşamalı olarak tanımlanması gerekmektedir.

⁸⁵ W.M. Strahle, S.A. Hernandez ve arkadaşları, "A study of consumer complaining behavior: VCR owners in Puerto Rico", Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour, Vol.5. s.180

⁸⁶ TS ISO 10002, s.3.

Şikâyetle bulunan hasta ve yakınları ciddi bir şekilde tedavi edildiklerinden emin olmak ve saygınlık içinde tedavi edilmek isteği içinde olabileceği gibi sağlık alanındaki bilgi eksikliğinden de kaynaklanan nelerle de şikâyet edebilirler. Şikâyetlerin ele alınmasında üç seviye bulunmaktadır.

1. **Gayri resmi:** Hizmet noktasında klinisyenler ve personel tarafından çözümlenebilen basit konular.

2. **Resmi:** Şikâyet yöneticisine ya da bir yöneticiye yönlendirilen daha karmaşık konular.

3. **Ciddi ve çözümlenmemiş:** Sigorta şirketi veya dış kurumlara bildirilmesi gereken ya da düzenleyici kurumların ilkelerine ya da üst yönetimine yönlendirilen şikâyetler.⁸⁷

Birçok şikâyet hastanın hizmet aldığı birimde daha karmaşık bir hal almadan çözümlenebilir. Bu konuda tüm çalışanlar çeşitli eğitimler ile bilinçlendirilmeli ve cesaretlendirilmelidir. Çözümlenemeyen ve bir üst yöneticiye intikal eden şikâyetlerde konu kendileri ile ilgili bile olsa olumlu yaklaşım sergilemeleri gerektiği konusunda da eğitilmeleri ve cesaretlendirilmeleri gereklidir.

Hekimler ve personelden beklenmesi gerekenler:

- Şikâyeti etkin bir şekilde dinlemesi, anladığını hasta ve yakınına göstermesi ve empati kurması;
- Problemin ve şikâyetçi tarafından beklenen sonuçlarının tanımlanması;
- Eğer gerekli ise bir açıklama ve özür ya da üzgünlük ifadesi kullanması;
- Makul sonuçları bulması ve hasta ve ya yakınına önermesi;
- Önerilen çözümü uygulamak için harekete geçmesi veya gerekli ise klinik tedavi uzmanı ya da daha üst düzey bir yöneticiye bildirmesi;
- Şikâyetçi tatmin olduysa bunu onaylatması ya da tatmin olmadıysa sorunu daha ayrıntılı ele almak üzere şikâyetleri yöneten yöneticiye bildirmesi;
- Şikâyet ya da kaygının hızlıca kaydının yapılmasıdır.⁸⁸

Şikâyet yönetiminin temel adımları dinlemek, çözmek, kayıt etmek, analiz ve iyileştirme yapmaktır.

⁸⁷ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.19.

⁸⁸ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.19.

2.3.2. Yazılı Şikâyetler

Eğer şikâyet hizmet noktasında çözümlenmemiş ve şikâyetçi sorunu devam ettirmek isterse şikâyetin resmi olarak ele alınması gereklidir. Şikâyetin ilgili birim tarafından ele alınacağına dair şikâyetçiye mektup, telefon ya da e-mail ile şikâyetin alındığının bildirim yapılmalıdır. Bu süreçte şikâyetçiye şikâyetin takip süreci hakkında bilgi verilmeli, soruları ve süreçte de iletişime geçebileceği kişinin iletişim bilgileri ve sürecin ne kadar süreceği bildirilmelidir. Ayrıca şikâyetine yönelik kişisel bilgilerinin şikâyete konu olan kişiler ve diğerleri ile nasıl paylaşılacağı anlatılmalıdır.

Her bir şikâyetin alındığı şikâyetçiye derhal bildirilmelidir (Örnek olarak posta, telefon ve e-posta yoluyla)⁸⁹. Telefon görüşmesi ya da yüz yüze görüşmeler güveni yeniden inşa etmek ve bilgileri netleştirmek için önemlidir. Bu süreçte hasta ve yakınları ile temas halinde olunmalı ve onların görüşleri göz önünde bulundurulmalıdır. Yazılı iletişim açık, bilgilendirici ve günlük dil kullanılarak yapılmalıdır. Zor olan müşteri ve aileleri daha fazla zaman ve esneklik gerektirebilir.⁹⁰

Çatışmanın en aza indirilmesi ve sorunun çözümlenmesi için klinisyenler ve personel şikâyetçiye adı ile hitap etmeli, onu sözünü kesmeden dinlemeli, duygularını anlayarak empati kurmalı, saygılı ve nazik davranmalı, kışkırtıcı bir dilden sakınarak açık bir dil kullanılmalıdır. Şikâyet iletildikten sonra şikâyetin doğrulanması için özetlenmesi gerekebilir. Şikâyetçiden ayrıntılar için bilgi talep edilmeli ve sonuca yönelik beklentisi sorulmalıdır.

⁸⁹ TS ISO 10002, s.6.

⁹⁰ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.21.

Kabul sonrası, her bir şikâyet ilk olarak ciddiyeti, güvenliğe etkisi, karmaşıklığı ve derhal işlem yapılması ihtiyacı veya ihtimali gibi kriterler açısından değerlendirilmelidir.⁹¹

2.3.2. Zaman Çerçevesi

Şikâyet yönetimin de ki memnuniyetsizliğin en yaygın nedeni çözüm sürecinin uzaması ve sürecin uzayacağı konusunda şikâyetçilere bilgilendirme yapılmamasıdır. Şikâyet yönetim sürecine yönelik hedeflenen bir zaman çerçevesi oluşturulmalıdır.

- Şikâyetçiye şikâyetinin alındığının ne kadar sürede bildirileceği;
- Araştırma ve çözüm sürecinin ne kadar zaman alabileceği;
- Ciddi sorunlarda dış kurumlara ne kadar sürede bilgilendirileceği (3 gün iyi bir uygulama)
- Şikâyetçiye uzaman durumunda hangi sıklıkta bilgi verileceği belirlenmelidir.

Şikâyetlerin çözümlenebilmesi için makul bir sürenin belirlenmesinin de şikâyetin doğası ve konusu önemlidir. Uygulamada her bir şikâyet farklıdır ve şikâyetin karmaşıklığı ve çözüm sürecinin kalitesine göre süre değişebilir. Küçük işletmelerde 10–15 gün içinde çözüm tamamlanabilir. Büyük hastanelerde ve sağlık gruplarında çok sayıda insan çalıştığı için araştırma süreci çok karışık olabileceği için çözüm süreci uzun olabilir. Belirlenen zaman çerçevesinde çözülemeyen ve süreci uzayan şikâyetler de şikâyet edenlere her aşamada geri bildirimde bulunmak onları ciddiye aldığımızı gösterir.

2.3.3. Şikâyetlerin Alınması

Alınan şikâyetlerin şikâyet yönetimindeki belirlenen zaman çerçevesinde yapılıp yapılmadığını takip edecek bir izleme sisteminin oluşturulması gerekmektedir. Bu sistem her bir şikâyetin tanımlayıcı kodu özet kaydı, şikâyetin detaylarını, konusunu, risk değerlendirmesini, araştırma ve çözüm sürecini, alınan aksiyonun

⁹¹ TS ISO 10002, s.6.

doğrulanmasını ve sürece yönelik tarihleri içermelidir. Sağlık kuruluşlarında kullanılabilinecek örnek şikâyet takip formları ek 1 de verilmiştir.

TSE ISO 10002 şikâyetin etkili olarak ele alınması için aşağıdakilerin ve gerekli diğer bilgileri tanımlanması gerektiğini bildirmektedir.

- Şikâyetin tarifi ve ilgili yardımcı veriler,
- İstenen düzeltme,
- Şikâyet edilen ürünler veya bunlarla ilgili kuruluş uygulamaları,
- Cevap için miat tarih,
- Kişiler, kısım, şube, kuruluş ve pazar bölümü hakkında veriler,
- Yapılan ilk işlem (varsa).⁹²

2.4. Etkili Değerlendirme

Her bir şikâyet, şikâyetlerin ele alınması prosesi esnasında, adil, objektif ve tarafsız şekilde değerlendirilmelidir.⁹³ Şikâyetler değerlendirilirken risk değerlendirmesi, şikâyetçinin beklentileri ve hesap verebilirlik göz önünde bulundurulmalıdır.

2.4.1. Problemi Anlamak

Şikâyetlerin ilk değerlendirilmesi hizmet noktasında yapılmalıdır. Değerlendirme de ciddi olayların hızlıca dikkate alınması ve uygun aksiyonun gerçekleştirilmesi oldukça önemlidir. Klinisyenler ve personel şikâyeti değerlendirip değerlendirmeyeceğine karar vererek değerlendiremeyeceği şikâyetleri şikâyet yöneticisine yönlendirmeli ya da iletmelidir. Resmi şikâyet ve olaylarda şikâyet yöneticisi risk değerlendirmesi yapmalıdır.

İlk olarak problemin anlaşılması için zaman harcanmasıdır. Bazı durumlarda yazılanlar ya da söylenenler şikâyetçinin gerçek kaygılarını yansıtmayabilir. İngiltere’de Profesör Linda Mulcahy tarafından yapılan bir araştırmada Ulusal Sağlık Hizmetine iletilen şikâyetlerin % 40’ın da şikâyetçilerin klinik bakım standardından

⁹² TS ISO 10002, s.6.

⁹³ TS ISO 10002, s.3.

emin olmadıkları ya da ne istedikleri bilmedikleri için açık olmadıkları bulunmuştur.⁹⁴

2.4.2. Çözüm Seçenekleri

Şikâyetlerin çoğunluğu olayların nasıl oluştuğu konusunda yapılan küçük bir takip neticesinde çözümlenebilir. Elde edilen bilgilerin şikâyetçiyle yapılan müzakere ile aktarılması sorunun taraflar tarafından anlaşılmasını ve çözümlenmesini sağlayabileceği gibi ciddi ve karmaşık konularda tarafsız bir kişinin konuya müdahil olması daha doğrudur. Şikâyet yöneticisi şikâyeti ilgili bölüm yöneticisi ve diğer müdahil yöneticilerle paylaşarak çözümün sağlanması boyutunda devreye girmelidir. Uygulamada JCI belgesine sahip birçok kurumda standartlar gereği şikâyet ve önerileri değerlendirme komiteleri vardır.

Kurum tarafından şikâyete yönelik hasta memnuniyeti sağlanamadığı takdirde dış kaynaklı tarafsız kurumlardan destek alınmalıdır. Dış kaynaklı çözüm hastanın tarafsızlıktan ödün verileceği kaygısını ortadan kaldıracığı için daha tatminkâr olacaktır. Uygulamada ise özel sağlık kuruluşları kurumsal gizlilik ve ticari kaygılardan dolayı dış kaynaklı çözüm tercihini kullanmamaktadırlar.

Sağlık Bakanlığı hasta şikâyetleri üzerine hasta hakları çerçevesinde son 6 yıldır yoğunlaşmıştır. Yurt genelinde bulunan devlet hastanelerinde Hasta Hakları Ofisleri kurularak hasta şikâyetlerinin ele alınmasını sağlamaya başlamıştır. Sağlık bakanlığı web ortamında da hasta şikâyetlerini Hasta Hakları Başvurusu Bildirim Formu⁹⁵ ile almakta ve internet sayfasında yıllar bazında hasta şikâyetleri istatistiklerini toplumla paylaşmaktadır. Sağlık bakanlığı hastanın hizmet aldığı kurumda şikâyetin çözümlenmediği durumlarda konuyu Hasta Hakları Kuruluna iletmektedir. 2008 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelere iletilen 65.824 hasta

⁹⁴ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.21

⁹⁵ Sağlık Bakanlığı. Hasta Hakları Başvurusu Bildirim Formu.
<http://sbu.saglik.gov.tr/sbhastahaklari/sikayet.aspx> (25 Mayıs 2009)

şikâyetinin, % 85'i hastanın hizmet aldığı sağlık kuruluşu tarafından çözümlenirken % 14'ü Hasta Hakları Kurulunda görüşülmüştür.⁹⁶

2.4.3 Risk Değerlendirme

Risklerin belirlenmesi, değerlendirilmesi ve yönetilmesi ile risk yönetimi stratejilerinin geliştirilmesini sağlamaktır. Risk yönetimi risklerin bilinçli olarak yönetilmesidir. Riskin mutlaka ortadan kaldırılması ya da azaltılması değildir.

Tüm yazılı şikâyetler risk seviyesini tanımlamak ve uygun aksiyonları planlamak için alındıktan hemen sonra değerlendirilmelidir. Risk değerlendirmesinin amacı yüksek riskli şikâyetlerin üst düzey yöneticiye hızlıca iletilmesi sağlamaktır.

Risk değerlendirmesi yapılırken olayın olasılık sıklığı ve sonuçlarının ciddiyeti temel alınmalıdır. Olayın olasılık sıklığı ve sonuçlarına göre şikâyetin önem derecesi belirlenir ve böylece tutarlı ve güvenilir bir risk değerlendirmesi sistemi kurulur.

Bütün ilgili durumları ve şikâyeti konu alan bilgiyi araştırmak için her türlü makul çaba sarf edilmelidir. Araştırma seviyesi şikâyetin oluşma sıklığı ve ciddiyeti ile orantılı olmalıdır⁹⁷ Örnek bir risk derecelendirme matrisi aşağıda sunulmuştur.⁹⁸

Sonuç / Olasılık	Ciddi	Büyük	Orta	Küçük	En az
Sık Sık (her gün)	4	4	3	2	2
Büyük Olasılıkla	4	4	3	2	2
Bazen	4	3	3	2	2
Küçük Olasılıkla	4	3	2	1	1
Nadir	2	2	2	1	1

Tablo 2,1 Önem Derecelendirme Matrisi

⁹⁶ Sağlık Bakanlığı. Hasta Hakları Uygulamaları İstatistikleri. <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/istatistik.htm> (25 Mayıs 2009)

⁹⁷ TS ISO 10002, s.6.

⁹⁸ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.21

Olayın olasılık sıklığı ve sonuçlarına ile belirlenen önem derecesine göre aksiyonların planlanması gerekmektedir. Örneğin önemi 3 ve 4 derece olanların en üst yöneticiye bildirilmesi ve nedenlerinin araştırılması, detaylandırılması gerekmektedir. 2 ya da 1 derece olanlar rutin olarak yönetilen şikâyetlerdir ki bunun anlamı olası gelişim stratejilerini bulmak için gözden geçirilmesi gerektiğidir. Örnek bir önem derecesi uygulaması ek 2 de verilmiştir.

Bir olayın sonuçları ciddi, önemli, orta ve minör olarak tanımlanması için referans faktörleri:

- Müşterinin fiziksel olarak yaralanma seviyesi;
- Hasta bakımındaki idari sistem hatası (örneğin test sonuçlarının kaybolması);
- Çalışanın yaralanma seviyesi (meslek hastalığı ve güvenlik olayları);
- Dava ve olumsuz reklâmda dâhil olmak üzere mali ve kurumsal kayıp seviyesi;
- Müşteri ilişkileri hizmetlerinde ki zarar seviyesi⁹⁹ temel alınabilir.

Olasılık sıklığına yönelik de aşağıdaki tablo baz ya da kuruma özel bir uygulama baz alınabilir.

Kategori	Açıklama
Sık Sık	Sık deneyimlenen, tekrarlayan
Büyük Olasılıkla	Bir yılda birkaç kez olası olan durumlar.
Bazen	Zaman zaman olur, sürekli değil, düzensiz.
Küçük Olasılıkla	Nadir, beklenmedik fakat daha önce olmamış.
Nadir	Genellikle 1 kez, sağlık bakım hizmeti ile alakası hafif muğlâk

Tablo 2,2 Olasılık Sıklılığını Belirleme

Örneğin bir hastanın tedavi sonucunda zarar görmesine bağlı olarak hastanede kalış süresinin uzaması ya da hastaneye kabul edilememesi ciddi olarak

⁹⁹ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.21

tanımlanır ve 2 ya da 3 olarak derecelendirilir. İletişim yetersizliğinden kaynaklanan tek bir şikâyet orta olarak sınıflandırılabilir ve 2 derece olarak belirlenir fakat sık alınan nezaketsizlik şikâyeti 3 olarak derecelendirilir.

Müşteri ilişkileri hizmetinde ki zarar randevunun ertelenmesi, bekleme zamanı, iletişim yetersizliği ve park problemlerinden kaynaklanıyor olabilir.

Akreditasyon kurumu olan JCI hasta şikâyetlerini kalite olayları olarak ele almakta ve üç ana grupta incelemektedir. Kendisine bildirilen şikâyetleri ilk ele alma kriterlerinden geçirdikten sonra yüksek öncelikli kalite olayları, orta öncelikli kalite olayları ve düşük öncelikli kalite olayları sınıflamasına göre alacağı aksiyonları planlamaktadır. Yüksek öncelikli kalite olaylarını iki iş gününde işleme koyarak aksiyon alındığı, orta kalite olayları da 10 iş günü içinde işleme alarak aksiyon alındığı belirtilmektedir.¹⁰⁰ JCI belgesine alan kuruluşlara yönelik şikâyetlerin nasıl yapılabileceği konusunda kamuya web sitesi aracılığı ile bilgilendirme yapmakta¹⁰¹ ve verdiği link (complaint@jointcommission.org) ile hasta ve yakınlarının şikâyetlerini alarak analizlerini yapmaktadır.

2.4.4. Bireylerin Performansı ve Dış Kurumlara Bildirim

Şikâyetlerin bir kısmının çalışanlardan kaynaklandığı bilinmektedir. Aslında bu noktada, müşteri tatminin bir boyutu insan kaynakları yönetiminin sınırlarına girmeye başlar. Müşteri tatminsizliğinin çalışanlardan kaynaklanması durumu, kurumdan ve üstlerden alınan desteğe ve motivasyona kadar uzanan çizgide incelemek mümkündür.¹⁰²

Risk değerlendirme boyutunda şikâyetler bir klinisyenle ilgili ise durumu klinisyenin ve yöneticisinin değerlendirmesi aynı zamanda diğer meslektaşlarından konsültasyon gerekliliği söz konusu olabilir. Bilgi, beceri, bakım ve ya karar eksikliği, suçu da içeren uygunsuz davranışlar (Örneğin, saldırı veya sahtekârlık),

¹⁰⁰ The Joint Commission, Report a Complaint- Quality Incident Review Criteria, http://www.jointcommission.org/GeneralPublic/Complaint/qi_review_criteria.htm (07 Şubat 2009)

¹⁰¹ The Joint Commission, Fact about The Joint Commission's Complaint Process. <http://www.jointcommission.org/GeneralPublic/Complaint/oqm.htm> (30 Nisan 2008)

¹⁰² Simon J. Bel, Bülent Mengüç ve Sara L. Stefani, “**Consumer Relation as A Response To Dissatisfaction**”, Academy of Marketing Science. Journal(Spring 2004), s.112.

hasta ile uygunsuz cinsel ilişki, uygunsuz reçete vermek gibi durumlar da olayı meslek odaları ya da yasal merciler gibi düzenleyici kuruluşlara bildirme zorunluluğu olacak şekilde bir politika oluşturulmalıdır.¹⁰³

CEO ya da kurum sahipleri hastanın uygun bakım ve tedavisinin yapılabilmesi için hasta güvenliği ve önemli risk faktörlerini ya da önemli kaygılara yönelik ilgili meslek odalarına ya da düzenleyici yasal kuruluşlara başvurmalıdır.

2.5. Etkili Çözüm

Şikâyet yönetim sürecinin tamamının da tüm taraflar açısından adil olunmalı ve adil sonuçlara ulaşılmalıdır.¹⁰⁴ Şikâyet sürecinde tatmin, alım sonrası tatmin ve şikâyet sonrası tatmin olarak ikiye ayrılmaktadır. Şikâyet sonrası tatmine ikincil tatmin denilmekte ve müşterinin şikâyet sürecine yönelik tatminini ifade etmektedir. Adalet, her mübadelenin alım deneyiminin temel ilkesi olduğu gibi şikâyetlerin çözülmesinin de temel ilkesidir.¹⁰⁵ Şikâyet çözüm sürecinin ve sonuçlarının adil bir şekilde yapılması müşteri tatminini sağlama da önemli bir rol oynayacaktır.

2.5.1. Adalet

Kurumsal alıcı- satıcı, evlilik ilişkileri gibi çok değişik bağlamlarda yapılan araştırmalar da adalet kavramının, çatışma durumunda insanların çözüm olarak sunulanlara gösterdiği tepkileri açıklarken bir hayli önemli olduğunu göstermiştir. Tıpkı diğer süreçlerde olduğu gibi şikâyetlerin çözümü sürecinde de işletmelerin tepkilerine yönelik adalet üç boyutu ile algılanmakta ve değerlendirilmektedir.

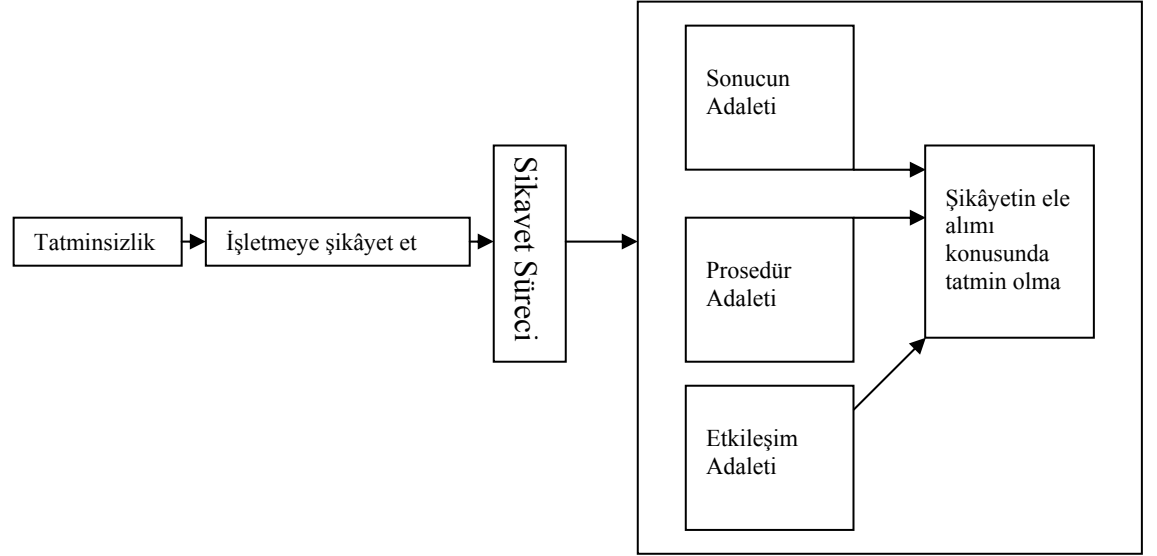
- **Sonuca yönelik adalet (distributive justice):** İşletme tarafından önerilen çözümün adaletli olup olmasına yönelik algılardır.
- **Prosedürlere yönelik adalet (procedural justice):** Şikâyet ele alınırken kullanılan politika ve prosedürlerin adil olup olmadığına yönelik algılanan durumlardır.

¹⁰³ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.21

¹⁰⁴ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.23.

¹⁰⁵ Barış. s.118.

- **Etkileşime yönelik adalet (interactional justice):** Çözüm sürecinde müşteriye gösterilen davranışlar (kaba, nazik gibi) ile ilgili algılardır. Aşağıdaki şekil bu süreci bir bütün içinde yansıtmaktadır.¹⁰⁶



Şekil 2.1 Şikâyet Çözümündeki İlişkilerin İncelenmesi

Şikâyetlerin araştırmasını yaparken araştırmayı adil ve çok yönlü yürütmek gerekmektedir. Burada şikâyetçi, hizmet ve çalışan arasında oluşabilecek güç dengesizliğine dikkat etmek gerekmektedir. Doğal hak gereğince kararlarda, karar vericinin önyargısız ve tarafsız olması ve kararın ilgili bilgilere dayanmasını gerektirir. Şikâyet araştırma ve çözme süreci olayda direk etkilenen şikâyetçilerin, klinisyenlerin ve çalışanların açık olmasını gerektirir. Sürecin en önemli aşamasının tamamlanması için süre belirleyerek belirsizlik ve gecikmelerden kaçınılmalıdır. Eğer şikâyeti çözme ve araştırma karmaşık bir süreç olacak gibi ise araştırma süreci aşamalara bölünmelidir. Şikâyetten etkilenen herkese yeterli bilgi verilmeli ve cevap vermeleri için yeterli zaman sağlanmalıdır.¹⁰⁷

Doğal adaletin gerektirdikleri:

- Şikâyetçi ve şikâyetten direk etkilenen klinisyen ve personele şikâyetle ilgili bilgileri sağlamak için fırsat tanıyarak şikâyetle ilgili tüm iddiaların doğası hakkında bilgilendirmek;
- Politika ve prosedürle süreci takip etmek ve sürecin iyi bilinmesini sağlamak;

¹⁰⁶ Barış. s.118.

¹⁰⁷ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.25.

- Kararlar verilirken şikâyetçi, şikâyetle direkt ilgili klinisyen ve çalışanların görüşlerini kapsayan bilgileri temel almak;
- Tüm ilgili taraflar nihai kararlar ve kararların sebepleri hakkında bildirilmektedir.¹⁰⁸

Doğal adalet gizlilik de gerektirir ki bu sonraki bölümde tartışılacaktır. Adaletin unsurları, tanımları ve farklı araştırmalarda incelenilen değişkenleri aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.¹⁰⁹

İlgili Kavramlar	Tanım	İlgili Taranan Değişkenler
Sonuca yönelik adalet		
Denklik	Mübadeleyle giren ile orantılı bir çıktının elde edilmesi	Tatmin Yeniden alım niyeti Ağızdan ağza iletişim
Eşitlik	Mübadeleyle katkısına bakılmaksızın herkese eşit çıktı verilmesi	Tatmin Sosyal Durum
İhtiyaç	Katkıya bakılmaksızın ihtiyaçlara dayanılarak çıktı sunulması	Tatmin
Prosedürlere yönelik adalet		
Süreç Kontrolü	Karar süreci içinde görüşleri özgürce iletebilme	Tatmin Bağlılık
Karar Kontrolü	Ulaşılan çıktıyı kabul edip etmeme konusunda sunulan özgürlük	Tatmin İlişkiye yatırım
Ulaşılabilirlik	Sürece girebilme kolaylığı	Tatmin
Zamanlama / Hız	Bir süreci tamamlamak için gereken / geçen süreye yönelik algı	Kızgınlık Belirsizlik Tatmin Hizmet Kalitesi
Esneklik	Sürecin bireysel şartlara uyabilmesi yeteneği	Pazar yönlülük Tatmin
Etkileşime yönelik adalet		
Açıklama / Nedensellik	Şikâyetin neden ortaya çıktığına yönelik bir açıklama yapılması	Tatmin Adalet
Dürüstlük	Verilen bilgilerin algılanan doğruluğu	Tatmin
Kibarlık	Kibar, iyi ve ince davranış	Şikâyetin değerlendirilmesi Yeniden açılım niyeti Tatmin
Çaba	Bir problemi çözmek için sarf edilen pozitif enerjinin miktarı	Öfke Tatmin Güven
Empati	Özenli, bireye itina ile yaklaşan çözümler	Hizmet Kalitesi Tatmin

Tablo 2,3 Adaletin Unsurları, Tanımları ve Farklı Araştırmalarda İncelenilen Değişkenler

¹⁰⁸ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.26.

¹⁰⁹ Stephan S. Tax, Stephan W. Brown ve Murali Chandrashekar, “Customer Evaluations of Service Complaint Experiences: Implications for Relationship Marketing”, Journal of Marketing, Vol.62, (April 1998), s.63.

2.5.2. Ortak Problemleri Çözme

Müzakere, bir anlaşmaya en azından memnunluk verici bir düzeye ulaşmak için tarafların tartışma yoluyla uzlaşmalarıdır. İki insanın birbirlerini dinlemeleri ve ortak bir zemini tanımlayacakları seçeneklerini tespit etme gerekliliği süreci olarak da tanımlanır. Birçok şikâyette, şikâyetin araştırılmasından sonra sadece müzakere ile sorun çözümlenebilir.¹¹⁰

İnsanların kaygılarını tartışması daha kullanışlı ve detaylı bir bilginin elde edilmesi için bir fırsattır. Telefonla iletişim ve yüz yüze görüşme güvenin yeniden oluşturulması ve bilgi alışverişi için gereklidir. Müzakere ile problem çözümü yaklaşımı hasta ve sağlık hizmeti sunucusu arasında ki iletişimin sürekliliğini sağlar.

Müzakere ile problem çözümünün yürütülmesi için:

- Konu hakkında bilgi sahibi olmak;
- Açık olarak düşünebilmek,
- Sadece ders vermek değil, aktif dinlemek ve soru sormak;
- Sadece ilgili talepleri değerlendirmek değil, sorunları ve çıkarları (belli başlı güduları) tanımlamak;
- Şikâyetin içeriğinden kişiyi ayırmak;
- Taraflar arasında anlaşmazlık varsa ne yapılabileceğini tartışmak;
- Çeşitli seçenekler geliştirmek;
- Tüm taraflar için uygulanabilir bir anlaşma sağlamaktır.¹¹¹

2.5.3 Şikâyetlerin Araştırılması

Bir şikâyetin araştırılmasının niteliği şikâyetin niteliğine göre değişecektir. Şikâyetin araştırılması;

¹¹⁰ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.26.

¹¹¹ Australian Council for Safety and Quality in Health Care s.26.

- İlgili gerçekleri toplama, şikâyetle ilgili tüm kişilerle görüşme, ilgili kayıtları toplama, politika ve prosedür dokümanlarına erişme ve donanımları inceleme;
- Toplanan bilgileri analiz etme;
- Olayların ve şikâyetin temel nedenlerini oluşturan bulguları ortaya çıkarma;
- İyileştirme önerileri yapma ve stratejiler düşünmektir.

Ciddi konularda araştırmaya olayın hemen akabinde, olaylar henüz unutulmadan ve materyaller kaybolmadan ya da bozulmadan başlanması önemlidir.

Araştırmayı yapacak bölüm yöneticisinin tarafsız kalma ihtiyacı vardır. Onların sorumlulukları gizliliği korumak ve ilk değerlendirmeler yapılırken bireylere karşı olumsuz yargıların oluşmamasını sağlamaktır.

Şikâyetçilere, araştırma için katkı sağlarken ve görüşlerini sunarken yardımda bulunulması gerekmektedir. Araştırma sürecinde şikâyetin temel nedenlerinin organizasyonel ve sistemsel boyutta analiz edilmesine ihtiyacı vardır. Olayın temel nedeninin varsayımlara dayanmadan gözden geçirilmesi önemlidir.

Bütün şikâyetler sınıflandırılmalıdır ve sonrasında tekrarlanan ve bir tek defa olan sorun ve eğilimler sistematikliğini tanımlamak ve şikâyetin asıl nedenini ortadan kaldırmaya yardım etmek için analiz edilmelidir.¹¹²

Sorunun temel nedeni doğru olarak saptandıktan sonra, ileride yeniden oluşmasını engelleyecek stratejiler geliştirilir. Karar vermeden önce finans ya da kaynakların tamamının kullanılacağı yalanını varsaymaktan kaçınılması gerektiği akılda tutulmalıdır.

¹¹² TS ISO 10002, s.7.

2.5.4 Şikâyetçileri ve Diğerlerini Bilgilendirme

Şikâyetçi ve şikâyete dâhil olan personele şikâyet hakkında alınan karar veya yapılan her bir faaliyet, karar alınır alınmaz veya faaliyet yapılır yapılmaz bildirilmelidir.¹¹³

Şikâyetin araştırması tamamlandıktan sonra sağlık kuruluşunun hastalarına açık bildirim standartlarına (hastanın yaralanması ve da zarara uğraması ile sonuçlanan hasta ile ilgili olaylarda hasta ve ailesiyle konunun açıkça tartışılması)¹¹⁴ göre sağlaması gerekenler;

- Zarara uğradığı için üzüntü ifadesinin kullanılması;
- Kliniksel ve diğer ilgili gerçekler;
- Hastanın artan kaygıların detaylandırılması;
- İstenmeyen olaya katkıda bulunan faktörlerin özeti;
- İstenmeyen olayın nasıl oluştuğu, tekrarlamaması için alınan önlemler

nasıl gözlemleneceği bildirilmelidir.

Bu bilgiler yüz yüze görüşme ve mektupla ya da her ikisiyle sağlanabilir. Bakımın hassas ve net bir şekilde sunulması için bunun yapılması gerekmektedir.¹¹⁵

2.5.5 Elde Edilen Sonuçlar

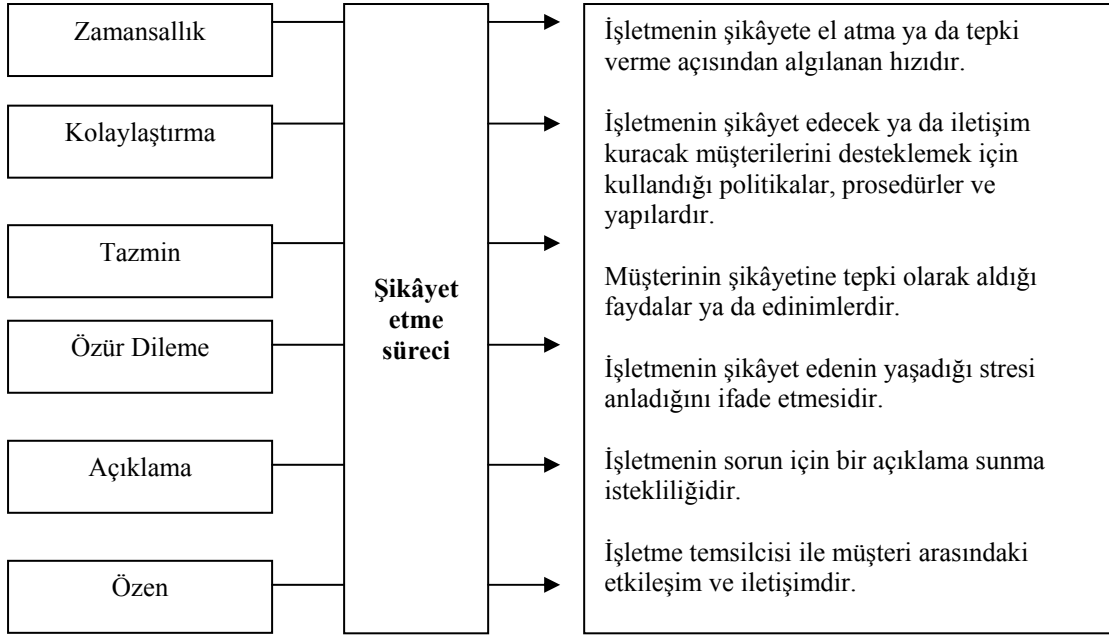
Kurumların şikâyetlere verdiği tepkiler farklı boyutlardadır. Bu boyutlar Dowidow tarafından aşağıdaki şekilde ortaya konulmuştur.¹¹⁶

¹¹³ TS ISO 10002, s.6.

¹¹⁴ NSW Health. Open Disclosure. <http://www.health.nsw.gov.au/quality/opensdisc/index.html> (2 Haziran 2009)

¹¹⁵ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.28.

¹¹⁶ Moshe Davidow, “**Organizational Responses to Customer Complaints: What Works and What Doesn’t**”, Journal of Service Research, Vol.5, No.3, s.232.



Şekil 2.2 Şikâyetlere Verilen Tepkiler ve Açıklamaları

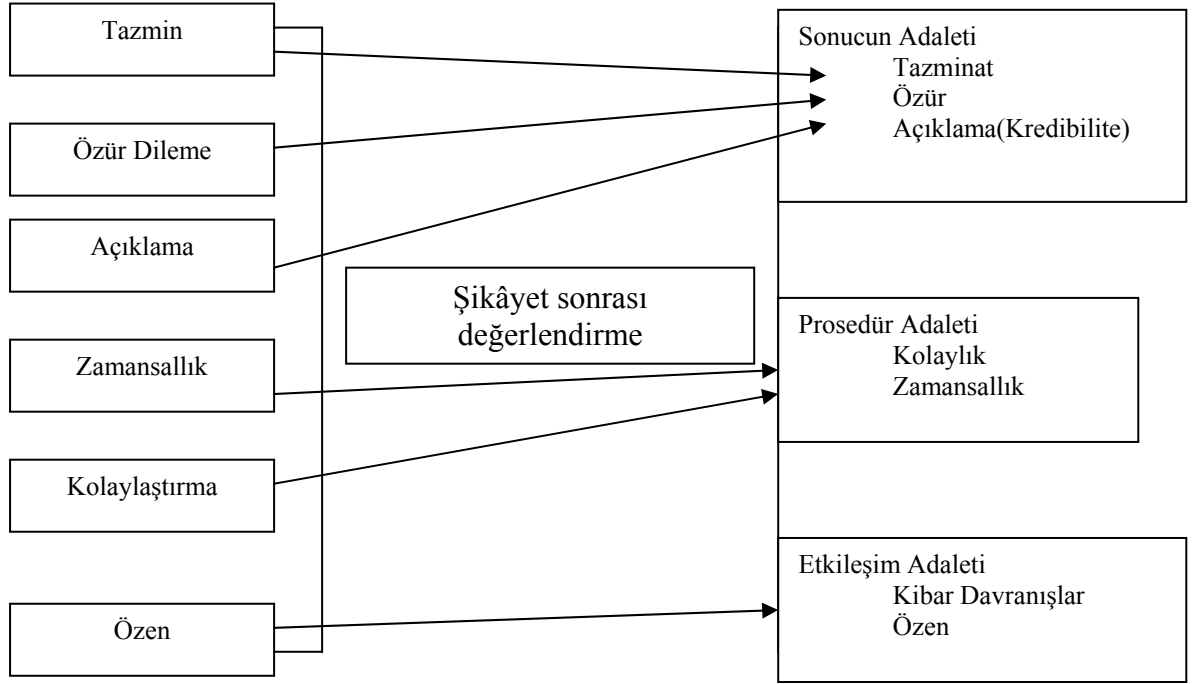
Sağlık kurumunun aksiyonu, şikâyete çözüm sağlanabilmesi için şikâyetçinin olası ihtiyaçlarının taraflar için adil sonuçlar göz önünde bulundurularak karşılanması girişimidir.

Sağlık Hizmetlerinde bir şikâyetin araştırılması sonrası müşterek sonuçları,

- Açıklama;
- Özür Dileme;
- Sağlık çalışanından verdiği bakımı göstermesini isteme;
- Problemi düzeltmek: Örneğin randevuya erken alma ya da fatura düzeltme;
- Güvence ve sempati;
- Aynı olayın diğer insanlarda oluşmasını engellemektir.

Tazminat ödenmesi gereken durumlarda sigorta şirketi gibi ilgili birimlerin bilgilendirilmesi gerekmektedir.¹¹⁷ Şikâyet literatürün de verilen modeller ile adalet kavramının benzerlikleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

¹¹⁷ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.28.



Şekil 2.3 Şikâyet Literatüründe Verilen Modeller ve Ortak Yönleri¹¹⁸

Şikâyetçi önerilen karar veya faaliyeti kabul ederse, karar ve faaliyeti gerçekleştirilmeli ve kaydedilmelidir. Şikâyetçi önerilen karar veya faaliyeti ret ederse, şikâyet açık tutulmalıdır. Bu durum kaydedilmelidir ve şikâyetçi iç ve dış kaynaklı alternatif çözüm yolları konusunda bilgilendirilmelidir. Kuruluş, bütün iç ve dış kaynaklı makul çözüm yolları tüketene veya müşteri tatmin edilene kadar şikâyetin ilerlemesini izlemeyi sürdürmelidir.¹¹⁹ Örnek şikâyet çözüm akış şeması ek 3 de bulunmaktadır.

2.6. Gizlilik ve Açık Bildirim

Müşterilere, personele ve diğer ilgili taraflara şikâyetin nasıl ve nerede ele alınacağına dair bilgi, yeterli şekilde ilan edilmelidir.¹²⁰ Şikâyetçi ile ilgili, kişisel bilgiler gerekli olduğunda, sadece kuruluş içerisinde şikâyetin ele alınması amacıyla elde edilebilir olmalıdır ve müşteri veya şikâyetçi bunun açıklanmasına açıkça rıza

¹¹⁸ Barış, s.120.

¹¹⁹ TS ISO 10002, s.5-6.

¹²⁰ TS ISO 10002, s.3.

göstermedikçe, bunlar açıklanmamalıdır.¹²¹ Diğer taraftan kararlardan direkt etkilenen hasta, klinisyenler ve diğer çalışanların hakkındaki bilgiler açıkça konuşulurken bazı bilgilerin gizli tutulması gerilim oluşturabilir. Adil şekilde yapılan bilgi yönetiminde gerçekler ve kararlar, mahremiyet ve kişisel gizlilik korunarak açık bir şekilde konuşulmalıdır. Gizlilik ve adalet tüm şikâyet yönetim süreçleri için en önemli prensiplerdir.

2.6.1. Mahremiyet

Araştırma esnasında toplanan bilgiler gizli tutulmalıdır çünkü:

- İsimler ifşa edilmeyeceği için (İstediklerini belirttikleri hallerde) şikâyetin takip sürecinde kendilerini güvende hissetmelerine yardım eder;
- Tüm gerçekler oluşturulurken eksik veya hatalı bilgi alınmasını engeller;
- İspatlanmamış iddiaların bireysel itibarlara zarar vermesini engeller.¹²²

Ek gizlilik talebine saygı duyulmalı ve mümkünse yerine getirilmelidir. Örneğin kayıtlarda isminin başkaları tarafından duyulması riskini istemeyen hastalarda isminin kodlanarak tutulması gerekmektedir.

Ancak araştırma sürecinin sonunda adalet ve doğal hak prensipleri, doğrudan etkilenen kişilerin verilen kararlar ve kararların nedeni hakkında bilgilendirilmesini gerektirmektedir.

2.6.2 Açık Bildirim

Açık bildirim standardı hasta ve hasta yakınlarına olumsuz bir olay sonucu zarar görmeleri durumunda yapılması gerekenler konusunda bilgilendirilmelerini belirtmektedir.

- Olumsuz bir olayın oluştuğunun kabul edilmesi;
- Ne olduğu hakkında gerçeklerin bildirilmesi;
- İleri tedavi gerekliliği hakkında bilgilendirilmesi;

¹²¹ TS ISO 10002, s.4.

¹²² Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.29.

- Olumsuz olayı değiştirecek beklenen bakım ve kısa dönem etkileri hakkında açıklama;
- Araştırmadan sağlanacak geri bildirimlerin ve araştırmanın nasıl yapılacağı hakkında bilgi vermektir.

Standart, zarar oluştuğunda olay olduktan sonra hastanın bilgilendirilmesi gerekir ancak bu açıklama olay olur olmaz yapılmaz. Bu bir kurulun kararı olmalıdır. Öncelikle soruşturma tamamlandıktan sonra olay hakkında gerçeklere dayanan bilgi, olayın nedenleri ya da katkıda bulunan faktörlerinin bir özeti ve benzer bir olayın oluşmasını önlemek için önerilen tedbirler hakkında hasta ve yakınları bilgilendirilmelidir.¹²³

2.6.3. Gizlilik

Gizlilik yükümlölükleri kişisel bilgilerin Şikâyeti çözmek amacıyla toplanması ve kullanılmasını da içeren kişisel bilgilerin kullanılmasıdır. Kişisel bilgiler sadece isim, adres ve protokol numarasından değildir, kişiyi tanımlayan ya da tanımlayıcı bilgilerdir. Kişinin durumu, tedavi tarihleri, tedavi yeri, yaşı, cinsiyeti ve posta kodu gibi bilgilerin bileşenidir.

Şikâyet kayıtlarının yönetimi ile ilgili, gizliliğin temel ilkeleri:

- Şikâyetin doğru ve güncel kayıtlarının bütün olarak tutulması;
- Şikâyetle ilgili sadece bilgi toplanması;
- Kayıtların güvenli ve gizli tutulması;
- Araştırmanın başlangıcında Şikâyetçiyi kişisel bilgilerinin sigorta ve diğer klinisyenler gibi kişilerle paylaşılma olasılığı hakkında bilgilendirmektir.

Bilgilerin içsel ya da kamuya aktarımı esnasında raporun Şikâyet hakkındaki bireysel tanımlamalarının hepsini içermemesine dikkat edilmelidir. Hasta, personel, klinisyen ve diğer kişinin tanımlanmasında detayların kaldırılması ile elde edilen bir tanımlama olmalıdır. Sağlık bakanlığı yıllık Şikâyet raporunu yayınlarken isim, kurum ve belli özel bilgilerden ziyade genel gruplamalar yaparak yayınlamaktadır.

¹²³ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.29-30.

Şikâyet kayıtları tıbbi kayıtlardan ayrı tutulmalıdır, kaygıların tartışıldığı özel bir alan sağlanmalıdır. Kişisel kayıtların amacına ulaştıktan sonra uzun süre saklanmaması gerektiğini ve imha edilesi gerektiğini belirtmektedir. Kanunlarda kamu sektöründe kayıtların ne kadar saklanacağı ve arşivleneceği konusunda bilgiler mevcuttur.

2.6.4. Kayıtlara Erişim

Kişilerin tıbbi kayıtlarına erişimlerinin sağlanması ve bunların ne anlama geldiğinin açıklanması şikâyete yol açacak yanlış anlamaların önüne geçmesi açısından önemlidir. Hizmetlerde ki gizlilik politikası çerçevesince kişilerin tıbbi kayıtlarını kendilerinin ve ailelerinin nasıl talep edebileceği belirtilmelidir. Şikâyet yöneticisinin şikâyeti çözebilmesi için tıbbi kayıtlara erişmesi ve benzer bir gizlilik politikasına sahip olması zorunluluğu vardır.

2.7. Bilgileri Toplama ve Kullanma

Kuruluş, kuruluşun şikâyetleri ele almanın açık bir şekilde teşkil edilmiş olduğuyula ilgili faaliyetleri ve kararları için hesap verebilirliği ve bunları rapor etmeyi sağlamalıdır. ¹²⁴Tüm şikâyetleri gözden geçirmek, risk değerlendirmesini yapmak, sıklıklarını takip etmek, iyileştirmelere yol açması sağlamak ve tüm süreci rapor şeklinde kayıt etmektir.

Kuruluş şikâyetleri ele alma prosesinin performansını kaydetmelidir. Kuruluş, şikâyetleri ve cevapları kaydetme, bu kayıtları kullanma ve bunları yönetme prosedürlerini oluşturmalı ve uygulamalıdır. Bunları yaparken, kişisel bilgileri korumalı ve şikâyetçilerle ilgili gizlilik sağlanmalıdır. Bu prosedür aşağıdakileri içermelidir:

- Kayıtları tanımlama, toplama, sınıflandırma, sürdürme, saklama ve imha etme adımlarının belirtilmesi;

¹²⁴ TS ISO 10002, s.4.

- Şikâyeti ele alma kayıtları, bu kayıtların sürdürülmesi, kayıtların kötü kullanılması veya eskimesi sonucunda kaybolabileceği için elektronik dosyalar ve manyetik kaydetme ortamlarını saklamak için mümkün olan dikkatin gösterilmesi;
- Uygulanan şikâyetleri ele alma prosesin de yer alan kişilere uygulanan eğitim ve öğretim gibi kayıtlarının tutulması;
- Şikâyetçi veya onun temsilcisi tarafından yapılan kayıt bildirim ve kayıtların sunulması isteklerine yönelik kuruluşun cevaplama ölçütlerinin belirtilmesi; bunlar zaman sınırlandırmaları, hangi tip bilginin kime veya hangi formatta sağlanacağını içerebilir;

Kişisel olmayan istatistikî şikâyet verilerin nasıl ve ne zaman kamuya açıklanacağını belirtmesidir.¹²⁵

2.7.1. Sözel İletilen Kaygılar

Yazılı olmayan şikâyet ve kaygılar hakkındaki bilgi, hizmet noktasında çözülmüş dahi olsa kalite iyileştirme yapmak için oldukça değerli veriler içermektedir. Aynı tip sorunları ve sonuçlarını analiz etmek sorunların farkındalığını artırır ve yeniden oluşmasını engelleyici stratejilerin geliştirilmesini sağlar.

Sözel iletilen kaygı ve endişelerin kayıt edilmesi için personelin ve klinisyenlerin cesaretlendirilmesi gerekmektedir. Bu sürece yönelik hızlı ve basit bir kayıt sistemi oluşturmak oldukça önemlidir. Basit bir öneri geliştirme formu ek 4 de sunulmuştur. Alanlarda bu formun ve kullanımının anlatılması ile etili bir bilgi toplama sistemi oluşturulabilir. Personel ve klinisyenlere düzenli aralıklarla bu bilgilerin konu ve eğilimleri hakkında geri bildirimde bulunmak bu bilgilerin kullanılmakta olduğunu göstergesi olacaktır.

2.7.2. Yazılı Şikâyetler

Yazılı şikâyetlerin mutlaka kayıt altına alınması gerekir ancak çok ayrıntılı olarak hastaya tamamlanması uygun değildir. Ek 1 de örnek bir yazılı şikâyet takip

¹²⁵ TS ISO 10002, s.7.

formu bulunmaktadır. Küçük işletmelerde daha basit bir form da tercih edilebilir.

Yazılı şikâyetlerde;

- Şikâyeti yönetecek sorumlu kişinin tanımlanması;
- Şikâyetin araştırma ve çözüm sürecinin takip edilmesi;
- Olayın nasıl oluştuğu ve sonuç beklentisinin hakkında şikâyetçinin görüşlerinin kayıt edilmesi;

•
• Konuşma, yazışma ve diğer belgelerin saklanması;

• Nasıl ve ne zaman risk değerlendirmesinin yapıldığı ve yöneticiler, sigorta şirketleri ve diğerlerinin bildirimleri de dâhil olmak üzere takip sürecinin özetlenmesi;

- Şikâyetin nedenleri ve gerçekler hakkında ki kararların kayıt edilmesi;
- Sonuçların kayıt edilmesi;
- Her türlü değişiklik önerileri ve uygulamanın nasıl yapılacağını kayıt etmek gerekmektedir.¹²⁶

Olay gözleme sisteminin bir parçası olarak şikâyetleri kalite iyileştirme sisteminin pekiştirilmesine yardımcı olacaktır. Şikâyetleri kayıt edecek şikâyet yöneticisi spekülasyonlar ya da iddialardan, gerçekleri ayırt edebilecek nitelikte olmalıdır.

2.7.3 Şikâyetlerin Raporlanması

Şikâyetlerin raporlanması süreci kuruluşun büyüklüğüne göre değişebilir. Büyük kuruluşlarda şikâyetin türü ve numarası istatistiksel raporla bir veya üç ayda, küçük kuruluşlarda az sayıda şikâyet olduğu için yılda bir istatistiksel bilgilendirme yapılabilir. Küçük kurumlarda şikâyetin kayıt edilmesi basit olmalıdır fakat bilgilerin analiz ve raporlanmasından bir kişinin sorumlu olması gerekmektedir.

Şikâyetlerin konularına göre kodlanması özel alanlarda ki sorunların üzerinde durulması ve sorunun giderilmesini sağlar. Kategoriler hizmetlerle ilgili ve

¹²⁶ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.31-32.

kullanışlı bilgiler üretecek şekilde geliştirilmelidir. Küçük kuruluşlarda kliniksel ve idari konular basit bir şekilde ele alınabilir.

Şikâyetlerin anlatım tarzında raporlanması ya da vaka çalışmaları, klinisyenler personel ve yöneticilere hastaların deneyimlerini anlamalarını ve bir şikâyet vasıtası ile hatalarını gidermelerini sağlar. Vaka çalışmaları şikâyetin nedenlerine vurgu yapılması yoluyla şikâyetin çözüm süreci ve kalite iyileştirme önlemlerine katkıda bulunur.

2.7.3. Personel ve Yönetim İçin Raporlama

Klinisyenler ve personelle hasta şikâyetlerini ve diğer olayların tartışılacağı bir ortam yaratmak sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme kültürünün desteklenmesinde ki en önemli stratejidir. Bireysel şikâyetlerin anlatımsal raporlanması ve istatistiksel eğilimleri sorunların tartışılmasına yararlı bir katkı sağlayacak ve çözüm ve iyileştirme rollerinin pekiştirilmesinde faydalı olacaktır. Yaygın olan uygulama hasta önerilerinin gündeme alındığı şikâyetleri değerlendirme komite toplantılarıdır.

Ayrıca ciddi konuları üst yönetime hızlıca iletilmelidir. Klinik şefi ve yöneticilere de düzenli olarak raporlama yapılmalıdır. Bu raporlar organizasyonel sorunlar da ve kliniksel yönetim de ele alınmalıdır. Bu raporların kapsamı:

- Belirli bir dönemde şikâyetlerin türleri ve sayıları (yazılı ve sözel), (büyük kuruluşlarda her hizmet birimi ve bölüm için)
 - Şikâyetlerin türü, sıklığı ve etkileyen faktörlerin sıklığı;
 - Önemli bireysel şikâyetlerde sistematik problemlere vurgu;
 - Şikâyetin önem derecesi hakkında bilgi;
 - Yazılı şikâyetleri çözümü zamanı ile şikâyet politikasındaki belirlenen zamanın karşılaştırılması;
 - Şikâyetçiler için elde edilen sonuçların türü;
 - Önerilen iyileştirmeler;
 - Önceki önerilerin uygulanıp uygulanmadığı;

- Uygulanmış değişikliklerin etkilerinin gözlemini kapsamalıdır.¹²⁷

2.7.4. Kamu için Raporlama

İyileştirme ile sonuçlanan şikâyetlerin ilanı, kaygısını paylaştığında iyileştirme yapılacağı konusunda müşterileri eğitir ve kurumun itibarını artırır. Şikâyet bilgileri yıllık rapor ya da tek başına kalite iyileştirme raporu olabilir. Küçük kurumlarda şikâyetler ve diğer tüketici geri bildirimlerini genel tanıtım olarak kullanabilirler.

Şikâyetler hakkındaki yararlı bilgilerin kamuya raporlanmasına örnekler aşağıda verilmiştir.

- Şikâyet tür ve sayılarının mevcut yıl ile önceki yıl karşılaştırması;
- Şikâyet çözümlerinde ki ortak sonuçlar;
- Hasta şikâyetlerine ya da geri bildirimlerine değinen girişimler;
- Şikâyet sonucunda yapılan iyileştirmeler ve etkileri,
- Şikâyet yönetimi performansının şikâyet yönetimi politikası ile karşılaştırılması.¹²⁸

Müşteri memnuniyeti ya da müşteri deneyimleri anketleri gerçekleştiriyorsanız raporun sonuçlarının bir özeti kullanılabilir.

2.8. İzleme ve İyileştirme Yapma

Şikâyetleri ele alma prosesinin ve ürünlerin kalitesinin sürekli iyileştirilmesi kuruluşun daimi hedefi olmalıdır.¹²⁹ Şikâyet yönetim sürecinde İzleme ve iyileştirme yapma süreci hizmetlerin iyileştirilmesi için şikâyetlerin veri olarak ele almasını ve düzenli aralıklarla şikâyet yönetimi politika ve prosedürlerini gözden geçirilmesini içerir.

Kuruluş, şikâyeti ele alma prosesinin performansını değerlendirmek için tetkikleri düzenli olarak yapmalı veya yaptırmalıdır: Tetkik aşağıdakiler hakkında bilgi sağlamalıdır:

¹²⁷ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.33.

¹²⁸ Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.33.

¹²⁹ TS ISO 10002, s.4.

- Prosesin şikâyetleri ele alma prosedürlerine uygunluğu;
- Prosesin şikâyetleri ele alma hedeflerini gerçekleştirmeye uygunluğu.

Şikâyetleri ele alma tetkiki kalite yönetimi sisteminin tetkikinin bir parçası olarak yapılabilir; örnek olarak ISO 19011'e uygun olarak yapılanlar. Sorunları tanımlama ve şikâyetleri ele alma prosesin de ki iyileştirmeleri ortaya çıkarmak için yapılan yönetimin gözden geçirmesinde tetkik sonuçları dikkate alınmalıdır. Tetkik, tetkiki yapılan faaliyetten bağımsız olan ehliyetli kişiler tarafından yapılmalıdır.¹³⁰

Şikâyetçilerin şikâyetleri ele alma prosesi ile ilgili memnuniyet seviyelerini belirlemek için düzenli faaliyetler yapılmalıdır. Bu faaliyetler şikâyetçilerle yapılan rastgele araştırmalar şekliyle ve diğer tekniklerle yapılabilir. Şikâyetleri ele alma prosesi ile ilgili memnuniyeti iyileştirmenin bir yolu şikâyetçi ve kuruluş temasının simüle edilmesidir.¹³¹

2.8.1 İyileştirme Amaçlı Şikâyetlerin Kullanılması

Üst düzey yönetici ya da kurum sahipleri (ya da esas ortakları) düzenli aralıklarla şikâyetlerin raporlarını isteyerek şikâyet eğilimlerini analiz etmeli ve organizasyon içindeki şikâyetlerin nasıl ve nerden kaynaklandığını bilmelidir. Bireylerden ziyade iş akışı ve bakım sistemleri gibi eğilimleri oluşturan organizasyonel sistemlere odaklanılmalıdır.

Şikâyetler ve müşteri geri bildirimleri bilgileri planlama, mesleki gelişim ve kalite iyileştirme hakkında stratejik ve operasyonel kararlar alınırken kullanılmalıdır. Müşteri geri bildirimleri ve şikâyetler strateji ve iş planlarında, yıllık raporlarda ve görev tablolarında görülmelidir.

Yüksek riskli olarak derecelendirilen şikâyetler ve diğer olaylar belirlenen üst düzey klinisyen ya da yürütme yöneticisine derhal bildirilmelidir. Bu yöneticilerin sorumluluğu performans ön değerlendirmelerinde düzenli olarak değerlendirme yapmak ve iş tanımlarını içeren bildirimlere de uygun cevaplar vermektir. Bu

¹³⁰ TS ISO 10002, s.8.

¹³¹ TS ISO 10002, s.7.

sorumluluklar soruşturmayı hızlandırmak, raporlamak, analiz etmek, incelemek ve aksiyonların uygulamasını takip etmektir.

Hasta ve yakınlarının şikâyet yönetim süreçlerinden memnun olup olmadıklarını kontrol etmek için bir anketi uygulaması sürecin zamanında, adil, etkili olup olmadığı ayrıca sonuçlarından memnun olup olmadığı sorulmalıdır.

2.8.2 Rutin İzleme ve İnceleme

Rutin izleme ve şikâyet sisteminin gözden geçirilmesi sistemin şikâyet politikası eğiliminde çalışıp çalışmadığının kontrol edilmesi zorunluluğudur. Performans raporları performans kriterlerine göre düzenli olarak gözden geçirilir.

- Şikâyet politikasındaki zaman çizelgesi ile yazılı şikâyetlerin ne kadar sürede çözüldüğünün karşılaştırılması;
- Klinisyen, personel ve müşterilerin şikâyet yönetim süreci hakkındaki ölçülen farkındalık düzeyleri;
- Yüksek riskli şikâyetin bölüm başkanı ya da yöneticiler tarafından yönetilebilme düzeyi;
- Ana ortaklardan ya da yönetim kurulu toplantısından gelen önerilerin şikâyet raporlarından ortaya çıktığı;
- Uygulama ve takip sürecindeki öneriler;
- Yazılı ve sözel şikâyet türleri ve sıklıkları ile kalite iyileştirme faktörleri;
- Şikâyetçi, klinik tedavi uzmanı ve personel'in şikâyet çözüm süreci ve sonuçlarına yönelik memnuniyet düzeyleridir.¹³²

Performans kriterleri ve başarı tedbirleri düzenlenirken istatistiklerde dikkatli olunmalıdır. Şikâyetlere ya da hizmet değerlendirmesine yönelik hasta ve yakınlarının bilinçlendirilmesi ile şikâyet sayısında yükselme görülmesi başarı olarak değerlendirilmelidir.

¹³² Australian Council for Safety and Quality in Health Care, s.34.

Şikâyet yönetim sisteminin performansı dış kriterlere göre de kontrol edilmelidir. TS ISO 10002 Kalite Yönetimi- Müşteri Memnuniyeti-Kuruluşlarda Şikâyetlerin Ele Alınması İçin Kılavuz Bilgiler ile kurum uygulamaları gözden geçirilmelidir. Hizmetlerinizin performansını benzer büyüklükteki diğer kuruluşlar ile karşılaştırmak da bir seçenek olabilir.

2.8.3 Değerlendirme

Şikâyet sisteminin daha ayrıntılı değerlendirilmesi için iyi çalışıp çalışmadığını ve nerelerde iyileştirmeler yapılması gerektiği konusunda değerlendirme yapılması gerekmektedir. Bu değerlendirme eskiden şikâyette bulunmuş olan müşteriler, çalışanlar ve diğer müşterilere sistemin nasıl olduğunun sorulması ile ve müşteri memnuniyeti dosyaları, istatistikler, eğilimler ve politikaların incelenmesi ile yapılabilir.

Şikâyet sisteminin değerlendirilmesi:

- Şikâyet sistemini kullanan kişilere süreç ve sonuçları hakkında ne düşündüğünü sormak;
- Tüm müşterilere şikâyet sistemi hakkında ne bildiklerini ve beklentilerini sormak;
- Bireysel şikâyetlerin sonuçları, zaman içinde nasıl değiştiği ve oluştuğu, şikâyetlerin tür ve sayılar, zaman çerçevesinin kontrolü için istatistiksel bilgilerin kullanılması;
- Şikâyet kayıtları ve raporlar uygulanan değişiklikler ve gözlemlenmesini belirlemek için kullanılır.
- Mümkün olduğunca şikâyet sisteminin dış standartlarla karşılaştırılmasıdır. (benzer büyüklükteki ve doğadaki kurumlarla)

Önemli organizasyon yapısı ve müşteri veri tabanı değişikliklerinde eğer gerekli ise şikâyet yönetim sisteminin yeniden gözden geçirilmesi gerekebilir.

2.8.4 Klinik Tedavi Uzmanı, Personel ve Müşteri İlişkisi

Klinisyenlerin, çalışanların ve müşterilerin şikâyet sistemi hakkındaki düşüncelerini belirlemek ve hizmetin ihtiyaçlarını onlara sormaktır. Klinisyenler ve

çalışanlara şikâyetlerle rahat ilgilenip ilgilenmedikleri, eğitim ve destek yeterliliği gibi konuları sormaktır.

Yazılı ve telefon anketleri müşteri görüşlerini elde etmek için kullanılan en yaygın yöntemlerdir ancak özel amaçlı tartışma grubu ya da odak grubu çalışmalarından yararlı bilgiler elde edilmektedir. Hatta bu gruptan anketten daha fazla bilgi sağlanırken interaktif tartışma imkânı da bulunur.

2.8.5 Sürekli İyileştirme

Kuruluş şikâyetleri ele alma prosesinin etkinliğini ve verimliliğini sürekli iyileştirmelidir. Sonuç olarak, kuruluş ürünlerinin kalitesini sürekli iyileştirmelidir. Bu durum, düzeltici ve önleyici faaliyetler ve yenilikçi iyileştirmeler ile gerçekleştirilebilir. Kuruluş, şikâyete yol açan mevcut sorunların tekrarlanmasını ve potansiyel sorunların ortaya çıkmasını önlemek için, bunların sebeplerini ortadan kaldıracak faaliyetleri yapmalıdır. Kuruluş aşağıdakileri yapmalıdır:

- En iyi şikâyetleri ele alma uygulamalarını araştırmalı, belirlemeli ve uygulamalıdır.
- Kuruluş içerisinde müşteri odaklı bir yaklaşımı benimsemelidir.
- Şikâyetleri ele alma geliştirmelerindeki yenilikleri teşvik etmelidir.
- Örnek niteliğinde şikâyetleri ele alma davranışlarını takdir etmelidir.¹³³

¹³³ TS ISO 10002, s.8.

3. HASTA ŞİKÂYETİ YÖNETİM RAHBERİ

Bu bölümde şikâyetin hasta odaklı bir yaklaşımla çalışanlara hizmet noktasında şikâyetin çözümlenmesi yetkisi verilmiş ise ilk temas noktasındaki ilişkiler için kişilerarası stratejiler, şikâyetin önem derecesinin belirlenmesi, şikâyetin araştırılması ve şikâyetin çözümlenmesi için dikkat edilmesi gereken temel noktalar üzerinde durulacaktır. Süreçte ortaya çıkan riskleri tanımlama, şikâyetçilerin konularında tatmin olmalarını sağlama, tüm hastaların bakımını geliştirmek için etkili aksiyon alma yöntemleri ve sağlık hizmeti çalışanlarını desteklemekte hedeflenmiştir. Bu bölüm Avustralya Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Güvenlik Konseyinin Şikâyet Yönetim Rehberi¹³⁴ , Gülfidan Barış'ın¹³⁵ Kusursuz Müşteri Memnuniyeti için Şikâyet Yönetimi kitabı çerçevesinde oluşturulmuştur.

3.1. Şikâyeti Anlamak

Şikâyet sunulan ya da sağlanan hizmetin tatminsizliğinin ifadesi ya da sağlık hizmetinin cevap gerektiren konularını tanımlayan bazı durumlara yönelik kaygıdır. Memnuniyetsizliğin bir şikâyet olup olmadığını tanımlamanın iyi bir yolu şunu sormaktır.”Ne araştırılıyor ve bu konuyu çözmek için ne lazım” Eğer bir hareket ve ya cevap tanımlanmışsa o zaman bir şikâyetle ilgileniyorsunuzdur.

Şikâyet politikalar, prosedürler, personel yönetimi, bilgilendirme, tedavi ya da iletişim kalitesi, hizmet kalitesi ya da hizmetin hızı veya erişimi hakkında olabilir. Şikâyetler hizmet ve bilgi isteklerini, politika ve prosedür açıklamalarını sağlık hizmetleri ve birlikleri arasındaki endüstriyel konuları içermez. Şikâyet insanlar tarafından telefonla, mektupla, anketle ve bazen medya ile yapılabilir.

Şikâyetin bu geniş tanımlaması sistem hatalarında ya da dikkat gerektiren pratik uygulamalarda geribildirim akışı ile müşteri odaklı sağlık hizmetlerinin değerini desteklemek içindir.

¹³⁴ Australian Council For Safety And Quality In The Health Care, **Complaint Management Guidelines**, http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2006/pdf/GL2006_023.pdf 2006. (10 Ekim 2008).

¹³⁵ Barış, s. 117–169

Sağlık bilimlerinin sürekli gelişimi kalitenin de sürekli arttığı anlamına gelmez. Teknolojinin karmaşıklığı, sağlık bilgilerinin gereksiz fazlalığı ve insan hataları sağlık hizmeti kalitesini azaltabilmektedir.

İletişim teknolojisinin ilerlemesi ile hastalar tedavi seçenekleri ve hakları konusunda çok iyi bilgilendirilmektedirler ve sağlık hizmeti sunanlardan beklentileri yüksektir. Bununla beraber şikâyetin müşterek kaynağı insanlara sağlık bakımlarına yönelik yeterli bilginin verilmemesi yani hastalarla sağlık çalışanının yeterli iletişime geçmediğini ortaya çıkarmaktadır. Nitekim Sağlık Bakanlığı da 23.03.2009 tarih ve 11706 sayılı genelge, bu konuda gerekli aksiyonun alınması için yayınlanmıştır.

Bir hasta ilaç yan etkisi, dikkatsizlik, hata, yetersiz bakım standartları ya da diğer faktörlere bağlı zarar görebilir. Eğer sağlık bakım ilişkileri bu noktada pozitif ise hasta şikâyet yönetim sürecinden önce problemi çözme girişimi sorumluluğu hisseder.

Şikâyet eden insanların temel beklentileri vardır. Şikâyet edenler:

- Duyulmak ve anlaşılmak;
- Saygı görmek;
- Ciddiye alınmak;
- Gerektiğinde yardım almak ya da desteklenmek
- Kaygıları ile etkili ve yeterli ilgilenilmesini
- Süreç, gidişat, bulgular ve sonuç hakkında bilgilendirilme
- Şikâyetin bir sonucu uygun bir aksiyonun alınmasını isterler.

Şikâyetçinin beklentileri uygun olarak karşılandığında şikâyet çözümlenmiş olacaktır. Şikâyetçi şikâyeti ile oldukça ilgilenildiğini göz önünde bulunduracak ve süreçten tatmin olacaktır. Eğer ki şikâyetçi aşırı gergin, öfkeli, intikam alma ya da zorluk çıkarma arzusunda ise kendisi ile oldukça ilgilenilmiş, görüşmede mantıklı açıklamalar yapılmış ve sürecin sınırları açıklanmış da olsa şikâyet süreci hakkında şikâyet etme olasılığı vardır.

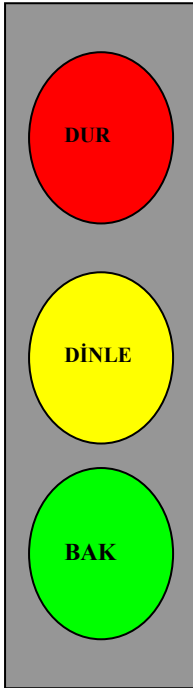
Şikâyet yönetim sürecinde şikâyeti almak, şikâyeti değerlendirmek, şikâyeti araştırmak ve şikâyeti çözümlenmekten oluşan dört temel aşama vardır. Bu süreçlerin yönetimindeki temel noktalara aşağıda değinilecektir.

3.2. Şikâyetin Alınması

Çalışanların bir şikâyet aldığında temel aksiyonlar;

- Şikâyeti aktif olarak dinlemek;
- Empati kurmak, bakış açılarını onaylamak ve anlamak;
- Kötü deneyimlerinden dolayı üzgün olduğu ifade etmek;
- Kaygılarının araştırılacağı ve giderilmesi için gerekli adımların atılacağı konusunda ikna etmek.

Bunlar hizmet noktasındaki bir şikâyet alan kişinin yüz yüze iletişimde ki temel adımlardır. Takip eden trafik ışıkları bu adımların görsel özetini vermektedir. Memnuniyetsizliği hızlıca tanımlamak ve değerlendirmek kuruma ve şikâyetçiye fayda sağlayacaktır.



Konuşmadan önce dur.
Kişinin devam etmesine izin ver ve savunmacı tepki gösterme

Anlamak için dinle
Şikâyetçiyi aktif olarak dinle
Empati kur, bakış açısını kabul et ve anla

Çözümü Araştır
Kötü deneyiminden dolayı üzgün olduğunu ifade et
Konunun çözümü için aksiyon opsiyonlarını göz önünde bulundur.

3.2.1. Şikâyet Alındığında Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

Bir hizmet hakkında şikâyette bulunan kişi duygusal bir ihtiyacının karşılanmamasından dolayı sinirlenmiş olabilir. Pozitif ve yardımcı bir tutumda cevap

vermek, objektif bir şekilde yaklaşmak ve sakinliği korumak oldukça önemlidir. Bu noktada dikkat edilmesi gerekenler:

- Hasta Şikâyetini dile getirirken sözünü kesmeden onun konuşmasına izin vermek; eğer gerekli ise bir jest yapmak, çevirmen ayarlamak vb.
- Ses derecesini ve perdesini düşük tutmak; Sesin alçaltılması ve sakince konuşulması duygusal bir insanın sakinleşmesine yardım edecektir
- Şikâyetini dile getirmesi için haklarını pekiştirmek;
- Yargısal olmamak, empati kurmak ve açık ifadelerde bulunmak.

Aşağıdaki ifadeleri kullanabilinir.

- Bu konuda ne hissettiğinizi anlayabiliyorum,
- Sizi anlıyorum,
- Üzülüğünüzü, nasıl hüsrana uğratıldığınızı anlıyorum.
- Şikâyetçiye saygı duymak ve onu yetkilendirmek etkili olacaktır.
- Şikâyetçinin bakış açısını reddetmeden ya da diğerlerinin hareketlerini savunmadan önce onun söylediklerini kabul etmek.

3.1.2. Şikâyeti Anlama Boyutunda Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

Kişinin Şikâyetini anlamak için dikkat edilmesi gereken noktalar aşağıda verilmiştir.

- Kişinin kaygılarını dinlemek için zaman ayırmak;
- Başını kabul eder şekilde sallayarak ve “sizi anlıyorum” ifadesi kullanarak, göz teması kurarak, oturmadan önce ileri doğru eğilme, açık vücut duruşu ve ilgili bakma yoluyla iyi dinleme yeteneği edinmek;
- Eğer telefonda iseniz, sesinizin tonu ve ifadeniz karşıdakini dinlediğinizi göstermeli. Örneğin. “evet”, “mm” vb. demek;
- Kesinlikle yüksek sesle konuşmamak çünkü yüksek sesle konuşmak onu dinlemediğiniz izlenimi verir;
- Nasıl? Nerde? Ne zaman? Kim? Neden? Gibi açık uçlu sorular sorma yoluyla yargısal olmadan soruna açıklık kazandırmaya çalışmak;
- Argo kullanmadan öz dile ait kelimeler seçmek ve yalın bir dil kullanmak;

- Çaresizlik içine girmeden kişinin bakış açısını kavramaya ve anlamaya çalışmak
- Şikâyetin ana noktalarını özetleme ve özetin doğruluğunu sorgulama yoluyla şikâyeti anladığınızı göstermek;
- Önceki söylem, iş ve kişisel meselelerinizi erteleyerek her türlü cevabın farkında olmak ve kontrolünü yapmak, hislere sahip olmak;

Soruna yönelik yardımcı olup ya da olamayacağınıza karar vermeden önce problemin tamamını dinleyin. Bazı insanlar sorularının açıklanarak cevap verilmesini bekler. Bazıları da hikâyesinin ayrıntılarında basit bir şikâyette bulunur.

3.1.3. Çözümün Aşamasında Dikkat Edilmesi Gerekenler

Çözüm aşamasında dikkat edilmesi gerekenler aşağıda sıralanmıştır.

- Üzerinde durduğu kaygılarına yönelik ne yapılmasını istediğini sormak;
- Konuyu çözmek için mantıklı istekler çerçevesinde görüşme yapmak;
- Durumu düzeltmeyi önermek yoluyla sorunu çözümlmeye uğraşmak;
- Kişinin mağduriyetini gidermek için alınan aksiyonu ya da kararı daha iyi anlayabilmesine yardımcı olacak ilgili bilgileri temin etmek;
- Hemen yapabilececek bir şey varsa yapmak;
- Ne olduğunun nedenlerini vermek ya da gerekliyse özür dilemek;
- Suçlamak hata bulmaktan ziyade problemin çözümüne odaklanmak;
- Ne yapabileceğinizi ya da yapamayacağınızı açıkça belirtmek;
- Uygun çözüm metotlarını önermek; Kişiye yetki vererek ve şikâyet çözüm sürecinde ortaklık ediliyormuş hissi vererek alternatif çözümler sunmak;
- Eğer bir aksiyon ya da yönetici onayı gerekiyorsa, şikâyetçiyi ne zaman ve nasıl bilgilendireceğini iletmek ve yöneticiyi bilgilendirmek;
- Benimsenen uygun aksiyona karar vermek ve eğer mümkünse bu aksiyon konusunda kişiyle anlaşmaya varmak;

- Hastaya şikâyetiyle ilgilenileceğini açıklamak. Onun bildirimine yönelik diğer çalışmalardan bilgi alınacağı, ya da şikâyeti ile alakalı tıbbi kayıtlarının inceleneceği belirtmek;

- Trend analizi için şikâyetleri ve aksiyonları günlük olarak kayıt etmek;
- Aksiyon için bir isim, iletişim numarası ve yaklaşık bir süre sağlamak.

Eğer bir iş arkadaşınıza takip etmesi için yönlendiriyorsanız onunla birlikte bu takibi yapmak;

- Hasta niyetinizin ne olduğunu ve onunla ne zaman temasa geçeceğinizi bilmek ister. Herhangi bir ilerleme olmasa bile sadece bilgilendirmek için söylenen gün ve zamanda temasa geçmek;

- Aksiyonu ne zaman alacağı konusunda şikâyetçiyi bilgilendirmek;
- Söz verilen aksiyonun yapıldığından emin olmak;

- Sizinle direk ilişkili olmayan daha fazla katılım gerektiren çok karmaşık ve zor şikâyetler de şikâyet yönetim sürecini devreye sokmaktır.

Telefonla alınan şikâyetlerde görüşmenin ilk dakikasında ilgili bir tutum göstermek, sempatiklik ve koşulların gösterilmesi önemlidir. Zarif ve dostça bir sesle selamlama gerginliğin azalmasını sağlayabilir. Yukarıdaki ipuçlarına ek olarak aşağıdakileri de akılda tutmak gerekir.

- Hoporlorlü telefon kullanılması dikkatin azalması, uzaklık izlenimi ve iletişim bozulmasına neden olabilir. Ayrıca arayan gizlilik ve mahrumiyet hakkında kaygılı olabilir.

- Kişinin ismini kullanmak gerekir. Sakin kalmasını sağlamanın en önemli yollarından biri karşı taraf tarafın isminin kullanılmasıdır. Bu durum saygıyı da gösterir.

- Dikkatin dağılmasını en aza indirerek tüm dikkati arayana vermek.

- Sadece gerekli ise telefonu aktarmak ve telefonu neden aktardığınızı ve aktardığınız iş arkadaşınızın adını ve telefonunu açıklamak. Kişi kendini tanıtan kadar hatta kalmak daha doğru bir tutumdur.

- Daha sonra ne olacağı konusunda karşı tarafla anlaşma ile görüşmeyi sonlandırmak.

- Aradığı için teşekkür etmek ve eğer herhangi bir kuşkusu olursa tekrar aramasını istemek.
- Kişiyi ne zaman cevap beklediğini sormak.
- Konuşmanın sonuçlarını doğrulamak ve kişinin ne karar verildiğini kabul ettiğinden emin olmak gerekmektedir.

3.1.4 Şikâyetin Alındığını Onaylanması

Şikâyet alındığına dair sözel ya da yazılı bir bildirim yapılması gerekmektedir. Standart bir mektup zaman tasarrufu sağlar fakat şikâyetin bireyselliğinin kabulünde bir takım yanlışlıklara neden olabilir. İletişim detayları ve şikâyetçinin daha sonra ne beklediğinin bilgisini içermelidir.

Konuşmaları, kaygıları, isimleri adresleri, hastane numaralarını, hizmet sunucularını kapsamlı bir şekilde kayıt etmek gerekir. Eğer kişi bir destek isterse görüşme için bir tercüman ya da bir kişinin ayarlanması yapılarak şikâyetçiye yardımcı olunur. Hastanın bu süreçte yardım için temas kurması gereken kişi ve kuruluşlar varsa yardımcı olunur. Makul ve mantıklı bir şikâyetçiye yardım ederken aşağıdaki faktörler göz önünde bulundurulur.

- Şikâyeti kendisinin yazabilecek kapasitesi;
- Şikâyetçinin yazılı bir bildirimini engelleyen ya da önleyen bir sakatlığı;
- Şikâyetçinin okuryazarlığı ve eğitimi;
- İngilizce dil düzeyi (genellikle şikâyetçinin ana dilinde şikâyetin alınması sonrasında çevirisinin yapılması tercih edilmelidir.)

Şikâyetçiye destekte bulunmak için yapılan uygun yardım ve istek yazılı şikâyetleri azaltır.

3.3. Şikâyeti Değerlendirilmesi

Değerlendirme sürecinin amacı şudur;

- Gerekli aksiyonun belirlenmesi için şikâyetin sınıflandırma;
- Ciddi şikâyetler ve artış gösteren konular için orantılı bir süreç;
- Klinisyen ve çalışanlar için adalet sağlamaktır.

Şikâyet Yönetim Politikasına başlayarak bir şikâyeti değerlendirirken sağlık hizmetlerinde göz önüne alınması gereken birkaç adım vardır:

- Artış gösteren sorunların tanımlanması;
- Alakadar tarafları tanımlamak;
- Eğer gerekli ise hasta bilirkşisi tespit etmek;
- Şikâyetin ciddiyeti derecelendirmektir.

Şikâyetin ciddiyetini derecelendirmek alınacak aksiyonun rotasını belirler. Şikâyet yönetimi risk değerlendirme ve şikâyetin önem derecesi sürece yardımcı bulunabilir. Şikâyetin önem derecesi olasılık sıklığı ve sonuçlarının ciddiyetine göre tespit edilir. Bu risk derecesi uygun cevap seviyesine rehberlik edecek bir dizi aksiyonla bağlantılıdır. Ayrıca şikâyet yönetim sürecinde alakadar taraflar için bir farkındalık alarmı oluşturulması için kullanılabilir ve bir açık aksiyon rotası sağlar. Risk değerlendirme derecesine yönelik ayrıntılı bilgi 2. bölümde verilmiştir. Belirlenen önem derecesi ya da risk koduna göre alınacak aksiyonlar ise aşağıdaki gibi

3.4. Şikâyetin Araştırılması

Araştırmanın amacı ne olduğuna ve uygun aksiyon planını tanımlamaya karar vermek için yeterli klinik ve diğer bilgileri sağlamaktır. Tüm şikâyetlerin tam olarak aynı yolla araştırılmasına ihtiyaç yoktur. Şikâyetin niteliğine göre araştırma koşulları değişebilir. Toplanan bilgiler şikâyetçinin sonuçtaki beklentilerini ve şikâyetin ciddiyetini belirler. Sorunları belgelemeye hazırlanmak sorunların tanımlanması ve istenen sonuçlar ve tanımlanan sorunlar vasıtasıyla şikâyetçinin

anlaşılması olgusuna başlamaktır. Bu bilgiler kayıtları, raporları, sözel verilen yanıtları ya da orijinal dokümanların kopyalarından oluşabilir.

Araştırma esnasında aşağıdaki ihtiyaç duyacaklar:

- Şikâyetçinin beklentilerine açıklık kazandırmak;
- İddialara açıklık kazandırmak;
- Gerekli kaynaklarını tanımlamak;
- Eğer gerekli ise hastanın yasal temsilcisini bulmak;
- Acil aksiyon almak, örneğin arızalı ekipmanın uzaklaştırarak;
- Cevap alabilmek için hizmet sunucularına iddiaları hastanın sözcükleri ile bildirmek;
- Hizmet sunucusunun cevabını şikâyetçiye aynı ifadelerle geri bildirmek;
- Problemin nedenini anlamak için kanıtları araştırmak;
- Bilgileri iyice tartmak (bu güvenilir mi? En iyi bilgi nerde?);
- Standartların/prosedürlerin ve politikaların uygulanabilirliğini ve sapma olup olmadığını kontrol etmek;
- Araştırmaya devam etmek için yeterli kanıtın varlığına ya da bulgulara karar vermek;

Bu bölüm araştırmanın planlanması, şikâyetçinin beklentilerini yönetilmesi, iddiaların aydınlatılması, Araştırma Aksiyon Planının Geliştirilmesi ve uygun aksiyon planına karar verilmesini göz önüne alır.

3.4.1. Şikâyetçinin Beklentilerinin Yönetimi

İlk olarak şikâyetçiye şikâyet yönetim süreci açıklanır. Şikâyetçiye sorunun çözümüne yönelik ne düşündüğü konusunda yeniden konuşulur. Bu onların neden şikâyet ettiğini ortaya çıkarmak ve mantıklı sonuçları dengelemeği sağlayacaktır. Örneğin yetersiz kaynaklar ya da standart politikalara yönelik şikâyetler kısa dönemde kolayca çözülmez. Diğer taraftan olaya yönelik küçük bir açıklama ya da tedavi planı sonuç için kâfi gelebilir. Bunun anlama ilgili tıbbi kayıtlarından bir kopya edinmek ve şikâyetçi ile gözden geçirmek, eğer çok uygunsa belgenin anlamının ne oldu ve ne geliştiğini tartışmak olabilir. Ayrıca, şikâyetçinin klinik

kararların temelini anlaması için tıbbi testlere, röntgen filmlerine ve raporlama erişimini sağlamaya yardımcı olmaktadır.

3.4.2. Konulara ve Suçlamalara Açıklık Kazandırma

Şikâyetler standartlar ya da yönetimden kaynaklanan meselelerden ziyade kişisel gündem de ortaya çıkıyorsa iddiaları ve soruşturmayı aydınlatmak oldukça önemlidir. Örneğin, kişisel kin gütmeye, ailevi problemler olabilir. Bazı sorunlarda iddiaların aydınlatılmasında tüm konularla ilgilenilecek anlamına gelmez, aksiyon için diğer makamlara yönlendirilebilir.

3.4.3. Araştırma Hareket Planı Oluşturma

Araştırma Aksiyon Planı kullanışlı bir araçtır ve araştırmanın durumunun gözden geçirilmesini planlama ve devam ettirmede standart bir yöntem sağlar. Hareket planı sabit bir dokümandan ziyade araştırma sürecinde yeni gelişen durumları yeniden gözden geçirme ve değiştirme gerekecek şekilde olmalıdır. Araştırma planında:

- Uzmanlık ya da uzman önerisi sağlamada kimin uygun alabileceğini değerlendirmek;
- Hastanenin diğer bölümlerinden ya da dış organlardan bilgi sağlanıp sağlanmayacağını değerlendirmek;
- Özellikle karışık bir mesele ise olayların kronolojisini ya da akış diyagramını oluşturmak;
- Eğer gerekli ise tercüman bulundurmak;
- Çeşitli fiziksel kanıt toplamak için uygun alan araştırmasının gerekli olup olmadığını göz önüne almak;
- Sorunların ve gerekli bilgilerin analizinde temel olan anahtar kısımlar için sorular geliştirin. Örneğin bir şikâyetçi yaşlı annesine yanlılıkla pnomoni teşhisinin konulduğunu iddia ederse;
 - Hastanın tıbbi/cerrahi hikâyesi nedir?
 - Klinik bulguların nasıl?
 - Kesin olmayan tanı ve ayırıcı tanı nedir?
 - Hangi tetkikler istendi/uygulandı ve sonuçları nelerdi?

- Hangi tedavi önerildi ve hastanın cevabı neydi?
- Komplikasyon ya da yan etki var mıydı?
- Takip önerileri neydi?
- Şahitler için sorular belirlemek;
- Ele alacak faktörleri tanımlamak;
- Aksiyonların zaman çerçevesini oluşturun
- Kök Neden Analizi gibi diğer metotlarla sorunun araştırılıp araştırılmayacağından emin olmak gereklidir.

3.4.4. Bilgileri Toplama ve Analiz Etme

Öncelikle gerekli bilgiler ve araştırmacının tanımladığı derlemeler araştırma aksiyon planına göre toplanır. Bu aşamada cevap vereceklerin tanımlanması şikâyete cevap verilmesini sağlamak için gereklidir. Her türlü ileri aksiyon, alınan bilgilerin ve cevapların doğasına dayanacaktır.

Araştırma esnasında ileri süreçler ve analiz edilir. Alınan değerlendirmeler toplanır ve tanımlamalar yapılır. Bu tanımlamalar da:

- Bölüler arası nasıl bir uzlaşma olduğu;
- Hangi konuların tartışmalı olduğu;
- Belli standartlar ulaşıp ulaşılmadığını belirlemek için yeterli bilginin olup olmadığı;
- Tutarsızlıkların olup olmadığı;
- Bağımsız doğrulmanın olup olmadığı;
- Hangi usulün ve çatışma faktörlerinin sonuca yol gösterdiğine bakılmalıdır.

3.4.5. Araştırma Raporu Hazırlama

Gerçek bulguların sonucunda ya da raporun araştırma aşamasında hazırlanır. Şikâyetin karmaşıklığına bağlı olarak rapor ayrıntısı ya da yazılı cevabın sağlanması değişecektir. Rapor:

- Şikâyetin, araştırma süreçlerinin ve sonucun az ve öz kayıt edilmesini;
- Şikâyetin taraflarına yönelik ilgili bilgileri;
- Sonuca nasıl ulaşıldığı ve araştırma hakkında hesap verebilmeyi;
- Araştırmanın üzerinde durduğu ilgili konuların kesinleştirilmesi ile kalite kontrol güvencesini sağlar. Araştırma sürecinin uygun olup olmadığını gösterir; eğer uygun değilse konunun sonuçlanması için öncelikli konuların ele alınması fırsatı verir.

- Konuyu içsel ve dışsal gözden geçiren eksiksiz bir dokümandır.
- Şikâyetin, şikâyet konularının, araştırmanın, alınan bilgilerin, sonuçların ve önerilerin doğru, objektif ve geniş kapsamlı özetini içerir.

- Çeşitli hastalar ve çalışanlar hakkındaki geniş bilgileri içeren tanımlamaların güvenilirliğine dikkat çekilmelidir ve her türlü rapora erişme isteğinde kanıtlara tutunmalıdır.

- Tıbbi terminolojiyi kapsamlı fakat okuyucuların anlamasındaki olanaksızlıkları ya da açık olmayan kısımlar dipnot ile açıklanmalıdır.

3.4.6. Araştırma Raporunun Yapısı ve Yazılı Cevap Hazırlama

Sağlık hizmetlerinde şikâyetçilere ilişkin yapılan araştırmada, derlenen raporun bir kopyasını içeren temel adımları kapsayan mektup formu olarak yazılı yanıt sağlanmalıdır. Her bir yazılı yanıt ya da rapor şikâyet tipine göre farklı olacaktır fakat aşağıdaki anahtar adımlardan oluşan bir formatta olmasında fayda vardır.

- **Şikâyet:** Bu bölüm şikâyetin kısa özetini, şikâyet içeriğini sağlamadaki hastanın hikâyesi ya da bilgilerin arka planını ve ilgili sonuçları içerir.

- **Sorunlar:** Şikâyete neden olan tüm sorunlar bu bölümde tanımlanır. Bu bölüm şikâyetçinin öne sürdüğü sorunları ve şikâyetin analizinde tanımlanan diğer sorunları içerir. İlgilenilmiş her bir sorundaki tutum tanımlanmalıdır. Örneğin

araştırmalar, direk olarak çözülmüş olanlar, ileri araştırma yetkisi verilmeyenler ya da sağlık hizmetlisinin yetkisinin dışında başka bir yere gönderilenler vb.

- **Elde Edilen Bilgiler:** Özelleştirilmedikçe, elde edilen tüm dokümanların listelenmesi zorunlu değildir. Bununla birlikte raporun esas yapısını oluşturacaksa raporun anlaşılrlığı için bilgilerin bir özeti eklenir. Bu bilgiler “hastanın yatış ve taburculu arasındaki tüm tıbbi kayıtlar, test sonuçları, patoloji raporları, ilgili bölümlerin ifadeleri ve bakım ve tedavi uygulayıcılarından alınan raporları” özetler.

- **Sorunların Analizi:** Her bir sorun listelenir, ilgili bilgiler özetlenir, her bir sorunla ilgili tüm düşünceler açıklanır ve her bir sorunun sonuçları yazılır. Tüm kilit bilgiler bu bölümde ele alınır. Eğer olayların çeşitli örnekleri varsa bunlar açıklanır. şayet doğrulayan bulgular varsa bu örneklerle desteklenir ve bunlar belirtilir. Eğer tutarsız bilgi varsa çözümlenemez, bunun sebepleri belirtilmelidir. Raporda yer alan kanıtlar ya da diğer dokümanların yazarlarının mevkisi belirtilmelidir. Örneğin: şef yönetici, sonraki ya da evvelki doktor, ebe, Hemşirelik Hizmetleri Direktörü vb. Burada ifade edilen düşüncelerde her türlü aksiyona yer verilmeli ya da verilmediyse ortaya çıkma denenlerinin belirtilmesi ya da gerekçelerin verilmesi gerekmektedir.

3.4.7. Alınan Aksiyonlar

Çalışanlardan alınan cevaplarla aksiyon kararlaştırılabilir ya da sağlık hizmetinin araştırılması esnasındaki sorunların tümü ya da bir kısmı ele alınır. Örneğin hastanede şikâyet araştırma politikası tanımlanır. Hastane politikasını gözden geçirebilir ve araştırma sürecinde araştırmanın açıklarını belirleyen yeni bir politika yayınlayabilir. Aksiyonun alındığı durumlarda önerilerde bulunmasının faydası yoktur. Revize edilmiş politika araştırma raporu tamamlanırken kayıt edilir. Kayıt şikâyetin sonucunda ne olduğunu göstermek açısından oldukça önemlidir.

Bu bölümde alınan bilgilerin kullanılması, önerilerle yapılan düzenlemelerin sonuçları alınır.

- **Tartışma:** Tüm raporların tartışılması gerekmez. Bununla beraber eğer çok sayıda karışık unsur varsa sonuçların yazılımını açıklamak için tartışma notlarının önemi göz önünde bulundurulmalıdır. Koşulların azaltılmasında, araştırmalardan dolayı ortaya çıkan hizmet kalitesinin olumlu yönde iyileştiğini göstermede yapılan önerilerin açıklanması önemli bir faktördür.

- **Sonuç:** Genel sonuçta sorunların gerekçeleri ve önerilerin yapılmasını etkileyen faktörlerin özetinin olup olmadığı belirtilecektir.

- **Öneriler** Sonucun taslağıdır, bu bölümde araştırmacıların önerilerinin ne olduğu açıkça belirtilecektir.

3.5. Şikâyeti Çözümlemek

Araştırma aşamasının sonunda bir şikâyetin tarafları sonuç hakkında bilgilendirilir. Çözüm araştırma raporunun bir kopyası ya da rapor bilgilerinin mektup formatında anlatımı ile sağlanır. Birçok kişinin görüşü alınmış ise şikâyet direkt ilgilinin bakış açısını içerdiği için düşünce gizliliğini temel alınmalıdır. Bundan dolayı raporun her bir bireye cevap vermesi için özetlenmesi ve neden kısaltmalar yapıldığına dair açıklama üst yazısına ihtiyaç vardır.

Yazışmaya şikâyetin mevcut durumu ile başlamalıdır. Şikâyetçiler rapor içeriğini, sonuçlarını gözden geçirme ya da görüşme niyetinde olabilirler ve araştırmanın her türlü unsurundan faydalanma isteğiyle temasa geçme isteğinde olabilirler.

Rapor ya da yazılı yanıt sağlanması direk ilgili taraflar ile konunun ele alınmasını ve sonucun kabul edilmesini sağlar. Ancak mağdur tarafların kendi kaygılarını tartışmasını sağlayabilmek için kurum daha fazla tartışma temeli oluşturabilir. Yapılan tavsiyelerden biri bilinçli bir şekilde bulguların tartışılması

fırsatını önerme, gelecek tedavi ihtiyacı ya da bakım konusunda anlaşamaya varma ya da diğer uygun bir aksiyonu içerebilir.

3.5.1. Uzlaşma

Uzlaşma çatışmanın çözümünde uyuşmazlıkların ara bulucu vasıtasıyla çözülmesi sürecidir. Eğer taraflar arasında iletişim kopukluğuna bağlı bir sorun oldu ise, olumsuz bir sonuç hakkında yetersiz bilgi verilmiş ise ya da yetersiz hizmet sunulmuş ise uzlaşma uygun olabilir.

Uzlaşma çeşitli düzeylerde yapılır. Yarı resmi düzeyde bir yöneticinin arabulucu olarak yapabileceği gibi resmi düzeyde bu konuda eğitim almış bir arabulucu ya da bağımsız arabulucu uzlaşma sağlayabilir. Kullanılan uzlaştırma seviyesi şikâyetin önemine ve doğasına bağlıdır.

Üst düzey bir yetkili vasıtasıyla uzlaşma iletişim kaynaklı sorunların, tedavi ile ilgili yanlış anlama ve kabalık algısı, tedavi ve bakım ve tarafsızlığını korumak için uygun olabilir. Bu konuların çoğunluğu kurumda çözülür, örneğin insanlarına kaygılarına bağlı bir tartışma yaşanabilir ancak bu ateşli bir durumda başarılı olmaz. Bazı karmaşık ve ciddi şikâyetlerde personelin üst yöneticisini şikâyetle ilgilemesi yeterli gelmeyebilir. Bu durumda eğitilmiş bir arabulucunun getirilmesi daha etkili olabilir. Özellikle sorunda bir tarafsızlık algısı gerekiyorsa bu mutlaka yapılmalıdır ancak arabulucunun da uzlaştırma garantisi yoktur.

Şikâyet oldukça karışıkça, gerçek anlaşılamiyorsa şikâyet yasal mercilere yansımaları gereken ciddi bir şikâyet ise ve şikâyetçi beklediği sonuç dışındaki çözümü kabul etmiyorsa uzlaşma sağlamak mümkün olmayabilir.

3.5.2. Uzlaşma Sürecini Yönetme

Bu aşamadaki adımlar:

- ***Çözüm Toplantısına Hazırlanmak***

○ **Çözüm sürecine nezaret edecek kolaylaştırıcı bir aday:** Her sağlık kuruluşunun kendi politika ve uygulamalarını bilen uygun nitelik ve yeterli düzeyde yetkilendirilmiş bir şikâyet yöneticisi bulundurması yararlı olacaktır.

○ **Şikâyet konularının onaylanması:** Şikâyeti tarafından iletilen şikâyet konusunun netleştirilmesidir. Bazen şikâyetçiler neyi şikâyet ettiklerini tam olarak ifade etmediklerinde bu aşamada şikâyetin hangi sürece ait olduğu kesinleştirilmelidir.

○ **Şikâyetin çözümü için gerekli bilgilerin toplanması:** Şikâyete konu olan doküman, tetkik gibi bilgilerin toplanması.

○ **İlgili tarafların tanımlanması:** Şikâyetle ilgili taraflar ve şikâyete konu olan kişinin belirlenmesidir.

○ **Şikâyetçiyi süreçte tutmak:** Şikâyetin çözüm sürecinde şikâyet etme hakkının olduğunun ve ciddiye alındığının gösterilmesidir.

• **Çözüm Görüşmesini Yönetmek**

Şikâyete konu olan taraflar arasında, şikâyet edilen bölüm yöneticisi dışında kolaylaştırıcı bir üst yönetici vasıtasıyla yüz yüze görüşme yapmaktır. Çözüm görüşmesinde öncelikle hizmet sunumunda bir eksiklik olup olmadığına karar verilmeli ve bir eksiklik söz konusu ise düzeltici aksiyonun ne olması gerektiği tartışılmalıdır.

Çözüm görüşmesi aşağıdakilerin elde edilmesini sağlar:

○ Şikâyetçilerin ve hizmet sunucularının kaygı duyduğu konuların anlaşılması ve açığa çıkarılması;

○ Tüm tarafların konuyu duyması ve kendisini sorumlu hissetmesi;

○ Hizmet sucusu ya da yönetici tarafından yazılı olmayan özrün dilenmesi;

○ Çözümün görüşülmesi ve anlaşmaya varılmasıdır.

• **Çözüm Görüşmesinin Yapısı**

Giriş	Kolaylaştırıcı herkes tarafından tanınır ve her türlü kuralı koyar.
Hikâyelerin, yorumların, algıların paylaşılması	Taraflara deneyimlerini anlatmaları için fırsat verilir.
Aydınlatma	Kolaylaştırıcı ne olduğunu netleştirmek için özetleme yapar.

Sorunlar ve günden belirleme	Tartışılan konular üzerinde anlaşma ve belirleme yapılır.
Bakımın tanımlanması ve toplum standartları	Kolaylaştırıcı değinilen tartışmalara karşı bakım standartları ve klinik yönetimin açık noktalarını anlatır.
Araştırma	Kolaylaştırıcı taraflar arasında paylaşılanların önemini keşfetmek amacıyla tartışmaya yol açar.
Seçenek oluşturma	Karşılıklı anlaşılabilinecek seçenekler oluşturulur.
Gerçekliği test etme	Kolaylaştırıcı yaşanabilirlik ve adil seçenekleri test eder.
Anlaşma	Taraflar arasında kabul edilen resmiyetin ne olduğudur.
Kapatma	Kolaylaştırıcı süreci özetler ve katılanlara teşekkür eder.

- ***Daha esnek bir yaklaşımın benimsenmesi için taraflara yardımcı olmak***

Çözüm toplantısında inatçı bir yaklaşım ya da tutum sergilenmesi sonucun tatmin edici olma olasılığını azaltır. Yaklaşım;

- İnançlara, değerlere, özel durumlara, beklentilere ve korkulara açıklayıcı ve saygı duyucu olmalıdır.
- Sağlanan bilgileri ve diğer perspektifleri test edici ve makul olana odaklanıcı olmalıdır.
- Yumuşak bir tutumda olmalıdır.
- Tarafların anksiyete ve korkuları konusunda rahatlamalarını sağlayıcı olmalıdır.

- ***Çözüm toplantısını kayıt etmek***

Birçok nedenden dolayı çözüm toplantısının tam olarak kayıt edilmesi gerekli değildir. Örneğin toplantının kapsamlı olarak kaydedilmesi insanların çekimser tutum sergilemesine neden olabilir.

Kayıtlardaki temel unsurlar:

- Arzu edilen sonuca neden ulaşamadığı, özellikle anlaşamama nedenleri;

- Eğitim, oryantasyon, politika değişikliği gibi zaman gerektiren konuları;
- Şikâyetçinin hangi durumlarda anlaşmaya varabileceğini belirttiği konular;
- Özür teklifleri,
- Gerçekler üzerindeki önemli anlaşmazlık ya da anlaşma durumlarına yer verilmelidir.

Görüşme sonrasında notlar okunarak anlaşma içeriğine herkesin ulaşması sağlanır.

- ***Toplantıda erişilen sonucun takip edilmesi***

Toplantıda verilen kararlara yönelik yapılması gereken değişikliklerin takip edilmesi gerekmektedir. Değişikliklerin yapıldığını görmek şikâyetçinin daha fazla güven duymasını sağlayacaktır. Değişikliklerin yapılması boyutunda bir zaman çerçevesi belirlenmeli ve yapıldığında da şikâyetçiye geri bildirim yapılabilmesi bir mekanizma oluşturulmalıdır.

3.5.3. Uygun Aksiyona Karar Verme

Uygun aksiyon araştırma ve çözüm süreci vasıtasıyla uygulayıcıların performanslarının değerlendirilmesi ya da yetersiz sistemlerin yeterli ölçüde ele alınmasını gerektirir.

Yönetilmiş şikâyetlerin olası sonuçları aşağıdakileri içerir.

- Yetersiz kanıt
- İleri aksiyon gerekli değil
- Aksiyon almak mümkün değil
- Şikâyet doğrulanmadı
- Bilgilendirme sağlandı
- Çözüm toplantısı düzenlendi
- Şikâyet doğrulandı
- Politika/prosedür değiştirildi
- Ekipman gözden geçirildi/tamir edildi

- Özür dilendi ya da diğer düzeltmeler önerildi
- Çalışan eğitimi sağlandı
- Hizmetin alınması sağlandı
- Eğilim gözleme alındı
- Kalite iyileştirme komitesi ya da eşdeğerlerine bildirildi
- Topluma eğitim verildi
- Adli danışman/ yasal süreç takibine alındı
- Klinik denetleme yapıldı
- Sistemi gözden geçirme
- Finansal uzlaşma sağlama olabilir.

3.5.4. Yeniden İnceleme ve Temyiz

Şikâyetçiler şikâyetin araştırılması ve çözüm sürecinde alınan sonuçlardan tatmin olmadıklarında memnuniyetsizliklerini ifade etme ve yeniden geçirme sürecinin olduğunu bilmelidir. Yeniden gözden geçirme, bir üst yönetici ya da delegasyon tarafından önceki verilen kararların değiştirmesi ve düzeltmeyi göz önünde bulundurmasıdır.

İletişimden kaynaklanan şikâyetlerde kurum adına özür dileme ya da taahhüt düzeltici işlem üstlenmek faydalı olabilir.

3.5.5. Şikâyet Verilerini Kaydet Etme Ve Kullanma

Şikâyetlerin bilgileri hizmet kalitesini iyileştirmek, eğilimleri gözlemlemek veri kaydetmemek için kullanılır. Şikâyet yönetim süreçleri ve varılan sonuçlar hakkında tüm taraflar bilgilendirilmeli ve gelişme fırsatı sunup sunmadığı yeniden gözden geçirilmelidir. Aslında bu şikâyetin çözümü esnasındaki önerileri yansıtır. Şikâyet sonucuna göre hizmetin iyileştirilmesi için belirlenen fırsatların harekât noktasının konulmasını sağlayacaktır.

Aksiyon planındaki önerilerin yerine getirilmesinin anlamı ilgili kişi ya da komitelerin görevlendirilmesidir. Ayrıca ve üst yönetime bir rapor sunularak önerilen aksiyonların takibinin yapılması, önerilerin yerine getirilip getirilmediğini ya da duraksadığının gözlemlenmesi sistemini oluşturur. Şikâyetlerden elde edilen verilerle hizmet kalitesinin iyileştirilmesi temel alınmalıdır.

4. HASTA ŐIKĀYETİ YÖNETİMİ PERFORMANSINA YÖNELİK ALAN ARAŞTIRMASI

4.1.Araştırmanın Varsayımı

Özel sağlık kuruluşları hastaların almış oldukları hizmetler hakkındaki Őikāyetleri hasta odaklılık ve kalite iyileştirme, erişebilirlik, cevap verebilirlik, etkili değerlendirme, etkili çözüm, gizlilik ve açık beyan, bilgi toplama ve kullanmak, izleme ve iyileştirme süreçleri gözetilerek yönetilmektedir.

4.2. Araştırmanın Tipi

Analitik türde, kantitatif tipte bir yöneylem araőtırmasıdır.

4.3. Evren, Yer ve Zaman

İstanbul Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde faaliyet gösteren, Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2007 verilerine göre 129 özel hastaneden 100 yatağın üzerinde olan 21 hastanenin tamamı araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmaya küçük ve orta ölçekli hastaneler dāhil edilmemiőtir. Büyük ölçekli yatırım yapılan yerlerin profesyonel anlamda yönetim fonksiyonlarını tercih edeceklerinden dolayı 100 yatak ve üzeri hastanelerin yöneticileri incelemeye dāhil edilmiőt olup sadece 6'sı çalıőtmaya katılmayı kabul etmiştir. Diğer özel hastaneler kurumsal gizlilik ve ticari kaygılar nedeniyle çalıőtmaya katılmayı kabul etmemiőtlerdir. Araştırmaya katılan hastanelerin yöneticilerine anketler 01.05.2009–10.06.2009 tarihleri arasında uygulanmıőtır.

4.4.Araştırmanın Sınırlamaları

Araştırma kapsamına alınan 21 kurumdan sadece 6'sının katılımı saęlanabilmiőtir. Tüm kurumlar bizzat araőtırmacı tarafından ziyaret edilerek yapılan bilimsel çalıőtma ve uygulanmak istenen anket hakkında bilgi verilmiştir ancak ret eden kurumlar gerek rekabet Şartları gerekse kurumsal gizlilik unsurları gerekçelerini ön plana çıkarmıőtlardır.

4.5. Araştırmanın Yöntemi

Belirlenen hastanelerin ilgili bölüm yöneticilere anketin amacı hakkında ön bilgi verilerek anketin amacına ulaşması için etkinliğini arttırmaya çalışılmıştır. Çalışmayı kabul eden hastanelerden alınan veriler SPSS programı aracılığı ile Bonferri Düzeltmesi, Tek Yönlü Anova Testi ve Koralyon Testi ile analiz edilmiştir.

4.5.1. Ana Kütle ve Örnek Kütle Seçimi

Araştırmaya şikâyet yönetim sürecinde aktif rol alması gereken yöneticilere yapılması planlanmıştır. Anket uygulanması boyutunda izin alınan sağlık kuruluşlarının yöneticileri gönüllü olarak çalışmaya katılmışlardır.

4.5.2. Anket Sorularının Hazırlanması

Anket Soruları Avustralya hükümeti Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Güvenlik Konseyinin önerdiği Sağlık Hizmetlerinde Şikâyet Yönetimi En İyi Uygulama Rehberi ve TS ISO 10002 Kalite Yönetimi- Müşteri Memnuniyeti- Kuruluşlarda Şikâyetlerin Ele Alınması İçin Kılavuz Bilgilerin gereklilikleri temel alınarak oluşturulmuştur.

4.6. Araştırma Bulguları

Tablo 5,1'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hastanelerin ortalama şube sayısı 6, ortalama yatak sayısı 186, ortalama çalışan sayısı 933'dür.

Tablo 5,1: Araştırmaya katılan hastanelerin şube, yatak, çalışan sayıları ortalamaları

Özellikler	Ortalama	Standart Sapma
Şube Sayısı	6.04	7.83
Yatak Sayısı	186.36	51.41
Çalışan Sayısı	933.55	299.52

Araştırmaya alınan hastanelerin kalite belgesi alma durumuna göre dağılımları Tablo 5,2’de görülmektedir. Araştırma hastanelerin %55,9’unun TSE, %79,4’ünün JCI, %91,2’sinin ISO belgesi bulunmaktadır.

Tablo 5,2: Araştırmaya katılan hastanelerin kalite belgeleri ile ilgili durumları

Özellikler	Belgesi Olanlar		Belgesi Olamayanlar	
	Sıklık	Yüzde	Sıklık	Yüzde
TSE	95	55.9	75	44.1
JCI	135	79.4	35	20.6
ISO	155	91.2	15	8.8

Araştırmaya katılan hastane yöneticilerin %38,2’si erkek, %61,8’i kadındır. Grubun %58.8’i evli ve %49.4’ü üniversite mezunudur (Tablo 5.3).

Tablo 5.3 Araştırmaya katılan yöneticilerin sosyo-demografik özellikleri ile ilgili durumları

Sosyo-Demografik Özellikler		Sıklık	Yüzde
Cinsiyet	Erkek	65	38.2
	Kadın	105	61.8
Medeni Durum	Evli	100	58.8
	Bekâr	70	41.2
Eğitim	Lise	36	21.2
	Üniversite	84	49.4
	Yüksek Lisans	44	25.9
	Doktora	6	3.5
Toplam		170	100.0

Araştırmaya katılanların kurumlarında üstlendikleri göreve göre dağılımları Tablo 5,4 'e yer almaktadır. Ankete katılanların %26,5'i sorumlu hemşire, %12,9'u şef yönetici, %12,9'u koordinatör, %12,4'ü direktördür. Diğer yöneticilere ait katılım oranları aşağıdaki gibidir.

Tablo 5,4 Araştırmaya katılan yöneticilerin şu anda yürüttükleri göreve göre sıklık dağılımları

Görevler	Sıklık	Yüzde
Sorumlu Rehber Hemşire	45	26,5
Şef	22	12,9
Koordinatör	21	12,4
Direktör	13	7,6
Hasta İlişkileri Sorumlusu	11	6,5
Klinik Şefi (Hekim)	17	10
Ayaktan Hasta Danışmanları Yöneticisi	6	3,5
İdari Hizmetler Yöneticisi	5	2,9
Banko Sorumlusu	5	2,9
Süpervizör Hemşire	5	2,9
Gece Müdürü	4	2,4
Mali İşler Yöneticisi	2	1,2
Yatan Hasta Danışmanları Yöneticisi	2	1,2
Kurumsal İlişkiler Yöneticisi	2	1,2
Teknisyenler Sorumlusu	2	1,2
Halkla İlişkiler Yöneticisi	2	1,2
Hasta Yatış-Taburcu Sorumlusu	1	,6
Depo Hizmetleri Yöneticisi	1	,6
Pazarlama Yöneticisi	1	,6
Teknik Hizmetler Yöneticisi	1	,6
Destek Hizmetler Yöneticisi	1	,6
Çağrı Merkezi Sorumlusu	1	,6
Toplam	170	100,0

Araştırmaya katılan yöneticilerin %53'ü çalıştıkları hastanede alt düzey, %32,9'u orta, %14,1'i üst düzey yönetici olduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 5,5).

Tablo 5,5 Araştırmaya katılan yöneticilerin yöneticilik düzeylerine göre sıklık dağılımları

Yöneticilik Düzeyi	Sıklık	Yüzde
Alt düzey yönetici	90	53,0
Orta düzey yönetici	56	32,9
Üst düzey yönetici	24	14,1
Toplam	170	100,0

Araştırma grubun yaş ortalaması 32.88±8.11'di ve ortalama 9.14±6.25 yıldır sağlık sektöründe çalışmaktadırlar. Grubun şu anda görev yaptıkları hastanede ortalama çalışma süresi yaklaşık 4 yıldır (Tablo 5,6).

Tablo 5,6 Araştırmaya katılan yöneticilerin yaş, sağlık sektöründe çalışma süresi ve şu anda çalıştığı kurumdaki toplam görev süreleri ortalamaları

Özellikler	Ortalama	Standart Sapma
Yaş	32.88	8.11
Sağlık Sektöründe Çalışma Süresi (yıl)	9.14	6.25
Şu Anda Çalıştığı Kurumda Çalışma Süresi (yıl)	3.99	2.80

Araştırmaya katılan yöneticilerin hasta şikâyetleri yönetimi değerlendirme puanlarına ait ortalamalar Tablo 5,6'de yer almaktadır.

Tablo 5,7.'de görüldüğü gibi araştırma grubunun değerlendirmelerine göre en yüksek puan 78.78 ortalama ile etkili çözüm puanı, en düşük puan ortalaması ise 45.83 ile hasta odaklılık ve kalite iyileştirme puanına aittir.

Tablo 5,7 Araştırmaya katılan yöneticilerin Hasta Odaklılık ve Kalite İyileştirme, Erişebilirlik, Cevap Verme, Etkili Değerlendirme, Etkili Çözüm, Gizlilik, Bilgi Toplama ve Kullanma, İzleme ve İyileştirme Puan Ortalamaları

Değerlendirme Puanları	En Küçük Değer	En Büyük Değer	Ortalama	Standart Sapma
Hasta Odaklılık ve Kalite İyileştirme	45.83	100.0	45.83	12.98
Erişebilirlik	35.00	100.0	76.38	14.13
Cevap Verme	30.00	100.0	76.02	13.85
Etkili Değerlendirme	12.50	100.0	71.43	15.78
Etkili Çözüm	25.00	100.0	78.78	14.00
Gizlilik	18.75	68.75	52.66	11.10
Bilgi Toplama ve Kullanma	25.00	100.0	70.35	15.60
İzleme ve İyileştirme	16.67	100.0	73.03	15.02

Tablo 5,8’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan yöneticilerin %50’si “Yöneticilerimiz sundukları hizmetlerde bakımın ve hizmetin güvenliği, kalitenin devamlılığı ve sürekli iyileştirmenin bir parçası olarak hasta odaklı bakımı desteklerler” ifadesine kesinlikle katılıyorum, %45,9’u katılıyorum şeklinde yanıt verirken %4,1’i kararsız kalmıştır.

Araştırmaya katılan yöneticilerin “Yöneticilerimiz etkili şikâyet yönetimini bilirler ve sorumluluk alırlar” ifadesine katılma oranı %88,2’dir.

“Şikâyet yönetim politika ve prosedürlerin de çalışanların uygun rol ve sorumlulukları tanımlıdır. Tüm çalışanlar bu rol ve sorumlulukları rutin olarak kullanmaktadır.” İfadesine %4,7 oranında yönetici katılmamaktadır.

“Hizmet, ilgili personel tarafından bilinen bilgilendirme onam politikasına sahiptir.” İfadesine %82,1 oranında yönetici katıldığını bildiriyor.

“Uygun yetenekte kıdemli bir çalışan, şikâyet yönetim sisteminden ve şikâyetlerin üst yönetime raporlanmasından sorumludur.” İfadesi için kararsız kalanların oranı %8,2, katılmadığını bildirenlerin oranı %3,6’dır. Diğer yöneticiler ise bu ifadeye katıldıklarını bildirmişlerdir.

Tablo 5,8 Araştırmaya katılan yöneticilerin **Hasta Odaklılık ve Kalite İyileştirme** ile ilgili ifadelerle katılma durumları

Hasta Odaklılık ve Kalite İyileştirme İle İlgili İfadeler	Sıklık	Yüzde	
“Yöneticilerimiz sundukları hizmetlerde bakımın ve hizmetin güvenliği, kalitenin devamlılığı ve sürekli iyileştirmenin bir parçası olarak hasta odaklı bakımı desteklerler”	Kesinlikle Katılanlar	85	50.0
	Katılanlar	78	45.9
	Kararsızlar	7	4.1
	Katılmayanlar	0	0.0
	Kesinlikle Katılmayanlar	0	0.0
“Yöneticilerimiz etkili şikâyet yönetimini bilirler ve sorumluluk alırlar”	Kesinlikle Katılanlar	58	34,1
	Katılanlar	92	54,1
	Kararsızlar	18	10,6
	Katılmayanlar	2	1,2
	Kesinlikle Katılmayanlar	0	0.0
“Şikâyet yönetim politika ve prosedürlerinde çalışanların uygun rol ve sorumlulukları tanımlıdır. Tüm çalışanlar bu rol ve sorumlulukları rutin olarak kullanmaktadır.”	Kesinlikle Katılanlar	48	28,2
	Katılanlar	91	53,5
	Kararsızlar	22	12,9
	Katılmayanlar	9	5,3
	Kesinlikle Katılmayanlar	0	0

“Şikâyet yönetim sürecinin devamlılığı için özellikle çalışanların eğitimi, uygun yönetsel destek ve kadrolama sağlanmaktadır.”	Kesinlikle Katılanlar	42	24,7
	Katılanlar	83	48,8
	Kararsızlar	37	21,8
	Katılmayanlar	7	4,1
	Kesinlikle Katılmayanlar	1	0,6
“Hizmet, ilgili personel tarafından bilinen bilgilendirme onam politikasına sahiptir.”	Kesinlikle Katılanlar	60	35,3
	Katılanlar	95	55,9
	Kararsızlar	14	8,2
	Katılmayanlar	0	0,0
	Kesinlikle Katılmayanlar	1	0,6
“Uygun yetenekte kıdemli bir çalışan, şikâyet yönetim sisteminden ve şikâyetlerin üst yönetime raporlanmasından sorumludur.”	Kesinlikle Katılanlar	78	45,9
	Katılanlar	72	42,4
	Kararsızlar	14	8,2
	Katılmayanlar	4	2,4
	Kesinlikle Katılmayanlar	2	1,2

Tablo 5,9 da görüldüğü üzere araştırmaya katılanların % 24,5’i “Kurumumuz, hasta ve yakınlarını şikâyet yönetimi sistemi hakkında çeşitli yollarla bilgilendirir. Hasta ve yakınları, bağımsız şikâyet değerlendirme kuruluşlarına (TTB vb) başvurabilecekleri ve beklentileri karşılanmadığında, kurum tarafından şikâyetlerinin bu kurumlara iletebileceği konusunda bilgilendirilmektedir.” İfadesinde kararsız olduklarını bildirirken % 11,2’side katılmadığını bildirmiştir. Diğerleri ise katıldıklarını bildirmiştir.

“Hasta ve yakınlarının hizmetlerin değerlendirmesini sağlayacak çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. (Örneğin, şikâyet formu, iyileştirme öneri formu, memnuniyet anketleri, odak grup çalışmaları gibi)” ifadesine katılımcıların % 93,5’i katıldığını bildirmiştir.

“Kurumumuzda isimsiz şikâyetler de değerlendirmeye alınmaktadır.” İfadesine % 17,6 kişi kararsız olduğunu belirtirken % 81,2 kişi katıldığını iletmiştir.

“Yabancı dil nedeniyle şikâyetini yazamayan ya da süreci anlayamayan hasta ve yakınlarına, gerekli tercüman desteği sağlanmaktadır.”ifadesine % 5,9 katılmadığını, % 18,2’si kararsız olduğunu ifade ederken %75,9’u katıldığını bildirmiştir.

“Kültürel nedenlerden dolayı ya da tanımlanmış sağlık statülerinden (klinik şefi, bölüm başkanı gibi) dolayı hizmetlerde değerlendirme yapmayan çoğunluk grupları,

şikâyette bulunmaları için cesaretlendirilmektedir.” İfadesine % 32,9 katılımcı kararsız olduğunu belirtirken % 7,7’si katılmadığını iletmiştir.

Tablo 5,9 Araştırmaya katılan yöneticilerin **Erişilebilirlik** ile ilgili ifadelere katılma durumları

Erişilebilirlik İle İlgili İfadeler		Sıklık	Yüzde
“Kurumumuz, hasta ve yakınlarını şikâyet yönetimi sistemi hakkında çeşitli yollarla bilgilendirir. Hasta ve yakınları, bağımsız şikâyet değerlendirme kuruluşlarına (TTB vb) başvurabilecekleri ve beklentileri karşılanmadığında, kurum tarafından şikâyetlerinin bu kurumlara iletilebileceği konusunda bilgilendirilmektedir.”	Kesinlikle Katılanlar	44	25,9
	Katılanlar	66	38,8
	Kararsızlar	41	24,1
	Katılmayanlar	15	8,8
	Kesinlikle Katılmayanlar	4	2,4
“Hasta ve yakınlarının hizmetlerin değerlendirmesini sağlayacak çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. (Örneğin, şikâyet formu, iyileştirme öneri formu, memnuniyet anketleri, odak grup çalışmaları gibi)”	Kesinlikle Katılanlar	100	58,8
	Katılanlar	59	34,7
	Kararsızlar	9	5,3
	Katılmayanlar	2	2,2
	Kesinlikle Katılmayanlar	0	0
“Kurumumuzda isimsiz şikâyetler de değerlendirilmeye alınmaktadır.”	Kesinlikle Katılanlar	70	41,2
	Katılanlar	68	40,0
	Kararsızlar	30	17,6
	Katılmayanlar	2	1,2
	Kesinlikle Katılmayanlar	0	0,0
“Yabancı dil nedeniyle şikâyetini yazamayan ya da süreci anlayamayan hasta ve yakınlarına, gerekli tercüman desteği sağlanmaktadır.”	Kesinlikle Katılanlar	72	42,4
	Katılanlar	57	33,5
	Kararsızlar	31	18,2
	Katılmayanlar	8	4,7
	Kesinlikle Katılmayanlar	2	1,2
“Kültürel nedenlerden dolayı ya da tanımlanmış sağlık statülerinden (klinik şefi, bölüm başkanı gibi) dolayı hizmetlerde değerlendirme yapmayan çoğunluk grupları, şikâyette bulunmaları için cesaretlendirilmektedir.”	Kesinlikle Katılanlar	28	16,5
	Katılanlar	73	42,9
	Kararsızlar	56	32,9
	Katılmayanlar	11	6,5
	Kesinlikle Katılmayanlar	2	1,2

Tablo 5.10’da görüldüğü üzere %86,5 kişi “Klinisyenler ve diğer çalışanlar şikâyet yönetimi politikası çerçevesince şikâyetleri hizmet noktasında çözebilmektedirler ve ileri aksiyon alınması boyutunda **süreci** şikâyet yöneticisine sözel ya da yazılı olarak iletirler” ifadesine katıldığını bildirirken % 11,2 kişide kararsız olduğunu iletmiştir.

“Klinisyenler ve çalışanlar anlaşmazlık ve çatışma olasılığını en aza indirmek için hasta ve yakınlarına şikâyet bildirimlerinde cevap verebilmektedir.” ifadesine % 5,3 kişi katılmadığı, % 10 kişi kararsız olduğunu, % 84,7 kişide katıldığını bildirmiştir.

“Bildiriminden 48 saat sonrasında hizmet noktasında çözülemeyen şikâyetlere yönelik, şikâyet eden kişiler eğer tatmin olmamışlarsa, şikâyet yönetim süreci hakkında bilgilendirilerek, şikâyet edenlere ileri aksiyon boyutunda seçenekler sunulur ve beklentileri sorgulanır” ifadesine % 21,8 kişi kararsız olduğunu bildirmiştir.

“Şikâyetlerin % 80’ni şikâyet politikasına göre ve belirlenen zaman çerçevesi içinde çözülür” ifadesine % 15,3 kişi kararsız olduğunu belirtirken % 82,4 kişi belirtilen zaman çerçevesinde şikâyetlerin çözüldüğünü bildirmiştir.

% 20 katılımcı “belirlenen zaman çerçevesinde çözülemeyen ve süreci uzayan şikâyetler hakkında şikâyet edenlere her aşamada geri bildirimde bulunulur” ifadesine kararsız olduğunu bildirmiştir.

Tablo 5.10 Araştırmaya katılan yöneticilerin **Cevap Verebilirlik** ile ilgili ifadelerle katılma durumları

Cevap Verebilirlik İle İlgili İfadeler		Sıklık	Yüzde
“Klinisyenler ve diğer çalışanlar şikâyet yönetimi politikası çerçevesince şikâyetleri hizmet noktasında çözebilmektedirler ve ileri aksiyon alınması boyutunda süreci şikâyet yöneticisine sözel ya da yazılı olarak iletirler.”	Kesinlikle Katılanlar	41	24,1
	Katılanlar	106	62,4
	Kararsızlar	19	11,2
	Katılmayanlar	4	2,4
	Kesinlikle Katılmayanlar	0	0,0
“Klinisyenler ve çalışanlar anlaşmazlık ve çatışma olasılığını en aza indirmek için hasta ve yakınlarına şikâyet bildirimlerinde cevap verebilmektedir.”	Kesinlikle Katılanlar	42	24,7
	Katılanlar	102	60,0
	Kararsızlar	17	10,0
	Katılmayanlar	9	5,3
	Kesinlikle Katılmayanlar	0	0,0
“Bildiriminden 48 saat sonrasında	Kesinlikle Katılanlar	45	26,5

hizmet noktasında çözülemeyen şikâyetlere yönelik, şikâyet eden kişiler eğer tatmin olmamışlarsa, şikâyet yönetim süreci hakkında bilgilendirilerek, şikâyet edenlere ileri aksiyon boyutunda seçenekler sunulur ve beklentileri sorgulanır.”	Katılanlar	85	50,0
	Kararsızlar	37	21,8
	Katılmayanlar	2	1,2
	Kesinlikle Katılmayanlar	1	0,6
“Şikâyetlerin % 80’ni şikâyet politikasına göre ve belirlenen zaman çerçevesi içinde çözülür.”	Kesinlikle Katılanlar	55	32,4
	Katılanlar	85	50,0
	Kararsızlar	26	15,3
	Katılmayanlar	4	2,4
	Kesinlikle Katılmayanlar	0	0,0
“Belirlenen zaman çerçevesinde çözülemeyen ve süreci uzayan şikâyetler hakkında şikâyet edenlere her aşamada geri bildirimde bulunulur.”	Kesinlikle Katılanlar	42	24,7
	Katılanlar	86	50,6
	Kararsızlar	34	20,0
	Katılmayanlar	8	4,7
	Kesinlikle Katılmayanlar	0	0,0

Tablo 5.11 de görüldüğü üzere % 87,7 katılımcı “kurumumuzda tüm şikâyetler, şikâyetlerin ciddiyeti, şikâyetin karmaşıklığı ve şikâyet edenin isteklerini içine alan en uygun çatışma çözümlene sürecine göre değerlendirilmektedir” ifadesine katıldığını, % 12,4’ü kararsız olduğunu belirtirken katılmadığını ifade eden olmamıştır.

“Risk değerlendirme programı ile olaylar sınıflandırılmakta, şikâyet yönetim stratejileri belirlenmektedir (Şikâyetler Önem Değerlendirme Kodu ya da Ciddiyet Değerlendirme Matrisi gibi)” ifadesine % 25,9’u kararsız olduğunu, % 25,9’u da katılmadığını ifade etmiştir.

“Ciddi şikâyetlerin üst yönetime bildirim ve uygun aksiyonun alınması boyutunda etkili ve hızlı bir sistemimiz vardır” ifadesine % 87’si katıldığını ifade etmiştir.

“Şikâyet politikamızda hangi şikâyetlerin dış kurumlara (örneğin meslek odalarına, polise ve diğer düzenleyici kuruluşlara) götürüleceğinin koşulları gösterilmiştir” ifadesine % 28,2 katılımcı kararsız olduğunu ifade ederken % 12,6 katılımcıda katılmadığını bildirmiştir.

Tablo 5.11: Araştırmaya katılan yöneticilerin **Etkili Değerlendirme** ile ilgili ifadelerle katılma durumları

Etkili Değerlendirme İle İlgili İfadeler	Sıklık	Yüzde
--	--------	-------

“Kurumumuzda tüm şikâyetler, şikâyetlerin ciddiyeti, şikâyetin karmaşıklığı ve şikâyet edenin isteklerini içine alan en uygun çatışma çözümü sürecine göre değerlendirilmektedir.”	Kesinlikle Katılanlar	60	35,3
	Katılanlar	89	52,4
	Kararsızlar	21	12,4
	Katılmayanlar	0	0,0
	Kesinlikle Katılmayanlar	0	0,0
“Risk değerlendirme programı ile olaylar sınıflandırılmakta, şikâyet yönetim stratejileri belirlenmektedir. (Şikâyetler Önem Değerlendirme Kodu ya da Ciddiyet Değerlendirme Matrisi gibi)”	Kesinlikle Katılanlar	26	15,3
	Katılanlar	56	32,9
	Kararsızlar	44	25,9
	Katılmayanlar	40	23,5
	Kesinlikle Katılmayanlar	4	2,4
“Ciddi şikâyetlerin üst yönetime bildirim ve uygun aksiyonun alınması boyutunda etkili ve hızlı bir sistemimiz vardır.”	Kesinlikle Katılanlar	66	38,8
	Katılanlar	82	48,2
	Kararsızlar	19	11,2
	Katılmayanlar	1	0,6
	Kesinlikle Katılmayanlar	2	1,2
“Şikâyet politikamızda hangi şikâyetlerin dış kurumlara (örneğin meslek odalarına, polise ve diğer düzenleyici kuruluşlara) götürüleceğinin koşulları gösterilmiştir.”	Kesinlikle Katılanlar	32	18,8
	Katılanlar	67	39,4
	Kararsızlar	48	28,2
	Katılmayanlar	20	11,8
	Kesinlikle Katılmayanlar	3	1,8

Tablo 5.12’de görüldüğü üzere “Şikâyetleri araştırma ve çözüm süreci, şikâyet edenler ve çalışanlar tarafından kolayca anlaşılacak kadar basit ve açıktır.” % 88,8 oranında katılıyorum cevabı verilmiştir.

“Şikâyetlerin çözümü sürecinde ortak problemlerin çözümüne vurgu yapılmaktadır” ifadesine ise % 84,7 kişi katılıyorum, % 14,7 oranında da kararsızım cevabı verilmiştir.

“Kurumumuzda şikâyetler, şikâyetin altında yatan temel nedeni ve düzeltici stratejileri belirlemek istatistiksel yöntemler kullanılarak analiz edilmekte ve belli periyotlarla gözden geçirilmektedir” ve “Şikâyetlerin araştırılması; şikâyet edenden ve şikâyetle ilgili diğer personel ve klinisyenlerden sağlanan bilgiler, şikâyetle ilgili kayıtlar, politika ve standartlardan elde edilen gerçekler temelinde tamamlanmaktadır” ifadelerine % 5,3 oranında katılmıyorum cevabı verilmiştir.

“Şikâyetlere yönelik önleyici stratejiler oluşturabilmek için şikâyetin neden olduğu, temel nedeni ve katkıda bulunan faktörleri araştırılmaktadır” sorusuna yönelik % 86,5 kişi katılıyorum olarak yanıt verirken % 12,9 oranında kararsız oldukları yönün de değerlendirme yapılmıştır.

“Kurumumuzda kullanılan şikâyet yönetim süreci tüm taraflar için objektif, adil ve güvenilirdir” ifadesine de % 86,5 oranında katılım söz konusu olurken “Şikâyet eden kişilere uygun koşullarda (mektup, telefon, e mail vb)geri bildirim yapılmaktadır” ifadesine de % 91,8 oranında katılıyorum cevabı verilmiştir.

Tablo 5.12: Araştırmaya katılan yöneticilerin **Etkili Çözüm** ile ilgili ifadelere katılma durumları

Etkili Çözüm İle İlgili İfadeler		Sıklık	Yüzde
“Şikâyetleri araştırma ve çözüm süreci, şikâyet edenler ve çalışanlar tarafından kolayca anlaşılacak kadar basit ve açıktır.”	Kesinlikle Katılanlar	47	27,6
	Katılanlar	104	61,2
	Kararsızlar	16	9,4
	Katılmayanlar	2	1,2
	Kesinlikle Katılmayanlar	1	,6
“Şikâyetlerin çözümü sürecinde ortak problemlerin çözümüne vurgu yapılmaktadır.”	Kesinlikle Katılanlar	42	24,7
	Katılanlar	102	60,0
	Kararsızlar	25	14,7
	Katılmayanlar	0	0,0
	Kesinlikle Katılmayanlar	1	0,6
“Kurumumuzda şikâyetler, şikâyetin altında yatan temel nedeni ve düzeltici stratejileri belirlemek istatistiksel yöntemler kullanılarak analiz edilmekte ve belli periyotlarla gözden geçirilmektedir.”	Kesinlikle Katılanlar	58	34,1
	Katılanlar	73	42,9
	Kararsızlar	30	17,6
	Katılmayanlar	9	5,3
	Kesinlikle Katılmayanlar	0	0,0
“Şikâyetlerin araştırılması; şikâyet edenden ve şikâyetle ilgili diğer personel ve klinisyenlerden sağlanan bilgiler, şikâyetle ilgili kayıtlar, politika ve standartlardan elde edilen gerçekler temelinde tamamlanmaktadır.”	Kesinlikle Katılanlar	55	32,4
	Katılanlar	90	52,9
	Kararsızlar	16	9,4
	Katılmayanlar	9	5,3
	Kesinlikle Katılmayanlar	0	0,0
“Şikâyetlere yönelik önleyici stratejiler oluşturabilmek için şikâyetin neden olduğu, temel nedeni ve katkıda bulunan faktörleri araştırılmaktadır.”	Kesinlikle Katılanlar	58	34,1
	Katılanlar	89	52,4
	Kararsızlar	22	12,9
	Katılmayanlar	1	0,6
	Kesinlikle Katılmayanlar	0	0,0

“Kurumumuzda kullanılan şikâyet yönetim süreci tüm taraflar için objektif, adil ve güvenilirdir.”	Kesinlikle Katılanlar	60	35,3
	Katılanlar	87	51,2
	Kararsızlar	18	10,6
	Katılmayanlar	5	2,9
	Kesinlikle Katılmayanlar	0	0,0
“Şikâyet edenler, şikâyetle direkt ilgili klinisyenler ve diğer personel, araştırma sonuçları ile verilen kararların nedenlerine yönelik bilgilendirmektedir.”	Kesinlikle Katılanlar	47	27,6
	Katılanlar	89	52,4
	Kararsızlar	22	12,9
	Katılmayanlar	12	7,1
	Kesinlikle Katılmayanlar	0	0,0
“Şikâyet eden kişilere uygun koşullarda (mektup, telefon, e mail vb)geri bildirim yapılmaktadır.”	Kesinlikle Katılanlar	86	50,6
	Katılanlar	70	41,2
	Kararsızlar	13	7,6
	Katılmayanlar	0	0,0
	Kesinlikle Katılmayanlar	1	0,6

Tablo 5.13’de görüldüğü üzere % 95,3’ü şikâyetlerin araştırma ve çözüm sürecinin gizlilik unsurları çerçevesince yapıldığını, % 2,9’u bu konuda kararsız olduğunu bildirmiştir. “Şikâyet alındığında ilk olarak şikâyetçi kişisel bilgilerinin nasıl kullanılacağı konusunda bilgilendirilmektedir” ifadesine yönelik de %12, 9’u kararsız, % 5,3’ü de katılmadığını belirtmiştir.

“Şikâyet kayıtları hastanın tıbbi kayıtlarından ayrı toplanmakta ve saklanmakta, kişisel kimlik bilgileri kayıtlarla doğrulanmakta, şikâyet kayıtları gizlilik yükümlülüklerine uygun olarak kullanılmakta ve saklanmaktadır” ifadesine % 91,2’si katıldığını, % 8,2’si kararsız olduğunu bildirmiştir.

“Hastadan ya da yetkili temsilcisinden gelen tıbbi kayıtlarına erişme ve kayıtlardaki hataları düzeltirme istekleri hızlıca karşılanmaktadır” ifadesine yönelik de % 14,1’i kararsız olduğunu bildirmiştir.

“İlgili çalışanlar tarafından bilinen açık bildirim dokümanı mevcuttur. "Açık bildirim dokümanı olumsuz olaylarda olayın kabul edilmesi, sürecin araştırılması, değerlendirilmesi, ileri tedavi yöntemleri ve olası riskleri hakkında hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi amaçlı kullanılmaktadır” ifadesine yönelik olarak % 20,8’i katılmadığını iletmiştir.

“Kurumuzda şikâyet eden ve şikâyetle ilgili klinisyen/personele, şikâyetle ilgili gerçekler, şikâyetin oluşmasına katkı sağlayan faktörlerin özeti, tekrarlanmaması için ne yapılacağına bilgisi ve değişikliklerin gözlenmesi için bilgi verilmektedir” ifadesine de % 81,8 oranında katılıyorum değerlendirilmesi alınmıştır.

Tablo 5.13: Araştırmaya katılan yöneticilerin **Gizlilik** ile ilgili ifadelerle katılma durumları

Gizlilik İle İlgili İfadeler		Sıklık	Yüzde
“Kurumuzda şikâyet araştırma ve çözüm süreci gizlilik unsurları çerçevesinde yapılmaktadır.”	Kesinlikle Katılanlar	91	53,5
	Katılanlar	71	41,8
	Kararsızlar	5	2,9
	Katılmayanlar	1	0,6
	Kesinlikle Katılmayanlar	2	1,2
“Şikâyet alındığında ilk olarak şikâyetçi kişisel bilgilerinin nasıl kullanılacağı konusunda bilgilendirilmektedir.”	Kesinlikle Katılanlar	64	37,6
	Katılanlar	75	44,1
	Kararsızlar	22	12,9
	Katılmayanlar	9	5,3
	Kesinlikle Katılmayanlar	0	0,0
“Şikâyet kayıtları hastanın tıbbi kayıtlarından ayrı toplanmakta ve saklanmakta, kişisel kimlik bilgileri kayıtlarla doğrulanmakta, şikâyet kayıtları gizlilik yükümlülüklerine uygun olarak kullanılmakta ve saklanmaktadır.”	Kesinlikle Katılanlar	80	47,1
	Katılanlar	75	44,1
	Kararsızlar	14	8,2
	Katılmayanlar	1	,6
	Kesinlikle Katılmayanlar	0	0,0
“Hastadan ya da yetkili temsilcisinden gelen tıbbi kayıtlarına erişme ve kayıtlardaki hataları düzeltme istekleri hızlıca karşılanmaktadır.”	Kesinlikle Katılanlar	65	38,2
	Katılanlar	78	45,9
	Kararsızlar	24	14,1
	Katılmayanlar	2	1,2
	Kesinlikle Katılmayanlar	1	,6
“İlgili çalışanlar tarafından bilinen açık bildirim dokümanı mevcuttur. Açık bildirim dokümanı olumsuz olaylarda olayın kabul edilmesi, sürecin araştırılması, değerlendirilmesi, ileri tedavi yöntemleri ve olası riskleri hakkında hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi amaçlı kullanılmaktadır”	Kesinlikle Katılanlar	39	22,9
	Katılanlar	71	41,8
	Kararsızlar	25	14,7
	Katılmayanlar	33	19,4
	Kesinlikle Katılmayanlar	2	1,2
“Kurumuzda şikâyet eden ve şikâyetle ilgili klinisyen/personele, şikâyetle ilgili gerçekler, şikâyetin oluşmasına katkı	Kesinlikle Katılanlar	44	25,9
	Katılanlar	95	55,9
	Kararsızlar	22	12,9

sağlayan faktörlerin özeti, tekrarlanmaması için ne yapılacağına bilgisi ve değişikliklerin gözlenmesi için bilgi verilmektedir.”	Katılmayanlar	8	4,7
	Kesinlikle Katılmayanlar	1	,6

Tablo 5.14 de görüldüğü gibi % 90 oranında “Şikâyetler, klinik yönetim ve kalite iyileştirme amacıyla bireysel şikâyetlerin gözden geçirilebilmesi, eğilimlerinin ve unsurlarının analiz edilebilmesini belirleyecek şekilde kayıt edilmektedir” ifadesine katılım söz konusu olurken % 8,2 kişi kararsız olduğunu belirtmiştir.

“Tanımlayan, analiz eden, değerlendiren, fırsatları artıran ve kayıpları en aza indiren bir risk değerlendirme sistemimiz vardır” ifadesine yönelik % 20 kararsızlık bildirilirken % 7,7’si katılmadığını belirtilmiştir.

“Kurumumuzda şikâyet yönetim sisteminin ilgili politika ve standartlara uyum göstermesi ve gözden geçirilmesini sağlayan yeterli bilgi toplanmaktadır” ifadesine yönelik olarak da % 21,2’si kararsızlık ifade etmiştir.

“Düzenli olarak klinisyen ve diğer personele, şikâyetler hakkında bilgi verilir, tartışma toplantıları düzenlenir, performansın nasıl geliştirileceğine yönelik ders çıkartmaları sağlanır” ifadesine yönelik % 22,9’u kararsız olduğunu belirtirken % 71,1’i katılmadığını iletmiştir.

“Kalite iyileştirme raporunun bir parçası olarak, şikâyetleri içeren hasta geri bildirimleri hakkında kamuya düzenli aralıklarla bilgi verilmektedir” ifadesine yönelik ise % 30,6 kararsızlık, % 29,4’ü katılmadığını belirtirken sadece %35,3’ü katıldığını bildirmiştir.

Tablo 5.14 Araştırmaya katılan yöneticilerin **Bilgi Toplama ve Kullanma** ile ilgili ifadelerle katılma durumları

Bilgi Toplama ve Kullanma İle İlgili İfadeler	Sıklık	Yüzde	
“Şikâyetler, klinik yönetim ve kalite iyileştirme amacıyla bireysel şikâyetlerin gözden geçirilebilmesi, eğilimlerinin ve unsurlarının analiz edilebilmesini belirleyecek şekilde kayıt edilmektedir.”	Kesinlikle Katılanlar	55	32,4
	Katılanlar	98	57,6
	Kararsızlar	14	8,2
	Katılmayanlar	3	1,8
	Kesinlikle Katılmayanlar	0	0,0
“Tanımlayan, analiz eden, değerlendiren, fırsatları artıran ve kayıpları en aza indiren bir risk değerlendirme sistemimiz vardır.”	Kesinlikle Katılanlar	36	21,2
	Katılanlar	87	51,2
	Kararsızlar	34	20,0
	Katılmayanlar	10	5,9

	Kesinlikle Katılmayanlar	3	1,8
“Kurumumuzda şikâyet yönetim sisteminin ilgili politika ve standartlara uyum göstermesi ve gözden geçirilmesini sağlayan yeterli bilgi toplanmaktadır.”	Kesinlikle Katılanlar	46	27,1
	Katılanlar	83	48,8
	Kararsızlar	36	21,2
	Katılmayanlar	5	2,9
	Kesinlikle Katılmayanlar	0	0,0
“Düzenli olarak klinisyen ve diğer personele, şikâyetler hakkında bilgi verilir, tartışma toplantıları düzenlenir, performansın nasıl geliştirileceğine yönelik ders çıkartmaları sağlanır.”	Kesinlikle Katılanlar	44	25,9
	Katılanlar	75	44,1
	Kararsızlar	39	22,9
	Katılmayanlar	9	5,3
	Kesinlikle Katılmayanlar	3	1,8
“Kalite iyileştirme raporunun bir parçası olarak, şikâyetleri içeren hasta geri bildirimleri hakkında kamuya düzenli aralıklarla bilgi verilmektedir.”	Kesinlikle Katılanlar	9	5,3
	Katılanlar	51	30,0
	Kararsızlar	52	30,6
	Katılmayanlar	41	24,1
	Kesinlikle Katılmayanlar	9	5,3

Tablo 5.15’e bakıldığında da “Üst yönetim ya da ilgili yönetici, şikâyet bilgilerini, kliniksel yönetimin bir parçası olarak, kalite iyileştirmede, çalışan eğitimlerinde ve profesyonel gelişimin planlanmasında düzenli olarak kullanılmaktadır” ifadesine % 89,4’ünün katıldığı % 8,2’sinin kararsız kaldığı ve % 2,4’ünde katılmadığı görülmektedir.

“Kıdemli klinisyen veya yöneticiler, risk değerlendirmesi tamamlandıktan sonra şikâyetleri uygun bir şekilde araştırır, raporlar, analiz eder ve takibini yapar” ifadesine % 5,9 oranında katılımcının katılmadığını, 16,52’ininde kararsız kaldığını, diğerlerinin ise katıldığı tespit edilmiştir.

“Şikâyet eden ve çalışanların şikâyet çözüm süreci ve şikâyetin çözümünün sonuçlarından tatmin olup olmadığı gözlemlenmektedir” ifadesine yönelik ise % 18,2’sinin kararsız olduğu, 4,1’inde katılmadığını görmekteyiz.

“Şikâyet yönetiminin performansı, şikâyet yönetimi politikası dış standartlarla düzenli olarak karşılaştırılır ve gözlemlenir” önermesine de %29,4 oranında kararsız kalındığı, % 10 oranında da katılımın söz konusu tespit edilmiştir.

“Yöneticilerimiz kendi etkinliğini belirlemek ve gerekli ise iyileştirmeler yapmak için, düzenli olarak şikâyet yönetimi uygulama ve politikalarını gözden geçirir” ifadesine % 83,5’inin katıldığı, 14,1’inin kararsızlık ifade ettiği kalanlarının da katılmadığı görülmektedir.

“Kurumumuz, hastalarımıza ve çalışanlarımıza şikâyet yönetim sistemini değerlendirme ve düzenleme yapma imkânı sağlamaktadır” % 17, 1 oranında kararsızlık ifadesi söz konusu iken % 10,6 oranında da katılmama söz konusu olmuştur.

Tablo 5.15 Araştırmaya katılan yöneticilerin İzleme ve Değerlendirme ile ilgili ifadelere katılma durumları

İzleme ve Değerlendirme İle İlgili İfadeler	Sıklık	Yüzde	
“Üst yönetim ya da ilgili yönetici, şikâyet bilgilerini, kliniksel yönetimin bir parçası olarak, kalite iyileştirmede, çalışan eğitimlerinde ve profesyonel gelişimin planlanmasında düzenli olarak kullanmaktadır.”	Kesinlikle Katılanlar	40	23,5
	Katılanlar	112	65,9
	Kararsızlar	14	8,2
	Katılmayanlar	3	1,8
	Kesinlikle Katılmayanlar	1	,6
“Kıdemli klinisyen veya yöneticiler, risk değerlendirmesi tamamlandıktan sonra şikâyetleri uygun bir şekilde araştırır, raporlar, analiz eder ve takibini yapar.”	Kesinlikle Katılanlar	38	22,4
	Katılanlar	94	55,3
	Kararsızlar	28	16,5
	Katılmayanlar	8	4,7
	Kesinlikle Katılmayanlar	2	1,2
“Şikâyet eden ve çalışanların şikâyet çözüm süreci ve şikâyetin çözümünün sonuçlarından tatmin olup olmadığı gözlemlenmektedir.”	Kesinlikle Katılanlar	34	20,0
	Katılanlar	98	57,6
	Kararsızlar	31	18,2
	Katılmayanlar	6	3,5
	Kesinlikle Katılmayanlar	1	,6
“Şikâyet yönetiminin performansı, şikâyet yönetimi politikası dış standartlarla düzenli olarak karşılaştırılır ve gözlemlenir.”	Kesinlikle Katılanlar	26	15,3
	Katılanlar	77	45,3
	Kararsızlar	50	29,4
	Katılmayanlar	17	10,0
	Kesinlikle Katılmayanlar	0	0,0
“Yöneticilerimiz kendi etkinliğini belirlemek ve gerekli ise iyileştirmeler yapmak için, düzenli olarak şikâyet yönetimi uygulama ve politikalarını gözden geçirir.”	Kesinlikle Katılanlar	40	23,5
	Katılanlar	102	60,0
	Kararsızlar	24	14,1
	Katılmayanlar	4	2,4
	Kesinlikle Katılmayanlar	0	0,0

“Kurumumuz, hastalarımıza ve çalışanlarımıza şikâyet yönetim sistemini değerlendirme ve düzenleme yapma imkânı sağlamaktadır.”	Kesinlikle Katılanlar	43	25,3
	Katılanlar	80	47,1
	Kararsızlar	29	17,1
	Katılmayanlar	17	10,0
	Kesinlikle Katılmayanlar	1	,6

Araştırmaya katılan hastanelerin TSE belgesine sahip olup olmama durumları hasta şikâyet yönetim değerlendirme puanları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında Bilgi Toplama ve Kullanma puanı hariç tüm puanlarda anlamlı farklılıklar tespit edildiği Tablo 5.17.’de görülmektedir. TSE belgesi olduğunu bildiren hastanelerin Hasta Odaklılık ve Kalite İyileştirme, Erişilebilirlik, Cevap Verme, Etkili Değerlendirme, Etkili Çözüm, Gizlilik ve İzleme/İyileştirme Puan ortalamalar TSE belgesi olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 5.16 Araştırmaya katılan hastanelerin TSE belgesi olup olmama durumlarına göre hasta şikâyetleri yönetimi değerlendirme puanları karşılaştırması

Değerlendirme Puanları	TSE Belgesi	Ortalama	Standart Sapma	Önemlilik Testi Sonucu
Hasta Odaklılık ve Kalite İyileştirme	Var	81,84	12,60	t=2.103 sd=168 p=0.037*
	Yok	77,66	13,16	
Erişilebilirlik	Var	78,73	11,25	t=2.374 sd=123.9 p=0.019*
	Yok	73,40	16,70	
Cevap Verme	Var	79,84	12,53	t=4.235 sd=168 p<0.0001**
	Yok	71,20	14,01	
Etkili Değerlendirme	Var	74,07	15,44	t=2.497 sd=168 p=0.013*
	Yok	68,08	15,66	
Etkili Çözüm	Var	82,30	10,86	t=3.66. sd=123.6 p<0.0001**
	Yok	74,33	16,19	
Gizlilik	Var	55,49	9,43	t=3.891 sd=168 p<0.0001**
	Yok	49,08	12,04	

Bilgi Toplama ve Kullanma	Var	72,42	13,70	t=1.906 sd=137.6 p=0.059
	Yok	67,73	17,48	
İzleme ve İyileştirme	Var	75,87	14,04	t=2.794 sd=150.7 p=0.006*
	Yok	69,44	15,55	

Araştırmaya katılan hastanelerin JCI belgesine sahip olup olmama durumları ile hasta şikâyet yönetim değerlendirme puanları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında Hasta Odaklılık ve Kalite İyileştirme puanı hariç tüm puanlarda arada istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmiştir.(Tablo 5.18). JCI belgesine sahip olduğunu bildiren hastanelerin, Erişilebilirlik, Cevap Verme, Etkili Değerlendirme, Etkili Çözüm, Gizlilik, Bilgi Toplama ve Kullanma ve İzleme/İyileştirme Puan ortalamaları JCI belgesi olmayanlara göre daha yüksek olarak saptanmıştır.

Tablo 5.17 Araştırmaya katılan hastanelerin JCI belgesi olup olmama durumlarına göre hasta şikâyetleri yönetimi değerlendirme puanları karşılaştırması

Değerlendirme Puanları	JCI Belgesi	Ortalama	Standart Sapma	Önemlilik Testi Sonucu
Hasta Odaklılık ve Kalite İyileştirme	Var	80,80	12,60	t=1,590 sd=168 p=0.114
	Yok	76,90	14,12	
Erişilebilirlik	Var	77,92	12,86	t=2.856 sd=168 p=0.005*
	Yok	70,42	17,16	
Cevap Verme	Var	78,03	12,82	t=3.860 sd=168 p<0.0001**
	Yok	68,28	15,09	
Etkili Değerlendirme	Var	72,96	15,90	t=2.520 sd=168 p=0.013*
	Yok	65,53	14,00	
Etkili Çözüm	Var	80,27	12,84	t=2.375 sd=44.80 p=0.022*
	Yok	73,03	16,81	
Gizlilik	Var	53,81	10,79	t=2.639 sd=51.26 p=0.011
	Yok	48,21	11,30	

Bilgi Toplama ve Kullanma	Var	71,74	14,86	t=2.306 sd=168 p=0.022*
	Yok	65,00	17,40	
İzleme ve İyileştirme	Var	74,66	14,53	t=2.819 sd=168 p=0.005*
	Yok	66,78	15,47	

Araştırmaya katılan hastanelerin ISO belgesine sahip olup olmama durumları hasta şikâyet yönetim değerlendirme puanları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında Hasta Odaklılık ve Kalite İyileştirme puanı hariç tüm puanlarda arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bir tek Hasta Odaklılık ve Kalite İyileştirme puanı ile kurumların ISO belgesine sahip olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. ISO belgesi bulunan kurumların Hasta Odaklılık ve Kalite İyileştirme puan ortalaması ISO belgesi olmayan kurumlara göre daha yüksektir (Tablo 5.18).

Tablo 5.18 Araştırmaya katılan hastanelerin ISO belgesi olup olmama durumlarına göre hasta şikâyetleri yönetimi değerlendirme puanları karşılaştırması

Değerlendirme Puanları	ISO Belgesi	Ortalama	Standart Sapma	Önemlilik Testi Sonucu
Hasta Odaklılık ve Kalite İyileştirme	Var	80,64	13,02	t=2.104 sd=168 p=0.037*
	Yok	73,33	10,77	
Erişebilirlik	Var	76,35	14,13	t=-0.081 sd=168 p=0.935
	Yok	76,66	14,59	
Cevap Verme	Var	76,41	14,24	t=1.837 sd=23.202 p=0.079
	Yok	72,00	8,19	
Etkili Değerlendirme	Var	71,53	15,91	t=0.261 sd=168 p=0.795
	Yok	70,41	14,84	
Etkili Çözüm	Var	79,29	14,16	t=1.525 sd=168 p=0.129
	Yok	73,54	11,44	
Gizlilik	Var	52,94	11,25	t=1.050 sd=168

	Yok	49,79	9,18	p=0.295
Bilgi Toplama ve Kullanma	Var	70,45	15,72	t=0.294 sd=168
	Yok	69,33	14,86	p=0.792
İzleme ve İyileştirme	Var	73,27	14,96	t=0.669 sd=168
	Yok	70,55	16,019	p=0.504

Araştırmaya katılan yöneticilerin cinsiyetlerine göre hasta şikâyet yönetim değerlendirme puanları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında Etkili Değerlendirme puanı hariç hiçbir değerlendirme puanı ile arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 5.19). Sadece Etkili Değerlendirme puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Kadın yöneticilerin (73.33±14.81) , erkek yöneticilere (68.36±16.89) göre Etkili Değerlendirme puan ortalaması daha yüksek olarak tespit edilmiştir.

Tablo 5.19 Araştırmaya katılanların cinsiyete göre hasta şikâyetleri yönetimi değerlendirme puanları karşılaştırması

Değerlendirme Puanları	Cinsiyet	Ortalama	Standart Sapma	Önemlilik Testi Sonucu
Hasta Odaklılık ve Kalite İyileştirme	Erkek	79,67	14,10	t=-0.253 sd=168
	Kadın	80,19	12,30	p=0.801
Erişebilirlik	Erkek	75,92	16,02	t=-0.316 sd=114.2
	Kadın	76,66	12,89	0.753
Cevap Verme	Erkek	74,46	15,10	t=-1.162 sd=168
	Kadın	77,00	13,00	p=0.247
Etkili Değerlendirme	Erkek	68,36	16,89	t=-2.012 sd=168
	Kadın	73,33	14,81	p=0.046*
Etkili Çözüm	Erkek	77,69	15,15	t=-0.801 sd=168
	Kadın	79,46	13,27	p=0.425

Gizlilik	Erkek	52,35	11,77	t=-0.285 sd=168 p=0.776
	Kadın	52,85	10,72	
Bilgi Toplama ve Kullanma	Erkek	69,00	15,74	t=-0.889 sd=168 p=0.375
	Kadın	71,19	15,54	
İzleme ve İyileştirme	Erkek	72,94	15,74	t=-0.062 sd=168 p=0.951
	Kadın	73,09	14,64	

Araştırmaya katılan yöneticilerin medeni durumlarına göre hasta şikâyet yönetim değerlendirme puanları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında değerlendirme puanları ile yöneticilerin medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır(Tablo 5.20).

Tablo 5.20 Araştırmaya katılanların medeni durumlarına göre hasta şikâyetleri yönetimi değerlendirme puanları karşılaştırması

Değerlendirme Puanları	Medeni Durum	Ortalama	Standart Sapma	Önemlilik Testi Sonucu
Hasta Odaklılık ve Kalite İyileştirme	Evli	80,83	11,96	t=1.000 sd=168 p=0.319
	Bekâr	78,80	14,32	
Erişebilirlik	Evli	76,30	14,41	t=-0.091 sd=168 p=0.928
	Bekâr	76,50	13,81	
Cevap Verme	Evli	75,55	12,98	t=-0.538 sd=168 p=0.591
	Bekâr	76,71	15,08	
Etkili Değerlendirme	Evli	70,31	16,21	t=-1.108 sd=168 p=0.269
	Bekâr	73,03	15,10	
Etkili Çözüm	Evli	78,93	12,79	t=0.167 sd=168 p=0.867
	Bekâr	78,57	15,67	

Gizlilik	Evli	53,56	10,61	t=1.261 sd=168 p=0.209
	Bekâr	51,38	11,72	
Bilgi Toplama ve Kullanma	Evli	70,05	15,18	t=-0.302 sd=168 p=0.763
	Bekâr	70,78	16,29	
İzleme ve İyileştirme	Evli	73,83	14,22	t=0.823 sd=168 p=0.412
	Bekâr	71,90	16,14	

Tablo 5.21’de görüldüğü gibi araştırma kapsamında bulunan yöneticilerin eğitim durumlarına göre Hasta Odaklılık ve Kalite İyileştirme puanı karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 5.21 Araştırmaya katılanların eğitim durumlarına göre Hasta Odaklılık ve Kalite İyileştirme puanı karşılaştırması (F=1.283)

Eğitim Durumu		Ortalamalar		%95 Güven Aralığı	
		Farkı	p değeri	Alt Sınır	Alt Sınır
Lise	Üniversite	2,1660	1,000	-4,7235	9,0555
	Yüksek lisans	-1,7572	1,000	-9,5296	6,0153
	Doktora	-4,9769	1,000	-20,2275	10,2737
Üniversite	Lise	-2,1660	1,000	-9,0555	4,7235
	Yüksek lisans	-3,9232	0,633	-10,3593	2,5130
	Doktora	-7,1429	1,000	-21,7577	7,4720
Yüksek lisans	Lise	1,7572	1,000	-6,0153	9,5296
	Üniversite	3,9232	0,633	-2,5130	10,3593
	Doktora	-3,2197	1,000	-18,2709	11,8315
Doktora	Lise	4,9769	1,000	-10,2737	20,2275
	Üniversite	7,1429	1,000	-7,4720	21,7577
	Yüksek lisans	3,2197	1,000	-11,8315	18,2709

Araştırmaya katılan yöneticilerin eğitim durumlarına göre Erişilebilirlik puanı karşılaştırıldığında üniversite mezunu yöneticiler ile yüksek lisans mezunu yöneticiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yüksek lisans mezunu yöneticilerin erişilebilirlik puanı diğer eğitim durumuna sahip yöneticilerden daha yüksektir (Tablo 5.22).

Tablo 5.22 Araştırmaya katılanların eğitim durumlarına göre Erişebilirlik puanı karşılaştırması(F=3.135)

Eğitim Durumu		Ortalamalar Farkı	p değeri	%95 Güven Aralığı	
				Alt Sınır	Alt Sınır
Lise	Üniversite	1,9444	1,000	-5,4340	9,3229
	Yüksek lisans	-5,6692	0.425	-13,9932	2,6549
	Doktora	-5,1389	1,000	-21,4719	11,1941
Üniversite	Lise	-1,9444	1,000	-9,3229	5,4340
	Yüksek lisans	-7,6136(*)	0.022	-14,5066	-,7207
	Doktora	-7,0833	1,000	-22,7355	8,5688
Yüksek lisans	Lise	5,6692	0.425	-2,6549	13,9932
	Üniversite	7,6136(*)	0.022	,7207	14,5066
	Doktora	,5303	1,000	-15,5891	16,6498
Doktora	Lise	5,1389	1,000	-11,1941	21,4719
	Üniversite	7,0833	1,000	-8,5688	22,7355
	Yüksek lisans	-,5303	1,000	-16,6498	15,5891

Tablo 5.23’de görüldüğü gibi araştırma kapsamında bulunan yöneticilerin eğitim durumlarına göre Cevap Verme puanı karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır(p>0.05).

Tablo 5.23: Araştırmaya katılanların eğitim durumlarına göre Cevap Verme puanı karşılaştırması(F=2.779)

Eğitim Durumu		Ortalamalar Farkı	p değeri	%95 Güven Aralığı	
				Alt Sınır	Alt Sınır
Lise	Üniversite	2,3611	1,000	-4,8954	9,6176
	Yüksek lisans	-2,6389	1,000	-10,8253	5,5475
	Doktora	-11,3889	0,360	-27,4518	4,6741
Üniversite	Lise	-2,3611	1,000	-9,6176	4,8954
	Yüksek lisans	-5,0000	0,303	-11,7790	1,7790
	Doktora	-13,7500	0,109	-29,1434	1,6434
Yüksek lisans	Lise	2,6389	1,000	-5,5475	10,8253
	Üniversite	5,0000	0,303	-1,7790	11,7790
	Doktora	-8,7500	0,855	-24,6030	7,1030
Doktora	Lise	11,3889	0,360	-4,6741	27,4518
	Üniversite	13,7500	0,109	-1,6434	29,1434
	Yüksek lisans	8,7500	0,855	-7,1030	24,6030

Tablo 5.24’de görüldüğü gibi araştırma kapsamında bulunan yöneticilerin eğitim durumlarına göre Etkili Değerlendirme puanı karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 5.24 Araştırmaya katılanların eğitim durumlarına göre Etkili Değerlendirme puanı karşılaştırması($F=0.997$)

Eğitim Durumu		Ortalamalar Farkı	p değeri	%95 Güven Aralığı	
				Alt Sınır	Alt Sınır
Lise	Üniversite	2,6786	1,000	-5,7167	11,0739
	Yüksek lisans	5,7292	0,649	-3,7420	15,2004
	Doktora	6,7708	1,000	-11,8130	25,3547
Üniversite	Lise	-2,6786	1,000	-11,0739	5,7167
	Yüksek lisans	3,0506	1,000	-4,7923	10,8935
	Doktora	4,0923	1,000	-13,7169	21,9014
Yüksek lisans	Lise	-5,7292	0,649	-15,2004	3,7420
	Üniversite	-3,0506	1,000	-10,8935	4,7923
	Doktora	1,0417	1,000	-17,2992	19,3825
Doktora	Lise	-6,7708	1,000	-25,3547	11,8130
	Üniversite	-4,0923	1,000	-21,9014	13,7169
	Yüksek lisans	-1,0417	1,000	-19,3825	17,2992

Tablo 5.25’de görüldüğü gibi araştırma kapsamında bulunan yöneticilerin eğitim durumlarına göre Etkili Çözüm puanı karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 5.25 Araştırmaya katılanların eğitim durumlarına göre Etkili Çözüm puanı karşılaştırması($F=0.099$)

Eğitim Durumu		Ortalamalar Farkı	p değeri	%95 Güven Aralığı	
				Alt Sınır	Alt Sınır
Lise	Üniversite	,7192	1,000	-6,7929	8,2314
	Yüksek lisans	-,3393	1,000	-8,8142	8,1355
	Doktora	-1,7361	1,000	-18,3650	14,8928
Üniversite	Lise	-,7192	1,000	-8,2314	6,7929
	Yüksek lisans	-1,0586	1,000	-8,0764	5,9593
	Doktora	-2,4554	1,000	-18,3911	13,4804
Yüksek lisans	Lise	,3393	1,000	-8,1355	8,8142
	Üniversite	1,0586	1,000	-5,9593	8,0764
	Doktora	-1,3968	1,000	-17,8083	15,0147
Doktora	Lise	1,7361	1,000	-14,8928	18,3650
	Üniversite	2,4554	1,000	-13,4804	18,3911
	Yüksek lisans	1,3968	1,000	-15,0147	17,8083

Tablo 5.26’da görüldüğü gibi araştırma kapsamında bulunan yöneticilerin eğitim durumlarına göre Gizlilik puanı karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 5.26 Araştırmaya katılanların eğitim durumlarına göre Gizlilik puanı karşılaştırması($F=0.097$)

Eğitim Durumu		Ortalamalar Farkı	p değeri	%95 Güven Aralığı	
				Alt Sınır	Alt Sınır
Lise	Üniversite	0,6572	1,000	-5,2966	6,6111
	Yüksek lisans	1,2390	1,000	-5,4779	7,9558
	Doktora	-0,3472	1,000	-13,5266	12,8321
Üniversite	Lise	-0,6572	1,000	-6,6111	5,2966
	Yüksek lisans	0,5817	1,000	-4,9803	6,1438
	Doktora	-1,0045	1,000	-13,6344	11,6255
Yüksek lisans	Lise	-1,2390	1,000	-7,9558	5,4779
	Üniversite	-0,5817	1,000	-6,1438	4,9803
	Doktora	-1,5862	1,000	-14,5932	11,4209
Doktora	Lise	0,3472	1,000	-12,8321	13,5266
	Üniversite	1,0045	1,000	-11,6255	13,6344
	Yüksek lisans	1,5862	1,000	-11,4209	14,5932

Araştırmaya katılan yöneticilerin eğitim durumlarına göre Bilgi Toplama ve Kullanma puanı karşılaştırıldığında yüksek lisans mezunu yöneticiler ile lise mezunu yöneticiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0.05$). Lise mezunu yöneticilerin Bilgi Toplama ve Kullanma puanı yüksek lisans mezunu yöneticilere göre daha yüksektir(Tablo 5.28).

Tablo 5.27 Araştırmaya katılanların eğitim durumlarına göre Bilgi Toplama ve Kullanma puanı karşılaştırması($F=2.741$)

Eğitim Durumu		Ortalamalar Farkı	p değeri	%95 Güven Aralığı	
				Alt Sınır	Alt Sınır
Lise	Üniversite	6,4087	0,227	-1,7691	14,5865
	Yüksek lisans	9,6338(*)	0,035	0,4080	18,8596
	Doktora	2,7778	1,000	-15,3245	20,8801
Üniversite	Lise	-6,4087	0,227	-14,5865	1,7691
	Yüksek lisans	3,2251	1,000	-4,4146	10,8648
	Doktora	-3,6310	1,000	-20,9787	13,7168
Yüksek lisans	Lise	-9,6338(*)	0,035	-18,8596	-0,4080

	Üniversite	-3,2251	1,000	-10,8648	4,4146
	Doktora	-6,8561	1,000	-24,7217	11,0096
Doktora	Lise	-2,7778	1,000	-20,8801	15,3245
	Üniversite	3,6310	1,000	-13,7168	20,9787
	Yüksek lisans	6,8561	1,000	-11,0096	24,7217

Tablo 5.28’de görüldüğü gibi araştırma kapsamında bulunan yöneticilerin eğitim durumlarına göre İzleme ve İyileştirme puanı karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 5.28 Araştırmaya katılanların eğitim durumlarına göre İzleme ve İyileştirme puanı karşılaştırması($F=1.766$)

Eğitim Durumu		Ortalamalar Farkı	p değeri	%95 Güven Aralığı	
				Alt Sınır	Alt Sınır
Lise	Üniversite	4,3485	0,873	-3,5913	12,2884
	Yüksek lisans	5,0610	0,800	-3,8963	14,0184
	Doktora	-6,3657	1,000	-23,9413	11,2098
Üniversite	Lise	-4,3485	0,873	-12,2884	3,5913
	Yüksek lisans	0,7125	1,000	-6,7049	8,1299
	Doktora	-10,7143	0,548	-27,5572	6,1286
Yüksek lisans	Lise	-5,0610	0,800	-14,0184	3,8963
	Üniversite	-0,7125	1,000	-8,1299	6,7049
	Doktora	-11,4268	0,482	-28,7726	5,9190
Doktora	Lise	6,3657	1,000	-11,2098	23,9413
	Üniversite	10,7143	0,548	-6,1286	27,5572
	Yüksek lisans	11,4268	0,482	-5,9190	28,7726

Araştırmaya katılan yöneticilerin yöneticilik düzeylerine göre Hasta Odaklılık ve Kalite İyileştirme puanı karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 5.31 Araştırmaya katılanların yöneticilik düzeylerine göre Hasta Odaklılık ve Kalite İyileştirme puanı karşılaştırması($F=0.432$)

Yöneticilik Düzeyleri		Ortalamalar Farkı	p değeri	%95 Güven Aralığı	
				Alt Sınır	Alt Sınır
Alt Düzey Yönetici	Orta Düzey Yönetici	0,78	1,000	4,5755	6,1495
	Üst Düzey Yönetici	-2,16	1,000	9,4026	5,0739
Orta Düzey Yönetici	Alt Düzey Yönetici	-,78	1,000	6,1495	4,5755
	Üst Düzey Yönetici	-2,95	1,000	10,6383	4,7355
Üst Düzey Yönetici	Alt Düzey Yönetici	2,16	1,000	5,0739	9,4026
	Orta Düzey Yönetici	2,95	1,000	4,7355	10,6383

Araştırmaya katılan yöneticilerin yöneticilik düzeylerine göre Erişilebilirlik puan ortalaması karşılaştırıldığında üst düzey yöneticiler ile alt düzey, yine üst düzey yöneticiler ile orta düzey yöneticiler arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer grupların birbirleriyle arasında Erişilebilirlik puanı açısından herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Üst düzey yöneticilerin hem alt düzey hem de orta düzey yöneticilere göre daha yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir(Tablo 5.30).

Tablo 5.30 Araştırmaya katılanların yöneticilik düzeylerine göre Erişilebilirlik puanı karşılaştırması($F=3.948$)

Yöneticilik Düzeyleri		Ortalamalar Farkı	p değeri	%95 Güven Aralığı	
				Alt Sınır	Alt Sınır
Alt Düzey Yönetici	Orta Düzey Yönetici	-,4464	1,000	-6,1642	5,2713
	Üst Düzey Yönetici	-8,7500	0,020	-16,4677	-1,0323
Orta Düzey Yönetici	Alt Düzey Yönetici	0,4464	1,000	-5,2713	6,1642
	Üst Düzey Yönetici	-8,3036	0,046	-16,4997	-0,1074
Üst Düzey Yönetici	Alt Düzey Yönetici	8,7500	0,020	1,0323	16,4677
	Orta Düzey Yönetici	8,3036	0,046	,1074	16,4997

Araştırmaya katılan yöneticilerin yöneticilik düzeylerine göre Cevap Verme puanı karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 5.31 Araştırmaya katılanların yöneticilik düzeylerine göre Cevap Verme puanı karşılaştırması($F=1.644$)

Yöneticilik Düzeyleri		Ortalamalar Farkı	p değeri	%95 Güven Aralığı	
				Alt Sınır	Alt Sınır
Alt Düzey Yönetici	Orta Düzey Yönetici	1,0238	1,000	4,6576	6,7053
	Üst Düzey Yönetici	-4,9583	0,359	12,6271	2,7104
Orta Düzey Yönetici	Alt Düzey Yönetici	-1,0238	1,000	6,7053	4,6576
	Üst Düzey Yönetici	-5,9821	0,232	14,1263	2,1620
Üst Düzey Yönetici	Alt Düzey Yönetici	4,9583	0,359	2,7104	12,6271
	Orta Düzey Yönetici	5,9821	0,232	2,1620	14,1263

Araştırmaya katılan yöneticilerin yöneticilik düzeylerine göre Etkili Değerlendirme puanı karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 5.32 Araştırmaya katılanların yöneticilik düzeylerine göre Etkili Değerlendirme puanı karşılaştırması($F=0.969$)

Yöneticilik Düzeyleri		Ortalamalar Farkı	p değeri	%95 Güven Aralığı	
				Alt Sınır	Alt Sınır
Alt Düzey Yönetici	Orta Düzey Yönetici	3,2763	0,673	3,2210	9,7736
	Üst Düzey Yönetici	-1,0764	1,000	9,8464	7,6936
Orta Düzey Yönetici	Alt Düzey Yönetici	-3,2763	0,673	9,7736	3,2210
	Üst Düzey Yönetici	-4,3527	0,780	13,6663	4,9609
Üst Düzey Yönetici	Alt Düzey Yönetici	1,0764	1,000	7,6936	9,8464
	Orta Düzey Yönetici	4,3527	0,780	4,9609	13,6663

Araştırmaya katılan yöneticilerin yöneticilik düzeylerine göre Etkili Çözüm puanı karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 5.33 Araştırmaya katılanların yöneticilik düzeylerine göre Etkili Çözüm puanı karşılaştırması($F=2.484$)

Yöneticilik Düzeyleri		Ortalamalar Farkı	p değeri	%95 Güven Aralığı	
				Alt Sınır	Alt Sınır
Alt Düzey Yönetici	Orta Düzey Yönetici	1,5749	1,000	4,1413	7,2911
	Üst Düzey Yönetici	-5,9028	0,198	13,6185	1,8129
Orta Düzey Yönetici	Alt Düzey Yönetici	-1,5749	1,000	7,2911	4,1413
	Üst Düzey Yönetici	-7,4777	0,086	15,6717	0,7163
Üst Düzey Yönetici	Alt Düzey Yönetici	5,9028	0,198	1,8129	13,6185
	Orta Düzey Yönetici	7,4777	0,086	0,7163	15,6717

Araştırmaya katılan yöneticilerin yöneticilik düzeylerine göre Gizlilik puanı karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 5.34 Araştırmaya katılanların yöneticilik düzeylerine göre Gizlilik puanı karşılaştırması($F=3.234$)

Yöneticilik Düzeyleri		Ortalamalar Farkı	p değeri	%95 Güven Aralığı	
				Alt Sınır	Alt Sınır
Alt Düzey Yönetici	Orta Düzey Yönetici	3,5838	0,169	0,9269	8,0946
	Üst Düzey Yönetici	-2,6476	0,883	8,7361	3,4409
Orta Düzey Yönetici	Alt Düzey Yönetici	-3,5838	0,169	8,0946	0,9269
	Üst Düzey Yönetici	-6,2314	0,063	12,6973	0,2345
Üst Düzey Yönetici	Alt Düzey Yönetici	2,6476	0,883	3,4409	8,7361
	Orta Düzey Yönetici	6,2314	0,063	0,2345	12,6973

Araştırmaya katılan yöneticilerin yöneticilik düzeylerine göre Bilgi Toplama ve Kullanma puanı karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 5.35 Araştırmaya katılanların yöneticilik düzeylerine göre Bilgi Toplama ve Kullanma puanı karşılaştırması($F=1.438$)

Yöneticilik Düzeyleri		Ortalamalar Farkı	p değeri	%95 Güven Aralığı	
				Alt Sınır	Alt Sınır
Alt Düzey Yönetici	Orta Düzey Yönetici	4,3651	0,304	2,0433	10,7735
	Üst Düzey Yönetici	3,0556	1,000	5,5944	11,7055
Orta Düzey Yönetici	Alt Düzey Yönetici	-4,3651	0,304	10,7735	2,0433
	Üst Düzey Yönetici	-1,3095	1,000	10,4957	7,8766
Üst Düzey Yönetici	Alt Düzey Yönetici	-3,0556	1,000	11,7055	5,5944
	Orta Düzey Yönetici	1,3095	1,000	7,8766	10,4957

Araştırmaya katılan yöneticilerin yöneticilik düzeylerine göre İzleme ve İyileştirme puanı karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 5.36 Araştırmaya katılanların yöneticilik düzeylerine göre İzleme ve İyileştirme puanı karşılaştırması($F=1.031$)

Yöneticilik Düzeyleri		Ortalamalar Farkı	p değeri	%95 Güven Aralığı	
				Alt Sınır	Üst Sınır
Alt Düzey Yönetici	Orta Düzey Yönetici	3,4358	0,543	2,7485	9,6202
	Üst Düzey Yönetici	-0,3588	1,000	8,7063	7,9887

Orta Düzey Yönetici	Alt Düzey Yönetici	-3,4358	0,543	9,6202	2,7485
	Üst Düzey Yönetici	-3,7946	0,906	12,6596	5,0703
Üst Düzey Yönetici	Alt Düzey Yönetici	0,3588	1,000	7,9887	8,7063
	Orta Düzey Yönetici	3,7946	0,906	5,0703	12,6596

Tablo 5.37’de görüldüğü gibi kurumda bulunan çalışan sayısı ile erişilebilirlik, cevap verme ve etkili çözüm puanları arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Bu ilişkiler doğru orantılı ve zayıftır. Sektörde çalışma süresi ile erişilebilirlik puanı ve kurumda çalışma süresi ile cevap verme puanı arasında da zayıf ve pozitif anlamlı ilişki belirlenmiştir.

Bu tespitler haricinde kurumun şube sayısı, yatak sayısı, çalışan sayısı ile hasta şikâyet yönetimi değerlendirme puanları arasında; yöneticinin yaşı, sektörde çalışma süresi ve kurumda çalışma süresi ile hasta şikâyet yönetimi değerlendirme puanları arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 5.37: Araştırmaya katılan yöneticilerin hasta şikâyetleri yönetimi değerlendirme puanları ile kurumun şube, yatak ve çalışan sayıları, yöneticilerin de yaş, sektörde ve kurumda çalışma süreleri ile karşılaştırılması

Değerlendirme Puanları		Şube Sayısı	Yatak Sayısı	Çalışan Sayısı	Yaş	Sektörde Çalışma Süresi	Kurumda Çalışma Süresi
Hasta Odaklılık ve Kalite İyileştirme	Korelasyon Kat sayısı	-,022	-,063	,123	,098	,113	,123
	P değeri	,774	,412	,109	,202	,145	,111
Erişebilirlik	Korelasyon Kat sayısı	-,010	,097	,178(*)	,145	,183(*)	,092
	P değeri	,900	,210	,020	,058	,017	,232
Cevap Verme	Korelasyon Kat sayısı	,002	,074	,258(**)	,099	,137	,188(*)
	P değeri	,982	,338	,001	,199	,075	,015
Etkili Değerlendirme	Korelasyon Kat sayısı	-,002	,070	,116	-,089	,035	,003
	P değeri	,980	,363	,131	,249	,651	,970
Etkili Çözüm	Korelasyon Kat sayısı	-,058	,045	,212(**)	,039	,057	,118
	P değeri	,456	,556	,005	,614	,464	,126
Gizlilik	Korelasyon Kat sayısı	-,094	,043	,136	,066	,078	,083
	P değeri	,222	,576	,078	,392	,316	,281
Bilgi Toplama ve Kullanma	Korelasyon Kat sayısı	-,061	,019	,025	-,049	-,019	-,049

	P değeri	,427	,806	,748	,524	,806	,531
İzleme ve İyileştirme	Korelasyon Kat sayısı	-,125	,026	,100	-,005	,035	-,026
	P değeri	,105	,739	,193	,949	,656	,734

** Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

* Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada İstanbul ilindeki 100 yatak ve üstü özel hastanelerde yöneticilerin şikâyet yönetimi basamaklarına yönelik performans ölçümünün yapılması hedeflenmiştir. Şikâyet yönetim süreçleri olan hasta odaklılık ve kalite iyileştirme, erişebilirlik, cevap verebilirlik, etkili değerlendirme, etkili çözüm, gizlilik, bilgi toplama ve kullanma, izleme ve değerlendirme ana başlıkları altında 45 soru ile uygulama düzeyleri ve irdelenmiştir.

Araştırmaya katılan hastanelerin ortalama şube sayısı 6, ortalama yatak sayısı 186, ortalama çalışan sayısı 933'dür. Hastanelerin %55,9'unun TSE, %79,4'ünün JCI, %91,2'sinin ISO belgesi bulunmaktadır. Ankete katılanların %26,5'i sorumlu hemşire, %12,9'u şef yönetici, %12,9'u koordinatör, %12,4'ü direktördür olmakla birlikte, katılan yöneticilerin %53'ü çalıştıkları hastanede alt düzey, %32,9'u orta, %14,1'i üst düzey yönetici olduklarını ifade etmişlerdir.

Hasta odaklılık ve kalite iyileştirme soruları çerçevesinde araştırmaya katılan yöneticilerin %95,9'u sundukları hizmetlerde bakımın ve hizmetin güvenliği, kalitenin devamlılığı ve sürekli iyileştirmenin bir parçası olarak hasta odaklı bakımı desteklediklerini ifadesine ederken %4,1'i kararsız kaldığını bildirmiştir. Yöneticilerin etkili şikâyet yönetimini bildikleri ve sorumluluk aldıklarına yönelik ise % 88,2 oranında katılım söz konusu olmuştur. Şikâyet yönetim politikasının temel taşı olan politika ve prosedürlerde çalışanların rol ve sorumluluklarının bulunduğu dair % 4,7 oranında katılım söz konusu olmamıştır. Bilgilendirilmiş onam politikasına yönelik % 82,1 'i katıldığını iletmiştir. Uygun yetenekte kıdemli bir çalışanın, şikâyet yönetim sisteminden ve şikâyetlerin üst yönetime raporlanmasından sorumlu olduğu

konusunda ise %8.2 kararsızlık belirtilirken % 3,6 oranında da katılımın olmadığı bulunmuştur.

Şikâyet yönetimindeki erişebilirlik sorularından hasta ve yakınlarını şikâyet yönetimi sistemi hakkında çeşitli yollarla bilgilendirildiği ve bağımsız şikâyet değerlendirme kuruluşlarına (TTB vb) başvurabilecekleri ve beklentileri karşılanmadığında, kurum tarafından şikâyetlerinin bu kurumlara iletilebileceği konusunda % 24,5 oranında kararsızlık ifade edilirken % 11,2 oranında katılma durumunun söz konusu olmadığı görülmüştür. % 93,5 oranında hasta ve yakınlarının hizmetlerin değerlendirmesini sağlayacak çeşitli yöntemler (Örneğin, şikâyet formu, iyileştirme öneri formu, memnuniyet anketleri, odak grup çalışmaları gibi) bulunduğu belirtilmiştir. İsimli şikâyetler de değerlendirmeye alınmaktadır sorusuna % 17,6 kişi kararsız olduğunu belirtirken % 81,2 kişi katıldığını iletmiştir. Yabancı dile nedeniyle şikâyetini yazamayan ya da süreci anlayamayan hasta ve yakınlarına, gerekli tercüman desteği sağlamazsı boyutunda % 5,9 oranında katılım olmazken % 18,2'si kararsız olduğunu iletmiştir. Kültürel nedenlerden dolayı ya da tanımlanmış sağlık statülerinden (klinik şefi, bölüm başkanı gibi) dolayı hizmetlerde değerlendirme yapmayan çoğunluk gruplarının, şikâyetinde bulunmaları için cesaretlendirilmeleri konusunda ise % 32,9 oranında yönetici kararsız olduğunu belirtilirken % 7,7'sinin katılmadığını bulunmuştur. Bu konuda sağlık kuruluşlarının daha aktif olarak hastaların şikâyetlerini dile getirmeleri ve bu yaklaşımın tüm yöneticiler tarafından benimsenmesi önemlidir.

Cevap verebilirlik süreci içinde klinisyenler ve diğer çalışanların şikâyet yönetimi politikası çerçevesince şikâyetleri hizmet noktasında çözebilmeleri ve ileri aksiyon alınması boyutunda **süreci** şikâyet yöneticisine sözel ya da yazılı olarak iletmeleri oldukça önemli olmasına rağmen % 11,2 oranında kararsızlık ifade edilmiştir. Bildiriminden 48 saat sonrasında hizmet noktasında çözülemeyen şikâyetlere yönelik, şikâyet eden kişiler eğer tatmin olmamışlarsa, şikâyet yönetim süreci hakkında bilgilendirilmeleri ve seçeneklerin sunulması boyutunda % 21,8 kişi kararsız olduğunu bildirmiştir. Şikâyetlerin % 80'inin belirlenen zaman çerçevesinde

çözöldüğüne dair ilse % 15,3'inin kararsızlık ifade ettiğı, zaman çerçevesi uzayan şikâyetlere her aşamada geri bildirimde bulunulduğuna dair de bu oranın % 20 olduğı görölmüşür. Bu konuda yöneticilerin şikâyet yönetimi uygulamalarına yönelik net bilgi sahibi olmadıkları göstermektedir.

Etkili değerlendirme sürecinde katılımcıların % 87,7'sinin uygun çatışma çözümlene stratejilerini kullandıkları belirtirken şikâyetlerin ve olayların risk değerlendirme programı çerçevesinde sınıflandırılması konusunda % 25,9'u kararsız, % 25,9'u da katılmadığını bildirmiştir. Oysa ciddi ve önemli şikâyetlerin etkili bir şekilde çözümlenebilmesi için şikâyet alınır alınmaz risk derecelendirmesi yapılmalıdır. Bunun yanı sıra ciddi şikâyetlerin üst yönetime aktarımına yönelik ise % 87 oranında etkin ve hızlı bir sistemimiz vardır değerlendirmesi alınmıştır. Şikâyet politikasında hangi şikâyetlerde dış kurumlardan destek alınacağına dair bilgilere yer verilmediğı % 12,6 oranında ifade edilirken % 28,2'si de kararsız olduğunu bildirmiştir.

Etkili çözümlene sürecine yönelik unsurlardan olan şikâyet yönetim süreçlerinin kolayca anlaşılabilinecek ve taraflar tarafından anlaşılacak kadar basit ve açık olduğı % 88,8 oranında ki katılımı, şikâyetlerin çözümlene sürecinde ortak problemlerin çözümlene vurgu yapıldığında % 84,7 katılımı ortaya çıkmaktadır. Diğer taraftan şikâyetler, şikâyetin altında yatan temel nedenler ve düzeltici stratejilerin belirlenmesi ile şikâyetlerin araştırılması sürecinin taraflardan ve kayıtlardan elde edilen verilere göre yapıldığına dair sorularına % 5,3 oranında katılmıyorum cevabı verilmiş olması bu süreçlerin gözden geçirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Hasta şikâyetlerinin en önemli unsurlarından olan gizlilik ile ilgili % 95,3'i araştırma ve çözümlene sürecinin gizlilik unsurları çerçevesince yapıldığını belirtirken şikâyet alındığında ilk olarak şikâyetçiye kişisel bilgilerinin nasıl kullanılacağı konusunda bilgilendirilme yapılması konusunda % 5,3'ü de katılmadığını belirtmiştir. Ayrıca istenemeyen bir olay olduğunda olumsuz olayın kabul edilmesi,

sürecin araştırılması ve değerlendirilmesine yönelik ileri tedavi yöntemleri ve olası riskleri hakkında hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi amaçlı açık bildirim dokümanının % 20,8 oranında kullanılmadığı bulunmuştur.

Bilgi toplama ve kullanma çerçevesinde şikâyetlerin klinik yönetim ve kalite iyileştirme amacıyla eğilimleri ve unsurları boyutunda ele alındığı ve kayıt edildiği % 90 oranındaki katılı ile belirtilmiştir. Ancak etkin değerlendirmedeki risk değerlendirme programının kullanımına yapılan bildirimde olduğu gibi fırsatları artıran ve kayıpları en aza indiren bir risk değerlendirme sistemimiz vardır” ifadesine % 7,7’sinin katılmadığını belirtilmiştir. Ayrıca kalite iyileştirme raporunun bir parçası olarak, şikâyetleri içeren hasta geri bildirimleri hakkında kamuya düzenli aralıklarla bilgi verilmesi konusunda % 29,4’ü katılmadığını belirtirken sadece %35,3’ü katıldığını bildirmiştir.

İzleme ve değerlendirme süreçlerine yönelik ise üst yönetim ya da ilgili yöneticinin, şikâyet bilgilerini, kliniksel yönetimin bir parçası olarak, kalite iyileştirmede, çalışan eğitimlerinde ve profesyonel gelişimin planlanmasında düzenli olarak % 89,4’ünün oranında kullanıldığı belirtilmiştir. Kıdemli klinisyen veya yöneticilerin, risk değerlendirmesi tamamlandıktan sonra şikâyetleri uygun bir şekilde araştırarak, raporlaması, analiz etmesi ve takibine yönelik % 5,9 oranında katılımcının katılmamış olması risk değerlendirme boyutundaki eksikliği bir kez daha ortaya koymaktadır. Şikâyet yönetiminin performansı ve şikâyet yönetimi politikası dış standartlarla düzenli olarak karşılaştırılması boyutunda ise % 10, hasta ve çalışanların şikâyet yönetimi sistemini değerlendirme ve düzenlemesine yönelik ise % 16,6 oranında da katılımın söz konusu olmadığı tespit edilmiştir.

TSE belgesi olduğunu bildiren hastanelerin hasta odaklılık ve kalite iyileştirme, erişilebilirlik, cevap verme, etkili değerlendirme, etkili çözüm, gizlilik ve izleme/iyileştirme puan ortalamalar TSE belgesi olmayanlara göre daha yüksek bulunurken bilgi toplama ve kullanma boyutunda anlamlı bir değişken olmadığı görülmüştür. JCI belgesine sahip olduğunu bildiren hastaneler de ise erişilebilirlik,

cevap verme, etkili değerlendirme, etkili çözüm, gizlilik, bilgi toplama ve kullanma ve izleme/iyileştirme puan ortalamaları JCI belgesi olmayanlara göre daha yüksek olarak saptanmıştır. JCI hasta odaklı ve kalite iyileştirmeye vurgu yapmasına rağmen istatistiksel anlamda anlamlı farklar tespit edilememiştir. Bu durumun tam olarak tersi bir yaklaşımla İSO belgesine sahip kurumlarda da sadece hasta odaklılık ve kalite iyileştirme puan ortalaması ISO belgesi olmayanlara göre daha yüksektir.

Araştırmaya katılan yöneticilerin cinsiyetlerine göre hasta şikâyet yönetim değerlendirme puanlarından etkili Değerlendirme puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunarak kadın yöneticilerin (73.33 ± 14.81) , erkek yöneticilere (68.36 ± 16.89) göre etkili değerlendirme puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Yüksek lisans mezunu yöneticilerin erişilebilirlik puanı diğer eğitim durumuna sahip yöneticilerden daha yüksek, bulunurken bilgi toplama ve kullanma puanı lise mezunu yöneticilere göre daha düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan yöneticilerin yöneticilik düzeylerine göre erişilebilirlik puan ortalaması karşılaştırıldığında Üst düzey yöneticilerin hem alt düzey hem de orta düzey yöneticilere göre daha yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir. Kurumda bulunan çalışan sayısı ile erişilebilirlik, cevap verme ve etkili çözüm puanları arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Bu ilişkiler doğru orantılı ve zayıftır. Sektörde çalışma süresi ile erişilebilirlik puanı ve kurumda çalışma süresi ile cevap verme puanı arasında da zayıf ve pozitif anlamlı ilişki belirlenmiştir.

6. ÖNERİLER

Müşteri odaklı bir örgüt olmayı hedefleyen kurumlar için en iyi rehberdir müşteri şikâyetlerinden elde edilen verilerdir. Şikâyetler etkin bir biçimde karşılanıp, çözümlenmediği ve işletmenin kendisini geliştirmesi için bir fırsat yaratmadığı durumlarda müşteriler sadece şikâyet etmekle kalırlar. Kurumlarda müşteri odaklı bir yaklaşımı benimsemedikleri için rekabet avantajı elde edemezler. Bir şikâyetin ve bir mutsuz müşterinin işletme için önemi tüm kurum çalışanları tarafından bilinmeli, kurumsal şikâyet politikası oluşturulması ve yaşama geçirilmeli, şikâyetin yönetim süreçlerine tüm kurum çalışanları hâkim olarak üzerlerine düşen sorumlulukları yerine getirmelidirler. Hastanelerde hasta şikâyetlerini ele alacak “hasta ilişkileri, hasta hakları ofisleri vb. yönetim birimlerinin bulunması ve şikâyet yönetim sisteminden elde edilen verilerin üst yönetime raporlanmasından sorumlu bir yöneticinin olması oldukça önemlidir.

Şikâyet eden kişi şikâyetini kurum ile çözemediği takdirde tarafsız farklı mercilere başvuru yapabileceğini bilmelidir. Kurumlar müşterilerinin şikâyetlerini aktif olarak alabilecekleri mekanizmalar (memnuniyet anketleri, şikâyet formları, iyileştirme öneri formu vb.) oluşturmalı ve isimsiz şikâyetleri de değerlendirerek şikâyet sıklığı boyutunda takibe almalıdır. Tüm hasta ve yakınları şikâyetlerini dile getirebilmeleri için cesaretlendirilmesi ancak özellikle bedensel yetersizlik, kültürel nedenlerden ya da tanımlanmış sağlık statülerinden (bölüm başkanı vb) dolayı bildirimde bulunmayan gruplar üzerinde ayrıca durulmalıdır.

Şikâyetlerin hizmet noktasında hizmeti sunan kişi tarafından hızlı ve etkin olarak çözümlenmesi hasta memnuniyetinin artırmaktadır. Yapılan araştırmada cevap verebilirlik boyutundaki sorulara genellikle kararsızlık ifadeleri kullanılmış olması bu sürecin üzerinde durulması ve eğitimlerle personelin eğitilmesi gerektiğini göstermektedir.

Şikâyetlerin etkili çözümüne yönelik şikâyet yönetim sürecinin taraflar açısından açık ve anlaşılır olduğu, ortak problemlerin çözümüne vurgu yapıldığı belirtilmekle beraber şikâyet risk değerlendirmesi yapılması boyutunda eksiklikler olduğu görülmektedir. Yüksek riskli şikâyetlerin hızlı ve adil bir şekilde çözümlenebilmesi için alınan şikâyetlerin risk derecelendirmesi yapılmalı ve süreç planlaması bu risk derecesine göre yapılmalıdır.

Şikâyet çözüm sürecinde gizlilik unsurlarına dikkat edildiği ancak hasta ve yakınlarının istenmeyen olaylardaki bilgilendirme süreçlerini de içeren açık bildirim uygulaması konusunda yeteri kadar aktif olunmadığı görülmektedir. İstenemeyen bir olay olduğunda olumsuz olayın kabul edilmesi, sürecin araştırılması ve değerlendirilmesine yönelik ve ileri tedavi yöntemleri ile olası riskleri hakkında hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi amaçlı açık bildirim dokümanının oluşturulması ve aktif bir şekilde kullanılması gerekmektedir.

Bilgi toplama ve kullanma boyutunda şikâyet verilerinin kayıt edilerek kalite iyileştirme amaçlı kullanılmasına rağmen bu bilgilerin kamu ile paylaşılması konusunda tereddütler mevcuttur. Oysa özel hastanelerin ticari kaygılarından ziyade gerekli gizlilik unsurlarını gözeterek bu bilgileri özet şeklinde kamuya beklenti ve ihtiyaçları karşıladığını göstermek amaçlı kullanması mümkündür.

İzleme ve sonuç değerlendirmesi boyutunda da şikâyet yönetim sürecinin dış standartlar ve karşılaştırılması mevcut yapının görülmesi ve iyileştirilmesi açısından oldukça önemlidir. Ayrıca şikâyet yönetim sisteminin değerlendirilmesi ve yeniden düzenlenmesine hasta ve yakınlarının yanı sıra çalışanlarında katılımı olmalıdır.

Tatmin edilmiş bir şikâyet sağlık kurumlarına;

- Sistemsel ve kişisel uygulamalardan kaynaklanan sorunların gözden geçirilmesi için alternatif bir kişinin objektif gözleminin kullanılmasını;
- Şikâyete yönelik hastaları tanıma ve onaylamayı;
- Hizmet kalitesi olarak sağlık hizmetlerinin taahhüdünün kanıtını tüm taraflara göstermeyi sağlar.

Hasta odaklı ve kalite iyileştirme amaçlı yönetilen hasta şikâyetleri hem çalışanların hem de şikâyetçilerin süreçten tatmin olmasını sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

Kitaplar

- 1- Barış, Gülfidan. **Kusursuz Müşteri Memnuniyeti için Şikâyet Yönetimi**. 2.Baskı. İstanbul: Mediacat, 2008.
- 2- Barlow, Janelle ve Claus Moller. **Her Şikâyet Bir Armağandır**, (Çeviren: Günhan Günay) 1. Basım, Rota Yayınlar, İstanbul:1999.
- 3- Joint Commission International, Joint Commision Acretation standards for Hospital. 3rd Edition. USA: 2008.
- 4- Kal-Der Uzmanlık Grubu. Müşteri Memnuniyeti Yönetimi. Ankara: Mediacat, 2006.
- 5- Karafakıoğlu, Mehmet. **Pazarlama İlkeleri**, Literatür Yayınları.1. Baskı. İstanbul: 2005.
- 6- Karafakıoğlu, Mehmet. **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**. İşletme Fakültesi Yayınları No:271, İstanbul, 1998.
- 7- Kavuncubaşı, Şahin. **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**. Ankara: Siyasal Kitapevi, 2000.
- 8- Melum, M.M., Sinioris, K.M., : Total Quality Management:The Health Care Pioners, American Hospital Publishing Inc, 1992.

- 9- Odabaşı, Yavuz. **Satışta ve Pazarlamada Müşteri İlişkileri Yönetimi.** Sistem Yayıncılık, İstanbul: 2004.
- 10- Soysal, Suat. **Mağazacılık Mükemmel Müşteri Hizmeti ve Etkili Satış Teknikleri.** 9. Baskı, İstanbul: Remzi Kitapevi A.Ş., 2004.
- 11- Sur, Haydar. **Sağlık Sektöründe Sağlık Yönetimi.** 1. Basım. İstanbul: Avrasya Global,2006.
- 12- Taşkın, Erdoğan. **Müşteri İlişkileri Eğitimi.** İstanbul: Papatya Yayıncılık,2000
- 13- TS ISO 10002. **Kalite Yönetimi-Müşteri Memnuniyeti- Kuruluşlarda Şikâyetlerin Ele Alınması için Kılavuz Bilgiler.** Türk Standartları Enstitüsü. Ankara,
- 14- Türk Standartları Enstitüsü. **TS-EN-ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemleri Temel Eğitim Notu.** Ankara, 2000.

Tezler

- 15- Coşar, Ferah. “Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyetinin Ölçülmesi ve Bir Leasing Şirketinde Uygulama”, **Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi.** Marmara Üniversitesi SBE, 2006.
- 16- Demirok, Semra.“Bir Özel Sağlık Kurumunda Yeni Kurulan Hasta İlişkileri Biriminin Hasta Memnuniyetine Katkısı”, **Okul Bitirme Tezi.** Marmara Üniversitesi, Sağlık Eğitim Fakültesi, 2006.
- 17- Kelat, Mehmet Ziya. “Kamu ve Özel Hastanelerin Müşteri İlişkilerine Bakışı”,**Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi.** Gazi Üniversitesi SBE, 2007.

- 18- Özgül, Pelin. “Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Şikâyetleri Üzerine Bir Alan Araştırması”, **Yüksek Lisans Tezi**. Kahraman Maraş Sütçü İmam Üniversitesi SBE, 2007
- 19- Özkara, Yasemin. “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi”, **Yüksek Lisans Tezi**. Akdeniz Üniversitesi SBE, 2006.
- 20- Salan, Ömer. “Müşteri İlişkileri Yönetiminin Üst Yönetime Katkıları ve Hizmet Sektöründe Bir Uygulama”, **Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi**. Dumlupınar Üniversitesi SBE,2007
- 21- Sarıyer, Nilsun. “Müşteri Tatmin Aracı Olarak Şikâyet Toplama Yöntemleri- Otomobil bayilerinde bir Uygulama”, **Yayınlanmış Doktora Tezi**. Anadolu Üniversitesi SBE, 2003.
- 22- Şimşek, Umman Tuğba. “ Veri Madenciliği ve Müşteri İlişkileri Yönetiminde (CRM) Bir Uygulama”,**Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi**. İstanbul Üniversitesi SBE, 2006.
- 23- Yalçıntaş, Murat. “Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyeti İndeksi Ölçümü: İTO Uygulaması”, **Yüksek Lisans Tezi**. İstanbul Üniversitesi SBE, 2007.

Makaleler

- 24- Allen, Lisa W., Emily Creer ve Mark Leggitt. “Developing a Patient Complaint Tracking System to Improve Performance”,**Jornal on Quality Improvement**. Vol.26, No.4, 2000, ss. 217–226
- 25- Bel, Simon J., Bülent Mengüç ve Sara L.Stefani, “ **Consumer Relation as A Response To Dissatisfaction**”.Academy of Marketing Science. Journal(Spring 2004), s.112–126.

- 26- Bendall, Dawn ve Thomas L. Powers, “The Role of Complaint Management in the Service Recovery Process”, **Journal on Quality Improvement**, Vol.27,No.5 (May 2001), s.278–286.
- 27- Bostan, Sedat. “Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti Sunumu” **Sağlık Hakkı Dergisi**.2006, s.20–27.
- 28- Davidow, Moshe .“**Organizational Responses to Customer Complaints: What Works and What Doesn’t**”, Journal of Service Research, Vol.5, No.3,(2003) s.225-250.
- 29- Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi” , Sayı:17, No: 2. 2004, s.10–32.
- 30- Homburg, Cristian ve Andreas Fürst."How Organizational Complaint Handling Drives Customer Loyalty: An Analysis of the Mechanistic and the Organic Approach” , **Jounal of Marketing**. Vol. 69. Haziran 2005, ss.95–114.
- 31- John Malley ve diğerleri, When the customer is Right”, **Industrial Solution**. (May 23–26 1999),s. 37–38
- 32- Judy Strauss ve Donna J. Hill, "Consumer Complaints by E-Mail: an Exploratory Investigation of Corporate Responses and Customer Reactions", **Journal of Interactive Marketing**, Cilt No:15 Sayı No:1 Kış, 2001, s.63-73.
- 33- Mayer, Cristopher ve Andre Schwager. “Understanding Customer Experience. **Harvard Business Reviw**. February, 2007, ss.117–126.
- 34- Tax, Stephan S. Stephan W. Brown ve Murali Chandrashekar. “ **Customer Evaluations of Service Complaint Experiences: İmplications for Relationship Marketing**”, Journal of Marketing, Vol.62, (April 1998), s.60–76.

- 35- Timur, Necdet ve Nilsun Sarıyer, “**Kayseri’deki Otomobil Bayilerinde Müşteri Tatmin Aracı Olarak Şikâyet Toplama Yöntemlerine İlişkin Bir Uygulama**”. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi” , Sayı:17, No: 2, 2004, s.9-32.
- 36- W.M. Strahle, S.A. Hernandez ve arkadaşları, “A study of consumer complaining behavior: VCR owners in Puerto Rico”, Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour, Vol.5. 1992. s.179–191.
- 37- Yılmaz, Meryem. “Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti”, **C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, Vol.5,No.2 (Mayıs 2001), s.69-74.

Diğer Kaynaklar

- 38- Australian Council For Safety And Quality İn The Health Care. **Complaint Management Guidelines**.
http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2006/pdf/GL2006_023.pdf 2006.
(10 Ekim 2008).
- 39- Australian Council For Safety And Quality İn The Health Care. **Complaint Management Hanbook for Health Care Services**. 2005.
<http://www.hccc.nsw.gov.au/downloads/aturning/complntmgmthbk.pdf> (10 Ekim 2008).
- 40- Australian Council For Safety And Quality İn The Health Care. **Beter Practice Guidelines on Complaints Management for Health Care Services**. 2004.
http://www.hcsc.sa.gov.au/documents/20_resources/ACSQH%20Better%20Practice%20Guidelines%20July2004.pdf (10 Ekim 2008).

- 41- Söylemez Sur, Didem. “**Hizmet içi Eğitimler için Büyük Fırsat Hasta Şikâyetleri**” Hastane Dergisi.
<http://www.hastanederjisi.com/50/haberdetay.asp?id=10>
- 42- Şenel, Ergun. “Hastaların Şikâyetlerinin Yönetildiği bir Sistem Kurulmalıdır”. Hastane Dergisi.
<http://www.hastanederjisi.com/en/haberdetay.asp?id=4>
- 43- Garanti Bankası. Haklı Müşteri Hattı.
http://www.garanti.com.tr/hakli_musteri_hatti/ (25 Mayıs 2009)
- 44- Müşteri Memnuniyeti.
www.psikolojikdanisma.net/sunular/iky/musteri_memnuniyeti.ppt (8 Haziran 2009)
- 45- New South Wales Government Department Of Health. **Complaint Management Policy.** 2006.
http://www.health.nsw.gov.au/policies/pd/2006/pdf/PD2006_073.pdf (10 Ekim 2008).
- 46- Resmi Gazete, “Hasta Hakları Yönetmeliği”.01.08.1998 Sayı: 23420.
- 47- The Joint Commission. Report a Complaint- Quality Incident Review Criteria.
http://www.jointcommission.org/GeneralPublic/Complaint/qi_review_criteria.htm (07 Şubat 2009)
- 48- NSW Health. Open Disclosure.
<http://www.health.nsw.gov.au/quality/opendisc/index.html> (2 Haziran 2009)
- 49- Sağlık Bakanlığı. Hasta Hakları Başvurusu Bildirim Formu.
<http://sbu.saglik.gov.tr/sbhastahaklari/sikayet.aspx> (25 Mayıs 2009)
- 50- Sağlık Bakanlığı. Hasta Hakları Uygulamaları İstatistikleri.
<http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/istatistik.htm> (25 Mayıs 2009)

51- Tansaş. Bir Millet Uyanıyor. <http://www.birmilletuyaniyor.com/> (25 Mayıs 2009)

52- The Joint Commission. Fact about The Join Commission's Complaint Process. <http://www.jointcommission.org/GeneralPublic/Complaint/oqm.htm> (30 Nisan 2008)

EK 1- ŞİKÂYET TAKİP FORMU (Bu örnek form yazılı sağlık hizmetlerinde şikâyetlerin yönetilmesinden sorumlu kişinin yazılı şikâyetleri yönetmesi için gerekli bilgileri sağlamaktadır. Formdaki bilgiler geniş olay izlemenin bir parçası olarak şikâyet kayıtlarına dâhil edilir.)

1. Şikâyetin İlk Bildirimi

Alınış Tarihi..... /..... /.....

REF NO.

Şikayeti alan çalışan ya da hekimin ismi:.....

Alınan ilk aksiyon

Nasıl alındı? Mektupla Telefonla e_mail ile Yüz yüze görüşmeyle

2. Şikayetçinin Detayları:

Şikayetçinin adı:.....

Adresi:

Tel:.....

email:

Hasta ?

Hastanın akrabası ya da arkadaşı?

Kişi: Diğer?

Şikayetçinin yaşı :

Cinsiyeti : Erkek Kadın

Tercüman gerekli mi?: Hayır Evet >Yabancı Dil.....

Olay ve problemin tanımlanması (ne oldu, ne zaman ve kim yer aldı) :.....

.....

.....

Konu Türü:

- Tutum ya da davranış
- Bekleme zamanı, tercih etti doktora erişim
- Sağlık hizmeti hakkında yetersiz bilgi
- Yetersiz ya da yanlış teşhis/ tanı
- İlaç hataları
- Faturalama ve taburculuk
- Diğer (tanımlayın)

Şikayetçinin beklediği sonuç:

.....

3. Risk derecesi

Eğer 4 derece ise bildirim : 1 CEO 2 Sağlık Bakanlığı

Sigortası

Akademik kurul konsültasyonu, Türk Tabipler Birliği, Diğer

Sonuç olarak alınan eylem:

.....

.....
Eğer 4 derece ise direktör / yöneticinin inceleme yapması için bilgi Tarih: /..... /.....
verildiği

4. Araştırma

Araştırma ya da gözden geçirmeden sorumlu kişi:

İlgili belgeler listesi:

Klinisyen ya da diğer çalışanlarla doğrudan yapılan görüşmeler:

Şikayetçi ile yapılan görüşme (tarih ve isim kaydı):

Etkilenen politika ve prosedürler:

5. Şikâyet Çözümü

Kabul edilen sonuçların açıklaması:

Alınacak Eylem:

- Açıklama
- Özür Dileme
- Ücret İndirimi veya muafiyet
- Politika ve Prosedürlerin İncelenmesi
- Diğer

Politika veya prosedür değişikliği için öneriler:.....
.....
.....
.....

Şikayetçi Bilgilendirildi.

Mektupla Telefon Görüşmesi İle Tarih: /..... /.....

Çözüm sürecinin ayrıntılı kopyası CEO/bölüm yöneticisine iletildi. Tarih: /..... /.....

6. Düzeltici Eylem

Kabul Edilen Düzeltici Eylem:.....
.....
.....
.....

Gözlemlenen Düzeltici Eylem :
.....
.....
.....

Kurum sahipleri/ CEO/ departman yöneticisi tarafından izlenilen değişiklikler:
.....
.....

Tarih: /..... /.....

Şikâyet Kapatıldı.

Şikâyet İzleme		
Görev	Kişi	Tarih
Şikâyetin Kabul Edilmesi		
Şikâyetin Değerlendirilmesi		
Olayın Araştırılması		
Şikâyetin çözümlenmesi		
Şikâyetçiden çözümün doğrulanması		
Kabul edilen düzeltici eylemler (eğer gerekliyse)		
Gözlenen düzeltici eylem tamamlandı		

K 2- ÖNEM DERECELENDİRME MATRİSİ

Sonuçlar	Ciddi	Büyük	Orta	Küçük	En az
Olasılık					
Sık Sık (her gün)	4	4	3	2	2
Büyük Olasılıkla	4	4	3	2	2
Bazen	4	3	3	2	2
Küçük Olasılıkla	4	3	2	1	1
Nadir	2	2	2	1	1

4 “Ciddi” Olaylar

- Hastanın, hastalığın doğal seyrine uygun olmayan ve sunulması beklenen hasta yönetimi uygulamasından farklı bir şekilde tedavi alması sonucu ölmesi
- Personelden birinin veya ziyaretçinin ölmesi
- Hizmetin tamamen durması
- Çok büyük mali kayıp
- Hasta hizmetleri ilişkilerine ciddi tehdit, kurum itibarına kalıcı zarar

3“Büyük” olaylar

- Hastanın, hastalığın doğal seyrine uygun olmayan ve sunulması beklenen hasta yönetimi uygulamasından farklı bir şekilde tedavi alması sonucu zarar görmesi, hastaneye yatırılması (veya hastanede kalış süresinin uzaması)
- Personel veya ziyaretçilerin kalıcı şekilde yaralanması
- İptal edilen randevular da dahil hizmet kapasitesinin düşmesi
- Büyük mali kayıp
- Hasta hizmetleri ilişkilerinde ciddi bir kırılma

2“Orta Dereceli” Olaylar

- Hastanın tedavi sırasında, başka bir tedaviye gerek kalmayacak şekilde zarar görmesi. Bir personelin yaralanması ve zaman ve iş kaybına neden olacak şekilde tıbbi tedavi almak zorunda kalması.

- Düşük verim veya bazı hizmetlerde aksama
- Önemli mali kayıp
- Hasta hizmetleri ilişkilerinde önemli kayıp

1“Küçük Olaylar”

- Hastanın, aldığı tedavi neticesinde herhangi bir zarara uğramaması
- Personel veya ziyaretçilerin tıbbi tedavi gerektirecek herhangi bir zarara uğramaması
- Hizmet kaybının oluşmaması
- Düşük mali kayıp
- Hasta hizmetleri ilişkilerinde düşük zarar

4 derece (CEO/Bölüm Yöneticisine) derhal aksiyon alınması için durumun bildirilmesini, sebeplerin detaylı olarak değerlendirilmesini ve durumun düzeltilmesine yönelik olarak aksiyon alınmasını gerektirir.

3 derece (CEO/İlgili bölüm yöneticisine) durumun bildirilmesini, onların takdirinde ayrıntılı bir araştırmanın yapılmasını, Hasta İlişkileri Müdürünün şikâyet yönetiminin bir parçası olarak ilgili politikaları gözden geçirmesini gerektirir. Gözden geçirme sonucunda değişiklik yapılması yönünde tavsiye verilebilir.

2 derece çerçevesinde, Hasta İlişkileri Müdürü şikâyet yönetiminin bir parçası olarak, bölüm yöneticisinin dikkatini sorunun yapısı ve etkisine çeker ve ilgili konuda değişiklik yapılması yönünde tavsiye verilebilir.

1 derece çerçevesinde, Hasta İlişkileri Müdürü, şikâyet yönetimin bir parçası olarak soruna yol açan konuları gözden geçirir ve ilgili konuda değişiklik yapılması yönünde tavsiye verilebilir.

EK 4- ÖNERİ GELİŞTİRME FORMU

ÖNERİ GELİŞTİRME FORMU

Klinisyenler ve personel tarafından öneri, şikâyet, övgü kaydetmek amaçlı kullanılır.

1: Öneri, şikâyet ya da övgü yapan kişinin adı ve iletişim detayları

İsim (İsimsiz olarak da belirtilebilir)	
Adres:	
Posta Kodu:	
Tarih, Telefon numarası:	Tercüman gerekli mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Diğer Telefon Numarası:	Tercih Edilen Dil?
Kişi: <input type="checkbox"/> Hastanın akrabası ya da arkadaşı <input type="checkbox"/> Hasta <input type="checkbox"/> Klinisyen ya da personel <input type="checkbox"/> Diğer	Doğum Tarihi: Cinsiyet: <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın

2: Yorumu konu alan hizmet birimi/alanı:

3: Şikâyet Konusu Türü: <input type="checkbox"/> Tutum ya da davranış <input type="checkbox"/> Bekleme zamanı, tercih ettiği hekime erişim <input type="checkbox"/> Yetersiz Bilgi <input type="checkbox"/> Yetersiz ya da yanlış tanı ve tedavi <input type="checkbox"/> İlaç hataları <input type="checkbox"/> Faturalama ve taburculuk <input type="checkbox"/> Diğer	Övgü Konusu Türü: <input type="checkbox"/> Çalışanın iyiliği ve yardımseverliği <input type="checkbox"/> Bakım ve tedavinin yüksek düzeyde olması <input type="checkbox"/> Tedavi hakkında tedavi bilgi <input type="checkbox"/> Tedavi ve bakım istemi <input type="checkbox"/> Diğer (belirtin)
--	---

4: Ne oldu?

Eğer şikâyet ve öneri hizmet noktasında çözümlenmiş ise ne olduğunu kısaca açıklayın:

.....
.....

5: Nasıl geliştirebiliriz?

6: Acil aksiyon gerekli mi? Evet Hayır

Alınan Aksiyon

- [uygulama yöneticisi / şikâyet Yöneticisi] belirtiniz
 Belirtiniz (CEO/ana ortak)
 Diğer

7: Klinisyen ya da personelin adı:

EK 6- HASTA ŞİKÂyetLERİ YÖNETİMİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

HASTA ŞİKÂyetLERİ YÖNETİMİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

Değerli Yönetici,

Hasta tatmin düzeylerinin ölçümü sağlık endüstrisinde performansı iyileştirmenin temel taşlarından biridir. Hasta tatmininin önemli göstergelerinden olan hasta şikâyetlerinin günümüz hizmet anlayışı içinde özenle ele alınması ve yönetilmesi gerekmektedir. Kalite yönetim süreçlerinden biri olarak iyi şikâyet yönetimi kuruluşların devamlılığını sağlaması açısından oldukça önemlidir. Şikâyet yönetim sistemi performansını belirlemeye yönelik bu araştırma tamamen akademik amaçlı olup çalışmaya katılacak kurum isimleri gizli kalacak ve sonuçlar kesinlikle bir başka ticari kurum veya kuruluşla paylaşılmayacaktır.

İlginiz için teşekkür ederim.

Hanife Eregez
Kadir Has Üniversitesi
İşletme Yüksek Lisans Öğrencisi

- 1- Kurumunuzun şube sayısı:
- 2- Kurumunuzun yatak sayısı:
- 3- Kurumunuzun çalışan sayısı:
- 4- Kurumunuzun varsa aldığı kalite belgeleri: a-TSE b-JCI
c-ISO d-Diğer:.....

Kişisel Bilgiler

- 1- Yaşınız:
- 2- Cinsiyetiniz: a-Erkek b-Kadın
- 3- Medeni Durumunuz: a-Evli b-Bekâr c-Diğer
- 4- Eğitiminiz: a-Lise Mezunu b-Üniversite Mezunu
c-Yüksek Lisans/Uzmanlık Mezunu d-Doktora/Üst İhtisas
Mezunu
- 3- Lisans Eğitiminden Mezun Olduğunuz
Okul:..... Bölüm:.....
- 5- Sağlık Sektöründe Toplam Çalışma Süreniz: Yıl
- 6- Şu Anda Çalıştığınız Kurumdaki Toplam Görev Süreniz: Yıl
- 7- Şu Andaki Göreviniz:.....
- 8- Şu Anda Çalıştığınız Birim:.....
- 9- Bulduğumuz Kurum Yönetimindeki Pozisyonunuz:
a-Alt Düzey Yönetici b-Orta Düzey Yönetici
c-Üst Düzey Yönetici d-Diğer:.....

Aşağıdaki soruları işletmenizdeki mevcut uygulamaya göre cevaplayınız. Burada 1–5 arası bir ölçek kullanılmış olup 1= Kesinlikle katılıyorum, 2= Katılıyorum, 3= Kararsızım, 4= Katılmıyorum ve 5= Kesinlikle katılmıyorum ‘u ifade etmektedir.

1- Hasta Odaklılık ve Kalite İyileştirme	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1- Yöneticilerimiz sundukları hizmetlerde bakımın ve hizmetin güvenliği, kalitenin devamlılığı ve sürekli iyileştirmenin bir parçası olarak hasta odaklı bakımı desteklerler.	1	2	3	4	5
2- Yöneticilerimiz etkili şikâyet yönetimini bilirler ve sorumluluk alırlar.	1	2	3	4	5
3- Şikâyet yönetim politika ve prosedürlerinde çalışanların uygun rol ve sorumlulukları tanımlıdır. Tüm çalışanlar bu rol ve sorumlulukları rutin olarak yerine getirmektedirler.	1	2	3	4	5
4- Şikâyet yönetim sürecinin devamlılığı için özellikle çalışanların eğitimi, uygun yönetsel destek ve kadrolama sağlanmaktadır.	1	2	3	4	5
5- Hizmet, ilgili personel tarafından bilinen bilgilendirme onam politikasına sahiptir.	1	2	3	4	5
6- Uygun yetenekte kıdemli bir çalışan, şikâyet yönetim sisteminden ve şikâyetlerin üst yönetime raporlanmasından sorumludur.	1	2	3	4	5

2- Erişebilirlik	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1- Kurumumuz, hasta ve yakınlarını şikâyet yönetimi sistemi hakkında çeşitli yollarla bilgilendirir. Hasta ve yakınları, bağımsız şikâyet değerlendirme kuruluşlarına (TTB vb) başvurabilecekleri ve beklentileri karşılanmadığında, kurum tarafından şikâyetlerinin bu kurumlara iletebileceği konusunda bilgilendirilmektedir.	1	2	3	4	5
2- Hasta ve yakınlarının hizmetlerin değerlendirmesini sağlayacak çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. (Örneğin, şikâyet formu, iyileştirme öneri formu, memnuniyet anketleri, odak grup çalışmaları gibi)	1	2	3	4	5
3- Kurumumuzda isimsiz şikâyetler de değerlendirmeye alınmaktadır.	1	2	3	4	5
4- Yabancı dil nedeniyle şikâyetini yazamayan ya da süreci anlayamayan hasta ve yakınlarına, gerekli tercüman desteği sağlanmaktadır.	1	2	3	4	5
5- Kültürel nedenlerden dolayı ya da tanımlanmış sağlık statülerinden (klinik şefi, bölüm başkanı gibi) dolayı hizmetlerde değerlendirme yapmayan çoğunluk grupları, şikâyette bulunmaları için cesaretlendirilmektedir.	1	2	3	4	5

3- Cevap Verme	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1- Klinisyenler ve diğer çalışanlar şikâyet yönetimi politikası çerçevesince şikâyetleri hizmet noktasında çözebilmektedirler ve ileri aksiyon alınması boyutunda süreci şikâyet yöneticisine sözel ya da yazılı olarak iletirler.	1	2	3	4	5
2- Klinisyenler ve çalışanlar anlaşmazlık ve çatışma olasılığını en aza indirmek için hasta ve yakınlarına şikâyet bildirimlerinde cevap verebilmektedir.	1	2	3	4	5
3- Bildiriminden 48 saat sonrasında hizmet noktasında çözülemeyen şikâyetlere yönelik, şikâyet eden kişiler eğer tatmin olmamışlarsa, şikâyet yönetim süreci hakkında bilgilendirilerek, şikâyet edenlere ileri aksiyon boyutunda seçenekler sunulur ve beklentileri sorgulanır.	1	2	3	4	5
4- Şikâyetlerin % 80'ni şikâyet politikasına göre ve belirlenen zaman çerçevesi içinde çözülür.	1	2	3	4	5
5- Belirlenen zaman çerçevesinde çözülemeyen ve süreci uzayan şikâyetler hakkında şikâyet edenlere her aşamada geri bildirimde bulunulur.	1	2	3	4	5

4- Etkili Değerlendirme	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1- Kurumumuzda tüm şikâyetler, şikâyetlerin ciddiyeti, şikâyetin karmaşıklığı ve şikâyet edenin isteklerini içine alan en uygun çatışma çözümleme sürecine göre değerlendirilmektedir.	1	2	3	4	5
2- Risk değerlendirme programı ile olaylar sınıflandırılmakta, şikâyet yönetim stratejileri belirlenmektedir. (Şikâyetler Önem Değerlendirme Kodu ya da Ciddiyet Değerlendirme Matrisi gibi)	1	2	3	4	5
3- Ciddi şikâyetlerin üst yönetime bildirim ve uygun aksiyonun alınması boyutunda etkili ve hızlı bir sistemimiz vardır.	1	2	3	4	5
4- Şikâyet politikamızda hangi şikâyetlerin dış kurumlara (örneğin meslek odalarına, polise ve diğer düzenleyici kuruluşlara) götürüleceğinin koşulları gösterilmiştir.	1	2	3	4	5

5- Etkili Çözüm	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1- Şikâyetleri araştırma ve çözüm süreci, şikâyet edenler ve	1	2	3	4	5

çalışanlar tarafından kolayca anlaşılacak kadar basit ve açıktır.					
2- Şikâyetlerin çözümü sürecinde ortak problemlerin çözümüne vurgu yapılmaktadır.	1	2	3	4	5
3- Kurumumuzda şikâyetler, şikâyetin altında yatan temel nedeni ve düzeltici stratejileri belirlemek istatistiksel yöntemler kullanılarak analiz edilmekte ve belli periyotlarla gözden geçirilmektedir.	1	2	3	4	5
4- Şikâyetlerin araştırılması; şikâyet edenden ve şikâyetle ilgili diğer personel ve klinisyenlerden sağlanan bilgiler, şikâyetle ilgili kayıtlar, politika ve standartlardan elde edilen gerçekler temelinde tamamlanmaktadır.	1	2	3	4	5
5- Şikâyetlere yönelik önleyici stratejiler oluşturabilmek için şikâyetin neden olduğu, temel nedeni ve katkıda bulunan faktörleri araştırılmaktadır.	1	2	3	4	5
6- Kurumumuzda kullanılan şikâyet yönetim süreci tüm taraflar için objektif, adil ve güvenilirdir.	1	2	3	4	5
7- Şikâyet edenler, şikâyetle direkt ilgili klinisyenler ve diğer personel, araştırma sonuçları ile verilen kararların nedenlerine yönelik bilgilendirmektedir.	1	2	3	4	5
8- Şikâyet eden kişilere uygun koşullarda (mektup, telefon, e mail vb)geri bildirim yapılmaktadır.	1	2	3	4	5

6- Gizlilik	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1- Kurumumuzda şikâyet araştırma ve çözüm süreci gizlilik unsurları çerçevesince yapılmaktadır.	1	2	3	4	5
2- Şikâyet alındığında ilk olarak şikâyetçi kişisel bilgilerinin nasıl kullanılacağı konusunda bilgilendirilmektedir.	1	2	3	4	5
3- Şikâyet kayıtları hastanın tıbbi kayıtlarından ayrı toplanmakta ve saklanmakta, kişisel kimlik bilgileri kayıtlarla doğrulanmakta, şikâyet kayıtları gizlilik yükümlülüklerine uygun olarak kullanılmakta ve saklanmaktadır.	1	2	3	4	5
4- Hastadan ya da yetkili temsilcisinden gelen tıbbi kayıtlarına erişme ve kayıtlardaki hataları düzeltirme istekleri hızlıca karşılanmaktadır.	1	2	3	4	5
5- İlgili çalışanlar tarafından bilinen açık bildirim dokümanı mevcuttur. Açık bildirim dokümanı olumsuz olaylarda olayın kabul edilmesi, sürecin araştırılması, değerlendirilmesi, ileri tedavi yöntemleri ve olası riskleri hakkında hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi amaçlı kullanılmaktadır)	1	2	3	4	5
6- Kurumumuzda şikâyet eden ve şikâyetle ilgili klinisyen/personele, şikâyetle ilgili gerçekler, şikâyetin oluşmasına katkı sağlayan faktörlerin özeti, tekrarlanmaması için ne yapılacağına bilgisi ve değişikliklerin gözlenmesi için bilgi verilmektedir.	1	2	3	4	5

7- Bilgi Toplama ve Kullanma	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1- Şikâyetler, klinik yönetim ve kalite iyileştirme amacıyla bireysel şikâyetlerin gözden geçirilebilmesi, eğilimlerinin ve unsurlarının analiz edilebilmesini belirleyecek şekilde kayıt edilmektedir.	1	2	3	4	5
2- Tanımlayan, analiz eden, değerlendiren, fırsatları artıran ve kayıpları en aza indiren bir risk değerlendirme sistemimiz vardır.	1	2	3	4	5
3- Kurumumuzda şikâyet yönetim sisteminin ilgili politika ve standartlara uyum göstermesi ve gözden geçirilmesini sağlayan yeterli bilgi toplanmaktadır.	1	2	3	4	5
4- Düzenli olarak klinisyen ve diğer personele, şikâyetler hakkında bilgi verilir, tartışma toplantıları düzenlenir, performansın nasıl geliştirileceğine yönelik ders çıkartmaları sağlanır.	1	2	3	4	5
5- Kalite iyileştirme raporunun bir parçası olarak, şikâyetleri içeren hasta geri bildirimleri hakkında kamuya düzenli aralıklarla bilgi verilmektedir.	1	2	3	4	5

8- İzleme ve İyileştirme	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1- Üst yönetim ya da ilgili yönetici, şikâyet bilgilerini, kliniksel yönetimin bir parçası olarak, kalite iyileştirmede, çalışan eğitimlerinde ve profesyonel gelişimin planlanmasında düzenli olarak kullanmaktadır.	1	2	3	4	5
2- Kıdemli klinisyen veya yöneticiler, risk değerlendirmesi tamamlandıktan sonra şikâyetleri uygun bir şekilde araştırır, raporlar, analiz eder ve takibini yapar.	1	2	3	4	5
3- Şikâyet eden ve çalışanların şikâyet çözüm süreci ve şikâyetin çözümünün sonuçlarından tatmin olup olmadığı gözlemlenmektedir.	1	2	3	4	5
4- Şikâyet yönetiminin performansı, şikâyet yönetimi politikası dış standartlarla düzenli olarak karşılaştırılır ve gözlemlenir.	1	2	3	4	5
5- Yöneticilerimiz kendi etkinliğini belirlemek ve gerekli ise iyileştirmeler yapmak için, düzenli olarak şikâyet yönetimi uygulama ve politikalarını gözden geçirir.	1	2	3	4	5
6- Kurumumuz, hastalarımıza ve çalışanlarımıza şikâyet yönetim sistemini değerlendirme ve düzenleme yapma imkânı sağlamaktadır.	1	2	3	4	5

EK 7 ÖZGEÇMİŞ

Hanife Eregez

Adres : Yıldırım Mah. Yakut Sokak Uçar Apt. 14/5
YILDIRIM - BAYRAMPAŞA -
İSTANBUL(AVR.) TÜRKİYE

Ev : 090 2126093034

İş : 090 2123146666

Cep : 090 5056686599
0 5056 686 598

E-Posta : hanifeipek@yahoo.com



GENEL

Eğitim Durumu : Yüksek Lisans (Öğrenci)	Doğum Tarihi : 08.04.1975
Medeni Durum : Evli	Doğum Yeri : NİĞDE
Toplam Tecrübe : 11 Yıl	Ehliyet : B (2005)
Çalışma Durumu : Çalışıyor	
Uyruk : Türkiye	

EĞİTİM

Yüksek Lisans 10,2006 – 10,2008	Kadir Has Üniversitesi İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, İşletme	3,51 / 4
Üniversite 10.1998 - 07.2003	Başkent Üniversitesi - (Örgün Öğretim) İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Uluslararası İlişkiler (Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkiler) - <i>İngilizce - Başarı Bursu</i>	71 / 100
Üniversite (2) 10.1995 - 07.1997	Atatürk Üniversitesi - (Örgün Öğretim) Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik (MYO) - <i>Türkçe</i>	60 / 100
Lise 06.1992	Niğde Ticaret Lisesi Muhasebe	80 / 100

12.2006-

Memorial Hastanesi
Müşteri Hizmetleri Müdürü

İstanbul

Müşteri istek, öneri ve şikâyetlerinin alınması, değerlendirilmesi ve müşterilere geri dönüşün yapılmasını sağlamak. Adli durumların adli danışman, medikal direktör ve kurum avukatları ile paylaşarak süreci takip etmek. Anketlerin değerlendirilerek müşteri memnuniyetinin raporlamak, memnuniyet oranlarında ki düşmelere bağlı olarak sorunun kök neden analizi yapmak, müşteri memnuniyetini artırıcı faaliyetler planlamak. Mevcut müşterilerin memnuniyetinin yanı sıra yeni müşterilerin kurumu tercih etmesi için çeşitli faaliyetler planlanmak. Elde edilen tüm verileri analiz ederek yönetime raporlamak.

Firmanın sektörü	: Sağlık
Firmanın çalışan sayısı	: 1001-2000
Çalıştığı iş alanı	: Müşteri Hizmetleri / Çağrı Merkezi
Çalışma şekli	: Tam zamanlı
Kendisine bağlı personel sayısı	: 1-5
Firmada bağlı olduğu kişi	: Sevim Şuekinci (Koordinatör) (Telefon: 05325022718)

İŞ TECRÜBELERİ

01.2004-12.2006

İstanbul Memorial Hastanesi
Hemşire

İstanbul

Transplantasyon Sorumlu Hemşiresi

Firmanın sektörü	: Sağlık
Firmanın çalışan sayısı	: 1001-2000
Çalıştığı iş alanı	: Yönetim
Firmada bağlı olduğu kişi	: Azime Uslu (Koordinatör) (Telefon: 021231466662500)

01.1997-01.2004

Başkent Üniversitesi
Hemşire

Ankara

Transplantasyon Hemşireliği

Firmanın sektörü	: Sağlık
Firmanın çalışan sayısı	: 2000+
Çalıştığı iş alanı	: Personel

Yabancı Dil	<ul style="list-style-type: none"> • İngilizce [Okuma:10 Yazma:9 Konuşma:7] Üniversite 		
Bilgisayar Bilgileri	Word, Excel, Power Point(İleri düzeyde) SPSS(Orta)		
Nitelik Seviye-Tecrübe (yıl)	<ul style="list-style-type: none"> • Kalite / AR-GE ISO 9001:2000 Uzman 4 JCI (Joint Commission International) Uzman 4 		
Eğitimler	<ul style="list-style-type: none"> • Yönetim Becerilerinin Geliştirilmesi DOOR Training International 08.01.2007 - 26.03.2007 (100Saat) <p>Yöneticinin yönetim becerilerini geliştirebilmesi için Yönetim Organizasyon ve Stratejik Yönetim konularının işlendiği bir eğitim.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Performans Değerlendirme Eğitimi Memorial Hastanesi Kariyer ve Özlük Yönetimi Koordinatörlüğü 04.12.2006 - 04.12.2006 (8Saat) <p>Performans değerlendirme yöntemlerinin paylaşılması ve kurumsal performans değerlendirmede gözetilecek esasların belirlenmesi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 23. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Trasplantasyon / 16. Trnsplantasyon Hemşireliği Kong Türk Nefroloji Derneği / Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Derneği 28.10.2006 - 01.11.2006 (40Saat) <p>Ulusal böbrek hastalıkları, hipertansiyon, diyaliz ve transplantasyon ile ilgili bilimsel yayınların, araştırmaların paylaşıldığı ve güncel sorunların tartışıldığı bir kongredir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemodiyalizde Kronik Komplikasyonlar ve Hemşirelik Yaklaşımları Kursu Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Derneği 29.10.2006 - 29.10.2006 (4Saat) <p>Hemodiyalizde Kronik Komplikasyonlar ve Hemşirelik Yaklaşımları</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği V. Kongresi Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği 14.09.2006 - 		

17.09.2006 (40Saat)

5 gün süren organ nakli ile ilgili bilimsel bildirimlerin yapıldığı, organ naklinin güncel sıkıntılarının tartışıldığı ve çözüm yollarının üretilmeye çalışıldığı bir kongredir.

• **Memorial Hastanesi Hizmet Kültürü**

Memorial Hastanesi Eğitim Departmanı 03.08.1006 - 04.08.2006 (16Saat)

Kurum vizyon ve misyonuna uygun hizmet sunumu. Bu eğitimin örnek davranış video çekimlerinde görev aldım.

• **Risk Yönetimi**

TSE Baş denetçisi-Hidayet Şahin 28.06.2006 – 29.06.2006 (0Saat)

Risk Yönetimi

• **Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği Eğitim Semineri**

Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği 27.02.2006 – 27.02.2006 (8Saat)

Yoğun bakım hemşirelik uygulamalarında güncel yaklaşımların paylaşımı.

• **Sağlık personelinin HIV / AIDS ve CYBE (Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar) Eğitimi**

AIDS Savaşım Derneğinin Avrupa Birliği-Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu ve Sağlık Bakanlığı 11.11.2008 - 13.11.2005 (30Saat)

Sağlık personelinin HIV / AIDS ve CYBE (Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar) konularında ayrıntılı eğitimi. Toplumsal boyutta sağlanabilecek katkıların paylaşımı.

• **İnsan ilişkileri ve İletişim İlkeleri Sempozyumu**

Kasımpaşa Deniz Hastanesi 26.11.2004 - 26.11.2004 (8Saat)

Üstün Dökmen tarafından insan ilişkileri ve iletişim ilkelerinin paylaşıldığı sağlık sektöründe bu konuyu hassasiyetinin vurgulandığı bir sempozyum.

• **Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği IV. Kongresi**

Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği 15.09.2004 - 19.09.2004 (50Saat)

5 gün süren organ nakli ile ilgili bilimsel bildirimlerin yapıldığı, organ naklinin güncel sıkıntılarının tartışıldığı ve çözüm yollarının üretilmeye çalışıldığı bir kongredir.

Sertifika Bilgileri

- **Sistem Bilgisi Eğitimi Sertifikası**

Memorial Hastanesi - 27.06.2005

İnsan vücudundaki temel sistemlerin ayrıntılı olarak öğretilmesi.

- **Temel EKG Eğitimi Sertifikası**

Memorial Hastanesi Eğitim Departmanı - 18.10.2005

EKG'nin okunması ve yorumlanması.

- **MS Word İleri Düzey Eğitimi Sertifikası**

Memorial Hastanesi Eğitim Departmanı - 29.06.2006

Word'ün ileri düzeyde kullanımının öğretilmesi.

- **MS Office ACCESS Başlangıç Düzey Eğitimi Sertifikası**

Memorial Hastanesi Eğitim Departmanı - 26.12.2006

Access programının başlangıç düzeyinde öğretilmesi.

- **MS Office EXCEL İleri Düzey Eğitimi Sertifikası**

Memorial Hastanesi Eğitim Departmanı - 21.12.2006

Excel programının ileri düzeyde kullanımı.

Sigara Kullanımı

Kullanmıyorum

Dernekler & Kulüpler

Türkiye Organ Nakli Vakfı

Hobiler

Tarih içerikli kitap okumak, müzik dinlemek, yüzmek, fotoğraf



T.C.
KADIR HAS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Sayı : B.30.2.KHÜ.0.E100.00 - 307

13.05.2009

İlgili Makama

Enstitümüz öğrencilerinden 2006.09.01.029 numaralı Hanife EREGEZ İşletme MBA yüksek lisans programına kayıtlı olup, tez çalışmasına devam etmektedir. "Müşteri (Hasta) Şikâyetleri Yönetimi ve Sağlık Sektöründe ki Uygulamalar" konulu tez çalışmasını hazırlarken hastanenizin yöneticilerinden anket çalışması için yardım alması enstitümüzce uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Birgül ŞAKAR
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Müdür Yardımcısı

Dr. Sevim Şekher
Memorial Hastanesi / 12340211
Uzm. Dr. Sevim AKGÜL
Pis. Teş. No: 38263
Medikal Direktör
Medikal Hizmetler / Genel Sekreter

Form No : 502/09
Tarih : 25.05.09
Gönderilen
Bölüm : Dr. Sevim Şekher

Uygundur
25.5.2009
Dr. Sevim Şekher
MEMORIAL HASTANESİ
Dr. Sevim ŞEKHER
Medikal Direktör
Medikal Hizmetler / Genel Sekreter



T.C.
KADIR HAS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Sayı : B.30.2.KHÜ.0.E100.00 - 307

13.05.2009

İlgili Makama

Enstitümüz öğrencilerinden 2006.09.01.029 numaralı Hanife EREGEZ İşletme MBA yüksek lisans programına kayıtlı olup, tez çalışmasına devam etmektedir. "Müşteri (Hasta) Şikâyetleri Yönetimi ve Sağlık Sektöründe ki Uygulamalar" konulu tez çalışmasını hazırlarken hastanenizin yöneticilerinden anket çalışması için yardım alması enstitümüzce uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Birgül ŞAKAR
Sosyal Bilimler Enstitü
Müdür Yardımcısı





T.C.
KADIR HAS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Sayı : B.30.2.KHÜ.0.E100.00 - 307

13.05.2009

İlgili Makama

Enstitümüz öğrencilerinden 2006.09.01.029 numaralı Hanife EREGEZ İşletme MBA yüksek lisans programına kayıtlı olup, tez çalışmasına devam etmektedir. "Müşteri (Hasta) Şikâyetleri Yönetimi ve Sağlık Sektöründe ki Uygulamalar" konulu tez çalışmasını hazırlarken hastanenizin yöneticilerinden anket çalışması için yardım alması enstitümüzce uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Birgül ŞAKAR
Sosyal Bilimler Enstitü
Müdür Yardımcısı

Uygundur ;
Doç. Dr. Zehra KURBANLI ;
Genel Avrupa Sağlık Hizmetleri
Kurumu MEDULA Kod: 100431-40
100-Dr. Başhekim ÖZÇELİK
Dış. Tem. No 39013
Çocuk Enfeksiyon Uzmanı

Dr. Özalp ÜNAL
Genel Müdür
EK HASTAHANESİ



T.C.
KADIR HAS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Sayı : B.30.2.KHÜ.0.E100.00 - 307

13.05.2009

İlgili Makama

Enstitümüz öğrencilerinden 2006.09.01.029 numaralı Hanife EREGEZ İşletme MBA yüksek lisans programına kayıtlı olup, tez çalışmasına devam etmektedir. "Müşteri (Hasta) Şikâyetleri Yönetimi ve Sağlık Sektöründe ki Uygulamalar" konulu tez çalışmasını hazırlarken hastanenizin yöneticilerinden anket çalışması için yardım alması enstitümüzce uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Birgül ŞAKAR
Sosyal Bilimler Enstitü
Müdür Yardımcısı

ÖZEL İSMAİL HANPAŞA HASTANESİ
Dr. Ahmet KARTALKANAT
T.C. Sağlık Bakanlığı
T.C. Sağlık Bakanlığı
T.C. Sağlık Bakanlığı



T.C.
KADIR HAS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Sayı : B.30.2.KHÜ.0.E100.00 - 307

13.05.2009

İlgili Makama

Enstitümüz öğrencilerinden 2006.09.01.029 numaralı Hanife EREGEZ İşletme MBA yüksek lisans programına kayıtlı olup, tez çalışmasına devam etmektedir. "Müşteri (Hasta) Şikâyetleri Yönetimi ve Sağlık Sektöründe ki Uygulamalar" konulu tez çalışmasını hazırlarken hastanenizin yöneticilerinden anket çalışması için yardım alması enstitümüzce uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.



Dr. Birgül ŞAKAR
Sosyal Bilimler Enstitü
Müdür Yardımcısı