

DERLEME MAKALESİ / REVIEW ARTICLE

HEKİM KATILIMI: KAVRAMSAL BİR İNCELEME

PHYSICIAN ENGAGEMENT: A CONCEPTUAL REVIEW

Dr. Öğr. Üyesi Okan ÖZKAN¹

Arş. Gör. Selin KALENDER²

ÖZ

Sağlık hizmetlerinde verimliliğin, hakkaniyetin, bakım kalitesinin, hasta güvenliğinin ve memnuniyetin sağlanması açısından literatürde “hekim katılımı” konusunun ön plana çıktığı görülmektedir. Hekim katılımı temel olarak; hekimlerin normal çalışma rolleri içinde yüksek kaliteli sağlık bakımını desteklemek ve teşvik etmek için sağlık kurumunun performansını korumadaki ve artırmadaki aktif-olumlu katkıları olarak değerlendirilmektedir. Hekimlerin sağlık hizmetleri alanında sahip oldukları değer farkına varılması, hekim katılımı konusunu daha da önemli hale getirmiştir. Bu çalışmada hekim katılımı kavramına, sağlık hizmetleri açısından hekim katılımının önemine, hekim katılımını artırma stratejilerine, hekim ve yönetici ilişkisine, hekim katılımında örgüt kültürü ve liderliğin etkisine, hekim katılımı yaklaşımının zorluklarına ve hekim katılımını engelleyici faktörlere değinilmiştir. Bu çalışmanın amacı hekim katılımı ile ilgili kavramsal bir değerlendirme yapılarak konu hakkında detaylı bilgi verilmesidir. Ayrıca bu çalışmayla sağlık hizmetleri ile doğrudan ve dolaylı ilişki içerisinde olan tüm paydaşlarda (hastalar, sağlık profesyonelleri, sağlık kurumları yöneticileri, karar vericiler vb.) konu ile ilgili farkındalık oluşturulması amaçlanmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki maliyetleri yönlendirme, bakımın kalitesini ve hasta güvenliğini sağlama konularında hekimlerin üstlendikleri roller, başarılı yol haritasının oluşturulması açısından pusula görevi görmektedir. Bu bakımdan sağlık sisteminin ve sağlık kurumunun başarısı açısından hekimlerin ilgili oldukları tüm süreçlere ve faaliyetlere katılımlarının sağlanmasına yönelik somut adımların atılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Hekim Katılımı, Liderlik, Sağlık Kurumları, Sağlık Hizmetleri.

JEL Sınıflandırma Kodları: I10, I12, I19.

ABSTRACT

It is seen that the subject of "physician engagement" comes to the forefront in the literature in terms of efficiency, equity, quality of care, patient safety and satisfaction in health services. Physician engagement basically evaluates the active-positive contributions of physicians in maintaining and enhancing the performance of the health institution to support and promote high-quality health care in their normal working roles. Realizing the value of physicians in the field of health services has made the subject of physician engagement even more important. In the study, the concept of physician engagement, the importance of physician engagement in terms of health services, strategies to increase physician engagement, physician and manager relationship, organizational culture and leadership effect in physician engagement, difficulties of physician engagement approach and factors preventing physician engagement are discussed. The aim of the study is to give detailed information about the subject by making a conceptual evaluation about physician participation. In addition, with the study, it is aimed to create awareness on the subject in all stakeholders (patients, healthcare professionals, healthcare institutions

¹  Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, okan.ozkan@sbu.edu.tr

²  Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, selineroyamak@sdu.edu.tr

managers, decision-makers, etc.) who have a direct and indirect relationship with health services. The roles that physicians undertake in directing the costs in health services, ensuring the quality of care and patient safety serve as a compass in terms of creating a successful road map. In this regard, it is thought that it would be beneficial to take concrete steps towards the engagement of physicians in all processes and activities they are concerned with in terms of the success of the health system and the health institution.

Keywords: Patient Safety, Physician Engagement, Leadership, Health Institutions, Health Services.

JEL Classification Codes: I10, I12, I19.

1. GİRİŞ

Günümüzün karmaşık sağlık bakım ortamının hizmet sunum biçimleri üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır. Sağlık reform girişimleri, sağlık kurumlarındaki birleşmeler, devralmalar, konsolidasyon uygulamaları ve sorumlu bakım kuruluşlarının gelişimi gibi nedenlerle sağlık hizmetlerinin sunumunda daha az sorumlu olunan geleneksel bakım anlayışı yaklaşımından uzaklaşmaktadır. Bu durum da hizmetlerin verimlilik, etkililik, hakkaniyet, şeffaflık ve hesap verilebilirlik prensiplerine ve değer temelli hizmet anlayışına uygun olarak sunulması için yeni sağlık hizmet sunum modellerinin tasarlanmasını, kullanılmasını ve geliştirilmesini kaçınılmaz kılmaktadır (Rosenstein, 2015: 113). Bu bağlamda sağlık hizmet sunum modelinin başarısında ise modelin içindeki en önemli aktörlerinden olan hekimlerin katılımının ve uyumunun önemi ortaya çıkmaktadır. Nitekim hekimlerin bakış açılarının, tutumlarının ve uygulanan modeli benimsemelerinin modelin başarısı ve sonuçları üzerindeki etkisi büyüktür.

Buradan hareketle hekim katılımı konusunun kavramsallaştırılması ve hekim katılımının potansiyel faydalarının neler olduğunun ortaya konulması bakımından dünyanın pek çok ülkesinde araştırmalar yapıldığı bildirilmektedir. Bu araştırmalarda sağlık kurumları ve bütün olarak sağlık sistemleri açısından mesleğine daha çok ilgili hekimlere sahip olmanın potansiyel getirileri olduğu ortaya konulmuştur. Özellikle hekimin katılımının desteklediği sağlık kurumlarının daha iyi performans gösterdikleri, daha yüksek çalışan ve hasta memnuniyet düzeyine sahip oldukları, daha düşük çalışan devir oranlarına ve daha iyi sağlık sonuçlarına ulaştıkları belirtilmektedir (Kaissi, 2012). Bununla birlikte kurumsal ya da bireysel sebeplerle hekim katılımı konusuna mesafeli yaklaşarak hekimleri sağlık bakım ortamlarına, süreçlerine ve kurum içi faaliyetlere dâhil etmeyen sağlık kurumlarının sağlık sonuçlarında başarıyı yakalamasının zor olacağı düşünülmektedir.

Bununla birlikte hekim katılımı kavramı ile ilgili kavramsal değerlendirmeye geçmeden önce değinilmesi gereken önemli bir nokta bulunmaktadır. Literatürde “tıbbi katılım” (medical engagement) ve “hekim katılımı” (doctor/physician engagement) terimlerinin bazı çalışmalarda aynı anlamda ve birbirinin yerine kullanıldığı ifade edilmektedir. Bunun sebebi olarak da “physician”, “medical” ve “doctor” gibi terimler ile tıp hekimlerine atıfta bulunulduğunun belirtilmesidir (Perreira, Perrier, Prokopy, Neves-Mera ve Persaud, 2019: 101). Bu kapsamda bu çalışmada da kavram karışıklığı oluşturmamak adına bu terimlerin tümünü kapsayıcı bir kavram olarak değerlendirilen “hekim katılımı” kavramına atıf yapılmıştır.

Bu çalışmada hekim katılımı kavramı, hekim katılımının amacı, gerekçesi, önemi, örgüt kültürünün hekim katılımına etkisi, hekim ve yönetici ilişkisi, hekim katılımını artırma stratejileri, hekim katılımında liderliğin rolü, hekim katılımın çerçevesi ile hekim katılımının zorlukları ve hekim katılımını engelleyici faktörler gibi konulara değinilerek hekim katılımı konusu ile ilgili kavramsal bir değerlendirme yapılması amaçlanmıştır.

2. HEKİM KATILIMI

2.1. Hekim Katılımı Kavramı

Katılım kavramı, kurum ve sistem açısından bireylerde arzu edilen davranışlar kümesinin oluşturularak bireysel katkının sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Hekim katılımı kavramı ise hekimlerin sağlık kurumunun çıktıklarına olan katkılarının en üst düzeye çıkarılması için ihtiyaç duydukları şeylerin, sağlık kurumu tarafından sağlanarak karşılıklı taahhütlerin yerine getirilmesi süreci olarak değerlendirilebilmektedir (Dickson, 2012: 3). Hastane hizmetlerinin uygun ve etkili kullanımına katılım olarak da tanımlanan (Spaulding, Gamm ve Menser, 2014: 66) “hekim katılımı” kavramının temellendirilmesinde de; hekime güven, memnuniyet, bağlılık, hekim liderliği (tıbbi

liderlik), hekimlik ve yöneticilik arasındaki farklar gibi çeşitli tartışmaların yer aldığı görülmektedir (Kaissi 2012: 3-7). Örneğin Dickson (2012) hekim katılımı kavramına, hekimler ve onların çalışma ortam koşulları arasındaki etkileşimli bir ilişkiye aracılık edilen; yapısal, politik ve kültürel olarak üç çerçevede görülen psikolojik bir durum olarak yaklaşmaktadır (Dickson, 2012). Spurgeon, Barwell ve Mazelan (2008: 214) ise hekim katılımını; hekimlerin normal çalışma rolleri içinde yüksek kaliteli sağlık bakımını desteklemek ve teşvik etmek için sağlık kurumunun performansını korumada ve artırmadaki aktif-olumlu katkıları olarak değerlendirmektedir. Yine Dickson (2012: 44) tarafından hekim katılımı kavramı; hekimlerin sağlık sistemi içindeki çeşitli çalışma rollerindeki ilk, sürekli, enerjik ve kararlı katılımı olarak geniş bir pencereden tanımlanmakta ve bu kapsamda aşağıdaki hususlara değinilmektedir. Bu kapsamda hekim katılımı;

1-Hastalara hizmet sunumunun mesleki standartlara ve kişisel etik kurallara uygun olarak yapılmasının sağlanması,

2-Topluluk, hastane, bölge veya ildeki diğer kişilerle iş birliği içerisinde;

- Bakımın uygunluğunu belirleme çabalarına karar verilmesi,
- Hasta bakımının kalitesini artırmak için harekete geçilmesi ve
- Hizmet sunumunun verimliliğinin artırılması için girişimlerin planlanması ve uygulanmasıdır.

Perreira vd. (2019: 108), “hekim katılımı” kavramının literatürde oldukça sık kullanıldığını ancak kavramın tanımlanmasının ve ölçülmesinin zayıf kaldığını belirterek, hekim katılımının kavramsal analizini yapmışlardır. Çalışma sonuçlarında hekim katılımı kavramının hekimlerin;

- İşlerin nasıl yapıldığına karar verme,
- İyileştirme önerilerinde bulunma,
- Hedef belirleme,
- Planlama yapma ve
- Mikro (hasta), mezo (organizasyon) ve/veya makro (sağlık sistemi) seviyelerde hedeflenen faaliyetlerdeki performansı izleme süreçlerine katılımı anlamına geldiği belirlenmiştir.

Literatürde hekim katılımı ile ilgili çeşitli tanımlamalar ve kavramsallaştırmalar yapılmış olmakla birlikte Perreira ve diğerleri (2019: 109) tarafından önerilen kavramsal modele değinmekte fayda görülmektedir.



Şekil 1. Hekim Katılımının Kavramsal Modeli

Kaynak: (Perreira vd., 2019: 109).

Şekil 1.'de Perreira ve diğerleri (2019: 108-109) tarafından önerilen hekim katılımının kavramsal modelinde; hesap verebilirlik, iletişim, motivasyon, kişilerarası iyi ilişkiler ve fırsat kültürünü içeren bir çalışma ortamının hekimlerin katılımını artırarak çalışma sonuçların iyileşmesini sağlayacağı ortaya konulmuştur. Nitekim sonuçların iyileştirilmesi ise hekimlerin faaliyetlere katılımı ile mümkündür. Bu bağlamda hekimlerin hedeflenen faaliyetlere mikro (hasta), makro (sistem) ve mezo (organizasyon) olmak üzere her üç seviyedeki katılımı sonuçların iyileştirilmesi bakımından önemlidir. Çalışma sonuçları da veri kalitesi, verimlilik, yenilik, iş memnuniyeti, hasta memnuniyeti ve performansın iyileştirilmesini içermektedir.

Son olarak değinilmesi gereken nokta, hekim katılımı kavramının tanımlanmasının potansiyel sonucuna ilişkindir. Kavramın tanımlanması, hekimlerin ve sağlık yöneticilerinin katılım konusunu daha iyi anlamalarını, daha doğru bir şekilde ölçmelerini ve hekimlerle nasıl daha iyi iletişim kuracaklarını anlamalarını sağlayacaktır (Perreira vd., 2019: 106). Bununla birlikte hekim katılımı kavramının amacının, gerekçesinin ve kavramın öneminin açıklanması konunun temellendirilmesi ve derinleştirilmesi bakımından önem taşımaktadır. Özellikle sağlık hizmetleri ile doğrudan ve dolaylı ilişki içerisinde olan tüm paydaşların (hastalar, kurum personeli, kurum yöneticileri, sigorta kurumları vb.) hekim katılımı konusunu tam olarak anlamasının, katılımın desteklenmesini ve kabul edilebilirliği etkileyeceği düşünülmektedir.

2.2. Hekim Katılımının Amacı ve Önemi

Hekim katılımı; sağlık hizmetinin en iyi şekilde, düzgün, etkili ve istenilen hasta sonuçlarının elde edilmesi amacıyla hizmeti sunan hekimlere odaklanılması anlamını taşımaktadır (Taitz, Lee ve Sequist, 2012: 724). Hekimlik mesleği geleneksel olarak, her hekimin ayrı uygulama alanında kendi hastalarıyla birlikte çalıştığı ve tıbbi karar alma süreçleri üzerindeki etkisinin hastanın ihtiyaçlarını değerlendirmeye dayandığı bireysel profesyonellik modeli olarak kabul edilmiştir. Bu kapsamda hekimlerin kendi hastalarının etkili sağlık bakım hizmeti almalarını sağlamadaki “savunucu” rollerine vurgu yapılmaktadır. Nitekim hekimlerin hastalarının savunucuları olabilmeleri için hangi sağlık bakım hizmetinin gerekli olduğuna karar vermelerinde de klinik özerkliklerini sürdürmeleri gerekmektedir (Baker ve Denis, 2011: 356).

Bu kapsamda hastaların öncelikle sağlık sistemini bir hekimle bire bir kurdukları ilişkiler yoluyla tecrübe ettiği de göz önünde bulundurulduğunda, sağlık sistemi içerisinde hekim katılımının önemini ortaya çıkarmaktadır (Gosfield ve Reinertsen, 2003: 3). Aynı zamanda objektif ölçümlere dayanan sağlık sistemleri arasındaki rekabette hekimin sağlık hizmeti sunumunun tasarımına ve yürütülmesine katılması da kritik önem taşımaktadır. Dolayısı ile sağlık kurumları giderek hekimlere bağımlı yeni modeller ve sunum sistemleri geliştirmeye yönelmek zorunluluğu ile karşı karşıya kalmaktadır (Stark, 2014: 171). Özellikle sağlık kurumlarının gelişme sürecinde yaşanan birleşmelerin, devralmaların ve konsolidasyonların rekabeti daha da şiddetlendirdiği bir ortamda, kurumların rekabet edebilmek için sağlık sunum modellerini yeniden değerlendirmekte oldukları görülmektedir. Kurumlar, mevcut ve gelecek ihtiyaçları karşılayabilme endişesi ile rollerini ve sorumluluklarını daha etkin bir şekilde entegre edebilecekleri ve uyumlaştırabilecekleri sağlık sunum sistemlerini yeniden tasarlamaya yollarını aramaktadırlar. Bu sistemlerin başarılı olabilmesi için de hekimlerin katılımı büyük önem taşımaktadır (Rosenstein, 2015: 113). Bu kapsamda literatürde hekimlerin sağlık kurumlarındaki katılımcı rolünün artırılmasına yönelik özel öneriler sunan raporlar yayımlandığı görülmektedir. Örneğin Kaissi (2012) tarafından yayımlanan raporda; hekim katılımının önemini ortaya koymak amacı ile kapsamlı bir literatür taraması yapılmıştır. Literatürden elde ettiği kanıtlar bağlamında da özellikle sağlık kurumlarının yöneticilerinin hekim katılımını daha iyi anlamalarına ve iyileştirmelerine yardımcı olabilecek bütüncül bir çerçeve önerilmiştir.

Benzer şekilde hekimlerin katılımı için onların bireysel ihtiyaçları ve öncelikleri hakkında daha iyi bir anlayışa sahip olmanın, onların uygulamalarını etkileyebilme ve motivasyonlarını artırabilme potansiyeli taşıyan mesleki ve yasal konulardaki geliştirici eğitimlerin, bakım yönetimine geçiş durumları ile ilgilenmeleri için teşvik edilmelerinin önemi büyüktür. Bu konularda hekim katılımının artırılması için daha aktif rol üstlenilmesinin ve gerektiğinde hekimlerin bakım ortamlarının stresli ve baskıcı durumlarına daha iyi uyum sağlayabilmelerine yardımcı olmak için onlara uygun destek hizmetlerinin sağlanmasının gerekliliğine dikkat çekilmektedir (Rosenstein, 2015: 113). Hekimin katılımını artırmanın güven için bir yol haritası olduğunu öne sürdüğü çalışmada Kaissi (2012), hekimin katılımını artırmanın sağlık sistemleri ve sağlık kurumları için önemine dikkat çekmektedir.

Görüldüğü gibi sağlık hizmetlerinin tasarımında ve sunumunda hayati role sahip hekimlerin katılımı konusunun ele alınması kaçınılmaz bir gerekliliktir (Marsden, van Dijk, Doris, Krause ve Cochrane, 2012: 51). Çünkü sağlık hizmet sunucuları ve özellikle hekimler, halk için önemli bir bilgi kaynağı ve politika yapıcılar için değerli bir kitledir (Frattaroli, Webster ve Wintemute, 2013: 697). Bu bakımdan özellikle kalite ve güvenlik gibi faaliyetlerde hekim katılımında süreklilik önemlidir. Aynı zamanda sağlık sonuçları üzerinde birinci derecede ve en fazla etkiye sahip olan hekimlerin katılımı ve uyumu olmadan hizmet sunumunda değişimin başarılması mümkün değildir (Taitz vd., 2012: 724). Değişimin başarılması için en önemli faktörlerden birinin de değişim olgusunun kurum içinde anlaşılması ve bunun kurumun kültürüne entegre edilebilmesi olduğu düşünülebilir. Dolayısı ile kurum kültürü ile hekim katılımı arasında iki yönlü bir ilişki olduğu ve hekim katılımına etki ettiği ifade edilebilir.

2.3. Örgüt Kültürünün Hekim Katılımına Etkisi

Hekim katılımı kavramının temel kapsayıcı öncülünün, bir örgütün kendine özgü sosyal ve psikolojik ortamına katkıda bulunan değerler ve davranışlar bütünü olarak tanımlanan “örgüt kültürü” ile doğrudan ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Perreira vd., 2019: 106). Örgüt kültürü, örgüt üyelerini bir araya getiren paylaşımları ve günlük yaşamın özelliklerini tanımlayan, paylaşılan felsefeler, değerler, varsayımlar, inançlar ve tutumlarla sonuçlanan öğrenilmiş davranış, fikir ve ürün kalıpları sistemidir (Owens, Eggers, Keller ve McDonald, 2017: 26). Örgüt kültürü; bir kurumun beklentilerini, deneyimlerini, felsefesini ve onu bir arada tutan değerleri içermekte ve zaman içinde çalışma ortamında geliştirilen ortak tutum, inanç, gelenek, yazılı ve yazılı olmayan kurallara dayanmaktadır (Perreira vd., 2019: 06) ve hekim katılımı ile doğrudan bağlantılıdır (Owens vd., 2017: 30). Dolayısıyla çalışma ortamı içinde hekimin katılımını etkileyen ve öncülük eden dört temel örgüt kültürü özelliğinin hesap verebilirlik, iletişim, motivasyon, kişilerarası ilişkiler ve fırsatlar olduğu ifade edilmektedir (Perreira vd., 2019: 106).

Bir sağlık kurumunun temel amaçlarından biri, hastaları ile yakından ilgilenen, nitelikli ve katılımcı etkileşime sahip hekimlerin desteklenmesidir. Hekim katılımı özellikle yüksek niteliklere sahip sağlık kurumları için önemlidir (Milliken, 2014: 244). Ancak bu durum, katılım sürecinin kurumun hekim ihtiyaçlarını açıkça tanımladığı açıklık kültürü tarafından desteklenmesi ile anlam kazanmaktadır. Bununla birlikte hekim katılımı bir dizi faktörler mozağına bağlıdır ve bu nedenle hekim katılımının başarılmasının birtakım zorluklar içerebileceği unutulmamalıdır (Denis vd., 2013: 1). Bu bağlamda katılımın desteklendiği bir örgüt kültürüne sahip olmak kadar örgüt içerisinde hekimler ile kurulan olumlu iletişim ve etkileşimler de hekim katılımına olumlu etki edecektir. Bununla birlikte hekimlere ne yapmaları/yapmamaları gerektiğini belirten baskıcı söylemlerin ve onların bireysel özerkliklerine müdahale eden uygulamaların hekimlerin katılımı da olumsuz etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu noktada özellikle kısıtlı kaynaklar ile kurumlarını etkililik, verimlilik, kalite ve performans kriterlerine uygun olarak yönetme çabası içerisinde olan sağlık yöneticilerinin, hekimler ile kurdukları iletişimin ve etkileşimin önemi ortaya çıkmaktadır (Rosenstein, 2015: 113).

2.4. Hekim ve Yönetici İlişkisi

Hekimlerin ve yöneticilerin farklı fikirlere sahip olmaları; birbirleri ile olan etkileşimlerini ve birlikte çalışmalarını etkilemektedir. Bunun temel sebepleri ise hekimlerin ve yöneticilerin mesleklerini seçmede farklı motivasyonlara sahip olmaları, profesyonelliğin hekimlik mesleği üzerindeki etkisi ve farklı mesleki roller için hazır olmalarıdır. Ayrıca hekimlerin ve yöneticilerin farklı sorumlulukları, hesap verebilirlikleri ve örgütsel yaşamda farklı deneyimlerinin olması da aralarındaki etkileşimi etkilemektedir (Dickson, 2012).

Hekimler sağlık hizmetlerindeki maliyetlerden sorumludurlar. Onların katılımı olmadan maliyetleri yönetmek de zordur. Özellikle sağlık bakım hizmetlerinin maliyetlerini etkili şekilde yönetmek üzere işe alınan idari gruplar (yöneticiler) ile etkili bakım ve tedavi hizmeti sunmak isteyen hekimler arasında gerginlik yaşanmaması da olası bir durum değildir (Milliken, 2014: 244). Sağlık hizmetleri alanında bakım hizmetleri, hizmet sunumu, finansal konular ve kurum yönetimi gibi pek çok alanda hekimler ve yöneticiler arasında yaşanan bu gerginliğin ve bu iki grup arasındaki mücadelenin en çok tartışılan konulardan biri olduğu da bilinmektedir. Hekimler ve yöneticiler arasındaki güç mücadelesi ve tartışmalardan ziyade burada dikkat çekilmesi gerekli görülen nokta bu ikili arasında iş birliğine dayalı ilişkilerin geliştirilmesinin hekim katılımı açısından önemli olduğudur. Bununla birlikte sağlık kurumlarındaki her türlü sağlık bakımı ve diğer hizmet süreçlerinin sunumu ile ilgili etkileşimler ve ilişkiler yalnızca hekimler ve yöneticiler arasında yaşanmamaktadır.

Profesyonel organizasyonlar olan sağlık kurumlarında yöneticiler, hekimler, hemşireler ve diğer profesyonel sağlık personeli arasında iş birliğine dayalı olarak ilişkiler geliştirilmektedir (Milliken, 2014: 245). Sağlık kurumlarında hekimler ile iletişim kurularak atılacak adımların, hastalar başta olmak üzere hastanenin finansal sonuçları üzerinde de olumlu ve önemli etkileri olacağı bildirilmektedir (Burger ve Giger, 2014). Bu kapsamda literatürde hekim katılımını artırmaya yönelik atılacak adımları, uygulanabilecek çeşitli stratejileri ve odaklanılacak kritik başarı faktörlerini içeren çalışmaların yer aldığı görülmektedir.

2.5. Hekim Katılımını Artırma Stratejileri

Günümüzün karmaşık sağlık ortamının, bakım sunma şekli üzerinde önemli bir etkisi sahip olduğu belirtilmektedir. Yeni uygulanan sağlık reformlarında ve hizmetlerin geri ödenmesi ile ilgili girişimlerde bakımın sonuçlarındaki uygunluğa, etkililiğe ve verimliliğe daha fazla odaklanıldığı görülmektedir. Özellikle finansman sağlayıcıların geri ödeme prensiplerinde geleneksel ödeme yöntemlerinden uzaklaştığı, sunulan hizmette tüm

bakım boyunca sorumlu olunan “değer temelli geri ödeme” modelinin ve performans yaklaşımının önem kazandığı ifade edilmektedir (Rosenstein, 2015: 113).

Hekimlerin sürdürülebilir bir sağlık sisteminin yönetimine entegre edilmesi, kısaca hekim katılımının sağlanması için etkili olan faktörlerin ortaya konulmasına yönelik çeşitli raporlar yayımlanmaktadır. Bununla birlikte bu raporlarda başarılı bir sağlık sistemi için hekimlerin katılımına dikkat çekilirken diğer sağlık profesyonellerinin katılımının da eşit derecede önemli olduğunun göz ardı edilmediği belirtilmektedir (Dickson, 2012: 1). Hekim katılımının dinamiklerini anlamak ve hekimlere nasıl yaklaşılacağına dair bir yön belirlemek için stratejik bir bakış açısı ile kavramsal analiz yapıldığı diğer bir çalışma Mohapel ve Dickson (2007) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada hekimin sağlık bakım sistemine katılımını en üst düzeye çıkarmak için temel ilkeler ele alınmıştır.

Hekim katılımını artırmaya yönelik yapılan uygulamalarda (finansal teşvik verme vb.) hekimlerin görüşlerine uymayan süreçlere odaklanması sonucu hekimler ile bu süreci yönlendiren liderler arasında bir kopukluğun oluşması kaçınılmaz olmaktadır. Bu sebeple liderler ve hekimler arasında temel mesleki değerler etrafında uyumun sağlanmasının ve iş birliğine dayalı olarak sürecin yönetilmesinin hekim katılımını daha olumlu yönde artırabileceği belirtilmektedir (Taitz vd., 2012: 727). Bununla birlikte iş birliğine dayalı olarak sürecin yönetilmesinin yanında; hekim katılımına yönelik yaklaşımlarda başarı için anahtar değişkenlerin; hekimler ve kurumlar arasında güven, açık iletişim, ilgili verileri paylaşma istekliliği, ortak bir vizyon oluşturma olduğu da ifade edilmektedir (Denis vd., 2013: 1). Hekim katılımında başarının anahtarı olarak ifade edilen bu değişkenlerin yanı sıra Spaulding ve diğerleri (2014: 68-69) tarafından da hekim katılımının artırılmasına yönelik çeşitli kritik başarı faktörleri tespit edilmiştir. Tespit edilen faktörler şunlardır;

1-İletişim ve ilişkiler faktörü: Bu faktör ilişkilerin geliştirilmesini temel almakta ve hekim katılımıyla ilgili tartışmaların merkezinde yer almaktadır. Karşılıklı iletişim, birlik duygusu, ortaklık ve işbirlikçi davranışlarla ilgili durumları kapsamaktadır.

2-Olumlu deneyimler sağlama faktörü: Bu faktör hasta bakımının sağlanması, personel ve yöneticilerle etkileşim, personel memnuniyeti, diğer araçsal unsurlar (kalite girişimleri, bilgi teknolojisi) ve ekonomik bağlantılar ile ilgili deneyimleri içermektedir. Yöneticilere, hekimin özerkliğinin sürdürülmesi veya bakım modellerine ilişkin hastane kararlarında hekimlerin rolünün korunması ile ilgili öneriler getirmektedir.

3-Bütünleşme faktörü: Ekiplere, komitelere ve hekimin planlamaya/değerlendirmeye katılımı ile ilgili önerileri kapsamaktadır. Hekimlerin grup/ekip içinde önemli bir ortak ve değerli bir katılımcı olduklarını hissetmeleri bu kapsamda önemlidir.

4-Hesap verebilirlik ve kalite faktörü: Bu faktör ölçümler, kalite beklentileri, düzeltici faaliyetler ve hesap verebilirlik ile ilgili önerileri içermektedir.

Hekimleri yeni sağlık bakım modellerine ve daha genel olarak değişime dâhil etmek isteyen sağlık kurumlarının gruplar arası olumlu ilişkilere dayalı iş birliği oluşturması önerilmektedir (Kreindler vd., 2014: 56-57). Benzer şekilde hekimlerin katılımının sağlanması ve artırılması için hekimlerin karar verme sürecine dâhil edilmeye istekli olunması, yeni fikirlere açık olunması, hekimlerin güçlendirilmesi, takdir edilmesi, ödüllendirilmesi, önemli süreçler ile ilgili fikirlerinin alınması ve karar verme süreçlerinde şeffaf davranılması gibi faktörler de önem taşımaktadır (MacKinney, 2015: 2).

Yukarıda belirtildiği gibi hekimlerin katılımını sağlamaya yönelik çeşitli faktörler bulunmaktadır. Uygulanacak faktörlerin ve stratejilerin ise ekonomik çıkarlar dâhil pek çok alana hitap etmesi hatta daha da öteye geçmesi gerektiği bildirilmektedir. Örneğin hekim katılımında pozisyonlar önemlidir, ancak hekim katılımını ve yüksek performansı etkilemek için yalnız başına yeterli değildir (Denis vd., 2013: 1). Hekimler için uygulanacak katılım stratejileri; hekimlerin uzmanlık alanlarına, uygulanacak modellere ve yıllara göre değişebilmektedir. Yeni bakım ortamında, tam spektrumlu bakıma daha entegre bir multidisipliner yaklaşıma artan şekilde ihtiyaç vardır ve hekimlerin bu süreçteki oynadıkları rolün önemi büyüktür. Sonuç olarak, hekimlerin sağlık bakım hizmetleri içinde değerinin anlaşılması ve onların bireysel endişelerinin farkına varılarak bakım konusundaki isteklerinin yeniden canlandırılması için de adımlar atılması gerekmektedir (Rosenstein, 2015: 113). Kısaca hekim katılımının sağlanmasına ve artırılmasına yönelik stratejilerin, kritik faktörlerin tespit edilmesi ve uygulanması yalnız başına başarıyı yakalamak için yeterli değildir. Tespit edilen bu faktörlerin uygulanması sırasında hekimin kurum içindeki değerinin, konumunun ve sağlık hizmetlerinin sunumundaki anahtar rolünün önemi ortaya konulmalıdır.

Bu noktada hekim katılımı için kurum içinde liderlik olgusuna değinilmesinin faydalı olduğu düşünülmektedir. Hekim katılımı ile liderlik arasındaki ilişki ve liderliğin hekim katılımına etkisi literatürde çeşitli yönlerden ele alınmıştır. Yapılan çalışmalara bakıldığında; hekim katılımı için hekimlerin liderliğinin (tıbbi liderlik) ön plana çıkarıldığı, hekim katılımında tıbbi liderliğin rolünün irdelendiği ve liderliğin sağlık kurumunun çeşitli seviyelerinde gelişen ve hekimlerin katılımını etkileyen bir süreç olarak ele alındığı çeşitli yaklaşımların olduğu görülmektedir. Bu kapsamda literatürdeki çalışmalardan yola çıkılarak, liderliğin hekim katılımındaki rolünün ve etkisinin ne olduğu ortaya konulmaya çalışılmıştır.

2.6. Hekim Katılımında Liderliğin Rolü ve Etkisi

Literatürde hekimlerin sağlık kurum ve kuruluşları dâhil bütün olarak sağlık sistemi içerisinde salt hekimlik dışında üstlendikleri ya da üstlenmesi gereken rollerin ve hekimlerden beklentilerin neler olduğunun ve hekimlerin sağlık kurumlarındaki liderlerden beklentilerinin neler olduğunun tartışıldığı çeşitli çalışmalar yer almaktadır. Bu çalışmalardan hekimlerin sağlık kurumları içerisinde yöneticilik-liderlik rolünü üstlenmesinin gerekliliğine değinildiği bir çalışma Baker ve Denis (2011) tarafından yapılmıştır. Baker ve Denis (2011) özellikle sağlık kurumlarının performansını iyileştirmek adına yapılan dönüşümlerin, hekimler ile etkileşime geçilmesinin ve tıbbi liderliğin geliştirilmesi için etkili stratejilerin gerekliliğinin önemine dikkat çekmişlerdir. Bu bağlamda çalışmanın odak noktasını, hekimlerin klinik uygulamalarının ötesine geçen rollerinde (liderlik gibi) mesleki kısıtlamaların ve fırsatların neler olduğunun tespit edilmesi oluşturmaktadır. Dolayısıyla Baker ve Denis'in (2011) çalışmasının özellikle hekimlerin, hekimlik mesleği dışında üstlendiği liderlik rolü ile sağlık kurumlarındaki yönetsel süreçlere katılımına atıf yapıldığı ifade edilebilmektedir.

Bununla birlikte Dickinson ve Ham'ın (2008: 39-41) hekimlerin liderliği (tıbbi liderlik) konusuna yaklaşımı farklı bir bakış açısı sunmaktadır. Literatürde etkili iyileştirme yaklaşımlarının sağlanmasında hekimlerin liderliğe katılımının gerekli olduğu öne sürülmektedir. Ancak tıbbi liderliğe katılımın ne anlama geldiği sıklıkla göz ardı edilmektedir. Liderliğe katılımın açıkça nasıl tanımlandığı ya da nasıl ölçüldüğünün de durumu anlamlandırmada etkisi önemlidir. Örneğin tıbbi liderlik büyük ölçüde hiyerarşik bir şekilde açıklanmışsa, bu durum hekimlerin yer aldığı projelerdeki rollerine bakılarak tanımlanmaktadır. Tıbbi liderliğin içerdiği roller (Empey, Peskett ve Lees, 2002: 191) ise sıklıkla; klinik yönetici, klinik rehber, bölüm direktörü, tıbbi direktör, tıbbi direktör yardımcısı, eğitim direktörü, klinik eğitmen, dekan, araştırma-geliştirme direktörü, klinik ağ direktörü, klinik yönetim rehberi, tepe yönetici, etik komite kürsüsü başkanı, enfeksiyon kontrolörü ve risk yöneticisidir. Buradan hareketle aslında tıbbi liderliğin liderliğinin örgütün zirvesinde yer alan kademelerde olduğu belirtilse de görüldüğü gibi sağlık kurumunun tüm seviyelerinde gerçekleşmektedir (Denis vd., 2013: 1) ve hekimler sağlık kurumlarında tıbbi liderler olarak çeşitli roller üstlenerek farklı düzeylerde yöneticilik, eğiticilik, başkanlık gibi görevlere tıbbi liderler olarak katılım sağlamaktadırlar.

Bununla birlikte hekimlerin sağlık hizmet sunumunda buldukları konum ve sahip oldukları tıbbi bilgileri gereği daima doğal olarak lider konumunda olduğu da belirtilmektedir (Kaya ve Kaya, 2020: 83). Özellikle de hekimlerin hizmet sunum süreçlerine etkili lider olarak katılabilmeleri için liderlik bilgisi ve becerileriyle donatılmaları gerektiği ifade edilmektedir (Budakoğlu, 2015: 236). Sağlık alanının doğal lideri olarak tanımlanan hekimlerin, hekimlik mesleğinin gereği olarak, dahil oldukları hizmet sunum süreçlerinin yanı sıra sağlık kurumlarındaki idari pozisyonlarda ve yönetim kademelerinde görevlendirilmeleri nedeniyle ortaya atılan “melez hekim yöneticilik” kavramının Türkçe literatüre kazandırılması amacı ile Kaya ve Kaya (2020: 96-97) tarafından kavramsallaştırma çalışması yapılmıştır. Çalışmada, literatürde hekim yöneticilik üzerine yapılan çalışmaların sonuçları bir bütün olarak değerlendirilmiştir. Hekimlerin kurum içindeki yönetim süreçlerine dahil olmalarında istekli olup olmamalarına göre literatürde “istekli hekim yönetici” ve “isteksiz hekim yönetici” olarak sınıflandırıldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Kısaca kurumlarda idari süreçlere yöneticilik pozisyonlarında dahil olan hekimlerin, profesyonel kimlikleri ile yönetici kimliği arasında kaldıkları belirtilmektedir. Tıbbi bilginin verdiği iyileştirici güçleri ile sağlığın doğal lideri olan hekimlerin bir kısmı yönetim sorumluluklarını üstlenmek istememektedir.

Bu noktada literatürde hekimlerin liderliği konusuna sağlık kurumundaki yönetim süreçlerinden ziyade sağlık hizmeti sunumu gibi klinik süreçlerden ve daha dar bir perspektiften yaklaşan bir liderlik türünden bahsedilmektedir. Bu liderlik türü “klinik liderlik” olarak literatürde karşımıza çıkmaktadır. Klinik liderlik, sağlık hizmet sunumunun merkezinde yer alan hastanın ihtiyaçlarının karşılanması için sahip olunan yeteneklerin ve deneyimlerin kullanılması açısından lider rolü üstlenen klinisyenlerde (hekim ve hemşireler) bulunması gerekli görülen lider özelliklerini bir araya getirmektedir. Buradan hareketle klinik liderlik, hastalara yüksek kaliteli ve etkili sağlık bakım hizmetinin sunulması için kurumdaki klinisyenlerin gösterdikleri gayret, sorun çözme, değişimi

başarma gücü ve yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Budak, 2016: 123-124). Bu kapsamda kaliteli ve etkili bir sağlık hizmet sunumunda yaşamsal bir öneme sahip olduğu belirtilen klinik liderlik üzerine de literatürde çeşitli araştırmaların yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmalardan biri Özer, Budak, Şentürk ve Gün (2017) tarafından klinisyenlerin liderlik algılarının ortaya konulması amacı ile yapılmıştır. Çalışmanın, Türkçe literatürde klinik liderlik konusu ile ilgili farkındalık oluşturma açısından önem taşıdığı ifade edilebilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık bakım ortamlarındaki klinik süreçlerin güvenli, kaliteli, etkin olarak yürütülmesi, bireylerin sağlık ihtiyacının karşılanması ve hizmet sunumundaki sorunların çözülebilmesi için klinisyenlerin sağlık hizmetlerindeki liderlik süreçlerine dahil olması gerektiği üzerine çalışmasını temellendiren Budak (2017), liderlik alanında yapılan çalışmalardan farklı olarak klinik liderlik araştırmaları kapsamında geliştirilen “Klinik Liderlik Yetkinlik Çerçevesi Ölçeği’nin” Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaparak ölçeği Türkçe literatüre kazandırmıştır. Bu ölçek, sağlık kurumunda görev yapan tüm klinisyenlerin sahip olmaları gereken liderlik özelliklerinin (diğer bireyler ile çalışma, sağlık bakım hizmetlerinin yönetimi ve iyileştirilmesi gibi) belirlenerek ortaya konulması bakımından önem taşımaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kaliteli, etkili ve güvenli olarak sunumunda yüksek düzeyde liderlik özelliklerine sahip olunmasını gerektirdiği belirtilmektedir. Özellikle mevcut sağlık talebine cevap verebilecek düzeyde sağlık hizmet sunumuna özgü liderlik yeteneklerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu kapsamda ise sağlık hizmetlerinde ana unsur olarak görülen klinisyenlerin (hekim ve hemşireler) sahip oldukları liderlik özelliklerinin hizmet sunumunda kalitenin ve hasta odaklılığın sağlanmasında önemli rol oynadığı ifade edilmektedir (Budak, 2018: 11). Bununla birlikte literatürde sağlık hizmeti sunum sürecine aktif olarak katılan hekimlerin sahip olması gereken klinik liderlik özelliklerinin ortaya konulduğu çalışmaların yanı sıra sağlık kurumu içerisindeki mevcut liderler arasındaki stratejik hususların değerlendirildiği, hekimlerin sağlık bakım ortamlarına lider olarak katılmalarına etki eden faktörlerin ortaya konulmaya çalışıldığı, tıbbi liderliğin geliştirilmesine ve hekim katılımının artırılmasına yönelik durumların tespit edilmeye çalışıldığı çeşitli çalışmalar da yer almaktadır.

Örneğin Spaulding ve diğerleri (2014: 66-67) tarafından yapılan çalışmada aktif olarak hekim katılımını sürdüren bir sağlık sistemi içinde mevcut hastane liderleri (yöneticiler ve hekim liderler) arasındaki stratejik hususlara odaklanılmıştır. Ayrıca hastane ve hekim ilişkisinde geçmişteki başarısızlıklarının nedenleri ve gelecekte daha iyi sonuçlar elde etmek için liderler tarafından önerilen kritik başarı faktörleri ortaya konulmaya çalışılmıştır. Çalışma bulgularına göre sağlık kurumlarının yöneticilerinin ve liderlerinin hekimlerle açık iletişim kurmaları ve karar verme sürecine hekimleri dâhil etmeleri, hekim katılımı için kritik başarı faktörlerindedir. Hekimlerin endişelerini dinleme ve düşüncelerini dile getirmelerine olanak tanıma, birlik duygusuna dayanan ilişkiler kurma, onlara karşı biz yerine açık bir diyalog geliştirme ve şeffaf bir iletişim kurma yolunu benimsemenin hekim katılımında başarının anahtarı olduğu belirtilmektedir (Spaulding vd., 2014: 69). Dolayısı ile hekim katılımı, ilgilenilen hekimlerin temel özellikleri ile değerlerini anlamak ve ele almakla başlamaktadır (Denis vd., 2013: 1).

Snell, Briscoe ve Dickson (2011: 952) ise kaliteli sağlık hizmeti sunumu için sağlık sisteminin dönüştürülmesinin gerekliliğine ve bu dönüşüm içinde hekimlerin sağlık bakım ortamlarında lider olarak katılması gerektiğine dikkat çekmektedir. Çalışmada hekimleri lider olmaya neyin motive ettiği ve cesaretlendirdiği, katılım deneyimleri, liderlik rolü, diğer hekimlerin katılımına bakış açıları, katılım çabaları ile eğitim-öğretimin hekim katılımındaki rolüne dair zengin bir anlayış elde edilmiştir.

Bu noktada liderlik ve katılım arasındaki iki yönlü pratik bağlantı dikkat çekmektedir. İlk pratik yön; liderliğin hekim katılımını geliştirmek için bir olanak sağlamasıdır. İkinci pratik yön ise; etkili sağlık reformunun merkezi bir ögesi olan hekimlerin sağlık sistemindeki tıbbi liderlik rolüne çekilmeleridir (Dickson, 2012). Baker ve Denis’e (2011: 335) göre; tıbbi liderliğin geliştirilmesinde hekimleri yönetsel yapılara entegre eden değişikliklere odaklanılmıştır ancak bunların etkisi sınırlı olmaktadır. Nitekim etkili bir tıbbi liderliğin kolektif karakterinin olduğunun farkına varılarak bakımın kalitesinin iyileştirmeye odaklanılması, klinik ve yönetsel hedefler arasında daha fazla uyumun yaratılmaya çalışılması gerekmektedir. Bu girişimler yalnızca tıbbi liderlik yeterliliklerinin gelişimini değil, aynı zamanda bir ekip ve organizasyon düzeyinde etkili sistemlerin oluşturulmasını da amaçlamaktadır.

Dickinson ve Ham (2008: 39) tarafından yapılan çalışmada da hekimlerin liderliğe katılımının artırılmasının hem klinik hem de organizasyonel performans üzerinde olumlu potansiyel etkisinin olduğu ortaya konulmuştur. Bununla birlikte katılımın sosyal bir süreç olması sebebi ile sürecin istikrarlı olarak sürdürülmesinin zor olabileceği belirtilmiştir. Dolayısıyla hekimleri tek başına liderliğe dâhil etmenin organizasyonel performansı

iyileştirmek için yetersiz kalabileceği ve bu bakımdan da süreçte aşağıdan yukarıya ve yukarıdan aşağıya bir değişimin devreye sokulmasının dengeli kurabileceği ifade edilmiştir.

Görüldüğü gibi literatürde genel çerçevede hekim katılımında kilit bir itici güç olarak en sık atıfta bulunulan bileşen liderliktir. Özellikle hekimlerin sağlık kurumlarında hasta sonuçlarını iyileştirmeye yönelik faaliyetlere katılımında (kalite ve güvenlik gibi), açık bir kurumsal iletişim kültürü geliştirebilmelerini sağlayabilecek nitelikte bir lidere sahip olmalarının hayati önem taşıdığı ifade edilmektedir (Taitz vd., 2012: 724). Ayrıca daha iyi klinik sonuçların elde edilmesinde ve iyileştirilmesinde liderlerin hekim katılımı için geniş kapsamlı stratejiler sunduğu belirtilmektedir (Denis vd., 2013: 1; MacKinney, 2015: 2).

Tıbbi liderliğinin ve hekim katılımının yüksek performanslı sağlık sistemlerinin temel unsurları olduğu belirtilmekte ve kalite göstergelerinde kuruma yüksek puan verilmesine katkıda bulunduğu ifade edilmektedir. Hekimlerin hastane yönetimine katılımının da kalite ve güvenliği artırabileceği belirtilmektedir. Sağlık reformları hakkındaki literatürün çoğu hekim katılımının ve tıbbi liderliğinin önemini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte sağlık sistemlerinin ve sağlık kurumlarının kaynaklarını performans ve iyileştirmeye dönüştürebilmeleri için hekimlerin özerkliğini, bilgisini ve gücünü kullanabileceği süreçler açık değildir (Denis vd., 2013: 1). Aynı zamanda klinik ve örgütsel performans açısından tıbbi liderliğe katılımın faydaları göz önüne alındığında bile bunu başarmanın kolay olmadığı belirtilmektedir. Katılımda; birey, ekip ve sistem olmak üzere farklı seviyeler dikkate alınmalıdır. Ayrıca kurumdaki mesleklerin, alt kültürlerin ve değerlerin de önemli olduğu unutulmamalıdır. Tıbbi liderliğe etkili bir katılımın sağlanması için bireysel değerler, algılar, kültürel yapı ve ekip gibi sistemdeki faktörlerin uyumlu hale getirilmesi gerekmektedir (Dickinson ve Ham, 2008: 44). Nitekim hekimlerin organizasyonlarda ve sistemlerde tıbbi liderlik rollerini üstlenme konusunda örgütün kültür yapısı itibarıyla çeşitli engellerle karşılaşabileceği ifade edilmektedir (Denis vd., 2013: 1).

Tıbbi liderlik ve tıbbi liderliğe katılım konusunun İngiltere’de NHS (National Health Service) dâhil uluslararası pek çok sağlık sistemi için önemini koruduğu, sağlık gündeminin merkezinde yer aldığı ve tıbbi liderliğe katılım ile klinik ve örgütsel performans arasında bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Bununla birlikte, klinik ve örgütsel performans ile tıbbi liderlik arasındaki bu ilişkinin sağlık kuruluşlarının karmaşık ortamları göz önüne alındığında basit olmadığı belirtilmektedir. Bu bağlamda organizasyonun farklı düzeylerinde tıbbi liderliğe katılımın; değişimi ve iyileştirmeyi etkilemesi gerektiği ifade edilmektedir (Dickinson ve Ham, 2008: 44).

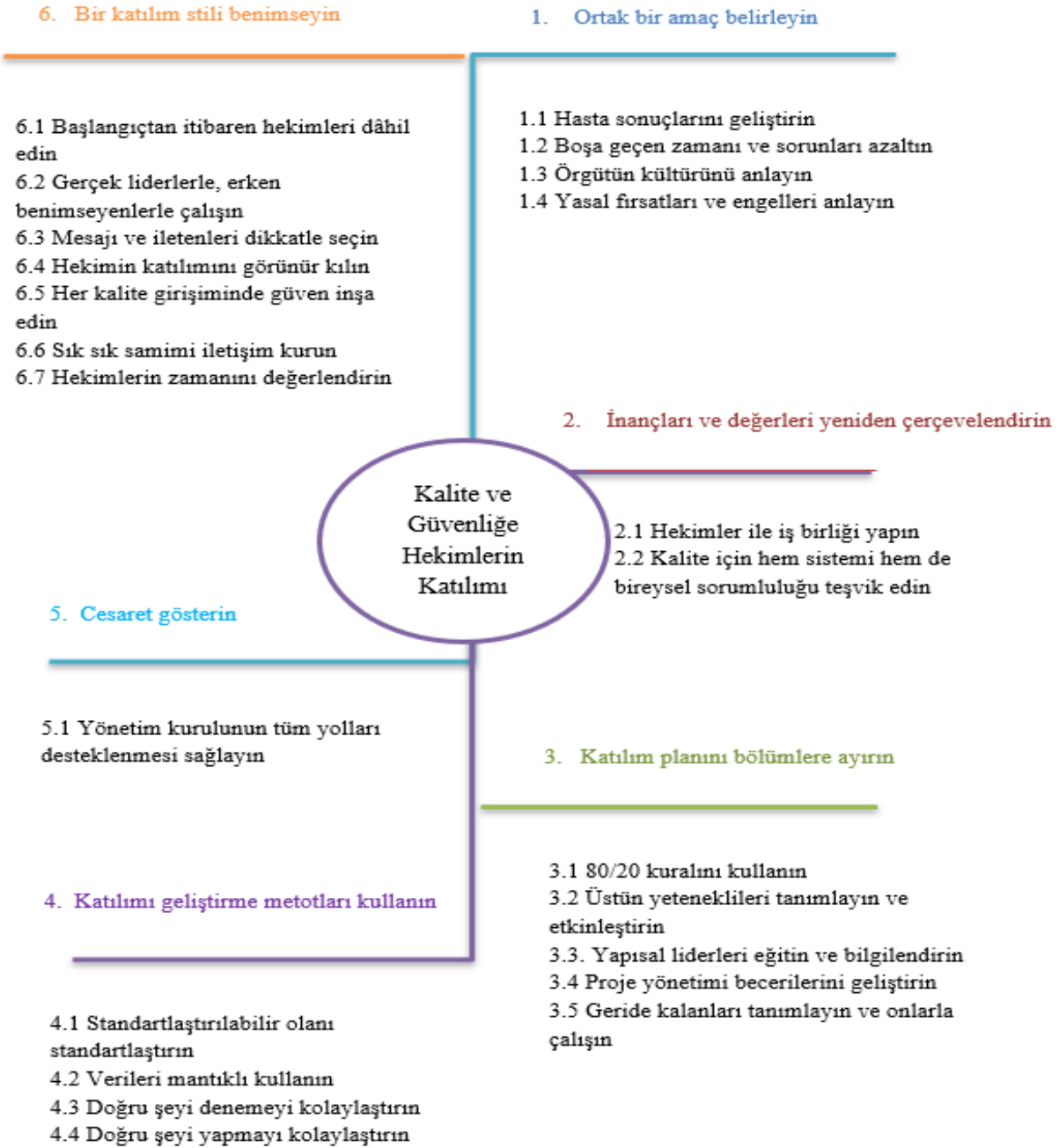
Görüldüğü gibi hekimlerin sağlık kurumlarındaki faaliyetlere katılımında liderliğin rolünün ve etkisinin ne olduğu literatürde yer alan çalışmalarda farklı perspektiflerden değerlendirilmiştir. Bu konuda genel bir çıkarım yapılması gerekirse bazı çalışmalarda hekim katılımında sağlık kurumlarında aktif olarak üstlenilmesi gereken tıbbi liderlik rolünün önemine dikkat çekilirken, bazı çalışmalarda açık bir lider-iletişim kültürüne sahip sağlık kurumlarında hekim katılımının olumlu yönde etkileneceği belirtilmiştir. Bu kapsamda çalışmalarda hekim katılımı açısından liderlik rolünü kurumda kimin üstlendiği ya da üstlenmesi gerektiği de tartışılmakla birlikte, sonuçlar hem kurum içinde doğal süreç olarak gelişen liderlik unsurunun hem de tıbbi liderlik unsurunun hekim katılımı açısından önemli derecede etkiye sahip olduğu yönündedir.

Bununla birlikte tıbbi liderliğe katılım; uluslararası alanda önemini koruyan bir konu olmasına rağmen eleştirel olarak da tartışılmaya eğilimlidir. Bu tartışmalar tıbbi liderliğin örgüt içinde üstün bir pozisyonun ürünü olmaktan ziyade, liderlik düşüncesinin temelde toplumsal bir süreç ile ilişkili olarak görülmesi ekseninde şekillenmektedir (Dickinson ve Ham, 2008: 44). Bu çalışmada hekim katılımı konusunun kavramsallaştırılmasına; kavramın tanımlanması ile başlanılmış olup, literatürde hekim katılımında liderliğin rolüne ve etkisine değinen çeşitli çalışmalar ekseninde tartışılarak konu bütünsel olarak değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bu tartışmalar sonucunda sağlık kurumlarının iç süreçlerinde ve kurumdaki çeşitli faaliyetlerde hekim katılımının çerçevesinin çizilmesi kaçınılmaz olmuştur. Özellikle hekimlerin katılımının sağlanmasının önemli bir gereklilik haline geldiği “güvenlik” ve “kalite” gibi süreçlerin çerçeveselendirilmesinin bu kapsamda önemini koruduğu ifade edilebilmektedir.

2.7. Hekim Katılımının Çerçevesi

Performansa dayalı geri ödeme modelleri, değer temelli satın alma yaklaşımları, paketli ödeme seçenekleri, önlenebilir durumlarda geri ödemelerdeki azalmalar gibi pek çok durumun sağlık kurumlarında hekim katılımına olan ilginin artmasına neden olduğu belirtilmektedir (Spaulding vd., 2014: 66). Ayrıca bazı sağlık kurumlarının hekim katılımını stratejik bir öncelik olarak benimsediği bildirilmektedir (Scott vd., 2012: 50; Perreira, Perrier, Prokopy ve Jonker 2018: 1). Bu bağlamda hekimlerin sağlık sistemindeki güçleri nedeniyle sürece dâhil olmaları,

sistemdeki değişikliklerin başarısı için kaçınılmazdır. Dolayısı ile hekimlerin sağlık kurumlarındaki faaliyetlere, süreçlere ve görevlere katılımlarını değerlendirmeye yönelik yapılan çalışmalar önem taşımaktadır. Bu çalışmalardan biri Reinertsen, Gosfield, Rupp ve Whittington (2008) tarafından yapılmıştır. Şekil 2’de Reinertsen ve diğerlerinin (2008: 6) hekimleri, örgüt içindeki kalite ve güvenlik süreçlerine dâhil etme çerçeveleri yer almaktadır. Bir dizi bileşenden ve altı unsurdan oluşan bu çerçeve, hastanede tıbbi liderlerinin kalite ve güvenlik konularına katılımlarını artırmak için yazılı planlar geliştirmelerine ve uygulamalarına yardımcı olacak bir araç olarak düşünülmüştür.



Şekil 2. Hekimleri Kalite ve Güvenlik Süreçlerine Dâhil Etme Çerçevesi

Kaynak: (Reinertsen vd., 2008: 6).

Bu çerçevenin ilk unsuru olan ortak amaç belirleme konusunun gerektirdiği düşünce değişikliği; hekimlerin sağlık kurumunun kalite gündemine nasıl dâhil edileceğidir. İkinci unsur hekimlerin kurumun kalite gündemine dâhil olmaları için kültürel değişimin, değerlerin ve inançların yeniden çerçevelendirilmesidir. Üçüncü unsur ise hekimlerin kalite ve güvenlik süreçlerine dâhil edilmesi için geliştirilen planın bölümlere ayrılmasıdır. Bu durum, hekimlerden beklenen rollerin tanımlanmasını ve bu rolleri oynamaya hazırlanmaları için ayrıntılı bir planlamanın yapılmasını gerektirmektedir. Çerçevenin dördüncü unsuru hekimlerin katılımını geliştirecek yöntemlerin kullanılmasıdır. Kanıt dayalı tedavi protokollerinin uygulanması, reçete yazma maliyetlerinin düşürülmesi için hekimler tarafından kabul görecektir basit standart protokollerin belirlenmesi kullanılabilir yöntemlere örnek verilmektedir. Beşinci unsur olan cesaret göstermek ile anlatılmak istenilen de kurumun yönetim kurulunun desteğinin alınmasıdır. Nitekim yönetim kurulunca göz ardı edilen politika ve prosedürlerin çalışanlar tarafından kabul görmesi olası değildir. Çerçevenin altıncı ve son unsuru ise bir katılım stilinin belirlenmesidir. Bu unsur, ortak bir çaba etrafında hekimin katılımının sağlanması için katılımın düşünce yapısının anlaşılması ile anlam kazanmaktadır (Reinertsen vd., 2008: 8-36). Hekimlerin sağlık kurumlarının kalite ve güvenlik süreçlerine dâhil edilmek istenmelerinin temel nedeni aslında açıktır. Taitz ve diğerlerinin (2012: 722) ifadesi ile hekimler çalıştıkları kurumları/sistemleri daha güvenli hale getirmek için kalite geliştirme faaliyetlerine katılmalıdır. Bu, hastalar için daha güvenli ve daha kaliteli bakım sağlama ile hasta güvenliği girişimlerine katkıda bulunmanın bir gereğidir.

Taitz ve diğerleri (2012: 722-726) hekimlerin kalite ve güvenlik faaliyetlerine nasıl dâhil edildiğini araştırmak amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Çalışma, yüksek hekim katılımı olan sağlık kurumlarındaki ortak temaları değerlendirmek ve bu sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin katılımının önündeki kolaylaştırıcıları ve engelleyici faktörleri belirlemek üzerine odaklanmıştır. Çalışma sonucunda hekimlerin kalite ve güvenlik süreçlerine katılımı için altı noktalı bir çerçeve geliştirilmiştir. Bu çerçeve liderlik, hekim sözleşmesi, uygun tazminat, finansal teşviklerin yeniden düzenlenmesi, veriler ve raporlama ile akademik terfiden oluşmaktadır. Hekim katılımının çerçevesine açıklık getirmek istenirse çerçevenin ilk unsuru olan liderlikten başlamak uygun olacaktır. Nitekim liderlik, hekim katılımını sağlama ve artırmada yönlendirici bir unsur olarak atıfta bulunulan ilk bileşendir. Çerçevenin ikinci unsuru olan hekim sözleşmeleri; hekimler ve diğer sistem liderleri arasındaki rolleri, beklentileri ve sorumlulukları açıklığa kavuşturan mekanizmalar olarak kullanılmakta (Denis vd., 2013: 1) olup, hekim ve sağlık kurumunun karşılıklı beklentilerinin ana hatlarıyla ortaya konularak katılımın kurallarını temsil edilmesidir ki burada odak nokta, uyumlu hedeflerin belirlenmesi ve hasta sonuçlarına pozitif etkinin yapılmasıdır. Uygun tazminat ise hekimlerin vaktinin önemli bölümünün hasta bakımı ile geçmesi nedeniyle, sağlık kurumundaki diğer faaliyetlere ayıracakları zaman için yeterli oranda mali tazminatın sağlanmasının söz konusu olduğu unsurdur. Uygun tazminat gibi finansal teşvikler unsuru da hekimlerin katılımını artırmaya yönelik önemli bir davranış güdüleme aracıdır. Hekimlerin katılım performanslarını artırmak için doğru ve uygun verilere ulaşmalarının gerekliliği de veri ve verileri raporlama unsuru ile açıklanmaktadır. Son olarak akademik terfi unsuru, hekim katılımının artırılmasında destek sağlayan diğer bir unsur olarak değerlendirilmektedir (Taitz vd., 2012: 724-726).

Çalışmada geline bu aşamaya kadar hekimlerin katılımının artırılması, hekim katılımını etkileyen olumlu durumların, özelliklerin, süreçlerin neler olduğunun saptanması, hekim katılımında kritik başarı faktörlerinin, anahtar değişkenlerin ve stratejilerin tespit edilmesine yönelik yapılacak çeşitli uygulamaların ortaya konulmasına çalışılmıştır. Bununla birlikte hekim katılımı konusu kendi başına zorlu bir süreçtir. Bu sürece olumsuz yönde etki eden ve hekimlerin katılımını olumsuz yönde etkileyen de birtakım faktörler bulunmaktadır. Dolayısı ile bu zorluklara ve katılımı engelleyici faktörlere değinilmesinin konunun bütünsel çerçevesini oluşturmak açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

2.8. Hekim Katılımının Zorlukları ve Hekim Katılımını Engelleyici Faktörler

Hekim katılımının sağlanması ve hekim katılımının iyileştirilmesi konularının sağlık kurumları için büyük bir zorluk oluşturduğu ve oluşturmaya devam ettiği belirtilmektedir. Bu zorlukların temelinde sağlık kurumları ile hekimlerin uygulamaları arasındaki kültürel farklılıklar, doğru bakım algısı (toplumsala karşı bireysel) farklılıkları ve hasta bakımındaki belirli verimlilik ve kalite standartlarına bağlılığa karşılık esneklik nedeniyle ortaya çıktığı belirtilmektedir (Spaulding vd., 2014: 66).

Temelde katılımın, hekimlerin işlerinden duydukları memnuniyetin ve memnuniyetsizliğinin başlıca itici gücü olduğu ifade edilmektedir (Stark, 2014: 171). Buradan hareketle tıbbi uygulamalara ilişkin geri ödeme politikaları ve düzenlemeler konusunda hekimlerin yaşadıkları memnuniyetsizliğin onların tükenmişliklerini artırabileceği, bu durumun ise katılımın sağlanması açısından önemli bir zorluk oluşturabileceği belirtilmektedir (Burger ve Giger,

2014). Ayrıca bazı sağlık kurumlarının hekimlerin katılımını desteklememesi de söz konusu olabilmektedir (Dickson, 2012: 4). Bu ve buna benzer durumlar sağlık kurumlarına hekim katılımının sağlanması konusunda bir takım zorlukların yaşanmasına neden olmaktadır.

Hekimlerin, yalnızca hekimlik uygulamalarını yapmak istedikleri varsayımı ile yola çıkıldığında, onların yapacakları uygulamalara dair yönlendirici tavrın hekimlerde oluşturduğu özerklik ve kontrol kaybını artırabileceği ve hekimin katılımı yönünde önemli bir engel teşkil edebileceği belirtilmektedir (Rosenstein, 2015: 113). Hekimlerin hasta bakımı dışında evrak işlerine ayırdıkları zamanın da onların hastaları için ayırdıkları zamandan aldığı ve potansiyel olarak bu durumun hasta bakımını tehlikeye attığı belirtilmektedir. Bu bağlamda hekimlerin tıbbi uygulamalar konusunda yaşadıkları olumsuzlukların ve karşı karşıya kaldıkları engellerin hasta bakımını tehlikeye attığı kadar hastane gelirlerinin azalmasına da neden olduğu ifade edilmektedir (Burger ve Giger, 2014).

Özellikle hekimlere yasal ve idari görevlerin aşırı yüklenmesi, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve geri ödeme politikalarındaki değişiklikler, kaynak ve zaman kısıtlılığı, hasta yoğunluğu, yetersiz ücret, hastane yöneticileri ile hekimler arasındaki etkili ve anlamlı iletişim eksikliği, yönetimin biz ve onlar zihniyetine sahip olması ve hekimlerin seslerini duyuramaması hekim katılımı önündeki önemli engelleyici faktörlerdir (Rinne vd., 2018: 180). Ayrıca hekim katılımı teşvik etmeyen kurum kültürü, hekimlerin özerklik arzuları, kalite ve güvenlik faaliyetlerine ilişkin genel beceri eksiklikleri, tıp fakültelerinde konuya ilişkin yetersiz eğitim eksikliği, verilere ilişkin güvensizlik, destek bilgi sistemlerinin eksikliği, değişime karşı direnç, ekip çalışmasına yatkın olmamak, katılımın maliyeti (Taitz vd., 2012: 726-727) ile katılımın önemli ölçüde kaynak ve zaman gerektirmesi (Yee, Lechner ve Carrier, 2012: 5) gibi faktörler hekimlerin katılımını engelleyici unsurlar olarak değerlendirilmektedir (Taitz vd., 2012: 726-727).

Hekimlerin katılımını sağlamak ve artırmak için benimsenen stratejilerin tutarlı bir şekilde uygulanması gerekmektedir. Tutarlı uygulamaların hekim katılımını sürekli hale getirebileceği ve aynı zamanda hekimler ile hastane yöneticileri arasındaki ilişkileri geliştirme fırsatı sunabileceği belirtilmektedir. Hekim katılımının iyileştirilmesinin ise hekimlerin üretkenliğinin artıracacağı, bu durumun da hastanenin gelirlerini yükselteceği ifade edilmektedir. Aynı zamanda hekim katılımının iyileştirilmesinin daha yüksek kalitede hasta bakımının sağlanmasına da katkı sağlayacağı bildirilmektedir (Burger ve Giger, 2014). Bununla birlikte katılımın önündeki engellere yönelik uygulanacak ekonomik ve sembolik çözümlerin hekim katılımını artıracacağı düşüncesinin yerinde bir düşünce olmadığı, asıl yapılması gerekenin katılımın artırılmasına yönelik birleştirici ve bütünleştirici bir örgüt kültürünün benimsenmesi olduğudur (Denis vd., 2013: 1).

3. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık sisteminin temel işlevini yerine getirmesinde iyi desteklenip desteklenmediğini anlamak için, sistemin yetkili hekimi destekleyip desteklemediğini ve yetkili hekimin sistemi destekleyip desteklemediğini sormanın öneminden bahsedilmektedir. Katılımın mümkün olması için her iki soruya da olumlu cevaplar alınması gerekmektedir. Hekim katılımı çözümün sadece bir parçasıdır ve yönetsel katılım da eşit derecede önemlidir. Yönetsel katılım ile bahsedilen ise hekimin kurumun faaliyetlerinin yönetimine ve yönlendirmesine etkin bir şekilde katılımının teşvik edilmesi ve desteklemesidir (Milliken, 2014: 245).

Hekimlerin sağlık sistemlerine katılımlarını desteklemek için liderlik, stratejik planlama, değişim yönetimi, proje yönetimi, ikna edici iletişim ve ekip oluşturma faktörlerinden yararlanılmakla birlikte (Denis vd., 2013: 1) hekim katılımı için temelde hekimler ile iş birliği içinde olunması gerekmektedir (Byrnes, 2015: 40). Hekimlerin sorunlarını (özellikle sağlık reform değişikliklerine ilişkin) proaktif olarak ele almanın ve sorunlarına çözüm bulmanın, hekimler ve sağlık yöneticileri arasında etkili iletişimi teşvik etmenin, hastane yönetimine katılımlarını desteklemenin ve görüşlerini almanın, mesleki olarak gelişmeleri için eğitim ve mentörlük gibi imkânlardan faydalanmalarını sağlamanın hekim katılımını sağladığı ve artırdığı belirtilmektedir (Burger ve Giger, 2014). Bununla birlikte kötü çalışma koşulları ve düşük iş tatmini gibi faktörlerin ise sağlık hizmetleri ile ilgili süreçlerde hekim katılımını olumsuz etkilediği ifade edilmektedir (Lindgren, Bååthe ve Dellve, 2013: e140).

Hekim katılımını etkileyen önemli faktörlerden biri de hekim kültürüdür. Hekim kültürü ile kastedilen hekimliğin normlarını, değerlerini ve hekim grupları için önem taşıyan durumları, hekimlerin fikirlerini, davranış kalıplarını, geleneklerini öğrenmektir. Tüm bunlar hekimler ile etkileşime girmenin kilit unsurudur (Byrnes, 2015: 40).

Hekimlerle etkileşim kurmak ve onları süreçlere dâhil etmek isteyen sağlık kurumlarının gelirlerini arttırabilecekleri ve kurumsal büyümeyi sağlayabilecekleri belirtilmektedir. Nitekim sağlık sistemine hekim katılımını artırmanın verimlilik ile arasında güçlü bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca hekim katılımının üretkenliği (yaklaşık %26 daha fazla) arttırdığı da belirtilmektedir. Aktif olarak katılım süreçlerine dâhil olan hekimlerin ayakta ve yatarak hasta bakımında katılım sağlamayan hekimlere göre sırası ile %3 ve %51 oranında daha fazla bakım hizmeti sunduğu ortaya konulmuştur (Burger ve Giger, 2014).

Değişimin sürekli olduğu ve doğası gereği karmaşık bir yapıya sahip olan sağlık kurumlarında, hekimlerin multidisipliner bir yaklaşım ile sağlık bakımı başta olmak üzere hastanın ve kurumun sonuçları üzerine etki ettiği tüm süreçlere ve faaliyetlere katılımı önem taşımaktadır. Hekimler, sağlık hizmetlerinin ve bütünü ile sağlık sisteminin temel yapı taşıdır. Bu bakımdan hekimlerin sağlık sistemi ve sağlık kurumları açısından sahip oldukları değerler ortaya çıkarılması gerekmektedir. Kurumunda kendini değerli hissetmeyen ve görüşlerine önem verilmeyen hekimlerden katılım beklenmesi olumlu bir karşılık bulmayacaktır. Dolayısıyla hekimlerin değer yargılarının, mesleki ve etik kaygılarının, kurumdaki beklentilerinin ve kendilerinden beklenen rolün ne olduğunun açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Ayrıca sürekli bir değişimin ve gelişmenin yaşandığı sağlık kurumlarında bu değişime ayak uydurması beklenen hekimlerin ihtiyaç duydukları eğitim-öğretim programlarının, kendilerini ve kariyerlerini geliştirme olanaklarının sağlanmasının ve akademik olarak yükselme fırsatlarının sunulmasının gerekliliğinin de göz önünde bulundurulması önem taşımaktadır. İfade edilen bu durumların somut adımlara dönüşmesi için ise sağlık kurumunda bütünüyle açıklık kültürünün hâkim olmasının ve şeffaf iletişim kanallarının yer almasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Hekim katılımında en önemli unsurların iletişim ve etkileşim olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda karşılıklı beklentilerin ve isteklerin açıklığa kavuşturulmadığı durumlarda, hekimlerin katılımını sağlamak üzerine yapılacak herhangi bir uygulamanın da başarılı sonuçlar vermesi beklenmemelidir. Temel olarak sağlık kurumları ve bütünü ile sağlık sistemi açısından hekim katılımı konusu değerlendirildiğinde, temel endişelerin hekim katılımı konusunu anlama, katılımı sağlama ve artırma hususlarında olduğu görülmektedir. Özellikle sağlık kurumlarındaki kalite ve güvenlik gibi süreçlere ve çeşitli faaliyetlere hekimlerin katılımının sağlanmasının önemine dikkat çekilmektedir. Hekimlerin bu süreçlere dâhil olması için çeşitli katılım çerçeveleri oluşturulmaya ve uygulanmaya çalışılmaktadır. Uluslararası sağlık gündeminde de güncelliğini ve önemini koruyan hekim katılımı konusunun artık sağlık sistemleri açısından bir gereklilik hatta zorunluluk halini aldığı da ifade edilebilmektedir. Özellikle verimlilik, performans, kalite, güvenlik, memnuniyet ve etkililik gibi temel kaygılar ile sağlık sistemlerinin sürekliliğini sağlama ve sağlık kurumlarının yaşamını devam ettirme endişesine sahip olan sağlık yöneticilerinin hekim katılımı konusunu ivedilikle gündemlerine almaları önerilmektedir. Özellikle sağlık hizmetlerindeki maliyetleri yönlendirme, bakımın kalitesini ve hasta güvenliğini sağlama konularında hekimlerin üstlendikleri roller, başarılı yol haritasının oluşturulması açısından pusula görevi görmektedir. Bu bakımdan sağlık sisteminin ve kurumun başarısı açısından hekimlerin ilgili oldukları tüm süreçlere ve faaliyetlere katılımının sağlanmasına yönelik somut adımların atılması önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

- Baker, G. R. ve Denis, J. L. (2011). Medical leadership in health care systems: From professional authority to organizational leadership. *Public Money and Management*, 31(5), 355-362.
- Budak F. (2016). *Klinik liderlik ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması: Niğde ili Kamu Hastaneleri Birliği örneği*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Budak, F. (2017). Klinik liderlik ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması: Kamu hastaneleri örneği. *Acibadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017(2), 85-91.
- Budak, F. (2018). *Sağlık yönetiminde klinik liderlik*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Budakoğlu, I. İ. (2015). Cerrahi eğitimde liderlik. *Bulletin of Thoracic Surgery/Toraks Cerrahisi Bülteni*, 9(3), 234-239.
- Burger, J. ve Giger, A. (2014). Want to increase hospital revenues? Engage your physicians. *Gallup Business Journal [İnternet]*.

- Byrnes, J. (2015). Great physician engagement is key to great quality. *Physician Leadership Journal*, 2(2), 40-42.
- Denis, J. L., Baker-Ross, G., Black., C., Langley, A., Lawless, B., Leblanc, D., Lusiani, M., Hepburn-Moree, C., Pomey, P. M. ve Tré, G. (2013). *Exploring the dynamics of physician engagement and leadership for health system improvement prospects for Canadian*. Toronto: Institute of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto.
- Dickinson, H. ve Ham, C. (2008). *Engaging doctors in leadership: Review of the literature*. NHS Institute for Innovation and Improvement. Birmingham: Academy of Royal Medical Colleges, University of Birmingham.
- Dickson, G. (2012). Anchoring physician engagement in vision and values: Principles and framework., L. Becker (Eds.), *Canadian Policy Network*, Saskatchewan: Regina Qu'Appelle Health Region.
- Empey, D., Peskett, S. ve Lees, P. (2002). Medical leadership. *British Medical Journal*, 7(325), 191-192.
- Frattaroli, S., Webster, D. W. ve Wintemute, G. J. (2013). Implementing a public health approach to gun violence prevention: The importance of physician engagement. *Annals of Internal Medicine*, 158(9), 697-698.
- Gosfield, A. G. ve Reinertsen, J. L. (2003). *Doing well by doing good: Improving the business case for quality*. Institute for Healthcare Improvement.
- Kaissi, A. (2012). A roadmap for trust: Enhancing physician engagement, J. Coutts ve L. Becker (Eds.), *Canadian Policy Network*, Regina Qu'Appelle Health Region.
- Kaya, R. R. ve Kaya., E. (2020). Hekimlerin yönetim macerası: melez iş kimliği ve hekim yöneticiler. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(2), 82-102.
- Kreindler, S. A., Larson, B. K., Wu, F. M., Gbemudu, J. N., Carluzzo, K. L., Struthers, A., Van-Citters, A. D., Shortell, S. M., Nelson, E. C. ve Fisher, E. S. (2014). The rules of engagement: Physician engagement strategies in intergroup contexts. *Journal of Health Organization and Management*, 28(1), 41-61.
- Lindgren, Å., Bååthe, F. ve Dellve, L. (2013). Why risk professional fulfilment: A grounded theory of physician engagement in healthcare development. *The International Journal of Health Planning and Management*, 28(2), e138-e157.
- MacKinney, C. (2015). The importance of physician engagement – An Interview with Dr. Paul Kleeberg. *Rural Health Value*, 1-4.
- Marsden, J., van Dijk, M., Doris, P., Krause, C. ve Cochrane, D. (2012). Improving care for British Columbians: the critical role of physician engagement. *Healthcare Quarterly*, 15, 51-55.
- Milliken, A. D. (2014). Physician engagement: A necessary but reciprocal process. *CMAJ*, 186(4), 244-245.
- Mohapel, P. ve Dickson, G. (2007). *Physician engagement: Principles to maximize physician participation in the Health Care System*. Victoria, BC: Centre of Health Leadership and Research.
- Owens, K., Eggers, J., Keller, S. ve McDonald, A. (2017). The imperative of culture: A quantitative analysis of the impact of culture on workforce engagement, patient experience, physician engagement, value-based purchasing, and turnover. *Journal of Healthcare Leadership*, 9, 25-31.
- Özer, Ö., Budak, F., Şentürk, S. ve Gün, Ç. (2017). Hekim ve hemşirelerin klinik liderlik algılarının sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 15(2), 99-105.
- Perreira, T. A., Perrier, L., Prokopy, M. ve Jonker, A. (2018). Physician engagement in hospitals: A scoping review protocol. *BMJ Open*, 8(1), 1-4.
- Perreira, T. A., Perrier, L., Prokopy, M., Neves-Mera, L. ve Persaud, D. D. (2019). Physician engagement: A concept analysis. *Journal of Healthcare Leadership*, 11, 101-113.
- Reinertsen, J. L., Gosfield A. G., Rupp W. ve Whittington J. W. (2008). *Engaging physicians in a shared quality agenda*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare.

- Rinne, S. T., Rinne, J. T., Olsen, K., Soylemez-Wiener, R., Seppo, T., Balczak, J. T., Dardani, W. ve Elwy, A. R. (2018). Hospital administrators' perspectives on physician engagement: A qualitative study. *Journal of Hospital Medicine*, 13(3), 179-181.
- Rosenstein, A. H. (2015). Strategies to enhance physician engagement. *The Journal of Medical Practice Management: MPM*, 31(2), 113.
- Scott, C. G., Thériault, A., McGuire, S., Samson, A., Clement, C. ve Worthington, J. R. (2012). Developing a physician engagement agreement at The Ottawa Hospital: A collaborative approach. *Healthc Quarterly*, 15(3), 50-53.
- Snell, A. J., Briscoe, D. ve Dickson, G. (2011). From the inside out: The engagement of physicians as leaders in health care settings. *Qualitative Health Research*, 21(7), 952-967.
- Spaulding, A., Gamm, L. ve Menser, T. (2014). Physician engagement: Strategic considerations among leaders at a major health system. *Hospital Topics*, 92(3), 66-73.
- Spurgeon, P., Barwell, F. ve Mazelan, P. (2008). Developing a medical engagement scale (MES). *The International Journal of Clinical Leadership*, 16(4), 213-223.
- Stark, R. (2014). Increasing physician engagement: Start with what's important to physicians. *The Journal of Medical Practice Management: MPM*, 30(3), 171.
- Taitz, J. M., Lee, T. H. ve Sequist, T. D. (2012). A framework for engaging physicians in quality and safety. *BMJ Quality and Safety*, 21(9), 722-728.
- Yee, T., Lechner, A. ve Carrier, E. (2012). High-intensity primary care: Lessons for physician and patient engagement. *National Institute for Health Care Reform*, 9, 1-7.