

HEMŞİRE İNSAN GÜCÜ PLANLAMASI

Bil. Uzm. Dilek YILDIRIM

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

ÖZET

Birim yönetici hemşiresi hasta bakım ihtiyaçlarını karşılayacak uygun sayıda hemşire insan gücü sağlamakla sorumludur. Hemşire insangücü planlamanın amacı, etkili ve etkin hemşirelik bakımı sunabilmede tahmin edilen hasta bakım ihtiyaçlarına (hasta bakım saatine göre) göre, uygun sayıda hemşire sağlamaktır. Etkin ve etkili hemşire insangücü planlama ve çalışma listesi hazırlamada mükemmel veya tek bir metod yoktur. Hemşire insangücü planlaması ve çalışma listesi hazırlamada amaca uygun anahtar elemanlar vardır. Hemşire insangücü ihtiyacını (hemşire sayısı) belirlemede hemşire yönetici üniteye sunulan hizmetin iş yükünü belirlemelidir.

Adil ve standart çalışma listesi hazırlama politika ve prosedürleri yazılı olmalı ve tüm çalışanlarla paylaşılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik insangücü, Hasta sınıflandırma sistemi, İş yükü değerlendirme, Çalışma listesi

SUMMARY

The unit manager is responsible for providing adequate staffing to meet patient care needs. The goal of staffing is to provide to the appropriate numbers nurse to projected patient care needs (patient care hours) that will lead to the delivery of effective and efficient nursing care. There is no single or perfect method to achieve efficient and effective staffing and scheduling. There are, however key elements that contribute to successful and satisfying staffing and scheduling. To determine staffing requirements (number of staff), nurse manager must examine workload patterns for the designated units.

Fair and uniform scheduling policies and procedures must be written and communicated to all staff.

Key Words: Nursing manpower, Patient classification system, Workload measurement, Scheduling

GİRİŞ

Ülkemizde sağlık bakım kurumlarında hemşire insangücü planlaması için hasta/yatak sayısı ile orantılı hemşire sayısı (geleneksel yöntem) kullanılmaktadır. Verilen yatak-hemşire oranları minimum düzeyde bakım için yeterli hemşire sayısı olarak tanımlansa da , minimum düzeyde bakımın nelerden oluştuğu açıklanmamıştır. Yani farklı özellikteki birimler için değişen yatak-hemşire oranlarının belirlenmesinde nelerin dikkate alındığı ve nasıl hazırlandığı belli değildir(12).

1940'lı yıllarda Amerika'da yeni açılan hastanelerde personel ihtiyacını karşılamada rehber olması için Amerikan Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen yatak -hemşire oranları, o dönemde hizmet veren hastanelerin yatak-hemşire sayılarından faydalanılarak istatistiki oranlama yöntemi ile geliştirilmiştir. Zamanla, yatak hemşire oranı yönteminin birimin iş yükünü belirlemede yanıltıcı olduğu, hemşirelik girişimlerinin miktarının ve hastaların bağımlılık düzeylerinin göz ardı edildiği fark edilmiştir. 1960'ların başlarında hemşirelere sağlık hizmetinin yönetiminde büyük sorumluklar verilmesiyle hemşire insan gücü planlamasında kullanılan geleneksel yaklaşım yönteminin yerini iş yüküne dayalı insan gücü planlama yöntemi almıştır(7,9).

Geçerli ve güvenilir hasta/hemşire oranları ancak iş yüküne dayalı hemşire insan gücü planlama yönteminin düzenli kullanılması sonunda elde edilecek aylık, 3 aylık, 6 aylık ve yıllık hasta/hemşire oranlarından yararlanarak elde edilebilir(9).

Bir serviste hastaların bakım ihtiyaçlarını karşılayacak hemşire sayısını belirleme ve çalışma listesi hazırlama, hemşire yöneticinin en önemli görevlerinden biridir. Serviste yatan hastaların sayısına ve bu hastaların 24 saatlik bakım ihtiyacına uygun nitelikte ve nicelikte hemşire personel görevlendirmede hemşire yönetici, ünitenin ihtiyaçlarını ve kurumun amaçlarını göz önüne almalıdır. Hemşire yönetici insan gücü planlaması yaparken özellikle birimin hemşirelik iş yükünü belirlemelidir. Bir sağlık bakım ünitesinde iş yükünü etkileyen en önemli faktörler hasta sayısı, hasta tipi ve hemşire personelin üstlendiği destek hizmetlerdir(9).

Hasta Sayısı: Geçmiş dönemlerde birimde yatan hasta sayısı ve tipine göre birimde görevlendirilen hemşire sayısı verileri oldukça önemlidir. Bunun için birim yöneticisinin günlük düzenli olarak tutabileceği hasta sınıflandırma verileri yol gösterici olabilir. Bu verilerin düzenli olarak tutulması sonucu

sağlık bakım birimine yatan hasta sayısında görülen mevsimsel değişiklikler istatistiki olarak tahmin edilebilir. Genellikle kış aylarında yağışlı ve karlı havalarda düşmeler, kırıklar meydana gelirken; havanın sisli, soğuk ve kirli olduğu dönemlerde Astımlı ve KOAH'lı hastalar yoğun olarak hastaneye başvurmaktadır. Hasta sayısındaki değişmelere mevsimsel etkiler dışında başka bir çok faktör de etki eder. Örneğin uzun tatil/bayram dönemlerinde trafik kazalarının artması, yeni yıla giriş döneminde intihar girişimlerinin daha sık olması, beklenmedik doğal afetler sağlık bakım birimlerinin iş yükünü artırır. Buna ilave olarak insanlar bayram/tatil dönemlerinde tedavi olmayı/hastaneye yatmayı genellikle ertelemektedirler; özellikle yaz aylarında hastanelerin yatak doluluk oranları oldukça düşmektedir(7,9).

Hastaların bakım gereksinimleri: Bir sağlık bakım biriminde iş yükünü tahmin ederken sadece serviste bulunan hastaların sayısının bilinmesi yeterli değildir. Serviste yatan hastaların 24 saatlik hemşirelik bakım ihtiyaçlarının da tahmin edilmesi önemli bir kriterdir. Bunun için serviste yatan hastaların tiplerinin de bilinmesi gerekir(7). Hastalar hemşirelik bakım ihtiyaçlarına veya hastalıklarının (akut, kronik) durumlarına göre sınıflandırılmaktadır.

Örneğin:

- Tip 1 → Kendi kendine bakım verebilen hasta / bağımsız hasta,
- Tip 2 → Ortalama düzeyde hemşirelik bakımı gerektiren hasta / yarı bağımsız hasta,
- Tip 3 → Tam hemşirelik bakımı gerektiren hasta / yatağa bağımlı-aciz olmayan hasta,
- Tip 4 → Yoğun hemşirelik bakımı gerektiren hasta / yatağa bağımlı-aciz hasta.

Hasta sınıflandırması yapabilmek için uygun bir hasta sınıflandırma ölçeğinin kullanılması önerilmektedir. Ayrıca hasta tiplerine göre verilen hemşirelik bakım uygulamalarının sıklığı da değişmektedir. Hangi tip hastaya ne tip ve hangi sıklıkla hemşirelik bakımı verildiği her birime özgü olarak belirlenmelidir. Örneğin Tip 4 olarak tanımlanan hastanın hijyen, beslenme, tedavi uygulaması, vücut ve yara bakımı, solunum sistemi ile ilgili bakım, dolaşım sistemi ile ilgili bakım, hasta ve ailesinin sağlık eğitimi, hasta ve ailesine emosyonel destek gibi bir çok dolaysız hemşirelik bakım uygulamasına ihtiyaç duyabilir iken Tip 1 olarak tanımlanan hasta bu uygulamaların çok az bir

bölümüne ihtiyaç duyabilir. Bundan dolayı hasta tiplerine göre hangi hemşirelik uygulamalarının, ne sıklıkla yapıldığı da belirlenmelidir (9).

Hemşirelik bakım uygulamaları şu başlıklar altında toplanmıştır (9):

- *Dolaysız hasta bakım uygulamaları:* Fiziksel bakım faaliyetleri, bakımın psikososyal ve eğitim yönü, teşhis ve tedavi uygulamaları, hastanın hastaneden çıkışı ile ilgili hemşirelik uygulamaları gibi,
- *Dolaylı hasta bakım uygulamaları:* Teşhis tedavi amaçlı randevuların alınması, hemşirelik bakım uygulamalarına hazırlık, hasta dosyasına kayıt yapılması gibi,
- *Destek hizmetlere ait uygulamalar:* Sağlık bakım çevresinin düzenlenmesi, sterilizasyona malzeme gönderme ve alma, boş yatakların yapılması, eksik malzeme ve ilaçların temini gibi.

Hemşire personelin üstlendiği destek hizmetleri: Hemşire yöneticiler hemşire insan gücü planlamasının etkinliğini arttırmak için iş yükü ile artan personel sayısı arasında bir denge sağlamalıdır. Bunun için hemşire yöneticiler, birimde çalışan hemşirelerin enerjilerini hemşirelik bakım uygulamalarına harcamalarını sağlamaları çok önemlidir. Bir çok kurumda ve birimde hemşireler malzeme ve ilaç temini, telefona cevap verme, yemek dağıtımı, kayıt işleri gibi hemşirelik uygulamaları dışındaki işleri de yaptıklarından esas görevleri olan hasta bakımına yeterli vakit ayıramamaktadırlar. Bundan dolayı bir ünite yöneticisinin birimin iş yükünü tahmin etmesi güçleşmektedir(8).

Hasta Sınıflandırma Sistemi

İlk hasta sınıflandırma sistemi 1960'larda John Hopkins Üniversitesi ve çevresindeki hastanelerde, her vardiya için hemşire personel ihtiyacını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Bugün yurt dışındaki sağlık bakım birimlerinde hasta sınıflandırma sisteminden yararlanma oldukça yaygınlaşmıştır. Hasta sınıflandırma sistemi kullanılarak kısa ve uzun dönemli hemşire insan gücü planlaması, personel ve hasta maliyetlerinin belirlenmesi, servisin aylık hasta profiline takibi, günlük hasta sınıflandırma bilgilerinin kaydı ve bununla ilişkili hastaya verilen bakım uygulamalarının ve uygulama sonuçlarının takibi, hastanın hastanede kalış süresi, hasta için kullanılan hemşirelik tanıları ve tıbbi bakım verileriyle değerlendirmeler yapılabilmektedir. Bu yüzden Avrupa ve Amerika'da hastanelerde son 10 yıldır hemşire insan gücü planlaması ve bir

çok analiz için hasta sınıflandırma sistemi kullanılmaktadır. Ayrıca hasta sınıflandırma sistemi hastanelerin akreditasyonu için bir ihtiyaçtır (4,5).

Hastaların ihtiyaç duydukları hemşirelik bakımı farklı olsa da, bazı durumlarda yöneticilerin tüm bu farklılıkları ölçme ve hesaplama imkanı yoktur. Hasta sınıflandırma sistemi, hastanın yeterlilik düzeyini ve yararlandığı hemşirelik hizmetini belirlemek için geliştirilmiştir. Yani farklı bağımlılık düzeyindeki hastalar için yapılan, farklı hemşirelik uygulamalarını ve bu uygulamaların sürelerini belirlemeye dayanır. Hasta, bir sınıflandırma sistemi ile sınıflandırıldığında, yöneticinin o hastaya uygulanacak hemşirelik bakımı hakkında yaklaşık bir fikri olur (4). Bu yüzden hasta sınıflandırma sisteminde kullanılan uygulamalar ve süreler kuruma özgüdür; başka bir kurumda kullanılmaz (6).

Hasta sınıflandırma sistemi, hastaların 24 saatlik hemşirelik bakımı ihtiyaçlarını belirlemek için geliştirilmiştir. Hasta sınıflandırma sisteminde kullanılan ölçek hastaların bakım ihtiyaçlarına göre hastaları gruplandıran geçerli ve güvenilir bir ölçek olmalıdır. Bu ölçek, hastanın hastalığının tipine, bakım ihtiyaçlarına, hastaya verilen hemşirelik bakımının zenginliğine göre değişir. Bu da kurumdan kuruma farklılık gösterir (4).

Her hasta tipine göre belirlenen 24 saatlik hemşirelik bakım uygulamalarının süreleri o birime özgü/özel olarak hesaplanmalıdır. Çünkü her birim kendi hemşirelik uygulamalarını, bu uygulamaların politika ve prosedürlerini göz önüne alarak bir düzenleme yapar.

Tablo 1'de Rush Üniversitesi Hastanesi'ndeki hasta sınıflandırma sistemine göre ortalama günlük bakım süreleri verilmiştir. Bu süreler kuruma özgü olduğundan başka bir kurumda kullanılarak insan gücü planlaması yapılması ile gerçekçi sonuçlara ulaşılamaz.

Tablo 1: Rush Üniversitesi Tıp Merkezi'nin Hasta Sınıflandırması ve Hemşirelik Bakım Süreleri (1986).

Hasta tipi	24 saatlik hemşirelik bakım süresi
Tip 1	1 saat
Tip 2	3 saat
Tip 3	7 saat
Tip 4	14 saat

GRASP

GRASP (Grace Reynolds Application and Study of PETO), hasta sınıflandırma sisteminden biraz farklıdır. Hastaları tiplere ayırmadan o gün hastalara yapılan uygulamalara göre günlük hemşire iş yüklerini belirler. Genelde sağlık bakım ünitelerinde dolaysız hemşirelik uygulamaları hemşirelerin en az %85 vaktini almaktadır(6). Hemşirelerin günlük çalışma saatlerinin büyük bir kısmını dolaylı ve dolaysız hasta bakım uygulamaları ile geçirmesi, destek hizmetlere ve kişisel uygulamalara çok az vakit ayırması beklenir. Bu yüzden öncelikle birimde verilen dolaysız ve dolaylı hemşirelik uygulamaları gruplandırılır ve bu uygulamaların kuruma özgün ortalama uygulanış süreleri belirlenir. Her hastaya yapılan günlük dolaysız ve dolaylı hemşirelik uygulamaları listeden işaretlenerek o hastanın günlük tüketebileceği ortalama hemşire zamanı hesaplanabilir (Tablo 2). Burada tek fark hastalar sınıflandırılmadan her bir hastanın günlük iş yükü belirlenmektedir. Hastaların 24 saatte hemşirelere yüklediği işi belirlenmesi sonucu insan gücü planlaması yapılabilir(6).

Tablo 2: GRASP Yöntemiyle Yapılan İş Yükü Ölçeği (Kullanılmış Örnek)

Servis:..... Tarih:..... Vardiya:.....	Hasta adı	S. White	Doc	Sleepy	Grumpy	Bashful	Droopy	Happy
<i>Tanımlama/ Değerlendirme (hastaya uygun olanını işaretleyiniz)</i>								
Ayrıntılı değerlendirme/ hasta kabulü		5✓	5	5	5	5	5	5
Günlük değerlendirme		1	1✓	1✓	1✓	1✓	1✓	1✓
<i>Planlama (hastaya uygun olanını işaretleyiniz)</i>								
Bakım planı oluşturma/ başlama		2✓	2	2	2	2	2	2
Bakım planını gözden geçirme/ geliştirme		1	1✓	1✓	1✓	1✓	1✓	1✓
<i>Uygulama (aşağıda her bölümde hastaya uygun olanını işaretleyiniz)</i>								
<i>Öğrenme/ Başa çıkma</i>								
Eğitimin planlanması		2	2	2	2✓	2✓	2	2
Özel/ planlı emosyonel destek		5	5	5	5✓	5✓	5	5

<i>Beslenme</i>							
Kendi kendine /ailesi tarafından beslenme	1✓	1	1	1✓	1	1	1
Beslenmeye yardım	8	8	8✓	8	8	8✓	8✓
NG/ Gastrostomi ile 4 saatte bir besleme	12	12✓	12	12	12	12	12
Tamamen personel tarafından beslenme	14	14	14	14✓	14	14	14
<i>Eliminasyon</i>							
Kendi kendine tuvalete gitme	1✓	1	1	1	1	1✓	1
Foley sonda bakımı ve günde 1 kez sürgü verme	4	4	4	4✓	4	4	4
Günlük komod/ sürgü verilmesi	6	6	6✓	6	6	6	6
Sürekli tuvaletinin izlenmesi	10	10	10	10	10✓	10	10
Kolostomy bakımı ve İrrigasyonunun olması	16	16	16	16	16	16	16
İnkontinansı olan hasta bakımı	23	23✓	23	23	23	23	23
<i>Hijyen</i>							
Kendi kendine bakım (sabah- akşam tuvaleti)	3✓	3	3	3	3	3	3
Banyo yaparken yardım alma	4	4	4✓	4✓	4	4	4
Yatak banyosu verilmesi	7	7✓	7	7	7✓	7	7
<i>Vital bulguların ölçülmesi</i>							
Rutin vital bulgu kontrolü (derece, nabız, tansiyon) sabah- akşam	2✓	2	2	2	2	2✓	2
6 saatlik vital bulgu kontrolü	3	3	3	3✓	3	3	3✓
4 saatlik vital bulgu kontrolü	5	5	5	5	5✓	5	5
Post-op 2 saatlik vital bulgu kontrolü	9	9✓	9	9	9	9	9
<i>Uygulamalarda yardımcı olma</i>							
Hasta ile yürümek	2	2	2	2	2✓	2	2
Tekerlekli iskemle ile gezdirme	4	4	4	4✓	4	4	4
2 saatlik pozisyon değişimi (cilt bakımı dahil)	16	16	16	16	16	16	16
<i>İlaç verme/parenteral uygulama</i>							
Oral ilaç, süspansiyon veya ilaç uygulaması	2✓	2	2	2✓	2✓	2✓	2✓
Enjeksiyon uygulaması	3	3	3	3✓	3	3✓	3
IV tedavi	4	4✓	4	4✓	4	4	4

Kan transfüzyonu başlama /izleme	6	6	6	6	6	6	6
Hiperalbuminasyon veya kemoterapi uygulaması	12	12✓	12	12	12	12	12
Sürekli IV tedavi ve bakım	14	14✓	14	14✓	14✓	14	14
<i>Solumuma destek / aspirasyon</i>							
Trakeostomi bakımı ve aspirasyonu / gastrik- oral aspirasyon	5	5	5	5	5	5	5
3-4 saatlik trakeostomi aspirasyonu	8	8	8	8	8	8	8
Öksürme /derin nefes alma /bacak egzersizi	9	9	9	9	9✓	9	9✓
<i>Diğer dolaysız hemşirelik uygulamaları</i>							
Basit pansuman veya dekübitüs bakımı	3	3	3	3	3✓	3✓	3
Örnek toplama	3✓	3	3	3✓	3	3	3
İzolasyon uygulaması	5✓	5	5	5	5	5	5
Kompleks pansuman değişimi	10	10✓	10	10	10	10	10
Kısıtlı bakım. (restraint care)	12	12	12	12	12	12	12
Dolaylı bakım	6✓	6✓	6✓	6✓	6✓	6✓	6✓
<i>Değerlendirme</i>							
Verilen bakım kayıtlarını gözden geçirme	1	1✓	1✓	1✓	1✓	1✓	1✓
Servisin Toplam Hasta Bakım Saati	30	100	27	53	82	36	52
40,0	3,0	10,0	2,7	5,3	8,2	3,6	5,2

(Meyer D.: Manpower planning an American approach, Nursing Time, 22: 52-54, 1984)

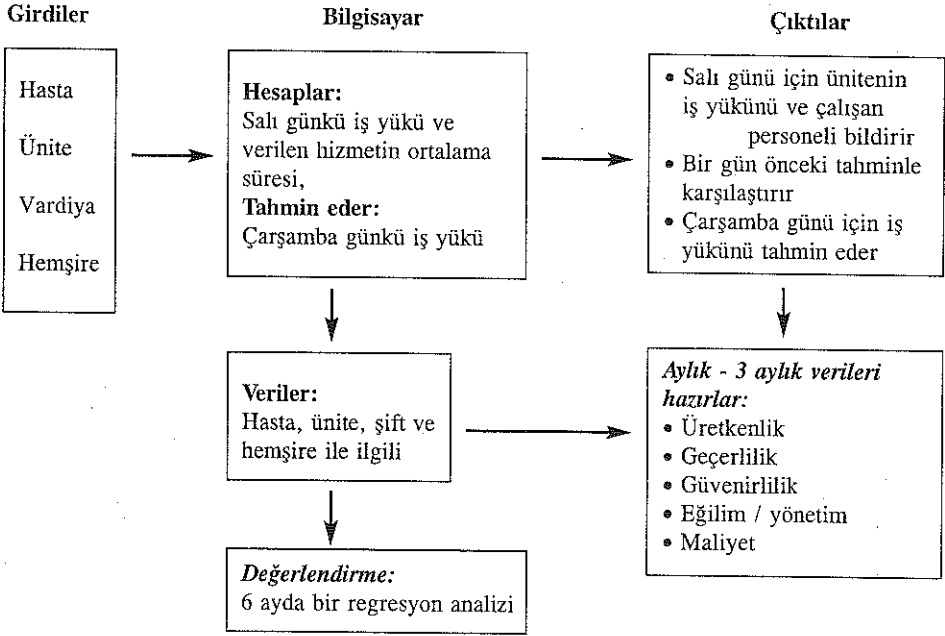
Yukarıda, bir bakım ünitesi için, hasta bakım süreleri listesi verilmiştir. Birimde çalışan hemşireler birimde yatan her hasta için gerekli hemşirelik bakımını işaretleyip puanları toplar. Her hasta için gerekli olan süreyi gösteren ondalık sayıyı belirler. (Sonuçta ünitenin o günkü hemşirelik bakım ihtiyacı 40 saat olarak bulunmuştur.)

ARIC Yöntemi:

ARIC (Allocation, Resource, Identification, and Costing) bir hasta sınıflandırma sistemidir. Hasta tiplerine göre belirlenen hasta bakım süreleri özel bilgisayar yazılımları ile birimin bilgisayarında bulunur. Birim yöneticisi, birimde yatan hasta tiplerini bilgisayara işler.

ARIC hasta sınıflandırma sisteminde Şekil 1'deki aşamalardan yararlanılmaktadır. Ayrıca kullanılan ölçme araçlarının geçerlilik-güvenirliliği de sürekli izlenebilmekte ve yeni uygulamalar veya yetersiz kalan yönler sürekli izlemlerle yeniden düzenlenebilmektedir(7).

Örneğin, Salı günü girilen veriler



Şekil 1: ARIC hasta sınıflandırma sisteminin sonuçlarının kullanım aşamaları (Giovanetti, P., Johnson, M.: a new generation patient classification system, JONA, 20:33-40; 1990).

Her Hasta İçin Gerçek Bakım Süresi (Actual Hours Per Patient Day)

Metodu:

Hasta sınıflandırma sistemi, GRASP, ARIC gibi hemşire insan gücü planlama sistemlerinde, hemşire insan gücü planlamasında, her hasta için gerçek bakım süresi (Individual Patient Time/IPT) kullanılarak hesaplama yapılmıştır.

Bu yöntemde personel planlaması yapılırken hasta grubu bir bütün olarak ele alınır ve böylece ölçüm hataları da en aza iner. Genel olarak bak-

tığımızda, hasta ihtiyaçları artabilir veya azalabilir fakat yine de serviste bulunması gereken ortalama hemşire sayısı hesaplanabilir. Bu yöntemde öncelikle serviste yatan hasta grubu için hasta *sınıflandırma oranı* belirlenir (2,3).

Örnek:

Hasta kategorisi		Hasta sayısı		
1	x	1	=	1
2	x	10	=	20
3	x	18	=	54
4	x	1	=	4
		30		79

$79/30=2,63$ servisteki hasta grubunun ortalama sınıflandırma oranı

Hasta bakım ihtiyacı 3 sınıfta (Az, Orta, Yüksek) ele alınır. Her hasta grubu ortalaması için hasta bakım ihtiyacının üç sınıf için ortalama iş yükü belirlenir.

Hemşire yöneticiler, bakım ihtiyaçlarının esneklik göstermesinden ve hastaların grup olarak değerlendirilmesinden dolayı bu yöntemin kullanışlı olduğunu ifade etmektedirler(2,3).

Aşağıda 30 hastanın ortalama hasta sınıflandırma oranı 2.63 bulunmuştur. Tablo 3'e bakarak 2.63'ün hangi bakım grubu kısmına girdiği belirlenir. Bu örnekte incelenen servisin hasta sınıflandırma oranı orta (2.41-2.89) düzeydedir.

- Tabloda orta sınıf hasta grubu için gerçek bakım süresi oranı (HPPD) 6.1 verilmiştir.

- 30 hastanın ihtiyaç duyacağı bakım süresi 30 ile 6.1'in çarpımıyla bulunur.

- Günlük çalışma saati 8 olduğundan bulunan sayı 8'e bölünür.

- Gündüz, Akşam ve Gece vardiyaları için daha önceden saptanan iş yükü oranlarına göre her vardiyada çalışması gereken hemşire sayısı bulunur.

Tablo 3: Dahiliye - Cerrahi Servisi Hasta Sınıflandırma Sistemi Matriksi/Tablosu

AZ			ORTA			YÜKSEK			
≤ 2.40 HPPD = 5.5			2.41 - 2.89 HPPD = 6.1			≥ 2.90 HPPD = 6.7			
Hasta sayısı	D %39	E %35	N %26	D %39	E %35	N %26	D %39	E %35	N %26
30	8,0	7,2	5,4	8,9	8,0	5,9	9,8	8,8	6,5
29	7,8	7,0	5,2	8,6	7,7	5,7	9,5	8,5	6,3
28	7,5	6,7	5,0	8,3	7,5	5,6	9,1	8,2	6,1
27	7,2	6,5	4,8	8,0	7,2	5,4	8,8	7,9	5,9
26	7,0	6,3	4,6	7,7	6,9	5,2	8,5	7,6	5,7
25	6,7	6,0	4,5	7,4	6,7	5,0	8,2	7,3	5,4
24	6,4	5,8	4,3	7,1	6,4	4,8	7,8	7,0	5,2
23	6,2	5,5	4,1	6,8	6,1	4,6	7,5	6,7	5,0
22	5,9	5,3	3,9	6,5	5,9	4,4	7,2	6,4	4,8
21	5,6	5,1	3,8	6,2	5,6	4,2	6,9	6,2	4,6
20	5,4	4,8	3,6	5,9	5,3	4,0	6,5	5,9	4,4

HPPD = Hours Per patient day D-Gündüz E-Akşam N-Gece

(DeGroot A. Patient Classification Systems and Staffing Part 1. JONA; 24:43-51; 1994).

Gerek duyulan hemşire sayısı şöyle hesaplanır:

$$30 \times 6.1 = 183$$

$$183 / 8 \text{ saat} = 22.8$$

$$\text{Gündüz } (22.8 \times 39) / 100 = 8.8 \text{ hemşire}$$

$$\text{Akşam } (22.8 \times 35) / 100 = 7.9 \text{ hemşire}$$

$$\text{Gece } (22.8 \times 26) / 100 = 5.9 \text{ hemşire}$$

Haftalık/Aylık Çalışma Listesi Hazırlama

Hemşire yöneticiler birimde yatan hastaların bakım ihtiyaçlarına göre hemşire insan gücü planlaması yaparken bir yandan da kendi hemşire personeli de göz önüne almalıdır. Özellikle çalışma saatleri ve birimin iş yükü çalışan personel açısından da oldukça önemlidir. Çalışma saatleri; çalışan tüm personelin günlük hayatını yakından ilgilendirir. Vardiyalı çalışan hemşirenin hangi saatlerde çalıştığı, çalışma saatlerinin ne derece yoğun geçtiği, ayda ne sıklıkla gece vardiyasında çalıştığı, eve gidince uyuma ve dinlenme olanakları, uyku saatlerindeki değişim, sosyal faaliyetlere katılım çok önemlidir. Przestrzelski (1987), Helmer ve Mc.Knight (1988) Çalışanların istedikleri vardiyalarda çalışmalarına imkan veren esnek çalışma saatlerinin kullanılmasının hemşirelerde otonomiye ve esnekliği arttırdığını, böylece tükenmeyi azalttığını ifade etmektedirler. Çünkü personeller diledikleri saat dilimlerinde çalışabilirler, haftada 40 saat veya daha az çalışma seçenekleri vardır(6).

Bu yöntem özellikle yurt dışında hastanelerin hemşire insan gücü planlamasında çekirdek kadronun yanında dış kaynaklardan yararlanmayı ön görür. Hastaneler birimlerin sürekli çalışan personel sayısını, serviste yatan minimum hasta sayısına göre belirlemekte; beklenmedik, mevsimsel hasta sayısı artışı veya sürekli çalışan personelin tatil, bayram ve özel günlerde izin yapabilmeleri için hemşire personel ihtiyacını dış kaynaklardan yararlanarak düzenlemektedirler. Bu durumda part-time (belirli zamanlar için) hemşire çalıştırma, hemşire acentelerinden veya kurumun personel havuzundan yararlanma gibi dış kaynaklar kullanılmaktadır. Bu kadrolamanın olumlu yönleri yanında olumsuz tarafları da vardır. Örneğin çalışma tarzını ve davranışını bilmediğimiz kişilerle çalışmak durumunda kalmak personelde ve birim yöneticisi üzerinde olumsuz tepkilere ve çalışanlar arasında çatışmalara neden olabilmektedir(7).

Ülkemizde, sağlık bakım birimleri için genellikle sürekli kadroda hemşire personel çalışmakta ve birimdeki beklenmedik hasta artışları için hastaneler kendi iç kaynaklarını kullanmaktadırlar. Hasta sayısındaki azalışlarda ise genellikle personelin ücretsiz veya borçlu izine çıkmaları tercih edilmektedir. Bu da çalışan personelde motivasyon kaybına, iş verene karşı güvensizliğe ve tükenmeye neden olmaktadır.

Esnek çalışma saatleri uygulamayan sağlık bakım birimlerinde, çalışma listesi hazırlamak için yazılı politika ve prosedürlerin olması gereklidir. Bu politika ve prosedürlerin tüm çalışan personelle açıkça konuşulmalı, ayırım yapmadan tüm personele adilce uygulanması çalışanların motivasyonu ve verim-

hiliği açısından çok önemlidir. Bu politika ve prosedürler şu kavramları içermelidir(7).

Tatiller	Yardımcı personel kullanma
Bayramlar	Kurum içinde personel değişim durumları
Hafta sonu tatilleri	Uzman hemşirelerin çalışma durumları
Hastalık durumları	Çalışma saatlerinde değişim
Arka arkaya izinli olma	Personel gereksinimi
Farklı şiftlere geçiş durumu	Yönetim gereksinimi
Part time veya geçici personel istihdamı	İş haftası

Bilindiği gibi birimin yönetici hemşiresinin servisteki hastaların bakım ihtiyaçlarını karşılamak için uygun bir hemşire insan gücü planlaması yapma sorumluluğu vardır. Bu sorumluluğunu yerine getirirken toplumsal, ekonomik ve mesleki değişimleri gözönüne alarak, çağdaş hemşire insan gücü planlaması ve çalışma listesi hazırlama yöntemlerinden (birim ve çalışanlar için) uygun olanına karar verilmeli ve uygulamaya koymalıdır. Bunu yaparken ünitenin ihtiyaçlarını ve kurumun amaçlarını dikkate almalıdır.

KAYNAKLAR

1. Brown, B.: How to develop a unit personel budget, *Nursing Management*, 30: 34-35, (1999).
2. DeGroot, H.A.: Patient classification systems and staffing part 1, problems and promise, *JONA* 24, 43-51 (1994).
3. DeGroot, H.A.: Patient classification systems and staffing part 2, practice and process *JONA* 24, 49-56 (1994).
4. Finkler, S.A.: *Budgeting Concepts for Nurse Managers*. Saunders Company, 2nd Edition, New York, 166:187, (1992).
5. Finkler, S.A., Kovner, T.C.: *Financial Management for Nurse Managers and Executives*. 9th ed. WB Saunders Company, 193:215, (1993).
6. Gillies, D.A.: *Nursing Management, A Systems Approach*. 3rd Edition, WB Saunders Company, USA, (1994).

7. Giovanetti,P., Johnson,M.: A New Generation Patient Classification System, *JONA*, 20:33-40; (1990).
8. Marovis, B., Huston, C.J.: Leadership Roles and Management Functions in Nursing Theory. 3rd Edition, Lippincott, Philedelphia, (2000).
9. Swansburg,R.C., Swansburg,R.:Introductory Management and Leadership for Nurses, 2nd Edition, Jhones and Barteft Publishers, London, (1999).
10. Shipp, P.J.: Workload Indicators of Staffing Need. World Health Organization, Human Resources Development Division, Geneva, (1998).
11. Sağlık Bakanlığı: Taşra Teşkilatı Yataklı Tedavi Kurumlarına Yönelik Kadro Standartları Yönetmeliği, No. 22491, (1995).
12. Veliöğlü, P., Oktay, S.: Sağlık Kurumları Yönetimi, Açık Öğretim Fakültesi, Yayın No. 351, (1995).
13. Yıldırım, D.: Hemşire insan gücü planlaması yaparak hasta ve hemşirelik maliyetlerinin hesaplanması, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 2:17-22, (2001).