

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA HASTA GÜVENLİĞİ
ALGISININ BELİRLENMESİ**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: **Tahir TÜRKMEN**

İstanbul, 2015

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA HASTA GÜVENLİĞİ
ALGISININ BELİRLENMESİ**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: **Tahir TÜRKMEN**
Öğrenci No: 110746272

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Murat ETÖZ

İstanbul, 2015

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık Çalışanlarında Hasta Güvenliği Algısının Belirlenmesi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 03/09/2015

Aday: Tahir TÜRKMEN



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

04/09/2015

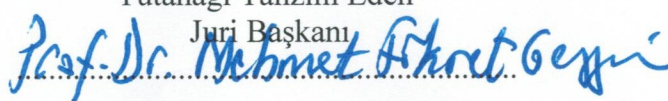
Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 110746272 numaralı **Tahir TÜRKMEN**'in "Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**Sağlık Çalışanlarında Hasta Güvenliği Algısının Belirlenmesi**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 01.09.2015 tarih ve 2015/35 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (6...) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 1 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANIŞMAN
YRD.DOÇ.DR. MURAT ETÖZ
(Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi)


ÜYE
YRD.DOÇ.DR. ALİ RIZA AKTAŞ
(Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi)


ÜYE
PROF. DR. MEHMET FİKRET GEZGİN


Tutanağı Tanzim Eden
Jüri Başkanı


Not 1: Jüri üyeleri söz konusu tezin kendilerine teslim edildiği tarihten itibaren en geç 1 ay içinde toplanarak öğrenciyi tez sınavına alır. Tez sınavı, tez çalışmasının sunulması ve bunu izleyen soru cevap bölümünden oluşur. Sınav süresi en az 45, en çok 90 dakikadır.

Not 2: Tez sınavının tamamlanmasından sonra, jüri tez hakkında salt çoğunlukla (kabul), (red) veya (düzeltme) kararı verir. Bu karar ilgili anabilim dalı başkanlığınca tez sınavını izleyen 3 gün içinde ilgili Enstitüye tutanakla bildirilir. Tezi hakkında düzeltme kararı verilen öğrenci en geç 3 ay içinde gereğini yaparak tezini aynı jüri önünde yeniden savunur.

Adı ve Soyadı : Tahir TÜRKMEN
Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Murat ETÖZ
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2015
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Sağlık alışanları, Hasta Hakları, Hasta Güvenliği

Z

SAğLIK ALIşANLARINDA HASTA GüVENLİğİ ALGISININ BELİRLENMESİ

Sağlık hizmetleri, sağlık çalışanları eliyle yürütülmektedir. Yoğun uzmanlık gerektiren emek yoğun bir sektör olan sağlık hizmetleri günümüzde hasta için en iyi ve kaliteli hizmetin sağlanması hedefiyle yürütülmektedir. Sağlık alışanları sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde hasta ve yakınlarının sağlık hizmetinden en iyi ve kaliteli biçimde yararlanması yönünde emek harcarken aynı zamanda hasta haklarına ve hasta güvenliğine riayet ederek bu hizmeti yerine getirmek durumundadırlar.

Hasta hakları ve hasta güvenliği sağlık hizmetleri alanına ve sağlık hizmetleri yönetimi literatürüne son yıllarda giren, ülkemizde de mevzuat temelinde sağlık kurumlarında uygulanması yönünde yoğun çaba sarf edilen bir husus olarak göze çarpmaktadır. Sağlık alışanlarının hasta hakları ve güvenliği hususuna riayet ederek ve benimseyerek hizmet sağlamaları sağlık hizmetlerinin kalitesini de artıran önemli bir aşamadır. Bu alışma, sağlık çalışanları açısından hasta güvenliğinin nasıl algılandığıının belirlenmesini amaçlamaktadır. Bu konuda Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan anket çalışması ile elde edilen bulgular tanımlayıcı bir şekilde değerlendirilmiştir.

Name and Surname: Tahir TÜRKMEN

Supervisor : Assist. Ph. D. Prof. Murat ETZ

Degree and Date : Master, 2015

Major : Hospital and Health Care Management

Key Words : Health professionals, Patient rights, Patient safety

ABSTRACT

DETERMINATION OF PERCEPTION OF PATIENT SAFETY IN HEALTH WORKERS

Health services are carried out by health care workers. Health services that are labor intensive industry that requires intensive expertise currently being carried out with the goal of providing the best quality service to patients. Health care workers are obliged to bring the best quality and format rather than in terms of benefiting fully invested at the same time respecting the rights of patients and the service from the patient to patient safety and health care services close to the fulfillment of health services.

Entering patient rights and patient safety in the field of health care and health care management literature in recent years in our country towards the implementation of the legislation on the basis of health institutions stand out as an issue that is intense efforts. Health workers rights and safety of patients and the quality of compliance by adopting providing healthcare services is an important step to increase the points. This study aims to determine the health workers how the perception of patient safety. In this regard, Antalya findings obtained by a survey conducted in the Training and Research Hospital has been evaluated in a descriptive way.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZ	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR	viii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTA HAKLARI VE HASTA GÜVENLİĞİ

1. HASTA HAKLARI VE TARİHSEL GELİŞİMİ	5
1.1. Hasta Hakları	5
1.2. Türkiye’de Sağlık Alanında Tarihsel Süreç, Hasta Hakları ve Organizasyonel Yapı.....	8
1.3. Türkiye’de Sağlık Sektöründe Hasta Hakları Uygulamaları	14
2. HEKİM VE SAĞLIK KURUMU SEÇME HAKKI	19
2.1. Hekim Seçme Hakkı	19
2.2. Sağlık Kurumu Seçme Hakkı.....	22
3. HASTA GÜVENLİĞİ	28
3.1. Hasta Güvenliği Tarihçesi ve Türkiye’de Hasta Güvenliği	28
3.2. Hasta Güvenliği Tanımı	31
3.3. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar	34

İKİNCİ BÖLÜM
SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA HASTA GÜVENLİĞİ ALGISININ
BELİRLENMESİNE İLİŞKİN ARAŞTIRMA VE BULGULAR

1. ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ VE PERSONELİ HAKKINDA TEMEL BİLGİLER	48
1.1. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hakkında Temel Bilgiler	48
1.2. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Personeli Hakkında Temel Bilgiler	50
2. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE Kİ KARE TESTİ SONUÇLARI	51
2.1. Hemşire ve Hekimlerin Demografik Özellikleri.....	51
2.2. Hemşire ve Hekimlerin Mesleki Özellikleri	54
2.3. Ki kare Testi Sonucunda Elde Edilen Bulgular	56
2.3.1. Hemşire ve Hekimlerin Tıbbi Hata İle İlgili Düşüncelerine İlişkin Bulgular	56
2.3.2. Hemşire ve Hekimlerin Tıbbi Hataya Tanık Olma Durumuna İlişkin Bulgular.....	60
2.3.3. Hemşire ve Hekimlerin Çalışma Yılı İle Hataya Tanık Olma Durumu İlişkisi ile İlgili Bulgular	61
2.3.4. Hemşire ve Hekimlerin Göre Tıbbi Hata Sebeplerine İlişkin Bulgular	63
2.3.5. Hemşire ve Hekimlerin Göre Tıbbi Hata Durumunda Tutumlara İlişkin Bulgular.....	64
2.3.6. Hemşire ve Hekimlerin Göre Hata Türü Durumuna İlişkin Bulgular.....	65
2.3.7. Hemşire ve Hekimlerin Göre Tıbbi Hatanın Sonuca Etki Durumuna İlişkin Bulgular.....	66
2.3.8. Hemşire ve Hekimlerin Tıbbi Hataları Önlemek İçin Önerilen Davranışları “Önleyebilir” Bulma Oranlarına İlişkin Bulgular	67

2.3.9. Hemşire ve Hekimlerin Tıbbi Hataları Önlemek İçin Önerilen Davranışları “Uygulanabilir ” Bulma Oranlarına İlişkin Bulgular	70
2.3.10. Hemşire ve Hekimlerin Hastanede Hasta Güvenliği İle İlgili Bazı Uygulamaları Yeterli Bulma Oranlarına İlişkin Bulgular	72
SONUÇ	75
KAYNAKÇA	79
EKLER	83
Ek – Hasta Güvenliği Anketi	83
ÖZGEÇMİŞ	90

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No:	Sayfa No.
Tablo 1. Hasta Haklarının Hak kavramı İçerisindeki Yeri	7
Tablo 2. Hata Kategorileri ve Tanım	41
Tablo 3. Kısaltmalar ve Oluşabilecek Hatalar	42
Tablo 4. Aktif Hatalar	46
Tablo 5. Latent Hatalar	46
Tablo 6. Hemşire ve Hekimlerin Demografik Özellikleri	51
Tablo 7. Hemşire ve Hekimlerin Mesleki Özellikleri	54
Tablo 8. Hemşire ve Hekimlerin Tıbbi Hata İle İlgili Düşünceleri	56
Tablo 9. Hemşire ve Hekimlerin Tıbbi Hataya Tanık Olma Durumu	60
Tablo 10. Hemşire ve Hekimlerin Çalışma Yılı İle Hataya Tanık Olma Durumu İlişkisi	61
Tablo 11. Hemşire ve Hekimlere Göre Tıbbi Hata Sebepleri	63
Tablo 12. Hemşire ve Hekimlere Göre Tıbbi Hata Durumunda Tutum	64
Tablo 13. Hemşire ve Hekimlere Göre Hata Türü Durumu	65
Tablo 14. Hemşire ve Hekimlere Göre Tıbbi Hatanın Sonuç Etki Durumu	66
Tablo 15. Hemşire ve Hekimlerin Tıbbi Hataları Önlemek İçin Önerilen Davranışları “Önleyebilir” Bulma Oranları (%)	67
Tablo 16. Hemşire ve Hekimlerin tıbbi hataları önlemek için önerilen davranışları “uygulanabilir ” bulma oranları (%)	70
Tablo 17. Hemşire ve Hekimlerin Hastanede Hasta Güvenliği İle İlgili Bazı Uygulamaları Yeterli Bulma Oranları (%)	72

KISALTMALAR

C. : Cilt

Ed. : Editör

HYO : Hemşirelik Yüksek Okulu

s. : Sayfa

S. : Sayı

SABE : Sağlık Bilimleri Enstitüsü

SBE : Sosyal Bilimler Enstitüsü

YDT : Yayınlanmamış Doktora Tezi

YYLT : Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi

GİRİŞ

-Çalışma Konusunun Seçimi: Sağlık hizmetlerinin görülmesinde sağlık çalışanlarının yoğun emeği ve uzmanlığı mevcuttur. Bu hizmetlerin görülmesinde sağlık çalışanları artık hem kalite uygulamalarına göre hareket etmekte hem de hastaların insan hakları ile örtüşen ve sağlık hizmetine muhtaç olmaları ile ilgili bir takım haklarına riayet etmek zorundadırlar. Son yıllarda sağlık kurumlarının yönetiminde hasta hakları, hem etik bir boyut taşıyan hem de şikâyet mekanizması ile desteklenen önemli bir konu haline gelmiştir. Bu çalışma kapsamında hasta haklarının çalışan açısından taşıdığı önem ve uygulamada yapılabilecekler konusunda sağlık kurumlarına rehberlik etme imkânının geniş olması, araştırmanın sağlayacağı faydanın yüksek olması beklentisi nedeniyle bu tür bir konu seçilmiştir.

-Çalışmanın Amacı: Sağlık çalışanlarının hasta haklarına ilişkin algılamalarının, mesleki anlamda hasta haklarına ilişkin olarak hasta güvenliğine ilişkin hususlarda çalışanların sahip oldukları bilgi düzeyinin tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca bu yönde yapılabileceklerin, ülkemizde gelişmekte olan hasta güvenliği anlayışının daha sağlıklı biçimde nasıl sürdürülebileceğinin ortaya konulması amaçlanmaktadır.

-Çalışmanın Önemi: Sağlık çalışanlarının yoğun biçimde ve ağır koşullar altında çalıştıkları bilinmektedir. Bu çalışma sistemi içerisinde sağlık hizmetlerinin en kısa sürede, en kaliteli biçimde yerine getirilmesi hedefi ile hastalara hizmet edilmektedir. Ancak bu süreçte en önemli husus, zaten sağlığına yeniden kavuşmak için sağlık kurumuna gelmiş olan

hastanın herhangi bir sorun yaşamadan, sağlık açısından güvenli biçimde tekrar sağlığına kavuşarak evine gitmesinin sağlanmasıdır. Bu açıdan sağlık hizmetleri alanında son yıllarda uygulama alanında pek çok rneği görülen hasta hakları ve hasta güvenliği konusu son derece önemlidir. Aksi halde hasta hakları açısından bir takım sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Kurumsal açıdan verilen hizmetin kalitesi bir açıdan hasta haklarına, hasta güvenliğine verilen önem derecesi ile doğru orantılı olarak değerlendirilmektedir.

-Çalışma Planı: Çalışma iki bölümden oluşmaktadır. Bunlardan ilki kuramsal ağırlıklı bölüm olan birinci bölümdür. Birinci bölümde hasta hakları ve hasta güvenliği ile ilgili literatür taraması yapılmıştır. İkinci bölümde ise birinci bölümdeki literatür taramasına uygun olarak çalışma kapsamında yapılan araştırmaya ilişkin veriler analiz edilmiş ve yorumlanmıştır.

-Kullanılan Metod ve Teknikler: Çalışma tanımlayıcı niteliktedir. Eylül-Kasım ayları (2010) arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. 250 anket personele dağıtılmıştır. Anketlerden 50 tanesine dönüş yapılmamıştır. 23 anket verilerdeki eksikliklerden dolayı iptal edilmiştir. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan toplam 177 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Bunlardan 108'i hemşire ve 69'u hekimdir. Hekim ve hemşirelerden sözlü onam alınmıştır. Anketin ilk bölümünde sosyo-demografik özelliklere, ikinci bölümünde ise hemşire ve hekimlerin tıbbi hata ile karşılaşma durumu ve hatalarla ilgili görüş ve tutumlarına ilişkin sorulara yer verilmiştir. Hasta güvenliği anketi veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Veriler SPSS 13.0 programında frekans

analizi yapılmıştır. Ayrıca yüzdelik dağılımlar tespit edilmiş ve ki kare testi yapılmıştır. Cronbach'Alpha, 803 olarak bulunmuştur. $P<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

-Karşılaşılan Zorluklar ve Sınırlamalar: Çalışma kapsamında, sadece kurumsal açıdan İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olarak hizmet veren Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde örnek alınmıştır. Bunun dışında sadece hemşire ve hekimler hedef kitle olarak tespit edilmiştir. Çalışmanın anket kısmı ile ilgili olarak bireylerin iş yükü ve zaman kısıtları gibi anket doldurmalarının önündeki bir takım engeller aşmaya gayret edilmiştir.

-Çalışmanın Varsayımları: Araştırma kapsamında belirlenen varsayımlar şu şekilde sıralanabilir:

- i. Hemşireler ve hekimler hatanın sorumlusu olarak hem kişi hem de kurumu göstermektedirler.
- ii. Hemşire ve hekimler tıbbi hatayı önlemede hastanın sorumlu olduğunu düşünmektedirler.
- iii. Çalışma yılı arttıkça tıbbi hataya tanık olma oranı yükselmektedir.
- iv. Tıbbi hata sebepleri ile hemşire ve hekimler arasında görüş farklılığı vardır.
- v. Tıbbi hata türlerinden en çok ilaç hatası ve kimlik hatası yapılmaktadır.

vi. Tıbbi hatalar son anda önlenmektedir ve izlem gerektirmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTA HAKLARI VE HASTA GÜVENLİĞİ

1. HASTA HAKLARI VE TARİHSEL GELİŞİMİ

1.1. Hasta Hakları

Hasta hakları olgusu, insan hakları kategorisi içinde sağlık hakkı ve sağlıklı yaşam hakkı içerisinde yer alan bölümü ifade etmektedir. Böyle bir ayrımın gerekliliği ya da varlığı insanın hasta olması ile açığa çıkmaktadır.

1998 yılında çıkarılan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 4. Maddesine göre; “hasta hakları sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin sırf insan olmaları sebebiyle sahip bulundukları ve T.C. Anayasası, Milletlerarası Antlaşmalar, Kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını ifade eder”.¹ Bu açıdan Anayasal anlamda da hasta hakları güvence altına alınmış ve hukuksal değer atfedilmiştir.

Hasta ve yakınlarına ait bir takım haklar temel insan hakları ve hak kavramı ile ilgili olarak değerlendirilebilir. “Haklar aslında hep bir gereksinim ile bağlıdır. Bu durumda hak kavramı ile taraf olmak arasında bir bağ vardır. Yani hak varsa veren taraf ve alan taraf da var demektir. Öyle ise karşılıklı taraflar arasında bir hak transferi söz konusudur. Fakat bu

¹ Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998; <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-555/hasta-haklari-yonetmeli.html>, (12.04.2015)

sürecin eşitler arasında yaşanması önemlidir.”¹ Hak kavramı aynı zamanda siyasi bir kavramdır. Çünkü hakkın hem teminatı hem de sağlayıcısı konumunda bulunan devlet aygıtı bazı yükümlülükler taşımaktadır. Hasta hakları bu noktada sağlık hakkı ile siyasi bir boyut da kazanabilmektedir. Hasta hakları ve sağlık hakkı, sosyal devlet olmanın da bir gereğidir.

Hasta haklarını çeşitli başlıklar altında değerlendirmek mümkündür. Hastanın rızasının alınması, hastanın aydınlatılması, hastanın özel yaşamının gizliliğine saygı hakkı, hastanın onurlu biçimde ölme hakkı, sağlık çalışanlarını ve birimlerini seçme hakkı, inanç ve vicdani kanaatlerine uygun manevi yardım alma hakkı bunlardan bazılarıdır.

Hasta haklarına gereksinim duyulmasının nedenleri vardır. İlki sağlık personelinin insanlar üzerindeki girişimlerinde görülen artışlar, bir diğeri ise sağlık hizmetlerine ulaşma sürecinde ortaya çıkan sorunlardır. Toplumsal ve ekonomik gelişmelerle birlikte eşitlik ve hak temelinde beliren ihtiyaçların artışı, buna ilaveten piyasa dinamikleri ile büyüyen sağlık sistemi karşısında hastanın korunması gereği ortaya çıkmıştır.² Hak kavramı hekimin üstün olduğu, hastanın onun karşısında daha az söz sahibi olduğu bir ilişkiyi ifade etmektedir. Son yıllarda ise hekim ve hasta arasındaki bu ilişki eşitler arasında bir ilişki biçimini almıştır. Bunda insan odaklı yaklaşımın büyük tesiri vardır. Sağlık alanındaki bu durum hekim hasta açısından hak kavramının yeniden formüle edilmesini icap ettirmektedir. Devletin vatandaşa hizmet ettiği, devlet ile vatandaş arasında sözleşmecî bir ilişkinin kurulduğu yeni bir dönem yaşanmaktadır. Bu

¹ M. Sütlaş, Hasta ve Hasta Yakını Hakları, İstanbul, 2000, s. 34

² Ş. Hatun, Hasta Hakları, İstanbul, 1999, s. 4

süreçte hekimin üstünlüğünü esas alan görüşlerin sürdürülmesi çok zor görünmektedir. Hasta hakları denildiğinde hastalar ve yakınlarının sağlık personeli ve organizasyonları ile ilişkisinde korunması icap eden çıkarları kastedilmektedir. Bundan dolayıdır ki, hastanın ve yakınlarının sahip olduğu haklar, kişiler ve kurumlar arasındaki erdemli ilişki, saygı-sevgi; güven-dürüstlük, zarar vermeme-yarar sağlama, özerklik-bağımsızlık ile adalet-hakkaniyet gibi temel etik ilkelerden kaynaklanmaktadır.¹

Tablo 1. Hasta Haklarının Hak kavramı İçerisindeki Yeri



İnsan olmanın bir gereği olarak ve özellikle hak kavramının varlığı ile ilgili olarak değerlendirildiğinde hasta hakları, tarihten günümüze bir gelişim ve değişim seyri izlemiştir. Fakat bu çalışma kapsamında yazılı

¹ T. Özlü, Hasta Hakları, <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/2152011144754-Hastahaklari.pdf>, (21.07.2013)

metin halinde ve uluslar arası ya da ulusal kurumları yönlendirme anlamında sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta haklarının gelişimi üzerinde durulmaktadır. Çünkü konumuz olan şikayet yönetimi hususu çağdaş yönetim sistemleri içerisinde, piyasa ekonomisi ile harmanlanmış bir sağlık hizmeti sunumu sürecinde gerçekleşmektedir.

İşletmeci bir yönetsel anlayış altında gelişen bu şikayet yönetimi sistemini kavrayabilmek, işletmeci hizmet sunumunun kaynağı olan çağdaş Batı'daki mevzuat oluşumunu gözlemlemekten geçmektedir. Bu açıdan uluslar arası anlamda bazı önemli bildirgeler ve sözleşmelerden bahsetmek gerekmektedir. Bunlardan özellikle Lizbon Bildirgesi'nin 1981 yılı ve 1995 yılı versiyonları ve Amsterdam Bildirgesi (1994) ayrıca önem taşımaktadır. Bunu müteakip 2002 yılında Roma Sözleşmesi ve 2005 yılında da Santiago Bildirgesi önem taşımaktadır.¹

1.2. Türkiye'de Sağlık Alanında Tarihsel Süreç, Hasta Hakları ve Organizasyonel Yapı

Türkiye'de hasta hakları geçmişten bugüne oldukça yavaş ve gecikmeli bir seyirle bugünlere ulaşmıştır. Ancak şunu unutmamak gerekir ki, savaşımlardan yeni çıkmış bir yeni Cumhuriyet düzeni, savaş yaralarını sarmaya odaklanmış ve öncelikle toplumsal sorunlar üzerine eğilmiştir. Bulaşıcı hastalıklara karşı mücadeleler yapılmıştır. Bunun yanında sağlık alanında yapılan ilk çalışmalar sağlık personelinin eğitimi ve sayısının

¹ H. Erbay, Hastane Öncesi Acil Tıpta Hastanın Müdahaleyi Reddetmesi: Kurumsal Değerlendirme ve Bir Alan Çalışması, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü (SABE), Yayınlanmamış Doktora Tezi (YDT), Adana, 2012, s. 29

artırılması yönünde olmuştur. Bireyler kendi başlarına çözüm bulmak ya da ulaşılması güç sağlık hizmetlerine erişim esnasında yaşamlarını yitirme tehlikesiyle yüz yüze bulunmaktaydılar. 1946 sonrası nispeten gelişen sağlık hizmetleri hizmete erişimi kolaylaştırmış ancak halen hastanın bir hak olarak bu hizmetleri talep etmesi söz konusu olmamıştır.¹

“Ülkemizde sağlıklı yaşama ve yitirdiği sağlığına geri kavuşma hakkı bir hak ve kural olarak 1961 Anayasası’nda ilk kez ifadesini bulmuştur”.²

Bugünkü 1982 Anayasası’nın 17. Maddesi yaşam hakkından bahsetmektedir. 56. Maddede sağlıklı yaşam hakkı ve 60. Maddede ise kişilerin sosyal güvenlikle ilgili yerine getirmesi gerekenler devletin yükümlülüğü biçiminde yer almaktadır.³

Türkiye’de hasta ve hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasındaki ilişkileri düzenleyen ilk yazılı mevzuat kalemi, Türk Tabipleri Birliği tarafından 1960 yılında hazırlanan “Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi”dir. “Hekimlik ve Meslek Etiği Kuralları” olarak ilgili nizamname yeniden düzenlenmiştir. 1998 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından “Hasta Hakları Yönetmeliği” hazırlanmış ve 23420 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelik son maddesi dışında Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi’nin aynısıdır. Yönetmeliğin son maddesinde belirtildiği gibi her sağlık kurumunda Hasta Hakları Bildirgesi hastaların rahatlıkla görüp okuyabilecekleri yerlere asılmalıdır. Benzer şekilde “Sağlık

¹ Sütlaş, s. 127-128

² Sütlaş, s. 129

³ Sütlaş, s. 129

Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge” ile hasta hakları ihlallerinin önlenmesi, buna bağlı olarak hizmet kalitesinin artırılması, insan onuruna yakışan bir sağlık hizmetinin sunulması, hastalar için hukuki koruma yollarının açık tutulması amaçlanmış ve konuya dair esas ve usuller belirlenmiştir.¹

Türkiye’de halen mevcut mevzuat yapısı hasta haklarına verilen önemin ciddiyetini de ortaya koymaktadır. Farklı tarihlerde yapılan pek çok düzenleme normlar hiyerarşisi silsilesinde farklı düzeylerde etki doğurabilme kabiliyetine sahip durumdadır. Bu açıdan bakıldığında etkili bir mevzuat yapısına sahibiz diyebilmek mümkündür. Ancak farklı açılardan her zaman bu sonuca varabilmek mümkün görünmemektedir.

Öncelikle 1928 tarihli “Tababet ve Şuabatı Tarzı İcrasına Dair Kanun” bu yöndeki ilk adım olarak değerlendirilebilir. 1930 tarihinde çıkarılan ve halen yürürlükte olan Umumi Hıfzısıhha Kanunu bu yöndeki önemli adımlardan biridir. Sonrasında ise tam 30 sene sonra yani 1960 tarihinde Tıbbi Deontoloji (Nizamnamesi) Tüzüğü çıkarılmıştır. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Hakkında Kanun 1961 tarihinde çıkarılmış, Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname 1983 tarihinde yapılmış, bunu müteakip 1987 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu yürürlüğe girmiştir. Ayrıca Borçlar Kanunu ve Türk Ceza Kanunu’da bu alanda hizmet veren kanunlar olarak sıralanabilir. Özellikle somut olarak uygulamaya dönük yönetmelik ve yönergelerden ikisi dikkat çekicidir. Bunlardan 1998 “Hasta Hakları Yönetmeliği” ve

¹ Hasta hakları Kavramı ve Tarihsel Gelişimi, http://kirikkalesm.gov.tr/hasta_haklari/tarihce.asp, (12.01.2013)

“Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına Dair Yönerge” oldukça önemlidir. Ayrıca 1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği, Hasta hakları uygulamaları genelgesi, Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi, Hizmet Kusuru Genelgesi, Ocak 2005 tarihli Hasta Hakları Genelgesi, Mayıs 2005 tarihli Hasta Hakları Uygulama Genelgesi, 2005 tarih ve 3077 sayılı Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2007 tarih ve 21745 sayılı Hekim Seçme Yönergesi ve son olarak 2009 tarih ve 11706 sayılı Hasta Hakları Uygulama Genelgesi yürürlüğe girmiştir. Bütün bunlara ek olarak bu konuda en genel biçimde Ceza Muhakemesi Kanunu da yürürlükte bulunmaktadır.¹

Hemen her alanda olduğu gibi mevzuat açısından da yönetsel sistemde aşırı bir parçalanmışlık söz konusudur. Bu açıdan uygulamada çok parçalı yapının mahsurları görülebilmekte ancak yönetsel anlamda bir gelişmenin neticesi olduğu da göz ardı edilmemelidir.

Diğer bir açıdan bakılacak olursa Avrupa Birliği’ne üyelik sürecinde Türkiye’nin kabul ettiği Hasta Hakları Ana Statüsü’nde tanımlanan "14 Hasta Hakkı" arasında tanımlanmış bazı yeni haklar da bulunmaktadır. Bunları da başlıklarıyla şöylece sıralayabiliriz:²

¹ Hasta hakları Kavramı ve Tarihsel Gelişimi, http://kirikkalesm.gov.tr/hasta_haklari/tarihce.asp, (12.01.2013)

², Hasta Hakları Nelerdir?, <http://www.saglikhakki.org/hastahak-ic.htm>, (09.07.2013)

Koruyucu Tedbirlerin Alınması Hakkı (1. Madde)

Bireyler koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir. Bir başka değişle hastalıklardan korunma ve tedavi görme hakkına sahiptirler.

Özgür Seçim Hakkı (5. Madde)

Bireyler, hastalıkları ile ilgili tedavi yollarını ve tedaviyi yapacak personeli seçme hakkına sahiptir. Hasta, teşhis ve tedavi hususunda da karar verme hakkına sahiptir. Bunun yanında teşhis ve tedavide rol alacak sağlık personeli de seçebilir. Bu tercih ve karar hakkının olduğu hastaya bildirilmelidir. Bu hakkın önündeki bütün engeller kaldırılmalıdır. Eğer hasta doktoruna güvenmiyorsa başka bir doktor isteyebilir.

Hastaların Vaktine Saygı (7. Madde)

Her hasta hızlı ve önceden belirtilen süre içerisinde tedavi görme hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri çalışanları her vakanın özel koşullarını göz önünde bulundurarak bir bekleme süresi belirlemeli ve bunu hastaya iletmelidir. Her birey hizmetten yararlanma garantisine sahiptir. Bu durumda bekleme listesine imzalamaların alınması gerekmektedir.

Eğer tedavi sağlık kurumu tarafından bildirilen sürede yerine getirilmezse aynı kalitede alternatif hizmetler garanti edilmeli ve ilgili harcamalar hastalara geri ödenmelidir.

Doktorlar hastalarına bilgi verme süresi ile birlikte yeterli zamanı ayırmalıdır.

Kalite Standartları Hakkı (8. Madde)

Bireyler, sağlık hizmetlerinden kalitesi yüksek biçimde yararlanma hakkına sahiptir. Kaliteli sağlık hizmeti, sağlık kurumları ve personelinin teknik performans, konfor ve insan ilişkileri açısından tatmin edici seviyelerde sunum yapması hakkını gerektirir.

Yenilik Hakkı (10.Madde)

Bireyler, uluslararası standartlara göre, yeniliklerden yararlanma hakkına sahiptir.

Gereksiz ağrı/acı ve Sıkıntıdan Sakınma Hakkı (11.Madde)

Bireyler, hastalıkları ile bağlantılı olarak acı ve sıkıntıdan korunma hakkına sahiptir. Hastanın tedavisinin kolay ve rahat geçmesi sağlık hizmetleri tarafından sağlanmalıdır.

Kişisel Tedavi Hakkı (12.Madde)

Bireyler, kendi kişisel ihtiyaçları doğrultusunda teşhis ve tedavi süreçlerini yönlendirebilir.

Tazminat Hakkı (14.Madde)

Tedavi esnasında maddi ve manevi açıdan zarar gören hasta tazminat hakkına sahiptir. Zararın nedeni ve ehemmiyeti her ne olursa olsun tazminat hakkı saklıdır.

1.3. Türkiye’de Sağlık Sektöründe Hasta Hakları Uygulamaları

Hak temelli düşünüldüğünde hasta hakları alanında pek çok uygulama mevcuttur. Ülkemizde de bu anlamda her bir hakka istinaden bir uygulama alanı bulabilmek ve bunları örneklendirebilmek mümkündür. Bu uygulamalardan bazılarını anmakta yarar var.

- “Sağlık Politikalarının Oluşumuna Katılım
- Denetleme
- Hizmetten Genel Olarak Yararlanma
- Hizmetten Genel Olarak Yararlanma
- Bilimsel Kanıtlara Dayalı Teşhis ve Tedavi Olma
- Güncel Tıbbi Bilgilerle Teşhis ve Tedavi Olma
- Eşit Muamele Görme
- Özenle Teşhis ve Tedavi Görme
- Hekim ve Sağlık Kurumunu Seçme
- Bilgi Edinme
- Tıbbi Kayıtlara Ulaşma
- Rapor ve Belge Alma

- Aydınlatılmış Onam
- Tedaviyi Reddetme
- Tıbbi Araştırmalarda Korunma
- Hastanın Eğitim Çalışmalarına Katılımı
- Mahremiyetin Korunması
- Saygı ve Şefkat Görme
- Konfor ve Güvenliğin Sağlanması
- Moral ve Manevi Destek Alma
- Refakatçi Bulundurma ve Ziyaretçi Kabul Etme
- Şikâyet Etme
- Hastanın Zararının Tazmini
- Onuruyla Ölme”¹

Ülkemizde hastalar, hekim ve sağlık kurumunu seçme hakkını yeni yeni kullanmaya başlamaktadırlar. Pek çok hasta kamu hastanelerine ve kamuya ait sağlık kurumlarına başvurmaktadır. Sağlık hizmetleri alanında son yıllarda yapılan iyileştirmeler ile hastanın randevu alarak sağlık kurumlarından yararlanması sağlanmaktadır. Bunun yanında hekim seçimi hususunda da hasta yönlendirilmektedir. Bunun dışında, özel sektöre ait kurumlara ve serbest muayenehanelere başvuranlar, gerçek anlamda hekimini seçebilmektedirler. Önceki yıllarda bu konuda yaşanan eksikliklerden ötürü özellikle kamu hastanelerine müracaat eden hastalar bu konuda sorun yaşamaktaydılar.²

¹ Özlü, Hasta Hakları, <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/2152011144754-Hastahaklari.pdf>, (21.07.2013)

² Özlü, Hekim ve Sağlık Kurumunu Seçme Hakkı, <http://www.ism.gov.tr/hastahaklari/haberler/tevfikozlu/>, (03.11.2014)

Kaydedilen gelişmeler ile birlikte Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde, hastalara gerçek anlamda hekim seçme hakkı tanınmaya başlanmıştır. Telefonla randevu sisteminin işlerlik kazanması bu sürecin ilerlemesinde ve yerleşmesinde son derece önemlidir. Bu sistemde hastaların, muayene olmak istedikleri hekim tercihleri sorulmakta ve tercih ettikleri hekime yönlendirilmektedirler. Ayrıca kamu personeline ve bazı sosyal güvenlik kurumları sigortalılarına, özel hastane ve polikliniklerde de muayene olma imkânı tanınmaktadır. Bu uygulamalar, hekim seçme hakkının kullanılması yolunda atılan önemli adımlardır.¹

Kamu sektöründe hekim seçme hakkının kullanılması ile performans sistemi arasında ilişki mevcuttur. Bir başka deyişle, hastanın hekim seçebilmesi ve dilediği hekime muayene olabilmesi imkânı tanınırken diğer taraftan hekimlere baktıkları hasta başına prim verilmektedir. Buradaki amaç hem hastanın hekim seçme hakkını gerçekleştirmek hem de hasta memnuniyetini hayata geçirmek olacaktır. Eğer hasta memnun olmazsa o hekime bir daha gitmeyecek ve hekimin de performansı düşecektir.²

Bu hususlar temelinde değerlendirildiğinde, hasta hakları ve hekim seçme hakkının ülkemizde uluslararası mevzuat bakımından tanınmış ve ulusal ölçekte de organizasyonel yapı ve eğitimlerle desteklenmiş bir yapıya kavuşturulması hedeflenmektedir. Ancak mevzuat yapısı genellikle yönergeler üzerinden şekillenmekte, tesiri ve etki alanı sağlık kurumlarının

¹ Özlü, Hekim ve Sağlık Kurumunu Seçme Hakkı,
<http://www.ism.gov.tr/hastahaklari/haberler/tevfikozlu/>, (03.11.2014)

² Özlü, Hekim ve Sağlık Kurumunu Seçme Hakkı,
<http://www.ism.gov.tr/hastahaklari/haberler/tevfikozlu/>, (03.11.2014)

teknik ve mesleki kapasitesi ile sınırlı kalmakta, taşranın ücra köşelerinde uygulanabilirliği tartışmalı hale gelmektedir.

Öte yandan bütün ülke sathında uygulanabilirliği desteklemek üzere bilişim kanalları etkin biçimde kullanılmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından www.saglik.gov.tr adresi üzerinden doldurulacak formlarla hasta hakları uygulama süreci desteklenmektedir.

Toplum halinde yaşama zorunluluğunun sonucu olarak bireyler birbirlerine karşı olan haklarını ve sorumluluklarını bilmelidirler. Kişilik hakkı, ikamet edinme hakkı, vakıf ve dernek kurma hakkı gibi hakların kullanılmasının ve korunmasının bağlı olduğu ilkelerin de ortaya konulması gerekir.

Haklarını dürüstlük kurallarına aykırı olarak ve özellikle kötüye kullanan hak sahiplerinin hukuki korumadan yararlanamayacağı unutulmamalıdır. Doğumuyla birlikte kişi olarak topluma katılan insan ana rahmine düştüğü andan başlayarak haklara sahip olmaktadır. Ancak geçerli işlemler yapabilmek için bazı nitelikleri taşımak lazımdır.

Kişiler hukuk düzeni çerçevesinde sahip oldukları haklardan yararlanmak için bu haklarını kullanmak zorundadır. Hakların kullanılması da sağladığı yetkilere göre değişir. Kişiler haklarını kötüye kullanamazlar. Bir hakkın açıkça kötüye kullanılmasını hukuk korumayacaktır. Bütün haklar, bunların tanınmasındaki amaca uygun olarak kullanılmalıdır.¹

¹ Türk Sanayicileri ve İş Adamları Derneği (TÜSİAD), “Yasalarımız Haklarımız”, 1990

Haklarını kullanmak ve hukuki muamele yapmak durumunda olan gerçek kişilerin (insanların) şu şartları kendilerinde gerçekleştirmiş olmaları gerekmektedir.

- İnsanların tam fiil ehliyetine sahip olmalarının ilk şartı, temyiz kudretine sahip olmalarıdır. Temyiz kudreti ise kişinin makul surette hareket edebilme, fiillerinin sebep ve sonuçlarını idrak edebilme yeteneğidir. Temyiz kudreti göreceli bir kavramdır. Her olayda ayrı ayrı varlığının araştırılması gerekir. Kişinin makul surette hareket etme gücünü ortadan kaldıran durumlar olarak, yaş küçüklüğü akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ve buna benzer sebepler gösterilebilir.
- Geçerli hukuki muamele yapabilmek için kişinin reşit olması gerekir. Reşit olmak için 18 yaşını tamamlamış olmak lazımdır. 15 yaşını dolduran küçük, kendi isteği ve velisinin rızası ile asliye mahkemesi kararı ile reşit kılınabilir. Küçük vesayet altında ise, vasi de dinlenir.
- Kişinin tam fiil ehliyetine sahip olabilmesi için kanunla düzenlenen sebeplerden biriyle kısıtlanmamış olması gerekir.

Bu üç şartı birlikte gerçekleştiren insanlar tam fiil ehliyetine sahiptirler. Kendi iradeleriyle geçerli hukuki muamele yapabilirler ve haksız fiillerden de sorumludurlar. Temyiz gücüne sahip olmayan kişiler tam ehliyetsizdirler ve onlar adına hukuki muamelelerin kanuni temsilcileri tarafından yapılması gerekir. Haksız fiil sorumlulukları yoktur. Temyiz kudretine sahip olmakla birlikte reşit olmayanlar ya da kısıtlı olanlar sınırlı ehliyetsizdirler. Haksız fiillerden sorumlu olmakla birlikte yaptıkları hukuki

muamelenin geçerli olabilmesi için kanuni temsilcilerinin izin ya da icazeti gerekir. Ne kendileri ne de kanuni temsilcileri bunlar adına kefil olamaz.¹

2. HEKİM VE SAĞLIK KURUMU SEÇME HAKKI

2.1. Hekim Seçme Hakkı

İnsan olarak doğmanın bize kazandırdığı saygınlık, kendi yaşamını belirleme, güvenli bir yaşam sürdürme, özel yaşamda saygı görme gibi hasta haklarının temelini oluşturan ilkeler yasal mevzuatla teminat altına alınarak, sağlık hizmetinin herkes için eşit, ulaşılabilir ve sürekli bir hale getirilmesi amaçlanmıştır.

Bu doğrultuda; hastaların sağlık hizmeti alacağı veya almakta olduğu hekimi serbestçe seçmesine, değiştirmesine, sağlık kurumlarındaki hekimlerin buna uygun poliklinik hizmeti vermesine yönelik tedbirlerin alınmasına ve bu amaçla gerekli hizmet, fizik ve personel altyapısının oluşturulmasına ilişkin usul ve esasları belirlemek amacıyla 17 Ekim 2007 tarihinde 9379 sayılı “Sağlık Hizmeti Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekim Seçmesine ve Değiştirmesine İmkân Verecek Düzenlenmesi Hakkında Yönerge” yayımlanmıştır. Hasta Hakları Yönetmeliği 9. Maddesinde; hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen hekimi değiştirme ve başka hekimlerin konsültasyonunu isteme hakkı vardır. Hekimlik Mesleği Etik Kuralları’nın 7. Madde’sinde “Hekim görevlerini her durumda

¹ Türk Sanayicileri ve İş Adamları Derneği (TÜSİAD), “Yasalarımız Haklarımız”, 1990, s. 21

hastaları arasındaki siyasal görüş, sosyal durum, dini inanç, milliyet, etnik köken, ırk, cinsiyet, yaş, toplumsal ve ekonomik durum ve benzeri farklılıkları gözetmeksizin yerine getirmekle yükümlüdür” ibaresi yer almaktadır. Aynı kuralların yer aldığı mevzuatın 21. maddesinde “Hekim hastasının sağlığı ile ilgili kararlar alırken; bilgilenme hakkı, aydınlatılmış onam hakkı, tedaviyi kabul ya da ret hakkı vb. hasta haklarına saygı göstermek zorundadır” denilmektedir. Tüm bu maddelerden anlaşılacağı üzere, hekim hiçbir ayırım gözetmeksizin hastalarına bakmakla yükümlüdür, yasal mevzuatla teminat altına alınmış hekim seçme hakkı, sağlık kuruluşlarında talep edilmesi halinde karşılanması gerekmektedir.¹

Hekim seçme hakkını, hasta ve hasta yakınlarının, en temel hasta hakkı olan sağlık çalışanını seçmesi ve değiştirmesi, teşhis ve tedavilerinde katılımcı rol oynamaları şeklinde ifade etmek mümkündür. Hekim seçme hakkı, ulusal ve uluslararası metinlerde şu şekilde yer almaktadır: “Hasta, hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir.”² “Hastalar, sağlık sisteminin işleyişi ile uyumlu olarak, hekimlerini veya diğer sağlık personelinin ve sağlık kurumlarını seçme ve değiştirme hakkına sahiptir.”³ “Hasta özel veya devlet sektöründe olmasından bağımsız olarak hekimini ve hastanesini veya sağlık hizmeti veren kurumları özgürce seçme ve değiştirme hakkına sahiptir. Hasta herhangi bir aşamada diğer bir hekimin görüşünü alma

¹ H. Kurt, Hekim Seçme Hakkı, <http://www.saglik-gezi.com/hekim-secme-hakki.html>, (03.11.2014)

² Lizbon Bildirgesi, 1981

³ Amsterdam Bildirgesi, 28-30 Mart 1994

hakkına sahiptir.”¹ Bunların toplamında hasta kendi menfaatlerinin icabı doğrultusunda yaşamıyla bütünleşik temel haklarını savunmakta yetkindir.

Hekim seçme hakkı yasaların müsaadesi, organizasyonel yapının imkân verdiği ölçüde günümüz Türkiye’sinde uygulanmaya çalışılmakta ancak pek çok eksiklik hemen her alanda olduğu gibi bu konuda da gün yüzünde bulunmaktadır. Özellikle bu konuda sağlık personelinin ve hastanın karşılıklı eğitimi, hak temelli bir zihinsel kavrayış şarttır. Özellikle hastanın kalıplaşmış şekilde emri vakilerle tedaviye zorlanması ve ölümü gösterip sıtmaya mecbur etme şeklinde niteleyebileceğimiz bir kavrayış, çağdaş bir tartışma konusu olan bu mevzuda aşılması gereken önemli engellerden biridir.²

“Yeterli bilgiye sahip her birey farklı tedavi prosedürleri (yöntemleri) ve tedaviyi verecek kişiler arasında seçim yapma hakkına sahiptir. Hasta, hangi teşhis ve tedavi yönteminin kullanılacağı ve hekim, uzman veya hastane seçimi konularında karar verme hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri, bu tedaviyi uygulayacak çeşitli merkezler (sağlık kurumları) ve hekimler ile alınan sonuçlar hakkında bilgi vererek bu hakkın kullanılabileceğini temin etmelidirler. Bu hakkın kullanımını kısıtlayan tüm engeller kaldırılmalıdır. Hekimine güvenmeyen bir kişi başka bir hekim talep edebilir”³, “Mevzuat ile belirlenmiş usullere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme,

¹ M. Kaymakçı, En Temel Hasta Hakkı “Hekim Seçme Hakkı”, <http://hastaninhaklari.blogcu.com/en-temel-hasta-hakki-hekim-secme-hakki/852632>, (05.11.2014)

² O. Engiz, Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini, <http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm>, (01.12.2014)

³ Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (Ana Sözleşmesi) Temel Dokümanı, Roma, Kasım 2002

tedavisi ile ilgilenen hekimi değiştirme ve başka hekimlerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır”¹, “Yataklı tedavi kurumlarında mevcut her klinisyen uzmanın poliklinik hizmeti vermesine yönelik düzenleme yapılarak hastaların hekim seçmesine imkân sağlanır”². Keza benzer şekilde “her hastanın sağlık sistemine uygun olması ve yetkili hekimin uygun görmesi halinde, kendisine sağlık hizmeti sunan kişi ve kuruluşu değiştirme hakkı bulunmalıdır”³. Ulusal ve uluslararası mevzuatta, konu ile ilgili belirgin hükümler ortaya konulmaktadır. Hastalar ve hasta yakınları sağlık kurumlarını, buralarda çalışan ve kendisine teşhis ve tedavi hizmeti sunacak personeli seçmekte serbesttir. Elbette Sağlık Bakanlığı’na önemli görevler düşmektedir. Sağlık sektöründe, özellikle de aile hekimliği uygulamalarında mevzuatın uygulanması teşvik edilmeli ve süreç denetlenmelidir. Bu durum hem sağlık hizmetlerine ulaşım adına hem de hasta haklarının yerleşmesi adına yararlı olacaktır.⁴

2.2. Sağlık Kurumu Seçme Hakkı

Hasta Hakları Yönetmeliği 8. Maddesi ile hastaların tabi olduğu mevzuatın öngördüğü usul ve esaslara uyulmak kaydı ile sağlık kurum ve kuruluşunu seçme ve seçtiği sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetinden faydalanma hakkı kayıt altına alınmıştır.⁵

¹ Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998

² Yataklı Tedavi İşletme Yönetmeliği, 2005

³ Hasta Hakları ve Sorumlulukları, Nisan 1997

⁴ M. Kaymakçı, En Temel Hasta Hakkı “Hekim Seçme Hakkı”,
<http://hastaninhaklari.blogcu.com/en-temel-hasta-hakki-hekim-secme-hakki/852632>,
(05.11.2012)

⁵ H. Kurt, Hekim Seçme Hakkı, <http://www.saglik-gezi.com/hekim-secme-hakki.html>,
(03.11.2014)

Hasta haklarıyla ilgili bütün mevzuat metinleri, hastaların hekim ve sağlık kurumunu seçme hakkını güvence altına almaktadırlar. Hekim seçme hakkı, günümüzdeki anlamda ilk uluslararası metin olan Lizbon Bildirgesinin birinci maddesinde yer alır: “Hasta, hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir”. Amsterdam Bildirgesinde ise: “Hastalar, sağlık sisteminin işleyişi ile uyumlu olarak, hekimlerini veya diğer sağlık personelinin ve sağlık kurumlarını seçme ve değiştirme hakkına sahiptir” denilmektedir. Bali Bildirgesinde bu konu, “Hasta özel veya devlet sektöründe olmasından bağımsız olarak, hekimini ve hastanesini veya sağlık hizmeti veren kurumları özgürce seçme ve değiştirme hakkına sahiptir” şeklinde yer almaktadır. Roma sözleşmesinde de, “Hasta, hangi teşhis ve tedavi yönteminin kullanılacağı ve hekim, uzman veya hastane seçimi konularında karar verme hakkına sahiptir” ifadesine yer verilmiştir. Bunların yanında acil vakalar dışında, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı olup da mevzuatın öngördüğü sevk zincirine uymayan hastalar aradaki ücret farkını kendileri karşılar” denilmektedir. Madde 9’da “Personeli Tanıma, Seçme ve Değiştirme” başlığı altında ise: “Hastaya talebi halinde, kendisine sağlık hizmeti verecek veya vermekte olan tabiplerin ve diğer personelin kimlikleri, görev ve unvanları hakkında bilgi verilir. Mevzuat ile belirlenmiş usullere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen tabibi değiştirme ve başka tabiplerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır. Personeli seçme, tabibi değiştirme ve konsültasyon isteme hakları kullanıldığında, mevzuat ile belirlenen ücret farkı, bu hakları kullanan hasta tarafından karşılanır” ifadesi yer alır. Bu düzenlemelerde hastaların, hekim ve sağlık kurumunu seçme haklarının olduğu, açıkça belirtilmektedir. Ancak bazı koşullar ve kurallarla, bu hakkın kullanımının

sınırlandırılabilir olduğu anlaşılmaktadır. Yönetmelikte sözü edilen kısıtlayıcı durumlar, hekim veya kurum değiştirmenin, hastanın sağlık durumunu olumsuz olarak etkilemesi olasılığı ile sağlık harcamalarını finanse eden sigorta veya sosyal güvenlik kurumunun sevk zinciri kurallarıyla ilişkilidir.¹

Buna göre, hekim veya sağlık kurumu değiştirmenin, hastanın yaşamını tehlikeye sokmayacak olması ve ortaya çıkan fazla maliyetin hasta tarafından karşılanması durumunda ortada bir sorun kalmamaktadır. Aynı kurum içerisinde hekim seçme veya değiştirme hakkının kullanılması bakımından ise, teorik olarak fazla bir sorun görülmemektedir. Ancak, uygulamada bu hakkın sınırsız olarak kullanılabilmesi, her zaman mümkün olmayabilir. Çünkü sağlık kurumlarının işletim sistemi, personelin çalışma koşulları, nöbet ve vardiya uygulamaları ile izin ve rotasyonlar nedeniyle hastaların diledikleri hekime veya sağlık çalışanına başvurmaları mümkün olmayabilir. Bu tür kısıtlayıcı durumlar haricinde sağlık kurumlarının, hastaların personel seçme haklarını kullanabilmeleri için gerekli ortamı sağlamaları, yönetmelik gereğidir. Hasta gözüyle bakıldığında, bu hakkın gerekçesi açıktır. Hayatınız en değerli varlığınızdır. Hastalıklar, hayatı tehdit etmeleri nedeniyle insanları endişelendirir. Hayatı koruma güdüsü, en güçlü dürtüdür. Herhangi bir hastalığa yakalanan veya yakalandığını düşünen bir kişi, bir an önce, en kısa yoldan, en güvenilir ve en konforlu bir şekilde bu durumdan kurtulmak ister. Kişinin, sahip olduğu tüm değerleri yitirmesine neden olabilecek yaşamsal bir tehlike karşısında, ümit bağladığı, fayda umduğu bir hekime veya sağlık kurumuna ulaşması engellenmemelidir. İsteddiği kurum veya hekimden hizmet alması

¹ T. Özlü, Hekim ve Sağlık Kurumunu Seçme Hakkı,
<http://www.ism.gov.tr/hastahaklari/haberler/tevfikozlu/>, (03.11.2014)

engellenen bir hasta, kendisine sunulan destekle iyileşmeyecek, daha kötüsü ağırlaşp, ölecek olursa, hasta ya da yakınlarının zihninde “oraya gitseydi(m)/götürseydi(m), iyileşirdi(m)/kurtulurdu(m)” ukdesi kalacaktır. Bu, asla göz ardı edilemeyecek insani bir duygudur.¹

Bütün bunlara ek olarak, hekimlerin sosyal güvenlik kurumları ya da özel sigorta şirketlerinin kaynaklarını rasyonel olarak kullanma sorumlulukları vardır. Tıbbi gereksinim olmaksızın, sırf hastaların talebi üzerine uzak merkezlere hastaların sevkiyle, hem sağlık hizmetlerinin maliyeti, hem de sağlık kurumlarının iş yükü artacaktır.

Ülkemizde hastalar, hekim ve sağlık kurumunu seçme hakkını pek kullanamamaktadırlar. Çoğu hasta, Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK gibi sosyal güvenlik kurumlarının öngördüğü ve kamuya ait belirli bir sağlık kurumundan sağlık hizmeti almak zorundadır. O gün için başvurduğu bölümde görevli olan personel kimse, ona muayene ve tedavi olmak durumundadır. Genellikle aynı branşta iki hekim çalışıyor olsa bile, hastaya hangi hekime gitmek istediğı, genellikle sorulmaz ve rastlantısal olarak birisine randevu verilir. Bu durumda, ancak özel sektöre ait kurumlara ve serbest muayenehanelere başvuranlar, gerçek anlamda hekimini seçebilmektedirler. Yani, hekim seçme hakkı, sadece parası olanlara tanınmaktadır. Oysa hasta, bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna da prim ödemekte ve dolayısıyla kamudan aldığı sağlık hizmetini finanse etmektedir. Buna rağmen, kendisine hekim ve kurum seçme hakkı tanınmamaktadır. Öte yandan kamuya ait sağlık kurumlarında hekim seçme

¹ Özlü, Hekim ve Sağlık Kurumunu Seçme Hakkı,
<http://www.ism.gov.tr/hastahaklari/haberler/tevfikozlu/>, (03.11.2014)

hakkının kullanılması, performans uygulamalarıyla birlikte olmaktadır. Yani, bir taraftan hastalara diledikleri hekime muayene ve tedavi olma hakkı tanınırken; diğer taraftan hekimlere de baktıkları hasta başına prim verilmektedir. Bu durum hasta memnuniyetinin esas alınmasını netice verecektir. Çünkü hastasını memnun edemeyen hekimlerin prim gelirleri azalacaktır. Şunu net biçimde söyleyebilmek mümkündür ki, hasta memnuniyeti, hastanın gereksinim ve beklentilerinin karşılanmasıyla ilişkilidir. Hastalarının beklenti ve gereksinimlerini karşılayamayan hekim veya kurumlar, varlık gerekçesini yitirmiş olurlar.¹

Ancak, hasta memnuniyetinin, tek başına yeterli bir ölçüt olamayacağı da unutulmamalıdır. İletişim becerisi güçlü bir hekim, hastasının alması gereken tıbbî yardımı doğru olarak yapmaksızın, onu memnun edecek davranışlar gösterebilir. Eksik, yanlış ve uygunsuz tedaviler; yanlış teşhis ve gereksiz müdahaleler ile hastaya zarar veren bir kişinin, iletişim yeteneğini kullanarak hasta ve hasta yakınlarının beğenisini elde etmesi mümkündür. Bu bakımdan, sadece hasta memnuniyetine indeksli bir uygulama, istenen sonuçlar doğurmaz. Hizmetin bilimsel ve etik ilkelere uygunluğunun da dikkate alınması şarttır. Bu yapılmazsa, şarlatanlığın artması, hastalara gereksiz tanı ve tedavi girişimlerinin uygulanması ya da tam aksine bazı görev ve hizmetlerin terk edilmesi ve personel arasındaki dayanışmanın kaybolması gibi olumsuz sonuçlar doğabilir. Netice olarak, hastaların hekim ve sağlık kurumunu seçme hakları kâğıt üstünde kalmamalıdır. Sadece doğrudan para ödeyenlerin değil; yıllarca sigorta primi yatırarak sağlık harcamalarını finanse eden

¹ Özlü, Hekim ve Sağlık Kurumunu Seçme hakkı,
<http://www.ism.gov.tr/hastahaklari/haberler/tevfikozlu/>, (03.11.2014)

sigortalıların da, diledikleri hekim veya sağlık kurumundan hizmet alabilmelerine fırsat tanınmalıdır. Kurum içerisinde hekim seçme hakkının uygulanması, fiziki koşullar yeterli ise kısıtlanmamalıdır. Kurumlar arası veya uzak merkezlere sevk konusunda da, hastanın zarar görmemesi ve kamuya fazladan maliyet getirmemesi durumunda kısıtlayıcı davranılmamalıdır. Her hizmetin maliyeti, makul ölçüler içerisinde belirlenmeli ve sigortalı, hizmeti nereden alırsa alsın ödeme yapılmalıdır. Hasta, isterse farklı kamu hastanelerinden, isterse özel sektöre ait poliklinik veya kliniklerden ya da bir hekimin özel muayenehanesinden hizmet alabilmelidir. Bu bedeli yeterli bulan hastane ve poliklinikler ile kamuda çalışmayan hekimlerin, özel muayenehanelerinde kamu personeli ile sigortalı hastaları kabul etmelerine izin verilmelidir. Makul sınırlar içerisinde olmak koşuluyla, fazla maliyetin, buna razı olan hastalarca karşılanması da mümkün olabilir. Böylece, hem hastalara hekim seçme hakkı tanınmış olur, hem de kamuya ait sağlık kurumlarındaki yığılmalar ve aşırı iş yükü azaltılabilir. Hekimler ve sağlık kurumları da, hasta memnuniyetine daha çok önem verirler ve hizmetin kalitesi artar.¹

Hasta hakları içerisinde değerlendirilebilecek olan hasta güvenliği hususu son yıllarda sağlık kurumlarında önemli bir uygulama alanı oluşturmaktadır. Bunun aynı zamanda kalite uygulamaları ile de yakından ilgisi vardır. Kalite temelinde yapılan çalışmalarda hasta hakları ve hasta güvenliğine yönelik çalışmalar son derece önemli hale gelmiştir.

¹ Özlü, Hekim ve Sağlık Kurumunu Seçme Hakkı,
<http://www.ism.gov.tr/hastahaklari/haberler/tevfikozlu/>, (03.11.2014)

3. HASTA GÜVENLİĞİ

3.1. Hasta Güvenliği Tarihçesi ve Türkiye’de Hasta Güvenliği

Tarihsel açıdan hasta güvenliği çalışmaları Amerika Birleşik Devletleri kökenli bir sağlık hizmeti standardizasyon uygulaması olarak karşımıza çıkmaktadır. Hasta güvenliği ile ilgili olaylar kronolojik olarak sıralanmış ve aşağıda verilmiştir:

- i. “1955 yılında Ernest Codman’ın hasta çıktıları üzerine odaklanması,
- ii. 1984 yılında Anestezi Hasta Güvenliği Vakfı tarafından New York’da Harvard Tıp Uygulama Çalışması’nın kurulması,
- iii. 1992 yılında Colorado / Utah’ta Tıbbi Uygulama Çalışması’nın yapılması,
- iv. 1995 yılında Birinci Annenberg Hasta Güvenliği Konferansı’nın düzenlenmesi,
- v. 1996 yılında hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar hız kazanmış ve politikacılar konu ile ilgili düzenlemelerin içinde yer almaya başlamışlardır.”¹

Dünya’da 50’li yıllardan sonra gündemi yoğun biçimde işgal eden hasta güvenliği, Türkiye’de 2000’li yıllarla birlikte özellikle sağlık

¹ E. K. Eroğlu, Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (SBE), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi (YYLT), Ankara, 2011, s. 24

kurumlarındaki kalite uygulamalarının mevzuatla desteklenmesi sonucunda üzerinde durulur hale gelmiştir.

Türkiye’de henüz tıbbi hataların raporlanması konusunda yeterli ve güvenilir veriler gelişmiş değildir. Maalesef konunun öneminin anlaşılması için gelişmiş ülke örneklerinden yararlanılmak zorunda kalınmaktadır. Türkiye’de halen yapılandırılmış bir hasta güvenliği sistemi mevcut değildir. Akreditasyon çalışmaları bu noktada önemlidir. Eğer bir hastane uluslararası bir akreditasyon kurumu tarafından akredite edilirse geliştirilmiş standartların uygulanması sağlanır, hastanın ve çalışanın güvenliğini tehdit eden olaylar izlenir, kayıt altına alınır, analiz edilir ve iyileştirmeler yapılır. Ancak her kurumda bildirim kültürü farklıdır. Her kurumun kendine göre geliştirdiği ve uygulamaya çalıştığı bir sistem mevcuttur. Bu çalışmaların ortak bir paydada buluşturulması gereklidir. BU yönde çalışmalar yapan dernekler son yıllarda Türkiye’de de kurulmuştur. Amaçları hasta güvenliği bilincini yaymak, hasta güvenliği kültürünü geliştirmek olan bu organizasyonlar, kalite standartlarının da yerleştirilmesini hedeflemektedirler. Türkiye’de kamu sektörü ve karar yapıcılar, 2003 yılından bu yana hasta güvenliğinden çok hasta şikâyetlerine ve haklarına yönelik çalışmalar yürütmektedirler. Hasta Güvenliği Arama toplantıları yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın uluslararası boyutta yaptığı anlaşmalar sonucunda, hastane standartlarına yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Pilot hastaneler tespit edilmiş ve buralarda eğitimler düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından 2009 yılında yayınlanan Hizmet Kalite Standartları Rehberi’nde, hastanelerin, hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili uygulamaların yerine getirilmesi için yaptırımlar başlatılmıştır. Otuz beş başlıktan oluşan bu uygulamaların

içeriğini Uluslararası Birleşik Komisyon ve Dünya Sağlık Örgütü'nün hasta güvenliği hedefleri oluşturmaktadır. Hastanın doğru kimliklendirilmesi, yüksek riskli ilaçların yönetimi ve ilaç güvenliği, hasta düşmelerinin önlenmesi, güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması, hastane enfeksiyonlarının önlenmesi, güvenli kan transfüzyonunun sağlanması, etkili iletişimin sağlanması gibi standartlarla hastane yönetimleri asgari düzeyde sorgulanmaktadır. Rehberde, çalışan güvenliği ile ilgili maddeler de yer almaktadır. Kesici delici aletlerle yaralanan sağlık uygulayıcılarının tespiti ve takibi, riskli bölümlerde çalışan (radyasyon, sitotoksik ajanlara, etilen oksite vb. maruziyetlerde) personelin sağlık kontrollerinin yapılması, çalışma ortamlarının düzeltilmesi gibi maddelerle çalışan güvenliği konusunda kurumun konuya verdiği önem, tespit edilmeye çalışılmaktadır. Türkiye'de bu konu ile ilgili önemli bir gelişme yakın bir zaman önce konuya yasal bir düzenleme getiren ve 29 Nisan tarihinde yayınlanan "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ"dir. Tebliğin içeriğini de yukarıda bahsedilen maddeler oluşturmaktadır. Fakat her iki düzenlemede de hata bildirimi üzerinde durulmamaktadır. Hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında gönüllülük ve farkındalığın sağlanması amacına vurgu yapılmamakta, sadece uygulama yöntemleri sunulmaktadır.¹

¹ Eroğlu, s. 33-34

3.2. Hasta Güvenliği Tanımı

Hasta güvenliği hususunda pek çok tanım artık literatürde sıkça tartışılmakta olan bu konu etrafında oluşmaya başlamıştır. Bu anlamda Ovalı'ya göre, hasta güvenliği, sağlık hakkı, hasta odaklı sağlık hizmeti gibi bir takım yeni kavramlarla birlikte değerlendirilebilecek bir kavramdır.¹ Yine Ovalı'ya göre hasta güvenliği şu şekilde tanımlanabilir: “Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının azaltılması veya eliminasyonu olarak tanımlanır.” Hasta güvenliği diğer pek çok sağlık hizmeti ile bir arada değerlendirilmelidir. Bu açıdan, “hasta güvenliği, bakımın kalitesi ile ilişkilidir ancak her ikisi aynı şey değildir. Güvenlik, önemli bir kalite unsuru olarak değerlendirilebilir. Başka bir tanım da hasta güvenliği, sağlık hizmetinin sunum aşamalarında ortaya çıkabilecek ‘basit hatalar’ sebebiyle, hasta, hasta yakınları ve personel için zarara yol açabilecek süreçleri ön görmek, zarar ve hataları engellemek çabasıdır.² Hasta güvenliği bu hususlar dikkate alındığında sağlık hizmetleri açısından çok boyutlu bir özellik taşımaktadır. Hasta ve personel dışında hasta yakınlarını ve hatta toplumu dahi ilgilendirmektedir.

şen ve arkadaşları bir başka tanımlamada hasta güvenliğinin kapsamını vurgulamışlardır. “Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu

¹ F. Ovalı, “Hasta Güvenliği Yaklaşımları”, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Sayı (S.).1, Ocak 2010, s. 34

² Ovalı, s. 34

kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır”¹ Bu kapsam aynı zamanda sağlık hizmetlerinin boyutunu da ifade etmektedir.

Bu bağlamda sunulan sağlık hizmeti hasta güvenliği ile ilişkili olarak şu boyutları taşımaktadır:

1. “Güvenli,
2. Kanıta dayalı,
3. Hasta odaklı,
4. Zamanında ve ulaşılabilir,
5. Verimli ve etkin,
6. Hizmet bekleyenlere eşit dağılmış olmalıdır.”²

Hasta güvenliği günümüzde tıbbi anlamda veya personelden kaynaklanan bir takım hatalarla ilişkilendirilerek tanımlanmaktadır. Bu anlamda yapılan işlem, ihmal ve uygulama safhalarında yapılan hatalar değerlendirilerek hasta güvenliği sağlanabilir. Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation) tarafından da bir takım tanımlamalar yapılmıştır. Hasta güvenliği, sağlık hizmetinden kaynaklı veya ilişkili hataların önüne geçilmesi ve bu hatalara bağlı zararların seyreltilmesi ve azaltılmasıdır. Tıbbi hatalar, sağlık hizmeti sunumu esnasında bir aksaklıktan ötürü ortaya çıkan, kasıtsız, beklenilmeyen sonuçlardır. Tıbbi hatalar da kaynaklanma sebeplerine göre üçe ayrılır;

- “İşleme bağlı hatalar: Yanlış işlemi yapma,
- İhmale bağlı hatalar: Doğru işlemi yapmama,

¹ S. Şen-S. Er-Ü. Sevil, “Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar”, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Ed. H. Kırılmaz, Cilt (C.).2, Ankara, 2009, s. 26

² Şen-Er-Sevil, s. 26

- Uygulamaya bağılı hatalar: Doğru işlemi yanlış uygulama.”¹

Sağlık alanında güvenlik, üretim alanındaki güvenlikten bazı açılardan farklılık taşımaktadır. Buradaki farklılık, sağlık hizmetlerindeki güvenliğin hasta odaklı olmasıdır. Bir diğer farklılık personel ve yapılan iş ile ilgilidir. Hizmeti sunanlar mesleki bilgi ve birikimlerini uygulayan meslek mensuplarıdır. Bu noktada üretim alanından çok havacılık mesleği ile uğraşan profesyoneller ve çalışma biçimleri sağlık alanında çalışan profesyonellerin içinde bulunduğu koşullarla benzer özellikler taşımaktadırlar. Hastanın güvenliği, sağlık kurumunda çalışan bütün personelden sorulmaktadır.²

Günümüzde hasta güvenliği hasta hakları ile birlikte ele alınan önemli bir sağlık hizmetleri boyutudur. Hasta güvenliği dünya çapında üzerinde önemle durulan bir konu durumundadır. Sağlık alanındaki hızlı gelişim, dönüşüm, organizasyonel yapının ve hizmetlerin karmaşıklaşması ortaya çıkma ihtimali olan riskleri de çeşitlendirmektedir. Sağlık kurumlarında hasta güvenliği ve çalışan güvenliğine yönelik çalışmalar raporlamaların ve risk yönetiminin günümüzde taşıdığı sorunları açıklıkla ortaya koymaktadır. Özellikle kamu hastanelerinin bu konularda sıkıntı yaşadıkları tespit edilmektedir.³ Bu noktada kamu hastaneleri ev kamu sektöründe hizmet veren sağlık kurumlarının hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin çalışmalarda öncü rol üstlenebilecek seviyeye getirilmeleri son

¹ H. E. Akalın, “Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği”, Yoğun Bakım Dergisi, C.5, S.3, 2005, s. 142

² Ö. Tütüncü-D. Küçükusta, “Tedarik Zinciri Entegrasyonu ve Hasta Güvenliği İlişkisinin Analizi”, web.deu.edu.tr/isletme/ifddergi/web_files/9193106.pdf, (12.02.2014)

³ F. Gökdoğan-S. Yorgun, “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler”, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, C.13, S.2, 2010, s. 54

derece önemlidir. Ülkemizde de bu yönde yapılabilecek çalışmaların sivil toplum örgütleri ile desteklenmesi de gerekmektedir. Bu yönde yapılabilecek çalışmaların özellikle tıbbi hataların önlenmesi konusu üzerinde durması son derece önemlidir.

3.3. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar

Hasta güvenliği ile ilgili uygulamaların kalite uygulamaları ile ilişkisi bilinmektedir. Bu konuda hasta güvenliği uygulamalarının muhakkak kalite uygulamaları ve prosedürü ile teminat altına alınması gereklidir.

Hasta güvenliğinde, iki kalite boyutu büyük önem taşımaktadır. Sürekli kalite iyileştirmesi ve toplam kalite yönetimi süreçleri büyük önem taşımaktadır. Hasta güvenliği için uygulanacak kalite yöntemlerinin diğer kalite süreçlerinden ayrı bir noktada tutulması gerekmektedir. Hasta güvenliğinde insan sağlığı ve hayatı söz konusudur. Sağlık alanında üretilecek hizmetler sosyal fayda ortaya çıkaran hizmetlerdir. Ayrıca hasta güvenliği, sürekli iyileşme için fırsat yaratmakta ve bu durum sürekli kalite iyileştirmesi ve toplam kalite yönetimi kavramlarının da kullanımını gerektirmektedir.¹

Hasta güvenliğinin uygulanabilmesi aynı zamanda örgütsel amaçlarla, örgüt iklimi ile uyumlu, örgütün bu konuda ortak paydaları benimsemesi gerekmektedir. “Güvenlik kültürü; ‘bir kurumun sağlık ve

¹ Ö. Tütüncü-K. Yağcı-D. Küçükusta, “Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi”, Dokuz Eylül Üniversitesi, SBE Dergisi, C.8, S.4, 2006, s. 287

güvenlik yönetimindeki tarzını ve yetkinliğini ve bu alandaki taahhütlerini belirleyen, bireye ya da gruba ait değerler, tutumlar, algılamalar, yetenekler ve davranış biçimlerinin ürünüdür' şeklinde ele alınmaktadır".¹

Güvenlik kültürü hem güvenliğe ilişkin uygulamaları, iletişimi ve raporlamaları ifade eder hem de kurumsal yapıdaki uyumu, bütünlüğü ve güvenliği olumsuz etkileyen durumlara karşı tutumu ifade eder. Fakat, kurumsal anlamda güvenlik ve hataların en aza indirilmesi pek çok kurumun hale ilgi alanında ve öncelikleri arasında yer almamaktadır. Yöneticiler açısından da durum bu şekildedir.²

Örgüt kültürünün hasta güvenliğine ilişkin prosedür ve uygulamaları benimsemiş olması personelin de bu bilince erişmiş olmasını ifade etmektedir. Kurumsal kültür ve personel eğitimi bir arada değerlendirilmelidir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda çoğu zaman personel, muhakkak bir hata ile karşılaşmaktadır. Bu noktada sağlık kurumlarında yüksek riskli aktiviteler tespit edilmelidir. Hata bildirimi ve raporlama etkin biçimde uygulanmalıdır. Ayrıca hasta güvenliği için hem mali hem de teknolojik kaynak tahsisi oluşturulmalıdır. Elbette bu süreci yürütecek insan kaynağının da donanımlı olması son derece önemlidir. Sağlık kurumunda çalışan tüm personelin nitelikli ve donanımlı olması son derece önemlidir.³

¹ Tütüncü-Yağcı-Küçükusta, s. 288-289

² Tütüncü-Yağcı-Küçükusta, s. 288-289

³ F. Çırpı-Y. D. Merih-M. Y. Kocabey, "Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi", Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, C.2, S.3, 2009, s. 27

“Uluslararası hasta güvenliği konusunda otorite kurumlar, hasta güvenliğinin arttırılması için profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi ve meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamı da dâhil olmak üzere çevre güvenliği ve risk yönetimi alanlarında geniş kapsamlı önlemler alınması, hasta güvenliği üzerinde odaklanmış bilimsel bilgi ile bunun gelişmesine destek sağlayacak altyapının ayrılmaz bir bütün halinde birleştirilmesi gerektiğine inanmaktadır.”¹

Tıbbi hatalar, iki ana başlık altında incelenebilir:

A) Tanı hataları

- 1) Hastanın muayenesini eksik yapma
- 2) Yanlış tanı koyma
- 3) Uygun ve gerekli tetkikleri yapmama
- 4) Tetkiklerin sonuçlarına göre davranmama/tetkikleri yanlış

yorumlama

B) Tedavi hataları

- 1) Tedavinin uygulanmasında gecikme
- 2) Uygun ve gerekli tedaviyi yapmama
- 3) Uygunsuz tedavi yapma
- 4) Tedavi sırasında hata yapma
- 5) İlacın doz ve verilme yönteminde yanlışlık yapma
- 6) Yetersiz ve hatalı tıbbi ekipman kullanma
- 7) Yetersiz takip ve bakım

¹ Çırpı-Merih-Kocabey, s. 27

- 8) İlaç reaksiyonları
- 9) Profilaksi ve Diğer hatalar
- 10) Gereken profilaksinin yapılmaması, eksik veya yanlış yapılması
- 11) Yanlış taraf cerrahileri
- 12) Transfüzyon hataları
- 13) Düşmeler
- 14) Cerrahi yaralanmalar
- 15) Hastane enfeksiyonları
- 16) İletişim hataları¹

Tıbbi hatalar hasta güvenliği konusunda önemli bir yer tutmaktadır. Tıbbi hizmetlerin yerine getirilmesinde bütün sağlık çalışanlarının ortak sorumluluğu olduğu kabul edilmeli, kalite uygulamaları buna göre yürütülmelidir. Kimi araştırmalar son yıllarda tıbbi hataların arttığına yönelik veriler ortaya koymaktadırlar. Bu artışta teknolojik gelişim etkili olmaktadır. Yeni teknikler riskli durumlar ortaya çıkarabilmektedir. Hasta hakları ile ilgili yanlış algılamalar ve medyanın hekimler üzerindeki baskısı bunda etkili olabilmektedir.²

Tıbbi hatalara ait istatistikler hasta güvenliği konusunda konunun ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin ABD’de her yıl 98.000 kişi yapılan tıbbi hatalar sonucu yaşamını kaybetmektedir. Sistemden kaynaklanan hatalar büyük rol oynamaktadır. Yine ABD’de hekimlerin tıbbi hata ile karşılaşma oranı %35, halkın ise %42 olarak tespit edilmiştir. ABD’de tıbbi hataların; kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler

¹ Ovalı, s. 36

² Ovalı, s. 36

hastalıklar ve kronik akciğer hastalıklarından sonra beşinci sıradaki ölüm nedeni olduğu, sayısal olarak bakıldığında ise; motorlu taşıt kazaları, diyabet ve komplikasyonları, AIDS ve meme kanserine bağlı ölümlerden daha çok, tıbbi hataların insanları öldürdüğü anlamına gelmektedir. En iyi hastanelerde bile her 100 hastanın 6.7'sinde ciddi sonuçları olan ya da ciddi potansiyel sonuçlara yol açabilecek ilaç hataları görülmektedir. 'Institute of Medicine' içinde bulunduğumuz yüzyıl için sağlık sisteminde iyileştirilmesi amaçlanan konuları şöyle sıralamıştır:

- “Güvenli bir sağlık hizmeti (hasta güvenliği), hastalara yardım ederken zarar vermekten kaçınma,
- Etkili bir sağlık hizmeti, bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamaları,
- Hasta odaklı sağlık hizmeti,
- Zamanında verilen bir sağlık hizmeti, sağlığa ulaşılabilirlik,
- Verimli sunulan sağlık hizmeti, israfın önlendiği, maliyet-etkin bir sağlık hizmeti sunumu,
- Eşit dağılım; sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin ırk, cinsiyet, renk, coğrafya ve sosyoekonomik farklılıklara bakılmaksızın eşit olması.”¹

Hasta güvenliği hususunda tıbbi hataların payı oldukça önemlidir. Bu noktada, “tıbbi hatalar sağlık hizmetinin her evresinde ortaya çıkabilir. Bu hatalar şu başlıklar altında gruplandırılmıştır:

1. Medikasyon hataları: Çoğu önlenabilir olan bu hatalar verilen ilaçların hastaya uygulanması ile ilgilidir. Yanlış doz, yanlış veriliş şekli,

¹ R. Güven, “Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı”, www.das.org.tr/kitaplar/kitap2007/yazi/rabia.guven-das-2007-yazi.pdf, (12.03.2014)

birlikte verilen başka ilaçlarla etkileşim, alerji hikâyesi olan hastaya bilmeyerek bu ilacın verilmesi gibi hatalar bu gruptadır. Bu hataların %34-56'sı önlenabilir.

2. Cerrahi hatalar: Çalışmalar cerrahi hataların her 50 yatan hastanın birinde görüldüğünü ortaya koymuştur.

3. Tanı koymada hatalar: Yanlış tanı, yanlış ve yetersiz tedaviye veya gereksiz ek tetkiklerin yapılmasına neden olabilir. Laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması veya yorumlanması sık rastlanılan tıbbi hatalar arasında yer almaktadır. Tanısal hatalara deneyimsiz kişilerce yapılan tetkiklerde daha çok rastlanılmaktadır.

4. Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar: Sağlık hizmetinin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkan ve saptanması oldukça zor olan hatalardır. Bunlar arasında kullanılan aletlerdeki bozukluklar (defibrilatör, intravenöz sıvı pompaları vb.) ancak ortaya çıkınca saptanabilmekte, fakat çok önemli sonuçlar doğurabilmektedir. Medikasyonların uygulanmasında da ortaya çıkan hataların büyük çoğunluğu sistem hataları olarak tanımlanmaktadır.

5. Diğer: Hastane infeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu gibi önemli konular da tıbbi hatalar arasında yer almaktadır.”¹

Hasta hakları ve hasta güvenliği konusunda hastaların sorumlulukları da büyük öneme sahiptir. Bu açıdan Türkiye’de hem mevzuat hem de hukuki bakımdan temel yapı oluşturulmuş görünmektedir. Ancak yapılan araştırmalar hasta ve yakınlarının haklarına tam manasıyla vakıf olmadıklarını ortaya koymaktadır.

¹ Akalın, s. 142

Tıbbi hatanın gerçekleşmesi durumunda hastaların %70'i haklarını bilmemektedir. Doktorlar ise %94 oranında Türk Ceza Kanunu'nun yanlış tedaviyle ilgili maddelerini bilmemektedirler. Yine doktorların %67'si Hasta Hakları Yönetmeliği'nden haberdar değildir. %47'si tedavi sırasında hastadan yazılı onay almamaktadır. %20'si ise ilaçların nasıl kullanılacağını hastalarına anlatmamaktadır.¹

Hasta güvenliği, sağlık kurumunda hasta ve hasta yakınlarını ile personeli pozitif yönde etkileyen fiziki, psikolojik ve sosyal ortamı tesis etmeyi amaçlamaktadır. Burada hedeflenen husus, hata oluşumunun engellenmesi, zararın sifıra indirilmesi ve buna yönelik yerleşik bir sistem tesis edilmesidir.²

Hastanelerde yapılan tıbbi nitelikli hataların özellikle belirsizlik derecesi yüksek bir takım rahatsızlıklara ait olduğu görülmektedir. Tıbbi hataların önlenmesi için hasta ile ilgili bazı ön tetkiklerin yapılması büyük önem taşımaktadır. Örneğin hastanın alerji bilgilerinin yetersiz olması tıbbi hata olasılığını artırmaktadır. İlaç dozları ile ilgili eksiklikler, uygunsuz veriliş yolu, etkileşimler, yanlış ilaç, yanlış tedavi, hasta ile ilgili yanlış bilgiler, ilaç verilmemesi, unutulması vb. sebepler tıbbi hata riskini artırmaktadır.³

¹ Ovalı, s. 37

² Şen-Er-Sevil, s. 26

³ Ovalı, s. 37

Tablo 2. Hata Kategorileri ve Tanım

Hata derecesi	Kategori	Tanım
Hata yok, zarar yok	A	Hataya yol açma kapasitesi bulunan olaylar veya durumlar
Hata var, zarar yok	B	Hata oluşmuş ancak hastaya ulaşmamış
	C	Hata oluşmuş ve hastaya ulaşmış ancak zarar vermemiş
	D	Hata oluşmuş ve hastaya ulaşmış; hastanın takibi veya zararın önlenmesi için girişim gerekmiş
Hata var, zarar var	E	Hata oluşmuş ve hastada geçici bir zarar oluşmuş veya girişim gerekmiş
	F	Hata oluşmuş ve hastada geçici bir zarar oluşturmuş ve hastanın hospitalizasyonu gerekmiş
	G	Hastada kalıcı zarara yol açan bir hata mevcut
	H	Hastanın yaşamının devamı için girişim gerektiren hata mevcut
Hata var, ölüm var	I	Oluşan hata, hastanın ölümüne yol açmış veya katkıda bulunmuş

Kaynak: Ovalı, s. 38

Hata kategorileri ve tanımlamalarına ilişkin tabloya bakıldığında hata-zarar ilişkisi net biçimde görülmektedir. Örneğin, hatanın ortaya çıktığı ancak hastaya ulaşmadığı noktada hata ortaya çıkmış ancak zarar doğurmamıştır. Bu tanım B kategorisinde yer almaktadır. Hata ortaya çıkmış ve hastaya girişim gerekmişse bu durumda hem hata hem de zarar mevcuttur. Bu tanım E kategorisinde yer almaktadır. Yapılan hata hastanın ölümüne yol açar ya da katkıda bulunursa bu hata tanımı I kategorisinde yer almaktadır.

Tablo 3. Kısaltmalar ve Oluşabilecek Hatalar

Kullanılmaması gereken kısaltma	Anlamı	Oluşabilecek hatalar
KCL	Potasyum klorür	HCL ile karışabilir
MS, MSO4	Morfin sülfat	Magnezyum sülfat ile karışabilir
s.g	Suda glikoz	Konsantrasyon karışıklığı yapabilir
U veya IU	Ünite veya internasyonal ünite	IV ya da 10 ile karışabilir
mcg veya µg	Mikrogram	mg ile karışabilir
D5	% 5 dekstroz	Konsantrasyon karışıklığı yapabilir
1.0 mg	1 mg	10 mg gibi algılanabilir
.5 mg	0.5 mg	Nokta görülmediği zaman 5 mg gibi algılanabilir
cc	ml	Sıfır rakamı ile karışabilir
SC	Sübkütan (cilt altı)	SL (sublingual) ile karışabilir
3x1	Günde 3 kez	Veriliş aralığı anlaşılmayabilir
HCT	Hidrokortizon	Hematokrit ile karışabilir

Kaynak: Ovalı, s. 38

Kısaltmaların bilinmesi hataların da önüne geçecektir. Hatanın önlenmesi veya gerçekleşmiş hatanın raporlanmasın da bu kısaltmalar önem taşımaktadır.

Hataların ortaya çıkması 3 nedene dayandırılmaktadır:

- 1) “İnsani hatalar
- 2) Hasta güvenliğinin umursanmaması
- 3) Hasta güvenliğine yönelik istekli ve bilgi sahibi ancak önlemlere yeteri kadar uymayan kişi”.¹

İlaçlar ile yapılan hataların önlenmesi için kısa ve uzun dönem önlemler alınabilir.

¹ Ovalı, s. 39-40

a) “İlaç dağıtımı ile ilgili kısa vadede yapılabilecekler

1. Acil olmayan tüm ilaçlar için doz-dağılım sistemi uygulanmalıdır.
2. Tüm intravenöz ilaçların/karışımlar eczanede hazırlanmalıdır.
3. Konsantre solüsyonlar servislerden kaldırılmalıdır.
4. Yüksek riskli ilaçların kullanımı ve depolanması ile ilgili özel protokoller hazırlanmalıdır.
5. Yeni ilaçlar, nadir kullanılan ilaçlar, formüllerde olmayan ilaçlar hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
6. Eğitim sürekli olmalıdır.

b) İlaç dağıtımı ile ilgili uzun vadede yapılabilecekler

1. Bilgisayara dayalı ilaç order sistemi,
2. Elektronik ilaç kullanım sistemi,
3. İlaç barkod (bar coding) sistemi kurulmalı,
4. Servis temelli klinik eczacılar ile çalışılmalıdır.

Serviste bir tıbbi hata ile karşılaşıldığı zaman sorulması gereken sorular şunlardır:

- a) Ne oldu? (olay, zamanı, etkilenenler)
- b) Niçin oldu? (süreç nasıl işledi, hangi adımlar katkıda bulundu)
- c) İnsani faktörler neler?
- d) Ekipman faktörleri neler?
- e) Kontrol edilebilir çevre faktörleri neler?
- f) Kontrol edilemeyen çevre faktörleri neler?
- g) Herhangi başka bir faktör var mı?
- h) Diğer bölge ve hizmetler etkilendi mi?”¹

¹ Ovalı, s. 39-40

Hasta güvenliği kültürünün sağlıklı biçimde yürütülebilmesi için şu ilkelerin benimsenmesi oldukça önemlidir:

1. “Yüksek riskli ve hata yapılabilecek durumları saptamak,
2. Tıbbi hataları araştıran ve belirleyen bir ortam yaratmak,
3. Zamanında ve israfı önleyerek verimli sağlık hizmeti sunmak,
4. Bilgisayar programları, protokoller, kontrol listelerini yaygın olarak kullanarak sağlık personelinin belleklerine güvenerek karar vermelerinin önüne geçmek,
5. Hekimin gerekli bilgiye çabuk ve kolay ulaşmasını sağlamak,
6. Tedavileri bilgisayar destekli programlar aracılığı ile düzenlemek,
7. Bilgisayar destekli ilaç barkod sistemleri oluşturmak,
8. İntravenöz ilaç karışımlarını hasta başında değil, hastane eczanesinde hazırlamak,
9. Yüksek riskli ve nadir kullanılan ilaçlar ile ilgili özel protokoller hazırlamak,
10. Hastane eczanesinde 24 saat nöbetçi eczacı bulundurmak,
11. Tedavi işlemlerini mümkün olduğunca standart hale getirmek,
12. Cezanın ön planda olmadığı bir kültür oluşturmak,
13. Yüksek riskli durumlarda işbirliği ile ortak çözüm oluşturmak,
14. Yeni teknolojilerin içerdiği riskler konusunda halkı aydınlatmak, bu tür tedavi ve cerrahilerde hastanın bilgilendirilmiş onamını almak üzere hekimlere eğitim vermek,
15. Tıp alanındaki sorunları ortaya çıkarmak ve sağlık hizmetlerindeki kaynak yetersizliği konusunda kamuoyu oluşturmak,
16. Okullarda ve sosyal ortamlarda, genel sağlık eğitimi programları yapmak,
17. Tıp eğitiminin düzeyini yükseltmek,

18. Hekimler için, tıbbi hizmetlerin niteliğini artıracak programlar yapmak,
19. Bilgi ve becerisi yetersiz olan hekimler için uygun politikalar geliştirmek,
20. Halkı ve hükümetleri defansif tıp uygulamasının çeşitli yönleri konusunda uyarmak,
21. Halkı, tıbbi uygulamalar sırasında önceden tespit edilemeyen durumlar olabileceği ve bunların kötü uygulama olmadığı konusunda uyarmak,
22. Ulusal yasalarda, tıbbi zarar görmüş hastaların zararının karşılanabilmesi için herhangi bir engel olmaması,
23. Yasaların, tıbbi hataların zararlarının ödenmesi için yöntemleri ve zarar kanıtlandığında ödenmesi gereken miktarları belirlemesi.”¹

¹ Ovalı, s. 42-43

Tablo 4. Aktif Hatalar

Hatanın Gerçekleştiği Yer	Olasılık	Sonuç	Örnek
Hata, hasta ve bakım veren kişi arasında gerçekleşir.	Fark edilebilir.	Genellikle hastada beklenmedik ve hatanın şiddetine bağlı yaralanmalara sebep olur.	Eczacının yanlış ilaç dağıtması. Hemşirenin yanlış yoldan ilaç uygulaması. Doktorun yanlış bacağa ameliyat yapması.

Kaynak: Eroğlu, s. 17

Tablo 5. Latent Hatalar

Hatanın Gerçekleştiği Yer	Olasılık	Sonuç	Örnek
Hata belirgin değildir (sistemin yönetimine bağlıdır).	Nadiren fark edilebilir.	Yerel uyaranlara kadar hareketsizdir.	Uygulamada birbirine görüntü ve ses olarak benzer ilaçların ayrılmaması. Oral uygulamalar ve parenteral uygulamada kullanılan enjektörlerin ayrımının yapılmaması. Doğru taraf cerrahisi için işaretlemenin yapılmaması.

Kaynak: Eroğlu, s. 17

Hatalara neden olan savunma tabakalarındaki boşluklar aktif eksiklikler ve latent şartlar olmak üzere iki şekilde ortaya çıkmaktadır. Aktif eksiklikler hata ile doğrudan temas halinde olan kişilerden kaynaklanan, dikkatsizlikler, beceriksizlikler ve unutkanlıklardır. Aktif ve latent hataların oluşumu ile ilgili bazı örnekler, farklılıkların karşılaştırılmasını kolaylaştırmak için, hatanın gerçekleştiği yer, olasılık, sonuç ve örnek olarak tablolandırılarak verilmiştir.¹

¹ Eroğlu, s. 17

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA HASTA GÜVENLİĞİ ALGISININ BELİRLENMESİNE İLİŞKİN ARAŞTIRMA VE BULGULAR

1. ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ VE PERSONELİ HAKKINDA TEMEL BİLGİLER

1.1. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hakkında Temel Bilgiler

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi fiziki görünümü şu şekildedir: “Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile ilgili bilgilere bakıldığında, 904 yatak kapasiteli hastane 01.12.2007 yılında şu anki binasında hizmet vermeye başlamıştır. 20.08.2008 tarihinde Eğitim ve Araştırma Hastanesi adını almıştır. Toplam hastane arsası 122.609 m² alan üzerine kuruludur.”¹

“Antalya Devlet Hastanesinin (Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi) nüvesi 1918 yılında İtalyanlar tarafından atılmış olup, 1920 yılına kadar İtalyan Hastanesi adı altında hizmet vermiştir. 1920 yılında Mermerli Semtinin üst kısmında Dizdarzade Rıza Efendi'nin belediye reisliği zamanında Guraba Hastanesi adıyla ve 20 yatakla hizmetlerine devam etmiş, poliklinik hizmeti de hastanenin karşısında, tadil edilmiş bir evde verilmiştir. O zamanki şartlarda, hastanenin kadrolu bir doktoru ve hemşiresi olmadığından, sağlık hizmetleri belediye doktoru tarafından yürütülmekteydi. Bir kaç yıl sonra maddi imkânsızlık yüzünden kapanmakla karşı karşıya kalan hastane, belediyenin devreye girmesi ile

¹ Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi (AEAH), Arşiv Kayıtları, 2013

faaliyetlerine devam edebilmiştir.1925 yılında 1 başhekim, 3 doktor, 30 yatak kapasiteli Guraba Hastanesi, 1930 yılında Özel İdareye geçerek Memleket Hastanesi adını almıştır. Sadece dahiliye ve hariciye servisleri ile hizmet verebilen hastaneye, 1935 yılında Doğum ve Kadın Hastalıkları Servisi de eklenerek 1952 yılında yatak sayısı 90'a, 1968 yılında ise 200'e çıkarılmıştır.”¹

Hastanenin tarihsel süreç içerisinde gelişim kaydettiği görülmektedir. “1970’li yılların başında, yeni hastane projesine ağırlık verilmesi nedeniyle yenileme yapılamayan mevcut binanın, iyice yetersiz kaldığı görülerek kapsamlı bir tadilat ve yenileme hareketi başlatılmasına karar verilmiştir. Maddi imkân bir yardım derneği kurularak arttırılması için, Antalyalı hayırseverlerin desteği alınmıştır. Bu nedenle hastanenin onarımı ve donatımını amaç edinen Antalya Devlet Hastanesi Güçlendirme Derneği kurulmuştur. Yardımsever insanların görülmemiş bir içtenlikle sağladıkları kaynaklarla tıbbi alet ve cihaz eksikleri tamamlanmış, hastaneye ek kat yapılmış, yatak sayısı tekrar normal seviyesine getirilmiştir. 1985-2007 yılları arası hizmet veren Antalya Devlet Hastanesi binasının 1970 yılında 400 yatak kapasiteli olacak şekilde yapımına başlanmış ve 15 yıllık inşaat süresinden sonra 1985 yılı ortalarında hizmete girmiştir. Aynı bir binada hizmet veren 125 yataklı Doğum Evi ise, 1986 yılında kapatılarak Devlet Hastanesi bünyesine dâhil edilmiş, hastanenin kadrolu yatağı da 525 'e çıkarılmıştır. Yatak kapasitesinin hizmet verilen nüfus yoğunluğuna göre yetersiz kalması nedeniyle binaya yapılan ilavelerle, 1997 yılında kadrolu yatağı 600'e çıkarılmıştır. Bölge hastanesi konumunda hizmet vermiş olan

¹<http://www.aksaglik.org/hastaneler/antalya-egitim-ve-arastirma-hastanesi.html>, (15.06.2015)

Antalya Devlet Hastanesinin 2005 yılındaki fiili yatak sayısı ise 625 idi. Semt poliklinikleri ile de poliklinik hizmetleri yaygınlaştırılmıştır.”¹

Antalya İli ile birlikte kamu hastanelerinin profili, fiziksel yapısı da gelişme göstermiştir. “Antalya’nın hızlı büyümesi ve bölge hastanesi olması nedeni ile talep artmıştır. Artan talebi karşılayabilmek için; geleceğin koşullarına uygun olarak, modern tıp hizmetinin verilebileceği hasta konforunun düşünüldüğü, modern hastane mimarisinin örneklerinden biri sayılabilecek Yeni Hastane binası, Kasım 2007 tarihinde hizmet vermeye başlamıştır. Aşır Aksu Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile birlikte toplam 892 yatak kapasitesi olan hastane Antalya’ya yaraşır bir sağlık hizmeti vermektedir. Zamanın şartlarına göre sürekli yenilenen ve gelişen hastanenin, hem hizmet alanı genişlemiş hem de ilde yaşayan insanların sağlık ihtiyacına cevap verme potansiyeli artmış, günümüzde 2014 yılı itibariyle 54’ü yoğun bakım olmak üzere 904 yatak kapasitesi ile Antalya ve çevre illere hizmet veren bir hastanedir.”²

1.2. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Personeli Hakkında Temel Bilgiler

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde, “2181 devlet memuru, 969 şirket elemanı olmak üzere 3150 kişiyle hizmet vermektedir. 1402

¹, <http://www.aksaglik.org/hastaneler/antalya-egitim-ve-arastirma-hastanesi.html>, (15.06.2015)

², <http://www.aksaglik.org/hastaneler/antalya-egitim-ve-arastirma-hastanesi.html>, (15.06.2015)

yardımcı sağlık personeli, 152 idari personel, 622 doktor görev yapmaktadır.”¹

2. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE Kİ KARE TESTİ SONUÇLARI

2.1. Hemşire ve Hekimlerin Demografik Özellikleri

Tablo 6. Hemşire ve Hekimlerin Demografik Özellikleri

	Hemşire(n=108)		Hekim(n=69)	
Cinsiyet	N	%	N	%
Kadın	101	93,5	30	43,5
Erkek	7	6,5	39	56,5
Yaş grubu	N	%	N	%
20-29 yaş	22	20,4	14	20,3
30-39 yaş	61	56,5	29	42,0
40-49 yaş	23	21,3	21	30,4
50 ve üzeri	2	1,9	5	7,2
Öğrenim düzeyi	N	%	N	%
Lise	14	13,0	0	0
Önlisans	60	55,6	0	0
Lisans	29	26,9	12	17,4
Lisasüstü	5	4,6	69	82,6
Medeni durum	N	%	N	%
Evli	82	75,9	49	71,0
Bekâr	26	24,1	20	29,0

¹ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Arşiv Kayıtları, 2015

sonuçsuz kalmasını beraberinde getirecektir. O halde çalışma saatlerinin optimum şekilde düzenlenmesi de hasta güvenliği ile ilişkilidir.

2.3. Ki kare Testi Sonucunda Elde Edilen Bulgular

2.3.1. Hemşire ve Hekimlerin Tıbbi Hata İle İlgili Düşüncelerine İlişkin Bulgular

Tablo 8. Hemşire ve Hekimlerin Tıbbi Hata İle İlgili Düşünceleri

	Hemşire (n=108)		Hekim (n=69)		
Hataların sorumlusu	N	%	N	%	P
Kişiler	32	29,9	9	13,0	0,001
Kurumlar	20	18,5	5	7,2	
Her ikisi	53	49,1	48	69,6	
Diğer	3	2,8	7	10,1	
Tıbbi hataları en sık yapan meslek grubu	N	%	N	%	P
Hekimler	56	51,9	25	36,2	0,126
Hemşireler	22	20,4	19	27,5	
Diğer	30	27,8	25	36,2	
Hataları önlemede hastaların sorumluluğu	N	%	N	%	P
Var	69	63,9	63	91,3	0,000
Yok	26	24,1	6	8,7	
Bilmiyorum	13	12,0	0	0	

Hemşirelerin önemli bir kısmı kadınlardan oluşmaktadır. Bu durumun ülkemizde kadınların hemşirelik mesleğine olan ilgisi ve hemşirelik okullarına giren kadın sayısının fazla olması ile ilgili olduğu ifade edilebilir. Öte yandan son yıllarda erkek hemşire sayısında günden güne bir artışın olduğu da söylenebilir.

Katılımcılar arasında hekimlerin cinsiyet ayrımına bakıldığında hemen hemen yarı yarıya kadın erkek dağılımının dengelendiği görülmektedir. Her iki katılımcıdan birinin kadın olduğunu ifade etmek mümkündür. Bu denge örneklemin sıhhati açısından da önemlidir.

Yaş grubuna bakıldığında ise hem hemşireler hem de hekimler açısından orta yaş grubunun yüksek oranda olduğu görülmektedir. Bununla birlikte her iki meslek grubu için de personelin deneyimli olduğu ifade edilebilir. Bu bakımdan hasta güvenliği konusunda nitelikli veri elde edebilmek için bilgili ve deneyimli çalışanlardan görüş almış olmak son derece önemlidir.

Öğrenim düzeyi hemşireler bakımından önlisans düzeyinde yoğunlaşırken bu durum hekimlerde yerini lisans ve lisansüst eğitim düzeyine bırakmaktadır. Hemşirelerde önlisans düzeyinin yüksek orana sahip olması göreve başlayabilmek için yeterli eğitim düzeyinin önlisans mezunu olma şartı ile bağlantılıdır. Bu veriler katılımcıların eğitim düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Hasta güvenliği açısından bilgili ve donanımlı personelin sağlık kurumunda çalışıyor olması oldukça önemlidir. Çünkü hasta güvenliği uygulamalarının bütün bir ekip tarafından benimsenmesi, güvenlik kültürünün yerleştirilmesi bilgili ve donanımlı

personelin kurum genelinde istihdam ediliyor olması ile bağlantılıdır. Kurumda çalışan bazı personelin son derece iyi eğitilmiş ve insan kaynakları açısından istenen seviyede olmasına karşın bir kısım personelin düşük eğitim düzeyine sahip olması kurumda hasta güvenliği çalışmalarının standardize edilmesini güçleştirecek ve güvenlik kültürünün yerleşmesinin önüne geçecektir.

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında her iki meslek grubu açısından da evli katılımcıların oranının fazla olduğu görülmektedir. Hemen her dört katılımcıdan üçünün evli olduğu tespiti yapılabilir.

2.2. Hemşire ve Hekimlerin Mesleki Özellikleri

Tablo 7. Hemşire ve Hekimlerin Mesleki Özellikleri

	HEMŞİRE (n=108)		HEKİM (n=69)	
Çalıştığı birim	N	%	N	%
Dâhili birim	50	46,3	29	42,0
Cerrahi birim	28	25,9	28	40,6
Acil	7	6,5	5	7,2
Ameliyathane	23	21,3	7	10,1
Çalışma yılı	N	%	N	%
1-5 yıl	18	16,7	17	24,6
6-10 yıl	19	17,6	12	17,4
11-15 yıl	24	22,2	14	20,3
16 yıl ve üzeri	47	43,5	26	37,7
Haftalık çalışma saati	N	%	N	%
40-50 saat	74	68,5	43	62,3
51-61 saat	16	14,8	18	26,1
62-72 saat	18	16,7	3	4,3
73 saat ve üzeri	0	0	5	7,2

Katılımcıların çalıştıkları birimlere bakıldığında hemşirelerde ve hekimlerde dâhili birimlerde çalışma oranının fazla olduğu tespit edilmiştir. Cerrahi birimlerde çalışma oranının bu sırayı takip ettiği görülmektedir. Personelin önemli bir kısmının da ameliyathanelerde çalıştığı görülmektedir. Özellikle cerrahi, acil ve ameliyathane birimleri tıbbi

hataların sıklıkla görülebileceği, hata riskinin fazla olduğu birimlerdir. Bu birimlerde çalışanların hasta güvenliği hususunda ayrıca mesleki eğitimlerinin programlanması ve sürekli biçimde hasta güvenliğine yönelik eğitimlere tabi olmaları önemlidir.

Çalışma yıllarına ilişkin verilere bakıldığında hemşirelerde 11 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olanların oranının yüksek olduğu görülmektedir. Hekimlerde ise yeni işe başlamış hekimler ile 11 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip hekimlerin yüksek oranda olduğu görülmektedir. Mesleki deneyim de hasta güvenliği uygulamaları bakımından son derece önemlidir. Mesleğe yeni başlamış bir çalışanın tıbbi hatalar karşısındaki tutumu deneyim sahibi bir sağlık çalışanının tutumu ile aynı olmayacaktır. Bu noktada deneyimli çalışanların hasta güvenliği ile ilgili mesleki bilgi ile donatılmaları sağlık kurumlarının hasta güvenliği ile ilgili uygulamalardaki başarısını artıracaktır. Özellikle tıbbi hataların önlenmesi açısından yapılacak çalışmalarda sorumluluk üstlenebilecek personele fazlaca ihtiyaç duyulmaktadır.

Haftalık çalışma saati açısından 40-50 saat aralığında yüksek oranda çalıştıkları, 51-61 ve 62-72 saat aralığında da çalışan hemşirelerin olduğu görülebilir. Hekimlerde ise bu oranlar 40-50 saat aralığında toplanmış olup bir diğer önemli orana sahip 51-61 saat aralığında çalışan hekimlerin dışında daha fazla sürede haftalık çalışmaya sahip hekim sayısı son derece azdır. Çalışma saatlerinin fazlalığı, yapılacak tıbbi hataların da artmasına neden olacaktır. Bu bakımdan çalışanların yorgunluk, uykusuzluk gibi durumlarda çalıştırılmaları hasta güvenliğine ilişkin alınacak tedbirlerin

Hastalar tıbbi hatalardan kendilerini koruyabilir mi?	N	%	N	%	P
Büyük oranda koruyabilir	23	21,3	14	20,3	0,127
Kısmen koruyabilir	64	59,3	49	71,0	
Koruyamaz	21	19,4	6	8,7	
Tıbbi hatalarla ilgili duyum alma sıklığı	N	%	N	%	P
Hiç duymadım	7	6,5	5	7,2	0,275
Nadiren	61	56,5	32	46,4	
Ara sıra	35	32,4	31	44,9	
Çok sık	5	4,6	1	1,4	
Hatalardan korunmada bilgi ve farkındalığına güvenme durumu	N	%	N	%	P
Çok	66	66,1	33	47,8	0,106
Biraz	41	38,0	33	47,8	
Hiç	1	0,9	3	4,3	

Hemşire ve hekimlerin tıbbi hata ile ilgili düşüncelerine bakıldığında hemşireler hataların sorulusu olarak hem kişileri hem de kurumları sorumlu görmektedirler. Hekimlerde ise hataların hem kişilerden hem de kurumlardan kaynaklandığına ilişkin düşünce daha fazladır. Oysaki hasta güvenliği bütüncül bir şekilde ele alınmalıdır. Hasta, kurum ve çalışan boyutu birlikte değerlendirilmelidir. Bu konuda verilecek olan mesleki eğitimler hasta bilinçlendirme çalışmaları ve kurumların teknik

kapasitelerinin artırılması ile desteklenmelidir. Yoksa sadece çalışanların bu sürecin sorumlusu olduğuna ilişkin bir görüş olumsuz sonuçlar verecektir.

Tıbbi hataları en çok yapan meslek grubunun hangisi olduğuna ilişkin olarak hemşireler bu hataların hekimler tarafından daha çok yapıldığını düşünmektedirler. Hekimler ise hataların hemşireler, hekimler ve diğer kişiler tarafından yapılabildiğini düşünmektedirler. Buna ilişkin oranlar birbirine oldukça yakındır. Hasta güvenliğine yönelik uygulamalarda hem hekimlerin hem de hemşirelerin üstlendikleri rol ve sorumluluklar ile bağlantılı olarak farklı derecelerde tıbbi hata olasılıkları ortaya çıkmaktadır. Elbette kendi mesleki yaşamlarına ilişkin sübjektif değerlendirmeler yapan çalışanlar hataların sorumluluğu veya hataların sıklığı bakımından farklı algılar taşıyabilmektedirler. Ancak bu noktada çalışanların bilinçli bir şekilde, yönetimden çekinmeden ve yapılan hataların objektif biçimde raporlanması ve üst yönetime bildirilmesi halinde sistemin daha sağlıklı işlemesini sağlayabilecekleri konusunda bilinçlendirilmeleri gerekmektedir.

Hemşireler, hataları önlemede hastaların sorumluluğu olduğunu yüksek oranda düşünmekle birlikte hastaların sorumlu olmadığını da düşünmektedirler. Fakat, hekimlerde bu oranlar yerini neredeyse tamamen hataları önlemede hasta sorumluluğunun olduğu yönünde düşünmeye bırakmaktadır. Hastanın ve hasta yakınlarının hataların önlenmesinde etkili oldukları bilinmektedir. Doğru bilgilendirme, doğru tanı konulabilmesi, doğru ilaç tedavisi vb. gibi hususlarda yaşanan sorunlar hastanın ve yakınlarının hekimlerin ve hemşirelerin hata risklerini artırmaktadır. Öte yandan hekim ve hemşireden kaynaklanacak bir hatanın önüne geçebilme

de bilinçli hasta ve hasta yakınlarının tutumları ile de ilişkilidir. Yanlış teşhis konulması, yanlış tedavi ve yanlış ilaç uygulamaları bilinçli hasta ve hasta yakınları tarafından düzeltici yönde müdahalelerle aşılabılır.

Hastaların kendilerini tıbbi hatalardan koruyabilme ihtimallerine ilişkin olarak hemşireler de hekimler de kısmen hastaların kendilerini koruyabileceklerini düşünmektedirler. Ama öte yandan her iki meslek grubu için de hastaların kendilerini tıbbi hatalardan koruyabileceklerine ilişkin düşüncenin oranının önemli bir yüzdeye sahip olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Bu noktada herkes kendisini korur düşüncesiyle değil, herhangi bir aksiliğe mahal bırakmayacak derece tedbirli, hasta güvenliğine ilişkin kuralların yerine getirildiğinden emin olunarak işlem yapılmalıdır. Aktörlerin birbirlerine güvenerek hareket etmeleri önemlidir. Ancak bu güven hasta güvenliğine ilişkin gerekli ilkelerin uygulanmasının, standartların dışına çıkılmasının aracı olmamalı, esnekliğe mahal verilmemelidir.

Tıbbi hatalarla ilgili duyum alma sıklığı hemşireler ve hekimler açısından nadiren ve ara sıra şeklinde ifade edilmektedir. Çalıştıkları ortamda işittikleri olayları değerlendirerek yanıtladıkları bu soruya çok sık duyum alırım diyenlerin oranının hemşireler arasında yüksek olması dikkat çekicidir. Nadiren ve ara sıra seçeneklerinin yüzdelerinin yüksek olması olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir. Ancak hasta güvenliği uygulamaları kalite ile iç içedir. Bu bakımdan sıfır hatanın gözetilmesi, hata ihtimallerinin öngörülebilir biçimde mesleki eğitimlerle çalışanlara kazandırılması tıbbi hatalara ilişkin durumların hiçbir şekilde kurumda ortaya çıkmamasının da aracıdır.

Hatalardan korunmada bilgi ve farkındalığa güvenme konusunda hemşirelerin daha çok güven duydukları tespit edilmiştir. Hekimlerde buna ilişkin oran biraz daha düşmektedir. Hekimlerde bu oranların dengeli şekilde dağılım gösterdiği görülebilir. Bilgi ve farkındalık hasta güvenliği uygulamalarının sağlıklı biçimde sürdürülebilmesi için son derece önemlidir. Bu noktada hemşireler servislerde gözlemledikleri durumlarla ve hasta ile daha uzun saatler bir arada olmanın getirdiği avantajla birlikte yorumladıklarında bilginin ve farkındalığın hem hasta hem de çalışanlar açısından önemli olduğunu net biçimde ifade etmektedirler.

2.3.2. Hemşire ve Hekimlerin Tıbbi Hataya Tanık Olma Durumuna İlişkin Bulgular

Tablo 9. Hemşire ve Hekimlerin Tıbbi Hataya Tanık Olma Durumu

	Hemşire (n=108)		Hekim (n=69)		
	N	%	N	%	P
Tanık oldum	72	66,7	41	59,7	0,458
Tanık olmadım	34	31,5	25	36,2	
Bilmiyorum	2	1,9	3	1,7	

Hemşire ve hekimlerin tıbbi hataya tanık olma durumlarına bakıldığında her iki meslek grubu için de yüksek oranda tıbbi hataya tanık olunduğuna ilişkin oranların yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların çalıştıkları birimlere ilişkin profil dikkate alındığında cerrahi, acil ve

ameliyathane birimlerinde çalışanların tıbbi hatalarla karşılaşma, bunlara tanık olma ihtimalleri son derece yüksektir.

Hasta güvenliği uygulamaları bakımından özellikle insan hayatının doğrudan etkilendiği birimlerin hasta güvenliği ile ilgili hususlarda özel olarak eğitime tabi tutulmaları, bu birimlerde kullanılan teknolojinin yenilenmesi, birimlerin kendilerine has koşullarının göz önünde bulundurularak önleyici tedbirlerin alınması, raporlamaların sıkı biçimde uygulanması, hasta enfeksiyonları hususunda bu birimler başta olmak üzere hasta güvenliği uygulamalarının yürütülmesi önemlidir.

2.3.3. Hemşire ve Hekimlerin Çalışma Yılı İle Hataya Tanık Olma Durumu İlişkisi ile İlgili Bulgular

Tablo 10. Hemşire ve Hekimlerin Çalışma Yılı İle Hataya Tanık Olma Durumu İlişkisi

	Evet		Hayır		Bilmiyorum		
Çalışma yılı	N	%	N	%	N	%	P
1-5 yıl	14	40,0	19	54,3	2	5,7	0,004
6-10 yıl	23	74,2	8	25,8	0	0	
11-15 yıl	31	81,6	5	13,2	2	5,3	
16 yıl ve üzeri	45	61,6	27	37,0	1	1,4	

Hemşire ve hekimlerde çalışma yılı ve hataya tanık olma durumuna ilişkin bağlantı test edildiğinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yani bir diğer deyişle çalışma yılı ile hataya tanık olma arasında anlamlı bir ilişki

söz konusudur. Hemşirelerde çalışma yılı arttıkça hataya tanık olma oranının da yükseldiği ifade edilebilir. Anlamlı farklılığın da bu gruptan kaynaklandığı tahmin edilebilir.

Hasta güvenliği çalışmalarında çalışma yılı arttıkça hataya tanık olma sıklığının azaltılması esas olmalıdır. Süreklilik kazandırılmış hasta güvenliği çalışmaları yıldan yıla iyileştirmelerin yapılması ile hata sıklığının azaltılmasını sağlayacaktır. Bu durumda da hataya tanık olma sıklığı da kendiliğinden azalacaktır. Ancak mevcut durumda hataya tanık olma meslek yılı ilerledikçe fazlalaşmaktadır. Bu durumun tersine çevrilmesi, yeni ve eski çalışanlar açısından hataya tanık olmanın sıfıra çekilmesi gerekmektedir.

2.3.4. Hemşire ve Hekimlerin Göre Tıbbi Hata Sebeplerine İlişkin Bulgular

Tablo 11. Hemşire ve Hekimlere Göre Tıbbi Hata Sebepleri

	Hemşire n=108		Hekim n=69		
	N	%	N	%	P
Hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması	84	77,8	37	53,6	0,001
Uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres	19	17,6	21	30,4	
İletişim bozuklukları	1	0,9	10	14,5	
Ekip çalışmasının olmaması	2	0,9	1	1,4	
Sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olması	1	0,9	0	0	
Doktorların el yazılarının okunaklı olmaması	1	0,9	0	0	

Tıbbi hata sebeplerine ilişkin olarak hemşireler tıbbi hatalara birincil faktör olarak hemşire sayısının yetersizliğini göstermişlerdir. Benzer şekilde hekimler de hemşire sayısının yetersizliğini ana sebep olarak göstermektedirler. Bir başka önemli faktör olarak uzun çalışma saatleri nedeniyle yaşanan yorgunluk ve stres görülmektedir. Hekimler için de bu sebep ikincil önemdedir. Bir başka dikkat çeken nokta ise hekimlerin tıbbi hata sebebi olarak iletişim bozukluklarını sebep olarak görmeleridir.

2.3.5. Hemşire ve Hekimlerin Göre Tıbbi Hata Durumunda Tutumlara İlişkin Bulgular

Tablo 12. Hemşire ve Hekimlere Göre Tıbbi Hata Durumunda Tutum

	Hemşire		Hekim		P
	N	%	N	%	
Sağlık çalışanları yapılan hatayı hastaya açıklamalıdır	38	35,2	32	46,4	0,361
Birim sorumlusu/doktora haber verilmeli	53	49,1	29	42	
Hasta haklarına yönlendirilir	1	0,9	0	0	
Olay raporlanarak hasta- çalışan ekibine haber verilir	15	13,9	6	8,7	
Diğer	1	0,9	2	2,9	

Tıbbi hatanın gerçekleşmesi halinde hemşire ve hekimlerin böyle bir durumda gösterilecek tutuma ilişkin düşüncüleri ile ilgili olarak hemşirelerin öncelikle birim sorumlusu/hekime haber verilmesi gerektiğini düşündükleri tespit edilmiştir. Hekimler ise öncelikle sağlık çalışanlarının yapılan hatanın hastaya açıklanması gerektiğini düşünmektedirler. Olayın raporlanması ve ilgili ekibe haber verilmesi üçüncül önemdedir. Öte yandan başka bir dikkat çeken nokta tıbbi hatanın gerçekleşmesi durumunda hastanın hasta haklarına yönlendirilmesi gibi bir tutumun görülmemesidir. Oysa ki, tıbbi hata ve benzeri bir durumda hastanın ve hatta yakınlarının sahip oldukları haklara ilişkin süreci sağlıklı biçimde yönetebilmek için sağlık kurumlarında oluşturulmuş hasta haklarına yönlendirilmeleri son derece önemlidir.

2.3.6. Hemşire ve Hekimlerin Göre Hata Türü Durumuna İlişkin Bulgular

Tablo 13. Hemşire ve Hekimlere Göre Hata Türü Durumu

	Hemşire(n=108)		Hekim(n=69)		
	N	%	N	%	P
İlaç hatası	40	24,1	33	47,8	0,007
Kimlik hatası	40	37,0	28	40,6	
Hastane enfeksiyonları	14	13,0	0	0	
Kan transfüzyonları	2	1,9	1	1,4	
İletişim hataları	7	6,5	3	4,3	
Cerrahi güvenlik	2	1,9	1	1,4	
Eksik ekipman	2	1,9	0	0	
Düşme	3	2,8	0	0	
Bakım ve tedavinin gecikmesi	3	2,8	0	0	

Tıbbi hataların hemşire ve hekimlere göre türleri de farklılık gösterebilmektedir. Hemşirelerde sırasıyla kimlik hatası, ilaç hatası, hastane enfeksiyonları, iletişim hataları yoğun biçimde görülürken hekimlerde bu sıralama ilaç hatası, kimlik hatası ve iletişim hatası olarak sıralanmaktadır.

Hasta memnuniyetinin artırılması açısından da önemli olan bu hata türleri aynı zamanda hasta hakları da ilişkilidir. Hastanın bu hataların her birine ilişkin bir hak talebinde bulunabilmesi mümkündür.

2.3.7. Hemşire ve Hekimlerin Göre Tıbbi Hatanın Sonuca Etki Durumuna İlişkin Bulgular

Tablo 14. Hemşire ve Hekimlere Göre Tıbbi Hatanın Sonuca Etki Durumu

	Hemşire(n=108)		Hekim(n=69)		
	N	%	N	%	P
Hastaya zarar vermeden önlendi	42	38,9	34	43,5	0,004
Hastanın izlem ihtiyacı arttı	24	22,2	5	7,2	
İlave tetkik istendi	1	0,9	0	0	
İlave tedavi düzenlendi	4	3,7	0	0	
Yatış süresi uzadı	4	3,7	0	0	
Yoğun bakıma sevk edildi	3	2,8	0	0	
Diğer	30	27,8	34	49,3	

Hemşire ve hekimlerin tıbbi hatanın sonucuna etki durumlarına ilişkin görünüme bakıldığında hemşireler, hastaya zarar vermeden hatanın önlendiğini ifade etmişlerdir. Öte yandan hastanın izlem ihtiyacının arttığı ifade edilmiştir. Hekimler açısından ise yapılan tıbbi hataların sonucunda genel anlamda hastaya zarar vermeden hatanın giderildiği ifade edilmiştir. Daha az oranda ise hastanın izlem ihtiyacının arttığı ifade edilmiştir.

2.3.8. Hemşire ve Hekimlerin Tıbbi Hataları Önlemek İçin Önerilen Davranışları “Önleyebilir” Bulma Oranlarına İlişkin Bulgular

Tablo 15. Hemşire ve Hekimlerin Tıbbi Hataları Önlemek İçin Önerilen Davranışları “Önleyebilir” Bulma Oranları (%)

	Hemşire(n=108)		Hekim(n=69)		
	N	%	N	%	P
Hastanın kullandığı bütün ilaçlardan (reçeteli veya reçetesiz) doktorun haberdar olması	57	73,1	21	26,9	0,006
Hastanın ilaç alerjisini doktorunun bilmesi	70	72,2	27	27,8	0,001
Yazılan reçetelerin okunaklı olması	58	75,3	19	24,7	0,002
Eczaneden ilaç alırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması	69	81,2	16	18,8	0,000
Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması	70	80,5	17	19,5	0,000
İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi	61	76,3	19	23,8	0,001
İlaçların yan etkileri konusundaki bilginin yazılı verilmesi	45	77,6	13	22,4	0,007
Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi	20	74,1	7	25,9	0,310
Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinin ellerini yıkamasını	23	62,2	14	37,8	0,858

istememesi					
Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi	48	75,0	16	25,0	0,016
Cerrahın, ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi	53	75,7	17	24,3	0,003
Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması	48	77,4	14	22,6	0,002
Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi	47	78,3	13	21,7	0,003
Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri bilmesi	48	75,0	16	25,0	0,009
Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının bulunması	27	81,8	6	18,2	0,015
Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması	35	72,9	13	27,1	0,123
Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi	36	76,6	11	23,4	0,025
Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması	42	76,3	13	23,7	0,019

Tıbbi hataların önlenmesi için önerilen davranışları “önleyebilir” bulma ile ilgili olarak, hastanın ilaç alerjisini hekimin bilmesi, yazılan reçetelerin okunaklı olması, eczaneden ilaç alırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması, reçete yazılırken ve eczaneden

alınırken verilen bilginin anlaşılır olması, ilaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi, cerrahın ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi, tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması, hastanın kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi anlamlılık taşıyan öneriler arasında yer almaktadır.

Önleyebilir bulmaya ilişkin davranışların hemşire ve hekimler tarafından gücünün tespit edilmesi kadar uluslararası bir takım standartların gerekliliklerinin de yerine getirilmesi önemlidir. Elbette her bir sağlık kurumunun kendine has koşulları göz önünde bulundurulmalıdır. Ancak gerekli standartların oturtulması için çalışanların bu süreci ve davranış biçimlerini meslek yaşamlarına geçirmeleri, bunları istisnasız uygulamalarının sağlanması gerekmektedir.

2.3.9. Hemşire ve Hekimlerin Tıbbi Hataları Önlemek İçin Önerilen Davranışları “Uygulanabilir ” Bulma Oranlarına İlişkin Bulgular

Tablo 16. Hemşire ve Hekimlerin tıbbi hataları önlemek için önerilen davranışları “uygulanabilir ” bulma oranları (%)

	Hemşire (n=108)		Hekim (n=69)		P
	N	%	N	%	
Hastanın kullandığı bütün ilaçlardan (reçeteli veya reçetesiz) doktorun haberdar olması	98	60,1	65	39,9	0,405
Hastanın ilaç alerjisini doktorunun bilmesi	103	60,9	66	39,1	0,930
Yazılan reçetelerin okunaklı olması	100	60,6	65	39,4	0,678
Eczaneden ilaç alırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması	98	59,8	66	40,2	0,222
Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması	98	60,1	65	39,9	0,517
İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi	98	59,0	68	41,0	0,003
İlaçların yan etkileri konusundaki bilginin yazılı verilmesi	86	61,0	55	39,0	0,990
Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi	61	51,7	57	48,7	0,000
Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek	85	59,9	57	40,1	0,525

sağlık personelinin ellerini yıkamasını istemesi					
Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi	98	60,5	64	39,5	0,639
Cerrahin, ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi	94	61,8	58	38,2	0,579
Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin sorulması	94	61,4	59	38,6	0,772
Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi	98	61,3	62	38,7	0,845
Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri bilmesi	92	61,3	58	38,7	0,839
Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının bulunması	82	60,3	54	39,7	0,720
Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması	82	59,9	55	40,1	0,557
Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi	96	61,9	59	38,1	0,506
Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması	99	60,7	64	39,3	0,794

Tıbbi hataların önlenmesi ile ilgili olarak bir takım davranışların uygulanması hataların ortaya çıkmasını önlemede oldukça fayda sağlamaktadır. Bunlar arasında ilaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi ve seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi anlamlı farklılık taşıyan ve hem hemşireler hem de hekimler tarafından önemli görülen uygulamalar olarak tespit edilmiştir.

2.3.10. Hemşire ve Hekimlerin Hastanede Hasta Güvenliği İle İlgili Bazı Uygulamaları Yeterli Bulma Oranlarına İlişkin Bulgular

Tablo 17. Hemşire ve Hekimlerin Hastanede Hasta Güvenliği İle İlgili Bazı Uygulamaları Yeterli Bulma Oranları (%)

	Hemşire (n=108)		Hekim (n=69)		P
	N	%	Sayı	N	
Hastanın servise oryantasyonunun (odasının tanıtılması, hekim-hemşire ile tanıştırma, yangın çıkışı gösterilmesi vb.) sağlanması	49	69,0	22	31,0	0,308
Yapılan uygulamalarda asepti ve sterilizasyon koşullarına uyulması	73	67,6	35	32,4	0,003
İlaç hazırlama ve uygulamaları için yazılı prosedürlerin olması	72	65,5	38	34,5	0,331
Kan ve kan ürünlerinin yazılı prosedürlere uygun verilmesi	90	65,7	47	34,3	0,015

Hastanın ilaç ve diğer alerjilerinin ilgili kişilere bildirilmesi, dikkat çekecek şekilde kaydedilmesi	76	67,9	36	32,1	0,004
Narkotik ve sedatif ilaçların güvenli şekilde saklanması	90	65,7	47	34,3	0,079
Hasta transferlerinin hemşire refakatinde yapılması	85	72,6	32	27,4	0,000
Kesici ve delici maddelerin uygun şekilde toplanması	86	67,7	41	32,3	0,020
Yangın çıkışlarının açık tutulması	74	63,8	42	36,2	0,360
İşe yeni başlayanların oryantasyonlarının yapılması (tüm hastane bölümlerinin, kendi bölümünün tanıtımı vb)	58	67,4	28	32,6	0,136
Hastanın özel eşyalarının emniyete alınması	56	70,9	23	29,1	0,009
Hizmet içi eğitim programlarının yapılması	61	71,8	24	28,2	0,017
Hastanın düşme ve yaralanması konusunda önlemlerin alınması	62	72,1	24	27,9	0,010
Bası yarası oluşma riskinin tespiti ve gerekli önlemlerin alınması	57	74,0	20	26,0	0,004
Çalışanların kendilerini kan ve vücut sıvılarından koruyabilmeleri	46	65,7	24	34,3	0,594
Taburcu olacak hastaya eğitim verilmesi	49	65,3	26	34,7	0,555
Yapılan tüm uygulamaların kaydedilmesi	76	76,0	24	24,0	0,000
Sözel direktif alma/verme kriterlerinin yazılı olarak belirlenmesi	50	68,5	23	31,5	0,249

Hastaya yapılan tüm uygulamalar hakkında açıklayıcı bilgi verilmesi	53	69,7	23	30,3	0,044
Hastanın kimliğini doğrulamada doğru yöntemlerin kullanılması (kimlik bileziği vb.)	83	66,9	41	33,1	0,018
Tıbbi cihazların kalibrasyonunun düzenli aralıklarla yapılması	81	73,0	30	27,0	0,000

Hemşire ve hekimlerin tıbbi hataların önlenmesi ile ilgili olarak hastanelerdeki uygulamaları yeterli bulma oranlarına bakıldığında, yapılan uygulamalarda asepsi ve sterilizasyon koşullarına uyulması, hastanın ilaç ve diğer alerjilerinin ilgili kişilere bildirilmesi, dikkat çekecek şekilde kaydedilmesi, hasta transferlerinin hemşire refakatinde yapılması, bası yarası oluşma riskinin tespiti ve gerekli önlemlerin alınması, yapılan tüm uygulamaların kaydedilmesi, tıbbi cihazların kalibrasyonunun düzenli aralıklarla yapılması anlamlılık taşıyan uygulamalar olarak tespit edilmiştir.

SONUÇ

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması, sağlık kurumlarında hasta güvenliği alanında yapılacak çalışmalar için hem bir referans hem de önemli bir sonuç olarak ele alınabilir. Keza sağlık çalışanlarının istisnasız biçimde hasta güvenliği çalışmalarını benimsemeleri ve özümseyerek çalışmalarında uygulamaları son derece önemlidir. Sağlık kurumlarındaki üst düzey yöneticilerin hasta güvenliğine ilişkin hata bildirimlerinin yapılması konusunda teşvik edici olmalıdırlar. Aksi halde hasta güvenliği kültürünün yerleşmesi mümkün olmayacaktır.

Hasta güvenliği çalışmalarının, sağlık sektöründe kaliteli hizmet sunmanın gerekleri örtüştürülerek sağlık çalışanlarının tümünü kapsar biçimde uygulanması önemlidir. Sağlık personeline hasta güvenliği hususunda mesleki eğitimler düzenlenmelidir. Hekim ve hemşirelerin bu süreçte aktif rol almaları sağlanmalıdır. Sağlık kurumlarının bunu bir politika maddesi haline getirmeleri sağlanmalıdır. Kalite politikaları ile uyumlu olarak sıfır hata ilkesi gereğinde hasta güvenliği çalışmaları sıkılaştırılmalıdır. Sağlık kurumlarında hasta güvenliği bir kültür haline getirilmeli, örgüt ikliminin bir unsuru olarak benimsenmelidir.

i. “Hemşireler ve hekimler hatanın sorumlusu olarak hem kişi hem de kurumu göstermektedirler.”

Hatanın sorumlusu olarak kişi ve kurumların sorumlu olarak gösterilmesine ilişkin oranların yüksek olduğu görülmektedir. Ancak bu

durum sağlık kurumlarında kalite uygulamalarının ne kadar gerekli olduğunu ortaya koymaktadır.

ii. “Hemşire ve hekimler tıbbi hatayı önlemede hastanın sorumlu olduğunu düşünmektedirler.”

Tıbbi hataların önlenmesinde elbette hasta sorumluluğu da ciddi öneme sahiptir. Fakat bu konuda yine sağlık hizmetleri alanında yapılacak kapsamlı bilinçlendirme çalışmalarına gereksinim vardır. Hasta güvenliği hususunda hastanın da bilinçli ve kontrollü hareket etmesi, haklarına tam olarak vakıf olması, sorumluluklarını yerine getirmesi gerekmektedir.

iii. “Çalışma yılı arttıkça tıbbi hataya tanık olma oranı yükselmektedir.”

Çalışma yılı veya bir başka değişle iş tecrübesi arttıkça tıbbi hatalara rastlama oranı yükselmektedir. Bu durum elbette sağlık çalışanlarının mesleki anlamda yaşadıkları tecrübelerle doğrudan ilgilidir. Fakat burada özellikle kalite temelinde gerçekleştirilmesi beklenen hedef, uzun süre çalışan sağlık personelinin tıbbi hataların artışına değil azalışına tanıklık etmiş olmasıdır. Bunun gerçekleştirilmesi önemli ölçüde hasta güvenliği konusunda başarının da bir ifade olacaktır.

iv. “Tıbbi hata sebepleri ile hemşire ve hekimler arasında görüş farklılığı vardır.”

Tıbbi hata sebepleri açısından hemşire ve hekim arasındaki görüş farklılıkları olması normaldir. Bu hususta hemşirelerin özellikle hekim ve ilaç konusunda hatalara dikkat çektikleri, hekimlerin de hastanın sorumluluğu konusunda görüş ayrılığı taşıdıkları görülmektedir.

v. “Tıbbi hata türlerinden en çok ilaç hatası ve kimlik hatası yapılmaktadır.”

Özellikle hasta sorumluluğunu vurgulayan bu husus, ilaç ve kimlik bilgileri konusunda hem hastanın hem de sağlık kurumlarının sorumluluğunun olduğu anlamına gelmektedir. Bilhassa sağlık kurumlarının sorumluluğu burada daha büyük bir faktör olarak değerlendirilmelidir.

vi. “Tıbbi hatalar son anda önlenmektedir ve izlem gerektirmektedir.”

Tıbbi hataların son anda önlendiği görüşünün yaygın olması hasta izlemi konusunda çok fazla başarılı olunmadığının bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Özellikle izlem, tıbbi hataların en aza indirilmesi konusunda son derece önemlidir. Bu noktada etkin bir hasta takip sisteminin oluşturulması gerekmektedir.

Bütün bu varsayımlar ile bağlantılı olarak bir takım önerilere yer vermek de mümkündür:

- Tıbbi hataların toplumumuzda görülme sıklığı ve sonuçları hakkında sağlık çalışanlarında farkındalık oluşturulması, bu amaçla eğitim programları düzenlenmesi,
- Kurumlarda hasta güvenliği ile ilgili sorunları bildirme, tartışma ve hatalardan ders almayı kolaylaştıracak geri bildirim sistemlerinin geliştirilmesi,
- Hata raporlamayı destekleyecek ortamlar (gizlilik, elektronik ortamda, raporlama gibi) oluşturulması,
- Hata bildiren sağlık çalışanının zarar görmesini önleyici mesleki sorumluluk sigortasını kapsayan Malpractice yasal güvencesi ile ilgili düzenlemeler yapılması, Hasta güvenliği konularında yöneticilerin personele desteğinin artırılması,
- Yeterli ve eğitimli personel çalıştırılması ve çalışma saatlerinin düzenlenmesi,
- Yüksek hasta güvenlik anlayış düzeyinin süreklilik kazandırılması gereklidir.

KAYNAKÇA

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Arşiv Kayıtları, 2015

Akalın, H. E., “Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği”, Yoğun Bakım Dergisi, C.5, S.3, 2005

Amsterdam Bildirgesi, 28-30 Mart 1994

Aştı, T. – Kıvanç, M. Ağız Yolu ile İlaç Verilmesine İlişkin Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamaları, Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi, C.6, S.3, 2003

Çırpı, F. - Doğan Merih, Y. - Yaşar Kocabey, M. “Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi”, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, C.2, S.3, 2009

Engiz, O. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini,
<http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm>, (01.12.2014)

Erbay, H. Hastane Öncesi Acil Tıpta Hastanın Müdahaleyi Reddetmesi: Kurumsal Değerlendirme ve Bir Alan Çalışması, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, Adana, 2012

Eroğlu, E. K. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi, Atılım Üniversitesi, SBE, YYLT, Ankara, 2011

Gökdoğan, F. - Yorgun, S. “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler”, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, C.13, S.2, 2010

Güven, R. “Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı”, www.das.org.tr/kitaplar/kitap2007/yazi/rabia.guven-das-2007-yazi.pdf, (12.03.2014)

Hatun, Ş. Hasta Hakları, İstanbul, 1999

Hasta Hakları ve Sorumlulukları TS-12222, 1997

Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998; <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-555/hasta-haklari-yonetmeligi.html>, (12.04.2015)

Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (Ana Sözleşmesi) Temel Dokümanı, Roma, Kasım 2002

Kaymakçı, M. En Temel Hasta Hakkı “Hekim Seçme Hakkı”, <http://hastaninhaklari.blogcu.com/en-temel-hasta-hakki-hekim-secme-hakki/852632>, (05.11.2014)

Kurt, H. Hekim Seçme Hakkı, <http://www.saglik-gezi.com/hekim-secme-hakki.html>, (03.11.2014)

Lizbon Bildirgesi, 1981

Ovalı, F. “Hasta Güvenliği Yaklaşımları”, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, S.1, Ocak 2010

Özata, M. - Altunkan, H. “Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği”, Tıp Araştırmaları Dergisi, C.8, S.2, 2010

Özlü, T. Hasta Hakları, <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/2152011144754-Hastahaklari.pdf>, (21.07.2013)

Özlü, T. Hekim ve Sağlık Kurumunu Seçme Hakkı, <http://www.ism.gov.tr/hastahaklari/haberler/tevfikozlu/>, (03.11.2014)

Sütlaş, M. Hasta ve Hasta Yakını Hakları, İstanbul, 2000

Şen, S. - Er, S. - Sevil, Ü. “Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar”, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Ed. H. Kırılmaz, C.2, Ankara, 2009

Tansüyer, T. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması", Gazi Üniversitesi, SBE, YYLT, 2010

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, 1960

Türk Sanayicileri ve İş Adamları Derneği (TÜSİAD), “Yasalarımız Haklarımız”, 1990

Tütüncü, Ö. - Küçükusta, D. “Tedarik Zinciri Entegrasyonu ve Hasta Güvenliği İlişkisinin Analizi”, web.deu.edu.tr/isletme/ifddergi/web_files/9193106.pdf, (12.02.2014)

Tütüncü, Ö. - Yağcı, K. - Küçükusta, D. “Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi”, Dokuz Eylül Üniversitesi, SBE Dergisi, C.8, S.4, 2006

Yataklı Tedavi İşletme Yönetmeliği, 2005

....., Hasta hakları Kavramı ve Tarihsel Gelişimi,
http://kirikkalesm.gov.tr/hasta_haklari/tarihce.asp, (12.01.2013)

...., Hasta Hakları Nelerdir?, <http://www.saglikhakki.org/hastahak-ic.htm>,
(09.07.2013)

....., <http://www.aksaglik.org/hastaneler/antalya-egitim-ve-arastirma-hastanesi.html>, (15.06.2015)

EKLER

Ek 1 – Hasta Güvenliği Anketi

Hastanemizde hekim ve hemşirelerin hasta güvenliği hakkında algı düzeyinin belirlenmesi için anket çalışması yapılacaktır. Sorulara vereceğiniz cevaplar bilimsel çalışma doğrultusunda kullanılacak olup bilgiler gizli kalacaktır.

Katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

**Tahir Türkmen
Beykent Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü**

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz ☐ Erkek ☐ Kadın
3. Medeni durumunuz ☐ Bekâr ☐ Evli
4. Bitirdiğiniz okul: ☐ Lise ☐ Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Lisansüstü
5. Mesleğiniz:
6. Çalıştığınız Birim:
7. Meslekteki toplam çalışma yılınız.....
8. Haftalık çalışma saatiniz.....
9. Sağlık bakımı hizmeti sunumunda hiç tıbbi hataya tanık oldunuz mu?
☐ Bilmiyorum ☐ Hayır ☐ Evet
- 10 . Cevabınız evet ise; Kaç kez ?.....
11. Hata türü nedir?
☐ İlaç hatası ☐ Kimlik hatası ☐ Hastane enfeksiyonları ☐ Kan transfüzyonları (
) İletişim hataları
☐ Cerrahi güvenlik(yanlış taraf cerrahisi, malzeme unutulması) ☐ Eksik malzeme/ ekipman
☐ Düşmeler ☐ Bakım ve tedavinin gecikmesi ☐ Bası yaraları ☐ Cerrahi yanıklar

12. Karşılaştığınız hatanın sonuca etkisi neydi?

- ☐ Hata hastaya zarar vermeden engellendi/ önlendi
- ☐ Hastanın izlem ihtiyacı arttı
- ☐ İlave tetkik istendi
- ☐ İlave tedavi düzenlendi
- ☐ Yatış süresi uzadı

☐ Hasta yoğun bakıma sevk edildi ☐ Sakatlık ☐ Ölüm

13. Sizce tıbbi hataları en sık hangi meslek grubundakiler yapıyor?

- ☐ Hekimler ☐ Hemşireler ☐ Diğer (yazınız).....

14. Tıbbi hataların meydana gelme sebepleri neler olabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması ☐ Uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres

☐ İletişim bozuklukları ☐ Ekip çalışmasının olmaması ☐ Yanlış yada uygun olmayan malzeme

☐ Sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olması ☐ Doktorların hastalara yeterince vakit ayırmaması ☐ Mesleki eğitiminin yetersiz olması ☐

Doktorların el yazılarının okunaklı olmaması

☐ Diğer.....

15. Tıbbi hata durumunda tutum ne olmalıdır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

☐ Sağlık çalışanları yapılan hataları hastaya açıklamalıdır.

☐ Birim sorumlusuna/doktora haber verilmelidir.

☐ Hasta , Hasta haklarına yönlendirilir.

☐ Olay raporlanarak,hasta-çalışan güvenliği ekibine haber verilir.

☐ Diğer (belirtiniz).....

16. Sizce yapılan hatalardan kim sorumlu tutulmalıdır?

☐ Hatayı yapan kişiler ☐ Hatanın yaşandığı kurumlar

☐ Her ikisi de ☐ Diğer.....

17. Tıbbi hataları önlemede hastaların da sorumluluğu var mıdır?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

18. Sizce hastaların tıbbi hatalardan kendilerini koruyabilme payı nedir?

☐ Büyük oranda koruyabilir ☐ Biraz koruyabilir ☐ Koruyamaz

19. Tıbbi hatalar konusunda ne sıklıkla duyum alıyorsunuz?

☐ Hiç duymadım ☐ Nadiren ☐ Ara sıra ☐ Çok sık

20. Tıbbi hatalardan korunmak için kendi bilgi ve farkındalığınıza ne kadar güveniyorsunuz

☐ Çok güvenirim ☐ Biraz güvenirim ☐ Güvenmem

21. Sizce aşağıdaki davranışlar tıbbi hataları ne kadar önleyebilir? Bu davranışların uygulanabilirliği nedir? (Uygun yere X işareti koyunuz. Hem Tıbbi hatayı hem de Uygulama durumu kısmını işaretleyiniz.)

	Tıbbi Hatayı			Uygulama Durumu	
	Hiç Önlemez	Kısmen Önler	Tamamen Önler	Uygulanabilir	Uygulanamaz
Hastanın kullandığı bütün ilaçlardan (reçeteli veya reçetesiz) doktorun haberdar olması					
Hastanın ilaç alerjisini doktorunun bilmesi					
Yazılan reçetelerin okunaklı olması					
Eczaneden ilaç alırken reçetede ki ilaçların aynısının verildiğinden emin olunması					
Reçete yazılırken ve eczaneden alınırken verilen bilginin anlaşılır olması					
İlaçların nasıl kullanılacağı konusunda açıklayıcı bilgi verilmesi					
İlaçların yan etkileri konusundaki bilginin yazılı verilmesi					
Seçme şansı varsa büyük hastanelerin tercih edilmesi					
Hastanın, kendisine doğrudan temas edecek sağlık personelinin ellerini yıkamasını istemesi					
Taburcu olurken evde uygulanacak tedavi planının doktordan istenmesi					
Cerrahın, hastaya ameliyat hakkında ayrıntılı bilgi vermesi ve ameliyat bölgesini hastayla birlikte işaretlemesi					
Tedavi ve bakımla ilgili merak edilen her şeyin					

sorulması					
Hastanın, kendisinden hangi doktorun sorumlu olduğunu bilmesi					
Klinikteki tüm sağlık çalışanlarının hastayla ilgili önemli bilgileri bilmesi					
Hastanın, beraberinde haklarını savunacak bir yakınının bulunması					
Hastanın, yapılacak tüm tetkik ve işlemlerin gereklilik ve yararını sorgulaması					
Hastaya bir test yapıldıysa, hastanın sonuçları istemesi					
Hastanın şimdiki durumu hakkında doktor, hemşire ve diğer güvenilir kaynaklardan bilgi alması.					

22. Çalıştığınız bölümde aşağıdaki uygulamalar ne ölçüde yapılabilir?
(Uygun yere X işareti koyunuz)

	Yeterli	Kısmen Yeterli	Yetersiz	Hiç Yapılmıyor
Hastanın servise oryantasyonunun (odasının tanıtılması, hekim, hemşire ile tanıştırma, ziyaret saatleri, yangın çıkışı vb. hakkında) sağlanması				
Yapılan uygulamalarda asepsi ve sterilizasyon koşullarına uyulması				
İlaç hazırlama ve uygulamaları için yazılı prosedürlerin olması				
Kan ve kan ürünlerinin yazılı prosedürlere uygun verilmesi				
Hastanın ilaç ve diğer alerjilerinin ilgili kişilere bildirilmesi, dikkat çekecek şekilde kaydedilmesi				
Narkotik ve sedatif ilaçların güvenli şekilde saklanması				
Hasta transferlerinin hemşire refakatinde yapılması				
Kesici ve delici maddelerin uygun şekilde toplanması				
Yangın çıkışlarının açık tutulması				
İşe yeni başlayanların oryantasyonlarının yapılması (tüm hastane bölümlerinin, kendi bölümünün tanıtımı vb.)				
Hastanın özel eşyalarının emniyete alınması				
Hizmet içi eğitim programlarının yapılması				

Hastanın düşme ve yaralanması konusunda önlemlerin alınması				
Bası yarası oluşma riskinin tespiti ve gerekli önlemlerin alınması				
Çalışanların kendilerini kan ve vücut sıvılarından koruyabilmeleri				
Taburcu olacak hastaya eğitim verilmesi				
Yapılan tüm uygulamaların kaydedilmesi				
Sözel direktif alma/verme kriterlerinin yazılı olarak belirlenmesi				
Hastaya yapılan tüm uygulamalar hakkında açıklayıcı bilgi verilmesi				
Hastanın kimliğini doğrulamada doğru yöntemlerin kullanılması (kimlik bileziği vb.)				
Tıbbi cihazların kalibrasyonunun düzenli aralıklarla yapılması				

ÖZGEÇMİŞ

23.02.1974 yılında Antalya'nın Serik ilçesinde doğdum. İlk-Ortaokul ve Lise eğitimini Serik'te, önlisans eğitimini Ankara'da, Lisans eğitimini Niğde'de tamamladım. Nevşehir Devlet Hastanesinde çalışmaya başladım. 1997 yılından itibaren Niğde Devlet Hastanesinde çalıştım. 2001 yılından itibaren Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalıştım. 2009 yılında 2013 yılı Mayıs ayına kadar Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Müdür Yardımcısı olarak görev yaptım. Halen 2013 yılı Mayıs ayından bu yana Antalya Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde Müdür Yardımcısı olarak görevde bulunmaktayım.

Yabancı dilim Almanca olup, evli ve iki çocuk babasıyım.

Aday: Tahir TÜRKMEN