

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

**SAĞLIK TESİSLERİNDE RENKLİ KOD
UYGULAMALARI**
**(MANİSA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİNE BAĞLI SAĞLIK TESİSLERİNDE
BEYAZ KOD UYGULAMASI ÖRNEĞİ)**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Birgül ÇELEBİ YAVAŞ

İSTANBUL, 2014

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

**SAĞLIK TESİSLERİNDE RENKLİ KOD
UYGULAMALARI**
**(MANİSA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİNE BAĞLI SAĞLIK TESİSLERİNDE
BEYAZ KOD UYGULAMASI ÖRNEĞİ)**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Birgöl ÇELEBİ YAVAŞ

ÖĞRENCİ NO
120746311

Danışman:
Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN

İSTANBUL, 2014

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Sağlık Tesislerinde Renkli Kod Uygulamaları: Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine Bağlı Sağlık Tesislerinde Beyaz Kod Uygulamasına İlişkin Araştırma” 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. 30/12/2014

Aday: **Birgöl ÇELEBİ YAVAŞ**

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

31.12.2014

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 1207460311 numaralı **Birgül ÇELEBİ YAVAŞ**'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Sağlık Tesislerinde Renkli Kod Uygulamaları (Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine Bağlı Sağlık Tesislerinde Beyaz Kod Uygulaması Örneği)*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 16.12.2014 tarih ve 2014/38 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (45) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında oyçokluğu/oybirliği ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

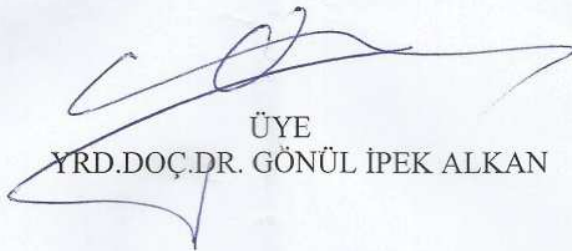
İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANIŞMAN

PROF.DR. MEHMET FİKRET GEZGİN


ÜYE

YRD.DOÇ.DR. ŞEFİKA DEMİRKAN


ÜYE
YRD.DOÇ.DR. GÖNÜL İPEK ALKAN

Adı ve Soyadı : Birgül ÇELEBİ YAVAŞ
Danışmanı : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans Tezi/ 2014
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Sağlık Tesisi, Acil Kod Renk Uygulamaları, Beyaz Kod,
Sağlık Çalışanına Şiddet

ÖZ

SAĞLIK TESİSLERİNDE RENKLİ KOD UYGULAMALARI

Değerli olan yaşamdır. Sağlık, sağlık çalışanları ve sağlık tesisleri ise yaşamın nitelikli devamını sağlayan olgulardır. Yalnızca hastalığın teşhis, tedavisi, bakım ve rehabilitasyonunu ilke edinmiş sağlık tesisleri ve bu tesislerde görev yapan sağlık çalışanları toplumsal düzendeki çelişkilerin somut olarak ortaya çıkabildiği tıp ve sağlık alanı, şiddetin de yoğun ve belirgin olarak çok fazla görüldüğü insan yaşamında en önemli olgudur. Sağlık tesislerinde sağlık çalışanlarına diğer işletmelere göre daha fazla ve yoğun yaşanmaktadır.

Doğal ve insan kaynaklı etkenler yaşamın her alanında ortaya çıkmaktayken sağlık tesisleri, sağlık çalışanları ve hastalar bir çok risklere maruz kalabilmektedir. Sağlık tesislerinde hasta ve çalışanların güvenliğinin en yüksek düzeyde sağlanabilmesi, sağlık tesislerinde meydana gelebilecek risklere karşı acil durum renk kod uygulamaları geliştirilmiş ve uygulamalar standart hale getirilmiştir. Bu araştırma renk kod uygulamalarının tarihsel gelişimi, Türkiye’de standart hale getirilen Ulusal Renk Kod Uygulamalarının değerlendirilmesi ve son yıllarda artış gösteren sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusunun incelenmesi üzerine kurulmuştur. Beyaz Kod uygulamasını gerektiren sağlık çalışanlarına şiddet olgusu, Manisa ilindeki Kamu Hastaneleri Sekreterliğine bağlı sağlık tesislerinde, 2013 yılında meydana gelen vakaların değerlendirilmesi ile genişletilmiştir.

Manisa ilindeki Beyaz Kod vakaları; şiddet olayının gerçekleştiği andan itibaren izlenen prosedürler incelenerek bunların neden, nasıl, gelişimi, ahlaki, sağlık çalışanları üzerindeki etkileri, yasal süreçler gibi kriterler açısından birinci basamak sağlık kuruluşları açısından irdelenmiştir.

Name and Surname : Birgöl ÇELEBİ YAVAŞ
Supervisor : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Degree and Date : Master Thesis/ 2014
Major : Hospital and Healthcare Institutions of Management
Key Words : Health Facility, Emergency Code Color Applications, White Code, Health Workers in the Violence

ABSTRACT

COLOR CODE APPLICATION IN HEALTH FACILITIES

That life is valuable. Health, the health workers and health facilities are providing qualified patients continued life. The only disease diagnosis, treatment, care and rehabilitation on the principle of health care facilities and working in this facility health workers concretely arise where medical and health areas of the contradictions in the social order is the most important phenomenon in human life that's too violent intense and pronounced as seen too much. According to other businesses are experiencing more health workers at health facilities and intense.

Çıkmaktayk health facilities in all fields of life, natural and human-induced factors, health care workers and patients can be exposed to many risks. The safety of patients and staff in health care facilities to ensure the highest level of emergency color code applications against risks that may occur in health care facilities have been developed and has become standard practice. This historical development of research practice color code, color code of the application is made to evaluate the national standards in Turkey and is based on the examination of violence against health care workers showed an increase in recent years. White code applications requiring health workers to the violence of the Secretariat of Public Hospitals in Manisa related health facility has been extended to the evaluation of cases that occurred in 2013.

White Code cases in Manisa; of them examining the procedures to be followed as soon as the place of violence, why, how, development, moral, and their impact on health workers, in terms of criteria such as legal proceedings are discussed in terms of primary health care organizations.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZ.....	ii
ABSTRACT.....	iii
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ixi
GRAFİKLER LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ

1. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ	4
2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ YAPILANMASI	11
2.1. Tarihi Süreç İçinde Sağlık Politikaları	12
2.1.1. 1920–1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları	13
2.1.2. 1923–1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları	14
2.1.3. 1946–1960 Dönemi Temel Sağlık Hizmeti Uygulamaları	15
2.1.4. 1960-1980 Dönemi Temel Sağlık Hizmetleri Uygulamaları	18
2.1.5. 1980–2002 Dönemi Temel Sağlık Uygulamaları	20
3. AVRUPA BİRLİĞİ BOYUTUNDA SAĞLIK SİSTEMİMİZDEKİ DEĞİŞİMLER	24
4. HASTA VE HASTA YAKINLARININ SAĞLIK TESİSLERİNDEKİ DURUMLARINA (PSİKOLOJİK DURUMLARI HASTA VE HASTA YAKINLARI AÇISINDAN) BAKIŞ	28
5. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA ORTAMINDAKİ DURUMLARINA BAKIŞ	30

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK TESİSLERİNDE RENK KOD UYGULAMALARI

1. RENK KOD UYGULAMALARI VE TARİHSEL GELİŞİMİ	40
1.1. Renk Kod Uygulamaları Avustralya Örneği	41
1.2. Renk Kod Uygulamaları Kanada Örneği	42
1.3. Renk Kod Uygulamaları ABD Örneği	43
1.4. Renk Kod Uygulamaları Türkiye Örneği	44
1.5. Acil Durum Renk Kod Uygulamalarının Yararları.....	47
2. ACİL DURUM RENK KOD UYGULAMALARI	48
2.1. Sağlık Tesislerinde Bomba/Patlayıcı Madde Tehdidi Renk Kod Uygulaması	49
2.2. Yangın Tehdidi Renk Kod Uygulaması.....	50
2.3. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Bulaşıcı Hastalıklar Açısından Riskler Renk Kod Uygulaması	55
2.4. Kimyasal Ajan Tehdidi Renk Kod Uygulaması.....	56
2.5. Doğal Afet Riskleri Renk Kod Uygulaması	58
2.6. Mavi Renk Kod Uygulaması.....	61
2.6.1. Kalp-Solunum Durmasının Başlıca Nedenleri.....	64
2.6.2. Kalp-Solunum Durmasının Belirtileri ve Fiziki Muayene Bulguları....	64
2.6.3. Mavi Kod Uygulama Prosedürü	66
2.7. Pembe Renk Kod Uygulaması	69
3. BEYAZ RENK KOD UYGULAMASI	75
3.1. Tanım ve Kapsam	75
3.2. Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet.....	77
3.3. Beyaz Renk Kod Uygulamasında Eylem Planı.....	82
3.4. Yasal Çerçeve.....	84

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KAMU HASTANELERİ SEKRETERLİĞİNE BAĞLI MANİSADA HİZMET VEREN SAĞLIK TESİSLERİ 2013 YILI BEYAZ KOD UYGULAMASI

1. MANİSA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ.....	86
1.1. Manisa İli Demografik Özellikleri.....	87
1.2. Manisa İli Sağlık Personeli Dağılımı.....	89
1.3. Manisa İli Sağlık Tesisleri Yatak Sayıları ve Sağlık Hizmetleri Verileri.....	93
2. MANİSA İLİ BEYAZ KOD BAŞVURU SAYILARI	102
2.1. Olayın Gerçekleştiği Birimler	102
2.2. Şiddete Maruz Kalan Sağlık Çalışanlarının Meslek Grupları.....	103
2.3. Sağlık Çalışanlarının Maruz Kaldığı Şiddet Türleri	106
2.4. Beyaz Kod Uygulamasında Hukuki Süreç.....	111
SONUÇ	113
KAYNAKÇA.....	121
ÖZGEÇMİŞ	131

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No.	Sayfa No.
Tablo 1. Acil Durum Renk Kodları (Avustralya)	42
Tablo 2. Acil Durum Kod Renkleri (Kanada).....	43
Tablo 3. Acil Durum Renk Kodları (ABD).....	44
Tablo 4. Acil Durum Kod Renkleri (Türkiye)	46
Tablo 5. Sağlık Tesislerinde, Sağlık Çalışanlarından Hastaya, Hastalardan Sağlık Çalışanlarına Bulaşma Riski Taşıyan Enfeksiyonlar.....	56
Tablo 6. Aletsel Büyüklüğü 7.0'dan Büyük Olan Depremler ($M_s \geq 7.0$).....	58
Tablo 7. Kalp-Solunum Durması EKG Bulguları	65
Tablo 8. Sağlık Bakanlığı Hastane HKS-Mavi Kod Standardı.....	68
Tablo 9. Sağlık Bakanlığı Hastane HKS-Pembe Kod Standardı	71
Tablo 10. Sağlık Bakanlığı Hastane HKS-Beyaz Kod Standardı	77
Tablo 11. Manisa İlinin 2007-2013 Yılları Arasındaki Nüfus Oranları.....	87
Tablo 12. 2013 Yılı Türkiye ve Manisa Nüfus İstatistikleri	88
Tablo 13. Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliğine Bağlı Sağlık Tesisleri	88
Tablo 14. 2013 Yılı Uzman Hekim ve Pratisyen Hekim Sayısı.....	89
Tablo 15. 2013 Yılı Hemşire ve Ebe Sayısı	900
Tablo 16. 2013 Yılı Eczacı Sayısı	911
Tablo 17. 2013 Yılı Sağlık Memuru –ATT Paramedik -THS Sayısı.....	922
Tablo 18. GİH, YHS ve Diğer Personel Sayısı	933
Tablo 19. Manisa İli Sağlık Tesisleri 2013 Yatak Sayıları	944
Tablo 20. 2013 Yılı Muayene İstatistikleri	944
Tablo 21. Manisa ili Ağız ve Diş sağlığı 2013 Verileri	955

Tablo 22.	2013 Yılı Yatan, Taburcu Olan, Acil Serviste Ölen, Toplam Ölen Hasta Sayıları	966
Tablo 23.	2013 yılı Ameliyat İstatistikleri	977
Tablo 24.	2013 yılı doğum istatistikleri	977
Tablo 25.	Erişkin Yoğun Bakım Hizmetleri	98
Tablo 26.	Çocuk Yoğun Bakım Hizmetleri	98
Tablo 27.	Yeni Doğan Yoğun Bakım Hizmetleri	99
Tablo 28.	Manisa Kamu Hastaneler Birliğine Bağlı Dializ Üniteleri	99
Tablo 29.	Birlik Geneli Görüntüleme Hizmetleri	1000
Tablo 30.	Evde Sağlık Hizmetleri	1000
Tablo 31.	İllere Göre Kamu Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyi, 2013	1011
Tablo 32.	Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliğine Bağlı Hastanelerde Hasta Memnuniyet Oranı	1011
Tablo 33.	Manisa İl Geneli Beyaz Kod Başvuru Sayısı 2013.....	1022
Tablo 34.	Beyaz Kod Ekibi Personel Bilgileri.....	1022

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No.	Sayfa No.
Şekil 1. Karotis Nabzının Palpe Edilmesi	65
Şekil 2. Mavi Kod İhbarını Veren Personel Uygulama Akışı	66
Şekil 3. Mavi Kod Müdahale Ekibi Uygulama Akışı.....	67
Şekil 4. Manisa ili İl, İlçe Sınırları ve Nüfus Dağılımları	867

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik No.	Sayfa No.
Grafik 1. 100.000 Kişiyeye Düşen Sağlık Personeli Dağılımı.....	90
Grafik 2. Olayın Gerçekleştiği Birim	103
Grafik 3. Şiddete Maruz Kalan Sağlık Çalışanı	104
Grafik 4. Olayın Oluş Saati (08-16/16-24/24-08)	104
Grafik 5. Şiddete Maruz Kalan Personelin Cinsiyeti	105
Grafik 6. Şiddetin Türü	106
Grafik 7. Şiddet Uygulayan Kim (Hasta, Hasta Yakını)	108
Grafik 8. Şiddet Uygulayanın Mesleği	108
Grafik 9. Şiddet Uygulayanın Cinsiyeti	108
Grafik 10. Şiddet Uygulayanın Eğitim Durumu	109
Grafik 11. Olayın Oluş Nedeni.....	110
Grafik 12. Hukuki Yardım Talebi	111

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADNK	: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
AFAD	: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
AHS	: Alberta Health Services
AS	: Avustralya Standartları
ASM	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezi
BCG	: Verem Aşısı
C.	: Cilt
CPR	: Cardio Pulmoner Resusitasyon
CÜ	: Cumhuriyet Üniversitesi
Ç	: Çalışan Güvenliği ile İlgili Standart
DB	: Dünya Bankası
DEUHYO ED	: Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi
DPÜ	: Dumlupınar Üniversitesi
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
Ed.	: Editör
G	: Hasta ve Çalışan Güvenliği ile İlgili Standart
GİH	: Genel İdari Hizmetler
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
H	: Hasta güvenliği ile ilgili bir standart
HASC	: Güney Kaliforniya Hastaneler Birliği
HKS	: Hizmet Kalite Standardı
İİBFD	: İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi
İTÜ	: İstanbul Teknik Üniversitesi

İÜ	: İstanbul Üniversitesi
KHB	: Kamu Hastaneleri Birliği
KÜ	: Kocaeli Üniversitesi
Md.	: Madde
MÜ	: Marmara Üniversitesi
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
RG	: Resmi Gazete
SABE	: Sağlık Bilimleri Enstitüsü
SB	: Sağlık Bakanlığı
SBE	: Sosyal Bilimleri Enstitüsü
SBD	: Sosyal Bilimler Dergisi
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TKHK	: Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu
TMMOB	: Türkiye Mühendisler Mimarlar Odası Birliği
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Acil Yardım Fonu
URK	: Sağlıkta Ulusal Renk Kodları
VZA	: Veri Zarflama Analizi
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
YDT	: Yayınlanmamış Doktora Tezi
YHS	: Yardımcı Hizmetler Sınıfı
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurulu
YYLT	: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi

GİRİŞ

-Çalışma Konusunun Seçimi: Tarihi kadar eski olan insana sağlığını kazandırma uğraşı günümüzde kurumsal çerçevede sunulan bir hizmettir. Bu sağlık hizmeti manevi gücünü Hipokrat ve meslek etiğinden, yasal boyutunu devletin sağlık hizmeti verme yükümlülüğünden alarak topluma, dolayısıyla insana hizmet veren bir sektördür. Sağlık Kurumları, sosyal devlet anlayışının ve devletin asli görevleri arasında sayılan sağlık hizmetini bireysellikten kurtarıp, kurumsal bir çerçevede topluma hizmet vermektedir. Sağlık sektörünü sağlık tesisleri, sağlık çalışanları ve sağlık problemi yaşayan hastalar olarak yapılandırmamız mümkündür. Özel teşebbüs ve kamu gücü ile topluma verilen sağlık hizmeti günümüzde uzmanlık ve ciddi bir yapılandırma gerektiren bir hizmet alanıdır. Sağlığını kazanmak için hekime ya da sağlık tesislerine giden bireyler en iyi hizmeti alarak en kısa zamanda sağlıklarını kazanmak beklentisi içerisinde. Hasta ve hasta yakınlarının değişik ihtiyaçları ve beklentilerine, sağlık tesis yapısından, sağlık çalışanlarından bazen de hasta/hasta yakınlarından kaynaklanan durumlardan dolayı hasta/hasta yakını-sağlık çalışanı arasında değişik şekillerde ortaya çıkan sorunları ortaya çıkartabilmektedir.

Sağlık tesislerinin karmaşık yönetsel yapıları, fiziksel alanlarının genişliği tesis güvenliğini gündeme getirdiği gibi, hasta sayısındaki fazlalıklar ve toplumsal bazı sıkıntılar hasta güvenliğini, bütün bu karmaşıklık ise sağlık çalışanlarına değişik şekilde yansiyarak günümüzün genel sağlık problemleri arasına giren ayrı bir alan olmuştur. Acil durumlarda uygulanan renk kod uygulamaları hem tesis güvenliğini hem de hasta ve sağlık çalışanlarına yönelik geliştirilmiş risk önleme ve müdahale hizmetlerini kapsamaktadır. Sağlık sektöründe yaşanabilecek olası riskleri en aza indirmek ve mağduriyetleri ortadan kaldırmak için modern anlamda geliştirilmiş stratejiler olarak ele alınmaktadır.

-Çalışmanın Amacı: Sağlık sektöründe uygulaması olan acil durumlardaki renk kod uygulamaları, renk kod uygulamalarından beyaz kod örneğine ilişkin Manisa ilinde 2013 yılında gerçekleşen beyaz kod vakalarının genel çerçevesini ortaya koymak amaçlanmıştır. Bununla birlikte hem Türkiye hem yabancı ülkelerdeki renk kod uygulamaları, sağlık sektörümüzün genel çerçevesinin kurumsal

ve hasta-sağlık çalışanı açısından çizilmesi de araştırmamız kapsamında değerlendirilmiştir.

-Çalışmanın Önemi: Sağlık çalışanlarına yönelik son zamanlarda artışı görülen şiddet olaylarının hasta/hasta yakını, sağlık çalışanları, kurumsal boyut ve hukuksal boyuttaki durumunu ortaya koyması, beyaz kod örneğine ilişkin akademik kaynak eksikliğini gidermesi, sağlık sektöründe renk uygulamalarına ilişkin bakışa ve en iyi sağlık hizmetinin verilebilmesi için hasta/hasta yakını-sağlık çalışanlarına farkındalık kazandırması açısından araştırma açısından önem arz etmektedir.

-Çalışma Planı: Çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünü, temel sağlık hizmetleri, sağlık yönetimi, sağlık hizmetlerinin ülkemizdeki yapılanması, hasta/hasta yakınlarının ruhsal durumları ve sağlık çalışanlarının sağlık sektörü içerisindeki memnuniyetlerine, sağlık sektörünün Avrupa Birliğine (AB) uyum boyutu ele alınmıştır. Çalışmanın ikinci bölümünü sağlık tesislerinde acil durumlarda uygulanan renk kod uygulamalarına değinilerek beyaz kod uygulamasına ilişkin detaylı bir bakış açısına yer verilmiştir. Çalışmanın üçüncü bölümünü ise Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı sağlık tesislerinde 2013 yılında gerçekleşen beyaz kod uygulamalarına ilişkin veriler detaylı bir şekilde değerlendirmeye alınan araştırma, sonuç ve önerilerle desteklenmiştir.

-Kullanılan Metot ve Teknikler: Çalışmada mevcut durumun ortaya konulabilmesi için tarihçi metodu ve kaynak taraması tekniğinden yararlanılmıştır. Çalışmanın temelini oluşturan temel kavramlar tanımlanıp çalışmanın önemi ortaya konulmaya çalışılmış kitap, makale, dergi, internet sitelerinden faydalanılmış, Manisa ili 2013 verileri istatistiksel kriterlere göre analiz edilerek zenginleştirilmiştir. Çalışma esas itibarıyla teorik bir nitelik taşımaktadır. Bu nedenle çalışmanın iki bölümü tarihçi metoda ve kaynak tarama tekniğine dayanmakta, üçüncü bölüm ise Manisa ili verilerinin istatistiki açıdan analizine dayanmaktadır.

-Karşılaşılan Zorluklar ve Sınırlamalar: Konunun geniş bir perspektif olarak ele alınmasının gerekliliği, kısıtlı zaman, maliyet, ulusal ya da uluslar arası literatürde bu konudaki yapılan çalışmaların sınırlı olması, beyaz kod, mavi kod ve pembe kod uygulama yönergeleri bulunmasına rağmen bu kodlar ve diğer yurtdışı renk kod standartlarına ilişkin akademik anlamda çok geniş literatür bulunmaması

araştırmamızda yaşanan zorluklar olarak değerlendirilmektedir. Beyaz kod, mavi kod ve pembe kod uygulamasının Türkiye rnekleri bulunmasına rağmen diğer renk uygulamalarına ilişkin kaynak sıkıntısı yaşanmıştır. Bu nedenle Türkiye’de renk kod uygulaması olmayan kod uygulamaları yabancı ülkelerdeki uygulamalardan yararlanılarak ve konu başlıklarında genelleme yapılarak ele alınmaya çalışılmıştır. Konu tarihi metodu ve tarama tekniği yöntemiyle ele alınarak konu bu yönde sınırlandırılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ

Sağlık, insan yaşamının her anında, kaliteli bir yaşamın anahtarıdır. Birey ve toplum refahını doğrudan etkileyen birincil etken olmasının yanında olmadığında ise yaşamın devamını olumsuz etkileyerek mümkün kılmamaktadır. İnsanın yaşam hakkı, sağlık hakkı, kişilik hak ve özgürlükleri, ulusal ve uluslararası beyannamelerle güvence altına alınmış olması, en önemli insan temel hakkı olarak vurgulanmıştır. Tıp bilimi insan yaşam kalitesi, genel sağlık seviyesi için tanı, tedavi, bakım ve bunları sağlayıcı koruyucu hizmetleri sağlarken, birey ve toplumu eğitici yönü, nitelikli birey ve toplumların sağlıklı bir şekilde oluşumu için önemli katkılar yapmaktadır.

Temel sağlık hizmetleri, bilimsel ve uygulanabilirlik açısından sağlam bir temele dayanması, birey ve toplum açısından kabul görür yöntem ve ileri teknolojiye dayanan, toplumdaki her birey tarafından kabul edilebilir, herkesin katılımı ile uluslararası standartlarda ulaşılabilir nitelikte vazgeçilemez, ertelenemez ve en önemli hizmeti ifade etmektedir.¹ Birey ve toplum sağlığını ilgili sorunların varlığı ve bunların çözümü için gerekli ve yeter sağlık politikalarının oluşturulması, uygulanması, gelişmişlik düzeyine ulaşmada en önemli etkidir.

1. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ

Temel sağlık hizmetleri, birey yaşam kalitesine etki eden, onun normal yaşam akışını sekteye uğratan ve sağlığına zarar veren çeşitli risk ve faktörlerden korunması, hastalıkların tedavisi, bedensel ve ruhsal açıdan rehabilite edici faaliyetleri tıp bilimi, tıp teknolojisi ile tıp etik ilkelerine göre, kişi hak ve özgürlükleri, yaşam hakkı kapsamında, vücut bütünlüğünü koruyarak, hukuki bir nitelik kazanmayacak, tıbbi yanlış uygulamalara da özen göstererek yapılmasını kapsamaktadır.

Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat sağlık hizmetleri tanımı şöyledir: “Sağlık hizmetleri, sağlığı korumak ve geliştirmek; hastalıkların oluşumunu önlemek, hastalananlara olanakların elverdiği en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek;

¹ R. Akdağ, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Ankara, 2008, s.26

sakatlıkları önlemek; sakatlananlara tıbbi ve sosyal esenlendirici hizmet sunmak ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için sunulan hizmetlerin tümüdür.”¹ Sağlık hizmetleri öncelikle bireyin ve toplumun sağlığının korunması için koruyucu önlemlere yönelmektedir. Bireylerin sağlıklarının genel durumunda herhangi bir olumsuzluk ya da bozulmalarda ise teşhis, tedavi ve bakım uygulayarak onları sağlıklarının bozunumundan önceki sağlıklı durumuna kavuşması için gerekli çabayı yerine getirirken, sakatlık kalma durumunda ise onların tekrardan yaşamının devamı için gerekli olan hem psikolojik hem de fiziki açıdan iyileştirici hizmetleri sunmaktadır.

Bir başka tanımla sağlık hizmetleri kavramı; “sağlık hizmetleri, bireyin organizmasının tıp bilimi tarafından ortaya konmuş standartlar içinde bütünlük, düzen ve uyum içinde olmasını ve ancak, bununla beraber psikiyatri bilimi dahilinde de kabul görmüş standartlar içindeki ruhi durumlar anlamına gelen bireyin sağlığını korumak, tedavi ve rehabilitasyonunu sağlamak, toplumun sosyal ve çevresel yaşamı ile ilgili standartlarını yükseltmek hedeflerini toplam kalite politikasının odağı haline getirmek, bunların bir kısmını veya topyekun hepsini gerçekleştirmek amacıyla uluslararası standartlarda, eğitim almış nitelikli insan gücünü, erişilen bilimsel bilgi birikimlerini, ileri teknolojiye sahip her türlü teknolojik ürünü ve her türlü faydalı cihazı kullanmak suretiyle, harekete geçiren ve sağlık konusu ile ilgili olmak üzere başta tıp ve işletme bilimleri ile bütün uluslararası nitelikli bilim dallarını kullanan, kamuya ve özel sektöre ait, girişimler ile sivil toplum örgütleri, yerel yönetimler ve diğer kuruluşlara ait fiziksel kaynaklar yardımı ile sunulan evrensel niteliğe sahip bütün hizmetlerin toplamıdır.”² Temel sağlık hizmetleri sağlık sistemi içerisinde temel, toplumun sosyo-ekonomik gelişmesine katkı sağlayıcı, erişebilir ve ulaşılabilir olması, sağlık gereksinimi olduğunda ise öncelikle ilk başvuracağı basamak olarak nitelendirilebilir.

Bir ülkede yaşayan insanların verimli bir şekilde ekonomik faaliyetlere katılabilesinin öncelikli şartının sağlık koşullarının iyileştirilmesi olduğu savunulmaktadır. Ekonomik ve sağlık politikaları açısından kalkınma çabasında olan

¹ D.Tengilimoğlu-O.Işık-M.Akbolat, Sağlık Hizmetleri Yönetimi, Ankara, 2014, s.73

² M. Öztürk, Çağdaş Hastane Yöneticiliği Sorunlar ve Yaklaşımlar, İstanbul, 2000. s.142

lkeler için sağlık hizmetlerinin daha verimli, ulaşılabilir ve etkin bir biçimde kullanılabilmesi ve bu hizmetlerin devamlılığı gerekmektedir. Bireylerin veya toplulukların hastalıklardan korunması ve hasta olan bireylerin tedavi edilmesi gibi temel ihtiyaçların karşılanması, sağlık sektörü tarafından gerçekleştirilen sağlık hizmetleri kapsamında yer almaktadır. Temel sağlık hizmetlerin gerçekleştirilebilmesi sürecinde kaynakların etkin bir biçimde kullanılması, yapılan sağlık harcamalarının ekonomik analizlerinin yapılarak amaçlarına ulaşıp ulaşmadığı belirlenmeli ve bu sonuca göre yeni stratejiler belirleme veya mevcut stratejilerin geliştirilmesi yönünde çalışmalar yapılmalıdır.¹ İş kazası ve meslek hastalıklarının işletmelerin karlılıklarının ve verimliliğini etkileyen önemli unsurlardan olduğu ve her faaliyetin bir maliyetinin olduğu belirtilmektedir. Bu sebeple sağlık ve güvenlikle ilgili uygulamalarda da koruyucu ve önleyici tedbirlerin alınmasındaki harcamalar ve iş kazaları ya da meslek hastalıklarına yakalanan kişilerin tedavi masrafları, tazminat talepleri vb. maliyetler göz önünde bulundurulmaktadır.²

Sağlıklı olma durumunun sağlayacağı fayda kişinin hem kendisine hem de topluma ait olduğu belirtilmektedir. Sağlık konusunda topluma ait olan fayda bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesi açısında önem arz etmektedir. Bu hastalıkların önlenmesinde toplumun sağlayacağı faydanın boyutu hastalık çeşidine, hasta olan bireyin topluma ekonomik katkısına göre değiştiği ifade edilmektedir. Eğitim düzeyi yüksek ve topluma katkısı bulunan bireylerin nitelikli kişiler olması sayesinde uygulanan tedavi ve korunma gibi sağlık hizmetlerinin sağlayacağı sosyal ve ekonomik faydanın fazla olduğu vurgulanmaktadır. Bireylerin sağlık seviyesinin yüksek olması insanların sosyal refahlarının ve sağlık hizmet kalitesinin bir göstergesi olarak öne sürülmektedir.³

Günümüz bilgi ağı olarak adlandırılmaktadır. Özellikle sanayi devrimi ile başlayan gelişmeler, günümüzde bilgi ve teknolojinin gelişimine ilk basamak oluşturmuştur. Teknolojinin gelişmesi ekonomik anlamının yanında birey ve toplum

¹Y. Temür- F.Bakırcı, “Türkiye’de Sağlık Kurumlarının Performans Analizi: Bir Veri Zarflama Analizi (VZA), Uygulaması”, Sosyal Bilimler Dergisi (SBED), Cilt (C.)10, Sayı (S.) 3, Afyonkarahisar, 2008, s.262

² E. Karacan – .N. Erdoğan, “İşçi Sağlığı ve İş Güvenliğine İnsan Kaynakları Yönetimi Fonksiyonlar Açısından zmsel Bir Yaklaşım”, Kocaeli Üniversitesi (K), SBED, C.21, S.1, Kocaeli, 2011, s.105

³ A.B. Ocakçıoğlu, “Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Refaha Katkısı ve Genel Sağlık Sigortası”, Maliye Araştırma Merkezi Konferansları, S.35, İstanbul, 2012, s.269.

yaşamında da gelişmelerin etkin bir şekilde değişim ve dönüşümü sağlamıştır. Bu gelişim ve değişimler tıp bilimi ve tıp teknolojinin sağlık alanında da önemli gelişmelere yol açmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda ileri tıbbi teknolojinin kullanılması, sağlık tesislerinin yönetimi, nitelikli ve yüksek kalitede sağlık için halkla ilişkiler, konaklama hizmetleri ve hasta/müşteri memnuniyeti merkez odaklı hizmetler olarak gelişmiştir.

Dünya küreselleşmiş, sosyal, ekonomi ve yaşanan değişimler ya da uygulamalar tüm dünyada etkisini göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışı, akreditasyon, tıp bilimi ve tıbbi ileri teknoloji ve bu hizmetleri sunan nitelikli sağlık çalışanları ile dünyada gelişmeye başlayan ve önemli bir ekonomik değeri olan sağlık turizminde de pay sahibi olmayı hedefleyen bir sürece girmiştir. Ulusal ya da uluslararası oluşturulan nitelikli sağlık politikaları, uluslararası ilişkilerde gelişim ve olumlu hava, dünyada sağlık politikalarının ve sağlık hizmetlerinin paylaşıldığı küresel ölçekte bir niteliğe bürünmüştür.¹

Sağlık hizmetleri, hizmet kavramını oluşturan tüm özelliklerinin yanında bunlardan farklı özellikleri de kavramında barındırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık tanımı “Yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.”² DSÖ’nün sağlık tanımını referans alarak sağlık hizmetlerinin sunan ve bu hizmetleri talep edenler olarak iki gruplandırma yapılabilir. Hasta/müşteri sağlık gereksinimi olduğunda bu hizmeti talep edenler, bireylerin sağlık gereksinimlerinde ise bu hizmeti sunarak onların o anki sağlık seviyesini istenen seviye ulaştırmak için çaba gösteren sağlık çalışanları; hekim, hemşire, ebe, eczacı, sağlık teknisyenleri vb.dir.³ Sağlık hizmetlerinin üretilmesi, bu hizmetlerin kalitesi, ileri tıbbi teknoloji, tedavi ve bakım planında kullanılan tıbbi ilaçlar ve gereçler ile hastanın bu hizmetlerden memnuniyeti hedeflenmektedir. Sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet bireyin sağlık gereksinimi için sağlık tesislerine başvurduğu ilk andan sağlık gereksiniminin karşılandığı ve iyilik haline geldiği sürece kadar aldığı hizmetler ve uygulanan tıbbi

1 F. Toker, “Sağlık Hizmetleri Yönetimini Diğer Yönetimlerden Ayıran Temel Özellikler, Modern Hastane Yönetimi”, C.3, S.6, İstanbul, 1999, s.12

² Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, s.69

³ Y. Odabaşı, Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir, 1994, s.26.

müdahalelerden bireyin algısını ifade eden süreçtir. Hasta/müşteri hizmetin kalitesini belirleyici en önemli etkidir. Bu memnuniyet verilen hizmetlerin kalitesini, sağlık tesisinin fiziki yapıdan olumluluğunu, sağlık çalışanının ilgisini, yapılan teşhis, tedavi, bakım ve rehabilite hizmetlerinin olumlu, bu süreçte hasta ve hasta yakınlarının bunlar hakkında bilgi ve eğitildiğini ve hasta hakları dikkate alındığının ispatlayıcıdır.¹

Tıp bilimi ve teknolojisi referans alınarak sunulan sağlık hizmetleri insan yaşamının kalitesi, genel sağlık seviyesine ulaşabilmesi için tanı, tedavi, bakım ve rehabilitasyon sağlarken, insan temel hakları ve vücut bütünlüğünü korumayı amaçlamaktadır. Tıp bilimi tıbbi müdahaleyi tıbbi açıdan etik ilkelerle yapmayı tıbbi hatalar, olumsuzluklar ve hak ihlaline yol açmayacak şekilde yapılması gerekmektedir. Tıbbi müdahalenin yaşam ve vücut bütünlüğünü temel alması, bu müdahalelerde bireyin rızası, onamı gerekmektedir.

Hippocrates'in ilk kuralı, hekimin gerek düşünceleri gerekse seçtiği tedavi ile “hastaya zarar vermemesidir.” İnsan hayatına saygı duymak ve zarar vermemek temel prensiptir.² Bireylerin sağlıklarının bozulması ile ortaya çıkan tıbbi gereksinimini talep ettiğinde, hekim ve sağlık çalışanlarının ellerindeki tıbbi teknoloji, teknik imkânların ve tıbbi bilgileri ile yoğun bir bakım uygulaması ve hasta hekim, sağlık çalışanlarının kullandığı dili anlaması, olası risk ve iyileşme süreci hakkında yeterli ve gerekli açıklamaları almış olması, uygulanacak tıbbi müdahale ya da bakım ile gelişecek süreci veya alternatif başka yöntemin açıklanması gerekmektedir.

Toplumların ya da ülkelerin gelişmişlik düzeyinin ölçümünde birey ve toplumların genel sağlık düzeyidir. Genel sağlık düzeyinin yüksekliği toplumsal gelişmişliğin önemli bir göstergesidir. Sağlık, birey ve dolayısı ile toplumun mutluluğu açısından en önemli faktördür. Bu açıdan toplumsal yaşamın mutluluğu toplumda yaşayan bireylerin sağlıklı olmaları ile doğru orantılıdır. Bunu sağlayacak olan ise toplumun genel yapısına uygun geliştirilen ve uygulanan sağlık

¹ T. Harcar, “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”, Pazarlama Dünyası Dergisi, C.5, S.25, İstanbul, 1991, s.38.

² M. Kaplan, Geleneksel Tıbbın Yeniden Üretim Sürecinde Kadın, Ankara Kent Örneğinde Kuşaklar Arası Çalışma, Ankara, 2010, s.35

politikalarıdır. Sağlık politikasının temel amacı bireyin ve toplumun genel sağlık seviyesini geliştirmek, sürdürmek ve bunlar için gerekli ve yeter tedbirleri alarak koruyucu sağlık hizmetlerini dil, din, ırk, coğrafi, ekonomi gözetmeden toplumun her kesimine ulaşılmasını sağlamaktır.¹

Sağlık hizmetlerinin temel amaçlarını aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür.

- “a) Hastaların ihtiyacı olan bakım ve tedavi hizmetlerini en az maliyetle üretmek ve ihtiyaç gösterenlere sunmak
- b) Makro düzeyde istihdam sağlayıcı politikalar geliştirmek ve sosyo-ekonomik kalkınmaya katkıda bulunmak üzere en gelişmiş tıbbi teknolojilere dayalı eğitim ve araştırma yöntemlerini kullanarak, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi amacıyla gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamak.
- c) Ulusal gelirden alınan pay ve hastalardan elde edilen gelirin ekonomik bir biçimde kullanılmasını sağlayarak, daha çok hastaya bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sağlamak ve sunmak.”²

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, hasta bireylere mümkün olan en kısa sürede, sağlık gereksinimlerini uygun fiyatla, güler yüzlü ve insan hak ve onuruna yakışır biçimde, tedavi bakım sürecini hastanın anlayacağı bir dille, alternatif yöntemleri de açıklayarak, tıbbi etik, deontoloji ilkeleri ile tıbbi hizmetleri güler yüzle ve bireylere kaliteli şekilde sunarak sağlamaktır.

Sağlık hizmetleri hastalıkların tedavisi edilmesi olarak algılanmış, gelişerek bugünkü anlamda hastalık ya da sağlığı bozucu risk ve faktörlerin etkileri de dikkate alarak öncelikle, insan sağlığını olumsuz etkileyen çevresel faktörlerin azaltılması, bireysel hijyen, biyolojik, kimyasal faktörle mücadele yöntemleri ile koruyucu sağlık hizmetleri ön plana çıkmıştır. Temel sağlık hizmetlerini klasik anlamda koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığı geliştirme hizmetleri olarak sınıflandırmak mümkündür. Sağlık hizmetleri için genel bir tanımlama şu şekildedir: “Sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve

¹ S. Kurtuluş, Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, İstanbul, 1998, s.13.

² M. Soysal-G.T. Kenanoğlu-A. Emre-S. Hameşoğlu, “Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı”, S.486, Ankara, 1993, s.71.

rehabilitasyon için yapılan çalışmaların tümüne birden sağlık hizmetleri denir.”¹ Bu amaçla sağlık hizmeti veren sağlık tesisleri, sağlık hizmet sunumunda kalite, hasta odaklı, verimli ve rekabet edici şekilde olumsuz etkilerden korunması ve rekabette üstün olabilmek için nitelikli ve yüksek kalitede sağlık hizmetini sunması gerekmektedir.

“Sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlar, sağlık hizmeti sunumunda kalite ve verimi yükseltmek ve rekabet edici sistemdeki olumsuz etkilerden korunmak ve rekabette üstünlük sağlamak, kaliteli hizmet sunmak, dış ve politik çevreyi etkileme potansiyelini arttırmak üzere diğer sağlık kuruluşları ile işbirliği yapabilmektedirler. Bu nedenlerden dolayı sağlık kuruluşları arasındaki bu işbirliği entegre sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşların ortaya çıkmasını sağlamıştır. Örneğin bir hastane, hizmet vereceği hasta potansiyelini arttırmak için, yatak kapasitesi ve teknik imkânlarını daha verimli kullanabilmek için özel hekimlerle, sağlık ocakları ile ve bakım merkezleri ile işbirliği yapabilmektedir. Bu işbirliği yatay ve dikey bütünleşme olarak iki şekilde mümkün olabilir, Yatay bütünleşmede, benzer iki sağlık kurumu işbirliği yapar ki buna örnek olarak iki hastanenin işbirliğini verebilir.” Dikey bütünleşme de ise farklı düzeyde iki sağlık kuruluşu işbirliğine gider ki örnek olarak bir hastane ile görüntüleme merkezinin işbirliğini verebilir.”²

Sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olarak tasnif edilmektedir. Hastalıkların ortaya çıkmasında önce alınan her türlü önlemi içeren koruyucu sağlık hizmetlerinden toplumun tüm bireyleri faydalanmaktadır. Sosyal faydasının bireysel faydadan daha yüksek olduğu belirtilen bu hizmetlerde korumanın, tedavi etmekten daha az maliyetli olduğu gerçeği göz önünde bulundurularak diğer hizmetlere göre önceliğinin olduğu ifade edilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri hastalık ya da hastalık belirtilerinin açığa çıkmasından sonra tanı-tedavi gibi süreçleri kapsamaktadır. Hastalıkların tedavi edilmesi sonucunda verimlilik artışının oluşması açısından sosyal faydalarının yüksek olduğu ancak koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha bireysel faydalarının bulunduğu belirtilmektedir. Ayrıca tedavi edici sağlık hizmetlerinin koruyucu sağlık

¹ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, s.79

² Ş. Kavuncubaşı, Hastane Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000, s.34.

hizmetlerine göre daha fazla maliyet ve örgütlenme gerektirdiği ifade edilmiştir. Rehabilitasyon hizmetleri ise bireylerin fiziksel ve ruhsal açıdan başka bireylerine bağlı olmadan yaşamlarının devam ettirmeleri ve hastalıklar, kazalar vb. olayların sonucunda oluşan sakatlıkların gündelik hayatlarına etkisini azaltmak ya da engellemek amacıyla sunulan sağlık hizmetlerindendir.¹

2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ YAPILANMASI

Türk tarihi içinde sağlık uygulamalarına baktığımızda Selçuklu döneminden gelen ve Osmanlı tıbbi uygulamalarında da devam eden bir sürekliliğin yanı sıra, sağlık hizmetlerinin organizasyonunda da bir kültür birliğinin varlığından söz edilebilir. Cumhuriyetin kuruluşunu izleyen dönemde bu yapı geliştirilirken, bütün kurumları ile devlet örgütlenmesi ve hizmet politikalarının ortaya konması ve geliştirilmesinde daha çok batı normlarına uygun bir yol izlenmiştir. Sağlık politikaları bu süreç içinde dünyadaki eğilimlerden bağımsız kalmayarak, temel tercih değişiklikleri göstermiştir.²

Türkiye’de psikiyatri tarihine bakıldığında Anadolu’da yaşamış eski medeniyetlerin ve Osmanlı İmparatorluğu’nun psikiyatri yaklaşımının “hastaların dışlanmaması, damgalanmaması ve insani hizmet sunma çabaları” olması hala etkisini sürdürmektedir. Zengin bir psikiyatri geçmişinin olmasının yanı sıra modern anlamda ulusal bir psikiyatri reformunun gerçekleştirilemediği ifade edilmektedir. 1960 yılında başlayan psikiyatri hizmetlerinin iyileştirilme çabalarında hastaların tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin iyileştirilmesinin amaçlandığı belirtilmiştir. İstanbul ve Ankara’da kurulan ruh sağlığı dispanserleri bulunmasına rağmen psikiyatri hastaneleri ile iyi bir şekilde koordine olmamaları nedeniyle ruh sağlığının güçlendirilmesi ve korunması açısından sınırlı kaldıkları tespit edilmiştir. Türkiye’de ruh sağlığı hizmetlerinin koordinasyonu ve bu sınırlılıklarının kaldırılması amacıyla 1983 yılında Sağlık Bakanlığı (SB) dahilinde Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı kurulmuş ve bugün Koruyucu Ruh Sağlığı, Madde Bağımlılığı, Kronik Ruhsal Bozukluklar ve

¹ M. Yaylalı – S. Kaynak – Z. Karaca, “Sağlık Hizmetleri Talebi: Erzurum İlinde Bir Araştırma”, Ege Akademik Bakış Dergisi, C.12, S.4, İzmir, 2012, s.564

² Akdağ, s.13

Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Şube Müdürlükleri ile dört şube müdürlüğü olarak hizmet vermektedirler.¹

2.1. Tarihi Süreç İçinde Sağlık Politikaları

Türk sağlık sektöründe tarihsel süreçte 1920-1938 yılları aralığında yapılan düzenlemelerle Kurtuluş Savaşı sonrası sorunların çözülmesi, nitelikli ve yeterli sayıda sağlık personelinin yetiştirilmesi ve desteklenmesi, merkezlerden köy, bucak gibi küçük yerleşim merkezlerine doğru sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması gibi politikalar izlenmiştir. Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı ve Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, dispanserler, müesseseler, bölge laboratuvarları, sağlık merkezleri, sağlık ocakları ve sağlık evleri gibi yapılanmalar günümüzde de varlığını sürdürmekte olduğu belirtilmektedir. 1938-1960 döneminde İkinci Dünya Savaşı sonrası ortaya çıkan sıtma, suçiçeği ve cüzzam gibi hastalıklarla mücadele etmek için “Olağandışı Sıtma Kontrolü Yasası” çıkarılmış ve 1945’de Sosyal Sigortalar Kurumu’nun da temellerini atan İş Güvenliği Yasası çıkarılarak, hizmet ile istihdam alanındaki Sağlık Bakanlığı tekeli ortadan kaldırılmıştır. Anne-çocuk sağlığı merkezleri, sağlık ocakları, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinin sayısı arttırılmaya başlanmış ve sosyal sigortalar kapsamı genişletilmiştir. 1961-1980 döneminde ise Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası yürürlüğe girerek beş yıllık kalkınma planları ile sağlık politikaları belirlenmeye çalışılmıştır. Sosyalleşmenin temel alındığı bu dönemde yasa, yönetmelikler ve genelgelerle birçok düzenleme yapılmıştır. 1980 yılından bugüne uzanan süreçte ise Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) sağlık sektöründe kapsamlı bir plan oluşturarak 1992 yılında Birinci Ulusal Sağlık Kongresi toplanmış ve yeniden yapılanma sürecine girilmiştir. 1993’de yapılan İkinci Sağlık Kongresi’nde ulusal sağlık politikaları belirlenerek, sosyal güvenlik kapsamında yer almayan ve ödeme gücü olmayan vatandaşların sağlık hizmetlerinin karşılanabilmesi için Yeşil Kart uygulaması gibi hizmetler başlatılmıştır. Sağlık hizmeti programının oluşturularak yeni yaklaşımların ortaya koyulduğu 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) başlatılmıştır.²

¹ H. Ulaş, “Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de Psikiyatrik Hizmetler”, Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, C.11, S.2, Ankara, 2008, s.10

² H. Özbay – H.E. Erişti – H.G. Öncül ve diğ., Sağlık Hizmetleri Sistemi: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye’de Sağlığa Bakış, Ankara, 2007, s.98.

2.1.1. 1920–1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Birinci Dünya Savaşı sonrası 20 Nisan 1920’de ilk defa toplanan Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) kabul ettiği 2 Mayıs 1920 tarih ve 3 sayılı Kanun ile SB kurulmuştur. Birey ve toplumun sağlık statüsünü iyileştirme sorumluluğu ile sağlık hizmeti sunma ve sağlık politikaları üretmekten sorumlu temel kurumdur. İlk Sağlık Bakanı ise Dr. Adnan Adıvar’dır. Bu dönemde sağlık alanında sistemli bir kayıt gerçekleştirilememiş, ivedilikle savaşın getirdiği yıkımın tamirinin sağlanmasına ve yasal mevzuatın temellendirilmesine çalışılmıştır.”¹

23 Nisan 1920 yılında TBMM’nin kurulmasıyla sağlık hizmetlerinin devletin temel görevi olduğu ele alınmıştır. 2 Mayıs 1920 tarihinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kurularak sağlığın iyileştirilmesinde sosyal yardımın önemi Atatürk tarafından vurgulanmıştır. Bu dönemde ülkenin büyük bir bölümünün işgal altında olması, Kurtuluş Savaşının başlatılacağı ancak düzenli bir ordunun olmadığı bilinmekle beraber Atatürk ve arkadaşları tarafından Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kurularak sağlıklı bir toplum ve ordu ile bir kurtuluş savaşının başarılı olamayacağı savunulmuştur. Bu yaklaşım sonucunda bazı görüşmeler başlamış ve kimi milletvekilleri ayrıca bir bakanlığa ihtiyaç olmadığını, sosyal yardımın İçişleri bünyesinde devam ettirilmesi gerektiğini savunmuşlardır. Ancak Atatürk ve arkadaşlarının oybirliği ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kurulmuş ve sosyal yardımlaşma temelinde çalışmalara başlamıştır. Bireylerin ve toplumun sağlık sorunlarının ekonomik sorunlarla olan ilişkisine değinerek Atatürk öncülüğündeki Cumhuriyetin kurucu ekibi, sağlığın iyileştirilmesi politikalarına öncelik vererek toplumsal ve ekonomik açıdan bunun gerekliliğini vurgulamışlardır.²

Bu dönemde SB temel aldığı konular ise; savaş sonrası sorunların çözülmesi, nitelik ve nicelik açısından sağlık personelinin desteklenmesi, merkezden kırsala doğru bir yapılanma tesisi, koruyucu sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmaktır. 1925 yılına gelindiğinde ise, Dr. Refik Saydam sağlıkla ilgili çalışma programı hazırlayarak bunları üç başlıkta toplamıştır: Bunlar; idari ve hukuki çalışma,

¹ Akdağ, s.13

² İ. Ağırbaş – Y. Akbulut – Ö.R. Önder, “Atatürk Dönemi Sağlık Politikası”, Ankara Üniversitesi, Türk İnkılap Tarihi Enstitüsü, Atatürk Yolu Dergisi, S.48, Ankara, 2011, s.738

kurumsallaşma ve personel teminidir. 1923-1938 yılları arasında sağlık mevzuatı çalışmaları ile sağlık sistemi yeniden yapılandırılmış ve örgütlenmiştir.¹

2.1.2. 1923–1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları

“Genç Cumhuriyetin ilk yıllarında Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam Cumhuriyetin sağlık hizmetlerinin tesis edilmesi ve geliştirilmesinde önemli çalışmalara imza atmıştır. 1923 yılında, ülkemizde sağlık hizmetleri hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları, 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile veriliyordu.”²

Bu dönemde yaşanan gelişmeler;

“a) 1219 sayılı Tababet ve Suabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928),

a) 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930), gibi halen yürürlükte olan kanunlar dâhil çeşitli kanunlar çıkarılmıştır.

Refik Saydam döneminde yürütülen sağlık politikalarında su dört ilke söz konusudur:

- a) Sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,
- b) Koruyucu hekimliğin merkezi yönetime, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlere bırakılması,
- c) Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması. Tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulanması,
- d) Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması. Bu ilkeler ışığında;
- e) Sağlık hizmetleri, geniş bölgede ‘tek amaçlı hizmet/ ‘dikey örgütlenme’ modeli ile yürütülmüştür,
- f) Yasal düzenlemelerle, koruyucu hekimlik kavramı geliştirilmiş, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilmiş, her ilçede hükümet tabibi olması hedeflenmiştir,

¹ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, s.130

² Akdağ, s.13

- g) Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak 1924'te 150 ve 1936'da 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri açılmış, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin maaşları artırılmış ancak, serbest çalışmaları yasaklanmıştır,
- h) İllere rehber olmak üzere ilk olarak 1924'te Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas Numune Hastaneleri ve 1936'da Haydarpaşa Numune Hastanesi açılmıştır. Daha sonraki yıllarda tamamlanan Trabzon ve Adana Numune Hastaneleri ile Numune Hastanesi sayısı 7'ye çıkmıştır.”¹

Bu dönemin en belirgin unsurları ise nüfus dikkate alınmadan her ilçeye bir hükümet tabibinin atanması, koruyucu sağlık hizmetlerine ve bulaşıcı hastalıklarla mücadelede büyük önem verilmesi, tedavi hizmetleri asli görev kabul edilmiş ve yerel yönetimlere de görev verilmiştir. Kamu sağlık örgüt ve birimlerinde yapılanma ve Türkiye'ye yayılması, nicelik ve nitelik yönünden gerekli olan insan gücü için ciddi çalışmalar yapılmıştır.

2.1.3. 1946–1960 Dönemi Temel Sağlık Hizmeti Uygulamaları

1946-1960 döneminde vatandaşların sağlık konusunda bilgilendirilmesi amacıyla çeşitli çalışmaların yapıldığı ve sağlık alanında yönetimle ilgili koruma ve tedavi edici hizmetlerin bir arada uygulanarak ülke genelinde yayılması hedeflenmiştir. 1950 ve sonrasında SB belediyelere ait hastaneleri bünyesine katmış ve taşradaki kurumlarda çalışan personel şehir hastanelerine aktarıldığı belirtilmektedir. 1960 yılında DPT'nin hizmete girmesiyle tüm sektörler koordineli bir hizmet vermeye başlamış ve hizmet alanlarına yeniden düzenlemelerin gerçekleştirilmesi ile kalkınma projeleri hayata geçirilmiştir.²

“Cumhuriyet döneminde ilk defa yazılı bir sağlık planlaması olarak tanımlayabileceğimiz “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı”1946 tarihindeki Yüksek Sağlık Şûrası tarafından kabul edilmiştir.”³

¹ Akdağ, s.14

² R. Eracar, Avrupa Birliği Uyum Sürecinde Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Değerlendirilmesi: Ankara İli Özel İki Hastane Uygulaması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi (YYLT), Ankara, 2013, s. 13

³ A. Soyer, Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Darbeden AK Partiye Sağlıkın Öyküsü, İstanbul, 2004, s.77

Türkiye'nin planlı kalkınma dönemi olarak değerlendirilir. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile hükümet tabipliği yerine nüfus temelli sağlık ocaklarının kurulması öngörülmüştür. Bu süreçte sağlık ocakları Türkiye genelinde 53 ile yayılmış 1983 yılında yapılan yeni bir düzenleme ile tüm Türkiye'de sağlık örgütlenmesine gidilmesi sağlanmıştır.¹ Bu kanunun temel ilkeleri ise şu şekilde sıralanmaktadır: Eşit, sürekli, entegre, kademeli, öncelikli, katılımlı, ekip, denetlenen, uygun ve nüfus yapısına göre hizmet olarak nitelendirilmiştir. Bu ilkeler doğrultusunda ise beş-on kişi nüfusa birinci basamak hizmeti verecek kuruluş sağlık ocaklarıdır. Sağlık ocaklarında görev yapacak personel dağılımı ise bir hekim, bir hemşire, bir sağlık memuru, iki-dört köy ebesi ve bir tıbbi sekreter ile hizmetli, şofördür. Sağlık ocaklarının kendi sınırları içerisinde bulunan tüm nüfusu kapsayarak birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında tedavi ve koruyucu olarak bu hizmetleri sunmaktır. Sağlık ocakları, devlet hastaneleri tedavi edici hizmetleri, sağlık müdürlüğü ise halk sağlığını ilgilendiren koruyucu sağlık hizmetleri verilecektir. Bu şekilde sevk zinciri oluşturulacaktır. Uygulama imkânı bulan bu model kırsal kesimde istenileni verse de kentlerde birçok nedenlerden dolayı kırsal kesimdeki başarı seviyesine ulaşamamıştır.

Bu dönemde Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı mevzuat halinde uygulamaya konulmuştur. Türkiye'nin sağlık sisteminin yapılanmasını işlevsel olarak yönlendiren bu program, ana sistem olarak o güne dek yerel yönetimlerin elinde olan yataklı tedavi kurumları merkezi idarenin yetki ve sorumluluk alanına alınmıştır. Milli Sağlık Planı'nda köy ve köylülerin sağlık kurumlarına ulaştırmak amacıyla, her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi tesis edilerek tedavi edici hekimlikle koruyucu sağlık hizmetlerinin müşterek olarak sunulması hedeflenmiştir. Bu merkezlere iki hekim, bir sağlık memuru, bir ebe ve bir ziyaretçi hemşire ve onar köylük kümelerde görev yapacak köy ebesi ve köy sağlık memurları görevlendirilmeye başlanmıştır. 1945 yılında 8 adet olan Sağlık Merkezi sayısı, 1950 yılında 22'ye, 1955'de 181'e, 1960 yılında 283'e yükseltilmiştir.”²

¹ A. Soyer, “1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?”, Toplum ve Hekim, C.15, Sayı 4, Ankara, 2000, s.259.

² Akdağ, s.15

Bu dönemde Dr. Behçet Uz tarafından sunulan Birinci On Yıllık Sağlık Planı'dır. Türkiye'de yedi sağlık bölgesi oluşturularak her bölgenin örgütlenmesi ve kendi kendine yeterli olacaktır. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürüteceklerdi. Bu bölgelerin örgütlenmesi tamamlandıktan sonra her bölgeye tıp fakültesi kurulması öngörülmüştür. 1952 yılından başlayan sigortalı işçiler için sağlık kurumları ve hastaneler tesis edilmeye başlanmıştır.¹ 1945 yılında kurulan İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuş, 1952 yılında işçilere sağlık hizmetleri vermeye başlaması ile sağlık hizmeti sunumu ve sağlık personeli istihdamı yeni bir anlayış ile SB'nın sağlık hizmetlerinin sunumunun tekelden yerine getirmesi gerektiği anlayışının dışına çıkmıştır. 1950 yıllarında batı tipi demokrasiye geçiş beraberinde kamu hizmetleri, sağlık politika ve stratejilerinde de değişimleri başlatmıştır. DPT kurulması ve onun koordinasyonunda sağlık sektörü de dahil tüm sektörler yeniden düzenlenerek planlı kalkınma dönemine geçilmiştir.²

Bu dönemde gerçekleştirilen hizmetler şu şekilde açıklanmaktadır:

- “• İkinci dünya savaşından sonra ortaya çıkan sıtma, suçiçeği vb. hastalıklarla mücadele için Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu (1945)
- Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kurulmuş (1945), 1952 yılında işçilere sağlık hizmeti sunumuna başlayan kurum, finansman, sağlık örgütü, hastane kurma, işletme ve personel atama yetkilerine sahip olması sağlanarak SB tekeli ortadan kalkmıştır.
- Tedavi hizmetleri ve koruyucu hizmetlerin birlikte verilmesi, sağlık merkezlerinin kurulması planlanmış fakat plan uygulamaya tam anlamıyla konulamamıştır.
- Verem savaş dernekleri kurulmuştur. (1949)
- Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü kurulmuş, AÇS merkezleri ve istasyonları açılmıştır.”

1 D. Sezgin, Sağlık İletişimi Paradigmaları ve Türkiye: Medyada Sağlık Haberlerin Analizi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (SBE), Yayınlanmamış Doktora Tezi (YDT), Ankara. 2010, s.88

² Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, s.133

- Dr. Refik Saydam döneminde yerel yönetimlere bırakılan tedavi edici hizmetler SB'nca üstlenmiş, belediye hastaneleri devletleştirilmiş, buralarda görev yapan personelin hastanelere kaydırılması ile hizmette aksamalara yol açmış, hekim dışı sağlık personelinin eğitilmesine gerekli önem verilmemiştir.”¹

Bu dönemde sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunumuna ilişkin yasal düzenlemelere yönelik çalışmalar devam etmiştir. Bu dönem içinde sivil toplum kuruluşların ve bazı tıbbi uzmanlıkların hukuki mevzuatları aşağıdaki sırayla oluşturulmaya başlanmıştır:

- “a) Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953/6023)
- a) Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953/6197)
- b) Hemşirelik Kanunu (1954/6283)
- c) Türk Eczacıları Birliği Kanunu (1956/6643)”²

Bu dönemde verem hastalığında önemli ölçüde azalma gözlenmiş, Türkiye genelinde tüberküloza bağlı ölüm hızı yüz binde 52'ye gerilemiştir. Bu iyileşme bebek ölüm hızında da büyük oranda düşüş yaşanması sağlanmış binde 176'ya düşmüştür.³ Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programında, vatandaşın belli miktar bir ücret ile sigortalamak, sigortası bulunmayan ve tedavi giderlerini karşılayamayan vatandaşların sigorta giderlerini özel idare bütçesinden temin etmek, bir sağlık bankası tesis edilerek sağlık harcamalarının koordinasyonunu bu sistemden finansa etmek, ilaç, serum ve ası gibi tıbbi malzemelerin üretimini kontrol altında tutmak, süt ve mama gibi çocuk besinlerini temin edecek sanayi kuruluşlarının oluşturulması öngörülmektedir.

2.1.4. 1960-1980 Dönemi Temel Sağlık Hizmetleri Uygulamaları

1961 yılında ilk olarak 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıkartılmıştır. Sağlıkta sosyalizasyon fiilen 1963 senesinde başlatılmış, 1983 yılına gelindiğinde bütün ülkede yaygınlaştırılmıştır. Geniş çapta, devamlılığı sağlanan, bütünleşmiş, kademeli, il içinde entegre özellik gösteren sağlık

¹ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, s.133

² Sezgin, s.88

³ Akdağ, s.16

evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri sisteminde bir organizasyon şeması çıkarılmıştır. 1965’te 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun çıkartılmış ve pronatalist (nüfusu artırıcı) politikadan antinatalist (nüfus artış hızını sınırlayıcı) politikaların uygulanmasına geçilmiştir.¹

Bu dönemde genel sağlık sigortası üzerinde odaklanılarak tüm vatandaşların sigortalması amaçlanmış fakat bu çalışmalar hayata geçirilememiştir. Bu dönemde meydana gelen siyasi kargaşadan dolayı hükümetin sağlık konusundaki düzenlemelerinin sadece kâğıt üzerinde kalmasına neden olduğu ifade edilmektedir.²

Türkiye’de sosyalleştirme sürecinin gerçekleştirilmeye çalışıldığı bu dönemde üç temel etken göz önünde bulundurulmuştur. Birinci etken olarak planlı bir kalkınmaya girişim yapılmış, sağlığın temel ilkesi olan toplumun sağlık düzeyini yükseltmek ve toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik vermek esas alınmıştır. İkincisi toplumun % 70’inden fazlası kırsal kesimde yaşadığı için burada ihtiyaç duyulan sağlık beklentilerinin artması geçici özümelerin yerine daha kapsamlı ve topluma hitap eden, kalıcı nitelikte önlemlerin alınmasını gerektirmiştir. Üçüncü olarak da tedavi hekimliği hizmetlerinin, koruyucu hizmetleri tamamlayacak şekilde koordineli olarak gerçekleştirilmesi ve evde, ayakta tedavinin sağlanması yönünde küçük çaplı sağlık örgütlenmelerinin gerçekleştirilmesi vurgulanmıştır.³

“Geniş bölgede tek yönlü hizmet ilkesinin alternatifi olan dar bölgede çok yönlü hizmet anlayışına geçilmiştir. 1967 yılında Genel Sağlık Sigortası (GSS) için bir kanun taslağı hazırlanmışsa da, Bakanlar Kuruluna sevk edilememiştir. 1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda GSS’nin kurulması tekrar öngörülmüştür. 1971’de GSS Kanun Taslağı, TBMM’ne gönderilmiş fakat kadük kalmıştır. 1974 yılında tekrar Meclis’e sunulan taslak bir daha görüşölmemiştir.”⁴

1978’de Sağlık Personelinin Tam Süre alışma Esaslarına Dair Kanun çıkartılmış ve kamu personeli olan doktorların muayenehane açması yasaklanmıştır.

¹ S. Savaş-Ö. Karahan-R.Ö. Saka, “Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm”, (Derleyen. S. Thomson- E.Mossialos), C.4, S.4. Kopenhag, 2002, s.44

² Eracar, s. 14

³ K. Pala, Sosyalleştirme Sürecine Koşut Dünyada Sağlık Sistemleri: Ülke Örnekleri, Füsun Sayek Türk Tabipler Birliği Kitabı, Ankara, 2012, s.37

⁴ Sezgin, s.88

1980 yılında Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile bu kanun yürürlükten kaldırılmış ve tekrar muayenehane talebinin kabulü mümkün olmuştur.¹

2.1.5. 1980–2002 Dönemi Temel Sağlık Uygulamaları

1980 askeri darbesinden sonra Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektöre ağırlık verilmesi ve teşvik edilmesi sağlanmıştır. “Sağlıkta neoliberal bir dönüşüm” olarak adlandırılan 1982 Anayasası ile devletin sağlık hizmetlerinden çekilmesinin başlangıcının oluşturulduğu ve sonraki yıllarda hükümetlerin özelleştirme girişimlerinin daha yoğun olduğu belirtilmiştir. Kapitalist bir düzende sağlık hakkının bir hak olmaktan çıktığı ve sağlık hizmetlerinin parası olanın satın alabileceği bir metaya dönüştürüldüğü ifade edilmiştir.²

Türkiye Cumhuriyeti Anayasasında ilgili maddelerde devletin vatandaşın hak, özgürlük ve diğer hakları hakkında kesin yükümlülükleri belirtilmiştir. Buna göre “Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 60. Maddesinde: “Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar. 56. Maddesinde: Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.”³ İfadesi bulunmaktadır. Bunlara ilaveten bahsi geçen maddede GSS’nin kurulabileceğine imkân veren bir ifade de bulunmaktadır.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 17. maddesi I. ve II. fıkralarında: “Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.” Kişinin hayatı, vücut bütünlüğü ve sağlığını korumak amacıyla hekimlerin yaptıkları tıbbi

¹ TCSB, İstihdam Planlama Şubesi, 2010, s.14

² K. Pala, Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?, Bursa, 2007, s.13;
<http://www.sgb.gov.tr/Politika%20Analizi//AileHekimli%C4%9Fi/Kaynak/Makaleler/T%C3%BCrkiye%20%C4%B0cin%20Nasıl%20Bir%20Sağlık%20Reformu.pdf> (10.09.2014)

³ Tengilimoğlu-Işık-Akbolat, s.135

müdahalelerde bazı şartların varlığına bağlı olarak hukuka uygun sayılabilecek şartlar bulunmaktadır: “Müdahalenin tedavi amacıyla ve tıp biliminin kurullarına uygun olması, hastanın müdahaleye rıza göstermesi”dir.¹

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın Ailenin Korunması hakkındaki 41. Madde de: “Aile, Türk toplumunun temelidir. Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlaması öğretimi ile uygulamasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar.” 1983 yılında çıkartılan 2827 sayılı aile planlaması hizmetlerine ilişkin ikinci kanun Anayasamızın söz konusu maddesine paralel, aile planlaması hizmetlerinin yöntem ve yetkilerini güçlendirmektedir. 2827 sayılı kanunda aile planlaması, fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları şeklinde ifade edilmiştir. İlgili yasanın üçüncü maddesinde genel hatlarıyla, “... Bu maksatla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, özel teşkilat kurmaya, gebeliği önleyici ilaç ve araçları temin veya imal etmeye veya ettirmeye, muhtaç olanlara bu ilaç ve araçları parasız veya maliyetinden ucuz fiyatla vermeye veya verdimeye veya sattırmak için tedbir almaya yetkilidir” denilmektedir. Ayrıca kanunun 4. ve 5. maddelerinde kadında ve erkekte gönüllü cerrahi sterilizasyon ve isteğe bağlı 10 haftaya kadar gebeliklerin sonlandırılması uygulamalarına da izin verilmiştir.²

1990 yılında Dünya Bankası (DB) ile imzalanan bir anlaşmayla gündeme giren “Sağlık Projesi ile sağlık sistemimizin işletme, özelleştirme anlamındaki yapısal dönüşümü açısından bir dönüm noktasını oluşturmaktadır. Bu sağlık projesinin finansmanını sağlamak amacını taşıyan borç anlaşmasıdır.”³ Sağlık sisteminin sürdürülebilirliği için gerekli olan finansman ihtiyacının bireylerinde parasal katkıları ile finanse edilmesi gereklidir. 1990 yılında DPT için yapılan Sağlık Sektörü Master Plan Çalışması ile sağlık sektörünün mevcut durumu tanımlanmış ve gelişimi için dört ana strateji seçeneği ortaya koymuştur. Buna göre stratejiler; mevcut statünün iyileştirilmesi, serbest pazar stratejisi, sağlık hizmetleri stratejisi ve uzlaşma seçeneğinden oluşmaktadır. 1990 sağlık reformu çalışmalarında sosyal güvenlik kurumlarının tek çatıda toplanması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin

¹ Yahya Deryal, Sağlık Hukuku Problemleri, Ankara, 2012, s.23

² Akdağ, s.22.

³ İ. Belek, Sağlıkta Dönüşüm, İstanbul, 2012, s.9

aile hekimliği kapsamında geliştirilmesi, sağlık tesislerinin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesine, SB'nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması amaçlanmıştır. DPT bu stratejiler arasından uzlaşma seçeneğini seçmiştir. 1993 yılında SB tarafından öngörülen Ulusal Sağlık Politikası; destek, çevre sağlığı, yaşam biçimi, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlıklı Türkiye amaçları olmak üzere beş ana hat üzerinde yapılandırılmaya alınmıştır. 1998 yılına gelindiğinde GSS, Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı ile birlikte, Bakanlar Kurulu'nca TBMM'ye sunulmuş, fakat kanunlaşmamıştır. 2000 yılında ise, GSS konusunda, Sağlık Sandığı adıyla bir kanun tasarı taslağı bakanlıkların görüşleri için gönderilmiş fakat olumlu bir geri dönüş yaşanmamıştır.¹

Bu dönemde sağlık sisteminde önemli sayılabilecek reform çalışmalarının alt yapıları hazırlanmıştır. Ancak, bunların yeterince uygulama alanının bulunamadığı bir dönem olmuştur. 2002 yılına kadar, Türkiye'de kamu ve özel hizmet sunucularından oluşan karma bir sağlık hizmetleri sunum sistemi vardı. Başlıca üç kamu hizmet sunucusu şunlardır:

- “1- Sağlık Bakanlığı
- 2- Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)
- 3- Üniversite Hastaneleridir.”²

SB, en önemli birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısıydı ve gerçekte koruyucu sağlık hizmetleri sunan tek kurumdu. 2002 yılında SB'nin yönetimi altında yaklaşık 700 hastane, 6000 Sağlık Merkezi ve Sağlık Ocağı, 247 verem savaş dispanseri, 234 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi ve 138 poliklinik bulunmaktadır.³

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: 1961 tarihli Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un uygulanması, dört kademeli bir birinci basamak sağlık sisteminin ortaya çıkmasına yol açmıştır.

¹ Belek, s.15

² Y.G. Özdemir-A.M. Özdemir “Medya ve Sağlık: Patolojik Bir İlişki?”. Toplum ve Hekim, C.21, S.1, Ankara, 2006, s.3

³ Akdağ, s.53

“1. Sağlık evleri; Ebelerin görev aldığı 2000-2500 arası nüfusa hizmet veren ve kırsal alandaki nüfusun ilk temas ettiği önemli merkezlerdi.

2. İkinci kademedede bulunan sağlık Ocakları, 5000-10.000 arası nüfusa hizmet veren ve genelde sadece temel tıp diploması olan bir pratisyen hekim, bir hemşire, iki ebe ve destek personelinin (toplam 8 personel) görev yaptığı kırsal sağlık ocakları bulunmaktaydı.

3. Üçüncü kademedede, 10.000–30.000 arasında bir nüfusa hizmet veren ve birden fazla doktor, bir diş hekimi, bir eczacı, birçok sağlık memuru, bir çevre sağlığı teknisyeni, laboratuvar teknisyenleri, hemşireler ve ebelerin (toplam 16 personel) görev aldığı bölge sağlık ocakları bulunmaktaydı.

4. Dördüncü kademedede ise 22 sağlık çalışanı ve 6 destek personelinden oluşan 28 kişilik personel kadrosuyla il sağlık ocakları bulunmaktaydı. Sağlık ocaklarının en önemli işlevi, halka kapsamlı koruyucu sağlık ve birinci basamak sağlık hizmeti sunmaktır. Bu işlev, bulaşıcı hastalıkların ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, ana çocuk sağlığı (aşılar ve aile planlaması da olmak üzere), halk sağlığı eğitimi, çevre sağlığı, hasta bakımı ve sağlık konusunda istatistiksel bilgi toplanması gibi hizmetleri de içermektedir.”¹

Dünya genelinde 1990 sonrası sağlık reform çalışmaları Türkiye’de etkisini göstermiş, bu konuda önemli çalışmalar yapılmıştır.

Halk Sağlığı Hizmetleri, SB’nın teşkilat yapısı içinde yarı özerk bir kurum olan Refik Saydam Hıfızısıhha Merkezi Başkanlığı, hastalık kontrol laboratuvarları da olmak üzere bölgesel düzeyde ve il düzeyinde bir sağlık sistem alanının koordinasyonunu üstlenmekteydi. İl genelinde, il sağlık müdürlükleri, dikey hastalık kontrolü çalışmalarından sorumludur. Bunun yanında, sağlık ocaklarında görevli bulunan çevre sağlığı teknisyenleri çevresel atık, su güvenliği, kanalizasyon ve gıda hijyeni gibi halk sağlığı üzerine olan hizmetlerin gerçekleştirilmesiyle görevliydi. Yine, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri; bağışıklama, aile planlaması, emzirmeye yönlendirme ve sağlıklı beslenme vb. koruyucu nitelikteki sağlık hizmetleri bu plan dâhilindedir.

¹ A. Öztürk, “İktidar Olarak Tıpcı Gelenek: Tıbbın Erk Tarihi”, Toplum ve Hekim, C.21, S.1, Ankara, 2006, s.9

3. AVRUPA BİRLİĞİ BOYUTUNDA SAĞLIK SİSTEMİMİZDEKİ DEĞİŞİMLER

AB hemşirelerin uluslararası eğitim standartlarında ülkelerin ve toplumların gereksinimlerinin karşılayabilecek uygulamaları hayata geçirmek amacıyla çalışmaktadır. Küresel sağlığın geliştirilmesi açısından önemli bir role sahip hemşirelerin eğitim merkezinde insan hayatının en değerli olgu olması esas alınmakta, böyle bir öğrenme ortamında psikososyal gelişim, toplumsal olaylara duyarlı olma, toplu-birey arasında anlamlı ilişkiler kurma, doğal çevreye saygılı, sosyal adalet duygusu gelişmiş ve insan haklarına saygılı davranan vatandaş olma gibi temel felsefelerin benimsenmesi amaçlanmaktadır.¹ Bu bağlamda yapılması gerekenler şöyle ifade edilmektedir:

- “• Uluslararası düzeyde küresel sağlıkla ilgili bilimsel programlar (workshop, panel, konferans vb.) düzenlenmelidir.
- Uluslararası düzeyde sağlıkla ilgili yaşanan sorunların çözümüne ilişkin mesleki uygulamaları, deneyimleri paylaşmak amacıyla e-posta arkadaşlıkları kurulmalıdır.
- Profesyonel hemşirelik kuruluşları, uluslararası sağlık kuruluşları ile işbirliği içinde uluslararası projeler geliştirilmeli veya var olan projelerde sorumluluk alınmalıdır. Bu çabalar bireysel düzeyden kurumsal düzeye çıkarılmalıdır.
- Öğrenci-öğretim elemanı değişim programları hem ulusal hem küresel düzeyde yapılmalıdır. Bu değişim programları hem batı ülkelerini hem de doğu ülkelerini kapsamalıdır. Dünya sağlığını geliştirmek amaçlan ılıyorsa sağlık ve sağlık bakımını etkileyen bölgesel farklılıkların, alternatif sağlık ve sosyal yapı programlarının bilinmesi açısından bu programlar önem taşımaktadır. Hemşirelik eğitimde bu konuda büyük çabalar olduğu bilinen bir durumdur daha da arttırılmalıdır.”²

AB’ne üyelik sürecinde en önemli gelişmelerden bir tanesi olan SDP ile SB, genel sağlık politikaları belirlemiş, bu hizmetlerin koordineli bir şekilde gerçekleştirildiği ve denetiminin yapıldığı bir kurum haline gelmiştir. Fakat bireylerin birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmetlerden geç yararlanma ve bunlara bağlı hale gelmeleri bir eksiklik olarak görülmüştür. AB’ne tam uyum

¹ H. Kaya, “Küresel Sağlık Geliştirmede Hemşirelik Eğitimi”, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, C.7, S.1, İstanbul, 2010, s.364

² Kaya, s.364

sürecinde sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin satın alınan bir hizmet olması haline getirilmesi gibi olumsuz yönleri bulunmaktadır. Bunların yanında “aile hekimliği uygulamasına geçilmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin niteliğinin değişmiş olması bu sürecin bir örgütlenme reformu” olarak adlandırılmasını sağlamıştır.¹

AB halk sağlığı programıyla kamu sağlığının iyileştirilmesi stratejisi uygulanmıştır. AB Komisyonu sağlığa ilişkin programların tek çatı altında toplanmasını ve yeni programın yürürlüğe girmesi doğrultusunda atılım yapmıştır. Sağlığa ilişkin programlardan Sağlığın Teşviki, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)’le mücadele, Kansere Savaş, Uyuşturucu ve Sigara Bağımlılığı Programları, Bulaşıcı Hastalıklar, Hava Kirliliğine Bağlı Hastalıklar konularının birleştirilmesi önerilmiştir.² Bu programların amacı kansere neden olan etkenleri bulup mücadele yöntemlerinin araştırılması, AIDS hastalığının yayılmasının engellenmesi ve bulaşıcı hastalıklardan kaynaklı ölüm oranının azaltılması, ülkeler arası her türlü uyuşturucu kullanımının önlenmesi, çevre kirliliğinin sebep olduğu hastalıkların kaynağının bulunup bu hastalıkların etkilerinin azaltılması, toplumun genel sağlık seviyesinin ölçülerek sağlık alanında yapılan çalışmaların takip edilmesi ve önlemler için gerekli bilgilerin ve uygulamaların yaygınlaştırılmasıdır.

“Avrupa Birliği’nde sağlık alanı sosyal politikalar içinde bulunmakta ve bu konuya daha çok yaşam standartlarının yükseltilmesi yönüyle bakılmaktadır. Subsidiarite ilkesi³ (subsidiarity principle) gereğince sağlık hizmetlerinin sistemi, finansmanı ve tatbiki üye ülkelerin tasarruflarına bırakılmaktadır.⁴ Birlik dahili ülkeler, sosyal politikalarını yönlendirme, tek tip veya ülkeler üstü bir sosyal politika uygulaması açısından herhangi bir mevzuat hazırlığına gitmemişlerdir. Genel olarak,

¹ B. Yurteri, Sağlık Sektörü Boyutuyla Avrupa Birliği Genişleme Sürecinde Türkiye’de Sendikal Hakların Gelişimi, Beykent Üniversitesi, SBE, YYLT, İstanbul, 2013, s.51

² İ.T. İstanbullu, Avrupa Birliği’ne Uyum Sürecinde Türkiye’de Uygulanan Sağlık Politikalarının Kamu Hastanelerine Yansımaları, Beykent Üniversitesi, SBE, YYLT, İstanbul, 2009, s.11

³ Alınacak kararlar ve izlenecek politikaların vatandaşa en yakın olan, yani en küçük idari birim bazında alınmasını ifade eder. Diğer bir ifadeyle, kararların en etkili idari birim tarafından uygulanmasını, gerekli olmadığı durumlar dışında Topluluk müdahalelerinin sınırlandırılması ve bu alanda yetki ve sorumlulukların üye ülkeye bırakılmasını ifade eder. Konu ile ilgili daha ayrıntılı bilgi için bkz. Ruşen Keleş, “Hizmette Halka Yakınlık (Subsidiarite) İlkesi ve Yerel Yönetimler”, Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi, C.4, S.1, Ankara, 1995, s. 3-4.

⁴ C.I Ardy Dubois-M. McKee, “Health and Health Care In The Candidate Countries To The European Union: Common challenges, different circumstances, diverse policies”, Health Policy and European Union Enlargement, (Eds. M. McKee-L.Maclehose- E. Nolte), European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, Berkshire, 2004, s.44

Birliğin, üye devletlere tepeden inme tek tip bir sağlık politikası uygulatma veya uygulamaları tek tipleştirme isteği bulunmamaktadır Aksine üye ülkelerin nev-i şahsına münhasır sağlık politikalarını yönlendirmeleri beklenmiştir.¹

AB üyesi devletlerin uyguladıkları sağlık politikaları genel olarak kendilerine özgü olup, sağlık hizmetleri ulusal bir yapıda organize edilmektedir. Bu nedenle, ülkeler arasında sağlığın finansmanı, hizmet sunumu, insan gücü uygulamaları ve sağlık mevzuatı alanlarında devletlerarası birçok ayırım gözlenebilmektedir. AB yaşam kalitesini geliştirmeyi ilke olarak benimsemesine karşın bu ilkeyi hayata geçirmede en önemli etken olan kamu sağlığına yönelik politika üretmeyi ve hizmetlerin güncelleştirilmesine yönelik direkt düzenlemeleri 1990 senesine kadar gerçekleştirebilmiş değildir.²

AB, son dönemde hızla ivmelenen bir şekilde, halk sağlığı üzerine hizmetlerini arttırarak AB vatandaşlarının sağlığını koruma üzerine azami gayret göstermektedir.³ AB sağlık temel sağlık uygulamaları, 1999 yılından itibaren Komisyon'un revizyonu ihtiyacı yönünde Sağlık ve Tüketicinin Korunması Genel Müdürlüğü (Health and Consumer Protection General Directorate) eliyle yapılandırılmaktadır. AB'nin direkt olarak her üyeye entegre bir sağlık politikası yahut yönlendirmesinin olmamasına rağmen, sağlık konusuna bakışı birliğin kuruluş temellerinden günümüze bir çok değişimi beraberinde getirmiştir.

Üye ülkelerdeki sağlık politikaları tamamen ülkelere özgü olup, sağlık hizmetleri ulusal düzeyde organize edilmektedir. Bu nedenle, ülkeler arasında sağlığın finansmanı, hizmet sunumu, insan gücü uygulamaları ve sağlık mevzuatı konularında derin farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin; Portekiz, İngiltere ve Finlandiya'da sağlık hizmetleri genel bütçeden finanse edilmekte, Almanya, Avusturya ve Hollanda gibi ülkelerde bu hizmetlerin gerçekleştirilmesi sigorta fonu çalışmalarıyla gerçekleştirilmektedir. Sağlık sektöründe özel sektörün en kapsamlı

¹ R.Akdur, "Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyum", Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi S. 17, Ankara, 2003, s.51.

² A. Lefebvre, "The Future of European Health Policy", Eurohealth, Volume 4, Number 5, Winter : 12, 1998, s.67

³ European Commission, The Health Status of The European Union - Narrowing The Health Gap, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2003, s.3.

olarak sisteme dâhil olduğu ülke Hollanda'dır. Öteki taraftan yine başka bir karşılaştırmalı analiz yapıldığında İtalya, İngiltere ve İrlanda gibi devletlerde sağlık hizmetleri mutlak olarak devletin yetki ve tasarrufunda iken, Belçika, Fransa ve Almanya'da sağlık özel sektöründe sisteme dâhil olduğu görülebilmektedir.

Günümüze değin giderek büyüyen süreci neticesinde bugünkü sınır ve kurumsallığına ulaşan AB, 1950'li yıllarda temellerinin atılmasından günümüze yetkilerinin kapsamını, sağlık ve sağlık politikaları dâhil sosyal politika alanlarını da içine alacak şekilde giderek artan bir hızla gelişimini devam ettirmektedir. En temelinde ekonomik entegrasyon çerçeveli bir bütünleşme serüveni geçiren AB, özellikle yayılma etkisi ile sosyal sektörleri ve nihayet buna bağlı olarak sağlık alanını da şekillendirmektedir. Üye ve yahut henüz üye olamamış ülkelerin; sağlık ve sağlık politikalarını, AB'nin ilke ve standartlarından özerk tutması çok fazla ihtimal dâhilinde değildir. Sağlık sektörü ülkelerin adaylık statüsü, müzakere ve katılım işlemleri ile beraber, direkt yahut dolaylı olarak etkilendiği ve bir entegrasyonun arandığı en önemli alanlardan bir tanesidir. Uzun yıllar sosyal politikalar kapsamında bulunan sağlık alanı, AB'nin güncellenen hedef, ilkeleri ve sorunları ışığında yeniden şekillenmekte ve bu sahada yeni hedeflere ulaşmak için oluşturulan eylem planları ile ortak bir hedefe yönelmektedir. Sağlık konusu, günümüzde hızla önem kazanan bir konu haline getirmektedir. AB, sağlık alanında paralel planlamaların tesisi maksadıyla, çeşitli programları tatbik etmektedir.¹

AB müktesebatında, sağlıkla alanındaki düzenlemeler ortak bir başlık altında sistemleştirilmemiştir, Sağlıkla ilgili düzenlemeler genel çerçevede malların serbest dolaşımı, kişilerin serbest dolaşımı, sosyal politika ve istihdam, çevre, tüketicinin ve sağlığın korunması ve gümrük birliği gibi konular etrafında toplanmaktadır. Türkiye, AB müktesebatına uyum için meydana getirdiği Ulusal Program ışığında çalışmalarını her yeni dönemde geliştirmektedir. Türkiye'nin 1963 yılından itibaren ilişkisini sürdürdüğü AB üyeliği yolculuğu en kısa zamanda tam üye olabilmesi için, Ulusal Programdaki sorumluluklarını yerine getirmesi gereklidir. Bu sorumlulukları yerine getirirken, sadece politik sahada adım atmayıp, Ulusal Program'da yer alan diğer önceliklerin ivedilikle gündeme alınması gerekmektedir. Bu öncelikler en

¹ J.Lister, Sağlık Politikası Reformu: Yanlış Yolda mı Gidiyoruz? İstanbul, 2008, s.25

başlarında gelen sağlık konusu ile ilgili hususlar ve bu alandaki uyum süreci büyük bir öneme haizdir. Bu çalışmalar, halkın sağlık kalitesinin AB ülkelerindeki düzeye ulaştırılması ve sağlık sektöründe AB standartlarının yakalanması için çok önemlidir.

4. HASTA VE HASTA YAKINLARININ SAĞLIK TESİSLERİNDEKİ DURUMLARINA (PSİKOLOJİK DURUMLARI HASTA VE HASTA YAKINLARI AÇISINDAN) BAKIŞ

Teknolojik ilerlemenin en hızlı olduğu sağlık sektöründe tıbbi donanımda en iyi teknolojinin kullanılması fakat hizmet anlayışında iyileşme sağlanamaması açısından bir çelişki oluşturduğu belirtilmektedir. Kaliteli sağlık bakımı ve toplumun sağlığının iyileştirilmesinde hasta memnuniyeti en önemli sağlık göstergelerindendir. Düşük kalitede verilen hizmet ile hastalar daha geç iyileşmekte ve tedavi masraflarının artmasına neden olmaktadır.¹ Ayrıca hasta yakınları ve hastalar açısından uzun süreli kalışların gerçekleştirilmesi psikolojik ve fizyolojik açıdan olumsuz etkilere sahip olmakla birlikte sağlık çalışanlarının da daha fazla efor sarf etmelerine sebebiyet vermektedir. Sağlık hizmetlerinde yurt dışı veya özel sağlık hizmetlerinin kaliteli sağlık hizmetlerinin alınması açısından ön plana çıkardığı ifade edilmektedir.

Bir çok doktor hastalarla zaman zaman yakından ilgilenmekte, iletişime geçmekte sorun yaşadığı hastalar ve hasta yakınları ile yüz yüze gelmektedir. Bu tip sorunlara kaynak olan hasta ve hasta yakınlarının tutum ve davranışları, genellikle hekimlerin stres ve çaresizlik gibi iş kalitesini düşüren duygulara kapılmasına sebep olmaktadır. İster herhangi bir tepki verilmeden sessiz kalınmış olsun, ister açık bir çatışmaya çevrilmiş olsun her iki tutum neticesinde de sağlık çalışanlarının ruhsal bunalımlarının artmasına kaynaklık etmektedir. Özellikle güncel dönemde sağlık çalışanları ve hasta/hasta yakınları ile artan sayıda olumsuz olayların meydana geldiği görülebilmektedir. Hem hasta ve hasta yakınları tarafından, hem sağlık çalışanları tarafından, hemde kurumsal olarak sağlık kuruluşu tarafından, farklı maddi ve manevi eksikliklere sebebiyet veren bu tip olumsuzlukların ivedilikle değerlendirilmesi ve ortadan kaldırılması elzemdir.

¹ G. Aytaç – N. Yeşildal, “Yatan Hasta Memnuniyeti”, Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, S.3, Düzce, 2004, s.10

Sağlık kurumlarında hasta ve hasta yakınlarını memnuniyeti için tıbbi bakım hizmetlerinin, hemşirelik hizmetlerinin, sağlık personeli ilgisinin, temizlik ve laboratuvar hizmetlerinin, teknolojik altyapının, bürokratik işlemler ve hizmete erişim hızının yüksek düzeyde bulunması gerektiği ifade edilmektedir.¹ Sağlık hizmetlerinin sunum şekli, fiyatı ve kalitesi hastaların haklarına etik bir şekilde, eşit ve herkesin faydalanabileceği tarzda olmalıdır. Özellikle acil servislerde ölümler sonuçlanabilecek yaralanmalarda aile sisteminde dengesizliklerin gerçekleşebildiği, akut hastalık, yaralanma ve beklenmedik durumlarda aile bireyleri veya yakınları için stresli zamanlar başlamaktadır. Stres düzeyi hasta yakınlarının hastalıkla baş edebilme mekanizmalarının önemli oranda yetersizliğe neden olduğu tespit edilmiştir. Hasta ve yakınları genellikle hazırlıksız olarak yakalandıkları durumlarda ne olacağına ilişkin belirsiz düşüncelere sahip olmakta ve endişeyle yüz yüze kalmaktadırlar.² Böyle durumlarda hasta yakınlarının çalışanlarla iletişimlerini geliştirmeleri ve şiddete eğilimlerinin azalması amacıyla sakin düşünmeleri gereklidir. Aksi takdirde kaygı, depresyon ve sabırsızlık sonucunda sağlık personeline ya da diğer bireylere gösterilen aşırı davranışlar hastanın iyileşmesine fayda etmeyeceği gibi çalışma ortamını daha da karışıklığa sürükleyerek personelin hasta bakımını sağlıklı bir şekilde yapmasını engelleyecektir.

Sağlık alışanları hasta ve hasta yakınları ile çalıştığı süre içerisinde sağlık tesisinde yüz yüze gelmektedir. İletişime geçilmesi güç bir hasta ya da hasta yakını ile yüz yüze gelindiğinde, sağlık çalışanların mevcut tutumu ilk adımda kişilerde normal bir psikolojinin olmadığı varsayılmasıdır. Fakat yapılan çalışmalarda, bu tip sorun çıkaran hastalar arasında psikolojik bir sorunun olma oranının ihtimal dâhiline getirildiğinden çok daha düşük olduğu görülebilmektedir. Bu sebeple asıl üzerinde düşünülmesi lazım olan, karşıdakine “kişilik bozukluğu” sahip bir kişi olarak yaklaşılması sağlık çalışanlarının patlak veren sorunda kendi sorumluluğunu göz ardı etmesini ortaya çıkartabilecek ihtimalin doğurmasının bir sorunudur. Ortaya çıkan çatışmaların kendi bünyesinden kaynaklanmadığını düşünen sağlık çalışanları zaman zaman eşdeğer durumlarda yeniden yüz yüze kaldığında ne çözümün ne

¹T.K. Şahin – H. Bakıcı – S. Bilban – Ş. Dinçer ve diğ., “Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Araştırılması”, Genel Tıp Dergisi, C.15, S.4, Konya, 2005, s.138

² G. Sucu – F. Cebeci – E. Karazeybek, “Acil Servisteki Kritik Hasta Yakınlarının Gereksinimleri ve Karşılanma Durumu”, Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi, C.15, S.5, İstanbul, 2009, s.474

olacağı arayışına girmemektedir. Fakat hasta-hekim ilişkisinde profesyonel eğitime sahip olanlar sağlık çalışanları olduğunu için doğal olarak bu sorunu çözümleyecek taraf yine sağlık çalışanlarıdır. Bu sebeple sağlık çalışanlarının hem hasta ilişkisini tetikleyen etmenler hususunda daha çok bilgi sahibi olması hem de ilişki ve iletişim kurma yeteneklerini sürekli güncel tutup geliştirmeleri gerekmektedir.

Hasta ve hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında ortaya çıkan sorunlar birçok farklı kaynaktan ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenler hastadan, hasta yakınından, doktordan, sağlık sisteminden yahut kurumdan kaynaklanan sebepler olabilmektedir. Genel olarak yaşanan sorunlarda bu tarafların birçoğu da etkili olabilmektedir. Sorun hangi taraftan kaynaklanırsa kaynaklansın, hasta ve hasta yakınları ile meydana gelebilecek çatışmalarla baş etmenin yollarını bulması gereken taraf sağlık çalışanlarıdır.¹ Hasta ve hasta yakınları ile çıkan çatışmaları çözmek yahut bu doğrultuda çaba sarf etmek sağlık çalışanlarının mesleki ve etik görev ve becerileri arasında sayılabilmektedir ve bu konuda gayret sarf etmek isteyen bir sağlık çalışanı tarafından atılması gereken ilk adım konu üzerine bilgi sahibi olmaktır. Bu çabaların gelişimine yönelik oluşturulan çalışmalar tüm sağlık çalışanlarının mesleki ve sosyal yaşantılarını iyileştirmek, çatışmaya kaynaklık edebilecek durumları azaltmak ve bu sebeple sağlık çalışanlarının öncelikle mesleki hayatlarını iyileştirmek için yerine her dönemde güncel birer yol gösterici olacaktır.

5. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA ORTAMINDAKİ DURUMLARINA BAKIŞ

Hastanelerde şiddet ve şiddet tehditlerinin bulunması durumunda sağlık personelinin memnuniyetsizliğine ve kurum içerisinde çalışma performansının azalmasına sebebiyet vererek sağlık kuruluşunun da imajının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Sağlık sektöründe hemşire ve hekimlerin maruz kaldığı psikolojik ve sözel şiddetin hasta bakımının kalitesinin düşmesine ve hizmetlerin yetersiz kalmasına yol açmaktadır. Şiddet vakaları sonucunda sağlık çalışanlarının kendilerine duyduğu güvenin azalması, korku, baş ağrısı, çaresizlik duygusu, alkol ve sigara tüketiminin artması ve bireylerarası iletişimin azalarak duyarsızlaşmanın başladığı tespit edilmiştir. Kanada’da yapılan bir çalışmada hemşirelerin % 72’lik

¹ I. Illich, Sağlığın Gaspi, (Çev. Süha Sertabiboğlu) İstanbul, 1995, s.90

kısının hastanede şiddet olaylarından dolayı kendilerini güvende hissetmedikleri belirtilmiştir.¹ Özellikle acil servis ve polikliniklerde iş yoğunluğunun fazla olması, hasta ve hasta yakınlarının uzun bekleme sıralarından bunalması, hastaların kendi istekleri doğrultularında tedavi olma ve ilaç yazdırma çabaları gibi bilinçsizce yapılan hareketler hastanelerde hem sağlık çalışanlarının hem de bakım gören hasta ve hasta yakınlarının amaçlarının ters düşmesiyle şiddet olayları sıkça görülmektedir.

Sağlık personelinin yüksek beklentilerin olması ve sağlık bakım hizmetinin veren, hastalarla birebir iletişimde bulunan bireylerin eğitimsiz veya tecrübesiz olmasından dolayı heyecan ve endişe duygularıyla fizyolojik olarak mide bulantısı, baş ağrısı vb. durumlarda bireyin işe olan odaklılığı azalmakta ve tedavi uygulamalarında daha fazla hata yapma riski doğmaktadır. İnsan hayatının söz konusu olduğu sağlık sektöründe hataya yer bulunmadığı için profesyonel bir teorik eğitim ve uzman bir kadro tarafından verilen uygulamalı eğitimler sonucunda kendine özgüveni bulunan ve zor durumlarla başa çıkmasını bilen sağlık personelinin yetiştirilmesi sağlanmalıdır. Psikolojik, çevresel ve bireysel faktörlerin bir arada bulunduğu hastane ortamında bireyin objektif bir durum algısının bulunması, saldırganlık ve şiddet olayları karşısında soğukkanlı ve sakin davranması, tanı, tedavi gibi hizmetlerin sunumunda hastalara güler yüzlü, hoşgörülü ve empatiyle yaklaşması sağlık hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti açısından son derece önemlidir.

Hasta ve yakınlarının hastalıklar konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip olmaları, sağlıklarının korunmasında hassas olmaları, tıbbi sağlık hizmetlerinden memnun olma dereceleri ve hekim, hemşire gibi sağlık personellerinin yarattığı güvenin sağlık hizmetlerinin kalitesini belirlediği öne sürülmektedir. Hızlı teşhis ve tedavilerin gerekli olduğu acil servis ve polikliniklerde sağlık personelinin daha çok stres altında olması, hasta yakınlarının hastalar için arzu ettikleri bakımın kısa sürelerde karşılanması ve tedavi sonucunda oluşabilecek olumsuz durumların hesabının verilebilir olması önem arz etmektedir. Literatürde yapılan araştırmalarda acil servislerdeki hasta yoğunluğunun hastane kapasitesinin aştığı belirtilmekte ve yataklı tedavi hizmeti alan hastaların % 25-50'sinin polikliniklerden önce acil

¹ S.Ü. Atan – S. Dönmez, “Hemşirelere Karşı İşyeri Şiddeti”, Adli Tıp Dergisi, C.25, S.1, Ankara, 2011, s.76

servislere başvurduğu gözlemlenmiştir.¹ Acil servislere yapılan bu başvuruların bakım önceliği kazanmak amacıyla yapılması nedeniyle acil servislere gereksiz bir yoğunluk oluşmakta ve bakım kalitesi düşmektedir. Aynı zamanda sağlık personelinin de zorlayan bu durum haline gelmekte ve stres altında kalan personelin şiddet eğilimi gösterme riskini arttırmaktadır. Böylece sağlık personeli tarafından sağlıklı bir şekilde gerçekleştirilemeyen bakım hizmetleri sonucunda hastalar ve yakınlarının da memnuniyeti azalmakta, hastane kültürünün sahip olduğu imajın zarar görmesine neden olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin büyüklüğü, çeşitliliği ve kalitesi mevcut insan kaynakları ile doğru orantılıdır. Bu nedenle verilen hizmetin kalitesi ve etkin oluşu açısından insan kaynakları kritik bir önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin uygulama ve geliştirilme aşamasında ülkelerin uyguladığı insan kaynaklarını kapsayan politikalar önem taşımaktadır. SB 2003 yılında uygulamaya koyduğu SDP ile sağlık iş gücü yönetiminin şart olduğu fikrinin bilincinde olduğunu göstermekte ve ileri tarihlerde uygulamaya koymayı düşündüğü sağlık sisteminde bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü oluşturmayı amaçladığını açık bir şekilde ifade etmektedir.

SDP ile mevcut sağlık personelinin durum tespiti ve çözümlemesi yapılarak, istihdamın dengeli olması yönünde tedbirler alınmış, tayinlerde şeffaf olması, aile hekimleri ile yardımcı sağlık personelinin, sağlık tesisinin yöneticileri ve hemşirelere yönelik yetiştirme programları hazırlanarak uygulamaya geçirilmiştir. SB sağlık işgücünde verimliliği sağlamak için bir taraftan personelin motivasyonlarını arttırmaya yönelik performansa bağlı olarak ek ödeme gibi bir takım düzenlemeler getirerek, hizmet kalitesinin artırmaya yönelik çaba harcamaktadır. Bu bağlamda SB 2010 yılında SDP kapsamında Türkiye’de tüm sağlık çalışanlarını kapsayan araştırma “**Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması**”² isimli bu çalışmayı hayata geçirmiştir. Bugüne kadar ülkemizde farklı sağlık kuruluşlarında çeşitli pozisyonlardaki sağlık personeli ile iş doyumu çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Ancak, sağlık personeli memnuniyet araştırması, Türkiye çapında gerçekleştirilen,

¹ Y. Öztürk, “Acil Servise Başvuran Olguların Aciliyet Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi”, Tıp Araştırmaları Dergisi, C.12 S.1, Van, 2014, s.21

² S.Mollahalıoğlu-M. Kosdak-S. Taşkaya, Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması, (Ed. R. Akdağ), Ankara, 2010, s.42

tüm sağlık mesleklerini kapsayan ve ülkeyi temsil eder nitelikteki ilk iş doyumu araştırmasıdır. Bu nedenle bu araştırmadan elde edilen veriler, gelecekte uygulanacak sağlık politikalarının daha etkin ve verimli olması açısından, referans niteliğindedir. Ayrıca sağlık kuruluşlarının bu tip bir değerlendirmeye tabii tutulması hizmet kalitesinin artırılması, aynı zamanda görevlerin aksamadan gerçekleştirilmesi açısından oldukça önemlidir. Bu çalışmaların sonuçlar aynı zamanda gelecekte yapılacak çalışmalarda verimliliği artırmak açısından da önemli ve dikkate değerdir.

Ülkemizde olduğu kadar, dünyada da sağlık hizmetlerinin verimliliğini arttırmaya yönelik bir çaba gösterilmektedir. Bu girişimler genellikle sağlık sistemlerinin ana işlevleri olan finansman, vekilharçlık/temsil/liderlik (stewardship) sağlık bakımı ile ilişkili olan her şeyin dikkatli ve sorumlu yönetimi, kaynak oluşturma ve hizmetlerin sağlanması üzerinedir. Sistemin merkezini oluşturan temel güç ise sağlıkta insan kaynaklarıdır. Yapılan çalışmalar insan kaynaklarını iyileştirme çalışmalarının sağlık sistemlerinin ana işlevlerinin performansını iyi yönde etkilediğini göstermektedir¹.

Sağlıkta insan kaynakları “ülkelerin sağlık sistemlerinin kalbi, sağlık hizmetlerinin en etkili kısmı ve sağlık politikalarının kritik bir bileşeni”² olarak tanımlanmaktadır. DSÖ’ne göre ise sağlık iş gücü toplumun sağlık düzeyini koruyan ve geliştiren kişilerdir.³ Verilen tanımlamalardan da anlaşılacağı üzere sağlık insan gücü, sağlık hizmetleri sunumundaki en önemli kaynaktır ve sağlık kurumlarında verilen hizmetin kalitesini, sağlık politikalarının uygulanabilirliğini ve sürdürülebilirliğini büyük ölçüde sağlık insan gücü belirlemektedir. Sağlık sistemleri açısından taşıdığı önemden dolayı günümüzde uluslararası anlamda sağlık insan gücüne yönelik tartışmalara ve politika çalışmalarına daha fazla ağırlık verilmeye başlanmıştır.⁴ Bu amaçla Türkiye’de SB 2003 yılından itibaren yürürlüğe koyduğu SDP’nda verimliliğin artması için sağlıkta insan kaynaklarının önemi ile alakalı

¹ R Beaglehole- M.R. Dal Poz, Public health workforce: challenges and policy issues. Human Resources for Health, C.1, S.4. 2003, s.6;
<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/4>, (11.11.2014)

² C. Hongoro- B. McPake, “How to Bridge The Gap In Human Resources For Health”, Lancet, S.364, United Kingdom (UK), 2004, 1451

³ World Health Organization (WHO), World Health Report, 2006;
www.who.int (09.10.2014)

⁴ C.A. Dubois-M. McKee- E. Nolte, Human resources for health in Europe, England, 2006, s.254

olarak Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü oluşturmayı amaçladığını belirtmiş ve uzun zamandır süregelen insan kaynakları sorunlarının çözümü için adım atılması için bir süreç başlatmıştır. Nitelikli işgücü bugünkü bilgileri öğrenmeye devam ederek geliştiren ve gelecekteki bilgileri öğrenmeye hazır, mesleki gelişimine önem veren, mesleğinde insan hak ve onurunu gözetken ve mesleki etik ilkeler doğrultusunda hareket etmektedir.

Bu süreç kapsamında SB Türkiye genelinde geniş ölçekli ve ayrıntılı bir araştırma yaparak SDP çerçevesinde sağlık personelinin kurumlarına bağlılıkları, iş doyumları ve motivasyon düzeyleri ile bunları etkileyen faktörlerin araştırılması amacıyla 2008 yılı sonunda ‘Sağlık Personeli Memnuniyeti Araştırması’nı gerçekleştirmiştir. Çünkü gerek bireysel, gerekse toplumsal açıdan düşünüldüğünde, sağlık personeli toplumun sağlık statüsünü yükseltmekte önemli yükümlülükler üstlenmişlerdir ve bu yükümlülüklerini en iyi şekilde yerine getirmeleri iş doyumları, bağlılıkları ve motivasyonlarına bağlıdır.¹ Böylece yapılan araştırma sonucunda kamu sağlık personelinin iş doyumunu, motivasyon ve bağlılık tutumlarını, SDP ile ilgili görüşlerini ve ayrıca bu faktörleri etkileyen etmenleri belirlenmektedir. Ortaya çıkan bulgular SDP’na ve uygulanacak politikalara ilişkin olarak yardımcı olacak bilgileri toplamaya yardımcı olacaktır. Sağlık personeli, sosyo kültürel sınıfların tamamıyla doğrudan iletişim halinde olduğundan onlarda ortaya çıkacak bir tatminsizlik veya motivasyon azalması, toplumun her kesiminde de etkilerini gösterecektir. Sağlık personelinin işinden kaynaklanan mutsuzluğu ve ortaya çıkan sorunlar direkt olarak hastalara yansiyacak ve bu yansımanın toplumdaki etkileri de aynı derecede olumsuz olacaktır. Bu bakımdan yetkililerin de bu durumu dikkate alarak planlama yapmalarında yarar vardır. Bu sorunların en aza indirgenmesi ve insan kaynaklarında verimliliği artırmak için performansa dayalı ek ödeme öncelikli olarak ele alınması gereken bir faktördür. Kullanılan izinler süresince ek ödeneğin kesilmesi, ek ödemelerin geleceği ile ilgili belirsizlikte yine önem arz eden diğer faktörlerdir. Ek ödemelerle ilgili ifade edilen beklentileri dikkate alacak biçimde, performans değerlendirme sisteminin iyileştirilmesi gerekmektedir. Temel olarak ücretlerden duyulan tatminsizlikte motivasyon düşüklüğüne neden olmaktadır.

¹ L.H. Clever, “Who Is Sicker: Patients or Residents? Residents Distress and the Care of Patients”, Annals of Internal Medicine, C.136, S.5, İsviçre, 2002, s.391.

Ayrıca enfeksiyon riskleri ve geçici görevlendirmelerin çalışanın yaşamındaki olumsuz etkileri de, motivasyonu olumsuz etkileyen faktörler arasındadır.

İşine motive olmuş personelin iş veriminin artacağı ve çalıştığı kuruma daha kaliteli hizmet sağlayacağı düşünülürse, sağlık personelinin motivasyonuna verilmesi gereken önem temel bir gereklilik olarak kabul edilmelidir. Sağır, 6 ayrı sektörde çalışan kişiler üzerinde yapmış olduğu çalışmasında, bu sektörler arasında motivasyonu en düşük olan grubun sağlık çalışanları olduğunu saptamıştır.¹ Özer ve Bakır sağlık personelinin motivasyonlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik olarak yapmış oldukları çalışmada; araştırma kapsamına giren sağlık personelinin %83,4'ü yetenek geliştirme olanağının olmadığını, %52,4'ü katılım güdüsünden yoksun olduklarını, %67,7'si ilerleme olanağının bulunmadığını, %81,1'i ise işlerinden hoşnut olmadıklarını beyan etmişlerdir. Araştırmacılar söz konusu nedenlerden dolayı sağlık çalışanlarının motivasyonlarının azaldığı sonucuna ulaşmışlardır.²

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarında motivasyonlarının yüksek olması, iş doyumları ve işe bağlılık durumlarının tatmin edici ve yeterli olmasını sağlarken, işten ayrılma, işe devamsızlık veya sık olarak izin kullanma gibi durumları azaltıcı bir etki göstermektedir. Çam ve ark.'nın hekim ve hemşireler üzerinde iş doyumunu ile ilgili yaptıkları bir çalışmada bu sağlık çalışanlarının memnuniyet seviyelerinin standartların üzerinde olduğu belirlenmiştir.³ Aiken ve ark. ise Amerika, Kanada, İngiltere, Almanya ve İskoçya'da bulunan 700 hastanede çalışan toplam 43.000 hemşirenin iş doyumsuzluğunu araştırmış ve hemşirelerin iş doyumunun yüksek olduğu sonucuna varmışlardır.⁴ Bu verilere karşın Ergin, İş Betimlemesi Ölçeğini kullanarak çalışanların işçi, memur, yönetici, sağlık elemanı, öğretmen ve teknik

¹ T. Sağır, İşletmelerde Motivasyon Uygulamaları, Marmara Üniversitesi (MÜ), SBE, YYLT, İstanbul, 2004, s.48

² M. Özer- B. Bakır, "Sağlık Personelinin Motivasyonu ile İlgili Etmenlerin Belirlenmesi, Gülhane Tıp Dergisi, C.45, S.2, Ankara, 2003, s.117

³ O.Çam-E. Akgün-A.B. Gümüş, A. Bilge-G.Ü. Keskin, "Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Klinik Ortamlarını Değerlendirmeleri ile İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", Anadolu Psikiyatri Dergisi, S.6, Sivas, 2005, s.213

⁴ L.H. Aiken-S.P. Clarke-D.M. Sloane-J.A., Sochalski, Busse, ve diğ., "Nurses Reports On Hospital Care In Five Countries", Health Affairs, C.20, S.2, ABD, 2001, s.43

elemandan oluşan karışık bir meslek grubunun iş doyumunu ölçmüş ve en düşük iş doyumuna sahip meslek grubunun sağlık personeli olduğunu tespit etmiřtir¹.

İşe bağlılık konusunun araştırılmasında Erdem'in Elzığ'daki hastanelerde yaptığı araştırmada, sağlık çalışanlarının örgüte bağlılık düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu bulunmuştur.² Erigüç tarafından yapılan bir araştırmada ise sağlık çalışanlarının kurumlarına bağlılıklarının az olduğu sonucuna varılmıřtır³. Sağlık kurumlarında özellikle kalabalık devlet hastaneleri poliklinikleri ve acil servislerinde yoğun iş temposu sonucu oluşan iş stresinin, sağlık bakım organizasyonlarında değişiklikler ve yeni beklentiler, iş yükünün fazla olması, bireylerarası iletişimde kopukluklar ve duyarsızlıkların olması, yoğun bakım hizmetinin gerekli olduğu hastaların varlığı gibi faktörlerden de etkilendiği belirtilmektedir. Kılıç ve Tunç, kalkınmışlık indeksi düşük bölgede çalışmanın memnuniyeti olumsuz yönde etkilediğini ifade etmiştir.⁴ Motivasyonu düşüren sorunların içerisinde iş ortamından kaynaklanan sorunlar da sıralanabilir. Çalışma ortamında amirin tutumu da iyileştirilmesi gereken sorunlardan bir tanesidir. SB Merkez Teşkilatı ve üniversitelerin iş doyumunun en düşük olduğu kurumlar olduğu ifade edilmektedir. Türkiye'de sağlık tesislerinde sağlık çalışanlarının iş doyumu ile ilgili araştırmalar yoğun olarak yapılmaktadır. Sağlık alışanlarının memnuniyetleri ile ilgili araştırmalar Türkiye genelinde gerçekleştirilen tüm sağlık mesleki alanlarını içine alan çalışmalardır. Bu nedenle araştırma sonuçları sağlık politikalarının yönlendirilmesi, güncelleştirilmesi ve diğer benzer çalışmalara kaynaklar olması açısından önemli bir yere sahiptir.

Sağlık alışanlarının mevcut çalışma koşulları ve işlerinden memnuniyetleri yönündeki çalışmalar, daha iyi çalışma koşullarının sağlanması ve böylelikle hizmet kalitesinin arttırılarak sağlık tesisinin performansında artış hedeflenmektedir. Sağlık

¹ C. Ergin, "Bir İş Doyumu lm Olarak İş Betimlemesi lği: Uyarlama, Geçerlilik ve Güvenilirlik alışması", Türk Psikoloji Dergisi, C.12, S.39, Ankara, 1997, s.25

² R. Erdem, "rgt Kültürü Tipleri ile rgtsel Bağlılık Arasındaki İlişki: Elazığ İl Merkezindeki Hastaneler zerinde Bir alışma", Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi (İİBFD), C.2, S.2, Eskişehir, 2007, s.63

³ G. Erigüç Kaygın, Hastanelerde Personelin İşe ilgili Tutumları Personel Devri: Ankara ili rneği, Hacettepe Üniversitesi (H), Sağlık Bilimleri Enstitüsü (SABE), YDT, Ankara, 1994, s.17

⁴ M. Kılıç- İ. Tunç, "İnsan Kaynakları Planlaması Açısından Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde alışan Hekimlerin Sorunları ve Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C. 7, S.1, Ankara, 2004, ss.39-41

alışanlarının alışma koşulları onların memnuniyeti yönünde ilk adımdır. SDP ile başlayan süreç ve bu sürecin sağlık çalışanlarına olan etkileri, her programın hangi seviyede işlevinin olacağına dair bulguların belirlenmesinde rol oynamaktadır. SDP sürecinde elde edilen bulguların değerlendirilmesi, yaşanan aksaklıklar, geribildirimlerle saptanarak sistemin güncellenmesini sağlamıştır. Sağlık alışanlarının işlerinden duydukları memnuniyeti ve durum değerlendirmesinin düzenli olarak yapılması SDP'nın artı ve eksilerinin tespit edilip daha uygun ve yeterli hizmetlerin nasıl verilebileceğinin bulunmasında fayda sağlamaktadır. Nitelikli ve yüksek düzeyde sağlık hizmet sunumunun geliştirilmesi ve bunların iyileştirilmesi bu yönde yapılan araştırmaların amaç ve kapsamlarının genişletilmesi Türkiye'de nitelikli ve sürdürülebilir bir sağlık sisteminin oluşmasında ve yeni politikaların belirlenmesinde önemli görülmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK TESİSLERİNDE RENK KOD UYGULAMALARI

Acil durum kavramı bir işin yapılmaması ya da önlem alınmaması durumunda ölümcül bir riskin ortaya çıkabileceğini ifade etmektedir. Acil yardım hizmetleri ise acil durumlarda ek bir zararın oluşmaması ya da zararın boyutlarının artmaması ile daha kötü sonuçların doğmaması için yapılan hizmetlerin organizasyonu olarak tanımlanmaktadır.¹

Sağlık kurumları nitelikli sağlık hizmetleri verebilmek amacıyla hasta ve sağlık personelinin güvenliğini ön planda tutmak zorundadır. Hasta ve personel güvenliği kavramı “sağlık bakım hizmetlerinin verebileceği zararların önlenmesi amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamı” olarak tanımlanmaktadır. Hastanelerde güvenliğin amacı; hasta ve hasta yakınlarını korumak, hastane çalışanlarının fiziki ve psikolojik olarak olumsuz etkilenmemelerini sağlayarak güvenli bir ortam yaratmaktır.² Nitelikli bir sağlık hizmet sunumunun gerçekleştirilmesi amacıyla temel koşulun hasta güvenliğinin sağlanarak oluşabilecek risklerin en alt düzeye indirilmesi gereklidir.

Kamuya açık alanlarda oluşma riski her zaman bulunan, iç ya da dış etkenlerden kaynaklanan ve birçok değişik etkenin içerisinde olduğu acil durumlar ortaya çıkmaktadır. Bireyleri tehdit eden risk etkenlerini ortadan kaldırmak ya da olası tüm zararları en aza indirmek için değişik stratejiler geliştirilmesi, önleme ve müdahale sürecinin işletilmesi hedeflenmiştir. Bir ülkede içten ve dıştan gelebilecek her türlü saldırıya karşı sivil savunma önlemleri geliştirilirken, tatbikatlar aracılığıyla da uygulama boyutu tecrübe edilmeye çalışılmaktadır. Sağlık, eğitim ve hizmet sektörünün açık ve kapalı alanlarında hem çalışanları hem de hizmeti alan bireyleri değişik risk etmenlerinden uzak tutmak için de ulusal ve işletme düzeyinde planlamalar yapılmaktadır. Doğal afetlerden kaynaklanan risklerin yanı sıra insan faktörünün içinde olduğu risk vakaları gündemde olan bir toplum gerçeğidir.

¹ A. Ekşi – G.Ö. Yıldırım, “Avrupa Birliği Uyum Sürecinde Tek Numaralı Acil Çağrı Sistemi Uygulamasına Ambulans Personelinin Bakışı”, Uluslararası Sosyal Araştırma Dergisi, C.7 S.31, Ordu, 2014, s.780

² A. Özkan, Hasta Güvenliği Önlemlerinin Perinatal Kliniklere Uyarlanması ve Rehberlerinin Geliştirilmesi, MÜ, SABE, YDT, İstanbul, 2012, s.11

Doğanın etkisiyle ortaya çıkan doğal afetlerden deprem, sel, heyelan gibi durumlar haricinde ortaya çıkan birçok risk insan kaynaklıdır. Tasarım hatası bulunan elektrik tesisatı bir işletmeyi yanarak yok edebilirken bazen de kasıtlı sabotajlar ile tehlikeli durumlar ortaya çıkmakta, can ve mal kayıplarına neden olabilmektedir. Sağlık tesislerinde ortaya çıkan riskli olaylar sağlık hizmeti almak için sağlık tesisine gelen bireyle ve yakınları, sağlık personelinin çalışma ortamına olumsuz müdahalelerde bulunabilmekte ve hatta bu olumsuz sonuçlar hastane dışına da taşınabilmektedir. Böylece insanın içerisinde bulunduğu herhangi bir sistemde her zaman bir tehlike riskinin bulunması genellemesi yapılmasa da bireysel ve durumsal faktörlerden dolayı yüksek seviyede risklerin bulunmasının kaçınılmaz olduğu öne sürülebilir.

Hayatta kalma olgusu insanların en radikal güduları arasındadır. Sağlığa karşı bir tehdidin bulunması durumunda sağlık kurumlarına başvuran bireyler, sağlıklarına kavuşabilmek amacıyla ihtiyaç duydukları bakım hizmetlerinin yetersiz olması durumunda sağlık personeline şiddet uygulayabilir. Fiziksel ve psikolojik hasarlara yol açabilecek kapasiteye sahip olan bu durumlar sağlık tesislerinde hem diğer hastalar için hem de çalışanlar için en önemli risk faktörlerindendir. Sağlık politikalarının yönetilmesinde sorumluluk taşıyan hastane yönetimleri ve diğer üst merciler bu risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ya da zararın boyutlarının en aza indirilmesi amacıyla çeşitli stratejiler ve eylem planları geliştirmektedir.

Modern dünyanın getirdiği karmaşık sistemler, kurumların bünyesine de yansiyarak toplumsal olgularla beraber daha da karmaşık hale gelen bir yapı ortaya çıkarmaktadır. Sağlık tesislerinde ortaya çıkabilecek her türlü acil durumu ortadan kaldırmak için evrensel ve ulusal düzeyde önlemler alınmıştır. Bu amaçla sağlık tesislerinde acil durumlarda uygulanabilmesi için renk kod uygulaması geliştirilmiştir. İlk örnekleri Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de görülen renk kod uygulamalarıyla olası her türlü risk etmenine karşı stratejiler geliştirilerek sağlık yönetimi literatürüne yeni uygulama alanları kazandırılmıştır.

1. RENK KOD UYGULAMALARI VE TARİHSEL GELİŞİMİ

DSÖ sağlık çalışanlarını şöyle tanımlamıştır: “Toplumun sağlığını iyileştirme, koruma ve geliştirme işiyle uğraşan tüm insanlardır.”¹ Birey ve toplumları hastalıkların etkilerinden korumak, hastalara iyileştirici tedavi uygulamaları yapan, istenen iyileşmenin sağlanmadığı sakatlık durumlarında ise rehabilite hizmetleri sunan bu konuda tıp bilim ve ilkeleri konusunda eğitim almış çalışanlardır. Sağlık sistemi içerisinde sağlık hizmet sunumunu gerçekleştiren en temel unsur olan sağlık çalışanları, sağlık tesislerinde insan yaşamında birincil derecede etkili ve bireyin genel yaşamının kaliteli bir seviyeye gelmesi ve eski sağlıklarına kavuşturulmasında tıbbi müdahale ya da planlarını tıp bilimi ve tıbbi etik ilkeler doğrultusunda uygun tanı, teşhis ve tedavi uygulamalarını yürüterek, aynı zamanda da hasta ve hasta yakınlarıyla bire bir ilişki kurarak eğitsel ve manevi olarak da desteklemektedirler. Sağlık tesislerinde oluşan veya oluşabilecek olumsuzluklar, riskler karşısında sağlık çalışanlarını da yetersiz kalabilmektedir. Sağlık tesislerinin ve sağlık çalışanların en temel amacı olan bireye gereksinim duyduğu sağlık hizmetlerini tanı, teşhis, bakım ve rehabilite olarak verenler bu olumsuzluk ve risklerin gerçekleşmeden önlenmesi veya gerçekleştiği anda ise nasıl bir süreci takip etmesi gerektiği konusunda gerekli eğitim ve donanıma sahip olması, bunların verilmemesi durumunda tüm sağlık tesisi risk altına girmektedir.

Renk kodları sağlık tesislerinde kullanılmakta olan uygulamalardır. Bu kodların amacı hasta ve hasta yakınlarına panik yaratılmadan hastane çalışanları tarafından acil durumların bildirimini sağlayan belirli mesajları ifade etmektir. Hastane yönetimi genellikle bu kodları iletişim ağları ile iletirmektedirler. Bu kodlar gerektiğinde alarm, durum, onaylandı, iptal edildi gibi anlamlar içermektedir. Mavi kod uygulaması her hastane için aynı anlama gelmektedir.²

¹ X. Liu-D.R. Hotchkiss-S.Bose-R. Bitran-U.Giedion, Contracting for Primary Health Services: Evidence on Its Effects and a Framework for Evaluation, The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc, Geneva, 2004, s.13.

² M. Daifullah AlAboud- M. Khalid AlAboud, “Hospital Emergency Codes. An appraisal”, Saudi Med J, Volume 31, Issue, 12, Saudi Arabistan, 2010, s.1377

Mavi kod uygulamasında hayati tehlikesi olan hastaların yaşam mücadelesine destek çalışmaları yapılırken yangın, kimyasal tehditler, çocuk kaçırılması, sağlık çalışanlarına yönelik saldırı ve tacizler vb. risk durumları sağlık tesislerinde yaşanan olumsuz olaylar arasında yer almaktadır. Sağlık tesislerindeki renk kod uygulamaları yaşanabilecek her türlü olumsuz olaya karşı geliştirilmiş müdahale ve önleme hizmetleri ifade etmektedir. Renk kod uygulamaları ilk olarak 1992 yılında Avustralya’da uygulanmaya başlanmıştır.¹ Kanada ve ABD’de de yapılan standart geliştirme çalışmaları ile bugüne kadar ulaşan renk kod uygulamalarında uluslararası ortak bir kod uygulamasına geçilememiştir.²

Sağlık tesislerinde kod uygulaması sağlık çalışanları tarafından acil durumlarda kullanılan ve önceden belirlenmiş standart prosedürlere sahip iş ve işlemler olarak tanımlamak mümkündür. Sağlık tesislerinde hasta ve hasta yakınlarının panik yapmasını engellemek, çalışanların tamamı tarafından anlaşılabilir standartları oluşturmak ve uluslararası standartlarla uyumlu olmasını sağlamak amacıyla kod uygulamaları geliştirilmiştir. Ayrıca toplu bir şekilde hayatın sürdürüldüğü ortamlarda, topluma hizmet veren birçok kurum ve kuruluşta güvenliğin sağlanması ve hizmet gereği acil durumlara müdahale edilebilmesi için geliştirilen programlar, kurumsal kalite ve akreditasyon açısından önem arz etmektedir.

1.1. Renk Kod Uygulamaları Avustralya Örneği

Sağlık tesislerinde acil durumlar için ilk renk kod uygulamaları Avustralya’da başlatılmıştır. 1992 yılında başlatılan uygulamada sağlık tesislerine yönelik standart geliştirme çalışmaları HT/13 Hastane Acil Durum Prosedürleri adıyla oluşturulmuştur. AS 4083-1992 olarak adlandırılan bu standardın geliştirilmesine devam edilerek 1997 yılında tekrar gözden geçirilip bazı yenilikler ilave edilmiştir.

Sağlık tesislerinde etkili planlama ve acil durumlara müdahale edebilmek için geliştirilen standartlar ülke genelindeki tüm sağlık tesislerinde yürütülmeye çalışılmış ve hazırlanan standartlar kapsamında bulunan kurumsal planlamalar yerel

¹ Hospital Emergency Code, http://en.wikipedia.org/wiki/Hospital_emergency_codes, (13.12.2014)

² Hastane Acil Kod Sistemleri, http://tr.wikipedia.org/wiki/Hastane_Acil_Kod_Sistemleri, (13.12.2014)

düzeyde gerçekleştirilmiştir.¹ Avustralya’da sağlık ve diğer alanlara ilişkin standart geliştirme süreçlerine göz önünde bulundurulduğunda;

- İlk standart olarak 1995 yılında AS 3745-1995 standardı uygulamaya alınmıştır.
- Binalarda acil durumlarda kontrol ve organizasyon standardı 1989’da AS 3677-1989 olarak belirlenmiştir.
- Renk kod uygulama tanımlamaları acil hizmetler ve felaketler için yine 1989’da AS 2220.1-1989 standardı yürürlüğe girmiştir.
- Ekipman tasarımı ve üretimi, yangın acil müdahale, Avustralya acil yönetim, afet tıbbi destek programı, iş sağlığı ve güvenliğine dair 1995’de CS-FB 001-1195 standartları meydana getirilmiştir.

Avustralya’da kabul edilen ve sağlık tesislerinde acil durumlarda uygulanacak renk kod uygulamaları Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Acil Durum Renk Kodları (Avustralya)

Renk Kodu	Acil Durum
Kırmızı	Yangın/Duman
Mor	Bomba Tehdidi
Mavi	Tıbbi Acil Durum
Siyah	Kişisel Tehdit (Kişiye dönük)
Sarı	İç Acil Durum
Kahverengi	Dış Acil Durum
Turuncu	Tahliye

Kaynak : AS 3745-2010 Australian Standards: Planning for emergencies in facilities, Australia, 2010, s.3

1.2. Renk Kod Uygulamaları Kanada Örneği

Kanada’da sağlık tesislerindeki acil durumlara yönelik renk kod uygulamaları Alberta eyaletinde başlatılmıştır. Standartların belirlenmesi Ontario’da bulunan bir merkez tarafından gerçekleştirilerek, Ontario Hastane Derneği/Birliği tarafından renk

¹ Planning for Emergencies-Health care facilities, AS 4083 Australian Standard, Published By Standards Australia (Standards Association of Australia) The Crescent, Homebush, NSW Australia, 1997, s.2

kod uygulamalarının belirlenen standartlar doğrultusunda Kanada eyaleti sağlık tesislerinde uygulanmaktadır.¹

Tablo 2. Acil Durum Kod Renkleri (Kanada)

Renk Kodu	Acil Durum
Kırmızı Kod	Yangın
Mavi Kod	Solunum veya Kalp Durması
Turuncu Kod	Afet veya Toplu Kayıplar
Yeşil Kod	Tahliye
Sarı Kod	Kaybolan Hasta
Amber Kod	Kaçırılan ya da eksik Bebek ya da çocuk
Siyah Kod	Bomba Tehlikesi
Beyaz Kod	Şiddet, Taciz
Kahverengi Kod	Tehlikeli Sızıntı/Döküntü/Atık
Gri Kod	Sistem Arızası
Pembe Kod	Çocuk Acil ve/veya Obstetrik Acil

Kaynak : Ministry of Health Service, British Columbia Hospitals, Standardized Hospital Colour Codes, Kanada, 2011, s.3

1.3. Renk Kod Uygulamaları ABD Örneği

Amerika Birleşik Devletleri'nde acil durum renk kod uygulamalarına yönelik standartlar 1999 yılındaki çalışmalarla başlamış, 2000 yılında ise Güney Kaliforniya Hastaneler Birliği (HASC) genel kod sistemi uygulanması gerekliliğine karar verilerek uygulamalar hız kazanmıştır. 1999 yılında kurulan komite aracılığıyla sağlık tesislerinde hastaların ve çalışanların sağlıklarının koruması amacıyla güvenlik kriterlerinin belirlenmesi hedeflenmiştir. Hasta güvenliği, çalışan güvenliği ve işletme güvenliği için bir kod bütünlüğü oluşturularak Temmuz 2000'de tüm sağlık tesislerinde uygulamaya geçilmiştir. 2000 yılında kabul edilen standartlar 2008,

¹ Hospitals Emergency Codes, http://en.wikipedia.org/wiki/Hospital_emergency_codes, (11.10.2014)

2009, 2011 ve 2014 yıllarında güncellenmiştir.¹ ABD’de sağlık tesislerinde ortaya çıkabilecek acil durumlara ilişkin renk kod uygulamaları Tablo 3’te verilmektedir.

Tablo 3. Acil Durum Renk Kodları (ABD)

Renk Kodu	Acil Durum
Kırmızı Kod	Yangın
Mavi Kod	Acil Tıbbi Destek (Yetişkin)
Beyaz Kod	Acil Tıbbi Destek (Çocuk)
Pembe Kod	Bebek Kaçırılması
Mor Kod	Çocuk Kaçırılması
Sarı Kod	Bomba Tehdidi
Gri Kod	Şiddet, Kişisel Saldırı
Gümüş Kod	Silahlı Rehin Alma Durumu
Turuncu Kod	Tehlikeli Madde Dökülmesi / Yayılma
Yeşil Kod	Yüksek Riskli Hasta Kaçırılması
İç Triyaj	İç Felakete Bağlı Durumlar
Dış Triyaj	Dış Felakete Bağlı Durumlar

Kaynak : P. Wall, Hospital Emergency Codes, Hospital Association of Southern California, 2014, s.1; <http://www.hasc.org/hospital-emergency-codes>, (14.10.2014)

Tabloya göre mavi ve beyaz kodların acil tıbbi desteğe ihtiyacı olan bireyler için kullanılması öngörülmüştür. Pembe kod ise hastane ve sağlık kuruluşlarından bebeklerin kaçırılması durumlarını ifade ettiği görülmektedir.

1.4. Renk Kod Uygulamaları Türkiye Örneği

Türkiye gerek çağ ayak uydurmak gerekse AB süreciyle koordine olmak açısından kurumlarının hizmet kalitesinin artırılması için hızlı değişimlerin meydana geldiği bir ülkedir. Zaman zaman hızlı değişim sadece mevzuat üzerinde kalmakta bazen de umut veren gelişmelere sahne olmaktadır.

Sağlık sektöründe kamu ve özel sağlık işletmelerinde hastalara, hasta yakınlarına, sağlık çalışanları ve sağlık işletmelerinin güvenliğine yönelik çalışmalar

¹ P.Wall, Hospital Emergency Codes, Hospital Association of Southern California, 2014, s.1; <http://www.hasc.org/hospital-emergency-codes>, (14.10.2014)

çerçevesindeki çalışmalar hasta hakları yönetmeliği ile başlatılmıştır. Bu alanda yapılan iyileştirmeler kalite ve akreditasyon çalışmaları olarak nitelendirilmektedir. SB tarafından yayınlanan 01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete’de (RG) bulunan Hasta Hakları Yönetmeliği, sağlık hizmeti alan ve bu hizmeti sunan kişilere içeren bir kapsamdadır. Yönetmeliğin Diğer Haklar başlığı altında yer alan Güvenliğin Sağlanması bölümü 37. maddede ifade edilen “Herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır.”¹ İbaresini, bütün sağlık kuruluşlarının, hastaların, ziyaretçi ve refakatçi gibi yakınlarının can ve mal güvenliklerinin korunması ve sağlanması için gerekli tedbirlerin alınma zorunluluğunu vurgulamaktadır. Aynı yönetmeliğin Sorumluluk ve Hukuki Korunma Yolları başlığı altındaki, Müracaat, Şikâyet ve Dava Hakkı bölümü 42. madde kapsamında: “Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikâyet ve dava haklarının bulunması”² belirtilerek, hasta ve hasta hakları hukuksal müracaat yolu sağlanmıştır.

Türk sağlık sektöründe Hizmet Kalite Standartlarının artırılması çalışmaları kapsamında sağlık kuruluşları içerisinde mavi kod uygulaması 2008 yılında, pembe kod uygulaması 2009 yılında, beyaz kod uygulaması ise Temmuz 2011 yılında başlatılmıştır. ABD, Kanada ve Avustralya örneklerinden farklı olarak Türkiye’de üç renk kod uygulaması kararlaştırılmış olup, diğer renk kodlarına ait risk durumları ise farklı yönetmelik ve yönergelerle düzenlenmiştir.³ Düzenleme yapılan bu risk faktörleri sadece sağlık tesislerini değil idari yapılanma içerisindeki tüm kurum ve kuruluşları kapsamaktadır.

Türkiye’deki sağlık tesislerinde renk kod uygulamalarına ilişkin uygulama standardı 29 Nisan 2009 tarihli ve 27214 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” ile renk kod uygulamalarını zorunlu hale getirmiştir. Beyaz Kod uygulaması bu tebliğde belirtilmemesine rağmen beyaz kodun içeriğini oluşturan “Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması”, “Çalışan

¹ TCSB, “Hasta Hakları Yönetmeliği”, RG, S. 23420, m.37, 01.08.1998

² TCSB, “Hasta Hakları Yönetmeliği”, RG, S. 23420, m.4, 01.08.1998

³ TCSB, “Sağlıkta Ulusal Renkli Kodlara (URK) İlişkin Yeni Düzenleme”, www.kalite.saglik.gov.tr, (15.10.2014)

güvenliği için gerekli önlemlerin alınması” gibi ifadelere yer verilmiştir.¹ Tebliğ kapsamında Türkiye’deki sağlık tesislerinde uygulanan renk kod uygulamaları çalışanlara karşı şiddet ve taciz olaylarını belirten beyaz kod, temel yaşam destek sürecini ifade eden mavi kod ve yeni doğan, çocuk güvenliğine karşı oluşan olumsuz durumlar hakkında uyarıcı niteliği bulunan pembe koddan oluşmaktadır.

Tablo 4. Acil Durum Kod Renkleri (Türkiye)

Renk Kodu	Acil Durum
Mavi Kod	Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması
Beyaz Kod	Çalışanlara yönelik şiddet/taciz
Pembe Kod	Yeni Doğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması

Kaynak: TCSB, “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ”, RG, S. 27214, 29 Nisan 2009

Hasta ve çalışan güvenliği kavramı şöyle tanımlanmaktadır: “Sağlık hizmeti sunumunda hasta ve sağlık çalışanlarının zarar görmesine yol açabilecek her türlü işlem ve süreçlere karşı, alınacak tedbir ve iyileştirme uygulamalarıdır.”² Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliği’nde “Sağlık kurum ve kuruluşları, tebliğ hükümleri doğrultusunda uygulama yapmak, hasta ve çalışan güvenliği faaliyetlerini gerçekleştirmek amacıyla, kendi iç düzenlemesini yapmakla yükümlüdür. SB’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında bu çalışmalar, performans ve kalite birimleri veya idarenin uygun gördüğü kalite akreditasyon eğitimi almış sertifikalı personel tarafından yürütülür.”³ Hükümünü içermekte, hasta ve çalışan güvenliğinin idareler tarafından sağlanması ve gerekli önlemlerin alınmasını gerekli kılmaktadır. Aynı tebliğ kapsamında hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin uygulamalar madde 6’da şu şekilde ifade edilmiştir.

¹ TCSB, “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ”, RG, S. 27214, 29 Nisan 2009

² TCSB, “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ”, RG, S. 27214, 29 Nisan 2009

³ TCSB, “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ”, RG, S. 27214, 29 Nisan 2009

- “a) Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması,
4. Sağlık hizmeti verenler arasında iletişim güvenliğinin geliştirilmesi,
 5. İlaç güvenliğinin sağlanması,
 6. Kan transfüzyonunda güvenli uygulamaların sağlanması,
 7. Enfeksiyon risklerinin azaltılması,
 8. Hasta düşmelerinin önlenmesi,
 9. Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması,
 10. Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi,
 11. Çalışan güvenliği için gerekli önlemlerin alınması,
 12. Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması (Mavi Kod uygulaması),
 13. Yenidoğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması (Pembe Kod uygulaması),
 14. Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması,
 15. Afetler (deprem, yangın, sel) ve olağan dışı durumlarda tedbir alınması.”¹

SB’nın Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliği’nde ulusal ve uluslararası düzeyde bakıldığında renk kod uygulamasında ortak standartlar bulunmamaktadır. Mavi kod uygulamasının tek ortak uygulama olduğu, küreselleşen dünyada ortak standartların belirlenmesi çalışmalarına ağırlık verildiği ve sağlık sektöründe ulusal standartların geliştirilmesi, ülke mevzuatlarına uyum çalışmalarının yapılmasının amaçlandığı vurgulanmaktadır.

1.5. Acil Durum Renk Kod Uygulamalarının Yararları

Sağlık tesislerinde acil durum renk kod uygulaması hayatın her alanında ve yaşamın devam ettiği her alanda olası risklerin sağlık tesislerinde yaşanabilme ihtimalinin varlığının neticesidir. Risklerin önceden tespit edilmesi can ve mal kayıplarını önlemekte ya da en aza indirmektedir. İnsanlara ve çevreye yönelik risk etmenlerinin tespit edilebilmesi için geliştirilen yöntem ve araçlar bu alanda uygulama bulmaktadır. Tüm dünyada ve ülkemizde sağlık tesislerindeki risklerin

¹ TCSB, “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ”, RG, S. 27214, 29 Nisan 2009

önlenmesi ve müdahalesi için renk kod uygulamaları geliştirilerek, personel eğitimleri ile işlevsel hale getirilmesi amaçlanmaktadır. Renk kod uygulamaları belirlenmiş standartlarına göre acil durumlarda;

- “ a) Hastane çalışanlarını haberdar etmekte,
- b) Risk durumunda iletişime olanak tanımakta,
- c) Kısa ve net mesaj vermekte,
- d) Doğru müdahale için zaman kazandırmakta,
- e) Panik oluşmasına engel olmakta,
- f) Acil durumlara hazırlıklı olmayı mümkün kılmakta,
- g) Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaktadır.”¹

Renk kod uygulamalarından istenilen yararın sağlanabilmesi için ortak bir anlayışın bütün sağlık çalışanlarına kazandırılması önem arz etmektedir. SB bu amaçla göreve yeni başlayan personelin uyum eğitiminde, çalışmakta olan personele yönelikte hizmetçi eğitimlerle bunu gerçekleştirmeye çalışmaktadır.

2. ACİL DURUM RENK KOD UYGULAMALARI

Sağlık tesislerinde acil durumlarda uygulamaya konulması standart hale getirilmiş renk kod uygulamalarında evrensel birliktelik bulunmamaktadır. Örneğin sarı kod uygulaması ABD’de Bomba Tehdidi, Kanada’da Kaybolan Hasta, Avustralya’da İç Acil Durum olarak tanımlanmıştır. Ülkemizde üç renk kod uygulaması mevcuttur. Bu uygulamalara yönelik yapılacak işlemlerin genel hatları yönetmelik/tebliğ ve genelgelerle düzenlenmiştir. Araştırma konumu kapsamında ulusal düzeyde renk kod uygulamalarına ilişkin geniş bir literatür bulunmamaktadır. SB tarafından standart olarak kabul edilen mavi kod, pembe kod ve beyaz kod uygulamaları irdelenecektir. Diğer acil ya da riskli durum olarak nitelendirilen durumlar ise risk tanımı ile ele alınacak sağlık tesisleri ile örtüştürülmesi yapılma yoluna gidilmiştir.

¹ TCSB, “Sağlıkta Ulusal Renkli Kodlara (URK) İlişkin Yeni Düzenleme”, www.kalite.saglik.gov.tr, (20.10.2014)

2.1. Sağlık Tesislerinde Bomba/Patlayıcı Madde Tehdidi Renk Kod Uygulaması

Patlayıcı maddelerin istenilen ortamda, istenilen şekilde ve istenilen zamanda patlamasını sağlamak amacıyla bir kısım unsurların birleştirilmesiyle oluşturulan düzeneklere bomba denilmektedir.¹ Bombalar ısı ve şok etkisiyle değişikliğe uğrayarak yüksek derecede ısı, çok büyük gaz basıncı oluşturan katı, sıvı ya da gaz halinde bulunan maddelerdir. Bombaların ses bombaları hariç büyük çoğunluğu canlılara ya da çevreye zarar vermek amacıyla kullanılmaktadır. Ses bombası olarak nitelendirilen türünde ses şiddetini artıran maddeler kullanılarak korku, panik, kargaşa yaratmak amacıyla yüksek patlama sesi oluşturulması amaçlanmaktadır. Sağlık tesisleri gibi kapalı ve açık ortamlara sahip yerleşkelerde bomba tehdidinin önlenmesi için çalışanların, hasta ve hasta yakınlarının, güvenlik çalışmalarının dikkatli olmaları önemlidir. Kapalı alanlarda bomba tehditleri ya gizlerden uzak noktalara yerleştirilmesi yoluyla ya da çanta, paket, poşet, elbise, kutu gibi unsurlar kullanılarak oluşturulmaktadır.

Türkiye’de sağlık tesislerinde bomba tehdidi durumunda renk kod uygulaması bulunmaktadır. Sağlık tesislerinde Bomba tehditlerinin ortaya çıkması durumunda 28.12.1988 tarih ve 20033 sayılı resmi gazete de yayınlanan Sabotajlara Karşı Koruma Yönetmeliği hükümleri uyarınca işlemlerin yapılması ve önceden olası sabotaj durumlarına karşı önlemlerin alınması istenmektedir. İlgili yönetmelikte bomba tehdidi “Patlayıcı maddelerle sabotaj” şeklinde tanımlanmıştır.² İlgili yönetmeliğin 22. Maddesinde “Sabotajlara karşı koruma gruplarının eğitimleri aşağıdaki şekilde yaptırılır. a) Fiziki koruma grubuna mensup bekçi ve muhafız gibi silahlı personelin eğitimi; Valiliğin bilgisi dâhilinde mahalli genel kolluk kuvvetleri tarafından silah bilgisi, silah kullanma yetkisi, atış eğitimi, patlayıcı maddelerin tanıtılması ve güvenlik hizmetlerinin yapılması konularında, genel kolluk kuvvetlerince uygun görülecek mahallerde” denilerek sadece bomba tehdidini ortadan kaldırmak için görev alan personele eğitimin ilgili birilerce verilmesi kararlaştırılmıştır. Bomba ihbarı durumunda alınacak en acil önlem güvenlik birimlerin aranmasına müteakip sağlık tesisinde en kısa sürede tahliyesini

¹, http://www.iem.gov.tr/iem/?menu_id=82, bomba nedir, (21.10.2014)

² TCSB, “Sabotajlara Karşı Koruma Yönetmeliği”, RG, C.28, S. 20033, 28.12.1988

gerçekleştirmek olacaktır. Asılsız ihbarlar sağlık tesislerinde özellikle yoğun bakımda tedavi gören hastalar ve hareket ettirilmemesi gereken hastaların sağlık sorunlarını artırma ihtimalini taşımaktadır. Tahliye kararının verilmesi için bomba ihbarına ait detaylı bilgilerin temin edilmiş olması önemlidir ancak, tahliye kararı asılsız bomba ihbarına rağmen hayat kurtarıcı bir yöntemdir.

Türkiye’de direk sağlık tesislerini hedef alan bir bombalı tehdit bulunmazken, genellikle yapılan ihbarlar ise asılsız çıkmaktadır. Sağlık tesislerinde bomba tehdidini engellemek için şüpheli görülen her paketin, poşetin veya benzeri malzemenin bomba olma ihtimali olarak algılanması ve değerlendirilmesiyle mümkündür.¹ Bomba tehditleri neticesinde özellikle ABD’de can kayıpları yaşanmıştır. Ülkemizde sağlık tesislerinin bu risk durumu içinde standartları geliştirip renk kod uygulamasıyla desteklemesi yararlı olacaktır. Patlayıcı maddelerle oluşacak risklere karşı sağlık çalışanlarının ve güvenlik birimlerinin güvenlik eğitimlerinin pekiştirilmesi olası riskleri ortadan kaldırmasında yararlı olacaktır.

2.2. Yangın Tehdidi Renk Kod Uygulaması

Yangın tehdidi kapalı her alan için geçerli bir tehdittir. Günümüz binaları ve tesisler yangın önlemlerine karşı donatılarak inşa edilmektedir. Sağlık tesislerimize bakıldığında çoğu eski yapılardan oluşmakta yangını önleme ve müdahale önlemleri yapılara sonradan entegre edilmektedir. Avustralya, ABD ve Kanada renk kod uygulamalarında Kırmızı Kod yangın tehdidi olarak sınıflandırılmıştır. Ülkemizde yangınlara karşı bir renk kod standardı bulunmamaktadır. SB’na ait sağlık tesislerinde yangın riski “Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi” kapsamında önleme ve müdahale işlemi yapılmakta olup, sivil savunma tedbirleri kapsamında yangın söndürme ile ilgili personele görev dağılımı yapılmaktadır. Ülkemizde zaman zaman sağlık tesislerinde yangın olaylarına rastlanmaktadır. Bu olayların azaltılması ya da önlenmesi için ulusal düzeyde renk kod uygulamasıyla işlemlerin planlanması yararlı olacaktır.

Yangınların oluş nedenlerine bakıldığında insan eliyle ortaya çıkan acil durumlardır. Yangınlar hem maddi hasar ve zarara hem de can kayıplarına neden

¹, “Bomba Nedir”, http://www.iem.gov.tr/iem/?menu_id=82, (22.10.2014)

olan önemli bir tehdit unsurudur. Yangın sonucunda evler, tesisler, şehirler risk altına girmekte binlerce hektarlık orman alanları yok olarak tarihi ve doğal miras yok olmaktadır.¹ Yanma olayının gerçekleşmesi için yanıcı madde, ısı ve oksijen faktörlerinin bulunması gerekmektedir. Yanma olayı gerçekleştiğinde bu reaksiyon, yanıcı maddenin bitmesi, oksijenini tükenmesi, ya da yanma ısısının düşmesine kadar devam etmektedir. Bu süreç içerisinde sağlığa zararlı gazlar ve duman oluşmakta, ortamın ısısı çok yükselmektedir.

Sağlık tesislerinde yanma ihtimali olan malzemeden yapılmakta aynı zamanda sağlık tesisinde kullanılan donanımlar da yanma niteliği olan malzemelerden oluşmaktadır. Yangınlarda genellikle can kayıpları yanarak yaşam yitirmekten ziyade yangın sonucunda meydana gelen duman, karbon monoksit zehirlenmesi neticesindedir. Yangın sırasında insanlarda meydana gelen panik durumu neticesinde yüksek alanlardan atlama sonucunda yaralanma veya ölümler gerçekleşebilmektedir. Ülkemizdeki sağlık tesislerinde yangın olaylarına rastlanmakta, medyada geniş yer tutmaktadır. Sağlık tesislerinde meydana gelen yangınlar genellikle maddi hasarlarla atlatılmaktadır.

Doğal afetler neticesinde yaşam olgusu kapsamında kriz oluşur. Yönetim kademeleri tarafından krize yönetim ilke ve prosedürlerinin belirlenmiş olması zararları en aza indirgeyecektir. “Krizin her ne kadar ani olarak ortaya çıktığı söylene de yangın, sel gibi doğal felaketlerle oluşan krizin dışında diğer kaynaklara bağlı olarak oluşan krizlerin tamamı oluşum sürecinde bazı sinyaller gönderir. Fakat bu sinyallerin yeterince dikkate alınmaması veya sinyallerin krize ait olduğunun bilinmemesi sonucu kriz ortaya çıkar.” şeklindeki betimlemesi ile yangın ve sel risk etmenlerinin uyarıcılarının dikkate alınması krizlerin sağlıklı yönetilmesi için önemlidir.²

Sağlık tesislerinde yangına bağlı kriz durumlarının geliştirilmesinde Almanya’da 350 yataklı bir hastanede yaşanan yangın olayı önem arz etmektedir. Bu olay Almanya sağlık idareleri tarafından sağlık tesislerinde teknoloji ve önlem

¹ H. Olgun, “Afet Kaynaklı Krizlerin Yönetimi: 1999 Sonrası İstanbul Büyükşehir Belediyesi Örneği”, Dumlupınar Üniversitesi (DPÜ), SBE, YYLT, Kütahya, 2006, s.45

² H. Tağraf- N.T.Arslan, “Kriz Oluşum Süreci ve Kriz Yönetiminde Proaktif Yaklaşım”, Cumhuriyet Üniversitesi (CÜ), İİBFD, C.4, S.1, 2003, s. 149

paketlerinin geliştirilmesinde dönüm noktası olmuştur.¹ Bu olayda tahliye sürecinde sağlık çalışanlarının hastaları nasıl tahliye edecekleri noktasındaki bilgi yetersizliği dikkat çekmiştir. Bu olay sağlık tesislerinde tahliye planları ve kaçış noktalarının geliştirilmesinde ön ayak olmuştur. Sağlık tesislerinde yangınlara bağlı mal ve can kayıplarını önlemek için sağlık tesislerinin inşa sırasında başlayacak bir dizi planlamanın yapılması zaruret haline gelmiştir. Dikkat edilmesi gereken noktaları Amoto şu şekilde vurgulamıştır:

- “a) Yeri jeolojik olarak uygun mu?
- b) Depreme dayanıklılık için zemin etütleri yapılmış mı?
- c) Kat sayısı deprem ve yangın vb. durumlarda ani boşaltmalar için uygun mu?
- d) Sığınak yapılmış mı?
- e) Gerektiğinde iç mekân kapasitesinin üstünde fonksiyon görebilecek gibi planlanmış mı? Yani, olağandışı durumlarda talep artışını ne ölçüde karşılayabilir?
- f) Ulaşım olanakları her koşulda uygun mu? (Yolların trafikte kapanmaması, çevre yollarına yakınlık, helikopterlerin inebilmesine uygun alan vb.)
- g) Kendi kendine yeterli enerji ve su kaynağı var mı?”²

Sağlık tesisinde ortaya çıkan bir yangın durumunda yangın ürünü olarak dört temel etmen ortaya çıkmaktadır:

- “ a) Duman,
- b) Zehirli Gazlar,
- c) Isı,
- d) Alev”

Bu dört etmen hasta ve sağlık çalışanların yaşamlarını tehlikeye atan riskler olarak değerlendirilmektedir. SB tarafından yayınlanan SB Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi kapsamında sağlık kurumlarında, yangın önleme ve müdahale hizmetleri kapsamında yapılması gereken iş ve işlemlere yönelik süreç belirlenmiş,

¹ A. Özşahin, Hastanede Acil Servis Organizasyonu, s.1;
<http://www.merih.net/m1/wayhozs22.htm>, (15.11.2014)

² Z. Amato, Sağlık Kuruluşlarında Olağanüstü Durumlarda Hazırlık 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu- Bildiriler, (Ed. M.Doğan- Ö.Harmancıoğlu), İzmir, 1995, s.8

işletmelerden durumlarını göz önünde tutarak önlem ve planlama yapılması istenmiştir. Yönerge kapsamında sağlık tesislerinde:

- a) Bina Bölümlerine ve Tesislerine İlişkin Düzenlemeler
- b) Elektrik Tesisatı ve Sistemleri
- c) Duman Kontrol Sistemleri
- d) Yangın Söndürme Sistemleri
- e) Tehlikeli Maddelerin Depolanması ve Kullanılması
- f) Yangın Güvenliği Sorumluluğu, Ekipler, Eğitim,
- g) Denetim, İşbirliği, Ödenek ve İç Düzenlemeler

Alt başlıklarında önlemlerin alınması ve yangın söndürme ve müdahale planlama hizmetlerinin kriterleri belirlenmiştir. Sağlık tesislerinde sivil savunma planları kapsamında yangına müdahale, söndürme ve tahliye işlemleri kurumsal çerçevede planlanarak acil durumlarda gerçekleştirilmesi uygun görölmektedir. Sağlık tesislerinde, yangınların %53'ünün hizmet bölümlerinde, % 22'sinin özel bölümlerde, %10'unun hasta bakım ünitelerinde ve geri kalan % 15'inin ise destek bölümlerinde meydana geldiği yapılan araştırmalarla ortaya konulmuştur.¹

Yangın meydana gelmesi durumunda sivil savunma ve sabotajlara karşı müdahale ekipleri kapsamında aşağıdaki ekiplerin kurulması ve belli aralıklarla tatbikat yapılması planlanmalıdır.

- “a) Söndürme Ekibi
- b) Koruma Ekibi
- c) Kurtarma Ekibi
- d) İlk Yardım Ekibi”²

Sağlık tesislerinin yapılması ve binaların yangın tehlikesinden korumak amacıyla “kamu kurum ve kuruluşları, özel kuruluşlar ve gerçek kişilerce kullanılan her türlü yapı, bina, tesis ve işletmenin, tasarımı, yapımı, işletimi, bakımı ve kullanımı safhalarında çıkabilecek yangınların en aza indirilmesini ve herhangi bir şekilde çıkabilecek yangının can ve mal kaybını en aza indirerek söndürölmesini

¹ A. Kılıç, “ Hastanelerde Yangın Önlemleri ve Hasta Tahliyesi”, Yangın ve Güvenlik Dergisi, S.127, İstanbul, 2010, s.8

² TCSB, “Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi”, Ekiplerin Kuruluşu, Md. 126, Ankara, 2008, s.79

sağlamak üzere, yangın öncesinde ve sırasında alınacak tedbirlerin, organizasyonun, eğitimin ve denetimin usul ve esaslarını belirlemektir” esaslarını taşıyan Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik 19 Aralık 2007 tarihli ve 26735 sayılı resmi gazete de yayınlanmıştır. İlgili yönetmeliğin 11.maddesinde sağlık tesisleri : “Sağlık hizmeti amaçlı binalar: Bedensel veya zihinsel bir hastalığın veya yetersizliğin tedavisinin veya bakımının yapıldığı veyahut küçük çocuklar, nekahet hâlindeki kişiler veya bakıma muhtaç yaşlıların bakımları için kullanılan ve dört veya daha fazla kişinin yatırılabilirdiği binaları veya binaların bu amaçla kullanılan bölümlerini kapsar. Hastaneler, huzurevleri, çocuk bakım ve rehabilitasyon merkezleri, dispanserler ve benzeri yerler bu sınıfa girer. Sağlık ocakları, özel klinikler, revirler, teşhis ve tedavi merkezleri ve tıbbi laboratuvarlar da bu sınıftan sayılır.”¹ Hükmü ile yönetmelik kapsamına giren sağlık tesisleri belirlenmiştir. Yine yönetmelik kapsamında binalarda oluşabilecek yangın ihtimallerini önlemek yapılması gerekenler şu şekilde ana başlıklar halinde belirtilmiştir.

- “a) Tehlike Sınıflandırması
- b) Binalara İlişkin Genel Yangın Güvenliği Hükümleri
- c) Taşıyıcı Sistem Stabilizesi
- d) Yangın Kompartımanları, Duvarlar, Döşemeler, Cepheler ve Çatılar
- e) Binalarda Kullanılacak Yapı Malzemeleri
- f) Kaçış Yolları, Kaçış Merdivenleri ve Özel Durumlar
- g) Bina Bölümlerine ve Tesislerine İlişkin Düzenlemeler
- h) Elektrik Tesisatı ve Sistemleri
- ı) Duman Kontrol Sistemleri
- i) Yangın Söndürme Sistemleri
- j) Tehlikeli Maddelerin Depolanması ve Kullanılması
- k) Yangın Güvenliği Sorumluluğu, Ekipler, Eğitim,
- l) Denetim, İşbirliği, Ödenek ve İç Düzenlemeler
- m)Mevcut Binalar Hakkında Uygulanacak Hükümler”²

¹ TCSB, “Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi”, Ekiplerin Kuruluşu, Md. 11/b, Ankara, 2008, s.9

² TCSB, “Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi”, Ekiplerin Kuruluşu, Md. 11/b, Ankara, 2008, s.9

ABD, Avustralya ve Kanada’da kırmızı kod uygulaması ile kodlanan yangın riski sağlık tesislerini de tehdit etmektedir. Türkiye’deki sivil savunma mevzuatı, sabotajları önlemeye yönelik yönetmelik ve diğer yönetmeliklerle belirlenen ilkeler ve planlamalar kapsamında riskler en aza indirilmesi düzenlenmiştir.

2.3. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Bulaşıcı Hastalıklar Açısından Riskler Renk Kod Uygulaması

Sağlık tesisleri bireylerin herhangi bir nedenden ötürü mevcut sağlıklı halinde meydana gelen bozulmalar, sakatlıklar veya kontrol için gelinen tesislerdir. Sağlık tesisinde çalışanların bir çok enfeksiyonun yoğunlaştığı ya da kümeleştiği bu tesislerde hastalardan enfeksiyon kapma ihtimalleri yüksektir. Sağlık tesisinin bu yoğun hasta sirkülasyonunda, tesisin yeterince enfeksiyondan arındırılmış olması ya da hijyen olması bunu çok fazla değiştirmemektedir. Konu ile ilgili yapılan uluslararası çalışmada 1980 yılında ABD’de yapılan araştırmada sağlık çalışanlarının, diğer bireylere göre 10 kat daha fazla enfeksiyon hastalıklarına yakalandıkları tespit edilmiştir. Sağlık tesislerinde çalışanları tehdit eden enfeksiyonları kan ve kan yoluyla bulaşanlar ve damlacık ve damlacık çekirdeği yoluyla yani solunum yoluyla bulaşan enfeksiyonlar olarak iki grupta değerlendirmek mümkündür.¹

Hastalığın teşhisi, tedavisi ve bakımı esnasında hastalarla yüz yüze kalan sağlık çalışanları bu yakın temas halinde, tıbbi müdahale veya tıbbi tedavi amaçlı kullanılan araç ve gereçlerin kullanımı esnasında birçok riskler ortaya çıkabilmektedir. Sağlık çalışanlarına yönelik sağlık tesislerinde ortaya çıkabilecek enfeksiyonlar aşağıdaki Tablo 5’te verilmiştir.²

¹ Türk Tabipleri Birliği (TTB), “Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri Toplum” Hekim Dergisi, S.3, Ankara, 2008, s.9

² A. Beşer, “Sağlık Çalışanlarının Riskleri” Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi (DEUHYO ED) C.5, S.1, İzmir, 2012, s.38 <http://www.deuhyoedergi.org> (16.12.2014)

Tablo 5. Sağlık Tesislerinde, Sağlık Çalışanlarından Hastaya, Hastalardan Sağlık Çalışanlarına Bulaşma Riski Taşıyan Enfeksiyonlar

Enfeksiyon	Bulaşma Yolu Modelleri	Sağlık Çalışanlarından Hastaya	Hastalardan Sağlık Çalışanlarına	Riski minimize etmede temel stratejiler
Hepatit B	Perkutan yolla, mukozal, meni, vajinal sıvı, vücut sıvıları, deri yolu ile kan teması	Düşük	Orta derecede Delinme yolu ile risk (%6-35)	Risk oluşturan tüm personel için hepatit B aşısı, güvenli eldiven ve iğne kullanımı, eldiven ve diğer bariyerlerin kullanımı, uygun el hijyeni, duyarlı personellerde maruziyet durumlarında hepatit b immune globulin kullanma
Hepatit C	Hepatit B ile aynı	Nadiren	Düşük Delinme yolu ile risk (%1-7)	İğne ve diğer kesici delici malzemelerin güvenli kullanımını, eldiven ve diğer bariyerlerin kullanımı, uygun el hijyeni
HIV	Perkutan yaralanmalar, meni' vajinal sıvı vücut sıvıları	Oldukça nadiren	Nadiren (0.03%)	İğne ve diğer kesici delici malzemelerin güvenli kullanımını, eldiven ve diğer bariyerlerin kullanımı, uygun el hijyeni Mevcut rehberlere göre maruziyet sonrası profilaksi yönetimi
Suçiçeği	Veziküllerle temas, damlacık ve solunum yoluyla	Yüksek	Yüksek	Şüpheli bireylere suçiçeği aşısı, teması olan bireyler için immün Globülin
Influenza	Hava yolu; solunum sekresyonlarıyla direkt ya da damlacık yoluyla teması	Orta	Orta	Yüksek riskli personele influenza Aşısı
Kızamık	Havayolu: Enfekte bireylerin burun ya da boğaz sekresyonlarıyla direkt ya da damlacık yoluyla temas	Yüksek	Yüksek	Doğal bağışıklık ya da sağlık personeline kızamık aşısı, yetersiz havalandırması olan yerlerde kızamık salgınları bildirilmiştir. Birçok sağlık kurumlarında tüm sağlık çalışanları için zorunludur.
Kızamıkçık	Solunum sekresyonlarıyla direkt ya da damlacık yoluyla temas	Orta	Orta	Doğal bağışıklık ya da sağlık personeli için kızamıkçık aşısı
Tüberküloz	Aktif kaynaktan hava yoluyla,	Yüksek	Yüksek	Uygun ventilasyon, bilinen vakalarda havayoluna yönelik tedbirler, Maruziyet yönetimi ve tedavisi
Rotavirus	Kişiden kişiye fekaloral yoluyla	Orta	Orta	Uygun eldiven ve diğer koruyucuların kullanımı el hijyeni, özellikle erişkin ve çocuk servislerinde bir çok salgın vakaları bildirilmiştir.

Kaynak : A. Beşer, “Sağlık Çalışanlarının Riskleri”, DEUHYO ED, C.5, S.1, İzmir, 2012, s.39
<http://www.deuhyoedergi.org> (16.12.2014)

2.4. Kimyasal Ajan Tehdidi Renk Kod Uygulaması

Sağlık tesisleri birçok kimyasal maddenin kullanıldığı çalışma alanlarıdır. Sağlık tesislerinde anestezi maddeler, sitotoksik maddeler ve sterilizasyonda

kullanılan maddelerdir. Bu maddeler sık kullanılması ve etkilerinden dolayı risk oluşturan maddeler olarak da değerlendirilmelidir.¹

Anesteziik Maddeler: Epidemiyolojik alışmalar anesteziik gazlara (nitroz oksit, halotan, izofloran gibi) kronik maruziyetin, spontan dūřukleri ve konjenital malformasyonları arttıran, prematüre doğumlara neden olan, kanser, karaciğer ve bōbrek hastalıkları yapan, mental fonksiyonları gerileyen, bař ağrısı, yorgunluk ve iritabilite gibi sonuçları olan mesleki bir risk olduğunu gōstermiřtir.²

Sitotoksik Maddeler: Sağlık alışanları antineoplastik ilaçların hazırlanması, taşınması, uygulanması, depolanması ve kontaminasyon ile atıkların yok edilmesi sırasında inhalasyon, sindirim ya da doğrudan cilde temas yoluyla; ilaç içeren ampulū kırma, ilacı sulandırma, flakondan enjektōre çekme, enjektōrden havayı çıkarma, ilacı serum içine verme, serum torbasının setle bağlantısını sağlama, serum torbasını ya da seti çıkarma, kaza ile dōkūlmeler gibi durumlarda ilaca maruz kalabilmektedir. Eczacı ve hemşireler bu risklerle karşı karşıya gelebilmektedir.³

Sterilizasyonda Kullanılan Maddeler: Etilen oksit yanıcı ve konsantrasyonu %3'e ulaştığında patlayıcı bir gazdır. Akut etkileri solunumla ilgili sıkıntılar ve nōrolojik bulgulardır, yūkssek oranda maruziyet katarakta neden olabilir. Mutajenik ve karsinojenik olduğunu gōsteren çalışmalar vardır. Gluteraldehite maruz kalan sağlık alışanlarında; boğaz ve akciğer iritasyonu, astım, astım benzeri semptomlar, nefes darlığı, burun kanaması, konjunktivit, dermatit, başağrısı ve bulantı gibi semptomlar gōrūlebilmektedir. Formaldehit kimyasal sterilizasyon ve doku fiksasyonu amacıyla kullanılmaktadır. Kısa sūreli maruziyet gōz, burun ve boğaz tahrişine neden olabilir. Maruziyetin dozu arttıa ōksūrūk, nefes darlığı, aritmi yapar, dozun daha da artması ise akciğer ōdemi, hatta ōlūme neden olabilir. Uzun sūreli maruziyet ise kanserojendir.⁴ Sağlık tesislerinde bulunan cıva, bazı ağır mealler, plastikler ve bazı ilaçlar ve farmasōtikler sağlık çalışanlarının sağlığını tehdit edebilmektedir.

¹ Tūrk Tabipleri Birlięi (TTB), Saęlık alıřanlarının Meslek Riskleri, Ankara, 2008, s.11; http://www.ttb.org.tr/kutuphane/sc_meslek_riskleri.pdf(17.12.2014)

² TTB, s.11

³ TTB, s.12

⁴ TTB, s.12

2.5. Doğal Afet Riskleri Renk Kod Uygulaması

Çeşitli doğa olaylarının sebep olduğu yıkım¹ olarak tanımlanan doğal afetler sağlık tesisinde bulunan herkesi tehdit edecek riskleri taşımaktadır. Sel, deprem, heyelan, çığ gibi büyük yıkımlara neden olabilecek faktörler beklenmedik bir anda gerçekleşmesi, alınan önlemleri bertaraf edebilme gücü gibi durumlardan dolayı maddi hasarlara ve can kayıplarına neden olabilmektedir. Kandilli Rasathanesi verilerine göre ülkemizde son 105 yılda gerçekleşen ve şiddeti 7.0 üzerinde olan depremlere ait istatistikler incelendiğinde büyük can kayıplarının ve maddi hasarların meydana geldiği görülmektedir. Meydana gelen bu depremler neticesinde sağlık tesislerin dede can kayıpları meydana gelmektedir.²

Tablo 6. Aletsel Büyüklüğü 7.0'dan Büyük Olan Depremler ($M_s \geq 7.0$)

Tarih	Yer	Büyüklük (M_s)	Can Kaybı Sayısı
20.09.1899	Nazilli	7	Kesin Sayı Yok
09.08.1912	Mürefte (Tekirdağı)	7,3	216
31.03.1928	İzmir-Torbalı	7	50
06.05.1930	Hakkari	7,2	2514
22.09.1939	İzmir- Dikili	7,1	60
26.12.1939	Erzincan	7,9	32962
20.12.1942	Niksar	7	3000
26.11.1943	Tosya	7,2	2824
01.02.1944	Bolu	7,2	3959
06.10.1944	Edremit	7	27
23.07.1949	İzmir- Karaburun	7	1
17.08.1949	Karlıova	7	450
18.03.1953	Gönen	7,4	265
16.07.1955	Aydın	7	23
25.04.1957	Fethiye	7,1	67
26.05.1957	Bolu	7,1	52
06.10.1964	Manyas	7	23
22.07.1967	Adapazarı	7,2	89
28.03.1970	Gediz	7,2	1086
24.11.1976	Çaldıran- Muradiye	7,2	3840
17.08.1999	Kocaeli	7,4	17172
12.11.1999	Düzce	7,2	845
23.10.2011	Van-Erciş	7,2	644

Kaynak: B. Özkul-A. E.Karaman, “Doğal Afetler İçin Risk Yönetimi”, TMMOB Afet Sempozyumu, Bildiriler Kitabı, Ankara, 2007, s.254;
<http://www.e-kutuphane.imo.org.tr/pdf/3906.pdf>(14.12.2014)

¹ Büyük Türkçe Sözlük, www.tdk.gov.tr, (2014)

² B. Özkul-A. E.Karaman, “Doğal Afetler İçin Risk Yönetimi”, Türkiye Mühendisler Mimarlar Odası Birliği (TMMOB) Afet Sempozyumu, Bildiriler Kitabı, Ankara, 2007, s.254; <http://www.e-kutuphane.imo.org.tr/pdf/3906.pdf>(14.12.2014)

Özellikle sağlık tesislerinin deprem yönetmeliğine uygun yapılması ve bu yapıların ayakta durması son derece önemlidir. Savaş, doğal afetler gibi nedenlerle ortaya çıkan ciddi sağlık problemlerinde, yaralanmalarda bu yapıların sağlamlığı son derece önemlidir. Türkiye’de 17 Ağustos 1999 Gölcük, 12 Kasım 1999 Düzce depremlerinde bölgede bulunan hastanelerde ciddi hasarlar meydana gelmiş ve sağlık tesislerinin bulunduğu alanda seyyar hastaneler kurulmuş ve burada görev yapan sağlık çalışanları başka bölgelerden gelen sağlık ekipleri ile değiştirilerek bu yıkımın etkileri azaltılmaya çalışılmıştır. Yaşanan bu depremlerin sarsıcı etkileri uzun süre almıştır. Türkiye deprem kuşağında olması ve Kuzey Anadolu Fay hattının aktifliği olması bu depremlerin yaşanılmasını olası kılmaktadır. 2011 yılında gerçekleşen Van depreminde ise 10 sağlık çalışanı hayatını kaybetmiş¹, deprem sonrası AFAD yönetimi raporuna göre 4 hastane kullanılamaz, 3 hastane deprem tahkiki gerekiyor, Erciş’te 1 ve Van’da 1 hastane kullanılabilir. Van’da 3 ASM kullanılamaz, 23 bina incelenmeli. Erciş’te 3 ASM kullanılamaz 12’si inceleme yapılması gereken yapılar olarak değerlendirilmiştir.²

Ülkemizin coğrafi güzellikleri ve jeolojik yapısı yağın yağmur ve kar erimesi sonucunda oluşan suların herhangi bir taşkın oluşturmada akıp gitmesine müsaittir. Anacak son zamanlarda plansız yapılaşmalar, kırsal kesimdeki plansız yerleşmeler, toprak fizibilitesinin yer yer suni yapılarla değiştirilmesi gibi nedenlerle günümüzde sel riskini ortaya çıkarmıştır. Bahar ve kış aylarında hatta yaz dönemlerinde bile sel olaylarına tanık olabilmekteyiz. Sel riskleri şehirlerde ve taşra yerleşim yerlerinde büyük taşkınlara neden olmakta, sele kapılma, su tarafından binaların dolması gibi nedenlerle mal ve can kayıplarına neden olabilmektedir.³ Sağlık tesislerinin sel ihtimali dolayısıyla su taşkınlarının yaşanabileceği alanlara yapılması hasta ve sağlık çalışanlarını tehdit edebilmektedir. Selin yıkıcı etkilerinden korunmak için:

“a) Sel yataklarına bina yapılması ve yerleşime açılmasını engellemek,

¹....,http://www.saglikpersonelininseesi.com/haber/7954/depremdede-hayatini-kaybeden-saglik-personelleri-aciklandi.html, (10.09.2014)

²....,http://haber.sol.org.tr/kent-gundemleri/vanda-depremin-4-ayinda-kullanilabilir-hastane-sayisi-1-haberi-51944, (10.09.2014)

³ M. Kadioğlu, Sel, Heyelan ve Çığ için Risk Yönetimi, İstanbul Teknik Üniversitesi (İTÜ) Afet Yönetim Merkezi, İstanbul, 2008, s. 191; http://www.imo.org.tr/resimler/ekutuphane/pdf/3941.pdf(11.09.2014)

- b) Meteorolojik erken uyarı sistemlerinin etkin kullanımı ve bilgilendirmelerin yapılması,
- c) Sel esnasında suda yüzülmesi, karşıya geçilmesi, yürünmesi gibi davranışların engellenmesi,
- d) Su tahliye sistemlerinin geliştirilerek sel baskını esnasında etkin kullanılması,
- e) İmar yapılanmalarının doğal riskler göz önünde tutularak yapılması yararlı olacaktır.”¹

Doğal afetler içerisinde yıkıcı etkilere sahip diğer afet ise heyelanlardır. Heyelanlar, toprağın ya da kayaların yer çekimi etkisiyle bulunduğu konumdan aşağı kayması olarak tanımlanmaktadır. Heyelanlara yine arazi üzerinde yapılan değişiklikler, tektonik ve volkanik hareketler, aşırı yağışlar, sel, gibi etkenlere bağlı olarak oluşabilmektedir. Heyelan riskinin olduğu alanlarda sağlık tesislerinin yapılması ya da riskli bölgedeki mevcut yapıların kullanılmaya devam edilmesi heyelan etkilerini ortaya çıkarmaktadır. Heyelanlar geniş alanda etkili olabildikleri gibi, binalara zarar vererek mal ve can kayıplarına neden olabilir. Alt yapı sorunlarını ortaya çıkartıp hayatı felç edebilir, sağlık tesislerinin heyelandan etkilenmemesi için heyelan riskli alanlara, dolgu yapıllı arazilere, dik arazi yapılarına tesis yapılmaması alınabilecek önlemlere örnek teşkil edebilir.² Türkiye’de kentsel yapılaşma plansız, programsız yapılması, hazine arazilerinde yoğunlaşmakta, özellikle bu alanlarda gecekondulaşmaya neden olmaktadır. Seçim öncesi yaşanan popülist yaklaşımların yoğun olarak gözlendiği Türkiye’de özellikle seçim dönemlerinde gecekondulaşmaya gayriresmi izin verilmektedir.

Türkiye dört mevsimi dolu dolu yaşayan bir coğrafi zenginliğe sahiptir. Özellikle doğu Anadolu bölgesinde sağlık tesislerini tehdit eden doğal afetler arasında çığ faktörünün de sayabilir. Çığ, yüksek ya da dağlık arazilerde bulunan yoğun kar tabakasının toprak kaymasındaki etkiye benzer şekilde aşağı kayması olarak açıklamak mümkündür. Tonlarca ağırlığındaki kar kütlesi binaları, yoldan geçen insan ya da araçları kapatarak mal ve can kayıplarına neden olabilmektedir. Çığ tehlikesi yaşanma ihtimali olan yerlerde yerleşim yeri veya tesisi kurulmaması,

¹ Kadioğlu, s. 192

² Kadioğlu, s.194

orman tahribatlarının engellenmesi, ağaç dikimi, erken uyarı sistemlerini etkin kullanımı ve bilgilendirme çalışmaları, acil sağlık müdahale hizmetlerinde çığ riski yaşanacak alanlarda havadan destek verilmesinin sağlanması bu riski azaltacak önlemlere kaynak olabilir.¹ Bu bölgelerde özellikle yoğun karın yaşandığı bölgelerde hizmet veren sağlık çalışanları birçok riskle karşı karşıya kalmaktadır.

2.6. Mavi Renk Kod Uygulaması

Sağlık tesislerinde mavi kod uygulaması (blue code) hayati risk durumlarında kullanılmaktadır. Acil müdahale gerektiren bireylerin yaşam mücadelesine destek vermek, solunum yitimi, kardiyak arresti (kalp durması gibi ciddi yaşam tehditleri durumunda en kısa sürede kişiye müdahale edilebilmesi için uygulanmaktadır. Mavi kod uygulamasında en kısa zamanda hastaya müdahale edilmesi gerekmektedir. Hastaya uygulanacak tıbbi müdahale 2-5 dakika içerisinde yapılarak en kısa sürede hayata geri döndürülmesi amaçlanmaktadır.²

Tüm dünyada ortak olarak kullanılan tek renk kod uygulaması olarak mavi kodu sayabiliriz. Mavi kod uygulaması sağlık tesislerinde hasta, hasta yakınlar ve sağlık çalışanların acil hayati bir riskle karşılaşması neticesinde uygulanacak yaşam destek prosedürüdür. Mavi kod uygulamasında daha önceden görevlendirilen personel mavi kod uygulaması uyarı sistemi üzerine en kısa sürede intikal ederek hastaya destek olmaktadır. Ülkemizdeki sağlık tesislerinde, 1 Nisan 2012 tarihinden itibaren telefon sistemlerinde “2222” tuşlanması uygulaması standart hale getirilmiş, çağrı cihazı ya da farklı uyarı sistemlerle teknik çözümlerin yerine getirilmesi kararlaştırılmıştır.³ Mavi kod uygulaması ilik kez ABD(de Kansas Bet Bethany Tıp Merkezinde uygulanmaya başlanmıştır. Sağlık tesislerinde mavi kod durumunda yapılacak işlemler ve ilgili görevliler önceden belirlenerek, zaman zaman da tatbikatların yapılması prensip olarak kabul edilmiştir.

¹ Kadioğlu, s.195

²,http://tr.wikipedia.org/wiki/Hastane_Acil_Kod_Sistemleri, (16.11.2014)

³ İ. Şencan-M.Demir-H.Güler ve diğ., SKS Işığında Sağlıkta Kalite, (Ed. N. Tosun-İ. Demirtaş-İ.Şencan), C.1, Ankara, 2012, s.9;
http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/09_temmuz_2012/cilt1sks.pdf(18.11.2014)

Resmi gazetenin 29 Nisan 2009 tarih ve 27214 sayılı baskısında yayınlanan Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ mavi kod uygulamasını ülkemizde uygulanması ile yasal zeminin oluşturmuştur. Tebliğin 16. maddesinde temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınmaya çalışılmıştır. Tebliğ kapsamında Mavi kod uygulamasında yapılacak işlemler:

- “a) Temel yaşam fonksiyonları (solunum, dolaşım) risk altında olan veya durmuş bulunan bireylere gerekli müdahalelerin yani Cardio Pulmoner Resusitasyon (CPR)’un yapılabilmesi için “mavi kod” uygulaması gerçekleştirilir. Bu amaçla tabip, hemşire, anestezi teknisyeni, hizmetli ve güvenlik görevlisinden oluşan bir ekip kurulur.
- b) Mavi kod ekibi, mesai içi ve mesai sonrası olmak üzere iki ayrı ekip olarak kurulur ve kesintisiz hizmet vermeleri sağlanır.
- c) Mesai saatlerinde; anestezi, kardiyooloji, nöroloji, göğüs hastalıkları, dâhiliye, genel cerrahi uzmanlarından biri veya bu branşların bulunmadığı yerlerde, idare tarafından görevlendirilen bir tabip ekip lideri olur.
- d) Hastanedeki tüm tabiplerin ve ekipte görevli diğer sağlık personelinin CPR eğitimi alması sağlanır.”¹

Hükümleri ile belirlenerek sağlık tesislerinde mavi kod uygulamasında yapılacaklar genel hatlarıyla çizilmiştir. Tebliğ 06/04/2011 tarih ve 27897 Sayılı RG’de yayınlanan Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik ile yeniden düzenlenmiştir. Yine aynı resmi gazete yayınlanan tebliği ile 29/04/2009 tarihli tebliği yürürlükten kaldırılarak yasal çerçeve yönetmelik ile bağlayıcı hale getirilmiştir. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmeliğin 8.maddesinde “Hasta ve çalışan güvenliği ortak uygulamaları” başlığı altında renk kod uygulamalarına yer verilmiştir. Yönetmelikle renk kod uygulamaları:

- ç) Renkli kod uygulamaları ile ilgili olarak;
- 1) Mavi kod uygulamasının yapılması,
- 2) Pembe kod uygulamasının yapılması,
- 3) Beyaz kod uygulamasının yapılması,

¹ TCSB, “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ”, RG, S.27214, 29 Nisan 2009

Yapılması için sağlık kurumlarının gerekli tedbirleri alması ve düzenlemeleri yapmaları istenmiştir.¹ Mavi kod uygulaması esnasında hayati risk taşıyan durumlarda acil müdahale edilmesi gerekmektedir. Mavi kod uygulamasında etkili olan yaşam risklerine değinildiğinde şu faktörlerle karşılaşmaktadır:

Kalp Durması: Kalbin dolaşım sistemine kan pompalama görevinin aniden kesilmesi bunun neticesinde etkin kalp debisinin gerçekleşmemesi şeklinde tanımlamak mümkündür. Kalp durması esnasında ya da sonrasında solunum fonksiyonu da kesilmesi de gerçekleştiği için kalp-solunum durması tabirinin kullanılması yerinde bir tanımlama olacaktır. Kalp durması olayında çok nadir olmamakla birlikte kendiliğinden bir normale dönüş görülebilirken, tıbbi müdahale ile hastanın geri dönüşünün sağlanması hastanın klinik durumuna bağlıdır.²

Kardiyovasküler Kollaps: Kardiyak ve/veya periferik damar etkenleriyle ilgili bir durumdur, aniden kan akışının durmasıdır. Kendiliğinden ya da tıbbi müdahale ile normale dönüş yaşanabilir. Kalp durmasının düzelmesi ile durum düzelmektedir.³

Ani Kalp Ölümü: ölümcül bir hastalığı olmayan bir bireyin, birinde, ani bir şekilde başlayan şikâyetler doğrultusunda 1-2 saatlik bir süre içinde gerçekleşerek meydana gelen ölüm şekline denilmektedir. Uzun süreli ventrikül taşikardi veya ventrikül fibrilasyonu olarak tanımlanan öldürücü ritim bozuklukları neticesinde meydana gelmektedir. Ölüm olayı 1-2 saat içerisinde gerçekleştiği durumlarda aritmiye bağlı olmakta, saatler içerisinde oluşan ölüm olaylarında ise kalp kası rahatsızlığı ve kasılma hatasının bir sonucu olarak değerlendirilebilir.⁴

Yeniden Canlandırma (Ressüsitasyon) ve Ölüm: bedenin canlı tutan bütün biyolojik fonksiyonların geri dönüşü olmaksızın ortadan kalkmasına ölüm olayı olarak tanımlanırken, tam ölüm olayı gerçekleşmeden tıbbi cihazlar ve farmakolojik

¹ TCSB, “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik”, RG, S.27897, 6 Nisan 2011

² B. İlerigelen, Acil Hekimlik Sempozyumu, İstanbul, Acil Hekimlik Sempozyumu 16 -17 Ekim 1997, s. 187

³ İlerigelen, s.187

⁴ ...,[http://www.memorial.com.tr/rehberler/saglik_rehberi/ani-kardiyak-olum-nedir/\(20.11.2014\)](http://www.memorial.com.tr/rehberler/saglik_rehberi/ani-kardiyak-olum-nedir/(20.11.2014))

yöntemlerle kalp atımının, kan pompalanmasını ve solunum fonksiyonunun yeniden sağlanmasına yeniden canlandırma denilmektedir.¹

2.6.1. Kalp-Solunum Durmasının Başlıca Nedenleri

Tıbbi müdahale gerektiren kalp-solunum durması olayının genel nedenlerine bakıldığında;

- “a) Koroner arter hastalıkları ve şok neticesinde gelişen Miyokard perfüzyonunun azalması durumu
- b) Elektrolit veya asit-baz dengesinin bozulması.
- c) Kalp ve solunum sisteminde değişik tepkilere neden olabilecek madde ve ilaçlar
- d) Elektrik çarpması
- e) Boğulma durumu
- f) Akciğer embolisi ve enfarktüsü.
- g) Çeşitli nedenlere bağlı hipoksemi.”²

2.6.2. Kalp-Solunum Durmasının Belirtileri ve Fiziki Muayene Bulguları

Mavi kod uygulamasında sağlık tesisinde meydana gelen kalp-solunum durması vakasında görevli personel tarafından yapılacak tıbbi müdahale aşamasında hastanın durumunun incelenip acil önlem için gerekli müdahale planlamasının en kısa süreç içerisinde yapılması hayati önem taşımaktadır. Aşağıdaki belirtiler kapsamında gerekli acil müdahale yapılmalıdır.

Etkin kalp debisinin olmaması durumunda tespit edilmesinde ön planda tutulması gereken semptomlar, Senkop, siyanoz, bilinç kaybı durumudur. Fizik muayene neticesinde, Prekordiyal pulsasyonların yoksunluğu, kalp seslerinin duyulması, Karotis nabzının ve femoral arter nabzının azalması yada alınamaması durumu, Gövde ve ekstremitelerin soğuk, nemli ve siyanotik olması, Beyin perfüzyonunun yetersiz olması nedeniyle pupillaların dilate olması gibi bulguların varlığı etkin kalp debisinin olmaması durumunu işaret eder.³

¹ İlerigelen, s. 188

² İlerigelen, s. 189

³ İlerigelen, s. 189

Şekil 2. Karotis Nabzının Palpe Edilmesi



Kaynak: B. İlerigelen, Acil Hekimlik Sempozyumu, İstanbul, Acil Hekimlik Sempozyumu 16 -17 Ekim 1997, İstanbul, 1997, s. 189

Solunum fonksiyonunun olmaması: solunum yoksunluğunun tespiti aşamasında, Karın ya da toraksta solunum hareketinin olmaması, solunum seslerinin duyulmaması, burun ve ağız yoluyla solunum etkinliğinin azalması ya da durması durumlarında acil müdahale işlemlerinin başlatılması gerekmektedir.¹

Kalp-solunum durması durumunda ritim bozuklukları ortaya çıkar. Ritim bozukluğunun tespiti için yapılan EKG bulguları hastanın durumu hakkında ipucu verir. Kalp-solunum durması esnasındaki ritim bozukluklarını şekillerle tabloda gösterilmiştir.

Tablo 7. Kalp-Solunum Durması EKG Bulguları

Durum	Şekil
Ventrikül Taşikardisi	
Kaba Ventrikül Fibrilasyonu	
Düzenli Ventrikül Fibrilasyonu	
Asistoli (Ventriküler "Standstill")	
Elektromekanik Dissosiyasyon	

Kaynak : B. İlerigelen, Acil Hekimlik Sempozyumu, İstanbul, Acil Hekimlik Sempozyumu 16 -17 Ekim 1997, İstanbul, 1997, s. 190

¹ İlerigelen, s. 190

2.6.3. Mavi Renk Kod Uygulama Prosedürü

Kalp-solunumu duran bireylerin yaşama döndürülmesi kapsamında yapılacak iş ve işlemlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinden sağlık tesis yönetimi sorumludur. Sağlık tesis idareleri kurumsal düzeyde yapacakları planlama ile mavi kod vakalarına müdahale edilmesini sağlamaktadırlar. Sağlık tesislerinde meydana gelen mavi kod durumunda durumunu mavi kod ekibine bildirilmesinden bütün sağlık çalışanları, hastaya müdahale ise mavi kod ekibinin sorumluluğu altındadır. Mavi kod çağrısının bildirilmesinden tüm hastane personeli, çağrının cevaplanıp olay yerinde müdahale etmekten mavi kod ekibi sorumludur. Sağlık tesislerinde bulunan çağrı sistemleri, telefon santral sisteminde 2222 numaralı arama, acil servis veya acil durum butonu gibi uygulamalarla sağlık çalışanları mavi kod uygulamasının başlatılması için gerekli uyarıyı verir, uyarı sistemleri aracılığıyla mavi kod müdahale ekibi olay yerine intikal ederek hastaya tıbbi müdahaleye başlar. 2222 numarası ülkemizde bir standart haline gelmiş, tüm sağlık tesislerinde telefon sistemlerine uyarlanmıştır.

Şekil 2. Mavi Kod İhbarını Veren Personel Uygulama Akışı



Kaynak : TCSB, Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu (TKHK), Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği (KHB) 2. Bölge Genel Sekreterliği, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mavi Kod Uygulama Prosedürü, Ankara, 2013, s.4

Sağlık tesislerinde idareler tarafından mavi kod müdahale ekibinde görev yapmak üzere Anestezi Uzmanı (Ekip Lideri), Acil serviste görevli Pratisyen Hekim (CPR Eğitimli) Anestezi Asistanını görevlendirir. Mavi kod uygulaması esnasında ekibe Hastanın servis doktoru, hemşiresi ve kat personeli de ekibe katılması planlanır. Mavi kod müdahale ekibinin görevlendirilmesi mesai saatleri ve mesai saatleri dışında sağlık tesisi idaresi tarafından planlanarak takvime bağlanmaktadır. Mavi kod uyarısı muayene olan bir hastada meydana gelirse ilk müdahale hastanın doktoru tarafından başlatılır, mavi kod müdahale ekibi gelince görevi ekibe devreder.

Şekil 3. Mavi Kod Müdahale Ekibi Uygulama Akışı



Kaynak : TCSB, Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu (TKHK), Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği (KHB) 2. Bölge Genel Sekreterliği, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mavi Kod Uygulama Prosedürü, Ankara, 2013, s.5

Mavi kod uygulamasının sağlıklı yürütülmesi için kurumsal planlama ve koordinasyon önem arz etmekte, mavi kod müdahale ekibinin sürece müdahale hızı hayat kurtarıcı olmaktadır. Mavi kod uygulamasındaki standartların iyileştirilmesi için mavi kod ile ilgili sağlık çalışanları ve ekip sorumluları, göreve yeni başlayan personele değişik aralıklarla eğitimler verilmektedir. Ekibin çalışma performansının

ölçülmesi için yılda en az iki kez tatbikat yapılması, performansa yönelik değerlerin kayıt edilerek gerekli iyileştirmelerin yapılması hedeflenmektedir. Ülkemizdeki kamu ve özel sağlık tesisleri mavi kod uygulamasını benimsenerek uygulanmaktadır. SB kalite standartlarına göre sağlık tesislerinde mavi kod için belirlenen standartlar ise;

Tablo 8. Sağlık Bakanlığı Hastane HKS-Mavi Kod Standardı

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR
00	01	01	47	00	G	Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
00	01	01	47	01	G	Mavi kod yönetimi ile ilgili;
00	01	01	47	01	G	o Uyarı sistemi oluşturulmalı,
00	01	01	47	01	G	o Sorumlular belirlenmelidir. Sorumlular;
00	01	01	47	01	G	▪Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetlerinden birer temsilci bulunmalı,
00	01	01	47	01	G	▪Mavi kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonunu yapmalı,
00	01	01	47	01	G	▪Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatmalıdır.
00	01	01	47	01	G	o Her vardiya için ekipler belirlenmeli,
00	01	01	47	01	G	o Uygulamalarda kullanılmak üzere acil müdahale seti bulunmalı,
00	01	01	47	01	G	▪Acil müdahale setinin miat ve kritik stok seviyeleri takip edilmelidir.
00	01	01	47	02	G	Mavi kod uygulamalarını yapmak üzere;
00	01	01	47	02	G	o Her ekipte; en az bir hekim, bir sağlık çalışanı bulunmalı,
00	01	01	47	02	G	▪Hekim ve sağlık çalışanı CPR eğitimi almış olmalıdır.
00	01	01	47	03	G	Mavi kod ekibi en geç üç dakika içerisinde olay yerine ulaşmalıdır.
00	01	01	47	04	G	Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalı,
00	01	01	47	04	G	o Müdahale edilen kişiye ait bilgiler,
00	01	01	47	04	G	o Yapılan uygulama,
00	01	01	47	04	G	o Müdahalenin yeri,
00	01	01	47	04	G	o Çağrının yapıldığı zaman,
00	01	01	47	04	G	o Ekibin olay yerine ulaşma zamanı,
00	01	01	47	04	G	o Müdahalenin sonucu,
00	01	01	47	04	G	o Müdahale ekibinde yer alanların bilgilerini kapsamalı,
00	01	01	47	04	G	o Kayıtlar kalite yönetim birimine gönderilmelidir.
00	01	01	47	05	G	Mavi kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmalı,
00	01	01	47	05	G	o Tatbikatta ne kadar süre içinde olay yerine ulaşıldığına dair kayıt tutulmalıdır.
00	01	01	47	06	G	Çalışanlara mavi kod ile ilgili eğitim verilmelidir.

Kaynak: Performans Yönetimi Kalite Daire Başkanlığı, Hastane HKS,

[http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/WebHelp/index.htm#page=00%](http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/WebHelp/index.htm#page=00%2001%2001%2048%2000.htm(2014))

[2001%2001%2048%2000.htm\(2014\)](http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/WebHelp/index.htm#page=00%2001%2001%2048%2000.htm(2014))

Mavi kod uygulaması kapsamında meydana gelen kalp-solunum durması olayında mavi kod müdahale ekibinin hastaya yönelik uygulayacağı geriye döndürme süreçleri hakkında detaylı bir literatür taramasına gidilmemiş, genel hatları ile mavi kod müdahale sürecinin işlem süreci maddeler halinde verilmiştir.

a) Sağlık tesisinde verilen mavi kod durumunda ekip en kısa zamanda yönlendirme mesajındaki alana CPR çantası ile intikal eder.

b) CPR eğitimi almış ekip, kod uyarısını veren ekipten liderliği alır, mavi kod çağrısının kapatılmasının sağlar.

c) Hastanın doktorundan veya sağlık personelinin hastanın durumu hakkında bilgi alır.

d) Defibrilatörü, monitorizasyonu ve damar yolunu kontrol eder.

e) Gerekli durumda acilen entübasyon yapar

f) CPR'yi sürdürür, ileri yaşam desteğine devam eder.

g) Gerekli durumda konsültasyon uygulanır.

h) CPR başarılı olduğu durumda hasta monitörize edilir. Hastanın durumu stabil olduktan sonra ileri yaşam desteği alması için yoğun bakım veya acil servise transferi gerçekleştirilir.

i) Mavi kod durumu bilgilerini ve arrest sonrası gelişmeleri “Mavi Kod Durumu Müdahale Formu’na Mavi Kod Ekip Lideri kaydeder.

2.7. Pembe Renk Kod Uygulaması

Sağlık tesislerinde bebek/çocuk kaçırılması ya da kaybolması durumunda uygulanan renk uygulamasıdır. İlk olarak Boston Beth Israel Deaconess Medical Center’de uygulanmıştır. Bebek ve çocukların bulunması için sağlık tesisinde görev yapan güvenlik personeli ve ilgili diğer görevlilere bilgi verilerek gerekli müdahalenin yapılması sürecini kapsar. Sağlık tesisleri içerisinde çocuk hastaneleri, doğumevleri bebek ve çocuklara yönelik diğer sağlık kurumlarında bebeklerin veya çocukların güvenliklerinin sağlanması, kaçırılma, kaybolma durumlarını engellemek

ve olası riskler karşısında gerekli prosedürün işletilmesini sağlar. Ülkemizde yeni doğan bebeklere yönelik cinsiyete göre belirlenmiş renkli tanıtıcı bileklikler kullanılmaktadır. Bazı ülkelerde elektronik bileklik uygulamaları da görülmektedir. Elektronik bileklikler tanımsız bir şekilde sağlık tesisinin dışına çıkma durumunda güvenlik birimlerine durumu bildirebilmektedir. Basında da yer yer bebek kaçırma olaylarına rastlanmaktadır. Bebek ve çocuk kaçırma, kaybolma gibi durumlar bütün ülkelerde sağlık yönetimini ilgilendiren konulardan biridir.

Sağlık tesislerinde meydana gelen pembe kod uygulamalarında amaç bebek ve çocukların sağlık tesislerine girişinden çıkışına kadar süreçte güvenliklerinin sağlanması amaçlanmaktadır. Bu yeni doğan bebekten, çocuk olarak nitelenen yaş sınırlamasına kadar uygulanan standart bir prosedür olarak kabul görmüştür.

Ülkemizde ilk uygulamalar Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ ile düzenlenerek sağlık sistemimize kazandırılmıştır. Tebliğin 17.maddesinde Yenidoğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması başlığı ile uygulamasının çerçevesi çizilmiştir. İlgili maddenin birinci fıkrasında,

“(1) Yenidoğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması (Pembe Kod uygulaması) için yapılacak işlemler şunlardır:

- a) Yeni doğan / bebek / çocuk kaçırılması veya kaybolması durumlarına karşı önlem almak ve bebek güvenliğini sağlamak amacıyla “pembe kod” uygulaması gerçekleştirilir.
- b) Pembe kod uygulamasını gerçekleştirmek için hastane müdürünün sorumluluğunda başhemşire veya başhemşire yardımcısı, servis hemşiresi, teknik servis elemanı, güvenlik amiri ve güvenlik elemanlarından oluşan bir ekip kurulur.
- c) Ekip üyelerinin görev tanımları sağlık kurum veya kuruluşu yönetimince yapılır ve ekibe tatbikat yoluyla gerekli eğitim verilir.
- ç) Anne ve babası ayrı ya da ailevi sorunları olduğuna dair bilgi verilmiş bebeklerin farkındalığının ortaya konulması ve takibi için anne, hemşire

bankosuna yakın bir odada yatırılır ve bebeğin farkındalığını ortaya koyacak ve sadece hemşireler tarafından fark edilecek bir belirteç oluşturulur.¹

Hükmü yer alır, bu kapsamda sağlık tesisi idareleri kurumsal düzeyde gerekli ekiplerin kurulması, güvenlik önlemlerinin alınması, eğitim ve tatbikatların yapılması hüküm altına alınmıştır. Bu kapsamda Sağlıkta Ulusal Renk Kodlarında belirlenen üç koddan birisi olarak pembe kod uygulamasına yer verilmiştir.

SB tarafından hastane hizmet kalite standartlarında pembe kod uygulamalarına ait standartlar yönetim hizmetleri başlığı altında “00 01 01 48 00 H Pembe kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır” şeklinde maddeler halinde belirlenmiştir. SB kalite standartlarına göre sağlık tesislerinde pembe kod için belirlenen standartlar ise;

Tablo 9. Sağlık Bakanlığı Hastane HKS-Pembe Kod Standardı

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR
00	01	01	48	00	H	Pembe kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
00	01	01	48	01	H	Pembe kod yönetimi ile ilgili;
00	01	01	48	01	H	o Uyarı sistemi oluşturulmalı,
00	01	01	48	01	H	o Sorumlular belirlenmelidir. Sorumlular;
00	01	01	48	01	H	▪ İdari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, teknik servis elemanı, güvenlik amiri ve pediatri servis hemşiresinden oluşmalı,
00	01	01	48	01	H	▪ Pembe kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonunu yapmalıdır.
00	01	01	48	01	H	o Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.
00	01	01	48	02	H	Pembe kod uygulamaları ile ilgili kayıtlar tutulmalı,
00	01	01	48	02	H	o Olaya maruz kalan kişiye ait bilgiler,
00	01	01	48	02	H	o Olayın gerçekleştiği bölüm,
00	01	01	48	02	H	o Başlangıç-bitiş zamanı,
00	01	01	48	02	H	o Olayın sonucu ile ilgili bilgileri kapsamalı,
00	01	01	48	02	H	o Kayıtlar kalite yönetim birimine gönderilmelidir.
00	01	01	48	03	H	Pembe kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmalıdır.
00	01	01	48	04	H	Çalışanlara pembe kod ile ilgili eğitim verilmelidir.

Kaynak : Hastane HKS, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/WebHelp/index.htm#page=00%2001%2001%2048%2000.htm>(18.12.2014)

¹ TCSB, “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ”, RG, S.27214, 29 Nisan 2009, (18.12.2014)

Sağlık tesislerinde pembe kod uygulamasına katılacak personel idare tarafından önceden belirlenerek görev dağılımları ve sorumlulukları hakkında bilgilendirmeler yapılır. Ülkemizdeki sağlık tesislerindeki pembe kod uygulama ekipleri genel olarak şu sağlık çalışanları tarafından tesisi edilir.

- a) Hastane müdürü
- b) Başhemşire ve yardımcıları,
- c) Servis sorumlu hemşiresi ve servis hemşireleri,
- d) Teknik servis elemanları,
- e) Güvenlik amiri ve görevlileri

Sağlık tesisi müdürü ekip başkanlığını yürütür, pembe kod uygulamasında bütün faaliyetlerden ve sonuçlarından birinci derece sorumlu olup, ekibin bütün çalışmalarını koordine eder. Sağlık tesisinde pembe kod uygulamasına ait eğitimlerin verilmesi, yılda en az bir defa tatbikat yapılmasını sağlar. Sağlık tesisinde meydana gelebilecek pembe kod uygulamasında kullanılacak uyarı ve müdahale sistemlerinin hazır olması için önlemleri alır. Sağlık tesislerinin güvenliğinden asli olarak sorumludur. Pembe kod uygulamalarında aksaklıkların yaşanmaması için bütün servislerde periyodik denetim ve iyileştirmeleri yapar.

Başhemşire ve yardımcıları pembe kod uygulamasının başlatılmasında, serviste görevli sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesi, teknik aksaklıkların ekip başkanı ya da teknik servisi bildirerek düzeltilmesini sağlar. Sağlık tesisine kabulde Hemşirelik Hizmetleri Hasta Ön Değerlendirme Formu aracılığı ile hastaya ve ailesine ait kişisel bilgiler toplanır anne-babası ayrı, sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme gelen, kimsesiz çocuklar, resmi evlilik dışı dünyaya gel veya refakatçisi olmayan çocukların özel durumları bebek ve çocuk hastaların dosyalarına büyük harflerle özel durum olarak kaydeder. Özel durumu olan hastaların durumları servis hemşireleri ve servisten sorumlu güvenlik görevlilerine aktarılır. Güvenlik görevlileri ve servis hemşireleri ise bebek ve çocuk hasta odalarını sık sık kontrol ederek olası tehditler için kontrolleri sağlar. Sağlık tesislerinde çalışan her personel pembe kod

uygulamasına yönelik prosedür hakkında bilgi sahibidir. Güvenlik görevlileri, şüpheli ziyaretçileri, büyük çanta ya da torba taşıyan ziyaretçileri kontrol eder. Taburcu olan hastalar içinde aynı prosedür uygulanır. Refakatçisi olmayan çocuk ve bebekler için bir görevli mutlaka görevlendirilir. Yeni doğanda ve çocuk hastaların olduğu sağlık tesislerinde görevli sağlık çalışanları tarafından hasta ve hasta yakınları bilgilendirilir, şüpheli durumlar ya da refakatçinin ayrılmasını gerektirecek zamanlar için hemşerilere bilgi verilmesi istenir. Ekip üyelerinden teknik servis görevlileri uyarı sistemlerinin aktif olarak çalışmasından, gerekli iyileştirmeler yapmak için teknolojik yenilikleri takibinden sorumlu tutulmaktadır.

Bebek veya Çocuk Çalan/ Kaçıran Kişilerin Tipik Özellikleri

- “a) Çalma/ Kaçırma Davranışı gösterenler genellikle bayan olup 15-48 yaş arasındadır.
- b) Şişman görünümlü, kalın giyimli ve telaşlı bir davranış sergilerler.
- c) Yanlarında büyük bir çanta veya torba vardır.
- d) Sağlık tesisinde rahat hareket edebilmek için tesisi fiziksel olarak tanıma çalışmaları yapmıştır.
- e) Çalma ya da kaçırma davranışını gösteren kişi bazen o tesiste görev yapmış olanlar arasında çıkabilir.
- f) Dikkat çekmemek için sağlık tesisi çalışanları ve güvenlik görevlileri ile yakın ilişki kurma davranışı göstermiş olabilir.
- g) Adli sicillerine bakıldığında temiz bir geçmişe sahiptirler.
- h) Kendi adına ya da başkası adına kaçırma/çalma davranışını gösterir.
- i) Hiç çocuğu olmamış, bu konuda tüm yolları denemiş olup, çocuk edinmek için bu yola başvurmuş olabilir.

- 1) Yüksek ücret karşılığında yeni doğanları kaçırıp varlıklı çocuksuz ailelere aracılık edebilmektedir.”¹

Sağlık tesisinde pembe kod başlatılması durumunda ilk olarak ilgili serviste görevli sağlık çalışanı pembe kod uygulamasının başlatılması için 3333 numaralı telefon aranır. Sağlık tesisini herhangi biri biriminde meydana gelen bebek veya çocuk kaçırılması durumunda güvenlik ekiplerinin belirlenmiş işlemleri başlatması kadar pembe kod verme işlemi de önemli bir sorumluluk gerektirmektedir.

Pembe kod vakalarının yaşanmaması için sağlık tesislerinde bazı önlemler alınmaktadır. Bu amaçla:

- a) Doğum yapacak anneler için hamile hastanın kolundaki bilekliğin bir tanesi bebek içinde hazırlanır.
- b) Özel durumu olan bebek ve çocuklar servis hemşerisine yakın odalara alınır, rutin olarak kontrol edilir.
- c) Yeni doğan bebeğin ayak izi doğumdan hemen sonra alınarak annenin dosyasına konur, bebeğin ailesine tesliminde bebek güvenliği hakkında bilgi verilir.
- d) Taburcu olan bebek ve çocuklar hakkında güvenlik görevlilerine bilgi verilir. Bebekteki bileklik güvenlik görevliler tarafından çıkartılarak tutanakla annenin dosyasına konulmak üzere ilgili servise gönderilir.
- e) Klinikler her türlü güvenlik önlemi için sürekli kamera sistemi ile izlenir, geriye dönük kayıtlar belli süre saklanır.”

Sağlık tesisinde şüphe ya da şikâyet üzerine Pembe kod alarmı verilir. Pembe kod uygulamasında alınacak ilk önlem güvenlik görevlileri tarafından sağlık tesisine ait tüm giriş ve çıkışların kapatılması ile başlatılır, güvenlik görevlileri iletişimlerini ve koordinasyonu kullanmakta oldukları telsizlerle sağlar. Emniyet birimleri konu hakkında bilgilendirilerek gerekli destek istenir. Şüpheli tespit edilirse uygun bir yöntemle bebeğin/çocuğun kimliği sorulur, bebekte yer alan bileklik ile kimlik doğrulanır, çocuksa şüpheli ve çocuğun kimlikleri karşılaştırılır. Şüpheli yakalanmaz

¹ TCSB, “Renkli Kodlar (Mavi-Beyaz-Pembe) Uygulama Prosedürü”, Ankara, 2013, s.3;
<http://kalite.kadirlidh.saglik.gov.tr/dosyalar/dokumanlar/yon.pr.09.pdf> (23.12.2014)

ise sağlık tesisi alanındaki her alan guvenlik goevliler ve polis desteği ile tek tek aranır. şüpheli/şüphelilerin yakalanması durumunda polise teslim edilerek tatbikat başlatılır. Sağlık tesisinde şüphelinin bulunamaması durumunda ise olaya ilişkin soruşturma, araştırma ve diğer müdahaleler emniyet personeli tarafından yürütülür. şüphelinin yakalanması sonrasında sağlık tesisinde pembe kod sonlandı uyarısı verilir ve tüm sağlık çalışanlarının normal iş akışına dönüşleri sağlanır.¹

Bebek ya da Çocuk kaçırma olayı hakkında olayın meydana geldiği servisin sağlık çalışanı olay bildirim formunun Pembe Kod olay bildirim bölümünde kayıt altına alır. Kayıt bilgilerinde, kaçırılan ya da çalınan kişiye ait bilgiler, olayın gerçekleştiği bölüm olayın başlangıç ve bitiş zamanı, olayın sonuçlarına yer verilir. Olayla ilgili kayıtlar Kalite Yönetim Birimine gönderilir.²

3. BEYAZ RENK KOD UYGULAMASI

3.1. Tanım ve Kapsam

Sağlık hizmetlerinde hizmet kalite standartlarının kapsamında hizmet kalitesinin iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve sağlık personeline rehberlik yapılması amaçlanmaktadır. Bunların yanında hasta ve çalışanların güvenliği odaklı uygulamalar sayesinde sağlık kurumlarının performanslarının değerlendirmesi, öncelikli iyileştirilmesi gereken alanların belirlenmesi ve sürekli iyileştirmenin sağlanması hedeflenmektedir. Hasta ve çalışanların güvenliğinin sağlanması, hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanması, etkinlik ve etkililiğin artırılması temel alınan bu uygulamalarda beyaz kod uygulamasının önemi vurgulanmaktadır.³ Beyaz kod uygulaması sayesinde tüm hastane kültüründe yer alan bireylerin sağlıklarının korunması ve sağlıklı olma durumlarının devamlılığı sağlanarak insan odaklı, yüksek kaliteli, herkesin faydalanabileceği bir hizmet gerçekleştirilmektedir.

Türkiye’de hizmet kalite standartları kapsamında 2011 yılı Temmuz ayında uygulamaya başlanan beyaz kod, hastanelerde çalışanlara yönelik şiddet vakalarının önüne geçilmesinde kullanılan bir acil durum aracı olarak tanımlanmaktadır. Beyaz

¹ hastane.gop.edu.tr/doc/mavipembebeyaz.ppt (24.11.2014)

² Sağlıkta Ulusal Renkli Kodlara (URK) İlişkin Yeni Düzenleme, http://mavikod.net/pembe_kod_nedir.asp (23.12.2014)

³ G Akbulut, “Asistan El Kitabı” 1. Baskı, İzmir Kuzey Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, İzmir, 2014, s.178. <http://tepecikeah.saglik.gov.tr/userfiles/files/Yeni%C5%9Fehir%20Kamp%C3%BCs%20-%20Asistan%20El%20Kitab%C4%B1%202014%20kopya.pdf#page=178> (21.12.2014)

kodla ilgili çalışanların eğitimi ve tatbikatlar SB'nca yürütülmektedir. Şiddet olaylarına maruz kalmış olan çalışanlara gerekli destek verilmekte, gerçekleşen olayların kayıt altına alınması sağlanmakta, düzenleyici ve önleyici eylem planları hazırlanmaktadır.¹ Sağlık hizmetinin sunulduğu alanlarda birçok risk faktörleri bulunmaktadır. Tüm dünyada acil durumların yönetilmesi ve risk faktörlerine göre önceden alınması gereken önlemler belirlenmiştir. Beyaz kod uygulaması bu risk yönetiminin nasıl sağlanması gerektiği konusunda önemli bir yardımcı araç rolü üstlenmektedir.

SB'nın Renkli Kodlar (Mavi-Beyaz-Pembe) Uygulama Prosedürü'nde beyaz kod kavramı "olası bir kavga, taciz ve sağlık personeline yönelik bir tehdit olduğu zaman olay yerine en yakın olan güvenlik görevlilerinin intikal ederek olayı çözümlemesi ve kayıt altına alması" olarak tanımlanmaktadır. Beyaz kod uygulaması genel olarak şu aşamalardan oluşmaktadır:

- Çalışma saatleri içerisinde ya da dışında bir saldırı ya da taciz olayı gerçekleştiğinde hastanelerin santrallerinde beyaz kod için tahsis edilmiş 1111 numarası aranmakta veya kliniklerde acil çağrı butonlarıyla beyaz kod alarmı verilmektedir.
- Acil durumlar için görevli olan beyaz kod ekibinden bireyler olay yerine gelerek gerekli önlemlerin alınmasını sağlar.
- Gerçekleşen olaylar için yasal sürecin başlatılması sağlanmakta, polis merkezi ve diğer adli birimlere haber verilerek tutanak tutulması istenmektedir.
- Beyaz kod formu olay yerine gelen beyaz kod ekibi tarafından doldurularak Sağlık Müdürlüklerine gerekli raporlar iletilmekte ve olaydan zarar gören çalışanlar ve ailelerine gerekli maddi ve manevi yardımlar yapılmaktadır.”²

Hastane çalışanlarının ya da hastaların güvenliğinin sağlanması amacıyla acil durumların olduğu ortama sorumlu birimlerin en hızlı şekilde ulaşması

¹ Sağlık Bakanlığı, "Sağlıkta Ulusal Renkli Kodlara (URK) İlişkin Yeni Düzenleme!", Ankara, 2011, s.1; http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/07_aralik_2011/0912kalite.pdf(13.12.2014)

² Sağlık Bakanlığı, Renkli Kodlar (Mavi-Beyaz-Pembe) Uygulama Prosedürü, Ankara, 2013, s.4; <http://www.kalite.kadirlidh.gov.tr/dosyalar/dokumanlar/yon.pr.09.pdf>(14.11.2014)

hedeflenmektedir. Beyaz kod uygulaması bu amacın gerçekleştirilmesini ve hastanede kalan tüm bireylerin olaylardan en az zarar alacak şekilde kurtulmasını sağlamaktadır. Bunların yanında beyaz kod olay bildirim formu sayesinde gerçekleşen olayların raporlanması ve bir veri havuzu oluşturulması sağlanarak aynı olayların tekrar etmemesi için gerekli güvenlik önlemleri ve hastane politikaları ortaya atılmalıdır.

Tablo 10. Sağlık Bakanlığı Hastane HKS-Beyaz Kod Standardı

Revizyon	Dikey Boyut	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	Yatay Boyut	STANDARTLAR
00	01	01	49	00	Ç	Beyaz kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
00	01	01	49	01	Ç	Beyaz kod yönetimi ile ilgili;
00	01	01	49	01	Ç	o Uyarı sistemi oluşturulmalı,
00	01	01	49	01	Ç	o Sorumlular belirlenmelidir. Sorumlular;
00	01	01	49	01	Ç	▪ Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden bir temsilci, psikolog veya sosyal hizmet uzmanı ve güvenlik amirinden oluşmalıdır.
00	01	01	49	02	Ç	Yapılan beyaz kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar tutulmalı,
00	01	01	49	02	Ç	o Olayın olduğu tarih ve saat,
00	01	01	49	02	Ç	o Olayın olduğu yer,
00	01	01	49	02	Ç	o Olay anında yapılan iş,
00	01	01	49	02	Ç	o Olayın başlama nedeni,
00	01	01	49	02	Ç	o Olayın oluş şekli,
00	01	01	49	02	Ç	o Olayda varsa kullanılan nesne,
00	01	01	49	02	Ç	o Olayda çevrede oluşan olumsuzluklar,
00	01	01	49	02	Ç	o Olaya karışanların yaş, cinsiyetleri, varsa kişisel bilgileri,
00	01	01	49	02	Ç	o Olayı görenlerin kişisel ve iletişim bilgilerini kapsamalı,
00	01	01	49	02	Ç	o Kayıtlar kalite yönetim birimine gönderilmelidir.
00	01	01	49	03	Ç	Beyaz kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmalıdır.
00	01	01	49	04	Ç	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.
00	01	01	49	05	Ç	Olaya maruz kalan çalışanlara gerekli destek sağlanmalıdır.
00	01	01	49	06	Ç	Çalışanlara beyaz kod ile ilgili eğitim verilmelidir.

Kaynak : Hastane HKS, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/WebHelp/index.htm#page=00%2001%2001%2048%2000.htm>(18.12.2014)

3.2. Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet

İşyerlerinde meydana gelen şiddet ve şiddet riski çalışanların memnuniyetsizliğine ve organizasyonların yapısının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde psikolojik, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalınması ve çalışanların bu şiddete farklı boyutlarda gerçekleşmesi bakım

kalitesinin düşmesine, çalışanlar arasında huzursuzluğa ve hastaların memnuniyetsizliğine yol açmaktadır. Ayrıca ülke ve kültürle göre farklılık gösteren şiddet olgusunun Amerika’da acil bir sağlık durumu olarak ilan edilmesi Birleşik Krallık, Avrupa ve Avustralya’da da ele alınmıştır. Finlandiya’da yapılan bir araştırmaya göre de hapishane gardiyanları ve polislerden sonra psikiyatri hemşireleri ve doktorların en fazla şiddete maruz kaldıkları belirtilmiştir.¹

Hastanelerde en çok görülen şiddet çeşitleri fiziksel ve sözel şiddettir. Fiziksel şiddet kavramı “bir bireyin, karşısındakinin kendisine itaat etmesini sağlaması amacıyla ya da disiplin sağlamak için cezalandırma veya öfke boşaltma yoluyla dövme, yakma vb. eylemler uygulayarak fiziksel anlamda zarar vermesi anlamına gelmektedir.”² Sözel şiddet “bireylerin kullandıkları sözleri ve gösterdikleri tavırların beraber ve düzenli bir şekilde uygulanması aracılığıyla, karşı tarafı korkutma, yıldırma, cezalandırma veya kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır.”³ Karşı tarafın küçük düşürülmesi ve aşağılanması yönünde hakaret etmek, bağırarak, azarlamak, küfür etmek, korkutma veya sindirme amaçlı tehdit etmek gibi davranışlar sözel şiddet kapsamındadır. Fiziksel saldırılar, bıçak, silah vb. araçlarla yaralamak ya da öldürmeye teşebbüs etmek, nesneleri fırlatmak gibi karşı tarafın vücudunda fiziksel hasara yol açabilecek davranışlar fiziksel şiddetin içeriğini oluşturmaktadır.

Sağlık kurumlarında en fazla görülen şiddet olarak nitelendirilen sözel şiddet olgusu hemşire ve hekimlerin stresli ve yoğun çalışma saatlerinin bulunması, yetersiz personel sebebiyle çalışanların kendi işleri dışındaki işlerle de uğraşmaya çalışması, hastanede yetersiz güvenlik önlemlerinin bulunması ve şiddet olayı gerçekleştiğinde kriz yönetimi bilgi ve becerisine sahip olunmaması gibi nedenlerle tetiklenerek gerçekleşme olasılığı artmaktadır. Bunlara ek olarak hasta yakınlarının tedavi öncesi ve süresince telaşlı ve stresli olmaları, kalabalık ve sıcak ortamlar, uzun bekleme sıraları, bakım hizmetlerinde zaman kısıtlamasının bulunması gibi faktörler sebebiyle

¹N. Akca – A. Yılmaz ve O. Işık, Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Özel Bir Tıp Merkezi Örneği, Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, C.13, S.1, Ankara, 2014, s.2

² Z. Çubukçu- A. Dönmez, “İlköğretim Okul Yöneticilerinin Şiddet Türlerine Yönelik Görüşleri ve Şiddetle Başa Çıkma Yöntemleri”, Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, C.18, S.1, İstanbul, 2012, s.42

³ M. Akın, “Aile İçi Şiddet”, İstanbul Üniversitesi (İÜ), Hukuk Fakültesi Mecmuası, C.71, S.1, İstanbul, 2013, s.29

herkesin yeterli ve kaliteli bakım hizmeti alamaması, sağlık hizmetlerinin sunulmasında bireylerin kendi durumlarının aciliyete sahip olduğunu düşünerek öncelik hakkı tanınmasını istemelerinden dolayı şiddet olayları özellikle acil servisler ve polikliniklerde sıkça rastlanan vakalardır.¹ Bu vakaların önüne geçilmesinde hastanelerin çalışma koşullarının iyileştirilmesi, hemşirelerin zor durumlarla başa çıkabilmeleri için eğitim almalarının sağlanması, hasta ve yakınlarının sağlık personeliyle empati kurabilmesi ve olaylar karşısında herkesin duyarlı ve sorumlu olması gereklidir.

Cinsel şiddet ve psikolojik şiddet olguları hastanelerde fiziksel ve sözel şiddete oranla daha az görülse de işyeri ortamlarında hatırı sayılır düzeyde gerçekleşmekte ve çalışanların performanslarını azaltarak işe bağlılıklarını ve örgüt düzenini olumsuz şekilde etkilemektedir. Cinsel şiddet DSÖ'ne göre şöyle tanımlanmaktadır: “Cinsel şiddet cinsel bir karşılık elde etmek için ev veya işyeri gibi her türlü ortamda gerçekleştirilen istenmeyen cinsel içerikli konuşmalar ya da davranışlarda bulunma, cinsel ilişkiye zorlama veya rahatsız etme gibi davranışların tümüdür.”² Psikolojik şiddet ise “bir veya birkaç kişi tarafından sistematik olarak bireylere karşı yöneltilen, bu bireylerde sağlık ve güvenlik riskleri oluşturan ve ahlaki değerlerden yoksun, düşmanca davranışlarla gerçekleştirilen etkileşim sürecidir.”³ Türkiye’de genelde kadınlara uygulanan cinsel şiddet aile içinde fiziksel şiddetle birlikte görülmekteyken, mobbing olarak da adlandırılan psikolojik şiddet kavramı işyeri ortamında rekabetin bireylerin davranışsal özellikleriyle birlikte durumsal özelliklerin de birleşmesiyle gerçekleşmektedir. Cinsel ve psikolojik şiddet olaylarına maruz kalan bireylerde depresyon, sosyal hayattan kopma, özgüven yitimi ve bazı psikiyatrik rahatsızlıkların ortaya çıktığı bilinmektedir.

Dünya geneline bakıldığında meslek grupları arasında en fazla sağlık bakım çalışanları bireylerle doğrudan iletişim halinde olması sebebiyle şiddet olaylarına maruz kalmaktadırlar. Hastanelerde kesintisiz hizmet verme özelliği, yüksek hasta

¹ İ. Kahrıman, “Hemşirelerin Sözel ve Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi”, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, C.5, S.2, İstanbul, 2014, s.78

² WHO, Preventing Intimate Partner and Sexual Violence Against Women: Taking Action and Generating Evidence, WHO Press, Geneva, 2010, s.11

³ S.Ö. Çöl, “İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma”, Çalışma ve Toplum, C.11, S.4, İstanbul, 2008, s.109

kapasitesi ve geniş içerikli bakım hizmetlerinin bulunması itibarıyla özellikle klinikler ve psikiyatri koğuşları en fazla şiddet olaylarının görüldüğü bölümlerdir.¹ Sağlık personeli üzerinde uzun süreli psikolojik etkilere ve travmaya yol açan davranışların yanı sıra ekonomik ve sosyal maliyetlere de neden olmaktadır. Tüm bu sebeplerden dolayı hastanelerde ve diğer sağlık kuruluşlarında hizmet kalitesinin yüksek olmasının sağlanması, hasta ve yakınlarının sağlıklı ve memnun bir şekilde hastaneden ayrılması, çalışanların yoğun çalışma temposu ve iş stresi altında ezilmemesi, bürokratik işlemlerle hizmet bekleme süresinin uzatılmaması, iş doyumu ve hastane kültürüne bağlılığın artırılması gibi faktörlerin gerçekleştirilebilmesi açısından çalışanların güvenliği ulusal ve uluslararası düzeyde güvence altına alınmalıdır.

Literatür incelendiğinde; yapılan araştırmalar sağlık kurumlarına başvuran bireylerin sağlık çalışanları üzerinde uygulanan şiddet algıları değerlendirilmiştir. Katılımcılar şiddet vakalarının en fazla nerede olduğu, hangi tür şiddete maruz kaldığı ve hangi bölümlerde olayların gerçekleştiği gibi sorulara yanıt vermiştir. Buna göre katılımcıların % 42.6'sının yaşamı boyunca şiddete maruz kaldığı ve bu maruz kalınan şiddetin % 42.1'inin sözel şiddet olduğu tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik uygulanan şiddetin % 56.3'ünün acil servislerde meydana geldiği belirtilmiş ve bu olayların en fazla devlet hastanelerinde meydana gelerek % 79.4 oranında sözel şiddet içerdiği ifade edilmiştir.² Hastanelerde görülen şiddet oranlarına bakıldığında acil servislerdeki iş yoğunluğunun fazla olması, devlet hastanelerinde sağlık bakımı için gerekli bekleme sürelerinin fazla olması, gerekli fiziki koşulların yeterli olmamasıyla bireylerin bunalması ve psikolojik olarak şiddete yönelmesi, hasta yakınlarının bilinçsiz bir şekilde sıra tartışmalarına yönelmeleri ve çalışanların da bu olumsuz ortam koşullarından etkilenerek iş performanslarının azalması gibi etkenlerden dolayı sağlıklı koşullarda hizmet vermek ve sağlık bakım hizmeti almak kolay olmamaktadır.

¹ B. Aydın-A. Turla - B. Ünlü, "İntern Hekimlerin Hekime Yönelik Şiddet Konusunda Yaşanmışlıkları ve Düşünceleri", Adli Tıp Bülteni C.17, S.1, Mersin, 2012, s.6

² M.N. İlhan- M. Çakır-M.Z. Tunca ve diğ., "Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar", Gazi Tıp Dergisi, C.24, S.1, Ankara, 2013, s.7

Şiddet olayları bireylerin bulunduğu çevre koşullarına ve kendi içsel özelliklerine bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. farklı yaş gruplar, cinsiyet, psikiyatrik hastalıkların bulunup bulunmaması, küçük yaşta başından geçen olaylar gibi birçok etken şiddet olaylarına eğilimi etkilemektedir. ABD’de yapılan araştırmalarda yaralanmalar sonucu her yıl 150,000 ölüm vakasının gerçekleştiği belirtilmektedir. Bu olaylarda % 31 oranında şiddetin etken olduğu vurgulanmaktadır. Kasıtlı yaralamalar sonucu ölümlerin % 62 intihar, % 37 cinayet ve % 1 yasal müdahaleler ile gerçekleştiği rapor edilmiştir. Bunlara ek olarak eşler ve sevgililer arasındaki ilişkiler göz önünde bulundurulduğunda genç bayanların % 88’ini şiddete maruz kaldığı, cinayetlerin % 40’ının aile içi şiddet sebebiyle gerçekleştiği ifade edilmiştir. Batı Avrupa ülkelerinde kadınlara uygulanan şiddet % 19.3 iken, Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde bu oran % 27 olarak tespit edilmiştir.¹

Gökçe ve Dünder ”Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi” çalışmalarında hastanede çalışan hekim ve hemşirelerin şiddete maruz kalma durumlarının sıklığı ve psikolojik durumlarına etkisini belirlemeye çalışmışlardır. Çalışmaya katılan 14 (% 21,9) hekim ve 50 (% 78,1) hemşirenin, 56’sı (% 87,5) kadın, 8’i (% 12,5) erkek olup; son bir yıl içerisinde şiddete maruz kalma oranı % 85,9 (55 kişi) olarak saptanmıştır. Katılımcıların 38 (%59,4)’i sözel, 17 (%26,5)’si fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtilmiştir. Yapılan çalışmada çalışma ortamındaki olumsuzluk ve mesleki şiddete maruz kalma durumlarının hekim ve hemşirelerde kaygı düzeyini arttırdığı tespit edilmiştir.² Hastanelerdeki stres kaynaklı huzursuzluk ve gerginlikler nedeniyle hastane çalışanlarında depresif bozukluklar, sürekli endişe ve kaygı duyma, alkol ve madde kullanımı, uyku problemleri ve sosyal hayattan kopmalar meydana gelmektedir. Sürekli stres ve kaygı durumu çalışanlarda işe konsantre olmayı güçleştirmekte ve verimliliği azaltmaktadır. Sağlık sektörü insan hayatının konu olduğu bir çalışma ortamını içerdiğinden sağlık çalışanları açısından bu olgu daha fazla ve yoğun olarak yaşanmaktadır.

¹ E. Gracia, Intimate partner violence against women and victim-blaming attitudes among Europeans, Bulletin of World Health Organization, S.92, Switzerland, 2014, s.380

² T.Gökçe - C.Dünder, Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi, İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dergisi C.51, S.1, Malatya, 2008, s.26

3.3. Beyaz Renk Kod Uygulamasında Eylem Planı

Uluslararası alanda şiddete karşı birçok kuruluş çeşitli bildiriler yayınlayarak şiddetin engellenmesini sağlamaya çalışmakta ve eylem planları hazırlamaktadır. DSÖ, Uluslararası Hemşireler Konseyi, Uluslararası Çalışma Örgütü, Uluslararası Kamu Hizmetleri ve İnsan Hakları Evrensel Bildirisi gibi kurum ve yayınlanan belgelerle şiddetle başa çıkmada gerekli önlemler, hükümetlerin de desteği ile düzenlemeler yapılarak yürütülmektedir.¹ Bu düzenlemelerden birisi olan renk kodlama uygulamaları şiddetin gerçekleşmesi sırasında hızlı bir müdahale ile alınabilecek hasarın en az düzeyde tutulmasını sağlayarak müdahaleyi gerçekleştiren ekiplerin gerekli önlemleri alarak bireylerin zarar görmemeleri sağlanmaktadır. Bu açıdan kod birimlerinin gerekli ekipmana sahip olmaları ve eğitilmiş bireylerden oluşmaları hem çalışanlar hem kurumlar açısından son derece önem arz etmektedir. Olaylar karşısında gerekli önlemlerin alınabilmesi için nerede ne yapılacağının bilinmesi gerekmektedir.

Ulusal ve uluslararası örgütler ve hükümetler şiddet mağdurlarına uygulanan şiddetin kapsamlı bir şekilde yönetilmesi ve risk değerlendirme, koruyucu önlemleri içeren kılavuzların üretilmesi, şiddetin öncesi ve sonrası için gerekli politika ve prosedürlerin oluşturulması gibi insan sağlığının korunması yönünde tedbirleri alması öncelikli hedef olmalıdır. Şiddete maruz kalanlar, personel temsilcileri ve çalışanlar bu politikaların üretilmesinde görev almaları gerektiği ifade edilmektedir. Bu politikaların sözleşmeli, geçici ve kurum çalışanlarının karşılaştıkları zorlukların çözülmesi ve yurt dışında göçmen olarak çalışan bireylerin de karşılaştıkları sorunları düzenlemesi gerekliliği vurgulanmaktadır. Kısıtlı bir şekilde dökümanite edilmiş ve anekdot niteliğindeki kanıtlar sebebiyle küçük işletmelerin büyük işletmelere göre daha az destek aldığı tespit edilmiştir. Başarılı bir risk yönetimi açısından prosedür ve politikaların gerçekleşen örnek olaylar üzerinden geliştirilmesi ve araştırmaların genişletilmesinin önemi öne sürülmektedir.² Böylece gerçekleşen olaylarda karşılaşılan sorunlar hakkında pratiğe dayalı daha uygun ve yeterli verilerin elde edilmesi sonucu aynı olayların tekrarlanması durumunda daha bilinçli ve hızlı müdahalelerin gerçekleştirilmesi mümkün olmaktadır. Verilerin raporlanması ve

¹ D.Chappell-V. Di Martino, "Violence at Work (3rd Edition)", International Labour Office, Geneva, 2006, s.269

² J. Richards, ILO/ICN/WHO/PSI Workplace Violence in the Health Sector: Management of Workplace Violence Victims, ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme Working Paper, Geneva, 2003, s.35

kayıt altına alınarak arşivlenmesi ise bir veri havuzu oluşturulması ve gerçekleşecek olaylar için ön hazırlığın yapılmış olmasına fırsat verilmektedir.

Kanada’da bulunan Alberta Sağlık Servisi tarafından geliştirilen beyaz kod eylem planına göre aşağıdaki uygulamalar göz önünde bulundurulmaktadır:

- “• Şiddet olayı sırasında öncelikle sakin olmak ve soğukkanlılığı korumak gereklidir.
- Fiziksel açıdan insanın risk altında olması durumu var ise, bölgeden ayrılma fırsatı varsa ayrılmalıdır. Aksi takdirde saldırgandan uzağa güvenli bir mesafeye geçilmelidir.
- Saldırgandan en az bir kol mesafesi uzakta durularak bireylerin ve diğer çalışanların kendilerini koruması gereklidir.
- Yardım çağırılmalı (Mümkünse “Beyaz Kod” diye bağırarak); fırsat varsa panik düğmesine basılmalıdır.
- Kısık ve tehditkâr olmayan bir sesle konuşulmalıdır.
- Durum yatıştırılmaya çalışılmalıdır.
- Beyaz kod olayından kaynaklanan tüm yaralanmalar bildirilmelidir.
- Eğer eğitim alınmış ise herhangi bir yaralıya acil ilk yardım uygulaması yapılmalıdır.
- Koruyucu servis/süpervizör emirleri doğrultusunda diğer görevlere eşlik edilmelidir.
- Tüm bireylerin tehlike alanından uzaklaştırılarak güvenli bölgelere ulaşması sağlanmalıdır.
- Polisten destek istenmeli ve polis gelene kadar alanda bulunan bireylerin yaralanma durumu göz önünde bulundurularak kesici aletlerin ortadan kaldırılması gereklidir.
- Polis gelene kadar tüm kanıtların korunması gereklidir.
- Hasta veya kurbanların ailelerine haber verilmesi sağlanmalıdır.
- Polis geldikten sonra durum raporu dokümantasyonunun tamamlanması ve zarar gören çalışanların profesyonel bir danışmanlık alması tavsiye edilmelidir.”¹

¹ Alberta Health Services (AHS), Code White: Emergency Response Code and Emergency / Disaster Management, Kanada, 2014, s.5;
http://extcontent.covenanthealth.ca/Policies/Code_White_final_Grey_Nuns_April_2014.pdf
(15.12.2014)

Beyaz kod uygulaması sayesinde birçok hastane çalışanı ve hastanın zarar görmesi engellenerek daha iyi bir sağlık bakım hizmetinin verilmesi amaçlanmaktadır. Şiddet ve saldırganlık olayları sürecinde bireylerin paniğe kapılmamaları ve saldırının kaynağından uzaklaşmaları öncelikli hedeftir. İnsan sağlığına zarar gelmesi ilk amaç olduğundan profesyonel destek gelmeden savunma eylemleri haricinde bir hareket yapılmamalı ve diğer bireylerin de sağlığı tehlikeye atılmamalıdır. Profesyonel destek geldiğinde verilen direktifler doğrultusunda hareket edilmeli ve olabildiğinde hızlı davranılmalıdır. Olay yerine polisin varmasıyla gerekli raporların tutulması ve kayıtlara doğru bilgilerin geçmesi sağlanmalıdır. Bu sayede aynı olayların tekrarlanması halinde güvenilir ve doğru önlemlerin alınması sağlanmış olacaktır.

3.4. Yasal Çerçeve

18 Ekim 1961 yılında İtalya’da imzalanmış olan Avrupa Sosyal Haklar Sözleşmesi Türkiye’de 2007 yılında düzenlenerek son şeklini almıştır. Bu sözleşmenin 3. madde kapsamında “Güvenlik ve sağlık alanında yasal düzenlemeler yapılması, gözetim önlemlerinin alınması ile bu düzenlemelerin uygulanmasının yanında, gerektiğinde iş güvenliği ve sağlığını geliştirme amacıyla olan önlemlerin işveren ve iş görenlerin örgütlerine danışmaları gerektiği” bildirilmiştir. Sağlığın korunması hakkındaki 11. maddede “sağlığın etkin bir biçimde korunmasının kamusal veya özel kurumlarla işbirliği yapılması ile gerekli önlemlerin alınmasının yanı sıra sağlığın bozulmasına yol açan nedenlerin ortadan kaldırılması, sağlığın geliştirilmesi ve kişisel sorumlulukların arttırılması üzerine eğitim ve danışmanlık hizmeti vermek” konularına değinilmektedir.¹

28/04/2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “SB Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” kapsamındaki 5. maddede “sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı personele karşı kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiilin gerçekleştirilmiş olması” durumunda bireylere hukuken yardım

¹Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu, Avrupa Sosyal Haklar Sözleşmesi, İtalya, 2007, s.391; [http://abmuzakere.bilgi.edu.tr/docs/avrupa_sosyal_sarti_metni.pdf\(15.12.2014\)](http://abmuzakere.bilgi.edu.tr/docs/avrupa_sosyal_sarti_metni.pdf(15.12.2014))

süreci başlatılabilmektedir.¹ 16/10/2009 tarihli 27378 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliği’nin 10. maddesinde belirtilen acil servislerde hasta, hasta yakınları ve çalışanların güvenliğinin sağlanmasının sağlık tesisi yönetiminin görevi olduğu belirtilmektedir. Güvenlik, resmi kolluk kuvveti veya özel güvenlik personeli ile yeterli sayıda güvenlik kamerası, hastaneye giriş çıkışlarındaki güvenliğin artırılmasına destek olmaktadır. Tıbbi müdahalelerin yapıldığı alanlarda görevli personel dışında kimsenin giremeyeceği personele göre açılma özelliği olan kapıların konulması, ziyaretçi, hasta yakınları, ambulans, sedye ile getirilen acil hastaların alındığı girişlerde idari ve teknik önlemlerin alınarak güvenliğin kontrol altında tutulması, acil servise bağlı otoparkın yeterli ışıklandırılması, mobeseler ve güvenlik personeli ile desteklenmesi gerektiği belirtilmektedir.²

6 Aralık 2011 tarihli TBMM oturumunda sağlık çalışanlarına uygulanan fiziksel şiddetin kontrol altında tutulabilmesi amacıyla “Beyaz Kod Sistemi” adı verilen güvenlik personelinin erken müdahalesinin sağlandığı uyarı sistemi geliştirilmiştir. Beyaz Kod Sisteminin 7 gün 24 saat hizmet vermekte ve sistemi takip eden psikolog, sosyal hizmet uzmanları ve hukukçuların bulunduğu bu birim, şiddet mağdurlarına verilen hukuki desteğin koordine edilmesinde çaba göstermektedir. Beyaz Kod bildirim şiddet olayının bildirilmesi ve 1111 çağrı numarasının verilmesi sürecinde olaya müdahale edilmesi, tutanak tutulması ve formların düzenlenmesini kapsamaktadır. Beyaz kod geri bildirimlerin içeriğinin sözel tehdit, küfür, mesleki bilgilerle alay edilmesi, hakaret etme gibi sözel şiddet ve çalışana yönelik fiziksel şiddet teşebbüsü, kurum ve ekipmana zarar verme gibi fiziksel şiddet unsurları olduğu belirtilmektedir.³

¹ TCSB, “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik”, Md.5, Ankara, 2012. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/04/20120428-3.htm>(17.12.2014)

² TCSB, “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ”, Md.10, Ankara, 2009; <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-9405/yatakli-saglik-tesislerinde-acil-servis-hizmetlerinin-u-.html>(18.12.2014)

³ TBMM, “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu”, Ankara, 2013, s.183 <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss454.pdf>(19.12.2014)

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KAMU HASTANELERİ SEKRETERLİĞİNE BAĞLI MANİSADA HİZMET VEREN SAĞLIK TESİSLERİ 2013 YILI BEYAZ KOD UYGULAMASI

1. MANİSA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ

Bakanlar Kurulu'nun SB ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname¹ ile SB'nın merkez ve taşra teşkilatında değişime gidilmiştir. Değişim kapsamında Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuş, her ilde kamu hastaneleri genel sekreterlikleri oluşturulmuştur. İller düzeyinde oluşturulan sekreterlikler kalite ve performans kriterlerinin verimliliği ve sağlıkta dönüşüm politikalarının başarısını artırmak için sisteme dahil edilmiştir. Türkiye kamu hastaneleri kurumu kaynakların etkili ve verimli kullanılabilmesi için iller düzeyinde bulunana ikinci ve üçüncü basamak kamu sağlık tesislerinin işletilmesi ve yönetilmesini öngörmektedir. Manisa Kamu Hastaneleri Birliği bu kararname çerçevesinde kurulmuş, Manisa ilindeki kamuya ait sağlık tesislerinin genel koordinasyonu bu yolla yapılmaya başlanmıştır.

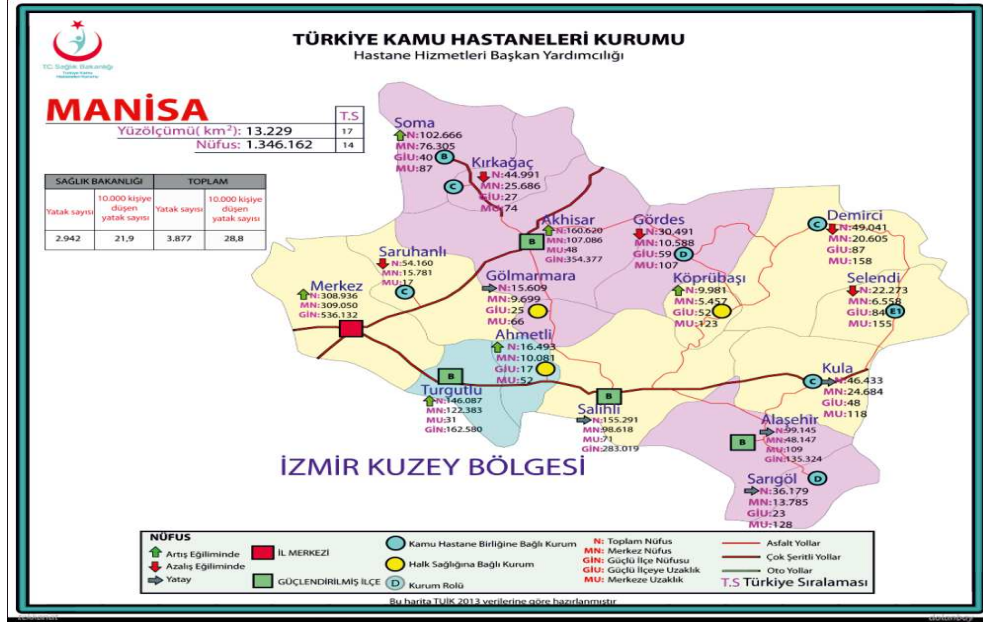
Manisa ilinde sağlık çalışanlarına yönelik meydana gelen beyaz kod vakalarının incelenmesi öncesi Manisa ili kamu hastaneleri genel sekreterliğine bağlı sağlık tesislerinde, verilen sağlık hizmetlerinin değişik boyutlardan ele alınması yararlı görülmektedir. Sağlık politikalarındaki dönüşümler beraberinde bir uyum sürecinin, bazen problemleri de getirebilmektedir. Vatandaş sağlık alanında en iyi hizmeti alma beklentisindedir, bu amaçla devlet sağlık sektöründeki teşkilatlanmasını yerleşim yerlerinin coğrafi, ekonomik, demografik etkenleri de göz önünde bulundurarak yapılandırmak zorundadır.

¹ Bakanlar Kurulu, "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname", Kanun Hükmünde Kararname (KHK), Karar S. 663, RG, S. 28103, 2 Kasım 2011, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>(2014)

1.1. Manisa İli Demografik Özellikleri

Manisa ili nüfus artışı yönünden diğer illere göre daha hızlı bir seyir göstermektedir. Bunun en önemli nedeni Türkiye'nin önemli sanayi fabrikalarının ilde bulunması nedeniyle, dışarıdan göç alan bir il konumundadır.

Şekil 4. Manisa ili İl, İlçe Sınırları ve Nüfus Dağılımları



Kaynak: TCSB, TKHK Manisa Kamu Hastaneleri Birliği, Manisa Kamu Hastaneleri Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Manisa, 2013, s.1

Manisa ilinin demografik özellikleri 2007-2013 yılları arasındaki değişime bakıldığında Türkiye nüfus artışı oranlarında il düzeyinde nüfusun arttığını görebiliriz (Tablo 1).

Tablo 11. Manisa İlinin 2007-2013 Yılları Arasındaki Nüfus Oranları

İl	Yıllara Göre İl Nüfusları, 2007-2013						
	Toplam nüfus						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Türkiye	70 586	71 517	72 561	73 722	74 724	75 627	76 667
Toplamı	256	100	312	988	269	384	864
Manisa	1 319 920	1 316 750	1 331 957	1 379 484	1 340 074	1 346 162	1 359 463

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS), www.turik.gov.tr, (22.11.2014)

2013 Manisa ilinin adrese dayalı nüfus kayıt sistemi verilerine göre merkez, ilçe ve belde yapılanması içindeki nüfus oranlarına bakıldığında binde 9,8'lik bir nüfus artışı görülmekte, il nüfusu olarak 81 il içerisinde 46. sırada yer almaktadır. İl

düzeyinde meydana gelen nüfus artışları sağlık hizmet sunumlarının verimliliği ve vatandaş beklentilerini karşılayabilmesi için fiziksel alanlarda ve çalışan sağlık personeli sayılarında da zorunlu bir artırıma gerektirmektedir.

Tablo 12. 2013 Yılı Türkiye ve Manisa Nüfus İstatistikleri

ADNK Sistemine Göre 2013 Nüfusları (31.12.2013)			
	Türkiye	Manisa	Türkiye Sıralaması
Toplam Nüfus	76.667.864	1.359.463	14
Şehir	70.034.413	1.359.463	14
Köy+ Belde	6.633.451		
Manisa Merkez			
Toplam Nüfus Artış Hızı (Binde)	13,7	9,8	46
NÜFUS YOĞUNLUK (Km²)	100	104	22

Kaynak: TC Manisa Valiliği, 2013 Yılı Türkiye ve Manisa Nüfus İstatistikleri, http://www.manisa.gov.tr/default_B0.aspx?content=217, (23.11.2014)

Manisa ili kamu hastaneleri sekreterliğine bağlı toplam on dokuz sağlık tesisi bulunmaktadır. Sağlık tesislerinin Manisa merkez ve ilçelerindeki dağılımlarına bakıldığında her ilçesinde Devlet Hastanelerinin (DH) olduğu, bazı ilçelerde ağız ve diş sağlığı merkezlerinin de sisteme dâhil edildiğini görebiliriz. Ağız ve diş sağlığı merkezi olmayan yerleşim yerlerinde bu hizmet hastaneler bünyesindeki diş polikliniklerinde verilmektedir.

Tablo 13. Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliğine Bağlı Sağlık Tesisleri

Hastane Adı
1) Akhisar DH
2) Alaşehir DH
3) Demirci DH
4) Gördes DH
5) Kırkağaç DH
6) Kula DH
7) Manisa Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
8) Manisa Akhisar Ticaret ve Sanayi Odası Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
9) Manisa DH
10) Merezefendi DH
11) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi
12) Salihli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
13) Salihli DH
14) Sarıgöl DH
15) Saruhanlı DH
16) Selendi DH
17) Soma DH
18) Turgutlu DH
19) Turgutlu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi, <http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (18.12.2014)

1.2. Manisa İli Sağlık Personeli Dağılımı

2013 Manisa ili Kamu Hastaneleri Sekreterliğine bağlı sağlık tesislerinde görevli uzman hekim ve pratisyen hekim normları ve mevcut çalışan hekim sayıları kıyaslanacak olursa, hemen hemen tüm hekim kadrolarının dolu olduğu, vatandaşın belirlenen hekim sayısına göre hizmet almasında eksikliklerin olmadığı söylenebilir (Tablo 14). Hekim eksikliği de sağlık hizmetinde aksaklıkların başında gelmektedir, özellikle ilçe ve beldelerde hekim eksikliği sağlık hizmetinin sunulmasında, vatandaş memnuniyetinin sağlanmasında sıkıntılar yaratabilmektedir. Uzman hekimlerin bazı sağlık tesislerinde olmaması, haftanın belirli günlerinde görevlendirilmesi iş yükünün artmasına, sağlık hizmeti sunumunda aksaklıkların yaşanmasına neden olmaktadır. Maddi yetersizliği olan, ulaşımında zorluklar yaşayan bireyler görevlendirme çalışan sağlık personeline bu anlamda tepkisel yaklaşabilmektedir. Personel yetersizliğine bağlı aksaklıklar, sağlık sistemindeki personel planlamasındaki sorunlar, bireylerin hekimlere tepki göstermesi şeklinde ortaya çıkabilmektedir.

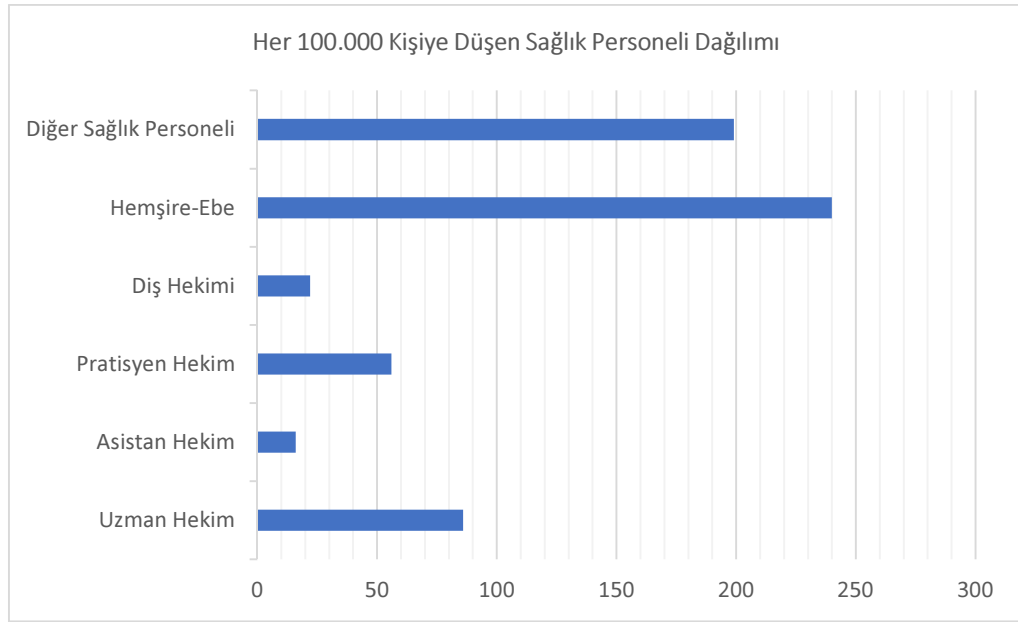
Tablo 14. 2013 Yılı Uzman Hekim ve Pratisyen Hekim Sayısı

Hastane Adı	Uzman Hekim		Pratisyen Hekim	
	Kadro	Aktif	Kadro	Aktif
Akhisar DH	65	62	16	14
Alaşehir DH	34	30	4	4
Demirci DH	11	11	5	5
Manisa DH	146	139	20	18
Gördes DH	1	2	3	3
Kırkağaç DH	10	10	5	5
Kula DH	11	11	5	5
Merkezefendi DH	111	104	25	25
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	42	42	4	3
Salihli DH	70	63	13	13
Sarıgöl DH	5	5	4	4
Saruhanlı DH	13	13	7	5
Selendi DH	4	3	2	2
Soma DH	46	46	14	14
Turgutlu DH	65	64	20	18

Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi,
<http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (18.12.2014)

2013 Manisa ili Kamu Hastaneleri Sekreterliğine bağlı sağlık tesislerinde görevli hemşire ve ebe sayıları yine hekimlerdeki dağılım oranlarına yakın olup, planlanan personel dağılımlarının dolu olduğu, nakillerden dolayı bazen küçük boşlukların olduğu söylenebilir.

Grafik 1. 100.000 Kişiyeye Düşen Sağlık Personeli Dağılımı



Kaynak: TCSB, TKHK, Manisa Kamu Hastaneleri Birliği, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013

Sağlık hizmetinde ara eleman olarak görev yapan hemşire ve ebelerin hekim konsültasyonundan sonra hasta ve hasta yakınları ile birebir uzun süreli temasları bu hizmeti sunan personelin iletişim becerileri ve uzmanlıklarına ait tecrübelerinin üst düzeyde olmasını zorunlu kılmaktadır. Örneğin kan almada zorlanan hemşireye ilişkin vatandaşın tepkisi sözel ya da fiziksel şiddeti ortaya çıkarabilmektedir.

Tablo 15. 2013 Yılı Hemşire ve Ebe Sayısı

Hastane Adı	Hemşire		Ebe	
	Kadro	Aktif	Kadro	Aktif
Akhisar DH	167	156	69	68
Alaşehir DH	98	98	45	45
Demirci DH	46	44	10	10
Manisa DH	232	228	43	42
Gördes DH	30	30	10	9
Kırkağaç DH	30	29	24	23
Kula DH	42	42	17	17
Merkezefendi DH	223	218	112	109
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	149	143	42	42
Salihli DH	182	178	60	60
Sarıgöl DH	26	26	18	17
Saruhanlı DH	29	28	17	15
Selendi DH	15	14	9	8
Soma DH	123	121	44	44
Turgutlu DH	177	174	66	66

Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi,
<http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (18.12.2014)

2013 Manisa ili Kamu Hastaneleri Sekreterliğine bağlı sağlık tesislerinde görevli eczacı dağılımları incelenecek olursa belirlenen boş kadroların dolu olduğu görülmektedir. Bazı sağlık kurumlarında hiç eczacı kadrosu bulunmamaktadır, bu sağlık kurumunda hasta yatışı yapılmayan, ya da yerleşim yerinin nüfusuna bağlı kadro tahsis edilmemesinden kaynaklanmaktadır. Yoğun bakım ya da yatışlı hastaların ilaç verim koordinasyonunda görevli eczacıları genellikle geri planda çalışmaları, hekimlerin belirlemiş olduğu ilaç kullanım bilgilerine göre ayarlamaları yapmaları, hemşire ve diğer sağlık çalışanları aracılığıyla hastalarla dolaylı temasta olması şiddete maruz kalmalarını engellemektedir.

Tablo 16. 2013 Yılı Eczacı Sayısı

Hastane Adı	Eczacı	
	KADRO	AKTİF
Akhisar DH	3	3
Alaşehir DH	1	1
Demirci DH	1	1
Manisa DH	5	4
Gördes DH	0	0
Kırkağaç DH	0	0
Kula DH	1	1
Merkezefendi DH	6	6
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	3	3
Salihli DH	4	4
Sarıgöl DH	0	0
Saruhanlı DH	1	1
Selendi DH	0	0
Soma DH	3	3
Turgutlu DH	3	3

Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi,
<http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (18.12.2014)

2013 Manisa ili Kamu Hastaneleri Sekreterliğine bağlı sağlık tesislerinde görevli sağlık memuru, ATT Parametik, Teknik Hizmetler Sınıfı görevlilerindeki kadro doluluğu da yeterlidir. Acil durumlarda hayat kurtarmakta en önemli personeller arasında olan ATT paramedik çalışanları olay yerine değişik nedenlerden

dolayı geç gelmesi, müdahale sürecinin aksaması gibi nedenlere bağlı olarak tepkileri üzerinde çekebilmektedir. Araç-gereç eksikliği ya da teknik hizmetlerde görevli personelin ihmalleri karşısında zaman zaman ambulans, sedye, tıbbi müdahale araç-gereçlerinin sorun çıkarmasına neden olmakta bu da önemli sıkıntıları doğurmaktadır.

Tablo 17. 2013 Yılı Sağlık Memuru –ATT Paramedik -THS Sayısı

Hastane Adı	Sağlık Memuru		ATT-Paramedik		THS	
	Kadro	Aktif	Kadro	Aktif	Kadro	Aktif
Akhisar DH	81	74	12	12	5	5
Alaşehir DH	21	21	4	4	4	4
Demirci DH	29	28	5	4	0	0
Manisa DH	126	126	7	7	9	9
Gördes DH	22	22	2	1	0	0
Kırkağaç DH	26	23	6	5	0	0
Kula DH	29	29	3	3	1	1
Merkezefendi DH	121	121	5	5	2	2
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları H.	77	76	3	3	2	2
Salihli DH	89	89	7	7	5	5
Sarıgöl DH	13	11	0	0	0	0
Saruhanlı DH	25	25	0	0	0	0
Selendi DH	15	15	1	1	0	0
Soma DH	64	63	5	5	2	2
Turgutlu DH	102	99	4	4	3	3

Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi,
<http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (18.12.2014)

2013 Manisa ili Kamu Hastaneleri Sekreterliğine bağlı sağlık tesislerinde görevli Genel İdari Hizmetler, yardımcı personel ve diğer personel dağılımının yeteli olduğu, idari iş ve işlemlerin yürütülmesinde sıkıntı yaşanmayacak personel dağılımını yapıldı, birkaç sağlık tesisinde kadro sayısından fazla personelin görevlendirildiği görülmektedir. Yine kamu sektöründe kadrolu olarak çalışmayıp hizmet alımı yöntemiyle 2013 yılında toplamda 2522 personelin çalıştırılmıştır.

Tablo 18. GİH, YHS ve Diğer Personel Sayısı

Hastane Adı	GİH		YHS		Diğer
	Aktif	Kadro	Aktif	Kadro	Aktif
Akhisar DH	31	34	34	10	9
Alaşehir DH	13	14	14	10	10
Demirci DH	10	4	4	1	1
Manisa DH	30	36	36	31	29
Gördes DH	6	1	1	2	2
Kırkağaç DH	3	3	3	2	2
Kula DH	9	2	2	2	2
Merkezefendi DH	39	68	68	22	21
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları H.	17	23	23	36	35
Salihli DH	29	25	25	10	10
Sarıgöl DH	1	5	5	1	1
Saruhanlı DH	9	8	5	3	3
Selendi DH	6	3	3	1	1
Soma DH	19	30	30	16	15
Turgutlu DH	29	28	28	12	12

Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi,
<http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (18.12.2014)

Sağlık tesislerinde ayaktan tedavi sürecinin dışında tesis ortamında takip edilmesi gereken ve tedavi süreci uzun süren sağlık sorunları için yatak sayısı önem arz etmektedir. Acil durumlarda yatak bulunamaması, hastaların başka sağlık tesislerine yönlendirilmeleri, yatak olmadığı için kabul edilmemeleri bu kapsamda bazı olumsuzlukların yaşanması hasta yakınları tarafından sağlık tesisi görevlilerine yönelik olumsuz tutumların sergilenmesine neden olabilmektedir.

1.3. Manisa İli Sağlık Tesisleri Yatak Sayıları ve Sağlık Hizmetleri Verileri

Manisa ilinde bulunan sağlık tesislerinde yatak sayısının yeterli olduğu ve nüfus ile karşılaştırıldığında büyük doğal afetler hariç sağlık tesislerinin yatak sayısının yeterli olduğu söylenebilir.

Tablo 19. Manisa İli Sağlık Tesisleri 2013 Yatak Sayıları

Hastane Adı	Toplam Kullanılan Yatak Sayısı	Nitelikli Yatak sayısı	Tescilli Toplam Yatak Sayısı
Manisa Akhisar DH	305	202	305
Manisa Alaşehir DH	140	200	200
Manisa Demirci DH	60	2	60
Manisa Gördes DH	25	25	25
Manisa Kırkağaç DH	43	36	43
Manisa Kula DH	64	23	64
Manisa DH	328	73	325
Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları H.	708	13	708
Manisa Merkezefendi DH	416	76	415
Manisa Salihli DH	225	176	225
Manisa Sarıgöl DH	50	22	50
Manisa Saruhanlı DH	40	6	40
Manisa Selendi İlçe DH	22	0	25
Manisa Soma DH	225	4	225
Manisa Turgutlu DH	300	268	300

Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi,
<http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (18.12.2014)

Sağlık tesislerinde ayaktan ve acil olarak muayene olan hasta bilgilerinde Manisa merkezdeki sağlık tesisleri, nüfus oranı fazla ilçelerdeki sağlık tesislerinde hem ayaktan tedavi olan hem de acilde muayene olan hasta sayısının fazla olduğu görülmektedir. Muayene sayısının çokluğu hizmet yoğunluğunun bir göstergesi olarak kabul edilebilir, yoğunluk ve acil durumlardaki stresli ortam sağlık çalışanlarına yönelik bazı olumsuzluklarını da getirebilmektedir.

Tablo 20. 2013 Yılı Muayene İstatistikleri

Hastane Adı	Toplam Ayaktan Muayene Sayısı	Acil Muayene sayısı	Diş Muayene Sayısı
Manisa Akhisar DH	713125	158197	7753
Manisa Alaşehir DH	340268	97438	30778
Manisa Demirci DH	118678	31964	15046
Manisa Gördes DH	76580	37858	8928
Manisa Kırkağaç DH	122867	57414	0
Manisa Kula DH	151083	45454	6074
Manisa DH	729254	163880	0
Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları H.	139826	10433	1810
Manisa Merkezefendi DH	860416	275845	0
Manisa Salihli DH	522393	123287	0
Manisa Sarıgöl DH	96710	53550	13003
Manisa Saruhanlı DH	124092	60256	5937
Manisa Selendi İlçe DH	75354	50140	4244
Manisa Soma DH	603498	151213	43483
Manisa Turgutlu DH	732335	215786	0

Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi,
<http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (18.12.2014)

2013 Manisa ili Kamu Hastaneleri Sekreterliğine bağlı sağlık tesislerinden ağız ve diş sağlığı hizmetleri yönünden bakıldığında 2011 yılından 2013 yılına kadar talep oranında bir artış görülmekte, 2013 yılında yaklaşık yedi yüz bin hastanın bu alanda hizmet almıştır. Ağız ve diş sağlığı hizmetinde bazı ilçelerde diş hekiminin olmaması, haftanın belli günlerinde görevlendirme hekimlerin çalışması, hekim hataların bağlı sıkıntılardan dolayı sorunlar yaşanabilmektedir.

Tablo 21. Manisa ili Ağız ve Diş sağlığı 2013 Verileri

İl Geneli Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri			
İşlem Türü	2011	2012	2013
ADSM sayısı		4	4
Diş hekimi	114	125	131
Ünite sayısı	114	133	137
Müracaat sayısı	490.058	641.498	682.192
Çekim sayısı	159.236	176.443	174.147
Kanal sayısı	7.826	12.476	18.307
Protez sayısı	57.330	108.354	116.825
Periapikal ve panoramik Film Sayısı	80.852	118.707	147.363
RVG Sayısı	1.022	3.171	7.151
İmplant Sayısı			
Kimyasal Eliminasyon			
Sterilizasyon zinciri			

Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi,
<http://manisa.khb.saglik.gov.tr>(18.12.2014)

Sağlık tesisleri hastalara her zaman şifa olamamakla birlikte, tüm müdahalelere rağmen ölüm olaylarının da yaşandığı tesislerdir. Gerek acil servis müdahalesi, gerek yoğun bakım sürecinde yaşamını yitiren hastaların yakınları acı ve çaresizlikleri bazen sağlık çalışanlarına yöneltebilmekte, yanlış tedavi, gecikme, müdahalede yetersizlik gibi sebeplere bağlı olarak sağlık çalışanlarına şiddet uygulayabilmektedir. Manisa ili Kamu Hastaneleri Sekreterliğine bağlı sağlık tesislerinde 2013 yılında yaşanan ölüm vakalarına ait oranlar aşağıda tabloda gösterilmiştir.

Tablo 22. 2013 Yılı Yatan, Taburcu Olan, Acil Serviste Ölen, Toplam Ölen Hasta Sayıları

Hastane Adı	Toplam Yatan Hasta Sayısı	Toplam Taburcu Olan Hasta Sayısı	Acil Serviste Ölen Sayısı	Toplam Ölen Hasta Sayısı
Manisa Akhisar DH	22630	22239	73	486
Manisa Alaşehir DH	5699	5643	44	56
Manisa Demirci DH	2720	2764	13	37
Manisa Gördes DH	436	433	17	17
Manisa Kırkağaç DH	2263	2252	24	36
Manisa Kula DH	2126	2196	5	11
Manisa DH	18096	18372	47	496
Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları H.	10189	10238	1	7
Manisa Merkezefendi DH	27237	27319	30	319
Manisa Salihli DH	15189	13141	97	266
Manisa Sarıgöl DH	1840	1868	17	19
Manisa Saruhanlı DH	1533	1508	12	13
Manisa Selendi İlçe DH	332	332	9	11
Manisa Soma DH	9416	9544	72	186
Manisa Turgutlu DH	20560	18193	64	454

Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi,
<http://manisa.khb.saglik.gov.tr>(18.12.2014)

Manisa ili Kamu Hastaneleri Sekreterliğine bağlı sağlık tesislerinin tamamında ameliyat yapıldığı, sadece ruh ve sinir hastalıkları hastanesinde hizmet alanı olarak bu kapsam dışında olup, nüfus yoğunluğuna bağlı olarak ameliyat sayılarında artış dikkat çekici bulunmaktadır. İl merkezinde bulunan sağlık tesislerinde ameliyat türlerindeki farklılıktan dolayı sayıların fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 23. 2013 yılı Ameliyat İstatistikleri

Ameliyat Sayısı									
Hastane Adı	A	B	C	D	E	D Günübirlik	E Günübirlik	Diğer Günübirlik	Toplam
Manisa Akhisar DH	766	1790	2329	3244	23855	495	892	0	33371
Manisa Alaşehir DH	22	528	614	655	554	326	490	0	3189
Manisa Demirci DH	34	185	337	666	373	65	890	0	2550
Manisa Gördes DH	0	0	33	44	36	86	1503	0	1702
Manisa Kırkağaç DH	2	145	190	497	715	362	1163	3	3077
Manisa Kula DH	37	219	692	2118	2790	25	43	0	5924
Manisa DH	674	3963	5000	5979	14888	104	13176	70	43854
Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Manisa Merkezefendi DH	428	3587	5450	6977	20850	75	830	7513	45710
Manisa Salihli DH	82	1541	1985	3174	4619	629	2227	1709	15966
Manisa Sarıgöl DH	0	20	77	119	824	74	952	16	2082
Manisa Saruhanlı DH	26	369	310	225	753	415	1652	132	3882
Manisa Selendi İlçe DH	0	2	8	232	371	56	130	833	1632
Manisa Soma DH	156	867	1690	2249	10709	79	558	9	16317
Manisa Turgutlu DH	187	1882	3482	2899	12292	842	434	6	22024

Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi,
<http://manisa.khb.saglik.gov.tr>(19.12.2014)

Sağlık tesisleri yaşam mücadelesinin verildiği yer olduğu gibi yaşamın başladığı yerlerdir. Manisa ilinde 2013 yılında meydana gelen doğum olayına ait verilere bakıldığında, normal, sezaryen ile canlı olarak doğan bebeklerin yansıra ölü doğan bebek vakalarına da rastlanmaktadır.

Tablo 24. 2013 Yılı Doğum İstatistikleri

Hastane Adı	Toplam Canlı Doğan Bebek Sayısı	Toplam Ölü Doğan Bebek Sayısı	Primer Sezaryen Sayısı	Normal Doğum Sayısı	Müdahaleli Doğum Sayısı	Sezaryen Doğum Sayısı	Toplam CANLI Doğum Sayısı
Manisa Merkezefendi DH	3.190	3	464	2.047	28	1.115	3.190
Manisa Akhisar DH	939	3	99	584	0	355	939
Manisa Alaşehir DH	526	0	64	298	0	228	526
Manisa Demirci DH	177	0	28	100	0	77	177
Manisa Gördes DH	21	0	6	13	0	8	21
Manisa Kırkağaç DH	173	0	38	98	0	75	173
Manisa Kula DH	403	9	99	203	0	200	403
Manisa Salihli DH	1.059	4	163	675	15	369	1.059
Manisa Sarıgöl DH	24	0	6	9	0	15	24
Manisa Saruhanlı DH	2	0	1	1	0	1	2
Manisa Selendi İlçe DH	9	0	0	9	0	0	9
Manisa Soma DH	607	3	199	256	5	346	607
Manisa Turgutlu DH	2.051	3	309	1.284	24	743	2.051

Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi,
<http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (19.12.2014)

Sağlık tesislerinde yoğun bakım sürecinde tedavi altında tutulması gereken hastalar için yoğun bakım üniteleri ve yatak sayıları önemlidir. Manisa ilinde Kamu

Hastaneleri Sekreterliğine bağlı sağlık tesislerinden dört tanesi hariç değişik seviyelerde yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Sağlık tesislerinde Planlanan yatak sayısının yarısı oranında yatak bulunduğu, yeni yapılan ve mevcut sağlık tesislerindeki iyileştirmeler kapsamında yatak sayısının artırılması planlandığı düşünülmektedir.

Tablo 25. Erişkin Yoğun Bakım Hizmetleri

HASTANE ADI	1. SEVİYE	2. SEVİYE	3. SEVİYE	TOPLAM YATAK (Mevcut/Planlanan)	VENTİLATÖR SAYISI
	Yatak Sayısı (Mevcut /Planlanan)	Yatak Sayısı (Mevcut /Planlanan)	Yatak Sayısı (Mevcut /Planlanan)		
Manisa DH	0/6	11/16	11/20	22/42	16
Manisa Merkezefendi DH	0/10	12/24	7/10	19/44	17
Manisa Turgutlu DH	11/6	14/20	-	25/26	11
Manisa Salihli DH	11/8	8/20	-	19/28	5
Manisa Akhisar DH	0/6	26/18	-	26/24	8
Manisa Soma DH	5/8	4/12	-	9/20	2
Manisa Kırkağaç DH	4/6	-	-	4/6	0
Manisa Demirci DH	2/6	-	-	2/6	1
Manisa Saruhanlı DH	2/6	-	-	2/6	1
Manisa Kula DH	2/6	-	-	2/6	0
Manisa Alaşehir DH	0/6	0/16	-	0/22	0

Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi,
<http://manisa.khb.saglik.gov.tr>(19.12.2014)

Bebek ve çocuklara yönelik yoğun bakım üniteleri açısından Manisa ili değerlendirildiğinde 2013 yılında çocuk yoğun bakım ünitesinin sadece Merkezefendi Devlet Hastanesinde bulunduğu, yatak sayısının ise olmadığı görülmektedir. Buda bebek ve çocuklara yönelik yoğun bakım tedavi sürecinin üniversite hastanesi ya da diğer illerdeki sağlık tesislerinde alınmasını gerektirmektedir.

Tablo 26. Çocuk Yoğun Bakım Hizmetleri

HASTANE ADI	1. SEVİYE	2. SEVİYE	3. SEVİYE	TOPLAM YATAK (Mevcut/Planla nan)	VENTİLATÖR SAYISI
	Yatak Sayısı (Mevcut /Planlanan)	Yatak Sayısı (Mevcut /Planlanan)	Yatak Sayısı (Mevcut /Planlanan)		
Merkezefendi DH.	-	0/6	0/12	0/12	-

Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi,
<http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (19.12.2014)

Dört sağlık tesisinde ise yeni doğan bebeklere yönelik yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Bakıldığında il merkezi ve nüfusu yoğun ilçelerdeki sağlık tesislerinde yeni doğanlara yönelik yoğun bakım üniteleri mevcuttur.

Tablo 27. Yeni Doğan Yoğun Bakım Hizmetleri

Hastane Adı	1. SEVİYE	2. SEVİYE	3. SEVİYE	Toplam Yatak (Mevcut/Planlanan)	Ventilatör Sayısı
	Yatak Sayısı (Mevcut /Planlanan)	Yatak Sayısı (Mevcut /Planlanan)	Yatak Sayısı (Mevcut /Planlanan)		
Manisa Merkezefendi DH	4/6	8/30		12/36	5
Manisa Turgutlu DH	7/4			7/4	
Manisa Salihli DH	6/4			6/4	
Manisa Akhisar DH	6/4			6/4	

Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi,
<http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (20.12.2014)

Manisa ilinde böbrek yetersizliği ve benzer sorunların çözümü için kurulan diyaliz merkezlerine bakıldığında dokuz sağlık tesisinde diyaliz merkezi bulunmaktadır. 2013 verilerine göre 250 diyaliz hastası bulunurken diyaliz ünite sayısının 91 civarı olduğu görülmektedir.

Tablo 28. Manisa Kamu Hastaneler Birliğine Bağlı Dializ Üniteleri

Sağ. Tes. Adı	Cihaz Sayısı	Diyaliz Hasta Sayısı	Diyaliz Sertifikalı Uzman Hekim	Diyaliz Sertifikalı Pratisyen Hekim	Diyaliz Ünitesinde Çalışan Hemşire ve Tekniker Sayısı
Akhisar DH	9+1	30	1	1	2 tane sertifikalı hemşire 1 tane sertifikasız hemşire 2 tane diyaliz teknikeri
Alaşehir DH	7+1	30	1	1	5 tane sertifikalı hemşire
Demirci DH	7+1	19	1	1	3 tane sertifikalı hemşire 1 tane sertifikasız hemşire
Kula DH	7+1	26	2	2	2 tane sertifikalı hemşire 2 tane sertifikasız hemşire
Manisa DH	10+1	16	2	3	9 tane sertifikalı hemşire 2 tane diyaliz teknikeri
Merkezefendi DH	12+1	37	3	3	10 tane sertifikalı hemşire 2 tane diyaliz teknikeri
Salihli DH	12+1	37	1	1	7 tane sertifikalı hemşire 1 tane diyaliz teknikeri
Soma DH	11+1	32	1	1	3 tane sertifikalı hemşire 2 tane sertifikasız hemşire
Turgutlu DH	7+1	23	1	1	4 tane sertifikalı hemşire
TOPLAM	82+9	250			

Kaynak: TCSB, TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi,
<http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (20.12.2014)

Sağlık tesislerinde tıbbi görüntüleme tedavi ve tanı sürecinde önem arz etmektedir. Manisa ili açısından durum değerlendirildiğinde tıbbi görüntüleme cihaz ve görevli personel açısından yetersizliklerin olduğu, ilçelerin çoğunda yeterli sayıda ve çeşitte cihaz bulunmadığı bunun da hastalar açısından hastane yönetimine karşı bir tepki unsuru olabileceği düşünülmektedir. Görüntüleme için il merkezine birkaç

kez gitmek durumunda kalan bir hastanın tutumlarının olumlu olmayacağı düşünülmektedir.

Tablo 29. Birlik Geneli Görüntüleme Hizmetleri

Hastane Adı	Anjio		BT		EEG		EKO		EMG		Kemik D.		Mamogr.		MR		USG		Radyoterapi				Sintigrafi	
	Sayı	Süre	Sayı	Süre	Sayı	Süre	Sayı	Süre	Sayı	Süre	Sayı	Süre	Sayı	Süre	Sayı	Süre	Sayı	Süre	Kobalt 60 S Sür	Linac S Sür	S Sür	S Sür	Sayı	Süre
Salihli Devlet DH	-	-	1*	0	1*	0	2	0	1	0	1*	0	1*	0	1*	0	4	0	-	-	-	-	1*	0
Sarıgöl DH	-	-	1*	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0	-	-	-	-	-	-
Saruhanlı DH	-	-	1*	0	-	-	-	-	-	-	1*	0	1*	0	1*	0	2	0	-	-	-	-	1*	0
Selendi DH	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0	-	-	-	-	-	-
Soma DH	-	-	1*	3	1*	3	1	0	1*	3	1*	1	1*	3	1*	3	2	0	-	-	-	-	1*	0
Manisa DH	-	-	1+1*	0	1	2	1	0	1	0	1	0	1	0	2*	0	6+1* =7	0	-	-	1*	-	1*	0
Merkezefendi	-	-	1*	3	1	0	1	0	1	0	1*	0	1*	0	1*	3	9	3	-	-	-	-	-	-
Akhisar DH	-	-	1*	3	2	3	2	0	1	1	1*	0	1*	0	1*	3	5	3	-	-	-	-	1*	4
Alaşehir DH	-	-	1*	0	1	0	2	0	-	-	1*	0	1*	0	1*	1	3	0	-	-	-	-	1*	1
Demirci DH	-	-	1	0	-	-	1	0	-	-	-	-	1	3	-	-	3	3	-	-	-	-	-	-
Göğdes DH	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0	-	-	-	-	-	-
Kırkağaç DH	-	-	1*	0	-	-	-	-	-	-	-	-	1*	-	1	3	3+1* =4	0	-	-	-	-	-	-
Kula Dh	-	-	1*	1	-	-	-	-	-	-	1*	1	1*	1	1	1	3	0	-	-	-	-	-	-
Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları	-	-	1*	0	1	0	-	-	1	0	-	-	-	-	1	0	1	0	-	-	-	-	-	-
Turgutlu DH	-	-	1*	0	1	0	2	0	1	5	1	0	1	0	1*	0	12	0	-	-	-	-	-	-
SB Toplamı	-	-	2+1* 2*	1	7+2* *	1	1 2	0	6+1* *	1	2+7* *	0	3+8* *	1	12* *	1	58+2* 2*	1			1*		6	1
*İşareti :Hizmet alımı Sayı: Cihaz Sayısı Süre: Tarama ve kontrol hariç en uzun randevu süresi																								

Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi,
http://manisa.khb.saglik.gov.tr (21.12.2014)

Evde sağlık hizmeti çalan hastalar açısından Manisa ili değerlendirildiğinde hedeflenen hasta sayısına yaklaşıldığı, yaşlılara ve yatalak hastalara yönelik hizmetin yaygınlaştırılması ve erişiminin artırılması çalışmalarının başarılı olduğu görülmektedir.

Tablo 30. Evde Sağlık Hizmetleri

İl genelinde evde sağlık hizmeti için çalışan sağlık personeli sayısı	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	YSP	Diğer
	4	10	39	15
Hedef konulan hasta sayısı	Nüfusun (1.346.162) binde 2'si = 2.692			
Başvuran hasta sayısı (Aktif Hasta)	Başvuran Hasta Sayısı =2.240 Aktif Hasta Sayısı =2.191			
Toplam ulaşılan hasta sayısı	1.508			
Başvuran hastalara yapılan ortalama ziyaret sayısı	7,11			

Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi,
http://manisa.khb.saglik.gov.tr(22.12.2014)

Türkiye istatistik kurumundan alınana veriler kapsamında Manisa ili ile Türkiye geneli kamu hizmetlerinden memnuniyet oranları karşılaştırılmıştır. Manisa sağlık hizmetleri memnuniyet oranının % 85,2 sinin memnun oldukları, orta düzeyde memnuniyetin % 7,9 düzeyinde olduğu, memnun olmayanların oranının ise %6,9 olduğu görülmektedir. Memnuniyet oranı Türkiye ortalamasının üzerinde bir orana sahiptir. Sosyal Güvenlik Kurumunun hizmetlerinden ise memnuniyet oranı yine Türkiye ortalamasının üzerindedir.

Tablo 31. İllere Göre Kamu Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyi, 2013

İl	Sosyal Güvenlik Kurumu Hizmetleri				Sağlık Hizmetleri		
	Memnun	Orta	Memnun değil	Fikri yok	Memnun	Orta	Memnun değil
Türkiye	69,6	8,3	9,6	12,5	74,7	10,6	14,7
Manisa	87,3	7,4	2,7	2,7	85,2	7,9	6,9

Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi,
<http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (22.12.2014)

2013 yılında Manisa ili Kamu Hastaneleri Sekreterliğine bağlı sağlık tesislerinden yararlanan hastalara yönelik uygulanan memnuniyet anketlerinde memnuniyet oranlarının % 90'ların üzerinde olduğu görülür. Bu da sağlık tesisleri ve hastalara yönelik standartların toplam kalite anlamında iyi bir düzeyde olduğunu göstermektedir.

Tablo 32. Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliğine Bağlı Hastanelerde Hasta Memnuniyet Oranı

Hastane Adı	Hasta Memnuniyet Oranı (%)
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	91
Merkezefendi DH	96
Manisa DH	97
Akhisar DH	93
Salihli DH	99
Turgutlu DH	98
Soma DH	78
Alaşehir DH	96
Kula DH	94
Kırkağaç DH	97
Saruhanlı DH	99
Demirci DH	97
Gördes DH	97
Sarıgöl DH	99
Selendi DH	92
İl Ortalaması	95

Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi,
<http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (22.12.2014)

2. MANİSA İLİ BEYAZ KOD BAŞVURU SAYILARI

2013 yılında Manisa ilinde yaşanabilecek beyaz kod vakaları için sağlık tesislerinde sağlık çalışanlarından ekipler oluşturulmuştur. Hukuki yardım için bir avukat görevlendirilmiştir.

Tablo 33. Manisa İl Geneli Beyaz Kod Başvuru Sayısı 2013

Aylar	Başvuru Sayısı
Ocak	10
Şubat	4
Mart	9
Nisan	8
Mayıs	5
Haziran	7
Temmuz	7
Ağustos	3
Eylül	8
Ekim	4
Kasım	11
Aralık	12
Toplam	88

Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi,
<http://manisa.khb.saglik.gov.tr>(23.12.2014)

2013 yılı için hukuki süreci takip edilen dava bilgileri ve görevlendirilen personele ait bilgiler hukuki işlemler sonucunda vakaya karışan bireylere ilişkin yaptırımlar Tablo 34’de gösterilmiştir.

Tablo 34. Beyaz Kod Ekibi Personel Bilgileri

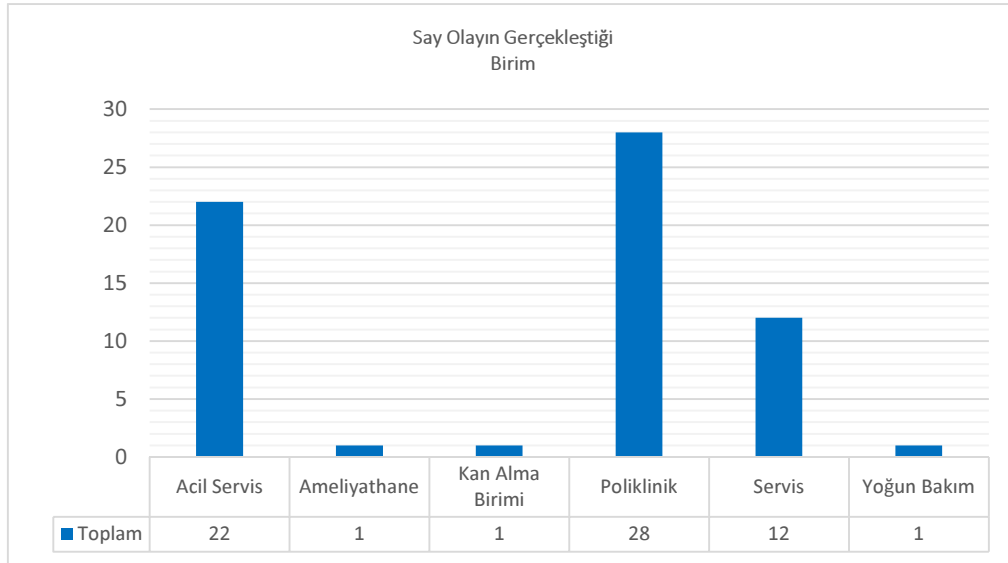
Beyaz kod ekibinde çalışanların unvanları ile sayıları	Uzm. Hekim	Hekim	SHU	Psikolog	YSH	Diğer
	10	3	4	7	-	59
Bu konuda görevlendirilmiş hukukçu çalışan varlığı	KHB ve İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı çalışmakta olan beyaz Kod İl Koordinatörü olarak bir Avukat görevlendirilmiştir.					
Varsa hukukçuların katıldığı dava sayısı	57					
Takip edilen dava sayısı	57					
Örnek dava sonuçları	Hapis cezası, para cezası, ruh sağlığı hastanesinde tedavi ve takip,denetimli serbestlik, yoksunluk					

Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi,
<http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (23.12.2014)

2.1. Olayın Gerçekleştiği Birimler

Manisa ili Kamu Hastaneleri Sekreterliğinden alınan 2013 verilerinin derlenip değerlendirilmesi neticesinde meydana gelen (65) beyaz kod vakasının Şiddet olaylarının gerçekleştiği birimler değerlendirildiğinde en fazla şiddet olayları kalabalık ve yoğunluğun yaşandığı polikliniklerde (28), ikinci olarak acil servislerde (22), servislerde (12), kan alma biriminde (1), ameliyathane (1) ve yoğun bakım ünitesinde (1) olarak gerçekleşmiştir. Grafik 2’de görüldüğü gibi hasta ve hasta yakınlarının yoğun olduğu poliklinik ve acil servislerde daha çok güvenlik tedbirleri alınması gerekmektedir. Şiddet olaylarında etkili personel yoksunluğu görülmektedir. Ana arterlerde ve hasta trafiğinin yoğun yaşandığı kamu ya da özel hastanelerinde şiddet olaylarında etkili yönetim ve müdahale edecek personel eksikliği hissedilmektedir.

Grafik 2. Olayın Gerçekleştiği Birim



Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi, 2013 Yılı Beyaz Kod Verileri <http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (2014)

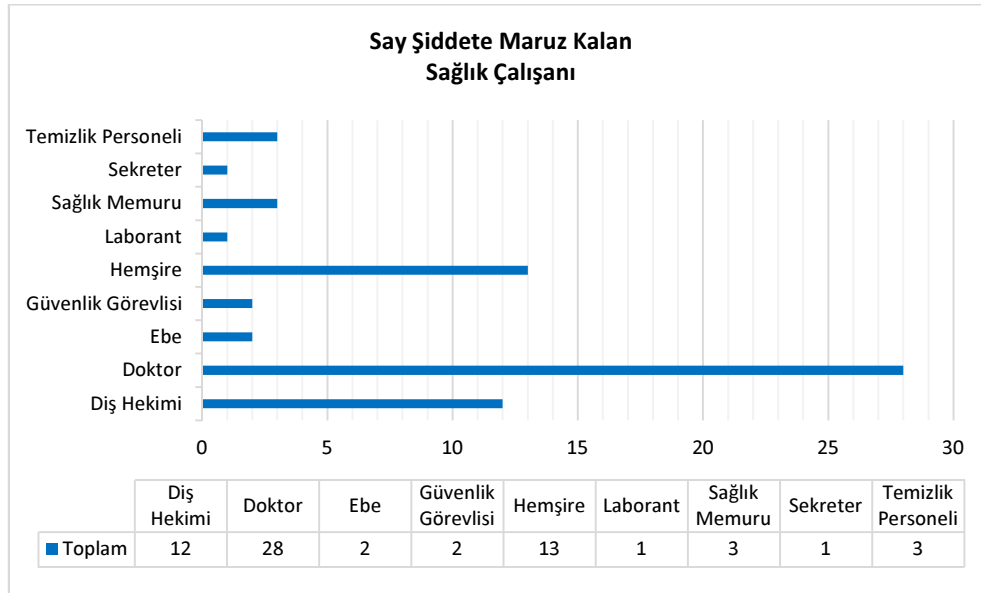
Olayın gerçekleştiği birimler incelendiğinde; şiddet olayın yoğun olarak görüldüğü %43 ile poliklinikler, %34 ile acil servisler ve %18 ile de servislerde meydana geldiği görülmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının yoğun olduğu poliklinik ve acil servislerde güvenlik tedbirlerinin daha üst seviyede tutularak bu yönde gerekli tedbirlerin alınması gerektiği görülmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının bu

servislerin işleyişi hakkında yeterli derecede bilgilendirme görevli personeller tarafından yapılmalıdır. Polikliniklerdeki bekleme yerlerinin ergonomisi, iklimlendirmesi yoğunlukta dikkate alınarak yeniden düzenlenmesi şiddetin önlenmesinde etkili olacağı düşünülmektedir (Grafik 2).

2.2. Şiddete Maruz Kalan Sağlık Çalışanlarının Meslek Grupları

Manisa ili Kamu Hastaneleri Sekreterliğinden alınan verilerde yaşanan altmış beş vaka türünde şiddetin uygulandığı sağlık çalışanı yirmi sekiz vaka ile doktorlara yöneliktir. Bunu on iki vaka ile diş hekimleri, on üç vaka ile hemşireler izlemektedir. Bu durum sağlık hizmetini direkt veren personel ile hasta yada hasta yakınları arasında gerçekleşmiştir.

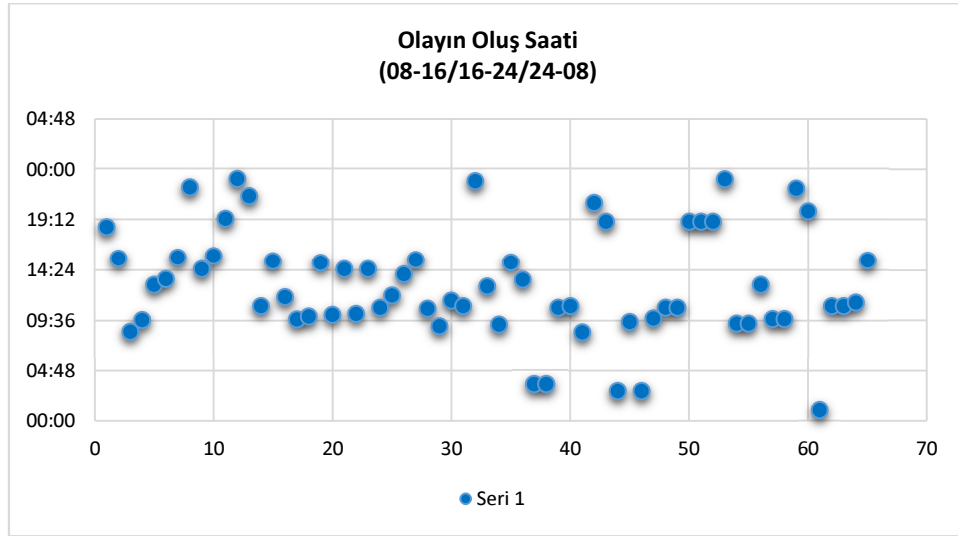
Grafik 3. Şiddete Maruz Kalan Sağlık Çalışanı



Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi, 2013 Yılı Beyaz Kod Verileri <http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (24.12.2014)

Sağlık tesislerinde şiddete maruz kalan sağlık çalışanları olarak değerlendirildiğinde en fazla şiddete maruz kalan %43 hekimler, %20 ile hemşireler ve %18,4 ile diş hekimlerinin olduğu görülmektedir. Hastalara yoğun olarak hizmet verilen acil servisler ve polikliniklerde şiddet olaylarının bildirimleri konusunda hekimlerin daha duyarlı olması, hemşirelerin ise fiziksel şiddete uğramadıkları müddetçe bildirimde bulunmadıkları mesleki deneyimlerle gözlenmektedir (Grafik 3).

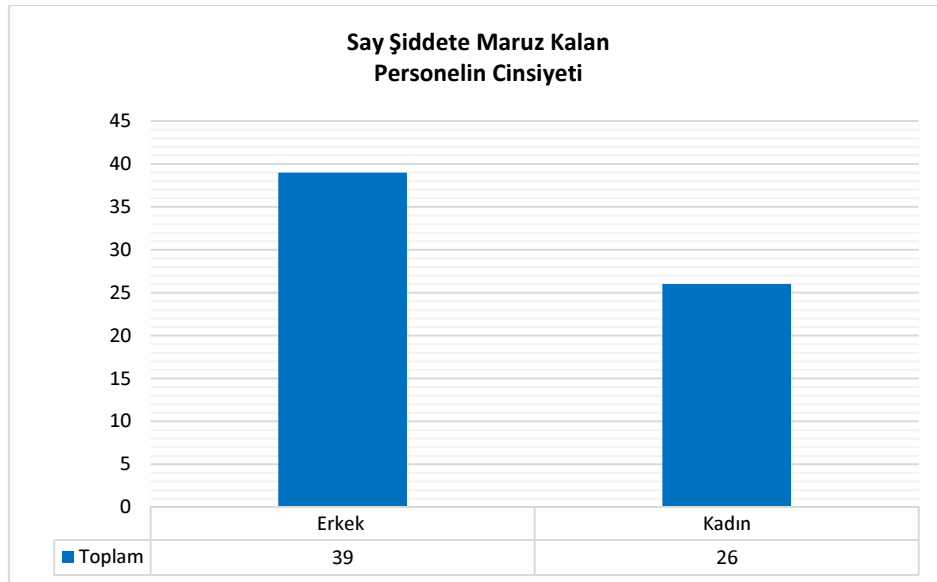
Grafik 4. Olayın Oluş Saati (08-16/16-24/24-08)



Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi, 2013 Yılı Beyaz Kod Verileri <http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (24.12.2014)

Hasta ve hasta yakınlarının yoğun olduğu saatlerde şiddetin oluş zaman dilimi değerlendirildiğinde, polikliniklerde sıra bekleyen hastaların mesai bitim saatlerinde kendisine bakılmayacağı endişesi ile tedirginlik ve sinirlilik hallerinin arttığı (11:30, 15:30) arası şiddet eğilimi artmaktadır (Grafik 4).

Grafik 5. Şiddete Maruz Kalan Personelin Cinsiyeti



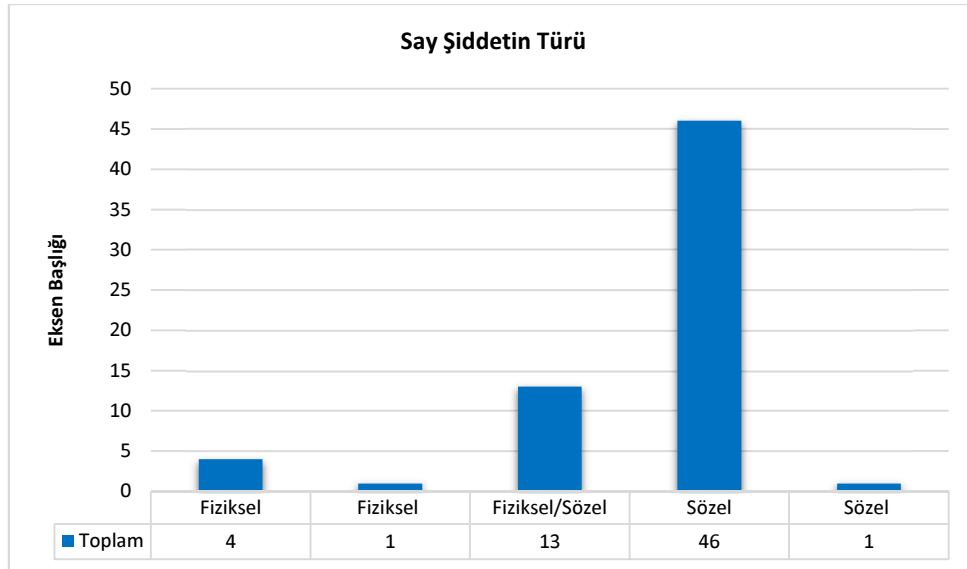
Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi, 2013 Yılı Beyaz Kod Verileri <http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (24.12.2014)

Manisa ili Kamu Hastaneleri Sekreterliğinden alınan 2013 verilerine göre beyaz kod vakasına daha çok %60'nın erkek sağlık çalışanlarının maruz kaldığı, %40 ise kadın sağlık çalışanlarının maruz kaldığı görülmektedir. Toplumsal faktörlerin etkisi ile bayan sağlık çalışanlarına yönelik vaka sayısının erkeklerden biraz az olduğu görülmüştür (Grafik 5).

2.3. Sağlık Çalışanlarının Maruz Kaldığı Şiddet Türleri

Sağlık tesislerinde sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet türü değerlendirildiğinde; Fiziksel/sözel şiddet sayısı 13, fiziksel şiddet sayısı 5, sözel şiddet bağırma, küfür etme, yıldırma sayısı 47'dir (Grafik 6). Sağlık çalışanlarına şiddet uygulayanların dağılımı değerlendirildiğinde hasta sayısı 39 ve hasta yakını sayısı ise 26'dır. Geleneksel kültürlerde hastasına sahip çıkma, onunla yeterince ilgilenildiğini düşünmeme, tüm ayrıcalık ve özen kendi hastasına ya da kendisine gösterilmesi beklentisi, hasta hakları ile sahip olduğu hakların sınırsız olduğunu düşünme hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanları üzerinde bir baskı unsuru oluşturma gayreti içerisinde olduğu mesleki bilgi ve deneyimlerle söylenebilmektedir.

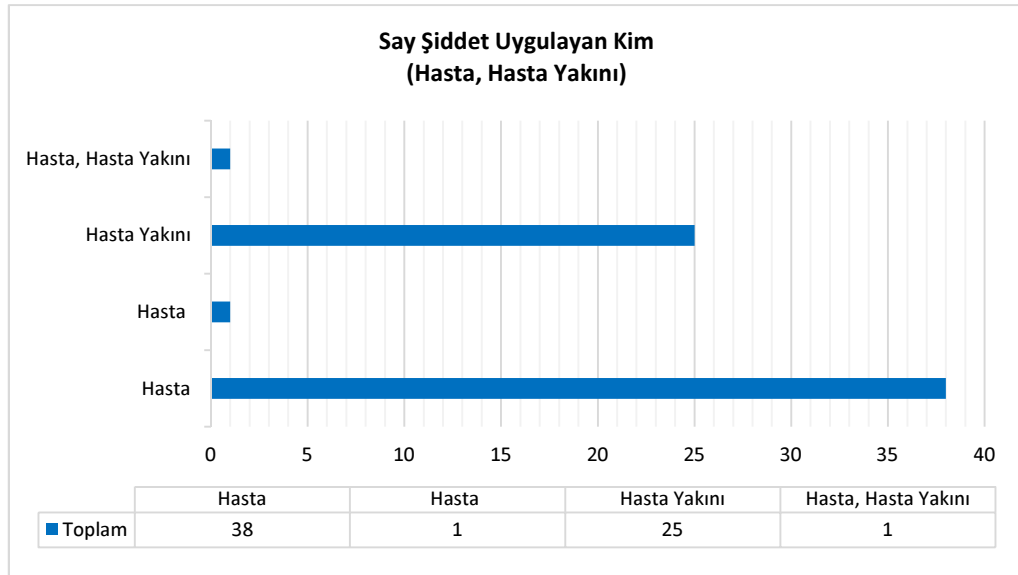
Grafik 6. Şiddetin Türü



Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi, 2013 Yılı Beyaz Kod Verileri <http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (2014)

Sağlık tesislerinde sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet türü değerlendirildiğinde; %70'inin sözel şiddete maruz kaldığı, %20'sinin ise fiziksel ve sözel şiddete maruz kaldığı, %6,1'nin sadece fiziksel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Sağlık tesislerinde şifa beklentisi ile gelen hastaların, hastalıkları ile ilgili kendisine direkt olarak ilgi alaka gösterilme beklentisi, acısının bir an önce dindirilmesi beklentisi ve sabırsızlığı, diğer hastalarında aynı beklenti ile sağlık tesislerinde bulunduğunu dikkate almaması ve özellikle hasta yakınlarının bu konudaki sabırsızlıkları saldırgan tavırlar göstermelerine neden olmaktadır (Grafik 6).

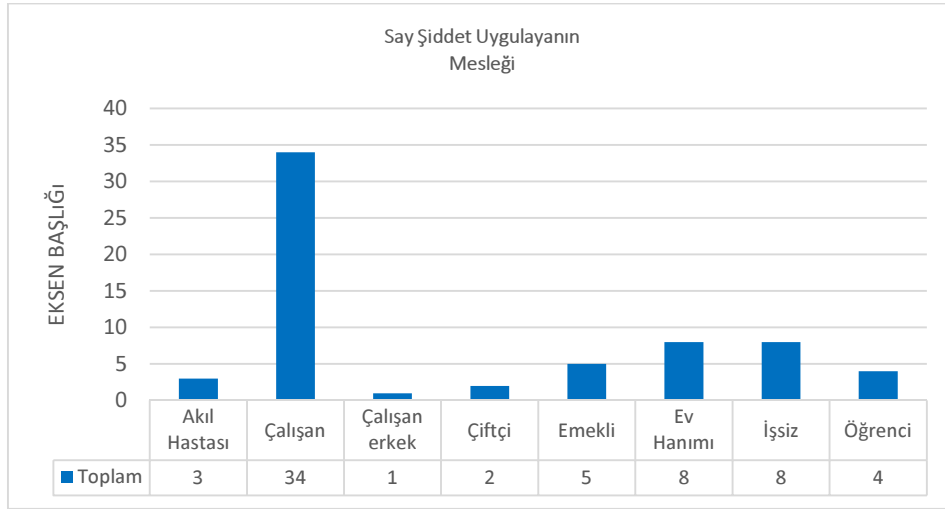
Grafik 7. Şiddet Uygulayan Kim (Hasta, Hasta Yakını)



Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi, 2013 Yılı Beyaz Kod Verileri <http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (2014)

Sağlık tesislerinde şiddet uygulayan bireylerin dağılımı incelendiğinde %58,4'ünün hastanın kendisi tarafından, %38,4'ünün hasta yakını olduğu görülmektedir. Hastanın sağlık tesisine geldiği an itibari ile kendisinin tedavi edilme isteği, kendisine öncelik tanınması gerektiğini düşünmesi, ağrı ile başedememesi, acil servislere başvuran hastaların hastalıklarının gerçekte aciliyet göstermemesi ve özellikle hasta haklarını kendi menfaatleri yönünde düşünmeleri, acil servislerin öncelikle yaşamsal faaliyetlerin sekte uğradığı anlarda gerekliliğini hiçe saymaları hastaların şiddete olan eğilimlerini hasta yakınlarından daha fazla olması bununla ilişkilendirilebilir (Grafik 7).

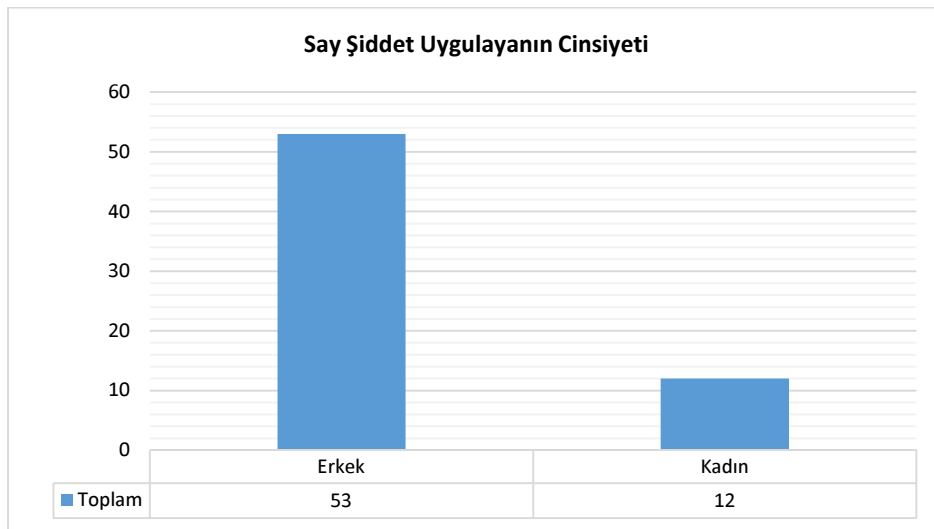
Grafik 8. Şiddet Uygulayanın Mesleği



Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi, 2013 Yılı Beyaz Kod Verileri <http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (2014)

Sağlık tesislerinde şiddet uygulayanların mesleklerine göre değerlendirildiğinde; %52,3'ünü çalışanlar %12'sinin işsiz güçsüzler, %12'sinin ev hanımı, %5'nin akıl hastası %8'nin emekliler olduğu görülmektedir. Çalışanların şiddete olan eğilimlerinin yüksek olmasının nedeni; zaman kısıtlılığının olması, işyerlerinden izin alamamaları, tekrar izin alıp gelme zorunluluğunun olacağı düşüncesi ile ilişkilendirilebilir. Akıl hastalarının ve sağlık problemlerinin orta yaş ve genç bireylere göre daha fazla olması, özellikle yaşlı emeklilerin kendilerine ilgili alaka gösterilmesini düşünmeleri şiddet eğilimi gözlenmektedir (Grafik 8).

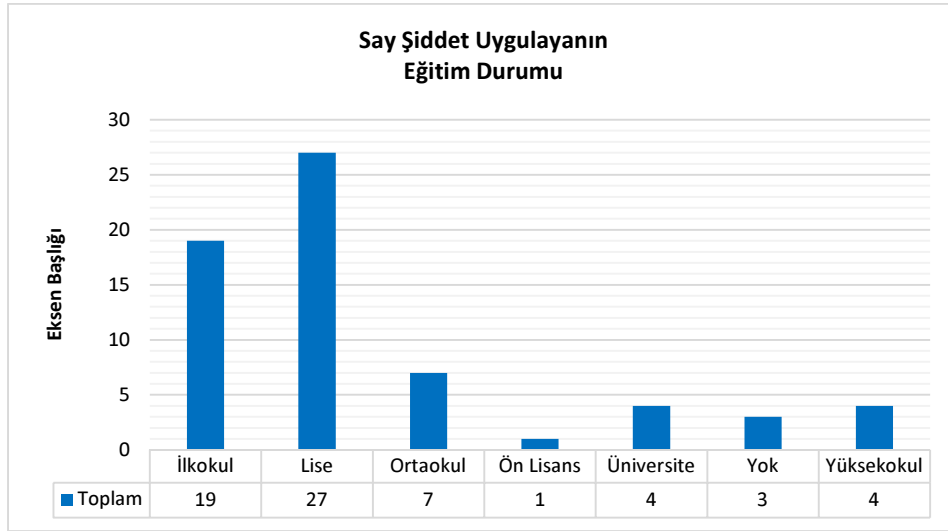
Grafik 9. Şiddet Uygulayanın Cinsiyeti



Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi, 2013 Yılı Beyaz Kod Verileri <http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (2014)

Sağlık tesislerinde şiddeti uygulayanın cinsiyet dağılımları incelendiğinde; %81,5'nin erkek, %18,5'nin ise kadınlar oluşturmaktadır. Erkeklerin doğası ve toplumdaki üstlendikleri rol itibari ile kadınlara göre daha baskıcı, korumacı ve saldırgan davranışlar sergileyebildiği grafikten de görülmektedir (Grafik 9).

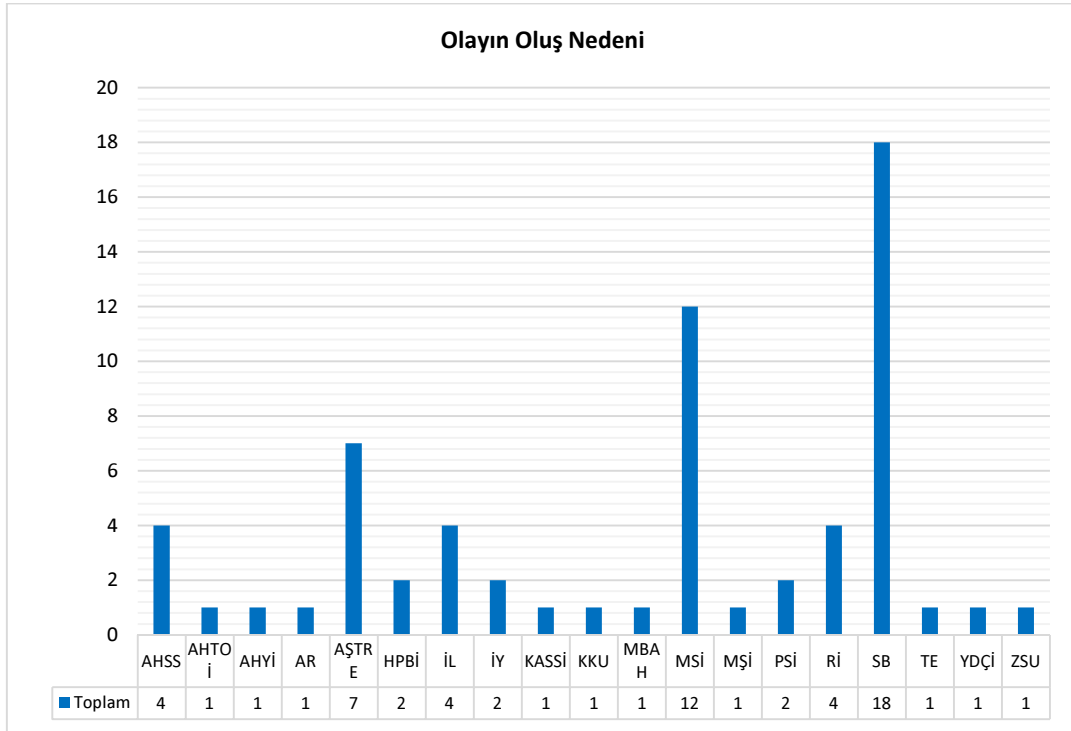
Grafik 10. Şiddet Uygulayanın Eğitim Durumu



Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi, 2013 Yılı Beyaz Kod Verileri <http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (2014)

Şiddet uygulayanın eğitim durumlarına göre değerlendirildiğinde; %41,5'nin lise mezunu, %29,2'sinin ilkokul mezunu, % 10'unun ortaokul mezunu, %14'unun lisansüstü mezunu ve %5'nin ise hiçbir eğitim almadığı görülmektedir. Lise mezunlarının çoğunluğu oluşturması gelecek kaygısı, yüksek eğitimi tamamlayamamış olması bu nedenle yüksek öğrenim yapanların sahip olduğu yaşam standardının altında kalması, ekonomik koşulların yetersizliği gibi etkenler bununla ilişkilendirilebilir. Yüksek okul mezunu bireylerin şiddet eğiliminin daha az olması, olaylara daha geniş bir açıdan bakması, öfke kontrolünü sağlaması ile ilgili olduğu düşünülmektedir (Grafik 10).

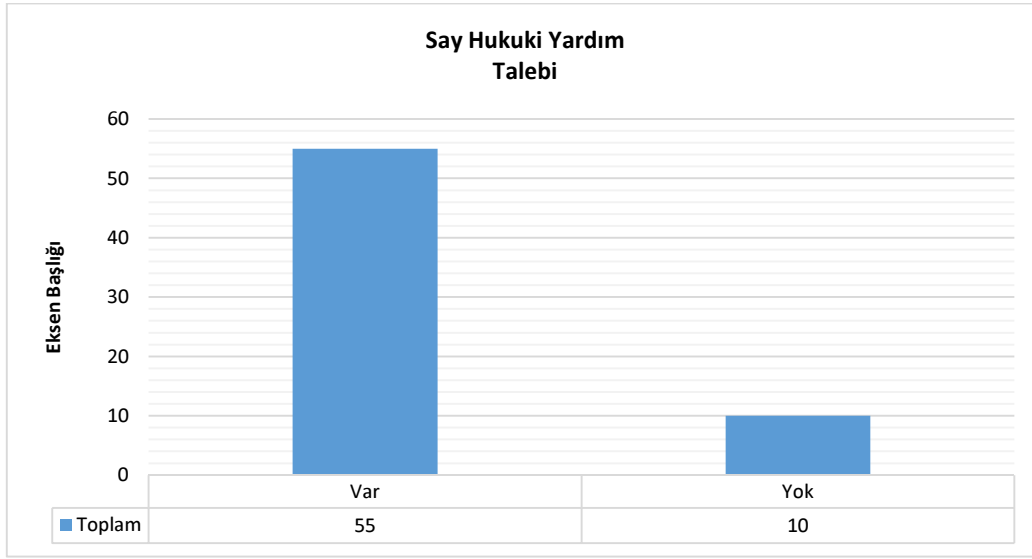
Grafik 11. Olayın Oluş Nedeni



Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi, 2013 Yılı Beyaz Kod Verileri <http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (2014)

Sağlık tesislerinde şiddet olayının oluş nedeni değerlendirildiğinde; %28 ile sıra bekleme, %18,5 ile gereksiz ilaç yazılması istemi, çalışanların gereksiz rapor istemi gibi nedenlerle muayene sonucuna itiraz etmeleri, %11'nin acil servislere başvuran alkollü bireylerin tedaviyi reddetmesi, %6,1'nin yeterince ilgi göstermediği düşüncesi, %6,1'nin akıl hastası olup taburcu olma isteği gerçekleştiği görülmektedir. Sağlık tesislerinde yüzdelere belirtilen nedenlerden hastaların anlayış, sırasına riayet etmeme, sadece kendisinin hasta ve şifa beklentisi düşünceleri, sosyoekonomik ve sosyo demografik koşulları ile ilişkilendirilebilir (Grafik 11).

Grafik 12. Hukuki Yardım Talebi



Kaynak: TCSB TKHK, Manisa İli Kamu Hastaneleri Sekreterliği, Kalite Birimi, 2013 Yılı Beyaz Kod Verileri <http://manisa.khb.saglik.gov.tr> (2014)

Sağlık tesislerinde şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının %85'nin hukuki yardım talep ettiği, %15'inin ise hukuki yardım talep etmediği ya da vazgeçtiği ifade edilebilir. Sağlık çalışanlarının özellikle nöbet sonrası yorgun olması bir an önce dinlenme isteği yasal prosedürlerin sıkıcı ve uzun bir zaman dilimini alması %15 lik grubu oluşturan sağlık çalışanlarının hukuki yardım talep etmemesi bununla ilişkilendirilebilir. Ayrıca sözel şiddete maruz kalan sağlık çalışanları hasta ve hasta yakınlarının kendilerinden özür dilemesi, uzlaşma yoluna gidilmesi ile ilişkilendirilebilir (Grafik 12).

2.5. Beyaz Kod Uygulamasında Hukuki Süreç

Sağlık çalışanları sağlık tesislerinde sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğraması halinde; sağlık çalışanına acil verilmesi gereken hizmetler hariç verdiği hizmetten çekilme talebinde bulunabilmektedir. Hizmetten çekilmenin usul ve şartları ise kurum tarafından belirlenen yöneticiye sözlü veya yazılı olarak bildirebilmektedir. Bu bildirimi alan kurum yöneticisi olayı acil olarak değerlendirerek hizmetten çekilme talebinin uygunluğunu kontrol ederek bu konu hakkında gecikmeden karar vermesi gerekmektedir. Kurum yöneticisi, hizmetten çekilme talebinin uygunluğuna kararı ile hastanın sağlık hizmeti almasına ve tedavisinin devamına yönelik tedbirleri güvenlik tedbirleri ile birlikte alacaktır. İlgili

hastanın tedavisini devam ettirecek yeni sağlık çalışanı belirlenerek, sağlık tesisinde bunun mümkün olmaması halinde başka bir sağlık tesisine tedavisinin aksamaması için sevk edebilecektir.

şiddete uğrayan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları takibi için Bakanlık Beyaz Kod Birimi kurulmuş ve 24 saat hizmet verecek olan 113 nolu telefon ve www.beyazkod.saglik.gov.tr internet sayfasına yöneticiler tarafından bildirilmesi ve eř zamanlı olarak ise ilgili kurumun hukuk birimine ve adli mercilere bildirilecektir. Kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarında gerçekleşen şiddet olaylarında bu süreçler işleyecektir. Sağlık alışanı bizzat kendisi 113 nolu telefona doğrudan bildirim yapabilmektedir. Yöneticiler şiddet olayını bakanlığın ilgili sitesindeki Beyaz Kod Bildirim Formunu doldurarak bu süreci başlatacaktır.

“Bildirim zerine Bakanlık Beyaz Kod Birimi, yöneticilere ve/veya ilgili personele hukuki süreçle ilgili rehberlik yapacak, olayın adli makamlara intikal ettirilip ettirilmediğini araştıracak ve şayet ettirilmemiş ise olayı derhal adli makamlara bildirecektir. Ayrıca şiddet olayının gerçekleştiği sağlık kurumunun hukuk birimine olayın bildirildiğini tespit ederek olayın takibini temin edecektir. Hukuk birimleri, işlenen suçtan mağdur olan Bakanlık personeline veya vefatı halinde kanuni mirasçılarına bir avukatın hukuki yardımını isteyip istemediğini soracak ve talep etmeleri halinde Bakanlık avukatlarınca ilgili personele 28/04/2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik çerçevesinde hukuki yardım yapılacaktır.”¹

Manisa ilinde yaşanabilecek **BEYAZ KOD** vakaları için sağlık tesislerinde sağlık çalışanlarından ekipler oluşturulmuştur. Bu amaçla beyaz kod uygulamasında yasal süreç için gerekli olan hukuki yardım için bir avukat görevlendirilmiştir. Beyaz kod ekibinde alışanlar; Uzman hekim, hekim, sağlık hukuk uzmanı, psikolog, YSH ve diğerdir. Hukuksal süreç ve yargı süreci sonunda hapis cezası, para cezası, ruh sağlığı hastanesinde tedavi ve takip, denetimli serbestlik ve yoksunluk gibi kısıtlamalar ile bu süreç sonlanmaktadır.

¹ TCSB, “alışan Güvenliği Genelgesi”, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15642/calisan-guvenligi-genelgesi.html>(11.10.2014)

SONUÇ

İnsan yaşamının olağan akışı içerisinde insan yaşamını olumsuz etkileyen bir çok riskler bulunduğu gibi, insanların genel sağlık düzeyleri, hastalıkları iyileştirme, sakatlıklarda onların eski olağan yaşam akışına adaptasyonunda önemli bir misyon üstlenmiş olan sağlık tesislerinde de bir çok riskler bulunmaktadır. İnsan sağlığında bu denli önemli olan sağlık tesislerinde olası ya da oluşabilecek risklerin önceden tespit edilmesi, gerçekleşmesi durumunda nasıl bir yol izleneceği ve bu süreci risk yönetimi kapsamında nasıl sağlanması gerektiği son derece önemlidir. Bu amaç kapsamında, sağlık tesislerinde oluşabilecek acil durumları yönetmek için gerekli olan araçlar, prosedürler ve uyarıcı sistemler geliştirilmiştir. Dünyada ve Türkiye’de bu amaçla en yaygın kullanıma sahip olan renkli kodlar belirlenmiş ve belirlenmiş olan acil durumlara göre; sağlık tesislerinde çalışanları haberdar etmek, risk durumunda iletişime olanak sunmak, kısa ve net mesaj iletimi, panik oluşumuna engel olmak, acil durumlarda hazırlık olmayı mümkün kılmak, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaktır.

Türkiye’de hizmet kalite standartları kapsamında üç farklı renkli kod uygulaması başlatılmıştır. Bu kodlar mavi kod (2222), pembe kod (3333) ve beyaz kod (1111) uygulaması başlatılmıştır. **Mavi kod;** tüm dünyada aynı acil durum için aynı rengin kullanıldığı tek renkli koddur. Acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyan hastalar, hasta yakınları ve tüm hastane personeline en kısa sürede müdahale edilmesini sağlayan acil durum yönetim aracıdır. **Pembe kod;** hastanede servislerde tedavi için bulunan bebek veya çocuk hastayı kaçırma girişiminin veya kaçırma durumunun tespit edilmesi halinde uygulanan acil durum yönetim aracıdır. **Beyaz kod** ise hastanelerde çalışanlara yönelik şiddeti önlemeyi amaçlayan acil durum yönetim aracıdır.

Sağlık tesislerinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet artış eğilimindedir. Diğer sektörlere göre sağlık tesislerinde çalışanların şiddete uğrama yönünden daha riskli olduğu ve diğer işyerlerinde şiddete uğrama yönünden çok daha riskli olduğu ulusal ya da uluslararası çalışmalarla belirtilmiştir. Sözel şiddet sıklığı fiziksel şiddet sıklığından daha fazladır. İnsan yaşamı ve sağlığı için var olan sağlık tesisleri ve

buralarda görev yapan çalışanların şiddete uğraması birbiri içerisindeki tezatlığı gözler önüne sermektedir. Sağlık tesislerinin doğal yapısı ve sağlık tesislerinde hastaların şifa beklentisi, yaşanan ağır travmalar, doğum ve ölümün aynı zaman diliminde farklı bölümlerde gerçekleşmesi, bir bölümde sevinç yaşanmasına başka bir bölümde ise yasın yaşanması sağlık tesislerinde olağan durumlardır. Şiddet olgusunun bu alanlarda meydana gelmesi sağlık çalışanları ve hastalar içinde ciddi sorunlara yol açmaktadır. Hasta yakınlarının farklı nedenlerle gecikme, hastasının durumunu kabullenmemesi saldırganlaşma eğiliminin görülmesine yol açmaktadır.

Sağlık tesislerinde şiddet ve şiddet riski, çalışanların işten memnuniyetsizliklerini ve sağlık tesislerinin yapısını olumsuz yönde etkileyen önemli bir etkiye sahiptir. Sağlık çalışanlarının sürekli şiddete maruz kalma olasılığının bulunması çalışanların verdiği hizmetin kalitesini direk etkilemekte ve özellikle bakım kalitesinde ciddi sıkıntılara neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarına şiddet eğilimi, maruz kalma sıklıkları, şiddetin boyutları sözel şiddet, fiziksel şiddet, psikososyal şiddet olarak belirtilmektedir. Fiziksel şiddet; çarpma, vurma, yaralama hatta öldürmedir. Psikolojik şiddet; taciz, rahatsız etme, kaba saba ya da küfür etme, kötü davranışların kasıtlı olarak yapılmasıdır. Psikolojik şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarında kalıcı etkiler bırakabilmektedir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, hasta, hasta yakınları, mesai arkadaşları, ziyaretçiler gibi çeşitli kaynaklardan olabilmektedir. Şiddet eğilimi hasta yakınlarının hastalarının bir an önce bakılmasını istemesi, her şeyin bırakılıp tüm personelin ekip ve ekipmanların onun tedavisine yönelmesi isteği, hastalarının diğer hastalardan daha acil durumda olduğunu düşünmeleri, eşit ve adil davranılmadığını düşünmeleridir.

2011 yılında hayat bulan Beyaz Kod uygulaması ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarında geçmişe yönelik sadece yaralanma gibi ciddi olanların şiddet olarak algılanması ve bunun dışında kalan sözel şiddet ya da daha hafif olanların ise kayda alınmadığı bu konuda Türk geleneksel anlayışının devreye girerek arayış bulma gibi yöntemlerle geçiştirildiği bilinmektedir. Temel amacı insan yaşamı ve sağlığına kavuşması için çaba sarf etmek olan sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet sonrası anksiyete, huzursuzluk, yıkım, depresyon psikolojik etkiler çaresizlik,

morarma, ağrı, işitme kaybı, şişlik, burkulma, hayati fonksiyonların deformasyonu gibi fiziksel etkiler görülmektedir.

2013 Manisa ili Kamu Hastaneleri Sekreterliğine bağlı sağlık tesislerinde görevli hemşire ve ebe sayıları yine hekimlerdeki dağılım oranlarına yakın olup, planlanan personel dağılımlarının dolu olduğu, nakillerden dolayı bazen küçük boşlukların olduğu söylenebilir. Manisa il sınırlarında aktif olarak görev yapan uzman doktor sayısı 605 kadro sayısı 634'tür. Pratisyen hekim dağılımı ise aktif görev yapan 137 tahsis edilen kadro sayısı ise 147'dir. 2013 yılı hemşire sayısı dağılımları ise kadro sayısı 1569, aktif görev yapanlar ise 1529'dur. 2013 yılı ebe sayısı dağılımları ise kadro sayısı 586, aktif görev yapanlar ise 575'tir. 2013 Manisa ili Kamu Hastaneleri Sekreterliğine bağlı sağlık tesislerinde görevli hemşire ve ebe sayıları yine hekimlerdeki dağılım oranlarına yakın olup, planlanan personel dağılımlarının dolu olduğu, nakillerden dolayı bazen küçük boşlukların olduğu söylenebilir.

2013 Manisa ili Kamu Hastaneleri Sekreterliğine bağlı sağlık tesislerinde toplam kullanılan yatak sayısı 2951, nitelikli yatak sayısı 1126 ve tescilli toplam yatak sayısı ise 3010'dur (Tablo 19).

2013 Manisa ili Kamu Hastaneleri Sekreterliğine bağlı sağlık tesislerinde toplam ayaktan muayene sayısı 5.406.479, acil muayene sayısı 1.532.715 ve dış muayene sayısı 137.056 olarak gerçekleşmiştir. Sağlık tesislerinde ayaktan ve acil olarak muayene olan hasta bilgilerinde Manisa merkezdeki sağlık tesisleri, nüfus oranı fazla ilçelerdeki sağlık tesislerinde hem ayaktan tedavi olan hem de acilde muayene olan hasta sayısının fazla olduğu görülmektedir (Tablo 20). 2013 Manisa ili Kamu Hastaneleri Sekreterliğine bağlı sağlık tesislerinden ağız ve diş sağlığı hizmetleri yönünden bakıldığında 2011 yılından 2013 yılına kadar talep oranında bir artış görülmektedir (Tablo 24).

Manisa İl Geneli Beyaz Kod Başvuru Sayısı 2013 88'dir (Tablo 33). Adli yargıya intikal ettirilen şiddet olayları vakalarında toplam 55 dava ve devam eden dava bulunmaktadır. Sonuçlanan davalarda ise hukuki sürecin sonucu çıkan kararlar ise; hapis cezası, para cezası, ruh sağlığı hastanesinde tedavi ve takip, denetimli

serbestlik, yoksunluk olarak sonuçlanmıştır. Şiddet olaylarının gerçekleştiği birimler değerlendirildiğinde en fazla şiddet olayları kalabalık ve yoğunluğun yaşandığı poliklinikler, ikinci olarak acil servislerdir. olarak gerçekleşmiştir. Grafik 2’de görüldüğü gibi hasta ve hasta yakınlarının yoğun olduğu poliklinik ve acil servislerde daha çok güvenlik tedbirleri alınması gerekmektedir. Şiddet olaylarında etkili personel yoksunluğu görülmektedir. Ana arterlerde ve hasta trafiğinin yoğun yaşandığı kamu ya da özel hastanelerinde şiddet olaylarında etkili yönetim ve müdahale edecek personel eksikliği hissedilmektedir.

Grafikte de görüldüğü gibi şiddet eğiliminde okuma yazma bilmesi, temel eğitim alması, ya da orta öğretimi tamamlamış olanların şiddete eğilimi daha yüksek, yükseköğrenim görmüş bireylerin sayısal azlığı şiddete olan eğilimin yüksek eğitim almış bireylerde daha düşük olduğu söylenebilmektedir.

Manisa ili Kamu Hastaneleri Sekreterliğinden alınan 2013 verilerinin derlenip değerlendirilmesi neticesinde meydana gelen 65 beyaz kod vakasının Şiddet olaylarının gerçekleştiği birimler değerlendirildiğinde %43 ile poliklinikler, %34 ile acil servisler ve %18 ile de servislerde meydana geldiği görülmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının yoğun olduğu poliklinik ve acil servislerde güvenlik tedbirlerinin daha üst seviyede tutularak bu yönde gerekli tedbirlerin alınması gerektiği görülmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının bu servislerin işleyişi hakkında yeterli derecede bilgilendirme görevli personeller tarafından yapılmalıdır. Polikliniklerdeki bekleme yerlerinin ergonomisi, iklimlendirmesi yoğunlukta dikkate alınarak yeniden düzenlenmesi şiddetin önlenmesinde etkili olacağı düşünülmektedir (Grafik 2).

Sağlık tesislerinde şiddete maruz kalan sağlık çalışanları olarak değerlendirildiğinde en fazla şiddete maruz kalan %43 hekimler, %20 ile hemşireler ve %18,4 ile diş hekimlerinin olduğu görülmektedir. Hastalara yoğun olarak hizmet verilen acil servisler ve polikliniklerde şiddet olaylarının bildirimleri konusunda hekimlerin daha duyarlı olması, hemşirelerin ise fiziksel şiddete uğramadıkları müddetçe bildirimde bulunmadıkları mesleki deneyimlerle gözlenmektedir (Grafik 3).

Hasta ve hasta yakınlarının yoğun olduğu saatlerde şiddetin oluş zaman dilimi değerlendirildiğinde, polikliniklerde sıra bekleyen hastaların mesai bitim saatlerinde kendisine bakılmayacağı endişesi ile tedirginlik ve sinirlilik hallerinin arttığı (11:30, 15:30) arası şiddet eğilimi artmaktadır (Grafik 4).

Manisa ili Kamu Hastaneleri Sekreterliğinden alınan 2013 verilerine göre beyaz kod vakasına daha çok %60'nın erkek sağlık çalışanlarının maruz kaldığı, %40 ise kadın sağlık çalışanlarının maruz kaldığı görülmektedir. Toplumsal faktörlerin etkisi ile bayan sağlık çalışanlarına yönelik vaka sayısının erkeklerden biraz az olduğu görülmüştür (Grafik 5).

Sağlık tesislerinde sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet türü değerlendirildiğinde; %70'inin sözel şiddete maruz kaldığı, %20'sinin ise fiziksel ve sözel şiddete maruz kaldığı, %6,1'nin sadece fiziksel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Sağlık tesislerinde şifa beklentisi ile gelen hastaların, hastalıkları ile ilgili kendisine direkt olarak ilgi alaka gösterilme beklentisi, acısının bir an önce dindirilmesi beklentisi ve sabırsızlığı, diğer hastalarında aynı beklenti ile sağlık tesislerinde bulunduğunu dikkate almaması ve özellikle hasta yakınlarının bu konudaki sabırsızlıkları saldırgan tavırlar göstermelerine neden olmaktadır (Grafik 6).

Sağlık tesislerinde şiddet uygulayan bireylerin dağılımı incelendiğinde %58,4'ünün hastanın kendisi tarafından, %38,4'ünün hasta yakını olduğu görülmektedir. Hastanın sağlık tesisine geldiği an itibari ile kendisinin tedavi edilme isteği, kendisine öncelik tanınması gerektiğini düşünmesi, ağrı ile başedememesi, acil servislere başvuran hastaların hastalıklarının gerçekte aciliyet göstermemesi ve özellikle hasta haklarını kendi menfaatleri yönünde düşünmeleri, acil servislerin öncelikle yaşamsal faaliyetlerin sekte uğradığı anlarda gerekliliğini hiçe saymaları hastaların şiddete olan eğilimlerini hasta yakınlarından daha fazla olması bununla ilişkilendirilebilir (Grafik 7).

Sağlık tesislerinde şiddet uygulayanların mesleklerine göre değerlendirildiğinde; %52,3'ünü çalışanlar %12'sinin işsiz güçsüzler, %12'sinin ev hanımı, %5'nin akıl hastası %8'nin emekliler olduğu görülmektedir. Çalışanların şiddete olan eğilimlerinin yüksek olmasının nedeni; zaman kısıtlılığının olması, işyerlerinden izin alamamaları, tekrar izin alıp gelme zorunluluğunun olacağı düşüncesi ile ilişkilendirilebilir. Akıl hastalarının ve sağlık problemlerinin orta yaş ve genç bireylere göre daha fazla olması, özellikle yaşlı emeklilerin kendilerine ilgili alaka gösterilmesini düşünmeleri şiddet eğilimi gözlenmektedir (Grafik 8).

Sağlık tesislerinde şiddeti uygulayanın cinsiyet dağılımları incelendiğinde; %81,5'nin erkek, %18,5'nin ise kadınlar oluşturmaktadır. Erkeklerin doğası ve toplumdaki üstlendikleri rol itibari ile kadınlara göre daha baskıcı, korumacı ve saldırgan davranışlar sergileyebildiği grafikten de görülmektedir (Grafik 9).

Şiddet uygulayanın eğitim durumlarına göre değerlendirildiğinde; %41,5'nin lise mezunu, %29,2'sinin ilkokul mezunu, % 10'unun ortaokul mezunu, %14'unun lisansüstü mezunu ve %5'nin ise hiçbir eğitim almadığı görülmektedir. Lise mezunlarının çoğunluğu oluşturması gelecek kaygısı, yüksek eğitimi tamamlamamış olması bu nedenle yüksek öğrenim yapanların sahip olduğu yaşam standardının altında kalması, ekonomik koşulların yetersizliği gibi etkenler bununla ilişkilendirilebilir. Yüksek okul mezunu bireylerin şiddet eğiliminin daha az olması, olaylara daha geniş bir açıdan bakması, öfke kontrolünü sağlaması ile ilgili olduğu düşünülmektedir (Grafik 10).

Sağlık tesislerinde şiddet olayının oluş nedeni değerlendirildiğinde; %28 ile sıra bekleme, %18,5 ile gereksiz ilaç yazılması istemi, çalışanların gereksiz rapor istemi gibi nedenlerle muayene sonucuna itiraz etmeleri, %11'nin acil servislere başvuran alkollü bireylerin tedaviyi reddetmesi, %6,1'nin yeterince ilgi göstermediği düşüncesi, %6,1'nin akıl hastası olup taburcu olma isteği gerçekleştiği görülmektedir. Sağlık tesislerinde yüzdelerle belirtilen nedenlerden hastaların anlayış, sırasına riayet etmeme, sadece kendisinin hasta ve şifa beklentisi düşünceleri, sosyoekonomik ve sosyo demografik koşulları ile ilişkilendirilebilir (Grafik 11).

Sağlık tesislerinde şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının %85'nin hukuki yardım talep ettiği, %15'inin ise hukuki yardım talep etmediği ya da vazgeçtiği ifade edilebilir. Sağlık çalışanlarının özellikle nöbet sonrası yorgun olması bir an önce dinlenme isteği yasal prosedürlerin sıkıcı ve uzun bir zaman dilimini alması %15 lik grubu oluşturan sağlık çalışanlarının hukuki yardım talep etmemesi bununla ilişkilendirilebilir. Ayrıca sözel şiddete maruz kalan sağlık çalışanları hasta ve hasta yakınlarının kendilerinden özür dilemesi, uzlaşma yoluna gidilmesi ile ilişkilendirilebilir (Grafik 12).

Sağlık hizmet sunumunda sağlık çalışanını sunanların güvenliği ve sağlığını tehdit eden birçok riskler bulunmaktadır. Bu risklerin tespit edilmesi, gerçekleştiği durumlarda izlenecek yol ve risk yönetimini bilinmesi şiddetin daha az hasarlar bırakması yönünde ya da önlenmesinde önemli olmaktadır. Acil durumlarda ortaya çıkabilecek olası olayların uyarıcı sistemler geliştirilmiştir. Bu sistemler içerisinde renkli kod sistemi, sağlık tesisinde çalışanları haberdar etmek, iletişime olanak tanımak, doğru müdahale için zamanlama ve paniğin oluşumunu engellemek amaçındadır.

Bu amaçla şiddetle başa çıkma yöntemlerini bilmek, hastayı yakından gözlemek, hastayla yaklaşımlarda stresle baş etme yöntemlerini öğrenmek, etkili iletişim kurmak, hastanın bulunduğu durumun belirli bir süreci takip ederek çözülebileceğini ona açıklamak, hasta ile hasta yakının acil müdahale gerektiren durumlarda hastanın güvenliği için temasını uygun yöntemle kesmek, hasta yakınlarına yeterli ve anlaşılır bilgiyi mümkün olduğunca düzenli vermektir. Sağlık tesisleri yönetiminin şiddetin önlenmesi, hasta ve yakınlarının bekleme alanlarının ergonomisi, iklimlendirilmesinin ulusal ya da uluslararası standartlara göre yeniden düzenlenmesi, hasta bilgilendirme ve yönlendirme görevinde bulunanların asli görevi olan hastaların gereksinim duyduğu bilgi ihtiyacı ve onları yönlendirilmesi konusunda kendi görevlerini yapmalarıdır.

Şiddeti önleme, tedbir alma ortaya çıktığında ise müdahale edecek güvenlik birimlerinin özellikle şiddet önleme eğitimleri ve tatbikatların yapılması buna imkan tanınması, 24 saat güvenlik sağlanması, kayıt altına alınması, güvenli kapılar, güvenlik kamera ve sistemleri, metal detektör ve kontrol noktaları, koruyucu akrilik

pencere, panik alarmlarının olması, mevcut ise periyodik kontrollerinin yapılarak çalışır durumda olmasının sağlanması gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının yoğun iş temposunda özellikle mümkün olan saatlerde kısa süreler içinde dinlenebileceği özel alanların oluşturulması, bu alanların, iklimlendirmesinin oluşturulması, sıcak, soğuk içeceklerin olması, dinlenme yerlerinin ergonomisi sağlanmasıdır. Sağlık çalışanların hizmet içi eğitimler, seminerle stresle başaetme, öfke kontrolü ve empati, şiddet yönetimi konusundaki eğitimlere sağlık tesisi yöneticileri önem vermelidir.

KAYNAKÇA

Kitaplar

- Akbulut, G., Asistan El Kitabı, İzmir Kuzey Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, İzmir, 2014;
<http://tepecikeah.saglik.gov.tr/userfiles/files/Yeni%C5%9Fehir%20Kamp%C3%BCs%20%20Asistan%20El%20Kitab%C4%B1%202014%20kopya.pdf#page=178> (21.12.2014)
- Akdağ, R., Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Ankara, 2008
- Alberta Health Services (AHS), Code White: Emergency Response Code and Emergency / Disaster Management, Kanada, 2014;
http://extcontent.covenanthealth.ca/Policies/Code_White_final_Grey_Nuns_April_2014.pdf (15.12.2014)
- Amato, Z., Sağlık Kuruluşlarında Olağanüstü Durumlarda Hazırlık 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu- Bildiriler, (Ed. M. Doğan-Ö. Harmancıoğlu), İzmir, 1995
- Belek, İ., Sağlıkta Dönüşüm, İstanbul, 2012
- Chappell, D. - Di Martino, V., Violence at Work (3rd Edition), International Labour Office, Geneva, 2006
- Deryal, Y., Sağlık Hukuku Problemleri, Ankara, 2012
- Dubois, A. - McKee, M., Health and Health Care In The Candidate Countries To The European Union: Common challenges, different circumstances, diverse policies, Health Policy and European Union Enlargement, (Eds. M. McKee- L.Maclehose- E. Nolte), European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Pres, Berkshire, 2004
- Illich, I., Sağlıkın Gaspsı, (Çev. S. Sertabiboğlu), İstanbul, 1995
- İlerigelen, B., Acil Hekimlik Sempozyumu, İstanbul, Acil Hekimlik Sempozyumu 16 -17 Ekim 1997
- Kaplan, M., Geleneksel Tıbbın Yeniden Üretim Sürecinde Kadın, Ankara Kent Örneğinde Kuşaklar Arası Çalışma, Ankara, 2010

- Kavuncubaşı, Ş., Hastane Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000
- Kurtulmuş, S., Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, İstanbul, 1998
- Lister, J., Sağlık Politikası Reformu: Yanlış Yolda mı Gidiyoruz?, İstanbul, 2008
- Liu, X. – Hotchkiss, D.R. – Bose, S. – Bitran, R. – Giedion, U., Contracting for Primary Health Services: Evidence on Its Effects and a Framework for Evaluation, The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc, Geneva, 2004
- Mollahaliloğlu, S. – Kosdak, M. – Taşkaya, S., Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması, (Ed. R. Akdağ), Ankara, 2010
- Odabaşı, Y., ‘Sağlık Hizmetleri Pazarlaması’, Eskişehir, 1994
- Özbay, H. – Erişti, H.E. – Öncül, H.G. ve diğ., Sağlık Hizmetleri Sistemi: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye’de Sağlığa Bakış, Ankara, 2007
- Özkul, B. - Karaman, A. E., Doğal Afetler İçin Risk Yönetimi, TMMOB Afet Sempozyumu, Bildiriler Kitabı, Ankara, 2007; <http://www.e-kutuphane.imo.org.tr/pdf/3906.pdf>(14.12.2014)
- Öztürk, M., Çağdaş Hastane Yöneticiliği Sorunlar ve Yaklaşımlar, İstanbul, 2000
- Planning for Emergencies-Health Care Facilities, AS 4083 Australian Standard, Published By Standards Australia (Standards Association of Australia) The Crescent, Homebush, Nsw Australia, 1997
- Richards, J., ILO/ICN/WHO/PSI Workplace Violence in the Health Sector: Management of Workplace Violence Victims, ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme Working Paper, Geneva, 2003
- Soyer, A., Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Darbeden AK Partiye Sağlığın Öyküsü, İstanbul, 2004
- Tengilimoğlu, D. – Işık, O. - Akbolat, M., ‘Sağlık Hizmetleri Yönetimi’, Ankara, 2014
- World Health Organization (WHO), Preventing Intimate Partner and Sexual Violence Against Women: Taking Action and Generating Evidence, WHO Press, Geneva, 2010

Yıldırım, H.H. – Yıldırım, T., Türkiye Sağlık Reformları ve Politikaları: Politika Analizi Çerçevesinde Bir Değerlendirme İçinde Kamu Politikası: Kuram ve Uygulama, (Ed. M. Yıldız – M.Z. Sobacı), Ankara, 2013

Sürelî Yayınlar

Akdur, R.,” Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi, S. 17, Ankara, 2003

Ağırbaş, İ. – Akbulut, Y. – Önder, Ö.R., “Atatürk Dönemi Sağlık Politikası”, Ankara Üniversitesi, Türk İnkılâp Tarihi Enstitüsü, Atatürk Yolu Dergisi S.48, Ankara, 2011

Aiken, L.H. – Clarke, S.P. – Sloane, D.M. -J.A.- Sochalski, B. ve diğ., “Nurses Reports On Hospital Care In Five Countries”, Health Affairs, C.20, S.2, ABD, 2001

Akca, N. – Yılmaz, A ve Işık, O., “Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Özel Bir Tıp Merkezi Örneği”, Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, C.13, S.1, Ankara, 2014

Akın, M., “Aile İçi Şiddet”, İÜ, Hukuk Fakültesi Mecmuası C.71, S.1, İstanbul, 2013

AlAboud, M. D. – AlAboud, M. K., “Hospital Emergency Codes. An appraisal”, Saudi Medicine Journal, Volume 31, Issue, 12, Suudi Arabistan, 2010

Atan, S.Ü. – Dönmez, S., “Hemşirelere Karşı İşyeri Şiddeti”, Adli Tıp Dergisi, C.25, S.1, Ankara, 2011

Aytar, G. – Yeşildal, N., “Yatan Hasta Memnuniyeti”, Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, S.3, Düzce, 2004

Beaglehole, R - Dal Poz, M.R., “Public health workforce: challenges and policy issues.” Human Resources for Health, C.1, S.4. 2003;<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/4>, (11.11.2014)

Beşer, A., “Sağlık Çalışanlarının Riskleri” Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi (DEUHYO ED) C.5, S.1, İzmir, 2012; <http://www.deuhyoedergi.org> (16.12.2014)

- Clever, L.H., “Who Is Sicker: Patients or Residents? Residents Distress and the Care of Patients”, *Annals of Internal Medicine*, C.136, S.5, İsviçre, 2002
- Çam, O. – Akgün, E. – Gümüş, A.B., Bilge, A. – Keskin, G.Ü., “Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Klinik Ortamlarını Değerlendirmeleri ile İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, S.6, Sivas, 2005
- Çöl, S.Ö., “İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma”, *Çalışma ve Toplum*, C.11, S.4, İstanbul, 2008
- Çubukçu, Z. – Dönmez, A., “İlköğretim Okul Yöneticilerinin Şiddet Türlerine Yönelik Görüşleri ve Şiddetle Başa Çıkma Yöntemleri”, *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, C.18, S.1, İstanbul, 2012
- Dubois, C.A. – McKee, M. - Nolte, E., “Human Resources For Health in Europe”, England, 2006
- Ekşi, A. – Yıldırım, G.Ö., “Avrupa Birliği Uyum Sürecinde Tek Numaralı Acil Çağrı Sistemi Uygulamasına Ambulans Personelinin Bakışı”, *Uluslararası Sosyal Araştırma Dergisi*, C.7 S.31, Ordu, 2014
- Erdem, R., “Örgüt Kültürü Tipleri ile Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişki: Elazığ İl Merkezindeki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, İİBFD*, C.2, S.2, Eskişehir, 2007
- Ergin, C., “Bir İş Doyumu Ölçümü Olarak İş Betimlemesi Ölçeği: Uyarlama, Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması”, *Türk Psikoloji Dergisi*, C.12, S.39, Ankara, 1997
- Gökçe, T. – DüNDAR, C., “Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi”, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* C.51, S.1, Malatya, 2008
- Gracia, E., “Intimate partner violence against women and victim-blaming attitudes among Europeans”, *Bulletin of World Health Organization* S.92, Switzerland, 2014

- Harcar, T., “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”, Pazarlama Dünyası Dergisi, C.5, S.25, İstanbul, 1991
- Hongoro, C. – McPake, B., “How to Bridge The Gap In Human Resources For Health”, Lancet, S.364, UK, 2004
- İlhan, M.N. – Çakır, M. – Tunca, M.Z. ve diğ., “Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar”, Gazi Tıp Dergisi, C.24, S.1, Ankara, 2013
- Kadıoğlu, M., “Sel, Heyelan ve Çığ için Risk Yönetimi”, İTÜ, Afet Yönetim Merkezi, İstanbul, 2008;
<http://www.imo.org.tr/resimler/ekutuphane/pdf/3941.pdf>(11.09.2014)
- Kahriman, İ., “Hemşirelerin Sözel ve Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi”, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, C.5, S.2, İstanbul, 2014
- Karacan, E.– Erdoğan, Ö.N., “İşçi Sağlığı ve İş Güvenliğine İnsan Kaynakları Yönetimi Fonksiyonlar Açısından Çözümsel Bir Yaklaşım”, KÜ, SBED, C.21, S.1, Kocaeli, 2011
- Kaya, H., “Küresel Sağlık Geliştirmede Hemşirelik Eğitimi”, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, C.7, S.1, İstanbul, 2010
- Kılıç, A., “Hastanelerde Yangın Önlemleri ve Hasta Tahliyesi”, Yangın ve Güvenlik Dergisi, S.127, İstanbul, 2010
- Kılıç, M. – Tunç, İ., “İnsan Kaynakları Planlaması Açısından Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde Çalışan Hekimlerin Sorunları ve Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C. 7, S.1, Ankara, 2004
- Lefebvre, A., “The Future of European Health Policy”, Eurohealth, Volume 4, Number 5, Winter : 12, 1998
- Özdemir, Y.G., Özdemir, A.M., “Medya ve Sağlık: Patolojik Bir İlişki?”. Ankara: Toplum ve Hekim. C.21, S.1, Ankara, 2006
- Özer, M. – Bakır, B., “Sağlık Personelinin Motivasyonu İlgili Etmenlerin Belirlenmesi”, Gülhane Tıp Dergisi, C.45, S.2, Ankara, 2003

- Öztürk, A., “İktidar Olarak Tıpçı Gelenek: Tıbbın Erk Tarihi”, Toplum ve Hekim, C.21, S.1, Ankara, 2006
- Öztürk, Y., “Acil Servise Başvuran Olguların Aciliyet Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi”, Tıp Araştırmaları Dergisi C.12 S.1, Van, 2014
- Savaş, S.-Karahan, Ö.-Saka, R.Ö., “Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm”, (Derleyen S. Thomson- E.Mossialos) C.4, S.4. Kopenhag, 2002
- Soyer, A., “1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?”, Toplum ve Hekim Dergisi, C.15, S.4, Ankara, 2000
- Soysal, M. – Kenanoğlu, G.T. – Emre, A. - Hameşoğlu, S., “Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı,” S.486, Ankara, 1993
- Sucu, G. – Cebeci, F. – Karazeybek, E., “Acil Servisteki Kritik Hasta Yakınlarının Gereksinimleri ve Karşılama Durumu”, Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi, C.15, S.5, İstanbul, 2009
- Şahin, T.K. – Bakıcı, H. – Bilban, S. – Dinçer, Ş. ve diğ., “Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Araştırılması”, Genel Tıp Dergisi, C.15, S.4, Konya, 2005
- Şencan, İ. –Demir, M. – Güler, H. ve diğ., “SKS Işığında Sağlıkta Kalite”, (Ed. N. Tosun-İ. Demirtaş-İ.Şencan), C.1, Ankara, 2012; http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/09_temmuz_2012/cilt1sks.pdf(18.11.2014)
- Tağraf, H. – Arslan, N.T., “Kriz Oluşum Süreci ve Kriz Yönetiminde Proaktif Yaklaşım”, Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, C.4, S.1, 2003
- Temür, Y. - Bakıcı, F., “Türkiye’de Sağlık Kurumlarının Performans Analizi: Bir VZA Uygulaması”, SBED, C.10, S.3, Afyonkarahisar, 2008
- Toker, F., “Sağlık Hizmetleri Yönetimini Diğer Yönetimlerden Ayıran Temel Özellikler, Modern Hastane Yönetimi”, C.3, S.6, İstanbul, 1999

Türk Tabibler Birliği (TTB), “Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri Toplum ve Hekim Dergisi”, S.3, Ankara, 2008

Ulaş, H., “Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de Psikiyatrik Hizmetler”, Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, C.11, S.2, Ankara, 2008

Yaylalı, M. – Kaynak, S. – Karaca, Z., “Sağlık Hizmetleri Talebi: Erzurum İlinde Bir Araştırma”, Ege Akademik Bakış Dergisi, C.12, S.4, İzmir, 2012

Tezler

Eracar, R., Avrupa Birliği Uyum Sürecinde Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Değerlendirilmesi: Ankara İli Özel İki Hastane Uygulaması, YYLT, Ankara, 2013

İstanbul, İ.T., Avrupa Birliği’ne Uyum Sürecinde Türkiye’de Uygulanan Sağlık Politikalarının Kamu Hastanelerine Yansımaları, Beykent Üniversitesi, SBE, YYLT, İstanbul, 2009

Kaygın, G.E., Hastanelerde Personelin İşle ilgili Tutumları Personel Devri: Ankara ili Örneği, HÜ, SBE, YDT, Ankara, 1994

Ocakçıoğlu, A.B., Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Refaha Katkısı ve Genel Sağlık Sigortası, Maliye Araştırma Merkezi Konferansları S.35, İstanbul, 2012

Olgun, H., Afet Kaynaklı Krizlerin Yönetimi: 1999 Sonrası İstanbul Büyükşehir Belediyesi Örneği, Dumlupınar Üniversitesi, SBE, YLT, Kütahya, 2006

Özkan, A., Hasta Güvenliği Önlemlerinin Perinatal Kliniklere Uyarlanması ve Rehberlerinin Geliştirilmesi, MÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü (SABE), YDT, İstanbul, 2012

Özşahin, A., Hastanede Acil Servis Organizasyonu, 2014; <http://www.merih.net/m1/wayhozs22.htm>, (15.11.2014)

Pala, K., “Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?,” Bursa, 2007; <http://www.sgb.gov.tr/Politika%20Analizi//AileHekimli%C4%9Fi/Kaynak/Makaleler/T%C3%BCrkiye%20%C4%B0cin%20Nasil%20Bir%20Sağlık%20Reformu.pdf>(10.09.2014)

Sağır, T., İşletmelerde Motivasyon Uygulamaları, Marmara Üniversitesi (MÜ), SBE, YYLT, İstanbul, 2004

Sezgin, D., Sağlık İletişimi Paradigmaları ve Türkiye: Medyada Sağlık Haberlerin Analizi, Ankara Üniversitesi, SBE, YDT, Ankara. 2010

Yurteri, B., Sağlık Sektörü Boyutuyla Avrupa Birliği Genişleme Sürecinde Türkiye’de Sendikal Hakların Gelişimi, Beykent Üniversitesi, SBE, YYLT, İstanbul, 2013

İnternet Kaynakları

Bakanlar Kurulu, “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”, Kanun Hükmünde Kararname (KHK), Karar S. 663, RG, S. 28103, 2 Kasım 2011, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>(17.10.2014)

European Commission, The Health Status of The European Union - Narrowing The Health Gap, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2003

Hastane Acil Kod Sistemleri (HKS),
http://tr.wikipedia.org/wiki/Hastane_Acil_Kod_Sistemleri, (13.12.2014)

Hospital Emergency Code, http://en.wikipedia.org/wiki/Hospital_emergency_codes, (11.10.2014)

Hospitals Emergency Codes,
http://en.wikipedia.org/wiki/Hospital_emergency_codes, (11.10.2014)

Sağlık Bakanlığı, “Renkli Kodlar (Mavi-Beyaz-Pembe) Uygulama Prosedürü,” Ankara, 2013;
<http://kalite.kadirlidh.saglik.gov.tr/dosyalar/dokumanlar/yon.pr.09.pdf>
(23.12.2014)

Sağlık Bakanlığı, “Sağlıkta Ulusal Renkli Kodlara (URK) İlişkin Yeni Düzenleme”, Ankara, 2011; www.kalite.saglik.gov.tr, (13.12.2014)

- Sağlıkta Ulusal Renkli Kodlara (URK) İlişkin Yeni Düzenleme,
http://mavikod.net/pembe_kod_nedir.asp (13.12.2014)
- TBMM, “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu”, Ankara, 2013;
<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss454.pdf>(19.12.2014)
- TC Manisa Valiliği, 2013 Yılı Türkiye ve Manisa Nüfus İstatistikleri,
http://www.manisa.gov.tr/default_B0.aspx?content=217, (23.11.2014)
- TCSB, “Çalışan Güvenliği Genelgesi”, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15642/calisan-guvenligi-genelgesi.html>(2014)
- TCSB, “Hasta Hakları Yönetmeliği”, RG, S. 23420, m.37, 01.08.1998
- TCSB, “Hasta Hakları Yönetmeliği”, RG, S. 23420, m.4, 201.08.1998
- TCSB, “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik”, RG, S.27897, 6 Nisan 2011
- TCSB, “Renkli Kodlar (Mavi-Beyaz-Pembe) Uygulama Prosedürü”, Ankara, 2013, s.3; <http://kalite.kadirlidh.saglik.gov.tr/dosyalar/dokumanlar/yon.pr.09.pdf> (13.11.2014)
- TCSB, “Sabotajlara Karşı Koruma Yönetmeliği”, RG, C.28, S. 20033, 28.12.1988
- TCSB, “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik”, Md.5, Ankara, 2012. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/04/20120428-3.htm>(17.12.2014)
- TCSB, “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ”, RG, S.27214, 29 Nisan 2009 (18.12.2014)
- TCSB, “Sağlıkta Ulusal Renkli Kodlara (URK) İlişkin Yeni Düzenleme”, www.kalite.saglik.gov.tr, (15.10.2014)
- TCSB, “Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi”, Ekiplerin Kuruluşu, Md. 126, Ankara, 2008

- TCSB, “Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi”, Ekiplerin Kuruluşu, Md. 11/b, Ankara, 2008
- TCSB, “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ”, Md.10, Ankara, 2009;
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-9405/yatakli-saglik-tesislerinde-acil-servis-hizmetlerinin-u-.html>(18.12.2014)
- Türk Tabipleri Birliği (TTB), Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri, Ankara, 2008;
http://www.ttb.org.tr/kutuphane/sc_meslek_riskleri.pdf(17.12.2014)
- Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu, Avrupa Sosyal Haklar Sözleşmesi, İtalya, 2007, s.391;
http://abmuzakere.bilgi.edu.tr/docs/avrupa_sosyal_sarti_metni.pdf(16.11.2014)
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS), www.turik.gov.tr, (22.11.2014)
- Wall, P., Hospital Emergency Codes, Hospital Association of Southern California, 2014; <http://www.hasc.org/hospital-emergency-codes>, (14.10.2014)
- World Health Organization (WHO). “World Health Report”, 2006; www.who.int (09.10.2014)
- “Bomba Nedir”, http://www.iem.gov.tr/iem/?menu_id=82, (22.10.2014)
-, hastane.gop.edu.tr/doc/mavipembebeyaz.ppt (23.09.2014)
-, http://www.iem.gov.tr/iem/?menu_id=82, bomba nedir, (21.10.2014)
-, http://tr.wikipedia.org/wiki/Hastane_Acil_Kod_Sistemleri, (16.11.2014)
-, <http://haber.sol.org.tr/kent-gundemleri/vanda-depremin-4-ayinda-kullanilabilir-hastane-sayisi-1-haberi-51944>, (10.09.2014)
-, http://www.memorial.com.tr/rehberler/saglik_rehberi/ani-kardiyak-olum-nedir/(20.11.2014)
-, <http://www.saglikpersonelininsesi.com/haber/7954/depremde-hayatini-kaybeden-saglik-personelleri-aciklandi.html>, (10.09.2014)

ÖZGEÇMİŞ

15 Temmuz 1975 tarihi, Malatya İli Hekimhan ilçesi doğumluyum. İlk, Orta ve Liseyi Malatya’da tamamladıktan sonra, 1994 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksek okulu Hemşirelik Bölümüne kayıt oldum. 1996 yılında bu bölümden mezun olduktan sonra, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde göreve başladım. 2001 yılı kasım ayına kadar burada çalıştıktan sonra kurumlar arası geçişle Sağlık Bakanlığı’na geçtim 2009 yıllı Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümüne kayıt olup 2011 yılında mezun oldum. 2012 yılında da, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalında Yüksek Lisans eğitime başladım. Halen Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinde Uzman olarak çalışıyorum. Yabancı dilim İngilizce olup, evli ve iki çocuk annesiyim.