

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNDE HASTA HAKLARI
BİRİMİNE YAPILAN BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ
(GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ HASTANESİ ÖRNEĞİ)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Serdar İŞERİ

İŞLETME ANABİLİM DALI

İŞLETME PROGRAMI

EYLÜL 2014

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNDE HASTA HAKLARI
BİRİMİNE YAPILAN BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ
(GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ HASTANESİ ÖRNEĞİ)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Serdar İŞERİ
1203813039**

İşletme Anabilim Dalı

İşletme Programı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN

Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün "1203813039" numaralı Yüksek Lisans Öğrencisi, "Serdar İŞERİ", ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Hasta Hakları Birimine Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi (Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hastanesi Örneği)" başlıklı tezini, aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN
Türk Hava Kurumu Üniversitesi



Jüri Üyeleri : Prof. Dr. Aliye MAVİLİ AKTAŞ
Selçuk Üniversitesi



Doç. Dr. H. Cenk SÖZEN
Başkent Üniversitesi



Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN
Türk Hava Kurumu Üniversitesi



Tez Savunma Tarihi: 29 Eylül 2014

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum, “Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Hasta Hakları Birimine Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi (Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hastanesi Örneği)”adlı çalışmamın, tarafımdan akademik etik ve kurallara aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım kaynakların kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

22 Eylül 2014

Serdar İSERİ

ÖNSÖZ

Son yıllarda dünya ile birlikte ülkemizde de hızla gelişen hasta hakları ve uygulamalarının değerlendirilmesi için bir eğitim araştırma hastanesinde hasta hakları birimine yapılan başvurular incelenmeye alınmıştır. Sağlık hizmeti alımında bir sorun ve mağduriyet yaşayan hastaların sorununun çözümü için ilk başvuru yaptığı yer olan hasta hakları biriminin uygulamalarının değerlendirilmesi, hasta hakları birimine başvuru yapan hasta profilinin ortaya çıkarılması, başvuru konularının dağılımı ve çözümlenmesinin nasıl sonuçlandırıldığı ortaya konmaya çalışılmıştır.

Uzun ve zorlu bir süreç neticesinde ortaya çıkan bu tez çalışmam da;

Araştırma sürecinde değerli zamanını, bilgisini, tecrübesini ve her şeyden önce ilgi ve desteğini her aşamada benden esirgemeyen, bu araştırmanın ortaya çıkmasında büyük katkıları olan değerli danışmanım Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN'E

Araştırmamın analiz ve istatistiksel verilerinin hazırlanmasında ilgi ve tecrübelerini eksik etmeyen değerli Hülya SARAY KILIÇ'A,

Yüksek Lisans eğitimime başlamama vesile olan ve tezimin tamamlanmasında moral ve motivasyonunu eksik etmeyen değerli arkadaşım Talip KILIÇ'A

Hasta hakları biriminde ki verileri elde etmem de ve hasta hakları konusunda ki engin tecrübeleri ile veri toplamam konusunda sağlamış olduğu katkılardan dolayı değerli hasta hakları birim sorumlusu Nilgün ÇETİN'E

Araştırmamın başından sonuna kadar iş yerinde destek olan mesai arkadaşlarıma,

Hayatımın her aşamasında varlıkları ile destek aldığım, çalışmam süresince ihmal ettiğim, yapmış olduğu sonsuz yardım desteklerden dolayı sevgili eşim Nisa İŞERİ ve biricik kızım Nehir Almina İŞERİ' YE sabır ve desteklerinden dolayı sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

29 Eylül 2014

Serdar İŞERİ

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT.....	xi
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	5
1.GENEL BİLGİLER.....	5
1.1 Hak Kavramı	5
1.2 İnsan Hakları ve Tarihsel Gelişimi.....	8
1.2.1 Hakların Kuşaklara Göre Ayrımı.....	11
1.2.1.1 Birinci kuşak haklar.....	11
1.2.1.2 İkinci kuşak haklar.....	12
1.2.1.3 Üçüncü kuşak haklar	12
1.2.1.4 Dördüncü kuşak haklar	13
1.3 Yaşam ve Sağlık Hakkı	13
1.3.1 Hastalık ve Sağlık Kavramları	14
1.4 Hasta Hakları Kavramı ve Amacı	14
1.4.1 Hasta Hakları Tanımı ve Hasta Hakları Kavramının Oluşumu	14
1.4.2 Hasta Haklarının Amacı.....	16
1.5 Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi	17
1.5.1 Dünyada Hasta Hakların Gelişimi ve Uluslar Arası Belgeler	17
1.5.1.1 Lizbon bildirgesi.....	20
1.5.1.2 Amsterdam bildirgesi	21
1.5.1.3 Bali bildirgesi	23
1.5.1.4 Hasta haklarına ilişkin Avrupa statüsü temel dokümanı	25
1.5.1.5 İnsan hakları ve biyotıp sözleşmesi	26
1.5.2 Türkiye’de Hasta Haklarının Gelişimi ve Ulusal Belgeler.....	27
1.5.2.1 Tababet ve Şuabatı Kanunu(1928)	28
1.5.2.2 Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (1960).....	28
1.5.2.3 Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun (1961)	29
1.5.2.4 Hasta Hakları Yönetmeliği (1998)	29
1.5.2.5 T.C. Sağlık Bakanlığı hasta hakları yönergesi (2003) ve hasta hakları uygulama yönergesi (2005)	31
1.5.2.6 Hasta hakları yönetmenliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmenlik (2014).....	36
1.6 Sağlık Hizmeti Sunumunda Ortaya Çıkan Hasta Hakları İhlalleri ve Nedenlerinin Sınıflandırılması.....	39

1.6.1 Hastaya Bağlı Nedenler	39
1.6.2 Sağlık Kurumu ve Sağlık Personelinden Kaynaklanan Nedenler	40
1.7 Hasta Haklarının Geliştirilmesi Ve Korunması.....	41
1.7.1 Avrupa'daki Uygulamalar	41
1.7.2 Türkiye'deki Uygulamalar ve Kanunlar.....	42
1.8 Hizmet Kalite Standartları.....	45
1.8.1 Sağlık Hizmetleri ve Akreditasyonun Tanımı ve Amaçları:	46
1.8.2 Hizmet Kalite Standartlarının Tarihsel Gelişimi	48
1.8.2.1 Dünyadaki tarihsel gelişimi	48
1.8.2.2 Sağlık bakım örgütlerinde akreditasyonu birleşik komisyonu (JCAHO) ve uluslararası birleşik komisyon (JCI)	48
1.8.2.3 International Society for Quality in Health Care (ISQua)/ Sağlık Hizmetlerinde Uluslararası Kalite Topluluğu	51
1.8.3 Türkiye'de Gelişimi ve Uygulanan Yönergeler.....	52
1.9 Konu İle İlgili Yapılan Araştırmalar	56
İKİNCİ BÖLÜM	60
2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEM VE MATERYALİ	60
2.1 Araştırmanın Amacı	60
2.2 Araştırmanın Önemi	61
2.3. Araştırmanın Hipotezleri	62
2.4 Gereç ve Yöntem.....	63
2.4.1 Araştırmanın Şekli	63
2.4.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	63
2.4.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	64
2.4.4 Verilerin Toplanması	64
2.4.4.1 Araştırmanın etik yönü ve izlenen diğer adımlar	64
2.4.4.2 Veri toplama aracı	64
2.4.4.3 Verilerin değerlendirilmesi.....	65
2.5 Araştırmanın Sınırlılıkları	65
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	66
3.BULGULAR VE YORUMLAR	66
3.1 Hasta Hakları Birimine Başvuru Yapan Hastaların Demografik Özellikleri	66
3.2 Hasta Hakları Birimine Başvuru Yapılan Birim, Personel ve Başvuruları Tanımlayıcı Bulgular ve Analizi.....	67
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	90
4. SONUÇ ve ÖNERİLER	90
4.1 Tartışma.....	90
4.2 Sonuç	99
4.3 Öneriler.....	109
KAYNAKÇA	116
EKLER	127
1.Ek-A: Etik Kurul İzin Belgesi	128
2.Ek-B: Hastane Dekanlığı ve Baştabiplik İzin Belgesi.....	130
ÖZGEÇMİŞ	131

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 3.1 : Hasta hakları birimine başvuruda bulunan hastaların demografik özelliklerine göre dağılımı.....	67
Tablo 3.2 : Yapılan başvuruların yıllara ve aylara göre dağılımı.....	68
Tablo 3.3 : Hasta hakları birimine başvuruda bulunanların başvuru şekline, bölüm ve birimlere göre dağılımı.....	70
Tablo 3.4 : Hasta hakları birimine yapılan başvuruların personel unvanına göre dağılımı.....	71
Tablo 3.5 : Hasta hakları birimine yapılan başvuruların çözümlenme şekli ve başvuru sonucuna göre dağılımı.....	71
Tablo 3.6 : Hasta hakları birimine yapılan başvuruların hasta hakkına göre dağılımı.....	72
Tablo 3.7 : Hasta hakları birimine yapılan başvuruların konulara göre dağılımı ..	73
Tablo 3.8 : Hasta hakları birimine yapılan başvuruya verilen cevapların içeriğine göre dağılımı.....	77
Tablo 3.9 : Başvuru yapılan hasta hakkının yıllara göre dağılımı.....	78
Tablo 3.10 : Başvuru yapılan hasta hakkının aylara göre dağılımı.....	79
Tablo 3.11 : Başvuru yapılan hasta hakkının cinsiyete göre dağılımı.....	80
Tablo 3.12 : Başvuru yapılan hasta hakkının yaşlara göre dağılımı.....	81
Tablo 3.13 : Başvuru yapılan hasta hakkının eğitim durumuna göre dağılımı.....	81
Tablo 3.14 : Başvuru yapılan hasta hakkının mesleklere göre dağılımı.....	82
Tablo 3.15 : Başvuru yapılan hasta hakkının personelin unvanına göre dağılımı...	83
Tablo 3.16 : Başvuru yapılan hasta hakkının birimlere göre dağılımı.....	84
Tablo 3.17 : Başvuru yapılan hasta hakkının bölümlere göre dağılımı.....	85
Tablo 3.18 : Başvuru yapılan hasta hakkının çözümlenme şekline göre dağılımı ..	86
Tablo 3.19 : Başvuru yapılan hasta hakkının çözümlenme neticesinde verilen cevabın içeriğine göre dağılımı.....	87
Tablo 3.20 : Başvuru yapılan hasta hakkının başvuru sonucuna göre dağılımı	89

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 3.1** : Hasta hakları birimine başvuruda bulunan hastaların cinsiyetine göre dağılımı..... 67
- Şekil 3.2** : Hasta hakları birimine gelen başvuruların aylara ve toplam gelen hasta sayısına göre dağılımı..... 69

KISALTMALAR LİSTESİ

GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
HBYS	: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
V.H.K.İ	: Veri hazırlama kontrol işletmeni.
BİMER	: Başbakanlık İletişim Merkezi
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
AİHS	: Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi
HHY	: Hasta Hakları Yönetmenliği
HHUY	: Hasta Hakları Uygulama Yönergesi
HHB	: Hasta Hakları Birimi
HHBS	: Hasta Hakları Birim Sorumlusu
ABD	: Amerika Birleşik Devleti
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
JCAHO	: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations / Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu
JCI	: Joint Commision International/Uluslar arası Birleşik Komisyonu
JCAH	: Joint Commission on Accreditation of Hospitals / Sağlık Bakım Örgütlerinde Akreditasyon Birleşik Komisyonu
ACS	: American College of Surgeons/ Amerikan Cerrahlar Birliği
ISQUA	: International Society for Quality in Health Care / Sağlık Hizmetlerinde Uluslar arası Kalite Topluluğu
HKS	: Hizmet Kalite Standartları
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
MR	: Manyetik Rezonans
EKO	: Ekokardiyografi
EEG	: Elektroensefalografi
EMG	: Elektromiyografi
USG	: Ultrasonografi
WHO/DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNDE HASTA HAKLARI BİRİMİNE YAPILAN BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ (GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ HASTANESİ ÖRNEĞİ)

İŞERİ, Serdar

Yüksek Lisans, İşletme Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN

Eylül 2014, 132 sayfa

Bu çalışma ile bir eğitim araştırma hastanesi hasta hakları biriminin etkinliğinin değerlendirilmesi, hasta haklarının uygulanma durumunun araştırılması, başvuru yapan hastaların profilinin oluşturulması, başvuru konularının dağılımının belirlenmesi, başvurulara karşı getirilen çözümlerinin neler olduğunun ve bu değerlendirmeler neticesinde düzenlenmesi gerekli olan konuların ortaya çıkarılması amacıyla yapılmıştır.

Hasta Hakları Birimine 2012-2013 yılları arasında yapılan başvurular değerlendirmeye alınmış ve elde edilen veriler SPSS 15,0 paket programı ile istatistiksel değerlendirilmesi yapılmıştır. Yapılan başvuruların %64,2(n=520)'sinin erkek olduğu, yaş ortalaması 39.69±14.445' ile orta yaşta ki kişiler olduğu, %26,5(n=215)'inin lisans mezunu olduğu, başvuruda bulunanların meslek grubuna baktığımızda %41,0(n=332) ile askeri personel ve asker emeklisi olduğu görülmektedir. En çok hakkında başvuru yapılan personel %34,5(n=287) ile asistan doktorlardır.

Yaşanan sorunların büyük çoğunluğunu hastane işleyiş sisteminde ki aksaklıklar ve hasta-personel arası ilişkilerde ki iletişim eksikliklerinden kaynaklandığı görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Hasta, Hasta hakları, Hasta hakları birimi, JCI, HKS

ABSTRACT

EVALUATION OF THE APPLICATIONS MADE TO THE PATIENT RIGHTS UNIT AT A RESEARCH AND EDUCATION HOSPITAL (GÜLHANE MILITARY MEDICAL ACADEMY HOSPITAL EXAMPLE)

İŞERİ, Serdar

Master, Department of Management

Thesis Supervisor: Assistant Professor Kemal TEKİN

September 2014, 132 Pages

Through this study, it was aimed to evaluate the effectiveness of the patient rights unit of an education and research hospital, research the implementation status of the patient rights, create the profiles of the applicant patients, determine the distribution of the application subjects, reveal what the solutions brought to the applications are and the matters which need to be adjusted as a result of these evaluations.

The applications which were made to the Patient Rights Unit between 2012-2013 were taken to evaluation and the data obtained were subjected to statistical evaluation through SPSS 15,0 package program. It was seen that 64,2%(n=520) of the applications were male at middle age with the age average of 39.69 ± 14.445 , and 26,5%(n=215) of them had bachelor's degree, and when we looked at the occupational group of the applicants, they were military personnel and retired soldiers at the rate of 41,0%(n=332). The personnel about whom the highest applications were made were assistant physicians at the rate of 34,5%(n=287).

It seems that most of the problems experienced result from the inconveniences in the functioning system of the hospital and lack of communication between the patient and the personnel.

Keywords: Patient, Patient Rights, Patient Rights Unit, JCI, SQS

GİRİŞ

İnsanların yaşamları boyunca vazgeçemedikleri temel öğeler arasında sağlık en ön plandadır. Sağlıklı olmak ve sağlıklı kalmak, sağlığını koruyup geliştirebilmek bütün insanlar için vazgeçilemez, devredilemez ve ertelenemez temel insan haklarından birisidir. Bu, yaşam hakkının bir gereğidir. Diğer birçok ihtiyaca karşı önceliklidir (Özlü, 16.07.2014:1). Sağlıklı olmayan bir bireyin diğer haklarını da kullanabilmesi mümkün değildir. Bu nedenle sağlıklı yaşama hakkının güvence altına alınması gerekliliği ortaya çıkmış ve bu zorunluluklar neticesinde de hasta hakları kavramına ilişkin hukuki düzenlemeler yapılmıştır (Sütlaş, 2000:61-62).

Canpolat (2002)'ın hasta hakları ile ilgili yapmış olduğu tanımlamaya baktığımızda; “bireyin yaşamı süresince sadece onun insan olma özelliğinden kaynaklanan ve sahip olması gereken temel hak ve özgürlükler insan hakları olarak tanımlanırken, bunun sağlık hizmetlerinde ki yansıması olarak karşımıza hasta hakları çıkmaktadır.” İnsan hakları ve bu hakların hukuk tarafından korunmaya alınması ile birlikte insana verilen değer her geçen gün önem kazanması ve insanı ön planda tutan anlayışın yaygınlaşması sebebiyle sağlık alanında hasta hakları da ilgi odağı olmaya başlamıştır.

Hasta hakları, sağlık hizmetlerinden yararlanma ihtiyacı bulunan kişilerin sırf insan olmaları sebebiyle sahip oldukları ve uluslararası anlaşmalar, anayasalar, yasalar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan hakları kapsamaktadır (Özer ve Günay, 2007:56-63). Hasta hakları sağlık hizmeti alan kişilerin sağlık personeli ve sağlık kurumları karşısındaki haklarını tarif eden bir kavramdır (Teke, Uçar v.d., 2007:259-266). Hasta haklarının amaçlarına baktığımızda; sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında temel insan haklarının güvenceye alınması ve özellikle de insan onurunu ve bütünselliğini koruma amacını taşımaktadır (Elçioğlu, 1997:9-16).Gerek uluslararası metinlerde ve gerekse Türkiye’de yürürlükte olan Hasta Hakları Yönetmeliği’nde, hasta hakları genel olarak altı başlık altında incelenmektedir (Güler, 2001:627-639). Bu başlıklar; insan olarak saygı görme,

mümkün olan en yüksek düzeyde sağlık hizmeti alma, bilgilendirilme, tıbbi işlemler için onay alınması, mahremiyet ve özel hayata saygı, bakım ve tedavi devamlılığının sağlanması gelmektedir (Sütlaş, 2000:52).

Hasta Hakları dayanağını teşkil eden İnsan Hakları ilk kez 1215 yılında “Magna Carta Libertatum” ile İngiltere’de,18.yüzyıl sonlarında Amerikan Haklar Bildirgesi’yle Amerika’da ve 1789 Fransız İnsan ve Vatandaş Hakları Evrensel Bildirgesi’yle Fransa’da kök salmış ve dünya da gelişme imkânı bulmuştur(Aydiner 2006:1). 1948 yılında kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, tüm insanların ırk, renk, cinsiyet, din, dil, inanç, ulusal ya da toplumsal köken ve maddi olanaklar nedeniyle ayrıcalık sahibi olmadığını ve tüm insanların eşit olduğunu kabul etmektedir (Brill ve Kiltz, 1980:42-45). İnsan hakları ile ilgili yayınlanan bu belge sayesinde hem insan haklarının hem de insan hakları ile birlikte hasta haklarının gelişmesi de hız kazanmıştır.

Günümüzde geçerli olan hasta hakları ile ilgili bildirelere baktığımızda Dünya Tabipler Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından düzenlendiği görülmektedir. Bu konu ile ilgili önemli belgelere göz attığımızda 1946 Nuremberg Kanunları ve 1963 Helsinki Deklarasyonu’dur (Ocaktan, Yıldız v.d., 2004:129-137). Bilinen ilk hasta hakları bildirgesi olarak karşımıza Amerikan Hastane Birliği tarafından 1972 yılında yayınlanan Hasta Hakları Bildirgesi çıkmaktadır. Daha sonra ise sırasıyla 1981 yılında Lizbon’da 1. Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi, 1994’te Amsterdam Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi yayınlanmış ve hasta hakları konusundaki eksiklikler gidermek amacıyla 1995’te Bali’de 4. Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi yayınlanmış ve hasta hakları konusundaki eksiklikler giderilmiştir (Sütlaş, 2000).

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin yayınlanmasından sonra hızla dünyada ki birçok ülkede yaygınlaşan ‘insan hakları’ kavramının bir alt başlığı olarak ele alınan ‘hasta hakları’ son yıllarda pek çok Avrupa ülkesinin yanı sıra ülkemizde de güncel konu haline gelmiştir (Sert 2004; Süzek 2006). Ülkemizde hasta hakları konusunda en önemli düzenleme 1 Ağustos 1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliğidir. Bu yönetmelik Türkiye’de doğrudan ve somut olarak hasta haklarını düzenleyen oldukça geniş hukuksal tek metin özelliğindedir (Akdur ve Aydın, 2003). 15 Ekim 2003’de Sağlık Bakanlığı’nın hazırladığı “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge” ile

hasta hakları yönetmenliğinde belirlenen hedeflere ve standartlara ulaşılması için yapılması gerekli olan planlama ve girişimlere işlevlik kazandırılmıştır. (Özlü, 2005). Bu yönergede ki temel yaklaşım “kurum veya çalışan odaklı hizmet sunumundan, hasta odaklı hizmet sunumuna geçilmesi” olarak belirtilmekte ve bu amacı yerine getirmek için yeni kurul ve birimler oluşturulması öngörülmektedir. 21. yüzyılda tıbbın birçok değişik alanında yerleşmeye başlayan hasta merkezli yaklaşım; “sağlık hizmetlerinde hastanın gereksinimlerinin isteklerinin, tercihlerinin göz önüne alınması” olarak tanımlanmaktadır (Önal ve Civaner, 2005:203-208; Özlü, 2005). Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastane ve sağlık tesislerinde, bu yönerge çerçevesinde uygulamalar 2004 yılından itibaren yaygınlaşmış ve 2005 yılında ortaya çıkan ihtiyaçlara göre bu yönerge yenilemiştir (Bostan, 2007:1-18).

Hastanelerde, hasta haklarının amaçlarına ulaşması için yoğun bir şekilde faaliyette bulunan yer hasta hakları birimleridir. Hasta hakları birimleri hastanelerde, hasta hakları uygulamalarına ilişkin sağlık tesislerinden gelecek şikâyetleri almak, değerlendirmek ve çözüm önerileri üretmek (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005), sağlık hizmet kalitesinin ve sağlık hizmetlerinin sunum sürecinin iyileştirilmesine katkıda bulunmak amacıyla kurulmuşlardır (Aşkar, 2006). Ayrıca hasta hakları birimleri vasıtasıyla hasta ve yakınlarından sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırmasına yönelik olarak gelen öneriler hasta hakları kurullarında görüşülüp değerlendirildikten sonra hastane idaresine sunulmaktadır (Aydemir ve Özcan, 2011).

Hasta memnuniyetsizliğinin en açık ifade edildiği ve tespit edilebilen ortam olarak hasta hakları birimlerine yapılan şikâyetler görülmektedir. Bu birimlere yapılan başvurular alınan hizmetlerde yaşanan sorunların en açık görülebildiği delillerdir. Burada ki başvurular sayesinde kurumlarda hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik olarak yapılan ve yapılacak olan çalışmalarının başarısı ve etkinliği hakkında bir düşünceye sahip olabiliriz. Hasta Hakları Birimlerinden elde edilen veriler ışığında kurumların zayıf ve eksik yönlerini görmemizi sağlayacak bilgiler de elde edilebilecektir (Karahan ve Lamba, 2009:19-21). Hastaların beklentilerinin neler olduğunu göstererek örgüte müşterilerini tanıma imkânı verecek, iyileştirilmesi gereken alanların neler olduğunu göstererek sistematik iyileştirme programlarının oluşturulmasında yol gösterici olacaktır (Gilly, Stevenson v.d., 1991:295-322; ; akt:Toprak ve Şahin, 2012:3-28). Hasta odaklı bakımı

hedefleyen sağlık kurumları, hasta Şikâyetleri ile hasta memnuniyetini arttırabilir, hasta bakım sürecinin kalitesini iyileŐtirebilir ve hasta haklarının uygulanmasını sağlayabilirler. Bu açıdan bakıldığında etkili bir hasta hakları birimi ve Şikâyet yönetimi sistemi, örgütün kalitesinin iyileştirilmesini ve performansının arttırılmasına katkı sağlayacağı düşünölmektedir (Powers ve Bendall-Lyon, 2002; akt:Toprak ve Şahin, 2012:3-28).

Bu bağlamda yapılan bu çalışma ile hasta hakları birimine yapılan başvuruların değerlendirilmeye alınarak; başvuru konularının neler olduğu, nasıl bir özömlene getirildiği ve başvuru yapan hasta profili ortaya çıkarılmaya çalıŐılacaktır. Araştırmadan elde edilen veriler neticesinde idarenin eksik olan yönlerini görmesinin sağlanacağı, sağlık hizmetlerinin sunulmasında hizmet kalitesinin ve hasta memnuniyet düzeyinin artacağı düşünölmektedir. Bu konuda gerekli olan eğitim ihtiyacının belirleneceği ve sağlık biliminin ana kaynağı olan hastaların görüş ve önerileri değerlendirilmeye alınarak eksik ve yanlış uygulamaların engellenip kamu yararına fayda sağlayacağı, hastaların en önemli haklarından olan sağlık hakkını kullanırken karşılaştığı sorunları düzeltilecek önlemler alınacağı öngörölmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1 Hak Kavramı

Kuramsal çerçeveye, bu araştırmanın ortaya çıkmasına düşünsel temelde öncülük eden bir kavram olan “hak” kavramı üzerinde durarak girmekte yarar vardır.

İnsanlar, toplumla birlikte yaşamaya başlamadan önce istedikleri, düşündükleri her şeyi özgürce yapabiliyorlardı. Ancak insanlar bir araya gelip birlikte yaşamaya başladıkları andan itibaren bazı istek ve düşüncelerinden vazgeçmek zorunda kalmışlar ve birbirlerinin egemenlik alanlarına karşı kendilerini koruyabilecekleri düzenlemelere gereksinim duymuşlardır. Bu gereksinimlere yönelik olarak bazı katman, grup ve sınıflara yönelik olarak özel hak ve kavramlar doğdu ve düzenlendi. Böylelikle insanlar, sosyal yaşamla beraber özgürlüklerini devam ettirebilmek için hak kavramını geliştirmiştir (Anar, 2000:42).

Hak kavramına, zamana, mekâna, toplumdaki topluma ve kültürlerimize göre farklı anlam ve değerler yüklenmiştir (Aydemir, 2010). Hak kavramı evrensel bir nitelik taşımasına karşın, bilimsel terminolojide bu kavramı tümüyle kapsayan ortak bir tanım üzerinde fikir birliğine varıldığını söylemek çok zordur. Hak kavramı sözcük olarak; doğruluk, gerçek, layık, pay, izin, emek, istek, güç, yetki anlamlarına gelen Arapça kökenli birden fazla anlam içeren bir kavramdır (Gökburun, 2007:19). Günümüzde gerek felsefi açıdan gerekse sosyal yaşam bakımından birçok teoriye göre hak ile ilgili birden fazla tanımlama yapılmıştır. Yapılan bu tanımlamalara bakacak olursak;

Hak kavramı hukuk düzeni içinde tanımlanmaktadır. Bu tanımlara göre hak, “hukuk düzeni içinde tanınan yetki, menfaat veya sahip olduğu çıkarı korumak için tanıdığı irade gücü olarak tanımlanmaktadır” (Emini, 2004). Hak hukuksal ilişkisinin

birinci ögesini oluşturmakta ve kişiye özgü bir davranış imkânını, bir yetkiyi ifade edilmektedir. Bazen yetki sözcüğü ile de ifade edilebilmektedir (Bilge, 2001:209-210).Hak kavramını hukuk düzeni içinde tanımlayan bir başka tanıma göre ise “hukuk düzenince tanınmış, sınırı, konusu, kullanılma şekil ve koşulları gösterilmiş, yararlanılması toplumca sağlanmış özgürlüktür ve hukukun kişilere tanıdığı yetkidir” (Mumcu ve Küzeci, 1994).

Hak, sosyal yaşamda ayrıcalıklar ve insanca yaşam sürdürebilmek için sahip olmamız gereken gereksinimler ve çıkarlar üzerinden tanımlanmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda hak, ayrıcalıkları destekleyen eşitsizlikçe veya tam tersi toplumdaki heterojen yaklaşımları önlemeye çalışan eşitlikçi bir düşünce ortamında şekillenmektedir (Erdemir ve Elçioğlu, 2000:86).

Felsefi bakış açısına göre hak kavramına baktığımızda, hak kavramının yukarıdaki tanımlardan daha farklı olarak tanımlandığı, hak kavramının adaletsizlik kavramı üzerinden açıklandığı görülmektedir. Adaletsizlik kavramı Kuçuradi (2007, s. 31) tarafından “insanlara insan olarak borçlu olunanları bulduğumuz yer; ya da borçlu olunanları bugünkü adlarıyla dile getirirsek, temel insan hakları ilkelerinin türetildiği yer” olarak açıklanmaktadır.

Hak, özgürlüklerin hayata geçirilmesindeki en büyük teminatı ve kanıtıdır. Hak kavramı ile ilgili olarak öğretilerdeki tartışmalar üç teori üzerinde yoğunlaşmaktadır (Mumcu ve Küzeci, 1994). Bu teoriler; irade teorisi, menfaat teorisi ve karma teoridir. Bu teorilere göre hakkı inceleyecek olursak;

İrade teorisine göre hak; kişilere hukuk düzeni tarafından verilen irade kudretidir. Bu anlayışa göre hak, bir iradenin diğer bir irade üstündeki üstünlüğü demektir. Bu üstünlük ancak hukuk kuralları ile sağlanabilir. Hakkın sadece irade kudretinden ibaret olduğu kabul edilecek olursa, irade kudretine sahip olmayan akıl hastalarının ve iradelerini henüz kullanamayacak durumda olan küçüklerin hak sahibi olamamaları gerekirdi (Gözler, 2008). İrade teorisi; hakkın özüne yönelmemesi, genel olarak bir çerçeve çizmesi ve sadece iradeye odaklanmasından ve iradesini açıklama pozisyonuna sahip olmayan küçük veya kısıtlılar hakkında açıklayıcı bilgilere yeteri kadar yer vermemesi açısından eleştirilmektedir (Akıncı, 2009:6).

Jhering tarafından ortaya atılan menfaat teorisine göre ise hak;“Hukuk düzenince korunan menfaat olarak nitelendirilmektedir.” Hukuk tarafından korunan menfaatin konusunu hukuki varlıklar ve hukuki değerler oluşturmaktadır. Korunan

hukuki varlık, yaşama hakkı, vücut bütünlüğü, isim, şeref ve manevi varlıklar gibi şahıs varlığı değerleri olabileceği gibi, mülkiyet hakkı, sınırlı ayni haklar, alacak hakkı, gibi malvarlığı değerleri de olabilir (Eren, 2008). Menfaat teorisine göre, hak kavramını açıklamak için irade teorisi yeterli değildir. İradeyi harekete geçirmekte olan sebebi araştırmak gerekir. İşte bu sebep de menfaattir. Bu teori ile temyiz kudretine sahip olmayanların da hak sahibi olabilecekleri açıklanmaktadır. Akıl hastalarının iradeleri olmamasına rağmen, hukuk düzeni tarafından korunan menfaatleri vardır. Bu teorinin eleştirilen yönü, bazen kişilerin hakları olmadan da menfaatlerinin olmasıdır. Kişiler, bu menfaatleri için talep hakkına sahip değildirler (Gözler, 2008).

İrade ve menfaat teorilerinin yetersizlikleri ileri sürülerek “Karma teori” diye adlandırılan yeni bir teori oluşturulmuştur. Bu görüşe göre ise hak; “hukukça korunan ve sahibine isterse bu korunmadan yararlanma yetkisi veren bir menfaattir” (Eren, 2008). Karma teori Alman hukukçusu Jellinek tarafından savunulmuştur. Jellinek’e göre hak, tek başına menfaat unsuru ile tanımlanamaz. İrade unsuru da gerekir. Ancak buradaki irade, mutlak menfaat sahibinin iradesi değildir. Bu teoriye göre akıl hastasının hak sahibi olmasını da şöyle açıklar; korunan menfaat burada akıl hastasınındır. Ama bu koruma, ancak onun vasisinin iradesi aracılığıyla korunur (Gözler, 2008).

Bir haktan söz edebilmek için hakkın bazı özellikleri taşıması gerekmektedir. Bu özellikleri kısaca şu şekilde sıralayacak olursak (Akıntürk, 2007:93);

Öncelikli olarak bu haktan yararlanacak hak sahibinin olması ve hak sahibinin bu hakkı kullanmasını gerektirecek bir çıkarının veya menfaatinin bulunması gerekmektedir.

Hakkın kullanılması kişinin kendi iradesiyle ilişkilendirilmesi gerekmektedir. Çünkü irade kudreti, kişiye bu hak ekseninde belli bir özerklik sağlamaktadır.

Sadece öne sürülecek olan hakkın tanımlanması da yeterli değildir. Bu hakkın hak sahiplerince talep edilebilir olmasını sağlayacak kişi ve kurumların bulunması ve bu hak doğrultusundaki yetki, görev ve sorumluluklarını yerine getirmesi gerekmektedir.

Hakkın meşru olması yani yazılı olan veya olmayan hukuk kurallarına dayandırılması gerekmektedir. Hukukun tanımadığı menfaat/çıkar/irade hak olarak ileri sürülemez.

Kamu menfaatleri söz konusu olduğunda; kamu refahı ile kişi iradesi çakışabilmekte ve bazen kamu refahının üstünlüğü nedeniyle kişinin iradesini gerçekleştirmesine izin verilmeyebilmektedir.

Hak sahipleri kendilerine tanınan hakkı kullanırlarken iyi niyet, dürüstlük ve hakkın kötüye kullanılmaması gibi temel ilkelere riayet etmelidir.

Bununla birlikte, bir haktan söz edebilmek için bu haktan yararlanacak olan bireylerin olması gerekmektedir. Yani sahipsiz hak olmaz. Bu bağlamda hak sahibi birey, “İrade sahibi olan ve hukuk düzeni içerisinde kendisine bahşedilen çıkarlarını koruma ehliyetine sahip varlıktır” (Akıntürk, 2007:93).

1.2 İnsan Hakları ve Tarihsel Gelişimi

İnsan hakları kavramı öğretilerde doğal hukuk çerçevesinde ele alınmakta ve kişilerin sadece insan olmaları sebebiyle sahip oldukları, insan onurunun gerekli kıldığı, insanların ana rahmine düştükleri an itibariyle hak kazandığı, insanlık için ortak değerler yaratan ve kullanılmasında dil, din, ırk, cinsiyet, ekonomik, sosyal ve siyasal durumlar gibi ayrımların dikkate alınmadığı dokunulamaz, devredilemez ve vazgeçilemez nitelikteki hakları içermektedir (İlinoğlu, 2006:4; Saraçoğlu, 2007:133).

Günümüzde ülkelerin gelişmişlik düzeyinin belirlemede en az ekonomik ve teknolojik göstergeler kadar önemli olan bu gerçeklik, içinde yaşadığımız çağın “İnsan Hakları Çağı” olarak nitelendirilmesine de sebep olacak kadar da belirgin bir ihtiyaçtır (Kapani, 1996:12-15). İnsan haklarının bu denli vurgulanması, insanın yaşamda ki diğer canlılardan farklı olarak hak ve sorumluluk sahibi olmasından kaynaklanmaktadır ve bundan dolayı da bütün haklar, kişilik sahibi insanların hukuk düzleminde korunması için vardır (Akıncı, 2009).

İnsan hakları kavramı insanlık tarihi kadar eski bir kavramdır. Gelişen ve değişen tarihsel koşullar, bazı yaşamsal sorunları değiştirmeyi başarmışsa da; en ilkel topluluklardan günümüzde ki çağdaş demokrasilerine kadar geçen dönemde, insan hakları düşüncesi, her dönemde toplumsal sorunların merkezinde yer almayı başarmıştır. Çağlar boyunca farklı bakış açılarıyla ele alınmış olan insan hakları; Mezopotamya’da kurulan Sümer Uygarlığının, yazılı hukuk kurallarına göre tüm

yurttaşlarına eşit ve adil bir düzen kurmaya çalışmasıyla başladığı öne sürülmektedir (Öz, 2007:5).

Ortaçağ döneminde de, eski çağ toplumlarında olduğu gibi sınıfsal farklılıklar yoğun olarak yaşanmakta ve bireyler, temel hak ve hürriyetler açısından hukuksal eşitlik ve güvencelerinden yoksun bir hayat sürdükleri görülmektedir (Tanör, 1994). Demokrasi ve insan hakları açısından Ortaçağ döneminde yaşanan ilk önemli tarihsel adım, 13. yüzyıl'da (1215) "Magna Carta Libertatum" ile atılmıştır. Bu belge, bireyin hak ve özgürlükleri ile adalet anlayışının gelişmesinde önemli bir rol oynamıştır. Bu belge, İngiltere'deki toprak sahipleri ile Krallık arasındaki ilişkileri düzenleyen bir anlaşma özelliğe sahiptir (Kapani, 2013).

Yeniçağ dönemine baktığımızda hümanist akım ile başlayan insan hakları alanındaki gelişmeler; 16. yüzyılda Rönesans ve Reform hareketleri, coğrafi keşifler ile bilim, sanat ve ekonomik alandaki gelişmelerin ivme kazanmasına neden olmuştur. Yaşanan bu gelişmeler; bireylerde demokrasi ruhunun gelişmesine katkı sağlayarak, insan hakları ve özgürlük kavramlarının modern anlamda tekrar ele alınmasına zemin hazırlamıştır (Anar, 2000:39-42).

Demokrasi açısından tarihsel dönüm noktası olarak, eski dönemden yeni bir döneme kesin bir geçiş, 1776 Amerikan Bağımsızlık Bildirgesi ve 1789 Fransız İnsan ve Vatandaşlık Hakları Bildirisi ile birlikte yaşanmıştır (Anar, 2000:42; Kapani, 2013:45).

1776 Amerikan Bağımsızlık Bildirgesine göre; seçilmişlerin halka karşı sorumluluğu, yasama ve yürütmenin yargıdan bağımsız olması gerektiği, kişilerin güvenliği, vicdan hürriyeti, söz hürriyeti, basın hürriyeti, mülkiyet hakkı ve dilekçe hakkı gibi hakların kişinin doğuştan sahip olduğu bu hakların devredilemez ve dokunulamaz olması nedeniyle devletin bu haklar üzerinde yaptırımının olamayacağı kabul edilmiştir (Anar, 2000:39-42).

Yakın çağa kadar geçen dönemde, insan hakları alanında yaşanan değişimler, İngiltere dışındaki diğer Avrupa ülkeleri içinde referans kabul edilmiştir. Bu kazanımlar zamanla, Fransız aydın ve düşünürleri de etkisi altına alarak, 1789 tarihinde "Fransız İnsan ve Yurttaş Hakları Beyannamesi" yayınlanmasına vesile olmuştur. Bu bildirgeye göre, kişi hak ve özgürlükleri çerçevesinde insanın devredemeyeceği, zaman aşımı nedeniyle kaybedemeyeceği, doğal ve kutsal temel haklarının olduğu deklare edilmiştir (Uzak ve Altuntaş, 2007:18)

Bu bildirgenin İngiltere’de yayımlanmış olan diğer bildirelerden farkı; insan haklarına evrensel bir nitelik kazandırması ve bireyciliği odak noktasına taşıyarak insan haklarına kavramsallık kazandırmıştır. Bu bildirgeden sonra, dünyada ki birçok ülke temel hak ve hürriyetleri anayasa ile güvence altına almışlardır (Gökburun, 2007).

Birinci ve İkinci Dünya Savaşı insanlığa hastalık, kıtlık, her türlü sefalet ve ölüm getirmişti. Savaşların yaşanan bu olumsuz etkilerinden ve savaştan kurtulmak, sürekli barışı sağlamak amacıyla San Francisco’da 26 Haziran 1945 tarihinde Birleşmiş Milletler Antlaşması imzalanmış ve 24 Ekim 1945’de yürürlüğe girmiştir (Kapani, 2013).

51 devlet tarafından imzalanan “Birleşmiş Milletler Antlaşması”yla insan hakları açısından bu zamana kadar ki gelinen nokta da doruğa ulaşılmıştır. Birleşmiş Milletler Antlaşmasına göre; insan haklarının dünya genelinde sağlanması, dünya barışı ve huzuru için gerekli olan en önemli şartlar arasında sayılmıştır. Antlaşma ayrıca, temel hak ve özgürlükleri uluslararası hukuk alanında ilk defa resmi ve evrensel bir değer olarak tanınmasını sağlamıştır. Halen işlevliğini devam ettiren Birleşmiş Milletler Kurulu üye sayısını 193’e yükseltmiştir. Ülkemiz de bu antlaşmayı, Milletlerarası Adalet Divanı Statüsü’yle birlikte 15 Ağustos 1945’te onaylamıştır. 4801 Sayılı Onay Kanunu 24 Ağustos 1945 gün ve 6902 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmış ve kurucu devletlerarasındaki yerini alarak insan haklarına verdiği önemi göstermiştir (Öztürk ve Erdem, 2006:148).

Birleşmiş Milletler Antlaşması’nda insan haklarına değinilmesine karşın içeriğinin belirlenmesi ve insan hakları alanında ihlallerin önlenmesi amacıyla “İnsan Hakları Komisyonu” kurulmuştur (Uzak ve Altuntaş 2007). Kurulan bu komisyon 10 Aralık 1948’de "İnsan Hakları Evrensel Bildirisi"ni hazırlamıştır. 30 maddeden ibaret olan bu beyanname; herkesin eşit olduğu, yaşam ve güvenlik hakkı, köleliğin yasaklanması gerektiği, işkence ve her türlü ayrımcılığın yasaklanması, özel yaşama saygı, düşünce ve vicdan özgürlüğü gibi temel hakları güvence altına almayı amaçlayan uluslararası kabul gören resmi bir belgedir (Kapani, 2013).

Avrupa’nın ilk siyasal kuruluşu olan Avrupa Konseyi tarafından üye ülkelerin desteği ile Kasım 1950’de “İnsan Hakları ve Temel Özgürlükleri Koruma Avrupa Sözleşmesi” Roma’da imzalanmıştır. Avrupa Konseyi üye ülkeleriyle sınırlı olan bu sözleşme, 3 Eylül 1953 tarihinde yürürlüğe girmiştir. AİHS, Avrupa Konseyi üyesi

187 devlet tarafından onaylanmıştır (Öz, 2007). Bu sözleşmenin önemi imza atan devletlere insan hakları ile ilgili yeni yükümlülükler yüklerken, diğer taraftan da hakları ihlal edilen bireylere bireysel başvuru hakkını tanımasıdır. Uluslararası antlaşma niteliği taşıyan AIHS ile birey hak sahibi konuma geçirilmiştir. Sözleşme ile bireysel hak ve özgürlüklerin denetiminin sağlanması için daimi olarak görev yapacak “Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi”nin kurulmasını da sağlamıştır. Türkiye bu sözleşmeyi 18 Mayıs 1954 tarihinde onaylamış, bireysel başvuru hakkını ise 28 Ocak 1987 tarihinde kabul etmiştir. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinin zorunlu yargı yetkisini ise 28 Ocak 1990’da kabul etmiştir (Sert, 2004; Kapani, 2013).

Avrupa Konseyi ayrıca “Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi”nin ekonomik ve sosyal haklar yönünden desteklemesini sağlamak üzere, 18 Ekim 1961 tarihinde “Avrupa Sosyal Şartı”nı da kabul etmiştir. Avrupa Sosyal Şartı 26 Şubat 1965’de yürürlüğe girmiştir. Avrupa Sosyal şartıyla; çalışma hakkı, toplu sözleşme hakkı, çalışan kadın ve çocukların korunması, sendika özgürlüğü, sağlık yardımı, göçmen işçiler ve meslek eğitimi gibi hakların tüm üye ülkelerde standart hale getirilmesi amaçlanmıştır. Türkiye, Sosyal Şartı 16 Haziran 1989 tarihinde onaylamış ve 14 Ekim 1989’da yürürlüğe koymuştur (Avrupa Statütüsü Temel Dökümanı, 2002:391-410; Çetin, 2008:30).

1.2.1 Hakların Kuşaklara Göre Ayrımı

İnsan haklarının dinamik bir kavram olması nedeniyle, insanlığın sürekli olarak gelişmesi, ilerlemesi, toplumsal yapı, talep ve ihtiyaçların devamlı değişmesi beraberinde insan hak ve taleplerinin çeşitlenmesini ve zenginleşmesini zorunlu hale getirmektedir. İnsan haklarının tarihsel gelişimi incelendiğinde hakları üç kuşağa ve hatta yaşanan gelişmelerle son zamanlarda dördüncü kuşak insan hakları diye ayırmak mümkündür (Anar, 2000:24). Bu kuşakları sırasıyla inceleyemeye alacak olursak;

1.2.1.1 Birinci kuşak haklar

Birinci kuşak haklar; klasik kişi hak ve özgürlüklerinin gerçekleştiği aşamadır. Bu kuşak içinde kişisel ve siyasal haklar yer almaktadır. Bu hakların özelliği, devleti bireylerin özel alanına karşı sınırlandırması ve bazı temel hakları hukuki olarak

güvence altına alarak, bireylerin maddi manevi olarak korunmasını sağlamaktır (Akdur, 1997:43). Seçme ve seçilme hakkı, düşünce, ifade ve iletişim özgürlüğü, yaşama hakkı ve kişi dokunulmazlığı, adil olarak yargılanma hakkı, dernek kurma hakkı, dilekçe hakkı, yönetime katılma hakkı, mülkiyet hakkı, yurttaşlık ve vergi yükümlülüğü hakkı bu kuşak haklardandır (Akıntürk, 2007:94). 1215 Magna Carta, Amerikan İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirgesi ve Fransız İnsan ve Vatandaş Hakları Bildirisi birinci kuşak insan hakları ile ilgili en önemli bildirgelerdir (Münci, 1995).

1.2.1.2 İkinci kuşak haklar

19.yy başlarında Birinci ve İkinci Dünya savaşlarının yaratmış olduğu olumsuz sonuçlara karşı tepki olarak gelişen hak ve kavramlar dönemidir (Akdur, 1997:48). Bu kuşaktaki haklar ekonomik, kültürel ve sosyal haklar olarak adlandırılmaktadır. Bu dönemde kurulan Birleşmiş Milletlerle birlikte insan hak ve özgürlükleri tanımlanarak bunlara evrensel boyut kazandırılmıştır. Bu kuşakta sosyal eşitlik veya sosyal adalet kavramı ön plana çıkmaktadır. Örneğin, meslek seçme özgürlüğü, çalışma ve sosyal güvenlik hakkı, sağlık hakkı sosyal yardım hakkı, ücretsiz eğitim öğretim hakkı, kültür, sanat, bilim, vicdan ve din özgürlüğü, görüşlerini açıklama, evlenme, aile kurma vb. haklar bu kuşak haklardandır (Cılga, 2004).

1.2.1.3 Üçüncü kuşak haklar

Üçüncü Kuşak Haklar; ikinci dünya savaşı sonunda oluşan çevre kirliliği, nükleer silahların yarattığı olumsuz dış etkiler ve terör ile devletlerarasındaki gelişmişlik farklarının aşırı boyutlara ulaşması, teknolojik ve bilimsel olarak ilerlemelerin yaratmış olduğu sıkıntı ve kargaşaların bir sonucu olarak gündeme gelmiştir (Öz, 2007:3-4). Ayrıca bu haklara birey ve toplumun birlikteliği ve dayanışması ön planda olduğundan katılım ve dayanışma hakları da denilmektedir (Cılga, 2004). Bu haklara çevre hakkı, gelişme hakkı, tüketici hakkı, halkların kendi kaderini tayin hakkı, insanlığın ortak mal varlığından herkesin yararlanma hakkı, barış hakkı ve hasta hakları örnek gösterilebilir (Aydiner, 2006).

1.2.1.4 Dördüncü kuşak haklar

Bu kuşaktaki haklar, bilimin ve teknolojik gelişmelerin kötüye kullanılma olasılığına karşı oluşturulan haklardır. İnsanın temel özelliğini oluşturan, insan onurunun kullanılması ile ilgili hakların bu kapsama girdiği ileri sürülmektedir. Bu kuşak haklara örnek olarak genetik şifre ve genlerin yapısıyla teknolojik imkânlar dâhilinde oynanmaya başlanması nedeniyle, bu gelişmenin ortaya çıkarabileceği yeni sorunları önlemek amacıyla insan kopyalamayı yasaklayan Avrupa Konseyi hukuki belgeleri ve “insanların ayıklanmasını hedefleyen nesil ıslahı uygulamalarının, insan bedeninin ve onun parçalarının, mali kazanç haline getirilmesini” ve “insanların eşeysiz üretilmesini (klonlanmasını)” yasaklayan Avrupa Birliği Anayasa Antlaşması verilebilir (Tezcan, Erdem v.d., 2011:78).

1.3 Yaşam ve Sağlık Hakkı

Hak ve insan haklarının tanım ve tarihsel gelişimine kısaca değindikten sonra araştırmamızın asıl konusu olan hasta hakları; ikinci kuşak haklar arasında yer alan sağlık hakkının geliştirilmesi ve uzantısı olarak üçüncü kuşakta haklar arasında yer almaktadır. Hasta haklarının kavramsal tanımına ve gelişimine geçmeden önce sağlık hakkı, yaşam hakkı ve hastalık, sağlık konularına kısaca değinmenin hasta hakları kavramını daha iyi algılamamız açısından fayda sağlayacağı kanaatindeyim.

Yaşam Hakkı; İnsan haklarının temelinde kuşkusuz ki yaşam hakkı yatar. Yaşama hakkı; “kişilerin fiziksel ve ruhsal bütünlüklerini koruması, devam ettirebilmesi ve varlığının çeşitli etkilerle bozulmasına engel olabilecek önlemleri alması” olarak tanımlanabilmektedir (Bayraktar, 1972:13). Bütün hak ve özgürlüklerin gerçek değerlerini kazanabilmeleri ancak yaşam hakkının varlığını koruyabilmesine, sürdürebilmesine ve geliştirebilmesine bağlıdır. Ancak yaşama hakkının temel hak olduğunu kabul etmek ve sadece bununla yetinmek günümüzdeki özgürlük anlayışı açısından yeterli görülmemektedir. Yaşama hakkını diğer sosyal haklarla birlikte tamamlamadıkça, örneğin sağlık hakkı ile birlikte pekiştirilmedikçe, yaşama hakkının tam anlamıyla sağlandığını söylemek mümkün değildir (Bayraktar, 1972).

Sağlık Hakkı; birçok uluslar arası belgede kabul edilmiş bir insan hakkıdır. Sağlık hakkı ile ilgili yapılmış olan tanımlamalara baktığımızda karşılaştırmalı hukukta; “bireylerin, sağlıklarını korumak için, toplumun sağladığı imkânlardan, vasıtalarından faydalanmaları” olarak ya da “kişinin hastalıklar karşısında korunmasını ve hastalık halinde tedavi edilmesini, tıbbi bakım görmesini, iyileştirilmesini, devletten isteyebilmesi hakkı” şeklinde tanımlanırken; Türk Hukuku’nda ise; “kişinin, toplumdaki, devletten, sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi ve toplumun sağladığı imkânlardan faydalanabilmesi” şeklinde bir tanım yapılmaktadır (Hakeri, 2007).

1.3.1 Hastalık ve Sağlık Kavramları

Dünya Sağlık Örgütü sağlıklı olma halini “yalnızca hasta veya sakat olmamak değil beden, ruhen ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali olarak” tanımlamaktadır. Bir başka deyişle sağlığı sadece hastalıklardan ve mikroplardan korunma olarak değil, bir bütün olarak fiziki, ruhi ve sosyal açıdan iyi olma hali olarak açıklar. Bireyin fizik, ruh veya sosyal açıdan fonksiyonelliğinin azalması veya yok olması ise hastalık olarak tanımlanmıştır (Dünya Sağlık Örgütü.). Hasta Hakları Yönetmeliği’nde hasta; sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimse olarak ifade edilmektedir (Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

1.4 Hasta Hakları Kavramı ve Amacı

1.4.1 Hasta Hakları Tanımı ve Hasta Hakları Kavramının Oluşumu

Hasta olmak bireyin yaşamını çeşitli yönlerden etkilemektedir. Hasta insan, fiziksel problemlerinin yanı sıra karşılaştığı ekonomik ve psikolojik problemler nedeniyle de büyük sıkıntılar yaşamaktadır. Hasta; ihtiyaç duyduğu tıbbi bakımı talep eden kişi olarak bir sağlık kuruluşundan içeriye girdiği anda; tanımadığı, hiç bilmediği, karmaşık sistem ve uygulamaların bir parçası haline gelir.

İnsanlar sağlıklı iken haklarını kullanması kolaydır. Ancak en zayıf ve bağımlı olduğu hastalık durumunda haklarının çiğnenmesine maruz kalırlar. Hastalıkta hem fiziksel hem de ruhsal yönden zayıf oldukları için haklarını savunma da zorlanırlar. Ayrıca bu hakların kullanılması, birtakım zorlukları da beraberinde getirmektedir.

Sağlık kurumlarına başvuran hasta sayısında ki her yıl gözlenen büyük artış, tıp alanındaki yeni gelişmeler, sisteminin son derece karmaşık ve pahalı olması, hastaların sağlık hizmeti veren kişi ya da kurum karşısında daha güçsüz konuma düşürmektedir. Bu nedenlere bağlı olarak, hastaların sahip oldukları en temel haklarını kullanması güçleşmektedir. İşte bu noktadan hareketle, insan onurunun ve bütünlüğünün korunması ve hastaya gösterilen saygının artırılması maksadıyla, insan haklarının sağlık alanına uyarlanması olan hasta hakları kavramı gündeme gelmiştir (Sütlaş, 2000:61; Mangan, 2006; Kaçar, 2008).

Hasta hakları; hastanın sağlığını olabildiğince geri alabilmesi için ihtiyaç duyduğu desteği zamanında, eksiksiz olarak, en doğru şekilde, eşitlik, konfor ve saygınlık içerisinde alabilmelerini sağlamak olarak tanımlanmıştır (Baybek, Dereli v.d., 2006).

Hasta hakları genel olarak kişi ile sağlık kuruluşları arasındaki ilişkileri düzenlemek üzere; kişinin sağlıklı kalma hakkına herhangi bir engel olmaksızın sahip olması, sağlık hizmetleri verilirken insan haklarına özen gösterilmesi, hastanın sağlık hizmetlerinden en üst düzeyde ve eşitlik çerçevesinde yararlanmasını sağlarken karşılaşılabileceği zorlukların önlenmesi ve giderilmesi, hasta ile sağlık personeli arasındaki iletişimin güçlenmesi için tarafların uymakla zorunlu oldukları esas ve kuralları kapsamaktadır (Onaran, 2004).

Hatun (1996:15)'a göre hasta haklarına gereksinim duyulmasının nedenleri arasında birinci olarak sağlık personelinin insanlar üzerindeki girişimlerinde görülen artışlar; diğer bir neden ise sağlık hizmetlerine ulaşma sürecinde ortaya çıkan sorunlardır. Toplumsal ve ekonomik gelişmeler neticesinde sağlık hizmetlerinde eşitlik ve hakkaniyet değerlerine olan ihtiyaçları artırmış ve büyük oranda piyasa dinamiklerine teslim olan sağlık sistemi karşısında hastaların korunması gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Hasta haklarının gelişimi ve günümüzdeki kapsamına ulaşması uzun mücadeleler sonucunda bugün ki haline ulaşmıştır. Özellikle Birinci ve İkinci Dünya Savaşları sırasında ortaya çıkan insan hakları ihlal ve istismarları, tıp mesleğini icra eden kişilere karşı güvensizlik duyulmasına neden olmuştur. Bu güvensizlik nedeniyle meslek saygınlığını düşmüştür. Bunun karşılığında meslek etiğine ve insan onuruna yakışır şekilde hizmet vermek isteyen hekimler ve tıp mesleği çalışanları hasta hakları kavramına sahip çıkmışlardır. Yani hasta hakları ortaya çıktığı için

mesleğe duyulan saygınlık düşmemiş bilhassa mesleki saygınlığın artırılması, başarılı ve etik olarak çalışan sağlık çalışanlarının korunması ve geliştirilmesi maksadıyla hasta hakları ve uygulamaları başlatılmıştır (Akten, 2008).

Hastaların hekimler karşısında yardım isteyen ve hekimin otoritesini kabullenmiş durumda olmaları, sağlık gereksinimlerinin büyük çoğunluğunun hekimlerce karşılanıyor olması, hasta haklarının korunması gerekliliğini gündeme getirmiştir. Hastaların hekim karşısındaki konumu, ekonomik, sosyal, hiyerarşik konumundan bağımsızdır. Hasta haklarına karşı getirilecek olan düzenlemeler, sadece hastaya değil hekime de güvence sağlamaktadır. Hasta haklarının güvence altına alınmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinde belli bir standart sağlanmış olacaktır. Sağlanan bu güvence ve standartlar hekimin hastasına karşı daha dikkatli ve özenli davranması sonucunu doğuracak, bunun neticesinde de hekim ile hasta arasındaki iletişim güçlenecektir. Güçlenen bu iletişimle hekime karşı güven duygusu oluşacak bu da hastanın kendisine uygulanacak tıbbi müdahalelerde hekimle işbirliği yapmasını kolaylaştıracaktır (Özcan ve Özel, 2008).

1.4.2 Hasta Haklarının Amacı

Hastaların hukuksal mekanizmalarca korunmasını gerekli kılan tüm düzenlemeler, hasta haklarının geliştirilerek bireylerin daha çok desteklenmesini ve toplumsal olarak güçlendirilmesi üzerine kurulmuştur. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin eşit, ulaşılabilir ve sürekli olması herkes için ortak ve en önemli amaçtır (Hatun, 1999).

Hasta hakları uygulamaları, hastalar ve sağlık personelini karşı karşıya getiren bir durum olarak düşünülmemelidir. Bu sebepten dolayı hasta haklarının amaçlarının ayrıntılı bir şekilde tanımlanmasına ihtiyaç duyulmuştur. Bu amaçlar, aşağıda ayrıntılı bir şekilde belirtilmiştir (Hatun 1999:19);

- a. Hastanın bir kişi olarak gelişmesini ve kişinin bütünlük ve itibarını korunmasını, sağlık hizmetlerinin temel insan haklarına uygun olarak uygulanmasını sağlamak,
- b. Hastalara sağlık hizmetlerinden eksiksiz tam olarak yararlanma konusunda yardım etmek ve sistemle ilgili yaşanan sorunları en aza indirmek,

- c. Hastalarla sağlık personeli arasındaki ilişkiyi desteklemek ve geliştirmek, özellikle de hastaların sağlık hizmeti s¼recine aktif olarak katılımı konusunda cesaretlendirmek,
- d. Hasta kuruluşları, sağlık personeli ve sağlık hizmetleri y¼netimi arasındaki ilişkiler i¼in yeni fırsatlar yaratmak ve var olanları g¼c¼lendirmek,
- e. Sağlık personelinin mesleki uygulamalardan kaynaklanan hatalarını azaltmak,
- f. Hastaların sağlık hizmetleriyle ilgili olan ulusal ve yerel programlara katılmasını sağlayarak sağlık hizmeti kalitesini arttırmak,
- g. ¼ocuklar, psikiyatrik hastalar, mahk¼mlar ve yaşlılar gibi ¼zel hasta grupları i¼in ayrıntılı d¼zenlemeler getirmek,
- h. Hasta-hekim ilişkisinde edilgen modeli değiştirerek sağlık hizmetlerinin insancılaştırmasını sağlamak,
- i. Hasta-personel eğitimini s¼ređen genel bir uygulama haline getirerek sağlık hizmeti etkinliğini arttırmak,
- j. Hasta haklarıyla ilgili d¼zenli bir şekilde başvuru mekanizmaları oluşturarak sağlık hizmeti ortamında otokontrol sistemini sağlamak,
- k. “Sağlık hizmetlerindeki piyasa dinamiklerine bağımlılıktan kaynaklı ve hastaları para kazanma aracı olarak g¼rmekte olan uygulamaları ¼nleyerek sağlık k¼lt¼r¼ geliştirmektir”.

1.5 Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi

1.5.1 D¼nyada Hasta Hakların Gelişimi ve Uluslar Arası Belgeler

Hastaların sağlık hizmetlerinden insan haklarına uygun şekilde ve d¼zeyde yararlanmaları gerekliliği ve hasta haklarının toplumsal bir boyut kazanması son ¼eyrek asırlık bir s¼rede ger¼ekleřmiřtir. Sağlık hizmetlerinin sunumu aşamasında korunması gerekli olan hastaların tarih boyunca hasta hakları olarak tanımlanmamış olsa bile bazı haklara sahip oldukları bilinmektedir. ¼zellikle Mezopotamya uygarlığının yazılı belgelerinden birisi olan Hammurabi yasalarında hekimin sorumluluğu ele alınmış, hekimin bir hastasını ¼ld¼rmesi veyahut tehlikeli bir şekilde yaralaması halinde iki elinin kesileceğine dair h¼kme bağlanmıştır. Yine Hindistan’da doktor kusurlarını tespit etmek amacıyla bir j¼ri heyeti kurulması

sağlanmıştır. Mısırdaki ise belirlenen bir takım kurallarla hekimin hastalara karşı sorumlulukları belirlenmeye çalışılmıştır (Şahin, 2005:1).

Hasta hakları alanında ki ilk temel metin olma özelliğini günümüzde de taşıyan “Hipokrat Andı” birçok toplum ve özelinde hasta haklarının korunmasında öncelikli bir konuma sahip olan hekimler için temel dayanak noktası oluşturmaktadır. Bu yönden Hipokrat Andı’nda belirtilen hastaların din, dil, ırk ve cins ayrımı yapılmadan tıbbi bakım ve tedavilerinin yapılması gerektiği tüm hekimlerce referans kabul edilmiştir. Zaman içerisinde tıp biliminin gelişmesi ve toplumsal kalkınma düzeyine paralel olarak etik/deontolojik kurallara, hekimlerin temel aldıkları mesleki ahlak ilkelerine dönüşmüştür (Sütlaş, 2000:63).

Bu temel değerler çerçevesinde oluşan hasta haklarının içeriği, tıp bilimindeki değer sorunlarının hastaların lehine yorumlanmasını sağlayan tıbbi yarar, zarar vermeme, özerklik ve adalet gibi tıbbi etik ilkeleri ile hastaların hukuksal olarak da korunmasının önünü açmıştır (Tanyeli, 1999:9-14). Dünyada hasta haklarının gelişimine baktığımızda Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa’daki hasta haklarının gelişimi ve bu gelişmelere paralel olarak ortaya çıkan ulusal ve uluslararası düzenlemeler karşımıza çıkmaktadır. 1960’lı yılların sonunda sağlık hizmetlerinden yararlanmak için sağlık kuruluşuna başvuran hastaların hastanelerde hizmet alma ile ilgili yaşadıkları sorunlar, şikâyetler ve bu konulardan dolayı açılan davalardaki artışlar nedeniyle hastane standartlarının yeniden düzenlenmesine ihtiyaç duyulmuştur. Bu yüzden ABD’de 1969’da hastanelerle ilgili standartlar yeniden gözden geçirilmeye başlanmıştır. Bu çalışmalar kapsamında ele alınan konuların arasında hasta haklarını ilgilendiren konulara çok fazla yer verilmese de gizlilik, bilgilendirilme, aydınlatılmış onam, hastaların eşit ve insancıl tedavi edilmeleri gibi konular ele alınmıştır (Sert, 2004:64).

1970’li yıllarda mahkemelerde verilen kararlara göre hekim–hasta ilişkisi bir iş ilişkisi olarak değil, güvene dayalı bir ilişki olarak nitelendirilmiştir. Tıbbi uygulama hataları ve bunlara karşı verilen yüksek tazminat cezalarının 1970’li yıllardan sonra büyük bir hızla artmaya başlaması ve gündeme gelmesi, “hasta hakları” ile ilgili çalışmaların Amerika Birleşik Devletleri’nde başlaması ile paralellik gösterir (Polat, 2005:115).

İlk olarak Amerika Birleşik Devletleri’nde hastanelere yatmakta olan hastaların, yattıkları süre içinde bazı etik ve yasal hakları olduğu, Amerikan

Hastaneler Birliği tarafından ileri sürölmüş ve 1972 yılında Amerikan Hastane Birliği tarafından Hasta Hakları Beyannamesi yayınlanmıştır (Öncel ve Aksoy, 2003:92).

Hasta Hakları Beyannamesi hasta hakları konusunda yayınlanmış olan ilk beyanname olması ile birlikte modern anlamda günümüzdeki uluslararası bildiregelere kaynaklık etmesi ve genel kabul gören değerleri içermesi açısından son derece önemli bir konuma sahiptir. Yayınlanmış olan beyannamenin amacı “hastaların, hekimin ve hastanenin daha çok memnun edilmesi ve hastaların daha etkin olarak tedavi edilmeleri” olarak belirtilmiştir. Beyanname ayrıca, nitelikli bir sağlık hizmeti sunma sürecinde hekim-hasta ilişkisinin gerekli olduğunu benimseyerek, hasta bakımının örgütlenmiş bir yapı olan hastane sistemi içerisinde gerçekleşmesi durumunda geleneksel olan hekim-hasta ilişkisinin artık yeni bir boyut kazanacağı vurgulanmıştır. Bu kapsam da sağlık hizmeti sunucuları olarak hastanelerin de bazı sorumlulukları olması gerektiği ve bu sorumluluk çerçevesinde Amerikan Hastaneler Birliği 12 maddeden oluşan hasta haklarını ile ilgili beyannameyi kabul ederek yayınlamıştır Amerikan Hastaneler Birliği (1973)’ne. göre:

Hastanın saygılı ve onuruna yakışır bir tedavi görme hakkı vardır.

Hastanın anlayabileceği şekilde, hastalığı ile ilgili, teşhis, tedavi ve prognozu hakkında doktorundan bilgi edinme hakkı vardır. Hastanın herhangi bir tıbbi işlem ya da tedaviye başlanılmadan önce aydınlatılmış onamının alınmasını bekleme hakkı vardır. Ayrıca kendi tedavisiyle ilgilenen personeli kimlik bilgilerini öğrenme hakkı vardır.

Hastaların yasaların izin verdiği ölçüler dâhilinde tedaviyi reddetme ve bunun sonucunda ortaya çıkabilecek sorunlar karşısında bilgilendirilmeye hakkı vardır.

Hastanın kendi tıbbi bakımı ve özel yaşamını ilgilendiren her konuda bilgilendirilme ve sağlığı ile ilgili kayıt ve görüşmelerin gizli tutulmasını isteme hakkı vardır.

Hastanın hastanenin kapasitesi ölçüleri dâhilinde hizmet bekleme ve kendi bakımını ilgilendiren düzeyde tedavi gördüğü hastanenin başka sağlık kuruluşları veya eğitim kurumları ile olan ilişkilerini bilme hakkı vardır.

Hastanın tıbbi tedavi ve bakımının kesintisiz olarak devamını isteme ve önceden randevu saatlerini ve sağlık personelini nerede bulabileceğini bilme hakkı vardır.

Hasta, ödeme kaynağı ne olursa olsun sunulan sağlık hizmeti ile ilgili faturayı inceleme ve bu konuda bilgi edinme hakkı vardır.

Hastane, hizmet sunduğu hastaları tıbbi bakım ve tedavi süreçlerini etkileyecek bir araştırma içerisine denek olarak dâhil etmek istiyorsa bu konu ile ilgili tüm ayrıntılar açıklanmak zorundadır. Hastanın bu araştırma projesine yer alıp almayacağı konusunda karar verme ve bu konuda izin alınması, hastane işleyiş ve kurallarını bilme hakkı vardır.

Hasta haklarını düzenleyen bildireler dünya sağlık örgütü ve dünya tabipler birliği tarafından düzenlenmektedir. Aşağıda önemli olan bildirelerden bazılarına yer verilmiştir.

1.5.1.1 Lizbon bildiregesi

Hasta hakları ile ilgili ilk Uluslararası belge niteliğindeki Lizbon bildiregesi Dünya Tabipler Birliği'nce, 1981 yılında Portekiz'in başşehri Lizbon'da yayınlanmıştır. Hasta haklarını 6 madde halinde sıralamıştır. Bu bildireye göre; (Dünya Tabipler Birliği, 1981).

1. Hasta, hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir.
2. Hasta, hiçbir dış etki altında kalmadan özgürce klinik ve etik kararlar verebilen bir hekim tarafından bakılabılme hakkına sahiptir.
3. Hasta yeterli kadar bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul veya reddetme hakkına sahiptir.
4. Hasta hekimden, tüm tıbbi ve özel hayatına ilişkin bilgilerin gizliliğine saygı gösterilmesini bekleme hakkına sahiptir.
5. Her hastanın onurlu bir şekilde ölmeye hakkı vardır.
6. Hasta, uygun bir dini temsilcinin yardımını da dâhil olmak üzere ruhi ve manevi teselliye kabul veya reddetme hakkına sahiptir.

Lizbon bildiregesi ile hekimlik mesleğinin kurallarını hasta hakları temelinde düzenlenmesi sağlanmış, bu konuda hekimlere büyük sorumluluklar yüklemiştir. Lizbon Bildiregesi; madde metinlerinin yeteri kadar açıklayıcı olmaması, bildirenin vicdan gibi tartışmaya açık, felsefi ve tanıma muhtaç kavramlara dayandırılması ve hasta hakları uygulamalarını sadece hekim görevi olarak sayması nedeniyle eleştirilere maruz kalmıştır (Sütlaş, 2000:10).

1.5.1.2 Amsterdam bildirgesi

Hollanda'nın başkenti Amsterdam'da, hasta hakları konusunda, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Avrupa Bürosu tarafından, 28-30 Mart 1994 tarihinde yapılan toplantıda kabul edilen hususlar, Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi adı altında yayınlanmıştır. Bu bildirge Amsterdam Bildirgesi olarak bilinmektedir. Bildirgede sağlık hizmetleri ve hasta hakları 6 bölümde ele alınmış ve 7. bölümde de tanımlara yer verilmiştir (Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi, 1994).

Bildirgeye göre hasta hakları şu başlıklar altında sıralanmıştır;(Hatun, 1999)

- a. Sağlık Bakımında (hizmetlerinde) insan hakları ve değerleri,
- b. Bilgilendirme,
- c. Onam,
- d. Mahremiyet ve özel hayat,
- e. Bakım ve tedavi,
- f. Başvuru.

Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi ile ilgili bölümleri ve bu bölümlerinin içeriği ile ilgili bilgiler aşağıda 6 bölüm altında ele alınmıştır. Bu bildirgeye göre (Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi, 1994);

Bildirgenin ilk bölümü altı maddeden oluşmaktadır. Bu maddeleri incelediğimizde kadın ve erkek cinsiyet ayrımı yapılmaksızın herkesin insan olması sebebiyle saygı görmeye ve özel yaşamına saygı gösterilmesi gerektiği belirtilmiştir. Herkesin kendi yaşamını belirleme hakkına sahip olduğu ve kişi olarak güvenli bir yaşam sürme hakkına sahiptir. Herkes kendi ahlaki ve kültürel değerlerine, dinsel ve felsefi inançlarına sahip olma ve bunlara saygı gösterilme hakkına sahiptir. Hastalıkların önlenmesi ve sağlık bakımı için yeterli ölçüde çaba gösterilerek sağlığının korunması ve kendisi için edinilebilir en yüksek sağlık seviyesine kavuşma fırsatı hakkına sahip olduğu belirtilmiştir.

İkinci bölüm olan bilgilendirme hakkına baktığımızda dokuz bölümden oluştuğu görülmektedir. Hastalar, durumları ile ilgili tıbbi tedavi ile ilgili gerçekleri, önerilen tıbbi girişimleri ve her bir girişimin potansiyel risk veya yararlarını, önerilen

girişimlerin alternatiflerini, tedavisiz kalmanın sonucunu, tanı, prognoz ve tedavinin gidişatı hakkında tam olarak bilgilendirilme hakkına sahiptir. Bilgilendirme, yalnızca hastanın yararı söz konusu olduğunda kısıtlanabilir. Bilgi, hastanın anlayacağı ve kavraya bileyeceği şekilde yalın bir dille ve yolla anlatılmalıdır. Hastalar başka bir hekim tarafından ikinci bir görüş alma imkânına ve sağlık personelinin kimliği, mesleki durumu, kurumda geçerli olan kurallar ve rutin işler hakkında bilgilendirilmelidirler. Hastalar, sağlık kurumundan taburcu edildiklerinde tanıları, tedavileri ve bakımlarını içeren bir yazılı özet alma ve isteme imkânına sahiptir.

Bildirgenin üçüncü bölümü olan onam (rıza) on maddeden oluşmaktadır. Herhangi bir tıbbi girişimin ön koşulu hastanın bilgilendirilmiş onamının alınmasıdır. Hasta tıbbi girişimi reddetme veya durdurma hakkına sahiptir. Hastanın iradesini beyan etmesinin mümkün olmadığı ve acilen tıbbi girişim yapılması gereken durumlarda, daha önceden bu girişimi reddettiğini gösteren bir açıklaması yoksa hastanın onamı varsayılarak girişim yapılabilir. Hastanın yasal temsilcisinin onamının gerektiği ve önerilen girişimin acil olduğu durumda eğer temsilcinin onayı zamanında alınamıyorsa tıbbi girişim yapılabilir.

Hastanın yapılan tıbbi müdahaleye onam vermesinin mümkün olmadığı ve yasal temsilcisinin bulunmadığı veya bu amaçla seçilmediği bütün diğer durumlarda hastanın istekleri tahmin edilerek alternatif karar alma biçimi için uygun önlemler alınmalıdır. İnsan vücudunun bütün parçalarının kullanımı ve korunması için hasta onayı gereklidir. Klinik çalışmalara katılım için hastanın bilgilendirilmiş onamına ihtiyaç vardır. Hastanın bilgilendirilmiş onamı bilimsel araştırmalarda dâhil edilebilmesi için önkoşuldur. Bu gibi araştırmalar, yasal temsilcisinin onamı olmadıkça ve hastayı ilgilendirmedikçe, kendi iradesini beyan edemeyecek durumda olan hastalarda yapılmamalıdır.

Dördüncü bölüm ise sekiz maddeden oluşmaktadır. Hastanın mahremiyet ve özel yaşamına saygı gösterilmesi gerektiği, hasta ya ait bilgilerin ölümden sonra bile gizli olarak korunması gerektiği, hastaya ait olan kişisel ve tıbbi kayıtların hastanın mahremiyet ve özel yaşamına saygı çerçevesinde başka kişilerce ulaşılamayacak şekilde saklanması gerekmektedir. Hastalar, kendileriyle ilgili tıbbi ve kişisel bilgilerin uygunsuz, yanlış, eski olması veya tanı, tedavi ve bakım amacıyla ilgili olmaması durumunda bu bilgileri yenileme, daha açık hale getirme, bazı kısımlarını çıkarma, tamamlama, düzeltme hakkına sahiptir.

Bildirgenin beşinci bölümünü oluşturan bakım ve tedavi hakkı on bir maddede açıklanmaya çalışılmıştır. Sağlık hizmetleri, herkes için eşit ulaşılabilirlikte ve sürekli olmalıdır. Hastaların, sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi ve planlamasını ilgilendiren konularda sağlık sisteminin her düzeyinde temsilci biçiminde katılmaya hakkı vardır. Hastalar, kaliteli sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir. Hastalar tanı, bakım ve tedavi bakımından tüm sağlık personeli ve/veya sağlık kurumları arasında işbirliğini kapsayacak şekilde bakım devamlılığı hakkına sahiptir. Hastalar, sağlık sisteminin işleyişi ile uyumlu olarak, hekimlerini veya diğer sağlık personelini ve sağlık kurumlarını seçme ve değiştirme hakkına sahiptir. Tıbbi nedenlerle sağlık kurumlarında daha fazla kalmasını gerektirmeyen hastalara başka bir sağlık kurumuna veya eve gönderilmeden önce durumları hakkında tam olarak bilgilendirilmelidirler. Hastalar tanı, tedavi ve bakımları sırasında saygı görme; kültür ve değerlerine uygun şekilde davranılma, yaşamlarının son döneminde insanca bakılıp, itibar içinde ölme hakkına sahiptir.

Son bölüm olan başvuru hakkının maddelerine baktığımızda beş madde altında açıklanmıştır. Bu bildirmede belirtilen hakların uygulanması, sadece bu amaca uygun anlamlar çerçevesinde mümkündür. Bu hakların kullanılmasında ayırım olmaksızın sağlanmalıdır. Hastaların bu bildirmede belirtilen hakları kendilerinin kullanmasının mümkün olmadığı durumlarda, resmi temsilcileri veya bu amaçla belirleyecekleri kişiler hastanın adına sorumlu olabilirler. Hastalar haklarına saygı gösterilmediğini hissettikleri zaman şikâyet için başvuru imkânına sahip olmalıdır. Mahkemelere başvurmanın yanı sıra, diğer düzeylerde başvuruda bulunma, hakemlik isteme ile ilgili bağımsız mekanizmalar bulunmalıdır. Bu mekanizmalar şikâyet prosedürleri ile ilgili bilgi edinebilmeyi, bağımsız olan kişilere ulaşabilmeyi ve hastanın en uygun şekilde nasıl hareket edeceği konusunda danışmada bulunma imkânlarını sağlamalıdır. Hastaların şikâyetlerinin değerlendirilmesi etkili ve tam olarak yapılmalı ve sonuç hakkında bilgilendirmeye hakkı vardır.

1.5.1.3 Bali bildirgesi

Hasta hakları konusunda yayımlanan yeni bildirmeler ve teknolojik gelişmeler tıp meslek etiğindeki tartışma ve araştırma konularını artırmıştır. Bu nedenle, 1981 yılında Dünya Tabipler Birliği tarafından kabul edilen “Lizbon Bildirgesi-I”in

meydana gelen yeni gelişmeler ışığında yeniden güncellenmesi zorunluluğu doğmuştur. Dünya Tabipler Birliği, 1995 yılında Endonezya yaptığı toplantıda; hasta haklarının korunması ve geliştirilmesi noktasındaki çalışmalara dayanak oluşturmak ve hekimlerin hasta hakları konusundaki sorumluluklarını belirlemek amacıyla daha ayrıntılı ve değişen şartlara uyumlu yeni bir düzenlemeye gitmiş ve Lizbon Bildirgesi-II'yi (Bali Bildirgesi) kabul etmiştir. Bu bildirgeye göre temel hasta hakları on bir başlıkta aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir (Dünya Tabipler Birliği, 1995);

- a. Nitelikli Sağlık Bakımı Hakkı,
- b. Seçim Özgürlüğü Hakkı,
- c. Kendi Adına Karar Verme Hakkı,
- d. Bilinci Kapalı Hasta,
- e. Yasal Olarak Karar Verme Yetkisi Olmayan Hasta,
- f. Hastanın İsteği Dışındaki Prosedürler,
- g. Bilgilenme Hakkı,
- h. Gizlilik Hakkı,
- i. Sağlık Eğitimi Hakkı,
- j. Onur Hakkı,
- k. Dini Yardım Alma Hakkı,

Bali Bildirgesinde her hastanın genel kabul görmüş tıbbi tedavi ilkelerine uygun bir şekilde, eşitlik ve hakkaniyet çerçevesinde, kaliteli bir şekilde tıbbi bakım hizmetini almaya hakkı olduğu ve tıbbi bakım kalitesinin geliştirilmesinde hekimlerin sorumlu olduğu belirtilmiştir. Hastaların istediği sağlık kurumunu ve hekimi seçme hakkının olduğu ifade edilmiştir. Hastanın kendisi ile ilgili tüm tıbbi bakım ve tedaviye ilişkin kararlarda kendi kaderini belirleme hakkına sahip olduğu bu maksatla bilgilendirilmiş rızanın gerekliliği üzerinde durulmuştur. Bu bildirge de hastaya ilişkin müdahalelerde mahremiyete saygı gösterilmeli ve hastaya ilişkin olan bilgiler saklanmalıdır. Hasta kendisi ile bu bilgilere kolayca ulaşabilme hakkına sahip olduğu ifade edilmiştir. Bilinci kapalı ve yasal ehliyeti olmayan hastalara yönelik yapılacak olan tıbbi müdahalelerde hastanın yasal temsilcisinden izin alınması zorunluluğu üzerinde durulmuştur. Ayrıcalıklı durumlarda yani hastanın tıbbi müdahaleyi istememesine karşın tıbbi müdahalenin gerekli olduğu durumlarda yasaların izin verdiği şekilde, gerekli etik kurallar dikkate alınarak uygulamanın

yapılması gerektiği belirtilmiştir. Hastanın dini ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için gerekli uygun ortam ve desteğin sağlanmasının gerekmektedir. Bali bildirgesinde ayrıca her insana sağlık eğitimi verilmesi gerektiği ve hekimlerin bu eğitime aktif olarak katılması gerektiği vurgulanmıştır (Pazarcı, 2007:118-121).

Lizbon Bildirgesi-II (Bali Bildirgesi); hastaların saymış olan haklardan en uygun derecede yararlanması ve hak ihlallerinden korunmasında, hekimlerin mesleki sorumluluklarını ve atacağı adımları belirlemesi açısından diğer yayınlanmış olan bildirelerden amaçsal olarak ayrılmaktadır. Özellikle yayınlanmış olan ilk bildirede yer almayan, biyomedikal araştırmalarda denek olarak kullanılan hastaların da hasta haklarından yararlandırılması, tıbbi araştırma ve eğitimlerde hastaya ret etme hakkı tanınması, hastanın onamı olmadan gerçekleştirilebilecek girişimler ve intihar eden bireylere yapılacak müdahaleler ile yasaların ve tıp meslek etiğinin izin verdiği haller ayrıca düzenlenmiştir (Oğuz, 1997:50-55).

1.5.1.4 Hasta haklarına ilişkin Avrupa statüsü temel dokümanı

Kasım 2002 tarihinde Roma’da Avrupa Birliği bölgesinin tamamında geçerli olmak üzere hasta hakları konusunda somut ve uygulanabilir başlıkları ihtiva eden “Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü”(Ana Sözleşmesi) temel doküman olarak kabul edilmiştir. Temel doküman dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde temel haklar ilişkin Avrupa birliği statüsü açıklanmış, ikinci bölümde ise hastalara ait haklara yer verilmiştir. Dokümanın üçüncü bölümde aktif vatandaşlık haklarına son bölümde de sözleşmenin uygulama ilkelerine değinilmiştir. İkinci bölümde belirtilen hastalara ait olan 14 maddeden oluşan hasta hakları şu ana başlıkları içermektedir (Avrupa Statütüsü Temel Dökümanı, 2002);

Koruyucu tedbirlerin alınması hakkı: Her bireyin hastalıklardan korunmak için uygun tıbbi bakım ve tedavi alma hakkını tanımlamaktadır.

Yararlanma hakkı: Her bireyin hastalığın türü, zamanı, ikamet yeri veyahut mali kaynakları konusunda hiçbir ayırıma tabi tutulmadan, eşit olarak sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı vardır.

Bilgi hakkı: Her bireyin kendi sağlık durumu, mevcut sağlık hizmetlerinden, bilimsel araştırma ve gelişmelerden haberdar olmaya ve bu hizmetlerde nasıl yararlanacağı konusunda bilgi sahibi olmaya yönlendirilmeye hakkı vardır.

Onam (Rıza) hakkı: Bireyin kendi sağlığı ve geleceğiyle ilgili kararlara katılabilmesi için sağlık personeli tarafından tıbbi müdahale ve girişimden en az bir gün önce olmak koşuluyla bilgilendirilmesini ve hastanın vücut bütünlüğüne yapılacak her türlü müdahaleden önce hastanın onamının alınmasını ifade etmektedir.

Özgür Seçim Hakkı: Her birey yeterli derecede bilgilendirildikten sonra alternatif tedavi yöntemleri ve sağlık personeli/kurumu arasından seçim yapabilme hakkını ifade etmektedir.

Özel ve Gizlilik Hakkı: Her birey, kişisel bilgilerinin, sağlık durumuna ilişkin bilgilerinin ve özel ziyaretlerinin gizli tutulmasını talep etme hakkına sahiptir.

Hastaların Vaktine Saygı: Her bireyin hızlı ve önceden belirtilen makul süre içerisinde ihtiyacı olduğu sağlık hizmetini alma hakkı vardır.

Kalite Standartları Hakkı: Her bireyin edinilebilen en yüksek kalitedeki sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı vardır.

Güvenlik: Her bireyin sağlık hizmetlerinin kötü sunumu ve tıbbi hatalardan (malpraktis) doğan zararlardan korunarak, garanti altına alınma hakkı vardır.

Yenilik Hakkı: Her bireyin uluslararası standartlar ölçüsünde, sağlık alanındaki yeniliklerden yararlanma hakkına sahiptir.

Gereksiz Ağrı/Acı ve Sıkıntıdan Sakınma Hakkı: Her bireyin hastalığının her aşamasında mümkün olduğunca acı ve sıkıntıdan korunmasını, tedavisinin kolay ve rahat geçmesi için gerekli tedbirlerin alınmasını isteme hakkını tanımlamaktadır.

Kişisel Tedavi Hakkı: Her bireyin teşhis ve tedavi programlarını kendi kişisel ihtiyaçlarına göre (hasta odaklı) yönlendirme hakkı vardır.

Şikâyet Hakkı: Her bireyin ortaya çıkan zarar ve ihlaller karşısında başvuru yapma ve yasal takip hakkı vardır.

Tazminat Hakkı: Her birey sağlık hizmet sunumu sırasında katlanmak zorunda kaldığı ihlal veya haksızlıklar sonucu oluşan maddi ve manevi zararlarını en kısa sürede tazmin edilmesini isteme hakkına sahiptir.

1.5.1.5 İnsan hakları ve biyotıp sözleşmesi

Avrupa Konseyi tarafından yapılan çalışmalar sonucunda 1997 yılında Oviedo'da Biyoloji ve Tıp Uygulamalarında İnsan Hakları ve İnsan Onurunun

Korunması Sözleşmesi kabul edilmiştir. Kısaca İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi olarak da adlandırılan bu sözleşme, biyoetik üzerine yoğunlaşan ilk uluslararası anlaşma olma niteliğindedir (Er, 2008:152). İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi ile tüm insanların onurunu ve kimliğini koruyacak tedbirler alınması gerektiği, biyoloji ve tıbbın uygulanmasında, eşitlik içinde herkesin bütünlüğüne ve diğer hak ve özgürlüklerine saygı gösterilmesini güvence altına almak amaçlanmıştır. Sözleşme, sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanma, meslek standartlarına uyma, onam, acil bir durumda ne yapılacağı, önceden planlanmış açık istek, bilimsel araştırmaların ne şekilde yapılacağı, organ ve doku nakli ile genle ilgili çalışmaların nasıl olması gerektiğini belirtmiştir (İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi,1996).

Sözleşmede öngörülen hakların ve ilkelerin hukuka aykırı bir şekilde ihlal edilmesinin en kısa sürede önlenmesi veya durdurulması için uygun yargısal koruyucu önlemlerin alınması gerektiği, tıbbî bir müdahaleden kaynaklanan bir zarara uğrayan kişinin, kanun tarafından öngörülen koşullar ve usuller uyarınca, adil bir tazminat isteme hakkının olduğu ve sözleşmede yer alan hükümlerin ihlal edilmesi halinde uygulanacak yaptırımların ne olacağı bu sözleşmede belirtilmiştir (Yanardağ, 2013:18).

1.5.2 Türkiye’de Hasta Haklarının Gelişimi ve Ulusal Belgeler

Ülkemizde, hasta hakları ile ilgili yasa bulunmamakta ve genel düzenlemeler çerçevesinde ele alınmaktadır. Hasta hakları ile ilgili yasal düzenlemelerin geriye dönük tarihine bakıldığında, sağlık alanı ve sağlık profesyonellerin çalışma usulleri ile ilgili yasal düzenlemelerin yapıldığı, 1928 yılında yayınlanan Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına dair Kanun, 1930 yılında yayınlanan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1960 yılında yayınlanan Tıbbî Deontoloji Tüzüğü, 1961 yılında yayınlanan Sağlık Hizmetlerin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961 Anayasası, 1979 yılında yayınlanan Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun, 1982 Anayasası, 1982 yılında yayınlanan Sağlık Bakanlığı Teşkilatı ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 1983 yılında yayınlanan Nüfus Planlaması Kanunu, 1987 yılında yayınlanan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu gibi kanunlar görülmektedir (Sert, 2004:91-105).

Türkiye’de hasta hakları ile ilgili yasal düzenlemeler yönetmelik düzeyinde gerçekleşmiştir. Avrupa Birliğine uyum süreciyle ilişkili olarak Hasta Hakları Yönetmeliği (1998), Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönergesi (2003) ve Hasta Hakları Uygulama Yönergesi (2005) ile hasta hakları uygulamaları şekillenmiştir.

Türkiye’de hasta haklarının gelişimi ile ilgili önemli olan belgelere aşağıda kısaca değinilmiştir.

1.5.2.1 Tababet ve Şuabatı Kanunu(1928)

Bu kanunda sağlık personelinin vasıflarını, çalışma usullerini, yetkilerini ve uyması gereken kuralları ve aksi durumda uygulanması gerekli olan cezai yaptırımlardan bahsetmekte olup ayrıca uyulması gereken ahlaki yükümlülüklerden bahsedilmektedir. Hastayla ilgili olarak yapılan işlemlerde, hasta hakları kavramı çerçevesinde, hastanın rızasının alınmasının gerekliliği, eğer hastanın yaşı küçük ise, şuuru kapalı durumdaysa ya da akli dengesi yerinde değilse, hastanın veli veya vasisinin izninin alınmasının gerekli olduğu belirtilmiştir. Ayrıca hastaya ilişkin kayıtlarının tutulmasını zorunlu kılınmıştır (Sağlık Bakanlığı, 1928; Sert, 2004:91)

1.5.2.2 Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (1960)

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi 1960 yılında düzenlenmiş ve halen günümüzde geçerliliğini koruyan yasal bir düzenlemedir. “Hekimlik Görevleri Tüzüğü” olarak da adlandırılan bu tüzük hekimlerin ve dış hekimlerinin uymakla yükümlü oldukları kuralları içermektedir. Tüzüğün tüm maddeleri yasal olarak bağlayıcı niteliktedir. Bu tüzük kapsamında daha çok bireysel hekimlik anlayışı üzerinde durulmuştur. Tüzüğün genel ilkeleri dışında reklâm konusu, araştırma ve deneylerle ilgili hükümler, özel muayene ücretleri, hasta hekim ilişkisi, kürtaj, doğum, konsültasyon ve hekimlerin meslektaşlarıyla ilişkileri üzerinde durulmuştur (Özcan, 2010; Sağlık Bakanlığı, 1960).

Ayrıca sır saklama, hastanın hekimini serbestçe seçmesi, hekim özerkliği, insanlar üzerinde yapılacak olan deneysel çalışmaları ve sınırlarını belirlemesi, hastanın hastalığı ve prognozuna ilişkin bilgilendirme yapılması, hekimin hastaya bakmayı reddetme hakkının olması, hekimin hastanın tedavisinden çekilmesi ve bunun şartlarını barındırıyor olması ile günümüzde ki hasta hakları içinde yer alan

ana başlıkları ihtiva etmesi ve hasta hakları uygulamalarında hekim-hasta ilişkisinin yasal çerçevesini belirleme noktasında örnek teşkil eden bir düzenlemedir (Akıncı, 2009).

1.5.2.3 Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun (1961)

12.01.1961 tarih ve 224 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ile ülkemiz, çağdaş sağlık hizmetleri anlayışını, mevcut olanaklar dâhilinde ve toplumun ihtiyaçları doğrultusunda planlayarak toplumun bütün kesimin sağlık hizmetlerinden bedelsiz ve eşit olarak yararlanmasını sağlayacak sosyal bir seferberlik başlatmıştır (Sütlaş, 2000:129-130; Pratisyen Hekimlik Derneği, 2008:32-35). Bu kanun ile kapsayıcı ve sürekli hizmet anlayışı doğrultusunda toplumun tüm kesimlerine ulaşılmak istenmiştir. Koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin sağlık ocakları tarafından verilmesi amaçlanmıştır. Ana-çocuk sağlığı hizmetlerine ve koruyucu hizmetlere öncelik verilmiştir. Bu kanun ile sağlık hizmetlerine ulaşılmasında sorun yaşanan yoksul halk kesimine de sağlık hizmetleri götürülmesi amaçlanmıştır. Bu neden ile gezici sağlık ekipleri kurulmuştur. Sevk zinciri sistemi kurulmuştur. Sağlık ocakları ve evleri yalnızca hasta ve başvuran kişilerin sağlığından değil aynı zamanda sağlıklı ve başvurmayan kişilerin de sağlığının korunmasından sorumlu tutulmuştur. Sağlık ocakları ve sağlık evlerinde çalışan personelin görev tanımları yapılmış ve hizmet içi eğitimler planlanarak personelin mesleki bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi öngörülmüştür. Bu kanunda yapılması öngörülen kayıt ve istatistik çalışmaları ile toplumun sağlık haritasının çıkarılması amaçlanmıştır (Aksakoğlu, 2008).

1.5.2.4 Hasta Hakları Yönetmeliği (1998)

1 Ağustos 1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği, toplam dokuz bölüm ve 51 maddeden oluşmaktadır. Bu yönetmelikte hem sağlık kuruluşlarından alınan hizmetlerin kapsamı hem de bu kuruluşlarda yürütülen araştırmalarda uyulması gereken kurallar yer almaktadır.

Hasta Hakları Yönetmeliğinin amacı, temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansımaları olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda, diğer

mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen hasta haklarını somut olarak göstermek, sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan onuruna yakışır şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemektir (Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998:1):

Sağlık Bakanlığının hasta hakları ile ilgili 1998 yılında yayınlamış olduğu yönetmeliğe göre sağlık hizmetlerinin sunulmasında aşağıdaki ilkelere uyulması şartı getirilmiştir;

a) Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğu, sunulan hizmetin her safhasında daima göz önünde bulundurulması gerektiği,

b) Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını haiz olduğu ve hiçbir merci veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunulması gerektiği,

c) Sağlık hizmetinin verilmesinde hastaların; ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ve farklılıkları dikkate alınmadan sağlık hizmetleri, herkesin kolayca ulaşabilecekleri şekilde planlanıp düzenlenir.

d) Tıbbi zorunluluklar ve kanunlarda yazılı hallerin dışında, rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz.

e) Kişi, rızası ve Bakanlığın izni olmaksızın tıbbi araştırmalara tabi tutulamaz.

f) Kanun ile müsaade edilen haller ve tıbbi zorunluluklar dışında, hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz (Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998:2).

1998 yılında yayınlanan“Hasta Hakları Yönetmeliği” ne göre hastalara tanınan yasal haklar şunlardır: Sağlık hizmetlerinden adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma, bilgi isteme, sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme, personeli tanıma, seçme ve değiştirme, öncelik sırasının belirlenmesini isteme, tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım isteme, tıbbi gereklilikler dışındaki müdahaleleri reddetme, tenazi yaşağı, tıbbi zen gösterilmesi, genel olarak bilgi isteme, kayıtları inceleme, kayıtların düzeltilmesini isteme, mahremiyete saygı gösterilmesi, bilgilendirilmiş

onamı olmaksızın tıbbi müdahaleye tabi tutulmama, bilgilerin gizli tutulmasını isteme, tedaviyi reddetme ve durdurma, organ ve doku alınmasında ve tıbbi araştırmalarda bilgilendirilmiş onam alınması, aile planlama hizmetleri ve gebeliğın sona erdirilmesi, gönüllünün korunması ve bilgilendirilmesi, güvenliğın sağlanması, dini vecibeleri yerine getirebilme ve dini hizmetlerden faydalanma, insani değerlere saygı gösterilmesi ve ziyaret, refakatçi bulundurma hakları yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998:1-11).

1.5.2.5 T.C. Sağlık Bakanlığı hasta hakları yönergesi (2003) ve hasta hakları uygulama yönergesi (2005)

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliğinin uygulanmasını sağlamak üzere 2003 yılında “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge” yayımlanarak yürürlüğe konulmuştur (Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge,2003).

Ekim 2003 tarihinde Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanarak Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına Dair Yönerge'nin temel amacının, “kurum veya çalışan odaklı hizmet sunumundan hasta odaklı hizmet sunumuna geçilmesi” olarak belirtilmekte ve bu amaçla yeni kurul ve birimler oluşturulması öngörülmektedir. 21. yüzyılda tıbbın birçok farklı alanında görülmeye başlayan hasta merkezli yaklaşım, ‘sağlık hizmetlerinde hastanın gereksinimlerinin, isteklerinin, tercihlerinin göz önüne alınması’ olarak tanımlanmaktadır (Demirhan ve Elçioğlu, 2003:86-117).

Hasta hakları uygulamaları ilk olarak 60 hastanede başlamış, 2004 yılı içerisinde ülke genelinde yaygınlaştırılarak 81 ilde uygulanmaya başlanmıştır. Bu uygulamalar ile toplumda hasta hakları konusunda farkındalık yaratılmış, sağlık çalışanları konuya daha duyarlı hale getirilmiştir. Ancak Sağlık Bakanlığı, uygulama sırasında yaşanan bazı sorunların ve tespit edilen eksikliklerin giderilmesi için 2003 yılında yayınlanan Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge’de değişiklikler yapıлып, revize edilerek ve günün koşullarına uyarlanarak Nisan 2005’te Hasta Hakları Uygulama Yönergesi olarak uygulamaya konmuştur (Toprak ve Şahin, 2012).

Bu yönergenin amacı; yönerge kapsamındaki sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta hakları uygulamalarının insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin Hasta Haklarından faydalanabilmesinde, hak ihlallerinden korunabilmesi ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını kullanabilmesinde hasta hakları uygulamalarının planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve denetlenmesi ile ilgili esas ve usulleri belirleyerek sağlık hizmetlerinin eşit, kaliteli ve etkin olarak sunumunu sağlamaktır (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005:1).

Özellikle ilk yönergenin devamı niteliğinde olan ikinci yönerge, hasta hakları uygulamalarını yaygınlaştırıp ve standart hale getirmek için hazırlanmış bir metindir. Bu yönergeler ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda hasta haklarına ilişkin uygulamalar, gerek hastalar gerekse sağlık çalışanları açısından ilk kez açık biçimde sağlık hizmetlerinde yer almaya başlamıştır (Önal ve Civaner, 2005:203-208).

2005 yılında yayınlanmış olan HHUY'nin içeriği temel olarak, hasta haklarının korunması ve hakların ihlali durumunda devreye girecek olan başvuru mekanizmalarının oluşturulmasına yöneliktir. Bu amaçla Yönerge'de aşağıda isimleri bulunan birimler oluşturulmuş, görevleri ve yapıları tanımlanmıştır:

1. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Şubesi
2. Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü
3. Hastane Hasta Hakları Kurulu ve Hasta Hakları Birimi
4. Hasta Hakları İletişim Birimi
5. Ayakta teşhis ve tedavi yapan sağlık kurum ve kuruluşları Hasta Hakları Kurulları, Birimleri ve İletişim Birimleri
6. Sağlık Grup Başkanlığı bulunmayan il merkezlerinde oluşturulacak hasta hakları kurulları ve hasta hakları birimleridir.

Hasta Hakları Şubesi; Hasta hakları uygulamalarında, kalite ve hizmetin niteliğini artırmak, hasta haklarına yönelik T.C. Sağlık Bakanlığı ve bakanlık dışı birimler arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlamak, hasta hakları uygulamalarının geliştirilmesi, ülke genelinde planlanması, denetlenmesi ve koordinasyonundan sorumlu olarak Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde kurulur (Pazarcı,2007:79).

Hasta hakları şubesi şu görevleri icra eder; Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü'nün ve hastanelerde Hasta Hakları Kurullarının kurulmasını sağlamak, hasta hakları uygulamalarına yönelik yeni projeler üretmek, sağlık kurumlarında oluşturulan kurul ve birimde görev alacak ekibin özelliğini belirlemek, gerek hasta hakları kurulu ve hasta hakları birimi bünyesinde, gerekse sağlık kurumunun sağlık çalışanları ile hasta ve yakınlarının hasta hakları konusunda

sürekli olarak eğitimlerini koordine etmek, danışmanlık yapmak, denetlemek, başvuruların uygun zaman da sonuçlandırılmasını sağlamak, kurumların hasta hakları uygulamaları ile ilgili performansını değerlendirmek, hasta hakları ile ilgili güncel konu ve yayınları izlemek, ilgili yerlere duyurmak, hasta hakları uygulamalarını sistematik olarak değerlendirmek, hasta hakları ile ilgili araştırmalar yapmak, yaptırmak, bunun için gerekli istatistik ve kayıt sistemleri geliştirmek, Sağlık Müdürlüğünden gelen formları incelemek ve değerlendirmek, tüm kamu kurum ve kuruluşlarında yürütülen hasta hakları uygulamalarını yerinde denetlemek ve denetlenmesini sağlamak, uluslararası hasta hakları uygulamalarını araştırmak, ülkemize uyarlanmasını sağlamak, sertifika, katılım belgesi, kredi sistemi gibi ödül sistemleri geliştirilmesine yönelik faaliyetlerde bulunmak gibi görevleri vardır (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005:2).

Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü: İl koordinatörlüğü hasta hakları uygulamalarını il genelinde koordine etmek ve denetlemek amacıyla Sağlık Müdürlüğü bünyesinde kurulur. İl koordinatörü, İl Sağlık Müdürünün önereceği kişiler arasından, Valiliğin teklifi Bakanlığın onayı ile görevlendirilir. İl Sağlık Müdürü adına hasta hakları uygulamaları görevini yürütür. İl Koordinatörü, Hasta hakları ile ilgili çalışmaların il genelinde sorumlusudur. İl ve ilçe genelinde hasta hakları kurullarının ve birimlerinin işleyişlerini ve uygulamalarını denetlemek ve izlemekle yükümlüdür. İl koordinatörü, kendi isteği dışında başka bir kurum, kuruluş veya üniteye görevlendirilemez. Yaptıkları iş gereğince ayrımcılığa veya ceza olarak algılanabilecek işleme tabi tutulamazlar (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005:3).

Hasta hakları il koordinatörlüğünün görev dağılımına baktığımız da; ildeki tüm kurul ve birim görevlileri için eğitim toplantıları düzenlemek, 'Hekim Seçme Uygulaması'nın koordinasyonunu sağlamak, Hasta Hakları Birimlerinden gelen evrakları arşivlemek ve gerekli kurumlar arası dolaşımını sağlamak, hasta hakları uygulamalarının geliştirilmesi için yetkililerle gerekli olan işbirliğini yaparak araç-gereç sağlamak, il çapında hasta hakları uygulamalarının başlatılması için plan hazırlamak ve denetlemek, görevi ile ilgili olan bilimsel toplantılara katılmak görevleri verilmiştir (Önal ve Civaner,2005:205).

Hasta Hakları Kurullarının Görev, Yetki Ve Çalışma Usulleri; Hasta hakları uygulamalarını planlamak, değerlendirmek, uygulamak ve önerilerde bulunmak

amacıyla il merkezlerindeki bütün kamu hastaneler ile ilçelerdeki 100 yatak üzerindeki hastanelerde "Hasta Hakları Kurulu" oluşturulur. Kurul biri başkan olmak üzere toplam 8 kişiden oluşur. Hasta Hakları Kurulu aşağıdaki üyelere oluşmaktadır(Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005:4);

- a. Başkan: Kamu hastanelerinde hastanenin kalite hizmetlerinden sorumlu Baştabip Yardımcısı kurulun başkanıdır.
- b. Hasta Hakları Birim Sorumlusu,
- c. Hakkında başvuruda bulunulan personelin birim sorumlusu,
- d. Hasta hakları konusunda faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşu
- e. Varsa hastanın avukatı (oylamaya katılamazlar ve oylama sırasında kurulda bulunamazlar.)
- f. Sendika temsilcisi,
- g. Valiliğin belirleyeceği bir vatandaş
- h. İl genel meclisi üyeleri arasından Vali tarafından seçilecek bir üye

Kurul Başkanının Görev ve Yetkileri; belirlenen gün ve saatte toplantı yapılmasını sağlamak, başvuru yapılan çalışan hakkında bilgi toplanmasını sağlamak, hasta hakları uygulamalarının iyileştirilmesi çalışmaları ile ilgili olarak kurul tarafından alınan önerilerin uygulanmasını takip etmek ve İl Koordinatörüne bilgi vermek. Bakanlık tarafından planlanan eğitimlere yardımcı olmak, hasta hakları konusunda eğitim almaya gelen çalışanlara eğitmenlik, danışmanlık yapmak, kurul hizmetlerinin hasta hakları ile ilgili mevzuata ve yönerge esaslarına uygun olarak yapılmasını sağlamaktır (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005:4-5).

Hasta hakları kurulunun görev dağılımı ise; hasta hakları uygulamalarını gerçekleştirmek, hasta haklarının geliştirilmesi için önerilerde bulunmak ve başvuru dosyalarını değerlendirmek ve karara bağlanmakla sorumludur. Kurul başvuru dosyasını hak ihlali açısından değerlendirip idareye görüş sunmakla yükümlüdür ve idare de buna göre gerekli düzenlemeleri yapar. Kurul'un pozisyonu, karar verici olmaktan çok yönetimin karar almasına yardımcı olmak biçiminde tanımlanmıştır. Kurul başvuru dosyası durumuna göre haftada en az bir defa toplanır. Görüşülecek dosya olmadığı durumlarda kurul en fazla 15 günde bir defa toplanması gerekir. Başvurunun birim tarafından alınmasından sonra karar verme süresi 15 iş günüdür. Kurul gizlilik esasına göre hareket eder. Kararları gizli oyla alır. Kurul kararlarının objektifliği, mahremiyeti ve gizliliğinin sağlanması, başvuru yapan kişinin ve

hakkında başvuru yapılan çalışanın isminin gizlenmesi sağlanır. (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005:5, Önal ve Civaner,2005:205).

Hasta Hakları Uygulama Yönergesinin 14.maddesine göre hasta hakları birimi; Hasta hakları uygulamalarının planlanması, değerlendirilmesi, uygulanması amacıyla illerde ki bütün kamu hastaneleri, dış hastaneleri ve ilçelerdeki 100 yatak kapasitesinin üzerinde bulunan hastanelerde "Hasta Hakları Birimi" kurulur. Kurulan bu birim, aynı zaman da hasta hakları kurul başkanı da olan Başhekim Yardımcısına bağlı olarak faaliyet gösterir.

Hasta hakları birim sorumlusu; kamu hastaneleri için sosyal hizmet uzmanı, psikolog, halkla ilişkiler uzmanı, hemşire (fakülte mezunu) unvanına sahip kişiler arasından, Valiliğin teklifi Bakanlığın onayı ile görevlendirilir. Hasta hakları konusunda eğitim alarak bu birimlerde görevlendirilen personelin tayin, nakil vb. işlemlerde öncelikle hastanede hasta hakları birimi olan yerlerde görevlendirilir. Hasta Hakları biriminde çalışan personel görevlendirildikten sonra kendi istekleri dışında başka bir kurum, kuruluş veya üniteye görevlendirilmeleri yapılamaz. Yaptıkları iş gereğince ayrımcılığa veya ceza olarak algılanabilecek işleme tabi tutulamazlar (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi 2005:5).

Hasta Hakları Birim Sorumlusunun Görev ve Sorumlulukları: Çocuklar ve özürlüler öncelikli olmak üzere tüm hastaların danışmanlığını ve savunuculuğunu yapmak, birime gelen başvuruları almak, ilk görüşmeyi yapmak, hasta hakları başvuru formunu dolduran başvuru sahibine bilgi vermek ve danışmanlık yapmaktır. Başvurular yerinde çözülürse, "Yerinde Çözülen Sorunlar Defteri"ne kaydetmek. Yerinde çözilemeyen sorunları ise hasta hakları başvuru formunu doldurarak internete kaydeder ve ilgili belgelerle birlikte hasta hakları kuruluna gönderir. Acil durumlarda ise aynı gün hastane idaresini bilgilendirmelidir. Hakkında başvuru yapılan çalışan hakkında "Bilgi Formu" doldurmak ve aynı gün Kurul Başkanı imzası ile ilgili birimden bilgi istemek. Bilgi Formu'nun 2 gün içinde cevaplandırılmasının takibini yapmak. Hastaların eleştirisi ve önerilerini dinlemek, buna göre çözüm önerileri oluşturmak. Hasta hakları uygulamaları ile ilgili eğitim gereksinimlerini belirlemek. Yapılacak olan eğitim ile ilgili; öncelikleri saptamak, eğitim konularını belirlemek, uygun zaman, yer, uygulama alanları ve eğitilecek olan kişilerin belirlenmesinde hakları kurulu ile işbirliği yapar. Hasta Hakları İl Koordinatörüne bilgi vermek ve görüşlerini almak. Kendi kurumundaki eğitim

programlarını hazırlamak, organize etmek, yürütmek ve eğitim materyali geliştirmek. Hasta hakları ihlali nedeniyle kusurlu bulunan ve idareye bildirilen çalışan hakkında ilgili mevzuata göre idare tarafından yapılan işlemin sonucunu resmi olarak başvuruda bulunan kişiye iletme. Yapılan tüm işlemlerde gizlilik prensibini sağlamak. Güncel ve görevi ile ilgili yayınları izlemek ve duyurmak. Çalışmalarını hasta odaklı yaparak hasta memnuniyetini artırmak ve bu uygulamalara hastaların da katılımını sağlamaktır(Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005:6-7, Pazarcı, 2007:84-87).

Hasta hakları birimin de olması gereken fiziki nitelikler ile ilgili olarak HHUY madde 20'belirtildiği üzere; hasta hakları birimleri başvuru yapacak olanların kolayca ulaşabilecekleri yerlerde, tercihen belirtilen yerleşim planına uygun olarak kurulur. Telefon, faks, internet bağlantılı bir bilgisayar, yeterli sayıda koltuk, sandalye ve masa gibi araç gerecin sağlanmasından Başhekim sorumludur (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005:8).

1.5.2.6 Hasta hakları yönetmenliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmenlik (2014)

Sağlık bakanlığının 8 Mayıs 2014 tarihinde 28994 sayılı resmi gazete yayınladığı hasta hakları yönetmenliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmenliğe göre yapılan son düzenlemeler aşağıda verilmiştir (Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği, 2014);

Bilgilendirmenin kapsamında değişiklikler yapılmıştır; Hastaya; hastalığının muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği, tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ve tahmini süresi, diğer tanı ve tedavi seçenekleri, bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, yan etkileri, tedaviyi reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri, kullanılacak ilaçların önemli özelliklerini, sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri, gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşması gerektiği hususlarında bilgi verilir şeklinde düzenleme yapılmıştır.

Aynı yönetmeliğin 18'inci maddesindeki değişikliğe göre de; bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, anlayabileceği şekilde verilmesi gerekmektedir. Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek olan sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi

müdahale hakkında sözlü olarak bilgilendirilmesi gerekmektedir. Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hasta başkalarının bilgilendirilmesini istediğinde bu talebini yazılı ve imzalı olarak belirtmesi gerekmektedir. Hasta mevcut şikâyeti ile ilgili olarak bir başka hekimden ikinci bir görüş almayı talep edebilir. Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılır. Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılır.

Aynı yönetmeliğin 20'nci maddesi de aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir; hasta ilgili mevzuat hükümleri dışında sağlık durumu hakkındaki bilgiyi ailesi dâhil hiç kimseyle paylaşılmamasını isteyebilir. Bu durum yazılı olarak alınır. Bu talebini istediği zaman değiştirebilir.

Aynı yönetmeliğin 24' üncü maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir; yönetmeliğe göre, tıbbi müdahalelerde hastanın rızası esas olacak, hasta küçük veya mahcur (hukuken kısıtlı) ise velisinden veya vasisinden izin alınacaktır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde bu şart aranmayacaktır. Sağlık kurum ve kuruluşları tarafından engellilerin durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli tedbirler alınacaktır. Acil durumlarda ise rıza aranmayacak. Hastanın rızasının alınmadığı, hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu sürdürmez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı olmayacak şekilde düzenlenmiştir. Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak, durum kayıt altına alınacaktır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi, mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilecektir. Ancak hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulacaktır.

1998 yılında yayınlanmış olan hasta hakları yönetmenliğinde bulunmayan “hastanın sağlık hizmeti alırken uyması gereken kurallar” 2014 yılında yayınlanan hasta hakları yönetmenliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmenliğe, aynı yönetmenliğin 42.maddesinden sonra gelmek üzere 42/A maddesi olarak eklenmiştir. Buna göre hastanın uyması gereken kurallar aşağıda maddeler halinde sayılmıştır (Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği, 2014);

1. Başvurduğu sağlık kurum ve kuruluşunun kural ve uygulamalarına uygun davranmalıdır. Katılımcı bir yaklaşımla teşhis ve tedavi ekibinin bir parçası olarak hareket etmesi gerekmektedir.
2. İlgili mevzuata göre öncelik tanınan hastalara, diğer hasta ve personel haklarına saygı gösterir.
3. Yakınmalarını, daha önce geçirdiği hastalıkları, gördüğü tedavileri ve tıbbi müdahaleleri, eğer varsa halen kullandığı ilaçları ve sağlığıyla ilgili bilgileri mümkün olduğunca eksiksiz ve doğru olarak verir.
4. Haklarının ihlal edildiğinde veya sorun yaşadığında hasta iletişim birimine başvurur.
5. Hekim tarafından belirlenen zamanlarda kontrole gelmeli ve tedavisinin gidişatı hakkında hekime geri bildirimlerde bulunur.
6. Randevu tarih ve saatine uyar ve değişiklikleri ilgili birime bildirir.
7. Personele sözlü ve fiziki saldırıya yönelik davranışlarda bulunmaz.

2014 yılında yayınlanan Hasta Hakları Yönetmenliğine eklenen geçici madde ile sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde bulunan hasta hakları birimleri, en geç üç ay içerisinde hasta iletişim birimine dönüştürülecek ve bünyesinde hasta iletişim birimi bulunmayan sağlık kurum ve kuruluşları en geç altı ay içerisinde bu birimin kurulması gerektiği ile ilgili düzenleme yapılmıştır. Hastanelerin kendi bünyesinde kurmuş oldukları hasta hakları kurulları yeni hazırlanan yönetmenliğe göre görevlerine son verilmektedir. Bunun yerine il sağlık müdürlüğü bünyesinde hasta hakları kurulu oluşturulacaktır. Bu kurullar oluşturuluncaya kadar mevcut hasta hakları kurulları görevine devam edecektir. Bu maddenin yayımı tarihinden itibaren en geç altı ay içerisinde il sağlık müdürlüğünce kurul oluşturulacaktır. İl sağlık müdürlüğü bünyesinde kurul oluşturulduğu tarihte mevcut hasta hakları kurulu ve üyelerinin görevi sona erecektir. İl sağlık müdürlüğünde oluşturulacak kurulda üniversite hastaneleri, askeri hastaneler ve özel sağlık kurum ve kuruluşları, kamu hastaneleri, ağız diş sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinden gelen başvuruları değerlendirmeye alıp karara bağlayacak ve gerekli olan öneri ve düzenleyici işlemleri belirleyecektir.

Yapılan yeni değişiklikle beraber hasta hakları kurullarının üyelerine baktığımızda; İl sağlık müdürü ve temsilcisi kurul başkanıdır. Diğer üyeler ise sendika temsilcisi, şikâyet edilen personelin görev yaptığı kurumun ildeki üst

yöneticisi tarafından görevlendirilen bir kurum temsilcisi, özel sağlık kuruluşlarında ise kuruluşun üst yöneticisi tarafından belirlenen bir temsilci, hasta hakları derneklerinden yoksa tüketici derneklerinden bir temsilci, valilikçe görevlendirilen bir vatandaş olarak belirlenmiştir. Yapılan bu değişiklikte hasta haklarının görev ve çalışma esasları hakkında da tanımlamalar yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği, 2014).

1.6 Sağlık Hizmeti Sunumunda Ortaya Çıkan Hasta Hakları İhlalleri ve Nedenlerinin Sınıflandırılması

Hasta hakları ihlalleri değişik nedenlerle sınıflandırmak mümkündür. Ancak hasta hakları ihlallerinin nedenlerinin sağlık hizmeti alma sürecinde rol oynayan taraflara göre sınıflandırılması daha basit ve genel olacağından hastaya bağlı nedenler, sağlık kurumu ve sağlık personeline bağlı nedenler olmak üzere iki ana grupta ele alınacaktır (Bostan, 2005:65-72).

1.6.1 Hastaya Bağlı Nedenler

Hastaya bağlı hasta hakları ihlalleri nedenlerine baktığımızda ilk sırayı hastaların haklarını yeterince bilmemesi gelmektedir. Hasta hakları kavramının dünyada ortaya çıkması, gelişmesi ve uluslararası düzeyde düzenlemelere konu olması 1980'li yıllara dayanmaktadır. Ülkemizde ise deontoloji tüzüklerini saymazsak hasta hakları yönetmeliğinin yayınlanması 1998 yılında gerçekleşmiştir. Sağlıkla ilgili yasal düzenlemeler ve deontoloji tüzükleri içerisinde hastalara nasıl davranılması gerektiği ve hasta hakları ile ilgili birçok düzenleme bulunmasına rağmen hasta hakları kavramı yeni bir kavramdır. Hasta hakları kavramının yeni oluşması nedeniyle bu konuyla ilgili toplumsal bilgi düzeyinde yetersizlikler görülmektedir. Hastalar bilgi eksikliği nedeniyle bir sağlık kurumundan veya sağlık personelinden neler talep edebileceğini bilmemektedir. Sağlık uygulamaları sırasında karşı karşıya kaldıkları memnuniyetsizliklerini hangi yolları izleyerek çözümleneceklerini, hangi makamlara, hangi şekilde iletebileceklerini ve sonuca nasıl gideceklerini bilmemektedir. Hastaların bilgi eksikliği nedeniyle hak ihlaline uğradıklarının çoğu zaman farkına bile varmamaktadırlar (Bostan, 2005:65-72).

Sağlık hizmetleri geçmişte olduğu gibi sadece kamu hastanelerinde karşılıksız verilen bir hizmet olmamasına karşın, yapısal değişimin toplum tarafından benimsenerek bütünüyle uyum sağladığı da söylenemez (Tengilimoğlu, 2001:26-30)

Hekim ve sağlık kuruluşuna karşı oluşmuş olan geleneksel saygı ve minnettarlık duyguları, değişik endişeler, beklentiler ve alışkanlıklar bazı hasta grubunun davranışlarını dolaylı olarak etkilemektedir. Haklarını bilmelerine rağmen, haklarını talep etmekten çekinmektedirler. Örneğin; başka sağlık hizmeti alma alternatifinin olmaması sebebiyle geriye kalan hizmet alacağının olumsuz etkileneceğini, daha kötü hizmet almak zorunda kalacağını ve toplum tarafından şikâyet etmenin olumsuz değerlendirileceğini düşündüğünden dolayı hakkını aramaktan vazgeçmekte ve haklarını talep etmemektedirler (Bostan, 2005:65-72).

1.6.2 Sağlık Kurumu ve Sağlık Personelinden Kaynaklanan Nedenler

Sağlık kurumu ve sağlık personeline bağlı nedenler ise hasta yoğunluğunun fazla olması ve sağlık kurumlarının fiziki kapasitesinin yetersiz olması, nöbet sistemi uygulamalarına ilişkin olarak personel sayısının yetersizliği nedeniyle hastanın ihtiyaçlarının karşılanamamasıdır. Sağlık hizmeti alma sürecinde ki ortaya çıkan hasta hakları ihlallerinin en önemli nedenleri arasından birisi de sağlık çalışanlarının kasıtlı veya kasıt olmadan yaptıkları hatalı uygulamalar, olumsuz tutum ve davranışları ile personelin kişisel kusurlarından kaynaklanan nedenlerdir. Yetersiz yönetim ve olumsuz örgüt kültürü sonucu; sağlık kurumlarında hastaların sağlık hizmetlerinden faydalanmalarında ve haklarını kullanmalarında ihlaller yaşanabilmektedir (Bostan, 2005:68). Öte yandan, hasta odaklı sağlık hizmeti anlayışının uygulamaya aktarılamamasıdır. Hasta odaklı anlayışın benimsenmemesi; hastaların edilgen bir konuma itilmesine neden olarak, kendi gelecekleri hakkında özgürce karar vermesini engellemekte ve hastaları hizmet sürecinde adeta nesneleştirmektedir. Bu noktada sağlık personelinden yapması beklenen davranış, tıbbi tedavi ve bakımın her aşamasında hasta ve hasta yakınlarını ayrıntılı bir şekilde bilgilendirerek, hastadan aydınlatılmış onam almasıdır (Özlu, 2003:136-140).

Sağlık kuruluşlarında ki teknolojik yetersizlikler de hak ihlallerine sebep olmakta ve hastalara sıkıntılar yaşatmaktadır. Günümüzde birçok sağlık kurumunda, ihtiyaç olunan gerekli tıbbi cihazlar alınamamakta, arızalanan cihazlar tamir

edilememekte, teknik donanımın konusunda sıkıntılar yaşanmakta veya cihazları kullanabilecek yeterli nitelikte ve sayıda personel temin edilmesinde sorunlar yaşanmaktadır. Bu sebeplerden kaynaklı gerekli tıbbi müdahale aksamalar olmakta veya hastalara tetkik için uzun süreli randevu tarihleri verilmektedir. Bu durum hastaların, makul olan tedavi süresinin uzamasına, “tedavi esnasında daha fazla eziyete maruz kalmasına, çoğu zaman da zorunlu olarak daha yüksek tedavi masraflarına katlanmasına, sakat kalmasına ve hatta yaşamını yitirmesine neden olmaktadır” (Bostan, 2005:69).

1.7 Hasta Haklarının Geliştirilmesi Ve Korunması

1.7.1 Avrupa'daki Uygulamalar

Avrupa’da son yıllarda hasta haklarına karşı görülen eğilim, hasta haklarının tıbbî etik bildirgeleri ile yeterli korunamayacağı; gerekli yasal düzenlemeler ile de korunma altına alınması gerektiği yönündedir. Hollanda, Finlandiya ve Norveç gibi bazı Batı Avrupa ülkelerinde, bu eğilim doğrultusunda, hasta örgütlerinin de katılımıyla birlikte hasta hakları yasaları hazırlanmıştır (Örneğin, Hollanda Parlamentosu böyle bir yasayı kabul etmiştir) (Çinko, 2001). Demokrasinin ve hukukun yönetimde yansımalarının ilk örnekleri arasında olan İngiltere’de hasta hakları konusunda oldukça etkili sistem izlemektedir. Hasta Hakları Bildirgesi olarak hazırlanmış bildirgenin temel prensibi “Klinik gereksinim temelinde ve ödeme imkânına bağlı kalınmadan herkes için kapsamlı bir hizmet sağlanması” olmuştur (Hatun, 1999:30). Her ne kadar uluslararası sözleşmeler ile Avrupa’da hasta hakları gelişse de, tüm Avrupa’da yaptırımlar içeren bir hasta hakları belgesi bulunmamaktadır. Hasta hakları ile ilgili yaptırımları içeren düzenlemeler ulus düzeyindedir ve bu düzenlemeler her ülkeye göre farklı yasal düzenlemelerle kendini göstermektedir. Örneğin; Norveç, Danimarka, Finlandiya, Hollanda, Litvanya, İzlanda, Letonya, Macaristan, Polonya’da hasta hakları ile ilgili kanun bulunmakla beraber, çoğu Avrupa ülkesinde hasta hakları birden çok yasal düzenlemenin içinde bulunmaktadır. “Her ülkede hasta hakları ile ilgili yapılan düzenlemeler farklı olsa da, bilgilendirilmiş onam, ‘bilgi alma hakkı, şikâyet ve tazminat hakkı, özel ve gizlilik hakkı açısından bir standart yaratılmıştır” (Patient’s Right Forum, 2011:6;

akt.: Yanardağ, 2013:23-24) Avrupa' da hasta haklarının geliştirilmesi ve korunması için çeşitli mekanizmalar geliştirilmiştir. Bu mekanizmalara baktığımızda; şikâyet yöntemleri, toplumun katılımı, etik komiteler ve yargı yolu olduğu görülmektedir (Leenen, Gevers v.d., 1993; Değer, 1996:17-22).

Hasta şikâyetlerinde birçok Avrupa ülkesi genel olarak idari yasal hükümleri kabul etmiştir. Ancak bu yasal hükümlerin içerikleri ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Özellikle ortak noktada buluştukları husus toplumun kendi sağlığından sorumlu olduğu, tıbbi kurum ve servislerin çalışmasını Yerel Sağlık Yetkilileri (İngiltere, Local Health Authority) , II Özel idareleri (İsveç, Fillandiya, County Council) ve diğer yerel kurumlar (Local Agency) tarafından denetleme yapılmasıdır. Bazı ülkelerde şikâyetlerin iletilmesi Sağlık Bakanlığı ve Ulusal Sağlık Kuruluna yapılabilirken bazı ülkelerde de farklı olarak bu şikâyet mekanizmaları sağlık kurumlarının içerisinde ya da gibi, Belçika, Avusturya, Hollanda gibi ülkelerde uygulanmakta olan hastane dışından bulunan kurumlar tarafından hasta şikâyetlerini kabul eden, Hastane Kamu Denetçisi adı altında çalışan birimler tarafından yapılmaktadır. (Özcan, 2010:28).

Toplum katılımının olduğu korunma mekanizmasında ise; yerel seviyedeki politik kurumlarda ve Halk Sağlığı Meclisleri düzeyinde olmaktadır. Portekiz, Danimarka ve Hollanda gibi çok az sayıda ki ülkede toplum katılımı yasal olarak zorunlu hale getirilmiştir. (Özcan, 2010:29).

Etik komitelerin oluşturulması için birçok ülkede yasal düzenleme bulunmamaktadır. Bu komitelerin yasa kapsamındaki görevlerine baktığımızda, tıbbi araştırma projelerinde insanların denek olarak kullanılmamasına yönelik olarak tavsiye ve eleştiriler yapmaktan ibarettir. Etik İnceleme Komitelerinin yanı sıra birçok ülkede uygulanmaya başlayan tavsiyede bulunabilecek etik komitelerinin sayısı da giderek artmaktadır. Danimarka, Fransa, Lüksemburg gibi ülkelerde ise ulusal düzeyde görev üstlenen etik komiteler bulunmaktadır (Özcan, 2010:30).

1.7.2 Türkiye'deki Uygulamalar ve Kanunlar

Hasta hakları dayanağını Anayasa'dan almasına rağmen, gerek anayasal ve gerekse yasal düzenlemeler ile ilgili mevcut sistemde “Tıp Hukuku”nun gereklilikleri de göz önüne alındığında, yetersiz kalmaktadır. Bununla birlikte; 1998 yılında

çıkarılan Hasta Hakları Yönetmeliği sayesinde hasta haklarının benimsenmesi açısından önemli adımlar atılması sağlamıştır. Ancak çok önem arz eden hasta hakları konusuyla ilgili yapılan bu önemli düzenleme, kanun değil de normlar hiyerarşisinde oldukça alt sırada yaralan yönetmelik düzeyinde olması bu konu hakkında yetersiz kalmaktadır (Hakeri, 2007:51).

Anayasanın 17. Maddesine göre kişinin temel hakları içinde yer alan yaşama hakkını “yaşama, maddi ve manevi varlığını geliştirme hakkı” olarak düzenlenmiştir. Bu madde Bonn Anayasası’nda yer alan bireyin kendisi hakkında karar verme hakkına kaynak olan 2. Maddesini karşılamaktadır. Yaşama hakkı, kişinin kendisi hakkında karar verme hakkını da içerir (Ersoy, 1991:46).

Ayrıca Anayasanın 56/1. ve 56/3. maddeleri gereği “herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamakla yükümlüdür” şeklinde belirtilmiştir (Hakeri, 2007:47).

T.C. Anayasasının 10. Maddesinde kişilerin kanun önünde eşitliğinden bahsedilmektedir. Herkesin hak ve özgürlükleri kullanırken kadın erkek ayrımı gözetilmeden herkesin kanun önünde eşit haklara sahip olduğu ve bu eşitliğin devlet eliyle sağlandığı belirtilmektedir (Demir, 2006:93).

Anayasamızın 20. Maddesine göre “Herkes, özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir.” Bu maddeye göre hastanın sağlık hizmetini alırken hastanede veya bir sağlık kuruluşunda uygulanan tüm tıbbi müdahalelerin gizliliğini talep etme hakkına sahiptir.

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanununun 70. maddesi tabip, diş tabibi ve dişçilerin yapacakları müdahalelerde, hastanın, hasta küçük veya kısıtlı ise veli veya vasisinin iznini almayı, büyük cerrahi müdahalelerde ise bu izinin yazılı olmasının gerekliliğini belirtmektedir.

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası’nın Temel Esaslar başlıklı 3.maddesinde belirtilen; sağlık kurum ve kuruluşlarının, yurt genelinde eşit kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık Bakanlığı’nca sağlanması gerekmektedir. Sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin ülke genelinde dengeli bir şekilde dağılımı ve yaygınlaştırılmasına dair düzenlemeler getirmektedir. Sağlık kurum ve kuruluşlarının, kişilerin hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakkını engellememesi gerektiği ile ilgili düzenlemeler bulunmaktadır. Sağlık kuruluşlarının tespit edilen

standart ve esaslar doğrultusunda hizmet vermesi gerektiği ve herkesin sağlık durumunu takip edebilmek için gerekli kayıt ve bildirim sisteminin kurulması gerekmektedir. Tıbbi bilgi ve teknoloji ile ilgili yapılan son değişiklikler ve gelişmelerin ülkeye getirilmesi ve teşvikinin sağlanması gibi hükümleriyle en temel hasta haklarından olan tıbbi bakım hakkına yönelik düzenlemeler içermektedir (Yıldırım, 2009).

Ülkemizde hasta ve sağlık personeli ile ilgili davaları ele alan ve sonuçlandıran üç kurum mevcuttur. Bunlar; Yargı Yolu, Yüksek Sağlık Şurası, Türk Tabipleri Birliği'dir. Ülkemizde sağlık personelinin yanlış uygulamaları ile ilgili davalara yeni Türk Ceza Kanunu'nun sağlık personelinin ilgilendiren maddeleri, ceza muhakemeleri usulü kanununun sağlık personelinin ilgilendiren maddeleri, Türk medeni kanununun sağlık personelinin ilgilendiren maddeleri, borçlar kanununun sağlık personelinin ilgilendiren maddeleri, hukuk usulü muhakemeleri kanununun sağlık personelinin ilgilendiren maddeleri ve 1219 sayılı tababet ve şüabat sanatlarının tarzı icrasına dair kanunun ilgilendiren maddeleri kapsamında yargıya intikal eder ve burada değerlendirilir. Sağlık çalışanları tarafından hasta haklarının ihlali söz konusu ise, sağlık çalışanlarına döner sermaye ödemelerine ilişkin cezai yaptırımlar uygulanmaktadır. Eğer hak ihlali aynı zamanda ceza hukukuna ilişkin suç teşkil ediyorsa, memurların ve diğer kamu görevlilerinin yargılanması hususunda kanun hükümleri uygulanmaktadır. Burada tıbbi hatalar değil daha çok sağlık çalışanı ve hasta ilişkilerinden kaynaklanan sorunlar söz konusudur. Eğer olay adli yargıya intikal etmiş veya idari soruşturmaya konu olmuş ise bu başvurular hasta hakları kurullarında görüşülmez. Malpraktis söz konusu olduğunda sağlık çalışanlarının cezai sorumluluğu devreye girer ve yeni TCK kanununun ilgili maddeleri ile ilgili yaptırımlar uygulanır (Önal ve Civaner, 2005:205).

Hasta haklarının ceza kanunu ile garanti altına alınmasını sağlamak amacıyla yer verilen düzenlemeleri incelediğimizde, ceza kanunumuzda üç hakka ilişkin hükümlerin bulunduğu görülmektedir: Yaşam hakkı, bedenine sahip olma hakkı ve özel hayata saygı hakkı. Yeni Türk Ceza Kanunu'nda hasta haklarının korunması ile ilgili en önemli düzenleme "ihmal suretiyle kasten öldürme" suçunun düzenlenmesi ile ilgili olmuştur. Bu hüküm olmasa dahi, hekimlerin bu tür eylemleri eski kanuna göre de cezalandırılabilirdi. Ancak mevcut bu uygulama maalesef hasta haklarını etkin koruma yönünde bir eğilim içinde olmamış, daha çok görevi ihmal

suçu çerçevesinde çok basit bir sorumluluk yoluna gidilmiştir. Yeni çıkarılan bu hükümle beraber, yaşam hakkı çerçevesinde hasta haklarının daha etkin bir şekilde, korunacağını söylemek mümkündür (Hakeri, 2006:35-38).

1 Nisanda yürürlüğe giren yeni Türk Ceza Kanunu ve Ceza Muhakemesi Kanunu, evrensel hasta hakları bakımından genel olarak olumlu iyileştirmeler getirmektedir. Bu iyileştirmelere göz atacak olursak; akıl hastası, alkol, uyuşturucu ve madde bağımlısı suçluların yüksek güvenliğin sağlığı kurumlarında gözetim ve tedavi altında tutulması gerektiği ve burada geçirecekleri tedavi sürelerinin mevcut cezalarından sayılması kabul edilmiştir. İnsan sağlığı konusu önemsenerek ayrıntılı bir şekilde düzenlenmiş ve sağlık hakkını istismar etmeye yönelik suçlara ağır yaptırımlar getirilmiştir. Organ ve doku ticareti, insan üzerinde bilimsel amaçlı deney yapılması çağdaş normlarda sınırlamalara tabi tutulmuştur. Gebe kadınlar, çocuklar ve savunmasız hastalar üzerinde işlenecek suçlar, çoğu zaman ağırlatıcı sebep olarak öngörülmüş, bazen de ayrı bir suç sayılmıştır. Böylece bu korumaya muhtaç kitle, özel koruyucu yaptırımlarla güvence altına alınmaya çalışılmıştır. Hastaların özel hayatı ve mahremiyetine yönelik hakkı, özel hükümlerle koruma altına alınmaktadır. Hâkim veya savcı kararı olmaksızın kişinin rıza dışı genital muayene yasaklanmış ve yaptırıma bağlanmıştır (Deryal, 2005).

Günümüz Türkiye'sinde hasta hakları, mevzuatımıza, 1998 tarihinde yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği ile "kapsamlı ve somut şekilde" girmiştir. Gelişmiş ülkelerde sağlık hukuku alanındaki yasal düzenlemeler kanunlarla yapılırken, ülkemizde yönetmeliklerle düzenlenmiş ve hasta hakları koruma altına alınmaya çalışılmıştır. Sağlık hukuku alanında daha köklü reformlara ihtiyaç olduğu açık bir şekilde görülmektedir (Akar, 2011:7).

1.8 Hizmet Kalite Standartları

Sağlık hizmeti kalitesinin artırılması, hasta ve hasta yakınlarının istek ve ihtiyaçlarının belirlenmesine, klinik, laboratuvar ve destek hizmetlerine gerekli ağırlık verilmesi ile buradan elde edilecek bilginin karar mekanizmasında uygun şekilde kullanılmasına bağlıdır (Çoruh, 1995:24).

Hasta ve hasta yakınlarının istek ve beklentileri, memnuniyetsizlikleri, hizmet sunumunda yaşanan aksaklıkların yansıtıldığı birimler arasında hasta hakları birimi

büyük bir öneme sahiptir. Yapmış olduğumuz bu araştırmanın sonuçları neticesinde sağlık kurumunun hizmet kalitesini artırmak ve hasta memnuniyetini yükseltmek için hasta hakları biriminden elde edilen verileri kullanacağını göz önüne alırsak hizmet kalitesi standartları ve akreditasyon sistemi hakkında bilgilendirme yapmakta fayda vardır. Hizmet kalitesi standartları içinde hasta haklarının yeri önemini belirtmek için hizmet kalite standartlarının tanım ve gelişimi hakkında aşağıda tanımlamalar yapılmıştır.

1.8.1 Sağlık Hizmetleri ve Akreditasyonun Tanımı ve Amaçları:

Sağlık hizmetleri; insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal yönden sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve bu durumun sürekli olarak sağlanarak toplumun refah düzeyinin ve mutluluğunun geliştirilmesi amacı ile sunulan hizmetlerdir (Aslantekin, Göktaş v.d.,2007:55-70).

Sağlık hizmeti, tüm insanların ihtiyaç duydukları anda, kolayca ulaşabilecekleri şekilde düzenlenebilmeli ve aynı zamanda da ekonomik olmalıdır. Her geçen gün sağlık sektöründe ki hızlı gelişmeler ve tıp sektöründeki teknolojik gelişmeler, kullanılan yeni cihaz ve aletlerin çoğalması bu alanda ki yatırımların artmasına dolayısıyla da maliyetlerin artmasına neden olmaktadır. Sağlık sektörünün konusunun direk olarak insan yaşamı olması, sağlık hizmet sunumunda hatanın kesinlikle olmamasını gerektirmektedir. Yaşanması beklenmeyen hataları ortadan tamamen kaldırmak veya olabilecek hataları en az seviyeye indirmek için, bazı sistemlerin belirlenmesi ve bu sistemlerin uygulanması sayesinde mümkün olabilir (Önal, 2009:55). Genellikle, diğer işletmelerin hizmet verirken karşılaştıkları insanlar normal, sağlıklı insanlar iken, hastanelerin karşı karşıya kaldıkları insan grubu, normal ruh hali içinde olmayan, daha hassas ve hatayı kabul etmeyen insanlardır. Bunlar hastane işletmelerinden hizmet satın alırken kusurlu olan hizmeti kabul etmezler. Bu sebeple hastane işletmesinin yapacağı tek çıkış yolu, müşterisine karşı kusursuz hizmet vermektir. Bütün bunlar bize hastane işletmelerinin etkin ve verimli olmasının yaratacağı sonuçların ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır (Arabacıoğlu, 1991:302).

Sağlıkta kaliteyi geliştirmeye yönelik çalışmalara baktığımızda, ihtiyaç duyan kişiye zamanın da gerekli işlemin yapılması ve sağlık hizmeti alanlarla sağlık hizmeti

verenlerin karşılıklı olarak memnun oldukları bir sistemin kurulması için yapılan tüm çalışmalardır (Önal, 2009:86).

Hastane sayılarındaki hızlı artış ve özel hastanelerin giderek yaygınlaşması rekabet ortamı meydana getirmekte buda sağlık hizmetlerinde kalitenin önem kazanmasına ve gün geçtikçe ön plana çıkmasına yol açmaktadır. Hastanelerin hasta ve hizmet alıcılarının seçimlerini etkilemek için kaliteli hizmet sunumu yoluna gitmelerine sebep olmaktadır (Bircan ve Baycan, 2004:173-185).

Akreditasyon, sağlık kuruluşlarının sunmuş oldukları hizmetlerin tümünün kalitesini iyileştirmek ve sürekliliğini sağlamak için tasarlanmış olan standartları karşılayıp karşılamadığının bağımsız üçüncü taraflarca değerlendirilmeye alındığı süreçtir. Akreditasyonun temelinde, uluslararası kabul gören kriterlerin tanımlandığı standartlar bulunmaktadır (JCI, 2008: 6). JCI akreditasyonu, sağlık bakım alanında standart temelli değerlendirme amacıyla dünya çapında artan talebe yanıt vermek için tasarlanmış bir dizi girişimdir (JCI, 2008: 7).

Sağlıkta akreditasyonun temel amaçları; sağlık hizmetinin kalitesini geliştirmek, hizmetlerin entegrasyonunu ve yönetimini geliştirmek, sağlık hizmeti kuruluşlarına karşılaştırmalı veri tabanı oluşturmak, sağlık hizmetlerinin maliyetini azaltmak, eğitim ve danışmanlık yaparak halkın sunulan sağlık hizmetine güvenini arttırmak, kurum verimliliğini sağlamak, hasta ve çalışan güvenliği risklerini azaltmak olarak sıralanmaktadır (Tütüncü, Yağcı, v.d., 2006:4).

Montagu (2003)'e göre Akreditasyon, günümüzde sağlık kurumları için en önemli “Dış Kalite Değerlendirme” aracı haline gelmiştir. Akreditasyon dış kalite değerlendirme aracı olması nedeniyle aşağıdaki dört önemli özelliğe sahiptir;

1. Yazılı ve basılı standartlar üzerine yapılandırılmışlardır.
2. Denetim ve gözetimler profesyonel kişiler tarafından yapılmaktadır.
3. Akreditasyon süreci, bağımsız bir kuruluş denetiminde yapılmaktadır.
4. Akreditasyonun amacı, kurumsal gelişimi desteklemek ve buna yönelik olarak kurumu cesaretlendirmektir.

1.8.2 Hizmet Kalite Standartlarının Tarihsel Gelişimi

1.8.2.1 Dünyadaki tarihsel gelişimi

Sağlık hizmetleri alanında ilk kez 1914 yılında Ernest Codman tarafından ABD’de hastanelerin standartlarını belirleyecek istatistiksel çalışmalar yapılması, sağlıkta kalite ölçümüyle ilgili olarak ilk uygulama kabul edilmektedir (Akgün, 2005: 75).

1915 yılında Amerikan Cerrahlar Birliği (The Amerikan Collage of Surgeons, ACS) Hastane Standardizasyon Programı geliştirmek üzere harekete geçirmiştir ve bu program da, akredite edilmek isteyen hastanelere, kayıt sistemlerini, kontrol edilmesi için ACS’ ye sunmaları sorumluluğunu yüklemiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında edindikleri gerçek deneyimler sonucu ortaya çıkmıştır. Yaşanan bu gelişmelerden sonra hastanelerin, daha fazla hasta çekmek ve dolayısıyla karlarını arttırmak amacıyla bu tür oluşumlara yönelindikleri açıkça görülmüştür (Esatoğlu, 1997: 6-7).

1951’de Amerikan Cerrahlar Birliği, Amerikan Hastaneler Birliği ve Amerikan Tıp Birliği ile birleşerek, Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Hospitals’ı (JCAH) kuruluşunu oluşturmuşlardır (Esatoğlu ve Artukoğlu, 2000: 16; Yıldırım, 1998: 53).

JCAH’nın adı, 1989 yılında sektör içinde daha geniş bir alana hizmet edebilmek amacıyla, Sağlık Bakım Örgütlerinde Akreditasyon Birleşik Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO) olarak değiştirilmiştir.

1.8.2.2 Sağlık bakım örgütlerinde akreditasyonu birleşik komisyonu (JCAHO) ve uluslararası birleşik komisyon (JCI)

Ortak Komisyon(JCAHO) sağlık standartlarıyla ilgili olarak ulusal düzeyde faaliyet gösteren bir akreditasyon kurumudur. 1951’de kurulmuş olan bu komisyon kar amacı gütmeyen bir özel sektör birimi olarak kamu alanında sağlık hizmetlerinin güvenliği ve kalitesini gözetmekle yükümlüdür.

JCI, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini arttırmaya odaklanmış, kar amacı gütmeyen Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

(JCAHO) kurumunun uluslar arası akreditasyon hizmetleri için oluşturulmuş birimidir. JCI, JCAHO'nun bir alt bölümü; bir alt kuruluşudur (JCAHO, 2009).

JCI'nın amacı; tüm dünyada sağlık hizmeti sunan kurumların uluslararası standartlara ve kriterlere uygunluğunu denetlemek ve hasta güvenliği ve memnuniyeti gibi konular başta olmak üzere kalite artışını ve gelişmeyi teşvik etmektir (JCI, 2008). JCI, Amerika dışındaki sağlık hizmeti sunan kurumların akreditasyon taleplerini karşılamak için kurulmuştur. Amerika bulunan sağlık bakım hizmeti sunan kurumlara bu hizmeti sunmamaktadır.

JCI akreditasyon standartları, hastaneyi bir bütün olarak ele almakta ve hasta bakım kurallarını bu temel düşünce üzerine inşa etmektedir. Bu nedenle JCI akreditasyon standartları, hasta ve kurum odaklı olmak üzere iki ana kategoriye ayrılmaktadır (JCI, 2008).

Son yıllarda sayıları gittikçe artmakta olan hastaneler, kendi aralarında hizmet ve rekabet yarışına girmişlerdir. Bu nedenle sağlık sektöründe fark yaratabilmek için kalite, artık bir tercihten öte zorunluluk ve sektörün olmazsa olmazları haline gelmiştir. Bu konuda son yıllarda yaygınlaşan JCI (Joint Commission International) akreditasyonu, dünya genelinde etkili bir kalite değerlendirme ve yönetim aracı haline gelmiştir (Aydemir ve Özcan, 2011).

JCI (2008) tarafından hasta ve yakınlarının hakları ile ilgili olarak 11 temel standart tanımlanmıştır. Ayrıca tanımlanan bu 11 temel standardın 106 adet ölçülebilir alt standardı bulunmaktadır. Bu standartlar, hasta haklarının belirlenmesi, korunması ve teşvik edilmesi, hastaların hakları konusunda bilgilendirilmesi, hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi ve tedavi sürecine dâhil edilmesi, hasta ve yakınlarının başvuruları (şikâyet, anlaşmazlık, öneri vb.), bilimsel araştırma ve deneyler, bilgilendirilmiş onam alınması, organ nakli ve bağışi başlıkları altında incelenmeye alınmıştır.

Araştırmamızın konusu olan hasta ve hasta yakını haklarının Uluslararası Ortak Komisyonun Hastane Akreditasyon Standartları içindeki yerine ve hasta ve hasta yakını ile ilgili olan standartlarına baktığımızda aşağıdaki standartlar karşımıza çıkmaktadır (JCI,2008);

1. Kurum, bakım sırasında hasta ve hasta yakını haklarını destekleyen süreçleri sağlamakla yükümlüdür.

2. Bakım verilirken hastanın kişisel değerleri ve inançları gözetilmeli ve bunlara saygı gösterilmelidir.
3. Bakım verilirken hastanın ihtiyaç duyduğu mahremiyet sağlanmalıdır.
4. Kurum hastaların eşyalarını hırsızlık ve kayba karşı korumak için önlem almalıdır.
5. Hastalar fiziksel saldırılara karşı korunmalıdır.
6. Çocuklar, engelli bireyler, yaşlı hastalar ve diğer yüksek riskli hastalara uygun koruma sağlanmalıdır.
7. Hastaların bilgileri gizli tutulmalıdır.
8. Kurum, hasta ve yakınlarının bakım sürecine dâhil olma hakkını desteklemelidir.
9. Kurum hasta ve yakınlarını anlayabilecekleri bir yöntem ve dil kullanarak, tıbbi rahatsızlıkları ve doğrulanmış tanılar hakkında kendilerine nasıl bilgi verileceği, planlanan bakım ve tedavinin nasıl anlatılacağı ve kendi bakımlarıyla ilgili kararlara arzu ettikleri ölçüde nasıl katılabilecekleri konularında bilgilendirmelidir.
10. Kurum hasta ve yakınlarını tedavinin reddedilmesi ve devam ettirilmemesi durumunda hak ve sorumluluklarının ne olduğu konusunda bilgilendirmelidir.
11. Kurum hastanın resüsitasyonu reddetme ve yaşamı destekleyici tedavilerden feragat etme veya reddetme hakkını desteklemelidir.
12. Kurum hastanın uygun bir ağrı değerlendirme ve ağrı yönetimi hakkını desteklemelidir.
13. Kurum hastanın yaşamının sonunda saygılı ve merhametli bir bakım alma hakkını desteklemelidir.
14. Kurum hasta ve yakınlarını şikâyet, anlaşmazlık ve fikir ayrılıklarını alma ve yönetme süreci ve hastanın bu süreçlere katılma hakkı hakkında bilgilendirmelidir.
15. Tüm hastalar anlayabilecekleri bir şekilde ve dil kullanılarak hakları ve sorumlulukları konusunda bilgilendirilmelidir.
16. Hastalardan bilgilendirilmiş onam kurumun tanımlayacağı bir süreçle alınmalı ve eğitimli personel tarafından hastanın anlayabileceği bir dilde gerçekleştirilmelidir.

17. Hasta ve yakınlarına bakımlarıyla ilgili kararları verebilmeleri için hastalıkları, önerilen tedaviler ve sağlık çalışanları hakkında yeterli bilgi verilmelidir.
18. Kurum, geçerli yasalar ve kültürel koşullar çerçevesinde hastanın yerine başkalarının onam verebileceği bir süreci tanımlamalıdır.
19. Cerrahi, anestezi, kan ve kan ürünlerinin kullanımı ve diğer riskli tedavi ve işlemler öncesinde bilgilendirilmiş onam alınmalıdır.
20. Kurum, spesifik bilgilendirilmiş onam alınması gereken tedavi ve işlem kategorilerini veya tiplerini tanımlamalıdır.
21. Kurum hasta ve yakınlarına, insan denekler üzerinde gerçekleştirilen klinik araştırma, klinik inceleme veya klinik denemelere nasıl katılabilecekleriyle ilgili bilgi sağlamalıdır.
22. Kurum hasta ve yakınlarına, bu klinik araştırma, klinik deneme veya klinik çalışmaları katılmayı seçen hastaların nasıl korundukları konusunda bilgi vermelidir.
23. Hastalar klinik araştırmalara, klinik denemelere ve klinik çalışmalara katılmadan önce bilgilendirilmiş onamları alınmalıdır.
24. Kurumda insan denekler üzerinde gerçekleştirilen her türlü araştırmanın denetim ve gözetiminden sorumlu bir kurul ya da farklı bir sistem olmalıdır.
25. Kurum hasta ve yakınlarını organ ve diğer dokularını nasıl bağışlayabilecekleri konusunda bilgilendirmelidir.

1.8.2.3 International Society for Quality in Health Care (ISQua)/Sağlık Hizmetlerinde Uluslararası Kalite Topluluğu

ISQua sağlık hizmetlerinde kaliteyi amaçlayan ve akreditasyon amaçlı bir örgüttür. Merkezi İrlanda Dublin'dedir. 1984 yılında kurulmuştur. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırmak isteyen girişimciler tarafından kurulmuştur. Dünyanın çeşitli yerlerinden akreditasyon kuruluşları ile ilgili işbirliğini geliştirmek üzere 2005 yılında komite kurulmuştur. 2013 yılında ise, dünyada alınan bütün akreditasyon kararlarını ve akreditasyon kurumlarını denetleyen yapı olarak ortaya çıkmaktadır. Dünyada sağlık akreditasyon sistemini akredite eden en saygın kuruluş ISQua olarak görülmektedir. Tüm uluslar arası ve ulusal akreditasyon serileri bu kuruluştan akredite olmuş durumdadır. ISQua'nın amacı; dünya çapında sağlık

bakım hizmetlerindeki kalitenin ve standartların geliştirilmesi, bu yeni standartlar yönünde teşvik edilmesi ve kalite ihtiyaçlarının giderilmesi konusunda sağlık sektörüne destek olunmasıdır (Hill, 2013). ISQua'nın yayınlamış olduğu standartlar arasında hasta hakları ile ilgili olanları ele alacak olursak (ISQua, 2007);

1. Hasta/hizmet kullanıcıların standart hakları arasında; hastaların haysiyetine ve onuruna saygı gösterilmelidir.
2. Hastaların/hizmet kullanıcılarının bilgileri gizli tutulmalı, hizmet alımı sırasında emniyet ve güvenliği sağlanmalıdır.
3. Hastaların/hizmet kullanıcılarının hakları ve sorumlulukları hakkında personele gerekli eğitim planlanmalı ve uygulanmalıdır.
4. Hastaların/hizmet kullanıcılarının şikâyet ve endişelerini adil ve zamanında bildirmelerini sağlayacak bir sistem kurulmalıdır.
5. Hastaların/hizmet kullanıcılarının tedavi ve bakımı için tercih ve seçenekleri göz önünde bulundurarak yapılacak işlemlerle ilgili hastanın rızası alınmalıdır.
6. Tüm operasyonel girişimler, anestezi ve sedasyon, tüm riskli işlemler için hastadan yazılı olarak bilgilendirilmiş onam alınmalıdır.
7. Bir araştırma veya deneysel işlemlere katılmadan önce hastadan yazılı olarak izin alınmalıdır.
8. Standartlar hastaların/hizmet kullanıcılarının manevi ve kültürel çevrelerine uygun olmalıdır.
9. Servisler engelli ve özel bakıma ihtiyacı olan hasta/hizmet kullanıcıları için kolay ulaşılabileceği şekilde düzenlenmelidir. Bu hastaların giriş, kabul ve tedavi işlemlerinde öncelik tanınmalıdır.

1.8.3 Türkiye’de Gelişimi ve Uygulanan Yönergeler

Ülkemizde kaliteyi geliştirme süreci olarak 2000 yılının başlarından itibaren, kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemleri uygulanmaya başlanmıştır. JCI Akreditasyon Kriterleri ise son yıllarda çoğunlukla özel sağlık kuruluşlarında uygulanmaya başlandığı görülmektedir. Her ülkenin kendi yapısına, sosyo-kültürel seviyesine, ekonomik durumuna, örf, adet ve geleneklerine uygun “Ulusal Akreditasyon Kriterleri”ni uygulaması esastır. Bu maksatla, Sağlık

Bakanlığı 17.03.2005 tarihinde “ Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme Ve Performans Değerlendirme Yönergesi” ni yayınlamaya sağlık kurumlarında kaliteyi geliştirme çalışmalarının temelini atmış bulunmaktadır. 01.05.2007 tarihinde yürürlüğe giren Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi ile illerde İl Performans Ve Kalite Koordinatörlüğü kurulmuş ve bu koordinatörlüklere ilişkin görev tanımlamaları yapılmıştır (Yıldırım, 2009:9).

01.09.2008 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yürürlüğe giren“ Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi” ile “Ulusal Akreditasyon Kriterleri”nin uygulanmasına yönelik ilk adımları atılmıştır. Bu yönerge, hastanelerin akreditasyon sistemine hazırlanmalarını sağlamaya yönelik bir başlangıç niteliğindedir.

2005 yılında yayınlanan yönerge ile daha çok sağlık kuruluşlarının alt yapısı ile ilgili olan ölçütlere ağırlık verilip, kriterlerin sorgulanması sırasında doküman ağırlıklı denetim yapılırken, 2008 yılında yayınlanan yönerge ile daha çok hizmet sunumu ve hasta bakımına yönelik olan kriterlere önem verilmektedir. Son yönergeden sonra ise, sadece denetimlerde dokümantasyonun oluşturulmasının yanında mutlaka uygulamanın yapılıyor olması ve sürdürülebilir olması gibi özellikler de dikkatle incelenmektedir. Mevcut mevzuata göre, kalite çalışmaları performans ile ilişkilendirilip, performansa göre döner sermaye ile sağlık kurum ve kuruluşlarında verimliliğin artırılması hedeflenmiştir (Yıldırım, 2009).

2005 yılında kamu hastanelerinde hayata geçirilen Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışmalarının en önemli parametrelerini arasında kalite kriterleri ilk sıraları oluşturmaktadır. 100 sorudan oluşan kalite kriterleri, 2007 yılının başında yapılan revizyonla 150 sorudan oluşan bir set halini almıştır. 2008 yılında yapılmış olan revizyonda ise 150 sorudan oluşan kalite kriterleri tamamen revize edilerek hem yapısal, hem de metodolojik açıdan yeniden düzenlenme yapıldığı görülmektedir. Kalite kriterleri “Hizmet Kalite Standartları” adını alarak toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan bir set halini almıştır. 2009 yılı içinde özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak da toplam 388 standart ve yaklaşık 1450 alt bileşenden oluşan “Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları” hazırlanarak yayınlanmıştır. 2009 yılına kadar sağlık kurumları dörder aylık sürelerle, her ilde kurulmuş olan İl Performans ve Kalite Koordinatörlüklerince denetlenmeye tabi tutulmuşlardır. Yapılan bu denetimler, Bakanlıkça görevlendirilen ve uzman

denetçiler tarafından oluşan diğer bir denetçi ekip tarafından da denetlemeye tabi tutulmuşlardır. 2009 yılından itibaren ise artık bu denetimler altı aylık periyotlarla uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Rehberi, 2009)

Hizmet kalite standartları ile ilgili olan rehberler Sağlık Bakanlığı tarafından değişik tarihlerde yayınlanmaktadır. 2009 yılında yayınlanan yönergede hizmet kalite standartları 21 ana başlıktan oluşmakla birlikte alt başlıkları ile birlikte 79 değerlendirme başlığının da olduğu görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Rehberi, 2009). 2011 yılında ise 621 standarttan oluşan hastane kalite standartları seti yayınlanmıştır. 2013 yılında Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik yayınlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı, hazırlamış olduğu akreditasyon çalışmalarını 26.08.2013'de ISQua (The International Society for Quality in Health Care) Üst Kuruluna göndermiş, ISQua Üst Kurulu tarafından da, 17 Ocak 2014 tarihinde “Sağlıkta Akreditasyon Standartları-Hastane Setinin uluslararası düzeyde akretide edildiği kararı” Bakanlığa bildirilmiştir. Sağlık sektöründe akreditasyon faaliyeti yapan kurumları akredite eden, kar amacı gütmeyen alanında tek yetkili kuruluş olan ISQua ile sözleşme imzalamak suretiyle, Akreditasyon süreci resmi olarak başlatılmıştır. Ele alınan Uluslararası Akreditasyon Programı çerçevesinde 2013-2014 yılları içinde “Değerlendirici Eğitim Programının Akreditasyonu ve Sağlıkta Kalite Standartlarının Akreditasyonu” ile ilgili çalışmalar ISQua tarafından gerçekleştirilecektir (Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon, 2014).

2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan hizmet kalite standartları setinin başlıklarına baktığımızda;

Kurumsal Hizmet Yönetimi ana başlığı altında; Yönetim hizmetleri, hasta bakım hizmetleri, enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi, tesis yönetimi, acil durum ve afet yönetimi, bilgi yönetimi, stok yönetimi, atık yönetimi alt başlıkları görülmektedir.

Sağlık Hizmeti Yönetimi ana başlığı altında; Poliklinik hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, biyokimya laboratuvar hizmetleri, mikrobiyoloji laboratuvar hizmetleri, patoloji laboratuvar hizmetleri, görüntüleme hizmetleri, endoskopi hizmetleri, klinikler, ameliyathane hizmetleri, yoğun bakım hizmetleri yeni doğan yoğun bakım hizmetleri, eczane hizmetleri, sterilizasyon hizmetleri transfüzyon tıbbi hizmetleri, ağız ve diş sağlığı hizmetleri, fizik tedavi hizmetleri, diyaliz hizmetleri, doğum

hizmetleri, psikiyatri hizmetleri, nükleer tıp hizmetleri ile ilgili alt başlıklar yer almaktadır.

Destek Hizmeti Yönetimi ile ilgili olan ana başlık altında; Hasta dosyası ve arşiv hizmetleri, mutfak hizmetleri, çamaşırhane hizmetleri, morg hizmetleri olduğu görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Rehberi, 2011).

Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu Hizmet Kalite Standartları rehberi içinde ki hasta ve hasta yakını hakları ile ilgili olan standartları incelediğimizde; (T.C. Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Rehberi, 2011)

1. Hasta hakları birimi bulunmalıdır.
2. Hasta Hakları Birimi poliklinikte hastalarının ulaşabileceği bir yerde bulunmalıdır.
3. Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.
4. Hasta ve yakınlarının görüşleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.
5. Engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır. Bu düzenlemeler;
 - a. Otopark alanı, lavabo, tuvalet ve banyolar engelli kişilerin kullanımına yönelik olarak düzenlenmelidir.
 - b. Engelli kişiler için çıkış rampaları ve tutunma barları bulunmalıdır.
 - c. Öncelikli kayıt yaptırmaları, poliklinik alanlarında öncelikli oturabilmeleri, öncelikli muayene olmaları sağlanmalıdır.
6. Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. Bilgilendirme ve rıza alınması ile ilgili süreçte;
 - a. İşlemin kim tarafından yapılacağı,
 - b. İşlemden beklenen faydaları,
 - c. İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar,
 - d. Varsa işlemin alternatifleri,
 - e. İşlemin riskleri-komplikasyonları,
 - f. İşlemin tahmini süresi,
 - g. Hastanın adı, soyadı ve imzası,
 - h. İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası,
 - i. Rızanın alındığı tarih ve saat bulunmalıdır.
7. Riskli girişimsel işlemler öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve rızası alınmalıdır.
8. Hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır.

9. Hastanın, yakınının ve çalışanların dini inançlarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.
10. Hastaya hizmet verecek olan bölüm çalışanları hasta/hasta yakınına kendini tanıtmalıdır.
11. Muayene zaman aralığı belirlenmelidir.
12. Hastaların laboratuvar sonuçlarına basılı kopya olarak ulaşabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
13. Hastaların hekim seçme hakkı olmalıdır.
14. Yaşlı kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır. Yaşlı kişilerin sağlık hizmeti almaları ile ilgili olarak;
 - a. Öncelikli kayıt yaptırılmaları, poliklinik alanlarında öncelikli oturabilmeleri, öncelikli muayeneleri sağlanmalıdır.
15. Sonuç verme ile ilgili düzenleme yapılmalı, sonuç verme süreleri belirlenmeli,
16. Bilgilendirme hekim tarafından yapılmalıdır. Bilgilendirme; hastanın genel durumunu, tedavi sürecini kapsamalıdır.
17. Hasta/hasta yakınları hastanın genel durumu ve tedavi süreci hakkında hekim tarafından bilgilendirilmelidir.
18. Hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı birime yönelik düzenleme bulunmalıdır. Birim çalışanlarına eğitim verilmelidir. Eğitim programında;
 - a. Hasta memnuniyeti,
 - b. Hasta hakları,
 - c. İletişim becerileri bulunmalıdır.

1.9 Konu İle İlgili Yapılan Araştırmalar

Hasta hakları konusunda yapılan literatür taraması neticesinde ulaşılan araştırmalardan sadece uygulamaya yönelik olan araştırmalar ele alınmıştır. Tarama sonucunda bulunan araştırmaların bir kısmından kuramsal çerçeve oluşturulurken faydalanılmıştır. Yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlardan bazıları aşağıda sunulmuştur:

Zengin, Erbaycu, Mertoğlu, Yazıcı ve Çetinalp'in(2012) "Türkiye'de Hasta Hakları Uygulaması: Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nin Beş Yıllık Deneyimi"

adlı çalışmasında İzmir Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hasta Hakları Birimi (HHB)'ne 2006-2011 yılları arasında gelen başvurular değerlendirilmiştir. Hasta Hakları Birimi'ne toplam 3211 başvuru yapılmış, bunların 2955 (%92)'i yerinde çözülmüş, 256 (%8)'sı Hasta Hakları Kuruluna alınmıştır. Başvuruların çoğunluğunun personel hakkında olmayıp “sistemin işleyişinden kaynaklanan sorunlara” dair olduğu ve en sık “poliklinik hizmetlerinden” şikâyet edildiği belirlenmiştir. Birime en sık “genel iletişim sorunları”, “bekleme”, “hizmet alamama” şikâyetleri ile başvuru yapıldığı tespit edilmiştir. Sorunlar ve başvurular önemli ölçüde birim çalışanlarınca hastane kural ve uygulamaları çerçevesinde yerinde çözümlendiğini, Hasta Hakları Kuruluna da en sık sağlık çalışanı ile hasta/hasta yakını arasındaki genel iletişim sorunları nedeniyle yapılan başvuruların alındığı belirlenmiştir (Zengin, Erbaycu v.d., 2013).

Kırgın Toprak ve Şahin'in (2012) ‘Sağlık Bakanlığı hastanelerine yapılan hasta şikâyetlerinin değerlendirilmesi’ adlı yaptıkları araştırma da hasta şikâyetlerinin karakteristik özelliklerine, bölgesel gelişmişlik düzeyine, nüfus yoğunluğuna, hekim sayısına göre nasıl bir dağılım gösterdiğini ve nasıl sonuçlandığını ortaya koymaya çalışmıştır. Yapılan çalışmada Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı Hasta Hakları Şube Müdürlüğü'nden elde edilen verilere göre 2006-2009 yılları arasında Türkiye genelindeki tüm hastanelerden hasta şikâyetleri değerlendirilmeye alınmıştır. Çalışma, Hasta Şikâyetleri Şube Müdürlüğü'nün veri tabanına 2006 yılının son altı ayında gelmiş olan 7287 hasta şikâyeti, 2007 yılında gelmiş olan 12932 hasta şikâyeti, 2008 yılında gelmiş olan 14014 hasta şikâyeti ve 2009 yılının ilk altı ayında gelmiş olan 9126 hasta şikâyeti olmak üzere toplam 43359 şikâyet başvurusunu kapsamaktadır. Yapılan bu çalışma ile yapılan şikâyetlerin özellikleri belirlenmiştir. Şikâyetlerin çoğu poliklinik hizmetleri, klinik hizmetleri ve acil ilk yardım hizmetleri ile ilgili olduğu görülmüştür. En çok şikâyet edilen personel ise buralarda çalışan hemşire ve doktorlar olduğu tespit edilmiştir. Hastaların en çok şikâyette bulunduğu konular, hizmetten genel olarak faydalanamama ve saygınlık görememe olmasına rağmen bilgilendirilmeme konusunda şikâyetin az olması dikkat çekicidir. Son dört yıllık hasta şikâyeti verileri esas alındığında Sağlık Bakanlığı'nın giderek artan hasta şikâyetleri ile baş edebilmesi için hasta hakları uygulamaları ile süreci daha aktif olarak yönetmesi gerektiği kanısına varılmıştır (Toprak ve Şahin,(2012).

Kıdak Ve Keskinoglu (2008)'nun İzmir ilindeki Devlet Hastanelerine Hasta Hakları Başvurularının Değerlendirilmesi' başlıklı yapmış olduğu araştırmasında İzmir ilindeki 26 devlet hastanesinin hasta hakları birimlerinin 2005-2007 yılları arasındaki kayıtları incelenmiş ve başvuru yapanlar 41 yaş ve üzeri ve ilköğretim mezunu kişiler olduğu sonucuna varılmıştır. Hasta Hakları Birimlerine yapılan toplam başvuru sayısında yıllara göre anlamlı şekilde artış olduğu saptanmıştır. En sık uzman hekim, sağlık personel ve idari ilgili başvurular yapılmıştır. Poliklinikler ve idari birimler en sık başvuru nedeni olan ünitelerdir. Hasta hakları ihlallerinin büyük çoğunluğu (%86) yerinde çözülmüş, tüm başvurular içerisinde kurula ulaşan başvuru sayılarının her yıl için anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Hasta hakları konusunda sağlık çalışanlarına yeterli hizmet içi eğitimin verilmesi gerektiği hastanelerde hasta hakları birimlerinin işlerliği etkin bir biçimde sağlanmalı ve başvurular dikkatli değerlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır (Kıdak ve Keskinoglu, 2008).

Gürlek, Kanber ve Çiçek (2011)'in bir devlet hastanesinin hasta hakları birime 2009 yılında yapılan başvuruların incelenmesi ve hasta hakları ihlalleri konusunda sağlık ekibi üyelerinin bilinçlendirilmesi amacıyla gerçekleştirmiş olduğu "Bir Devlet Hastanesinde Hasta Hakları Birimine Yapılan Başvuruların Değerlendirmesi" adlı araştırmasında Hasta hakları birimine yapılmış 60 adet başvuru incelendiğinde, başvuruda bulunanların %51,7'sinin 41 yaş ve üzerinde olduğu, %73,3'unun erkek olduğu, %28,3'unun serbest meslek sahibi olduğu, %45,0'inin sağlık kuruluşunda saygınlık ve rahatlık görmemekten dolayı, %51,7'sinin uzman hekimlerle yaşadığı problemler nedeniyle, %43,4'unun polikliniklerde aldığı hizmet sonucunda başvuruda bulunduğu, başvuruların %76,7'lik kısmı hakkında hasta hakları kurulunun hasta hakları ihlali yoktur kararı verilmiştir. Hasta hakları birimine yapılan başvuruların %3,3'unu de ise hasta hakları ihlali vardır kararı verildiği, diğer problemlerin ise teknik konular ve sistemden kaynaklanan sorunlara bağlı geliştiği belirlenmiştir. İnsana hizmet veren sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta hakları ilkelerine bağlı kalınması, hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişimin güçlendirilerek, işlevsel hale getirilmesi sağlanması gerektiği sonucuna varılmıştır (Gürlek, Kanber v.d.,2011).

Şeremet (2013) 'in Kocaeli ilindeki bakanlığa bağlı kamu hastanelerindeki hasta hakları birim çalışanlarının yaşadığı sorunları ile hasta hakları birimlerine gelen şikâyetleri belirlemek ve bu hastanelerde hasta memnuniyetini ve hizmet kalitesini

ölçmek amacıyla Şubat-Temmuz 2010 tarihleri arasında 20 hasta hakları birim çalışanı ve 350 hasta ile tanımlayıcı olarak yapmış olduğu çalışmasında Hasta hakları birim çalışanlarının yaş ortalamasının $33\pm 7,01$ olduğu, % 25' inin doktor, % 25' inin hemşire olduğu belirlenmiştir. Hasta hakları birim çalışanlarının % 55' inin prosedürü uygulamada, % 40'ının da hekim grubuyla iletişimde sorun yaşadığı görülmüştür. Hasta haklarına gelen şikâyetlerin çoğunluğunun poliklinik ve uzman hekimlik hizmetleri ile ilgili olduğu ve hastaların 1/3' ünün yeterince hizmet alamadığı ve saygınlık göremediği saptanmıştır. Hizmet kalitesi ve hasta memnuniyet ölçümünde çalışmamıza katılan hastaların yaklaşık yarısının ilkokul mezunu ve 41 yaş ve üstü olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızın sonucunda hastaların hizmet kalitesi puan ortalamasının düşük olduğu, memnuniyet düzeylerinin (% 74, 2) orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Sonuçlar doğrultusunda hizmet kalitesi düzeyi artarken memnuniyet düzeyinin de yükseldiği görülmüştür (Şeremet, 2013).

Uludağ (2011)'in hasta hakları kurullarının iletişim içerikli sorunlara bakış açısının araştırılması amacıyla Konya Sağlık Müdürlüğü Hasta Hakları İl Koordinatörlüğünün denetiminde bulunan 23 hastanenin hasta hakları birimine, 01.05.2008 ile 30.04.2009 tarihleri arasında da ki bir yıllık süreçte yapılmış olan 577 başvuru değerlendirmeye aldığı çalışmada elde ettiği bulgulara göre; en çok poliklinik hizmetlerinden (%40) dolayı şikâyet olurken bunu ilk ve acil yardım (%17,9) şikâyetleri takip etmektedir. Şikâyet konularına göre en büyük sorun (%40,4) iletişim kaynaklıdır. Bunu tıbbi sorunlar (%17,9), hizmete erişememe (%14,7), işletme sorunu (%14,2) izlemektedir. Kurula giren başvuru dosyalarının %24,6'sı hasta lehine sonuçlanmıştır. Hastanın aleyhine sonuçlanma oranı ise yarıdan (%62,7) yüksektir. İçeriğe göre başvuru konusu ile kurullarının verdiği kararlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu elde edilmiştir. Sonuçlara göre baktığımızda, sağlık personelinin gerek okul döneminde gerekse de mezuniyet sonrası hasta ve yakınlarıyla doğru bir iletişim kurmasına dönük olarak eğitim çalışmalarına daha fazla yer verilmedi (Uludağ, 2011).

İKİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN YÖNTEM VE MATERYALİ

Bu bölümde; araştırmanın amacı ve önemi, araştırmanın şekli, araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri, araştırmanın evreni ve örnekleme, verilerin toplanması ve araştırmanın hipotezlerine ilişkin açıklamalar yer almaktadır.

2.1 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; bir eğitim ve araştırma hastanesindeki hasta hakları birimine başvuruda bulunan hastaların profilinin ortaya çıkarılması, hasta hakları biriminin etkinliğinin değerlendirilmesi, başvuru konularının dağılımının belirlenmesi, yapılan başvuruların çözümlenmesinin nasıl sonuçlandığının ortaya konması hedeflenmiştir.

Çalışma ile hasta hakları birimine yapılan başvuruların dağılımı hakkında önemli bilgiler elde edilecek olup, bu veriler ışığı altında hizmet kalitesinin artırılmasına ve hasta memnuniyetine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Hasta odaklı bakımın temel alındığı sağlık hizmetlerinde hasta hakları ihlali nedeniyle yapılan başvurular azımsanmayacak kadar fazladır. Bu nedenle hasta hakları ihlalleri ve tıbbi hizmet alımı sırasında yaşanan sorunları ile ilgili farklı boyutların birlikte değerlendirilmesi gerekmekte ve yapılan başvurular sistematik olarak daha detaylı incelenmelidir. Yapılan bu çalışma ile hastaların hizmet alımı sırasında karşılaştıkları tüm ihlal ve sorunlar en ince ayrıntısına incelenmiş olup aşağıdaki soruların cevaplarının bulunması amaçlanmaktadır:

1. Hasta hakları birimine başvuran hastaların demografik özellikleri nelerdir?
2. Hastanede hasta hakları uygulanma durumu nedir?
3. Hastalar haklarını aramak için hangi başvuru yollarını izlemektedirler?

4. Hasta hakları birimine gelen başvuruların yıllara göre konuların dağılımı nedir?
5. Hasta hakları ihlalini en çok yapan bölüm ve birim hangisidir?
6. Hangi personelden daha fazla şikâyetçi olunmuştur?
7. Hasta hakları birim sorumluları ve kurul tarafından yapılan başvurulara getirilen çözümler ve verilen cevapların içeriği nedir?
8. Hasta hakkı yıllara, cinsiyete, yaşa, mesleğe, eğitim durumuna göre değişkenlik göstermekte midir?
9. Mevcut hasta hakkı uygulamaları JCI ve HKS standartları doğrultusunda uygulanmakta mıdır?

2.2 Araştırmanın Önemi

Günümüzde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının ön planda olduğu hasta odaklı bakımın temel alındığı sağlık hizmetlerinde hastaların memnuniyet düzeylerini ve hizmet kalitesini artırmak için hastalardan gelen başvuruları, hasta deneyimlerini göz önünde bulundurmaya gerektirmektedir. Hasta deneyimleri ve memnuniyetsizlikleri hakkında en iyi bilgi sahibi olmamızı sağlayacak ve verilen sağlık hizmetinin değerlendirilmesini sağlayacak yer hasta hakları birimleridir. Bu nedenle hasta hakları ve bu hakların uygulanma düzeyi hasta memnuniyetini dolayısıyla sağlıkta hizmet kalitesini artırmanın önemli bir yardımcıdır. Hasta hakları biriminden elde edilen veriler ışığında hastaların beklentilerinin neler olduğunu göstererek hastaları tanıma imkânı sağlayacağı, hastanede iyileştirilmesi gereken alanların tespit edilmesi, hastanenin hangi yönlerinin eksik ve zayıf olduğunu görmemizi sağlayarak sistematik iyileştirme programlarının oluşturulmasında, personel açısından hasta hakları uygulamaları ile ilgili eğitim ihtiyacının belirlenmesinde yol gösterici olacaktır. Hizmetin yürütülmesi sırasında karşılaşılan sorunlar ve aksaklıklar da hasta hakları birimine gelen başvurular sayesinde tespit edilebilmektedir. Bu araştırma ile hasta uygulamaları daha etkili ve hizmetlerin daha verimli olması açısından bazı uygulamaların başlatılmasına öncülük edebilecektir. Bu çalışma ile örgütün hizmet kalitesinin ve performansın yükseleceği, hasta ve yakınlarının daha iyi sağlık hizmetine ulaşabilecekleri ve memnuniyet düzeylerinin artacağı öngörülmektedir.

Yapılan diğer araştırmalara bakıldığında daha çok hasta ve çalışanların görüşlerine göre hasta hakları bilgi düzeyi belirlenmeye çalışılmıştır. Hasta hakları birimine gelen başvuruların incelendiği araştırmalarda ise genel olarak hangi hasta hakkının ihlal edildiği ana başlıklar altında incelenmeye alınmıştır. Yapmış olduğum araştırmayı diğer araştırmalardan ayıran en önemli özellik ise; ihlal edildiği iddia edilen hasta hakkının alt başlıklar altında hangi konu nedeniyle ihlal edildiği ve gerek hasta hakları birimi gerekse kurul tarafından yapılan başvurulara verilen cevapların içeriği hakkında detaylı bilgilendirme yapılmıştır. Ayrıca sağlık bakanlığından bağımsız olarak çalışan askeri hastanelerde ki hasta hakları uygulanma durumları hakkında da aydınlatıcı bir araştırma olacağı, hasta haklarının uygulanması ve geliştirilmesinde etkili olabileceği dşnlmektedir.

2.3. Araştırmanın Hipotezleri

Çalışmada ayrıca aşağıdaki hipotezler test edilmiştir.

- H.1 : Yıl ve aylara göre başvuru yapılan hasta hakkı farklılık göstermektedir.
- H.2 : Cinsiyete göre başvuru yapılan hasta hakkı farklılık göstermektedir.
- H.3 : Yaşa göre başvuru yapılan hasta hakkı farklılık göstermektedir.
- H.4 : Eğitim seviyesine göre başvuru yapılan hasta hakkı farklılık göstermektedir.
- H.5 : Hastaların meslek gruplarına göre başvuru yapılan hasta hakkı farklılık göstermemektedir.
- H.6 : Personel unvanına göre başvuru yapılan hasta hakkı farklılık göstermektedir.
- H.7 : Bölüm ve birimlere göre başvuru yapılan hasta hakkı farklılık göstermektedir.
- H.8 : zmlenme şekline göre başvuru yapılan hasta hakkı farklılık göstermektedir.
- H.9 : Verilen cevap içeriğine göre başvuru yapılan hasta hakkı farklılık göstermektedir.
- H.10 : Başvuru sonuçlarına göre başvuru yapılan hasta hakkı farklılık göstermemektedir.

2.4 Gereç ve Yöntem

2.4.1 Araştırmanın Şekli

Ülkemizde 1998 yılından bu yana yürürlükte olan hasta haklarının hangi ölçüde uygulandığı, hasta haklarının hangi yönde geliştiği, hastaların hizmet alımında karşılaştığı sorunlar, bu sorunların çözümü ve ihtiyaçların karşılanması için hangi hizmetlerin verildiği ve hasta hakları ihlallerinin önlenmesinde bu uygulamanın ne kadar etkili olduğunun kapsamlı olarak saptanması ancak yapılan bilimsel araştırmalar ile mümkündür.

Hasta hakları ile ilgili yönetmenlik ve yönergelerin uygulanma durumunu ve etkililiğini tespit etmenin en iyi yolu da hastaların yapmış olduğu dönüşlerdir. Yani hasta hakları birimine yapmış olduğu başvurulardır. Bu başvurular sayesinde mevcut hasta haklarında yaşanan sorunlar ve aksaklıklar, sistemin güçlü ve zayıf yönleri, personelin hasta haklarını uygulama durumu ortaya çıkabilecektir. Kurum için en az maliyetle ve en kolay şekilde elde edebileceği veri toplama yöntemidir.

Yapılan bu araştırma tek merkezli, tanımlayıcı ve retrospektif olarak hastane dekanlığından izin alınarak, hasta hakları birimine 2012–2013 yıllarında yapılan başvurular değerlendirmeye alınmıştır.

2.4.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hasta Hakları Biriminde yapılmıştır. Hastanemizde, “Hasta Hakları Uygulama Yönergesi” kapsamında 15.11.2011 tarihinde Hasta Hakları Birimi resmi olarak oluşturulmuş, kısa süre içerisinde gerekli çalışmalar başlatılarak faaliyete geçmiştir. 08 Mayıs 2014 tarihinden sonra Hasta Hakları Birimi Hasta İletişim Birimi olarak hizmet vermeye başlamıştır.

Hasta Hakları Kurulu; Kurul Başkanı Baştabip Mesleki Yardımcısı, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı temsilcisi, Dâhili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı temsilcisi, Temel Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı temsilcisi, Dekan Baştabip Yardımcılığı temsilcisi, Başhemşirelik temsilcisi, Sivil memur, hemşire ve birim sorumlusu ile hizmet vermektedir.

2.4.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hastanesi hasta hakları birimine ayakta ve yatan hastalar tarafından yapılan tüm başvurular oluşturmaktadır. Bu araştırmanın örneklem evreni ise 2012-2013 yılları arasında hasta hakları birimine gelen başvurular oluşturmaktadır. Araştırma da tam sayım yöntemi uygulandığından ayrıca bir örnekleme yapılmamıştır.

Araştırma kapsamında 810 başvuruya ulaşılmış ve değerlendirmeye alınmıştır.

2.4.4 Verilerin Toplanması

2.4.4.1 Araştırmanın etik yönü ve izlenen diğer adımlar

Araştırmanın uygulanması için GATA Etik Kurulu'ndan "2663" dosya numaralı onay belgesi(Ek-A) ve GATA Dekanlığı ve Baştabipliğinden "436" no'lu onay belgesi (Ek-B) ile ilgili araştırma konusu hakkında çalışma için izin alınmıştır.

2.4.2.2 Veri toplama aracı

Veri toplama yöntemi olarak 2012–2013 yıllarında hasta hakları birimine yapılan başvurularla ilgili tüm bilgiler değerlendirmeye alınmıştır. Elde edilen bilgilerin veri toplama araçlarına baktığımızda T.C Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği esas alınarak hazırlanmış olan hastaların doldurmuş olduğu hasta hakları başvuru formu ile edinilen bilgiler, hasta hakları birim sorumlusu tarafından kayıt altına alınan, sözel olarak yapılan başvuruların ve diğer tüm başvuruların işlendiği yerinde çözümlenenler defter ve bilgisayar kayıtları, başvuru için hastane idaresine gönderilen dilekçeler ve bilgi almak için başvuru konusu olan ilgili birime gönderilen yazılar ve verilen cevap içeriğini gösterir belgeler incelenmek kaydıyla veriler toplanmıştır. Yapılan inceleme hastaların kimlik bilgileri gizli kalınması prensibine bağlı kalınarak yapılmıştır.

2.4.4.3 Verilerin değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences 15,0) paket programı ile hazırlanan veri tabanına işlenmiştir ve istatistiksel değerlendirmesi yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde öncelikle, frekans analizi ile hasta hakları birimine başvuru yapan hastaların demografik özellikleri ile ilgili bilgiler tanımlanmıştır. Çalışmada ayrıca, nitel iki değişken arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için Ki- Kare Analiz testi yapılmış ve $p < 0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık değeri kabul edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde ve ortalama gibi değerler kullanılmıştır. Hazırlanan düz tablolar ise yorumlanmıştır. Elde edilen sonuçların yorumunu kolaylaştırmak için çizgi ve pasta grafikler kullanılmıştır. Çalışmanın sayfa yapısı ile ilgili ölçütleri belirlenirken THK Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzu esas alınmıştır.

2.5 Araştırmanın Sınırlılıkları

Hasta hakları birimi 2011 yılında kurulmuş ve 11. aydan itibaren hasta kayıtları alınmaya başlanmıştır. O yüzden 2012-2013 yılı başvuruları temel alınmış daha önceki yıllara ait kayıtlara ulaşılamamıştır.

Araştırma da hasta ile birebir yüz yüze görüşme yapılmadığı için hastaların doldurmuş olduğu başvuru formu ve hasta hakları birim sorumlusu tarafından doldurulan yerinde çözümlenenler defterindeki bilgiler ile sınırlıdır. Bu yüzden bazı bilgiler eksik ve yazılmamış olduğundan ulaşılamaması araştırmanın bir sınırlılığıdır.

Hasta hakları birim sorumlusunun 2012 yılı ortalarında değişmesi nedeniyle daha önceki başvurular hakkında eksik olan konular hakkında görüş alınamamıştır.

Elde edilecek veriler ile ilgili kaynaklar gizlilik prensibinden dolayı hasta hakları birimi dışında inceleme imkânı olmaması, hasta hakları birim sorumlusunun yoğun iş temposu sebebiyle mesai saatleri içerisinde belirli saatler arasında çalışma yapılması zaman ve yer açısından araştırmanın bir sınırlılığıdır.

Bazı hastalar yeterli kimlik bilgilerini doldurmadığından işleme alınmamış dolayısıyla araştırmaya dâhil edilememiştir.

Hasta hakları birimi fiziki ortamı yetersizliği nedeniyle başvuruya hasta geldiği zaman çalışmaya ara verilmek zorunda kalınması da sınırlılıklardandır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR VE YORUMLAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan hasta hakları birimine yapılan 2012-2013 yılında yapılan toplam 810 başvurudan elde edilen verilerin analizi sonucu ortaya çıkan bulgulara yer verilmiştir.

3.1 Hasta Hakları Birimine Başvuru Yapan Hastaların Demografik Özellikleri

Bu bölümde hasta hakları birimine başvuru yapan bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek bilgilerine ait bulgulara Tablo 3.1’de yer verilmiştir.

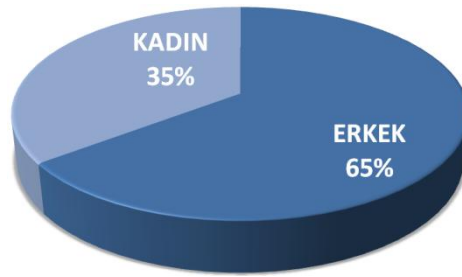
Başvuruda bulunanların yaş ortalaması 39.69 ± 14.445 ’dir. Başvuruda bulunanların cinsiyet dağılımına baktığımızda %64,2 (n=520)’inin erkek %35,1(n=284)’inin kadın olduğu, eğitim durumları değerlendirildiğinde; %26,5 (n=215)’inin lisans, %13,3(n=108)’ünün ise lise mezunu olduğunu görülmektedir. Okuryazar olmayan hastaya rastlanmamıştır. Hastaların %11,1(n=90)’inin yaşını, %0,7(n=6)’sinin cinsiyetini ve %48,6 (n=394)’sının ise eğitim durumu belirtilmemiştir.

Başvuruda bulunanların meslek gurubuna baktığımızda %41,0(n=332)’inin Askeri personel/asker emeklisi, %14,2 (n=115)’si ise ev hanımıdır. Hastaların %8,3 (n=67)’ü mesleğini formda doldurmamıştır. Tablo 3.1’deki verilere göre birime başvuran hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı Şekil 3.1’deki pasta grafikte görülmektedir.

Tablo 3.1: Hasta hakları birimine başvuruda bulunan hastaların demografik özelliklerine göre dağılımı.

Özellikler	n	%
Yaş (Ort: 39.69±14.445)		
20 yaş ve altı	46	5.7
21-30 yaş	164	20.2
31-50 yaş	372	45.9
51-61 yaş	77	9.5
62 yaş ve üstü	61	7.5
Toplam	720	88.9
Cinsiyet		
Kadın	284	35.1
Erkek	520	64.2
Toplam	804	99.3
Eğitim durumu		
İlköğretim	38	4.7
Lise	108	13.3
Ön Lisans	32	4.0
Lisans	215	26.5
Lisansüstü ve Doktora	23	2.8
Toplam	416	51.4
Meslek		
Askeri personel/asker emeklisi	332	41.0
Ev hanımı	115	14.2
Emekli	62	7.7
Gazi	38	4.7
Memur	42	5.2
Diğer *	154	19.0
Toplam	743	91.7

*Sekreter, Muhasebeci, Mühendis, Teknisyen/tekniker, Güvenlik görevlisi, Mimar, Avukat, Gelir uzmanı, Yazılım uzmanı, Mali Müşavir, Kimyager, Maliyeci, Özel kalem, İstatikçi, Başmüfettiş, Temizlik müdürü, Öğrenci, Öğretmen, Serbest Meslek, İş Sahibi, Sağlık Çalışanı



Şekil 3.1: Hasta hakları birimine başvuruda bulunan hastaların cinsiyetine göre dağılımı

3.2 Hasta Hakları Birimine Başvuru Yapılan Birim, Personel ve Başvuruları Tanımlayıcı Bulgular ve Analizi

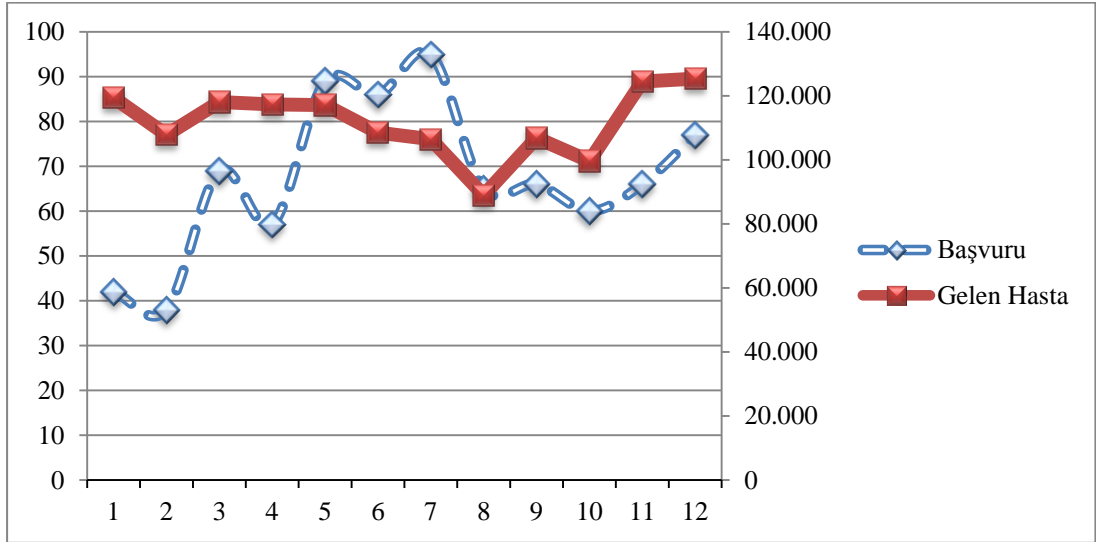
Bu bölümde hasta hakları birimine yapılan başvuruların yıllara ve aylara göre dağılımı, başvuruda bulunulan bölüm ve birime göre dağılımı, başvuru şekline göre, başvuruya konu olan personele, başvuru sonucuna, çözümlenme şekline, hasta

hakkına ve konularına göre ve verilen cevabın içeriğine göre dağılımı ile ilgili bilgilere yer verilmektedir.

Tablo-3.2’de Hasta hakları birimine yapılan başvuruların yıl ve aylara göre dağılımı görülmektedir. 2012-2013 yıllarında toplam 810 başvuru yapılmıştır. 2012 yılında %49,9 (n=404), 2013 yılında ise %50,1 (n=406) hasta başvuruda bulunmuştur. Hastaneye gelen toplam hasta sayısına göre değerlendirme yaptığımızda 2013 yılında 2012 yılına göre %0,01’lik bir azalma görülmektedir. Yapılan başvuruların %95 (n=11,7)’i Temmuz ayında, %11,0(n=89)’ı ise Mayıs ayında yapıldığı görülmektedir. Şekil-3.2’de aylara göre yapılan başvuruların toplam gelen hasta sayısına göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 3.2: Yapılan başvuruların yıllara ve aylara göre dağılımı.

Başvuru sayısı (N:810)	n	%	Toplam Hasta	%
Yıl				
2012	404	49.9	617.948	46,1
2013	406	50.1	722.348	53,9
Toplam	810	100	1340.296	100
Aylar				
Ocak	42	5.2	119.448	8.9
Şubat	38	4.7	107.858	8.0
Mart	69	8.5	118.080	8.8
Nisan	57	7.0	117.332	8.8
Mayıs	89	11.0	117.127	8.7
Haziran	86	10.6	108.553	8.1
Temmuz	95	11.7	106.487	7.9
Ağustos	65	8.0	89.000	6.6
Eylül	66	8.1	106.878	8.0
Ekim	60	7.4	99.646	7.4
Kasım	66	8.1	124.476	9.3
Aralık	77	9.5	125.411	9.4
Toplam	810	100	1340.296	100



Şekil 3.2: Hasta hakları birimine gelen başvuruların aylara ve toplam gelen hasta sayısına göre dağılımı.

Hastaların hasta haklarının ihlallerini düşündükleri ve bu haklarını aramak için kullandıkları yolları incelediğimizde; %96,5 (n=782)'i hasta hakları biriminde hasta hakları başvuru formu doldurarak ve %2,8 (n=23)'i ise hastane yönetimine dilekçe yazarak hasta hakları ile ilgili haklarını arama yoluna gitmişlerdir. Yapılan başvuruları hastane birimlerine göre dağılımına baktığımızda %82,7 (n=670)'si poliklinikler ve %10,5 (n=85)'i ile laboratuvar ve görüntüleme merkezlerinin takip ettiği görülmektedir. En az başvuru ise kliniklerde yatan hastalar tarafından yapıldığı görülmektedir. Hasta hakları birimine başvuru da bulunan hastaların şikâyet konusu olan bölümleri incelediğimizde ise sırasıyla en çok %48,8 (n=402)'i ile Dâhili Tıp Bilimleri, %36,5 (n=300)'i Cerrahi Tıp Bilimleri ve %8,6 (n=71)'sı ile de İdari kaynaklı başvurular oluşturmaktadır. Hasta hakları birimine başvuruda bulunanların başvuru şekline, bölüm ve birimlere göre dağılımı Tablo-3.3'de görülmektedir.

Tablo 3.3: Hasta hakları birimine başvuruda bulunanların başvuru şekline, bölüm ve birimlere göre dağılımı

Başvuru sayısı (N:810)	n*1	%
Başvuru Şekli		
Dilekçe	23	2.8
Hasta hakları başvuru formu	782	96.5
BİMER	2	0.2
Elektronik posta	1	0.1
Telefonla Başvuru	2	0.2
Toplam	810	100
Hastane Birimi		
Poliklinik	670	82.7
Klinik	18	2.2
Laboratuar ve görüntüleme	85	10.5
Hastane işleyiş sistemi ve idari	37	4.6
Toplam	810	100
Bölüm		
Dâhili Tıp Bilimleri*2	402	48.8
Cerrahi Tıp Bilimleri*3	300	36.5
Temel Tıp Bilimleri*4	32	3,9
Sağlık Bilimleri Enstitüsü*5	18	2,2
İdari ve Sistem	71	8.6
Toplam	823	100

*1 n katlanmıştır.

*2 Dahili Tıp Bilimleri; Psikiyatri, Kardiyoloji, Romatoloji, Radyoloji, Endokrin, Fizik Tedavi, Çocuk, Gastroenteroloji, Göğüs Hastalıkları, Dâhiliye, Nefroloji, Cildiye, Tıbbi Onkoloji, Hematoloji, Nöroloji, İmmünoloji-Alerji, Ağrı Polikliniği, Geriatri, İntaniye, Sualtı Hekimliği, Diyet Polikliniği, Nükleer Tıp, Aile Hekimliği, Kan Bankası, , Sualtı Hekimliği,

*3 Cerrahi Tıp Bilimleri; Beyin Cerrahi, Kadın Doğum, Ortopedi, Kalp Damar, Üroloji, Genel Cerrahi, Acil, Göğüs Cerrahisi, Plastik Cerrahi, Anestezi, Göz, KBB, Patoloji

*4 Temel Tıp Bilimleri; Biyokimya, Mikrobiyoloji, Genetik, ,

*5 Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Diş

Hasta hakları birimine yapılan başvuruların çalışanların meslek unvanlarına göre dağılımı ile ilgili bulgular Tablo-3.4'de görülmektedir. Hastaların başvuruda bulunduğu hastane çalışanlarının meslek unvanlarına göre dağılımını baktığımızda en çok başvuruya konu olan personel % 34,5 (n=287) ile asistan doktorlardır. Asistan doktorları başvuruların %25,0 (n=208)'i ile hastane bilgi yönetim sistemi ve idareden kaynaklanan sorunlar ve %18,6(n=153) ile V.H.K.İ memurundan kaynaklanan sorunlar nedeniyle yapılan başvurular izlemektedir.

Tablo 3.4: Hasta hakları birimine yapılan başvuruların personel unvanına göre dağılımı.

	n*1	%
Meslek Unvanı		
Hemşire	44	5.0
V.H.K.İ memuru	153	18.6
Asistan Doktor	287	34.5
Hastane İşleyiş Sistemi ve İdari	208	25.0
Diğer Sağlık Personeli*2	141	16.9
Toplam	833	100

*1n katlanmıştır.

*2 Fizyoterapist, Diyetisyen, Psikolog, Asker, Hasta Bakıcı, Ambulans Şoförü, Uzman Doktor, Öğretim görevlisi, Teknisyen/tekniker, Güvenlik Görevlisi, Memur

Hasta hakları birimine yapılmış olan başvuruların çözümlenme şeklini incelediğimizde %55,2 (n=447)'si anında hasta hakları birim sorumlusu tarafından çözümlenmiştir. Hasta hakları birim sorumlusu tarafından çözümlenemeyen %40,0 (n=324)'ü ise hasta hakları kurulu tarafından çözümlenmiştir. Hasta hakları birimi ve hasta hakları kurulunun yapılan başvuruları incelemesi neticesinde %31,4 (n=254)'ü hakkında hasta hakkı ihlali olmadığı, %29,1 (n=236)'inin hastane işleyiş sistemi kaynaklı olduğu ve %24,3(n=197)'üne ise hastanın haklı olduğu hasta hakkı ihlali yapıldığına dair karar verilmiştir. Çözümlenme ve başvuru sonuç durumuna ilişkin bilgiler Tablo-3.5'de görülmektedir.

Tablo 3.5: Hasta hakları birimine yapılan başvuruların çözümlenme şekli ve başvuru sonucuna göre dağılımı

	n	%
Çözümlenme Şekli		
Anında Çözümlenen	447	55.2
Hasta Hakları Kurulu Öneri	324	40.0
Teşekkür	10	1.2
Toplam	29	3.6
	810	100
Hasta Hakları Başvuru Sonucu		
Var	197	24.3
Yok	254	31.4
Hastane İşleyiş Sistemi İdari	236	29.1
Öneri-Teşekkür	53	6.5
Belirtilmemiş	39	4.8
Toplam	31	3.8
	810	100

Hasta hakları birimine yapılan başvuruların hangi hasta hakkının ihlali ile ilgili olduğunu incelediğimizde %30,8 (n=280)'i hizmetten faydalanamama, %22,1

(n=201)'i insani değerlere saygı gösterilmemesi ve %8,5 (n=77)'i ise öncelik sırası ihlali nedeniyle yapılmıştır. Hasta hakları birimine yapılan başvuruların hasta hakkına göre dağılımı Tablo-3.6'da görülmektedir.

Tablo 3.6: Hasta hakları birimine yapılan başvuruların hasta hakkına göre dağılımı.

	n*1	%
Hasta Hakkı		
Adalet ve Hakkaniyet	60	6.6
Öncelik Sırası	77	8.5
İnsani Değerlere Saygı	201	22.1
Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis Tedavi	57	6.3
Hizmetten Faydalanamama	280	30.8
HBYS	58	6.4
İdari	44	4.8
Kayıtların Düzeltilmesi	31	3.4
Diğer Hasta Hakları*2	101	11.1
Toplam	909	100

*1 n katlanmıştır.

*2 Bilgi İsteme, Personel Seçme, Kayıtları İnceleme, Tıbbi Özen Gösterilmesi, Tedavi Reddetme ve Durma, Refakatçi Bulundurma ve Ziyaret, Müracaat Şikâyet ve Dava Hakkı, Bilgi Verilmesini Yasaklama, Teşekkür ve Öneri

Hasta hakları birimine yapılan başvuruların sebeplerinin ve başvuru konusunun ne olduğunu incelediğimizde başvuruların; %16,5(n=100)'i personelin hastaya yaklaşım üslup ve davranış şeklinin uygun olmamasından, %6,4 (n=58)'ü muayene olamamaktan, %5,9 (n=54)'u ise muayene, taburcu ve yatış işlemlerinin uzun sürmesi gibi konularından dolayı başvuruda bulunmuştur. En az başvuruya neden olan konular ise çalıştığı kuruma bilgi verilmesini yasaklama, hastasını ziyarete izin verilmemesi ve onkoloji hastalarına öncelik tanınmamasından dolayı başvuruda bulunulmuştur. Yapılan başvuruların konulara göre dağılımı Tablo-3.7'de görülmektedir.

Tablo 3.7: Hasta hakları birimine yapılan başvuruların konulara göre dağılımı.

Hasta hakkı	Başvuru Konusu	2012 n*	%	2013 n*	%	Toplam
İNSANİ DEĞERLERE SAYGI GÖSTERİLMESİ	Fiziki Şiddet	3	0.3	4	0.4	7
	Hastaya Yaklaşım, Üslup ve Davranış Şeklinin Uygun Olmaması	50	5.5	100	11.0	150
	Saygısızlık	6	0.7	6	0.7	12
	Hakaret Edilmesi	18	2.0	14	1.5	32
	Toplam	77	8.5	124	13.4	201
ADALET VE HAKKANİYET	Kayıt Sırasına Riayet Edilmemesi	10	1.1	21	2.3	31
	Muayene ve Tedavi Sırasına Riayet Edilmemesi	12	1.3	17	1.9	29
	Toplam	22	2.4	38	4.2	60
ÖNCELİK SIRASI	Engellilere Öncelik Verilmemesi	9	1.0	6	0.6	15
	Gazilere Öncelik Verilmemesi	13	1.4	8	0.9	21
	Şehit Yakınlarına Öncelik Verilmemesi	4	0.4	3	0.3	7
	Sevli Personele Öncelik Verilmemesi	7	0.8	8	0.9	15
	Gazi Ailelerine Öncelik Verilmemesi	3	0.3	1	0.1	4
	Hamile ve Bebeklere Öncelik Verilmemesi	1	0.1	1	0.1	2
	Onkoloji Hastalarına Öncelik Verilmemesi	0	0	1	0.1	1
	Önceliği Olan Hastalar Yüzünden Diğer Hastaların Mağdur Olması	1	0.1	8	0.9	9
	Personel/Yakını Önceliğiyle Yaşanan Mağduriyet	2	0.2	1	0	3
	Toplam	40	4.4	37	4.1	77
BİLGİ İSTEME	Hasta Yakınına Yeterli Bilgi Verilmemesi	1	0.1	3	0.3	4
	Hastaya Yeterli Bilgi Verilmemesi	4	0.4	3	0.3	7
	Hastane İşleyiş Ve Sistemle İlgili Yeterli Bilgi Verilmemesi	1	0.1	7	0.8	8
	Toplam	6	0.7	13	1.4	19
PERSONEL SEÇME	Doktor Seçimi Yapamaması	4	0.4	2	0.2	6
	Toplam	4	0.4	2	0.2	6

Tablo 3.7 (Devam): Hasta hakları birimine yapılan başvuruların konulara göre dağılımı.

Hasta hakkı	Başvuru Konusu	2012 n*	%	2013 n*	%	Toplam	
HİZMETTE FAYDALANAMAMA	Muayene İçin Randevu Alamama	12	1.3	17	1.9	29	
	Muayene Olamama	34	3.7	24	2.6	58	
	Personelin Mesai Saatlerine Riayet Etmemesi	2	0.2	1	0.1	3	
	Heyet İşlerinin Uzun Sürmesi	9	1.0	3	0.3	12	
	Muayene Kayıt ve Taburcu İşlemlerinin Uzun Sürmesi	23	2.5	31	3.4	54	
	Tahlil ve Tetkik Sonuçlarının Geç Çıkması	10	1.1	1	0.1	11	
	Tıbbi Malzeme Eksikliği Nedeniyle Hizmet Alamama	15	1.7	5	0.6	20	
	Personel Yetersizliği Nedeniyle İşlerin Aksaması	4	0.4	8	0.9	12	
	Muayene, Tedavi, Tahlil ve Tetkikler İçin Çok İleri Tarihe Gün Verilmesi	15	1.7	7	0.8	22	
	Personel Hataları Nedeniyle Yaşanan Aksaklıklar	10	1.1	6	0.7	16	
	Görev Yerinde Bulunmama ve Personelin Görevini Yapmaması	19	2.1	10	1.1	29	
	Randevu Tarih ve Saatinde Muayene/ Tedavi Olamama	5	0.6	9	1.0	14	
	Toplam		158	17.4	122	13.4	280
	TIBBİ GEREKLERE UYGUN TEŞHİS TEDAVİ VE BAKIM	Yapılan Tedavi Ve Muayenenin Yanlış, Eksik Ve Yetersiz Olması	14	1.5	5	0.6	19
Yapılan Tedavi Ve Muayeneden Memnun Kalmamak		11	1.2	1	0.1	12	
Sterilizasyona Dikkat Edilmemesi		0	0	3	0.3	3	
Hastanın Talep Ettiği Şekilde Tedavisinin Yapılmaması		9	1.0	14	1.5	23	
Toplam			34	3.7	23	2.5	57
KAYITLARIN DÜZELTİLMESİ	Rapor Ve İstirahat İsteğinin Geri Çevrilmesi	8	0.9	6	0.7	14	
	Yanlış Ve Eksik Bilgi	6	0.7	6	0.7	12	
	Verilen Raporun Uygun Olmaması	4	0.4	1	0.1	5	
	Toplam		18	2.0	13	1.5	31
KAYITLARI İNCELEME	Tahlil, Tetkik Ve Rapor Sonuçlarını Alamama	10	1.1	3	0.3	13	
	Toplam		10	1.1	3	0.3	13

Tablo 3.7 (Devam): Hasta hakları birimine yapılan başvuruların konulara göre dağılımı.

Hasta hakkı	Başvuru Konusu	2012		2013		Toplam
		n*	%	n*	%	
TIBBİ ÖZEN GÖSTERİLMEMESİ	Yeterli İlginin Gösterilmemesi	14	1.5	12	1.3	26
	Toplam	14	1.5	12	1.3	26
TEDAVİ REDDETME VE DURDURMA	Muayene Ve Tedavi Olmak İstememesi	2	0.2	0	0	2
	Toplam	2	0.2	0	0	2
REFAKATÇİ BULUNDURMA VE ZİYARET	Refakat Edecek Personel Verilmemesi	2	0.2	0	0	2
	Ziyarete İzin Verilmemesi	1	0.1	0	0	1
	Toplam	3	0.3	0	0	3
MÜRACAT, ŞİKAYET VE DAVA HAKKI	Başvuru yaptığı dilekçesine verilen cevabın uygun olmaması	0	0	2	0.2	2
	Toplam	0	0	2	0.2	2
BİLGİ VERİLMESİNİ YASAKLAMA	Çalıştığı kuruma bilgi verilmesini istememe	0	0	1	0.1	1
	Toplam	0	0	1	0.1	1
HASTANE İŞLEYİŞ SİSTEMİ	ASOS Sistemi Kaynaklı Ve Sistem Arızası	10	1.1	4	0.4	14
	Sevk Kâğıdı Olmaması Ve Sevk Zincirine Uyulmaması	7	0.8	2	0.2	9
	Hastanede Uygulanan Talimatlar Gereği Yaşanan Aksaklıklar	5	0.6	2	0.2	7
	SGK Uygulamaları Gereği Yaşanan Aksaklıklar (İstek Yeniletilmesi, Muayene İçin Kayıt)	14	1.5	10	1.1	24
	Tıbbi Cihaz Ve Bilgisayar Arızası	1	0.1	3	0.3	4
	Toplam	37	4.1	21	2.3	58

Tablo 3.7 (Devam): Hasta hakları birimine yapılan başvuruların konulara göre dağılımı.

Hasta hakkı	Başvuru Konusu	2012		2013		Toplam
		n*	%	n*	%	
HASTANE İDARESİ İLE İLGİLİ	Kaldırım, Kapı Girişi Ve Otoparkın Engelliler İçin Uygun Olmaması	3	0.3	6	0.7	9
	Tekerlekli Sandalye, Sedyeye Ve Ambulans Temin Edememe	8	0.9	4	0.4	12
	Araçlı Giriş Ve Otopark Konusunda Sıkıntı Yaşanması	3	0.3	2	0.2	5
	Pastane Fiyatlarının Yüksek Olması Ve Nakit Geçmemesi	3	0.3	5	0.6	8
	Kolaylık Tesislerinin Mesai Saatinde Riayet Etmemesi	2	0.2	1	0.1	3
	Hastane Fiziki Şartlarının Uygun Olmaması	1	0.1	4	0.4	5
	Misafirhaneden Faydalanamama	1	0.1	1	0.1	2
	Toplam	21	2.3	23	2.5	44
	TEŞEKKÜR	Teşekkür	3	0.3	26	2.9
Toplam		3	0.3	26	2.9	29
GENEL TOPLAM		449	49.4	460	50.6	909

*n katlanmıştır.

Hastaların yapmış olduğu başvurularına karşı verilen cevapların içeriği yapılan çözümleme ile ilgili bilgiler Tablo-3.8’de görülmektedir. Yapılan başvuruların %26,6 (n=223)’sı hasta hakları birim sorumlusu tarafından yerinde çözümlenmiş, %20,1 (n=183)’i ise hastane bilgi yönetim sisteminden kaynaklandığı cevabı verilmiştir. %11,6 (n=101)’sına ise personelin hasta haklarını ihlal ettikleri düşünülerek kişinin hatayı tekrarlamaması için sözel olarak ikaz edildiğine dair hastaya cevap olarak dönüş yapılmıştır. En az cevap olarak başvuruların; %0,2 (n=2)’si ile adli konu adli makamlara başvurması gerektiği cevabı verilmiştir.

Tablo 3.8: Hasta hakları birimine yapılan başvuruya verilen cevapların içeriğine göre dağılımı.

Hastalara Verilen Cevap İçeriği	n*	%
Teknik Sebepler Ve Arıza Nedeniyle Sorun Yaşandığı	24	2.8
HBYS	183	21.0
Personel Yetersizliği Ve Yoğunluk	69	7.9
Sözel İkaz	101	11.6
Cezai Yaptırım	13	1.5
Yapılan Tedavi Ve Muayene Şeklinin Uygun Olduğu	35	4.0
Personel İhmal Ve Kusuru Olmadığı	82	9.5
İdari Kaynaklı	23	2.7
Yanlış Anlaşılma Ve İletişim Eksikliği Nedeniyle	30	3.4
Adli Konu	2	0.3
Müracaatından Vazgeçti	9	1.0
Başvuru Kabul Şartları Eksikliği Nedeniyle İşlem Görmemiştir	4	0.5
Yerinde Çözömlenmiştir	223	25.8
Teşekkür/Önerisi Kayda Alınmıştır	39	4.5
Belirtilmemiş	31	3.5
Toplam	868	100

*n katlanmıştır.

Hasta hakları birimine yapılan başvuruların hangi hasta hakkının hangi yılda daha çok başvuruya konu olduğu Tablo-3.9' de görölmektedir. Bu tabloya göre 2012 yılında ki başvuruların %17,4 (n=158)'ü hizmetten faydalanamama ve 2013 yılında ki başvuruların ise %13,6(n=124)'u insani değerlere saygı gösterilmemesinden dolayı başvuruda bulunmuştur. Hasta hakkının yıllara göre dağılımı farklılık göstermektedir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı olduğu görölmektedir. (p<0.05)

Tablo 3.9: Başvuru yapılan hasta hakkının yıllara göre dağılımı.

YIL	Hasta Hakkı	n*1	%
2012	Adalet ve Hakkaniyet	22	2.4
	Öncelik Sırası	40	4.4
	İnsani Değerlere Saygı Gösterilmemesi	77	8.5
	Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis Tedavi	34	3.7
	Hizmetten Faydalanamama	158	17.4
	Hastane İşleyiş Sistemi	37	4.1
	İdari	21	2.3
	Kayıtların Düzeltilmesi	18	2.0
	Tıbbi Özen Gösterilmemesi	14	1.5
	Diğer Hasta Hakları*2	28	3.1
	Toplam	449	49.4
2013	Adalet ve Hakkaniyet	38	4.2
	Öncelik Sırası	37	4.1
	İnsani Değerlere Saygı Gösterilmemesi	124	13.6
	Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis Tedavi	23	2.5
	Hizmetten Faydalanamama	122	13.4
	Hastane İşleyiş Sistemi	21	2.3
	İdari	23	2.5
	Kayıtların Düzeltilmesi	13	1.4
	Tıbbi Özen Gösterilmemesi	12	1.3
	Diğer Hasta Hakları*2	47	5.2
	Toplam	460	50.6
Genel Toplam	909	100	

Ki-Kare = 43,294 p<0.05

*1 n katlanmıştır.

*2 Bilgi İsteme, Personel Seçme, Kayıtları İnceleme, Tedavi Reddetme ve Durma, Refakatçi Bulundurma ve Ziyaret, Müracaat Şikâyet ve Dava Hakkı, Bilgi Verilmesini Yasaklama, Teşekkür ve Öneri

Yapılmış olan başvuruların hasta haklarının aylara göre dağılımı incelediğimizde %4.0 (n=36)'u temmuz ayında hizmetten faydalanamamaktan, %3,5 (n=32)'i mayıs ayında hizmetten faydalanamamaktan,%3,3 (n=30)'u ise eylül ayında hizmetten faydalanmamaktan dolayı başvuru yapmıştır. Hasta hakkının aylara göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir (p<0.05). Başvuru yapılan hasta hakkının aylara göre dağılımı Tablo-3.10'da görülmektedir.

Tablo 3.10: Başvuru yapılan hasta hakkının aylara göre dağılımı.

Toplam:909	OCAK		ŞUBAT		MART		NİSAN		MAYIS		HAZİRAN	
Hasta Hakkı	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%
Adalet ve Hakkaniyet	3	0.3	6	0.7	4	0.4	4	0.4	8	0.9	10	1.1
Öncelik Sırası	2	0.2	3	0.3	8	0.9	7	0.8	8	0.9	7	0.8
İnsani Değerlere Saygı	13	1.5	8	0.9	25	2.8	17	1.9	21	2.3	17	1.9
Tıbbi Gereklere Uygun												
Teşhis Tedavi	0	0	4	0.4	6	0.7	3	0.3	6	0.7	11	1.2
Hizmetten												
Faydalanamama	18	2.0	11	1.2	13	1.4	15	1.7	32	3.5	28	3.1
Hastane İşleyiş Sistemi	3	0.3	4	0.4	9	1.0	1	0.1	3	0.3	2	0.2
İdari	1	0.1	5	0.6	4	0.4	6	0.7	4	0.4	2	0.2
Kayıtların Düzeltilmesi	3	0.3	2	0.2	3	0.3	4	0.4	0	0	5	0.6
Tıbbi Özen												
Gösterilmemesi	4	0.4	3	0.3	3	0.3	1	0.1	5	0.6	2	0.2
Diğer Hasta Hakları**	2	0.2	1	0.1	5	0.6	4	0.4	13	1.4	9	1.0
Toplam	49	5.4	47	5.2	80	8.8	62	6.8	100	11.0	93	10.2
	TEMMUZ		AĞUSTOS		EYLÜL		EKİM		KASIM		ARALIK	
Hasta Hakkı	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%
Adalet ve Hakkaniyet	5	0.6	7	0.8	1	0.1	2	0.2	4	0.4	6	1.7
Öncelik Sırası	13	1.4	4	0.4	4	0.4	10	1.1	8	0.9	3	0.3
İnsani Değerlere Saygı	18	2.0	13	1.4	11	1.2	15	1.7	21	2.3	22	2.4
Tıbbi Gereklere Uygun												
Teşhis Tedavi	8	0.9	5	0.6	5	0.6	4	0.4	1	0.1	4	0.3
Hizmetten												
Faydalanamama	36	4.0	26	2.9	30	3.3	25	2.8	23	2.5	23	2.5
Hastane İşleyiş Sistemi	10	1.1	4	0.4	5	0.6	5	0.6	3	0.3	9	1.0
İdari	1	0.1	7	0.8	3	0.3	3	0.3	8	0.9	0	0
Kayıtların Düzeltilmesi	4	0.4	2	0.2	3	0.3	1	0.1	1	0.1	3	0.3
Tıbbi Özen												
Gösterilmemesi	1	0.1	2	0.2	3	0.3	0	0	2	0.2	0	0
Diğer Hasta Hakları**	7	0.8	8	0.9	4	0.4	7	0.8	4	0.4	11	1.2
Toplam	103	11.3	78	8.6	69	7.6	72	7.9	75	8.3	81	8.9

Ki-Kare = 134.263 p<0.05

* n katlanmıştır.

*2 Bilgi İsteme, Personel Seçme, Kayıtları İnceleme, Tedavi Reddetme ve Durma, Refakatçi Bulundurma ve Ziyaret, Müracaat Şikâyet ve Dava Hakkı, Bilgi Verilmesini Yasaklama, Teşekkür ve Öneri

Başvuru yapılan hasta hakkı ve cinsiyet arasında karşılaştırma yapıldığında erkek hastaların %19.8 (n=179)'i hizmetten faydalanamamaktan,%12,4 (n=112)'ü insani değerlere saygı gösterilmemesinden ve kadın hastalara baktığımızda %10.6 (n=96)'si hizmetten faydalanamamaktan, %10.2 (n=92)'si ise insani değerlere saygı gösterilmemesinden dolayı birime başvuru yapmışlardır. Sonuçlara ilişkin bilgi Tablo-3.11'da görülmektedir. Hasta hakkının cinsiyete göre dağılımı anlamlı olduğu görülmektedir.(p<0.05)

Tablo 3.11: Başvuru yapılan hasta hakkının cinsiyete göre dağılımı.

CİNSİYET	HASTA HAKKI	n*	%
ERKEK	Adalet ve Hakkaniyet	37	4.1
	Öncelik Sırası	49	5.4
	İnsani Değerlere Saygı	112	12.4
	Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis Tedavi	40	4.4
	Hizmetten Faydalanamama	179	19.8
	Hastane İşleyiş Sistemi	36	4.0
	İdari	29	3.2
	Kayıtların Düzeltilmesi	27	3.0
	Tıbbi Özen Gösterilmemesi	20	2.2
	Diğer Hasta Hakları*2	56	6.2
	Toplam	585	64.8
KADIN	Adalet ve Hakkaniyet	21	2.3
	Öncelik Sırası	22	2.4
	İnsani Değerlere Saygı	92	10.2
	Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis Tedavi	15	1.7
	Hizmetten Faydalanamama	96	10.6
	Hastane İşleyiş Sistemi	20	2.2
	İdari	14	1.6
	Kayıtların Düzeltilmesi	5	0.6
	Tıbbi Özen Gösterilmemesi	6	0.7
	Diğer Hasta Hakları*2	27	3.0
	Toplam	318	35.2
	GENEL TOPLAM	903	100

Ki-Kare = 18,311 p<0.05

* n katlanmıştır.

*2 Bilgi İsteme, Personel Seçme, Kayıtları İnceleme, Tedavi Reddetme ve Durma, Refakatçi Bulundurma ve Ziyaret, Müracaat Şikâyet ve Dava Hakkı, Bilgi Verilmesini Yasaklama, Teşekkür ve Öneri

Yaşlara göre başvuru yapılan hasta hakkının dağılımı ile ilgili bilgiler Tablo-3.12’de görülmektedir. Yoğunluğun fazla olduğu 31-50 yaş aralığında ki hastaların %16,5(n=133)’i hizmetten faydalanamama, %12 (n= 97)’si insani değerlere saygı gösterilmemesi ve 21-30 yaş aralığında ki hastaların % 7,1 (n=57)’i insani değerlere saygı gösterilmemesi başlıklı hasta hakkının ihlal edilmesi sebebiyle başvuru yapmıştır. Başvuruda bulunan hasta haklarının yaşa göre dağılımı anlamlı değişim göstermektedir. (p<0,05). Yaş gruplarına baktığımızda en çok başvuruda bulunan hasta hakkı ile yaş grupları arasında farklılık gözlenmektedir.

Tablo 3.12: Başvuru yapılan hasta hakkının yaşlara göre dağılımı.

GENEL TOPLAM: 808	20 Yaş ve Altı		21-30		31-50		51-61		62 yaş ve üstü	
Hasta Hakkı	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Adalet ve Hakkaniyet	2	0.2	8	0.9	30	3.7	7	0.9	0	0
Öncelik Sırası	2	0.2	12	1.5	33	4.1	11	1.3	8	0.9
İnsani Değerlere Saygı	4	0.5	57	7.1	97	12.0	14	1.8	10	1.2
Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis Tedavi	10	1.2	13	1.6	15	1.9	2	0.2	9	1.1
Hizmetten Faydalanamama	16	2.0	53	6.6	133	16.5	29	3.6	20	2.5
Hastane İşleyiş Sistemi	3	0.4	7	0.9	30	3.7	6	0.7	5	0.6
İdari	0	0	5	0.6	15	1.9	7	0.8	10	1.2
Kayıtların Düzeltilmesi	3	0.4	10	1.2	14	1.8	1	0.1	0	0
Tıbbi Özen Gösterilmemesi	4	0.5	11	1.3	9	1.1	0	0	2	0.2
Diğer Hasta Hakları*	5	0.6	8	1.0	38	4.7	5	0.6	15	1.9
Toplam	49	6.1	184	22.8	414	51.2	82	10.1	79	9.8

Ki-Kare = 110,702 p<0.05

* Bilgi İsteme, Personel Seçme, Kayıtları İnceleme, Tedavi Reddetme ve Durma, Refakatçi Bulundurma ve Ziyaret, Müracaat Şikâyet ve Dava Hakkı, Bilgi Verilmesini Yasaklama, Teşekkür ve Öneri

Tablo-3.13’de yapılan başvuruların hasta hakları ve eğitim durumu arasında ki bağlantı karşılaştırılmıştır. Lisans mezunu hastalardan %14,9(n=73)’u insani değerlere saygı gösterilmemesi dolayı başvuru yaparken, Lise mezunlarının %8.4(n=41)’ü hizmetten faydalanamamaktan nedeniyle başvuruda bulunmuştur. Hastaların eğitim düzeylerine göre başvuruda buldukları hasta hakları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Tablo 3.13: Başvuru yapılan hasta hakkının eğitim durumuna göre dağılımı

GEN. TOP:491	İlköğretim		Lise		Ön Lisans		Lisans		Yük. Lisans-Doktora	
Hasta Hakkı	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Adalet ve Hakkaniyet	3	0.6	9	1.8	1	0.2	24	4.9	3	0.6
Öncelik Sırası	5	1.0	13	2.6	4	0.8	16	3.3	3	0.4
İnsani Değerlere Saygı	10	2.0	34	6.9	11	2.2	73	14.9	5	1.0
Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis Tedavi	3	0.6	8	1.6	1	0.2	9	1.8	0	0
Hizmetten Faydalanamama	15	3.1	41	8.4	6	1.2	68	13.8	10	2.0
Hastane İşleyiş Sistemi	1	0.2	5	1.0	4	0.8	15	3.1	0	0
İdari	1	0.2	4	0.8	1	0.2	9	1.8	2	0.4
Kayıtların Düzeltilmesi	0	0	1	0.2	0	0	7	1.4	0	0
Tıbbi Özen Gösterilmemesi	1	0.2	6	1.2	1	0.2	8	1.6	1	0.2
Diğer Hasta Hakları*	5	1.0	6	1.2	6	1.2	28	5.7	4	0.8
Toplam	44	9.0	127	25.9	35	7.1	257	52.3	28	5.7

Ki-Kare = 31.982 p>0.05

* Bilgi İsteme, Personel Seçme, Kayıtları İnceleme, Tedavi Reddetme ve Durma, Refakatçi Bulundurma ve Ziyaret, Müracaat Şikâyet ve Dava Hakkı, Bilgi Verilmesini Yasaklama, Teşekkür ve Öneri

Hasta hakları birimine başvuruda bulunan hastaların meslek grupları ve hasta hakkı arasında anlamlı bir değişim görülmektedir ($p<0.05$). Analiz sonuçlarına göre başvuruların büyük çoğunluğunu oluşturan askeri personel ve asker emeklisi hasta grubunun %14,6 (n=122)'sı hizmetten faydalanamamaktan ve yine aynı meslek grubunun %8,3 (n=69)'ü ise insani değerlere saygı gösterilmemesinden dolayı birime başvuru yapmıştır. Bu gruba en yakın olarak ev hanımları oluşturmaktadır. Ev hanımlarının da çoğunluğu hizmetten faydalanamamaktan ve insani değerlere saygı gösterilmemesi nedeniyle başvuruda bulunmuşlardır. En az başvuru ise Gazilerden gelmiştir. Bu meslek grubunun ise en çok başvuru yaptığı konu %2,3 (n=19) ile öncelik sıralaması ile ilgili başvuru yapmıştır. Hasta hakkının mesleklere göre dağılımı Tablo-3.14'de görülmektedir.

Tablo 3.14: Başvuru yapılan hasta hakkının mesleklere göre dağılımı.

GENEL TOPLAM: 836	Ev Hanımı		Askeri Personel/Emeklisi		Emekli		Gazi		Diğer *3	
	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%
Hasta Hakkı										
Adalet ve Hakkaniyet	10	1.2	25	3.0	5	0.6	0	0	15	1.8
Öncelik Sırası	10	1.2	24	2.9	3	0.4	19	2.3	11	1.3
İnsani Değerlere Saygı	40	4.8	69	8.3	11	1.3	10	1.2	61	7.3
Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis Tedavi	5	0.6	21	2.5	10	1.2	3	0.4	12	1.4
Hizmetten Faydalanamama	42	5.0	122	14.6	19	2.3	4	0.5	64	7.7
Hastane İşleyiş Sistemi	7	0.8	27	3.2	4	0.5	1	0.1	11	1.3
İdari	3	0.4	9	1.1	7	0.8	2	0.2	16	1.9
Kayıtların Düzeltilmesi	2	0.2	25	3.0	0	0	1	0.2	2	0.2
Tıbbi Özen Gösterilmemesi	3	0.4	17	2.0	2	0.2	1	0.2	3	0.4
Diğer Hasta Hakları*2	5	0.6	31	3.7	12	1.4	4	0.5	26	3.1
Toplam	127	15.2	370	44.3	73	8.7	45	5.4	221	26.4

Ki-Kare = 151.410 $p<0.05$

* n katlanmıştır.

*2 Bilgi İsteme, Personel Seçme, Kayıtları İnceleme, Tedavi Reddetme ve Durma, Refakatçi Bulundurma ve Ziyaret, Müracaat Şikâyet ve Dava Hakkı, Bilgi Verilmesini Yasaklama, Teşekkür ve Öneri

*3Sekreter, Muhasebeci, Sağlık Çalışanı, Memur, Öğrenci, Öğretmen, Serbest Meslek, İş Sahibi, Mühendis, Teknisyen/tekniker, Güvenlik görevlisi, Mimar, Avukat, Gelir uzmanı, Yazılım uzmanı, Mali Müşavir, Kimyager, Maliyeci, Özel kalem, İstatikçi, Başmüfettiş, Temizlik müdürü

Hastaların şikâyetinde bulunduğu personelin unvanı ve ihlal edildiği iddia edilen hasta hakkı arasında ilişkiye baktığımızda %9,4 (n=85)'ü sistem işleyişi ve idari kaynaklı hizmetten faydalanmamaktan, %9.2(n=83)'si asistan doktorlardan kaynaklı hizmetten faydalanamamaktan ve %6,6 (n=60)'sı ise asistan doktorlardan kaynaklı

insani değerlere saygı gösterilmemesi nedeniyle başvuru yapılmıştır. Başvuruda bulunan hasta hakkı ile personel arasında ki dağılım anlamlı olarak farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Aralarında ki ilişkiyi gösteren Tablo-3.15’de görülmektedir.

Tablo 3.15: Başvuru yapılan hasta hakkının personelin unvanına göre dağılımı.

Gen. Toplam:907	Hemşire		V.H.K.İ		Asistan Doktor		Sistem İşleyişi ve İdari		Diğer Personel *3	
	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%
Hasta Hakkı										
Adalet ve Hakkaniyet	1	0.1	29	3.2	29	3.2	0	0	2	0.2
Öncelik Sırası	3	0.3	33	3.6	11	1.2	22	2.4	6	0.7
İnsani Değerlere Saygı	24	2.6	58	6.4	60	6.6	2	0.2	55	6.1
Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis Tedavi	4	0.4	0	0	43	4.7	4	0.4	3	0.3
Hizmetten Faydalanamama	5	0.6	41	4.5	83	9.2	85	9.4	57	6.3
Hastane İşleyiş Sistemi	1	0.1	7	0.8	2	0.2	45	5.0	1	0.1
İdari	0	0	1	0.1	1	0.1	38	4.2	3	0.3
Kayıtların Düzeltilmesi	0	0	0	0	21	2.3	1	0.1	8	0.9
Tıbbi Özen Gösterilmemesi	0	0	0	0	22	2.4	0	0	3	0.3
Diğer Hasta Hakları*2	7	0.8	8	0.9	36	4.0	23	2.5	19	2.1
Toplam	45	5.0	177	19.5	308	33.9	220	24.2	157	17.3

Ki-Kare = 508.696 $p<0.05$

* n katlanmıştır.

*2 Bilgi İsteme, Personel Seçme, Kayıtları İnceleme, Tedavi Reddetme ve Durma, Refakatçi Bulundurma ve Ziyaret, Müracaat Şikâyet ve Dava Hakkı, Bilgi Verilmesini Yasaklama, Teşekkür ve Öneri

*3 Fizyoterapist, Diyetisyen, Psikolog, Asker, Hasta Bakıcı, Ambulans Şoförü, güvenlik görevlisi, hastane idaresi, Teknisyen/tekniker, Uzman Doktor, Öğretim Görevlisi.

Hasta hakkının birimlere göre dağılımını incelediğimizde polikliniğe gelen hastaların %25,8 (n=235)’i hizmetten faydalanamamaktan, %19,1 (n=174)’i insani değerlere saygı gösterilmemesinden dolayı başvuruda bulunmuştur. Genel olarak bölümlere baktığımızda çoğunluğunda hastalar hizmet almakta sorun yaşadıklarını dile getirmekle beraber bazı bölümlerde farklı konularda sorunlar yaşanmaktadır. Başvuruda bulunan hasta hakkının birimlere göre dağılımına baktığımızda istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Hasta hakkının birimlere göre dağılımı Tablo-3.16’de sunulmuştur.

Tablo 3.16: Başvuru yapılan hasta hakkının birimlere göre dağılımı.

Gen. Toplam: 909	Klinik		Poliklinik		Laboratuvar/ Görüntüleme		Sistem İşleyişi ve İdari	
	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%
Hasta Hakkı	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%
Adalet ve Hakkaniyet	1	0.1	58	6.4	0	0	0	0
Öncelik Sırası	0	0	70	7.7	2	0.2	0	0
İnsani Değerlere Saygı	3	0.3	174	19.1	23	2.5	4	0.4
Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis Tedavi	4	0.4	49	5.4	2	0.2	0	0
Hizmetten Faydalanamama	6	0.7	235	25.8	33	3.6	2	0.2
Hastane İşleyiş Sistemi	1	0.1	34	3.7	19	2.1	2	0.2
İdari	1	0.1	15	1.6	1	0.1	26	2.9
Kayıtların Düzeltilmesi	2	0.2	29	3.2	1	0.1	0	0
Tıbbi Özen Gösterilmemesi	0	0	25	2.7	1	0.1	0	0
Diğer Hasta Hakları*2	2	0.2	69	7.6	12	1.3	3	0.3
Toplam	20	2.2	758	83.4	94	10.3	37	4.1

Ki-Kare = 428.408 p<0.05

* n katlanmıştı.

*2 Bilgi İsteme, Personel Seçme, Kayıtları İnceleme, Tedavi Reddetme ve Durma, Refakatçi Bulundurma ve Ziyaret, Müracaat Şikâyet ve Dava Hakkı, Bilgi Verilmesini Yasaklama, Teşekkür ve Öneri

Başvuruya konu olan hasta hakkı ile Bölümler arasındaki dağılımı Tablo 3-17'de gösterilmiştir. Çıkan sonuçlara baktığımızda başvuruların %14,3 (n=130)'ü Dâhili tıp bilimlerinden hizmetten faydalanamamaktan, %12,8 (n=116)' i Dâhili Tıp Bilimlerinde insani değerlere saygı gösterilmemesi ve %12,7 (n=115)'sı ise Cerrahi Tıp Bilimleri Hizmetten faydalanamamaktan dolayı başvuruda bulunmuştur. Başvuruda bulunan hasta hakkı ile birimler arasında ki dağılım anlamlı olarak değişim göstermektedir (p<0.05). Birimlerin şikâyet konusunu oluşturan hasta hakkı her birime göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği gözlenmiştir.

Tablo 3.17: Başvuru yapılan hasta hakkının bölümlere göre dağılımı.

Gen. Toplam: 816	Dâhili Tıp Bilimleri		Cerrahi Tıp Bilimleri		Temel Tıp Bilimleri		Sağlık Bilimleri Enstitüsü		Sistem ve İdari Birimler	
	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%
Hasta Hakkı										
Adalet ve Hakkaniyet	25	2.7	31	3.4	0	0	1	0.1	1	0.1
Öncelik Sırası	39	4.3	33	3.6	0	0	0	0	2	0.2
İnsani Değerlere Saygı	116	12.8	68	7.5	7	0.8	3	0.3	8	0.9
Tıbbi Gereklere Uygun	23	2.5	24	2.6	2	0.2	2	0.2	1	0.1
Teşhis Tedavi										
Hizmetten Faydalanamama	130	14.3	115	12.7	21	2.3	9	1.0	5	0.5
Hastane İşleyiş Sistemi	31	3.4	13	1.4	1	0.1	2	0.2	10	1.1
İdari	4	0.4	3	0.3	0	0	0	0	33	3.6
Kayıtların Düzeltilmesi	20	2.2	12	1.3	1	0.1	0	0	0	0
Tıbbi Özen Gösterilmemesi	15	1.6	11	1.2	0	0.1	0	0	0	0
Diğer Hasta Hakları*2	48	5.3	30	3.3	1	0.1	1	0.1	7	0.8
Toplam	451	50.0	340	37.4	33	3.6	18	2.0	67	7.7

Ki-Kare = 408.731 p<0.05

* n katlanmıştır.

*2 Bilgi İsteme, Personel Seçme, Kayıtları İnceleme, Tedavi Reddetme ve Durma, Refakatçi Bulundurma ve Ziyaret, Müracaat Şikâyet ve Dava Hakkı, Bilgi Verilmesini Yasaklama, Teşekkür ve Öneri

Başvuruda bulunan hasta hakkının ne şekilde çözümlendiği ile ilgi sonuçlar Tablo-3.18’de görülmektedir. Sonuçlara göre yapılan başvuruların %18,2 (n=165)’si hizmetten faydalanamamaktan dolayı yapmış olduğu başvuru hasta hakları biriminde anında çözümlenmiş, başvuruların %13,6 (n=124)’sı ise insani değerlere saygı gösterilmemesinden dolayı yapılmıştır ve bu başvurular hasta hakları kurulunda görüşülerek çözüme kavuşturulmuştur. Başvuruda bulunan hasta hakkı ile çözümlenme şekli istatistiksel anlamlılık göstermektedir (p<0.05). Bu farklılıklara baktığımızda hastaların insani değerlerine yönelik olarak yapılan ihlaller daha çok kurulda karara bağlanırken hizmet alamamak gibi konular ise yerinde çözüme kavuşturulmuştur.

Tablo 3.18: Başvuru yapılan hasta hakkının çözümlenme şekline göre dağılımı.

Hasta Hakkı	Anında Çözümlenen		Hasta Hakları Kurulu		Öneri Teşekkür		Genel Toplam	
	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%
Adalet ve Hakkaniyet	24	2.6	35	3.8	0	0	59	6.5
Öncelik Sırası	38	4.2	34	3.7	0	0	72	7.9
İnsani Değerlere Saygı	80	8.9	124	13.6	0	0	204	22.4
Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis Tedavi	34	3.7	4	0.5	0	0	38	4.2
Hizmetten Faydalanamama	165	18.2	111	12.2	0	0	276	30.4
Hastane İşleyiş Sistemi	40	4.4	16	1.8	0	0	56	6.2
İdari	31	3.4	12	1.3	0	0	43	4.7
Kayıtların Düzeltilmesi	25	2.7	6	0.7	0	0	31	3.4
Tıbbi Özen Gösterilmemesi	14	1.5	12	1.3	0	0	26	2.9
Diğer Hasta Hakları*2	30	3.3	35	3.8	39	4.3	104	11.4
Toplam	481	52.9	389	42.8	39	4.3	909	100

Ki-Kare = 385.500 p<0.05

* n katlanmıştır.

*2 Bilgi İsteme, Personel Seçme, Kayıtları İnceleme, Tedavi Reddetme ve Durma, Refakatçi Bulundurma ve Ziyaret, Müracaat Şikâyet ve Dava Hakkı, Bilgi Verilmesini Yasaklama

Hastaların başvuruda buldukları hasta hakkı ile bu başvuruya neticesinde aldıkları cevap içeriğini incelediğimizde başvuruların %10,0 (n=91)'u hizmetten faydalanamamaktan dolayı yapılmış olan başvuru hasta hakları birim sorumlusu tarafından anından çözümlenmiştir. %6,6 (n=60)'sı insani değerlere saygı gösterilmemesi nedeniyle yapılmış olan başvuru karşılığında personele sözel ikaz verildiğine dair cevap verilmiştir. Başvurulardan %6,3 (n=57)'üne ise personel yetersizliği ve yoğunluk nedeniyle hizmet alamadıkları cevabı verilmiştir. Başvuruların %0.2 (n=2)'si ise hasta haklarını ilgilendirmediği adli makamlara başvurması gerektiği cevabı verilmiştir. Başvuruda bulunulan hasta hakkına ile başvuruya verilen cevabın içeriği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0.05). Hastanın başvuru yapmış olduğu hasta hakkı ile başvurusuna verilen cevabın içeriği arasında ki dağılım Tablo-3.19'da sunulmuştur.

Tablo 3.19: Başvuru yapılan hasta hakkının çözülme neticesinde verilen cevabın içeriğine göre dağılımı.

GEN. TOP:909	Teknik Sebepler Ve Arıza Nedeniyle Sorun Yaşandığı		HBYS		Personel Yetersizliği Ve Yoğunluk		Sözel İkaz		Cezai Yaptırım	
Hasta Hakkı	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%
Adalet ve Hakkaniyet	2	0.2	28	3.1	4	0.4	14	1.5	0	0
Öncelik Sırası	0	0	41	4.5	2	0.2	5	0.6	0	0
İnsani Değerlere Saygı	2	0.2	19	2.1	7	0.8	60	6.6	9	1.0
Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis Tedavi	0	0	4	0.4	1	0.1	5	0.6	0	0
Hizmetten Faydalanamama	11	1.2	51	5.6	57	6.3	9	1.0	2	0.2
Hastane İşleyiş Sistemi	9	1.0	32	3.5	1	0.1	1	0.1	0	0
İdari	1	0.1	6	0.7	0	0	1	0	0	0
Kayıtların Düzeltilmesi	0	0	1	0.1	0	0	4	0.4	0	0
Tıbbi Özen Gösterilmemesi	0	0	2	0.2	0	0	1	0.1	3	0.3
Diğer Hasta Hakları*2	0	0	9	1.0	3	0.3	1	0.1	0	0
Toplam	25	2.7	193	21.2	75	8.2	101	11.1	14	1.5
GEN. TOP:909	Yapılan Tedavi Ve Muayene Şeklinin Uygun Olduğu		İdari Kaynaklı		İletişim Eksikliği Nedeniyle		Adli Konu		Personel İhmal Ve Kusuru Olmadığı	
Hasta Hakkı	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%
Adalet ve Hakkaniyet	0	0	0	0	1	0.1	0	0	3	0.3
Öncelik Sırası	0	0	0	0	2	0.2	0	0	1	0.1
İnsani Değerlere Saygı	3	0.3	0	0	15	1.6	1	0.1	42	4.6
Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis Tedavi	13	1.4	0	0	1	0.1	0	0	5	0.6
Hizmetten Faydalanamama	6	0.7	14	1.5	6	0.7	0	0	19	2.1
Hastane İşleyiş Sistemi	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.2
İdari	0	0	9	1.0	0	0	1	0.1	2	0.2
Kayıtların Düzeltilmesi	9	1.0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tıbbi Özen Gösterilmemesi	6	0.7	0	0	1	0.1	0	0	1	0.1
Diğer Hasta Hakları*2	3	0.3	0	0	1	0.1	0	0	7	0.8
Toplam	40	4.4	23	2.5	27	3.0	2	0.2	82	9.0

Tablo 3.19 (Devam): Başvuru yapılan hasta hakkının çözümlenme neticesinde verilen cevabın içeriğine göre dağılımı.

GEN. TOP:909	Müracaatından Vazgeçti		Başvuru Kabul Şartları Eksikliği Nedeniyle İşlem Görmemiştir		Yerinde Çözümlenmiştir		Teşekkür/Önerisi Kayda Alınmıştır		Belirtilmemiş	
Hasta Hakkı	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%
Adalet ve Hakkaniyet	0	0	0	0	6	0.7	0	0	1	0.1
Öncelik Sırası	1	0.1	0	0	19	2.1	0	0	1	0.1
İnsani Değerlere Saygı	6	0.7	1	0.1	27	3.0	0	0	13	1.4
Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis Tedavi	0	0	1	0.1	24	2.6	0	0	1	0.1
Hizmetten Faydalanamama	1	0.1	1	0.1	91	10.0	0	0	8	0.9
Hastane İşleyiş Sistemi	0	0	0	0	9	1.0	0	0	2	0.2
İdari	1	0.1	0	0	19	2.1	0	0	3	0.3
Kayıtların Düzeltilmesi	0	0	1	0.1	17	1.9	0	0	0	0
Tıbbi Özen Gösterilmemesi	0	0	0	0	10	1.1	0	0	3	0.3
Diğer Hasta Hakları*2	0	0	0	0	20	2.2	39	4.6	1	0.1
Toplam	9	1.0	4	0.4	242	26.6	39	4.3	33	3.7

Ki-Kare = 1128.458 p<0.05

* n katlanmıştır.

*2 Bilgi İsteme, Personel Seçme, Kayıtları İnceleme, Tedavi Reddetme ve Durma, Refakatçi Bulundurma ve Ziyaret, Müracaat Şikâyet ve Dava Hakkı, Bilgi Verilmesini Yasaklama, Teşekkür ve Öneri

Hasta hakları birimine gelen başvurulara yapılan çözümlenme neticesinde hasta hakkı ve başvuru sonucu arasında ki dağılımı Tablo-3.20’de görülmektedir. Elde etmiş olduğumuz sonuçlara göre başvuruların; %12,4 (n=113)’ü hizmetten faydalanamamaktan dolayı yapılmış olan başvurulara hastane işleyiş sistemi kaynaklı olduğu, %11,6 (n=105)’sına insani değerlere saygı gösterilmemesi nedeniyle yapmış oldukları başvuruya hasta hakları ihlali olduğuna dair karar verildiği ve %10,3 (n=94)’ü ise hizmetten faydalanamamak sebebiyle yapmış olduğu başvuruya hasta hakkı ihlali olmadığına dair karar verilmiştir. Hasta hakkı ve ihlal durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0.05).

Tablo 3.20: Başvuru yapılan hasta hakkının başvuru sonucuna göre dağılımı

Gen. Toplam: 909 HASTA HAKKI – BAŞVURU SONUCU	Var		Yok		Sistem		İdari		Öneri/ Teşekkür		Belirtilmemiş	
	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%
Adalet ve Hakkaniyet	19	2.1	14	1.5	25	2.7	0	0	0	0	1	0.1
Öncelik Sırası	17	1.9	12	1.3	42	4.6	0	0	0	0	1	0.1
İnsani Değerlere Saygı	105	11.6	79	8.7	7	0.8	0	0	0	0	13	1.4
Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis Tedavi	17	1.9	32	3.5	5	0.6	0	0	0	0	1	0.1
Hizmetten Faydalanamama	45	4.9	94	10.3	113	12.4	16	1.8	1	0.1	8	0.9
Hastane İşleyiş Sistemi	2	0.2	6	0.7	46	5.0	0	0	2	0.2	2	0.2
İdari	1	0.1	2	0.2	2	0.2	35	3.9	0	0	3	0.3
Kayıtların Düzeltilmesi	9	1.0	19	2.1	2	0.2	2	0.2	0	0	0	0
Tıbbi Özen Gösterilmemesi	10	1.1	11	1.2	2	0.2	0	0	0	0	3	0.3
Diğer Hasta Hakları*2	7	0.8	23	2.5	14	1.5	1	0.1	36	4.0	2	0.2
Toplam	232	25.5	292	32.1	258	28.4	54	5.9	39	4.3	34	3.7

Ki-Kare = 1097.414 p<0.05

* n katlanmıştı.

*2 Bilgi İsteme, Personel Seçme, Kayıtları İnceleme, Tedavi Reddetme ve Durma, Refakatçi Bulundurma ve Ziyaret, Müracaat Şikâyet ve Dava Hakkı, Bilgi Verilmesini Yasaklama

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SONUÇ ve ÖNERİLER

4.1 Tartışma

Yapmış olduğumuz araştırmaya göre hasta hakları birimine başvuruda bulunanların demografik tanımlayıcı bilgilerine baktığımızda; yaş ortalaması 39.69 ± 14.445 olduğu, %64,2 (n=520)'inin erkek olduğu, eğitim durumları değerlendirildiğinde; %26,5 (n=215)'inin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Okuryazar olmayan hastaya rastlanmamıştır. Literatür taramasına baktığımızda konu ile yapılan araştırmalarda hasta hakları birimine gelen başvurularda hasta yaş ve cinsiyet dağılımı diğer araştırmalarla paralellik göstermektedir. Sadece Kırgın Toprak ve Şahin'in (2012) "Sağlık Bakanlığı hastanelerine yapılan hasta şikâyetlerinin değerlendirilmesi" adlı yaptıkları araştırma da başvuruda bulunanların cinsiyet dağılımına baktığımızda bizim araştırmamıza tezat olarak %72 ile kadınlar büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. Türkiye'de askerlik mesleğinin büyük çoğunluğunu erkeklerin yapması ve hastanenin Askeri Hastane olmasından kaynaklı başvuruda bulunanların büyük çoğunlunu erkeklerin oluşturduğu görülmektedir.

Yapılan araştırmalara baktığımızda Şeremet (2013)'in yaptığı araştırmada %47,9 (n=114)'u ilköğretim mezunu olduğu, Kırgın Toprak ve Şahin (2012)'in yaptığı araştırmada %34,2'sinin lise mezunu ve Kıdak ve Keskinoglu(2008)' nun İzmir İlindeki Devlet Hastanelerine Hasta Hakları Başvurularının Değerlendirilmesi' başlıklı yapılmış olan araştırmada başvuru yapanların neredeyse yarısına yakını ilköğretim mezunu kişilerdir. Sağlık Bakanlığının bakanlığa bağlı olan hastanelerin hasta hakları ile ilgili 2013 yılında yayınlamış olduğu istatistiklerini incelediğimizde başvuru yapanların % 48'inin ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir ve hasta hakları kurulunda görüşülen başvurular ile ilgili eğitim seviyesine baktığımızda da %39'unun üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Literatür taramasında

başvuruda bulunanların eğitim seviyesi yapmış olduğum araştırmaya göre farklılık göstermektedir. Bunun sebebinin askeri hastaneye başvuranların çoğunluğunu oluşturan askeri personelin mesleğe girişte yüksekokul ve üniversite mezunu olma zorunluluğunun olması ve askeri okulu bitirme seviyesinin üniversite ve yüksekokul seviyesinde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Başvuruda bulunanların meslek gurubuna baktığımızda %41,0(n=332)'inin Askeri personel/asker emeklisi olduğu görülmektedir. Yapılan diğer araştırmalara baktığımızda yapmış olduğumuz çalışmaya göre farklılıklara göstermektedir. Gürlek, Kanber ve Çiçek (2011)'in "Bir Devlet Hastanesinde Hasta Hakları Birimine Yapılan Başvuruların Değerlendirmesi" adlı araştırmasında %28,3 'ü serbest meslek, Şeremet (2013)'in yaptığı çalışmada %31,1'i ev hanımları ve Kırgın Toprak ve Şahin'in (2012)'in yapmış oldukları araştırmada %19,9'u kamu personeli olan meslek grupları daha fazla şikâyetle bulunmuşlardır. Sağlık Bakanlığının hasta hakları ile ilgili 2013 yılında yayınlamış olduğu istatistiklerini incelediğimizde başvuruların %30'unu diğer meslek grupları ve %25'ini ise kamu personeli tarafından yapılan başvurular oluşturmaktadır. Bu farklılık tamamen araştırmamızın yapıldığı kurumun askeri hastane olması ve sivil hasta kontenjanının sınırlı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Sivil hastalarında askeri hastanelere kabul edilmeye başlanması sebebiyle sivil hasta meslek grubunun da başvuru oranı artış göstermektedir.

2012-2013 yıllarında toplam 810 başvuru yapılmıştır. 2012 yılında 404 (%49,9), 2013 yılında ise 406 (%50,1) hasta başvuruda bulunmuştur. Hastaneye gelen toplam hasta sayısına göre değerlendirme yaptığımızda 2013 yılında 2012 yılına göre %0,01 oranında azalma görülmektedir. Sağlık Bakanlığının bakanlığa bağlı olan hastanelerin hasta hakları ile ilgili yayınlamış olduğu istatistiklerini incelediğimizde 2012 yılına kadar hasta hakları ile ilgili başvuru oranı yıllara paralel olarak artış gösterirken 2013 yılında hasta hakları ile ilgili başvurularda düşüş yaşandığı görülmektedir. Yapılan başvurular en çok %11,7 (n=95) ile Temmuz ayında yapıldığı görülmektedir. Uludağ (2009)'ın "Hastane Hasta Hakları Kurullarının İletişim Sorunu İçerikli Başvurulara Bakışı: Konya Hastaneleri Örneği" başlıklı yapmış olduğu araştırmada bizim yapmış olduğumuz araştırmadan farklı şekilde en çok başvuru yapılan ay %12 (n=69) ile Mart ayı bulunmuştur. Uludağ'ın yapmış olduğu çalışmayla paralel olarak Sağlık Bakanlığının 2012 yılında yayınlamış olduğu yerinde çözümlenen başvuru sayılarına baktığımızda en çok

başvurunun Mart ayında olduğu görülmektedir. Yapmış olduğumuz araştırma da hasta sayıları diğer aylara oranla yaz aylarında düşmesine rağmen hasta haklarına başvuru oranı yaz aylarında artış göstermektedir. Bunun en büyük sebebinin personelin izin döneminde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların hasta hakları birime hangi yolla başvurduğunu incelediğimizde %96,5 (n=782)'i hasta hakları biriminde hasta hakları başvuru formu doldurmak kaydıyla başvuruda bulunmuştur. Hastalar için en kısa, en ulaşılabilir ve en etkin yol olarak değerlendirilebilecek olması nedeniyle hastalar daha çok hasta hakları biriminde hasta hakları birim sorumlusu ile karşılıklı diyalog içine girerek başvuru formunu doldurmak kaydıyla başvuruda bulunmuşlardır. BİMER ve SABİM aracılığıyla gelen başvuru sayısı çok az durumdadır. İlerleyen yıllarda Sağlık Bakanlığı sistemine entegre olduğunda bu yol aracılığıyla gelen başvuru sayısında artış olacağı öngörülmektedir.

Başvuru konusu olan birimleri incelediğimizde araştırmamızda %82,7 (n=670)'sini poliklinikler oluşturmaktadır. Literatür taramasına göre yapılan diğer araştırmalarda da en çok başvuru poliklinik hizmetlerinde kaynaklı sorunlar olduğu ve çalışmamızla paralellik gösterdiği görülmektedir. Hasta sayısının, sirkülasyonun yoğun olduğu ve hastayı ilk karşılayan, çoğu hastaya çözüm sağlayan birimin poliklinik olduğunu düşünürsek başvuru sayısının çok fazla olmasının olağan karşılanması gerekir. Hasta hakları birimine başvuru da bulunan hastaların başvuruda şikâyet konusu olan bölümleri incelediğimizde ise sırasıyla en çok %48,8 (n=402)'i ile Dâhili Tıp Bilimleri, %36,5 (n=30)'i ise Cerrahi Tıp Bilimleri oluşturmaktadır. Cerrahi Bölümler içinde en çok gelen hasta sayısı olarak Acil servis olmasına rağmen hasta haklarına başvuru oranı oldukça düşüktür. Sağlık Bakanlığının hasta hakları ile ilgili 2013 yılında yayınlamış olduğu istatistiklerini incelediğimizde başvuru yapılan birimler arasında %44 ile poliklinikler gelirken %16 ile de acil servisle ilgili yapılan başvurular oluşturmaktadır. Bakanlığa bağlı hastaneler de acil servislerle ilgili başvuru, yapmış olduğumuz araştırmaya göre daha fazla başvuru konusu olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda hastaların başvuruda bulunduğu hastane çalışanlarının meslek unvanlarına göre dağılımını baktığımızda en çok başvuruya konu olan personel %34,5 (n=287) ile asistan doktorlardır. Yapılan diğer araştırmaları incelediğimizde en çok başvuruya konu olan hasta çalışanı uzman hekimler olduğu görülmektedir.

Yapmış olduğumuz araştırmaya göre literatür taraması farklılık göstermektedir. Bu farklılığında en büyük sebebi; çalışma yapmış olduğumuz hastanenin Eğitim Araştırma Hastanesi olma sebebiyle polikliniklerde muayene eden hekimin büyük çoğunluğu asistan doktorların olmasından kaynaklanmaktadır. Hastayı ilk karşılayan kayıt işlemlerini yürüten ve hastayla sürekli birebir iletişimde olması sebebiyle V.H.K.İ memurları da çoğunlukla şikâyet konusu olmaktadır.

Hasta hakları birimine yapılmış olan başvuruların çözümlenme şeklini incelediğimizde %55,2 (n=447)'si anında hasta hakları birim sorumlusu tarafından çözümlenmiştir. Diğer yapılmış olan araştırmaları incelediğimizde Kıdak ve Keskinoglu (2008)'nin yaptığı araştırmada %86'sı yerinde, Zengin ve arkadaşları (2012)'nin yapmış oldukları araştırmada da %92'si yerinde çözümlenmiştir. Sağlık Bakanlığının bakanlığa bağlı olan hastanelerin hasta hakları ile ilgili 2012-2013 yıllarında yayınlamış olduğu istatistiklerini incelediğimizde de çalışmamızla paralel olarak başvuruların % 83'üne yakınının yerinde çözümlendiği görülmektedir.

Hasta hakları birimi ve hasta hakları kurulunun yapılan başvuruları incelemesi neticesinde başvuruların %31,4 (n=254)'ü hakkında hasta hakkı ihlali olmadığı kararı verilmiştir. Sağlık Bakanlığının 2012 yılında yayınlamış olduğu istatistiklere göre başvuruların %50'si hakkında adli konu, teknik konu, kapsam dışı, mükerrer başvuru olduğu kararı verilirken 2013 yılı istatistiklerine baktığımızda başvuruların %55 hakkında ihlal yok kararı verilmiştir. Literatür taramasına baktığımızda çalışmamızla paralellik gösterdiği görülmektedir. Tüm araştırmalarda da ortak sonuç çıkması bize hastaların hasta hakları konusunda yeteri kadar bilgi sahibi olmadıkları onlara bu konuda daha fazla bilgilendirme ve eğitim verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Hasta hakları birimine yapılan başvuruların hasta hakkı ve başvuru konusuna göre dağılımını incelediğimizde %30,8 (n=280)'i hizmetten faydalanamamaktan dolayı başvuru yapılmıştır. Yapılan başvuruların sebeplerinin ve başvuru konusunun biraz daha alt başlıklar altında irdelediğimizde; %16,5(n=150)'i personelin hastaya yaklaşım üslup ve davranış şeklinin uygun olmamasından, %6,4 (n=58)'ü muayene olamamaktan dolayı birime başvuru yapmışlardır. Sağlık Bakanlığının hasta hakları ile ilgili 2013 yılında yayınlamış olduğu başvuruların konu dağılımı ile ilgili istatistiklerini incelediğimizde başvuruların %46'sı hizmetten genel olarak faydalanamamaktan dolayı yapılırken, % 21 ile de saygınlık ve rahatlık görememe

ile ilgili yapılan başvuruların oluşturduğu görülmektedir. Uludağ (2009)'ın yapmış olduğu araştırmada %40,6 (n=236) hizmetten faydalanamamaktan, içeriğine göre konu dağılımına baktığımızda %40,4 (n=233)'ü iletişim sorunu nedeniyle başvuru yapılmıştır. Yapılan araştırmalardan farklı olarak Gürlek, Kanber ve Çiçek (2011)'in yapmış oldukları araştırmada %45,0 ile saygınlık ve rahatlık görememe nedeniyle daha çok başvuru yapılmıştır. Ayrıca yıllara göre başvuru konusunun dağılımına baktığımızda hastaya yaklaşım, davranış ve üslup şeklinin uygun olmaması ile ilgili başvurular yıl artıkça hızla artmaya başladığı, kayıt sırasına riayet etmeme oranı yıla paralel olarak artmaya başladığı, personel yetersizliği nedeniyle işlerin aksama oranı arttığı, randevu tarih ve saatine riayet edilme oranının ve yeterli bilgilendirme yapılması ile ilgili başvuru oranları bir önceki yıllara göre hızlı bir artış gösterdiği gözlenmektedir. Bunun yanında bazı hastalara öncelik tanınması nedeniyle diğer hastaların bu konudan duydukları rahatsızlıklar da dikkat çekici bir şekilde artış göstermektedir. Hastaların yapılan tedavi ve muayeneden memnuniyet derecesinin arttığı, tahlil ve tetkik sonuçlarının daha çabuk çıktığı, hasta sistemi kaynaklı sorunların azaldığı ve tıbbi malzeme eksikliği nedeniyle yaşanan aksaklıklar yüzünden yapılan başvuru oranlarında gözle görülür şekilde düşüş yaşandığı gözlenmektedir.

Yapılan araştırmada incelenen 810 başvurunun nasıl sonuçlandığı, hasta hakları birim sorumlusu ve hasta hakları kurulu tarafından nasıl cevap verildiğini ve cevabın içeriğini inceleyecek olursak; başvuruların büyük çoğunluğu hasta hakları birim sorumlusu tarafından yerinde çözümlenmiş çözümlenemeyen diğer başvuruların %21,0 (n=183)'i ise hastane bilgi yönetim sisteminden kaynaklandığı, %11,6 (n=101)'sine ise personel sözel olarak ikaz edildiğine dair cevap verilmiştir. Gürlek, Kanber ve Çiçek (2011)'in yapmış oldukları araştırmada %76,7 hasta ihlali yok %11,7'si ise sistemden kaynaklı nedenler nedeniyle yaşandığı cevabı verilmiştir. Toprak ve Şahin (2012)'in yaptığı araştırmada % 55,3'ü hasta hakları ihlali yok, %13,4'ü ise kapsam dışı olduğu değerlendirildiği cevabı verilmiştir.

Hasta hakkının yıllara ve aylara göre değişim gösterip göstermediğini öğrenmek için yapmış olduğumuz analize göre yıllara ve aylara göre anlamlı farklılık göstermektedir. 2012 yılında %17,4 (n=158)'ü hizmetten faydalanamama ve 2013 yılında ise %13,6 (n=124)'sı insani değerlere saygı gösterilmemesinden dolayı en çok başvuruda bulunulmuştur. Aylara göre dağılıma baktığımızda %4,0 (n=36)'u

Temmuz ayında hizmetten faydalanamamaktan, %2,8 (n=25)'i ise Mart ayında insani değerlere saygı gösterilmemesi nedeniyle başvuru yapmıştır. Bu farklılığın sivil hasta kota uygulaması ve hasta yoğunluğu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yaz döneminde ki aylarda personel yetersizliği nedeniyle sorun yaşandığı, diğer aylarda ise hasta yoğunluğunun fazla olması nedeniyle hastalara yeteri kadar zaman ayrılamaması ve iletişim eksikliği gibi sebeplerle insani değerlere saygı gösterilmemesi nedeniyle yapılan başvuru sayısı artış göstermektedir. Bu sonuca göre “Yıl ve aylara göre başvuru yapılan hasta hakkı farklılık göstermektedir” şeklindeki H.1 hipotezi kabul edilmiştir.

Hastaların başvuru yaptığı hasta hakkı cinsiyete göre farklılık göstermektedir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu farklılık kadınlar bilgi verilmesini yasaklamak nedeniyle başvuru yaparlarken erkekler bu konu ile ilgili herhangi bir başvuru da bulunmamışlardır. Kadınların insani değerlere saygı gösterilmesi konusunda erkeklere göre biraz daha hassas oldukları, kendilerine yaklaşım şekline göre daha fazla rahatsız oldukları gözlenmektedir. Bu sonuca göre “Cinsiyete göre başvuru yapılan hasta hakkı farklılık göstermektedir.” şeklindeki H.2 hipotezi kabul edilmiştir.

Hasta hakları birimine başvuruda bulunan hastaların yaşlarına göre başvuruda buldukları hasta hakkı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). 31-50 yaş aralığında ki hastaların %16,5 (n=133)'i hizmetten faydalanamamaktan dolayı başvuruda bulunurlarken, 21-30 yaş aralığında ki hastalar %7,1 (n=57)'i insani değerlere saygı gösterilmemesi nedeniyle başvuru yapmıştır. Bu sonuca göre “Yaşa göre başvuru yapılan hasta hakkı farklılık göstermektedir” şeklindeki H.3 hipotezi kabul edilmiştir.

Hastaların eğitim düzeylerine göre başvuruda buldukları hasta hakları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Lisans mezunu hastalardan % 14,9 (n=73)'u insani değerlere saygı gösterilmemesi ve %13,8 (n=68)'i ise hizmetten faydalanamamak nedeniyle başvuruda bulunmuştur. Tablo 3.13'de diğer eğitim seviyesindeki hastalara da baktığımızda lisans mezunları ile aynı konulardan dolayı başvuruda bulunmuşlardır. Bu sonuçlar altında “Eğitim seviyesine göre başvuru yapılan hasta hakkı farklılık göstermektedir” şeklindeki H.4 hipotezi ret edilmiştir.

Başvuruda bulunulan hasta hakkının başvuru yapan hastaların meslek durumuna göre farklılık gösterip göstermediği incelemek için yapmış olduğumuz araştırma sonucuna göre meslek grupları ve hasta hakkı arasında anlamlı bir değişim görülmektedir ($p<0.05$). Meslek grupları arasında ki farklılığa baktığımızda askeri personel ve asker emeklisi hasta grubunun %14,6 (n=122)'sı hizmetten faydalanamamaktan ve yine aynı meslek grubunun %8,3 (n=69)'ü ise insani değerlere saygı gösterilmemesinden dolayı birime başvuru yapmıştır. Bu gruba en yakın meslek grubu olan ev hanımlarının da büyük çoğunluğu aynı sebeplerden dolayı birime başvuruda bulunmuşlardır. En az başvuru yapan meslek grubuna baktığımızda öncelik hakkına sahip olan gazilerin %2,3 (n=19)'ü öncelik sırası ile ilgili başvuruda bulunmuşlardır. Bu sonuca göre “Hastaların meslek gruplarına göre başvuru yapılan hasta hakkı farklılık göstermemektedir” şeklindeki H.5 hipotezi ret edilmiştir.

Hastaların başvuru yapmış oldukları hasta hakkı personelin meslek grubuna göre farklılık göstermektedir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmaktadır ($p<0.05$). %9,4 (n=85)'ü sistem işleyişi ve idari kaynaklı hizmetten faydalanamamaktan, %9,2 (n=83)'si asistan doktorlardan kaynaklı hizmetten faydalanamamaktan ve %6,6 (n=60)'sı ise asistan doktorlardan kaynaklı insani değerlere saygı gösterilmemesi nedeniyle başvuru yapılmıştır. Hastanede yeni uygulanmaya başlayan bilgi yönetim sisteminde ki eksiklikler ve problemler nedeniyle başvuru konusunun çoğunluğunu oluşturmaktadır. Hastalarla ilk temas sağlayan kişilerin hastalara karşı yaklaşım ve davranış şeklinin uygunsuzluğu bu personel için ne tür eğitim planlanması açıkça ortaya çıkmaktadır. Hizmet alımında hekim kaynaklı sorun yaşanmasının en büyük nedenin hekim sayısında ki yetersizlik ve hasta yoğunluğu olduğu düşünülmektedir. Bu sonuca göre “Personelin unvanına göre başvuru yapılan hasta hakkı farklılık göstermektedir” şeklindeki H.6 hipotezi kabul edilmiştir.

Hasta hakları birimine gelen başvuruların hasta hakkının bölüm ve birimlere göre farklılık gösterip göstermediğini inceleyecek olursak istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Hasta hakkının birimlere göre dağılımını incelediğimizde polikliniğe gelen hastaların %25,8 (n=235)'i hizmetten faydalanamamaktan, %19,1 (n=174)'i insani değerlere saygı gösterilmemesinden dolayı başvuruda bulunmuştur. Hizmet sunumunun en yoğun olduğu poliklinik ve

kliriklerde hizmet ile sorunlar yaşanması istenilmemesine rağmen beklenen bir durumdur. Hasta haklarını ilgilendirmeyen idari kaynaklı olan başvurular olduğu gibi hasta hakları biriminden kaynaklı sorunlar nedeniyle de hastalar başvuruda bulunmuşlardır. Bölümlere göre hasta hakkının dağılımına baktığımızda başvuruların %14,3 (n=130)'ü Dâhili Tıp Bilimlerine bağlı birimlerden kaynaklı hizmetten faydalanamamaktan,%12,7 (n=115)'si Cerrahi Tıp Bilimlerine bağlı birimlerden kaynaklı hizmetten faydalanamamaktan dolayı başvuru yapılmıştır. Tablo 3.17'de görüldüğu üzere bölümlerden şikâyetçi olunan hasta hakkı farklılık göstermektedir. Bu farklılık hastane işleyiş ve idari bilimlerden kaynaklı hastane işleyiş sistemi ile ilgili yapılan başvurular oluşturmaktadır. Elde edilen bu sonuçlara göre “Bölüm ve birimlere göre başvuru yapılan hasta hakkı farklılık göstermektedir” şeklindeki H.7 hipotezi kabul edilmiştir.

Yapılan başvuruların çözümlenme şekli ile başvuru konusu olan hasta hakkı arasında ki ilişkiye baktığımızda farklılıklar görölmektedir. Bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermektedir (p<0.05). Sonuçlara göre yapılan başvuruların hasta hakları biriminde anında çözümlenenlerin %18,2 (n=165)'sini hizmetten faydalanamamaktan dolayı yapılan başvurular oluştururken hasta hakları kuruluna çözümlenen başvurulara baktığımızda %13,6 (n=124)'sı insani değerlere saygı gösterilmemesinden dolayı yapılan başvurular oluşturmaktadır. Görüldüğu üzere yapılan başvuruların karara bağlandığı yerlerde ki konu dağılımı farklılık göstermektedir. Yapılan diğer araştırmalara baktığımızda Zengin ve arkadaşları (2012)'nin yapmış oldukları araştırma da yerinde çözümlenen konuların çoğunluğunu adalet ve hakkaniyete uygun olarak sağlık hizmetlerinden faydalanamamak oluştururken, kurulda çözümlenenlerin çoğunluğunu insani değerlere saygı gösterilmemesi ile ilgili konular oluşturmaktadır. Yapmış olduğumuz çalışma ile paralellik göstermektedir. Bu sonuca göre “Çözümlenme şekline göre başvuru yapılan hasta hakkı farklılık göstermektedir” şeklindeki H.8 hipotezi kabul edilmiştir.

Hastaların yaptıkları başvurulara verilen cevapların içeriği ile hasta hakkı arasındaki ilişkiyi incelemek için yapmış olduğumuz analiz neticesinde hasta hakkı ile verilen cevap içeriği anlamlı olarak değişim göstermektedir (p<0.05). Başvuruların %10,0 (n=91)'u hizmetten faydalanamamaktan dolayı yapmış olduğu başvuru hasta hakları birim sorumlusu tarafından anıandan çözümlenmiştir.

Başvuruların %6,6 (n=60)'sı insani değerlere saygı gösterilmemesi nedeniyle yapmış olduğu başvuruya cevap olarak personele sözel ikaz verildiğine dair cevap verilmiştir. Başvurulardan %6,3 (n=57)'üne ise personel yetersizliği ve yoğunluk nedeniyle hizmet alamadıkları cevabı verilmiştir. Öncelik sırasına riayet edilememesi nedeniyle yapılan başvurulara HBYS kaynaklı olduğu cevabı verilmiştir. Başvuruların %3,7 (n=33)'sine ise ne cevap verildiği belirtilmemiştir. Elde etmiş olduğumuz bu sonuçlara göre “Verilen cevap içeriğine göre başvuru yapılan hasta hakkı farklılık göstermektedir” şeklindeki H.9 hipotezi kabul edilmiştir.

Hasta hakları birimine gelen başvuruların ve kurula alınan başvuruların sonuçlarının hasta hakkına göre dağılımı incelediğimizde anlamlı olarak değişim göstermektedir ($p<0.05$). Elde etmiş olduğumuz sonuçlara göre başvuruların; %12,4 (n=113)'ü hizmetten faydalanamamaktan dolayı yapılmış olan başvurulara hastane işleyiş sistemi kaynaklı olduğu, %11,6 (n=105)'sı insani değerlere saygı gösterilmemesi nedeniyle yapmış oldukları başvuruya hasta hakları ihlali olduğuna dair karar verildiği ve %10,3 (n=94)'ü ise hizmetten faydalanamamak sebebiyle yapmış olduğu başvuruya hasta hakkı ihlali olmadığına dair karar verilmiştir. Sonuçları incelediğimizde insani değerlerle ilgili yapılan başvuruların büyük çoğunluğuna hastaların haklı olduğu, personel tarafından maruz kaldıkları davranış yüzünden haklarının ihlal edildiğine karar verilmiş ve personel cezalandırılmıştır. Hizmet alamamakla ilgili sorunların çoğunluğunu ise hastane işleyiş sisteminden kaynaklanan sorunlar oluşturmaktadır. Hizmet alamamak nedeniyle yapılan başvuruların büyük çoğunluğunun ihlal olarak görülmediği hastaların hak arama konusunda haklı bulunmadıkları görülmektedir. Bu hastaların hasta haklarına yeterince hâkim olmadıkları, gereksiz, çoğu zaman boştan yere hasta hakları kapsamına girmeyen konular nedeniyle hasta hakları birimine başvuru yaptıkları göstermektedir. Hasta hakları kurulunun insanın kişilik değerlerine karşı yapılan davranışlarda ise çoğunlukla hasta lehine karar verdiği gözlenmektedir. Bu sonuca göre “Başvuru sonuçlarına göre başvuru yapılan hasta hakkı farklılık göstermemektedir” şeklindeki H.10 hipotezi ret edilmiştir.

4.2 Sonuç

Bu çalışmada; bir eğitim araştırma hastanesinde hasta hakları birimine yapılan başvuruların ve hasta hakları uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hasta Hakları Birimi örneği araştırılmıştır. Bu kapsam da 2012-2013 yılları arasında hasta hakları birimine yapılan toplam 810 başvuru incelenmeye alınmış ve analiz edilmiştir. Bu inceleme ile hastaneye gelen hasta profilinin oluşturulması, yapılan başvuruların konu olarak dağılımı, hasta haklarının uygulanıp uygulanmadığı, yapılan başvuruların nasıl sonuçlandırıldığı, başvuruların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, yıl ve aylara göre değişim gösterip göstermediği ile ilgili sonuçlar ortaya konulmaya çalışılmıştır. Ayrıca yapılan başvuruların; başvuru şekline, personel unvanına, bölüm ve birimlere, çözümlenme şekline, başvuruya verilen cevabın içeriğine, başvuru sonucunun hasta haklarına göre dağılımı ile ilgili sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırma da hak kavramı, insan hakları, yaşam hakkı, sağlık hakkı, hastalık ve sağlık kavramları, genel olarak hasta hakları, hasta haklarının dünyadaki ve ülkemizde ki tarihsel gelişimi, Türkiye'deki hasta hakları ile ilgili mevzuatlar, hasta hakları ile ilgili son değişiklikler ve hizmet kalite standartları kuramsal çerçevede incelenmeye alınmıştır.

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hasta Hakları Birimi yapılan başvuruların değerlendirmesi ilgili yapılan araştırma sonucunda elde edilen sonuçlar maddeler halinde aşağıda sunulmuştur.

Yapılan başvuruları cinsiyet dağılımına göre incelediğimizde en çok başvuru yapan erkekler olduğu görülmektedir.

Yaş dağılımına göre baktığımızda 31-50 yaş grubundaki hastaların daha çok başvuruda yaptığı görülmektedir.

Hastaların eğitim durumlarına göre başvuru durumuna baktığımızda en çok lisans mezunu hastalar başvuruda bulunmuştur. Bu durum bize ya hasta grubunun eğitim seviyesinin yüksek olduğunu ya da üniversite mezun hastaların haklarını daha iyi bildiklerini ve haklarını arama konusunda eğitim seviyesi düşük olan hastalara göre daha iyi oldukları sonucunu verebilir.

Başvuru yapan hastaların meslek grubuna baktığımızda askeri personel ve asker emeklisi meslek grubunda olan hastalar çoğunluktadır.

Toplam hasta sayısına göre yapılan başvuruların yıl ve aylara göre dağılımına baktığımızda 2012 yılında daha çok başvuru yapıldığı yıl ilerledikçe başvuru sayısı arttığı ancak toplam hasta sayısına oranladığımızda bu oranın düştüğü görülmektedir. Aylara göre dağılımını incelediğimizde yaz aylarında özellikle temmuz ayında başvuru sayısında artış gözlenmektedir. Bu aylarda hasta sayısında düşüş olmasına rağmen ters orantılı olarak başvuru sayısında artış göstermektedir.

Hasta hakları birimine gelen başvuruların ne şekilde birime ulaştığını incelediğimizde neredeyse tamamı hasta hakları başvuru formu doldurarak başvuruda buldukları görülmektedir. Diğer başvuru yollarının çok etkin olarak kullanılmadığı gözlenmiştir.

Yapılan başvurulara baktığımızda büyük çoğunluğu poliklinik hizmeti alan hastalar tarafından yapıldığı görülmektedir. Hastaneye gelen hastaların tamamına yakını poliklinik hizmetini aldıktan sonra diğer hizmet birimlerine yönlendirildiği değerlendirildiğinde başvuruların bu bölümde birikmesi olağandır.

Bölüm bazında yapılan başvurulara baktığımızda Dâhili Tıp Bilimlerine bağlı birimlerden kaynaklı başvurular çoğunluğu oluşturmaktadır. Hasta yoğunluğunun en çok yaşandığı yer alan acil servislerde hasta haklarına yapılan başvuru oranı çok düşüktür. Bu birime gelen hastalarının durumunun kritik ve sürenin kısıtlı olması nedeniyle aciliyet ön plana çıkmaktadır. Hasta haklarının ikincil plana atıldığı değerlendirilmektedir. Diğer bir sebep olarak da hasta hakları biriminin mesai saatleri dışında acil de faaliyet göstermemesi gösterilebilir. Hastaların hasta hakları başvuru formu doldurmak dışından alternatif başvuru yollarını çok fazla tercih etmediklerini de düşünecek olursak hastalar tekrar ertesi gün hastaneye gelip acil ile ilgili olan başvurularını iletmedikleri düşünülebilir. Ya da acil servislerde hasta haklarının uygulanması ile ilgili sorun yaşanmadığı sonucu çıkarılabilir. Acil servislerde ki hasta hakları ile konu dağılımına baktığımızda hizmetten faydalanamamak nedeniyle başvuruların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Gerçekten aciliyeti olan hastalar gerekli olan hizmeti alma konusunda problem yaşıyorlarsa bu duruma en kısa sürede müdahale edilmesi gerekmektedir.

Yapılan başvuruların personelin meslek grubuna göre dağılımına baktığımızda en çok başvuruya konu olan asistan doktorlar ve V.H.K.İ. memurunun olduğu sonucu elde edilmiştir. Hasta yoğunluğunun en çok olduğu ve hizmet sunumunun büyük bölümünün sunulduğu poliklinik hizmetini yürüten personel olarak en çok

poliklinikler de asistan doktorlar ve veri hazırlama memurlarının olduğu düşünülürse sonuçların bu şekilde çıkması normaldir.

Yapılan başvuruların yarısı hasta hakları birim sorumlusu tarafından yerinde çözümlenmiştir.

Başvuruların sonuçlarına baktığımızda en çok hasta hakları ihlali olmadığı ve hastane işleyiş sisteminden kaynaklandığı sonucu kararlaştırılmıştır.

Yapılan başvuruları hasta haklarına göre sınıflandırmaya aldığımızda en çok başvuru hizmetten faydalanamamaktan dolayı yapıldığı görülmektedir.

Başvuruda bulunan hastaların hangi konu nedeniyle başvuru bulunduğu, konu dağılımına göre yapılan inceleme neticesinde personelin hastaya karşı yaklaşım, üslup ve davranış şeklinin uygun olmaması nedeniyle yapmış olduğu başvuru çoğunluğu oluşturmaktadır. Bu başvuru konusunu muayene olamamak ve muayene, taburcu, yatış işlerinin uzun sürmesi nedeniyle yapılan başvurular izlemektedir.

Başvurulara verilen cevapların içeriğini incelediğimizde hastaya cevap olarak en çok hastane bilgi yönetim sisteminden kaynaklandığı ve personelin sözel olarak uyarıldığı cevabı verilmiştir.

Hasta hakkının yıllara göre dağılımı anlamlı olarak farklılık göstermektedir. 2012 yılında en çok hizmetten faydalanamamak nedeniyle başvuru yapılırken 2013 yılında insani değerlere saygı gösterilmemesi nedeniyle başvuru yapılmıştır. Bu farklılığın bir sonraki yıldaki sivil hasta kotasının önceki yıla göre artırıldığı bu yüzden hizmetten faydalanamamaktan dolayı başvuru oranının da azalma olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte hasta sayısında artış olması ve personel yetersizliği nedeniyle personelin tahammül sınırının düştüğü ve iletişim sorunları yaşandığı, bunun neticesinde de hastaya yaklaşım ve üslup şeklinin uygunsuzluğundan dolayı yapılan başvuru oranı artışı değerlendirilmektedir.

Aylara göre dağılımını baktığımızda yaz aylarında özellikle temmuz ayında hizmetten faydalanamamaktan dolayı başvuru oranı artış göstermektedir. Personel izin dönemi olması nedeniyle personel yetersizliği yaşandığı, yaşanan sorunun en büyük sebebinin bundan kaynaklandığı düşünülebilir. Aylara göre başvuru yapılan hasta hakkı anlamlı olarak değişim göstermektedir.

Cinsiyetlere göre başvuru yapılan hasta hakkı değişim göstermektedir. Ortaya çıkan bu farklılığın bilgi verilmesini yasaklamak nedeniyle kadınların yapmış olduğu başvurular oluşturmaktadır.

Hastaların yaşına göre başvuru yaptığı hasta hakkının değişim gösterdiği sonucu elde edilmiştir. Bu da bize orta yaş grubundaki hastaların hizmet sunumundaki memnuniyetsizliğini ve hizmet alımında sorun yaşandığını gösterirken, biraz daha genç yaş grubundaki hastalar genellikle er/erbaş grubunda bulunan hastalar ise kendilerine yeteri kadar saygı gösterilmemesi, insani değerlere dikkat edilmemesi, personelin kendilerine yaklaşım üslup ve davranış şeklinin uygunsuzluğu nedeniyle duydukları rahatsızlıkları dile getirdikleri görülmektedir. JCI'nın "Kurum hastanın yaşamının sonunda saygılı ve merhametli bir bakım alma hakkını desteklemelidir" şeklinde belirtmiş olduğu standart ve ISQua'nın "hastaların onuruna ve haysiyetine saygı gösterilmelidir" şeklinde ki standart ile ilgili uygulamada aksaklıklar olduğu görülmektedir.(JCI, 2008:2, ISQua, 2007:7)

Yapılan başvurulardan hastaların eğitim düzeyine göre başvuru yaptıkları hasta hakkının değişim gösterip göstermediğini incelediğimizde değişim göstermediği sonucuna varılmıştır. Farklı eğitim düzeyindeki hastaların birbirine benzer konular nedeniyle başvuru yaptıkları görülmektedir.

Hastaların meslek gruplarına göre hasta hakkının değişim gösterdiği sonucuna varılmıştır. Bu sonuca göre askeri personel/ emeklisi ve ev hanımları meslek grubu hizmetten faydalanamamaktan dolayı başvuru oranı yüksek iken gazilerin öncelik sırası nedeniyle ve diğer meslek gruplarının ise insani değerlere saygı gösterilmemesi nedeniyle başvuru yaptığı görülmektedir. Hastane de öncelik hakkına sahip olan Gaziler ise böyle bir hakları olmasına rağmen en çok öncelik verilmemesi ve önceliğe riayet edilmemesi nedeniyle başvuruda bulunmuşlardır. "Çocuklar, engelli bireyler, yaşlı hastalar ve diğer yüksek riskli hasta popülasyonlarına uygun koruma sağlanmalıdır ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır." (JCI,2008:2, T.C. Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Rehberi, 2011). Hastaların haklarının var olmasına rağmen bunun uygulanmasında sorunlar yaşandığı görülmektedir.

Hastaların başvuru yaptığı hasta hakkının başvuru konusu olan personelin unvanına göre farklılık olduğu sonucu elde edilmiştir. Doktorlar en çok hizmetten faydalanamamaktan dolayı başvuru konusu olurken, V.H.K.İ memurlarının ise insani değerlere saygı gösterilmemesi nedeniyle hasta hakları birimine şikâyet edilmişlerdir. Meslek gruplarına baktığımızda hastayı ilk karşılayan ilk diyaloga giren personelin hastaya karşı saygı göstermede sıkıntı yaşandığı, yaklaşım, üslup ve davranış şeklinin uygun olmadığı görülmektedir. Bu personelin iletişim teknikleri konusunda

eğitim ihtiyaçı olduğu sonucu çıkmaktadır. Hekimlerin hizmet sunumunda sıkıntı yaşandığı bunun kimi zaman hekim kaynaklı kimi zamanda hasta işleyiş sistemi kaynaklı olduğu görölmektedir. Hekimlerin hastalara hizmet sunarlarken hastanın yapılan tedavi muayeneden memnun kalmadıkları, muayene, kayıt için çok uzun süre bekleedikleri, yeterli ilginin gösterilmediği, talep ettiği şekilde tedavi olamamak gibi hizmetlerin alımında hekim kaynaklı sıkıntılar yaşandığı görölmektedir. Ayrıca hekim sayısında ki yetersizlikten dolayı sorunlarının yaşandığı da görölmektedir. Hastaların en temel hakkı olan hizmet alımın sağlanması için gerekli olan önlemlerin alınması gerektiği sonucuna varılmıştır. Hizmet Kalite Standartlarına göre; “Sonuç verme ile ilgili düzenleme yapılmalı, sonuç verme süreleri ve muayene zaman aralığı belirlenme ve bu standartlara uyulmalıdır” (T.C. Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Rehberi, 2011).

Hastaların hasta hakkı ile ilgili yapmış oldukları başvurunun bölüm ve birimlere göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek için yapılan analizler sonucunda anlamlı olarak farklılık olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu farklılık birimin hasta yoğunluğu ve personel sayısı ile alakalı olabileceği gibi personelin hasta hakları hakkındaki eğitim ve bilgi seviyesi ve hastayla iletişim yetisi ile doğrudan bağlantılı olabileceği düşünölmektedir. Bu sonuçlara göre polikliniğe başvuran hastaların büyük çoğunluğu hizmetten faydalanamamaktan dolayı başvuru yaparken, idareyle ilgili insani değerlere saygı gösterilmemesi nedeniyle başvuru yapıldığı görölmektedir. Birimler bu konu dağılımlarına göre gerekli olan hizmet kalite standartlarını sağlamalı, personelin hastaya yaklaşım ve iletişimle ilgili eksiklerini görerek bu yönde ki çalışmalara yoğunlaştırmaları gerektiği sonucuna varılmıştır.

Hastaların başvuruda bulunduğu hasta hakkının çözömlenme şekline göre farklılık gösterdiği sonucu elde edilmiştir. Elde edilen sonuçlar neticesinde hastaların hizmetten faydalanamamak nedeniyle yapmış oldukları başvurular çoğunlukla hasta hakları birim sorumlusu tarafından yerinde çözömlenmesine karşın insani değerlere saygı gösterilmemesi nedeniyle yapılmış olan başvuruların büyük çoğunluğu hasta hakları kurulunda çözöme kavuşturulmuştur. Hasta hakları birim sorumlusun yetkisi dâhilinde ve inisiyatifinde olan küçük sorunlar çok fazla uzatılmadan gerekli birimin yetkilisi ile iletişime geçilerek çözömlendiği görölmektedir. Hastane sisteminden kaynaklı sorunlar nedeniyle yaşanan aksaklıklar giderilerek olay yerinde pratik olarak çözömlenmektedir. Bu sorunlar genellikle hizmeti ilgilendiren konular

oluşturmaktadır. Ancak birim sorumlusunun karar vermekte sıkıntı yaşadığı hasta ve personel arasında kaldığı, insanların kişilik değerlerine saygısızlık, hakaret, fiziki şiddet gibi doğrudan hasta hakkı ihlalleri nedeniyle yapılan başvuruların ise büyük çoğunluğu hasta hakkı kurullarında çözüme kavuşturulduğu sonucuna varılmıştır. JCI'ın belirlemiş olduğu standartlar arasında da olan hastaların fiziksel saldırılara karşı korunmaları ve saygılı bir bakım alma hakkı ile ilgili düzenlemeler bulunmaktadır (JCI,2008:2).

Başvurulan hasta hakkının verilen cevap içeriğine göre anlamlı olarak değişim gösterdiği sonucuna varılmıştır. Hizmetten faydalanamamaktan dolayı yapılan başvuruların çoğunluğu yerinde çözümlenirken, bir kısmı da personel yetersizliği ve yoğunluk nedeniyle sorun yaşandığı cevabı verilmiştir. İnsani değerlere saygı gösterilmemesi nedeniyle yapılan başvurular neticesinde personele sözel ikaz verildiği görülmektedir. Hastaların adalet ve hakkaniyete içinde hizmet alamamasının ve öncelik sırasında sıkıntı yaşanmasının nedenin HBYS kaynaklanan sorunlar oluşturduğu görülmektedir. Yine uygulanmaya başlanan HBYS'indeki eksikler giderilmesi ile bu sorunların önemli oranda aşılabacağı düşünülmektedir. Hastaların yapılan tedaviden memnun kalmadıkları, yeterli özeni gösterilmemesi nedeniyle yapılan başvurulara cevap olarak; yapılan tedavi şeklinin uygun olduğu, yapılması gerekli tüm tıbbi müdahalelerin yapıldığı cevabı verilmiştir. Verilen cevap içerikleri iyi analiz edilecek olursak hastanenin tüm genel sorunları ortaya çıkarılmakta bu hem hastane idaresine sorun çözümünde hem de hastaların daha iyi hizmet alması aşamasında hasta haklarının ihlallerinin önüne geçilmesinde yol göstereceği düşünülmektedir. Hangi hasta hakkının hangi sebepten ötürü ihlal edildiği açıkça görülmektedir.

Hasta hakları birimine yapılan başvuruların başvuru sonucuna göre farklılık gösterdiği görülmektedir. Elde etmiş olduğumuz sonuçlara göre; hizmetten faydalanamamaktan dolayı yapılmış olan başvuruların büyük çoğunluğuna hastane işleyiş sistemi kaynaklı ve hasta hakkı ihlali olmadığı kararı verilirken, insani değerlere saygı gösterilmemesi nedeniyle yapmış olan başvuruların çoğunluğuna hasta hakları ihlali olduğuna dair karar verildiği görülmektedir.

Araştırmanın genel olarak sonucuna baktığımızda hasta hakları biriminin aktif olarak çalıştığı görülmektedir. Hastaların hasta hakları birimi tarafından kendilerine verilen cevabın uygun olmaması nedeniyle yapılan başvuru sayısında ki orana

bakarsak hastaların genel olarak hasta hakları biriminin uygulamalarından memnun kaldıkları, çalışmaların yerinde ve doğru söylenebilir.

Değerlendirmeye alınan başvuruları yıl itibariyle birbiriyle kıyaslayıp hangi yılda hangi haklarla ilgili sorunlar yaşandığına baktığımızda 2013 yılında bir önceki yıla göre hasta haklarının daha fazla uygulandığı bir önceki yıllarda yapılan hataların ve eksikliklerin giderildiği, hasta memnuniyetinin bir önceki yıla göre artış gösterdiği görülmektedir. Buna göre bir önceki yılda ki eksikleri giderilen ve düzenleme yapılan konu dağılımını incelediğimizde; heyet işlerinin uzun sürmesi ile ilgili sorunların büyük oranda azaldığı, tahlil ve tetkiklerin çok uzun sürede çıkması probleminin aşıldığı, tıbbi malzeme eksikliği nedeniyle hastaların hizmet alımında ki aksaklığın giderildiği, personel hataları nedeniyle çıkan problemlerin oranında azalma olduğu, personelin görevini daha iyi yaptığı, gazilere ve engellilere öncelik tanınması ile ilgili sistemde ki eksikliğin giderildiği, hastaların doktor seçim hakkını daha aktif kullanmaya başladığı, hastaların yapılan tedavi ve muayeden memnun kaldıkları, muayene ve tedavilerin daha doğru ve eksiksiz yapıldığı, tahlil ve tetkik sonuçlarını alma konusunda ki sorunların büyük oranda giderildiği, hastane bilgi yönetim sistemi ve arızalar nedeniyle yaşanan sorunlar da azalma olduğu, hastanede uygulanan bazı uygulamaların düzenlenmesi ile bundan kaynaklı sorunlarda düşüş yaşandığı ve bunların en net göstergesi olarak 2013 yılında ki hastaların memnuniyetlerini belirtmek için yazmış oldukları teşekkür yazıları büyük oranda artış göstermektedir. Muayene olamamak nedeniyle yapılan başvurularda düşüş yaşandığı görülmektedir. Bunun sebebinin sivil hasta kota uygulamasında kontenjan oranının artırılmasından dolayı iyileşme yaşandığı düşünülmektedir.

Bunların yanı sıra 2013 yılında bazı sorunlar nedeniyle yapılan başvuru sayısında artış görülmektedir. Bir önceki yıla göre artış gösteren konu başlıklarına baktığımızda; personelin hastaya yaklaşım, üslup ve davranış şeklinin uygun olamaması nedeniyle yapılan başvurular bir önceki yıla göre büyük oranda artış gösterdiği sonucuna varılmıştır. Bunun sebebinin iletişim ve eğitim eksikliği ya da hasta sayısında ki artış nedeniyle olabileceği düşünülmektedir. Personelin hizmet sunumunda kayıt ve muayene sırasına riayet etmediği, sıra dışı kişilerin aradan alınması ile ilgili şikâyet oranında artış göstermektedir. Hastane sisteminde ki öncelik tanımlanmasında önceliği olan hastaların sisteme entegre edilmediği bu hastaları çağrı sistemi dışında aradan alınması nedeniyle sorun yaşandığı ve sisteme

önceliği olan hastaların eklenmesi ile de bir başka sorun baş göstermiştir. Önceliğe sahip olan hastalar yüzünden diğer hastaların muayene olmakta büyük güçlükler yaşadığı görülmektedir. Hastaya hastalığı ve hastane işleyiş sistemi ile ilgili bilgilendirme konusunda eksiklikler olduğu sonucuna varılmıştır. Hastaların hekimin önerdiği tedavi şekli dışında kendi istedikleri tedavinin uygulanmaması nedeniyle başvurular da artış görülmektedir. Ancak bu başvuruların büyük çoğunluğunda hastaların haksız bulunduğu, yapılan tedavi ve muayenenin uygun olduğu sonucuna varılmıştır. Hastaların yıl ilerledikçe beklentilerin arttığı bunun paralelinde hastane fiziki şartlarının uygun olmadığı ile ilgili olarak başvuru oranında artış yaşandığı görülmektedir.

Yapmış olduğumuz analizler ve elde edilen sonuçlar neticesinde hastane genelinde; mahremiyete saygı gösterildiği, muayene, tedavi, tahlil, teşhis ve tıbbi müdahalelerin gizlilik içinde yürütüldüğü, tıbbi müdahale ve araştırmalar esnasında yasal prosedürlerin uygulandığı, hastanın rızasının alınmasına dikkat edildiği, alışılmış olmayan tıbbi uygulamaların yapılmadığı, hasta ve yakınlarının güvenliğin sağlanması konusunda sorun yaşanmadığı, hasta ve yakınlarının dini vecibelerini yerine getirilmesi ve dini hizmetlerden faydalanma konusunda sıkıntı yaşamadıkları ve dini tesislerin yeterli olduğu, tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağına hastane geneli olarak uygulandığını sonucuna varılmıştır. Bu sonuç bu konularla ilgili hiç başvuru yapılmaması nedeniyle elde edilmiştir. Bilgi verilmesini yasaklama, personel seçme, kayıtları inceleme, tıbbi özen gösterilmesi, tedavi reddetme ve durma, refakatçi bulundurma ve ziyaret, müracaat şikâyet ve dava hakkı ile ilgili de çok az başvuru bulunması bu hasta haklarının da büyük oranda uygulandığı sonucunu doğurmuştur.

Araştırma sonuçlarına göre hastanın en temel haklarından biri olan hizmetten faydalanma hakkını sağlamada sıkıntı yaşandığı ve hasta odaklı hizmet sağlamanın yanında insani değerlere karşı da yeterli özen gösterme konusunda aksaklıklar yaşandığı görülmektedir. Hasta yoğunluğu, personel yetersizliği gibi nedenlerle hastalara yeteri kadar hizmet verilemediği, hizmette aksamalar olduğu, hizmet süresinin uzadığı ve gerekli özenin gösterilemediği bunun neticesinde de iletişim kopuklukları yaşandığı, hastaya karşı ve hastanın da personele karşı davranış şekli ve yaklaşımında uygunsuzluklara neden olduğu düşünülmektedir. Hastalar adalet ve

hakkaniyet içinde ayırım yapılmadan eşit şartlar altında hizmet alımı konusunda bazı aksaklıkların yaşandığı görülmektedir.

Hastaların başvuru yapmış oldukları hasta haklarının çoğunluğu hasta hakları ile ilgili olmadığı, olanların ise büyük çoğunluğunun ihlal olarak değerlendirilmemesi sonucu bize hasta haklarının hastalar tarafından bilinirliğinin düşük olduğu sonucunu vermektedir.

Hastane işleyiş sistemi ve hastane idaresi ile ilgili sorunlar yaşandığı bunlardan dolayı yapılan başvuruların da büyük çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir.

Hasta hakları birim çalışanlarının yetersizliği nedeniyle iş yükünün çok fazla olduğu, birim sorumluluğu dışında ek görev verilmesi nedeniyle hasta hakları ile ilgili çalışmalarına yeteri kadar zaman ayıramadığı görülmektedir. Yapılan başvuruların çokluğu ve sürekli olarak insanların sorunları dinlemesi nedeniyle psikolojik olarak yıpranmanın çok fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca hasta hakları birim çalışanları sürekli olarak hasta ve çalışan arasında kalmakta ve yaptırımının olmaması nedeniyle sorunlar yaşadığı görülmektedir.

8 Mayıs 2014 resmi gazete yayınlanan hasta hakları yönetmenliğinde ki değişikliklere baktığımızda askeri hastanelerinden gelecek olan şikâyetleri de il sağlık müdürlüğü bünyesinde kurulacak olan kurulda değerlendirmeye alınacak olması dikkat çekicidir. Sağlık da dönüşüm programında sağlık hizmeti sunan kurumların tek çatı altında birleştirilmeye çalışıldığı düşünülmektedir.

Sağlık Bakanlığının hasta hakları ile ilgili yayınlamış olduğu istatistikleri incelediğimizde bakanlığa bağlı hastaneler ile askeri hastanelere yapılan başvurular ile ilgili veriler benzerlik göstermektedir.

Yapılmış olan bu çalışma ile sadece hasta hakları birimine yapılan başvurular tanımlanması amaçlanmamıştır. Elde edilen sonuçlara göre kurumun hizmet sunumunda ki eksikleri göreceği ve bu konuda yapacağı düzenleyici çalışmalar ile hizmet kalite standartlarının ve hasta memnuniyet derecesinin artacağı öngörülmektedir. Elde etmiş olduğumuz sonuçlar neticesinde Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları, ISQua ve JCI'nin belirlemiş olduğu standartlar arasında hasta hakları ile ilgili olan kısımlardan hangisinin uygulanmasında sorun yaşandığı veyahut tam anlamıyla hangilerinin uygulandığını incelemek hizmet kalitesinin artırılması aşamasında yol gösterici olacaktır. JCI'nin, ISQua ve Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartlarına göre kurumun; kişisel değerlere ve inançlarına saygı

gösterdiği, mahremiyete özen gösterdiği, hastaların eşyalarını hırsızlık ve kayba karşı korumak konusunda gerekli önlemleri aldığı, hasta bilgilerinin gizli tutulmasına dikkat ettiği görülmektedir. Ayrıca hasta ve yakınlarını tedavinin reddedilmesi ve devam ettirilmemesi durumunda hak ve sorumluluklarının ne olduğu konusunda bilgilendirme yapıldığı ve hastanın resüsitasyonu reddetme ve yaşamı destekleyici tedavilerden feragat etme veya reddetme hakkını destekleme ile ilgili standartların uygulanmasında sorun yaşanmamıştır. Bilgilendirilmiş onam, insan denekler üzerinde gerçekleştirilen klinik araştırma, klinik inceleme veya klinik denemelere nasıl katılabilecekleriyle ilgili bilgi sağlanması, hasta ve yakınlarını organ ve diğer dokularını nasıl bağışlayabilecekleri konusunda yeterli bilgilendirme yapıldığı görülmektedir. Bu konularla ilgili birime başvuru yapılmamıştır. Hastanın, yakınının ve çalışanların dini inançlarına yönelik saygı gösterildiği ve gerekli imkânların sağlandığı görülmektedir.

Yukarıda sayılı olan standartları uygulama konusunda sıkıntı yaşanmazken; saygılı ve merhametli bir bakım alma hakkı, engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler yapılması, muayene zaman aralığı, laboratuvar sonuçlarına basılı kopya olarak ulaşabilmelerine yönelik düzenleme, hekim seçme hakkı, sonuç verme süreleri, hastanın genel durumunu ve tedavi sürecini hakkında bilgilendirme, birim çalışanlarına hasta hakları, iletişim becerileri, hasta memnuniyeti ile ilgili olarak eğitim verilmesi ile ilgili olan standartların uygulanmasında aksaklıklar olduğu görülmektedir.

Hasta haklarına verilen önemin dünya ile paralel olarak ülkemizde de gün geçtikçe artmaktadır. Her geçen gün hastalar hakları konusunda bilinçlenmekte, beklentileri gün geçtik artmaktadır. Hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının belirlenmesinde, yaşadığı sorunların tespitinde en etkin olarak görev yapacak birim şüphesiz ki hasta hakları birimidir. Hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini artırmak isteyen kurumların hasta hakları birimine gelen başvuruları değerlendirmeye alarak hizmet kalitelerini artıracakları düşünülmektedir. Yapılan bu araştırma ile hasta hakları biriminin ne kadar etkin rol oynadığı hastaların ve kurumun değerlendirilmesinde, hasta memnuniyetinin artırılmasında hasta hakları birimine olan ihtiyacın ve önemin ne kadar fazla olduğu sonucu elde edilmiştir.

4.3 Öneriler

Bu bölümde elde edilen bulgular ve hastaların hasta hakları birimine öneri olarak sunduğu başvurular ışığında tavsiyeler sunulacaktır. Bu yapılan önerilerin hasta haklarının uygulanması ve geliştirilmesi için görülen eksikliklerin giderilmesinde etkin olacağı, hizmet kalitesinin artırılmasında görülen eksiklikleri tamamlayacağı öngörülmektedir.

Hasta hakları yalnızca hasta hakları birimi çalışanları tarafından korunacak ve savunulacak bir hak olmadığı kaliteli bir sağlık hizmeti sunumunda hasta, hastane yönetimi, sağlık personeli ve diğer hastane personeli tarafından uygulanması ve sahiplenmesi gerekmektedir. Toplumun genelinin hasta hakları konusunda duyarlılık kazanması sağlanmalıdır. Bu konuda ki kanı herkese benimsetilmeli ve kapsamlı olarak gerek eğitim gerekse uygulama olarak çalışmalar yapılmalıdır. Yazılı ve görsel basın tarafından da zaman zaman hasta haklarını ile ilgili bilgilendirme yapılması zorunluluk haline getirilmelidir.

Hasta hakları ihlallerinin büyük sorununun hastaya karşı yaklaşım ve davranış şeklinin uygun olmaması, iletişim tekniklerinde ki eksiklik ve yetersizlik oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığının 2011 yılında yayınlamış olduğu “Hizmet Kalite Standartları” yönergesine göre kayıt işlemleri yapan personel ve poliklinik çalışanlarına; hasta memnuniyeti, hasta hakları ve iletişim becerileri hakkında her dönem bir kez eğitime alınmaları ile ilgili hizmet kalite standardı bulunmaktadır. (T.C. Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Rehberi, 2011). JCI’ ın hastanelerdeki akreditasyon standartlarına baktığımızda; “Çalışanlar, hastaların değerlerinin ve inançlarının saptanması ve hasta haklarının korunması konusunda üstlendikleri görevler konusunda eğitilmesi” (JCI 2008:2) hakkında akreditasyon standardı vardır. Hizmet kalite standartları ve JCI’ın belirlemiş olduğu standartları da dikkate alarak personele gerekli eğitim planlanmalı ve düzenli periyotlarla uygulanmalıdır.

Hasta ve hasta yakınlarının hasta hakları konusunda bilgi düzeylerinin artırılması ve hasta haklarının öğretilmesi amacıyla hastaların yoğun olarak zaman geçirdikleri bekleme salonlarına, hasta odalarına ve kolaylık tesislerine hasta hakları ile ilgili afiş ve broşürlerin asılması, hasta kabul ve yatış işlemleri sırasında hasta hakları ve hastanede uyması gereken kuralları gösteren el broşürlerinin verilmesi

sağlanmalıdır. Hastalara JCI'n ve HKS'n belirlemiş olduğu standartlar doğrultusunda tüm hastalar anlayabilecekleri bir şekilde hakları ve sorumlulukları konusunda bilgilendirilmelidir (JCI, 2008:2; T.C. Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Rehberi, 2011).

Çocuklar, engelli bireyler, yaşlı hastalar ve diğer yüksek riskli hastalara uygun koruma sağlanmalıdır (JCI, 2008:2; ISQua, 2007; T.C. Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Rehberi, 2011). Bu gruptaki hastaların muayene ve tedavi aşamasında öncelik tanınması ve haklarını kullanmaları konusunda yardımcı olunmalıdır. Özellikle kurumda Gazilerin öncelik haklarını kullanmaları konusunda sıkıntı yaşandığı görülmektedir. Hizmet kalite standartlarının tam uygulanmasıyla bu sorunların aşılacağı kanaatindeyim.

Hastaların karşılandığı ve sorularını cevaplayabileceği, yönlendirilebildiği etkin bir danışma birimi kurulmalı, gerekirse yardıma muhtaç olan hasta grubuna refakat etmelidir. Bu birimlerde hastane bilgi rehberi, tanıtıcı broşür, telefon ve bilgisayar bulunmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Rehberi, 2011:58).

Hastane idaresi ve taşeron firma olarak hizmetlerin yürütüldüğü firma personeline de hasta hakları ve uygulamaları konusunda eğitim verilmelidir. Hasta idaresi yapmış olduğu planlamaları ve değişiklikleri hasta hakları çerçevesinde göz önüne alması sağlanmalıdır.

Hizmet Kalite Standartlarında da belirtildiği üzere hastaların beklenti ve önerileri de dikkate alınarak değerlendirilmeli ve hizmet kalitesinin geliştirilmesi sağlanmalıdır.

Personel planlanmasında ve istihdamında dengeli bir çalışma yapılmalı, özellikle yaz aylarında personel izin döneminde iyi bir izin planlanması yapılarak bu aylarda ki başvuru sayılarının düşmesi dolayısıyla hizmet alımında ki aksaklıklar giderileceği düşünülmektedir. Hasta sayısına göre yeterli personel istihdam edilmeli personel yetersizliği nedeniyle yaşanan sorunların önüne geçilmelidir.

Hasta haklarında yapılan yeni düzenleme ile hasta hakları kurulunun hastane yönetiminden alınarak il sağlık müdürlüğü tarafından oluşturulacak bağımsız bir kurul tarafından karara bağlanması daha adil sonuçlanması ve birçok hasta hakkının göz ardı edilmesinin engelleneceği düşünülmektedir.

Hasta hakları ile ilgili eğitimlerin okulların özellikle de sağlık personeli yetiştiren okulların müfredatına dâhil edilerek öğrencilikten itibaren bu bilincin aşılması sağlanmalıdır. Sağlık personeline hasta hakları ile ilgili hizmet içi eğitimler düzenli olarak planlanmalı, bu eğitimler süreğen ve zorunlu olmalıdır.

Hasta yoğunluğunun artması ile paralel olarak sorunlarda da artış yaşanmaktadır. Personel başına düşen hasta sayısı arttıkça hastaya karşı ilgi azalmakta, iletişim kopuklukları ve hizmette aksamalar meydana gelmektedir. Bu nedenle sağlık personelinin hasta sayısı ile doğru oran da yeterli düzeyde bulundurulması ve yeterli süreyi ayırabilmesi için gerekli olan yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Hizmet Kalite Standartlarında belirtildiği üzere; “muayene zaman aralığı belirlenmelidir. Muayene zaman aralığı bir saatlik zaman aralığı şeklinde düzenlenmeli ve hastaya muayene zaman aralığı konusunda bilgi verilmelidir”.

Hasta hakları birimi hasta gizliliğini ve mahremiyeti sağlayacak şekilde hasta hakları uygulama yönergesinde belirtilen fiziki şartlara sahip olmalıdır. Yeterli sayıda görüşme odası ve diğer birimlerden ayrı olarak tecrit edilmesi gerekmektedir.

Hasta hakları birimi personeli hasta sayısına ve yatak sayısına paralel olarak yeterli sayıda olmalıdır. Yeterli olmayan personel nedeniyle başvuruya gelen hastalar uzun süre şikâyetlerini dile getirmek için beklemekte ve birim sorumlusu hastaya yeteri kadar zaman ayıramamaktadır. Bakanlık tarafından hasta hakları birimi çalışan sayıları yatak sayısına göre belirlenmeli ve belirlenen sayıda olması için Bakanlık tarafından gerekli yasal düzenleme uygulama yönergesine eklenmelidir.

Hasta hakları birim sorumlularının sürekli olarak hastaların problemlerini dinlediği ve çözmeye çalıştığı, bunları yaparken de hasta ve çalışan arasında kaldığı bu durumunun ruhsal açıdan yıpratıcı ve psikolojisinde ister istemez bozulmalara neden olduğu görülmektedir. Bu durumun önlenmesi için birim sorumlusunun belirlenen bir süreyle birimle çalıştırılması uygun olacaktır. Ancak bu süre belirlenirken birime olan sahiplenme, aida ve işi öğrenme durumu da dikkate alınarak hesaplanmalıdır. Hasta hakları birim sorumluları hasta yönetiminden ayrı bağımsız çalışmalı ve adlarına açılan kadroda çalışmalıdır. Bu durum onun güvencesi ve bağımsız karar almasında etkili olacaktır. Hastane yöneticileri birim çalışanlarının verimli çalışmasını sağlayacak gerekli ortamları oluşturmalı, görevini sevmesini sağlayacak stratejiler geliştirmelidir.

Hasta hakları birim çalışanlarının iş yükü hafifletilmeli hastaya daha fazla zaman ayırması sağlanmalı, ek görevler verilmesi yasaklanmalı bu konu hakkında yaptırımlar uygulanmalıdır.

Hizmet Kalite Standartlarında da belirtildiği üzere hasta ve yakınına tedavi göreceği bölüme uyumu sağlanmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Rehberi, 2011:41). Bu bağlam da hastanenin kuralları, ziyaret saatleri, yemek saatleri, tuvalet banyo kullanımı, hemşire çağrı sistemi gibi konularda hasta ve yakınına yeterli bilgi verilmelidir.

Hasta hakları ile ilgili yapılan yeni düzenleme ile hastalarında hastanede uyması gereken kurallar yasal mevzuatla belirlenmiştir. Hastaların bu sorumluluklarını öğrenmesi ve uygulamaları için hastane yönetimi tarafından gerekli düzenlemeler yapılmalı tıpkı hasta hakları gibi hastaların görüp okuyabilecekleri yerlere asılmalıdır.

Hastanelerde halkla ilişkiler birimi kurulmalı ve aktif olarak çalıştırılmalıdır. Çünkü çoğu zaman hasta haklarını ilgilendirmeyen kapsam dışı başvurular nedeniyle hasta hakları biriminin iş yükü artırılmakta, hasta hakları ile ilgili işlerin yapılması engellenmektedir. Bunun önlenmesi için hastane yönetimi tarafından gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Personelin hasta haklarını daha fazla ciddiye alması ve riayet etmesini sağlamak için uygulamada ki disiplin cezaları yeniden gözden geçirilip düzenlenmeli ve bu konuda ki yaptırımlar ağırlaştırılmalıdır.

Hasta hakları çalışmaları sorun yaşandığı zaman çözüm üretmek için değil sorunun yaşanmaması için önleyici önlemlerin alınmasına yönelik yapılmalıdır.

Hastane personeline hasta hakları birim çalışanları ve işleyiş sistemi tanıtılmalıdır.

Hasta yoğunluğundan kaynaklı muayene, kayıt, tahlil ve tetkikler için uzun süre beklemeleri önlemek, hasta başına düşen sürenin artırılmasını sağlamak ve daha kaliteli hizmet sunumunu sağlamak için merkezi randevu sistemine geçilmesi gerekmektedir.

Hizmet Kalite Standartlarına göre; hastane fiziki şartlarının engelli kişilerin kullanımına yönelik olarak işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır. Otopark alanı, lavabo, tuvalet ve banyolar engelli kişilere göre düzenlenmelidir. Engelli kişiler için

çıkış rampaları ve tutunma barları bulunmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Rehberi, 2011:131).

Bakanlığın yayınlamış olduğu standartlar doğrultusunda hastanenin fiziki şartlarının düzenlenerek engellilere ve hastaların azami oranda hizmet edecek konuma getirilmesi sağlanmalıdır.

Hasta hakları birimine başvuru yollarını incelediğimizde başvuruların neredeyse tamamına yakını hasta hakları biriminde başvuru formu yolu doldurmak kaydıyla yapıldığı görülmektedir. Alternatif başvuru yollarının daha aktif kullanılması sağlanmalıdır.

Araştırma yapılan kurumun askeri hastane olması nedeniyle sivil hastalara belirli sayıda kota uygulaması yapılmaktadır. Bu kota uygulamasının kaldırılması ya da sayıların artırılması sağlanarak herkesin hizmet alımından faydalanması sağlanmalıdır.

Hastane bilgi yönetim sisteminde ki aksaklıklar giderilmeli, yetersiz ve yavaşlamaya neden olan gerekli donanım teçhizatlar yenilenmeli, yazılım programı yükseltilmelidir. Böylelikle bu hakkında ki başvuruların çoğunluğunun önüne geçilmiş olacaktır.

Hasta öncelik sırası bakanlığın belirlemiş olduğu ilgili mevzuata göre belirlenmelidir. Hastaların eşit ve adil bir şekilde hizmet alımını engelleyecek olan sınıflamalara göre öncelik sıralamasının belirlenmesi yönelik uygulamalar kaldırılmalıdır. Önceliği olan hastaların önceliklerini hakkı ile kullanmalarını sağlayıcı gerekli özeni tüm hastane personeli göstermeli ve sisteme entegre edilmelidir.

Hastane personelinin muayene ve tıbbi işlemlerini yaptırmak için uzun süre sıra beklediği ve bu süre zarfında kendi işinde de aksamalara neden olduğu görülmektedir. Hastane sisteminde personele öncelik verilmesi ya da personel muayene ve tedavi odalarının olması gerekmektedir. Aksi takdirde personel işlerini sıra dışı aradan girerek yapmaya çalışılmakta buda hastalar tarafından sıraya riayet edilmemesi olarak algılanmaktadır.

İlgili birim ve bölümlerde kayıt ve veri hazırlanmasında kullanılacak olan personelin ilgili bölüm mezunu olması, bilgisayar ve yapılan işlere hâkim olması gerekmektedir. Özellikle bu bölümlerde farklı meslek grubuna sahip kişilerin çalıştırılması işlerin uzamasına ve bu bölümlerde yığılmalara sebep olmaktadır.

Bunun önüne geçilmesi için hastane yönetiminin işe göre personel alınması uygulanmasına riayet etmesi gerekmektedir.

Tıbbi malzeme alımında ve ihale sürecinin de uygulanan prosedür ve uygulamaların azaltılarak bu konu da yaşanan aksaklıklar giderilmelidir. Hastalar ve tedavi süreci açısından süre her şeyden önemlidir. Hastane yönetimi hastaların hizmet alımını aksatmayacak şekilde gerekli tıbbi malzemeyi depo mevcudunda bulundurması gerekmektedir.

Hasta hakları uygulama yönergesi gereği ve Hizmet Kalite Standartlarına göre hastalar ihtiyaç halinde muayene, tedavi, tahlil ve tetkik sonuçlarını ile ilgili kayıtları ve dosyayı inceleme ve gerektiğinde birer suretini alma hakları vardır. Hastalara bu hakkın uygulanmasında yardımcı olunmalıdır.

Hastaların SGK uygulaması gereği on günü geçtiğinde kayıtları düşmekte, tahlil ve tetkiklerinin yapılması için tekrardan kayıt yaptırıp isteklerini yenilemeleri gerekmektedir. Hastalar ve personel açısından zaman kaybına ve yoğunluğa neden olan bu uygulamanın bakanlık tarafından kaldırılması ya da bir düzenleme yapılması gerekmektedir. Hastane yönetimi bu durumda olan hastalara yardımcı olacak uygulamalar yapması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın en azından Hizmet Kalite Standartlarında belirtmiş olduğu görüntüleme sürelerine ait randevu ve sonuç verme zamanına göre gerekli düzenlemeleri yapması ve hastaların mağduriyetinin giderilmesi gerekmektedir. Bu sürelere baktığımız da BT ve MR için tetkik istendiği tarihten itibaren en geç 10 iş günü içinde, EKO 5 iş günü, USG 3 iş günü, EEG ve EMG ise 20 iş günü içinde randevu verilmesi gerekir (T.C. Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Rehberi, 2011:16).

Hastaların ve personelin tıbbi zorunluluklar dışında hasta hakları ile ilgili uygulamaların acil servislerde ikinci önceliğe atılmasını engellenmelidir. Hastaların mesai saatleri dışında da hasta hakları ile ilgili sorunları iletebilecekleri sistem hastane yönetimi tarafından kurulmalıdır.

Yapılan literatür taraması neticesinde hasta hakları birimine gelen şikâyetleri inceleyen çok fazla araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu konu da yapılacak çok daha fazla çalışma hasta hakkı birimi çalışmaları ve hasta hakları ile ilgili farkındalık yaratacağı düşünülmektedir. Bu araştırmanın devamı niteliğinde hasta hakları birimine başvuru yapan hastalara ulaşılarak hasta hakları biriminin uygulamaları ve kendilerine verilen cevaba göre memnuniyet düzeyleri ile ilgili yapılacak olan bir

araştırma hasta hakları biriminin değerlendirilmesi açısından tamamlayıcı olacağı dūřunılmaktadır.

Hastanelerin gerek ulusal gerekse uluslararası formda yayınlanmış olan JCI ve ISQua standartlarına göre akredite edildikleri ve Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu hizmet kalite standartlarını gereği gibi uyguladıkları takdirde hasta haklarının tamamına riayet edileceği dūřunılmaktadır. Bu yūzden sağlık kuruluşlarının gūn geçtikçe artan rekabet ortamında varlıklarını sūrdūrebilmeleri ve hasta odaklı bakımı temel alıp hasta memnuniyetini en ūst seviyeye çıkarmanın kaçınılmaz tek yolu hizmet kalite standartlarına gösterdiği özenle lūlmektedir.

Hasta hakları biriminin iřlevlięi artırılarak, gerekli önem verilerek ve yapılan bařvurular dikkatli olarak deęerlendirilip zūmlenmesi neticesinde hasta memnuniyetinin ve hizmet kalitesinin artacaęı dūřunılmaktadır. Hastaların haklarını kullanması konusunda ki tūm sorunların bu Őekilde ařılacaęı dūřunılmakta ve bunun sonucu olarak da toplumun saęlıęının korunmasında ve geliřtirilmesinde etkili olacaęı dūřunılmaktadır.

KAYNAKÇA

- Akar, T. Y. (2011). "Hastane Enfeksiyonlarının Hukuki Yansımaları " *İstanbul Barosu Sağlık Hukuku Makaleleri Eylül: 7*.
- Akdur, R. (1997). "Çağımızda Hasta-Sağlık Çalışanları İlişkileri ve Hasta Hakları." *Türkiye Klinikleri Journal Of Medical Ethics-Law And History* 5(2): 43-49.
- Akdur, R. And E. Aydın (2003). "Tıbbi Etik ve Meslek Tarihi." Ankara, *Songür Yayınları*.
- Akgün, S. (2005). "Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme." *Standard Ekonomik ve Teknik Dergisi*, 44(527).
- Akıncı, B. (2009). Hasta Hakları Birimi Uygulamasında Kozan Devlet Hastanesi Uygulaması (Yüksek Lisans Tezi).Niğde Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü,Niğde.
- Akıntürk, T. (2007). *Hukuka Giriş*. Eskişehir, Anadolu Üniversitesi.
- Aksakoğlu, G. (2008). "Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü." *Memleket Siyaset Yönetim Dergisi*(8): 7-62.
- Akten, R. (2008). *Hasta Hakları Uygulamaları*. Ankara, Kariyer Matbaacılık.
- Amerikan Hastaneler Birliği. (1973). "A Patient's Bill Of Rights (1973)." Erişim tarihi:15 Mayıs 2014, http://www.patienttalk.info/aha-patient_bill_of_rights.htm.
- Anar, E. (2000). *İnsan Hakları Tarihi*, İstanbul, Çivi Yazları.
- Arabacıoğlu, C. (1991), Hekimlik ve Hastanecilik. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını No:15*. Syf:302

- Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M. ve Erdem, R. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2(6), 55-70.).
- Aşkar, A. (2006). "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları ve Kütahya Devlet Hastanesi Örneği (Yüksek Lisans Tezi). Dumlupınar Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü,Kütahya."
- Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi,Amsterdam (28-30 Mart 1994)." Erişim tarihi: 10 Ağustos 2014, <http://www.hayad.org.tr/content/view/141/27>.
- Avrupa Statütüsü Temel Dökümanı. (2002). "Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü Temel Doküman (Anasözleşmesi)." Erişim tarihi: 29 Temmuz 2014, <http://www.haksay.org/index.php?q=node/55>.
- Aydemir, İ. (2010). Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü,Ankara.
- Aydemir, İ. Ve A. Özcan (2011). "Hasta Hakları Uygulamalarının Hasta ve Yakınları Tarafından Değerlendirilmesi " *Toplum Ve Sosyal Hizmet Cilt 22, Sayı 1*.
- Aydiner, A. H. (2006). "Bursa'daki Hekimlerin Hasta Haklarına Yaklaşımı (Tıpta Uzmanlık Tezi). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,Bursa."
- Baybek, H., F. Dereli, Bozyer, İ.,Kıvrak, A. (2006). "Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi." *International Journal Of Human Sciences 1(1)*.
- Bayraktar, K. (1972). *Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu*. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Yayınevi.
- Bilge, N. (2001). *Hukuk Başlangıcı: Hukukun Temel Kavram ve Kurumları*, Turkan Kitabevi.
- Bircan, H., Baycan, S.(2004) "Sağlık Sektöründe Verimlilik ve Kalite Sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi Aralık 2004 Cilt : 28 No:2 173-185*.

- Bostan, S. (2005). "Hasta Hakları İhlallerinin Nedenleri." *İbni Sina Tıp Dergisi* 10(2-3): 65-72.
- Bostan, S. (2007). "Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının Araştırılması: Farabi Hastanesi Örneği." *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 10(12): 1-18.
- Brill, E. L. Ve D. F. Kilts (1980). *Foundations For Nursing*, Appleton-Century-Crofts.
- Canpolat, S. (2002). Hasta Hakları ve Etik (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi/Deontoloji Ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Cılga, İ. (2004). *Bilim ve Meslek Olarak Türkiye'de Sosyal Hizmet*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu.
- Çetin, E. (2008). 1982 Anayasası'nda Sosyal Haklar ve Avrupa Sosyal Şartı'na Dair Spesifik Sorunlar (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku Ana Bilim Dalı, İstanbul: 30.
- Çinko, M. S. (2001). "Hukuki ve Tıbbi Açından Hasta Hakları." *Adalet Dergisi* Sayı:9, Erişim tarihi: 12 Haziran 2014, <http://www.yayin.adalet.gov.tr/dergi/9sayi.pdf>
- Çoruh M. (1995). "1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi." 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Ankara.24 - 28.
- Değer, Ç. (1996). "Avrupa'da Hasta Haklarının Tanıtımı Deklarasyonu." *Sağlıkta Strateji, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayınları* Ankara 11: 17-22.
- Demir, M. (2006). *Sağlık ve Tıp Hukuku Mevzuatı Uluslararası Kaynaklar*. Ankara, Turhan Kitapevi Yayınları.
- Demirhan, A. ve Ö. Elçioğlu (2003). "*Hasta Hakları-Çağdaş Tıp Etiği*." Nobel Tıp Kitabevleri.

- Deryal, Y. (2005). "Hasta Hakları ve Yeni Türk Ceza Kanunu " Erişim tarihi: 16 Ağustos 2014, <http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/makale1-3.html>.
- Dünya Sağlık Örgütü. "Constitution Of The World Health Organization." Erişim tarihi:15 Ağustos 2014, http://apps.who.int/gb/dgnp/pdf_files/constitution-en.pdf.
- Dünya Tabipler Birliği. (1981). "Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi " Erişim tarihi: 10 Ağustos 2014, <http://www.hayad.org.tr/content/view/136/27>.
- Dünya Tabipler Birliği. (1995). "Bali Bildirgesi-1995." Erişim tarihi: 29 Temmuz 2014, <http://www.haksay.org/index.php?q=node/23>.
- Elçioğlu, Ö. Ş. (1997). "Hasta Hakları Açısından Hekimlik Sırrı." *Turkiye Klinikleri J Med Ethics* 5(1): 16-19.
- Emini, M. E. (2004). "Hak Kavramı." *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 12.
- Er, Ü. (2008). *Sağlık Hukuku*, Savaş Yayınevi.
- Erdemir, A. D. Ve Ö. Elçioğlu (2000). *Tıp Etiği Işığında Hasta ve Hekim Hakları*. Ankara, Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık Aş.
- Eren, F. (2008). *Borçlar Hukuku Genel Hükümler*. İstanbul.
- Ersoy, N. (1991). "Cerrahi Tedavide Hastanın Aydınlatılması ve Aydınlatılmış Onamının Alınması İle İlgili Etik Sorunlar." 46.
- Esatoğlu, A.E. (1997). "Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi"(Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Esatoğlu, A.E., Artukoğlu, A. (2000). "Tıbbi Dokümantasyon Tarihi Ve Tıbbi Dokümantasyon İle İlgili Meslektaşının Gelişimi." *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı*, 1(1): 13-19.

- Gilly, M. C., W. B. Stevenson, Yale, L.J. (1991). "Dynamics Of Complaint Management In The Service Organization." *Journal Of Consumer Affairs* 25(2): 295-322.
- Gökburun, İ. (2007). Türkiye’de İnsan Hakları Düşüncesinin Tarihsel Gelişimi Ve İlköğretim Ders Kitaplarına Yansıması (Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyon.
- Gözler, K. (2008). *Hukuka Giriş*. Bursa, Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Güler, M. (2001). *Hekimler Ve Tabip Odası Yöneticileri İçin Mevzuat*, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi.
- Gürlek, Ö., Kanber, N.A., Çiçek, H. (2011). Bir Devlet Hastanesinde Hasta Hakları Birimine Yapılan Başvuruların Değerlendirmesi. III. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi, Ankara.
- Hakeri, H. (2006). "Hasta Hakları Bakımından Yeni Türk Ceza Kanunu." *Sağlık Hakkı Dergisi 1. Hasta Hakları Ulusal Sempozyumu* 35-38.
- Hakeri, H. (2007). "Hasta Hakları Kanun Taslağı." *Sağlık Hakkı Özel Sayı. Hasta Hakları. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu 3*: 51.
- Hakeri, H. (2007). *Tıp Hukuku*. Ankara, Seçkin Yayınevi.
- Hasta Hakları Uygulama Yönergesi (2005). Resmi Gazete. 26.04. 2005, Sayı.
- Hatun, Ş. (1996). "Ülkemizde Hasta Hakları." *Hekim Forumu, İstanbul Tabip Odası*: 22-23.
- Hatun, Ş. (1999). *Hasta Hakları, İletişim*.
- Hill, J.M. (2013) "Sağlıkta Akreditasyon: ISQua Vizyonu". *IV. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Konuşma Metinleri Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü*, Ankara.

ISQua (International Society For Quality In Health Care), (2007) "International Principles For Healthcare Standards, A Framework Of Requirements For Standards" The International Society For Quality In Health Care – December 2007 3rd Floor, Ireland. Erişim tarihi: 06 Eylül 2014, <http://www.isqua.org/accreditation/updates>.

İlimoğlu, K. (2006). Avrupa Birliği'nde İnsan Hakları ve Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi Karşısında Konumu (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara: 4.

İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi,(1996)."Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Onurunun Korunması Sözleşmesi" Strasbourg Kasım 1996 - Ovideo 4 Nisan 1997. Erişim tarihi: 10 Ağustos 2014 <http://www.hastahaklari.org/biotip1.html>

JCAHO (Joint Commission Accreditation On Health Organizations), (2009). Erişim tarihi: 30 Eylül 2014, www.jcaho.org.

JCI (Joint Commission International), (2008). Accreditation Standards For Hospitals. 3rd Edition.

Kaçar, H. (2008). "Hastanede Yatan Hastaların Hasta Hakları Konusunda Bilgi Düzeyi(Yüksek Lisans Tezi).Afyon Kocatepe Üniversitesi/Sağlık Bilimler Enstitüsü,Afyon.": 65.

Kapani, M. (1996). *İnsan Haklarının Uluslararası Boyutlar*. Ankara, Bilgi Yayınevi.

Kapani, M. (2013). *Kamu Hürriyetleri*. Ankara, Yetkin Yayınları.

Karahan, A. And M. Lamba (2009). Toplam Kalite Yönetimi Çalışmalarının Hasta Memnuniyetsizliğine Etkileri: Hasta Hakları Örneği. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi, Antalya, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı.

Kıdak, L. B. ve P. Keskinoglu (2008). "İzmir İlindeki Devlet Hastanelerine Hasta Hakları Başvurularının Değerlendirilmesi." *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi* 18(3): 140-146.

Kuçuradi, İ. (2007). *İnsan Hakları Kavramları ve Sorunları*, Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları.

- Leenen, H., S. Gevers, Pinet, G. (1993). "The Rights Of Patients In Europe." *Who, Regional*.
- Mangan, S. (2006). Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Hakları Uygulamalarının Sosyolojik Açıdan İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Montagu, D. (2003). "Accreditation And Other External Quality Assessment Systems For Healthcare", Review Of Experience And Lessons Learned, May 2003, Health Systems Resource Centre, London, E-Mail: Enquiries@Healthsystemsrg.Org.
- Mumcu, A. ve E. Küzeci (1994). *İnsan Hakları Kamu Özgürlükleri*, Savaş Yayınları.
- Münci, K. (1995). *Politika Bilimine Giriş*. Ankara, Bilgi Yayınevi.
- Ocaktan, E., A. Yıldız, Özdemir, O. (2004). "Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Çalışan Sağlık Personelinin Hasta Hakları Konusunda Bilgi Ve Tutumları." *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 57(3): 129-137.
- Oğuz, N. Y. (1997). "Hasta Hakları Alanındaki Gelişmeler ve Değişen Değerler." *Türkiye Klinikleri Journal Of Medical Ethics-Law And History* 5(2): 50-55.
- Onaran, B. (2004). "Hasta Hakları." *Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 1(2): 273-323.
- Önal, G. (2009) Hekim Hakları, Komplikasyon, Malpraktis Sempozyumu, 07 Mart 2009, İstanbul, S. 85.
- Önal, G. Ve M. Civaner (2005). "Hasta Hakları Uygulama Yönergesi: Türkiye'de Hasta Haklarının Yaşama Geçirilmesi İçin Bir Adım." *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi* 13(3): 203-208.
- Öncel, Ö. Ve Ş. Aksoy (2003). *Çağdaş Tıp Etiği*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
- Öz, S. (2007). İnsan Hakları Düzenlemelerinin Türk Kamu Yönetimine Etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.

- Özcan, B. Ve Özel, Ç. (2008). "Kişilik Hakları-Hasta Hakları Bağlamında Tıbbi Müdahale Dolayısıyla Çıkan Hukuki İlişkide Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü Ve Aydınlatılmış Rızaya İlişkin Bazı Değerlendirmeler." *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 10(1).
- Özcan, C. (2010). Bir Devlet Hastanesi Örneğinde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
- Özer, A. Ve O. Günay (2007). "Kayseri İl Merkezinde Çalışan Hekimlerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeyleri." *Erciyes Tıp Dergisi* 29(1): 56-63.
- Özlu, T. (2003). "*Hekiminizi Nasıl Alırdınız?*". İstanbul, Kaknüs Yayınları.
- Özlu, T. (2005). *Hasta Hakları: Kuramsal Metinler, Felsefi Arka Plan Ve Örnek Olgularla "Hakkınız Var Çünkü Hastasınız"*, Timaş Yayınları.
- Özlu, T. "Hasta Hakları." Erişim tarihi: 16 Temmuz 2014, www.toraks.org.tr/uploadfiles/2152011144754-hastahaklari.pdf.
- Öztürk, B. Ve R. M. Erdem (2006). *Uygulamalı Ceza Muhakemesi Hukuku, Yeni CMK'ya Göre Yenilenmiş*. Ankara.
- Patient's Right Forum. (2011). "Patient's Right In The European Union." Erişim tarihi: 11 Haziran 2014, http://www.eu-patient.eu/documents/projects/valueplus/patients_rights.pdf.
- Pazarcı, A. A. (2007). Hasta Hakları ve İdarenin Sağlık Hizmetlerinden Doğan Sorumluluğu (Yüksek Lisans Tezi). Kırıkkale Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale.
- Polat, O. (2005). "Tıbbi Uygulama Hataları." *Klinik-Sosyal-Hukusal-Etik Boyutları*. I. Baskı 6.
- Powers, T. L. Ve D. Bendall-Lyon (2002). "Using Complaint Behavior To Improve Quality Through The Structure And Process Of Service Delivery." *Journal Of Consumer Satisfaction Dissatisfaction And Complaining Behavior* 15: 13-21.

Pratisyen Hekimlik Derneği (2008). "Sağlık Ocağı Nedir?" *İstanbul Tabip Odası Hekim Forumu Dergisi* 176: 32-35.

Sağlık Bakanlığı. (1928). "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (Nisan 1928)." Erişim tarihi: 16 Haziran 2014, http://www.saglik.gov.tr/tr/belge/1-460/sayisi1219-rg_tarihi04041928--rg-sayisi863-tababet-ve-.html.

Sağlık Bakanlığı. (1960). "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi Dair Kanun(Ocak 1960)." Erişim tarihi:13 Haziran 2014, <http://www.hastahaklari.org/tibdeoniz1.htm>.

Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği (1998). "Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420."

Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge (2003) "15.10.2003 tarih ve 19499 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe giren "Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge" Erişim Tarihi: 22 Temmuz 2014\ http://www.muqlasm.gov.tr:4815/dokumanarsivi/Yonerge/3.sayfa/YG_15.10.2003_1.pdf

Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Rehberi, (2009). Erişim tarihi: 05 Eylül 2014, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_mart_2011/ek122082013.pdf.

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (2014). Erişim tarihi: 16 Eylül 2014, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=469>.

Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği. (2014). "Hasta Hakları Yönetmenliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (8 Mayıs 2014)." Erişim tarihi: 12 Ağustos 2014, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140508-3.html>.

Sağlık Bakanlığı (2014). "Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları İstatistikleri Erişim tarihi: 17 Eylül 2014, <http://saglik.gov.tr/hastahaklari/belge/1-29814/istatistik.html>.

Saraçoğlu, G. V. (2007). "Aile Hekimliği Sağlıklı Olma Hakkı ve Hasta Hakları Anlayışına Ne Denli Hürmetkar?" *Türk Tabipleri Birliği Yayınları*, Ankara: 133.

- Sert, G. (2004). *Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Açısından Hasta Hakları*, Babil Yayınları.
- Sütlaş, M. (2000). *Hasta ve Hasta Yakını Hakları*. İstanbul, Çivi Yazıları.
- Süzek, H. (2006). "2002-2003 Eğitim Öğretim Yılında Muğla Sağlık Yüksekokulunda Okuyan Öğrencilerinin Hasta Hakları Konusunda Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi." *International Journal Of Human Sciences 1(1)*.
- Şahin, Y. (2005). "Hasta Hakları." *Sızıntı Dergisi 315.Sayı*.
- Şeremet, F. (2013). Kamu Hastanelerinde Hasta Hakları Birim Çalışanlarının Sorunları, Birime Gelen Şikayetler ve Hasta Memnuniyeti (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi/ Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Tanör, B. (1994). *Türkiye'nin İnsan Hakları Sorunu*, Bds Yayınları.
- Tanyeli, N. (1999). Basında Yer Alan Sağlık Haberlerinin Etik İlkeler Açısından Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi).Çukurova Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Deontolojisi Anabilim Dalı,Adana: 9-14.
- Teke, A., M. Uçar, Demir, C., Özay, Ç., Karaalp, T. (2007). "Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi." *Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni 6(4)*: 259-266.
- Tengilimoğlu, D., (2001). *Sağlık Kuruluşlarında Halkla İlişkiler*. Ankara, Gazi Kitabevi.
- Tezcan, D., M. R. Erdem, Sancaktar, O., Önok, R. M. (2011). *İnsan Hakları El Kitabı*. Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- Toprak, D. K. Ve B. Şahin (2012)"Sağlık Bakanlığı Hastanelerine Yapılan Hasta Şikayetlerinin Değerlendirilmesi." *Performans Ve Kalite 3. Sayı*: 1.
- Tütüncü, Ö., Yağcı, K., Küçükusta, D. (2006) "Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi" *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Cilt 8, Sayı:4*.

- Uludağ, A. (2011). "Hastane Hasta Hakları Kurullarının İletişim Sorunu İçerikli Başvurulara Bakışı: Konya Hastaneleri Örneği." *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 31(3): 653-663.
- Uzak, A. Ve M. Altuntaş (2007). "İnsan Hakları Nedir?:Temel Bilgiler Ve Türkiye’de İnsan Hakları Alanında Yaşanan Gelişmeler." *Başbakanlık İnsan Hakları Başkanlığı/Ankara.*
- Yanardağ, U. (2013). Hasta Hakları Alanındaki Kavram Sorunları Ve Uygulamaya Yansımaları: İstanbul İli Örneği (Yüksek Lisans Tezi).Maltepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü İnsan Hakları Anabilim Dalı İnsan Hakları Programı ,İstanbul.
- Yıldırım, A. (2009). Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartlarının Hasta Hakları Yönünden İncelenmesi(Yüksek Lisans Tezi). Kadir Has Üniversitesi /Sosyal Bilimler Enstitüsü,İstanbul: 9.
- Yıldırım, R. G. (1998). "Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi ve Özel Bir Hastanede İnceleme (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Anadolu Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Zengin, A., A. E. Erbaycu, Mertoğlu, A., Çetinalp, H., Yazıcı, E., (2013). "Türkiye’de Hasta Hakları Uygulaması: Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi’nin Beş Yıllık Deneyimi." *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi Cilt:27(2).*

EKLER

- 1. Ek-A:** Etik Kurul İzni 128
- 2. Ek-B:** Dekanlık ve Hastane Baştabipliği İzini..... 130

Ek-A: Etik Kurul İzin Belgesi

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞI
ANKARA

EĞT.ÖĞT. : 50687469-1491 -2663 - 13/1648.4- 2824

25 Aralık 2013

KONU : GATA Etik Kurulu Kararı.

Sağ. Kd. Üçvş. Serdar İŞERİ'ye

GATA Etik Kurulu'nun 16 Aralık 2013 günü yapılan 29'uncu oturumunda, GATA Ortopedi ve Travmatoloji AD'da görevli Sağ. Kd. Üçvş. Serdar İŞERİ'nin sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Hakları Birimine Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi" başlıklı, tek merkezli, tanımlayıcı, retrospektif çalışma olan araştırma dosyası ile ilgili GATA Etik Kurulu'nun kararı EK-A'dadır.

Rica ederim.

Mustafa BAŞBOZKURT
Profesör Tabip Tuğgeneral
GATA Komutan Bilimsel Yardımcısı,
Askeri Tıp Fakültesi Dekanı ve
Eğitim Hastanesi Baştabibi

EKİ _____ :
EK-A (1 Adet Etik Kurul Raporu)

HİZMETE ÖZEL
Bağlantı Noktası : Svl.Me.N.ARAY (Tel : 2298)

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 29
OTURUM TARİHİ : 16 Aralık 2013
OTURUM BAŞKANI : Prof.Dış Tbp.Alb.Yaşar Meriç TUNCA
OTURUM SEKRETERİ : Doç.Tbp.Alb.Muharrem UÇAR

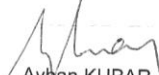
GATA Etik Kurulu'nun 16 Aralık 2013 günü yapılan 29'uncu oturumunda, GATA Ortopedi ve Travmatoloji AD'da görevli Sağ. Kd. Üçvş. Serdar İŞERİ'nin sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Hakları Birimine Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi" başlıklı, tek merkezli, tanımlayıcı, retrospektif çalışma olan araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

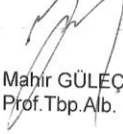
BAŞKAN


Y. Meriç TUNCA
Prof.Dış Tbp.Alb.


ÜYE


Ayhan KUBAR
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE


Mahir GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE


Cengiz BAŞOĞLU
Prof.Tbp.Alb.


ÜYE

TOPLANTIYA KATILMADI
Cemil YILDIZ
Prof.Tbp.Alb.

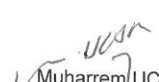
ÜYE


Semih GÖRGÜLÜ
Prof.Tbp.Alb.

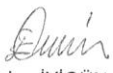
ÜYE


Ergun TOZKOPARAN
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE


Muharrem UÇAR
Doç.Tbp.Alb.


ÜYE


Emine İYİGÜN
Doç.Dr.Hv.Sağ.Alb.

ÜYE


Harun TUĞCU
Doç.Tbp.Alb.

ÜYE


Cengiz Han AÇIKEL
Doç.Tbp.Alb.

Ek-B: Hastane Dekanlığı ve Baştabiplik İzin Belgesi

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ASKERİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI VE EĞİTİM HASTANESİ BAŞTABİPLİĞİ
ANKARA

DEK.BŞTBP.YRDC.:50687469-0800-436-13/1526-717

27 Kasım 2013

KONU : Sağ.Kd.Üçvş. Serdar İŞERİ.

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ AD. BAŞKANLIĞINA

İLGİ: Ort. ve Travm. AD.Bşk.lığının 22 Kasım 2013 tarihli, ORT. VE TRAVM.:50687469-1210-1277-13/1572-1277 sayılı "Sağ.Kd.Üçvş. Serdar İŞERİ" konulu yazısı.

Ortopedi ve Travmatoloji AD.Bşk.lığının da görevli Sağ.Kd.Üçvş. Serdar İŞERİ (2002-72)'nin dilekçesi ilgi yazıyla alınmış olup, yüksek lisans tezi olan "Hasta Hakları Birimine Yapılan Başvuruların Değerlendirmesi" başlıklı çalışmasını yürütmesinde sakınca yoktur.

Rica ederim.

DEKAN VE BAŞTABİP EMRİYLE


Bülent A. BEŞİRBELLİOĞLU
Profesör Tabip Albay
GATF Dek.Bştbp.Yrdc.

ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ AD.
BAŞKANLIĞI
GİRİŞ TARİHİ : 27.11.13
1618
YAPILACAK İŞLEM

HİZMETE ÖZEL

Bağlantı Noktası: Per Astsb.Sağ.Kd.Bçvş.Fatih FAKILI(529-2905)

HİZMETE ÖZEL

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Serdar İŞERİ

Uyruğu: T.C

Doğum Yeri ve Tarihi: Tokat/ Turhal 1983

Medeni Hali: Evli

Adres: Emrah Mah. Basın Cad. Numan Apt.83/28 Basınevleri Keçiören-ANKARA

E-Posta Adresi: serdariseri83@ hotmail.com

İletişim (Telefon) : 0533 734 23 58

EĞİTİM

Lise: GATA Sağlık Astsubay Okulu (2002)

Lisans: Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Bölümü (2010)

Yüksek Lisans: Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bölümü (2014)

MESLEKİ DENEYİM

2002 yılında GATA Sağlık Astsubay Okulu(ANKARA)'ndan mezun olmayı müteakip, 2002-2003 yıllarında GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi(İSTANBUL)'nde ve 2003-2010 yılları arasında Genelkurmay Özel

Kuvvetler Komutanlığı(ANKARA)'nda Özel Kuvvet Tim Sağlık Uzmanı olarak görev yapmıştır. 2010 yılı itibariyle halen GATA Eğitim ve Araştırma Hastanesi(ANKARA)'nde Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı Başkanlığında Protez-Ortez Teknisyeni olarak görevini yapmaktadır.

2002 yılında Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı Kursunu, 2011 yılında Protez-Ortez Teknisyeniği Astsubay Kursunu, 2014 yılında Sağlık Bakanlığı İlk Yardım Eğitimliği Kurslarını bitirmiştir.

YABANCI DİL

İngilizce