



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ
TIP TARİHİ VE ETİK
ANABİLİM DALI



HASTA HAKLARI İLE ÇALIŞAN HAKLARI İÇERİSİNDE HEKİM
HAKLARININ BİRBİRİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİNİN
TIP ETİĞİ AÇISINDAN ANALİZİ: HEKİM GÖRÜŞLERİ

NURAY GÖRÜR TUNCEL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BURSA-2019





T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI



**HASTA HAKLARI İLE ÇALIŞAN HAKLARI İÇERİSİNDE HEKİM
HAKLARININ BİRBİRİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİNİN
TIP ETİĞİ AÇISINDAN ANALİZİ: HEKİM GÖRÜŞLERİ**

NURAY GÖRÜR TUNCEL

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

DANIŞMAN:

Doç.Dr. Elif ATICI

BURSA-2019

T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Hasta Hakları ile Çalışan Hakları İçerisinde Hekim Haklarının Birbirini Etkileyen Faktörlerinin Tıp Etiği Açısından Analizi: Hekim Görüşleri” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

Adı Soyadı

Nuray GÖRÜR TUNCEL

Tarih ve İmza

02.12.2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nuray GÖRÜR TUNCEL tarafından hazırlanan Hasta Hakları ile Çalışan Hakları İçerisinde Hekim Haklarının Birbirini Etkileyen Faktörlerinin Tıp Etiği Açısından Analizi: Hekim Görüşleri konulu Yüksek Lisans tezi 19/12/2019 günü, 13:00-15:00 saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında jüri tarafından oy birliği ile kabul edilmiştir.

Adı-Soyadı

İmza

Tez Danışmanı

Doç.Dr. Elif ATICI

Üye

Prof.Dr. Ayşegül
ERDEMİR DEMİRHAN

Üye

Prof.Dr. M.Murat
CİVANER

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun 22.12.2019 tarih ve 2019/25 sayılı toplantısında alınan 01-9 numaralı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Gülşah ÇEÇENER

Enstitü Müdürü

TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

02/12/2019

Adı Soyadı: Nuray GÖRÜR TUNCEL

Anabilim Dalı: Tıp Tarihi ve Etik

Tez Konusu: Sağlık hizmeti sunum süreci içerisinde tıbbi değerlendirme ve uygulamaları sırasında hasta hakları parametrelerinden kaynaklanan, çalışan haklarına ve çalışan sağlığına yansıyan sorunlar

<u>ÖZELLİKLER</u>	<u>UYGUNDUR</u>	<u>UYGUN DEĞİLDİR</u>	<u>AÇIKLAMA</u>
Tezin Boyutları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dış Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İç Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kabul Onay Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Düzeni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İçindekiler Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yazı Karakteri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Satır Aralıkları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Başlıklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Numaraları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eklerin Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabloların Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaynaklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı:
Doç. Dr. Elif ATICI

İmza:



İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	II
KABUL ONAY	III
TEZ KONTROL BEYAN FORMU	IV
İÇİNDEKİLER	V
TÜRKÇE ÖZET	IX
İNGİLİZCE ÖZET	X
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2.1. Temel Kavramların Açıklanması	8
2.1.1. Hak Kavramı	8
2.1.1.1. İnsan Hakları.....	9
2.1.1.2. Yaşama Hakkı	11
2.1.1.3. Sağlık Hakkı	12
2.1.1.4. Hasta Hakları	14
2.1.1.5. Hekim Hakları.....	15
2.1.2. Sağlık Hizmeti Sunumu	17
2.1.2.1. Sağlık Hizmeti Sunum Sürecinin Tanımı	17
2.1.2.2. Sağlık Hizmeti Sunum Sürecinin Sınıflandırılması	17
2.1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Önemi ve Amacı.....	18
2.1.2.4. Sağlık Hizmeti Sunum Sürecinin Hak Kavramı ile İlişkisi.....	19
2.1.3. Sağlık Profesyonellerinin Yükümlülükleri	19
2.1.3.1. Hekimin Yükümlülükleri	19
2.2. Hasta Hakları	21
2.2.1. Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi	21
2.2.1.1. Dünyada Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi.....	22
2.2.1.1.1. Hasta Hakları ile İlgili Uluslararası Düzenlemeler	24
2.2.1.2. Türkiye’de Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi	26
2.2.1.2.1. Türkiye’de Hasta Hakları ile İlgili Etik Düzenlemeler	27
2.2.1.2.1.1. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları	27
2.2.1.2.1.2. Türk Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi	28
2.2.1.2.2. Türkiye’de Hasta Hakları ile İlgili Başlıca Yasal Mevzuatlar	29
2.2.1.2.2.1. Hasta Hakları Yönetmeliği.....	30
2.2.1.2.2.2. Hasta Hakları Uygulama Yönergesi.....	31
2.2.2. Hasta Hakları Uygulamalarının Önemi ve Amacı.....	32
2.2.3. Hasta Hakları Uygulamalarında Etkinliğinin Sağlanması	33
2.2.3.1. Hasta Hakları Uygulamalarının Etkinliğini Önleyen Hasta Hakları ile İlgili Sorunlar	36
2.2.3.1.1. Sağlık Hizmeti Sunum Sürecinde Karşılaşılan Hasta Hakları İhlalleri, Nedenleri ve Sınıflandırılması.....	36
2.2.3.1.1.1. Hastaya Bağlı Nedenler	37
2.2.3.1.1.2. Sağlık Hizmeti Sunan Kurum ve Personeline Bağlı Nedenler	37

2.2.3.1.1.3. Sağlık Sistemi Finansman Yöntemine Bağlı Sebepler	38
2.2.3.1.2. Hasta Güvenliğinin Sağlanması.....	39
2.2.3.1.2.1. Hasta Güvenliği Kavramı.....	39
2.2.3.1.2.2. Tıbbi Uygulama Hataları (Tıbbi Malpraktis)	40
2.2.4. Hasta Hakları Uygulamaları ile Hekim-Hasta İlişkisi.....	40
2.2.5. Hasta Hakları Uygulamaları ile Sağlık Hizmeti Sunumu Süreci İlişkisi..	41
2.3. Türkiye’de Hasta Hakları Uygulamaları.....	42
2.3.1. Hasta Hakları Yönetmeliği’nin Parametreleri.....	42
2.3.1.1. Amaç, Kapsam, Dayanak, Tanımlar ve İlkeler	42
2.3.1.2. Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	43
2.3.1.3. Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı.....	43
2.3.1.4. Hasta Haklarının Korunması	43
2.3.1.5. Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası	43
2.3.1.6. Tıbbi Araştırmalar	43
2.3.1.7. Diğer Haklar	43
2.3.1.8. Sorumluluk ve Hukuki Korunma Yolları.....	44
2.3.1.9. Son Hükümler	44
2.3.2. Hekim Hakları ile İlişkilendirilen Hasta Hakları Yönetmeliği’nin Parametreleri.....	44
2.3.2.1. Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	44
2.3.2.1.1. Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma	45
2.3.2.1.2. Bilgi İsteme	45
2.3.2.1.3. Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme	46
2.3.2.1.4. Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım	48
2.3.2.1.5. Tıbbi Özen Gösterilmesi.....	49
2.3.2.1.5.1. Genel Olarak (Subjektif) Özen Yükümlülüğü	49
2.3.2.1.5.2. Tıbbi Standardı Sağlama (Objektif) Özen Yükümlülüğü.....	50
2.3.2.2. Sağlık Durumu ile İlgili Bilgi Alma Hakkı	51
2.3.2.2.1. Bilgilendirmenin Kapsamı.....	51
2.3.2.2.2. Bilgi Vermenin Usulü.....	52
2.3.2.3. Hasta Haklarının Korunması	53
2.3.2.3.1. Mahremiyete Saygı Gösterilmesi.....	53
2.3.2.4. Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası	55
2.3.2.4.1. Hastanın Rızası ve İzin	55
2.4. Hekim Hakları.....	57
2.5. Hasta ve Hekim Haklarının Etik Açısından Değerlendirilmesi	65
2.5.1. Hasta ve Hekim Haklarına Yönelik Etik İlkeler.....	66
2.5.1.1. Yararlılık.....	67
2.5.1.2. Zarar Vermeme	67
2.5.1.3. Özerklik.....	68
2.5.1.4. Adalet	68
2.6. Hasta Hakları ile Hekim Haklarının Birbirini Etkileyen Faktörleri / Hasta Hakları Karşısında Hekim Hakları.....	69
2.6.1. Hasta Hakları ve Hekim Hakları Arasında Sınır Problemleri	69
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	71
3.1. Araştırma Evreni ve Örneklemi	71
3.2. Veri Toplama Aracı	73
3.3. Verilerin Analizi	75

3.4. Zamanlama	75
3.5. İzin ve Onaylar	75
4. BULGULAR	77
4.1. Tanımlayıcı ve Sürekli Değişkenlerin Veri Analizi.....	77
4.2. Hasta Hakları Parametrelerine ve Hekim Haklarına İlişkin Veri Analizi..	79
4.2.1. Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	79
4.2.1.1. Adalet ve Hakkaniyetten Uygun Olarak Faydalanma	79
4.2.1.2. Bilgi İsteme (Kurumsal Düzeyde).....	83
4.2.1.3. Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme (Kurumsal Düzeyde)	86
4.2.1.4. Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım	89
4.2.1.5.1. Genel Olarak (Sübjektif) Özen Yükümlülüğü	93
4.2.1.5.2. Tıbbi Standardı Sağlama (Objektif Özen) Yükümlülüğü.....	96
4.2.2. Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı.....	102
4.2.2.1. Bilgilendirmenin Kapsamı	102
4.2.2.2. Bilgi Vermenin Usulü.....	105
4.2.3. Hasta Haklarının Korunması.....	109
4.2.3.1. Mahremiyete Saygı Gösterilmesi.....	110
4.2.4. Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası	113
4.2.4.1. Hastanın Rızası ve İzin	113
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	117
5.1. Genel Çerçeve	117
5.1.1. Tıbbi Değerlendirme Süresi	120
5.1.2. Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	124
5.1.2.1. Adalet ve Hakkaniyetten Uygun Olarak Faydalanma	124
5.1.2.2. Bilgi İsteme (Kurumsal Düzeyde).....	132
5.1.2.3. Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme (Kurumsal Düzeyde)	141
5.1.2.4. Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım	145
5.1.2.5. Tıbbi Özen Gösterilmesi	148
5.1.2.5.1. Genel Olarak (Sübjektif) Özen Yükümlülüğü	148
5.1.2.5.2. Tıbbi Standardı Sağlama (Objektif Özen) Yükümlülüğü.....	155
5.1.3. Sağlık Durumu ile İlgili Bilgi Alma Hakkı	160
5.1.3.1. Bilgilendirmenin Kapsamı	160
5.1.3.2. Bilgi Vermenin Usulü.....	163
5.1.4. Hasta Haklarının Korunması.....	166
5.1.4.1. Mahremiyete Saygı Gösterilmesi.....	166
5.1.5. Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası	168
5.1.5.1. Hastanın Rızası ve İzin	168
5.1.6. Gözlenen Hekim Hakkı İhlallerinin Değerlendirilmesi.....	171
5.1.6.1. Hekimin Hastasına Yeterli Zamanı Ayırma Hakkı.....	171
5.1.6.2. Hekimin Hasta İle İlgili Gerekli ve Yeterli Bilgiyi Alma ve Muayene Etme Hakkı.....	172
5.1.6.3. Hekimin Hastasının En İyi Yararına Uygun Tedaviyi Belirleme ve Uygulama Hakkı	173
5.1.6.4. Hekimin Nitelikli Bir Eğitim Görme Ve Yaşam Boyu Öğrenme İçin Bilimsel Gelişmeleri Takip Etme Hakkı	174
5.1.6.5. Hekimin Çağdaş Bilimsel Tıp Olanaklarından Yararlanma ve Uygulama Hakkı	175

5.1.6.6. Kaliteli Hizmet Sunumu İçin Hekime Gerekli Kaynak ve Destek Sağlanması Hakkı	176
5.1.6.7. Hekimin Etik İlkelerle Bağlı Kalarak Mesleğini Uygulama Hakkı.....	177
5.1.6.8. Hekimin Klinik Kararlarında Özerkliğinin Korunması Hakkı	178
5.1.6.9. Hekimin Klinik Kararlarına Güvenilme Hakkı.....	179
5.1.6.10. Hekimin Danışma/Konsültasyon İsteme Hakkı	180
5.1.6.11. Hekimin Saygılı Davranılma ve Onurunu Koruma Hakkı.....	182
5.1.6.12. Hekimin Baskı Altında Kalmaksızın Mesleğini Doğru ve Etkin Uygulama Hakkı	183
5.1.6.13. Hekimin Sağlığını Koruma Mesleki Risklerden Korunma Hakkı	184
5.1.6.14. Hekimin Hastası için Kendi Yaşamını ve Güvenliğini Tehlikeye Atmama Hakkı	186
5.1.7. Gözlenen Hekim Hakkı İhlallerinin Genel Değerlendirilmesi.....	188
5.2. Sonuç	190
5.2.1. Araştırma Hipotezlerin Değerlendirilmesi	192
5.2.2. Öneriler	199
6. KAYNAKLAR	201
7. SİMGELER VE KISALTMALAR	220
8. EKLER.....	222
9. TEŞEKKÜR	233
10. ÖZGEÇMİŞ.....	234

TÜRKÇE ÖZET

Giriş: Sağlık hizmeti sunum sürecinde tıbbi değerlendirme/uygulamalar sırasında hasta hakları parametreleri uygulanırken karşılaşılan sorunlar nedeniyle hasta-hekim ilişkisinin nasıl şekillenerek gündeme geldiği, bu süreçte yaşanan paradokslar ve sonrasında oluşan etik sorunlar karşısındaki davranış modellerinin oluşturduğu hasta ve hekim hakkı ihlallerinin sebep-sonuç ilişkileri incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, 175 akademisyen hekimin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Veriler, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin (2019) hekimin hizmet sunma yükümlülükleri ve hekim hakları ile ilgili olduğu görülen parametreleri temel alınarak hazırlanan anket formuyla toplanmıştır.

Bulgular: Hasta hakları uygulamalarının hekimin hizmet sunma yükümlülükleriyle etkileşerek hasta hakkı ve hekim hakkı ihlallerine neden olduğu, hekimlerin konu üzerindeki farkındalıklarının yeterli düzeyde olmadığı görülmüştür. Hekim hakkı ve hasta hakkı ihlallerini ortaya çıkaran olumsuzlukların öncelikle makro boyutta olduğu, mevcut uygulamalardaki olumsuzlukların hasta-hekim ilişkisinin sağlıklı sürdürülerek güvensiz ortam oluşmasına, şiddet ve benzeri eğilimleri, hatalı tıbbi değerlendirme ve uygulamalarını ortaya çıkardığı görülmüştür. Bu bağlamda hekim haklarının yeteri kadar korunmadığı, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin kurumsal yönetim süreçleri içerisinde etkin ve doğru noktada uygulanamıyor olduğu görülmüştür.

Tartışma ve Sonuç: Kurumsal yönetim planlamalarının Hasta Hakları Yönetmeliği'nin gerekliliklerine uygun yapılandırılması ve hekim haklarının korunarak sınırlarının belirlenmesi hasta-hekim ilişkisinin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesini, hasta ve hekim için ortaya çıkan ajitasyonu ortadan kaldırarak stressiz ve hızlı iş akış süreçlerinin sağlanmasını, güvenli bir ortam oluşturarak şiddeti ve hatalı tıbbi değerlendirme ve uygulamaları azaltacaktır. Hekimlerin ihtiyaçları halinde yardım alabilecekleri bir birimin olması, birimde hasta haklarıyla ilgili bilgi düzeylerini değerlendirebilecek ve gerekli eğitimlerini sağlayabilecek nitelikte tıp etiği uzmanlarının varlığının kurumsal yönetim planlamaları içerisinde yer alması oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Hak, Sağlık Hakkı, Hasta Hakları, Reel Hasta Hakları Uygulamaları, Hekim Hakları, Hasta-Hekim İlişkisi, Tıp Etiği, Etik İlkeler.

İNGİLİZCE ÖZET

Medical Ethics Analysis of Factors Affecting the Rights of Physicians in Patients' Rights and Employee Rights: Physician Opinions

Introduction: In the process of health service delivery, how the patient-physician relationship was brought to the agenda due to the problems encountered while applying patient rights parameters during medical evaluation/practices, and the cause-effect relationships of patient and physician rights violations created by the paradoxes experienced during this process and the ethical problems that occurred after this process were examined.

Material and Methods: 175 academician physicians participated in the study. The data were collected with a questionnaire prepared based on the parameters of the Patient Rights Regulation (2019) related to the physician's obligation to provide services and physician rights.

Results: It has been observed that patient's rights practices interfere with the physician's obligation to provide services and cause a violation of the patient's right and physician's right, and the awareness of physicians on the subject is not sufficient. It was seen that the negativities that reveal the violations physician's and patient's rights are primarily in the macro dimension, and the negativities in the existing practices reveal the unsafe environment in the patient-physician relationship and cause violence and similar tendencies, and malpractice. In this context, it has been observed that the rights of the physician are not adequately protected and that the Patient Rights Regulation cannot be applied effectively and at the right point within the corporate governance processes.

Discussion and Conclusion: Structuring corporate governance plans in line with the requirements of Patient Rights Regulation and defining the limits by protecting physicians' rights will prevent the continuation of the patient-physician relationship in a healthy way, eliminate the agitation that arises for the patient and the physician, ensure stress-free and rapid workflow processes, prevent violence by creating a safe environment, and reduce malpractice. It is very important that there is a unit where physicians can get help in case of need, and that the presence of medical ethics specialists in the unit that can evaluate the level of knowledge about patient rights and provide the necessary training is included in corporate management planning.

Key words: Rights, Right to Health, Patient Rights, Reel Patient Rights Application, Physician Rights, Patient-physician Relationship, Medical Ethics, Ethical Principles.

1. GİRİŞ

En geniş anlamda bir şey yapmaya, bir şey talep etmeye ya da bir şeye sahip olmaya ilişkin savlar olarak tanımlanabilen hak (Oğuz ve ark., 2005); hukuk düzeni tarafından kişiye sağlanan, korunan ve kullanımı kişinin iradesine bırakılan bir kazanımdır (Erdemir ve Elçioğlu, 2000). En temel insan hakkı olan yaşam hakkının korunabilmesinde bireyin sağlığı ile ilgili olanakların sağlanması ihtiyacı üzerine sağlık hakkı, yaşam hakkının gerçekleşmesinin bir gereği olarak kabul edilmiştir. Sağlık hakkı; *“Kişinin toplumdan, devletten sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi ve toplumun sağladığı olanaklardan faydalanabilmesi”* şeklinde tanımlanmaktadır (Erdemir ve Elçioğlu, 2000). İnsan haklarının devamı olarak ve sağlık hizmetlerinde uygulanış biçimi olarak ifade edilen hasta haklarının kaynağını uluslararası insan hakları ve sözleşmeleri oluşturmaktadır. Hasta hakları, bireyin hasta olması durumunda karşılanması gereken ana gereksinimleri içerir (Özlu, 2005). T.C. Sağlık Bakanlığı, 1998 yılında Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) ile hasta haklarını; *“Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip oldukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası anlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan hakları”* olarak tanımlanmıştır (HHY, 2019).

Sağlık hizmetleri sunum sürecinin tarafları hasta, sağlık profesyonelleri ve devlettir. Hasta hakları uygulamalarında; sorumluluk sadece sağlık profesyonellerinin olmayıp devletin sorumluluğunu da içermekte hatta toplumun tamamını ilgilendirmektedir. Sağlık hizmet sunumuna ihtiyaç duyan birey ile sağlık profesyonelleri arasındaki ilişkiyi düzenleyen kuralların oluşturulması ve uygulamaya geçirilmesi etkin hasta hakları uygulamalarının gerekliliğidir. Bu gereklilik sağlık hizmetlerinin; etkili, zamanında, adil, güvenli ve hasta merkezli uygulama modelleri ile oluşturulabilir (Atıcı, 2008). Etkin ve doğru uygulamaların sağlanmasında sorumluluk sadece sağlık profesyonellerine yüklenemez. Devletin hizmet alanların ve hizmeti sunanların haklarının korunması ve bu haklardan en

yüksek düzeyde yararlanabilmesini sağlayan etkin ve doğru sağlık hizmeti sunulabilmesi için uygulama modellerini planlama sorumluluğu vardır. Sağlık hizmeti sunum süreci içerisinde; hasta bireylerin sağlık hizmetleri sunumlarından etkin ve etkili bir şekilde yararlanabilmesi, hasta ile sağlık profesyonelleri arasındaki ilişki yönetimi, hastaların tıbbi tanı ve tedavi sürecine aktif katılımı ve devamlılığının sağlanması, hasta hakları uygulamalarına yönelik başvuru ve çözüm merkezlerinin oluşturulması, sağlık hizmet sunum süreçlerinin etkinlik ve verimlilik kriterlerinin güçlendirilmesi, hedeflerine ulaşmada hasta hakları uygulamalarının önemi büyüktür.

Sağlık profesyonelleri; meslek değerlerini koruyan, hukuka uygunluk şartlarını taşıyan, tıp etiği disiplin alanının gerekliliklerini yerine getiren hizmet sunumu ile yükümlüdür ve hasta haklarının korunması bu yükümlülükleri ile örtüşmektedir. Ancak gerek sağlık profesyonellerinin tıp etiği konusunda eğitim ve bilgi eksikliği gerekse sağlık profesyonelleri dışında kalan sistemsel sorunlardan kaynaklanan sebepler sağlık hizmetlerinin niteliksel ve niceliksel sunumu ile hizmet alanların gereksinim ve beklentilerinin karşılanabilmesi arasında çelişki oluşturmaktadır. Hasta haklarının tanımlanması bireye sunulan hakların korunmasında yeterli olamamaktadır.

Tüm sağlık profesyonellerinden beklenen etik değerlere uygun ve ekip anlayışı içerisinde çalışmalarıdır. Hasta haklarının içeriği incelendiğinde sağlık profesyonelleri içerisinde hasta haklarının korunmasında öncelikli sorumluluğun hekimlerde olduğu görülmektedir. Hasta-hekim ilişkisi içerisinde hastaların çoğunlukla korunmaya muhtaç, zayıf, pasif taraf olarak algılanması hasta haklarının tarihi gelişimine yön vermiş ve günümüzde yaşanan hasta-hekim ilişki dengesini oluşturmuştur. Teşhis, tıbbi uygulama ve tedavi, tıbbi bakım süreçlerinin en temel ögesi hasta birey ile hekim arasında optimum düzeyde sağlıklı bir ilişki kurularak hasta bireyin ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanmasıdır (Tanrıverdi ve ark., 2014). Hasta-hekim arasındaki eşitsiz ilişki biçiminin doğası gereği hasta hakları yasal mevzuatla belirlenmiş, diğer taraf olan hekimler için ise sorumluluk ve ödevleri tanımlanmıştır. Hekimlerden tıbbi özen beklenirken beraberinde hastalardan ise etkin hizmet alabilmeleri için sorumluluklarını yerine getirmeleri gerektiği ifade edilmektedir (HHY, 2019).

Hasta hakları kavramından tıp uygulamaları içerisinde sıkça söz edilmesi, gelişen duyarlılık ve yasal düzenlemeler hasta haklarının uygulamaya dönük olmasını sağlamaktadır. Ancak kaliteli hizmet sunumu için tanımlanan hasta hakları uygulamalarında ilişkinin tarafı olan hekimlerin yükümlülüklerini yerine getirme koşullarının da değerlendirilmesi gerekir. Hekimin mesleki uygulamalarını yapabilmesi, iyi hekimlik uygulamalarının gereği olarak tanımlanan hekim yükümlülüklerinin yerine getirilebilmesi için hekim hakları da hasta hakları ile birlikte değerlendirilmelidir. Hasta hakları ve hekim hakları birbirini tamamlayan haklar olup bir bütünün parçaları gibi düşünülmelidir. Hasta hakları ile hekim hakları birbirinin etkisini ortadan kaldırmaya da yönelik olmayıp, birbirinin karşıtı haklar değildir (Arda, 1998). Bahse konu hakların ortak bir amacı; “hem hekimin, hem de hastanın özgürlüğüne en geniş saygıyı göstererek erişilen en yüksek düzeyde sağlık hizmetinin sunulması” olarak ifade edilebilir (Türk Tabipleri Birliği, 2009). Bu amaçla yaklaşılmadığında hasta-hekim ilişkisinin bozulması, hasta ile hekim arasında çatışmaların oluşması ve hekimlere karşı açılan dava sayılarının artması kaçınılmazdır. Hasta-hekim ilişkisi içerisinde her iki tarafın da hakları olduğunun göz ardı edildiği görülmektedir. Hasta hakları açısından hekim haklarının belirlenmesi ve sınırlarının çizilmesi önemlidir.

Literatürde hasta haklarına yönelik birçok çalışma yer alırken ve yasal düzenlemeler ile haklar koruma altına alınırken hekim hakları kısıtlı ölçüde tartışılmakta ve sadece doktrinde belirlenen haklar ifade edilmektedir. Bu durum hekim haklarının da tıp etiği açısından var olduğunu ve tartışılması gerektiği gerçeğini gözler önüne sermektedir. Hekimlerin tıbbi uygulamalarında kendilerine tanınan haklar doğrultusunda hareket etmeleri hem hasta haklarının korunmasında hem de tıp etiğine uygun davranışlar içerisinde ortak bir anlayışa ve dile sahip olmaları açısından önemlidir. Aynı zamanda gerek hastalar gerekse toplum üyeleri hekim hakları konusunda bilinçli olmalı ve hasta-hekim ilişkisinde karşılıklı hakların varlığı kabul edilmelidir (Tanrıverdi ve ark., 2014).

Hasta hakları ile ilgili çalışmalar yapılırken paralelinde hekim hakları ile ilgili de yeni araştırmalar yapıp kurallar konulmaya başlanmış ancak mevzuat, yönetmelik, yönerge benzeri bir yasal düzenleme ile koruma altına alınarak tanımlanmamıştır. Bu doğrultuda, etkin bir biçimde hasta haklarını uygulayabilmek

için hekim haklarını dikkate alarak hasta haklarının düzenlenmesine öncelik verilmesi gerekmektedir. Hekim hakları ile ilgili bulduğumuz tek yasal düzenleme Amerika'da "American College of Emergency Physicians" tarafından acil birimlerde çalışan hekimlerin haklarını korumaya yönelik yayınlanan 2001 tarihli yönetmeliktir (ACEP, 2001). ABD'de Temsilciler Meclisi'ne 1999 tarihinde devlet sağlık sigortası kapsamında tasarı olarak sunulan Hekim Hakları Kanunu ise yasalaşmamıştır (Doctors' Bill of Rights Act, 1999). Konuyla ilgili uluslararası ve ulusal düzeyde yer alan çalışmalar ise hekim birlikleri ve uzmanlık derneklerinin görüşlerini ve belirlediği ilkeleri içermektedir.

Konuya ilişkin literatür taranarak; T.C. Sağlık Bakanlığı HHY (2019) ile literatürde tartışılan hekim hakları analiz edildiğinde yönetmeliğin ikinci bölüm başlığı olan sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı parametresi içerisinde adalet ve hakkaniyetten uygun olarak faydalanma, bilgi isteme, öncelik sırasının belirlenmesini isteme, tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım, tıbbi özen gösterilmesi maddeleri, üçüncü bölüm başlığı olan sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı parametresi içerisinde bilgilendirmenin kapsamı, bilgi vermenin usulü maddeleri, dördüncü bölüm başlığı olan hasta haklarının korunması parametresi içerisinde mahremiyete saygı gösterilmesi maddesi ve beşinci bölüm başlığı olan tıbbi müdahalede hastanın rızası parametresi içerisinde hastanın rızası ve izin maddesinin hekimin hizmet sunma yükümlülükleri ve hekim hakları ile ilgili olduğu görülmektedir.

Yasal mevzuat ile belirlenmeyen ancak literatürde tartışılan hekimin tanımlanan haklarının korunarak uygulanabilmesi, hekimin yükümlülüğü ve ödevi olan hastaya doğru ve etkin hizmet sunabilmesini sağlayacak faktörler arasındadır. Hasta bireylerin gereksinimine uygun kaliteli sağlık hizmet sunumuna erişimi için hekimin yükümlülüklerini etkili bir şekilde yerine getirebilmesi ve hekim haklarını etkin kullanımının sağlanmasının önemli olduğu görülmektedir. Hekimin ödev ve yükümlülüklerini yerine getirmemesi kadar hekim haklarının tanımlanmaması ve uygulanmaması da hasta hakları ihlallerine neden olmaktadır.

Dünyada ve ülkemizde hekim haklarının öncelikle tıp etiği açısından incelenmesine ve hukuki açıdan yasal mevzuat ile belirlenmesine yönelik çalışmalara gereksinim vardır. Ancak hasta hakları ile hekim hakları arasındaki etkileşim, hizmet

sunma yükümlülüklerinin doğru ve etkin bir şekilde yerine getirilebilmesi için hekim haklarının doğru belirlenmesine ve bunun hasta haklarını da koruyacağına dair yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışma ile amaçlanan; Türkiye’de sağlık hizmeti sunum süreci içerisinde tıbbi değerlendirme ve uygulamalar sırasında hasta hakları parametreleri uygulanırken karşılaşılan sorunlar nedeni ile hasta - hekim ilişkisinin nasıl şekillenerek gündeme geldiği, bu süreçte yaşanan paradokslar ve sonrasında oluşan etik sorunlar karşısındaki davranış modellerinin oluşturduğu hasta ve hekim hakkı ihlallerinin sebep-sonuç ilişkilerinin incelenmesidir. Sağlık profesyonelleri, hasta hakları ihlallerinin sorumlusu olarak algılanabilmekte ve karşıt taraf olarak görülebilmektedir. Bu çalışma ile sağlık profesyonelleri içerisindeki hekimlerin hasta hakları ve hekim hakları uygulamalarını değerlendirmelerine ilişkin bir çıkarım yaparak tıbbi, biyopsikososyal, hukuki, politik, ekonomik, meslek değerleri ve hekimin yükümlülükleri kapsamında hekim haklarının da korunarak HHY’nin etkin ve doğru noktada uygulanabilir bir yapıya mı sahip olduğu yoksa kurumsal yönetim süreçleri içerisinde olması gerektiği için mi uygulanıyor olduğu irdelenecektir.

Hasta hakları uygulamaları ve hekim haklarının birbirini etkileyen noktalarının neler olduğu ile hekimlerin konu üzerindeki farkındalıklarının değerlendirilerek hasta hakları ile ilgili yönetmeliğin etkin ve doğru noktada uygulanabilirliğine yönelik hekim haklarını yasal mevzuatlar çerçevesinde kurumsal yönetim süreçleri içerisinde var olan bir yapıya dönüştürülmesinin önemini vurgulamak amacıyla gerçekleştirilmesi planlanmıştır.

Çalışmamız ile hasta hakları uygulamalarının hekim hakları korunarak doğru noktada uygulanabilirliğinin hasta memnuniyetini arttıracak ve kurumsal etkinlik ve verimlilik değerlerini de yükseltebileceği düşünülmektedir. Hasta haklarının daha etkili, hizmetlerin verimli olabilmesi açısından böyle bir araştırma, hizmetin yürütülmesi sürecinde ortaya çıkan güçlükleri ve sorunları ortaya çıkarıp, daha etkili hizmet biçimleri ve uygulamalarının başlatılmasına yardımcı olabilir. Bu bağlamda son dönemde fazlaca artmış olan hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki şiddet ve benzeri uyuşmazlıkların önüne geçilmesinde fayda sağlayabilecektir.

Tıbbi değerlendirme ve uygulamaların tıp etiği ilkelerine uygunluk düzeyini yükselterek katılımcı sağlık profesyonellerinin etik bilincinin ve duyarlılığının artmasına katkı sağlaması öngörölmüştür. Planladığımız araştırmanın özgün bir veri tabanı ortaya çıkarması ve tıp etiğiyle akademik boyutta ilgilenenlere yol gösterici olması hedeflenmiştir.

Değişen sosyo-ekonomik, politik ve teknolojik gelişmeler işığında tıp etiği ilkeleri doğrultusunda hasta hakları ve hekim haklarının bir bütün olarak ele alınarak etkin bir şekilde yasal düzenlemelerin yapılması toplumsal düzeyde önemli faydalar sağlayabilecektir.

Kurumda hasta hakları uygulamaları sürecinde; hekim haklarını koruyarak gerektiğinde hekimlere hukuki danışmanlık da yapabilecek birimlerin oluşturulması öngörülebilir.

Araştırmanın ana hipotezi “*hasta hakları parametreleri ile çalışan hakları içerisinde hekim haklarının birbirini etkileyen faktörleri arasında pozitif yönde bir etkileşim olduğu*” savıdır. Bununla birlikte alternatif hipotezler belirlenmiştir;

H(A)₁: Hasta hakları uygulamaları sürecinde hasta haklarının bir diğer tarafı olan hekimlerin tıp uygulamaları etkilenmektedir.

H(A)₂: Hasta hakları uygulamaları sürecinde hasta haklarının bir diğer tarafı olan hasta bireyler etkilenmektedir.

H(A)₃: Hasta hakları uygulamalarının hekim hakları korunarak doğru ve etkin uygulanmaması sağlık profesyonelleri içerisinde hekime yönelik şiddet ve benzeri eğilimlerin oluşmasını etkilemektedir.

H(A)₄: Hasta hakları uygulamalarının hekim hakları korunarak doğru, etkin uygulanmaması ile tıbbi değerlendirme ve uygulama hataları (tıbbi malpraktis) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H(A)₅: Hasta hakları uygulamalarının hekim hakları korunarak doğru ve etkin uygulanabilirliği ile hasta haklarının korunması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H(A)₆: Hasta hakları uygulamalarının doğru ve etkin uygulanmaması hekim hakkı ihlallerinin ortaya çıkma olasılığını etkilemektedir.

H(A)7: Sağlık hizmeti sunan kurumlarda hekimlere ihtiyaçları halinde danışmanlık yapabilecek, hasta hakları ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendirerek gerekli eğitimlerini sağlayabilecek nitelikte tıp etiği uzmanlarının görevlendirilmesinden oluşan bir birimin varlığı ile hasta hakları ve hekim haklarının doğru, etkin uygulanabilirliğini etkilemektedir.

H(A)8: Hasta hakları uygulamalarının hekim hakları korunarak doğru ve etkin uygulanabilirliği ile kurumsal etkinlik ve verimlilik değerlerinin yükselmesi arasında anlamlı bir ilişki vardır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Temel Kavramların Açıklanması

2.1.1. Hak Kavramı

Hak kavramının evrensel niteliğine rağmen bilimsel terminolojide kavramı tümüyle kapsayan bir tanım üzerinde fikir birliğine varılamamıştır. Kelime anlamı olarak Allah, doğruluk, doğru, gerçek, layık, bir insana ait olan geçmiş, harcanmış emek, pay gibi anlamları içermektedir (Özaydın, 1999). TDK (Türk Dil Kurumu) Sözlüğünde hak, adalet ya da hukukun gerektirdiği veya birine ayırdığı şey, kazanç, dava veya iddiada gerçeğe uygunluk, doğruluk veya verilmiş emekten doğan manevi yetki şeklinde belirtilmektedir (TDK, 2011). Arapça'da "hukuk" kavramı, hak sözcüğünün çoğulu olarak karşımıza çıkarken terminoloji açısından hak, hukukun içerisinde yer almaktadır (Erdemir ve Elçioğlu, 2000).

Hak tanımı ile ilgili farklı yaklaşımlar farklı tanımları beraberinde getirmiştir. Hukuki açıdan öğretilerdeki tartışmalar üç teori üzerinde yoğunlaşmaktadır (Kabaoğlu, 1989). Bunlar irade, menfaat ve karma teorileridir. Hak, irade teorisine göre "hukuk düzeni tarafından tanınan irade kudreti veya yetki", menfaat teorisine göre "hukuken korunan çıkar veya korunma altına alınan menfaat"tir (Saylan, 2008). Karma teoriye göre hak, "hukuken korunmasını istemek yetkisine sahip bulunduğumuz çıkar veya kişilere irade yetkisi verilerek muhafaza edilen menfaatlerdir". Karma teori ile irade gücüne ve çıkara odaklanmış iki yaklaşımın eleştirilmesi sonucu irade ve menfaat teorilerinin hak kavramını tanımlamadaki yetersizliğini homojen bir yapı altında birleştirilerek kapsayıcı bir tanım yapılmıştır (Akıntürk, 2007) ve karma teori literatürde büyük ölçüde paylaşılmıştır (Gezgin, 2006).

Bandman istek, güç, yetki, izin gibi anlamları içeren hak kavramının bireye otonomi (bağımsızlık, özerklik) sağlayarak üç koşulu olduğunu ve hakka sahip olabilmenin otonomi yani kendi kararlarının sorumluluğunu alabilmeyi gerektirdiğini ifade etmiştir. Hak, başka bir bireyin/kurumun görev ve/veya sorumluluklarına karşılık gelmektedir. Tüm bireylerin sağlıklı yaşama hakkı olup devletin makro ve

mikro düzeyde sağlıklı yaşam koşullarını sağlama görevi bulunmaktadır. Hak savunulabilir adalet ilkeleriyle tutarlı olmalıdır (Çiftçioğlu, 2012; Özcan, 1997).

Windscheid, hak kavramını “hukuk düzeni tarafından bahşedilmiş irade yetkisidir” ifadesi ile tanımlarken; aydınlanma çağının önemli filozofu Kant “bireyin diğer bireylerle bağdaşabilir özgürlüğü” ifadesi ile tanımlamıştır. Kant’ın hak tanımını benimseyen hukukçu Arsal ise hukuk düzeni tarafından kabul edilmiş, konusu, kullanım koşulları ve şekli, sınırları belirlenmiş, toplumun yararlanması sağlanmış özgürlük olarak ifade etmiştir (Mumcu, 1992).

Bireyi üstün bir değer olarak kabul eden modern hukuk sistemlerinde hak, hukukun en temel kavramlarının başında gelir. Bireyin doğumu ile başlayıp tüm hayatı boyunca ona eşlik eden hak kavramı; en geniş anlamda bir şey yapmaya, bir şeyi talep etmeye ya da bir şeye sahip olmaya ilişkin savlar olarak tanımlanabilen (Aydın, 1999; Oğuz ve ark., 2005), menfaat içeren, hukuk düzeni tarafından kişiye sağlanan, korunan ve kullanımı kişinin iradesine bırakılan bir kazanımdır (Erdemir ve Elçioğlu, 2000). Bireyi karşılaşılabileceği her türlü egemene (birey ve/veya bireyler, kurum, toplum, devlet) karşı korumak amacı ile etik ve yasal değerler, kurallar, mevzuatlar, normlar şeklinde hukuk düzeni tarafından düzenlenerek kişiye tanınan yetkililerdir (Tunaya, 1969). Talep halinde bireye sunulan bu menfaatten yararlanma yetkisi sağlarken diğer bireyler için bu yetkiyi tanıma yükümlülüğü getirerek, sadece kamunun üstün menfaati bulunan durumlarda sınırlandırılabilen çıkarlar bütünüdür (Dinç, 2017).

2.1.1.1. İnsan Hakları

İnsanlık tarihi kadar eski olan insan hakları, değişen ve gelişen tarihsel koşullar içerisinde en ilkel toplumlardan günümüze kadar geçen süreçte önemli ölçüde yer almıştır. İnsan hakları, bireyin yaşamı süresince ırk, dil, din, cinsiyet, sosyal, ekonomik, vb. hiçbir ayırım gözetmeksizin, bireyin salt insan oluşunun kazandırdığı temel hak ve hürriyetlerin bütünü olarak ifade edilmektedir. Toplumun tüm bireyleri için ortak değerler ve gerçekleştirilmesi gereken ortak idealler olup bireylerin özgürlüğünü, saygınlığını, onurunu, koruma altına alarak vazgeçilmesi, dokunulması ve devredilmesi mümkün olmayan özellikte haklardır (Yüksel, 2000). İnsan haklarının uluslararası ve ulusal düzlemde kabul edilerek yazılı düzenlemelerin

oluşturulması için belirli dinamik süreçlerden geçerek tarihsel gelişimini sürdürmüştür. İnsan hakları dile getirildikleri dönemlere göre 1. kuşak 2. kuşak ve 3. kuşak haklar olmak üzere 3 bölümde ele alınmaktadır. İnsan hakları alanında gözlenen yeni gelişmeler ışığında yeni kuşak hakların oluşturulması muhtemeldir (Aydın, 2004).

Birinci kuşak insan hakları, negatif statülü haklar olup klasik, kişisel ve siyasal hakları içermektedir. Bireyci yaklaşım ışığında, bireysel girişim ve özerkliğe devletin, toplumun ve üçüncü şahısların müdahalesini minimize etmeyi amaçlar. Bazı temel hak ve hürriyetleri güvence altına alarak bireyin maddi ve manevi bütünlüğünün korunması ve geliştirilmesini sağlayacak dokunulmaz alanlar yaratıp bireyin bu alanda özgürce hareket etmesini sağlar (Uzak ve Altuntaş, 2007). Eşitlik, özgürlük ve siyasal haklarda önemli gelişmeler yaşanmıştır. Yaşama, kişi dokunulmazlığı, düşünce, ifade, iletişim özgürlüğü, adil yargılanma, seçme ve seçilme, yurttaşlık ve vergi yükümlülüğü, dernek kurma, yönetime katılma, mülkiyet, dilekçe hakları bu kuşak haklardandır (Akıntürk, 2007).

İkinci kuşak insan hakları, ekonomik, kültürel ve sosyal hakları içermekte olup sosyalist ve pozitivist düşünce akımlarının bireyci yaklaşım üzerindeki etkileri ve işçi sınıfının sanayi devrimi ile ortaya çıkan toplumsal eşitsizliğe gösterdiği tepki sonucu gündeme gelerek birçok devrimler, toplumsal olaylar sonucunda ikinci kuşak hakların kazanımı ve gelişimi gerçekleşmiştir. Klasik haklarının kullanımını kolaylaştırarak bireyin maddi ve manevi varlığını geliştirmesine, insanca yaşamasını sağlayacak asgari hizmetlerin yerine getirilmesinde sosyal devlet anlayışı ekseninde devlete ödevler yüklemiştir. Beslenme ve konut hakkı, kültürel yaşama katılabilme ve sağlık hakkı, öğretim ve ücretsiz eğitim hakkı, çalışma hakkı, grev-toplu sözleşme hakkı, sendika hakkı, sosyal güvenlik hakkı, gibi haklar ikinci kuşak haklar içerisinde yer almaktadır (Ceylan, 2017; Önal, 2012).

Üçüncü kuşak insan hakları, özellikle İkinci Dünya Savaşı sonunda nükleer silahların yarattığı olumsuz dışsallıklar ile oluşan çevre kirliliği, teknolojik ve bilimsel gelişmelerin oluşturduğu sıkıntı ve kaos sonucu olarak gündeme gelmiştir. Birey ve toplumun kolektif birlikteliği ile yardımlaşması ön planda olduğundan dayanışma hakları olarak da anılmakta olup uygulanma sürecinde bireye, devlete, hatta uluslararası kurum ve kuruluşlara ortak görevler yüklenmektedir (Öz, 2007).

Üçüncü kuşak haklar hümanist bir yaklaşım içerisinde bireylerin sağlıklı ve dengeli bir toplumda yaşaması düşüncesi ile diğer hakların kullanılması konusunda daha geniş perspektifler sunmaktadır. Çevre hakkı, barış hakkı, gelişme hakkı, toplumların ve bireylerin kendi kaderini tayin hakkı, tüm bireylerin ortak mal varlığından yararlanma hakkı, tüketici hakkı ve hasta hakları üçüncü kuşak haklar arasında yer almaktadır (Aydiner, 2006).

2.1.1.2. Yaşama Hakkı

Yaşama ve sağlıklı kalma, birey için asli ve üstün bir menfaat olup yaşama hakkı bireyin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü koruyabilmesi ve devamlılığının sağlanması, varlığının çeşitli etkilerle bozulmasına engel olabilmesi olarak tanımlanmaktadır (Bayraktar, 1972). Yaşama hakkı, insan haklarının temelini oluşturmaktadır. Tanımlanmış her hakkın yerine getirilmesinde ilk ve temel hak olması nedeniyle yaşam hakkı mutlak bir hak olarak ifade edilmektedir. Yaşama hakkı ifadesi, Birleşmiş Milletler Evrensel İnsan Hakları Bildirisi'nde (1948), Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nde (1950), Birleşmiş Milletler Milletlerarası Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesi'nde (1966), Amerikalılar arası İnsan Hakları Sözleşmesi'nde (1969), Afrika İnsan ve Halkların Hakları Şartı'nda (1981), Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı'nda (2000) kullanılmıştır (Çiftçioğlu, 2012). Anayasa'mızda (ANY) (Madde 17/1) temel bir değer olarak kabul edilen yaşama hakkının her birey için yasalarca korunmaya alındığı ifade edilmektedir. Bu korumanın kapsamı kişinin kendine ve 3. kişilere karşı, topluma ve devlete karşı korunmasını içerir.

Yaşama hakkı aynı zamanda sağlık hakkının temelini oluşturmakta olup insanın maddi ve manevi varlığının bütünlüğünün korunmasında öneme sahiptir (Metin, 2017). Dönemin olumsuz koşulları nedeni ile kronik hastalıkların artarak çoğalması, önlenememesi üzerine gerçekleşen ölümler dolayısıyla bireylerin yaşama hakkı tehlikeye girmiş ve birinci kuşak haklar ile bireylerin yaşama hakkını elde edebilmeleri güçleşmiştir. Bu bağlamda yaşama hakkının sağlanabilmesi için insan sağlığına yönelik olanakların oluşturulması ihtiyacı hissedilmiştir. Sağlık hakkı bu ihtiyacın sonucu olarak yaşam hakkının gerçekleşmesinin bir gereği olarak ortaya çıkmıştır.

2.1.1.3. Sağlık Hakkı

Sağlık; yaşamsal bir kavram olup ülkenin toplumsal ve ekonomik yapısının gelişmesi ve devamlılığı için temel ihtiyaç ve gereksinimdir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı, kapsayıcı ve genel kabul gören bir yaklaşımla ele alarak “*yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik durumunun olması*” olarak tanımlamıştır (Saraçoğlu, 2007).

Sağlığın iki temel bileşeni olup ilki bireyin fiziksel bütünlüğünün olmasının (hastalık ve özel gereksinime ihtiyacının olmaması), ikincisi ise bireyin psiko-sosyal varlık olması sebebi ile fiziksel bütünlüğün tamamlayıcısı olan politik, kültürel, sosyal, ekonomik anlamda toplumsal ve bireysel ihtiyaçlarının karşılanmasının gerekliliğidir. Biyopsikososyal anlamda normal genetik kodlarla dünyaya gelerek, biyolojik, fiziksel, psikolojik, zihinsel (mental) olarak normal değerleri içeren, tüm bu bileşenlerin denge ve uyum içerisinde çalıştığı kusursuz insan yapısını içerir (Aşkar, 2006).

Toplumsal bir varlık olan bireye sağlığını ve yaşamsal devamlılığını koruyup geliştirmesi için sorumluluk yüklenirken bireyin sağlıklı doğup, sağlıklı kalarak yaşamını sürdürebilmesi için sağlıklı yaşam koşullarına uygun bir çevre ve yaşam alanı, konut, giyim, dengeli ve düzenli beslenme, koruyucu sağlık hizmetleri sunumu, sağlık durumunun bozulması halinde ise hastalıkların doğru teşhisi, tedavisi ve rehabilitasyonunu sağlayacak hizmetlerin insan odaklı olacak şekilde etkin, etkili, güvenilir, kaliteli, adil, ulaşılabilir ve zamanında tüm bireylere sunulmasını sağlayacak, sağlık güvenlik sistemlerinin hiç kimseyi dışarıda bırakmayacak şekilde düzenlenmesi ile birlikte sağlık eğitiminde gerekli standartlara uygun ve sağlık hizmeti sunumunun multidisipliner olarak yürütülebilmesi için devlete sorumluluk yüklemektedir (Özlu, 2007c). İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin (1948) 25. maddesinde “*Herkesin kendisinin, ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır ve herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir*” ifadesi yer almaktadır. Sağlık hakkı, ifadede de görüldüğü üzere her birey için temel bir hak olarak kabul edilmiştir. Sağlık, tüm bireyler için yaşamın her anında gereklidir ve sağlıklı olmadan diğer temel hak ve özgürlüklerin

kullanılması söz konusu olamaz. Sağlıklı doğup sağlıklı yaşamayı sürdürebilmek yaşam hakkı gibi bireylerin doğuştan sahip olduğu, devredilemez ve vazgeçilemez haklarındanndır.

Ülkemizde 1961 ANY’nda Sağlık Bakanlığı’nın hizmet sunumları, özel teşebbüsler ve mahalli idareler ile işbirliği kurularak bireyin sağlığının korunması devletin öncelikli olarak en önemli görevleri arasında ifade edilmiştir. İlgili ANY’nın 49. maddesinde sağlık hakkı; “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır” ifadeleri ile yer almıştır (ANY, 1961). 1982 ANY’sı ise sağlık hakkını “kişilerin hakları ve ödevleri” bölümü ile açıklayarak 17. maddesinde “Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz” ifadeleri ile tanımlanmıştır (ANY, 1982).

En temel insan hakkı olan yaşam hakkının korunabilmesinde insan sağlığına yönelik olanakların sağlanması ihtiyacı üzerine sağlık hakkı yaşam hakkının gerçekleşmesinin bir gereği olarak kabul edilmiştir. Bireylerin mevcut sağlıklarının ve hastalandıklarında tedavi ihtiyaç ve taleplerinin karşılanmasına yönelik insan hakkı olarak nitelendirilen sağlık hakkı, bireyin toplumdan, devletten sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi ve toplumun sağladığı olanaklardan faydalanabilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Erdemir ve Elçioğlu, 2000). Sağlık hakkı sağlıklı yaşama hakkı ve sağlık hizmetine ulaşma hakkı olarak iki parametreyi içermektedir. Sağlığın herkese her şeyden önce gerekli olması sebebi ile sağlık hakkının korunması, geliştirilmesi ve her birey için ertelenmesi, vazgeçilmesi mümkün olmayan temel insan haklarından biridir. Bu hakkın kullanımında devlete çok büyük görevler düşmektedir.

2.1.1.4. Hasta Hakları

Hippokrates döneminden günümüze kadar gelen süreçte hekimliğin kutsal olarak algılanması ile hasta-hekim dengesinde hasta bireylerin haklarını hekimlerin koruması gerekliliği vurgulanarak hasta haklarının hekimin hizmet sunma yükümlülüğü gerekçelerinden biri olduğu ifade edilmektedir (Hatun, 1999). Sanayi Devrimi sürecinde ve günümüzde halen yaşanan kötü çalışma koşulları, gelir dengesizliği, Nazi deneyleri ile bireylere yapılan uygulamalar, sağlık sigortalarının rant kaynağına dönüşerek sağlık harcamalarında maliyetlerin artması ve artan maliyetlere karşı sağlığın ihmali ile hasta haklarının gündeme gelerek insan hakları kategorisinde yer almasına sebep olmuştur (Özlü, 2007b).

Hasta haklarının insan hakları yelpazesindeki yeri oldukça önemlidir ve sağlık hakkıyla ilgili tamamlayıcı unsurlar arasında en önemli yeri de hasta hakları almaktadır (Sert, 2004). Hasta hakları; insan haklarının devamı olarak ve sağlık hizmetlerinde uygulanış biçimi olarak ifade edilmektedir. Kaynağını uluslararası insan hakları ve sözleşmeleri oluşturmaktadır. Hasta hakları, bireyin hasta olması durumunda karşılanması gereken ana gereksinimler olarak ifade edilmiştir (Özlü, 2005). Hancı ise hasta haklarını; temel insan hakları ve değerlerinin sağlık hizmet sunum süreçlerine uygulanması olarak tanımlamıştır (Hancı, 1995). T.C. Sağlık Bakanlığı 1998 yılında HHY ile “Hasta Hakları” kavramını tanımlamıştır: Yönetmeliğin 4. maddesine göre hasta hakkı, “*Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, surf insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası anlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını*” ifade eder (HHY, 2019).

Hasta hakları “*Kişinin toplumun ve devletin sağladığı sağlık hizmetlerinden korunma ve tedavi amacı ile yararlanabilmesi, bu süreçte hekim – hasta ilişkisi içerisinde temel kişilik haklarının korunması*” olarak tanımlanabilir (Demirhan Erdemir ve Elçioğlu, 2000).

Amerikan Hastaneler Birliği Önerisi’nde hasta bireyler için tanımlanan hakların içeriğinin bir bölümünün etik, bir bölümünün de yasal konulardan oluştuğu belirtilerek; etkin, etkili, nitelikli sağlık hizmeti sunumu için hekim-hasta-kurum organizasyonunun daha nitelikli planlanması gerektiği ve taraflarca memnuniyet sağlanması açısından hekim-hasta ilişkisinin esas olduğu vurgulanmaktadır

(Demirhan Erdemir ve Elçioğlu, 2003). Bu noktada hasta haklarının aşağıda belirtilen iki boyutunun olduğu belirtilmektedir (Önal, 2012);

1. Sağlık profesyonelleri ile hasta bireylerin ilişki düzeyinde etik ve hukuk
2. Sağlık politikaları doğrultusunda oluşturulan kurumsal planlamalar, sağlık hizmeti sunan kurumlar ile hasta bireylerin düzeyinde etik, hukuk ve ekonomi

2.1.1.5. Hekim Hakları

Edmund D. Pellegrino Hasta ve Hekim Özerkliği: Hekim-Hasta İlişkisinde Çelişkili Hak ve Yükümlülükler (1994) ilgili makalesinde hekimin özerkliği hakkını ayrıntılı değerlendirip hekimin özerkliğine saygı duyulması ve hekimin hak ve yükümlülüklerinin önemini vurgulayarak hekim haklarının uygulamaya konulmasının toplum ve hasta bireylerin yararı için bir zorunluluk olduğunu belirtmiştir (Pellegrino, 1994).

Güney Afrika 1996 ANY'nın 108. maddesinde hem hekimlerin hem de hastaların hak ve sorumluluklarının olduğu ve uygulanması gerektiği belirtilmiştir. Bu bağlamda SA Tabipler Birliği, 1996 ANY'sı madde 108 de hekim ve hasta için tanımlanan hakların reelde uygulanmasını onayladığını ifade etmektedir (SA Medical Association, 2019).

Lizbon Kararları (1981), Tokyo Bildirgesi ve Birleşmiş Milletler Tıbbi Etik İlkeleri (BMTİ) de hekimlerin cezalandırma uygulamalarında bulunmama hakları olduğunu bildirmektedir.

Arda; hekim haklarını, hekimlerin ödev ve yükümlülüklerini yerine getirebilmesi, mesleki uygulamayı yapabilmesi, nitelikli sağlık hizmeti için gerekliliği öngörülen haklardır ifadeleri ile tanımlamıştır (Arda, 1998).

1999 yılında tasarlanan Hekimler Yasası tam olarak hekimin refahını artırmaya yönelik olmayıp sağlık sigortası üzerindeki kaynak dağıtımı ve arttırılması için hazırlanan yasa tasarısı kongrede kabul edilmesine rağmen hiçbir zaman yürürlüğe girmemiştir (Smith, 2005).

Sağlık hizmetlerinin etik sorunları vurgulanarak hakların uygunluğu, hak ve sorumlulukların klinik karar verme üzerindeki etkileri irdelenmiştir (Smith, 2005).

Hekim haklarıyla ilgili olarak 12.10.2004 tarih ve 25611 sayı ile Resmî Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiş olan 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu madde

26 ile tıbbi girişim sonucu ortaya çıkan çelişkili durumlara ceza hukuku açısından farklı bir çerçeve çizilerek yeni düzenlemeler yapılmış olup önemli bir eksikliğin giderilmesi sağlanmıştır. Bu kapsamda 26. maddenin birinci fıkrasında hakkını kullanan bireye ceza verilemeyeceği, ikinci fıkrasında ise ilgili bireyin mutlak surette tasarruf edebileceği bir hakkına ilişkin açıkladığı rıza ve izni çerçevesinde işlenen fiilden dolayı ceza verilemeyeceği belirtilmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde doktor Elson Haas tarafından 2012'de hekimlerin daha iyi bir hekim-hasta ilişkisi için beklentilerinin belirlemesine yönelik haklarının Hasta Hakları Yasasıyla ele alınarak hazırlanan bir Doktor Hakkı Tasarısı önerildi ancak her iki tarafın haklarının korunması için yeterli düzeyde yönlendirici veya kapsayıcı değildir. 2017 yılında hekimin refahını iyileştirerek hastanın bakım kalitesini iyileştirmeyi vaat eden Hekimin Haklar Bildirgesi düzenlenmiştir. Hekimin bakış açısına göre düzenlenen haklar; hekim için iletişim ve güvenliği artırarak hasta memnuniyetini bu bağlamda kurumsal maliyet, etkinliği ve verimliliği artıracak, hekimin memnuniyetsizliğini azaltarak hekimin kurumsal motivasyonunu da sağlayacaktır (Parker, 2017).

Günümüzde sosyal refahın teşvikini esas alarak hekimlerin ve hastaların haklarının korunması için tasarlanmış hakları savunmaya yönelik çalışmaları ile özel olarak işletilen bir site mevcuttur (<https://www.physiciansrights.org/>).

Hekim haklarını savunmaya yönelik olan sitenin misyonu;

“Hekim-hasta ilişkisinin korumak,

Tıp uygulamalarının; meslekten olmayanlara, yapay kuruluşlara veya devlet kurumlarına karşı ruhsatlı hekimlerin elinde kalmasını sağlamak,

Hekimlerin hastaları adına uygun bakım standartlarını kullanarak en iyi tıbbi yargılarını kullanma haklarının, lisanssız kişiler veya aktörler tarafından engellenmemesi veya yıpratılmaması,

Hem hekim-hasta ilişkisi içinde hem de daha büyük sağlık alanında hasta haklarının korunmasını sağlamak” şeklinde ifade edilmektedir

(<https://www.physiciansrights.org/>).

Türkiye’de misyonu; “evrensel, milli ve manevi değerleri gözeten, hekimlerin yaşadıkları sorunlarla ilgili destek alabildikleri, bilimsel ve sosyal ortak çalışmalar üretebildikleri, sağlık politikalarının belirlenmesinde söz sahibi oldukları, diğer sağlık çalışanlarının ve hastaların haklarını önemseyen ve gelecek kuşaklara önderlik edebilecek düzeyde bir sivil toplum kuruluşu olmak” ve vizyonu; “hekim, hasta ve toplumun karşılıklı sevgi, saygı ve anlayış içinde olabildiği, hekimlerin ideal çalışma koşulları içinde her yönden kendini geliştirebildiği, ilkeli, girişimci ve yenilikçi ruhuyla sağlık alanında söz sahibi olmak” olan bir Hekim Hakları Derneği mevcuttur (Hekim Hakları Derneği, 2019).

2.1.2. Sağlık Hizmeti Sunumu

2.1.2.1. Sağlık Hizmeti Sunum Sürecinin Tanımı

Sağlık hizmeti sunumu; bireylerin ve toplumun sağlığının korunması, hastalık durumunda tıbbi uygulama ve tedavilerinin uygulanması, özel gereksinime ihtiyacı olan bireylerin başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerinin sağlanması ve toplumların sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüdür. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi’nde (2005) sağlık hizmeti sunumu, “insan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir” şeklinde tanımlanmıştır (TTB, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi, 2005).

2.1.2.2. Sağlık Hizmeti Sunum Sürecinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri sunumu koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri şeklinde sınıflandırılır.

Koruyucu sağlık hizmetleri, toplumu ve bireyleri olumsuz etkileyen fiziksel, kimyasal ve biyolojik faktörleri ortadan kaldırmak ve toplumun ve bireylerin sağlığını biyopsikososyal olarak en üst düzeye çıkarabilecek uygun koşulların sağlanması için yapılan düzenlemeler ve çalışmalardır. Alanında uzman kişiler tarafından topluma yönelik olan koruyucu sağlık hizmetleri çalışmaları; mühendis,

kimyager, veteriner, biyolog, çevre sağlığı teknisyeni vb. olup bireylere yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise sağlık profesyonelleri olan doktor, hemşire, ebe, sağlık teknisyeni diş hekimini tarafından yürütölmektedir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin sağlık düzeylerini en üst seviyeye çıkarabilmek amacı ile hekimin sorumluluğunda diğer sağlık profesyonellerinin katılımı ve katkılarıyla yapılan tedavi edici uygulamalardır (Erdem, 2007).

Rehabilitasyon hizmetleri, doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrasında ortaya çıkan her türlü hastalık, kaza, sebebi ile yeteneklerinin tamamını ya da bazılarını yitiren bireyi ve ailesini kapsamaktadır. Yaşamsal faaliyetlerini yerine getirebilmeyi, tıbbi, psikososyal, mesleki yönlerden mümkün olan en iyi düzeye ulaştırabilmeyi, topluma daha yararlı olmasını sağlamayı amaçlayan; bireye ve ailesine kalıcı sakatlıkların sonuçlarını en aza indirmek için düzenlenen bir çalışma sürecidir (Akkuş ve Akdemir, 2006).

2.1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Önemi ve Amacı

Sağlık hizmetleri, toplumu ve bireyi olumlu ya da olumsuz etkilemesi, yüksek harcamaları içermesi nedeniyle toplumun hassas olduğu hizmetlerin başında gelmektedir. Devlet politikaları içerisinde makro seviyede yer alarak toplum üzerinde ekonomik ve sosyal gelişmeyi oldukça önemli ölçüde etkilediği görölmektedir. Dünyada; birçok ölkede hizmet endüstrisi içerisinde sağlık hizmetlerinin payı oldukça büyük olup sağlık hizmetlerine ayrılan fonlar giderek artmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumu için ayrılan bütçe ve istihdam yaratmadaki etkin rolü nedeni ile sağlık sektörünün değeri giderek yükselmektedir (Tengilimoğlu, 2012).

Sağlık hizmetleri üç temel amaca dayanır (Kaptanoğlu, 2011);

1. Herkese ihtiyacı olan gerekli ve uygun sağlık hizmetini yerinde ve zamanında sunmak
2. En yüksek düzeyde kaliteyi iyileştirerek etkin ve verimli sağlık hizmeti sunarak klinik uygulamalardaki farkları azaltmak
3. İsrافی en düşük seviyede tutarak hizmet sunumunu sağlamak

İdeal sağlık hizmeti sunumunun erişilebilir, kaliteli, verimli, etkili, etkin, sürdürülebilir olması ve insan odaklı yaklaşımı temel olarak finansal hakkaniyeti gözetmesi gerekir. Bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine yerinde ve zamanında hakkaniyetli şekilde erişimleri sağlanmalıdır.

2.1.2.4. Sağlık Hizmeti Sunum Sürecinin Hak Kavramı ile İlişkisi

Tüm bireylerin mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine ulaşması, sağlığının korunması, sağlık hizmeti sunumu, tüm tıbbi değerlendirme, uygulama ve girişimleri eşit, ulaşılabilir, sürekli, etkin, etkili, verimli olması insan hakları, yaşam hakkı, sağlık hakkı gibi hasta haklarının da önemli amaçlarını oluşturmaktadır. Hasta haklarının sağlanabilmesi ve geliştirilmesi için yapılan çalışmalar hakların korunması için önemlidir.

Sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan birey ile sağlık profesyonelleri, kurumsal yönetim ve devlet arasındaki ilişkiyi düzenleyen kuralların oluşturulması ve uygulamaya geçirilmesi etkin hasta hakları uygulamalarının gerekliliğidir. Bu gereklilik; sağlık hizmetlerinin etkili, etkin, zamanında, adil, güvenli, makro düzeyde toplum yararı gözetilerek mikro düzeyde ise hasta merkezli uygulama modelleri ile oluşturulabilir.

2.1.3. Sağlık Profesyonellerinin Yükümlülükleri

Sağlık profesyonelleri, meslek değerlerini koruyan, hukuka uygunluk şartlarını taşıyan, tıp etiği disiplin alanının gerekliliklerini yerine getiren hizmet sunumu ile yükümlüdür ve hasta haklarının korunması bu yükümlülükleri ile örtüşmektedir.

2.1.3.1. Hekimin Yükümlülükleri

Sağlık hizmeti sunum sürecinde hasta haklarının etkin uygulanabilmesi için sağlık profesyonelleri içerisinde en önemli rolü hekimler üstlenmektedir ve hekiminde meslek değerlerini koruyan, hukuka uygunluk şartlarını taşıyan, tıp etiği disiplin alanının gerekliliklerini yerine getiren hizmet sunumu ile yükümlü olup hasta haklarının korunması bu yükümlülükleri ile örtüşmektedir.

Hekim; tüm tıbbi değerlendirme, teşhis, tedavi ve tıbbi girişimlerde etik ilkelere bağlı kalarak tıp biliminin kabul edilen bilgi, beceri ve yeterlilik düzeyini göstermekle yükümlüdür (Gökcan, 2017). Hekim, sağlık hizmeti sunumu talep eden hasta bireyi değerlendirmeyi, tıbbi girişim ve tedavi uygulamalarını kabul ettiğinde hizmet sunum görevinin gerekliliklerinin belirlenmesindeki şart sunum süreci içerisinde bulunduğu koşullar altında “makul bir hekimin” sağlayabileceği öngörülen sağlık hizmetini sunabilmesidir (Cara ve ark., 2010). Hekimin tanımlanmış olan yükümlükleri arasında sıralananlar şunlardır;

“Hekimin Kişisel Edim Yükümlülüğü

Acil Yardımda Bulunma Yükümlülüğü

Tarafsızlık Yükümlülüğü

Tıbbi Değerlendirme (Muayene) Yükümlülüğü

Gerekli ve Yeterli Bilgi (Öykü- Anamnez) Alma Yükümlülüğü

Reçete Yazma Yükümlülüğü

Kayıt Tutma Yükümlülüğü

Tıbbi Teknik Kullanma Yükümlülüğü

Hekimin Hastalığı Önleme ve Teşhis Yükümlülüğü

Hekimin Tedavi Sonrası Hastayı Kontrol Yükümlülüğü

Aydınlatma Yükümlülüğü

Sır Saklama Yükümlülüğü

Tutuklu ve Hükümlülere Tıbbi Yardım Yükümlülüğü

Hastaya Gereksiz Tedavi ve Harcama Yaptırmama Yükümlülüğü

Resmi Makamlardan Gelmediği Sürece Cinsel İlişki Muayenesi Yapmama Yükümlülüğü

Hekimin İhbar Yükümlülüğü

Salgın Hastalıkları Bildirme Yükümlülüğü

Hasta Haklarına Saygı Gösterme Yükümlülüğü

Meslektaşlarına Saygı Gösterme ve Mesleki Dayanışma Yükümlülüğü

Ticari Amaç ve Reklam Yasağına Uyma Yükümlülüğü

Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Yaptırma Yükümlülüğü”

2.2. Hasta Hakları

Hasta hakları bireyler için optimum sağlık düzeyi, bireysel ve toplumsal düzeyde ise daha sağlıklı bir ortamın oluşturulması için; sağlıklı/hasta birey ile sağlık profesyonelleri arasında ilişkiyi düzenleyerek, sağlık profesyonellerinin hasta bireye ve hasta bireyin sağlık profesyonellerine karşı görev ve sorumluluklarının oluşturulmasını sağlayan, sağlık profesyonelleri ile hasta bireylerin birlikte sahip çıkması gereken kurallardır. Hasta bireyin hakkının korunması; birbirine bağlı ilişkiler zinciri şeklinde sağlık profesyonellerinin hakkının korunması, birey ve toplum bilincinin yükselmesini de beraberinde getirmektedir.

Bu bağlamda hasta haklarına yönelik Yönetmelikte belirlenen hakların etkin uygulanabilmesinin sağlanabilmesi için HHY’nde tanımlanarak hasta haklarına temel olan ve sağlık hizmeti sunum sürecinde insan hakları olarak ifade edilen altı ilke bulunmaktadır. Hasta hakları bu temel ilkelerin ayrıntılandırılması ile oluşturulmuştur. Bunlar;

“Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğunun hizmetin her safhasında göz önünde bulundurulması

Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Hiç kimsenin bu hakkı ortadan kaldıramaz

Herkes kendi ahlaki ve kültürel değerlerine, dinsel ve felsefi inançlarına sahip olma ve bunlara saygı gösterilme hakkına sahiptir

Herkes fiziksel ve zihinsel bütünlüğe sahip olma ve kişi olarak güvenli bir yaşam sürdürme hakkına sahiptir

Herkesin özel yaşamına saygı gösterilmelidir

Herkes kendi yaşamını belirleme hakkına sahiptir” (HHY, 2019).

2.2.1. Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi

İnsan hakları alanında dünyada yaşanan gelişmeler doğrultusunda temelinde insan haklarının sağlık alanında uygulanış biçimi olan hasta hakları; insan haklarıyla ilgili temel düzenlemeler ışığında hukuksal dayanak oluşturarak, tıp etiği ilkeleri ile eski çağlardan günümüze kadar bazı yaptırımlarla koruma altına alınmaya çalışılmıştır.

2.2.1.1. Dünyada Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi

Geçmişten günümüze hekim sorumluluğuna ait MÖ 1760 yılı civarında Mezopotamya uygarlığının “Hammurabi Kanunları” bilinen ilk yazılı kurallardır. Hekimin kötü veya hatalı uygulamalarında hekimin ücretle ilgili hakları ve sorumluluğu düzenlenerek ilk kez Roma Hukuku’nda hekim bilgisizliği ağır kusur olarak kabul edilmiştir (Aydemir, 2010).

Hasta haklarının ilk olarak ne zaman ve nasıl ortaya çıktığı ile ilgili kesin bir bilgi olmasına rağmen bireylerin yaşamış olduğu sorun ve hastalık sebebiyle hasta bireylere yönelik düzenleme ihtiyacı hissedilmiştir. Hasta hakları alanında ilk temel metin olma özelliği taşıyan hasta haklarının çekirdeği M.Ö. 5./4. yüzyılda ortaya çıkmış olan Hipokrat Yeminidir. Hipokrat’ın M.Ö 460 -370 yılları arasında yaşadığı düşünülmektedir. Hekimin ırk, dil, din, cinsiyet gibi kriterleri dikkate almadan tüm tıbbi değerlendirme ve uygulamaları yapması, taş çıkarma yasakları, zarar ve haksızlıklardan korunma, sır saklama yükümlülüğü, her hastaya saygı gösterme, kürtaj, aktif ötenazi gibi konular Hipokrat Yemininin içeriğini oluşturmakta ve hasta haklarının kabaca yazılı hale getirilmiş bir pratiği olarak kabul edilmektedir. Tıp fakültesini bitirip görevine başlayacak her hekim Dünyada olduğu gibi ülkemizde de Hipokrat Yemini etmektedir. Hipokrat Yemini hasta haklarını düzenlenmesi ve toplumun hasta hakları konusunda farkındalık oluşumunda rol oynamıştır (Sütlaş, 2000).

Hasta hakları alanında yaşanan gelişmeler ilk defa Amerika Birleşik Devletleri’nde anlam kazanmıştır. ABD’de 1970’li yıllarda sağlık hizmeti sunum uygulamaları içerisinde hasta hakları ile ilgili çalışmaların başlaması ile tıbbi uygulama hatalarına yönelik maddi tazminat cezalarının gündeme gelmesi birbiriyle ilişkilidir. Hasta bireylerin açtıkları davaların artması, sağlık hizmeti sunan kurumların ve hekimlerin yüksek tazminatlar ödemek zorunda kalması ile 1972 tarihinde Amerikan Hastane Birliği tarafından ilk yazılı düzenleme olarak Hasta Hakları Beyannamesi’ni yayınlanmıştır (Polat, 2005). Hekim, hasta-hekim ilişkisinin mutlak otoritesi olan ve Amerikalı hekimlerin önerileriyle hazırlanan bildiriye, yataklı tedavi kurumlarında sağlık hizmeti sunumu alan bireylerin kurumda kaldıkları süre içinde bir kısmının etik konuları, bir kısmının ise yasal konuları içeren bazı haklarının olduğu vurgulanmıştır. Bildiri; hekimin tanıyı koyup hasta bireye

izlemesi gereken yolu göstermesi bakımından önemli bir belge niteliği taşımaktadır. Bildiriyle hasta bireyin daha kaliteli bir sağlık hizmeti olarak memnuniyetini sağlamak amaçlanmıştır. Sağlık hizmeti sunan kurumların hasta haklarını desteklemesi tedavi sürecinin bir parçası olarak görülmektedir (Demirhan Erdemir ve Elçioğlu, 2003).

Amerikan Hastaneler Birliği'nin Hasta Hakları Beyannamesi 1992 yılında güncelleştirilmiştir. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisations tarafından 1994 yılında da hasta hakları konusunda kapsamlı bir metin yayınlamıştır (Savaşkan, 2006).

Avrupa Konseyi Parlamenterler Asamblesi 1975 yılında hasta hakları ile ilgili bir öneri taslağı hazırlamıştır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012). Yaşamın son dönemindeki hasta bireyler ile ilgili taslakta, hasta bireylerin istekleri doğrultusunda tanı, tedavi, ölüm sürecine mümkün olduğunca hazırlanması, acılarının dindirilmesi konusunda çalışmaların yapılması, hastalığın seyri, rutin uygulamalar, alternatif tedavi yöntemleri, muhtemel riskler, sağlık hizmeti sunan kurumun sahip olduğu cihazlar ile ilgili açıklama yapılması konusunda tam olarak bilgilendirilmelerini kapsamaktadır. Ayrıca taslakta vurgulanan temel haklar, sağlık hizmeti sunan kurumların insancıl, hasta bireylerin onuruna saygı gösterilmesini güvence altına alan kurumlar olarak tanınmasını, hasta bireylerin özgürlük hakları, bilgilendirme hakkı, uygun tıbbi bakım ve tedavi hakkı, acı çekmeme hakları olarak belirtilmiştir. Avrupa'da "ölümün tanımlanması" konusunda ölçüt oluşturan belge, 29 Ocak 1976 tarihinde resmileştirilmiştir. Avrupa Konseyi tarafından 13 Şubat 1997 tarihinde tıbbi verilerin korunması konusunda öneri (Recommendation on the Protection of Medical Data) ile üye ülkelerdeki hasta bireylerin özel hayat ve mahremiyet hakları, doğmamış çocuklara ait veriler ile genetik verilerin elde edilmesi, hasta verilerinin gizliliği, aydınlatılmış onam gibi konularda referans kabul edilecek standartlar belirlenmiştir (NEUWIRT, 2006). Hasta hakları ile ilgili genel gelişmelerin sonrası uluslararası düzeyde Hasta Hakları Bildirge'leri (HHB) yayımlanmıştır.

2.2.1.1.1. Hasta Hakları ile İlgili Uluslararası Düzenlemeler

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi ile insan hakları kavramı uluslararası sistemde evrimleşmiş ve bireyin doğuştan sahip olduğu hakları yazılı hale gelmiştir. “Yaşam Hakkı”, “Sağlık Hakkı” ve “Hasta Hakkı” gibi kavramlar uluslararası düzeyde değerlendirilerek gerekli düzenlemeler oluşturulmuştur. Tüm bu gelişmeler doğrultusunda hasta hakları konusunda uluslararası düzeyde yazılı metinler yayınlamıştır. Bunlardan ilki Dünya Tabipler Birliği tarafından 1981’de yayınlanan “Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi”dir (Akdemir, 2015). Hasta haklarının genel bir çerçevesi olarak çok önemli bir adımdır. Bildirge maddelerinin yeterince açık olmaması, sağlık sorunları ile ilgili detayların bulunmaması, hasta haklarının sadece hekim sorumluluğuna bırakmış olması bildirgenin önemli eksiklikleridir. Bildirgede hasta hakları ile ilgili görevlerin hekimlerin insiyatifine bırakılması tartışılan en önemli nokta olmuştur (Sütlaş, 2000). İlk düzenleme olmasının getirdiği eksiklikler ile tıp ve teknolojinin gelişiminden kaynaklanan dönemin koşullarında yetersiz kalması; bildirgenin bazı noktalarının geliştirilmesi gerekliliğini zorunlu kılmıştır.

Lizbon Bildirgesi’nin eksikliklerinin düzenlenmesi ve hasta haklarını geliştirmek amacıyla WHO Avrupa Bürosu Amsterdam’da bir toplantı gerçekleştirmiştir (Oğuz, 1997). Amsterdam Bildirgesi (1994), WHO’nün 28-30 Mart 1994 tarihlerinde Amsterdam’da gerçekleştirmiş olduğu toplantıda “Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi” olarak kabul görmüştür (Sert, 2004). Lizbon Bildirgesi’nin daha detaylı ve geliştirilmiş şekli olan Amsterdam Bildirgesi; bilgilendirme, onay, sağlık bakımında (hizmetlerinde) insan hakları ve değerler, mahremiyet ve özel hayat, bakım ve tedavi, başvuru hakları olmak üzere 6 başlık altında toplanmaktadır (Hatun, 1999). Bildirge, uygulama süreçlerinde tüm sağlık politikalarına yön vermesi açısından önemlidir ancak Avrupa ile sınırlı olması ve bölge dışında kalan ülkelerin konu ile ilgili gelişme göstermelerini zorlaştırması eleştirilen noktadır. WHO tarafından Amsterdam Bildirgesi’nden sonra hasta hakları ile ilgili yapılan çalışmalar diğer ülkeleri de kapayacak şekilde düzenlenmiştir. Bu amaçla Lizbon Bildirgesi, Eylül 1995’te Bali toplantısında güncellenerek daha kapsayıcı hale getirilmiş, 2005 yılında Santiago’da yapılan Genel Konsey’de revize edilmiştir (Kibar, 2010).

Bali Bildirgesi (1995), Dünya Tabipler Birliği tarafından 1981 yılında kabul edilen Lizbon Bildirgesi'in değişen dünyada güncel gelişmeler nedeni ile yenilenmesi gerekliliği ile ortaya çıkmıştır. 1995 yılında Endonezya'da; değişen koşullara uygun detaylı bir düzenleme ile hekimlerin yükümlülüklerini saptamak, hasta haklarının korunması, geliştirilmesi konusundaki gelişmelere referans oluşturmak için Dünya Tabipler Birliği Bali Bildirgesi'ni onaylamış ve hasta haklarını on bir başlık altında toplanmıştır (İşeri, 2014). Bunlar; Nitelikli Sağlık Bakımı Hakkı, Seçim Özgürlüğü Hakkı, Kendi Adına Karar Verme Hakkı, Bilinci Kapalı Hasta, Yasal Olarak Karar Verme Yetkisi Olmayan Hasta, Hastanın İsteği Dışındaki Prosedürler, Bilgilenme Hakkı, Gizlilik Hakkı, Sağlık Eğitimi Hakkı, Onur Hakkı, Dini Yardım Alma Hakkı olarak tanımlanmıştır. Hastaya yüklenen anlam Amsterdam ve Bali Bildirgeleri arasındaki önemli temel farktır (Aydemir, 2010).

Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; 4 Nisan 1997 tarihinde Avrupa Konseyi tarafından hazırlan ve tam adı "Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi" olan İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi 1 Aralık 1999 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Biyolojik ve tıbbi gelişmelerin suiistimaline karşı temel esaslar ile yasaklamalar getirerek insanların haysiyetlerini ve kimliklerini koruyarak, biyoloji ve tıbbın uygulanması sürecinde ayırım yapılmadan herkesin bütünlüğüne, diğer hak ve özgürlüklerine saygı gösterilmesini güvence altına alacak tedbirlerin alınması amacı ile düzenlenmiş yasal bağlayıcılığı olan uluslararası ilk metindir. Sözleşmenin içeriğine göre bireylerin menfaatleri ve refahı, toplumun ve bilimin üstünde tutulacaktır. Sözleşmenin tarafları; kullanılabilir kaynakları, sağlığa duyulan ihtiyaçları doğrultusunda adil bir şekilde uygun özellikteki sağlık hizmetlerinden yararlanılmasını sağlayacak tedbirleri alacaktır. Bilimsel araştırmalarda bireylerin kullanımı, muvafakat, organ ve doku nakli, insan genomu sözleşmede yer alan konulardır. Sözleşme içeriğinde ki hükümlerin düzenlenmesi ile ilgili sözleşmeyi imzalayan ülkeler iç hukuklarını düzenlemekle yükümlüdür (İçel, 2004).

Hasta haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (ANA SÖZLEŞMESİ) Temel Doküman (2002), tüm Avrupa'da geçerliliği olan hasta hakları ile ilgili uygulanabilirliği kolay dört başlıktan oluşan Hasta Haklarına Dair Avrupa Statüsü,

Kasım 2002’de Roma’da kabul edilerek temel doküman olarak kararlaştırılmıştır. Birinci bölümünde temel haklara ilişkin AB statüsü açıklanmış, ikinci bölümünde hasta hakları 14 madde ile tanımlanmış, üçüncü bölümünde aktif vatandaşlık haklarına yer verilmiş ve dördüncü bölümünde sözleşmenin uygulama maddelerine değinilmiştir (İşeri, 2014). Hasta hakları ikinci bölümde; bireylerin sağlıklarına yönelik koruyucu önlemlerin alınması hakkı, tıbbi hizmetten faydalanma hakkı, onam (rıza) hakkı, bilgi alma hakkı, özgürce seçim yapabilme hakkı, hastaların zamanına saygı, mahremiyet ve gizlilik hakkı, kaliteli son standartlarda hizmet alma hakkı, lüzumsuz ağrı/acı ve sıkıntıdan korunma hakkı, güvenliğin sağlanması hakkı, yeniliklerden faydalanma hakkı, kişisel tedavi hakkı, şikâyet hakkı, tazminat hakkı olarak tanımlanmıştır (Hasta haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (ANA SÖZLEŞMESİ) Temel Doküman, 2002).

2.2.1.2. Türkiye’de Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi

Değişen ve gelişen dünyada hasta haklarına yönelik yapılan çalışmalar ile Türk hasta hakları hukukuna kaynak oluşturan belli başlı uluslararası normlar hasta haklarının tarihsel gelişimi önemli ölçüde etkilemiştir.

Türkiye’de manevi bir olgu olarak hastalara; sevgi, şefkat saygı gösterilmesi gelenek ve göreneklerimizde geçmişten günümüze Türk milletinin en güzel özelliklerinden birisidir. Osmanlı zamanı ve öncesinde Anadolu’da görülen Bimarhane ya da Darüşşifalar da çiçek bahçeleri, müzik dinletileri, hastaların kıyafetlerinin temin edilmesi, acısını ıstırabını dindirmeye çalışılması, sıcak ve güler yüzlü davranılması, hastalıkları ile ilgili moral verilmesi, eşit davranılması, özen gösterilmesi, mahremiyetini koruması, sır tutulması hastaların her türlü konforlarının sağlanması, geçerli tedavi yöntemlerini kullanılması, ücretsiz tedavilerin uygulanması hatta taburcu olduğunda cebine harçlık konulması, sonucu ya da etkisi kesin olmayan tedavi yöntemlerinin uygulanmaması ve hekimlik mesleğini ticari bir rant olarak görülmemesi ve benzer uygulamaların yüzyıllar öncesine dayanması oldukça önemli olup Türk tarihinde hasta haklarına yönelik uygulamalardır (Özlü, 2007a; Sert, 2008).

Hasta-hekim ilişkisinin yasal sınırlarını çizen düzenlemeler içerisinde 1928 yılında Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun, rızanın biçiminin ele alındığı ilk düzenlemedir. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü (TDN) (1960), Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası (1961), Organ ve Doku Alınması Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun (1979), Aile Planlaması Hakkında Kanun (1983), İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (1993), İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu hasta haklarına ilişkin maddeler içeren yasal düzenlemelerden bazılarıdır.

Dayanağını ANY'dan alan hasta hakları ile ilgili düzenlemeler tıp hukukunun gereklilikleri doğrultusunda mevcut sistemde yetersiz kalmaktadır. Hasta hakları ile ilgili oldukça önemli bir düzenleme olan ancak kanun düzeyinde olmayıp normlar hiyerarşisinde alt sırada yer alan 1998 yılında yayınlanan ve uygulamaya konulan HHY ile hasta haklarının tanımlanması ve benimsenmesi anlamında önemli adımlar atılmıştır (Hakeri, 2007a).

Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından "Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun" 03.12.2003 tarihinde 5013 kanun numarası ile kabul edilerek 20 Nisan 2004 tarih ve 25439 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Avrupa Konseyi çerçevesinde hazırlanmış ve uluslararası bir sözleşme olarak mevzuata eklenmiştir (İçel, 2004).

2.2.1.2.1. Türkiye'de Hasta Hakları ile İlgili Etik Düzenlemeler

2.2.1.2.1.1. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları

Türk Tabipler Birliği (TTB) Etik Kurulu tarafından hekimlerin tıbbi uygulamalarında uymaları gereken zorunlu meslek etiği kurallarını belirlemek amacı ile hazırlan "Hekimlik Meslek Etiği Kuralları (HMEK)" TTB'nin 10-11 Ekim 1998 Olağanüstü Genel Kurul'unda kabul edilerek genel ilke ve kuralları belirlenmiş ve 01.02.1999 da yayınlanmıştır. İçeriğinde hekim-hekim ilişkisi, hekim ve insan hakları, tıbbi araştırma ve bu araştırmaların yayın etiği konularında hükümleri doğrultusunda hasta özerkliği, hastanın tedavi sürecindeki onamı, tedaviye katılımı

ve bilgilendirilmenin kimlere yapılacağıının belirlenmesi, bilgilendirilmeme hakkının kullanılmasını yer almaktadır (Funda, 2012).

Hekimin görevleri ve ödevleri 5. maddede tanımlanmıştır. Hekimin öncelikli görevleri, bireyin yaşam boyunca sağlığını koruyabilmek için hastalıkların önlenmesi, bilimsel teknoloji ve gelişmeler doğrultusunda gereklilikleri uygulamak, sağlığı bozulmuş bireylerin iyileştirilmesi için çalışmak, birinci ödevi ise tıp uygulamaları sırasında bireyin saygınlığının, onurunun korumasıdır. Hekim görev ve ödevlerini yerine getirebilmek ve mesleğini en iyi şekilde uygulayabilmek için bilimsel yenilikleri yakından takip etmelidir. Yirmi birinci ve 32. maddeleri hasta-hekim ilişkisi ile ilgili olup hekimin; hastanın sağlığı ile ilgili kararları alırken hasta haklarına saygı göstermesi zorunluluğu getirilmiştir. Bilgilenme hakkı, aydınlatılmış onam hakkı, tedaviyi kabul ya da ret hakkı, mevzuatın belirlediği kurallara, kurumun koşullarına ve tıbbi uygulamanın özelliğine göre hastanın hekimini seçme hakkı, hekimin saygı göstermesi gereken hasta hakları olarak sıralanmaktadır. Madde 26 da aydınlatılmış onamın tanımı, kapsamı ve koşulları tanımlanmıştır. Bu kapsamda madde 27 de hasta bireyin; durumu ile ilgili bilgi almak istemediği durumunda bilgilendirilmeme hakkı tanımlanmış ve bilgilendirmenin hasta birey dışında diğer kişilere yapılması gerekli olduğu durumlarda ise hasta birey ile görüş birliğine varılarak hasta bireyin belirlemesi gerektiği tanımlanmıştır (TTB HMEK, 1999).

2.2.1.2.1.2. Türk Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi

TTB, Türkiye'deki hekimlerin ANY'1 güvence altında en üst düzeyde temsil edildiği kamu kurumu niteliğinde örgütlenmesidir. Toplum sağlığını korumak, geliştirmek ve her bireyin ulaşabileceği, etkin etkili, kaliteli ve uygun maliyetli sağlık hizmeti alabilmesi için çalışmak, tıp meslek ahlakını en iyi şekilde korumak, hekimlik mesleğinin maddi ve manevi çıkarlarını her platformda dile getirmek için 1953 yılında 6023 sayılı yasa ile kurulmuştur (Civaner ve Okuyan, 1999). TTB; toplum sağlığı açısından dünyadaki eşdeğer kuruluşların misyonları ışığında faaliyetlerde bulunarak, etik sorunların ilk defa hasta hakları açısından incelenmesi gerekliliğini ortaya koyarak Ülkemizdeki hasta hakları çalışmalarına katkı sağlamıştır. Hasta hakları ile ilgili gelişmeler ışığında 4-5 Nisan 2008 tarihinde Ankara'da düzenlenen TTB Etik Bildirgeler Çalıştayı'nda hekimlik mesleğinin;

insan onuruna saygılı, hekim-hasta ilişkisinde etik ilkeler doğrultusunda yürütülmesi ve hasta haklarının önemini vurgulanarak “Türk Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi Sonuç Raporu” kabul edilmiştir. Bildirgede hakları kısıtlayan ekonomik ve politik uygulamaların kabul edilemeyeceği belirtilerek ülkemizdeki sağlık sistemlerinin hasta haklarına uygun düzeyde yapılandırılması gerekliliği vurgulanmış ve hasta haklarının tüm sağlık profesyonelleri tarafından benimsenerek tanınmasında, uygulanmasında ve geliştirilmesinde hekimlere önemli görev ve sorumluluklar yüklenmiştir. TTB, sağlık hizmeti sunumunda hastaların haklarının korunması iyi hekimliğin gereği olduğu düşüncesiyle hasta hakları ile ilgili ilkeleri benimsemiştir (TTB, 2009b). Buna göre;

“İnsan haklarının tıp alanındaki uzantısı olan hasta hakları, genel olarak sağlık hizmetlerinden yararlanma, bilgilenme ve seçim yapma unsurlarını içermelidir.

Bireyin “sağlıklı olma” halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi, genel sağlık halini bozacak her türlü etmene karşı koruyucu önlemlerin alınması esastır. Hastalık durumunda ise koşulsuz olarak, yeterli ve nitelikli sağlık hizmeti alması zaruridir. Bu hizmet sağlık eğitimiyle de desteklenmelidir.

Hastanın kendi geleceğini belirleme ve özgür seçim yapma hakkı korunmalıdır. İnsan onuru ve bütünlüğüne saygının ifadesi olan aydınlatılmış onam veya ret hakkı, her türlü tıbbi girişimin ön şartı olarak bütün hastalara tanınmalıdır. Hastanın hekimini, tedaviyi, bilgilenmeyi seçme hakkı vardır.

Hastanın kişisel bilgilerinin, tanı ve tedavisinin, sağlık durumunun ve her türlü özel bilgilerinin mahremiyet ilkesi gereği gizli tutulması ve korunması sağlanmalıdır.

Hastanın güvenli sağlık hizmeti alma hakkı vardır”.

2.2.1.2.2. Türkiye’de Hasta Hakları ile İlgili Başlıca Yasal Mevzuatlar

Hasta hakları ile ilgili olarak çok sayıda çalışma yapılmıştır. Türkiye’de Hasta haklarının gelişimine katkıda bulunan hasta hakları ile ilgili önemli yasa ve yönetmelikler kronolojik olarak aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Sert, 2004):

- 1928 tarih ve 1219 sayılı “Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun”,

- 1930 tarih ve 1593 sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu”,
 - 1960 tarihli “Tıbbi Deontoloji Tüzüğü”,
 - “1961 ANY’sı”,
 - 1979 tarih ve 2238 sayılı “Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun”,
 - “1982 ANY’sı”,
 - 1983 tarihli “Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”,
 - 1983 tarih ve 2827 sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun”,
 - 1993 tarihli “İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik”,
 - 1998 tarihli “Hasta Hakları Yönetmeliği”,
 - 15.10.2003 tarih ve 19499 “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge”,
 - 2004 tarih ve 5271 sayılı “Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu”,
 - 2005 tarih ve 5237 sayılı “Türk Ceza Kanunu”,
 - 26.04.2005 tarih ve 3077 sayılı “Hasta Hakları Uygulama Yönergesi”,
 - 23.03.2009 tarih ve 11706 sayılı “Hasta Hakları Uygulama Genelgesi”,
- Türkiye’de hasta hakları ile ilgili başlıca yasa ve yönetmelikler içerisinde HHY ve Hasta Hakları Uygulama Yönergeleri detaylandırılacaktır.

2.2.1.2.2.1. Hasta Hakları Yönetmeliği

Sağlık mevzuatı, hasta hakları ve hekim hakları açısından klinik etik ile ilgili en önemli yasal düzenleme 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete’ de yayınlanmış olan HHY’dir. Yönetmelik; ilgili maddeleri ile ilgili değişiklikler nedeniyle 08.05.2014 tarih ve 28994 sayı ile 23.12.2016 tarih ve 29927 sayı ile 16.01.2019 tarih ve 30657 sayı ile Resmi Gazete’ de yayınlanarak 3 kez güncellenmiştir. Yönetmelik hekim hasta ilişkisini temel alarak karşılıklı hekim ve hasta arasında sorumluluk, yükümlülük ve yetki kullanımına ilişkin 9 bölüm ve 51 maddeden oluşmakta ve sağlık kurumlarında sağlık hizmeti sunum süreçlerinin kapsamı ve tıbbi araştırma uygulama süreçlerinde uyulması gereken standartlar bulunmaktadır. Yönetmelik ile sağlık hizmeti sunum sürecinde aşağıdaki ilkelere uyulması koşulu getirilmiştir;

“Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğu, hizmetin her safhasında daima göz önünde bulundurulur

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 bulunulur

Sağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınmaz. Sağlık hizmetleri, herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir

Tıbbi zorunluluklar ve kanunlarda yazılı haller dışında, rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz

Kişi, rızası ve Bakanlığın izni olmaksızın tıbbi araştırmalara tabi tutulamaz”

Kanun ile müsaade edilen haller ile tıbbi zorunluluklar dışında, hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz” (HHY, 2019).

2.2.1.2.2.2. Hasta Hakları Uygulama Yönergesi

HHY'nin yürürlükte olduğu halde hasta hakları ile ilgili standart olmayan çalışmaların yapılması üzerine hasta haklarının faaliyete geçirilemediği görülmüştür. Yönetmeliği uygulayabilmek için ilgili düzenlemelere ve yönetmeliğe dayanılarak 15.10.2003 tarihinde “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge” (HHU Yönergesi 2003) yayınlanmıştır.

Avrupa Birliği uyum sürecine bağlı olarak yayınlanan yönerge ile hedefe ulaşılması için yapılması gerekenler planlanarak HHY uygulamaya konulmuştur. Gündeme gelen ihtiyaçlar doğrultusunda yönerge 2005 yılında güncellenmiştir (Tanrıverdi, 2012). Günümüzde sağlık hizmeti sunumu uygulamalarından kaynaklanan hasta şikâyetleri; kurum içerisinde hasta hakları birimine başvuruda bulunularak ve Sağlık Bakanlığının oluşturmuş olduğu web sitesinden ve/ veya SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) 184 numaralı iletişim araçlarından şikâyetlerini iletebilmektedirler (Toprak ve Şahin, 2012; Cavlak ve Bostancıoğlu, 2015).

2.2.2. Hasta Hakları Uygulamalarının Önemi ve Amacı

Türkiye Cumhuriyeti ANY'sı, diğer mevzuat ve uluslararası hukuki dokümanlarda kabul gören hasta hakları; kurumsal veya kurumsal olmayan sağlık hizmeti sunulan tüm durumlarda bireylerin haklarını kullanabilmesini, hak ihlallerinden kendilerini koruyabilmesini ve gerek duyulması halinde hukuki savunma yollarını fiilen kullanabilmesine ilişkin usul ve esasları düzenleme amaçlı hazırlanmıştır. Hastalar ve sağlık profesyonelleri karşı karşıya getirmek hasta haklarının amacı değildir aksine birbirlerine karşı taraf olmayıp bir bütünün parçaları gibidir. Hak ve yükümlülüklerinin sınırlarını belirleyerek oluşabilecek hak ihlallerinin önüne geçmek amaçlanmaktadır (Hatun, 1999). Bu bağlamda hasta haklarının amaçları maddeler halinde belirlenmiştir;

Hastaların; sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanabilmesi ve sağlık hizmeti sunum süreci içerisinde hastaların tıbbi değerlendirme, tıbbi girişim ve tıbbi tedavi sürecine aktif katılımı ve devamlılığının sağlanması,

Sağlık hizmeti sunan kurumlar, kurumsal yönetim ve sağlık profesyonelleri arasında etkin iletişimi sağlamak ve hasta bireyler ile sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi destekleyerek geliştirmek,

Sağlık profesyonellerinin mesleki değerlendirme ve uygulamalarından kaynaklı, kurumsal düzeyde ise sistemsel sorunlardan kaynaklı hataları minimuma indirmek,

Özellikli hastalar ile ilgili (çocuklar, yaşlılar, mahkûmlar, özel gereksinime ihtiyacı olan bireyler, psikiyatri hastaları) düzenlemeler yapmak,

Sağlık hizmeti sunumlarının etkin, güvenilir ve kaliteli olabilmesi için hasta bireylerin ulusal, yerel ve kurumsal programlara katılımını sağlayarak hasta eğitimini reelde uygulama haline getirmek ve devamlılığını sağlamak,

Hasta bireylerin maddi kazanç olarak algılanmasını ve bu yöndeki mevcut uygulamaların değişimini sağlamak

Makro düzeyde toplum yararı mikro düzeyde hasta merkezli yaklaşımı benimseyerek hekim-hasta etkileşiminde insanlaştırma modelini sağlamak,

Hasta hakları uygulamaları toplumun tamamını ilgilendirmektedir. Sağlık hizmeti sunum süreci içerisinde; hastaların sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanabilmesi, hasta ile sağlık profesyonelleri arasındaki ilişki yönetimi, sağlık

hizmeti sunum süreci içerisinde, hasta haklarına yönelik başvuru ve çözüm merkezlerinin oluşturulması, sağlık hizmeti sunum süreçlerinin etkinlik ve verimlilik kriterlerinin güçlendirilmesi açısından hasta haklarının önemi büyüktür.

2.2.3. Hasta Hakları Uygulamalarında Etkinliğinin Sağlanması

Geçmişten günümüze tüm alanlardaki yaşanan gelişmeler bireylerin ihtiyaç ve beklentilerini dikkate alarak yaşamlarını onurlu, rahat ve huzurlu bir şekilde sürdürmesini amaçlamaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmet sunum süreçlerinde insan haklarının gözetilerek hasta bireylerin beklenti ve isteklerinin merkeze alındığı yeni bir yaklaşım; tüm uluslarca özümşenerek yeni oluşturulan kurumsal süreçlerle işler hale getirilmiştir. Bu noktada Ülkemizde Sağlık Bakanlığının 2003/124 sayılı “Hasta Hakları Genelgesi” ile kurum ve çalışan odaklı sağlık hizmeti sunumu yerine hasta bireylerin ihtiyaç ve beklentilerini esas alan “Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti” yaklaşımını benimsenmiştir (Kaymakçı, 2009).

Bireylerin sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı ile oluşan beklentileri; bireylerin kişilik özellikleri, ekonomik imkânları, sunulan sağlık hizmetinin fiyatlaması, sağlık hizmeti sunumları ile ilgili önceki deneyim ve tecrübeleri, sağlık hizmetlerine verdikleri değer, sağlık hizmeti sunan kurumların yapısı, özellikleri, sağlık profesyonellerinin bireysel özellikleri, fiziksel ve çevresel etmenler gibi birçok neden tarafından belirlenmektedir.

Hasta merkezli sağlık hizmeti esas alınarak sağlık hizmet sunumlarının birey odaklı kurgulanması diğer bireylerin gereksinimlerini göz ardı edilebileceği için makro düzeyde toplum sağlığını olumsuz etkileyecektir. Merkeze bireyi alarak beraberinde bütüncül bir yaklaşım ile birey ve toplum sağlığını olumsuz etkileyen etmenlerin de dikkate alınması gerekmekte ve kurumsal yapılanmalar makro ve mikro düzeyde düşünülmelidir. Ancak bu noktada hasta bireylerin sağlık hizmeti sunumuna ihtiyaçları halinde talep ettiği hizmeti eksiksiz alarak, beklentileri karşılamış ve memnuniyeti sağlanmış olarak sağlık hizmeti sunan kurumlardan ayrılması sağlanmış olacaktır. Hasta bireyin beklentileri ve memnuniyeti hasta bireylerin aldıkları hizmetten bekledikleri faydalara, hizmetin sunumunun sosyo-kültürel değerleri ile uygunluğuna kadar kompleks bir ilişkili yumağı içindedir (Kaya, 2009).

Sağlık hizmeti sunum süreci içerisinde; hizmet sunumunun kalitesi, hasta haklarının doğru ve etkin kullanılabilirliği hasta bireyin tedaviye uyumunu belirleyen etmenlerdendir. Dolayısıyla hasta bireyin memnuniyeti tedaviye olan uyumunu arttırarak tedavi sürecinin kısılmasını etkileyecek ve makro boyutta önemli faydalar sağlayabilecektir. Bu noktada hasta memnuniyeti sağlık hizmeti sunum sürecinde hasta haklarının etkinliğinin sağlanması için oldukça önemli bir yere sahiptir (Kulkul ve Işıkhani, 2007).

Sağlık hizmetlerinin karşılıksız sunulmaması ve sağlık hizmeti sunum maliyetlerinin karşılanması noktasında doğrudan ve/veya ödediği vergilerle dolaylı olarak finansör konumunda olan hasta bireylerin; ticarileşen sağlık kurumları karşısında sağlık hizmetlerinden beklentilerini yükselterek etkin, nitelikli, adil ve eşit hizmet almayı sorgulayan katılımcı bir yaklaşımı beraberinde getirmiştir. Yeni yaklaşım çerçevesinde, devlet ve sağlık hizmeti sunan kurumlar; hasta bireylerin biyo-psikososyal olarak sağlık ile ilgili tüm sorunlarını çözebilmek, sağlıklı kalabilmelerini sağlayabilecek uygulamalar ile gereksinim ve beklentilerini karşılayabilmek için kurumsal anlamda ilgili düzenleme ve uygulamaları hasta bireylere etkin, etkili, kaliteli, adil ve eşit bir şekilde sunma felsefesi ile bütünleşmelidirler.

Hasta haklarının etkinliğinin sağlanmasının ana argümanı makro düzeyde toplum sağlığı mikro düzeyde birey sağlığını korumak olmalıdır. Bu bağlamda hasta haklarının etkinliği; hasta bireylerin bedensel, ruhsal, sosyal yönden tam bir iyilik halinin sağlanması, bireylerin sağlıklı kalabilmelerinin sağlanmasını, sağlığı olumsuz yönde etkileyebilecek bireysel ve toplumsal etmenlerin önlenmesi, sağlık hizmeti sunum süreçlerinin insan onuruna yakışır, saygılı, konfor ve güvenlik önlemlerinin alındığı, bireylerin mahremiyetlerinin korunduğu, kişilik ve manevi değerlerine saygı gösterildiği, uygulanan sağlık hizmetlerinin her aşamasında bilgilendirilip onayının alındığı, iletişim becerileri yüksek etik değerlere bağlı ve alanında uzman sağlık profesyonelleri ile oluşturulabilir (Özlü, 2007c; Sert, 2019).

Sunulan sağlık hizmetinin bilimsel ve tıbbi kurallara, etik değerlere, toplumsal ahlaka ve hukuka uygun olmaması sağlık hizmeti sunum süreçlerinde hasta bireylerin nitelikli hizmet alma hakkını engelleyerek hasta hakkı ihlalleri ve hasta memnuniyetlerini etkileyecektir. Dolayısıyla toplum ve birey merkezli sağlık

hizmeti sunumu çerçevesinde hasta memnuniyetini hedefleyen devlet ve sağlık hizmeti sunan kurum öncelikle hasta haklarının uygulanabilmesi için hasta hakları ile ilgili gerekli toplumsal, kurumsal ve bireysel düzeyde düzenlemelerin yapılmasını sağlamakla yükümlüdür. Hasta haklarının etkinliğinin sağlanması ancak bu yükümlülüklerin yerine getirilmesi ile gerçekleştirilebilir (Özlu, 2008).

Sağlık Bakanlığımız bu çerçevede sağlık hizmetinin etkin sunulmasını sağlamak üzere Sağlıkta dönüşüm projesi ile hızlı bir yapısal dönüşüm başlatmış ve 1998 yılında HHY ile başlayan bu süreç Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge (HHU Yönerge 2003) ile devam etmiştir. HHU Yönerge'si 2003 ile yönetmelikte tanımlanan usul ve esaslar doğrultusunda hak ihlalleri karşısında başvuru ve çözüm merkezleri oluşturulmuş ve hasta bireylere tanınan hak ve sorumlulukları konusunda bilgilendirilmeler yapılarak farkındalık oluşturmaya çalışılmıştır. Ancak bireyler; hak ve sorumluluklarının farkındalığı ile kurumsal düzenlemelerin yetersizliği arasında kalarak kaos oluşturmuş, şiddet benzeri eğilimler ortaya çıkararak sağlık profesyonellerinin olumsuz etkilenmesine sebep olmuştur. 2008 yılı hasta haklarına yönelik başvurularının değerlendirilmesi doğrultusunda; başvurularının büyük çoğunluğunun sağlık profesyonelleri ile sağlıklı/hasta birey ve yakınları arasında yaşanan iletişim sorunlardan kaynaklandığı görülmüştür.

Sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan ve sürece katılan sağlıklı/hasta birey ve yakınlarının sağlık hizmeti sunan kurumun işleyişi, hakları ve sorumlulukları ile ilgili bilgilendirilmeleri için hastaların aktif katılımını sağlayacak programlar düzenlenmelidir. Güvenlik, temizlik gibi diğer hizmet alımlarındaki şirketlerin çalışan personelleri ve sağlık profesyonellerinin; yaşam boyu eğitim kapsamında iletişim ve hasta hakları konusunda hizmet içi eğitim almaları sağlanarak olumlu tutum geliştirilmesi, hasta hakları birimlerine yapılan başvuru konularının gerekliliklerinin düzenlenmesi, hasta haklarına yönelik bilgi ve tutumların toplumsal boyutta benimsenmesi gerekmektedir.

HHY'nin uygulanmasını sağlayan HHU Yönerge 2003 ile yönetmelikte belirtilen usul ve esaslar doğrultusunda hasta bireylerin hak ihlallerinden korunmasını sağlayabilmek için kurumsal düzenlemelerin yerinde ve zamanında yapılandırılması gerekmektedir. Bu bağlamda sağlık alanındaki bilimsel ve

teknolojik gelişmeler nedeni değişen sağlık gereksinimleri; uygulamadaki yasal mevzuatların hasta hakları konusunda yeniden gözden geçirilerek güncellenmesi gerekliliği hasta haklarının etkinliğinin sağlanması açısından önemlidir.

Hasta hakları uygulamaları öncesi 9 Eylül 1997 tarihinde İstanbul'da kurulan Hasta ve Hasta Yakını Hakları Derneği (HAYAD); hasta hakları ile ilgili faaliyet gösteren öncü sivil toplum kuruluşlarından. Hasta hakları uygulamalarının yürürlüğe girmesi sonrası Ankara'da Hasta ve Hasta Yakını Haklarını Savunma Derneği (HAYASAD), Trabzon'da Hasta Hakları ve Sağlıklı Yaşam Derneği (HAKSAY) ve İstanbul'da Sağlık Hakkı Hareketi Derneği (SHHD) hasta hakları ile ilgili faaliyette bulunan dernekler kurulmuştur. Dernekler; görevlendirdikleri bir temsilci ile kurumlarda; hasta hak ihlallerini değerlendirmek üzere kurulan Hasta Hakları Kurulu'na katılarak söz sahibi olmakta ve sağlık hizmet sunumuna aktif olarak katılarak yetki almaktadır. Tüm bu süreçlerde hasta hakları uygulamaları içerisinde hasta bireylerin haklarını savunacak sivil toplum kuruluşlarının faaliyetleri hasta haklarının etkinliğinin sağlanması düzeyinde önemli olmuştur.

Bireysel ve toplumsal düzeyde hasta hakları ile ilgili farkındalık yaratarak, bilinçlendirilmesi ve sağlık profesyonellerinin duyarlı hale getirilmesi etkinliğin sağlanması açısından son derece önemlidir (Kaymakçı, 2009).

2.2.3.1. Hasta Hakları Uygulamalarının Etkinliğini Önleyen Hasta Hakları ile İlgili Sorunlar

2.2.3.1.1. Sağlık Hizmeti Sunum Sürecinde Karşılaşılan Hasta Hakları İhlalleri, Nedenleri ve Sınıflandırılması

Hasta hakları ihlalleri sağlık hizmeti sunum sürecinin basamaklarına göre veya hasta haklarının ana parametrelerine göre sınıflanabilir. Ancak hasta hakları ihlallerinin nedenlerinin doğru sınıflandırmak hasta haklarının etkinliğinin sağlanması açısından son derece önemlidir. Bütüncül bir yaklaşımla sağlık hizmeti sunum sürecinde rol oynayan taraflara göre değerlendirmek ihlal nedenlerinin anlaşılır olmasını sağlayarak çözüm yolları geliştirilmesi için doğru bir sınıflandırma olacaktır.

Hasta hakları ihlallerinin nedenleri sunum süreçlerinde tarafların etkinliğine bağı olarak; hastaya bağı nedenler, sağılık hizmeti sunan kurum ve personeline bağı nedenler, sağılık sistemi finansman yönetimine bağı nedenler olarak sınıflandırılabilir (Akıncı, 2009).

2.2.3.1.1.1. Hastaya Bağı Nedenler

Sağılık hizmeti sunum süreçlerinde hasta bireylerin hak ve sorumlulukları ile ilgili yeterli düzeyde bilgi sahibi olmamaları; tıp uygulamaları sürecinde yaşanan sorunlar karşısında sağılık hizmeti sunan kurum ve sağılık profesyonellerinden neler talep edebilecekleri ve nasıl bir yol izleneceğini bilmemelerine neden olmakta ve hak ihlaline uğradıklarını fark edememektedirler (Bostan, 2005). Dolayısıyla hasta bireyin sorumluluklarını yeterli düzeyde yerine getirememesi bireysel hak ihlaline neden olduğu gibi toplumsal anlamda birçok argümanı etkilemektedir.

2.2.3.1.1.2. Sağılık Hizmeti Sunan Kurum ve Personeline Bağı Nedenler

Sağılık hizmeti sunum süreçlerinde sağılık hizmetini sunan kurumunun hasta hakları uygulamalarının gerekliliklerini yeterli düzeyde gerçekleştirememesi sebebi; hasta bireylerin ihtiyaç ve taleplerinin etkin, etkili ve nitelikli hizmet sunumu ile karşılanmaması sağılık hizmeti sunan kurum ve personelinden kaynaklanan sorunları oluşturmaktadır.

Hasta ve toplum merkezli sağılık hizmeti anlayışının uygulamaya aktarılamaması, hasta sirkülasyonunun fazla olması ve sağılık hizmeti sunan kurumlarının yeterli düzeyde örgütlenememesi ile yetersiz yönetimi sonucu hasta yoğunluğunun fazla olması, sağılık hizmeti sunan kurumların fiziki/teknolojik kapasitesinin yeterli düzeyde olmaması, sevk sistemi uygulamaları sürecindeki eksiklik 24 saat hizmet sunma uygulamalarına ilişkin sağılık profesyoneli yetersizliği, bu bağlamda sağılık profesyonellerinin olumsuz tutum ve davranışları, yorgunluk, dikkat eksikliği, tıp uygulamaları içerisinde yetersiz ve yanlış tıp uygulamaları, etik değerler ile ilgili tutumları hasta hakları ihlallerinin sağılık hizmeti alım sürecindeki en önemli nedenlerini oluşturmaktadır. Tüm bu nedenler hasta bireye; yeterli zaman ayrılmaması, gerekli özenin gösterilmemesi, yeterli bilgi verilmemesi, sağılık hizmeti sunumunun tıbbi gereklere uygunluğunun sağlanamaması ile hasta bireyin sağılık

hizmeti sunumundan yeterli düzeyde faydalanamaması vb. gibi durumları ortaya çıkararak birçok hasta hakkının hasta bireyler tarafından kullanımına engel olmaktadır (Bostan, 2005).

Sağlık hizmeti sunan kurumunun fiziksel ve teknolojik yapısı, olumsuz örgüt kültürü, yönetim anlayışındaki eksiklik, sağlık hizmeti sunan kurumlarda hasta bireylerin etkin, etkili, nitelikli sağlık hizmeti almalarını ve haklarını düzgün şekilde kullanmalarını etkilemekte olup hasta hakkı ihlallerini doğuran önemli sebeplerdendir (Ertem ve ark., 2009).

2.2.3.1.1.3. Sağlık Sistemi Finansman Yöntemine Bağlı Sebepler

Sağlık hizmeti sunum sürecinde kurumsal yönetim planlamaları ile oluşturulan sağlık sistemi ve finansman yönetiminden kaynaklanan sorunları oluşturmaktadır. Günümüzde sağlık sisteminin yapısı ve finansman şekilleri oldukça önemlidir. Sağlık hizmeti sunumlarının; kamu ve/veya özel sektör aracılığı ile yürütülmesi, sağlık kurumları arasında rekabet düzeyi oluşturulması, kurum çalışanlarının ücret ve performans sistemleri, sağlık giderlerinin finansmanlarının nasıl ve kim tarafından sağlandığı, etkinlik, verimlilik, kalite ve denetim uygulamaları hasta bireylerin sağlık hizmeti sunumundan faydalanma ve mevcut haklarını kullanabilme düzeylerini etkilemektedir. Bu bağlamda hak ihlalleri gündeme gelmektedir (Akıncı, 2009). Devlet sağlık hizmeti sunumunu; bireylere makro düzeyde toplum odaklı mikro düzeyde hasta merkezli yaklaşımı esas alarak adil, zamanında, etkin, etkili, eksiksiz, teknolojik ve bilimsel gelişmelere uygun, yeterli ve dengeli, tüm sağlık gerekliliklerini kapsayacak şekilde düzenlemeli ve sosyal güvenlik sistemi toplumun tamamının sağlık giderlerini finanse edebilecek düzeye çıkarabilmelidir (Akalin, 2007). Hasta bireylerin sağlık hizmeti sunumuna erişimi; ihtiyaçları doğrultusunda planlanarak ödeme gücünün ikinci planda düşünülmesi hastaların hak ihlallerinden korunması amaçlanmalıdır.

2.2.3.1.2. Hasta Güvenliğinin Sağlanması

2.2.3.1.2.1. Hasta Güvenliği Kavramı

Hasta güvenliği kavramı; hasta bireyin her türlü olumsuz etkilerden zarar görmesinin engellenerek oluşabilecek olumsuz etkilerden hasta bireyi korumak amacıyla alınan önlemlerin tamamını oluşturmaktadır. Hasta güvenliğinin temel amacı oluşabilecek her türlü tehlikelerin engellenerek hasta bireye güvenli bir ortam sağlamak ve iyileşme sürecini hızlandırmaktır (Uzun, 2009).

Her hastalık her hasta bireyde farklı şekilde seyrederek farklı sonuçlar doğurabilmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmet sunumu sürecindeki tüm tıbbi değerlendirme, uygulama ve girişimlerin; hasta bireyin hastalığı ve bireysel özellikleri birlikte değerlendirilerek yapılması hasta güvenliğinin sağlanması açısından oldukça önemlidir.

Hasta bireyin uzun süreli bakım süreci hasta güvenliği açısından oldukça önemli bir yere sahiptir. Hasta birey sağlık hizmeti sunum sürecinde mevcut sağlık sorunu çözüldükten sonra sağlık hizmeti sunumu eksikliği sebebi ile yeni bir sağlık sorunu yaşıyorsa hasta bireyin güvenliğinin eksikliğinin söz edilebilir. Hasta bireye fayda sağlamak amacıyla uygulanan sağlık hizmet sunumu gerekli önlemler alınmadığı için faydadan çok zararlı hale gelerek sağlık hizmet sunumunun etkin, etkili, nitelikli, bir şekilde sunulması engellenmiş olur. Doğru, etkin, etkili, nitelikli sağlık hizmeti sunumunun ilk basamağı hasta güvenliğinin sağlanması ile oluşturulabilir. Olası hataların önlenmesi için kurumsal hasta güvenliği önlemleri ile kurumsal yönetim, sağlık profesyonelleri ve hasta birey arasında bir “güvenlik kültürü” oluşturması gerekmektedir. Sağlık profesyonellerinin mevcut tecrübe ve sezgileri hasta güvenliği açısından önemli olup “güvenlik kültürü” ile desteklenmesi hasta bireyin alacağı faydaları arttırabilecektir (Eroğlu, 2011). Sağlık hizmeti sunum süreci içerisinde sağlık hizmeti sunan kurum ve görevli sağlık profesyonelleri tüm tıbbi değerlendirme, uygulama ve girişimler süresince oluşabilecek sorunlar karşısında gerekli önlemleri almakla yükümlüdür (Gülkaya, 2009).

2.2.3.1.2.2. Tıbbi Değerlendirme ve Uygulama Hataları (Tıbbi Malpraktis)

Malpraktis, Latince kökenli “Male” ve “Praxis” kelimelerinden türemiş olup “hatalı uygulama” anlamına gelir. Hukuksal bir kavram olan tıbbi malpraktis; son dönemde sağlık ve hukuk başta olmak üzere birçok alanda ilgi çeken konular arasındadır. Farklı açılardan detaylı olarak değerlendirilerek birçok yazar tarafından tanımının yapıldığı tıbbi malpraktis kavramı; yabancı yayınlarda tazminat davasına doğru ilerleyen kusurlu ya da kötü işlemi açıklamak amacıyla kullanılmıştır. Türkçe kaynaklarda ise tıbbi kötü uygulama (Oğuz ve ark., 2005), hizmet kaynaklı zarar (Civaner, 2011), hekimliğin kötü uygulanması (TTB, 2012) olarak açıklanırken daha çok tıbbi uygulama hatalarını tanımlama olarak (Odabaşı ve Tümer, 2006; Civaner, 2011) kullanılmakta ancak tam olarak bir fikir birliği bulunmamaktadır. Sağlık profesyonellerinin bilinç ve/veya bilinç dışı ya da bireysel ve/veya kurumsal ihmal sonucunda tıbbi uygulamalarda normalinden sapan durumların ortaya çıkması, bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanan sebepler ile yanlış ve/veya eksik tıbbi uygulamaların gerçekleşmesi ile bireylerin biyo-psikososyal olarak sağlığını olumsuz etkileyecek uygulamalardır (TTB, 2010).

TTB Malpraktis Bildirgesi’nde “*tıbbi uygulamadaki bilgi, beceri eksikliği ya da ihmal nedeniyle hizmet sunulan kişinin sağlığına zarar gelmesi*” olarak tanımlanmaktadır (TTB, 2010).

TTB HMEK’nın 13. Maddesi ile “*bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi*” “*hekimliğin kötü uygulanması*” ifade edilerek tanımlanmıştır (TTB, 2009a).

2.2.4. Hasta Hakları Uygulamaları ile Hekim-Hasta İlişkisi

Tüm sağlık profesyonellerinden beklenen ekip anlayışı ve etik değerlere bağlılık içerisinde çalışmadır. Hekimlerden de aynı özen beklenirken beraberinde hastalardan ise sorumluluklarını yerine getirmeleri beklenmektedir. Hasta - hekim ilişkisi içerisinde hastaların çoğunlukla korunmaya muhtaç, zayıf, pasif taraf olarak algılanması hasta haklarının tarihi gelişimine yön vermiş ve günümüzde yaşanan hasta-hekim ilişki dengesini oluşturmuştur. Tıp uygulamaları içerisinde hasta hakları kavramından sıkça söz edilirken hasta-hekim ilişkisi içerisinde her iki tarafın hakları olduğu göz ardı edilmektedir.

Hasta-hekim ilişkisinde mevzuatta belirlenmiş hasta haklarından bahsederken, diğer taraf için ise sorumluluk ve ödevlerinden söz etmek eşitsiz bir ilişki biçimini oluşturmaktadır. Hasta haklarına yönelik gelişen duyarlılık ile yapılan yeni düzenlemeler hasta haklarının uygulamaya dönük olması açısından önemlidir.

Son yıllarda tıbbi girişimlerle ilgili yaşanabilen olumsuzluklar, artan kitle iletişim araçlarının da katkısı ile yalnız sağlık çalışanlarının değil, genel olarak bütün toplumun ilgi alanına girmiştir. Sağlık sistemindeki aksaklıkların yarattığı hoşnutsuzluk, 1998 yılında yayınlanan HHY'nin kullanılması, hekim - hasta ilişkisinin piyasa koşullarında değişen yapısı, sağlık politikalarında gerçekleştirilen değişiklikler ve bunların olası olumsuz etkilerinden sağlık personelinin sorumlu tutulması gibi etkenler hastaların hekimler aleyhine dava açmalarında görülen artışın altında yatan nedenler arasındadır (Yorulmaz ve ark., 2006).

2.2.5. Hasta Hakları Uygulamaları ile Sağlık Hizmeti Sunumu Süreci İlişkisi

Sağlık hizmetleri sunum sürecinin tarafları hasta, sağlık profesyonelleri ve devlettir. Hasta hakları uygulamalarında; sorumluluk sadece sağlık profesyonellerinin olmayıp devletin sorumluluğunu da içermekte hatta toplumun tamamını ilgilendirmektedir. Sağlık hizmet sunumuna ihtiyaç duyan birey ile sağlık profesyonelleri arasındaki ilişkiyi düzenleyen kuralların oluşturulması ve uygulamaya geçirilmesi etkin hasta hakları uygulamalarının gerekliliğidir. Bu gereklilik sağlık hizmetlerinin etkili, zamanında, adil, güvenli ve hasta merkezli uygulama modelleri ile oluşturulabilir. Etkin ve doğru uygulamaların sağlanmasında sorumluluk sadece sağlık profesyonellerine yüklenemez. Devletin hizmet alanların ve hizmeti sunanların haklarının korunması ve bu haklardan en yüksek düzeyde yararlanılabilmesini sağlayan etkin ve doğru sağlık hizmeti sunulabilmesi için uygulama modellerini planlama sorumluluğu vardır. Sağlık hizmeti sunum süreci içerisinde; hastaların sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanabilmesi, hasta ile sağlık profesyonelleri arasındaki ilişki yönetimi, hastaların tıbbi tanı ve tedavi sürecine aktif katılımı ve devamlılığının sağlanması, hasta hakları uygulamalarına yönelik başvuru ve çözüm merkezlerinin oluşturulması sağlık hizmet sunum süreçlerinin etkinlik ve verimlilik kriterlerinin güçlendirilmesi açısından hasta hakları uygulamalarının önemi büyüktür.

2.3. Türkiye’de Hasta Hakları Uygulamaları

Tıp alanındaki gelişmeler ile sağlık hizmet sunum süreçlerinin karmaşık hale gelmesi, hasta bireylerin bu alanda korunması gerekliliğini doğurmuştur. Dünyada gelişen tıp ile birlikte hasta haklarına yönelik yasal düzenlemeler oluşturulurken; Türkiye’de de sınırlı olan sağlık hakkı alanda uygulamalar doğrultusunda HHY 01.08.1998 tarihli ve 23420 sayı ile Resmi Gazete’ de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Ardından 15.10.2003 tarih ve 19499 sayı ile HHU Yönergesi 2003 yayınlanmış ve güncellenme gerekliliği sonucu 2005 yılında revize edilerek HHU Yönergesi 2003 yürürlükten kaldırılarak Hasta Hakları Uygulama Yönergesi (HHU yönergesi 2005) 26.04.2005 tarihli ve 3077 sayılı Resmi Gazete’ de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Yönerge ile sağlıklı/hasta bireylerin hasta haklarından etkin faydalanmasının sağlanması, haklarının korunması ve gerektiğinde hukuki yollara başvurabilmesi sağlanmıştır. HHY ve HHU Yönergesi 2005 sağlık hizmeti sunan tüm kurumları, görevli sağlık profesyonellerini ve sağlık hizmetine ihtiyacı olan tüm sağlıklı/hasta bireyleri kapsamaktadır.

2.3.1. Hasta Hakları Yönetmeliği’nin Parametreleri

HHY’de hastalara tanınan haklar 9 bölüm ve 51 maddeden oluşmaktadır. Bu bağlamda genel çerçevesini 9 genel parametre ile sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı, hasta haklarının korunması, tıbbi müdahalede hastanın rızası, tıbbi araştırmalar, diğer haklar, sorumluluk ve hukuki korunma yolları ve son hükümler oluşturmaktadır. Her parametre aşağıda ilgili yönetmelik maddeleri halinde ayrıntılandırılacaktır.

2.3.1.1. Amaç, Kapsam, Dayanak, Tanımlar ve İlkeler

Hasta hakları uygulamalarının amacını, kapsamını, dayanağını, yönetmelik için gerekli tanımlamaları ve yönetmeliğin oluşturulmasındaki temel ilkeleri içermektedir.

2.3.1.2. Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı

Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma, Bilgi İsteme, Sağlık Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme, Personeli Tanıma, Seçme ve Değiştirme, Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme, Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım, Tıbbi Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı, Ötenazi Yasağı, Tıbbi Özen Gösterilmesi şeklinde maddelerini içermektedir.

2.3.1.3. Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı

Bilgilendirmenin Kapsamı, Kayıtları İnceleme, Kayıtların Düzeltmesini İsteme, Bilgi Vermenin Usulü, Bilgi Verilmesi Caiz Olmayan ve Tedbir Alınması Gereken haller, Bilgi Verilmesini Yasaklama şeklinde maddelendirilmiştir.

2.3.1.4. Hasta Haklarının Korunması

Mahremiyete Saygı Gösterilmesi, Rıza Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Tabi Tutulmama, Bilgilerin Gizli Tutulması şeklinde maddelerini içermektedir.

2.3.1.5. Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası

Hastanın Rızası ve İzin, Tedaviyi Reddetme ve Durdurma, Rıza Formu, Alışılmış Olmayan Tedavi Usullerinin Uygulanması, Rızanın Şekli ve Geçerliliği, Organ ve Doku Alınmasında Rıza, Aile Planlanması Hizmetleri ve Gebeliğin Sona Erdirilmesi, Rızanın Kapsamı ve Aranmayacağı Haller olarak maddelendirilmiştir.

2.3.1.6. Tıbbi Araştırmalar

Tıbbi Araştırmalarda Rıza, Gönüllünün Korunması ve Bilgilendirilmesi, Küçüklerin ve Mümeyyiz Olmayanların Durumu, İlaç ve Terkiplerin Araştırma Amacıyla Kullanımı olarak maddelendirilmiştir.

2.3.1.7. Diğer Haklar

Güvenliğin Sağlanması, Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma, İnsani Değerlere Saygı Gösterilmesi ve Ziyaret, Refakatçi Bulundurma, Hizmetin Sağlık Kurum ve Kuruluşu Dışında Verilmesi olarak maddelendirilmiştir.

2.3.1.8. Sorumluluk ve Hukuki Korunma Yolları

Müracaat, Şikayet ve Dava Hakkı, Hastanın Uyması Gereken Kurallar, Hasta Hakları Birimleri, Hasta Hakları Kurulları, Sertifikalı Eğitim, Kurulun Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları, Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumluluğu, Devlet Memuru veya Diğer Kamu Görevlisi Personelin Sorumluluğu, Kamu Personelinin Sorumluluğunu Tespit Usulü, Kamu Personeli Hakkındaki Müeyyideler, Kamu Görevlisi Olmayan Personelin Sorumluluğu olarak maddelendirilmiştir.

2.3.1.9. Son Hükümler

Kurum ve Kuruluş Yetkililerinin Görevi, Saklı Olan Hükümler, Geçiş Hükümü, Yürürlük şeklinde maddelerini içermektedir.

2.3.2. Hekim Hakları ile İlişkilendirilen Hasta Hakları Yönetmeliği'nin Parametreleri

2.3.2.1. Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı

Sağlık hizmeti sunum süreçlerinde hiçbir ayırım yapılmaksızın; ırk, dil, din, mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, sosyal ve ekonomik durumlarına bakılmaksızın her bireye eşit ve kolay erişilebilir sağlık hizmeti sunulmasını içeren en tabii haktır. HHY'nde sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı parametresi içerisinde adalet ve hakkaniyetten uygun olarak faydalanma hakkı madde 6'da tanımlanarak ayrıntılandırılmıştır. Yönetmelik'te bireylerin; hastalık olmaksızın biyo-psikososyal olarak sağlığının korunabilmesi, ihtiyaçlarına uygun sağlık hizmeti taleplerinin karşılanması noktasında sağlık hizmeti sunan kurumlar ve sağlık profesyonellerinin sorumlu olduğu belirtilmektedir. Bu bağlamda makro boyutu ile devlet mikro boyutu ile ise sağlık hizmeti sunan kurumların ve kurumsal yönetimin; HHY'nin ilkeleri doğrultusunda yönetmeliğin kapsamının gereklilikleri ile ilgili düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Bireylerin başvurduğu sağlık hizmeti sunan kurumlarda hastalığının tedavisinin mümkün olmadığı ve / veya durumu ile ilgili ihtiyacının karşılanmadığı durumlarda sağlık hizmeti sunan kurum ve sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilerek gerekli sevk işlemlerinin hızlı ve etkin yapılması gerekmektedir.

2.3.2.1.1. Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma

HHY'nin 6. maddesinde; "Hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere, sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Bu hak, sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerini de içerir" (HHY, 2019). İfadeleri ile tanımlanmıştır.

2.3.2.1.2. Bilgi İsteme

Bireylerin, sağlık hizmeti sunum süreçlerinde mevcut durumları ile ilgili ihtiyaçları doğrultusunda almaları gereken tüm sağlık hizmetlerinin neler olduğu, nerede nasıl ve kim tarafından sunulduğu, erişim ve ulaşım ile ilgili tüm imkânları bireyin anlayabileceği açık bir ifade şekli ile öğrenme ve bilgilendirilme bilgi isteme hakkının temelini oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti sunan kurumlarda bilgi isteme hakkı ile ilgili hasta haklarına yönelik birimler oluşturularak bireylerin ihtiyacı olan bilgilere erişimlerinin sağlanması sağlık hizmeti sunan kurumun sorumluluğunda olup kurumsal yönetimin planlamaları ile gerçekleştirilebilir. Ancak bu kapsamda hasta ve/veya sağlıklı birey zamanı doğru planlayarak kurumsal ve toplumsal yükü azaltacaktır. HHY'nin 7. maddesinde; "Hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir. Bu hak, hangi sağlık kuruluşundan hangi şartlara göre faydalanılabileceğini, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen her türlü hizmet ve imkânın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluştaki verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulüne öğrenme haklarını da kapsar. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastayı birinci fıkra uyarınca bilgilendirmek için yeterli teknik donanımı haiz birimi oluşturmak; bu birimde, hastaya kesin ve yeterli bilgi verebilecek nitelik ve ehliyete sahip personeli daimi olarak istihdam etmek ve hastanın ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmesini temin etmek üzere, kuruluşun uygun yerlerinde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretler bulundurmaya gibi tedbirleri almak zorundadırlar" (HHY, 2019) ifadeleri ile tanımlanarak belirtilmiştir.

2.3.2.1.3. Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme

Sağlık kurumlarında sunulan sağlık hizmeti süreçlerinde; toplumda öncelikli olarak korunması ve özel tedbir alınması öngörülen bireylerin mağduriyetlerinin önlenmesi amacıyla sağlık hizmeti sunumlarından öncelikli olarak yararlandırılmaları ile ilgili hasta hakları mevzuatı başta olmak üzere yasal mevzuatımızda Sağlık Bakanlığı'mız tarafından yayımlanan genelgelerle düzenlemeler yapılmıştır.

Öncelik sırasının belirlenmesini isteme hakkı HHY'nin 10. maddesinde; "Sağlık kuruluşunun hizmet verme imkânlarının yetersiz veya sınırlı olması sebebiyle sağlık hizmeti talebi zamanında karşılanamayan hallerde, hastanın, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini istemek hakkı vardır. "Acil ve adli vaka'lar ile yaşlılar ve (Değişik ibare: RG-16/1/2019-30657) engelliler hakkında öncelik sırasının belirlenmesinde ilgili mevzuat hükümleri uygulanır" (HHY, 2019) şeklinde ifadelerle tanımlanmıştır. Sağlık hizmeti sunum süreçlerinde bireyler; sağlık hizmeti sunan kurumlardan öncelik haklarının belirlenerek doğru kullanılmasını isteme hakkına sahiptir. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SBTHGM) "Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Konulu 2010/73-80 sayılı Genelgesi"ni yayımlayarak poliklinik hizmetlerinde öncelik sırasını belirlemiştir. Yürürlüğe giren 2010/73-80 sayılı genelge ile öncelikli olarak poliklinik hizmeti alması gereken bireyler tanımlanmıştır. Bunlar:

1. Acil vakalar (ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılması gerektiğine hekim tarafından karar verilen vakalar),

2. Özürlüler (Değişik 2010/80 sayılı Genelge),

3. Hamileler,

4. 65 yaş üstü yaşlılar

5. Yedi yaşından küçük çocuklar,

6. Harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malül ve gaziler,

Ayrıca kolluk kuvvetlerince sevk edilecek adli vakalarda; savcılık veya kolluk kuvvetince önceden sağlık kurum/kuruluşuna bildirim yapılmalı ve randevu alınmalı, bu suretle sağlık kurum/ kuruluşunda sağlık hizmeti aksatılmadan ve diğer hastalar mağdur edilmeden gerekli işlemlerin yapılması sağlanmalıdır.

2010 yılında uygulamaya konulan 2010/73-80 sayılı genelge 2016 ve 2017 yıllarında 2016/22 ve 2017/10 sayıları ile güncellenerek düzenlenmiştir.

Öncelik sırası ile ilgili diğer bir düzenleme ise Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü'dür (Ana Sözleşmesi). Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü 2. bölüm 7. maddesi Hastaların Vaktine Saygı başlığında;

“Her birey hızlı ve önceden belirtilen süre içerisinde gerekli tedaviyi alma hakkına sahiptir. Bu hak tedavinin her aşaması için geçerlidir.

Durumun aciliyeti ve spesifik standartlar bazında belli bir süre içinde verilmesi gereken hizmetler dikkate alınarak bekleme sürelerinin belirlenmesi sağlık kuruluşlarının görevidir.

Her bireye hizmetten yararlanma konusunda garanti verilmeli ve bekleme listesi söz konusu olduğunda hemen imzalanmaları temin edilmelidir. Her birey gizlilik durumlarına saygı kaydıyla istediği takdirde bekleme listelerine bakabilir.

Önceden belirlenen süre içerisinde sağlık hizmeti verilemezse aynı kalitede alternatif hizmetler kullanım ihtimali garanti edilmeli ve bundan kaynaklanan harcamalar makul bir süre içerisinde hastalara geri ödenmelidir.

Doktorlar hastalarına bilgi verme süresi dahil olmak üzere yeterli zaman ayrılmalıdır” ifadeleri ile sağlık hizmeti sunumunun etkin ve olabilecek en kısa sürede hekimin hasta bireye ayırması gereken sürenin önemi vurgulanmıştır (Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (ANA SMZLEŞMESİ) Temel Döküman, 2002).

Bu bağlamda ilgili genelgeler ile Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi (SUAM) için acil vakaların (ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılması gerektiğine hekim tarafından karar verilen vakalar), özel gereksinimi olan bireylerin, hamilelerin, 65 yaş üstü bireylerin, yedi yaşından küçük çocukların, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malül ve gazilerin, öncelikli olarak tıbbi değerlendirmeleri yapılması gereken bireyler olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Ayrıca kurum personeli olan hasta bireylerin görevlerini etkin yerine getirilebilmesi için mevcut durumları gereği ayrıcalıklı olması gerektiği kurumsal olarak tanımlanmıştır. Bu bağlamda gerekli düzenlemeleri yapmak sağlık hizmeti

sunan kurumların sorumluluğunda olup mevcut uygulamaya geçirilmesi gerekmektedir.

2.3.2.1.4. Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım

Sağlık hizmeti sunum sürecinde bireylerin sağlık hizmeti sunan kurumlara başvurularında modern tıbbın gereklerine uygun tüm teşhis, tedavi, tıbbi uygulamaları doğru ve etkin alma hakkı mevcuttur. Tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım hakkı; HHY'nin 11. maddesinde; "Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir. Tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz" (HHY, 2019) ifade edilerek tanımlanmıştır.

Tıp sürekli gelişerek bireylere yeni olanaklar sunan bir bilimdir. Modern tıp ve teknolojinin gereklerinin kolay ulaşılabilir ve kullanılabilir düzeyde olması için gerekli düzenlemelerin yapılarak uygulamaya konulması devletin ve sağlık hizmeti sunan kurumların sorumluluğundadır. Kurumsal yönetim planlamaları; sağlık profesyonellerinin almış oldukları temel tıp eğitimi sonrası dünyadaki gelişmeleri ve beraberindeki değişimleri takip edebilecek düzeyde yapılandırılmalıdır. Kurumsal düzeyde sağlık profesyonellerinin bilimsel gelişmelere katkı ve / veya takip edebilmelerini sağlayacak etkinliklere (seminer, kongre, hizmet içi eğitim vs.) katılımının desteklenerek asgari düzeyde katılımı sağlanması için zorunluluk getirmesi gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunum sürecinde teşhis ve/veya tedavi amacı olmayan, bireylerin vücut bütünlüğüne zarar verebilecek tıbbi müdahalelerde bulunması yasaktır. Bireylere; modern tıp ve teknolojinin gerekleri konusunda bilgilendirme yapılarak kurumsal düzeydeki olanaklar doğrultusunda yapılabilecek uygulamalar açıklanıp daha iyi olanakların sunulduğu kurumlar konusunda bilgilendirilerek tercihleri yapılması sağlanmalıdır.

2.3.2.1.5. Tıbbi Özen Gösterilmesi

Ülke ekonomisi açısından büyük bir öneme sahip ve yerine hiçbir hizmet konulamayan sağlık hizmet sunumu özellikle son yıllarda sağlığın koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri konusunda multidisipliner hizmet sunması sebebi ile tıp bilimi ilke ve kurallarına uygunluğu gereklilik arz etmektedir.

Sağlık profesyonelleri; tıbbi özen sağlanması noktasında tıbbın temel etik ilkeleri olan özerklik, yararlılık, zarar vermeme ve adalet ilkeleri doğrultusunda hizmet sunmakla yükümlüdür. Hekimlerin; görevleri dolayısıyla yapmak zorunda oldukları eylemler hekimlerin yükümlülüklerini içerir. Hekimlerin hukuki sorumluluğu kapsamında özen gösterme yükümlülüğünü yerine getirebilmesi için; doğru tanıyı koyması, doğru ve etkin tedaviyi uygulaması, sağlıklı/hasta bireyi özenle takip ederek uygulamaların her aşamamasında bilgi vermesi, süreci doğru sonlandırması gerekmektedir. Hekim; etik ilkelere bağlı kalarak genel kabul görmüş güncel tıp uygulamalarına ve standartlarına uygun hareket etmekle yükümlüdür. Özen yükümlülüğü subjektif ve objektif özen kavramıyla ifade edilmektedir (Gökcan, 2017).

HHY'nin 14. maddesinde; *“Personel, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur”*(HHY, 2019) ifadeleri ile belirtilmiştir.

TDN 1. Bölüm madde 2 *“Tabip ve dış tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir. Tabip ve dış tabibi; hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlaki düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevkii ve siyasi kanaati ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda azami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir”* ile özen yükümlülüğü ifade edilmiştir (TDN, 1960).

2.3.2.1.5.1. Genel Olarak (Subjektif) Özen Yükümlülüğü

Hekim sağlık hizmeti sunumunun tüm süreçlerinde özenli davranmakla yükümlüdür. Bu süreçler tıbbi değerlendirme, teşhis, uygulama ve tüm tıbbi girişimleri içermektedir (Gökcan, 2017).

2.3.2.1.5.2. Tıbbi Standardı Sağlama (Objektif) Özen Yükümlülüğü

Hekim; tıbbi değerlendirme, teşhis, tedavi, uygulama ve tüm tıbbi girişimlerde etik ilkelere bağlı kalarak tıp biliminin kabul edilen bilgi, beceri ve yeterlilik düzeyini göstermekle yükümlüdür. Bu bilgi, beceri, yeterlilik düzeyi aldığı eğitim ve kazanımlarının yeterliliğini kapsar. Elde edilen kazanımların tanınabilirliği ve geçerliliği açısından standart bir yeterlilik çerçevesine ihtiyaç duyulmuştur. Tıbbi standartların sağlanması ise tıp bilimi ilke ve kurallara uygunluğunu belirleyerek oluşturulur. Hekim; bilgi, beceri ve yeterlilik düzeyi açısından gereken tıbbi standardı sağlayamıyorsa özen yükümlülüğünün gereği olarak görevden çekilmelidir. Bu bağlamda sağlık profesyonellerinin almış oldukları tıp bilimi ve etik eğitimlerinin eksikliği ve/veya minimum seviyede olması özen yetersizliği doğurabileceği için verilen eğitimlerin niteliği önemlidir (Gökcan, 2017).

Küreselleşme, artan nüfus, kültürel çeşitlilik, sağlık turizmi, değişen sağlık gereksinimleri, hizmetin kapsamının değişmesi ve çeşitlenmesi nitelikli eleman ihtiyacını her geçen gün artırmaktadır. Sağlık alanındaki hızlı gelişmeler nedeni ile sağlık hizmeti sunan kurumlarda bilgi, beceri ve tutum donanımı yüksek olan tıp bilimi mezunlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Özellikle ülkemizde giderek artan malpraktis davaları da sağlık eğitiminin daha nitelikli olması gerektiğini göstermektedir. Gelişen, değişen ve giderek hasta profili açısından da karmaşıklaşan sağlık sistemine sağlıklı insan gücü yetiştiren eğitim kurumlarının; daha nitelikli, doğru karar veren, eleştirel düşünebilen, mesleki iletişim becerilerine sahip, sağlıklı/hasta bireye, aileye, topluma ve kendilerine zarar vermeyecek bir eğitim verme sorumluluğu taşımaları gerekmektedir.

Ülkemizin temel değerleri ve stratejik hedeflerine uygun eğitim sunacak olan tıp ve sağlık bilimleri fakültelerinin; evrensel sağlık kültürüne sahip bireyler ve başarılı örnek sağlık profesyonelleri yetiştirmek hedefinden hareketle, bilimsel ve sosyal alanlardaki faaliyetleri başta olmak üzere, uluslararası nitelikte öğrenci ve öğretim elemanı yapısına sahip, paydaşların ihtiyaçlarını hızlı, kaliteli ve etkili bir şekilde çözen öncü bir sağlık bilimi merkezi olması gerekmektedir.

2.3.2.2. Sağlık Durumu ile İlgili Bilgi Alma Hakkı

Hasta bireylerin genel durumu hakkında; tedavinin kim ve/veya kimler tarafından uygulanacağını, uygulanan tedavinin nasıl gerçekleşeceğini, tedavinin hastalık üzerindeki etkilerini, ilaç içeriği ve ilacın önemli özellikleri, diğer tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin sonuçlarını, gerekli tıbbi girişimlerin nerede ve nasıl uygulanacağını, süresini, komplikasyonlarını, risklerini bilmesi gerekmektedir. Tedavinin reddedilmesi durumunda ortaya çıkabilecek olası fayda ve riskler, sağlıklı kalabilmek için önemli yaşam önerileri, tıbbi yardıma ihtiyaçları olduğunda sağlık hizmet sunumuna erişim ve ulaşım yollarının neler olduğunu öğrenme hakkı bulunmaktadır. Hasta bireyin sağlık hizmeti sürecinde genel durumu ile ilgili bilgi sahibi olması fiziksel ve psikolojik olarak oldukça önemlidir. Bu sebeple hasta birey ve/veya yasal vasilerinin sürecin tamamında uygulanması planlanan tüm tıbbi girişimler ve tedaviler, bunların oluşturacağı olumlu olumsuz sonuçları, hastalığı ile ilgili teşhis ve tedavinin uygulamadaki farklı süreçlerini, uygulanması planlanan tıbbi girişim, ve tedaviyi reddetmesi ile beraberinde oluşabilecek her türlü sonuç hakkında doğru ve etkin bilgi sahibi olabilmelidir. Hasta bireyler; bir başkasının sağlık durumunu etkilememek koşulu ile sağlık durumu ile bilgi alma hakkına sahiptir. Sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkının kapsamına ve bilgi vermenin usulüne yönelik düzenlemelerin yapılarak gerekli birimlerin oluşturulması, hasta bireylerin ihtiyacı olan bilgilere erişimlerinin sağlanması sağlık hizmeti sunan kurumların sorumluluğunda olup kurumsal yönetimin planlamaları ile gerçekleştirilebilir (Aksoy, 2013).

2.3.2.2.1. Bilgilendirmenin Kapsamı

HHY'nin 15. maddesinde "Hastaya; hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği, tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, muhtemel komplikasyonları, reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri, kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri, gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği hususlarında bilgi verilir" (HHY, 2019) ifadeleri ile bilgilendirmenin kapsamı detaylandırılmıştır.

2.3.2.2.2. Bilgi Vermenin Usulü

Bilgi vermenin usulüne yönelik düzenleme; HHY'nin 18. maddesinde; "Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir. Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubunun farklı olmasını zorunlu kılan durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir. Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verilir. Hasta, aynı şikayeti ile ilgili olarak bir başka hekimden de sağlık durumu hakkında ikinci bir görüş almayı talep edebilir. Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılır. Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılır. Hastanın talebi halinde yapılacak işlemin bedeline ilişkin bilgiler sağlık hizmet sunucusunun ilgili birimleri tarafından verilir" (HHY, 2019) ifadeleri ile tanımlanarak belirtilmiştir.

Bireyler; hastalığın teşhis ve tedavi sürecinde yer alan tetkiklerin sonuçlarını, hastalığın seyri ile ilgili bilgileri içeren epikriz raporunu isteyebilme hakkına sahip olup sağlık hizmeti sunan kurumlardan genel durumu ile ilgili bilgileri sözlü ve/veya yazılı olarak alabilmelidir. Sağlık hizmeti sunumu özel bilgi gerektiren alanlar olduğundan hasta bireyler teşhis ve tedavi süreçleri ile ilgili bilgileri anlayamayabilir ve süreci doğru yönetemeyebilir bu nedenle bilgilendirme alana özel sağlık profesyonelleri aracılığı ile gerçekleştirilmelidir. Hasta bireye uygulanması planlanan tüm tıbbi girişim ve tedavilerde bireyin rızasının alınması gerekmektedir ve rızasının alınması sürecinin ön koşulunu doğru ve etkin bilgi alma hakkı oluşturmaktadır. Hasta birey hastalık süreci, uygulanması planlanan tıbbi girişim ve tedavi yöntemi ile ilgili bilgi ve açıklamaları doğru şekilde alabildiği noktada doğru kararlar alarak bireysel sorumluluğu ile süreci doğru yönetebilir. Hekim, genel durumu ile bilgi vermenin hasta bireyin iyileşme ile ilgili sürecini olumsuz olarak etkileyeceğini düşündüğü durumlarda bilgi verme hakkı ertelenebilmektedir. Hasta bireyin genel

durumu, uygulanacak tıbbi girişimler ve tedavisiyle ilgili bilgilerin; bilgi vermenin usulüne uygun verilmesi, sağlık profesyonelleri ve hasta birey tarafından paylaşılmasına izin verilen kişiler dışında ulaşılamaması için gerekli olan tedbirlerin oluşturulması sağlık hizmeti sunan kurumun sorumluluğunda olup kurumsal yönetim planlamaları ile sağlanmalıdır.

2.3.2.3. Hasta Haklarının Korunması

Hak kavramı oluşumu sırasında hakkın korunmasıyla ilgili bir sorun oluştuğunda hak kendiliğinden kaybolur bu nedenle her birey için gerekli hassasiyetin gösterilmesi önemlidir. Hasta Haklarının; HHY’de tanımlanmış olması yeterli olmayıp hakkın reelde uygulanıyor ve korunuyor olması hakkın amacına uygun, doğru ve etkin kullanıldığına göstergesidir. Bu bağlamda hakkın doğru uygulanıyor ve korunuyor olması hakkın var olması kadar önemlidir. Hasta haklarının korunması bireylerin sorumluluğunda ancak devletin ve beraberinde sağlık hizmeti sunan kurumların düzenlemeleri ile gerçekleştirilebilir. (Karaer, 2016).

2.3.2.3.1. Mahremiyete Saygı Gösterilmesi

Mahremiyete saygı gösterilmesi hakkı; HHY’nin 21. maddesinde; “Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir. Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,

Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,

Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini, Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin,

Tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını, hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,

Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar.

Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez. Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır” (HHY, 2019) ifadeleri ile tanımlanmıştır.

Günümüzde sağlık hizmet sunum süreçlerinde sağlıklı/hasta bireylerin tıbbi değerlendirmeleri sırasında; poliklinik odalarında görevlendirilen sekreter vb. olması, gerekli fiziki şartların oluşturulamaması, artan hasta yoğunluğu karşısında sağlık profesyonellerinin yetersizliği, poliklinik odalarında birden fazla sağlıklı/hasta bireyin aynı anda bulunması, mahremiyete saygı gösterilmesi hakkının kullanılmasında önemli bir engel oluşturmaktadır. Bu bağlamda mahremiyet hakkının korunması için gerekli fiziki şartlar ve hasta yoğunluğunu karşılayacak şekilde sağlık profesyonellerinin yeterliliğinin sağlanması gerekmektedir. Eğitim ve araştırma hastanelerinde eğitim süreçlerinde; tıbbi değerlendirme, uygulama ve tıbbi girişimlere sağlık profesyoneli aday öğrencilerin katılabilmesi ve sağlıklı/hasta bireye ait bilgilerinin kullanılabilmesi için bireylerin rızasının olması gerekmektedir.

Sağlıklı/hasta bireyin hiçbir ayırım gözetilmeksizin mahremiyet hakkı çerçevesinde sağlık hizmet sunumunu alma hakkı bulunmaktadır. Mahremiyete saygı gösterilmesi; öncelikli olarak sağlıklı/hasta bireyin kimliği, tıbbi değerlendirmeleri, hastalığı, tedavisi ve tüm tıbbi uygulamaları ile ilgili bilgilerin gizliliğini kapsamaktadır. Sağlıklı/hasta birey izin vermediği sürece kendisi ile ilgili bilgilerin yakınları ile ve planlanan tüm tıbbi değerlendirme, uygulama süreci dışında kalan sağlık profesyonelleri ile paylaşılması ve bu bilgilere ulaşılması gerekmektedir. Sağlıklı/hasta bireye ait ilgili kayıtların kurumsal sistemler ile bilgisayar ortamlarında yalnız ilgili sağlık profesyonellerinin erişimlerinin sağlanması şeklinde korunmalıdır. Devlet, sağlık hizmeti sunan kurumlar ve sağlık hizmeti sunum süreçlerinde görev alan sağlık profesyonelleri mahremiyet hakkının korunmasından sorumludur.

2.3.2.4. Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası

Sağlık hizmeti sunum sürecinde rıza kavramı hekim-hasta ilişkisinin önemli bir boyutunu oluşturmaktadır. Hekim tıp eğitim ve kazanımlarından oluşan bilgi birikimi ile hasta bireyi mevcut durumundan daha iyi bir seviyeye çıkarabilme yeterliliğine sahip iken hasta birey ise vücudu üzerinde hekimin mevcut yeterliliğini kullanabilmesi için her türlü izin verip vermeme konusunda hakka sahiptir. Hasta birey hekime karşı oluşan güven duygusu ile kendi vücudu üzerinde her türlü tıbbi değerlendirme, uygulama ve müdahaleye onay verirken, hekim; hasta bireyi sağlıklı koşullar altında doğru, yeterli ve açıklayıcı şekilde aydınlatması gerekmektedir (Oral, 2011).

2.3.2.4.1. Hastanın Rızası ve İzin

Hastanın rızası ve izin ile ilgili düzenleme HHY'nin 24. maddesinde; "Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

Kanuni temsilcinin rızasının yeterli olduğu hallerde dahi, anlatılanları anlayabilecekleri ölçüde, küçük veya kısıtlı olan hastanın dinlenmesi suretiyle mümkün olduğu kadar bilgilendirme sürecine ve tedavisi ile ilgili alınacak kararlara katılımı sağlanır.

Sağlık kurum ve kuruluşları tarafından engellilerin durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli tedbirler alınır.

Kanuni temsilci tarafından rıza verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tibben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanununun 346 ncı ve 487 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.

Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır.

Yeterliğin zaman zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda, hastadan yeterliği olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi istenebilir.

Hastanın rızasının alınmadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir. Ancak hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulur.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak tedavisi tamamlanan hastaya, genel sağlık durumu, ilaçları, kontrol tarihleri diyet ve sonrasında neler yapması gerektiği gibi bilgileri içeren taburcu sonrası tedavi planı sağlık meslek mensubu tarafından sözel olarak anlatılır. Daha sonra bu tedavi planının yer aldığı epikrizin bir nüshası hastaya verilir” (HHY, 2019) ifadeleri ile tanımlanmıştır.

Bireyler tıbbi uygulama ve müdahalelerin öncesi uygulamayı yapacak hekim tarafından; önerilen tıbbi girişimler, bu girişimlerin riskleri ve yaraları, girişimlere yönelik farklı seçenekler ve tıbbi müdahale yapılmadığında oluşabilecek durumlar konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Hasta birey verilen bilgiler doğrultusunda doğru kararı vererek tıbbi uygulamaları ve girişimleri kabul ettiğini beyan eden bilgilendirme formunu (aydınlatılmış onam formu) kendi el yazısı ile doldurarak imzaladığını belirtmelidir. Aydınlatılmış onam hakkı öncelikli olarak doğru bilgilendirilme ile anlamış olmayı (doğru aydınlatılmış) sonrasında ise hasta bireyin rızası ile izin vermesini kapsamaktadır. Bu bağlamda hasta birey gerekli olan bilgilendirme ile kendi sağlık durumu ile ilgili sorumluluk alabilme yetisine sahip olacaktır. Hasta bireylerin rıza ve izni olmaksızın vücut bütünlüğüne dokunulmaması gerekmekte ve bu durum yalnız acil durumlar ile hekimin hasta bireyin sağlığı için vereceği karara bağlı olabilir. Günümüzde yaşanan yoğun sirkülasyon ile hasta yoğunluğunun oluşması sebebiyle; hekim hasta bireyin yeterince bilgilendirilip aydınlatılmasını sağlamadan rıza ve izin formunun imzalatılması, hasta bireyin bilgisi olmadan tıbbi müdahalenin gerçekleşmiş olmasına sebep olmaktadır. Bu durum ancak sağlık profesyonellerinin sayısının artırılması ve alana özgü sağlık profesyonellerinin eğitiminin sağlanarak doğru planlama ile doğru yerlerde

görevlendirilmesi ile çözülebilecektir. Devlet, sağlık hizmeti sunan kurumlar ve sağlık hizmeti sunum süreçlerinde görev alan sağlık profesyonelleri hasta bireyin rıza ve izin hakkının korunmasından sorumlu olup kurumsal yönetim planlamaları ile sağlanmalıdır.

2.4. Hekim Hakları

Hekimin mesleğine yönelik; tüm tıbbi değerlendirme, tıbbi girişim ve tıbbi tedavi uygulamalarını yeterli düzeyde gerçekleştirebilmesi ve yükümlülüklerini etkin, doğru gerekli özeni göstererek yerine getirilebilmesi için öngörülen haklardır (Arda, 1998). Literatürde hekim haklarına yönelik çok az çalışma olduğu ve mevzuat, yönetmelik, yönerge benzeri bir yasal düzenleme ile koruma altına alınmadığı görülmektedir. Ancak doktrinde bazı hekim haklarının belirlendiği ve mevcut uygulamalara geçirilmesi gerektiğinin öneminden bahsedilmektedir. Doktrinde belirlenen hekim haklarının kaynağı Dünya Tabipler Birliği (WMA, World Medical Association) tarafından hazırlanan uluslararası belgelerdir. Bu belgeler şunlardır (Erdemir ve Elçioğlu, 2000; Sayek, 1998);

1. 1956 Havana, WMA'nın Silahlı Çatışma Dönemlerine İlişkin Kuralları (1957 İstanbul – Türkiye'de düzeltilmiş, 1983 Venedik – İtalya'da geliştirilmiştir),
2. 1963 New York, Bütün Ulusal Bakım Sistemleri İçin Sağlık Bakımı Sunulmasında Oniki İlke (1983 Venedik – İtalya'da geliştirilmiştir),
3. 1970 Oslo Bildirgesi, Tedavi amaçlı Düşüğe İlişkin Duyuru (1983 Venedik – İtalya'da geliştirilmiştir),
4. 1975 WMA Tokyo Bildirgesi, Tutuklu ve Hapis Sırasındaki İşkence ve Öteki Zalimce, İnsanlıkdışı ya da Aşağılayıcı İşlem ve Cezalara İlişkin Hekimler İçin Rehber (2005 Divonneles-Bains – Fransa'da geliştirilmiştir),
5. 1981 Lizbon, Hekimlerin Ölüm Cezalarına Katkılarıyla İlgili Karar,
6. 1984 Singapore, WMA'nın tıbbi Toplantılara Katılma Özgürlüğü Konusunda Tutumu,
7. 1985 Brüksel, Hekimlik Alanında Çalışanların İnsan Haklarına ve Bireysel Özgürlüklerine İlişkin Bildirge,
8. 1987 WMA'nın Mesleki Özerklik ve Öz-Düzenleme ile İlgili Madrid Bildirgesi (2005 Divonneles-Bains – Fransa'da geliştirilmiştir),

9. 1991 Açlık Grevleri konusunda Malta Bildirgesi (1992 Marbella-İspanya’da düzeltilmiştir),

10. 1997 Şiddet veya Kötü Muamele Kullanımı Konusunda veya Düşkünlük Yaratan Tedavilerde Yer Almayı Kabul Etmeyen veya Buna Zorlanan Tıp Doktorlarına Destek ile.

Literatürde hasta haklarına yönelik birçok çalışma yer alırken hekim hakları kısıtlı ölçüde yer almaktadır. Bu durum hekim haklarının da tıp etiği açısından var olduğunu ve tartışılması gerektiği gerçeğini gözler önüne sermektedir. Hekimlerin tüm tıbbi değerlendirme, tıbbi girişim ve tıbbi tedavi uygulamalarında kendilerine tanınan haklar doğrultusunda hareket etmeleri hem hasta haklarının korunmasında hem de tıp etiğine uygun davranışlar içerisinde ortak bir anlayışa ve dile sahip olmaları açısından önemlidir. Aynı zamanda gerek hastalar gerekse toplum üyeleri hekim hakları konusunda bilinçli olmalı ve hasta - hekim ilişkisinde karşılıklı hakların varlığı kabul edilmelidir (Tanrıverdi ve ark., 2014). Hasta hakları ile ilgili çalışmalar yapılırken paralelinde hekim hakları ile ilgili de yeni araştırmalar yapıp kurallar konulmaya başlanmış ancak mevzuat, yönetmelik, yönerge benzeri bir yasal düzenleme ile koruma altına alınarak tanımlanmamıştır. Bu doğrultuda hasta haklarının etkin ve doğru uygulanabilirliği için hekim haklarının da dikkate alarak sınırlarının belirlenip düzenlenmesine öncelik verilmesi gerekmektedir. Literatürde ki; uluslararası düzeyde literatürler Amerika’da “American College of Emergency Physicians” acil birimlerde çalışan hekimlerin haklarını korumaya yönelik yayınlanan yönetmelik (2001), Dünya Tabipler Birliği Evrensel Hekim Hakları Bildirgesi (2013) yer almaktadır, ulusal düzeyde literatürler ise TTB Hekim Hakları Bildirgesi (2009), Av. Gözde Egemen “İşte Hekim Hakları” konulu yazısı (2011), Dr. Muhammet Raşit Özer “Hekim Hakları” konulu Acil Tıp Uzmanları Derneği 17. Acil Tıp Sempozyum sunusu (2015), Dr. Sevim Coşkun “Acil Müdahalelerde Hekim Hakları” konulu bildirisi (2016), Türk Dişhekimleri Birliği Hekim Hakları Bildirgesi (2017), Türk Toraks Derneği Hekim Hakları ve Hekim Hakları Derneği’nin çalışmaları (2019) önemli kaynaklar arasındadır. Buna karşılık hasta - hekim ilişkisinin hukuki niteliği, sınırlı sayıdaki yasal düzenlemeler ve doktrinde kabul edilen esaslar bizlere hekim hakları alanında yol göstermektedir. Doktrinde kabul edilen ve literatürde belirli ölçüde yer alan hekim hakları ile ilgili bilgiler ışığında

hekim hakları düzenlenerek hekim haklarının kaynağını oluşturan bir tablo oluşturulmuş ve Tablo 2.4.1'de sunulmuştur (ANY, 1982; American College of Emergency Physicians, 2001; Acil tıp Uzmanları Derneği, 2015; Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu, 2004; Coşkun, 2016; Özer, 2015; Dünya Tabipler Birliği, 2013; Egemen, 2011; Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşmesi, 1976; Hasta Hakları Yönetmeliği, 2019; Hekim Hakları Derneği, 2019; Hekimlik Meslek Etiği Kanunu, 1999; Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu, 1927; İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, 1948; Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 1987; Sağlık Bakanlığı Çalışan Güvenliği Sağlanması Genelgesi, 2012; Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, 1980; Tababet Uzmanlık Yönetmeliği, 1974; Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, 1960; Türk Dişhekimleri Birliği, 2017; Türk Tabipler Birliği, 2009; Türk Tabipler Birliği Kanunu, 1953; Türk Tabipler Birliği Hekim Hakları Bildirgesi, 2009; Türk Borçlar Kanunu, 2011; Türk Toraks Derneği, 2019).

Düzenlenen Hekim Hakları;

1. Sağlığını koruma ve mesleki risklerden korunma hakkı,
2. Kendi yaşamını ve güvenliğini tehlikeye atmama hakkı,
 - Hekimin kendisine yönelik şiddetten kaçınma hakkı,
3. Doğal yaşamını sürdürebilmek için gerekli olan beslenme dinlenme haberleşme ve istirahat gibi ihtiyaçlarının karşılanma hakkı,
4. İnsani sınırlardaki çalışma saatleri içerisinde sağlıklı bir şekilde hizmet verme hakkı,
5. Saygılı davranılma ve onurunu koruma hakkı,
6. Güvenilme hakkı,
 - Klinik kararlarına güvenilme hakkı
 - Mesleğin icrasında sır saklama yükümlülüğü
7. Özerkliğinin korunması hakkı,
 - Hekimin özerkliği kurallar ve yasal düzenlemeler ile kısıtlanmamalı
 - Klinik kararlarda özerk olmalı
 - Tedaviyi uygulama hakkını sınırlandıran herhangi bir düzenleme olmamalı
 - Özerklik maliyet gerekçesi ile kısıtlanmamalı

- Tıbbi tanı tedavi ve bakım için gerekli olan hizmet alımlarının yeterli düzeyde sağlanamaması, tıbbi malzeme ve ihtiyaçların hastası için uygun kalitede olmaması ile hekimin özerkliğinin zedelenmesi
8. Baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı,
- Mesleki faaliyetinin icrası sırasında her türlü etki, baskı ve şiddetten uzak bir ortamın sağlanmasını talep etme hakkına sahiptir.
 - Her türlü etki, baskı ve / veya şiddet hekimin hatalı tanı ve tedavi uygulamalarına sebebiyet vererek hekimin özen ve dikkat yükümlülüğünü yerine getirebilmesini olumsuz etkiler ve mesleğini doğru uygulayabilme hakkı etkilenir.
9. Etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı,
- Hekim; tıbbın temel etik ilkeleri olan özerklik (bireyin özerkliğine saygı gösterme), yararlılık (yararlı olma, yarar-zararı dengeleme), zarar vermeme (zararı önleme, zarar vermekten kaçınma), adalet (hakkaniyetli olma, tıbbi kaynakları adil paylaşırma) ilkelerine bağlı kalarak hizmet sunmakla yükümlüdür.
 - Hekim; mesleğini uygularken etik ikilemlerde yasal, politik, toplumsal, estetik ve ekonomik değerlerle çatışabilir. Bu çatışmayı çözümlerken hekimin özgür ve bağımsız karar verme hakkı olmalıdır.
10. Çağdaş bilimsel tıp olanaklarından yararlanma ve uygulama hakkı,
11. Nitelikli bir eğitim görme ve yaşam boyu öğrenme için bilimsel gelişmeleri takip etme hakkı,
- (YBÖ: Kişisel, toplumsal, sosyal ve istihdam ile ilişkili bir yaklaşımla bireyin; bilgi beceri ve yeterliliklerini geliştirmek amacıyla hayatı boyunca katıldığı her türlü öğrenme etkinlikleri olarak tanımlanmaktadır)
- Hekimlik ve tıpta uzmanlık eğitimi verme yetkisine sahip kurumlar; uluslararası yeterliliğe sahip olmalıdır (Eğitim yaşantıları sonucu elde edilen kazanımların tanınabilirliği ve geçerliliği açısından standart bir yeterlilik çerçevesine ihtiyaç duyulmuştur).
 - Yönetim; klinik hizmetlerde hekimin nitelikleri sorumluluk seviyesi deneyim ve yapılan iş dikkate alınmalıdır.
 - Fiziksel ve duygusal baskıya maruz kalmadan öğrenme ve eğitim alma hakkı (mobing).
12. Hasta ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiyi alma ve muayene etme hakkı,

13. Yeterli zaman ayırma hakkı,
 - Gereğinden Fazla Hasta Bakmama Hakkı (Günde yirmiden fazla hasta bakmama hakkına sahiptir-Tababet Uzmanlık Yönetmeliği (TUY) 10. Md.)
14. Tedaviyi belirleme ve uygulama hakkı / tedavi yöntemini seçme hakkı,
15. Hastayı yatırma ve taburcu etme kararını verme hakkı,
 - Yatış çıkış işlemleri tıbbi kriterlere dayalı olarak hekim insiyatifinde olmalı yönetsel süreçler müdahale etmemeli
16. İyileştirme garantisi vermeme hakkı (TDN 13.madde),
17. Tedaviyi yarıda bırakma hakkı,
18. Tedaviyi üstlenmeme hakkı (Hastayı Reddetme Hakkı) (acil yardım vakalarında, resmi ya da insani vazifenin ifası dışındaki hallerde - TDN 18. madde),
19. Danışma / Konsültasyon isteme hakkı (zamanında alabiliyor mu?),
20. Meslektaşları arası dayanışma hakkı,
21. Acil hizmetlerin hızlı ambulans sistemi ile gerçekleştirilmesi hakkı (Acil durumlarda hekim hastaya müdahalede bulunmaz ise taksirle ölüme sebebiyet vermekten suçlu bulunur bu bağlamda hekimlerin hizmet sunduğu kurumdan acil hizmetleri için gereksiz yere ayrılması önlenerek hizmetin devamlılığı sağlanmış olur),
22. Kendi değerlerine ters düşen durumlardan kaçınma hakkı (hastalar için olumsuzluk yaratmamak koşulu ile),
23. Tıbbi görüşlerini her zaman ve her yerde ifade edebilme hakkı,
24. Yeterli bir gelir düzeyi talep etme hakkı,
25. Hekimlik onurunu zedeleyecek şekilde olmamak kaydıyla yayın ya da propaganda yapma hakkı,
26. Hastanın hekime daha fazla yükümlülük getiren taleplerini, doğrudan aydınlatma görevini yaparak ve hastanın bu talebini gerekçe göstererek reddetme hakkı,
27. Kaliteli hizmet sunumu için gerekli destek ve kaynak sağlanmasını isteme hakkı,
 - Hekim; tıbbi tanı tedavi ve bakım için gerekli olan hizmet alımları, tıbbi malzeme ve ihtiyaçların hastası için uygun kalitede olmasını bekler
28. Yönetmeliklere katılma hakkı,
 - Gerek buldukları kurumlarda gerekse ülke ile ilgili yönetsel süreçlerde görev alma ya da sağlıkla ilgili mevzuatlarda görüş bildirme hakkına sahiptirler.

29. Mesleki yıpranmaya karşı korunma hakkı,
30. Hekim, mesleğini icra ederken zarar gördüğü her durumda tazminat isteme ve maluliyet hakkına sahiptir,
31. Tanıklıktan çekilme hakkı (Hekim meslek sırrının söz konusu olduğu durumda tanıklıktan çekinebilir- Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu (HUMK) 245/4, CMUK 46.madde),
32. Hukuki infazlarda bulunmayı ve işkenceyi reddetme hakkı,
33. Hukuki yardım hakkı.



Tablo 2.4.1. Hekim Hakları

HEKİM HAKLARI	Anayasa / Kanun / Tüzük / Yönetmelik / Genelge / Yönerge							
	TDN	*TUY	CMUK	SHTK	ANY	İHEB	TTBHBB	DİĞER
Kendi yaşamını ve güvenliğini tehlikeye atmama hakkı	15.M				48./56. M	23. M	2.a. M	TTBK 4.M c fik HHY 37. M SBÇGSG 2. M
Sağlığını koruma ve mesleki risklerden korunma hakkı / Kendi ve ailelerinin sağlığını koruma hakkı	15.M				56.M		2. a./b./e. M	TTBK 4.M c fik HHY 37.M
Doğal yaşamını sürdürebilmek için gerekli olan beslenme, dinlenme, haberleşme gibi ihtiyaçlarını karşılama hakkı İstirahat hakkı					49./50. M			
İnsani sınırlardaki çalışma saatleri içerisinde sağlıklı bir şekilde hizmet verme hakkı							2. a. M	SPTÇEDK 2. M
Saygılı davranılma ve güvenilme hakkı	37.M							HHY 42/A M HMEK 9.M
Güvenilme hakkı (klinik kararlarına güvenilme hakkı, mesleğin icrasında sır saklama yükümlülüğü)							2. b./e. M	
Özgürlük ve onurunu koruma hakkı	38. M							HHY 42/A M
Hekimin özerklik – mesleğini serbestçe icra etme hakkı	6./16. M						2. b./e. M	
Baskı altında kalmaksızın mesleğini uygulama hakkı	6./16. M						2. e. M	HHY 42/A M
Mesleki faaliyetinin icrası sırasında her türlü etki, baskı ve şiddetten uzak bir ortamın sağlanmasını talep etme hakkına sahiptir	6./16. M				48. M	23. M	2. e. M	ESKHUS 7. M
Hekimin kendisine yönelik şiddetten kaçınma hakkı	48.M							HHY 42/A M
Etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı	38.M						2. b./e. M	
Çağdaş bilimsel tıp olanaklarından yararlanma ve uygulama hakkı	10.M				3.M g/i fik.			HHY 11. M
Nitelikli bir eğitim görme ve kendini yenileme hakkı					27. M		X	HHY 11. M
Hasta ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiyi alma ve muayene etme hakkı								HHY 42/A M
Yeterli zaman ayırma hakkı (Gereğinden fazla hasta bakmama hakkı)		10.M						SPTÇEDK 2. M

Tedaviyi belirleme hakkı / tedavi yöntemini seçme hakkı	13.M/6.M							
Hastayı yatırma ve taburcu etme kararını verme hakkı	13.M							
İyileştirme garantisi vermeme hakkı	13.M							
Tedaviyi yarıda bırakma hakkı	19./24./28.M							HMEK 25.M TBK 512.M
Tedaviyi üstlenmeme hakkı (Hastayı Reddetme Hakkı)	18. M							HMEK 25.M TBK 503.M
Danışma / Konsültasyon isteme hakkı	21./25.M							HMEK 19.M TBK 507.M
Meslektaşları arası dayanışma hakkı	37./38.M							TTBK 4.M c fik
Acil hizmetlerin hızlı ambulans sistemi ile gerçekleştirilmesi hakkı								
Kendi değerlerine ters düşen durumlardan kaçınma hakkı (hastalar için olumsuzluk yaratmamak koşulu ile)	6. M							
Tıbbi görüşlerini her zaman ve her yerde söyleme hakkı					25./27.M			
Ücret isteme hakkı /Yeterli bir gelir düzeyi talep etme hakkı	31.M/33.M				49./55.M	23. M	2. c. M	HMEK 29.M
Hekimlik onurunu zedeleyecek şekilde olmamak kaydıyla yayın ya da propaganda yapma hakkı	8.M							
Hastanın hekime daha fazla yükümlülük getiren taleplerini, doğrudan aydınlatma görevini yaparak ve hastanın bu talebini gerekçe göstererek reddetme hakkı								
Kaliteli hizmet sunumu için gerekli destek ve kaynak sağlanmasını isteme hakkı								HHY 11.M
Yönetmeliklere katılma hakkı							2. d. M	EHHB
Mesleki yıpranmaya karşı korunma hakkı								EHHB
Hekim, mesleğini icra ederken zarar gördüğü her durumda tazminat isteme ve maluliyet hakkına sahiptir								EHHB/AT UDERHH
Tanıklıktan çekilme hakkı (Hekim meslek sırrının söz konusu olduğu durumda tanıklıktan çekinebilir)			48.M					HUMK 245/4 ve 249.M
Hukuki infazlarda bulunmayı ve işkenceyi reddetme hakkı								L.K./TB/ BMTEİ
Hukuki yardım hakkı								SBTGHK 54. M

2.5. Hasta ve Hekim Haklarının Etik Açısından Değerlendirilmesi

Etik, “değerler dünyası” ile ilgilenir. Temel sorunsalı “iyi” ve “ kötü” kavramlarının ne olduğunu, “mutlak iyi” ve “mutlak doğru” olup olmadığını ve bunlara ulaşıp ulaşılamayacağını araştıran zihinsel çabadır (Arda ve Şahinoğlu, 1995). Tıp etiği ise tıbbi özgü değerler dünyası ile ilgilenir. Tıbbın ve sağlık alanındaki bilimsel ve pratik çalışmaların etik açıdan değerlendirilmesi ve ahlaki ikilemlere çözüm getirmesini hedefleyen bir disiplin alanıdır (Demirhan Erdemir ve Elçioğlu, 2001; Nişancı ve ark., 2009). Etik değerlendirmeler ve çözümleri toplum sağlığı ve insan yaşamı üzerine atfedilen değerleri etkilemektedir. Bu nedenle karşılaşılan değer sorunlarına yaklaşım ve alana özgü çalışmalarda yapılan uygulamaların niteliği oldukça önemlidir. Yapılan uygulamaların Tıp Etiği disiplin alanının gerekliliklerini yerine getiriyor olması gerekmektedir. Sağlık profesyonellerinin yapacakları etik analizlerinde bu değerlerin ve yükümlülüklerini gözeteiliyor olması gerektiği düşünülmektedir.

Tıp etiği; kendine özgü bilgi ve yöntem bilgisi birikimine sahip bir kuramsal çalışma alanı ve tıp uygulamaları çerçevesinde, sağlık profesyonellerinin mesleki eylemleriyle ilgili bir yol göstericidir. Bireyin sağlığının bozulması ile yardıma ihtiyaç duyulan önemli bir süreç başlamıştır. Bu süreçte sağlık hizmetine ihtiyaç duyan birey ile sağlık profesyoneli arasındaki ilişki, etik kaygıyı gündeme getirmekte, bu ilişkiyi düzenleyen kuralların üretilmesine ve uygulamaya geçirilmesine yönelik bir gereksinim doğmaktadır. Bu gereksinim ile tüm sağlık profesyonelleri bireylerin hayatına önemli ölçüde girmekte ve etik sorunlarla yüzleşmek, etik kurallara uymak ya da uymamak, etik kodları dolaylı olarak belirlemek gibi deneyimleri yaşamaktadır. Bu bağlamda sağlık profesyonellerinin hizmet sunduğu sağlıklı/hasta bireylere koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon faaliyetlerinin tümünü uygularken, tıp etiği konusunda ortak kavramlara, ortak bir dile sahip olması oldukça kritik bir önem taşımaktadır. Bu noktada sağlık hizmeti sunumu ile hizmet alanların beklentileri arasındaki çelişkilerden doğan ikilemleri çözebilmek için etik devreye girecektir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin eğitimleri sırasında almış oldukları tıp etiği bilgileri ve mezuniyet sonrası gerek hizmet içi eğitimler gerekse kendi çabaları ile katıldıkları eğitimler uygulama sürecindeki etik değerlendirmeler açısından çok önemli olduğu gibi hasta hakları ve

hekim hakları uygulamaları sırasında karşılaşacakları etik problemlerin çözümünde de etkili olduğu anlaşılmaktadır.

2.5.1. Hasta ve Hekim Haklarına Yönelik Etik İlkeler

Sağlık hizmeti sunum süreçleri içerisinde tıp uygulamaları sırasında sağlık profesyonellerinin mesleki tutum ve davranışlarının etik olarak doğru ve haklı gerekçeler taşıyabilmesi için belirli kural ve ilkelere gereksinimi olduğu açıktır. Tıp uygulamaları içerisinde etik çelişki ve ikilemler gündeme geldiğinde kural ve ilkelerin sağlık profesyonellerinin kararlarını yönlendirerek karşılaşılan etik çelişkileri fark edebilme, etik çelişkilerden doğan sorunları analiz edilebilme ve çözüm bulabilme becerisinin yeterliliğinde yadsınamaz katkıları olmaktadır. Sağlık hizmeti sunum süreçlerinde tıp etiği ilkeleri doğrultusunda hareket edilerek uygulamaların yürütülmesi evrensel ve mesleki değerlerin korunması ve yükseltilmesi noktasında oldukça önemlidir (Özcömert ve ark., 2000).

Tıp etiğinde özellikle son dönemlerde yoğun biçimde kullanılan ilke kavramı ve onun öğelerini Hippocrates'e kadar uzatmak genel kabul görmüş bir tutumdur (Elçioğlu ve Kırımlıoğlu, 2003). Günümüzde tıp etiği içerisinde çok sayıda değerden söz edilmektedir. Yaklaşık son 25 yıl içerisinde tıp etiğinde geliştirilen ilkesel yaklaşım çerçevesinde evrensel etik ilkelerden bahsedilmiştir bunlar; “yararlılık”, “zarar vermeme”, “özerklik” ve “adalet” ilkeleridir (Aydın, 2009).

Hasta bireylerin haklarına yönelik ihlaller; tıp etiği ilkeleri doğrultusunda davranış değişikliği ile ilkelerin gerekliliklerinin yerine getirilmesi ile engellenebilir. Hasta-hekim ilişkisi içerisinde “yarar” ve “zarar vermeme” ilkelerinde daha az problem yaşanırken “özerklik” ve “adalet” ilkelerinde ise hasta-hekim ilişkisi içerisinde oldukça fazla problemlerin olduğu görülmektedir. Tıp Etiği konularındaki değerler ve evrensel etik ilkeler ile insan hakları kapsamı içerisinde birlikte düşünülmesi doğru bir yaklaşım olacaktır. Bu bağlamda hasta haklarının isteme, alma, izleme, değerlendirme ve denetleme sorumluluğu tüm toplumun üyelerince üstlenilmelidir (TKD, 2009).

2.5.1.1. Yararlılık

Türkçe 'de Yararlılık olarak kullandığımız İngilizce'deki beneficence kelimesi; merhamet, iyilikseverlik, hayırseverlik anlamlarını içermektedir. Yararlılık ilkesi ise başkalarına yararlı olabilmek etik bir yükümlülük olarak kabul edilerek yardım etmeyi meşru zeminde bir yükümlülük haline getirmektedir (Elçioğlu ve Kırmıhoğlu, 2003).

Geçmişten günümüze hekim-hasta ilişkisinin temel ilkesi hastaya zarar vermemek ve yararlı olmaktır. Hasta birey, sağlığı ile ilgili bir rahatsızlığının giderilmesi için hekime başvurduğunda hekim ile hasta birey arasında adı olmayan bir tür "sözleşme" durumu oluşur ve sözleşme doğrultusunda hastanın yarar görmesi hekimin vazgeçilemez hedefidir. Bu bağlamda hekim, her durumda hasta bireyin hayati sorumluluğunu üzerine alarak yarar ve iyiliğini birincil değerde görmesi gerekmektedir. Hekimin hasta bireye yararlı olabilmesi için bu ilkeye mutlak bağlı kalarak çaba göstermesi bir ilke olarak bugün de varlığını sürdürmektedir. Ancak değişen dünya koşulları ve değerleri çerçevesinde değişen sağlık gereksinimleri için yararlılık ilkesine mutlak bağlılık yeterli olamamaktadır.

2.5.1.2. Zarar Vermeme

Zarar vermeme hekimin; kötü olan davranışlardan kaçınarak bilinçli olarak hasta bireye hiç bir şekilde zarar verecek eylemlerde bulunmama yükümlülüğüdür. Hipokrat Andı'nda belirtilen ve yararlılık ilkesinde de ifade edilen "primum nonnocere" her şeyden önce zarar vermektan kaçınmayı öngörür. Raanan Gillon makalesinde "Hastalığın tedavisi için iki yol vardır: yardım etmek ya da en azından zarar vermemek" ifadeleri ile zarardan kaçınmanın iyi olanı yapmaya karşılık geldiğini belirtmiştir. Beauchamp ve Childress zarar vermemeyi; bilinçli olarak acı ya da zarar vermeme yükümlülüğü olarak tanımlamıştır. Araştırmacılardan bazıları iki ilkenin birbirine yakınlık göstermesi ile yararlılık ilkesi ve zarar vermeme ilkesini bir bütün olarak ele alınması ikisinin tek bir ilke olarak düşünülmesine neden olmaktadır (Özcömert, 2000).

2.5.1.3. Özerklik

Türkçe’de “özerklik” olarak kullandığımız İngilizce’deki “Autonomy” kelimesi eski Yunanca kaynaklıdır ve “autos” ile “nomos” terimlerinin birleşmesinden meydana gelmiştir. “Autos” sözcüğünü Türkçe’ye “kendi kendine”, “Nomos” sözcüğünü ise tıp etiği çerçevesinde “kural” olarak çevirebiliriz. Bu bağlamda özerklik, “dışarıdan bir müdahale olmaksızın kendi kuralını kendin belirlemek” olarak ifade edilebilir (Elçioğlu ve Kırmıoğlu, 2003).

Günümüzde özerklik ifadesi tıp alanında etik değerlerle ilgili kullanılmaktadır. Özerklik; bireyin kendi başına düşünebilme, durumunu değerlendirebilme özgür olarak karar alabilme ve eyleme geçebilme yetkinliği olarak tanımlanmaktadır. R. Gillon özerklik kavramını düşüncede özerklik ve istekte özerklik olmak üzere iki alt gruba ayırmıştır;

Zihinsel açıdan kendi geleceğini belirlemek için konuyu anlamış olacak şekilde bir eylemde bulunmak düşüncede özerklik olarak ifade edilebilir. Bu karar süreci ahlaki dayanakları, inanç dayanakları ve estetik dayanakları içermektedir.

Bireylerin kendi özgün görünüşlerini ifade edebilmesi istekte özerklik olarak ifade edilebilmekte ve karar verme özgürlüğü ile yakın ilişki içinde bulunmaktadır (Özcömert, 2000).

2.5.1.4. Adalet

Adalet kavramı bireylerin vicdani değerleri ile oluşan nesnel değerdir. Adalet ile hukuk arasındaki temel ilişki hukukun amacının adalet oluşu ve adaletin aracının hukuk oluşudur. Platon adalet kavramını “her bireyin, kendine ait yeteneklere göre, yaşam süresi içinde üzerine düşeni yapması” olarak ifade etmektedir (Elçioğlu ve Kırmıoğlu, 2003).

2.6. Hasta Hakları ile Hekim Haklarının Birbirini Etkileyen Faktörleri / Hasta Hakları Karşısında Hekim Hakları

2.6.1. Hasta Hakları ve Hekim Hakları Arasında Sınır Problemleri

Tüm sağlık profesyonellerinden beklenen etik değerlere uygun ve ekip anlayışı içerisinde çalışmalarıdır. Hasta haklarının içeriği incelendiğinde sağlık profesyonelleri içerisinde hasta haklarının korunmasında öncelikli sorumluluğun hekimlerde olduğu görülmektedir. Hasta - hekim ilişkisi içerisinde hastaların çoğunlukla korunmaya muhtaç, zayıf, pasif taraf olarak algılanması hasta haklarının tarihi gelişimine yön vermiş ve günümüzde yaşanan hasta - hekim ilişki dengesini oluşturmuştur. Tanı, tedavi ve tıbbi bakım sürecinin en temel ögesi hastayla hekim arasındaki optimum bir ilişkinin kurulmasıdır. Bu ilişkinin temel amacı hastanın ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanmasıdır (Tanrıverdi ve ark., 2014). Hasta – hekim arasındaki eşitsiz ilişki biçiminin doğası gereği hasta hakları yasal mevzuatla belirlenmiş ve diğer taraf olan hekimler için ise sorumluluk ve ödevleri tanımlanmıştır. Hekimlerden tıbbi özen beklenirken beraberinde hastalardan ise etkin hizmet alabilmeleri için sorumluluklarını yerine getirmeleri gerektiği ifade edilmektedir (HHY, 2019). Tıp uygulamaları içerisinde hasta hakları kavramından sıkça söz edilmesi, gelişen duyarlılık ve yasal düzenlemeler hasta haklarının uygulamaya dönük olmasını sağlamaktadır. Ancak kaliteli hizmet sunumu için tanımlanan hasta hakları uygulamalarında ilişkinin tarafı olan hekimlerin yükümlülüklerini yerine getirme koşullarının da değerlendirilmesi gerekir. Hekimin mesleki uygulamalarını yapabilmesi, iyi hekimlik uygulamalarının gereği olarak tanımlanan hekim yükümlülüklerinin yerine getirilebilmesi için hekim hakları da hasta hakları ile birlikte değerlendirilmelidir. Hasta hakları ve hekim hakları birbirini tamamlayan haklar olup bir bütünün parçaları gibi düşünülmelidir. Hasta hakları ile hekim hakları birbirinin karşıtı haklar olmayıp, birbirinin etkisini ortadan kaldırmaya da yönelik değildir (Arda, 1998). Sözü edilen hakların ortak amacının “hem hekimin, hem de hastanın özgürlüğüne en geniş saygıyı göstererek erişilen en yüksek düzeyde sağlık hizmetinin sunulması” olduğu söylenebilir (TTB, 2009c). Bu amaçla yaklaşılmadığında hasta - hekim ilişkisinin bozulması, hasta ile hekim arasında çatışmaların oluşması ve hekimlere karşı açılan dava sayılarının artması

kaçınılmazdır. Hasta - hekim ilişkisi içerisinde her iki tarafın hakları olduğu göz ardı edilmektedir. Hasta hakları açısından hekim haklarının belirlenmesi ve sınırlarının çizilmesi önemlidir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi (SUAM) ile Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nilüfer Ek Hizmet Binası'nda sağlık hizmeti sunan hekimlerin oluşturması planlanarak hasta bireye tıbbi bakım, tedavi hizmeti sunan dahili tıp bilimleri ve cerrahi tıp bilimlerinde görevli hekimlerin çalışmaya alınması planlanmıştır. Temel tıp bilimleri eğitim, araştırma ve laboratuvar hizmeti sunmaları nedeniyle araştırmaya dahil edilmemiştir. Ancak dahili ve cerrahi alanlarında karşılaştırma yapabilmek, ikinci basamak ile üçüncü basamak arasında karşılaştırma yapabilmek adına ikinci basamak sağlık hizmeti sunan Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nilüfer Ek Hizmet Binası'nda bulunan mevcut poliklinikler baz alınarak üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi'nden (SUAM) seçimler yapılmıştır. Bu doğrultuda dahili tıp bilimleri içerisinde; çocuk sağlığı ve hastalıkları, deri ve zührevi hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları, kardiyoloji, nöroloji, ruh sağlığı ve hastalıkları, spor hekimliği, cerrahi tıp bilimleri içerisinde ise; beyin ve sinir cerrahisi, genel cerrahi, göz hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, kalp ve damar cerrahisi, kulak burun ve boğaz hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, üroloji, poliklinikleri çalışmaya alınmıştır. Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi (SUAM) için örneklem büyüklüğü hesaplanırken dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde araştırma görevlilerinin hizmet sunması sebebiyle araştırma görevlileri üzerinden hesaplamalar yapılmıştır.

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi'nde (SUAM) ve Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma

Hastanesi Nilüfer Ek Hizmet Binası'nda verilerin örneklem büyüklüğü belirlenirken örneklem sayısının hesaplanmasında aşağıdaki formül kullanılmıştır.

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q} \quad (p=0,2 \quad q=0,8 \quad t=1,96 \quad d=0,05)$$

Örneklem büyüklüğü Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığından alınan güncel ve geçerli akademik personel listesi içinden saptanmış olan anabilim dalları içerisinde görev alan araştırma görevlisi hekim sayıları dahili tıp bilimleri için 183, cerrahi tıp bilimleri için 87'dir. Formüle göre örneklem büyüklüğü dahili tıp bilimleri için 105 ve cerrahi tıp bilimleri için 64 olup toplam 169 hekime ulaşılması hedeflenmiştir.

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nilüfer Ek Hizmet Binası için ise yönetimden alınan güncel ve geçerli aktif çalışan 18 poliklinik için yapılan aylık görevlendirme personel listesine göre dahili tıp bilimleri için 48, cerrahi tıp bilimleri için 34'tür. Formüle göre örneklem büyüklüğü dahili tıp bilimleri için 40 ve cerrahi tıp bilimleri için 30 olup toplam 70 hekime ulaşılması hedeflenmiştir.

Her iki kurumda dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde toplamda 239 hekime ulaşılması planlanmıştır.

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nilüfer Ek Hizmet Binası'nda sağlık hizmeti sunan hekimlerin; hizmet sunum merkezleri olan merkez bina ve ek hizmet binalarının her ikisinde de görevlendirilerek yoğun iş programlarının olduğu ve sürekli yer değiştirmek durumunda kaldıkları görülmüştür. Planlanan anketlerin %50'si dağıtılmış ancak hekimler; anket sorularının yanıtlanması için gerekli zamanı yaratamamış ve ek hizmet binasında görevlendirilen hekimlerin merkez binada da görevlendirilmesi ile ay içerisinde tekrar aynı hekime ulaşamaması nedeni ile dağıtılan anketlerin %1'i cevaplanmış olarak teslim alınmıştır. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nilüfer Ek Hizmet Binası'nda hedeflenen katılımcı sayısına ulaşamamış olup araştırmanın yürütülmesi sağlanamamıştır.

Bu kapsamda Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi'nde (SUAM) dahili ve cerrahi tıp bilimleri yeniden değerlendirilerek dahili tıp bilimlerine; aile hekimliği, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları, cerrahi tıp bilimlerine ise çocuk cerrahisi ve göğüs cerrahisi eklenerek örneklem büyüklüğü Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığından alınan güncel ve geçerli akademik personel listesi içinden saptanmış olan anabilim dalları içerisinde görev alan araştırma görevlisi hekim sayıları dahili tıp bilimleri için 213 cerrahi tıp bilimleri için 96 olarak güncellenmiştir. Formüle göre örneklem büyüklüğü dahili tıp bilimleri için 114, cerrahi tıp bilimleri için 69 olarak belirlenerek revize edilip toplam 183 hekime ulaşılması hedeflenmiştir. Veri toplama süreci içerisinde araştırmaya dahili tıp bilimlerinden 108, cerrahi tıp bilimlerinden 115 olmak üzere toplam 175 hekim katılım göstererek ulaşılması hedeflenen %100'lük katılım oranının %95,6'sına ulaşılmıştır.

3.2. Veri Toplama Aracı

Hasta hakları ile hekim hakları arasında kolerasyon olduğu düşüncesi ile konuya ilişkin literatür taranarak; T.C. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) (2019) ile literatürde tartışılan hekim hakları analiz edilmiştir. Yönetmeliğin ikinci bölümü sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı parametresi içerisinde adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma, bilgi isteme, öncelik sırasının belirlenmesini isteme, tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım, tıbbi özen gösterilmesi maddeleri, üçüncü bölüm sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı parametresi içerisinde bilgilendirmenin kapsamı, bilgi vermenin usulü maddeleri, dördüncü bölüm hasta haklarının korunması parametresi içerisinde mahremiyete saygı gösterilmesi maddesi ve beşinci bölüm tıbbi müdahalede hastanın rızası parametresi içerisinde hastanın rızası ve izin maddesinin hekimin hizmet sunma yükümlülükleri ve hekim hakları ile ilgili olduğu görülmektedir.

Hasta hakları ve hekim hakları uygulamaları için HHY (2019) ve literatürde yer alan mevcut hekim hakları doğrultusunda sağlık hakkı, hasta hakları, reel hasta hakları uygulamaları, hekim yükümlülüğü, hukuk, tıp etiği alanlarına özgü tartışmalar temel alınarak mevcut durumun ana bileşenlerini belirlemeye ve sorunların kaynaklarını açıklamaya yardımcı olacağı öngörülen anket formu

oluşturulmuştur. Çalışmamızın temel veri kaynağını sağlayan anket formu iki bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölüm cinsiyet, yaş, hekim olarak toplam hizmet süresi, uzmanlık alanı, hizmet süresi içerisinde kurumsal yönetim süreçlerine katılma durumu ve tıbbi değerlendirme süreleri olmak üzere tanımlayıcı değişkenleri içeren 7 adet sorudan oluşmaktadır.

İkinci bölüm Sağlık Bakanlığı HHY'nin (2019) hekimin hizmet sunma yükümlülükleri ve hekim hakları ile ilgili olduğu görülen parametreleri ve alt maddeleri ayrı ayrı analiz edilerek her madde için HHY gereği sağlanması gereken kriterlerin kurumsal düzeyde ne kadar sağlanabilirliğinin ortaya konulması, gerekli olan kriterlerin sağlanamamasının nedenleri, HHY'nin gerekliliklerinin sağlanamadığı durumlarda neler olabileceği ile hangi hasta hakkı ihlaline neden olacağı ve sonuç olarak oluşan durumun hangi hekim hakkı ihlaline neden olduğunu ortaya çıkarabilecek düzeyde 16 adet kapalı uçlu, 42 adet yarı kapalı uçlu olmak üzere 58 sorudan oluşmaktadır.

Araştırmanın verileri 65 soruluk anket formu kullanılarak kağıt kaleme dayalı olmak üzere yüz yüze görüşme tekniğiyle 20 Kasım 2018 - 15 Ocak 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

Hasta hakları parametrelerinin çalışan hakları içerisinde hekim hakları olumlu veya olumsuz yönde etkileyen faktörlerin ortaya konulması, mevcut durumun belirlenmesi, alandaki hizmetin nitelik ve niceliğini değerlendirecek olması, ortaya çıkan sorunlar, eksiklik ve gereksinimlerin ortaya konulması açısından bu araştırma uygulamaya dönük kesitsel bir özelliكتedir.

Araştırmanın gönüllülük esasına dayandığı, isim ve soy isim istenmediği ve verilen bilgilerin kesinlikle üçüncü kişilerle paylaşılmayacağı "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu"nda beyan edilip anket ile birlikte katılımcılara sunularak hem sözlü hem de yazılı olarak belirtilmiştir.

3.3. Verilerin Analizi

Araştırmanın verileri 20 Kasım 2018 - 15 Ocak 2019 tarihleri arasında toplanarak IBM SPSS 23.0 istatistiksel paket programına kaydedilip analize hazırlanmıştır. Anket sorularının maddeler arası frekans dağılımının analizi yapılmıştır. Sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler medyan (minimum-maksimum) olarak verilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde sorular arasında anlamlı ilişki olup olmadığı değerlendirilerek HHY gereği sağlanması gereken kriterler sağlanamadığı durumlarda neler olabileceği ve hangi hasta hakkı ihlaline neden olacağı ile ilgili soruların içeriğindeki maddelerin birbiriyle ilişki durumunun analizi yapılmıştır. Kategorik verilerin analizinde Ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak belirlenmiştir.

3.4. Zamanlama

2018/2019	Literatür Tarama ve Okuma	Planlama ve Tez Önerisinin Sunumu	Veri Toplama	Veri Analizi	Tez Yazımı	Tez Sunumu
Ekim / 2018						
Kasım / 2018						
Aralık / 2018						
Ocak / 2019						
Şubat / 2019						
Mart / 2019						
Nisan / 2019						
Mayıs / 2019						
Haziran / 2019						
Temmuz / 2019						
Ağustos / 2019						
Eylül / 2019						

3.5. İzin ve Onaylar

Araştırmanın Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi'nde (SUAM) yürütülmesi için Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan 19.11.2018 tarih ve 31393501-900/23699 sayılı kararı ile izin alınmıştır. Araştırma, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 06.10.2018 tarih ve 2018-19/10 nolu kararı ile onaylanmıştır (Ek 3).

Araştırmanın yürütülmesi planlanan bir diğer bölge olan Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nilüfer Ek Hizmet Binası için Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 27.11.2018 tarih ve 31234050-799 sayılı kararı ile izin alınarak Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'nün 08.01.2019 tarih ve E.1422 sayılı oluru ile onaylanmıştır.



4. BULGULAR

Araştırmanın verileri, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde (SUAM) 20 Kasım 2018 - 15 Ocak 2019 tarihleri arasında toplandı. Araştırma, dahili tıp bilimleri ve cerrahi tıp bilimleri alanında görevli olan ve ulaşılmaya hedeflenen 183 hekimden 175 hekimin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Katılım oranı %95,6'dır. Araştırma yöntemi nedeniyle temel tıp bilimleri alanında görevli hekimler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Bulgular iki ana bölümde değerlendirilmiştir. İlk bölümde tanımlayıcı ve sürekli değişkenler, ikinci bölümde hasta hakları parametreleri ile hekim haklarına ait veriler yer almaktadır. İkinci bölüm, Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) dikkate alınarak sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı, hasta haklarının korunması ve tıbbi müdahalede hastanın rızası olmak üzere dört alt başlıkta ele alınarak maddelerin frekans dağılımının analizi ve sorular arası anlamlılık ilişkisi bulunan maddelerin birbiriyle ilişki durumunun analizi yapılarak değerlendirilmiştir.

4.1. Tanımlayıcı ve Sürekli Değişkenlerin Veri Analizi

Katılımcıların %54,3'ü kadın, %45,7'si erkektir. Katılımcıların çoğunluğu dahili tıp bilimlerinde görevli olup (n=108; %61,7) en çok katılım gösteren anabilim dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalıdır (n=26; %14,9). Cerrahi tıp bilimler alanında ise en çok katılımın Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan olduğu görülmüştür (n=20; %11,4). Hizmet süresi içinde herhangi bir kurumsal yönetim sürecinde yer almayanların oranı yüksektir (n=135; %78,5) (Tablo 4.1.1). Katılımcıların yaş ortalaması $27,96 \pm 2,84$ yıl (min-maks: 23,00-41,00) olup ortalama hizmet süresi $3,17 \pm 2,45$ (min-maks: 0,08-14,00) yıldır (Tablo 4.1.2).

Hastaların tıbbi değerlendirmeleri için ayrılan sürenin ne kadar olduğuna verilen yanıtlar değerlendirildiğinde hastalarına 20 dakika süre ayıran hekimlerin en düşük oranı oluşturduğu görülmektedir (n=16; %9,2). Dağılıma göre hasta

değerlendirilmesine 10 dk süre ayıranlar en yüksek oranı oluşturmakta olup (n=62; %35,6) katılımcıların %22,4'ü (n=39) bu süreyi 5 dakikanın altında olarak ifade etmişlerdir. Katılımcıların çoğunluğu, hastaların tıbbi değerlendirmeleri için ayırabildikleri süreyi yeterli bulmamaktadır (n=144; %82,3) (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.1. Tanımlayıcı Değişkenlerin Frekans Dağılımı

Bağımsız Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	95	54,3	
	Erkek	80	45,7	
Uzmanlık alanı	Dahili Tıp Bilimleri	Aile Hekimliği	14	8,0
		Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	26	14,9
		Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	3	1,7
		Deri ve Zührevi Hastalıklar	4	2,3
		Enfeksiyon Hastalıkları	4	2,3
		Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	9	5,1
		Göğüs Hastalıkları	0	0
		İç Hastalıkları	21	12,0
		Kardiyoloji	1	0,6
		Nöroloji	4	2,3
		Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	18	10,3
		Spor Hekimliği	4	2,3
		Toplam	108	61,7
		Cerrahi Tıp Bilimleri	Beyin ve Sinir Cerrahisi	7
	Çocuk Cerrahisi		4	2,3
	Genel Cerrahi		1	0,6
	Göğüs Cerrahisi		2	1,1
	Göz Hastalıkları		2	1,1
	Kadın Hastalıkları ve Doğum		20	11,4
	Kalp ve Damar Cerrahisi		3	1,7
Kulak Burun ve Boğaz	5		2,9	
Ortopedi ve Travmatoloji	11		6,3	
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	5		2,9	
Üroloji	7	4,0		
Toplam	67	38,3		
Hizmet süresi içerisinde kurumsal yönetim süreçlerine katılma durumu ¹		Evet	37	21,5
		Hayır	135	78,5
Hastanın tıbbi değerlendirmesi için ortalama ayrılan süre ²		5 dk dan az	39	22,4
		5dk	36	20,7
		10 dk	62	35,6
		15 dk	21	12,1
		20 dk	16	9,2
Hastanın tıbbi değerlendirmesi için ayrılan süreyi yeterli bulma durumu		Yeterli	31	17,7
		Yetersiz	144	82,3

¹n=172, ²n=174

Tablo 4.1.2. Sürekli Değişkenlerin Frekans Dağılımı

Sürekli Değişkenler	Sayı (n)	Mean	Medyan (min.-max.)	Std. Deviaton
Yaş	175	27,9657	28,0000(23-41)	2,84241
Hekim Olarak Toplam Hizmet Süresi	173	3,1764	3,0000(0,08-14)	2,45412

4.2. Hasta Hakları Parametrelerine ve Hekim Haklarına İlişkin Veri Analizi

4.2.1. Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı

Bu bölümde; Sağlık Bakanlığı HHY'nin (2019) ikinci bölüm başlığını oluşturan “*Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı*” parametresinin alt maddeleri olan adalet ve hakkaniyetten uygun olarak faydalanma (Madde 6), bilgi isteme (Madde 7), öncelik sırasının belirlenmesini isteme (Madde 10), tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım (Madde11), tıbbi özen gösterilmesi (Madde 14) alt başlıklarına yönelik değerlendirme sorularının frekans dağılımları yer almaktadır.

4.2.1.1. Adalet ve Hakkaniyetten Uygun Olarak Faydalanma

Bu bölümde, katılımcıların HHY'nin sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı parametresi içerisinde adalet ve hakkaniyetten uygun olarak faydalanma maddesine (Madde 6) yönelik 6 adet değerlendirme sorusunun frekans dağılımı yer almaktadır.

Hastaların teşhisleri için gerekli tetkiklerin istenilmesi, tedavileri için uygun görülen ilaçların reçete olarak yazılması, planlanan ilaç dışı tedavi yöntemlerinin uygulanması ile ilgili ifade edilen mevcut durum değerlendirildiğinde; katılımcıların %72'si (n=126) hastaların teşhisleri için gereken tetkikleri yaptırabildiklerini, %76,6'sı (n=134) tedavileri için uygun gördüğü ilaçları reçete olarak yazabildiklerini belirtmişlerdir. Planlanan ilaç dışı tedavi yöntemlerini uygulayabildiğini ifade edenlerin oranı düşüktür (n=43; %24,7) (Tablo 4.2.1.1.1).

Tablo 4.2.1.1.1 Hastaların Teşhisleri için Gerekli Tetkiklerin İstenmesi, Tedavileri için Uygun Görülen İlaçların Reçete Olarak Yazılması ve Planlanan İlaç Dışı Tedavi Yöntemlerinin Uygulanması ile İlgili Mevcut Durumun Frekans Dağılımı

Mevcut Durum Tespiti		Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastaların teşhisleri için gerekli tetkikleri isteyebilme	Evet	126	72,0
	Bazen	44	25,1
	Hayır	5	2,9
Hastaların tedavileri için uygun görülen ilaçları reçete olarak yazabilme	Evet	134	76,6
	Bazen	41	23,4
	Hayır	0	0
Hastalara planlanan ilaç dışı tedavi yöntemlerini uygulanabilme ¹	Evet	43	24,7
	Bazen	105	60,3
	Hayır	26	14,9

¹ n=174

Katılımcıların %35,4'ü (n=62) hastalarının teşhisleri için gereken tetkikleri isteyememe ve %53,1'i (n=93) tedavileri için uygun görülen ilaçları reçete olarak yazamama nedeni olarak Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) sınırlılığı (tanı kodlarının ilaçların yazılmasını ya da tetkik istemini sınırlandırması) olduğunu ifade etmektedir. Hekimlerin %40'ı (n=70), planlanan ilaç dışı tedavi yöntemlerini uygulayamama nedenini hastanın ödeme gücü ile ilişkilendirmiştir (Tablo 4.2.1.1.2).

Hastalarının tedavileri için uygun görülen ilaçları reçete olarak yazamama nedenlerini diğer seçeneği olarak işaretleyenler (n=4; %2,3) düşüncelerini “aile (hasta yakını) ile anlaşamama”, “değerlendirme süresinin yetersizliği” ve “teknik sorunlar” olarak belirtmişlerdir. Hastalarının teşhisleri için gereken tetkikleri isteyememe nedenlerini diğer seçeneğini olarak işaretleyenler (n=5; %2,9) bu durumu teknik sorunlara bağlamaktadır. Hekimlerin %3,4'ü ise (n=6) planlanan ilaç dışı tedavi yöntemlerinin uygulanamamasının nedenlerini “zaman yetersizliği”, “eğitici yetersizliği”, “aile (hasta yakını) ile anlaşamama” olarak belirtmiştir (Tablo 4.2.1.1.2).

Tablo 4.2.1.1.2. Hastaların Tedavileri için Uygun Görülen İlaçların Reçete Olarak Yazılmamasının, Teşhisleri için Gereken Tetkiklerin İstenilememesinin ve Planlanan İlaç Dışı Tedavi Yöntemlerinin Uygulanamamasının Nedenlerin Frekans Dağılımı

Nedenler *	Reçete		Tetkik		İlaç Dışı Tedavi Yöntemi	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
SGK'nın sınırlılığı (tanı kodlarının ilaçların yazılmasını ya da tetkik istemini sınırlandırması)	93	53,1	62	35,4	54	30,9
SGK'nın ödeme sistemi	91	52,0	60	34,3	56	32,0
Hastanın ödeme gücü	44	44,0	53	30,3	70	40,0
İlaça ya da tetkike erişimin olmaması, kısıtlanması vb.	28	28,0	47	26,9	29	16,6
Yetersiz tıbbi malzeme	21	12,0	57	32,6	34	19,4
Kalitesiz tıbbi malzeme	17	9,7	48	27,4	27	15,4
Personel yetersizliği	11	6,3	44	25,1	45	25,7
Deneyimsiz personel	5	2,9	29	16,6	35	20,0
Diğer	4	2,3	5	2,9	6	3,4

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcıların %84'ü (n=147) hastaların teşhisleri için gereken tetkikleri isteyemediği, tedavileri için uygun görülen ilaçları reçete olarak yazmadığı ya da planlanan ilaç dışı tedavi yöntemlerini uygulayamadığı durumlarda hekimin tanıyı koyması ve en uygun tedavi yöntemini uygulayabilmesinin engellenmiş olacağını ifade etmektedir. Hekimlerin %50,9'u (n=89) bu durumda hekimin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlüğünü yerine getiremeyeceğini ve hastaların sağlık hizmetinden adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma hakkının ihlal edildiğini düşünmektedir. Soruya yanıt veren katılımcıların seçeneklere göre dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.2.1.1.3).

Katılımcıların %4,6'sı (n=8) hastaların teşhisleri için gereken tetkikleri isteyememenin, uygun ilaçları yazamamanın ve planlanan ilaç dışı tedavi yöntemlerini uygulayamamanın sonucunun "hastanın tedavisinin yetersiz kalacağı", "tekrarlayan şekilde hastane başvurusuna neden olacağı", "hastanın hekime, diğer sağlık çalışanlarına ve hastaneye güveninin sarsılacağı", "hekimin zamanını boşuna harcamış olacağı", "hastanın ve hekimin kuruma saygısının azalacağı" şeklinde yorumlamıştır (Tablo 4.2.1.1.3).

Tablo 4.2.1.1.3. Hastaların Teşhisleri için Gereken Tetkikler İstenilemediğinde, Tedavileri için Uygun Görülen İlaçlar Reçete Olarak Yazılmadığında ve Planlanan İlaç Dışı Tedavi Yöntemleri Uygulanamadığında Karşılaşılabilecek Durumların Frekans Dağılımı

Olası Sonuçlar *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hekimin gerekli tanıyı koyması ve planlanmış olduğu en uygun tedaviyi uygulaması engellenmiş olur.	147	84,0
Hekimin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlüğünü yerine getiremez.	89	50,9
Hastanın yararına en etkin olan ilaçların kullanılması sınırlandırılmış olur.	111	63,4
Hasta çağdaş tıp olanaklarından ihtiyacı gereği faydalanamaz.	105	60,0
Hastanın sağlığı olumsuz etkilenir.	120	68,6
Hastanın olumsuz etkilenecek ajite olmasına sebep olur.	87	49,7
Hastanın; sağlık hizmetleri ihtiyaçlarından adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma hakkı ihlal edilmiş olur.	89	50,9
Diğer	8	4,6

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastalarının teşhisleri için gereken tetkiklerin istenilemediği, tedavileri için uygun görülen ilaçların reçete olarak yazılmadığı ve planlanan ilaç dışı tedavi yöntemlerinin uygulanmadığı durumlarda ihlal edilen hekim hakları içerisinde en çok katılımın “*hekimin hastasının en iyi yararına uygun tedaviyi belirleme ve uygulama hakkı*”nın ihlali olduğu görülmektedir (n=140; %80,0). Katılımcıların %9,7’si ise (n=17) bu durumda hekim hakkı ihlali olmadığını düşünmektedir (Tablo 4.2.1.1.4).

Tablo 4.2.1.1.4. Hastaların Teşhisleri için Gereken Tetkiklerin İstenilemediği, Tedavileri için Uygun Görülen İlaçların Reçete Olarak Yazılmadığı ve Planlanan İlaç Dışı Tedavi Yöntemlerinin Uygulanmadığı Durumlarda İhlal Edildiği Düşünülen Hekim Haklarının Frekans Dağılımı

İhlal Edilen Hekim Hakları *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hekimin hastasının en iyi yararına uygun tedaviyi belirleme ve uygulama hakkı	140	80,0
Kaliteli hizmet sunumu için hekime gerekli destek ve kaynak sağlanması hakkı	115	65,7
Hekimin çağdaş bilimsel tıp olanaklarından yararlanma ve uygulama hakkı	117	66,9
Hekimin klinik kararlarına güvenilme hakkı	81	46,3
Hekimin baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı	83	47,4
Hekimin hastası için kendi yaşamını ve güvenliğini tehlikeye atmama hakkı	63	36,0
Hekim hakkı ihlali yoktur	17	9,7
Diğer	0	0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.2.1.2. Bilgi İsteme (Kurumsal Düzeyde)

Bu bölümde, katılımcıların HHY'nin sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı parametresi içerisinde kurumsal düzeyde bilgi isteme maddesine (Madde 7) yönelik 6 adet değerlendirme sorusunun frekans dağılımı yer almaktadır.

Hastaların sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda yeterli bilgiye ulaşabilmesi ile ilgili mevcut durumun değerlendirilmesi istendiğinde katılımcıların %47,6'si (n=79) hastaların bilgilendirilebilmesi için yeterli teknik donanımına sahip bir birimin olmadığını, %62,7'si ise (n=104) hastalara yeterli ve doğru bilgi verebilecek nitelikte personelin sürekli olarak istihdamının sağlanmadığını ifade etmektedir. Hastaların ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmesinin sağlanması için kurum içerisinde uygun yerlerde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretlerin bulunmadığını ifade edenlerin oranı yüksektir (n=83; %50,6). (Tablo 4.2.1.2.1).

Tablo 4.2.1.2.1. Hastaların Sağlık Hizmetlerinden Nasıl Faydalanabileceği Konusunda Yeterli Bilgiye Ulaşabilmesi ile İlgili Mevcut Durumun Frekans Dağılımı

Mevcut Durum Tespiti		Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastaların bilgilendirilebilmesi için yeterli teknik donanımına sahip bir birim vardır.	Evet	35	21,1
	Hayır	79	47,6
	Fikrim Yok	52	31,3
Hastalara yeterli ve doğru bilgi verebilecek nitelikte personelin sürekli olarak istihdamı sağlanmaktadır. ¹	Evet	29	17,5
	Hayır	104	62,7
	Fikrim Yok	33	19,9
Hastaların ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmesinin sağlanması için kurumun uygun yerlerinde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretler bulunmaktadır. ²	Evet	51	31,1
	Hayır	83	50,6
	Fikrim Yok	30	18,3

¹ n=166, ² n=164

Katılımcıların %65,1'i (n=114) hastaların sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda yeterli bilgiye ulaşamama nedenini personel yetersizliği, %56'sı (n=98) kurumsal yönetim süreçlerinde birimlerin ihtiyacı olan yeterli teknik donanım ve nitelikli personel için finansmanın sağlanamaması ile ilişkilendirmektedir. Diğer seçeneğini işaretleyen 7 katılımcı (%4) hastanın kendi

haklarını öğrenmek istemeyip hep haklı olduklarını düşünmelerini, hastanın eğitim düzeyinin düşük olmasını, yazılı kaynakların okunmamasını, her türlü problemde hekimle hastanın yüz yüze gelmesini neden olarak belirtmişlerdir (Tablo 4.2.1.2.2).

Tablo 4.2.1.2.2. Hastaların Sağlık Hizmetlerinden Nasıl Faydalanabileceği Konusunda Yeterli Bilgiye Ulaşamama Nedenlerinin Frekans Dağılımı

Hastaların Hizmetten Nasıl Faydalanacakları Bilgisine Ulaşamama Nedenleri *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kurumsal yönetimin bu gibi planlamaları gereksiz görmesi	52	29,7
Kurumsal yönetim planlamalarının hasta hakları yönetmeliğine uygun yapılandırılmaması	30	17,1
Kurumsal yönetim süreçlerinde birimlerin ihtiyacı olan yeterli teknik donanım ve nitelikli personel için finansmanın sağlanamaması	98	56,0
Yeterli personelin olmaması	114	65,1
Kurum içerisinde birim oluşturabilmek için gerekli alanın bulunmaması	37	21,1
Diğer	7	4,0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastaların sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda yeterli bilgiye ulaşamamasının hem hasta hem de hekim için zaman kaybına neden olabileceğini ifade eden katılımcıların oranı %73,1 (n=128), hastada ve hekimde fiziksel ve ruhsal yorgunluğa neden olacağını düşünenlerin oranı %62,9'dur (n=110). Hastaların; müracaat edilen kurumda verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma ve usulüne uygun öğrenme hakkının ihlal edildiğini düşünenlerin oranı ise %47,4'tür. (n=83). Soruya yanıt veren katılımcıların seçeneklere göre dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.001) (Tablo 4.2.1.2.3).

Bir katılımcı diğer seçeneğini işaretleyerek düşüncesini; "hasta doktora saldırır tüm suçluyu hekim olarak görür" olarak belirtmiştir (Tablo 4.2.1.2.3).

Tablo 4.2.1.2.3. Hastaların Sağlık Hizmetlerinden Nasıl Faydalanabileceği Konusunda Yeterli Bilgiye Ulaşamadığında Karşılaşılan Durumların Frekans Dağılımı

Hastaların Hizmetten Nasıl Faydalanacakları Bilgisine Ulaşamadığında Karşılaşılan Durumlar *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hasta sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen hizmet ve imkanların neler olduğu konusunda bilgi sahibi olamaz.	100	57,1
Hem hasta hem de hekim için zaman kaybına neden olur.	128	73,1
Hem hastanın hem de hekimin fiziksel ve ruhsal yorgunluğuna neden olur.	110	62,9
Hastanın olumsuz etkilenerek ajite olmasına sebep olur.	94	53,7
Hizmet sunumunda ekstra yük oluşturur.	99	56,6
Hastanın; müracaat edilen kurumda verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma ve usulüne uygun öğrenme hakkı ihlal edilmiş olur.	83	47,4
Diğer	1	0,6

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastaların sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda yeterli bilgiye ulaşamadığı durumlarda ihlal edildiği düşünülen hekim hakları içerisinde en yüksek katılım, “*hekimin fiziksel ve ruhsal yorgunluğuna neden olarak sağlığını koruma ve mesleki risklerden korunma hakkı*”dır (n=118; %67,4). İkinci sırada “*hekimin diğer hastalarına yeterli zaman ayırma hakkı*”nın ihlal edileceği düşüncesi yer almaktadır (n=108; %61,7). Katılımcıların %5.1’i ise (n=9) hekim hakkı ihlali olmadığını düşünmektedir (Tablo 4.2.1.2.4).

Tablo 4.2.1.2.4. Hastaların Sağlık Hizmetlerinden Nasıl Faydalanabileceği Konusunda Yeterli Bilgiye Ulaşamadığı Durumlarda İhlal Edildiği Düşünülen Hekim Haklarının Frekans Dağılımı

İhlal Edilen Hekim Hakları *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanın ajitasyonu sonucu hekimin kendi yaşamını ve güvenliğini tehlikeye atmama hakkı	105	60,0
Hekimin fiziksel ve ruhsal yorgunluğuna neden olarak sağlığını koruma ve mesleki risklerden korunma hakkı	118	67,4
Kaliteli hizmet sunumu için gerekli destek ve kaynak sağlanmasını isteme hakkı	95	54,3
Hastanın ajitasyonu ya da zaman kaybı sonucu hekimin hasta ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiyi alma ve muayene etme hakkı	105	60,0
Hekimin diğer hastalarına yeterli zaman ayırma hakkı	108	61,7
Hekimin saygılı davranılma ve onurunu koruma hakkı	80	45,7
Hekimin klinik kararlarında güvenilme hakkı	64	36,6
Hekim hakkı ihlali yoktur	9	5,1
Diğer	1	0,6

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.2.1.3. Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme (Kurumsal Düzeyde)

Bu bölümde katılımcıların HHY'nin sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı parametresi içerisinde kurumsal düzeyde öncelik sırasının belirlenmesini isteme maddesine (Madde 10) yönelik 6 adet değerlendirme sorusunun frekans dağılımı yer almaktadır.

Katılımcıların %84,9'u (n=141) sağlık hizmeti sunum sürecinde öncelik isteyen hastalar ile karşılaştıklarını ifade etmektedir. Öncelikli olarak hangi hastaların alındığı sorulduğunda verilen yanıtlara göre ilk sırada acil vakalar (n=150; %85,7), ikinci sırada öncelik isteyenler hastalar (n=140; %80) ve üçüncü sırada kurum personeli olan hastalar (n=115; %65,7) gelmektedir. Diğer seçeneği altında verilen yanıtlarda (n=8; %4,6) öncelik onkoloji ve hematoloji hastaları (immunsuprese IDV alan), Çocuk Esirgeme Kurumu'ndan gelen hastalar, bir yaşından küçük çocuklar, huzursuzluk çıkarıcı hastalar olarak ifade edilmiştir (Tablo 4.2.1.3.1).

Hekimlerin %56'sı (n=98) hastalar arasında öncelik sırasını tıbbi kriterlere göre belirlediklerini ifade etmişlerdir. Randevu saatlerine göre öncelik sırasının belirlenmesi ikinci sırada gelmektedir (n=96; %54,9). Poliklinik hizmetlerinde öncelik sırasının belirlenmesi ile ilgili yasal mevzuata göre hareket ettiğini belirten hekim oranı %32 (n=56) olup %4,6'sı (n=8) öncelik sırasını belirlemeye gerek olmadığını ifade etmiştir. Diğer seçeneğini işaretleyen bir katılımcı ise (%0,6) "o anki duruma göre" davrandığını belirtmiştir (Tablo 4.2.1.3.1).

Tablo 4.2.1.3.1. Kurumsal Düzeyde Hastaların Öncelik Sırasının Belirlenmesi ile İlgili Mevcut Durumunun Frekans Dağılımı

Mevcut Durum Tespiti		Sayı (n)	Yüzde (%)
Sağlık hizmeti sunum sürecinde öncelik isteyen hastalar ile karşılaşılabilme durumu ¹	Evet	141	84,9
	Bazen	20	12,0
	Hayır	5	3,0
Öncelikli olarak alınan hastalar	Öncelik isteyenler hastalar	140	80,0
	Acil işi olanlar hastalar	45	25,7
	Randevu saatini kaçırmış olan hastalar	75	42,9
	Hastanın kurum personeli olması	115	65,7
	Hastanın sağlık profesyoneli olması	91	52,0
	Sevkle gelen hastalar	28	16,0
	Acil vakalar	150	85,7
	Engelliler	101	57,7
	Hamileler	88	50,3
	65 yaş üstü hastalar	77	44,0
	7 yaşından küçük çocuklar	30	17,1
	Öfkeli ya da saldırgan davranış gösteren hastalar	30	17,1
	Harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri, malül ve gaziler ile aileleri	65	37,1
	Kolluk kuvvetlerince sevk edilecek adli vakalar	89	50,9
	Diğer	8	4,6
Hastaların öncelik sırasının nasıl belirlendiği	Hastanın randevu saatlerine göre	96	54,9
	Hastaların kendilerinin oluşturduğu sıraya göre	11	6,3
	Poliklinik hizmetlerinde öncelik sırasının belirlenmesi ile ilgili yasal mevzuata göre	56	32,0
	Çalıştığım kurumun belirlediği önceliğe göre	55	31,4
	Tıbbi kriterlere göre	98	56,0
	Öncelik sırasının belirlenmesine gerek görmüyorum hepsi hasta	8	4,6
	Diğer (lütfen belirtiniz)	1	0,6

¹ n=166

Katılımcıların %60'ı (n=105), öncelik hakkı olan hastaların, öncelikli olarak sağlık hizmeti alamama nedeninin diğer hastaların dışarıda kaos durumu oluşturması, %51,4'ü (n=90) öncelik sıralamasını yapacak personelin olmayışı, %50,3'ü (n=88) hastanın öncelikli olduğunu bilmemesi ve böyle bir talebinin olmaması olarak belirtmişlerdir. Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcılar (n=3; %1,7) neden olarak “huzursuzluk çıkaracak olan hasta önceliği en çok olan hastadır, huzursuzluk olursa tüm hastalar öncelik ister”, “poliklinikteki hemşirenin izinli raporlu olduğu günlerde

yeni personel temin edilemiyor” olarak belirtmişler, bir katılımcı ise böyle bir problemin olmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.2.1.3.2).

Tablo 4.2.1.3.2. Öncelik Hakkı Olan Hastaların Öncelikli Olarak Sağlık Hizmeti Alamama Nedenlerinin Frekans Dağılımı

Öncelik Hakkı Olan Hastaların Öncelikli Olarak Sağlık Hizmeti Alamama Nedenleri *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Öncelikli hastanın öncelikli girebileceğini bilmemesi ve böyle bir talebinin olmaması	88	50,3
Sağlık bilgi sistemlerinde öncelik sırası ile ilgili hekime yönelik bilgilendirme olmaması	62	35,4
Diğer hastalar tarafından dışarıda kaos durumu oluşturulması	105	60,0
Kurumda öncelik sırası ile ilgili bilgilendirmeye ait düzenlemelerin olmayışı	62	35,4
Yardımcı personelin öncelik sırasını belirlemede bilgi yetersizliği	65	37,1
Öncelik sıralamasını yapacak personelin olmayışı	90	51,4
Diğer	3	1,7

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Öncelik hakkı olan hastalar, öncelikli olarak sağlık hizmeti alamadığında karşılaşılabilecek durumlar arasında katılımcıların %60,6’sı (n=106) öncelik hakkı olan hasta için fiziksel ve ruhsal yorgunluğa neden olabileceğini, %51,4’ü (n=90) böyle bir durumun hastanın ajite olmasına ve hizmetin bu nedenle aksamasına yol açacağını ifade etmekte ve bu durumda yasal mevzuatın uygulanmamış olacağını (n=73; %41,7), hastaların öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini isteme hakkının ihlal edildiğini (n=78; %44,7) düşünmektedirler. Soruya yanıt veren katılımcıların seçeneklere göre dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.001) (Tablo 4.2.1.3.3).

Tablo 4.2.1.3.3. Öncelik Hakkı Olan Hastaların Öncelikli Olarak Sağlık Hizmeti Alamadığında Karşılaşılabilecek Durumların Frekans Dağılımı

Öncelik Hakkı Olan Hastaların Öncelikli Olarak Sağlık Hizmeti Alamadığında Karşılaşılabilecek Durumlar *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastalar arasında öncelik sırasının belirlenmesi ile ilgili yasal mevzuat uygulanmamış olur.	73	41,7
Öncelik hakkını kullanamayan hasta bekleme sırasında kaos oluşumuna neden olur.	85	48,6
Öncelik hakkı olan hasta için fiziksel ve ruhsal yorgunluğa neden olur.	106	60,6
Öncelik hakkını kullanamayan hastanın olumsuz etkilenecek ajite olması hizmet sunumunu aksatır.	90	51,4
Hastanın, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini istemek hakkı ihlal edilmiş olur.	78	44,6
Diğer	1	0,6

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Öncelik hakkı olan hastaların, öncelikli olarak sağlık hizmeti alamadığı durumlarda karşılaşılan hekim hakkı ihlalleri içerisinde en yüksek oranda katılım “*baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı*”nın ihlal edildiği yönündedir (n=133; %76,6). Bunu “*hekimin kendi yaşamını ve güvenliğini tehlikeye atmama hakkı*”nın (n=113; %64,6) ve “*hekimin sağlığını koruma ve mesleki risklerden korunma hakkı*”nın (n=107; %61,1) ihlali izlemektedir. Katılımcıların %5,7’si ise (n=10) hekim hakkı ihlali olmadığını düşünmektedir. (Tablo 4.2.1.3.4).

Tablo 4.2.1.3.4. Öncelik Hakkı Olan Hastaların Öncelikli Olarak Sağlık Hizmeti Alamadığı Durumlarda İhlal Edildiği Düşünülen Hekim Haklarının Frekans Dağılımı

İhlal Edilen Hekim Hakları *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı	133	76,0
Hekimin kendi yaşamını ve güvenliğini tehlikeye atmama hakkı	113	64,6
Hekimin sağlığını koruma ve mesleki risklerden korunma hakkı	107	61,1
Hekimin hastasına yeterli zamanı ayırma hakkı	93	53,1
Hekim hakkı ihlali yoktur	10	5,7
Diğer	3	1,7

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.2.1.4. Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım

Bu bölümde katılımcıların HHY’nin sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı parametresi içerisinde tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım maddesine (Madde 11) yönelik 7 adet değerlendirme sorusunun frekans dağılımı yer almaktadır.

Tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım için gereklilikler değerlendirildiğinde; katılımcıların %15,2’si (n=25) tıbbi bilgi ve teknolojik gelişmeleri takip edebildiklerini ifade etmektedir. Kurumsal yönetim planlamaları içerisinde bilimsel gelişmelere katkı sağlayabilecekleri gelişmeleri takip edebilmelerini sağlayacak etkinliklere (seminer, kongre, hizmet içi eğitim vb.) katılımlarının desteklendiğini ifade edenlerin oranı %28’dir (n=46). Hastaların; bilimsel bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhis edilebilmesi ve gerekli olan tıbbi müdahalenin yapılabilmesi için kurumda olması gereken tıbbi

malzemelerin kısmen bulunduğunu ifade edenlerin oranı yüksektir (n=96; %60,0). (Tablo 4.2.1.4.1).

Tablo 4.2.1.4.1. Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım için Gerekliliklerin Mevcut Durumunun Frekans Dağılımı

Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım için Gereklilikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Tıbbi bilgi ve teknolojik gelişmeleri gerektiği kadar takip edebilme durumu ¹	Evet	25	15,2
	Kısmen	10	64,0
	Hayır	34	20,7
Kurumsal yönetim planlamaları içerisinde bilimsel gelişmelere katkı ve / veya takip edebilmenizi sağlayacak etkinliklere (seminer, kongre, hizmet içi eğitim vs.) katılımın desteklenme durumu ¹	Evet	46	28,0
	Kısmen	79	48,2
	Hayır	39	23,8
Hastaların bilimsel bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisi ve tıbbi müdahalesi için kurumda gerekli olan tıbbi malzeme bulunma durumu ²	Evet	35	21,9
	Kısmen	96	60,0
	Hayır	29	18,1

¹n=164, ²n=160

Hekimlerin bilimsel gelişmelere katkı ve/veya takip etmelerini sağlayacak bilimsel etkinliklere katılımlarının desteklenmemesinin nedenleri incelendiğinde; ilk sırada (n=107; %61,1) iş yoğunluğu, ikinci sırada gerekli finansmanın sağlanamaması (n=94; %53,7) gelmektedir. Katılımcıların %2,8'i ise (n=5) nedenler arasında diğer seçeneğini işaretlemişlerdir. Bir kişi etkinliklere katılmama nedeni olarak fiziksel ve zihinsel yorgunluğu belirtmiş, dört katılımcı ise kurumlarının bu konuda yeterli olduğu, etkinliklere yeterince katılım sağladıkları yönünde görüş bildirmiştir (Tablo 4.2.1.4.2).

Bilimsel bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhis edilebilmesi ve gerekli olan tıbbi müdahalenin yapılabilmesi için kurumda gerekli olan tıbbi malzemenin bulunmamasının nedenleri arasında tıbbi malzeme için ayrılan finansmanın yetersiz olması (n=100; %57,1), tıbbi malzeme taleplerinin karşılanmaması (n=99; %56,6) ve mevcut tıbbi malzemelerin kaliteli/istenilen özellikte olmaması (n=75; %42,9) ilk üç sırada yer almaktadır (Tablo 4.2.1.4.2).

Tablo 4.2.1.4.2. Hekimlerin Bilimsel Gelişmelere Katkı ve/veya Takip Edememesinin ve Bilimsel Bilgi-Teknolojinin Gereklere Uygun Tıbbi Malzeme Bulunmamasının Nedenlerinin Frekans Dağılımı

Nedenler *		Sayı (n)	Yüzde (%)
Bilimsel gelişmelere katkı ve / veya takip edebilmenizi sağlayacak etkinliklere (seminer, kongre, hizmet içi eğitim vs.) katılmanızın desteklenmeme nedenleri	Gerekli görülmemesi	26	14,9
	İş yoğunluğu	107	61,1
	Hekim sayısının azlığı	61	34,9
	Gerekli finansmanın sağlanamaması	94	53,7
	Katılımın kurumdaki kідeme göre değerlendirilmesi	51	29,1
	Diğer	5	2,8
Hastaların bilimsel bilgi ve teknolojinin gereklere uygun olarak teşhis ve tıbbi müdahale için kurumda gerekli olan tıbbi malzeme bulunmama nedenleri	Mevcut tıbbi malzemelerin kaliteli/istenilen özellikte olmaması	75	42,9
	Mevcut tıbbi malzemenin kullanılamaz/kalibrasyonunun yapılmamış olması	60	34,3
	Tıbbi malzeme taleplerimizin karşılanmaması	99	56,6
	Tıbbi malzeme için ayrılan finansmanın yetersiz oluşu	100	57,1
	Diğer	3	1,7

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Bilimsel bilgi ve teknolojinin takip edilemediği ve yeteri kadar kullanılmadığında karşılaşılan durumlar arasında katılımcıların %68,6'sı (n=120) hekimin değişen dünyada yeni gelişmeleri takip edebilmesinin sınırlandırılmış olacağını, %61,1'i (n=107) hastası için en uygun tedaviyi belirlemesinin ve uygulayabilmesinin engellenmiş olacağını ifade etmekte ve %35,4'ü (n=62) hastaların tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım hakkının ihlal edildiğini düşünmektedir. Soruya yanıt veren katılımcıların seçeneklere göre dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.001) (Tablo 4.2.1.4.3).

Tablo 4.2.1.4.3. Bilimsel Bilgi ve Teknolojinin Takip Edilemediğinde ve Yeteri Kadar Kullanılmadığında Karşılaşılan Durumların Frekans Dağılımı

Karşılaşılan Durumlar *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hekimin değişen dünyada yeni gelişmeleri takip edebilmesi sınırlandırılmış olur.	120	68,6
Hekimin hastası için en uygun tedaviyi belirlemesi ve uygulayabilmesi engellenmiş olur.	107	61,1
Güncel tıp uygulamaları, bilimsel bilgiler ve yeni teknolojiler klinik uygulamada kullanılamaz.	106	60,6
Hekimin hatalı tanı ve tedavi uygulamalarına sebebiyet verebilir.	74	42,3
Hastanın çağdaş tıp olanaklarından gerektiği kadar yararlanma imkanları sınırlandırılmış olur.	89	50,9
Hastanın sağlığı olumsuz etkilenir.	74	42,3
Hastanın zarar görme riski oluşur.	63	36,0
Hasta için hekimin sağlayabileceği en büyük yarar sağlanamaz.	71	40,6
Kurumsal etkinlik ve verimlilik değerleri olumsuz etkilenir.	55	31,4
Hastanın tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım hakkı ihlal edilmiş olur.	62	35,4
Diğer	3	1,7

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Bilimsel bilgi ve teknolojinin takip edilemediği ve yeteri kadar kullanılmadığı durumların neden olabileceği hekim hakkı ihlalleri içerisinde en yüksek oranda katılımın “*hekimin çağdaş bilimsel tıp olanaklarından yararlanma ve uygulama hakkı*” ihlaline olduğu görülmektedir (n=112; %64,0). Bunu, “*hekimin nitelikli bir eğitim görme ve yaşam boyu öğrenme için bilimsel gelişmeleri takip etme hakkı*”nın (n=104; %59,4) ve “*kaliteli hizmet sunumu için gerekli destek ve kaynak sağlanmasını isteme hakkı*”nın (n=88; %50,3) ihlali izlemektedir. Katılımcıların %6.3’ü ise (n=11) hekim hakkı ihlali olmadığını düşünmektedir (Tablo 4.2.1.4.4).

Tablo 4.2.1.4.4. Bilimsel Bilgi ve Teknolojinin Takip Edilememesi ve Yeteri Kadar Kullanılmaması Durumunda İhlal Edildiği Düşünülen Hekim Haklarının Frekans Dağılımı

İhlal Edilen Hekim Hakları *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hekimin çağdaş bilimsel tıp olanaklarından yararlanma ve uygulama hakkı	112	64,0
Hekimin nitelikli bir eğitim görme ve yaşam boyu öğrenme için bilimsel gelişmeleri takip etme hakkı	104	59,4
Klinik kararlarda özerkliğinin korunması hakkı	58	33,1
Etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı	60	34,3
Kaliteli hizmet sunumu için gerekli destek ve kaynak sağlanmasını isteme hakkı	88	50,3
Hekim-hasta ilişkisi olumsuz etkilenebileceğinden güvenilme hakkı	77	44,0
Baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı (<i>hekimin hatalı tanı ve tedavi uygulamalarına sebebiyet vererek hekimin özen ve dikkat yükümlülüğünü yerine getirebilmesini olumsuz etkiler</i>)	54	30,9
Hekim hakkı ihlali yoktur	11	6,3
Diğer	0	0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.2.1.5. Tıbbi Özen Gösterilmesi

Bu bölümde, katılımcıların HHY'nin sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı parametresi içerisinde tıbbi özenin gösterilmesi maddesi (Madde 14) iki alt bölümde ayrıntılandırılarak genel olarak (sübjektif) özen yükümlülüğüne yönelik 4 adet ve tıbbi standardı sağlama (objektif özen) yükümlülüğüne yönelik 8 adet değerlendirme sorularının frekans dağılımları yer almaktadır.

4.2.1.5.1. Genel Olarak (Sübjektif) Özen Yükümlülüğü

Hekimlerin, hastalarının tıbbi değerlendirmelerini yaparken görüşme sürecinde genel olarak özen göstermeleri gerekenlerden hangilerini gerçekleştirebildikleri değerlendirildiğinde; katılımcıların %50,9'unun (n=89) teşhis için gerekli olan tetkikleri isteyebildiği görülmektedir. Bununla birlikte hastanın doğru ve etkin olarak anamnezini alabilme, fizik muayenesini özenle tamamlayabilme oranları sırasıyla %28 (n=49) ve %29,7'dir (n=52). Hastanın tedavilerinin uygulanması sürecinin her aşamasında özenli davranarak takibini yapabilenlerin oranı ise %13,7'dir (n=24) (Tablo 4.2.1.5.1.1).

Diğer seçeneğini işaretleyen (n=6; %3,4) katılımcılardan biri hiçbirini yapamadığını, diğer beş katılımcı ise hastaya ayrılan sürenin yetersizliğine değinerek “çok kısıtlı sürede alırlacele yapabileceğimin en iyisini yapmaya çalışıyorum, süre çok kısıtlı”, “hepsinden bir parça”, “süre hiçbirine yeterli değil”, “hastaya ayrılan sürenin kısıtlılığından dolayı her hastaya yeteri kadar süre ayıramıyorum”, “şikayetini ancak dinliyorum, hastaya ayrılan süre maksimum 4 dk.” ifadelerini kullanmışlardır.

Tablo 4.2.1.5.1.1 Hastanın Tıbbi Değerlendirme Sürecinde Görüşme Süresi İçerisinde Özen Göstererek Gerçekleştirilebilenlerin Frekans Dağılımı

Gerçekleştirilebilen Durumlar*	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanın şikayetlerini yeteri kadar dinleyebiliyorum.	69	39,4
Hastanın doğru ve etkin olarak anamnezini alabiliyorum.	49	28,0
Hastanın fizik muayenesini özenle tamamlayabiliyorum.	52	29,7
Teşhis için gerekli tetkikleri isteyebiliyorum.	89	50,9
Gerekli hallerde konsültasyon sürecini zamanında tamamlanmasını sağlıyorum.	41	23,4
Hastanın tedavileri için en az zarar verecek en uygun yöntemi planlayabiliyorum.	58	33,1
Yeni tedavi yöntemini planlıyorsam en az riskli olanı seçmeye özen gösteriyorum.	65	37,1
Hastanın tedavilerinin uygulanması sürecinin her aşamasında özenli davranarak takibini yapabiliyorum.	24	13,7
Diğer	6	3,4

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hekimlerin özen yükümlülüklerini yerine getirememe nedenleri arasında ilk sırada hastaların tıbbi değerlendirmeleri için kendilerine ayrılan sürenin yeterli olmaması gelmektedir (n=114; %65,2). Katılımcıların %34,9’u (n=61) ise baskı altında kalarak mesleğini icra etmek durumunu neden olarak göstermişlerdir. Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcılar (n=3; %1,7) düşüncelerini; “sekreter, hemşire gibi diğer personele ait işleri yapıyor olmak”, hekim sayısının yetersizliği” ve “ hasta sayısının çokluğu” olarak belirtmiştir (Tablo 4.2.1.5.1.2).

Hastalara gerekli özen gösterilemediğinde karşılaşılan durumlar arasında katılımcıların %65,1’i (n=114) hekimin hastası için gerekli zamanı ayıramamış olacağını, %63,4’ü (n=111) hatalı tanı ve tedavi uygulamalarına neden olabileceğini, %53,1’i (n=93) hekim-hasta ilişkisinde ajitasyon olabileceğini ifade etmekte ve

hastaların tıbbi tanı ve tedavi uygulamalarında tıbbi özen gösterilme hakkının ihlal edildiğini (n=58; %33), hekimin özen gösterme yükümlülüğünü yerine getiremeyeceğini (n=76; %43,4) düşünmektedir. Soruya yanıt veren katılımcıların seçeneklere göre dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.001) (Tablo 4.2.1.5.1.3).

Tablo 4.2.1.5.1.2. Hastalara Tıbbi Değerlendirme Sürecinde Genel Olarak (Sübjektif) Gereken Özenin Gösterilememesinin Nedenlerinin Frekans Dağılımı

Nedenler *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanın tıbbi değerlendirmeleri için bana sunulan sürenin yetersizliği	114	65,2
Kurumsal yönetim planlamaları	48	27,4
Kurumsal yönetimin gerekli finansmanı sağlayamaması	40	22,9
Hekimin özerkliğinin kısıtlanması	47	26,9
Baskı altında kalarak mesleğini icra etmek durumunda olmak (etki, baskı, şiddet)	61	34,9
Hekimin çağdaş bilimsel tıp olanaklarından yararlanması ve uygulaması sınırlandırılmış olması	43	24,6
Diğer	3	1,7

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.2.1.5.1.3. Tıbbi Değerlendirme Sürecinde Hastalara Gereken Özen Gösterilemediğinde Karşılaşılabilecek Durumların Frekans Dağılımı

Karşılaşılabilen Durumlar *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hekim hastası için gerekli zamanı ayıramamış olur	114	65,1
Hekimin gerekli olan doğru tanıyı koymas ve planlamış olduğu en uygun tedaviyi uygulamasını engellenerek hatalı tanı ve tedavi uygulamalarına sebep olabilir	111	63,4
Hastanın sağlığı olumsuz etkilenebilir	112	64,0
Hastanın zarar görme riski oluşabilir	107	61,1
Hasta için hekimin sağlayabileceği en büyük yarar sağlanamayabilir	82	46,9
Hekim özen gösterme yükümlülüğünü yerine getirememiş olur	76	43,4
Hasta-hekim ilişkisinde ajitasyona neden olabilir	93	53,1
Hasta çağdaş bilimsel tıp olanaklarından yararlanamamış olur	65	37,1
Kurumsal etkinlik ve verimlilik değerleri olumsuz etkilenir	51	29,1
Hastanın; tıbbi tanı ve tedavi uygulamalarında tıbbi özen gösterilme hakkı ihlal edilmiş olur	58	33,1
Diğer	0	0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tıbbi değerlendirme sürecinde hastalara yeterli zaman ayrılmadığı ve gerekli özen gösterilemediği durumlarda karşılaşılan hekim hakkı ihlalleri içerisinde en yüksek katılım oranı “*hekimin hastasına yeterli zamanı ayırma hakkı*”nın ihlali maddesinde görülmektedir (n=129; %73,7). Bunu “*hekimin hasta ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiyi alma ve muayene etme hakkı*” (n=108; %61,7) ve “*hekimin hastasının en iyi yararına uygun tedaviyi belirleme ve uygulama hakkı*” (n=105; %60) izlemektedir. Katılımcıların %2,3’ü ise (n=4) hekim hakkı ihlali olmadığını düşünmektedir (Tablo 4.2.1.5.1.4).

Tablo 4.2.1.5.1.4. Hastaya Tıbbi Değerlendirme Sürecinde Yeterli Zaman Ayrılmadığı ve Gereken Özenin Gösterilemediği Durumlarda İhlal Edildiği Düşünülen Hekim Haklarının Frekans Dağılımı

İhlal Edilen Hekim Hakları *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hekimin hastasına yeterli zamanı ayırma hakkı	129	73,7
Hekimin hasta ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiyi alma ve muayene etme hakkı	108	61,7
Hekimin hastasının en iyi yararına uygun tedaviyi belirleme ve uygulama hakkı	105	60,0
Hekimin özerkliğinin korunması hakkı	76	43,4
Danışma / konsültasyon isteme hakkı	71	40,6
Etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı	78	44,6
Baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı	71	40,6
Hekimin çağdaş bilimsel tıp olanaklarından yararlanması ve uygulaması hakkı	67	38,3
Kaliteli hizmet sunumu için gerekli destek ve kaynak sağlanmasını isteme hakkı	66	37,7
Hekim-hasta ilişkisi olumsuz etkilenerek saygılı davranılma ve onurunu koruma hakkı	61	34,9
Hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilenerek güvenilme hakkı	66	37,7
Hekim hakkı ihlali yoktur	4	2,3
Diğer	0	0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.2.1.5.2. Tıbbi Standardı Sağlama (Objektif Özen) Yükümlülüğü

Tıbbi standardı sağlama yükümlülüğü kapsamında tıbbi özen gösterebilmek için tıp bilimi eğitimi, tıp etiği/deontoloji eğitimi bilgi ve kazanımları ile kullanım becerisinin yeterliliği değerlendirildiğinde, tıp bilimi eğitimini ve kazanımlarını yeterli bulanların oranı %35,2 (n=57), kısmen yeterli bulanların oranı %44,4’tür (n=72). Tıp etiği/deontoloji eğitimini, bilgi ve kazanımlarını yeterli bulanların oranı ise %34,6 (n=56) olup kısmen yeterliliği olduğunu düşünenlerin oranı %40,7’dir

(n=66). Tıp uygulamaları içerisinde karşılaşılan etik çelişkileri fark edebilme, etik çelişkilerden doğan sorunları analiz edebilme ve çözüm bulabilme becerisinin yeterli olduğunu ifade edenlerin oranı %34'tür (n=55) (Tablo 4.2.1.5.2.1).

Tablo 4.2.1.5.2.1. Katılımcıların Tıbbi Standardı Sağlama Yükümlülüğü Kapsamında Tıbbi Özeni Gösterebilmek için Tıp Bilimi Eğitimi, Tıp Etiği/Deontoloji Eğitimi, Bilgi ve Kazanımları ile Kullanım Becerisi Yeterliliklerini Değerlendirmelerinin Frekans Dağılımı

Tıp Bilimi Eğitimi, Tıp Etiği/Deontoloji Eğitimi Bilgi ve Kazanımları ile Kullanım Becerisinin Değerlendirilmesi		Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastalara tıbbi özen gösterebilmek için alınan tıp bilimi eğitimi ve kazanımlarını yeterli bulma ¹	Evet	57	35,2
	Kısmen	72	44,4
	Hayır	33	20,4
Hastalara tıbbi özen gösterebilmek için alınan tıp etiği/deontoloji eğitimini, bilgi ve kazanımlarını yeterli bulma ¹	Evet	56	34,6
	Kısmen	66	40,7
	Hayır	40	24,7
Tıp uygulamaları içerisinde karşılaşılan etik çelişkileri fark edebilme, etik çelişkilerden doğan sorunları analiz edebilme ve çözüm bulabilme becerileri yeterli bulma	Evet	55	34,0
	Kısmen	73	45,1
	Hayır	34	21,0

¹n=162

Tıp uygulamaları içerisinde tıbbi standardı sağlama (objektif özen) kapsamında tıbbi özen yetersizliğine neden olan durumlar değerlendirildiğinde; katılımcıların %40,6'sı (n=71) tıp eğitimleri sırasında almış oldukları tıp etiği ya da deontoloji eğitiminin yeterli düzeyde olmamasını, %39,4'ü (n=69) tıp etiği eğitiminin tıp bilimi içerisindeki önemini yeterli olmamasını neden olarak ifade etmektedir. Tıp bilimi eğitiminin yetersiz olduğuna ve eğitimi verme yetkisine sahip kurumların uluslararası yeterliliğe sahip olmadığına katılım gösterenlerin oranı %39,4'tür (n=69). Kurumsal düzeyde yapılan hizmet içi eğitimlerin doğru, etkin planlanma ve uygulamasının olmadığını gerekçe gösterenlerin oranı %34,9'dur (n=61). Özen yetersizliğinin nedeni olamayacağını bunun hekimin kişiliği ile alakalı olduğunu düşünenlerin oranı ise %7,4'tür (n=13). Bir katılımcı ise "iş yükü fazlalığına bağlı olarak yeterli zamanın olmaması"ni gerekçe olarak göstermiştir (Tablo 4.2.1.5.2.2).

Tablo 4.2.1.5.2.2. Tıp Uygulamaları İçerisinde Tıbbi Standardı Sağlama (Objektif Özen) Kapsamında Tıbbi Özen Yetersizliğine Neden Olan Durumların Frekans Dağılımı

Tıbbi Özen Yetersizliğine Neden Olan Durumlar *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tıp bilimi içerisinde almış olduğum eğitimlerin yeterli düzeyde olmaması	69	39,4
Tıp bilimi içerisinde (tıpta uzmanlık/ hekimlik) eğitimi verme yetkisine sahip kurumların uluslararası yeterliliğe sahip olmaması	69	39,4
Tıp eğitimim sırasında almış olduğum tıp etiği ya da deontoloji eğitiminin yeterli düzeyde olmayışı	71	40,6
Tıp etiği eğitiminin tıp bilimi içerisindeki öneminin yeterli olmaması	69	39,4
Kurumsal düzeyde yapılan hizmet içi eğitimlerin doğru, etkin planlanma ve uygulamasının olmaması	61	34,9
Kendi çabalarım ile almış olduğum eğitimlerin (kongre/seminer/konferans/ kurs vb.) yeterli olmayışı	51	29,1
Kurumsal düzeyde; bilimsel gelişmeleri takip edebilmek için gerekli zaman/izinler açısından gereken ve beklenen duyarlılığın gösterilmemesi	66	37,7
Kurumsal düzeyde tıp etiği eğitiminin ya da deontoloji bilgi kazanımının gerekli görülmemesi	42	24,0
Tıp uygulamaları içerisinde karşılaştığım etik çelişkileri fark edebilme, etik çelişkilerden doğan sorunları analiz edebilme ve çözüm bulabilme becerimin yeterli düzeyde olmayışı	31	17,7
Özen yetersizliğinin nedeni olamaz hekimin kişiliği ile alakalıdır	13	7,4
Diğer	1	0,6

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcılar, tıbbi özen bağlamında hasta hakları uygulamaları sürecinde karşılaşılan etik sorunların nedenleri olarak ilk iki sırada ifade ettikleri durumlar sırasıyla tıbbın insan haklarıyla ilgili sorunlu durumlarındaki standart yaklaşımı ile hekimlerin tıbbi gerekliliklere uygun tıbbi uygulamaları yapabilmeleri arasındaki ikilemler (n=83; %47,4) ve hasta-hekim ilişkisinden doğan çatışmalardır (n=82; %46,9) (Tablo 4.2.1.5.2.3).

Tablo 4.2.1.5.2.3. Tıbbi Özen Bağlamında Hasta Hakları Uygulamaları Sürecinde Karşılaşılabilen Çelişkilerin ve Etik Sorunların Nedenlerinin Frekans Dağılımı

Karşılaşılan Çelişkiler ve Etik Sorunların Nedenleri *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Genel olarak sağlık profesyonelleri özel olarak hekimler ile hastalar arasındaki ilişkilerden doğan çatışmalar	82	46,9
Tıbbın insan haklarıyla ilgili sorunlu durumlarındaki standart yaklaşımı ile hekimlerin tıbbi gerekliliklere uygun tıbbi uygulamaları yapabilmeleri arasındaki ikilemler	83	47,4
Hasta ile ilgili hayati / kritik kararlar alma süreçleri	74	42,3
Bilgi teknolojilerinden doğan istatistiksel verilerden kaynaklanan sorunlar	41	23,4
Genel olarak sağlık profesyonellerinin özel olarak hekimlerin haklarının geliştirilmesi gerekliliği	70	40,0
Hasta hakları uygulamalarının geliştirilmesi gerekliliği	52	29,7
Sağlık profesyonellerinin kurumsal yönetim ile yaşadığı sorunlardan kaynaklanan çelişkiler	67	38,3
Bakanlığımızın sağlık politikalarının belirlenmesiyle ilgili yaklaşımlarından kaynaklanan çelişkiler	70	40,0
Diğer	4	2,3

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcılara görev yaptıkları kurumda genel olarak tıp uygulamaları, özel olarak hasta hakları uygulamaları içerisinde etik çelişkilerle karşılaştıklarında tıbbi özeni sağlamada nasıl çözüm buldukları sorulduğunda katılımcıların %44'ü (n=77) eğitim süresince almış oldukları etik eğitimi/deontoloji bilgisi ve kazanımları ile çözüm bulabildiklerini ifade etmiştir. Çözüm bulma noktasında çözüme gerek olmadığını düşünenlerin oranı %10,3 (n=18), nasıl olsa birinin mutlaka çözüme ulaştıracağını düşünenlerin oranı ise %5,1'dir (n=9). Diğer seçeneğini işaretleyenler arasında (n=4; %2,3) bir katılımcı çözüm olarak "etik kurul oluşturulması" gerektiğini ifade etmiştir (Tablo 4.2.1.5.2.4).

Tablo 4.2.1.5.2.4. Çalışılan Kurumda Genel Olarak Tıp Uygulamaları Özel Olarak Hasta Hakları Uygulamaları İçerisinde Etik Çelişkilerle Karşılaşıldığında Tıbbi Özenin Sağlanabilmesi için Üretilen Çözümlerin Frekans Dağılımı

Karşılaşılan Etik Çelişkiler Karşısında Çözümler *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitimim süresince almış olduğum etik eğitimi ya da deontoloji bilgisi ve kazanımı ile çözüm buluyorum	77	44,0
Kurumsal düzeyde yapılan hizmet içi eğitimlerin kazandırdığı tutum ve davranışlarım ile çözüm buluyorum	41	23,4
Kendi çabalarım doğrultusunda almış olduğum eğitimler ile etik bilgiye ulaşım sağlayarak çözüm buluyorum	71	40,6
Yaşam boyu öğrenme kapsamında çözüm için yardıma ihtiyaç duyuyorum	46	26,3
Yardım talebim olduğunda kurumda yardım alabileceğim birim kişi ya da kişiler bulunmuyor	41	23,4
Kurum içerisinde ihtiyaç halinde ulaşabileceğim bir tıp etiği uzmanı vb. olmasını isterdim	48	27,4
Gerek yok çözüm bulmuyorum	18	10,3
Nasıl olsa biri çözüme ulaştırır	9	5,1
Diğer	4	2,3

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tıbbi özenin gösterilebilmesi için bilimsel tıbbi standartlar sağlanamadığında karşılaşılabilecek durumlar değerlendirildiğinde katılımcıların %64,0'ı (n=112) hekimin bilgi, beceri, yetenek ve kazanımlarının tanınabilirliği ve geçerliliği açısından yeterlilik düzeyine ulaşamayacağını ifade etmektedir. Bilimsel tıbbi standartların sağlanması ile hekimin etik çelişki ya da etik sorunları fark etme, analiz etme, çözüm bulma yeterliliği arasındaki ilişkiye değinenlerin oranı %49,1'dir (n=86). Tıp etiği disiplin alanının gereklerinin ve hekimin dikkat ve özen yükümlülüğünün yerine getirilemeyeceğine katılım oranları sırasıyla %30,9 ve %45,1'dir. Hastaların; tıbbi tanı ve tedavi uygulamalarında tıbbi özen gösterilmesi hakkının ihlal edildiğini düşünenlerin oranı ise %22,9'dur (n=40). Soruya yanıt veren katılımcıların seçeneklere göre dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.001) (Tablo 4.2.1.5.2.5).

Tablo 4.2.1.5.2.5. Tıbbi Özenin Gösterilmesi için Bilimsel Tıbbi Standartlar Sağlanmadığında Karşılaşılabilecek Düşünülen Durumların Frekans Dağılımı

Karşılaşılabilen Durumlar *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hekimin bilgi beceri yetenek ve kazanımlarının; tanınabilirliği ve geçerliliği açısından tıp biliminin standart yeterlilik düzeyine ulaşamaz	112	64,0
Hekimin dikkat ve özen yükümlülüğü yerine getirilememiş olur	79	45,1
Hekimin etik eğitimi ve kazanımının yeterli düzeyde olmamasından kaynaklanan etik çelişki ya da etik sorunları fark etme, analiz etme, çözüm bulma yeterliliği sağlanmamış olur	86	49,1
Hekim tıp etiği disiplin alanının gereklilikleri yerine getirememiş olur	69	39,4
Hastanın sağlığı olumsuz etkilenir	84	48,0
Hastanın zarar görme riski oluşur	76	43,4
Hasta için hekimin sağlayabileceği en iyi yarar sağlanamaz	65	37,1
Kurumsal düzeyde hekim ve beraberinde tüm sağlık profesyonelleri ortak kavramlara ortak bir dile ve aynı etik kültüre sahip olamaz	40	22,9
Tıbbi uygulamalarda tıp etiği disiplin alanının gereklilikleri yerine getirilememiş olur	54	30,9
Kurumsal verimlilik ve etkinlik değerleri olumsuz etkilenir	42	24,0
Hastanın; tıbbi tanı ve tedavi uygulamalarında tıbbi özen gösterilmesi hakkı ihlal edilmiş olur	40	22,9
Diğer	2	1,1

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tıp biliminin standartları sağlanmadığında ihlal edileceği düşünülen hekim hakları içerisinde ilk sırada “*baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı*” hakkı” (n=101; %57,7) gelmektedir. Bunu “etik ilkelere bağlı olarak mesleğini uygulama hakkı” (n=88; %50,3), “*nitelikli bir eğitim görme ve yaşam boyu öğrenme için bilimsel gelişmeleri takip etme hakkı*” (n=82; %46,9), “güvenilme hakkı” (n=80; %45,7) izlemektedir. Katılımcıların %2,9’u ise (n=5) hekim hakkı ihlali olmadığını düşünmektedir. (Tablo 4.2.1.5.2.6).

Tablo 4.2.1.5.2.6. Tıbbi Özenin Gösterilebilmesi için Tıp Bilimi Standartlarının Sağlanamadığı Durumlarda İhlal Edildiği Düşünülen Hekim Haklarının Frekans Dağılımı

İhlal Edilen Hekim Hakları *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı (hekimin özen ve dikkat yükümlülüğünü yerine getirebilmesini olumsuz etkiler)	101	57,7
Etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı ihlal	88	50,3
Nitelikli bir eğitim görme ve yaşam boyu öğrenme için bilimsel gelişmeleri takip etme hakkı	82	46,9
Kaliteli hizmet sunumu için gerekli destek ve kaynak sağlanmasını isteme hakkı	76	43,4
Hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilenecek saygılı davranılma ve onurunu koruma hakkı	77	44,0
Hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilenecek hekim haklarından güvenilme hakkı	80	45,7
Hekim ruhsal ve fiziksel olarak olumsuz etkilenecek ve hekimin sağlığını koruma ve mesleki risklerden kaçınma hakkı	66	37,7
Hekim hakkı ihlali yoktur	5	2,9
Diğer	0	0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.2.2. Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı

Bu bölümde, Sağlık Bakanlığı HHY'nin (2019) üçüncü bölüm başlığını oluşturan "Sağlık Durumu ile İlgili Bilgi Alma Hakkı" parametresinin alt maddeleri olan bilgilendirmenin kapsamı (Madde 15) ve bilgi vermenin usulü (Madde 18) alt başlıklarına yönelik değerlendirme sorularının frekans dağılımları yer almaktadır.

4.2.2.1. Bilgilendirmenin Kapsamı

Bu bölümde, katılımcıların HHY'nin sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı parametresi içerisinde bilgilendirmenin kapsamı maddesine (Madde 15) yönelik 4 adet değerlendirme sorusunun frekans dağılımı yer almaktadır.

Tüm tıbbi değerlendirme ve uygulama süreçlerinde hastalarla görüşme süresi içerisinde bilgilendirmenin kapsamına yönelik gerçekleştirilenler değerlendirildiğinde; katılımcıların %80'i (n=140) hastaların tıbbi durumu hakkında (tanı, hastalık nedeni, prognoz vb.) gerekli bilgileri verebildiklerini ifade etmektedir. Bunu planlanan tedavi (n=95; %54,3), tedavinin beklenen yararları (n=83; %47,4) ve yan etkileri/riskleri (n=78; %44,6) hakkında bilgilendirme izlemektedir. Tedaviyi reddettiğinde ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskler hakkında bilgi verme

oranı %33,7'dir (n=59). Hastaların bilgilendirilmesine gerek olmadığını düşünenlerin oranı ise %1,7'dir (n=3) (Tablo 4.2.2.1.1).

Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcılardan biri “tüm bu bilgilendirmelerin yapılabilmesi için genellikle diğer hastaların muayene süresinden ya da öğle arası, mesai bitimi ek sürede yapıyorum” açıklamasını yapmıştır.

Tablo 4.2.2.1.1. Hastalarla Görüşme Süresi İçerisinde Bilgilendirmenin Kapsamına Yönelik Gerçekleştirilebilenlerin Frekans Dağılımı

Tıbbi Değerlendirme Sürecinde Görüşme Süresi İçerisinde Gerçekleştirilenler *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanın tıbbi durumu hakkında (tanı, hastalık nedeni, prognoz vb) gerekli bilgileri verebilme	140	80,0
Uygulanması planlanan tedavi hakkında bilgi verebilme	95	54,3
Tedavinin beklenen yararı hakkında bilgi verebilme	83	47,4
Tedavinin beklenen yan etkileri/riskleri hakkında bilgi verebilme	78	44,6
Varsa diğer tedavi seçenekleri hakkında bilgi verebilme	49	28,0
Girişimsel müdahalelerde müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde, nasıl yapılacağı, tahmini süresi hakkında bilgi verebilme	49	28,0
Tedavi sürecinde hastanın yapması gerekenler ile ilgili bilgi verebilme	72	41,1
Tedaviyi reddettiğinde ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskler hakkında bilgi verebilme	59	33,7
Gerektiğinde sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri hakkında bilgi verebilme	69	39,4
Gerektiğinde rahatsızlığı ile ilgili tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği hakkında bilgi verebilme	47	26,9
Hastaya sadece çok önemli bilgileri verebilme	48	27,4
Hastanın bilgilendirilmesine gerek olduğunu düşünmüyorum	3	1,7
Diğer	2	1,1

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Görüşme süresi içerisinde hastaların doğru ve etkin bilgilendirilmesini sağlayamama nedenleri incelendiğinde; katılımcıların %73,1'i (n=128) sürenin yetersiz olduğunu ifade etmektedir. Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcılardan (n=5; %2,9) ikisi “bilgilendiriyorum”, “hastamı doğru ve etkin olarak bilgilendiriyorum”, yanıtını vermiş, bir katılımcı ise “hastanın eğitim düzeyi düşüklüğü ve yazılı uygulamaların bulunmaması”nı neden olarak ifade etmiştir (Tablo 4.2.2.1.2).

Tablo 4.2.2.1.2. Hastalarla Görüşme Süresi İçerisinde Bilgilendirmenin Kapsamına Yönelik Hastaların Doğru ve Etkin Bilgilendirilmesinin Sağlanamama Nedenlerinin Frekans Dağılımı

Nedenler *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanın bilgilendirilmesi için bana sunulan sürenin yetersizliği	128	73,1
Kurumsal yönetim planlamaları	56	32,0
Baskı altında kalarak mesleğini icra etmek durumunda olmak (etki, baskı, şiddet)	61	34,9
Diğer (lütfen belirtiniz)	5	2,9

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcıların %62,3'ü (n=109) hastaların doğru ve etkin bilgilendirmesi yapılmadığında karşılaşılabileceği düşünülen durumlar arasında hastaların sağlığının olumsuz etkilenebileceğini, ifade etmektedir. Bilgilendirme ile hekimin hastasına yeterli zamanı ayırması arasında ilişki kuranların oranı %56,0'dır (n=98). Katılımcıların; %53,7'si (n=94) hastanın zarar görme riskinin olacağını, %52'si (n=91) hasta için en iyi yararın sağlanamayacağını ifade etmektedir. Hastanın sağlık durumu ile ilgili bilgilendirmenin kapsamına uygun bilgilendirme hakkının ihlal edildiğini düşünenlerin oranı ise %33,7'dir (n=59). Soruya yanıt veren katılımcıların seçeneklere göre dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.001) (Tablo 4.2.2.1.3).

Tablo 4.2.2.1.3. Hastalarla Görüşme Süresi İçerisinde Bilgilendirmenin Kapsamına Yönelik Hastaların Doğru ve Etkin Bilgilendirilmesinin Sağlanamadığında Karşılaşılabileceği Düşünülen Durumların Frekans Dağılımı

Karşılaşılabilen Durumlar *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hekim hastasına yeterli zamanı ayırmamış olur	98	56,0
Hastanın sağlığı olumsuz etkilenebilir	109	62,3
Hastanın zarar görme riski oluşabilir	94	53,7
Hasta için hekimin sağlayabileceği en büyük yarar sağlanamayabilir	91	52,0
Hasta-hekim ilişkisinde ajitasyona neden olabilir	86	49,1
Hekim hastasını bilgilendirme yükümlüğünü yerine getirememiş olur	83	47,4
Hastanın; sağlık durumu ile ilgili bilgilendirmenin kapsamına uygun bilgilendirme hakkı ihlal edilmiş olur	59	33,7
Diğer (lütfen belirtiniz)	2	1,1

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Bilgilendirmenin kapsama uygun yapılamamasının neden olabileceği hekim hakkı ihlalleri içerisinde en yüksek oranda katılım “*hekimin hastasına yeterli zamanı ayırma hakkı*” (n=113; %64,6) olduğu görülmektedir. Bunu “*etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı*” (n=97; %55,4) ve “*baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı*” (n=86; %49,1) izlemektedir. Katılımcıların %5.1’i ise (n=9) hekim hakkı ihlali olmadığını düşünmektedir. (Tablo 4.2.2.1.4).

Tablo 4.2.2.1.4. Hastalarla Görüşme Süresi İçerisinde Bilgilendirmenin Kapsamına Yönelik Hastaların Doğru ve Etkin Bilgilendirilmesinin Sağlanamadığı Durumlarda İhlal Edildiği Düşünülen Hekim Haklarının Frekans Dağılımı

İhlal Edilen Hekim Hakları *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hekimin hastasına yeterli zamanı ayırma hakkı	113	64,6
Etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı	97	55,4
Baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı	86	49,1
Hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilendiğinde saygılı davranılma ve onurunu koruma hakkı	91	52,0
Hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilendiğinde güvenilme hakkı	88	50,3
Hekim hakkı ihlali yoktur	9	5,1
Diğer	1	0,6

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.2.2.2. Bilgi Vermenin Usulü

Bu bölümde, katılımcıların HHY’nin sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı parametresi içerisinde bilgi vermenin usulü maddesine (Madde 18) yönelik 7 adet değerlendirme sorusunun frekans dağılımı yer almaktadır.

Katılımcıların yarısı (n=79; % 50,6) hastaların bilgilendirmesi için ortalama olarak 5 dk. süre ayırdıklarını, %30,1’i (n=47) bu sürenin 1 dk. olduğunu belirtmişlerdir. Bilgilendirme için hiç zaman ayıramayan hekim oranı %2,6’dır (n=4). Katılımcıların çoğunluğu hastaların bilgilendirilebilmesi için ayırabildikleri sürenin yeterli olmadığını düşünmektedir (n=120; %76,9) (Tablo 4.2.2.2.1).

Tablo 4.2.2.1. Hastaların Bilgilendirilebilmesi için Ortalama Ayrılan Süre ve Sürenin Yeterliliğinin Değerlendirilmesinin Frekans Dağılımı

Hastaların Bilgilendirilebilmesi İçin Ortalama Ayrılan Süre Ve Sürenin Yeterlilik Durumu		Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastaların bilgilendirilebilmesi için ortalama ayrılan süre ¹	1 dk	47	30,1
	5 dk	79	50,6
	10 dk	26	16,7
	Bilgilendirme için zaman ayrılamaması	4	2,6
Ayrılan sürenin yeterliliği ¹	Evet	36	23,1
	Hayır	120	76,9

¹n=156

Mevcut uygulamada hastalara ayrılabilen süreler içerisinde bilgi vermenin usulüne uygunluğu değerlendirildiğinde; hastanın kendisini bilgilendirenlerin oranı %54,9 (n=96), bilgilendirmeyi sözlü olarak yapanların oranı %64,6 (n=113), hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde bilgi verdiğini ifade edenlerin oranı %48,0'dir (n=84). Katılımcıların %22,9'u (n=40) tıbbi müdahale konusunda bilgilendirmenin sözlü olarak ve müdahaleyi gerçekleştirecek olan sağlık meslek mensubu tarafından yapıldığını belirtirken hastanın mahremiyetini koruyarak uygun ortamda bilgi verenlerin oranı %37,1 (n=65), hastaya ayırabildiği süre içerisinde yapılması gerekenlerin birçoğunu etkin olarak yapamadığını ifade edenlerin oranı %36,0'dır (n=63) (Tablo 4.2.2.2.2).

Hastanın bilgi almayı reddettiği durumlarda kimin ve/veya kimlerin bilgilendirileceği konusunda izlenilebilecek yollar değerlendirildiğinde; katılımcıların %45,1'i (n=79) aile bireylerinden birine, %36,6'sı (n=64) hastanın talebi doğrultusunda yönlendirdiği kişiye bilgi verdiğini, %29,1'i (n=51) hasta istemiyorsa hiç kimseye bilgi vermediğini ifade etmektedir. Kime bilgi verileceği konusunda hastanın yazılı talebini alması gerektiğini düşünenlerin oranı %22,9'dur (n=40). Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcılar (n=5; %2,9) düşüncelerini; "yanında yakını varsa ona bilgi vermeyi denerim", "bilgi almayı reddeden hastaya her hangi bir tıbbi uygulamada bulunmam" olarak belirtmiştir (Tablo 4.2.2.2.3).

Tablo 4.2.2.2. Hastaların Bilgilendirme Süreci İçerisinde Bilgi Vermenin Usulüne Uygun Olarak Gerçekleştirilebilenlerin Frekans Dağılımı

Bilgilendirilme Süreci İçerisinde Gerçekleştirilenler *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanın kendisini bilgilendiririm.	96	54,9
Bilgilendirmeyi sözlü olarak yaparım.	113	64,6
Tıbbi müdahale konusunda bilgilendirme sözlü olarak ve müdahaleyi gerçekleştirecek olan sağlık meslek mensubu tarafından yapılır.	40	22,9
Hastanın bilgilendirilmesi için gerekli olan yeterli süreyi ayırarak bilgilendirmeyi yaparım (<i>acil durumlar hariç</i>).	54	30,9
Hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde bilgi veririm.	84	48,0
Hastaya mümkün olduğunca sade bir şekilde, tereddüt ve şüphe oluşturmayacak düzeyde bilgi veririm.	71	40,6
Hastaya; sağlık durumu hakkında mevcut şikayeti ile ilgili olarak bir başka hekimden ikinci bir görüş alma talebi karşısında yol gösteririm.	49	28,0
Hastanın mahremiyetini koruyarak uygun ortamda bilgilendiririm.	65	37,1
Hasta için ayırabildiğim süre içerisinde yapmam gerekenlerin birçoğunu etkin olarak yapamıyorum.	63	36,0
Diğer	2	1,1

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastanın bilgi almayı reddettiği durumlarda kimin ve/veya kimlerin bilgilendirileceği konusunda izlenilebilecek yollar değerlendirildiğinde; katılımcıların %45,1'i (n=79) aile bireylerinden birine, %36,6'sı (n=64) hastanın talebi doğrultusunda yönlendirdiği kişiye bilgi verdiğini, %29,1'i (n=51) hasta istemiyorsa hiç kimseye bilgi vermediğini ifade etmektedir. Kime bilgi verileceği konusunda hastanın yazılı talebini alması gerektiğini düşünenlerin oranı %22,9'dur (n=40). Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcılar (n=5; %2,9) düşüncelerini; “yanında yakını varsa ona bilgi vermeyi denerim”, “bilgi almayı reddeden hastaya her hangi bir tıbbi uygulamada bulunmam” olarak belirtmiştir (Tablo 4.2.2.2.3).

Tablo 4.2.2.2.3. Hastanın Bilgi Almayı Reddettiği Durumlarda Kim/Kimlerin Bilgilendirileceği Konusunda İzlenilebilecek Yolların Frekans Dağılımı

Bilgilendirme Reddi Karşısında Kim/Kimler Bilgilendirilir *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kime bilgi vereceğimi ben seçerim.	32	18,3
Kime bilgi verileceği konusunda hastanın yazılı talebini alırım.	40	22,9
Hastanın talebi doğrultusunda yönlendirdiği kişiye bilgi veririm.	64	36,6
Aile bireylerinden birine bilgi veririm	79	45,1
Bilgi verilmesini istemiyorsa hiç kimseye bilgi vermem.	51	29,1
Diğer	5	2,9

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Usulüne uygun bilgilendirme yapılamama nedenleri olarak katılımcıların %70,3'ü (n=123) hastaların bilgilendirilebilmesi için kendilerine sunulan sürenin yetersiz olduğunu ifade etmektedir. Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcılar (n=7; %4,6) düşüncelerini; “anlama problemi, ailenin ve kendimin aceleciliği”, “bilgi veriyorum”, “hastanın/yakınının bilgilendirmeyi tam olarak kavrayamaması sorunu” olarak belirtmiştir (Tablo 4.2.2.2.4).

Tablo 4.2.2.2.4. Hastaların Bilgilendirme Süreci İçerisinde Usulüne Uygun Bilgilendirme Yapılamama Nedenlerinin Frekans Dağılımı

Nedenler *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanın bilgilendirilmesi için hekime sunulan sürenin yetersizliği	123	70,3
Kurumsal yönetim planlamaları	52	29,7
Baskı altında kalarak mesleğini icra etmek durumunda olmak (<i>etki, baskı, şiddet</i>)	63	36,0
Diğer	7	4,3

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastalara bilgi vermenin usulüne uygun bilgilendirme yapılamadığında karşılaşılan durumlar arasında katılımcıların %60,6'si (n=106) hekimin hastasına yeterli zamanı ayıramadığını düşünmektedir. Hastanın sağlığının olumsuz etkileneceğine ve zarar görme riski oluşacağına katılım oranları sırasıyla %56,0 (n=98) ve %53,1'dir (n=93). Katılımcıların %48,6'sı (n=85) ise usule uygun bilgilendirme yapılmamasının hekim ve/veya hastada ajitasyona neden olabileceğini belirtmiştir. Hastanın; sağlı durumu ile ilgili bilgilendirilmesinin usulüne uygun bilgi verilmesi hakkının ihlal edildiğini ifade edenlerin oranı %38,3'tür (n=67). Soruya yanıt veren katılımcıların seçeneklere göre dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.001) (Tablo 4.2.2.2.5).

Hastaların usule uygun bilgilendirilmediği durumlarda “*hekimin hastasına yeterli zamanı ayırma hakkı*”nın ihlal edildiğini ifade edenlerin oranı %61,1 (n=107), “*etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı*”nın ihlal edildiğine katılım oranı %56,6'dır (n=99). Katılımcıların %2,3'ü ise (n=4) hekim hakkı ihlali olmadığını düşünmektedir (Tablo 4.2.2.2.5).

Tablo 4.2.2.2.5. Hastaların Bilgilendirme Süreci İçerisinde Usulüne Uygun Bilgilendirme Yapılmadığında Karşılaşılan Durumların Frekans Dağılımı

Karşılaşılan Durumlar *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hekim hastasına yeterli zamanı ayırmamış olur.	106	60,6
Hastanın sağlığı olumsuz etkilenir.	98	56,0
Hastanın zarar görme riski oluşur.	93	53,1
Hasta için hekimin sağlayabileceği en büyük yarar sağlanamaz.	85	48,6
Hekim ve/ veya hastada ajitasyona neden olabilir.	85	48,6
Hastanın; sağlık durumu ile ilgili bilgilendirmenin usulüne uygun bilgilendirme hakkı ihlal edilmiş olur.	67	38,3
Diğer	1	0,6

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.2.2.2.6. Hastaların Bilgilendirme Süreci İçerisinde Usulüne Uygun Bilgilendirme Yapılmadığında Durumlarda İhlal Edildiği Düşünülen Hekim Haklarının Frekans Dağılımı

İhlal Edilen Hekim Hakları *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hekimin hastasına yeterli zamanı ayırma hakkı	107	61,1
Etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı	99	56,6
Baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı	82	46,9
Hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilendiğinde saygılı davranılma ve onurunu koruma hakkı	85	48,6
Hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilendiğinde güvenilme hakkı	81	46,3
Hekim hakkı ihlali yoktur	4	2,3
Diğer	0	0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.2.3. Hasta Haklarının Korunması

Bu bölümde, Sağlık Bakanlığı HHY'nin (2019) dördüncü bölüm başlığını oluşturan “*Hasta Haklarının Korunması*” parametresinin mahremiyete saygı gösterilmesi (Madde 21) alt maddesine yönelik değerlendirme sorularının frekans dağılımları yer almaktadır.

4.2.3.1. Mahremiyete Saygı Gösterilmesi

Bu bölümde, katılımcıların HHY'nin hasta haklarının korunması parametresi içerisinde mahremiyete saygı gösterilmesi maddesine (Madde 21) yönelik 5 adet değerlendirme sorusunun frekans dağılımı yer almaktadır.

Kurumsal düzeyde hastaların mahremiyetlerine saygı gösterilmesi kapsamında mevcut durum değerlendirildiğinde; katılımcıların %63,2'si (n=96) muayene ortamının fiziki şartlarının hastanın mahremiyetinin korunmasını sağladığını ifade etmektedir (Tablo 4.2.3.1.1).

Muayene ortamının fiziki şartlarının hastanın mahremiyetinin korunmasını sağlayamadığını düşünen katılımcılara (n=56; %36,9) uygun olmayan koşulların neler olduğu sorulmuştur. Bunlar; “hastaların başka bir hasta içerdeyken hastaların sırasını beklemeden sürekli içeriye girmek için çaba göstermeleri, uygunsuz durumlarda girmeleri,” (n=12), “özellikle acil poliklinik için hasta yoğunluğu karşısında mekanın yetersiz kalması nedeniyle ortak alanda muayene yapma zorunluluğu” (n=7), her polikliniğin ya da kliniğin aynı fiziki özellikte olmaması” (n=5), “çocuk acilde yetersiz perde nedeniyle hastanın hasta yakınlarından izole edilememesi” (n=4), “poliklinik kapısının dışardan açılabilir olması” (n=3), “muayene alanının dar olması” (n=2), “muayene odasında yeterli izolasyonun sağlanmaması” (n=2), “oda sayısının yetersizliği” (n=2), “acil serviste psikiyatri muayene odasının olmaması” (n=2) “anamnez aldıktan sonra muayene için geçilecek ayrı bir yer bulunmaması” olarak ifade edilmiştir.

Hastaların tıbbi değerlendirmeleri ve tıbbi uygulamalar sırasında muayene odasında sadece sağlık profesyonellerinin bulunduğunu ifade eden hekimlerin en yüksek oranı oluşturduğu görülmektedir (n=88; %50,3). Tıbbi değerlendirme yapılacak hasta dışında diğer bir hastanın bulunma oranı %8,6 (n=15), hastanın yanında olmasını istediği bir yakınının bulunma oranı %38,3'tür (n=67). Tıbbi değerlendirilmesi yapılacak olan hastanın dışında kimsenin bulunmadığını ifade edenlerin oranı ise %21,7'dir (n=38) (Tablo 4.2.3.1.1).

Tablo 4.2.3.1.1. Hastaların mahremiyetine saygı gösterilmesi kapsamında kurumun mevcut durumunun frekans dağılımı

Kurumun Mevcut Durumu		Sayı (n)	Yüzde (%)
Muayene ortamının fiziki şartlarının hastanın mahremiyetinin korunmasına uygunluğu ¹	Evet	96	63,2
	Hayır	56	36,9
Hastaların tıbbi değerlendirmeleri ve tıbbi uygulamalar sırasında bulunan kişiler	Sağlık profesyonelleri (Hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, sağlık teknisyeni, sağlık teknikeri, anestezi teknisyeni, radyoloji teknisyeni vb.)	88	50,3
	Tıbbi sekreter	27	15,4
	Tıbbi değerlendirme yapılacak hasta dışında diğer bir hasta	15	8,6
	Hasta yakınları	58	33,1
	Hastanın yanında olmasını istediği bir yakını	67	38,3
	Hasta dışında kimse bulunmaz	38	21,7
	Diğer	1	0,6

¹n=152

Hastaların sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmeleri sırasında hasta mahremiyetine saygı gösterilememe nedeni olarak katılımcıların %66,3'ü (n=116) diğer hastaların ve/veya hasta yakınlarının içeriye girmesi, %38,9'u (n=68) kurumda uygun fiziki şartların olmadığını ifade etmişlerdir. Bir katılımcı fiziki şartların uygunsuzluğu olarak "kapının kilidinin bulunmaması"nı örnek vermiştir. Diğer seçeneğini işaretleyen bir katılımcı "hasta sıra organizasyonunun olmaması"nı neden olarak belirtmiştir (Tablo 4.2.3.1.2).

Tablo 4.2.3.1.2. Hastaların Sağlık Durumu ile İlgili Tıbbi Değerlendirmeleri Sırasında Hasta Mahremiyetine Saygı Gösterilememe Nedenlerinin Frekans Dağılımı

Hasta Mahremiyetine Saygı Gösterilememe Nedenleri *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Diğer hastaların/hasta yakınlarının içeriye girmesi	116	66,3
Hastanın tıbbi değerlendirmesinde yer alamayan personelin bulunması	37	21,1
Kurumun hasta mahremiyetine saygılı davranılmasına uygun fizik şartları oluşturmaması	68	38,9
Diğer	1	0,6

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hasta mahremiyetine saygı gösterilemediğinde karşılaşılan durumlar arasında katılımcıların %60,0'ı (n=105) hekim hasta ilişkisinin olumsuz etkilendiğini, %55,4'ü (n=97) hekimin hasta ile ilgili gerekli olan yeterli bilgiyi alamadığını ifade etmiştir. Hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi hakkının ihlal edildiğine katılım oranı %50,3'tür (n=88). Soruya yanıt veren katılımcıların seçeneklere göre dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.001) (Tablo 4.2.3.1.3).

Tablo 4.2.3.1.3. Hasta Mahremiyetine Saygı Gösterilmediğinde Karşılaşılan Durumların Frekans Dağılımı

Karşılaşılan Durumlar *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hekim hasta ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiyi alamaz.	97	55,4
Hastalığın gerekliliği dışında hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmiş olur.	91	52,0
Hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilenir.	105	60,0
Hekim ve/ veya hastada ajitasyona neden olabilir.	85	48,6
Hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi hakkı ihlal edilmiş olur.	88	50,3
Diğer	2	1,1

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hasta mahremiyetine saygı gösterilemediği durumlarda karşılaşılan hekim hakkı ihlalleri içerisinde en yüksek oranda katılım “etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı”na (n=100; %57,1) yöneliktir. “Kaliteli hizmet sunumu için gerekli destek ve kaynak sağlanmasını isteme hakkı”nın ve “hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilendiğinde saygılı davranılma ve onurunu koruma hakkı”nın ihlal edildiğine katılım oranları sırasıyla sırasıyla %41,1 (n=72) ve %43,4'tür (n=76). Katılımcıların yaklaşık üçte biri (n=55; %31,4) “baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı”nın ihlal edildiğini düşünmektedir. Hekim hakkı ihlali olmadığını ifade edenlerin oranı (n=3; %1.7) düşüktür (Tablo 4.2.3.1.4).

Tablo 4.2.3.1.4. Hasta Mahremiyetine Saygı Gösterilmediği Durumlarda İhlal Edildiği Düşünülen Hekim Haklarının Frekans Dağılımı

İhlal Edilen Hekim Hakları *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hekimin hasta ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiyi alma ve muayene etme hakkı	98	56,0
Etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı	100	57,1
Kaliteli hizmet sunumu için gerekli destek ve kaynak sağlanmasını isteme hakkı	72	41,1
Hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilendiğinde saygılı davranılma ve onurunu koruma hakkı	76	43,4
Hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilendiğinde güvenilme hakkı	80	45,7
Baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı	55	31,4
Kendi yaşamını ve güvenliğini tehlikeye atmama hakkı	43	24,6
Hekim hakkı ihlali yoktur	3	1,7
Diğer	1	0,6

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.2.4. Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası

Bu bölümde, Sağlık Bakanlığı HHY'nin (2019) beşinci bölüm başlığını oluşturan “*Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası*” parametresinin hastanın rızası ve izin (Madde 24) alt maddesine yönelik değerlendirme sorularının frekans dağılımları yer almaktadır.

4.2.4.1. Hastanın Rızası ve İzin

Bu bölümde, katılımcıların HHY'nin tıbbi müdahalede hastanın rızası parametresi içerisinde hastanın rızası ve izin maddesine (Madde 24) yönelik 5 adet değerlendirme sorusunun frekans dağılımı yer almaktadır.

Kurumda aydınlatılmış onam formu için imza onayının alındığı kişi sıralaması hastanın kendisi (n=137; %78,3) ve hastanın yakınıdır (n=101; %57,7). Yeterliliği olmayan hasta için bu sıralama hastanın yasal temsilcisi (n=75; %42,9) ve hastanın yakını (n=41; %23,4) olarak belirtilmiştir (Tablo 4.2.4.1.1).

Hastalara yapılacak tıbbi uygulamalar ile ilgili bilgi aktararak aydınlatılmış onam formu için imza onayını kendisinin aldığını ifade eden hekimlerin oranı %58,3'tür (n=102). Aydınlatılmış onam formu için imza onayını stajyer/intern öğrencilerin aldığını ifade edenlerin oranı ise %20'dir (n=35). Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcılardan biri düşüncesini “poliklinikte bazen de alınamıyor ilk

kabulün yapıldığı an sekreter tarafından aileye sunulması gerektiğini düşünüyorum”, olarak belirtmiştir (Tablo 4.2.4.1.1).

Tablo 4.2.4.1.1. Aydınlatılmış Onam Formu için İmza Onayı Alınan ve Alan Kişilerin Frekans Dağılımı

Tıbbi müdahalede Hastanın Rızası ve İzin Süreci *		Sayı (n)	Yüzde (%)
Kurum aydınlatılmış onam formu için imza onayı alınan kişi	Hastanın kendisi	137	78,3
	Hastanın yakını	101	57,7
	Yeterliliği olmayan hastanın yasal temsilcisi	75	42,9
	Yeterliliği olmayan hastanın yakını	41	23,4
	Diğer	2	1,1
Hastalara yapılacak tıbbi uygulamalar ile ilgili bilgi aktarılarak aydınlatılmış onam formu için imza onayını alan kişi	Kendim alıyorum	102	58,3
	Sağlık profesyonelleri (Hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, sağlık teknisyeni, sağlık teknikeri, anestezi teknisyeni, radyoloji teknisyeni vb.)	56	32,0
	Stajyer/intern öğrenciler	35	20,0
	Asistan	74	42,3
	Diğer (lütfen belirtiniz)	4	2,3

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastalara yapılacak olan tıbbi müdahale ve uygulamalarda aydınlatılmış onam formu için imza onayını tıbbi müdahaleyi uygulayacak kişinin alamama nedenleri arasında katılımcıların %46,9’u (n=82) yeterli zaman olmadığını ifade etmektedir. Asistanın ve diğer sağlık personelinin görevi olduğunu düşünen hekimlerin oranı ise sırasıyla %42,3 (n=74) ve %32,0’dır. (n=56) (Tablo 4.2.4.1.2). Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcılar (n=4; %2,3) düşüncelerini, “özel bir işlemde doktor alır”, “iş yükünün fazla olması”, “asistan olarak biz alıyoruz” olarak belirtmişlerdir (Tablo 4.2.4.1.2).

Tablo 4.2.4.1.2. Uygulanması Planlanan Tıbbi Müdahale ve Uygulamalar ile İlgili Aydınlatılmış Onam Formu için İmza Onayının Hastanın Hekimi Tarafından Alınmama Nedenlerinin Frekans Dağılımı

Aydınlatılmış Onamın Hastanın Hekimi tarafından Alınmamasının Nedenleri *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Diğer sağlık personelinin görevi olması	26	14,9
Asistanın görevinin olması	34	19,4
Öğrenci eğitimine katkı sağlamak	17	9,7
Yeterli zaman olmaması	82	46,9
Diğer	4	2,3

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastalara uygulanması planlanan tıbbi müdahale ve uygulamalar ile ilgili aydınlatılmış onam formu için imza onayını usule uygun alınmadığında karşılaşılan durumlar arasında katılımcıların %60,6'si (n=106) hastanın tıbbi uygulama ile ilgili yeterli düzeyde bilgilendirilememiş ve aydınlatılmamış olacağını, %50,3'ü (n=88) onamın hükümsüz olacağını ifade etmektedir. “Hasta sağlığı için doğru kararı veremeyebilir” ve “hasta uygulamayı yapacak hekime karşı güven sorunu yaşayabilir” ifadelerine katılanların oranı sırasıyla %48 (n=75) ve %42,9'dur. Hastanın; tıbbi uygulamalarda hastanın rızası ve izni hakkının ihlal edildiğini düşünenlerin oranı ise %39,4'tür (n=69). Soruya yanıt veren katılımcıların seçeneklere göre dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.001) (Tablo 4.2.4.1.3).

Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcılar (n=2; %1,1) düşüncesini “her zaman alınıyor” olarak belirtmiştir (Tablo 4.2.4.1.3).

Hastalara uygulaması planlanan tıbbi müdahale ile ilgili aydınlatılmış onam formu için imza onayını tıbbi müdahaleyi uygulayacak kişinin almadığı durumlarda karşılaşılan hekim hakkı ihlalleri içerisinde en yüksek oranda katılım “hekim hasta ilişkisinin olumsuz etkilenerek hekim haklarından *saygılı davranılma ve onurunu koruma hakkı*”nın ihlalinde olduğu görülmektedir (n=104; %59,4). “*Güvenilme hakkı*” ve “*etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı*”nın ihlal edildiğini düşünenlerin oranı sırasıyla %52,6 (n=92) ve %48,6'dır (n=85). Katılımcıların %9,7'si ise (n=17) hekim hakkı ihlali olmadığını düşünmektedir (Tablo 4.2.4.1.4).

Tablo 4.2.4.1.3. Uygulanması Planlanan Tıbbi Müdahale ve Uygulamalar ile İlgili Aydınlatılmış Onam Formu için İmza Onayının Usule Uygun Alınmadığında Karşılaşılan Durumların Frekans Dağılımı

Karşılaşılan Durumlar *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hasta tıbbi uygulama ile ilgili yeterli bilgiyi alamamış ve aydınlatılmamış olur.	106	60,6
Hasta sağlığı için doğru kararı veremeyebilir.	84	48,0
Hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilenir.	77	44,0
Hasta uygulamayı yapacak hekime karşı güven sorunu yaşayabilir.	75	42,9
Hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rıza hükümsüz olur ve bu şekilde alınan rızaya dayanılarak müdahalede bulunulamaz hükmü uygulanamamış olur.	88	50,3
Hastanın; tıbbi uygulamalarda hastanın rızası ve izni hakkı ihlal edilmiş olur.	69	39,4
Diğer	2	1,1

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.2.4.1.4. Hastalara Uygulanması Planlanan Tıbbi Uygulamalar ile İlgili Aydınlatılmış Onam Formu için İmza Onayının Hastanın Hekimi Tarafından Alınmadığı Durumlarda İhlal Edildiği Düşünülen Hekim Haklarının Frekans Dağılımı

İhlal Edilen Hekim Hakları *	Sayı (n)	Yüzde (%)
Saygılı davranılma ve onurunu koruma hakkı (<i>Hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilendiğinden</i>)	104	59,4
Güvenilme hakkı (<i>Hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilendiğinden</i>)	92	52,6
Etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı	85	48,6
Hekimin sağlığını koruma ve mesleki risklerden korunma hakkı (<i>Hekim ruhsal ve fiziksel olarak olumsuz etkilendiğinden</i>)	70	40,0
Hekim hakkı ihlali yoktur	17	9,7
Diğer	0	0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcılara genel olarak araştırma ile ilgili paylaşmak istedikleri sorulduğunda; 1 kişi; hastalara ayrılan sürenin 2-5 dk arasında olduğunu bu süre içerisinde muayene, anamnez ve bilgilendirmenin yapılmadığını, 1 kişi; bilgilendirilmiş onam formlarının doldurulma süresinde hastanın aydınlatılabilme ve rızası için sosyokültürel düzeyin önemli ölçüde rol oynadığını ve bu noktada hekimlerin haklarının korunarak farklı düzenlemelerin yapılması gerektiğini, 1 kişi sağlık profesyonelleri, hasta/hasta yakınları içerisinde hekimlerin haklarına en az saygı gösterilerek ihmal edildiğini belirtmiştir.

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1. Genel Çerçeve

Tıbbi değerlendirme, tıbbi girişim ve tedavi uygulamaları; yaşam hakkı, sağlık hakkı ve beden bütünlüğünün korunması değerleri gözetilerek bilimsel bilgi kullanımı doğrultusunda sağlığı koruma, sürdürme, yükseltme, hastalıkların teşhis ve tedavisi, rehabilitasyon amacıyla gerçekleştirilen birey sağlığı ile ilgili uygulamalardır. Yasal olarak yetkilendirilen kişiler tarafından, tıp bilimine genel kabul görmüş kural ve esaslara uygun olarak, etik değerlerin korunduğu ve hukuksal sınırlar içinde gerçekleştirilmesi gerekir.

Hasta-hekim ilişkisi kapsamında sağlık hizmeti sunumu, hasta hakları ve hekimin yükümlülükleri olmak üzere iki temel boyutta ele alınabilir. Hasta haklarının korunabilirliği bireylerin sağlık hizmeti gereksinimlerinin karşılanabilirliği oranında mümkündür. Bunun sağlanmasının bir koşulu da hekimlerin görevlerini en iyi şartlarda, daha iyi yapabilmelerini sağlamaktır. Sağlık hizmeti sunumunda bir diğer önemli kavram olan kalite ise verilen hizmetin tıbbi profesyonel kriterler ile uyum içinde olmasını, gereksinime uygun olası tüm tekniklerin uygulanmasını, gereksinimi karşılaması gereken hizmetin özelliklerini ifade etmektedir (Harteloh, 2003).

Amerikan Tıp Birliği (AMA) hekimin, hasta bireylerin aldıkları sağlık hizmeti sunumunun; makro düzeyde toplum merkezli, mikro düzeyde ise hasta merkezli olmak üzere güvenli, etkin, etkili, zamanında, verimli ve adil olmasını sağlama yükümlülüğü bulunduğunu ifade etmekte; mesleki yeterliliğini sürdürme ve geliştirmenin, etkin iletişim kurmanın, sağlık hizmeti sunumunu uygun şekilde koordine etmenin, sunulan hizmetin kalitesini izlemenin bu yükümlülüğün gerekenleri olarak sıralamaktadır. Bununla birlikte sunum kalitesinin sorumluluğu yalnızca hekimlere ait görülmez (AMA, 2001).

Kalite kavramının iktisadi temeli olup birçok tanımı yapılmıştır. Kullanıma uygunluk, şartlara uygunluk bu tanımlar arasındadır. İşletmecilik açısından kalite, hizmetin müşteri beklenti ve ihtiyaçlarına uygun olmasıdır. İktisadi alanda gereklilik olarak görülen hizmetin kalitesi, sağlık söz konusu olduğunda zorunluluk ifade eder.

Ülkemizde sağlıkta kalite kavramı Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gündeme girmiştir (Oksay, 2016). Bu bağlamda T.C. Sağlık Bakanlığı tesislerinde sağlıkta kalite standartlarını karşılamaya yönelik hedefler oluşturmuştur. Bu hedefler, kurumsal düzey ve hizmet alanlara yönelik olmak üzere iki başlıkta toplanmıştır. Kurumsal hedeflerin kapsamını oluşturan etkililik, etkinlik, verimlilik ve sağlıklı çalışma yaşamı kurumun hizmet sunum şeklini ilgilendiren organizasyonel hedefler olarak ifade edilmiştir. Sağlıklı çalışma yaşamı, sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısının sağlanması olarak tanımlanmıştır. Çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması, riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması, fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması gibi hedefler belirlenmiştir. Hizmet alanlara yönelik hedefler ise hasta güvenliği, hakkaniyet, hasta odaklılık, uygunluk, zamanlılık ve sürekliliktir. Sağlıklı çalışma ortamının olmadığı bir kurumda hasta odaklılığı sağlamanın mümkün olmadığı da vurgulanmaktadır. Hasta ve çalışan odaklı hizmet standardının içeriğini ise hastaların temel haklarını, güvenliğini ve memnuniyetini, çalışanların sağlıklı bir çalışma yaşamı içinde olmalarını sağlama oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2016a). Ancak çalışanın yükümlülüklerini yerine getirebilmesinin şartlarına değinilmemektedir.

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmede yaygın olarak kullanılan bir kriterdir. Amaç hastaların ihtiyaçlarını anlamak, sağlık hizmeti sunanların iyileştirilmesi gereken yönlerini belirlemek ve daha kaliteli hizmet için etkili bir stratejik plan yapmaktır (Aharony ve Strasser, 1993; Batbaatar ve ark., 2016). Ancak kültürel, davranışsal ve sosyo-demografik farklılıkların hasta memnuniyetini etkilemesi göz ardı edilmemelidir (Batbaatar ve ark., 2016). Bu etkenler ve sağlık hizmetinde kalite yaklaşımını sadece hizmet alanların algısıyla sınırlamak bakım kalitesinin değerlendirilmesinde nesnelliği sağlamada dezavantaj olabilir. Memnuniyet kavramının çıkışında rekabete dayanan, pazar odaklı yaklaşımın bulunduğu hatırlanmalıdır. Sağlık hizmet sunumunda kalite çok fazla değişkenden etkilenmektedir. Bu bağlamda algılanan kalite (müşteri beklentilerinin karşılanması) ve gerçek kalite (belirlenmiş standartlara uygunluk) birlikte değerlendirilmelidir (Taşlıyan ve Gök, 2012). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan son Yaşam Memnuniyeti Araştırması sonuçlarına göre (2014) toplumda mutlu olduğunu ifade edenlerin oranı %56,3 olup kamu hizmetlerinden

genel memnuniyet değerlendirilmesi sıralamasında sağlık hizmetlerinden memnuniyetin %71,2 olduğu (TÜİK, 2014), Sağlık Bakanlığı'nın duyurduğu son faaliyet raporunda (2016) ise e-Nabız üzerinden yapılan vatandaş değerlendirmelerine göre memnuniyet oranının %81,9 olduğu açıklanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2016b). Bu veriler bize algılanan kaliteyi ifade etmektedir.

Hizmet kalitesini hastaların hizmet alımından memnuniyet düzeyleri ile ilişkilendiren araştırmalar memnuniyeti hastanın beklentisinin karşılanması olarak ele almaktadırlar. Katılımcıların eğitim seviyeleri, bilgi ve birikimleri arttıkça memnuniyetlerinin azaldığı görülmektedir (Taşlıyan ve Gök, 2012). Araştırmaların içeriği değerlendirildiğinde kalite yaklaşımının sübjektif verilere dayandırılması ile hasta haklarının uygulanabilirliğine bütüncül bakmaktan uzaklaşıldığı ve sadece müşteri memnuniyeti olarak ele alındığı görülmektedir. Bununla birlikte hasta birey ve/veya yakınlarının hasta haklarından faydalanma oranının, hasta haklarının hasta ve/veya yakınları tarafından bilinme düzeyinden düşük olduğunu gösteren sonuçlar da vardır (Taylan ve Bayboğan, 2015). Bu da bize gerçek kalite yani belirlenmiş standartlara uygunluk açısından değerlendirme yapılmasının önemini göstermektedir.

Yaşam hakkının gerçekleştirilmesinde gereklilik arz eden sağlık hakkı ve hasta hakları uluslararası düzenlemeler ve yasalarca koruma altına alınmıştır. Sağlık Bakanlığı, HHU Yönergesi 2005 ile hasta haklarının uygulanmasını sağlık hizmetlerinin eşit, kaliteli ve etkin olarak sunumunun bileşeni olarak kabul etmektedir (HHU Yönergesi, 2005). Bununla birlikte nitelikli, etkin, zamanında, güvenli, gereksinime uygun hizmet sunumunu sadece hekimin yükümlülükleri kapsamında açıklamak amacın gerçekleştirilmesinde yeterli görülemez. Hasta hakları hukuken koruma altına alınmış olsa da ve hekimin meslek değerleri ve yükümlülükleri ile örtüşen bir yapısı bulunsa da uygulamada aksaklıklar görülmektedir. Bunun nedenlerinden biri de hizmet sunumunun kalitesi için gereklilik arz eden teknik ekipman, personel yeterliliği, fizik mekanın uygunluğu, hastaya ayrılan süre, hasta yoğunluğu, kurumsal yönetim süreçleri, sağlık politikaları gibi etkenlerin de değerlendirilmesi gerektiğidir. Sağlık hizmetinde kalite ilkeleri arasında sadece hastaların gereksinimlerinin karşılanması değil aynı zamanda sağlık hizmeti sunanların gereksinimlerinin de karşılanması yer almalıdır. Çalışan gereksinimleri kavramı içinde hekimlerin yükümlülüklerini yerine getirebilmelerinin

koşullarının sağlanması da bulunmaktadır. Bu yükümlülüklerin yerine getirilmesi hekim hakları ile ilişkilidir. Özetle hekim haklarının reelde sağlanması, hekimin yükümlülüklerini yerine getirebilmesinin şartlarını oluşturmada ve hasta haklarının uygulanabilirliğini sağlamaktadır.

Bu çalışmada, tartışmanın çerçevesini hasta hakları uygulamaları ile hekim hakları arasındaki etkileşim doğrultusunda uygulamalar sırasında karşılaşılan sorunların hasta haklarının uygulanabilirliğini olumsuz yönde etkilediği; hasta hakları ve hekimin yükümlülükleri arasındaki ilişkinin aynı zamanda hasta hakları ve hekim hakları arasında da olduğu ve kaliteli hizmet sunumu için hasta hakları ve hekim haklarının bir bütün olarak alınmasının önemi oluşturmaktadır. Bu kapsamda HHY'nin parametreleri ve alt maddeleri kendi içerisinde ayrı ayrı değerlendirilerek tartışılmıştır. Katılımcıların değerlendirmeleri sonucu ihlal edildiği düşünülen hekim hakları tüm parametre ve alt maddelerinde tekerrür ettiği için ayrıca değerlendirilmiştir.

5.1.1. Tıbbi Değerlendirme Süresi

Hekimin öncelikli sorumlusunun hastasına karşı olması hasta-hekim ilişkisinin temel unsurudur. İlişkinin doğası gereği karşılıklı güven esastır ve bu güvenin sağlanmasında belirleyici etkenler arasında uygun iletişimin sağlanması, hastanın bilgilendirilmesi, mesleki bilgi ve becerinin hastanın yararına kullanılması, hastaya uygun tıbbi bakımın verilmesi sayılabilir. Hekimin hastasına karşı sorumluluğu uygulanan sağlık sisteminden, ekonomik sınırlamalar veya yetersizliklerden etkilenmesi istenmez (Cara ve ark., 2010).

Hekimin kişisel edim yükümlülüğü gereği hekim, üstlendiği hizmeti yerine getirmek durumundadır (Türkmen 2013). Bu yükümlülük TDN 16. maddesinde “*Tabip ve dış tabibi bir kimsenin sıhhi durumu hakkında, ilmî metotları tatbik suretiyle bizzat yaptığı muayene neticesinde edindiği vicdani ve fennî kanaate ve şahsi müşahedesine göre rapor verir*” ifadeleri ile belirtilmiştir (TDN, 1960). Bununla birlikte, Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları (2005) 23. maddede yer alan “*Hekim, acil vakalar ve zorunlu durumlar dışında, hastayı bizzat muayene etmeden tedaviye başlayamaz*” ifadesi ile hekimin tıbbi değerlendirme yükümlülüğü belirtilmiştir. Hekimin ana yükümlülüklerinden olan tıbbi değerlendirme doğru tanı ve tedavi yöntemi için bir gerekliliktir. Hekimin hasta

bireyi etkin ve doğru olarak değerlendirebilmesi hekim açısından hem bir yükümlülük hem de bir hak olarak ifade edilmektedir (Hakeri, 2011a).

Hekimlerin doğru bir tıbbi değerlendirme sürecinde, hasta/sağlıklı bireyin anamnezini (bireyin geçmiş öyküsünü, rahatsızlık bulgularını, ilaçlara karşı olan duyarlılık ve reaksiyonları vb.) özenle alarak, gerekli olan doğru tetkikleri yeterli düzeyde istemesi, tetkiklerin sonuçlarını, anamnez ve muayene bulgularını özenle değerlendirerek, doğru teşhisi koyması hastaya uygun olan tedavi yöntemlerini planlayabilmesi ve reçetesini düzenleyebilmesi gerekmektedir. Türk Borçlar Kanunu'nun (TBK) Vekilin Borçları bölümünde “*şahsen ifa, sadakat ve özen gösterme*” alt başlığı altında madde 506 ile “*vekil üstlendiği iş ve hizmetleri, vekâlet verenin haklı menfaatlerini gözeterek, sadakat ve özenle yürütmekle yükümlüdür*” şeklinde vekile vekalet borcunu yerine getirirken özen gösterme ve sadakat ile yürütmesi gerekliliği vurgulanmıştır.

Amerika Ortopedi Cerrahları Birliği (American Academy of Orthopaedic Surgeons, AAOS) hasta/sağlıklı bireyin özenle yapılan bir tıbbi değerlendirme sürecinde, hasta bireyin teşhis ve tedavi seçenekleri ile ilgili yeterli düzeyde bilgilendirilmesi sağlanarak, tedavi planına birlikte karar verilip uygulanacak tedaviye yönelik sorularının cevaplanması ve süreç ile ilgili gerekli eğitimlerin verilmesi önemi üzerinde durmaktadırlar (Huntington ve Kuhn, 2003). Hekim hasta bireyin reçetesini düzenlerken reçeteyi içeren ilaçların etkileri, olası komplikasyonlar, tedavinin olası sonuçları ile ilgili hasta bireyi bilgilendirmeli ve tüm bu bilgileri doğru bir şekilde kayıt altına alabilmelidir. Hekimler, bir önceki hekimin hasta birey ile ilgili tüm bilgilerini görebilmelidir. Hasta bireylerin doğru ve etkin tedavilerinin sağlanabilmesi ve tüm sağlık bilgilerinin güvenle saklanarak takibinin yapılabilmesi, hekimin hukuki sorumluluğu olan kayıt tutma yükümlülüğünün gerekliliğidir (Hakeri, 2012b; Polat ve Pakiş, 2011).

Hekim, hasta bireyi tedavi süreci ve sonrasında belirli sürelerde kontrol etmekle de yükümlü olup sağlık durumunu izlemelidir. Ayrıca hasta bireyin rahatsızlığı ve/veya hizmet almak istediği diğer konular ile ilgili, sağlıklı kalabilmesi için hasta bireyi sağlıklı yaşamanın gereklilikleri konusunda eğitim vererek koruyucu sağlık hizmeti kapsamında destek alabileceği diğer birimlere yönlendirme yapmak durumundadır (Türkmen, 2009). HHY madde 6 ile “*Hasta, adalet ve hakkaniyet*

ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere, sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir” ifadeleri ile tanımlanmıştır (HHY, 2019). Bu bağlamda, hekimin yükümlülüklerini yerine getirebilmesi ve tıbbi değerlendirme sürecinin doğru yürütülmesi için hasta bireye ayrılan sürenin yeterliliği oldukça önemlidir.

Tababet ve Uzmanlık Yönetmeliği’nde (TUY), uzmanlık eğitimi sürecindeki hekimlerin tıbbi değerlendirmeleri için hasta bireylere ne kadar zaman ayırmaları gerektiği düzenlenmiştir. İlgili düzenlemenin 10. maddesi *“poliklinikler, kurumların fonksiyonlarına göre uzmanlık dalları ile ilgili servislerle işbirliği halinde çalışacak ve hizmetleri gereği gibi yapabilecek fizik ve teknik yapı ve nitelikte olacaktır. Her servisin normal polikliniğinde günde bir uzman 20’den fazla hastaya bakamaz. Ancak, daha fazla hastanın başvurusu halinde o poliklinikte aynı esas üzerine uzman görevlendirilerek o günkü tüm hastaların muayeneleri sağlanır”* şeklinde ifadeleri yer almaktadır (TUY, 1974). Hekimin doğru, etkin; teşhis ve tedaviyi sağlayabilmesi ve tedavi sonrası süreci doğru ve etkin yönetebilmesi için hasta bireye yeterli düzeyde zaman ayırarak değerlendirmesi gerekmektedir. Gün içerisinde değerlendirebileceği sayının üzerinde hasta birey değerlendirildiğinde hasta sayısı ile orantılı olarak ayrılan süre azalacak, hasta bireylerin tıbbi değerlendirmeleri doğru ve etkin olmayıp doğru teşhis ve doğru tedavi sağlanması güçleşecektir. Hekimin gün içerisinde değerlendirebileceği sayının üzerinde bireyi değerlendirmesi yükümlülüklerini beklenen düzeyde yerine getiremeyeceği gibi bireysel sağlığının ruhsal ve fiziksel olarak olumsuz etkilenip, kendi sağlığını ve hastanın sağlığını tehlikeye düşürerek hatalı teşhis ve tedavi uygulamalarına neden olacaktır (Türkmen, 2009). Teşhis hatasının nedenleri olarak eksik ön muayene ve yetersiz hasta öyküsü alma, teşhise yönelik gerekli tetkiklerin yapılmaması sayılmaktadır (Hakeri, 2012a), Bu noktada hekimin hastasına gerekli tanıyı koymas ve planlamış olacağı en uygun tedavi uygulaması engellenerek hekim adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüğünü yerine getiremeyebilir, hasta ise bu bağlamda sağlık hizmetleri ihtiyaçlarından adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanamayacaktır. Bu nedenle hekim günlük değerlendirme yapabileceğinden fazla hasta bireyi değerlendirmemelidir (Erdoğan, 2007).

Hakan Hakeri'ye göre gün içerisinde hekimin değerlendirebileceği hasta sayısı için bir standart belirlenmesi ya da değerlendireceği birey sayısının artırılması konusunda hekimin zorlanması hukuka uygun değildir (Hakeri, 2007a). Ancak Sağlık Uygulama Tebliği ile 2. ve 3. basamak özel sağlık hizmeti sunan kurumların poliklinik hizmet sunumu için gün içerisinde hekimin tıbbi değerlendirme sayısını hekimin çalışma saatinin 6 katı olarak ele alınmış ve 60 hasta ile sınırlama getirilmiştir. Bu sınırlamanın gerekçesi SGK'ya yapılan faturalandırmanın sınırının belirlenmesidir. Bununla birlikte sınırlama yaklaşımı acil başvurular ve kamu kurumlarına getirilmemiştir (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2013).

Çalışmamızda, katılımcıların büyük çoğunluğu hastalara tıbbi değerlendirmeleri için ayırabildikleri sürenin yeterli olmadığını ifade etmişlerdir. Değerlendirme süresini ortalama 5 dk ve 5 dk'nın altında olduğunu belirten hekim oranı %43,1'dir (Tablo 4.1.1.). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2017) verilerine göre 2002-2017 yılları kıyaslandığında 1. basamak sağlık hizmetlerinde hekime müracaat oranı 3,2 kat, 2. ve 3. basamakta ise 3,6 kat artmış; sevk hızı %22'den %0,2'ye düşmüştür. İstatistikte %33'lük kesimin birinci basamağa, %77'sinin ise ikinci ve üçüncü basamağa başvuru yaptığı belirlenmiştir. MR cihazı başına düşen görüntüleme sayısının OECD ortalamasından 3 kat fazla olduğu ve OECD verilerine göre kişi başı hekime müracaat sayısı 6,8 iken Türkiye'de 8,9 olduğu bildirilmiştir. Buna mukabil OECD verileri kaynaklı uluslararası karşılaştırmaya göre hekim sayısı diğer ülkelerin gerisindedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017).

Poliklinik hasta sayısındaki artış, hastaya ayrılan süreyi azaltmakta ve sunulan sağlık hizmetinin niteliğini de ciddi şekilde etkilemektedir (Zeng ve ark., 2018). Hasta memnuniyeti açısından değerlendirildiğinde ise hastaların hekimin bilgisinden çok hekimin hastaya yeterli zaman ayırması, dinlemesi, bilgilendirmesi, ilgi göstermesi ve zamanında muayene etmesi kapsamında memnuniyeti değerlendirildikleri görülmektedir (Taşlıyan ve Gök, 2012). Bu noktada doğru ve etkin bir tıbbi değerlendirme sürecinin doğru yönetilebilmesi doğru ve etkin teşhis, tedavi yöntemi için gerekmektedir. Sürecin doğru yönetilmesi için ise doğru ve yüksek düzeyde ekip çalışmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bağlamda kurumsal düzenlemelerin daha etkin düzeyde planlanması ve uygulamaya geçirilmesi gerektiği

görülmektedir. Böylece doğru sonuçlara ulaşılabilir ve makro düzeyde faydalar sağlanabilir. Çünkü tıp insan sağlığına dokunmaktadır. Hasta bireyin gereksinimine uygun nicelik ve nitelikte sağlık hizmeti sunumu yüksek düzeyde ekip bilinci ve sağlık profesyonelleri arasındaki sağlıklı iletişimle gerçekleşebilmektedir (Ekingen ve ark., 2017).

5.1.2. Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı

5.1.2.1. Adalet ve Hakkaniyetten Uygun Olarak Faydalanma

HHY'nin 6. maddesinde; "*Hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere, sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Bu hak, sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerini de içerir*" (HHY, 2019) ifadeleri ile tanımlanmıştır. Sağlıklı yaşamın teşviki ve gereksinim duyulan hizmete ulaşılması bağlamında sağlık hakkına değinilen bu hükümde, adalet ve hakkaniyet ilkeleri ile hizmet sunma sağlık çalışanının yükümlülüğü olarak yer almaktadır. Adalet kavramı eşit ve adil davranımı, hakkaniyet ise adalete uygunluğu ifade etmektedir. Sağlık alanında adalet ilkesi, kaynakların (teknik-insan gücü-hizmet) gereksinime göre dağıtımını gerektirir. Olanakların bireye gerektiği gibi sağlanamaması ise bireyin sağlık hakkının zedelenmesi anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin istenen nitelik ve nicelikte olabilmesi hizmetin gerekenlerinin dağılımıyla ilişkilidir (Erdem ve Ersoy, 1994).

Teşhis, bir olguya ait tüm veri ve bulguları değerlendirerek saptamaktır. Teşhis koymak, bireyin mevcut rahatsızlığı sebebiyle ortaya çıkan bulguları doğru değerlendirerek olası hastalıklar ile ilişkisini tespit etmeye dayalı hastalığın ve nedenlerinin kesin olarak belirlenmesidir (Türkmen, 2009). Teşhis, hekimin bireyi tıbbi değerlendirmesi sonucu tıbbi görüşü olduğu için nispidir (Sarp, 2011). Hekimin hasta bireye gerekli olan tıbbi tedavinin doğru ve etkin uygulanabilmesi için doğru teşhisin konulabilmesi ana hedeftir. Tıbbi değerlendirme doğru teşhis ve tedavi yönteminin bir parçası olup hekimin ana yükümlülükleri arasındadır (Hakeri, 2011a). TDN'nin 16. ve TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 23. maddeleri ile hekimin

tıbbi değerlendirme yükümlülüğü tanımlanmıştır. Hasta bireyin tedavisinin başlanabilmesinin ön şartı olan doğru teşhis ancak hekimin hasta birey üzerinde yapmış olduğu doğru tıbbi değerlendirme ile gerçekleşebilir. Hekimin öncelikle doğru teşhis için hasta bireyin tıbbi değerlendirmesini özenle yapması gerekmektedir. Türk Borçlar Kanunu'nun 506. maddesinde şahsen ifa, sadakat ve zen gösterme yükümlülüğü vurgulanmıştır. Bu kapsamda müvekkil olan hasta ve/veya sağlıklı birey; vekil olan hekimden mevcut durumuna yönelik gerekli sadakat ve özenin gösterilmesini bekleme hakkına sahiptir (Hakeri, 2012c).

Hekimin hasta bireyi etkin ve doğru olarak değerlendirebilmesi hekim açısından hem bir ykmllk hem de bir haktır. Tedavi sözleşmesi ile de hekimin hastalığa yönelik bulguları doğru değerlendirebilmek ve doğru bir teşhis sağlayabilmek için hasta bireyin modern teşhis ve tetkik yöntemleri ile değerlendirilmesi gerekliliğine vurgu yapılmıştır. Hekim, tıbbi değerlendirmeleri sonucu koymuş olduğu teşhisi tedavi süreci içerisinde sürekli olarak değerlendirerek, kesinleştirmek ve gerektiğinde teşhiste değişiklik yapmak zorundadır (Hakeri, 2011a). Tıbbi değerlendirmenin doğru yapılabilmesi için ise öncelikle hastanın muayenesinin yapılması; gerekli olan tetkiklerin istenebilmesi; tetkiklerin sonuçlarının, anamnez ve muayene bulguları ile özenle değerlendirip hasta birey için en çok fayda sağlayacak tedaviyi planlanabilmesi ancak hekimin hastasına yeterli süre ayırabilmesi ile ilişkilidir.

Reçete, hekim tarafından eczacıya yönelik olarak düzenlenmiş, hasta bireyin tedavisi için planlanan ilaçların hasta bireye verilmesini içeren yazıdır (Hakeri, 2011a). Reçeteyi düzenleme yetkisi hekime verilmiştir. Reçete düzenlemek, hekimlik mesleği ile doğrudan bağlı bir ykmllk olup başka birine devredilemez ve hekim olmayanın reçete yazması cezai sorumluluk gerektirir (Türkmen, 2009). Bu nedenle hekimin planlamış olduğu tedavi yönteminin etkinliğinin sağlanabilmesi için hastanın yararına uygun görmüş olduğu ilaçları istenilen şekilde yazabilmesi hiçbir koşulda engellenmemelidir. Sınırlı sağlık kaynaklarının dağıtımında mikro düzeyde etkin rol oynayan hekimler hastalarının teşhisleri için gerekli tetkiklere, tedavilerinin planlanmasına, hastalığın tedavi edilebilmesi için hangi ilaçların uygun olduğuna ve ilaç dışı tedavi yöntemine karar verebilmelidir (Williams, 2017).

Çalışmamızda öncelikle tetkik isteme, hasta için uygun görülen ilaçları reçeteleme ve planlanan ilaç dışı tedavi yöntemlerini uygulama ile ilgili kurumsal yapının mevcut durumu değerlendirilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu hastalarının teşhisleri için gerekli olan tetkikleri isteyebildiklerini tedavileri için uygun gördükleri ilaçları reçete olarak yazabildiklerini ve bununla birlikte ilaç dışı tedavi yöntemlerini bazen uygulayabildiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.2.1.1.1). Hastalarının teşhisleri için gerekli tetkiklerin istenilememesinin öncelikli nedenleri tanı kodlarının ilaçların yazılmasını ya da tetkik istemini sınırlandırmasına bağlı olarak SGK'nın sınırlılığı, ödeme sistemi ve yetersiz ve kalitesiz tıbbi malzemedir. İlaçların reçetelendirememesinin öncelikli nedenleri SGK'nın sınırlılığı ve ödeme sistemidir. İlaç dışı tedavi yöntemini uygulayamama ise öncelikle hastanın ödeme gücü ile ilişkilendirilmiştir (Tablo 4.2.1.1.2). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı'nda yapılan bir doktora tezi çalışmasında; SGK'nın mevcut teminat paketinin kapsamının yeterli olmadığını düşünenlerin oranı sadece %10,68'dir (Özer, 2015).

SGK'nın sınırlılığı ve ödeme sisteminin getirdiği olumsuzluklar ile hastanın ödeme gücüne göre sunulan sağlık hizmetinin hekiminin uygun gördüğü hasta bireyin gereksinimini dikkate alan sağlık hizmeti sunumunu sağlayamaması eşitsizliğe neden olup hasta için tanımlanan hakkın engelleneceği düşünülmektedir. Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı, ödeme sistemlerinin sınırlı olup hasta bireyin ödeme gücüne göre yapılandırıldığı durumda sağlık da bir hak olamamaktadır (Ezgi, 2007; Yanık, 2009). Kurumsal planlamalardan kaynaklanan bir sorun alanı olan bu durum hekimin farklı bir teşhis ve tedavi planı oluşturulmasına, hasta bireyin ise yaşamını sağlıklı şekilde sürdürebilmesini doğrudan etkilemektedir. Ayrıca ilaca erişimi kısıtlanan hasta bireyin şiddet eğilimi göstermesi de kaçınılmaz olacaktır. TTB Merkez Konseyi, hasta bireylerin ilaca erişiminin kısıtlanmasının sağlıkta şiddete yol açan nedenler arasında olduğunu ifade etmiştir (TTB, 2019). Son dönemde piyasalaşma sürecinin multidisipliner bir alan olan tıp bilimi içerisinde kullanılmaya çalışılması ile SGK'nın ödeme tercihlerinde seçimlerini kalitesiz, ucuz olan malzeme ve ilaçlardan yana kullanarak, hasta ve/veya sağlıklı bireylerin tüketici/müşteri olarak düşünülmesi, sağlık hizmet sunumu planlamalarında hasta ve/veya sağlıklı bireyin tıbbi değerlendirme ve tedavi süreçlerinin planlanmasında

mali durumun bireyin sağlığının önüne tutularak sunulan sağlık hizmetinin niteliğinden çok karlılığın düşünöldüğü, birçok kaynakta ifade edilmiştir (Ataay, 2006; Belek, 2012; Ezgi, 2007; Gül ve ark., 2010; Pala, 2005; Pala, 2006; Soyer, 1995; Yavuz, 2013).

Çalışmamızda; hizmet sunumunun öncelikle SGK'nın sınırlılığı, ödeme sistemi ve hastanın ödeme gücüyle ilişkilendiriliyor olmasının sonuçları değerlendirildiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğu hekimin gerekli tanıyı koymas ve planlamış olduğu en uygun tedavi yöntemini uygulayabilmesinin engellenmiş olacağını ifade etmiştir. Bu ifade, HHY ile tanımlanan adalet ve hakkaniyet ilkeleri ile hizmet sunma yükümlölüğünü hekimin yerine getirememesinin de bir ifadesidir. Literatürde, kaynakların yetersiz olduğu durumlarda hekimlerin kaynak dağıtımında etkin rol alarak gereklilikler doğrultusunda kaynakların artırılmasını talep etmeleri bir yükümlölük olarak tanımlanmıştır (Williams, 2017).

Mevcut uygulamada kullanılan teşhis kodlamasının hastalık merkezli oluşturulan bir sınıflandırma sistemi şeklinde yapılandırılmış olması; hasta bireyin rahatsızlık bulgularını, nadir görölen hastalıkları ve hastalık dışı durumun kodlanmasını tam olarak karşılayamaması kronik hastalığı olan bireylerin ilk başvurusunu yapan hasta olarak değerlendirilmesine neden olmaktadır. Ayrıca bireyin biyopsikososyal yaklaşım olarak karşılanması gereken hizmet sunumlarının teşhis kodlama sistemi içerisinde kodlanmaya çalışması ve SGK'nın ödeme sistemine ilişkin hasta bireyin hizmet sunumuna ve tedavisi için uygun görölen ilaca erişiminin sağlanması için eksik, fazla ve/veya yanlış teşhisler girilmesi gibi sonuçlar doğurabilmektedir. Bu gibi durumlar hasta bireyin tıbbi değerlendirmesi için ayrılması gereken süreyi olumsuz etkilemekte, hekimin özerkliğini de zedeleyerek istatistiksel veri hatalarını ortaya çıkarıp iş analizleri ve kurumsal verimlilik analizlerinde olduğundan farklı sonuçlar elde edilmesine neden olabilmektedir. Verilerin istatistiksel değerlendirme sürecinde ise kurumsal sağlık hizmet sunum planlamalarında makro düzeyde farklı politikaları doğuracaktır.

Genel sağlık sigortasının biyopsikososyal yaklaşım olarak değil de hastalık merkezli yapılandırılmış olması; hizmet sunma yükümlölüğu bulunan hekimlerin sağlık hizmeti sunumu esnasında etik sorunlarla karşılaşarak tıp bilimi gerekliliklerini yerine getirmelerini zorlaştırdığı için eleştirilmektedir (Adaş, 2013;

Civaner, 2013b). Ayrıca bireye tanınan hasta haklarının “sağlık hizmetlerinden uygun olarak faydalanma” parametresinin “adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma” maddesinin ihlal edildiğine yönelik görüşler mevcuttur (Ezgi, 2007).

Birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri üzerinde yapılan ICD-10 ya da ICPC-2-R kodlama sistemlerinin kullanılmasının birinci basamakta hizmet planlanması üzerine etkisi isimli çalışmada, hasta bireyin aile hekimliği polikliniklerine başvurma nedenlerini oluşturan semptomları sınıflamada; ICD-10’un başvuru nedenine yönelik yetersiz olduğu, ilk kez teşhisi konulan vakaları ve teşhisi konulmuş rutin kullanılan ilaçların yazdırılması işlemlerinin ayrımının yapılamayarak doğru verilerinin alınmadığı gibi hasta bireyin test yaptırmak ve sonuç gösterme talebi için spesifik bir ICD-10 kodu olmadığı için ücretlendirmenin eksik olmaması adına farklı teşhis kodlarının girildiği, kesin teşhis konulamayan durumlarda da sınıflama sisteminin yetersiz olduğu ve tüm bu durumların iş yükü analizlerinde yanlışlıklara neden olabileceği belirtilmiştir (Bektaş ve ark., 2018).

Çalışmamızda hizmet sunumunun öncelikle SGK’nın sınırlılığı, ödeme sistemi ve hastanın ödeme gücüyle ilişkilendiriliyor olmasının sonuçları arasında ikinci sırada hastanın sağlığının olumsuz etkileneceği, hastanın yararına en etkin olan ilaçların kullanılmasının sınırlandırılacağı, hasta bireyin çağdaş tıp olanaklarından ihtiyacı gereği faydalanamayacağı ifade edilmiştir. Katılımcıların doğru bir tıbbi değerlendirme ile doğru teşhisin oluşturularak hekimin planlamış olduğu en uygun tedavi yöntemini uygulayabilmesinin engellenmesi, hasta bireyin sağlığının olumsuz etkileneceğine yüksek katılım göstermesi ile hasta bireyin en iyi yararına hekimin planlamış olduğu uygun olan tedaviyi alamayarak hatalı tıbbi değerlendirme ve uygulamalarına maruz kalma riskinin olabileceği düşünülebilir. Yapılan çalışmalarda teşhise yönelik tıbbi değerlendirme ve uygulama hatalarının %54,2’si doğru teşhisin belirlenememesi, %19,9’u teşhisin zamanında belirlenememesi, %9,9’unun ise yanlış belirlenmesine bağlı olduğu yönündedir (Saber Tehrani ve ark., 2013). ABD’de 2004-2014 yılları arasında tıbbi değerlendirme ve uygulama hataları karşısında yapılan ödemelere yönelik bir çalışmada tıbbi değerlendirme ve uygulama hataları içerisinde %31,8’ini belirlenen teşhis, %26,9’unu tıbbi girişimler, %24,5’ini tedavi süreci ve uygulanan ilaç ile ilgili olduğu belirtilmiştir (Schaffer ve ark., 2017). Sağlık hizmeti sunum sürecinde tıbbi değerlendirme ve uygulama hatalarının (tıbbi malpraktis)

sağlık profesyonellerine yönelik şikayet nedenleri içerisinde yer aldığı görülmektedir (Büken ve Büken, 2003; Demirhan, 2010).

İlgili yönetmelikle, gerekliliklerin yerine getirilememesinin, hekimin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlüğünü zedeleyeceği açıkça belirtilmiştir (HHY, 2019) Bu bağlamda, katılımcıların vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde olası sonuçlar arasında en önemli yere sahip olan “*hekimin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlüğü*”nü yerine getiremeyeceğine katılım oranının (%50,9) maddeler arası yapılan analize göre daha yüksek olması beklenmektedir ($p<0.001$). HHY’de yer alan ve önemli hasta haklarından biri olan “*hastanın sağlık hizmetleri ihtiyaçlarından adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma hakkı*”nın ihlal edilmiş olacağını düşünenlerin oranı da (%50,9) benzer şekilde maddeler arası yapılan analize göre daha yüksek olması beklenmektedir ($p<0.001$). Bu noktada katılımcıların; hastaların teşhisleri için gerekli tetkiklerin istenilebilmesinin, tedavileri için uygun görülen ilaçların reçete olarak yazılabilmemesinin, planlanan ilaç dışı tedavi yöntemlerinin uygulanabilmesinin engellenmesi ile ilgili uygulamada mevcut duruma neden olan gerekçelerin gündeme getirdiği olası sonuçların önemli ölçüde hekimin yükümlülüklerini yerine getirebilmesini etkileyerek hasta hakkı ihlaline neden olacağıın yeteri kadar farkında olmadıklarını düşündürmektedir (Tablo 4.2.1.1.3). Ancak disiplin hukukuna hakim olan temel ilkeler içerisinde kanunu bilmemenin mazeret sayılamayacağı ilkesi kapsamında usulüne uygun olarak yürürlüğe girmiş mevzuat hükmünde yer alan hak ve yükümlülüklerin kamu görevlileri tarafından bilindiği kabul edilir (Atay, 2014; Kaya, 2005).

Çalışmamızda, kurumsal yönetim bilgi sistemlerinde tanımlı teşhis kodlarının, hekimin doğru teşhisi koyabilmesi için gerekli tetkiklerin istenmesini ve hekimin uygun gördüğü etkin ilaçları yazabilmesini sınırlandırması ve SGK’nın ödeme sistemi ile hastanın ödeme gücünün hekimin etkin tedavi uygulamalarını etkilemesinin “hekimin hastasının en iyi yararına uygun tedaviyi belirleme ve uygulama hakkı”, “hekimin çağdaş bilimsel tıp olanaklarından yararlanma ve uygulama hakkı”, “kaliteli hizmet sunumu için hekime gerekli destek ve kaynak sağlanması hakkı”, “hekimin baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı”, “hekimin klinik kararlarına güvenilme hakkı”, “hekimin hastası

için kendi yaşamını ve güvenliğini tehlikeye atmama hakkı” ihlallerine neden olacağı ifade edildiği saptanmıştır (Tablo 4.2.1.1.4). Hastaların teşhisleri için gerekli tetkiklerin istenebilmesi, tedavileri için uygun görülen ilaçların reçete olarak yazılabilmesi, planlanan ilaç dışı tedavi yöntemlerinin uygulanabilmesinin engellenmesi ile mevcut uygulamada hastaların müracaat edilen kurumda “sağlık hizmetleri ihtiyaçlarından adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma hakkı” ihlaline ve katılımcı hekimlerin değerlendirmeleri sonucu ortaya çıkan oranlar ile hekim hakkı ihlallerine neden olduğu görülmektedir.

TTB HMEK madde 7 de “*Hekim görevlerini her durumda hastaları arasındaki siyasal görüş, sosyal durum, dini inanç, milliyet, etnik köken, ırk, cinsiyet, (Ek ibare:4.7.2015) "cinsiyet kimliği ve cinsel yönelim", yaş, toplumsal ve ekonomik durum ve benzeri farklılıkları gözetmeksizin yerine getirmekle yükümlüdür*” ifadesiyle hekimin tarafsızlık yükümlülüğü belirtilmiştir. Hekimin karşılaştığı tüm durumlarda hasta bireyler arasında tarafsız bir şekilde davranabilmesi ve her bireye aynı özeni göstererek sağlık hizmetini sunabilmesi sağlanmalıdır (Akyıldız ve Özkan, 2012). Haklar ve yükümlülükler genel olarak bir hukuksal ilişki sonucu ortaya çıkarlar. Hekim, hasta ve sağlık hizmeti sunan kurum arasındaki ilişkide taraflar için karşılıklı hak ve yükümlülükler doğurmaktadır (Türkmen, 2013).

Yürütülen tüm sağlık faaliyetlerini etkin ve doğru planlamak, uygulamak, denetlemek ve gerekli yaptırımları uygulamak kurumsal yönetimin görevleridir. Etkin ve doğru olmayan hizmet sunumları ile çalışanların görevlerini ifa etmemesi veya kötü ifa etmesi ile oluşacak durumlarda sorumluluğun kaynağı çalışanların faaliyeti olmayıp bağımsız olarak kurumsal yönetimin kendi görevleri ile ilgili yetersiz tutum ve davranışlarıdır. Kurumsal planlama gözetim ve denetimin yeterince uygulanamaması ile insan yaşam ve sağlığıyla ilgili olan sağlık kamu hizmetinin kusurlu sunulmasından yönetim sorumluk sahibi olmaktadır (Bayındır, 2007; Güran, 1983).

L. Verda Ersoy (2014); tıbbi değerlendirme ve uygulama hatalarında hekimin kişisel kusuru dışında birçok etmenin etkili olduğunu vurgulayarak kusurlu eylemleri detaylandırmıştır. Bunlar; nicelik ve/veya nitelik olarak yetersiz personel, yetersiz sağlık finansmanı nedeniyle malzeme ve mekan yetersizliği, olumsuz çalışma

koşulları, bozuk ya da kalibrasyonu yapılmamış cihaz kullanımı, kışkırtılan talep ya da gereken zaman ayrılamayan hastaların tekrar başvuruları ile de artan hasta yükü olarak ifade edilmiştir (Ersoy, 2014). Hekimin özerkliğini kullanarak hasta bireyin teşhis ve tedavi sürecine karar vermesinin engellenmesi ile hastanın zarar görmesi durumunda tıbbi değerlendirme ve uygulama hatası (tıbbi malpraktis) suçlamasıyla yargılanma olasılığı bulunmaktadır. Hekimin görevini ifa etmesi sırasında hasta bireyin zarar görmesi durumunda kamusal hizmet sunumunun sorumlusu olarak tüzel kişilik olan üniversite hastanesi yönetimi sorumlu olacaktır. Ancak hekim, görevinin ifasıyla hiç ilgisi olmayan şekilde hastaya zarar verirse, kusur kişisel eylem ve kişisel kusur olarak nitelendirilerek konuya ilişkin Borçlar Hukuku kapsamında haksız fiil ilişkisi oluşacaktır. Bu bağlamda hasta bireyin, sağlık hizmeti sunum sürecinde herhangi bir zarara uğraması halinde şikayet bildirimini idare hukuku çerçevesinde ilgili üniversite tüzel kişiliğine yönelmesi gerekmektedir (Hakeri, 2014b; Öncel, 2003; Türkmen, 2013). Tıbbi hata olgularında kusurun belirlenmesinin oldukça önemli olduğu görülmektedir.

Hekimlerin doğru, etkin bir değerlendirme yapmak ve hatalı tıbbi değerlendirme ve uygulama (tıbbi malpraktis) olasılığını en aza indirmek ve/veya önlemek amacı ile hasta birey için gerekli olan tüm tetkikleri isteme davranışı oluşturduğu görülmektedir (Studdert vd., 2005). Bu kapsamda yapılan araştırmalarda hekimlerin tıbbi değerlendirme ve uygulamalarına yönelik açılan davaların, hekimin hasta bireyin değerlendirilmesi için istemiş olduğu laboratuvar ve radyoloji tetkiklerinde %30 ile %60 oranında artış olduğu gözlenmiştir (Coyte vd., 1991). Hasta birey için istenen laboratuvar ve radyoloji tetkiklerinin spesifik tetkikler dışına çıkması ve gereksiz tekrarları artan kurumsal maliyetlere (Obasuyi ve Antwi-Kusi, 2017) ve sağlık hizmet sunumunda verimsiz kaynak kullanımına neden olduğu yönünde bulgulara ulaşıldığı görülmektedir (Obasuyi ve Antwi-Kusi, 2017; Bridges, 2011). Spesifik olmayan tetkik isteminin ve gereksiz tekrar olan tetkik isteminin önüne geçilmesi kurumsal etkinlik ve verimlilik değerlerinin yükselmesi ve toplumun ekonomik yararı için önemli olup tetkik isteminin azalması hasta bireyin kaliteli sağlık hizmet sunumuna erişimini engellememelidir (Yeh, 2014).

HHY’de hekime tanımlanan adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüğünü ve sağlık hakkını bir ön kabul olarak ele aldığımızda kaynak

kısıtlılığı, hizmet sunumunu dağıtıcı adalet açısından değerlendirmemizi gerekli kılmaktadır. Ayrıca hak edilişin temellendirilmesi ve hakkın sağlanmasında kimin yükümlü olduğunun temellendirilmesi de önemlidir. Neyin hak edildiğinin belirlenmesi, biçimsel olarak “*eşit olanlara eşit şekilde muamele yapılması*” gerektiğini ifade eder. Hangi ölçütlerle eşitliğin tanımlanacağı ise etik kuramlarla değerlendirilir. Faydacı kuramda ölçüt “*en fazla kişiye en fazla yararın sağlanması*”, liberal kuramda “*serbest piyasa koşulları*”, ödev kuramında “*koşulsuz buyruk*”tur. Bununla birlikte bu ölçütler farklı talepleri ortaya çıkarabilir. Ölçütlerin yaşama geçirilmesinde teori ve uygulama arasında tutarsızlık ise çatışmaya neden olacaktır. Araştırma sonuçlarımıza yansıyan ödeme sistemi ve hastanın ödeme gücü, hizmet sunumunun alınıp satılmasını ve sağlıkta bedel ödenmesini gerektirmesi liberal kuram açısından yaklaşılmasıdır. Liberal kurama dayalı sistem bireyselliği önceler. Bireysellik ise seçim özgürlüğü ve fırsat eşitliği için gerekli görülür. Sağlığın diğer hizmetlere göre farklı bir değerde olduğu ileri sürülse de bir hak olarak ele alınmaz ve hizmetin mali olarak karşılanması gerekmektedir. Mali gücü olanların kendi bütçelerinden, olmayanların devlet yardımlarından faydalanarak bu alımı gerçekleştirirler. Hekimin yükümlülüğü açısından bakıldığında bir şey yapmadaki zorunluluğumuz bu durumda mali güçle ilişkilendirildiğinden sağlık hakkı kavramı imkânsız hale gelmektedir (Bor Ekmekçi ve Arda, 2015). Bu durumda, hastanın istenilen adalet ve hakkaniyete uygun hizmet alma hakkı sağlanamayacak ve hekimin yükümlülüğü tartışmalı olacaktır.

5.1.2.2. Bilgi İsteme (Kurumsal Düzeyde)

Bilgi isteme HHY’de madde 7’de “*hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir. Bu hak, hangi sağlık kuruluşundan hangi şartlara göre faydalanılabileceğini, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen her türlü hizmet ve imkanın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluştaki verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulüne öğrenme haklarını da kapsar. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastayı birinci fıkra uyarınca bilgilendirmek için yeterli teknik donanımı haiz birimi oluşturmak; bu birimde, hastaya kesin ve yeterli bilgi verebilecek nitelik ve ehliyete sahip personeli daimi olarak istihdam etmek ve hastanın ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmesini temin etmek üzere, kuruluşun*

uygun yerlerinde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretler bulundurmak gibi tedbirleri almak zorundadırlar.” ifadeleri ile tanımlanmıştır.

Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (ANA SÖZLEŞMESİ) Temel Doküman'ı (2002) madde 3 ile mevcut sağlık hizmetleri ve onlardan nasıl yararlanabileceği konusunda tüm bilimsel araştırma ve teknolojik yenilikler ile ilgili bilgi aktarımının eşitlik ilkesi çerçevesinde kişisel verilerin güvenliği ve gizliği içerisinde hastaların inançları, etnik kökenleri doğrultusunda ve anlayabileceği bir dil ile kolay ulaşılabilir bir şekilde bürokratik engellerin kaldırılarak sağlanması için sağlıklı ve/veya hasta bireyin başvuruda bulunduğu kurumdan bilgi isteme hakkının kapsamı düzenlenmiştir (Hasta haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (ANA SÖZLEŞMESİ) Temel Doküman, 2002).

Çalışmamızda hastaların sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda yeterli bilgiye ulaşabilmesi ile ilgili uygulamada kurumsal yapının mevcut durumu değerlendirildiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğu hastalarının bilgilendirilmesi için yeterli teknik donanıma sahip bir birimin olmadığını, hastalara yeterli ve doğru bilgi verebilecek nitelikte personelin sürekli olarak istihdamının sağlanmadığını ve hastaların ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmesinin sağlanması için kurum içerisinde uygun yerlerde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretlerin bulunmadığını ifade etmişlerdir (Tablo 4.2.1.2.1). Bu saptamaların nedeni olarak personel yetersizliği, kurumsal yönetim süreçlerinde birimlerin ihtiyacı olan yeterli teknik donanım ve nitelikli personel için finansmanın sağlanamaması, kurumsal yönetimin bu gibi planlamaları gereksiz görmesi, kurum içerisinde birim oluşturabilmek için gerekli alanın bulunmaması gösterilmiştir. Kurumsal yönetim planlamalarının HHY'ye uygun yapılandırılmaması ile ilişkilendirenlerin oranının (%17,1) ise oldukça düşük olması dikkat çekmektedir (Tablo 4.2.1.2.2). Bu durum katılımcı hekimlerin; hastaların bilgilendirilebilmesi için yeterli teknik donanıma sahip bir birimin varlığının, hastalara yeterli ve doğru bilgi verebilecek nitelikte personelin sürekli olarak istihdamının sağlanmasının, hastaların ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmesinin sağlanması için kurum içerisinde uygun yerlerde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretlerin bulunmasının HHY'nin bir gerekliliği olduğunun %50'nin üzerinde farkında olduklarını buna karşılık uygulamada mevcut durumu oluşturan nedenler arasında oldukça önemli bir yere sahip olan kurumsal

yönetim planlamalarının bu gereklilik doğrultusunda HHY'ye uygun yapılandırılmasının gerektiğinin ise hemen hemen hiç farkında olmadıklarını göstermektedir. Bu sonuçlar hekimlerin; mevcut durumu oluşturan nedenlerin hepsinin tek bir nedene bağlı olduğunu ve kurumsal yönetim planlamalarının HHY'ye uygun yapılandırıldığında diğer nedenlerin de ortadan kalkacağına farkında olmadıkları şeklinde yorumlanabilir.

HHY'nin usul ve esasları hastaların doğru etkin ve yüksek düzeyde yararı için önemlidir. HHU Yönergesi 2005'in amaçları; *“yönerge kapsamındaki sağlık kurum ve kuruluşlarında Hasta Hakları Uygulamalarının insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin “Hasta Haklarından” faydalanabilmesinde, hak ihlallerinden korunabilmesinde ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesinde hasta hakları uygulamalarının planlanması, değerlendirilmesi, uygulanması ve denetlenmesi ile ilgili esas ve usulleri belirleyerek sağlık hizmetlerinin eşit, kaliteli ve etkin olarak sunumunu sağlamaktır”* ifadeleri ile belirlenmiştir (HHU Yönergesi 2005). Hasta haklarının tüm kurumlarda 2005 yılından itibaren etkin olarak uygulamaya geçirilmesi planlanmış ve hasta hakları birimleri kurulmuştur. Bu kapsamda hasta hakları ile ilgili sağlık profesyonellerinin eğitimleri, hasta hakları ile ilgili toplumu bilgilendirme çalışmaları, hasta hakları ile ilgili yerinde çözüm birimlerinin oluşturulması ve uygulanabilirliğinin sağlanması gerekmektedir (Cavlak ve Bostancıoğlu, 2014). Ancak bu doğrultuda hasta bireyler haklarını ve sorumluluklarının farkında olup haklarının korunması ve gereksinimlerine uygun sağlık hizmeti sunumlarından etkin düzeyde faydalanabilmesi sağlanarak hak ihlalleri önlenabilir. Pek çok ülkede uygulamadaki hasta hakları birimlerinin gündeme gelen şikâyetlerin çözümünde yeterli olmadığı belirtilmektedir (Healy ve Walton, 2016). Katılımcıların, hastaların doğru, etkin ve yeterli düzeyde bilgilendirilmesi için gerekli olan planlama ve düzenlemelerin kurumun sorumluluğunda olduğu ve kurumun HHY'nin gerekliliklerini yeterli düzeyde uygulamaya geçirilmesini sağlaması gerektiğini düşünme oranlarının düşük olması asıl sorununun kurumsal yönetim planlamaları ile ilgili olduğunun farkında olmadıklarını göstermektedir.

Çalışmamızda, kurumsal düzeyde (sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen hizmet ve imkanlar) hastaların bilgiye ulaşamamasının olası sonuçları arasında en çok katılım hasta ve hekim için zaman kaybı ve fiziksel-ruhsal yorgunluk olarak belirtilmiştir. Hekim için zaman kaybı nedeni ile fiziksel-ruhsal yorgunluğa neden olması sonucu hekimin özen yükümlülüğünü yerine getirmesini olumsuz etkileyerek hatalı tıbbi değerlendirme ve uygulamalara neden olabilir. Olumsuz çalışma koşulları içerisinde yükümlülüklerini yerine getirmek durumunda olan hekim oluşabilecek hatalı tıbbi değerlendirme ve uygulamalarında hekimin sorumlu olmaması gerektiği ile ilgili bir mahkeme kararı mevcut olup hekimin değerlendirme ve uygulamaları sürecindeki olumsuz çalışma koşullarına maruz kalması sonucu ortaya çıkan konsantrasyon eksikliği, fiziksel ve ruhsal yorgunluk düzeyleri dikkate alınarak tıbbi değerlendirme ve uygulama anı, öncesi, sonrası şartlar incelenerek hekimin hukuksal sorumluluğu değerlendirilmektedir. Ancak olumsuz çalışma koşulları içerisinde çalışmak durumunda kalan hekim, görevini sorumluluk alanı ile ilgili başka bir hekime devretmek durumunda olup devretmediği noktada sorumlu tutulmaktadır (Hakeri, 2012b).

Kurumsal düzeyde hastaların bilgi sahibi olamamalarının diğer sonuçları olarak konu ile ilgili hastanın bilgi sahibi olamayacağı, hizmet sunumunda ekstra yük oluşturacağı, hastanın olumsuz etkilenerek ajite olmasına sebep olacağına katılım %50'nin üzerindedir. Ancak "*hastanın müracaat edilen kurumda verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma ve usulüne uygun öğrenme hakkı*"nın ihlal edildiğini düşünenlerin oranı (%47,4) %50'nin altındadır. Sağlık hizmeti sunum sürecinde sağlık profesyonelleri ile ilgili yapılan şikayetlerin, sağlıksız iletişim ile hasta bireyin yeterli düzeyde bilgi alamaması sonucu sağlık hizmetine erişimi sağlanamadığı için oluşan hasta hakkı ihlaline bağlı olduğu ifade edilmektedir (Demirhan, 2010).

Hastaların sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda yeterli bilgiye ulaşamadıklarında karşılaşılan durumlar incelendiğinde verilen cevaplar ve oranlar ile "*hastaların müracaat edilen kurumda verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma ve usulüne uygun öğrenme hakkı*" ihlal edildiği maddesine katılım oranının maddeler arasında yapılan analize göre %50'nin üzerinde ve yüksek olması beklenmektedir ($p < 0.001$). Oranın beklenenden düşük olması hekimlerin HHY'nin bilgi isteme ile ilgili maddesinin içeriğini yeteri kadar bilmediklerini

düşündürmektedir (Tablo 4.2.1.2.3). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yapılan "Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hasta ve Yakınları ile Araştırma Görevlilerinin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi, Tutum ve Yararlanma Durumlarının Değerlendirilmesi" konulu çalışmada araştırma görevlilerinin %30.9'u HHY'yi duyduğunu, %7'i ise HHY'yi okuduğunu ifade etmişlerdir (Kurtcebe, 2009). Bu çalışmanın sonuçları bulgularımız ile uyumludur.

Hastaların sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda yeterli bilgiye ulaşamaması ile ilgili verilen cevaplar ve oranlar ile uygulamada mevcut duruma neden olan noktaların gündeme getirmiş olduğu sonuçlar; hekim ve hasta birey için zaman kaybına, fiziksel ve ruhsal yorgunluğuna, hizmet sunumunda ekstra yük oluşmasına, hasta bireyin sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen hizmet ve imkanların neler olduğu konusunda bilgi sahibi olamamasına neden olarak hasta bireyin oluşan tüm bu durumlardan olumsuz etkilenip ajite olabileceğini, yetersiz ve olumsuz hasta – hekim ilişkisi doğurabileceğini göstermektedir (Tablo 4.2.1.2.3). Yetersiz ve olumsuz hasta – hekim ilişkisi hastanın güvensizliğine neden olup şiddet ve benzeri eğilimler göstermesine gerekçe olabilmektedir (Atıcı, 2007b; Solmaz ve Duğan, 2018).

Şiddet, iletişim sırasında karşılıklı olarak ya da taraflardan birinin doğrudan ve/veya dolaylı olarak bireyin fiziksel, ruhsal bütünlüğüne ve/veya taşınır ya da taşınmaz varlıklarına zarar verecek şekilde davranışlar ile topluma zarar veren etkinlikler olarak tanımlanmıştır (Kocacık, 2001; Köknel, 2000; Michaud, 1991; TTB, 2013a). Şiddet ve benzeri eğilimler, bireyin iş ortamında sorumluluk alanı içerisinde görevini ifa etmesi sırasında diğer birey ve/veya bireyler tarafından her türlü istismar ve/veya saldırı ile karşılaşması olarak ifade edilmektedir (Warshaw ve Messite, 1996). Sağlık hizmeti sunum süreci sırasında karşılaşılan şiddet ve benzeri eğilimler ise sağlıklı, hasta bireyler, hasta bireylerin yakınları tarafından sağlık profesyonelleri için risk oluşturan sözel ve/veya fiziksel tehdit, saldırı, cinsel istismar ve saldırıdan oluşan tüm durumları içermektedir (Al ve ark., 2012; Annagür, 2010; Boyd, 1995; İlhan ve ark., 2013; Saines, 1999). 2017 yılında yapılan bir çalışmada sağlık profesyonellerinin son bir yılda şiddet ve eğilimlere maruz kalma oranı %49,79, çalışma yaşamı süreci içerisinde ise şiddet ve eğilimlere maruz kalma oranı %95,51 olarak gözlenmiştir. Kurum bazındaki değerlendirmelerde son bir yıl

içerisinde şiddet ve eğilimlere maruz kalma oranı; devlet hastanelerinde %57,96 olduğu belirtilerek, birim bazındaki değerlendirmelerde ise yine son bir yıl içerisinde şiddet ve eğilimlere maruz kalma oranı; 112 çalışanlarının %66,67, acil servis çalışanlarının %70,67 olduğu görülmüştür (Türkmenoğlu ve Sümer 2017). İngiltere'de 1141 sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %23'ü hasta bireyler tarafından, %15,5'i hasta bireylerin yakınları tarafından davranışsal tehdit aldığı, katılımcıların %2'sinin ise saldırıya maruz kaldığı belirtilmiştir (Winstanley ve Whittington, 2004). İtalya'da halk sağlığı tesisinde sağlık çalışanlarına yönelik uygulanan şiddet üzerine yapılan bir çalışmada sağlık profesyonelleri arasında ilk sırada hekim ve hemşire grubunun şiddet ve eğilimlere maruz kaldığı belirtilmiştir (Magnavita ve Heponiemi, 2012). Pakistan'da yapılan çalışmada ise fiziksel şiddete %76 oran ile hemşirelerin maruz kaldığı gözlenmiş ve katılımcıların %78,4'ü şiddeti uygulayanın hasta bireylerin yakınları olduğunu belirtmiştir (Ruby ve ark., 2012). İran'da hekimler ile yürütülen bir çalışmada, %82,6 oran ile sözel şiddete, %19,8 oran ile fiziksel şiddete maruz kaldıkları gözlenmiştir (Kazemi, 2012). Görüldüğü üzere sağlık hizmet sunumlarında şiddet ve eğilimleri toplumların yaşadığı önemli bir sorun alanı olarak gündeme gelmektedir. Sağlık profesyonellerine yönelik uygulanan şiddet ve eğilimlere karşı hukuksal hak arama yöntemleri bulunmaktadır (Hakeri, 2014a).

Araştırmalara göre bireylerin toplumsal ilişkilerinde stres oluşturan durumlar ile ortaya çıkan haksızlık, boşa harcanan zaman ve hayal kırıklığında hissedilen duygu, ajitasyon, fiziksel ve ruhsal yorgunluk, gibi etkiler şiddet ve benzeri davranış biçimlerinin oluşturan duygu durumlardır (Chappell ve Di Martino, 1998; Eren, 2006). Şiddetin oluşumunda rol oynayan olası nedenlerden biri de sağlık hakkının temel insan haklarından biri olup sağlık hizmet sunum sürecinde ortaya çıkan eşitsiz durumlar ile bireylerin sunulan sağlık hizmetine erişiminin yeterli düzeyde olmamasıdır (Turhan ve ark., 2008).

Bekleme alanlarının uygun olmayan koşullarda, yetersiz oluşu, hasta ve/veya sağlıklı birey ve yakınlarının doğru yönlendirilebilmeleri için “bilgilendirici tabela, broşür ve işaretler bulunmaması” ile “bireylere doğru ve yeterli bilgi verebilecek nitelikte yeterli sağlık profesyonelinin olamaması” gibi kurumsal planlamalardan kaynaklanan durumların hizmet sunumu ve erişimini olumsuz etkileyerek bireylerin

stres düzeyinin yükselmesine, şiddet ve benzeri eğilimlere neden olmaktadır. Ayrıca sağlık hizmet sunumuyla ilgili yapılan düzenleme ve uygulamalarının bireylerle doğru ve yeterli düzeyde aktarılamaması hasta ve/veya sağlıklı birey ve yakınlarının beklentilerini yükselterek beklentilerinin karşılanamaması durumlarında da şiddet ve benzeri eğilimler gözlenmiştir (Sağlıkta Şiddeti Önleme Komisyon Raporu, 2013).

Yetersiz ve olumsuz hasta-hekim ilişkisi tıbbi değerlendirme ve uygulama hatalarının ortaya çıkma olasılığını etkilemekte olup (Karpuz, 2015) gündeme gelen tıbbi değerlendirme ve uygulama hatalarının sıklığı yetersiz ve olumsuz hasta-hekim ilişkisine bağlı olduğu düşünülmektedir (Huntington ve Kuhn, 2003). Hasta-hekim ilişkisine bağlı tıbbi değerlendirme ve uygulama hataları son dönemde sağlık hizmeti sunan kurumlarda önemli bir sorun haline gelmiş olup ABD Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi'nin ölüm nedeni sıralamasında ilk 10 neden arasında 5. sıradadır (O'Daniel ve Rosenstein, 2008). Avustralya'da 2000-2011 yılları arasında yürütülen bir çalışmada, hekimlere yönelik 18,907 şikayet değerlendirilerek klinik bakımın ardından 2. sırada yer alan şikayet nedeninin %23 oranla hasta-hekim arasındaki iletişim sorunları olduğu gözlenmiştir (Bismark ve ark., 2013). 2019 yılında yapılan bir çalışmada ise asistan hekimler, tıbbi uygulama hataları nedenleri arasında yetersiz ve olumsuz hasta-hekim ilişkisini 5. sırada (%84,9) yer vermişlerdir (Arslan, 2019).

Hekimin iş yükü artışı hasta-hekim iletişiminin niteliğini olumsuz etkileyen unsurlar arasındadır (Atıcı, 2007b). Son zamanlardaki sağlık hizmet sunumu üzerindeki kurum finansmanına yönelik uygulamaya konulan düzenlemeler hasta-hekim ilişkisini olumsuz etkileyerek toplumun hekime bakış açısını da değiştirmektedir. Sağlık hizmeti sunum sürecinde bireyin tüm gereksinimleri ile sağlığın tüm belirleyenlerinin dikkate alınması gerekmektedir Ancak bu noktada hasta bireyi bir bütün olarak ele alıp etkin bir değerlendirme ve uygulama sürecine ulaşılarak, istenmeyen sonuçların gelişmesi engellenebilir (Civaner ve ark., 2009).

Çalışmamızın sonuçlarına göre olası sonuçlar arasında hekimin fiziksel yorgunluğuna neden olması, hasta bireyin gereksinimi olan sağlık hizmet sunumunu yeterli düzeyde alabilmesini etkileyerek hekimin hizmet sunma yükümlülüğünü de olumsuz etkilemektedir. Uygun fiziksel ve ruhsal koşullarda sunulan sağlık hizmeti ile doğru ve etkin tıbbi değerlendirme ve uygulamalarına erişilebilir. Hasta-hekim

ilişkisinin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi hem hasta hem de hekim için ruhsal ve fiziksel yorgunluğu ortadan kaldırarak stressiz ve hızlı iş akış süreçlerini sağlayıp güvenli bir ortam oluşturacağı ve şiddet ve benzeri eğilimleri engelleyeceği açıktır (Bol ve ark., 2013). Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği sağlıkta kalite standartları içerisinde yer alan organizasyonel hedefler arasında sağlıklı çalışma yaşamının bulunması, makro düzeyde konuya verilen önemi göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2016a).

Çalışmamızın sonuçlarına göre hastaların sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda yeterli bilgiye ulaşamamasının neden olacağı olası hekim hakkı ihlalleri içerisinde en yüksek katılım sırasıyla “*hekimin sağlığını koruma ve mesleki risklerden korunma hakkı* (fiziksel ve ruhsal yorgunluk nedeniyle)”, “*hekimin diğer hastalarına yeterli zaman ayırma hakkı*”, “*hekimin kendi yaşamını ve güvenliğini tehlikeye atmama hakkı* (hastanın ajitasyonu nedeniyle)” ve “*hekimin hasta ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiyi alma ve muayene etme hakkı* (hastanın ajitasyonu ya da zaman kaybı nedeniyle)”dır (Tablo 4.2.1.2.4).

TDN'nin 15. maddesinde; “*Hastaya bakmak üzere bir aile nezdinde veya herhangi bir müesseseye çağrılan tabip, korunmayı da sağlamaya çalışır. Tabip hastalara ve onlarla birlikte yaşayanlara, kendilerine ve muhitlerine karşı mesuliyetlerini bildirir. Tabip icabında, tedaviye devamı reddetmek pahasına da olsa hijyen ve korunma kaidelerine riayeti temin için gayret sarf eder*” denilmektedir. Hekimlerin kendisinin ve çevresindeki bireylerin sağlığını koruması hem yükümlülüğü hem de yükümlülükten doğan hakkıdır. Bu bağlamda Devlet tüm bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlığının korunmasının sağlanması için tüm düzenlemeleri yapmakla görevlidir (Erdoğan, 2007). Hekimlerin öncelikle bireysel sağlığının korunması sağlanmadan toplumun sağlığına faydalı olamayacakları açıktır. Hekimler, hekimlik görevini yürütürken çalıştığı alanın sağlık koşullarının düzenlenmesini, bağlı bulunduğu kurumdan isteme hakkına sahiptir.

Çalışmamızda, sağlık hizmeti sunan kurumların sorumluluğunda olan gerekli düzenlemelerin gerektiği kadar mevcut uygulamaya geçirilemediği noktada, “*hastaların müracaat edilen kurumda verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma ve usulüne uygun öğrenme hakkı*”nın ihlaline ve hekim hakkı ihlallerine neden olduğuna katılım oranları incelendiğinde, olası sonuçlar olarak ifade edilen maddeler

arası yapılan analize göre verilen cevapların tutarlı olduğu ve katılımcılara göre HHY'nin gerekliliklerinin etkin ve doğru uygulanmadığı görülmektedir.

Çalışmamız ile mevcut durumu oluşturan nedenlerin ortaya çıkardığı tablo kurumsal planlama sınırlılığının, HHY'nin sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı parametresinin bilgi isteme maddesinde ifade edilen hasta ve/veya sağlıklı bireyin bilgi isteme hakkının yerine getirilmesinde engel oluşturduğudur. Bilgi isteme hakkının korunması için kurumsal planlama ve düzenlemelerin yapılması ve gerekli finansmanın sağlanması gerekmektedir. Hasta bireyler hizmet sunan kurumlardan; sunulan hizmetler ile alacakları her türlü hizmetlerin ve imkânların neler olduğunu, faydalanma şeklini öğrenme haklarına sahiptir bu bağlamda kurumlar konu ile ilgili bilgi aktarımını sağlayacak birimleri ve birimlerde görevlendirilecek yeterli sayıda, etkin hizmet sunabilecek, alanında uzman personel bulundurmaya zorundadır. Tüm sağlık kurumlarında 2005 yılından itibaren HHY'nin bir gerekliliği olarak hasta ve/veya sağlıklı bireyleri bilgilendirebilmek amacıyla bilgilendirme birimleri oluşturulmakta ve kurum içerisinde tabela, işaret ve broşürler ile hastalar yönlendirilmektedir. Ancak tüm bu düzenlemelerin etkinliğinin sorgulanabilir düzeyde olduğu görülmektedir.

Hekimler henüz mevcut durumu oluşturan nedenlerin kurumun sorumluluğunda olduğunun ve kurumsal planlamalar ile düzeltilebileceğinin çok az farkındayken hasta ve/veya sağlıklı bireylerden mevcut durumun farkında olmaları ve kurumsal yönetim planlamaları ile çözümlenebileceğini bilmeleri beklenemez. Dolayısıyla bu gibi eksiklikler ile karşı karşıya kalan hasta ve/veya sağlıklı bireylerin hekime yüklenerek şiddet ve benzeri eğilim göstermesi kaçınılmaz olacaktır. Bu noktada hasta bireylerin sorumlulukları, hakları ve hizmet aldıkları kurumun sorumlulukları, hakları konusunda doğru bilgilendirilmesinin sağlanmasının önemi oldukça büyüktür. Çalışmamız, ilgili yönetmelikte yer alan usul ve esasları içeren ifadelerin uygulanabilmesinin hasta ve hekim için haklarının korunması ve sorumluluklarının belirlenmesi açısından oldukça önemli olduğunu bize göstermektedir.

5.1.2.3. Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme (Kurumsal Düzeyde)

HHY'nin 10. maddesinde acil ve adli vakalar ile yaşlılar ve (Değişik ibare: RG-16/1/2019-30657) engelliler hakkında öncelik sırasının belirlenmesinde ilgili mevzuat hükümlerinin uygulanması gerektiği açıkça belirtilmiştir (HHY, 2019). Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü "Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Konulu 2010/73-80 sayılı Genelgesi"ni yayınlamaya poliklinik hizmetlerinde öncelik sırasını belirlemiştir. Yürürlüğe giren 2010/73-80 sayılı genelge ile:

"1. Acil vakalar (ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılması gerektiğine hekim tarafından karar verilen vakalar),

2. Özürlüler (Değişik 2010/80 sayılı Genelge),

3. Hamileler,

4. 65 yaş üstü yaşlılar

5. Yedi yaşından küçük çocuklar,

6. Harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malül ve gaziler,

Ayrıca kolluk kuvvetlerince sevk edilecek adli vakalarda; savcılık veya kolluk kuvvetince önceden sağlık kurum/kuruluşuna bildirim yapılmalı ve randevu alınmalı, bu suretle sağlık kurum/ kuruluşunda sağlık hizmeti aksatılmadan ve diğer hastalar mağdur edilmeden gerekli işlemlerin yapılması sağlanmalıdır." ifadeleri ile öncelikli olarak poliklinik hizmeti alması gereken bireyler tanımlanmıştır. 2010 yılında uygulamaya konulan 2010/73-80 sayılı Genelge 2016 ve 2017 yıllarında 2016/22 ve 2017/10 sayıları ile güncellenerek düzenlenmiştir.

Öncelik sırası ile ilgili diğer bir düzenleme ise Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü'dür (Ana Sözleşmesi). Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü 2. Bölüm 7. maddesi Hastaların Vaktine Saygı başlığında;

"Her birey hızlı ve önceden belirtilen süre içerisinde gerekli tedaviyi alma hakkına sahiptir. Bu hak tedavinin her aşaması için geçerlidir.

Durumun aciliyeti ve spesifik standartlar bazında belli bir süre içinde verilmesi gereken hizmetler dikkate alınarak bekleme sürelerinin belirlenmesi sağlık kuruluşlarının görevidir.

Her bireye hizmetten yararlanma konusunda garanti verilmeli ve bekleme listesi söz konusu olduğunda hemen imzalanmaları temin edilmelidir. Her birey gizlilik durumlarına saygı kaydıyla istediği takdirde bekleme listelerine bakabilir.

Önceden belirlenen süre içerisinde sağlık hizmeti verilemezse aynı kalitede alternatif hizmetler kullanım ihtimali garanti edilmeli ve bundan kaynaklanan harcamalar makul bir süre içerisinde hastalara geri ödenmelidir.

Doktorlar hastalarına bilgi verme süresi dahil olmak üzere yeterli zaman ayrılmalıdır” ifadeleri ile sağlık hizmeti sunumunun etkin ve olabilecek en kısa sürede hekimin hasta bireye ayırması gereken sürenin önemi vurgulanmıştır (Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (ANA SMZLEŞMESİ) Temel Döküman, 2002).

Bu bağlamda ilgili genelgeler ile Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi (SUAM) için acil vakaların (ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılması gerektiğine hekim tarafından karar verilen vakalar), özel gereksinimi olan bireylerin, hamilelerin, 65 yaş üstü bireylerin, yedi yaşından küçük çocukların, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malül ve gazilerin, öncelikli olarak tıbbi değerlendirmeleri yapılması gereken bireyler olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca kurum personeli olan hasta bireylerin görevlerini etkin yerine getirilebilmesi için mevcut durumları gereği ayrıcalıklı olması gerektiği kurumsal olarak tanımlanmıştır. Bu bağlamda gerekli düzenlemeleri yapmak sağlık hizmeti sunan kurumların sorumluluğunda olup mevcut uygulamaya geçirilmesi gerekmektedir.

Kurumsal düzeyde hastaların öncelik sırasının belirlenmesi ile ilgili kurumsal yapının mevcut durumu değerlendirildiğinde katılımcılar arasında; ilk sırada acil vakaları, ikinci sırada öncelik isteyen hastaları, üçüncü sırada kurum personeli olan hasta bireyleri, dördüncü sırada özel gereksinimi olan hasta bireyleri, beşinci sırada sağlık profesyoneli olan hasta bireyleri ve altıncı sırada hamile bireyleri öncelikli olarak değerlendirdiklerini ifade edenlerin oranı %50'nin üzerindedir. 65 yaş üstü hasta bireylere, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimlerine, malül ve gaziler ile ailelerine, 7 yaşından küçük çocuklara ve sevkle gelen hastalara öncelik tanıyanların oranları ise %50'nin altında olup oranlar oldukça düşüktür.

Katılımcılardan öncelik sırasını nasıl belirlediklerini değerlendirmeleri istenildiğinde katılımcıların çoğunluğu hasta bireyler arasında öncelik sırasını tıbbi kriterlere göre belirlediklerini ifade ederken randevu saatine göre öncelik sırasını belirlediklerini ifade edenler ikinci sırada gelmektedir. Poliklinik hizmetlerinde öncelik sırasının belirlenmesi ile ilgili yasal mevzuata göre hareket ettiğini belirten hekim oranı ise %32 (n=56) olup bu oran oldukça düşüktür (Tablo 4.2.1.3.1). Gözlemlenen bu durum ve Sağlık Bakanlığı'mızın poliklinik hizmetlerinde öncelik sırası konulu 2010/73-80 sayılı Genelgesi gereği belirlen kriterlerdeki maddelerin bazılarının mevcut uygulamada öncelikli olarak alınma oranlarının oldukça düşük olması katılımcı hekimlerin öncelik hakkı ile ilgili yasal mevzuata uygun görevlerini yerine getirmeleri gerektiğini, Sağlık Bakanlığı'nca düzenlenen mevzuatın gerektiği kadar bilinmediğini ve mevzuatın HHY'nin de bir gereği olduğunun yeterince farkında olmadıklarını düşündürmektedir. Ancak usulüne uygun yürürlüğe girmiş olan yasal düzenlemeler mazeret sayılmamaktadır (Atay, 2014; Kaya, 2005).

Öncelik sırası belirlenirken randevu saatleri belirlenmiş olarak gelen bireylerin oranının poliklinik hizmetlerinde öncelik sırasının belirlenmesi ile ilgili yasal mevzuata göre işlem yapılanların oranından yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.1.3.1). Öncelik hakkı ile gelen bireyler ile randevu saati belirlenerek gelen bireylerin arasında farklı bir yasal düzenleme olmaması ile iki grup arasındaki seçimin etik açıdan değerlendirilmesi sağlık profesyonellerini zor durumda bırakarak çelişki yaratabileceği ve sağlık profesyonellerini çıkmaza sokacağını düşündürmektedir. Öncelik sırası belirlenirken; randevu saatleri belirlenmiş olarak gelen bireyler ile öncelik hakkı ile gelen bireylerin arasındaki seçimin çelişki yaratmadan sağlık profesyonellerine gereksiz yük bindirmemesi adına öncelik sırası ile ilgili kurumsal düzenlemeleri yapabilecek nitelikte ve sorumlulukta yetkin personellerin görevlendirilmesi gerekmektedir ve bu HHY'nin de bir gerekliliğidir.

Öncelik hakkı olan hasta bireylerin öncelikli olarak sağlık hizmeti alamamasının nedenleri değerlendirildiğinde; katılımcıların büyük çoğunluğu öncelik hakkı alamama nedeninin hasta bireyin öncelikli olduğunu bilmemesi ve böyle bir talebinin olmaması, ikinci sırada ise kurumda öncelik sıralamasını yapacak personelin olmaması olarak belirtmişlerdir. Kurumda öncelik sırası ile ilgili bilgilendirmeye ait düzenlemelerin olmaması ile ilişkilendirenlerin oranı (%35,4) ise

düşüktür (Tablo 4.2.1.3.2). Katılımcıların değerlendirmeleri sonucu öncelik hakkı olan hasta bireylerin öncelik hakkı olduğunu bilmeyerek böyle bir talebinin olmaması oranının %50'nin üzerinde olması hasta ve/veya sağlıklı bireylerin haklarını yeteri kadar bilmediklerini dolayısıyla HHY'nin hasta ve/veya sağlıklı bireylere gerektiği kadar ulaşmadığını, kurumsal anlamda gerekli desteğin sağlanmadığını düşündürmektedir. HHY'nin bir gereği olarak kurumda öncelik sıralamasını yapacak personelin olmaması oranının ise %35 olarak değerlendirilmesi gerekli kurumsal düzenlemelerin yeteri kadar yapılmadığını ya da finanse edilemediğini göstermektedir.

Öncelik hakkı olan hastaların öncelikli olarak sağlık hizmeti alamadığında karşılaşılabilecek durumlar arasında (Tablo 4.2.1.3.3) katılımcılar; ilk sırada öncelik hakkı olan hasta için fiziksel ve ruhsal yorgunluğa neden olacağını ifade etmektedir. Hastalar arasında öncelik sırasının belirlenmesi ile ilgili yasal mevzuatın uygulanmamış olacağını (%41) ve “*hastanın, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini istemek hakkı*” (%44,6) ihlaline neden olacağını düşünenlerin oranı %50'nin altındadır. Verilen cevaplar incelendiğinde maddeler arası yapılan analize göre oranın %50'nin üzerinde ve oranın yüksek olması beklenmektedir ($p<0.001$). Oranın %50'nin altında olması katılımcı hekimlerin HHY'nin öncelik sırasının belirlenmesini isteme ile ilgili maddesinin içeriğini yeteri kadar bilmediklerini düşündürmektedir.

Öncelik hakkı olan hastaların öncelikli olarak sağlık hizmeti alamadığında karşılaşılabilecek hekim ihlalleri arasında en yüksek oranda katılım “*baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı*”nın ihlal edildiği yönündedir. Bunu sırasıyla “*hekimin kendi yaşamını ve güvenliğini tehlikeye atmama hakkı*”nın, “*hekimin sağlığını koruma ve mesleki risklerden korunma hakkı*”nın ve “*hekimin hastasına yeterli zamanı ayırma hakkı*”nın ihlali izlemektedir (Tablo 4.2.1.3.4). Sağlık hizmeti sunan kurumların sorumluluğunda olan gerekli düzenlemelerin gerektiği kadar mevcut uygulamaya geçirilemediği noktada öncelik hakkı olan hastaların öncelikli olarak sağlık hizmeti alamadığı durumları ortaya çıkararak mevcut uygulamada müracaat edilen kurumda hastanın öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini isteme hakkı ihlaline ve katılımcı

hekimlerin değerlendirmeleri sonucu ortaya çıkan oranlar ile hekim hakkı ihlallerine neden olduğu görülmektedir.

Hasta bireylerin doğru etkin ve yüksek düzeyde yararı için HHY'nin usul ve esasları HHU Yönergesi (2005) ile tüm kurumlarda etkin olarak uygulamaya geçirilmesi planlanmıştır. Ancak araştırmamız bize HHY'nin usul ve esaslarının etkin olarak yeterli düzeyde uygulamadığını göstermektedir. Sağlık Bakanlığı ve kurumsal yönetimin gerekli düzenlemeleri yaparak uygulamaya geçirebilmesi uygulamada yaşanan sıkıntıların önüne geçmek adına oldukça önemli olacaktır.

5.1.2.4. Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım

Tıp alanının önemli özelliklerinden biri bilim ve teknolojik gelişmelere paralel olarak, sürekli gelişim göstermesidir. Gelişen bilimsel tekniklerle hastalığın teşhisi ve tedavisinde hızlı ve net sonuçlar alınabilmektedir (Hakeri, 2011a). Alanın uzmanları olan hekimlerin, doğru bilgi sağlamak, uzmanlık alanlarında yetkin olmak ve bilgi ile becerileri yetersiz olduğunda başkalarına danışmak gibi önemli görevleri vardır (Atıcı, 2007b). Hekimin görev ve sorumluluklarını en iyi Şekilde yerine getirebilmesi ve hastasının en iyi yararına doğru, etkin tedavi yöntemlerini kullanabilmesi için tıp alanındaki yeniliklere uyum sağlayabilmesi önemlidir. Hekim, uzmanlık alanı ile ilgili yenilikleri takip ederek öğrenmek ve uygulamaya geçirmek zorundadır. Tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım için gerekliliklerin sağlanamaması durumunda hekimin bilgisizliği sebebi ile hasta birey için zarar oluştuğunda hekim sorumlu olmaktadır. Gelişen yeni süreçleri takip edemediğini ve bilmediğini ileri sürerek sorumluluktan kurtulamaz (Ayan,1991). Tıp uygulamalarında bilimsel bilginin doğru ve hasta bireyin gereksinimleri doğrultusunda yeterli lde kullanılması tıp uygulamalarının etkinliğini önemli lde arttıracaktır (Atıcı, 2007a).

Hasta haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (Ana Sözleşmesi) Temel Doküman'ın 2. bölümünde Kalite Standartları Hakkı (Madde 8) ve Yenilik Hakkı (Madde 10) başlıklarında bireylerin sağlık hizmeti sunum süreçlerinde tüm tıbbi gelişmelerden en st düzeyde ve kalitede yararlanma hakkı olduğu belirtilmiştir (Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (ANA SMZLEŞMESİ) Temel Döküman, 2002).

TTB HMEK madde 5 ile “*Hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. Meslek uygulaması sırasında insan onurunu gözetmesi de, hekimin öncelikli ödevidir. Hekim, bu yükümlülüklerini yerine getirebilmek için, gelişmeleri yakından izler*” ifadeleri ile hekimin hizmet sunma yükümlülüğünü yeterli düzeyde yerine getirebilmesinin bilimsel gerekliliklere uygun tıbbi değerlendirme ve uygulamalarının bir gereği olduğu ve bilimsel gelişmelere yeteri kadar ulaşabilmesinin önemi vurgulanmıştır.

Sağlık hizmeti sunum sürecinde bireylerin sağlık hizmeti sunan kurumlara başvurularında modern tıbbın gereklerine uygun tüm teşhis, tedavi, tıbbi uygulamaları doğru ve etkin alma hakkı mevcuttur. Tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım hakkı; HHY’nin 11. maddesinde; “*Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir. Tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldattıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz*” ifade edilerek tanımlanmıştır (HHY, 2019).

Çalışmamızın sonuçlarına göre, tıbbi bilgi ve teknolojik gelişmeleri takip edebilen hekimlerin (%15,2) ve kurumsal yönetim planlamaları içerisinde bilimsel gelişmelere katkı sağlayabilecekleri gelişmeleri takip edebilmelerini sağlayacak etkinliklere (seminer, kongre, hizmet içi eğitim vb.) katılımlarının desteklendiğini ifade eden (%28) hekimlerin oranları oldukça düşüktür. Hastaların; bilimsel bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhis edilebilmesi ve gerekli olan tıbbi müdahalenin yapılabilmesi için kurumda olması gereken tıbbi malzemelerin bulunduğunu ifade edenlerin oranı (%21,9) %50’nin altında ancak kısmen bulunduğunu ifade edenlerin oranı (%60,0) % 50’nin üzerindedir (Tablo 4.2.1.4.1).

Hekimlerin bilimsel gelişmelere katkı ve/veya takip etmelerini sağlayacak bilimsel etkinliklere katılımlarının desteklenmemesinin nedenleri incelendiğinde; ilk sırada iş yoğunluğu, ikinci sırada gerekli finansmanın sağlanamaması gelmektedir. Bilimsel bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhis ve tıbbi müdahale için kurumda gerekli olan tıbbi malzemenin bulunmamasının nedenlerini katılımcılar sırasıyla; tıbbi malzeme için ayrılan finansmanın yetersiz olması, tıbbi malzeme taleplerinin karşılanmaması, mevcut tıbbi malzemelerin kaliteli, istenilen özellikte

olmaması ve mevcut tıbbi malzemenin kullanılamaz, kalibrasyonunun yapılmamış olması ile ilişkilendirmiştir (Tablo 4.2.1.4.2). Uzmanlık alanı içerisinde kullanılan ve hasta birey için büyük öneme sahip tüm cihaz ve gerekli malzemelerin etkin kullanılabilmesi için eğitimlerinin yeterli düzeyde planlanması ve gerekli tüm malzemelerin düzenli aralıklarla kontrollerinin yapılarak kalibrasyonlarının sağlanması doğru ve etkin tedavi yöntemleri için önemlidir (Hakeri, 2011a).

Bilimsel bilgi ve teknolojinin takip edilemediği ve yeteri kadar kullanılmadığında karşılaşılan durumlar olarak hekimler; sırasıyla hekimin değişen dünyada yeni gelişmeleri takip edebilmesinin sınırlandırılmış olacağını, hasta için en uygun tedaviyi belirlemesinin ve uygulayabilmesinin engellenmiş olacağını ifade etmektedir. Ancak “*hastanın tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım hakkı*”nın ihlal edildiğini düşünenlerin oranı (%35,4) %50’nin oldukça altındadır. Verilen cevaplar ve oranlar ile “*hastaların tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım hakkı*”nın ihlal edildiğini düşünenlerin oranı arasında yapılan maddeler arası analize göre bu oranın % 50’nin üzerinde ve yüksek olması beklenmektedir ($p<0.001$). Oranın %50’nin altında olması hekimlerin HHY’nin tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım ile ilgili maddesinin içeriğini yeterli düzeyde bilmediklerini düşündürmektedir (Tablo 4.2.1.4.3).

Bilimsel bilgi ve teknolojinin takip edilemediği ve yeteri kadar kullanılmaması durumunda beklenen hekim hakkı ihlalleri içerisinde en yüksek oranda katılımın “*hekimin çağdaş bilimsel tıp olanaklarından yararlanma ve uygulama hakkı*” (%64) olduğu bunu “*hekimin nitelikli bir eğitim görme ve yaşam boyu öğrenme için bilimsel gelişmeleri takip etme hakkı*” (%59,4), “*kaliteli hizmet sunumu için gerekli destek ve kaynak sağlanmasını isteme hakkı*” (%50,3) ve “*hekim-hasta ilişkisi olumsuz etkilenebileceğinden güvenilme hakkı*” (%44) ihlallerinin takip ettiği saptanmıştır (Tablo 4.2.1.4.4).

Sağlık hizmeti sunan kurumların sorumluluğunda olan gerekli düzenlemelerin gerektiği kadar mevcut uygulamaya geçirilemediği noktada müracaat edilen kurumda hastanın tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım hakkı ihlaline ve katılımcı hekimlerin değerlendirmeleri sonucu ortaya çıkan oranlar ile hekim hakkı ihlallerine neden olduğu görülmektedir (Tablo; 4.2.1.4.3; Tablo 4.2.1.4.4).

5.1.2.5. Tıbbi Özen Gösterilmesi

HHY'nin 14. maddesinde; *“Personel, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur”* ifadesi ile hekimin tıbbi özen yükümlülüğüne değinilmiştir (HHY, 2019). Yine TDN 1. Bölüm 2. maddesinde *“Tabip ve dış tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir. Tabip ve dış tabibi; hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlaki düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevkii ve siyasi kanaati ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda azami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir”* hükmü ile özen yükümlülüğü ifade edilmiştir (TDN, 1. Bölüm; Madde 2)

Hekimlerin görevleri dolayısıyla yapmak zorunda oldukları eylemler hekimlerin yükümlülüklerini içerir. Hekimlerin hukuki sorumluluğu kapsamında özen gösterme yükümlülüğünü yerine getirebilmesi için; doğru tanıyı koyması, doğru ve etkin tedaviyi uygulaması, sağlıklı/hasta bireyi özenle takip ederek uygulamaların her aşamamasında bilgi vermesi, süreci doğru sonlandırması gerekmektedir. Hekim etik ilkelere bağlı kalarak genel kabul görmüş güncel tıp uygulamalarına ve standartlarına uygun hareket etmeyle yükümlüdür. Özen yükümlülüğü subjektif ve objektif özen kavramıyla ifade edilmektedir (Gökcan, 2017).

5.1.2.5.1. Genel Olarak (Subjektif) Özen Yükümlülüğü

Hekim sağlık hizmeti sunum süreçlerinde, TTB HMEK'nın 7. maddesi gereğince tüm tıbbi değerlendirme ve uygulamalarında tarafsız bir şekilde özenli davranmakla yükümlüdür. Bu süreçler tıbbi değerlendirme, teşhis, uygulama ve tüm tıbbi girişimleri içermektedir (Gökcan, 2017).

Özen yükümlülüğü, Türk Borçlar Kanunu'nun Vekilin Borçları bölümünde *“şahsen ifa, sadakat ve özen gösterme”* alt başlığı altında madde 506 ile *“vekil üstlendiği iş ve hizmetleri, vekâlet verenin haklı menfaatlerini gözetererek, sadakat ve özenle yürütmekle yükümlüdür”* ile belirtilmiştir. Bu kapsamda müvekkil olan hasta ve/veya sağlıklı birey, vekil olan hekimden mevcut durumuna yönelik gerekli sadakat ve özenin gösterilmesini bekleme hakkına sahiptir (Hakeri, 2012c).

Çalışmamızda tıbbi değerlendirme ve uygulama süreçlerinde hekimlerin genel olarak özen yükümlülüğü ile ilişkili mevcut durum değerlendirildiğinde; hastalarının tıbbi değerlendirmeleri sırasında özen göstermeleri gereken durumlar içerisinde teşhis için gerekli olan tetkikleri isteyebildiğini ifade eden katılımcıların oranı yaklaşık yarı yarıyadır. Katılımcıların; hasta bireyin şikayetlerini yeteri kadar dinleyebildiklerini, yeni tedavi yöntemi planlanan hasta için en az riskli olanı seçmeye özen gösterebildiklerini, hastanın doğru ve etkin olarak anamnezini alabildiklerini, fizik muayenesini özenle tamamlayabildiklerini ve hastanın tedavilerinin uygulanması sürecinin her aşamasında özenli davranarak takibini yapabildiklerini ifade edenlerin oranı ise %50'nin altında ve oldukça düşüktür (Tablo 4.2.1.5.1.1). Bu durumun öncelikli nedeni olarak hastaların tıbbi değerlendirmeleri için kendilerine ayrılan sürenin yetersiz olmasıdır. Diğer bir neden, baskı altında kalarak mesleğini icra etmek durumudur. Bununla birlikte kurumsal yönetim planlamalarını, hekimin özerkliğinin kısıtlanmasını, hekimin çağdaş bilimsel tıp olanaklarından yararlanabilmesi ve uygulayabilmesinin sınırlandırılmış olmasını, kurumsal yönetimin gerekli finansmanı sağlayamamasını özen yükümlülüğünün yerine getirilememesinin nedenleri olarak ifade edilme oranları oldukça düşüktür (Tablo 4.2.1.5.1.2). Bu sonuçlar hekimlerin, hastaya zaman ayıramamanın kurumsal planlamalar ile ilişkisini ve hekimin özerkliğinde kısıtlılığa neden olduğunu yeterli düzeyde farkında olmadıkları şeklinde yorumlanabilir.

Hekimlerin tıbbi değerlendirme sürecinde hastalara gereken özeni gösteremediklerinde karşılaşılan durumlar arasında hekimin hastası için gerekli zamanı ayıramamış olması, hastanın sağlığının olumsuz etkilenmesi, hekimin gerekli olan doğru tanıyı koyması ve planlamış olduğu en uygun tedaviyi uygulamasının engellenerek hatalı tanı ve tedavi uygulamalarına neden olabileceği, hastanın zarar görme riski oluşabileceği ve hasta-hekim ilişkisinde ajitasyona neden olabileceği maddelerine katılım oranı %50'nin üzerindedir. Hasta birey için hekimin sağlayabileceği en büyük yarar sağlanamayarak hekimin özen gösterme yükümlülüğünü yerine getiremeyeceğini, hasta bireyin çağdaş bilimsel tıp olanaklarından yararlanamayacağını, "*hastanın tıbbi tanı ve tedavi uygulamalarında tıbbi özen gösterilme hakkı*"nın ihlal edildiğini (%33,1) ve kurumsal etkinlik ve verimlilik değerlerinin olumsuz etkileneceğini düşünenlerin oranı (%29,1) ise

%50'nin altındadır ve oranlar oldukça düşüktür (Tablo 4.2.1.5.1.3). Özen yükümlülüğünün yerine getirilememesinin sonuçları incelendiğinde verilen cevaplar ve oranlar ile “*hastanın tıbbi tanı ve tedavi uygulamalarında tıbbi özen gösterilme hakkı*”nın ihlal edildiğini düşünenlerin oranı arasında yapılan maddeler arası analize göre oranın % 50'nin üzerinde ve yüksek olması beklenmektedir ($p<0.001$). Oranın %50'nin altında olması hekimlerin HHY'nin tıbbi özenin gösterilmesi ile ilgili maddesinin içeriğini yeterli düzeyde bilmediklerini düşündürmektedir.

Hekimin; hasta ve/veya sağlıklı bireyi değerlendirebilmesi için ayrılan sürenin kısalığı, çalışma saatleri içerisinde değerlendirdiği hasta birey sayısının değerlendirebileceği kapasiteden fazla olması, özerkliğinin zedelenmesi, sağlığının olumsuz etkilenmesi çeşitli sebeplerle iş yükünün artması gibi nedenlerle olumsuz çalışma koşulları içerisinde görevini ifa etmek durumunda olduğu katılımcıların değerlendirmeleri sonucu görülmüştür. Ayrıca hekimin süre ve sayı baskısı altında özerkliği zedelenerek görevini yürütmek durumunda olması, yeterli düzeyde nitelik ve nicelikte sağlık hizmet sunumunu olumsuz etkileyerek hatalı tanı ve tedavi uygulamalarına neden olduğu görülmektedir.

Bursa Uludağ Üniversitesinde yürütülen bir araştırmada katılımcıların 5'te 1'i gün içerisinde değerlendirilmesi gereken hasta birey sayısının çokluğu ve sağlık profesyonelleri sayısının yetersizliğinden oluşan olumsuz çalışma koşullarının tıbbi değerlendirme ve uygulama hatalarının oluşumunda neden olarak gösterilmiştir (Civaner ve ark., 2011). Değerlendirilmesi gereken hasta birey sayısının arttırılmasına yönelik uygulanan kurumsal düzenlemeler hekimin özerkliğini zedeleyerek çalışma sürelerinin uzaması ile birlikte hekimin ruhsal ve fiziksel yorgunluğuna neden olup tıbbi değerlendirme ve uygulama hataları riskini arttırmaktadır (Kart, 2013). Hasta birey için en iyi yarar yerine hasta bireyin memnuniyeti üzerinde durularak kurumsal yönetim planlamalarının biçimlendirilmesi sebebi ile gündemde olan uzun çalışma süreleri hekimlerin tıbbi değerlendirme ve uygulama hata olasılığını arttırdığı gözlenmektedir (Ersoy, 2014).

Yapılan çalışmalarda dikkatli ve özenli davranarak zamanında, etkin, güvenilir bir değerlendirme yapılamama, gerekliliği durumunda konsültasyon sürecinin zamanında tamamlanamaması (Türkan ve Tuğcu, 2004), etkin ve doğru olmayan tedavi uygulamaları (Can ve ark., 2011) tıbbi değerlendirme ve uygulama hataları arasında ilk sırada olduğu görülmektedir (Karpuz, 2015). Tıbbi uygulama hatalarının nedenleri ile ilgili yapılan araştırmalarda gün içerisinde hekimlerin değerlendirdikleri hasta birey sayısının fazla olması nedenler arasında 3. sırada yer alırken (Yıldırım ve ark., 2009; Teke ve ark., 2007), çocuk cerrahlarına uygulanan bir anket çalışmasında ise ilk sırada yer almaktadır (Arıkan ve ark., 2017). 2019 yılında yapılan bir çalışmada ise hasta bireyin değerlendirilebilmesi için ayrılan sürenin az olması tıbbi uygulama hataları arasında %95,1 oranı ile ikinci sırada yer almaktadır. Hekimin değerlendirebileceği hasta sayısından fazla hastayı değerlendirmek durumunda olmasının hata yapma olasılığını arttırdığı belirtilerek hekimin çalışma koşullarının önemi vurgulanmıştır (Arslan, 2019).

Hekimin, olumsuz çalışma koşullarında görevini yürütmek durumunda olması ile bireyin sağlığı için olası risk oluşturabilecek durumlarda tıp etiği açısından hekimin hizmet sunma yükümlülüğünün olup olmadığı ile ilgili çalışmalar mevcuttur (Civaner, 2013a). Hekimin mevcut uygulamalarda hizmet sunmak durumunda olduğu gerçeği; olumsuz çalışma koşulları, hasta hakları ile gerekçelendirilerek acil durumlar dışında hekimin hizmet sunma yükümlülüğünün olmaması gerektiği yönünde argüman ileri sürülmüştür. Bu gibi durumlarda bireyin sağlığını risk oluşturmayacak nitelikte ve özellikle bir sağlık hizmeti sunumuna erişiminin sağlanması gerektiği hasta hakları gerekçesi ile temellendirilmiş olup sağlık hizmet sunumunun ruhsal ve fiziksel sağlığı yerinde olan bir hekim tarafından ve uygun koşullarda, zaman ve sürelerde sunulması gerekliliği vurgulanmıştır (Bulut, 2017; Kart, 2013). Sağlık profesyonellerinin uygun olmayan koşullarda sağlık hizmeti sunmayı reddedebilir mi? sorusu ile ilgili Ontario Hemşireleri Derneği; Lucy Smith'in davasında İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile gerekçelendirerek uygun ve güvenli olmayan çalışma koşullarında hizmet sunmayı bırakma haklarının olduğunu savunmuştur (Sibbald, 2003). Hekimin hizmet sunma yükümlülüğü kapsamında 2016 yılında Türk Toraks Derneği (TTD) tarafından yapılan bir çalışmada; göğüs hastalıkları polikliniklerinde bireye yeterli düzeyde nitelik ve nicelikte bir sağlık

hizmet sunumunun sağlanabilmesi, hasta bireyin etkin ve doğru değerlendirilmesi için ayrılması gereken ideal sürenin 20 dakika olması ve uygulamaya geçirilmesi gerektiği belirtilmiştir (TTD, 2016). Son dönemlerde yapılan kurumsal düzenlemeler ile birlikte performansa dayalı ödeme sisteminin uygulamaya konulması; hasta ve/veya sağlıklı bireylerin gereksinimlerine uygun yeterli düzeyde nitelik ve nicelikte sağlık hizmeti sunumuna erişimini engellediği görülmektedir. Hekimin performansa dayalı ödeme sisteminde hizmet sunma yükümlülüğünün olduğuna dair sağlam bir gerekçe olmaması ile toplumsal sözleşme ve hasta hakları gerekçelerine bağlı olarak yükümlülüğün ortadan kalktığı belirtilmiştir (Civaner, 2007; Bulut, 2017). Sağlık profesyonelleri içerisinde hekimlerin haftalık çalışma sürelerinin nöbetler de içinde olmak koşulu ile en çok 48 saat olması gerektiği Avrupa Birliği Mahkemesi'nin 03.10.2000 tarihli SİMAP, 09.09.2003 tarihli JAGLER ve 11.01.2007 tarihli VOREL kararlarında vurgulanmıştır (TTB, 2013b).

Çalışmamızın sonuçlarına göre hekimler; hasta bireyin sağlığının olumsuz etkilenecek hastanın zarar görme riski oluşabileceğini %50'nin üzerinde katılım göstermişlerdir. Tıp bilimi için oldukça önemli kabul edilen Hipokrat'ın hekimlik yemininde de yer alan bireye tıp uygulamalarında önce zarar verme ilkesi "*primum non nocere*" hekimler için bir yükümlülük oluşturmaktadır (Çınarlı, 2013). Hekimlerin özen yükümlülüğünü yerine getirilebilmesi hastanın zarar görmemesi adına oldukça önemli olup hasta-hekim ilişkisini de olumlu etkilemektedir. Olumsuz etkilenen ilişki düzeyi bireylerin tedaviye uyum sürecini de olumsuz etkileyerek tedavi başarısını düşürmektedir. Tıp uygulamalarının temel dayanağını oluşturan hasta-hekim ilişkisinin sağlıklı bir şekilde kurulması doğru teşhis ile etkin ve doğru tedavi yöntemlerini, tedavi uygulamalarına uyum süreci ile olumlu sonuç alınma olasılığını artırmakta, bireylerin sağlık hizmeti sunumu memnuniyetini arttırarak kurumsal etkinlik ve verimlilik değerleri üzerinde de olumlu rolü bulunmaktadır (Atıcı, 2007b; Desmond ve Copeland, 2010). Hasta hekim ilişkisinin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi hem hasta hem de hekim için ruhsal ve fiziksel yorgunluğu ortadan kaldırıp stressiz ve hızlı iş akış süreçleri ile güvenli bir ortam oluşmasını sağlayarak şiddet ve benzeri eğilimlere sebep olabilecek nedenleri ortadan kaldırır. Hekimin tıp biliminin kabul edilen bilgi, beceri ve yeterlilik düzeyi yüksek olsa da yetersiz ve olumsuz hasta-hekim ilişkisi hastanın güvensizliğine neden olup tedaviye

uyum sağlamasını etkileyerek daha fazla tetkik ve ileri tetkiklerin yapılmasına neden olabilmekte ve farklı hekime başvuru oranlarını yükseltmektedir. Makro düzeyde bireyler için kaynak ve finansman kullanımını olumsuz etkilemektedir (Bol ve ark., 2013).

Son zamanlarda yapılan kurumsal düzenlemeler ile birlikte hekimlerin; hasta ve/veya sağlıklı bireyi değerlendirilmesi için ayrılan sürenin kısalığı, çalışma saatleri içerisinde değerlendirdiği hasta birey sayısının değerlendirebileceği kapasiteden fazla olması, çeşitli sebeplerle iş yükünün artması sebepleri ile hasta-hekim ilişkisinde yaşanan olumsuz değerişim, hasta birey ve/veya yakınlarının hekimler üzerinde ki güven kaybı oluşumu, sağlık hizmet sunumunda yaşanan sorunların sorumlusunun hekimler olarak görülmesi ve/veya gösterilmesi, sağlık hizmet sunumundaki iş ve işlemlerin hizmet alımı ile yürütölmeye çalışılması, sağlık profesyonellerinin, hasta ve/veya sağlıklı bireyin, hasta bireyin yakınlarının eğitim düzeyi şiddeti oluşturan önemli nedenler arasındadır (Elbek ve ark., 2012; Teke ve ark., 2007; Yıldırım, 2013). Tıbbi değerlendirme ve uygulama sayılarındaki artış, tıbbi değerlendirme sürelerinin yetersizliği, teşhis için istenilen tetkik düzeyi, kalabalık ve gürültölü alanlar, bekleme sürelerindeki artış, sağlık profesyoneli yetersizliği, karşılıklı etkin olmayan iletişimler şiddet oluşumunda ki etkenlerdir (Özcan ve Bilgin, 2011). Şiddeti oluşumuna sebep olan etmenlere yönelik yapılan çalışmaların sonuçları Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte son dönemlerde yapılan kurumsal düzenlemeler ile arttığı yönündedir (Elbek ve ark., 2012; Ogan, 2009).

Hasta ve/veya sağlıklı bireyin değerlendirebilmesi için gerekli gördüğu tetkiklere sınırlama getirilmesi sonucu gerekliliklerin tam olarak sağlanamaması ile hekimin özerkliğini kullanamaması, bireylerin sağlık hizmeti sunumu memnuniyetini azaltarak şikayet sürecini arttırması gibi sorun alanları; sağlık profesyonelleri içerisindeki hekimlerin tükenmişlik sendromu nedenleri içerisinde olduğu vurgulanmıştır (Adaş, 2013; Ağalar, 2012; Bulut, 2017).

TTD'nin 2011 yılında asistan hekimlere yönelik yayınladığı İş Gücü Anketi sonuç raporlarında; asistan hekim sayısının yetersizliği vurgulanarak, hekimlerin %38'i gün içerisinde 31-55 hasta bireyi, %19'u ise 56-70 hasta bireyi değerlendirdiklerini ve %61'i değerlendirilen hasta birey sayısı ile orantılı olarak iş yükünün artması sebebi ile tükenmişlik sendromu yaşadıklarını ifade etmişlerdir (TTD, 2011).

Yaşanan tükenmişlik sendromunun sağlık hizmeti sunumu üzerindeki etkileri değerlendirildiğinde hekimin motivasyonu ve iş performansı azalarak dikkat ve özen yükümlülüğünü gerektiği kadar yerine getirememesi nedeni ile tıbbi değerlendirme ve uygulama hatalarının arttırdığı, hasta birey için ise hasta hakları ile gerekçelendirilen adalet ve hakkaniyet ilkeleri gereği hakkı olan kaliteli hizmet sunumunu alamadığı için bireyin memnuniyet seviyesindeki düşüşle birlikte kurumsal etkinlik ve verimlilik değerlerini de olumsuz etkilediği görülmektedir (Goodman ve Berlinerblau, 2018). Tükenmişlik sendromu incelendiğinde tıbbi değerlendirme ve uygulama hatalarının bir sebebi olması ile karşılıklı hasta birey ve hekim açısından sürecin değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Marakoğlu ve ark., 2013). Zaman yetersizliği ve gerekli düzenlemelerin kurumsal anlamda yeterli olmaması hasta bireyin gereksiniminin yeterli düzeyde karşılanamamasına ve hekimin dikkat ve özen yükümlülüğünün yerine getirememesine, hekimin gün içerisinde fazla çalışma sürelerine, uyku yoksunluğuna, sağlıksız iş süreçlerine, özel alanlarının azalmasına, iş-yaşam dengesizliği ile sosyo-kültürel yaşam şeklinin olumsuz etkilemesine, kronik strese ve tükenmişlik sendromuna dönüştüğü gözlenmektedir. Bu bağlamda hekimlerin alternatif kariyer planlamalarını ya da emeklilik planlarını düşündüğü söylenebilir (Goodman ve Berlinerblau, 2018).

Sağlık profesyonelleri içerisinde hekimler üzerinde yapılan çalışmalarda son dönemlerde yapılan kurumsal düzenlemeler içerisinde performansa dayalı ödeme sistemine getirilen eleştiriler içerisinde hastaların değerlendirilmesi için ayrılan sürenin kısılması, iş yükünün artması, sağlık hizmet sunumunun nitelik ve nicelik olarak olumsuz etkilenmesi, hastaların gereksinimine uygun nitelik ve nicelikte hizmet sunumunun sağlanamaması ve tıbbi değerlendirme ve uygulama hatalarının artması yer almaktadır (TTB, 2009d; Yüzden, 2013 Küçük ve ark., 2012; Yiğit, 2017).

Çalışmamızın sonuçlarına göre, tıbbi değerlendirme ve uygulama süreçlerinde hastaya yeterli zaman ayrılmaması ve genel olarak özen yükümlülüğünün yerine getirilememesinin yol açtığı hekim hakkı ihlalleri içerisinde en yüksek oranda katılım *“hekimin hastasına yeterli zamanı ayırma hakkı”*’nın ihlalidir. Oranın yüksek olması kurumsal planlamaların TUY’ye ve HHY’ye uygun düzeyde olmadığını düşündürmektedir. Hekimin hasta bireyi değerlendirebilmesi için yeterli zamanı ayıramamış olması; hasta ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiyi almasını ve yeterli düzeyde muayene etmesini etkilemektedir. Bu bağlamda katılımcılar ikinci sırada *“hekimin hasta ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiyi alma ve muayene etme hakkı”*’nın ihlaline neden olduğunu düşünmektedir. Tıbbi değerlendirme için yeterli düzeyde zaman olmadığı durumda hastanın sorumluluğunda olan HHY 8. Bölüm *“Hastanın Uyması Gereken Kurallar”* bölümünde tanımlanan hastanın hekimini yeterli düzeyde bilgilendirmenin de yapılabilmesi sağlanamayacaktır (HHY Madde 42/A, 2019). Katılımcıların vermiş oldukları yanıtlardan üçüncü sırada *“hekimin hastasının en iyi yararına uygun tedaviyi belirleme ve uygulama hakkı”*’nin ihlal edildiği görülürken *“hekimin özerkliğinin korunması hakkı”* ihlali olduğunu düşünenlerin oranı ise %43,4’tür (Tablo 4.2.1.5.1.4). Hekimlerin hasta yararı adına özen gösterme kavramına yaklaştıkları ancak aynı oranda hekimin özerkliğinin korunması hakkı ile ilişkilendirmedikleri söylenebilir. Hekimin mesleğini serbestçe icra edebilmesi TDN madde 6 ve madde 16 ile belirtilmiştir. Amerika’da acil birimlerde çalışan hekimlerin haklarını korumaya yönelik yayınlanan yönetmelik ile hekimin özerkliği korunarak klinik kararlarında özerk olması ve tedaviyi uygulama hakkını sınırlandıran herhangi bir düzenleme olmaması gerektiği vurgulanmaktadır (American College of Emergency Physicians, 2001).

5.1.2.5.2. Tıbbi Standardı Sağlama (Objektif Özen) Yükümlülüğü

Hekim; tıbbi değerlendirme, tanı, tedavi, uygulama ve tüm tıbbi girişimlerde etik ilkelere bağlı kalarak tıp biliminin kabul edilen bilgi, beceri ve yeterlilik düzeyini göstermekle yükümlüdür. Bu bilgi, beceri, yeterlilik düzeyi aldığı eğitim ve kazanımlarının yeterliliğini kapsar. Elde edilen kazanımların tanınabilirliği ve geçerliliği açısından standart bir yeterlilik çerçevesine ihtiyaç duyulmuştur. Tıbbi

standartların sağlanması ise tıp bilimi ilke ve kurallara uygunluğunu belirleyerek oluşturulur. Hekim; bilgi, beceri ve yeterlilik düzeyi açısından gereken tıbbi standardı sağlayamıyorsa özen yükümlülüğünün gereği olarak görevden çekilmelidir. Bu bağlamda sağlık profesyonellerinin almış oldukları tıp bilimi ve etik eğitimlerinin eksikliği ve/veya minimum seviyede olması özen yetersizliği doğurabileceği için verilen eğitimlerin niteliği daha çok önem kazanmaktadır (Gökcan, 2017).

Küreselleşme, artan nüfus, kültürel çeşitlilik, sağlık turizmi, değişen sağlık gereksinimleri, hizmetin kapsamının değişmesi ve çeşitlenmesi nitelikli eleman ihtiyacını her geçen gün artırmaktadır. Sağlık alanındaki hızlı gelişmeler nedeni ile sağlık hizmeti sunan kurumlarda bilgi, beceri ve tutum donanımı yüksek olan tıp bilimi mezunlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Özellikle ülkemizde giderek artan hatalı tıbbi uygulama (tıbbi malpraktis) davaları da sağlık eğitiminin daha nitelikli olması gerektiğini göstermektedir. Gelişen, değişen ve giderek hasta profili açısından da karmaşıklaşan sağlık sistemine sağlıklı insan gücü yetiştiren eğitim kurumlarının; daha nitelikli, doğru karar veren, eleştirel düşünebilen, mesleki iletişim becerilerine sahip, sağlıklı/hasta bireye, aileye, topluma ve kendilerine zarar vermeyecek bir eğitim verme sorumluluğu taşımaları gerekmektedir.

Bu bağlamda çalışmamızda, tıbbi standardı sağlama yükümlülüğü kapsamında gereken tıbbi özenin gösterebilmede tıp bilimi ve tıp etiği/deontoloji eğitimi bilgi ve kazanımları ile kullanım becerisinin yeterliliği hekimlerin ifadeleri ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu tıp bilimi ve tıp etiği/deontoloji eğitimini, bilgi ve kazanımlarını yeterli olduğunu düşünenlerin oranı %50'nin altında ve düşüktür. Tıp uygulamaları içerisinde karşılaşılan etik çelişkileri fark edebilme, etik çelişkilerden doğan sorunları analiz edebilme ve çözüm bulabilme becerisinin yeterli olduğunu ifade edenlerin oranı ise benzerdir (Tablo 4.2.1.5.2.1). Bu yetersizliği gerektiren etkenler olarak öncelikle tıp eğitimleri sırasında almış oldukları tıp etiği ya da deontoloji eğitiminin yeterli düzeyde olmaması ve tıp etiği eğitiminin tıp bilimi içerisinde gerekli öneme sahip olmaması ifade edilmiştir. Katılımcılar aynı zamanda tıp bilimi içerisinde aldıkları eğitimi yetersiz bulmakta ve eğitimi verme yetkisine sahip kurumların uluslararası yeterliliğe sahip olmadığını düşünmektedir. Kurumsal düzeyde yapılan hizmet içi eğitimlerin doğru, etkin planlanma ve uygulamasının olmadığını gerekçe gösterenlerin oranı ise

3 sırada gelmektedir (Tablo 4.2.1.5.2.2). Ancak, Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği El Kitabı'nda hekimlerin hizmet sunma yükümlülükleri kapsamında “en iyi bilen olma özelliği” ile tıp biliminin kabul edilen bilgi, beceri ve yeterlilik düzeyinin tıp bilimindeki gelişmeler karşısında sürekli güncellenerek en üst düzeyde olması gerektiği (Williams, 2017) vurgusu ile eğitimin sadece yeterliliği değil sürekliliğinin de önemli olduğu görülmektedir.

TTB'nin uzman ve pratisyen hekimler üzerinde yapmış olduğu bir araştırma sonucunda son dönemlerdeki kurumsal düzenlemeler ile birlikte eğitim araştırma hastaneleri bünyesindeki hekimlerin beceri ve kazanımlarının artırılması için yürütölen faaliyetlerin azaldığı, teorik eğitim ve hasta birey üzerinde yapılan eğitim sürelerinin kısaldığı, güncellenen tıbbi bilimsel gelişmelere katılım oranının azaldığı gözlenmiştir. Ayrıca oluşun kurumsal algı gelir artırıcı faaliyet içermeyen eğitim ve araştırma çalışmalarının hasta bireyi değerlendirme zamanını etkilemesi sebebi ile mesai dışında özel zamana bırakılması yönünde olup hekimin gelişimi için bir engel oluşturmaktadır (Ataay, 2006; TTB, 2009d).

Hekimin tıbbi değerlendirme ve uygulamalar için bilgi, beceri ve yetkinlik düzeyinin en üst seviyede olması (Demirhan, 2012; Çetin, 2006; Ersoy, 2014), tıp alanının gereklilikleri ve yükümlülüklerine uygun hareket etmesi (Ersoy, 2014) gerekmekte olup tıbbi değerlendirme ve uygulama hatalarının en önemli nedeni hekimin güncellenen bilimsel gelişmeler ışığında eksikliği olduğu yönündedir (Yıldırım ve ark., 2009).

Çalışmamızın sonuçlarına göre; tıbbın insan haklarıyla ilgili sorunlu durumlarındaki standart yaklaşımı ile hekimlerin tıbbi gerekliliklere uygun tıbbi uygulamaları yapabilmeleri arasındaki ikilemler ve hasta-hekim ilişkisinden doğun çatışmalar tıbbi özen bağlamında hasta hakları uygulamaları sürecinde karşılaşılan etik sorunların nedenleri olarak ifade edilmektedir. Uygulamadaki mevcut haklarının geliştirilmesi gerekliliği ve Sağlık Bakanlığı'nın sağlık politikalarının belirlenmesiyle ilgili yaklaşımlarından kaynaklanan çelişkiler belirtilen diğer nedenlerdir (Tablo 4.2.1.5.2.3). Ancak bu maddelere katılım oranlarının %50'nin altında olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, katılımcı hekimlerin sahip olmaları gereken haklarının yeterince farkında olmadıkları ya da sağlık politikaları ve tıbbi özenin sağlanması arasındaki ilişkiyi kurmadıkları olarak yorumlanabilir. Eğitimi

yetersiz bulmakla birlikte etik çelişkiler ile karşılaştıklarında öncelikle almış oldukları tıp etiği/deontoloji eğitimi, bilgisi ve kazanımlarına başvurdukları görülmektedir. Bunu kendi çabaları doğrultusunda almış oldukları eğitimler ile etik bilgiye ulaşım sağlama izlemektedir. Her dört hekimden biri ise çözüm için yardıma ihtiyaç duyduğunu ifade etmiştir. İhtiyaç duyduğunda kurumda yardım alabileceği birim kişi ya da kişilerin bulunmadığını ifade edenlerin ve kurum içerisinde ihtiyaç halinde ulaşabilecek bir tıp etiği uzmanının olmasını talep edenlerin oranı düşüktür. (Tablo 4.2.1.5.2.4). Hekimlerin %10,3'ü ise karşılaştıkları etik çelişki ve sorunlar karşısında çözüm bulma ihtiyacı duymadığını ifade etmiştir. Bu bağlamda katılımcıların hasta hakları uygulamaları içerisinde karşılaştıkları etik çelişki ve sorunların çözümü noktasında mevcut yeterliliklerinin %50'nin altında olduğu ancak yardım talepleri karşısında kurumda gerekli desteği sağlayacak birim, kişi ya da kişilerin olması gerektiğinin ve bu kişi ya da kişilerin tıp etiği uzmanlarından oluşmasının gerektiğinin önemini yeterince farkında olmadıkları gibi %10 oranında da etik çelişki ve sorunların çözümü için bir kaygı taşımadıklarını düşündürmektedir.

Tıbbi özenin gösterilebilmesi için bilimsel tıbbi standartlar sağlanamadığında ortaya çıkabilecek olası sonuçlar arasında katılımcılar; en yüksek oranda hekimin bilgi, beceri, yetenek ve kazanımlarının tanınabilirliği ve geçerliliği açısından yeterlilik düzeyine ulaşamayacağını ifade etmektedir. Etik eğitimi ve kazanımlarının yeterli düzeyde olmaması ile hekimin etik çelişki ya da etik sorunları fark etme, analiz etme, çözüm bulma yeterliliğinin sağlanamayacağını, hastanın sağlığının olumsuz etkileneceğini, hekimin dikkat ve özen yükümlülüğünün yerine getirilemeyeceğini, tıp etiği disiplin alanının gereklerinin yerine getirilemeyeceğini düşünenlerin oranı %50'nin altında ve oranlar düşüktür. "*Hastanın tıbbi tanı ve tedavi uygulamalarında tıbbi özen gösterilmesi hakkı*"nın ihlal edildiğini düşünenlerin oranı (%22,9) ise yine %50'nin altında ve oldukça düşüktür. Verilen cevaplar ve oranlar ile katılımcıların; hastanın tıbbi tanı ve tedavi uygulamalarında tıbbi özen gösterilme hakkının ihlal edildiğini düşünenlerin oranı arasında yapılan maddeler arası analize göre beklenen oranın %50'nin üzerinde ve yüksek olması gerekmektedir ($p<0.001$). Oranın %50'nin altında olması hekimlerin, HHY'nin tıbbi özenin gösterilmesi ile ilgili maddesinin içeriğini yeterli düzeyde bilmediklerini ya da ilişki kurmadıklarını düşündürmektedir. Ancak, hekimlerin tıp eğitimine

başladıkları andan itibaren aldıkları tüm tıbbi eğitimler ile toplum içerisinde tıp alanı ile ilgili bilgi, beceri ve yetkinlik düzeylerinin üst seviyede olduğu, bu kapsamda olası mesleki riskleri bilerek kabul ettikleri varsayılarak (Ruderman ve ark., 2006) hekime hissedilen güvenin göstergesi olan tıp ile ilgili tüm konularda “en iyi bilen” olmaları sebebi ile hasta bireyin en mahrem sırlarını bilmelerine ve beden bütünlüğüne dokunmalarına izin verilmektedir (Williams, 2017).

Çalışmamızda; sağlık hizmeti sunan kurumların sorumluluğunda olan gerekli düzenlemelerin gerektiği kadar mevcut uygulamaya geçirilemediği noktada hekimlerin tıbbi standardı sağlama yükümlülüğünün yerine getirilmesinin sağlanamadığı durumları ortaya çıkararak mevcut uygulamada müracaat edilen kurumda hastanın tıbbi tanı ve tedavi uygulamalarında tıbbi özen gösterilme hakkı ihlaline ve katılımcı hekimlerin değerlendirmeleri sonucu ortaya çıkan oranlar ile hekim hakkı ihlallerine neden olduğu görülmektedir. Tıbbi özenin gösterilebilmesi için bilimsel tıbbi standartların sağlanamadığı durumların neden olduğu hekim hakkı ihlalleri içerisinde en yüksek oranda katılım “*baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı*”nın ihlalidir. İkinci sırada “*etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı*” ihlali olduğu ve katılım oranının %50’nin üzerinde olduğu görülmüştür. Katılımcılardan; “*nitelikli bir eğitim görme ve yaşam boyu öğrenme için bilimsel gelişmeleri takip etme hakkı*”nın, “*güvenilme hakkı*”nın, olumsuz etkilenen hasta-hekim ilişkisi nedeniyle “*saygılı davranılma ve onurunu koruma hakkı*”nın, “*kaliteli hizmet sunumu için gerekli destek ve kaynak sağlanmasını isteme hakkı*”nın, “*hekimin sağlığını koruma ve mesleki risklerden kaçınma hakkı*”nın ihlal edildiğini düşünenlerin oranları ise %50’nin altındadır (Tablo 4.2.1.5.2.6).

Yargıtay 13. Hukuk Dairesinin 11.11.2013 tarih ve E. 2013/16325, K. 2013/27889 sayılı, Yargıtay 13. Hukuk Dairesinin 5.3.2015 tarih, E. 2014/15528, K. 2015/6742 sayılı, Yargıtay 13. Hukuk Dairesinin 5.2.2016 tarih ve 2014/38807 sayılı, Yargıtay 13. Hukuk Dairesinin 10.10.2016 tarih ve E. 2015/10193, K. 2016/17866 sayılı kararları özen yükümlülüğü ile ilgilidir (Gökcan, 2017). Tıbbi özen yükümlülüğünün sağlanabilmesi kurumsal etkenlere bağlı olduğu görülmektedir ancak sağlanamadığı durumlarda hekime dava açılabilen hekimin sorumluluğu olarak düşünülmektedir.

5.1.3. Sağlık Durumu ile İlgili Bilgi Alma Hakkı

5.1.3.1. Bilgilendirmenin Kapsamı

HHY'nin 15. maddesinde “*Hastaya; hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği, tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, muhtemel komplikasyonları, reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri, kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri, gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği hususlarında bilgi verilir*” ifadeleri ile bilgilendirmenin kapsamı detaylandırılmıştır (HHY, 2019).

Tıp biliminin gerekleri ile sahip oldukları bilgi beceri ve kazanımları gereği, en iyi bilen olma özelliği doğrultusunda hekimlerin, hasta bireyin doğru değerlendirilerek doğru teşhisinin sağlanması, doğru tedavinin belirlenmesi, hasta birey ve yakınlarının doğru, etkin bilgilendirilerek aydınlatılmasının sağlanması ve doğru tıbbi girişimlerde bulunması gibi mesleki gereklilikleri yerine getirme yükümlülüğü hasta hakları ile gerçekleştirilmektedir (Civaner, 2007).

Çalışmamızın sonuçlarına göre, hastalarla görüşme süresi içerisinde bilgilendirmenin kapsamına yönelik gerçekleştirilenler değerlendirildiğinde; katılımcıların büyük çoğunluğu hastaların tıbbi durumu hakkında (tanı, hastalık nedeni, prognoz vb.) gerekli bilgileri verebildiklerini belirtmişlerdir. Ancak uygulanması planlanan tedavi hakkında bilgi verme oranları düşüktür. Tedavinin beklenen yararları, beklenen yan etkileri/riskleri hakkında, tedaviyi reddettiğinde ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskler hakkında bilgi verme oranları ise %50'nin altında ve düşüktür (Tablo 4.2.2.1.1). Doğru ve etkin tedavi uygulamalarının sağlanabilmesi için hasta bireyin; tedavinin beklenen yararları, olası sonuçları, beklenen yan etki ve riskleri hakkında bilgilendirilmesinin önemi büyüktür. Ayrıca tedavi sürecinde yapması ve dikkat etmesi gerekenler, kritik durumda kime ulaşacağı, girişimin nasıl ve kim tarafından yapılacağı da bilgilendirme kapsamında yer alması gerekenler arasındadır. Hasta bireyin tıbbi değerlendirme ve uygulamalarında doğru karar verme süreci hekim tarafından doğru ve etkin bilgilendirilerek sürece dahil edilmesi ile mümkün olmaktadır. Hekim tarafından

doğru ve etkin olarak hasta bireyin bilgilendirilmesinin sağlanamaması hastalığının takibi ve tıbbi uygulamalar için önem arz etmekte olup gerekliliği halinde hasta bireyin onayı koşulu ile yakınlarının sürece dahil edilmemesinin tıbbi hatalara neden olabileceği belirtilmektedir (Bol ve ark., 2013). Amerika Ortopedi Cerrahları Birliği (American Academy of Orthopaedic Surgeons, AAOS) hasta bireyin hastalığı ile ilgili planlanan tedavi süreçleri, tedavinin beklenen yararları, olası yan etkileri/riskleri ile ilgili doğru bilgilendirilmesi, sorularının doğru yanıtlanması, farklı tedavi seçenekleri hakkında bilgi verilmesi, yönlendirilerek eğitiminin sağlanabilmesi, tıbbi bakım karar ve süreçlerine dahil edilmesinin oldukça önemli olduğunu vurgulamaktadır (Huntington ve Kuhn, 2003). Yapılan araştırmalarda tıbbi değerlendirme ve uygulama sürecinde fizik muayene, tetkik, tıbbi girişim ve ilaç uygulamalarının hasta bireyleri memnun etmediği, memnuniyetin sağlanması için bireysel sağlıkları konusunda tüm değerlendirme ve uygulama sürecindeki yöntemler ile ilgili bilgi, fikir alışverişi yapılarak aydınlatılması önemli görölmektedir. Bu kapsamda vermiş olduğu karara saygı gösterilerek uygulanan tıbbi değerlendirme, tıbbi girişim ve tedaviler ile ancak olumlu sonuç alınarak tedaviye uyumunun sağlanacağı ve hasta memnuniyetinin arttırılacağı ifade edilmektedir (Desmond ve Copeland, 2010).

Bilgilendirmenin kapsamına yönelik çalışmalar, hekimlerin hasta bireylerin tıbbi uygulama ve tedavi yöntemleri ile süreçlerine ilişkin yeterli düzeyde bilgi aktarımının olmadığı yönündedir (Çiftçioğlu ve Ordun, 2010). Sağlık profesyonelleri ile ilgili ortaya çıkan şikayetlerin sağlık hizmeti sunum sürecinde bilgi aktarımının yeterli düzeyde olmaması ve hasta bireyin gereksinimine uygun yeterli bilgiye ulaşamaması ile ortaya çıktığı belirtilmektedir (Demirhan, 2010).

Çalışmamızda bilgilendirmenin kapsamına yönelik hastaların doğru ve etkin bilgilendirilememesinin nedenleri sorgulanmıştır. Bilgilendirme için gerekli sürenin yetersizliği en büyük etken olarak ifade edilmiştir. Baskı altında kalarak mesleğini icra etmek durumunda olma (etki, baskı, şiddet) ile kurumsal yönetim planlamalarının neden olarak belirtilmesi oranları %50'nin altında olup, düşüktür (Tablo 4.2.2.1.2). Bu oran katılımcı hekimlerin, bilgilendirmenin kapsamına yönelik mevcut durumu oluşturan nedenlerin ve ilk sırada değerlendirmiş oldukları süre yetersizliğinin kurumun sorumluluğunda olduğunu ve kurumsal planlamalar ile

düzeltilerebileceği konusunda yeterli düzeyde farkında olmadıklarını düşündürmektedir. Hekimlerin yeterli düzeyde farkındalıkları olmazsa sorunun kurumsal yönetim planlamaları ile çözümlenebileceğini bilmelerini de beklenemez. Bu gibi durumlar ile karşılaşan hasta ve/veya sağlıklı bireylerin farklı eğilimler (şiddet ve benzeri eğilimler) göstermelerinin önüne geçilmesi için hasta bireylerin bireysel sorumlulukları, hakları ve hizmet aldıkları sağlık hizmeti sunan kurumun sorumlulukları, hakları konusunda doğru bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.

2015 yılında hasta hakları ve “hasta hakları birimleri” ile ilgili bilgi düzeyleri ve faydalanma durumlarını değerlendirmek üzere Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü’nün tesisleri arasından İzmit Seka Devlet Hastanesi, İzmit Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kocaeli Devlet Hastanesi ve Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne başvuran 18 yaş üstü hasta ve yakınlarından oluşan 316 birey üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %64,4’ünün hasta haklarının “*sağlık durumuyla ilgili bilgi alma hakkı*” parametresini bildiğini, %38’inin ise bu haktan faydalandığını ifade ettiği görülmüştür. Gelir düzeyine göre yapılan analizde ise orta gelire sahip olan katılımcıların (%67) diğer gelir gruplarına göre daha yüksek bilgi düzeyinde olduğu saptanmıştır. Katılımcılardan 60 yaş üzeri olanların (%63,6) diğer yaş gruplarına göre, yüksek gelire sahip olan (%38,7) katılımcıların ise diğer gelir gruplarına göre daha fazla bu haktan yararlandıkları görülmüştür (Baydoğan ve Taylan, 2015).

Bilgilendirmenin yapılamadığı ya da yetersiz olduğu durumların neden olacağı sonuçlar olarak hastaların sağlığının olumsuz etkilenebileceği, hekimin hastasına yeterli zamanı ayıramayacağı, hasta bireyin zarar görme riskinin oluşacağı, hasta birey için en iyi yararın sağlanamayacağına katılım oranları %50’nin üzerindedir. Ancak “*hastanın sağlık durumu ile ilgili bilgilendirmenin kapsamına uygun bilgilendirme hakkı*”nın ihlal edildiğini düşünenlerin oranı (%33,7) %50’nin altında ve oldukça düşüktür (Tablo 4.2.2.1.3). Verilen cevaplar ve oranlar ile katılımcıların; “*hastanın sağlık durumu ile ilgili bilgilendirmenin kapsamına uygun bilgilendirme hakkı*”nın ihlal edildiğini düşünenlerin oranının maddeler arası yapılan analize göre %50’nin üzerinde ve oranın yüksek olması beklenmektedir ($p < 0.001$). Oranın %50’nin altında olması HHY’nin bilgilendirmenin kapsamı ile ilgili maddesinin içeriğini yeterli düzeyde bilmediklerini düşündürmektedir. Hekimin

yükümlülüğü olan bilgilendirmenin kapsamına uygun yapılamaması kurumsal yönetim planlamaları ile ilişkili olduğu görülmektedir. Hasta bireye ayrılan sürenin yetersizliğinin doğal sonucu olarak hasta bireyin yeterli düzeyde bilgilendirilmesinin sağlanamaması etkin ve doğru tedavi uygulamalarını olumsuz etkileyerek hasta bireyin sağlığının olumsuz etkileneceği, zarar görme riski oluşacağı, hasta birey için en iyi yararın sağlanamayacağı görülmüştür. Ayrıca bu durum hasta bireyin kurumsal memnuniyetsizliğine de neden olmaktadır.

Çalışmamızda, bilgilendirmenin kapsamına yönelik hasta bireylerin doğru, etkin bilgilendirilmesinin sağlanamamasının neden olacağı sonuçların ihlale edeceği hekim hakları “*hekimin hastasına yeterli zamanı ayırma hakkı*”nın, “*etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı*”dır. Katılımcıların; “*baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı*” ihlali olacağına katılım oranı ise %50’nin altındadır (Tablo 4.2.2.1.4). Sağlık hizmeti sunan kurumların sorumluluğunda olan gerekli düzenlemelerin gerektiği kadar mevcut uygulamaya geçirilemediği noktada hekimlerin bilgilendirmenin kapsamına yönelik hastaların doğru ve etkin bilgilendirilmesinin sağlanamadığı durumları ortaya çıkararak mevcut uygulamada müracaat edilen kurumda “*hastanın sağlık durumu ile ilgili bilgilendirmenin kapsamına uygun bilgilendirme hakkı*” ihlaline ve katılımcı hekimlerin değerlendirmeleri sonucu ortaya çıkan oranlar ile hekim hakkı ihlallerine neden olduğu görülmektedir.

5.1.3.2. Bilgi Vermenin Usulü

HHY’nin 18. maddesinde (Değişik: RG-8.5.2014-28994) “*Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir.*

Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubununun farklı olmasını zorunlu kılan durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir.

Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verilir.

Hasta, aynı şikayeti ile ilgili olarak bir başka hekimden de sağlık durumu hakkında ikinci bir görüş almayı talep edebilir.

Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılır.

Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılır.

Hastanın talebi halinde yapılacak işlemin bedeline ilişkin bilgiler sağlık hizmet sunucusunun ilgili birimleri tarafından verilir” ifadeleri ile bilgi vermenin usulü belirtilmiştir (HHY, 2019).

Çalışmamızın sonuçlarına göre; tıbbi değerlendirme ve uygulama süreçlerinde bilgi vermenin usulü ile ilgili uygulamada mevcut durum değerlendirildiğinde; katılımcıların yarısı hastaların bilgilendirilebilmesi için ortalama olarak 5 dk. süre ayırabildiklerini, %30,1'i ayırabildikleri sürenin ortalama 1 dk. olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların bilgilendirilebilmesi için ortalama olarak 10 dk. süre ayırabildiklerini (%16,7) ifade edenlerin oranı çok düşüktür. Katılımcıların çoğunluğu hastaların bilgilendirilebilmesi için ayırabildikleri sürenin yeterli olmadığını düşünmektedir (Tablo 4.2.2.2.1). Hasta bireyin bilgilendirilmesi için ayrılan sürenin yeterliliği; karşılıklı bilgi aktarımı sonucu sağlıklı iletişim kurularak gerekli olan bilgilerin edinilmesi ile hasta bireyin uygulanan değerlendirme, girişim ve tedaviye daha iyi yanıt vermesini ve hekim ile hasta arasında uyum oranını yükselmesini sağlayacaktır. Bu kapsamda hasta bireyin yeterli düzeyde nitelik ve nicelikte kaliteli sağlık hizmeti sunumunu alması sağlanarak açılan dava sayılarının da azaltılabileceği düşünülmektedir (Desmond ve Copeland, 2010).

Çalışmamızda hekimlerin hastalara ayrılabildikleri süre içerisinde bilgi vermenin usulüne uygunluğunu sağlayan eylemleri değerlendirilmiştir. Hastaların daha çok sözlü olarak bilgilendirildikleri, hastanın kendisinin bilgilendirildiğini ifade edenlerin oranı %50'nin biraz üzerindedir. Bununla birlikte bilgi vermenin usulünü oluşturan; hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde bilgi verme, tıbbi müdahale konusunda bilgilendirmenin sözlü olarak ve müdahaleyi

gerçekleştirecek olan sağlık meslek mensubu tarafından yapılması, hasta bireyin mahremiyetini koruyarak uygun ortamda bilgi vermenin mümkün olduğunu ifade edenlerin oranı %50'nin altındadır. Ancak her üç hekimden ikisi hastaya ayırabildiği süre içerisinde yapılması gerekenlerin birçoğunu etkin olarak yaptığını ifade etmiştir (Tablo 4.2.2.2.2). Bu veriler, hekimlerin usule uygunluğu tam olarak sağlayamadıklarını ancak yapabildiklerini de yeterli gördükleri şeklinde yorumlanabilir.

Hastanın bilgi almayı reddettiği durumlarda kimin ve/veya kimlerin bilgilendirileceği konusunda izlenilebilecek yollar değerlendirildiğinde; katılımcıların büyük çoğunluğu aile bireylerinden birine bilgi verdiklerini ifade ederken bunu sırasıyla hastanın talebi doğrultusunda yönlendirdiği kişiye bilgi verme, hasta istemiyorsa hiç kimseye bilgi vermemeye izlemektedir. Kime bilgi verileceği konusunda hastanın yazılı talebinin alması gerektiğini düşünenlerin oranı ise %22,9'dur (Tablo 4.2.2.2.3). Usule uygun bilgilendirme yapılamamasının nedenleri öncelikle hekimin hastasına yeterli zamanı ayıramaması ile ilişkili görülmüştür. Nedeni baskı altında kalarak mesleğini icra etmek durumunda kalınması ve kurumsal yönetim planlamaları olduğunu ifade edenlerin oranı %50'nin altındadır (Tablo 4.2.2.2.4). Usule uygun bilgilendirme yapılamamasının sonuçlarının öncelikle hasta üzerinde olumsuz olduğu ifade edilmiş ancak bu durumun "*hastanın; sağlık durumu ile ilgili bilgilendirilmesinin usulüne uygun bilgi verilmesi hakkı*"nın ihlaline neden olacağına katılım oranı (%38,3) düşük olmuştur (Tablo 4.2.2.2.5). Verilen cevaplar ve oranlar ile katılımcıların, hastanın sağlık durumu ile ilgili bilgilendirilmesinin usulüne uygun bilgi verilmesi hakkının ihlal edildiğini düşünenlerin oranı arasında yapılan maddeler arası analize göre beklenen oran %50'nin üzerinde ve yüksek olmalıdır ($p < 0.001$). Oranın %50'nin altında olması HHY'nin bilgi vermenin usulü ile ilgili maddesinin içeriğini yeterli düzeyde bilmediklerini düşündürmektedir.

Usule uygun bilgilendirme yapılamaması ile hekim hakları arasındaki ilişki sorgulandığında en yüksek oranda katılım bu durumun "*hekimin hastasına yeterli zamanı ayırma hakkı*"nı ve "*etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı*"nı ihlal ettiği yönündedir. Katılımcıların "*hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilendiğinde saygılı davranılma ve onurunu koruma hakkı*"nın, "*baskı altında kalmaksızın*

mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı”nın, “hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilendiğinde güvenilme hakkı”nın ihlal edildiğini düşünenlerin oranı ise %50’nin altındadır (Tablo 4.2.2.2.6). Sağlık hizmeti sunan kurumların sorumluluğunda olan gerekli düzenlemelerin gerektiği kadar mevcut uygulamaya geçirilemediği noktada “hastanın; sağlık durumu ile ilgili bilgilendirilmesinin usulüne uygun bilgi verilmesi hakkı” ihlaline ve katılımcı hekimlerin değerlendirmeleri sonucu ortaya çıkan oranlar ile hekim hakkı ihlallerine neden olduğu görülmektedir.

5.1.4. Hasta Haklarının Korunması

5.1.4.1. Mahremiyete Saygı Gösterilmesi

Mahremiyete saygı gösterilmesi hakkı, HHY’nin 21. maddesinde “*Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir. Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;*

Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,

Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,

Tibben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini, Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin,

Tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını, hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,

Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar.

Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez. Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır” ifadeleri ile tanımlanmıştır (HHY, 2019).

Kurumsal düzeyde hastaların mahremiyetlerine saygı gösterilmesi kapsamında mevcut durum değerlendirildiğinde (Tablo 4.2.3.1.1); katılımcıların büyük çoğunluğu muayene ortamının fiziki şartlarının hasta bireyin mahremiyetinin

korunmasını sağladığını ifade etmekle birlikte tıbbi değerlendirilmesi yapılacak olan hastanın dışında kimsenin bulunmadığını ifade edenlerin oranının %21,7 olması ve hasta dışında diğer bir hastanın bulunma oranının %8,6 fiziki şartların sağlanmasının mahremiyeti sağlamakta tek başına yeterli olmadığı göstermektedir. Mahremiyetin sağlanamamasının nedenleri arasında ilk sırada diğer hastaların ve/veya hasta yakınlarının içeriye girmesi gelmektedir. Bu saptama, kurumsal planlamalar yapılsa da diğer hastaların hasta mahremiyetine saygı gösterme sorunları olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Hastaların mahremiyetine saygı gösterilememesi durumunda katılımcıların büyük çoğunluğu bunun hasta-hekim ilişkisi olumsuz etkilediğini, hekimin hastası ile ilgili gerekli bilgiyi almasını engellediğini, hastalığın gerekliliği dışında hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmiş olduğunu ve “*hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi hakkı*”nın ihlal ettiğini (%50,3) düşünmektedir. Ancak oranların hemen hemen yarı yarıya olması dikkat çekicidir. Sağlık hizmeti sunum sürecinde sağlık profesyonelleri ile ilgili yapılan şikayetlerin içerisinde HHY’de tanımlanmış olan hasta mahremiyetine özen ve saygı gösterilmemesi, olumsuz ve sağlıksız iletişim ile sağlık hizmetine erişimin sağlanamaması sonucu hasta hakkı ihlali olduğu ifade edilmektedir (Demirhan, 2010). Verilen cevaplar ve oranlar ile katılımcıların; “*hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi hakkı*”nın ihlal edildiğini düşünenlerin oranı arasında yapılan maddeler arası analize göre bu oranın %50’nin üzerinde ve oranın yüksek olması gerektiği beklenmektedir ($p<0.001$). Hasta hakkı ihlali maddesine beklenen oranın altında katılım olması hekimlerin koşullar ile hak arasında ilişki kurmada yetersiz kaldıklarını düşündürmektedir.

Hastaların sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmeleri sırasında hasta mahremiyetine saygı gösterilememesine neden olan etkenlerin ortaya çıkardığı hekim hakkı ihlalleri içerisinde en yüksek oranda katılım “*etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı*”na yöneliktir. “*Kaliteli hizmet sunumu için gerekli destek ve kaynak sağlanmasını isteme hakkı*”nın ve “*hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilendiğinde saygılı davranılma ve onurunu koruma hakkı*”nın ihlal edildiğini düşünenlerin oranı %50’nin altındadır. Katılımcıların yaklaşık üçte biri “*baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı*”nın ihlal edildiğini düşünmektedir (Tablo 4.2.3.1.4). Sağlık hizmeti sunan kurumların sorumluluğunda

olan gerekli düzenlemelerin gerektiği kadar mevcut uygulamaya geçirilemediği noktada hekimlerin bilgi vermenin usulüne uygun hastaların doğru ve etkin bilgilendirilmesinin sağlanamadığı durumları ortaya çıkararak mevcut uygulamada müracaat edilen kurumda “*hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi hakkı*” ihlaline ve hekimlerin değerlendirmeleri sonucu ortaya çıkan oranlar ile hekim hakkı ihlallerine neden olduğu görülmektedir. Ancak bu parametrede dış etken olarak diğer hastaların müdahalesi olduğu da unutulmamalıdır.

5.1.5. Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası

5.1.5.1. Hastanın Rızası ve İzin

HHY'nin 24. maddesinde; (Değişik:RG-8/5/2014-28994) “*Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.*

Kanuni temsilcinin rızasının yeterli olduğu hallerde dahi, anlatılanları anlayabilecekleri ölçüde, küçük veya kısıtlı olan hastanın dinlenmesi suretiyle mümkün olduğu kadar bilgilendirme sürecine ve tedavisi ile ilgili alınacak kararlara katılımı sağlanır” ifadeleri ile hastanın rızası ve izin süreci tanımlanmıştır (HHY, 2019). Hasta bireyin tüm tıbbi değerlendirme ve uygulamaları için yeterli düzeyde bilgilendirilmesi sağlanarak usulüne uygun rızasının ve izninin alınması gerektiği vurgulanmaktadır (Çetin, 2006).

Hastanın rızası ve izninin nasıl alındığı ile ilgili uygulamada mevcut durum değerlendirildiğinde kurumda aydınlatılmış onam formu için imza onayının kimden alındığı konusunda katılımcılar; en yüksek oranda hastanın kendisinden ve ikinci sırada hastanın yakınından alındığı yönünde görüş bildirmişlerdir. Yeterliliği olmayan hasta için sıralama ise sırasıyla hastanın yasal temsilcisi ve hastanın yakını olarak belirtilmiş olup oranlar %50'nin altında kalmaktadır (Tablo 4.2.4.1.1).

Hastalara yapılacak tıbbi uygulamalar ile ilgili bilgi aktarılarak aydınlatılmış onam formu için imza onayını kendisinin aldığını ifade eden hekimlerin oranı yaklaşık yarı yarıyadır. Aydınlatılmış onam formu için imza onayını asistanların, sağlık profesyonellerinin ve stajyer/intern öğrencilerin aldığını ifade edenlerin oranı

sırasıyla % 42,3 - %32 - %20'dir (Tablo 4.2.4.1.1). Bu durumun nedeni olarak hekimlerin yeterli zaman bulamamaları ilk sırada yer almaktadır. Onam alımının asistanın ve diğer sağlık personelinin görevi olduğunu düşünen hekimlerin oranları ise dikkate alınması gereken düzeydedir (Tablo 4.2.4.1.2). Son dönemlerdeki kurumsal düzenlemeler ile iş yükünün artması ve hasta birey için ayrılan sürenin azalmasının sonucu olarak hekimin önemli yükümlülüklerinden olan hastanın rızası ve izin sürecinin usulüne uygun alınmadığı görülmektedir.

Hastalara uygulanması planlanan tıbbi müdahale ve uygulamalar ile ilgili aydınlatılmış onam formu için imza onayının usule uygun alınmamasının beklenen sonuçları arasında katılımcılar, en yüksek oranda hastanın tıbbi uygulama ile ilgili yeterli düzeyde bilgilendirilememiş ve aydınlatılmamış olacağını ifade etmişlerdir. Bu saptama hastanın özerkliğine saygı ilkesini zedelediği gibi hekimin özen gösterme yükümlülüğü ile de çelişmektedir. Hekimler onamın usule uygunsuz alınmasının hukuka ve ahlaka aykırı olduğundan hükümsüz olacağı ve bu şekilde alınan rızaya dayanılarak müdahalede bulunulamayacağı hükmünün uygulanmamış olacağını ifade etmektedir. Ancak bu farkındalığın her iki hekimden birinde olduğu görülmektedir. HHY madde 28'de rızanın şekli ve geçerliliği mevzuatın öngördüğü istisnaların dışında farklı bir şekilde yapılamayacağı vurgulanarak hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rızanın hükümsüz olacağı ve bu şekilde alınan rızaya dayanılarak müdahalede bulunulamayacağı açıkça belirtilmiştir. Onam alınması koşullarının sağlanmamasının aynı zamanda hastanın sağlığı için doğru kararı vermesine engel oluşturacağı, hastanın uygulamayı yapacak hekime karşı güven sorunu yaşayabileceği de katılımcılarca ifade edilmiştir. Ancak bu oranlar %50'nin altındadır. "*Hastanın; tıbbi uygulamalarda hastanın rızası ve izni hakkı*"nın ihlal edildiğini (%39,4) düşünenlerin oranı ise çok daha düşüktür (Tablo 4.2.4.1.3). Verilen cevaplar ve oranlar ile "*hastanın tıbbi uygulamalarda hastanın rızası ve izni hakkı*"nın ihlal edildiğini düşünen hekimlerin oranı arasında yapılan maddeler arası analize göre bu oranın %50'nin üzerinde ve yüksek olması gerektiği beklenmektedir ($p<0.001$). Oranın %50'nin altında olması, HHY'nin hastanın rızası ve izin ile ilgili maddesinin içeriğini hekimlerin yeterli düzeyde bilmediklerini düşündürmektedir.

Hastalara uygulaması planlanan tıbbi müdahale ile ilgili aydınlatılmış onam formu için imza onayını tıbbi müdahaleyi uygulayacak kişinin almadığı durumların neden olacağı hekim hakkı ihlalleri sorgulandığında en yüksek oranda katılım “*hekim hasta ilişkisinin olumsuz etkilenerek hekim haklarından saygılı davranılma ve onurunu koruma hakkı*”nın ve “*güvenilme hakkı*”nın ihlali olduğu düşünülmektedir. “*Etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı*”nın ihlal edildiğini düşünenlerin oranı da %50’nin altındadır (Tablo 4.2.4.1.4). Bu değerler bize mevcut durum ve usule uygun onam alınamamasının nedenleri göz önüne alındığında hekimlerin hasta ve hekim hakları kapsamında farkındalıklarının yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

Bursa Uludağ Üniversitesinde 2019 yılında asistan hekimlere yapılan bir araştırmanın verilerine göre katılımcılar; hasta bireyin rıza ve izin sürecine aktif olarak katılımının sağlanamaması (%62,4), usulüne uygun olarak yapılamayan rıza ve izin sürecinin (%56,1) tıbbi değerlendirme ve uygulama hataları nedenleri arasında sıralamışlardır (Arslan, 2019). Tıbbi değerlendirme ve uygulama hataları arasında sağlıksız hasta-hekim iletişimi, tıbbi özenin yeterli düzeyde olmaması ile usulüne uygun olmayan aydınlatılmış onamın alınması gösterilmektedir (Polat ve Pakiş, 2011). Oysa hasta bireyin tedavi sürecinde gelişen acil durumlar ile önceden planlanmamış olağan dışı durumlarda müdahale ve yasal zorunluluklar dışında usulüne uygun bilgilendirilerek aydınlatılmış onam formunun imza altına alınması hekimin hukuki yükümlülüğü kapsamındadır. Herhangi bir dava söz konusu olduğu durumda hekimin hasta bireyi usulüne uygun aydınlatarak onamı aldığını kanıtlaması gerekmekte olup onamın alınmadığı durumlar hukuken ihmal olarak değerlendirilmektedir (Hakeri, 2011b; Hakeri, 2018; Polat ve Pakiş, 2011).

5.1.6. Gözlenen Hekim Hakkı İhlallerinin Değerlendirilmesi

5.1.6.1. Hekimin Hastasına Yeterli Zamanı Ayırma Hakkı

Çalışmamızda, katılımcıların değerlendirmeleri ile “*hekimin hastasına yeterli zamanı ayırma hakkı*”nın HHY'nin sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı parametresinin alt maddeleri olan bilgi isteme, öncelik sırasının belirlenmesini isteme, tıbbi özen gösterilmesi maddelerinde ve sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı parametrelerinin alt maddeleri olan bilgilendirmenin kapsamı, bilgi vermenin usulü maddelerinde ihlal edildiği görülmüştür.

TUY 10. maddede “*her servisin normal polikliniğinde günde bir uzman 20'den fazla hastaya bakamaz. Ancak, daha fazla hastanın başvurusu halinde o poliklinikte aynı esas üzerine uzman görevlendirilerek o günkü tüm hastaların muayeneleri sağlanır.*” ifadeleri ile hekimlerin gün içerisinde tıbbi değerlendirmelerini yapacağı hasta sayısını 20 ile sınırlandırması, gereğinden fazla hasta bakmama ve hastalarına tıbbi değerlendirmeleri için yeterli zamanı ayırması gerektiği vurgulanmıştır (TUY, 1974). Gözlenen hak ihlalleri sonucu ile kurumsal planlamaların TUY'ye uygun düzeyde olmadığını düşündürmektedir. TUY 09.06.2011 yılında yürürlükten kaldırılmış olmasına rağmen 2019 yılında güncellenen HHY'de “*Tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz*” ifadeleri yer almaktadır. Hekimin hastasını tıbbi değerlendirebilmesi için yeterli zamanı ayıramamış olması hasta ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiyi almasını ve yeterli düzeyde muayene etmesini etkilemektedir. Hekimlerin gün içerisinde değerlendirebileceği hasta birey sayısından fazla değerlendirme yapması günlük çalışma saatlerini etkileyerek çalışması gereken sürenin üzerinde olmaktadır. Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun'un (SPTÇEDK) 2. maddesinde “*kamu sağlık hizmetlerinde çalışan personelin haftalık kanuni çalışma süresi 45 saattir. Ancak bu Kanununun 4 üncü Maddesinde tanınmış olan haktan yararlananlar için bu süre 40 saattir. Günlük çalışma saatleri, 657 ve 926 sayılı kanunlardaki hükümlere göre tespit edilir*” ifadeleri ile sağlık profesyonellerinin çalışma süreleri belirlenmiştir. Bu kapsamda çalışma sürelerinin 45 saati geçmemesi gerektiği açıkça belirtilmiş ancak hastası için gün içerisinde yeterli zamanı ayıramayan hekim mesai dışı kurumda kalarak daha

fazla süre çalışmak durumunda kalmaktadır (SPTÇEDK, 1980). Farklı kaynaklarda tanımlanarak ifade edildiği üzere “hekimin hastasına yeterli zamanı ayırma hakkı”nın katılımcıların değerlendirmeleri ile mevcut durumu oluşturan olası sonuçların nedenleri ve tartışmaya açılan konuların ekseninde günümüzdeki mevcut uygulamalarda yeterli düzeyde kullanımının sağlanamadığı gözlenmektedir.

Bu noktada “*hekimin hastasına yeterli zamanı ayırma hakkı*”nın ihlali sonucu sağlık hizmeti sunum süreçlerinin özenle etkin ve doğru yönetilebilmesi sağlanamayarak hekim ve hasta bireyin etkilenmesi kaçınılmaz olacak ve çalışmamızda da görüldüğü üzere HHY’nin çeşitli parametreleri üzerinde hasta hakkı ihlallerini doğuracaktır.

5.1.6.2. Hekimin Hasta ile İlgili Gerekli ve Yeterli Bilgiyi Alma ve Muayene Etme Hakkı

Çalışmamızda, katılımcıların değerlendirmeleri ile “*hekimin hasta ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiyi alma ve muayene etme hakkı*”nın HHY’nin sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı parametresinin alt maddeleri olan bilgi isteme, tıbbi özen gösterilmesi maddelerinde ve hasta haklarının korunması parametresinin alt maddesi olan mahremiyete saygı gösterilmesi maddesinde ihlal edildiği görülmüştür.

HHY 8. Bölüm “Hastanın Uyması Gereken Kurallar” parametresi içerisinde madde 42/A ile hastaların sorumlulukları tanımlanarak; “*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. Hekim tarafından belirlenen sürelerde kontrole gelmeli ve tedavisinin gidişatı hakkında geri bildirimlerde bulunur*” ifadeleri ile belirtilmiştir (HHY, 2019). HHY 8. Bölüm Sorumluluk ve Hukuki Korunma Yolları parametresi içerisinde hastanın uyması gereken kurallar tanımlanmıştır, ancak tıbbi değerlendirmenin etkin ve doğru yapılabilmesi için yeterli düzeyde zaman olmadığı durumlarda hasta bireyin sorumluluğunda olan doğru ve yeterli bilgilendirmenin de yapılabilmesi sağlanamayacaktır. Bu durumun yetersiz ve olumsuz hasta–hekim ilişkisinin, şiddet ve benzeri eğilimlerin, tıbbi değerlendirme ve uygulama hatalarının ortaya çıkma olasılığını etkilemekte olduğu çalışmamızda görülmüştür.

HHY'nin 8. bölümünde tanımlanarak ifade edildiği üzere “hekimin hasta ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiyi alma ve muayene etme hakkı”nın katılımcıların değerlendirmeleri ile mevcut durumu oluşturan olası sonuçların nedenleri ve tartışmaya açılan konuların ekseninde günümüzdeki mevcut uygulamalarda yeterli düzeyde kullanımının sağlanamadığı gözlenmektedir.

Bu noktada “*hekimin hasta ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiyi alma ve muayene etme hakkı*” ihlali sonucu sağlık hizmeti sunum süreçlerinin özenle, etkin ve doğru yönetilebilmesi sağlanamayarak hekim, hasta birey ve tıbbi uygulamalar olumsuz etkilenecek çalışmamızda da görüldüğü üzere HHY'nin çeşitli parametreleri üzerinde hasta hakkı ihlallerini doğuracaktır.

5.1.6.3. Hekimin Hastasının En İyi Yararına Uygun Tedaviyi Belirleme ve Uygulama Hakkı

Çalışmamızda, katılımcıların değerlendirmeleri ile “*hekimin hastasının en iyi yararına uygun tedaviyi belirleme ve uygulama hakkı*”nın HHY'nin sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı parametresinin alt maddeleri olan adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma, tıbbi özen gösterilmesi maddelerinde ve hasta haklarının korunması parametresinin alt maddesi olan mahremiyete saygı gösterilmesi maddesinde ihlal edildiği görülmüştür.

TDN madde 6'da “*tabip ve dış tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken, hiç bir tesir ve nüfuza kapılmaksızın, vicdani ve mesleki kanaatına göre hareket eder*” ve madde 13 “*tabip ve dış tabibi, ilmi icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder*” ifadesi yer almaktadır (TDN, 1960). TDN'de tanımlanarak ifade edildiği üzere “*hekimin hastasının en iyi yararına uygun tedaviyi belirleme ve uygulama hakkı*”nın katılımcıların değerlendirmeleri ile mevcut durumu oluşturan olası sonuçların nedenleri ve tartışmaya açılan konuların ekseninde günümüzdeki mevcut uygulamalarda yeterli düzeyde kullanımının sağlanamadığı gözlenmektedir.

Bu noktada “*hekimin hastasının en iyi yararına uygun tedaviyi belirleme ve uygulama hakkı*”nın ihlali sonucu sağlık hizmeti sunum süreçlerinin özenle, etkin ve doğru yönetilebilmesi sağlanamayarak hekim, hasta birey ve tıbbi uygulamalar olumsuz etkilenecek çalışmamızda da görüldüğü üzere HHY'nin çeşitli parametreleri üzerinde hasta hakkı ihlallerini doğuracaktır.

5.1.6.4. Hekimin Nitelikli Bir Eğitim Görme ve Yaşam Boyu Öğrenme için Bilimsel Gelişmeleri Takip Etme Hakkı

Çalışmamızda, katılımcıların değerlendirmeleri ile “*hekimin nitelikli bir eğitim görme ve yaşam boyu öğrenme için bilimsel gelişmeleri takip etme hakkı*”nın HHY’nin sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı parametresinin alt maddesi olan tıbbi gereklere uygun teşhis tedavi ve bakım, tıbbi özen gösterilmesi maddesinin tıbbi standardı sağlama yükümlülüğü maddelerinde ihlal edildiği görülmüştür.

ANY’nin madde 27’de “*herkes, bilim ve sanatı serbestçe öğrenme ve öğretme, açıklama, yayma ve bu alanlarda her türlü araştırma hakkına sahiptir*” ifadesi yer almaktadır. Yine HHY 2. Bölüm “Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma hakkı” parametresi içerisinde 11. maddede “*hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir. Tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz*” ifadeleri yer almaktadır. Bu kapsamda hekim hasta bireyin gereksinimine uygun sağlık hizmeti sunumunu yapabilmesi için gerekli eğitimleri almalıdır. Ayrıca Türk Tabipleri Birliği Hekim Hakları Bildirgesinde (TTBHHB), hekimlerin sürekli tıp eğitimi ve sürekli mesleki gelişim haklarının olduğunu da vurgulanmıştır. Farklı kaynaklarda tanımlanarak ifade edildiği üzere “*hekimin nitelikli bir eğitim görme ve yaşam boyu öğrenme için bilimsel gelişmeleri takip etme hakkı*”nın katılımcıların değerlendirmeleri ile mevcut durumu oluşturan olası sonuçların nedenleri ve tartışmaya açılan konuların ekseninde günümüzdeki mevcut uygulamalarda yeterli düzeyde kullanımının sağlanamadığı gözlenmektedir (TTB, 2009c).

Bu noktada “*hekimin nitelikli bir eğitim görme ve yaşam boyu öğrenme için bilimsel gelişmeleri takip etme hakkı*”nın ihlali sonucu sağlık hizmeti sunum süreçlerinin özenle, etkin ve doğru yönetilebilmesi sağlanamayarak hekim, hasta birey ve tıbbi uygulamalar olumsuz etkilenecek çalışmamızda da görüldüğü üzere HHY’nin çeşitli parametreleri üzerinde hasta hakkı ihlallerini doğuracaktır.

5.1.6.5. Hekimin Çağdaş Bilimsel Tıp Olanaklarından Yararlanma ve Uygulama Hakkı

Çalışmamızda, katılımcıların değerlendirmeleri ile “*hekimin çağdaş bilimsel tıp olanaklarından yararlanma ve uygulama hakkı*”nın HHY’nin sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı parametresinin alt maddeleri olan adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma, tıbbi gereklere uygun teşhis tedavi ve bakım, tıbbi özen gösterilmesi maddesinin genel olarak özen yükümlülüğü maddelerinde ihlal edildiği görülmüştür.

HHY 2. Bölüm “Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma hakkı” parametresi içerisinde madde 11’de, “*hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir. Tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldattıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz*” ifadeleri yer almaktadır (HHY, 2019). Yine Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun (SHTK) g fıkrasında; “*Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı; sağlık ve yardımcı sağlık personelinin yurt düzeyinde dengeli dağılımını sağlamak üzere istihdam planlaması yapar, ülke ihtiyacına uygun nitelikli sağlık personeli yetiştirilmesi amacıyla hizmet öncesi eğitim programları için Yükseköğretim Kurulu ile koordinasyonu sağlar. Serbest ya da kamu kuruluşlarında mesleklerini icra eden sağlık ve yardımcı sağlık personeline hizmetiçi eğitim yaptırır. Bunu sağlamak amacıyla üniversitelerin, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ile kamu kurum ve kuruluşlarının imkanlarından da yararlanır. Hizmetiçi eğitim programını ne şekilde ve hangi sürelerle yapılacağı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca çıkartılacak yönetmelikte tespit edilir*”, i fıkrası; “*Sağlık hizmetlerinin yurt çapında istenilen seviyeye ulaştırılması amacıyla; bakanlıklar seviyesinden en uçtaki hizmet birimine kadar kamu ve özel sağlık kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları arasında koordinasyon ve işbirliği yapılır. Sağlık kurum ve kuruluşları coğrafik ve fonksiyonel hizmet alanları, verecekleri hizmetler, yönetim, hizmet ilişki ve bağlantıları gibi konularda tespit edilen esaslara uymak ve verilen görevleri yapmakla yükümlüdürler. Çağdaş tıbbi bilgi ve teknolojinin ülkeye getirilmesi ve teşviki sağlanır*” ifadeleri yer almaktadır (SHTK, 1987). TDN madde 10’da “*araştırma yapmakta olan tabip ve dış tabibi, bulduğu teşhis ve tedavi usulünü, yeter derecede tecrübe ederek faydalı olduğuna veya zararlı neticeler tevhit*

etmiyeceğine kanaat getirmediğçe, tatbik veya tavsiye edemez. Ancak, yeter derecede tecrübe edilmemiş olan yeni bir keşfin tatbikatı sırasında alınacak tedbirler hakkında ilgililerin dikkatini celbetmek ve henüz tecrübe safhasında olduğunu ilave etmek şartı ile, bu keşfi tavsiye edebilir. Bir keşif hakkında yanlış kanaat uyandıracak ifadeler kullanılması yasaktır” ifadeleri yer almaktadır (TDN,1960). Farklı kaynaklarda tanımlanarak ifade edildiği üzere *“hekimin çağdaş bilimsel tıp olanaklarından yararlanma ve uygulama hakkı”*nın katılımcıların değerlendirmeleri ile mevcut durumu oluşturan olası sonuçların nedenleri ve tartışmaya açılan konuların ekseninde günümüzdeki mevcut uygulamalarda yeterli düzeyde kullanımının sağlanamadığı gözlenmektedir.

Bu noktada *“hekimin çağdaş bilimsel tıp olanaklarından yararlanma ve uygulama hakkı”*nın ihlali sonucu sağlık hizmeti sunum süreçlerinin özenle, etkin ve doğru yönetilebilmesi sağlanamayarak hekim, hasta birey ve tıbbi uygulamalar olumsuz etkilenerek çalışmamızda da görüldüğü üzere HHY'nin çeşitli parametreleri üzerinde hasta hakkı ihlallerini doğuracaktır.

5.1.6.6. Kaliteli Hizmet Sunumu için Hekime Gerekli Kaynak ve Destek Sağlanması Hakkı

Çalışmamızda, katılımcıların değerlendirmeleri ile *“kaliteli hizmet sunumu için hekime gerekli destek ve kaynak sağlanması hakkı”*nın HHY'nin sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı parametresinin alt maddeleri olan adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma, bilgi isteme, tıbbi gereklere uygun teşhis tedavi ve bakım, tıbbi özen gösterilmesi maddesinin genel olarak özen yükümlülüğü ve tıbbi standardı sağlama yükümlülüğü, hasta haklarının korunması parametresinin alt maddesi olan mahremiyete saygı gösterilmesi maddelerinde ihlal edildiği görülmüştür.

HHY 2. Bölüm *“Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma hakkı”* parametresi içerisinde madde 11 ile *“hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir. Tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldattıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz”* ifadeleri yer almaktadır (HHY, 2019). HHY2nin 2. bölümde tanımlanarak ifade edildiği üzere *“kaliteli hizmet sunumu için*

hekime gerekli kaynak ve destek sağlanması hakkı”nın katılımcıların değerlendirmeleri ile mevcut durumu oluşturan olası sonuçların nedenleri ve tartışmaya açılan konuların ekseninde günümüzdeki mevcut uygulamalarda yeterli düzeyde kullanımının sağlanamadığı gözlenmektedir.

Bu noktada “*kaliteli hizmet sunumu için hekime gerekli kaynak ve destek sağlanması hakkı*”nın ihlali sonucu doğru ve etkin bir tıbbi değerlendirme beraberinde doğru ve etkin teşhis, tedavi yöntemi için sürecin özenle ve doğru yönetilebilmesi sağlanamayarak hasta bireyin olumsuz etkilenmesi kaçınılmaz olacak ve çalışmamızda da görüldüğü üzere bu durum hasta hakkı ihlallerini doğuracaktır.

5.1.6.7. Hekimin Etik İlkelere Bağlı Kalarak Mesleğini Uygulama Hakkı

Katılımcıların, “*etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı*”nın sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı parametresinin alt maddeleri olan tıbbi gereklere uygun teşhis tedavi ve bakım, tıbbi özen gösterilmesi maddesinin genel olarak özen yükümlülüğü, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı parametresinin alt maddesi olan bilgilendirmenin kapsamı, bilgi vermenin usulü, hasta haklarının korunması parametresinin alt maddesi olan mahremiyete saygı gösterilmesi, hastanın rızası ve izin maddelerinde ihlal edildiği görülmüştür.

TDN’nün 38. Maddesinde; “*tabip ve dış tabibi, meslektaşlarını zemmedemiyeceği gibi onları küçük düşürecek diğer tavır ve hareketlerde de bulunamaz. Tabip ve dış tabibi, her hangi bir şahsın haysiyet kırıcı hücumlarına karşı meslektaşlarını korur*” ifadeleri yer almaktadır (TDN, 1960). TTBHHB 2.b. maddesi; “*hekim, hekimlik meslek ahlakına uygun olmayan davranışlara ortak olmayı reddetme hakkına sahiptir*” ve 2.e. maddesi; “*hekim; geri ödeme kurumları ya da çalıştığı hastane gibi kurumların bilimsel bilgiyle gerekçelendirilmeyen istemlerini reddetme / uygulamama hakkına sahiptir*” ifadeleri yer almaktadır (TTB, 2009c). Hekimin etik ilkeler doğrultusunda görevini yürütmesi, etkin ve güvenilir değerlendirme ve uygulamalar için gerekli olduğu görülmüştür. Farklı kaynaklarda tanımlanarak ifade edildiği üzere “*hekimin etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı*”nın katılımcıların değerlendirmeleri ile mevcut durumu oluşturan olası sonuçların nedenleri ve tartışmaya açılan konuların ekseninde günümüzdeki mevcut uygulamalarda yeterli düzeyde kullanımının sağlanamadığı gözlenmektedir.

Bu noktada “*hekimin etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı*”nın ihlali sonucu sağlık hizmeti sunum süreçlerinin özenle, etkin ve doğru yönetilebilmesi sağlanamayarak hekim, hasta birey ve tıbbi uygulamalar olumsuz etkilenerek çalışmamızda da görüldüğü üzere HHY’nin çeşitli parametreleri üzerinde hasta hakkı ihlallerini doğuracaktır.

5.1.6.8. Hekimin Klinik Kararlarında Özerkliğinin Korunması Hakkı

Çalışmamızda katılımcıların değerlendirmeleri ile “*hekimin klinik kararlarında özerkliğinin korunması hakkı*”nın HHY’nin sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı parametresinin alt maddeleri olan tıbbi gereklere uygun teşhis tedavi ve bakım maddelerinde ihlal edildiği görülmüştür.

Hekimin mesleğini serbestçe icra edebilmesi Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi madde 6’da, “*tabip ve dış tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken, hiç bir tesir ve nüfuza kapılmaksızın, vicdani ve mesleki kanaatına göre hareket eder. Tabip ve dış tabibi, tatbik edeceği tedaviyi tayinde serbesttir*” ve madde 16; “*tabip ve dış tabibi bir kimsenin sıhhi durumu hakkında, ilmi metodları tatbik suretiyle bizzat yaptığı muayene neticesinde edindiği vicdani ve fenni kanaata ve şahsi müşahadesine göre rapor verir*” ifadeleri yer almaktadır (TDN,1960). TTBHHB 2.b. maddesi, “*hekim, hekimlik meslek ahlakına uygun olmayan davranışlara ortak olmayı reddetme hakkına sahiptir*” ve 2.e. maddesi, “*hekim; geri ödeme kurumları ya da çalıştığı hastane gibi kurumların bilimsel bilgiyle gerekçelendirilmeyen istemlerini reddetme / uygulamama hakkına sahiptir*” ifadelerini içermektedir (TTB, 2009c). Amerika’da acil birimlerde çalışan hekimlerin haklarını korumaya yönelik yayınlanan yönetmelik ile hekimin özerkliği korunarak klinik kararlarında özerk olması ve tedaviyi uygulama hakkını sınırlandıran herhangi bir düzenleme olmaması gerektiği vurgulanmaktadır (American College of Emergency Physicians, 2001).

Özerk olmayan hekime karşı güvenlik açığı oluşabilmektedir. Siyasi, sosyal, ekonomik baskılar sonucu hekimin kendi seçtiği normları izleyememesi ile özerklik kapasitesinin engellenmesi mikro düzeyde hasta bireyi makro düzeyde toplumsal faydayı olumsuz etkilemektedir. Hekimin özerk olması olumsuz olarak algılanabilmekte ancak toplumsal fayda için olumludur. Günümüzdeki kurumsal planlamalar ile hekimin özerkliğinden hasta bireyin özerkliğinin baskın olması ile

hasta birey için sağlanabilecek en iyi yarar ve özerkliklerin birbirlerine karşı kutuplaşmasına neden olduğu görülmektedir. Hekim- hasta ilişkilerinin şekillendirme prensibinin tekrar değerlendirilerek birbirlerine karşı olmayıp birbirlerinin özerkliğine saygı göstererek dengede olmasının sağlanması gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunumunun sağlayıcıları, kurumsal planlamaları bu dengeye rehberlik edebilecek düzeyde oluşturmalarıdır.

Farklı kaynaklarda tanımlanarak ifade edildiği üzere “*hekimin klinik kararlarında özerkliğinin korunması hakkı*”nın katılımcıların değerlendirmeleri ile mevcut durumu oluşturan olası sonuçların nedenleri ve tartışmaya açılan konuların ekseninde günümüzdeki mevcut uygulamalarda yeterli düzeyde kullanımının sağlanamadığı gözlenmektedir.

Bu noktada “*hekimin klinik kararlarında özerkliğinin korunması hakkı*”nın ihlali sonucu sağlık hizmeti sunum süreçlerinin özenle, etkin ve doğru yönetilebilmesi sağlanamayarak hekim, hasta birey ve tıbbi uygulamalar olumsuz etkilenerek çalışmamızda da görüldüğü üzere HHY’nin çeşitli parametreleri üzerinde hasta hakkı ihlallerini doğuracaktır.

5.1.6.9. Hekimin Klinik Kararlarına Güvenilme Hakkı

Çalışmamızda; katılımcıların değerlendirmeleri ile “Hekimin klinik kararlarına güvenilme hakkı”nın HHY’nin sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı parametresinin alt maddeleri olan adalet ve hakkaniyetten uygun olarak faydalanma, bilgi isteme, tıbbi özen gösterilmesi maddesinin genel olarak özen yükümlülüğü ve tıbbi standardı sağlama yükümlülüğü, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı parametresinin alt maddesi olan bilgilendirmenin kapsamı, bilgi vermenin usulü, hasta haklarının korunması parametresinin alt maddesi olan mahremiyete saygı gösterilmesi, hastanın rızası ve izin maddelerinde ihlal edildiği görülmüştür.

TTBHHB 2.b. maddesi, “*hekim, hekimlik meslek ahlakına uygun olmayan davranışlara ortak olmayı reddetme hakkına sahiptir*” ve 2.e. maddesi, “*hekim; geri ödeme kurumları ya da çalıştığı hastane gibi kurumların bilimsel bilgiyle gerekçelendirilmeyen istemlerini reddetme / uygulamama hakkına sahiptir*” ifadeleri yer almaktadır. TTBHHB 2.b. ve 2.e maddelerinde tanımlanarak ifade edildiği üzere “*hekimin klinik kararlarına güvenilme hakkı*”nın katılımcıların değerlendirmeleri ile

mevcut durumu oluşturan olası sonuçların nedenleri ve tartışmaya açılan konuların ekseninde günümüzdeki mevcut uygulamalarda yeterli düzeyde kullanımının sağlanamadığı gözlenmektedir (TTB, 2009c).

Bu noktada “*hekimin klinik kararlarına güvenilme hakkı*”nın ihlali sonucu doğru ve etkin bir tıbbi değerlendirme beraberinde doğru ve etkin teşhis, tedavi yöntemi için sürecin özenle ve doğru yönetilebilmesi sağlanamayarak hasta bireyin olumsuz etkilenmesi kaçınılmaz olacak ve çalışmamızda da görüldüğü üzere bu durum hasta hakkı ihlallerini doğuracaktır.

5.1.6.10. Hekimin Danışma/Konsültasyon İsteme Hakkı

Çalışmamızda, katılımcıların değerlendirmeleri ile “*danışma/konsültasyon isteme hakkı*”nın HHY’nin sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı parametresinin alt maddeleri olan tıbbi özen gösterilmesi maddesinin genel olarak özen yükümlülüğü maddesinde ihlal edildiği görülmüştür.

TDN maddesi 21, “*başkalarının yardımı ile yapılacak cerrahi ameliyeler ile diğer tedavilerde, operatör, müdavi tabip ve dış tabibi, beraber çalışacağı elemanları seçmekte serbesttir. Götürü ücret şartı müstesna olmak üzere, yardımcı tıbbi personelin ücretleri, hasta tarafından ödenir. Hasta tarafından çağırılmamış olan müdavi tabip veya dış tabibi, ameliyette hazır bulunmaktan dolayı ayrıca ücret isteyemez. Umumi, mülhak ve hususi bütçeli daireler ile belediyelere, iktisadi Devlet teşekküllerine veya bunlara bağlı müesseselere ait sağlık tesislerinde olan usul ve esaslar mahfuzdur*” ve madde 25, “*konsültasyonlarda münakaşa ve müşavere hasta ile etrafındakilerin duyup anlıyamıyacıkları şekilde yapılır. Münakaşa ve müşavere esnasında, meslek vekarının muhafaza edilmesine dikkat olunur. Konsültasyona iştirak eden tabip veya dış tabibinin, bir meslektaşı himaye maksadı ile veya başka bir hissi sebeple, lüzumsuz medihlerden kaçınarak, kanaatını açıkça söylemesi lazımdır*” ifadelerini içermektedir (TDN, 1960). HMEK madde 19 “*danışım ve ekip çalışması sürecinin düzenli işleyebilmesi ve bir hekim hakkı olarak yaşama geçirilebilmesi için;*

a)*Hasta izlemi sırasında, değişik uzmanlık alanlarının görüş ve uygulamalarına gereksinim doğduğunda, tedaviyi yürüten hekim durumu hasta ve/veya yakınlarına bildirmelidir. Konsültasyonu hastanın tedaviyi yürüten hekimi*

yazılı olarak ister. Yazılı istemde hastanın özellikleri, konsültasyon isteğinin nedenleri açık ve anlaşılır biçimde belirtilir,

b)Konsültasyon sürecinde konsültan hekim de, hastanın sürekli hekimi gibi hastadan sorumludur,

c)Konsültan hekim, alanında bilimsel ve teknik bilgiye sahip olmalıdır.

d)Konsültasyon sonucunda, konsültasyonun gerekçesi ve sonuçları, açık ve anlaşılır biçimde bir tutanak ile belgelenir,

e)Konsültasyonun sonuçlarından hastalar da yeterli ölçüde bilgilendirilir.

f)Konsültasyonun sonucunda hastanın tedaviyi yürüten hekimi ile konsültan hekimin görüş ve kanaatleri arasında fark olur ve hasta konsültan hekimin önerilerini kabul ederse, hastanın tedaviyi yürüten hekimi tedaviyi bırakabilir,

g)Konsültasyon istenen hekim davete uymak zorundadır” ifadeleri ile belirtilmiştir (HMEK, 1999). Türk Borçlar Kanunu (TBK) madde 507’de; “vekil, yetkisi dışına çıkarak işi başkasına gördürdüğünde, onun fiilinden kendisi yapmış gibi sorumludur. Vekil başkasına vekâlet vermeye yetkili ise, sadece seçmede ve talimat vermede gerekli özeni göstermekle yükümlüdür. Vekâlet veren, her iki durumda da vekilin kendi yerine koyduğu kişiye karşı sahip olduğu hakları, doğrudan doğruya o kişiye karşı ileri sürebilir” ifadeleri yer almaktadır (TBK, 2011). Hekimlerin aralarında bilgi alışverişlerinin olması bireysel gelişimleri ve sağlık hizmeti sunumunda başarılı olmaları, hasta birey için ise gereksinimine uygun sağlık hizmeti sunumuna erişimi için gerekli olduğu belirtilmiştir (Akyıldız ve Özkan, 2012). Farklı kaynaklarda tanımlanarak ifade edildiği üzere “hekimin danışma/konsültasyon isteme hakkı”nın katılımcıların değerlendirmeleri ile mevcut durumu oluşturan olası sonuçların nedenleri ve tartışmaya açılan konuların ekseninde günümüzdeki mevcut uygulamalarda yeterli düzeyde kullanımının sağlanamadığı gözlenmektedir.

Bu noktada “hekimin danışma/konsültasyon isteme hakkı”nın ihlali sonucu sağlık hizmeti sunum süreçlerinin özenle, etkin ve doğru yönetilebilmesi sağlanamayarak hekim, hasta birey ve tıbbi uygulamalar olumsuz etkilenerek çalışmamızda da görüldüğü üzere HHY’nin çeşitli parametreleri üzerinde hasta hakkı ihlallerini doğuracaktır.

5.1.6.11. Hekimin Saygılı Davranılma ve Onurunu Koruma Hakkı

Çalışmamızda, katılımcıların değerlendirmeleri ile “*hekimin saygılı davranılma ve onurunu koruma hakkı*”nın HHY’nin sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı parametresinin alt maddeleri olan bilgi isteme, tıbbi özen gösterilmesi maddesinin genel olarak özen yükümlülüğü ve tıbbi standardı sağlama yükümlülüğü, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı parametresinin alt maddesi olan bilgilendirmenin kapsamı, bilgi vermenin usulü, hasta haklarının korunması parametresinin alt maddesi olan mahremiyete saygı gösterilmesi, hastanın rızası ve izin maddelerinde ihlal edildiği görülmüştür.

TDN madde 37’de, “*tabib ve dış tabipleri, kendi aralarında iyi meslektaşlık münasebetlerini idame ettirmeli ve manevi bakımdan birbirine yardım etmelidirler. Meslekle ilgili anlaşmazlıklarını, evvela kendi aralarında halletmeğe çalışmalı ve bunda muvaffak olamadıkları takdirde mensup oldukları tabip odalarına haber vermelidirler*” ifadeleri yer almaktadır (TDN, 1960). HHY 8. Bölüm “Hastanın Uyması Gereken Kurallar” parametresi içerisinde madde 42/A ile hastaların sorumlulukları tanımlanmış ve tanımlanan sorumluluklar içerisinde; “*ilgili mevzuata göre öncelik tanınan hastalar ile diğer hastaların ve personelin haklarına saygı gösterir*” ifadesi yer almaktadır (HHY, 2019). Farklı kaynaklarda tanımlanarak ifade edildiği üzere “*hekimin saygılı davranılma ve onurunu koruma hakkı*”nın katılımcıların değerlendirmeleri ile mevcut durumu oluşturan olası sonuçların nedenleri ve tartışmaya açılan konuların ekseninde günümüzdeki mevcut uygulamalarda yeterli düzeyde kullanımının sağlanamadığı gözlenmektedir.

Bu noktada “*hekimin saygılı davranılma ve onurunu koruma hakkı*”nın ihlali sonucu sağlık hizmeti sunum süreçlerinin özenle, etkin ve doğru yönetilebilmesi sağlanamayarak hekim, hasta birey ve tıbbi uygulamalar olumsuz etkilenerek çalışmamızda da görüldüğü üzere HHY’nin çeşitli parametreleri üzerinde hasta hakkı ihlallerini doğuracaktır.

5.1.6.12. Hekimin Baskı Altında Kalmaksızın Mesleğini Doğru ve Etkin Uygulama Hakkı

Çalışmamızda, katılımcıların değerlendirmeleri ile “*hekimin baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı*”nın HHY’nin sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı parametresinin alt maddeleri olan adalet ve hakkaniyetten uygun olarak faydalanma, öncelik sırasının belirlenmesini isteme, tıbbi özen gösterilmesi maddesinin genel olarak özen yükümlülüğü ve tıbbi standardı sağlama yükümlülüğü, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı parametresinin alt maddesi olan bilgilendirmenin kapsamı, bilgi vermenin usulü, hasta haklarının korunması parametresinin alt maddesi olan mahremiyete saygı gösterilmesi maddelerinde ihlal edildiği görülmüştür.

HHY 8. Bölüm “Hastanın Uyması Gereken Kurallar” parametresi içerisinde madde 42/A ile hastaların sorumlulukları tanımlanmış ve tanımlanan sorumlulukların içerisinde;

“Başvurduğu sağlık kurum ve kuruluşunun kural ve uygulamalarına uygun davranır ve katılımcı bir yaklaşımla teşhis ve tedavi ekibinin bir parçası olduğu bilinciyle hareket eder,

İlgili mevzuata göre öncelik tanınan hastalar ile diğer hastaların ve personelin haklarına saygı gösterir,

Personele sözlü ve fiziki saldırıya yönelik davranışlarda bulunmaz,

Haklarının ihlal edildiğini düşündüğünde veya sorun yaşadığında (Değişik İbare: RG-23.12.2016-29927) hasta hakları birimine başvurur” ifadeleri yer almaktadır (HHY, 2019) TDN madde 6, “*tabip ve dış tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken, hiç bir tesir ve nüfuza kapılmaksızın, vicdani ve mesleki kanaatına göre hareket eder. Tabip ve dış tabibi, tatbik edeceği tedaviyi tayinde serbesttir*” ve madde 16; “*tabip ve dış tabibi bir kimsenin sıhhi durumu hakkında, ilmi metodları tatbik suretiyle bizzat yaptığı muayene neticesinde edindiği vicdani ve fenni kanaata ve şahsi müşahadesine göre rapor verir*” ifadelerini içermektedir (TDN,1960). TTBHHB 2.e. maddesi, “*hekim; geri ödeme kurumları ya da çalıştığı hastane gibi kurumların bilimsel bilgiyle gerekçelendirilmeyen istemlerini reddetme/uygulamama hakkına sahiptir*” ifadelerini içermektedir (TTB, 2009c). Farklı kaynaklarda tanımlanarak ifade edildiği üzere “*hekimin baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru*

ve etkin uygulama hakkı”nın katılımcıların değerlendirmeleri ile mevcut durumu oluşturan olası sonuçların nedenleri ve tartışmaya açılan konuların ekseninde günümüzdeki mevcut uygulamalarda yeterli düzeyde kullanımının sağlanamadığı gözlenmektedir.

Bu noktada “*hekimin baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı*”nın ihlali sonucu sağlık hizmeti sunum süreçlerinin özenle, etkin ve doğru yönetilebilmesi sağlanamayarak hekim, hasta birey ve tıbbi uygulamalar olumsuz etkilenerek çalışmamızda da görüldüğü üzere HHY’nin çeşitli parametreleri üzerinde hasta hakkı ihlallerini doğuracaktır.

5.1.6.13. Hekimin Sağlığını Koruma Mesleki Risklerden Korunma Hakkı

Çalışmamızda, katılımcıların değerlendirmeleri ile “*hekimin sağlığını koruma ve mesleki risklerden korunma hakkı*”nın HHY’nin sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı parametresinin alt maddeleri olan bilgi isteme, öncelik sırasının belirlenmesini isteme, tıbbi özen gösterilmesi maddesinin tıbbi standardı sağlama yükümlülüğü, hasta haklarının korunması parametresinin alt maddesi olan hastanın rızası ve izin maddelerinde ihlal edildiği görülmüştür.

TDN madde 15, “*hastaya bakmak üzere bir aile nezdine veya herhangi bir müesseseye çağrılan tabip, korunmayı da sağlamaya çalışır. Tabip, hastalara ve onlarla birlikte yaşayanlara, kendilerine ve muhitlerine karşı mesuliyetlerini bildirir. 1520 Tabip icabında, tedaviye devamı reddetmek pahasına da olsa, hijyen ve korunma kaidelerine riayeti temin için gayret sarfeder*” ifadelerini çermektedir (TDN, 1960). ANY’nin 56. maddesi; “*herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir*” ifadeleri yer almaktadır (ANY, 1982) TTBK 4. maddenin c fıkrası, “*halkın sağlığını korumaya, azalarını muayyen refah seviyesine ulaştıracak*

gerekli iş sahaları bulmaya, İş Kanunu ile sosyal kanunların ve bunlara bağlı nizamname ve talimatname hükümlerinin tatbikatında meslek ve meslektaşların hak ve menfaatlerini korumaya ve her türlü iş tevziinin âdilâne bir surette düzenlenmesine çalışmak” ifadelerini içermektedir (TTBK, 1953). HHY 7. Bölüm “Güvenliğin Sağlanması” parametresi içerisinde madde 37, “herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastaların ve ziyaretçi ve refakatçi gibi yakınlarının can ve mal güvenliklerinin korunması ve sağlanması için gerekli tedbirleri almak zorundadırlar. Tutuklu ve hükümlerin sağlık kurum ve kuruluşlarında muhafazaları ile ilgili özel mevzuat hükümleri saklıdır” ifadeleri yer almaktadır (HHY, 2019). TTBHBB 2.a. maddesi, “çalışma koşullarına ilişkin haklar: Hekim; çalışma ortamının fizik özelliklerinden mesleki risklerin olası en düşük düzeye indirilmesine ve hizmetin uygun nitelikte sunulabilmesi için gerekli araçların sağlanmasına dek tüm koşulların belli nitelikte olmasını talep etme haklarına sahiptir. Hekimlerin çalıştıkları kurumlarda, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı sağlanmalıdır. Sağlık hizmeti sunan kurumlar, özellikle de devlet hem sağlık hizmetlerini sunması, hem de denetleme görevinin olması nedeniyle, bu hakkın kullanılmasının koşullarını güvence altına almakla yükümlüdür”, 2.b. maddesi, “hekim, hekimlik meslek ahlakına uygun olmayan davranışlara ortak olmayı reddetme hakkına sahiptir” ve 2.e. maddesi; “hekim; geri ödeme kurumları ya da çalıştığı hastane gibi kurumların bilimsel bilgiyle gerekçelendirilmeyen istemlerini reddetme / uygulamama hakkına sahiptir” ifadelerini içermektedir (TTB, 2009c). Farklı kaynaklarda tanımlanarak ifade edildiği üzere notada “hekimin sağlığını koruma mesleki risklerden korunma hakkı”nın katılımcıların değerlendirmeleri ile mevcut durumu oluşturan olası sonuçların nedenleri ve tartışmaya açılan konuların ekseninde günümüzdeki mevcut uygulamalarda yeterli düzeyde kullanımının sağlanamadığı gözlenmektedir.

Bu noktada “hekimin sağlığını koruma mesleki risklerden korunma hakkı”nın ihlali sonucu sağlık hizmeti sunum süreçlerinin özenle, etkin ve doğru yönetilebilmesi sağlanamayarak hekim, hasta birey ve tıbbi uygulamalar olumsuz etkilenecek çalışmamızda da görüldüğü üzere HHY’nin çeşitli parametreleri üzerinde hasta hakkı ihlallerini doğuracaktır.

5.1.6.14. Hekimin Hastası için Kendi Yaşamını ve Güvenliğini Tehlikeye Atmama Hakkı

Çalışmamızda, katılımcıların değerlendirmeleri ile “*hekimin hastası için kendi yaşamını ve güvenliğini tehlikeye atmama hakkı*”nın HHY’nin sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı parametresinin alt maddeleri olan adalet ve hakkaniyetten uygun olarak faydalanma, bilgi isteme, öncelik sırasının belirlenmesini isteme, hasta haklarının korunması parametresinin alt maddesi olan mahremiyete saygı gösterilmesi maddelerinde ihlal edildiği görülmüştür.

TDN madde 15 “*hastaya bakmak üzere bir aile nezdine veya herhangi bir müesseseye çağrılan tabip, korunmayı da sağlamaya çalışır. Tabip, hastalara ve onlarla birlikte yaşayanlara, kendilerine ve muhitlerine karşı mesuliyetlerini bildirir. 1520 Tabip icabında, tedaviye devamı reddetmek pahasına da olsa, hijyen ve korunma kaidelerine riayeti temin için gayret sarfeder*” ifadelerini içermektedir (TDN, 1960). ANY’nin 48. maddesinde, “*herkes, dilediği alanda çalışma ve sözleşme hürriyetlerine sahiptir. Özel teşebbüsler kurmak serbesttir. Devlet, özel teşebbüslerin milli ekonominin gereklerine ve sosyal amaçlara uygun yürümesini, güvenlik ve kararlılık içinde çalışmasını sağlayacak tedbirleri alır*” ve 56. maddesinde, “*herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir*” ifadeleri yer almaktadır (ANY, 1982). TTBK 4. maddenin c fıkrası, “*halkın sağlığını korumaya, azalarını muayyen refah seviyesine ulaştıracak gerekli iş sahaları bulmaya, İş Kanunu ile sosyal kanunların ve bunlara bağlı nizamname ve talimatname hükümlerinin tatbikatında meslek ve meslektaşların hak ve menfaatlerini korumaya ve her türlü iş tevziinin âdilâne bir surette düzenlenmesine çalışmak*” ifadelerini içermektedir (TTBK, 1953). HHY 7. Bölüm “Güvenliğin Sağlanması” parametresi içerisinde madde 37, “*herkesin, sağlık kurum ve*

kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastaların ve ziyaretçi ve refakatçi gibi yakınlarının can ve mal güvenliklerinin korunması ve sağlanması için gerekli tedbirleri almak zorundadırlar. Tutuklu ve hükümlerin sağlık kurum ve kuruluşlarında muhafazaları ile ilgili özel mevzuat hükümleri saklıdır” ifadeleri yer almaktadır (HHY, 2019). İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (İHEB) madde 23, “herkesin çalışma, işini serbestçe seçme, adaletli ve elverişli koşullarda çalışma ve işsizliğe karşı korunma hakkı vardır. Herkesin, herhangi bir ayırım gözetmeksizin, eşit iş için eşit ücrete hakkı vardır. Herkesin kendisi ve ailesi için insan onuruna yaraşır ve gerekirse her türlü sosyal koruma önlemleriyle desteklenmiş bir yaşam sağlayacak adil ve elverişli bir ücrete hakkı vardır. Herkesin çıkarını korumak için sendika kurma veya sendikaya üye olma hakkı vardır” ifadeleri yer almaktadır (İHEB, 1948). TTBHBB 2.a. maddesi, “çalışma koşullarına ilişkin haklar: Hekim; çalışma ortamının fizik özelliklerinden mesleki risklerin olası en düşük düzeye indirilmesine ve hizmetin uygun nitelikte sunulabilmesi için gerekli araçların sağlanmasına dek tüm koşulların belli nitelikte olmasını talep etme haklarına sahiptir. Hekimlerin çalıştıkları kurumlarda, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı sağlanmalıdır. Sağlık hizmeti sunan kurumlar, özellikle de devlet hem sağlık hizmetlerini sunması, hem de denetleme görevinin olması nedeniyle, bu hakkın kullanılmasının koşullarını güvence altına almakla yükümlüdür” ifadeleri yer almaktadır (TTB, 2009c). Ayrıca Sağlık Bakanlığı Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi’nde de (SBÇGSG) beyaz kod uygulamaları ile ayrıntılı olarak tanımlanmıştır (SBÇGSG, 2012).

Sağlık hizmeti sunum süreçlerinde; yeterli düzeyde bilgiye ulaşılamaması, mahremiyetine saygı gösterilmemesi, sağlıksız ve olumsuz iletişim, sistemsel sorun ve kısıtlamalar ile tıbbi değerlendirme ve uygulama hatalarının (tıbbi malpraktis) ortaya çıkması, gereksinimine uygun yeterli düzeyde sağlık hizmeti sunumunu alamaması ile HHY’de ifade edilen hükümlerin ihlal edilmesi gündeme gelen hasta hakları şikayetlerin kapsamını oluşturmaktadır. Sonuç olarak, hasta ve/veya sağlıklı birey ve yakınları tarafından yapılan şikayetler doğrultusunda sağlık hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin sorumlulukları karşısında hukuksal olarak cezai yaptırımların gündeme geldiği görülmektedir. Ancak şikayetlerin önemle ve dikkatle incelenmesi sonucunda yapılacak tespitler ile hak ihlallerinin hangi düzeyde

kim/kimler için suç sayılabileceğinin ortaya konulması kaliteli hizmet sunumunun arttırılmasında ve sağlık hizmeti sunum süreçlerinin etkinlik ve verimlilik değerlerinin yükselmesinde önemli rolünün olacağı açıktır (Demirhan, 2010).

Farklı kaynaklarda tanımlanarak ifade edildiği üzere notada “*hekimin hastası için kendi yaşamını ve güvenliğini tehlikeye atmama hakkı*”nın katılımcıların değerlendirmeleri ile mevcut durumu oluşturan olası sonuçların nedenleri ve tartışmaya açılan konuların ekseninde günümüzdeki mevcut uygulamalarda yeterli düzeyde kullanımının sağlanamadığı gözlenmektedir.

Bu noktada “*hekimin hastası için kendi yaşamını ve güvenliğini tehlikeye atmama hakkı*”nın ihlali sonucu sağlık hizmeti sunum süreçlerinin özenle, etkin ve doğru yönetilebilmesi sağlanamayarak hekim, hasta birey ve tıbbi uygulamalar olumsuz etkilenerek çalışmamızda da görüldüğü üzere HHY’nin çeşitli parametreleri üzerinde hasta hakkı ihlallerini doğuracaktır.

5.1.7. Gözlenen Hekim Hakkı İhlallerinin Genel Değerlendirilmesi

Çalışmamızda kurumsal yapının mevcut durumu değerlendirilerek uygulamada mevcut duruma neden olan noktaların gündeme getirdiği olası sonuçlar irdelenmiştir. Bu kapsamda ortaya çıkan olası sonuçlar ile yetersiz ve olumsuz hasta-hekim ilişkisinin, şiddet ve benzeri eğilimlerin, tıbbi değerlendirme ve uygulama hatalarının ortaya çıkma olasılığını etkileyerek doğru, etkin bir tıbbi değerlendirme beraberinde doğru, etkin teşhis ve tedavi yöntemi için sürecin özenle, doğru yönetilebilmesi sağlanamayarak hekim, hasta birey ve tıbbi uygulamaların olumsuz etkilenmesi kaçınılmaz olacaktır. Çalışmamızda da görüldüğü üzere bu durum HHY’de ifade edilen hükümlerin yerine getirilememesi ile hasta haklarının ihlali ve hekim haklarının ihlali olasılığı arttıracaktır.

Hekim haklarına yönelik literatürde yapılmış çok az çalışma olduğu görülmüştür. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem VI öğrencilerinin hekim hakları ile ilgili farkındalıklarının değerlendirilmesi için yapılan bir araştırmada katılımcıların %34,8 oranı ile çalıştıkları kurumlarda “*sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışma hakkı*” önermesini en önemli hak olarak kabul ettikleri belirtilmektedir (Yaşar ve ark., 2018)

Araştırmamızda; günümüzdeki mevcut uygulamalarda (tıbbi değerlendirme, tıbbi girişim ve tedavi uygulamaları) hekim hakları korunmadığı sürece hekimin yükümlülüklerini yeterli düzeyde yerine getiremeyeceği ve hasta haklarının etkin uygulanabilirliğinin sağlanamayacağı gözlenmiştir. Katılımcı hekimlerin ifadelerine göre günümüzde hasta hakları uygulamalarının etkinliği sağlanamadığı noktada ortaya çıkan olası sonuçlar ile sağlıksız hasta-hekim ilişkisi, şiddet ve benzeri eğilimler, tıbbi değerlendirme ve uygulama hatalarının gündeme gelmesi kaçınılmazdır. Çalışmamızda da görüldüğü üzere hekimin yükümlülüklerini yerine getirilebilmesi için hekim haklarının sınırlarının belirlenerek yasal düzenlemelerin oluşturulması ve uygulamaya geçirilmesi gerekmektedir.

2017 de yapılan “birinci basamak hekimlerinin hastalarla ilgili karşılaştıkları sorunların değerlendirilmesine yönelik niteliksel bir araştırma” da katılımcı hekimler çözüm önerisi olarak; gerektiğinde hekimlere hukuki danışmanlık yapabilecek nitelikte birimlerin olması ve hekim haklarının korunmasını sağlayacak kurumların oluşturularak yaptırım gücünün olması gerektiğini vurgulayarak, sağlık hizmeti sunan kurumlarda hasta hakları ile ilgili dökümanların duyurulduğu gibi sağlık profesyonellerinin haklarının da sınırlarının belirlenerek duyurulmasının sağlanması gerektiğini ifade etmişlerdir (Doğan ve ark., 2017).

Çalışmamızda; hekim haklarının tanımlanarak etkin uygulanabilmesinin sağlanması hekimlerin ödev ve yükümlülüklerini yerine getirerek tıbbi değerlendirme ve uygulamalarını yapabilmesi, nitelikli ve nicelikli sağlık hizmetinin etkin ve verimli sunumunun sağlanabilmesi için oldukça önemli olduğu görülmüştür.

Ortaya çıkan hasta hakları ihlalleri sonucu hasta hakları uygulamalarının HHY doğrultusunda yeterli düzeyde uygulanmadığı görülmüş olup bu kapsamda hasta ve/veya sağlıklı bireylerin hakları ile ilgili bilgilendirilmesinin yeterli düzeyde sağlanamadığı gözlenmiştir. Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü'nün 2015 yılında hasta hakları ve hasta hakları birimleri ile ilgili bilgi düzeyleri ile faydalanma durumlarını değerlendirmek üzere yapılmış bir çalışmada hasta haklarının hasta ve/veya yakınları tarafından bilinme oranının %81,8 olduğu tespit edilmiştir. Hasta ve/veya hasta yakınlarının hasta hakları parametreleri içerisinde en az bilgi sahibi olduğu parametrenin ise “Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı” parametresi olduğu görülmüştür (Baydoğan ve Taylan, 2015) Kurumsal yönetim uygulamalarında

güvenilir ve geçerli örgütsel süreçlerin geliştirilmesi ile hekimlerin klinik bilgi beceri düzeyleri, hasta bireyin gereksinimine uygun hizmet sunumuna erişerek uygulanan tedavinin sonuçları, hasta birey memnuniyetinin değerlendirilmesi üzerine yapılan çalışmaların paralel olması gerektiği belirtilmiştir (Shortell ve ark., 1991). Sağlık hizmeti sunum sürecinin doğru yönetilmesi için doğru, etkin, yüksek düzeyde ekip çalışması ve kurumsal düzenlemelerin daha etkin düzeyde planlanması, uygulamaya geçirilmesi gerektiği görülmektedir. Kurumsal yönetim üzerinde yapılan doğru planlamalar ve uygulamalar ile hasta hakları uygulamalarının etkinliği artırılarak doğru sonuçlara ulaşılabilir ve makro düzeyde faydalar sağlanabilir.

5.2. Sonuç

Türkiye’de sağlık hizmeti sunum süreci içerisinde tıbbi değerlendirme ve uygulamalar sırasında hasta hakları parametreleri uygulanırken karşılaşılan sorunlar nedeni ile hasta - hekim ilişkisinin nasıl şekillenerek gündeme geldiği, bu süreçte yaşanan paradokslar ve sonrasında oluşan etik sorunlar karşısındaki davranış modellerinin oluşturduğu hasta ve hekim hakkı ihlallerinin sebep-sonuç ilişkileri incelenmiştir. Sağlık profesyonelleri içerisindeki hekimler üzerinde anket yöntemi uygulanarak yaptığımız çalışmamızda; katılımcı hekimlerin mevcut uygulama süreçlerinde hasta hakları ve hekim hakları uygulamalarını değerlendirmeleri sağlanarak; veri analizi sonuçları tıbbi, biyopsikososyal, hukuki, politik, ekonomik, tıp etiği, meslek değerleri ve hekimin yükümlülükleri kapsamında değerlendirilmiştir.

Bu bağlamda katılımcıların değerlendirmeleri sonucu ile hasta hakları uygulamaları ve hekim haklarının birbirini etkileyen önemli noktalarının olduğu ve hekimlerin konu üzerindeki farkındalıklarının yeterli düzeyde olmadığı görülmüştür.

Günümüzde mevcut uygulama sürecinde hasta haklarının uygulanmasını etkileyen faktörlerin neler olduğu ve hekimlerin gündeme gelen hasta hakları ihlallerinin sorumlusu olarak algılanmasının arka planındaki etmenler incelenmiştir.

Hasta hakları uygulamaları sürecinde karşıt taraf olarak algılanan ancak çalışmamızda bir bütün olarak ele alınması gerektiğini vurguladığımız hasta bireyler ve hekimlerin tıbbi uygulamaları ortaya çıkan etmenler nedeni ile olumsuz yönde etkilendiği görülmektedir.

Kurumsal yönetim planlamaları ile gündeme gelen etmenlerin; hasta hakları uygulamalarının hekim hakları korunarak uygulanmamasına, hasta-hekim ilişkisinin olumsuz etkilenecek sağlıksız sürdürülmesi ile güvensiz ortam oluşmasına ve bu kapsamda hasta ve/veya sağlıklı birey ile yakınlarının hekime yönelik şiddet ve benzeri eğilimlerin ortaya çıkmasına neden olduğu görülmektedir.

Hasta hakları uygulamalarının hekim hakları korunarak etkin, doğru uygulanmaması ile hekimin yükümlülüklerini yeterli düzeyde yerine getiremediği bu noktada tıbbi değerlendirme ve uygulama hatalarının (tıbbi malpraktis) oluştuğu görülmektedir.

Günümüzdeki mevcut uygulamalarda tıbbi, biyopsikososyal, hukuki, politik, ekonomik, tıp etiği, meslek değerleri ve hekimin yükümlülükleri kapsamında hasta haklarının ve hekim haklarının yeterli düzeyde korunamadığı görülmüştür. Yeterli düzeyde korunması sağlanamayan halkların hasta hakkı ve hekim hakkı ihlallerini ortaya çıkararak HHY'nin kurumsal yönetim süreçleri içerisinde etkin ve doğru noktada uygulanamıyor olduğunu bize göstermiştir.

Hasta hakları ile ilgili yönetmeliğin etkin ve doğru noktada uygulanabilirliğine yönelik hekim haklarını yasal mevzuatlar çerçevesinde kurumsal yönetim süreçleri içerisinde var olan bir yapıya dönüştürülmesinin sağlanmasının önemi vurgulanarak hekimlerin farkındalıkları arttırılmaya çalışılmıştır.

Hasta hakları uygulamaları sürecinde hekim haklarını koruyarak gerektiğinde hekimlere hukuki danışmanlık da yapabilecek, hekimlerin ihtiyaçları halinde yardım alabilecekleri bir birimin olmadığı gibi, kurumda sağlık profesyonellerinin hasta hakları ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendirebilecek, gerekli eğitimlerini sağlayabilecek, etik sorun ve çelişkilerle karşılaştıklarında yardım alabilecekleri nitelikte tıp etiği uzmanlarının da kurumsal yönetim planlamaları içerisinde yer almadığı görülmektedir.

Hasta hakları uygulamalarının hekim hakları korunarak doğru ve etkin uygulanabilirliğinin hasta memnuniyetini arttırarak kurumsal etkinlik ve verimlilik değerlerini yükselteceği yönünde değerlendirilmiştir.

Çalışmamız ile hasta bireyin yüksek düzeyde nitelik ve nicelik içeren bir sağlık hizmeti sunumuna erişimi için gerekliliklerin tekrar gözden geçirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Tıbbi değerlendirme ve uygulama süreçlerinde standart bir

yeterlilik çerçevesi seviyesinin ve uygulamaların tıp etiği ilkelerine uygunluk düzeyinin yükselmesi için farkındalık sağlandığı, katılımcı sağlık profesyonelleri içerisindeki hekimlerin etik bilincinin ve duyarlılığının artmasına katkı sağlandığı düşünülmektedir.

5.2.1. Araştırma Hipotezlerin Değerlendirilmesi

Tezin ana hipotezi olan; “*hasta hakları parametreleri ile çalışan hakları içerisinde hekim haklarının birbirini etkileyen faktörleri arasında pozitif yönde bir etkileşim vardır*” savı katılımcı hekimlerin değerlendirmeleri sonucu mevcut uygulama süreçlerinde pozitif yönde etkileşim olmadığı negatif yönde bir etkileşim olduğu görülmüştür. Günümüzde mevcut uygulamalarda kurumsal planlamalar ile hasta haklarının gerekliliklerinin yeterli düzeyde yerine getirilemediği çalışmamızın araştırma bulguları ile desteklenmiştir. Bu kapsamda hekimin mesleğinin gerekleri olan yükümlülüklerini doğru ve etkin olarak yeterli düzeyde yerine getirilebilmesi noktasında sorunların oluştuğu, gündeme gelen sorunların hekimlerin ve hasta bireylerin haklarının kullanımını olumsuz yönde etkilediği çalışmamızın araştırma bulgularında gözlenmiştir.

Alternatif hipotez olarak belirlenen;

“*Hasta hakları uygulamaları sürecinde hasta haklarının bir diğer tarafı olan hekimlerin tıp uygulamaları etkilenmektedir*” $H_{(A)1}$ hipotezi kabul edilmiştir. Günümüzde hasta hakları uygulamaları sürecinde katılımcı hekimlerin tıbbi uygulamalarının olumsuz yönde etkilendiği çalışmamızın araştırma bulguları ile desteklenmiştir. HHY'nin parametre ve alt maddelerinin araştırma bulgularında;

1. Hekimin hastasını etkin ve doğru değerlendirebilmesi için gerekli olan süre yeterli olmadığı,
2. Hekimin hastası için ayırması gereken zamanı kurumsal yönetim planlamaları ile belirlendiği,
3. Hekimin hastasını bilgilendirebilmesi için tüm tıbbi değerlendirme ve uygulamalarda gerekli olan zamanı yeterli düzeyde ayıramadığı,
4. Hekimin hasta ile ilgili gerekli olan bilgileri yeterli düzeyde alamadığı,

5. Hekimin hastasına yapılacak olan tıbbi uygulamalar ile ilgili gerekli olan bilgileri yeterli düzeyde veremediği ve hastasının aydınlanmasını yeterli düzeyde sağlayamadığı,
6. Hekimin hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rızanın hükümsüz olacağı ve bu şekilde alınan rızaya karşın tıbbi müdahalede bulunamayacağı hükmüne karşın müdahalede bulunmak durumunda kaldığı,
7. Hekimin değişen dünyada yeni gelişmeleri yeterli düzeyde takip edebilmesi sınırlandırıldığı,
8. Hekimin yeni gelişmeler ışığında çağdaş tıp olanaklarından ihtiyacı gereği faydalanamadığı için,
9. Hekimin güncel tıp uygulamalarını, bilimsel bilgileri ve yeni teknolojileri klinik uygulamalarında kullanamadığı,
10. Hekimin gerekli teşhisi en hızlı ve doğru olarak sağlayabilmesi sınırlandırıldığı,
11. Hekimin hastası için gereksinimine uygun tedaviyi belirleyebilmesi sınırlandırıldığı,
12. Hekimin hastasının en iyi yararına planlamış olduğu en uygun tedavi yöntemini uygulayabilmesi sınırlandırıldığı,
13. Hekimin hastası için gereksinimine uygun en iyi yarar sağlayacak etkin olan ilaçların kullanmasını sınırlandırıldığı,
14. Hekimin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüğünü yerine getiremediği,
15. Tüm bu etkilenimler sonucu sağlık hizmeti sunum süreçlerinde ekstra yük oluştuğu,
16. Tüm bu etkilenimler sonucu hekimin zaman kaybına neden olduğu,
17. Hekimin hastasının sağlığı olumsuz etkilenerek zarar görme riski oluştuğu,
18. Hekimin hatalı tıbbi değerlendirme ve uygulamalarına (tüm teşhis, tedavi, tıbbi girişimler) neden olduğu,
19. Hekimin hastası için sağlayabileceği en büyük yararı sağlayamadığı,
20. Hekimin hastasının tüm bu etmenlerden olumsuz etkilenerek ajite olup sağlık hizmet sunumunu aksattığı için,
21. Hasta-hekim ilişkisinde ajitasyona neden olduğu,

22. Hekimin ruhsal ve fiziksel yorgunluğuna neden olduğu, katılımcıların %50'nin üzerinde oranlar ile değerlendirildiği gözlendiği için hekimlerin tıp uygulamaları olumsuz yönde etkilenmektedir.
23. Hekimin dikkat ve özen gösterme yükümlülüğünü standart bir yeterlilik çerçevesinde yerine getiremediği ise %50'ye yakın oranlar ile değerlendirildiği gözlendiği için olumsuz yönde etkilendiği görölmektedir.

“Hasta hakları uygulamaları sürecinde hasta haklarının bir diğer tarafı olan hasta bireyler etkilenmektedir” H(A)₂ hipotezi kabul edilmiştir. Katılımcı hekimlerin değerlendirmeleri ile günümüzdeki hasta hakları uygulamaları sürecinde hasta bireylerin olumsuz yönde etkilendiği çalışmamızın araştırma bulguları ile desteklenmiştir. HHY'nin parametre ve alt maddelerinin araştırma bulgularında;

1. Hasta bireyin etkin ve doğru değerlendirebilmesi için gerekli olan sürenin yeterli olmadığı,
2. Hastanın rahatsızlığına yönelik etkin ve doğru bir değerlendirmenin yapılp gereksinimine uygun planlanan en uygun tedavi yönteminin uygulanmasına erişimi sınırlandığı,
3. Hasta bireyin gereksinimine uygun en iyi yarar sağlayacak etkin olan ilaçların kullanması sınırlandırıldığı,
4. Hasta bireyin bilgilendirebilmesi için tüm tıbbi değerlendirme ve uygulamalarda gerekli olan sürenin yeterli düzeyde olmadığı,
5. Hasta bireyin; sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen hizmet ve imkanların neler olduğu konusunda bilgi sahibi olamadığı,
6. Hasta bireyin yapılacak olan tıbbi uygulamalar ile ilgili gerekli olan bilgileri yeterli düzeyde alamadığı ve aydınlanması yeterli düzeyde sağlayamadığı,
7. Hasta bireyin yeni gelişmeler ışığında çağdaş tıp olanaklarından ihtiyacı gereği faydalanamadığı,
8. Hasta bireyin güncel tıp uygulamalarının, bilimsel bilgilerin ve yeni teknolojilerin klinik uygulamalarda yeterli düzeyde kullanamadığı,
9. Hasta bireyin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun olarak faydalanma hakkı ihlal edildiği,
10. Hasta bireyin; sağlık hizmeti sunum süreçlerine erişiminde ekstra yük olduğu,

11. Tüm bu etkilenimler sonucu hasta bireyin zaman kaybına neden olduğu,
12. Hasta bireyin sağlığı olumsuz etkilenecek zarar görme riski oluştuğu,
13. Hasta bireyin hatalı tıbbi değerlendirme ve uygulamalarına (tüm teşhis, tedavi, tıbbi girişimler) süreçlerine maruz kaldığı,
14. Hasta bireyin kendisi için hekiminin sağlayabileceği en büyük yararı sağlayamadığı,
15. Hasta bireyin tüm bu etmenlerden olumsuz etkilenecek ajite olması sebebi ile olumsuz yönde etkilendiği,
16. Hasta - hekim ilişkisinde ajitasyona neden olduğu,
17. Hasta bireyin ruhsal ve fiziksel yorgunluğuna neden olduğu % 50'nin üzerinde oranlar ile değerlendirildiği için olumsuz yönde etkilendiği görülmektedir.
18. Hasta bireyin; hastalığının gerekliliği dışında şahsi ve ailevi hayatına müdahale edildiği,
19. Hasta bireyin; öncelik sırasının belirlenmesi ile ilgili yasal mevzuat uygulanmadığı görülmüştür.

Hekimlerin değerlendirmeleri ile “*Hasta hakları uygulamalarının hekim hakları korunarak doğru ve etkin uygulanmaması sağlık profesyonelleri içerisinde hekime yönelik şiddet ve benzeri eğilimlerin oluşmasını etkilediği*” düşünülmektedir. Çalışmamızın araştırma bulguları ile $H_{(A)3}$ hipotezi desteklenmiştir. HHY'nin parametre ve alt maddeleri içerisinde $H_{(A)2}$ hipotezinde gözlenen olumsuz etkilenimlerin hekimlere yönelik uygulanan şiddet ve benzeri eğilimleri ortaya çıkardığı yönünde değerlendirilerek daha önce yapılan çalışmalarla da desteklenmiştir.

“Hasta hakları uygulamalarının hekim hakları korunarak doğru, etkin uygulanmaması ile tıbbi değerlendirme ve uygulama hataları (tıbbi malpraktis) arasında anlamlı bir ilişki” olduğu saptanarak çalışmamızın araştırma bulguları ile $H_{(A)4}$ hipotezi desteklenmiş ve hipotez kabul edilmiştir. HHY'nin parametre ve alt maddeleri içerisindeki hekimlerin yapmış olduğu değerlendirmeler $H_{(A)2}$ hipotezinde gözlenen olumsuz etkilenimlerin mevcut uygulamalarda hekimin tıbbi değerlendirme ve uygulama hatalarına (tüm teşhis, tedavi, tıbbi girişimler) %50'nin üzerinde neden olduğu yönündedir.

“Hasta hakları uygulamalarının hekim hakları korunarak doğru ve etkin uygulanabilirliği ile hasta haklarının korunması arasında anlamlı bir ilişki vardır” $H_{(A)5}$ hipotezi kabul edilmiştir. Günümüzdeki hasta hakları uygulamalarının hekim hakları korunarak doğru ve etkin uygulanabilirliği ile hasta haklarının korunması arasında anlamlı bir ilişki saptanarak çalışmamızın araştırma bulguları ile $H_{(A)5}$ hipotezi desteklenmiştir. Mevcut uygulamada kurumsal yönetim planlamalarının hasta haklarının korunması yönünde olmadığı gözlenerek çalışmamızın araştırma bulgularında katılımcı hekimlerin;

1. Hasta bireyin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun olarak faydalanma hakkı ihlal edildiği %50'nin üzerinde oran ile değerlendirildiği görülmektedir.
2. Hasta bireyin; mürakat edilen kurumda verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma ve usulüne uygun öğrenme hakkı ihlal edildiği,
3. Hasta bireyin; mahremiyetine saygı gösterilmesi hakkı ihlal edildiği,
4. Hasta bireyin; öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini istemek hakkı ihlal edildiği %50'ye yakın oranlar ile değerlendirildiği görülmektedir.
5. Hasta bireyin; tıbbi gereklere uygun teşhis tedavi ve bakım hakkı ihlal edildiği,
6. Hasta bireyin; tıbbi teşhis ve tedavi uygulamalarında tıbbi özen gösterilme hakkı ihlal edildiği,
7. Hasta bireyin; sağlık durumu ile ilgili bilgilendirmenin kapsamına yönelik bilgi alma hakkı ihlal edildiği,
8. Hasta bireyin; sağlık durumu ile ilgili bilgilendirmenin usulüne uygun bilgilendirme hakkı ihlal edildiği,

9. Hasta bireyin tıbbi uygulamalarda rızası ve izni hakkı ihlal edildiği ise %50'nin altında oranlar ile değerlendirildiği görülmüştür. Bu kapsamda mevcut uygulamada ki hasta hakları parametrelerinin doğru noktada etkin uygulanabilirliğinin sorgulanabilir düzeyde olduğu yönünde değerlendirilmiştir.

“Hasta hakları uygulamalarının doğru ve etkin uygulanamaması hekim hakkı ihlallerinin ortaya çıkma olasılığını etkilemektedir” H(A)₆ hipotezi kabul edilmiştir. Mevcut uygulamalarda hekimlerin yükümlülüklerini yerine getirebilmesi için haklarını kullanması gerektiği ve mevcut uygulamalarda haklarının kullanımının yeterli düzeyde olmaması nedeni ile yükümlülüklerini yerine getiremediği çalışmamızın araştırma bulgularında gözlenerek HHY'nin parametre ve alt maddelerinde katılımcı hekimlerin;

1. Hekimin hastasının en iyi yararına uygun tedaviyi belirleme ve uygulama hakkı ihlal edildiği,
2. Hekimin hastalarına yeterli zamanı ayırma hakkı
3. Hekimin hasta ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiyi alma ve muayene etme hakkı ihlal edildiği,
4. Hekimin baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı ihlal edildiği,
5. Etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı ihlal edildiği,
6. Hekimin klinik kararlarına güvenilme hakkı ihlal edildiği,
7. Hekimin nitelikli bir eğitim görme ve yaşam boyu öğrenme için bilimsel gelişmeleri takip etme hakkı ihlal edildiği,
8. Hekimin çağdaş bilimsel tıp olanaklarından yararlanma ve uygulama hakkı ihlal edildiği,
9. Hekimin saygılı davranılma ve onurunu koruma hakkı ihlal edildiği,
10. Hekimin sağlığını koruma ve mesleki risklerden korunma hakkı ihlal edildiği,
11. Hekimin hastası için kendi yaşamını ve güvenliğini tehlikeye atmama hakkı ihlal edildiği,
12. Kaliteli hizmet sunumu için hekime gerekli destek ve kaynak sağlanması hakkı ihlal edildiği % 50'nin üzerinde oranlar ile değerlendirdiği görülmüştür.
13. Hekimin klinik kararlarında özerkliğinin korunması hakkı ihlal edildiği,

14. Danışma / konsültasyon isteme hakkı ihlal edildiği, % 50'nin altında oranlar ile değerlendirdiği görülmüştür. Bu kapsamda günümüzdeki hasta hakları uygulamaların hekim hakkı ihlallerinin ortaya çıkma olasılığını etkilediği görülmüştür. Hekimlerin yükümlülüklerini yeterli düzeyde yerine getirebilmesi için haklarını üst düzeyde kullanması gerektiği düşünülmektedir.

“Sağlık hizmeti sunan kurumlarda hekimlere ihtiyaçları halinde danışmanlık yapabilecek, hasta hakları ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendirerek gerekli eğitimlerini sağlayabilecek nitelikte tıp etiği uzmanlarının görevlendirilmesinden oluşan bir birimin varlığı ile hasta hakları ve hekim haklarının doğru ve etkin uygulanabilirliğini olumlu yönde etkilediği” gözlenmiştir. Çalışmamızın araştırma bulguları ile $H_{(A)7}$ hipotezi desteklenmiş ve hipotez kabul edilmiştir. Çalışmamızda hasta bireyin hakları olan *“sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı”* parametresinin tıbbi özen gösterilmesi maddesinin tıbbi standardı sağlama yükümlülüğü alt maddesinin araştırma bulgularında katılımcı hekimlerin;

1. Hekimin etik eğitimleri ve kazanımlarının yeterli düzeyde olmamasından kaynaklanan etik çelişki ya da etik sorunları fark etme, analiz etme, çözüm bulma yeterliliği sağlanamayacağı %49,1,
2. Hekimin tıp etiği disiplin alanının gerekliliklerini yerine getiremeyeceği %39,4,
3. Tıbbi uygulamalarda tıp etiği disiplin alanının gerekliliklerinin yerine getirilemeyeceği %30,9,
4. Hekimin dikkat ve özen gösterme yükümlülüğünün yerine getirilemeyeceği %45,1,
5. Kurumsal düzeyde hekim ve beraberinde tüm sağlık profesyonelleri ortak kavramlara, ortak bir dile ve aynı etik kültüre sahip olamayacağı %22,9,
6. Hasta bireyin sağlığının olumsuz etkileneceği %48,0,
7. Hastanın zarar görme riskinin oluşacağı %43,4,
8. Hasta için hekimin sağlayabileceği en iyi yararın sağlanamayacağı %37,1, oranları ile değerlendirildiği buna karşın,
9. Hekimlerin yardım talebi olduğunda kurumda yardım alabileceği bir birim kişi ya da kişilerin bulunmadığını %23,4,

10. Kurum içinde ihtiyaç halinde ulaşılabilecek bir tıp etiği uzmanı vb. olmasını istendiği %27,4 oranları ile ifade ettikleri görülmüştür. Bu bağlamda çalışmamızın araştırma bulgularında katılımcı hekimlerin görüşleri bize kurumsal yönetim planlamalarının içerisinde hasta hakları ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendirebilecek ve gerekli eğitimlerini sağlayabilecek nitelikte tıp etiği uzmanlarının olduğu bir birimin varlığının yer almasının oldukça önemli olduğunu göstermektedir

“Hasta hakları uygulamalarının hekim hakları korunarak doğru, etkin uygulanabilirliği ile kurumsal etkinlik ve verimlilik değerlerinin yükselmesi arasında anlamlı bir ilişki vardır” H(A)₈ hipotezi çalışmamızın araştırma bulguları ile desteklenerek kabul edilmiştir. Çalışmamızın araştırma bulgularında katılımcı hekimlerin görüşleri; *“sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı”* parametresinin tıbbi gereklere uygun teşhis tedavi ve bakım alt maddesinde %31,4, ve tıbbi özen gösterilmesi maddesinin genel olarak özen yükümlülüğü alt maddesinde %29,1, tıbbi standardı sağlama yükümlülüğü alt maddesinde %24,0 oranları ile *“kurumsal etkinlik ve verimlilik değerlerinin olumsuz etkileneceği”* yönündedir.

5.2.2. Öneriler

Hasta hakları uygulamaları ile çalışan hakları içerisinde hekim hakları arasında pozitif yönde bir etkileşim olmasını sağlayacak kurumsal planlama ve düzenlemeler yapıp uygulamaya geçirilmelidir.

Kurumsal yönetim planlamalarının HHY'nin gerekliliklerine uygun yapılandırılması hasta - hekim ilişkisinin sağlıklı bir şekilde sürdürülerek hem hasta hem de hekim için ortaya çıkan ajitasyonu ortadan kaldırıp stressiz ve hızlı iş akış süreçlerini sağlayarak güvenli bir ortam oluşturacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda son dönemde fazlaca artmış olan hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki şiddet ve benzeri uyuşmazlıkların, tıbbi değerlendirme ve uygulama hatalarının önüne geçilmesinde fayda sağlayabilecektir.

Sağlık hizmeti sunan kurumlarda hasta haklarının uygulama süreçlerinde hekim haklarını koruyarak gerektiğinde hekimlere hukuki danışmanlık da yapabilecek birimlerin oluşturulması daha etkili hizmet biçimleri ve uygulamalarının

başlatılması için önemli sonuçlar sağlayabilir. Hekimlerin ihtiyaçları halinde yardım alabilecekleri bir birimin olması, birimde hasta hakları ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendirilebilecek ve gerekli eğitimlerini sağlayabilecek nitelikte tıp etiği uzmanlarının varlığının kurumsal yönetim planlamaları içerisinde yer alması oldukça önemlidir.

Hasta hakları ve hekim hakları ihlallerinin önlenmesi ve tıp etiğiyle akademik boyutta ilgilenenlere yol gösterici olması açısından; değişen sosyo-ekonomik, politik ve teknolojik gelişmeler ışığında, tıp etiği ilkeleri doğrultusunda hasta hakları ve hekim haklarının bir bütün olarak ele alınıp hakların daha sağlıklı bir şekilde korunacağı çalışmaların yapılması gerekmektedir. Yapılan çalışmaların özgün bir veri tabanı ortaya çıkarması, oluşan veri tabanı doğrultusunda etkin uygulanabilecek düzeyde yasal düzenlemelerin yapılarak mevzuatların oluşturulması toplumsal düzeyde önemli faydalar sağlayabilecektir.

Hasta hakları uygulamalarının hekim hakları korunarak doğru noktada uygulanabilirliğinin sağlanması ile kurumsal etkinlik ve verimlilik değerlerini de yükseltilebileceği planlamaların yapılması ve uygulamaya geçirilmesi için çalışmalar yapılmalıdır.

6. KAYNAKLAR

ACEP (American College of Emergency Physicians) (2001) Emergency Physician Rights and Responsibilities. *Ann. Emerg. Med.* December, 38: 714-715.

Adaş E (2013) Piyasa ve Toplum Kısılcacında Hekimlik. Editör: ELBEK O, Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır, Hayykitap, İstanbul, s: 205-217.

Ağalar F (2012) Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi ve Hekimlik. Editör: BURSA TABİP ODASI, Hizmet Baş (Performansa Dayalı) Ödeme Çalıştayı, Rota-Ofset Matbaacılık, Bursa, s: 30-32.

Aharony L, Strasser S (1993) Patient Satisfaction: What we Know about and What we Still Need to Explore. *Medical Care Review*, 50(1): 49-79.

Akalın MA (2007) Üçüncü Yol Olası mı?. *Toplum ve Hekim Dergisi*, Temmuz-Ağustos 22 (4): 272-273.

Akdemir N (2015) Türkiye'deki Hasta Hakları Uygulamaları Çerçevesinde Çocuk Hastaların Durumu. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, s: 29-91.

Akıncı (2009) Hasta Hakları Birimi Uygulamasında Kozan Devlet Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Niğde, s: 95-99.

Akıntürk T (2007) Hukuka Giriş. Anadolu Üniversitesi Basımevi, Yayın No:1359, Eskisehir s: 93.

Akkuş AGY, Akdemir N (2006) Rehabilitasyon ve Hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 13(1): 82-91.

Akyıldız S, Özkan H (2012) Hasta Hekim Hakları ve Davaları. Seçkin Yayınları, İstanbul s: 90-99.

Al B, Zengin S, Deryal Y ve ark. (2012) Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet. *Eurasian Journal of Emergency Medicine*, 11: 115-24.

AMA, (2001), Code of Medical Ethics, <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/code-medical-ethics-overview>, (09.12.2019).

Annagür B (2010) Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2: 161-173.

Arda B (1998) Etik Açısından Hekim Hakları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 51 (3): 121-124.

Arda B (2004) Etiğe Kavramsal Giriş ve Temel Yaklaşımlar. Editör: ARDA B, KAHYA E, BAŞAĞAÇ TG, Bilim Etiği ve Bilim Tarihi, Ankara Üniversitesi, s: 21–36.

Arda B, Şahinoğlu PS (1995) Tıbbi Etik: Tanımı, İçeriği, Yöntemi ve Başlıca Konuları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 48: 323-336.

Arıkan A, Çınarlı S, Şenuzun Aykar F ve ark. (2017) Attitudes of Medical Malpractice in Pediatric Surgery. J Pediatr Res, 4: 117-122.

Arslan İ (2019) Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Tıpta Uzmanlık Dalı Tercihlerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, s: 95-98.

Arslan SH, Kara M (2009) Aydınlatılmış Onam. İzmir Tabip Odası Yayınları, İzmir.
Aşkar A (2006) Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları ve Kütahya Devlet Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Siyasal Bilimler Fakültesi, Kütahya, s: 99-126.

Ataay F (2006) Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması. 1. Baskı, De Ki Basım, Ankara, s: 89.

Atay EE (2014) İdare Hukuku. 4. Bası, Ankara. s: 913.

Atıcı E (2007a) Hasta - Hekim İlişkisi Kavramı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 33 (1): 45-50.

Atıcı E (2007b) Hasta - Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 33 (2): 91-96.

Atıcı E (2008). Erişkin Lösemisi Bağlamında Türkiye'deki Yasal Düzenlemelerde Yer Alan Hasta ve Hekim Haklarının Tıp Etiği İlkeleri Açısından Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 16(2): 80-88.

Ayan M (1991) Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk. Kazancı Hukuk Yayınları, Ankara, s: 137-148.

Aydemir İ (2010) Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Aydın E (2004) Hasta Hakları ve Tarihsel Gelişimi. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hasta Hakları Şubesi, Hasta Hakları Hizmet İçi El Kitabı, Yalova.

Aydın E (1999) Tıp Etiğinde Hak Kavramı. T. Klin Tıp Etiği, 7: 84-87.

Aydın, S., (2009), Vakıf medeniyetinde hasta hakları, <http://www.sdplatform.com/Dergi/271/Vakif-medeniyetinde-hasta-haklari.aspx>, (09.12.2019)

Aydiner HA (2006) Bursa'daki Hekimlerin Hasta Haklarına Yaklaşımı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Bursa.

Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A et al (2017) Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspect Public Health*, 137(2): 89-101.

Baydoğan T ve Taylan HH (2015) Hasta ve Yakınlarının Hasta Hakları ve “Hasta Hakları Birimi” Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin ve Faydalanma Durumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 14 (55): 248-256.

Bayındır MS (2007) Sağlık Hizmetlerinde İdarenin ve Hekimlerin Sorumluluğu. Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi C. XI, 1-2: 551-589.

Bayraktar K (1972) Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu. İÜ Yayınları, İstanbul, s:12.

Bektaş Y, Görpelioğlu S, Suvak Ö ve ark. (2018) ICD-10 ya da ICPC-2-R Kodlama Sistemlerinin Kullanılmasının Birinci Basamakta Hizmet Planlaması Üzerine Etkisi. *Türkiye Aile Hekimleri Dergisi*, 22 (3): 133-140.

Belek İ (2012) Sağlıkta Dönüşüm Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı. 1. Baskı, Yazılama Yayınevi, İstanbul, s: 59.

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu (1948), İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi. RG: 06.04.1949, Sayı:9118, <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf>, (09.12.2019).

Bismark MM, Spittal MJ, Gurrin LC et al (2013) Identification of doctors at risk of recurrent complaints: a national study of healthcare complaints in Australia. *BMJ Qual Saf*, 22: 532–540.

Bol P, Gül G, Erbaycu EE (2013) Hasta - Hekim İletişimindeki Eksiklik ve Hataların Ortaya Konmasında FMEA Model Analizinin Katkısı. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 27: 181-191.

Bor Ekmekçi PE (2010) Avrupa Birliği ve Sağlık Bakanlığı Uyum Çalışmaları. T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Bakanlık Yayın No: 780, Ankara.

Bor Ekmekçi PE, Arda B (2015) Temel Etik Kuramlar Açısından Adalet ve Sağlık Hakkı Kavramlarının Değerlendirmesi. *Türk Klin Tıp Etiği Hukuku Tarihi* 23(1): 6-21.

Bostan S (2005) Hasta Hakları İhlallerinin Nedenleri. İbn-i Sina Tıp Dergisi, 10 (2-3): 65-72.

Boyd N (1995) Violence in the Workplace in British Columbia, A Preliminary Investigation. Journal of Criminology, 37(4): 361-519.

Bridges S (2011) Duplicated Laboratory Tests: A Hospital Audit And Evaluation Of A Computerized Alert Intervention. Doctoral thesis, University of Central Florida, Orlando, Florida.

Bulut F (2017) Hizmet Sunma Yükümlülüğü Sınırlarının Tıp Etiği Açısından Analizi. Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa, s: 60-110.

Büken E, Büken ÖN (2003) Yasal ve Etik Yönleriyle Türkiye’de Tıbbi Malpraktis. Çağdaş Tıp Etiği. Editör: DEMİRHAN ERDEMİR A, ÖNCEL Ö, AKSOY Ö, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s: 163-178.

Can İÖ, Özkara E, Can M (2011) Yargıtayda Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25: 69-76.

Cara E, Davies CE, Shaul RZ (2010) Physicians’ legal duty of care and legal right to refuse to work during a pandemic. CMAJ, 182(2): 167–170.

Cavlak H, Bostancıoğlu D (2014) Avrupa Birliği Uyum Sürecinde Sağlık ve Hasta Hakları. IAAOJ, Social Science, 2(2): 27-42.

Central Coast Home Health, Inc. Physician Rights and Responsibilities. https://centralcoasthomehealth.com/images/Physician_Rights.pdf, (09.12.2019).

Ceylan NA (2017) Kamu Hukuku (Genel Kamu Hukuku) Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Hakların Bütünlüğü İlkesi. Anasay, 2: 217-226.

Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu, (2004), RG: 25673, Md: 46, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5271.pdf>, (08.12.2019).

Chappel D ve Di Martino V (1998) Violence at Work. Workplace Violence, Geneva: ILO Press, s: 2.

Civaner M (2007) Hekimin Bulaşıcı Hastalık Taşıyan Hastaya Sağlık Hizmeti Sunma Ödevi: Nereye Kadar? Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 15: 166-175.

Civaner M (2011) “Malpraktis” yerine “hizmet kaynaklı zarar”. Türk Pediatri Arşivi, 46: 6-12.

Civaner M (2013a) Olağandışı Durumlarda Hizmet Sunma Yükümlülüğü. Toplum ve Hekim, 28: 100-104.

Civaner M (2013b) Toplumsal Sözleşmenin Çözülüşü: Sağlık Piyasasında Etik. Editör: ELBEK O, Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır, Hayykitap, İstanbul, s: 91-99.

Civaner M, Balcıoğlu H, Sarıkaya Ö (2009) Uzmanlık Eğitiminde Tıp Etiği. Anadolu Kardiyol Derg, 9: 132-138.

Civaner M, Okuyan AZ (1999) Tıbbi Etik İhlalleri. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, İzmir, s: 14.

Civaner, M., Yürür, K., Pala, K., (2011), Sağlık Alanında “Hizmet Kaynaklı Zarar”: hekimler Ne Diyor?, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, http://www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=cc967e24-9472-11e7-914a-a458ccf77150, (09.12.2019).

Coşkun S (2016) Acil Müdahalelerde Hekim Hakları. III. Sağlık Hukuku Kongresi, Bursa, s: 217-229.

Coyte PC, Dewees DN & Trebilcock MJ (1991) Medical Malpractice - the Canadian Experience. The New England Journal of Medicine, 324(14): 954-960.

Çakır Ö, Sakaoğlu HH (2014) Sağlık Çalışanlarının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminde Ücret Adaleti Algısı: Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. Çalışma İlişkileri Dergisi, 5: 1-21.

Çetin G (2006) Tıbbi Malpraktis. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 48, İstanbul, s: 31-42.

Çınarlı S (2013) İdarenin Sağlık Hizmetinin Sunumundan Kaynaklanan Hukuki Sorumluluğu. Orion Kitabevi, İzmir, s: 216-259.

Çınarlı S, Aykın AC (2016) Sağlık Personelinin Hukuki Sorumluluğu. Seçkin Yayıncılık, İzmir, s: 258-290.

Çiftçiöğlü BA ve Ordun G (2010) Hastaların Hekimlerin Kendileri ile Kurdukları İletişimden Memnuniyet Düzeylerinin Ölçümüne Yönelik Araştırma. Öneri Dergisi, 34: 109-118.

Çiftçiöğlü CT (2012) Yaşama Hakkı. TBB Dergisi, 103:137-168.

Demir M (2006) Sağlık ve Tıp Hukuku Mevzuatı Uluslararası Kaynaklar. Turhan Kitabevi, Ankara.

Demirhan EA (2012) Tıp Etiği Bağlamında Hekim Hakları. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Hukuku Tarihi Dergisi, 20(2): 105-114.

Demirhan Erdemir A, Elçioğlu Ö (2001) Klinik Uygulamalarda Her Durumda Ortaya Çıkan Etik Yükümlülükler. Klinik Etik. Editör: DEMİRHAN ERDEMİR A, OĞUZ Y, ELÇİOĞLU Ö, DOĞAN HH. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s.104-148.

Demirhan Erdemir A, Elçioğlu Ö (2003) Hasta Hakları (Patients' Rights), Çağdaş Tıp Etiği. Editör: DEMİRHAN ERDEMİR A, ÖNCEL Ö, AKSOY Ş, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s: 86-116.

Demirhan N (2010) Hasta Şikâyetlerinin Hukuksal Boyutu. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 16: 35-45.

Desmond J ve Copeland LR (2010) Günümüz Hastasıyla İletişim. Çeviren: YAMAÇ D ve TEKİN E, Ankara, Efil Yayınevi, s: 1-9.

Devebakan N (2006) Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, İzmir, 8(1): 1.

Dinç A (2017) Hasta Haklarının Sağlık Hukuku Boyutuyla Değerlendirilmesi. Hasta Hakları Teorik Eğitim Programı, 03-04 Temmuz 2017.

Doctors' Bill of Rights Act., (1999), H.R.3300-106th Congress (1999-2000) 1st Session. <https://www.congress.gov/106/bills/hr3300/BILLS-106hr3300ih.pdf>, (09.12.2019).

Doğan E, Hıdıroğlu S, Karavuş M (2017) Birinci Basamak Hekimlerinin Hastalarla İlgili Karşılaştıkları Sorunların Değerlendirilmesine Yönelik Niteliksel bir Araştırma. Jour Turk Fam Phy, 8 (1): 02-10.

Doğan Ü (2017) Sağlıkta Medikal Malzeme Kullanımı; “Ucuz Etin Yahnisinden Kurtulmak”. Hekim Hakları Dergisi, 1: 18-19.

Egemen, G., (2011), İşte Hekim Hakları, <https://www.medimagazin.com.tr/hekim/hukuk-etik/tr-iste-hekim-haklari-2-17-36398.html>, (09.12.2019).

Ekingen E, Yıldız A, Korcu C ve ark. (2017) Hastanelerde Uygulanan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Çalışanların Motivasyonu ve Performansına Etkisi Üzerine Bir Araştırma. Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 7 (12): 71-83.

Elbek O (2013) Hekimliğin Dönüşümü. Editör: ELBEK O, Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır, Hayykitap, İstanbul, s: 219-235.

Elçioğlu Ö, Kırımlıoğlu N (2003) Tıp Etiği İlkeleri. Çağdaş Tıp Etiği. Editörler: DEMİRHAN EA, ÖNCEL Ö, AKSOY Ş. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s: 26-40.

Engiz O (1997) Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.
Erdem A, Ersoy N (1994) Tıbbi Etik'te Adalet İlkesi. T Klin Tıbbi Etik, 2(2): 61-3.

Erdem Ö (2007) Sağlık Personeli ve Hastaların Hasta Hakları Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Uygulanan Müdahale Yöntemlerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

Erdemir DA, Elçioğlu Ö (2000) Tıp Etiği Işığında Hasta-Hekim Hakları (The Rights of Patient-Physician). Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş. Türkiye Klinikleri, Ankara, s: 1-104.

Erdoğan E (2007) Hekim Hakları. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, s: 8-58.

Eren E (2006) Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi. Beta Yayınevi, İstanbul, s: 414.

Eroğlu EK (2011) Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, s:13.

Ersoy LV (2014) Tıbbi Malpraktis. Toraks Cerrahisi Bülteni, 5: 29-32.

Ertan İM (2012) Uluslararası Boyutlarıyla Sağlık Hakkı. Legal Yayınevi, İstanbul.

Ertem G, Oksel E, Akbıyık A (2009) Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) İle İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Dirim Tıp Gazetesi, 84(1): (1-10).

Ezgi L (2007) GSS Sağlık Değil, Hastalık Getiriyor. Editör: DEMİRDİZEN H ve AKALIN A, Türkiye'de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar-II Sağlıkta Dönüşüm, İstanbul Tabip Odası, İstanbul, s: 130.

Funda MN (2012) İnsan Hakları, Sağlık Hakkı ve Hasta Hakları. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, s: 198.

Gezgin MF (2006) Hukukun Temel Kavramları. İstanbul, s: 139.

Giuseppe, C., Stefano, A.I., Giovanni, at al, (2002), Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (Ana Sözleşmesi) Temel Doküman, <https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/avrupastatusu.htm>, (09.12.2019).

Goodman M, Berlinerblau M (2018) Treating Burnout by Addressing its Causes. Physician Leadership Journal, 5: 41-45.

Gökcan HT (1017) Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk, Doktrin ve Yargı Kararları Işığında Doktor ile Sağlık Personelinin Özel Hastaneler ve Devletin Sorumluluğu. Seçkin Yayıncılık, Ankara, s: 93-94.

Görkey Ş (2002) Hasta Hakları. Editör: HATEMİ H, DOĞAN H, Medikal Etik, Tıp Organizasyonunda Etik ve Hukuk, Yüce Yayınları, İstanbul, s: 100-126.

Gül S, Ergun A (2010) Piyasa Odaklı Bir Uygulama Olarak Aile Hekimliği: Sağlık Hizmetinin Sunumunda Olası Kayıplar. Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu Bildiriler Kitabı, s: 317.

Gülkaya E (2009) Erişkin Hastanesinde Yapılan Akreditasyon Çalışmaları Sürecinde, Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Bilgi Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara, s: 12.

Güran S (1982) Hekimin Faaliyetlerinden Devletin Sorumluluğu. Danıştay Dergisi, 12(46-47): 16-22.

Güran S (1983) Hekimin Faaliyetlerinden Devletin Sorumluluğu. Sorumluluk Hukukunda Yeni Gelişmeler V. Sempozyumu, Mukayeseli Hukuk Araştırma ve Uygulama Merkezi, İstanbul, s: 77-87.

Hakeri, M.H., (2007a), Bir Hekim Günde Kaç Hastaya Bakmak Zorundadır? <https://www.medimagazin.com.tr/authors/hakan-hakeri/tr-bir-hekim-gunde-kac-hastaya-bakmak-zorundadir-72-64-1373.html>, (09.12.2019).

Hakeri MH (2007b) Hasta Hakları Kanunu Taslağı. Sağlık Hakkı Özel Sayı, Trabzon, (3): 51.

Hakeri, MH (2011a) Hekimin Yükümlülükleri. Editör: SARP N, KKTC Lefke Avrupa Üniversitesi II. Sağlık Hukuku Sempozyumu, Adalet Yayınevi, 1. Basım, Ankara, s: 19-95.

Hakeri MH (2011b) Aydınlatma ve Rıza. Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 19(2): 132-144.

Hakeri MH (2012a) Tıp Hukuku. 5. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, s: 511-599.

Hakeri MH (2012b) VIII. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu Hekim Sorumluluğu. Editör: HAKERİ MH, ROSENAU H, Seçkin Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara.

Hakeri MH (2012c) Mahremiyet ve Ceza Hukuku. s: 31-61.

Hakeri MH (2014a) Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Hukuksal Boyutu. Sağlıkta Birlik, 1: 48-51.

Hakeri MH (2014b) Tıp Hukukunda Komplikasyon Malpraktis Ayrımı. Toraks Cerrahisi Bülteni, 5: 23-28.

Hakeri MH (2018) Tıp Hukuku. Seçkin Yayınları, Ankara, s: 12-70.

Hancı H (1995) Hekimin Yasal Sorumlulukları ve Hakları. 2. baskı, Toprak Ofset Matbaacılık, İzmir, s: 268.

Harteloh PPM (2003) The Meaning of Quality in Health Care: A Conceptual Analysis. *Health Care Analysis*, 11(3): 259-267.

Hatun Ş (1999) Hasta Hakları. 1. Baskı, İletişim Yayınları, İstanbul, s: 11-14.

Healy J, Walton M (2016) Health Ombudsmen in Polycentric Regulatory Fields: England, New Zealand, and Australia. *Journal of Public Administration*, 75(4): 492-505.

Hekim Hakları Derneği, (2019), <http://www.hekimhaklariderneği.org/index.php>, (05.12.2019).

HEKİMDER (Türk Hekimleri Dostluk ve Yardımlaşma Derneği), (2013), Evrensel Hekim Hakları Bildirgesi, <https://www.medimagazin.com.tr/hekim/genel/tr-iste-evrensel-hekim-haklari-bildirgesi-2-12-51753.html>, (09.12.2019).

Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu, (1927), RG: 2,3,4.07.1927, Sayı: 622,623,624, Md: 245/4, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/5.3.1086.pdf>, (09.12.2019).

Huntington B, Kuhn N (2003) Communication Gaffes: a Root Cause of Malpractice Claims. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*, 16: 157–161.

İçel K (2004) Tıp ve Ceza Hukuku. Editör: ÜNVER Y, Seçkin Yayıncılık.

İlhan MN, Çakır M, Tunca MZ ve ark. (2013) Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar. *Gazi Medical Journal*, 24: 5-10.

İşeri S (2014) Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Hasta Hakları Birimine Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi (Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hastanesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, s: 24-26.

Kabaoğlu İÖ (1989) Kollektif Özgürlükler. Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları, Diyarbakır, s: 266-268.

Kaptanoğlu AY (2011) Sağlık Yönetimi. Beşir Kitapevi, 1. Baskı, İstanbul, s: 509.

Karaer Z (2016) Hemşirelerin Hasta Hakları Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, s: 5-47.

Kart E (2013) “Sağlıkta Dönüşüm” Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri. *Çalışma ve Toplum*, 3: 103-139.

Kaya A (2013) Mali Sürdürülebilirlik: Teori ve Türkiye Uygulaması. Türkiye Bankalar Birliği, İstanbul.

Kaya C (2005) Memur Disiplin Suç ve Cezalarına ve Disiplin Soruşturmasına Hakim Olan Temel İlkeler. *Amme İdaresi Dergisi*, C 38 (2): 61-87.

Kaya S (2009) Hasta Güvenliği Kültürü Nedir ve Nasıl Geliştirilebilir. Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi, 1: 32-34.

Kaymakçı, M., (2019), Hasta Hakları ve Sorumlulukları, <https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/haksor.htm>, (09.12.2019).

Kazemi S (2012). Violence Against Doctors in Iran's Khoramabad City Hospitals İn 2011. Violence in the Health Sector. Ed: I. NEEDHAM K, MCKENNA M, KINGMA N, Oud, 24-26 October, Canada, pp: 260-264.

Keser Özcan N, Bilgin H (2011) Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematik Derleme. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 31(6): 1442-1456.

Kibar N (2010) 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları Bilinirlik Düzeyinin Ölçülmesi: Bahçelievler Örneği Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul, s: 18.

Kocacık, F (2001) Şiddet Algısı Üzerine (Doç. Dr. Feramuz Aydoğan Anısına). Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2(1): 1-7.

Köknel Ö (2000) Bireysel ve Toplumsal Şiddet. Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, s:20.

Kukul ÖD, Isıkhani V (2007) Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Sosyal Hizmetin Rol ve İşlevi. Sağlık ve Toplum Dergisi, Temmuz-Eylül 3: 28-29.

Kurtcebe ZÖ (2009) Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hasta ve Yakınları ile Araştırma Görevlilerinin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi, Tutum ve Yararlanma Durumlarının Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, s: 209-210.

Küçük A, Gökçınar D, Aksoy E ve ark. (2012) Performansa Göre Ek Ücret Ödenmesinin Anestezi Uygulamalarına Etkileri. Turk J Anesth Reanim, 40: 262-268.

Magnavita N, Heponiemi T (2012) Violence Towards Health Care Workers in a Public Health Care Facility in Italy: A Repeated Cross-Sectional Study. BMC Health Services Research, 12(108): 1-9.

Marakoğlu K Çetin Kargın N Armutlukuyu M (2013) Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinde Tükenmişlik Sendromu ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi, 23: 102-108.

Metin B (2017) Sağlık Hakkı. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 4(1): 46-50.

Michaud Y (1991) Şiddet. Çeviren: MUHTAROĞLU C, İletişim Yayınları, İstanbul, s:18-89.

Mumcu A (1992) İnsan Hakları/Kamu Özgürlükleri. Zirve Ofset, Ankara, s. 13-15.

Nesanır N, Erem A, Bilge B ve ark. (2006) Manisa’da Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin Bakış Açısıyla Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulaması. *Toplum ve Hekim*, 21: 231-238.

Neuwirt K (2006) Council Of Europe Recommendations/ Recommendation No.R (97) 5 On The Protection Of Medical Data (13 February 1997). International Conference, Skopje, November 15 -17 2006, s: 6-24.

Nişancı Y, Nazlı N, Özkan M ve ark. (2009) Türk Kardiyoloji Derneği Etik Kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 37(Özel sayı 3): 1-2.

O’Daniel, M., Rosenstein, A.H., (2008), Professional Communication and Team Collaboration. In: *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1201002/>, (09.12.2019).

Obasuyi B I & Antwi-Kusi A (2017) Routine Preoperative Laboratory Testing: Economic Burden on Pre-Surgical Patients. *Open Journal of nesthesiology*, 7(1): 15-22.

Odabaşı AB ve Tümer AR (2006) Çekinik (Defansif) Hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu’nun Uygulanma Aşamasında Toplum Bekleyen Tehlike. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(4): 55.

Odyakmaz Z (2011) İdare Hukuku Açısından Hasta Hakları Uygulamaları. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, 1(5): 1-56.

Ogan H (2009) Sağlık Sisteminden Kaynaklanan Şiddetin Nedenleri. Editör: OGAN H, *Hekime Yönelik Şiddet Çalıştayı*, İstanbul Tabip Odası, İstanbul, s: 27-30.

Oğuz NY (1997) Hasta Hakları Alanındaki Gelişmeler ve Değişen Değerler. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, Ankara, 5(2): 55.

Oğuz NY (2001) Klinik Etik Eğitimi Klinik Etik. Editör: DEMİRHAN ERDEMİR A, OĞUZ Y, ŞAYLIGİL ELÇİOĞLU Ö, DOĞAN H. *Nobel Tıp Kitabevleri*, İstanbul, s: 149–162.

Oğuz NY, Tepe H, Büken NÖ ve ark. (2005) *Biyoetik Terimleri Sözlüğü*. 1. Baskı, Türkiye Felsefe Kurumu, Ankara s: 118.

Oksay A (2016) Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tam Olarak Ne Demek? Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8(14): 181-192.

Oral T (2011) Hekimin Aydınlatma ve Hastanın Rızasını Alma Yükümlülüğü. *Ankara Barosu Dergisi*, Ankara, 2: 195.

Oy O, Oy GO (2018) *Hasta Hakları ve Hasta Hakları İhlallerinde Başvuru Yolları*. Beta Yayınları, 1. Basım, İstanbul.

Önal G (2012) Hasta Haklarının Anatomisi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3: 7-14.

Öncel Ö (2003) Hekim Görevleri, Sorumluluğu ve Tıbbi Sorumluluk. Çağdaş Tıp Etiği Editörler: DEMİRHAN ERDEMİR A, ÖNCEL Ö, AKSOY Ş. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2003, s: 149-162.

Öz S (2007) İnsan Hakları Düzenlemelerinin Türk Kamu Yönetimine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.

Özaydın Z (1999) Bir Hasta Hakkı Olarak Özerklik ve Aydınlatılmış Onay, Medikal Etik (Kuram ve Uygulama Sorunları). Editör: HATEMİ H, Tavashlı Matbaacılık, s: 39-54.

Özcan A (1997) Hasta Hakları ve Hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Temmuz-Aralık 4(2): 79-87.

Özcömert GH, Özçelikay G, Şar S ve ark. (2000) Yararlılık ve Zarar Vermeme İlkelerinin Eczacılık Etiği Açısından Değerlendirilmesi. T. Klin. Tıp Etiği, 8:101-104.

Özçelik, Z., Demir, S., (2009), Hekime Yönelen Şiddette Hukuki Çalışmalar, TTB, http://www.ttb.org.tr/kollar/_siddet/makale_goster.php?Guid=69acb91e-9baa-11e8-a344-02bcac27bd3f, (09.12.2019).

Özdemir H (2004) Özel Hukukta Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi. Yetkin Basımevi, Ankara.

Özer Ö, Taştan K, Set T ve ark. (2015) Tıbbi Hatalı Uygulamalar. Dicle Tıp Dergisi, 42: 394-397.

Özer, M., (2015), Hekim Hakları. ATUDER (Acil Tıp Uzmanları Derneği), 17. Acil Tıp Sempozyumu, http://file.atuder.org.tr/_atuder.org/fileUpload/WLryaTHSmxw4.pdf, (09.12.2019).

Özlu T (2005) Hasta Hakları: Hakkınız Var Çünkü Hastasınız. Timaş Yayınları, İstanbul.

Özlu T (2007a) Hasta Hakları ve Hekimler. Hekim, 1: 51-59.

Özlu T (2007b) Hasta Hakları. Sağlık Hakkı Özel Sayı, Rosch Yayınları, 3: 1-7.

Özlu T (2007c) Hasta Haklarına Uygun Sağlık Hizmeti Sunumu. Sağlık Hakkı Dergisi, Kasım, 3: 5.

Özlu T (2008) Hekimler ve hasta hakları. Medikal Etik, 7-8: 14-20.

Özyurt, A., Ogan, H., Solakoğlu, Z. ve ark., (2009), Hekime Yönelik Şiddet Nasıl Önlenir Çalışmayı Anket Sonuçları, Türk Tabipler Birliği, http://www.ttb.org.tr/siddet/index.php?option=com_content&view=article&id=67:rapor&catid=23:rapor&Itemid=8, (09.12.2019).

Pala K (2005) Dünyada Sağlıkta Yeniden Yapılanma. Sağlıkta Neo-Liberal Dönüşüm ve Sağlık Hakkı İçin Mücadele. Yıldız Teknik Üniversitesi Oditoryumu, Türk Tabipler Birliği İstanbul Tabip Odası, s: 81.

Pala K (2006) Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu? Milliyet Örsan Öymen Anısına Yılın İnceleme Ödülü. Milliyet, Ankara, s: 26-30.

Parker, M.C., (2017), <https://www.kevinmd.com/blog/2017/02/physicians-bill-rights.html>, (09.12.2019).

Pellegrino ED (1994) Patient and Physician Autonomy: Conflicting Rights and Obligations in the Physician-Patient Relationship. *Journal of Contemporary Health Law & Policy* (1985-2015), 10(1): 47-68.

Polat O, Pakiş I (2011) Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2: 119-125.

Ruby R, Parveen S, Safrunisa P et al (2012). Prevalence of Physical Violence Against Nurses at Emergency Department at Tertiary Care Hospitals in Karachi, Pakistan. *Violence in the Health Sector*, Ed: I. NEEDHAM K, MCKENNA M, KINGMA N, Oud, 24-26 October, Canada, pp: 92-93.

Ruderman C, Tracy S, Bensimon C ve ark. (2006) On pandemics and the duty to care: whose duty? who cares? *BMC Medical Ethics*, 7: 1-6.

SA Medical Association (SAMA), <https://www.samedical.org/images/attachments/rights-and-responsibilities-of-doctors-and-patients-jul012.pdf>, (09.12.2019).

Saber Tehrani AS, Lee H, Mathews SC et al (2013) 25-Year summary of US malpractice claims for diagnostic errors 1986–2010: an analysis from the National Practitioner Data Bank. *BMJ Qual Saf*, 22: 672-680.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı, (2017), Sağlık Bakanlığı <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0>, (09.12.2019).

Saines JC (1999) Violence and aggression in A&E: recommendations for action. *Accid Emerg Nurs*, 7: 8-12.

Samancı U (2014) Uluslararası Sağlık Tüzüğü (2005) ve Hukukî Niteliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 16(2):113-169.

Saraçoğlu VG (2007) Aile Hekimliği Sağlıklı Olma Hakkı ve Hasta Hakları Anlayışına Ne Denli Hürmetkar?, Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model midir?. Editör: ESKİOCAK M, TTB Yayınları, Ankara.

Sarıtaş H (2005) Hasta Hakları Açısından Hekim Sorumluluğu. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Sarp N, Doğan C (2011) KKTC Lefke Avrupa Üniversitesi III. Sağlık Hukuku Sempozyumu. Adalet Yayınevi, Ankara.

Savaşkan F (2006) KKTC'deki Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşire ve Hekimlerin Hasta Haklarına Duyarlılığının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, s: 23.

Sayek F (1998) Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, Ankara.

Saylan E (2008) Hasta Haklarının Hukuki Boyutu. http://www.msb.gov.tr/ayim/Ayim_makale_detay.asp?IDNO=68, (20.11.2008).

Schaffer AC, Jena AB, Seabury SA et al (2017) Rates and Characteristics of Paid Malpractice Claims Among US Physicians by Specialty, 1992-2014. JAMA Intern Med. 177: 710-718.

Sert G (2004) Hasta Hakları Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde. Babil Yayıncılık, İstanbul.

Sert G (2008) Tıp Etiği ve Mahremiyet Hakkı. Babil Yayıncılık, İstanbul.

Sert G (2019) Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Açısından Hasta Hakları. Seçkin Yayıncılık, İstanbul.

Sezer Ö, Vural T (2010) Kamu Hizmetlerinin sunumunda Devletin Değişen Rolü ve Merkezi Yönetim ile Yerel Yönetimler Arasında Yetki ve Görev Paylaşımı. Maliye Dergisi, Temmuz–Aralık, 159: 203-219.

Shortell, M, Rousseu D, Gillies R et al (1991) Organizational Assesment in Intensive Care Units: Construct Development, Reliability and Validity of ICU Nurse-Physician Questionnaire. Medical Care, 29(8): 709-7.

Sibbald B (2003) Right to refuse work becomes another SARS issue. CMAJ, s: 169-141.

Smith M (2005) Patients and Doctors: Rights and Responsibilities İn The NHS (2). Clinical Medicine Vol 5 No 5 September/October, s: 501-502.

Solmaz B, Duğan Ö (2018) Sağlık alışanı ile Hasta ve Yakınları Arasında Yaşanan şiddetin Nedenlerinden "İletişim" Üzerine Bir İnceleme. AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 18(2): 185-206.

Soyer A (1995) Sağlıkta Özelleşmeye Bir Adım Daha. Editör: BELEK İ ve SOYER A, Sağlıkta Özelleştirme, Sorun Yayınları, İstanbul, s: 54-58.

Studdert DM, Mello MM, Sage WM et al (2005). Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment. Journal of the American Medical Association, 293(21): 2609-2617.

Sütlaş M (2000) Hasta ve Hasta Yakını Hakları. Chiviyazıları Yayınevi, İstanbul, s: 77-86.

Sütlaş, M., (2007), Bir Yanlış Algılama ve Bir Yanlış Öneri: Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti, <http://www.hastahaklari.org/hastaodak.htm>, (09.12.2019).

şenocak Z (1998) Özel Hukukta Hekimin Sorumluluğu. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları, Ankara, s: 529.

T.C. Aile alışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, (2013), Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğu, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130324-3.pdf>, (09.12.2019).

T.C. Anayasa'sı (1982), RG: 09.11.1982, Sayı: 17863 (Mükerrer), <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf>, (09.12.2019).

T.C. Sağlık Bakanlığı (1974) TUY (Tababet ve Uzmanlık Yönetmeliğu). RG: 22.03.1974, Sayı: 14993.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2005) HHU Yönergesi 2005 (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi). RG: 26.04.2005, Sayı: 3077.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2019) HHY (Hasta Hakları Yönetmeliğu). RG: 01.08.1998, Sayı: 23420, Güncellenme; RG: 08.05.2014, Sayı: 28994, RG: 23.12.2016, Sayı: 29927, RG: 16.01.2019, Sayı: 30657.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2010), Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası, Genelge, Sağlık Bakanlığı, sayı: 2010/73-80, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11028/poliklinik-hizmetlerinde-oncelik-sirasi-hakkinda-genelge-201073-80.html>, (09.12.2019).

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2016a), Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon-5; Revizyon-0, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0>, (09.12.2019).

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2016b), Faaliyet Raporu, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/7585,raporpdf.pdf?0>, (09.12.2019).

Tanrıverdi H (2012) Hastaların, Hasta Hakları Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi-DergiPark, Aralık, 16(3): 101-122.

Tanrıverdi H, Akova O, Çevik B (2014) Tıp Etiği Açısından Hekim Hakları. Bitlis Eren Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Haziran, 3 (1): 21-30.

Taşlıyan M, Gök S (2012) Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2(1): 69-94.

TBMM, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma Komisyonu Raporu, (2013), https://www.tbmm.gov.tr/arastirma_komisyonlari/saglik_calisanlari/docs/ss454.pdf, (09.12.2019).

TDB (Türk Dişhekimleri Birliği), Türk Dişhekimleri Birliği Hekim Hakları Bildirgesi, http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/ekler/Mevzuat/Hekim_Haklari_Bildirgesi-2017.pdf, (09.12.2019).

TDK (Türk Dil Kurumu), (2011), 11. Baskı, <https://sozluk.gov.tr/>, (02.12.2019).

TDN (Tıbbi Deontoloji Tüzüğü), (1960), RG: 19.02.1960, Sayı: 10436, Md: 13, 18, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.3.412578.pdf>, (09.12.2019).

Teke HY, Alkan HA, Başbulut AZ ve ark. (2007) Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Kanuni Düzenlemelere Hekimlerin Bakışı ve Bilgilenme Düzeyi: Anket Çalışması. Türkiye Klinikleri Adli Tıp, 4: 61-67.

Tengilimoğlu D, Işık A, Akbolat M (2012) Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel Yayıncılık, 5. Baskı.

Toprak DK ve Şahin B (2012) Sağlık Bakanlığı Hastanelerde Şikâyetlerin Değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Ankara, 3: 9.

TTB (Türk Tabipler Birliği) (2009a) TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 37(4): 46-50.

TTB (Türk Tabipler Birliği) (2009b) Türk Tabipleri Birliği, Etik Bildirgeler Çalıştayı Sonuç Raporları. Türk Kardiyol Dern Arş-Arch Turk Soc Cardiol, 37(3): 51-66.

TTB (Türk Tabipler Birliği), (2009c), Türk Tabipler Birliği Hekim Hakları Bildirgesi, <http://www.ttb.org.tr/images/stories/file/etik/7.pdf>, (09.12.2019).

TTB (Türk Tabipleri Birliği), (2009d), Hekimlerin Değerlendirmesi İle Performansa Dayalı Ödeme, <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/performansadayalioideme.pdf>, (09.12.2019).

TTB (Türk Tabipler Birliği), (2010), Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri, http://www.ttb.org.tr/kutuphane/etik_bldgeler2010.pdf, (09.12.2019).

TTB (Türk Tabipler Birliği), (2012), TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, www.ttb.org.tr/kutuphane/h_etikkural.pdf, (09.12.2019).

TTB (Türk Tabipler Birliği), (2013a), Şiddetle Başa Çıkmak, 2. Baskı, https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siddetbr_13.pdf, (09.12.2019).

TTB (Türk Tabipler Birliği), (2013b), Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği Uyarınca Aile Hekimlerine Nöbet Yazılamaz, http://www.ttb.org.tr/haberarsiv_goster.php?Guid=67201bd2-9232-11e7-b66d-1540034f819c, (09.12.2019).

TTB (Türk Tabipler Birliği), (2019), Sağlıkta Şiddeti Kırıkleyen, İlaça Erişimi Kısıtlayıcı Uygulamalardan Vazgeçilmelidir, http://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=d0f66240-f406-11e9-af85-0a7f5e5db473, (09.12.2019).

TTD (Türk Toraks Derneği), (2019), Türk Toraks Derneği Etik Kurulu Hekim Hakları, <https://www.toraks.org.tr/uploadFiles/2152011144929-Hekimhaklari.pdf>, (09.12.2019).

Tunaya TZ (1969) Siyasi Müesseseler ve Anayasa Hukuku. 2. Baskı Sulhi Garan Matbaası, İstanbul, s: 361.

Turhan E, Matkap S, Kırmızıoğlu R ve ark. (2008). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Sıklığı, Türleri ve Önlemler. Toplum ve Hekim, 23(6): 462-468.

Türkan H, Tuğcu H (2004) 2000-2004 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurasında Değerlendirilen Acil Servislerle İlgili Tıbbi Uygulama Hataları. Gülhane Tıp Dergisi, 46: 226-231.

Türkiye İstatistik Kurumu (2014), Yaşam Memnuniyeti Araştırması, <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18629>, (09.12.2019).

Türkmen, A (2009) Hasta ve Hekim Hukuku. Seçkin Yayıncılık, Samsun, s: 8-73.

Türkmen A (2013) Hasta ve Hekim Hukuku. Adalet Yayıncılık, Ankara, s: 55-69.

Türkmenoğlu B, Sümer HE (2017) Sivas İl Merkezi Sağlık Çalışanlarında Şiddete Maruziyet Sıklığı. Ankara Medical Journal, 4: 216-225.

Uzak A, Altuntaş M (2007) İnsan Hakları Nedir? Temel Bilgiler ve Türkiye’de İnsan Hakları Alanında Yaşanan Gelişmeler. İsmat Baskı, Ankara, s:18.

Uzun Ö (2009) Hastanelerde Hasta Güvenliğini Olumsuz Etkileyen Etmenler. V. Nöroşürüji Hemşirelik Kongresi, s: 1.

Varol N (2017) Hasta Haklarının Korunmasında Sağlık Hukuku Yaklaşımı. SD Platform (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi), Aralık-Ocak-Şubat 41: 50-51.

Warshaw LJ, Messite J (1996) Workplace violence: preventive and interventive strategies. JOEM, 38: 993-1006.

Williams J (2017) Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği Elkitabı. 3. Baskı, Türk Tabipler Birliği, Ankara, s: 1-132.

Winstanley S, Whittington R (2004) Aggression Towards Health Care Staff in a UK General Hospital: Variation Among Professions and Departments. Journal of Clinical Nursing, 13(1): 3-10.

Yanık M (2009) Sağlıkta Dönüşüm Projesi Sağlığı Hak Olmaktan Çıkarıyor! Editör: DEMİRDİZEN H ve AKALIN A, Türkiyede Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar-II, İstanbul Tabip Odası, İstanbul, s: 23-25.

Yaşar D, Beydemir A, Atalay B ve ark. (2018) Seçilmiş Bir Tıp Fakültesi Dönem VI Öğrencilerinin Hekim Hakları Konusundaki Görüş ve Farkındalık Durumlarının İncelenmesi (Opinions and Awareness of a Selected Medical School Interns on Physicians' Rights). Sted, 28(3): 181-190.

Yavuz C (2013) Sağlık Hizmetleri ve Kapitalizm. Editör: ELBEK O, Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır, Hayykitap, İstanbul, s: 41-56.

Yeh DD (2014) A Clinician's Perspective on Laboratory Utilization Management. Clinica Chimica Acta, 427: 145-150.

Yıldırım A, Aksu M, Çetin İ ve ark. (2009) Tokat İli Merkezinde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hataları İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. Cumhuriyet Tıp Dergisi, 31: 356-366.

Yıldırım G, Kadioğlu S (2007) Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları Basic Concepts of Ethics and Medical Ethics. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 29(2): 7-12, s: 75-83.

Yıldırım K (2013) Hekime Yönelik Şiddeti Besleyen Skala: Teorik ve Pratik Boyut. Toplum ve Hekim, 28: 70-80.

Yılmaz B (2007) Hekimin Hukuki Sorumluluğu. Adalet Yayınevi, Ankara.

Yiğit V (2017) Türkiye'de Üniversite Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi. Contemp Med, 7: 126-131.

Yorulmaz C, Kır Z, Ketenci HÇ (2006) Tıbbi Uygulama Hataları ve Bilirkişilik. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. Editör: GÜRSEL Ç, YORULMAZ C, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu, 2. baskı, İstanbul, s: 55-70.

Yüksel M (2000) Avrupa İnsan Hakları Hukuku ve Türk Hukuk Düzenindeki Yeri. Türkiye Noterler Birliği Hukuk Dergisi, 108: 19-35.

Yüksel M (2010) Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin Yaşamın ve Sağlığın Korunması İle İlgili Olarak Taraf Devletlere Yüklediği Pozitif Yükümlülükler. Uluslararası İlişkiler Dergisi, 7(27): 111-132.

Yüzden GE (2013) Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi ve Hekim Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Ankara.

Zeng Y, Zhang L, Yao G et al (2018) Analysis of Current Situation and Influencing Factor of Medical Disputes Among Different Levels of Medical institutions Based on the Game Theory in Xiamen Of China A Cross-Sectional Survey. Medicine (Baltimore), 97: 1-10.



7. SİMGELER VE KISALTMALAR

- ANY: Anayasa (1982)
ATUDER: Acil Tıp Uzmanları Derneği
ATUDERHH: Acil Tıp Uzmanları Derneği Hekim Hakları (Özer M (2015) Hekim Hakları. ATUDER, 17. Acil Tıp Sempozyumu)
BMTEİ: Birleşmiş Milletler Tıbbi Etik İlkeleri
CMUK: Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu (20.04.1929)
DHB: Dünya Hekimler Birliği (World Medical Association / WMA)
EHHB: Evrensel Hekim Hakları Bildirgesi HEKİMDER
ESKHUS: Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşmesi (03.01.1976)
HEKİMDER: Türk Hekimleri Dostluk ve Yardımlaşma Derneği
HHB: Hasta Hakları Bildirgesi
HHU Yönergesi 2003: Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge (15.10.2003)
HHU Yönergesi 2005: Hasta Hakları Uygulama Yönergesi (26.04.2005)
HHY: Hasta Hakları Yönetmeliği (2019)
HMEK: Hekimlik Meslek Etiği Kuralları (01.02.1999)
HUMK: Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu (18.06.1927)
İHAS: İnsan Hakları Avrupa Sözleşmesi (10.12.1948)
İHEB: İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (10.12.1948)
LK: Lizbon Kararları (1981)
SBÇGSG: Sağlık Bakanlığı Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi (14.05.2012)
SBTGHK: Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun
SBTHGM: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu
SHTK: Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (15.05.1987)
SPTÇEDK: Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun (31.12.1980)
TB: Tokyo Bildirgesi
TBK: Türk Borçlar Kanunu (04.02.2011)
TDB: Türk Dişhekimleri Birliği
TDN: Tıbbi Deontoloji Tüzüğü (1960)
TTB: Türk Tabipleri Birliği
TTBHHB: Türk Tabipler Birliği Hekim Hakları Bildirgesi (4-5 Nisan 2008 kabul edilmiş olup 20.06.2009 da güncellenmiştir)
TTBK: Türk Tabipler Birliği Kanunu (31.03.1953)
TTD: Türk Toraks Derneği
TUY: Tababet ve Uzmanlık Yönetmeliği (22.04.1974) (* 09.06.2011 tarihinde yürürlükten kaldırılmıştır)
TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: Dünya Sağlık Örgütü
YTKİY: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği



8. EKLER

8.1. Anket Formu

HASTA HAKLARI İLE ÇALIŞAN HAKLARI İÇERİSİNDE HEKİM HAKLARININ BİRBİRİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİNİN TİP ETİĞİ AÇISINDAN ANALİZİ: HEKİM GÖRÜŞLERİ

BÖLÜM I. BAĞIMSIZ DEĞİKENLER

1. Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()
2. Yaşınız:
3. Hekim olarak toplan hizmet süreniz:
4. Uzmanlık alanınız:
5. Hizmet süreniz içerisinde kurumsal/yönetim süreçlerine katıldınız mı?
Evet Hayır
6. Hastanızın tıbbi değerlendirmeleri için ortalama ne kadar süre ayrılabiliyorsunuz?
5 dk dan az Sdk 10 dk 15 dk 20 dk
7. Hastanızın tıbbi değerlendirmeleri için ayrılabildiğiniz süreyi yeterli buluyor musunuz?
Evet Hayır

BÖLÜM II. HASTA HAKLARI PARAMETRELERİ-HEKİM HAKLARI

A. Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı

1. Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma

8. Hastanıza teşhisleri için gereken tetkikler yapılabiliyor musunuz?
Evet Bazen Hayır
9. Hastanıza tedavileri için uygun görüldüğünüz ilaçlar reçete olarak yazabiliyor musunuz?
Evet Bazen Hayır
10. Hastanıza planlı olduğunuz ilaç dışı tedavi yöntemini uygulayabiliyor musunuz?
Evet Bazen Hayır
11. Hastanıza tedavileri için gereken tetkikleri isteyememe, uygun görüldüğünüz ilaçları reçete olarak yazamama ve planlı olduğunuz ilaç dışı tedavi yöntemini uygulayamama gibi durumlarda neler olacağını düşünüyorsunuz? (Birden fazla seçeneğe işaretleyebilirsiniz)
 Hekimin gerekli tanıyı koyması ve planlanmış olduğu en uygun tedaviyi uygulaması engellenmiş olur.
 Hekimin adalet ve hakkaniyet ilkelere uygun hizmet verme yükümlülüğünü yerine getiremez.
 Hastanın yararına en etkin olan ilaçların kullanılması sınırlanmıştır.
 Hasta çağdaş tıp olanaklarından ihtiyacı gereği faydalanamaz.
 Hastanın sağlığı olumsuz etkilenir.
 Hastanın olumsuz etkilenerek ajiye olmasına sebep olur.
 Hastanın sağlık hizmetleri ihtiyacından adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma hakkı ihlal edilmiş olur.
 Diğer (lütfen belirtiniz)

12. Hastanıza tedavileri için uygun görüldüğünüz ilaçları reçete olarak yazamama, uygun tetkikleri isteyememe ve planlı olduğunuz tedavi yöntemini uygulayamama sebepleriniz nelerdir? (Birden fazla seçeneğe işaretleyebilirsiniz)

Nedenler	Reçete	Tetkik	İlaç Dışı Tedavi Yöntemi
SGK'nın sınırlılığı (tanı kodlarının ilaçların yazılmasına ya da tetkik sistemini sınırladığı)			
SGK'nın ödeme sistemi			
Hastanın ödeme gücü			
İlaça ya da tetkike erişiminin olmaması, kırtlanması vb.			
Yetersiz tıbbi malzeme			
Kalitesiz tıbbi malzeme			
Personel yetersizliği			
Deneyimsiz personel			
Diğer (lütfen belirtiniz)			

13. Hastanıza tedavileri için gereken tetkikleri isteyememe, uygun görüldüğünüz ilaçları reçete olarak yazamama ve planlı olduğunuz ilaç dışı tedavi yöntemini uygulayamama gibi durumlarda aşağıdaki hekim haklarından hangisi ya da hangileri ihlal edilmiş olur?

Hekimin hastasının en iyi yararına uygun tedaviyi belirleme ve uygulama hakkı ihlal edilmiş olur

Kaliteli hizmet sunumu için hekime gerekli destek ve kaynak sağlanması hakkı ihlal edilmiş olur

Hekimin çağdaş bilimsel tıp olanaklarından yararlanma ve uygulama hakkı ihlal edilmiş olur

Hekimin Klinik kararlarına güvenilme hakkı ihlal edilmiş olur

Hekimin baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı ihlal edilmiş olur

Hekimin hastası için kendi yaşamını ve güvenliğini tehlikeye atmama hakkı ihlal edilmiş olur

Hekim hakkı ihlal yoktur

Diğer (lütfen belirtiniz)

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Kurumları Etik Kurulu
Tarih : 06.11.2018
Karar No : 2518.43/10

1

2

ii. Bilgi İsteme (Kurumsal Düzeyde)

14. Hastanızı bilgilendirmek için yeterli teknik donanımına sahip bir birim bulunuyor mu?
Evet Hayır Fikrin yok
15. Hastanıza yeterli ve doğru bilgi verebilecek nitelikte personelin sürekli olarak istihdamı sağlanmış mı?
Evet Hayır Fikrin yok
16. Hastanızın ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşılmasını sağlamak üzere, kurumun uygun yerlerinde bilgilendirici tabele, broşür ve işaretler bulunduruluyor mu?
Evet Hayır Fikrin yok
17. Hastanızın sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda yeterli bilgiye ulaşamama nedenleri sizce nelerdir? (Birden fazla seçeneğe işaretleyebilirsiniz)
 Kurumsal yönetimin bu gibi planlamaları gereksiz görmesi
 Kurumsal yönetimin planlamalarının hasta hakları yönetmeliğine uygun yapılandırılmaması
 Kurumsal yönetimin süreçlerinde birimlerin ihtiyacı olan yeterli teknik donanım ve nitelikli personel için finansmanın sağlanamaması
 Yeterli personelin olmaması
 Kurum içerisinde birim oluşturulabilme için gerekli alanın bulunmaması
 Diğer (üften belirtiniz)
18. Hastanızın sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda yeterli bilgiye ulaşamadığı durumlarda aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri ile karşılaşabiliyor?
 Hastanızın sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen hizmet ve imkanların neler olduğu konusunda bilgi sahibi olamaz
 Hem hasta hem de hekim için zaman kaybına neden olur
 Hem hastanın hem de hekimin fiziksel ve ruhsal yorgunluğuna neden olur
 Hastanın olumsuz etkilenerek ajite olmasına sebep olur
 Hizmet sunumunda ekstra yük oluşturur
 Hastanın; müdacaat edilen kurumda verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma ve usulüne uygun öğrenme hakkı ihlal edilmiş olur
 Diğer (üften belirtiniz)

iii. Öncelik Sırasını Belirlemesini İsteme (Kurumsal Düzeyde)

19. Hastanızın sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda yeterli bilgiye ulaşamadığı durumlarda aşağıdaki hekim haklarından hangisi ya da hangileri ihlal edilmiş olur? (Birden fazla seçeneğe işaretleyebilirsiniz)
 Hastanın ajitasyonu sonucu hekimin kendi yaşamını ve güvenliğini tehlikeye atma hakkı ihlal edilmiş olur
 Hekimin fiziksel ve ruhsal yorgunluğuna neden olarak sağlığını koruma ve mesleki risklerden korunma hakkı ihlal edilmiş olur
 Kaliteli hizmet sunumu için gerekli destek ve kaynak sağlanmasını isteme hakkı ihlal edilmiş olur
 Hastanın ajitasyonu ya da zaman kaybı sonucu hekimin hasta ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiyi alma ve muayene etme hakkı ihlal edilmiş olur
 Hekimin diğer hastalarına yeterli zaman ayırma hakkı ihlal edilmiş olur
 Hekimin saygılı davranılma ve onurunu koruma hakkı ihlal edilmiş olur
 Hekimin klinik kararlarında güvenilme hakkı ihlal edilmiş olur
 Hekim hakkı ihlali yoktur
 Diğer (üften belirtiniz)
20. Sağlık hizmeti için öncelik isteyen hastalar ile karşılaşmıyor musunuz?
Evet Bazen Hayır
21. Hastalarınızdan kimleri öncelikli olarak alıyorsunuz? (Birden fazla seçeneğe işaretleyebilirsiniz)
Öncelik isteyenler hastalar Acil iş olanlar hastalar
Randevu saatini kaçırmış olan hastalar Hastanın kurum personeli olması
Hastanın sağlık profesyoneli olması Sevkle gelen hastalar
Acil vakalar Engelliler
Hamileler 65 yaş üstü hastalar
7 yaşından küçük çocuklar
Orkeleli ya da saldırgan davranış gösteren hastalar
Harp ve vazife yehitlerinin dul ve yetimleri, malul ve gazileri aileleri
Kolluk kuvvetlerince sevk edilecek acil vakalar
Diğer (üften belirtiniz)

22. Öncelik hakkı olan hastalarınızın öncelik sırasını nasıl belirliyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- Hastanın randevu saatlerine göre
- Hastaların kendilerinin oluşturduğu sıraya göre
- Poliklinik hizmetlerinde öncelik sırasının belirlenmesi ile ilgili yasal mevzuata göre
- Çalıştığım kurumun belirlediği önceliğe göre
- Tıbbi kriterlere göre
- Öncelik sırasının belirlenmesine gerek görmüyorum hepsi hasta
- Diğer (lütfen belirtiniz)
23. Öncelik hakkı olan hastanızı öncelikli olarak alamama nedenleriniz nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- Öncelikli hastanın öncelikli girebileceğini bilmemesi ve böyle bir talebinin olmaması
- Sağlık bilgi sistemlerinde öncelik sırası ile ilgili hekime yönelik bilgilendirme olmaması
- Diğer hastalar tarafından dışarda kaos durumu oluşturulması
- Kurumda öncelik sırası ile ilgili bilgilendirmeye ait düzenlemelerin olmaması
- Yardımcı personelin öncelik sırasını belirlemede bilgi yetersizliği
- Öncelik sıralamasını yapacak personelin olmaması
- Diğer (lütfen belirtiniz)
24. Öncelik hakkı olan hastanızın öncelikli olarak hizmet alamadığı durumlarda neler olacağını düşünüyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- Hastalar arasında öncelik sırasının belirlenmesi ile ilgili yasal mevzuat uygulanması olur
- Öncelik hakkını kullanamayan hasta bekleme sırasında kaos oluşumuna neden olur
- Öncelik hakkı olan hasta için fiziksel ve ruhsal yorgunluğa neden olur
- Öncelik hakkını kullanamayan hastanın olumsuz etkilenerek aite olması hizmet sunumunu aksatır
- Hastanın, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini istemek hakkı ihlal edilmiş olur
- Diğer (lütfen belirtiniz)
25. Öncelik hakkı olan hastanızın öncelikli olarak hizmet alamadığınızda öncelik hakkı olan hastanın ajtasyonu sonucu baskı/siddet davranışı göstermesi durumunda aşağıdaki hekim haklarından hangisi ya da hangileri ihlal edilmiş olur?
- Baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulamaya hakkı ihlal edilmiş olur
- Hekimin kendi yaşamını ve güvenliğini tehlikeye atmasına hakkı
- Hekimin sağlığını koruma ve mesleki risklerden korunma hakkı ihlal edilmiş olur
- Hekimin hastasına yeterli zamanı ayırma hakkı ihlal edilmiş olur
- Hekim hakkı ihali yoktur
- Diğer (lütfen belirtiniz)
- IV. Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım
26. Tıbbi bilgi ve teknolojik gelişmelerin gerektiği kadar takip edebiliyor musunuz?
- Evet
- Hayır
- Kısmen
27. Kurumsal yönetim planlamaları içerisinde bilimsel gelişmelere katkı ve / veya takip edebilenizi sağlayacak etkinliklere (seminer, kongre, hizmet içi eğitim vs.) katılımınız destekleniyor mu?
- Evet
- Hayır
- Kısmen
28. Bilimsel gelişmelere katkı ve / veya takip edebilenizi sağlayacak etkinliklere (seminer, kongre, hizmet içi eğitim vs.) katılımınızın desteklenmemesinin sebepleri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- Gerekli görülmemesi
- İş yoğunluğu
- Hekim sayısının azlığı
- Gerekli finansmanın sağlanamaması
- Katılımın kurumdaki kідeme göre değerlendirilmesi
- Diğer (lütfen belirtiniz)
29. Hastanızın bilimsel bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhis ve tıbbi müdahale için kurumunuzda gerekli tıbbi malzeme bulunuyor mu?
- Evet
- Hayır
- Kısmen
30. Hastanızın bilimsel bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhis ve tıbbi müdahale için gerekli tıbbi malzeme bulunmama nedenleri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- Mevcut tıbbi malzemelerin kalite/istenilen özellikte olmaması
- Mevcut tıbbi malzemenin kullanılmaması/Kalibrasyonunun yapılmaması olması
- Tıbbi malzeme taleplerimizin karşılanmaması
- Tıbbi malzeme için ayrılan finansmanın yetersiz oluşu
- Diğer (lütfen belirtiniz)

<p>31. Bilimsel bilgi ve teknolojinin takip edilmediği ve yeterli kadar kullanılmadığı durumlarda aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri ile karşılanır?</p> <p><input type="checkbox"/> Hekimin değişen dünyada yeni gelişmeleri takip edebilmesi sınırlanmıştır olur</p> <p><input type="checkbox"/> Hekimin hastası için en uygun tedaviyi belirlemesi ve uygulayabilmesi engellenmiş olur</p> <p><input type="checkbox"/> Güncel tıp uygulamaları, bilimsel bilgiler ve yeni teknolojiler klinik uygulamada kullanılmaz</p> <p><input type="checkbox"/> Hekimin hatalı tanı ve tedavi uygulamaları sebebiyle verilir</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın çağdaş tıp olanaklarından yararlandığı kadar yararlanma imkanları sınırlanmıştır olur</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın sağlığı olumsuz etkilenir</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın zarar görme riski oluşur</p> <p><input type="checkbox"/> Hasta için hekimin sağlayabileceği en büyük yarar sağlanamaz</p> <p><input type="checkbox"/> Kurumsal etkinlik ve verimlilik değerleri olumsuz etkilenir</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım hakkı ihlal edilmiş olur</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer (ütfen belirtiniz)</p>	<p>32. Bilimsel bilgi ve teknolojinin takip edilmediği ve yeterli kadar kullanılmadığı durumlarda aşağıdaki hekim haklarından hangisi ya da hangileri ihlal edilmiş olur?</p> <p><input type="checkbox"/> Hekimin çağdaş bilimsel tıp olanaklarından yararlanma ve uygulama hakkı ihlal edilmiş olur</p> <p><input type="checkbox"/> Hekimin nitelikli bir eğitimi görme ve yaşama boyu öğrenme için bilimsel gelişmeleri takip etme hakkı ihlal edilmiş olur</p> <p><input type="checkbox"/> Klinik kararlarda özerkliğinin korunması hakkı ihlal edilmiş olur</p> <p><input type="checkbox"/> Etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı ihlal edilmiş olur</p> <p><input type="checkbox"/> Kaliteli hizmet sunumu için gerekli destek ve kaynak sağlanmasını isteme hakkı ihlal edilmiş olur</p> <p><input type="checkbox"/> Hekim-hasta ilişkisi olumsuz etkileninceğinden güvenime hakkı ihlal edilmiş olur</p> <p><input type="checkbox"/> Baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı ihlal edilmiş olur (hekimin hatalı tanı ve tedavi uygulamaları sebebiyle verilir hekimin özen ve dikkat yükümlülüğünü yerine getirebilmesini olumsuz etkiler)</p> <p><input type="checkbox"/> Hekim hakkı ihlali yoktur</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer (ütfen belirtiniz)</p>	<p>33. Hastanızın tıbbi değerlendirme sürecinde görüşme süreniz içerisinde aşağıdakilerden hangisi ya da hangilerini gereken özeni göstererek gerçekleştirebiliyorsunuz? (Birden fazla seçeneğe işaretleyebilirsiniz)</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın şikayetlerini yeterli kadar dinleyebiliyorum</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın doğru ve etkin olarak anemnezini alabiliyorum</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın fizik muayenesini özenle tamamlayabiliyorum</p> <p><input type="checkbox"/> Teşhis için gerekli tetkikleri isteyebiliyorum</p> <p><input type="checkbox"/> Gerekli hallerde konsültasyon sürecini zamanında tamamlamamı sağlıyorum</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın tedavileri için en az zarar verecek en uygun yöntemi planlayabiliyorum</p> <p><input type="checkbox"/> Yeni tedavi yöntemini planlıyorsam en az riskli olanı seçmeye özen gösteriyorum</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın tedavilerini uygulaması sürecinin her aşamasında özenli davranarak takibini yapabiliyorum</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer (ütfen belirtiniz)</p>	<p>34. Hastanıza tıbbi değerlendirme sürecinde hastanıza genel olarak (sübjektif) gereken özeni gösterme nedenleriniz nelerdir? (Birden fazla seçeneğe işaretleyebilirsiniz)</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın tıbbi değerlendirmeleri için bana sunulan sürecin yeterliliği</p> <p><input type="checkbox"/> Kurumsal yönetim planlamaları</p> <p><input type="checkbox"/> Kurumsal yönetimin gerekli finansmanı sağlayamaması</p> <p><input type="checkbox"/> Hekimin özerkliğinin kısıtlanması</p> <p><input type="checkbox"/> Baskı altında kalarak mesleğini icra etme durumunda olmak (etik, baskı, şiddet)</p> <p><input type="checkbox"/> Hekimin çağdaş bilimsel tıp olanaklarından yararlanmaması ve uygulaması sınırlanmış olması</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer (ütfen belirtiniz)</p>	<p>35. Hastanıza tıbbi değerlendirme sürecinde gereken özeni göstermediğiniz durumlarda neler olabileceğini düşünüyorsunuz? (Birden fazla seçeneğe işaretleyebilirsiniz)</p> <p><input type="checkbox"/> Hekim hastası için gerekli zamanı ayıramamış olur</p> <p><input type="checkbox"/> Hekimin gerekli olan doğru tanıyı koymas ve planlamış olduğu en uygun tedaviyi uygulamaması engellenerek hatalı tanı ve tedavi uygulamalarına sebep olabilir</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın sağlığı olumsuz etkilenir</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın zarar görme riski oluşabilir</p> <p><input type="checkbox"/> Hasta için hekimin sağlayabileceği en büyük yarar sağlanamayabilir</p> <p><input type="checkbox"/> Hekimin özen gösterme yükümlülüğünü yerine getirilememiş olur</p> <p><input type="checkbox"/> Hasta-hekim ilişkisinde ajfasyona neden olabilir</p> <p><input type="checkbox"/> Hasta çağdaş bilimsel tıp olanaklarından yararlanamamış olur</p> <p><input type="checkbox"/> Kurumsal etkinlik ve verimlilik değerleri olumsuz etkilenir</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın, tıbbi tanı ve tedavi uygulamalarında tıbbi özen gösterilme hakkı ihlal edilmiş olur</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer (ütfen belirtiniz)</p>
7	8	9	10	11
<p>Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Tarihinden onaylanmıştır. Tarih: 06.11.2018 Karar No: 2018.15/10</p>				

36. Hastanıza tıbbi değerlendirme sürecinde yeterli zamanı ayıramadığınız ve gereken özeni gösteremediğiniz durumlarda aşağıdaki hekim haklarından hangisi ya da hangileri ihlal edilmiş olur?
- Hekimin hastasına yeterli zamanı ayırma hakkı ihlal edilmiş olur
- Hekimin hasta ile ilgili gerekli ve yeterli bilgiyi alma ve muayene etme hakkı ihlal edilmiş olur
- Hekimin hastasının en iyi yararına uygun tedaviyi belirleme ve uygulama hakkı ihlal edilmiş olur
- Hekimin özerkliğinin korunması hakkı ihlal edilmiş olur
- Danışma / konsültasyon isteme hakkı ihlal edilmiş olur
- Etik ilkelere bağlı olarak mesleğini uygulama hakkı ihlal edilmiş olur
- Başka alanda kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulamaya hakkı ihlal edilmiş olur
- Hekimin çağdaş bilimsel tıp olanaklarından yararlanması ve uygulaması hakkı ihlal edilmiş olur
- Kaliteli hizmet sunumu için gerekli destek ve kaynak sağlanmasını isteme hakkı
- Hekim-hasta ilişkisi olumsuz etkilenerek saygılı davranışına ve onurunu koruma hakkı ihlal edilmiş olur
- Hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilenerek güvenlime hakkı ihlal edilmiş olur
- Hekim hakkı ihali yoktur
- Diğer (lütfen belirtiniz)
37. **Tıbbi standardı sağlama (objektif özen) yükümlülüğü**
37. Tıp uygulamaları içerisinde aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri tıbbi standardı sağlama (objektif özen) kapsamında tıbbi özen yeterliliğine neden olmaktadır?
- Tıp bilimi içerisinde almış olduğum eğitimlerin yeterli düzeyde olmaması
- Tıp bilimi içerisinde (tıpta uzmanlık/ hekimlik) eğitimi verne yetkisine sahip kurumların uluslararası yeterliliğe sahip olmaması
- Tıp eğitimim sırasında almış olduğum tıp etiği ya da deontoloji eğitiminin yeterli düzeyde olmaması
- Tıp etiği eğitiminin tıp bilimi içerisinde ki öneminin yeterli olmaması
- Kurumsal düzeyde yapılan hizmet içi eğitimlerin doğru, etkin planlama ve uygulamasının olmaması
- Kendi çabalarım ile almış olduğum eğitimlerin (kongre/seminer/konferans/ kurs vb.) yeterli olmaması
- Kurumsal düzeyde, bilimsel gelişmeler takip edebilmek için gerekli zaman/zinler açısından gereken ve beklenen duyarlılığın gösterilmemesi
- Kurumsal düzeyde tıp etiği eğitiminin ya da deontoloji bilgi kazanımının gerekli görülmemesi
- Tıp uygulamaları içerisinde karşılaştığım etik gelişmeleri fark edebilme, etik gelişmelerden doğan sorunları analiz edebilme ve çözüm bulabilme becerimin yeterli düzeyde olmaması
- Özen yeterliliğinin medeni daima hakimin kiliği ile alakalıdır
- Diğer (lütfen belirtiniz)
38. Hastalarınıza tıbbi özen göstermede aldığınız tıp bilimi eğitimi ve kazanımlarını yeterli buluyor musunuz?
- Evet Hayır Kısmen
39. Hastalarınıza tıbbi özen göstermede aldığınız tıp etiği/deontoloji eğitimi, bilgi ve kazanımlarını yeterli buluyor musunuz?
- Evet Hayır Kısmen
40. Tıp uygulamaları içerisinde karşılaştığımız etik gelişmeleri fark edebilme, etik gelişmelerden doğan sorunları analiz edebilme ve çözüm bulabilme becerisi için kendinizi yeterli görüyor musunuz?
- Evet Hayır Kısmen
41. Tıp etiği konuları içerisinde aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri tıbbi özen bağlamında hasta hakları uygulamaları sürecinde gelişlere ve bunlardan doğacak etik sorunlara neden olmaktadır?
- Genel olarak sağlık profesyonelleri özel olarak hekimler ile hastalar arasındaki ilişkilerden doğan tartışmalar
- Tıbbin insan haklarıyla ilgili sorunlu durumlarındaki standart yaklaşımı ile hekimlerin tıbbi gerekliliklere uygun tıbbi uygulamaları yapabilmeleri arasındaki ikilemler
- Hasta ile ilgili hayati / kritik kararlar alma süreçleri
- Bilgi teknolojilerinden doğan istatistiksel verilerden kaynaklanan sorunlar
- Genel olarak sağlık profesyonellerinin özel olarak hekimlerin haklarının geliştirilmesi gerekliliği
- Hasta hakları uygulamalarının geliştirilmesi gerekliliği
- Sağlık profesyonellerinin kurumsal yönetim ile yaşadığı sorunlardan kaynaklanan gelişmeler
- Bakanlığımızın sağlık politikalarının belirlenmesiyle ilgili yaklaşımlardan kaynaklanan gelişmeler
- Diğer (lütfen belirtiniz)

42. Kurumunuz da genel olarak tıp uygulamaları özel olarak hasta hakları uygulamaları içerisinde etik gelişmelerle karşılaştığınızda tıbbi öznenin sağlanması için nasıl çözüm buluyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- Eğitim süresince almış olduğum etik eğitimi ya da deontoloji bilgisi ve kazanımı ile çözüm buluyorum
- Kurumsal düzeyde yapılan hizmet içi eğitimlerin kazandırdığı tutum ve davranışlarım ile çözüm buluyorum
- Kendi çabalarım doğrultusunda almış olduğum eğitimler ile etik bilgiye ulaşım sağlayarak çözüm buluyorum
- Yaşam boyu öğrenme kapsamında çözüm için yardıma ihtiyaç duyuyorum
- Yardım talebim olduğunda kurumda yardım alabileceğim birim kişi ya da kişiler bulunmuyor
- Kurum içerisinde ihtiyaç halinde ulaşabileceğim bir tıp etiği uzmanı vb. olmasını istedim
- Gerek yok çözüm bulunmuyor
- Nasıl olsa bir çözüme ulaştırır
- Diğer (lütfen belirtiniz)
43. Tıp uygulamaları içerisinde tıbbi öznenin gösterilebilmesi için tıp bilimi standartlarının sağlanmadığı durumlarda neler olacağını düşünüyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- Hekimin bilgi beceri yetenek ve kazanımlarını; tannabilirliği ve geçerliliği açısından tıp biliminin standart yeterlilik düzeyine ulaşamaz
- Hekimin dikkat ve özen yükümlülüğü yerine getirilememiş olur
- Hekimin etik eğitimi ve kazanımının yeterli olmamasından kaynaklanan etik gelişki ya da etik sorunları fark etme, analiz etme, çözüm bulma yeterliliği sağlanmamış olur
- Hekim tıp etiği disiplin alanının gereklilikleri yerine getirememiş olur
- Hastanın sağlığı olumsuz etkilenir
- Hastanın zarar görme riski oluşur
- Hasta için hekimin sağlayabileceği en iyi yarar sağlanmaz
- Kurumsal düzeyde hekim ve beraberinde tüm sağlık profesyonelleri ortak kavramlara ortak bir dile ve aynı etik kulture sahip olamaz
- Tıbbi uygulamalarda tıp etiği disiplin alanının gereklilikleri yerine getirilememiş olur
- Kurumsal verimlilik ve etkinlik değerleri olumsuz etkilenir
- Hastanın; tıbbi tam ve tedavi uygulamalarında tıbbi özen gösterilmesi hakkı ihlal edilmiş olur
- Diğer (lütfen belirtiniz)

44. Tıp uygulamaları içerisinde tıbbi öznenin gösterilebilmesi için tıp bilimi standartlarının sağlanmadığı durumlarda aşağıdaki hekim haklarından hangisi ya da hangileri ihlal edilmiş olur?
- Baskı altında kalmaksızın mesleğini doğru ve etkin uygulama hakkı ihlal edilmiş olur (hekimin özen ve dikkat yükümlülüğünü yerine getirebilmesini olumsuz etkiler)
- Etik ihlalelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı ihlal edilmiş olur
- Nitelikli bir eğitim görmeye ve yaşam boyu öğrenme için bilimsel gelişmeleri takip etme hakkı ihlal edilmiş olur
- Kaliteli hizmet sunumu için gerekli destek ve kaynak sağlanmasını isteme hakkı
- Hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilenerek saygılı davranılma ve onurunu koruma hakkı ihlal edilmiş olur
- Hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilenerek hekim haklarından güvenlime hakkı ihlal edilmiş olur
- Hekim ruhsal ve fiziksel olarak olumsuz etkilenir ve hekimin sağlığını koruma ve mesleki risklerden kaçınma hakkı ihlal edilmiş olur
- Hekim hakkı ihlali yoktur
- Diğer (lütfen belirtiniz)
- B. Sağlık Durumu ile İlgili Bilgi Alma Hakkı
1. Bilgilendirmenin kapsamı
45. Hastanızla görüşme süreniz içerisinde bilgilendirmenin kapsamına yönelik aşağıdakilerden hangilerini gerçekleştirebiliyorsunuz? Lütfen işaretleyiniz.
- Hastanın tıbbi durumu hakkında (tanı, hastalık nedeni, prognoz vb) gerekli bilgileri veriliyordum
- Uygulanması planlanan tedavi hakkında bilgi veriliyordum
- Tedavinin beklenen yararları hakkında bilgi veriliyordum
- Tedavinin beklenen yan etkileri/riskleri hakkında bilgi veriliyordum
- Varsa diğer tedavi seçenekleri hakkında bilgi veriyordum
- Girişimsel müdahalelerde müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde, nasıl yapılacağı, tahmini süresi hakkında bilgi veriliyordum
- Tedavi sürecinde hastanın yapması gerekenler ile ilgili bilgi veriliyordum
- Tedavivi reddetliğinde ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskler hakkında bilgi veriliyordum
- Geraktığında sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri hakkında bilgi veriliyordum
- Geraktığında rahatsızlığı ile ilgili tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği hakkında bilgi veriliyordum
- Hastaya sadece çok önemli bilgileri veriliyordum
- Hastanın bilgilendirilmesine gerek olduğunu düşünmüyordum
- Diğer (lütfen belirtiniz)

Ünitede Önerilmesi

Tıp Fakültesi

Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Tarafından onaylanmıştır

Tarih : 06.11.2018

Kanar No : 2018-45/10

12

11

46. Görüşme süreniz içerisinde hastanızı doğru ve etkin bilgilendirmesini sağlayamama nedenleriniz nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- Hastanın bilgilendirilmesi için bana sunulan sürenin yetersizliği
- Kurumsal yönetim planlamaları
- Baskı altında kalarak mesajınızı icra etmek durumunda olmak (etki, baskı, şiddet)
- Diğer (lütfen belirtiniz)
47. Hastalarınıza bilgilendirmenin kapsamına uygun bilgilendirme yapmadığınız durumlarda neler olabileceğini düşünüyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- Hekim hastasına yeterli zamanı ayırmamış olur
- Hastanın sağlığı olumsuz etkilenebilir
- Hastanın zarar görme riski oluşabilir
- Hasta için hekimin sağlayabileceği en büyük yarar sağlanamayabilir
- Hasta-hekim ilişkisinde airtazyona neden olabilir
- Hekim hastasını bilgilendirme yükümlüğünü yerine getirememiş olur
- Hastanın; sağlık durumu ile ilgili bilgilendirmenin kapsamına uygun bilgilendirme hakkı ihlal edilmiş olur
- Diğer (lütfen belirtiniz)
48. Hastanıza bilgilendirmenin kapsamına uygun bilgilendirme yapmadığınız durumlarda aşağıdaki hekim haklarından hangisi ya da hangileri ihlal edilmiş olur?
- Hekimin hastasına yeterli zamanı ayırma hakkı ihlal edilmiş olur
- Etik ilkelere bağlı kalarak mesajınızı uygulamaya hakkı ihlal edilmiş olur
- Baskı altında kalmaksızın mesajınızı doğru ve etkin uygulamaya hakkı ihlal edilmiş olur
- Hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilediğinde saygılı davranışta ve onurunu koruma hakkı ihlal edilmiş olur
- Hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilediğinde güvenilme hakkı ihlal edilmiş olur
- Hekim hakkı ihali yoktur.
- Diğer (lütfen belirtiniz)

51. Hastalarınızı bilgilendirme süreci içerisinde aşağıdakilerden hangisi/ hangilerini gerçekleştiriliyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- Hastanın kendisini bilgilendirmen
- Bilgilendirmeyi sözlü olarak yaparım
- Tabii müdahale konusunda bilgilendirme sözlü olarak ve müdahaleyi gerçekleştirecek olan sağlık meslek mensubu tarafından yapılır.
- Hastanın bilgilendirilmesi için gerekli olan yeterli süreyle ayrılarak bilgilendirmeyi yaparım (facil durumlar hariç)
- Hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde bilgi veririm
- Hastaya mümkün olduğunca sade bir şekilde, tereddüt ve şüphe oluşumayacak düzeyde bilgi veririm
- Hastaya; sağlık durumu hakkında mevcut şikayeti ile ilgili olarak bir başka hekimden ikinci bir görüş alma talebi karşısında yol gösteririm
- Hastanın mahremiyetini koruyarak uygun ortamda bilgilendiririm
- Hasta için ayrılabildiğim süre içerisinde yapmam gerekenlerin birçoğunu etkin olarak yapamıyorum
- Diğer (lütfen belirtiniz)
52. Hasta bilgi almayı reddediyorsa kime bilgi verileceği konusunda izleyeceğimiz yol nasıl olur? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- Kime bilgi vereceğimi ben seçerim
- Kime bilgi verileceği konusunda hastanın yazılı talebim alınır
- Hastanın talebi doğrultusunda yönlendirdiği kişiye bilgi veririm
- Aile bireylerinden birine bilgi veririm
- Bilgi verilmesini istemiyorsa hiç kimseye bilgi vermem
- Diğer (lütfen belirtiniz)
53. Hastanıza bilgi vermenin usulüne uygun bilgilendirmeme nedenleriniz nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- Hastanın bilgilendirilmesi için bana sunulan sürenin yetersizliği
- Kurumsal yönetim planlamaları
- Baskı altında kalarak mesajınızı icra etmek durumunda olmak (etki, baskı, şiddet)
- Diğer (lütfen belirtiniz)

- II. Bilgi Vermenin Usulü
49. Hastalarınızı bilgilendirebilmek için ortalama ne kadar süre ayırılabiliyorsunuz?
- 1 dk 5 dk 10 dk Bilgilendirme yapabilmem için zaman yok
50. Bu süreyle yeterli buluyor musunuz?
- Evet Hayır

13

14

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Tarih : 06.11.2018
Karar No : 2018-13/10

Konu kapsamında paylaşılmak istedikleriniz:

62. Hastanıza sizin yapacağınız tıbbi uygulamalar ile ilgili bilgi aktararak aydınlatılmış onam formu için imza onayını kim alıyor? (Birden fazla seçeneğe işaretleyebilirsiniz)
- Kendim alıyorum
- Sağlık profesyonelleri (Hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, sağlık teknisyeni, sağlık teknikeri, anestezi teknisyeni, radyoloji teknisyeni vb.)
- Stajyer/intern öğrenciler
- Asistan
- Diğer (lütfen belirtiniz)
63. Hastanıza yaptığınız tıbbi uygulamalar ile ilgili bilgi aktararak aydınlatılmış onam formu için imza onayını siz almıyorsanız bunun nedeni nedir? (Birden fazla seçeneğe işaretleyebilirsiniz)
- Diğer sağlık personelinin görevi olması
- Asistanın görevinin olması
- Öğrenci eğitimine katkı sağlamak
- Yeterli zaman olmaması
- Diğer (lütfen belirtiniz)
64. Hastanıza yaptığınız tıbbi uygulamalar ile ilgili bilgi aktararak aydınlatılmış onam formu için imza onayını usule uygun almadığı durumlarda neler olacağını düşünüyorsunuz? (Birden fazla seçeneğe işaretleyebilirsiniz)
- Hasta tıbbi uygulama ile ilgili yeterli bilgiyi alamamış ve aydınlatılmamış olur
- Hasta sağlığı için doğru kararı veremeyebilir
- Hasta hastası ilişkisi olumsuz etkilenir
- Hasta uygulamayı yapacak hekime karşı güven sorunu yaşayabilir
- Hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rıza hükümsüz olur ve bu şekilde alınan rızaya dayanılarak müdahalede bulunulamaz hükümlü uygulanmamış olur
- Hastanın, tıbbi uygulamalarda hastanın rızası ve izni hakkı ihlal edilmiş olur
- Diğer (lütfen belirtiniz)
65. Hastanıza yaptığınız tıbbi uygulamalar ile ilgili bilgi aktararak aydınlatılmış onam formu için imza onayını siz almadığınız durumlarda yaşayacağınız sorunlar karşısında aşağıdaki hekim haklarından hangisi ya da hangileri ihlal edilmiş olur?
- Hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilenerek hekim haklarından saygılı davranılma ve onurunu koruma ihlal edilmiş olur
- Hekim hasta ilişkisi olumsuz etkilenerek hekim haklarından güvenilme ihlal edilmiş olur
- Etik ilkelere bağlı kalarak mesleğini uygulama hakkı
- Hekim ruhsal ve fiziksel olarak olumsuz etkilenerek hekimin sağlığını koruma ve mesleki risklerden korunma hakkı ihlal edilmiş olur
- Hekim hakkı ihali yoktur
- Diğer (lütfen belirtiniz)

17-

18

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Tarih : 06.11.2018
Kasım No : 2518.15/10

8.2. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hasta hakları ile çalışan hakları içerisinde hekim haklarının birbirini etkileyen faktörlerinin tıp etiği açısından analizi: Hekim görüşleri
-----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2011-KAEK-26
	AÇIK ADRESİ	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası Kat.1 Görükle Kampüsü Nilüfer/ Bursa
	TELEFON	0.224. 295 00 20
	FAKS	0.224. 295 00 29
	E-POSTA	uukaek@uludag.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Elif Atıcı			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI	Yüksek Lisans öğrencisi Nuray Tuncel			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD UÜ.Sağlık Bilmileri Enstitüsü			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışması			
	ARAŞTIRMANIN YAPILIŞ AMACI	Yüksek lisans tez çalışması			
	ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA TARİHİ/ SÜRESİ	12.11.2018 / 10 ay			
	GÖNÜLLÜ/DOSYA SAYISI	239			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı		Tarihi	Dili
	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU		06.11.2018	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		06.11.2018	Türkçe
	ANKET FORMU		-	Türkçe

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>	Tarih: 06.11.2018
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>	Tarih: 06.11.2018
	PROSPEKTİF ÖZELLİKLI GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA TAAHHÜTNAMESİ	<input type="checkbox"/>	
	IKU klavuzunun okunduğuna dair taahhütname	<input checked="" type="checkbox"/>	Tarih: 06.11.2018
	SONUÇ ÖZET RAPORU	<input type="checkbox"/>	
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	Araştırma ilk başvuru ön yazısı (06.11.2018), sorumlu araştırmacı özgeçmişi, araştırmacılar tarafından imzalanmış Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, literatür	

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hasta hakları ile çalışan hakları içerisinde hekim haklarının birbirini etkileyen faktörlerinin tıp etiği açısından analizi: Hekim görüşleri
KARAR BİLGİLERİ	<p>Karar No: 2018-19/10 Tarih: 06 Kasım 2018</p> <p>Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildi.</p> <p>1-Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna, 2- Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına, 3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine, 4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine oybirliği ile karar verildi.</p>

ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mehmet CANSEV Üye	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji AD.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Derste
Doç.Dr.Pınar VURAL Üye	Psikiyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Baska bir toplantıda
Doç.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	U.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selen MİĞAL Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

9. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans Programı ve yürüttüğüm tez çalışması süresince; hoşgörüsü, içtenliği, bilimsel yetkinliği ile bana çok şey öğreten, desteğini ve bilimsel katkılarını hiçbir zaman esirgemeyen değerli tez danışman hocam sayın Doç. Dr. Elif ATICI'ya yürekten teşekkür ediyorum.

Yüksek Lisans programı eğitim süresi ve sonrasında yardımlarını ve manevi desteğini hiçbir şekilde esirgemeyen, yoğun zaman dilimine rağmen bana her fırsatta zaman ayıran değerli hocalarım Prof. Dr. M. Murat CİVANER ve Dr. Öğr. Üyesi Sezer ERER KAFA'ya teşekkürlerimi sunmaktan onur duyuyorum.

Yüksek lisans ders dönemim sırasında ki zaman yönetimi konusunda desteği ve tez çalışmamın veri analizi kapsamında yoğun iş programı içerisinde bana zaman ayırıp bilgilerini benimle paylaşarak gösterdiği özveri ve katkılarından dolayı Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Doç. Dr. Güven ÖZKAYA'ya teşekkürlerimi sunmayı borç bilirim.

Tez araştırması kapsamı süresince tezin yürütülmesine katkısı olan sayın Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dâhili Tıp Bilimleri ve Cerrahi Tıp Bilimleri asistan hekimlerine duyarlılıkları ve bilime yaptıkları değerli katkıları için çok teşekkür ediyorum.

Ders dönemi içerisinde ki çalışmalarım süresince konu tartışmaları ile her zaman bana yardımcı olma gayreti içinde olan sevgili bölüm arkadaşlarım ve çalışma arkadaşlarıma bana katmış oldukları anlam ve değer için çok çok teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olup manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen değerli dostlarıma teşekkür ederim.

Son olarak en büyük şansım olan; her zaman bana destekleri ile tüm süreçlerde gereken özveri ve sabrı gösteren eşim, biricik kızım, çok kıymetli sevgili annem ve babama sonsuz teşekkür ve şükranlarımı sunarım.

10. ÖZGEÇMİŞ

1978 yılında Edirne doğmuştur. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu / Ebelik bölümünde lisans eğitimini tamamlamıştır. Yüksek lisansını Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme A.B.D. / Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümünde yapmıştır. İkinci üniversite kapsamında Anadolu Üniversitesi /Adalet Bölümü tamamlayıp İstanbul Üniversitesi Çocuk Gelişimi Bölümü 2. Sınıf öğrencisidir. Pedagojik Formasyon Sertifikasını Bülent Ecevit Üniversitesi / Ereğli Eğitim Fakültesinden almıştır. 2015 Eylül ayında, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans programına başlamıştır. İstanbul Üniversitesi İnsan Kaynakları Yönetimi Uzmanlığı Eğitimi Sertifikası, İş Analizi Metodolojisi Eğitimi sertifikası, MEB; Programcılık ve Çözümleyici Sertifikası bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı; Sağlıkta Kalite Değerlendiriciliği Eğitimi Sertifikası, Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitici Eğitimi Sertifika Programı, Temel Yönetim Becerileri Eğitimi, GMKA; MDP Proje Yazma Eğitimi, Hercules Human Resources; Kişisel İmaj ve Marka Yönetimi Eğitimi, Educon; Kariyer Yönetimi ve Liderlik, Koç Üniversitesi; Sağlıkta Bilgi Güvenliği Eğitimlerini başarıyla tamamlamıştır.

2012-2013 yılları arasında TKHK Çanakkale İli Genel Sekreterliği Mali Hizmetler Başkanlığı/Stok Yönetim Biriminde görevlendirilmiş olup 2013-2014 yılları arasında TKHK Çanakkale İli Genel Sekreterliği İdari Hizmetler Başkanlığı/İç Kontrol ve Denetim Birimi sorumluluğunu yürütmüştür. 2015 yılında THSK Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı İç kontrol Sistemi Eğitimi/Eğitici Eğitmeni olarak görevlendirilmiştir. Halen Bursa İl Sağlık Müdürlüğü Tedarik Planlama Stok ve Lojistik Yönetimi Biriminde görev yapmaktadır. Windows İşletim Sistemi, Linux İşletim Sistemi, Visual Basic,C++ Programlama Dili, Microsoft Ofis Programları bilgisayar bilgilerine sahiptir. Evli ve bir çocuk sahibidir.